

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、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、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。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。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。 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、看護師の臨床に沿った 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 : 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、個人・集団での CBT の実施の有無、CBT のトレーニングや講習の受講の有無、CBT に関する書籍(専門書)を読んだ経験の有無、今後のトレーニングや講習の受講希望、CBT の実施希望の有無、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、

χ^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

χ^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、

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い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 : 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性については、<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と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 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、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に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