

ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価

研究分担者：○佐藤さやか¹⁾

研究協力者：植村美紀²⁾，浦林翼³⁾，上久保真理子⁴⁾，鴨川智江美⁵⁾，木下秀明⁶⁾

櫻井孝二⁷⁾，佐藤朋恵⁸⁾，真行寺伸江⁹⁾，鷹子剛¹⁰⁾，寺嶋正啓¹¹⁾

遠嶋哲吏¹²⁾，二井内裕子¹³⁾，西内絵里沙¹⁴⁾，廣瀬聡子¹⁵⁾，梁田英麿¹⁶⁾

小川亮¹⁾，松長麻美¹⁾，水野雅之¹⁾

- 1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部
- 2) Q-ACT 北九州（一般社団法人 Q-ACT）
- 3) 訪問看護ステーション ACT-J（NPO 法人リカバリーサポートセンターACTIPS）
- 4) Team ぴあ（医療法人社団互啓会ぴあクリニック）
- 5) AI-ACT（訪問看護ステーションきらり／ひかり診療所）
- 6) NACT（こころクリニックせいわ・訪問看護ステーション浜田「こころ」）
- 7) CMHT（国保旭中央病院）
- 8) 国立精神・神経医療研究センター病院 訪問看護ステーション PORT
- 9) ACT-Aile（つばさクリニック）
- 10) Q-ACT（一般社団法人 Q-ACT）
- 11) ACT 十勝（おおえメンタルクリニックゆう）
- 12) ACT-ひふみ（医療法人小憩会）
- 13) ACT くらしき（楯築診療所）
- 14) ちはや ACT（ちはや ACT クリニック）
- 15) KUINA（社会福祉法人町にくらす会）
- 16) 東北福祉大学せんだんホスピタル 包括型地域生活支援室（S-ACT）

要旨

本研究の目的は Assertive Community Treatment（ACT）支援における認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy：CBT）の提供が ACT 利用者の臨床像やスタッフのバーンアウトの度合いにどのような影響を及ぼすかについて Cluster Randomized Controlled Trial（クラスター-RCT）デザインを用いて検討することであった。

ACT 全国ネットワークに参加する 15 チームから協力を得て、これらのチームを無作為に 2 群に振り分けた。また「不安を中核とする症状、問題」で日常生活上の支障があると ACT スタッフが判断した利用者をリクルートした。この結果、通常の ACT 支援に加えて介入群 8 チーム（利用者 50 名）対照群 7 チーム（利用者 44 名）が研究に参加することとなった。

ベースライン時の群の等質性の検討の結果、利用者のベースラインデータについて介入群のほうが対照群と比べて ACT 利用期間短く、特性不安や他者評価不安が高く、主観的なリカバリー志向性が低かった。また外出や日々の活動の遂行程度の程度から主観的に判断される身体的な QOL や、自分自身に対する満足度や日々のネガティブな気分の主観的な生起頻度から判断される心理的な QOL が低かった。さらにスタッフデータについて介入群のほうが対照群と比べて CBT 研修経験のあるものが多かった。また 4 か月間の介入の効果検討の結果、利用者の GAF 得点において介入群のみ有意に改善していた。

利用者の不安感やスタッフの CBT 経験の度合いは本研究のプライマリアウトカムかもしくはプライマリアウトカムに大きな影響を与えかねない変数であり、本来であればベースライン時

に群間で有意差がみられることは好ましくない。ただ支援チーム単位で無作為に2群に割り付けるクラスターRCTデザインにおいては複数の変数でベースラインデータに差が出てしまうことは有り得る。今後の分析は統計分析における工夫が必要と考えられた。また本研究ではGAF評価を各チームのケースマネージャーが行っており、各ケースマネージャーは評価対象者の介入種別を知る立場にあった(つまり評価者はブラインドになっていなかった)。他の変数には有意差がなかったことから現時点での介入群におけるGAFの有意な改善については慎重な判断が必要と思われる。

本研究事業における取り組みは別研究費を財源として18か月まで追跡可能となった。今後、十分な介入期間および追跡期間において、数理統計的にクラスター(本研究においてはACTチーム)の影響を考慮し、介入効果の分析が可能な混合効果モデルによる分析を実施予定である。

A. 研究の背景と目的

精神科における訪問(アウトリーチ)支援が国の施策の重点課題となつて久しい。平成26年4月の診療報酬改定精神科重症患者早期集中支援管理料や精神科訪問看護における精神科複数回訪問加算の新設など、入院を前提としない精神科医療が理念だけでなく国の制度として具現化されつつある。医療、福祉の領域ともにアウトリーチ活動を行うためのシステム作りが進んでくる中で、次なる課題として挙げられるのはアウトリーチ活動の場でのような支援を実施するのか、またそのためにスタッフにどのようなスキルが求められるのか、という点である。

上記の問いに対する示唆の1つとして、地域生活支援における支援者のスキルについて検討がなされ、認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: 以下CBT)を実施することの必要性が指摘されている¹⁾。また集中的なケースマネジメントが特徴であるアウトリーチ支援の一形態である包括的地域生活支援(Assertive Community Treatment: ACT)のチームスタッフにCBTトレーニングを行った結果、チームスタッフがクライアントの持つ問題についての理解、支援に対する自信、介入の質の改善を報告したことが報告されている²⁾。さらに地域支援に従事する精神保健ナースに対してCBT研修と継続的なスーパーバイズを実施し、RCTデザインによってアウトリーチ活動におけるCBTの効果検討を行った研究では、ベースラインから12か月後

において対照群と比べて介入群の利用者のほうが有意に病識や陰性症状を表す得点が改善し、再発率が低く、再発率については24か月後の評価でも同様の結果であった^{3,4)}。以上の検討から地域支援やアウトリーチ支援においてCBTの実施はスタッフの負担感や利用者の機能の向上に有用である事が示唆されており、今後我が国のアウトリーチ活動においてもCBTの実践が望まれる。

ただ我が国のアウトリーチ活動、特に多職種によるアウトリーチ活動は先述のように土台となるシステムが制度化されたばかりであり、こうした新しい「支援の構造」に慣れること1つとっても、支援スタッフの負担は大きい。このような中で新たな「支援技法」であるCBT導入を推進するためには、支援スタッフが自ら「(自分の支援の)役に立ちそうだ」「やってみたい」と思えるよう、ニーズを汲んだ取り組みが必要である。

そこで申請者らはACT全国ネットワークに登録されているACTチーム27チームに所属するスタッフ236名を対象にCBTのニーズや実施状況に関する実態調査を行った(n=192、回収率81.4%)。この結果、既にCBTを実践しているスタッフは20%程度にとどまるものの、未実施のスタッフの多くがCBTのニーズは高いと考えていることが明らかとなった。また未実施の理由として「研修の機会がない」「(研修は受けたが)どのようなケースがCBTに適応なのかわからない」が多く挙げられており、「使ってみたいが、目

の前のケースにどのような活用したらいいかわからない」という実践者の困り感に対応する支援が必要であることが推測された。さらに今後 CBT を提供したい利用者の特徴としては、「(妄想も含め)考え方に偏りがあるケース」「不安を中核として問題行動があるケース」「生活の中で目標を見つけるための支援が必要なケース」を挙げるものが多かった⁵⁾。

以上の知見を踏まえ、本研究では1) 研究班による ACT 全国ネットワークに所属する ACT チームのスタッフを対象に CBT に関する研修および継続的なスーパーバイズを提供、2) 研修およびスーパーバイズを受けたスタッフがチームの利用者に CBT を提供し、その効果を RCT デザインによって検討することを目的とする。

B. 方法

・研究デザイン

本研究は並行群間比較対照研究のうち、研究対象となる ACT チームをチーム単位で無作為に 2 群に割り付け比較する多施設共同のクラスター-RCT デザインを用いた。

・研究参加サイトおよび対象者

研究対象者

1) ACT チームスタッフ： 研究協力チームに所属し、アウトリーチ支援を行うスタッフ(事務担当者等は含まない)、口頭による研究参加の同意が得られるもの

2) ACT 支援利用者： 年齢が 20 歳以上のもの、「不安を中核とする症状、問題」で日常生活上の支障があると ACT スタッフが判断したもの、書面による同意が得られるもの

なお、研究対象者となる利用者数に関して、前項 A. で言及した昨年度実施の調査から、上記の研究参加の承諾を得ているチームのケースマネージャー数の中央値を求めたところ 6 名であった。本研究の実施内容(ケースマネージャーから CBT を提供する)を考えると、

ケースマネージャーが 1 人につき、利用者 1 名をリクルートし、そのまま担当することでチーム内での研究に関する業務を公平に分担できる、との意見が ACT チームから得られた。以上を踏まえ、実施可能性の観点からリクルート可能対象者数の目処を 90 名(15 チーム×6 名)とした。

・介入方法

1) ACT スタッフ：

- ・各チームに 1 名、CBT に関心の高い「CBT 担当者」を定めてもらい、2 か月に 1 回の分担研究者および外部の専門家による CBT 研修および事例検討を提供

- ・上記の研修および事例検討の内容を「CBT 担当者」からその他の ACT チームスタッフに伝達

- ・利用者への CBT 提供に際し、疑問点ヘルプデスクの設置

CBT 研修で取り上げた支援要素は以下の通りであった。

困りごとを分けて考える：構造化

- ・複数の困り事から“最初に取り組む問題()”を決める

- ・を「考え(認知)」「振る舞い(行動)」「感情」「からだの状態」に分ける

動機づけを高める：心理教育

- ・ツールを使って、不安に関する説明を行う
複数の困りごとの悪循環を整理する：ケースフォーミュレーション

- ・モニタリングシートを使って必要な情報を収集する

- ・「2 つの ABC 分析」を使ってその人の悪循環を理解する

対処法を考える：不安をターゲットにした援助技術

- ・スモールステップによる目標設定

- ・不安階層表の作成と改訂

- ・エクスポージャー

事務局の実施する CBT 研修および事例検討に直接参加する「CBT 担当者」については

から までのすべてを、またそれ以外の ACT チームスタッフには および を実施するよう依頼した。

2) ACT 支援利用者：

1) で述べた研修および事例検討で得られた知識やスキルを用いた CBT を ACT スタッフが実施した。

・評価尺度

1) 利用者関連指標

- ・デモグラフィックデータ（年齢、性別、診断名、罹病期間、ACT 支援利用期間、過去の累積入院期間）
- ・Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)日本語版⁶⁾
- ・Global assessment of functioning(GAF)⁷⁾
- ・新版 STAI 状態-特性不安検査(STAI Y2)⁸⁾
- ・Fear of negative evaluation(FNE)短縮版⁹⁾
- ・日本語版 24 項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)¹⁰⁾
- ・World Health Organization Quality of Life 26(WHO-QOL)¹¹⁾
- ・就労の有無（就労日数・就労期間）
- ・悪化・再入院の有無

2) スタッフ関連指標

- ・一般健康調査票(General Health Questionnaire : GHQ)12 項目版¹²⁾
- ・Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)日本語版¹³⁾

3) プロセス関連指標

- ・日本版クライアントサービス受給票：改訂版(CSRI-J)¹⁴⁾
- ・研究期間中の利用者-スタッフコンタクト数
各変数の収集スケジュールは表 1 を参照のこと。

・倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、厚生労働省・文部科学省による「人と対象とした医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、分担研究者の所属する（国立研究開発法人）国立精神・

神経医療研究センター倫理委員会および利益相反管理委員会の審査を申請し、許可を得る。

・統計解析 / 分析方法

割り付けは stata14 を用いて、プロックを作成し、これに基づいて実施した。ベースライン時および 4 か月調査時に得られたデータのうち、連続変数については繰り返しのある分散分析を、カテゴリ変数については 2 検定、mann-whitney の U 検定等を実施した。統計ソフトは IBM SPSS statistics 21.0 を用いた。

C. 結果

・研究協力サイトおよび対象者

研究参加サイトは ACT 十勝（北海道）、S-ACT（宮城県）KUINA（茨城県）ACT-Aile（千葉県）ACT-J（千葉県）CMHT（千葉県）PORT（東京都）Team ぴあ（静岡県）ACT ひふみ（大阪府）ACT くらしき（岡山県）NACT（島根県）ちはや ACT（福岡県）Q-ACT（福岡県）Q-ACT 北九州（福岡県）AI-ACT（長崎県）（順不同、合計 15 チーム）であった。これらのチームをランダムに 2 群に振り分けた結果、介入群 8 チーム、対照群 7 チームとなった。

それぞれのチームで ACT 支援利用者に対してリクルートを行った結果、介入群のチームでは 50 名、対照群のチームでは 44 名の利用者より書面による同意が得られた。

・群の等質性の検討（表 2，表 3）

評価尺度であげた各変数のうち、連続変数について群を独立変数、各変数を従属変数として多変量分散分析を実施した。またカテゴリ変数については 2 検定をした。この結果、利用者データでは、介入群が対照群と比べて ACT 利用期間が有意に長く、STAI Y2 合計得点、FNE 合計得点が有意に高く、RAS 合計得点、WHO-QOL26 の下位領域である身体的領域および心理的領域の得点が有意に低かつ

た。またスタッフデータでは介入群が対照群と比べて CBT の研修経験のあるものが有意に多かった。

・ CBT の効果検討 (表 4～表 6)

利用者のデモグラフィックデータのうち、ベースラインで群間に有意差のあった ACT 利用期間を共変量とし、群を独立変数、時期と各変数を従属変数として二元配置分散分析を実施した。この結果、GAF について交互作用が有意であった。その他の変数には有意差はなかった。

スタッフデータについても群を独立変数、時期と各変数を従属変数として二元配置分散分析を実施した。この結果、すべての変数に有意差はなかった。

D. 考察

群の等質性の検討の結果、利用者のベースラインデータについて介入群のほうが対照群と比べて ACT 利用期間短く、特性不安や他者評価不安が高く、主観的なリカバリー志向性が低かった。また外出や日々の活動の遂行程度の程度から主観的に判断される身体的な QOL や、自分自身に対する満足度や日々のネガティブな気分の主観的な生起頻度から判断される心理的な QOL が低かった。さらにスタッフデータについて介入群のほうが対照群と比べて CBT 研修経験のあるものが多かった。

ベースライン時における利用者の不安感の程度やスタッフの CBT 経験の多寡は本研究のプライマリアウトカムかもしくはプライマリアウトカムに大きな影響を与えかねない変数であり、本来であればベースライン時に群間で有意差がみられることは好ましくない。ただ支援チーム単位で無作為に 2 群に割り付けるクラスター RCT デザインにおいては複数の変数でベースラインデータに差が出てしまうことは有り得る。今後の分析は統計分析における工夫が必要と考えられた。また 4 か

月間の介入の効果検討の結果、利用者の GAF 得点において介入群のみ有意に改善していた。ただ本研究では GAF 評価を各チームのケースマネージャーが行っており、各ケースマネージャーは評価対象者の介入種別を知る立場にあった(つまり評価者はブラインドになっていなかった)。他の変数には有意差がなかったことから現時点での介入群における GAF の有意な改善については慎重な判断が必要と思われる。

本研究事業における取り組みは平成 29 年度文部科学省科学研究費助成事業基盤研究(C)を財源として 18 か月まで追跡可能となった。今後、十分に介入期間および追跡期間において、数理統計的にクラスター(本研究においては ACT チーム)の影響を考慮し、介入効果の分析が可能な混合効果モデルによる分析を実施予定である。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 佐藤さやか, 梁田英磨, 足立千啓, 佐藤朋恵, 西内絵里沙, 遠嶋哲吏, 水野雅之: 包括的地域生活支援 (Assertive Community Treatment: ACT) を実践するアウトリーチチームにおける認知行動療法のニーズ把握に関する全国実態調査. 日本認知・行動療法学会第 42 回大会, 徳島, 2016.10.10.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) 三品桂子：重い精神障害のある人の地域生活支援における援助者の実践スキル 英国バーミンガムの質的調査結果と結果が示唆すること．精神保健福祉，40：341-351，2009.
- 2) Pinninti, N.R. et al. : Feasibility and usefulness of training assertive community treatment team in cognitive behavioral therapy. *Community Mental Health Journal*, 46 : 337-41,2010.
- 3) Turkington, D. et al. : Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, : 36-40,2006.
- 4) Malik N et al.:Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months. *J Clin Psychiatry*,70(2): 201-207,2009.
- 5) 佐藤さやか 他：ACT・多職種アウトリーチの治療的機能についての評価．厚生労働省科学研究費補助金障害者総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究平成27年度総括・研究分担報告書，86-93，2016.
- 6) 宮田量治 他：BPRS 日本語版の信頼性の検討．臨床評価，23：357-367，1995.
- 7) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text-Revision)*. Washington, D. C. .: American Psychiatric Association, 2000. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)：DSM-TR 精神障害の診断・統計マニュアル．医学書院，2002.)
- 8) 肥田野直 他：新型 STAI マニュアル．実務教育出版，2000.
- 9) 笹川智子 他：他者からの否定的評価に対する社会的不安測定尺（FNE）短縮版作成の試み-項目反応理論による検討-．行動療法研究，30：87-98，2004.
- 10) Chiba R et al: Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: scale development. *Int J Nurs Stud*, 47(3): 314-22, 2010.
- 11) 田崎美弥子 他：WHO-QOL26 手引改訂版．金子書房，2007.
- 12) 中川泰彬 他：GHQ 精神健康調査票手引＜増補版＞．日本文化科学社，2013.
- 13) 東口和代 他：日本版 MBI(Maslach Burnout Inventory)の作成と因子構造の検討．日本衛生学雑誌，53：447-455，1998.
- 14) 山口創生 他：精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール：日本版クライアントサービス受給票の開発の試み．精神医学，54：1225-1236，2012.

表1 調査ツール、記載者、評価時点

アウトカムの種類・尺度		記載者	ベースライン	4か月後	12か月後	18か月後
関連指標	ケア負担感尺度	スタッフ	○	○	○	
	バーンアウト尺度	スタッフ	○	○	○	
	一般健康調査票(General Health Questionnaire: GHQ)12項目版	スタッフ	○	○	○	
	Cognitive Therapy Rating Scale日本語版	調査員	○		○	
利用者関連指標	新版 STAI 状態-特性不安検査(※)	利用者	○	○	○	
	Fear of Negative Evaluation Scale(FNE)日本語版(※)	利用者	○	○	○	
	World Health Organization Quality of Life 26	利用者	○	○	○	
	日本語版24項目版Recovery Assessment Scale	利用者	○	○	○	
	Brief Psychiatric Rating Scale日本語版	主治医	○		○	
	Global assessment of functioning	スタッフ	○		○	
	日本語クライアントサービス受給票:改訂版	スタッフ		1か月に1回		
	研究期間中の利用者-スタッフ接触回数	スタッフ		1回		
	就労の有無(就労日数・就労期間)(※)	調査員	○		○	○
	悪化・再入院の有無(※)	調査員		○	○	○

表2 群別の利用者属性

(n=94)		ACT+CBT group (n = 50)		ACT group (n = 44)		statistical test	p
年齢	mean, (s.d.)	42.16	(11.56)	45.11	(9.93)	t=1.319	0.190
性別(男性)	n, (%)	24	(48.00)	27	(61.40)	2=1.684	0.214
診断	n, (%)					2=4.971	0.290
統合失調スペクトラム障害		40	(80.00)	40	(90.90)		
抑うつ障害		5	(10.00)	0	0.00		
双極性障害		2	(4.00)	2	(4.50)		
不安症		2	(4.00)	1	(2.30)		
神経発達症		1	(2.00)	1	(2.30)		
罹病期間	mean, (s.d.)	215.48	(130.90)	271.36	(155.20)	t=1.894	0.061
ACT利用期間	mean, (s.d.)	31.18	(27.48)	48.98	(45.41)	t=2.329	0.022 *
入院期間	mean, (s.d.)	4.62	(6.98)	5.59	(5.19)	t=0.757	0.451

表3 ベースライン時における各変数の群別における平均値、標準偏差、統計量および p 値

(n=94)	ACT+CBT group (n = 50)		ACT group (n = 44)		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
BPRS日本語版	50.2	(14.84)	49.41	(12.47)	-0.278	0.782
GAF	35.92	(8.26)	40.2	(12.16)	1.972	0.052
STAI Y2	57.7	(10.68)	49.75	(10.77)	-3.587	0.001 **
FNE	43.16	(9.76)	39.18	(8.27)	-2.117	0.037 *
RAS	71.5	(15.62)	80.48	(12.81)	3.021	0.003 **
WHO-QOL26						
身体的領域	2.49	(0.65)	2.89	(0.63)	2.972	0.004 **
心理的領域	2.53	(0.66)	2.98	(0.80)	2.857	0.005 **
社会的関係	2.32	(0.74)	2.35	(0.84)	0.136	0.892
環境	2.9	(0.54)	2.97	(0.65)	0.524	0.602
全体	2.71	(0.74)	3	(0.84)	1.698	0.093

表4 ベースラインおよび4か月後調査時における各変数の群別にみる平均値、標準偏差、統計量およびp値（利用者）

(n=88)	Baseline (T1)				4th month (T2)				Time (T)	Group (G)	T × G
	ACT+CBT group		ACT group		ACT+CBT group		ACT group				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
	(n = 47)	(n = 41)	(n = 47)	(n = 41)							
GAF	35.84	(8.32)	39.67	(12.10)	42.00	(8.84)	39.26	(12.73)	12.692 **	0.457	11.511 **
STAI Y2	58.26	(10.66)	49.59	(10.63)	56.38	(10.88)	49.95	(10.87)	1.614	9.597 **	1.220
FNE	43.62	(9.89)	38.17	(7.56)	43.51	(9.64)	36.66	(8.60)	0.012	10.548 **	0.708
RAS	70.51	(15.36)	80.51	(13.11)	74.23	(12.58)	80.00	(13.61)	2.447	5.972 *	1.957
WHO-QOL 26											
身体的領域	2.36	(0.58)	2.85	(0.55)	2.49	(0.65)	2.89	(0.63)	0.792	12.461 **	0.457
心理的領域	2.32	(0.67)	2.91	(0.61)	2.53	(0.66)	2.98	(0.80)	0.029	11.080 **	0.093
社会的関係	2.17	(0.79)	2.37	(0.71)	2.32	(0.74)	2.35	(0.84)	0.149	0.314	1.752
環境	2.77	(0.60)	3.06	(0.57)	2.90	(0.54)	2.97	(0.65)	0.030	1.576	3.754
全体	2.79	(0.72)	2.76	(0.62)	2.71	(0.74)	3.00	(0.84)	1.868	0.769	1.189

表5 群別の支援者属性およびGHQ12、MBI-HSS各下位領域の平均値、標準偏差、統計量、p値

(n=90)		ACT+CBT group	ACT group	statistical test	p
		(n = 48)	(n = 42)		
年齢	mean, (s.d.)	45.04 (10.94)	40.95 (10.49)	t=1.804	0.075
性別 (男性)	n, (%)	19 (39.60)	19 (45.20)	2=0.294	0.671
職種	n, (%)			2=3.341	0.502
看護師		19 (39.60)	17 (40.50)		
精神保健福祉士		16 (33.30)	11 (26.20)		
作業療法士		7 (14.60)	11 (26.20)		
医師		4 (8.30)	1 (2.40)		
その他		2 (4.50)	2 (4.80)		
精神科経験期間	mean, (s.d.)	179.58 (134.57)	150.71 (83.43)	t=-1.239	0.219
現在のACTチーム所属期間	mean, (s.d.)	42.88 (33.45)	46.74 (40.46)	t=0.496	0.621
CBTの研修経験 (あり)	n, (%)	23 (48.90)	10 (23.80)	t=6.002	0.017 *
GHQ1)	mean, (s.d.)	13.98 (4.45)	13.95 (3.96)	t=0.030	0.976
MBI-HSS					
情緒的消耗感1)	mean, (s.d.)	16.52 (10.40)	17.26 (9.41)	t=0.352	0.725
脱人格化1)	mean, (s.d.)	2.54 (4.08)	3.02 (3.76)	t=0.583	0.561
個人的達成感2)	mean, (s.d.)	22.00 (10.42)	24.02 (8.94)	t=0.982	0.329

表6 ベースラインおよび4か月後調査時における各変数の群別にみる平均値、標準偏差、統計量およびp値（支援者）

(n=86)	Baseline (T1)				4th month (T2)				Time (T)	Group (G)	T × G
	ACT+CBT		ACT group		ACT+CBT		ACT group				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
	(n = 45)	(n = 41)	(n = 45)	(n = 41)							
GHQ1)	14.09	(4.01)	14.02	(3.98)	14.49	(5.77)	14.80	(5.26)	1.231	0.020	0.128
MBI-HSS											
情緒的消耗感1)	16.78	(10.25)	17.10	(9.46)	18.47	(13.06)	18.02	(8.84)	2.597	0.001	0.220
脱人格化1)	2.58	(4.15)	3.10	(3.77)	3.04	(4.73)	3.39	(4.44)	2.157	0.236	0.113
個人的達成感2)	22.04	(9.84)	23.78	(8.91)	21.82	(10.71)	23.29	(10.37)	0.231	0.625	0.032