

令和5年度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

集団認知行動療法の実践者養成のための研修プログラムの 効果検討に関する研究

分担研究者：岡田佳詠
国際医療福祉大学成田看護学部

研究趣旨：本研究では認知行動療法（CBT）のコンピテンシーを踏まえ、質の担保された集団 CBT の実践者養成のための研修プログラムを実施し、効果検討することを目的とした。研修プログラムは一日研修と SV の 2 本立てとし、医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士等）を対象に、集団 CBT 研修を実施し、研修前後の 2 時点での CBT の基礎的知識および集団 CBT の実践力の習得程度を検討し、さらに 6 ヶ月後の集団 CBT の実践力の習得程度を検討した。結果、研修プログラムを 3 回実施し、対象者は計 34 名であった。CBT の基礎的知識は研修後に上昇し、集団 CBT の施行への自信、知識・スキルの習得、集団の治療要因やプロセスに関するアプローチ、管理・運営に関する実践力の向上への自己評価も研修後に上がり、6 ヶ月後も維持された。また研修終了後、希望者に SV を 2 回実施し SV の方法について検討した。これらのことから、集団 CBT 実践者養成研修プログラムの有用性が示唆された。

研究協力者

藤澤大介 慶應義塾大学医学部・准教授
大嶋伸雄 東京都立大学大学院人間健康科学研究科
健康福祉学部作業療法学科・教授
岡島美朗 自治医科大学附属さいたま医療センターメンタルヘルス科・教授
高橋章郎 東京都立大学大学院人間健康科学研究科健康福祉学部作業療法学科・客員研究員
丹野義彦 東京大学 名誉教授
中島美鈴 肥前精神医療センター・公認心理師
吉永尚紀 宮崎大学医学部看護学科・教授
天野敏江 医療法人同和会千葉病院
根本友見 国際医療福祉大学成田看護学部・准教授
田村法子 慶應義塾大学医学部・研究員

A. 研究目的

本邦では 2010 年度にうつ病等の個人対象の精神療法として認知行動療法（以下、CBT）が診療報酬化され、2011 年度には厚生労働省 CBT 研修事業として英国の IAPT（Improving Access to Psychological Therapies）のコンピテンシーを踏まえた実践者養成も始まった。しかし、集団対象の CBT 研修については、集団での CBT を学ぶ 1 日研修はあるものの、コンピテンシーを踏まえ、かつ集団精神療法の治療要因（アメリカ集団精神療学会、2014）、プロセス要因（ビーリング, P.J. ら、2018）、集団の管理運営を網羅したものは報告が見当たらない。また SV 体制の整備も程遠い。2021 年度の集団精神療法に携わる医療従事者への調査でも、4 割弱が研修未受講のなか集団精神療法を実施しており、CBT をベースとする研修も受講時間数に個人差があること、また SV の未経験者が 7 割弱を占めることも明らかとなり、国内の集団精神療法に係る研修・SV の不十分さと質の担保における課題が示唆されている（岡田ら、2022）。

以上のことから、本研究では CBT コンピテンシーを踏まえ、質の担保された集団 CBT の実践者養成のための研修プログラムを実施し、効果検討することを目的とした。本研究により、国内で一定の質が担保された集団 CBT の実践者を多数輩出することが可能となり、集団 CBT に適用のある多くの精神障害者への普及に貢献できると考えた。

B. 研究方法

（1）研究方法の概要

本研究では、研修プログラムを一日研修と SV の 2 本立てとし、研究協力の得られた

医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士等）を対象に、集団 CBT 研修を実施し、研修前後の 2 時点での CBT の基礎的知識および集団 CBT の実践力の習得程度を検討し、さらに 6 ヶ月後の集団 CBT の実践力の習得程度を検討した。また研修終了後、希望者に SV を 2 回実施し SV の方法について検討した。

（2）研究デザイン

単群前後比較研究

（3）対象者と募集方法

研修に参加する対象者は、1 クール 12 名、3 クールで計 36 名を募集した。募集は、CBT 各専門領域学会等の WEB 上で行い、対象者の選択基準は、①精神科領域で 2 年以上の臨床経験を有する医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士・薬剤師等）、②12 時間以上の CBT の研修受講または実務経験のあること等を満たす者とした。

研究の説明は依頼文書を用いて研修開始前に行い、文書で同意を取得した。

（4）集団 CBT 実践者養成研修プログラム

①一日研修

研修は、IAPT 等の CBT コンピテンシーを踏まえ、集団精神療法の治療要因やプロセス要因、集団の管理運営を網羅する内容（治療全体の中での集団認知行動療法の位置づけ、セッションの望ましい形、認知再構成、問題解決技法、行動活性化、管理運営）で構成した。研修は計 6 時間（360 分）で、講義・デモロールプレイ・グループ演習を行った。講師は、集団 CBT の実務経験があり、集団 CBT 関連の研修講師の経験がある研究者らが担当した。

②SV

SV は、①一日研修後、集団 CBT の実践力

を高め、集団 CBT の質の担保とコンピテンシー獲得のために設定した。研修修了者のなかから希望者を募り、希望者の実施する集団 CBT のなかの 2 セッションを選定し、2 回実施した。

(5) 評価項目及び評価方法

研修前後、6 ヶ月後の 3 時点で、CBT の基礎的知識については認知療法意識尺度 (CTAS) を測定した。集団 CBT の実践、集団の治療要因やプロセスに関するアプローチ、管理運営に関する理解度、研修の満足度についてはオリジナルの質問紙で尋ねた。

SV では SV 対象となる 2 セッションのなかの 1・2 回目の集団認知行動療法治療者尺度 (G-CTS) による自己評価とスーパーバイザーによる客観評価を行った。

(6) 統計解析方法

研修前後の比較では記述統計および Wilcoxon の符号付順位検定、6 ヶ月後を含めた分析では Friedman 検定および Bonferroni 法を用いた。

(7) 倫理面への配慮

本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した (22-Im-026-2)。

C. 研究結果

1. 対象者の概要

研修プログラムは 3 回実施し、対象者は計 34 名であった。精神科臨床経験は平均 13.5 年 ($SD=7.4$)、心理師 11 名、看護師 9 名と半数以上を占め、CBT 研修受講時間は 16 名 (47%) が 30 時間未満で、SV 未経験者も 19 名と半数以上であった。個人 CBT 実施経験は平均 4.8 年 ($SD=5.2$)、CBGT 実施経験は平均 7.3 年 ($SD=7.9$) で、CBGT 実施中の者は 15 名 (44%) だった。

2. 集団へのアプローチ等に関する研修前後の比較 (評価項目、表参照)

集団 CBT を実施する自信や能力、集団の治療要因やプロセスに関するアプローチ、管理運営について、メンバーのグループ学習へのアプローチ以外は、研修前と比較して研修後は自己評価が有意に上昇した ($P<.05$, $P<.001$)。

3. CTAS の研修前後の比較

研修前は平均 31.8 点 ($SD=4.1$)、研修後は平均 37.7 点 ($SD=3.2$) で、CTAS の得点は有意に上昇した ($P<.001$)。

4. 研修会の有用性と満足度

研修の有用性は「ある程度役立つ」9 名 (26%)、「大いに役立つ」25 名 (74%) であり、満足度は「ある程度満足」8 名 (24%)、「大いに満足」26 名 (86%) であった。

5. 研修後の感想 (自由記載)

「集団 CBT を体系的に学べた」「具体的で実践的な内容だった」「研修が集団 CBT の当事者を感じる体験だった」「デモロールプレイとロールプレイがあり、わかりやすかった」「講師の経験のお話が役立った」「個人 CBT とは異なるポイントを具体的に学ぶことができた」といった自由記載がみられた。

6. 集団へのアプローチ等に関する研修前後、6 ヶ月後の比較

終了 6 ヶ月後のデータ収集を終えた対象者は 22 名 (2024 年 3 月末時点) であった。全体評価として集団 CBT の効果的な施行への自信の程度、知識・スキル習得の程度は、研修直後に有意に向上し 6 ヶ月後も継続していた ($P<.05$)。集団の治療要因やプロセスに関するアプローチのうち、グループ凝集性を高めるアプローチ、認知再構成、問題解決技法、対人関係技法等は、研修直後に実践

力が向上し 6 ヶ月後も継続していた ($P < .05$)。また、グループでの不適応な関係パターン修正のためのアプローチは、研修直後に有意な向上はみられず、6 ヶ月後に向上していた ($P < .05$)。一方で、楽観主義の雰囲気提供、行動活性化の実践力は、研修直後に向上したものの、6 ヶ月後に継続していなかった。多職種間の調整、時間・リスク管理などの運営の実践力は研修直後、6 ヶ月後ともに有意な向上はみられなかった。

Table. 研修前・直後・6ヶ月後の中央値と検定結果 (n=22)

評価項目	中央値			p値	
	前	直後	6ヶ月後	前・直後	前・6ヶ月後
効果的な施行の自信	3	4	4	<.01*	<.01*
知識・スキルの獲得	3	4	4	<.01*	.02*
楽観主義の雰囲気提供	3	4	4	.04*	.10
グループの一体性	3	4	4	.04*	.19
グループ学習	4	4	4	.06	.06
個人からグループへの自己焦点の転換	3	4	4	.01*	.02*
不適応関係パターンの修正	3	4	4	.14	.02*
グループ凝集性の向上	3	4	4	.01*	.02*
グループ場面における情動処理	3	3	4	.17	.12
開始までの準備	4	4	4	.01*	.09
多職種間の調整	4	4	4	.12	.37
実施中の時間やリスク等の管理運営	4	4	4	.51	.19
終了後の振り返り	3.5	4	4	.02*	.17
認知再構成法の実施	3	4	4	.00*	.02*
行動活性化の実施	3.5	4	4	.02*	.06
問題解決技法の実施	3	4	4	.01*	.04*
対人関係技法の実施	3	4	4	<.01*	<.01*

* $p < .05$

7. SV の実施

1 名の研修終了者を対象に、SV を実施した。SV の手続きとして、集団 CBT の録画または録音を事前にスーパーバイザーおよび対象者が視聴し、G-CTS に基づき評価した。SV では、G-CTS の各項目の評定とその根拠となる集団の場面におけるセラピストの具体的な言動も指導のための要素として活用

した。SV にはリーダーとコリーダーの複数名の参加に加えて、今回はスーパーバイザーを 2 名配置し、集団 CBT の SV の実施体制や配慮すべき点について試行した。

SV は、個別での CBT のスーパービジョンの構造 (藤澤, 2017) を用いて実施した。具体的には、「1. チェックイン」、「2. アジェンダ設定」、「3. 橋渡し」、「4. アジェンダの優先づけ」、「5. 症例・問題などにつき話し合い」、「6. ホームワークや次セッションで予測されること」、「7. まとめ」、「8. フィードバック」の順であった。集団 CBT の SV においてもこの構造を用いて実施することで効果的に進行することができた。「5. 症例・問題などにつき話し合い」において G-CTS を用いることで、SV が構造化され、安全かつ明確なセッション作りが進んだ。また、個別の CBT の SV では「認知・行動技法が適切な状況で用いられているか(症例に合った技法の選択)」について検討するが、今回は「グループの複数メンバー、グループダイナミクス、グループのプロセスに応じた技法の選択」について検討する点が特徴的であった。

D. 考察

1. 対象者の特徴について

今回の対象者は、精神科臨床経験が豊富なものの、研修受講時間が少ない初心者と、既に集団 CBT の知識・スキルを持つ実践者との混合で構成されていたと想定される。

2. 集団へのアプローチ、管理運営について

集団への効果的な施行への自信、知識・スキルの獲得、集団の治療要因やプロセスに関するアプローチ、管理運営に関する実践力の向上について多くの項目で研修後に自

己評価が上がり、6ヶ月後でも維持されていたことから、研修内の集団の治療要因とプロセス、管理運営、認知再構成法等の講義・演習が効果的だった可能性が示唆される。自由記載からも、デモロールプレイ後に、全員がリーダー・コリーダー・患者役を体験できる機会を設けた点が有意義だったと推察される。効果的な施行への自信、知識・スキルの獲得の上昇にもつながったと考える。

3. 研修会の有用性と満足度について

研修について74%以上の参加者が高い有用性と満足度を示しており、初心者のみならず集団CBTの知識・スキルを持つ者にとっても効果的な研修だった可能性が示唆された。CBGTのコンピテンシー・リスト等を参考に体系的に、また体験に比重を置いた点が寄与したと考えられる。

4. SVについて

今回終了した対象者のうちSVを希望する者は複数あったが、録音録画や時間確保の困難さ等から、1名のみ参加となった。SVは実践力向上や質の担保のために不可欠であるが、実施体制のより一層の工夫が必要であろう。

E. 結論

本研究ではコンピテンシーを踏まえた集団CBTの実践者養成のための研修プログラムを対象者34名に実施した結果、基礎的知識は研修後に上昇、集団CBTの施行への自信、知識・スキル習得、集団の治療要因やプロセスに関するアプローチ、管理運営に関する実践力の向上への自己評価も、多くは研修後に上がり、6ヶ月後も維持された。これらのことから、集団CBT実践者養成研修プログラムの有用性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 藤澤大介, 田島美幸, 岡田佳詠, 大嶋伸雄, 岡島美朗, 菊地俊暁, 耕野敏樹, 佐藤泰憲, 高橋章郎, 中川敦夫, 中島美鈴, 吉永尚紀, 近藤裕美子, 田村法子, 大野裕:【精神療法の現在と今後の展望】本邦における集団精神療法の現状と展望 厚生労働科学研究:効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究班, 最新精神医学, 28 (3), 225-230, 2023
- 岡田佳詠: 認知行動療法の理論と実際, 正光会医療研究会誌, 20 (1), 1-8, 2023
- Nakashima M, Matsunaga M, Otani M, Kuga H, Fujisawa D. Development and Preliminary Validation of the Group Cognitive Therapy Scale to Measure Therapist Competence. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports* 2(3) e128. 2023. <https://doi.org/10.1002/pcn5.128>
- Kurita K, Obata T, Sutoh C, Matsuzawa D, Yoshinaga N, Kershaw J, Chhatkuli RB, Ota J, Shimizu E, Hirano Y. Individual cognitive therapy reduces frontal-thalamic resting-state functional connectivity in social anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;14:1233564.

- Ishigaki T, Shimada T, Tanoue H, Yoshinaga N, Nishiguchi Y, Ishikawa R, Hosono M. Reliability and validity of the NBS for delusions and overvalued ideas in chronic schizophrenia: analysis of a preliminary pilot study. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;14: 1298429.
 - Asakura S, Yoshinaga N, Yamada H, Fujii Y, Mitsui N, Kanai Y, Inoue T, Shimizu E. Japanese Society of Anxiety and Related Disorders/Japanese Society of Neuropsychopharmacology: Clinical Practice Guideline for Social Anxiety Disorder (2021). *Neuropsychopharmacology Reports*. 2023; 43(3): 288-309.
 - Tanoue H, Hayashi Y, Shikuri Y, Yoshinaga N. Cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders delivered by mental health nurses: Outcomes and predictors of response in a real-world outpatient care setting. *Journal of International Nursing Research*. 2023; 2(2): e2022-0023.
 - Yoshinaga N, Thew GR, Hayashi Y, Matsuoka J, Tanoue H, Takanashi R, Araki M, Kanai Y, Smith A, Grant SHL, Clark DM. Preliminary Evaluation of Translated and Culturally Adapted Internet-Delivered Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: Multicenter, Single-Arm Trial in Japan. *JMIR Formative Research*. 2023;7: e45136.
2. 学会発表
- 藤澤大介, 岡田佳詠, 天野敏江, 根本友見, 中島美鈴, 大嶋伸雄, 高橋章郎, 岡島美朗, 田村法子, 吉永尚紀, 丹野義彦: 集団認知行動療法実践者養成プログラムの開発第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会プログラム抄録集、266、2023
 - 安達慎也, 岡田佳詠, 根本友見: 思春期のうつ病患者への看護師による認知行動療法の効果-セルフコントロール力の向上に焦点をあてて-第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会プログラム抄録集、256、2023
 - Yoshie OKADA, Toshie AMANO, Tomomi NEMOTO : Effects of an educational training program on low-intensity cognitive behavior therapy for nurses in Japan, 10th World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies, 2023
 - Shimizu K, Tajima M, Tamura N, Kondo Y, Okada Y, Kikuchi T, Fujisawa D : The current practice of group psychotherapy in Japan: a nationwide survey , 10th World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies, 2023
 - 岡田佳詠, 吉永尚紀, 石川博康, 白石裕子, 齋藤嘉宏, 田上博喜, 上等里江. 簡易型の認知行動療法の看護場面での実践. シンポジウム (大会企画シンポジウム 10:SY10). 第 23 回日本認知療法・認知行動療法学会.

- 広島県医師会館, 広島. 2023/12/02.
- 吉永尚紀. 社交不安症 (対人恐怖症) に対する認知行動療法のエビデンス構築と普及. シンポジウム (異分野融合と社会実装3 「健康科学からの発信」). 第7回黒潮カンファレンス. ANA ホリデイ・インリゾート宮崎 (宮崎) . 2023/07/23.
 - 吉永尚紀. 社交不安症に対する認知療法・認知行動療法の普及と実装に向けた取り組み. シンポジウム (シンポジウム 2: わが国における認知行動療法の普及・実装: 最新の取り組みとその課題) . 第20回日本うつ病学会総会. 仙台国際センター展示棟 (宮城) . 2023/07/21.
 - Yoshinaga N. Transporting UK-Developed Internet-Delivered Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder (iCT-SAD) to Japan. Symposium (Symposium 08: Experiences and Advancements in the Dissemination of Internet-Delivered Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder (iCT-SAD)). 10th World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies. COEX Convention Centre (Seoul, South Korea). 2023/06/02.
 - 吉永尚紀. Clark & Wells (1995) にもとづく社交不安症の認知療法 Up to Date. シンポジウム (シンポジウム 4: 不安症・不安症状に対する様々な心理アプローチ) . 第15回日本不安症学会学術大会. 大田区産業プラザ PiO (東京) . 2023/05/20.
- H. 知的所有権の取得状況(予定も含む)**
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
なし。

集団認知行動療法治療者評価マニュアル

The group cognitive behavioral therapy therapist's rating scale

はじめに

このマニュアルは、集団認知行動療法を行う治療者（リーダー、コリーダー）の治療の質を評価するためのマニュアルです。

治療者が自分自身の実践を振り返って臨床技術を向上させること、
集団認知行動療法の実践について効果的に教育指導を行うこと、
を目的に作成されました。

次のページから集団認知行動療法実践の上で重要な12の項目について0点から6点
までで評定します。評点の目安は以下の通りです。

◆全般的な評点

0点. 論外

1点. 初心者としてもかなり問題が多い（参加者にとって有害）なレベル

2点. 初心者としても問題がある

3点. 初心者としての合格レベル。一人前の治療者としてはまだ改善すべき点がある

4点. 一人前の治療者として合格レベル

5点. 一人前の治療者としても秀逸なレベル

6点. 神業

各項目には、行動の「チェック項目」があります。初心者の方は、まずは「初級項目」にある行動を練習することから始めるとよいでしょう。各項目が達成できているかどうかは点数の目安にできます。

◆評価基準

・初級項目 → これらがすべて満たせていれば「3」点

・中級項目 → これらがすべて満たせていれば「4」点

・上級項目 → これらが満たせていれば「5」点以上の可能性がある

*グループ内に、リーダーとコリーダーなど複数の治療者が入る場合には、区別せず
まとめてスタッフとして評価します。

*また、ある参加者への介入と別の参加者への介入の質が異なる場合には、総合的に
評価します。

1 他の参加者との関係を用いた介入

この項目の達成目標

他の参加者の存在が、治療的に働くよう支援する。他の参加者は、悩んでいるのは一人ではないという孤独感からの解放をもたらしたり、似た問題を抱えるモデルとして自分を振り返る鏡のように機能したり、先に回復していく未来像として映ることもあったり、別の視点の考え方や行動パターンを示し視野を広げてくれたりもする。このような治療的な効果を最大に引き出す為にリーダーやコリーダーと役割を分担しながら進めて行く。

また、同時に他の参加者の存在は、ともすればリスクともなり得る。他の参加者と比較して落ち込んだり、競争が始まったり、集団の場でプライドが傷つくのを恐れ本音を語れないなどの問題である。この点を念頭に置きながら、リーダーはリスクに対して敏感に気づき、早めに介入することが必要である。

目標達成のために行うこと

- ① 参加者ひとりひとりがグループに関わっていると思えたり、グループ全体で話し合われている問題が自分に関係していると考えられたりするよう配慮する。
- ② 他の参加者が話している内容を共感的に感じたり、問題解決に役立つと思えたりするように配慮する。
- ③ 参加者自身の体験を話すことや意見を述べることなどが他の参加者の役に立つことを伝える。
- ④ 参加者がそれぞれグループの一員として、自分自身やグループに役に立つことを模索しながら、共に助け合いながらグループを作っていくという風土を作り上げる。
- ⑤ 他の参加者もしくはグループ全体からの負の影響を受けていないか気を配る。お互いの攻撃、無用な競争心、自尊心の傷つきを恐れて発言を控えること、過度の自己防衛、などである。そのようなことが見られた場合には、リーダーは参加者およびグループ全体の概念化を行った上で、介入を行う。

1 他の参加者との関係を用いた介入 チェック項目

(初級項目)

- 参加者に対して、他の参加者の援助となるような行動（共感する、良い点を探す、似たような体験を話す、問題解決を手伝うなど）を引き出すよう働きかける。

(中級項目)

- 特定の参加者の発言内容を、他の参加者にも関連するように一般化した形で、グループ全体にシェアする。
- 特定の参加者の発言に対して、他の参加者の反応（認知・行動・感情）を尋ね、多様性を示す。

(上級項目)

- 参加者が他の参加者に対して抱いている認知や感情を察知し対応する。(例:「他の人は簡単にできるのに自分だけ課題につまずいている」と考え、劣等感を抱いている参加者に対応する。)
- 各参加者がそれぞれの気づきのレベルや能力に応じてプログラムに参加できるよう配慮する。
(例:参加者の得意な能力を活かせるような役割を振ったり、自信をもって発言できるような話題を振ったりする)

評価基準

- ▶ 0 リーダーはリーダーと参加者との1:1のやりとりに終始し、集団であることを一切活かそうとしなかった。
- ▶ 2 リーダーは参加者同士で起こっていた問題について気づかなかったり、参加者同士の治療的活用に不足があったりした。
- ▶ 4 リーダーは参加者同士で起こっていた問題について介入し適切に対処した。また、参加者同士を治療的に活用できていた。
- ▶ 6 リーダーは参加者同士が相互に助け合う雰囲気高め、他の参加者に対する反応を概念化して治療に十分に活かしていた。

2 アジェンダの設定

この項目の達成目標

セッションの最初にアジェンダを設定することは、時間を有効に使うために大切なことである。グループ療法ではプログラムとしてアジェンダが決められていることが多いが、なるべく時々の参加者の状態やニーズに合わせて、適宜話し合いによって調整できれば、なお創造的な取り組みとなるだろう。セッションは、このように協同的に決められたアジェンダに沿って進行し、変更が必要な際にも再度話し合いながら、進めて行く。

目標達成のために行うこと

①参加者の状態に応じたアジェンダを設定する：

1. 予めホワイトボードや資料などで、今日のセッションのアジェンダと、予定時間を明示する。
2. アジェンダは1セッションに1～3個。5～10分以内に素早く設定。
3. 各参加者によって、参加の動機も、安全感の持ち方も、治療課題の受け止め方も、知的・精神的能力も違う。それぞれの到達目標と優先順位を決めておき、それに応じた個別アジェンダを想定しておく。
4. 前回欠席者や進度の遅い参加者に対する前セッションからの橋渡しを行い、今回のアジェンダに取り組めるようにする。
5. アジェンダの変更もあり得る。(体調や気分や大きな状況の変化やホームワークの履行状況を聞きながら、次の項目についてチェック。治療同盟 ホームワーク不履行など 自殺・自傷・他害 大きな環境変化)

②設定したアジェンダに沿って進行する：

1. 予め決めておいた時間配分と人数を念頭において、発表人数や1人あたりの発表時間について明確に指示する。
2. アジェンダ以外の話題が出た時には、優しく遮り話題を元に戻す。
3. アジェンダを変更するときには、その理由を明確に説明し、皆の同意を得る。

2 アジェンダの設定 チェック項目

(初級項目)

- 該当セッションのアジェンダと構造を参加者に明示する。
(例：予めホワイトボードやプリントなどに、アジェンダと、予定時間を書く。)
- 参加者全体に対して、前セッションの感想、前回からの生活の変化、現在の気分や体調、ホームワークの履行状況や感想を尋ねる（チェックイン）。
- あらかじめ設定したプログラムのアジェンダについて、参加者に5～10分以内に提示し、同意を得る。
- 設定したアジェンダに沿って進行する。

(中級項目)

- アジェンダを変更するときには、理由を説明して参加者の合意を得る。アジェンダを外れすぎた話題が出たり、時間が超えそうな場合には介入する。
- 設定したアジェンダが参加者にどのように役立つかを説明する。

(上級項目)

- チェックイン時の参加者からの報告や、(ある場合は)関係者からの情報を元に、必要に応じてアジェンダを修正して提示する。
- 参加者の体験を概念化してアジェンダと結びつけて提示する。
(例：ある参加者が”やらなくてはいけないと思いつつなかなか始められない”と発言したことを受けて、「今回はそのような問題にどう取り組むか、という行動活性化というテーマについて話しましょう」などと説明する。)

評価基準

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

3 フィードバック

この項目の達成目標

セッションは、リーダーが参加者と波長を合わせながら、双方向的に進めることは重要である。セッション中およびセッション終了時に、参加者がセッション内容を理解したり納得したりできているかどうかを確認したり、リーダーやコリーダー、他の参加者、プログラムなどに対する反応を引き出したりすることが重要である。このフィードバックを元に、リーダーは絶えず自分自身の行動を修正しながら、プログラムを進行していく。

目標達成のために行うこと

①理解度の確認：

参加者が、プログラムの学習内容を正しく理解しているかどうかを確かめる。確認する内容は、プログラムで学習した内容（例：認知モデルについて、モニタリング、認知再構成法などの技法についてなど）、自分の治療課題、プログラム全体の目的についてなどである。

②リーダーやコリーダー、他の参加者、プログラムなどに対する反応：

各セッションを通して、参加者がプログラムのプロセスに対して納得しているかどうかを確認。自分の治療課題の取り扱われ方への感想、他の参加者やリーダーに対する思い、ホームワークへの考えなどについて感想を引き出す。

③参加者の理解度や反応に対するセラピストの対応：

参加者の理解度や反応に応じて参加者の概念化を見直したり、介入を検討したりする。必要に応じて自分の行動を修正する。

3 フィードバック チェック項目

(初級項目)

- セッションの最後に、参加者のセッション全体の理解度と納得度を確かめる。
- 参加者からの感想を受け止め、理解したことを伝える。

(中級項目)

- セッション中を通じて、参加者の理解度と納得度を確かめる。
- ネガティブな感想も率直に表現できる雰囲気作りをする。

(例：沈黙している特定の参加者に感想を尋ねたり、ネガティブな感想も参加者自身の理解やグループ全体に役立つことを伝えたり、「今日は少しペースが早かったかもしれません。難しくなかったですか？」などとリーダー・コリーダの自己開示を活用したりする)

- 参加者からのフィードバックを参加者自身の概念化に役立てたり、必要に応じてリーダーの行動を修正する (例：進度が速ければペースを落とす)

(上級項目)

- 参加者が個人の体験を自身の言葉で発言するよう促す。

(例：「いろいろな意見が聞けて参考になりました」などという曖昧な感想に対しては、具体的に何がどのように参考になったのかを尋ねる、など)

評価基準

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

4 理解力

この項目の達成目標

リーダーはコリーダーと共に、参加者の背景情報（生育歴や現病歴、家族歴など）やセッション内外で見られる非言語的・言語的反応から、個々の参加者の考えや感情を理解しようと努めることが必要である。そうした理解に基づき、共感的な対応をする。それが、グループへの安心感、リーダーやコリーダーへの信頼感を生み、治療を成功につながる。

目標達成のために行うこと

①参加者の心の中が見えている：

参加者の背景情報（生育歴や現病歴、家族歴など）やセッション内外での言語的・非言語的反応から、個々の参加者がどのような内的体験（考えや感情）をしているかを想像し、理解する。

②見えた心の中に寄り添い、それに応じた対応ができている。（≡傾聴、共感）：参加者の言語・非言語的な態度から、気持ちを推し量り、それを理解したことを、リーダーの態度や言動によって伝える（共感）。また、コリーダーとの間で、参加者について理解や、グループ全体で起こっているプロセス（集団力動）についての理解を共有し、それに応じて対応する。

4 理解力 チェック項目

(初級項目)

- 参加者の発言や非言語的反応に注意を払い、その背景にある考えや感情を正確に理解する。

(中級項目)

- 参加者同士の発言を引き出し、各参加者の認知・行動・感情を理解し、参加者に伝えるように努める(概念化)。
- 参加者の言語・非言語的な態度から、気持ちを推し量り、それを理解したことを、リーダーの態度や言動によって伝える(共感)。
- グループで起きている力動やプロセスを理解し、それをコリーダーと共有をして進める。(例：サブグループ(グループの中での小グループ)ができていないか、特定の参加者が一定の役割をとりがちになっていないかなどを評価する)

(上級項目)

- 参加者の考えや感情を、グループ内の文脈だけでなく参加者の病歴や家族状況などの背景情報や、グループ外(これまでのセッションでの言動や、セッション外での生活など)の情報をもとに理解し(概念化)、介入に生かす。

評価基準

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

5 対人能力

この項目の達成目標

リーダーは参加者にとってグループが安心・安全の場になるように配慮する。共感を示してあたたかさを示すと同時に、「このリーダーになら任せられる」といった場の安全を保証するような専門家としての信頼感も示す必要がある。

目標達成のために行うこと

- ① 発言の内容だけでなく、非言語的行動（声の調子やアイ・コンタクトなど）によって、温かさに関心を伝える。
参加者側からみてあら探しされているとか、非難されているとか、ばかにされているような様相にならないように注意する。適度なユーモアを用いるのもよい。
- ②適切なレベルの思いやり、関心、信頼感を示す
公明で、誠実で、オープンな態度。恩着せがましい態度や、わざとへりくだったような態度とったり、参加者が質問したのにそれをはぐらかすようなことをしたりしてはならない。
- ③グループが安心、安全な場であることを保証する。
参加者のグループの安全性を阻害する行動（話題をすりかえる、他の参加者と競う、他の参加者を攻撃する、グループで知り得た秘密を漏らすなど）に対して、適切に介入する。
- ④プロフェッショナリズムを示す。
遠い存在のようであるとか、冷淡な雰囲気がないような言い方で、自分には参加者を助けられる力がある、という自信を参加者に伝える。

5 対人能力 チェック項目

(初級項目)

- 発言の内容だけでなく、声の調子やアイコンタクトなどの非言語的行動によって、温かさと関心を伝える。
- すべての参加者に対して公平で誠実な態度を心がける。恩着せがましい態度や、わざとへりくだったような態度とったり、参加者が質問したのにそれをはぐらかしたりしない。
- 各参加者への個別の配慮と、集団のマネジメントとのバランスをとり、グループが安心、安全な場となるようにする。

(中級項目)

- 参加者の安全感を阻害する行動(参加者同士の競い合い、攻撃、意見の押し付けなど)に対して、適切に介入する。

(上級項目)

- グループの中で生じたリーダー自身の感情に気づき、それを参加者の理解や介入に役立てたりするなどして活用する。必要に応じて適切な自己開示を行う。
- リーダーとして遠い存在であるとか冷淡や威圧的な態度ではなく、参加者を助けられる力がある自信を参加者に示す。
(例:プログラムに関連する専門知識や、グループでよく生じる思考や感情を例示する)

評価基準

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

6 共同作業

この項目の達成目標

リーダーやコリーダーは、参加者と共に、ひとつのチームとして機能する協働の姿勢が求められる。参加者がリーダーと十分にプログラムや自分自身の目標を共有し、能動的に参加することで、治療効果は上がる。また、プログラム終了後も、参加者自身が自分の生活の中で学んだ技法を役立てることができるようになる。

目標達成のために行うこと

①ラポールをとる

参加者とグループとリーダーがチームとして機能し、一緒に作業していて心地よいと感じられるようにすること。個々の参加者のニーズや希望に応じて、認知行動療法の構造や手法を柔軟に応用する。

②治療構造と参加者の自由な発言のバランス

—いつ話す役に回り、いつ聞き役にまわるか
—参加者同士で話し合わせるのか、リーダーが介入するのか
—いつ介入し、いつ静観するかを、スタッフ間で、進行役とフォロー役、直面化する役など役割を分担して協力してグループを進める
—いつリーダーの考えを提案し、いつ参加者が自分で提案できるのを待つかを考慮しながら進行する。

③セッションにおける介入の理論的根拠を説明し、リーダーと参加者の双方で重要と思われることに焦点づける。

集団プログラムでは多くの場合、予めそのセッションのアジェンダがテキストなどで決まっていることが多いが、その場合にも、このアジェンダ（介入）が治療目標にどう役立つのかを説明し、参加者の動機づけを高めるよう配慮する。

6 共同作業 チェック項目

(初級項目)

- 自由に発言してよい雰囲気作りをする。
- ある参加者の発言に対して、他の参加者やリーダーに似た経験をしたことがないかを尋ね、共感や意見を引き出す。
- 参加者の発言に対して、ポジティブフィードバックを行い、自主的な参加を促す。

(中級項目)

- 参加者が主体的にプログラムに取り組む必要があることを示す。
(例：参加態度やホームワークに積極性が見られない場合にはそのことを扱う)
- ある参加者の発言内容を全体で共有し、グループ全体の問題として扱えるよう配慮する。(リーダーと発表者の1:1のやりとりに終始しない)
- スタッフ間で、進行役とフォロー役、直面化する役など役割を分担して協力してグループを進める。

(上級項目)

- プログラムの内容が、個々の参加者の治療目標に即して、どう役立つのかについて、理論的根拠を説明する。

評価基準

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

7 ペース調整および時間の有効使用

この項目の達成目標

リーダーは各セッションにおいて参加者の能力や意欲などを考慮しつつ、セッション時間を最大限に生かすべきである。そのために、セッションを十分にコントロールし、周辺的な問題についての話し合いを制限し、非生産的な話し合いはさへぎり、セッションが適切なペースになるようにしなければならない。

目標達成のために行うこと

- ① 全ての参加者が時間を平等かつ効果的に使えるよう、参加者とともに計画を遵守してアジェンダ項目をカバーできるようにする。
- ② 参加者に自分のペースでグループに参加すること（自己開示の程度、他の参加者への関わりの程度など）を保証する。無理に急かすことをしない。グループの時期に応じたペースを配慮する。
- ③ 話し合いが非生産的になっている時（例：重要でないトピックに時間が費やされたり、話しすぎる参加者がいたりする、など）には、リーダーは丁寧に、そのような周辺的問題について話すことを中断し元のアジェンダに戻るようつとめる。

7 ペース調整および時間の有効使用チェック項目

(初級項目)

- 参加者全員が時間を平等に使うことの必要性をあらかじめ説明し、参加者一人の発言時間が長くなりすぎないことを参加のルールとしてはっきりと伝え、参加者と共有する。
- アジェンダごとのおおまかな時間配分を提示する。

(中級項目)

- 想定した時間配分通りに進行する。
- 重要な話題に焦点を当てる。グループで話がそれて非生産的な話し合いになっているときにはそれを遮って話題を元に戻すなどの対応をする。
- 中身のある話し合いにする。参加者が沈黙していたり、無難な回答に終始したりなどして、自身の治療課題が十分に話し合われない時には、必要に応じて話し合いを深める質問を行ったり、治療課題に直面化できない背景を探ったりする。
- 参加者が平等に時間を使えるよう働きかける。一人で時間を使いすぎる参加者に対しては、話しすぎる背景を概念化しながら、要約をはさんで話を遮るなどによって話を制限する。
- 参加者の特性に応じた調整を行う。急ぎすぎる参加者には他の参加者の話を聞く側に回ってもらうなど、ペース調整を行う。プログラムに意欲が低かったり、理解できなかつたりする参加者に対して、その背景を概念化し対応する。

評価基準

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

8 誘導による発見

この項目の達成目標

リーダーは、参加者自らが、自分の問題に気づいたり、新しい見方ができるよう支援する。

目標達成のために行うこと

- ① リーダーが講義をするような一方的なかかわりを避け、参加者に“反対尋問”したり、参加者が防御的になったりするようなかかわりも避ける。なるべく参加者から体験を引き出し、それをもとに協同的に展開する。
- ② ソクラテス的質問法を活用し、参加者があたかも自ら答えを発見したかのように進める。
- ③ 質問よりも、他の参加者の意見や体験談を引き出すことや、情報提供や直面化、説明、自己開示などの方が適切な場合もある。扱っている問題、治療のポイントによって、質問するか、ほかの介入方法をとるかのバランスをとる。

8 誘導による発見 チェック項目

(初級項目)

- 参加者が、自分の認知や行動に気づくことができるよう、具体的な質問をする
(例：自動思考を同定してもらう時には、具体的な状況を尋ねる－5W1H、など)
- 参加者と対決をしない。参加者が十分に自覚できていないことや、否認していることに対して、押しつけや直面化を避ける。
- 参加者が自身の体験を振り返ったり、他の参加者の体験を聞く時間を十分に設ける。

(中級項目)

- 自らの認知、行動、感情などをふりかえることが難しい参加者に対しては、選択肢を用意して参加者に選んでもらえるようにするなど、参加者の特性に合わせた支援を行う。
- 参加者の発言に多様な技法で対応する。こまめなまとめ(明確化)、情報提供(一般的な考え方や過去の参加者の例など)、リーダー自身による控ええ目な自己開示(リーダー自身の体験、考え、感情、行動に関する発言)、視点を広げる質問(極端な例を挙げる、以前の体験と今回は何が違うのか?)など。

評価基準

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

9 重要な認知または行動への焦点づけ

この項目の達成目標

参加者の何に焦点を当てて治療を行うかが重要である。そのためには、参加者一人一人に概念化を行い、どの認知や行動を治療課題として焦点づけるかをリーダーとコリーダーは共に共有しておくことが大切である。

目標達成のために行うこと

- ① 鍵となる自動思考、思い込み、行動を特定しながら、絶え間なく概念化を行う。
- ② 採り入れるべき中核的な思考や行動と、周辺的な思考や行動とを区別する。
リーダーはコリーダーや参加者自身と共に、あらかじめ概念化を共有し、どれが中心的な思考や行動で、どれが優先順位の低い周辺的な思考や行動であるのかを明確にしておく。
- ③ 参加者がまだ気づいていない重要な認知や行動に対して治療者が決めつけて指摘しない。
そうすることで、共同作業を損ない、参加者が自力で考えを特定することを難しくさせてしまう。しかし、みずから自動思考を自発的に述べるのが難しい参加者に対しては、時としてリーダーがいくつかもっともらしい自動思考を挙げること（複数の選択肢をあげて）が必要な場合もある。
- ④ 背景となる信念を特定する
リーダーとコリーダーは、参加者の自動思考に潜む一般的なパターン・共通テーマに注意して聴き、信念を特定する。

9 重要な認知または行動への焦点づけ チェック項目

(初級項目)

- 当該グループの参加者において共通性の高い重要な認知や行動を理解し、それについて説明したり、質問したりする。

(中級項目)

- 各参加者の問題(例：うつ病、休職)に関係する認知や行動についての概念化を行う（作業仮説を持つ）。
- 各参加者の問題(例：うつ病、休職)に関係する認知や行動に関する質問を行い、参加者が自己理解できるよう手助けする。
- グループ内での言動から、参加者の治療課題を概念化する。(例：リーダー・コリーダーや他の参加者への態度、プログラムへの取り組みの態度、ホームワークの実行度など)
- 参加者個人の治療課題とグループ全体のアジェンダとの結びつきを参加者に伝える。

(上級項目)

- 重要度の低い認知や行動に関する話題が長引きすぎたときには、より重要度の高い認知や行動に焦点を当て直す。
- 参加者の複数の出来事に対する認知や行動のパターンに共通点を見出し、信念を特定する。

評価基準

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

10 変化に向けた方略

この項目の達成目標

8で焦点づけた参加者の治療課題（重要な認知や行動）に対して、適切な技法を選択して実施できていたかどうかを評定する。ここでは、その技法を上手に実施したかどうかや、その技法が結果的に効果を上げていたかどうかは評定しない。

目標達成のために行うこと

- ① 参加者個人の問題とグループ全体のアジェンダの関連を検討し、参加者に説明する。
- ② 参加者のプログラムへのモチベーションや知的水準、認知や行動のパターン、タイミング、ペースなどに即した適切な技法を選択する。

10 変化に向けた方略 チェック項目

(初級項目)

- 当該グループの参加者において共通性の高い重要な認知や行動に対して適した技法を知っており、選択する。

(中級項目)

- 参加者に役立つ技法を選択する。参加者の問題、参加へのモチベーション、理解力などの特性を踏まえて技法を選択する。

(上級項目)

- 選択した技法が、各参加者の治療課題にどのように役立つかを説明する。

評価基準

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

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

11 認知行動技法の実施

この項目の達成目標

9 で選択した技法を上手に使えているかを評定する。

目標達成のために行うこと

- ① 技法の導入(どんなときに使うのか、目的、使い方などを一般的な例で説明する)、介入(実際に参加者自身が自分のことについて技法を適用してみる)、まとめ(技法を使った結果を検討する)の順で実施する。
- ② 参加者がその技法の論理的根拠を理解し、セッション外の場面で実施できるように支援する。必要に応じて参加者にわかりやすい例を用いるなどして説明する。

(技法の目的)

根拠を検証する

実験を計画する

帰納的質問

再帰属

代替りの方法や考えを作り出す

教育

ロールプレイング

モデルの説明

行動活性化

エクスポージャー

問題解決

スキルトレーニング

(技法の種類に応じた例)

- ・ 認知再構成法を用いて、自動思考を検証したり、思い込みを同定したり、行動の他のレパトリーについても視野を広げてみられるよう介入する。
- ・ 問題解決技法を用いて、問題解決の手順を教育し、問題解決行動のレパトリーを広げることができるよう介入する。

11 認知行動技法の実施 チェック項目

(初級項目)

- 導入（説明）：技法に関する一般的な使い方、効果などについて説明する。
- まとめ：技法を使った結果、どのような結果が得られたかを参加者と共に検討する。

(中級項目)

- 参加者の背景や特性に応じた例やメタファーを用いる。
- 参加者の特性に応じて、技法の適応の仕方を調整する。（例：理解度に応じてペースを調整したり、内容を取捨選択する）

(上級項目)

- 介入：技法を参加者個人の問題に適用させ、参加者が技法を使いこなせるよう支援する。
- 参加者がセッション外でも技法を用いることができるように技法の適用に工夫をこらす。（例：生活状況での応用可能性を考慮する）

評価基準

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

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

12 ホームワーク

この項目の達成目標

ホームワークの重要性を参加者に理解してもらえるよう努める。ホームワークを有効に生かすためには、参加者の問題や能力にあわせて設定し、その意義を参加者と共有することが大切である。行ってきたホームワークについて、次のセッションできちんと取り扱うことも重要である。

目標達成のために行うこと

- ① アジェンダに関連し、目的がはっきりわかる具体的なホームワークを設定する。
- ② ホームワークをし忘れないための工夫（メモをとってもらうなど）をする。
- ③ 個々の参加者の治療課題や理解度や現実的な状況に合わせてホームワークを修正する。
- ④ ホームワークの理論的根拠を説明する。（ホームワークの目的と、グループの効果を上げることを伝える。）
- ⑤ ホームワークの実施可能性について参加者自身に判断させ、障壁があれば事前に取り除くための手だてを話し合う。
- ⑥ ホームワークを振り返る時間を必ずとる。（ホームワークを出しっぱなしにして取り扱わないと、ホームワークへの意識を下げたり、治療同盟にも影響する。）
- ⑦ ホームワークの実施状況や具体的記述を、事前ミーティングでスタッフ間で共有し、セッションの進行に活かす。
- ⑧ ホームワークをしてこなかった参加者に対しては、ホームワーク不履行についての概念化を行いつつ、履行できるようなホームワークの修正や生活上の工夫などについて話し合う。
- ⑨ ホームワーク不履行について見逃して、取り扱わないでいると、他の参加者のモチベーションやグループの凝集性、治療同盟にも悪い影響を与える。参加者がホームワークを行うことができるよう、支援する。

12 ホームワーク チェック項目

(初級項目)

- 参加者がホームワークを忘れないために工夫する。
- ホームワークの理論的根拠を説明する。
- 前回課したホームワークを振り返る時間をとる。
- ホームワークの履行状況や具体的記述を、事前ミーティングでスタッフ間で共有し、セッションの進行に活かす。

(中級項目)

- 個々の参加者の理解度や現実的な状況に合わせてホームワークを修正する。

(上級項目)

- ホームワークの実施可能性について参加者自身に判断させ、障壁があれば、事前に取り除くための手立てを話し合う。
- ホームワークをしてこなかった参加者に対しては、ホームワーク不履行についての概念化を行いつつ、履行できるようなホームワークへの修正や生活上の工夫などについて話し合う。

評価基準

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