

集団認知行動療法の治療者評価尺度の作成

中島美鈴（九州大学大学院人間環境学府）、松永美希（立教大学現代心理学部）、
大谷真（東京大学医学部附属病院心療内科）、久我弘典（ジョンスホプキンス大学公衆衛生大学院）、
藤澤大介（慶應義塾大学医学部精神神経科）

<要 旨>

本研究は、集団認知行動療法を実践する治療者の介入の質を評定する集団認知行動療法治療者評価尺度（G-CTS）の信頼性と妥当性を検討することを目的とした。

その結果、治療者評価項目の合計点においては、重み付けカッパ係数を算出した結果、.789 が得られ高い一致率が得られた。治療者評価項目の各下位項目得点について、評定者間一致率を算出したところ、.636～.813 の高い一致率が得られ、高い信頼性が認められた。

また、初心者の実施した集団認知行動療法の治療者評価得点の合計点と、集団認知行動療法経験年数5年以上の専門家が実施した集団認知行動療法の治療者評価得点の合計点を t 検定で比較した結果、初心者 ($n=18$) の GCTS 合計得点 (平均=36.38 点、標準偏差=4.569) よりも経験年数5年以上の専門家 ($n=23$) (平均=47.54 点、標準偏差=5.983) の方が有意に高く ($t(39)=-6.550, p=.000$)、基準関連妥当性が示された。

<キーワード> 集団認知行動療法 治療者評価尺度 信頼性 妥当性

集団認知行動療法は、個人形式の CBT における認知・行動変容スキルに加えて、集団内の人間関係を調整するスキルなど、治療者に求められるスキルは多種多様であり、それらをどのように体系的に指導し、治療の質を担保するかという課題がある。集団 CBT を実践する治療者に求められるコア・スキルを明確化し、その評価ツールとして集団認知行動治療者評価尺度の開発が求められている。

これまでに筆者らは、先行研究のレビュー、ならびに、立場の異なる集団 CBT 実践家(精神科医、心療内科医、心理士)によるフォーカスグループによって、集団 CBT の治療者に必要なコア・スキ

ルをリストアップした。これらは、認知療法評価尺度(CTS, Young & Beck, 1980; Vallis et al., 1986; Wright et al, 2006)の11項目に、集団療法に特異的な「他の参加者との関係を用いた介入」という新たな項目を加えた12項目の集団認知行動療法治療者評価尺度(G-CTS)にまとめられた。そこで、本研究では、治療者の介入の質を評定する集団認知行動療法治療者評価尺度(G-CTS)の信頼性と妥当性を検討することを目的とした。

【目的】

治療者の介入の質を評定する集団認知行動療法治療者評価尺度(G-CTS)の信頼性と妥当性を検討する。

研究 1 治療者評価項目の評価基準に応じた行動チェックリストを作成

【目的】

既に作成した治療者評価項目の原案について、評価点の基準となる治療者の行動チェックリストを初級・中級・上級に分類する。そのことで、評価の難易度を下げることがをねらう。

【方法】

(1) 対象

集団認知行動療法実践経験 3 年以上の対人援助専門職 35 名。男性=13 名 (37.14%) 女性=22 名 (62.86%)。職域:医療 26 名 (74.29%)、福祉 6 名 (17.14%)、産業 2 名 (5.71%)、教育 3 名 (8.57%)、司法 2 名 (5.71%)。職種:医師 10 名 (28.75%)、看護師 3 名 (8.57%)、精神保健福祉士 6 名 (17.14%)、臨床心理士 15 名 (42.86%)、作業療法士 1 名 (2.86%)、その他 2 名 (5.71%)であった。

(2) 手続き

Web および質問紙にて、治療者評価項目の治療者行動チェックリスト 67 項目について、「必ず行わなければならない (初級)」、「できればなおよい (中級)」、「非常によくできている (上級)」、「高度すぎて集団形式では不可能」、「不適切」の 5 択で評価を求めた。Web 調査には、SurveyMonkey を用いた。

その後、回答した人数によって、次の選定基準で実施難易度の分類を行った。

- ・50%以上の回答者が同じ項目に回答:そのまま決定
- ・10%以上の回答者が「上級」と回答:「上級」
- ・50%未満で回答がばらつき、「上級」と回答した人が 10%未満:「中級」

(3) 倫理的配慮

研究計画は九州大学大学院人間環境学府倫理委員会で承認を得た。

(4) 実施期間 平成 29 年 7 月 1 日～7 月 16 日

【結果】

集団認知行動療法治療者評価項目全 66 項目は、初級項目が 23 項目、中級項目が 34 項目、上級項目が 9 項目のセラピストの行動チェックリストに分類された(資料)。

研究 2 治療者評価項目の妥当性・信頼性の検討

【目的】

研究 1 で作成した治療者評価項目の信頼性・妥当性を検討する。

【方法】

(1) 手続き

集団 CBT 経験初心者 (心理学を学ぶ大学院生でこれまで集団 CBT の経験のない者) 18 名および集団 CBT 経験 5 年以上で集団認知行動療法研究会基礎研修修了者 4 名が実施する集団認知行動療法の様子を撮影したビデオテープ合計 41 本の提出を求めた。1 つのビデオを 2 名の評定者がペアになって、合議ではなく独立して、集団認知行動療法治療者評価尺度 12 項目について、0 点～6 点の 6 段階で評価を求めた。なお、①は専門家の中でもごく初心者であるため、倫理的配慮から、対象患者は臨床群ではなくうつ病の患者を演じる学生で代用した。

(2) 倫理的配慮

研究計画は九州大学大学院人間環境学府倫理委員会で承認を得た。

(3) 評定者

集団認知行動療法治療者評価尺度についての研修を受講した経験があり、評定に熟知している集団認知行動療法経験 5 年以上の専門家。

(4) 実施期間

ビデオ撮影：平成 29 年 10 月～12 月

ビデオ評定：平成 29 年 12 月～3 月

【結果】

(1) 信頼性の検討

治療者評価項目の合計点においては、重み付けカッパ係数を算出した結果、.789 が得られ高い一致率が得られた。治療者評価項目の各下位項目得点について、評定者間一致率を算出したところ、.636～.813 の高い一致率が得られた。

(2) 基準関連妥当性の検討

初心者の実施した集団認知行動療法の治療者評価得点の合計点と、集団認知行動療法経験年数 5 年以上の専門家を実施した集団認知行動療法の治療者評価得点の合計点を t 検定で比較した結果、初心者 ($n=18$) の GCTS 合計得点 (平均=36.38 点、標準偏差=4.569) よりも経験年数 5 年以上の専門家 ($n=23$) (平均=47.54 点、標準偏差=5.983) の方が有意に高かった ($t(39)=-6.550, p=.000$)。

【考察】

本研究で作成した集団認知行動療法治療者評価尺度は、合計評定点および 12 項目の下位得点の両方において、評定者一致率が高く、高い信頼性が得られた。これは、個人の認知行動療法の治療者評価尺度の評定者間一致率 (Blackburn et al., 2001) と比較しても、一致率の算出方法が異なるため直接比較はできないものの、同様に信頼性の高い尺度が作成できていたといえる。

また、治療者の集団認知行動療法経験年数が長い専門家の評定得点合計点が、初心者の評定得点合計点よりも有意に高いことから、基準関連妥当

表1 集団認知行動療法治療者評価尺度の評定の二者間一致率

項目	評定するスキル	カッパ係数
項目1	他の参加者との関係を用いた介入	.793
項目2	アジェンダの設定	.813
項目3	フィードバック	.794
項目4	理解力	.805
項目5	対人能力	.779
項目6	共同作業	.765
項目7	ペースの調整および時間の有効活用	.659
項目8	誘導による発見	.833
項目9	重要な認知または行動への焦点づけ	.752
項目10	変化に向けた方略	.797
項目11	認知行動技法の実施	.809
項目12	ホームワーク	.636
合計点		.789

性も示された。

今後は、作成した集団認知行動療法治療者評価尺度を用いたスーパービジョンの実施や、教育研修会の効果測定を行うなどの活用が期待される。

【引用文献】

- Blackburn, I., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 431-446.
- Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating manual*. Unpublished Manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.
- Vallis, T. M., Shaw, B. F., Dobson, K. S. (1986). The Cognitive Therapy Scale: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 381-385.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). *Learning Cognitive Behavioral Therapy, an illustrated guide*. American Psychiatric Publishing, Arlington (大野 裕監, 2007, 認知療法トレーニングブック. 東京: 医学書院)

資料（集団認知行動療法治療者評価尺度 12 項目のうち、概要説明および 2 項目を抜粋）

集団認知行動療法治療者評価尺度

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. 集団認知行動療法といえない
- 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. 非常に卓越したレベル

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も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。

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え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を高め、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、治療同盟、ホームワーク不履行、自殺・自傷・他害、大きな環境変化についてチェックする。

②設定したアジェンダに沿って進行する：

6. 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を明示する。
7. 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。

チェック項目

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。

(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。