

## 看護師の認知行動療法の実施における課題

研究分担者 岡田 佳詠  
筑波大学医学医療系

研究要旨：本研究は、看護師の認知行動療法（以下、CBT）の実施における課題について明らかにすることを目的とした。43名の看護師に対して、2日間の看護師を対象としたCBT教育プログラムの受講後に、フォーカスグループインタビューによりデータ収集し、グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を用いて質的に分析した。その結果、知識・スキル面での課題として<知識・スキルの蓄積><効果をあげる方法>、また安全性への配慮も認識していた。CBT実践に向けては看護師自身のモチベーションの保持が課題として挙げられたが、CBT実践の困難感や実践への不安もみられた。そこで、継続的な研修参加やスーパービジョンを受けること、仲間を増やすことが挙げられたと同時に、医療チーム内で連携を図ること、職場でのCBT実践が可能となる組織体制の構築に関する課題もあった。看護師のCBT実践のためには、看護師の個人レベルでの努力のみならず、組織レベルでのCBT実践体制の整備が必要であろう。

### 研究協力者

白石裕子 宮崎大学医学部看護学科  
地域・精神看護学講座教授

國方弘子 香川県立保健医療大学保健医療  
学部・大学院保健医療学研究科教授

北野進 東京都立松沢病院 医療観察法病  
棟看護師長

矢内里英 埼玉県立精神医療センター  
精神看護専門看護師

中野真樹子 メンタルヘルスマネジメン  
トオフィス IMS 精神看護専門看護師

### A．研究目的

本研究は、2日間の看護師を対象としたCBT教育プログラム受講後の看護師の認知行動療法（以下、CBT）の実施における課

題について、フォーカスグループインタビューでのデータ収集および質的分析により、明らかにすることを目的とした。

### B．研究方法

1．研究期間：2013年10月～2015年12月

#### 2．対象

看護師対象のCBTの教育プログラムに参加を希望する看護師50名をホームページ上で募集した。参加条件は、臨床経験が3年以上、CBTを臨床に活かすという動機があること、教育プログラムすべてに参加可能、研究への同意が得られることとした。

#### 3．看護師のCBT実践者の養成のための教

## 教育プログラム

岡田ら（2011）が厚労省の CBT マニュアルをもとに看護師用に改変して作成した CBT プロトコルを教育プログラムのベースとした。また、厚労省 CBT 研修事業、国外の CBT のスーパービジョンに関する文献、看護師対象の CBT 研修経験も踏まえ、最終的に教育プログラムを作成した。

1クールは4日間、約2ヶ月で構成された。第1日目は CBT の講義（CBT の概要、進め方、アセスメント、認知再構成法、問題解決技法、統合失調症の CBT）と個人演習、第2日目は、認知・行動スキルの進め方とデモロールプレイング、グループ演習（ロールプレイ）を組み合わせで行った。第3・4日目は CBT の実践例を用いたスーパーバイザーによるグループスーパービジョン（以下、GSV）を実施した。ディスカッションを通して各事例のアセスメントを深め、ロールプレイを実施し、スキルの確認や修正・補足をした。

教育プログラムの講師・スーパーバイザーは、CBT の実践・研究に数年携わり、学会等での研修経験を持つ、修士以上の学位を有する看護師で、事前に研修を実施し、対象者に効果的なかかわりができる工夫をした。

## 4 . データ収集方法

教育プログラムの第2日目終了後に、対象者を4名程度のグループに分け、フォーカスグループインタビューを実施した。インタビュアーは、当該グループを担当していない別の研究協力者が担当した。CBT の実践に関する対象者の課題・目標、実践に関する不安、GSV への期待等について約1

時間のインタビューを行った。

## 5 . データ分析方法

グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を用いた。まず逐語録を作成し、CBT を実施するにあたっての課題や目標、GSV への期待、2日間の研修の効果等の観点から、コード化、カテゴリー化を行い、類似するカテゴリーと対極するカテゴリーとの比較分析をしながらカテゴリーを精練した。

## 6 . 倫理的配慮

本研究は、筑波大学「医の倫理委員会」（第799号）の承認を得て実施した。対象者に、研究の目的と方法、研究協力は自由意思であること、個人情報保護を徹底すること、学会等での発表時は個人が特定できない処理をすること等を、文書を用いて説明し、文書で同意を得た。

## C. 研究結果

### 1. 対象者の概要

教育プログラムは4クール実施し、勤務の都合等で欠席した者を除く43名を分析対象とした。1クールは、6~13名であった。女性29名、男性14名で、年代は20~50代、看護師経験年数は平均14.6年（ $SD=8.7$ ）、精神科看護経験年数は7.8年（ $SD=7.1$ ）であった。教育プログラム開始前の CBT の研修受講時間の平均は19.3時間（ $SD=21$ ）で、CBT の実践経験は9名（21.4%）があり、そのうち24ヶ月の経験が5名（11.9%）であった。最終学歴は、大学以上が21名（50%）であった。

### 2 . 教育プログラム第2日目終了時点での

## CBT 実践における課題

今回、教育プログラムの第 2 日目終了時点、つまり GSV に入る前の基礎的な CBT 研修を受けた段階での看護師の CBT 実践における課題について、質的な分析結果を提示する。301 コーディング、41 カテゴリーが抽出された。 はカテゴリー、 < > はサブカテゴリーを表す。

まず、CBT を実践するために、 知識・スキル 面での課題には <知識・スキルの蓄積> <効果をあげる方法>、また看護の臨床のなかで <少しずつ (CBT を) する> <できる範囲で (CBT を) する> などの CBT 実践のための工夫 も挙げられた。実践にあたっては 安全性 への配慮も認識していた。

CBT の実践の基盤となる患者との関係については、 <患者が考えを導き出せるような声かけ> など、 患者とのコミュニケーション を工夫し、 患者との関係構築 を図るという課題を持っていた。また、CBT 実施の際に 患者の承諾 を得る必要性も認識していた。

看護師が CBT をどのような場面で実践したいと考えているかについては、まず通常の 看護場面への応用 に関心があり、それ以外には 看護師自身への活用 、がんや糖尿病などの 身体疾患患者への適用 があった。また、CBT 実践の際には、他職種とは異なる 看護職の強みを出す ことも必要だと考えていた。

また、CBT 実践に向けての看護師自身の心構えとして モチベーション を保持することも課題として挙げられた。しかし一方で、CBT を <実際にするのは難しい> などの 実践の困難感 、まだ <不十分な知

識・スキル> しかなく、 <病棟の受け入れ体制> が整わないなか、 <一人でやらなければならない> 状況に置かれることなどから 実践への不安 がみられた。

そこで、個人レベルでできることとして継続的に 研修参加 し、 スーパービジョン を受けることが必要と捉えていた。また、CBT に関心のある 仲間を増やす ことも挙げられた。

医療チーム内で 連携 を図り、そのなかで看護師が CBT を実践する体制を作るという課題も挙げられた。具体的には、CBT についての積極的な 医師のかかわり 、 医師や心理職等の 他職種の承認 、 看護師間での共有 と 同職種の理解 など、CBT 実践に関する 周囲の理解 が必要であること、また CBT 実践に関して 一緒に考えてくれる人の存在 や 支援者の存在 、チーム内での 相談体制 の整備も課題として挙げられた。

看護師が CBT を実践するための職場の 組織体制 の構築に関する課題もあった。まずは看護師の CBT 実践について 組織の承認 が得られること、看護師の CBT の 実施体制の整備 としては、実施の 時間の確保 、 マンパワー の確保が必要であることが挙げられた。そのために、看護師が実施した場合にも 診療報酬での評価 を得られることが必要と考えていた。

## D . 考察

今回、看護師対象の 2 日間の基礎的な CBT 研修を受講した後に実施したフォーカスグループインタビューでのデータを、グラウンデッド・セオリー・アプローチの

手法を用いて質的に分析し、その結果を示した。

まず対象者の年代や看護師および精神科看護師としての経験年数等からみると、精神科看護師全体のなかでは中間層に位置づき、比較的学歴は高い者が占めていた。また、以前に別の CBT 研修を受講した経験が平均で 19 時間程度あり、病棟等での実践経験のある者も 20% 近くを占めたことから、今回の対象者は CBT 実践のレディネスがすでにある、あるいは個人で CBT 実践の課題を持った上で、今回の教育プログラムに臨んでいた者の割合が高い傾向があった。

そのような対象者の課題としてまず挙がるのは、CBT 実践の 知識・スキル に関するもので、それらの蓄積と効果をあげる方法は実践の開始あるいは継続において必須であること、また同時に、安全性の担保が重要課題だとの認識もみられた。これらは、看護師の CBT 実践の質の担保と実践力の向上のためには不可欠で、看護師もその点を十分に認識していることが伺える。また、このような課題が挙がる背景には、看護師の勤務する <病棟の受け入れ体制> が不十分で、同僚や医師等の周囲の理解や協力が得にくいなかで <一人でやらなければならない> 状況に置かれていること、それが CBT 実践の困難感 や 実践への不安 へとつながり、安全性を担保した上での知識・スキルを強く求める傾向にもつながっていると考えられる。

これらを踏まえると、看護師が CBT を安全にかつ効果的に実践するために注目すべきことは、CBT 実践の困難感 や 実践への不安 に適切に対処することで、それは今回の結果でも得られた、看護師のモ

チベーション の保持にもつながると考えられる。このうち、実践の困難感 には、研修で学んだことを実際に臨床に適用することの難しさが示されており、研修内容が臨床現場と解離している可能性は否めない。より一層、看護の臨床を意識した題材や課題を盛り込んだ研修内容への修正が求められる。

また、実践への不安 は <不十分な知識・スキル> 等の個人レベルに関するものもあれば、<病棟の受け入れ体制> などの組織レベルに関するものもあり、両面からの対応が必要と考える。まず、個人レベルに対しては、多くの対象者が 研修参加 や スーパービジョン を受けることを挙げているように、看護師が参加できる質の担保された研修を増やすこと、CBT の事例検討会の開催、看護の臨床を踏まえたスーパービジョンの機会を数多く提供することなどが必要と考える。またそのなかで CBT 実践に携わる 仲間を増やす ことが看護師のモチベーション の保持には有効ではないかと推察される。

組織レベルについては、まず看護師個人が医療チームに対してできることに、医師や心理職、同僚や上司等と密にコミュニケーションをとりながら、CBT を実践して効果をフィードバックすることを繰り返し、事例を積み上げることが挙げられる。時間がかかり根気のいることではあるが、徐々に 一緒に考えてくれる人の存在 や 支援者の存在 ができ、職種を超えたチーム内での 相談体制 が整備される可能性がある。

しかし、看護師個人の努力のみで医療チーム全体を変えることには限界がある。そ

もそも CBT を看護師が単独で提供するの  
は質の担保という点でも、チーム医療とい  
う点でも好ましいとは言えず、チーム全体  
で共有し取り組むことで初めて CBT の効  
果が発揮されると考える。そのためには、  
CBT に直接携わる、携わらないにかかわら  
ず、チーム全体あるいは組織全体で CBT の  
基礎的な知識を共有できる研修等の取り組  
みが必要であろう。特に、看護師長や看護  
部長、医局長、病院長等の管理職等の CBT  
実践に関する 組織の承認 は CBT 実践  
を促進するチーム医療の構築には不可欠で、  
時間の確保 や マンパワー の確保な  
どの 実施体制の整備 は、管理職の采配  
によるところが大きい。今後、管理職を対  
象とした CBT 普及のための研修も考えて  
いくことが大切であろう。

## E . 結論

看護師の CBT 実践における課題には、知  
識・スキル等の個人レベルのものもあれば、  
医療チームあるいは組織全体の体制に関す  
るものもあった。看護師が CBT を実践する  
ためには、看護師の個人レベルでの努力の  
みならず、組織レベルでの CBT 実践体制の  
整備が必要であると考えられる。

(謝辞)

本調査にあたっては、ご協力いただきました  
看護師の皆様から心から感謝申し上げます。

## F . 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

岡田佳詠、田島美幸、大野裕：看護師への

認知行動療法の実施および研修受講状況に  
関する調査、第 12 回日本うつ病学会総会第  
15 回日本認知療法学会

## G . 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

