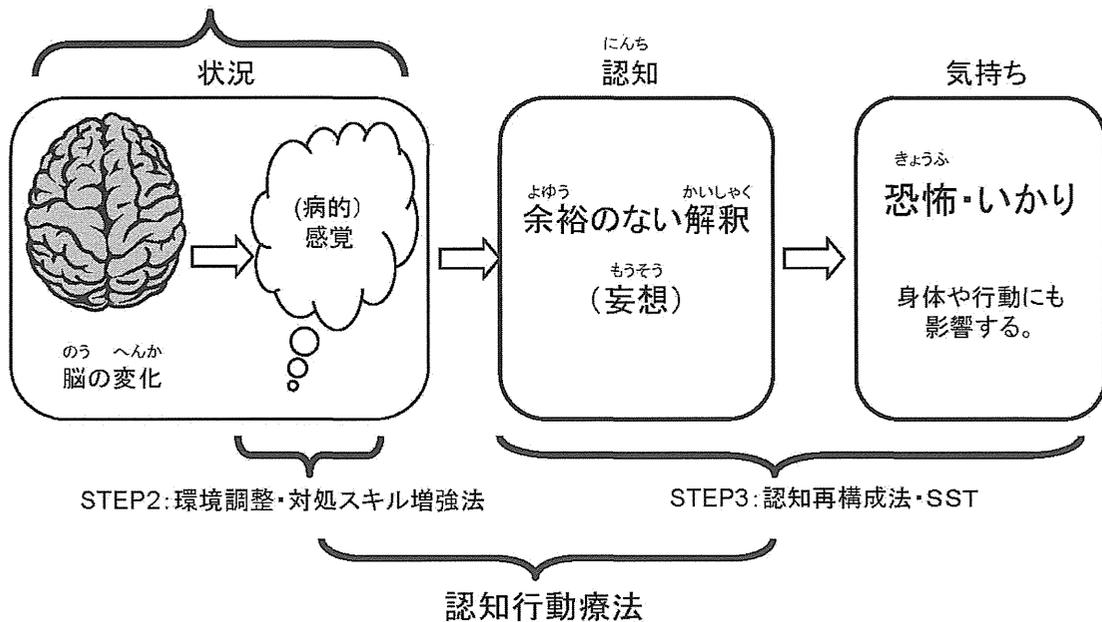


# ちりょう 治療の3ステップ

- STEP1 病的感覚の根本にとりくむ …薬物療法・修正型電気けいれん療法※
- STEP2 病的感覚のつらさをやわらげる …環境調整・対処スキル増強法
- STEP3 「別の受けとめ方」を考えてためしてみる…認知再構成法・SST

※修正型電気けいれん療法の適応は人によります。

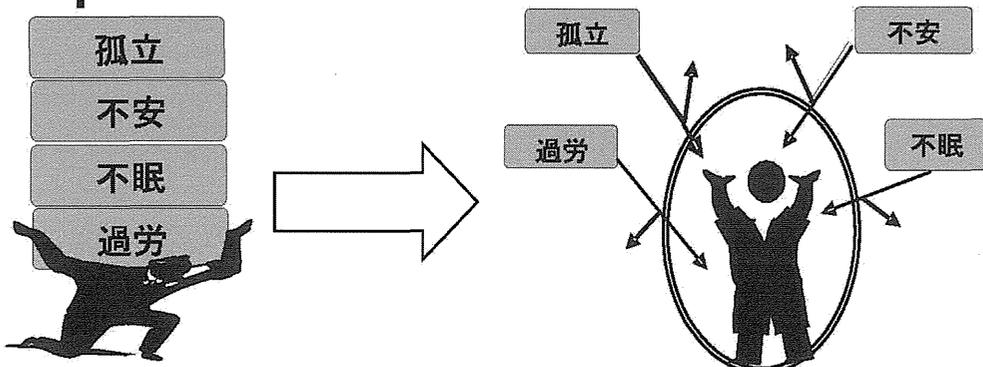
STEP1: 薬物治療  
修正型電気けいれん療法



ちりょう  
治療の3ステップ

STEP1 病的体験の根本にとりくむ

やくぶつちりょう しゅうせいがたでんき りょうほう  
◎ 薬物治療・修正型電気けいれん療法



～用語解説～

◎薬物治療

薬を組み合わせて症状を改善する。脳内の神経伝達物質のアンバランスしんけいでんたつぶつを調整して、幻覚や妄想などの症状をやわらげる薬や、気分を安定させ、不安やイライラを取り除いたり、不眠を改善する薬などがある。

◎修正型電気けいれん療法

頭部に通電する治療法。薬物療法の効果がなかったり、本人の希望に応じて、うつ病、躁うつ病、統合失調症などの治療に用いられる。

◎環境調整

ストレスや問題を引き起こす「状況」に身をおかないように工夫することを身につける。

◎対処スキル増強法

ストレスや問題が生じたときに、うまく乗り切る「対処法」を身につける。

◎認知再構成法

状況に対する「受けとめ方」を変えることでラクになる方法を身につける。

◎SST

対人関係での上手なコミュニケーションのやり方を身につける。「生活技能訓練」「ソーシャル・スキルズ・トレーニング」の略。

## STEP2 病的感覚のつらさをやわらげる

かんきょうちょうせい    たいしょ    ぞうきょうほう

### ◎ 環境調整・対処スキル増強法

たいしょほう

ストレスを感じたときのオススメな対処法は？



げんちょう    たいしょほう    れい  
幻聴への対処法・つき合い方の例(合うものは人によってちがう)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ウォークマン使用   | <input type="checkbox"/> ハミング                    |
| <input type="checkbox"/> みみせん       | <input type="checkbox"/> 気をそらす(ゲームetc)           |
| <input type="checkbox"/> 耳をすます      | <input type="checkbox"/> 薬をのむ                    |
| <input type="checkbox"/> 消えてほしいとたのむ | <input type="checkbox"/> 刺激を減らす工夫(寝る、一人でくつろぐetc) |
| <input type="checkbox"/> 声に出さずに歌う   | <input type="checkbox"/> 耳をかたむける時間を決めてあとはムシする    |

うまくいっている対処法は、つづける。  
他の人の対処法も参考に見てみましょう。

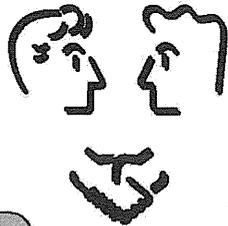


### STEP3 「別の受け止め方」を考えてためしてみる

## CBT = にんち こうどう りょうほう 認知行動療法

### ◎ にんちこうどうりょうほう 認知行動療法とは？

ちりょうしゃ かんじゃ いっしょ  
 治療者と患者さんが一緒になって  
かんじゃ くつう じょうきょう にんち こうどう  
 患者さんの苦痛を、「状況」「認知」「気持ち」や「行動」に分けてとらえて  
たいしよほう ちりょうほう  
 対処法を見つける治療法です。



かんきょうちようせい  
**環境調整**

**SST**

にんちさいこうせいほう  
**認知再構成法**

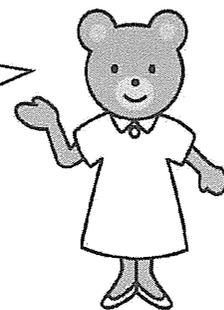
たいしよ ぞうきようほう  
**対処スキル増強法**



### 今日のまとめ

- STEP1 びょうてきかんかく 病的感覚の根本こんぽんに取り組む … やくぶつりょうほう薬物療法・しゅうせいがたでんき修正型電気けいれん療法りょうほう
- STEP2 びょうてきかんかく 病的感覚のつらさを和らげる … かんきょうちようせい環境調整・たいしよ対処スキル増強法ぞうきょうほう
- STEP3 「別の受けとめ方」を考えて試してみる… にんちさいこうせいほう認知再構成法・SST

おつかれさまでした！！  
5回分のふりかえりを  
一緒にやりましょう☆



# CBT入門のおさらい

P33

CBTとは、日本語で

P2参照

と言う。

P11参照

◆  や  によって、信じる強さはちがう。

P14参照

げんかく もうそう あくじょうけん

◆ 幻覚や妄想の5つの悪条件とは...

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

P16参照

げんかく もうそう だれ

◆ 幻覚・妄想は誰にでもある。

げんかく もうそう とくちょう

◆ 病気にみられる幻覚や妄想の特徴は、

「絶対に本当だ」という強い  を持つところ。

# CBT入門のおさらい

P34



P22参照

◆「にんち認知」とは、じょうきょう状況に対する  のこと。

◆たいけん体験は、

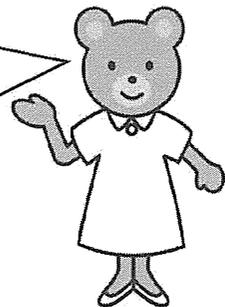
に分けてりかい理解することができます。

P26参照

◆ひとつのじょうきょう状況に対して、いろいろな  ができる。

◆  しないで、気持ちがラクになる。

これからも、  
自分にあつたオーダーメイドのちりょう治療に  
多職種たしよくしゆチームと一緒に  
とりくんでいきましょう。



2015.4.15版

## &lt;参考文献&gt;

原田誠一(2002).幻覚妄想体験の治療ガイド／正体不明の声ー対処するための10のエッセンスー.東京:アルタ出版.

Kingdon, D., & Turkington, D. (1994). Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia. New York: Guilford Press. (原田誠一訳(2002)統合失調症の認知行動療法、東京、日本評論社)

Nelson, H.E. (1997). Cognitive-Behavioural Treatment with Delusions and Hallucinations: A Practice Manual. Cheltenham: Stanly Thornes.

Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice: John Wiley & Sons.

## 「CBT入門」をつくった人たち

第1版：菊池安希子

下津咲絵

朝波千尋

田中さやか

今村扶美

「CBT入門」に参加したみなさま

改訂版：菊池安希子

朝波千尋

「CBT入門」に参加したみなさま

© 国立精神・神経医療研究センター



## 看護師の認知行動療法の実施と研修受講状況、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：平成 26 年度、27 年度の 2 年間で、①本邦における看護師の認知行動療法（以下、CBT）の実施および研修受講状況についての調査、②看護師の CBT の実施における課題を明らかにすることを目的に研究を行った。①は、全国の精神科関連施設（1902 ヶ所）に勤務する看護師に対して郵送法にて調査を実施し、277 名（回答率 14.5%）からの回答を得た。個人 CBT は、47 名（17%）は実施経験があるが、230 名（83%）はなく、集団 CBT も 27 名（9.7%）は実施経験があるが、250 名（90.3%）はなかった。また、CBT トレーニング・講習を受けた経験のある看護師は 120 名（43.3%）、CBT 関連書籍を読んだ経験は 179 名（64.6%）にあり、個人・集団 CBT の実施経験のある看護師は、実施経験のない看護師よりも、CBT のトレーニングや講習を受け、書籍を読んだ経験を持つ傾向にあった。しかし、CBT トレーニングや講習を受けても、個人・集団 CBT を実施していない看護師が 40%弱みられた。個人 CBT を実施していない理由は、力量に自信がないことが 145 名（63%）、個人 CBT ができる環境にないことが 118 名（51.3%）、スーパーバイザーがいないことが 109 名（47.4%）から挙げられた。②では、看護師の CBT の実施における課題を明らかにすることを目的に、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を行い、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》面での課題に《知識・スキルの蓄積》《効果をあげる方法》、また《安全性》への課題も認識していた。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》ことと同時に、医療チーム内で《連携》、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挙げられた。①②のことから、看護師が質の担保された CBT を実施する上で必要な CBT の教育体制の構築にあたっては、スーパービジョンを導入した、看護師の臨床に沿う CBT の研修内容を盛り込むこと、継続的な CBT 実践を支える研修を実施すること、他職種や上司・同僚等の職場全体での看護師の CBT 実施に対する理解の促進、サポート体制の整備が重要であること、また看護師の CBT 実践を促進するためには、看護師の個人レベルでの努力のみならず、組織レベルでの体制整備が不可欠であることが示唆された

研究協力者

大野裕 独立行政法人国立精神・神経医療

研究センター認知行動療法センター

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ージメン

トオフィス IMS 精神看護専門看護師

## A. 研究目的

本研究の目的は、本邦における看護師の CBT の実施および研修受講状況、実施における課題について明らかにすることであった。

## B. 研究 I : 平成 26 年度

### 1. 研究目的

本邦における看護師の CBT の実施および研修受講状況に関する調査

### 2. 研究方法

1) 研究期間 : 2015 年 1 月～2 月

2) 研究実施施設 : 全国の精神科医療施設の看護師、1,902 名

### 3) データ収集方法

精神科看護師の職能団体である一般社団法人日本精神科看護協会の担当者に、本研究の目的と方法を説明した。文書での承諾を得られた後、日本精神科看護協会の会員が所属する 1,902 の施設に発行される機関誌に、本調査の調査依頼文書とアンケート

返信用はがきを封入した。各施設のなかで、施設の判断で回答可能な看護師を 1 名選び、無記名での回答後、アンケート返信用はがきの投函を依頼した。調査への協力は、アンケート返信用はがきの返信を持って得られたと判断した。

調査内容は、①個人・集団での CBT の実施の有無、②CBT のトレーニングや講習の受講の有無、③CBT に関する書籍（専門書）を読んだ経験の有無、④今後のトレーニングや講習の受講希望、⑤CBT の実施希望の有無、⑥個人 CBT を実施していない場合の理由などで、「はい」「いいえ」の 2 件法での回答を求めた。また、対象者の属性として、所属先の所在地、施設の種類、年代についても尋ねた。

### 4) データ分析方法

統計解析ソフトウェア SPSS Statistics ver. 18 にて解析を行った。各質問項目の数値を単純集計し、全体の割合を算出した。また個人・集団 CBT の実施の有無とトレーニングや講習の受講経験の有無との間の関連等についても  $\chi^2$  検定を実施した。

### 5) 倫理的配慮

本研究は筑波大学医の倫理委員会の承認 (933 号) を得て実施した。調査依頼文書にプライバシーの保護、研究協力の任意性の保障、結果の公表等を明記し、アンケート返信用はがきの返信を持って同意が得られたと判断した。

## 3. 研究結果

### 1) 対象者の概要

精神科関連施設 1,902 ヶ所に対して機関誌の送付時にアンケート返信用はがきを封入し、郵送での返信の結果、277 名の看護師

から回答を得た(回答率14.5%)。対象者の所在地は、関東が66名(23.8%)と最も多く、次いで近畿39名(14.1%)、中国32名(11.6%)、東北30名(10.8%)であった。所属施設は、単科精神科病院が195名(70.4%)で最も多く、総合病院精神科22名(7.9%)、大学病院は13名(4.7%)であった。対象者の年代は、50代が124名(44.8%)と最も多く、次いで40代が78名(28.2%)、30代が38名(13.7%)の順であった。

## 2) うつ病の CBT トレーニング・講習の受講経験、CBT 関連の書籍を読んだ経験

CBT トレーニング・講習の受講経験について、「あり」と回答した人は120名(43.3%)、「なし」と回答した人は157名(56.7%)であった。また、CBT 関連の書籍を読んだ経験について、「あり」と回答した人は179名(64.6%)、「なし」と回答した人は98名(36.4%)であった。

## 3) 個人対象のうつ病の CBT 実施経験および CBT トレーニング・講習の受講経験、CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連

個人対象の CBT の実施経験は「あり」と回答した人は47名(17%)、「なし」と回答した人は230名(83%)であった。

また、個人対象の CBT の実施経験と CBT のトレーニングや講習の受講経験、また CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連について、 $\chi^2$ 検定の結果、個人対象の CBT を実施している看護師は、実施していない看護師よりも、CBT トレーニングや講習を受けたり、書籍を読んだ経験を持つ傾向にあった( $\chi^2=25.5$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ , 残差=15.6;  $\chi^2=15.1$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ , 残差=11.6)。

一方で、個人 CBT を実施していない人の

なかには CBT のトレーニングや講習を受けている人も84名(36.5%)に上った。

## 4) 個人 CBT を実施していない理由

個人 CBT を実施していない人は、230名(83%)で、その理由は、「自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない」との回答が145名(63%)と最も多く、次いで「患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない」が118名(51.3%)、「CBT 面接実施時にスーパービジョン(指導)してくれる人がいない」が109名(47.4%)、「研修の機会が十分でない」が102名(44.3%)等であった。

## 5) 集団対象のうつ病の CBT 実施経験および CBT トレーニング・講習の受講経験、CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連

集団対象の CBT の実施経験について、「実施したことがある」と回答した人は27名(9.7%)、「実施したことがない」と回答した人は250名(90.3%)であった。

また、集団対象の CBT の実施経験と CBT のトレーニングや講習の受講経験、また CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連について  $\chi^2$ 検定の結果、集団対象の CBT を実施している看護師は、実施していない看護師よりも、CBT トレーニングや講習を受けたり、書籍を読んだ経験を持つ傾向にあった( $\chi^2=17.7$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ , 残差=10.3;  $\chi^2=16.3$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ , 残差=9.6)。

一方、集団 CBT を実施していない人のなかには CBT トレーニングや講習を受けている人も98名(39.2%)に上った。

## 6) うつ病の CBT のトレーニング・講習の受講希望

「機会があれば CBT のトレーニングや講

習を受けてみたい」と回答した人は 237 名 (85.6%)、「いいえ」と回答した人は 40 名 (14.4%) であった。

#### 7) うつ病の CBT の実施希望

また、「機会があれば CBT を実施してみたい」と回答した人は 209 名 (75.5%)、「いいえ」と回答した人は 68 名 (24.5%) であった。

#### 8) うつ病の CBT のトレーニング・講習の受講経験とうつ病の CBT の実施希望との関連

うつ病の CBT のトレーニング・講習の受講経験と CBT の実施希望との関連について、 $\chi^2$ 検定の結果、CBT のトレーニング・講習の受講経験のある看護師は、CBT の実施を希望する傾向がみられた ( $\chi^2=8.6$ ,  $df=1$ ,  $p<.01$ , 残差=10.5)。

#### 4. 考察

対象者は、関東、近畿、東北などの地域の単科精神科病院に勤務する 30~50 代の看護師で構成されていた。対象者の年代は、50 代が半数近くを占めており、これは今回日本精神科看護協会の機関誌に同封したことで、機関誌を受け取る協会の役員や院内の役職のある人による回答であった可能性が考えられる。

うつ病の CBT トレーニング・講習の受講経験については 43.3%が「あり」と回答しており、2011 年の白石らと岡田らの九州・東京地区の看護師の CBT 研修受講率の 30%弱と比較すると、受講率は上がっていると推測される。また、CBT 関連の書籍を読んだ経験も 60%以上に上る点は、看護師の CBT への興味・関心の向上のみならず、CBT 実施の動機の高さも反映していると考えられる。

個人対象の CBT の実施経験は、17%が「あり」と回答しており、これも 2011 年の白石らと岡田らの看護師の CBT 実施率調査の 14~17%と比較すると、ほぼ横ばいか若干上がっていると推測される。また、個人対象の CBT の実施経験のある看護師が、経験のない看護師よりも CBT トレーニングや講習を受け、書籍を読んだ経験を持つ傾向は、実施にあたり、何らかのトレーニング・講習の受講、書籍などで知識やスキルを得るなどの準備を整えていることは推測される。しかし、今回はトレーニングや講習の内容までは調査できておらず、どのような内容のトレーニングや講習であったかは不明である。今後、看護師がどのようなトレーニングや講習を受けて実施しているかを検討し、質の担保された研修体制の構築が必要である。

また、実施の質の担保のためには、実施中のスーパービジョンが重要であるが、実施していない理由にも挙げられている、スーパービジョンを受けられないという現状を踏まえると、おそらく今回の CBT を実施している看護師の場合も、スーパービジョンを受けないまま実施していることが推測される。今後、質の担保のために、看護師の CBT の実施へのスーパービジョンを含めた、研修体制の構築が必要と考えられる。

一方、個人 CBT を実施していない人は 83%で、そのうち CBT のトレーニングや講習をすでに受けている人は 36.5%と、トレーニング等は受けていても CBT の実施に至らない看護師も多数存在することが示唆された。その理由には、実施できる力量があるという自信がない、個人 CBT を行える環境にない、CBT 面接実施時にスーパービ

ジョンを受けられない、研修の機会が十分でないことなどが挙げられている。このうち、力量がないことは、研修の機会が十分でない点が挙げられていることとも関連し、従来の短時間・短期間の講義と簡単な演習の研修では、実施に自信が持てるまでには至らないこと、また研修内容が看護師の臨床に十分に沿っておらず、導入への困難さから自信が持てないという可能性も考えられる。

また、スーパーバイズを受けられないという理由で実施できないという点は、先述のスーパーバイズを受けないまま実施している問題とも関連し、現在国内では医師へのスーパーバイズ体制は構築されつつあるものの、看護師の臨床や教育背景、アイデンティティなどを理解してスーパーバイズできる人材はかなり限られるという現状がある。よって、スーパーバイズを受けながらCBTを実施できる看護師は非常に少ないため、スーパーバイズを受けない状況のなか、手探りで実施しているか、あるいは実施そのものに至っていないと推測される。今後、看護師の実践者の養成はもとより、看護師でスーパーバイズができる人材の養成、またどのようなスーパーバイズが看護師にとって効果的かを検討し、看護師対象のスーパーバイズ体制を構築していくことが急務と考える。

個人CBTが実施できない理由には、個人CBTを行える環境にないことも挙げられている。詳細は不明であるが、主治医からの了解が得られないと実施することが難しいこと、看護師が、治療行為にあたる精神療法（認知行動療法）を実施することに抵抗を示す他職種や同職種の上司や同僚が存在す

ること、時間のない中、診療報酬につながらないことは認めてもらにくいことなどが起こっていると推測される。看護師がCBTを実施する場合は、他職種や上司・同僚の理解や協力が不可欠であろうと考えられるため、これらの実態をまずは把握すること、また今後、それをベースに、職場全体での看護師のCBTの実施に対する理解の促進およびサポート体制の構築を行うことが課題であろう。

集団対象のCBTの実施経験は9.7%と個人対象よりも少なかった。集団での実施の方が、個人に比べて、開始前にプログラムを作成したり、他職種等との連携体制を組んだりするなど、準備に時間をかける必要があったり、多くの患者を対象にすることでの力量の点などから、なかなか実施には至っていないと推測される。

個人対象のCBTを実施している場合と同様に、集団対象のCBTを実施している看護師も、実施していない看護師に比べて、CBTトレーニングや講習を受けたり、書籍を読んだ経験を持っており、トレーニング等の内容は不明ではあるものの個人の実践の準備状況はあると考える。しかし、集団の場合も個人の場合と同様に、スーパーバイズを受けながら実施している看護師は非常に少ないと想定されるため、質の担保という点から、集団CBTのスーパーバイズ体制もどう構築するかが課題であろう。

うつ病のCBTのトレーニングや講習の受講希望者は85.6%と非常に高かった。トレーニングや講習の受講希望者の中には個人・集団CBTを実施していると回答した人も少なからず含まれており、看護師の大半が、今後CBTの実践に役立つトレーニング

等を受けたいと思っている現状が示唆されたといえる。

また、CBT 実践の希望者も 75.5%と高かった。CBT の実践を希望する理由は不明であるが、看護師は、CBT が患者に対して何らかの効果があり、臨床で必要であると考えていることが推測される。2011 年の白石らと岡田らの調査で、看護師の臨床での CBT の必要性の認識が 40%程度であったことと比較すると、今回の実践希望者が 75%以上に上った点は、看護師の臨床での CBT の必要性が以前よりも増してきたことを表すと考えられる。その背景には、うつ病患者へのエビデンスに基づく効果的な看護を求める傾向、看護の臨床での CBT の有用性の認識の向上などがあるだろう。

さらに、CBT のトレーニング・講習の受講経験のある人は CBT の実施希望がある傾向が明らかとなった。多くの看護師は、何らかの形で臨床のなかに CBT を導入したいと考えており、トレーニングや講習を受講していると推測される。しかし、先述のように実際に実施できている看護師は 17%にとどまるため、スーパービジョンを導入した、実施に結びつく CBT の教育体制の構築ならびに CBT 実施が可能となる職場環境の整備等が必須であろう。

最後に、本研究の限界として、今回の調査は、全国の精神科関連施設の看護師を対象に行われたが、回収率が 14.5%と低かったこと、また各施設で任意に看護師を選んでいることから、全国の精神科関連施設に勤務する看護師を代表したものとは言い難い。今後、サンプリングの工夫と対象数を増やすことが課題であろう。

## C. 研究Ⅱ：平成 27 年度

### 1. 研究目的

看護師の CBT の実施における課題について、2 日間の看護師を対象とした CBT 教育プログラム受講後に、フォーカスグループインタビューを行い質的な分析により明らかにすることを目的とした。

### 2. 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) を組み合わせて行った。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。

### 3. 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。

#### 4. 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。

#### D. 結論

研究 I の対象となった看護師の半数近くは CBT のトレーニングや講習の受講経験があり、6 割以上は CBT 関連の書籍も読んだ経験はあったが、個人・集団対象ともに、CBT を実施している人は 2 割に満たなかった。実施している人は、そうでない人と比

べてトレーニング等を受け、書籍を読んだ経験を持つ傾向にはあった。しかし、実施していない人は、その理由に、実施できる自信がないこと、CBTを実施できる環境がないこと、スーパービジョンが受けられないことなどを挙げていた。これらは、研究Ⅱの質的な分析結果であがった、知識・スキルが十分でないため《知識・スキル》の蓄積が課題であること、よって継続的な《研修参加》や《スーパービジョン》が必要と考えていること、またその状況のなか、＜病棟の受け入れ体制＞も整っておらず、《実践への不安》があるということからも裏付けられた。

研究Ⅰ、Ⅱを踏まえ、今後、看護師が質の担保されたCBTを実施するために必要な教育体制を構築するためには、スーパービジョンを導入した、看護師の臨床に沿うCBTの研修内容を盛り込む必要があること、また継続的なCBT実践を支える研修を実施すること、他職種や上司・同僚等の職場全体での看護師のCBTの実施に対する理解の促進、サポート体制の整備も重要であることが示唆された。さらに、看護師のCBT実践を促進するためには、看護師の個人レベルでの努力のみならず、組織レベルでの体制整備が不可欠であることが示唆された。

(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。

## 引用文献

白石裕子、東サトエ、外山沙弥佳、岡田佳詠(2011). 精神科看護師の認知行動療法導入の準備と実践状況(第一報)-九州地区における調査-, 第31回日本看護科学学会学術集会講演抄録集、524.

岡田佳詠、白石裕子、東サトエ、外山沙弥佳(2011). 精神科看護師の認知行動療法導入の準備と実践状況(第二報)-東京地区における調査-, 第31回日本看護科学学会学術集会講演抄録集、524.

## E. 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

## F. 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

## 医療心理技術者等の個人認知療法・認知行動療法研修の方法論の開発

研究分担者 中野有美 梶山女学園大学人間関係学部心理学科 准教授

### 研究要旨

認知行動療法 (cognitive behavioral therapy : CBT) は医療と相性が良い心理社会的支援である。今回の調査により、医療心理技術者に医療臨床に役立つような形で CBT が実質的に広まるためには、医療で働く心理技術職員が増え、彼らが CBT の有用性と必要性を認識するとともに、現行の厚生労働省 CBT 研修のような研修システムを構築し希望者はそれらを受講できるようにしていくことが重要であることが浮き彫りとなった。そのために、まずは、心理技術職の養成課程が医療機関と近い関係を結べるように努力をすること、心理技術職の養成課程は卒後に及ぶ臨床研修システムを構築し臨床力を高める努力をすることから始めなければならないだろう。平成 27 年 9 月に成立した心理職の国家資格制度 (公認心理師法) の運用に期待がかかる。

### A. 研究目的

認知行動療法 (cognitive behavioral therapy; CBT) は医療現場での心理的支援として急速な広がりを見せ、CBT を用い支援することが日常茶飯事になる時代が近づきつつある。本調査では、医療心理技術者等の個人認知療法・認知行動療法研修の方法論の開発を目指して、まず、①心理技術職の間で CBT がそれほど広まりを見せていない理由を、臨床心理士養成課程の養成カリキュラムを決定し資格を認定している日本臨床心理士資格認定協会の理念や方針、心理技術職が臨床能力を養う機会から考察する。次に、②認定協会が指定する養成校を卒業し臨床心理士になった者が、厚生労働省が行っている個人 CBT セッションのスーパーヴィジョン研修をどのタイミングで受講すべきかについて、米国の臨床心理士養成、日本の精神科専門医取得までの研修状況と比較しながら考察する。さらに、③医療機関に勤務する心理技術職が CBT に持つ関心や実施状況について調査を行うことで、研修の方法論開発の方向性を探ることにした。

### B. 研究方法

①については、日本臨床心理士資格認定協会の理念や方針を米国の clinical psychologist 養成課程と比較しながら調査するとともに、国内の臨床心理士養成大学院に所属する教員にこれまでの流れや現状をヒアリングした。②については、米国の clinical psychologist 養成課程での実習量、日本の精神科専門医取得までの研修状況を参考にして、現在、卒後の初期研修を終え、精神科での研修期間が 2 年以上経過した精神科医が研修対象になっている

厚生労働省個人 CBT セッションのスーパーヴィジョン研修を、臨床心理士ほどのタイミングで受講可能にすべきかについて検討した。③については、A) 日本精神病院協会の会員が所有する医療機関に勤務する心理技術職員各 1 名と B) 全国保健・医療・福祉心理機能協会の会員である心理技術職員に、うつ病に対する CBT 個人セッションについてどのような経験や意見を持っているかについて、はがきによるアンケートを実施した。

### C. 研究結果

① 心理技術職の間で CBT がそれほど広まりを見せていない理由

①-1 : 医療や医療機関は遠い存在であること

CBT という心理的支援法は、もちろん、認知と行動の観点から相談者の問題を浮き彫りにするのだが、疾患毎、症状毎、問題毎に、どこに強調点を置くとより改善が進むか、というように支援のあり方を模索しながら発展を遂げてきた。すなわち、精神科医療関係者が常日頃おこなっている患者の見立て (診断) や治療方針の組み立てと根本的に類似しており精神科医療と親和性が強いといえる。実際、日本では医療現場を中心にこの 10 年ほど急速な普及が進んでいる。

一方で、日本臨床心理士資格認定協会では、臨床心理士の専門業務として、次の 4 つ、すなわち、1. 心理査定、2. 心理面接、3. 心理的地域援助、4. 調査・研究・発表、を挙げている。1 については、査定を医療モードで行う“診断”と区別する観点を大切に、例えば、学校に行きたくない子どもに医療機関で“うつ病”という“診断”がついた

場合、なぜその子供が学校へ行きたくないか、その子供の立場から現象を理解することが“査定”であると説明している。2については、心理臨床の中核的行為であるとしており、臨床心理士が相談者に関わり影響を与え、改善効果をもたらす行為である、と説明し、それは、医学モードでの“治療”に相当するものであるとしている。3については、その代表的活動として1995年から文部省の委託事業として始まった“スクールカウンセラー”の派遣を、4については、相談者への関わりをまとめた詳細な事例研究を挙げている。

資格認定協会は、このように専門業務の根幹を、臨床心理士がかかわることで相談者に“改善”をもたらすことであるとしながらも、該当する職域として、教育、福祉、医療、司法、産業と幅広く挙げており、具体的な支援活動として、スクールカウンセラー、子育て支援、高齢者支援、犯罪被害者等支援、個人開業を通じた支援などがあるとしている。この説明からも分かるように、何らかのこころの“改善”を目指しながら、疾患の治癒、体調不良の改善を本来の目的としている医療や病院臨床は、いくつかある職域の一つに過ぎないといったとらえ方をしており、医療機関で、医療臨床レベルの相談者への関与を積極的に進めるといった発想が希薄であることがうかがわれる。この点からも、医療で普及しているCBTの波に対して養成校が鈍感である理由が伺われる。

#### ①-2：臨床心理士が臨床能力を培う機会について

米国で clinical psychologist の資格試験を受ける権利を得るには、各州で差異はあるもののおおよそ、大学院最終年度の1年と卒後1年でそれぞれ1500時間以上の臨床経験を積む必要があるとされている。さらに、5年間の大学院のうち最初の4年間には、実践、被指導、グループディスカッションを含め600～1000時間を臨床に費やすことが期待されているが、実際にはそれ以上が費やされていることが多いという。かたや日本では、2年間の大学院で、学校での観察、医療・福祉施設への通院・通所者の観察といったものも実習に含めて500時間程度、といったところである。さらに卒後の臨床研修カリキュラムは一切定められていない。従って、資格取得後に就職先で技術を磨くことになるのだが、医療

機関では国家資格でないため国家資格である他の職種に比べて勤務者数に限りがあることが多く、さらに面接は個室で行う習慣があり陪席文化は盛んでないなどから、先輩の面接を現場で見て学ぶ機会がほとんどない現状がある。このような事情により、看護師のように職場で仲間と共に研鑽を積み成長していくことが難しい。結果として医療機関で心理技術職が患者の心理社会面を本格的に支援する集団にはなり得ず、従って、当然、彼らは医療機関でのCBT治療の主戦力とはなりにくい、という点は否めない。

#### ② 厚生労働省が行っているうつ病への個人CBTセッションのスーパーヴィジョン研修を受講するための臨床経験について

##### ②-1：日本の精神科専門医研修

厚生労働省は医師に対する現在の臨床研修制度を平成16年からスタートさせ、医師免許取得後、2年間の臨床研修を義務化した。医学部を卒業して医師免許を取得した後、大病院もしくは地域の中核的病院など研修指定病院と定められた医療機関で2年間かけて複数の診療科をローテーションし、その後、将来専門としたい診療科の専門研修に進んでいく。精神科の専門医になることを希望した場合は、2014年現在では、日本精神神経学会が定める専門医制度に従って、研修手帳を購入し、研修施設認定を受けた医療機関で3年以上研修する。研修手帳にある、精神療法を含む各項目について研修目標に達していることを指導医から認定され、各疾患や各入院形態について既定の経験症例数（少なくとも計30症例）と症例報告数（少なくとも計10症例）を満たし、無事、研修を修了したものが専門医の資格試験を受ける権利を得る。資格試験は、研修手帳と症例報告のチェックに続いて、筆記試験と面接試験により審査される。

厚生労働省が現在行っているうつ病に対するCBT個人セッションの研修事業は、主な対象者を精神科医としているが、今後、その対象をコメディカルに拡大していく方針がある。現在、対象となる精神科医とは、最低2年以上精神科医療に従事した者となっている。卒後研修制度から概観すると、医師免許取得後最低4年、精神科専門医研修が2年終わった時点ということになる。

##### ②-2：心理技術職が研修を受けるまでの臨