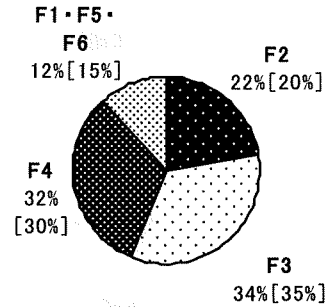


回答の集計は、32の変数項目についてエクセル入力されたデータベースに基づく。

（倫理面への配慮）

アンケート発送先医療機関の住所と宛名については、日本精神神経科診療所協会理事会の承認を受け、同協会事務局からの提供による。

アンケート回答は、対象医療機関およびその通院患者の任意の意思に基づく無記名回答である。

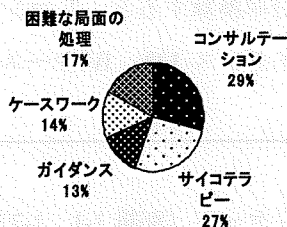
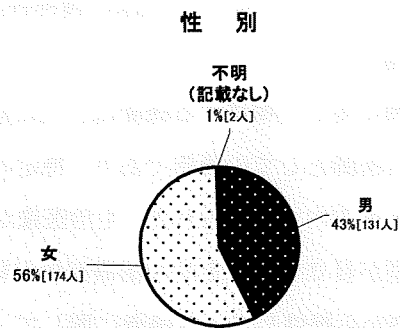


C. 研究結果

I. 精神科医師へのアンケート調査 (2)

回答の期日は2009年11月21日までとし、2週間のアンケート実施期間で600通の回答が寄せられ、回答率は39.4%であった。

集計の結果、精神科診療所での通院・在宅精神療法の実態的機能が以下のように示された。



(3)

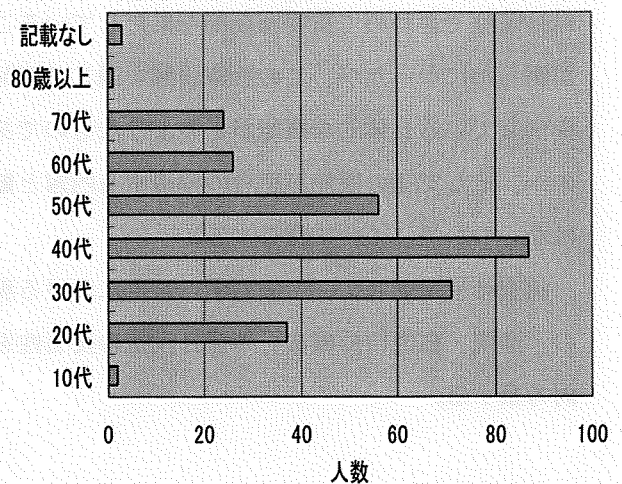
II. 外来通院患者へのアンケート調査

実施期間を平成21年11月17日から平成22年1月7日までとした。回答数は307通で回答率は38.4%であった。（ただし、医療機関に配布された計800通のアンケートがすべて患者に手渡されたかどうかは未確認であり、実際の回答率はもっと高かった可能性がある。）

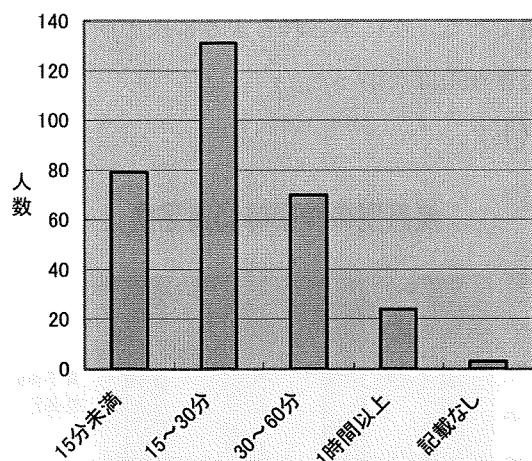
(1) アンケート回答者の臨床診断

疾患別の比率はほぼ精神科外来の実態と等しいものであった。[]内の数字は実際に配布した比率であり、疾患別の回答率の著しい差異は認められなかった。

年齢分布

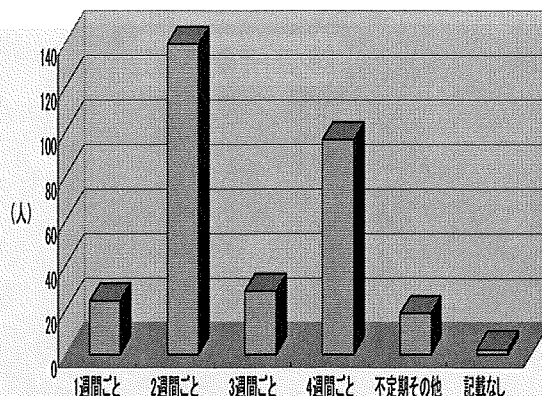


(4) 通院に要する時間



30分を越えない場合の方が多く、地域性の現れと思われた。

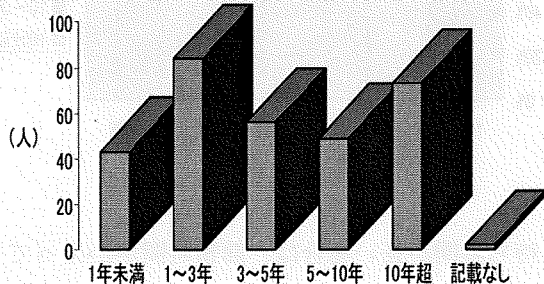
通院の頻度



(7)

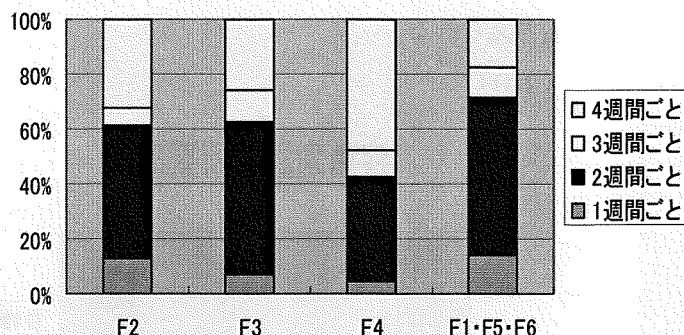
(5)

通院期間



医師患者関係が安定していることを前提としたため、通院期間が半年以上の患者を対象とした。

疾患別 通院頻度



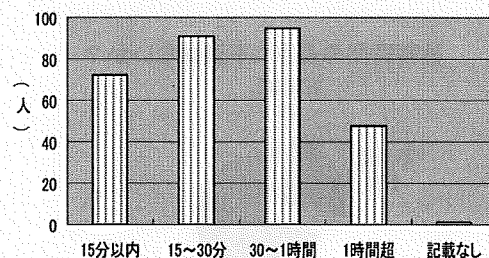
F2の通院間隔が長いのは長期療養中の統合失調症が多いことを示していると思われるが、意外にF4の通院間隔が最も長かった。

(8)

(6) 通院の頻度

やはり2週間間隔での通院が最も多いが、向精神薬の長期投与が平成20年4月より14日から30日に緩和された影響が出て、4週間間隔の通院も少なくない。

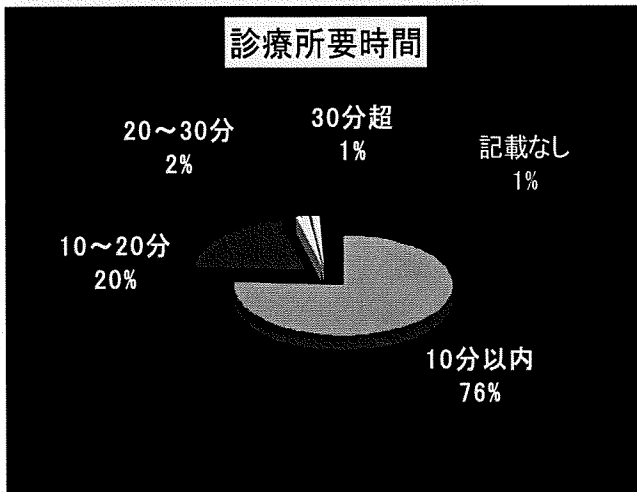
待合室での待ち時間



30分前後の待ち時間が多かったが、過半数の診療所が予約制になっている現状で30分待つとい

うことは診療所の混雑を示唆している。

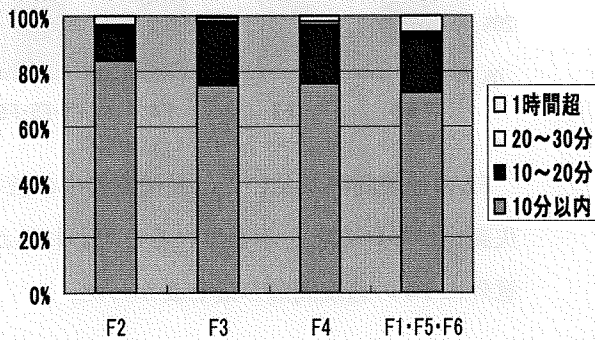
(9) 診療所要時間



10分以内が76%を占めるのは、1日数十人の診察をしなければならない診療所の混雑が反映されているとも考えられる。

(10)

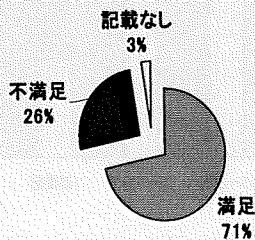
疾患別診療所要時間



10分以内が最も多いのはF2であった。

(11)

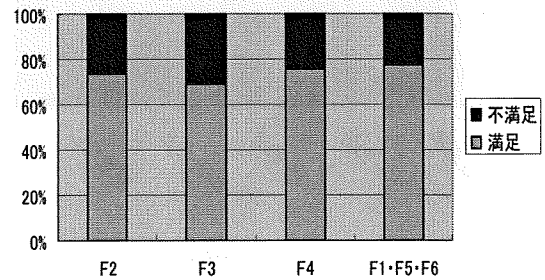
診察時間の長さに不満はないか？



診察時間の長さには7割方満足しているという結果であったが、不満足 of 26%をいかに評価するかが課題である。次に示されるように疾患別では満足度に大きな差はなかった。

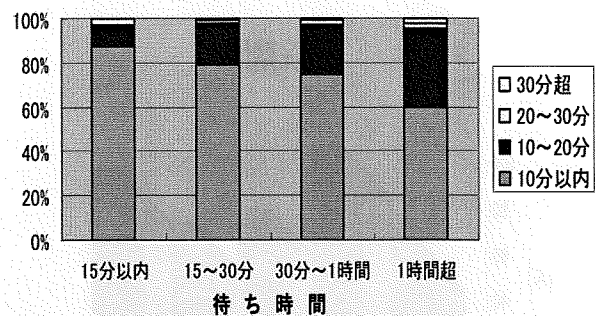
(12)

疾患別の診察時間満足度



(13)

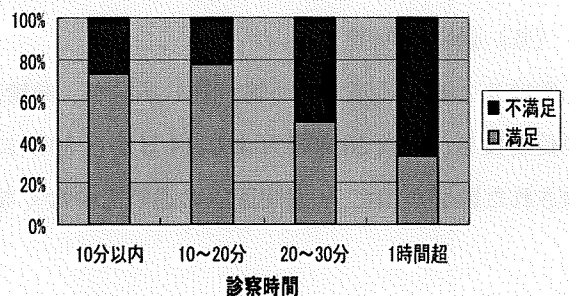
待ち時間と診察時間



待ち時間が長い場合は、診察時間がかえって長くなっている。

(14)

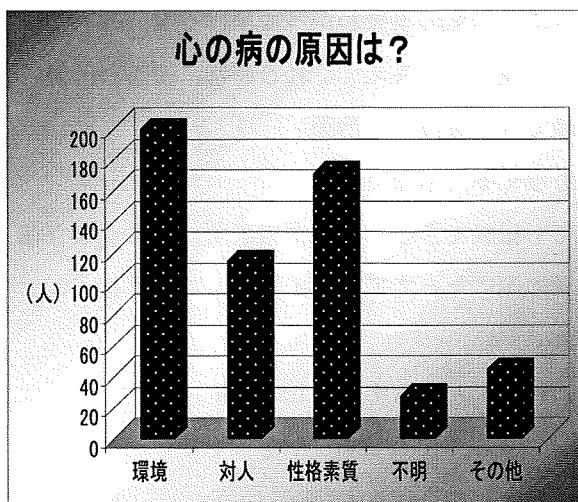
診察時間と満足度



20~30分の場合と1時間超の場合に不満足度が

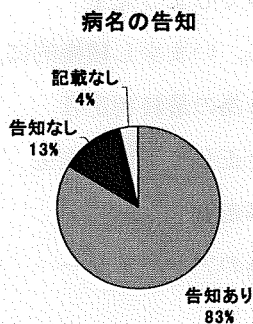
高くなっているのが注目される。ただし、前者は6例で後者は3例のみであり、少数の特殊例とも言える。長時間の診察を要する例の特殊性が窺える。

(15)

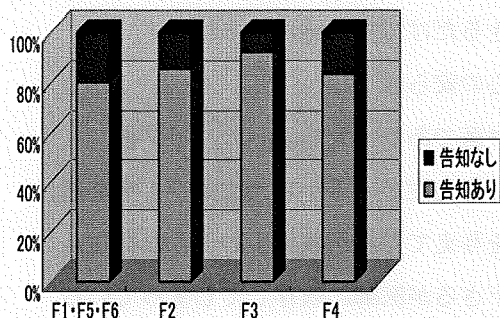


環境に原因を求める傾向が強いが、その一方で自分自身に原因を見出す考えも過半数の患者に認められる。

(16) 病名告知について

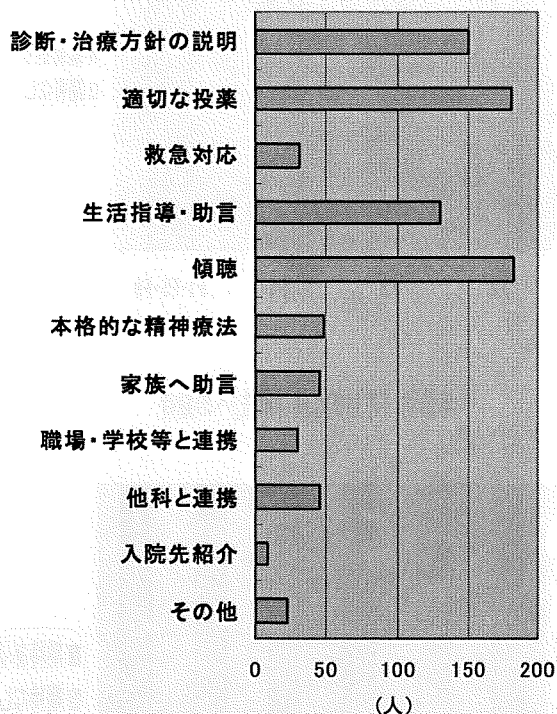


疾患と病名告知



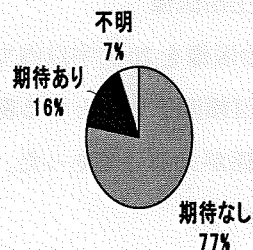
80%以上で病名告知されている。特に病名が変更された統合失調症での病名告知が抵抗なく行われているのが目立つ。

(17) 主治医に期待すること

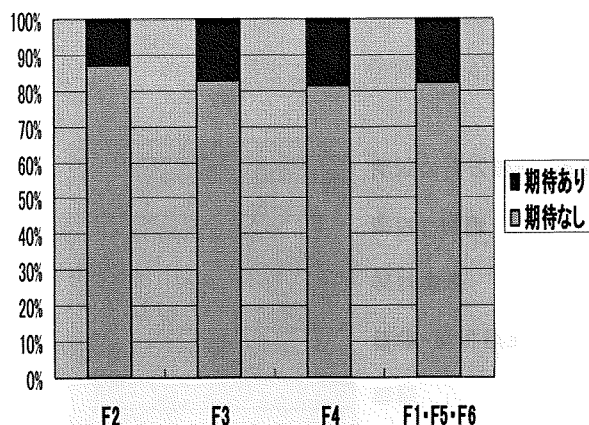


傾聴、適切な投薬、診断・治療方針の説明、生活指導・助言の順で期待が高かった。これらは精神科外来での基本的なマネジメント機能と言えよう。「本格的な精神療法」への期待は少ないが、一定の比率で存在する。

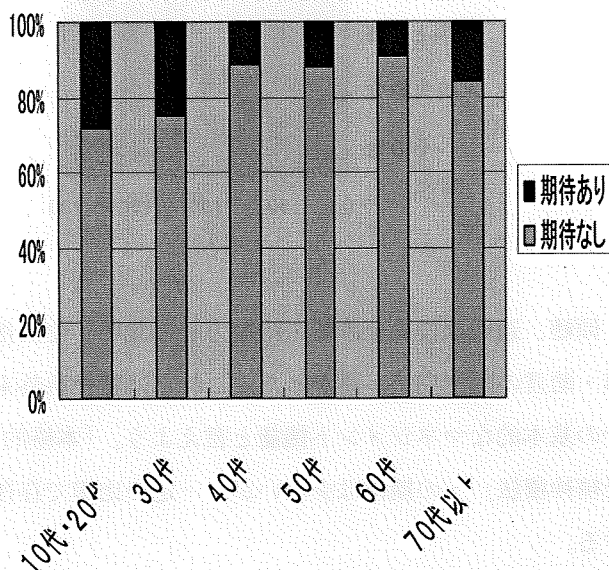
『本格的な精神療法』への期待



疾患別『本格的な精神療法』への期待



年齢別『本格的な精神療法』への期待



治療可塑性の高い若年世代で精神療法への期待は高かったが、70代以上でも期待の高まりが認められた。

(18) 患者が綴る主治医像

250名の患者が主治医像を20文字以内で綴っている。それを読むと、厚い信頼関係を軸とする密着したポジティブな医師患者関係が大部分であった。疾患別に代表的な例を以下に挙げる。

<F2>

再発しないための心のよりどころ
症状が悪化した時に、とても心強い先生です

自分の心の健康状態を的確に把握している人
精神的なささえ

自殺を思いとどめてくれる唯一の人

父親代わりの存在だと思います。

精神的な病気の事をわかって頂ける唯一の人

どんな質問にも答えてくれる非常に優秀な医師

信頼できる最高の主治医

可もなく不可もなく

何でも相談できる「よろず相談所」のような存在

患者の側にたってアドバイスをしてくれる

<F3>

命の恩人。とてもすばらしい先生。

とっつもしんせつです やさしくて

薬を処方してくれる人

調子の悪い時に駆け込める避難場所

信頼して話ができる方だが忙し過ぎる方です

自分の病を一緒に考え支えてくださる先生

絶対的な精神的支柱

不調な時に顔を見れば直ってしまう先生

しずかすぎて物足りません。いままじ積極的に。

正常な社会生活に復帰する為の最終判定者

適切な助言と偏った考えを正して下さる先生

完治というゴールまでの併走者

日常生活を円滑に過ごす為のアドバイザー

最後の砦

心身の拠り所

<F4>

人生全般にわたっての良きアドバイザー

お会いできるだけで安心感が生まれます

指南役 心の安らぎ

かかりつけ医であり、大病院へのパイプ役

悪くなっても先生がいるから大丈夫！！半友達。

心に活力を与えてくれた救世主のような存在

良くみて下さるが医師に依存してしまっている

何となく物足りない なかなかよくなるない

防波堤

20年苦しんできた病を初めて打ちあけた人
つかれていて大変そう。迷惑かけたくない。
かんがえたことがないけど、いいのかも
同じ目線で話を聞いて下さる最高の先生です
少しぬけているけれども信頼できる先生
世の中を生き抜く為に必要な唯一の存在です。
病気を発見してもらい認めてくれた人

<F1・F5・F6>

顔を見るとホッとします。失礼ですが父のよう
信頼できる身内以上の相談者と思っています。

羅針盤

処方箋を出すだけの人
クスリの処方ときき役
上手く話せなくてもだまって聞いてくれる。
やさしいおじいちゃん
精神的な安定と規則正しい生活維持の支え
夜間みてくれるから通院してるだけ
育て治してくれる第二の親。
信頼できる先生
生きるのに助言をしてくれる。
会って安心する人だし、今はたよりになる医師です
治療に努力してくれている先生。

D. 考察

I. 精神科医師へのアンケート調査

精神科医師が通院・在宅精神療法を通じて患者に提供している具体的な機能では、狭義の精神療法の割合は低く、広義の精神療法ないしは地域精神医療における言わば精神科かかりつけ医機能に匹敵する外来マネジメント機能の比重が大きいと言える。

II. 外来通院患者へのアンケート調査

患者側から医師に対して期待する機能も、主に傾聴、指導助言、適切な説明、緊急対応など、外来でのマネジメント機能が主で、特定のスキルを求める傾向は少

ないが、本格的な精神療法への期待は限定された比率内で認められた。

主治医像から示唆される医師患者関係は、総じて厚い信頼関係を軸とする密着型が目立ち、安定的な治療関係が継続している状況が示唆された。

精神科医師への調査と外来通院患者への調査を同時期に実施したが、両者とも地域における精神科かかりつけ医機能に帰着する結果が出たと言える。

E. 結論

通院精神療法（通院・在宅精神療法）は、医科診療報酬点数表の精神科専門療法の一項目として、通知内容に則って保険請求され、保険審査されてきた。

そして地域精神医療の力点がなお一層外来精神医療に移行する近年の過程において、必然的に地域における精神科かかりつけ医に相当する機能を担う点数項目として汎用算定されるに至った。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

I. 参考文献

医科診療報酬点数表 平成20年4月版：社会保険研究所,東京,2008.

〒210-0847

神奈川県川崎市川崎区浅田 3-7-15

池上クリニック内

池上秀明 行

謹啓 昨年12月には、厚生労働科学研究(大野裕班)の一環としての「保険診療における通院在宅精神療法算定の実態」についてのアンケートにご協力いただきありがとうございました。結果については今年の千葉総会で発表させていただき、今後の精神科診療所医療の充実に生かせるものであります。

さて、その後の班会議で、日精診・医療経済委員会から提示された『通院精神療法を構成する要素 15 項目』(平成 17 年)が注目され、精神科診療所の日々の臨床活動におけるそれらの諸要素の占める比重について調査することが提案されました。今回のミニアンケートはその要請に応えるものです。15 項目を 5 分野に分け、それぞれの分野での活動度ないしは負担感の割合を、全体を 10 としてどの程度になるのか、およその数字でお答えいただければ幸いです。 謹言

厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」

(主任研究者大野裕)

分担研究者・日本精神神経学会理事 池上 秀明 (池上クリニック)

- ①コンサルテーション 診断、投薬計画策定、説明と同意、治療効果や副作用や合併症への対応、生活全般の指導助言、発達の倫理的・法的問題の対処、救急対応等
- ②サイコセラピーないしはカウンセリング 傾聴や共感による診療への導入維持、狭義のサイコセラピー、危機介入
- ③ガイダンス 家族への指導教育等
- ④ケースワーク 職域、学校、保健所、福祉事務所、諸施設等との連携を含む環境調整等
- ⑤精神科特有の困難な局面の処理 自傷他害例の対応、他職種他科医療との折衝等

Q: 日常臨床での実感としての負担度数を総計 10 として割り振ってみて下さい。カッコ内に数字をご記入下さい。

- A: ①コンサルテーション ()
- ②サイコセラピーないしはカウンセリング ()
- ③ガイダンス ()
- ④ケースワーク ()
- ⑤精神科特有の困難な局面の処理 ()

<締切日:11月21日> ご協力ありがとうございました。

アンケートへのご協力をお願い

このアンケート（無記名）の目的は、精神科に通院しているあなたが、精神科医師である主治医とどのように関わり、主治医からどのような精神的な影響を受け、それがどのように治療に関係しているのかについて調査させていただくことです。

そして、この調査は平成 21 年度厚生労働科学研究の一環として行われ、今後の診療に生かされることを目指しています。ご協力いただければ幸いです。

以下の設問にお答え下さい。

（カッコ内に○をご記入下さい。内容がわからない場合や、記入したくない設問には記入なさらなくて結構です。）

- (1) あなたの性別は？ 男 () 女 ()
- (2) 年齢は？ 10代 () 20代 () 30代 () 40代 ()
 50代 () 60代 () 70代 () 80歳以上 ()
- (3) 通院について
自宅から通院 () 出勤時や会社帰りに通院 ()
自宅に往診してもらっている ()
- (4) 通院にかかる時間（片道で）
15分未満 () 15分～30分 () 30分～1時間 () 1時間以上 ()
- (5) 初診から現在までの通院期間
1年未満 () 1年～3年 () 3年～5年 ()
5年～10年 () 10年以上 ()
- (6) 通院間隔について
1週間ごと () 2週間ごと () 3週間ごと () 4週間ごと ()
不定期 () その他 [具体的に:]
- (7) 待合室でのいつもの待ち時間は平均してどのくらいですか？
15分以内 () 15～30分 () 30分～1時間 () 1時間超 ()
- (8) おおよその1回の診療時間は？
10分以内 () 10分～20分 () 20分～30分 () 30分超 ()

[裏面に続く]

(9) あなたが希望する診療時間の長さは？
今のままでよい() もっと長い方がよい() もっと短い方がよい()

(10) あなたが現在の心の病い(不調)にかかった原因は何だと思えますか？
(複数回答してもかまいません)

職場や学校等、自分を取り巻く環境の影響() 対人関係の影響()
自分自身の性格や素質のため() 原因不明()
その他(具体的に:)

(11) 病名について主治医から説明されていますか？
() 説明されている [具体的に病名は?:]
() 説明されていない

(12) [(11) で「説明されていない」と答えた方のみお答え下さい。]
ご自分の病状または病名についてどう理解なさっているかを自由にお書き下さい。

(13) あなたが主治医に期待することは？ (複数回答してもかまいません)

- () 診断や治療方針についての説明
- () 適切な投薬
- () 時間外でも救急でみてもらう
- () 生活面での指導や助言
- () 話を聞いてもらい自分の気持ちをわかってもらう
- () 本格的な精神療法
- () 家族にも助言
- () 職場や学校や保健所などとの連携
- () 他の科の医師との連絡や情報交換
- () 入院先の紹介
- () その他(具体的に:)

(14) あなたの主治医は、一言で言うと、あなたにとってどのような存在ですか？
できれば 20 字以内で表現してみてください。

* ご協力ありがとうございました。同封された返信用封筒でご返送下さい。

〈 問合せ先： 池上クリニック 池上秀明 TEL：044-333-4114 〉

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究平成 21 年度報告書

「精神療法の研修と教育に関する研究」

分担研究者：藤澤大介¹⁾²⁾

- 1) 慶應義塾大学医学部精神神経科
- 2) 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部)

研究要旨

認知行動療法の能力測定方法と、2 種類の教育方式（ワークショップと個人スーパービジョン）の効果の検証を行った。具体的には、認知行動療法の知識の測定方法である認知療法認識尺度（Cognitive Therapy Awareness Scale : CTAS-J）を開発し、妥当性を検証した。また、3 時間と 6 時間のワークショップ形式の研修プログラムを開発し、必要な知識の向上が図れることが示された。さらに、スーパービジョン形式での研修によって、認知行動療法の技術の向上が図れることを示した。

研究協力者：

中川敦夫，菊地俊暁，佐渡充洋（以上、慶應義塾大学医学部精神神経科）
大野裕（慶應義塾大学医学部保健管理センター）

精神療法の効果は、治療者の技術に影響されることが予測され、実際、治療への習熟度が治療成績に影響することが報告されている（DeRubeis ほか）。本研究では、認知行動療法（CBT）の効果的な研修方法の検証と、技能の評価方法の検証を、3 つの研究によって行った。日本語版認知療法認識尺度の開発（研究 1）、ワークショップ形式の研修の効果の検証（研究 2）、スーパービジョン形式の研修の効果の検証（研究 3）、である。

B. 研究方法

研究 1：日本語版認知療法認識尺度の開発

日本語版認知療法認識尺度（Cognitive Therapy Awareness Scale : CTAS）は、認知療法の知識を問う 40 問の正誤問題である。米国の精神科レジデント研修では、CBT の正式なトレーニングを受ける前に CTAS20 点後半以上を得点できることが、研修修了時に 30 点以上が必要と考えられている

始めに、原著者の許可を得て、翻訳・逆翻訳を経て日本語版 CTAS（CTAS-J）を作成した（資料）。次に、経験・研修歴の異なる 252 名に CTAS-J を実施し、対象者の属性との関連を検証した

対象者は、慶應認知行動療法研究会、慶應義塾大学で実施した主に精神科後期研修医を対象とした認知行動療法ワークショップ、日本認知療法学会初級ワークショップ、心理支援のための認知療法ワークショップにて参加者を募集した。

研究2：ワークショップ形式の研修の効果の検証

本研究グループでは、認知行動療法の初学者を対象とした3時間、6時間のワークショップ形式の研修を開発した（表1）。

表1. ワークショップの進行

3時間コース	
Pretest、はじめに	: 25分
認知行動療法概説・症例の概念化	: 30分
治療セッションの構造	: 10分
自動思考の同定（3つのコラム）	: 25分
グループワーク①	: 15分
休憩	: 5分
自動思考の修正（5・7のコラム）	: 25分
グループワーク②	: 15分
Q&A・解説・総括	: 25分
Posttest	: 5分
6時間コース	
Pretest、はじめに	: 30分
認知行動療法概説・症例の概念化（ビデオ視聴含む）	: 60分
自動思考の同定（3つのコラム）	: 30分
グループワーク①（コラム作成）	: 20分
休憩	: 50分
自動思考の修正（5・7のコラム）	: 35分
グループワーク②（コラム作成）	: 40分
ロールプレイ（3つのコラム）①②	: 30分
Q&A	: 15分
ロールプレイ（7つのコラム）①②	: 40分
Q&A・解説・総括	: 30分
おわりに・Posttest	: 20分

このワークショップに参加した者111名（3時間：88例、6時間：23例）を対象に、研修前後にCTAS-Jを実施し、教育効果を測定した。

研究3. スーパービジョン形式の研修の効果の検証

認知療法初学セラピスト7人に対して、認知療法経験5年以上のスーパーバイザー2人がスーパービジョンを行い、認知療法尺度Cognitive Therapy Scale (CTS)にて評価した。

CTSは、昨年度の本研究でその日本語版を開発したもので、実際の治療の記録に基づき、セラピストの認知療法スキルを11項目から評価する評価尺度であり。米国認知療法協会Academy of Cognitive Therapyでは、初期認定基準が66点満点中30点以上（平均2.7点）、認定基準が66点満点中40点以上（平均3.63点）とされている。

（倫理面への配慮）

いずれの研究も参加者に対する文書による説明と同意の上で実施した。

C. 研究結果

研究1.

324例に研究への協力を依頼し、うち312例から文書同意を得た（回答率96.3%）。そのうち、欠損データを除いた252例（77.8%）を解析対象とした。

表2に示す通り、認知行動療法の研修・実践歴とCTAS-J総得点の有意な相関が示された。

表 2. CTAS-J 総得点と研修歴の相関

	ρ ¹⁾	P
過去の研修時間	0.27	< 0.01
認知行動療法実践歴	0.28	< 0.01
認知行動療法実施症例数	0.29	< 0.01
認知行動療法の読書数	0.44	< 0.01
精神・心理臨床経験歴	-0.02	0.76

¹⁾ Spearman の ρ

また、研修歴と CTAS-J の得点分布から、CTAS-J で 30 点以上をとることが、認知行動療法を実践を行う上での初期到達目標に、33 点以上をとることが、合格基準の一つとできる可能性が示唆された。

研究 2.

3 時間、6 時間のワークショップを、それぞれ 88 例、23 例が受講した。CTAS-J の得点は、研修前後で、3 時間版では 28.9 から 30.9 点に ($t = -5.9 : p < 0.001$)、6 時間版では 29.8 から 33.0 ($t = -6.0 : p < 0.01$) にといずれも有意な向上を認めた。

研究 3.

7 人の治療者の、CTS の結果を 1 症例あたり前半 (~第 8 セッション) と後半 (第 9 セッション~) に分けて、各項目の平均点数を算出した。結果を表 3 に示す。

表 3. CTS 平均得点

	CTS 平均得点 (SD)
第 1 症例前半	1.8 (0.8)
第 1 症例後半	2.5 (0.7)
第 2 症例前半	3.0 (0.7)
第 2 症例後半	3.3 (0.5)

米国認知療法協会 Academy of Cognitive Therapy では、初期研修基準が 66 点満点中 30 点以上 (平均 2.7 点)、認定基準が 66 点満点中 40 点以上 (平均 3.63 点) とされており、第 2 症例で初期研修基準に達する (ただし、認定基準には達しない) 結果となった。

D. 考察

日本語版認知療法認知認識尺度 CTAS-J が、認知療法の知識・能力の判定に利用できる。CTAS-J ≥ 30 点が初期認定の基準に、 ≥ 33 点が合格基準に、それぞれ設定できる可能性が示唆された。

当研究班が開発したワークショップ形式の研修が効果的であると実証された。ただし、このワークショップはうつ病のみを扱ったものであり、(うつ病にもしばしば併存する) 不安障害その他の障害が全く扱えていないこと、ロールプレイが 1 組しか行えず、受講者全員が経験できないこと、行動的技法や対人関係的技法が扱えていないことから、さらに 6 時間程度の研修の必要性が見込まれ、実際には 1 2 時間程度、2 日間の研修が必要と考えられた。

認知療法の習得には、2 例以上のスーパービジョンが望ましいと考えられた。

E. 結論

日本語版認知療法認知認識尺度 CTAS-J が、認知行動療法の知識・能力の判定に利用できる。CTAS-J ≥ 30 点が初期認定の基準に、 ≥ 33 点が合格基準に、それぞれ設定できる可能性が示唆された。

認知行動療法の研修には 1 2 時間のワークショップ形式の研修と、2 例以上のスー

パービジョンが望ましいと考えられる。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：

1. 論文発表

藤澤大介, 大野裕. 認知療法の研修システム. 認知療法研究 2010 (in press)

藤澤大介, 大野裕. 精神科後期研修で何を学ぶか?—精神療法. 精神科 2010 (in press)

藤澤大介. 外来で実践できる認知行動療法. 精神科 2010 (in press)

藤澤大介. 内科医が診る不安・抑うつ—認知行動療法. 内科 105(2), 263-268, 2010

藤澤大介、渡辺範雄、鈴木伸一、鍋山麻衣子、平井啓、中川敦夫. 日本における認知行動療法の効果研究の現状と課題. 認知療法研究 2, 6-17, 2009

Sado M, Knapp M, Yamauchi K, Fujisawa D, So

M, Nakagawa A, Kikuchi T, Ono Y. Cost-effectiveness of combination therapy versus antidepressant therapy for management of depression in Japan. Australian and New Zealand J Psychiatry. 2009 Jun;43(6):539-47.

2. 学会発表

大野裕、藤澤大介ほか. 教育研修コース「うつと不安の認知療法」. 日本認知療法学会. 幕張. 2009. 10.

藤澤大介ほか. 教育研修コース「認知療法中級編—症例の概念化とソクラテス的質問法」. 日本認知療法学会. 幕張. 2009. 10.

清水栄司, 大野裕, 中島聡美, 元村直靖, 藤澤大介. 認知行動療法の治療効果と治療者として到達すべきレベル. 日本精神神経学会 (精神医学研修コース). 神戸. 2009. 8

H. 知的財産権の出願・登録状況：なし

資料)

Cognitive Therapy Awareness Scale CTAS

認知療法認識尺度

次の各質問を読み、正しいと思う項目に○をつけなさい。なお、各質問における正答は1つとは限りません。

1. 以下のなかで「認知」の例に含まれるものはどれですか？（複数回答可）

- ① 不安または抑うつ気分
- ② 自動思考
- ③ 非適応的な行動
- ④ スキーマ

2. 認知療法で習得される有用な技法には以下のものが含まれます：（複数回答可）

- ① 方向転換
- ② 根拠の検証
- ③ 活動スケジュール/活動記録表
- ④ 感情的決め付け

3. 自動思考の特徴を表現すると：（複数回答可）

- ① 自分ではコントロールできない
- ② 個人的なもの
- ③ たいていは合理的
- ④ 幸せでない気分によって引き起こされる

4. 以下のなかで「感情」の例はどれですか？（複数回答可）

- ① 自分は未熟だと思う
- ② あきらめたいと思う
- ③ 悲しくなる
- ④ 恐れていることを見せまいとする決心

5. 思考記録表には、以下のような情報を記載します：（複数回答可）

- ① 結果
- ② 気分
- ③ 無意識の考え
- ④ 出来事

6. 営業マンの A さんは、1 年間の営業成績が、年間目標から 10% 下回っていました。その要因の大部分は、担当地域における経済不況によるものでした。A さんの雇用自体が脅かされたわけなく、家族関係も良好でありましたが、彼は「すべてがだめになっていく。すべてを失ってしまう…」と考え始めました。彼にはどのような思考の誤りがあるといえますか？（複数回答可）

- ① 過度の一般化
- ② 心の読みすぎ
- ③ 根拠の無視
- ④ 心の脱線

7. 上記の A さんは認知療法を始めることになりました。以下の中でどの技法が役立ちますか？

（複数回答可）

- ① 感情的決め付け
- ② プログラミング
- ③ 自動思考の否定
- ④ 認知の過りや認知の歪みに名前をつける

8. B さんは、長いこと「自分は決して成功しないだろう」、「完璧でなければ人に受け入れられない」などといったネガティブな心的態度を認めています。また、彼女はどんなに努力をしても、いつも「自分は期待に応えられていない」と考えているようです。この場合、どのような認知療法的なアプローチが有効ですか？（複数回答可）

- ① 長所と短所のリストアップ
- ② 気持ちを爆発させる
- ③ スキーマのリストアップ
- ④ 思考記録表の作成

9. C さんの気分は憂うつで、彼が以前楽しんでいたほとんどの活動をしなくなっています。彼はもうなにも楽しめなくなっているように見えます。あなたなら彼にどのようなことを勧めますか？（複数回答可）

- ① 活動記録表を活用して活動スケジュールを立てるように勧める
- ② ストレス負荷のかかる状況を避けるように勧める
- ③ 気分が良くなり始めるまで、なにも変えようとしないように指導する
- ④ 達成感と喜びのレベルを記録するように勧める

10. 以下のなかで「スキーマ」を正しく説明しているのはどれですか？（複数回答可）

- ① スキーマは、不快な気分である
- ② スキーマは、自動思考を活性化させる
- ③ スキーマは、潜在的な心のルールとして作用する
- ④ スキーマは、たいへん役立つこともある

日本語版認知療法認識尺度 CTAS—正解

正誤ごとに各1点が採点されます。各問4点満点。合計点は40点満点です。

問	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
①	×	×	×	×	○	○	×	○	○	×
②	○	○	○	×	○	×	×	×	×	○
③	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○
④	○	×	×	×	○	×	○	○	○	○

