厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究

(令和)2年度　総括研究報告書

研究代表者　堀越　勝

(令和)3（2021）年　5 月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告

認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究 ------------------------------ 1

堀越　勝

II. 分担研究報告

１．　周産期のメンタルヘルスにおける認知行動療法：オーバービューレビュー ------------------------------ 7

片岡　弥恵子

２．　看護領域における適用戦略の検討　看護師の精神疾患への認知行動療法の質の確保 ------------------------------ 15

岡田　佳詠

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----------------------------- 23

その他.

（資料）効率認知行動療法マニュアル

別紙３

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
総括研究報告書

認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究

研究代表者　堀越　勝　国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター

	氏名	所属先	役職
研究協力者	蟹江　絢子	国立精神・神経医療研究センター	医師
研究協力者	中嶋　愛一郎	国立精神・神経医療研究センター	研究員
研究協力者	伊藤　正哉	国立精神・神経医療研究センター	室長
研究協力者	中島　俊	国立精神・神経医療研究センター	室長
研究協力者	三田村康衣	国立精神・神経医療研究センター	医師
研究協力者	大野　裕	一般社団法人認知行動療法研修開発センター	理事長
研究協力者	古川　壽亮	京都大学健康要因学講座健康増進・行動学分野	教授

研究要旨
　我が国において認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy; CBT)の有用性が認識され、その有効性を示す結果も一部報告されている。また、厚生労働省認知行動療法研修事業によって、CBT を実施できる専門家が全国規模で育成されてきた。しかしながら、うつ病や不安症の患者数は膨大であり、また、精神科以外の様々な診療科や、地域保健・福祉・産業・教育等の領域でもそのニーズが認められるが、CBT および CBT の考え方を用いた支援方法が十分に提供されているとはいい難い。そこで、CBT の技法を用いた精神療法を効率よく提供するための効率型認知行動療法（Streamlined-Cognitive Behavioral Therapy; SCBT）に関して、１.SCBT の実施マニュアル・マテリアルの作成、２.マニュアルに基づく SCBT の研修効果の評価、３．ICT /人工知能技術を用いたコンサルテーションシステムの構築、４．臨床試験による SCBT の有効性検証を目的とした。R2 年度はマテリアル開発を中心に進めた。研究代表者らが SCBT の全体方針をデザインし、分担研究者らに説明した上で、各分担研究者は総合診療科、看護、周産期メンタルヘルス、社会実装の領域におけるヒアリングを進め、それらの知見を SCBT マテリアルの開発と修正に反映させた。

A. 研究目的

　我が国において認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy; CBT)の有用性が認識され、その有効性を示す結果も一部報告されている。また、厚生労働省認知行動療法研修事業によって、CBT を実施できる専門家が全国規模で育成されてきた。しかしながら、うつ病や不安症の患者数は膨大であり、また、精神科以外の様々な診療科や、地域保健・福祉・産業・教育等の領域でもそのニーズが認められるが、CBT および CBT の考え方を用いた支援方法が十分に提供されているとはいい難い。この供給不足の要因の１つとして、わが国で整備されてきたマニュアルでは長時間（一回 50-90 分）かつ長期間（通常 10 から 16 回）の個人療法が求められ、実施負担が大きいという問題点があった。この点を解決するためには、様々な臨床現場において適切な概念化をもとにして効率的に CBT を提供する手法の整備が必須である。

そこで、CBT の技法を用いた精神療法を効率よく提供するための効率型認知行動療法（Streamlined-Cognitive Behavioral Therapy; SCBT）に関して、１.SCBT の実施マニュアル・マテリアルの作成、２.マニュアルに基づく SCBT の研修効果の評価、３．ICT /人工知能技術を用いたコンサルテーションシステムの構築、４．臨床試験による SCBT の有効性検証を目的とした。

Ｂ．研究方法

Ｉ．全体の方針デザイン

本研究は３年計画である（表１）。R2 年度では、CBT を用いた精神療法の効率的な実施に関しての現状把握と Good Practice の確認を行い、その知見を踏まえて SCBT マニュアル・マテリアル・ウェブサイト暫定版を作成する。整備された素材を用いて研修を行い、様々な医療関係者からのフィードバックを取り入れ、素材を改善・追加する。

II. マニュアル作成

代表者らは、すでに SCBT をわが国の臨床現場で実践するための枠組みを整理し、多職種に向けての研修も実施してきた。また、SCBT に関する書籍等も出版してきた。当該年度では、これらのこれまでの実績を整理し、研究分担者・協力者であるプライマリ・ケア医（大杉泰弘）、精神科医（大野裕、古川壽亮、蟹江絢子）、看護師（岡田佳詠）、助産師（片岡弥恵子）、公認心理師（堀越勝、伊藤正哉）といった多職種、および実装科学の専門家（内富庸介）らがそれぞれの立場から、臨床現場での適用法を検討し、マニュアル・マテリアル（心理教育リーフレット・用紙）・サポートセッション用の動画・ウェブサイト・アプリ等を作成する。

III. ヒアリングによる改善

II.のマニュアルをもとに、医師（プライマリ・ケア医、精神科医を含む）、看護師、公認心理師等の多職種向けに SCBT のための査定・概念化・実施に関する研修を行い、その研修効果を検討するとともに、研修参加者からのフィードバックをもとにマニュアルを改善する。

IV. インターネットを介したコンサルテーションシステムの構築

全国各地の臨床家が SCBT を実施する上で有用な介入マテリアルが集約されているウェブサイトを作成する。このウェブサイトは、将来的にはコンサルテーションシステムとしても活用されることを想定している。

Ｃ．研究結果

I. マニュアル作成

治療者用マニュアルと患者用テキストに分けて、SCBT マニュアルを作成した。治療者用マニュアルについては、総論的な SCBT について解説したマニュアル、ケースを SCBT の理論をもとに概念化するためのマニュアル、各論的なマニュアルとして社交不安症とパニック症に関して、疾患ごとのマニュアルを作成した。社交不安症とパニック症の SCBT において、ロールプレイの動画を参照して学習できるように整備した（図 1、本年度作成した全文については添付資料参照）。臨床現場において、社交不安症の患者 1 例に対して、ICT を用いたコンサルテーションを実施したうえで SCBT を提供した。

II.研修実施と多職種からのフィードバックによるマニュアル改善

分担研究者及び good practice を行っている医療者とともに、各フィールドにおける SCBT のニーズについてヒアリングならびに調査を行った。

II-１．総合診療科からのヒアリング

分担研究者の大杉らは、総合診療科の医師からのヒアリングを進めた。その結果、総合診療科はうつ病などの精神疾患の患者が最初に受診する科であり、初期治療を行える体制づくりが必要であるとの意見を得た。現在は内科医が考える精神科疾患の診かた Psychiatry In Primary Care（http://pipc-jp.com/）など、形式が分かりやすいもので勉強している医師が多い実態がある。SCBT においても、患者に初期治療としてここまでは行って、それでもよくならなければ精神科にリファーアウトできるというアウトラインが分かると実施しやすいという意見が得られた。また、うつ病以外にも、身体表現性障害や過敏性腸症候群でニーズが高いという現場医師らの意見を得た。別の総合診療科の医師からは、地方においては、患者にプライマリケア医師を受診して管理し

たうえで、セラピストの多い地域へ遠隔でつなぐ、遠隔 SCBT というモデルが良いのではないかという意見があった。

II-2. 看護師からのヒアリング

分担研究者の岡田らは、看護師からのヒアリングを進めた。その結果、朝起きられない、薬が飲めないといった問題に対して、患者と看護師が散歩中や車いすと押す場面のような自然な対話の中で SCBT を活用したいという希望を得た。加えて、通常の看護師場面でもできるような動画を作成し、それを用いて学ぶことの有効性が話された。多忙な看護現場においては、個別のスーパービジョンというかたちではなくて、ウェブサイトを用いて自ら練習できる学習システムが必要ではないかという意見があった。加えて、看護領域における認知行動療法の実践に関してのレビューを行った（分担研究報告書参照）。

II-3. 実装科学研究者からのヒアリング

分担研究者の内富らは、実装科学やがん領域における医師や心理師からのヒアリングを進めた。その結果、ステップドケアに基づく考え方から SCBT を社会実装する有用性に関する議論が得られた。すなわち、軽症の患者には SCBT の技法のコアの部分を心理教育するコンテンツビデオなどを自宅や待合の時間に見てもらうことで、それに伴う医療者の負担が軽減されることが期待されるという意見を得た。そのようにすることで、重症の患者の治療に時間をあてることができ、病院全体としても効率があがるという意見であった。

II-4. 助産師からのヒアリング

分担研究者の片岡らは、助産師へのヒアリングを進めた。その結果、周産期のメンタルヘルスの介入の方法の研修などは始まってきてはいるが、訓練や練習の場が少ないという意見が得られた。当事者に調査を行い、実際のニーズを把握することも重要ではないかとの意見があった。そこで、周産期メンタルヘルスにおける臨床的な問題を明確にするため、Web 調査の準備を進めた。

加えて、助産師領域で、周産期メンタルヘルスの SCBT の研修を 80 名に行い、60 名からアンケートの回答と研究の同意をえた。「CBT をやってみたいと思う」の平均値は VAS スケールで 83.1(range50-100, SD=19.6),「現時点で CBT を用いた面談ができると思う」の平均値は 46.6(range0-100, SD=29.0)であった（Aoyama, 投稿中）。考察としては、実際の訓練システムが必要であると考えた。その他に、片岡らは CBT による産後うつ病や不安症の予防効果に関してオーバーレビューを行った（分担研究報告書参照）。

III. R2 年度の結果③　インターネットを介したコンサルテーションシステムの構築

本年度はウェブサイトを作成し、SCBT についてマテリアルや動画を参考にして学習できるシステムと、患者が必要なマテリアルをダウンロードし、また動画を用いて自己学習できるシステムを構築した。コンサルテーションにおいて、アイトラッキングのシステムを導入し、国立精神・神経医療研究センター内のマルチセンシンググルーム（認知行動療法ラボ）に設定し、健常者を対象として試行を重ねた。

D. 考察

成果物として、SCBT を実施するためのマニュアル・マテリアル、それらを集約したウェブサイト、SCBT 実施技能の知恵が蓄積されるコンサルテーションシステムの 3 点が挙げられる。さらに、臨床試験により実地の臨床現場における SCBT の効果に関するデータが得られる。R2 年度は、SCBT の総論、及び SCBT をパニック症や社交不安症に実施するためのマニュアルやマテリアルの整備を達成した。これらは、今後の予備試験、臨床試験だけでなく、普及均てん化の加速を促す役割を担うと期待される。

E. 結論

我が国における CBT 普及に係る現状と結果を踏まえて、効率的に CBT を提供する手法、すなわち、効率型認知行動療法（Streamlined-Cognitive Behavioral Therapy; SCBT）の治療者用と患者用の両マニュアルを作成した。さらに、実装科学の観点から、プライマリケアや周産期といった領域、職種においては、医師、看護師、公認心理師等に対してヒアリングを行い、各フィールドにおける治療者のニーズ分析を行なった。認知行動療法を必要としている患者へ十分に行き届くよう、本マニュアルの効果検証を行い、広く活用されることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表：Nakajima A, Kanie A, Ito M, Hirabayashi N, Imamura F, Takebayashi Y, Horikoshi M. Cognitive Behavioral Therapy Reduces Benzodiazepine Anxiolytics Use in Japanese Patients with Mood and Anxiety Disorders: A Retrospective Observational Study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2020;16:2135-2142

2. 学会発表：堀越勝、ポジティブの見つけ方、第９回日本ポジティブサイコロジー医学会学術集会, 20201107, Web 開催

3. 翻訳書

堀越勝（監修・翻訳）高岸百合子（監修・翻訳）中嶋愛一郎、大江悠樹、牧田潔、蟹江絢子（翻訳）ふだん使いの CBT-10 分間でおこなう認知・行動介入-星和書店,2020

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

図1．ウェブ上に整備された効率型認知行動療法マニュアルのトップページ

図 2. 効率型認知行動療法マニュアルの動画再生場面

別紙３

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

周産期のメンタルヘルスにおける認知行動療法：オーバービューレビュ

研究分担者　片岡　弥恵子　聖路加国際大学大学院　教授

	氏名	所属先	役職
研究分担者	片岡　弥恵子	聖路加国際大学大学院 ウィメンズヘルス・助産学	教授
研究協力者	岡津　愛子	聖路加国際大学大学院 看護学研究科 博士後期課程	
研究協力者	青山　さやか	聖路加国際大学大学院 看護学研究科 博士後期課程	
研究協力者	山路　野百合	聖路加国際大学　臨床疫学 HTA センター	

研究要旨【目的】妊娠中から認知行動療法(CBT)を実施することで産後うつ病や不安症の予防効果が得られるのかオーバービューレビュを実施し、実施されている CBT の概要と予防効果を明らかにすることを目的とした。【方法】データベースを用いて、周産期の妊産婦に対し、CBT と通常ケア、CBT 以外の介入などと比較したシステマティックレビュ(SRs)を選定した。包含している論文の研究デザインは、ランダム化比較試験(RCTs)に限定した。PRISMA フローチャートにしたがって、適格基準に合致した SRs の結果を記述的に統合した。【結果】基準に適合した SRs は 7 件であった。CBT による介入に限定したレビューは少なく、心理教育や Interpersonal psychotherapy(IPT)を含めたものが多かった。また、研究毎に CBT の実施回数が異なっていた。CBT による介入は通常ケア、教育的介入、介入なしと比較して、7 件中 5 件でうつ病を減少させた。不安に関する効果を解析している SR は 1 件で、CBT を含む精神療法は通常ケアまたは介入なしと比較して不安を減少させた。【考察】周産期においてはスクリーニングのタイミングと介入開始のタイミングによって回数に制限があること、産後の介入と合わせるか否かなど、心理介入の方法が複雑である。また、育児は長期にわたって行うもので、評価タイミングも産後のどの時期に行うかによって児の特徴も変化することから、母親の心理状況に大きく影響する。このような特徴下において、効果の程度に差は見られたが、妊娠期から開始する産後うつ・不安の予防的介入において CBT は有効であった。【結論】妊娠中から始める CBT の産後うつ病や不安症への予防効果に関するオーバービューレビュを実施し、RCT の SR 7 件が適合した。精神療法の中で CBT は最も一般的であり、周産期におけるうつ病や不安においても効果があることが明らかとなった。

A．研究目的

周産期では産後うつ病をはじめとしたさまざまなメンタルヘルスが問題となっている。うつ病や不安症などの精神疾患に効果が明らかとなっている認知行動療法(cognitive behavior therapy: CBT)を、妊娠中から CBT を実施することで産後うつ病や不安症の予防効果が得られるのかオーバービューレビュを実施し、実施されている CＢＴの概要と予防効果を明らかとすることを目的とした。

B．研究方法（PROSPERO 登録中:ID244800）

Ｉ．研究デザイン

オーバービューレビュを実施した。包含論文の研究デザインはランダム化比較試験(randomized controlled trial: RCT)のシステマティックレビュー(SR)とし、英語で出版されたものとした。RCT と準 RCT を一緒に分析した SR は RCT のみの結果が分けて掲載されている場合のみ対象とした。準 RCT、コホート研究、前後比較研究、質的研究のみを包含した SR は除外とした。

Ⅱ．対象者

妊娠中からの介入効果を明らかとするために、妊娠期のみ、または妊娠中から産後にかけて介入を受けた女性であり、産後1年以内の女性とした。妊婦だけでなくパートナーも一緒に介入した SR はプライマーアウトカムが妊婦であれば対象とした。

妊婦が対象者であっても、プライマーアウトカムが妊娠中の女性でない場合は除外とした（例：パートナーや胎児・新生児)。その他、パートナーのみ、死産後のデブリーフィング、母子分離状態(NICU 入院中)への介入は除外とした。

Ⅲ. 介入方法

妊婦への CBT による予防的介入とした。CBT のみの介入だけでなく、CBT に追加して対人関係療法(interpersonal psychotherapy: IPT)などの精神療法や独自の教育プログラムも併用した研究は対象とした。除外基準は CBT 以外の精神療法、薬物療法やサプリメントとした。

Ⅳ. 対照群

対照群における介入は、通常ケアや CBT 以外の介入とした。

Ⅴ. アウトカム

CBT を使用したうつ病や不安症の予防効果とする。

1. うつ病：エジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)、うつ病自己評価尺度(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D)、ベック抑うつ病評価表(Beck Depression Inventory-Second Edition: BDI-Ⅱ)、Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)、Kessler Psychological Distress Scale (K10)、包括的精神病理学評価尺度（Comprehensive-Psychopathological Rating Scale: CPRS）など。

2. 不安症：全般性不安障害 7 項目スケール GAD-7(Generalized Anxiety Disorder -7: GAD-7)、state trait anxiety inventory scores (STAI)、Beck Anxiety Inventory (BAI)、 Injection phobia anxiety score など。

Ⅵ. 文献検索

文献検索は、電子検索データベースである PubMed、Embase、CINAHL、Cochran Database of Systematic Reviews、PsycINFO で検索し、2020 年 12 月 31 日までに出版された SR とした。文献検索のキーワードは、対象者：perinatal、postnatal、postpartum、antenatalmpregnant、maternal、介入：Cognitive Behavioral Therapy、cbt、therapy、therapies、研究デザイン：randomized controlled trial で司書と相談し検索式を検討した。

Ⅶ. 文献選択

PRISMA フローチャートにしたがって、2 名のレビューワーがそれぞれ独立してタイトル、アブストラクトを読み適格基準に合致した SR を選定した。フルテキストスクリーニング、SR の質の評価は 3 人のレビューワーがそれぞれ独立して実施した。意見が合致しない場合は、第 3 者を含め話し合いで解決した。SR の質の評価には AMSTER2 を用いた。

C. 研究結果

データベース検索で 2,133 件の SR が同定され（図 1)、重複論文を除いた 946 件を選定した。そのうち適格基準と適合した SR は 7 件だった(表 1)。

Ⅰ. 抽出論文の質評価

抽出論文に関して AMSTER2 チェックリスト（上岡,折笠,津谷,2018）に沿って質評価を行った（表 2.3)。チェック項目を表 2、質評価の結果を表 2 に示した。1 件を High、3 件を Low、3 件を Critically low と判断した。SR の概要については表 4 に示した。

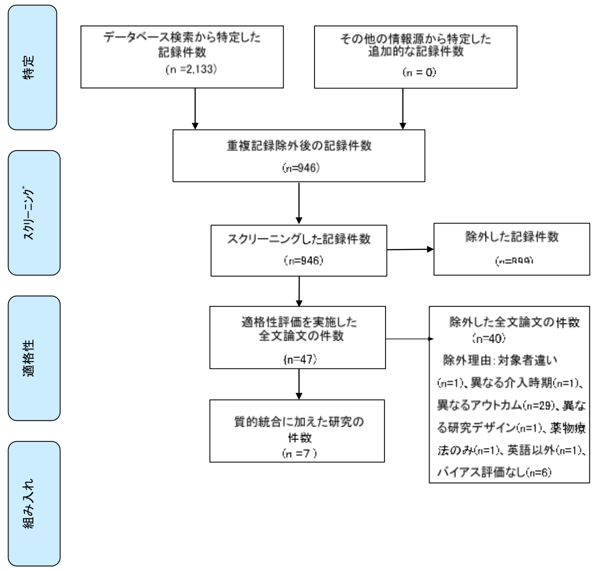

図 1　PRISMA チャート

Ⅱ．対象者

18 歳以上の妊婦 1 件、出産を控えた妊婦 1 件、妊娠中および産後 6 カ月までの女性と少なくとも 1 人のその成人家族が 1 件、10 代の妊婦および母親 1 件、妊娠中および産後の 6 週未満の低所得の中米移民女性 1 件、妊婦および産後 1 年までの女性が 1 件であった。ベースラインのメンタルヘルスについてはほとんどの SR で記載がなかったが、いくつかの SR では、産後うつの発症リスクが高い女性を対象としていた。

Ⅲ．介入方法

1．介入者

セラピストに関する明らかな記載がないものが 5 件、メンタルヘルスの専門家（ソーシャルワーカー、博士号のある家族療法士、心理学者、精神科医、心理学の研修生、訓練を受けた母子保健看護師）が 1 件、様々な専門家（心理学者、研究スタッフ、精神医学の訓練を受けたヘルスビジター、臨床ソーシャルワーカー、看護師、作業療法士）が 1 件であった。

2．介入内容

CBT に焦点を当てたものが 1 件、青年期に対する心理教育および CBT セッションが 1 件、CBT や IPT などの心理的介入が 1 件、カップルコミュニケーションや問題解決法などの CBT スキルトレーニングが 1 件、出生前のうつ病、不安など母親の生活の質に対する精神療法的介入と CBT を含んだものが 1 件、カウンセリング（CBT、IPT、心理教育、またはその他の支援的介入を含む）が 1 件であった。また、1 件は包含した 18 件の試験のうち、10 件が CBT の効果を検証する試験を含んでいたと報告しており、その他はソーシャルサポート、教育、栄養補助食品等であった。

3．CBT の介入形態

介入形態は、グループセッションが 2 件、自宅訪問が 1 件、インターネットによる介入を含むものが 1 件、グループセッションやグループ出生前セッションと個別の産後セッションの組み合わせ、グループセッションと家庭訪問の組み合わせ等を含むものが 1 件、6 件のグループセッションと 4 件の個人セッションを含むものが 1 件、具体的な記載がないものが 1 件であった。

4．CBT の介入タイミングと回数

介入回数は研究によって様々であり 1～16 回であった。実施された CBT について報告されたものは、4 回セッション 2 件、8 回セッション 3 件、8 週毎 1 件、10 週毎 1 件、妊娠中、毎週 8 回と産後 6、16、52 週に 3 回のブースターセッション、5 セッションと追加のセッション 1 回、妊娠中 4 セッションと産後 1 セッション、4～70 週間の中で 4～16 回のセッションであった。

Ⅳ．介入の効果

Li et al(2020)は、22 研究を包含し、うち CBT による介入を行ったものは 13 件あった。8 件の CBT に関する研究を含む 14 件をメタ解析した結果、CBT を含む心理的介入は通常ケアまたは介入なしと比較して、うつ病を減少させた（Hedges's g=-0.48, 95%CI: -0.76 to -0.20 (I^2=39%)）（エビデンスの確実性：評価なし）。また、CBT を含む心理的介入は通常ケアまたは介入なしと比較して、不安を減少させた（Hedges's g: -0.48, 95% CI: 1.00 to -0.05 (I^2=32%)（エビデンスの確実性：評価なし）。

Yasuma et al.(2020)は 18 研究を包含し、10 件が CBT-based の介入を実施していた。うち 3 件の CBT をメタ解析にしており、CBT は通常ケアと比較して、産前のうつ病を減少させた（SMD: 0.53, 95%CI: 0.13 to 0.94 (I^2=85%)）（エビデンスの確実性：評価なし）。また、4 件の CBT に関する研究をメタ解析しており、通常ケアと比較して産後うつに関して統計学的な差は認められなかった（SMD: 0.45, 95%CI: -0.03 to 0.92 (I^2=90%)）（エビデンスの確実性：評価なし）。

O'Connor et al(2019)は、50 件を包含し、うち 17 件のメタ解析を行った。17 研究のうち CBT は 6 件であった。17 件をメタ解析した結果、CBT や IPT などの精神療法は、通常ケアや介入なしと比較して、うつ病の発生・有病割合、症状のカットオフ値を超えた結果を組み合わせたアウトカムを減少させた（RR= 0.61、95%CI: 0.47 to 0.78 (I^2=39.1%)）（エビデンスの確実性：評価なし）。

Cluxton-Keller & Bruce (2018)は、7 件を包含した。うち CBT を用いた介入をしたものは 4 件であった。7 研究をメタ解析した結果、CBT を含む家族心理介入は、産後うつを減少させた（SMD: -0.18, 95%CI: -0.32 to -0.04, (I^2=1.1%)）（エビデンスの確実性：評価なし）。

Lieberman et al（2014）は、低所得と少数民族に焦点を当てた周産期のうつ病の予防と治療を評価した。9 件を包含し、うち 1 件が在宅ベースの CBT であった。CBT は周産期教育支援と比較して、EPDS、CES-D に統計学的な差は認められなかった。しかし、CBT で介入した対象者に対し抑うつ症状の重症度を EPDS と CES-D を介して介入直後と産後 4、12、24 週後のフォローアップまで評価した結果、重症度は減少した。効果量は EPDS が 0.03 から 0.22 点、CES-D が 0.05 から 0.22 点の範囲であったが、うつ病に関して、値に有意差は見られなかった。

Sockol et al（2013）では、37 件を包含した。うち 10 件の CBT 試験を含んでいた。CBT のみ 5 件をメタ解析した結果は、CBT は通常ケア、教育的介入と比較して産後 6 ヶ月までのうつ症状を減少させた（Hedges'g: 0.23, 95%CI: 0.00 to 0.46）（エビデンスの確実性：評価なし）。また、産後 6 ヶ月までのうつ病エピソードの有病率を減少させた（Odds Ratio: 0.63, 95%CI: 0.41 to 0.97）（エビデンスの確実性：評価なし）。他の 5 件は、サプリメントや心理教育など含んでいた。

Dennis et al(2013)は、心理教育、CBT、IPT など様々な非薬物的介入 28 件を包含し、うち CBT は 1 件であった。CBT 1 件の結果は、通常ケアと比較して、BDI–II とうつ病のエピソードに対する統計学的な差は認められなかった（RR: 0.74, 95% CI: 0.29 to 1.88）（エビデンスの確実性：評価なし）。

D．考察

１．周産期メンタルヘルスにおける CBT の活用の有効性

CBT による介入に限定したレビューは少なく、心理教育や IPT を含めたものが多かった。Sockol et al（2013）の報告では、予防的介入の精神療法の中では CBT が最も多く用いられており、英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence: NICE）の産前産後メンタルヘルスガイドラインにおいても、周産期において不安障害や重度のうつ病に対して CBT が推奨され、閾値以下の不安症状にも CBT に基づくセルフヘルプが推奨されている（NICE,2014）。CBT の研究 1 件を含む SR2 件では、うつに関して統計学的な差は認められなかったが、CBT を含む SR5 件では、CBT はうつ病を減少させた。また、1 件の SR では、CBT を含む心理的介入は通常ケアまたは介入なしと比較して、不安を減少させた。本レビューの結果、CBT が周産期の女性に対してうつと不安減少させることが示唆された。

周産期においてはスクリーニングのタイミングと介入開始のタイミングによって回数に制限があること、産後の介入と合わせるか否かなど、心理介入の方法が複雑であらざるを得ない特徴がある。また、育児は長期にわたって行うもので、評価タイミングも産後のどの時期に行うかによって児の特徴も変化することから、母親の心理状況に大きく影響する。このような特徴下において、効果の程度に差は見られながらも、妊娠期から開始する産後うつ・不安の予防的介入においてＣＢＴは有効であることが窺える。より増強的で効果的な治療法と期待されているコンピューター化された認知行動療法（CCBT）に関するメタアナリ

シスでは、適切な隠蔽と結果評価の盲検化を伴うすべての RCT を含めた 16 文献で SMD: -0.48 [95%CI: -0.63～ to -0.33]とされ CBT のレビューと同等の効果が報告されている（So,et al,2013)。周産期における CBT の本レビューでも同等の効果があり、周産期のメンタルヘルスにおける CBT は期待できる。

また、本レビューは妊娠期に介入を開始しているものに限定している。産後うつ病のリスク因子は、精神疾患の既往、妊娠中のうつ症状や不安、ソーシャルサポートとされており (Milgrom et al., 2008)、妊娠中のうつ病のリスク因子は、妊娠中の不安、ライフイベント、うつ病の既往、ソーシャルサポートの不足、予期しない妊娠、低い教育歴等があげられる(Lancaster et al., 2010)ことから、妊娠期にスクリーニングし介入を開始する意義が高いからである。今回の結果から、妊娠期に介入することの有効性も明らかとなった。ただし、本研究に含まれた 7 件の SR は AMSTAR2 を用いたバイアスの評価は 1 件のみが High で、3 件が Low、3 件が Critically low と判断された。また、包含した SR 全てでエビデンスの確実性の評価がされていなかった。そのため、今後の研究によって効果推定値に対する確実性が変わる可能性も念頭に置き、本研究の結果を用いる場合は注意して扱う必要がある。

２．CBT の実践内容と方法

介入方法においても、セラピスト、介入回数、介入期間、形態は様々であった。一般的な CBT は、セッション時間やセッション回数は、クライアントの状況によるが、1 回の面談は 30 分～1 時間程度、回数は 6 回～16 回、全体的な治療は 3 か月～1 年程度とされている（国立精神・神経医療研究センター　認知行動療法センター,2019)。そして、治療効果は集団よりも個人の方が高いこと（Sockol,Epperson & Barber,2011）、しかし集団での介入も効果が認められたこと (Scope et al., 2013)、予防のために実施された介入セッション数は 3 回～12 回で、介入のセッション数と効果の大きさに明らかな関連は認めなかったという報告もある（Sockol,2015)。全妊婦やハイリスク群に対する予防という観点の介入は、少ない回数やグループでも効果があることが分かっており、各産科施設の状況に応じて現実的な方法を模索していくとともに、さらに研究の蓄積が必要である。また、CBT の介入はまず対話スキルが重要とされており安全・安心な環境をつくることが土台として必要となる（堀越, 2015)。対話スキルトレーニング、CBT に関する教育の充実が重要と考える。

E. 結論

妊娠中から CBT を実施することで産後うつ病や不安症の予防効果が得られるのかオーバービューレビューを実施し、SR 7 件が適合した。精神療法の中で CBT は最も一般的であり、周産期におけるうつ病や不安においても効果があること示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

【引用文献】

Cluxton-Keller, F., & Bruce, M. L. (2018). Clinical effectiveness of family therapeutic interventions in the prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. PloS One, 13(6), e0198730.

Cuijpers.P., Berking .M., Andersson G., Quigley L., Kleiboer A & Dobson.S.K.(2013). Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. Can J Psychiatry,58(7):376-85.

Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions

for preventing postpartum depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (2):CD001134.

上岡　洋晴，折笠　秀樹，& 津谷　喜一郎，(2018).「AMSTAR 2：ヘルスケア介入のランダム化または非ランダム化研究あるいは両方を含むシステマティック・レビューのための厳密な評価ツール」の紹介と解説．薬理と治療, *46*(11), 1785-1796.

国立精神・神経医療研究センター　認知行動療法センター（2019）.平成 31 年度認知行動療法ベーシック研修.

Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202(1), 5-14.

Li, C., Sun, X., Li, Q., Sun, Q., Wu, B., & Duan, D. (2020). Role of psychotherapy on antenatal depression, anxiety, and maternal quality of life: A meta-analysis. Medicine, 99(27), e20947.

Lieberman, K., Le, H.& Perry, D. F. (2014). A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers. Journal of Adolescence, 37(8), 1227e1235.

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. Journal of Affective Disorders, 108(1-2), 147-157.

National institute for Health and Care Excellence guidelines. https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines（2021 年 3 月 30 日接続）

O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M. L., Coppola, E., & Gaynes, B. N. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: Evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA: Journal of the American Medical Association, 321(6), 588-601.

堀越勝（2015）ケアする人の対話スキル ABCD. 日本看護協会出版,東京.

Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. Clinical Psychology Review, 31(5), 839-849.

Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2013). Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 33(8), 1205-1217.

Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. Journal of Affective Disorders, 177, 7-21.

So, M., Yamaguchi, S., Hashimoto, S., Sado, M., Furukawa, T. A., & McCrone, P. (2013) . Is computerized CBT really helpful for adult depression? -A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. BMC Psychiatry, 13, 113.

Yasuma, N., Narita, Z., Sasaki, N., Obikane, E., Sekiya, J., Inagawa, T.,Nakajima,A.,Tamada,Y.,Ymazaki,R.,Matunaga,A.,Saitoh,T.,Watanabe,K.,Imamura,K.,Kawakami,N & Nishi, D. (2020). Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 273, 231-239.

表1　組み入れ文献

著者、年	タイトル
Li C et al,2020	Role of psychotherapy on antenatal depression, anxiety, and maternal quality of life: A meta-analysis
Yasuma N et al,2020	Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis
O'Connor et al,2019	Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force
Fallon C.K & MarthaL.B, 2018	Clinical effectiveness of family therapeutic interventions in the prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis
Lieberman et al, 2014	A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers
Sockol et al,2013	Preventing postpartum depression: a meta-analytic review
Dennis & Dowswell, 2013	Psychosocial and psychological interventions for preventingpostpartum depression (Review)

表 2 AMSTAR2　チェックリスト

1. リサーチ・クエスチョンと組入れ基準にPICO の要素を含めたか？
2. レビュー実施前にその方法を決定したことを明示，重大な計画変更があれば正当な理由を示したか？
3. レビューに組入れる際の研究デザインの選択基準について説明したか？
4. 網羅的な文献検索の手法を用いたか？
5. 複数人で研究選択を行ったか？
6. 複数人でデータ抽出を行ったか？
7. 除外した研究のリストを提示し，その除外が正当である理由を示したか？
8. 組入れた研究を十分詳細に記述したか？
9. 各研究のバイアスリスク評価に際し，満足のいく手法を用いたか？
10. レビューに組入れた研究に対する資金源を報告したか？
11. メタ分析が行われた場合，結果の統計的併合において適正な方法を用いたか？
12. メタ分析が行われた場合，各研究のバイアスリスクがメタ分析や他の統合結果に与える影響について評価したか？
13. レビュー結果の解釈や考察をする際にバイアスリスクを考慮したか？
14. レビュー結果にみられるいかなる異質性に対しても，満足のいく説明や考察を行ったか？
15. 量的な統合がなされた場合，出版バイアスについて十分な検討，およびレビュー結果に与える影響の可能性を考察したか？
16. レビュー実施に際して受領した財源を含め，考えられる利益相反について報告したか？

表3　論文の質評価

著者，年号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	合計
Li C et al,2020	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	No	8
Yasuma N et al,2020	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	14
O'Connor et al,2019	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	No	No	Yes	Yes	12
Fallon C.K, MarthaL.B,2018	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	12
Lieberman et al, 2014	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No meta	No meta	Yes	Yes	No meta	No	12
Sockol et al,2013	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	No	No	Yes	No	No	6
Dennis, 2013	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	16

表４　SRsの概要

著者、年	研究デザイン	対象者	介入方法	対照群の介入方法	アウトカム	評価尺度	評価時期	結果	risk of bias評価	GDRADE評価
Li C et al,2020	22の研究 (17のRCTs, 5つのcontrolled clinical trials)、妊婦2,146名 その内13件が CBTを評価し 1,339名の妊婦が含まれた(1,242名がRCTs＋97名が observational study)	妊娠中の女性	CBTを含む妊娠中のうつ病、不安症、妊娠生活のQOLに関する心理療法 3件はインターネットによるセッションを1-12回実施	通常ケア	妊娠中のうつ病、不安症、生活の質の変化	うつ病：EPDS＝7、BDI=3、self-efficacy questionnaire=1、severity of depression scale=1、depression inventory scale=1 不安症：GAD=2、BAI=2、STAI=1、pregnancy anxiety scale=1, IPS=1	妊娠14週から40週	うつ病： Hedges's g= -0.480, 95%CI -0.762 ― 0.198 (I2=39%)	Cochrane risk of bias tool for therandomized controlled trials にて評価。 研究の質が低いものが含まれる	なし
Yasuma N et al,2020	18件のRCT、7,416名の女性で10 CB-based tria	18歳以上の妊婦	10件がCB-base、4件が心理教育、 2件がマインドフルネス、2件がIPT	心理療法を含まない通常ケア	妊娠中・産後のうつ病	EPDS=3、BDI-II=3、CES-D=1、LQ=1、PHQ-9=1、SCID-I=1	記載なし	妊娠中： SMD: 0.53, 95%CI=0.13-0.94 (I2=85%) 産後： SMD: 0.45, 95%CI: -0.03-0.92 (I2=90%)	Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Biasにて評価。 2件がアウトカム評価時の盲検化でlow risk 14件がランダム化でlow risk評価	なし
O'Connor et al,2019	50件(49のRCTsと1件はランダム化されていない介入研究), 22,385名の女性	妊娠中の女性、産後1年以内の母親	周産期のうつ病予防のためのカウンセリング （CBT、IPT、心理教育やピアメンタリング）	通常ケア、 介入なし（積極的な介入は除外）	うつ病の診断、 母親の健康の転帰、 出産の転帰 新生児・子どもの転帰、その他の有害事象	うつ病の発生率=4 うつ病の有病率=2 カットオフの組み合わせ(LO=1、BDI=1)	産後6週から52週間	RR=0.61、 95%CI: 0.47-0.78、 (I2=39.09%)	報告なし	なし
Fallon C.K & MarthaL.B, 2018	7件のRCTs (RCTs=5、cluster RCTs=2)、801名の	子どもと女性（妊娠中から産後６ヶ月以内）、少なくとも1名の成人家族（パートナー、配偶者、父祖母、兄弟）	グループによる家族療法 4件はCBTを含む問題解決スキル	通常ケア	女性のうつ症状	うつ症状	介入後	CBTのみ SMD(95%CI) -0.080（-0.663-0.503) -0.116(-0.434-0.203) -0.095(-0.300-0.111 0.018(-0.655-0.690)	7件の70-80%は low risk	なし
Lieberman et al, 2014	9件 (治療=1、予防=7、予防と介入=1) 前後研究=2: 治療は 成人108名 、 7件のRCTsと前後研究: 予防は737名の成人	CBTの対象：47名の周産期のうつ病をもつ社会的経済的地位が低い少数民族のインド系アメリカ人の妊婦	低所得と少数民族に焦点を当てた周産期のうつ病の予防と治療	通常ケアなど 研究により異なる CBTは在宅ベースプログラムを実施。うつ病のコーピングスキルは含まない	うつ病の改善	CES-D	記載なし	介入群と対照群でうつ病の発生に差はみられなかった。 CBTで介入した対象者全員のうつ病の重症化予防には効果がみられた。効果量は0.05-0.22。	Jadad Scaleを用いて評価:4件が1点, 2件が 2点, 3件が3点	なし
Sockol et al,2013	37 trials （35 RCTs and 2 quasi-RCT）；10 trial	妊婦もしくは褥婦	18件の試験 :CBTの10件の試験を含む治療、ソーシャルサポート６件、修正ケア６件、教育３件、サプリメント2件、ADMノルトリプチリン１件、ADMセルトラリン１件、内分泌１件	通常ケア 教育 プラセボ	うつ症状	EPDS MINI SADS BDI-Ⅱ MMS	産後1ヵ月から6ヵ月の間	CBT含むもののみ Hedges'g: 0.23, 95%CI: 0.00-0.46	12項目について 評価研究	なし
Dennis &Dowswell, 2013	28件のRCTs（女性17,000人）；CBT trial 1件	妊娠中および産後の6週未満の女性	心理教育、CBT、IPTなど 様々な非薬物的介入 ：CBTは1件	通常ケア	産後うつ病	BDI–II major depressive episodes (Mood Screener)	産後３週間から24週	RR=0.74, 95% CI 0.29-1.88	bias tool を用いて評価:ほとんどの研究はlow riskの評価。 6件は追跡率は80%未満であり、バイアスがhigt riskと評価	なし

別紙３

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

看護領域における適用戦略の検討
看護師の精神疾患への認知行動療法の質の確保

研究分担者　岡田　佳詠　　国際医療福祉大学成田看護学部　教授

研究要旨
2020 年度は、看護領域における適用戦略の検討に必要な看護師の認知行動療法（CBT）の効果と実践の質の確保に関する文献レビューを行った。2005 年 1 月～2015 年 9 月の国外の看護師が実施した精神疾患への CBT 効果研究についてデータベースより 564 件を抽出、選定・除外基準に合う 24 論文の研究の概観し、さらにうつ病・不安症に対する看護師のみによる CBT 効果研究 5 論文の効果と実践の質の確保、研究の質を検討した。結果、在宅高齢者へのうつ病発症の予防効果および介入前・中の CBT の質の確保は示唆されたが、介入中の質の確保は十分ではなかった。今後も継続的に、看護師による CBT の効果と質の確保に関する知見の蓄積は不可欠である。

A. 研究目的

近年、認知行動療法（CBT）の適用範囲が拡大するなか、国内では平成 28 年度診療報酬改定で看護師と医師が共同で実施した場合も算定可能となり、看護師の CBT 実践の質の確保が課題となっている。実践の質とは、看護師が診療報酬上の算定を満たす基準に達する範囲のみならず、看護の臨床現場で個別の対象に最適な CBT を提供できるまでの看護の特徴を踏まえた広範囲の実践能力を表す。この質の確保のためには、教育研修やスーパービジョン（SV）による知識・スキル向上が重要である。

研修や SV について、国外では、すでに英国が 1972 年に看護師を含む精神保健専門家を対象に行動療法セラピストの養成をはじめ（Gournay ら, 2000)、オーストラリアでも看護師への行動療法の訓練プログラムが実施・検討されている（Allen ら, 2000)。国内でも厚生労働省 CBT 研修事業では、医師のみならず看護師に対しても CBT の 2 日間研修および構造化面接への SV の実施、さらに看護の臨床事例に対するグループ SV の実施と評価も始まり（岡田，2015)、看護師の CBT 実践力の向上が図られている。しかし、実践の質の確保のための研修・SV の整備に資する看護師の CBT の効果に関する知見は、十分に蓄積されていない。

国外での看護師による CBT の効果研究は、欧米で 1980 年代から始まり、2001 年までにうつ病等の精神疾患とがん等の身体疾患への効果、2006 年頃にはアジア圏でもうつ病への効果が検証されている（岡田，2002，2011)。また英国では、1994 年 1 月から 2005 年 10 月までの統合失調症等の精神疾患への精神保健介入の効果に関する系統的レビューが実施され、精神保健看護師による多様な臨床の場での CBT 等の介入効果が示されている（Curran ら，2006)。しかし、これ以降、国外の看護師による精神疾患への CBT の効果の系統的レビューは見当たらない。国内では、吉永ら（2015）や Yoshinaga ら (2015)の 2015 年 11 月までの精神看護領域の CBT 実践・効果研究の系統的レビューがあり、8 割以上が精神疾患対象だったがランダム化比較試験（RCT）は約 20％で、国外に比べて効果検証が不十分かつ介入開始後の質の確保の記載も少ないと報告している（吉永ら，2015)。今後、国内では看護師の CBT の実践・教育体制の整備が不可欠で、看護師の CBT 実践の質の確保に資する看護師の CBT の効果研究の系統的レビュー

が求められるが、国内での効果研究は先述の吉永ら（2015）が示すように十分なく、国外文献のレビューも英国の Curran らの 2005 年までと限定的で十分な知見は得られていない。

そこで本研究では、国内の看護師の CBT の質を確保するための研修・SV 体制の整備に資する知見を得ることを目的に、2005 年以降に出版された国外の看護師が実施した精神疾患への CBT 効果研究を系統的に抽出し、研究バイアスリスクの低い研究における実践の質の確保について質的に検討した。

ただし、現段階では看護師のみが実施している CBT 研究数は限定的であるため、CBT 実践者に看護師を含む研究を広くレビューし、さらにそこから国内の現状に即して看護師のみが実践したうつ病および不安症を対象とした CBT 研究の実践の質の確保について検討することとした。

B. 研究方法

１）文献抽出方法

データベースは、MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Web of Science を用いた。研究者 1 名が 2015 年 9 月時点で 'nurse'AND ('cbt'OR'cognitive therapy'OR'cognitive behavior therapy')AND('mental disorders'OR'mental illness'OR'psychiatric disorders'OR 'mental health')の検索式を入れ、すべての文献を抽出した。本研究では CBT 実践者に看護師を含む研究を広くレビューするため、2005 年 1 月に遡り、そこから約 10 年の 2015 年 9 月までの出版論文に絞った。選定条件を①CBT 実施者として看護師を含むこと、②統計的分析による介入研究、③対象の主診断が精神疾患であること、除外条件を①CBT 介入方法の記載がないこと、②コメント（Commentary, Opinion）と短報（Letter）とし、再抽出した。抽出後、もう 1 名の研究者が選定・除外条件に合致する論文かを精査し、両名の合意をもって論文を決定した。

次に、それらの論文のなかから、対象者をうつ病・不安症に限定し、かつCBT実施者の職種が看護師のみのものを選出した。各論文から、研究デザイン、目的、対象と特性、CBT実施者である看護師の介入前・中の質の確保方法、実施場所、CBTの介入技法と頻度・形式、評価の測定時点と尺度、介入の結果と考察について、1名の研究者が抽出し、もう1名がそれらの内容を精査し修正した。また各論文の研究の質を、コクランのバイアスリスク（2016)、すなわちRCTではRevised tool to assess risk of bias in randomized trials (RoB 2)に基づき、割り付けの隠蔽や盲検化、アウトカム報告など、また準実験研究・コホート研究ではRisk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions(ROBINS-I tool)の交絡因子、参加者の選定、意図した介入からの逸脱、アウトカム測定や報告等の視点から検討した。バイアスリスクの判定は「Low（低い」「Unclear（一定のバイアスリスクがありうる)」「High（高い)」（相原，2015）を採用した。この結果を踏まえ、各疾患への看護師によるCBTの実践の質の確保について検討した。

３．研究結果

各データベースから抽出された論文は計564件、そのうち 2004 年以前の 165 件と、選定条件・除外条件に合致しない論文 375 件を除外した結果、CBT 実施者として看護師を含む効果研究 24 論文が抽出された。また、そのなかでうつ病・不安症を対象とした 12 論文のうち、看護師のみの実施者の論文は 5 件であった。

１)CBT の実施者として看護師を含む効果研究の概要

対象論文 24 件の出版国はヨーロッパが 17 件（69%)、そのうち英国が 8 件 (32%）と最多だった。対象疾患はうつ病 6 件、不安障害 6 件、統合失調症 5 件、不眠症 3 件、その他 4 件だった。研究デザインは RCT が 14 件（58%）と最多で、CBT の実施形式は個人・集団療法、両方が同程度あり、CBT 実施者は看護師のみが個人・集団療法ともに 11 件（46%)、看護師と協働した職種は心

理職12件（48%）が最多だった。

CBTの質の確保について、介入前は22件（92%）、介入中は14件（56%）に記載があった。そのうち介入前では専門家による研修の受講が16件（48%）と最多で、次いで専門家が作成したプログラムの準備、精神科領域での臨床経験やCBTの実践経験だった。介入中は専門家によるSVが14件（64%）と最多で、次いでセッション内容の録音が7件（32%）だった。録音されたセッションは、マニュアルへのアドヒアランス、Cognitive Therapy Rating Scale （CTRS; Young & Beck,1980）により評価された。スーパーバイザー（S-visor）は職種等の記載がある14件（56%）のうち、臨床心理士が6件（24%）で最多だった（表6）。看護職のS-visorは高度精神看護師と精神保健看護師で4件（16%）、精神科医は3件（12%）だった。しかしSVの頻度の記載は3件（12%）のみで、セッション毎、週または月単位での実施だった。

２）うつ病・不安症対象の看護師のみの CBT 実践の質の確保

現在国内で診療報酬化され、看護師の CBT 実践の質の確保が急務のうつ病と不安症を取り上げる。うつ病・不安症対象で、CBT 実施者が多職種で看護師を含む論文は 12 件で、そのなかから CBT 実施者が看護師に限定した論文 5 件を選定し、CBT の質の確保について検討した。

（１）うつ病への CBT 実践の質の確保

うつ状態の改善と予防のための効果研究は3件で、RCT、準実験研究、後ろ向きコホートが各1件だった。対象者は 18～75 歳以上、重症度は軽度から重度と幅広かった。介入は、個人か集団または集団と個人の併用で、実施場所は外来、在宅、入院で各1件だった。CBT の介入頻度は、外来の集団で 15 回、在宅は個人 7 回、入院は平日 5 日間連続して集団で実施し（平均在院日数 5.9 日）、その後宿題への個人介入があった。1 回のセッションは外来の集団では週 1 回 1～2 時間、在宅の個人は頻度と時間共に不明で、入院は毎日 1 時間だった。CBT の介入技法は、読書療法後に問題解決技法か認知再構成法、認知再構成法と問題解決技法の両方が用いられていた。対照群として通常ケア群、薬物療法が設定されていた。

次に、各効果研究における効果の概要とCBT実施者である看護師の介入前・中の質の確保方法、また各研究の質について検討した。

Petronella ら（2009）の高齢者のうつ病や不安症の予防に関する RCT では、軽度の抑うつ症状のある在宅高齢者に対して、介入群にはホームケア看護師による読書療法後にセルフヘルプコースを実施、その 3 ヶ月後に、事前の質の確保のための 2 日間のワークショップを受講し、かつ問題解決療法に精通した地域精神看護師が、7 セッションの問題解決療法を行った。介入中の質の確保はセッションの録音と毎月の SV だった。結果、12 ヶ月時点でのうつ病発症率が介入群は 11.6%にとどまったが、通常ケア群は 2 倍だった。考察では、CBT はうつ病発症予防に有効だったが、長期効果の持続は評価されず疑問が残ったとの指摘があった。この RCT の場合、Intention to treat 分析がされ、選択的なアウトカム報告のバイアスもみられなかったが、ランダム化を誰がどのような方法で実施したかが明確ではなく、対象者と CBT 実施者、測定者への割り付けの盲検化に関する記載も見当たらない点から、一定のバイアスリスクはありうると判定された。

Chetty & Hoque（2013）の準実験研究は、外来での集団CBTで高度実践看護師が精神科看護師の補助のもとで、Verona Gordon (1988)の Women’s Workbook と Facilitator’s Manual を使用し、認知再構成法と問題解決技法を実施した。6週間後、介入群はBDI得点が減少、統制群は増加したが有意差はなかった。しかし12週間後、介入群は統制群よりもBDI得点が有意に減少、グループ内比較でも有意差があった。高度実践看護師による集団CBTがうつ病の薬物療法への補助として有効だったと考察されたが、介入中の質の確保に関する記載はなかった。また研究の質の点では、便宜的サンプリングを用い、研究に興味を示した対象者を選定したこと

などから偏りがあった可能性は否めず、交絡因子の検討もされていなかったことから、一定のバイアスリスクはありうると判定された。

Forsythら（2010）の入院うつ病患者へのコホート研究では、平均入院期間5.9日の中で、数年CBTの指導歴のある高度実践看護師 が集団CBTを毎回1時間、計5日間実施し、CBT研修と高度実践看護師からの指導も受けた病棟看護師が宿題を確認した。結果、Automatic Thought Questionnaire Positive/Negative(ATQ-P/N;Ingramら,1988）によるネガティブ・ポジティブ思考、Beck Depression Inventory-Ⅱ（BDI-Ⅱ; Beckら，1996）による抑うつ症状も入院時と比べて退院時に有意に改善した。集団CBTがネガティブ思考に影響を与え認知再構成に役立ったこと、高度実践看護師が集団CBTで介入し、病棟看護師が患者個人の目標に沿って日々の看護にCBTを導入した構造化が効果的だったこと、高度実践看護師が多職種・看護職間の連携の橋渡しになったことが報告された。しかし、高度実践看護師の介入中の質の確保は記載がなかった。また研究の質は、便宜的サンプリングで、対象者は2年間の入院患者でかつATQ-P/NとBDI-Ⅱの測定がされたものに限定されていたこと、薬物療法の実施と効果は考慮されておらず、他の交絡因子も検討されなかったことから、バイアスリスクは高いと判定される。

以上、うつ病への看護師によるCBTの効果について、在宅高齢者へのうつ病発症の予防効果は一定のバイアスリスクを含むものの示され、その際の質の確保として、介入前の問題解決技法の習熟やワークショップへの参加、また介入中のセッションの録音と毎月のSVが有効である可能性が示された。しかし、外来・入院のうつ病患者への効果は研究デザインや研究の質などに課題が多いことから十分示されず、そのなかでの実践の質の確保も、介入前は一定のマニュアル使用や研修の受講はあるものの、介入中の記載はなかった。

（2）不安症への CBT 実践の質の確保

不安症への効果研究は準実験研究 2 件で、いずれも対照群は設定されてなかった。介入形式は、集団のみか集団と必要に応じて個人、実施場所は外来だった。CBT のセッション数は 4 回以上、1 回のセッション時間は 90～120 分、セッション頻度は週 1 回か不明だった。介入技法は両研究で、心理教育、曝露法、認知再構成法が実施され、その他、段階的課題タスク、リラクセーション、呼吸法、行動実験があった。

次に、各研究における効果の概要と CBT 実施者の介入前・中の質の確保方法、また各研究の質について検討した。

Bowen ら（2006）の外来パニック障害患者に対する CBT と個人の信仰との関係に関する研究では、CBT 経験 5 年の看護セラピストがオープン形式の集団 CBT で曝露法やリラクセーションなどを行い、また必要に応じて個人 CBT を行った結果、信仰を最重要と感じる人は不安と恐怖症状、ストレス認知が改善した。しかし介入中の信仰の扱い方が不明で、CBT 実施者の事前研修や介入中の質の確保も記載がなかった。研究の質は、初回のデータ収集担当者と、6・12 ヶ月時点の担当者を独立させてはいたが、対象者の募集方法が明確でないこと、介入中の薬物療法のデータ収集もされなかったことから、一定のバイアスリスクがありえると判定された。

Houghton＆Saxon（2007）は、外来の不安症患者に対して、CBT 研修を受講し不安症への CBT 経験のある看護師が、心理教育、段階的課題タスク、曝露法等による短期集団 CBT と希望による個人 CBT を行った。結果、臨床症状の改善と CBT への満足感が得られた。CBT の専門家ではなかった看護師が、研修受講により CBT を実施することは可能だったが、介入中の質の確保は記載がなかった。また研究の質は、CBT 介入までの対象者の待機時間に差があり、この間の他の教育的介入などの影響は否めないこと、患者のセッションへの参加回数および質問紙への回答にばらつきがあることから、バイアスリスクは高いと判定された。

以上から、不安症に対する看護師によるCBTの効果は、研究デザインや研究の質などを考慮すると十分示されておらず、介入前の実践の質の確保は、CBTの経験や研修受講の点では確認できるが、介入中の質の確保は記載がなかった。

４．考察

１）CBT実施者に看護師を含む効果研究の概要及び実践の質の確保

対象論文24件の約70%がヨーロッパで、特に英国が32%と最多だった理由は、2008年に英国で導入されたImproving Access to Psychological Therapies（IAPT）で多くの精神保健看護師がCBTセラピストとして養成され、認定された半数以上が看護師だった点（Robinson ら,2012）を考慮すると、エビデンスの質の高いRCTの介入者として看護師が入るのは当然の結果といえる。

RCTが全体の58%を占めた点は、岡田(2002)の2001年までの国外の研究論文レビューでRCTが約24%だった点と比べると確実に増加し、国外でのエビデンスレベルの向上と蓄積が示唆される。一方国内は吉永ら（2015）がRCTは20%程度と指摘しており、その差は歴然である。今後、国内の看護師によるRCTの実施とエビデンスの蓄積が急がれる。

看護師のみによるCBTの実施は個人・集団療法共にあるものの、46%と半数弱だった点は、吉永ら（2015）と共通するが、Curran ら（2006）は37%とむしろ少なく、英国では看護師のみよりもチームの一員としてCBTを含む精神保健介入の効果研究に参入する傾向が伺える。これは先述のGournay ら（2000）が示すように、英国でのセラピスト養成の歴史が40年以上あるなか、看護師も他の精神保健専門家同様に訓練を受けてきた背景が関係するだろう。Gournay ら（2000）はそのなかでも精神保健看護師は有効な介入ができると述べているが、同時に、国内では昨今、チーム医療の推進が強調され、多職種チームの効果研究の推進が不可欠なことから、今後、看護師を含む多職種チームでのCBT介入の効果も系統的にレビューする必要があろう。

CBTの質の確保の方法は、24件の対象論文全体では、介入前は約9割、介入中は約5割に記載があり、介入中のSVも約6割、セッションの録音も約3割で実施、CTRS測定も行われていた。このようなSVによるCBTの質の確保は、国外では研究のみならず、臨床においても当然のごとく行われている。Gournay ら（2000）は、英国のNurse Behavior Therapists対象の調査で、SVを42%が月1回、26%が2週に1回は受け、全く受けていない者は4%未満であり、SVの重要性はさらに増していると指摘している。一方、国内では、吉永ら（2015）が効果研究での質の確保について、介入前は約6割、介入中は約3割弱しか記載がなく、特に介入中のSVと介入内容の確認は不明であると指摘しており、国外とのSVの事情は大きく異なる。今後、国内での看護師のCBTの質の確保は、研究・臨床上ともに、CBT介入前の研修受講に加えて、熟練したS-visorによるSV、また介入中のセッション録音による内容確認、さらにCTRS等を用いたスキル評価の体制整備が重要と考える。

対象論文では、S-visorの多くは臨床心理士、次いで看護師、精神科医で、これも国内の事情とは異なる。臨床心理士が多いのは、英国や米国の場合、心理職を養成する大学院時代から修了以降もSVを受け、CBTの実践経験を積む土壌があり、CBTの質の保証がされている（丹野ら, 2011；堀越ら, 2016）ことが関連するといえる。一方、国内では2011年より厚労省CBT研修事業が開始され、当初は診療報酬を請求できる医師を対象にSVを導入した研修が実施されたため（田島、2016）、S-visorも医師が大半を占める。CBTの質の確保を第一に考えれば、職種にかかわらず、CBTに習熟した者がS-visorになることが望ましい。しかし、各職種の特性や臨床のマンパワー等の状況も考慮すると、今後、国内の看護師や心理職のCBTの質の確保のために、看護師や心理職のS-visorの積極的な養成も必要であろう。

２）うつ病・不安症への看護師によるCBT実践

の質の確保

うつ病への看護師による CBT の効果研究の検討から、軽度抑うつ症状の在宅高齢者に対して、実践の質の確保という点から、事前に研修受講し問題解決療法に精通した地域精神看護師が、SV を受けながら問題解決療法を実施したことにより、うつ病発症率を抑えられる可能性は示唆される。国内では、高齢化社会に直面するなか、高齢者のうつ病発症の予防対策は不可欠で、今後訪問看護師による在宅高齢者への効果的な介入の検討が必要である。そのための一対策として、Petronella ら (2009) の研究は参考にできるだろう。例えば、CBT 実践の質の確保の点から、事前に研修受講し、専門家による SV を受けるという条件のもと、訪問看護師が、読書療法と問題解決療法で構成された CBT プログラムを高齢者の自宅で実施することは可能と考える。しかし、バイアスリスクを考慮した上での慎重な導入が必要である。

一方、外来や入院の集団CBTについては、研究デザインや研究の質などに多くの課題があることから、看護師によるCBTの効果は十分示されず、実践の質の確保も、介入前のみの記載で、介入中はなかった。よって、実践の質の確保について参考にはできない。しかし、Chetty & Hoque（2013）とForsythら（2010）共に、外来あるいは入院病棟において、高度精神看護師とその他の看護師間でのCBT実践上の指導体制および協働についての方法は、国内の臨床現場でも参考にできるだろう。

不安症への看護師による CBT の効果も、準実験研究のみで、研究の質もバイアスリスクの存在から十分示されず、実践の質の確保も、介入前の CBT の経験や研修受講が確認できたのみで、介入中の質の確保は記載がなかった。このことから、実践の質の確保について参考にすることができない。しかし、Houghton＆Saxon（2007）の研究では、CBT の専門家ではなかった看護師が研修受講と経験を積むことで CBT の実施を可能とした点で、今後、国内の外来不安症患者への看護師による CBT の実施にあたり、質の確保の点で示唆を得られたと考えられる。

３）本研究の限界と課題

本研究では系統的質的レビューを実施したが、PRISMA チェックリスト（2009）と照らしてみると、データ抽出段階で 2 名の研究者による独立した論文抽出ができていないこと、各効果研究のバイアスリスクの評価も複数での結果から判定されていない点で限界があるため、結果の解釈の際に考慮する必要がある。またこれらの課題を踏まえ、今後、本研究の対象論文以降に出版された効果研究とそのなかの CBT 実践の質の確保についても継続検討することが、国内の看護師による CBT 実践の質の確保のための研修・SV 体制の整備において重要と考えられる。

E．結論

本研究では、看護師のCBTの実践の質の確保のための研修・SV体制の整備に資する知見を得ることを目的に、国外の看護師が実施した精神疾患へのCBT効果研究を系統的に抽出、バイアスリスクの低い研究の実践の質の確保について質的に検討した。結果、在宅高齢者へのうつ病発症の予防効果は示唆され、介入前・中の質の確保の有効性は示唆されたが、介入中の質の確保の記載は十分ではなかった。今後も、看護師によるCBTの効果と実践の質の確保に関する知見の蓄積は不可欠である。

F．健康危険情報

特になし

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

G．研究発表

1.　論文発表

岡田佳詠・中村優美：看護師の精神疾患への認知行動療法の質の確保―国外の系統的質的文献レビューから―認知療法研究、14巻1号、65-75、2021

岡田佳詠・吉永尚紀・國方弘子・中村聡美・中川敦夫・抱井尚子：エビデンスを『つくる』『つた

える』『つかう』－量的・質的・混合研究法の課題―、、14巻1号、1-10、2021

2. 学会発表

森内加奈恵・岡田佳詠：双極性障害の再発予防に関する精神科急性期病棟の看護師の認識、日本精神保健看護学会第30回学術集会･総会（福岡、WEB開催、令和2年8月20日～9月19日）、日本精神保健看護学会第30回学術集会・総会プログラム・抄録集、49、2020

天野敏江・岡田佳詠：重い精神障害をもつ人を支援する精神科訪問看護のための教育プログラムの作成と評価、日本精神保健看護学会第30回学術集会・総会（福岡、WEB開催、令和2年8月20日～9月19日）、日本精神保健看護学会第30回学術集会・総会　プログラム・抄録集、123

H．知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）

1. 特許取得

引用文献

相原守夫　2015　診療ガイドラインのためのGRAD システム　第 2 版.　凸版メディア株式会社.

Allen,K.,Tolchard,B.,&Battersby.M.2000 Behavioural psychotherapy training for nurses in Australia: a pilot program. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing,9(2),75-81.

Beck, A.T.,Steer,R.A., & Brown,G.K. 1996 Manual for the BDI-Ⅱ.San Antonio,TX: The Psychological Corporation.

Bowen,R.,Baetz,M.,&D'Arcy,C. 2006 Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. Depression and Anxiety,23(5),266-73.

Chetty,D.,&Hoque,M.E. 2013 Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-natal, South Africa.African Journal of Psychiatry, 16(1),29-34.

Curran,J.,& Brooker,C. 2006 Systematic review of interventions deliverd by UK mental health nurses.International Journal of Nursing Studies,44,479-509.

Forsyth,D.M.,Poppe,K.,Nash,V.,Alarcon,R.D.,&Kung,S. 2010　Measuring changes in negative and positive thinking in patients with depression.Perspectives in Psychiatric Care,46(4),257-265.

Gournay.K.,Denford,L.,Parr.,A.M., &Newell,R. 2000 British nurses in behavioural psychotherapy: a 25-year follow-up. Journal of Advanced Nursing,32(2),343-351.

堀越勝・河村寛子 2016　Ⅱ　米国のコメディカルスタッフによる CBT の実践と訓練について　精神医療におけるコメディカルスタッフの認知行動療法実施の現状および今後の教育体制. 認知療法研究，9(2), 136-138.

Houghton,S.,&Saxon,D. 2007 An evaluation of large group CBT psycho-education for anxiety disorders delivered in routine practice.Patient Education and Counseling,68(1),107-110.

Ingram,R.E.,& Wisnicki,K.S.1988 Assessment of positive cognition.Journal of Consulting and Clinical Psychology,56,898-902.

岡田佳詠　2002　看護師の認知療法に関する英語圏の研究の動向: 有効性に関する研究を中心に．日本精神保健看護学会誌, 11(1), 1-9.

岡田佳詠　2011　看護師のうつ病患者への認知行動療法の効果．日本精神保健看護学会誌, 20(1), 62－65.

岡田佳詠 2015 看護師の認知行動療法実践者の養成のための教育プログラムの開発．公益財団法人三菱財団　事業・研究報告書　2014, 116.

Petronella,J.,Harm,W.J.,Patricia van Oppen,Hein,P.J., Henriëtte E.,Pim C.,Filip S.,&Aartjan,T.F.B. 2009 Stepped-care prevention of anxiety and depression in late lifeA randomized controlled trial. Archives of General Psychiatry, 66(3), 297-304.

PRISMA チェックリスト 2009 http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%20Japanese%20checklist.pdf

Revised Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0)2016. https://www.riskofbias.info/welcome/rob-2-0-tool/archive-rob-2-0-2016

ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions https://www.bmj.com/content/355/bmj.i4919

Robinson, S.,Kellett,S.King,I,&Keating,V. 2012 Role Transition from Mental Health Nurse to IAPT High Intensity Psychological Therapist,Behavioural and Cognitive Psychotheprapy,40,351-366.

田島美幸 2016 厚生労働省認知行動療法研修事業における研修システムについて（第 15 回日本認知療法学会シンポジウム）スーパービジョンを活用した認知行動療法の研修システム,認知療法研究,9(2), 89-91.

丹野義彦・奥村泰之・上野真弓・高野慶輔・星野貴俊・飯島雄大・小林正法・林明明・磯村昇太 2011 特集：コメディカルが実施する認知行動療法 心理師が実施するうつ病への認知行動療法は効果があるか―系統的文献レビューによるメタ分析―, 認知療法研究, 4(1), 8-15.

吉永尚紀・野崎章子・宇野澤輝美枝・浦尾悠子・林佑太・清水栄司 2015 日本の看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向: 系統的文献レビュー.不安症研究,6(2),100-112.

Yoshinaga, N.,Nosaki, A, Hayashi,Y.,Tanoue,H.,Shimizu,E.,Kunilata, H.,Okada,Y.,and Shiraishi,Y. 2015 Cognitive Behavioral Therapy in Psychiatric Nursing in Japan. Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice, http://dx.doi.org/10.1155/2015/529107

Young, J. & Beck,A.T. 1980 Cognitive therapy scale: Rating manual.Cognitive Therapy of Depression, 77-78, 93-98, 167-208

別紙４

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
堀越勝	ふだん使いのCBT-10分間で行う認知・行動介入	髙岸百合子監修翻訳・大江悠樹・牧田潔・蟹江絢子翻訳	ふだん使いのCBT-10分間で行う認知・行動介入	星和書店	東京	2020	1-320
岡田佳詠	4–1気分障害–大うつ病性障害の集団認知行動療法	大野裕・堀越勝監修、田島美幸編	集団認知行動療法の進め方	培風館	東京	2020	70-75
岡田佳詠	ゆるしはどのように看護に活かせるか	秋山美紀・島井哲志・前野隆司編	看護のためのポジティブ心理学	医学書院	東京	2021	200-207

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nakajima A, Kanie A, Ito M, Hirabayashi N, Imamura F, Takebayashi Y, Horikoshi M.	Cognitive Behavioral Therapy Reduces Benzodiazepine Anxiolytics Use in Japanese Patients with Mood and Anxiety Disorders: A Retrospective Observational Study.	Neuropsychiatr Dis Treat.	16	2135-2142	2020
岡田佳詠・中村優美	看護師の精神疾患への認知行動療法の質の確保―国外の系統的質的文献レビューから―	認知療法研究	14巻1号	65-75	2021
岡田佳詠・吉永尚紀・國方弘子・中村聡美・中川敦夫・抱井尚子	エビデンスを『つくる』『つたえる』『つかう』－量的・質的・混合研究法の課題―	認知療法研究	14巻1号	1-10	2021
岡田佳詠	特集１　管理者＆組織で実践できる効果的支援のマネジメント　スタッフのメンタル不調予防と早期介入スキル、仕組みづくり　認知行動療法の視点でとらえる　人間関係の悩みの解決法	看護部長通信	18（2）	2-8	2020

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
研究成果概要

添付資料 A

R2 年度作成　効率認知行動療法マニュアル

研 究 課 題
認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究

課 題 番 号：20GC1016

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
堀越　勝

1.1 SCBTとは

認知行動療法は、うつ病や不安症、強迫症、心的外傷後ストレス障害に適応のある心理療法です。治療の効果を検証した多くの研究があり、世界中で実践されています。幅広い精神疾患への治療効果に加えて、慢性疼痛、服薬アドヒアランスの向上や、禁煙、ダイエット等への効果も証明されています。

一方で、実際の医療現場には、認知行動療法を実践することが困難な様々な状況があります。例えば、認知行動療法は一般的には1つのセッションに40〜50分の時間をかけますが、これだけの時間を取ることが難しい医療現場も多くあります。また、精神科や心療内科では認知行動療法は広く知られ、実践されていますが、他の科で実践されることはまだほとんどありません。しかし、認知行動療法は精神科や心療内科以外の科の様々な問題を解決する力もあります。例えば、整形外科や神経内科領域の慢性疾患や、悪性腫瘍では、慢性的な疼痛が生じることがあります。また、糖尿病や高血圧では、病状をコントロールし合併症を予防するために服薬の継続が必要ですが、服薬アドヒアランスが問題になることがあります。さらに、身体的な疾患を持っていると、不安や抑うつなどの精神症状が生じることも多くあります。認知行動療法は、慢性疼痛や、服薬アドヒアランスの向上、身体疾患に伴う精神症状にも効果が認められています。

SCBT（Streamlined Cognitive Behavioral Therapy）は、認知行動療法の技法をもとに、①短時間で実践でき、②精神科以外の領域でも利用しやすいことを目的として開発されました。従来の認知行動療法に様々な工夫を取り入れることで、心理療法の経験がない医療職者であってもわかりやすく実践しやすい内容になっています。

1.2 SCBTを実践するための工夫

短時間でCBTを実践するために、以下の工夫をしています。

1. 適切な患者の選択
2. こころの仕組み図での統一した整理
3. デバイスの利用

つづく

2. SCBTの学び方

以下の順番で学び、実践していただくことを推奨します。

1. SCBTを実践するための対話のスキル（ケアの対話）を習得する
2. インテークの取り方と概念化（ケースフォーミュレーション）の方法を習得する
3. 各疾患や状態に合わせたマニュアルを習得する

ここでは、まずSCBTを実践するための“対話の方法”について説明します。

3. SCBTを実践するための“ケアの対話”

SCBTは、他の心理療法と同様に、“対話”を用いて治療を行います。この対話は、友達や家族に対して、あるいはビジネスの場で使う日常生活の“対話”とは異なるものです。この特別な対話の方法を、ここでは“ケアの対話”と呼ぶことにします。SCBTを適切に患者に届けるためには、この“ケアの対話”を習得し、実践することが重要です。これはスキル（技術）ですので、誰でも学ぶことができます。
ケアの対話は、次の4つのステップで進めていきます。

1. 対話の目的を確認する
2. 問題を整理する
3. 問題に一緒に取り組む
4. 次につなげ、活かす

このステップで対話を進めることで、問題に焦点を絞り、解決策を考えることができます。一つの問題について解決の仕方を学べると、他の抱えている問題にも応用することができます。
また大事なスキルとして共感スキルとソクラテス式問答法があります。

ステップ1では、以下の2つを行います。

1. 挨拶をする
2. 話題を決める

1. 挨拶をする

当たり前のことのようですが、意識していないと意外に忘れてしまいます。特に初対面の人や、久しぶりに会う患者には、「こんにちは。私は〇〇を専門としている(職種など)〇〇です。よろしくお願いします。」と所属と名前を名乗りましょう。挨拶をすることで、これから協働して問題に取り組んでいくためのスタートラインに、一緒に立っていることを確認します。

2. 話題を決める

必ず、何を話題にするかを一緒に決めてから対話を始めます。
治療に来る患者さんは、治療を受ける立場として、受け身になってしまうことがあります。問題に一緒に取り組んでいくということを知ってもらうことが重要です。また、話題を絞ることで、面談の限られた時間を有効に使うことができます。例えば、「今日の面接時間は30分です。この時間をどのように有効に使うとよいかを、まず一緒に考えたいと思います。何を話題にしましょうか？」と伝えます。

ケアの対話を上手に進めるために、皆さんに学んでもらいたいスキルについて解説します。このスキルは、練習することで身につきます。練習のページを設けていますので、マスターしていきましょう。

1. 協同作業スキル

ケアの対話では、こちらから情報提供やアドバイスを繰り返すのではなく、一緒に問題に取り組んでいく姿勢が重要です。ステップ1では、何を話し合うかを、患者と話し合って決めます。もしこちらから話題を提案するときには、フィードバックをもらうことが重要です。例えば「今日は私としては○○の話をすることが最も△△さんにとって良いかと思うのですが、いかがですか（どう思いますか？）。率直に教えて下さい。」と、伝えましょう。
このスキルは、問題を整理したり、解決していく際も役に立ちます。問題を整理する方法や解決する方法について、患者と話し合いながら進めていきましょう。また、こちらから何かを提案するときには、必ず提案した内容について、患者からフィードバックをもらいましょう。このプロセスを続けることで、患者が治療に主体的になることができますし、良い関係を築いて治療を進めることができます。

2. 共感スキル

ケアの対話では、“キャッチボール”をしている感覚が重要です。相手から投げられたボールは、すぐに投げ返すのではなく、一度しっかりキャッチしましょう。キャッチをして、相手に「ボールをちゃんと受け取りましたよ」というメッセージを伝えることが重要です。
この「ボールをキャッチしましたよ」というメッセージを、ケアの対話では“共感”と呼びます。相手が言葉で伝えようとしてくれたことについて、「しっかり受け取りました」というメッセージを伝えます。このメッセージを伝える上で役に立つのが、“感情”です。人は、自分の感情が相手に伝わったと感じると、メッセージを受け取ってもらえた、理解してもらえたと感じやすいことがわかっています。相手の感情を意識して、その感情を受け取ったことを伝えることが、共感の際に重要です。

つづく

2.1 共感を伝える6つの方法

共感を上手に伝える方法として、次の6つの方法があります。

1. 感情を言葉にする（例：「悲しいですね」）
2.「つまり〜」で言い換える
3. 相手の言葉を繰り返す
4. 2つの感情を言葉にする（葛藤がある場合）
　（例：「A（という感情）とB（という感情）があるのですね」）
5. ノーマライズする
　（例：「○○（という感情）になるのは、多くの人によくあることですよ」）
6. その他の共感スキル：「是認」「承認」「称賛」「ねぎらい」

2.2 共感スキル1 感情を言葉にする

例えば、相手が人前で話すときに、「バカにされるんじゃないかと不安です」と話したとします。
次のように感情を言葉にして伝えると、共感をすることができます。
「たくさんの人の前で話すときに、不安だなという気持ちが出てくるのですね」
「バカにされるのではないかと考えると、とても不安になりますね」
「〇〇と考えると（という状況だと)、△△という感情になりますね」という形式で答えましょう。

感情を言葉にする上で、基本になる感情を理解しておきましょう。
ケアの対話で重要な基本の感情は、悲しみ、不安、怒りの3つです。

何か大切なもの（人や物、価値観など）を失ったと考えたとき、
→悲しみの感情が生じます。

将来のことが分からない、コントロールできないと考えたとき、
→不安の感情が生じます。

思い通りにならない、ルール通りではないと考えたとき、
→怒りの感情が生じます。

つづく

基本の感情を知っていると、相手の話から、感情を推測して、共感をすることができます。例えば、悲しみ、不安、怒りについて、それぞれ以下のように共感できます。

話の内容が、仕事で評価されなかったという内容であれば、何か大切なものを失った（評価される自分）という内容なので、
→「仕事で評価してもらえなかったと考えると、悲しくなりますね。」

話の内容が、自分が今の仕事を続けていけるかどうかという内容であれば、将来のことがわからないという内容なので、
→「今の仕事を続けられるかどうか考えると、不安になりますよね。」

話の内容が、静かにすべきところで大声で話している人がいる、という内容であれば、ルール（ここでは静かに過ごすべきだというルール）通りではないという内容なので、
→「静かに過ごす場所で大声で話しているなんて許せないですね（怒りが沸きますね）。」

もし、感情がわからない場合には、
「〇〇で辛いですね」、「〇〇だと大変ですね」、「○○のことを考えると心配ですね」、と少し広い形で共感することもできます。

2.3 共感スキル2「つまり〜」で言い換える

相手の言ったことを「つまり〜」で言い換える方法です。
「夫の帰宅はいつも深夜です。絶対、浮気してますよね」と相手が話したとします。この発言を言い換えると、例えば、「つまり、帰りが遅いということは外で何かよくないことをしているからだ、とお考えなのですね」と言い換えて伝えることができます。
相手は自分の言ったことを言い換えてもらったことで、「ちゃんと言いたいことをわかってもらえている」と感じます。

つづく

2.4 共感スキル3　相手の言葉を繰り返す

相手の言ったことを、鏡に映すようにそっくりそのまま「〜ですね」と繰り返します。例えば、相手が「昨日上司に怒られて落ち込んでいるんです」と話したとすると、「昨日上司に怒られて落ち込んでいらっしゃるんですね」とそのまま繰り返します。言葉をそっくり繰り返すだけですが、相手には、「私のことをちゃんと聞いてもらっている」ということが伝わります。

2.5 共感スキル4 2つの感情を言葉にする

ケアの場面では、相手が相反する2つの感情を感じている場合もあります。これを、ジレンマ（葛藤）と呼びます。ジレンマがある場合は、どちらか1つの感情ではなく、2つの感情両方を受け止めたことを伝えることが重要です。
「A（という感情）もあるし、（相反する）B（という感情）も感じているのですね」
「Aがある一方で、Bもあるんですね」と伝えます。
例えば、ずっと治療を受けるのを避けてきた人が、「治療を受けたいけれど、大変な治療になるんじゃないかと思って怖いんです」と話す場合、
「治療を受けたいという気持ちと、大変な治療になるのではないかと考えて怖い気持ちと、両方の気持ちがあるのですね」「治療を受けたいという気持ちがある一方で、大変な治療になるのではないかと考えて怖い気持ちもあるのですね」と伝えます。
ケアの場面では、私達はポジティブな面だけを捉えたくなることがあります。上記の例であれば、「治療を受けたい気持ちが出てきたのですね、素晴らしいですね」と伝えたくなることがあります。しかし、片方の感情だけに共感してしまうと、相手は「わかってもらえない」と感じてしまうことが多く、ケアが進まないことに繋がります。

2.6 共感スキル5 ノーマライズする

ノーマライズとは、「同じような状況にあれば、（あなただけではなく）多くの人が同じようになりますよ」と共感する方法です。「自分だけではない」とわかると、それだけで気持ちが楽になることがあります。例えば、「私だけがダメだ」と話す相手には、「そのような状況なら誰でもイライラするものです。あなただけではありませんよ」とノーマライズしてみましょう。

つづく

2.7 共感スキル6 その他の共感スキル：「是認」「称賛」「ねぎらい」

その他に共感を示す方法としては、以下があります。

・是認：相手の行為や考えを支援者自身がよいもの、好感がもてるものとして受けとめる
　例）「あなたはお子さんのことを大切にしているのですね」「お子さん思いのすてきなお父さんですね」
・称賛：言葉でほめる
　例）「～するなんて、すごいですね」
・ねぎらい
　例）「奥様がうつだと大変ですよね。よくやっていらっしゃいますね。今日はご足労いただきありがとうございます」

共感する際には、必ず語尾を下げるようにしましょう。語尾を上げると、質問の形になります。質問の形だと、「わからないので教えて下さい」というメッセージになるので、共感としては機能しなくなります。

2.8 共感できているかを確認する方法

最後に、自分が相手に共感ができているかどうかを確認する方法についてお伝えします。共感の言葉を伝えた後に、相手の反応を確認します。

⇒相手がYesの反応をする場合
　例）「そうなんです」「そうです」「はい」と答える、頷く
　→相手に共感ができていると判断できます。キャッチボールの例でいうと、投げられたボールをしっかりキャッチできているので、投げ返す段階に進めます。質問をしたり、提案をしたり、ケアのステップを進めていきましょう。

⇒相手がButの反応をする場合
　例）「でも」「そうじゃなくて」「いや……」と答える、首を横に振る
　→共感できていないと判断します。この場合は、まだ相手のボールをキャッチできていないので、ケアのステップを先へ進めてはいけません。相手の言葉を受け止められないままケアを進めると、相手は「わかってもらえていない」と感じ、安心して治療者と一緒に問題解決をしていくことができません。

ステップ2では、以下の3つを進めていきます。

1. 話を展開する
2. 問題の焦点を絞る
3. こころの仕組みをとらえ、問題を整理する

1. 話を展開する

ステップ1で話題を決めた後、その話題についてさらに詳しい話を相手から聞きます。相手の話を共感スキルを使いながら聞くと、相手は安心して話すことができるため、自然と詳しく話してくれることが多いです。話を展開するときに、その話について、相手がどのようにその状況を捉えているか、何を感じているか、どんな風にその状況を対処しているのか（対処しようとしているのか）を意識しながら聞くと、話を整理していきやすくなります。

2. 問題の焦点を絞る

ある程度ステップ1で決めた話題についてある程度様子が見えてきたら、問題の焦点をさらに絞っていきます。

3. こころの仕組みをとらえ、問題を整理する

テーマの焦点を絞り込み、何が問題となっているのかを整理します。ここでは、〈こころの仕組み〉という枠組みを使います。

つづく

3.1 こころの仕組みとは

〈こころの仕組み〉は認知行動療法で「認知行動モデル」と呼ばれているものです。強い感情を感じたときのこころの体験（反応）を、「きっかけ（出来事）」「考え」「感情」「からだの反応」「行動」の5つの側面に分けて整理します。
ローマ字表記にするといずれも頭に「K」がつくので、「5つのK」と覚えておくとよいでしょう。もしくはひらがなの頭を取って、「きっかけ・かん・かん・か・こう」と覚えることもできます。

3.2 認知行動モデルを知る

認知行動療法では、「考え」が「感情」「からだ」「行動」に影響を及ぼすと考えます。ある「きっかけ（出来事）」があって悲しくなるとき、悲しい「感情」は出来事そのものによって生じるのではなく、出来事に対する「考え」によって悲しくなる、と考えます。
例えば、友人からメールの返信がないときに、あなたはどう感じますか？「嫌われているんだ」と考えれば悲しくなるかもしれませんが、「忙しいんだな」と考えれば楽な気持ちでいられます。状況そのものが人の感情を動かすわけではなく、どう考えるかによって感じる感情が変わる、という点が重要なポイントです。言い換えると、「考え」や「行動」が変われば、「感情」も変わってくるということです。

・きっかけ（出来事）
・考え
・感情
・身体
・行動

先程の友人からメールの返信がないときの状況をこころの仕組みで整理すると、
・きっかけ（出来事）　友人からメールの返信がない
・考え　友人に嫌われてしまったんだ
・感情　悲しみ
・身体　頭痛
・行動　ベッドに入り横になる
のように整理できます。

つづく

ここでもし考えを、「忙しいんだな」と変えることができると、どうなるでしょうか。

・きっかけ（出来事）　友人からメールの返信がない
・考え　忙しいんだろうな、大変だな
・感情　安心
・身体　特になし
・行動　自分の仕事に集中する

このように、「考え」について相手と一緒に話し合って、変えることができれば、自然と辛い感情や身体の反応について、改善することができます。また後半にお話しますが、考えを変えるときは、無理やりポジティブなものに変えるイメージではなく、様々な情報をしっかり集めて、現実に即した考えにしていく、というイメージです。

同様に、行動を変えることで他のところに変化をつくることもできます。先程の例だと、「ベッドに入り横になる」行動をしていました。横になって気分転換できている場合はいいですが、横になることでいろいろ考えて、さらに落ち込んでしまっているとするとどうでしょう。

ここで違う行動、例えば、「他の友達に電話をして話す」「好きなテレビ番組を見る」といったポジティブな感情を感じられる行動を取れば、その後の気持ちが良いほうに変化する可能性もあります。

ここでお伝えしたいことは、こころの仕組みの5つの側面は繋がっており、どこかの側面が変化することで、他の側面にも影響を及ぼす、ということです。こころの仕組みに整理してみることで、どこが問題なのかを炙り出し、一緒に取り組んでいくことができます。

また、自分のよくあるパターンについても、気づくことができるようになります。

つづく

3.3 こころの仕組みを整理するための質問

きっかけを聞く方法
- 日常生活の中で、症状を悪化させたり、対処に苦労を感じたりする事柄はありますか？
- この問題が発生した頃に、何か重大なことが起こりましたか？
- あなたの健康を損ねるような何か重大な　出来事がありましたか？

考えを聞く方法
- その出来事があったときに、どんなことが思い浮かびましたか？
- その出来事について、あなたが最も恐れていることは何でしょうか？
- その出来事は、あなたにとってどんな意味を持っているのでしょうか？
- その出来事について、いちばん困っていることは何でしょうか？

感情を聞く方法
- その出来事が起こったときにはどんな気持ちになりましたか？
- 最悪なことになったのではないかと思うと、どんなお気持ちになりましたか？
- その出来事は随分あなたを不安にさせているようですが、どうでしょうか？
- その他の共感的なコメント

身体の反応を聞く方法
- その時、からだにはどんな変化がありましたか？
- あなたをいちばん苦しめているからだの症状は何でしょうか？
- ほかにあなたが重要だと思う身体症状　はありますか？

行動を聞く方法
- その出来事が起こった時に、どんなことをされましたか？
- そういう時には、どうやって気分を持ち上げているのですか？」
- 過去に同じような出来事が起こった時、これまでどんなことをなさいましたか？
- その問題のために変えたことというと、どういうことがありますか？

問題を整理できたら、次にその問題に取り組んでいきます。次の順番で問題に取り組みます。

1. どの問題解決スキルが良いか選ぶ
2. 問題解決スキルに取り組む

1 どの問題解決スキルが良いか選ぶ

1.1 考えと行動のどちらに介入するかを考える

認知行動療法にはさまざまな問題解決のためのスキルがあります。それらをどのように使うかは、問題がどのような性質のものか によって使い分けます。

・現実には問題が存在しない場合（または、問題を解決しようがない場合）
　相手の話を聞いていると、相手の状況に現実的な問題があるわけではなく、状況の捉え方の問題、ということがあります。特に落ち込みが酷いときや、不安が強いときは、現実の状況を極端に悪い状況だととらえてしまうことが多いです。
　この場合は、「考え方を変えて現実を受け入れる」ようにします。
　用いる技法：認知再構成、マインドフルネスなど

・現実に問題が存在する場合
　現実に問題が存在し、その問題を解決していかないといけない場合は、「行動を変えて問題の解決に取り組む」ようにします。
　用いる技法：行動活性化、問題解決法など

以下に、こんなときはこういう介入を考える、という例を提示します。

つづく

・「最近、何をやってもダメなんです」
⇒バランスよく考えられるようにする〈認知再構成〉

・「同じことをぐるぐる考えて、抜け出せないんです」
⇒頭の中心にあるものを、横に移動する〈マインドフルネス〉

・「なんだか最近うまくいかないんです」
⇒気分が上向く活動を計画する〈行動活性化〉

・「仕事にどうやって復帰したら良いかわからないんです」
⇒具体的な問題の解決法を探る〈問題解決法〉

・「同僚に対してうまく伝えたいことが伝えられないんです」
⇒対人関係でうまく主張できるようにする〈アサーション〉

・「ずっと緊張していてしんどいんです」「夜寝付けないんです」
⇒身体と気持ちをリラックスさせる〈リラクゼーション〉

・「不安で会議に出られないんです」
⇒回避せずに克服できるようにする〈曝露〉

1.2 考えへの介入1 認知再構成

苦しいな、と感じるときによく頭に浮かんでいる、自分を苦しめている「考え」を見つけます。辛いときは、「考え」の幅が狭くなってしまっていることが多いです。「考え」の幅を広げて、バランスよく考えられるようにする技法が「認知再構成」です。
それにはまず、自分を苦しめる考えに気づいてもらいます。そして、考え直しを行い、バランスのとれた考えにしていきます。
考え直しでは、上手に質問スキルを使う必要があります。

つづく

1.3 考えへの介入2 マインドフルネス

何かにとらわれている状態のときに使います。「今、ここ」へ意識を向けることで、狭まった視野が広がったり、とらわれた考えから少し引いて、全体が視野に入る状態にしたりします。“マインド”を“フル”に使って、とらわれた状態から脱出します。過去や未来にとらわれず、今、ここにある体験に注意を向け、今を十分に味わい、頭に浮かんでくる考えについて、評価をせずありのままに受けとります。

1.4 行動への介入1 行動活性化

「何だか最近うまくいかない」といった活動全般に停滞が見られるような場合に使います。活動計画を自分で立て、計画に沿った生活を試していくことで、気分任せの行動や回避や先延ばしを減らしていくのが「行動活性化」です。
まず「活動モニタリング」で、どのような活動をして1日を過ごしているかを、その活動の「喜び」や「達成感」※も含めて記録します。
次に、「活動スケジューリング」で、「喜び」や「達成感」のある活動を計画の中に組み込みます。
最後に、実際に活動スケジュールに沿って生活してみます。
※達成感は、壮大な事柄の完結という意味ではなく、「ちょっとできた！」という感覚を指します。

1.5 行動への介入2 問題解決法

問題解決法は、主に4つのステップを踏んで問題をシステマティックに解決する方法です。

1）問題を目標に置き換えて再定義し、
2）多種多様な解決策を挙げて、
3）解決策を絞り込み、
4）選んだ解決策を実行して結果を振り返ります問題解決法-1

つづく

まず、1）問題を目標に置き換えて再定義します。「ママ友ができないのが問題」というのであれば、「その問題を目標に置き換えると？」と質問します。すると、「ママ友をつくる」という目標が定まります。
次に、2）多種多様な解決策を挙げます。自分ではやらないような解決策も含めてできるだけたくさん挙げてみます。
さらに、多種多様な解決策の中から、3）解決策を絞り込みます。それぞれの解決策のメリットとデメリットを出してみると選びやすくなります。
最後に、4）選んだ解決策を実行して、その結果を振り返ります。「実行できましたか？」「やってみてどうでしたか？」と質問してフィードバックしてもらいます。もし、実行できなかったり、期待したような結果が得られなかったりしても、労い、「この“実験”から学べる」ということを伝えるようにします。

1.6 行動への介入3 アサーション

アサーションはコミュニケーション・スキルの1つで、上手に主張したり、上手に依頼や断りを伝えるやり方を、それが苦手でうまくできない相談者に練習してもらいます。

アサーション-1

自分と相手への敬意を払いつつ、自分のニーズを示すことです。
アサーティブに主張することで、自分に自信をもち、自分をよく思うことにもつながります。
「あなたが疲れているのもわかっているけど、ちょっと話をきいてもらえると楽になるの」

Iメッセージを使ってリクエストを伝えます。
相手が応えてくれたときの前向きな結果、応えてくれなかったときの否定的な結果を伝える。
「ごはんを炊いてくれると、うれしいわ。ごはんのにおいをかぐとつわりがひどくなるから。」

つづく

相手を尊重し、かつ自分のことも大事にして主張するアサーションには手順があります。
左の例のように、支援者が質問でこの1〜4の手順を誘導するとよいでしょう。また、面談の中でロールプレイも取り入れながらアサーションの練習をしてもらうこともあります。

1）話すのにふさわしい場所や時間を考えます
2）伝えるときには、まず相手の状況・考え・思いへの理解を伝えます
3）次に、自分の状況・考え・思いを伝え、
4）最後に、両者の状況を勘案した提案を述べます

1.7 行動への介入4 リラクセーション

リラクセーション法は、緊張を緩めたり、ストレスを和らげたりする効果があり、様々な方法があります。ここでは深呼吸と漸進的筋弛緩法を紹介します。

・深呼吸
落ち着ける場所で、楽な姿勢で座ります
心配事は少し横に置いておきます
片方の手を胸に、もう片方の手をお腹にあてて、お腹のほうがふくらむように呼吸をします

①鼻から吸ってお腹に空気を入れる
②徐々に口からゆっくりと吐き出す
③吐き終わったら短い間をとる
吐く息を長くゆっくりするのがポイントです

つづく

・漸進的筋弛緩法
力を入れた状態を7〜10秒間維持した後、一気に力を抜き、その状態を15〜20秒保ちます
体の各部分の筋肉に順番に取り組みます
手→腕の内側→腕の外側→ひたい→
目の周辺→あごの付け根の周り→首→
肩→背中→胸→おなか→腰→お尻→
太もも→ふくらはぎ→足の裏
最後に緊張が残っていないかチェック
全身の力が抜けている感じを味わう

1.8 行動への介入5 曝露

曝露療法は強迫症や不安症の治療法の1つで、強い不安や恐怖を感じる刺激や状況にあえて長時間かつ段階的に触れていくことで、その刺激や状況に慣れることを目指す認知行動療法の技法です。
時間が経つと強い不安はその不安の度合いが下がってきます（馴化)。また、不安を感じることをあえて繰り返し行ううちに不安が減ってきます。

曝露を行うときに事前に作成する「不安階層表」は、不安や苦痛を感じる行為を0〜100の点数をつけてリストアップするものです。不安・苦痛が全くない行為は「0」点、最も強いことは「100」点で表します。
点数の低いことから徐々に高い不安を感じることへ曝露を試していきます。

1. ソクラテス式問答法とは

質問には、単に不明な点を聞いて明らかにするだけではなく、質問によって相手に考えるきっかけを与えたり、思い込みに気づかせたり、ある部分を強調して見せたり、暗に方向性を示唆したりといったさまざまな使い道があります。
〈ケアの対話〉では質問を上手に使っていくことが有効です。特にStep3の中の「認知再構成」のなかでよく用いるのが〈質問スキル②ソクラテス式問答法〉です。
数値化、具体化、証拠探し、感情の変化、口癖を拾う、慣用句を探す、比べる、ほかの考え、などのソクラテス式問答法の8方略を質問で明らかにしていけます。
※頭文字を並べて「すぐしかくかくほ」と覚えましょう。

1.1 質問法1 数値化する

数字にして表すことで、状況を客観的に把握しやすくなります。
左の例でいえば、「毎回」という発言に着目して、「“毎回” ということですが、10回中何回くらいなのでしょうか？」と質問してみます。
そうすると、相手は「毎回といっても、10回中10回というわけではないな」と自分の考えの偏りや思い込みなどに気づくこともできます。
主観的な訴えや痛みなどもSUDsや痛みスケールやなどで数値化できます。

1.2 質問法2 具体化する

漠然とした発言などをより詳細に、具体的にするための質問です。
左の例でいえば、「とにかく明るくなりたい」の発言に対して、「もう少し詳しく説明していただけますか？」とたずねたり、相手がより答えやすいように質問するとすれば、「どうすれば “明るくなった” ということがわかるでしょうか？」と「明るい」の意味を具体化していきます。

つづく

1.3 質問法3 証拠を探す

相手に自分の〈考え〉を支持する証拠（事実）を質問をすることで、思い込みや決めつけなどに気づいてもらう質問です。
左の例でいえば、「母乳で育てないと暴力的な子になってしまう」というやや決めつけの発言に対して、「どのようなことから、そうだということがわかるのでしょうか？」とたずねて証拠を挙げてもらいます。「たまたま電車で隣り合ったおばあさんからそう言われた」と相手は答えながら、自分でも「あまり有力な証拠とはいえないな」と気づくかもしれません。

1.4 質問法4 感情の変化する瞬間に注目する

ケアの対話では、感情が変化したとき、つまりムードシフトを敏感にとらえます。
例えば、対話中に相手が涙ぐんだようなときは、「今、涙をこぼされましたが、何が頭に浮かんだのですか？」とその場でたずねて、その時の考えやイメージを聞くようにします。相手は質問に答えることで、自分の考えやイメージを言語化する機会をもつことになります。

1.5 質問法5 口癖を拾う

口癖や決まり文句には背後にパターン化された考えが隠れていることがあります。
左の例でいえば、相手がよく使う「私はやっぱりダメな母親」という発言に着目して、その感情に〈共感スキル〉を使ってから、「あなたは『やっぱりダメな母親』とよくおっしゃっていますが、そう口にされるとき、どんなことが思い浮かびますか？」とたずねてみます。すると、相手は自分が考えがちなパターンに気づくことができるかもしれません。
また口癖は深く考えもせずに口をついて出てくる場合も多いので、相手は質問されることで、口癖の言葉の意味を今一度考えてみたり、もっとぴったりの表現を見つけたりするかもしれません。

つづく

1.6 質問法6 慣用句を探す

例えば、「私はどうせ負け犬なんです」という発言の中にある「負け犬」のように、相手から度々聞かれる慣用句に着目して、「“負け犬”というのはどういう犬なのでしょうね？　その特徴をリストにするとどうなりますか?」と質問してみます。
相手がよく使う慣用句は、決まり文句と同様に、本人の思い込みを暗示する言葉なので、そこに着目して質問します。

1.7 質問法7 比較する

比べてみることを質問で促して、物事を別の視点からとらえ直してもらいます。
左の例でいえば、「強迫性障害が再発したのだと思います。もうおしまいです」という発言に対して、「再発」ということは過去にもあったということに着目して、「過去に同じ問題があった時と今とでは、何が違うでしょうか？　以前にはどのようになさったのでしょうか？」と〈過去〉と〈現在〉を比較する質問をしてみます。

1.8 質問法8 他の考えを探す

ほかの見方ができないかを質問する方法でよく使われるのは、「友人アドバイス」です。
「あなたの友人があなたと同じ問題で苦しんでいたら、どんな助言をしますか？何と声をかけますか？」とたずねてみます。「友人」という別の立場に身を置き換えるだけで物事を別の視点からとらえ直すことができ、意外にすんなりと解決法が浮かんだり、よい対処の仕方を思いついたりする場合があります。
2. 質問法の使い分けについて
ソクラテス式問答法の8方略を対話の状況に応じて使い分けるには、「〈考え〉というパン生地をこねる」イメージを頭に置いておくとよいかもしれません。
パン生地をこねるといえば、ギュッギュッと生地に圧力を加える「押す」と、ビヨーンと「伸ばす」作業が浮かびますね。ギュッと「押す」イメージが、8方略の中の「数値化」「具体化」「感情を追う」です。ある一点を突き詰めて明確化していくこれらの方略は、まさに「押す」イメージです。そして、どこか一点にこだわらずにむしろ考えの幅を広げていこうとするのが、「証拠探し」「口癖を拾う」「比べる」「ほかの考えを探す」などです。視野を周辺にまで広げていくこれらの方略は、ビヨーンと生地を「伸ばす」イメージがしっくりきます。

つづく

例えば、「あれもこれも悩んでいる」と相手が言う場合は、どこかに焦点を絞り込みたいですから、「押す」イメージの「数値化」でそれぞれに点数をつけてもらって序列をつくるといいかもしれません。
「漠然と悩んでいるのです」という発言もぼんやりしていますから、「押す」イメージの「具体化」をしてみるといいでしょう。
あるいは、「この相談者はどうも決めつけているようだな」と感じたら、視野を広くさせるような「伸ばす」イメージの「証拠探し」が有効かもしれません。あるいは「ほかの考えを探す」質問もいいでしょう。
「もうお手上げです」という相手には、その人の過去と比べてみることで、まだお手上げではなかった、できていた昔を思い出してもらうことができそうです。

問題に取り組んだ後は、相手にフィードバックをもらうことがとても大切です。
フィードバックをもらうことで、相手がどの程度理解できたかを把握できますし、理解できていない点を補足することができます。また、相手にまとめてもらうことで、主体的に問題に取り組む意識をもってもらうことができます。

最後のステップは、以下の順番で行います。
1. まとめと振り返りを行う
2. 全体の感想を聞く
3. 次までに取り組むことを考える

1. まとめと振り返りを行う

「今回やったことで、どのようなことを学びましたか」と質問します。

2. 全体の感想を聞く

ここでは、セッション自体の感想を聞きます。「私にもっとこうしてもらいたいと思ったことはありましたか」と聞いて、率直に話してもらい、セッションをより良いものにしたいことを伝えます。

3. 次までに取り組むことを考える

ステップ3で問題に取り組む間に、次までに取り組む課題が見えてくることもあります。その場合は、そこで課題を決めても良いです。
課題を決めたら、どのぐらい実行できそうかを必ず確認しましょう。70%未満であれば、できない可能性が高いです。

ねらい

社交不安症で生じる悪循環について
患者に理解してもらう

社交不安症では、社交場面について、事前に否定的な予測をしてしまいます。自分については、失敗するんじゃないか、声が出なくなるんじゃないか、などです。また、他者については、自分に対して否定的な評価をするんじゃないかと、過度に考えてしまいます。結果的に、社交場面を回避してしまいます。明らかに回避する場合もあれば、社交場面には行くけれども安全行動（発言を控える、目線を合わせない、等）を取って回避する場合もあります。回避をすると、その社交場面で現実的にはどうなるのか（本当は恐れていることは起こらない、起きたとしても対処できる）を評価できなくなり、
さらにその社交場面が怖くなってしまいます。また、出来なかったことについて自己評価も下がり、回避が続くと生活の幅も狭まってしまいます。
大変なことにならないように、常に不安に関係する自分の思考や身体感覚、また他者の行動に気を配っています。例えば、「今自分はうまくしゃべれているだろうか」という考えや、手が震えている、声が震えている等の身体感覚、プレゼンテーションをしているときに少し目を伏せるような観客の仕草、等です。しかしこれは逆効果で、さらに不安が高まってしまい、悪循環に陥ります。
否定的な予測をしてしまう背景には、求められるハードルを高く設定し過ぎてしまうことが挙げられます。自分には能力がない、他者は批判的なものだ、といった信念が影響していることも多いです。

社交不安症のCBTの流れを患者に頭に入れてもらう

社交不安症の悪循環とCBTモデルについて理解した上で、目標設定を行います。認知再構成を学び不安が強くなる悪循環から抜け出す方法を学びます。その後、ビデオフィードバック、現実曝露を行うことで、実際に大丈夫だという感覚を強め、元の生活を取り戻していきます。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
○○さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：今日は認知行動療法の1回目をさせていただきます。

患者さん：はい。

治療者：何を話題にするか決める
15分ほどの間で、社交不安症についてお話させて頂こうと思うのですが、いかがですか？ 解説 1

患者さん：大丈夫です。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？質問はありますか？

患者さん：困りごとについてお話聞いていただきました。

解説 1　もし患者が別の話題を話したい、もしくは○○も話したい、と答えた場合は、改めて15分というセッティングをお伝えし、「今日は○○か社交不安のことどちらかしかお話できません。あなたにとって今日役に立ちそうな方を、選んでください。」と伝え、患者と話し合って話題を決めましょう。

Step 2

問題を整理する

※前回こころの仕組み図はまだ説明していないためスキップ

Step 3

問題に一緒に取り組む

治療者：まず社交不安がなぜ続いてしまうかについて、一般的なことをお話したいと思います。

患者さん：はい。

治療者：（資料1-1を見せながら）まず社交不安がある方は、御自身の人生経験や、親の教えなどから、失敗してはいけないという思いが強かったり、失敗を過度に恐れてしまうことが多いと言われています。もちろん、これには良い側面もあり、このように思うことで成功できた、という体験もあると思います。しかし、社交不安で苦しくなっている場合は、例えば、人前で何かをするときに、「自分はうまくできないだろう」と過度に予想してしまったり、他にも、「うまくいかなかったときに大変なことになるんじゃないか」と、よくない方向に考え過ぎてしまう 解説 2 方もいます。○○さんはそういうことはありますか？ 解説 3

患者さん：声がふるえて、うまくいかないシーンばかり浮かびます。

治療者：そうすると、ちょっと言い間違えるとか、話すはずだったことをたった1つ忘れてしまうとか、そうした些細な失敗にまで過度に目が向いてしまいます。また、「ああ、ドキドキしているな」とか、「呼吸が速くなっている」とか、自分の身体の変化にも過度に注意が向いてしまいます。そうするとどんどん不安になってきて、逃げだしたい衝動に駆られてきます。そういう体験はありますか？

患者さん：心臓が口から飛び出しそうというか、話をしていても、ドキドキしてしまって、もう無理ってなってしまいます。

つづく

治療者

結果的に、例えば発表を早く終えて引っ込んでしまったり、あるいはそういうことが一度あると、できるだけそうした緊張する場を避けるようになります。このように失敗を過度に恐れてそうした場面を避けることが続くと、さらにそういう場所や状況が怖くなってしまったり、「やっぱり失敗するんじゃないか」「失敗したら大変なことが起こるんじゃないか」という考えも強くなってきて、さらに社交の場面が怖くなってしまう、ということが起こります。つまり、悪循環にはまってしまうのです。これが、社交不安が続いている、あるいはどんどん悪くなっている理由です。この症状によって、生活の幅が狭まってしまったり、勉強や仕事に支障が出てしまうこともあります。〇〇さんも、少し当てはまるなというところはありましたか？ 解説 4

患者さん

今はすっかり、発表をしなくなってしまいました。それだと、余計だめなんだろうなとは思います。

治療者

この治療では、この悪循環を断ち切る方法について、一緒に考えていきます。次回までに、資料1（悪循環のモデルの図）と資料2（治療の大枠の説明）を読んできて頂き、読んだ感想を教えてもらってもよろしいですか。大事な部分なので、ある程度理解できたな、と思えるまで繰り返し読んで頂けると嬉しいです。

患者さん

はい。

解説 2　不安症では、思考のパターンとして、過度の予測（悪いことが起こる可能性を大きく見積もる）、破局視（悪いことが起こったときの状況を、現実以上に大変なものと想像する）がよく見られます。その2つの例を出します。

解説 3　説明したことのフィードバックをもらうことで、患者がどの程度理解できているかを確認し、理解を深める手助けになります。

解説 4　もし時間があれば、患者が話した悪循環をこころの仕組み図に治療者が患者に見せながら書き、こころの仕組み図の心理教育を始めても良い。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者

ホームワークの設定

（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。
社交不安症の説明の図と、治療の説明を読んでくることはできそうですか。
解説 5

患者さん

はい。

治療者

まとめ

ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。 解説 6

患者さん

うーん、そうですね。ドキドキして、発表の場を避けて、でもなんかよくなっていないなというのを感じました。

治療者

フィードバック

今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？また、私にもっとこうしてほしいということがあれば遠慮なく仰って下さい。

患者さん

大丈夫です。

治療者

感想を聞く

全体の感想としては？

患者さん

あんまり、一連の出来事だって思ったことはなかったのですが、言われるとこんな感じになっていると思いました。

つづく

解説 5

ホームワークを実行可能なものにすることはStep4で大事な仕事である。必ずやってこれそうかどうかを尋ねる。難しいと答えた場合は、具体的にどのようなところが難しいか確認する。時間が取れないということであれば、読む時間を1日のどこかに作れないか話し合ったり、この治療に対する患者のモチベーションについて確認しても良い。ホームワークをすることで、治療効果が上がることも合わせて伝える。

解説 6

患者にセッションをまとめてもらう。患者の理解を確認し、必要があれば補足の説明をして理解を深めてもらうのと同時に、毎回必ず尋ねることで、患者が能動的に治療に臨むようになることが多い。患者が話したことに対しては、ポジティブにフィードバックする（例：大事な点に気付かれましたね）。

おわり

ねらい

こころの仕組み（認知モデル）を
患者に理解してもらう

こころの仕組みを語呂合わせなどで、
患者に覚えてもらう

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：
あいさつ
○○さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

治療者：
何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の2回目をさせていただきます。15分ほどの間で、認知行動療法の最も基本になる“こころの仕組み図”というものについてお話しさせて頂こうと思うのですが、いかがですか？

患者さん：
お願いします。

治療者：
前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？質問はありますか？

患者さん：
えっと、人前で不安になるとき、どんな風になっているかを説明してもらいました。

治療者：
ホームワークの確認
ホームワークだった〈治療の流れ〉はお読みいただけましたか？読まれてみて、何か感じたことはありますか？

患者さん：
読んできました。社交不安症の悪循環の図を見て、確かにこうなっているなと思いました。

Step 2

問題を整理する

※前回こころの仕組み図はまだ説明していないためスキップ

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：
認知行動療法では、（こころの仕組み図を指さしながら）あなたがどんな状況で、どんな反応をしているのかを、「こころの仕組み」として表していきます。このように書き出して客観的にみつめてみると、どこに、どんな問題があり、どうすれば解決できそうかが見えやすくなります。○○さんは今まで、物事を少し客観的に見てみたり、冷静に状況を考えてみることで、問題を解決できた、ということはありますか？

患者さん：
そうですね。冷静に考えるとこうだよね、ということはたまにあります。

治療者：
それでは説明していきます。ある「きっかけ（出来事、状況）」に対する「考え」、「感情」、「からだ」、「行動」の反応を、「こころの仕組み」と呼びます。ローマ字で書いてみると、すべて頭にKがつきますね。Kikkake, Kangae, Kanzyo, Karada, Kodo。ですので、5つのKと覚えておきましょう。こうして心の反応の仕組みを知ることは、症状があるときに限らず、私たちが普段の生活の中でも使っていけるものです。ここでマスターできると、後々まできっと役に立つはずです。

治療者：
それでは、今いちばんお困りのことを、早速こころの仕組み図に表してみましょう。こころの仕組み図に書くときには、ある一瞬をとても短い動画を撮るような形で切り取って、その瞬間のことを記述していくと書きやすいです。例えば､○○さんがネガティブに考えやすいことに困っているなら、最近どんな瞬間にそのような考えが浮かんできましたか？　不安になりやすいことに困っていらっしゃるなら、最近どんな瞬間に特に不安になりましたか？周りの人に怒ってしまうことに困っているなら、どんな瞬間に怒ってしまいましたか？ 解説 31
一緒に考えてみましょう。 解説 32

つづく

患者さん：先日、大学の授業でどうしてもみんなの前で少しだけ話さないといけないことがあって。始まったら、どんどんドキドキしてきて。同級生も、あの人変だねって目で見ているように感じて。恐怖で、出来るだけ早口で覚えてきたことだけ何とか言って、終わったら急いで席に戻りました。

治療者：とてもよくその瞬間を切り取っていらっしゃると思います。今一緒に書いてみて、少しあなたのこころの仕組み図を外から眺めてみて、何か感じたことや気がついたことはありますか？

患者さん：だいたい不安になるときはこういうパターンです。なので最近はこんなことにならないように、情報を集めて発表の日には行かないように気を付けています。どうにかしたいんですけど。

治療者：とても大事なことに気がつかれたと思います。人は苦しくなるとき、毎回似たようなパターンに陥ってしまうことが多いと言われています。解説 33
あなた自身に何が起きているのかを、こころの仕組み図を書いて一緒に分析していきましょう。

治療者：大切なこととして、全く同じ状況でも、どう考えるかで、その後どうこころが反応するかは変わってきます。例えば、同じ状況で、〇〇と考えた場合、解説 34
どんな風に感じると思いますか？

患者さん：そんな風にはなかなか考えられないですが、もし〇〇と考えれば、そんなに不安にならないんじゃないかと思います。

治療者：また、治療の流れとしては、考えについてはあなたの考えのパターンを探って、考えの幅を広げていくトレーニングをしていきます。行動については、今までと違う行動のパターンを試したり、苦手なことに挑戦することを一緒に練習していきます。また、治療する上であなたにとってのゴールを考えることもとても重要なので、そのこともよろしければ次回話し合う予定です。少しだけ、イメージは湧きますか？
解説 35

患者さん：そうですね。

解説 31　患者をどのように概念化しているかに合わせて、どのようなことに困っているかを想像して聞く。

解説 32　最初は体験を5つの側面に分けることは難しい。必要に応じて、それぞれの側面を引き出すための質問をする。「そのように感じたのは何かきっかけはありましたか」「そのときどんなことが頭に浮かびましたか」「そのときどんなことを感じていましたか」「そのとき何か体の反応はありましたか」「それで結局どうされたのですか」

解説 33　似たような状況のときに、同じパターンの悪循環に陥り易いことを心理教育する。

解説 34　相手が提示した感情と違う感情になるような考えを提示してみる。

解説 35　治療のアウトラインを共有する。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：ホームワークの設定
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。
解説 5　うまく書けなくても大丈夫です。何かあったときにできるだけすぐに書くようにして頂くと、書きやすいと思います。次回は、書いてきて頂いたものの中から、特にあなたが大事だと思うことについて、一緒に考えたいと思います。

患者さん：はい。

治療者：まとめ
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

つづく

患者さん：そうですね。発表のときに不安になる状況で、頭に浮かんでくる考えを変えてみるというのは、難しいですけど、出来るようになると良いなと思いました。

治療者：フィードバック
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：感想を聞く
全体の感想としては？

患者さん：こころの仕組み図実際に書けるかな、というのは少し不安です。でも見ながらなら、思い出して書けると思います。

解説 36　今後、話したい話題があれば、それをこころの仕組み図に書いてくるように伝える。何か困ったことがあったときに、認知行動療法のモデルで考えられるようにトレーニングしてもらう。

おわり

ねらい

具体的な目標を設定する

目標設定をすることで、なぜこの治療をやらないといけないのか（なぜ治療をすると自分にとって良いのか）を改めて考えてもらい、曝露などの大変な治療をするモチベーションを高めてもらう。また、具体的な目標を知ることで、治療者は曝露課題を目標に合わせて設定することができる。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の3回目をさせていただきます。15分ほどの間で、あなたが書いてきて下さったこころの仕組み図をベースに、この治療の目標について話し合いたいと思うのですが、いかがですか？ 解説 43

患者さん：はい。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？ 質問はありますか？

患者さん：こころの仕組み図について知りました。

治療者：ホームワークの確認
ホームワークだったこころの仕組み図はどうでしたか？

患者さん：不安になった状況があったので、そのときのことを書いてみました。

解説 43 こころの仕組み図の心理教育が終わった後は、患者が話したいテーマについてstepを踏んで話し合っても良い。その場合は、step2で問題を整理して、どのような問題に、どのスキル（認知再構成、曝露、行動活性化など）を使って解決していけば良いかをイメージする必要がある。また、治療の方向性がずれていかないように、患者の概念化もできている必要がある。そのため、初学者のうちは、基本的にはテキストに沿って進めていく方がやりやすい。どうしても今日相談したいということがなければ、基本的にはテキストに沿って進めていくことが一番治療効果が高くなると最初の段階で説明しておくと良い。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。とてもよく整理されていますね。 解説 44

こころの仕組み図をうまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

患者さん：はい。

治療者：今日は、このこころの仕組み図を元に、目標について話し合いたいと思います。目標と聞いて、どんなことをイメージされますか？

患者さん：治療のゴール、ということでしょうか。

治療者：目標は、治療の道しるべになります。漠然と治療に向き合うよりも、〇〇さんが現在どんなことに困り、どんなことがしたいのにできなくなっているか、良くなったらどんな風になりたいかを明確にすることで、治療が上手くいく可能性が上がると言われています。また、目標を私と共有することで、治療の方向性が〇〇さんと私でずれてしまうことを防ぐこともできます。なんとなくで良いのですが、目標の意味についてイメージはできましたか？

患者さん：はい。

解説 44 こころの仕組み図がうまく理解できていないという場合は、目標設定に進まず、丁寧に心理教育を行う。ある程度理解できていることが確認できた段階で次に進む。

つづく

Step 3

問題に一緒に取り組む
〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：それでは資料3-2を一緒に見ていきましょう。こころの仕組み図に××という症状で困っていると記載頂きました。(こころの仕組み図の内容がケースフォーミュレーションと関係のない内容であれば、「△△という症状で困っていると、最初に伺いました」でも良い。)

患者さん：はい。人前に出ると不安になるので、外出も減っていて、困っています。

治療者：〇〇さんの症状がもし良くなったとしたら、どんなことができると思いますか？ 解説 45 昔できていたけれど、今症状のためにできなくなったことなどを考えてもらっても結構です。資料の、「行動する」のところの具体的な行動目標に記載してみましょう。

患者さん：そうですね。発表したり、人前で話すときに、そこまで緊張せずに話せるようになりたいです。後、友達に遊びに誘われたときに、人が多いところに行くときは誘いを断ることが多いんです。何か変なことをして恥ずかしい思いをするんじゃないかって。なので、人が多いところでも、遊びに行けるようになれたらなと思います。

治療者：とても良いですね。次に、今避けているけど、やらないといけないこと、あるいは本当はやりたいことを、2つ目の枠「苦手はことに挑戦する」に書いてみましょう。症状がしんどいと、生活で少し不安を感じることや、少し「えいっ！」と頑張らないとできないことを、避けてしまうことがどうしても増えてしまいます。そのため、さらにそのことをすることが大変になってしまい、どんどん生活の幅が狭まってしまうことが起きやすいです。〇〇さんは今、避けることが多くなっていることはありますか？ 解説 46

患者さん：うーん、先程と同じですが、発表が多い大学の授業は、面白そうでも選ばないようにしています。将来の仕事も、本当は商社に入りたいなと思っているんですが、対人的なことが多いので、事務職にしようかと思っていて。本当にやりたいことができたらなとは思います。

治療者：とても良く考えられていますね。それでは最後に、こころの仕組み図の“考え”について、目標を立ててみましょう。症状で辛い状態が続くと、考えのパターンが狭まってきて、苦しくなる考えばかりが浮かんできてしまうことがあります。こう考えられるようになりたい、と〇〇さんが思うことはありますか？

患者さん：うーん。人前でちょっと失敗しても大丈夫って思えるようになれると良いなと思うのですが。難しいです。

解説 45　症状を無くしたいという目標を語る場合は、症状の辛さを認めた上で、行動上の目標を設定する。

解説 46　ここで立てた目標が、暴露での課題設定に繋がる。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
(では、そろそろ時間なので) 家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたら、またこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：はい。似たようなことになると思いますが。

つづく

治療者
まとめ
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん
できなくなっていたことがこんなにあったんだなと思いました。

治療者
フィードバック
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん
大丈夫です。

治療者
感想を聞く
全体の感想としては？

患者さん
またできるようになりたいなと思いました。でももう難しいかな、という気持ちもあります。

おわり

ねらい

認知モデルの理解を深める

不安を生じさせる考えが、社交不安症を悪化させていることに気付いてもらう。
自分の考えに気が付けるようになってもらう。

破局的な事前の予想を和らげる

社交場面に臨むことを考えると、失敗する確率を高く見積もり、また失敗した際に起きることを破局的に考えすぎてしまう。認知再構成を行い、これらの思考で見落としている事実について気が付いてもらう。

オプション

セッション中の曝露や現実曝露の際に生じた認知についても扱う。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の4回目をさせていただきます。15分ほどの間で、こころの仕組み図の中の「考え」について一緒に注目していきたいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：はい。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：目標を一緒に考えました。できるようになりたいなと思いました。

治療者：ホームワークの確認
ホームワークはいかがだったですか？

患者さん：少し慣れてきました。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：今までこころの仕組み図を書いて頂く中で、考えと感情の関係について気づかれたかもしれません。実は、〇〇さんがどう感じるか、そして何かに対してどう反応するかを方向づけているのは、考えなのです。社交不安で悩んでいる方は特に、「××の状況になったらどうしよう」と考え過ぎて不安になったり、「××をして大変なことをしてしまった」と落ち込んだりしてしまうパターンが多いようです。解説 51
〇〇さんには、よく出てくるなと思う考えのパターンはありますか？

患者さん：そうですね。発表の前は、途中でわからなくなって頭が真っ白になってこれじゃ駄目だって思ったり、見ている人にあの人は駄目だなって思われるだろうな、ということばかり考えています。

治療者：とても良くご自身のことを観察できていますね。それでは、資料4-1を見ながら、一緒に整理していきましょう。××という考えが浮かんでくるのは、だいたいどんなときでしょうか。

患者さん：発表の前とか、誰かの前で喋るというときですね。

治療者：なるほど。△△という状況で××という考えが浮かんできやすいのですね。それえでは、××という考えが浮かんできたら、だいたいどんな気持ちになることが多いですか。

患者さん：不安です。すごい不安になりますね。

治療者：そうですよね。確かに××と考えると、どうしても不安になりますよね（落ち込みますよね）。それは当然のことと思います。××と考えて不安になったとき（落ち込んだとき）、身体の反応

つづく

としてこうなりやすい、と思うことはありますか。

患者さん：ドキドキしたり、血の気が引くような感じになります。

治療者：☆☆と感じることが多いのですね。それも苦しい症状ですね。それでは、そういう状態になったとき、〇〇さんはどう行動することが多いですか。よくあるパターンを教えてください。

患者さん：うーん、発表はできるだけしないようにしているんですが、どうしてもしないといけないときは、繰り返し練習して準備をしたり、発表中は聞いている人を見ないようにして話していると思います。

治療者：なるほど。そうすると、△△という状況で、××と考えて不安になり（落ち込み）、☆☆のような感覚も出て、結局＋＋と行動することが多いんですね。これはよくあるパターンですか？

患者さん：そうですね。よくあるパターンです。

治療者：この状況が続いていると辛いですね。さて、こうやって眺めてみると、やはりどうしても浮かんできてしまう××という考えが、〇〇さんを苦しめていますね。このような考えが浮かんでくるようになったきっかけや理由について、何か思うことはありますか？　もちろん特に理由がない方もいますが、人によっては、ずっとそう教えられてきて、という方もいるし、ある出来事をきっかけにという方もいます。 解説 52

患者さん：うーん、昔から注目される場面は苦手でした。長男で、ちゃんとしなさいと言われてずっと育ってきたので、常にちゃんと出来ているかなって考えていて。そういう思いも影響しているかもしれません。

治療者：なるほど。確かにそういうことがあると、このようにふっと考えが浮かんでくるのも仕方ないことですね。もしかしたら、以前はこのような考えを持つことで、□□というような状況を乗り越えてこれたのかもしれませんね。 解説 53 ただ、今こうやって眺めてみると、××という考えは今のあなたにあまり役に立っていないように感じます。どうでしょうか。

患者さん：そうですね。ちゃんとしないといけないという思いから、駄目だ、大変なことになるって考えてしまうのですが、むしろどんどん不安になっている気がします。

治療者：この考えは、あまりにも自然に〇〇さんに浮かんできてしまうので、こう考えていることに気がつかないことも実は多いと思います。なので、この考えに覚えやすいニックネームをつけて、この考えが浮かんできていることに毎回気づけるように工夫してみましょう。どんな名前をつけると良さそうでしょうか。 解説 54

患者さん：そうですね。これ駄目くん、とかでしょうか。

治療者：＊＊というニックネーム、良いですね。

解説 51　不安障害の認知の癖として多い、過度の見積もり、破局視について例を出している。

解説 52　よく出てくる認知のクセについて、自分でどんな理由でそのようなクセが生まれたのかを一度語ってもらい、共感して返す。そのプロセスを踏むことで、その後その認知のクセを客観的に見やすくなったり、そのクセが出てきたときにそれについて自分を責めてしまう（こんな風に考えてしまう自分はダメな人間だ）のを和らげることができる。

解説 53　認知再構成をしていると、認知のクセが出てくるのは悪いことなのだ、と患者は思いやすい。認知のクセが今現在は自分を苦しめているが、そのクセ自体が悪いことではない、と心理教育する。

解説 54　「べきべき星人」「心配小僧」など、ニックネームを付けることで、客観視しやすくなる。できるだけ患者自身に名付けてもらう。

つづく

Step 4

次につなげ、活かす

治療者

ホームワークの設定

（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。次回までに、＊＊がどんな場面で登場するのか観察して、その瞬間をこころの仕組み図に書いてきていただいてもよいでしょうか。解説 55　また、＊＊以外に自分を苦しめている考えのパターンがあったら、それもメモしてみてください。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

治療者

まとめ

ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん

考えのパターンに名前を付けるというところです。

治療者

フィードバック

今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

治療者

感想を聞く

全体の感想としては？

患者さん

少しでも楽な考えができるようになりたいなと思いました。

解説 55　ニックネームをつけたら、治療者もそれを覚えておいて、次回からは、「べきべき星人は何と言っていますか」のように、そのニックネームを利用してセッションを進める。

おわり

ねらい

Session 4を参照

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：
あいさつ
○○さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：
何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の5回目をさせていただきます。15分ほどの間で、こころの仕組み図の中の「考え」について、どう扱っていったら良いかについてお話ししていきたいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：はい。

治療者：
前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：考えに気が付く、ということについて話しました。

治療者：
ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？　＊＊が出てきた瞬間のこころの仕組み図は書けましたか？

患者さん：はい。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：こころの仕組み図を拝見すると、××という考えがよく浮かんできたのですね。とても良くご自身の考えのパターンを見つけることができていらっしゃいますね。書いてみて頂いて何か感じたことはありましたか。

患者さん：発表する機会はなかったのですが、友達にショッピングモールに行くのに誘われて、行ったら何か恥ずかしいことをするんじゃないか、って思って結局行けませんでした。

治療者：今日は、○○さんが苦しくなってしまう考えのパターンをどうしたら少しでも楽にできるか、お話ししたいと思います。

患者さん：はい。

治療者：××という考えは、どうしても自然に浮かんできてしまうと思います。解説 61 ただ、その考えは現実に即していない、ということもよくあります。そのことにご自分で気づくのはなかなか難しいのですが、考えを見つける練習をされ

つづく

る中で、「おや？」と感じるようなことはありましたか？

患者さん：事前に怖い予想をしてしまうことが多いな、と思いました。

治療者：その通りですね。解説 62 今日は、考えのパターンを冷静に分析するコツをお伝えしたいと思います。資料5-1を見ていきましょう。まずは、証拠探しというのをやってみたいと思います。今回のこころの仕組み図で、△△という状況で、××と考えて不安になった（落ち込んだ）ということを記載頂きました。解説 63 ××という考えを最初の枠に記載してみましょう。

患者さん：はい。

治療者：それでは、××と考える根拠を、一緒に考えてみましょう。根拠は、推測ではなく、事実を記載して頂くのが重要です。どんな根拠がありますか？

患者さん：そうですね。実際人が多いところに行くと、手が震えてしまいます。あと、やっぱりどうしてもそういう場所では怖い気持ちになるんです。今までいつ行っても、怖い気持ちはどうしても出てきました。

治療者：なるほど。確かに□□ということがあると、××と思いたくなるかもしれないですね。それでは逆に、××という考えが事実ではない、あるいはちょっと極端すぎるなと思うような根拠は何かありますか。

患者さん：うーん、実際にショッピングモールでからかわれたことはないかもしれません。もし手が震えていても、ほとんどの人はショッピングに来ているわけだし、気付かないんじゃないかなと思います。

治療者：確かに、冷静に考えると、☆☆ですよね。他にも、何か××が事実ではないと示す根拠を挙げられますか？

患者さん：うーん、今冷静に考えると、もし手が震えていることに気付く人がいたとしても、それで自分に何か言ってくる可能性はそこまで高くないのかもしれません。

治療者：その通りですね。このようにすると、客観的に自分の考えを分析することが出来ます。ここまで考えた上で、同じ△△という状況で、現実的にはこうも考えられるな、という考えはありますか。

患者さん：確かに今までショッピングモールでは不安になるし、手が震えることもあるけど、実際にそれで何か言われた経験はないし、他の人はショッピングに来ているわけだから、自分の手が震えていることには気がづかないだろう。もし気付いたとしても、それでどうこう言われる可能性は低い。

治療者：確かに、ここまで一緒に考えたことを踏まえると、＊＊ですよね。この新しい考えは、○○さんにとってしっくりきますか？

患者さん：そうですね。

治療者：確かにそうだなと思う一方で、まだ自分にぴったりはまる感じはないかもしれません。それは自然なことです。新しい考えのパターンが自分になじむまでには、最初は変な感じ、むず痒いような感じがします。でも、だからこそ、その考えがしっくりはまるようになってくれば、○○さんはパニック症を乗り越えることができます。むず痒い感じは、むしろ良くなっていく証拠です。

患者さん：はい。

治療者：それでは、次に△△という状況があった時に、これらの根拠をベースにすると、あなた自身に何と言ってあげられそうですか？

つづく

患者さん：今まで何か言われたことはない、他の人は気付かないだろうし、気付いたとしても何か言われる可能性は低い。

治療者：とても良いですね。現実に即していますよね。多分、また△△と似たような状況になったとき、まず浮かんでくるのは、××という考えだと思います。解説 64　でも、そこでこのワークを思い出して、この新しい考えを自分に言い聞かせてあげることはできますか？　これを繰り返すことで、新しい現実的な考えを〇〇さんのものにしていくことができます。

患者さん：やってみます。

治療者：他にも、もし友達が自分と同じ状況だったら、なんと言ってあげられるかを想像する方法もあります。解説 65　例えば先程の△△という状況にご友人がなっていて、「××と考えて苦しい」と言っている状況をイメージできますか？　〇〇さんなら、なんと言ってあげますか？

患者さん：そうですね。気にせずにもっと楽しもうよ、大丈夫だよ、と言ってあげると思います。

解説 61　考えてしまうこと自体が駄目だ、と患者が思わないように、自動思考は勝手に出てきてしまうことを心理教育する。

解説 62　感情に引っ張られることで、現実に即していない考えが浮かんできたことあることを想定している。

解説 63　××が具体的でなければ、「もう少し詳しく伺いたいのですが、××と考えたのはどうしてだったのですか？」「××という考えについてもう少し詳しくお伺いしても良いですか？」などと聞いて、具体的で極端な思考を炙り出し、認知再構成しやすくする。強い不安や落ち込みを感じている場合、背景には多くの場合少し極端な思考が隠れていることが多い。

解説 64　自動思考は必ず浮かんでくることを心理教育する。

解説 65　不安障害の患者は、自分の能力を低く見積もることが多く、自分には厳しいが人には優しいという方も多い。そのため、友達アドバイス法の方が良いと感じる患者も多い。もし時間がなければ、次回以降に1セッション時間を取って心理教育することもできる。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。今回練習したことを、繰り返し家でもやってみましょう。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：はい。

治療者：**まとめ**
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：考えを改めて考えなおしてみる、というのが斬新でした。

治療者：**フィードバック**
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：**感想を聞く**
全体の感想としては？　解説 66

患者さん：次不安になったときに、今日話したことを試してみようと思いました。

解説 66　認知再構成で大事なことは、考えを変えること以上に、自分の考えに気付き客観視して、現実的に状況を捉える練習をすることである。考えをすっきり変えられることは多くはない。患者の質問によっては、そのことも心理教育しておく。

おわり

ねらい

Session 4を参照

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：
あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：
お願いします。

治療者：
何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、こころの仕組み図の中の「考え」について、どう扱っていったら良いかについてお話ししていきたいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：
はい、お願いします。

治療者：
前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：
自分の考えを見直してみる、ということをしました。役に立つなと思いました。

治療者：
ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？＊＊が出てきた瞬間のこころの仕組み図は書けましたか？

患者さん：
はい、やってみました。

Step 2

問題を整理する

治療者：
こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：
こころの仕組み図を拝見すると、××という考えがよく浮かんできたのですね。とても良くご自身の考えのパターンを見つけることができていらっしゃいますね。書いてみて頂いて何か感じたことはありましたか。

患者さん：
うーん、やっぱり似たようなパターンが多いなと思いました。

治療者：
今日も改めて、〇〇さんが苦しくなってしまう考えのパターンをどうしたら少しでも楽にできるか、お話ししたいと思います。

患者さん：
はい、お願いします。

治療者：
まず、もし〇〇という考えが本当だとして、想定できる最悪のシナリオはどんなものでしょうか。

患者さん：
えっと、話している最中に頭が真っ白になって、何も言えなくなってしまって、聞いている人に「ああやっぱり駄目な奴だな」と思われて、居場所がなくなっちゃうような、そんな状況です。

つづく

治療者：良いですね。次に、今度は逆に、最高のシナリオを一緒に考えてみましょう。もしこうであれば最高だなと思うような状況は想像できますか？

患者さん：うーんと、なんとか話し終えることができて、周りも「まあいいんじゃない」と思ってくれるような状況ですかね。

治療者：良いですね。ただ、苦しい期間が長くなると、良い想像がなかなかできなくなってしまうと言われています。ありえないけど、もっとこうなったらさらに最高だ、という状況は想像できますか？

患者さん：えっと、ものすごく発表がうまくいって、周りもすごい褒めてくれて、評価がうなぎ登りになるような、そんな状況ですかね。そうなると最高ですね。

治療者：良いですね。それでは最後に、最悪のシナリオと、最高のシナリオを踏まえて、最も現実的なシナリオはどうなりそうでしょうか。

患者さん：そうですね。発表は大変だけどなんとかうまくいって、周りからも「まあ大丈夫だね」と思われるぐらいな、そんな状況ですかね。

治療者：とても良いですね。繰り返しになりますが、苦しい期間が続くと、どうしても一番最悪なシナリオが頭に最初に浮かんできてしまいます。それをずっと考えていると、さらに不安になって悪化してしまいます。例えば、次○○という考えが浮かんできたとき、今日やったことを思い出して、現実的には××だよね、と自分に話してあげることはできそうでしょうか。

患者さん：そうですね、やってみます。

治療者：役に立ちそうですか？

患者さん：そうですね、役に立つんじゃないかと思います。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。今回練習したことを、繰り返し家でもやってみましょう。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：○○という考えは良く浮かんでくるので、今日考えた現実的なシナリオを自分に話してみるように意識してみます。

治療者：**まとめ**
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：最悪な状況ばかりイメージしていたので、最高のシナリオと現実的なシナリオを考えること、意識してみたいと思います。

治療者：**フィードバック**
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：**感想を聞く**
全体の感想としては？ 解説 73

つづく

ちょっとずつやっていこうと思います。
患者さん

解説 73　認知再構成で大事なことは、考えを変えること以上に、自分の考えに気付き客観視して、現実的に状況を捉える練習をすることである。考えをすっきり変えられることは多くはない。患者の質問によっては、そのことも心理教育しておく。

おわり

ねらい

自己注目による悪循環に気が付いてもらう

社交不安症では、社交場面で、自分の不安の感情や不安のサインに過度に注目してしまうという特徴がある。これは、注目してモニタリングをすることで、不安をなんとかコントロールしようとする対処スキルである。しかし、ほとんどの場合むしろ「不安になっている、なんとかコントロールしなければ」と考えてさらに不安になる悪循環に陥ってしまうことが多い。また、危険ではないことに気が付けるサイン（頷いて聞いてくれている人がいる、楽しそうにしている人がいる、等）を見落としてしまう理由にもなる。さらに、常にモニタリングし続けているため、実際の会話や行為に集中できず、実際にネガティブな結果や評価になってしまう問題もある。注意転換スキルを身につけることで、この悪循環から抜け出すことがここでの目標である。

セッション内でロールプレイを行う

セッション内に雑談をする。最初はいつものように会話をしてもらう。次に、雑談の話の内容や相手の表情や仕草に注意を向けて雑談をする。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者
あいさつ
○○さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん
お願いします。

治療者
何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の○回目をさせていただきます。15分ほどの間で、○○中に不安になったときに使えるスキルを練習したいと思うのですが、いかがですか？

患者さん
やってみます。

治療者
前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん
思っているようなことはそこまで起きる確率は高くない、ということがしっくりきて、考え直しを癖にするようにしています。

治療者
ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？自然に浮かんできた考えを、少し立ち止まって考えなおしてみることはできましたか。

患者さん
ある程度はできましたが、やっぱり不安になるなと思いました。

Step 2

問題を整理する

治療者
こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者
こころの仕組み図を拝見すると、△△という状況で不安が強くなっていますね。 解説 74 　社交不安症の方は、人前で何かをする時に、手が震えるなど、何か不安のサインが出ていないかに注意を向けすぎてしまったり、他の人のちょっとした仕草に注意を向けて、自分が悪く評価されていないか確認してしまうことが多いです。そのようなことはありますか。

患者さん
そうですね。いつもそうしていると思います。

治療者
ここでは、他のこと、特にそのときしている動作に注意を向ける練習をします。人前である程度不安になることは当然のことです。一方で、不安に着目し過ぎることで、さらに不安になってしまい、コントロールできない不安になってしまいます。なので、意識して動作や会話に注意を向けてみます。これからここで会話をしようと思うのですが、まず最初は、あえて不安に目を向けて会話をしてみましょう。

患者さん
はい。

つづく

〜1分程、最近見たテレビの話など、雑談をする〜

治療者：どうだったでしょうか。

患者さん：こんなこと話して大丈夫かな、とか考えたり、顔が赤くなっていないかなとか気になったりしました。

治療者：良いですね。次に、今度は会話の内容や、私の表情に注意を向けてみましょう。もしその途中で意識が不安に関係することに向いたら、それに対して「ああ駄目だ」「失敗した」とは考えずに、そっと注意を会話や私の様子に向けましょう。よろしいでしょうか。

患者さん：はい。

〜同じように1分程、雑談をする〜

治療者：どうだったでしょうか。

患者さん：そうですね。確かに何度か不安なことは浮かんできたのですが、頑張って会話に注意を向けるようにしました。先程より、不安は強くならなかった気がします。

治療者：会話の途中の私の様子は、確認できましたか。

患者さん：いつもはネガティブな要素しか気にならなかったのですが、あ、頷いているなとか、考えているなとか、他のところにも気が付きました。

治療者：とても良いですね。練習をしていくと、さらに注意を会話や動作に向けることができるようになります。

患者さん：はい。

解説 74　こころの仕組み図の中に回避のパターンがなければ、最初のケースフォーミュレーションから回避のパターンを抽出し、例示する。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。家で取り組めそうな挑戦課題はありますか？ 解説 75
次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：家でも、〇〇をやってみようと思います。

治療者：**まとめ**
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：会話に注意を向ける、というのは役に立ちそうだなと思いました。

治療者：**フィードバック**
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：**感想を聞く**
全体の感想としては？

患者さん：続けて、楽になっていけると良いなと思います。

解説 75　ここでは無理のない、ある程度達成できそうな課題を設定する。

おわり

ねらい

会話やプレゼンを実際に
セッション内で行い、録画する

患者がやりたいこと、やらないといけないことの中から、不安になる場面を選び出し、セッション内でロールプレイを行う。例えば雑談をする、プレゼンをする、等である。

事前にどうなりそうか予測してもらう

事前の破局的な予測について、行動実験を行い認知を修正する。どんなことが怖いですか、どうなりそうですか、と尋ねる。例えば、途中で頭が真っ白になる、顔が赤くなる、手が震える、など思いつく限り話してもらう。

ロールプレイ終了後、それぞれどうだったか数値で表してもらう

ロールプレイは、例えば雑談であれば治療者も参加して行う。ロールプレイ終了後、事前に予測した事柄について、それぞれどうだったか、数値で表してもらう（0は全くそうでなかった、100は完全にそうだった）。

動画を見てもらい、再度事前の予測について検討する

実際に動画を見てもらう。このとき、自分を見る意識ではなく、テレビ番組に出ている知らない人を見るようなつもりで見てもらう。見てもらった後に、事前の予測についてそれぞれどうだったか話し合い、その後この実験から何を学んだかを話し合う。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：【あいさつ】○○さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：【何を話題にするか決める】今日は認知行動療法の○回目をさせていただきます。15分ほどの間で、実際に不安になる場面をここで再現してみて、その不安について考えてみたいと思いますがいかがですか？

患者さん：やってみます。

治療者：【前回のサマリー】まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：誰かと話しているとき、その会話の内容や相手の様子に注意を向けることを練習しました。

治療者：【ホームワークの確認】ホームワークはどうでしたか？自然に浮かんできた考えを、少し立ち止まって考えなおしてみることはできましたか。

患者さん：難しいですが、確かに役に立つなと思いました。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む
〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：こころの仕組み図を拝見すると、△△という状況で不安が強くなっていますね。今日は、不安になる△△という状況をこの場で再現してみて、それをスマートフォンで録画してみたいと思います。そうすることで、不安に感じていることが実際にどうなのかの情報を一緒に集めたいと思います。いかがですか。

患者さん：んー、あんまり気が進まないですが、やってみようと思います。

治療者：○○をすることを想像すると、どんなことが起こりそうですか？どんなことが怖いですか？

患者さん：そうですね。途中で頭が真っ白になって恥ずかしいことを言うんじゃないかと思います。後、顔が赤くなってしまったり、手が震えたりすると思います。

治療者：それでは実際にやってみましょうか。注意転換のスキルも意識してみて下さい。スマートフォンをお借りして、録画してもよろしいですか。

つづく

患者さん：はい。

〜少し何をするかの打ち合わせをして、実際に1分程ロールプレイを行う〜

治療者：お疲れ様でした。やってみて、事前に予想されたことはどうでしたか。全く予想と違うのを0、全て予想通りなのを100だとすると、どれぐらいだったでしょうか。

患者さん：頭が真っ白になって恥ずかしいことを言うことについては、うーん、50ぐらいです。多分少し恥ずかしいことを話してしまったと思います。顔が赤くなるのは、70ぐらい。手が震えるのも、70ぐらいです。

治療者：それでは、実際に今撮った動画を一緒に見てみましょう。見るときは、自分を見るというよりは、テレビに出ている知らない人が話しているのを見るような感覚で見てみて下さい。

患者さん：あまり見たくないですが、はい。見てみます。

〜動画を再生して一緒に見てみる〜

治療者：動画を見てみて頂いて、いかがだったですか。

患者さん：正直、思ったよりも大丈夫だったなと思いました。

治療者：数字で表すと、事前の予想については、それぞれどれぐらいでしょうか。

患者さん：うーん、恥ずかしいことを言っているかどうかについては、30ぐらいです。顔は全く赤くなっていなくて、驚きました。手もそんなに震えているのがわからなかったです。それぞれ10ぐらいです。

治療者：大事なことに気が付きましたね。今回学んだことを教えてもらっても良いでしょうか。

患者さん：以前考え直しでやったときよりも、事前の予想が極端なものだったなと感じました。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。家で取り組めそうな挑戦課題はありますか？ 解説 77
　次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：家でも、〇〇をやってみようと思います。

治療者：**まとめ**
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：実際に見てみるのは嫌でしたが、見てみることで思ったより気にしなくて良いのかな、と思えました。

治療者：**フィードバック**
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

つづく

治療者

感想を聞く

全体の感想としては？

患者さん

続けて、楽になっていけると良いなと思います。

解説 77　ここでは無理のない、ある程度達成できそうな課題を設定する。

おわり

ねらい

避けている場所や状況に挑戦する

生活の幅を広げていき、
目標達成に近づけていく

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者
あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん
お願いします。

治療者
何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、今後向き合っていく乗り越えたい障害物の課題を相談したいと思うのですが、いかがですか？

患者さん
はい。

治療者
前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん
ビデオを撮って、自分の様子を確認してみました。緊張しましたけど、やって良かったと思います。

治療者
ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？

患者さん
大変でしたが、毎日やりました。

Step 2

問題を整理する

治療者
こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者
こころの仕組み図を拝見していると、〇〇という状況はやはり怖くて避けてしまうのですね。前回までは、避けていた身体の感覚に向き合うことで、大丈夫になっていくことを一緒に確認しました。

患者さん
はい。

治療者
今回は、今後実際に取り組んでいくと良いと思われる課題を一緒に相談したいと思います。 解説 83 　挑戦していきたい場所や状況について、向き合う大変さを数値化しながらリストにしていきましょう。そのことに向き合って感じる不安について、人生で一番不安だったことを100、全く不安がない状態を0として、数値化しながら記載してみましょう。 解説 84

患者さん
はい。

治療者
何かこれに挑戦していきたいことや、やらないとなと思っていることはありますか？

つづく

患者さん：〇〇をやりたいなと思っています。

治療者：良いですね。〇〇をやると、不安の程度は数字で表すとどれぐらいでしょうか。

患者さん：△ぐらいですね。

〜相談しながら階層表を作成する〜

解説 83　本人の人生に必要のない課題に向き合う必要はない。

解説 84　不安階層表という。まずは課題を思いつく限り書き出してもらい、それぞれに数値をつけて、最後に表にまとめる方法がやりやすい。「たくさん人がいるカフェに一人で入り1時間本を読む」という課題であれば、「人が比較的少ない時間に」「15分本を読む」「ずっと下を向かずに他の人がどう過ごしているかを観察しながら」「イヤホンを外して外の音が聞こえるようにして」などと曝露課題の強度を調整することもできる。また、暴露の強度を下げる際に、他の人に手伝ってもらうという設定は極力しない方が良い。自分で向き合えたという感覚が減り、暴露を行って自信がついていく過程を阻害してしまう。また、他の人に手伝ってもらう課題は、相手の人の都合により曝露課題の実行可能性が左右されてしまう。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが。挑戦の課題を次回までにどこまでやってきましょうか？
次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：それでは、〇〇に挑戦してみようと思います。挑戦したときのこころの仕組み図を書いてこようかなと思います。

治療者：**まとめ**
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：ちょっとずつやっていくということがわかりました。

治療者：**フィードバック**
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：**感想を聞く**
全体の感想としては？

患者さん：やれるところから、取り組んでいこうと思います。

おわり

社交不安症（治療者用） | Session 10. 再発予防 | 1/3

ねらい

再発を防ぐために、今後再発しそうな
状況を考え、対処策を考える。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
○○さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、再発を防ぐためにどのようなことができるか話し合いたいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：はい。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：今までできなかったことに挑戦してみました。だいぶ行動の幅が広がったなと思います。

治療者：ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？

患者さん：大変でしたが、できることが増えて嬉しいです。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：こころの仕組み図を拝見すると、だいぶ今まで避けていらっしゃったことに向き合えるようになられて、不安の程度も以前よりは下がってきていらっしゃいますね。今回は、再発予防に取り組みたいと思います。

患者さん：はい。

治療者：今後、どんな状況になると、危なそうだなと感じますか？

患者さん：そうですね。〇〇という状況になると、また不安が強くなりそうだなと思います。

治療者：確かに〇〇という状況は危なそうですね。そのとき、どんな考えが浮かんできそうでしょうか。

患者さん：△△って考えて、不安になりそうですね。

つづく

治療者：良いですね。考えを見直す、というところでやったスキルを使って、もし△△という考えが浮かんできたとしたら、自分に何と言ってあげられるか、考えてみることはできますか。

患者さん：そうですね。×× って言えるかなと思います。

治療者：とても良いですね。行動についても考えておきたいのですが、〇〇という状況だと、どのように行動してしまいそうでしょうか。

患者さん：やっぱり怖いので、避けてしまいそうですね。

治療者：そうですよね。今回一緒に学んできたことを踏まえると、どのように行動すると、症状が悪化しないで済みそうでしょうか。

患者さん：そうですね。怖いけど避けずに、〇〇という状況で過ごす、ということですね。

治療者：良いですね。そのときに避けずに頑張れるように、今回学んだことで使えそうなことはありますか。

患者さん：自分に××と言い聞かせるのも役に立つと思いますし、不安が出てきたときに過度にびっくりせずに、そのまま感じることも役に立つと思います。

治療者：とても良いですね。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**まとめ**
（では、そろそろ時間なので）ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：今まで練習したスキルを使って、次また悪くならないようにプランを立てました。

治療者：**フィードバック**
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：**感想を聞く**
全体の感想としては？

患者さん：続けて取り組んでいきたいと思います。ありがとうございました。

おわり

ねらい

パニック症で生じる悪循環について患者に理解してもらう

一度パニックを体験すると、パニック発作がまた起こることについて過度に警戒してしまいます。そのため、似たような身体感覚に敏感になり、それらの身体感覚を感じると、発作にならないように安全行動（落ち着ける場所に行く、頓服薬を飲む、家族に話す、手をぎゅっと握りしめる、など）を取ります。一時的には安心感を得られますが、結局さらに身体感覚が怖くなってしまいます。また、発作が起こりそうな場所を避けるようになり、生活の幅も狭まってしまいます。

パニック症のCBTの流れを患者に頭に入れてもらう

パニック症の悪循環とCBTモデルについて理解した上で、目標設定を行います。認知再構成を学び不安が強くなる悪循環から抜け出す方法を学びます。その後、身体感覚暴露、現実曝露を行うことで、実際に大丈夫だという感覚を強め、元の生活を取り戻していきます。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：よろしくお願いします。

治療者：今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。

患者さん：はい。

治療者：何を話題にするか決める
15分ほどの間で、パニック症についてお話させて頂こうと思うのですが、いかがですか？ 解説 1

患者さん：はい、お願いします。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：えっと、困りごとについて聞いてもらいました。

解説 1　もし患者が別の話題を話したい、もしくは〇〇も話したい、と答えた場合は、改めて15分というセッティングをお伝えし、「今日は〇〇か社交不安のことどちらかしかお話できません。あなたにとって今日役に立ちそうな方を、選んでください。」と伝え、患者と話し合って話題を決めましょう。

Step 2

問題を整理する

※前回こころの仕組み図はまだ説明していないためスキップ

Step 3

問題に一緒に取り組む

治療者：まずパニック症の不安の症状がなぜ続いてしまうかについて、一般的なことをお話したいと思います。

患者さん：はい。

治療者：（資料1-1を見せながら）まずパニック症の方は、パニック発作がまた起こることに対して常に警戒している方が多いです。一番最初のパニック発作を覚えていますか？　パニック発作は、場合によってはこのまま死んでしまうかもしれないと感じるような発作で、とても怖いものです。
なので、またパニック発作が起きないようにと、警戒します。すると、例えば少しドキドキする、胸がちょっとチクチクするといった、以前なら特に気にならなかった感覚が、「これは発作の前兆だ」「発作が起こってしまったら大変なことになる」と考え、不安になってきます。
不安になってくると、さらにドキドキしてきたり、自分の呼吸や胸の感覚が気になり、その感覚が強くなってきます。するとさらに不安になり、という不安の悪循環に陥ってしまいます。
解説 2　〇〇さんはそういうことはありますか？ 解説 3

患者さん：そうですね、そんな感じです。パニックがまた起こるのが怖くて、常に警戒しています。

治療者：そのような状況が続くと、できるだけ発作が起こりそうな場所やきっかけを避けるようになります。例えば、電車やエレベーターに乗れなくなる方もいます。また、心臓がドキドキしてしまったり、呼吸がはあはあするのが怖くて、運動ができなくなってしまう方もいます。〇〇さんもパニック発作が起こるのが怖くて、避けている場所や状況はありますか？

つづく

患者さん：電車はいつでも降りられる各駅停車しか乗っていません。運動も怖くて最近はできていないですね。

治療者：このように避けることが続いていると、生活の幅が狭まってしまい、勉強や仕事に支障が出てしまうこともあります。また、頭の中でも、「避けているから大丈夫なんだ」とどこかで考えるようになり、さらに様々なことを避ける行動が増えてしまいます。また、どんどんちょっとした身体の感覚や、発作のきっかけになりそうなちょっとしたことが怖くなっていってしまいます。〇〇さんも、少し当てはまるなというところはありましたか？ 解説 4

患者さん：まさにそんな感じです。昔はテニスが好きで毎週やっていたのですが、できなくなってしまいましたし、あまり外出もしたくないので、友人と会う機会も減ってしまいました。

治療者：この治療では、この悪循環を断ち切る方法について、一緒に考えていきます。次回までに、資料1（悪循環のモデルの図）と資料2（治療の大枠の説明）を読んできて頂き、読んだ感想を教えてもらってもよろしいですか。大事な部分なので、ある程度理解できたな、と思えるまで繰り返し読んで頂けると嬉しいです。

解説 2 不安症では、思考のパターンとして、過度の予測、破局視がよく見られます。その2つの例を出します。

解説 3 説明したことのフィードバックをもらうことで、患者がどの程度理解できているかを確認し、理解を深める手助けになります。

解説 4 もし時間があれば、患者が話した悪循環をこころの仕組み図に治療者が患者に見せながら書き、こころの仕組み図の心理教育を始めても良い。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：ホームワークの設定
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。
パニック症の説明の図と、治療の説明を読んでくることはできそうですか。
解説 5

患者さん：はい、できると思います。

治療者：まとめ
ここまでのまとめをしたいと思います。今日学ばれたことをまとめて頂いてもよろしいですか。 解説 6

患者さん：えっと、色々なことを避けるようになっていたんだなと、改めて気が付きました。

治療者：フィードバック
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？　また、私にもっとこうしてほしいということがあれば遠慮なく仰って下さい。

患者さん：わかりやすかったです。ただ、もう少しゆっくり話してもらえると嬉しいです。

治療者：感想を聞く
全体の感想としては？

患者さん：うーん、これからどんな治療になっていくんだろう、って不安と期待があります。

つづく

解説 5

ホームワークを実行可能なものにすることはStep4で大事な仕事である。必ずやってこれそうかどうかを尋ねる。難しいと答えた場合は、具体的にどのようなところが難しいか確認する。時間が取れないということであれば、読む時間を1日のどこかに作れないか話し合ったり、この治療に対する患者のモチベーションについて確認しても良い。ホームワークをすることで、治療効果が上がることも合わせて伝える。

解説 6

患者にセッションをまとめてもらう。患者の理解を確認し、必要があれば補足の説明をして理解を深めてもらうのと同時に、毎回必ず尋ねることで、患者が能動的に治療に臨むようになることが多い。患者が話したことに対しては、ポジティブにフィードバックする（例：大事な点に気付かれましたね）。

おわり

ねらい

こころの仕組み（認知モデル）を患者に理解してもらう

特に、状況そのものではなく、考えがその後の反応に影響している、ということを理解してもらう。

こころの仕組みを語呂合わせなどで、患者に覚えてもらう

5Kの語呂合わせを利用して、まずはそれぞれの項目を頭に入れてもらう。

こころの仕組みを、それぞれの項目に分けて自分で書けるようになる

自分の体験を、こころの仕組みで整理できるようになってもらう。特にパニックに関連するこころの動きを記載してくるように伝える。行動については、不安を一時的に和らげるように意識せずにとっているような行動（安全行動：手をギュッと握りしめる、しゃがみ込む、家族に話しかける、など）も記載してみるように伝える。

オプション

感情の強さの度合い、思考をどれぐらい信じているかの度合いも記載する

0（全くない）から100（最も強い）で数値化して、記載してくるように伝える。
最も恐れている状況や考えを把握することができる。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：
あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：
何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、認知行動療法の最も基本になる“こころの仕組み図”というものについてお話しさせて頂こうと思うのですが、いかがですか？

患者さん：お願いします。

治療者：
前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：えっと、パニックがどんな風に起こるかを説明してもらいました。

治療者：
ホームワークの確認
ホームワークだった〈治療の流れ〉はお読みいただけましたか？　読まれてみて、何か感じたことはありますか？

患者さん：読んできました。パニックの悪循環の図を見て、確かにこうなっているなと思いました。

Step 2

問題を整理する

※前回こころの仕組み図はまだ説明していないためスキップ

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：認知行動療法では、（こころの仕組み図を指さしながら）あなたがどんな状況で、どんな反応をしているのかを、「こころの仕組み」として表していきます。このように書き出して客観的にみつめてみると、どこに、どんな問題があり、どうすれば解決できそうかが見えやすくなります。
〇〇さんは今まで、物事を少し客観的に見てみたり、冷静に状況を考えてみることで、問題を解決できた、ということはありますか？

患者さん：そうですね。冷静に考えるとこうだよね、ということはたまにあります。

治療者：それでは説明していきます。ある「きっかけ（出来事、状況）」に対する「考え」、「感情」、「からだ」、「行動」の反応を、「こころの仕組み」と呼びます。ローマ字で書いてみると、すべて頭にKがつきますね。Kikkake, Kangae, Kanzyo, Karada, Kodo。ですので、5つのKと覚えておきましょう。こうして心の反応の仕組みを知ることは、症状があるときに限らず、私たちが普段の生活の中でも使っていけるものです。ここでマスターできると、後々まで役に立つはずです。

患者さん：はい。

治療者：それでは、今いちばんお困りのことを、早速こころの仕組み図に表してみましょう。こころの仕組み図に書くときには、ある一瞬をとても短い動画を撮るような形で切り取って、その瞬間のことを記述していくと書きやすいです。例えば、〇〇さんがネガティブに考えやすいことに困っているなら、最近どんな瞬間にそのような考えが浮かんできましたか？　不安になりやすいことに困っていらっしゃるなら、最近どんな瞬間に特に不安になりましたか？
周りの人に怒ってしまうことに困って

つづく

いるなら、どんな瞬間に怒ってしまいましたか？ 解説 7
一緒に考えてみましょう。解説 8

患者さん：先日パニックになりそうだなと思ったのは、家にいるときに急にふっと胸がドキドキしていることに気が付いたんです。これはパニックの前兆だなと思って不安になってきて、急いで頓服薬を飲みました。その後も続いたのですが、薬を飲んだおかげか収まってきて、あぁよかったって。

治療者：とてもよくその瞬間を切り取っていらっしゃると思います。今一緒に書いてみて、少しあなたのこころの仕組み図を外から眺めてみて、何か感じたことや気がついたことはありますか？

患者さん：だいたいパニックになるのは最近はこういうパターンだなと思いました。危ないと思うところには行っていないので、家でふっと気になり始めて、ということが多いです。

治療者：とても大事なことに気がつかれたと思います。人は苦しくなるとき、毎回似たようなパターンに陥ってしまうことが多いと言われています。解説 9
あなた自身に何が起きているのかを、こころの仕組み図を書いて一緒に分析していきましょう。

患者さん：はい。

治療者：大切なこととして、全く同じ状況でも、どう考えるかで、その後どうこころが反応するかは変わってきます。例えば、同じ状況で、〇〇と考えた場合、解説 10
どんな風に感じると思いますか？

患者さん：そんな風にはなかなか考えられないですが、もし〇〇と考えればそんなに不安にならないんじゃないかと思います。

治療者：また、治療の流れとしては、考えについてはあなたの考えのパターンを探って、考えの幅を広げていくトレーニングをしていきます。行動については、今までと違う行動のパターンを試したり、苦手なことに挑戦することを一緒に練習していきます。また、治療する上であなたにとってのゴールを考えることもとても重要なので、そのこともよろしければ次回話し合う予定です。少しだけ、イメージは湧きますか？
解説 11

患者さん：そうですね。

解説 7　患者をどのように概念化しているかに合わせて、どのようなことに困っているかを想像して聞く。

解説 8　最初は体験を5つの側面に分けることは難しい。必要に応じて、それぞれの側面を引き出すための質問をする。「そのように感じたのは何かきっかけはありましたか」「そのときどんなことが頭に浮かびましたか」「そのときどんなことを感じていましたか」「そのとき何か体の反応はありましたか」「それで結局どうされたのですか」

解説 9　似たような状況のときに、同じパターンの悪循環に陥り易いことを心理教育する。

解説 10　相手が提示した感情と違う感情になるような考えを提示してみる。

解説 11　治療のアウトラインを共有する。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：
ホームワークの設定
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。
解説 12　うまく書けなくても大丈夫です。何かあったときにできるだけすぐに書くようにして頂くと、書きやすいと思います。次回は、書いてきて頂いたものの中から、特にあなたが大事だと思うことについて、一緒に考えたいと思います。

つづく

患者さん：はい。

治療者：【まとめ】ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：そうですね。パニックの前兆みたいなのについて、こう考えてみれば、というのが面白かったです。

治療者：【フィードバック】今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：【感想を聞く】全体の感想としては？

患者さん：こころの仕組み図実際に書けるかな、というのは少し不安です。

解説 12　今後、話したい話題があれば、それをこころの仕組み図に書いてくるように伝える。何か困ったことがあったときに、認知行動療法のモデルで考えられるようにトレーニングしてもらう。

おわり

ねらい

具体的な目標を設定する

目標設定をすることで、なぜこの治療をやらないといけないのか（なぜ治療をすると自分にとって良いのか）を改めて考えてもらい、曝露などの大変な治療をするモチベーションを高めてもらう。また、具体的な目標を知ることで、治療者は曝露課題を目標に合わせて設定することができる。

つづく

みんなの対話セラピー。
SCBT
scbt-m.com

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者
あいさつ
○○さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん
お願いします。

治療者
何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の○回目をさせていただきます。15分ほどの間で、あなたが書いてきて下さったこころの仕組み図をベースに、この治療の目標について話し合いたいと思うのですが、いかがですか？ 解説 13

患者さん
はい。

治療者
前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん
こころの仕組み図について知りました。

治療者
ホームワークの確認
ホームワークだったこころの仕組み図はどうでしたか？

患者さん
パニックになりそうな状況があったので、そのときのことを書いてみました。

解説 13　こころの仕組み図の心理教育が終わった後は、患者が話したいテーマについてstepを踏んで話し合っても良い。その場合は、step2で問題を整理して、どのような問題に、どのスキル（認知再構成、曝露、行動活性化など）を使って解決していけば良いかをイメージする必要がある。また、治療の方向性がずれていかないように、患者の概念化もできている必要がある。そのため、初学者のうちは、基本的にはテキストに沿って進めていく方がやりやすい。どうしても今日相談したいということがなければ、基本的にはテキストに沿って進めていくことが一番治療効果が高くなると最初の段階で説明しておくと良い。

Step 2

問題を整理する

治療者
こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。とてもよく整理されていますね。 解説 14

こころの仕組み図をうまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

患者さん
はい。

治療者
今日は、このこころの仕組み図を元に、目標について話し合いたいと思います。目標と聞いて、どんなことをイメージされますか？

患者さん
治療のゴール、ということでしょうか。

治療者
目標は、治療の道しるべになります。漠然と治療に向き合うよりも、○○さんが現在どんなことに困り、どんなことがしたいのにできなくなっているか、良くなったらどんな風になりたいかを明確にすることで、治療が上手くいく可能性が上がると言われています。また、目標を私と共有することで、治療の方向性が○○さんと私でずれてしまうことを防ぐこともできます。なんとなくで良いのですが、目標の意味についてイメージはできましたか？

患者さん
はい。

解説 14　こころの仕組み図がうまく理解できていないという場合は、目標設定に進まず、丁寧に心理教育を行う。ある程度理解できていることが確認できた段階で次に進む。

つづく

Step 3

問題に一緒に取り組む
〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：それでは資料3-2を一緒に見ていきましょう。こころの仕組み図に××という症状で困っていると記載頂きました。(こころの仕組み図の内容がケースフォーミュレーションと関係のない内容であれば、「△△という症状で困っていると、最初に伺いました」でも良い。)

患者さん：はい。パニックの症状が頻回に出てきて、困っています。

治療者：〇〇さんの症状がもし良くなったとしたら、どんなことができると思いますか？ 解説 15
昔できていたけれど、今症状のためにできなくなったことなどを考えてもらっても結構です。資料の、「行動する」のところの具体的な行動目標に記載してみましょう。

患者さん：そうですね。電車に問題なく乗れるようになりたいです。外出を控えているので、外出も普通に出来るようになって、友人と遊びに行ったり、テニスをしたりもしたいです。

治療者：とても良いですね。次に、今避けているけど、やらないといけないこと、あるいは本当はやりたいことを、2つ目の枠「苦手はことに挑戦する」に書いてみましょう。症状がしんどいと、生活で少し不安を感じることや、少し「えいっ！」と頑張らないとできないことを、避けてしまうことがどうしても増えてしまいます。そのため、さらにそのことをすることが大変になってしまい、どんどん生活の幅が狭まってしまうことが起きやすいです。〇〇さんは今、避けることが多くなっていることはありますか？ 解説 16

患者さん：うーん、電車に乗るのもそうですが。後は、買い物に行くのも、最近は夫にお願いしていることが多いので、それも出来ないといけないなと思います。

治療者：とても良く考えられていますね。それでは最後に、こころの仕組み図の“考え”について、目標を立ててみましょう。症状で辛い状態が続くと、考えのパターンが狭まってきて、苦しくなる考えばかりが浮かんできてしまうことがあります。こう考えられるようになりたい、と〇〇さんが思うことはありますか？

患者さん：うーん。パニックが出ても大丈夫、と思えるようになれると良いとは思いますが。なかなか難しいです。

解説 15　症状を無くしたいという目標を語る場合は、症状の辛さを認めた上で、行動上の目標を設定する。

解説 16　ここで立てた目標が、暴露での課題設定に繋がる。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：ホームワークの設定
(では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたら、またこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：はい。似たようなことになると思いますが。

治療者：まとめ
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

つづく

患者さん：できなくなっていたことがこんなにあったんだなと思いました。

治療者：【フィードバック】今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：【感想を聞く】全体の感想としては？

患者さん：またできるようになりたいなと思いました。でももう難しいかな、という気持ちもあります。

おわり

ねらい

認知モデルの理解を深める

不安を生じさせる考えが、パニック症を悪化させていることに気付いてもらう。
自分の考えに気が付けるようになってもらう。

身体感覚と最悪のイメージの結びつきを弱める

めまい、呼吸が早くなっている感覚、心臓がドキドキする感覚などについて、それ自体は問題がないことを、まずは“頭”で理解してもらう。身体感覚暴露の導入がしやすくなる。
上記の感覚が、普通の運動や活動でも生じることに気が付いてもらう。お化け屋敷や子どもの遊びなど、これらの感覚を誘発して楽しむこともあることに気が付いてもらう。
発作の前に身体感覚に気が付いたときの状況を思い出してもらう、「〇〇という感覚があると、××（コントロールを失う、発作が生じる、恥ずかしい思いをする）になる」という自動思考を同定し、認知再構成を行う。

つづく

オプション

身体感覚暴露や現実曝露に進むのに抵抗があった場合に都度行う

発作が起きる確率について現実的にする

「〇〇に行くと、発作が△%で起こる」という自動思考を同定する。
実際に何度その場所に行ったことがあるのか、過去に何度発作が起きたのか、について具体的な数字を用いて計算する。

発作が実際に起きたときのイメージを和らげる

「もし発作が起きたら、××（死んでしまう、恥ずかしい思いをする、周りに迷惑をかける）になる」という自動思考を同定する。
××については、出来るだけ具体的にする。周りに迷惑をかけるとどうなるのか、恥ずかしい思いをするとどうなるのか、考えてもらう。
その上で認知再構成を行い、実際に起きたとしても、思っている程の最悪の状況にはならないことに気が付いてもらう。

発作が実際に起きたときの対処方法を考える

「発作がもし起きたら、どうすることもできない」という自動思考を同定する。
発作が起きたときに、具体的にどんなことができるか、話し合う。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、こころの仕組み図の中の「考え」について一緒に注目していきたいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：はい。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：目標を一緒に考えました。できるようになりたいなと思いました。

治療者：ホームワークの確認
ホームワークはいかがだったですか？

患者さん：少し慣れてきました。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：今までこころの仕組み図を書いて頂く中で、考えと感情の関係について気づかれたかもしれません。実は、〇〇さんがどう感じるか、そして何かに対してどう反応するかを方向づけているのは、考えなのです。パニック症で悩んでいる方は特に、「この感覚は発作の前兆なんじゃないか」「このままコントロールできなくなったらどうしよう」と考え過ぎて不安になってしまうパターンが多いようです。〇〇さんには、よく出てくるなと思う考えのパターンはありますか？

患者さん：不安になるときは、この感覚は発作になるパターンだ、と考えることが多いなと、こころの仕組み図を書いていて思いました。

治療者：とても良くご自身のことを観察できていますね。それでは、資料4-1を見ながら、一緒に整理していきましょう。××という考えが浮かんでくるのは、だいたいどんなときでしょうか。

患者さん：特にこういう場所で、ということはないんですが、めまいがしたり、ドキドキしたりした時が多いなと思います。

治療者：なるほど。△△という状況で××という考えが浮かんできやすいのですね。それでは、××という考えが浮かんできたら、だいたいどんな気持ちになることが多いですか。

患者さん：とても不安ですね。

治療者：そうですよね。確かに××と考えると、どうしても不安になりますよね。それは当然のことと思います。××と考えて不安になったとき、身体の反応としてこうなりやすい、と思うことはありますか。

つづく

患者さん：うーん、さらにドキドキしてきたり、緊張する感じでお腹が痛くなったり、ということが多いです。

治療者：☆☆と感じることが多いのですね。それも苦しい症状ですね。それでは、そういう状態になったとき、〇〇さんはどう行動することが多いですか。よくあるパターンを教えてください。

患者さん：だいたい頓服薬をすぐ飲むようにします。

治療者：なるほど。そうすると、△△という状況で、××と考えて不安になり（落ち込み）、☆☆のような感覚も出て、結局＋＋と行動することが多いんですね。これはよくあるパターンですか？

患者さん：とてもよくあるパターンです。

治療者：この状況が続いていると辛いですね。さて、こうやって眺めてみると、やはりどうしても浮かんできてしまう××という考えが、〇〇さんを苦しめていますね。このような考えが浮かんでくるようになったきっかけや理由について、何か思うことはありますか？　もちろん特に理由がない方もいますが、人によっては、ずっとそう教えられてきて、という方もいるし、ある出来事をきっかけにという方もいます。 解説 17

患者さん：やっぱり以前過呼吸になって救急車で運ばれたことがあったので。それが一番大きなきっかけです。

治療者：なるほど。確かにそういうことがあると、このようにふっと考えが浮かんでくるのも仕方ないことですね。もしかしたら、以前はこのような考えを持つことで、□□というような状況を乗り越えてこれたのかもしれませんね。 解説 18 　ただ、今こうやって眺めてみると、この考えは今のあなたにあまり役に立っていないように感じます。どうでしょうか。

患者さん：うーん、過呼吸にまたなりたくないので。早めに危ない感覚に気が付こうとしているんだと思います。でも、それで不安になってしまう悪循環になってしまっているということですね。

治療者：この考えは、あまりにも自然に〇〇さんに浮かんできてしまうので、こう考えていることに気がつかないことも実は多いと思います。なので、この考えに覚えやすいニックネームをつけてこの考えが浮かんできていることに毎回気づけるように工夫してみましょう。どんな名前をつけると良さそうでしょうか。 解説 19

患者さん：そうですね。

治療者：＊＊というニックネーム、良いですね。

解説 17　よく出てくる認知のクセについて、自分でどんな理由でそのようなクセが生まれたのかを一度語ってもらい、共感して返す。そのプロセスを踏むことで、その後その認知のクセを客観的に見やすくなったり、そのクセが出てきたときにそれについて自分を責めてしまう（こんな風に考えてしまう自分はダメな人間だ）のを和らげることができる。

解説 18　認知再構成をしていると、認知のクセが出てくるのは悪いことなのだ、と患者は思いやすい。認知のクセが今現在は自分を苦しめているが、そのクセ自体が悪いことではない、と心理教育する。

解説 19　「べきべき星人」「心配小僧」など、ニックネームを付けることで、客観視しやすくなる。できるだけ患者自身に名付けてもらう。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。次回までに、＊＊がどんな場面で登場するのか観察し

つづく

て、その瞬間をこころの仕組み図に書いてきていただいてもよいでしょうか。解説 20　また、＊＊以外に自分を苦しめている考えのパターンがあったら、それもメモしてみてください。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

治療者　まとめ
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

治療者　フィードバック
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

治療者　感想を聞く
全体の感想としては？

解説 20　ニックネームをつけたら、治療者もそれを覚えておいて、次回からは、「べきべき星人は何と言っていますか」のように、そのニックネームを利用してセッションを進める。

おわり

ねらい

Session 4を参照

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
○○さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、こころの仕組み図の中の「考え」について、どう扱っていったら良いかについてお話ししていきたいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：はい。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：考えに気が付く、ということについて話しました。

治療者：ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？　＊＊が出てきた瞬間のこころの仕組み図は書けましたか？

患者さん：はい。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：こころの仕組み図を拝見すると、××という考えがよく浮かんできたのですね。とても良くご自身の考えのパターンを見つけることができていらっしゃいますね。書いてみて頂いて何か感じたことはありましたか。

患者さん：ドキドキしてきたときに、パニックになるんじゃないかと怖くなることに気が付きました。

治療者：今日は、○○さんが苦しくなってしまう考えのパターンをどうしたら少しでも楽にできるか、お話ししたいと思います。

患者さん：はい。

治療者：××という考えは、どうしても自然に浮かんできてしまうと思います。 解説 21
ただ、その考えは現実に即していない、ということもよくあります。そのことにご自分で気づくのはなかなか難しいのですが、考えを見つける練習をされる中で、「おや？」と感じるようなことはありましたか？

つづく

患者さん：うーん、ドキドキしても、大丈夫って思えるといいのかなとは思うんですが、なかなか難しいです。

治療者：その通りですね。解説 22 今日は、考えのパターンを冷静に分析するコツをお伝えしたいと思います。資料5-1を見ていきましょう。まずは、証拠探しというのをやってみたいと思います。今回のこころの仕組み図で、△△という状況で、××と考えて不安になった（落ち込んだ）ということを記載頂きました。解説 23 ××という考えを最初の枠に記載してみましょう。

患者さん：はい。

治療者：それでは、××と考える根拠を、一緒に考えてみましょう。根拠は、推測ではなく、事実を記載して頂くのが重要です。どんな根拠がありますか？

患者さん：そうですね。実際に過去に、ドキドキし始めてから、そのまま過呼吸になって運ばれたことがありました。

治療者：なるほど。確かに□□ということがあると、××と思いたくなるかもしれないですね。それでは逆に、××という考えが事実ではない、あるいはちょっと極端すぎるなと思うような根拠は何かありますか。

患者さん：うーん、今まで、ドキドキしても、そのまま収まったこともありました。だいたいは薬を飲むのですが、どうしても飲めないときもあって、その時もすぐではないですけど、収まりました。

治療者：確かに、冷静に考えると、☆☆ですよね。他にも、何か××が事実ではないと示す根拠を挙げられますか？

患者さん：例えば昔は、走ったときとかにドキドキしていましたけど、別にそれに不安を感じることはなかったです。

治療者：その通りですね。このようにすると、客観的に自分の考えを分析することが出来ます。ここまで考えた上で、同じ△△という状況で、現実的にはこうも考えられるな、という考えはありますか。

患者さん：発作が起きる可能性はないわけではないけど、ドキドキすること自体が危ないわけではないのかな。むしろそこで発作が起こる、と考え過ぎることで、もっと不安になってドキドキしてくるわけなので。

治療者：確かに、ここまで一緒に考えたことを踏まえると、＊＊ですよね。この新しい考えは、〇〇さんにとってしっくりきますか？

患者さん：そうですね。

治療者：確かにそうだなと思う一方で、まだ自分にぴったりはまる感じはないかもしれません。それは自然なことです。新しい考えのパターンが自分になじむまでには、最初は変な感じ、むず痒いような感じがします。でも、だからこそ、その考えがしっくりはまるようになってくれれば、〇〇さんはパニック症を乗り越えることができます。むず痒い感じは、むしろ良くなっていく証拠です。

患者さん：はい。

治療者：それでは、次に△△という状況があった時に、これらの根拠をベースにすると、あなた自身に何と言ってあげられそうですか？

患者さん：ドキドキ自体が悪いわけではない。心配し過ぎると発作が悪くなるから、心配し過ぎないようにしよう。

治療者：とても良いですね。現実に即していますよね。多分、また△△と似たような状況になったとき、まず浮かんでくるのは、××という考えだと思います。解説 24 でも、そこでこのワークを

つづく

思い出して、この新しい考えを自分に言い聞かせてあげることはできますか？　これを繰り返すことで、新しい現実的な考えを〇〇さんのものにしていくことができます。

患者さん：やってみます。

治療者：他にも、もし友達が自分と同じ状況だったら、なんと言ってあげられるかを想像する方法もあります。 解説 25
例えば先程の△△という状況にご友人がなっていて、「××と考えて苦しい」と言っている状況をイメージできますか？　〇〇さんなら、なんと言ってあげますか？

患者さん：ドキドキを警戒し過ぎると、むしろ不安になって悪くなってしまうよ、とかですかね。

解説 21 考えてしまうこと自体が駄目だ、と患者が思わないように、自動思考は勝手に出てきてしまうことを心理教育する。

解説 22 感情に引っ張られることで、現実に即していない考えが浮かんできたことあることを想定している。

解説 23 ××が具体的でなければ、「もう少し詳しく伺いたいのですが、××と考えたのはどうしてだったのですか？」「××という考えについてもう少し詳しくお伺いしても良いですか？」などと聞いて、具体的で極端な思考を炙り出し、認知再構成しやすくする。強い不安や落ち込みを感じている場合、背景には多くの場合少し極端な思考が隠れていることが多い。

解説 24 自動思考は必ず浮かんでくることを心理教育する。

解説 25 不安障害の患者は、自分の能力を低く見積もることが多く、自分には厳しいが人には優しいという方も多い。そのため、友達アドバイス法の方が良いと感じる患者も多い。もし時間がなければ、次回以降に1セッション時間を取って心理教育することもできる。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：ホームワークの設定
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。今回練習したことを、繰り返し家でもやってみましょう。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：はい。

治療者：まとめ
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：考えを改めて考えなおしてみる、というのが斬新でした。

治療者：フィードバック
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：感想を聞く
全体の感想としては？ 解説 26

患者さん：次不安になったときに、今日話したことを試してみようと思いました。

解説 26 認知再構成で大事なことは、考えを変えること以上に、自分の考えに気付き客観視して、現実的に状況を捉える練習をすることである。考えをすっきり変えられることは多くはない。患者の質問によっては、そのことも心理教育しておく。

おわり

パニック症（治療者用）　Session 6. 認知再構成 3

ねらい

Session 4を参照

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、こころの仕組み図の中の「考え」について、どう扱っていったら良いかについてお話ししていきたいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：はい、お願いします。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：自分の考えを見直してみる、ということをしました。役に立つなと思いました。

治療者：ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？　＊＊が出てきた瞬間のこころの仕組み図は書けましたか？

患者さん：はい、やってみました。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：こころの仕組み図を拝見すると、××という考えがよく浮かんできたのですね。とても良くご自身の考えのパターンを見つけることができていらっしゃいますね。書いてみて頂いて何か感じたことはありましたか。

患者さん：うーん、やっぱり似たようなパターンが多いなと思いました。

治療者：今日も改めて、〇〇さんが苦しくなってしまう考えのパターンをどうしたら少しでも楽にできるか、お話ししたいと思います。

患者さん：はい、お願いします。

治療者：まず、もし〇〇という考えが本当だとして、想定できる最悪のシナリオはどんなものでしょうか。

患者さん：えっと、過呼吸が収まらなくなって、救急車で運ばれて、周りにすごい迷惑をかけて、とんでもないことになるような状況です。

つづく

治療者：良いですね。次に、今度は逆に、最高のシナリオを一緒に考えてみましょう。もしこうであれば最高だなと思うような状況は想像できますか？

患者さん：うーんと、過呼吸っぽくはなるんですけど、自然に収まってきてなんとかなる、というような状況ですかね。

治療者：良いですね。ただ、苦しい期間が長くなると、良い想像がなかなかできなくなってしまうと言われています。ありえないけど、もっとこうなったらさらに最高だ、という状況は想像できますか？

患者さん：えっと、自然にすぐ収まって全然苦しくなくて、周りも全くこちらには気付かずに、全く何事もなかったかのように時間が過ぎるような状況ですかね。

治療者：良いですね。それでは最後に、最悪のシナリオと、最高のシナリオを踏まえて、最も現実的なシナリオはどうなりそうでしょうか。

患者さん：そうですね。過呼吸にはなるけど、なんとか収まってきて、周りも少し大丈夫、みたいな雰囲気にはなるけど、別にそれで何か言われたり負担をかけたりはないような状況ですかね。

治療者：とても良いですね。繰り返しになりますが、苦しい期間が続くと、どうしても一番最悪なシナリオが頭に最初に浮かんできてしまいます。それをずっと考えていると、さらに不安になって悪化してしまいます。例えば、次〇〇という考えが浮かんできたとき、今日やったことを思い出して、現実的には××だよね、と自分に話してあげることはできそうでしょうか。

患者さん：そうですね、やってみます。

治療者：役に立ちそうですか？

患者さん：そうですね、役に立つんじゃないかと思います。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。今回練習したことを、繰り返し家でもやってみましょう。次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：〇〇という考えは良く浮かんでくるので、今日考えた現実的なシナリオを自分に話してみるように意識してみます。

治療者：**まとめ**
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：最悪な状況ばかりイメージしていたので、最高のシナリオと現実的なシナリオを考えること、意識してみたいと思います。

治療者：**フィードバック**
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：**感想を聞く**
全体の感想としては？　解説 27

患者さん：ちょっとずつやっていこうと思います。

つづく

解説 27　認知再構成で大事なことは、考えを変えること以上に、自分の考えに気付き客観視して、現実的に状況を捉える練習をすることである。考えをすっきり変えられることは多くはない。患者の質問によっては、そのことも心理教育しておく。

おわり

ねらい

過呼吸があるパニック症のケースで行う

呼吸トレーニングは、腹式呼吸を使って、4秒吸って6秒吐く呼吸を練習する方法である。これはリラクセーションとして使われることもあるが、パニック症の治療では、リラクセーションとして説明すると、曝露の際に安全行動として患者が使ってしまう可能性がある。そのため、不安になり、過呼吸になり、身体反応が生じてさらに不安になってくる、という悪循環を断ち切るために、過呼吸の代わりに用いる呼吸であることを伝える。

呼吸トレーニングを行わずに身体感覚曝露に入っても良い。不安が強く、身体感覚曝露を開始することが難しそうな患者について、呼吸トレーニングを実施する。

※必要な場合はSession 7の前に行う

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：
あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：
お願いします。

治療者：
何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、呼吸のトレーニングについて話したいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：
やってみます。

治療者：
前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：
ドキドキに気が付いたときに、発作になるんじゃないかと考え始めたら、ただのドキドキだ、発作になったことはほとんどないよ、と自分に言い聞かせるようにすることです。

治療者：
ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？自然に浮かんできた考えを、少し立ち止まって考えなおしてみることはできましたか。

患者さん：
ある程度はできましたが、やっぱり不安になるなと思いました。

Step 2

問題を整理する

治療者：
こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：
こころの仕組み図を拝見すると、△△という状況で不安が強くなっていますね。 解説 28 前回お話したように、パニック症では、本当は危なくない身体の感覚に対して、危険だと判断してしまい、さらに不安になってしまいます。不安になると、不安に関連して、また身体の感覚が強くなってしまいます。

患者さん：
そうですね。

治療者：
「発作になるんじゃないか」と不安になって、意識せずに過呼吸が始まってしまうことがあります。過呼吸になると、身体の中の酸素と二酸化炭素のバランスが崩れて、様々な身体反応が出ます。手足の痺れや、めまい、動悸などが典型的な身体の反応です。これらの身体反応が出ると、「まずい、大変なことになるかもしれない」と考えて、さらに不安が強くなってしまう、という悪循環に入ってしまいます。似たような経験はありますか？

患者さん：
そうですね、まさにそんな感じです。

つづく

治療者
今回は、あ、呼吸が早くなっているな、と気が付いたときに、呼吸を戻すための練習をしたいと思います。この練習は役に立ちそうですか？

患者さん
はい。お願いします。

治療者
まず、片方の手を胸に、もう片方の手をお腹に当てて下さい。この状態で、口ではっ、はっと早く呼吸をしてみましょう。どちらの手が大きく動きますか。

患者さん
両方動きますが、胸の方が動きます。

治療者
今度は、床に足をしっかりつけて、背筋を伸ばして、肩の力を抜いてリラックスしましょう。次に、片方の手を胸に、もう片方の手を腹にあてて、鼻から4秒かけてお腹を膨らますような感覚で大きく吸いましょう。次に、6秒かけてゆっくりと、口から息を吐き出しましょう。まずは私も一緒にやります。それでは吸って・・・1,2,3,4、吐いて・・・1,2,3,4,5,6。続けましょう。

〜1分程呼吸トレーニングをする〜

治療者
どうでしたか。

患者さん
そうですね、少し落ち着く感覚です。

解説 28 こころの仕組み図の中に回避のパターンがなければ、最初のケースフォーミュレーションから回避のパターンを抽出し、例示する。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者
ホームワークの設定
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。呼吸トレーニングを、家で取り組めそうですか？ 解説 29
次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん
家でも、毎日寝る前に5分ぐらい、やってみようと思います。

治療者
まとめ
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん
過呼吸になっていることにまず気が付くのが難しいなと思いました。意識してみます。

治療者
フィードバック
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん
大丈夫です。

治療者
感想を聞く
全体の感想としては？

患者さん
続けて、楽になっていけると良いなと思います。

解説 29 ここでは無理のない、ある程度達成できそうな課題を設定する。

おわり

ねらい

身体感覚自体は、危ないものではないことを理解してもらう

認知再構成をすることで、頭の中では身体感覚は危ないものではないと理解できることも多いが、実際に体験することで、実際にそうだと腑に落とすことができる。

患者がどのような安全行動を取っているかを把握する

セッション内で身体感覚暴露をやることで、患者がどのような安全行動を取っているかを確認できる（目をぎゅっとつぶる、手を強く握りしめる、どうしましょうと治療者に話しかける、など）。確認した安全行動は、次の身体感覚暴露では除外するように提案する。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、危ないと感じている身体の反応について、危なくないものだと捉えなおす練習をしたいと思うのですがいかがですか？

患者さん：やってみます。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：ドキドキに気が付いたときに、発作になるんじゃないかと考え始めたら、ただのドキドキだ、発作になったことはほとんどないよ、と自分に言い聞かせるようにすることです。

治療者：ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？自然に浮かんできた考えを、少し立ち止まって考えなおしてみることはできましたか。

患者さん：ある程度はできましたが、やっぱり不安になるなと思いました。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：こころの仕組み図を拝見すると、△△という状況で不安が強くなっていますね。 解説 30 前回お話したように、パニック症では、本当は危なくない身体の感覚に対して、危険だと判断してしまい、さらに不安になってしまいます。不安になると、不安に関連して、また身体の感覚が強くなってしまいます。今回は、あえて身体の感覚を引き起こしてみて、実際にどうなるのか一緒に見てみたいと思います。

患者さん：怖いですね。

治療者：今あなたが怖い感覚は、どのような感覚でしたでしょうか。

患者さん：めまいと、ドキドキする感じですね。

治療者：このリストを見てみて下さい。身体の反応を引き起こすためのワークがあります。例えば､〇〇と××を組み合わせると、似たような感覚を引き出せるでしょうか。

つづく

患者さん：そうですね。とても怖いですけど。

治療者：最初にお話ししたように、この挑戦の目的は、「思ったよりも安全なんだ」ということに気づいたり、「恐れていることはそうは起こらない」ということに気づき、避けていた状況で感じる不安を軽減させることです。ただし、挑戦するのは勇気がいることですので、何に挑戦するかや、どれくらい難しいことから挑戦を始めるかを、一緒に相談しながら決めたいと思います。解説 31

患者さん：では、怖いですけど、〇〇からやってみたいと思います。

治療者：それでは、今〇〇をやってみて、どうなりそうだな、という想像はありますか。

患者さん：そうですね。どんどん不安が強くなってきて、とんでもないことになっちゃうんじゃないかという感じもします。

治療者：それでは実際にやってみましょう。頭の中で不安な考えが浮かんできたときは、どうするんでしたっけ？

患者さん：自分に、この感覚はただの感覚だ、と言い聞かせてみます。

治療者：良いですね。では実際にやってみましょう。私も一緒にやりますね。

〜身体感覚暴露を行う〜

治療者：やってみていかがだったですか。感覚は、いつもの怖い感覚と似ていましたか？

患者さん：そうですね。とても似ていました。

治療者：最初に、やってみるととんでもないことが起きるとお話していましたが、実際どうだったでしょうか。

患者さん：最初はどんどん不安になりました。でも、実際にやってみると、大丈夫でしたね。

治療者：重要なことは、不安がどうだったかということ以上に、＊＊を実際にやれたかどうかということです。課題に向き合う時に不安を感じるのは当然のことです。不安があっても、＊＊ができたということに着目しましょう。よく向き合われましたね。

治療者：何かいつもの不安になるような感覚と違いはありましたか？

患者さん：そうですね。先生がいたので、それで安心だったというのはあります。

治療者：それでは、次回は私はいない状況で、やってみましょうか。この取り組みで大事なのは、不安を緩和させるような行動をできるだけ取り除いて、取り組むことです。そうすることで、嫌だなと思っている感覚がどんどん大丈夫になってきます。

解説 30　こころの仕組み図の中に回避のパターンがなければ、最初のケースフォーミュレーションから回避のパターンを抽出し、例示する。

解説 31　馴化のプロセスの心理教育と、段階的曝露のガイダンスをする。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。家で取り組めそうな挑戦課題はありますか？ 解説 32
次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

つづく

患者さん：家でも、〇〇をやってみようと思います。

治療者：
まとめ
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：自分でドキドキする感覚を作り出してみるなんて考えもしませんでした。でもやってみることが大事だということもわかりました。

治療者：
フィードバック
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：
感想を聞く
全体の感想としては？

患者さん：続けて、楽になっていけると良いなと思います。

解説 32　ここでは無理のない、ある程度達成できそうな課題を設定する。

おわり

ねらい

身体感覚曝露で安全行動を手放せないケースに行う

身体感覚曝露で安全行動をやめるのが難しいケースでは、マインドフルネスが有効なことがある。実際に身体感覚曝露を行い、マインドフルネススキルを導入する。

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、身体感覚暴露のときに、安全行動の代わりに使えるスキルを練習したいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：やってみます。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？　質問はありますか？

患者さん：パニックのときの感覚をあえて感じてみるということをしました。

治療者：ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？自然に浮かんできた考えを、少し立ち止まって考えなおしてみることはできましたか。

患者さん：ある程度はできましたが、やっぱり辛くて、椅子をぎゅっと掴みながらなんとかやり過ごしたような感じです。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：こころの仕組み図を拝見すると、△△という状況で不安が強くなっていますね。 解説 33 　前回お話したように、パニック症では、本当は危なくない身体の感覚に対して、危険だと判断してしまい、さらに不安になってしまいます。不安になると、不安に関連して、また身体の感覚が強くなってしまいます。今回もあえて身体の感覚を引き起こしてみようと思うのですが、今回は感覚と戦おうとするのではなく、受け入れてみることを練習したいと思います。

患者さん：はい。

治療者：怖いと感じている感覚が出てきたとき、いつもどのようにして乗り切っているか思い出せますか。 解説 34

患者さん：そうですね、めまいとか、ドキドキが出てきたときは、何かにつかまったり、早く終われと頭の中で唱えたりしていると思います。

つづく

治療者：よく観察できていますね。そうすると、早く身体感覚はおさまりますか？

患者さん：うーん、なんとか乗り切るって感じで、早くおさまる感じは別にないですね。

治療者：実は、身体の感覚が出てきたときに、その感覚と戦おうとするのではなく、受け入れる方が早くおさまると言われています。例えば過呼吸で頭がふらっとするのは、過呼吸によって酸素と二酸化炭素のバランスが崩れているからで、落ち着いて過ごしていれば元に戻ってきます。これからこの受け入れる、というのを一緒に練習してみたいと思うのですが、いかがですか。

患者さん：では、怖いですけど、〇〇からやってみたいと思います。

治療者：それでは、前回の身体感覚暴露と同じことをしてみたいと思います。次練習するときに使えるように、あなたの携帯で録音してもよろしいですか。

患者さん：はい。

〜身体感覚暴露を始める〜

治療者：やってみていかがですか。身体の反応は出ていますか。

患者さん：そうですね。めまいと、動悸が続いてます。

治療者：それでは、その感覚を止めようとしたり、コントロールしたりしようとせずに、そのまま出るままにしてみて下さい。映画を見るような感じで、画面に映っている映像のように、身体の感覚をそのまま観察して下さい。身体の感覚が変化していくのを、ただただそのまま観察して下さい。感覚が強くなっても、弱くなっても、それをコントロールしようとせずに、そのままにして下さい。

〜教示をしながら、感覚が減っていくまで続ける〜

治療者：やってみていかがでしたか。

患者さん：最初はどんどん不安になりました。でも、ただただ観察していると、ちょっとずつ弱まっていくのがわかりました。

治療者：コントロールしようとしたときと、今回とではどちらの方が長く症状が続きましたか。

患者さん：コントロールしようとしたときですね。

治療者：次回からは、身体感覚曝露の練習をする時は、今回と同じようにただただ身体の反応を観察する、ということに挑戦してみて下さい。

患者さん：やってみます。

解説 33　こころの仕組み図の中に回避のパターンがなければ、最初のケースフォーミュレーションから回避のパターンを抽出し、例示する。

解説 34　安全行動と呼ばれる、不安な思考や感覚を避けるためにやっている行動を確認する。ぎゅっと手を握る、呪文を唱える、目を強くつぶる、など。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**ホームワークの設定**
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが……。家で取り組めそうな挑戦課題はありますか？ **解説 35**
　次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

つづく

患者さん：家でも、〇〇をやってみようと思います。

治療者：**まとめ**
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：ただただ観察する、というのはまだ難しい気もしますが、続けてみます。

治療者：**フィードバック**
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：**感想を聞く**
全体の感想としては？

患者さん：続けて、楽になっていけると良いなと思います。

解説 35　ここでは無理のない、ある程度達成できそうな課題を設定する。

おわり

Session 9. 現実曝露

ねらい

避けている場所や状況に挑戦する

生活の幅を広げていき、目標達成に近づけていく

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者：あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん：お願いします。

治療者：何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、今後向き合っていく乗り越えたい障害物の課題を相談したいと思うのですが、いかがですか？

患者さん：はい。

治療者：前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？質問はありますか？

患者さん：身体の感覚に挑戦しました。

治療者：ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？

患者さん：大変でしたが、毎日やりました。

Step 2

問題を整理する

治療者：こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者：こころの仕組み図を拝見していると、〇〇という状況はやはり怖くて避けてしまうのですね。前回までは、避けていた身体の感覚に向き合うことで、大丈夫になっていくことを一緒に確認しました。

患者さん：はい。

治療者：今回は、今後実際に取り組んでいくと良いと思われる課題を一緒に相談したいと思います。解説 36　挑戦していきたい場所や状況について、向き合う大変さを数値化しながらリストにしていきましょう。そのことに向き合って感じる不安について、人生で一番不安だったことを100、全く不安がない状態を0として、数値化しながら記載してみましょう。解説 37

患者さん：はい。

治療者：何かこれに挑戦していきたいことや、やらないとなと思っていることはありますか？

患者さん：〇〇をやりたいなと思っています。

治療者：良いですね。〇〇をやると、不安の程度は数字で表すとどれぐらいでしょうか。

患者さん：△ぐらいですね。

〜相談しながら階層表を作成する〜

つづく

解説 36　本人の人生に必要のない課題に向き合う必要はない。

解説 37　不安階層表という。まずは課題を思いつく限り書き出してもらい、それぞれに数値をつけて、最後に表にまとめる方法がやりやすい。「たくさん人がいるカフェに一人で入り1時間本を読む」という課題であれば、「人が比較的少ない時間に」「15分本を読む」「ずっと下を向かずに他の人がどう過ごしているかを観察しながら」「イヤホンを外して外の音が聞こえるようにして」などと曝露課題の強度を調整することもできる。また、暴露の強度を下げる際に、他の人に手伝ってもらうという設定は極力しない方が良い。自分で向き合えたという感覚が減り、暴露を行って自信がついていく過程を阻害してしまう。また、他の人に手伝ってもらう課題は、相手の人の都合により曝露課題の実行可能性が左右されてしまう。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：ホームワークの設定
（では、そろそろ時間なので）家に帰ってからもできそうなことを考えたいと思うのですが。挑戦の課題を次回までにどこまでやってきましょうか？次回話し合いたいことや、不安や悲しみを感じたらこころの仕組み図を書いてきてください。

患者さん：それでは､〇〇に挑戦してみようと思います。挑戦したときのこころの仕組み図を書いてこようかなと思います。

治療者：まとめ
ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：ちょっとずつやっていくということがわかりました。

治療者：フィードバック
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：感想を聞く
全体の感想としては？

患者さん：やれるところから、取り組んでいこうと思います。

おわり

ねらい

再発を防ぐために、今後再発しそうな状況を考え、
対処策を考える

つづく

Step 1

対話の目的を確認する〈共感スキル〉

治療者
あいさつ
〇〇さん、こんにちは。今日もよろしくお願いします。

患者さん
お願いします。

治療者
何を話題にするか決める
今日は認知行動療法の〇回目をさせていただきます。15分ほどの間で、再発を防ぐためにどのようなことができるか話し合いたいと思うのですが、いかがですか？

患者さん
はい。

治療者
前回のサマリー
まず、前回のことで覚えていることはありますか？質問はありますか？

患者さん
今までできなかったことに挑戦してみました。だいぶ行動の幅が広がったなと思います。

治療者
ホームワークの確認
ホームワークはどうでしたか？

患者さん
大変でしたが、できることが増えて嬉しいです。

Step 2

問題を整理する

治療者
こころの仕組み図を書いていただき、ありがとうございます。

うまく書けていない場合は、〈質問スキル① 5Kでこころの仕組みをとらえる〉

Step 3

問題に一緒に取り組む〈質問スキル② ソクラテス式問答法〉

治療者
こころの仕組み図を拝見すると、だいぶ今まで避けていらっしゃったことに向き合えるようになられて、不安の程度も以前よりは下がってきていらっしゃいますね。今回は、再発予防に取り組みたいと思います。

患者さん
はい。

治療者
今後、どんな状況になると、危なそうだなと感じますか？

患者さん
そうですね。〇〇という状況になると、また不安が強くなりそうだなと思います。

治療者
確かに〇〇という状況は危なそうですね。そのとき、どんな考えが浮かんできそうでしょうか。

患者さん
△△って考えて、不安になりそうですね。

つづく

治療者：良いですね。考えを見直す、というところでやったスキルを使って、もし△△という考えが浮かんできたとしたら、自分に何と言ってあげられるか、考えてみることはできますか。

患者さん：そうですね。×× って言えるかなと思います。

治療者：とても良いですね。行動についても考えておきたいのですが､〇〇という状況だと、どのように行動してしまいそうでしょうか。

患者さん：やっぱり怖いので、避けてしまいそうですね。

治療者：そうですよね。今回一緒に学んできたことを踏まえると、どのように行動すると、症状が悪化しないで済みそうでしょうか。

患者さん：そうですね。怖いけど避けずに､〇〇という状況で過ごす、ということですね。

治療者：良いですね。そのときに避けずに頑張れるように、今回学んだことで使えそうなことはありますか。

患者さん：自分に××と言い聞かせるのも役に立つと思いますし、身体の感覚に対して過度に怖がらずに、そのまま感じることも役に立つと思います。

治療者：とても良いですね。

Step 4

次につなげ、活かす

治療者：**まとめ**
（では、そろそろ時間なので）ここまでのまとめをしたいと思います。どのようなことが印象に残っていますか。

患者さん：今まで練習したスキルを使って、次また悪くならないようにプランを立てました。

治療者：**フィードバック**
今日の面談で気になったことや、わからないことなどあれば教えていただけますか？

患者さん：大丈夫です。

治療者：**感想を聞く**
全体の感想としては？

患者さん：続けて取り組んでいきたいと思います。ありがとうございました。

おわり

別紙５

令和3年5月31日

厚生労働大臣
　（~~国立医薬品食品衛生研究所長~~）　殿
　（~~国立保健医療科学院長~~）

機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　中込和幸

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　**認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究**

３．研究者名　（認知行動療法センター・センター長）

（堀越　勝・ホリコシ　マサル）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無 有	該当性の有無 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1） 審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□	■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有■無 □（無の場合は委託先機関：
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有□　無 ■（有の場合はその内容：

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
　　　　　　　・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

別紙５

令和3年5月31日

厚生労働大臣
　（~~国立医薬品食品衛生研究所長~~）　殿
　（~~国立保健医療科学院長~~）

機関名　国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　中釜　斉

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　**認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究**

３．研究者名　（中央病院　支持療法開発部門・部門長）

（内富　庸介・ウチトミ　ヨウスケ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□	■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　　　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有■無 □（無の場合は委託先機関：
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有□　無 ■（有の場合はその内容：

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
　　　　　　　・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

別紙5

令和3年5月31日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　藤田医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　才藤 栄一

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1．研究事業名　障害者政策総合研究事業

2．研究課題名

認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究

3．研究者名　（医学部医学科　連携地域医療学・講師）

（大杉　泰弘・オオスギ　ヤスヒロ）

4．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□	■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

6．利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有■無 □（無の場合は委託先機関：
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有□　無 ■（有の場合はその内容：

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

別紙５

令和3年5月31日

厚生労働大臣
（~~国立医薬品食品衛生研究所長~~）　殿
（~~国立保健医療科学院長~~）

機関名　国際医療福祉大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　大友 邦

次の職員の令和２
年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名

認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究

３．研究者名　（成田看護学部・教授）

（岡田　佳詠・オカダ　ヨシエ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□	■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有■無 □（無の場合は委託先機関：
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有□　無 ■（有の場合はその内容：

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

別紙５

令和3年5月31日

厚生労働大臣
（~~国立医薬品食品衛生研究所長~~） 殿
（~~国立保健医療科学院長~~）

機関名　聖路加国際大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　堀内 成子

次の職員の令和２年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名

認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究

３．研究者名　（看護学研究科　ウィメンズヘルス・助産学・教授）

（片岡　弥恵子・カタオカ　ヤエコ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	□	■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有■無 □（無の場合は委託先機関：
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有■無 □（無の場合はその理由：
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有□　無 ■（有の場合はその内容：

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。