

認知行動療法における 多職種連携マニュアル

第 1.0 版

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」

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）

執筆者

石川 亮太郎 大正大学心理社会学部
石垣 琢磨 東京大学総合文化研究科
大嶋 伸雄 東京都立大学大学院人間健康科学研究科
岡田 佳詠 国際医療福祉大学成田看護学部看護学科
川野 直久 滋賀里病院
小林 由季 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
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
巢黒 慎太郎 神戸女子大学文学部教育学科心理学コース
田上 明日香 SOMPO ヘルスサポート（株）
田島 美幸 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
丹野 義彦 東京大学
徳山 明広 信貴山病院ハートランドしぎさん
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
兵頭 俊次 公益財団法人正光会宇和島病院
前田 初代 日本大学薬学部地域医療薬学研究室
柳井 優子 国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科
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

作成協力者

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

（五十音順に掲載）

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）。また、CBT の普及を目的として、2011 年度からは厚生労働省認知行動療法研修事業が開始され、スーパービジョンを伴う研修が実施されている。

診療報酬に関しては、2010 年にうつ病患者に対する CBT が診療報酬の対象となり、医師がマニュアルに基づいて実施した場合に算定されるようになった。また、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 も診療報酬の対象となるなど、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。

上述したように CBT を提供する体制が整備されてきている一方で、第 6 回 NDB オープンデータ（厚生労働省, 2019 年度）では、医師および看護師が協働して行う CBT の診療報酬算定件数は 127 件とごく僅かであり、その理由として、看護師が CBT を行う場合の診療報酬の算定要件の厳しさなどが挙げられている。さらに 2018 年に初の心理系国家資格である公認心理師が誕生した。公認心理師法によれば、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いるものの、公認心理師が CBT を行う場合には、診療報酬の対象にならないという現状がある。

本マニュアルの目的

このような現状を踏まえて、本マニュアルは外来診療で「認知療法・認知行動療法マニュアル」に基づく CBT を実施する際の実践的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連携を中心に解説している。その理由として、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に診療報酬の算定が可能となっているが、各疾患のマニ

マニュアルには、医師と看護師がどのような場面で、どのように連携して CBT を実施すればよいかに関する記載がないためである。また、公認心理師は医行為を行うことができないが、公認心理師が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」を行う際に、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。医療機関において心理的支援を行う頻度の高い公認心理師が、どのように医師の指示を受けながら心理的支援を行うとよいのかに関しても、具体化する必要があると考えたためである。

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」を参照いただきたい。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiyahukushi/koro/index.html）そして、各疾患に対する CBT を実施する際には、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推奨する。

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であり、日本の医療現場における医行為としての「治療」を意味するものではない。医行為としての CBT 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。故に、CBT を提供する者を「治療者」、認知行動療法を受ける者を「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、外来診療で行う定型的な 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が、外来診療で定型的な CBT を実施する際にも、準ずることのできる内容である。

第 3 部では、外来診療で行う定型的な CBT だけでなく、集団療法として行う CBT、入院病棟で行う CBT、リワークやデイ・ケアなどで行う CBT など、看護師、作業療法士、

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

精神保健福祉士、薬剤師などが、CBT や CBT の考え方に基づいた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10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）

目次

第 1 部 外来診療の個人 CBT における多職種連携	7
1. 多職種連携とは	7
2. 各医療者に求められる役割	7
2-1. 医師の役割	7
2-2. 看護師の役割	8
2-3. 公認心理師の役割	9
2-4. 作業療法士の役割	10
2-5. 精神保健福祉士の役割	10
2-6. 薬剤師の役割	11
第 2 部 多職種連携による個人 CBT の流れ	13
1. 医師と看護師が協働で実施する場合	13
1-1. 治療の構造	13
1-2. 診療報酬	13
1-3. CBT 導入前	15
1-4. CBT 実施時（2 回から 15 回）	15
1-5. CBT 最終回（16 回）	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	17
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支援	20
2-1. 治療の構造	20
2-2. 診療報酬	20
2-3. CBT 導入前	20
2-4. CBT 実施時（2 回から 15 回）	21
2-5. CBT 最終回（16 回）	22
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	22
第 3 部 さまざまな場面における多職種連携の実践例	25
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	25
1-1. 病棟での CBT 実践例	25
1-2. 外来での実践例	27
2. さまざまな場面で作業療法士が行う多職種連携による CBT 実践例	28
2-1. 高次脳機能障害者に対する CBGT	28
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」	29
3. さまざまな場面で公認心理師が行う多職種連携による CBT の実践例	31

3-1. 大学病院などの精神科・心療内科での実践例.....	31
3-2. 総合病院での実践例.....	31
3-3. がん医療での実践例.....	32
3-4. 医療観察法病棟での実践例.....	33
3-5. 産業分野での実践例.....	34
4. さまざまな場面で薬剤師が行う多職種連携による CBT 実践例.....	35
4-1. 健康相談での実践例.....	35
4-2. 薬局薬剤師と医師・大学による連携、協働.....	35
4-3. 病棟での実践例.....	36
4-4. 薬薬連携での実践例.....	37
4-5. 在宅患者での実践例.....	38
5. さまざまな場面における精神保健福祉士が実施する多職種連携による CBT の実践例	39
5-1. 集団認知行動療法での多職種連携の実践例.....	39
5-2. 相談業務やアウトリーチでの多職種連携.....	40
引用・参考文献.....	41
CBT の多職種連携に役立つ資料集・リンク集.....	44

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も大きく変化した。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といえる。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の CBT の実施が求められており、また、CBT を行う職種が拡大する中で、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、多職種の協働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つ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も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や臨床心理士、作業療法士、薬剤師、精神保健福祉士等のチームを構成し、職種間の情報共有を図っていくことが求められる。

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、精神医療の現場で協働することの多い公認心理師、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。複数の職種による協働的な医療の実践においては、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。医師は、複数の職種が連携する際の治療における責任者としての役割を担い、治療方針の共有、患者の危機管理、他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。

これらを踏まえて、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。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 CBT 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、CBT 担当者へ指導や適切な助言を行い、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、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協働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に、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 3 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、常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聴き、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とともに、臨機応変に多職種に役割の一部を開放したり交替したりすることである。多職種連携によるチーム医療では、自らの専門性に固執し、それ以外の役割をとらない、他の職種に役割を譲らない、といった姿勢は支障となる可能性がある。患者の目標に常に立ち返り、目標達成のための柔軟な役割の調整が求められる。

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、患者自身で納得のいく決定ができ、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、多職種チームと情報共有しながら、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、精神療法は中心的な業務の 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・ケアなどにおいては、公認心理師はチーム医療の一員として貢献し、公認心理師が医師とともに実施した場合に診療報酬の算定を行っている。

精神療法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、精神療法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 のトレーニングを受ける。エビデンスレベルで見ても、心理師がおこなう CBT 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）。

ただし、現段階では、公認心理師が外来診療の場で診療報酬上の CBT を実施することは想定されていない。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、多職種連携として公認心理師にその一部の支援を分担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、心と身体を同時に診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も併せ持つ。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。

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、教育現場や 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や臨床心理士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。

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における助言者として、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、必要に応じて受診勧奨によって医師や歯科医師と、情報提供によって行政などの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）によって医師と協働したりしている。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て収集して対策を検討する。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協働し、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したりする。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

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

での健康ステージで、切れ目なく多職種と連携・協働しながら、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。

パブリックドメイン原稿 引・用・転載不可

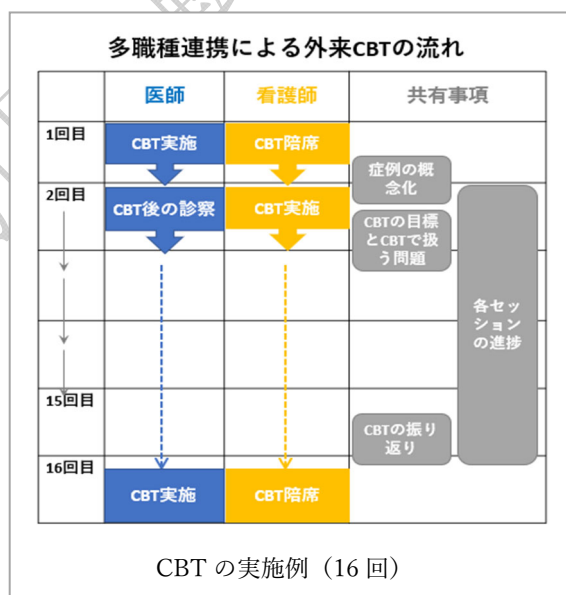
第2部 多職種連携による個人 CBT の流れ

現在の診療報酬（令和4年度診療報酬改定、令和4年3月4日通知）の規定では、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、30分以上の時間をかけて認知療法・認知行動療法を行った場合、または、医師の指導のもとに、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に、一連の治療について16回に限り算定が可能となっている。しかし、対象疾患によって CBT の治療パッケージは異なるため、実際の面接回数には幅がある。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。

1. 医師と看護師が協働で実施する場合

1-1. 治療の構造

- ・ 医師は、CBT 初回時と CBT 最終回の面接を実施し、それらに同席した看護師が CBT を担当する。
- ・ 1 回の CBT は、看護師による 30 分以上の CBT 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。



1-2. 診療報酬

医師による CBT の実施では 480 点、医師および看護師が協働で行う場合には 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、医師と看護師が協働で行う場合には、看護師による 30 分を超える CBT 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

【一の四 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-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>

1-3. CBT 導入前

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。
 - ・ 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

*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、巻末にある「問題整理シート（アセスメントシート）」や「症例の概念化シート」を用いてもよい。

CBT 導入前のチェック事項

- ✓ 看護師は、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
- ✓ 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. CBT 実施時（2回から15回）

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CBTと、CBTに習熟した医師による5分以上の面接から構成される。
- ・ 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の参考とする。
- ・ 医師は各回の診察について、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は、医師に報告する。医師はCBTの方向性（治療方針）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 CBT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を検討する時
- ・ 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。

*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「CBTの多職種連携に役立つ資料集」に掲載した「症例の概念化シート」「フィードバック用シート」などを用いても良い。

1-5. CBT最終回（16回）

- ・ 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。

*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「CBTの多職種連携に役立つ資料集」に掲載した「CBT終了時サマリー用シート」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)同時並行で実施している。個人 CBT は看護師、公認心理師それぞれ1名で担当しており、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。看護師や心理師が担当する CBT 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(図 1)。

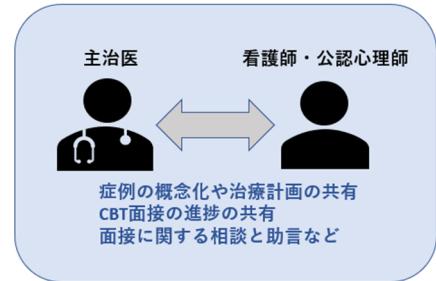


図1. 多職種連携CBT

◆いつ、どのような情報を共有しているか

1. CBT 導入前

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、公認心理師(以下、CBT 担当者)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 担当者はあらためて症例の概念化シートを作成する。

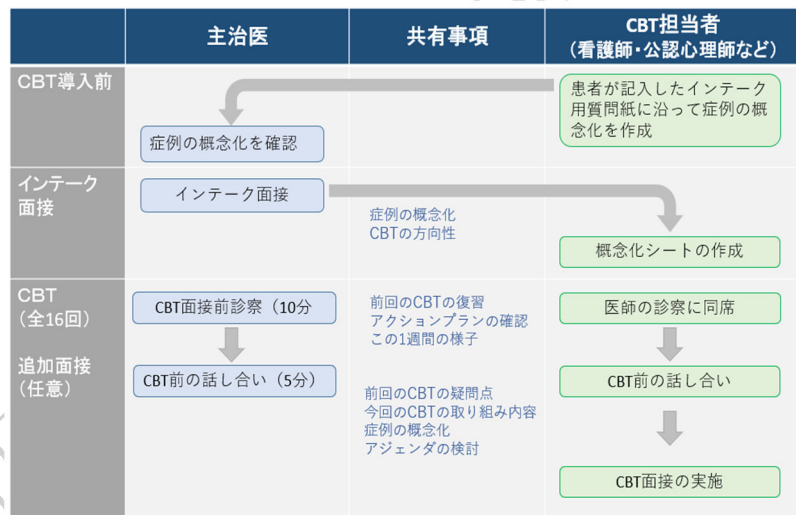


図2. 多職種連携CBTの流れ

*1)「経歴に関する補助的質問票」(ウィレム・ケイタンら 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)

2. CBT 実施中

診察では、医師は患者と前回の CBT の復習、アクションプランの確認、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 担当者は、毎回、診察に同席する。

診察終了後に、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、前回の CBT で生じた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 担当者に提案は行うが、基本的には CBT 担当者に任せている。

CBT 担当者は、CBT 面接終了後に、以下の情報をカルテに記載する。なお、医師と CBT 担当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実施状況と実施内容
- ④ アジェンダ
- ⑤ 次回までのホームワーク
- ⑦ まとめ
- ⑧ フィードバック

◆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に行われる認知行動療法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て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)

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実施している。看護師が実施する CBT は、16 回までは「認知療法・認知行動療法」で算定し、公認心理師が実施する CBT は、診察した医師が「通院精神療法」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。

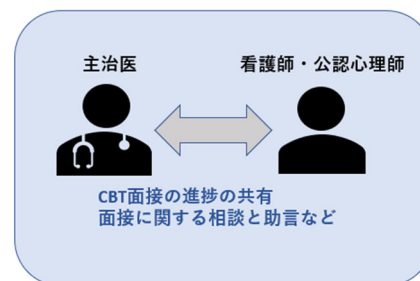


図1. 多職種連携CBT

◆いつ、どのような情報を共有しているか

CBT 担当者は、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 担当者は、積極的に医師に症例に関する報告をして、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・ポストや数的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ていたり、病棟担当の看護師から「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もなっている。

CBT を実施する上での課題は、予約管理の観点から、CBT 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、安全に配慮した個室というのは構造上、診察室以外は難しい。外来診察併用となると、場所を大きく移動するもの効率が悪いなど、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 担当者（看護師）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 担当者との連携だけでなく、CBT に理解のある看護部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 に関心が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支援

現在の診療報酬（2022）の規定では、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、30分以上の時間をかけて認知療法・認知行動療法を行った場合、または、医師の指導のもとに、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に、一連の治療について16回に限り算定が可能となっている。そのため、公認心理師がCBTを実施しても、診療報酬の算定の対象にはならない。

また、公認心理師は「医行為」を行うことはできず、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いる。また、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。

これらを前提に、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CBTを実践したり、その技法を習得できるように、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多職種連携（主に医師との連携）のあり方について、本稿にまとめた。

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、医行為としての「治療」を意味するものではない。特に公認心理師が医療現場で実施するCBTは、患者自身がCBTを実践する際の支援行為であり、患者が技法を習得する過程をサポートする行為を指し、診療報酬上のCBTとは必ずしも一致しないことを付記しておく。

2-1. 治療の構造

- ・ 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CBTを担当する。
- ・ 1回のCBTは、公認心理師による30分以上のCBT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。

2-2. 診療報酬

現時点では、公認心理師がCBTを実施しても、診療報酬の算定を行うことはできない。

2-3. CBT導入前

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、担当する公認心理師は同席する。
- ・ 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 に関して詳細な説明を行う。また、CBT の面接で扱う患者の問題について、担当する公認心理師と共有する。
- ・ CBT 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

CBT 導入前のチェック事項

- ✓ 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
- ✓ CBT の実施にあたり、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

2-4. CBT 実施時（2 回から 15 回）

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
 - ◆ CBT の進捗を共有する
 - ◆ 支援目標の達成状況を共有する
- ・ 2 回から 15 回の CBT は、公認心理師による 30 分以上のセッションと、CBT に習熟した医師による 5 分以上の面接から構成される。
 - ・ 公認心理師は、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の参考とすることを推奨する。
 - ・ 医師は各回の診察について、公認心理師は各回の面接について記録する。
 - ・ 公認心理師は、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。
 - ・ 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は、医師に報告する。医師は CBT の方向性（支援方針）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 CBT 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を検討する時
- ・ CBT の終盤では、公認心理師はそれまでの CBT を振り返り、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。

*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「CBT の多職種連携に役立つ資料集」に掲載した「症例の概念化シート」「フィードバック用シート」などを用いても良い。

2-5. CBT 最終回（16回）

- ・ CBT 最終回は医師が実施し、CBT を担当する公認心理師は同席する。
- ・ 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。

*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「CBT の多職種連携に役立つ資料集」に掲載した「CBT 終了時サマリー用シート」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協働的に CBT を実施している。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、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、

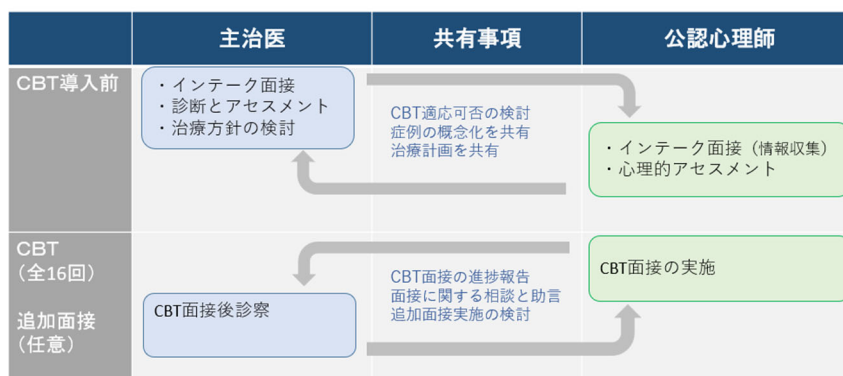


図1. 精神科外来における医師と公認心理師との認知行動療法

主治医と公認心理師は 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。

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

CBT 実施期間の後半には、主治医と公認心理師で、CBT の経過や治療目標の達成状況を振り返り、追加面接の必要性の有無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. CBT 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、CBT 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、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、CBT 終了時の患者の目標にあわせて、CBT で扱う問題の優先順位や用いる CBT 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. CBT 実施期間

<症例の進捗について共有する>

CBT 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 CBT 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 CBT 面接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 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。

CBT を進めていくなかで症状の悪化が見られたり、治療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助言を仰ぎ、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。

<CBT の振り返り、追加面接の実施について共有する>

CBT の後半では、主治医と公認心理師はそれまでの CBT 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実施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。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。

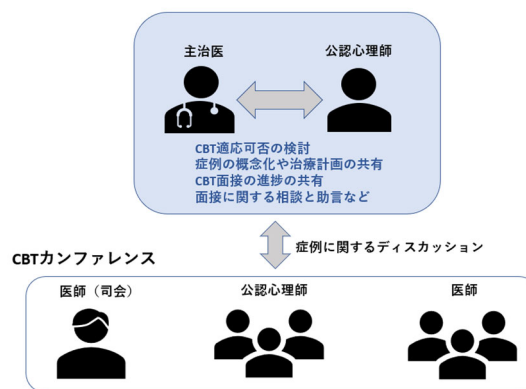


図2. CBTカンファレンス

(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

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、または、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 CBT 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（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協働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フォーマルな CBT を実施する一方、看護師は日常生活場面でタイムリーに、あるいは、ゲリラ的、つまり、会話の流れに沿って、より自然に介入することが多く、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 を踏まえた介入を実施した。その中で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、回復期から社会復帰ステージで

は Medication Management や生活スキルに焦点化した SST 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（以下、CNS）と看護師、医師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士などと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を活かして、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、臨床心理士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。多職種連携における看護師の役割として、看護師は通常、構造化されたセッション以外の 24 時間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、セッション外の日常生活で、セッションでの課題をタイムリーに補うことができることが挙げられる。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が行いやすく、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 の知識やスキルが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、適切な感情表現ができない 10 代の双極性障害患者に対して、看護師と医師、心理士による多職種チームで CBT を行った例を紹介する。入院 3 ヶ月後に心理士が怒りの扱い方や認知の歪みに関連する心理教育を始めたが中断してしまい、その

後、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、医師からも協働の依頼があり、医師と看護師、心理士と連携して実施することになった。医師は診察場面で精神療法的な関わりを行い、心理士は怒りの取り扱いや認知の歪みに関する心理教育を実施して、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び、約 1 ヶ月後に退院した。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士が個別に 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せることができるため、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て定型的な 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、医師と看護師が協働して 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、2021）。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、心理士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る。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が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多職種連携による CBT 実践例

2-1. 高次脳機能障害者に対する CBGT

A 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依頼を必要とする。

（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、臨床心理士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、自分で気づけなかった問題を認識してもらおう。ゲームは10種類程度のレポートリーがあり、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おう。

（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にあるようである。

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) 臨床心理士が CBT をベースとした教育プログラム（週3回）を開始

(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。

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。

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。

(3) 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。外泊も定期的に行なうが、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。

(4) 「やったよノート」の効果について

a. 自身の状態の外在化・意識化・見える化を促した

- b. ソクラテス式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
- c. 「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〉

臨床心理士による CBT プログラムと連動した「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、臨床心理士、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多職種連携による CBT 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、心理師は、医師の指示のもとで主体的に動いて CBT を実践しているケースが多い。CBT 導入に先立ち、以下の事項について心理師と主治医が話し合うことで、CBT 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アプローチがあるため、どの疾患モデルの CBT を用いるのが最適かを主治医と検討することが望ましい。実際に厚生労働省は、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」を公表している（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、短期か否かに関わらず、その患者に CBT を行うことが適切かを評価する際のポイントになる。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 CBT 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、戦略を練ることが治療者の責任である。

（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 を活用し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、巢黒ほか，2020）。ここでは、内分泌代謝内科領域での実践を挙げる（巢黒，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、心理師は次の役割を担う。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 CBT を行い、コンサルテーション機能としては、①患者個人に対する「心理行動アセスメント面接」、②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う。集団療法では、日常生活場面での療養行動の障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 CBT では、食行動変容や身体活動性の高めるために、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、心理師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。

（巢黒 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、医師と協働して実施した行動活性化療法（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、心理師が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、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

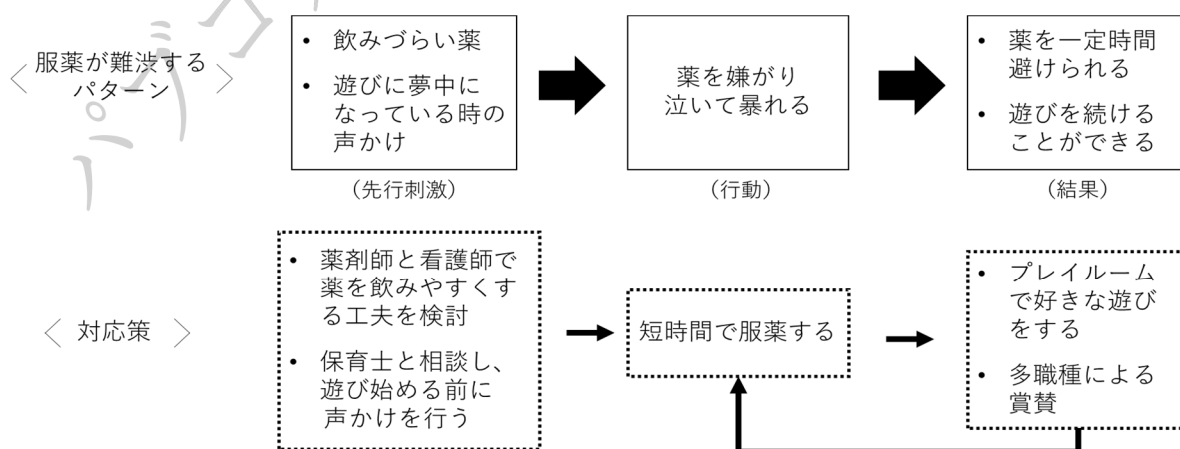


Fig 1. 服薬行動に関する機能的アセスメント

渋した主治医や看護師から依頼を受けた心理師が、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 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（Fig.1）。

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 に基づく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、医師から心理師に「CBT」を依頼されて実施するのではなく、心理師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 CBT を含む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渡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、心理師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 日と 2 年以上の長期間に渡り心理師が治療に関与している。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師が 2～3 名配置されていることから、概ね 1 人の心理師が担当する入院処遇の患者数は 10 名～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、CBT を含む心理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 的アプローチを用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 CBT 的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、心理師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、各関係者の関わりで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あげられる。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ておくことも必要になる。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 的アプローチに基づく技法（問題解決療法、ストレス免疫訓練、認知的再構成法、アサーションなど）やリラクゼ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（島津ら, 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多職種連携による CBT 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健康相談対応事例を紹介する（鈴木・渡邊,2021）。薬局の検体測定室を利用して HbA1c を継続して測定している 60 代の男性は、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 CBT を用いて、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、協働

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 を用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 CBT 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 を用いて服薬アドヒアランスの向上を試みた一例では、X-5 年から通院しているうつ症状の 60 代男性患者が今回薬が増量され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な心に寄り添いながら、CBT を用いて対応したところ、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る。

薬局薬剤師が、患者の主治医・大学と協働で、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,2023）。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

のために、薬局薬剤師、医師、大学と協働で、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、電話サポートする薬局薬剤師には、CBT を用いて患者の心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女性患者の事例では、薬剤師が電話サポート時に CBT を用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協働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、CBT を用いて患者本人の言葉で、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 によるサポートを試みている。喉頭がんにより緩和ケア目的で入院となった、言葉を発することのできない 70 代の男性患者が、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、CBT を用いて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、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 60 代女性の事例では、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 を用いて対応し、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、対応に困って心理士に相談したところ、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」という事実を目を向けることが難しいことを教わった。心理士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、臨床心理士、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。

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 CBT 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 CBT 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事例を紹介する（鈴木・渡邊,2021）。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、CBT を用いて家族や看護師、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介入し、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実施する多職種連携による CBT 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. 集団認知行動療法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集団認知行動療法（以下、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 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、公認心理師や臨床心理士、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り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、定型的な 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 が活着し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、それらの情報を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。現在は感染の影響もあり、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られる。

（兵頭 俊次、渡部 亜矢子）

引用・参考文献

【第1部】

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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, 磯村昇太ら (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.
5. 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.
6. 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, 季刊公認心理師, 8, 4-9.

【第3部】

1. 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.
2. 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
3. 石垣琢磨, 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」 ソクラテス的手法を使いこなす, 金剛出版.
4. 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, 52(12), 1204-1209.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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, 日本認知・行動療法学会第 41 回大会抄録集, 18.

9. 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.
10. 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—, 石垣琢磨ほか編著, 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.
11. 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, 石垣琢磨ほか編著, 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.
12. 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.
13. 西村大樹 (2019) 症状が慢性化した触法事例へのアプローチ, 石垣琢磨ほか編著, 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.
14. 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」
15. 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, チーム医療の厚みを活かす集団認知行動療法, 認知療法研究 13 (2), 159-160.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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, 126-128.
20. 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, 48-57.
21. 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, 359-394.
22. 大嶋伸雄(2015) PT・OT・ST のために認知行動療法ガイドブック, 中央法規出版.
23. 菊池安希子, 網本和, 大嶋伸雄監訳(2014): PT・OT のための認知行動療法入門, 医学書院.
24. 齋藤佑樹(2014) 作業で語る事例報告: 作業療法レジメの書き方・考え方, 医学書院.
25. 認知作業療法: 日本認知作業療法研究会, <http://cognitive-ot-japan.kenkyukai.jp/about/index.asp>
26. 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
27. 大嶋伸雄編著(2013) 患者力を引き出す作業療法, 三輪書店, 36-45.

28. 鈴木康友, 渡邊文之 (2021) 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.
29. 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.
30. 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 16 (1), 投稿中
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 鈴木康友 (2021) 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.

CBT の多職種連携に役立つ資料集・リンク集

パブリックドメイン原稿 引・用・転載不可

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

Ver.1.0

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 <input type="checkbox"/> うつ病 (<input type="checkbox"/> 単一エピソード・ <input type="checkbox"/> 反復エピソード) <input type="checkbox"/> 双極性障害 抑うつエピソード <input type="checkbox"/> 持続性抑うつ障害 (気分変調症) <input type="checkbox"/> 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する問題 <input type="checkbox"/> 家族以外の人間関係に関する問題 <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、遺伝学的および医学的要因
長所／強み
認知行動パターン／スキーマ (中核信念)
作業仮説 (認知行動モデルに則った作業仮説)

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室認知行動療法研究室 HP (<http://psy.keiomed.jp/cbt.html>) よりダウンロード可能

パソコン用原稿 引用・転載不可

認知行動療法 治療計画書

(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:

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 などの得点 点	ID:
アジェンダ		
CBT アプローチ	<input type="checkbox"/> 行動動活性化 <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 などの得点 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	「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」ことを共有できた。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が得られた。	
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 などの得点を記載	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 スキルなど、今後、使えるよ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

年 月 日

症状の変化 *BDI, QIDS などの得点を記載	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	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。 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た。
再発の引き金になる状況・問題は？	半年後に予定されている職場異動
再発の初期症状は？	入眠困難
困りごとに対する対処プランは？ *学んだ CBT スキルなど、今後、使えそうな対処プランを記載	<ul style="list-style-type: none">・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・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・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。
困りごとを解決するためのキーパーソンは？	職場の A 先輩、友人の B さん
その他の申し送り事項	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上げると良い。

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. 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/>
4. The Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

<https://beckinstitute.org/>

5. 一般社団法人認知行動療法研修開発センター

<https://cbtt.jp/>

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

<https://wccbt.org/>

7. Academy of Cognitive Therapy (ACT)

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

8. International Association for Cognitive Psychotherapy (IACP)

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

9. 日本認知療法・認知行動療法学会

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

10. 日本認知・行動療法学会

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