

認知行動療法の共通基盤マニュアルβ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に関する研究
課題番号：21dk0307096
（研究開発代表者 藤澤 大介）

1 序文. 認知行動療法の成り立ちと基盤スキル

2

3 認知行動療法は行動療法と認知療法に端を発し、50 年以上にわたって、医学・心理学の領域で発展し、
4 現在は国際的に標準的な精神療法となっている。

5 認知行動療法がこれほどまで普及した理由は、他の精神療法と比較して以下の 2 つの特長を持って
6 たためと考えられている。すなわち、(1)対象となる疾患の病理と整合する、科学的裏付けのある理論が
7 あること、(2)ランダム化比較試験による治療効果が実証されていること、である。つまり、認知行動療
8 法の特徴は「特定の疾患の治療として確立していること」であるといえる。

9 一方、認知行動療法は、1970 年代にうつ病、80 年代に不安障害、90 年代以降にパーソナリティ障害
10 や統合失調症をはじめとするさまざまな精神疾患、さらには、慢性痛をはじめとする様々な身体疾患（身
11 体症状）にその対象をひろげてきたが、そこには、各疾患に特有の理論（疾患特異的認知モデル：disease-
12 specific cognitive model）がある一方で、それらの背景には共通する理論（全般的認知モデル：generic
13 cognitive model）が存在している。

14 このように、様々な精神・心理・身体的問題に共通する理論を有していることから、認知行動療法は、
15 精神医学、一般医学、臨床心理学、ソーシャルワーク、看護学その他の領域において、対人支援における
16 基本的な考え方の一つに位置付けられるようになってきている。つまり、認知行動療法は、もはや専門的な精
17 神療法というより、対人援助職が身に着けるべき“基盤スキル”となっている。

18 基盤スキルという考え方は、認知行動療法を習得していくうえで重要である。各種の疾患特異的な認知
19 行動療法は基盤スキルを前提として成り立っており、基盤スキルの習得が不十分なまま疾患特異的な認
20 知行動療法を習得しようとしてもうまくいかないことが指摘されている。

21 認知（行動）療法の開発者である A.T.Beck は、認知行動療法の基本要素として、①患者と治療者の協
22 力（精神療法の基本スキル）、②誘導による発見、③治療構造、④症例の概念化をあげている。認知行動
23 療法のさまざまな技法はこういった基本要素が実践されて初めて有効となる。

24 本マニュアルでは、上述の基本要素に加えて、多くの疾患に共通して用いられる基本的な認知行動的技
25 法も基盤スキルとして収載した。また、これらのスキルの多くは、うつ病、不安症、強迫症に対する治療
26 の開発過程で出来たものであり、それらを理解するために、抑うつ、不安、強迫に関する基本的な理解は
27 重要と考え、本マニュアルに収載した。抑うつ、不安、強迫の各症状は、特定の精神疾患のみに存在する
28 ものではなく、正常の心理状態と連続性を持つものであり、様々な患者理解に重要と考えられる。

29

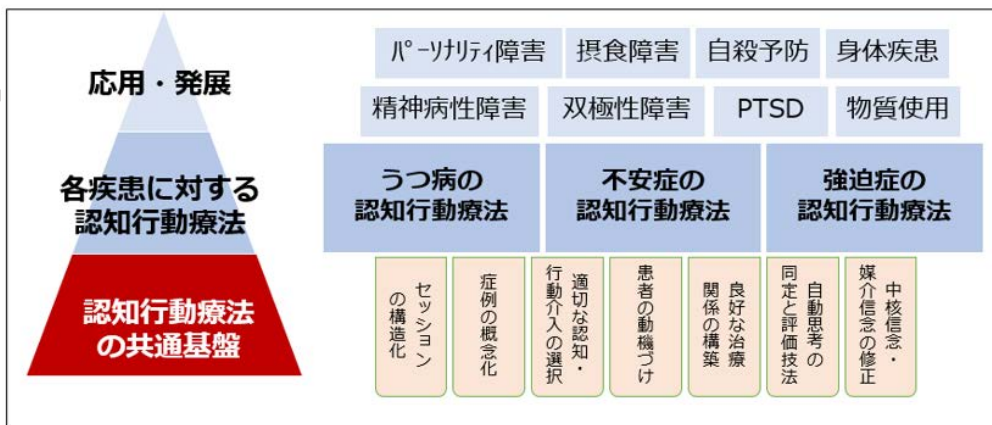


図. 認知行動療法の基盤スキル

1 本マニュアルの用語について

2

3 本マニュアルで使用した「認知行動療法」という用語は、Cognitive Behavioral Therapy (CBT) の訳で
4 あり、「療法」という語を用いているが、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
5 のではない。CBT は、国際的には医療・福祉・教育その他の場面で広く用いられている支援法である。

6 また、認知行動療法を提供する者を「治療者」、認知行動療法を受ける者を「患者」と表記した。これ
7 らの用語も本マニュアルでの便宜的な使用であり、必ずしも医療機関における「治療」の提供者・受領者
8 を指すものではない。本マニュアルでの「治療者」は、文脈に寄り、「支援者」「セラピスト」などに置き
9 換えられる。「患者」は「クライアント」「ユーザー」などに置き換えられる。

10 認知行動療法の実施時間については、概ね 30 分から 60 分の間でさまざまであるが、本マニュアルで
11 は 50 分を想定して記載する。

12

目次

1
2
3
4

第1部 認知行動療法実施における共通知識

(ページ)

第Ⅰ章 認知行動療法の概略	5
Ⅰ-1. 認知行動療法に必要な臨床スキル	6
Ⅰ-2. 認知行動療法の概略（基礎知識）	8
Ⅰ-3. 認知行動療法全体の構造について	12
Ⅰ-4. 1セッションの構造	14
Ⅰ-5. 抑うつ の基礎理解と治療概略	16
Ⅰ-6. 不安の基礎理解と治療概略	19
Ⅰ-7. 強迫の基礎理解と治療概略	22
Ⅰ-8. 認知療法尺度（Cognitive Therapy Rating Scale: CTRS）	24
第Ⅱ章 精神療法の共通要素	31
Ⅱ-1. 精神療法の共通要素（基本的な治療的コミュニケーション）	32
Ⅱ-2. 導かれた発見（Guided discovery）	35
第Ⅲ章 概念化と治療計画	37
Ⅲ-1. インテーク・セッション	38
Ⅲ-2. 症例の概念化と治療計画	41
第Ⅳ章 導入、初回セッション	50
Ⅳ-1. 初回セッションの進め方	51
Ⅳ-2. 目標設定	54
Ⅳ-3. アジェンダ設定	56
Ⅳ-4. 認知行動療法を患者に紹介する（socialization）	58
Ⅳ-5. ホームワーク	60
Ⅳ-6. 終結と再発予防	64
第Ⅴ章 学習方法	66
V-1. 認知行動療法習得の第一歩とスーパービジョン、コンサルテーション	67

5

1

2 第2部 認知行動療法の代表的なスキル

第1章 認知・行動的なスキル	70
1-1. 介入の選択、治療の方向づけ、技法リスト	71
1-2. 不安症状に対するアプローチ戦略	73
1-3. 行動活性化	75
1-4. 行動実験	79
1-5. 段階的暴露	80
1-6. リラクゼーション	83
1-7. 認知再構成	86
1-8. スキーマ	92
1-9. 対人関係を改善する-アサーション-	95
1-10. 問題解決	97
1-11. 段階的課題設定	101

3

4 第3部 臨床での使い方

第1章 臨床での使い方	104
1-1. 認知行動療法と薬物療法の併用・使い分け	105
1-2. インターネット・コンピューターの利用	107
引用・参考文献	109
編著者一覧	117

5

6

1
2
3
4
5
6
7
8
9

第 1 章

認知行動療法の概略

転載不可
原稿引用

1 | - 1. 認知行動療法に必要な臨床スキル

ポイント

- 認知行動療法に必要な、5つの前提スキル、4つの習得レベルを理解する。

2

3 1. 認知行動療法家に必要な5つの前提スキル

4 認知行動療法の実践に必要なスキルは以下の5つに大別できる。

5

6 1) アセスメントと関連する認知モデルの理解

7 厳密な精神医学的診断は、本マニュアルの範囲外ではあるが、認知行動療法において患者の診断や状態
8 像に関する一定のアセスメントは重要である。

9 一つ目の理由は、認知行動療法の効果に関するエビデンスは、精神医学的診断にもとづいて蓄積されて
10 おり、精神医学的診断と重症度に応じて、目の前の患者が認知行動療法の適応となるかが変わってくるか
11 らである（目の前の患者に認知行動療法が適切かどうかを検討する必要がある）。

12 二つ目の理由は、認知行動療法には、さまざまな問題に共通する「認知モデル」（心と体のしくみ）を
13 土台としつつも、状態像や診断に関する固有の「認知モデル」があり、治療は患者の状態に対応した治
14 療手順（治療マニュアル）を選択する必要があるからである。本マニュアルは、そのような疾患に特異的
15 な治療手順ではなく、その土台となる内容を扱っているが、一般的によく見られる「抑うつ」「不安」「強
16 迫」などのおおまかな状態像と、それぞれに対応した認知モデルを理解しておくことは重要である（『I-5.
17 抑うつ の基礎理解と治療戦略』『I-6. 不安の基礎理解と治療戦略』を参照）。

18 三つ目の理由は、併存疾患（パーソナリティ傾向を含む）が、治療関係、治療計画、経過に影響を与
19 えるからである。

20

21 2) 症例の概念化

22 症例の概念化とは、認知行動理論に基づいた「見立て」と、それに基づいた治療計画のことである。概
23 念化は患者と共有され、合意されることも大切である。チーム医療では、概念化を他の医療者と共有し
24 治療方針をすりあわせることが大切である。詳細は、『III-2. 概念化と治療計画を参照』。

25

26 3) 基本的なカウンセリング・スキル

27 基本的なカウンセリング・スキルとは、認知行動療法に限らないあらゆる精神療法やカウンセリングに
28 共通する要素（精神療法の共通要素）を指し、支持・共感、治療目標の共有など、患者と治療者の良好な
29 関係性を形成するさまざまなスキルを指す。精神療法の共通要素は、患者が改善する上で大きな影響力を
30 持っている（詳細は、『II-1. 精神療法の共通要素』を参照）。認知行動療法特有の介入（“特異的要素”－例
31 えば、認知再構成や行動活性化）は、こうした共通要素を土台にはじめて成り立つ。

32

33 4) 治療の構造化

34 「治療の構造化」は、認知行動療法の大きな特徴の1つである。構造化には、1つのセッションの中で
35 行うべき手順と手続き（「セッション内の構造化」と、治療全体の中で、各セッションでどのような介入
36 を実施するか（「全体を通じた構造化」）にわけられる。詳細は、『I-2. 認知行動療法の概略』『I-3. 認知
37 行動療法全体の構造』『I-4. 1セッションの構造』を参照のこと。

38

39 5) 認知・行動技法

40 1)～4)を土台として初めて、さまざまな認知・行動技法が有効に作用する。認知・行動技法の詳細
41 は、第V章を参照されたい。

42

43

2. 認知行動療法家に必要な4つの習得レベル

ここでは認知・行動技法の習得レベルを解説する（図1）。

①精神療法の共通要素。

精神療法の共通要素（基本的なカウンセリング・スキル）

②基礎知識

認知・行動技法の習得には、第一のレベルは、“知識”の習得（頭で理解できているか）”である。認知行動療法の技法について、“説明”できるかどうか、によって評価することができる。系統講義や文献学習によってこのレベルの習得が可能である。

③実践能力

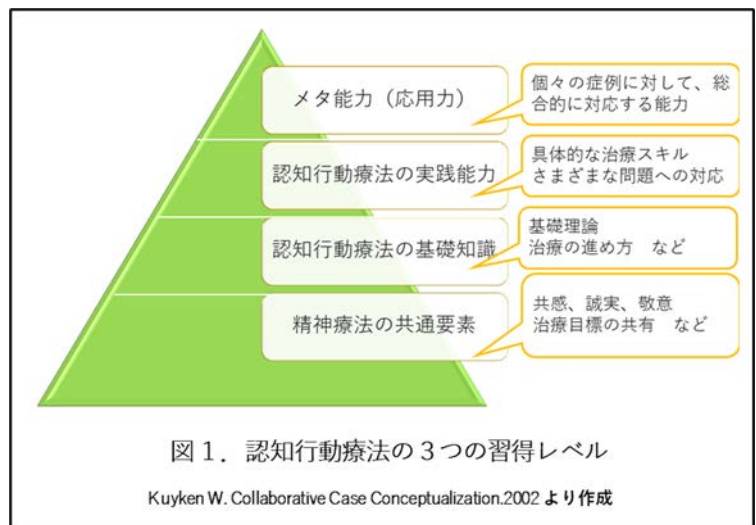
第二のレベルは、“実践能力”の習得（技法を実際に患者に用いることができるか、効果的な言葉のやりとりができていないか）である。これは「アタマ」ではなく「からだ」で覚えていくものであり、視聴覚教材で学んだり、同僚やスーパーバイザーとロールプレイをしたり、スーパービジョンを受けながら実経験を積むことで習得する。

④実践

第三のレベルは“メタ能力（応用力）”（個々の症例に対して、認知行動療法のスキルを総合的に使い分ける力）である。症例の概念化を行い、それに応じて適切な技法の選択することが求められる。

3. 認知療法尺度

認知行動療法家の能力を測定する認知療法尺度（Cognitive Therapy Rating Scale: CTRS）という尺度がある。CTRSは、基本的なカウンセリングや治療の構造化に関連するパート1と、認知行動療法の技法やその応用に可憐するパート2からなる合計11項目の評価尺度であり、その評価基準の理解は、認知行動療法の習得に役立つ。詳細は『1-8. 認知療法尺度（Cognitive Therapy Rating Scale: CTRS）』参照のこと。



1 | - 2. 認知行動療法の概略（基礎知識）

ポイント

- 認知行動療法は治療者の支持的かつ誠実な姿勢を根幹とする。
- 良好な治療関係の構築が元となり、協働的に治療を進めつつ自身での解決姿勢の獲得を目指す。
- 治療構造を守り、技法の習熟が話題の中心となることは回避する。

2

3 1. 認知行動療法とは

4 認知行動療法は、認知という情報処理のプロセスに焦点をあてながら、患者の抱える問題に対して目標
5 設定し、患者と治療者で共有した上で目標の達成を妨げる問題の解決を図る、短期の構造化された、目標
6 志向型の精神療法である。

7 1960年代、情緒的な問題に対して認知的な介入を用いる『認知療法』が Aaron T. Beck により提唱され
8 た。また 1950年代より Ivan P. Pavlov や Burrhus F. Skinner らを中心とした行動主義心理学者の学習理論
9 をもとに、情緒的な問題への行動的介入を用いる『行動療法』が発展した。双方の理論的・実践的な有用
10 性から、1980年代より認知療法と行動療法との統合や併用が進み、後に様々な精神疾患に対して有効
11 あることが示されることになった。

12 認知行動療法は、治療者の支持的かつ誠実な姿勢が根幹であり、良好な治療関係の中で協働的に様々な
13 問題の解決を目指す。この過程を経て、治療が終結した後には患者自身の力で対処や解決が可能となるよ
14 う、健全な認知や行動の様式を獲得・維持していく『問題に対処する心の力をつける』ことを支援する。

15

16 1) 適用となる対象

17 認知行動療法は、うつ病、不安症、強迫症、心的外傷後ストレス症（PTSD）、食行動症または摂食症、
18 パーソナリティ症、統合失調症など多くの疾患や障害に対して有効であることが示されており、また、精
19 神医療分野のみならず身体疾患や生活習慣や教育分野など多岐にわたって活用されている。認知行動療
20 法の原則はこれらすべてに対して共通であるが、実際の治療にあたっては、それぞれの問題に特化したマ
21 ニュアルを用いる。認知行動療法を用いる場合には、患者の状況（環境、心身の状態、抱えている問題な
22 ど）を踏まえて、その適用を考慮する必要があり、精神病症状や希死念慮が強い場合など、状況によっ
23 ては、薬物療法や環境調整など他の支援・介入方法と併用したり、他の支援・介入方法を優先したりする必
24 要がある。

25

26 2) 具体的内容

27 ① 認知行動療法の基本原則

28 認知行動療法は、ほかの多くの精神療法と同じように、治療者に不可欠な基本的な要素である、『共
29 感性、誠実さ、温かさ（敬意）』を土台とする。『共感性、誠実さ、温かさ（敬意）』は認知行動療法特
30 有の技法を使用して効果をあげるために不可欠な要素であり、良好な治療関係が治療転帰に影響を
31 与えることが多くの研究で示されている（詳細はII章参照）。その上で、患者に対して、何が症状を持続
32 させているのか、あるいはどのような経験やスキーマが影響しているのかを横断的・縦断的に捉える
33 ことによって患者全体を見立てる『症例の概念化』を行い、患者の考えや思い込みを治療者と患者が
34 一緒になって科学者のように検証していく『協働的経験主義（collaborative empiricism）』により、『今・
35 ここで問題（here-and-now problem）』に目を向け、疾患や技法などについても適切な情報提供を行い
36 （『心理教育（psychoeducation）』）、ソクラテス式問答を用いて患者に誘導的発見（guided discovery）
37 を促す。これらをアジェンダ設定やフィードバックなど、治療セッションを構造化して実施する。

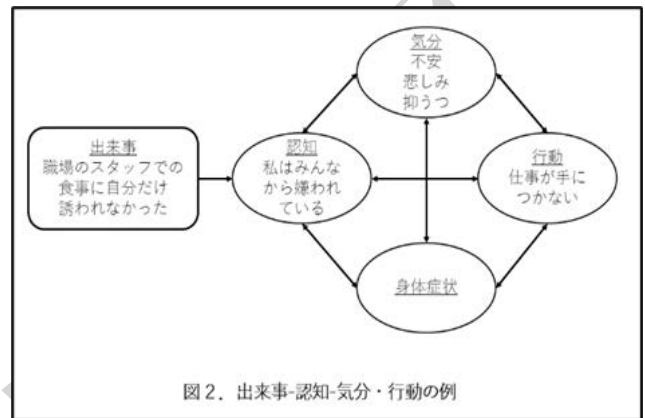
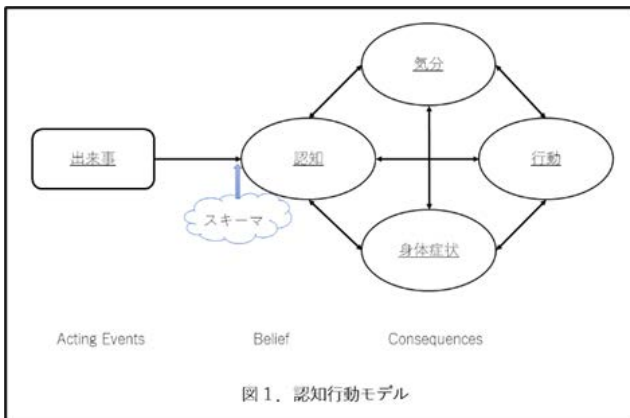
38

39

② 認知行動モデルと症例概念化

● 認知行動モデル

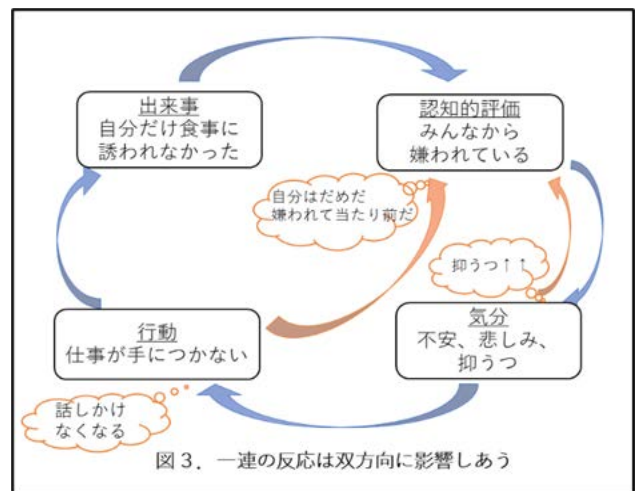
認知行動療法の基盤となる考え方として、『認知（行動）モデル』が挙げられる。これは、ある『出来事』をきっかけとして瞬間的に頭に生じてくるイメージや考え『認知（自動思考ともいう）』が、『気分／感情（以後、気分とする。）』のみならず『行動』や『身体的な反応』にまで影響を与えうる、というものである（図1）。これは A.エリスの論理療法にある『ABC 理論』を参考にしている（一連の反応を引き起こす出来事（Acting Events）があり、これに対する思考や信念といった認知的変数（Belief）によって、気分や行動といった反応（Consequences）につながる）。気分、認知、行動、身体面の4つの側面のうち、気分と身体面の反応を人間が意識的に変える事は難しい。しかし、認知は私たちが注意をむければ認識して理解することができ、行動は意識することによって切り替えることができる。4つの側面は互いに密接に影響しているため、認知や行動を変えることによって、気分や身体反応の改善を促す。



この4つの側面は互いに影響しあう。例えば、「職場のスタッフでの食事に自分だけ誘われなかった」という場面を想定してみよう。このような状況で、「私は皆から嫌われている」という考え（自動思考）がふっと浮かび、その結果として不安や抑うつ、悲しみといった気分が強くなってしまい「仕事が手につかない」という行動がおきる（図2）。「みんなから嫌われている」と思うと、自身の一挙手一投足が気になってスタッフとのコミュニケーションが減ったり、職場には行きづらくなったりするだろう。「仕事が手につかない」ことが続けば、「自分はだめだ」という認知が強まるであろう（図3）。

これを認知行動療法的アプローチで考えてみると、ある出来事があった時に4つの側面で評価し、

その上で認知の妥当性を検討したり、非機能的な行動を修正したりする。決して状況を踏まえずにやみくもに楽観的に考える、というものではない。この例であれば、食事に誘われなかったのは本当に自分だけであったのか、誘われなかった理由は「皆から嫌われている」以外には考えられないのか、例えば、職場のスタッフは、業務に余裕がないことを知っている患者に気を使ってあえて誘わなかった可能性はないのか、など、患者が状況を客観的に振り返ることを支えることが治療者には求められる。一方で、実際に嫌われている、いじめが起きている場合もありうる。そうした場合には、その状況を踏まえてどうするか、患者の話に耳を傾け、適切な技法を用いることを検討する。



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41

- 自動思考とスキーマ（詳細は第2部『1-7. 認知再構成』『1-8. スキーマ』を参照）

認知行動療法では、認知について、大きく2つのレベルを想定している。1つ目は自動思考であり、日々のさまざまな場面で瞬間的に頭の中を素早く通過する認知のことである。一般には自動思考を綿密に分析することはない。うつや不安が強い場合には非機能的な自動思考が多くみられる。2つ目はスキーマ（中核信念ともいう）で、自動思考の基底にある情報処理の基本的なテンプレートであり、それらが自動思考へと影響を与えると考えられている。人は、人生のかなり早い段階から自身の特性や様々な人生経験をもとにして自分や他者、そして自分自身を取り巻く世界に対して、一定の信念（スキーマ）を持つようになって考えられている。通常では悪影響を与えることは少ないが、うつ状態などではしばしば硬直化した非機能的なスキーマが優位になり、認知や行動に影響する。このため、患者の根底にあり自動思考へと影響を与える非機能的なスキーマへの介入と修正は、症状の改善のみならず再発の予防に対して効果的であることが示されている。

- 症例の概念化（case conceptualization）/定式化（formulation）（詳細は『III-2.症例の概念化と治療計画』を参照）

症例の概念化（定式化ともいう）は、まさに患者との協働作業を進めていくうえでの大切なロードマップと言える。現在患者の置かれている状態とその誘発・維持要因、患者のこれまでの人生での体験からスキーマを形成するに至った経緯を理解し（図4）、概念化ワークシートの作表へとつなげる（III-2.参照）。治療者は作業仮説を明確化し、患者とともに治療的戦略を共有・具体化していくことを念頭においてセッションを進める必要がある。

これらの過程は、患者の治療目標の達成を左右する要素であるため、治療早期の作成を考慮することが望まれるが、それ以降の新たな情報が得られた際には改訂し続けていくことが肝要である。

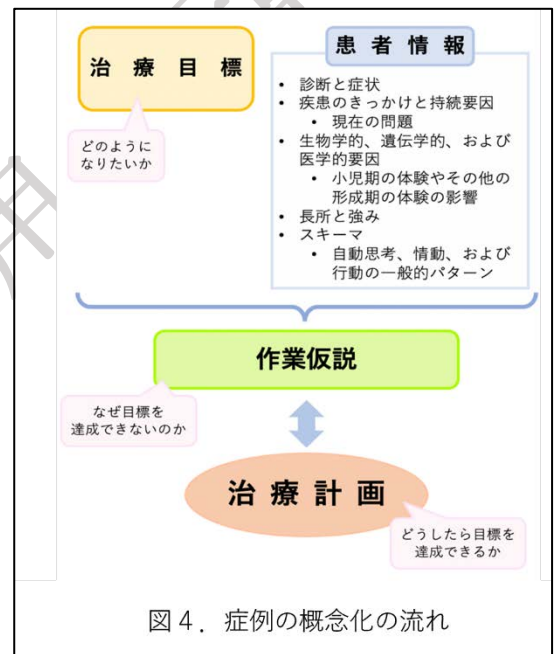


図4. 症例の概念化の流れ

③認知行動療法の治療の流れ

治療の『構造化』は、認知行動療法の重要な特徴の一つである。そこには、プログラム全体の中でどの時期にどのようなことを行うかがおおむね決まっている『プログラム全体の構造化』と、各セッションにおいてどのようなことを行うかがおおむね決まっている『各セッションの構造化』の両方がある。

- 治療の流れ（詳細は、『I-3. 認知行動療法全体の構造について』を参照）

認知行動療法は基本的には週1回、1回30-50分程度、総計6-20セッション程度の枠組みで構成される（再発予防の目的で規定のセッションを終えてから追加のセッション（ブースターセッション）を数回行う場合はある）^{*1}。慢性・複雑例（パーソナリティ症の患者や、複数の問題を有している患者など）に対してはより長期間にわたって実施される場合もある。いずれにせよ、認知行動療法では基本的に全治療回数や期間をあらかじめ定め、患者も治療者もその終結を意識することが必要である。

1 プログラム全体の構造としては、最初の1、2セッションが『導入部』、中盤のセッションが『問題に
2 取り組む期間』、最後の1、2セッションが『終結部』、という3つの部分に大別できる。例として、う
3 つ病の認知療法・認知行動療法の治療マニュアル（厚生労働省）を図5に示した。治療の進捗とともに、
4 治療者主導から患者主導へと徐々に移行していき、最終的には患者が「自分自身の治療者になる」こと
5 を目指す。

6 患者の抱える問題がプログラムの期間内にす
7 べて解決するとは限らないが、治療終結時に患者
8 が自分自身で問題を解決したり、症状を改善させ
9 たり、再発の予防が行えるスキルを身に着けられ
10 るようにすることこそ、認知行動療法プログラムの
11 目標である（『魚を与えるのでは無く、魚の捕
12 り方を教える』）。

- 14 ● 各セッションの流れ（詳細『I-4.1 セッショ
15 ンの構造』を参照）

16 各セッションにおいても、構造化を意識する

17 ことが重要である。セッションの時間は有限であり、取り扱う話題（アジェンダ）に優先順位をつけて
18 時間を有効に活用することや、次回セッションまでの時間を有効に用いるためのホームワーク（アクシ
19 ョンプラン）を設定することもプログラムを有効なものにする上で重要な要素である。

21 *1: 診療報酬では医師の場合、1回30分以上実施した場合に16回まで算定が認められている（2021年度）。

セッション	セッション	目的	アジェンダ	使用ツール・活動物	
導入部	1	1-2	症例を解説する 心理教育と動機付け 認知療法へのsocialization	症状・経過・発症期 などの説明 うつ病、認知モデル、治療構造の心理教育	うつ病とは 認知行動療法とは
	2	3-4	症例の概念化 治療目標の設定 患者を活性化させる	治療目標（患者の期待）を話し合う 治療目標についての話し合い 活動スケジュール表など	問題リスト 活動記録表
問題に取り組む期間	3	5-6	気分・自動思考の特定	3つのコラム	コラム法 →考えを切り替えよう
	4	7-12	自動思考の検証 (対人関係の解決) (問題解決技法)	コラム法 (対人関係の解決) (対人関係改善を改善する) (アプソン問題解決)	パランス思考のコツ 認知のかたよりと 人間関係スケジュール 問題解決スケジュール
	5	13-14	スキーマの特定	上記の継続 スキーマについての話し合い	「心の法則」とは 心の法則とは
終結部	6	15-16	再発と再発予防	治療のふりかえり 再発予防 ブースターセッションの準備 治療期間延長について決定する	治療を終了するにあたって

※患者の病態・理解度により、進捗は異なる

図5. 治療全体の大きな流れ

厚生労働省チームページ「こころの健康」
URL: <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/chokeisakuken/kyokai/>
「認知療法・認知行動療法治療マニュアル」(厚生労働省)
認知行動療法療養開発センター <http://cbl.jp/>

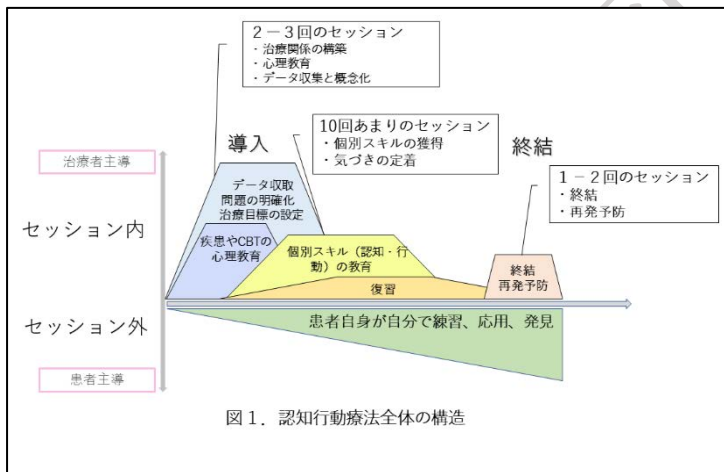
1 | - 3. 認知行動療法全体の構造について

ポイント

- 認知行動療法は短期の構造化された精神療法であり、プログラム全体を導入期、中期、終結期の3つの時期に大別できる。
- どの時期にどのようなことを行うのか、各セッションの中でどのようなことを行うのか、概ね決まっている。

1. 認知行動療法の基本的な構造と進め方

認知行動療法は、目標志向型の短期精神療法であり、プログラム全体の中でどの時期にどのようなことを行うのか、各セッションの中でどのようなことを行うのか、が概ね決まっている（「構造化されている」）のが特徴である。基本的には、週1回、1回あたり60分程度、総計6～20回程度の枠組みで構成されるが、疾患、症状によって多少異なる。最初の1～2セッションが「導入部」、中盤のセッションが「問題に取り組む期間」、最後の1～2セッションが「終結部」と3つの部分に大別できる（図1）。表1に例としてうつ病の認知行動療法の大まかな流れを示す。



ステージ	セッション	目的	アジェンダ	使用ツール・配布物	
導入部	1	1-2	症例を理解する 心理教育と動機付け 認知療法へsocialization	うつ病とは 認知行動療法とは	
	2	3-4	症例の概念化 治療目標の設定 患者を活性化させる	問題リスト 活動記録表	
問題に取り組む期間	3	5-6	気分・自動思考の同定	3つのコラム	コラム法 ～考えを切り替えよう
	4	7-12	自動思考の検証 (対人関係の解決) (問題解決技法)	コラム法 (オプション: 人間関係を改善する) (オプション: 問題解決)	バランス思考のコツ 認知のかたよりとは 人間関係モジュール 問題解決モジュール
	5	13-14	スキーマの同定	上記の継続 スキーマについての話し合い	「心の法則」とは 心の法則リスト
終結部	6	15-16	終結と再発予防	治療のふりかえり 再発予防 ブースターセッションの準備 治療期間延長について決定する	治療を終了するにあたって

表1. うつ病の認知行動療法

1) 導入期

治療初期の基本的な課題は、①良好な治療関係の構築、②症例の概念化と治療計画、③心理教育、である。認知行動療法のような問題解決指向的な精神療法では、良好な治療関係を維持することがとくに重要になる。そこで認知行動療法では、患者を温かく受け入れると同時に、患者の考えや思いこみを治療者と患者が一緒になって「科学者」のように検証していく協働的経験主義と呼ばれる関係を強調する。このような信頼関係を築くには、患者を一人の人間として理解しておくことが不可欠である。患者の精神科的診断と、今抱えている問題点、患者の長所や強み、認知・行動パターンを把握し、治療方針を決定していくことを症例の概念化と呼ぶ。そして、それをもとに、患者の抱えている問題について、そして認知行動療法について患者に説明、理解を共有し、治療へと入っていく。

1 **2) 中期**

2 患者と良い関係性を築き、患者の問題を概念化
 3 し、その理解を得られたら、概念化に基づいて改善
 4 に役立つ認知的・行動的介入を行っていく。具体的
 5 な介入は、症例の概念化や、疾患の特性によって変
 6 わる。

7 ただし、いずれの技法も患者本人の問題に合わ
 8 せて、適宜選択、提供していくことが重要である
 9 (図2)。それぞれの技法については、第5章を参
 10 照されたい。患者に適切な治療技法を提供するた
 11 めにも、症例の概念化が大切であり、セッションを
 12 進めていく中で、新たな情報が得られた際には、改
 13 訂し続けていくことが肝要である。

14 **3) 終結期**

15 治療後期の主な目標は、患者自身が問題を解決
 16 したり、症状を改善させたり、再発を予防できるス
 17 キルを身につけられることである。それまでの治
 18 療の経過を振り返り、治療を通して獲得したこと
 19 を再確認し、治療中にやり残したことや治療後に起こりうる可能性のある問題について話し合う。また、
 20 終結に向けて高まってくる不安についても話し合うようにする。

21 **4) ブースターセッション**

22 治療終結後、再発予防を目的に、数か月に1度、数回、ブースターセッション（追加のセッション）を
 23 行うことが勧められている。ブースターセッションでは、患者の健康度をチェックし、何か問題が起きた
 24 ときにどのような対処をしたか、治療で扱った非機能的な方略が再び起こっていないかチェックする。何
 25 か問題があれば、そのときに行った対処について検討し、今後出てくると予想される問題に対する方策を
 26 考えていく。治療セッションの期間内に、患者の問題が全て解決するとは限らないが、身に着けたスキル
 27 を実際に使えるように、ブースターセッションで振り返り、患者本人のサポート資源（主治医や治療チ
 28 ムなど）につないでいく。
 29
 30
 31

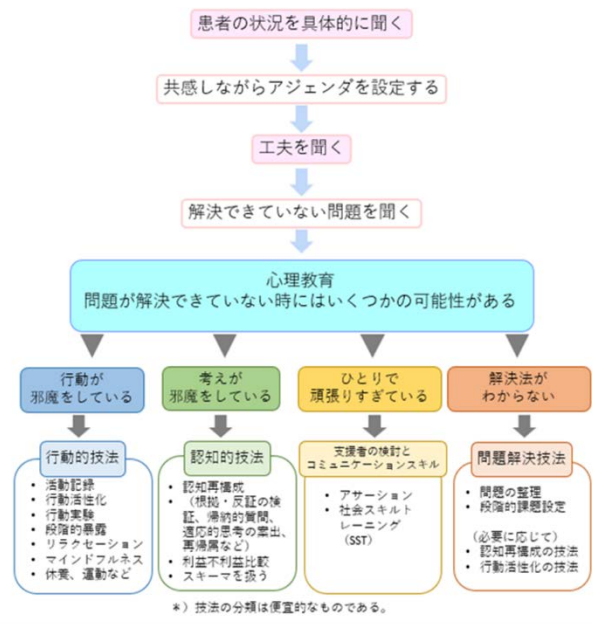


図2

1 | - 4. 1セッションの構造

ポイント

- セッションを構造化することは、治療を効率的に、順調に進めるために重要である。
- 1セッションは、序盤、中盤、終盤と分けられ、それぞれ内容が決まっている。

2

3 1. 1セッションの構造とは

4 1セッションは50分程度であるが、セッションの構造化は、治療者ができるだけ効率的に治療を進め、
5 患者の苦痛を速やかに軽減することを目指すために必要である。構造を明確にすることで治療の流れが
6 分かりやすくなり、患者にとっては限られた時間の中で問題を解決するモデルとなり、治療を順調に進め
7 ることにつながる。1回のセッションの進め方や治療全体の流れが具体的に分かっている方が患者にとっ
8 ては安心であるし、構造化することの大切さを患者にも理解してもらうことが重要である。

9

10 2. 具体的な内容

11 1セッションの構造は大きく3つに分けられる（図1）。まず、セッション開始15分前に患
12 者さんに来院してもらい、自己評価尺度（うつ
13 の場合、BDIやQIDSなど）を記入してもらう。
14 セッションの具体的な内容についてこれから
15 述べていく。

16

17 1) 序盤（5～10分）（1. チェックイン 18 ～4. アジェンダの決定）

19 ① チェックイン

20 まず、患者にこの1週間にわたる全般的な気
21 分を尋ね、簡潔に報告してもらう。このとき、
22 治療者は、気分の変化に対して、患者が自分の
23 体験を認知行動モデルの枠組みから把握し、理解できるように導いていく。また、気分をチェックするこ
24 とで治療者と患者が治療の進捗を知ることできる。チェックインの際、下記のようなことが確認し、話
25 題に上がった場合は、進行度によらず、優先して話し合う。
26

27

* 治療における優先事項

- ① 自殺・自傷に関すること（例：絶望感、アルコール、自傷他害行為、不眠、不安）
- ② 治療の継続に影響しうる生活上の致命的な問題の大きな問題（例：経済的な問題、身体的健康問題、被虐待、物質乱用など。）
- ③ 治療や治療者に対する陰性感情、治療を妨害する行為（頻回な遅刻、治療の停滞など）。

28

29 ② ブリッジング

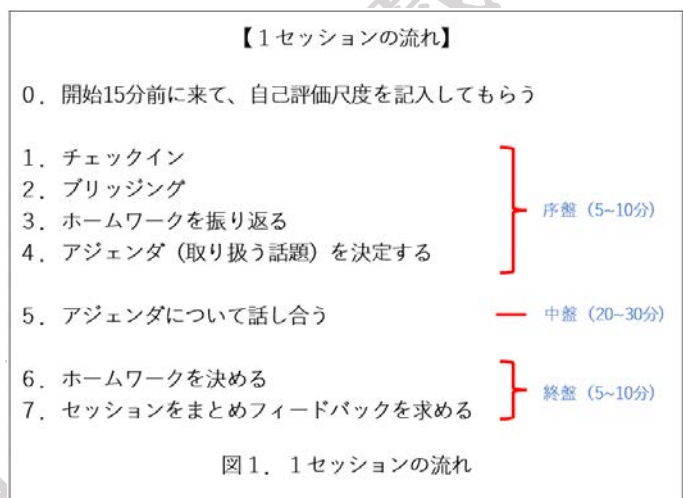
30 前回のセッションと当日のセッションの橋渡しを行う。前回以降にあったことを簡単に振り返るが、治療
31 者はその中に今日これからのセッションのアジェンダに関連することが含まれていないか注意を払う。

32

33 ③ ホームワークを振り返る

34 治療者は、患者がホームワークとして進めてきたことを確認する。患者が次回以降もホームワークに取り
35 り組もうと思うようにするためにも、ホームワークを確認することはとても大切である。治療者は患者と
36 ホームワークについて話し合い、得られたことや進展について簡単にまとめる。

37



1 ④ アジェンダを決定する

2 治療者と患者が協働して、今回のセッションで話し合うと役に立ちそうな問題（明確で具体的、かつ達
3 成可能なもの）をリストアップし、複数ある場合は優先順位をつけてアジェンダを決定する。チェックイ
4 ンからアジェンダの決定までは、5分、長くても10分以内に行う。前述の治療における優先事項が挙が
5 ったときは、それを優先する。

6
7 2) 中盤 (約30分) (5. アジェンダについて話し合う)

8 治療者は、アジェンダとする問題について事実関係を整理し、概念化に従って、どのような認知行動モ
9 デルが患者の問題を持続させているのかを患者が気付けるように支援する。鍵となる認知行動パターン
10 を共有したら、このパターンを変えるために具体的にどのような介入ができるかについて、患者が自ら考
11 えていけるように支援しながら話し合う（具体的な介入については、第2部で詳しく述べる）。

12 1回のセッションで十分な時間をかけて話し合えるアジェンダは1つか多くても2つまでである。アジ
13 エンダを変える場合は、患者と話し合って変更する。治療者は時間をできるだけ有効に使うためにも、時
14 に重要度の低い話は制限するなど、セッションが適切なペースとなるよう留意する。

15
16 3) 終盤 (5~10分) (6. ホームワークを決める~7. セッションをまとめフィードバックを求める)

17 ① ホームワークを決める

18 セッション中盤で話し合った内容を踏まえて、ホームワークを設定する。アジェンダと同様に、治療
19 の初期の段階では治療者がリードし、少しずつ患者が自分で設定できるように指導していく。この際、
20 治療者は、患者の特徴や希望を踏まえて患者個人に合わせたホームワークを患者と協力して設定する。

21
22 ② セッションをまとめてフィードバックを求める

23 セッションを終える前に行うまとめの目的は、患者の気持ちを良い状態に保ちつつ、セッションの中
24 で最も重要なポイントへと注意を向けていくことである。セッションの最初の段階では、治療者がま
25 とめを行うが、患者が慣れてくれば、治療者ではなく患者に重要なポイントを要約してもらえよう
26 になる。

27 まとめが終わったら、治療者は患者からセッションの感想をもらう。
28

1 | - 5. 抑うつ の基礎理解と治療概略

ポイント

- 抑うつについて理解し、効果的な認知行動療法ができるようになる。
- 抑うつについて患者に説明することができる。
- 抑うつという言葉の治療者同士の共通言語として用いることができる。

2

3 1. 抑うつ の基礎理解

4 抑うつは基本的な感情のひとつで、正常な落ち込みからうつ病まで、様々な状態でみられる。正常な落
5 ち込みとうつ病の間で、どこまでが正常の落ち込みで、どこからがうつ病、といえる明確な基準はない。
6 このことを、正常の落ち込みからうつ病は症状的にスペクトラム(連続体)であると言う。特にうつ病の場
7 合には著しい苦痛や生活上のさまざまな機能の障害(家事の遂行困難、仕事ができない、起き上がれない
8 など)がみられる。医学的治療の対象になり、重症度や状況に応じて、認知行動療法以外の治療を優先/
9 併用した方がよい場合があることに留意する。抑うつを理解することは、共感、信頼関係の構築、心理教
10 育、症例の概念化などのため大切である。認知行動療法プログラムを実施する上で、あらゆる段階で重要
11 だが、特に初期の段階で重要な役割を果たす。

12

13 1) 抑うつ の症状

14 抑うつ(気分)とは「ゆううつ」「物悲しさ」「絶望感」「気分の落ち込み」「沈みこんだ気持ち」「気持
15 ちが晴れない」「気がふさぐ」などという患者自身が感じる症状(自覚)である。時に不安、イライラを
16 伴うことがある。表情は暗く沈みがちで、無表情となることもある。小声で口数も少なく、悲壮感が漂い、
17 涙することも多くなる。ただし、抑うつは患者の自覚であるため、外見のみでは判断できない。必ず患者
18 に聞いてみる必要がある。

19 抑うつを感じるのは、自分にとって大切なものを失ったと考えた時である(『喪失』という認知)。例
20 えば、会合で知人を見つけて挨拶をしようとしたが、その人が、そのまま通り過ぎてしまったとい
21 う場面を想定してみる。その時に「誰も自分のことなど気にかけてくれない」「あの人は自分のことが嫌
22 いになったんだ」など、自分にとって大切なもの(ここでは“他人からの評価”)を失ってしまったと考え
23 ると、悲しくなる。

24 認知行動療法では、抑うつに伴う症状を、便宜上、気分、行動、思考、身体 の4つの領域に分けて考え
25 る。これは、患者の困りごとの仕組みの理解に役立つ(表)。

26

4つの領域	症状の例
気分の症状	抑うつ気分、不安感、イライラ
行動の症状	興味の喪失、集中力の低下、意欲低下、焦燥
思考の症状	些細なことへのこだわり、悲観的な考え方 自責感、自殺念慮、自殺企図
身体の症状	全身倦怠感、易疲労性、不眠、食欲低下、性欲減退、頭痛、頭重、肩こり、口渇、 動悸、咽喉頭異常感、胃部不快、頻尿

表1. 4つの領域

1 2) 抑うつ認知・行動の特徴

2 ①認知の特徴

3 抑うつ、特にうつ病の認知の特徴として、否定的認知の3徴がある。

4 ● 否定的認知の3徴

5 否定的認知の3徴とは、自分、周囲、将来という3領域で思考が否定的に歪められていることをい
6 う。

7 1. 自分のことをマイナスに考えすぎる

8 「自分はダメな人間だ」「自分の力ではどうすることもできない」など、自分の能力を過度に悲観
9 的に考え、自分を責める。

10 2. 周囲（他者・世界）のことをマイナスに考えすぎる

11 「周りの人が私を嫌っている」「誰にもわかってもらえない」「自分とつきあいたいと思う人はい
12 ない」など、周囲の評価を過度に悲観的に考える。

13 3. 将来（今後）のことをマイナスに考えすぎる

14 「どうせだめだ」「いまの状況はこのまま変わりようがない」「このつらい気持ちは一生続くだろ
15 う」「これから良いことは起こらない」など、はじめから諦め、現状がいつまでも変わらないと
16 考える。

17
18 帰属スタイルの誤り

19 帰属スタイルとは出来事に対する意味づけのことをいう。抑うつ状態にある場合、内向的に偏りネガ
20 ティブな出来事に対して過剰に自分を責める、出来事に対して広範囲におよぶ包括的な意味がある
21 と結論づける、否定的な状況や困難な場面は変えることができない、といった特徴がある。

22 フィードバックに対する反応のゆがみ

23 フィードバック（自分の行動に対する周囲の反応や評価）については、ポジティブなものは実際より
24 も小さく、ネガティブなものは大きく見積もる傾向がある。

25

26 ②行動の特徴

27 うつ病を持つ人でよく見られる行動として以下の3つがある。

28 1. 活動量が減る

29 活動量が減り、楽しみや、達成感が得られなくなる。

30 2. ぐずぐず主義

31 問題を先延ばしにして、他のことにふける（酒、インターネットなど）。

32 その結果、やらなくてはいけないことがたまってしまう。

33 3. 周りにうまく助けを求められない

34 問題が起きても周囲に相談ができず、一人で抱え込む。

35 その結果、ますます問題が大きくなってしまう。

36

37 2. 抑うつの治療戦略

38 うつ病では、抑うつ気分と認知、行動、身体が関連し、ネガティブな出来事をきっかけに悪循環を起こ
39 している。治療戦略は、その悪循環を断ち切ることが重要である。

1 悪循環を断ち切るにあたっては、上述の抑うつにお
2 ける認知や行動の特徴、認知行動モデルと治療アプ
3 ローチに関する心理教育を行う。行動上の問題に対
4 しては行動的技法を用いて機能的になるよう働きか
5 ける。行動の変化を通して、気分と認知の変容につ
6 ながることもある。行動的技法についてはV章を参
7 照されたい。認知に関しては、抑うつ状態などでは
8 極端に非機能的で硬直化した状態に陥っていること
9 が多く見受けられる。認知的治療戦略では、この非
10 機能的な認知を同定し、現実的にあるいは適応的に
11 修正することを目指す（第2部『1-7. 認知再構成』
12 参照）。患者が抱えている問題に応じて、問題解決技
13 法やコミュニケーション・スキルを用いる。

14 毎回のチェックインで質問紙や口頭で抑うつの程度を把握することも重要である。希死念慮が確認さ
15 れた場合には、それに応じた治療戦略が必要である。継続した評価を行うようにする。

16

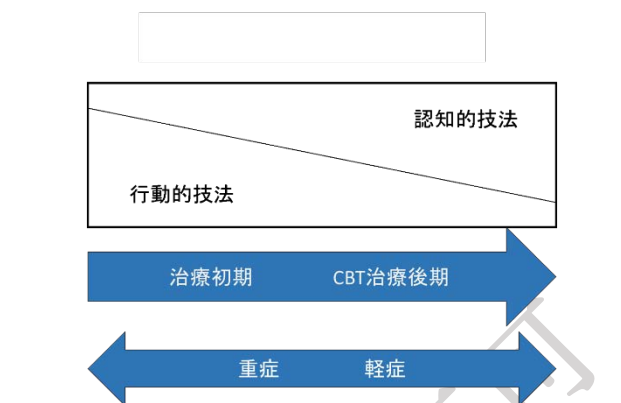


図1. 抑うつに対する認知的技法と行動的技法の活用

1 | - 6. 不安の基礎理解と治療概略

ポイント

- 不安は対象のない恐れのことをいうが、生存に必要な感情である。
- 不安が生じること自体は自然な反応であるが、過度な場合には生活に支障をきたすことを患者と共有する
- 認知、身体、行動、気分の4つの領域に対して認知行動的介入を行う。

2

3 1. 不安とは

4 不安とは、「対象のない恐れ」（漠然とした恐れ）
5 をいう。一方、「対象がある恐れ」を恐怖というが、
6 不安と恐怖は分けきれないこともあり、ここでは
7 これらをまとめて不安と呼ぶ。不安は、誰もが持
8 つ、生存に必要な感情である。たとえば、夜道を
9 歩いていて物陰から予期しない物音がしたとしよ
10 う。このような時、私たちは不安になり「闘争か
11 逃走（fight or flight）」という反応で身を守ろうと
12 する。

13 この時の状況を、認知行動モデル（気分・身体・
14 認知・行動）で考えてみよう（図1）。暗闇での物

15 音に対して、「何かいる、危険だ」「闘わなければ」「逃げなければ」という考え（認知）が生じ、気分は
16 不安に、身体は、闘争や逃走の準備のために副交感神経（リラックス神経）よりも交感神経（緊張神経）
17 が優位となる（心臓の鼓動や呼吸が早くなり筋緊張が高まる）。そして、闘争や逃走の行動にいたる（図
18 1）。「闘争」と「逃走」のどちらを選択するかは状況によることが多い。勝てそう（対処できそう）であ
19 れば「闘争」、勝てそうになければ（対処できそうになければ）「逃走」となる傾向がある。

20 不安とは自分の身を守るための適応的な反応で、身を守るための危険信号（安全装置）と言える。

21

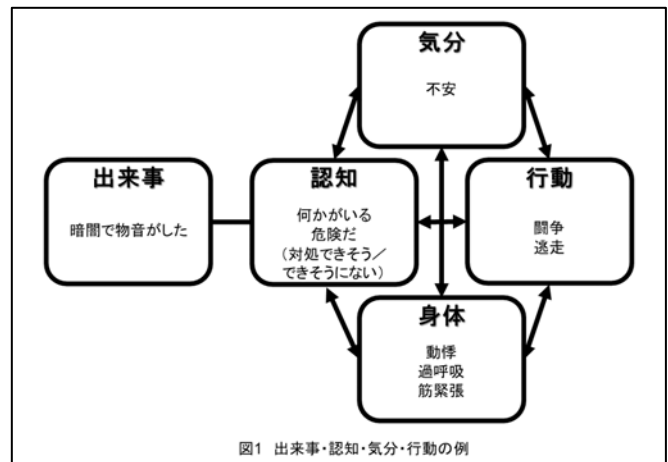
22 2. 不安症とは

23 正常な心理反応としての不安（適応的な不安）と、治療介入が必要な不安（不安症）は、不安の程度・
24 持続時間・機能障害（生活への支障）などで区別できる。一般的に、不安症は、不安の程度が、現実の状
25 況と比べて不釣り合いに高く、持続時間が長く、そして生活に支障をきたすものを指す。危険信号に例え
26 れば、信号が敏感すぎる、長く反応しすぎる、または誤報が多い、といえる。不安症は、その対象や状況
27 などにより、限局性恐怖症・社交不安症・パニック症・広場恐怖症・全般不安症などに分けられる。

28

29 3. 認知行動モデルによる不安症の理解

30 不安症の認知行動モデルを図2に示す。不安症においては、認知はリスクを過大評価し、自分の対処能
31 力を過小評価し、対処困難という認識に至っている（破局視、破局化、と呼ばれる）ことが多い。例えば、
32 パニック症であれば、「心臓がドキドキしている。息ができない」「死んでしまう」と身体反応やリスクを
33 過大評価し、「自分の手に負えない。何もできない」と自分の対処能力を過小評価。また、「誰も助けてく



れない]など周囲からの支援についても過小評価していることが多い。これらの認知は気分や身体反応をさらに強化し、それに反応してリスク認識が高まるという悪循環に陥る。

また、不安状態では、回避行動や安全行動と呼ばれる行動をとりやすい。回避行動とは不安を感じる場面を避けること（例：広場恐怖の患者が電車に乗らない）であり、安全行動とは、不安を下げるための対症的な行動（例：頓用薬を服用して電車に乗る）を指す。回避行動も安全行動も、一時的な不安軽減には役立つが、根本解決にならず、中長期的な不安の持続につながる。

不安を引き起こす場面では、非機能的な認知、不安感情、身体反応（交感神経優位の症状）が相互に悪循環を起こす（例：パニック症において、不安に伴う身体症状が、「息苦しい。死んでしまうのではないか」などの認知を惹起し、さらに不安感情を増幅する）。回避行動や安全行動は、不安に向き合う機会を減らし、認知の修正の機会を損ねるため、非機能的認知が持続するという悪循環をもたらす（図3）。

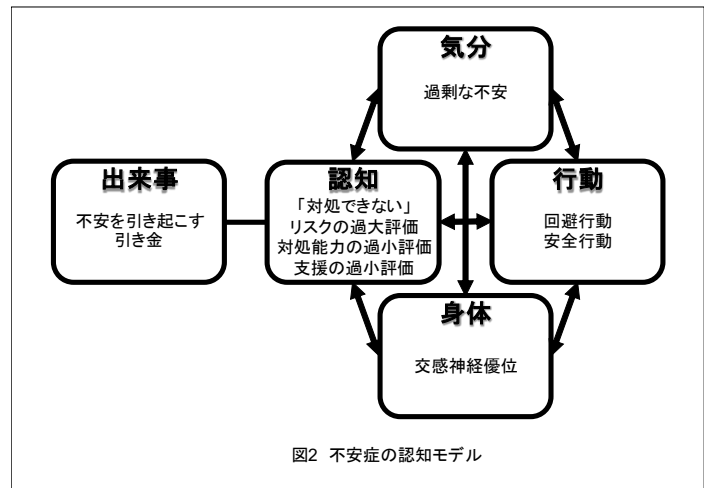


図2 不安症の認知モデル

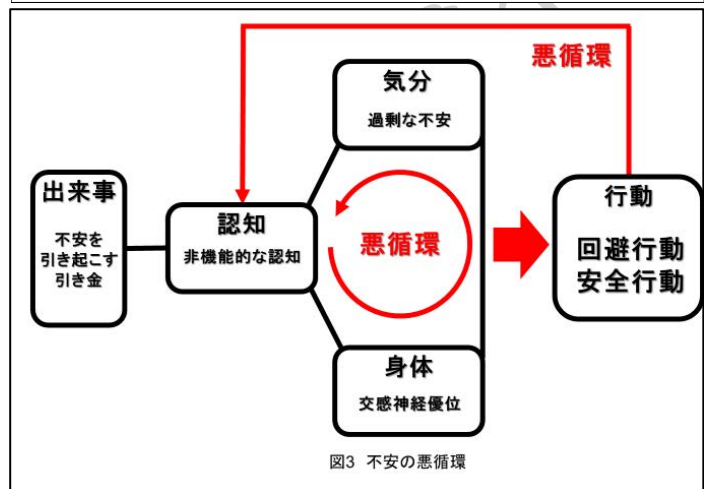


図3 不安の悪循環

4. 不安症の認知行動療法

不安症の認知行動療法は、おおむね以下の要素から構成される。詳細は疾患によって異なり、また、患者の個別性を考慮する

1) 心理教育

不安の特徴、不安症の特徴、認知行動療法の効果、認知モデルなどの心理教育を行う。認知モデルの教示においては、ソクラテス式質問を通じて、患者自身の体験とすり合わせながら、認知・行動の悪循環に陥っていることに気付いてもらう、そのような悪循環をノーマライズする。自己効力感を高め、改善への希望を持ってもらう。

2) セルフモニタリング

認知行動モデルを用いて、自分がどのような状況にあり、どのような悪循環に陥っているかに気づき、自分を客観視してもらう。客観視は、「メタ認知」「外在化」「脱中心化」「距離化 (distancing)」などとも呼ばれる。

3) 認知行動モデルによる介入

認知行動モデルの各領域に対する介入をおこなう（図4）。

①認知

リスクに関する認識（発生確率や、生じうる結果）を明らかにし、リスクに関する非機能的な認知を、現実的で適応的な認知に修正する（破局化しないようにする）。

認知再構成法（第2部1-7.参照）など、認知に直接はたらきかける介入のほか、他領域（身体、気分、行動）への介入はいずれも認知の修正につながるものである。

②身体

呼吸法をはじめとするリラクゼーション法は、患者の不安・緊張レベルを下げることに役立つ。ただし、リラクゼーション法は、暴露（曝露：以下、暴露とする。）課題（行動の節を参照）に取り組む時には、リラクゼーション法が安全行動としてはたらいて、暴露の効果を損ねる可能性があるため注意が必要である。

また、パニック症など、身体感覚に対する過敏性が問題となっている場合には、身体感覚に対する暴露（身体感覚暴露）を行う。具体的には、意図的に身体症状を起こし（例：激しい運動による動悸、細いストローで呼吸をすることによる窒息感、回転椅子によるめまい）、その感覚は安全だということを再学習してもらう。

③行動

回避している状況に対して、意図的に段階的に接していく（暴露）。暴露に当たっては、まずはイメージ暴露を行い、次に現実暴露を行うことが多い。現実暴露では、事前に、状況による不安の程度を評価した不安階層表を協働的に作成する。そして、ある程度できそうな段階から少しずつ暴露していく段階的暴露を行う。

暴露の目的は、恐れている状況にただ耐えることではなく、そのような状況に接しても大丈夫（「対処できる」「心配しているような危険はない」という認識を再学習する（認知再構成）ことである。暴露課題中に回避行動や安全行動を行うと、効果が減衰してしまうために、そのような行動を抑制することが重要である。詳細は第2部『1-11. 段階的課題設定』を参照のこと。

④気分

不安な気分自体が危険の認識を高め不安を増幅させるため、「不安は異常ではない」「不安は有害ではない」という認識を患者に持ってもらえるようにすることは重要である。そのために、不安な気分を体験してもらい、それをノーマライズする。上述の暴露課題（身体感覚暴露、イメージ暴露、現実暴露）は、不快な気分に対する暴露体験にもなり、感情暴露が不安耐性を高めることにつながる。

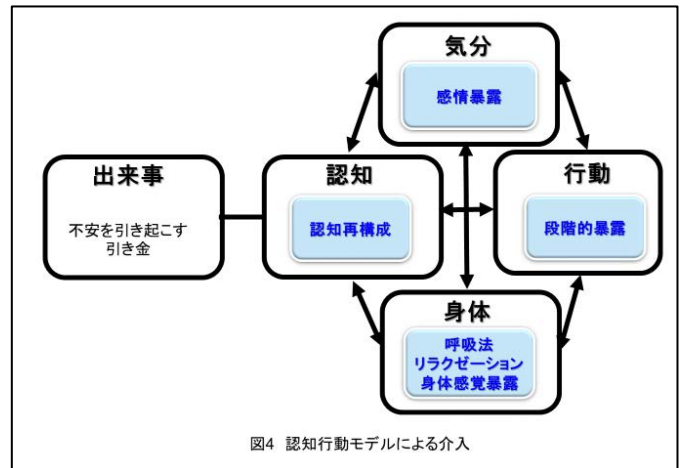


図4 認知行動モデルによる介入

1 | - 7. 強迫の基礎理解と治療概略

ポイント

- 強迫とは、何度も繰り返し浮かんでくる侵入的な考えやイメージである強迫観念と、強迫観念に伴う不安や苦痛を中和させるための反復的な行動や思考である強迫行為があり、それらに対する不合理感が乏しくなり、日常生活に大きな支障を及ぼすようになった状態を強迫症という。
- 強迫に対するアプローチの一つに認知行動療法の手法の一つである暴露反応妨害法がある。
- 暴露反応妨害法では、強迫行為を行わずとも不安が下がることを体験する。

2

3 1. 強迫の基礎理解

4 日常生活において、私たちは「鍵をかけたかどうか」、「ガスコンロの火を消し忘れたかどうか」など
 5 不安に感じれば、施錠の確認やガスコンロの確認を行う。料理中に生ものに手が触れたのではと気になれば、
 6 石鹸を使って手を洗うかもしれない。このような不安を解消するための行動は、私たちが日常生活で
 7 普通に行っていることである。しかし、非常に疲れていたり、睡眠不足であったり、強いストレスに晒さ
 8 れているときは、普段よりも確認が多くなることはないだろうか。このようなとき、人はいつも以上に不
 9 安を感じやすくなるが、通常、不安を解消するための行動を通して不安を中和させることができるし、そのまま
 10 不安を放っておくことで不安は自然に治まってくる。強迫症においては、強迫観念から生じる不安を解消するた
 11 めの行動（強迫行為）によって不安は一時的に中和されるものの、強迫行為を繰り返すほど不安は増大し、より
 12 強烈なものになる。そして駆り立てられるような非常に強い不安によって、強迫行為はさらに増えていく。その
 13 結果、一日の大半の時間を強迫行為に費やしたり、強迫
 14 症との闘いに全エネルギーを費やすことで疲労困憊し
 15 たりと、強迫症は日常生活に大きな支障を及ぼすよう
 16 になっていく（図1）。

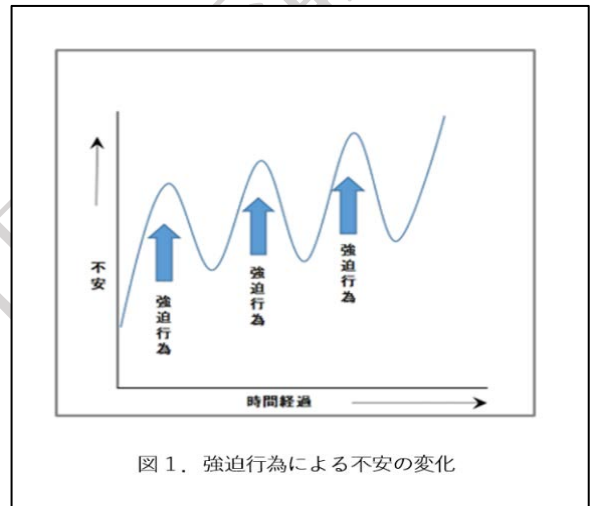


図1. 強迫行為による不安の変化

21

22 1) 強迫症における強迫行為と強迫観念

23 強迫症は通常、強迫観念と強迫行為からなる。強迫観念とは、何度も繰り返し浮かんでくる侵入的な考
 24 えやイメージで、強迫行為とは、強迫観念に伴う不安や苦痛を中和させるための反復的な行動や思考であ
 25 り、通常、その回数や順序が固定化されたルールに従って行われる。強迫症の患者は、一般的にこのよ
 26 うな強迫行為が過剰だと認識し、なんとかコントロールしようと試みるが、不安や怖さに圧倒されるうち
 27 に強迫行為に要する時間や回数が徐々に増していく。こうして強迫行為がだいに習慣化するなかで、強迫
 28 観念や強迫行為に対するバカバカしいといった不合理感が乏しくなり、症状は重症化し慢性化していく。

29

30 2) 強迫症状の主なタイプ

31 強迫症状の主なタイプには、洗浄強迫（不潔恐怖）、確認強迫、加害恐怖、強迫性緩慢、縁起強迫
 32 （心的儀式）がある。複数のタイプが重なること
 33 も多く、誰かを誤って車で轢いてしまったかもし
 34 れないと不安になり、車を何度も止めて轢いてい
 35 ないことを確認するといったケースは、確認強迫
 36 と加害強迫が重なるケースである（表1）。

38

タイプ	強迫観念（例）	強迫行為（例）
不潔恐怖 洗浄強迫	外に出ると外気で汚染されて病 気になるのではと不安になる	長時間かけて何度も手を洗う
確認強迫	何か大事なものを落としているの ではないかと心配になる	何も落としていないことを家族に 確認する
加害恐怖	人を誤って車でひいてしまったの ではと心配になる	何も問題が起きていないことを確 認する
強迫性緩慢	自分の行った動作が完璧か どう か気になる	動作の確認を行ったり、何度もや り直す
縁起強迫 心的儀式	頭に浮かんだ嫌なことは打ち消さ ないと嫌なことが起こる	頭のなかで打消し儀式をする

表1. 強迫症状のタイプ

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

3) 強迫症における回避行動や巻き込み

強迫症状の評価の際に見逃しがちなのは、「回避」と「巻き込み」である。回避行動とは、嫌悪や恐怖を覚える対象を避けることで、例えば、「ドアノブに触れると身体に菌がついて病気になる」という強迫観念のため、「ドアノブに触れないでドアを開ける」ことが回避行動にあたるし、「大事なものを落として大変なことが起こる」という強迫観念のため、「貴重品や携帯を身につけないで外出する」などが回避行動にあたる。巻き込みとは、家族などに強迫行為を強要したり保証を求めたりすることなどがあり、例えば、「手がきちんと洗えていることを家族に保証してもらう」、「大事なものを落としていないか家族と一緒に確認してもらう」、あるいは「汚染強迫のためにドアノブに触れられない本人に代わって、家族がドアを開ける」などが巻き込みにあたる。このような回避行動や巻き込みが頻繁に行われることで症状はさらに重症化していく。患者や患者家族はこのような回避行動や巻き込みを自覚していないことが多いことから、症状評価の際には、可能であれば家族にも同席してもらい、これらを共有することが望ましい。

2. 強迫へのアプローチ

主な強迫へのアプローチには、薬物療法や暴露反応妨害法を中心とする認知行動療法がある。暴露反応妨害法とは、強迫行為や回避行動によって不安を下げるというこれまでの悪循環パターンを変えるための方法で、暴露法と反応妨害法を組み合わせたものである。暴露法とは、苦手と感じてこれまで恐れたり避けたりしてきたことにあえて立ち向かうことで、反応妨害とは、これまで不安を下げるためにしてきた強迫行為をあえてしないことである。暴露反応妨害法の目的は、強迫行為をしなくても不安や不快感は時間とともに少しずつ下がることを体験し、強迫行為をしないと起こると思っていた最悪なことが実際には起きないことを学習することである。例えば、「外に出ると汚染されて病気になるのではと不安になるため、常に手袋をつけて外出し、帰宅した際には 1 時間以上かけて手を洗う」といった汚染強迫に対する課題例としては、「手袋をつけずに外出し（暴露）、帰宅後の手洗いを 30 秒にする（反応妨害）」などがある。暴露反応妨害法によって同様の課題を繰り返すと、暴露反応妨害法の回を重ねるごとに、不安や不快感の頂点が下がるようになり、さらにより短い時間で不安が下がるようになる（図 2）。暴露反応妨害法のゴールは不安や不快感をゼロにすることではなく、不安に馴れて（馴化）不安への耐性をつけることがゴールとなる。課題の内容やどの課題から挑戦していくのかについては、治療者または暴露反応妨害法の担当者が一方的に決めるのではなく、当事者と話し合いながら進めていく。

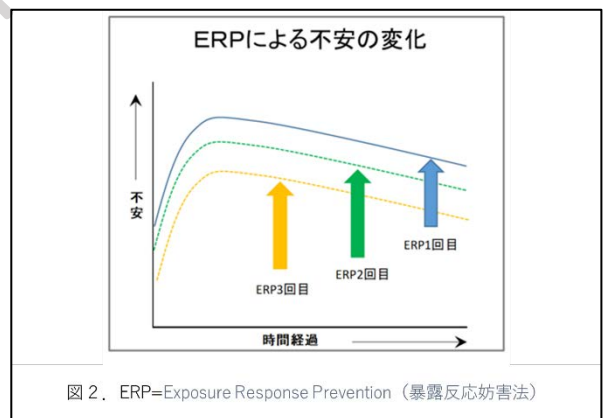


図 2. ERP=Exposure Response Prevention（暴露反応妨害法）

1 I - 8. 認知療法尺度（Cognitive Therapy Rating Scale: CTRS）

ポイント

- ・ 認知療法尺度は、認知行動療法の具体的なセッションの質を評価する尺度である。
- ・ 認知行動療法の治療者が実践すべき 11 項目のポイントが示されている。
- ・ 評価ポイントを理解することで、より良い認知行動療法の実施に役立つ。

1. 認知療法尺度（Cognitive Therapy Rating Scale: CTRS）とは

認知療法尺度（Cognitive Therapy Rating Scale: CTRS）は、認知療法・認知行動療法の面接内容を評価するために作られた専門家向けの評価表であり、治療者のトレーニングに役立つ。

11 の項目を 0~6 点で評価する（表 1）。各精神療法の共通要素である「基本的な治療スキル（Part 1）」と、認知行動療法に特異的なスキルである「概念化、方略および技術（Part 2）」の 2 つのパートから構成されている。

項目 2, 3, 4, 5, 7 は、患者と治療者の基本的な治療関係（治療同盟）に直接関係する内容であり、項目 1, 6, 11 は、認知行動療法のもう一つの基本である治療構造に関する内容である。こうした治療関係、治療構造を土台として、認知行動療法的視点での患者の見立てと治療計画（項目 8, 9）、それを具現した具体的なスキル（項目 9, 10）がある。それぞれの項目の評価ポイントを理解することは、より良い認知行動療法の実施に役立つ。

認知療法尺度（Cognitive Therapy Rating Scale: CTRS）	
Part1 基本的な治療スキル	Part2 概念化、方略および技術
1. アジェンダ	7. 導かれた発見
2. フィードバック	8. 中心となる認知または行動に焦点をあてる
3. 理解力	9. 変化に向けた方略の選択
4. 対人能力	10. 認知行動的技法の実施
5. 共同作業	11. ホームワーク
6. ペース調整および時間の有効活用	

表 1. 認知療法尺度

2. 各評価項目について

Part1. 基本的な治療スキル

1. アジェンダ

認知行動療法の各セッションでは、患者の概念化に基づいて、患者の問題に関連した具体的な話し合いのテーマ（アジェンダ）を設定して、それに沿ってセッションを進める必要がある。また、アジェンダは、セッションの最初に、患者と協働的かつ効率的（セッション開始から 5 分以内が目安とされている）に設定される必要がある。詳細は「IV-3.アジェンダ設定」を参照のこと。

この項目では、①セッションの最初において、チェックイン、ホームワークの振り返り、前回のセッションからの橋渡し、アジェンダ設定といった一連の手順を効率的に行うことができたか、②患者の概念化に基づいたアジェンダを患者と協働的に設定ができたか、③設定したアジェンダに沿ってセッションを進めることができたか、を評価する。

1 2. フィードバック

2 フィードバックには2つの目的があり、①患者が、治療者が伝えたことを的確に理解しているかの
3 確認、②患者が治療者の言動をどのように思っているかの確認、の2点である。さらに、治療者は患
4 者からのフィードバックに基づいて、必要に応じて自身の行動を修正する必要がある。

5 理解の確認のための質問例を以下に示す。

6 「ここまで話し合ってきたことを、あなたなりの言葉でまとめていただけますか？」

7 「今日のセッションで役に立ったことはどのようなことだったでしょうか？」

8 「今日話し合ったことで、今後役に立ちそうなことはなんですか？」

9 治療者の言動に対するフィードバックとしては、各セッションの最後に、セッションや治療者に対
10 する感想などを確認する。例えば、次のような声かけができる。

11 「毎回セッションの最後に、セッションの感想をお尋ねします。そのセッションでどのような話
12 し合いが行われたかを確認するだけではなく、私の対応で気になった点や、セッションでしっ
13 くりかない点なども率直にお話しいただければと思います。納得がいかなかったり、しっくり
14 かないままセッションを進めても、治療効果が得られにくいことがありますので、遠慮なくお
15 っしゃってください。おっしゃっていただくことで治療がより良いものになります。」

16 この項目では、セッションの最後、および、セッション中に適宜、患者にフィードバックを求め
17 ることができ、患者からのフィードバックに対して治療者が適切に対応できたかを評価する。

19 3. 理解力

20 理解力の項目では、傾聴や共感のスキルを評価する。患者が明確に言葉にして伝えてきたこと
21 だけでなく、表情や態度など、より微妙なとらえにくい表現に反映された患者の“内的体験”をと
22 らえ、考えや気持ちに共感することが重要である。詳細はⅡ-1 参照のこと。

24 4. 対人能力

25 思いやり、気遣い、信頼感、誠実さ、プロフェッショナルリズムなど、温かく、治療者として適
26 切な言動でセッションに臨んでいたかを評価する項目である。一人の人間としてきちんと患者に
27 関心を持って向き合い、思いやりの気持ちを、言語的、非言語的（態度やアイコンタクトなど）
28 に患者に伝える。同時に、単に友人同士のように温かく接するだけでなく、専門家（プロフェ
29 ショナル）として、適切なアセスメントに基づいて伝えるべき点はきちんと伝えたり、セッシ
30 ョンを効率的に進めることも重要である。

32 5. 共同（協働）作業

33 認知行動療法では、患者と治療者が一つのチームとなり、治療に取り組むことが重要である。
34 そのために治療者は、信頼関係（ラポール）を形成し、患者と治療目標を共有して、協働的に問
35 題解決に取り組むことが求められる。治療目標の共有は、患者と治療者の双方が重要と考える問
36 題に焦点を当てることに役立ち、患者と治療者が不必要に対立したり、治療の方向性が定まら
37 なくなることを防ぐ役割がある。治療者はまた、治療構造を守りながら、いつ話し役・聞き役にな
38 るか、いつ直面化するか・静観するかなどのバランスをとることが求められる。

40 6. ペース調整および時間の有効活用

41 セッションの時間をできるだけ有効に使うことは、治療者に求められるスキルの一つである。
42 患者の問題に深く関係する話題に焦点を絞り、枝葉の話題に時間を使いすぎないように留意する。
43 そのためには、アジェンダの適切な設定とアジェンダに沿ったセッションの進行は大切である。

44 また、個々の患者の理解度などに応じて、治療ペースを調整することも必要である。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44

Part2. 概念化、方略および技術

7. 導かれた発見

患者と治療者が協働しながら、患者が自分自身の経験を通じて答えにたどり着けるよう支援する、“協働主義的経験主義”は、認知行動療法の基本概念の一つである。治療者は患者に一方的に講義したり、無理に説き伏せようとしたりするのではなく、導かれた発見を通して、患者が新しい観点を見出せるようサポートする。治療者は、適切な質問、情報提供、直面化、説明、自己開示などをバランスよく用いる。詳細は『導かれた発見』（●章番号●）を参照のこと。

8. 中心となる認知または行動に焦点をあてる

治療者は、概念化にもとづき、患者の問題の解決につながる、標的となる問題に関連した具体的な認知または行動に焦点を当てて話し合いを進める必要がある。カギとなる認知（自動思考、思い込み、スキーマ）や行動を明らかにし、取り組むべきポイントを特定する。

以下のスキルは、中心となる認知や行動の特定に役立つことがある。

- ・ 気分が動揺した特定の場面での自動思考を尋ねる
- ・ 気分が動揺した場面をリアルに思い出してもらう（イメージ法）
- ・ セッション内でロールプレイを行い、自動思考を尋ねる
- ・ セッション中に気分が変化した瞬間の考えを尋ねる
- ・ コラム法を活用する

自動思考の背景に、しばしば「こころの規則」が見受けられる。これらに取り組むことも、治療・再発予防の観点から重要である（スキーマの章参照）。

9. 変化に向けた方略の選択

患者の問題の背景にあるカギとなる（中心的な）認知・行動（項目8）に対して、解決につながる方略（スキル）を適切に選ぶ必要がある。方略の選択にあたっては、治療段階（初期のセッションか、後半か、など）や患者の特性も考慮する。具体的スキルについては、第2部参照のこと。

10. 認知行動技法の実施

選択した方略（項目9）におけるスキルを、治療者が上手に運用できたかどうかを評価する。治療者の頭の中でスキルがわかっているにもかかわらず、それが、患者に適切に伝わる形で進められなければ、効果的な治療にはならない。

まとめると、項目8は、患者にとってカギとなる問題の特定、項目9は、その問題の解決に向けたスキルの適切な選択、項目10は、そのスキルの適切な実施、を評価する。

11. ホームワーク

セッションの最初に前回のホームワークを振り返り、ホームワークの振り返りに基づいてそのセッションのアジェンダを設定する必要がある。

セッションの後半では、そのセッション内での話し合いに基づいて、適切なホームワークを設定する。ホームワークは、患者の理解度に合わせた実行可能性の高いものである必要がある。詳細はホームワークの章参照のこと。

認知療法尺度

Cognitive Therapy Rating Scale (CTRS)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

治療者名： _____
セッション日： _____

患者名： _____
セッション番号： _____

実施方法：パフォーマンスを0～6の尺度で評価し、項目番号横の線の上に評点を記録する。定義説明は尺度の偶数ポイントについて提供されている。評定が2つの説明文の中間にあたると考えられる場合は、その中間の奇数（1、3、5）を選択する。

ある項目の説明文が評価対象のセッションには該当しないと考えられる場合は、説明文を無視し、以下の一般的尺度を使用して構わない：

0	1	2	3	4	5	6
劣悪	不十分	並み	妥当	よい	非常によい	素晴らしい

パート I. 基本的な治療スキル

___ 1. アジェンダ

- 0 治療者はアジェンダを設定しなかった。
- 2 治療者はアジェンダを設定したが、そのアジェンダは不明確または不完全であった。
- 4 治療者は患者とともに、標的となる具体的な問題（例：職場での不安、結婚生活への不満）を含む、双方にとって満足のいくアジェンダを設定した。
- 6 治療者は患者とともに、標的となる問題に関し、使用可能な時間に合った適切なアジェンダを設定した。その後優先順位を決定し、アジェンダに沿って進行した。

___ 2. フィードバック

- 0 治療者は、セッションに対する患者の理解度や反応を判断するためのフィードバックを求めなかった。
- 2 治療者は患者から若干のフィードバックを引き出したものの、セッションにおける治療者の議論の筋道を患者が理解していることを確認する、または患者がセッションに満足しているかを確かめるのに十分な質問を行わなかった。
- 4 治療者はセッション中終始、患者が治療者の議論の筋道を理解していることを確認し、患者のセッションに対する反応を判断するのに十分な質問を行った。治療者はフィードバックに基づき、必要に応じて自分の行動を修正した。
- 6 治療者はセッション中終始、言語的および非言語的フィードバックを引き出すことにきわめて長けていた（例：セッションに対する反応を聞き出した、定期的に患者の理解度をチェックした、セッションの終わりに主要点をまとめる手助けをした）。

3. 理解力

- 0 治療者は、患者がはっきりと口に出して言ったことを理解できないことが度々あり、そのため常に要点をはずしていた。患者に共感するスキルが不十分である。
- 2 治療者は、たいてい患者がはっきりと口に出して言ったことを繰り返したり言い換えたりすることができたが、より微妙な意思表示には対応できないことが度々あった。聴く能力や共感する能力が限定的である。
- 4 治療者は、患者がはっきりと口に出して言ったことや、より微妙なとらえにくい表現に反映された患者の「内的現実」を概ねとらえていたと考えられる。聴く能力や共感する能力が十分にある。
- 6 治療者は患者の「内的現実」を完全に理解できていたと考えられ、またこの知識を適切な言語的および非言語的反応によって患者へ伝達することに長けていた（例：治療者の返答の調子は、患者の「メッセージ」に対する同情的理解を伝えるものであった）。聴く能力や共感する能力がきわめて優れている。

4. 対人能力

- 0 治療者は対人スキルに乏しく、反友好的、侮辱的など患者にとって有害な態度がみられた。
- 2 治療者は有害ではないが、対人能力に重大な問題があった。ときに、治療者は不必要に性急、冷淡、不誠実にみえることがあり、または信頼感やコンピテンシーを十分に示すことができていなかった。
- 4 治療者は十分なレベルの思いやり、気遣い、信頼感、誠実さおよびプロフェッショナリズムを示した。対人能力に特に問題はない。
- 6 治療者は、この特定の患者に対するこのセッションに最適なレベルの思いやり、気遣い、信頼感、誠実さおよびプロフェッショナリズムを示した。

5. 共同作業

- 0 治療者は患者と関係を築く努力を行わなかった。
- 2 治療者は患者との共同作業を試みたが、患者が重要と考えている問題の特定や信頼関係の構築が十分にできなかった。
- 4 治療者は、患者と共同作業を行い、患者・治療者の双方が重要と考える問題に焦点を当て、信頼関係を築くことができた。
- 6 素晴らしい共同作業ができたと考えられる：治療者は、治療者と患者が一つのチームとして機能できるよう、セッション中患者が積極的な役割を担うことをできるだけ促した（例：選択肢の提示）。

6. ペース調整および時間の有効使用

- 0 治療者は治療時間の構成・調整を全く試みなかった。セッションは目的のない漠然としたものを感じられた。
- 2 セッションにある程度の方向性はあったが、セッションの構成や時間配分に重大な問題があった（例：構成が不十分、時間配分に柔軟性がない、ペースが遅すぎる、または速すぎる）。
- 4 治療者はそれなりに時間を有効に使用することができた。治療者は話の流れや速さに対して適度な統制力を維持していた。
- 6 治療者は、核心からはずれた非生産的な話をうまく制限し、セッションの進行を患者に適した速さに調整することによって、時間を有効に使用した。

パート II. 概念化、方略および技術

7. 導かれた発見

- 0 治療者は主に議論や説得、または「講義」を行っていた。治療者は患者を尋問している、患者を防衛的にする、または自分の視点を患者に押し付けようとしているように見受けられた。
- 2 治療者は誘導による発見ではなく説得や議論に頼りすぎていた。しかし、治療者の姿勢は十分に支援的であり、患者は攻撃されたと感じたり防衛的になる必要を感じたりはしなかったと考えられる。
- 4 治療者は、全体的に議論ではなく導かれた発見（例：根拠の検証、別の解釈の検討、長所と短所の比較評価）を通して、患者が新しい観点を見出す手助けを行った。質問法を適切に活用した。
- 6 治療者はセッション中、導かれた発見の手法を用いて問題を追求し、患者が自分自身で結論を出す手助けをすることにきわめて長けていた。巧みな質問とそのほかの介入法とのバランスが非常によくとれていた。

8. 中心となる認知または行動に焦点をあてる

- 0 治療者は、具体的な思考、思い込み、イメージ、意味、または行動を聞き出す努力を行わなかった。
- 2 治療者は認知または行動を聞き出すために適切な技法を用いた。しかし、焦点を見つけることに支障があった。あるいは患者の主要問題とは関連のない見当違いの認知や行動に焦点を当てていた。
- 4 治療者は、標的となる問題に関連した具体的な認知または行動に焦点を当てた。しかし、より前進につながる可能性の高い中心的な認知や行動に焦点を当てることも可能だった。
- 6 治療者は、問題領域に最も関連が深く、前進につながる可能性がきわめて高い、重要な思考、思い込み、行動などへ巧みに焦点を当てていた。

9. 変化へ向けた方略の選択

（注：この項目については、方略がいかに効果的に実施されたか、または変化が実現できたか否かではなく、治療者の変化に向けた方略の質に焦点を当てて評価すること。）

- 0 治療者は認知行動的技法を選択しなかった。
- 2 治療者は認知行動的技法を選択したが、変化を成し遂げるための全体的な戦略は漠然としていた、または患者を手助けする方法としてあまり見込みがなさそうであった。
- 4 治療者には、全体的に変化に向けた首尾一貫した方略があると見受けられ、その方略にはある程度の見込みがあり、認知行動療法的技法が取り入れられていた。
- 6 治療者は、変化に向けて非常に見込みがあると考えられる首尾一貫した方略にしたがって治療を進行し、最も適した認知行動的技法を取り入れていた。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

___ 10. 認知行動的技法の実施

（注：この項目については、標的となる問題に対して技法がいかに適切か、または変化が実現できたか否かではなく、技法の実施する技術に焦点を当てて評価すること。）

- 0 治療者は認知行動的技法を一つも使用しなかった。
- 2 治療者は認知行動的技法を使用したか、その適用方法に重大な不備があった。
- 4 治療者は、認知行動的技法をある程度のスキルをもって使用した。
- 6 治療者は、巧みかつ機知に富んだやり方で認知行動的技法を使用した。

___ 11. ホームワーク

- 0 治療者は認知療法に関連したホームワークを治療に組み入れようとしなかった。
- 2 治療者にはホームワークの組み入れに重大な問題があった（例：前回のホームワークの見直しを行わなかった、ホームワークについて詳細を十分に説明しなかった、不適切なホームワークを課した）。
- 4 治療者は前回のホームワークを見直し、基本的にセッションで取り扱った事項に関連した「標準的な」認知療法のホームワークを出した。またホームワークについて十分に詳細を説明した。
- 6 治療者は前回のホームワークを見直し、次の 1 週間用に認知療法を用いたホームワークを慎重に課した。その課題は、患者が新しい観点を受け入れ、仮説を検証し、セッション中に話し合った新しい行動を試すことなどの手助けとなるよう、患者に合わせて設定したものと考えられる。

___ 合計点

『認知行動療法トレーニングブック』（大野裕訳、医学書院、2007）改訂

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

第Ⅱ章 精神療法の共通要素

パブリックドメイン原稿 引 用 転 載 不 可

1 II - 1. 精神療法の共通要素—基本的な治療的コミュニケーション—

ポイント

- 認知行動療法の前提として、患者との良好な治療関係が重要である。
- 良好な治療関係には、共感、誠実さ、患者への敬意、などが含まれる。
- 治療的なコミュニケーションの一技法として、「コミュニケーションのA-B-C」がある。

2

3

1. 精神療法の共通要素とは

4

5

6

7

8

9

10

11

12

2. 3つの重要な共通要素

13

1) 共感

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

共感とは、患者が何を思いどう感じているかを理解し、それを態度や言語で伝えることである。そこには、相手の悩みや苦しみに同調すること（情緒的共感）のほか、患者の背景（年齢、性別、文化的背景など）や経歴を踏まえた上で患者の立場に立って気持ちや考えを理解すること（認知的共感）が必要である。さらに、そのような情緒的・認知的共感に加えて、患者に「治療者に共感してもらえた」と受け取ってもらえるような態度や声かけが必要である（行動的共感）。

30

31

32

2) 誠実さ

30

31

32

誠実さとは、正直で、偽善的でないことであり、さまざまな態度や発言に表れる（表 1）。治療者は、専門家としての態度と、温かい「素」の人間としての振る舞いの両方を兼ね備えていることが望ましい。

非言語的な態度	治療者の態度が発言内容と合致していて不自然さやまよかしがないこと 例) 視線を合わせて話を聴く、相手にしっかりと注意を向ける、など
役割行動 (ロール・モデル)	成長や改善に向けて努力する態度を、治療者自らが実践して示すこと。
パートナーシップ	治療者と患者が、対等の立場で協力しながら、患者の問題（困りごと）の解決に取り組むこと。セラピストが権威的な態度をとると、患者は劣等感や侮辱されたと感じる。
言行一致	治療者の発言、非言語的な態度、情緒、が一致していること。
同時性（適時性）	患者の言動に対して治療者が適切なタイミングで反応すること。 セッション中に話題になった「まさにその時」に対応することは、同じ対応を遅れてするより大きな価値を持つ。「その瞬間に発せられた言葉」は、患者にとって真実味をもって受け止められる。

表 1. 誠実さを表す治療者の言動の例

3) 敬意

患者に対する敬意とは、治療者が患者に対して丁寧な言葉づかいや振る舞いをするのはもちろんであるが、患者の気持ちや考えを尊重することである。

「自分が大切にされている」「自分の話を真剣に聴いてもらえている」という感覚を患者が持てることは、精神療法を進める上でとても大切である。そのような感覚を持たないと、患者は治療から脱落したり、治療の中で発言しなくなったりする。

患者に敬意を払い続けることは意外と難しい。医療者が患者の考えに同意できなかったり、患者にマイナスの感情を抱いたりしている場合には特にそうである。治療者が患者にマイナスの感情を抱いた時には、それをスーパーバイザーなどに話すことで、自分の状態を客観的に見直し、マイナス感情を患者にぶつけないことに役立つ。

コミットメント	目の前の患者にしっかりと関わること。 患者が持ち込んできた話題に誠実に対応すること。 *これには治療者が時間や約束を厳守することなども含まれる。
批判的な態度をとらない	患者の価値観に同調する必要はないが、患者の考え、気分、行動を理解・承認して、批判的な態度を見せないようにすること。
温かさ	声のトーン 表情 姿勢 気配り ・・・などで表現される

表 2. 敬意を表す治療者の言動の例

3. コミュニケーションの A - B - C

認知行動療法が奏功するためには、上述の基礎的なコミュニケーション（支持的なかかわり）を土台にしながら、問題解決へ向けた具体的な技法（指示的なかかわり）を提供していく必要がある。支持的な関りから指示的な関わりへつなげる一つの型として、「コミュニケーションの A - B - C」を念頭に置いておくも役立つかもしれない（図 1）。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

A (Ask) : 質問

患者にさまざまなことを質問し、情報収集し、アセスメントを行う。開かれた質問（オープン・クエスチョン：患者が自由に答えられる質問）から始めるが、対話が深まってきた場合や、より具体的なテーマを話題にする場合には、閉じられた質問（クローズド・クエスチョン：はい、いいえ、など、答えが限定される質問）の方が自然な場合もある。背景に応じて質問の仕方は使い分ける。

B (Be with the patient) : ラポール形成

上述の精神療法の共通要素に配慮しながら、共感を伝え、信頼関係を構築する。「それはつらかったですね」など共感的な言葉かけをしたり、「今おっしゃったことは、つまり、〇〇〇〇ということですね」などと患者の話をもとめたりすることで、治療者が患者を理解していることを伝える。

共感的な声かけは、相手の感情に言葉を当てた言い切りの形がふさわしいことが多い（例：「その発言は傷つきますね」「それは腹が立ちますね」など）。

C (Clinical questions) : 臨床的な質問

A, Bを踏まえて、患者とのラポールが形成された上で、問題解決につながるようなテーマに関する質問をする。患者の問題にかかわる中心的感情や中心的な認知に焦点を当てる。具体的な方法は、2-2.CTRSの「7.導かれた発見」の項目を参照のこと。

A, Bのステップで支持的関わりを構築し、Cのステップで指示的関わり（介入のポイントとなる認知・行動の同定や、問題解決に向けた働きかけなど）につなげる。対話における支持と指示の切り替えが大切である。

参考文献：『精神療法の基本：支持から認知行動療法まで』『ケアする人の対話スキル ABCD』

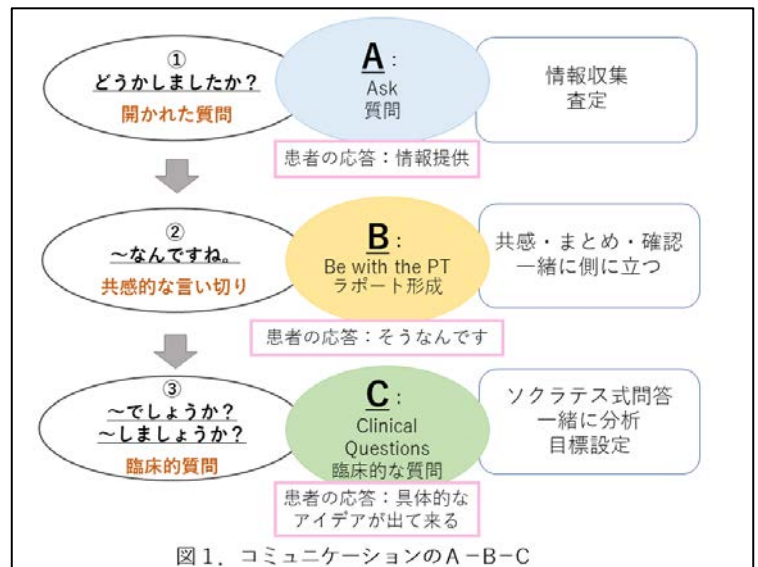


図1. コミュニケーションのA-B-C

1 II-2. 導かれた発見（guided discovery）

ポイント

- ・ 患者と治療者が協働しながら、患者が自分自身の経験を通じて答えにたどり着けるよう支援する“協働主義的経験主義”が、認知行動療法の基本概念の一つである。
- ・ 治療者は患者に一方的に講義したり、無理に説き伏せようとしたりするのではなく、「導かれた発見（guided discovery）」を通して、患者が新しい観点を見出せるようサポートする。
- ・ 治療者は、適切な質問、情報提供、直面化、説明、自己開示などをバランスよく用いる。

2

3 1. 導かれた発見（guided discovery）とは

4 認知行動療法は、協働的経験主義を重視している。協働的経験主義とは、治療者が患者に一方的に伝える
5 のではなく、患者が自分自身の体験を通して新しい理解を得たり、問題解決の手段を見つけられたり
6 するようにすることである。このような自己発見を促す治療者のあり方・質問の仕方を、導かれた発見
7 （guided discovery）やソクラテス的質問法（Socratic questioning）と呼ぶ。

8 人から一方的に教わったことよりも、自分自身が考えたり体験したりしたことから得た（発見した）こ
9 との方が、その人に深い学びをもたらし、行動変容につながりやすいものである。

10 例えば、治療者が「あなたは〇〇な傾向があるようですね」と言ってしまうのではなく、活動記録表を
11 治療者と患者と一緒に見ながら、「記録表を書いてみて何か気づいたことはありますか？」「気分が上がる
12 のはどういった時なのでしょう？」などと質問しながら気づきを促していく。

13

14 2. 導かれた発見（guided discovery）を実践するために

15 1) 症例の概念化

16 患者の「発見」を導くための「ガイド」に治療者になるためには、治療者の頭の中では、患者の問題
17 やセッションが進むべき方向性が見えている必要がある。すなわち、症例の概念化が大切である。

18

19 2) 良いコーチとしての態度

20 患者と治療者の以下のような関係性は、効果的な学びにつながりやすいと考えられている。

- 21 ・ 治療者の親しみやすさ（威圧的でなく、過度にせかし過ぎず、説教をしない）
- 22 ・ 患者が熱心に取り組める状況づくり（患者の関心にあった課題と能力にあったペース配分）
- 23 ・ 創造力（患者、および、治療者が、固定観念にとらわれず柔軟な発想を持つこと）
- 24 ・ エンパフリング（やる気を引き出す）
- 25 ・ 活動志向的（患者が現実場面での活動につながる知識やスキルを得られるようにする）

26

27 3) 具体的なスキル

28 治療者は、適切な質問、情報提供、明確化（こまめなまとめ）、説明やフィードバック、自己開示な
29 どをバランスよく用いる。

30 質問をする際には、患者が気づいていないものに気づけるような質問をこころがける。

31 具体的には、

- 32 ・ 患者の考えの根拠をたずねる

- 1 ・その時に感じたことや考えたことを具体的に聞く
 2 ・別の解釈ができないかを話し合う
 3 ・長所と短所を比較・評価する
 4 などがある。

5
 6 質問は、開かれた質問からはじめ、関心領域に向けて、少しずつ、適度に焦点を絞った質問としてい
 7 くことが望ましい（表1）。

8 また、うまくいっていない部分だけでなく、患者が実際にできたことや、長所を同時に話題にしなが
 9 ら、今の問題にどう対処していくとよいか、話し合うようにする。治療者は、「お話になったことは、
 10 ~~~~~のように理解してよいですか？」など、患者とお互いに理解を共有できているか確認すること
 11 も重要である。これは理解の共有だけでなく、患者自身が自分の考えを再確認し、考えや行動の理解を
 12 深めるのに役立つ。

13

純粋なオープンクエスチョン	フォーカスが伝わる質問
<ul style="list-style-type: none"> • 趣味は何ですか？ • その時、何を考えていましたか？ • 治療の目標は何でしょう？ • どうなりたいですか？ • その時、どんな気分になりましたか？ 	<ul style="list-style-type: none"> • 何をしている時が楽しいですか？ • その時、あなたの頭にどのような考えが浮かんでいましたか？ • 何ができるようになったら、あなたは病気が治ったといえるでしょうか？ • そのように考えると、どのような気分になりますか？

表1. 適度に制約された質問の例

A.Beck・J.Beck (2008) より作成

14

1
2
3
4
5
6
7
8
9

第Ⅲ章

概念化と治療計画

原稿用紙
転載不可

1 III- 1. インテーク・セッション

ポイント

- 認知行動療法を始める前に、インテーク・セッションを行う
- インテーク・セッションでは患者の情報収集を行うだけでなく、認知行動療法の実施が適切かどうか見極める

2

3 1. インテーク・セッションとは

4 インテーク・セッションとは、患者を受け入れるための最初の面接のことである。予備面接または受理
5 面接とも呼ばれる。適切な治療関係を形成し、患者が現在抱えている問題、現在の機能、症状、これまで
6 の経過などの重要な情報収集と評価を行う。その内容からどのような方針で認知行動療法を行っていく
7 かなども話し合う。

8 インテーク・セッションの情報から治療者は最初の概念化を行うことができ、治療計画を立てることが
9 可能になる。その際には、認知行動療法がその患者に適用できるかどうか、治療者が必要な治療を提供で
10 きるかどうかを判断するために行うものであることを患者が理解していることが重要である。他の臨床
11 家からの情報や、これまでの治療経過からある程度の情報が得られる場合には、簡略化して、初回セッシ
12 ョンと兼ねる場合もある。

13 ここでは、患者に関するこれまでの情報がなく、初めて来談したことを想定し、最初に十分な情報を集
14 める目的で記載する。

15

16 1) いつ行うか？

17 インテーク・セッションは認知行動療法を始める前に行う。つまり、認知行動療法の初回セッションより
18 前に実施する。時間は少なくとも1時間程度の時間を費やすことが望ましい。一般的には1回で終
19 わることが多いが、複数回にわたる場合もある。

20

21 2) インテーク・セッションの目的

22 具体的には以下のことを目的として行う。次頁の「インテークセッションで把握できるとよい情報」を
23 聞くことを通して、これらの目的を達成する。また、質問に対する答えを注意深く聞いたり、共感して、
24 良好な治療関係の構築に努める。インテーク・セッションの終了時には、セッション開始時と比較して、
25 患者の気分が軽くなっていることが望ましい。

インテーク・セッションの目的

1. 患者と適切な治療同盟を形成し始める（必要であれば家族とも）。
2. ケースの概念化/定式化を行う。インテーク・セッションで得られた多様な情報を系統的に整理して、問題を明確化する。患者について認知的概念化の初版を作成する。
3. 重要な問題を明らかにして、大まかな目標を設定する。
4. 診断を確定する。
5. 当該患者に認知行動療法が適切かどうか判断する。
6. 他の治療（例：薬物療法）やサービス（例：社会資源）が必要かどうかを判断する。
7. 治療構造や治療の流れを共有する。
8. 治療者が認知行動療法を実施することが適切かどうかを判断する。
9. 治療者が適切な「量」の治療を提供できるかどうかを判断する。

26

1 2. インテーク・セッションの進め方

2 インテーク・セッションではこれらの情報を収集するよう努める（表）。

インテーク・セッションで把握できるとよい情報

1. 患者のプロフィール（年齢、性別）
2. 主訴（症状、診断）：現在抱えている問題
3. 現病歴：問題の経過、きっかけとなった出来事
いつから（何歳から）、どんな症状があったか、どんな対応をしたか（精神科治療歴とその治療効果；心理療法歴、薬物療法歴、入院歴）などを時経列でまとめる
4. 自殺企図の有無
5. 物質使用歴
6. 既往歴：生物学的要因や医学的疾患の影響
7. 家族歴：遺伝学的特質
8. 成育歴：学歴、職歴、社会での活動歴と現状、婚姻歴など
9. 強み/長所
10. 問題リスト（困りごとリスト）

3

4 1) 事前の情報収集を行う

5 患者に会う前に、できる限りの情報を集めておく。診療録、他職種からの情報、これまでに通っていた
6 医療機関などからの情報も得られるようにする。可能であれば、あらかじめ患者に、これまで通っていた
7 医療機関等からの情報提供書を依頼する。また、前もって患者に質問紙や自記式の書類の記入を依頼で
8 きれば、インテーク・セッションの時間の節約ができる。

9

10 2) 患者への挨拶とインテーク・セッションの目的の説明

11 患者に自己紹介し、インテーク・セッションの目的を説明する。時間に制約があるため、話を遮る場合
12 があることを伝える。付き添いの家族がいる場合、同席するかどうかは患者と話し合ってから決める。治療者
13 は、最初はまず患者とだけ会うことが望ましい。家族が同席するか、しないか、あるいは一部同席するか
14 どうかを、患者と協働的に決める。終盤に家族にも同席してもらうことは役に立つことが多い。

15 例：「インテーク・セッションを担当する〇〇です。今日は、△△さんに認知行動療法が役立つかどう
16 か治療チームで判断するために、現在の症状や生活の様子、これまでの経過、子どもの頃から今までの様
17 子について、おうかがいします。今日おうかがいしたことを元に、認知行動療法が△△さんに役立ちそう
18 かどうか、治療チームで検討します。今日は治療のためのセッションではないことをご了承ください」

19 「必要な情報を得るために、話を遮ることもあるかもしれません。もし気に障るようでしたらおっしゃ
20 ってください」

21

22 3) アセスメントを実施する

23 表を参照に患者情報を収集する。事前に確認できた情報についても、治療者の理解を伝え、患者に改め
24 て確認できるとよい。上記の表に加えて、患者が日々どのように過ごしているのか典型的な 1 日の過
25 し方、現在および過去のさまざまな体験を幅広く知ることが大切である。これにより、治療者は患者の
26 日々の生活についてイメージでき、良好な治療関係の構築につながり、患者の治療全体の目標やセッ
27 ション内の具体的な目標設定を手助けすることができる。基本的には治療者の質問に患者が答える形で進め
28 ていくが、最後に治療者が知っておくべきことが他にないか、患者に尋ねる。

29

30 4) 大まかな見立て、治療目標、治療計画、見通しを伝える

31 これまでの情報を元に、大まかな理解と方針を患者に伝える。同時に、診断を確定するためには、これ
32 までの治療者の記録や患者が記録したフォーム、他の報告書等を見直す必要があり、いくらかの時間が必要
33 であることも伝える。抑うつや不安を訴えるケースでは、治療者の最初の見立てを伝えつつ、DSM な

1 どを用いながら的確に診断を進めていくことが適切である。重篤な精神病性障害やパーソナリティー障害
2 については、インテーク・セッションで患者に診断を告げることが適切かどうかは慎重に検討し、診断に
3 ついて話し合うより、患者が体験している問題や症状について要約し共有する。さらに大まかな治療目標
4 を設定し、治療計画を伝えることによって、治療に対する患者の希望を高めることができる。治療者は、
5 インテーク・セッションで、治療期間がどれくらいかかりそうか、おおよそ患者に伝える。

6 典型的な大うつ病性障害の場合、人によってはもっと早く終結する場合もあるが、2か月から4か月間
7 ほどかかると伝えるのが良い。一方、患者が慢性的な精神障害を有していたり、パーソナリテ
8 ィー障害を抱えていたりする場合は、治療は年単位となる可能性もある。ほとんどの場合、週に1回のペ
9 ースで治療は順調に進んでいくが、抑うつ症状や不安症状が重篤であったり、自殺のリスクがたかったり、
10 あるいは何らかの事情により強力なサポートを必要とする場合は、その限りではない。これらをどこまで
11 セッション中に伝えるかは、インテーク実施者の資格や能力、状況により異なる。インテークセッション
12 の中で全て伝えるのではなく、治療チームの中から適切な者に伝えてもらう場合も多い。

13

14 5) 患者からフィードバックを引き出す

15 最後に、患者にインテーク・セッションを終えての感想をたずねる。

16

17 3. インテーク・セッションと初回セッションの間

18 治療者は、認知行動療法の初回セッションの前に、インテーク・セッションの報告書と治療計画書を作
19 成する。インテークの結果、さらに情報が必要であれば、患者がこれまでに通っていた医療機関等から情
20 報を集める。そして、治療チーム内で認知行動療法の実施が適切かどうか検討する。認知行動療法を実施
21 する場合、実施しない場合いずれの場合にも、関係者に結果をフィードバックする。これまでに得られた
22 情報、チームでの検討結果をもって、概念化と治療計画の作成に取り組む（『Ⅲ-2. 症例の概念化と治療
23 計画』参照）。

24

1 III- 2. 症例の概念化と治療計画

ポイント

- 症例の概念化は、患者の人となり、症状や困りごとの持続要因をもとに作業仮説をたて、治療目標に応じて治療計画を立案することである。
- 症例の概念化は治療初期に行い、治療の進捗にあわせ随時更新する。

2

3 1. 症例の概念化と治療計画とは（図 1）

4 症例の概念化とは、患者のさまざまな情報をもと
5 に「見立て」を行うことである。これまでのカルテ情
6 報、診療情報提供書の内容、インタビュー・セッション
7 の内容をふまえ、患者がどのような人で、どのよう
8 なることに困り（診断と症状、現在の問題）、何が症状を
9 持続させているか（持続要因）、どのような長所や強
10 みを持っているか、患者が治療を通じてどのよう
11 になりたいと考えているのか（治療目標）、どのよう
12 なことが変化すると患者の症状や問題の改善につな
13 がるか、それらを統合して作業仮説をたて、どのよう
14 な方略が治療目標の達成に役立ちそうか治療計画を立
15 てる。概念化（治療計画を含む）を患者と共有し、必
16 要があれば修正する。これは良好な治療関係の構築
17 に役立ち、患者が希望をもてることにもつながる。

18 症例の概念化は例えるならばカーナビの地図のよ
19 うなものである。まずは患者の現在地点を把握する。
20 次に治療目標という目的地を設定し、経路を考える。
21 その間に生じうる渋滞地点や行き止まりがどこにあ
22 るのかという治療仮説を練り、目的地へ至る最適
23 な道筋を走るための治療計画を立てる。走り出すと
24 道路状況の変化に合わせてカーナビ情報がアップデートされるように、概念化も治療の進捗によって更
25 新していく。

26 温かい同乗者（治療者）がいて、明確な地図があれば、患者は再び目的地へ向かう希望を持つことがで
27 きるだろう。

28

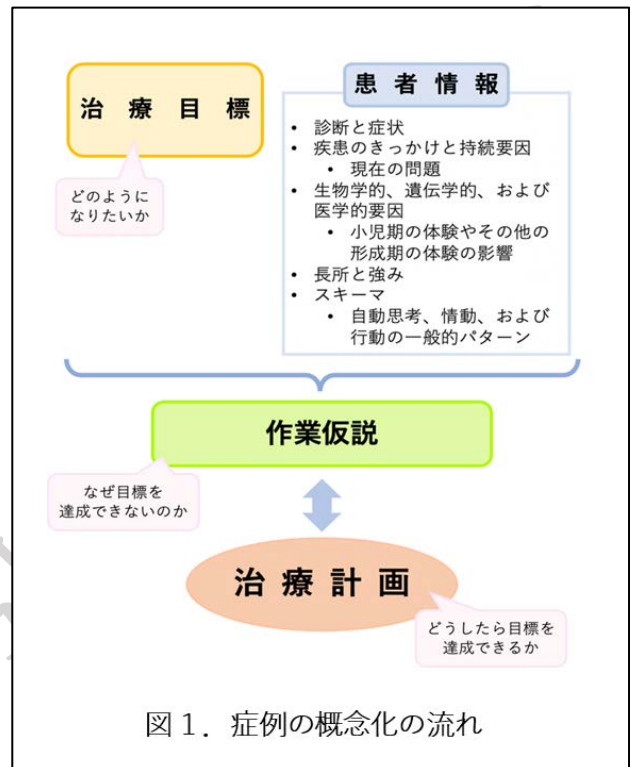
29 2. いつ行うか

30 治療早期（初回面接時）から行う。治療の進捗にともない随時改訂する。

31

32 3. 概念化 3 つのレベル

33 概念化を考える際には、記述的概念化、説明的概念化、縦断的概念化の 3 つにわけて考えることができ
34 ける（図 2-1）。記述的概念化、説明的概念化は 2 つあわせて横断的概念化とも言い、今現在起きている
35 問題の見立てをいう。縦断的概念化はそういった問題の背景にある患者固有の特徴をあわせた見立てで
36 ある。



1 1) 横断的概念化

2 ・記述的概念化

3 記述的概念化とは、ある状況における患者
4 に起きている心の反応を、自動思考、気分、
5 行動、身体反応の 4 つに分けた認知行動モ
6 デルで記載することである。

7 ・説明的概念化

8 説明的概念化とは、疾患の発症要因と維持
9 要因を認知行動モデルで説明することであ
10 る。

11 **発症要因**：業務量の増加や家庭問題の発生
12 などの患者が何らかの変化を強いられるよ
13 うな出来事、関わり深い他者との不和、家
14 族や友人の死などの喪失体験など。本来、人はストレス環境にさらされたとしても、本人なりの対処策で
15 困難を乗り越えたり埋め合わせをしたりする。しかし、その本人なりの対処策によって目の前にある問
16 題を解決できなくなると、患者は苦痛を感じ、社会生活に支障を来す。

17 **維持要因**：患者の症状や問題を持続させている原因のこと。患者の非機能的な認知や行動パターンの場合
18 場合もあれば、金銭問題や人間関係などの現実的な問題があることで症状や問題が持続している場合もあ
19 る。

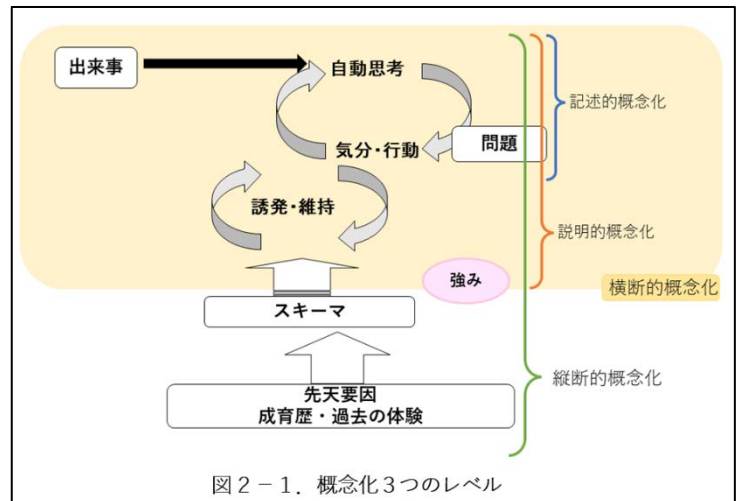


図 2-1. 概念化 3 つのレベル

14 族や友人の死などの喪失体験など。本来、人はストレス環境にさらされたとしても、本人なりの対処策で
15 困難を乗り越えたり埋め合わせをしたりする。しかし、その本人なりの対処策によって目の前にある問
16 題を解決できなくなると、患者は苦痛を感じ、社会生活に支障を来す。

17 **維持要因**：患者の症状や問題を持続させている原因のこと。患者の非機能的な認知や行動パターンの場合
18 場合もあれば、金銭問題や人間関係などの現実的な問題があることで症状や問題が持続している場合もあ
19 る。

21 2) 縦断的概念化

22 縦断的概念化を行う際には、以下の要素を考慮する。

23 ・生物学的要因・遺伝学的要因

24 既往歴や精神疾患の家族歴、生まれ持った性格などを把握する。

25 ・幼少期からの体験

26 特に、身近な人物との対人関係を通じた世の中のあり方の認識。患者からみた家族の印象や生活環境、
27 経済状況を尋ねたり、友人関係、学歴、クラブ活動、趣味などの情報を聴取したりすることは、患者が
28 体験してきた世界を理解する手助けになる。もちろん患者の過去の記憶には間違いが含まれている可能
29 性がある。幼少期に限らず、重大なライフイベントの聴取も重要である。

30 ・親や同胞などの幼少期からの結びつきの強い人物からの情報

31 必要に応じて家族からの情報も役立つ。

32 ・長所・強み

33 患者の性格や人間関係、周囲からのサポートや社会的要素などのリソースを把握する。患者自身が語っ
34 た内容だけでなく、治療者が長所、強みと感じた事柄も記載する。

35 例) 責任感がある 頼れる友人がいる 実家が近所 職場の制度が手厚い 趣味がある
36 金銭管理がしっかりしている など

37
38 こうした情報を元に、患者のスキーマ仮説をたてる。スキーマについては別項を参照されたい。
39 横断的概念化、縦断的概念化の具体例については図 2-2 を参照のこと。

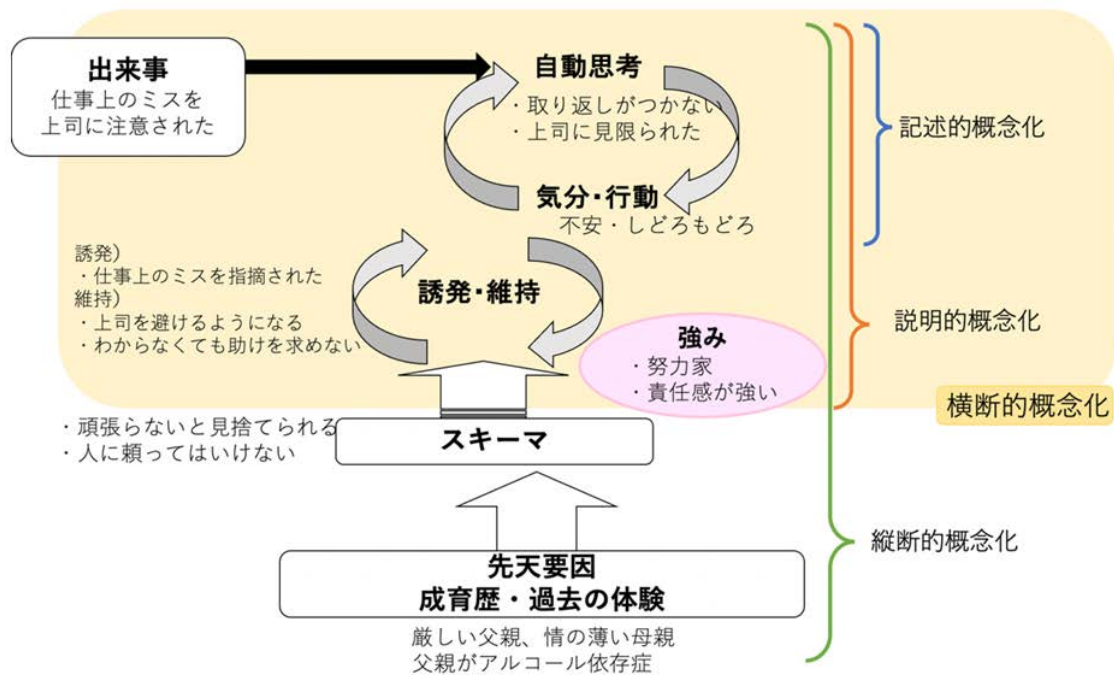


図 2-2. 概念化 3つのレベルの例

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

4. 概念化（事例定式化）ワークシート（次ページ参照）

1~3 で示した内容を体系的にまとめられる概念化（事例定式化）ワークシートがある。ワークシートの記入は不足する情報に気づいたり、患者を体系的にみることに役立つ。各項目を記載する際のポイントを示す。

- 患者名：概念化に必要な最小限の情報を記載する。
- 診断/症状：DSM や ICD に基づいた診断名、問題となる症状を記入する。評価尺度の点数の記述も役立つ。
- 形成期の影響：成育歴の概略、患者の特性に影響を与えている背景、状況、出来事（家庭環境や大きなライフイベントなど）を中心に記載する。
- 状況的な問題：いわゆる現病歴を含む。次の点を中心に記載する。いつ、どういうきっかけで今回の症状が始まったかという発症要因、その後の経過はどうであったか、経過に関係する状況的な問題に何があるか、現在どのようなことが問題になっているか、問題の持続要因は何があるか、これまでの治療歴や認知行動療法を受けるきっかけを記載する。
- 生物学的、遺伝的、および医学的要因：既往歴（身体的、精神的）、併存疾患、家族歴を記載する。
- 長所/強み：治療、回復に活かせるような患者の長所や強みを記載する。支援体制（頼りになる人など）も含む。
- 治療の目標：主に患者の視点で、問題になっている/困っている事柄、改善・解決できるとよい事柄を記載する。大きな目標と、そのための小さな目標の両方を意識して検討するとよい。ここでは治療技法上の方略は書かない。

- 1 ● 出来事/自動思考/情動/行動：病歴聴取の中で語られた、ストレスフルな出来事とそれに対する患者
2 の反応（自動思考・情動・行動）をいくつか記載する。出来事が one slice of time になっているか
3 意識する。
- 4 ● スキーマ：形成期の影響や「出来事/自動思考/情動/行動パターン」（前項）などをふまえて、スキ
5 ーマの仮説を立てる。
- 6 ● 作業仮説：症状の背景要因や問題、強みなど患者を全人的に理解した上で（横断的概念化と縦断的
7 概念化をふまえて）、認知行動モデルにのっとり、症状の持続要因を考慮して記載する。簡潔でわ
8 かりやすい申し送りのイメージ。
- 9 ● 治療計画：治療目標、作業仮説をふまえ、認知行動療法的アプローチだけでなく、薬物療法や環境
10 調整などを含めた、包括的治療方針を記載する。成育歴（発達の問題）や治療関係等も考慮する。
11 概念化

12

13 5. 文化的配慮

14 患者を理解し、治療計画を立てる上で、文化的な配慮が大切である。ここでいう“文化”とは、ある人が
15 所属する集団がもつ価値観・慣習・行動パターンなどを指す。ここでいう“集団”とは、その人が属するあ
16 らゆる属性やコミュニティ（年齢、性別、家族、職業、地域など）を含む。

17 治療者は患者の文化的理念（価値観・慣習・行動パターン）を理解するとともに、治療者自身の文化的
18 理念を意識し、治療者の価値観を患者に押し付けないよう配慮する。

19

1 認知療法・認知行動療法 事例概念化（定式化）ワークシート

患者背景（年齢・性別）：		日付：
診断/症状		
形成期の影響：		
状況的な問題： <u>発症要因</u>		
<u>活性化要因（持続要因）</u>		
生物学的、遺伝学のおよび医学的要因		
長所/強み：		
治療の目標：		
出来事 1	出来事 2	出来事 3
自動思考	自動思考	自動思考
情動	情動	情動
行動	行動	行動
スキーマ		
作業仮説		
治療プラン		

2

1 認知療法・認知行動療法 事例概念化（定式化）ワークシート（記入例）

患者背景（年齢・性別）： Oさん（28歳女性）		日付：
診断/症状 第Ⅰ軸：大うつ病性障害（単一エピソード）中等症 第Ⅱ軸：なし 第Ⅲ軸：なし 第Ⅳ軸：職場異動 第Ⅴ軸：GAF=55 主な症状：抑うつ気分、集中力の低下、億劫感、不眠、遅刻の増加、動悸 QIDS-SR：14		
形成期の影響： <ul style="list-style-type: none"> ・ A県生まれ。同胞3名中第1子（本人、妹、弟）。両親と祖父母は健在。 ・ 商売をしている父親は男子を望んでおり、特に弟をかわいがっていたが、本人への期待も大きかった ・ 幼少期からまじめで、両親の期待通りに勉強に励んだ。 ・ 地元の高校を優秀な成績で卒業後、両親が勧める国立大学へ進学、よい成績で卒業。 ・ 友人も多く、これまでの人間関係は特に問題なかった。 ・ 大学卒業後、電機メーカーに総合職として就職。この時から東京でひとり暮らしを始めた。 ・ これまでも異動はあったが、特に問題なく働いてきた。周囲からも責任感があると評価されていた。 ・ 大学受験の1か月前は緊張が高まり不眠となったが、それ以外に精神変調の既往なし。 		
状況的な問題： 発症要因 <ul style="list-style-type: none"> ・ 2か月前に健康機器部門に異動。異動は本人のみ。「できる人」が来たと期待された ・ 期待に応えようと努力したが、新しい分野でわからないことが多かった ・ 徐々にわからない仕事が増えてきたが、周囲に相談できず、期日までに仕事が終わらなくなってきた ・ 1か月前に上司から「わからないのなら早く言いなさい、それではだめだ」と言われ落胆した 活性化要因（持続要因） <ul style="list-style-type: none"> ・ 同僚は年が離れた人が多くて気楽に相談できない ・ なんとか仕事に行っているが、作業効率が落ちており、仕事がたまりがちである ・ 不眠があり心身が休まらない 		
生物学的、遺伝学のおよび医学的要因 特記事項なし		
長所/強み： まじめで根気強い、能力がある、責任感がある、友人が多い		
治療の目標： <ol style="list-style-type: none"> 1) 仕事を以前のように効率よくできる 2) 遅刻をなくす（生活リズムを整える） 3) 自信を取り戻す 4) 以前のように生活を楽しめるようになる 		
出来事 1	出来事 2	出来事 3
異動の際、前の上司から、現在の上司に「この子はできるよ」と紹介され、「期待しているよ」と言われた。	仕事でわからないことが出てきたが、一般職の一人に質問したら断られた	遅刻が増え、頭が回らず、産業医面談が用意されて、精神科を紹介された。
自動思考	自動思考	自動思考
前の職場と同じことを求められても、自分には応えられない。新しい上司の期待にこたえられない。	自分で解決しないといけない	自分がきちんと仕事をしていればこういうことにならなかったはずだ
情動	情動	情動
不安	孤独感	（悲しい、申し訳ない）
行動	行動	行動

(勤務時間を越えて仕事をする)	他の人に相談せず、自分ひとりでこなそうとする	
<p>スキーマ</p> <p>優秀でなければ愛されない 常に相手の期待に応えなくてはならない 何でも自分でやらないといけない</p>		
<p>作業仮説</p> <p><縦断的な概念化></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 幼少期、商売をしていた両親は（郷里の男子優位な考え方もあり）、商売を継いでくれる弟を、より大切にしていたように本人は感じていた。本人は、勉強や手伝いをする中で、両親にかわいがられ、「優秀でなければ愛されない」「常に相手の期待に応えなくてはならない」という考えを形成していた。 ・ その考えは、本人の勤勉さや責任感の強さをもたらし、学校での良い成績や、前の職場での高い評価につながって来た。一方、大学受験など「評価されること」に対する不安の強さにもつながっていた。 <p><横断的な概念化></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 異動をきっかけに精神変調をきたした。まず、異動の際に、上司から「できる人」「期待している」と言われたことが、本人の「常に相手の期待にこたえなければならない」という考えと結びつき、過度のプレッシャーにつながった。 ・ 「常に相手の期待に応えなくてはならない」という考えが強いため、異動後まだ2ヶ月で、しかも未経験の仕事であるにもかかわらず、「仕事が十分にできていない」と考え、自信を喪失している。 ・ 「自分ひとりで仕事を仕上げなくてはならない」という考えのために、周囲に相談できないでいる。 ・ 同世代の同僚がいないことも、相談しにくさと孤立感を深めている。 ・ 仕事に精力を使いすぎて楽しむ時間がもてないことも、抑うつ症状を持続させる一因となっている。 		
<p>治療プラン</p> <p>遅刻をなくすために・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 適切な睡眠・生活に関する<u>心理教育</u>を行う（テキストを用いてもよい） ・ <u>活動記録表</u>を用いて、生活リズムを整える ・ <u>薬物療法</u>も考慮する <p>仕事を以前のようにできるようになるために・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>問題解決技法</u>を習得し、仕事を効率よくこなす方法を身につける ・ <u>アサーションを含む上手なコミュニケーション技術</u>を身につけ、上司や先輩・同僚と上手にコミュニケーションをとり、手助けを得られるようにする ・ コミュニケーションにおける<u>非機能的な認知を同定</u>し、必要に応じて<u>認知再構成</u>を行う <p>自信を取り戻すために・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>うつ病の心理教育</u>を行う（テキストを用いてもよい） ・ <u>認知再構成法</u>を用いて、自分を責める考え方への対処法を学ぶ ・ <u>活動記録表や行動活性化の技法</u>を用いて、小さくても達成できる事項を増やす <p>楽しみの時間をもつために・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>活動記録表や行動活性化の技法</u>を用いて、楽しみの時間を持てるようにする ・ <u>認知再構成法</u>を用いて、楽しむことを阻む考え方への対処法を学ぶ 		

1
2

1 認知療法・認知行動療法 事例概念化（定式化）ワークシート（記入例2）

患者背景（年齢・性別）： Kさん（48歳女性）		日付：
診断/症状 抑うつ、不眠、パニック発作あり。		
形成期の影響： <ul style="list-style-type: none"> 同胞2名中第2子（兄、本人）。幼少期から真面目で物事には一生懸命取り組む。 男子は良い学校に行って良い就職を、女子は家を守るもの、という考えの両親のもとで育った。 高校卒業後、本人は進学を考えたが、両親は勧めず、進学を諦め、地元の銀行に事務職として就職。 22歳で職場の同僚と結婚、退職。24歳で長男出産。子供3人。長男は就職し独立。次男は地方の国立大学へ進学、一人暮らしをしている。長女は高校生で大学受験を控えている。夫と長女と三人暮らし。 他人から何か依頼されると断れず、無理をしてでも引き受けてしまう。 人当たりがよく、友人が比較的多い。 		
状況的な問題： 発症要因 <ul style="list-style-type: none"> 一年ほど前より、近くに住んでいる母が体調を崩し、自宅と実家を行き来しながら世話をしている。春から娘も受験生となり、介護と娘のサポートに追われる日々となった。半年前、母に呼ばれ、急いで実家に向かう途中で過呼吸様症状が出現。内科を受診するも異常はなく、その後発作を繰り返すことはなかったが、以来心配が消えず、外出がおっくうとなり、生活用品の買い物や実家に出向く以外は家で過ごすことが多くなった。娘の受験が近づいて、眠りが浅く、疲れやすくなって、家事も回らなくなり、このままではまずいと思い、受診。主治医より、服薬を勧められたが、母が様々な薬を飲んでいる姿を見ていて、薬には抵抗があり、カウンセリングを勧められ、認知行動療法の導入となった。 活性化要因（誘発・持続要因） <ul style="list-style-type: none"> 母の介護、娘の受験、日々の家事に追われる日々を過ごしている。 母の体調が悪化し、突然呼び出されることもあり友人との外出や趣味ができなくなっている。 娘が受験生となり、健康管理やスケジュール管理など、気が抜けない。 夫は仕事で忙しそうだと思って、家事や娘のこと、また母のことに関する手伝いを頼めない。 		
生物学的、遺伝学的および医学的要因 特記事項なし		
長所/強み： まじめ、控えめだが周囲に対して配慮ができる、粘り強い、思いやりがある。		
治療の目標： <ol style="list-style-type: none"> よく眠れるようになりたい。 明るい気持ちで過ごしたい。 自分自身の生活を楽しめるようになる。 		
出来事1	出来事2	出来事3
母の薬を取りに行った際、隣の店で必要なものを買うのを忘れた。	友人にランチに誘われたが、断った。	長女のテストの成績が良くなかった。
自動思考	自動思考	自動思考
またやってしまった。いつも私は要領が悪い。こんな自分はだめだ。こんな状況で娘の受験の本番を迎えたら娘は失敗してしまう。私もまさか、認知症が始まったのではないか。	出かけている間に母に呼び出されたら行かなくてはいけない。娘も頑張っているから、私が遊びに出かけてはいけない。せっかく誘ってくれたのに、また断ってしまって申し訳ない。母が元気にならないと、私はこの先も出かけられない。	私のサポートが足りなかったせいだ。もっと私を支えなければ。このままでは娘の受験がうまくいかない。

	私が楽しめることはこの先もないのだろうか。	
情動	情動	情動
落ち込み、がっかり、不安	申し訳なさ。残念な気持ち。絶望。	自責、焦り
行動	行動	行動
夜に思い出して、くよくよ考えて自分を責める。 眠れない。	何もできず、椅子に座ったまま動けない。	何に手をつけたらよいかわからず、そわそわする。
スキーマ 自分是要領がよくないので、いつもちゃんとやらなくてはいけない、手を抜いてはいけない 何でも自分で解決しなければならない。 家族の要望に応えられるよう、常に準備をして動けるようにしておかなければいけない。		
作業仮説 <縦断的な概念化> <ul style="list-style-type: none"> 幼少期、出来の良い兄がいつも側にいて、兄のようににはできないと自分には自信が持てなかった。 自分は能力は高くない、という思いから、せめて家のことはちゃんとしなければ、自分が切り盛りしなくてはいけない、と考え、家庭のことを夫に頼ってはいけないと思っている。 これまで大きな病気はもちろん、風邪すらほとんどひかなかったので、半年前に、過呼吸様発作を経験し、私も倒れたらどうなるのか、と漠然と不安を抱いている。 母が段々老いていくのを目の当たりにして、自分の身体・体調面の自信が崩れ、ささいな体調不良もとても心配になる。 <横断的な概念化> <ul style="list-style-type: none"> 日々の家事に加え、母の介護と娘の受験のサポートで常に不安や緊張が取れず、家族以外との接点が薄れ、自分のための時間（友人に会うことや趣味）が取れなくなっている。 母に対して必要以上に、お世話しなければいけないとやりすぎてしまう。 娘の健康管理もスケジュール管理も自分の責任だととらえていて、送迎や食事など娘にかける時間が必要以上に長く、娘の成績が悪いと、自分の管理が悪いせいだと考える。 家のことをやるのは自分の仕事で夫には負担をかけてはいけない、と思い、子供のことも家事のサポートも夫には頼めない。 半年前に経験した過呼吸が心配で、外出に対する抵抗感が高くなっている。 		
治療プラン 眠れるようになって体調を整えるために・・・ <ul style="list-style-type: none"> 活動記録表を元に、生活リズムや睡眠を確認する。 うつや睡眠の心理教育を行い、必要に応じて薬を上手に使えるよう支援する。 明るい気持ちで過ごせるようになるために・・・ <ul style="list-style-type: none"> 活動記録表を用いて、楽しみや達成感を得られる活動を増やす。 認知再構成を行って、必要以上に自分の責任を大きく考えたり、自分を責めたりする考えを和らげる。 自分自身の生活を楽しむようになるために・・・ <ul style="list-style-type: none"> 自分の生活や置かれている状況を客観的に見る。 サポート資源を見直す（家族で家事を分担するなど）。 スケジュールに優先順位をつけて楽しみの時間をもつようにする（友人と過ごす、趣味を再開する）。 <u>認知再構成法</u>を用いて、楽しむことを阻む考えへの対処する方法を学ぶ。 		

1

2

1

2

3

4

5

6

7

8

第Ⅳ章

導入、初回セッション

1 IV- 1. 初回セッションの進め方

ポイント

- 患者との間に良好な治療関係、信頼関係を形成する
- 認知行動療法の構造と進め方について患者に理解してもらう
- 概念化と治療計画のために必要な情報を集める
- 疾患と認知行動モデルの心理教育を行う
- 患者の抱える問題に対応した治療計画を伝える
- 不安を軽減して希望を与える

2

3 1. 初回セッションとは

4 初回セッションは、認知行動療法の第 1 回目のセッションである。とりわけ重要なのは、良好な治療
5 関係を形成すること、認知行動療法の概略と構造を理解してもらうこと、それらを通して治療目標を
6 達成するために患者に積極的に治療に関わるよう促すことである。認知行動療法は、良好な治療関係の
7 もと、協働的に作業を進めて初めて効果が出るものである。患者が不安に満ちた状態で臨むであろう初
8 回セッションでは、特に治療関係の構築を意識する。信頼を得るために、温かい雰囲気などの非特異的要素
9 に気を配る。患者の体験を傾聴し、問題点の整理を行う。体験を傾聴することは病歴聴取にあたり、問題
10 点の整理をすることで理解を示すことができ、信頼感が得られるようになる。非特異的要素や傾聴に
11 ついては精神療法の基本要素、コミュニケーションスキルを参照されたい。

12

13 2. 初回セッションの具体的内容

14 初回セッションを通じて、認知行動療法セッションの構造を具体的に体験できるようにする。以下、そ
15 の構造にそって記載する。なお、ここでの記載は、認知行動療法を受けるために初めて患者が来談し、基
16 本的には認知行動療法担当者が主治医やインターク・セッション実施者と異なる場合を想定している。
17 インターカーと認知行動療法担当者が同じで、十分に情報収集が出来ている場合、簡略化することもで
18 きる。

19

20 1) チェックインとブリッジング

21 まず、他の診療場面と同じように挨拶し、自己紹介を行う。そして、インタークセッションから今日ま
22 での様子について簡単に尋ねる。

23

24 2) アジェンダ設定

25 初回セッションのアジェンダ設定を行う。認知行動療法では、そのセッションで何を話し合うか決める
26 アジェンダ設定をすることも伝える（アジェンダ設定の章参照）。2 回目以降のセッションでは、患者と
27 治療者が協働的に決定していくが、初回セッションでは治療者の方から伝える。

28 例：「認知行動療法では、毎回始めに、今日のセッションで何を話し合うと役立ちそうかなど、話し合う
29 テーマを決めます。今日は初回ですので、私の方から提案します。今日は、大きく 3 つのことをします。
30 まず、認知行動療法について説明します（アジェンダ①）。次に、今お困りのことやこれまでの経過につ
31 いて、改めて確認させてください（アジェンダ②）。そして、認知行動療法でどんな風にお手伝いができ
32 るか、話し合っていきたいと思えます（アジェンダ③）」

33

34 3) 認知行動療法の構造と進め方を説明する（例におけるアジェンダ①）

35 認知行動療法の構造と進め方について、患者がまだ認知行動療法について馴染みがない場合、それらに
36 ついて説明し、セッションの全体像を伝える。患者が認知行動療法について知識がある場合には、知った
37 きっかけや、どのように理解しているか尋ね、必要があれば補足説明する。

38 例（うつ病の場合）：「うつ病の認知行動療法がどんなものか、ご説明します。一般的には治療は毎週 1 回

1 ○○分、計 16 回（場合によってはそれ以上）行います。毎回始めにどんなことを話し合うと○○さんに
2 役立ちそうか、話し合うテーマを決めます。具体的に決めたテーマにそって、そのセッションを進めま
3 す。たくさん話したい時もあるかもしれませんが、時間を上手に使うって話すことも、うつ病の治療では大
4 切です」

6 4) 病歴聴取と問題点の整理（例におけるアジェンダ②）

7 インテーク・セッションと異なる治療者が担当する場合は、「担当医やインテーク担当者から概略はう
8 かがってはいませんが、○○さんが今お困りのことについて、もう一度簡単にお話しただけですか？」等
9 と言ってまず現在の問題を聴き、病歴や生活歴を確認する。インテーク・セッションで既に聴取している
10 情報と照らし合わせ、その時点での概念化と治療計画を必要に応じて変更していく。インテーク・セッシ
11 ョンと同一の者が認知行動療法を担当する場合、インテーク・セッションと初回セッションを兼ねる場
12 合には、これまでの情報をまとめて治療者の理解を伝え、修正がないかどうかやその後の様子をたずね
13 る。問題点を整理して患者にフィードバックする際には、「出来事—認知—気分・行動」にあてはめて行
14 う。そうすることで、患者も自然な形で認知モデルを体験することができる。初回セッションで十分に聴
15 取しきれなかった場合には、その時点での治療者の理解をフィードバックし、解決の方向性を示唆し、次
16 回も引き続き話を聞いていくことを伝える。

病歴聴取と問題整理のポイント

- 患者を全人的に理解できる
- 患者の人となり概ね想像できる（ただし、生育歴は患者の想起が偏っている場合もあるので注意する）
- 患者の 1 週間の様子がわかる
- 「出来事—認知—気分・行動」の関連に重点をおいてきく
- 「出来事—認知—気分・行動」の関連を強調して患者にフィードバックする

18 5) 患者の疾患や困りごとに応じた認知行動療法の心理教育（例におけるアジェンダ③）

19 心理教育では、患者向けの資料を使用し、症状、認知行動モデル、特徴的な考え方や行動パターンなど
20 について説明する。疾患に対する理解を尋ね、不足があれば補う。患者の症状を例にして、「出来事—認
21 知—気分・行動」のスパイラル（認知行動モデル）、疾患の特徴的な考え方（否定的認知の 3 徴）や行動
22 パターンなどについて説明する。もし、患者が緊張しているようであれば、現在の気分や考えについてた
23 ずね、それを題材に説明する。最近の体験の中からつらくなってしまった出来事を具体的に一つ挙げそ
24 れをもとに説明する方法もある。セッションの中で気持ちが楽になるという体験ができることが重要で
25 ある。初回セッションで心理教育が出来なかった場合は、資料を手渡して、そのポイントについて簡単に
26 触れる。次回のセッションまでに資料を読んできてもらうことをホームワークとし、次回のセッション
27 で詳しく説明することを伝える。

29 6) ホームワーク

30 初回セッションでは、ホームワークの重要性を説明したうえで、ホームワークを設定する（ホームワー
31 ク参照）。初回セッションのホームワークは、病気の資料を読んてくること、治療ノートを作ることなど
32 を設定する。ここで治療ノートの説明も行う。2 回目以降のセッションでは、患者と治療者が協働的にホ
33 ームワークを設定するが、初回のセッションでは、治療者主導で決定する。

34 例：「毎回、セッションの最後に、次のセッションまでの間にやってくることを決めます。ホームワーク
35 といいます。」

36 「これはとても大切で、セッションで話し合うだけでは、治療は 1 週間に 50 分間しかできませんが、次
37 回までにいろいろやってくるようにすると、その間も治療を受けているのと似たような状態となって治
38 療の効果が出やすくなります。」

1 「治療ノートには、セッションで話し合ったことをメモにして見直せるようにしたり、日々の生活で困
2 っていることや気づいたことを書き留めて、セッションで話し合える手助けにします。」

3

4 7) セッションのまとめ、フィードバックを求める

5 セッションで話し合ったことをまとめて、患者からのフィードバックを求める。ポジティブなフィード
6 バックに加えて、ネガティブなフィードバックもきいておく。これらが治療の役に立つことを伝える。

7 例：「これで初回セッションは終わりです。色々話して、ご感想・ご気分はどうですか？」「役に立ったこ
8 と、気づいたことはありますか？」「わからないこと、納得がいけないことはありますか？」「ほかにうか
9 がっておいた方がいいことはありますか？」

10

11 8) 次回への橋渡し

12 次回への橋渡しとして、開始前に症状評価アンケートを回答すること、セッション始めにアジェンダ設
13 定をすること、感想や疑問点は随時伝えてほしいことを伝え、初回セッションを終了する。

14 例：「次回は、セッションが始まる前に、うつ症状のアンケート（QID-S、BDI）をつけてください」

15 「時間を有意義に使うために、セッションのはじめに、そのセッションでどのようなことを話し合うか
16 を、一緒に話し合って決めましょう。〇〇さんが話し合うと役に立つと考えられることがあれば、その都
17 度おっしゃってください」

18 「わからないこと、腑に落ちないことがあれば、次回また教えて下さい」

1 IV- 2. 目標設定

ポイント

- 目標は初回セッションの終盤または 2 回目までに設定する
- 患者の問題に関連した目標を具体的に設定する
- 定期的に目標を見直し、必要に応じて修正する

2

3 1. 目標設定とは

4 目標設定とは、患者の症状や困りごとの中から、認知行動療法のセッションを通じて解決したい事柄を
5 決めることである。治療者は患者の強みや長所を考慮しながら、認知行動療法で目指す具体的な成果を、
6 患者と治療者が協働で設定する。具体的に目標を設定することは、治療の方向を明確にし、セッションの
7 継続性を高め、時間の有効活用に役立つ。また、患者と治療者が治療の進捗を確認し、治療による変化を
8 客観的に評価する助けとなる。

9

10 2. 具体的内容

11 1) いつ行うか？

12 認知行動療法における最初の目標設定は、初回セッションの終盤に、遅くとも 2 回目のセッションま
13 だに実施する。目標設定では、具体的で測定可能な目標のリストを作成して、その内容について患者と治
14 療者が合意をする。その後は、定期的に目標のリストを見直して、患者にフィードバックを求め、必要に
15 応じて修正を加える。この見直しと修正は、少なくとも 4 セッションごとに行われることが望ましい。

16

17 2) 目標設定の進め方

18 目標設定の基本的な進め方を下記に記す。

- 19 ① 目標を設定する根拠を伝える
- 20 ② 大まかな目標を引き出す
21 患者が期待する治療の結果を確認して、大まかな目標（例：もっと自信を持ちたい、気分良く
22 過ごしたい）を把握する。
- 23 ③ 具体的な目標設定の方法について心理教育を行う
24 大まかな目標の状態では、患者は圧倒されるように感じたり、達成できないと思ったりして、
25 気分が低下する可能性がある。そのため、例えば「気分良く過ごす」という目標であれば、気
26 分の良い自分はどのように過ごしたり、物事に取り組んだりしているのかなど、具体化する手
27 続きを行う。
- 28 ④ 大まかな目標を具体化する
29 大まかな目標を、下記の点に留意して具体化する。
 - 30 ・ 測定／達成可能な行動として目標を設定する
31 例：「生活を楽しめるようになる」→「趣味のフットサルを再開する」
 - 32 ・ 他者が関連する場合、他者に対する患者自身の行動を明確にする
33 例：「夫に育児に参加してもらう」→「夫と育児の分担について話し合う」
 - 34 ・ 否定形になっていたら、肯定的な表現に言い換える
35 例：「留年したくない」→「授業に参加して、卒業に必要な単位を取得する」
 - 36 ・ どの程度その行動ができたなら良いかを明確にする
37 例：「趣味のフットサルを再開する」→「週 1 回フットサルに参加できるようになる」
 - 38 ・ 期限を設定する
39 例：「授業に参加する」→「春学期中に週 3 日授業に参加できるようになる」
- 40 ⑤ 目標に優先順位をつける
41 認知行動療法で取り組む中心的な問題をふまえて、最も重要なものから最も重要でないものへ

1 と整理する。達成に時間を要する目標と短期間で達成できそうな目標とに整理し、取り組む順
2 番を検討する。また、特定の目標が、その他の目標の前提条件になっている場合は、前提とな
3 る目標に先に取り組めるように治療の計画を立てる。

4 5 一目標設定の例一

6 治療者「これまでのセッションで一緒に困りごとを整理し、認知行動療法でどのように取り組んで
7 いくかお話をしました。この治療を通してどうなりたいかを明確にすることで、そのために役立つス
8 キルを検討することができます。最初に目標を設定しておけば、この後で治療がうまく進んでい
9 るか一緒に確認することもできます。そこで、認知行動療法での治療目標をいくつか設定したいと
10 思うのですが、〇〇さんは、この治療を通じて、どんなふうに過ごせるとよいか、何か目標はありま
11 すか？」（目標設定の根拠を伝え、大まかな目標を引き出す）

12 患者「生活を楽しめるようになりたいです。今は家にいてひとりで。何もしてなくて。大学に行っ
13 てもいないからこの先のことも心配で」

14 治療者「家にひとりだと、気持ちも沈みますよね。単位や卒業も心配ですよね。〇〇さんにとって、
15 生活を楽しめるというのは、何か具体的なイメージがありますか？」（大まかな目標を具体化する）

16 患者「前は大学にもちゃんと行ってたし、フットサルもやっていました。今思い返すと、楽しかっ
17 たなと思います」

18 治療者「大学に行って、フットサルもできると、気持ちも晴れそうですね」

19 患者「そうですね。そうなのもいいです。」

20 治療者「では、もう少し具体的にみてみましょう。目標は、達成に時間がかかる長期的なもの、と、比
21 較的短期間で達成できる短期的なもの、いつまでにどのくらいできるとよいか、といった視点で考
22 えると、取り組みやすくなります。大学に行くこと、フットサルをすることをこうした視点で考える
23 と、どうでしょうか？」（具体的目標設定の心理教育を行い、ポイントを示す）

24 患者「うーん。両方は急には難しそうです。まずはフットサルかなあ。以前は週3くらいでやってい
25 たのですが、今は無理そうです。まずは週1回、定期的に参加できるようになりたいです」

26 治療者「フットサルに定期的に参加できるようになるために、必要なことはありますか？」

27 患者「体力が心配です。午前中に起きてもただだらしちゃって、動くこともないし。あと、今のスケ
28 ジュールとか、知らない人増えていたら嫌だなあとか」

29 治療者「いくつか心配な点があるんですね。では、まずは一緒にできるようになる方法を考えていき
30 ましょう」（治療者の中では、生活リズムや体力アップのための行動活性化、友人と連絡をとる際に
31 認知再構成など、フットサル再開のための段階的課題設定を想定した）

33 3. 目標設定のトラブルシューティング

34 目標の修正が必要な場合の手がかりとして、患者がホームワークに取り組んでいない、症状に改善がみ
35 られない、治療への不満を表明しているなどが挙げられる。このような場合、当初の目標を見直して、患
36 者がどのように思っているかフィードバックを引き出し、必要に応じて目標を修正したり、新しい目標
37 に変更したりする。その際、治療者は患者にとって目標の修正は簡単ではないことを念頭に置き、目標の
38 修正によって患者が治療に失敗したと感ずることがないように配慮する。また、当初設定した目標を一連
39 のセッションの中で全て解決しなければならないわけではない。一連のセッションで取り組めなかった
40 目標にも、患者が自分自身で取り組めるスキル/力をつけられるよう、留意して進める。

1 IV- 3. アジェンダ設定

ポイント

- 患者の問題を整理した上で、概念化にそって、協働的にアジェンダ設定を行う
- 毎セッション開始後、5～10 分以内にアジェンダ設定を行う
- チェックインの際に優先事項に該当しないか、留意する
- 別のアジェンダに移る場合には、患者に確認の上で行う

2

3

1. アジェンダ設定とは

4

5

6

7

8

9

10

11

12

2. 具体的内容

13

1) いつ行うか

14

アジェンダ設定はセッション開始から 5 分、遅くとも 10 分までに行うことが望ましい。

15

16

2) アジェンダ設定のポイント

17

アジェンダ設定を行う際には下記の点に注意する。

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

1. アジェンダは協働的に設定する。初期は治療者主導で設定するが、徐々に患者自ら設定できるよう促す。

認知行動療法開始当初は、患者は何を話したらよいのか戸惑うことや、自分が何に悩んでいるのか明確には意識していないことが多いため、治療者主導でアジェンダを設定する。そうすることで、患者に対してアジェンダ設定のロールモデルを示すことができる。治療者が提示したアジェンダであっても、患者が同意したアジェンダに取り組むことが大切である。セッションを重ねていく中でアジェンダを設定することが定着し、患者側から取り上げたいアジェンダを提案するように、徐々に患者に主導権が移っていくようにする。患者自らがアジェンダを設定できるようになると、治療に主体的に関わることができるようになる。

例)

初期での説明)「認知行動療法では、セッションの始めに、今日話し合うと役に立つと思うことを一緒に決めます。これは、限られたセッションを有効に使うことにも役立ちますし、どんなふうに困りごとに取り組んでいくか、見えやすくすることにも役立ちます。」

典型的な問いかけ)「今日一緒に話し合うと役立つようなこと、話し合って解決につながるとよさそうなことはありますか？」

2. 治療全体の目標や進捗を踏まえて設定する

各セッションのアジェンダが治療目標の達成に役立つかどうか留意する。症例の概念化をふまえて協働的に決定する。

3. 具体的で、1 回のセッションで取り組み、患者の気分の改善につながる内容とする

治療目標と同様、各セッションのアジェンダも具体的なものとする。そうすることで、そのセッションでどのような認知行動的技法を用いるか、決まってくる。例えば、患者が「職場での上司との関係」

1 をアジェンダとしたい場合には、治療者は、患者は上司との関係を具体的にどうしたいと思っている
2 のか尋ねる。コミュニケーションに困っているのであれば、治療者は、上司に話しかける際の思考を
3 同定し必要に応じて修正することやアサーションを導入することを想定する。

4. 優先事項に該当しないか

6 セッション開始前に記入した評価尺度や、チェックイン時の様子から、下記 3) アジェンダ設定の優
7 先事項に該当しないか留意する。該当する場合には、治療者から提案し、そのセッションのアジェン
8 ダとする。

3) アジェンダ設定の優先事項

11 以下の 3 点がみられた場合には、どのアジェンダよりもこれらの課題が優先される。これらは緊急度
12 が高く、またセッションの進行を滞らせるものだからである。これらがみられた場合は、治療者側から
13 話題にしてアジェンダとすることが望まれる。

- 14 ● 自殺・自傷に関すること（例：絶望感、不安、不眠、アルコール、自傷他害行為）
- 15 ● 治療の継続に影響しうる生活上の致命的な問題（例：期限のある決定事項、失職、虐待、物質乱用）
- 16 ● 治療や治療者に対する陰性感情、治療を妨害する行動（例：頻回なホームワークの不履行、繰り返
17 しの遅刻、治療の停滞、治療者との不和）

3. アジェンダ設定のトラブルシューティング

20 アジェンダ設定がうまくいかない場合と、その対処法を記す。

- 21 ● 患者が、アジェンダ設定の前に話始めてしまう
22 まずは患者の話に共感を示す。そして、時間を有効に使うため、アジェンダ設定を提案する。それ
23 でもなお設定せずに話し続けることが繰り返される場合には、認知行動療法で重要なことについ
24 て、心理教育を行う。アジェンダの項目を書き出してくるというホームワークを設定する方法もあ
25 る。
- 26 ● 設定したアジェンダが曖昧
27 設定したアジェンダが曖昧だと、変化をもたらすための方略が浮かびづらくなる。上記 2) アジェ
28 ンダ設定のポイントに留意して設定する。
- 29 ● 患者から提案されるアジェンダがない、または少ない
30 患者の困りごと、治療目標と照らし合わせて、現在の状態を確認したり、アジェンダ設定について
31 どのように思っているか、患者の考えを聞いてみる。
- 32 ● アジェンダが複数ある場合、または変更する場合
33 アジェンダ項目が複数あげられた場合にはアジェンダ設定のポイントに留意して、話し合う順番
34 を協働的に決定する。決定したアジェンダを話し合う中で、途中でもっと重要な課題が出てきた場
35 合には、患者と治療者が話し合い、まとめの作業を行った上でアジェンダを変更する。
- 36 ● アジェンダ設定をするものの、外れていってしまう
37 共感的にさえぎり、このまま話題を続けるか、アジェンダ設定を行うか、話し合う。
- 38 ● アジェンダ設定をしたが、困りごとの改善につながらない
39 患者が中核的な問題よりも周辺的な問題を選んでいる可能性がある。治療者は、概念化や治療目標
40 と照らし合わせ、患者が中核的な問題にとりくむところの準備が整っていない可能性にも配慮しな
41 がら、温かな態度で患者に確認する。

1 IV- 4. 認知行動療法を患者に紹介する（socialization）

ポイント

- 治療者は、認知行動療法の概略、症状の基礎理解と治療概略、インテーク・セッションの内容、初回セッションの進め方をふまえて、患者に認知行動療法を紹介する。
- 治療者が心理教育を行った際には患者にフィードバックをもらい、協働関係の構築に努める。

2

3 1. 認知行動療法を紹介する（Socialization）とは

4 認知行動療法では患者の主体的取組が重要である。そのために、治療構造や認知行動理論の概略、治療
5 に取り組むにあたり患者に期待される役割を理解してもらう。これを Socialization という。精神療法（カ
6 ウンセリング）は治療者から何をすべきかアドバイスされたり、気持ちを発散させたりする場所だと考
7 えている患者も少なくない。Socialization によって、患者はより積極的に、進行上どういう役割を果たせ
8 ばよいか認識することが出来る。また、治療者と一緒に協働的に取り組む意欲を高めることもできる。

9

10 2. いつ提供するか？

11 初回セッションから行う。初回セッションの重要度が高いが、進捗に応じて随時行う。

12

13 3. 具体的な内容

14 1) 事前準備

15 治療者は、初回セッションの前に、インテーク・セッションの内容など事前に分かっている情報を確認
16 する。具体的には、患者が抱えている問題、症状、現在の機能レベル、病歴などを踏まえて、患者ひとり
17 ひとりにあった Socialization のあり方を工夫する。

18

19 2) 構造や内容について説明する

20 認知行動療法は一般的に、週 1 回 50 分、疾患の状態に応じて 10~20 回の個人セッションを行う。患
21 者がこの枠組みに参加可能か、予め確認しておく。一連のセッション全体、1 回のセッションにも構造が
22 あることを説明する（詳細は「1-5.セッション全体の構造」「1-6.1 セッションの構造」参照のこと）。患
23 者は認知行動モデルを理解し、自ら問題を解決することが出来るよう、治療者のサポートを得ながら主
24 体的に治療に取り組んでいくことを理解してもらう。

25

26 3) 患者の症状や診断について話し合う（4-1.初回セッション 項目 2.-4）を参照）

27 疾患、一般的な症状や問題の発生メカニズムについて、患者に分かりやすく説明する。認知・行動の用
28 語を用いて、患者の問題に認知行動療法ではどのように対処していくのか説明をする。これらを行う際
29 には、患者の体験を当てはめて説明するとよい。うつ病にまつわる心理教育の例を示す。

30 「うつ病の場合には、気分が落ち込み、今まで楽しかったことが楽しくない、やろうと思えない、とい
31 ったことがあります。食欲が落ちたり、よく眠れなくなったり、からだにも変化が現れます。その背景に
32 は、先ほどおっしゃっていたような『自分はダメだ』『みんなから、その程度しか働けないんだって思わ
33 れているに違いない』等、自分自身や周りの人、これからのことについて否定的な考え（認知）を持つ、
34 というものがあります。行動的には、人と接することを控えてしまったり、閉じこもりがちになったりし
35 ます。」

36

37 4) 認知行動モデルについて話し合う

38 患者が認知行動理論を理解できるよう概略を説明する。つまり、全般的な認知行動モデルを説明した上
39 で、患者の疾患や症状ののっとったモデル、患者の問題に照らし合わせた患者固有のモデルを説明する
40 （第 1 部『1-2.認知行動療法の概略』参照）。その際も上述と同様に、患者自身の体験と結び付けて理解で
41 きるとよい。

1 患者自身の体験を用いてセッション中に認知行動モデルについて図示しながら説明する方法や、患者に
2 分かりやすい説明をしたパンフレットを渡す方法もある。患者が治療に取り組み、認知行動療法のスキ
3 ルを自分で使えるようになるための準備だということを忘れずに、患者それぞれの立場に立った理解を
4 促すようにしていく。例えばうつ病の患者など集中力に制約のある場合は、1回の説明を1つか2つの文
5 章にとどめる等、あまり一度に多くのことを説明しないようにするとよい。

6

7 5) 患者からフィードバックをもらう

8 認知行動療法では治療者から何かを説明した時、1回のセッション終了時に患者にフィードバックを求
9 めることが重要である。患者にフィードバックを促すことは、治療者が、患者が何を考え、何を感
10 じているかを気にかけ、患者の意見を大切にしていることを示し、信頼関係の強化やチームとして治療
11 に取り組んでいく意識の向上に役立つ。また、「セッションで気になったことや、嫌だな思うことはあり
12 ましたか？」と、ネガティブな情報についても尋ねる。そうすることで、患者が理解・納得できていない
13 点や疑問点が明らかとなり、Socialization の促進につながる。治療の円滑な進行や、治療者—患者関係の
14 修復に役立つ。

15

16 4. 留意点

17 上記は標準的な Socialization を示している。患者の症状や理解度、治療者との関係性に配慮しながら、
18 柔軟に対応する。新しいスキルを導入する際には1回ですべて理解することが難しい場合もある。ホーム
19 ワークを活用し、フィードバックをもらいながら Socialization を促す。

1 IV- 5. ホームワーク

ポイント

- ホームワークは、セッション中に習得した認知・行動的技法を日常生活の中で実践することを通じて、効果を拡張するものである。
- 患者の特徴や希望に合わせてオーダーメイドにする
- ホームワークがどのように役立つかを伝える
- 協働的にホームワークを設定する
- 失敗にならないホームワークを設定する
- セッション中に始める
- ホームワークを忘れない仕組みを設定する
- ホームワーク履行の障壁を取り除く
- 予想されるネガティブな結果に備える

2

3 1. ホームワークの定義と意義

4 ホームワークとは、セッションで学んだ内容を患者が日常生活の中で実践する課題である（いわゆる
5 『宿題』であるが、クライアントの中には宿題という語に良い印象を持たない人もいるため、ホームワ
6 クという語を用いる）。クライアントがセッション中に習得した認知・行動的技法を、自身の日常生活
7 中で実践することを通じて、その効果を拡張するものといえる。認知行動療法の創始者のアーロン＝ベ
8 ックは、ホームワークを「認知(行動)療法において付加的なものではなく中心的なものである」と述べて
9 いる。

10 ホームワークは、セッションで学んだことを日常生活につな
11 げ、定着させることに役立つ。また、セッションで話し合った内
12 容を、日常生活で“実験”して検証することにも役立つ（行動実
13 験）。ホームワークを実行する過程で、現実生活の問題を解決で
14 きると、患者の自己効力感が高まる。

15 ホームワークの内容は、基本的にセッション内で扱った事柄
16 の延長である（表1）。たとえば、セッションの中で「自動思考」
17 について学んだ後に、次のセッションまでに日常生活の中での
18 自動思考を観察してもらったり、セッション内で治療者と練習
19 したコミュニケーション技法を日常生活の中で実際に試しても
20 らったりする。

21

22 2. ホームワークの設定と確認

23 ホームワークは、セッションの後半で、セッション内の話し合いを踏まえて設定する。

24 また、次のセッションの冒頭で必ず確認する。ホームワークが話題にされなければ、患者はホームワ
25 クが重要でないものと受け取ってしまう。

26

ホームワークの例
活動記録
睡眠記録
コーピングカード
自動思考のモニタリング
読書療法
過去のセッションの振り返り
次回のセッションの準備
暴露記録
思考記録
目標リストの整理
認知的概念図
中核信念ワークシート
行動実験
アサーション
問題解決のための取り組み

表1. ホームワークの例

1 3. ホームワーク設定のポイント

2 1) 患者の特徴や希望に合わせてオーダーメイドにする

3 ホームワークは、治療目標を踏まえて、患者の改善に役立つ課題を、個々の患者に合わせて（オーダー
4 メイドで）設定するものである。患者の課題、好み、知的水準なども考慮する。

6 2) ホームワークがどのように役立つかを伝える

7 認知行動療法の開始初期から、ホームワークの重要性を患者に伝える。患者をホームワークに動機づけ
8 るために、「ホームワークに取り組むほど治療の進展がよい」といった一般的な研究知見を伝えることに
9 加えて、各回のホームワークの理論的背景（患者の問題にとってどう役立つか）を説明する。

10 例）復職を目標としている患者に対して、「安定して仕事をする上では生活リズムが整っていることが
11 大切です。復職にむけた第一歩として、まずは、活動記録表で、ご自身の生活の現状を客観的にみてみ
12 ましょう。現状を知れば対策がとりやすくなります。」などと説明する。

14 3) 協働的にホームワークを設定する

15 ホームワークは、患者と治療者が協働して設定する。患者が納得していなければ、実行される可能性は
16 低い。「このホームワークは役に立ちそうですか？」「やる気は持てますか？」「どのような課題ならばや
17 る気が出るでしょう？」などと確認したり、アイデアを出し合ったりしながら、設定する。

18 治療の当初は、治療者がリードして設定することが多いが、治療の後半では「今週は何をホームワーク
19 にすると良さそうですか？」など、患者が主体的にホームワークを設定できるようになることが理想で
20 ある。

22 4) 失敗にならないホームワークを設定する

23 ホームワークを計画された通りに実施できないと、患者の自己効力感の低下、治療意欲の低下（ひいて
24 は治療からの脱落）につながりうる。患者にとって『失敗体験』とならないよう配慮が必要である。

25 ホームワークを計画通りできなかった場合も、そこから学べることがあることを事前に強調しておく。
26 たとえば、ホームワークを邪魔した非機能的な思考や、現実的な問題の存在を知ることができれば、それ
27 は収穫である。

28 たとえば、早起き課題に挑戦する患者に対して、「計画通りに起きられれば素晴らしいですが、もし予
29 定通りにできなくても、その時の時間や状況を記録して来れば、次にどうしたら良いかを考える材料に
30 なりますから、大丈夫です」と説明しておくことができる。

31 なお、ホームワークが計画通りに実行されなかった場合は、前セッションでのホームワークの設定に問
32 題があったケースがほとんどである（6）7）項を参照）。つまり、改善すべきは患者よりも治療者であ
33 る。

35 5) ホームワークをセッション中に始める

36 私達が何か行動を起こす際に最もエネルギーを要するのは「スタート」である。ホームワークのスター
37 トをセッション内に組み込むことで、ホームワークの実行率を上げることができる。たとえば、睡眠記録
38 をホームワークとする場合、セッション中に、患者にスマートフォンを出してもらって、睡眠記録のアプリ
39 をダウンロードしたり、操作を試したり、睡眠記録をつける時間を決めたり、スマートフォンを置いて
40 おく場所話し合ったりする。

42 6) ホームワークを忘れない仕組みを設定する

43 ホームワークを忘れないための方法を話し合っておく。たとえば、実行日時をメモする、スマートフォ
44 ンでリマインダーを設定する、風呂や食事など必ず行う活動とセットにしておく、などが考えられる。第
45 7) 項も参照。

46

1 7) ホームワーク実行の障壁を取り除く

2 ホームワークを行う際の障壁を想定し、対策を練っておく。患者の日常生活をイメージしてもらいな
3 がら（“認知リハーサル”と呼ぶ）、心理的な側面と現実的な側面の両方を検討する。心理的な側面とは「や
4 る気がでない」「面倒くさい」「先延ばしにしてしまう」などである。患者に、ホームワークを実行できる
5 可能性を 0-100%で尋ね、可能性が低ければ、何が障壁になりそうか、どうすればその障壁を減らせるか
6 を検討する。

7 例 1.

8 治療者：「活動記録表をつけてくる、という課題はどのくらいできそうですか？」

9 患者：「20%くらいですかね・・・あまり自信がありません」

10 治療者：「何がハードルになりそうですか？」

11 患者：「正直言うと、面倒で・・・忙しくて気持ちの余裕もないですし」

12 治療者：「先ほど一緒に書いてみましたが、書いてみてどう感じましたか？」

13 患者：「書く前は面倒とと思っていましたが、書いてみたら、意外とあっさり書けました」

14 治療者：「ご自宅で、面倒だな、という気持ちになった時、そのことを思い出すことはできますか？」

15 患者：「そうですね。そうしたら少しやる気が出そうです。自分のためですから、頑張りどころですよ
16 ね」

17 治療者：「そうですね。やる気が出ない時には、そのような考えも思い出せるといいですね」

18

19 例 2.

20 患者：「ホームワークをしようと思うのですが、子どもが近寄ってきて、集中できないんです」

21 治療者：「お子さんに邪魔されない時間や場所は思いつきますか？」

22 患者：「お気に入りのTV番組を見させている間に、別室で書いてみようと思います」

23

24 8) 予想されるネガティブな結果に備える

25 ホームワークがネガティブな結果になった場合（うまくいかなかった場合）を想定して、対処法を考え
26 ておく。例えば、早起き課題で早起きできなかった場合に起こりうる非機能的な自動思考を想定して（例：
27 「私はいつも早起きができない。ダメな人間だ。」）、代わりとなる適応的な思考を準備したり（例：「自分
28 を責めても始まらない。それよりも早起きできなかった要因を考えて、明日は別の工夫をしてみよう」）、
29 遅く起きてもその後のスケジュールを乱さないための工夫を検討したりする、などである。

30 ホームワークをうまく実施できなかった場合に備えて、2つのホームワークを準備しておく方法もあ
31 る。（例：Aプラン：友人に声をかけて外出する、Bプラン：友人の都合がつかなかった場合は、一人で
32 散歩に出かける）。

33

34 4. ホームワークが実施されない場合に検討する事柄

35 患者がある特定のセッションでホームワークを実施して来ない場合には、前節の各内容を検討するが、
36 ホームワークを繰り返し実施してこない場合は背景にある要因を話題にする。ホームワークの繰り返しの
37 不履行は重大な治療障害因子と考えて、アジェンダとして優先的に扱う。

38 1) 患者がホームワークの理論的根拠を理解していない

39 患者が、設定されたホームワークを「自分の問題の解決につながる」「自分に役立つ」と認識できてい
40 ない場合は、患者はホームワークを実行してこない可能性が高い。患者に、ホームワークの理論的根拠
41 （意義、どう役に立つか）を十分に説明する。

42

43 2) ホームワークが患者にとって実現可能なものと思えない

44 ホームワークは、患者の現状に沿った実行可能なもの（内容・レベル）とする必要がある。実行できな
45 いほど高い水準のホームワークを設定していないか、（実際は実行可能でも）患者自身が「実現できない」
46 と感じていないか、などを検討する。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27

3) 患者が課題を十分理解していない／忘れてしまった／活動に集中するのが困難

ホームワークの設定の際に、患者が手順をよく理解できているかどうかを確認しておく。設定したホームワークを患者自身の言葉で語ってもらったり、ノートに書き留めてもらったりして患者の理解を確かめることができる。忘れないための工夫、実施する環境を整える工夫も検討する（前節 6、7）参照。

4) 患者がホームワーク全般や特定の課題にネガティブな考えをもっている

「ホームワーク（「宿題」）事態にネガティブな印象を抱いている場合は、「ホームワーク」を用いなくてもよい。たとえば、早起きの課題に取り組む患者の場合には、「早起き作戦」などと名付けてもよいだろう。

5) 多忙、周囲の援助の欠如、状況的なストレス要因などの障害

患者がホームワークをしない背景は心理的な理由だけとは限らない。治療者は、仕事が忙しい、家族が協力的でない、不慮の出来事（身近な人の死など）など患者を取り巻く環境要因も考慮しながら、患者が実施可能な課題設定を行ったり、ホームワークを実施できる環境を整える方法を相談したりする。

6) 患者が、長期にわたって先延ばしのパターンに陥っている

患者がホームワークに限らず、仕事や家庭、社会生活全般においてもやるべきことをこなしていない場合は、先延ばしのパターンに陥っていることが疑われる。先延ばしを、回避行動という治療課題のひとつとして位置付けてもよい。課題にとりかかろうとする時に現れる自動思考を引き出して修正を試みたり、先延ばしを含む回避行動に関する心理教育を行ったり、機能分析を行ったりする。

まとめ

認知行動療法が終結した後も、患者自身が自分の治療者になって、認知行動療法で身に着けた習慣を続けられることが大切である。それも長いスパンのホームワークといえる。毎回のホームワークを大事に扱うことができこそ、終結後の実践の継続を促せるといえるかもしれない。

1 IV-6. 終結と再発予防

ポイント

- 治療終結に向けて、患者自身がこれまでに学んだスキルを使うことができるよう、準備する。
- 治療終結後も、ブースターセッションとして、患者の状態をチェックし、セルフケアができていのか確認する機会を設ける。

2

3 1. 終結とその準備

4 治療が終結に近づくにしたがって、希望をもつ患者もいる一方で、不安や怒りを感じる患者もいる。そ
5 のため、治療の終盤では、終結に向かう準備が重要になる。終結の準備とは、治療が終結したあと、患者
6 が治療者に頼らなくてもスキルを使うことができるように移行していく協働的なプロセスを指す。治療
7 終結後もうまくやっていたかという患者の不安に対し、これまでに学んだことを振り返り、起きる可
8 能性のある問題や症状悪化への対処法をあらかじめ考えておく。また、セーフガード（困った時の相談
9 先、ブースターセッションなど）について確認しておく。そうすることが、患者の治療終結後の不安を和
10 らげることにもつながる。

11

12 2. いつ提供するか？

13 終結の準備は、セッション全体の中で終盤に行うが、治療全体を通して、患者自身でスキルを使いなが
14 ら問題を解決したり、症状の悪化を防いだりしていくことが目標であり、治療早期より、その目標につ
15 て伝え終結の準備をしておくことは重要である。

16

17 3. 具体的な内容

18 1) 学んできたことを振り返る

19 まず、セッションを通して患者が学んできた様々な認知行動スキルを振り返り、記録する。そして、必
20 要な時に使えるよう、これらのスキルのリストを作っておいてもらう。

21

22 2) 将来起こりうる問題を予測し、対策を考える

23 患者とともに、今後、ストレス要因となりえるものと起こりえる症状、そして困ったときにどうする
24 か、どんなスキルを使うか、医療機関などに連絡する必要があるのはどんな場合か（自殺念慮など）、話
25 し合っておく。

26 例) 落ち込みが1ヶ月間続いたら受診予約をする。

27 上司とのやりとりで気持ちが沈んだ場合は、思考記録表をつけて、自動思考を見直す。

28

29 3) 終結と再発予防のポイント

30 ・十分な時間を使って行う

31 治療の終盤では、終結と再発予防にセッションの時間を割いていく。新しい問題が生じた場合も新しい
32 スキルを導入するのではなく、これまでに身に着けてきたスキルを使うよう、配慮するのが良い。

33

34 ・患者に自信をもってもらう

35 患者は、良い変化は周囲のおかげであり、悪い変化は自分のせいだと考えがちである。治療全体を通し
36 て、患者の気分に良い変化があった時、なぜ良くなったのかを検討し、患者自身の考え方や行動の変化と
37 いった自分の力によるものだ、と伝えておく。特に治療の終盤には、患者の進歩について、これまでの記
38 録や、症状評価尺度などの客観的データを用いて話し合い、患者自身の力で前向きな変化が見られてき
39 たことを強調する。

40

41

1 ・終結についての不安に対処する

2 治療終結に対する気持ちを尋ねることで、患者が見捨てられ感をもつことを防げる。患者が治療終結を
3 特に心配していると考えられる場合、「治療の終わりに不安を感じることは自然なことです。」などと伝
4 え、患者の気持ちを認める。過度な不安や極端なマイナス思考があれば、終結に関する自動思考を取り扱
5 う。治療者自身も治療の終結を寂しく思っている、などと伝えることも患者の不安を和らげることに役
6 立つ。

7
8 4) セルフケアタイム

9 セルフケアタイムとは、治療が終了してから、毎週数分行う自己治療セッションである。患者は、気分
10 をチェックし、身につけたスキルを使って、困った状況やマイナスな気分を解決する。終結への準備に入
11 った頃から、セルフケアタイムを患者に持ってもらうようにすると、治療終結後も患者が続けられる可
12 能性が高い。

セルフケアタイム	
I.	気分をチェックしましょう
a.	今感じている感情を書き出し、その強さを0～100%でつけてみましょう。複数あっても構いません。
b.	この1週間で感じた感情を3つ書き出し、それぞれの強さを0～100%でつけてみましょう。
II.	この1週間を振り返りましょう
a.	今週は学んだスキルを使いましたか？
	・もし使わなかった場合は、何かスキルを役立てられる可能性があった問題は何でしょう？
b.	何か良いことがありましたか？
	・そのためにあなたがした工夫は何でしょう？
III.	今困っていることは何でしょう？
	・別の見方はできないでしょうか？
	・今の辛い気持ちをやわらげるのに取り組めることは何でしょう？
IV.	次回のセルフケアタイムまでに起こる可能性のある問題がありますか？
	・それに対してどんなスキルが使えますか？

表1. セルフケアタイム

13 **4. ブースターセッション**

14 ブースターセッションとは、患者の状態をチェックし、良い状態を維持したり、さらに改善させたりする
15 ために治療終結後にもつセッションのことである。必要に応じて回数や時期は設定するが、目安として、
16 治療終結から約 1 か月後くらいに設定する。ブースターセッションでは、これまで振り返りと、今の困
17 りごと、将来起こりうる問題について話し合う。詳細は、セルフケアの項目を参考にされたい。

18

1
2
3
4
5
6
7
8
9

第 V 章

学習方法

原稿 引用 転載不可

1 V-1. 認知行動療法習得の第一歩とスーパービジョン、コンサルテーション

ポイント

- 認知行動療法を習得するにあたっては、患者に実施する前に治療者自身が体験することが重要である
- 患者に認知行動療法を実施するにあたっては、スーパービジョンを受ける

2

3 1. 認知行動療法習得にあたって

4 精神療法を“知っている”ということは、2つの要素に大別することができる。それがどのようなものであるかについて知っていること（知識）と、それをどのように適用するのかを知っていること（実践）である。ここでは、実践の力をつけていくために推奨されているトレーニング方法を紹介する。

7

8 2. 実践の力をつけるためのトレーニング方法

9 1) 毎日の生活で認知行動療法を使ってみる

10 ここまでCBTにおける概念化や技法、セッションの進め方について学習してきた。これらを患者に対して実施する前に、治療者自身の日常生活におけるストレスや諸問題に対して、認知行動療法の考え方で捉え（概念化）、基本的な技法を用い経験を積むことが奨められる。それらの経験により、患者が生活しづらさから解放される感覚を実感したり、患者に用いる際の各技法やセッションの進め方に関する障壁、そしてそれらへの対処を見つけたりすることができる。

15

16 2) スーパービジョン、コンサルテーションを受ける

17 スーパービジョンとコンサルテーションは、認知行動療法トレーナーから日々フィードバックを受け、トレーナーとの相互作用を通して、実践スキルを向上させていくための学習方法である。スーパービジョン、コンサルテーションを受けることにより、治療者はセッションについて他の視点からのアドバイスが得られ、不足するスキルを補うことができる。患者にとって有害な対応となることを防ぐことにもつながる。

22

23 3. スーパービジョン、コンサルテーションの進め方

24 スーパービジョンとコンサルテーションには異なる点がある。スーパービジョンは、ある一定期間の間、同じ専門職の上位にあたるメンバーから下位、または同等のメンバーによって提供される介入行為（intervention）である。その目的は、①自殺、虐待、不適切な薬物療法、治療者の反治療的態度などで患者が被害や危険にさらされないよう、認知行動療法以外の部分にも配慮し患者の安全を守ること、②一定以上の質で認知行動療法が提供されるよう治療の質を管理すること（ゲートキーパー（門番）的役割をもつこと）、③下位のメンバーの専門職としての機能を高めることが含まれる。スーパーバイザーはスーパーバイザーである治療者を心理的に支えることも重要であるが、それは治療関係ではないことに双方注意する。一方でコンサルテーションは、治療の質の管理や、評価が目的ではなく、コンサルティの成長を念頭に置いて症例や問題について話し合いをする、というものである。

33

34 1) スーパービジョン、コンサルテーションの構造

35 スーパービジョンの構造は認知行動療法の構造と同様である。スーパーバイザーは、スーパーバイザーが実際の治療を経験し、振り返り、理論や概念として理解し、それをもとに次の方法を考え、実践で試

36

治療セッションの構造	スーパービジョンの構造
1. 気分チェック	1. チェックイン
2. アジェンダ設定	2. アジェンダ設定
3. 橋渡し	3. 橋渡し
4. アジェンダの優先づけ	4. アジェンダの優先づけ
5. 問題につき話し合い	5. 症例・問題などにつき話し合い
6. ホームワーク	6. ホームワーク 次セッションで予測されること
7. まとめ	7. まとめ
8. フィードバック	8. フィードバック

表1.スーパービジョンの構造

しながらその経験を学ぶ、といったプロセスを経てスキルを習得できるよう支援する。これは、認知行動療法の治療において、患者に自己の体験を通じて新たな見識を身につけてもらう協働的経験主義 collaborative empiricism と同様である。1回のスーパービジョンも、1回の治療セッションと同じ構造をとる（表1）。

12

13 2) いつ行うのか

14 スーパービジョンとコンサルテーションの定義は異なるものの、定期的に行われるのが理想である。
15 セッションごと（毎週もしくは隔週のペース）にスーパービジョン/コンサルテーションを受けること
16 が望ましい。基本的な点をすでに身に付けさらに上級ステージを目指している治療者については、月に
17 1回のコンサルテーションミーティングがあると良い。

18
19 3) 実施方法

20 国際的にも最も一般的な実施方法は、実際のセッションを録音/録画したものをを用いて行う方法である。
21 この方法の長所としては、治療者自身もふりかえって自己評価することができるし、治療者の主観に影響されることなくセッションの様子をスーパーバイザーと共有することができる。短所としては、患者
22 にとっても治療者にとっても緊張を生じさせ、セッションをぎこちないものにしてしまう可能性がある
23 ことである。

24
25 導入の際に、録音/録画する場合には、あらかじめ患者に承諾を得る。信頼関係が築けている場合、誠
26 実に説明すれば拒否されることは少ない。例えば、次のように説明する。

27 「セッションをよりよいものにするために、録音させていただきませんか？音声は私自身が聞きなおして、
28 ○○さんとの治療を少しでも良くすればいいかを考えるために使います。また、私の指導医（ある
29 いは上級医）にも聴いてもらって、治療のアドバイスを受けることもあります。それ以外の目的で使用
30 することはありません。セッションが終わった後は完全に消去しますのでご安心ください。録音をした
31 後で、やはりイヤだということであればその時点で消去しますので、いつでもおっしゃってください」
32 録音/録画以外にも、口頭での報告やセッションをメモしたノートを用いて実施する方法もある。これ
33 らは治療者にとって脅威にならず、自然で自由な話し合いを可能にするが、報告される内容は治療者の
34 想起の影響を受ける。

35 それぞれの方法の有用性は、スーパービジョンの目的、スーパーバイザーの熟達レベルや成長にとっ
36 て何が必要か、によって変わってくる。トレーニング方法を多面的に用いることが最も効果があるよう
37 である。

38
39 4. スーパーバイザー/コンサルタントを選ぶ

40 認知行動療法のスーパーバイザーやコンサルタントを選ぶ際のポイントを示す。

- 41 1. 認知行動療法の知識と臨床経験を有し、日々の臨床場面で用いている者であること
42 2. お互いに十分な時間を確保できること
43 3. 治療者が認知行動療法を実施しようとしている患者と類似の症例で経験を積んでいること
44 スーパービジョン/コンサルテーションの頻度を考慮し、対面だけでなくテレビ会議システムの利用も
45 実施方法の一つである。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

第 2 部

認知行動療法の代表的なスキル

1
2
3
4
5
6
7
8
9

第1章

認知・行動的なスキル

転載不可
原稿引用

1 1- 1. 介入の選択、治療の方向づけ、技法リスト

ポイント

- 症例の概念化に基づいて技法の選択を行う。
- 認知行動療法的技法のみならず、環境調整や薬物療法も選択肢の念頭におく。

2

3 1. 介入の選択、治療の方向づけ、技法リストとは

4 認知行動療法にはさまざまな技法がある。症例の概念化に基づき、各セッションのアジェンダに応じて
5 適切な技法を選択する。認知行動療法的技法だけでなく、患者のおかれている環境の調整や薬物療法の
6 調整も考慮する。

7

8 2. 具体的内容

9 何か困ったことや問題が起きた時、人は気分が大きく動揺し、すぐ解決に取りかかれるわけではない。
10 治療者は、チェックインで語られる患者の様子や自己評価尺度の内容から、患者は気分が動揺したり大
11 大きく低下した状態なのか、それとも、ある程度気分の動揺は落ち着いていて、解決に取り掛かれそうな状
12 態なのかを見極める。気分の動揺や低下が大きい場合には、具体的技法を用いる前に、十分に時間をとっ
13 て暖かく共感的に接し、患者が問題に取り組む気持ちになれるよう支援する。その中で、技法を用いた気
14 分の改善が図れるか判断する。一方で、気分の動揺・低下からある程度落ち着き、問題に取り掛かれそう
15 な状態の場合には、適切な技法を用いて、実際に問題の解決に取りかかる。アジェンダを設定した後、状
16 況を確認しながら患者が行った工夫について聞く。これは今後の技法選択のヒントにもなる。症例の概
17 念化と、工夫してうまくいった部分、いかなかった部分に基づき、セッションでの患者の心理的狀態を考
18 慮しながら柔軟に対応し、介入技法を選択する。介入技法の具体的内容については各項目参照のこと。
19



図 1.

1 3. 技法リスト

2

代表的な技法	参照する項目/解説
根拠・反証の検証	V-4. 認知再構成② 思考の修正
帰納的質問	
適応的思考の案出	V-4. 認知再構成② 思考の修正
再帰属	I-3. 抑うつ の基礎理解と治療概略
利益・不利益比較	V-3.問題解決
活動記録	V-1. 行動活性化
活動計画	V-1. 行動活性化
行動実験	V-追加. 行動活性化
運動	—
休養	—
リラクセーション	V-8. リラクセーション
マインドフルネス	* 関連する成書を参考のこと。
アサーション	V-追加. アサーション
社会スキルトレーニング (SST)	* 関連する成書を参考のこと。
問題の整理	V-3. 問題解決
段階的課題設定	V-2. 段階的課題設定

表 1. 技法リスト

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。

1 1- 2. 不安症状に対するアプローチ戦略

ポイント

- 不安症は、対象や状況のリスクを過大評価し、自分の対処能力を過小評価するのが特徴である。
- 患者と治療者は、不安症状に関する認知行動モデルを共有した上で、不安を和らげ、コントロールする方法を一緒に検討していく。

2

3 不安症状に対する行動的介入のステップ

4 不安症状に対する介入では、下記ステップに沿って不安症状に関する認知行動モデルを共有したうえ
5 で、不安を和らげ、コントロールするための方法を一緒に検討していく。

6 1) ステップ1：アセスメント

7 はじめに、認知行動モデルに沿って「不安を引き起こす引き金」、「認知」、「身体反応」、「行動」につい
8 て焦点を当てながら面接を進める。特に「行動」については、回避行動（＝不安を感じる場面をさけるこ
9 と）を特定するだけでなく、安全行動（不安に対処するための行動）について詳しく確認していく。暴露
10 法の課題設定など、不安症状に対する介入法を検討する際は、それらを十分に考慮する。

11 不安を引き起こす場所、状況や人物を特定するために、不安階層表を患者と一緒に作成する場合もあ
12 る。不安階層表とは、通常は不安に感じる状況とその状況に対する不安のレベルを、全くない(0) から最
13 大(100)まで評価するもので、これらの内容を参考に暴露課題を設定する(1-11.『段階的暴露』参照)。

14 不安症状の評価尺度としては、全般不安症7項目尺度（GAD; Generalized Anxiety Disorder-7）、ベック
15 不安症尺度（BAI; Beck Anxiety Inventory）などがあり、症状に応じてこれらの尺度を活用する。

16

17 2) ステップ2：介入ターゲットの設定

18 ターゲットの設定では、最も介入しやすい容易な症状、あるいは患者にとって少し頑張れば達成できる
19 ような課題から始める方法と、患者の生活に大きな支障が生じているような最も困難な問題から取り組
20 む方法がある。

21 最も介入しやすい症状から介入するメリットとしては、容易に課題を達成できることで患者の自信や
22 治療へのモチベーションが高まるということである。さらに、成功した対処方略を別の不安でも活用で
23 きることが多い。

24 一方、患者の生活に支障が生じているような喫緊の課題から取り組むことを検討する必要もある。その
25 問題に取り組むことが患者にとって極めて困難な場合には、その問題を小分けにしたうえで、何から取
26 り組む必要があるかを患者と一緒に話し合う。そして、患者が段階的な暴露療法にうまく取り組める
27 よう、次にあげる基礎的スキルを活用する。

28

29 3) ステップ3：基礎的スキルトレーニング

30 ①リラクゼーショントレーニング

31 主なリラクゼーショントレーニングには、漸進的筋弛緩法、呼吸法、イメージ技法がある。これらのリ
32 ラクゼーション法によって筋肉の緊張を意識的に少しずつ緩めることで、主観的な不安感が低下するこ
33 とを患者に体感してもらう(1-6.『リラクゼーション』参照)。ただし、段階的暴露療法を実施する際は、
34 その目的が不安にしっかり向き合い、その不安に慣れてもらうことであるため、リラクゼーション法を
35 用いて不安を下げることは控える。

1 ②思考停止 思考停止とは、反すうなどの非機能的な思考過程を停止
2 させ、より適応的な思考に置き換えることである。恐怖症やパニック
3 症に対して役立つ一方、強迫症に対しては思考停止によって強迫観念
4 がさらに強まるという報告もある。このため、思考停止が患者に適し
5 ているかどうかは十分に検討する必要がある。

6
7 ③注意の転換

8 趣味や工芸作品に取り組む、読書する、映画を観るなどの活動を通
9 じた注意の転換によって、煩わしい思考の影響を弱めていく。注意の
10 転換のように見えて、実際のところ回避や安全行動になっていないか
11 注意が必要である。注意の転換は、暴露などの介入に意欲的に参加で
12 きるよう、事前に非機能的な自動思考の頻度や強さを低下させて、身
13 体的な緊張や情動的な苦痛を緩和させることが目的である。

14
15 ④脱破局視

16 最悪の事態を想定した「最悪のシナリオ」
17 を取り上げて、その予測を弱めるための方法
18 を活用しながら（表 1）破局的な予測を修正
19 していく。

20
21 ⑤呼吸の訓練

22 呼吸の訓練は特にパニック症に効果的で
23 ある。はじめにパニック発作の際に起こる速
24 く深い呼吸を再現し、次に、その呼吸を正常
25 にコントロールできるようになるまでゆっくりと呼吸してもらう。最終的には患者が自分で呼吸をコン
26 トロールできるよう進めていく。

27
28 4)ステップ4：暴露

29 暴露とは、不安を引き起こすために避けて
30 いる対象物、状況や刺激に曝すことで、不安
31 に対する慣れ（=馴化）を促し、回避しなく
32 ても不安は自然に下がるという体験を通し
33 て不安への耐性を高め、対象や状況に対する
34 非現実的な思考を再評価することである。

35 系統的かつ反復的にそれらに曝す段階的
36 暴露（1-11.『段階的暴露』参照）のほかに、
37 フラディング(flooding)療法がある。これ
38 は、恐怖刺激に直接直面するよう患者を促す
39 方法で特定の恐怖症で用いられている。

40 この他に、呼吸の訓練でも触れた身体感覚暴露がある。身体感覚暴露では、不安に伴う身体感覚を意図的
41 に喚起させてそれに暴露し、身体感覚への慣れを促すとともに、その感覚についての破局的な考えの修
42 正を図る。主にパニック症への治療として用いられている（表 2）。注意しておきたいのは、このような
43 身体感覚暴露の実施にあたり、暴露課題が患者に有害な影響を及ぼす可能性がないか事前に主治医に確
44 認を行うことである。

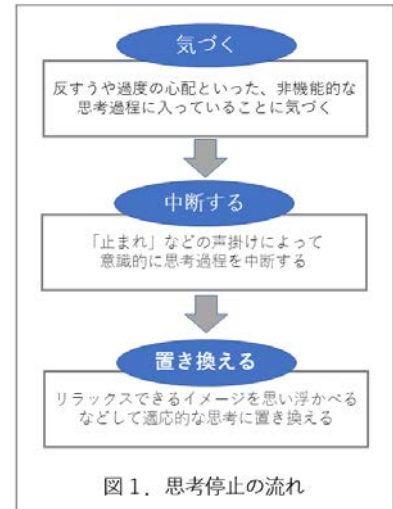


図 1. 思考停止の流れ

1.可能性予測	破局的結果が実際に起こる可能性について検討する
2.根拠の評価	破局的結果が起こる可能性を肯定する根拠を検討するため根拠リストを作成する
3.根拠リストの見直し	根拠リストを見直し、破局的結果が起こる可能性をあらためて評価する
4.活動計画の作成	破局的事態が起こる可能性を低下させるような活動計画を作成する
5.対処計画の作成	破局的事態が実際に起こった際に対処計画を作成する
6.再評価	破局的結果が起こる可能性について再評価する
7.デブリーフィング	破局的思考について話してどうだったか、あらためて患者と話し合う

表 1. 脱破局視の方法の例

エクササイズ	喚起される身体感覚	脅威の誤った解釈の例
2分間細いストローを使って呼吸する	息切れ、窒息感	「窒息するかもしれない」
立ったまま1分間ある程度の速さで回転する	めまい、または 失神	「吐き気を催せば、本当に嘔吐するかもしれない」
その場で1分間のジョギングをする	激しい鼓動、心臓の高鳴り	「心臓発作を起こすかもしれない」
2分間暖房機に面して座る	息切れ、窒息感、発汗	「人は私の汗を見て気分を害するだろう」
1分間蛍光灯を見つめ続けた後、何かを読んでもみる	めまいまたは失神、非現実感	「なんだか変な感じがした。正気を失いつつあるのかもしれない」
鏡に映った自分の姿を2分間見つめ続ける	夢のような感じ、めまいまたは失神	「顔がボーッとしている間に現実とのつながりを見失ってしまうかもしれない」

表 2. 身体感覚暴露の例

1 1- 3. 行動活性化

ポイント

- 行動活性化とは、活動することを通して気分の改善を図る方法
- うつ行動を減らし、楽しみ（Pleasure）や達成感（mastery）を感じられる行動を増やすことで、症状軽減を目指す。

2

3 1. 行動活性化とは

4 気分が落ち込んだり不安になったりすると、人に会うのがおっくうになったり、一人でくよくよ考え込
5 んでしまったりするなど、意識しないままどんどん落ち込みや不安が強くなり、行動面にも影響が出て
6 くる。このような行動パターンに気づいて喜びややりがいを感じられる行動に置き換えていくことで、
7 気分を改善させるスキルを、行動活性化という。

8

9 2. 具体的な内容

10 私たちは気分の落ち込みが強まると、活力が低下し、活動への興味や楽しむ力が低下するものである。
11 そうして活動量が低下すると、ますます興味や楽しみが無くなり、気分の低下や無力感の増加、自己評価
12 の低下に繋がる。こうして悪循環に陥ると、何かを楽しむことや課題をやり遂げること、または問題を解
13 決することなどできないと考えるようになる。このようなときにやみくもに気分の変わる行動を促して
14 も患者を心理的に追い込んでしまうので、行動活性化の具体的な流れを以下に示す。

15

16 1) 行動活性化の流れ

- 17 ① 【モニター】患者の最近の行動を題材にしながら振り返り、特定の行動をすることで気持ちの沈
18 むこと、そして、気持ちが軽くなる行動があることに気づくように手助けする（行動活性化の心
19 理教育）。
- 20 ② 【評価】活動記録表を使って、行動と気持ちの変化の関連を確認する。
- 21 ③ 【計画】活動記録表から、達成感（mastery）や楽しみ（pleasure）を感じる健康行動を見つけ出し、
22 その行動を増やしていけるような計画を立てる。仮に、そうした健康行動を妨げる可能性がある
23 事柄があれば、その障害を解消する手立てを考える。
- 24 ④ 【実践】実生活の中で、達成感（mastery）や楽しみ（pleasure）を感じられる健康行動を試しに実
25 行する。
- 26 ⑤ 【振り返り】次のセッションで実際にやってみてどうだったか、振り返りを行う。

27

28 2) 活動記録表

29 行動活性化では、まず患者に自分の行動を振り返ってもらうようにする。特定の行動をすることで気持
30 ちが沈んだり、軽くなったりする、つまり行動と気分が連動していることに気づくと、行動を変えてみよ
31 うという相談者のモチベーションが高まる。こうした行動と気分のモニタリングに役立つのが活動記録
32 表である。

33 活動記録表は、日常生活における活動と、その時の気分を記入することが特徴であり、一般的には P
34 （Pleasure：喜び）と M（Mastery：達成感）をそれぞれ 0～100 の点数で書き込むと良い（例：P-60 M-
35 85 など）が、気分を区別せずに書いたり、数字で評価することが難しい場合は、気持ちが軽くなった行
36 動を○、あまり気持ちが変わらなかった行動を△、辛くなった行動を×と 3 段階で評価しても構わない。
37 活動から時間が経つとそのときの気持ちが薄れてしまうため、活動後できるだけ早く記入することが理
38 想的である。

39

40

3) 行動計画を立てる

次に、活動記録表の記録を参考にしながら、気持ちが楽になる行動が増えるように活動計画を立てていく。私たちの行動量は毎日ほとんど決まっているため、好ましい健康行動を増やすことで、好ましくない行動は自然と減ってくるものである（図 2.3）。

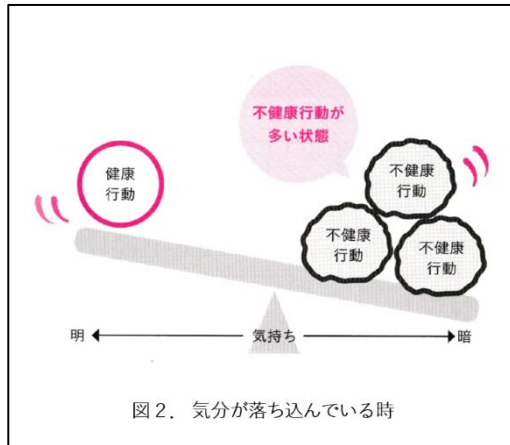


図 2. 気分が落ち込んでいる時

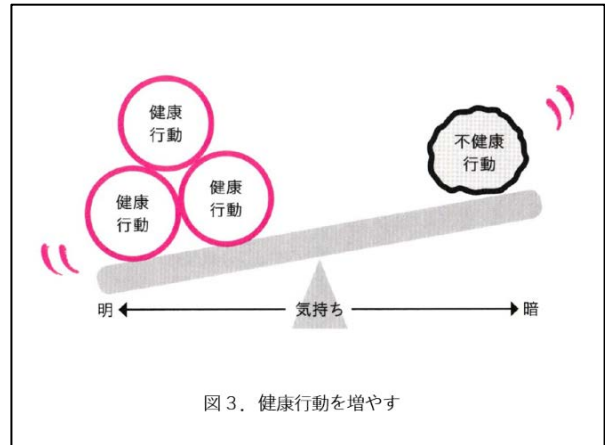


図 3. 健康行動を増やす

活動記録表を使ってセルフモニタリングしても楽しめるあるいはやりがいのある行動が見つけれない時は、過去に気分が改善した行動を思い出してみたり、一般的な趣味や娯楽をリスト化したものなどを参考に、今までやったことのない新しい行動を試してもよいだろう。

音楽を聴く	散歩に行く	本を読む
ゲームやパズルをする	美味しいコーヒーを飲む	ストレッチやヨガをする
料理をつくる	マッサージに行く	お風呂に入る
ガーデニングやDIYをする	いつもより遠出する	映画を観る

表 1. 健康行動の例

4) 行動計画を実験的に実践する

精神的に疲れている時は、元気な時のように活動することはできないものである。よって、可能な範囲で計画を立てて、できることから少しずつ始めてもらうことが大切である。また、大きな行動を一気にするのではなく、スモールステップに分けて少しずつ実践していく段階的課題設定などの認知行動スキルも役立つ。うまくいった際には、気分が少し改善され、次の行動計画、実践への動機づけとなるだろう。

また、大切なのは成功か失敗かではなく、データを集めることだということを理解してもらうことも重要である。データが集まれば、何が問題になっているかが明らかになり、それをどうすればいいか検討し、できることを増やしていくことにつながる。

5) 振り返り

実際に立てた計画を実行してみて、健康行動を実践できれば、それを増やしていくようにする。実践できなかったときには、何が問題であったかを検証し、解決する手立てを考えて、もう一度試してみる。

- 1 ☆週間活動記録表
- 2 各欄に①活動を書き、②その時の 楽しみ/喜び(P)、達成感(M) をそれぞれ0～100%で書き込みましょう

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前 6～7 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午前 7～8 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午前 8～9 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午前 9～10 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午前 10～11 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午前 11～12 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 0 時～1 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 1 時～2 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 2 時～3 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 3 時～4 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 4 時～5 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 5 時～6 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 6 時～7 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 7 時～8 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 8 時～9 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 9 時～10 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 10 時～11 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午後 11 時～12 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
午前 0 時～1 時	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)

1 ☆週間活動記録表

2 各欄に①活動を書き、②その時の 楽しみ/喜び(P)、達成感(M) をそれぞれ0～100%で書き込みましょう

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前 6～7 時				目が覚める(?)			
午前 7～8 時				二度寝(?)	起床 (M70/P30)		
午前 8～9 時			起床 (M70/P30)	↓	朝食 (M50/P60)		
午前 9～10 時	起床 (M40/P80)		朝食 (M50/P60)	起床 (M10/P20)	通勤 (M30/P0)	起床 (M40/P80)	起床 (M10/P10)
午前 10～11 時	朝食 (M50/P70)	起床 (M0/P10)	二度寝 (M0/P10)	通勤 (M0/P0)	仕事 (M30/P10)	だらだら (M0/P60)	だらだら (M0/P10)
午前 11～12 時	だらだら (M0/P60)	だらだら (M0/P20)		仕事 (M10/P10)	↓	↓	↓
午後 0 時～1 時	↓	↓	昼食 (M10/P30)	↓	↓	朝昼ごはん(不明)	↓
午後 1 時～2 時	↓	↓	テレビ (M0/P10)	昼食 (M50/P50)	昼食 (M50/P50)	↓	ご飯 (M10/P10)
午後 2 時～3 時	昼食 (M30/P30)	昼食 (M30/P30)	↓	仕事 (M30/P10)	仕事 (M30/P10)	洗濯 (M70/P50)	だらだら (M0/P10)
午後 3 時～4 時		洗濯 (M50/P60)		↓	↓	断捨離! (M80/P80)	↓
午後 4 時～5 時	散歩 (M50/P60)	買い物 (M60/P50)		↓	↓	↓	↓
午後 5 時～6 時	掃除 (M70/P60)	休憩 (M40/P30)		↓	↓	↓	外出 (M30/P30)
午後 6 時～7 時				↓	↓	↓	夕飯 (M10/P30)
午後 7 時～8 時	夕食 (M60/P50)	夕食 (M60/P50)	夕食 (M10/P20)	帰り (M10/P30)	帰り (M10/P30)	↓	↓
午後 8 時～9 時	↓	↓	↓	夕食 (M30/P40)	夕食 (M30/P40)	↓	
午後 9 時～10 時	テレビ (M10/P30)		だらだら (M0/P20)			夕食 (M50/P60)	お風呂 (M30/P30)
午後 10 時～11 時	↓	覚えていない	↓	お風呂 (M40/P60)	お風呂 (M40/P60)		
午後 11 時～12 時	お風呂 (M40/P60)	↓				お風呂 (M40/P60)	就寝 (M10/P10)
午前 0 時～1 時	就寝 (M?/P?)	↓	いつの間にか寝た (M?/P?)	就寝 (M30/P50)	就寝 (M30/P60)	就寝 (M70/P70)	↓

3

1 1- 4. 行動実験

ポイント

- 行動実験は、患者が自らの体験を通じて、機能的で新しい気づきを得られるための仕掛けである。
- 治療者は、概念化に基づき、患者が「失敗なく」新たな気づきを得られるよう十分に計画する。

2

3 1. 行動実験とは

4 行動実験とは、その行動を通じて患者が新しい認識を得られるよう、治療者と患者で協働的に練られた
5 実験的行動である。認知行動療法の治療原理は、患者が新しくより機能的な考えを持てるよう支援する
6 ことであるが、患者自身の行動と観察を通じてそれを達成できる仕掛けの一つが行動実験である。認知
7 行動療法の基本原則の一つである協働的実証主義（誘導による発見）に根差した技法である。

8

9 2. 目的（いつ行うか？）

10 患者と治療者のセッション内の話し合いだけでは患者が十分な納得にたどり着けなかった場合に行動
11 実験が役立つことが多い。行動実験の目的は仮説検証と発見の2つに大別できる。

12 ①仮説検証

13 セッション内で複数の考え（仮説）があがった際に、どの考えが最も妥当かを確認するもの。

14 例) パニック症の患者が、電車内で苦しくてうずくまった時に「周囲に変な人と思われる」「心配してく
15 れる」という2つの可能性を考えたが、どちらが妥当か確信を持ってない場合に、“「電車の中で苦しそ
16 うにうずくまっている人を見かけたらどう思うか？」という質問を友人 10 人に尋ねてみる”という行動実
17 験をホームワークにする。

18 ②発見

19 事前に明確な仮説は立てず、患者の知識や見識を広げる目的で行うもの。

20 例) パニック症

21 についてよく知ってもらうために（特に、よくある病気であることを知り、マイナスなイメージを払拭し
22 てもらったために）、第1セッションのホームワークとして、「“パニック症”をインターネットで検索し、症
23 状、治療法、回復した人の体験談などを探してくる」という課題を出す。

24

25 3. 行動実験を計画・実行する

26 行動実験は、患者の概念化に基づいて設定し、患者が確実に安全に新しく機能的な認識を持てるよう
27 に念入りに計画する必要がある。患者の動機づけも重要である。

28 1. 患者と治療者とが、行動実験の目的と理論的根拠を十分に共有する。

29 2. 検証する仮説を明確にしておく。

30 3. 「失敗がない」行動実験を計画する（例：質問する10人の友人を選ぶ際、一律な考えに偏らぬよう、
31 年齢・性別・社会背景などさまざまな人に尋ねるよう指示する）。

32 4. 実験の結果を十分に話し合う。

33

1- 5. 段階的暴露

ポイント

- 段階的暴露は、避けている不安場面に意図的に直面し、馴化の原理で不安が下がることを体験することで症状の軽減を目指す技法である。
- 導入時には、患者に原理を十分に説明し、準備することが大切である。

2

1. 段階的暴露とは

1) 不安のメカニズム

第1章4項で述べた通り、人は恐怖状況下では、闘争・逃走反応（fight-or-flight response）が生じ、自らの生命を守ろうとする。この情動反応、生理反応は、極めて不快であるため、患者はこうした状況を再度体験することを回避するようになる。回避すると、短期的には不安や恐怖等の情動の軽減が図れるため、楽にはなるが、長期的には回避する状況や場所が増えてしまい、結果的に日常生活や社会生活に支障をきたすことになる。

10

2) 暴露療法

不安は、一時的に高まっても時間とともに下がる（これを馴化という）と言われている。この馴化を利用した治療法が暴露療法である。暴露療法では、避けている不安場面に意図的に直面することで、患者に不安を再体験してもらい、繰り返し暴露することを通して不安症状の軽減を目指す。馴化には、治療内で不安が下がるセッション内馴化と繰り返し暴露することで不安が下がるセッション間馴化の二つがあるが、この二つの馴化を患者が体験することで治療効果が得られる（図1）。

しかし、不安強度の高すぎる刺激への暴露課題を設定すると、圧倒されて、挑戦することすら難しくなるため、多くの場合、小さくて取り組みやすい（容易な）課題から段階的に暴露していく。これを「段階的暴露」という。段階的暴露では、不安を誘発する刺激の不安階層表を作成し、それを基に、1ステップずつ段階を追って不安強度の高い刺激に暴露する。

28

2.いつ提供するか？

段階的暴露は、不安症の治療で中心的な役割を担うため、不安症の患者には適応がある。禁忌はないものの、導入する前に事前の準備が重要となる。

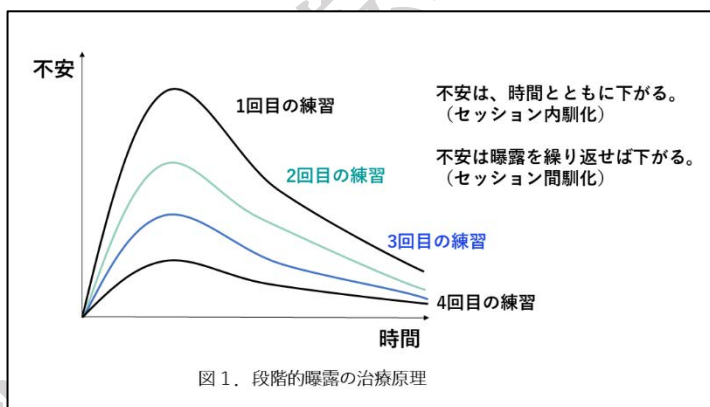
まず段階的暴露を導入する前には、恐怖喚起の状況に暴露することについての理論的根拠を十分に説明する必要がある。不安が強く、回避が著しい場合には、恐怖喚起する刺激を統制してから導入すると良い。さらに必要に応じて、SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)などの薬物療法を併用することもある。ただし、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が常用されている場合には薬効により、十分に恐怖刺激が惹起されない可能性があるため、治療開始前に中止できるかを話し合うなど、注意が必要である。

37

3. 段階的暴露療法の具体的な内容

段階的暴露を実施する手順と実施のポイントを記述する。

39



1) 不安階層表の作成（表 1）

階層表作成におけるポイントを以下に示す。

① 具体的な内容にする。

不安の強さは時と場合によって異なるため、階層表の各段階の刺激については、具体的で明確な表現にする。

×「人混みの中でも普通でいられる。」
「遠くに旅行に行く。」

○「近所のショッピングモールに行き、20分間過ごす。」
「一人で空いた時間に電車で3駅乗る。」

② 予測される不安強度を評点化する。

各段階の患者が感じる不安強度を最大の不安を感じる場合を100点、全く不安を感じない場合を0点として評点化する。この点数をSUD (subjective unit of disturbance: 主観的障害単位尺度) という。

この評定は各セッションで行う暴露の段階の選択と進捗状況の評価に用いる。

③ 不安強度の異なる複数の段階を備えた階層表を作成する。

不安強度が極めて低いもの (SUD 5-20) から極めて高いもの (SUD 80-100) まで、異なる段階 (通常 8-12 段階) を網羅するようにリストアップする。

④ 協働的に段階を選択する。

患者が主体的に取り組めるように、治療者と患者は協働して取り組む課題を決定していく。

場面	SUD
伊丹～札幌を飛行機に乗る	100
東京～新大阪間を新幹線に乗る	90
JR線で混んでいる時間に自宅近くの駅から5区間（職場近くの駅まで）乗る	80
JR線で混んでいる時間に自宅近くの駅から3区間乗る	70
地下鉄で混んでいる時間に自宅近くの駅から3区間乗る	60
JR線で空いている時間に自宅近くの駅から5区間（職場近くの駅まで）乗る	50
JR線で空いている時間に自宅近くの駅から3区間乗る	40
地下鉄で空いている時間に自宅近くの駅から3区間乗る	30
路線バスで空いている時間に自宅近くのバス停から3区間乗る	20
自家用車で家から一番近くのスーパーに行く	0

表 1. 不安階層表の例（パニック障害のケース）

2) 暴露の実施

効果的に暴露を実施するために、不安階層表に基づいて進めて行くという手順を患者に理解してもらい、不安強度の評定が低い刺激への暴露から開始して、最も脅威的な刺激に向けて段階的に上げていく。患者は暴露開始時から、暴露がどのくらい脅威的か、自分の不安レベルを数値で評定し、その予測を検証するための実験として暴露を行う。暴露した際の実際の不安はどの程度であったか、時間とともにどの程度不安が弱まったかを記録する。暴露を繰り返すごとに少しずつ不安が減少するということを目標とし、最終的にその状況が恐怖を引き起こさなくなるまで繰り返す。暴露にはイメージ暴露と現実暴露と二つの暴露がある。多くの不安症では患者が実生活の中で恐怖刺激に直面することが効果的であるため、現実暴露を行う。一方で、PTSD ではトラウマに関連した出来事を考えることを回避しているため、イメージ暴露が有用となる可能性がある。また、きっかけとなる状況を再現するのが難しい場合（例：血への恐怖など）にもイメージ暴露は役立つ。

・イメージ暴露

イメージ暴露では、患者に問題の場面に実際にいるかのようにイメージしてもらい、自分がどのような反応をとると思うかを想像してもらう。その際、患者が不安に関連する刺激をできるだけ鮮明に体験できるように、きっかけとなる合図を出すようにする。イメージ暴露を行う際のポイントを以下に挙げる。

1. きっかけとなる環境的な合図刺激 (cue) を使用し、恐怖刺激を鮮明にイメージできるようにする。
2. 認知再構成、リラクゼーション、思考停止、またはその他の認知行動療法の手法を用いて不安を和らげ、否定的なイメージを払拭する。
3. 階層表に従って、段階的に個々のイメージを示し、患者に率先して具体的な標的を選択してもらうようにする。

4. 不安に対処する方法を患者にコーチする。
5. 不安が完全に消えるまで、繰り返しイメージ暴露を行う。

・ 現実暴露

現実暴露とは、患者が恐怖を呼び起こす刺激に実際に直面して、その不安と対峙する。臨床環境におけるリソースによっては、セッションの中で現実暴露を行うことも可能である。セッションでの現実暴露のあとは、ホームワークとして、暴露を続けるべきである。その際には、暴露を行う前の予測と実際の結果を比較してもらい、認知の変容を促す。現実暴露をホームワークにした場合は、次回セッションでその結果を確認する。暴露課題に成功した場合には、さらに上の暴露課題に進むことを検討する。もし課題が患者の予測よりも困難だった場合や計画していたほどうまく対処することができなかった場合には、次の課題をより達成しやすいものにしたたり、恐怖のコントロールに使える手法を再検討する。対処方略を実践すること自体に困難を覚えている場合には、もう一度セッション中に練習することも必要である。

4. 段階的暴露を実施する際の注意点

① 課題時間

暴露を実施する際には、不安がある程度強くなり、しばらく継続し、最終的には下がるという3つの変化を患者が体験できることが必要である。そのため、不安がある程度感じ、それが時間とともに消えるという体験ができるだけの時間や場を設定する必要がある。

② 自信が持てる課題を選ぶ。

課題を設定する際には、その課題を遂行できる自信を患者が十分に持てるものを選ぶと良い。十分な自信が持てない場合は、課題を小分けにしたたり、より簡単な課題に変えるなど工夫する。

③ 各段階は暴露を繰り返す。

学習は反復練習した場合としない場合では学習内容の維持が異なる。そのため段階的暴露では、各段階の暴露は繰り返し実施し、最小限の不安しか呼び起こさないくらい（SUD30%程度）になるまで繰り返す。

④ 安全確保行動しないようにして暴露を行う。

安全確保行動とは、恐怖場面内で生じる不安を軽減したり、破局的な結果を避けたりする患者が用いている行動で、結果的に恐怖刺激への回避につながるものを指す。安全確保行動をとることで表面上その行動ができているので、気づかれにくい。安全確保行動を続けながら暴露を行っても、十分な暴露とならず、治療効果を減じてしまうため、安全確保行動について十分に説明し理解を得て、安全確保行動を行わずにできる暴露課題を設定することが重要である。

安全確保行動の例

パニック発作が起きたときにすぐに降りられるように電車に乗った際はドア付近に立つ。
苦しくなるイメージがわからないように、ずっと暗算をする。念仏を唱える。

⑤ 治療者の態度

暴露課題は患者にとって強い苦痛を伴うものであり、治療者が必ず褒めて励ますことは特に重要である。暴露を繰り返していく中で、小さな達成感を積み重ねていけるように治療者は援助していく。

1 1- 6. リラクゼーション

ポイント

- リラクゼーションは、緊張、ストレス、心配、不安を軽減するために考案された技法。
- 全般的な不安や緊張の緩和にも、特定の場面での不安や緊張の緩和にも役立つ。
- 代表的なリラクゼーション技法として、漸進的筋弛緩法、呼吸法、イメージ技法がある。

2

3 1. リラクゼーションとは

4 リラクゼーションは、緊張、ストレス、心配、不安などを軽減するために考案された技法で、患者が対
5 処に困る症状の緩和に焦点を当てることができる。また、患者自身の精神的問題を話題にせず実施でき
6 るため、精神的問題について触れることに抵抗を持つ患者にも導入しやすい。リラクゼーション技法は
7 一般的に、教えたり学んだりすることが容易なため、患者の苦痛を和らげる手助けをすることで治療へ
8 の期待と信頼関係を高めるために大いに役立つことも特徴である。

9

10 2. いつ提供するか？

11 リラクゼーションは患者の緊張・不安の緩和や自己コントロール感を高める目的で用いることができ、
12 全般的な不安や緊張の緩和にも、特定の場面での不安や緊張の緩和にも役立つ。ただし、重症うつ病患者
13 のようにリラクゼーションを行うことが患者にとって負荷となる場合や、不安症患者が暴露課題を実施
14 している最中にリラクゼーションを行うと認知的回避（安全行動）となってしまうなど、リラクゼーション
15 が治療の妨げとなる場合もあることに注意を要する。

16

17 3. 具体的な内容

18 どのリラクゼーション技法を行う場合であつても、効果を最大化するためには環境を整える
19 ことが重要である。安全・静かで快適な環境を整え、可能であれば、患者の首を支えることができ
20 背もたれの高い椅子などを用意すると良い。表1にリラクゼーションを効果的に行うた
21 めに注意する点をまとめた。

22 ここでは漸進的筋弛緩法、呼吸法、イメージ
23 技法の3つの技法を取り上げる。患者の興味や
24 好み、能力を念頭に入れて選択すると良い。ど
25 の技法においても、治療原理と利点を十分に説
26 明し理解してもらい、実際にセッションの中で

27 患者がある程度リラックスできたと感じてもらうことが重要である。リラクゼーションのあとは、身体
28 の力が抜けて、ふらついたり転びやすくなったりする場合があるので、身体感覚が十分にもどったこ
29 とを確かめて終了する。セッションで患者と体験したら、セッション外での練習を続ける。患者がスト
30 レスを感じる状況においてリラクゼーションを実施できるように、患者と一緒にホームワークを設定する。
31 リラクゼーション法は特定の場面だけでなく、全般的な緊張を下げることもできるので、日々実践して、
32 患者がストレスを感じる場面、状況で実践してもらう。なお、ここに記載する具体的な流れは一例であ
33 り、いくつかのやり方がある。

34

35 1) 漸進的筋弛緩法（Progressive Muscle Relaxation; PMR）

36 PMRでは緊張と弛緩（リラックス）の両方の感覚に注意を払いながら、全身の様々な筋肉の緊張とリ
37 ラックスを連続的に行う。この技法を通じて、筋肉をリラックスさせる方法や、緊張とリラックスをピン
38 ポイントで認識し、緊張が高まる前に気づき、その影響を軽減する方法を学ぶ。最初の1～2週間は少な
39

40

41

リラクゼーションを効果的に行うためのコツ	
✓	始める前に患者にトイレの必要がないか、確認する。
✓	患者が快適に座れるようにする（例：手足を組まない、両足を床につける）。
✓	部屋の照明を暗くする。明るい日差しを遮断する。
✓	体を締め付ける服（襟、ベルト、靴など）を締めてもらおう。
✓	患者に目を閉じてもらおう。
✓	考え事を止めて指示に集中するように伝える。

表1. リラクゼーションを効果的に行うためのコツ

くとも 1 日 1 回は PMR の練習をして、スキルの定着を図る。PMR の熟練度が上がってくると、積極的に筋肉を緊張させずにリラックスできるようになる。

○基本動作

各部位の筋肉に対し、10秒間力を入れ緊張させ、15~20秒間脱力・弛緩する。

○教示

自分のからだのどこにどれだけの力が入っているのか、どうすれば力を入れようとした部分に必要なだけ力を入れることができるのか、さらにその力を抜くことができるのかを理解する練習をしてみましょう。

1. 両手 両腕を伸ばし、掌を上にして、親指を曲げて握り込む。10秒間力を入れ緊張させる。手をゆっくり広げ、膝の上において、15~20秒間脱力・弛緩する。筋肉が弛緩した状態を感じるよう教示する。
2. 上腕 握った握り拳を肩に近づけ、曲った上腕全体に力を入れ10秒間緊張させ、その後15~20秒間脱力・弛緩する。

※以下、緊張させる部位について記述する。10秒間緊張後、15~20秒間脱力・弛緩する要領は同様である。

3. 背中 2と同じ要領で曲げた上腕を外に広げ、肩甲骨を引き付ける。
4. 肩 両肩を上げ、首をすぼめるように肩に力を入れる。
5. 首 右側に首をひねる。左側も同様に行う。
6. 顔 首をすぼめ、顔全体を顔の中心に集めるように力を入れる。
(筋肉が弛緩した状態=口がぼかんとした状態)
7. 腹部 腹部に手をあて、その手を押し返すように力を入れる。
8. 足 a: 爪先まで足を伸ばし、足の下側の筋肉を緊張させる。
b: 足を伸ばし、爪先を上曲げ、足の上側の筋肉を緊張させる。
9. 全身 1~8までの全身の筋肉を一度に10秒間緊張させる。力をゆっくりと抜き、15~20秒間脱力・弛緩する。

【消去動作】 最後は体をリラックスした状態から普通の状態に戻す動作を行います。

- (1) グー・パー × 2回
- (2) グー・パーしながら腕の屈伸 × 2回
- (3) 伸び

この動作をおこなって頭をボーっとしたり、身体がだるく感じる場合はもう一度行いましょう。

※注意 技法中に患者が痛みを訴えた場合、部位を変更するか、完全に中止すること。身体のいずれかの部位に慢性疼痛を有する患者の場合、その部位の緊張を避けること。

表 2. 漸進的筋弛緩法 (Progressive Muscle Relaxation; PMR)

2) 呼吸法

呼吸法では、ストレスや心配、不安などによって生じる速く浅い呼吸を減らすことに焦点を当てる。呼吸に注意を向けて呼吸の速さ/呼吸の仕方を変えることで、よりリラックスして心穏やかに感じるようになる。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

腹式呼吸法の手順

- ① 背筋を伸ばして椅子に座るか、あおむけで床に寝た姿勢をとる。
- ② 目を閉じて、臍の下辺りに手を当て、意識を集中する。
- ③ 鼻からゆっくり息を吸い、頭の中で「1・2・3・4」と数を数える。
- ④ 「5」で息をとめてお腹が膨らみ切ったことを確認する。
- ⑤ 口からゆっくり息を吐き、頭の中で「6・7・8・9・10」と数を数える。
- ⑥ お腹が凹んでいることを確認する。
- ⑦ ①～⑥をリラックスできたと感じるまで繰り返す（2～5分程度）。

* 注意：呼吸器/循環器疾患がある患者の場合、深呼吸が困難な場合がある。体調に問題が生じない範囲で、呼吸を深めるように手助けすること。

3) イメージ技法

イメージ技法は非生理学的（認知的）なりラクセーション技法である。イメージにより思考や気分を変えたり気晴らしをしたりすることで、ストレスによる緊張や不安を軽減することができ、認知的、感情的、身体的な自己コントロール感を高めることができる。イメージする内容はリラックスできる場面であれば何でもよい（浜辺、草原、青空など）。イメージ技法はうつ病や不安症の患者にはもちろんのこと、それ以外の状況にも非常に効果的であり、表3に一例を示す。イメージ技法は、いつでもどこでもできる技法であるが、イメージと現実を混同してしまう可能性のある精神病圏の患者には、行わないようにする。

対象	標的とする問題点 (例)	イメージ	結果
うつ	ネガティブな自己評価	成功した状況のイメージ 楽しい過去の経験のイメージ	自信の向上 ネガティブな思考の減少 ネガティブな気分からの脱却
心配/不安	人前で話す	上手くいく話し方のイメージ 笑えるイメージ	ネガティブへの焦点づけの緩和 気晴らし ポジティブな期待感の高まり
病気への不安	処置への恐怖 (注射針など)	リラクセーション 安らぎ 痛みのない環境	緊張の低減 不安の軽減 処置に対する苦悩の少なさ
スポーツのパフォーマンス	ゴルフ中の集中度	望むショットのイメージ ポジティブな言葉でのアドバイス	集中力が高まる 自信がつく ポジティブシンキング

表2. イメージ技法の例

イメージ技法の手順

- ① 座位で安楽な姿勢をとり、数回、深呼吸をする。
- ② リラックスできるイメージを作る。どのようなイメージでも構わないが、視覚的にイメージしやすいものを選ぶ。
- ③ 目を閉じて、イメージする。イメージしたものや生じてくる感覚（音、感触、におい、味など）に注意を向ける。
- ④ 終了後は頭の中で「3・2・1」と唱える。ストレッチなどを行い、周囲に注意を戻す。

1 1-7. 認知再構成

ポイント

- 認知再構成とは、非機能的な自動思考を客観的にとらえなおすことで、気分の改善を図る方法である。
- 認知再構成のツールの一つとして、思考記録表がある。

2

3 1. 認知再構成とは

4 私たちは日常的に、ある『出来事』をきっかけとして瞬間的にイメージ・考え・記憶が浮かび、日々様々
5 な自動思考が生じている。自動思考は客観的で正しいときもあれば、過度に悲観的であったり、非機能的
6 なときもある。

7 うつや不安のときは、現実よりも非機能的に偏っていることが多く、気分やその後の行動に影響を与え
8 る。そのような場合には、『認知』を客観的にとらえなおしたり、機能的に修正したりして、気分の改善
9 を図る。これを認知再構成という。うつや不安の時でも認知が妥当な場合には、問題解決やコミュニケー
10 ションなどのスキルを用いる。

11

12 2. 認知再構成を行う方法

13 認知行動療法は「今、ここ」での問題を扱う。そのため、認知再構成を行う場合にも、最近の具体的な
14 出来事を取りあげ、大別して2つのステップで行う。

15 第1のステップでは、自動思考の同定を行う。自動思考は、ある状況で、その時々様々な影響を受け
16 て自然にわきおこってくる個人的な思考、イメージ、記憶である。通常は日々さまざまな場面で瞬間的に
17 わき起こり消え去っていくため、意識されることは少ない。その後の気分に影響するので、認知行動療法
18 では、気分の変化を糸口として自動思考の同定に取り組む。うつの場合には後述する『否定的認知の三
19 徴』の説明をすることも自動思考の同定の手助けになる。不安が強い場合には、危険を過大評価する思考
20 になっていないか、自分の力や周囲のサポートを過小評価していないか、を振り返るとよい。

21 第2のステップでは、その自動思考が過度に悲観的、非機能的になっていないか検証し、そうであれば
22 別の見方ができないか、別の見方をすると気分がどう変化するかをみる。自動思考の修正は、認知行動療法
23 の基本原則である協働的実証主義にのっとり、治療者と患者が協力しながら実施することが重要であ
24 る。2つのステップは1回のセッションですべて行う必要はなく、複数回に渡って構わない。

25 これらを行う方法は一般的に3つある。治療者との対話を通して行う方法、行動的技法を通して行う方
26 法、思考記録表（コラム法）である。認知再構成＝思考記録表を用いる、と理解されることが多いが、セ
27 ッション中での治療者との会話や、ホームワークを通じてなど、さまざまな方法で非機能的認知になっ
28 ていないか検証し、必要に応じて修正を図る。

29

30 3. 各方法の進め方

31 1) 治療者との対話を通して行う方法

32 ステップ1：自動思考の同定

33 患者から気分の変化が語られた時に、誘導による発見 guided discovery などを用いて自動思考の同定を
34 促す。「その時、どのようなことが頭の中をよぎりましたか？」「ほかにも何か考えましたか？」などと
35 尋ねてみる。治療者自身でも患者と同じ状況に置かれたらどのような考えが浮かぶか想像し、伝えるこ
36 とで、患者の自動思考を引き出せることもある。

37

38 ステップ2：自動思考の検討と修正

39 自動思考が同定されたら、ソクラテスの質問法などを用いて検証する。その場合、次の点に留意する。

- ① 基本的な CBT モデルを念頭に置きながら、患者が違った考えを持てるような質問をする。
- ② 非適応的な思考パターンから抜け出し、気分の改善につながるような質問を心がける。
- ③ 患者が新しいものの見方に目を向けられるような質問をする。具体的には、次項の第 6 コラムの表 2 参照のこと。
- ④ 患者の症状や集中力の程度に応じた質問をする。
- ⑤ 誘導尋問にならないようにする。治療者は患者を導く方向性を念頭に置いておくが、患者自身の考えを尊重する。
- ⑥ 自由に話し、論点が絞られてきたら、はい・いいえや多岐選択式の質問を用いるなど、工夫する。

後述する、『思考の偏りの代表的な例（表）』を見ながら話し合うのも方法である。

2) 思考記録表を用いて行う方法

思考記録表とは、認知再構成を行っていく作業を視覚化して取り組みやすくするもので、①自動思考に気づく（第 1～3 コラム）、②情報収集（第 4～5 コラム）、③適応的思考の案出（第 6～7 コラム）という 3 つのステップに大別できる。思考記録表は治療のための手段であり、治療の目的は「コラムを順番通りキレイに書くこと」ではない。治療者と患者が協働しながら最初は治療者リードで記入していくが、徐々に患者が主体的に書いていけるように練習していく。

状況	上司に仕事のわからないところを聞いたところ、ぶっきらぼうな態度で教えられた	ステップ1 自動思考に気づく (3つのコラム)
気分	悲しみ80% 絶望感90%	
自動思考	<ul style="list-style-type: none"> ● 私は上司にとって手のかかる迷惑な存在だ ● 上司は私の能力のなさを見て、見放した 	
根拠		
反証		
適応的思考		
気分の変化		ステップ2 情報収集 (自動思考の検証)
		ステップ3 適応的思考の案出 (案になる、新しい気づき、問題解決につながる思考)

図1. 思考記録表：3つのコラムまでを実施

ステップ1：自動思考の同定

第1コラム：自動思考が浮かんだ状況を具体化する

前回から今回のセッションまでの間に不快な感情が生じた状況を話し合うことが基本である。自動思考に気づくためには、その出来事が起きた特定の時間(one slice of time)を採り上げ、そのときの情景が思い描けるようにする。治療者は、いつ、どこで、誰が、何をしていた（何が起こった）時なのか、いわゆる 5W1H が把握できるように質問すると良い。

例：「どのような状況だったかもう少し詳しく教えてください」

「何時ごろに、どこで、誰と、何をしているときだったのですか」

第2コラム：患者の気分または感情を同定する

出来事や状況を具体化したら、その時に感じていた気分/感情を同定する。このとき、一つの出来事に対して複数の感情があっても良い。感情を自分で表現することが難しい場合は、表 1 のような気分の表を示す方法もある。

例：「そのときは、どんな気分でしたか」

その後、同定された気分/感情の強度を評定する。基本的な評定方法は、0 が全く感じていない、100 が最大の強さとして、0～100%で数値化する。気分/感情の強度を評定すること

落ち込み	不安	悲しい	心配	パニック
ムカつく	怒り	憎い	うんざり	怖い
嬉しい	楽しい	びっくり	焦り	恥ずかしい
申し訳ない	ほっとする			

0	25	50	75	100
全くない	少し	中くらい	かなり	最大

表1. 気分の例とその強度

1 は、その感情の有無ではなく、さまざまな感情がどの程度あるか、どのくらいの強さだとどんな影響
2 があるか、心の状態を把握するのに大切である。

3 例：「悲しみの強さを 0～100% で表すと、どれくらいになりますか？」

4 思考と感情を混同している患者も少なくないので、以下のような区別するコツを教える。

5 例：「感情や気分は、悲しみ、不安、心配、恐れ、怒り、幸せなど一語で表現できるもの、思考
6 は「私は上司にとって迷惑な存在だ」のように文章・セリフとして頭に思い浮かぶものとし
7 て区別できます」

9 第3コラム：自動思考を同定する

10 ①自動思考の同定

11 状況・気分が明らかになったら、「その時どんなことが頭に浮かんでいましたか。」などと質
12 問し、自動思考を同定する。次のような点を意識して質問すると良い。

13 ・一つだけでなく他にもないか丁寧に尋ねる。

14 例：「他にも考えていたことはありませんか」

15 「〇〇に関する考えはありませんでしたか？」

16 ・否定的認知の3徴「自己・周囲・将来」に対する自動思考が生じていないか確かめる。

17 例：「そのときにあなた自身について考えていたことはありますか。」（自己）

18 例：「相手について考えていることはありましたか。」「周りの人について考えていたこ
19 とはありましたか。」（周囲）

20 例：「そのときに、これから起こることについて/今後のことについて、考えたり心配して
21 いたことはありますか。」（将来）

22 ・疑問文は避ける。

23 例：「私は上司にとって迷惑な存在なのではないか」→「私は上司にとって迷惑な存在だ」

24 ・自動思考はイメージや記憶のこともある。

25 例：「何か浮かんでいたイメージはありますか？」

26 「そのときに何か昔のこと、以前のことを思い出したりしたことはありますか？」

28 ②ホットな思考

29 複数の自動思考が同定されたときは、そのときの辛い感情に最も強く結びついた思考（ホット
30 な思考）を明らかにする。

31 例：「その感情と最も強く結びついている考えは何でしょうか？」

32 患者のホットな自動思考に気づくためには、質問だけでなく、患者の喋り方、声の調子、声の
33 大きさ、話す速度、表情、姿勢、手足の動き、身体の緊張なども参考になる。そういった事柄
34 に変化が見られたときは、強い感情が動いているサインと考えられる。

36 ③自動思考をうまく同定できないとき

37 自動思考をうまく同定できないときの対応を3つ紹介する。

38 (1) 状況があいまいになっていないかを再確認する（5W1H）。

39 (2) 状況が one slice of time に区切って取り上げられているか確認する。

40 (3) 患者がなにを考えていたかを覚えていない、頭が真っ白になっていたなどと報告する場
41 合は、自動思考を掴まえてくることをホームワークに設定する。

42 「どのようなことが頭に浮かんでいるか眺めていてください。」

43 それも難しい場合

44 「どういう場面で頭が真っ白になったか、状況やきっかけを記録してきていただけませ
45 んか？」

46 自動思考が妥当な場合もある。そのような時は、認知の修正ではなく、問題解決技法を行うと良い。

1
2 **ステップ2：自動思考の検討と修正**

3 **第4コラム：自動的思考を妥当だとする根拠をみつける。**

4 患者にネガティブな気分・感情を引き起こしている自動思考の根拠となる事実を探す。このとき、
5 患者の思い込みではなく、客観的事実を挙げるよう治療者は支援する。
6

7 **第5コラム：自動思考を妥当ではないとする反証を見つける。**

8 自動思考を引き起こした根拠とは異なる別の事実（反証）はなかったか、検証する。患者は一般
9 的に反証を見つけるのは苦手であるため、治療者は多くの力を注ぐ必要がある。その際、治療者
10 は、表2のような思考の偏りを念頭に置き、具体的な事実を目を向けるように促す。

感情的決めつけ 恣意的推論	自分が「そう感じる」からそれが事実であると思ひ込み、証拠が少ないのに思ひつきを信じ込むこと。 「そう考える根拠はどこにあるのか？」と考えるなど促し、具体的な証拠を目を向けてもらうようにする。 例) 仕事が忙しいため恋人から数日連絡がない場合にも、「もう嫌われてしまった」と思ひ込む。
選択的抽出 心のフィルター	自分が関心のある事柄にばかり目を向けて抽象的に結論づけること。 他に見逃している事実がないかどうかを調べてみるようにすすめることと良い。 例) 健康状態が気になる場合に、身体の不調ばかりに目を向けてしまう
過度の一般化	ごくわずかな事実を取り上げて、何事も同様に決めつけてしまうこと。 どういった基準で判断をしているのかを書き出してみると良い。 例) 一度でも失敗すると「何をやってもだめだ」と結論づける
拡大解釈と過小評価	自分の関心があることは大きく捉え、反対に自分の考えや予測に合わない部分はことさらに小さく見ること。 例) 気持ちが沈んでいる時にうまく行かなかったことばかりが気になり、成功したことはすぐに忘れてしまう
自己関連付け	本来自分と関連していないことも、自分が悪いと何でも自分を責めるようなこと。 例) チームの仕事がうまく行かなかった時に、本来自分と関わりのない同僚のミスまで自分のせいと思ひこむ
全か無か思考 (白黒思考、二分割思考)	物事が曖昧な状態に耐えられず、いつも白黒をつけていないといられないこと。 物事を連続的に捉えるようにし、できていること、できていないこと両方に目を向けるように促すと良い。
自分で実現してしまう予言	自分が否定的な予測を行うことにより行動が制限され、その結果予測が実現すること。さらに予測が革新に発展していく。 例) 誰も話しかけてくれないと引込み思案になり他者と距離をとることで、ますます声をかけてもらえなくなる
レッテル貼り	より合理的な証拠を考慮せず、自分や他者に対して固定的で包括的なレッテルをはり、否定的な結論を出すこと。

表2. 思考の偏りの代表的な例

11
12 **第6コラム：適応的思考を導き出す。**

13 根拠と反証をもとに、自動思考が現実であるかどうかを検証することで、自動思考に代わる柔軟
14 な考えを書き込む。まずは、根拠と反証を'しかし'または'そして'でつないだ文章を作成すると良
15 い。(図1の例:「上司は、ぶっきらぼうな口調であった。'しかし'、上司は忙しい時、人に対して、
16 ぶっきらぼうな口調になる」)。ここでも表1を考慮した問いかけを活用すると良い。ストレス状
17 況下では、後に見直すと役に立つ考えを意味のない考えと判断する危険性があるため、たとえ
18 かばかしいと感じるような考えであっても書き出しておくよう勧めるとよい。

19 また、表3のような視点を変える質問をすると、適応的思考を導きやすくなる。

視点を定める質問	
1.	第三者の立場に立ってみよう促す 例) もし友人が同じような考え方をしていたら、なんと声をかけますか。
2.	過去や未来の自分だったらどう考えていたか、問いかける 例) 元気なときの自分であれば、違う見方をしていたでしょうか。
3.	以前の経験を踏まえる 例) 以前にも似たような経験はなかったでしょうか。そのときはどのように対応しましたか。

表3. 視点を定める質問

第7コラム：気分の変化について確認する

第7コラムには、適応的思考を導き出して、感情や気持ちがどの様に変化したかを書き込む。つまり、第2コラムで確認をした悲しみ80%が、認知の修正を行ったところ、悲しみ40~50%になったことを確認する。新しく生まれた前向きな気分を書き込んで良い。そこで気持ちが楽になっていれば新しい考え方が役に立ったことが確認でき、今後の活用につなげることができる。

状況	上司に仕事のわからないところを聞いたところ、ぶっきらぼうな態度で教えられた	ステップ1 自動思考に気づく (3つのコラム)
気分	悲しみ80% 絶望感90%	
自動思考	<ul style="list-style-type: none"> ● 私は上司にとって手のかかる迷惑な存在だ ● 上司は私の能力のなさを見て、見放した 	
根拠	<ul style="list-style-type: none"> ● ぶっきらぼうな口調であった ● 私はその仕事を理解できていない 	ステップ2 情報収集 (自動思考の検証)
反証	<ul style="list-style-type: none"> ● 上司は忙しい時、糸に対してぶっきらぼうな口調で話す ● 上司はすでに私に幾つかの仕事を頼んでいる（任せている） ● 上司はわからないことがあった時、いつでも声をかけると言っていた 	
適応的思考	<ul style="list-style-type: none"> ● 上司はぶっきらぼうな口調であった。しかし、上司は忙しい時、人に対してぶっきらぼうな口調になる。 ● たしかに私は今回の仕事を理解できていない。しかし、その上司は私にいくつか仕事を任せている。これらを考えると、上司に一瞬迷惑と感じていたかもしれないが、上司は私を未話しているとは断言できない。 ● 上司がどのように考えているか確認してみたい。 	ステップ3 適応的思考の案出 (案になる、新しい気づき、問題解決につながる思考)
気分の変化	悲しみ40-50% 絶望感40%	

図2. 思考記録表（7つのコラム）

3) 行動的技法を用いて自動思考の同定や修正を行う方法

質問をしても患者が自動思考を同定できない場合には行動的技法を交えて行うとよい。自動思考の同定に患者がまだ馴染みがない場合、「頭が真っ白で覚えていない」「なんだか、モヤっとしました」など、自動思考を同定できなかったり、あいまいな場合である。例えば、ホームワークとして、「次回セッションまでに、気分が大きく動揺した時にどんなことが頭に浮かんでいるか、メモをしてみてください」などと伝えて、自動思考の同定につとめる。

自動思考を同定したら、セッション内で治療者との対話（上記1）や思考記録表（上記2）を通して修正を試みる。行動的技法を用いて自動思考の修正を行うのは、例えば次のようなやり方がある。

- ・ 親しい人に、こういう場面でどう思うか聞いてみる
- ・ 自動思考と適応的思考のどちらに当てはまる客観的事実が多いか

適応的思考が案出されたとしても患者にとっては納得しきれない場合もある。そのような場合にも行動実験などの行動的介入を試すとよい。

1 4. 認知再構成がうまくいかないとき

2 認知の修正を試みても、すぐに患者の気分に変化しないこともある。そのような場合、まずは以下のよ
3 うな点に目を向けることが役に立つ。

- 4
- 5 ① 状況があいまいになっていないか
 - 6 ② 適切なホットな自動思考や気分が特定されているか、気分と最も深く関わる自動思考を同定でき
7 ているか、表層的な評価になっていないか。
 - 8 ③ 根拠や反証が客観的な事実に基づいているか。
 - 9 ④ より適応的な思考はないか、患者が納得できているか。
 - 10 ⑤ 自動思考を維持するメリットが認知の修正を阻んでいないか

11

12 ただし、自動思考が活性化したスキーマに深く関与するものである場合は、すぐには変えられないこと
13 もあるので、無理に変化を求めず、アセスメントの一つとして留めておくことが必要なときもある。

14

1- 8. スキーマ

ポイント

- スキーマとは、考えや行動に影響を与えるテンプレートのようなもの。
- スキーマに気付くことで、自動思考やその妥当性の適否に気付きやすくなる。

2

1. スキーマとは

3 スキーマ (schema) とは、自分、他者、自分を取り巻く世界に対して持っている考え方のパターン (鋳
4 型) であり、その人の考えや行動に影響を与えるテンプレートのようなものである。過去のライフイベン
5 ト、人間関係、成功体験や失敗体験も含めたさまざまな経験、遺伝的要素などがスキーマ形成に影響す
6 る。

7
8 スキーマにより、患者が体験した出来事はさまざまな修正を受ける。たとえば、自身のスキーマに合致
9 した自動思考が生じてスキーマに合致しない考えは思いつきにくかったり、スキーマに合致する出来事
10 が強く認識されて合致しない出来事は軽視されたりする (図1)。

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

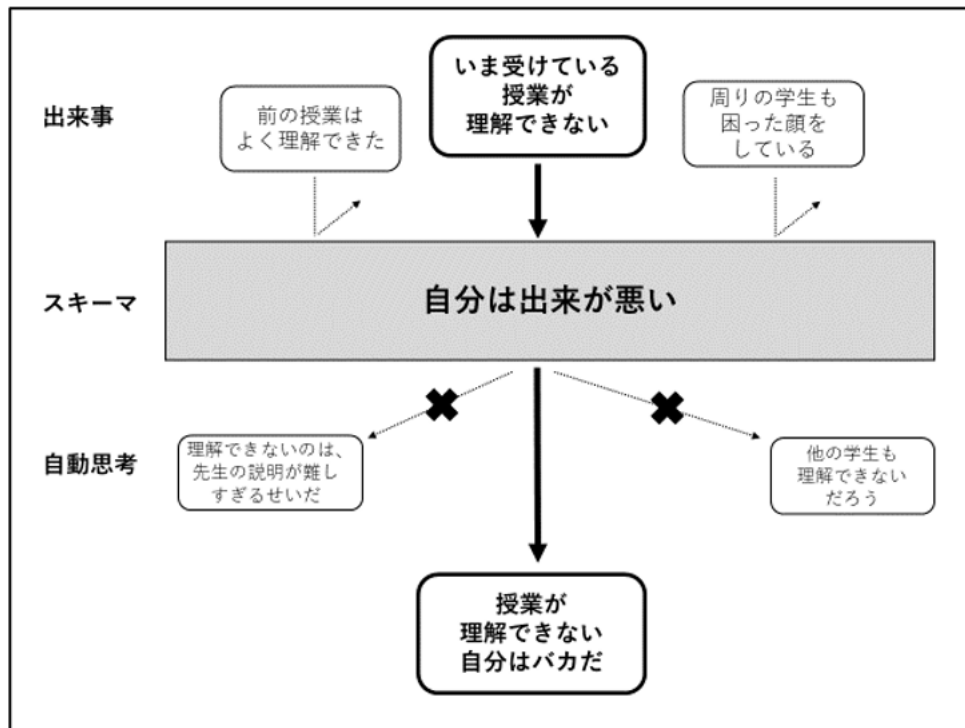


図1 スキーマと自動思考

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

2. 中核信念と媒介信念

スキーマは、その人の根底にある中核信念と、ある状況において生じる媒介信念に大別できる。

① 中核信念 core belief

その人の広範に影響する、変容が難しい自己、他者、世界に関する考え大きく次の3つに大別できる。

- ・「私は出来が悪い (helpless)」
- ・「私は好かれ難い (unlovable)」
- ・「私は価値がない (worthless)」

1 ② 媒介信念 intermediate belief

2 条件付きのルール、構え、思い込み。「もし～だったら」の形で表現される (if～then statements)

3 例：「いつも喜ばせていなければ、相手に拒絶されてしまう」

4 「新しいことに手を出したら、自分は必ず失敗する」

6 3. スキーマはなぜ大切か

7 スキーマは、患者の理解（概念化）において重要な要素である。さまざまな場面における患者の認知や
8 行動を理解する手掛かりになる。また、スキーマは患者の世界観に深く根差していて簡単には変えるこ
9 とが難しいため、治療の初期にはスキーマに近い認知を修正しようとしめないなど、治療を進める上での
10 手掛かりになる。

12 4. 治療におけるスキーマの活かし方

13 治療者は治療の早期から、スキーマを仮説的に想定しておき、介入の力点を定める手掛かりとする。一
14 方、複雑な症例を除けば、スキーマを明示的に扱わなくても問題が解決することが多い。スキーマを扱う
15 場合は、自動思考の同定と検証などの標準的な認知・行動療法の介入が進んだ後で、治療の後期に終結や
16 再発予防に役立てることが一般的である。スキーマは、患者にとって小さい頃からごく自然に受け入れ
17 られているものであり、ごく妥当なものと考えているものであるため、それを同定し、変えていくのは自
18 動思考よりも難しい。

20 5. スキーマの同定

21 スキーマの同定には以下のような技法がある。いずれも、治療の後半、患者が自動思考について十分に
22 理解ができ、その同定と検証ができるようになってから用いる。

24 1) 心理教育

25 スキーマに関する心理教育を行い、患者が自覚するスキーマを尋ねる。場合によっては、患者のスキーマ
26 に関する治療者の仮説を患者に示し、納得できるどうか尋ねてみる。

27 「いつも決まって考える、心の中にあるルールや法則のようなものがありますか？」

29 2) 自動思考のパターンを発見する

30 自動思考に繰り返しみられるテーマはスキーマを同定する手掛かりとなる。治療セッションの中で、何
31 度も繰り返されるテーマ（パターン）がないかを検討する。治療ノートや非機能的思考記録表（コラム）
32 を患者と一緒に振り返りながら、パターンやテーマをいくつか探るのも有用な手段である。

34 3) 生活史の回顧

35 患者の価値観や人生のモットーについて話し合ったり、生活史や経験（趣味、仕事、宗教、文化、教育、
36 読書など）を振り返ってもらいながら、それらが患者の考え方や価値観に与えた影響について話し合っ
37 たりする。

38 ・「人生で強い影響を受けた人は誰ですか？ その人から何を学びましたか？」

39 ・「ご両親の離婚は、ご自身に関する考えにどのように影響を与えましたか？」

40 ・「学校は（本は、スポーツは）、あなたの物事の考え方にどのように影響を与えましたか？」

41 ・「ご自身の人生に大きな影響を与えた体験で、まだ治療で話題にしていないものはありますか？」「そ
42 の体験によって、どのような姿勢や信念が生じましたか？」

44 4) 下向き矢印法 downward arrow technique

45 特定の状況に関する意味付けを次々と問いかけていく方法。患者を追い詰めないように十分に配慮する。

1

2 下向き矢印法の例

患者：会社で上司が私を残して、同僚と食事に行ったんです。

↓

治療者：それは、つまりどういうことでしょうか？ もう少し教えていただけませんか？

患者：私だけ、上司に誘われなかったということです。

↓

治療者：それはつらいですね……。あなただけ上司に誘われなかったということは、あなたにとってどういうことを意味するのでしょうか？

患者：私が上司に好かれていない、ってことです。

↓

治療者：仮に、あなたが上司に好かれていない、ということが事実だったとして、それはあなたにとってどういう意味をもっているのでしょうか？

患者：つまり、私は誰にも愛されない人間だってことです。（スキーマ）

3

4

5 6. スキーマが同定されたら

6 スキーマを患者と共有することにより、様々な場面での自動思考を同定しやすくなり、また、自動思考
7 の妥当性について客観的に見直しやすくなる（自動思考が、スキーマに影響されて出てきた、事実に基づ
8 かないものである可能性を検討しやすくなる）。

9 スキーマを修正する技法もあるが、高度な内容であるため、本マニュアルでは扱わない。

10

1 1-9. 対人関係を改善する-アサーション-

ポイント

- 対人関係上の問題ストレスはと関連があり、上手なコミュニケーションが安定した対人関係の構築に役立つ。
- アサーティブなコミュニケーションとは、相手を尊重しながら自分の気持ちや意見も伝えるコミュニケーションで、円滑な対人関係を構築するのに大切なスキルである。

2

3

1. 対人関係の改善がなぜ大切か

4

5

6

7

8

9

死別や離別などの喪失体験、子どもの自立に伴い母親としての役割が減るなどの役割の変化、互いに「相手がこうしてくれるべきだ」と考えて歩み寄れない状態が続く役割期待の不一致など、対人関係上の問題はうつと関連する。また、うつになると、他者からの批判や拒絶に対して敏感になったり、他者との交流を避けがちになって、孤立感や孤独感が高まることで、うつが悪化するという悪循環に陥りやすくなる。安全で安定した対人関係を再び構築することが、うつの改善の一助となる。

10

2. いつ提供するか？

11

12

13

14

対人関係上の問題が生じた場合、気持ちや考えを上手に伝えることができないことで本人が悩んでいる場合に適応する。コミュニケーションのスキル不足のほか、コミュニケーション場面における認知（自動思考）の同定や修正が、対人関係の改善に役立つこともある。

15

3. 具体的な内容

16

1) 対人関係の法則

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

心理教育を行う上で、Kiesler の対人関係図は理解しやすく有用である。この対人関係図では、一方が支配的になると相手は服従的に、服従的になると相手は支配的になる（力の関係）、友好的に接すると相手も友好的に、敵対的に接すると相手も敵対的になる（距離の関係）と解説する。オドオドした態度を取り過ぎてしまうと相手の強い面を引き出しやすくなったり、小さな声でボソボソと話していると、相手に伝わりにくく、相手をイライラさせた原因にもなる。言いたいことを簡潔にまとめて、落ち着いた態度で穏やかに話すようにする。

28

2) 対人関係に関連した自動思考

29

30

31

32

33

34

35

「きっと相手は怒っているだろう」「こんなことを言うと相手に嫌われてしまう」などの考え（自動思考）が邪魔をして、相手に自分の考えや気持ちを上手に伝えることができないことがある。また、「話さなくても分かってくれるべきだ」と考えると、丁寧な関係作りを怠りやすくなるし、「自分の意見を主張しないと相手にいいようにされてしまう」と考えれば、敵対的なコミュニケーションを取りやすくなる。このように、その人の対人関係のパターンの背景に、特徴的な考えが存在する場合には、その考えを同定して、その妥当性を検討する。

36

3) アサーティブ・コミュニケーション

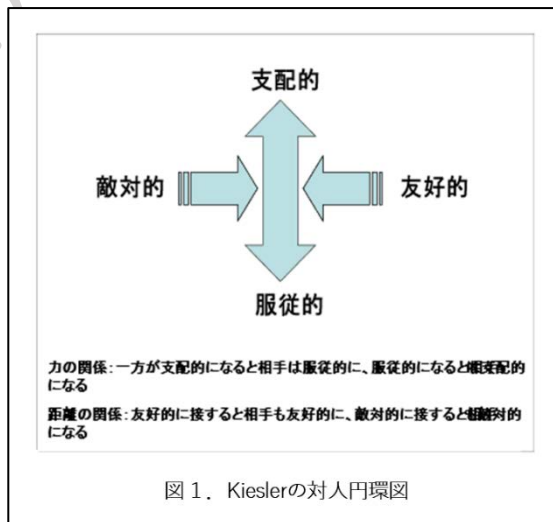
37

38

39

40

本人のコミュニケーションのスキルが不足している場合には、①対人交流でのストレス場面を同定し、その場での会話を抽出する、②攻撃的な発言を考える、③受動的な発言を考える、④2つを融合したアサーティブな発言を考える ことで、相手に伝わりやすい、上手な伝え方を検討する。



1 ①対人交流でのストレス場面を同定し、その場での会話を抽出する

例) 突然、上司から「頼んだ仕事の進捗が遅い！」と怒鳴られた。来週の会議で使用するはずであり、特に早めに仕上げるようには言われていなかった。

2

3 ②攻撃的な発言を考える（自分のことだけを考えて、相手への配慮に欠けた言い方）

例) そんなに怒鳴らなくてもよいじゃないですか！下準備は既に出来ているんですし、後はそれをまとめるだけなんですよ！人前で怒鳴るなんて、ひどいじゃないですか。遅い、遅いと言うけれども、そもそも、あなただってハッキリと締め切りを伝えなかったですよ。一方的に遅いと言われても、こちらも困るんですよ！

4

5 ③受動的な発言を考える（相手にばかり配慮して、自分のことを大切にしない言い方）

例) 下を向いて黙ってしまう。弱々しい声で「申し訳ありませんでした…」と言う。

6

7 ④アサーティブな伝え方を考えてみる（相手のことも自分のことも大切にしたい言い方）

例) ご心配をおかけしてすみません。現状をお伝えしますと、来週の会議に間に合わせるように準備を進めておりました。会議より前に仕上げるようにはうかがっていませんでしたので、今当惑しております。予定を早めて明日出すこともできますし、もしくは現段階のものを一度お出ししましょうか。

8

9 アサーティブなコミュニケーションの具体的な方法の
10 一つに DESC 法がある。DESC 法とは、「Describe (描写
11 する)」、「Express (説明する)」、「Suggest (提案する)」、
12 「Choose (選択する)」の4つのステップで会話を進める
13 ことである。上記④の会話例では、仕事の進捗で心配を
14 かけたことについて触れた上で、現状を伝え
15 (「Describe」)、急に怒鳴られて当惑している気持ちを伝え
16 ながら (「Express」)、明日提出するか、現段階のもの
17 を見てもらうか、複数の案を提示し選んでもらうように
18 している (「Suggest」、「Choose」)。日本語では、「み (見た
19 こと)・かん (感じたこと)・てい (提案)・いな (否定さ
20 れたときの代替案)」という覚え方もある。

21

アサーティブなコミュニケーション (DESC法)		
Describe	客観的な事実・状況を伝える (見たこと・聞いたこと)	「み」
Express	自分の感じたこと、気持ちを伝える。	「かん」
Suggest	具体的に提案する	「てい」
Choose	相手が受け入れた場合と受け入れなかった場合、それぞれに対して結果や選択肢を示す。否定されたときの代替案を用意しておく。	「いな」

表1 アサーティブなコミュニケーション

1 1- 10. 問題解決

ポイント

- 問題解決とは、日常生活上の問題に対処するための効果的な手段を特定し、実行するスキルを指す。
- 患者が困難と感じて対処不可能となっている場合に有効なスキルで、幅広い問題に用いることができる。

2

3

1) 問題解決とは何か

4

5

6

7

8

9

10

11

2) いつ提供するか？

12

13

14

15

16

3) 具体的な内容

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

問題解決とは、日常生活上の問題に対処するための効果的な手段を特定し、実行するスキルを指す。そこには、問題を分析し、対処するための解決策を列挙し、その解決策を評価し、計画を練り、実行する一連のプロセスが含まれる。問題解決のスキルは、以前は圧倒され手に負えないと感じていた人生の問題を、患者がよりコントロールできるようになるために役立つ。うつ病、不安、怒りや攻撃性、ストレス管理、身体疾患を含めた病気への対処、依存症、人間関係や家族の問題など、幅広い問題に使用することができる。

問題解決は、問題の根源が変化可能な状況にあり、かつ状況に関連する患者の思考が客観的、現実的である場合に適応がある。ただし、症状の程度や問題となっている事柄によっては、スキルを身に着けるより、解決を優先させた方がいい場合もあり、患者の症状やとりまく状況に合わせて調整する。

まず、セッション中に使用する問題解決のプロセスについて患者に理解してもらうことが重要である。治療者との治療後に患者が自分自身で問題解決の技法を使えるようになるために、問題を注意深く分析し、解決策のリストを作成し、どの計画が適切であるかを決定していくプロセスについて、十分に説明する。

以下に、効果的な問題解決を行うための7つの具体的なステップについて記載する（表1）。また、章末に以下をまとめるワークシート（表2）と、それを使用した例を示した（表3）。

①問題の明確化（困っている問題、抱えている問題を書き出す。）
②取り組む問題の設定（結果をどうしたいのかを考えて課題を設定する。）
③解決策の案出（ブレインストーミング。）
④解決策の検討（解決策の長所と短所を書き出す。）
⑤解決策の決定（解決策の一つを選ぶ。）
⑥行動計画の立案（できるだけ具体的なプランに。うまくいかなかったときの対処法も考えておく。）
⑦解決策の評価（実行してみて発見した点、改善した方が良い点はなかったか。）

表1. 問題解決のステップ

① 問題の明確化

患者が苦悩したり困難を感じたりする状況は、時に多岐にわたり、複雑に絡み合っている。そこで、まず問題を具体的にリストアップし、その中で患者が最も解決したいと思っている問題を特定する。

1 ② 取り組む問題の設定

2 問題解決の重要性や緊急性に応じて優先順位をつけてもらい、優先順位の上位の中から、取り組む問題
3 を選択する。

5 ③ 解決策の案出（ブレインストーミング）

6 ブレインストーミングとは、問題の解決策について、自
7 由にアイデアを出すことである。治療者は患者が自由に創
8 造的になれるように手助けする。

ブレインストーミングのコツ	
✓ 数の法則	できるだけたくさん案を出す。
✓ 判断遅延の法則	出てきた案に対して、良いか悪いかの判断は、その場では行わない。
✓ 戦略と戦術	大きな方向性（戦略）と、具体的な方法（戦術）を区別して考える。
✓ 組み合わせの法則	出てきた複数の案を組み合わせる。

表2. ブレインストーミングのコツ

11 ④ 解決策の検討（長所と短所を書き出す）

12 ③で列挙したそれぞれの解決策の案について、非現実的
13 なもの、役立つ可能性の低いもの、実行が容易でないもの、
14 解決するより多くの問題を引き起こす可能性の高いものは、解決策のリストから消去する手助けをする。
15 その上で、効果的と考えられる解決策について、その長所と短所を書き出し、評価する。この際、その解
16 決策を実行する場合と実行しない場合の影響や、短期的・長期的な影響について評価することが役立つ
17 かもしれない。

19 ⑤ 解決策の決定（戦略を選択し、計画を練る）

20 書き出した長所と短所に基づき、どの解決策が最も実
21 用的であり、望ましいものであるかを検討し、実行可能
22 性の高い解決策を選択する。計画実行の日時は患者に選
23 んでもらう。ロールプレイやリハーサルの手法を用いて
24 計画の予行演習を行うことは有用である。また、計画成
25 功の妨げとなりうることを患者に尋ね、そうした
26 問題が発生した場合に備えて対処計画を作成してお
27 く。
28 うまくいく計画は右記のような特徴がある。

計画を立てるときのコツ (SMART goal)	
✓ Specific	具体的であること
✓ Measurable	測定可能であること
✓ Achievable	達成できる（扱える）こと
✓ Relevant	意味がある
✓ Timed	期限が設定されている

表3. 計画を立てるときのコツ

30 ⑥ 行動計画の立案（計画を実行に移す）

31 患者が具体的な計画を立て終わったら、患者に実行するように促す。

33 ⑦ 解決策の評価（有効性を評価し、必要があれば計画を修正する）

34 選択した解決策が実際にどの程度効果があったかを確認する。解決策が有効であった場合は、ポジ
35 ティブフィードバックを行う。解決策が効果的でなかった場合は、改めて①に戻り、問題を特定するか、②
36 または③に戻って同じ問題に対する他の解決策を検討する。また、計画の実行そのものに困難があった
37 場合には、解決策をどのように実施したかを見直し、実行できそうな計画を練り直す。

1 問題解決ワークシート

<p>①問題の明確化</p> <p>➤ 困っている問題、抱えている問題を書き出してみましよう</p>			
<p>②取り組む問題の設定</p> <p>➤ 結果をどうしたいかを考えて、課題を設定しましょう</p>			
<p>③解決策の案出(ブレインストーミング)</p> <p>➤ 考えられる解決策を書き出してみましよう</p> <p>➤ ブレインストーミング3法則</p> <p>1) 数の法則 2) 判断延期の法則 3) 戦略と戦術</p> <p>④解決策の検討</p> <p>➤ 解決策の長所と短所を書き出しましょう</p>	解決策	長所	短所
<p>⑤解決策の決定</p> <p>➤ 解決策を1つ選びましよう</p>			
<p>⑥行動計画の立案</p> <p>➤ 解決策をできるだけ具体的なプランにしましよう (なにを、いつまでに、どのように、どのくらい、どうやって)</p> <p>➤ うまくいかなかった時の対処法も検討しておきましよう</p>			
行動計画の実行			
<p>⑦解決策の評価</p> <p>➤ 解決策を実行してみて、発見した点、改善した方がよい点はありませんでしたか？</p>			

2
3

表2 問題解決ワークシート

1 問題解決ワークシート

<p>①問題の明確化</p> <p>➤ 困っている問題、抱えている問題を書き出してみましょう</p>	<p>海外の会社との合同プロジェクトのメンバーとなった。 英語でのコミュニケーション、メンバーとの人間関係など、自分に務まるのだろうかと不安になり、他のことも手につかない。</p>		
<p>②取り組む問題の設定</p> <p>➤ 結果をどうしたいかを考えて、課題を設定しましょう</p>	<p>英語に自信が持てるようになれば、コミュニケーションも取れ、人間関係やプロジェクトの仕事も上手くいくかもしれない。 課題：英語力のアップ</p>		
<p>③解決策の案出（ブレインストーミング）</p> <p>➤ 考えられる解決策を書き出してみましょう</p> <p>➤ ブレインストーミング3法則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 数の法則 2) 判断延期の法則 3) 戦略と戦術 <p>④解決策の検討</p> <p>➤ 解決策の長所と短所を書き出しましょう</p>	<p style="text-align: center;">解決策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・英会話スクールに通う ・YouTube で字幕なしで映画を観る ・ラジオの英会話講座を聞く ・オンライン英会話 	<p style="text-align: center;">長所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実力がつくだろう ・楽しんで学べる ・時間があるときにできる ・コストがかからない。 ・自分に合ったプランを選ぶことができる。 ・比較的低コスト 	<p style="text-align: center;">短所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・費用がかかる ・体系的に学べない ・話す練習ができない ・時間が決まっている。 ・早起きしなければならない ・話す練習ができない ・ネイティブではない可能性。
<p>⑤解決策の決定</p> <p>➤ 解決策を1つ選びましょう</p>	<p>オンライン英会話を試してみる</p>		
<p>⑥行動計画の立案</p> <p>➤ 解決策をできるだけ具体的なプランにしましょう（なにを、いつまでに、どのように、どのくらい、どうやって）</p> <p>➤ うまくいかなかった時の対処法も検討しておきましょう</p>	<p>今週中に、さまざまなオンライン英会話のプランについて調べる。 体験できるようであれば、申し込みしてみる。</p>		
<p>行動計画の実行</p>			
<p>⑦解決策の評価</p> <p>➤ 解決策を実行してみて、発見した点、改善した方がよい点はありませんでしたか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・海外とのインターネット接続で、途中音声途切れたり、聞こえづらいうところがあった。 ・英語の勉強としては概ね満足であるが、慣れてきたら、他のプランも検討してみたい。 		

2

3

表 3 問題解決ワークシート

1 1- 11. 段階的課題設定

ポイント

- 段階的課題設定は困難な課題、複雑な課題をいくつかの段階に目標を細分化して設定し、実行可能とする方法。
- 患者が、課題を大きすぎる、複雑すぎると受け止めているときに有用である。

2

3 1.段階的課題設定とは何か、なぜ大切か

4 段階的課題設定とは、困難で手に負えないと患者が感じるような重大な問題や複雑な課題を、いくつか
5 の段階に目標を細分化して設定することにより、実行可能とする方法である。

6

7 2.いつ提供するか？

8 仕事を予定通り行っていない場合や困難な課題を先延ばしにしている場合（家の手入れや庭仕事など）、
9 期限の近づいている困難な課題（請求書の支払いや提出物等）、また患者が達成したいと考えている目標
10 が複雑で長時間の努力を必要とするもの（資格の取得や、体調管理など）である場合などに有用である。
11 患者が課題を大きすぎる、あるいは複雑すぎると受け止めているために行動が起こせていない場合に特
12 に役立つ可能性がある。

13

14 3.具体的な内容

15 段階的課題設定を導入する際、対処が必要な課題について患者がどう感じているか、否定的な自動思考
16 の有無を明らかにし、思考の妥当性を治療者が検討する。患者はしばしば、目標はるか先にあるように
17 感じたり、目標達成のために数多くのことをこなさなければならないと、途方に暮れたり、「完璧にやり
18 遂げ失敗は許されない」と、かえって手がつけられなくなっていることがある。そのような破局的思考や
19 二分法的思考は段階的課題設定の妨げになる可能性があるため、まず課題や目標に関する認知に対して
20 見直しや修正を行った後、段階的課題設定の行動的な側面を組み入れていく。

21 段階的課題設定では、まず、共有した課題の具体的な要素をリストアップし、さらに詳細な内容を検討
22 して複数のステップに細分化する。

23 図1のように、「家の片付け」を例にとると、家には複数の部屋、場所があり、そこにある物も、大き
24 さも用途も様々なものがある。そのため、片付けようと思っても、その作業の膨大さに圧倒され、何
25 も手につかなくなっていたので、段階的課題設定で問題を整理することとする。

26

27 図1の例では、家の片付けという課題に対して、片づきたいリストを作り、その中から片づきたいも
28 のを決め、洋服を片づけることにした。さらに洋服を片づけるために、図1の1~7のようなさらに小さ
29 なステップに分けた。このように目標を細分化した中でも、作業量が多いときは、さらにその中で小さな
30 ステップに分けていくと、より成功しやすいだろう。

31 このように段階的課題設定は、行動を阻害する認知を同定し、細分化した目標を設定し、具体的な行動
32 計画を立案し実行していく一連のプロセスであると言える。この過程において、治療者は患者の努力に
33 ついて適切に評価すべきであり、行動を起こしていることを積極的に褒めるなど、ポジティブなフィー
34 ドバックを行うべきである。また、行動を実行したことで気分や自分自身についてどのような変化があ
35 ったか確認をしていく。特に、行動の変化が気分の改善や自己評価の向上につながっていることを共有
36 することでポジティブな認知行動モデルが強化される。

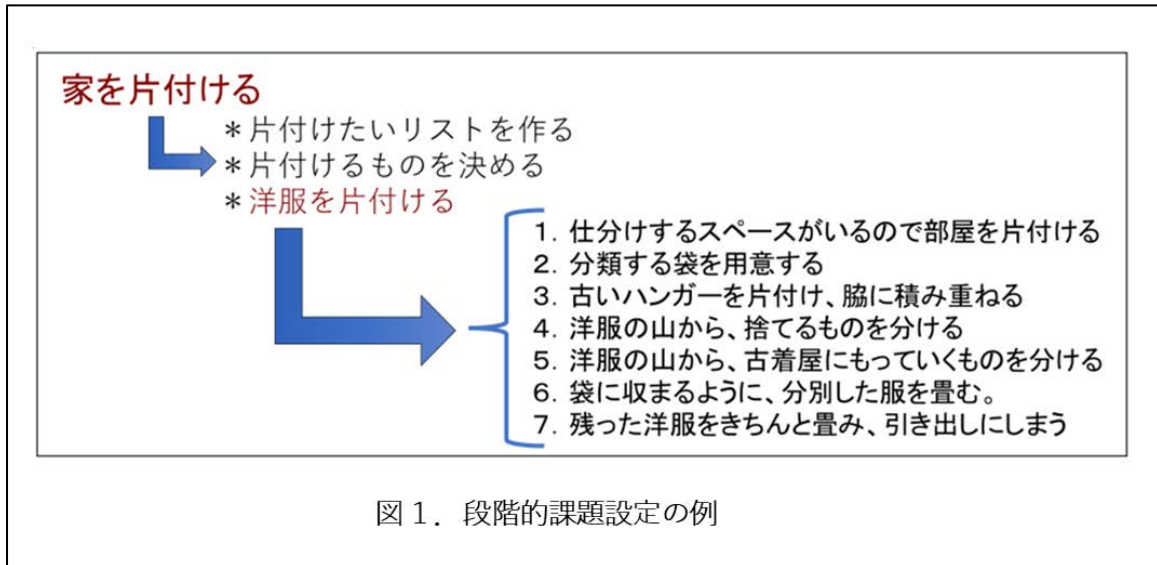
37

38

39

40

41



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

4. うまくいかないとき

段階的課題設定がうまくいかない時は、実行すべきステップが患者にとって複雑すぎたり、ステップの実行に要するエネルギーが患者のレベル以上だったりする 경우가よくある。また、課題が困難な場合、完全に成功したとは言いがたい場合がある。その場合は取り組んだこと、取り組もうとしたことを評価した上で、さらに課題を細分化し、患者の状態に合わせたものにする必要がある。また、患者が否定的な自動思考に支配され、取り組むことに意味を見出せなかったり、取り組んだことをプラスに評価できない場合などがある。そのようなときは、治療者は患者の思考をもう一度検討することが必要である。このように、段階的課題設定では、課題に取り組むために患者の認知について見直し、取り組む課題については患者の能力で達成できる範囲内にあるように注意して、取り組みやすい小さなステップに分けて設定することが大切である。

1
2
3
4
5
6
7
8

第3部 臨床での使い方

転載不可
原稿

1

2

3

4

5

6

第 1 章

臨床での使い方

転載不可
原稿引用

1- 1. 認知行動療法と薬物療法の併用・使い分け

ポイント

- 認知行動療法を薬物療法と併用するメリットとデメリットを理解し、必要な配慮が行えるようにしていく。

2

3 1. 認知行動療法と薬物療法を併用するメリット

4 認知行動療法を薬物療法に併用するメリットは、①治療効果の増強、②アドヒアランスの向上、③再発
5 予防、の3つに大別される。

6

7 ①治療効果の増強

8 系統的レビューにて、うつ病での併用療法は薬物療法単独よりも治療反応が高く（オッズ比 1.86（95%
9 信頼区間：1.38-2.52）、また認知行動療法もしくは対人関係療法の精神療法単独と比べ、軽症では有意な
10 差は認めないものの、重症かつ反復性のうつ病患者に対しては高い効果を認めたと報告されている。す
11 なわち、併用療法は、薬物単独もしくは精神療法単独よりも治療効果が高く、それぞれの治療効果を増強
12 する可能性がある。

13 併用療法が優れている理由は、日常のストレス対処や対人関係の変化など、日常生活の機能改善を精神
14 療法が可能とする点や、次の項で述べるようにアドヒアランスが向上すること、セルフコントロール感
15 覚が向上すること、さらに変化する脳活動の違いがあることなどが考えられる。

16

17 ②アドヒアランスの向上

18 うつ病における服薬アドヒアランスは、概ね6ヶ月で約40-60%まで低下すると報告されている。服薬
19 や治療のアドヒアランスが不良となる因子には、1)患者側因子、2)心理的因子、3)薬剤関連因子、
20 4)社会・環境因子、が挙げられる。精神療法を行うことによって、これらの因子のいくつかを除去して、
21 薬剤に対する受け入れや忍容性を向上させることができる。実際に系統的レビューにおいても、併用療
22 法群は薬物療法単独群よりも治療脱落率が低く、オッズ比は0.59（95%信頼区間：0.39-0.88）であつたと
23 報告されている。主には認知行動療法によるセルフコントロール感覚の向上、依存や副作用への不安の
24 対処、セルフモニタリングによるスケジューリング能力の向上などが影響していると考えられる。

25

26 ③再発予防効果

27 うつ病の再発率は5年間で約40%前後であり、認知行動療法はその再発を予防する効果があると報告
28 されている。例えば、imipramin単独治療、認知療法、それらの併用、の各群で2年間の経過を観察した
29 結果、急性期で治療を終了しその後治療を行わない場合、認知療法および併用療法群は、imipramine治療
30 群と比べて再発率は半分以下であったと報告している。すなわち、治療の終了後も再発を予防する効果
31 があり、長期的な有用性があると考えられる。

32

33 2. 認知行動療法と薬物療法を併用するデメリット

34 併用のデメリットは、①薬物療法による認知機能への影響、②併用移行への無力感や怒り、③精神療法
35 への意欲低下、④費用、の4つが挙げられる。

36 ①では、特に鎮静系薬剤において思考力や集中力に影響を与え、精神療法の効果を減弱する可能性があ
37 る。②では、初めから併用するのではなく後からもう一方の治療を導入した場合、患者は初期の治療が失
38 敗したのではないかと不安になり、またこれまでの時間や労力が役立たなかったという、ある種の無力
39 感や挫折、怒りを覚えることになる。患者の「自己愛の傷害」や「失敗の体験」とも表現される。③では、
40 薬物療法によって速やかに症状が軽減すると、精神療法に対する治療意欲を失い、中断することが指摘
41 されている。④は、医療経済の観点からは併用療法は薬剤単独に比べて費用対効果が高いが、患者の費用
42 負担は増える。

1
2
3
4
5
6
7
8

3. 臨床で行える併用や使い分けのポイント

実際の臨床ではすぐに双方を併用することは難しい。そのため、別項にあるように IT ツールを用いる方法や、あるいは1つの治療方法が無効な群にもう一方を導入するということが現実的である。その際、使い分けという点では、重症度や症状、長期的な見通し、これまでの治療反応性、本人の希望、併存疾患、心理的要因の有無、などを考慮して治療を選択するべきであろう。ただし、この使い分けにおいて明確な基準はなく、上記の要素を含めた臨床的な見立てによって選択をしていく事になる。

ガイドライン原稿引用・転載不可

1 1-2. インターネット・コンピュータの利用

ポイント

- 認知行動療法はインターネットを用いて患者に実施することができる。その際には、リテラシーを含め、インターネットならではの実施上の課題に配慮する。
- 治療者においては、認知行動療法の自己学習に用いることができる。

2

3 1. 認知行動療法におけるインターネットの活用法

4 認知行動療法をインターネットで行う場合には、3つのパターンが考えられる。

- 5 1) インターネット・サイトを資料として活用する
- 6 2) 治療者が自己学習のために活用する
- 7 3) オンラインで認知行動療法を実施する

8

9 1) インターネット・サイトを活用する

10 インターネット・サイトを活用する場合には、セッション全体をインターネット・サイトを通じて実施
11 する場合と、治療資料として一部を用いる場合に大別される。

12 認知行動療法は以前より CD-ROM や DVD を用いて患者が自宅等で取り組める工夫がされてきた。近年
13 は国内外で、認知行動療法に取り組めるインターネット・サイトがある。こうしたサイトを活用した治療
14 プログラムも開発され、効果検証されている。しかし、インターネットを利用した認知行動療法は、利便
15 性が高く利用者にとってアクセスしやすい、対面の認知行動療法と比べて費用がかからないなど、多く
16 の利点がある一方で、治療からの脱落が多く効果に乏しいことがわかっている。こうしたリスクを軽減
17 するため、インターネットを用いて実施する場合には、紹介するだけにとどまらず、定期的に取り組みの
18 様子を確認するよう努める。患者がインターネット・サイトを利用して主に単独で認知行動療法に取り
19 組み、治療者とのセッションはその確認や疑問点の解消に用いる方法もある。

20 活動記録表やコラム法など、紙を用いて実施する方法もあれば、こうしたサイトのものを利用して行う
21 方法もある。

22 また、うつ病や認知行動療法の心理教育など、ホームワークとしてインターネットで調べてもらう、と
23 いう方法もある。インターネットを用いて情報を得た場合には、情報源を確認するよう努める。インター
24 ネット上にはさまざまな情報があふれており、後述するリテラシーが重要である。

25

26 2) 自己学習に用いる

27 上述のオンライン・プログラムは治療者の学習に活用することができる。認知行動療法の習得にあつ
28 ては、治療者自身が各スキルを実際に取り組むことが重要である。

29 現在は多くの研修会・学会はテレビ会議システムを用いたオンライン開催となっている。2013年から
30 開催されている厚生労働省の認知行動療法研修事業は座学による講習とスーパービジョンを軸に構成さ
31 れているが、現在はテレビ会議システムを用いて行われている。同研修会は認知行動療法研修開発セン
32 ター (<https://cbtt.jp/>) において無料で動画視聴が可能である。

33

34 3) オンラインで認知行動療法を実施する

35 テレビ会議システムなどを活用して、遠隔で認知行動療法を実施する場合もある。精神療法やカウンセ
36 リングの基本的事項として、プライバシーに配慮され、守られた空間であることが求められるが、オンラ
37 インでも同様に配慮する。また、資料の共有や、対面では一緒に見て確認していたコラム表や活動記録表
38 などをもどのように共有し、確認するか、患者と相談しながら進める。

39

40

41

1 2. インターネットを利用する際の留意点

2 インターネットを利用する際には、治療者・患者ともにリテラシーが求められる。リテラシーとはもと
3 もとは文字の読み書きの能力を意味する言葉であるが、“情報”や“インターネット”などの用語と組み合わ
4 され、それらを適切に活用する能力であるとされる。インターネットは便利なものである反面、インター
5 ネットを通じて得た情報を取捨選択する能力や、個人情報漏えいなどの脅威から身を守る能力などが求
6 められる。同時に、安定した通信環境も重要である。COVID-19 以降遠隔診療が発展している。インター
7 ネットを活用して認知行動療法を実施する場合には、『オンライン診療の適切な実施に関する指針』（厚
8 生労働省，平成 30 年 3 月）等を確認し、適切な実施に努める。
9

インターネット原稿引用・転載不可

1 参考文献

2 序文 認知行動療法の成り立ちと基盤スキル

- 3 ・ Beck AT. The Current State of Cognitive Therapy, A 40-Year Retrospective. Arch Gen Psychiatry **62**,
- 4 953-959, 2005
- 5 ・ Beck AT, Haigh EAP. Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. Annual
- 6 Rev Clin Psychol **10**:1-24, 2014
- 7 ・ DeRubeis RJ, Webb CA, Tang TZ, et al : Cognitive therapy. In Handbook of Cognitive-Behavioral
- 8 Therapies, ed. KS Dobson, pp. 277–316, New York: Guilford, 2010
- 9 ・ 日本医療政策機構. 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の普及に向け
- 10 た提言（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
- 11 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」事業報告
- 12 書）2021
- 13 ・ Padesky C. Developing Cognitive Therapist Competency: Frontiers of Cognitive Therapy. Salkovskis
- 14 P, Guilford Press(1996)

16 1-1 認知行動療法に必要な臨床スキル

- 17 ・ Jeffrey, A. Cully, & Andra, L. Teten, A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy.
- 18 Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston. 2008
- 19 ・ Liese BS & Beck JS. Cognitive Therapy Supervision. In: Handbook of Psychotherapy Supervision,
- 20 Watkins EC, pp114-133 , John Wiley & Sons, Inc. 1997
- 21 ・ 藤澤大介. 認知行動療法の効率的な学び方. サイコセラピーの饗宴（井上和臣編）. 誠信書房.
- 22 2019
- 23 ・ American Psychiatric Association/ 日本精神神経学会（日本語版用語監）： DSM-5 精神疾患の診
- 24 断・統計マニュアル（高橋三郎、大野裕監訳），医学書院, 2014
- 25 ・ Kuyken W. Collaborative Case Conceptualization. 2002

27 1-2 認知行動療法の概略（基礎知識）

- 28 ・ 大野裕. 認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド（第1版），星和書店，2010
- 29 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第2版）（伊藤絵美、神村
- 30 栄一、藤澤大介訳），星和書店，2015
- 31 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 32 2版）（大野裕、奥山真司監訳），医学書院，2018
- 33 ・ アーロン・T・ベック，A・ジョン・ラッシュ，ブライアン・F・ショウほか. うつ病の認知療法
- 34 （新版）（坂野雄二監訳），岩崎学術出版社，2007
- 35 ・ ウィレム・クイケン，クリスティーン・A・パデスキー，ロバート・ダッドリー. 認知行動療法
- 36 におけるレジリエンスと症例の概念化（第1版）（大野裕監訳），星和書店，2012

38 1-3 抑うつの基礎理解と治療概略

- 39 ・ 大野裕. 認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド（第1版），星和書店，2010
- 40 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第

- 1 2 版) (大野裕、奥山真司監訳)、第 1 章、医学書院、2018
- 2
- 3 1-4 不安の基礎理解と治療概略
- 4 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック (第
- 5 2 版) (大野裕、奥山真司監訳)、第 1 章、医学書院、2018
- 6 ・ デイビット・H・バーロウ、トッド・J・ファーキオーニ、クリステン・K・エラードほか、不安
- 7 とうつ病の統一プロトコル (伊藤正哉、堀越勝 訳)、診断と治療社、2012
- 8 ・ マイケル・W・オットー、ナオミ・M・サイモン、ブンミ・O・オランジほか、ふだん使いの CBT
- 9 (堀越勝、高岸百合子監訳)、星和書店、2020
- 10
- 11 1-5 強迫症状の基礎理解と治療概略
- 12 ・ 飯倉康郎. 強迫性障害の治療ガイド. 二瓶社. 1999
- 13 ・ 松永寿人. 不安または恐怖関連症群・強迫症・ストレス関連症群・パーソナリティ症. シリーズ
- 14 講座 精神疾患の臨床 (三村将編). 中山書店. 2021
- 15 ・ Foa EB, Yadin E, Lichner TK. Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive
- 16 Disorder Second Edition. Oxford University Press, Inc. 2012
- 17
- 18 1-6 認知行動療法全体の構造について
- 19 ・ アーロン・T・ベック. 認知療法—新しい精神療法の発展, (大野裕訳), 岩崎学術出版社, 1990
- 20 ・ Beck, A.T., A.J. Rush, and B.F. Shaw et al., うつ病の認知療法, (坂野雄二監訳), 岩崎学術出版社,
- 21 1992
- 22 ・ Jesse H. Wright, Monica R. Basco, Michael E. Thase, 認知行動療法トレーニングブック (大野裕
- 23 訳), 医学書院, 2007
- 24 ・ Jesse H. Wright, Donna M. Sudak, Douglas Turkington, et al. 認知行動療法トレーニングブック 短
- 25 時間の外来診療編 (大野裕訳), 医学書院, 2011
- 26 ・ 厚生労働省うつ病認知行動療法治療者用マニュアル
- 27 ・ 大野裕. 認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド (第 1 版), 星和書店, 2010
- 28
- 29 1-7 1セッションの構造
- 30 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで (第 2 版) (伊藤絵美、神村
- 31 栄一、藤澤大介訳), 第 2 章 第 7 章 第 8 章, 星和書店, 2015
- 32 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック (第
- 33 2 版) (大野裕、奥山真司監訳)、第 4 章、医学書院、2018
- 34 ・ Jeffrey Young, Aaron T. Beck, 日本語版・認知療法尺度—評価マニュアル Cognitive Therapy Scale-
- 35 Rating Manual, (藤澤大介 田村法子訳), 藤澤大介 精神療法の研修と教育に関する研究. 厚生
- 36 労働科学研究費補助金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
- 37 (主任研究者:大野裕)」平成 20 年度総括・分担研究報告書 pp.109-143. 厚生労働省. 東京.
- 38 2009

- 1
- 2 **II - 1 精神療法の共通要素（基本的な治療的コミュニケーション）**
- 3 ・ 堀越勝、野村俊明. 精神療法の基本－支持から認知行動療法まで，第 1 章 p.17-37，医学書院，
- 4 2012
- 5 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第 1 版）（伊藤絵美，神村
- 6 栄一，藤澤大介訳），第 3 章，星和書店，2004
- 7 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 8 2 版）（大野裕、奥山真司監訳），第 2 章，医学書院，2018
- 9 ・ Mulder R, Murray G, Rucklidge J. Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black
- 10 box. *Lancet Psychiatry*. **4**: 953–62, 2017
- 11
- 12 **II - 2 CTRS**
- 13 ・ アーロン・T・ベック，A・ジョン・ラッシュ，ブライアン・F・ショウほか. うつ病の認知療法
- 14 （新版）（坂野雄二監訳），第 1 章，岩崎学術出版社，2007
- 15 ・ A. Beck・J. Beck. Beck & Beck の認知行動療法ライブセッション（古川壽亮監修），医学書院，
- 16 第 1 章，医学書院，2008
- 17 ・ 堀越勝、野村俊明. 精神療法の基本－支持から認知行動療法まで，第 1 章 p.17-37，医学書院，
- 18 2012
- 19 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第 1 版）（伊藤絵美，神村
- 20 栄一，藤澤大介訳），第 1 章，星和書店，2004
- 21 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 22 2 版）（大野裕、奥山真司監訳），第 1 章，医学書院，2018
- 23
- 24 **New 導かれた発見（Guided discovery）**
- 25 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 26 2 版）（大野裕、奥山真司監訳），第 2 章，医学書院，2018
- 27
- 28 **III - 1 インテーク・セッション**
- 29 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第 1 版）（伊藤絵美，神村
- 30 栄一，藤澤大介訳），第 4 章，星和書店，2004
- 31 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 32 2 版）（大野裕、奥山真司監訳），第 3 章，医学書院，2018
- 33
- 34 **III - 2 症例の概念化と治療計画**
- 35 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第 2
- 36 版）（大野裕、奥山真司監訳），医学書院，2018
- 37
- 38 **IV - 1 初回セッションの進め方**

- 1 ・ 大野裕. 認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド（第1版）、第1章 p.20-22,星和書
- 2 店, 2010
- 3 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第2版）（伊藤絵美、神村
- 4 栄一、藤澤大介訳）、第5章、星和書店、2015
- 5 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 6 2版）（大野裕、奥山真司監訳）、第2章、医学書院、2018

7

8 IV-2 目標設定

- 9 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 10 2版）（大野裕、奥山真司監訳）、医学書院、2018
- 11 ・ Jesse H. Wright, Donna M. Sudak, Douglas Turkington, et al. 認知行動療法トレーニングブック 短
- 12 時間の外来診療編（大野裕訳）、医学書院、2011
- 13 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第2版）（伊藤絵美、神村
- 14 栄一、藤澤大介訳）、星和書店、2015)
- 15 ・ Jeffrey, A. Cully, & Andra, L. Teten, A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy.
- 16 Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston. 2008

17

18 IV-3 アジェンダ設定

- 19 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第2版）（伊藤絵美、神村
- 20 栄一、藤澤大介訳）、星和書店、2015
- 21 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 22 2版）（大野裕、奥山真司監訳）、医学書院、2018
- 23 ・ Jeffrey, A. Cully, & Andra, L. Teten, A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy,
- 24 Module7 : Agenda Setting, Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston. 2008
- 25 ・ 堀越勝、野村俊明. 精神療法の実践－治療がうまくいかない要因と対処法, 医学書院, 2020

26

27 IV-4 認知行動療法を患者に紹介する（socialization）

- 28 ・ Jeffrey, A. Cully, & Andra, L. Teten, A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy, Module5,
- 29 Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston. 2008
- 30 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 31 2版）（大野裕、奥山真司監訳）、第4章、医学書院、2018
- 32 ・ Jesse H. Wright, Donna M. Sudak, Douglas Turkington, et al. 認知行動療法トレーニングブック 短
- 33 時間の外来診療編（大野裕訳）、第3章、医学書院、2011
- 34 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第2版）（伊藤絵美、神村
- 35 栄一、藤澤大介訳）、第4章 第5章、星和書店、2015

36

37 IV-5 ホームワーク

- 38 ・ Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York:

- 1 Guilford Press.
- 2 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで (第2版) (伊藤絵美、神村
- 3 栄一、藤澤大介訳), 星和書店, 2015
- 4 ・ Niemeyer, R. A et al., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome
- 5 of group cognitive therapy for depression. Behavior Therapy, 21(3), 281-292.
- 6 ・ Persons, J, et al. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive
- 7 therapy for depression in a private practice setting. Cognitive Therapy and Research, 12, 557-575.
- 8 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック (第
- 9 2版) (大野裕、奥山真司監訳), 医学書院, 2018
- 10
- 11 **V-1 介入の選択、治療の方向づけ、技法リスト**
- 12 ・ 大野裕、田中克俊. 簡易型認知行動療法マニュアル, きずな出版, 2017
- 13
- 14 **V-2 不安症状に対するアプローチ戦略**
- 15 ・ デニス・グリーンバーガー, クリスティーン・A・パデスキー, うつと不安の認知療法練習帳 (大
- 16 野裕監修・翻訳, 岩坂彰翻訳), 第11章, 創元社, 2017
- 17 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで (第1版) (伊藤絵美, 神村
- 18 栄一, 藤澤大介訳), 第13章, 星和書店, 2004
- 19 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック (第
- 20 2版) (大野裕、奥山真司監訳), 第7章, 医学書院, 2018
- 21 ・ デビッド・A・クラーク, アーロン・T・ベック, 不安障害の認知療法 (大野裕監訳, 坂本律訳),
- 22 第2章, 第6章, 第7章, 明石書店, 2014
- 23
- 24 **V-3 行動活性化**
- 25 ・ 大野裕、田中克俊. 簡易型認知行動療法マニュアル, 第1部第4章, きずな出版, 2017
- 26 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック (第
- 27 2版) (大野裕、奥山真司監訳), 第6章, 医学書院, 2018
- 28 ・ 大野裕. マンガでわかる認知行動療法, 第3章, 池田書店, 2019
- 29
- 30 **V-4 行動実験**
- 31 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで (第2版) (伊藤絵美、神村
- 32 栄一、藤澤大介訳), 星和書店, 2015
- 33 ・ デヴィッド・ウエストブルック, ヘレン・ケナリー, ジョアン・カーク, 認知行動療法臨床ガイ
- 34 ド (下山晴彦監訳), 金剛出版, 2012
- 35
- 36 **V-5 段階的暴露**
- 37 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック (第
- 38 2版) (大野裕、奥山真司監訳), 第7章, 医学書院, 2018

- 1 ・ ギャビン・アンドリュース, マーク・クリーマー, ロッコ・クリーノほか, 不安障害の認知行動
2 療法〈1〉パニック障害と広場恐怖—不安障害から回復するための治療者向けガイドと患者さん
3 向けマニュアル (古川壽亮監訳), 星和書店, 2003
- 4 ・ ギャビン・アンドリュース, マーク・クリーマー, ロッコ・クリーノほか, 不安障害の認知行動
5 療法〈3〉強迫性障害と PTSD—不安障害から回復するための治療者向けガイドと患者さん向け
6 マニュアル (古川壽亮監訳), 星和書店, 2005
- 7 ・ 坂野雄二. (2012). 不安障害に対する認知行動療法. 精神神経学雑誌= Psychiatria et neurologia
8 Japonica, 114(9), 1077-1084.

10 V-6 リラクゼーション

- 11 ・ Jeffrey, A. Cully, & Andra, L. Teten, A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. Module
12 13, Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston. 2008
- 13 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック (第
14 2 版) (大野裕、奥山真司監訳), 第 7 章, 医学書院, 2018
- 15 ・ Jesse H. Wright, Donna M. Sudak, Douglas Turkington, et al. 認知行動療法トレーニングブック 短
16 時間の外来診療編 (大野裕訳), 第 9 章, 医学書院, 2011
- 17 ・ 文 部 科 学 省 CLARINET へようこそ 第 2 章 心のケア各論
18 https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/clarinet/002/003/010/004.htm

20 V-7 認知再構成① 状況・気分・自動思考

- 21 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで (第 2 版) (伊藤絵美、神村
22 栄一、藤澤大介訳), 星和書店, 2015
- 23 ・ 大野裕. 認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド (第 1 版), 星和書店, 2010
- 24 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック (第
25 2 版) (大野裕、奥山真司監訳), 医学書院, 2018

27 V-8 認知再構成② 思考の修正

- 28 ・ 大野裕. 認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド (第 1 版), 星和書店, 2010
- 29 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで (第 1 版) (伊藤絵美、神村
30 栄一、藤澤大介訳), 第 3 章, 星和書店, 2004
- 31 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック (第
32 2 版) (大野裕、奥山真司監訳), 第 2 章, 医学書院, 2018
- 33 ・ Mulder R, Murray G, Rucklidge J. Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black
34 box. Lancet Psychiatry 2017;4: 953–62

36 V-9 スキーマ

- 37 ・ 大野裕. 認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド (第 1 版), 第 11 章, 星和書店, 2010
- 38 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで (第 2 版) (伊藤絵美、神村

- 1 栄一、藤澤大介訳）、第3章、第14章、星和書店、2015
- 2 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 3 2版）（大野裕、奥山真司監訳）、第8章、医学書院、2018
- 4
- 5 **V-10 一人対人関係を改善するセッション**
- 6 ・ 厚生労働省うつ病認知行動療法治療者用マニュアル
- 7
- 8 **V-11 問題解決**
- 9 ・ Jeffrey, A. Cully, & Andra, L. Teten, A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. 2008.
- 10 Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston. 2008.
- 11 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 12 2版）（大野裕、奥山真司監訳）、第6章、医学書院、2018
- 13 ・ Jesse H. Wright, Donna M. Sudak, Douglas Turkington, et al. 認知行動療法トレーニングブック 短
- 14 時間の外来診療編（大野裕訳）、第14章、医学書院、2011
- 15 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第2版）（伊藤絵美、神村
- 16 栄一、藤澤大介訳）、第15章、星和書店、2015
- 17
- 18 **V-12 段階的課題設定**
- 19 ・ Jesse H Wright, Gregory K. Brown, Michael E. Thase, et al. 認知行動療法トレーニングブック（第
- 20 2版）（大野裕、奥山真司監訳）、第2章、医学書院、2018
- 21
- 22 **V-13 終結と再発予防**
- 23 ・ Jeffrey, A. Cully, & Andra, L. Teten, A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. Module
- 24 14, Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston. 2008.
- 25 ・ ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで（第2版）（伊藤絵美、神村
- 26 栄一、藤澤大介訳）、第18章、星和書店、2015
- 27
- 28 **VI-1 認知行動療法と薬物療法の併用・使い分け**
- 29 ・ Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and
- 30 psychological treatment for depression: a systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2004 Jul;61(7):714-
- 31 9.
- 32 ・ Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, 3rd, Pilkonis PA, Hurley K, et al. Treatment of major
- 33 depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. Arch Gen
- 34 Psychiatry. 1997 Nov;54(11):1009-15.
- 35 ・ Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. Brain blood flow changes in depressed patients
- 36 treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. Arch Gen
- 37 Psychiatry. 2001 Jul;58(7):641-8.
- 38 ・ Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance

- 1 to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. BMC Psychiatry. 2009;9:38.
- 2 · Julius RJ, Novitsky MA, Jr., Dubin WR. Medication adherence: a review of the literature and
3 implications for clinical practice. J Psychiatr Pract. 2009 Jan;15(1):34-44.
- 4 · Van Londen L, Molenaar RP, Goekoop JG, Zwinderman AH, Rooijmans HG. Three- to 5-year
5 prospective follow-up of outcome in major depression. Psychol Med. 1998 May;28(3):731-5.
- 6 · Rao U, Hammen C, Daley SE. Continuity of depression during the transition to adulthood: a 5-year
7 longitudinal study of young women. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999 Jul;38(7):908-15.
- 8 · Evans MD, Hollon SD, DeRubeis RJ, Piasecki JM, Grove WM, Garvey MJ, et al. Differential relapse
9 following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Arch Gen Psychiatry. 1992
10 Oct;49(10):802-8.
- 11 · Roose SP, Gabbard GO. Resistance to medication during psychoanalysis. J Psychother Pract Res.
12 1997 Summer;6(3):239-48.
- 13 · Sado M, Knapp M, Yamauchi K, Fujisawa D, So M, Nakagawa A, et al. Cost-effectiveness of
14 combination therapy versus antidepressant therapy for management of depression in Japan. Aust N
15 Z J Psychiatry. 2009 Jun;43(6):539-47.

16 17 VI-2 インターネット・コンピューターの利用

- 18 · 認知行動療法研修開発センター. <https://cbtt.jp/>
- 19 · こころのスキルアップトレーニング. <https://www.cbtjp.net/>
- 20 · 厚生労働省. オンライン診療の適切な実施に関する指針. 平成 30 年 3 月（令和 4 年 1 月一部改
21 訂）. <https://www.mhlw.go.jp/content/000889114.pdf>

22 23 VI-3 認知行動療法習得の第一歩とスーパービジョン、コンサルテーション

- 24 · Jeffrey, A. Cully, & Andra, L. Teten, A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. pp10-
25 12, Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston. 2008. Jeffrey, A. Cully, & Andra,
26 L.Teten, A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. 2008
- 27 · ジュディス・S・ベック. 認知行動療法実践ガイド:基礎から応用まで (第 2 版) (伊藤絵美、神村
28 栄一、藤澤大介訳), 星和書店, 2015
- 29 · 藤澤大介. スーパービジョンの基本. 精神療法. 増刊第 4 号. 2017

1 編著者一覧

2 ■ 編集担当 (50 音順)

- 3 大野 裕 (一般社団法人認知行動療研修開発センター)
4 岡田 佳詠 (国際医療福祉大学成田看護学部看護学科)
5 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科学域)
6 菊地 俊暁 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
7 近藤 裕美子 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
8 田村 法子 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
9 丹野 義彦 (東京大学大学院総合文化研究科広域科学専攻)
10 中川 敦夫 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
11 藤澤 大介 (慶應義塾大学医学部 医療安全管理部/精神神経科学教室) 代表者
12 堀越 勝 (国立精神神経医療研究センター 認知行動療法センター)

13

14 ■ 執筆者 (50 音順)

- 15 阿部 晃子 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
16 天野 瑞紀 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
17 伊原 栄 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
18 梶原 真智子 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
19 片山 奈理子 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
20 加藤 典子 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
21 神人 蘭 (広島大学大学院医系科学研究科 精神神経医科学)
22 神山 咲樹 (東京歯科大学市川総合病院)
23 菊地 敏暁 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
24 倉田 知佳 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
25 煙山 剛史 (あさかホスピタル)
26 小林 由季 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
27 近藤 裕美子 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
28 坂本 友香 (和歌山県立医科大学病院 神経精神医学教室)
29 佐々木 洋平 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
30 澤田 恭助 (あさかホスピタル)
31 渋谷 直史 (酒田駅前クリニック)
32 竹島 望 (北林病院 精神科)
33 田島 美幸 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
34 田村 法子 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
35 樽谷 精一郎 (大阪精神医学研究所 新阿武山病院)
36 徳山 明広 (一般財団法人信貴山病院ハートランドしぎさん)
37 中尾 重嗣 (浜田山メンタルクリニック)

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。

- 1 中野 有美 （南山大学 人文学部心理人間学科/保健センター）
- 2 中島 美鈴 （九州大学人間環境学研究院・肥前精神医療センター）
- 3 野上 和香 （慶應義塾大学医学部精神神経科学教室）
- 4 林 正年 （はやしメンタルクリニック）
- 5 藤澤 大介 （慶應義塾大学医学部 医療安全管理部/精神神経科学教室）
- 6 松岡 潤 （東大宮メンタルクリニック）
- 7 満田 大 （慶應義塾大学医学部精神神経科学教室）

8
9

*所属は 2022 年 1 月現在

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。
引用・転載不可