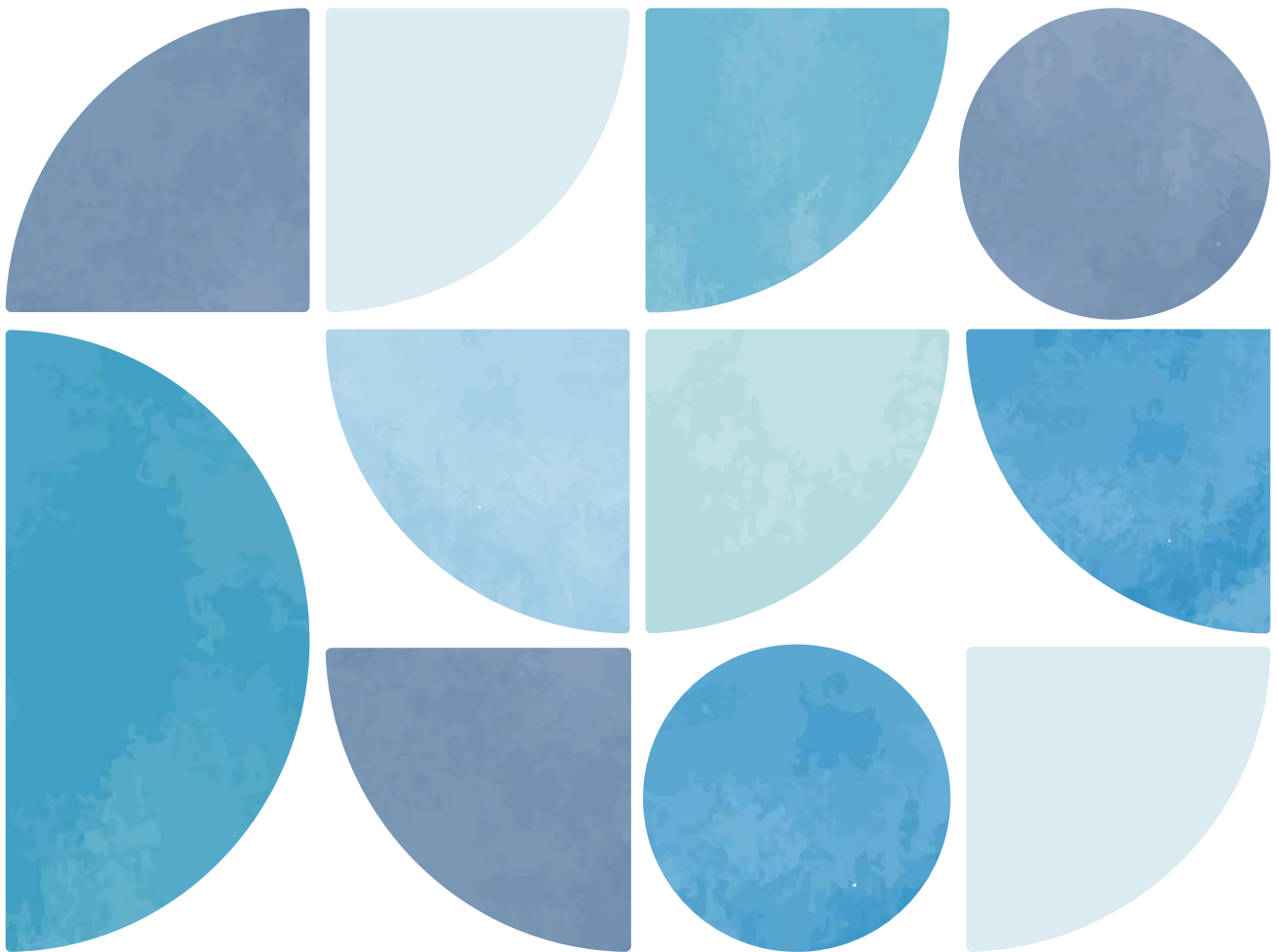




認知行動療法における 多職種連携マニュアル



日本医療研究開発機構（AMED）障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）
各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、
基盤スキル、多職種連携のマニュアル開発に関する研究

はじめに

認知行動療法を取り巻く日本の現状

認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy、以下CBT）は、人の気分や行動は、物事に対する見方（認知）の影響を受けるという認知行動モデルに基づき、問題解決につながる柔軟な考え方や健康的な行動パターンに修正を図っていくことで、気分の改善を目指す精神療法の一つである。CBTは、うつ病や不安症などさまざまな精神疾患に対する治療効果や再発予防効果が実証され、標準的な治療のひとつとして国内外の診療ガイドラインに推奨されている。

国内では、2004年度厚生労働科学研究費補助金「精神療法の実施方法と効果に関する研究」および、2010年度厚生労働科学研究費補助金「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」において「認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」が作成され、その有用性が検証された（Nakagawa et al., 2017）。

2010年にうつ病患者に対するCBTが診療報酬の対象となり、2016年からは強迫性障害（強迫症）、社交不安障害（社交不安症）、パニック障害（パニック症）、心的外傷後ストレス障害に対するCBTも診療報酬の対象になるなど、適応疾患が拡大した。さらに同年、医師の指導のもとに面接の一部を専任の看護師が実施した場合、診療報酬を算定することが可能となり、実施者の職種が医師以外に拡大した。しかし、第7回NDBオープンデータ（厚生労働省、2020年度）では、医師および看護師が共同して行うCBTの診療報酬算定件数は234件とごく僅かであった。実施を妨げている背景には、看護師がCBTを行う場合、時間的な余裕のなさ（54.9%）や勤務体制による定期面接の難しさ（39.4%）に加えて、周囲との相談が難しいこと（38.0%）などがある（日本医療政策機構, 2021）。

2011年度からはCBTの普及を目的とした厚生労働省認知行動療法研修事業が開始され、医師のみならず看護師や心理職など他職種に対しても研修の機会が提供されているが、実際の臨床現場で、異なる職種がどのように相談を行い、連携を図って実施していくかについては十分なコンセンサスが得られていない。

本マニュアルの目的

このような現状を踏まえて、本マニュアルは「認知療法・認知行動療法マニュアル」に基づくCBTを実施する際
の多職種連携のあり方、特に、医師と看護師、医師と公認心理師の外来診療における連携を中心に、CBTを実践している専門家の意見を集約し、解説している。特に医師と看護師の連携においては、医師と共同して面接の一部を専任の看護師が実施した場合に診療報酬の算定が可能となっており、どのような場面で、どのように連携してCBTを実施すればよいかについて、参考となる方法や実践例を記載している。また、心理職においては、2018年に初の心理系国家資格である公認心理師が誕生し、国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とした「心理的支援」を行うことが可能となっている。医療機関において、心理的支援を行う公認心理師が、どのように医師の指示を受けながら心理的支援を実施していくことが望ましいのかについて、参考となる方法や実践例、連携を促進するツールなどについて解説した。

本マニュアルの目的は、これらの連携方法や実践例などを共有することによって、各臨床現場におけるCBTや心理的支援がより実践しやすくなり、これまでCBTや心理的支援を受けられなかった当事者に、治療や支援が届くようになることである。なお、本マニュアルは多職種の連携方法について解説しているため、各疾患のCBTに関する具体的な実施方法は、厚生労働省の「認知療法・認知行動療法マニュアル」に掲載されている。そのため、実際の支援にあたっては、疾患別の「認知療法・認知行動療法マニュアル」と本マニュアルを併用することを本研究班として推奨する。また、本研究班で作成した「認知行動療法の共通基盤マニュアル」も参照されたい。

本マニュアルの作成手順

本マニュアル(第1.0版)は、AMED障害者対策総合研究開発事業(精神障害分野)「各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、基盤スキル、多職種連携のマニュアル開発」班の認知行動療法における多職種連携マニュアル(第1.0版)作成メンバーで議論を重ねて作成された。また、CBTを実践している複数の専門家に対して、外来診療での多職種連携の実践についてインタビューを行った。マニュアル案を複数のCBTのエキスパートへ回覧し意見抽出を行い、内容に関してコンセンサスを得た。2022年10～11月に日本認知療法・認知行動療法学会のホームページ上に公開し、パブリックコメントを募集した。パブリックコメントの指摘を反映して、第1.0版を確定した。今後は、診療報酬の改定などが行われるタイミングで、定期的に内容の見直しや改訂を行っていくことが求められる。改訂の手順については、本マニュアルの作成手順に準ずる。

本マニュアルで使用する用語の解説

本マニュアルで使用する「認知行動療法」という用語は、Cognitive Behavior Therapy (CBT) の訳であるために「療法」という語を用いているが、CBTは国際的にも医療・福祉・教育、その他の場面で広く用いられている支援方法をも含む用語であり、日本の医療現場における医行為としての「治療」を直ちに意味するものではない。医行為としてのCBTのみを指す場合には、本マニュアルでは「診療報酬上の」と明記することにした。故に、CBTを提供する者を「治療者」、CBTを受ける者を「患者」と表記しているが、これらの用語も医療機関における「治療」の提供者と被提供者を必ずしも指すものではない。本マニュアルでの「治療者」は、文脈に寄って「支援者」「セラピスト」などに置き換えられ、「患者」は「クライアント」「ユーザー」などに置き換えられる。

本マニュアルの構成

第1部では、本マニュアルにおける多職種連携のあり方ならびに各専門職種の役割について解説する。

第2部では、外来診療でCBTや心理的支援を組み合わせたCBTを実施する際の多職種連携の具体的な方法(主に医師と看護師、医師と公認心理師の連携)について解説している。この連携方法は、作業療法士、精神保健福祉士などの職種においても、準じて行うことのできる内容である。

第3部では、外来診療で行うCBTだけでなく、CBTの考え方をういた集団療法や入院病棟、リワークやデイ・ケアなどでの関わりについて、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師などが支援を行う際の多職種連携の実践例を広く紹介している。

最後に、本マニュアルの作成にあたりご尽力いただいたプロジェクトのメンバー各位、パブリックコメントなどで貴重なご意見をいただいた方々、その他、作成を支援してくれた多くのスタッフに、この場を借りて感謝の意を表したい。

2023年1月

日本医療研究開発機構・障害者対策総合研究開発事業(精神障害分野)
「各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、基盤スキル、多職種連携のマニュアル開発」 研究班

菊地俊暁(執筆責任者)、藤澤大介(研究代表者)

認知行動療法における多職種連携マニュアル

目次

第1部 外来診療の個人CBTにおける多職種連携

1. 多職種連携とは	6
2. 各医療者に求められる役割	6
2-1 医師の役割	6
2-2 看護師の役割	7
2-3 公認心理師の役割	7
2-4 作業療法士の役割	8
2-5 精神保健福祉士の役割	8
2-6 薬剤師の役割	8

第2部 多職種連携による個人CBTの流れ

1. 医師と看護師が共同で実施する場合	12
1-1 治療の構造	12
1-2 診療報酬の算定条件	12
1-3 CBT 1回目	15
1-4 CBT 2回目から15回目	15
1-5 CBT 16回目	16
実践例①：一般財団法人信貴山病院 ハートランドしぎさんで行う多職種連携によるCBT	16
実践例②：医療法人藤樹会 滋賀里病院で行う多職種連携によるCBT	18
2. 患者が認知行動療法を実践する際に公認心理師が行う心理的支援	19
2-1 治療及び支援の構造	19
2-2 心理的支援を組み合わせたCBT 1回目	19
2-3 心理的支援を組み合わせたCBT 2回目から15回目	19
2-4 心理的支援を組み合わせたCBT 16回目	20
実践例③：慶應義塾大学病院精神・神経科外来で行う多職種連携によるCBT	21

第3部 さまざまな場面における多職種連携の実践例

1. さまざまな場面で看護師が行う多職種連携によるCBTの実践例	24
1-1 病棟での集団による関わりの実践例	24
1-2 外来での実践例	25
2. さまざまな場面で作業療法士が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例	26
2-1 高次脳機能障害者に対するCBGT	26
2-2 事例紹介「CBTによる交換日記の活用で身体に対するメタ認知の獲得に至った事例」	27
3. さまざまな場面で公認心理師が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例	28
3-1 大学病院などの精神科・心療内科での実践例	28
3-2 総合病院での実践例	28
3-3 がん医療での実践例	28
3-4 医療観察法病棟での実践例	29
3-5 産業分野での実践例	30
4. さまざまな場面で薬剤師が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例	31
4-1 健康相談での実践例	31
4-2 薬局薬剤師と医師・大学による連携、共同	31
4-3 病棟での実践例	31
4-4 薬薬連携での実践例	33
4-5 在宅患者での実践例	33
5. さまざまな場面における精神保健福祉士が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例	34
5-1 CBGTでの多職種連携の実践例	34
5-2 相談業務やアウトリーチでの多職種連携	34
CBTの多職種連携に役立つリンク集・資料集	37
引用・参考文献	46
さまざまな場面で看護師が行う多職種連携によるCBTの実践例	46
さまざまな場面で作業療法士が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例	46
さまざまな場面で公認心理師が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例	46
さまざまな場面で薬剤師が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例	47
編著者一覧	48
利益相反	49



第 1 部

外来診療の
個人 CBT における
多職種連携

第1部

外来診療の個人 CBT における 多職種連携

1. 多職種連携とは

多職種連携とは、Interprofessional work/collaboration (IPW/IPC) あるいは multidisciplinary collaboration の訳語の1つであり、チーム医療とほぼ同義に用いられる。「医療の質の向上」を主な目的とする多職種連携では、構成メンバー1人ひとりが高い専門性を発揮しながら、チームの中でそれらを再統合する行為が必要とされる（水本ら, 2011）。

一般に、医療機関で多職種連携が求められる社会的背景として、社会や医療の変化が挙げられる。少子高齢化による人口構造や疾病構造の変化、さらには医療機関の大型化、急性期・慢性期といった病床の機能分化などによる医療提供体制のあり方が大きく変化し、医療技術の進歩による専門性の分化は、さまざまな医療技術職の誕生や国家資格化に繋がった。このような変化に伴い、医療に対する社会のニーズは多様で複雑になり、医療の質が大きく問われるようになった。しかし、この多様さと複雑さに単一の職種が的確に対応することには限界がある。そこで、患者を中心とした高度で安全な医療を提供するために、多職種連携による医療の実践が求められるようになった（藤井, 2018；水本ら, 2011）。

精神科領域においても同様に社会構造の変化や専門性の分化が見られ、多様な病態に対して、適切な医療を提供するためには、単一の職種で対応することは困難である。専門性を有する医療者がさまざまな視点から患者を捉え、高度かつ安全な医療体制を整備していく必要がある。本マニュアルの対象となるCBTにおいても、患者のニーズは高まっており、治療者はより適切な方法でCBTを実施することが求められている。また、CBTを行う職種が拡大する中では、有効な多職種連携が求められている。

多職種連携においては、職種間の連絡や調整の困難さ、費用対効果や危機管理の複雑さなどが懸念される。故に、それぞれの職種がコミュニケーションを活発化し、高い専門性に特化した視点と共に、チーム機能を果たすための俯瞰的な視点を持つ必要がある。この両者の視点を持つことが、自己の専門性や立場を活かし、多職種の共同の中で自分が果たすべき行動や判断を可能とし、ひいては、患者に対する共通理解を深めることに繋がっていく。

2. 各医療者に求められる役割

2-1. 医師の役割

医師は一般的に、医療現場における診療機能の中核を担う。すなわち、診察や検査を行い、その結果から診断し、治療の方針を決定する役割を担っている。さらに治療として薬物療法やその他の侵襲的な介入を、必要に応じて行うことが許されている。加えて、「医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」（医師法第一条）とされているように、個人のみならず社会的な視点を有することが求められている。

多職種連携においては、治療方針の決定を行うが故に、必然的にチームリーダーの役割を果たすことが多い。全体のマネジメントを司り、責任者としての機能を任されることがほとんどである。適切かつ安全な医療を提供するために、看護師や公認心理師、作業療法士、薬剤師、精神保健福祉士などとチームを構成し、治療目標の設定や各職種の役割を明確化するなど、治療方針を共有することが求められる。また、患者の危機管理、多職種への指導や助言を行うほか、連携体制の構築など、各職種が円滑に連携できる環境整備を行う必要もある。CBTの実施においては、診療報酬上の観点から看護師との連携が主に取り上げられてきたが、公認心理師が資格化されたこともあり、精神医療の現場で共同することの多い公認心理師、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師などの専門スタッフと連携して、CBTを実施することが可能ではないかとの議論がなされるようになった。上記の多職種連携における医師

の役割を踏まえ、CBTを実施する際には、診察や必要な検査を通して患者の情報を収集し、患者の問題を整理した上で、一連の治療計画を作成することが医師に求められる。その際、CBTの理論や構造について、十分な知識を持つことが前提となる。CBT実施中には、CBTで扱う患者の問題、症例の概念化やCBTの進捗を治療・支援の担当者と共有するほか、症例への指導や助言を行う。さらに、治療の継続や進展に影響を及ぼす可能性のある問題が生じた際には、担当者へ適切な指導や助言を行い、患者の安全性の確保を図らなければならない。また、定期的なカンファレンスを開催するなど、多職種間の情報共有を保障するとともに、各職種がそれぞれの専門性を発揮できるように、関係部署、関係職種と円滑なコミュニケーションを図ることも重要な役割の一つである。

2-2. 看護師の役割

看護師は、全人的に患者を理解し、患者の意思を尊重しながら、日常生活のケアを主として行う職種である。医師の指示に基づき、患者が安心して適切に医療を受けられるように診療の補助も行う。看護師の特徴は、患者の入院から退院、退院後の地域生活へと、あらゆる生活場面で多職種と共同しながら連続性のあるケアを展開することである。特に地域では、患者が病気とうまく付き合い、生きがいを持って社会生活を営めるように、多様な場で多職種と連携しながら、患者の生活上の困りごとや課題を患者とともに考え、支援することが求められる。また看護師は、病気ではない健康な人も対象に、健康の増進や疾病予防を目的として、地域や職域、教育現場などで医療従事者以外の多職種とも連携しながらケアを提供する。多職種のなかでも看護師は、患者にとって最も身近に存在する良き相談者であり、支援者である。

このような看護師の特性を踏まえると、多職種連携における看護師の役割には、大きく三つあると考える。一つ目は、患者と多職種チーム間を繋ぎ、患者の意思を尊重したチーム医療の実現に貢献することである。特に精神疾患を有する患者の場合、患者の人権が脅かされ、差別や偏見に晒される可能性もあるため、看護師が常に患者の視点に立って意見を述べるのが大切である。二つ目は、各職種の特性を理解しつつ多職種の意見を汲み取り、チーム医療が円滑に進むように調整することである。そのためには、平日頃からのコミュニケーションが不可欠で、多職種の考え方や支援方法をよく理解するよう努めること、また、看護師自身も看護師特有の考え方や支援方法、特に何気なく使用している専門用語を認識して、他の職種が理解できるような説明を心掛ける。三つ目は、看護師自身が専門性を自覚して役割を担うことが重要である。多職種連携によるチーム医療では、各職種の異なる専門性を理解し、患者の目標に常に立ち返り、目標達成のために相互に援助しながら適切な役割分担を行うことが求められる。

CBT実施にあたっては、看護師はまず患者のCBTへの意向を丁寧に確認し、患者自身が納得のいく決定をできるように、CBT進行中も患者の反応を観察しながら無理なく受けられるように配慮する。CBT進行中は、患者の日常生活ケアを通してCBTでの学びの般化や課題に対する取り組みを支援するとともに、職種間で情報共有しながら、CBTが円滑に進み、治療効果が得られるように働きかける。

2-3. 公認心理師の役割

公認心理師は、公認心理師法において「心理学に関する専門知識および技術を持って、心理学的アセスメントや心理援助・相談等を行う専門職である」と定義されており、医療現場においては心理検査などと並んで、心理的支援が中心的な業務の1つとなっている。入院集団精神療法、通院集団精神療法、依存症集団療法、入院生活技能訓練療法、精神科デイ・ケア、精神科ショート・ケアなどにおいて、公認心理師はチーム医療の一員として貢献している。

心理的支援の実践には熟練と経験を要するために、公認心理師の養成課程においては、大学の科目「心理的支援法」や大学院の心理実践科目「心理支援に関する理論と実践」が必修であり、実習科目「心理実践実習」の450時間が義務づけられているなど、精神科領域の基本となる共通要素について徹底したトレーニングを受ける（丹野ら、2015）。CBTについても、大学院では「行動論・認知論に基づく心理療法の理論と方法」が必修となっており、多くの公認心理師はCBTに関する講義を受ける。エビデンスレベルで見ても、心理職がおこなう心理的支援は、他の技法や対照群に較べて有意に大きな効果があると報告されている（丹野ら、2011; 佐藤・丹野、2012）。

医師が1回のセッションに30～50分を要するCBTを実施していくことには困難を伴う。医師の負担を軽減するひとつの方法として、公認心理師にCBTのうち、公認心理師の業、すなわち、心理的支援に該当する部分について分擔させることが検討されてよいだろう。なお、医師の指示のもとに公認心理師が実施したカウンセリングが診療報酬で認められている例として、「小児特定疾患カウンセリング料」が挙げられる（丹野・石垣, 2022）。

2-4. 作業療法士の役割

作業療法士は、医療・保健・福祉・教育の各専門領域を横断する幅広い専門性を有している。特徴として、対象であるヒトの身体機能と精神機能の両面から対象者の行動・活動・生活を包括的に評価し、一方で、対象者が生活する環境（人、物、場所）との相互関係性、それらの環境への有機的な適応方法を援助するための幅広い専門性を備えている。具体的には、医学的な治療を行うという観点よりも、対象者に残存している機能を最も優先し、無理のない代償的運動や活動能力を徐々に伸ばして、「できること」を増やすための練習を優先させる。その際、作業療法士は活動を通して対象者の意欲を喚起し、やればできるという自己効力感を増やし、生活に前向きな心理状態を維持する心理的かつ教育的アプローチを選択する。そうした、心身に影響するさまざまな活動をアプローチの手段とする作業療法士は、心と身体を同時にみる生活の専門家でもある。

多職種連携における作業療法士は、上記の専門性を活かし、対象者の疾患の種類に拘わらず、急性期から維持期、生活期まで段階的にフォローできるという特性を持っている。よって、多職種連携ではさまざまな専門職間の媒介的な役割が妥当な職種である。各専門性に対する十分な理解と対象者への包括的な評価を通じて、柔軟に治療からケアの調整ができるマネジメントの知識を併せ持つ。視点としては、治療から自立支援、ADL（Activity of Daily Living、日常生活動作）、そして、個人による生活上の価値観や意味のある活動支援、さらには就労支援に至るまで、対象者中心の観点から、多職種連携における全体調整やコントローラーとして寄与することが可能である。

CBTを受けている方と関わる際には、CBTの理論や構造を十分に理解したうえで、主治医の考えに沿って、CBT実施に伴う変化に配慮するなど、チームの一員としての役割を担う。

2-5. 精神保健福祉士の役割

精神保健福祉士は、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーである。専門的な知識と技術によって、患者が抱える生活問題や社会問題、社会復帰の促進などに関する相談、助言、指導、日常生活への適応に必要な訓練やその他の支援を行う。精神保健福祉士は、精神科医療機関だけでなく、生活支援サービス、福祉行政機関、司法施設、教育現場、EAP（Employee Assistance Program）や退職者の職場復帰支援、職業リハビリテーションなどの分野でも幅広く活動する。

精神科医療機関で働く精神保健福祉士は、主に入院支援、在宅生活への移行やその後の生活支援、住まいや仕事・学校に関する手続き、各種の支援制度・サービスの紹介や利用調整、その他、日常生活を送るための支援を行う。これらの支援に当たる際には、常に患者の権利擁護の視点を持ち、患者がその人らしいライフスタイルを獲得できるように努めていく。

また、医師、看護師、作業療法士や公認心理師などと有機的な連携を図り、多職種によるチーム医療を展開することが求められている（精神保健福祉士法第41条）。なお、精神保健福祉士は医師の指示によって業務を行う立場には必ずしもないが、「主治医がいれば、その指導を受けること」が義務として定められている（同法第41条第2項）。地域の関連機関と支援のネットワークを築き、患者の地域移行や地域定着を多面的に支援するなど、医療と地域社会の橋渡しを行うコーディネーターとしての役割も求められる。

CBTを受けている方に関わる際には、CBTの理論や構造を十分に理解したうえで、主治医の考えに沿って、CBT実施に伴う変化に配慮するなど、チームの一員としての役割を担う。

2-6. 薬剤師の役割

現在、薬剤師は通院、入院、在宅などで薬を必要とする人々に限らず、セルフメディケーションのための助言者として、未病・疾病予防、健康増進など、国民のあらゆる健康のステージを支援する責務を負っている。これらの

責務を果たすため、薬局ではさまざまな健康相談を受け、医師や歯科医師に対する情報提供等によって多職種と連携している。また、処方箋や初回アンケート票から得た情報を基に医師と連携したり、患者の投薬期間中は、継続的に服薬状況や体調変化などを把握し、医師と情報共有して対応を相談したり、プロトコルに基づく薬物治療管理（PBPM: Protocol Based Pharmacotherapy Management）によって医師と共同したりしている。さらに、来局していた患者が入院する際には、薬局に勤務する薬剤師は薬業連携によって、その患者の薬歴などの情報を病院勤務の薬剤師に情報提供する。

一方、病院に勤務する薬剤師は、患者の入院時に面談を行い、持参薬、服用状況、薬物相互作用などを確認し、医師、看護師らに情報提供するとともに、持参薬を継続使用する際のリスク軽減策を提案することで医師と連携する。薬物治療の開始時には、患者に適切な剤型、投与量、投与方法などを医師に提案し、起こり得る副作用とその対処法をあらかじめ多職種に情報提供しておく。また、副作用を防ぐために、病棟では患者の継続的なモニタリングを実施し、多職種と情報共有する。さらに、必要な場合には、患者の薬歴やカルテ情報などを多職種と連携しながら収集して対策案を検討する。カンファレンスなどでは、チームのメンバーと治療法を検討する。入院患者との面談では、退院後の服薬の自己管理を視野に入れて多職種と情報を共有しながら患者を理解し、生活状況なども把握しておく。退院時には、多職種からなる退院支援調整チームの一員として退院後の環境調整のために共同し、患者が暮らす地域の保険薬局薬剤師と連携するなど、退院してからの医療提供に注力する。

退院後の在宅患者に対しては、薬剤師が患者の自宅を訪問して医師、訪問看護師など、より多くの医療や介護、福祉の多職種と連携したり、緩和ケアチームの一員として在宅医療を支援する。このように、薬剤師の連携の特徴は、薬の専門職として国民のすべての健康ステージで、切れ目なく多職種と連携・共同しながら、適正かつ安心・安全な薬物治療と健康支援に取り組むことである。

CBTを受けている方に関わる際には、CBTの理論や構造を十分に理解したうえで、主治医の考えに沿って、CBT実施に伴う変化に配慮するなど、チームの一員としての役割を担う。



第 2 部

多職種連携による 個人 CBT の流れ

第2部

多職種連携による個人CBTの流れ

本稿では、CBTを16回実施することを想定して、医師と看護師および公認心理師がどのように連携を行ってCBTを進めていくのかについて解説する。なお、「はじめに」でも記述した通り、本稿で示したCBTは診療報酬上の算定可否を示すものではないことに留意されたい。また、多職種連携においても、認知行動モデル、「今、ここ」での具体的な問題への焦点づけ、協働的経験主義、ホームワーク、構造化が重要である。

1. 医師と看護師が共同で実施する場合

1-1. 治療の構造

治療の必要性や安全性を適切に担保するため、医師がCBT初回時とCBT最終回の面接を実施して、患者の重症度や病態の変化などを把握する。そして、同席した看護師が2-15回目のCBTを担当する。さらに1回のCBTは、看護師による30分以上の面接と、CBTに習熟した医師による5分以上の面接で構成される。それによって症例の概念化の共有や、治療方針や進捗の確認、ホームワーク、ブースターセッションの必要性などを共有していくことが可能となる。

	医師	看護師	共有事項	
1回目	CBT実施	CBT陪席	各セッションの進捗	
2回目	CBT後の診察	CBT実施		症例の概念化
↓				CBTの目標とCBTで扱う問題
↓				
↓				
15回目				CBTの振り返り
16回目	CBT実施	CBT陪席		

CBTの実施例（16回）

多職種連携による外来CBTの流れ

1-2. 診療報酬の算定条件

医師によるCBTの実施では480点、医師および看護師が共同して行う場合には350点の算定が可能である。

ただし、CBTを看護師が実施して診療報酬を算定するためには、「診療報酬を行う上での施設基準」にある要件を満たす必要がある（別添）。CBT実施に要した時間が30分以上であることが算定条件であり、医師と看護師が共同して行う場合には、看護師による30分を超える面接とCBTに習熟した医師の5分以上の面接が行われる必要がある。また、これらのCBTは、厚生労働科学研究班が作成した「認知療法・認知行動療法マニュアル治療者マニュアル」に従って行う必要がある（参考）。

別添) 診療報酬を行う上での施設基準

【一之四 認知療法・認知行動療法の施設基準】

- (1) 当該保険医療機関における認知療法・認知行動療法に関する講習を受けた医師の有無を地方厚生局長等に届け出ていること。
- (2) 認知療法・認知行動療法2にあつては、(1)の基準に加え、当該保険医療機関内に認知療法・認知行動療法について経験等を有する専任の常勤看護師が1名以上配置されていること。

【第48 認知療法・認知行動療法 1 認知療法・認知行動療法1に関する施設基準】

当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務していること。〈R2 保医発 0305 第3号〉

【第48 認知療法・認知行動療法 1 認知療法・認知行動療法2に関する施設基準】

- (1) 「1」を満たしていること。〈R2 保医発 0305 第3号〉
- (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
 - 【ア】 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
 - 【イ】 うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、「1」の専任の医師又は「ウ」の研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。
 - 【ウ】 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
 - (ア) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。
 - (イ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)に準拠したプログラムによる2日以上のものであること。
 - (ウ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。〈R2 保医発 0305 第3号〉

参 考)

うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル

(平成 21 年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>

不安障害の認知療法・認知行動療法マニュアル

(平成 27 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」)

①強迫性障害（強迫症）の認知行動療法マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12200000-Shakai-engokyokushougai-hoken-fukushibu/0000113840.pdf>

②社交不安障害（社交不安症）の認知行動療法マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12200000-Shakai-engokyokushougai-hoken-fukushibu/0000113841.pdf>

③パニック障害（パニック症）の認知行動療法マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12200000-Shakai-engokyokushougai-hoken-fukushibu/0000113842.pdf>

④PTSD（心的外傷後ストレス障害）の認知行動療法マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12200000-Shakai-engokyokushougai-hoken-fukushibu/0000115165.pdf>

摂食障害に対する認知行動療法 CBT-E 簡易マニュアル

(平成 29 年 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」)

<http://www.jsed.org/wp-content/uploads/2019/05/cbt-e.pdf>

1-3. CBT1回目

医師と看護師が取り組むこと

- ◆医師の治療方針を共有する
 - ◆CBTで扱う患者の問題を共有する
- ・ CBTの初回面接は医師が実施し、CBTを担当する看護師は同席する。なお、十分な情報がない場合には、インターク面接を16回とは別に設定することも検討する。
 - ・ 医師は情報を収集して患者の理解を深め、一連の治療計画を策定し、患者に対してCBTに関する詳細な説明を行う。また、CBTの面接で扱う患者の問題について、CBTを担当する看護師と共有する。
 - ・ 治療経過中、患者に下記に挙げるような治療の進展に影響を及ぼす可能性がある問題が見られた場合には、医師は看護師と共有し、注意深くフォローをしていく。
 - ①自殺・自傷に関連する問題
 - ②治療の継続に影響しうる現実上の大きな問題（例：経済的な問題、身体的健康問題、被虐待など）
 - ③治療や治療者に対する陰性感情

*気分障害（うつ病等）の治療経過中に、医師や看護師が患者の問題を整理したり、治療者間で情報や内容を共有したりする際には、巻末「CBTの多職種連携に役立つリンク集・資料集」にある「認知行動療法症例の概念化シート」や「認知行動療法治療計画書」を用いてもよい。

CBT開始時のチェック事項

- ✓看護師はインタークの記録やアセスメントを通して、患者情報を確認し理解している
- ✓CBT実施にあたり、医師と看護師との情報共有の頻度やその方法について、お互いに確認できている

1-4. CBT2回目から15回目

医師と看護師が取り組むこと

- ◆治療目標について共有する
 - ◆症例の概念化を共有する
 - ◆CBTの進捗を共有する
 - ◆治療目標の達成状況を共有する
- ・ 2回から15回のCBTは、看護師による30分以上の面接と、CBTに習熟した医師による5分以上の面接で構成される。
 - ・ 看護師は医師の治療計画に沿ってCBTを行う。患者の同意を得たうえでCBT面接の内容を録画・録音などの方法にて記録し、医師は、その内容を指示または指導（スーパービジョン）の参考にする。
 - ・ 医師は各回の面接について、看護師は各回のCBT面接について記録する。
 - ・ 看護師は各回のCBT終了後に医師に進捗を報告し、医師と目標の達成状況を共有する。
 - ・ 治療目標やCBTで扱う問題の変更など、症例の概念化について修正が必要と判断した場合やセッションの進め方に困難を感じた際には、医師に報告する。医師はCBTの方向性（治療方針）や困難の解決法（トラブルシューティング）について改めて指示を出す。

【症例の概念化について再検討が必要な時（具体例）】

- ①CBTで扱う問題の優先順位が異なる時
- ②患者が治療目標を変えたいと希望した時
- ③新たに重要な情報が入り、作業仮説の大幅な変更が必要な時

- ・ CBTの終盤では、看護師はそれまでのCBTの振り返りを行い、再発予防に向けた話し合いをして、それらを医師と共有する。

*CBTの実施方法は、各疾患別の「認知療法・認知行動療法マニュアル」を参照すること。

*気分障害（うつ病等）の治療経過中に、医師や看護師が患者の問題を整理したり、治療者間で情報や内容を共有したりする際には、本マニュアルの巻末に掲載した「認知行動療法症例の概念化シート」「認知行動療法治療計画書」「主治医へのCBTフィードバック用シート」などを用いても良い。

1-5. CBT 16回目

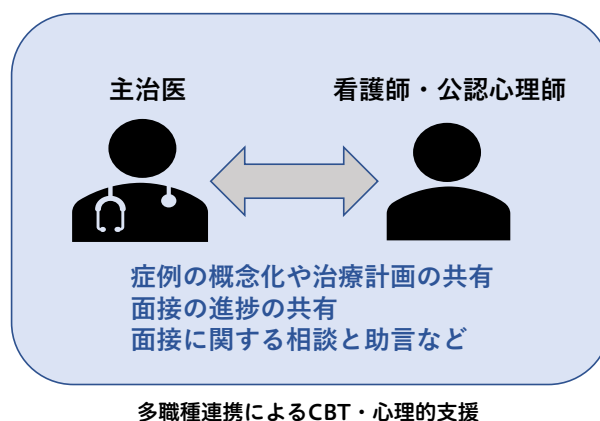
- ・ CBT最終回は医師が実施し、CBTを担当する看護師は同席する。
- ・ 医師は15回までのCBTを患者と振り返り、再発予防に向けた話し合いを行う。

*気分障害（うつ病等）の治療終了後に、再発のきっかけや症状、対処プラン、申し送り事項などを治療者間で共有する際には、本マニュアルの巻末に掲載した「CBT終了時サマリーシート」を用いても良い。

実践例①：一般財団法人信貴山病院 ハートランドしぎさんで行う多職種連携によるCBT

◆概要

認知行動療法専門外来では、うつ病に対する個人CBTを1週間に3コマ（3名体制）実施している。看護師、公認心理師が治療・支援を行っており、週1回、1回50分で行っている。治療の流れは「うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル」に沿って進めているが、症例ごとに柔軟に対応している。看護師や公認心理師が担当する症例については、診察した医師が通院精神療法で算定している。



◆いつ、どのような情報を共有しているか

1. CBT開始時

CBTが適用と判断された患者にインテーク用質問紙¹に記入してもらい、CBTを担当する看護師、または、支援を行う公認心理師（以下、CBT担当・支援者）は、患者が記入した質問紙の内容に沿って症例の概念化を行う。医師はその症例の概念化を確認してインテーク面接を実施する。

インテーク面接後に、医師はCBT担当・支援者と症例の概念化やCBTの方向性について検討を行い、その後、CBT担当・支援者はあらためて症例の概念化シートを作成する。

2. CBT2回目以降

診察では、医師は患者と前回のCBTの復習、ホームワークの確認、1週間の様子などを確認し、精神医学的評価やリスク・アセスメントなどを行ったうえで、本日のアジェンダの候補を検討する。CBT担当・

1 「経歴に関する補助的質問票」（ウィレム・クイケンら 大野裕監訳（2012）。「認知行動療法におけるレジリエンスと症例の概念化」 星和書店）

支援者は、毎回、診察に同席する。

医師の診察後に、患者には待合室などで復習や資料の見直しを行ってしてもらい、その間に、医師とCBT担当・支援者は5分程度の話し合いを行う。電子カルテの記録や患者用セッションノートと共有しながら、疑問点を解消したり、当日のアジェンダ、進め方などについて話し合う。

その後、CBT担当・支援者は、アジェンダに沿ってCBT

を実施する。当日のCBTで取り上げるアジェンダは、医師からCBT担当・支援者に提案は行すが、基本的にはCBT担当・支援者に任せている。

CBT面接終了後に、CBT担当・支援者は、以下の情報をカルテに記載する。なお、医師とCBT担当・支援者との情報共有ツールは、電子カルテと患者さん用セッションノートである。

－カルテ記載事項－

- ①うつ症状評価得点（QIDS-JとBDI）
- ②チェックイン時の内容
- ③前回のホームワークの実施状況と内容
- ④アジェンダ
- ⑤次回までのホームワーク
- ⑥まとめ
- ⑦フィードバック

◆スーパービジョン（SV）の体制

10回目までのセッションについては面接記録を全て録音し、医師は録音記録をもとに、1回30～60分のSVを行う。11回目以降のセッションでは、CBT担当・支援者に主体的にCBTに関わってもらうために、10分程度のSVを行うようにしている。

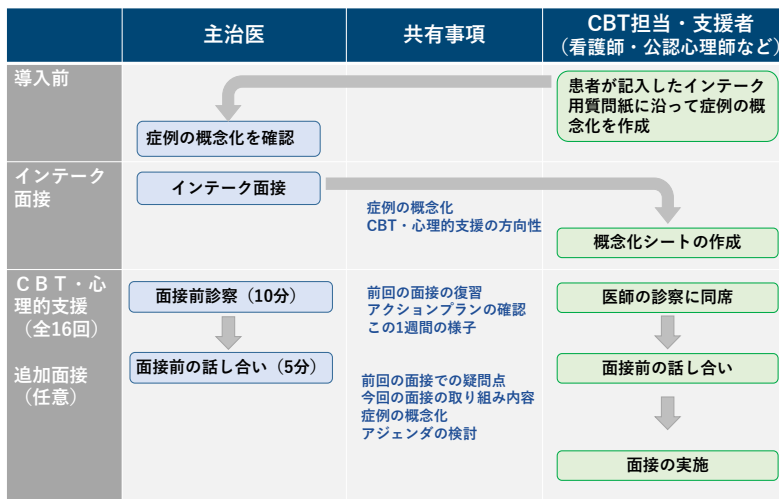
◆多職種連携の工夫や課題

CBTを担当する医師や看護師などは、厚生労働省認知行動療法研修事業のワークショップや定期的開催されるCBTの外部研修への参加、外部交流を通して、CBTに関する共通認識を持てるよう努めている。しかし、CBTに関する研修を受けても、全員がCBTを実施する時間の確保は難しく、病棟や外来の全ての看護師がCBTを実施できるわけではない。さらに、医師によるCBTの診療報酬算定でも採算が合わないのが現状であり、採算度外視で実施している現状もある。

◆CBT実施における多職種連携について

多職種連携でCBTを行うことで、医師以外の職種でもCBTを日々の臨床に取り入れようとする土壌づくりに繋がっている。また、一症例に多職種で関わることによって、症例の見立ての多角化や共有化が可能になる。特に看護師との連携では、病棟と外来の連携が深まるというメリットもある。

（徳山 明広）

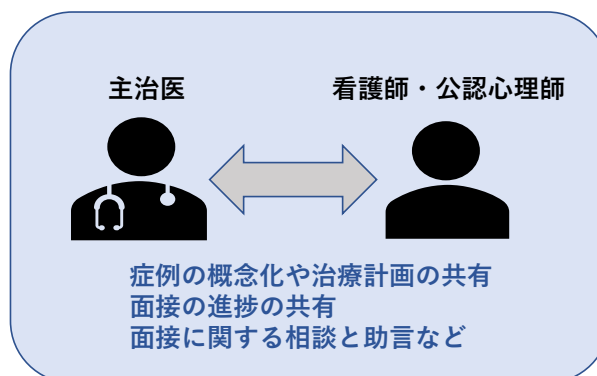


多職種連携CBTの流れ

実践例②：医療法人藤樹会 滋賀里病院で行う多職種連携による CBT

◆概要

認知行動療法専門外来では、うつ病、気分障害、不安症、衝動制御困難、不眠などに対する個人CBTを週3日、1回30～50分で実施している。カウンセリングを主な業務とする看護師が週3日実施している他、非常勤の公認心理師も支援を行っている。看護師が実施するCBTは、「認知療法・認知行動療法」で算定し、公認心理師が支援した際には、同日に精神科医師が精神療法を実施した場合には、「通院・在宅精神療法」で算定している。看護師1名が担当したCBT件数は、2020年度実績で延べ約300件であった。



多職種連携によるCBT・心理的支援

◆いつ、どのような情報を共有しているか

CBT担当・支援者は、薬物療法の増減のタイミングや曝露反応妨害法などの高負荷な介入のタイミングなどについて、診察の合間を縫って、医師と話し合っている。情報共有の際に使用するツールは、カルテ以外は特に用意していないが、症例に関する情報は頻繁に共有している。

◆多職種連携の工夫や課題

CBT担当・支援者は、症例に関して医師に積極的に報告して、医師との関係性を構築するように努めている。CBTの進捗報告の際には、医師は時間的制約が多いため、「薬が減らせた」「～ができるようになった」「～することが増えている」など、プレ・ポストでの変化や数値変化を簡潔に伝えるように意識している。

医師以外の医療従事者に対しては、CBTを実施できる人自体を増やすよりも、まずはCBTについて知り、関心を持ってくれる人を増やすことに注力している。カンファレンスや勉強会など構造化された場ではなくても、日常臨床のやり取りの中で、CBTを知らないスタッフに対して、「あの患者はCBTを進めていくうちに、このように症状が改善した」などと伝えることによって情報を共有している。このようなことを繰り返していくうちに、スタッフ間である程度の共通認識を持てるようになったり、病棟担当の看護師が「入院患者でCBTを行うとよいのではないかと思う人がいるのだけれども…」などと提案してくれるようになっていく。

CBTを実施する上での課題は、予約管理の観点から、CBTセッション後の診察が他の外来患者の診察と混合になるため、患者は病院での滞在時間が長くなり、患者の負担が増える点が挙げられる。また、CBTを行う部屋の確保という点では、個人情報をはじめ守秘義務が生じる内容を扱うため、個室が必要となる。しかし、構造上安全に配慮した個室は、診察室以外は難しく、環境面での課題が挙げられる。

◆CBT実施における多職種連携について

医師の診察にCBT担当・支援者が同席することで、治療の組み立て方から寛解までの治療の流れを知ることができて、非常に勉強になった。また、多職種で連携してCBTを進めるためには、医師とCBT担当・支援者との連携だけでなく、CBTに理解のある看護師や医師など仲間を増やしていくことが非常に重要だと考えている。その理由として、CBTに関心のある看護師が患者にCBTを提供したいと考えていたとしても、外来という部署環境が許容できる人員配置の問題や、実施する看護師の負担などから、組織的な理解が必要だと考えるためである。

(川野 直久)

2. 患者が認知行動療法を実践する際に公認心理師が行う心理的支援

公認心理師は、国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とした「心理的支援」を行うこととされており、要支援者(患者)に主治医がいる場合には、その医師の指示を受けることが公認心理師法に定められている。本稿では、主治医の指示のもとに、患者自身が気分や行動をコントロールするために、また、患者自身がその技法を自ら習得できるようにするために、公認心理師が相談および助言、指導その他の援助を行う際のもとの連携（主に医師との連携）のあり方についてまとめた。

なお、「はじめに」でも記載したように、本マニュアルで使用する「認知行動療法」という用語は、Cognitive Behavior Therapy (CBT) の訳であり、「療法」という語を用いているが、公認心理師の業である心理的支援など、幅広い支援などを含意する用語として使用しており、医行為としての「治療」を必ずしも意味するものではない。また、日本国内で診療報酬上の用語として用いられている「認知療法・認知行動療法」を必ずしも指すものではないことに留意されたい。

2-1. 治療及び支援の構造

- ・ 医師はCBT初回時とCBT最終回の面接を実施し、それらに同席した公認心理師が心理的支援を担当する。
- ・ 1回の心理的支援を組み合わせたCBTは、公認心理師による30分以上の心理的支援と、CBTに習熟した医師による5分以上の面接で構成される。それによって症例の概念化の共有や、治療方針や進捗の確認、ホームワーク、ブースターセッションの必要性などを共有していくことが可能となる。

2-2. 心理的支援を組み合わせたCBT1回目

医師と公認心理師が取り組むこと

- ◆ 医師の治療方針を共有する
- ◆ CBTで扱う患者の問題を共有する

- ・ CBTの初回面接は医師が実施し、公認心理師へ口頭や専用フォームによる申し送りをを行い、治療方針を共有する。
- ・ 医師は情報を収集して患者の理解を深め、一連の支援計画を策定し、患者に対してCBT等に関して詳細な説明を行う。また、面接で扱う患者の問題について、担当する公認心理師と共有する。
- ・ 経過中、患者に下記に挙げるような支援の進展に影響を及ぼす可能性がある問題が見られた場合には、医師は公認心理師と共有し、注意深くフォローをしていく。
 - ① 自殺・自傷に関連する問題
 - ② 治療の継続に影響しうる現実上の大きな問題（例：経済的な問題、身体的健康問題、被虐待など）
 - ③ 治療や治療者に対する陰性感情

*気分障害（うつ病等）の治療経過中に、医師や公認心理師が患者の問題を整理したり、治療者間で情報や内容を共有したりする際には、巻末にある「認知行動療法症例の概念化シート」や「認知行動療法治療計画書」を用いてもよい。

開始時のチェック事項

- ✓ 公認心理師は、インテーク記録やアセスメントを通して患者情報を確認し、理解している
- ✓ 医師と公認心理師との情報共有の頻度やその方法について、お互いに確認できている

2-3. 心理的支援を組み合わせたCBT2回目から15回目

医師と公認心理師が取り組むこと

- ◆ 支援目標について共有する
- ◆ 症例の概念化を共有する

◆進捗を共有する

◆支援目標の達成状況を共有する

- ・2回から15回の心理的支援を組み合わせたCBTは、公認心理師による30分以上の心理的支援と、CBTに習熟した医師による5分以上の面接で構成される。
- ・公認心理師は、医師の治療計画に沿ってCBTの考え方をを用いた心理的支援を行う。患者の同意を得たうえで面接の内容を録画・録音などの方法にて記録し、医師は、その内容を指示または指導（スーパービジョン）の参考にすることを推奨する。
- ・医師は各回の面接について、公認心理師は各回の心理的支援について記録する。
- ・公認心理師は各回の心理的支援終了後に医師に進捗を報告し、医師と目標の達成状況を共有する。
- ・公認心理師は、支援目標や扱う問題の変更など、症例の概念化について修正が必要と判断した場合やセッションの進め方に困難を感じた際には、医師に報告する。医師は支援の方向性（方針）や困難の解決法（トラブルシューティング）について改めて指示を出す。

【症例の概念化について再検討が必要な時（具体例）】

- ①扱う問題の優先順位が異なる時
- ②患者が治療や支援等における目標を変えたいと希望した時
- ③新たに重要な情報が入り、作業仮説の大幅な変更が必要な時

- ・心理的支援を組み合わせたCBTの終盤では、公認心理師はそれまでの支援内容について患者と共に振り返り、再発予防に向けた話し合いをして、それらを医師と共有する。

*CBTの実施方法は、各疾患別の「認知療法・認知行動療法マニュアル」を参照すること。

*気分障害（うつ病等）の治療経過中に、医師や公認心理師が患者の問題を整理したり、治療者間で情報や内容を共有したりする際には、本マニュアルの巻末に掲載した「認知行動療法症例の概念化シート」「認知行動療法治療計画書」「主治医へのCBTフィードバック用シート」などを用いても良い。

2-4. 心理的支援を組み合わせたCBT 16回目

- ・心理的支援を組み合わせたCBTの16回目は医師が実施し、公認心理師は同席する。
- ・医師は15回までの心理的支援を組み合わせたCBTを患者と振り返り、再発予防に向けた話し合いを行う。

*気分障害（うつ病等）の治療終了後に、再発のきっかけや症状、対処プラン、申し送り事項などを治療者間で情報や内容を共有する際には、本マニュアルの巻末に掲載した「CBT終了時サマリーシート」を用いても良い。

実践例③：慶應義塾大学病院精神・神経科外来で行う多職種連携によるCBT

◆概要

慶應義塾大学病院精神・神経科では、「CBTの適応あり」と判断されたうつ病や不安症の患者に対して、医師と公認心理師が共同的に心理的支援を組み合わせたCBTを実施している。心理的支援を組み合わせたCBT導入前には、主治医がインテーク面接やアセスメントを通して患者の問題の整理や特定を行い、公認心理師は追加情報の収集のために、インテーク面接や心理的アセスメントを行う。それらを踏まえて、主治医と公認心理師は心理的支援を組み合わせたCBTの適応の可否や症例の概念化、治療計画について一緒に検討する。

実施期間には、公認心理師による約50分の心理的支援に続いて、主治医による診察が行われる。毎回の支援後に、公認心理師は主治医に進捗を報告する。さらに、今後の進め方について主治医と相談し、医師と共同で症例の概念化の見直しを検討することもある。

実施期間の後半には、主治医と公認心理師で、経過や治療や支援などの目標の達成状況を振り返り、追加面接の必要性や実施回数などを検討する。

◆いつ、どのような情報を共有しているか

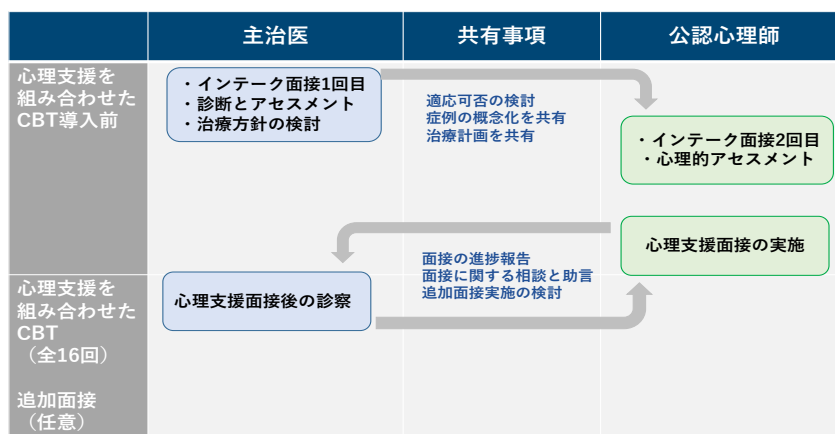
1. 心理的支援を組み合わせたCBTの導入前

< 症例の概要について共有する >

主治医は、CBTを治療選択として検討する症例があれば、その概要を公認心理師に伝える。主治医と公認心理師は心理的支援を組み合わせたCBTの適応についてさらに検討するために、追加で確認する必要がある情報や症状評価などについて話し合う。後日、公認心理師はあらかじめ既存のインテーク用紙（B-DEMO）を用いてインテーク面接を行い、うつ症状や不安症状、機能障害などに関する評価者評価や自記式評価などを用いて、心理的アセスメントを行う。公認心理師は、心理的アセスメントの結果とあわせて、患者の経過と現状の問題（困りごと）を主治医に簡潔に報告する。

< 症例の概念化や治療計画について共有する >

インテーク面接やアセスメントを通して、主治医と公認心理師は「概念化シート」に沿って症例の概念化を行い、心理的支援を組み合わせたCBTの適応について検討する。適応と判断された症例については、主治医が治療計画を作成し、公認心理師と共有していく。具体的には、症状



精神科外来における心理的支援を組み合わせたCBT

が患者にどのような影響を及ぼし、患者は何に困っているのか、患者の日常生活にどのような問題が生じているのか、患者は今後どうなりたいのかに着目し、治療や心理的支援終了時の患者の目標にあわせて、扱う問題の優先順位や用いるスキルの検討を行い、段階的に治療計画を立てるようにする。

2. 実施期間

< 症例の進捗について共有する >

各セッションの実施前に、うつ症状に関する質問紙（BDI-IIやQIDS-Jなど）を患者に記入してもらう。公認心理師は、毎回の心理的支援実施後に、主に以下についてカルテに簡潔に記載し、主治医に支援が終了したことを伝える。医師は、カルテ確認後に診察を行う。

－カルテ記載事項－

- ①うつ症状に関する質問紙の得点
- ②前回の心理的支援を組み合わせたCBTからの患者の様子
- ③前回のホームワークについて
- ④アジェンダ
- ⑤アジェンダに沿って話し合ったことや用いたスキル
- ⑥次回までのHW
- ⑦患者のフィードバック
- ⑧次回の予定

< 症例の進捗や問題点、疑問点について共有する >

公認心理師は、その日のセッションで実践・達成しようとしたこと、それらを試みてどのような結果になったか、次回のセッションの予定と予想される展開について、主治医に報告を行う。

症状の悪化が見られたり、計画どおりにセッションが進まないなどの問題が生じたりした際には、公認心理師は主治医に相談して指示を仰ぎ、支援の方向性をあらためて共有する。インテーク面接時には得られなかった重要な情報が入り、作業仮説に対する疑問点が生じた際にも、公認心理師は主治医に報告して、症例の概念化について再検討を行う。

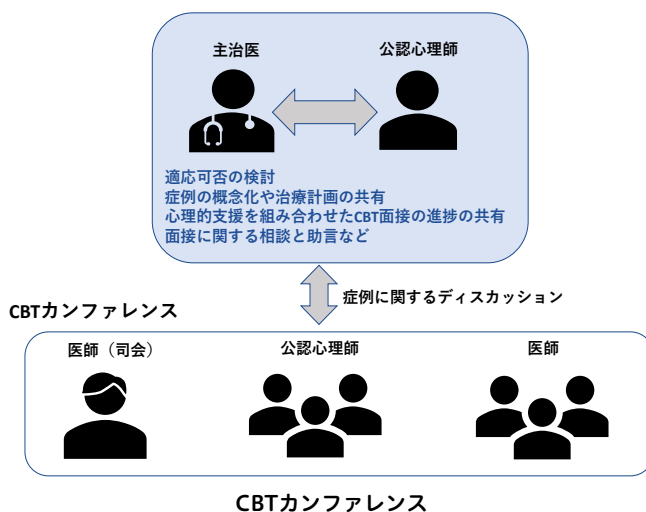
< 振り返り、追加面接の実施について共有する >

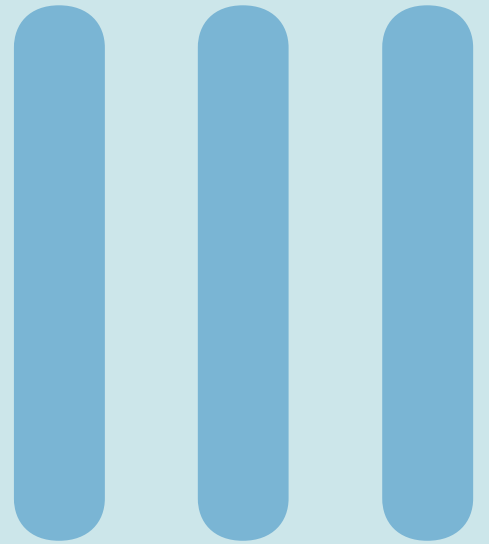
心理的支援を組み合わせたCBTの後半では、主治医と公認心理師はそれまでの治療や心理的支援を振り返り、終結に向けてセッションの進め方について検討する。CBTは原則として12-16回であるが、患者の病状や進捗によって4回までセッション延長が可能として、主治医と公認心理師は必要に応じて延長の必要性や延長の回数、延長時に何を扱うかについて話し合う。

◆CBTカンファレンスについて

CBTカンファレンスは毎週2回、CBT実施日に開催する。心理的支援を組み合わせたCBTを担当する主治医と公認心理師の他、司会役の医師、複数の医師や公認心理師が参加し、症例についてディスカッションを行い、理解を深めていく。

(小林 由季)





第 3 部

さまざまな 場面における 多職種連携の実践例

第3部

さまざまな場面における 多職種連携の実践例

本稿では、外来で行う個人CBTだけでなく、さまざまな場面でのCBTの考え方をういた関わりや、CBTに関する相談および助言、指導その他の援助を行う際の実践例について、広く紹介する。

1. さまざまな場面で看護師が行う多職種連携によるCBTの実践例

1-1. 病棟での集団による関わりの実践例

平成22年より開始された、精神科単科病院での亜急性期開放病棟における入院患者（うつ病、適応障害など）を対象にした集団認知行動療法（Cognitive Behavior Group Therapy、以下CBGT）の実践例を紹介する（佐藤, 2020）。このCBGTは、当初は医師と看護師が中心で進められ、平成26年より多職種連携を図るために、精神保健福祉士と管理栄養士も加わった。同時に、1ヶ月間の短期集中型入院プログラムに変更され、患者は効果的に治療を受ける目的で1ヶ月間入院し、集中的にCBGTを受けられるようにした。プログラムは60分×8回、週2回で実施し、入院中のフォローアップ体制を整えながら運営された。その後、平成30年からは外来患者を対象とするCBGTとして実施されている。

CBGTの多職種連携による効果として、CBGT自体が多職種連携の機会となり、各専門性を活かしながら多様な視点で支援することで共同関係が向上したこと、また、外来から入院、退院、退院後へと、継続的かつ一貫した包括的支援が提供できたこと、多職種での介入により、一人一人の患者のその人らしい生活のケアに幅が出たことが挙げられる。課題としては、一職種のみならず多職種がCBTを踏まえたコミュニケーションスキルを活用できるようにすること、看護師の場合、通常業務と並行してCBGTを実施するため業務負担に対応することが挙げられる。

医療観察法病棟での多職種連携によるCBTの実践例もある（北野, 2013）。医療観察法病棟は、入院から退院までの約1年6ヶ月、急性期、回復期、社会復帰期の3つの治療ステージで構成され、多職種チームで生物学的・心理社会的な治療をバランスよく実施する。そのなかで、医師やその他の職種が構造化されたCBTを実施する一方、看護師は日常生活場面で会話の流れに沿って、より自然に介入することが多い。また、インフォーマルにタイミングをみて、ノーマライジングするようなCBTの考え方をういた介入を実施する。その中での看護師の重要な役割は、治療や生活面で起こる否定的な自動思考を探り、治療導入への動機づけや治療関係の構築を行う時に、これらの情報を多職種チーム内で共有することであった。また、看護師が担当するCBTプログラムとしては、セルフモニタリングシートに基づく看護面接、急性期ステージでは入院オリエンテーションや「感変える」プログラム（偏った考えを誰もが持っていることに気づき、安心を得られるためのトレーニング）、回復期から社会復帰ステージではMedication Management（服薬マネジメント）や生活スキルに焦点化したSST（Social Skills Training）などがあり、多職種チーム内で、各プログラムにおける患者の反応などを情報共有したり、効果検討や評価などを実施した。

精神看護専門看護師（Certified Nurse Specialist、以下CNS）と看護師、医師、心理職、精神保健福祉士、作業療法士などの多職種連携のもとで、衝動的で暴言・暴力などの不適応行動を呈す適応障害患者に対してCBTを実践した例もある（矢内, 2017）。この例では、受け持ち看護師から介入の依頼を受けたCNSが、患者とともに、怒りを爆発させたときのエピソードをCBTモデルで整理し、多職種チームによるCBTの導入を提案した。CBT開始前からチームカンファレンスを行い、各職種の視点から得られた情報を共有し、目標や計画を話し合い、CBT実施中も、適宜、カンファレンスで状況を確認して治療方針を検討した。CBTセッションは週1回、CNSと受け持ち看護師が実施し、セッション後に患者の反応などを全職員が参加するカンファレンスで共有して、適宜、看護計画も修正した。セッションでは、CNSと看護師は、心理教育や認知再構成法、問題解決策リスト、アサーションを実施した。セッション外の関わりで得られた患者の特性や作業療法士から得た作業能力に関する情報なども活かして、関

わり方を工夫した。また、セッション外では、受け持ち看護師が、セルフモニタリングのサポートを行ったり、適応的に患者が考えられた時には、その場で強化したり、セッション内で作成した問題解決策リストを活用するように促して行動を強化したり、日常生活のストレス場面を取り上げたロールプレイなどを行った。並行して、多職種によるチームカンファレンスで、心理職や作業療法士と情報共有を行ったり、セッションで扱った内容がどの程度、日常生活で般化できているかに関する評価を行った。

患者を含む多職種チームでのCBT介入では、基本モデルを使って情報を共有・整理することで、全体の共通理解が進み、患者の衝動的な行動が減少し、「患者自身で対処できる」という感覚を持つことができた。看護師は通常、構造化されたセッション以外の日常生活全般に焦点を当ててサポートを行うため、患者の困りごとを把握し、セッションで取り上げやすいこと、また、日常生活の中でセッションでの課題をタイムリーに補えることなどが、多職種連携における看護師の役割といえる。患者がセッションで得たスキルを日常生活に般化する上でもサポートを行いやすく、客観的な評価もしやすい。看護師の最大の強みは、CBTのセッションとセッションの間を補う存在になり得ることである。そのためには、チーム内の看護師全員がCBTの知識やスキルをある程度、身につけることが必要である。また、多職種チームをマネジメントできる存在やスーパービジョン体制も課題といえる。

次に、大学病院において、看護師と医師、心理職による多職種チームでCBTを行った例を紹介する。入院後に心理職が始めた怒りの扱い方や認知の歪みに関連する心理教育は中断してしまい、それ以降は、その日の担当看護師が、毎日短時間のCBTを実施した。困りごとを聴き、スモールステップで目標設定し、CBTテキストを読み合わせて、ノートを使って認知行動モデル（5つの領域の関連図）を整理して振り返りを行った。少し慣れると、患者自身でモデルを書き込み、看護師とは振り返りをメインに実施するようになった。医師にこの介入について伝えたと、医師からも共同の依頼があり、医師と看護師、心理職と連携して実施することになった。医師は診察場で精神療法的な関わりを行い、心理職は認知の歪みに関する心理教育のみならず、看護師と患者が実施したCBTの振り返りも行い、週1回のカンファレンスで情報を共有した。患者は病棟内で運営するCBGTにも参加し、認知再構成法などを学んで退院した。

これらの関わりが功を奏し、患者は自分の感情への気づきや対処法の検討ができるようになった。初めは看護師や心理職が個別にCBTを実施していたが、多職種で連携することで、それまで見えなかった他職種の介入による患者の反応が把握できるようになり、統一した関わりができるようになったこと、看護師にとっては他職種からCBTに対するフィードバックがもらえるようになって自信が持てたこと、看護師は患者とじっくり話すことができるため、他職種にとっては新たな情報が得られることなどの利点があった。課題としては、薬物療法中心で進める医師の場合には、どのように連携しながらCBTの導入を図るとよいのかという問題があり、丁寧に情報共有しながら、話し合っただけで少しずつ進める必要があると考えられた。

1-2. 外来での実践例

看護師が多職種連携のもと、外来患者を対象としたCBTを実施する事例も徐々に増えている。2016年の診療報酬改定において、医師と看護師が共同してCBTを実施した場合にも「認知療法・認知行動療法」の算定が可能となり、数は限られてはいるが、年間300件以上の算定を行う看護師が存在する（川野, 2021）。

また、診療報酬の算定は行わなくても、医師と看護師が連携して気分障害などの症例に対してCBTを実施している例もある（田上, 2022）。この例では、訪問看護師と連携を図ることで、実際の日常生活に関する情報を得てCBTに活かすこと、目標達成に向けて、外来や地域医療連携室、相談支援事業所、地域活動支援センターとの支援体制を構築し、当事者を交えたカンファレンスも行った。

外来の場合、看護師が主体となって多職種で連携しながらCBGTを展開している例もある（岡田, 2015）。医師や作業療法士、心理職と情報共有しながら、患者への関わり方を工夫し、セッション内で学んだ知識やスキルの理解度や活用状況を確認したり、次のセッションに活かすことができていた。また、セッションでの患者の反応を他職種に伝えることで、他職種の治療的な介入にも活かされて、統一した方針で治療を進めることができた。

（岡田 佳詠）

2. さまざまな場面で作業療法士が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例

2-1. 高次脳機能障害者に対するCBGT

国立障害者リハビリテーションセンター病院では、高次脳機能障害者の方を対象に、「障害の自己認識の改善」「対人関係技能の向上」を目的とした集団訓練を実施している。

(1) 高次脳機能障害者に対する集団訓練の目的

具体的な作業活動を通して、対象者自身の持つ問題に気づいてもらい、他の参加者とのやり取りの中でその解決方法を考え、実践してもらうこと。

(2) 集団訓練の対象

復職や復学を目標として、入院および外来通院中の高次脳機能障害者で、個別作業療法も受けている者を対象にしている。参加は、原則として主治医の指示を必要とする。

(3) 集団訓練の構造

メンバーは流動的で、入院当初から参加して、復職や復学の見通しがつくまで継続するため、開始時期と終了時期は各対象で異なる。1回4～6名としている。実施時間は毎週火曜日午前の90分間、スタッフは作業療法士2名、言語聴覚士1名、心理職1名、看護職1名で構成している。

(4) 集団訓練の内容

プログラムの内容は以下のとおりである。集団訓練ではあるが、内容的にはCBTのセッションに近い構造になっている。

①近況報告（15分）

最近1週間で高次脳機能障害にまつわる出来事があったかを振り返ってもらい、問題が生じていた場合には、対処法を他の参加者と一緒に考えてもらう。

②メモ取り課題（30分）

スタッフが読み上げた内容をメモして、情報共有後に意見交換をする。テーマは脳の働きや物忘れ、感情のコントロールなど、高次脳機能障害者にとって身近なものを選ぶ。CBTの基本モデルに合わせて症状の理解を促したり、内容についてディスカッションを行い、過去に同じような体験をしたことがなかったか、自分が同じような場面に遭遇したらどう対処すればよいかなどを考えてもらう。

③問題解決型ゲーム（40分）

遂行機能や他者との情報交換を必要とするゲームで、勝敗を競う。勝敗の要因、上手くいったこと、失敗したことなどについて意見交換を行い、障害への気づきを促したり、自分に合った対処方法を考えてもらう。ゲームの開始前には、どの程度うまくできそうかをパーセンテージで自己申告してもらい、終了後には、実際にどの程度できたかを同様にパーセンテージで申告してもらい、自分で気づかなかった問題を認識してもらう。ゲームは10種類程度のレパートリーがあり、どの部分に働きかけるかを考慮して、ゲームを選択する。

④本日のまとめ・フィードバック（5分）

今回の集団訓練で気づいたこと、次週までに生活の中で注意すべき点などを各自に発表してもらう。

(5) 集団訓練の効果

復職や復学を目標とする、比較的、軽度の高次脳機能障害者を対象とするため、集団訓練参加前から神経心理学的検査のスコアが高く、天井効果によって大きな変化は見られない。そこで、効果判定の一つの方法として、『遂行機能障害症候群の行動評価（BADs）』の行動障害に関する自己評価とスタッフ評価が、初参加時と終了時でどのよ

うに変わったかを測定している。その結果、高次脳機能障害者に多く見られる脱抑制などを原因とする集団での振る舞いの問題や課題について、本人の認識が深まる傾向がみられた。

2-2. 事例紹介「CBTによる交換日記の活用で身体に対するメタ認知の獲得に至った事例」

20代女性。感染性胃腸炎に罹患し仕事を休んだことをきっかけに「職場に申し訳ない」という思いから不眠が出現。数日後の出勤時に気持ちが悪くなり、涙が止まらなくなった。本人は「同僚がニヤニヤし、自分が責められて怒られている気がした」と上司に相談をした。その後、徐々に精神状態が不安定となり入院となった。しかし、ほとんど休息がとれず、作業療法に参加している日中だけは、少し気が休まる程度であったため、以下のアプローチを行うこととなった。

- ①心理職がCBTの考え方をベースとした教育プログラム（週3回）を開始
→プログラムへの参加は固定化せず、自身の現状に合わせて生活スケジュールを立てる。
- ②作業療法士と相談の上、交換日記風の「やったよノート」を導入
→作業療法の目標を体重の減量と体力のアップとする。
- ③行動のモニタリングは「やったよノート」で行う（病棟看護師もこれに参加する）
→作業療法士は、運動時に気持ち良かったこと、身体の変化について問いかけを続ける。

経過・効果

病棟での様子（看護師より）：状態は安定。個室から4人部屋に移動。その後も聴覚過敏などの症状の再燃はない。外泊も定期的に行うが、症状の出現はなく、身体的な疲労感を訴える程度となった。

「やったよノート」の効果について

- ①自身の状態の外在化・意識化・見える化を促した
- ②ソクラテス的な問いかけによって身体感覚を意識化できるようになり、運動時の快刺激から集団時の不快刺激にまで般化できるようになった
- ③「やったよノート」を活用した問いかけと課題設定によって、主体的に取り組むことが出来た

多職種連携の効果について

心理職による心理的支援と連動した「やったよノート」による日常生活の「可視化」は、患者の意識を徐々に変え、最終的には行動変容へと繋がった。さらに、「やったよノート」は、病棟の担当看護師とも情報共有するための重要なツールとなり、作業療法士、心理職、看護師間の多職種連携が有機的に機能する上で重要なツールとなった。このように情報共有がスムーズに行われた場合、自然と介入方針も形成され、それが患者に対する各専門職の適切な対応に繋がったと考えられる。

（大嶋 伸雄）

3. さまざまな場面で公認心理師が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例

3-1. 大学病院などの精神科・心療内科での実践例

精神科・心療内科において、公認心理師は、CBTが必要であると医師が判断した患者に対して、医師の指示のもとで主体的に動いてCBTの考え方をを用いた心理的支援を実践しているケースが多い。支援の導入に先立ち、以下の事項について公認心理師と主治医が話し合うことで、支援の事前準備を整えることができるだろう。

まず、患者の診断や主症状を把握しておくことが重要である。CBTは疾患ごとに異なるモデルがあり、対象の患者に対してどの疾患モデルを用いるのが最適と主治医が判断するのかを確認し、検討することが望ましい。その際には、それぞれの疾患に応じた「認知療法・認知行動療法マニュアル治療者マニュアル」が参考となる（厚生労働省, 2015）。

さらに、その患者にCBTを導入することが適切かを検討する際のポイントとして、短期認知療法に関するアセスメント（Safran et al., 1990; 石垣・山本, 2019）の一部を参考にすると、次の事項が挙げられる。①患者は認知行動理論を理解し、自らの自動思考や安全行動をモニターすることが可能な状態にあるか、②患者は症状を自らケアするという責任を承諾し、毎セッションのホームワークを遂行できる状態にあるか、③適切な治療同盟を結ぶことができるかなどである。これらの事項は、その患者に公認心理師が心理的支援を行うことが適切かを評価する際にも同様にポイントとなる。補足として、これらの事項の全てがクリアされてなければ心理的支援を導入すべきでないという全か無か思考を提案しているわけではない。これらのいずれかに問題があるのなら、それを念頭においたうえで、どのような工夫や準備ができるのかを考えて、戦略を練ることが支援者の責任である。

（石川 亮太郎）

3-2. 総合病院での実践例

総合病院では、各科身体疾患について、受傷や罹患への心理的適応、受診や治療への動機づけ、行動形成や促進にCBTの考え方をを用いた支援のニーズが広く潜在しており、1～3次予防の観点からCBTの実践報告がある（藤澤ら, 2020）。ここでは、内分泌代謝内科領域での実践を挙げる（黒黒, 2016, 2021）。糖尿病、脂質異常、肥満症、メタボリックシンドローム患者を対象とした教育入院（10日間）において、多職種チーム（医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師など）が食事・運動の知識やスキルを指導し、心理職は次の役割を担う。直接的な支援としては、①教育入院中の集団療法（および入院中の多職種合同症例カンファレンス）、②個人を対象とした心理的支援を組み合わせたCBTがある。また、コンサルテーション機能としては、患者個人に対する「心理行動アセスメント面接」を行い、認知行動論的なケースフォーミュレーションに基づいた見解や助言を多職種チームに行っている。集団療法では、日常生活場面での療養行動の阻害要因やその対処について話し合い、同病者の体験から学ぶ（モデリング）形での動機づけ支援と対処スキルの獲得を狙っている。個人を対象とした心理的支援を組み合わせたCBTでは、食行動変容や身体活動性を高めるために、ケースフォーミュレーションをもとに個別最適化された支援を行い、療養行動へのアドヒアランスの向上を促進する（療養への動機づけとして、価値の明確化、間食の誘惑に対する刺激統制、飲食行動の機能分析と代替行動の形成、食事運動への理解と協力を求めるアサーティブなコミュニケーションなど）。また、いずれの活動形態においても、心理職が把握し得た疾病認識や治療の努力などを各々の職種が療養の指導に活かせるように、患者情報の共有に努めて、チーム全体の指導力向上に寄与している。

（黒黒 慎太郎）

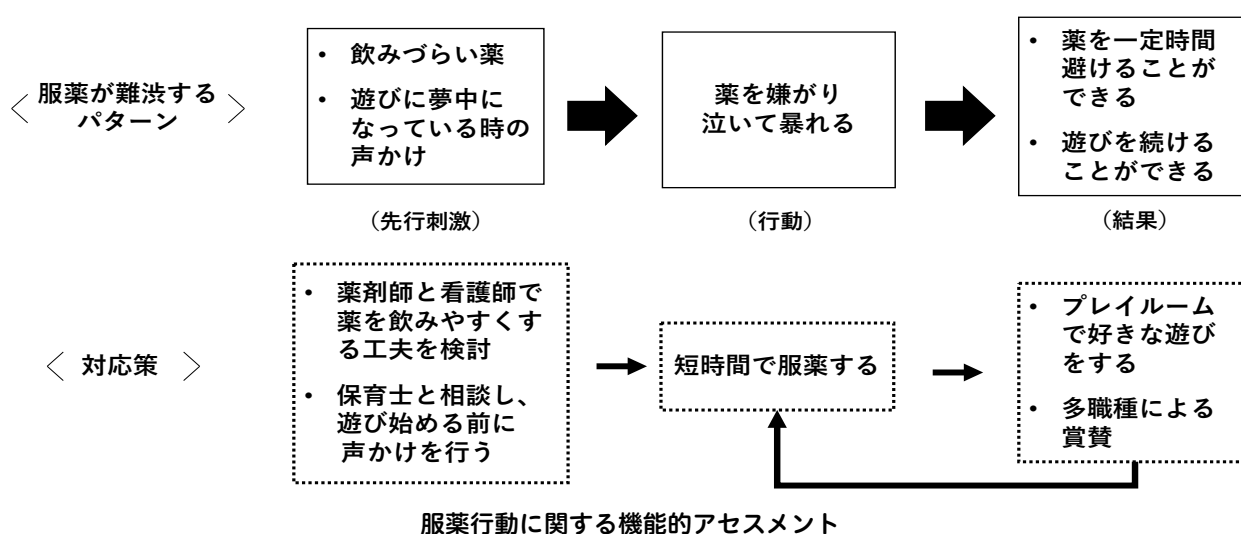
3-3. がん医療での実践例

がん患者の抑うつ・不安に対して、医師と共同して実施した行動活性化療法¹（Behavior Activate Therapy、以下BAT）について紹介する（Hirayama et al., 2019）。精神腫瘍科を受診した大うつ病性障害、あるいは、適応障

1 行動活性化療法の「療法」は医行為をさすものではない。

害のがん患者で、BATの適用があると医師が判断した者に対して、心理職が1回50分、計8回のプログラムを実施した。プログラムでは、病気や治療に対する不安にとらわれて、やる気が起きずに家で寝てばかりだったり、外出や対人交流を避けたりすることで、さらに、気分が落ち込むような状況に着目した。そして、病気により諦めていたこと、本来、自分が大切にしたいこと、どのように日常生活を送りたいかを明確にして、散歩、家事、趣味や仕事など、今できる具体的なことを話し合いながら行動計画を立て実践していった。また、毎回のプログラム後に医師の診察を行い、プログラムへの動機づけを高めたり、必要に応じて薬物療法も行った。これにより患者のプログラム脱落率も低く、精神症状の有意な改善も示された。

服薬への抵抗が強く、泣き叫んで暴れる小児がん患者に対して、機能的アセスメントを用いながら多職種で関わった例も紹介する（武井, 2015）。この例では、患者の対応に難渋した主治医や看護師から依頼を受けた心理職が、多職種で患者の問題行動について機能的アセスメントを行い、CBTの考え方をういた心理的支援の導入を提案した。具体的には、チームカンファレンスを行い、各職種の視点で得られた情報を共有し、服薬行動に関してCBTの基本モデルで整理しながら、服薬を促すタイミング、声かけの仕方、服薬後の対応などについて相談した。



各職種で役割分担を行い、頻繁に情報共有を行いながら患者に関わった。機能的アセスメントを用いて情報を整理・共有したことで全体の共通理解が進んだこと、CBTの考え方をういた関わりを多職種が一貫して行ったことで、患者の服薬行動の安定につながったと考えられる。

(柳井 優子)

3-4. 医療観察法病棟での実践例

医療観察法病棟では、医師から心理職に「CBT」を依頼されて実施するのではなく、心理職が主体的に患者と治療関係を構築し、多職種チームの中で心理面接や集団プログラムを展開している。その背景には、多職種チーム医療の一員として、すべての入院患者に対して、入院から退院まで長期間にわたって関与していることが挙げられる。厚生労働省医療観察法医療体制整備推進室のまとめによれば、2005年7月の医療観察法施行から、2019年12月末までの入院決定者数は約3500名であり、心理職が関わっている事例は豊富である。また、2016年7月までの全対象者の平均入院処遇期間は951日であり、2年以上の長期間にわたり、心理職が関与している。標準的な医療観察法医療機関の病床数は33床で、施設基準に基づき心理職が2~3名配置されていることから、概ね1人の心理職が担当する入院処遇の患者数は10~15名である。

医療観察法病棟の多職種チームでは、共通評価項目を用いて情報を共有し、ケースフォーミュレーションを行い、多職種チーム医療のマネジメントが行われている（鈴木・田口, 2019）。すなわち、多職種で共有されたケースフォーミュレーションに基づいて、心理的支援が組み立てられている。実践例として壁屋（2019）は、治療初期に

は、心理検査に基づく認知特性や性格特性を評価し、治療の進め方について提案し、心理教育と現実検討、内省プログラムと対処スキルの獲得へと展開させている。野村（2019）は、他者に対する不信感の強い対象者に対するアプローチを報告しており、標準的な精神科治療を奏功させるために、CBTの考え方をういた個人面接と集団プログラムを併用している。杉浦（2019）は、集団でのアプローチとなるメタ認知トレーニングプログラムの効果を高めるために、日常生活場面で看護師を中心とした病棟スタッフが汎化を促す介入の役割を担うことを指摘している。西村（2019）は、再発予防に関する支援としてクライシスプランの作成例を報告している。「普段の状態」「少し危険な状態」「危険な状態」のサインとそれぞれの状態への対処法を考え、クライシスプランにまとめ、関係者で共有しながら、他職種も介入しやすい土台を作っている。

（古村 健）

3-5. 産業分野での実践例

産業分野では、組織全体の心身の健康も重要であるため、支援対象となる従業員だけでなく所属する組織も支援対象となり、心理職が関わる範囲や求められる役割は組織の体制によって異なる。具体的には、不調の従業員支援はもちろん、人事や管理職がどのようにサポートして職場適応を円滑に進めていけるかといった、各関係者の関わりのコーディネートや、多様な課題をかかえる従業員への対応方法のコンサルテーションなどが挙げられる。また、これらの連携の際には、産業保健スタッフ間で課題を共有して対応にあたることや、必要に応じて主治医から就業可否の意見や要配慮事項などについて情報を得る。このような連携を組織の持つリソースに重ねて、組織にあった役割分担と体制づくりをしていく必要がある。

セルフケアの集団研修では、CBTの考え方をういたアプローチや技法（問題解決に係る技法、ストレス免疫訓練、認知的再構成法、アサーションなど）やリラクセーション技法などが、科学的根拠のある介入方法として示されている（島津, 2015）。一方で、従業員個人への対応においては、CBTの諸理論のエビデンスを根拠としたアドバイス（対人コミュニケーションに関連する認知的な捉え方や反芻への対処、セルフモニタリングによる食事・運動・睡眠などの生活リズム改善、行動活性化、ストレスマネジメントやコーピング、上司や同僚へのサポート希求など）に活用され、退職者の再発予防を含む職場適応に活かされている。また、多職種で連携する際にも、これらの取り組みについての情報をCBTの科学的根拠を持った諸理論をもとに、わかりやすく情報伝達をするスキルが求められる。

（田上 明日香）

4. さまざまな場面で薬剤師が行うCBTの考え方をういた多職種連携の実践例

4-1. 健康相談での実践例

地域住民の健康をサポートするために、検体測定室を設置した薬局での、CBTの考え方をういた健康相談対応事例を紹介する（鈴木・渡邊, 2021a）。薬局の検体測定室を利用してHbA1c（ヘモグロビンA1c）を継続して測定している男性は、医師から糖尿病治療薬を処方されて服用していたが、副作用の発現によって医師と相談して薬を中断し、食事と運動で治療中であった。担当薬剤師はこの患者と良好な関係性を築いて話しやすい雰囲気を作り、一貫して患者の味方として一緒に問題解決していく姿勢を示した。その上で定期的な測定結果をもとに、その都度、患者の話を傾聴して考えや気持ちを確認しながら、数値の変化について解説し、生活習慣の改善を促し、検査結果やその経緯を医師と共有することを継続した。このような取り組みにより、非薬物療法による血糖コントロールができたことで、結果的に薬物治療の開始時期を遅らせることができた。

4-2. 薬局薬剤師と医師・大学による連携、共同

薬局薬剤師と患者の主治医と大学が連携して、単極性うつ病患者を対象に、投薬期間中の服薬指導時にCBTの考え方をういて服薬アドヒアランスの向上を試みた研究事例を紹介する（庄司・岩永, 2022）。2020年9月施行の改正薬機法により、薬剤師には患者の薬剤使用期間中の服薬フォローアップが義務化された。一方、抗うつ薬は十分な量、十分な期間、服用することが治療の基本となっているにも関わらず、抗うつ薬の服薬アドヒアランスは低下しやすい。そこで、研究実施の承諾と患者の診断名などを主治医と情報共有する承諾を得た上で、抗うつ薬を処方されていて継続的な来局が見込まれる単極性うつ病の患者を対象に、介入群には6カ月間の服薬フォローアップの服薬指導時に薬局薬剤師が面接を実施し、対照群には通常通りの服薬指導を行うことを試みた。その結果、介入群は対照群に比べ、服薬に対する認識や症状の程度が改善する傾向が認められた。

CBTの考え方をういて服薬アドヒアランスの向上を試みた一例では、通院しているうつ症状の男性患者が、薬が増量されて不安を感じていることについて、薬剤師が患者の服薬に対する不安に寄り添いながら対応したところ、患者から「あまり不安がらず飲んでみようという気になった」という回答を得て、それ以降、医師と相談の上で、体調に応じて薬の量を調整するようになっていく。

薬局薬剤師が、患者の主治医・大学と共同で、来局患者の抗うつ薬の薬物治療管理プロトコルを作成した事例を紹介する（渡邊, in press）。協力医療機関を受診し、新規にSSRIまたはSNRIが処方された20歳以上の患者について、薬の副作用による訴えに迅速に対応するために、薬局薬剤師、医師、大学が共同で、抗うつ薬の薬物治療管理プロトコルを作成し、必要に応じて、薬剤師の判断で減薬・服用中止のアドバイスができるようにした。

また、電話サポートを行う薬局薬剤師には、CBTの考え方をういて患者に寄り添いながら相談者の問題を解決するよう求めた。副作用による服用中断が最も多いと考えられる服用開始3～5日後に、介入群58名に対して薬局薬剤師による電話サポートを行った結果、副作用と思われる訴え21件（吐き気6件、傾眠12件、めまい2件、その他4件）、服薬状況不良3件（副作用が怖くて1回も服用できなかったなど）、その他4件（調子よくなってきたので、次回受診しようか迷っているなど）を把握し、迅速に対応することができた。このうち、社交不安障害と診断された患者の事例では、薬剤師が電話サポート時にCBTの考え方をういて患者に寄り添ったことで、来局時には話せていなかった不安について打ち明け、その対策について話し合うことで、患者は不安が軽減でき、服薬を再開することができた。

4-3. 病棟での実践例

一般病棟でのCBTの考え方をういた多職種連携の事例を紹介する（一本木, 2020）。2012年に病棟薬剤業務実施加算が新設されたため、薬剤師が病棟で多職種と共同する機会は格段に増えた。このうち入院患者への初回面談で

は、カルテの記録や紹介状などを踏まえつつ、患者本人の言葉で、薬の服用歴や副作用などについて、さまざまな経験や思いを引き出したことにより、薬の副作用で腎機能低下が起きていたという患者本人も気づいていなかった副作用歴を聴取することができた。これは「副作用はありますか？」との問いかけだけでは拾えない情報であった。また、多職種からの依頼で多いのは、「患者が服薬を拒否しているので対応して欲しい」というものである。このような時には、まず患者に服薬拒否の理由を伺い、薬に対する思いを話してもらう。実際に拒薬すべき明確な原因がないことが確認できれば、患者にCBTの考え方をを用いたサポートを試みている。緩和ケア目的で入院となった、言葉が発することのできない高齢男性患者が、麻薬の坐薬を拒否した事例では、医療スタッフは一刻でも早く痛みを取り除いてあげたい、と坐薬を敢行しようと考えていたが、「患者がより納得できる投与方法があるのでは」と薬剤師が考え直して対応した結果、患者から「点滴ならやって良い」という意思表示を得て、麻薬の点滴による疼痛管理を行うことができた。

精神科病棟に限らず、薬剤師は多職種から拒薬に関する対応を求められることが多い。薬の効果や副作用を評価する上で、医師はいうまでもないが、患者の実際の生活を普段から見て知っている看護師や作業療法士などの医療スタッフとの連携は必須である。このような連携を前提にした精神科病棟での多職種連携事例を紹介する（増田, 2020）。

看護師から引き継いで電話相談に応じた事例では、患者は睡眠薬Aを初めて処方されたが「これでは眠れないと思うから、前回の薬に変えて欲しい」と訴えていた。この患者との関係構築を念頭に傾聴、共感、受容を心がけ、丁寧に情報を収集した。患者は主治医より睡眠薬Aはふらつきが少ないと説明を受けていたが、「ふらつきが出ないような弱い薬では眠れないに決まっている」という自動思考から不安感が高まっていたので、その不安に対応した結果、患者は先日転んでしまったこと、まだ睡眠薬Aを試してもいないことに気づき、「また転んでしまったら怖いし、睡眠薬Aを試してみたい」との適応的思考を見出して解決に至った。

また、医師から薬剤師にノセボ効果に気をつけるように事前に助言されていた全般性不安障害の患者の事例では、不安が強く副作用について色々知りたがる患者に、薬剤師は具体的な副作用を説明することを避け、不安を受け止めつつ、副作用について調べすぎると、かえって不安になることに気づかせることから始め、「服用してみても、その結果はどうだったのか」を一緒に確認することへの同意を得て行動実験を重ね、「薬を服用しても思ったような怖いことは起こらない」との気づきを得たことで、患者の訴えの頻度は次第に減っていった。

一方、副作用を訴えながらも服薬を継続できた反復性うつ病の女性の事例では、副作用のために「ダメな薬」と患者からレッテルを貼られた薬が10種類以上あったが、CBTの考え方をを用いて対応したところ、気づきを得て服薬できるようになり一定の薬効が得られた。しかし、患者自身は良くなった事実を否認していたため、対応に困って心理職に相談したところ、患者は「良くなると自分から人が離れていってしまう」という根本的な思考があるため、「良くなった」という事実に向けることが難しいことを教わった。心理職から対応についての助言を得て、患者に寄り添う姿勢を強化して、患者は服薬を継続することができた。

精神疾患による総合病院の入院患者を対象とした集団精神療法の事例（小川, 2022）を紹介する。この病院では、週1回×8セッション（約2ヶ月）の「集団精神療法」が、精神科医、看護師、心理職、栄養士、薬剤師の多職種により構成されて開催されている。薬剤師はこのうち「薬の一般知識、規則的な内服の重要性」というテーマで、セッションを担当している。このセッションで、患者は自身の思いや経験を吐露したり、他の患者から拒薬時の経験談を聞いたりすることで、自身の考え方や行動を見つめ直す狙いがあり、薬剤師は患者の好みや悩みを知ることで、個々の患者に対してより適切な処方提案が行える。また、これを機に退院後の生活を見据えて、多職種と話し合いながら個々の患者に合った内服管理のトレーニングも行っている。

1 投薬行為によって生じる有害事象

4-4. 薬薬連携での実践例

精神科病院の薬局と退院する患者のかかりつけ薬局とのCBTの考え方をを用いた連携事例を紹介する（増田, 2022）。2020年度診療報酬改定では「退院時薬剤情報連携加算」が新設された。入院患者のうち、人前で服薬することに抵抗感のある患者や副作用が心配で服薬が困難になっている患者は、入院中は看護師など多職種の見守りに助けられて服薬できるようになっていても、退院によって入院という非日常の特殊な環境から患者の日常に戻った時に、それを維持することに難しさがある。そこで、この病院の薬剤師は患者の困りごとや問題点と、それについてどのような支援を行っていたかについて、できるだけ具体的に記載した文書を薬剤管理サマリーに添付し、退院する患者のかかりつけ薬局薬剤師に情報提供することにより、薬局薬剤師が入院中に行われていた支援を補完し、患者の適切な服薬の継続に繋げることを期待する取り組みを始めた。

4-5. 在宅患者での実践例

訪問薬剤師が在宅患者の服薬管理の問題について、医療・介護の多職種と連携して減薬や減量ができたと事例を紹介する（鈴木・渡邊, 2021b）。パーキンソン病治療中の在宅患者について、訪問看護師から「薬が効いていないようだ、数がどんどん増えて管理に困っている」という相談を受けた担当薬剤師は、「動きづらくなる」と自己判断で薬を早く飲んだり多く飲んだりしている患者に対して、家族や看護師、ケアマネージャー、介護ヘルパーなどと連携しながら、時間通りに服薬した場合の薬の効果と体調の変化を患者自身に認識してもらえるようにCBTの考え方をを用いた介入を行い、医師への情報提供を継続したところ、服用薬剤が11剤から7剤に減薬、減量することができ、また、減薬とともに患者のADLも改善した。

（前田 初代）

5. さまざまな場面における精神保健福祉士が行うCBTの考え方をういた多職種連携の実践例

CBTを多職種で取り組むための土台作りとして、公益財団法人正光会宇和島病院では平成23年から院内のCBTの勉強会を開始している。また、外部のスーパーバイザーを招いて事例検討で助言をもらったり、多職種のスタッフが学会や研究会に参加していく中で、CBTの考え方に触れたり、スキルの習得を図ってきた。

5-1. CBGTでの多職種連携の実践例

平成21年より、うつ病や不安障害を対象としたCBGTを開始し、平成24年からはリワークプログラムの一環として多職種によるCBGTを実施している。復職を目指す方を主な対象としているが、比較的機能の高い引きこもりの患者が参加する場合もある。また、遠方に住んでいる患者の場合、入院して集中的にプログラムに参加する方もいる。参加者は10名程度、スタッフは4名配置し、医師、精神保健福祉士、公認心理師などの心理職、作業療法士など多職種で実施する。職種に関わらず、リーダーとコ・リーダーを担当している。CBGTは週1回90分で認知面、行動面について各7セッションで構成する。各セッションが終了した時点で、個別面接を実施し、目標の確認などを行っている。リワークプログラムの一環として実施しているため、CBGT内で扱った演習のフォローを行ったり、個別に声を掛けて対応するなどのフォローがしやすい体制となっている。例えば、CBGTで復職面談に関する悩みを話した患者がいた場合には、職場の人にどのように自分の状態を伝えたらよいかをリワークプログラムのSSTで扱うなど、プログラム間の連携も保ちながら実施している。

多職種のスタッフ間での情報共有の方法は、CBGT終了後の簡単な情報交換の他、週1回1時間のミーティングを設けている。概念化シートを念頭に置きながら、CBGTやリワークプログラム参加時の様子を共有することで、スタッフ間で患者の認知的・行動的な特徴を理解したり、介入の方向性を検討し共有したりしている。また、医師も参加するため、参加時の様子を見ながら投薬の調整を行うなどの連携も可能になっている。

院内では複数の医療系の資格を持つスタッフも多く（例えば、精神保健福祉士と医師、精神保健福祉士と公認心理師など）、職種による視点の違いが理解を妨げると感じることはあまりない。また、リーダー、コ・リーダーを多職種で順繰りに担当するため、CBGTを進行する役割、参加者の様子を観察してフォローする役割のそれぞれを体験できて、スタッフ間のスムーズな連携にも役立っている。

5-2. 相談業務やアウトリーチでの多職種連携

院内での精神保健福祉士の業務として、相談業務やアウトリーチがあるが、その中でもCBTの視点やCBTのスキルを活用する場合がある。CBTを学ぶようになって、アジェンダを決めたり、振り返りを行うなど面接の型を意識するようになった。また、「その時、何を考えていたか?」「その後、どのように行動したのか?」などの質問を行うことで、背景にある患者の認知面や行動面を理解しようと試みることもある。ワークシートなどを活用して整理するというよりも、会話のやり取りの中で活用している。

また、新型コロナウイルスの感染拡大の影響もあってアウトリーチ自体が減ってはいるが、自立した生活が難しい患者に対する訪問では、まさに具体的な生活支援を行うことが多い。そのため、外来での個人CBTを導入することは難しいが、「スタッフが患者にどのように関わるか」という姿勢に、CBTの考え方をういた関わりが活きているように感じている。例えば、スタッフが先回りをしてサービスを提供するのではなく、自助を促し、患者の能力を引き出すような関わりを目指すようになったと感じている。多面的なアセスメントを行った後に、それらの情報から一人の患者を理解する（概念化）ように心がけたり、患者が辛くなっている背景やスキーマを主治医に伝えたり、ケースカンファレンスの際に多職種で共有したりしている。

また、アウトリーチでは、院内関係者だけでなく、行政機関や他機関との連携も必要となる。宇和島では、3、4か月に1度、関係機関とのCBTの勉強会を開催している。現在は感染症対策のため、リモートで開催をしているが、他機関や他県からの参加者も増えている。普段、CBTなどのセラピーに関わらない職種（例えば、臨床検査技師など）も関心を持って参加してくれたりしている。そのような中で、共通の「言語」が生まれ、それが結果的に、多

職種連携に繋がっているように思う。また、このようなスタッフの一体感が患者にも伝わり、患者さんの「見えな
い安心感」にも繋がっていくように感じている。これらの風土作りは、病院全体の理解も必要であり、理事長や院
長がCBTを学び、これらの活動を後押ししていることが多職種連携の基盤を作っていると考える。

(兵頭 俊次、渡部 亜矢子)

3

さまざまな場面における
多職種連携の実践例

CBTの
多職種連携に役立つ
リンク集・資料集

リンク集

1.うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル

(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>

2.不安障害の認知療法・認知行動療法マニュアル

(平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」)

①強迫性障害（強迫症）の認知行動療法マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000113840.pdf>

②社交不安障害（社交不安症）の認知行動療法マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000113841.pdf>

③パニック障害（パニック症）の認知行動療法マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000113842.pdf>

④PTSD（心的外傷後ストレス障害）の認知行動療法マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000115165.pdf>

3.摂食障害に対する認知行動療法CBT-E簡易マニュアル

(平成29年国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」)

<http://www.jsed.org/wp-content/uploads/2019/05/cbt-e.pdf>

4.国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

<https://www.ncnp.go.jp/cbt/>

5.The Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

<https://beckinstitute.org/>

6.一般社団法人認知行動療法研修開発センター

<https://cbtt.jp/>

7.World Confederation of Cognitive and Behavioural Therapies (WCCBT)

<https://wccbt.org/>

8.Academy of Cognitive Therapy (ACT)

<https://www.academyofct.org/>

9.International Association for Cognitive Psychotherapy (IACP)

<https://i-acbt.com/>

10.日本認知療法・認知行動療法学会

<http://jact.umin.jp/>

11.日本認知・行動療法学会

<http://jabt.umin.ne.jp/index.html>

認知行動療法 治療計画書

Ver.1.0

(ID:)

医療機関名: _____

作成日: 年 月 日

患者氏名: _____ (ID:) 年齢: _____ 歳

診断名 うつ病 (単一エピソード・ 反復エピソード) 双極性障害 抑うつエピソード
 持続性抑うつ障害 (気分変調症) その他 ()

今回の認知行動療法の目標

治療計画

- ・ 心理教育
- ・ 行動へのアプローチ
- ・ 思考へのアプローチ
- ・ 問題解決のためのアプローチ (環境調整など)
- ・ その他、併用されるアプローチ (薬物療法など)

※治療計画は病状や問題等によって変更される場合があります。

担当医名: _____

CBT担当者名: _____

認知行動療法 症例の概念化シート (clinical case formulation)

医療機関名: _____

記入日: _____年 _____月 _____日

担当医名: _____

患者氏名: _____ (ID: _____) 年齢: _____歳

診断名 うつ病 (単一エピソード・ 反復エピソード) 双極性障害 抑うつエピソード
 持続性抑うつ障害 (気分変調症) その他 (_____)

現時点での症状 (QIDS/PHQ-9/GAD-7などの得点)

現病歴 (状況的な問題)

該当するものにチェックしてください

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 生活様式や生活環境に関連する問題 | <input type="checkbox"/> 家族以外の人間関係に関連する問題 |
| <input type="checkbox"/> 家族に関連する問題 | <input type="checkbox"/> 健康に関連する問題 |
| <input type="checkbox"/> 仕事・学校における問題 | <input type="checkbox"/> その他の問題 |
| | (_____) |

成育歴 (形成期の影響)

生物学的、遺伝学のおよび医学的要因

長所/強み

認知行動パターン/スキーマ(中核信念)

- ・ 出来事
- ・ 自動思考
- ・ 気分・情動
- ・ 行動

作業仮説 (認知行動モデルに則った作業仮説)

主治医への CBT フィードバック用シート

年 月 日

セッション 回目	BDI, QIDS 等の得点 点	ID:
アジェンダ		
CBT アプローチ	<input type="checkbox"/> 行動活性化 <input type="checkbox"/> 認知再構成法 <input type="checkbox"/> 問題解決技法 <input type="checkbox"/> アサーション <input type="checkbox"/> その他	
アプローチの結果		
本日の HW		
患者さんからのフィードバック		
次回の予定		
その他、主治医に伝えたいこと		

主治医への CBT フィードバック用シート【記入例】

年 月 日

セッション 5 回目	BDI, QIDS 等の得点 12 点	ID:
アジェンダ	わからないことを上司に相談できない	
CBT アプローチ	<input type="checkbox"/> 行動活性化 <input checked="" type="checkbox"/> 認知再構成法 <input type="checkbox"/> 問題解決技法 <input type="checkbox"/> アサーション <input checked="" type="checkbox"/> その他「なんでも自分一人で解決しないといけない」と考えて、自分ひとりで抱え込んでいた悪循環の仕組みを共有した。	
アプローチの結果	<p>「一人では解決できないことは現実であり、上司に相談しても上司の迷惑にはならない」ことが共有できた。さらに、相談内容によっては上司の他にも相談に乗ってくれる人がいるかもしれないという気づきを得られた。</p>	
本日の HW	仕事に関して相談できる人のリストを作成してみる。	
患者さんからのフィードバック	自分一人で頑張ろうとしていたが、上司への相談が遅れることでかえって周囲に迷惑をかけていたのかもしれない。あらためて冷静に考えてみると色々気づくことがあった。	
次回の予定	今回の HW で出したリストを参考に、相談内容に応じた相談相手について一緒に検討する。	
その他、主治医に伝えたいこと	上記情報の共有を行う。	

CBT 終了時サマリーシート

年 月 日

症状の変化 *BDI, QIDS 等の得点を記載	CBT 開始時	CBT 終了時
CBT 開始時に抱えていた困りごとが解決したか	困りごと 解決の程度	
再発の引き金になる状況・問題は？		
再発の初期症状は？		
困りごとに対する対処プランは？ *学んだ CBT スキル等、今後、使えそうな対処プランを記載		
困りごとを解決するためのキーパーソンは？		
その他の申し送り事項		

CBT 終了時サマリーシート【記入例】

年 月 日

症状の変化	*BDI, QIDS 等の得点を記載	CBT 開始時 21 点	CBT 終了時 9 点
CBT 開始時に抱えていた困りごとが解決したか		<p>困りごと 仕事で分からないことがあっても、上司や先輩に確認できずに仕事を抱え込んでしまう。</p> <p>解決の程度 仕事の内容別に誰に相談するかを整理できた。上司に週 1 回、15 分程度のミーティングの時間を取ってもらい、定期的な相談の機会を整えることにした。</p> <p>半年後に予定されている職場異動</p>	
再発の引き金になる状況・問題は？		<p>入眠困難</p>	
再発の初期症状は？		<p>・認知再構成法：「忙しい上司に尋ねるのは申し訳ない」「自分で解決しなくてはならない」という考えを再検討する</p> <p>・行動活性化：忙しくなると息抜きを忘れてしまいがちなので、週末はスポーツジムに行き汗を流す</p> <p>・上司への相談：仕事の優先順位が分からなくなったら、まずは上司に相談する。職場が変わっても定期的なミーティングの時間を設けてもらう。</p>	
困りごとに対する対処プランは？	*学んだ CBT スキル等、今後、使えそうな対処プランを記載	<p>職場の A 先輩、友人の B さん</p>	
困りごとを解決するためのキーパーソンは？		<p>職場の A 先輩、友人の B さん</p>	
その他の申し送り事項		<p>パフォーマンスは高く、真面目に仕事に取り組む長所がある。一方、完璧主義が強く、上司への報告・相談が遅れて一人で抱えてしまう傾向もある。相談しやすい環境整備のために、職場の上司に協力を仰ぐように働きかけるとよい。</p>	

引用・参考文献

【はじめに】

- * Nakagawa A, Mitsuda D, Sado M, Abe T, Fujisawa D, Kikuchi T, Iwashita S, Mimura M, Ono Y, Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial, J Clin Psychiatry 78(8), 1126-1135, 2017
- * 第7回NDBオープンデータ（厚生労働省, 2020年度）, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00011.html
- * 特定非営利活動法人 日本医療政策機構, 厚生労働省令和2年度障害者総合福祉推進事業「認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る実態把握及び今後の普及と体制整備に資する検討」報告書, 2021

【第1部】

- * 水本清久, 岡本牧人, 石井邦雄, 土本寛二 (2011) インタープロフェッショナル・ヘルスケア 実践チーム医療論 実際と教育プログラム, 医歯薬出版株式会社.
- * 藤井博之 (2018) ラーニングシリーズIP保健・医療・福祉専門職の連携教育・実践 ① IPの基本と原則, 協同医書出版社.
- * 丹野義彦, 石垣琢磨, 毛利伊吹, 佐々木淳, 杉山明子 (2015) 臨床心理学, 有斐閣.
- * 丹野義彦, 奥村泰之, 上野真弓, 高野慶輔, 星野貴俊, 飯島雄大, 小林正法, 林明明, 磯村昇太 (2011) 心理師が実施するうつ病への認知行動療法は効果があるか—系統的文献レビューによるメタ分析, 認知療法研究, 4, 8-15.
- * 佐藤寛, 丹野義彦 (2012) 日本における心理士によるうつ病に対する認知行動療法の系統的レビュー, 行動療法研究, 38, 157-167.
- * 丹野義彦, 石垣琢磨 (2022) 公認心理師にとって診療報酬はなぜ生命線か, 公認心理師, 2(4), 4-9.

【第3部】

さまざまな場面で看護師が行う多職種連携によるCBTの実践例

- * 佐藤真 (2020) チーム医療の厚みを活かす集団認知行動療法 III 看護師を中心とした集団認知行動療法の取り組み, 認知療法研究 13(2), 159-160.
- * 北野進 (2013) 看護師が実践するCBTにおける多職種連携を考える 医療観察法病棟で行われるCBTにおける多職種連携, 認知療法研究6(2), 137-139.
- * 矢内里英 (2017) チーム・アプローチ III 認知行動療法のチームアプローチにおける看護の役割: 精神科病棟における実践から, 認知療法研究10(2), 122-125.
- * 川野直久 (2021) 気分障害への多職種連携チームによる認知行動療法 外来における医師と看護師との共同による認知行動療法, 第18回日本うつ病学会総会・第21回日本認知療法・認知行動療法学会プログラム抄録集, 275.
- * 田上博喜 (2022) 気分障害への多職種連携チームによる認知行動療法 うつ症状により社会参加が難しい方への多職種で関わる認知行動療法: 多職種連携で実施するCBT, 認知療法研究15(2), 126-128.
- * 岡田佳詠 (2015) 女性うつ病患者への集団認知行動療法, 認知療法研究8(1), 48-57.

さまざまな場面で作業療法士が行うCBTの考え方をういた多職種連携の実践例

- * 大嶋伸雄編(2016) クリニカル作業療法シリーズ・身体障害の作業療法 (第2版), 中央法規出版, 359-394.
- * 大嶋伸雄(2015) PT・OT・STのための認知行動療法ガイドブック, 中央法規出版.
- * Donaghy M, Nicol M, Davidson K編, 菊池安希子監訳, 網本和, 大嶋伸雄訳者代表(2014): 臨床が変わる! PT・OTのための認知行動療法入門, 医学書院.
- * 齋藤佑樹(2014) 作業で語る事例報告: 作業療法レジメの書きかた・考えかた, 医学書院.
- * 認知作業療法研究会, <http://cognitive-ot-japan.kenkyuukai.jp/about/index.asp>
- * 鎌倉矩子(2004) 作業療法の世界—作業を知りたい・考えたい人のために (第2版), 三輪書店
- * 大嶋伸雄編著(2013) 患者力を引き出す作業療法—認知行動療法の応用による身体領域作業療法, 三輪書店, 36-45.

さまざまな場面で公認心理師が行うCBTの考え方をういた多職種連携の実践例

- * 厚生労働省 (2015) うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル (平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」), 2022年3月.

- * Safran, J. D., Segal, Z. V., Shaw, B. F., & Vallis, T. M. (1990) Patient selection for short-term cognitive therapy. In J. D. Safran & Z. V. Segal (Eds.), *Interpersonal process in cognitive therapy* (pp. 229–237). New York: Basic Books
- * 石垣琢麿, 山本貢司, 東京駒場CBT研究会 (2019) クライエントの言葉をひきだす認知療法の「問う力」ソクラテスの手法を使いこなす, 金剛出版.
- * 藤澤大介, 巢黒慎太郎, 安藤美華代, 庵地雄太, 藤井彩, 五十嵐友里 (2020) 慢性身体疾患の一次・二次・三次予防にいかす認知行動療法: 糖尿病、心不全、生活習慣病、協同的ケア, *認知療法研究*, 13(1), 9-19.
- * 巢黒慎太郎 (2016) 糖尿病・肥満へのチーム医療における集団および個人心理療法, *心身医学*, 56(12), 1204-1209.
- * 巢黒慎太郎 (2021) 生活習慣病指導 (糖尿病など), 中島美鈴, 藤澤大介, 松永美希, 大谷真編著, もう一歩上を目指す人のための集団認知行動療法治療者マニュアル, 金剛出版, 80-83.
- * Hirayama T, Ogawa Y, Yanai Y, Suzuki S, Shimizu K (2019) Behavioral activation therapy for depression and anxiety in cancer patients: a case series study. *Biopsychosocial Med*, 13:9, doi: 10.1186/s13030-019-0151-6.
- * 武井優子 (2015) 総合病院のチーム医療に活かす認知行動療法, 第41回日本認知・行動療法学会大会抄録集, 18.
- * 鈴木敬生, 田口寿子 (2019) 司法精神療法のケースフォーミュレーション, *精神療法増刊6*, 101-109.
- * 壁屋康洋 (2019) 性暴力を起こした統合失調症患者へのアプローチ-他害行為の再発予防のためのアセスメントと介入-, 石垣琢麿, 菊池安希子, 松本和紀, 古村健編著, 事例で学ぶ統合失調症のための認知行動療法, 金剛出版, 162-175.
- * 野村照幸 (2019) メタ認知トレーニングを活用した統合失調症へのCBTp, 石垣琢麿, 菊池安希子, 松本和紀, 古村健編著, 事例で学ぶ統合失調症のための認知行動療法, 金剛出版, 193-207.
- * 杉浦久美子 (2019) 医療観察法病棟における実践のヒント, *臨床心理学*19(2), 175-178.
- * 西村大樹 (2019) 症状が慢性化した触法事例へのアプローチ, 石垣琢麿, 菊池安希子, 松本和紀, 古村健編著, 事例で学ぶ統合失調症のための認知行動療法, 金剛出版, 208-223.
- * 島津明人 (2015) 平成27年度厚生労働科学研究補助金 (労働安全衛生総合研究事業) 「ストレスチェック制度による労働者のメンタルヘルス不調の予防と職場環境改善効果に関する研究」分担研究報告書「教育研修, ストレスマネジメントの工夫の検討」

さまざまな場面で薬剤師が行うCBTの考え方をを用いた多職種連携の実践例

- * 鈴木康友, 渡邊文之 (2021a) 問診・患者対応スキルアップ 健康相談時, *調剤と情報*27(8), 22-25.
- * 庄司雅紀, 岩永友介 (2022) 薬局における認知行動療法を応用した服薬支援の実践報告: 介入研究中の取り組みより, *認知療法研究*15(1), 19-20.
- * 渡邊文之, 薬局薬剤師が急性期のSSRI・SNRI服用患者を対象に治療継続を目的とした服薬支援の取り組み, *認知療法研究*, in press
- * 一本木之人 (2020) 一般病棟における薬剤師の服薬支援活動: 患者に思いを語ってもらえる薬剤師を目指して, *認知療法研究*13(2), 106-107.
- * 増田由佳子 (2020) 薬剤師もCBTを学びCBTを実践する多職種連携に加わる, *認知療法研究*13(2), 107-109.
- * 小川恭平 (2022) 集団精神療法を通じた薬剤師としての関わり, *認知療法研究*15(1), 14-15.
- * 増田由佳子 (2022) 病院薬剤師が行うCBT-Aの課題と薬薬連携の必要性, *認知療法研究*15(1), 15-17.
- * 鈴木康友, 渡邊文之 (2021b) 問診・患者対応スキルアップ 在宅患者と支援者, *調剤と情報*27(8), 36-40.

認知行動療法における多職種連携マニュアル（第1.0版） 作成メンバー

執筆責任者

菊地 俊暁 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（精神医学）

執筆者

石垣 琢磨 東京大学総合文化研究科（心理学）
石川 亮太郎 大正大学心理社会学部（心理学）
大嶋 伸雄 東京都立大学大学院人間健康科学研究科（作業療法学）
岡田 佳詠 国際医療福祉大学成田看護学部看護学科（看護学）
川野 直久 滋賀里病院（精神医学、看護学）
小林 由季 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（心理学）
清水 恒三朗 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
東京都立大学大学院人文科学研究科（心理学）
巢黒 慎太郎 神戸女子大学文学部教育学科心理学コース（心理学）
田上 明日香 SOMPOヘルスサポート（株）（心理学）
田島 美幸 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（心理学）
丹野 義彦 東京大学 名誉教授（心理学）
徳山 明広 信貴山病院ハートランドしぎさん（精神医学）
兵頭 俊次 公益財団法人正光会宇和島病院（福祉学）
古村 健 独立行政法人国立病院機構東尾張病院社会復帰科（心理学）
前田 初代 日本大学薬学部薬学研究所（心理学、薬学）
柳井 優子 国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科（心理学）
渡部 亜矢子 公益財団法人正光会宇和島病院, 広小路診療所（精神医学）

作成協力者（編集・査読等）

大野 裕 大野研究所（精神医学）
腰 みさき 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（心理学）
田村 法子 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（心理学）
中川 敦夫 聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室（精神医学）
野田 祥子 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（精神医学）
原 祐子 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（心理学）
藤澤 大介 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（精神医学）＊研究代表者

（五十音順に掲載）

利益相反

AMED障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、基盤スキル、多職種連携のマニュアル開発に関する研究」研究班は、認知行動療法における多職種連携マニュアル（第1.0版）作成の執筆者・作成協力者と製薬企業との間の経済的関係について、以下の基準で過去3年間の利益相反状況の申告を得た。

すべての執筆者・作成協力者は「認知行動療法における多職種連携マニュアル」の内容に関して、該当分野の専門家として科学のおよび医学的公正さと妥当性を担保して編集作業を行った。利益相反の扱いに関しては、日本医学会「診療ガイドライン策定参加資格基準ガイダンス」（平成29年3月）に従った。申告された企業は以下の通りである（対象期間は（2020年1月1日～2022年12月31日））。

- ①企業や営利を目的とした団体の役員、顧問職の有無と報酬額が年間100万円を超えている
- ②株の保有と、その株式から得られる利益が年間100万円を超えている
- ③企業や営利を目的とした団体から特許権使用料として支払われた報酬が年間100万円を超えている
- ④1つの企業や営利を目的とした団体より、会議の出席や講演に対し支払われた報酬が年間50万円を超えている
- ⑤1つの企業や営利を目的とした団体がパンフレットなどの執筆に対して支払った原稿料が年間50万円を超えている
- ⑥1つの企業や営利を目的とした団体が提供する研究費が年間100万円を超えている
- ⑦1つの企業や営利を目的とした団体が提供する奨学（奨励）寄附金が年間100万円を超えている
- ⑧企業などが提供する寄附講座に所属し、実際に割り当てられた寄付額が年間100万円を超えている
- ⑨その他の報酬（研究とは直接に関係しない旅行など）が年間5万円を超えている

菊地俊暁：ルンドベック・ジャパン株式会社（④）、武田薬品工業株式会社（④）、ヴィアトリス製薬株式会社（④）、住友ファーマ株式会社（④）、IQVIAサービシーズジャパン株式会社（④）

徳山明広：Meiji Seika ファルマ株式会社（④）

藤澤大介：エーザイ株式会社（④、⑦）

その他の執筆者・協力者は、すべて該当なし

認知行動療法における多職種連携マニュアル

日本医療研究開発機構（AMED）障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）
各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、
基盤スキル、多職種連携のマニュアル開発に関する研究

課題番号：JP22dk0307096

研究開発代表者：藤澤 大介

発行年：2023年3月 第1版



認知行動療法における
多職種連携マニュアル