

1. 認知行動療法の概念に基づいた看護面接を、 全ての患者に実施した結果 ～フェイススケールとSTAIを用いて～

戸田病院 第8病棟 西村美貴子 伊藤 秀幸

I. はじめに

認知行動療法は、人間の気分や行動が認知のあり方（ものの考え方や受け取り方）の影響を受けるという理解に基づいている。認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって精神疾患の治療を目的とした短期の構造化された精神療法である。薬物療法との併用により治療効果が高まり、強力な再発予防効果があることが立証されており、うつ病や統合失調症など様々な疾患に有効である。

昨年度より第8病棟は、全患者を対象に認知行動療法の概念に基づいた看護面接を導入し、必要に応じて看護師が実際に認知行動療法を実施している。患者との治療的な関わりの場を積極的に設けたことで、より個別的な援助を行えている。しかし、看護師による認知行動療法や看護面接についてこれまで十分に検討されてきていない。そこでフェイススケールとSTAIを用いて具体的に数値化し、認知行動療法の概念に基づいた看護面接の有効性を検証する。

II. 研究目的

看護師が全患者を対象に行う、認知行動療法の概念に基づいた看護面接が、患者の不安の軽減や精神症状改善に有効であるかを、フェイススケールとSTAIにて数値化する。

III. 研究方法

1. 対象と研究期間

看護面接は期間を問わず、全患者が対象（精神状態が著しく悪い場合などは除く）。フェイススケールは、2014年5月1日～8月20日の期間に入院中の全患者（疾患はうつ病、

強迫性障害、パーソナリティ障害など。年齢層、性別も様々）が対象。STAIは、2014年5月1日～8月20日の期間に入院中の、測定が可能な35名の患者（疾患はうつ病、強迫性障害、パーソナリティ障害など。年齢層、性別も様々）が対象。実施期間中に、病状が悪化するなどして測定不可となった症例は除く。

2. 方法

- (1) 認知行動療法の概念に基づいた看護面接は、全看護師が週に1回を目安として、全担当患者に実施する。1セッション約20～30分で、信頼関係の構築、現状・病状の把握、治療計画の共有と進行状況の確認などを目的として行う。面接内容は「看護面接記録用紙」にSOAPで記入し、主治医や他看護師との情報共有・カンファレンスに活用する。
- (2) 認知行動療法の認知再構成法やアサーションは、必要と判断した場合には主治医に許可を得て、看護師が患者に実施及び教育する。
- (3) フェイススケールは毎回、看護面接の直前と直後に「0（とても気分が良い、体調が良い）～5（とても気分が良くない、体調が悪い）」の表情から、患者に現在の気分最も当てはまる顔を選んでもらう。
- (4) STAIは、STAI(状態・特性不安検査)の日本語版を用いて、入院時と退院前の計2回、患者に記入してもらう。

IV. 用語の定義

- (1) ソクラテス式問答とは、治療者が質問をすることで患者の気づきを促すような面接技

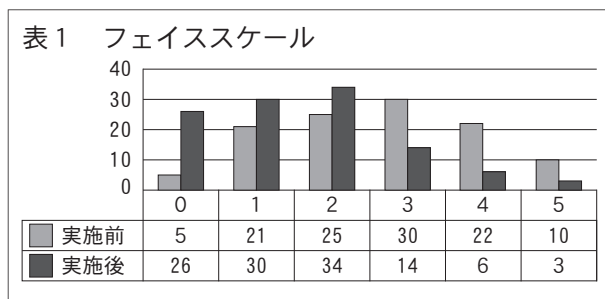
法である。¹⁾

- (2)自動思考とは、ある状況で、その時々場の場面の影響を受けて自然にそして自動的に沸き起こってくる個人的な思考やイメージである。¹⁾
- (3)メタ認知とは、現実を目を向けて認知の歪みがあるかどうか気付く認知のことである。¹⁾
- (4)状態不安 (state-anxiety) とは、個人がその時置かれた生活体条件により変化する一時的な情緒状態である。²⁾
- (5)特性不安 (trait-anxiety) とは、不安状態の経験に対する個人の反応傾向を反映するもので、比較的安定した個人の性格傾向を示すものである。²⁾

V. 結果

1. フェイススケール

看護面接実施総数 (113回) の直前・直後における変化を表1にまとめた。「0～2」群は、実施直前には計51であったが実施後では計90であり、気分が良い・体調が良いと回答した数が増加した。「3～5」群は、実施直前には計62であったが実施後では計23であり、気分が良くない・体調が悪いと回答した数が減少した。



2. STAI

(1) STAI評価段階基準

対象患者35名を以下の基準に従って振り分けた。

<状態不安>

- (I) 非常に低い 0～22、(II) 低い23～31、(III) 普通32～40、(IV) 高い41～49、(V) 非常に高い50以上

<特性不安>

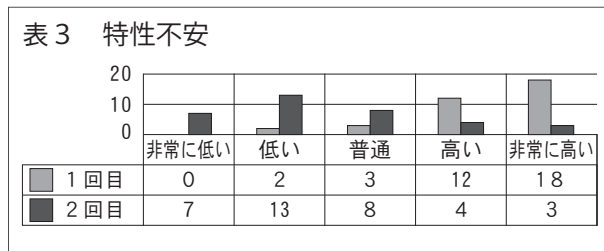
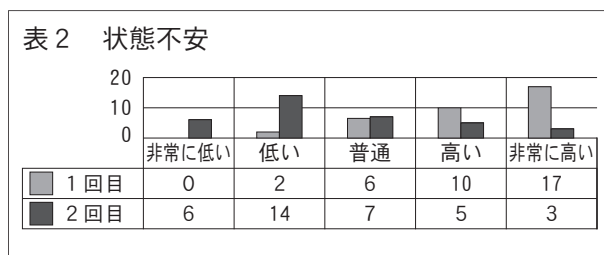
- (I) 非常に低い 0～23、(II) 低い24～32、(III) 普通33～43、(IV) 高い44～52、(V) 非常に高い53以上

(2) 入院時と退院前の状態不安の変化

1回目では、高い～非常に高い群の総数が27、低い～非常に低い群が2であった。2回目では、高い～非常に高い群が8、低い～非常に低い群が20であった。(表2)

(3) 入院時と退院前の特性不安の変化

1回目では、高い～非常に高い群の総数が30、低い～非常に低い群が2であった。2回目では、高い～非常に高い群が7、低い～非常に低い群が20であった。(表3)



VI. 考察

第8病棟では、精神看護の基本であるヒルデガード・ペプロウの“人間対人間の看護”を展開し、患者が抱える問題や病状に対し、段階に応じて各役割を使い分けて援助を行っている。更に、昨年度から導入している看護面接では、認知行動療法の概念に基づき自動思考に着目し、共感を重視したソクラテス式問答を基本としながら、必要に応じて認知再構成法などの技法も取り入れている。

今回の研究結果では、看護面接実施の直前・直後でフェイススケールの平均値は低下し、STAIの入院時・退院前における状態不安と特性不安の平均値も低下している。看護面接実施後、患者から「モヤモヤがすっきり

した」「不安が軽くなり、話を聞いてもらえて良かった」など多くの肯定的な意見が聞かれたことから、看護面接実施によって患者の不安やストレスなどが軽減したと思われる。一部のフェイススケールで、看護面接実施直前に比べて実施直後の数値が増加している症例があったが、「過去の辛い記憶を思いだし辛くなった」との理由であった。しかし次のセッション以降の看護面接においては、フェイススケールの数値が低下していることから、数値の増加は一過性のものであり、むしろ患者が自己と向き合い受容する過程に看護師が効果的に関わる事が出来たのではないかと考えられる。

大野は「自動思考は、無意識と違って自分でコントロール出来るため、患者は自分が自分の気持ちをコントロール出来るという感覚をもつことが出来るようになる。また、患者が治療者に自動思考を提供することで、主体的に治療に参加しているという意識を持ちやすくなる」と言っている。面接中は、看護師が教育や指導を行うのではなく、ソクラテス式問答を用いて患者の気持ちや考えを積極的に聞き出し、共感に重点を置き、フィードバックを通して客観的に問題を眺めるきっかけをつくるよう努めている。問題を感情的に見るのではなく客観的に捉えることで、具体的な対処法を見出しやすくなるだけでなく、気持ちにも余裕が出てくる。また、話をゆっくりと聞いて貰えた安心感から患者の満足感も得られる。患者主体の流れで面接を行うことによって、患者は自分も治療者の一人なのだと思われ、闘病意欲が高まったため、患者の病状改善・不安の軽減に繋がったと考えられる。看護面接時に、患者の認知の歪みが強い・コミュニケーション能力に欠けているなどと判断した場合、主治医に許可を得て看護師が認知再構成法やアサーションを行うこともあるが、多くの場合はこの技法を用いず、認知行動療法の概念に基づきながら面接を行っている。認知行動療法の技法を積極的に導入するのではなく、看護師が認知行動療法の概念に

基づいて看護面接を実施するだけでも、患者の精神状態の改善に有効と思われる。

一般的に認知行動療法は、外来などで16回程度を目安に患者と定期的に面接を行う。それに比べて、入院中は担当看護師が患者の生活面を含め全体像を把握し、患者の問題点を早期に発見し解決へと導きやすく、患者の普段の言動・行動から患者の認知の歪みやスキーマの特徴を理解し、速やかに患者にフィードバック出来る。大野は「メタ認知を育て、その働きかけを効果的に行うためには、患者の力を信じて、患者の話に耳を傾け、患者が考える対処法がうまく働くように考えるなど、患者中心の治療を行うことが大切である」と言っている。看護師が、およそ週に1回のペースで継続して看護面接を行うことにより、その時々患者が抱えている問題やストレスに対し介入することが出来る。そのため、患者がストレスや不安を長期化せずに解消でき、ストレスケア能力の向上につながったと考えられる。また、週1回の看護面接時以外に、もし急な問題が生じた場合でも問題解決技法を用いて解決に導きやすい。人間関係で悩んでいる場合はアサーショントレーニングを行ってコミュニケーションの取り方を練習することが出来る。うつ病の場合やストレスが過度にかかっている時は、特に認知の歪みや偏りが生じやすいため、自分で自分のことを客観的に見ることが難しい。本人にとって辛い自動思考や、後ろ向きのスキーマが生じやすくなっている。3ヶ月の入院期間中、認知行動療法の知識をもった看護師が密接に関わり、適宜患者の“認知”に介入することでその歪みを修正していきながら、患者は自分の問題と向き合うことが出来たため、今回の様な結果が得られたのではないかと考えられる。

Ⅶ. まとめ

(1) 認知行動療法の概念に基づいた看護面接を行うことは、年齢や疾患を問わず、大多

数の患者の不安の軽減・精神状態の改善に有効である。

- (2)精神状態の悪化により看護面接及びフェイススケール・STAIの測定が不可能となった症例もあったため、今回の研究において全ての患者を対象とするのは難しいことが分かった。

引用文献

- 1) 大野祐『認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアルガイド』星和書店、2010
- 2) 清水秀美、今栄国晴『STAI日本語版(STATE - TRAIT ANXIETY INVENTORY)』1981

参考文献

- 1) 岡田佳詠『看護師のうつ病患者への認知行動療法の効果』日本精神保健看護学会誌Vol. 20、p62～65、2011
- 2) 吉野敦雄、神人蘭、岡本康昌『認知行動療法と薬物療法の併用効果』臨床精神医学、41(8)、p1009～1015、2012
- 3) 佐藤心子ら『フェイススケールを用いた気分の測定(第2報) - SDS併用によるフェイススケールの妥当性の検証 - 』第34回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ)、p276～277、2003
- 4) 田尻健二『心理カウンセリングの部屋』
- 5) A.H.マズロー『theory of needs-hierarchy』Psychological Review、1943