

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

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

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 藤澤 大介

令和5（2023）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

- 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----- 1
慶應義塾大学／藤澤大介

II. 分担研究報告

1. 全国の精神保健福祉センターにおける集団プログラム（集団精神療法）の
実態と課題に関する全国調査----- 15
慶應義塾大学／藤澤大介
（資料） 集団プログラムに関するアンケート調査用紙
集団プログラムに関するアンケート調査結果
2. 全国の保健所における集団プログラム（集団精神療法）の
実態と課題に関する全国調査----- 83
慶應義塾大学／藤澤大介
（資料） 集団プログラムに関するアンケート調査用紙
集団プログラムに関するアンケート調査結果
3. 集団認知行動療法治療者の評価尺度の開発および研修制度の構築----- 139
肥前精神医療センター／中島美鈴
（資料） 集団認知行動療法治療者評価尺度
（資料） 集団の治療要因・プロセスと治療技法
（資料） ロンドン大学のコア・コンピテンシーリスト
4. 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----- 154
国際医療福祉大学／岡田佳詠
肥前精神医療センター／中島美鈴
自治医科大学／岡島美朗
東京都立大学／大嶋伸雄
宮崎大学／吉永尚紀
5. うつ病の集団認知行動療法プログラムの実施可能性に関する研究----- 162
慶應義塾大学／菊地俊暁
聖マリアンナ医科大学／中川敦夫
慶應義塾大学／佐藤泰憲
6. リカバリーを目指す認知療法の国内適用に向けた
日本語版マニュアル作成に関する研究 ----- 169
岡山県精神医療センター／耕野敏樹

- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 171

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

研究者代表者：藤澤 大介
慶應義塾大学医学部 准教授

研究趣旨：集団精神療法の質担保と普及に向けて、以下の3つの柱で研究を進めた。

課題1. 集団精神療法の実態調査

全国の精神保健福祉センターと保健所を対象に実態調査を行った。集団精神療法の実施率は、精神保健福祉センターで93.1%、保健所で21.3%であった。当事者のみでなく家族も参加するプログラムも多かった。集団精神療法の目的は、精神疾患の症状改善以外に「知識の向上」「自己の振り返り」「ピアサポート」「居場所づくり」等があり、他の治療と連携しながら提供目的を考慮する必要があると考えられた。心理教育、認知行動療法、家族療法が多く実施されていた。自施設の精神療法が「充足している」と回答した施設は精神保健福祉センターで約25%、保健所で17%にとどまり、職員不足、集団精神療法のスキル不足(研修の機会の不足)が課題の上位に上げられた。精神保健福祉センター、保健所、精神科医療機関でそれぞれ対象と役割の違いが明らかになった。

課題2. 集団精神療法の介入プログラムの作成と効果研究

①うつ病の集団認知行動療法：うつ病の集団認知行動療法のプログラムを作成し、ランダム化比較試験の計画立案・倫理申請・リクルート開始を行った。

②リカバリー指向認知行動療法(CT-R)のマニュアル開発：Cultural adaptationを経たCT-Rの日本語版マニュアルを開発し、研修を開始した。

課題3. 集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立

国際的な知見に基づいて、一日研修とスーパービジョンの2本立てからなる研修プログラムを作成し、医療従事者(医師・看護師・心理師・作業療法士等)を対象とする、効果検証を行う研究計画が整備した。研修および評価には、集団認知行動療法の治療者のスキルを評価する尺度が活用された。

分担研究者：菊地俊暁、耕野敏樹、岡田佳詠、中島美鈴、大嶋伸雄、岡島美朗、佐藤泰憲、中川敦夫、吉永尚紀

研究協力者：高橋章郎(首都医校・東京都立大学人間健康科学研究科健康福祉学部作業療法学科)、田島美幸、小林由季、清水恒三朗、腰みさき、原祐子、田村法子、近藤裕美子(以上、慶應義塾大学医学部)、丹野義彦(東京大学名誉教授)、天野敏江、根本友見(以上、国際医療福祉大学成田看護学部)

A. 研究目的

集団精神療法は、対人関係の相互作用を用いて、精神・心理的問題の改善を図る治療法である。診療報酬の対象となっている集団精神療法には、様々な対象（診断や病態）、形態（時間・回数・提供方法）、内容（認知行動療法、精神力動的療法など）が混在しており、その内容、エビデンスレベル、質は不明確である。

本研究班は、2021年度に、国内精神医療機関を対象とした集団精神療法の実態調査、うつ病・不安症・統合失調症の国際ガイドラインにおける集団精神療法の位置づけの整理、うつ病の集団認知行動療法の介入プログラムの開発とパイロット実施、集団認知行動療法の教育・研修のための研修ニーズ調査、集団認知行動療法の質評価尺度の開発を行った。

本年度はこれらの研究をさらに進め、以下の3つの柱で研究を行う。

課題1. 集団精神療法の実態調査

全国の保健行政機関（精神保健福祉センター、および、保健所）を対象とした実態調査を行い、保健行政における集団精神療法の状況や課題を明らかにする（藤澤ら）。

課題2. 集団精神療法の介入プログラムの作成と効果研究

① うつ病の集団認知行動療法

うつ病の集団認知行動療法プログラムを作成し、パイロットランダム化試験にて、実施可能性と効果の検証を行う（菊地ら）。

② リカバリー指向認知行動療法のマニュアル開発

近年、精神疾患の症状改善だけでなく、全人的な回復（リカバリー）に注目した、リカバリー指向認知行動療法（Recovery

Oriented Cognitive Therapy : CTR）が開発され、統合失調症を中心としたさまざまな病態への応用が提唱されている。CTR マニュアルを開発し、本邦における実証研究と普及の基盤とする（耕野）。

課題3. 集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立

① 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

集団精神療法のうち、国内外で最も有用とされる集団認知行動療法に着目し、質の担保された実践者養成のための研修プログラムを実施し効果検討を行う。2022年度は、研修プログラム（カリキュラム）の作成と、効果検証のための研究計画ならびにパイロット研修を実施する（岡田ら）。

② 集団認知行動療法治療者の評価尺度の開発および活用

集団認知行動療法の治療者のスキルを評価する尺度を作成し、教育・研修に活用する。（中島ら）

B. 研究方法

課題1. 集団精神療法の実態調査

① 精神保健福祉センター調査

全国の精神保健福祉センター69施設に調査票を送付して回答を求めた。主な調査項目は、施設特性、集団プログラム（集団精神療法）の実施の有無、実施実態、集団精神療法の充足度、課題であった。

② 保健所調査

全国591施設の保健所本所・支所に調査票を送付して回答を求めた。調査内容は精神保健福祉センター調査と同様であった。

課題2. 集団精神療法の介入プログラムの

作成と効果研究

①うつ病の集団認知行動療法

2021年度に作成されたうつ病の集団認知行動療法プログラムを、パイロット試験の結果を踏まえて改訂し、ランダム化比較試験（RCT）の計画を作成し、倫理申請を経て、患者リクルートを開始した。

②CT-R マニュアルの開発

海外における CT-R の標準的なマニュアルである“Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions”について、専門家の協議を通じて、訳語の抽出・検討を行いながら翻訳を行い（cultural adaptation）、国内版のマニュアルを開発した。

課題3. 集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立

①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

英国の認知行動療法研修システム IAPT で提示されているコンピテンシーを踏まえ、集団精神療法の治療要因（アメリカ集団精神療法学会、2014）、集団のプロセス要因（ビーリング、PJら、2018）、集団の管理運営を網羅する研修プログラムを作成した。

多職種の医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士等）を対象に想定し、集団認知行動療法の知識・実践力・実施状況を評価する研究計画を作成した。

②集団認知行動療法治療者の評価尺度の開発および活用

2021年度に開発した、集団認知行動療法の治療者のスキルを評価する尺度を、課題3①の研修の研修プログラムのコンテンツに反映させ、また、研修参加者の評価項目に

含めた。

（倫理面への配慮）

実態調査（課題1）と集団認知行動療法のランダム化比較試験（課題2①）は、慶應義塾大学医学部研究倫理委員会の承認を得た（承認番号 2021-1076、2022-1103）。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（課題3①）は、国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 22-Im-026）。

C. 研究結果

課題1. 集団精神療法の実態調査

①精神保健福祉センター調査

58施設から回答を得た（回答率84.1%）。そのうち54施設（93.1%）が自施設で集団精神療法を実施しており、他施設への紹介や連携も18施設（31.0%）で行っていた。自施設で集団精神療法を実施していない事情は、「職員の人数」「スキルをもった職員の不在」など人的な要素が中心であった。

実施プログラム数の中央値は4（幅1~17）、実施時間の中央値は120分、実施頻度の最頻値は毎週、セッション数の中央値は6回であった。

約半数のプログラムが、特定の精神疾患、または、特定の悩みや問題を持つ利用者を対象としていた。対象疾患の内訳は、行動嗜癖、うつ病・抑うつ性障害、アルコール依存症、アルコール以外の物質関連障害がいずれも約30%、発達障害、双極性障害が約25%であった。特定の悩みや問題の内訳は、ひきこもり（35.2%）が多かったが、「その他」も54.7%と多く、さらなる調査が必要である。当事者のみでなく、家族も参加するプログラムが約半数あった。

集団精神療法の目的は「知識の向上」が最も多く（約 80%）、次いで、「自己の振り返り」や、「ピアサポート」「居場所づくり」が多かった。頻度の多いアプローチは心理教育と認知行動療法であった。

集団精神療法の実施に関わるスタッフ数は平均 2.7 人で職種は多様であった。導入時のアセスメントの実施率、および、プログラム中の評価（効果測定）は、いずれも約 70%であった。約 75%がセンターの行政サービス事業として利用者負担なしでプログラムを提供しており、診療報酬算定は約 20%で、事業予算の確保が課題であることが示唆された。

集団精神療法運営に関する COVID-19 の影響について、「一時的に影響したが現在はコロナ禍前の状況に復帰した」が 55.6%、「現在も影響を受けている」が 38.9%であった。影響の内訳は「集団精神療法を中止した」が 66.7%、「参加を辞退する人が増えた」（35.3%）であった。

自施設の精神療法が「充足している」と回答した施設は約 25%にとどまった。課題としては、「職員の人数が足りない」「従事する時間がない」「スキルを持った職員がいない」など、人的な問題が最も多かった。「場所やスペースが足りない」「法令・診療報酬上の問題」もあげられた。

②保健所調査

249施設から回答を得た（回答率 42.1%）。そのうち 53施設（21.3%）が自施設で集団精神療法を実施し、97施設（39.0%）が他施設への紹介や連携を行っていた。

自施設で集団精神療法を実施していない 196 件の理由は、「集団精神療法は必要と思

うが、（近隣の医療機関に紹介できるなど）自施設では必要ない」が 114 件（58.2%）と最も多く、次いで、「集団精神療法を実施できると良いと思うが、諸般の理由で実施を見合わせている」が 58 件（29.6%）、「保健所の役割として、集団精神療法は必要と思わない」が 54 件（27.6%）であった。自施設での実施を見合わせている理由は、「職員の人数」58 件中 37 件（63.8%）、「スキルをもった職員の不在」36 件（62.1%）、「職員が集団精神療法に従事する時間がない」32 件（55.2%）など人的な要素が中心であった。

一施設あたりの実施プログラム数の中央値は 1（幅 0~4）、実施時間の中央値は 120 分、セッション数の中央値は 4 回であった。実施頻度は毎週・各週以外がほとんど（90.5%）で、単発のプログラムを断続的に実施している様相に近いと推測された。

特定の精神疾患を対象とする施設が 30 施設（55.6%）で、内訳は、アルコール依存症 12 件（40.0%）、統合失調症および精神病性障害 10 件（33.3%）行動嗜癖 7 件（23.3%）の順に多かった。特定の悩みや問題を持つ利用者を対象とする施設が 38 件（71%）で、内訳は、「ひきこもり」が 24 件（63.2%）と最も多く、ついで、遺族ケア 5 件（13.2%）、不登校 3 件（7.9%）であった。

集団精神療法の目的は「知識の向上」が最も多く（約 75%）、「自己の振り返り」「居場所づくり」「ピアサポート」がそれぞれ 40~50%程度であった。家族のみを対象とするプログラムが 58 件（78.4%）と多かった。

多いアプローチは心理教育 29 件（39.2%）、家族療法 26 件（35.1%）、認知行動療法 11 件（14.9%）であった。

集団精神療法の実施に関わるスタッフ数

の中央値は2人で、職種は保健師(87.8%)と精神保健福祉士(50.0%)が多かった。

導入時のアセスメントの実施は約半数(52.7%)、プログラム中の評価(効果測定)は約70%であった。

自施設の精神療法が「充足している」と回答した施設は17%にとどまった。課題としては、「参加者が少ない」が最多(65.1%)で、ついで、「プログラムの内容(質)」「種類が少ない」であった。

本邦で集団精神療法を促進・普及する上の課題や提案としては、オンラインの活用により自宅から参加できるようにすること、広報誌などでの周知の促進、集団精神療法が有益であることの周知、人材育成などがあげられた。

課題2. 集団精神療法の介入プログラムの作成と効果研究

①うつ病の集団認知行動療法

1セッション120分×全12回の集団認知行動療法プログラムを作成した。

RCTの研究計画を作成し、慶應義塾大学医学部倫理委員会の承認を得た。対象は、慶應義塾大学病院精神・神経科の外来を受診する18歳以上70歳以下の患者のうち、DSM-5におけるうつ病の診断を有し、医師による臨床全般重症度(CGI-S)が3(軽度)~5(やや重度)に評価された患者を対象とした。主要評価項目は抑うつ症状(PHQ-9)、副次評価項目は不安症状(GAD-7)、自己効力感(GSES)、パーソナル・リカバリー(QPR-J)、ストレス対処行動(CISS)、QOL(WHO-QOL)、機能障害(SDS)、有害事象の有無、脱落率とした。それぞれの評価は、介入開始時(0週)、4

回目終了時、8回目終了時、介入終了時(12週)であった。抑うつ症状で層化した上で、介入群または通常治療群に無作為割付を実施する計画とした。

患者のリクルートを開始し、2022年度中に16件の申し込みがあり、10名が同意取得後、無作為割り付けに至った。

②CT-R マニュアルの開発

翻訳作業が終了し、CT-R マニュアルが作成された。同マニュアルを元に、国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター主催の同治療に関する研修会を開催した。

課題3. 集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立

①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

医療従事者(医師・看護師・心理師・作業療法士等)を対象とする、一日研修とスーパービジョンからなる研修プログラムを作成した。一日研修は、講義・デモロールプレイ・グループ演習を含む360分のプログラムとなった。

研修開始前・後・6ヶ月における、集団認知行動療法の知識・実践力・実施状況を把握する単群前後比較研究の計画を作成し、国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て、参加者リクルートを開始した。

②集団認知行動療法治療者の評価尺度の開発および活用

集団認知行動療法の治療者のスキルを評価する尺度の内容を、課題3①の研修の研修プログラムのコンテンツに反映させ、アニメーションやロールプレイを交えた効果

的な教材形式を整備した。

D. 考察

課題1. 集団精神療法の実態調査

精神保健福祉センターの93.1%で集団精神療法が実施されており、集団精神療法に関する重要な責務を果たしていると考えられた。保健所における集団精神療法の実施率は21.3%であったが、他施設への紹介や連携を積極的に行っており、地域における集団精神療法のニーズは大きいと考えられた。精神保健福祉センターと比して、保健所と医療機関での実施率は低く、拡充が望まれる。

集団精神療法は、利用者を特定せずに広く提供される場合と、特定の精神疾患や特定の悩みや問題を持つ利用者を対象として提供される場合があった。精神保健福祉センターで頻度の多い対象疾患は、行動嗜癖、うつ病・抑うつ性障害、アルコール依存症、アルコール以外の物質関連障害、発達障害、双極性障害、保健所では、アルコール依存症、統合失調症・精神病性障害、行動嗜癖であり、これは、2021年度に実施した精神医療施設調査の結果（上位がうつ病、統合失調症・精神病性障害、発達障害、不安障害、適応障害、アルコール依存症）と差が見られ、施設によって果たしている役割の違いが示唆された。

特定の悩みや問題を持つ利用者の内訳では、「ひきこもり」が精神保健福祉センターおよび保健所で多かった。保健所では、遺族ケア、不登校も扱われていた。ただし、「その他」の回答も多く、さらなる調査が必要である。当事者のみでなく、家族も参加するプログラムが多く、家族への配慮も必要な検

討事項と考えられた。

集団精神療法の目的は、精神疾患の症状改善だけでなく、「知識の向上」「自己の振り返り」や、「ピアサポート」「居場所づくり」もあり、他の治療との連携を念頭に置きながら、幅広い視点で提供目的を考慮する必要があると考えられた。

頻度の多いアプローチは心理教育と認知行動療法、家族療法であったが、集団精神療法に関する研修の機会の不足（スタッフのスキルの不足）が課題に挙げられており、今後、取り組む必要がある命題と考えられた。

自施設の精神療法が「充足している」と回答した施設は精神保健福祉センターで約25%、保健所で17%にとどまった。課題としては、「職員の人数が足りない」「従事する時間がない」「スキルを持った職員がいない」など、人的な問題が最も多く、また、「参加者の少なさ」「プログラムの内容（質）」「種類が少ない」があり、利用者を効果的に集約する方法や、多様なプログラムでニーズにこたえる対策が必要と考えられた。

導入時や効果判定のアセスメント実施率が低く整備が必要と考えられた。導入時アセスメントには集団精神療法の適応の判断基準、計画の策定が、効果判定には、症状・機能評価を含む総合的な方法の検討が重要と考えられた。

本邦で集団精神療法を促進・普及する上で有益と思われることや課題と思われることとしては、集団精神療法の担い手の不足、研修、見学、スーパービジョンの機会が少ないことが最も多くあげられた。研修受講に対する支援体制も課題として挙げられた。普及に役立つこととして、活用しやすいプログラムやマニュアルの開発、診療報酬の

対象の拡充、施設の性格上診療報酬を算定せず行政サービスとして行う場合の多い公的機関でも実施しやすくするための財政処置があげられた。

課題 2.

① うつ病の集団認知行動療法

うつ病の集団認知行動療法のプログラムが作成され、ランダム化比較試験の計画立案・倫理申請・リクルート開始が行われた。プログラムについては個人を対象としたCBTとの整合性が得られ、また集団精神療法の各エキスパートのレビューが行われたことで実施可能性が高まったと考えられる。さらに今後は開発中であるセラピストに向けたマニュアルを整備し、質の担保を行っていく必要がある。

研究計画については、当初は多施設での共同研究を考案していたが、実施場所や情報共有の観点から倫理委員会からの助言を受け、単施設で実施する現実的な計画となった。近隣の施設への呼びかけを行い、リクルートが加速している。

② CTR マニュアルの開発

精神療法の cultural adaptation は昨今治療の実装や普及における重要な課題である。Cultural adaptation を経た CTR の日本語版マニュアルが開発され、研修が開始された。精神療法の cultural adaptation は昨今治療の実装や普及における重要な課題であり、本邦における CTR の普及に資すると考えられた。

課題 3. 集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立

国際的な知見に基づいて、一日研修とスーパービジョンの 2 本立てからなる研修プログラムを作成し、医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士等）を対象とする、効果検証を行う準備が整った。研修および評価には、集団認知行動療法の治療者のスキルを評価する尺度が活用された。

E. 結論

全国 of 精神保健福祉センターと保健所を対象とした集団精神療法に関する実態調査を行い、実施率、内容、課題明らかにした。

うつ病の集団認知行動療法のプログラムを作成し、ランダム化比較試験を開始した。

リカバリー指向認知行動療法（CTR）の日本語版マニュアルを開発した。

国際的な知見に基づいて集団認知行動療法の研修方法を開発し効果検証を開始した。研修および評価には、集団認知行動療法の治療者のスキルを評価する尺度が活用された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Koda R, Fujisawa D, Kawaguchi M, Kasai H. Experience of application of the Meaning-centered Psychotherapy to Japanese bereaved family of patients with cancer – a mixed-method study. Palliative and Supportive Care 2022 Dec 9:1-9. doi: 10.1017/S147895152200150X.
- 2) Tamura NT, Shikimoto R, Nagashima K, Sato Y, Nakagawa A, Irie S, Iwashita S, Mimura M, Fujisawa D. Group multi-component programme based on cognitive

- behavioural therapy and positive psychology for family caregivers of people with dementia: a randomised controlled study (3C study). *Psychogeriatrics*, 23(1):141-156, 2023. doi: 10.1111/psyg.12919.
- 3) Uneno Y, Kotera Y, Fujisawa D, Kataoka Y, Kosugi K, Murata N, Kessoku T, Ozaki A, Miyatake H, Muto M. Development of a novel self-COMPAssion focused online psyChoTherapy for bereaved informal caregivers: the COMPACT feasibility trial protocol.2022;12:e067187. doi:10.1136/bmjopen-2022-067187
 - 4) Amano M, Katayama N, Umeda S, Terasawa Y, Tabuchi H, Kikuchi T, Abe T, Mimura M, Nakagawa A. The effect of cognitive behavioral therapy on future thinking in patients with major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Front Psychiatry*, 14, 97154, 2023
 - 5) Nogami W, Nakagawa A, Katayama N, Kudo Y, Amano M, Ihara S, Kurata C, Kobayashi Y, Sasaki Y, Ishikawa N, Sato Y, Mimura M. Effect of Personality Traits on Sustained Remission Among Patients with Major Depression: A 12-Month Prospective Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 18, 2771-2781, 2022.
 - 6) Nogami W, Nakagawa A, Kato N, Sasaki Y, Kishimoto T, Horikoshi M, Mimura M. Efficacy and Acceptability of Remote Cognitive Behavioral Therapy for Patients With Major Depressive Disorder in Japanese Clinical Settings: A Case Series. *Cogn Behav Pract*. Online ahead of print.2022
 - 7) Ryuhei So, Misuzu Nakashima, Jane Pei-Chen Chang, Marcus P.J. Tan, Ryoma Kayano, Yasuyuki Okumura, Toru Horinouchi, Toshitaka Ii, Toshihide Kuroki, Tsuyoshi Akiyama. Gender Biases Toward People With Difficulty in Balancing Work and Family Due to ADHD: Two Case Vignette Randomized Studies Featuring Japanese Laypersons and Psychiatrists, *Cureus* 15(1) e34243. 2023
 - 8) Misuzu Nakashima, Miki Matsunaga, Makoto Otani, Hironori Kuga, Daisuke Fujisawa: Development and Preliminary Validation of the Group Cognitive Therapy Scale to Measure Therapist Competence:Preprint from medRxiv. 2022
 - 9) Ide-Okochi A, He M, Murayama H, Samiso T, Yoshinaga N. Non-compliance of hypertension treatment and related factors among Kumamoto earthquake victims who experienced the COVID-19 pandemic during post-earthquake recovery period. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20(6). 5203. 2023.

- 10) Imai H, Tajika A, Narita H, Yoshinaga N, Kimura K, Nakamura H, Takeshima N, Hayasaka Y, Ogawa Y, Furukawa T. Unguided Computer-Assisted Self-Help Interventions Without Human Contact in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 24(4). e35940. 2022.
- 11) Inoue M, Tohira H, Yoshinaga N, Matsubara M. Propensity-matched comparisons of factors negatively affecting research activities during the COVID-19 pandemic between nursing researchers working in academic and clinical settings in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*. 19(4). e12491. 2022.
- 12) Kazawa K, Shimpuku Y, Yoshinaga N. Characteristics of early-career nurse researchers negatively impacted during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 12(4). e059331. 2022
- 13) Kumagai M, Uehara S, Kurayama T, Kitamura S, Sakata S, Kondo K, Shimizu E, Yoshinaga N, Otaka Y. Effects of Alternating Bilateral Training Between Non-Paretic and Paretic Upper Limbs in Patients with Hemiparetic Stroke: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 54. jrm00336. 2022.
- 14) Mitsui N, Fujii Y, Asakura S, Imai H, Yamada H, Yoshinaga N, Kanai Y, Inoue T, Shimizu E. Antidepressants for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology Reports*. 42(4). 398-409. 2022.
- 15) Nagata K, Tanaka K, Takahashi Y, Asada Y, Shimpuku Y, Yoshinaga N, Sugama J. Support Nursing Researchers' Need from Academic Societies During COVID-19: A Cross-sectional Survey. *Nursing and Health Sciences*. 24(4). 871-881. 2022.
- 16) Shikuri Y, Tanoue H, Imai H, Nakamura H, Yamaguchi F, Goto T, Kido Y, Tajika A, Sawada H, Ishida Y, Yoshinaga N. Psychosocial interventions for community-dwelling individuals with schizophrenia: study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 12(4). e057286. 2022.
- 17) Takeuchi A, Yokota S, Tomotaki A, Fukahori H, Shimpuku Y, Yoshinaga N. Relationship between research activities and individual factors among Japanese nursing researchers during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 17(8). e0271001. 2022.
- 18) Yoshinaga N, Tanoue H, Hayashi Y. Naturalistic outcome of nurse-led psychological therapy for mental disorders in routine outpatient care: A retrospective chart review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 40.

- 43-49, 2022.
- 19) 藤澤大介, 田島美幸, 田村 法子, 近藤裕美子, 大嶋伸雄, 岡島美朗, 岡田佳詠, 菊地俊暁, 耕野敏樹, 佐藤泰憲, 高橋章郎, 中川敦夫, 中島美鈴, 横山貴和子, 吉永尚紀, 大野裕. 本邦における集団精神療法の現状と課題. 精神療法. 48 98-103, 2022.
 - 20) 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. 本邦における集団精神療法の現状と展望. 最新精神医学 28(3), 2023 (印刷中) .
 - 21) 藤澤大介, 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 大嶋伸雄, 岡島美朗, 岡田佳詠, 菊地俊暁, 耕野敏樹, 佐藤泰憲, 高橋章郎, 中川敦夫, 中島美鈴, 山市貴和子, 吉永尚紀, 大野裕. 本邦における集団精神療法の現状と課題. 精神療法増刊 9号, 98-103, 2022.
 - 22) 藤澤大介, 朴順禮, 佐藤寧子. レジリエンスと思いやりを構築するマインドフルネス・プログラム (MaHALO プログラム). ホスピス緩和ケア白書 56-60, 2022.
 - 23) 藤澤大介. 医療従事者のもえつき・ストレス軽減のためのマインドフルネスとコンパッションにもとづいたプログラム. 精神科治療学 38(1), 87-92, 2023.
 - 24) 藤澤大介. 認知行動療法と治療同盟. 精神科 43(2) (印刷中) .
 - 25) 藤澤大介. 認知療法・認知行動療法と公認心理師の診療報酬. 公認心理師 2, 37-40, 2022.
 - 26) 藤澤大介. 老年期のメンタルヘルス—人生 100 年時代のこころの健康を守る: 認知行動療法. カレントセラピー 41(1), 41-45, 2023.
 - 27) 平島奈津子, 井原裕, 信田さよ子, 藤澤大介. こころの臨床現場からの発信"いま"をとらえ, 精神療法の可能性を探る. 精神療法増刊 9号, 228-245, 2022.
 - 28) 佐渡充洋, 二宮朗, 朴順禮, 田中智里, 小杉哲平, 田村法子, 永岡麻貴, 山田成志, 藤澤大介. 精神科医療およびメンタルヘルスにおけるマインドフルネス療法の意義と未来—日本における現状と課題を中心に—. 心理学評論 (Japanese Psychological Review) 64 (4), 555–578, 2022.
 - 29) 田中智里, 藤澤大介. 慢性疼痛に対する認知行動療法. 精神科 40, 533-538, 2022.
 - 30) 田島美幸, 原祐子, 重枝裕子, 石橋広樹, 吉岡直美, 鈴木斎絵, 藤澤大介. COVID-19 禍における認知症の家族介護者を対象とした集団認知行動療法プログラムの実践の工夫と効果検討. 老年精神医学雑誌 33(7), 703-713, 2022.
 - 31) 菊地俊暁. うつ病において薬物療法と精神療法の使い分けは可能か?. Precision medicine と stratified care model. 精神科. 2022, vol. 40, no. 3, p. 298–305.
 - 32) 菊地俊暁. うつ病のゴール設定をどう考えるか. 個別化とウェルビーイング, 臨床精神医学, 2022, Vol.51 (6), p.601-606.
 - 33) 菊地俊暁. デジタル精神医療は心のケアにどのように役立つのか. 地域で

- の取り組みを中心に.認知療法研究, 2023, Vol.16 (1), p.48-50.
- 34) 菊地俊暁. コロナ禍の経験から考えたオンライン精神療法の可能性と限界. 臨床精神医学. 2022, vol. 51, no. 3, p. 255-259.
- 35) 菊地俊暁. AI を用いた認知行動療法, 臨床精神薬理, 2023, Vol.26 (3), p.305-310
- 36) 清水恒三朗, 田島美幸, 小林由季, 菊地俊暁, 三村將. うつ病の非薬物療法, 臨床と研究, 2022, Vol.99 (5), p.549-554.
- 37) 大野裕, 中川敦夫, 菊地俊暁. コロナ禍での自殺対策の新しい可能性を探る: メンタルウェルビーイング向上を目指すデジタルツールを活用した自殺対策,最新精神医学, 2022, Vol.27 (6), p.399-405.
- 38) 松浦桂, 梅本育恵, 中島美鈴, 中島俊, 伊藤正哉, 立森久照, 中尾智博, 堀越勝, 久我 弘典. 成人期 ADHD に対する個人認知行動療法の国内医療機関における質的調査. 精神神経学雑誌 124(4 付録) S-517, 2022.
- 39) 中島美鈴 (担当:編訳) (原著:マシュー・マッケイ, マーサ・デイビス, パトリック・ファニング): 超簡単認知行動療法-すぐに気分がよくなる 6 つのスキル. 星和書店:東京,2022.
- 40) 中島美鈴. 支援者が心を守りよい支援をするための認知行動療法—特集 支援者のメンタルヘルス. 更生保護 / 日本更生保護協会 編, 74(2) 18-22, 東京, 2023.
- 41) 中島美鈴. 先延ばしによる悪循環から抜け出すヒント. Be! 特集「めんどくさい」への対処 149 14-18, 2022.
- 42) 中島美鈴. 脱ダラダラ習慣! 1日3分やめるノート, すばる舎. 東京, 2023
- 43) 中島美鈴. 発達障害で青年期になって問題が顕在化する人たち.こころの科学 SPACIAL ISSUE2023 若者たちの生きづらさ (石垣琢磨:編) 日本評論社 106-113, 2023.

2. 学会発表

- 1) 藤澤大介. 認知行動療法 14 の基本原則. 近畿認知行動療法研究会 (オンライン) 2022 年 10 月
- 2) 藤澤大介. 身体疾患の患者さんへの精神療法: 認知行動療法, マインドフルネス, そして人生の意味. 第 35 回日本総合病院精神医学会総会 (東京) 2022 年 10 月
- 3) 田村法子, 色本涼, 長島健吾, 佐藤泰憲, 中川敦夫, 三村將, 藤澤大介. 認知症家族介護者の心理的負担に対する集団複合的介入プログラムの効果研究 (3C study). 第 41 回日本認知症学会学術集会・第 36 回日本老年精神医学会. (東京) 2022 年 11 月
- 4) 藤澤大介, 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 菊地俊暁, 中川敦夫, 大野裕. 本邦における認知行動療法の実施状況: 全国医療機関調査より, 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会 (東京) 2022 年 11 月
- 5) 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 藤澤大介. 集団精神療法の実態と課題に関する全国調査. 第 19 回日本うつ病学会

- 総会. (大分) 2022年7月
- 6) 藤澤大介. わが国における認知行動療法の現状の課題と今後の展開 個人・集団認知行動療法の均てん化に向けたマニュアル整備. 第118回日本精神神経学会学術総会, (福岡) 2022年6月
 - 7) 藤澤大介. 致命的疾患で死にゆく患者の精神的な苦痛/苦悩の緩和に精神科医は貢献できるか? 生きる意味と Meaning-centered psychotherapy. 第118回日本精神神経学会学術総会 (福岡) 2022年6月
 - 8) 菊地俊暁. ワークショップ CBT スキルアップ: 認知療法・認知行動療法の基礎固め, 第22回認知療法・認知行動療法学会, コングレスクエア日本橋, 東京, 2022/11/13
 - 9) 菊地俊暁. ワークショップ 面接動画を用いたスキルアップ, 第22回認知療法・認知行動療法学会, コングレスクエア日本橋, 東京, 2022/11/13
 - 10) 菊地俊暁. シンポジウム 「CBT を共通言語として多職種連携する工夫を他職種から学ぶ」～薬剤師が多職種連携でより活躍するために～, 指定討論, 第22回認知療法・認知行動療法学会, コングレスクエア日本橋, 東京, 2022/11/12
 - 11) 菊地俊暁. シンポジウム 多職種連携から見た公認心理師への期待, 第22回認知療法・認知行動療法学会, コングレスクエア日本橋, 東京, 2022/11/12
 - 12) 菊地俊暁. シンポジウム メンタル不調をチャットボットが支える～認知行動変容アプローチの応用～, 第22回認知療法・認知行動療法学会, コングレスクエア日本橋, 東京, 2022/11/11
 - 13) 菊地俊暁. シンポジウム with/after コロナの復職で認知行動療法をどのように活用するのか, 第22回認知療法・認知行動療法学会, コングレスクエア日本橋, 東京, 2022/11/11
 - 14) 菊地俊暁. ランチョンセミナー うつ病治療の最適化について—うつ・不安・不眠のベストプラクティスを目指して—, BPCNP/PPP 4学会合同年会, 都市センターホテル/シェーンバッハ・サボア, 東京, 2022/11/5
 - 15) 菊地俊暁. ランチョンセミナー 抗うつ薬はうつ病治療に役立っているのか? SSRI/SNRI 全盛時代への批判的吟味 (と擁護), 第45回日本精神病理学会, 京都大学芝蘭会館, 京都, 2022/9/16
 - 16) 菊地俊暁. ランチョンセミナー うつ病の診療で我々が克服していかなければいけないこととは? うつ病のアンメットメディカルニーズを考える, 第41回日本精神科診断学会, オンライン, 2022/9/10
 - 17) 菊地俊暁. シンポジウム 患者さんと共有できるゴールとは何か?, 第19回うつ病学会総会, J:COM ホルトホール大分, 大分, 2022/7/14
 - 18) 菊地俊暁. 特別講演 うつ病の認知行動療法によるリカバリーとリワーク, 第19回うつ病学会総会, J:COM ホルトホール大分, 大分, 2022/7/14
 - 19) 菊地俊暁. シンポジウム うつ病と双極性障害におけるパーソナルリカバリーについて考える, 第118回日本精神神経学会学術総会, 福岡国際会議場, 福岡, 2022/6/18

- 20) 菊地俊暁. シンポジウム わが国における認知行動療法の現状の課題と今後の展開,第 118 回日本精神神経学会学術総会,福岡国際会議場,福岡,2022/6/18
- 21) 菊地俊暁. ランチョンセミナー うつ病の性差から見た治療の最適化を考える ～うつ・不安・不眠を乗り越えるには,第 50 回女性心身医学会,TFTビル東館,東京,2022/8/27
- 22) 壬生玲, 中野眞樹子, 稲毛雅子, 中島美鈴,後藤剛, 大橋昌資, 秋山剛. COVID-19 流行下における研修会開催の試み～ファシリテーターのためのマニュアル作成～.第 13 回集団認知行動療法研究会学術総会, 東京, 2022
- 23) 中島美鈴. 成人期 ADHD の実行機能モデルに基づいた認知行動療法. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022
- 24) 中島美鈴, 児玉臨, 森治美, 嶋根卓也. 身近な人とのコミュニケーションスキルに焦点づけた少年用大麻再乱用防止プログラムの作成. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022
- 25) 中野眞樹子, 壬生玲, 福田有希子, 後藤剛, 富樫剛清, 前川麻友, 中島美鈴, 大橋昌資, 秋山剛. オンライン研修版集団認知行動療法研修会ファシリテーターのためのマニュアル作成と研修会の実施～実践報告～. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022
- 26) 小口真奈, 高橋史, 金澤潤一郎, 中島美鈴. 成人期 ADHD 患者に対する心理的支援の社会実装に向けて. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022
- 27) 中島美鈴, 前田エミ, 牧野加寿美, 吉原翔太, 要 齊. 成人期の注意欠如・多動症患者の集団認知行動療法の長期的効果検討. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022
- 28) 中島美鈴, 立森久照, 中尾智博, 堀越勝, 久我弘典. 成人期の注意欠如・多動症当事者の心理社会的治療に関するニーズ調査. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022
- 29) 嶋根 也, 児玉臨, 中島美鈴, 森治美. シンポジウム 13 大麻使用少年の理解とサポート (1) 2022 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 仙台, 2022
- 30) 中野眞樹子, 壬生玲, 稲毛雅子, 中島美鈴, 後藤剛, 大橋昌資, 秋山剛. 集団認知行動療法におけるファシリテーターの重要性再考～コロナ流行状況での研修会開催の試み. 第 19 回日本うつ病学会, 大分, 2022
- 31) 岡田佳詠. 看護に活かす認知行動療法-With コロナの中での学びを高めるチャレンジ 簡易型認知行動療法, 日本精神保健看護学会第 32 回学術集会・総会ワークショップ, 東京, 2022
- 32) 岡田佳詠, 香月富士香. うつ ワークショップ 3 日本うつ病看護ガイドライン研修会, 第 19 回日本うつ病学会総会・第 5 回日本うつ病リワーク協会年次大会, 2022
- 33) 岡田佳詠. 日総研 初学者のための認知行動療法研修会, 東京, 2022

- 34) 岡田佳詠. JACT 看護師部会へようこそ！—認知行動療法のさらなる発展をめざして、今、看護職が結束しよう JACT 看護師部会は何をめざすのか, 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022
- 35) 岡田佳詠, 田島美幸, 原祐子, 岩元健一郎, 川西智也, 天野敏江. 認知症家族介護者のケアに活かすオンライン認知行動療法研修 プログラムの効果検討, 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022
- 36) 岡田佳詠, 藤澤大介, 大嶋伸雄, 高橋章郎, 丹野義彦, 天野敏江, 根本友見. 国内における集団精神療法の研修・スーパービジョンの実態と課題, 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022
- 37) 岡田佳詠. 大会長企画シンポジウム 限られた時間で効率的に認知行動療法を行うには 看護領域における簡易型 CBT, 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 2022
- 38) 岡田佳詠. 認知症を取り巻く支援において 認知行動療法を活用するには 認知症のケア従事者に対する CBT 教育の取り組み. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会. 2022.
- 39) 岡田佳詠. コロナ禍におけるストレスマネジメント ～コロナで疲れたココロを癒そう～, 令和 4 年度全国保健師長会神奈川支部報告会&講演会, 2022
- 40) 重田ちさと, 岡田佳詠. 看護師を対象とした Post-traumatic Stress Disorder 発症予防・早期介入に関する研究の国内外の動向, 第 42 回日本看護科学学会学術集会, 2022
- 41) 岡田佳詠. 簡易型 CBT の概要, 紹介します！看護での簡易型認知行動療法の実践」セミナー, 看護のための認知行動療法研究会, 2023
- 42) 耕野敏樹. 第 22 回日本認知行動療法学会にて「リカリーを目指す認知療法 (CT-R) への期待：日本での適用の可能性」2022 年 12 月 2 日
- 43) Toshiki Kono. Accounting for Cross-Population Differences in Allele Frequency and Linkage Disequilibrium Can Improve Polygenic Risk Score Portability. World Congress of Psychiatric Genetics 2022 年 9 月 13～17 日. ポスター発表

G. 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

令和4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

全国の精神保健福祉センターにおける集団プログラム（集団精神療法） の実態と課題に関する全国調査

分担研究者：藤澤大介

慶應義塾大学医学部

研究趣旨：

【目的】精神保健福祉センターにおける集団精神療法の実施状況、各施設のニーズや課題を明らかにする。

【対象と方法】全国の精神保健福祉センター69施設に、2022年11月に調査票を郵送し、集団プログラム（集団精神療法）の実施状況、ニーズや課題を調査し、回答は匿名、回答をもって研究同意と見なした。

【結果・考察】58施設から回答を得た（回答率84.1%）。うち54施設（93.1%）が自施設で集団精神療法を実施しており、他施設への紹介や連携も18施設（31.0%）で行っていた。自施設で集団精神療法を実施していない施設事情には、「職員の人数」「スキルをもった職員の不在」など人的な要素が中心にあげられた。その他、「場所・スペースの問題」「利用者のニーズがない」があげられた。

実施プログラム総数は257で、一施設あたりの中央値は4（幅1~17）、実施時間の中央値は120分、実施頻度の最頻値は毎週、セッション数の中央値は6回であった。約半数のプログラムが、特定の精神疾患、または、特定の悩みや問題を持つ利用者を対象としていた。対象の精神疾患の内訳は、行動嗜癖、うつ病・抑うつ性障害、アルコール依存症、アルコール以外の物質関連障害がいずれも30%程度と多く、発達障害、双極性障害が約25%であった。特定の悩みや問題の内訳は、「その他」が54.7%と多く今後より詳細を調査する必要があると考えられた。選択肢の中ではひきこもり（35.2%）が多かった。当事者のみが参加するプログラム（52.9%）だけでなく、家族も参加するプログラムがおよそ半数程度あった。

集団精神療法の目的は「知識の向上」が最も多く約80%を占めた。次いで、「自己の振り返り」や、「ピアサポート」「居場所づくり」が多かった。頻度の多いアプローチは心理教育と認知行動療法であった。

集団精神療法の実施に関わるスタッフ数は平均2.7人で、職種は多様であった。導入時のアセスメントの実施率、および、プログラム中の評価（効果測定）は、いずれも約70%であった。約75%が無料でプログラムを提供しており、診療報酬算定は約20%であった。

集団精神療法の運営に関するCOVID-19の影響は「一時的に影響したが現在はコロナ禍前の状況に復帰した」が最も多く（55.6%）、次いで「現在も影響を受けている」（38.9%）であった。その影響の内訳は「集団精神療法を中止した」が66.7%、「参加を辞退する人が増えた」が35.3%であった。

自施設の精神療法が「充足している」と回答した施設は約25%にとどまった。課題としては、「職員の人数が足りない」「従事する時間がない」「スキルを持った職員がいない」など、人的な問題が最も多かった。その他は、「場所やスペースが足りない」「法令・診療報酬上の問題」もあげられた。

本邦で集団精神療法を促進・普及する上の課題としては、集団精神療法の担い手の不足、研修、見学、スーパービジョンの機会が少ないことが最も多くあげられた。研修受講に対する支援体制も課題として挙げられた。普及に役立つこととして、活用しやすいプログラムやマニュアルの開発、診療報酬の対象の拡充、診療報酬を算定しない行政機関でも実施しやすくするための財政処置があげられた。

研究協力者

熊谷直樹（東京都立中部総合精神保健福祉センター、全国精神保健福祉センター長会副会長）、辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター、全国精神保健福祉センター長会会長）、田島美幸、田村法子、近藤裕美子、原祐子（以上、慶應義塾大学医学部）

A. 研究目的

集団精神療法とは、「言葉によるやりとりや自己表現の手法等により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状や問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法」である。国内外の臨床試験で、集団精神療法の効果が実証されており、1994年以降、本邦においても診療報酬上の算定の対象となっている。しかし、本邦で実施されている集団精神療法は、対象（診断や病態）、実施の目的、実施形態（時間・回数・提供方法など）、内容が混在しており、その実態や質は不明確である。

本研究班では、2021年度に全国の精神科医療機関 3,734 施設を対象に全国調査を行い、回答した施設の中で、集団精神療法を実施している施設が 201 件（27.6%）と 3 割程度であるという実態を明らかにした。

本年度は、行政機関（精神保健福祉センターおよび保健所）における集団プログラム（集団精神療法）の施行実態や課題を調査することを目的とした。本報告書は精神保健福祉センターに関する調査報告である。

B. 研究方法

1. 調査対象

全国の精神保健福祉センター69 施設を調査対象とした。

2. 調査方法

全国精神保健福祉センター長会の全国精神保健福祉センター一覧から送付先のリストを作成した。全国精神保健福祉センター長会の協力を得て、事前に調査票案を同会の役員会に閲覧いただき、現場の実態に沿うように改訂した。各精神保健福祉センター長宛に、本研究の趣旨を説明した送付状、調査票、返信用封筒を郵送し、センターで集団プログラム（集団精神療法）の実施状況に詳しい者に回答を求めた。アンケートは匿名で回答を持って研究同意とみなした。

2022年11月25日に調査票を郵送発送し、2023年1月末日までに回答された調査票を対象とした。

3. 調査項目

主な調査項目は、施設特性（所属ブロック、設置主体、所轄人口区分、職員数等）、集団プログラム（集団精神療法）の実施の有無、実施している場合にはその実態（実施形態、実施対象、アプローチ方法、アセスメントの有無や方法、利用料算定の方法）、集団精神療法の充足度、集団精神療法に関する課題などであった。

4. 集団精神療法の定義

本調査では、集団精神療法を「言葉によるやりとりや自己表現の手法等により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係の修得等をもたらすことにより、病

状の改善を図る治療法」と定義した。また、「依存症集団回復プログラムや SST、家族教室なども集団精神療法に含みます。当事者だけでなく、家族等を対象にしたものも含まれます。一方、作業を主体とするプログラム（例：レクリエーション、運動、料理、園芸など）は含みません。デイケアなどで複数のプログラムがある中に、上記の定義に合致する集団精神療法が含まれる場合は「実施している」とお考え下さい。本アンケートでは、デイケア等の通所や相談に来た当事者や家族を「利用者」と呼びます。単なる手帳の申請等手続きのための利用は含みません。」という注釈をつけた。

（倫理面への配慮）

本研究は、慶應義塾大学医学部研究倫理委員会の承認（No.20211076）を得て実施した。

C. 研究結果

1) 回答施設の属性

回答数は 58 件（回収率 84.1%）であった。

回答施設の内訳は、関東・甲信越地方が 16 施設（27.6%）で最も多く、続いて中国・四国地方が 11 施設（19.0%）、九州、北海道・東北が各 9 施設（15.5%）の順であった（表 1-1）。設置主体別では、都道府県が 43 施設（74.1%）、政令指定都市が 15 施設（25.9%）であり（表 1-2）、所轄人口区分では 100 万人未満が 21 施設（36.2%）、100 万人以上～150 万人未満は 14 施設（24.1%）、250 万人以上は 12 施設（20.7%）、150 万人以上～250 万人未満が 11 施設（19.0%）であった（表 1-3）。

2) 集団精神療法に関する状況

集団精神療法に関して自施設で実施して

いること（複数回答）としては、「自施設での集団精神療法の実施」が 54 施設（93.1%）と最も多く、「適応のある利用者への集団精神療法の紹介や連携」が 18 施設（31.0%）、「集団精神療法に関するスタッフ研修の実施」が 10 施設（17.2%）、「精神科デイケアでの就労支援に関する連絡会の実施」が 2 施設（3.4%）、「いずれも実施していない」が 3 施設（5.2%）であった（表 2-2）。

3) 集団精神療法の実施の有無

集団精神療法の実施の有無は表 2-3 の通りである。集団精神療法の「実施あり」は 54 施設（93.1%）、「実施なし」は 4 施設（6.9%）であった。関東・甲信越地方、中部地方で 100%の実施率で、他地方も高い実施率であった。設置主体別、所轄人口区分別の内訳は表 2-3 の通りで、250 万人以上の所轄人口区分では 100%の実施率であった。

4) 集団精神療法の実施がない理由

「集団精神療法の実施なし」と回答した 4 施設にその理由（複数回答）を尋ねた（表 2-4）。「集団精神療法を実施できると良いと思うが、諸処の理由で実施を見合わせている」が 4 件（100%）であり、「諸般の理由」の内訳（複数回答、表 2-5）は、「職員の人数が足りない」が 3 件（75.0%）、「場所・スペースの問題」が 2 件（50.0%）、「集団精神療法のスキルを持った職員がいない」が 2 件（50.0%）、「職員が集団精神療法に従事する時間がない」が 1 件（25.0%）、「利用者のニーズがない」が 1 件（25.0%）等であった。エリア別、設置主体別、所轄人口区分別の内訳は表 2-5 の通りである。

5) 集団精神療法の実施状況

「集団精神療法の実施あり」と回答した54施設の257プログラムに関して、実態を尋ねた。

①実施形態

1施設あたりの平均プログラム数は4.7、中央値4、最小1～最大17であった。その内訳は関東・甲信越地方および近畿地方で中央値6種類と比較的多かった(表3-2)。実施時間は平均112.2分、中央値120分、セッション回数は平均8.5回、中央値6回数であり(表4-6)、プログラムの実施頻度は毎週が49件(19.1%)、隔週が18件(7.0%)、その他が190件(73.9%)であった(表4-9)。

プログラムはセミクローズド形式で実施している施設が138件(53.7%)と最も多く、続いてクローズド形式が63件(24.5%)、オープン形式が55件(21.4%)であった(表4-8)。

②実施対象

集団精神療法の平均参加者数は5.4人(SD=3.3)であった(表4-6)。集団精神療法の対象は、「特定の精神疾患を有している方」が112件(43.6%)、「特定の悩みや問題を有している方」が159件(61.9%)、「その他」が121件(47.1%)であった(表4-2)。

特定の精神疾患を有している方を対象としているプログラムの対象疾患の内訳(表4-3)は、その他の嗜癖(ギャンブル、ゲーム障害など)が38件(33.9%)、うつ病・抑うつ障害が37件(33.0%)、アルコール以外の物質関連障害が36件(32.1%)、アルコール依存症が33件(29.5%)、発達障

害が28件(25.0%)、双極性障害が26件(23.2%)の順に多かった(複数回答、表4-3)。

対象とする悩みや問題は、「その他」が54.7%で、次いで、ひきこもり(35.2%)が多かった(表4-5)。参加者の内訳は当事者のみが136件(52.9%)、家族のみが115件(44.7%)、当事者と家族が5件(1.9%)であった(表4-5)。

③実施に関わるスタッフ数

集団精神療法の平均スタッフ数は2.7人(SD=1.1)であった。スタッフの内訳は公認心理師が77.8%、精神保健福祉士が52.9%、保健師が45.1%、医師が38.5%、作業療法士が23.7%、看護師が19.1%、その他が77人(30.0%)であった(表4-7)。

④集団精神療法の目的

集団精神療法の目的(複数回答)は、「知識の向上(心理教育)」が201件(78.2%)で最も多く、ついで、「自己の振り返り」が178件(69.3%)、「ピアサポート」が140件(54.5%)、「居場所づくり」が92件(35.8%)、「社会的スキルの向上」が86件(33.5%)、「症状改善」が66件(25.7%)、「機能向上・QOLの向上」が60件(23.3%)等であった(表4-10)。

⑤アプローチ方法

集団精神療法で用いるアプローチ方法は、「心理教育」が143件(55.6%)と最も多く、次いで、「認知行動療法」が108件(42.0%)、「社会生活スキルトレーニング(SST)」が36件(14.0%)、等であった(複数回答、表4-13)。

⑥導入時のアセスメントおよび効果測定

導入時のアセスメントを行っているのは185件(72.0%)で、具体的な方法は「スタッフによるカンファレンス」が130件(70.3%)、「医師の見立て」が48件(25.9%)、「心理検査」が12件(6.5%)等であった(表4-12:複数回答あり)。

プログラム実施中の参加者の評価(効果測定)については、「面接やアンケートにより定期的に実施している」が119件(46.3%)、「スタッフによるカンファレンス」が116件(45.1%)、「標準化された尺度を使用して定期的に実施している」が29件(11.3%)、「医師の診察で定期的に評価している」が8件(3.1%)、「行っていない、必要な時のみ行っている」が71件(27.6%)であった(表4-14)。

⑦利用料の算定方法

利用料の算定方法は、「無料」が195件(75.9%)、「診療報酬を算定している」が51件(19.8%)であった(表4-16)。診療報酬の算定の内訳は、「精神科デイケア・精神科ショートケア」が47件(92.2%)、「通院集団精神療法」が1件(2.0%)等であった(表4-17)。

6) 集団精神療法の運営に関する COVID-19 の影響

集団精神療法の運営に関する COVID-19 の影響は、「一時的に影響したが現在はコロナ禍前の状況に復帰した」が30件(55.6%)、「現在も影響を受けている」が21件(38.9%)、「影響はしていない」が3件(5.6%)であった(表3-4)。「現在も影響

を受けている」「一時的に影響した」場合、どのような影響があったかに関する内訳は、「集団精神療法を中止した」が34件(66.7%)、「参加を辞退する人が増えた」が18件(35.3%)、「プログラムの数を減らした」が14件(27.5%)、「プログラムの参加人数を減らした」が14件(27.5%)、「オンラインで行うようにした」が13件(25.5%)等であった(表3-5)。

7) 自施設における集団精神療法の充足度
自施設の集団精神療法について、「充足している」と回答した施設は13件(24.1%)、「どちらかというとは充足している」が25件(46.3%)であった。「どちらかというとは充足していない」が13件(24.1%)、「充足していない」が3件(5.6%)であった(表3-6)。

8) 自施設における集団精神療法の課題

自施設の集団精神療法実施に関する課題としては、「職員の人数が足りない」が31件(57.4%)で最も多く、次いで、「場所やスペースが足りない」が14件(25.9%)、「職員が集団精神療法に従事する時間がない」が12件(22.2%)、「集団精神療法のスキルを持った職員がいない」が10件(18.5%)、「法令・診療報酬上の問題」が9件(16.7%)、「実施にかかる労力・コストが報酬に見合わない」が4件(7.4%)、等であった(複数回答、表3-8)。

9) 自施設での集団精神療法の変化

最近10年間での自施設における集団精神療法の実施状況の変化としては、薬物依存症、ギャンブル依存症の開始や、当事者の

みならず家族対象のプログラムの開始が多くみられた（表 3-9）。

10) 本邦での普及の方向性や課題

精神保健福祉センター等の本邦の専門的行政機関において集団精神療法を促進・普及する上で有益と思われることや課題と思われることとしては、集団精神療法の担い手の不足、研修、見学、スーパービジョンの機会が少ないことが最も多くあげられた。研修受講に対する支援体制も課題として挙げられた。普及に役立つこととして、活用しやすいプログラムやマニュアルの開発、診療報酬の対象の拡充、行政サービスを基本とするため診療報酬を算定しない公的機関でも実施しやすくするための財政処置があげられた（表 3-10）。

D. 考察

全国の精神保健福祉センターを対象に集団精神療法の実態調査を行い、84.1%の高い回答率を得た。

93.1%の施設が自施設で集団精神療法を実施しており、他施設への紹介や連携も31.0%の施設で行っており、ほとんどの精神保健福祉センターにおいて集団精神療法に関する業務を実施していると考えられた。

自施設で集団精神療法を実施していない数少ない施設の事情としては、「職員の人数」「スキルをもった職員の不在」など人的な要素を中心に、その他、「場所・スペースの問題」「利用者のニーズがない」があげられた。

実施プログラムの総数は257で、一施設あたりの実施プログラム数は1~17と幅があった。中央値は4プログラムであり、一定のバ

リエーションをもって提供していることがわかった。

実施時間の中央値は120分、実施頻度の最頻値は毎週、セッション数の中央値は6回であった。

約半数のプログラムが、特定の精神疾患、または、特定の悩みや問題を持つ利用者を対象としていた。対象の精神疾患の内訳は、行動嗜癖、うつ病・抑うつ性障害、アルコール依存症、アルコール以外の物質関連障害がいずれも30%程度と多く、発達障害、双極性障害が約25%であった。特定の悩みや問題の内訳は、「その他」が54.7%と多く、今後より詳細を調査する必要がある。選択肢の中ではひきこもり（35.2%）が多かった。家族を対象としたプログラムがおよそ半数あり、ニーズの高さがうかがわれた。

複数のスタッフが集団精神療法の実施に関わっており（平均2.7人）、職種も多様であった。

集団精神療法の目的は、「知識の向上」が最も多く約80%を占めた。次いで、「自己の振り返り」や、「ピアサポート」「居場所づくり」などの仲間を意識したものが多かった。「症状改善」や「機能・QOL向上」など、治療的な要因は25%程度と少数であった。

用いるアプローチは心理教育と認知行動療法がいずれも半数程度と多かった。

導入時のアセスメントの実施率、および、プログラム中の評価（効果測定）は、いずれも約70%であり、さらに改善の余地があると考えられた。

約75%がセンターの行政サービス事業として利用者負担なしでプログラムを提供しており、診療報酬算定は約20%であり、事業予算の確保が課題であることが示唆された。

自施設の精神療法が「充足している」と回答した施設は約25%にとどまった。課題としては、「職員の人数が足りない」「従事する時間がない」「スキルを持った職員がいない」など、人的な問題が最も多かった。その他は、「場所やスペースが足りない」「法令・診療報酬上の問題」もあげられた。

本邦で集団精神療法を促進・普及する上で有益と思われることや課題と思われることとしては、集団精神療法の担い手の不足、研修、見学、スーパービジョンの機会が少ないことが最も多くあげられた。研修受講に対する支援体制も課題として挙げられた。普及に役立つこととして、活用しやすいプログラムやマニュアルの開発、診療報酬の対象の拡充、施設の性格上診療報酬を算定せず行政サービスとして行う場合の多い公的機関でも実施しやすくするための財政処置があげられた。

E. 結論

全国の精神保健福祉センターを対象とした、集団精神療法に関する実態調査が行われ、実施率、内容、課題が明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表

Uneno Y, Kotera Y, Fujisawa D, Kataoka Y, Kosugi K, Murata N, Kessoku T, Ozaki A, Miyatake H, Muto M. Development of a novel self-COMPAssion focused online psyChoTherapy for bereaved informal caregivers: the COMPACT feasibility trial protocol. 2022;12:e067187. doi:10.1136/bmjopen-2022-067187

2) Koda R, Fujisawa D, Kawaguchi M, Kasai H. Experience of application of

the Meaning-centered Psychotherapy to Japanese bereaved family of patients with cancer - a mixed-method study. Palliative and Supportive Care 2022 Dec 9:1-9. doi: 10.1017/S147895152200150X.

3) Tamura NT, Shikimoto R, Nagashima K, Sato Y, Nakagawa A, Irie S, Iwashita S, Mimura M, Fujisawa D. Group multi-component programme based on cognitive behavioural therapy and positive psychology for family caregivers of people with dementia: a randomised controlled study (3C study). Psychogeriatrics, 23(1):141-156, 2023. doi: 10.1111/psyg.12919.

4) 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. 本邦における集団精神療法の現状と展望. 最新精神医学 28(3), 2023 (印刷中)

5) 藤澤大介. 認知行動療法と治療同盟. 精神科 43(2) (印刷中)

6) 藤澤大介. 医療従事者のもえつき・ストレス軽減のためのマインドフルネスとコンパッションにもとづいたプログラム. 精神科治療学 38(1), 87-92, 2023

7) 藤澤大介. 老年期のメンタルヘルス—人生 100 年時代のこころの健康を守る: 認知行動療法. カレントセラピー 41(1), 41-45, 2023

8) 田島美幸、原祐子、重枝裕子、石橋広樹、吉岡直美、鈴木斎絵、藤澤大介. COVID-19 禍における認知症の家族介護者を対象とした集団認知行動療法プログラムの実践の工夫と効果検討. 老年精神医学雑誌 33(7), 703-

713, 2022

9) 佐渡充洋, 二宮朗, 朴順禮, 田中智里, 小杉哲平, 田村法子, 永岡麻貴, 山田成志, 藤澤大介. 精神科医療およびメンタルヘルスにおけるマインドフルネス療法の意義と未来—日本における現状と課題を中心に—, 心理学評論 (Japanese Psychological Review) 64 (4), 555-578, 2022

10) 平島奈津子, 井原裕, 信田さよ子, 藤澤大介. “こころの臨床現場からの発信”いま”をとらえ、精神療法の可能性を探る. 精神療法増刊 9 号, 228-245, 2022

11) 藤澤大介, 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 大嶋伸雄, 岡島美朗, 岡田佳詠, 菊地俊暁, 耕野敏樹, 佐藤泰憲, 高橋章郎, 中川敦夫, 中島美鈴, 山市貴和子, 吉永尚紀, 大野裕. 本邦における集団精神療法の現状と課題. 精神療法増刊 9 号, 98-103, 2022

12) 田中智里, 藤澤大介. 慢性疼痛に対する認知行動療法. 精神科 40, 533-538, 2022

13) 藤澤大介. 認知療法・認知行動療法と公認心理師の診療報酬. 公認心理師 2, 37-40, 2022

14) 藤澤大介, 朴順禮, 佐藤寧子. レジリエンスと思いやりを構築するマインドフルネス・プログラム (MaHALO プログラム). ホスピス緩和ケア白書 56-60, 2022

2. 学会発表

1) 藤澤大介. 認知行動療法 14 の基本原則. 近畿認知行動療法研究会 (オンライン) 2022 年 10 月

2) 藤澤大介. 身体疾患の患者さんへの精神療法: 認知行動療法、マインドフルネス、そして人生の意味. 第 35 回日本総合病院精神医学会総会 (東京) 2022 年 10 月

3) 田村法子, 色本涼, 長島健吾, 佐藤泰憲, 中川敦夫, 三村將, 藤澤大介. 認知症家族介護者の心理的負担に対する集団複合的介入プログラムの効果研究 (3C study). 第 41 回日本認知症学会学術集会・第 36 回日本老年精神医学会. (東京) 2022 年 11 月

4) 藤澤大介, 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 菊地俊暁, 中川敦夫, 大野裕. 本邦における認知行動療法の実施状況: 全国医療機関調査より, 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会 (東京) 2022 年 11 月

5) 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 藤澤大介. 集団精神療法の実態と課題に関する全国調査. 第 19 回日本うつ病学会総会. (大分) 2022 年 7 月

6) 藤澤大介. わが国における認知行動療法の現状の課題と今後の展開 個人・集団認知行動療法の均てん化に向けたマニュアル整備. 第 118 回日本精神神経学会学術総会, (福岡) 2022 年 6 月

7) 藤澤大介. 致命的疾患で死にゆく患者の精神的な苦痛/苦悩の緩和に精神科医は貢献できるか? 生きる意味と Meaning-centered psychotherapy. 第 118 回日本精神神経学会学術総会 (福岡) 2022 年 6 月

3. 書籍

1) 藤澤大介. 精神療法. (鬼塚俊明, 橋本亮太編) 精神医学領域の論文を読みこなすキーワード 100! pp. 126-127. 新興医学出版社 2022 年

2) 藤澤大介. コンサルテーション・リエゾンの基本. 精神科レジデントマニュアル (医学書院) 東京 2022 年

3) 藤澤大介. 身体疾患の精神症状の評価と対応. 精神科レジデントマニュアル (医学書

院) 東京 2022 年

4) **藤澤大介**. 白波瀬丈一郎. 精神療法. 精神科レジデントマニュアル(医学書院) 東京 2022 年

G. 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

本調査にご協力いただいた全国精神保健福祉センター長会およびアンケートにご回答いただいた全国の精神保健福祉センターの皆さまに深く感謝申し上げます。

令和3・4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）

集団プログラムに関するアンケート

調査用紙

- ・質問紙は1～4ページまであります。
- ・選択肢のあるものは、あてはまる数字に○をつけてください。
- ・（ ）には、回答となる数や言葉をお書きください。
- ・その他、ご不明な点等ございましたら、下記、問い合わせ先までご連絡ください。

【調査実施主体】 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」研究班

【研究代表者】 慶應義塾大学医学部医療安全管理部／精神神経科 藤澤 大介

【問い合わせ先】

〒160-8582東京都新宿区信濃町35

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

メール grouptherapyresearch@gmail.com/電話 03-5363-3971（平日10～16時）

担当者：田島 美幸（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室特任講師）

I. 貴センターについて教えてください（結果は統計的に処理を行い、センターが特定されないように配慮いたします）。

① 所属ブロック*	1.北海道・東北	2.関東・甲信越	3.中部	4.近畿	5.中国・四国	6.九州
	*全国精神保健福祉センター長会のブロックに準拠しています。					
② 設置主体	1. 都道府県		2. 政令指定都市			
③ 所管人口区分	a. 100万人未満	b. 100万人以上～150万人未満	c. 150万人以上～250万人未満	d. 250万人以上		
④ 職員数	医師	常勤（ 名）	非常勤*（ 名）	*会計年度職員や謝礼による講師等を含みます		
	保健師	常勤（ 名）	非常勤*（ 名）			
	看護師	常勤（ 名）	非常勤*（ 名）			
	心理職**	常勤（ 名）	非常勤*（ 名）	**国家資格の有無を問いません		
	福祉職**	常勤（ 名）	非常勤*（ 名）			

II. 集団精神療法に関する貴センターの実態をおうかがいします。

【本アンケートにおける集団精神療法の定義】
 本アンケートでは、集団プログラムの中の「集団精神療法」についてお伺いします。ここでいう集団精神療法は「言葉によるやりとりや自己表現の手法等により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係の修得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法」を指します。依存症集団回復プログラムやSST、家族教室なども集団精神療法に含まれます。当事者だけでなく、家族等を対象にしたものも含まれます。一方、作業を主体とするプログラム（例：レクリエーション、運動、料理、園芸など）は含みません。デイケアなどで複数のプログラムがある中に、上記の定義に合致する集団精神療法が含まれる場合は「実施している」とお考え下さい。
 ・ 集団精神療法の該当例：依存症集団回復プログラム、SST、家族教室や家族向けの精神疾患集団教育プログラム（複数回で実施しているもの）など
 ・ 集団精神療法の非該当例：作業を主体とするプログラム（レクリエーション、運動、料理、園芸など）、単回の講演会や単回の家族教室など

【本アンケートにおける利用者の定義】
 本アンケートでは、デイケア等の通所や相談に来た当事者や家族を「利用者」と呼びます。単なる手続き等のための来所者を含みません。

① 貴センター来所利用者(当事者および家族、単回相談も含む)のうち、集団精神療法が役立つと考えられる割合はどのくらいですか？

- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| a. 1%未満 | b. 1～10% | c. 11～20% | d. 21～30% | e. 31～40% | f. 41～50% |
| g. 51～60% | h. 61～70% | i. 71～80% | j. 81～90% | k. 91～100% | |

② 集団精神療法に関して、貴センターで実施していることをお聞かせ下さい。（複数回答可）

- | | | |
|--|---|--|
| 1. 自施設での集団精神療法の実施
2. 集団精神療法に関するスタッフ研修の実施
3. 精神科デイケアでの就労支援に関する連絡会
4. 適応のある利用者への集団精神療法の紹介や連携
5. その他（ | → | 「1. 自施設での集団精神療法の実施」がある場合には、
次ページの Ⅲ. にお進みください |
| | → | 「1. 自施設での集団精神療法の実施」がない場合には、
次問③ にお進みください |

③ 貴センターで集団精神療法を行っていない理由をお聞かせください。（複数回答可）

1. 精神保健福祉センターの役割として、集団精神療法は必要と思わない
2. 集団精神療法は必要と思うが、当センターでは必要ない（近隣の医療機関に紹介できるなど）
3. 集団精神療法を実施できると良いと思うが、諸処の理由で実施を見合わせている
4. 現在は行っていないが、実施する計画がある

④ 上記③で「3.諸処の理由で実施を見合わせている」とお答えの場合、理由をお聞かせください。（複数回答可）

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. 場所・スペースの問題 | 2. 職員の人数が足りない |
| 3. 集団精神療法のスキルを持った職員がいない | 4. 職員が集団精神療法に従事する時間がない |
| 5. 実施にかかる労力・コストが報酬に見合わない | 6. 利用者のニーズがない |
| 7. 施設の方針にそぐわない | 8. 法令・診療報酬上の理由（具体的に： _____） |
| 9. その他（ _____ ） | |

⑤ わが国での集団精神療法に関するご意見や、課題と考えることがありましたら、お聞かせください。

* 集団精神療法を実施していない場合、アンケートはここまでです。同封の封筒でご返送ください。ありがとうございました。

*貴センターで集団精神療法を実施している場合は、以下の質問にもご回答ください。

III. 集団精神療法に関する貴センターの実態をおうかがいします。

① 今年度の貴センターの来所利用者(当事者および家族、単回の相談なども含む)のうち、集団精神療法を受けている方の割合はおおよそどのくらいですか？(今年度の見込みも含みます)

- a. 1%未満 b. 1~10% c. 11~20% d. 21~30% e. 31~40% f. 41~50%
g. 51~60% h. 61~70% i. 71~80% j. 81~90% k. 91~100%

② 何種類の集団精神療法プログラムを行っていますか？ (同一内容を複数曜日に行っている場合などは1種類と回答ください)

() 種類

*精神科デイケアの中などで複数の集団精神療法を行っている場合は、それぞれについてお答えください。

(例：デイケアで、心理教育の集団プログラム、認知行動療法の集団プログラムを行っている場合は2種類と回答)

③ 貴センターのスタッフは以下のアプローチについて、集団療法の研修を受けたことがありますか？

受けたことがあるものに○をつけてください。(複数回答可)

1. 認知行動療法 2. アクセプト・タンス・コミットメント・セラピー - (ACT) 3. マインドフルネス心理療法
4. 力動的心理療法 5. 心理教育 6. 回想法
7. 内観療法 8. 家族療法 9. 森田療法
10. 社会生活スキルトレーニング (SST) 11. その他 ()

④ 新型コロナウイルスの流行は集団精神療法の実施に影響しましたか？

1. 現在も影響を受けている 2. 一時的に影響したが現在はコロナ禍前の状態に復帰した 3. 影響はしていない

⑤ 上記④で「1. 現在も影響を受けている」と「2. 一時的に影響した・・・」に回答した場合、どのような影響がありましたか？ (複数回答可)

1. 集団精神療法を中止した 2. プログラムの数を減らした
3. プログラムの参加人数を減らした 4. スタッフの参加人数を減らした
5. オンラインで行うようにした 6. 参加を辞退する人が増えた
7. その他 ()

IV. 集団精神療法に関する貴センターのご認識をおうかがいします。

① 現在、貴センターの集団精神療法について、充足していると感じますか？次の設問②の内容などを参考に総合的にご回答下さい。

1. 充足している 2. どちらかというと充足している
3. どちらかというと充足していない 4. 充足していない

② 上記①で「1. 充足している」以外にお答えの場合、どのような理由によりますか？ (複数回答可)

1. プログラムの種類が少ない 2. プログラムの数が少ない
3. プログラムの内容(質)の問題 4. 場所・スペースの問題
5. 参加者が少ない 6. 参加を希望する人の一部にしか提供できていない
7. その他 ()

③ 集団精神療法に関する貴センターの課題として、当てはまるものを選んでください。(複数回答可)

1. 場所・スペースの問題 2. 職員の人数が足りない
3. 集団精神療法のスキルを持った職員がいない 4. 職員が集団精神療法に従事する時間がない
5. 実施にかかる労力・コストが報酬に見合わない 6. 利用者のニーズがない
7. 施設の方針にそぐわない 8. 参加を希望する人の一部にしか提供できていない
9. 法令・診療報酬上の問題(具体的に：)
10. その他 ()

④ 貴センターで実施している集団精神療法について、この10年間のプログラム数や種類の変化があれば、教えてください。

⑤ わが国で集団精神療法を促進・普及する上で有益と思われることや、課題と思われることをお聞かせください。

V. 貴センターで実施する集団精神療法の各プログラムについてお尋ねいたします。

Ⅲの②でお答えいただいた集団精神療法の各プログラムについてお尋ねします。1種類の集団療法プログラムにつき1枚をご利用ください。

精神科デイケアで複数の集団精神療法を行っている場合は、それぞれについてお答えください（本紙を5枚同封していますが、必要に応じてコピーしてご使用下さい）。

プログラム名	（愛称ではなく内容を示す名前をご記載ください：例：復職支援プログラム、発達障害の心理教育プログラム）

【参加者について】

① プログラムの対象者はどのような方ですか？	
1. 特定の精神疾患を有している方	2. 特定の悩みや問題を有している方
3. その他（ ）	

② 上記①で「1. 特定の精神疾患を有している方」とお答えの場合、どの精神疾患を対象としていますか？【複数回答可】		
1. 発達障害	2. 統合失調症および精神病性障害	3. 双極性障害
4. うつ病、抑うつ障害	5. 不安障害	6. 強迫症、強迫性障害
7. PTSD、急性ストレス障害	8. 適応障害	9. 身体症状症（身体表現性障害）
10. 食行動障害、摂食障害	11. 睡眠障害	12. アルコール依存症
13. アルコール以外の物質関連障害	14. その他の嗜癖（ギャンブル、ゲーム障害等）	
15. 認知症、軽度認知障害等の神経認知障害		
16. その他（ ）		

③ 上記①で「2. 特定の悩みや問題を有している方」とお答えの場合、どの問題や悩みを対象としていますか？【複数回答可】			
1. ひきこもり	2. 不登校	3. 復職支援	4. 就労支援
5. 遺族ケア	6. その他（ ）		

④ プログラムにはどなたが参加していますか？		
1. 当事者	2. 家族のみ	3. 当事者+家族

⑤ 1プログラムあたり、平均何名が参加しますか？数字でお答えください。
（ ）人

【スタッフについて】

⑥ 集団精神療法を実施するスタッフ（非常勤講師等を含む）の職種を教えてください。【複数回答可】				
1. 医師	2. 保健師	3. 看護師	4. 公認心理師	5. 作業療法士
6. 精神保健福祉士			7. その他（具体的に）	

⑦ 1プログラムあたり、平均何名のスタッフが担当しますか？数字でお答え下さい。
平均（ ）人

【プログラムについて】

⑧ プログラムはどのような構造で行っていますか？		
1 オープン（参加自由）	2 クローズド（メンバー固定）	3 セミクローズド（多少のメンバーの出入りあり）

⑨ プログラム1回あたりの時間と総プログラム回数を教えてください。		
1回（ ）分×総プログラム回数（ ）回	<input type="checkbox"/> 回数規定なし	

⑩ プログラムの実施頻度を教えてください。		
1. 毎週	2. 隔週	3. その他（ ）

⑪ プログラムの目的を教えてください。(複数回答可)

1. 症状改善	2. 機能向上・QOL向上	3. 社会場面の提供	4. 知識の向上(心理教育)
5. 社会的スキルの向上	6. 自己の振り返り	7. 一般診療の補完	8. 居場所づくり
9. ピアサポート			
10. その他()			

⑫ プログラムの参加の可否に関するアセスメントを行っていますか？

1. 実施している 【 方法⇒ ①心理検査 ②医師の見立て ③スタッフによるカンファレンス ④その他() 】

2. 実施していない

⑬ どのようなアプローチの集団精神療法を行っていますか？

1. 認知行動療法	2. アクセプタンス・コミットメント・セラピー (ACT)	
3. マインドフルネス心理療法	4. 力動的心理療法	5. 心理教育
6. 回想法	7. 内観療法	8. 家族療法
9. 森田療法	10. 社会生活スキルトレーニング (SST)	
11. その他()		

⑭ プログラムでは、参加者の評価(効果測定)を行っていますか？ 【複数回答可】

1. 標準化された尺度を使用して定期的に行っている	2. 面接やアンケートにより定期的に行っている
3. 医師の診察で定期的に評価している	4. 行っていない、必要時のみ行っている
5. スタッフによるカンファレンス	6. その他()

⑮ 参加者の情報を、どのような機関の担当者と、どのような方法で共有していますか？(例：主治医に報告書を送っている、保健所のスタッフとカンファレンスを行っている)

⑯ 集団精神療法の実施にかかる利用料をどのようにしていますか

1. 診療報酬を算定	2. 診療報酬以外の利用料をとっている	3. 無料	4. その他()
------------	---------------------	-------	-----------

【当該プログラムで診療報酬を算定している場合、下記から該当するものをお選びください。】

1. 通院集団精神療法	2. 依存症集団精神療法
3. 精神科デイケア/精神科ショートケア	4. 精神科ナイトケア
5. 通院・在宅精神療法	6. 精神科作業療法
7. 心身医学療法	8. 上記以外の保険診療費目()

⑰ 集団精神療法のプログラムで参考にされた書籍・資料等があればお書きください
(実際に使用しているチラシやパンフレット、テキストをお送りいただける場合には、同封をお願いいたします)。

ご協力ありがとうございました。同封の封筒でご返送ください。

1-1. 所属ブロック

	度数	比率 (%)
北海道・東北	9	15.5
関東・甲信越	16	27.6
中部	7	12.1
近畿	6	10.3
中国・四国	11	19.0
九州	9	15.5
合計	58	100.0

1-2. 設置主体

	度数	比率 (%)
都道府県	43	74.1
政令指定都市	15	25.9
合計	58	100.0

1-3. 所管人口区分

	度数	比率 (%)
100万人未満	21	36.2
100万人以上～150万人未満	14	24.1
150万人以上～250万人未満	11	19.0
250万人以上	12	20.7
合計	58	100.0

1-4. 職員別

n=56

	常勤		非常勤	
	平均	SD	平均	SD
医師	1.8	1.4	2.2	3.1
保健師	3.1	2.3	1.0	1.5
看護師	1.0	3.2	0.8	1.5
心理職	2.3	1.8	1.7	2.2
福祉職	4.1	5.2	2.4	3.0
合計	12.3	9.4	8.1	6.8

2-1. 集団精神療法が役立つと考えられる割合

		総回答数		1%未満		1~10%		11~20%		21~30%		31~40%		41~50%		51~60%		61~70%		71~80%		81~90%		91~100%		回答なし	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		58	100.0	3	5.2	5	8.6	9	15.5	8	13.8	7	12.1	6	10.3	4	6.9	4	6.9	6	10.3	4	6.9	0	0.0	2	3.4
エリア別	北海道・東北	9	100.0	0	0.0	1	11.1	2	22.2	1	11.1	1	11.1	1	11.1	1	11.1	0	0.0	1	11.1	1	11.1	0	0.0	0	0.0
	関東・甲信越	16	100.0	0	0.0	1	6.3	0	0.0	3	18.8	1	6.3	3	18.8	1	6.3	2	12.5	0	0.0	3	18.8	0	0.0	2	12.5
	中部	7	100.0	1	14.3	1	14.3	0	0.0	1	14.3	2	28.6	1	14.3	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	近畿	6	100.0	0	0.0	0	0.0	2	33.3	0	0.0	1	16.7	0	0.0	2	33.3	0	0.0	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	中国・四国	11	100.0	2	18.2	1	9.1	4	36.4	1	9.1	2	18.2	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	九州	9	100.0	0	0.0	1	11.1	1	11.1	2	22.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	22.2	3	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
設置主体別	都道府県	43	100.0	3	7.0	4	9.3	8	18.6	5	11.6	6	14.0	3	7.0	2	4.7	4	9.3	3	7.0	4	9.3	0	0.0	1	2.3
	政令指定都市	15	100.0	0	0.0	1	6.7	1	6.7	3	20.0	1	6.7	3	20.0	2	13.3	0	0.0	3	20.0	0	0.0	0	0.0	1	6.7
所管人口区分	100万人未満	21	100.0	2	9.5	2	9.5	5	23.8	3	14.3	2	9.5	2	9.5	1	4.8	1	4.8	3	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	100万人以上~150万人未満	14	100.0	1	7.1	2	14.3	1	7.1	2	14.3	2	14.3	2	14.3	2	14.3	1	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	7.1
	150万人以上~250万人未満	11	100.0	0	0.0	1	9.1	1	9.1	1	9.1	3	27.3	1	9.1	0	0.0	1	9.1	1	9.1	1	9.1	1	9.1	1	9.1
	250万人以上	12	100.0	0	0.0	0	0.0	2	16.7	2	16.7	0	0.0	1	8.3	1	8.3	1	8.3	2	16.7	3	25.0	0	0.0	0	0.0

2-2.集団精神療法に関して、センターで実施していること(複数回答)

	総回答数		自施設での集団精神療法の実施		集団精神療法に関するスタッフ研修の実施		精神科デイケアでの就労支援に関する連絡会		適応のある利用者への集団精神療法の紹介や連携		その他		いずれも実施していない		
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
	全体	58	100.0	54	93.1	10	17.2	2	3.4	18	31.0	0	0.0	3	5.2
エリア別															
	北海道・東北	9	100.0	8	88.9	2	22.2	0	0.0	3	33.3	0	0.0	1	11.1
	関東・甲信越	16	100.0	16	100.0	2	12.5	1	6.3	4	25.0	0	0.0	0	0.0
	中部	7	100.0	7	100.0	2	28.6	0	0.0	4	57.1	0	0.0	0	0.0
	近畿	6	100.0	5	83.3	2	33.3	1	16.7	3	50.0	0	0.0	0	0.0
	中国・四国	11	100.0	10	90.9	1	9.1	0	0.0	2	18.2	0	0.0	1	9.1
	九州	9	100.0	8	88.9	1	11.1	0	0.0	2	22.2	0	0.0	1	11.1
設置主体別															
	都道府県	43	100.0	40	93.0	7	16.3	1	2.3	12	27.9	0	0.0	2	4.7
	政令指定都市	15	100.0	14	93.3	3	20.0	1	6.7	6	40.0	0	0.0	1	6.7
所管人口区分															
	100万人未満	21	100.0	19	90.5	2	9.5	0	0.0	6	28.6	0	0.0	1	4.8
	100万人以上～150万人未満	14	100.0	13	92.9	3	21.4	1	7.1	6	42.9	0	0.0	1	7.1
	150万人以上～250万人未満	11	100.0	10	90.9	0	0.0	0	0.0	2	18.2	0	0.0	1	9.1
	250万人以上	12	100.0	12	100.0	5	41.7	1	8.3	4	33.3	0	0.0	0	0.0

2-3.集団精神療法の実施の有無

	総回答数		自施設での集団精神療法の実施あり		自施設での集団精神療法の実施なし		
	度数	%	度数	%	度数	%	
	全体	58	100.0	54	93.1	4	6.9
エリア別							
	北海道・東北	9	100.0	8	88.9	1	11.1
	関東・甲信越	16	100.0	16	100.0	0	0.0
	中部	7	100.0	7	100.0	0	0.0
	近畿	6	100.0	5	83.3	1	16.7
	中国・四国	11	100.0	10	90.9	1	9.1
	九州	9	100.0	8	88.9	1	11.1
設置主体別							
	都道府県	43	100.0	40	93.0	3	7.0
	政令指定都市	15	100.0	14	93.3	1	6.7
所管人口区分							
	100万人未満	21	100.0	19	90.5	2	9.5
	100万人以上～150万人未満	14	100.0	13	92.9	1	7.1
	150万人以上～250万人未満	11	100.0	10	90.9	1	9.1
	250万人以上	12	100.0	12	100.0	0	0.0

2-4. 集団精神療法を行っていない理由（複数回答）

		精神保健福祉センター 自施設での集団精神療 法の実施なしの総数		の役割として、集団精 神療法は必要と思わ ない		集団精神療法は必要と 思うが、当センターで は必要ない（近隣の医 療機関に紹介できるな ど）		集団精神療法を実施で きると良いと思うが、 諸処の理由で実施を見 合わせている		現在は行っていない が、実施する計画があ る	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0	0	0.0
エリア別	北海道・東北	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
	関東・甲信越	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	中部	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	近畿	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
	中国・四国	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
	九州	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
設置主体別	都道府県	3	100.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0
	政令指定都市	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
所管人口区分	100万人未満	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0
	100万人以上～150万人未満	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
	150万人以上～250万人未満	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
	250万人以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

2-5. 諸般の理由で実施を見合わせている理由（複数回答）

		「諸般の理由で実施 を見合わせている」 の総数		場所・スペースの間 題		職員の人数が足りな い		集団精神療法のスキ ルを持った職員がい ない		職員が集団精神療法 に従事する時間がな い		実施にかかる労力・ コストが報酬に見合 わない		利用者のニーズがな い		施設の方針にそぐわ ない		法令・診療報酬上の 理由		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		4	100.0	2	50.0	3	75.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0
エリア別	北海道・東北	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	関東・甲信越	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	中部	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	近畿	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	中国・四国	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	九州	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
設置主体別	都道府県	3	100.0	2	66.7	2	66.7	1	33.3	1	33.3	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	1	33.3
	政令指定都市	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
所管人口区分	100万人未満	2	100.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	100万人以上～150万人未満	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	150万人以上～250万人未満	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	250万人以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

3-1. 集団精神療法を受けている患者の割合

		自施設での集団精神療法の実施ありの総数																							
		1%未満		1~10%		11~20%		21~30%		31~40%		41~50%		51~60%		61~70%		71~80%		81~90%		91~100%			
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%		
全体		54	100.0	3	5.6	12	22.2	12	22.2	4	7.4	11	20.4	8	14.8	0	0.0	0	0.0	1	1.9	2	3.7	1	1.9
エリア別	北海道・東北	8	100.0	0	0.0	2	25.0	2	25.0	1	12.5	0	0.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0
	関東・甲信越	16	100.0	0	0.0	3	18.8	2	12.5	2	12.5	5	31.3	2	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.3	1	6.3
	中部	7	100.0	1	14.3	2	28.6	1	14.3	1	14.3	1	14.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	近畿	5	100.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	3	60.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	中国・四国	10	100.0	1	10.0	3	30.0	5	50.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	九州	8	100.0	1	12.5	2	25.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0
設置主体別	都道府県	40	100.0	3	7.5	8	20.0	10	25.0	3	7.5	6	15.0	6	15.0	0	0.0	0	0.0	1	2.5	2	5.0	1	2.5
	政令指定都市	14	100.0	0	0.0	4	28.6	2	14.3	1	7.1	5	35.7	2	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分	100万人未満	19	100.0	1	5.3	4	21.1	7	36.8	1	5.3	2	10.5	3	15.8	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0	0	0.0
	100万人以上~150万人未満	13	100.0	2	15.4	3	23.1	2	15.4	1	7.7	3	23.1	2	15.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	150万人以上~250万人未満	10	100.0	0	0.0	4	40.0	2	20.0	0	0.0	2	20.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0
	250万人以上	12	100.0	0	0.0	1	8.3	1	8.3	2	16.7	4	33.3	2	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	8.3	1	8.3

3-2. 集団精神療法プログラムの実施数

		度数	平均	SD	最小	中央値	最大
全体		54	4.7	2.9	1	4	17
エリア別	北海道・東北	8	4.3	2.3	1	4	9
	関東・甲信越	16	6.3	4.0	1	6	17
	中部	7	3.6	2.2	1	3	8
	近畿	5	5.6	1.5	4	6	7
	中国・四国	10	3.2	1.9	1	3	7
	九州	8	4.6	1.8	2	5	7
設置主体別	都道府県	40	4.5	3.0	1	4	17
	政令指定都市	14	5.4	2.7	1	6	10
所管人口区分	100万人未満	19	4.4	2.3	1	4	10
	100万人以上~150万人未満	13	4.5	2.8	1	4	9
	150万人以上~250万人未満	10	4.6	2.8	1	4	11
	250万人以上	12	5.7	4.0	3	4	17

3-3. 集団精神療法の研修受講状況(複数回答)

	自施設での集団精神療法の実施ありの総数	認知行動療法		アクセプタンス・コミットメント・セラピー (ACT)		マインドフルネス心理療法		力動的心理療法		心理教育		回想法		内観療法		家族療法		森田療法		社会生活スキルトレーニング (SST)		その他		回答なし		
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	54	100.0	40	74.1	0	0.0	5	9.3	7	13.0	16	29.6	0	0.0	0	0.0	14	25.9	2	3.7	19	35.2	6	11.1	7	13.0
エリア別																										
北海道・東北	8	100.0	6	75.0	0	0.0	0	0.0	2	25.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	3	37.5	0	0.0	5	62.5	0	0.0	1	12.5
関東・甲信越	16	100.0	13	81.3	0	0.0	1	6.3	1	6.3	5	31.3	0	0.0	0	0.0	2	12.5	1	6.3	6	37.5	3	18.8	1	6.3
中部	7	100.0	6	85.7	0	0.0	3	42.9	2	28.6	3	42.9	0	0.0	0	0.0	3	42.9	1	14.3	2	28.6	1	14.3	0	0.0
近畿	5	100.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	1	20.0
中国・四国	10	100.0	6	60.0	0	0.0	1	10.0	1	10.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	3	30.0	1	10.0	2	20.0
九州	8	100.0	5	62.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	3	37.5	0	0.0	2	25.0	1	12.5	2	25.0
設置主体別																										
都道府県	40	100.0	27	67.5	0	0.0	4	10.0	4	10.0	11	27.5	0	0.0	0	0.0	9	22.5	1	2.5	14	35.0	6	15.0	6	15.0
政令指定都市	14	100.0	13	92.9	0	0.0	1	7.1	3	21.4	5	35.7	0	0.0	0	0.0	5	35.7	1	7.1	5	35.7	0	0.0	1	7.1
所管人口区分																										
100万人未満	19	100.0	14	73.7	0	0.0	2	10.5	2	10.5	9	47.4	0	0.0	0	0.0	9	47.4	1	5.3	8	42.1	2	10.5	2	10.5
100万人以上～150万人未満	13	100.0	8	61.5	0	0.0	1	7.7	4	30.8	2	15.4	0	0.0	0	0.0	3	23.1	0	0.0	6	46.2	1	7.7	3	23.1
150万人以上～250万人未満	10	100.0	7	70.0	0	0.0	2	20.0	1	10.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	2	20.0	1	10.0	2	20.0	2	20.0	1	10.0
250万人以上	12	100.0	11	91.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	25.0	1	8.3	1	8.3

3-4. 集団精神療法における新型コロナウイルスの影響(複数回答)

	自施設での集団精神療法の実施ありの総数		現在も影響を受けている		一時的に影響したが現在はコロナ禍前の状況に復帰した		影響はしていない	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	54	100.0	21	38.9	30	55.6	3	5.6
エリア別								
北海道・東北	8	100.0	3	37.5	5	62.5	0	0.0
関東・甲信越	16	100.0	8	50.0	7	43.8	1	6.3
中部	7	100.0	2	28.6	5	71.4	0	0.0
近畿	5	100.0	3	60.0	2	40.0	0	0.0
中国・四国	10	100.0	3	30.0	5	50.0	2	20.0
九州	8	100.0	2	25.0	6	75.0	0	0.0
設置主体別								
都道府県	40	100.0	16	40.0	21	52.5	3	7.5
政令指定都市	14	100.0	5	35.7	9	64.3	0	0.0
所管人口区分								
100万人未満	19	100.0	6	31.6	11	57.9	2	10.5
100万人以上～150万人未満	13	100.0	7	53.8	6	46.2	0	0.0
150万人以上～250万人未満	10	100.0	2	20.0	8	80.0	0	0.0
250万人以上	12	100	6	50	5	41.7	1	8.3

3-5. 「現在も影響を受けている」「一時的に影響した」場合、どのような影響があったか

	新型コロナウイルスの集団精神療法への影響ありの総数		集団精神療法を中止した		プログラムの数を減らした		プログラムの参加人数を減らした		スタッフの参加人数を減らした		オンラインで行うようになった		参加を辞退する人が増えた		その他	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	51	100.0	34	66.7	14	27.5	14	27.5	4	7.8	13	25.5	18	35.3	11	21.6
エリア別																
北海道・東北	8	100.0	3	37.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0	1	12.5	3	37.5	3	37.5
関東・甲信越	15	100.0	10	66.7	6	40.0	8	53.3	2	13.3	6	40.0	4	26.7	4	26.7
中部	7	100.0	5	71.4	0	0.0	2	28.6	0	0.0	1	14.3	4	57.1	1	14.3
近畿	5	100.0	4	80.0	2	40.0	1	20.0	0	0.0	2	40.0	2	40.0	2	40.0
中国・四国	8	100.0	5	62.5	2	25.0	0	0.0	0	0.0	2	25.0	4	50.0	0	0.0
九州	8	100.0	7	87.5	1	12.5	3	37.5	2	25.0	1	12.5	1	12.5	1	12.5
設置主体別																
都道府県	37	100.0	24	64.9	8	21.6	6	16.2	1	2.7	10	27.0	12	32.4	8	21.6
政令指定都市	14	100.0	10	71.4	6	42.9	8	57.1	3	21.4	3	21.4	6	42.9	3	21.4
所管人口区分																
100万人未満	17	100.0	12	70.6	4	23.5	8	47.1	3	17.6	4	23.5	6	35.3	2	11.8
100万人以上～150万人未満	13	100.0	6	46.2	5	38.5	0	0.0	0	0.0	3	23.1	7	53.8	4	30.8
150万人以上～250万人未満	10	100.0	8	80.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	3	30.0	2	20.0
250万人以上	11	100.0	8	72.7	3	27.3	5	45.5	0	0.0	5	45.5	2	18.2	3	27.3

3-6. 集団精神療法の充足度

		自施設での集団精神療法の実施ありの総数		充足している		どちらかというと充足している		どちらかというと充足していない		充足していない	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		54	100.0	13	24.1	25	46.3	13	24.1	3	5.6
エリア別	北海道・東北	8	100.0	2	25.0	3	37.5	3	37.5	0	0.0
	関東・甲信越	16	100.0	4	25.0	8	50.0	4	25.0	0	0.0
	中部	7	100.0	2	28.6	4	57.1	1	14.3	0	0.0
	近畿	5	100.0	1	20.0	3	60.0	0	0.0	1	20.0
	中国・四国	10	100.0	3	30.0	4	40.0	1	10.0	2	20.0
	九州	8	100.0	1	12.5	3	37.5	4	50.0	0	0.0
設置主体別	都道府県	40	100.0	7	17.5	19	47.5	11	27.5	3	7.5
	政令指定都市	14	100.0	6	42.9	6	42.9	2	14.3	0	0.0
所管人口区分	100万人未満	19	100.0	8	42.1	8	42.1	2	10.5	1	5.3
	100万人以上～150万人未満	13	100.0	2	15.4	3	23.1	6	46.2	2	15.4
	150万人以上～250万人未満	10	100.0	1	10.0	5	50.0	4	40.0	0	0.0
	250万人以上	12	100.0	2	16.7	9	75.0	1	8.3	0	0.0

3-7. 集団精神療法が充足していない理由

		自施設での集団精神療法の実施ありの総数		プログラムの種類が少ない		プログラムの数が少ない		プログラムの内容(質)の問題		場所・スペースの問題		参加者が少ない		参加を希望する人の一部にしか提供できていない		その他		回答なし	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		41	100.0	13	31.7	5	12.2	12	29.3	7	17.1	23	56.1	9	22.0	8	19.5	1	2.4
エリア別	北海道・東北	6	100.0	2	33.3	0	0.0	1	16.7	0	0.0	4	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	関東・甲信越	12	100.0	4	33.3	1	8.3	2	16.7	2	16.7	7	58.3	3	25.0	4	33.3	1	8.3
	中部	5	100.0	0	0.0	1	20.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0
	近畿	4	100.0	1	25.0	0	0.0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0
	中国・四国	7	100.0	5	71.4	2	28.6	3	42.9	3	42.9	5	71.4	1	14.3	1	14.3	0	0.0
	九州	7	100.0	1	14.3	1	14.3	2	28.6	1	14.3	5	71.4	3	42.9	1	14.3	0	0.0
設置主体別	都道府県	33	100.0	11	33.3	5	15.2	10	30.3	4	12.1	19	57.6	7	21.2	7	21.2	1	3.0
	政令指定都市	8	100.0	2	25.0	0	0.0	2	25.0	3	37.5	4	50.0	2	25.0	1	12.5	0	0.0
所管人口区分	100万人未満	11	100.0	4	36.4	2	18.2	3	27.3	2	18.2	6	54.5	2	18.2	2	18.2	1	9.1
	100万人以上～150万人未満	11	100.0	6	54.5	2	18.2	5	45.5	1	9.1	8	72.7	3	27.3	0	0.0	0	0.0
	150万人以上～250万人未満	9	100.0	1	11.1	1	11.1	3	33.3	3	33.3	3	33.3	2	22.2	2	22.2	0	0.0
	250万人以上	10	100.0	2	20.0	0	0.0	1	10.0	1	10.0	6	60.0	2	20.0	4	40.0	0	0.0

3-8. 集団精神療法に関する課題

	自施設での集団精神療法の実施ありの総数		場所・スペースの問題		職員の人数が足りない		集団精神療法のスキルを持った職員がいない		職員が集団精神療法実施にかかる労力・コストが報酬に見合わない		患者さんからのニーズがない		施設の経営方針にそぐわない		法令・診療報酬上の問題		参加を希望する人の一部にしか提供できていない		その他		回答なし			
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%		
全体	54	100.0	14	25.9	31	57.4	10	18.5	12	22.2	4	7.4	2	3.7	0	0.0	9	16.7	2	3.7	15	27.8	3	5.6
エリア別																								
北海道・東北	8	100.0	1	12.5	5	62.5	1	12.5	1	12.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	25.0	0	0.0
関東・甲信越	16	100.0	6	37.5	9	56.3	1	6.3	4	25.0	2	12.5	1	6.3	0	0.0	4	25.0	0	0.0	4	25.0	1	6.3
中部	7	100.0	2	28.6	6	85.7	3	42.9	3	42.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0
近畿	5	100.0	1	20.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	4	80.0	1	20.0
中国・四国	10	100.0	3	30.0	5	50.0	3	30.0	1	10.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	2	20.0	2	20.0	2	20.0	1	10.0
九州	8	100.0	1	12.5	4	50.0	2	25.0	3	37.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	2	25.0	0	0.0	2	25.0	0	0.0
設置主体別																								
都道府県	40	100.0	7	17.5	26	65.0	10	25.0	10	25.0	2	5.0	1	2.5	0	0.0	7	17.5	2	5.0	11	27.5	2	5.0
政令指定都市	14	100.0	7	50.0	5	35.7	0	0.0	2	14.3	2	14.3	1	7.1	0	0.0	2	14.3	0	0.0	4	28.6	1	7.1
所管人口区分																								
100万人未満	19	100.0	4	21.1	9	47.4	2	10.5	4	21.1	1	5.3	1	5.3	0	0.0	3	15.8	2	10.5	3	15.8	2	10.5
100万人以上～150万人未満	13	100.0	1	7.7	9	69.2	4	30.8	4	30.8	1	7.7	1	7.7	0	0.0	2	15.4	0	0.0	5	38.5	0	0.0
150万人以上～250万人未満	10	100.0	5	50.0	6	60.0	3	30.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	30.0	0	0.0	2	20.0	1	10.0
250万人以上	12	100.0	4	33.3	7	58.3	1	8.3	1	8.3	2	16.7	0	0.0	0	0.0	1	8.3	0	0.0	5	41.7	0	0.0

4-2. 集団精神療法の対象

	実施あり全体		特定の精神疾患を有 特定の悩みや問題を している方				その他	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	257	100.0	112	43.6	159	61.9	121	47.1
エリア別								
北海道・東北	34	100.0	13	38.2	21	61.8	16	47.1
関東・甲信越	98	100.0	42	42.9	63	64.3	48	49.0
中部	28	100.0	17	60.7	19	67.9	11	39.3
近畿	28	100.0	14	50.0	11	39.3	17	60.7
中国・四国	32	100.0	7	21.9	24	75.0	11	34.4
九州	37	100.0	19	51.4	21	56.8	18	48.6
設置主体別								
都道府県	180	100.0	76	42.2	116	64.4	84	46.7
政令指定都市	77	100.0	36	46.8	43	55.8	37	48.1
所管人口区分								
100万人未満	86	100.0	36	41.9	56	65.1	36	41.9
100万人以上～150万人未満	59	100.0	25	42.4	32	54.2	31	52.5
150万人以上～250万人未満	44	100.0	11	25.0	34	77.3	12	27.3
250万人以上	68	100.0	40	58.8	37	54.4	42	61.8

4-3. 集団精神療法の対象精神疾患

	特定の精神疾患を有 している者の総数		発達障害		統合失調症および精 神病性障害		双極性障害		うつ病、抑うつ障害		不安障害		強迫症、強迫性障害		PTSD、急性ストレ ス障害		適応障害		身体症状症（身体表 現性障害）				食行動障害、摂食障 害		睡眠障害		アルコール依存症		アルコール以外の物 質関連障害		その他の嗜癖（ギヤ ンブル、ゲーム障害 等の神経認知障害 など）				その他	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%				
全体	112	100.0	28	25.0	21	18.8	26	23.2	37	33.0	17	15.2	7	6.3	1	0.9	21	18.8	4	3.6	2	1.8	2	1.8	33	29.5	36	32.1	38	33.9	0	0.0	7	6.3		
エリア別																																				
北海道・東北	13	100.0	4	30.8	5	38.5	4	30.8	5	38.5	4	30.8	1	7.7	0	0.0	2	15.4	1	7.7	0	0.0	0	0.0	5	38.5	4	30.8	4	30.8	0	0.0	0	0.0		
関東・甲信越	42	100.0	17	40.5	7	16.7	15	35.7	17	40.5	5	11.9	1	2.4	1	2.4	13	31.0	1	2.4	1	2.4	1	2.4	13	31.0	13	31.0	10	23.8	0	0.0	3	7.1		
中部	17	100.0	1	5.9	0	0.0	2	11.8	3	17.6	2	11.8	0	0.0	0	0.0	2	11.8	0	0.0	1	5.9	0	0.0	9	52.9	8	47.1	10	58.8	0	0.0	1	5.9		
近畿	14	100.0	2	14.3	4	28.6	0	0.0	3	21.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	21.4	4	28.6	0	0.0	0	0.0		
中国・四国	7	100.0	2	28.6	1	14.3	1	14.3	3	42.9	2	28.6	1	14.3	0	0.0	2	28.6	1	14.3	0	0.0	0	0.0	1	14.3	2	28.6	3	42.9	0	0.0	1	14.3		
九州	19	100.0	2	10.5	4	21.1	4	21.1	6	31.6	4	21.1	4	21.1	0	0.0	2	10.5	1	5.3	0	0.0	1	5.3	5	26.3	6	31.6	7	36.8	0	0.0	2	10.5		
設置主体別																																				
都道府県	76	100.0	26	34.2	12	15.8	19	25.0	22	28.9	10	13.2	2	2.6	1	1.3	15	19.7	1	1.3	0	0.0	2	2.6	22	28.9	25	32.9	23	30.3	0	0.0	7	9.2		
政令指定都市	36	100.0	2	5.6	9	25.0	7	19.4	15	41.7	7	19.4	5	13.9	0	0.0	6	16.7	3	8.3	2	5.6	0	0.0	11	30.6	11	30.6	15	41.7	0	0.0	0	0.0		
所管人口区分																																				
100万人未満	36	100.0	3	8.3	4	11.1	6	16.7	9	25.0	6	16.7	4	11.1	0	0.0	4	11.1	1	2.8	1	2.8	1	2.8	15	41.7	13	36.1	21	58.3	0	0.0	1	2.8		
100万人以上～150万人未満	25	100.0	7	28.0	10	40.0	5	20.0	11	44.0	5	20.0	2	8.0	0	0.0	3	12.0	2	8.0	0	0.0	0	0.0	5	20.0	7	28.0	3	12.0	0	0.0	2	8.0		
150万人以上～250万人未満	11	100.0	2	18.2	1	9.1	1	9.1	2	18.2	2	18.2	1	9.1	0	0.0	2	18.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	54.5	7	63.6	6	54.5	0	0.0	2	18.2		
250万人以上	40	100.0	16	40.0	6	15.0	14	35.0	15	37.5	4	10.0	0	0.0	1	2.5	12	30.0	1	2.5	1	2.5	1	2.5	7	17.5	9	22.5	8	20.0	0	0.0	2	5.0		

4-4. 集団精神療法が対象とする悩みや問題

		特定の悩みや問題を 有している者の総数		ひきこもり		不登校		復職支援		就労支援		遺族ケア		その他		回答なし	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		159	100.0	56	35.2	15	9.4	15	9.4	9	5.7	17	10.7	87	54.7	1	0.6
エリア別	北海道・東北	21	100.0	8	38.1	0	0.0	0	0.0	1	4.8	3	14.3	11	52.4	0	0.0
	関東・甲信越	63	100.0	20	31.7	9	14.3	10	15.9	2	3.2	4	6.3	37	58.7	0	0.0
	中部	19	100.0	4	21.1	2	10.5	0	0.0	0	0.0	3	15.8	12	63.2	1	5.3
	近畿	11	100.0	4	36.4	1	9.1	1	9.1	2	18.2	0	0.0	7	63.6	0	0.0
	中国・四国	24	100.0	13	54.2	3	12.5	2	8.3	2	8.3	4	16.7	9	37.5	0	0.0
	九州	21	100.0	7	33.3	0	0.0	2	9.5	2	9.5	3	14.3	11	52.4	0	0.0
設置主体別	都道府県	116	100.0	44	37.9	12	10.3	15	12.9	9	7.8	10	8.6	61	52.6	0	0.0
	政令指定都市	43	100.0	12	27.9	3	7.0	0	0.0	0	0.0	7	16.3	26	60.5	1	2.3
所管人口区分	100万人未満	56	100.0	26	46.4	2	3.6	2	3.6	2	3.6	8	14.3	25	44.6	1	1.8
	100万人以上～150万人未満	32	100.0	10	31.3	2	6.3	0	0.0	2	6.3	3	9.4	19	59.4	0	0.0
	150万人以上～250万人未満	34	100.0	9	26.5	5	14.7	2	5.9	3	8.8	4	11.8	23	67.6	0	0.0
	250万人以上	37	100.0	11	29.7	6	16.2	11	29.7	2	5.4	2	5.4	20	54.1	0	0.0

4-5. 集団精神療法の参加者

		実施あり全体		当事者のみ		家族のみ		当事者と家族		回答なし	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		257	100.0	136	52.9	115	44.7	5	1.9	1	0.4
エリア別	北海道・東北	34	100.0	18	52.9	16	47.1	0	0.0	0	0.0
	関東・甲信越	98	100.0	60	61.2	35	35.7	3	3.1	0	0.0
	中部	28	100.0	16	57.1	12	42.9	0	0.0	0	0.0
	近畿	28	100.0	16	57.1	12	42.9	0	0.0	0	0.0
	中国・四国	32	100.0	12	37.5	18	56.3	2	6.3	0	0.0
	九州	37	100.0	14	37.8	22	59.5	0	0.0	1	2.7
設置主体別	都道府県	180	100.0	96	53.3	80	44.4	3	1.7	1	0.6
	政令指定都市	77	100.0	40	51.9	35	45.5	2	2.6	0	0.0
所管人口区分	100万人未満	86	100.0	41	47.7	43	50.0	1	1.2	1	1.2
	100万人以上～150万人未満	59	100.0	29	49.2	29	49.2	1	1.7	0	0.0
	150万人以上～250万人未満	44	100.0	19	43.2	23	52.3	2	4.5	0	0.0
	250万人以上	68	100.0	47	69.1	20	29.4	1	1.5	0	0.0

4-6. 集団精神療法の実施回数・時間・セッション回数・参加人数

	度数	平均	SD	最小	中央値	最大
1セッションあたりの時間	237	112.2	34.5	60	120	420
セッション回数	174	8.5	7.7	1	6	48
平均参加人数	256	5.4	3.3	0	5	19

4-7. 治療者の平均人数・内訳

	度数	平均	SD	最小	中央値	最大
治療者人数	257	2.7	1.1	1	3	10

n=257

	度数	%
医師	99	38.5
保健師	116	45.1
看護師	49	19.1
公認心理師	200	77.8
作業療法士	61	23.7
精神保健福祉士	136	52.9
その他	77	30.0

4-8. 集団精神療法の構造

		実施あり全体		オープン		クローズド		セミクローズド		回答なし	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		257	100.0	55	21.4	63	24.5	138	53.7	1	0.4
エリア別	北海道・東北	34	100.0	9	26.5	5	14.7	20	58.8	0	0.0
	関東・甲信越	98	100.0	25	25.5	25	25.5	47	48.0	1	1.0
	中部	28	100.0	7	25.0	7	25.0	14	50.0	0	0.0
	近畿	28	100.0	0	0.0	6	21.4	22	78.6	0	0.0
	中国・四国	32	100.0	5	15.6	10	31.3	17	53.1	0	0.0
	九州	37	100.0	9	24.3	10	27.0	18	48.6	0	0.0
設置主体別	都道府県	180	100.0	44	24.4	38	21.1	98	54.4	0	0.0
	政令指定都市	77	100.0	11	14.3	25	32.5	40	51.9	1	1.3
所管人口区分	100万人未満	86	100.0	19	22.1	20	23.3	47	54.7	0	0.0
	100万人以上～150万人未満	59	100.0	7	11.9	16	27.1	35	59.3	1	1.7
	150万人以上～250万人未満	44	100.0	8	18.2	9	20.5	27	61.4	0	0.0
	250万人以上	68	100.0	21	30.9	18	26.5	29	42.6	0	0.0

4-9. 集団精神療法の実施頻度

		実施あり全体		毎週		隔週		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		257	100.0	49	19.1	18	7.0	190	73.9
エリア別	北海道・東北	34	100.0	3	8.8	3	8.8	28	82.4
	関東・甲信越	98	100.0	28	28.6	5	5.1	65	66.3
	中部	28	100.0	4	14.3	5	17.9	19	67.9
	近畿	28	100.0	9	32.1	1	3.6	18	64.3
	中国・四国	32	100.0	3	9.4	2	6.3	27	84.4
	九州	37	100.0	2	5.4	2	5.4	33	89.2
設置主体別	都道府県	180	100.0	35	19.4	9	5.0	136	75.6
	政令指定都市	77	100.0	14	18.2	9	11.7	54	70.1
所管人口区分	100万人未満	86	100.0	5	5.8	5	5.8	76	88.4
	100万人以上～150万人未満	59	100.0	17	28.8	7	11.9	35	59.3
	150万人以上～250万人未満	44	100.0	4	9.1	1	2.3	39	88.6
	250万人以上	68	100.0	23	33.8	5	7.4	40	58.8

4-10. 集団精神療法の目的

	実施あり全体		症状改善		機能向上・QOL向上		社会場面の提供		知識の向上（心理教育）		社会的スキルの向上		自己の振り返り		一般診療の補完		居場所づくり		ピアサポート		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	257	100.0	66	25.7	60	23.3	37	14.4	201	78.2	86	33.5	178	69.3	12	4.7	92	35.8	140	54.5	30	11.7	1	0.4
エリア別																								
北海道・東北	34	100.0	4	11.8	6	17.6	6	17.6	28	82.4	12	35.3	22	64.7	6	17.6	10	29.4	20	58.8	8	23.5	0	0.0
関東・甲信越	98	100.0	22	22.4	18	18.4	13	13.3	72	73.5	32	32.7	67	68.4	2	2.0	31	31.6	42	42.9	12	12.2	1	1.0
中部	28	100.0	13	46.4	6	21.4	3	10.7	20	71.4	8	28.6	25	89.3	0	0.0	7	25.0	20	71.4	3	10.7	0	0.0
近畿	28	100.0	9	32.1	14	50.0	9	32.1	27	96.4	17	60.7	17	60.7	2	7.1	12	42.9	19	67.9	0	0.0	0	0.0
中国・四国	32	100.0	7	21.9	6	18.8	4	12.5	21	65.6	7	21.9	21	65.6	1	3.1	11	34.4	16	50.0	1	3.1	0	0.0
九州	37	100.0	11	29.7	10	27.0	2	5.4	33	89.2	10	27.0	26	70.3	1	2.7	21	56.8	23	62.2	6	16.2	0	0.0
設置主体別																								
都道府県	180	100.0	43	23.9	35	19.4	26	14.4	143	79.4	57	31.7	125	69.4	11	6.1	74	41.1	95	52.8	14	7.8	1	0.6
政令指定都市	77	100.0	23	29.9	25	32.5	11	14.3	58	75.3	29	37.7	53	68.8	1	1.3	18	23.4	45	58.4	16	20.8	0	0.0
所管人口区分																								
100万人未満	86	100.0	26	30.2	22	25.6	9	10.5	64	74.4	26	30.2	53	61.6	1	1.2	40	46.5	58	67.4	10	11.6	0	0.0
100万人以上～150万人未満	59	100.0	10	16.9	12	20.3	13	22.0	47	79.7	24	40.7	37	62.7	6	10.2	14	23.7	34	57.6	14	23.7	0	0.0
150万人以上～250万人未満	44	100.0	3	6.8	8	18.2	3	6.8	34	77.3	10	22.7	30	68.2	1	2.3	16	36.4	20	45.5	1	2.3	0	0.0
250万人以上	68	100.0	27	39.7	18	26.5	12	17.6	56	82.4	26	38.2	58	85.3	4	5.9	22	32.4	28	41.2	5	7.4	1	1.5

4-11. 集団精神療法の参加可否のアセスメント

	実施あり全体		実施している		実施していない		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	257	100.0	185	72.0	70	27.2	2	0.8
エリア別								
北海道・東北	34	100.0	24	70.6	10	29.4	0	0.0
関東・甲信越	98	100.0	75	76.5	22	22.4	1	1.0
中部	28	100.0	24	85.7	3	10.7	1	3.6
近畿	28	100.0	25	89.3	3	10.7	0	0.0
中国・四国	32	100.0	25	78.1	7	21.9	0	0.0
九州	37	100.0	12	32.4	25	67.6	0	0.0
設置主体別								
都道府県	180	100.0	130	72.2	48	26.7	2	1.1
政令指定都市	77	100.0	55	71.4	22	28.6	0	0.0
所管人口区分								
100万人未満	86	100.0	56	65.1	30	34.9	0	0.0
100万人以上～150万人未満	59	100.0	43	72.9	16	27.1	0	0.0
150万人以上～250万人未満	44	100.0	30	68.2	13	29.5	1	2.3
250万人以上	68	100.0	56	82.4	11	16.2	1	1.5

4-12. 集団精神療法の参加可否のアセスメントの実施方法

	参加可否のアセスメント実施あり全体		心理検査		医師の見立て		スタッフによるカンファレンス		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	185	100.0	12	6.5	48	25.9	130	70.3	45	24.3	5	2.7
エリア別												
北海道・東北	24	100.0	1	4.2	9	37.5	20	83.3	4	16.7	0	0.0
関東・甲信越	75	100.0	7	9.3	14	18.7	53	70.7	20	26.7	4	5.3
中部	24	100.0	0	0.0	2	8.3	7	29.2	15	62.5	0	0.0
近畿	25	100.0	0	0.0	13	52.0	25	100.0	0	0.0	0	0.0
中国・四国	25	100.0	3	12.0	5	20.0	18	72.0	2	8.0	1	4.0
九州	12	100.0	1	8.3	5	41.7	7	58.3	4	33.3	0	0.0
設置主体別												
都道府県	130	100.0	11	8.5	37	28.5	98	75.4	24	18.5	4	3.1
政令指定都市	55	100.0	1	1.8	11	20.0	32	58.2	21	38.2	1	1.8
所管人口区分												
100万人未満	56	100.0	3	5.4	5	8.9	29	51.8	24	42.9	2	3.6
100万人以上～150万人未満	43	100.0	2	4.7	15	34.9	37	86.0	7	16.3	0	0.0
150万人以上～250万人未満	30	100.0	4	13.3	10	33.3	23	76.7	4	13.3	1	3.3
250万人以上	56	100.0	3	5.4	18	32.1	41	73.2	10	17.9	2	3.6

4-13. 集団精神療法のアプローチ

	自施設での集団精神療法の実施ありの総数		認知行動療法		アクセプタンス・コミットメント・セラピー (ACT)		マインドフルネス心理療法		力動的心理療法		心理教育		回想法		内観療法		家族療法		森田療法		社会生活スキルトレーニング (SST)		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	257	100.0	108	42.0	3	1.2	9	3.5	18	7.0	143	55.6	1	0.4	0	0.0	22	8.6	0	0.0	36	14.0	63	24.5	5	1.9
エリア別																										
北海道・東北	34	100.0	14	41.2	2	5.9	0	0.0	6	17.6	18	52.9	0	0.0	0	0.0	3	8.8	0	0.0	4	11.8	7	20.6	0	0.0
関東・甲信越	98	100.0	40	40.8	0	0.0	5	5.1	5	5.1	53	54.1	0	0.0	0	0.0	6	6.1	0	0.0	11	11.2	25	25.5	4	4.1
中部	28	100.0	13	46.4	0	0.0	1	3.6	4	14.3	11	39.3	0	0.0	0	0.0	4	14.3	0	0.0	1	3.6	9	32.1	0	0.0
近畿	28	100.0	10	35.7	0	0.0	2	7.1	0	0.0	24	85.7	0	0.0	0	0.0	2	7.1	0	0.0	13	46.4	9	32.1	0	0.0
中国・四国	32	100.0	8	25.0	1	3.1	1	3.1	3	9.4	18	56.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	18.8	5	15.6	1	3.1
九州	37	100.0	23	62.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	51.4	1	2.7	0	0.0	7	18.9	0	0.0	1	2.7	8	21.6	0	0.0
設置主体別																										
都道府県	180	100.0	69	38.3	3	1.7	7	3.9	9	5.0	98	54.4	1	0.6	0	0.0	12	6.7	0	0.0	26	14.4	43	23.9	4	2.2
政令指定都市	77	100.0	39	50.6	0	0.0	2	2.6	9	11.7	45	58.4	0	0.0	0	0.0	10	13.0	0	0.0	10	13.0	20	26.0	1	1.3
所管人口区分																										
100万人未満	86	100.0	47	54.7	0	0.0	1	1.2	4	4.7	42	48.8	1	1.2	0	0.0	8	9.3	0	0.0	10	11.6	26	30.2	1	1.2
100万人以上～150万人未満	59	100.0	12	20.3	2	3.4	1	1.7	7	11.9	37	62.7	0	0.0	0	0.0	7	11.9	0	0.0	14	23.7	15	25.4	1	1.7
150万人以上～250万人未満	44	100.0	16	36.4	1	2.3	3	6.8	1	2.3	27	61.4	0	0.0	0	0.0	4	9.1	0	0.0	1	2.3	12	27.3	0	0.0
250万人以上	68	100.0	33	48.5	0	0.0	4	5.9	6	8.8	37	54.4	0	0.0	0	0.0	3	4.4	0	0.0	11	16.2	10	14.7	3	4.4

4-14. 集団精神療法の参加者の評価（効果測定）の実施

		標準化された尺度を面接やアンケートに医師の診察で定期的に行っていない、必要スタッフによるカンファレンス 実施あり全体 使用して定期的に より定期的に行っている に評価している 時のみ行っている その他 回答なし															
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		257	100.0	29	11.3	119	46.3	8	3.1	71	27.6	116	45.1	4	1.6	1	0.4
エリア別	北海道・東北	34	100.0	5	14.7	12	35.3	1	2.9	9	26.5	15	44.1	0	0.0	0	0.0
	関東・甲信越	98	100.0	10	10.2	46	46.9	3	3.1	24	24.5	53	54.1	3	3.1	1	1.0
	中部	28	100.0	3	10.7	21	75.0	2	7.1	4	14.3	8	28.6	0	0.0	0	0.0
	近畿	28	100.0	5	17.9	22	78.6	1	3.6	0	0.0	15	53.6	0	0.0	0	0.0
	中国・四国	32	100.0	2	6.3	10	31.3	1	3.1	11	34.4	14	43.8	1	3.1	0	0.0
	九州	37	100.0	4	10.8	8	21.6	0	0.0	23	62.2	11	29.7	0	0.0	0	0.0
設置主体別	都道府県	180	100.0	23	12.8	78	43.3	4	2.2	56	31.1	80	44.4	2	1.1	1	0.6
	政令指定都市	77	100.0	6	7.8	41	53.2	4	5.2	15	19.5	36	46.8	2	2.6	0	0.0
所管人口区分	100万人未満	86	100.0	5	5.8	37	43.0	3	3.5	30	34.9	34	39.5	2	2.3	0	0.0
	100万人以上～150万人未満	59	100.0	5	8.5	29	49.2	2	3.4	6	10.2	37	62.7	1	1.7	0	0.0
	150万人以上～250万人未満	44	100.0	8	18.2	25	56.8	0	0.0	12	27.3	18	40.9	1	2.3	0	0.0
	250万人以上	68	100.0	11	16.2	28	41.2	3	4.4	23	33.8	27	39.7	0	0.0	1	1.5

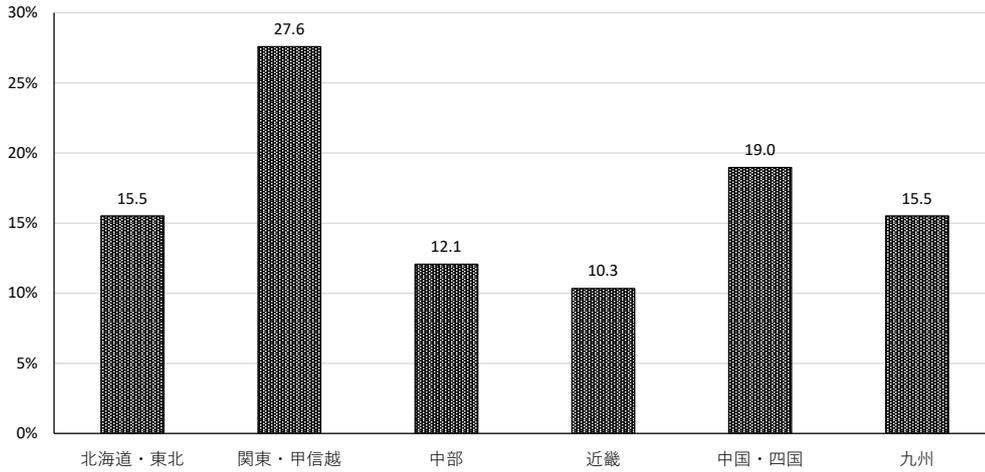
4-16. 集団精神療法の利用料の算定

	実施あり全体		診療報酬を算定		診療報酬以外の利用料を算定		無料		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	257	100.0	51	19.8	0	0.0	195	75.9	8	3.1	3	1.2
エリア別												
北海道・東北	34	100.0	6	17.6	0	0.0	27	79.4	1	2.9	0	0.0
関東・甲信越	98	100.0	27	27.6	0	0.0	62	63.3	7	7.1	2	2.0
中部	28	100.0	2	7.1	0	0.0	25	89.3	0	0.0	1	3.6
近畿	28	100.0	10	35.7	0	0.0	18	64.3	0	0.0	0	0.0
中国・四国	32	100.0	3	9.4	0	0.0	29	90.6	0	0.0	0	0.0
九州	37	100.0	3	8.1	0	0.0	34	91.9	0	0.0	0	0.0
設置主体別												
都道府県	180	100.0	38	21.1	0	0.0	132	73.3	8	4.4	2	1.1
政令指定都市	77	100.0	13	16.9	0	0.0	63	81.8	0	0.0	1	1.3
所管人口区分												
100万人未満	86	100.0	4	4.7	0	0.0	81	94.2	0	0.0	1	1.2
100万人以上～150万人未満	59	100.0	19	32.2	0	0.0	39	66.1	1	1.7	0	0.0
150万人以上～250万人未満	44	100.0	6	13.6	0	0.0	38	86.4	0	0.0	0	0.0
250万人以上	68	100.0	22	32.4	0	0.0	37	54.4	7	10.3	2	2.9

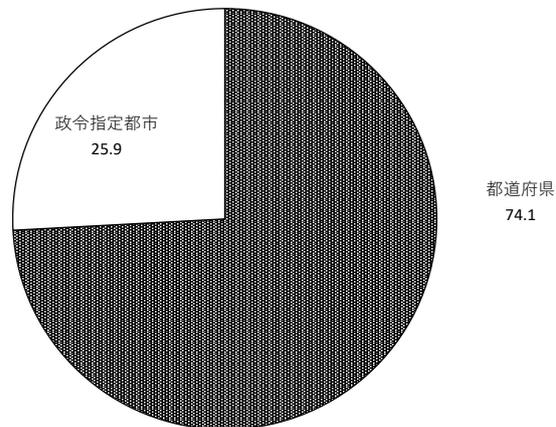
4-17. 集団精神療法の利用料の算定

	診療報酬を算定あり 全体		通院集団精神療法		依存症集団精神療法		精神科デイケア／精神科ショートケア		精神科ナイトケア		通院・在宅精神療法		精神科作業療法		心身医学療法		上記以外の保険診療		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	51	100.0	1	2.0	0	0.0	47	92.2	0	0.0	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.9
エリア別																				
北海道・東北	6	100.0	0	0.0	0	0.0	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
関東・甲信越	27	100.0	1	3.7	0	0.0	26	96.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
中部	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
近畿	10	100.0	0	0.0	0	0.0	9	90.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0
中国・四国	3	100.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3
九州	3	100.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
設置主体別																				
都道府県	38	100.0	1	2.6	0	0.0	37	97.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
政令指定都市	13	100.0	0	0.0	0	0.0	10	76.9	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	15.4
所管人口区分																				
100万人未満	4	100.0	0	0.0	0	0.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0
100万人以上～150万人未満	19	100.0	0	0.0	0	0.0	17	89.5	0	0.0	1	5.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3
150万人以上～250万人未満	6	100.0	1	16.7	0	0.0	5	83.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
250万人以上	22	100.0	0	0.0	0	0.0	22	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

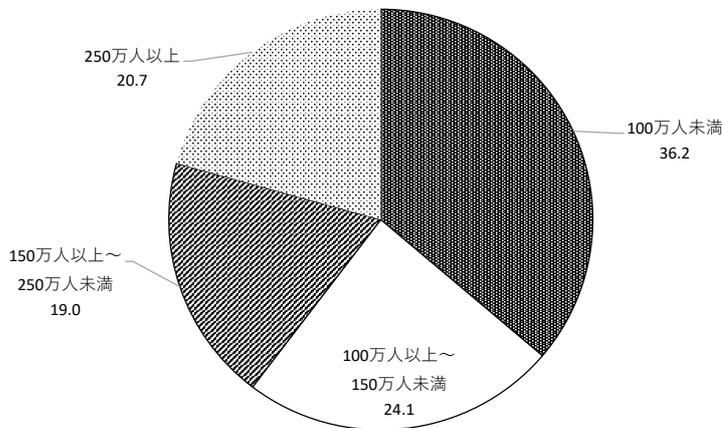
1-1. 所属ブロック【全体】



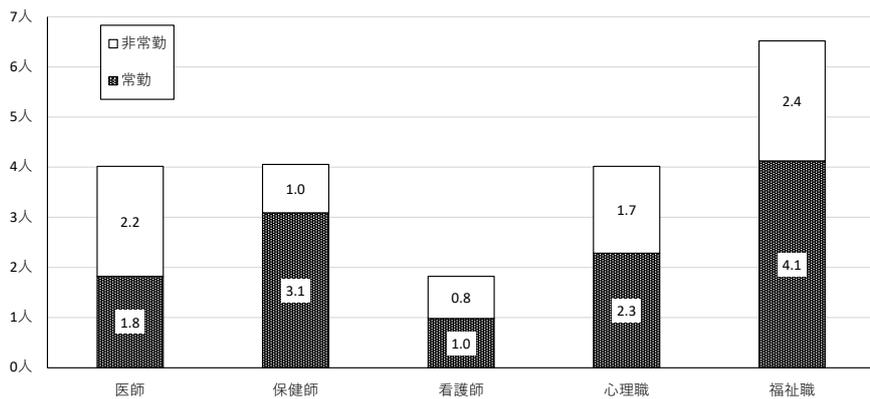
1-2. 設置主体【全体】



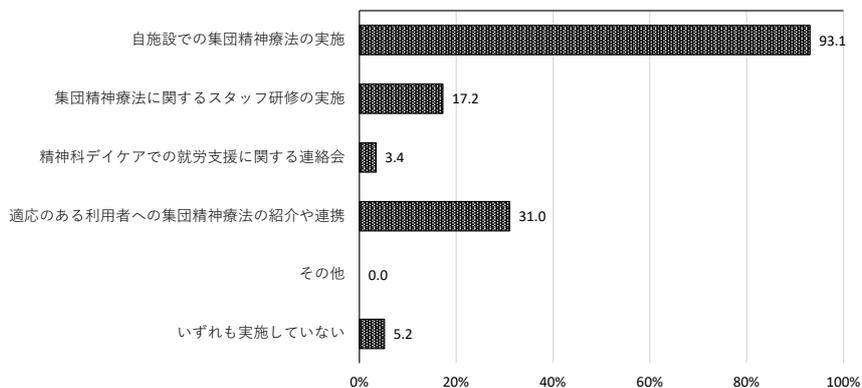
1-3. 所管人口区分【全体】



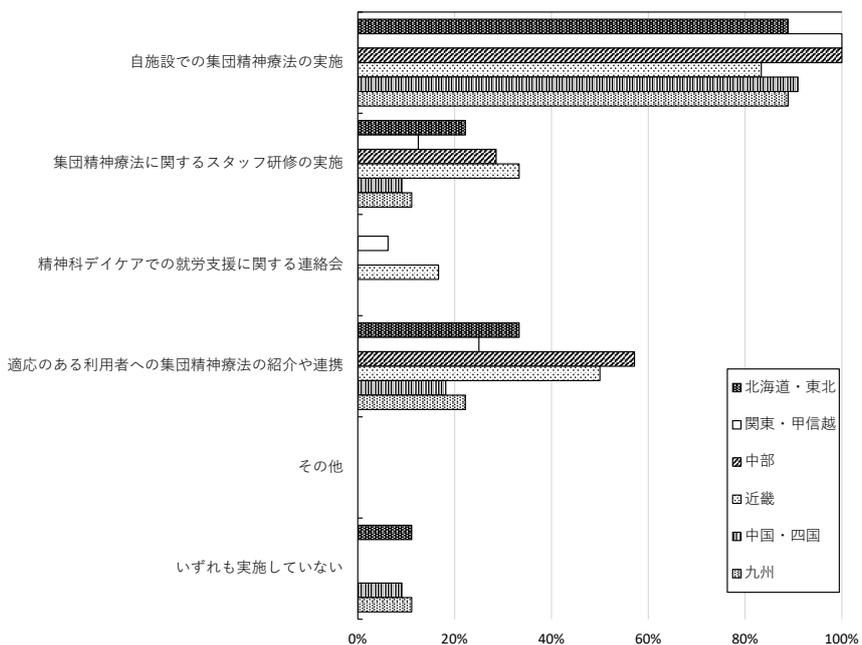
1-4. 職員数【全体】



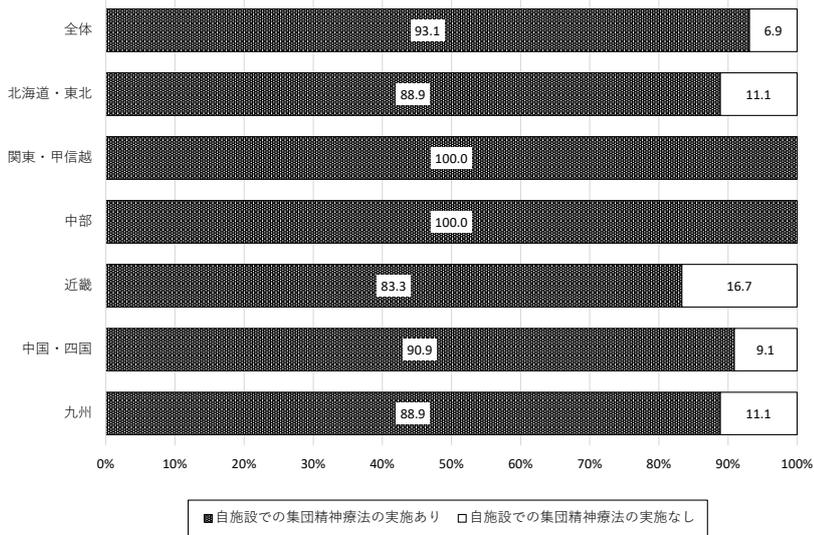
2-2. 集団精神療法に関して、センターで実施していること【全体】(複数回答)



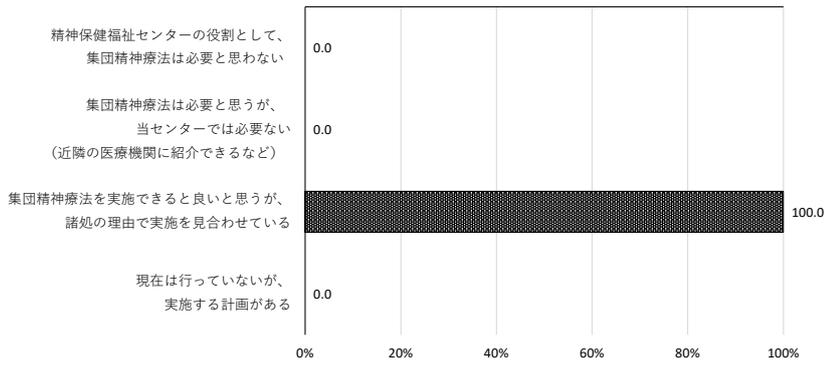
2-2. 集団精神療法に関して、センターで実施していること【エリア別】(複数回答)



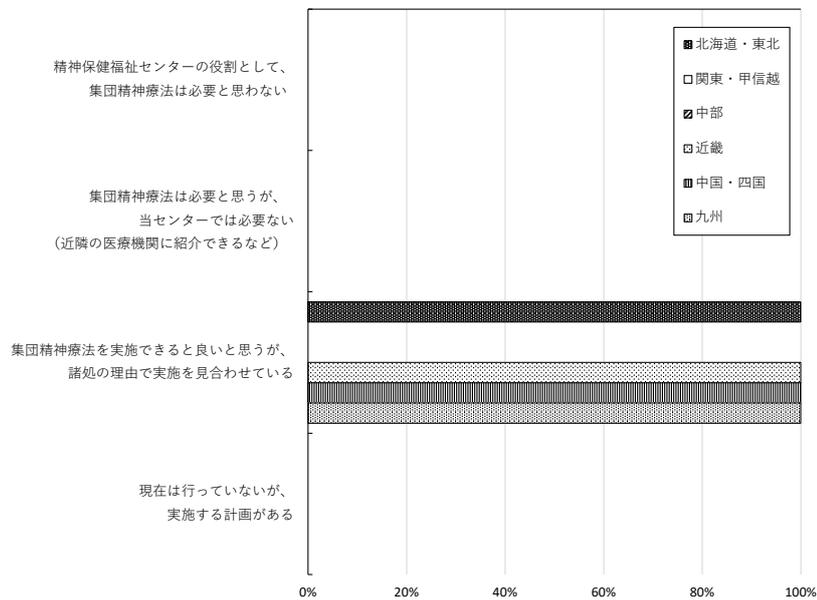
2-3. 集団精神療法の実施の有無【全体・エリア別】



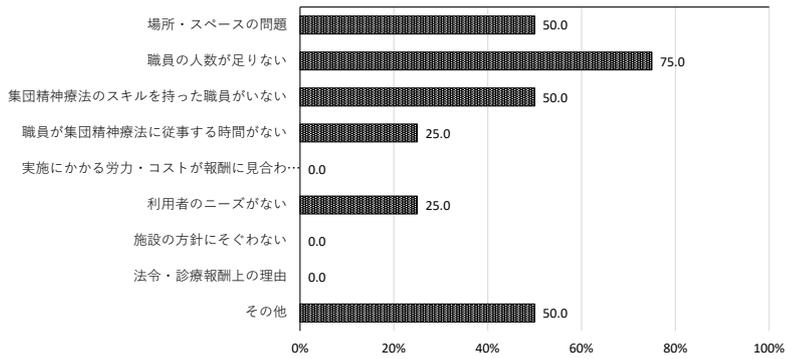
2-4. 集団精神療法を行っていない理由【全体】(複数回答)



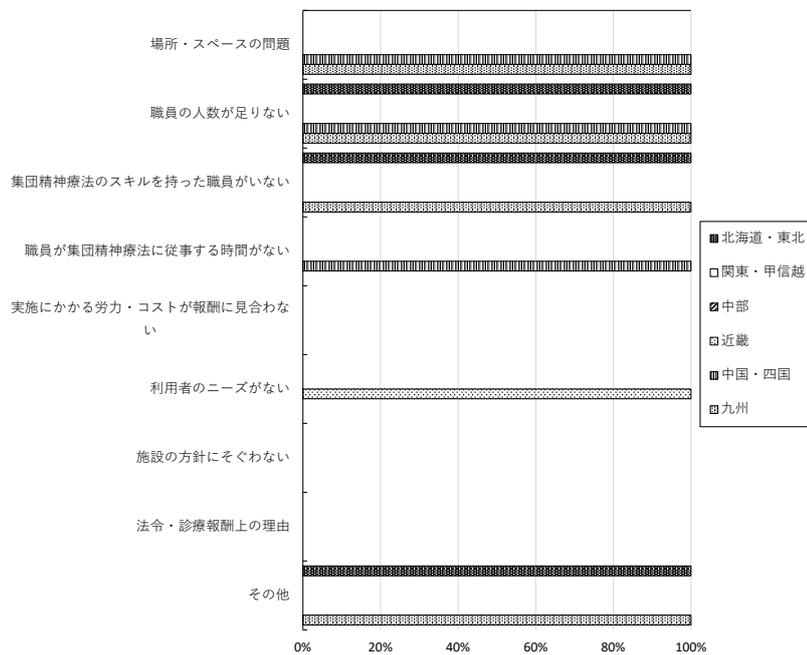
2-4. 集団精神療法を行っていない理由【エリア別】(複数回答)



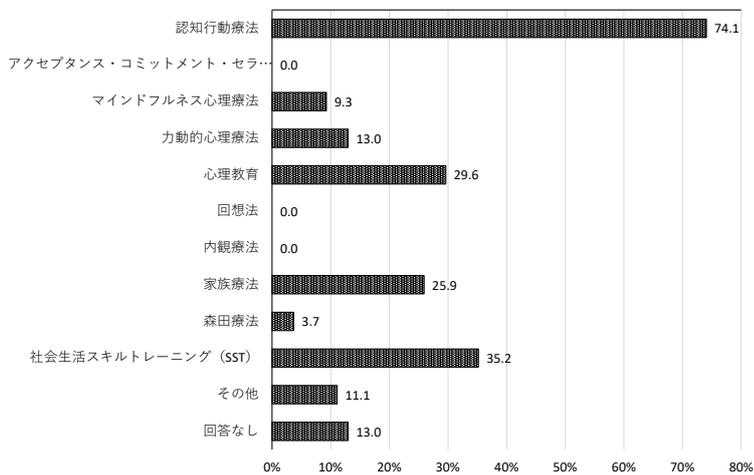
2-5. 諸般の理由で実施を見合わせている理由【全体】(複数回答)



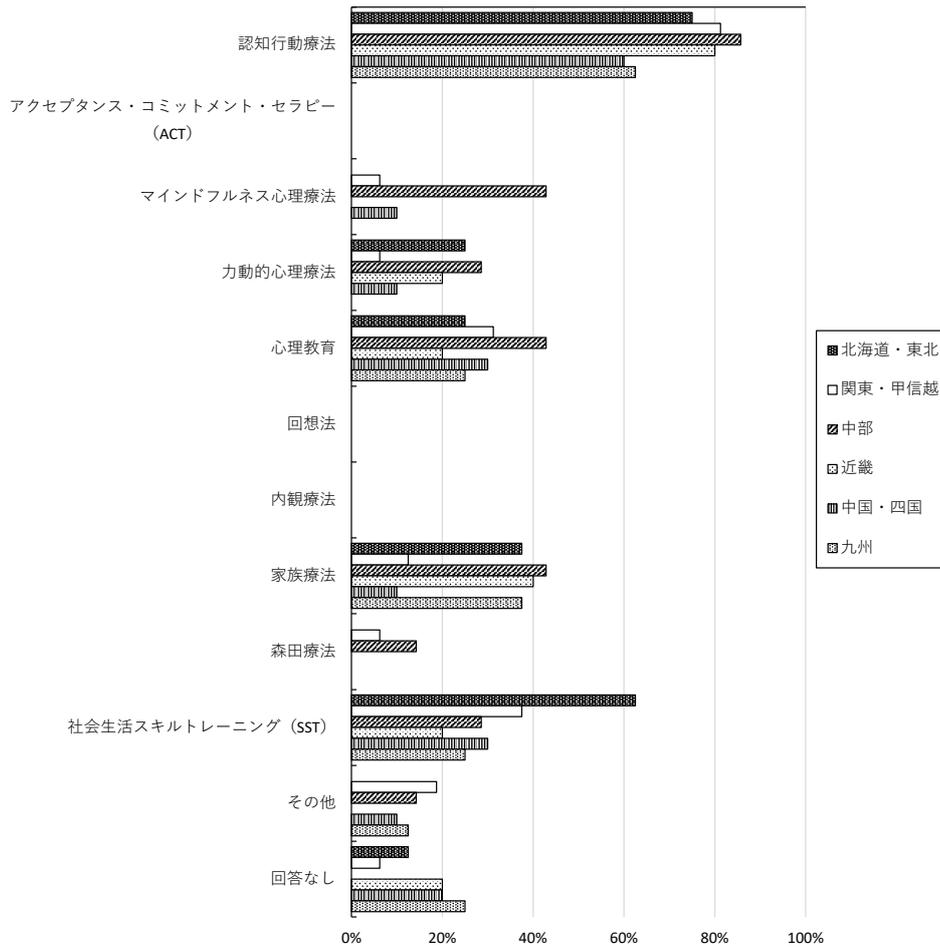
2-5. 諸般の理由で実施を見合わせている理由【エリア別】(複数回答)



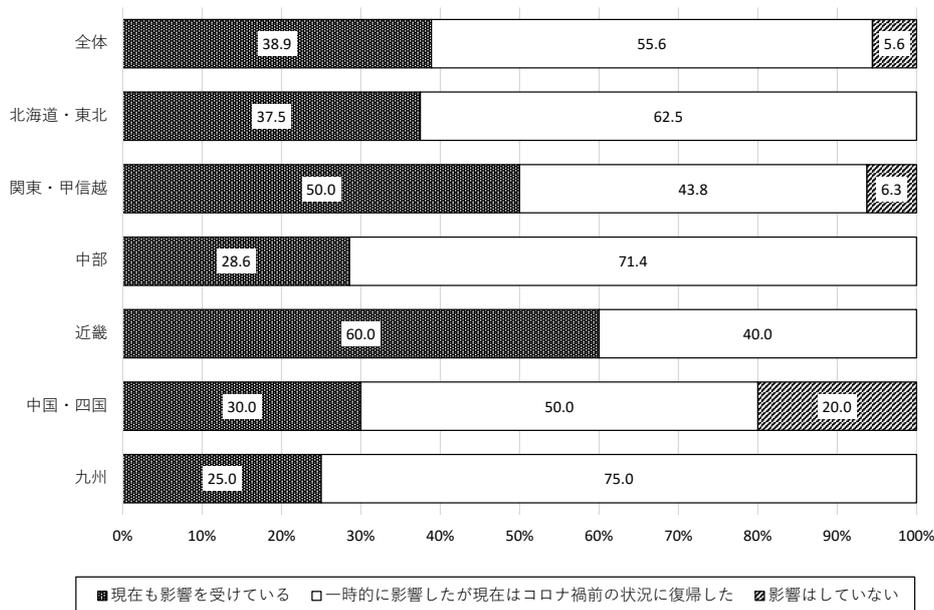
3-3. 集団精神療法の研修受講状況【全体】(複数回答)



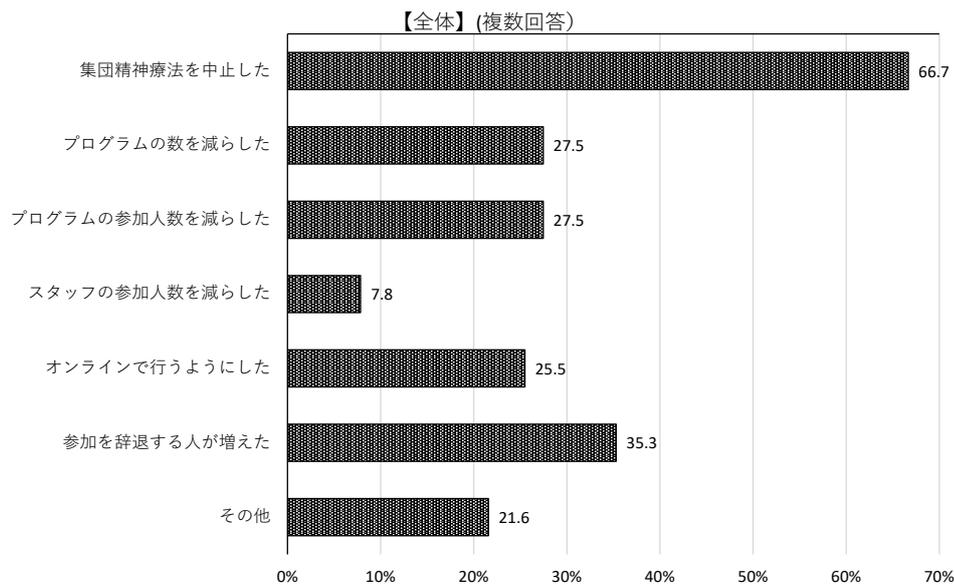
3-3. 集団精神療法の研修受講状況【エリア別】(複数回答)



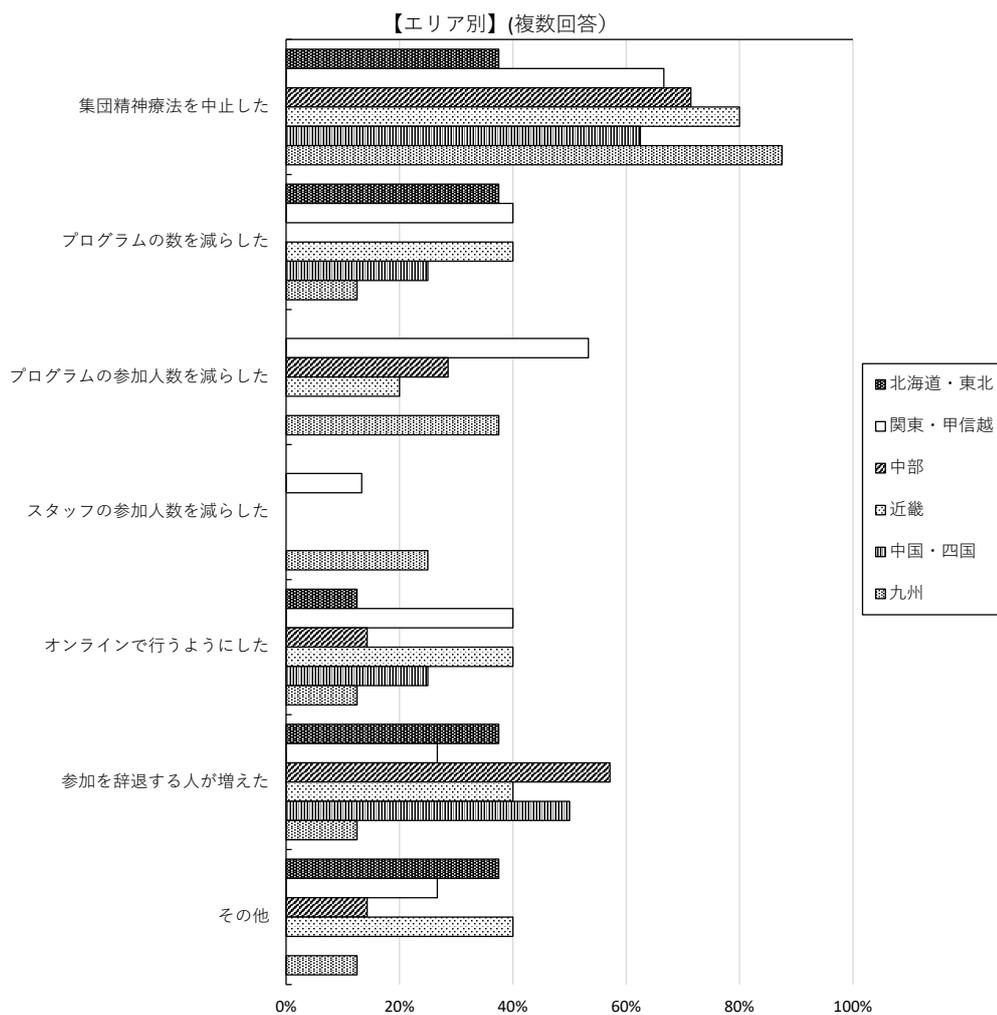
3-4. 集団精神療法における新型コロナウイルスの影響【全体・エリア別】



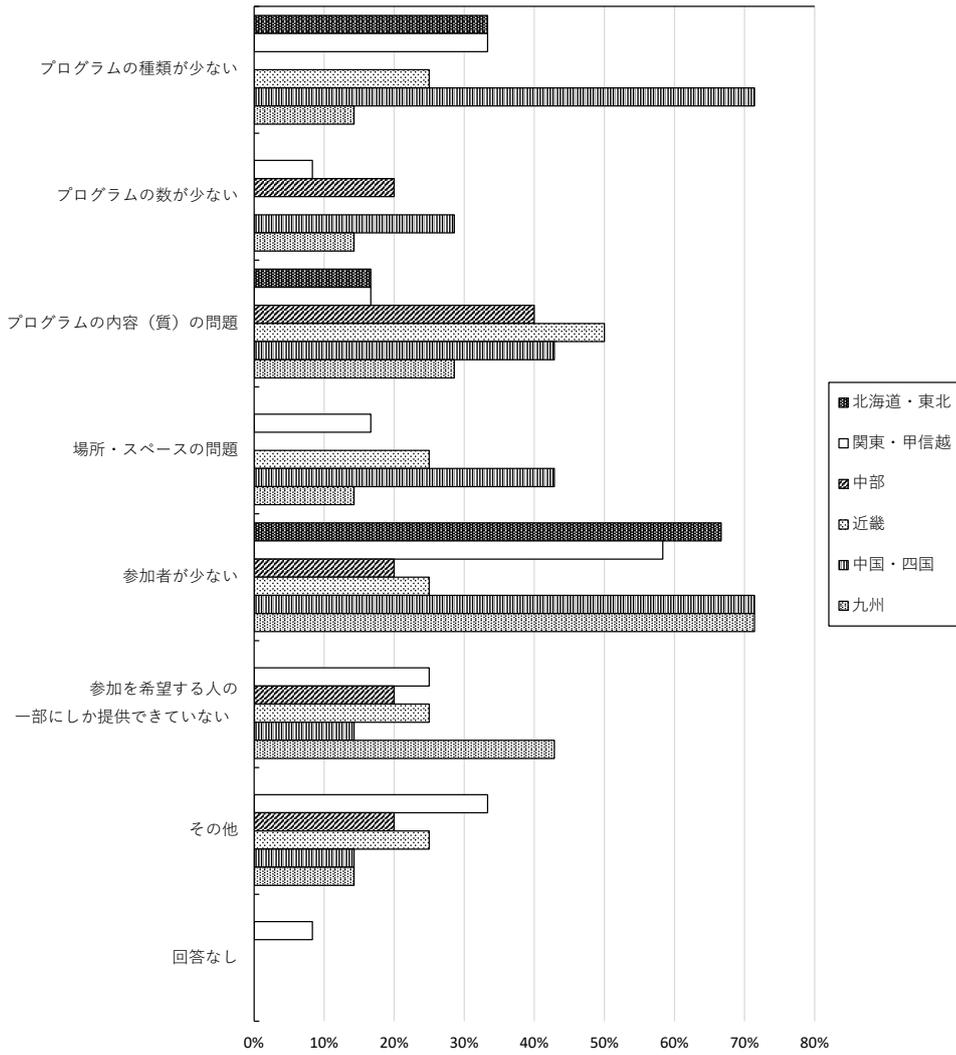
3-5. 「現在も影響を受けている」「一時的に影響した」場合、どのような影響があったか



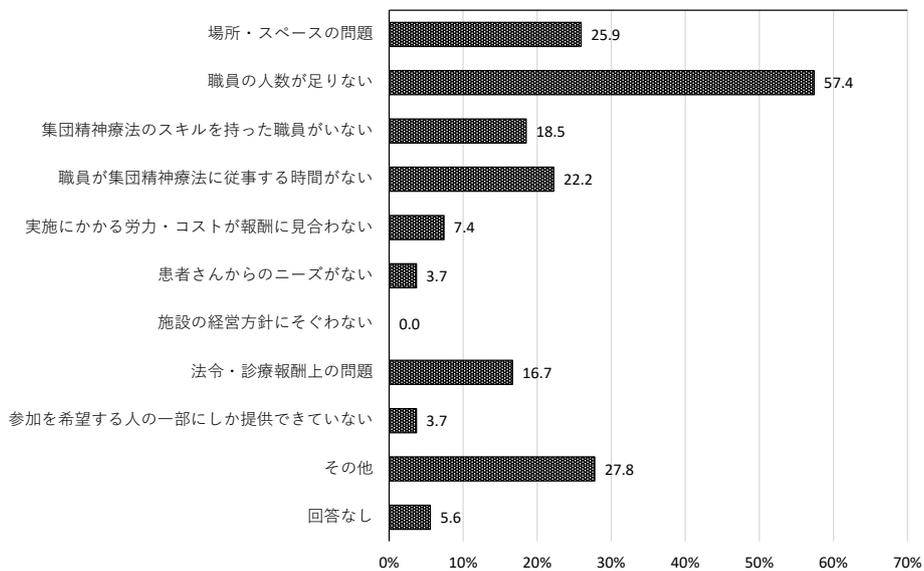
3-5. 「現在も影響を受けている」「一時的に影響した」場合、どのような影響があったか



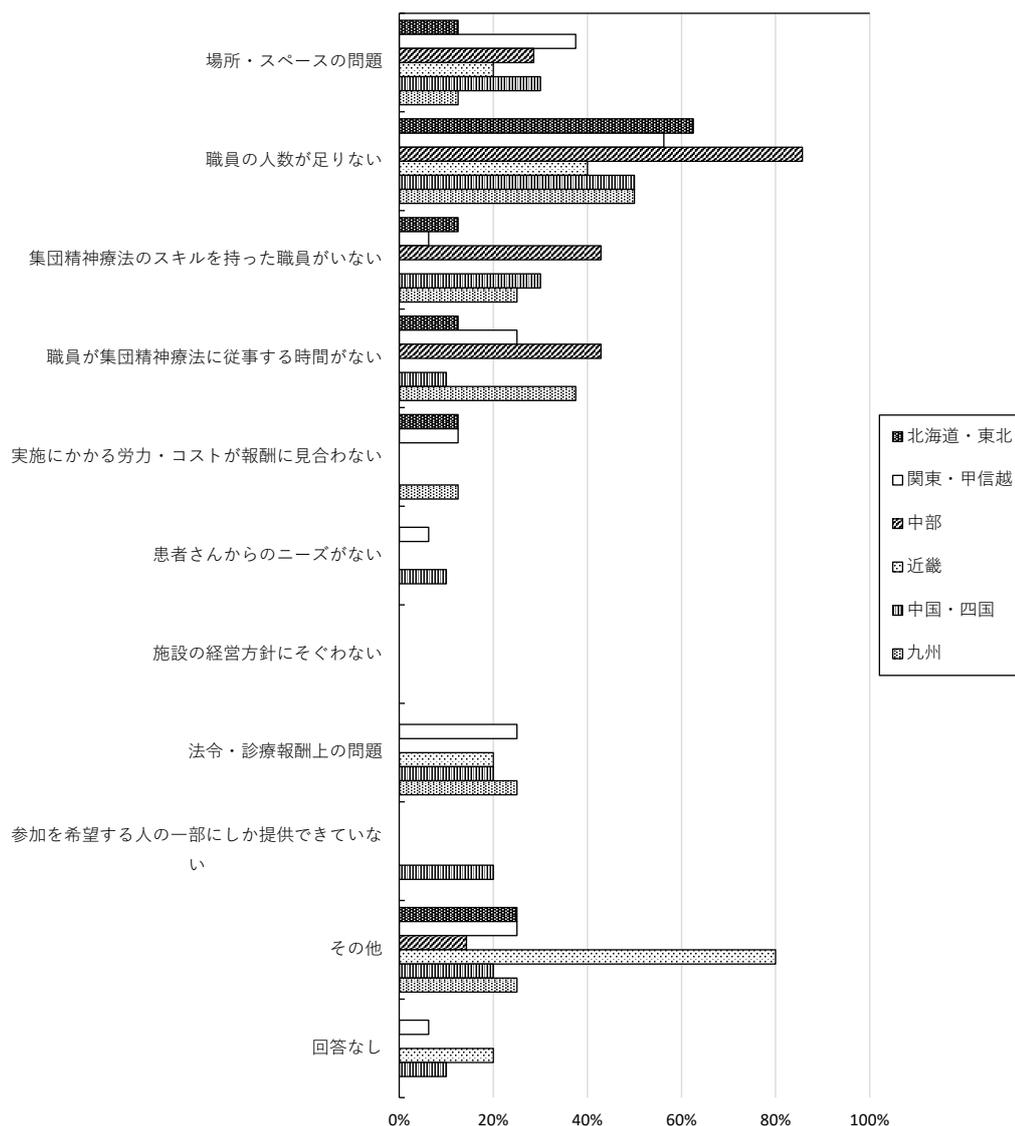
3-7. 集団精神療法が充足していない理由【エリア別】(複数回答)



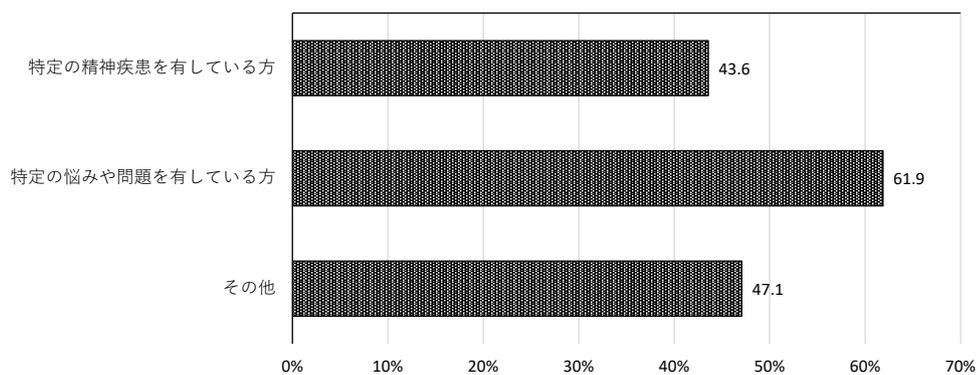
3-8. 集団精神療法に関する課題【全体】(複数回答)



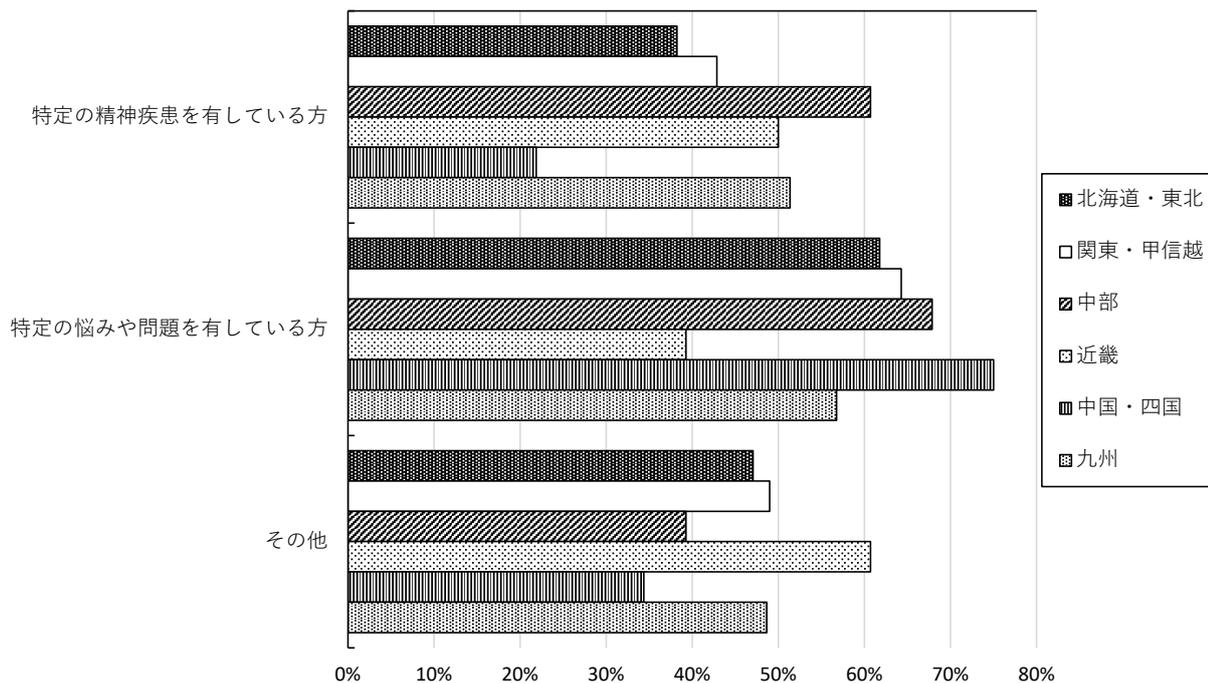
3-8. 集団精神療法に関する課題【エリア別】(複数回答)



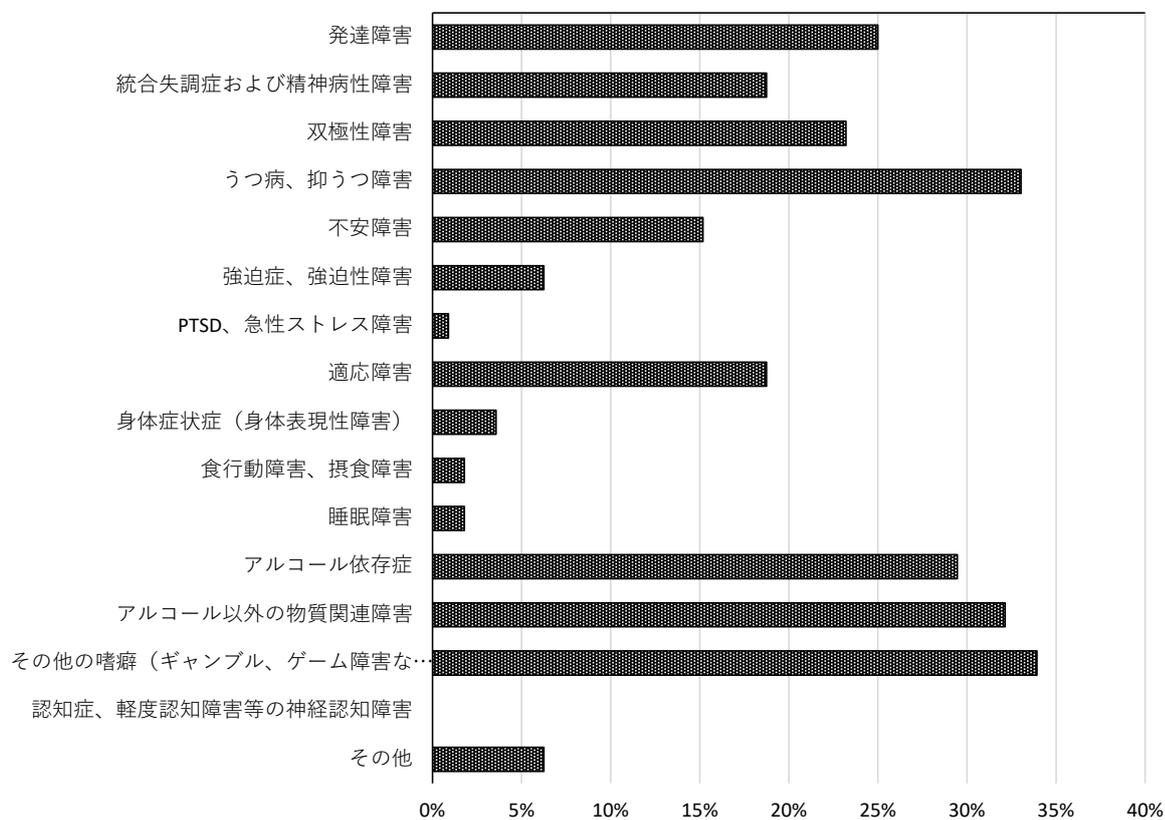
4-2. 集団精神療法の対象【全体】(複数回答)



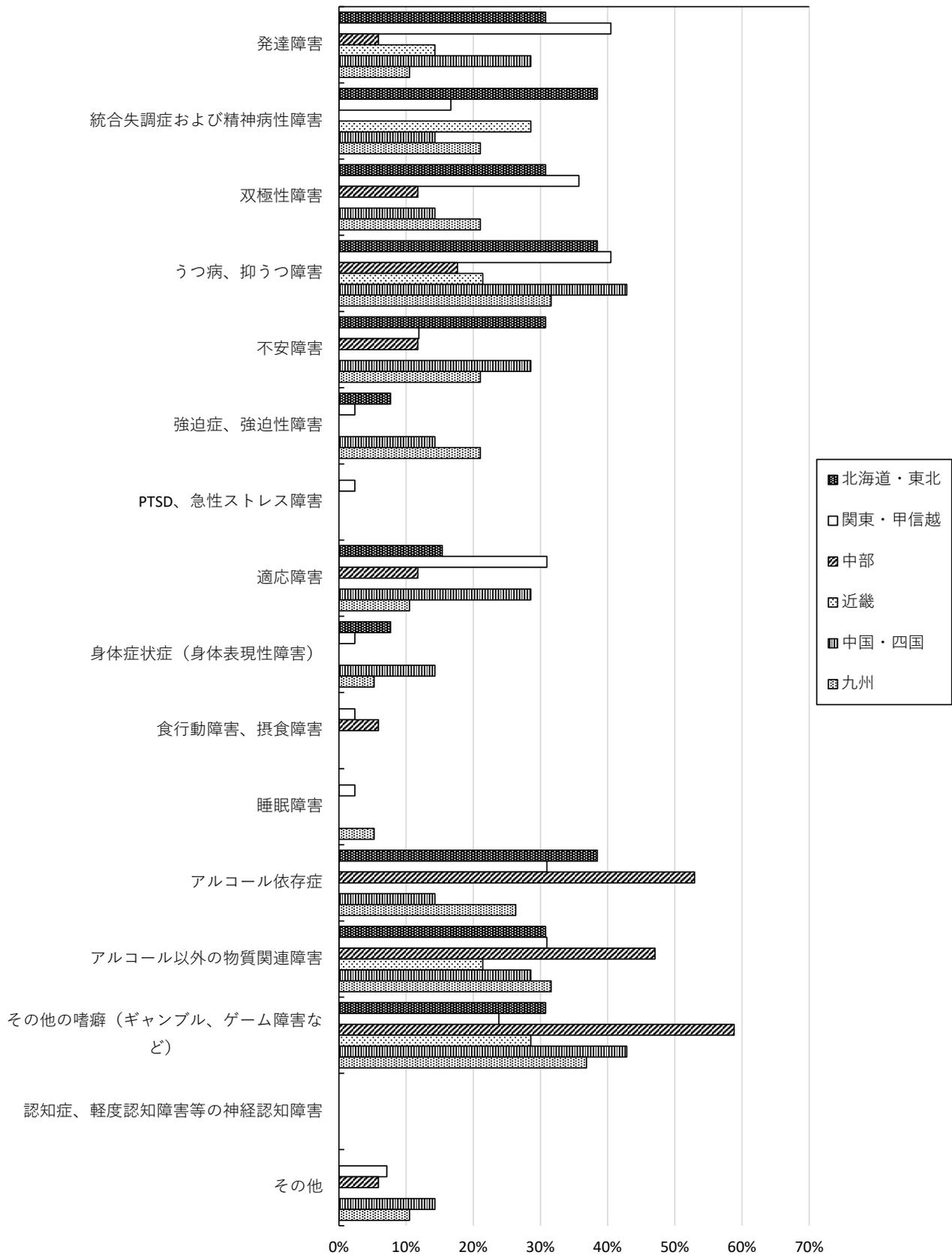
4-2. 集団精神療法の対象【エリア別】(複数回答)



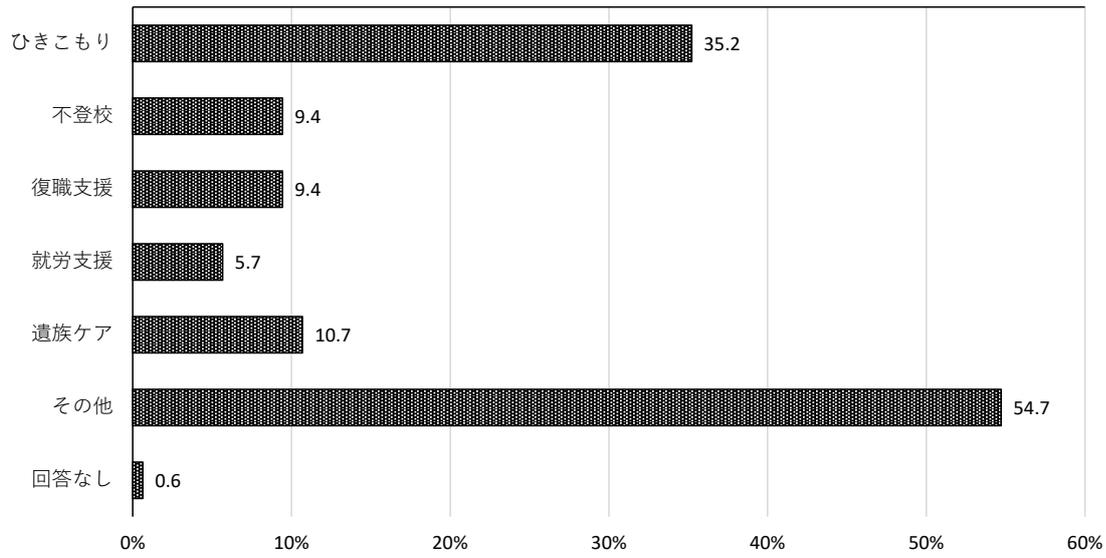
4-3. 集団精神療法の対象精神疾患【全体】(複数回答)



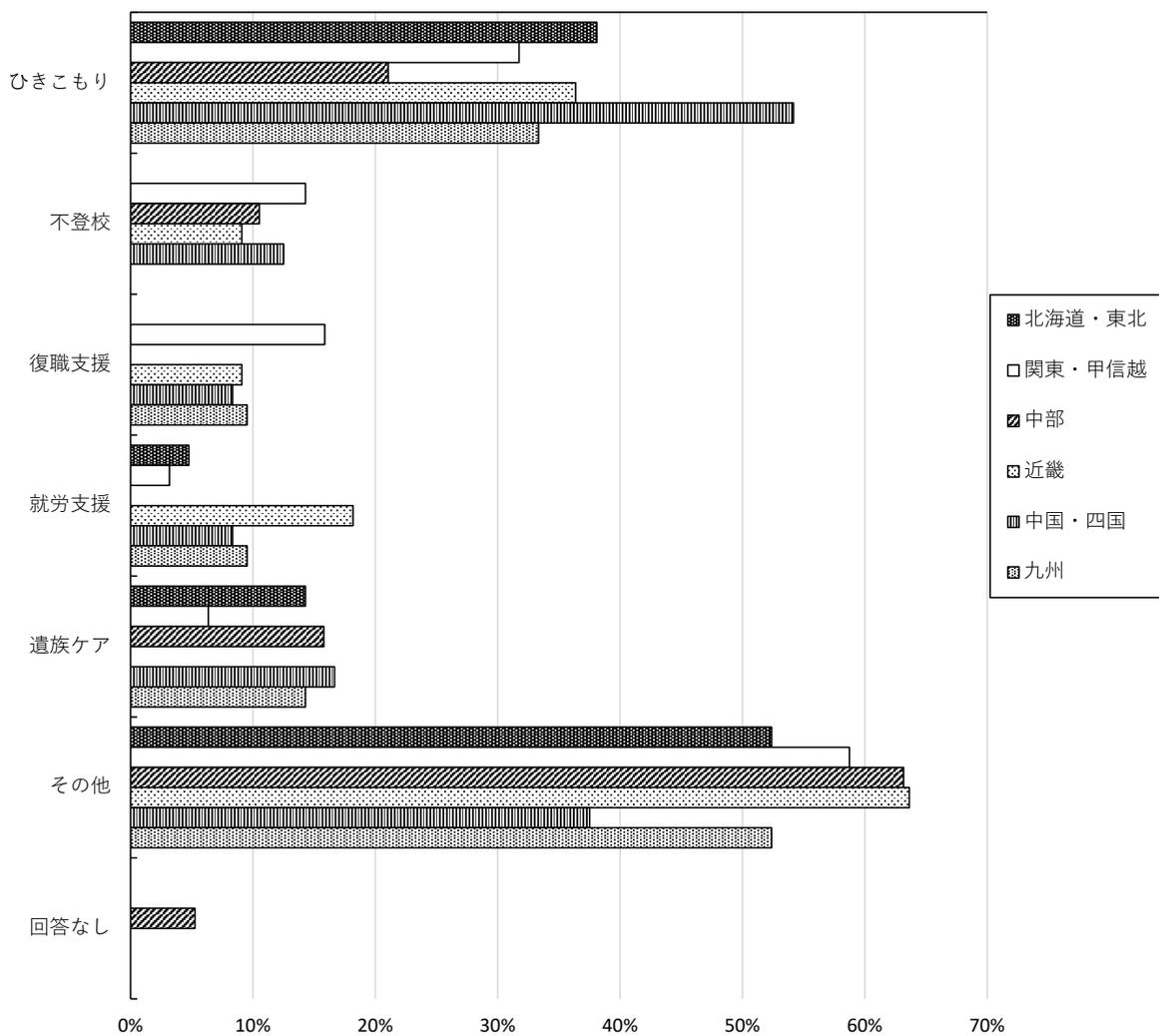
4-3. 集団精神療法の対象精神疾患【エリア別】(複数回答)



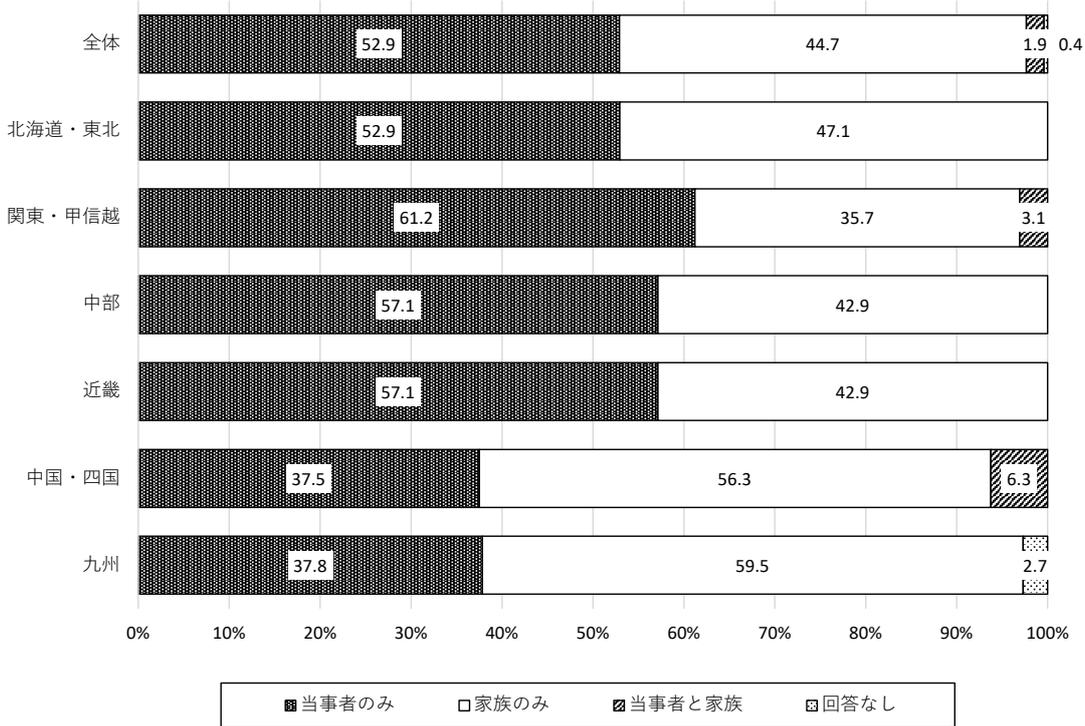
4-4. 集団精神療法が対象とする悩みや問題【全体】(複数回答)



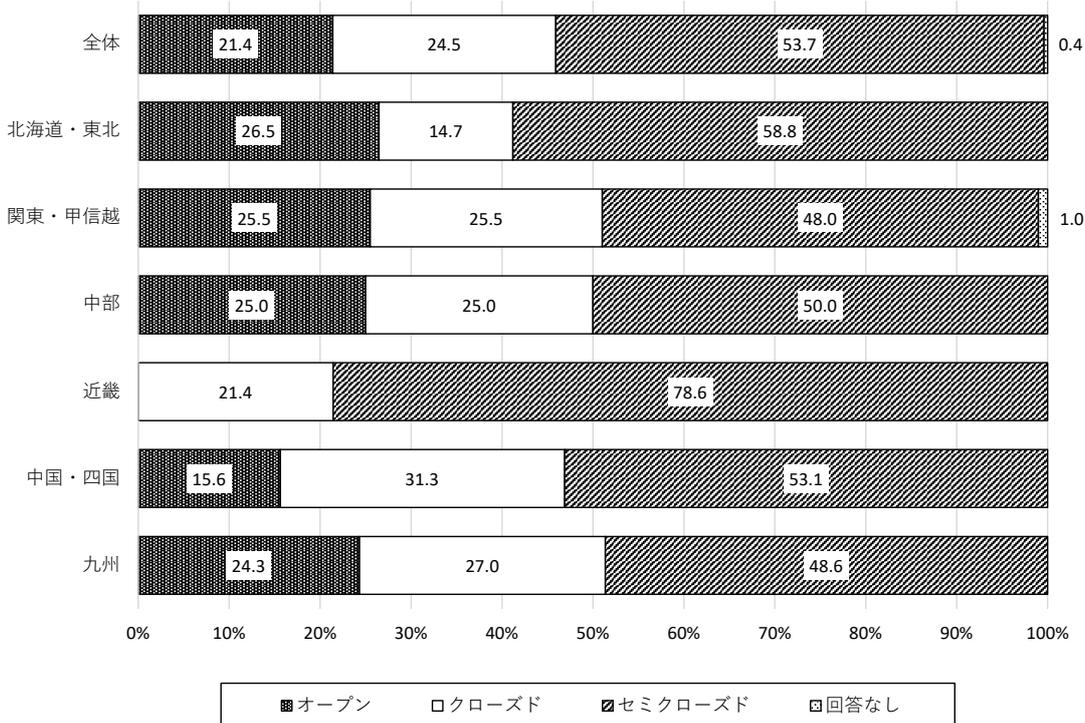
4-4. 集団精神療法が対象とする悩みや問題【エリア別】(複数回答)



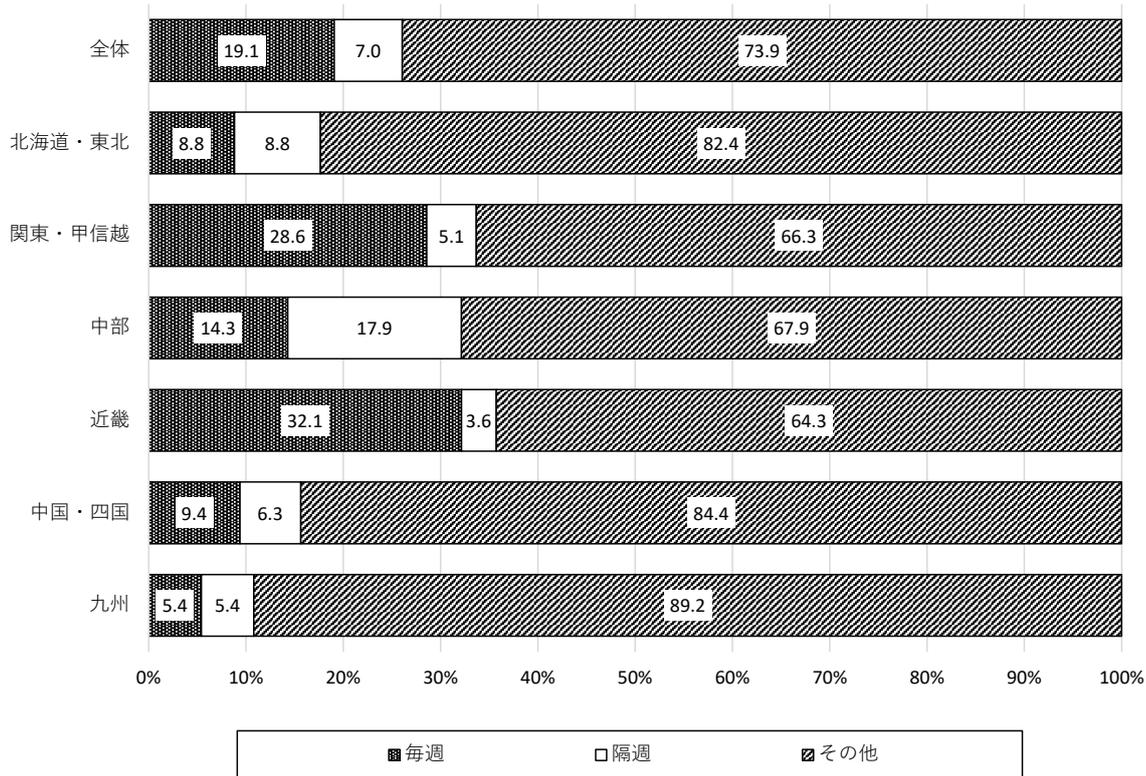
4-5. 集団精神療法の参加者【全体・エリア別】



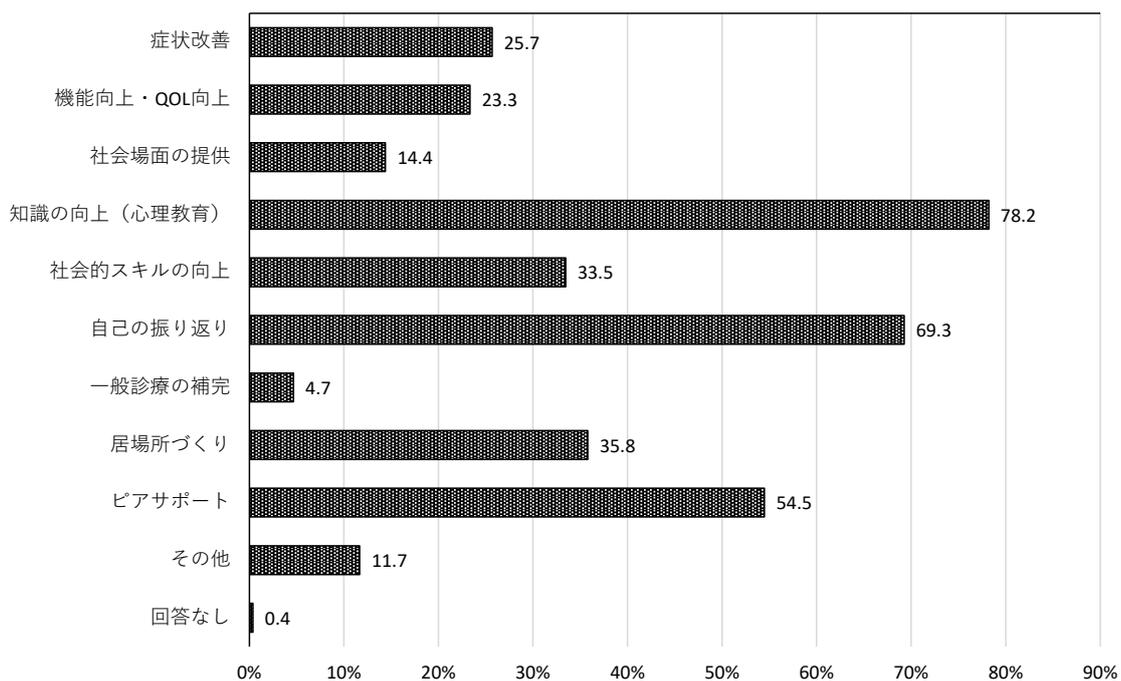
4-8. 集団精神療法の構造【全体・エリア別】



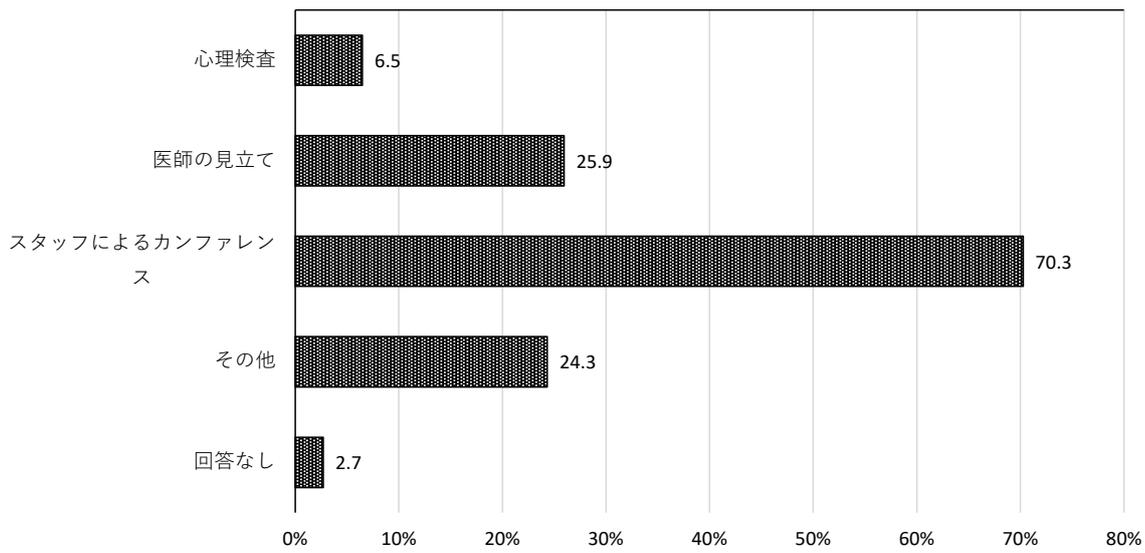
4-9. 集団精神療法の実施頻度【全体・エリア別】



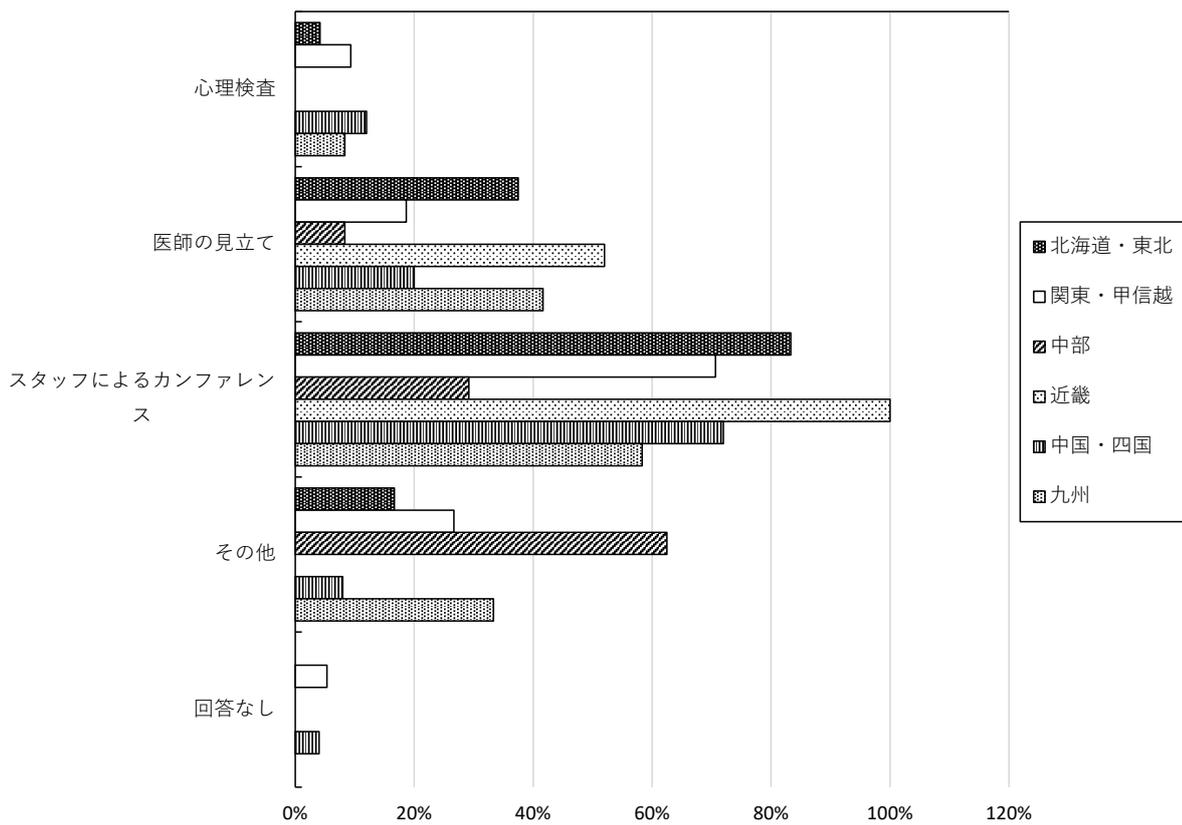
4-10. 集団精神療法の目的【全体】(複数回答)



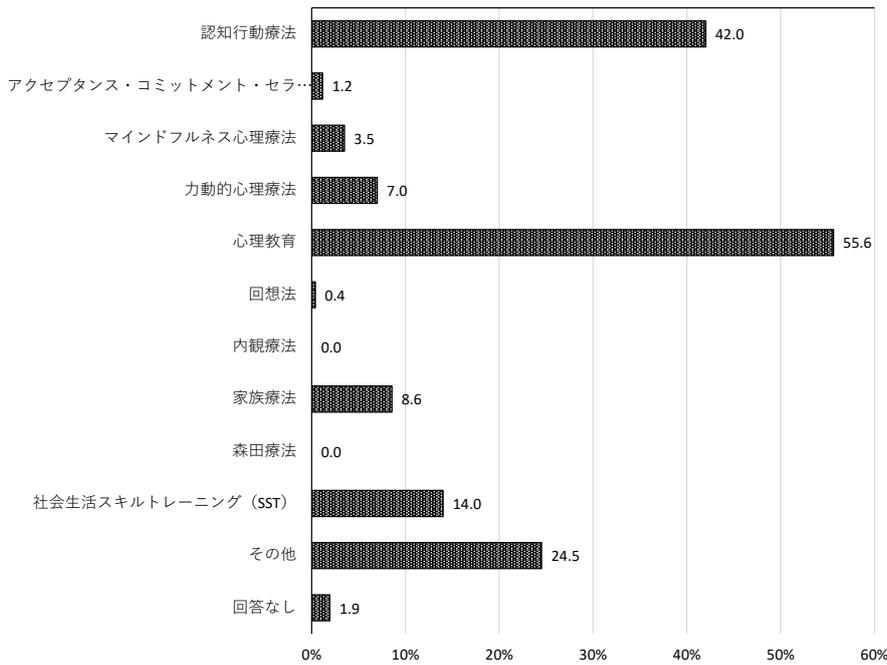
4-12. 集団精神療法の参加可否のアセスメントの実施方法【全体】(複数回答)



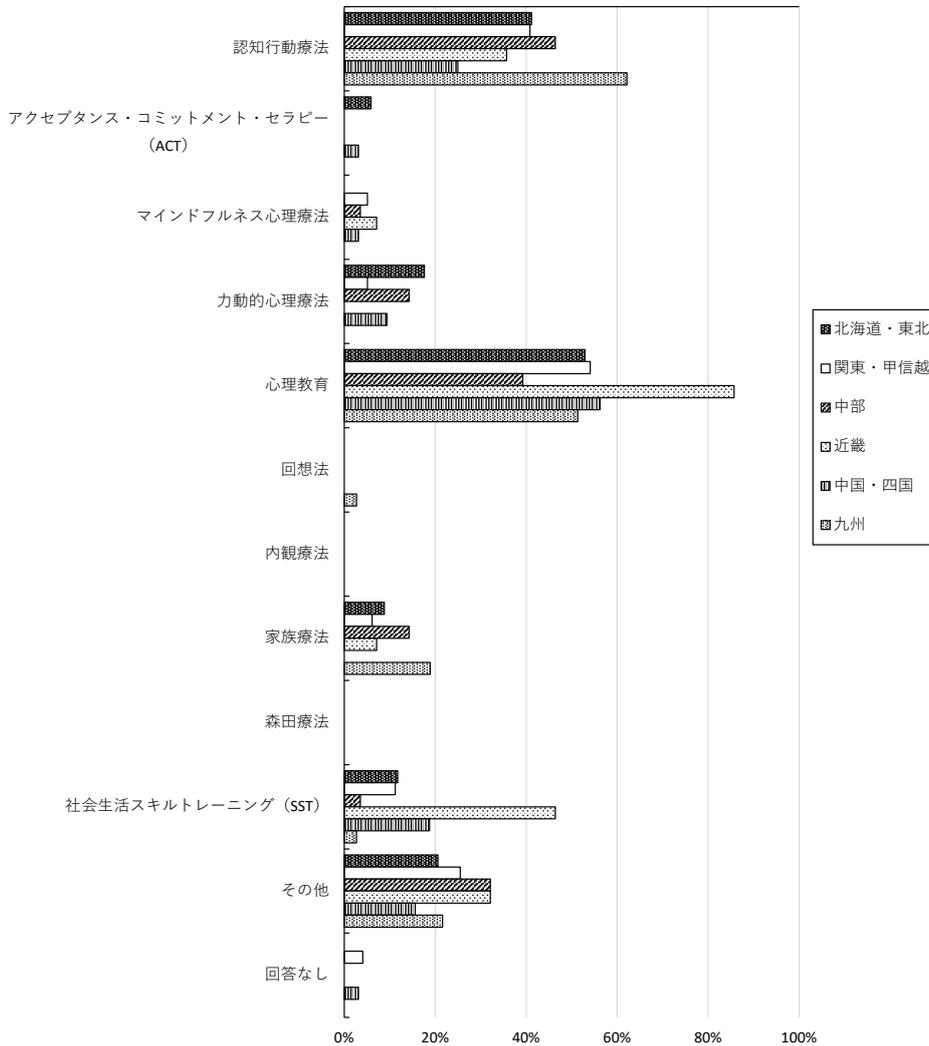
4-12. 集団精神療法の参加可否のアセスメントの実施方法【エリア別】(複数回答)



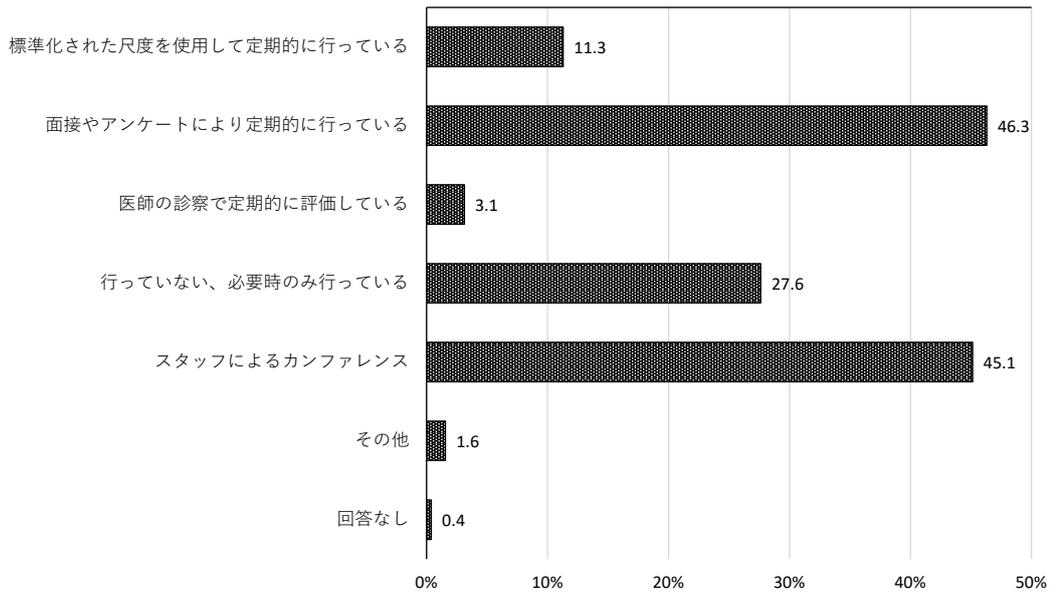
4-13. 集団精神療法のアプローチ【全体】(複数回答)



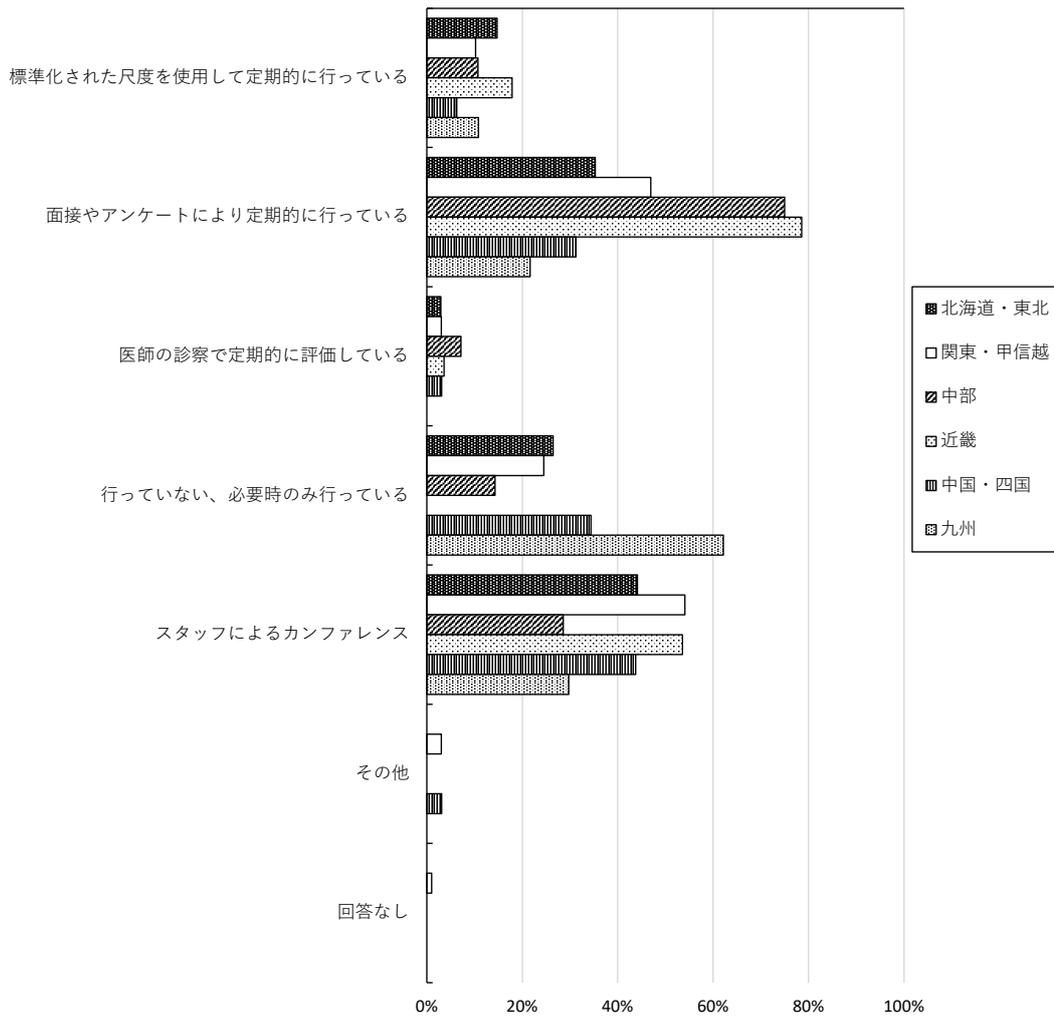
4-13. 集団精神療法のアプローチ【エリア別】(複数回答)



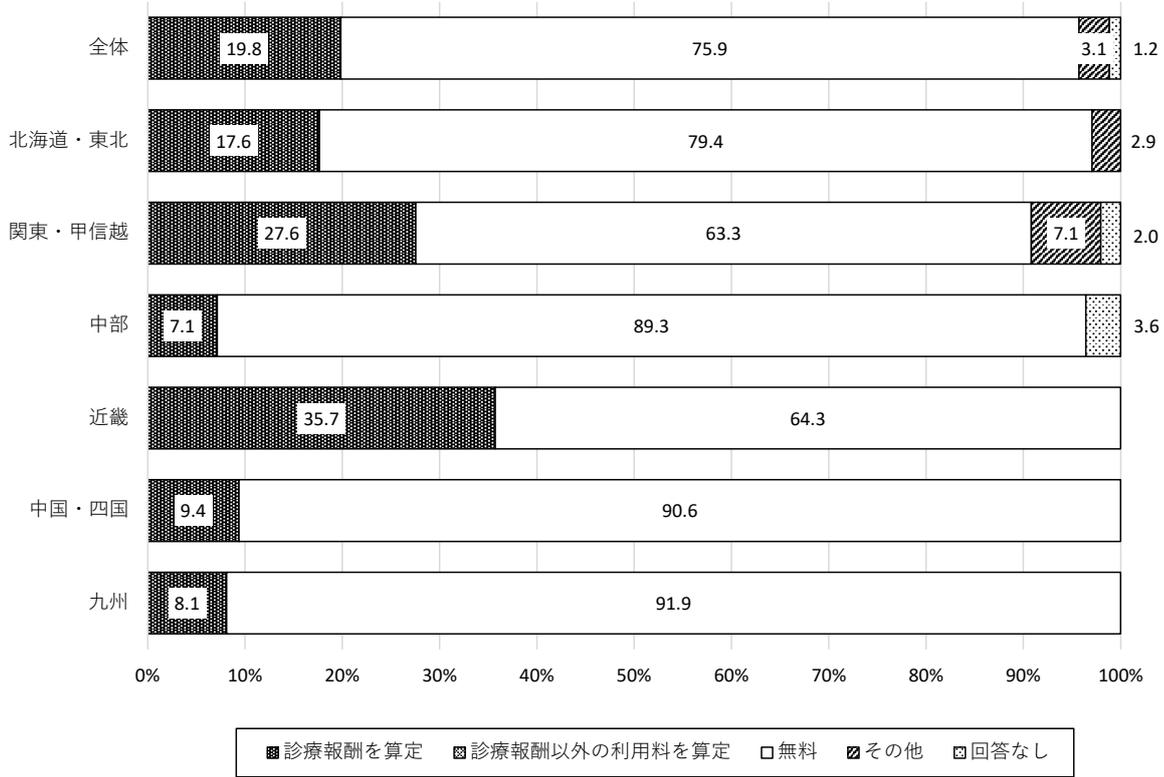
4-14. 集団精神療法の参加者の評価（効果測定）の実施【全体】（複数回答）



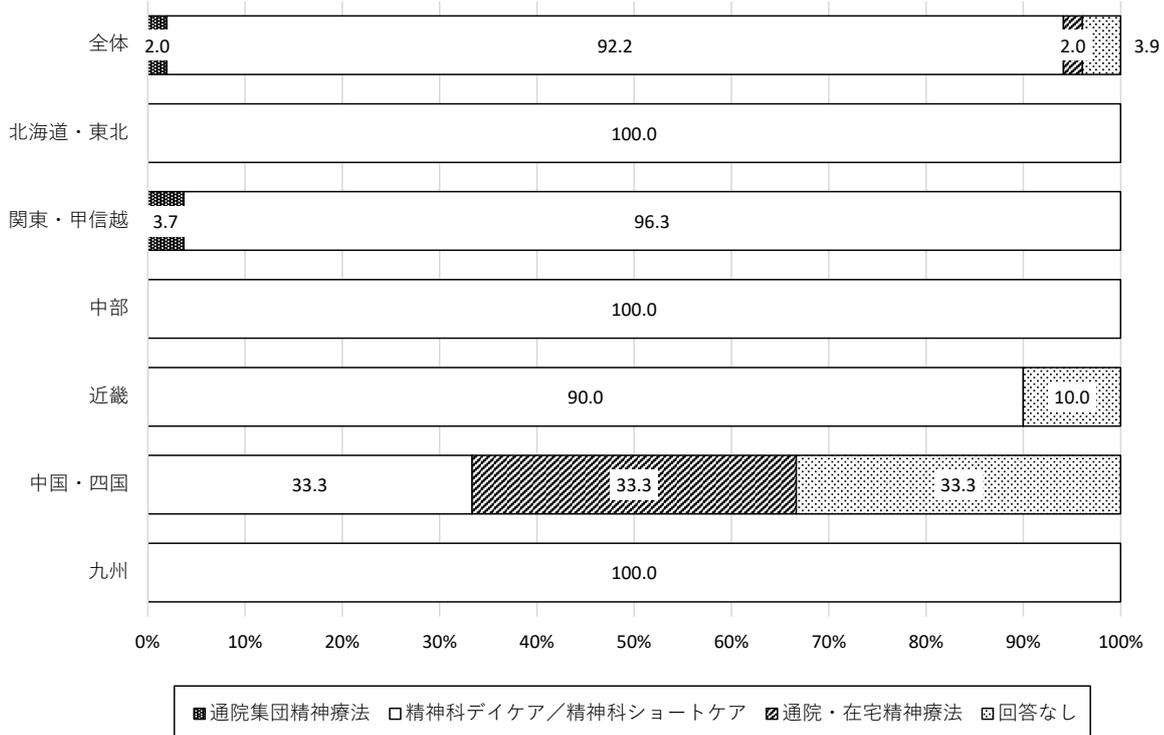
4-14. 集団精神療法の参加者の評価（効果測定）の実施【エリア別】（複数回答）



4-16. 集団精神療法の利用料の算定【全体・エリア別】



4-16. 診療報酬を算定している集団精神療法【全体・エリア別】



2-6. わが国での集団精神療法に関する意見や課題(自由記述)

・社会全体から見た時の、集団精神療法の位置づけが具体的になると、普及が促進されるのではないか。・普及のためには実施しやすくなる環境整備(方法整備・人材育成のみならず、各所で展開していくための環境整備)が必要と考える。

3-9. 貴センターで実施する集団療法の10年でのプログラム数や種類の変化(自由記述)

「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」をもとに、プログラムを実施。

・ギャンブル依存症家族教室を開始。・うつ病の集団認知行動療法計10回を、うつと不安を対象とし、計5回に変更。・ひきこもり家族教室を2グループから1グループに減。

・ひきこもり当事者グループ→メンバー卒業により休止。・依存症家族教室→終了(圏域単位での開催を検討中)。・高次脳機能障害当事者の集い、高次脳機能障害家族の集い実施する圏域を増やした。

・以前、HAPPYプログラムを職場に出向いて実施したことがあった。・SAT-Gを導入したが、対象者が少なく個別で実施した。最近では対象者がなく実施していない。・ひきこもり本人のミーティングを実施しているが、職員はあまり介入しない。参加が少なく、女性のためのミーティングは中止した。

・依存症家族教室→H25にプログラムを開始。・依存症当事者回復支援プログラム→H28から開始。

・依存症回復プログラムの対象拡大。・不安対処プログラムの充実。

・依存症及び発達障害圏に対するグループ支援の開始。・精神科デイケアにおける職業準備性の向上を目的としたプログラムの開始。

・従来から行っている薬物依存関連の家族教室とは別に、依存症全般を対象とした家族教室を開始した。・デイケアにおいて、発達障害をもつ者を対象としたプログラムを開始した。

・当事者プログラム(SMARPP、SAT-G)の導入。・ゲーム、ネット依存家族教室の開始。

・令和3年度当事者のSSTだけだったが、家族SSTを導入した。・令和3年度から当事者SSTが月2回から1回になった。・平成元年から依存症当事者グループミーティングが始まった。

・令和4年度よりSSTを開始した。・令和4年度より講座系プログラムを集約・体系化した。

H18年度:ひきこもりグループワーク、家族教室開始。H26年度:薬物依存症グループワーク、家族教室開始。H30年度:ギャンブル等依存症グループワーク、家族教室開始。

H27年度0、H28年度2(薬物の当事者向けプログラムと家族教室)。R1年度3(ギャンブルの当事者向けプログラムが加わる)。

H31年度・アルコール家族教室と薬物家族教室を依存症家族教室に統合(アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族対象)。R2年度・ギャンブル障害トレーニングプログラム(SAT-G)開始。

アルコール・薬物・思春期事業は10年前から実施。H28～薬物依存症者向けプログラム、H30～ギャンブル依存の家族教室を開始。この10年の事業数は増加のみ。

ギャンブル依存に特化したプログラムを開発した。

ギャンブル依存症回復プログラムを、新たに平成30年度より開始している。

ギャンブル依存症回復プログラムを4年前に新設した。

プログラムの種類が減った。

依存症(物質依存)の回復プログラムを新設。

依存症・ひきこもりの家族教室に加え、H24年度から3年間うつ病の集団認知行動療法を行った。

依存症とひきこもりの家族を対象としたプログラムを実施するようになった。また、ひきこもり当事者向けのSSTグループも必要に応じて開始した。

依存症の種類が多岐にわたり、ギャンブルやクレプトマニア・窃視症など増えている。

依存症家族教室を開催するようになった。

依存症家族教室を新たに開始した。

依存症当事者プログラムと依存症等の家族教室を開始した。

依存症当事者向けプログラムとして、H30年からSAT-Gをもとにしたギャンブル依存当事者に特化したプログラムを追加。本年度から依存の問題をもつ女性を対象とした「女性グループ」を試行的に実施。

家族向けのプログラム(依存症・ひきこもり)の対象の拡大や整理、依存症(薬物)の方向けプログラムの開始。

主にデイケアリワークにおいて、CBT的やり方を取り入れた疾患との付き合い方を、週1回1クール3ヶ月の連続したプログラムで実施していたが、最近では以前行っていたプログラムの中から重要と思われる内容を切り取りより深め、回数も増やして実施している。

新型コロナにより、プログラムの一部を制限している。

当事者向けのギャンブル集団プログラムを開始して、プログラム数は3→4に増えた。

頻回自傷者に対するプログラムが3種類増え、またギャンブル等依存症家族教室を新たに開始した。一方、うつ病に対するプログラムは終了した。

平成24年時にはギャンブル依存症家族教室及び薬物依存症家族教室、ひきこもり家族教室を開設していた。メッセージや拡大家族教室などその都度のニーズに応じて単年度の取り組みを実施しながら、ここ3年の間に薬物依存症当事者教室の開設、薬物依存症家族教室の対象をアルコール依存症家族にも拡大、引きこもり家族教室をサロンと教室の2つに分けて運営するなど常設の教室も拡大してきている。令和4年度はギャンブル依存症家族教室、アルコール・薬物依存症家族教室、引きこもり家族のサロン、引きこもり家族教室、アルコール・薬物依存症当事者教室を開催・運営しているが、来年度から薬物・アルコール依存症当事者教室にギャンブル等依存症当事者も対象として拡大する予定である。

平成25年ひきこもり当事者の集いを開始した。

平成26年度より薬物家族心理教育プログラムを実施し、平成27年度からは薬物依存症家族サポートプログラムとして名称変更し、平成29年度より試行的にギャンブル等依存症家族サポートプログラムを開催している。本人へのプログラムとしては、令和元年度よりギャンブル等の問題で困っている人のための集団回復プログラム、令和2年度より薬物の問題で困っている人のための集団回復プログラムを開催している。

平成27年度に依存症治療・回復プログラム「ARPPS」を作成し、主に依存症当事者グループにおいてプログラムを実施している。

平成28年にプログラムが県内1ヶ所で始まり、平成30年に県内2ヶ所に拡充した。

平成29年より依存回復プログラムを開始した。同時に家族教室の対象を薬物依存症に広げた。

変化なし。

薬物依存回復支援プログラム・ギャンブル依存回復支援プログラム、ギャンブル依存家族教室を開始した。

薬物依存症家族教室を平成29年度から開始したが、単年で終了した。ギャンブルの問題で悩みを抱える当事者を対象としたプログラムを、令和元年度から開始。令和2年度から2クールに増やした(令和2年度は新型コロナウィルス流行による感染予防対策のため中止)。

3-10. 本邦で集団精神療法を促進・普及する上で有益と思われることや、課題と思われること(自由記述)

(自国の特徴なのかは不明だが)他者と悩みを分かち合えることで、安心感や連帯感が生まれやすいメリットがある。しかし同時にその集団に馴染めないで、孤立・不安が生じやすいデメリットもある。

・スタッフのスキル向上。・効果検証

・研修の機会が少ない。・研修のための予算や、個人負担へのバックアップが少ない。

・周知活動を積極的に。・一般的には普及しておらず、ハードルが高い。

・精神科医が薬物療法を中心とした治療で教育を受けがちなので、薬物療法でうまくいかないとき等に集団精神療法に参加してもらい、良くなる経験等あればもっと注目するのではないかと思います。・クリニックや精神病院の外来で、薬とできでも個人精神療法のみという現場がやはり多いのが現状です。そのあたりの構造的な問題もあると思います。

・促進普及:活用しやすいプログラムや支援者マニュアルの開発。・課題:職員が専門的な研修を受ける機会が少ない。

うつ病集団認知行動療法プログラム実施に際し、管外者であることを理由に参加を断っていないが、同様のプログラムを実施する機関が少なく、案内ができない。

オンラインの自助グループや、コミュニティでの居場所づくりが広まり、集団活動は増えている。一方、グループダイナミクスなど集団活動のコツを学ぶ機会が少ないことが課題。

グループの立ち上げに苦労するので、実際に実施されているグループの見学や参加、ロールプレイ方式の研修が有益と思われる。

なし

関心を持つ人・機関は多いが、実施にあたって十分はスキルを習得する機会が乏しく、またスーパーバイズが得られにくい。

研修が気軽に受講できない。

個人療法と比較し、集団の力動を用いることで、効果的かつ効率的に加療を行える可能性がある。

今後、オンラインを使用した集団精神療法の実施が増えてくるとと思われる。診療報酬として認められていくのか。

実施しやすいパッケージ化された手法の提供があると実施しやすい。

取り組みたいと思っている支援者が、実際にグループを見学・体験できる場が増えることや、その効果について普及啓発していくことでしょうか。

集団精神療法の担い手の不足(体制の問題で余裕がないことに加え、人材を計画的に育成できない)が課題。

集団療法の研修を個人負担によらず、受講できるシステム。

集団力動に介入するスキルを持った職員はそれほどいないと思う。

診療報酬の対象を拡充する。

診療報酬の発生しない行政機関でも実施がしやすくなるための財政措置。

地域で実施する場合(保健所や市町村・相談機関など)、専門職が配置されていない(人材不足)ため困難である。医療機関で実施している所も少ない(本県の場合)。

地方都市でも、集団精神療法を勉強できる体制が整うとよいと思う。

特になし。

必要な人に必要なケアが届きやすくなる必要がある。実施するために人工の確保が必要。

変化なし。

保険診療で行う場合には、期間の制限がある。

利用者が就労している場合も多く、土日や夜間にプログラムを実施すると参加しやすくなるかもしれないが、職員体制が整わず実施が困難。

4-1. プログラム名

〇〇地域依存症回復支援プログラム

ADHDの方向けの認知行動療法プログラム

CRAFT

CRAFTグループ(家族がコミュニケーションスキルを学ぶ場)

SAT-Gプログラム(島根ギャンブル障害回復トレーニングプログラム)

SMARPP

SST

SST

SST

SSTを用いた就労支援プログラム

WRAP集やクラス

アディクション(薬物とアルコールに限る)における回復支援集団プログラム

アルコール・ギャンブル依存症の家族教室

アルコール・薬物依存症家族教室

アルコール・薬物依存症家族支援プログラム

アルコール・薬物問題で悩む家族のための家族教室

アルコールや薬物の問題を抱える方のご家族を対象としたミーティング

アルコール依存症家族教室

アルコール依存症家族向け学習会(心理教育および分かち合い)

うつ病の家族教室

うつ病家族教室

うつ病家族教室

うつ病集団心理教育

うつ病集団認知行動療法

うつ病心理教育セミナー

がん遺族会

ギャンブル・ネットなどの依存問題を抱える方の家族向け学習会(心理教育および分かち合い)

ギャンブル依存症家族教室

ギャンブル依存回復支援プログラム

ギャンブル依存症家族教室

ギャンブル依存症家族向けプログラム

ギャンブル依存症回復プログラム

ギャンブル依存症回復プログラム

ギャンブル依存症者回復トレーニングプログラムHAT-G(ハットージー)

ギャンブル依存症集団回復プログラム

ギャンブル依存症当事者向けプログラム

ギャンブル依存問題家族ミーティング

ギャンブル研究会(G研)

ギャンブル障害回復トレーニング

ギャンブル障害回復トレーニングプログラム

ギャンブル障害回復トレーニングプログラム

ギャンブル障害回復トレーニングプログラム(プログラム修了後のグループミーティング)

ギャンブル障害集団プログラム

ギャンブル等の問題で困っている人のための集団回復プログラム

ギャンブル等依存症家族教室

ギャンブル等依存症家族教室

ギャンブル等依存症家族教室

ギャンブル等依存問題で悩む家族のための家族教室

ギャンブル等家族教室

グループミーティング

依存症家族グループ
依存症家族グループミーティング
依存症家族サポートプログラム(ギャンブル等)
依存症家族サポートプログラム(薬物)
依存症家族の心理教育プログラム
依存症家族の心理教育プログラム
依存症家族ミーティング
依存症家族教室
依存症家族教室。依存の問題を抱える家族のための勉強会
依存症家族交流会
依存症家族支援グループ
依存症家族支援プログラム
依存症回復プログラム
依存症回復プログラム
依存症回復プログラム
依存症回復プログラム(薬物)
依存症回復支援プログラム
依存症回復支援プログラム
依存症行動変容グループプログラム
依存症再発防止プログラム
依存症再発予防プログラム
依存症治療プログラム
依存症治療回復プログラム(新潟市版SMARPP)
依存症者の家族ケアグループ
依存症者をもつ家族を対象としたグループワーク
依存症当事者グループミーティング
依存症当事者グループミーティング
依存症当事者に対する回復支援プログラム
依存症本人支援グループ
依存症問題家族教室
依存問題者再乱用防止プログラムHAMARPP(ハマープ)
家族のための依存症教室
家族向けコミュニケーション教室
家族向け不安対処プログラム
家族懇談会
家族支援プログラム(デイケア家族のつどい)
家庭内暴力(子から親に対する暴力)の家族の会
機能不全家族の中にいる子ども向け心理教育プログラム
気分障害の心理教育プログラム
居場所活動
講座
高次脳機能障害の方向けプログラム

高次脳機能障害者「家族のつどい」
高次脳機能障害者「家族教室」
高次脳機能障害者「当事者のつどい」
高次脳機能障害者通所事業「通所リハビリテーション」
参加メンバーが病気・将来・生活についての悩みを話すプログラム
子ども(小4から中学生)向け心理教育プログラム
思春期・青年期相談事業家族グループ
思春期の子の親向け心理教育プログラム
思春期家族教室
思春期家族支援プログラム
思春期青年期親の会(分かち合いが主だが、参加者の希望により講義的な内容を含むこともある)
思春期本人グループ
自死遺族グループミーティング
自死遺族グループミーティング
自死遺族グループミーティング
自死遺族のための交流会
自死遺族のつどい
自死遺族のつどい
自死遺族のわかちあい
自死遺族の集い
自死遺族の集い
自死遺族の集い
自死遺族の集い(わかちあいの会)
自死遺族わかちあいの会
自死遺族交流会
自死遺族交流会
自死遺族支援グループ
自死遺族支援の会
自死遺族等わかちあいの会
社会生活技能訓練プログラム
社会生活力プログラム
就労ミーティング
就労支援プログラム
就労支援プログラム
集団認知行動療法
集団認知行動療法
集団認知行動療法
小集団グループ活動(クローバー)
小集団グループ活動(しろつめくさ)
心の悩みを語り、他者の体験を聞くプログラム
心理教育
成人発達障害者家族教室
精神科デイケア
精神科デイケア、家族セミナー
精神障害者集団教育プログラム
精神分析的集団療法グループ
青年期グループミーティング
青年期ひきこもり家族教室
摂食障害の家族教室
摂食障害家族教室／家族サロン
対人関係の対処能力UPを目指すプログラムWAKU WAKU

対話型の自己表現プログラム
大人の発達障害のためのコミュニケーション向上グループ
島根ギャンブル障害回復トレーニングプログラム
当事者向け不安対処プログラム
当事者向け不安対処プログラム修了者対象のフォローアッププログラム
統合失調症・うつ病等向け認知行動療法プログラム
統合失調症の心理教育プログラム
統合失調症の心理教育プログラム
統合失調症の方へのSST
統合失調症家族の心理教育プログラム
発達障がい家族勉強会
発達障害のコミュニケーションスキルトレーニング
発達障害の心理教育プログラム
発達障害の方向けのSST
発達障害の方向けの認知行動療法プログラム
発達障害児(小学高学年から高校生)の親向け心理教育プログラム
発達障害者のコミュニケーションサポートプログラム
発達障害者向けコミュニケーションプロセス多摩総CES(Communication Enhancement Session)
頻回自傷・未遂者家族教室
復職支援コース・WRAP(元気回復行動プラン)
復職支援コース・マインドフルネス
復職支援コース・学習プログラム(アサーティブコミュニケーション)
復職支援コース・学習プログラム(アンガーマネジメント)
復職支援コース・学習プログラム(セルフトークを考えてみよう)
復職支援コース・学習プログラム(思考記入)
復職支援コース・学習プログラム(自分を知る)
復職支援コース・気分の点数化
復職支援コース・合意形成
復職支援プログラム
物質使用障害治療プログラム
弁証法的行動療法
薬物・アルコール依存回復支援プログラム
薬物・アルコール依存症回復支援プログラム
薬物の問題で困っている人のための集団回復プログラム
薬物依存家族教室
薬物依存家族教室
薬物依存回復プログラム
薬物依存集団回復プログラム
薬物依存症の家族教室
薬物依存症家族教室
薬物依存症家族向け学習会(心理教育および分かち合い)
薬物依存症回復支援プログラム
薬物依存症回復支援研究会(ドラ研)
薬物依存症治療回復プログラム
薬物依存症者回復支援プログラム
薬物家族教室
薬物再乱用防止教育プログラム

薬物問題を持つ方の家族教室

薬物問題家族教室

様々な依存問題をもつ方の家族支援プログラム

4-15. 参加者の情報をどのような機関の担当者とどのような方法で共有しているか(自由記述)

*②と同じ。

*②と同じ。

・ダルクと情報交換。・医療機関と情報交換。・計画相談主催のサービス担当者会議に参加し、保健師と情報交換。

・講師と当日の事前打合せの際に情報共有。・講師の所属する医療機関・相談機関に紹介する時は、口頭や資料で情報提供。

・主治医に文書にて報告をしている。・必要に応じ、支援機関と電話で情報共有をしている。

・主治医に報告書を送っている(全参加者)。・地域支援者(訪看・生活支援センター・就労支援事業所等)とカンファレンスを行う(必要時)。

・主治医に報告書を送っている(全参加者)。・地域支援者(訪看・生活支援センター・就労支援事業所等)とカンファレンスを行う(必要時)。

・主治医に報告書を送っている(全参加者)。・地域支援者(訪看・生活支援センター・就労支援事業所等)とカンファレンスを行う(必要時)。

・主治医に報告書を送っている(全参加者)。・必要時、地域支援者とカンファレンスを行う。

・主治医へ定期的に文書にて報告している。・必要に応じ、参加者が通所する事業所等支援機関と電話で情報共有している。

・主治医へ報告書を送付。・医療、福祉の関係機関とカンファレンスを実施。

・就労継続支援A型、B型事業所、就労移行支援(定着含む)事業所、相談支援事業所のスタッフ及び必要に応じて主治医も含めたケア会議、モニタリングを実施している。・必要に応じて、デイケア担当医から主治医に情報を伝えている。

・就労継続支援A型、B型事業所、就労移行支援(定着含む)事業所、相談支援事業所のスタッフ及び必要に応じて主治医も含めたケア会議、モニタリングを実施している。・必要に応じて、デイケア担当医から主治医に情報を伝えている。

・年に1度主治医に報告書を送っている。・作業所、相談支援事業所、病院と電話やケース会議等で情報提供行っている。

・必要時、主治医への報告書に記載する(報告書は通所者全員に対し、作成・送付はしている)。・必要時、地域支援者とカンファレンスを行い、共有する。

①各区福祉保健センター(精神保健福祉担当sw、生活保護担当sw、保健師等)。②依存症回復支援施設へ、電話や報告書で共有している。

カルテに記載。

ケア会議への参加、電話連絡。

ケースワークが必要な場合に、本人了解のもと主治医等と電話または対面による情報共有を行う。

ケースワーク等で必要な場合、本人了解のもと、保健所スタッフと電話で情報共有する。

スタッフカンファレンスを行っている。

スタッフカンファレンスを行っている。

スタッフカンファレンスを行っている。

スタッフ間カンファレンス。

スタッフ内カンファレンス。

センター・ひきこもり支援ステーション・外部講師で参加状況を共有している。

センタースタッフのみで共有。

センタースタッフのみで共有。

センターの個人面談担当者を口頭にて情報共有。

センターの職員間での共有のみである。

センター内カンファレンスにて口頭での報告、施報告書の回覧を行っている。必要があれば主治医への電話等を行う。

デイケア更新時(6ヶ月おき)の主治医への報告書の中に内容を加えている。本人の関係機関担当者(職場保健師など)と口頭での情報共有を行っている。

ない。

なし

ひきこもり支援ステーションのケースレビュー等で参加状況の共有をしている。

ひきこもり地域支援センター、プログラムの初回と最終回にひきこもり地域支援センター職員が参加し、情報を共有。

ひきこもり地域支援センターを共同で運営しているNPO法人スタッフと、プログラム実施前にプログラム参加者の状況を共有し、プログラム実施後に振り返りを実施。

ファシリテーター(外部講師)と毎回終了時に振り返りを実施。

プログラムに助言者として参加してもらっている。回復施設スタッフ(当事者)とプログラム前の打ち合わせやプログラム終了後の振り返りでやっている。

プログラムを紹介して頂いた主治医に、報告書を送っている。

プログラム中は匿名参加としている。プログラム前後で回復者スタッフ(相模原ダルク職員)と参加状況について情報共有している。

マックやダルクなどと必要時電話などで情報交換をしている。

依存症者の入院先・通院先医療機関の主治医・相談員。

医療機関と随時情報共有している。

会の前後に、コーディネート後の公認心理師(外部雇用)とスタッフ(保健師)で、当日の参加者について紙面を用いてカンファレンスを実施している(事前にこれまでの参加状況、現在の状況共有、事後当日の発言様子、今後の対応について)。

各区福祉保健センター(精神保健福祉担当sw、生活保護担当sw、保健師等)への電話連絡やカンファレンスを行っている。

基本はセンターのみで共有。当市ひきこもり支援ステーション経由での利用のケースは、ケースレビュー等にて参加状況を共有している。

共催している障害福祉サービス事業所・保健所のスタッフとミーティングを行い、共有している。

共有していない。

共有していません。

共有なし。

共有なし。

共有なし。

共有なし。

共有なし。

熊本県精神保健福祉センターと電話やミーティング実施の際に情報共有している。*グループミーティングは県と共催で行っている。

熊本県精神保健福祉センターと電話や交流会実施時に情報共有している。*交流会は県と共催で行っている。

県・薬務課職員に報告書を送付している。

原則、参加者の情報を他機関と共有はしていない。

原則としてなし。

原則共有はしていない。

原則共有はしていない。

原則共有はしていない。関係機関(市町村・保護観察所等)からの紹介によりグループに参加した人や、本人の状況により地域支援が必要と思われる人については本人同意を得て電話等で市町村等に情報提供する。

原則共有はしていない。参加者本人の状況により地域支援が必要と思われる人については、本人同意を得て電話等で市町村に情報提供する。

原則行っていない。医療機関等、必要に応じ本人の同意がある場合に共有することはあるが、めったにない。

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

現在のところ行っていない。

個別担当者と事業担当者。文書とカンファレンス。

個別面接担当と事業担当でカンファレンスを実施。

講師とスタッフでプログラム終了後にミニカンファレンスを実施。

参加希望者が精神科通院中の場合、本人の了承を得て主治医から電話にて意見聴取し、参加の可否について検討している。

参加者がディケア(当センター)利用者のご家族の場合は、家族会の様子を主治医や支援者(作業所・相談支援事業所等)に情報提供を行っている。

参加者が継続相談している担当者と、必要時電話にて情報共有している。

参加者が継続相談をしている担当者(教育相談室、こころの健康センター)と必要時電話等で情報共有している。

参加者が継続相談をしている担当者(教育相談室、児童相談所等)と必要時電話等で情報共有している。

参加者が継続相談をしている担当者と必要時電話等で情報共有している。

参加者のかかりつけ医療機関・支援機関の担当者と事前ききとり。

参加者の関係機関・地域の家族会と必要時、電話にて連携する。

参加者の関係機関・地域の自助グループと必要時、電話にて連携する。

参加者の関係機関と必要時、電話でカンファレンス。

参加者情報は共有・開示していない。

参加前に保護観察所等から情報提供をいただくことはあるが、当センターのプログラム参加後はその様子を外部に情報提供することはない。

市・市社協・保健所の担当者とミーティング等により共有。

市町村・保健所のスタッフと情報交換を行っている。

市町村や保健所の担当職員と電話やひきこもりアセスメントシートで共有。

施設内の共有のとどまる事が大半。

実施していない。

主にはセンター内・デイケア担当スタッフ間でカンファレンスにより共有している。*②

主治医・会社の産業保健スタッフ・人事担当者でメールや電話で必要時やり取りをしている。求めがあれば、標準化リワークプログラム評価シートを作成し、提出している。

主治医がいる場合、診療情報提供書にて情報を提供。

主治医がいる場合、診療情報提供書にて情報を提供。

主治医がいる場合は、診療情報提供書にて情報提供。

主治医と連絡を取っている。担当保健師とカンファレンスを行っている。

主治医と連絡を取っている。担当保健師とカンファレンスを行っている。

主治医に修了報告書とBDI・HAM-Dのpre・postデータを送付。

主治医に修了報告書とBDI・HAM-Dのpre・postデータを送付。

主治医に修了報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送付している。

主治医に報告書を送付している。

主治医に報告書を送付している。

主治医に報告書を送付している。

主治医に報告書を送付する。

就労支援機関等と共有している。

所内で報告書により情報共有している。DARCスタッフとカンファレンスを行っている。

所内で報告書を回覧し、所内のスタッフとカンファレンスを作っている。

所内のスタッフとカンファレンスをしている。

所内の個別面接担当者と、随時カンファレンス。

所内医師及び係員へ記録を回覧。

所内医師及び係員へ記録を回覧。

所内個別担当者と事業担当者。文書とカンファレンス。

所内担当スタッフと個別相談担当スタッフとで実施後の振り返り。

紹介元(医療機関)とのカンファレンス。

情報共有はしていない。

他機関とは特になし。

他機関とは特になし。

他機関と共有はしていない。

他機関への共有は行っていない。

対象者の紹介元(保健所スタッフ等)とカンファレンスを実施。

担当する所内スタッフと協力を求めている保健所スタッフとで、参加者の状況を共有。必要であれば保健所での個別フォローにつなげる。

担当者とカルテや口頭での情報交換。

適宜、担当者とミニカンファレンスを行い、プログラム終了後に情報共有している。

当センタークリニック・デイケアへ通所している場合、主治医やスタッフと随時情報共有している。

当センター関係職員間及び必要時ケース会議で匿名による紙面で共有。日事例検討会でも匿名による紙面で共有。→会議終了後は紙面を回収。

当センター内で共有している。他機関とは共有していない。

当センタ内で共有している。他機関とは共有していない。

当プログラムを共同実施している県立病院のスタッフに、病院患者の家族分の報告書を送っている。

当プログラムを共同実施している県立病院のスタッフに、病院患者の家族分の報告書を送っている。

当市ひきこもり支援ステーションのケースレビューで、参加状況を共有している。

当市ひきこもり支援ステーション経由のケースは、同ステーションケースレビューにて参加状況を共有している。

当市ひきこもり支援ステーション利用ケースについては参加状況を共有している。

当所が主体的に情報共有する機会は特段ないが、ケースによっては関与している機関から情報提供の依頼があった際に適宜対応している(一例:保護観察所)。

匿名での参加も多く、必ずしも情報を把握できるわけではないが、終了後にスタッフ間で振り返りを行い、必要に応じて情報提供やフォローを行っている。また、報告書にて共有している。

匿名参加としており、申込人数や自死の時期等のみ総合支援センタースタッフと当日に情報共有している。

特になし。

特になし。

特になし。

特になし。
特になし。
特になし。
特になし。
特に共有は行っていない。
特に共有は行っていない。
特に行っていない。
特段、情報共有していない。
必要に応じて、お住まいの地域の担当保育士や各自助グループのメンバーとtelや来所持、依存症家族教室参加時に情報を共有している。
必要に応じて、社会福祉協議会等と電話や対面での情報交換。
必要に応じて、主治医等と情報共有している。
必要に応じて、主治医等と情報共有している。
必要に応じて、保健所や市町村のスタッフと口頭により情報共有。
必要に応じて相談支援センター・主治医・次に通うことになる機関等に行っている。
必要に応じて相談支援センター・主治医・次に通うことになる機関等に行っている。
必要に応じて相談支援センター・主治医・次に通うことになる機関等に行っている。
必要に応じて保健所のスタッフと電話連絡等で共有。
必要時、支援者(市役所職員・保護観察官・相談支援専門員)とカンファレンスや電話による情報共有を行っている。
必要時、当事者の主治医とオンライン面談(参加者の一部のみ)。
復職支援コース・気分の点数化と同様。
保健所からの参加がある場合は、担当者と共有を行う。
保健所からの参加がある場合は、担当者と共有を行う。
保健所のスタッフとミーティングにより共有。

保健所のスタッフとミーティングにより共有。

保健所の担当者と電話で情報共有を行っている。

保護観察官とのカンファレンスを行っている。

保護観察所、必要に応じて口頭で連絡。

保護観察所・児童相談所・お住まいの地域の担当保健師等とtelにて情報共有している。

保護観察所スタッフとの打ち合わせ。

保護観察所観察官・中間処遇施設支援員・救護施設相談員・B型作業所施設長・通院先医療機関相談員らと電話連絡。

報告書にて、スタッフ間で共有している。

報告書にて、スタッフ間で共有している。

本人が地域のひきこもり支援団体や就労支援団体等の利用を検討するタイミングで、見学に同行するなどを通じて共有している。

本人の了解を得た上で、医療機関や保健所等と書面や電話で情報共有を行っている。

本人の了解を得た上で、医療機関や保健所等と書面や電話で情報共有を行っている。

本人の了解を得た上で、保健所等と電話で情報共有を行っている。

本人の了解を得た上で、保健所等と電話で情報共有を行っている。

本人了解のもと、保健所との電話・対面による情報共有。

本人了解のもと必要に応じて、主治医(主に本人)や各保健所と情報共有。電話もしくは対面。

4-17. 集団精神療法に関する集団精神療法のプログラムで参考にした書籍・資料等(自由記述)

(添付なし)

(添付なし)

(薬物依存家族教室に同じ)

”令和4年度うつ病集団認知行動療法プログラムご案内”を同封。

「アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法CRAFT」(アスク・ヒューマン) 「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラムファシリテーター用マニュアル」(国立精神・神経医療研究センター)

「アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法CRAFT」(アスク・ヒューマン・ケア)

「アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法－CRAFT」吉田精次＋ASKテキストとして使用。

「うつを支援するための行動活性化練習帳」(創元社)

「楽しい子育てのためのペアレント・プログラム マニュアル」

「図解やさしくわかる認知行動療法」福井至著 ナツメ社 「こころが晴れるノート」大野裕著 創元社 「大人の自閉症スペクトラムのためのコミュニケーション・トレーニング・ワークブック」加藤進昌監修 星まり書店

「大人の自閉症スペクトラムのためのコミュニケーション・ワークブック」(星和書店)

『自分の「境界」がわかりますか?』(株)アスク・ヒューマンケア 『1日5分で親子関係が変わる! 育児が楽になる! PCITから学ぶ子育て』加茂登志子著 『CRFT ひきこもり家族支援ワークブック』境泉洋、野中俊介著

『親からはじまるひきこもり回復』

・SMARPP(作成責任者:松本俊彦) ・だるま〜ぶ(作成責任者:今村扶美、小林桜児、近藤あゆみ、松本俊彦) ・TAMARPP(作成責任者:近藤あゆみ) ・ARPPS(発行者:長野県精神保健福祉センター) ・GTMACKワークブック(発行者:久里浜医療センター) ◎チラシとテキストを同封します。

・TALKING BACK TO OCD(ジョン・S・マーチ他) ・強迫性障害に”NO”を言おう(ジョン・S・マーチ他著、訳・宍倉久里江)

・TALKING BACK TO OCD(ジョン・S・マーチ他) ・強迫性障害に”NO”を言おう(ジョン・S・マーチ他著、訳・宍倉久里江) ・CRAFTひきこもりの家族支援ワークブック(境泉洋)

・アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法(吉田精次＋ASK) ・CRAFTワークブック(国立精神・神経医療研究センター病院) ・薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム(国立精神・神経医療研究センター精神促進研究所)

・ギャンブル障害回復トレーニングプログラム(SAT-G): 島根県心と体の相談センター ・物質使用障害治療プログラム(SMARPP-24): 国立精神・神経医療研究センター

・当センター作成パンフレット ・ディスカバリー ・コンカレントプログラム

・物質使用障害治療プログラムSMARPP-16 ・相模原市精神保健福祉センター薬物再乱用防止プログラムFLOW

ART-Gちらし、テキスト添付。

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT、ASK書籍等

CRAFT、ASK書籍等

CRAFT。ひきこもりの家族支援ワークブック。

CRAFTひきこもりの家族支援ワークブック 編著：境泉洋。著：野中俊介、山本彩、平生尚之（金剛出版）

CRAFT薬物・アルコール依存症からの脱出。あなたの家族を治療につなげるために。吉田精次・境泉洋著

NCNP作成のSMARPP、肥前精神医療センター作成のSHARP。

NCNP薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム（家族のための心理教育プログラム）。NCNPのHPに掲載あり。

SAT-G

SAT-G

SAT-G

SAT-G

SAT-G（島根ギャンブル障害回復トレーニングプログラム）

SMARPP

SMARPP

SMARPP

SMARPP、SAT-G

SMARPP、SAT-G

SMARPP、物質使用障害治療プログラム、集団療法ワークブック

SMARPP・TAMARPP・OPEN・SAT-Gを参考に、当市独自のFLOWというテキストを作成し使用している。

SMARPP16

SMARPP16

SMARPP24

SMARPP-24

SMARPP24、女性のためのリカバリープログラムSERA

SMARPP-24物質使用障害治療プログラム（改訂版）金剛出版

SMARPP-24物質使用障害治療プログラム〔改訂版〕

SMARPP-24物質使用障害治療プログラムから抜粋して使用。

SMARPP一式

SMARPP物質使用障害治療プログラム集団療法ワークブック

SMARRP

SMARPP

SSTウォーミングアップ活動集（前田ケイ著）わかりやすいSSTステップガイド上下（A・Sベラック他）

Wilfred Ruprecht Bion「Experience in Groups」

あいるーぶ（テキストを同封）

アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法（吉田精次+ASK）CRAFTをテキストとして使用している。

アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法CRAFT

アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法—CRAFT(アスクヒューマンケア)

オフィス道具箱発行、元気回復行動プランWRAP

ギャンブル障害回復トレーニングプログラム(SAT-G)活用ガイドブック

ギャンブル障害回復トレーニングプログラム(SAT-G)活用ガイドブック(中央法規)

こうすればうまくいく、発達障害のペアレント・トレーニング実践マニュアル(中央法規)

こころのスキルアッププログラム 認知行動療法センター・大野裕 不安とうつの統一プロトコル(診断と治療社)

チラシ

チラシ

チラシ

チラシ、パワポ資料

チラシを同封します。

なし

なし

ひきこもりの家族支援ワークブックの一部。

リーフレット・冊子を同封します。

わかりやすいSSTステップガイド

依存症の人を治療に向かわせるCRAFTの本

依存症の人を治療に向かわせるCRAFTの本

家族のための心理教育プログラム

改訂第二版「CRAFTひきこもりの家族支援ワークブック」(境泉洋編著、野中俊介他著)をテキストとして使用している。年2回野中俊介氏のSVを受けている。

吉田精次+ASK「アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法—CRAFT」アスクヒューマンケア2014 ・吉田精次・境泉洋「CRAFT薬物・アルコール依存症からの脱出 あなたの家族を治療につなげるために」金剛出版2014 ©チラシとCRAFTテキストを同封します。

吉田精次先生のCRAFTに関する著書を参考にしている。

群馬県のHPIに、教室で使用するテキストを掲載しています。

現在、全面変更中につき、モジュール「処方薬・市販薬」のみ送付します。

行動変容なし。

自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引(自殺総合対策推進センター)

自閉症のすべてがわかる本(佐々木正美著)

昭和大学発達障害医療研究所編「発達障害専門プログラムワークブック」

障害者職業総合センター支援マニュアル(独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構)

心の傷を癒すカウンセリング366日(西尾和美)

他の不安対処プログラムに準ずる。

大人の自閉症スペクトラムのためのコミュニケーション・トレーニングワークブック。SSTウォーミングアップ活動集 前田ケイ著

長野県精神保健福祉センターの依存症治療・回復プログラムARPPS

島根県立精神保健福祉センターが作成した、ギャンブル障害回復トレーニングプログラム(SAT-O)テキスト及び活用ガイドブック

特になし。

特になし。

特になし。

特になし。

特になし。

特になし。

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター、支援マニュアル

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター、支援マニュアル「アンガコントロール支援」

発達障害専門プログラム(昭和大学)

別紙チラシ参照。

別紙チラシ参照。

別紙チラシ参照。

別紙チラシ参照。

別添参照(CRAFTの本2冊)

保険・医療・福祉・教育に生かす簡易型認知行動療法実践マニュアル 大野裕

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム、CRAFTワークブック(国立精神・神経医療研究センター病院) CRAFT書籍。

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム、国立精神・神経医療研究センター

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム。

全国の保健所における集団プログラム（集団精神療法） の実態と課題に関する全国調査

分担研究者：藤澤大介
慶應義塾大学医学部

研究趣旨：【目的】保健所における集団精神療法の実施状況、各施設のニーズや課題を明らかにするために全国調査を実施した。【対象】全国591カ所の保健所本所・支所【方法】郵送およびWebで集団プログラム（集団精神療法）の実施状況、ニーズや課題を調査。【結果・考察】249施設から回答を得た（回答率42.1%）。うち53施設（21.3%）が自施設で集団精神療法を実施し、他施設への紹介や連携を97施設（39.0%）で行っていた。自施設で集団精神療法を実施していない196件の理由は、「集団精神療法は必要と思うが、（近隣の医療機関に紹介できるなど）自施設では必要ない」が114件（58.2%）と最も多く、次いで、「集団精神療法を実施できると良いと思うが、諸般の理由で実施を見合わせている」が58件（29.6%）、「保健所の役割として、集団精神療法は必要と思わない」が54件（27.6%）であった。自施設での実施を見合わせている理由には、「職員の人数」58件中37件（63.8%）、「スキルをもった職員の不在」36件（62.1%）、「職員が集団精神療法に従事する時間がない」32件（55.2%）など、人的な要素が中心にあげられた。

一施設あたりの実施プログラム数の中央値は1（幅0~4）、実施時間の中央値は120分、セッション数の中央値は4回であった。実施頻度は毎週・各週以外がほとんど（90.5%）であり、単発のプログラムを断続的に実施している様相に近いと推測された。特定の精神疾患を対象とする施設が30施設（55.6%）で、内訳は、アルコール依存症12件（40.0%）、統合失調症および精神病性障害10件（33.3%）行動嗜癖7件（23.3%）の順に多かった。特定の悩みや問題を持つ利用者を対象とする施設が38件（71%）で、内訳は、「ひきこもり」が24件（63.2%）と最も多く、ついで、遺族ケア5件（13.2%）、不登校3件（7.9%）であった。集団精神療法の目的は「知識の向上」が最も多く（約75%）、次いで、「自己の振り返り」「居場所づくり」「ピアサポート」がそれぞれ40-50%程度であった。多いアプローチは心理教育29件（39.2%）、家族療法26件（35.1%）、認知行動療法11件（14.9%）であった。家族のみを対象とするプログラムが58件（78.4%）と多かった。集団精神療法の実施に関わるスタッフ数の中央値2人で、職種は保健師（87.8%）と精神保健福祉士（50.0%）が多かった。導入時のアセスメントの実施は約半数（52.7%）、プログラム中の評価（効果測定）は約70%であった。

自施設の精神療法が「充足している」と回答した施設は17%にとどまった。課題としては、「参加者が少ない」が最多（65.1%）で、ついで、「プログラムの内容（質）」「種類が少ない」であった。

本邦で集団精神療法を促進・普及する上の課題や提案としては、オンラインの活用により自宅から参加できるようにすること、広報誌などでの周知の促進、集団精神療法が有益であることの周知、人材育成などがあげられた。

研究協力者

内田勝彦（大分東部保健所長、全国保健所長会会長）、清古愛弓（葛飾区保健所長、全国保健所長会副会長）、田島美幸、田村法子、近藤裕美子、原祐子（以上：慶應義塾大学医学部）

A. 研究目的

集団精神療法とは、「言葉によるやりとりや自己表現の手法等により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状や問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法」である。国内外の臨床試験では、集団精神療法の治療効果が実証されており、1994年以降、本邦においても診療報酬上の評価の対象となっている。しかし、本邦で実施されている集団精神療法は、対象（診断や病態）、実施の目的、実施形態（時間・回数・提供方法など）、内容が混在しており、その実態や質は不明確である。

本研究班では、2021年度に全国の精神科医療機関 3,734 施設を対象に全国調査を行い、回答した施設の中で、集団精神療法を実施している施設が 201 件（27.6%）と 3 割程度であるという実態を明らかにした。

本年度は、行政機関（精神保健福祉センターおよび保健所）における集団プログラム（集団精神療法）の施行実態や課題を調査することを目的とした。本報告書は、全国の保健所に関する調査報告である。

B. 研究方法

1. 調査対象

全国 591 カ所の保健所本所・支所（都道

府県型保健所 413 施設、政令指定都市型保健所 88 施設、中核市型保健所 62 施設、その他政令市 5 施設、特別区保健所 23 施設）を調査対象とした。

2. 調査方法

全国保健所長会の了承を得て、各保健所長宛に、本研究の趣旨を説明した送付状、調査票、返信用封筒を郵送し、保健所での集団プログラム（集団精神療法）の実施状況に詳しい者に回答を依頼した。アンケートは匿名で回答を持って本研究に同意とみなした。2022年12月16日に調査票を郵送発送し、2023年1月末日までに回答された調査票を対象とした。

3. 調査項目

主な調査項目は、施設特性（地域、設置主体、種別；本所・支所、所轄人口区分、職員数）、集団プログラム（集団精神療法）の実施の有無、実施している場合にはその実態（実施形態、実施対象、アプローチ方法、アセスメントの有無や方法、利用料算定の方法）、集団精神療法の充足度、集団精神療法に関する課題、であった。

4. 集団精神療法の定義

本調査では、集団精神療法を「言葉によるやりとりや自己表現の手法等により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係の修得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法」と定義した。また、「依存症集団回復プログラムや SST、家族教室なども集団精神療法に含みます。当事

者だけでなく、家族等を対象にしたものも含まれます。一方、作業を主体とするプログラム（例：レクリエーション、運動、料理、園芸など）は含みません。デイケアなどで複数のプログラムがある中に、上記の定義に合致する集団精神療法が含まれる場合は「実施している」とお考え下さい。本アンケートでは、デイケア等の通所や相談にきた当事者や家族を「利用者」と呼びます。単なる手帳の申請等手続きのための利用は含みません。」という注釈をつけた。

（倫理面への配慮）

慶應義塾大学医学部研究倫理委員会の承認（No.20211076）を得て実施した。

C. 研究結果

1) 回答施設の属性

回答数は 249 件（回収率 42.1%）であった。

回答施設の内訳は、関東・甲信越地方が 56 カ所（22.5%）で最も多く、続いて九州が 42 カ所（16.9%）、東海北陸が 39 カ所（15.7%）、中国・四国が 32 カ所（12.9%）、近畿が 31 カ所（12.4%）、東北が 23 カ所（9.2%）、北海道が 18 カ所（7.2%）、東京が 8 カ所（3.2%）であった（表 1-1）。設置主体別では、都道府県が 193 カ所（77.5%）、中核市が 30 カ所（12.0%）、政令指定都市が 17 カ所（6.8%）、特別区が 6 カ所（2.4%）、その他の政令市が 3 カ所（1.2%）であった（表 1-2）。所轄人口区分は、50 万人未満が 227 カ所（91.2%）、50 万人以上～100 万人未満が 18 カ所（7.2%）、100 万人以上～150 万人未満および 200 万人以上が各 2 カ所（0.8%）であった（表 1-4）。

2) 集団精神療法に関する状況

集団精神療法に関して、保健所が自施設で実施していること（複数回答）としては、「いずれも実施していない」が 99 件（39.8%）と最も多く、「適応のある利用者への集団精神療法の紹介や連携」が 97 件（39.0%）、「自施設での集団精神療法の実施」が 53 件（21.3%）、「その他」が 20 件（8.0%）、「集団精神療法に関するスタッフ研修の実施」が 2 カ所（0.8%）、「精神科デイケアでの就労支援に関する連絡会の実施」が 1 カ所（0.4%）であった（表 2-2）。

3) 集団精神療法の実施の有無

集団精神療法の実施の有無は表 2-3 の通りで、集団精神療法の「実施あり」は 53 カ所（21.3%）、「実施なし」は 196 カ所（78.7%）であった。「実施あり」の回答施設の内訳は、関東・甲信越では 12 カ所（21.4%）、近畿が 10 カ所（32.3%）、中国・四国が 7 カ所（21.9%）、東海北陸が 7 カ所（17.9%）、九州が 6 カ所（14.3%）、東北が 5 カ所（21.7%）、北海道が 4 カ所（22.2%）、東京が 2 カ所（25%）であった。設置主体別、所轄人口区分別の内訳は表 2-3 の通りであった。

4) 集団精神療法の実施がない理由

「集団精神療法の実施なし」と回答した 196 施設にその理由を尋ねた（複数回答）（表 2-4）。「集団精神療法は必要と思うが、当施設では必要ない（近隣の医療機関に紹介できるなど）」が 114 件（58.2%）、「集団精神療法を実施できると良いと思うが、諸処の理由で実施を見合わせている」が 58 件（29.6%）、「保健所の役割として、集団精神

療法は必要と思わない」が 54 件 (27.6%)、「現在は行っていないが、実行する計画がある」が 1 件 (0.5%) であった。集団精神療法の実施を見合わせている「諸般の理由」の内訳 (複数回答、表 2-5) は、「職員の人数が足りない」が 37 件 (63.8%)、「集団精神療法のスキルを持った職員がいない」が 36 件 (62.1%)、「職員が集団精神療法に従事する時間がない」が 32 件 (55.2%)、「利用者のニーズがない」が 18 件 (31.0%)、「場所・スペースの問題」が 11 件 (19.0%)、「実施にかかる労力・コストが報酬に見合わない」が 9 件 (15.5%)、「施設の方針にそぐわない」と「法令・診療報酬上の理由」が各 2 件 (3.4%) であった。エリア別、設置主体別、所轄人口区分別の内訳は表 2-5 の通りである。

5) 集団精神療法の実施状況

「集団精神療法の実施あり」と回答した 53 施設の 74 プログラムに関して、実態を尋ねた。

①実施形態

1 施設あたりの平均プログラム数は 1.4 (SD=0.7) 種類で、中央値は 1 種類であった。その内訳は東京が 2.5 (SD=0.7) 種類、東北で 2.2 (SD=1.3) 種類、九州が 1.7 (SD=0.5) 種類、東海北陸が 1.4 (SD=0.8) 種類等であった (表 3-2)。平均実施時間は 102.0 分 (SD=20.6)、中央値は 120 分、平均セッション回数は 5.2 回 (SD=3.6)、中央値は 4 回であった (表 4-6)。プログラムの実施頻度は、隔週が 5 件 (6.8%)、毎週が 1 件 (1.4%)、「その他」が 67 件 (90.5%) であった (表 4-9)。

オープン形式で実施している施設が 33

件 (44.6%)、セミクローズド形式が 29 件 (39.2%)、クローズド形式が 12 件 (16.2%) であった (表 4-8)。

②実施対象

集団精神療法の平均参加者数は 6.0 人 (SD=4.2) であった。集団精神療法の対象は、「特定の精神疾患を有している方」が 30 件 (40.5%)、「特定の悩みや問題を有している方」が 38 件 (51.4%)、「その他」が 19 件 (25.7%) であった。

特定の精神疾患を有している方を対象としているプログラムの対象疾患の内訳 (表 4-3) は、アルコール依存症 12 件 (40.0%)、統合失調症および精神病性障害が 10 件 (33.3%)、行動嗜癖 (「その他の嗜癖 (ギャンブル、ゲーム障害など)」) が 7 件 (23.3%) の順に多かった (複数回答、表 4-3)。

対象とする悩みや問題の内訳 (表 4-4) は、「ひきこもり」が 24 件 (63.2%) と最も多く、ついで、遺族ケア 5 件 (13.2%)、不登校 3 件 (7.9%) であった。

参加者の内訳は家族のみが 58 件 (78.4%)、当事者のみが 10 件 (13.5%)、当事者と家族が 5 件 (6.8%) であった (表 4-5)。

③実施に関わるスタッフ数

集団精神療法の平均スタッフ数は 2.9 人 (SD=1.6)、中央値 2 人であった。スタッフの内訳は「保健師」が 65 人 (87.8%)、「精神保健福祉士」が 37 人 (50.0%)、「公認心理師」と「その他」が各 17 名 (23.0%)、「医師」が 16 人 (21.6%)、「作業療法士」と「看護師」が各 5 人 (6.8%) であった (表 4-7)。

④ 集団精神療法の目的

集団精神療法の目的（複数回答）は、「知識の向上（心理教育）」が 56 件（75.7%）、「ピアサポート」が 38 件（51.4%）、「自己の振り返り」が 37 件（50.0%）、「居場所づくり」が 31 件（41.9%）、「その他」が 21 件（28.4%）、「社会場面の提供」が 10 件（13.5%）、「症状改善」が 8 件（10.8%）、「社会スキルの向上」と「一般診療の補完」が各 4 件（5.4%）、「機能向上・QOL の向上」が 1 件（1.4%）等であった（表 4-10）。

⑤ アプローチ方法

集団精神療法で用いるアプローチ方法は、「心理教育」が 29 件（39.2%）、「家族療法」が 26 件（35.1%）、「その他」が 16 件（21.6%）、「認知行動療法」が 11 件（14.9%）、「社会生活スキルトレーニング（SST）」が 5 件（6.8%）等であった（複数回答、表 4-13）。

⑥ 導入時のアセスメントおよび効果測定

導入時のアセスメントの実施を行っているのは 39 件（52.7%）で、具体的な方法は「スタッフによるカンファレンス」が 31 件（79.5%）、「医師の見立て」が 3 件（7.7%）であった（表 4-12）。プログラム実施中の参加者の評価（効果測定）については、「面接やアンケートにより定期的に実施している」が 35 件（47.3%）、「スタッフによるカンファレンス」が 30 件（40.5%）、「行っていない、必要な時のみ行っている」が 20 件（27.0%）、「標準化された尺度を使用して定期的に実施している」が 3 件（4.1%）、「医師の診察で定期的に評価している」が 1 件（1.4%）であった（表 4-14）。

⑦ 利用料の算定方法

利用料の算定方法は、「無料」が 71 件（95.9%）であった（表 4-16）。

6) 集団精神療法の運営に関する COVID-19 の影響

集団精神療法の運営に関する COVID-19 の影響は、「一時的に影響したが現在はコロナ禍前の状況に復帰した」が 28 件（52.8%）、「現在も影響を受けている」が 24 件（45.3%）であった（表 3-4）。

「現在も影響を受けている」「一時的に影響したが」というような影響があったかに関する内訳は、「集団精神療法を中止した」が 39 件（75.0%）、「プログラムの数を減らした」が 15 件（28.8%）、「参加を辞退する人が増えた」が 11 件（21.2%）、「その他」が 7 件（13.5%）、「プログラムの参加人数を減らした」が 6 件（11.5%）、「オンラインで行うようにした」が 1 件（1.9%）等であった（表 3-5）。

7) 自施設における集団精神療法の充足度

自施設の集団精神療法は「どちらかというと充足していない」が 24 件（43.4%）、「どちらかというと充足している」が 13 件（24.5%）、「充足している」が 9 件（17.0%）、「充足していない」が 7 件（13.2%）であった（表 3-6）。

8) 自施設における集団精神療法の課題

自施設の集団精神療法実施に関する課題としては、「集団精神療法のスキルを持った職員がいない」が 23 件（43.4%）、「職員の人数が足りない」が 19 件（35.8%）、「職員

が集団精神療法に従事する時間がない」が18件(34.0%)、「参加を希望する人の一部にしか提供できていない」が10件(18.9%)、「利用者のニーズがない」と「その他」が各8件(15.1%)、「場所やスペースが足りない」が7件(13.2%)等であった(複数回答、表3-8)。

9) 集団精神療法の促進・普及のための課題と提案

本邦で集団精神療法を促進・普及する上での課題としては、集団精神療法の適応に関するアセスメント力の育成、研修の機会の不足、精神科医療との連携、実施機関のインセンティブの必要性、人材の育成、プログラムの周知、患者・家族の偏見、SNSの普及により集団精神療法の開催の必要度が減っていることなどがあげられた。

促進・普及で有益と思われることには、オンライン化、民間団体の活用、福祉施設などでの実施に診療報酬加算をつけること、などがあげられた(表2-6、3-10)。

D. 考察

全国の保健所を対象に集団精神療法の実態調査を行った。

自施設で集団精神療法を実施している施設は21.3%であり、「集団精神療法の適応のある利用者の他施設への紹介・連携」を行っている施設が31.0%と最も多かった。

自施設で集団精神療法を実施していない事情で最も多かったのは、「集団精神療法は必要と思うが、当施設では必要ない(近隣の医療機関に紹介できるなど)」(58.2%)であり、「保健所の役割として、集団精神療法は必要と思わない」も27.6%あり、保健所に

おいて集団精神療法を実施する必要がないと考えている施設が少なくないことが分かった。

一方で、「集団精神療法を実施できると良いと思うが、諸般の事情で実施を見合わせている」施設が29.6%あり、「諸般の理由」の内訳は、「職員の人数が足りない」

(63.8%)、「集団精神療法のスキルを持った職員がいない」(62.1%)、「職員が集団精神療法に従事する時間がない」(55.2%)と、スタッフの不足と教育の課題が中心であった。

実施プログラム数は中央値が1種類、最大でも4種類であり、プログラムの種類は多くなかった。

実施時間の中央値は120分、実施頻度の最頻値は毎週、セッション数の中央値は4回であるが、実施頻度は毎週・各週以外がほとんど(90.5%)であり、継続的に参加者に働きかけるものというよりは、単発のプログラムを断続的に実施している様相に近いと推測された。

約40%のプログラムが特定の精神疾患を対象としており、アルコール依存症、統合失調症および精神病性障害、行動嗜癖、の順に多かった。

約半数の施設が、特定の悩みや問題を持つ利用者を対象としており、ひきこもりが最も多く(63.2%)、次の遺族ケア(13.2%)に大きく水をあけていた。家族のみのプログラムが多かった点も着目される。

集団精神療法の目的は「知識の向上」が約4分の3を占めたが、その他、「自己の振り返り」「ピアサポート」「居場所づくり」など多様であった。

用いるアプローチは心理教育と家族療法

がそれぞれ 30%超と多かった。

導入時のアセスメントの実施率は約半数であった。

自施設の精神療法の充足度は、「充足している」「どちらかというと充足している」を合わせても過半数であった。課題の最上位は「スキルを持った職員がいない」であった。「職員の人数が足りない」「従事する時間がない」など、人不足に関する回答もそれぞれ 3 分の 1 程度を占めていた。

本邦で集団精神療法を促進・普及する上での課題としては、集団精神療法の適応に関するアセスメント力の育成、研修の機会の不足、精神科医療との連携、実施機関のインセンティブの必要性、人材の育成、プログラムの周知、患者・家族の偏見、SNS の普及により集団精神療法の開催の必要度が減っていることなどがあげられた。

促進・普及で有益と思われることには、オンライン化、民間団体の活用、福祉施設などでの実施に診療報酬加算をつけること、などがあげられた。

約半数の施設が、調査時点でも COVID-19 の影響を受けて、プログラムの中止や削減を行っていた。

E. 結論

全国の精神保健福祉センターを対象とした、集団精神療法に関する実態調査が行われ、実施率、内容、課題が明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Uneno Y, Kotera Y, Fujisawa D, Kataoka Y, Kosugi K, Murata N, Kessoku T, Ozaki A, Miyatake H, Muto M. Development of a novel self-

COMPAssion focused online psyChoTherapy for bereaved informal caregivers: the COMPACT feasibility trial protocol.2022;12:e067187.

doi:10.1136/bmjopen-2022-067187

- 2) Koda R, Fujisawa D, Kawaguchi M, Kasai H. Experience of application of the Meaning-centered Psychotherapy to Japanese bereaved family of patients with cancer – a mixed-method study. Palliative and Supportive Care 2022 Dec 9:1-9. doi: 10.1017/S147895152200150X.
- 3) Tamura NT, Shikimoto R, Nagashima K, Sato Y, Nakagawa A, Irie S, Iwashita S, Mimura M, Fujisawa D. Group multi-component programme based on cognitive behavioural therapy and positive psychology for family caregivers of people with dementia: a randomised controlled study (3C study). Psychogeriatrics, 23(1):141-156, 2023. doi: 10.1111/psyg.12919.
- 4) 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。本邦における集団精神療法の現状と展望。最新精神医学 28(3), 2023 (印刷中)
- 5) 藤澤大介。認知行動療法と治療同盟。精神科 43(2) (印刷中)
- 6) 藤澤大介。医療従事者のもえつき・ストレス軽減のためのマインドフルネス

- とコンパッションにもとづいたプログラム. 精神科治療学 38(1), 87-92, 2023
- 7) 藤澤大介. 老年期のメンタルヘルス—人生 100 年時代のこころの健康を守る: 認知行動療法. カレントセラピー 41(1), 41-45, 2023
- 8) 田島美幸, 原祐子, 重枝裕子, 石橋広樹, 吉岡直美, 鈴木齋絵, 藤澤大介. COVID-19 禍における認知症の家族介護者を対象とした集団認知行動療法プログラムの実践の工夫と効果検討. 老年精神医学雑誌 33(7), 703-713, 2022
- 9) 佐渡充洋, 二宮朗, 朴順禮, 田中智里, 小杉哲平, 田村法子, 永岡麻貴, 山田成志, 藤澤大介. 精神科医療およびメンタルヘルスにおけるマインドフルネス療法の意義と未来—日本における現状と課題を中心に—. 心理学評論 (Japanese Psychological Review) 64 (4), 555-578, 2022
- 10) 平島奈津子, 井原裕, 信田さよ子, 藤澤大介. こころの臨床現場からの発信 "いま"をとらえ、精神療法の可能性を探る. 精神療法増刊 9 号, 228-245, 2022
- 11) 藤澤大介, 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 大嶋伸雄, 岡島美朗, 岡田佳詠, 菊地俊暁, 耕野敏樹, 佐藤泰憲, 高橋章郎, 中川敦夫, 中島美鈴, 山市貴和子, 吉永尚紀, 大野裕. 本邦における集団精神療法の現状と課題. 精神療法増刊 9 号, 98-103, 2022
- 12) 田中智里, 藤澤大介. 慢性疼痛に対する認知行動療法. 精神科 40, 533-538, 2022
- 13) 藤澤大介. 認知療法・認知行動療法と公認心理師の診療報酬. 公認心理師 2, 37-40, 2022
- 14) 藤澤大介, 朴順禮, 佐藤寧子. レジリエンスと思いやりを構築するマインドフルネス・プログラム (MaHALO プログラム). ホスピス緩和ケア白書 56-60, 2022
- ## 2. 学会発表
- 1) 藤澤大介. 認知行動療法 14 の基本原則. 近畿認知行動療法研究会 (オンライン) 2022 年 10 月
- 2) 藤澤大介. 身体疾患の患者さんへの精神療法: 認知行動療法、マインドフルネス、そして人生の意味. 第 35 回日本総合病院精神医学会総会 (東京) 2022 年 10 月
- 3) 田村法子, 色本涼, 長島健吾, 佐藤泰憲, 中川敦夫, 三村将, 藤澤大介. 認知症家族介護者の心理的負担に対する集団複合的介入プログラムの効果研究 (3C study). 第 41 回日本認知症学会学術集会・第 36 回日本老年精神医学会. (東京) 2022 年 11 月
- 4) 藤澤大介, 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 菊地俊暁, 中川敦夫, 大野裕. 本邦における認知行動療法の実施状況: 全国医療機関調査より, 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会 (東京) 2022 年 11 月
- 5) 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, 藤澤大介. 集団精神療法の実態と課題に関する全国調査. 第 19 回日本うつ病学会総会. (大分) 2022 年 7 月
- 6) 藤澤大介. わが国における認知行動療法の現状の課題と今後の展開 個人・集団認知行動療法の均てん化に向けたマニ

ュアル整備. 第 118 回日本精神神経学会学術総会, (福岡) 2022 年 6 月

- 7) 藤澤大介. 致命的疾患で死にゆく患者の精神的な苦痛/苦悩の緩和に精神科医は貢献できるか? 生きる意味と Meaning-centered psychotherapy. 第 118 回日本精神神経学会学術総会 (福岡) 2022 年 6 月

3. 書籍

- 1) 藤澤大介. 精神療法. (鬼塚俊明、橋本亮太編) 精神医学領域の論文を読みこなすキーワード 100! pp.126-127. 新興医学出版社 2022 年
- 2) 藤澤大介. コンサルテーション・リエゾンの基本. 精神科レジデントマニュアル (医学書院) 東京 2022 年
- 3) 藤澤大介. 身体疾患の精神症状の評価と対応. 精神科レジデントマニュアル (医学書院) 東京 2022 年
- 4) 藤澤大介. 白波瀬丈一郎. 精神療法. 精神科レジデントマニュアル (医学書院) 東京 2022 年

G. 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

本調査にご協力いただいた全国の保健所の皆さまに深く感謝申し上げます。

令和3・4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）

集団プログラムに関するアンケート

調査用紙

- ・質問紙は1～4ページまであります。
- ・選択肢のあるものは、あてはまる数字に○をつけてください。
- ・（ ）には、回答となる数や言葉をお書きください。
- ・その他、ご不明な点等ございましたら、下記、問い合わせ先までご連絡ください。

この調査票は、全国の保健所本所・支所あてにお送りしています。

（都道府県型の本所352ヶ所・支所61ヶ所、政令指定都市型の本所26ヶ所・支所62ヶ所、中核市型の本所62ヶ所、
その他政令市の本所5ヶ所、特別区の本所23ヶ所）

本所の方は本所管轄、支所の方は支所管轄を包括してご回答ください。

【調査実施主体】 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」研究班

【研究代表者】 慶應義塾大学医学部医療安全管理部／精神神経科 藤澤 大介

【問い合わせ先】

〒160-8582東京都新宿区信濃町35

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

メール grouptherapyresearch@gmail.com / 電話 03-5363-3971（平日10～16時）

担当者：田島 美幸（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室特任講師）

I. 貴施設について教えてください（結果は統計的に処理を行い、施設が特定されないように配慮いたします）。

① 地域*	1. 北海道 2. 東北 3. 関東甲信越 4. 東京 5. 東海北陸 6. 近畿 7. 中国・四国 8. 九州				
	*厚生労働省のホームページ・保健所管轄区域案内に準拠しております。				
② 設置主体	1. 都道府県	2. 政令指定都市	3. 中核市	4. その他政令市	5. 特別区
③ 種別	1. 本所		2. 支所		
④ 所管人口区分	a. 50万人未満	b. 50万人以上～100万人未満		c. 100万人以上～150万人未満	
	d. 150万人以上～200万人未満		e. 200万人以上		
⑤ 職員数	医師	常勤（	名）	非常勤*（	名）
	保健師	常勤（	名）	非常勤*（	名）
	看護師	常勤（	名）	非常勤*（	名）
	心理職**	常勤（	名）	非常勤*（	名）
	福祉職**	常勤（	名）	非常勤*（	名）
					*会計年度職員や謝礼による講師等を含みます
					**国家資格の有無を問いません

II. 集団精神療法に関する貴施設（管轄する下部施設も含みます）の実態をおうかがいします。

【本アンケートにおける集団精神療法の定義】

本アンケートでは、集団プログラムの中の「集団精神療法」についてお伺いします。ここでいう集団精神療法は「言葉によるやりとりや自己表現の手法等により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係の修得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法」を指します。依存症集団回復プログラムやSST、家族教室なども集団精神療法に含まれます。当事者だけでなく、家族等を対象にしたものも含まれます。一方、作業を主体とするプログラム（例：レクリエーション、運動、料理、園芸など）は含みません。デイケアなどで複数のプログラムがある中に、上記の定義に合致する集団精神療法が含まれる場合は「実施している」とお考え下さい。

- ・ 集団精神療法の該当例：依存症集団回復プログラム、SST、家族教室や家族向けの精神疾患集団教育プログラム（複数回で実施しているもの）など
- ・ 集団精神療法の非該当例：作業を主体とするプログラム（レクリエーション、運動、料理、園芸など）、単回の講演会や単回の家族教室など

【本アンケートにおける利用者の定義】

本アンケートでは、デイケア等の通所や相談に来院した当事者や家族を「利用者」と呼びます。単なる手帳の申請等手続きのための利用は含みません。

① 貴施設来所利用者(当事者および家族、単回相談も含む)のうち、集団精神療法が役立つと考えられる割合はどのくらいですか？

- a. 1%未満 b. 1～10% c. 11～20% d. 21～30% e. 31～40% f. 41～50%
- g. 51～60% h. 61～70% i. 71～80% j. 81～90% k. 91～100%

② 集団精神療法に関して、貴施設で実施していることをお聞かせ下さい。（複数回答可）

1. 自施設での集団精神療法の実施
2. 集団精神療法に関するスタッフ研修の実施
3. 精神科デイケアでの就労支援に関する連絡会
4. 適応のある利用者への集団精神療法の紹介や連携
5. その他（

「1. 自施設での集団精神療法の実施」がある場合には、次ページの Ⅲ. にお進みください

「1. 自施設での集団精神療法の実施」がない場合には、次問③にお進みください

③ 貴施設で集団精神療法を行っていない理由をお聞かせください。（複数回答可）

1. 保健所の役割として、集団精神療法は必要と思わない
2. 集団精神療法は必要と思うが、当施設では必要ない（近隣の医療機関に紹介できるなど）
3. 集団精神療法を実施できると良いと思うが、諸処の理由で実施を見合わせている（次問④にお進みください）
4. 現在は行っていないが、実施する計画がある

④ 上記③で「3.諸処の理由で実施を見合わせている」とお答えの場合、理由をお聞かせください。（複数回答可）

1. 場所・スペースの問題
2. 職員の人数が足りない
3. 集団精神療法のスキルを持った職員がいない
4. 職員が集団精神療法に従事する時間がない
5. 実施にかかる労力・コストが報酬に見合わない
6. 利用者のニーズがない
7. 施設の方針にそぐわない
8. 法令・診療報酬上の理由（具体的に：
9. その他（

⑤ わが国での集団精神療法に関するご意見や、課題と考えることがありましたら、お聞かせください。

* 貴施設で集団精神療法を実施していない場合、アンケートはここまでです。同封の封筒でご返送ください。ありがとうございました。

* 貴施設（管轄する下部施設も含みます）で集団精神療法を実施している場合は、以下の質問にもご回答ください。

III. 集団精神療法に関する貴施設（管轄する下部施設も含みます）の実態をおうかがいします。

① 今年度の貴施設の来所利用者(当事者および家族、単回の相談なども含む)のうち、集団精神療法を受けている方の割合はおおよそどのくらいですか？(見込みも含む)

- a. 1%未満 b. 1~10% c. 11~20% d. 21~30% e. 31~40% f. 41~50%
g. 51~60% h. 61~70% i. 71~80% j. 81~90% k. 91~100%

② 何種類の集団精神療法プログラムを行っていますか？（同一内容を複数曜日に行っている場合などは1種類と回答ください）

() 種類

*精神科デイケアの中などで複数の集団精神療法を行っている場合は、それぞれについてお答えください。
(例：デイケアで、心理教育の集団プログラム、認知行動療法の集団プログラムを行っている場合は2種類と回答)

③ 貴施設のスタッフは以下のアプローチについて、集団療法の研修を受けたことがありますか？

受けたことがあるものに○をつけてください。（複数回答可）

1. 認知行動療法 2. アクセプト・タンス・コミットメント・セラピー（ACT） 3. マインドフルネス心理療法
4. 力動的心理療法 5. 心理教育 6. 回想法
7. 内観療法 8. 家族療法 9. 森田療法
10. 社会生活スキルトレーニング（SST） 11. その他（ ）

④ 新型コロナウイルスの流行は集団精神療法の実施に影響しましたか？

1. 現在も影響を受けている 2. 一時的に影響したが現在はコロナ禍前の状態に復帰した 3. 影響はしていない

⑤ 上記④で「1. 現在も影響を受けている」と「2. 一時的に影響した…」に回答した場合、どのような影響がありましたか？（複数回答可）

1. 集団精神療法を中止した 2. プログラムの数を減らした
3. プログラムの参加人数を減らした 4. スタッフの参加人数を減らした
5. オンラインで行うようにした 6. 参加を辞退する人が増えた
7. その他（ ）

IV. 集団精神療法に関する貴施設（管轄する下部施設も含みます）の認識をおうかがいします。

① 現在、貴施設の集団精神療法について、充足していると感じますか？次の設問②の内容などを参考に総合的にご回答下さい。

1. 充足している 2. どちらかという充足している
3. どちらかという充足していない 4. 充足していない

② 上記①で「1. 充足している」以外にお答えの場合、どのような理由によりますか？（複数回答可）

1. プログラムの種類が少ない 2. プログラムの数が少ない
3. プログラムの内容（質）の問題 4. 場所・スペースの問題
5. 参加者が少ない 6. 参加を希望する人の一部にしか提供できていない
7. その他（ ）

③ 集団精神療法に関する貴施設の課題として、当てはまるものを選んでください。（複数回答可）

1. 場所・スペースの問題 2. 職員の人数が足りない
3. 集団精神療法のスキルを持った職員がいない 4. 職員が集団精神療法に従事する時間がない
5. 実施にかかる労力・コストが報酬に見合わない 6. 利用者のニーズがない
7. 施設の方針にそぐわない 8. 参加を希望する人の一部にしか提供できていない
9. 法令・診療報酬上の問題（具体的に： ）
10. その他（ ）

④ 貴施設で実施している集団精神療法について、この10年間のプログラム数や種類の変化があれば、教えてください。

⑤ わが国で集団精神療法を促進・普及する上で有益と思われることや、課題と思われることをお聞かせください。

⑫ プログラムの参加の可否に関するアセスメントを行っていますか？

1. 実施している 【方法⇒ ①心理検査 ②医師の見立て ③スタッフによるカンファレンス ④その他（ ）】

2. 実施していない

⑬ どのようなアプローチの集団精神療法を行っていますか？

1. 認知行動療法
2. アクセプタンス・コミットメント・セラピー (ACT)
3. マインドフルネス心理療法
4. 力動的心理療法
5. 心理教育
6. 回想法
7. 内観療法
8. 家族療法
9. 森田療法
10. 社会生活スキルトレーニング (SST)
11. その他（ ）

⑭ プログラムでは、参加者の評価（効果測定）を行っていますか？ 【複数回答可】

1. 標準化された尺度を使用して定期的に行っている
2. 面接やアンケートにより定期的に行っている
3. 医師の診察で定期的の評価している
4. 行っていない、必要時のみ行っている
5. スタッフのカンファレンス
6. その他（ ）

⑮ 参加者の情報を、どのような機関の担当者と、どのような方法で共有していますか？（例：主治医に報告書を送っている、精神保健福祉センターなど他施設のスタッフとカンファレンスを行っている）

⑯ 集団精神療法の実施にかかる利用料をどのようにしていますか？

1. 診療報酬を算定
2. 診療報酬以外の利用料をとっている
3. 無料
4. その他（ ）

【当該プログラムで診療報酬を算定している場合、下記から該当するものをお選びください。】

1. 通院集団精神療法
2. 依存症集団精神療法
3. 精神科デイケア/精神科ショートケア
4. 精神科ナイトケア
5. 通院・在宅精神療法
6. 精神科作業療法
7. 心身医学療法
8. 上記以外の保険診療費目（ ）

⑰ 集団精神療法のプログラムで参考にされた書籍・資料等があればお書きください。

ご協力ありがとうございました。同封の封筒でご返送ください。

1-1. 地域

	度数	比率 (%)
北海道	18	7.2
東北	23	9.2
関東・甲信越	56	22.5
東京	8	3.2
東海北陸	39	15.7
近畿	31	12.4
中国・四国	32	12.9
九州	42	16.9
合計	249	100.0

1-2. 設置主体

	度数	比率 (%)
都道府県	193	77.5
政令指定都市	17	6.8
中核市	30	12.0
その他政令市	3	1.2
特別区	6	2.4
合計	249	100.0

1-3. 種別

	度数	比率 (%)
本所	189	75.9
支所	37	14.9
回答なし	23	9.2
合計	249	100.0

1-4. 所管人口区分

	度数	比率 (%)
50万人未満	227	91.2
50万人以上～100万人未満	18	7.2
100万人以上～150万人未満	2	0.8
150万人以上～200万人未満	0	0.0
200万人以上	2	0.8
合計	249	100.0

1-5. 職員別

n=242

	常勤		非常勤	
	平均	SD	平均	SD
医師	1.1	0.8	0.7	2.1
保健師	14.0	16.5	1.0	2.8
看護師	0.2	0.7	1.4	3.5
心理職	0.1	0.8	0.0	0.3
福祉職	1.7	4.6	0.4	1.5
合計	17.2	18.9	3.6	6.5

2-1. 集団精神療法が役立つと考えられる割合

	総回答数		1%未満		1~10%		11~20%		21~30%		31~40%		41~50%		51~60%		61~70%		71~80%		81~90%		91~100%		回答なし			
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%		
全体	249	100.0	30	12.0	69	27.7	29	11.6	29	11.6	7	2.8	12	4.8	7	2.8	8	3.2	10	4.0	2	0.8	4	1.6	42	16.9		
エリア別																												
北海道	18	100.0	3	16.7	9	50.0	0	0.0	2	11.1	0	0.0	0	0.0	1	5.6	1	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	11.1
東北	23	100.0	3	13.0	7	30.4	2	8.7	2	8.7	1	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	8.7	0	0.0	1	4.3	5	21.7		
関東・甲信越	56	100.0	4	7.1	11	19.6	8	14.3	7	12.5	2	3.6	4	7.1	0	0.0	4	7.1	4	7.1	0	0.0	0	0.0	12	21.4		
東京	8	100.0	3	37.5	0	0.0	1	12.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1	12.5		
東海北陸	39	100.0	7	17.9	7	17.9	3	7.7	8	20.5	1	2.6	3	7.7	1	2.6	0	0.0	0	0.0	1	2.6	0	0.0	8	20.5		
近畿	31	100.0	1	3.2	7	22.6	8	25.8	5	16.1	1	3.2	2	6.5	1	3.2	1	3.2	3	9.7	0	0.0	0	0.0	2	6.5		
中国・四国	32	100.0	2	6.3	11	34.4	0	0.0	3	9.4	2	6.3	1	3.1	3	9.4	1	3.1	0	0.0	0	0.0	1	3.1	8	25.0		
九州	42	100.0	7	16.7	17	40.5	7	16.7	1	2.4	0	0.0	2	4.8	0	0.0	1	2.4	1	2.4	0	0.0	2	4.8	4	9.5		
設置主体別																												
都道府県	193	100.0	25	13.0	58	30.1	21	10.9	26	13.5	6	3.1	10	5.2	3	1.6	7	3.6	7	3.6	0	0.0	4	2.1	26	13.5		
政令指定都市	17	100.0	2	11.8	3	17.6	3	17.6	1	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.9	2	11.8	1	5.9	0	0.0	4	23.5		
中核市	30	100.0	1	3.3	7	23.3	4	13.3	2	6.7	1	3.3	1	3.3	3	10.0	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0	10	33.3		
その他政令市	3	100.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3		
特別区	6	100.0	1	16.7	1	16.7	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0	1	16.7		
所管人口区分																												
50万人未満	227	100.0	28	12.3	64	28.2	26	11.5	28	12.3	7	3.1	12	5.3	6	2.6	8	3.5	7	3.1	0	0.0	4	1.8	37	16.3		
50万人以上~100万人未満	18	100.0	1	5.6	5	27.8	2	11.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.6	0	0.0	2	11.1	2	11.1	0	0.0	5	27.8		
100万人以上~150万人未満	2	100.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
150万人以上~200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
200万人以上	2	100.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		

2-2.集団精神療法に関して、保健所で実施していること(複数回答)

	総回答数	自施設での集団精神療法の実施		集団精神療法に関するスタッフ研修の実施		精神科デイケアでの就労支援に関する連絡会		適応のある利用者への集団精神療法の紹介や連携		その他		いずれも実施していない		
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	249	100.0	53	21.3	2	0.8	1	0.4	97	39.0	20	8.0	99	39.8
エリア別														
北海道	18	100.0	4	22.2	0	0.0	0	0.0	8	44.4	1	5.6	7	38.9
東北	23	100.0	5	21.7	0	0.0	0	0.0	9	39.1	1	4.3	9	39.1
関東・甲信越	56	100.0	12	21.4	0	0.0	0	0.0	22	39.3	3	5.4	25	44.6
東京	8	100.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	2	25.0	0	0.0	5	62.5
東海北陸	39	100.0	7	17.9	0	0.0	0	0.0	12	30.8	5	12.8	18	46.2
近畿	31	100.0	10	32.3	1	3.2	0	0.0	15	48.4	1	3.2	8	25.8
中国・四国	32	100.0	7	21.9	1	3.1	0	0.0	10	31.3	3	9.4	14	43.8
九州	42	100.0	6	14.3	0	0.0	1	2.4	19	45.2	6	14.3	13	31.0
設置主体別														
都道府県	193	100.0	37	19.2	2	1.0	1	0.5	77	39.9	17	8.8	77	39.9
政令指定都市	17	100.0	4	23.5	0	0.0	0	0.0	7	41.2	2	11.8	7	41.2
中核市	30	100.0	10	33.3	0	0.0	0	0.0	10	33.3	0	0.0	11	36.7
その他政令市	3	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	2	66.7
特別区	6	100.0	2	33.3	0	0.0	0	0.0	3	50.0	0	0.0	2	33.3
所管人口区分														
50万人未満	227	100.0	47	20.7	2	0.9	1	0.4	88	38.8	17	7.5	92	40.5
50万人以上～100万人未満	18	100.0	5	27.8	0	0.0	0	0.0	9	50.0	2	11.1	5	27.8
100万人以上～150万人未満	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0

2-3.集団精神療法の実施の有無

	総回答数	自施設での集団精神療法の実施あり		自施設での集団精神療法の実施なし		
		度数	%	度数	%	
全体	249	100.0	53	21.3	196	78.7
エリア別						
北海道	18	100.0	4	22.2	14	77.8
東北	23	100.0	5	21.7	18	78.3
関東・甲信越	56	100.0	12	21.4	44	78.6
東京	8	100.0	2	25.0	6	75.0
東海北陸	39	100.0	7	17.9	32	82.1
近畿	31	100.0	10	32.3	21	67.7
中国・四国	32	100.0	7	21.9	25	78.1
九州	42	100.0	6	14.3	36	85.7
設置主体別						
都道府県	193	100.0	37	19.2	156	80.8
政令指定都市	17	100.0	4	23.5	13	76.5
中核市	30	100.0	10	33.3	20	66.7
その他政令市	3	100.0	0	0.0	3	100.0
特別区	6	100.0	2	33.3	4	66.7
所管人口区分						
50万人未満	227	100.0	47	20.7	180	79.3
50万人以上～100万人未満	18	100.0	5	27.8	13	72.2
100万人以上～150万人未満	2	100.0	0	0.0	2	100.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	1	50.0	1	50.0

2-4. 集団精神療法を行っていない理由（複数回答）

	自施設での集団精神療法の実施なしの総数		保健所の役割として、集団精神療法は必要と思わない		集団精神療法は必要と思うが、当施設では必要ない（近隣の医療機関に紹介できないなど）		集団精神療法を実施できるとは思うが、実施する計画がある		現在行っていない		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	196	100.0	54	27.6	114	58.2	58	29.6	1	0.5	4	2.0
エリア別												
北海道	14	100.0	2	14.3	5	35.7	8	57.1	0	0.0	0	0.0
東北	18	100.0	3	16.7	9	50.0	7	38.9	0	0.0	1	5.6
関東・甲信越	44	100.0	11	25.0	26	59.1	15	34.1	0	0.0	1	2.3
東京	6	100.0	1	16.7	3	50.0	2	33.3	0	0.0	0	0.0
東海北陸	32	100.0	11	34.4	23	71.9	5	15.6	0	0.0	2	6.3
近畿	21	100.0	5	23.8	11	52.4	7	33.3	1	4.8	0	0.0
中国・四国	25	100.0	9	36.0	14	56.0	8	32.0	0	0.0	0	0.0
九州	36	100.0	12	33.3	23	63.9	6	16.7	0	0.0	0	0.0
設置主体別												
都道府県	156	100.0	48	30.8	85	54.5	49	31.4	1	0.6	3	1.9
政令指定都市	13	100.0	4	30.8	11	84.6	1	7.7	0	0.0	0	0.0
中核市	20	100.0	2	10.0	12	60.0	7	35.0	0	0.0	1	5.0
その他政令市	3	100.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	4	100.0	0	0.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分												
50万人未満	180	100.0	50	27.8	101	56.1	56	31.1	1	0.6	4	2.2
50万人以上～100万人未満	13	100.0	4	30.8	10	76.9	2	15.4	0	0.0	0	0.0
100万人以上～150万人未満	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

2-5. 諸般の理由で実施を見合わせている理由(複数回答)

	「諸般の理由で実施を見合わせている」の総数		場所・スペースの問題		職員の人数が足りない		集団精神療法のスキルを持った職員がいない		職員が集団精神療法に従事する時間がない		実施にかかる労力・コストが報酬に見合わない		利用者のニーズがない		施設の方針にそぐわない		法令・診療報酬上の理由		その他	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	58	100.0	11	19.0	37	63.8	36	62.1	32	55.2	9	15.5	18	31.0	2	3.4	2	3.4	13	22.4
エリア別																				
北海道	8	100.0	4	50.0	5	62.5	5	62.5	7	87.5	0	0.0	1	12.5	1	12.5	0	0.0	2	25.0
東北	7	100.0	1	14.3	5	71.4	7	100.0	4	57.1	1	14.3	4	57.1	0	0.0	0	0.0	4	57.1
関東・甲信越	15	100.0	2	13.3	13	86.7	8	53.3	7	46.7	3	20.0	2	13.3	0	0.0	1	6.7	2	13.3
東京	2	100.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0
東海北陸	5	100.0	1	20.0	2	40.0	4	80.0	2	40.0	2	40.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
近畿	7	100.0	1	14.3	6	85.7	4	57.1	5	71.4	2	28.6	1	14.3	0	0.0	0	0.0	2	28.6
中国・四国	8	100.0	2	25.0	4	50.0	5	62.5	6	75.0	1	12.5	5	62.5	1	12.5	1	12.5	1	12.5
九州	6	100.0	0	0.0	2	33.3	2	33.3	1	16.7	0	0.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0	1	16.7
設置主体別																				
都道府県	49	100.0	8	16.3	32	65.3	29	59.2	27	55.1	5	10.2	18	36.7	1	2.0	2	4.1	11	22.4
政令指定都市	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
中核市	7	100.0	3	42.9	5	71.4	6	85.7	5	71.4	4	57.1	0	0.0	1	14.3	0	0.0	1	14.3
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分																				
50万人未満	56	100.0	11	19.6	36	64.3	36	64.3	31	55.4	9	16.1	18	32.1	2	3.6	2	3.6	12	21.4
50万人以上～100万人未満	2	100.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

3-1. 集団精神療法を受けている患者の割合

	自施設での集団精神療法の実施ありの総数		1%未満		1～10%		11～20%		21～30%		31～40%		41～50%		51～60%		61～70%		71～80%		81～90%		91～100%		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	53	100.0	20	37.7	20	37.7	6	11.3	1	1.9	1	1.9	1	1.9	1	1.9	0	0.0	1	1.9	0	0.0	0	0.0	2	3.8
エリア別																										
北海道	4	100.0	1	25.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東北	5	100.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
関東・甲信越	12	100.0	4	33.3	4	33.3	3	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東京	2	100.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東海北陸	7	100.0	4	57.1	2	28.6	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
近畿	10	100.0	5	50.0	4	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0
中国・四国	7	100.0	3	42.9	1	14.3	2	28.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
九州	6	100.0	2	33.3	3	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	16.7
設置主体別																										
都道府県	37	100.0	9	24.3	17	45.9	6	16.2	1	2.7	1	2.7	1	2.7	1	2.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.7
政令指定都市	4	100.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
中核市	10	100.0	7	70.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	2	100.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分																										
50万人未満	47	100.0	18	38.3	16	34.0	6	12.8	1	2.1	1	2.1	1	2.1	1	2.1	0	0.0	1	2.1	0	0.0	0	0.0	2	4.3
50万人以上～100万人未満	5	100.0	2	40.0	3	60.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

3-2. 集団精神療法プログラムの実施数

	度数	平均	SD	最小	中央値	最大
全体	53	1.4	0.7	0	1	4
エリア別						
北海道	4	1.0	0.0	1	1	1
東北	5	2.2	1.3	1	2	4
関東・甲信越	12	1.1	0.5	0	1	2
東京	2	2.5	0.7	2	2.5	3
東海北陸	7	1.4	0.8	1	1	3
近畿	10	1.1	0.3	1	1	2
中国・四国	7	1.1	0.4	1	1	2
九州	6	1.7	0.5	1	2	2
設置主体別						
都道府県	37	1.4	0.8	0	1	4
政令指定都市	4	1.3	0.5	1	1	2
中核市	10	1.1	0.3	1	1	2
その他政令市	0					
特別区	2	2.5	0.7	2	2.5	3
所管人口区分						
50万人未満	47	1.3	0.7	0	1	4
50万人以上～100万人未満	5	1.6	0.9	1	1	3
100万人以上～150万人未満	0					
150万人以上～200万人未満	0					
200万人以上	1	2.0		2	2	2

3-3. 集団精神療法の研修受講状況(複数回答)

	自施設での集団精神療法の実施ありの総数		認知行動療法		アクセプタンス・コミットメント・セラピー (ACT)		マインドフルネス心理療法		力動的心理療法		心理教育		回想法		内親療法		家族療法		森田療法		社会生活スキルトレーニング (SST)		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	53	100.0	16	30.2	1	1.9	1	1.9	1	1.9	13	24.5	1	1.9	0	0.0	9	17.0	0	0.0	18	34.0	5	9.4	16	30.2
エリア別																										
北海道	4	100.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0
東北	5	100.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0
関東・甲信越	12	100.0	4	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	2	16.7	0	0.0	7	58.3	1	8.3	4	33.3
東京	2	100.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0
東海北陸	7	100.0	2	28.6	0	0.0	0	0.0	1	14.3	3	42.9	1	14.3	0	0.0	2	28.6	0	0.0	4	57.1	1	14.3	0	0.0
近畿	10	100.0	1	10.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	4	40.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	4	40.0	0	0.0	3	30.0
中国・四国	7	100.0	2	28.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	71.4
九州	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	50.0	2	33.3
設置主体別																										
都道府県	37	100.0	10	27.0	1	2.7	1	2.7	1	2.7	7	18.9	0	0.0	0	0.0	6	16.2	0	0.0	12	32.4	3	8.1	11	29.7
政令指定都市	4	100.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	2	50.0
中核市	10	100.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	3	30.0	2	20.0	3	30.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	2	100.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分																										
50万人未満	47	100.0	13	27.7	1	2.1	1	2.1	1	2.1	11	23.4	1	2.1	0	0.0	8	17.0	0	0.0	16	34.0	3	6.4	15	31.9
50万人以上～100万人未満	5	100.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	2	40.0	2	40.0	1	20.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

3-4. 集団精神療法における新型コロナウイルスの影響(複数回答)

	自施設での集団精神療法の実施ありの総数		現在も影響を受けている		一時的に影響したが現在はコロナ禍前の状況に復帰した		影響はしていない		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	53	100.0	24	45.3	28	52.8	0	0.0	1	1.9
エリア別										
北海道	4	100.0	4	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東北	5	100.0	3	60.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0
関東・甲信越	12	100.0	2	16.7	10	83.3	0	0.0	0	0.0
東京	2	100.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
東海北陸	7	100.0	3	42.9	4	57.1	0	0.0	0	0.0
近畿	10	100.0	5	50.0	4	40.0	0	0.0	1	10.0
中国・四国	7	100.0	5	71.4	2	28.6	0	0.0	0	0.0
九州	6	100.0	1	16.7	5	83.3	0	0.0	0	0.0
設置主体別										
都道府県	37	100.0	16	43.2	20	54.1	0	0.0	1	2.7
政令指定都市	4	100.0	1	25.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0
中核市	10	100.0	6	60.0	4	40.0	0	0.0	0	0.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	2	100.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分										
50万人未満	47	100.0	23	48.9	23	48.9	0	0.0	1	2.1
50万人以上～100万人未満	5	100.0	1	20.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0

3-5. 「現在も影響を受けている」「一時的に影響した」場合、どのような影響があったか(複数回答)

	新型コロナウイルスの集団精神療法への影響ありの総数		集団精神療法を中止した		プログラムの数を減らした		プログラムの参加人数を減らした		スタッフの参加人数を減らした		オンラインで行うようになった		参加を辞退する人が増えた		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	52	100.0	39	75.0	15	28.8	6	11.5	1	1.9	1	1.9	11	21.2	7	13.5	1	1.9
エリア別																		
北海道	4	100.0	3	75.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0
東北	5	100.0	3	60.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0
関東・甲信越	12	100.0	9	75.0	1	8.3	1	8.3	0	0.0	0	0.0	3	25.0	3	25.0	0	0.0
東京	2	100.0	2	100.0	1	50.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東海北陸	7	100.0	5	71.4	3	42.9	2	28.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
近畿	9	100.0	8	88.9	1	11.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	11.1	1	11.1	1	11.1
中国・四国	7	100.0	5	71.4	2	28.6	0	0.0	0	0.0	1	14.3	3	42.9	2	28.6	0	0.0
九州	6	100.0	4	66.7	3	50.0	1	16.7	0	0.0	0	0.0	1	16.7	1	16.7	0	0.0
設置主体別																		
都道府県	36	100.0	28	77.8	12	33.3	2	5.6	1	2.8	1	2.8	10	27.8	3	8.3	1	2.8
政令指定都市	4	100.0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
中核市	10	100.0	7	70.0	1	10.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	4	40.0	0	0.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	2	100.0	2	100.0	1	50.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分																		
50万人未満	46	100.0	34	73.9	13	28.3	2	4.3	1	2.2	1	2.2	11	23.9	6	13.0	1	2.2
50万人以上～100万人未満	5	100.0	4	80.0	2	40.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

3-6. 集団精神療法の充足度

	自施設での集団精神療法の実施ありの総数		充足している		どちらかというとは充足している		どちらかというとは充足していない		充足していない		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	53	100.0	9	17.0	13	24.5	23	43.4	7	13.2	1	1.9
エリア別												
北海道	4	100.0	1	25.0	0	0.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0
東北	5	100.0	0	0.0	2	40.0	3	60.0	0	0.0	0	0.0
関東・甲信越	12	100.0	1	8.3	4	33.3	7	58.3	0	0.0	0	0.0
東京	2	100.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
東海北陸	7	100.0	3	42.9	2	28.6	2	28.6	0	0.0	0	0.0
近畿	10	100.0	2	20.0	3	30.0	3	30.0	1	10.0	1	10.0
中国・四国	7	100.0	2	28.6	1	14.3	0	0.0	4	57.1	0	0.0
九州	6	100.0	0	0.0	0	0.0	5	83.3	1	16.7	0	0.0
設置主体別												
都道府県	37	100.0	5	13.5	10	27.0	15	40.5	6	16.2	1	2.7
政令指定都市	4	100.0	1	25.0	0	0.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0
中核市	10	100.0	3	30.0	2	20.0	4	40.0	1	10.0	0	0.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	2	100.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分												
50万人未満	47	100.0	8	17.0	12	25.5	19	40.4	7	14.9	1	2.1
50万人以上～100万人未満	5	100.0	1	20.0	1	20.0	3	60.0	0	0.0	0	0.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0

3-7. 集団精神療法が充足していない理由（複数回答）

	集団精神療法で「充足している」以外の総数		プログラムの種類が少ない		プログラムの数が少ない		プログラムの内容（質）の問題		場所・スペースの問題		参加者が少ない		参加を希望する人の一部にしか提供できていない		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	43	100.0	9	20.9	7	16.3	11	25.6	3	7.0	28	65.1	8	18.6	6	14.0	2	4.7
エリア別																		
北海道	3	100.0	0	0.0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	1	33.3	2	66.7	0	0.0	0	0.0
東北	5	100.0	1	20.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	4	80.0	2	40.0	1	20.0	0	0.0
関東・甲信越	11	100.0	2	18.2	2	18.2	2	18.2	1	9.1	7	63.6	1	9.1	3	27.3	1	9.1
東京	2	100.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0
東海北陸	4	100.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0	0	0.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0
近畿	7	100.0	3	42.9	1	14.3	2	28.6	0	0.0	5	71.4	0	0.0	1	14.3	0	0.0
中国・四国	5	100.0	2	40.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0	4	80.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0
九州	6	100.0	1	16.7	1	16.7	1	16.7	1	16.7	4	66.7	2	33.3	0	0.0	0	0.0
設置主体別																		
都道府県	31	100.0	6	19.4	5	16.1	7	22.6	3	9.7	21	67.7	7	22.6	5	16.1	1	3.2
政令指定都市	3	100.0	1	33.3	0	0.0	2	66.7	0	0.0	2	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
中核市	7	100.0	2	28.6	1	14.3	2	28.6	0	0.0	4	57.1	1	14.3	1	14.3	0	0.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	2	100.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0
所管人口区分																		
50万人未満	38	100.0	7	18.4	6	15.8	11	28.9	2	5.3	25	65.8	8	21.1	6	15.8	1	2.6
50万人以上～100万人未満	4	100.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

3-8. 集団精神療法に関する課題（複数回答）

	自施設での集団精神療法の実施ありの総数		場所・スペースの問題		職員の人数が足りない		集団精神療法のスキルを持った職員がい		職員が集団精神療法に従事する時間がな		実施にかかる労力・コストが報酬に見合		利用者のニーズがな		施設の経営方針にそ		参加を希望する人の一部にしか提供でき		法令・診療報酬上の問題		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	53	100.0	7	13.2	19	35.8	23	43.4	18	34.0	2	3.8	8	15.1	0	0.0	10	18.9	0	0.0	8	15.1	6	11.3
エリア別																								
北海道	4	100.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	3	75.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東北	5	100.0	0	0.0	1	20.0	2	40.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0	1	20.0
関東・甲信越	12	100.0	2	16.7	5	41.7	5	41.7	5	41.7	0	0.0	2	16.7	0	0.0	2	16.7	0	0.0	0	0.0	2	16.7
東京	2	100.0	1	50.0	1	50.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0
東海北陸	7	100.0	0	0.0	0	0.0	3	42.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	4	57.1	1	14.3
近畿	10	100.0	1	10.0	6	60.0	3	30.0	5	50.0	2	20.0	2	20.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0
中国・四国	7	100.0	1	14.3	3	42.9	4	57.1	2	28.6	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	1	14.3
九州	6	100.0	1	16.7	2	33.3	4	66.7	2	33.3	0	0.0	1	16.7	0	0.0	2	33.3	0	0.0	1	16.7	0	0.0
設置主体別																								
都道府県	37	100.0	3	8.1	11	29.7	13	35.1	12	32.4	0	0.0	5	13.5	0	0.0	7	18.9	0	0.0	7	18.9	5	13.5
政令指定都市	4	100.0	0	0.0	2	50.0	3	75.0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
中核市	10	100.0	3	30.0	5	50.0	5	50.0	4	40.0	1	10.0	1	10.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	2	100.0	1	50.0	1	50.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0
所管人口区分																								
50万人未満	47	100.0	5	10.6	15	31.9	17	36.2	16	34.0	2	4.3	7	14.9	0	0.0	8	17.0	0	0.0	7	14.9	6	12.8
50万人以上～100万人未満	5	100.0	2	40.0	3	60.0	5	100.0	1	20.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

4-2. 集団精神療法の対象（複数回答）

	実施あり全体		特定の精神疾患を有		特定の悩みや問題を有して		その他	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	74	100.0	30	40.5	38	51.4	19	25.7
エリア別								
北海道	4	100.0	2	50.0	2	50.0	1	25.0
東北	12	100.0	7	58.3	6	50.0	2	16.7
関東・甲信越	13	100.0	2	15.4	10	76.9	2	15.4
東京	8	100.0	5	62.5	5	62.5	2	25.0
東海北陸	10	100.0	1	10.0	4	40.0	6	60.0
近畿	10	100.0	6	60.0	3	30.0	3	30.0
中国・四国	7	100.0	2	28.6	4	57.1	2	28.6
九州	10	100.0	5	50.0	4	40.0	1	10.0
設置主体別								
都道府県	50	100.0	18	36.0	24	48.0	14	28.0
政令指定都市	5	100.0	3	60.0	1	20.0	2	40.0
中核市	11	100.0	4	36.4	8	72.7	1	9.1
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	8	100.0	5	62.5	5	62.5	2	25.0
所管人口区分								
50万人未満	65	100.0	26	40.0	33	50.8	18	27.7
50万人以上～100万人未満	7	100.0	2	28.6	5	71.4	1	14.3
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0

4-4. 集団精神療法が対象とする悩みや問題（複数回答）

		実施あり全体		ひきこもり		不登校		復職支援		就労支援		遺族ケア		その他		回答なし	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		74	100.0	24	32.4	3	4.1	0	0.0	1	1.4	5	6.8	11	14.9	1	1.4
エリア別	北海道	4	100.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0
	東北	12	100.0	5	41.7	1	8.3	0	0.0	1	8.3	1	8.3	2	16.7	0	0.0
	関東・甲信越	13	100.0	6	46.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	7.7	3	23.1	0	0.0
	東京	8	100.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	37.5	1	12.5
	東海北陸	10	100.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0
	近畿	10	100.0	2	20.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0
	中国・四国	7	100.0	2	28.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	1	14.3	0	0.0
	九州	10	100.0	3	30.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0
設置主体別	都道府県	50	100.0	17	34.0	2	4.0	0	0.0	1	2.0	5	10.0	4	8.0	0	0.0
	政令指定都市	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0
	中核市	11	100.0	5	45.5	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	27.3	0	0.0
	その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	特別区	8	100.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	37.5	1	12.5
所管人口区分	50万人未満	65	100.0	21	32.3	2	3.1	0	0.0	1	1.5	5	7.7	8	12.3	1	1.5
	50万人以上～100万人未満	7	100.0	3	42.9	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	42.9	0	0.0
	100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	200万人以上	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

		特定の悩みや問題を 有している者の総数		ひきこもり		不登校		復職支援		就労支援		遺族ケア		その他		回答なし	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		38	100.0	24	63.2	3	7.9	0	0.0	1	2.6	5	13.2	11	28.9	1	2.6
エリア別	北海道	2	100.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
	東北	6	100.0	5	83.3	1	16.7	0	0.0	1	16.7	1	16.7	2	33.3	0	0.0
	関東・甲信越	10	100.0	6	60.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	3	30.0	0	0.0
	東京	5	100.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	60.0	1	20.0
	東海北陸	4	100.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0
	近畿	3	100.0	2	66.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0
	中国・四国	4	100.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0
	九州	4	100.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0
設置主体別	都道府県	24	100.0	17	70.8	2	8.3	0	0.0	1	4.2	5	20.8	4	16.7	0	0.0
	政令指定都市	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
	中核市	8	100.0	5	62.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	37.5	0	0.0
	その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	特別区	5	100.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	60.0	1	20.0
所管人口区分	50万人未満	33	100.0	21	63.6	2	6.1	0	0.0	1	3.0	5	15.2	8	24.2	1	3.0
	50万人以上～100万人未満	5	100.0	3	60.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	60.0	0	0.0
	100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	200万人以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

4-5. 集団精神療法の参加者

	実施あり全体		当事者のみ		家族のみ		当事者と家族		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	74	100.0	10	13.5	58	78.4	5	6.8	1	1.4
エリア別										
北海道	4	100.0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0
東北	12	100.0	3	25.0	9	75.0	0	0.0	0	0.0
関東・甲信越	13	100.0	1	7.7	10	76.9	1	7.7	1	7.7
東京	8	100.0	2	25.0	5	62.5	1	12.5	0	0.0
東海北陸	10	100.0	0	0.0	10	100.0	0	0.0	0	0.0
近畿	10	100.0	2	20.0	8	80.0	0	0.0	0	0.0
中国・四国	7	100.0	1	14.3	6	85.7	0	0.0	0	0.0
九州	10	100.0	0	0.0	8	80.0	2	20.0	0	0.0
設置主体別										
都道府県	50	100.0	5	10.0	40	80.0	4	8.0	1	2.0
政令指定都市	5	100.0	2	40.0	3	60.0	0	0.0	0	0.0
中核市	11	100.0	1	9.1	10	90.9	0	0.0	0	0.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	8	100.0	2	25.0	5	62.5	1	12.5	0	0.0
所管人口区分										
50万人未満	65	100.0	7	10.8	53	81.5	4	6.2	1	1.5
50万人以上～100万人未満	7	100.0	2	28.6	4	57.1	1	14.3	0	0.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0

4-6. 集団精神療法の実施回数・時間・セッション回数・参加人数

	度数	平均	SD	最小	中央値	最大
1セッションあたりの時間	61	102.0	20.6	45	120	120
セッション回数	54	5.2	3.6	1	4	16
平均参加人数	73	6.0	4.2	1	5	20

4-7. 治療者の平均人数・内訳

	度数	平均	SD	最小	中央値	最大
治療者人数	74	2.9	1.6	1	2	8

n=74

	度数	%
医師	16	21.6
保健師	65	87.8
看護師	5	6.8
公認心理師	17	23.0
作業療法士	5	6.8
精神保健福祉士	37	50.0
その他	17	23.0

4-8. 集団精神療法の構造

	実施あり全体		オープン		クローズド		セミクローズド	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	74	100.0	33	44.6	12	16.2	29	39.2
エリア別								
北海道	4	100.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0
東北	12	100.0	3	25.0	0	0.0	9	75.0
関東・甲信越	13	100.0	9	69.2	2	15.4	2	15.4
東京	8	100.0	0	0.0	2	25.0	6	75.0
東海北陸	10	100.0	7	70.0	1	10.0	2	20.0
近畿	10	100.0	2	20.0	5	50.0	3	30.0
中国・四国	7	100.0	3	42.9	1	14.3	3	42.9
九州	10	100.0	6	60.0	0	0.0	4	40.0
設置主体別								
都道府県	50	100.0	29	58.0	5	10.0	16	32.0
政令指定都市	5	100.0	1	20.0	0	0.0	4	80.0
中核市	11	100.0	3	27.3	5	45.5	3	27.3
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	8	100.0	0	0.0	2	25.0	6	75.0
所管人口区分								
50万人未満	65	100.0	32	49.2	8	12.3	25	38.5
50万人以上～100万人未満	7	100.0	1	14.3	4	57.1	2	28.6
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0

4-9. 集団精神療法の実施頻度

	実施あり全体		毎週		隔週		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	74	100.0	1	1.4	5	6.8	67	90.5	1	1.4
エリア別										
北海道	4	100.0	0	0.0	1	25.0	3	75.0	0	0.0
東北	12	100.0	0	0.0	0	0.0	12	100.0	0	0.0
関東・甲信越	13	100.0	0	0.0	0	0.0	12	92.3	1	7.7
東京	8	100.0	0	0.0	0	0.0	8	100.0	0	0.0
東海北陸	10	100.0	0	0.0	0	0.0	10	100.0	0	0.0
近畿	10	100.0	0	0.0	2	20.0	8	80.0	0	0.0
中国・四国	7	100.0	0	0.0	0	0.0	7	100.0	0	0.0
九州	10	100.0	1	10.0	2	20.0	7	70.0	0	0.0
設置主体別										
都道府県	50	100.0	0	0.0	3	6.0	46	92.0	1	2.0
政令指定都市	5	100.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0	0	0.0
中核市	11	100.0	1	9.1	2	18.2	8	72.7	0	0.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	8	100.0	0	0.0	0	0.0	8	100.0	0	0.0
所管人口区分										
50万人未満	65	100.0	1	1.5	5	7.7	58	89.2	1	1.5
50万人以上～100万人未満	7	100.0	0	0.0	0	0.0	7	100.0	0	0.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0

4-10. 集団精神療法の目的

	実施あり全体		症状改善		機能向上・QOL向上		社会場面の提供		知識の向上（心理教育）		社会的スキルの向上		自己の振り返り		一般診療の補完		居場所づくり		ピアサポート		その他	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	74	100.0	8	10.8	1	1.4	10	13.5	56	75.7	4	5.4	37	50.0	4	5.4	31	41.9	38	51.4	21	28.4
エリア別																						
北海道	4	100.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	3	75.0	0	0.0	3	75.0	2	50.0	1	25.0
東北	12	100.0	4	33.3	1	8.3	4	33.3	11	91.7	0	0.0	8	66.7	4	33.3	9	75.0	10	83.3	4	33.3
関東・甲信越	13	100.0	3	23.1	0	0.0	2	15.4	10	76.9	1	7.7	8	61.5	0	0.0	4	30.8	8	61.5	0	0.0
東京	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	75.0	1	12.5	6	75.0	0	0.0	1	12.5	3	37.5	1	12.5
東海北陸	10	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	70.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0	2	20.0	6	60.0	4	40.0
近畿	10	100.0	1	10.0	0	0.0	1	10.0	8	80.0	0	0.0	4	40.0	0	0.0	4	40.0	1	10.0	4	40.0
中国・四国	7	100.0	0	0.0	0	0.0	2	28.6	4	57.1	1	14.3	3	42.9	0	0.0	5	71.4	5	71.4	1	14.3
九州	10	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	90.0	0	0.0	3	30.0	0	0.0	3	30.0	3	30.0	6	60.0
設置主体別																						
都道府県	50	100.0	6	12.0	1	2.0	8	16.0	36	72.0	2	4.0	24	48.0	4	8.0	24	48.0	31	62.0	13	26.0
政令指定都市	5	100.0	1	20.0	0	0.0	1	20.0	4	80.0	0	0.0	3	60.0	0	0.0	3	60.0	0	0.0	2	40.0
中核市	11	100.0	1	9.1	0	0.0	1	9.1	10	90.9	1	9.1	4	36.4	0	0.0	3	27.3	4	36.4	5	45.5
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	75.0	1	12.5	6	75.0	0	0.0	1	12.5	3	37.5	1	12.5
所管人口区分																						
50万人未満	65	100.0	7	10.8	1	1.5	10	15.4	49	75.4	3	4.6	31	47.7	4	6.2	30	46.2	37	56.9	17	26.2
50万人以上～100万人未満	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	71.4	1	14.3	4	57.1	0	0.0	0	0.0	1	14.3	3	42.9
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0

4-11. 集団精神療法の参加可否のアセスメント

		実施あり全体		実施している		実施していない	
		度数	%	度数	%	度数	%
全体		74	100.0	39	52.7	35	47.3
エリア別	北海道	4	100.0	3	75.0	1	25.0
	東北	12	100.0	10	83.3	2	16.7
	関東・甲信越	13	100.0	6	46.2	7	53.8
	東京	8	100.0	3	37.5	5	62.5
	東海北陸	10	100.0	6	60.0	4	40.0
	近畿	10	100.0	7	70.0	3	30.0
	中国・四国	7	100.0	3	42.9	4	57.1
	九州	10	100.0	1	10.0	9	90.0
	設置主体別	都道府県	50	100.0	25	50.0	25
政令指定都市		5	100.0	4	80.0	1	20.0
中核市		11	100.0	7	63.6	4	36.4
その他政令市		0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区		8	100.0	3	37.5	5	62.5
所管人口区分	50万人未満	65	100.0	33	50.8	32	49.2
	50万人以上～100万人未満	7	100.0	4	57.1	3	42.9
	100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	200万人以上	2	100.0	2	100.0	0	0.0

4-12. 集団精神療法の参加可否のアセスメントの実施方法（複数回答）

		参加可否のアセスメント実施あり全体		心理検査		医師の見立て		スタッフによるカンファレンス		その他	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体		39	100.0	0	0.0	3	7.7	31	79.5	10	25.6
エリア別	北海道	3	100.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7	1	33.3
	東北	10	100.0	0	0.0	1	10.0	9	90.0	2	20.0
	関東・甲信越	6	100.0	0	0.0	1	16.7	4	66.7	1	16.7
	東京	3	100.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7	1	33.3
	東海北陸	6	100.0	0	0.0	0	0.0	5	83.3	1	16.7
	近畿	7	100.0	0	0.0	0	0.0	5	71.4	3	42.9
	中国・四国	3	100.0	0	0.0	1	33.3	3	100.0	1	33.3
	九州	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
	設置主体別	都道府県	25	100.0	0	0.0	1	4.0	21	84.0	6
政令指定都市		4	100.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0	3	75.0
中核市		7	100.0	0	0.0	2	28.6	6	85.7	0	0.0
その他政令市		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区		3	100.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7	1	33.3
所管人口区分	50万人未満	33	100.0	0	0.0	3	9.1	27	81.8	7	21.2
	50万人以上～100万人未満	4	100.0	0	0.0	0	0.0	3	75.0	1	25.0
	100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	200万人以上	2	100.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	2	100.0

4-13. 集団精神療法のアプローチ（複数回答）

	実施あり全体		認知行動療法		アクセプタンス・コミットメント・セラピー（ACT）		マインドフルネス心理療法		力動的心理療法		心理教育		回想法		内観療法		家族療法		森田療法		社会生活スキルトレーニング（SST）		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	74	100.0	11	14.9	0	0.0	0	0.0	2	2.7	29	39.2	0	0.0	0	0.0	26	35.1	0	0.0	5	6.8	16	21.6	5	6.8
エリア別																										
北海道	4	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	2	50.0	0	0.0
東北	12	100.0	6	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	33.3	0	0.0	0	0.0	7	58.3	0	0.0	0	0.0	1	8.3	1	8.3
関東・甲信越	13	100.0	3	23.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	46.2	0	0.0	0	0.0	4	30.8	0	0.0	3	23.1	2	15.4	0	0.0
東京	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	4	50.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1	12.5	1	12.5	1	12.5
東海北陸	10	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	6	60.0	0	0.0	0	0.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0
近畿	10	100.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	60.0	0	0.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0	1	10.0	2	20.0	1	10.0
中国・四国	7	100.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	42.9	0	0.0	0	0.0	2	28.6	1	14.3
九州	10	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	5	50.0	0	0.0	0	0.0	4	40.0	1	10.0
設置主体別																										
都道府県	50	100.0	8	16.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0	20	40.0	0	0.0	0	0.0	22	44.0	0	0.0	3	6.0	9	18.0	3	6.0
政令指定都市	5	100.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0
中核市	11	100.0	2	18.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	27.3	0	0.0	0	0.0	1	9.1	0	0.0	1	9.1	5	45.5	1	9.1
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	4	50.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1	12.5	1	12.5	1	12.5
所管人口区分																										
50万人未満	65	100.0	10	15.4	0	0.0	0	0.0	1	1.5	27	41.5	0	0.0	0	0.0	24	36.9	0	0.0	3	4.6	15	23.1	4	6.2
50万人以上～100万人未満	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	2	28.6	0	0.0	2	28.6	1	14.3	1	14.3
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

4-14. 集団精神療法の参加者の評価（効果測定）の実施（複数回答）

	実施あり全体		標準化された尺度を面接やアンケートに使用して定期的に		より定期的に行っている		医師の診察で定期的に行っていない、必要スタッフによるカンファレンス		時のみ行っている		その他	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	74	100.0	3	4.1	35	47.3	1	1.4	20	27.0	30	40.5
エリア別												
北海道	4	100.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	3	75.0
東北	12	100.0	0	0.0	10	83.3	1	8.3	0	0.0	4	33.3
関東・甲信越	13	100.0	0	0.0	7	53.8	0	0.0	4	30.8	5	38.5
東京	8	100.0	0	0.0	4	50.0	0	0.0	2	25.0	3	37.5
東海北陸	10	100.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0	5	50.0	3	30.0
近畿	10	100.0	3	30.0	4	40.0	0	0.0	2	20.0	3	30.0
中国・四国	7	100.0	0	0.0	3	42.9	0	0.0	3	42.9	3	42.9
九州	10	100.0	0	0.0	4	40.0	0	0.0	3	30.0	6	60.0
設置主体別												
都道府県	50	100.0	0	0.0	26	52.0	1	2.0	15	30.0	20	40.0
政令指定都市	5	100.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	2	40.0	1	20.0
中核市	11	100.0	1	9.1	5	45.5	0	0.0	1	9.1	6	54.5
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	8	100.0	0	0.0	4	50.0	0	0.0	2	25.0	3	37.5
所管人口区分												
50万人未満	65	100.0	1	1.5	31	47.7	1	1.5	18	27.7	26	40.0
50万人以上～100万人未満	7	100.0	0	0.0	4	57.1	0	0.0	2	28.6	4	57.1
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

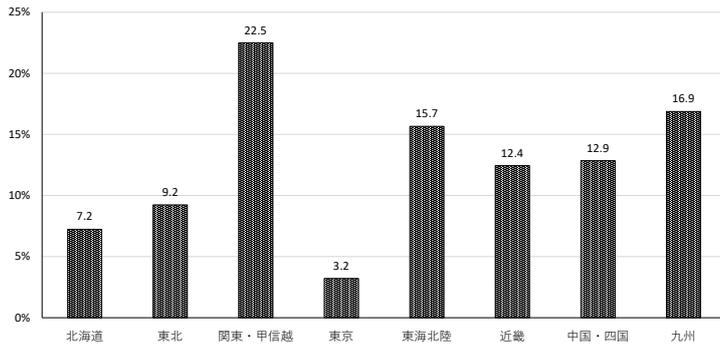
4-16. 集団精神療法の利用料の算定

	実施あり全体		診療報酬を算定		診療報酬以外の利用料を算定		無料		その他		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
全体	74	100.0	0	0.0	0	0.0	71	95.9	0	0.0	3	4.1
エリア別												
北海道	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0	0	0.0	0	0.0
東北	12	100.0	0	0.0	0	0.0	10	83.3	0	0.0	2	16.7
関東・甲信越	13	100.0	0	0.0	0	0.0	12	92.3	0	0.0	1	7.7
東京	8	100.0	0	0.0	0	0.0	8	100.0	0	0.0	0	0.0
東海北陸	10	100.0	0	0.0	0	0.0	10	100.0	0	0.0	0	0.0
近畿	10	100.0	0	0.0	0	0.0	10	100.0	0	0.0	0	0.0
中国・四国	7	100.0	0	0.0	0	0.0	7	100.0	0	0.0	0	0.0
九州	10	100.0	0	0.0	0	0.0	10	100.0	0	0.0	0	0.0
設置主体別												
都道府県	50	100.0	0	0.0	0	0.0	47	94.0	0	0.0	3	6.0
政令指定都市	5	100.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0	0	0.0	0	0.0
中核市	11	100.0	0	0.0	0	0.0	11	100.0	0	0.0	0	0.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	8	100.0	0	0.0	0	0.0	8	100.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分												
50万人未満	65	100.0	0	0.0	0	0.0	62	95.4	0	0.0	3	4.6
50万人以上～100万人未満	7	100.0	0	0.0	0	0.0	7	100.0	0	0.0	0	0.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0

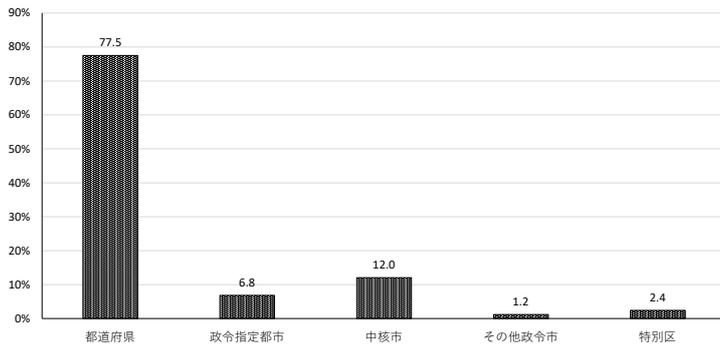
4-16. 集団精神療法の利用料の算定

	診療報酬を算定している総数		通院集団精神療法		依存症集団精神療法		精神科デイケア／精神科ショートケア		精神科ナイトケア		通院・在宅精神療法		精神科作業療法		心身医学療法		上記以外の保険診療		回答なし	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	度数
全体	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
エリア別																				
北海道	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東北	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
関東・甲信越	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東京	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東海北陸	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
近畿	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
中国・四国	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
九州	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
設置主体別																				
都道府県	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
政令指定都市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
中核市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他政令市	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
特別区	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
所管人口区分																				
50万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
50万人以上～100万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
100万人以上～150万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150万人以上～200万人未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
200万人以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

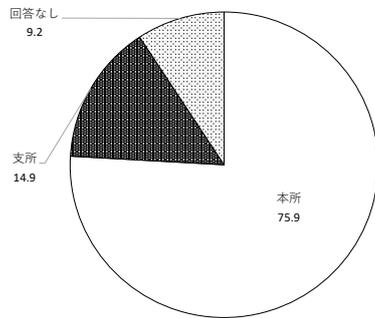
1-1. 所属ブロック【全体】



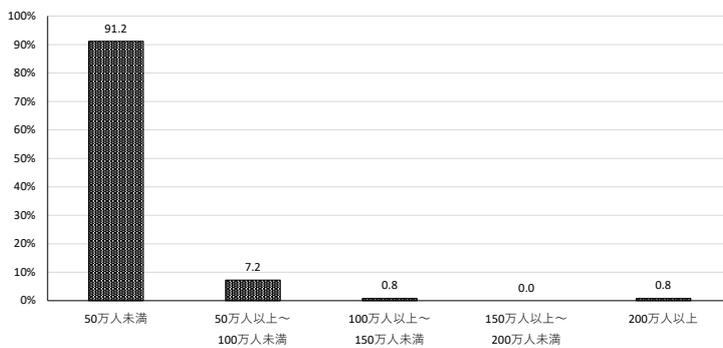
1-2. 設置主体【全体】



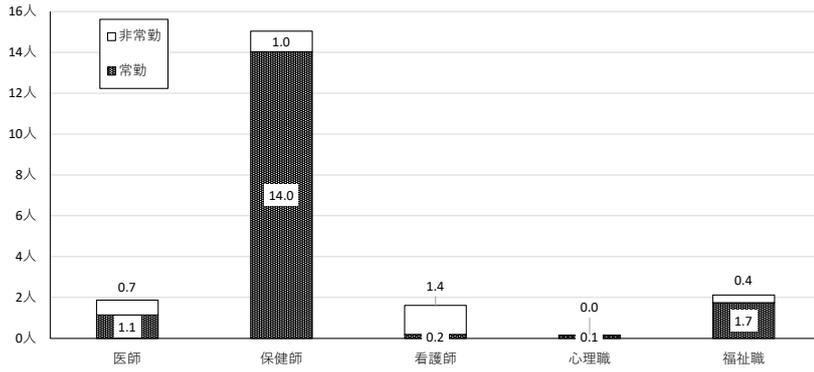
1-3. 種別【全体】



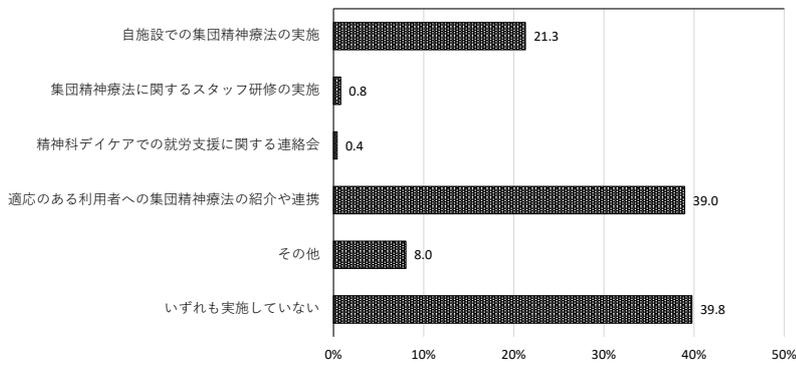
1-4. 所管人口区分【全体】



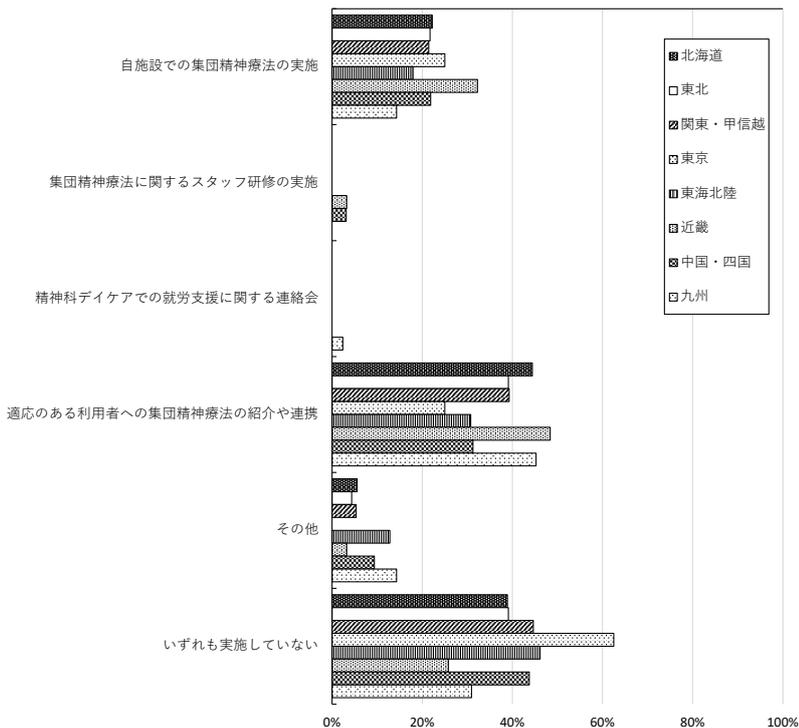
1-5. 職員数【全体】



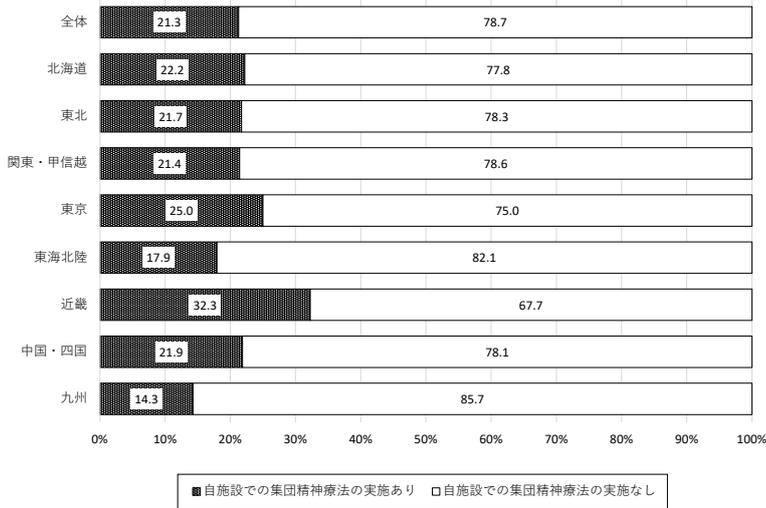
2-2. 集団精神療法に関して、施設で実施していること【全体】(複数回答)



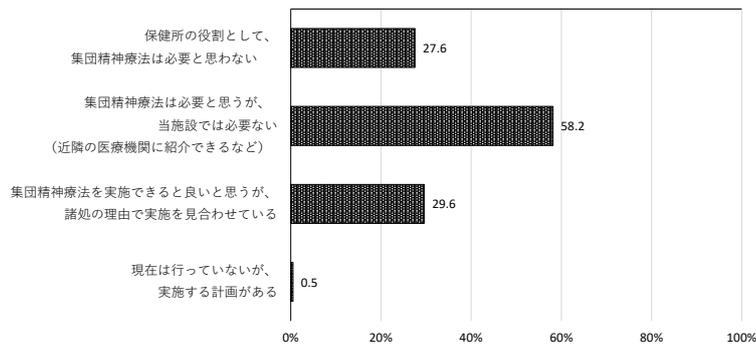
2-2. 集団精神療法に関して、施設で実施していること【エリア別】(複数回答)



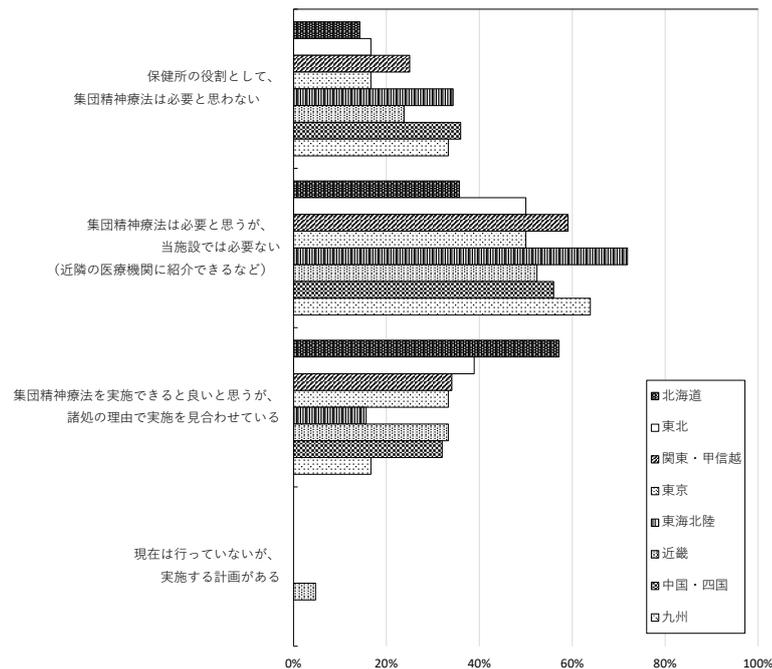
2-3. 集団精神療法の実施の有無【全体・エリア別】



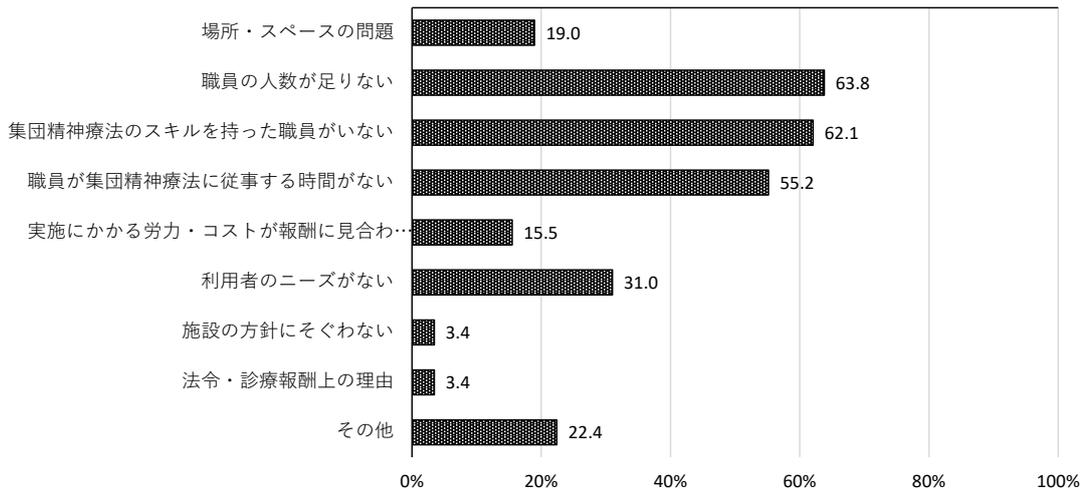
2-4. 集団精神療法を行っていない理由【全体】(複数回答)



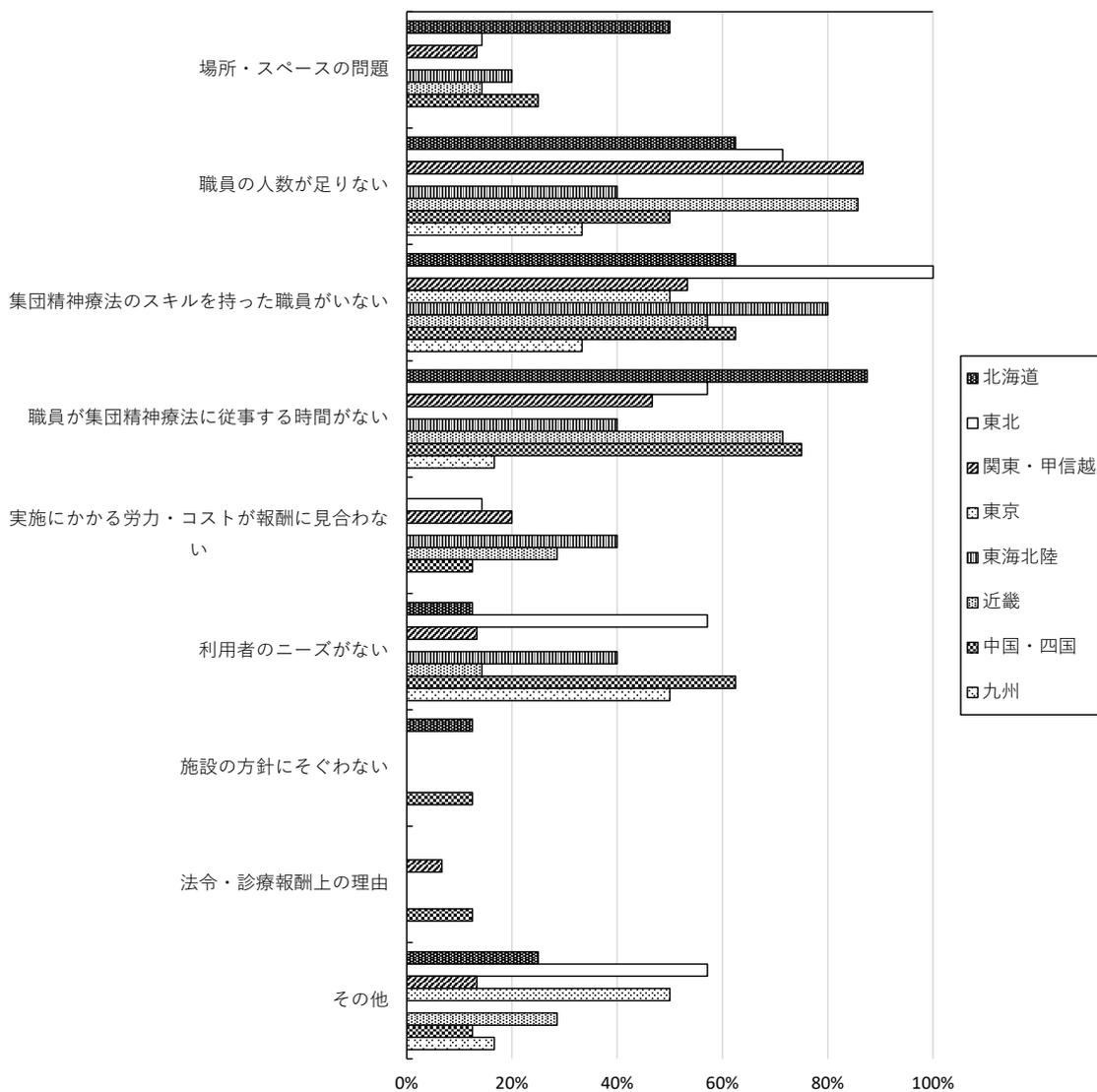
2-4. 集団精神療法を行っていない理由【エリア別】(複数回答)



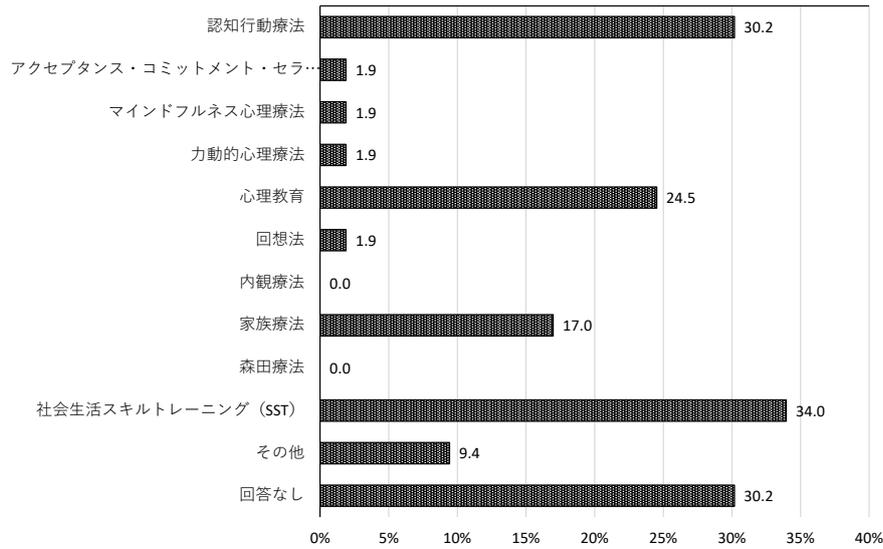
2-5. 諸般の理由で実施を見合わせている理由【全体】(複数回答)



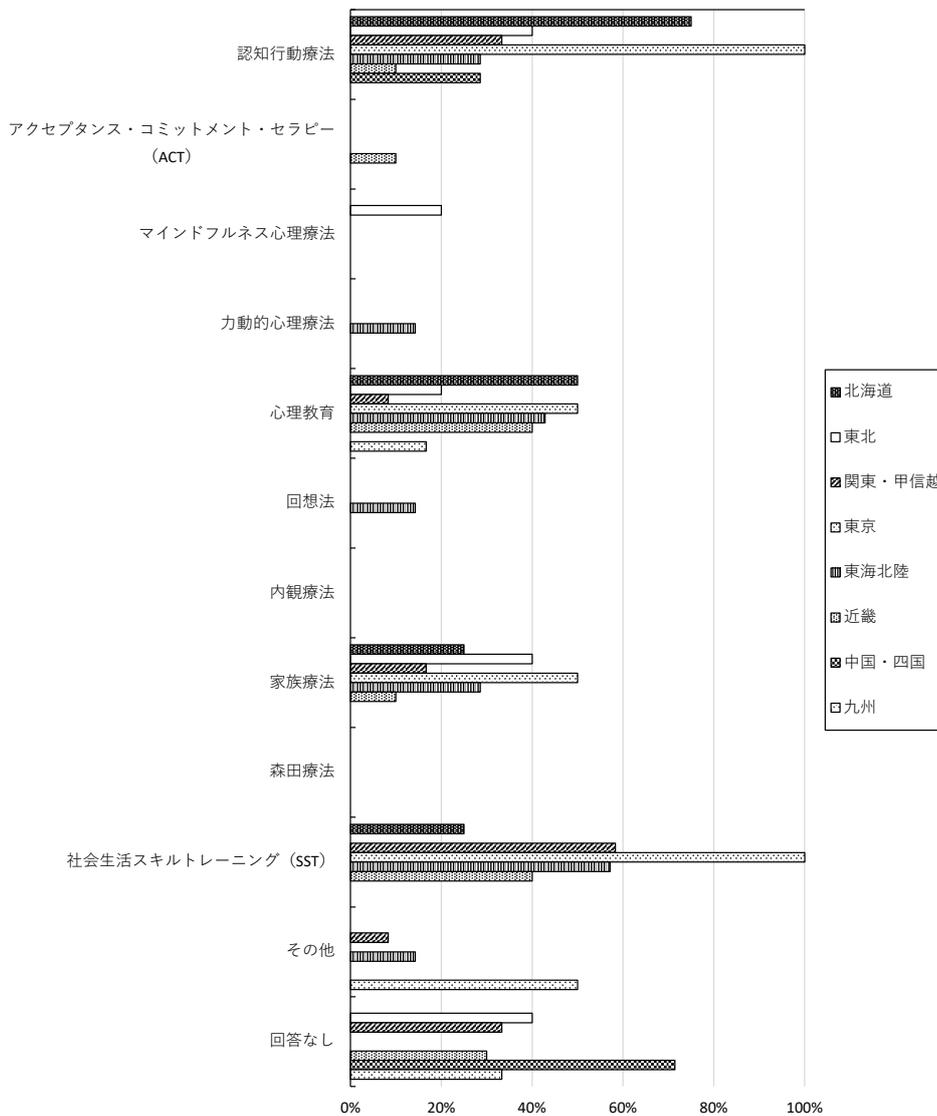
2-5. 諸般の理由で実施を見合わせている理由【エリア別】(複数回答)



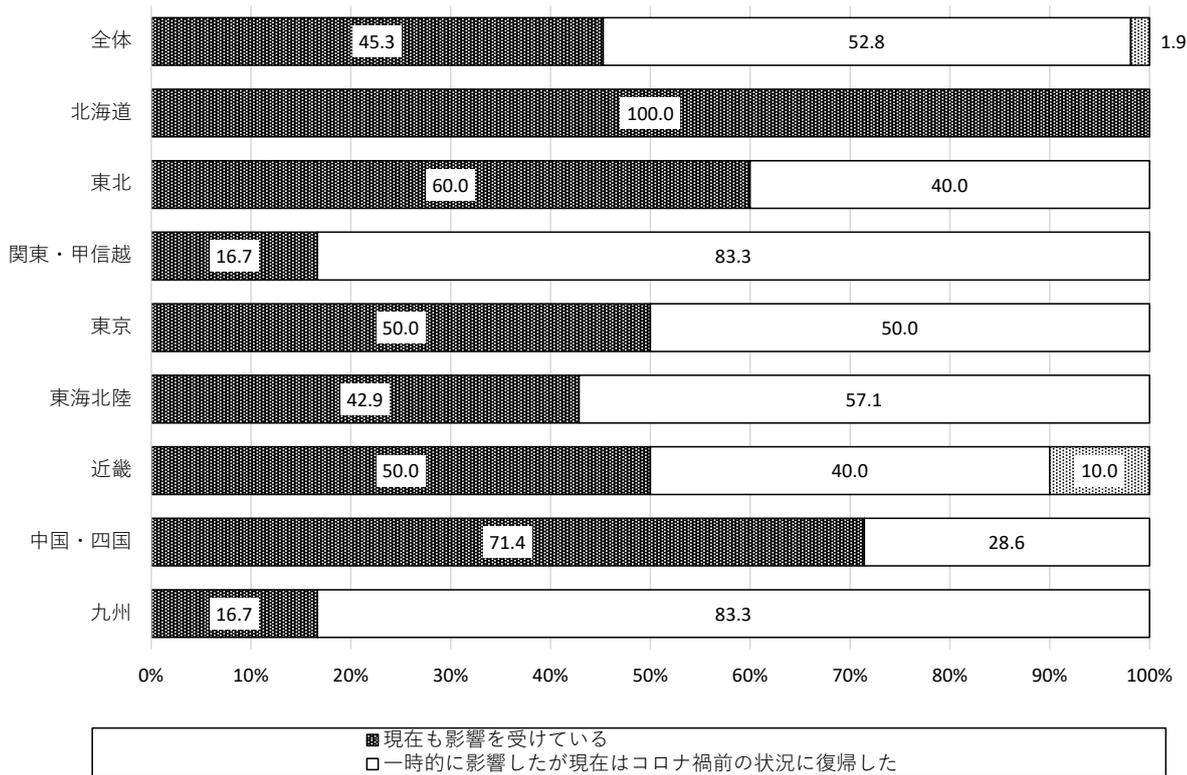
3-3. 集団精神療法の研修受講状況【全体】(複数回答)



3-3. 集団精神療法の研修受講状況【エリア別】(複数回答)

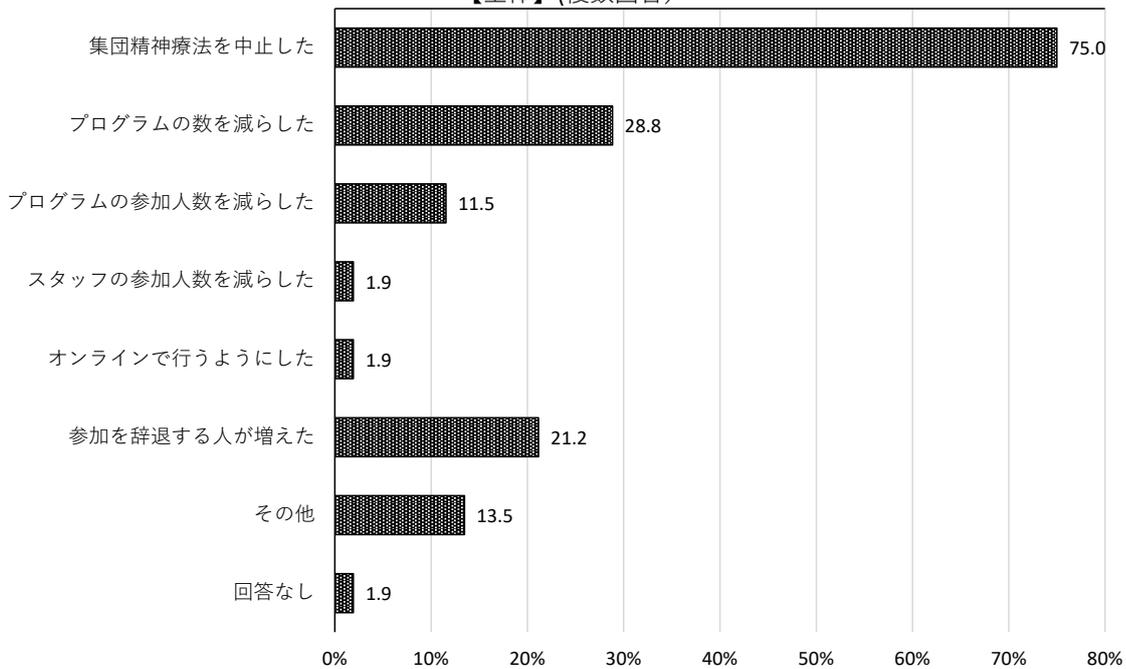


3-4. 集団精神療法における新型コロナウイルスの影響【全体・エリア別】



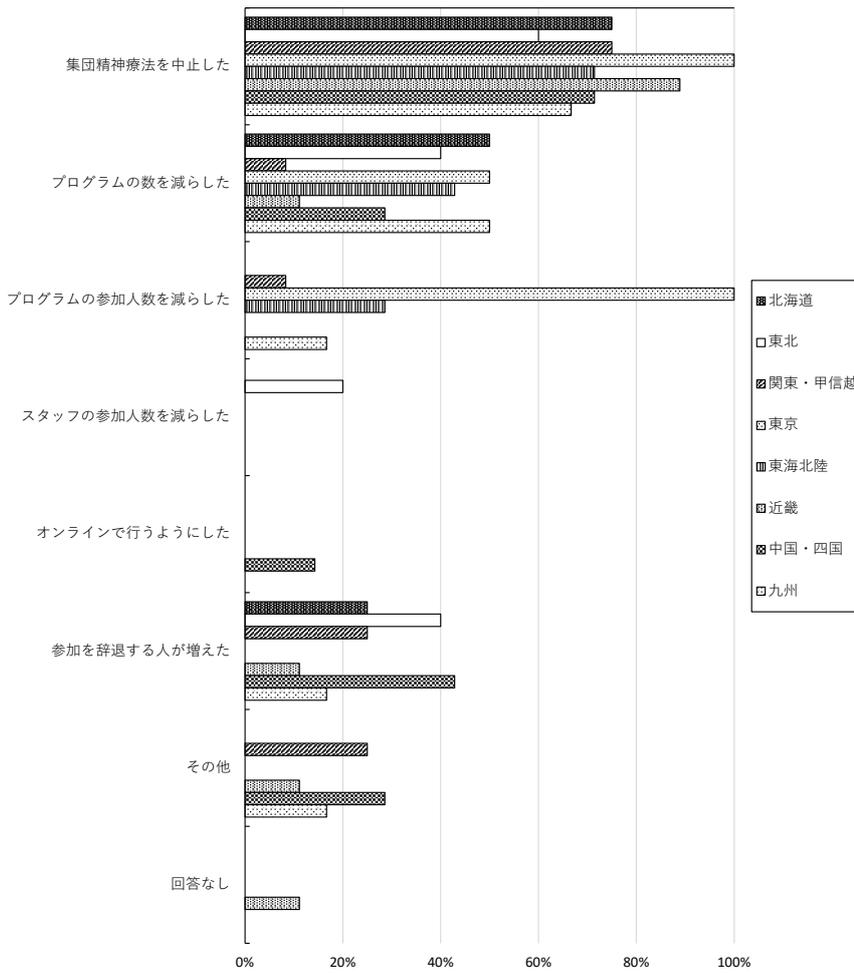
3-5. 「現在も影響を受けている」「一時的に影響した」場合、どのような影響があったか

【全体】(複数回答)

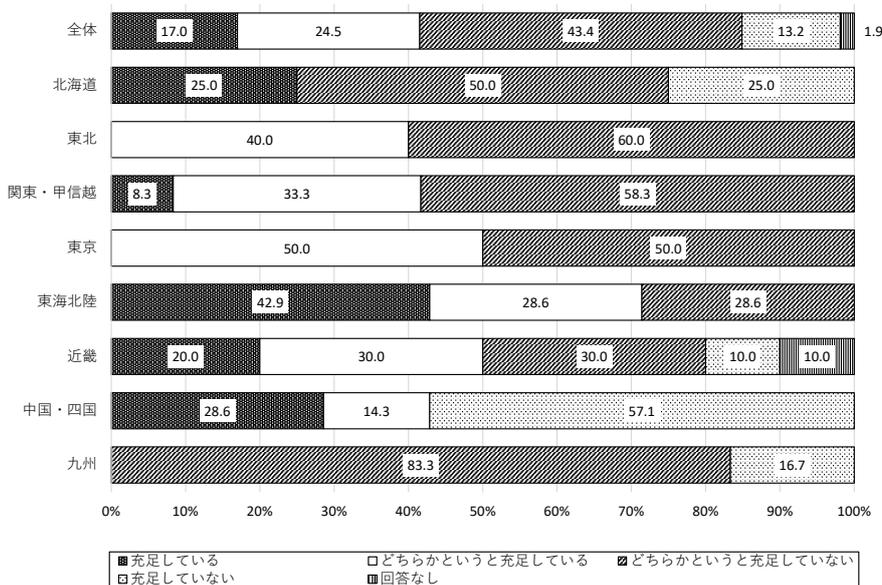


3-5. 「現在も影響を受けている」「一時的に影響した」場合、どのような影響があったか

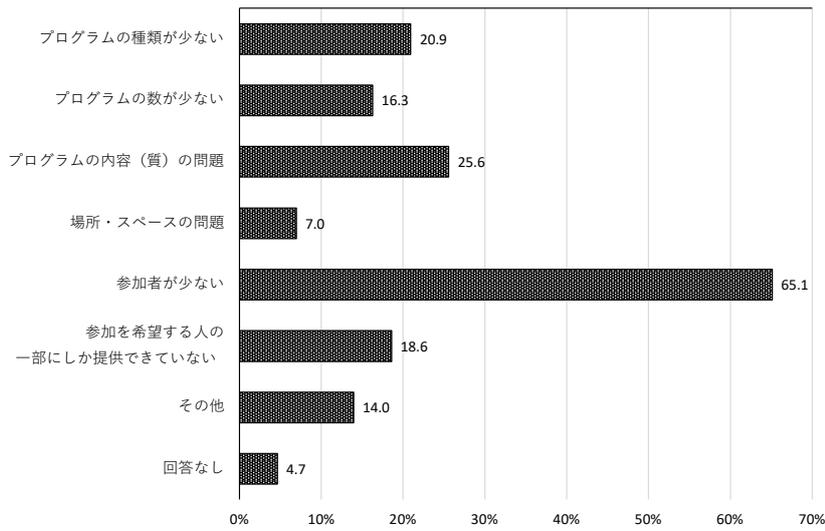
【エリア別】(複数回答)



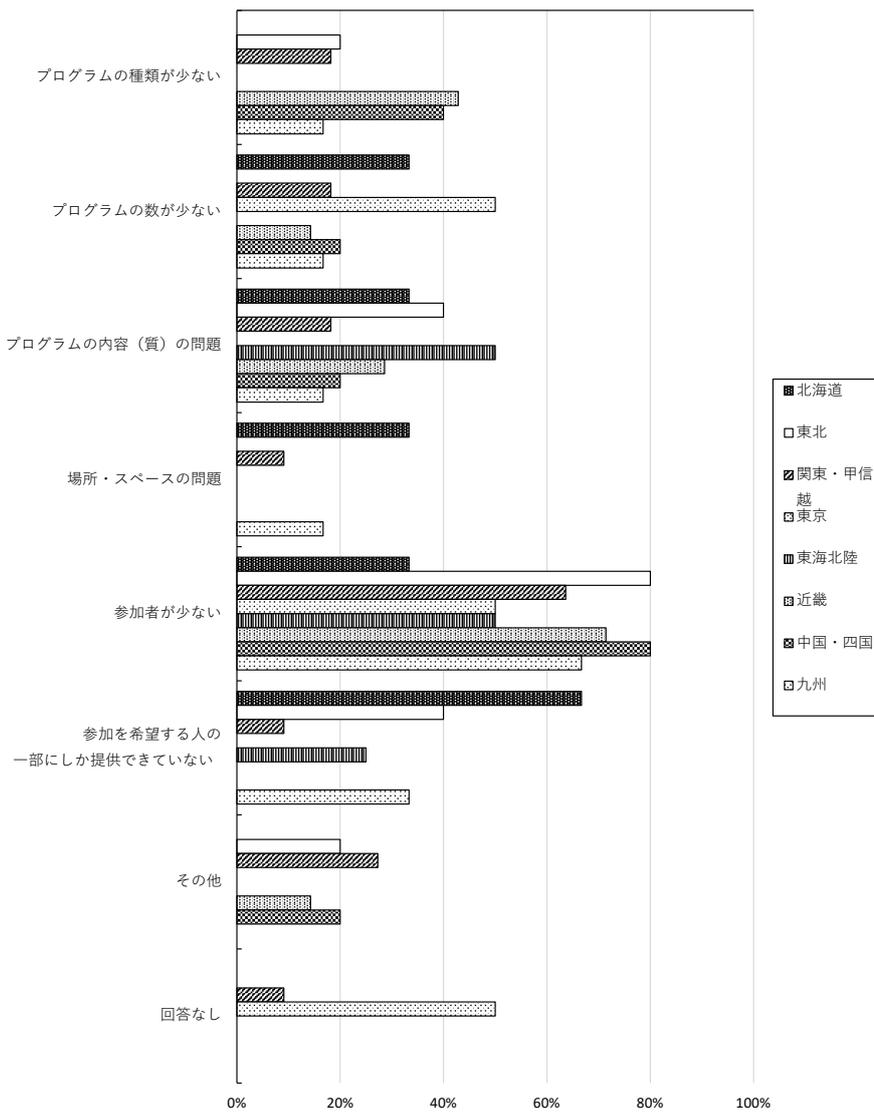
3-6. 集団精神療法の充足度【全体・エリア別】



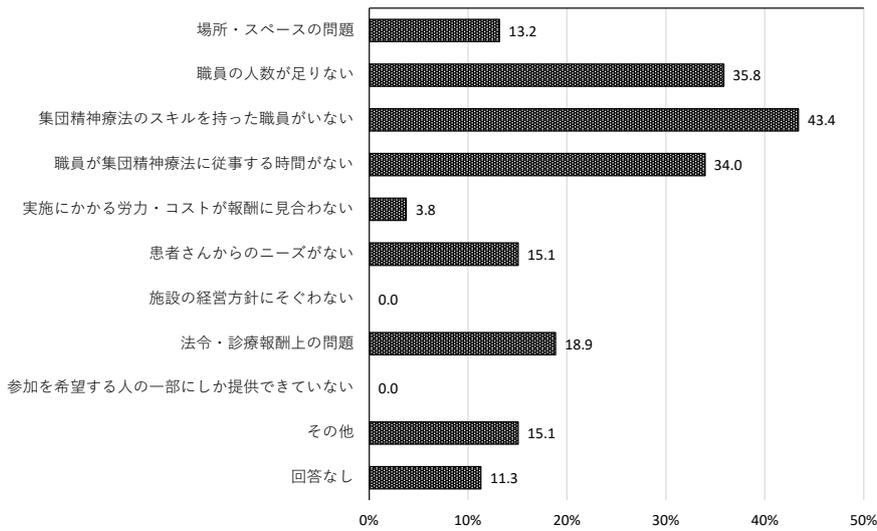
3-7. 集団精神療法が充足していない理由【全体】(複数回答)



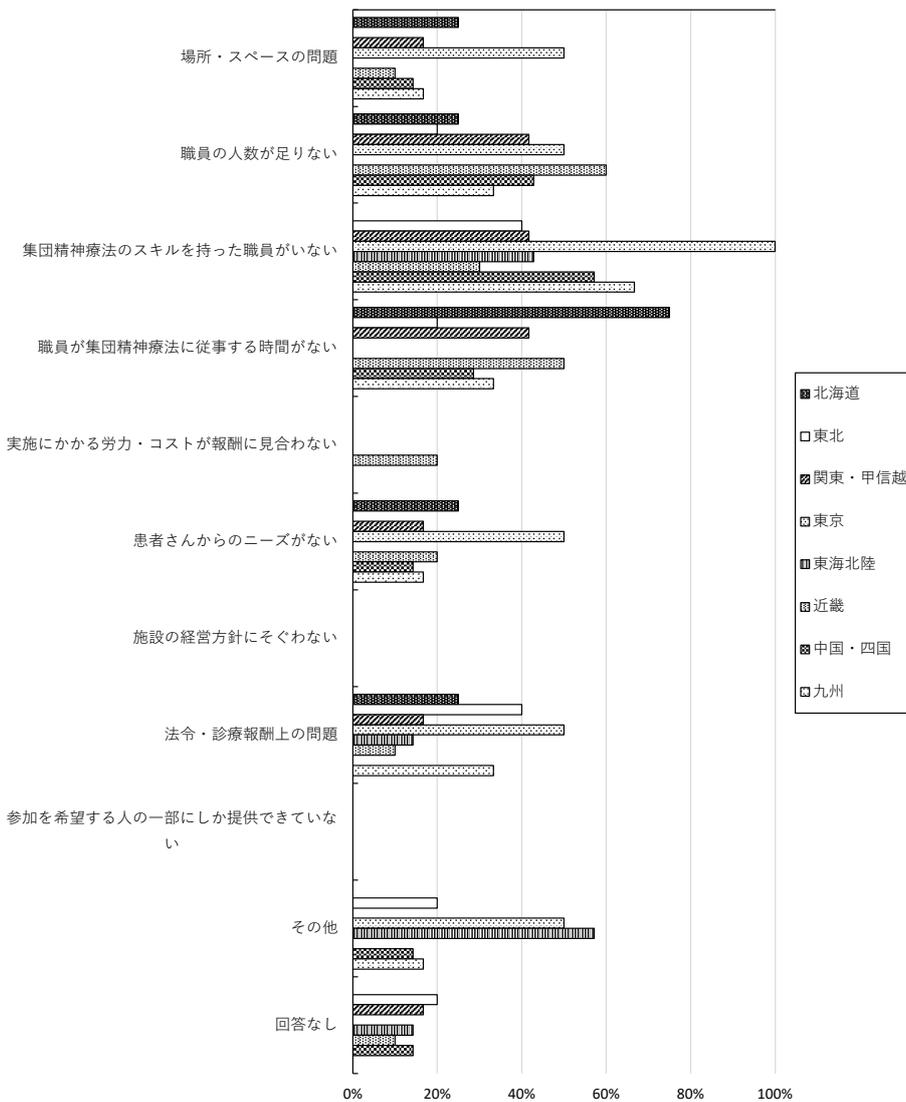
3-7. 集団精神療法が充足していない理由【エリア別】(複数回答)



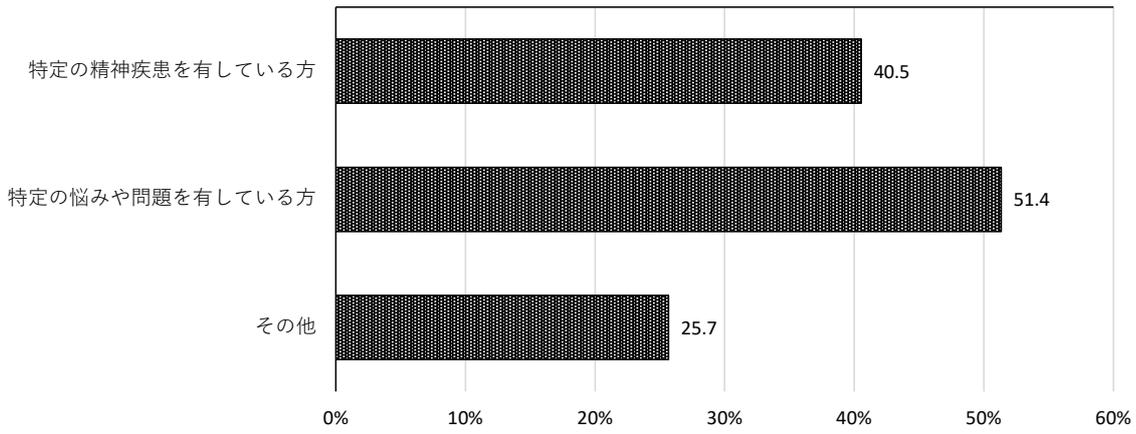
3-8. 集団精神療法に関する課題【全体】(複数回答)



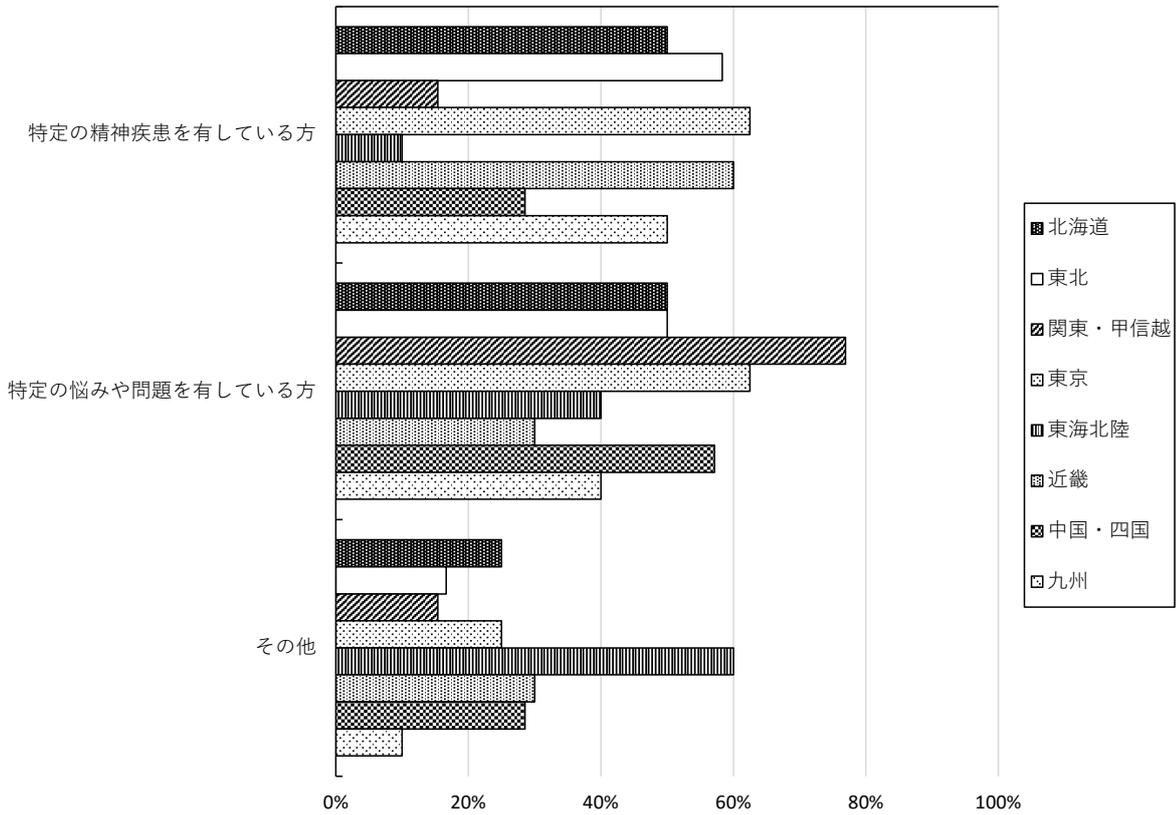
3-8. 集団精神療法に関する課題【エリア別】(複数回答)



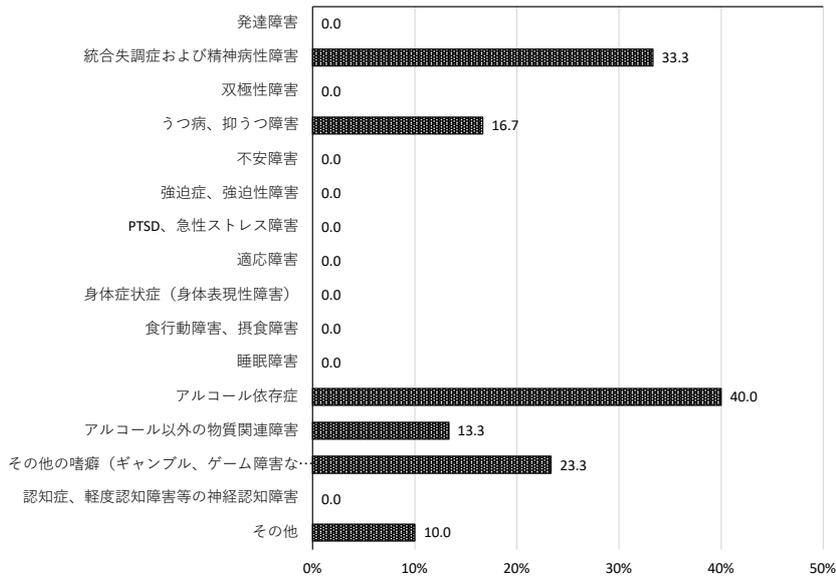
4-2. 集団精神療法の対象【全体】(複数回答)



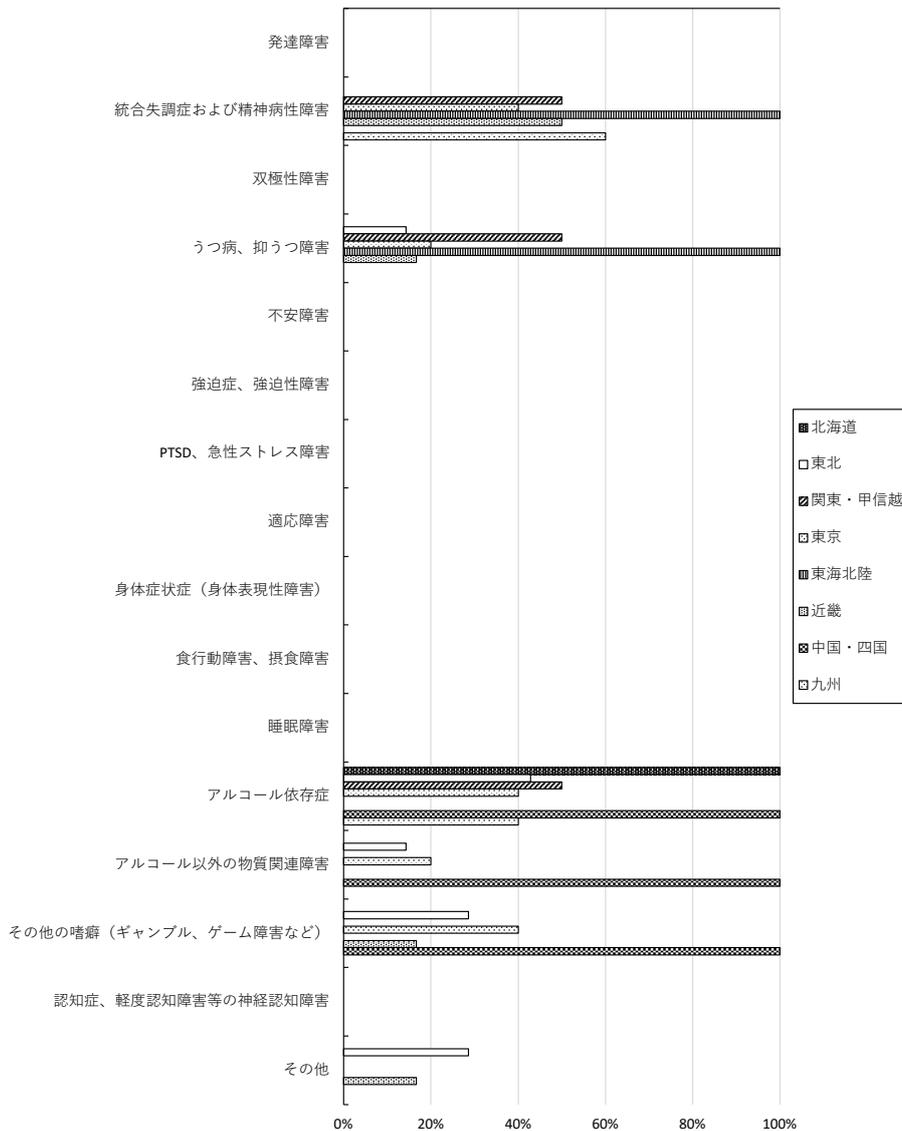
4-2. 集団精神療法の対象【エリア別】(複数回答)



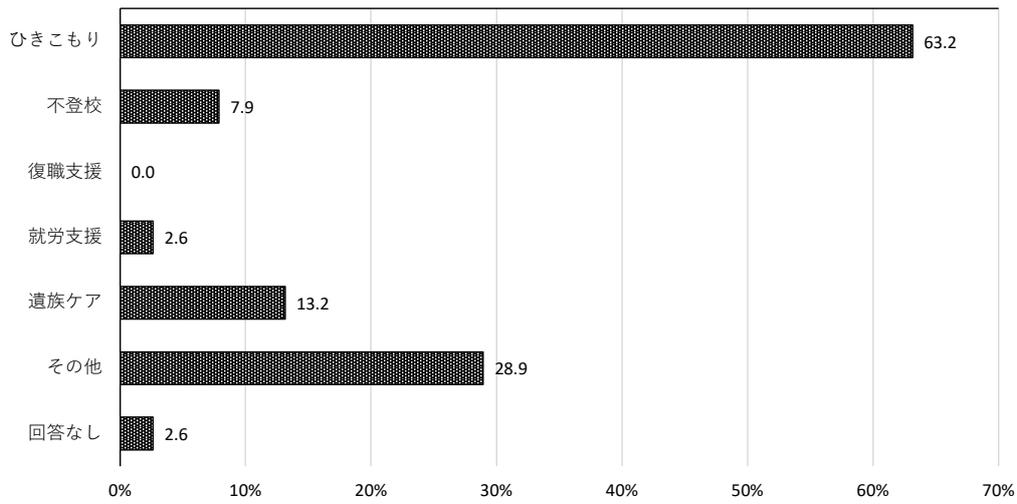
4-3. 集団精神療法の対象精神疾患【全体】(複数回答)



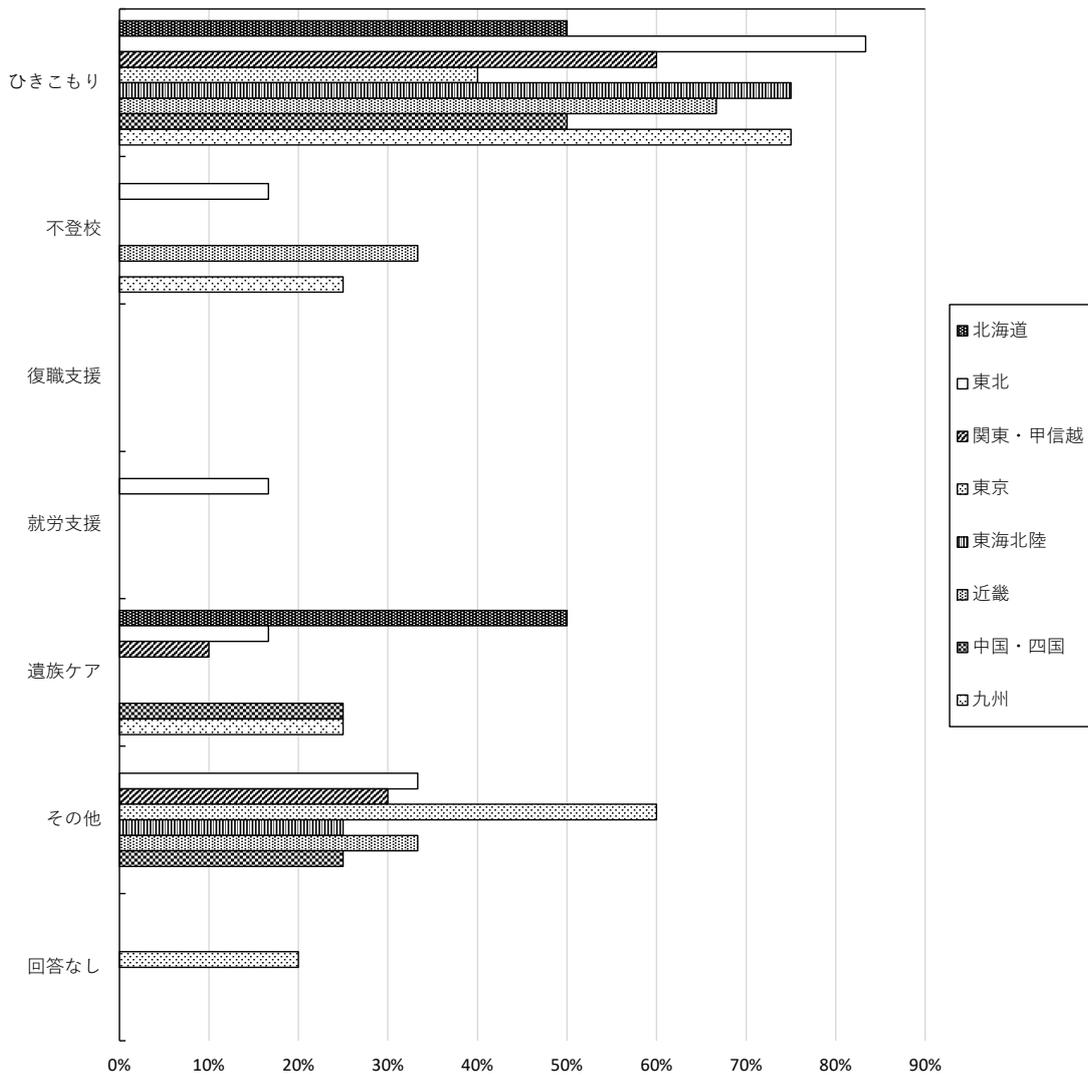
4-3. 集団精神療法の対象精神疾患【エリア別】(複数回答)



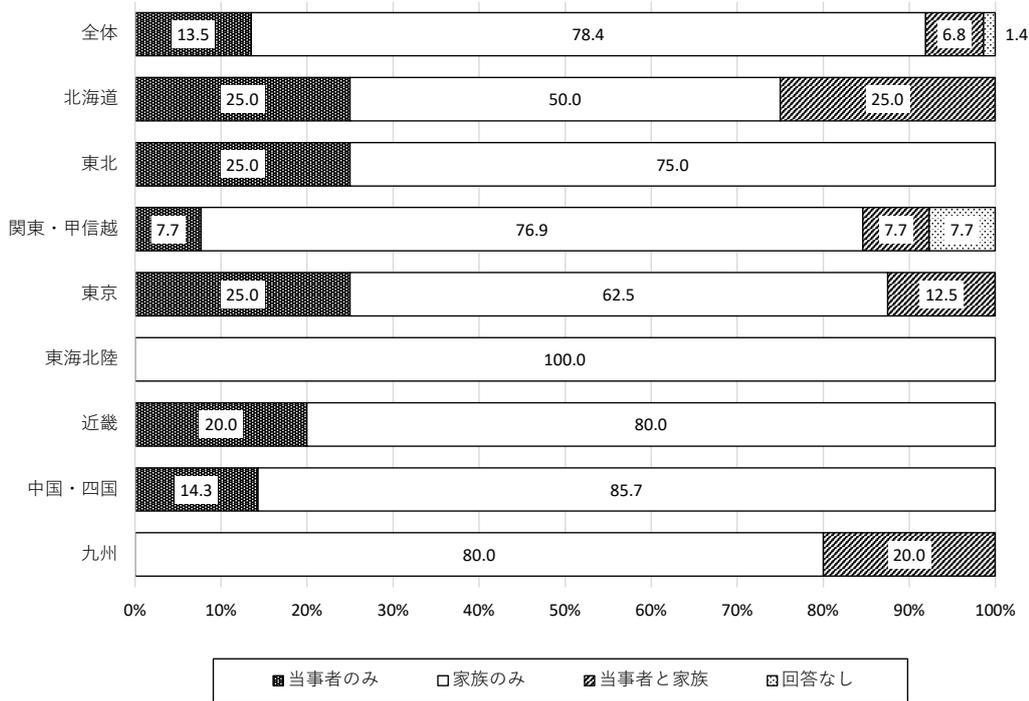
4-4. 集団精神療法が対象とする悩みや問題【全体】(複数回答)



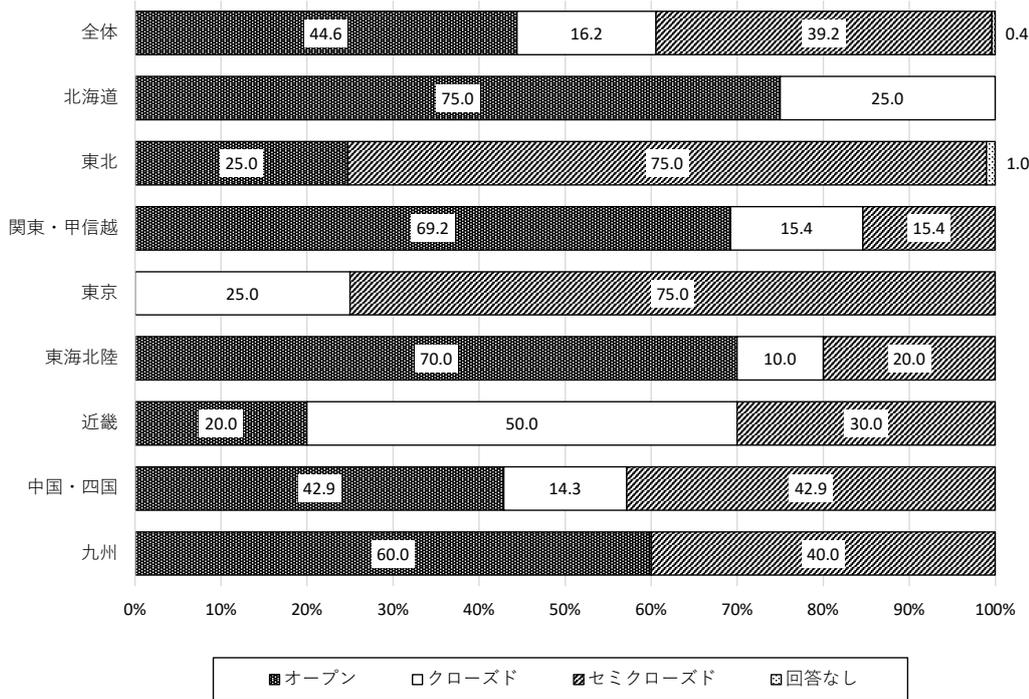
4-4. 集団精神療法が対象とする悩みや問題【エリア別】(複数回答)



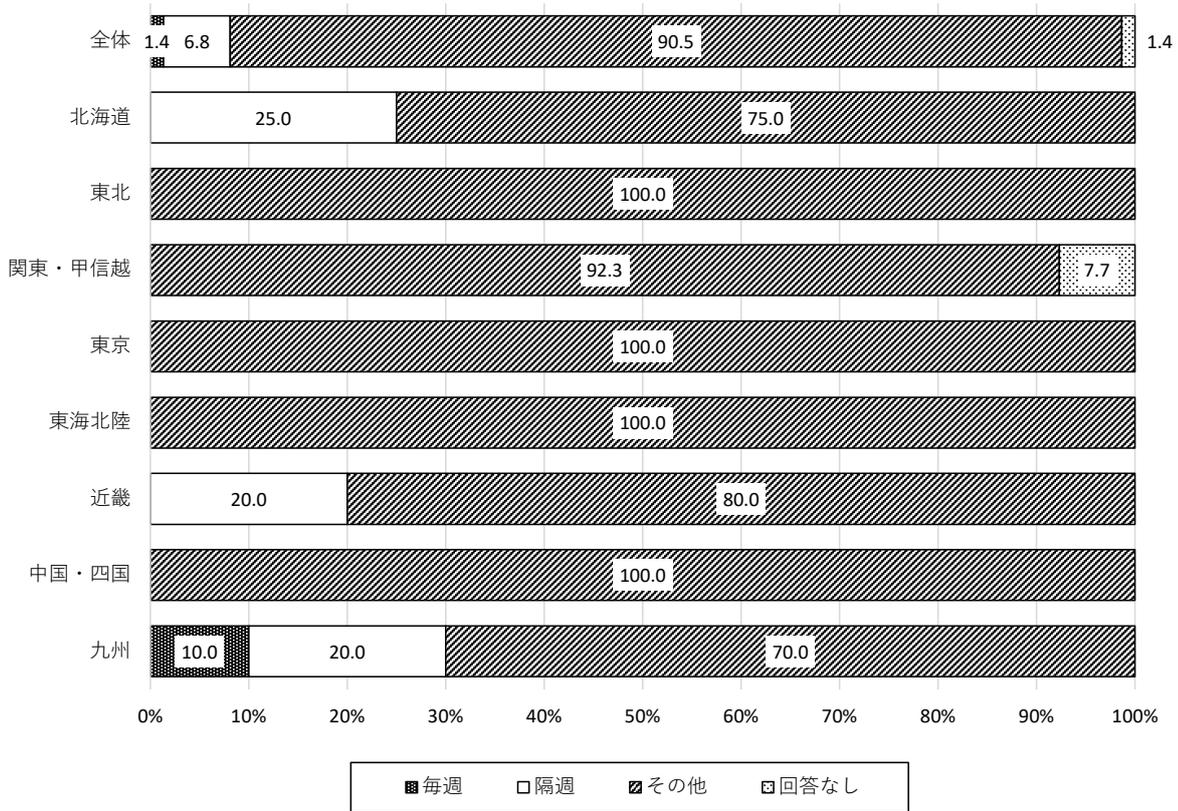
4-5. 集団精神療法の参加者【全体・エリア別】



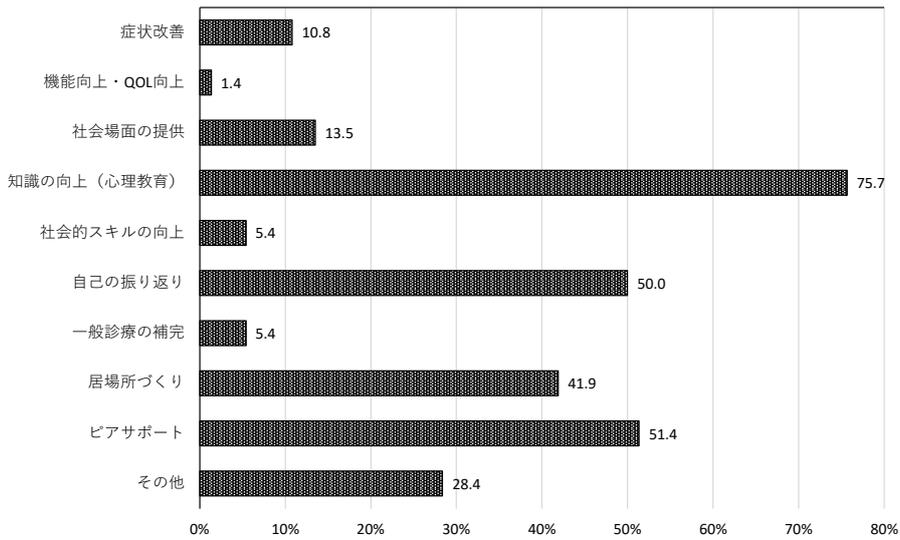
4-8. 集団精神療法の構造【全体・エリア別】



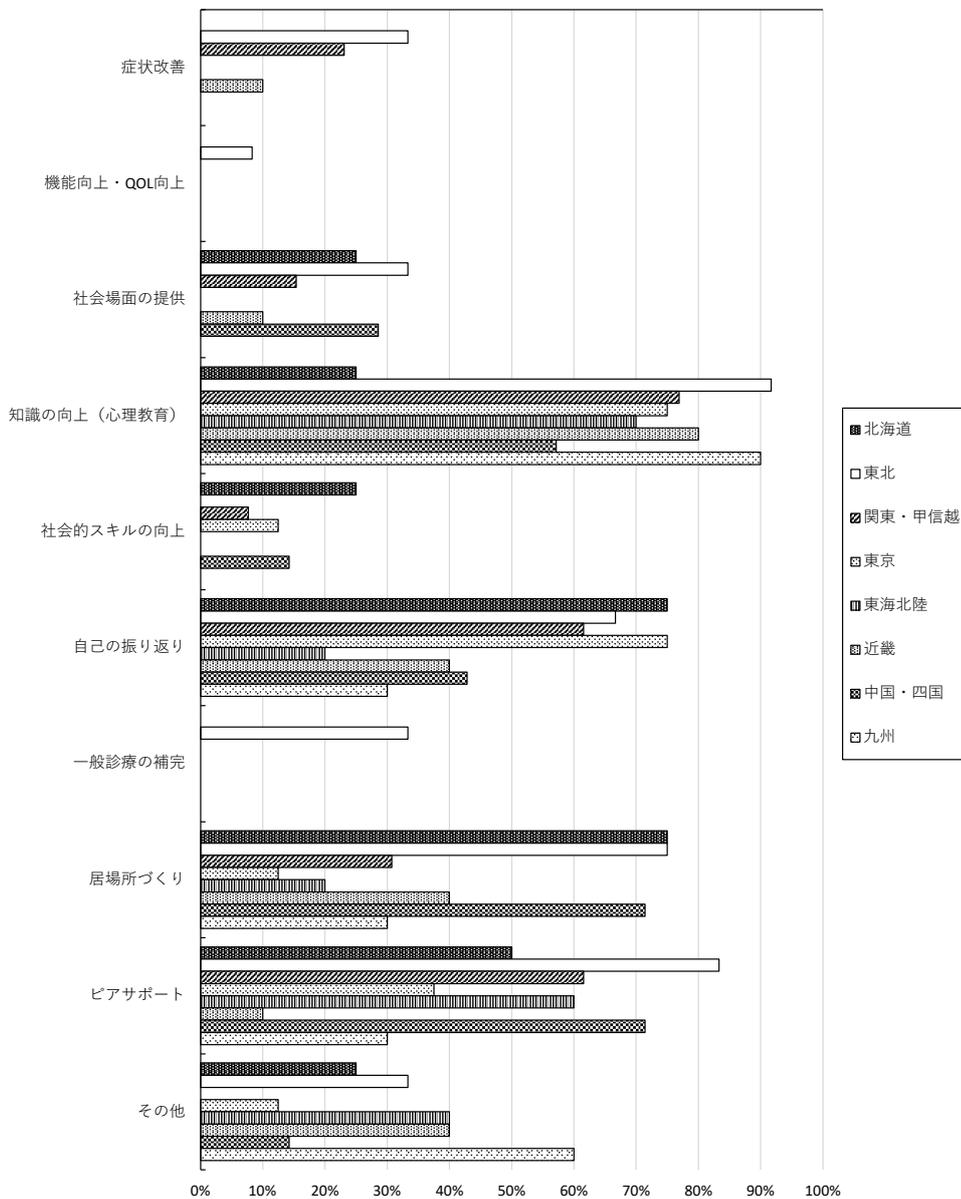
4-9. 集団精神療法の実施頻度【全体・エリア別】



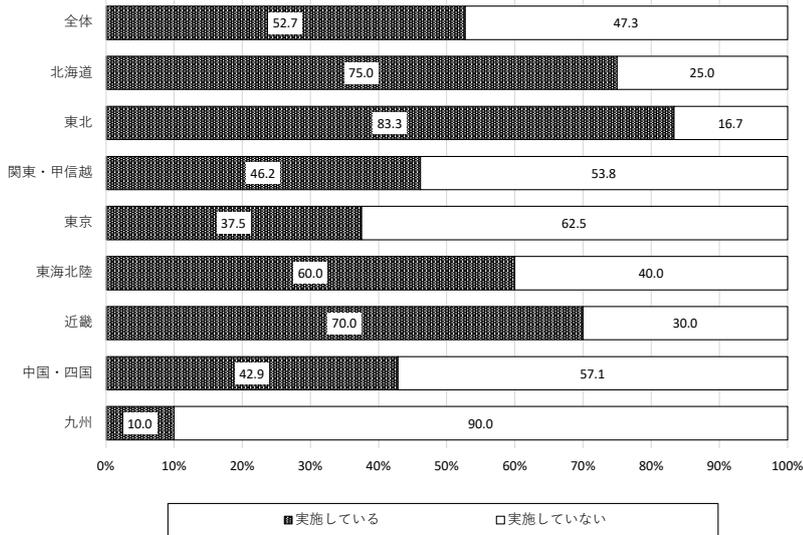
4-10. 集団精神療法の目的【全体】(複数回答)



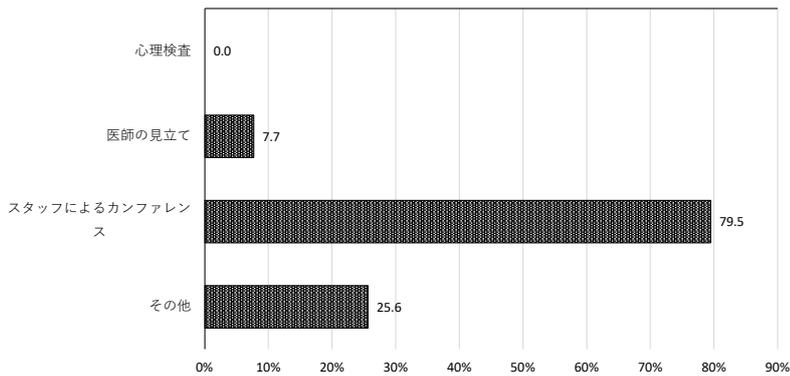
4-10. 集団精神療法の目的【エリア別】(複数回答)



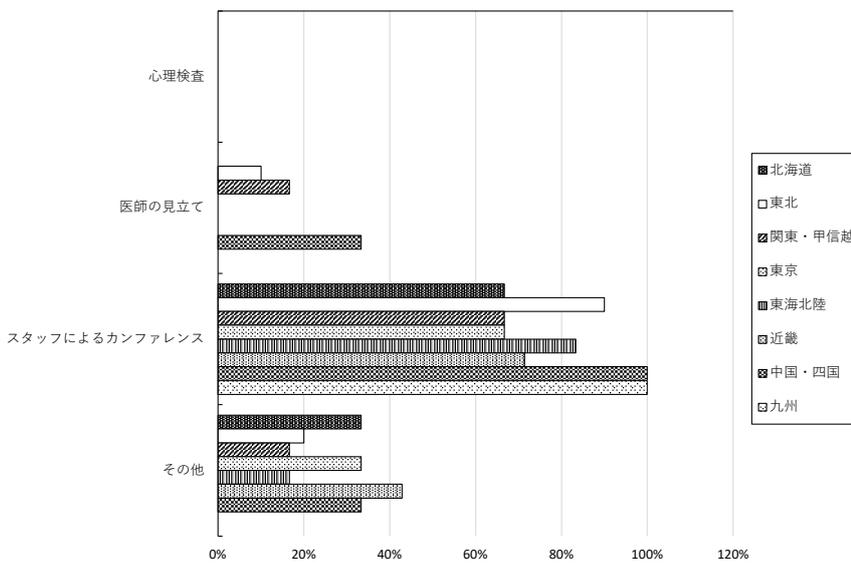
4-11. 集団精神療法の参加可否のアセスメント【全体・エリア別】



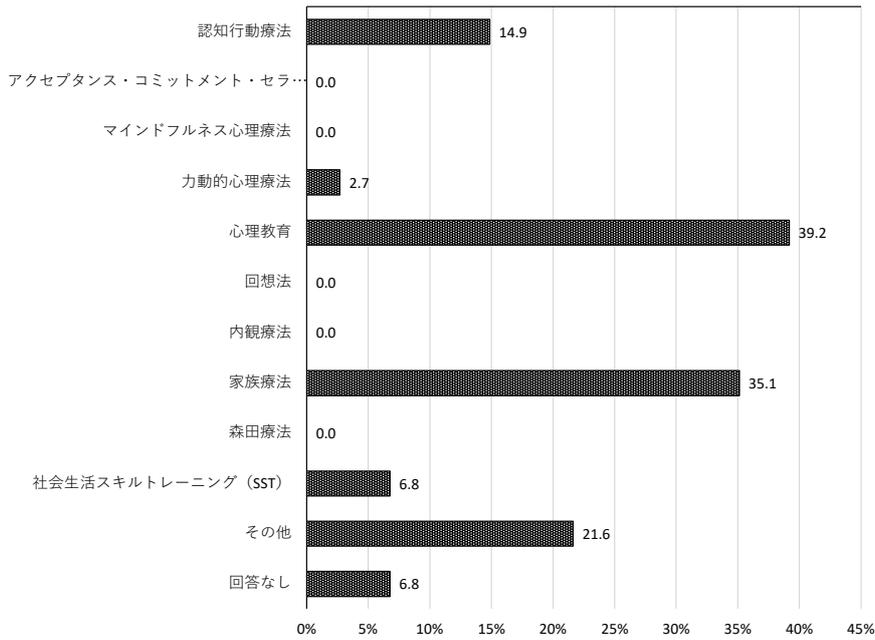
4-12. 集団精神療法の参加可否のアセスメントの実施方法【全体】(複数回答)



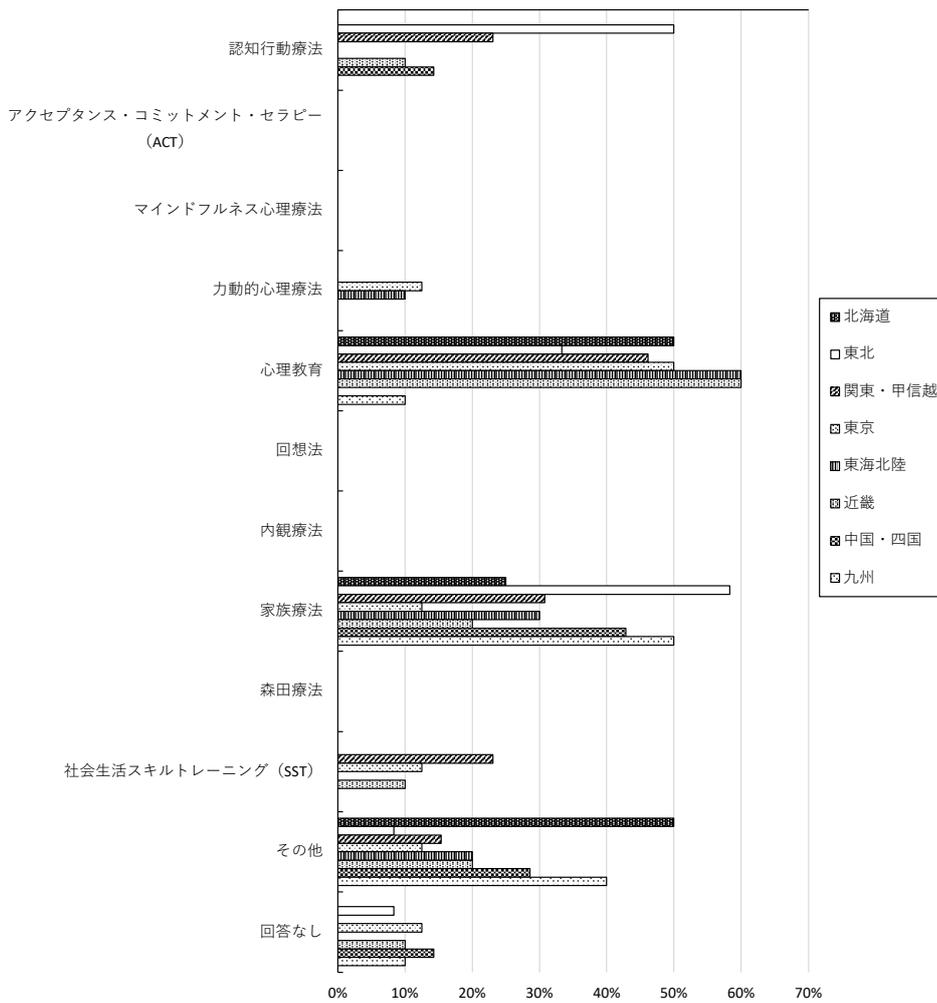
4-12. 集団精神療法の参加可否のアセスメントの実施方法【エリア別】(複数回答)



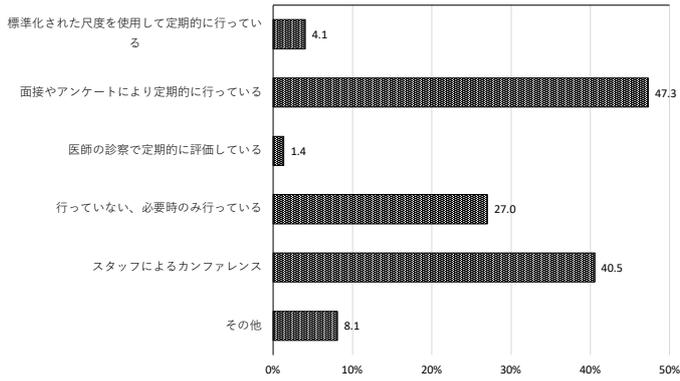
4-13. 集団精神療法のアプローチ【全体】(複数回答)



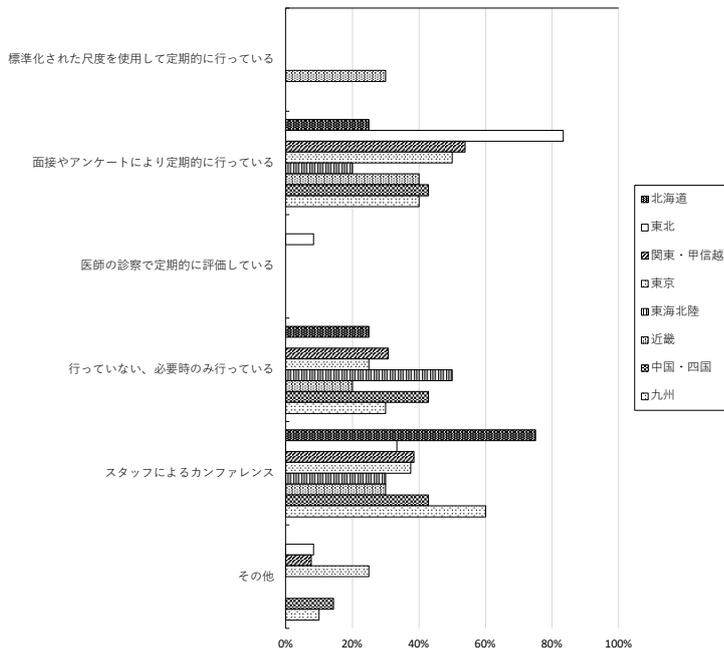
4-13. 集団精神療法のアプローチ【エリア別】(複数回答)



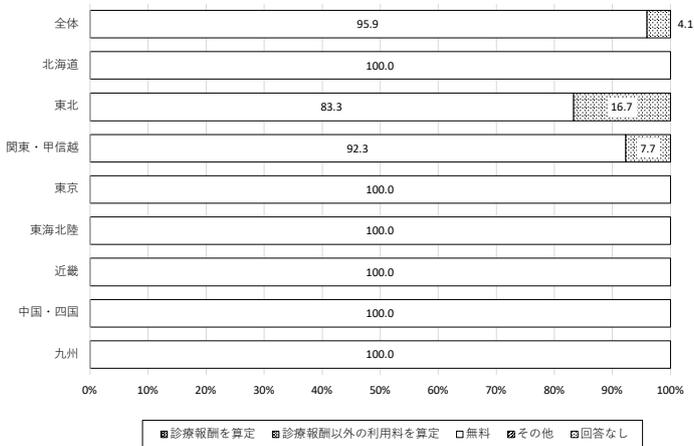
4-14. 集団精神療法の参加者の評価（効果測定）の実施【全体】(複数回答)



4-14. 集団精神療法の参加者の評価（効果測定）の実施【エリア別】(複数回答)



4-16. 集団精神療法の利用料の算定【全体・エリア別】



2-6. わが国での集団精神療法に関する意見や課題(自由記述)

・個別相談を受けた際、集団精神療法が適切な対象かどうかアセスメントする力が必要 ・統合失調症を中心とした精神病のデイケアのうち、集団精神療法として機能しているグループが少ない ・発達障害を対象としたグループが少ない
・実施できる機関に限られている ・移動手段がなく参加できない人がいる
・治療にかかるプログラムは医療機関で広がっていくとよい。保健所では家族支援のプログラムを考えていけたらよいと思う。 ・依存症では当事者が生きづらさを抱えていることが共通しており、依存の対象を限定せず、あらゆる年代の人が受けやすいものがあるといふ
・統合失調症の家族による家族学習会は、家族会と共催実施(2年間未実施)しているが有効性を感じる。 ・精神科医療と連携した形で、メンタルヘルス視点のノウハウ不足を感じる
田舎なので、精神科病院・診療所も少なく、需要に見合った集団精神療法が行われているのかと感じる
医療機関の仕事と思われる
支援対象者の中で必要性があるにもかかわらず(例にアディクション問題)つながっていないことが少なくない
実施機関のインセンティブが必要と考える
集団精神療法が病院やデイケア以外の場所で実施できると本人、家族は参加しやすい。集団精神療法の周知及び効果について本人、家族、福祉関係相談者が理解できていない
集団精神療法を実施している医療機関等が少なく通院しやすい近隣にない。利用可能数に制限があったり、プログラムの途中参加ができずすぐに利用できない場合がある。成果がすぐに見えなかったり、実感を得にくいことがあり、費用や時間的なことから利用につながりにくい
集団療法が必要な場合でも地域により実施状況に片寄りがあるため、利用したくても遠方で利用できないことがある。オンラインの充実等できると良い
集団療法を指導していく(できる)人材が不足していると感じる。 依存症やSSTのプログラムができる機関が少ない
職員の異動があり、今後も知識を習得する機会が継続して必要
精神の事例が多いところでは、集団療法までは保健所で手が回らないことがあります。民間団体を活用できるなど、民間団体の育成をしていく方がよいのではないかと思います
精神病院のデイケアの多くは集団精神療法というより、福祉サービス(時間つぶしと食事)に近い。平均在院日数を減らして、本来の治療としてデイケアなどで行うべきと考える
精神保健は本所で実施しており、センターではその業務を担当しておりません
精神保健福祉法の改正に伴い、より身近な機関での福祉サービスを受けることとなり、以前は当保健所においてデイケアや家族教室を実施していたが、近年は市町で実施し保健所は支援を行う役割となっている
体系的に学びたいがアクセス性や費用の観点から学習できる機会がないです
多様な医療機関を利用する患者のご家族が保健所単位で集まり、学習や交流を通じて地域的ケアにつながることを目的とするには、保健所で家族教室等を開催することが望ましいと思われる。平成初期には全国的に保健所で開催されていた家族教室だが①近年のIT進展により情報が容易に得やすくなったこと、②薬物や治療発展により回復が短期になり、患者同士、家族同士の交流がなくなったこと、などにより、対面集会による家族教室は開催されなくなった。今後保健所として家族対象に集団精神療法を行うなら、内容や形態、方法を再考する必要があると思われる
地方の地域では、集団療法を取り入れている施設に限られる。また、地域住民にも集団療法の有用性の理解が得られていないことが課題。住民の性質上、自己の課題より薬物療法にて即時回復を求め、精神疾患への理解が得られていない
通所しやすいように遠方の場合は交通費負担などあるとよい
特にありません
特になし
特になし
特になし
どの方にとっても集団精神療法が効果的であるとは限らない。集団の良さはきめ細やかに対応した個別支援の土台があつての上で成り立つものだと考える
本市、こころの保健センターにて集団精神療法を行っています
保健所として集団精神療法は必要と思わない

3-9. 貴施設で実施する集団療法の10年でのプログラム数や種類の変化(自由記述)

・当事者向けのプログラムを実施していたが、福祉サービスの事業所増加のため、実施しなくなった ・家族向けプログラムについては対象となるグループは増加している
H25～ ひきこもりの家族向けのプログラムを実施しています
R2年の途中から実施、まだ継続期間が長くないため変更なし
アルコール依存症関係やソーシャルクラブ(当事者のプログラム)について廃止
依存症関連家族教室は令和3年度まで「アルコール関連家族教室」であったが、R4年度から名称を「依存症関連家族教室」に変更したので依存症(ギャンブル等)に悩む家族が参加するようになった
心理教育を実施していた時期もあったが、現在は参加者同士の語りの共有を行っている
精神障害者社会復帰集団支援事業は令和3年3月をもって終了。現在は、ひきこもり家族のつどいを実施している
担当者が2から3年で異動するため、参加者との相談関係、進捗・段階・課題が引き継がれない
特になし
特になし
特記なし
なし
発達障害児・者向けデイケアを廃止
ひきこもり家族教室を中止
変化なし
毎年度1～2プログラム
令和元年度までは月1回実施していたが、他の業務に時間を取られるため2ヶ月に1回に回数を減らした
令和元年にひきこもりの家族を対象とした教室実施
レクレーションを主とするものを含め市内4カ所にて活動していたが、他の社会資源(作業所など)の利用状況をふまえ2カ所は継続実施、2カ所は終了とした。また、継続のうち1カ所は毎月開催を隔月に変更した。内容は特に変更はない

3-10. 本邦で集団精神療法を促進・普及する上で有益と思われることや、課題と思われること(自由記述)

オンラインを活用し、自宅からでも参加できるようにすると、若い世代の方も参加しやすいのではないかと考える
課題: 当事者や家族が精神疾患や状態について受容することが難しかったり、偏見を持っていたりするため地道な見守りと働きかけが必要なこと
広報誌などでの周知
参加者が固定化しがちなため、自助グループ等の集団精神療法に関する周知が課題だと思われる
実施する職種によって診療点数に差があったり、福祉施設などで実施したときに加算がつくなどあれば普及すると思います
集団精神療法が健康に有益であることがさらに市民に周知されることにより、参加への動機づけが高まると感じる
集団精神療法を実施する人材の育成が課題と思われる
知識・スキルを持った人員が必要なため、医療機関以外では地域で実施することが難しい
なし
他の業務が多いため、スタッフのスキルアップを図る時間が少ない
マンパワーの確保、スタッフの知識や技術の獲得が課題と考えます
有益と思えることは共感があること、客観視できること、課題は人間関係やフラッシュバックへの対応(実際課題と知っていることは起きてはいないが想定)
若い世代はSNSで仲間を見つけ、行政が開催する会の必要度が低くなってきている

4-1. プログラム名

ASAT-A(秋田県版アルコール依存症回復支援プログラム)
CRAFT
SAT-G
SAT-G(島根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム)
WRAP(元気回復行動計画)
アルコール、薬物、ギャンブル等家族教室
アルコール・ギャンブル等家族相談
アルコール家族教室
アルコール家族教室
アルコール家族教室
アルコール関連問題を抱える当事者ミーティング
アルコール教室
アルコール教室(当事者、家族の集団回復プログラム)
アルコール問題に関する家族支援教室
アルコール薬物等依存症家族教室
依存症(アルコール、薬物、ギャンブル等)家族教室
依存症家族講座
依存症患者の家族を対象とした家族教室
依存症関連家族教室
依存症相談
うつ病家族教室
うつ病家族教室
うつ病の家族教室
家族教室
家族教室
家族教室(精神保健)
かみかわ青年期親の会
感情調整が困難な人を抱える家族の集い
共依存と境界、ニーズのプログラム
こころの健康を支える家族のつどい(家族教室)
自死遺族交流会
自死遺族支援：「分かちあい」を主としたプログラム
精神障害者 家族教室
精神障害者家族会
精神障がい者家族教室
精神障がい者家族教室
精神障害者家族教室
精神障害者家族教室
精神障害を持つ人を抱える家族の集い
精神保健福祉家族教室(統合失調症)
断酒学級
中央保健所ひきこもり家族教室
中央保健所ひきこもり者の居場所づくり事業
デイケア(管轄地域住民の居場所的役割)
デイケアで年2日SSTを実施している
統合失調症家族教室
統合失調症に関する家族教室
統合失調症の家族教室
統合失調症の家族教室
統合失調症の方の家族のための家族教室

話し合い(単回でテーマを設定)
母と子のサポートグループ(虐待予防事業)(親支援)
ひきこもり家族会
ひきこもり家族学習会
ひきこもり家族教室
ひきこもり家族教室
ひきこもり家族教室
ひきこもり家族教室
ひきこもり家族教室(ひきこもり当事者の家族に向けた教室)
ひきこもり家族交流会
ひきこもり家族相談会
ひきこもり家族の会
ひきこもり家族のための集団プログラム
ひきこもり家族のつどい
ひきこもり家族の集い
ひきこもり支援家族教室
ひきこもり者家族間交流
ひきこもり者の家族を対象とした交流会
ひきこもりの家族向けプログラム(CRAFT Community Reinforcement and Family Training を基にしたプログラム)
ひきこもりの家族を対象とした家族教室
不登校・ひきこもり 家族の集い
わかちあいの会
わかちあいの会(自死遺族の会)
記載なし

4-15. 参加者の情報をどのような機関の担当者とどのような方法で共有しているか(自由記述)

・応援者コメント欄を設けており、本人経由で本人向けメッセージとして共有 ・支援者が他にいれば会に出席してもらう
・講師と事前調整の打ち合わせで参加者の情報を共有している ・保健所スタッフで教室前後のミーティングで交流会のグループ分けや参加者の状況を共有し、必要時個別支援でフォローしている
・主治医がいる場合は電話や対面にて報告、共有している ・子家庭支援担当者等との共有(障害支援担当者等)
・地域の家族会。 ・家族会への参加希望が会ったときは、同意を得て伝えている
・他に支援者がいれば、会に参加同席してもらう ・応援者コメント欄にて共有(本人を介して)
医療機関や市町、相談支援事業所の担当者と電話やカンファレンス等にて情報を共有
開催時、市役所職員や講師へ紙面による情報共有、打ち合わせを行う
開催前に市役所職員、講師の先生と書面にて情報提供している
家族教室が始まる前に直接資料等を見せながらスタッフ(保健師、臨床心理士等)と情報共有を行っている
課内で復命書回覧にて共有
基本的には所内のみ、必要に応じて本人の支援者と共有する
教室終了後、参加スタッフでカンファレンスを行い情報共有している
教室終了後、毎回精神保健福祉センターのスタッフとカンファレンスを行う
教室を共催している病院スタッフ、依存症拠点機関病院相談コーディネーターとカンファレンスを行っている
共有していない
共有していない
共有していない(内部のみ)
ケースによって関係機関が異なる。例えば家族、就労先担当者とカンファレンスを行い情報共有を行うことはあった
ケースを担当している市町村職員がプログラムに参加している
ケースを担当している市町村職員に電話等で情報共有を行っている。精神保健福祉センター(ひきこもり地域支援センター)の精神科医と年度末に振り返りを行っている
講師(医師、精神保健福祉士)に講義、座談会時の参考として概要を送付している
講師、共催の家族会代表とアンケートの集計結果を共有している(カンファレンス)
講師でくる専門職と口頭で共有している
講師として依頼しているアルコール健康障がい薬物依存症支援拠点機関の医師、看護師、精神保健福祉士とスタッフカンファレンスを行っている
講師として来る専門職と口頭で共有している
個別支援上の必要時に参加者の了解のもと、必要な機関の担当者と電話等により情報共有を行う
施設内での情報共有で、他機関との共有は行っていない
市町村保健師、心のケアセンターの臨床心理士や精神保健福祉士等とケース連絡会にて情報共有している
スタッフと事前カンファレンスを行い、情報共有を行っている
精神科医療機関相談員に参加者の選定に協力してもらっている
他機関との共有はしていない
他機関との連絡はしていない。就労支援の場合は職安の同行やジョブトレの紹介に際し、本人承諾のうえで情報提供、カンファレンス
担当スタッフ間での情報共有、必要時本人同意のもと内容に応じた機関と連携

地域活動支援センターと電話、メールで共有している
地域担当(保健センター)が個別支援を行っている参加者について、電話連絡や健康管理システムを介して情報共有している
通所先の事業所や訪問看護ステーションなどに必要に応じて報告を行っている
デイケア入室時には主治医より意見書を出してもらっているが、SSTに限っての情報共有はない
同意が取れた人に対し、各区保健福祉センターへ(今後関わってもらえるよう)情報提供している
当所にて定期的に面接を実施している参加者に対して、担当者と口頭で情報共有を行っている
特になし
なし
なし
なし
なし
必要時、市町村保健センター保健師へ情報提供(電話や書面で)を行っている
必要時、主治医と文書又は電話で共有している
必要時、主治医へ報告書送付
必要時、精神保健福祉センター職員と情報共有、連携
必要時、他機関を紹介、案内している
病状悪化時等、必要に応じて、医療機関や地域障害者生活支援センターといった関係機関と、主に電話連絡により共有している
他の機関と共有する場面がない

4-17. 集団精神療法に関する集団精神療法のプログラムで参考にした書籍・資料等(自由記述)

「アルコール、薬物、ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法 CRAFT」吉田精次+ASK 発行 アスク・ヒューマン・ケア
「やってみたくなるオープンダイアログ」斎藤環氏
・CRAFT アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法 ・依存症家族のための対応ハンドブック ・やさしいみんなのアディクション
・CRAFT ひきこもりの家族支援ワークブック ・実践SST スキルアップ読本
・茨城県ひきこもり相談支援マニュアル ・実践SSTスキルアップ読本
・ひきこもりの家族支援ワークブック ・不登校・ひきこもりが終わるとき
・虐待予防は母子保健から(鷲山拓男著) ・サポート・グループの実践と展開(高松里著)
ASK出版「アルコール、薬物、ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法 クラフト」
ASK出版「燃えつきの処方せん」
CRAFT
CRAFT 依存症者家族のための対応ハンドブック(金剛出版) アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法 クラフト(アスクヒューマンケア)
CRAFT ひきこもりの家族支援ワークブック
CRAFTプログラム
DVD「統合失調症の人の回復力を高める家族のコミュニケーション」
SSTと心理教育(中央法規出版)
社会的ひきこもり家族教室 開催マニュアル(福島県精神保健福祉センター) ひきこもりの理解のために(鳥根県ひきこもり支援センター)
精神保健福祉センター(ひきこもり地域支援センター)作成資料
特になし
特になし
特になし
特記なし
なし

集団認知行動療法治療者の評価尺度の開発および研修制度の構築

分担研究者：中島 美鈴

独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

研究趣旨：

目的：本研究では、集団認知行動療法の治療者の質担保の方法論の確立および効果的な集団精神療法実施のためのマニュアルと研修体制の整備を行うことを目的とする。

方法：集団認知行動療法に必要なスキルについて多職種からなる対人援助職チームでブレインストーミングを行いながら、集団認知行動療法治療者評価尺度およびロンドン大学のコアコンピテンシーリストに記載されたスキルを整理した。次にそれらのスキルを時系列に配置し直し、アニメーションをつけたり、ロールプレイ演習を入れたりしながら最も効果的な形式を探った。

結果：「集団認知行動療法治療者非認知について」(5スライド)、「集団の治療要因・プロセスと治療技法」(38スライド)、「ロンドン大学のコアコンピテンシーリスト」(11スライド)の3教材が完成した。

考察：G-CTSは特定の疾患によらない、集団認知行動療法の治療者の質に焦点づけた評価尺度としては、初のものが作成できた点で学術的意義は高い。またその治療エッセンスを伝える研修教材は治療者養成に貢献するであろう。今後は、効果検証が課題である。

A. 研究目的

集団精神療法には、様々な対象、形態、内容（認知行動療法、精神力動的療法など）が混在しており、エビデンスレベルや質は不明確である。本研究では、集団認知行動療法の治療者の質担保の方法論の確立および効果的な集団精神療法実施のためのマニュアルと研修体制の整備を行うことを目的とする。

具体的には、以下の2つを実施する。

① 集団認知行動療法治療者評価尺度

(Group-Cognitive Therapy Scale: G-CTS) の論文を執筆する。

② 評価尺度を用いた研修案を作成する：評価尺度のエッセンスを、集団認知行動療法の実施場面における具体的な困りごとを解決するメソッドとして位置付けた研修スライドを作成する。

B. 研究方法

① G-CTS の論文化：

学術誌への投稿の際に査読者より指摘を受けたデータの解析方法について、再分析や大幅な構造の修正を試み、プレプリントとして公開した。また、修正後の論文を別の学術誌へ再度投稿した。

②G-CTS を用いた研修案の作成：
改めて集団認知行動療法に必要なスキルについて多職種からなる研究班員でブレインストーミングを行った。その結果をもとに、研修スライドを作成した。研修の形式については実際にロールプレイ演習やアニメーションを用いたスライドを試行するなどして試行錯誤しながら、最も効果的な形式を探った。

C. 研究結果

①G-CTS の論文化：

集団認知行動療法治療者評価尺度の論文をプレプリントとして出版した。また、学術雑誌へ投稿し、現在査読対応中である。

②G-CTS を用いた研修案の作成：

ブレインストーミングの結果、グループの中の集団力動だけでなくグループ開始までスタッフの準備や参加者の募集など幅広い技能についても研修する必要があることが指摘された。そのため、既に開発した G-CTS だ

けでなく、ロンドン大学のコアコンピテンシーリストを参考にして、研修内容を整理した(図 1)。

ただし、この時点では、セラピストに必要なスキルの羅列の研修内容であり、特に集団認知行動療法の初心者にはわかりにくくなるのが想定された。そのため、図 2 のような時系列で整理して参加者に実際に自分がセラピストとして実働するところをイメージできるように配慮した。具体的には、グループ全体では、準備期→初期→問題発生期→終結期および全体を通してという時系列に整理した。



図 2 グループの時系列

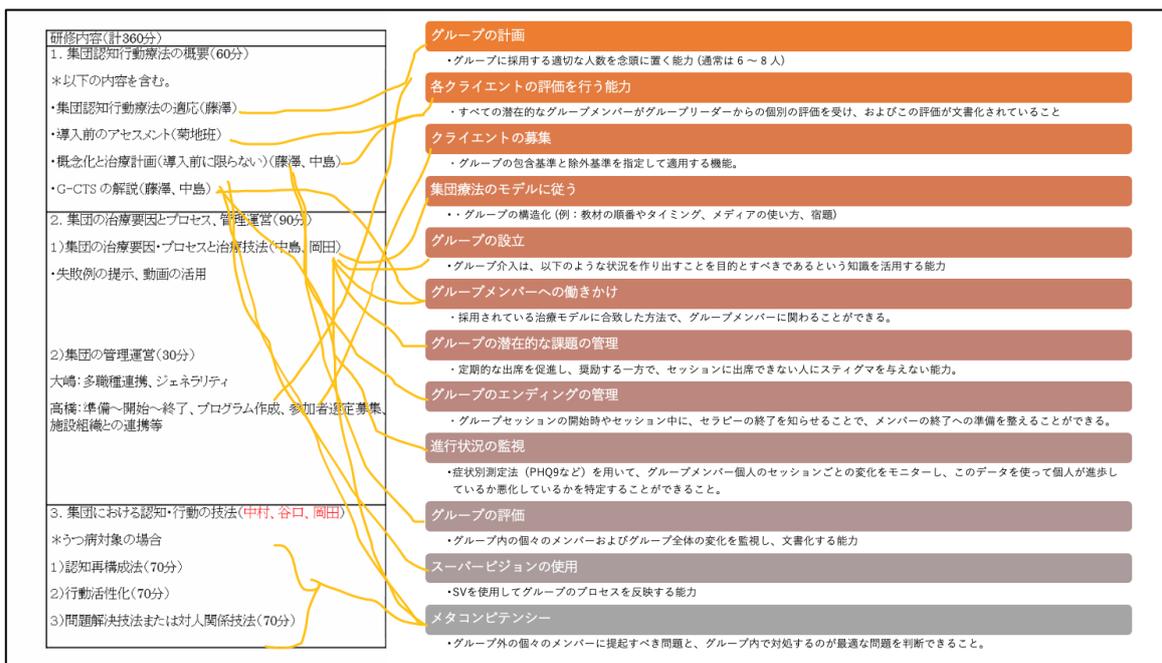


図 1 ロンドン大学のコアコンピテンシーリストと研修内容の対応

また、同様にセッション内では、チェックイン→アジェンダの設定→内容→まとめという構造を示した。

また、工夫の2点目としては、「初心者が陥りがちな失敗例」をアニメーションで示し、「なぜそれが効果的でないのか」を参加者にディスカッションしてもらい、能動的な研修参加を求め、その上で、効果的なセラピストの振る舞いをG-CTSのエッセンスとともに教えるスタイルをとることとした(図3)。



図3 初心者が陥りがちな対応例

こうして、「集団認知行動療法治療者非認知について」(5スライド)、「集団の治療要因・プロセスと治療技法」(38スライド)、「ロンドン大学のコアコンピテンシーリスト」(11スライド)の3教材が完成した。

D. 考察

本稿では、集団認知行動療法治療者評価尺度の論文化について、また、G-CTSを用いた研修案の作成について報告した。

G-CTSは特定の疾患によらない、集団認知行動療法の治療者の質に焦点づけた評価尺度としては、初のが作成できた時点で学術的意義は高い。またその治療エッセンスを伝える研修教材は治療者養成に貢献するであろう。今後は、研修教材を用いた効

果研究を行うことが課題である。

E. 結論

集団認知行動療法治療者評価尺度の論文化の進捗状況を報告した。また、それに基づいた研修教材が作成された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ryuhei So, Misuzu Nakashima, Jane Pei-Chen Chang, Marcus P.J. Tan, Ryoma Kayano, Yasuyuki Okumura, Toru Horinouchi, Toshitaka Ii, Toshihide Kuroki, Tsuyoshi Akiyama : Gender Biases Toward People With Difficulty in Balancing Work and Family Due to ADHD: Two Case Vignette Randomized Studies Featuring Japanese Laypersons and Psychiatrists, *Cureus* 15(1) e34243. 2023
- 2) Misuzu Nakashima, Miki Matsunaga, Makoto Otani, Hironori Kuga, Daisuke Fujisawa: Development and Preliminary Validation of the Group Cognitive Therapy Scale to Measure Therapist Competence: Preprint from medRxiv. 2022
- 3) 中島 美鈴: 発達障害で青年期になって問題が顕在化する人たち. ころの科学 SPACIAL ISSUE2023 若者たちの生きづらさ (石垣琢磨: 編) 日本評論社 106-113, 2023
- 4) 中島 美鈴: 支援者が心を守りよい支援をするための認知行動療法-特集 支援者のメンタルヘルス. 更生保護 / 日本更生保護協会 編, 74(2) 18-22, 東京,

2023

- 5) 中島 美鈴:先延ばしによる悪循環から抜け出すヒント. Be! 特集「めんどくさい」への対処 149 14-18, 2022
- 6) 藤澤大介, 田島美幸, 田村 法子, 近藤裕美子, 大嶋伸雄, 岡島美朗, 岡田佳詠, 菊地俊暁, 耕野敏樹, 佐藤泰憲, 高橋章郎, 中川敦夫, 中島美鈴, 横山貴和子, 吉永尚紀, 大野裕:本邦における集団精神療法の現状と課題. 精神療法. 48 98-103, 2022
- 7) 松浦 桂, 梅本 育恵, 中島 美鈴, 中島俊, 伊藤 正哉, 立森 久照, 中尾 智博, 堀越 勝, 久我 弘典:成人期 ADHD に対する個人認知行動療法の国内医療機関における質的調査. 精神神経学雑誌 124(4 付録) S-517, 2022
- 8) 中島 美鈴:脱ダラダラ習慣! 1日3分やめるノート, すばる舎:東京, 2023
- 9) 中島 美鈴 (担当:編訳) (原著:マシュー・マッケイ, マーサ・デイビス, パトリック・ファニング):超簡単認知行動療法 -すぐに気分がよくなる 6つのスキル. 星和書店:東京、2022

2. 学会発表

- 1) 壬生玲, 中野眞樹子, 稲毛雅子, 中島美鈴,後藤剛, 大橋昌資, 秋山剛:COVID-19 流行下における研修会開催の試み〜ファシリテーターのためのマニュアル作成〜.第 13 回集団認知行動療法研究会学術総会, 東京, 2022
- 2) 中島 美鈴:成人期 ADHD の実行機能モデルに基づいた認知行動療法. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学

会, 東京, 2022

- 3) 中島 美鈴, 児玉 臨, 森 治美, 嶋根卓也:身近な人とのコミュニケーションスキルに焦点づけた少年用大麻再乱用防止プログラムの作成. 第 22 回日本認知療法・認知行動療学会, 東京, 2022
- 4) 中野眞樹子, 壬生玲, 福田有希子, 後藤剛, 富樫剛清, 前川麻友, 中島美鈴, 大橋昌資, 秋山剛:オンライン研修版集団認知行動療法研修会ファシリテーターのためのマニュアル作成と研修会の実施〜実践報告〜. 第 22 回日本認知療法・認知行動療学会, 東京, 2022
- 5) 小口真奈, 高橋史, 金澤潤一郎, 中島美鈴:成人期 ADHD 患者に対する心理的支援の社会実装に向けて. 第 22 回日本認知療法・認知行動療学会, 東京, 2022
- 6) 中島美鈴, 前田エミ, 牧野加寿美, 吉原翔太, 要 斉:成人期の注意欠如・多動症患者の集団認知行動療法の長期的効果検討. 第 22 回日本認知療法・認知行動療学会, 東京, 2022
- 7) 中島美鈴, 立森久照, 中尾智博, 堀越勝, 久我弘典:成人期の注意欠如・多動症当事者の心理社会的治療に関するニーズ調査. 第 22 回日本認知療法・認知行動療学会, 東京, 2022
- 8) 嶋根 卓也, 児玉 臨, 中島 美鈴, 森治美:シンポジウム 13 大麻使用少年の理解とサポート (1) 2022 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 仙台, 2022
- 9) 中野眞樹子, 壬生玲, 稲毛雅子, 中島

美鈴, 後藤剛, 大橋昌資, 秋山剛 : 集
団認知行動療法におけるファシリテ
ーターの重要性再考～コロナ流行状況で
の研修会開催の試み 第19回日本う
つ病学会, 大分, 2022

G. 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

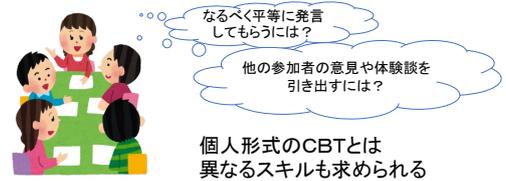
なし

3. その他

なし



集団認知行動療法における治療者の役割



集団認知行動療法を実践する治療者に求められるコア・スキルの明確化、評価方法の確立のためにG-CTSが開発された。

CTS11項目+他の参加者との関係を用いた介入+行動チェックリスト=G-CTS

CTSの項目

1. アジェンダの設定
2. フィードバック
3. 理解力
4. 対人能力
5. 共同作業
6. ペース調整および時間の有効使用
7. 誘導による発見
8. 重要な認知または行動への焦点づけ
9. 変化に向けた方略
10. 認知行動技法の実施
11. ホームワーク

+ 「他の参加者との関係を用いた介入」

セラピストの行動チェックリスト

初感レベル

- ✓ 治療者ははじめにアジェンダを設定した。
- ✓ 時間割について参加者に示した。
- ✓ アジェンダを適切な時期で設定した。

中感レベル

- ✓ アジェンダを参加者と共同して設定...
- ✓ アジェンダがその参加者の問題の...

上感レベル

- ✓ そのセッションの参加者の状況に応じて

評定点

0 point: 認知行動療法といえない

1 point: 初心者としてもかなり問題が多い

2 point: 初心者としても問題がある

3 point: 初心者として合格レベル

4 point: 一人前の治療者として合格レベル

5 point: 一人前の治療者として秀逸レベル

6 point: 非常に卓越したレベル

集団認知行動療法治療者評価尺度 (G-CTS) の項目一覧

I 基本的な治療スキル

1. 他の参加者との関係を用いた介入
2. アジェンダの設定
3. フィードバック*
4. 理解力*
5. 対人能力*
6. 共同作業*
7. ペース調整および時間の有効使用*

II 概念化、方略、技術

8. 誘導による発見
9. 重要な認知または行動への焦点づけ
10. 変化に向けた方略
11. 認知行動技法の実施
12. ホームワーク

*各項目について0~6点で評定
 *1項目少ない個別CBTのCTSでは合計40点前後が目安
 *認知療法尺度(CTS)+集団CBTオリジナルに追加したもの(赤)

G-CTSの使い方

- グループCBTを行うにあたり必要なスキルを確認、学習できる
- 自己評価式でもちいることで、自分の実践の振り返り、反省的学習になる
- 他者評価式でもちいることで、SVで用いることができたり、治療者教育やピアSV（施設内のスタッフでおこなう）にも活用可能





- 1セッション 60-120分程度
- 頻度：1回/1-2週間
- メンバー：3-15名程度
- スタッフ:1-2名
- 1クール：10セッション前後が多い



広島大学病院における1クルールの流れ

心理教育セッション	導入1 病気を理解しよう 導入2 グループセミナーの説明
治療セッション	問題の整理と目標設定 第1回 さあ、はじめよう 第2回 生活の変化に目を向けよう 第3回 考え方のくせを見つけよう 第4回 考え方を再検討しよう
	認知への介入 第5回 気持ちが楽になるような考え方を見つけよう 第6回 成功と失敗を分析してみよう
	行動への介入 第7回 苦手な場面について練習してみよう 第8回 1週間の計画を立ててみよう
	再発予防 第9回 計画の立て方を再検討しよう 第10回 再発予防に向けて・修了式

『さあ！やってみよう集団認知行動療法 うつ・不安への支援のために』監修 集団認知行動療法研究会より

1セッションの流れ

チェックイン	前回からの橋渡し ホームワークの確認
アジェンダの設定	アジェンダの設定
内容	今日のアジェンダ（1つか2つ）
まとめ	学んだことのまとめ ホームワークの設定 フィードバックを引き出す

うつ病のウツ男さんの事例で流れをつかむ

仕事でわからないことがあっても人に聞けず何時間もかけて1人で調べるそのため仕事がたまる

周囲からの仕事の評価は悪くないのに

「自分は能力が低い会社のお荷物だ」と考えるように。



終わらない仕事のことがプレッシャーでやがて休日もそわそわ早朝覚醒



近況報告

最初にみなさんに1週間の近況報告をしてもらいます

お仕事で悩まれているんですね。つらい中よくこられましたね。後ほど詳しくお聞きさせていただきます。では次の方。

治療者

最近、仕事のことでけっこうつらいですね。なんというか、自分はお荷物だなあって。

この一週間はよく眠れました。



前回からの橋渡し ホームワークの確認

前は認知は感情に影響するということ学びましたね。ご自身の認知が感情に影響する例を探してくるのがホームワークでしたがいかがでしたか？

治療者

ホームワーク、昨日の夜思い出して慌ててやりました

他の皆さんいかがでしたか？

一応やったけど自信ないです。認知って難しいですね。



アジェンダ設定

近況報告の中でウツ男さんが“仕事のことで自分はお荷物だと考えてつらくなった”とおっしゃっていましたが、みなさんにも似た経験はありませんか？

治療者

みなさんに共通するテーマかもしれませんね。では、このことをアジェンダにするというのはいかがでしょう。今日学ぶ認知再構成法でじっくり検討することが役立つかもしれません。

私は周りの同僚に迷惑かけると考えるとつらくてしょうがないです。

あります、あります。全く一緒です。



状況をSlice of timeで切り出す

ウツ男さん、お仕事で自分はお荷物だと考えられた場面について教えてもらえますか？

治療者

そう感じられたのは最近のことですか？

私は仕事が遅いから周りに迷惑かけるんですよ。

はい、ちょうど昨日の今頃です。仕事でわからないことがあるけど、みんな忙しそうで聞けなくて……

ウツ男さんはそれでどうされたんですか？

仕方ないので、過去の資料をひたすら探して調べてました。



他の参加者の理解度を確認 他の参加者にも似た経験がないか聞く 他の参加者から共感を引き出す

みなさん、ウツ男さんのお困りの状況はおわかりいただけましたか？似たような経験のある方？

治療者

なんでも質問していいとか言ってくれるけどあれだけ忙しい職場だと気を遣いますよね。

すごく自分と似てます。



自動思考を引き出す

ウツ男さん、そのつらかった場面でどんなことが心に浮かんでいましたか？

治療者

質問するとあきれられてしまうんじゃないか。こんなこともわからない自分は会社のお荷物だと思っていました。



チェックイン	アジェンダの設定	内容	まとめ
--------	----------	----	-----

**こまめなまとめ
技法の説明
他の参加者の考えや体験を引き出す。**

ここまでまとめましょう。ウツ男さんは、仕事でわからないことを周囲に質問しにくいんですね。背景には、質問するとあきれられてしまうのではという心配があるようですね。

ここで認知再構成法を使ってみましょう。つまり、ウツ男さんの状況で、別の見方ができないかを検討するのです。

たとえば、周囲の人の立場から見ると、仕事でわからない時に質問されるとどうでしょうか？

治療者：はい、そうです。

参加者：私は、人に頼られるとうれしいですね。

参加者：もし自分が忙しくても、まずはわからないところがあるって言ってもらわないと、わからない。後からフォローしますよ。

チェックイン	アジェンダの設定	内容	まとめ
--------	----------	----	-----

参加者が「発見」することを援助する

いろいろな意見をみなさんからいただきました。ウツ男さん、お聞きになられていかがでしたか。

治療者：そうですね。頼られるとうれしい人もいるんだというは発見でした。

チェックイン	アジェンダの設定	内容	まとめ
--------	----------	----	-----

最初にみなさんに1週間の近況報告をしてもらいます

- アジェンダ設定
- 多くの参加者に役立つ
- 参加者に平等に

重要な話題ですね。このことをアジェンダにするというのはいかがですか。今日学ぶ認知再構成法でじっくり検討することが役立つかもしれませんが、みなさんにも似た経験はありませんか？後ほど詳しくお聞かせ下さい。では次の方。

治療者：今日みなさんに相談したいことがあるんですよ。転職しようかと思うんですよ。

参加者：この一週間はよく眠れました。

チェックイン	アジェンダの設定	内容	まとめ
--------	----------	----	-----

**参加者の理解度を確認
参加者の感想を引き出す**

本日のまとめをしましょう。今回はどんなことを学んだでしょうか？

治療者：わかりにくいところはありませんでした？

参加者：感想もおうかがいしたいです。

参加者：ひとりではなかなか別の見方ってできないかも

参加者：楽しかったね

参加者：認知再構成法ですね

参加者：いろんなもの見方があることですね

チェックイン	アジェンダの設定	内容	まとめ
--------	----------	----	-----

**共同してホームワークを決める
ホームワークがどのように役立つかを説明する**

ウツ男さん、質問することに対する印象が変わられたみたいですね。セッション中に学んだことを実際の生活で試してみることで認知行動療法の効果は上がることがわかっています。

治療者：いきなり質問する勇氣はまだないので…そうですね

参加者：次回までに“質問したらあきらめられる”という考えについて何かできそうなことはありますか？

参加者：部署内で質問している人がいたとき、相手が頼られてうれしそうかどうか観察してみます。

未熟な治療者の例をお見せしますので何が惜しいか、みなさんで考えてください



未熟な治療者の例①アジェンダの設定



未熟な治療者の例②ホームワークの確認



未熟な治療者の例③認知再構成法



未熟な治療者の例④認知再構成法



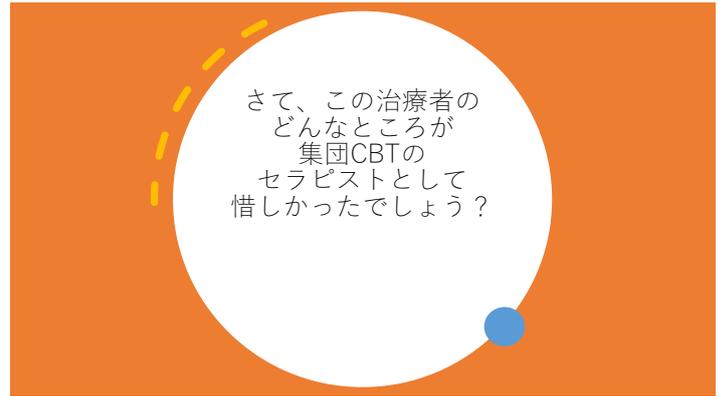
未熟な治療者の例⑤認知再構成法



未熟な治療者の例⑥ホームワークの設定



未熟な治療者の例⑦まとめ



①アジェンダの設定



2 アジェンダの設定

- アジェンダと構造を参加者に明示した（例：予めホワイトボードやプリントなどに、今日のセッションのアジェンダと、予定時間を書いた。）
- 前回の感想と前回からの生活上の変化、現在の体調・気分、ホームワークの履行および感想を聞き出した（チェックイン）。
- 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、今日のアジェンダを1～3個、5～10分以内に設定し、同意を得た。
- 設定したアジェンダに沿って進行した。（例：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、参加者の同意を得た。アジェンダ以外の話題が出るもしくは、時間を超えそうな場合には、介入した。）
- 参加者が最近経験した出来事の中でも、治療課題に関するものを抽出し、それをアジェンダとして設定することができれば、なおよい。

1 他の参加者との関係を用いた介入

- 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、他の参加者の認知・行動・感情を尋ね、多様性を示す。
- 他の参加者に支援できるよう促す：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
- 参加者が他の参加者に対して抱いている認知や感情について察知し、対応する。（例：「みんなに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集団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など、グループに安全な居場所を確保できるよう介入する。）

②ホームワークの確認



③認知再構成法

- × 状況が切り出せていないので重要な認知にも焦点づけできていない
- × 認知再構成法の説明がない
- × 治療者が説得している

うつ男さん、転職しようと思われたのはなぜですか？

治療者

今のまま会社に迷惑かけ続けるわけにはいかないんですよね。

仕事が遅いんです。それで上司からも叱られています。

でも…

会社に迷惑をかけるわけにはいかないと思われた根拠は？

そんなことないと思いますよ。うつ男さん、デイケアでも作業速いですよ！

④認知再構成法

- × 周りの参加者の理解を確かめいない
- × 周りの参加者の力を活かしていない
- × 平等に時間を使えていない

うつ男さんが仕事でわからないことがあるとき、どんな気分ですか？

治療者

不安になります。

心の中にどんなことが浮かんでいますか？

質問したら迷惑がられるんじゃないかと思っています。

⑤認知再構成法

- × 一方的に意見を押し付ける
- × 参加者が「発見」することができていない
- × 他の参加者>うつ男さんという不平等な関係性

いろいろな意見をみなさんからいただきました。うつ男さん、こんなふうに変えましょうね。

治療者

職場ではわからないことは質問していく方がいいってことですね。

わかりました。

はい…がんばります

8 誘導による発見

- 参加者自身が、自分の認知や行動の傾向などに気づくことができるよう、まずは状況を細かく思い出せるよう、いつ、どこで、誰と、何をしていたときのことなのかを聞き出し、そのときに浮かんでいた考えやイメージ、行動について尋ねていた。
- 参加者が自分の認知・行動・感情などについて否認していることに対して、直接指摘したり議論したりして対決をしなかった。
- リーダーが質問する以外にも、参加者自身の過去の体験を振り返ってもらったり、別の参加者の体験や考えを聞いたりする機会を設けた。
- そのほか、こまめにまとめて明確化、情報提供（他の人の例や一般論など）、リーダー自身の自己開示（さしつかえない程度に自分ならこう考え感情をもち振る舞うといった発言）、直面化（前にも似たことがあったけれどそれとは違うのか？極端な質問で揺さぶるなど）など多様な技法で対応した。

⑥ホームワークの設定

- × 一方的にホームワークを決めている。
- × ホームワークがどのように役立つかを説明していない

うつ男さん、仕事でわからないことを質問するっていうホームワークにしましょう。

治療者

はい…！

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。

⑦まとめ

- × まとめに時間をとれない
- × 参加者の理解度も感想も確認していない

それでは、
今回は時間がないので
感想は省略しますね。
これで終わります。

治療者



3. フィードバック

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。



ロンドン大学
うつ病の集団
CBT
コア・コンピ
テンシーリス
ト

- グループの計画**
 - グループで使用する適切な人数を念頭に置く能力 (通常は4〜8人)
 - クライアントの評価を行う能力
 - クライアントの病歴がグループリーダーからの適切な評価を受け、およびこの評価が文書化されていること
 - クライアントの教育
 - グループの包含基準と除外基準を設定して適用する機能
 - 集団療法の方法に合う
 - グループの構成化 (例: 教材の順番やタイミング、メディアの使い方、役割)
- グループの設立**
 - グループ介入は、以下のような状況を作り出すことを目的とするべきであるという知識を適用する能力
- グループメンバーへの働きかけ**
 - 採用されている治療モデルに合致した方法で、グループメンバーに関与することができる
- グループの潜在的な課題の管理**
 - 定期的な出席を促進し、奨励する一方で、セッションに出席できない人にスティグマを与えない能力
- グループのエンディングの管理**
 - グループセッションの開始時やセッション中に、セラピーの終了を知らせることで、メンバーの終了への準備を整えることができる
- 進行状況の監視**
 - 現状把握ツール (PMQ29など) を用いて、グループメンバー個人のセッションごとの変化をモニターし、このデータを使って個人が進歩しているか確認しているかを特定することができる
- グループの評価**
 - グループの最も効果的なメンバーおよびグループ全体の変化を監視し、文書化する能力
- テクノロジーの使用**
 - グループセッションの使用
 - DVを使用してグループのプロセスを記録する能力
 - テクノロジーの使用
 - グループの最も効果的なメンバーに提供すべき問題と、グループ内で対処するのが最も適切な問題を判断できること

グループのプロセスに応じて
セラピストが身につけておくとい能力



準備期 初期 問題発生時 終結期 全体を通して

クライアント募集(1)

- プログラムありきでなく、対象と目的を明確に
- グループの包含基準と除外基準を決める

どんな参加者を対象にするかな？
反対にどんな参加者を
対象外にするかな？

うちの患者さんは
デイケアに通う
統合失調症の方が多いね
"どうせ無駄"っていう
口癖をよく聞くよ

年齢は50代
無職で
IQ=70-80の
方が多いわよね



多様性は変化への刺激
等質性は安心と共感

どんな募集経路に
しようか？
主治医から紹介して
もらうか？

私たち初心者だから
攻撃性の強い人は
除外しようか

準備期 初期 問題発生時 終結期 全体を通して

クライアント募集(2)

- クライアントと協力して彼らのニーズに対するグループの適切性を探る
- 各グループメンバーと個別の目標を交渉する
- 参加への障壁を探る (可能な場合は対処)
 - 実質的な障壁 (例: 交通機関、育児、仕事など)
 - 社会的障壁 (例: スティグマ)
 - 感情的な障壁 (社会不安など)
 - 歴史的要因 (例: 過去のグループ参加の否定的な経験)

このグループは「ダメムリ」って
あきらめてしまう人が、また自分を
信じられるようになるための
グループなんです。
けんさんは、ご興味ありますか？

ダメムリって
口癖ではありません。
でもまたいつか
一人暮らしは
してみたいんです。

一人暮らしの
お手伝い
できればうれ
しいです。

参加にあたって
不安など
ありますか。

飲み物は
持ち込んで
OKですよ。

グループが90分
間ってきいて
のど乾きそうで。

準備期 初期 問題発生時 終結期 全体を通して

グループの構造化

- グループの構成要素を決めて、実行する
- グループの構造化 (例: 教材の順番やタイミング、メディアの使い方、ホームワーク)
- どの介入技法を用いるか
- グループおよび変化プロセスの管理

このグループは「ダメムリ」って
あきらめてしまう人が
また歩めるようになるには
何が必要かしら

認知の歪みを
知って欲しい

テキストより
プリントかな
動画もいいね

ホームワークは
行動上の
がいいですね

席は固定ね

グループの初期段階にすべきこと

1. グループでは参加者全員がサポートされていると感じ、率直に話すことができる雰囲気を作る。
2. グループの「基本ルール」について話し合う(例:グループメンバーの秘密を守る、順番に発言する、時間通りにグループを開始・終了する)
3. 基本ルールに違反した場合に注意を喚起し、「基本ルールの保護」を行う。
4. グループメンバー全員が参加できるように、参加者の心の状態を把握し、気を配る。
5. メンバーが安心して経験を共有できるようにする。
6. 参加者の精神的・身体的リスクを特定し、管理する

グループでよくありがちな問題と対処

1. 定期的な出席を促進し、奨励する一方で、セッションに出席できない人にスティグマを与えない
2. サブグループがグループ全体の力動に与える影響を管理する
3. グループを「軌道に乗せる」能力、およびタスクに集中することが困難な場合、積極的に対応する
4. グループの他のメンバーの進捗を妨げるような行動を察し、管理する
 - 持続的な遅刻や欠席
 - セッションに参加しない人(脱落の危険性がある人)。
 - グループから早退するメンバー
 - 過度に口数が多い、またはグループを支配しているメンバー
 - グループメンバーによって示される高いレベルの苦痛
 - 個人の感情状態がグループの他のメンバーに影響を与える場合、他のメンバーが圧倒されたり、参加しなくなったりしないように、このことに注意する能力

グループの終わり方

1. 初期の頃から、グループが何回で終わるということを知らせ、終了への準備を整える。
2. グループの終了が、喪失感や分離の個人的な経験と結びついた感情を引き出す可能性があるという知識を知っておく。
3. 参加者のグループの終了にまつわる不安、怒り、失望などの感情を表現するのを支援する
4. 参加した結果、得られた進歩を振り返り、みなで喜ぶ。
5. 各グループメンバーと少なくとも1回は、再発防止策に焦点を当てたセッションを持つことができる。
 - 学んだことをまとめる
 - まだ残っている課題について挙げる
 - グループで学んだ技法を用いてその課題への対処を検討する。

グループメンバーへの働きかけ

1. 採用されている治療モデルに合致した方法で、グループメンバーに関わる。
2. グループセッション、プレゼンテーション、ディスカッションの内容やベースを、グループメンバーの特性(例:注意力、文化的特性)に合わせる。
3. グループ内の個々のメンバーと良好な関係を築く。個々の人間関係がグループの他のメンバーに与える影響を監視し、必要であれば、発生した緊張に対処し、管理する。
4. すべてのメンバーが心地よく参加できるように、グループ環境を管理する。
5. グループメンバーの参加を促すために、モデリングと明示的な社会的強化を用いる。

進行状況の監視

1. グループリーダーは、症状別測定法(PHQ9など)を用いて、参加者のセッションごとの変化をモニターする。
2. 参加者およびグループ全体の変化を文書化する
3. クライアントの変化をよくとらえる有意義な方法で評価をフィードバックする
4. スーパービジョンの使用: SVを使用してグループのプロセスを振り返ったり、グループリーダーが、グループプロセスに対する自身の影響を熟考する

	期限内履行	調整期限内履行	期限切れ履行	不履行				
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
A	●	●	●	●	●	●	●	●
B	●	●	●	●	●	●	●	●
C	●	●	●	●	●	●	●	●
D	×	●	●	●	●	●	●	●
E	●	●	●	●	●	●	●	●
F	×	●	●	●	●	●	●	●
G	●	●	●	●	●	●	●	●
H	×	○	×	×	×	×	×	×



G-CTSはSVにも自己点検に使えます

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:本研究は、集団精神療法のうち国内外で最も有用とされる集団認知行動療法(CBT)に着目し、質の担保された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する。令和4年度は研究プロトコルを作成し、パイロット実施を行った。研究デザインは単群前後比較研究である。精神科領域で2年以上の臨床経験を有し、12時間以上のCBTの研修受講または実務経験のある医療従事者(医師・看護師・心理師・作業療法士等)を対象とし、1クール12名、3クールで計36名を、CBT・各専門領域学会等を通じて募集する。研修プログラムは一日研修とスーパービジョン(SV)の2本立てとし、まず対面集合あるいはオンライン形式により集団CBT研修を実施し、研修開始前・後2時点でのCBTの基礎的知識の習得度(認知療法意識尺度(CTAS)による)、および、集団CBTの実践力の習得程度を検討する。その後、希望者にSVを実施し、集団CBTの実践力の変化を検討する(集団認知行動療法治療者尺度:G-CTSによる)。さらに6ヶ月後に集団CBTの実施状況を把握する。副次評価項目として、集団CBTの実践、集団の治療要因やプロセス、管理運営に関する理解度、研修の満足度、SVによるコンピテンシーの獲得状況、SVの満足度を評価する。研修かSV終了6ヶ月後に、集団CBTの実施状況について尋ね、研修・SV全体を評価する。国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て(22-Im-026)、パイロット実施を行い運営上の調整を行った。また、対象者の募集を始めた。第1クール研修会を5月中旬に予定している。

共同分担研究者

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

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

研究協力者

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

天野敏江 国際医療福祉大学成田看護学部・准教授

根本友見 国際医療福祉大学成田看護学部・准教授

A. 研究目的

昨今、我が国の精神障害者が増加の一途を辿るなか、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 研修事業による CBT 実践者の養成も始まり、CBT の普及と質の担保の推進に一定の貢献を果たした。しかし、未だ多くの患者に CBT が届かない現状は続いており、集団やデジタルテクノロジーを活用した低強度プログラムの提供促進施策等の必要性が指摘されている(日本医療政策機構、2021)。

集団 CBT を含む集団精神療法は、海外の診療ガイドラインでは、うつ病・不安症に対して CBT が推奨されており、国によって異なるものの CBT の集団形式での実施は、うつ病では軽症から中等症で推奨され、推定コストも個人対象より低いこと、不安症も CBT の集団形式は個人形式と同様か個人形式が使用できない場合に用いるとされている(藤澤ら、2022)。一方、国内の診療ガイドラインでは、有用な心理社会的治療として CBT は言及があるものの集団形式については明記されていないことが多い。実際には、国内での集団精神療法の実施例は多数存在すると想定されるが、どの程度の普及や質の担保がされているのか、十分把握されていない。精神療法の普及と質の担保には、研修やスーパービジョン(以下、SV)等によるトレーニングが不可欠である。その際、CBT のコンピテンシー、つまり成果を創出する個人の能力・行動特性の獲得を目標に設定することが必要となる。英国の CBT 普及促進政策とされる IAPT (Improving Access to Psychological Therapies)プログラムでは、一般的コンピテンシー、認知・行動療法の基本的な能力、特定の認知・行動療法技法、問題特異

的能力、メタコンピテンシーの枠組みでコンピテンシーを示し、CBT コンピテンシーの習得のための最適なトレーニングモデルも説明されている(Anthony D. Roth et al, 2008; Neil A. Rector et al, 2010)。さらに BABCP (British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies)では IAPT に対応するコンピテンシー獲得のための CBT トレーニングのコアカリキュラムを規定している(<https://www.babcp.com>)。

精神療法の研修・SV の効果研究についても、EBP (evidence-based psychotherapies) の観点から CBT に基づき実施されている。SV は、うつ・不安、物質使用障害等への精神療法を行うサイコロジストやカウンセラー、看護師等に対して、サイコセラピスト、サイコロジスト、精神科医等により CBT 理論をベースに実施されている。また研修形式は、対面か体験を含み、そこにSVかバーチャルなコンサルテーション、対面か電話コーチングを組み合わせたもの、またオンライントレーニングのみか、SV・コンサルテーション・自己学習などを組み合わせたトレーニングが行われている。しかし、これらトレーニングは、主に個人対象の精神療法を念頭に実施されており、集団対象を想定した研修・SV は、明確になっていない(Franziska Kühne et al, 2019; Simone H Schriger et al, 2021; Helen Valenstein-Mah et al, 2020)。

国内では、先述の IAPT のコンピテンシーを踏まえ 2011年度から厚生労働省 CBT 研修事業が開始され、個人対象の 2 日間の CBT 研修と SV、ブラッシュアップ研修が実施されてきている(藤澤、2012)。しかし、集団対象の CBT 研修は、集団での認知行動技法を学ぶ1日研修はあるものの、CBT 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)、集団のプロセス要因(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 も、他施設へスーパーバイザーが出向く形式での取組例はあるものの(中島ら、2021)、SV 体制の整備には程遠い。2021 年度に実施された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、受講はしていても時間数の個人差が大きいこと、また SV を受けていない者が 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、集団精神療法のうち国内外で最も有用とされる集団 CBT に着目し、質の担保された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する。

本研究により、国内で、一定の質が担保された集団 CBT の実践者を多数排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。

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、①対面集合あるいはオンライン形式により集団 CBT 研修を実施し、研修開始前・後、2 時点での CBT の基礎的知識の習得度の比較および集団 CBT の実践力の習得程度を検討すること、②①の終了後、希望者に SV を 2 回実施し、集団 CBT の実践力の程度の変化を比較検討すること、③6 ヶ月後の集団 CBT の実施状況を把握すること、を行う。なお、

研修は、基本は対面集合形式であるが、新型コロナウイルス感染症拡大状況下の場合は、オンライン開催(Zoom 使用)で代替する。

(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 名を募集する。募集は、CBT・各専門領域学会等の WEB 上で募集し、参加希望のあった者に研究の説明同意、研修開催方法等の連絡を入れる。

研究対象者の選択基準は、以下のすべての条件を満たすものである。

- 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者
 - ③1 日研修のすべてに参加できる者
 - ④本研究協力に同意の得られる者
- 対象者の除外基準は以下の通りである。

- ①(2クール目以降)同研修プログラムに参加経験のある者

研究の説明同意は、研修と同日の開始前に行う。対面集合形式の場合は、その場で依頼文書を用いて研究の説明と同意取得を行い、オンライン形式の場合はカメラをオンにした状態で説明し、その場で同意書にサインをもらった後、回答した質問紙に同封して返送を依頼する。サインされた同意書が研究者に返送されたことをもって同意を得たと判断する。

(4) 集団 CBT の研修プログラム

本研究で実施する集団 CBT の研修プログラムは、一日研修と SV の 2 本立てを 1 クールとし、倫理審査委員会承認後、プレ研修を 1 回実施し、運営上の微調整を行った上で、3 クール実施する。

①研修

研修は、IAPT等で提示されているCBTコンピテンシーを踏まえ、集団精神療法の治療要因(アメリカ集団精神療学会、2014)、集団のプロセス要因(ビーリング, PJ.ら、2018)、集団の管理運営を網羅する内容で構成する(表1)。

研修の参加条件は、各専門領域の教育のなかで《一般的コンピテンシー》(すべての精神療法に共通する要因)を獲得していることを前提とするため、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)で、かつ12時間以上のCBTの研修受講または実務経験のある者とする。

9:00-9:20	研修概要説明/研修前アンケート
9:30-10:00	治療全体の中での集団認知行動療法の位置づけ
10:00-10:45	セッションの望ましい形
10:45-11:00	休憩
11:00-12:30	ロールプレイ①認知再構成
12:30-13:30	昼休憩
13:30-15:00	ロールプレイ②行動活性化
15:00-15:10	休憩
15:10-16:10	ロールプレイ③問題解決技法
16:10-16:20	休憩
16:20-16:35	管理・運営について
16:35-16:50	Q&A
16:50-17:10	終了後アンケート

表1. 研修プログラム

研修は1日6時間(360分)で、基本は対面集合形式で、講義・デモロールプレイ・グループ演習を実施する。新型コロナウイルス感染症拡大状況下の場合は、オンライン開催に代替する。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が実施する。

②SV

SVは、①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必要であることから、研修修了者のなかで希望者に対して実施する。

SVは、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回実施する。1セッション毎に、30分~50分程度、オンライン上で実施する。希望者はSV前に、集団CBTの参加者に承諾を得た上で、1セッション全体を録音か録画し、自己評価した集団認知行動療法治療者尺度(G-CTS)を添えて、スーパーバイザーに送付する。スーパーバイザーは録音か録画を視聴し、かつ集団認知行動療法治療者尺度(G-CTS)で客観評価し、SVに臨む。これを2回繰り返す。

(5)評価項目及び評価方法

①主要評価項目

研修の効果に関する主要評価項目は、対象者が集団CBTの実践初心者であることを想定し、CBTの基礎的知識の習得度と、集団CBTの実践力の程度とする。CBTの基礎的知識の習得度は、研修前・後の2時点で、認知療法意識尺度(CTAS)により測定し、得点の変化をみる。SVの効果に関する主要評価項目は、集団CBTの実践力の程度であり、SV対象となる2セッションのなかの1回目および2回目それぞれで、集団認知行動療法治療者尺度(G-CTS)を用いて自己評価、またスーパーバイザーによる客観評価を行い、1回目・2回目間の得点変化をみる。

②副次評価項目

研修の効果に関する副次的評価項目は、集団CBTの実践、集団の治療要因やプロセス、管理運営に関する理解度、研修の満足度について、オリジナルの質問紙で尋ね、研修前後で比較し評価する。SVの効果に関する副次的評価項目は、SVによるコンピテンシーの

獲得状況、SV の満足度についてオリジナルの質問紙で尋ね、SV 前後で比較し評価する。また SV の効果については補足的に、希望者のみ、20～30 分程度、インタビューガイド(資料 11)を用いてインタビューを実施し、質問紙調査と合わせて評価する。研修あるいは SV 終了 6 ヶ月後に、集団 CBT の実施状況についてオリジナルの質問紙で尋ね、研修・SV 全体を評価する。

(6) 統計解析方法

研修と SV の主要評価項目である CTAS と G-CTS は、統計ソフト IBM SPSS Statistics Version 25 を使用し、記述統計を行い、CTAS と G-CTS は、研修開始前・後の2時点での反復測定 t 検定を実施する。研修と SV の副次的評価項目は、記述統計および χ^2 検定を行う。質問紙の自由回答とインタビューデータについては内容分析を行う。

(7) 倫理面への配慮

本研究に係わるすべての研究者は、「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施する。研究実施に係る情報を取扱う際は、研究対象者の個人情報とは無関係の番号を付して管理し、研究対象者の秘密保護に十分配慮する。研究の結果を公表する際は、研究対象者を特定できる情報を含まないようにする。また、研究の目的以外に、研究で得られた研究対象者の試料・情報を使用しない。

研究協力の依頼文書には、①研究の目的と方法、②研究への協力は自由意思であり、協力しなくても不利益を受けることはないこと、③質問紙は個人が特定されないように ID 番号を振り、匿名化責任者(研究責任者)による ID 対応表の管理により個人情報保護を徹底すること、④調査内容は調査目的以外には使用せ

ず、本研究を終了し専門学会での発表後、10 年間保管した後、破棄すること、⑤調査内容は、調査者以外に漏れることはないこと、⑥学会等での発表時、個人が特定できない処理をし、不必要なデータは掲載しないことを明記する。また、いつでも研究について研究責任者に質問できるように問い合わせ先を記載する。

なお、研修開始前の説明時に同意が得られない者については、本人が希望すれば、そのまま教育研修の受講は認めることとする。

C. 研究結果

国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認(22-Im-026)を得て、パイロット実施を行い、運営上の微調整を行った。また、対象者の募集を開始した。第 1 クール研修会を 5 月中旬に予定している。

D. 考察

国際的な知見に基づいて集団認知行動療法の研修方法を開発した。パイロット実施を経て運用方法を整備し、研究参加者(研修受講者)の募集を開始している。令和 5 年度に完遂する予定である。

E. 結論

国際的な知見に基づいて集団認知行動療法の研修方法を開発し、効果検証に着手している。令和 5 年度に完遂する予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 藤澤大介, 田島美幸, 田村 法子, 近藤裕美子, 大嶋伸雄, 岡島美朗, 岡田佳詠, 菊地俊暁, 耕野敏樹, 佐藤泰憲, 高橋章郎, 中川敦夫, 中島美鈴, 横山貴和子, 吉永尚紀, 大野裕: 本邦における

- 集団精神療法の現状と課題. 精神療法. 48 98-103, 2022
- 2) Yoshinaga N, Tanoue H. Mood and anxiety disorders in Japan and cognitive-behavioral therapy. Martin C, Patel V, Preedy. Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder: Case Studies and Application for Adults. Academic Press, Elsevier. USA. 2023. 355-364.
 - 3) Kazawa K, Shimpuku Y, Yoshinaga N. Characteristics of early-career nurse researchers negatively impacted during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 12(4). e059331. 2022
 - 4) Imai H, Tajika A, Narita H, Yoshinaga N, Kimura K, Nakamura H, Takeshima N, Hayasaka Y, Ogawa Y, Furukawa T. Unguided Computer-Assisted Self-Help Interventions Without Human Contact in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 24(4). e35940. 2022
 - 5) Shikuri Y, Tanoue H, Imai H, Nakamura H, Yamaguchi F, Goto T, Kido Y, Tajika A, Sawada H, Ishida Y, Yoshinaga N. Psychosocial interventions for community-dwelling individuals with schizophrenia: study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 12(4). e057286. 2022
 - 6) Takeuchi A, Yokota S, Tomotaki A, Fukahori H, Shimpuku Y, Yoshinaga N. Relationship between research activities and individual factors among Japanese nursing researchers during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 17(8).e0271001. 2022
 - 7) Yoshinaga N, Tanoue H, Hayashi Y. Naturalistic outcome of nurse-led psychological therapy for mental disorders in routine outpatient care: A retrospective chart review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 40. 43-49. 2022
 - 8) Kumagai M, Uehara S, Kurayama T, Kitamura S, Sakata S, Kondo K, Shimizu E, Yoshinaga N, Otaka Y. Effects of Alternating Bilateral Training Between Non-Paretic and Paretic Upper Limbs in Patients with Hemiparetic Stroke: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 54. jrm00336. 2022
 - 9) Inoue M, Tohira H, Yoshinaga N, Matsubara M. Propensity-matched comparisons of factors negatively affecting research activities during the COVID-19 pandemic between nursing researchers working in academic and clinical settings in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*. 19(4). e12491. 2022
 - 10) Mitsui N, Fujii Y, Asakura S, Imai H,

- Yamada H, Yoshinaga N, Kanai Y, Inoue T, Shimizu E. Antidepressants for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology Reports*. 42(4). 398-409. 2022
- 11) Nagata K, Tanaka K, Takahashi Y, Asada Y, Shimpuku Y, Yoshinaga N, Sugama J. Support Nursing Researchers' Need from Academic Societies During COVID-19: A Cross-sectional Survey. *Nursing and Health Sciences*. 24(4). 871-881. 2022
- 12) Ide-Okochi A, He M, Murayama H, Samiso T, Yoshinaga N. Non-compliance of hypertension treatment and related factors among Kumamoto earthquake victims who experienced the COVID-19 pandemic during post-earthquake recovery period. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20(6). 5203. 2023
- 2. 学会発表**
- 1) 岡田佳詠：看護に活かす認知行動療法—With コロナの中での学びを高めるチャレンジ 簡易型認知行動療法、日本精神保健看護学会第32回学術集会・総会 ワークショップ、東京、2022
- 2) 岡田佳詠, 香月富士香：うつ ワークショップ 3 日本うつ病看護ガイドライン研修会、第19回日本うつ病学会総会・第5回日本うつ病リワーク協会年次大会、2022
- 3) 岡田佳詠：日総研 初学者のための認知行動療法研修会、東京、2022
- 4) 岡田佳詠：JACT 看護師部会へようこそ！—認知行動療法のさらなる発展をめざして、今、看護職が結束しよう JACT 看護師部会は何をめざすのか、第22回日本認知療法・認知行動療法学会、東京、2022
- 5) 岡田佳詠, 田島美幸, 原祐子, 岩元健一郎, 川西智也, 天野敏江：認知症家族介護者のケアに活かすオンライン認知行動療法研修 プログラムの効果検討、第22回日本認知療法・認知行動療法学会、東京、2022
- 6) 岡田佳詠, 藤澤大介, 大嶋伸雄, 高橋章郎, 丹野義彦, 天野敏江, 根本友見：国内における集団精神療法の研修・スーパービジョンの実態と課題、第22回日本認知療法・認知行動療法学会、東京、2022
- 7) 岡田佳詠：大会長企画シンポジウム 限られた時間で効率的に認知行動療法を行うには 看護領域における簡易型CBT、第22回日本認知療法・認知行動療法学会、2022
- 8) 岡田佳詠：認知症を取り巻く支援において 認知行動療法を活用するには 認知症のケア従事者に対する CBT 教育の取り組み、第22回日本認知療法・認知行動療法学会、2022
- 9) 岡田佳詠：コロナ禍におけるストレスマネジメント ～コロナで疲れたココロを癒そう～、令和4年度全国保健師長会神奈川支部報告会&講演会、2022
- 10) 重田ちさと・岡田佳詠：看護師を対象とした Post-traumatic Stress Disorder 発症予防・早期介入に関する研究の国

内外の動向、第 42 回日本看護科学学会
学術集会、2022

- 11) 岡田佳詠：簡易型 CBT の概要、紹介し
ます！看護での簡易型認知行動療法の
実践」セミナー、看護のための認知行動
療法研究会、2023

G. 知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

該当なし。

うつ病の集団認知行動療法プログラムの実施可能性に関する研究

分担研究者：菊地俊暁

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室

研究趣旨：本年度は集団認知行動療法（CBGT）プログラムの有効性について、無作為化比較検討試験等（RCT）による有用性の検証を目的とし、以下の3点で研究を進めた。

1) CBGTプログラムの改訂：個人CBTや集団精神療法のメタ解析、米国で推奨されているマニュアルなどを考慮し、1セッション120分、全12回とし、教材（テキストとワークシートなど）を修正し、個人を対象とした「うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル」に準拠した。

2) RCTの計画作成と倫理申請：2022年10月27日に実施許可を得た。18-70歳、DSM-5（精神疾患の診断・統計マニュアル第5版、米国）によるうつ病であり臨床全般重症度（CGI-S）が3（軽度）～5（やや重度）の患者を対象とする。主要評価項目は抑うつ症状（PHQ-9）、副次評価項目は不安症状（GAD-7）、自己効力感（GSES）、パーソナルリカバリー（QPR-J）、ストレス対処行動（CISS）、QOL（WHO-QOL）、機能障害（SDS）、有害事象の有無、脱落率、オリジナルアンケート、患者満足度（CSQ-8J）とした。割付は抑うつ症状で層化し、中央管理方式で実施される。

3) RCTの実施：16名が応募、10名が同意取得後に無作為割り付けへと至った。

共同分担研究者

佐藤 泰憲	慶應義塾大学医学部・准教授
中川 敦夫	聖マリアンナ医科大学・教授
藤澤 大介	慶應義塾大学医学部・准教授

研究協力者

田島 美幸	慶應義塾大学医学部・特任講師
小林 由季	慶應義塾大学医学部・特任助教
清水 恒三朗	慶應義塾大学医学部・研究員
腰 みさき	慶應義塾大学医学部・研究員
原 祐子	慶應義塾大学医学部・研究員
田村 法子	慶應義塾大学医学部・研究員

A. 研究目的

集団認知行動療法（Cognitive Behavioral

Group Therapy; 以下CBGT）は、未治療群と比較して優れた治療効果が示され¹⁾、通

常治療群と比較して再発率を有意に抑制することが実証されている²⁾。国内においては、CBGTはうつ病などの気分障害のほか、統合失調症、不安症、強迫症などの疾患に対して、さらに、パーキンソン病患者や認知症の介護者など、さまざまな対象において実施されている。こうしたCBGTの効果は国内において多数報告されているが、対照群を設けた比較研究はほとんど存在しない。

このような背景を踏まえて、昨年度は成人のうつ病および不安症を対象としたCBGTプログラムを開発し、その安全性と実施可能性について検証した。その結果、一定の有用性が示され、またいくつかの実施上の留意点が明確化された。一方で、プログラムの内容について再考が必要であることも示唆されており、特にCBGTマニュアルの構成である3つのパート（認知・行動・アサーション+問題解決）のセッション回数についての検討も課題として挙げられた。

そのため、本年度はプログラムの有効性についてよりエビデンスレベルの高い無作為化比較検討試験等（RCT）による有用性の検証を目的とし、RCTの計画立案ならびに実施を開始することとした。

B. 研究方法

CBGTの計画と実施にあたり、次のように3つの大別された方法にて研究を進めた。

1) CBGTプログラムの改訂

昨年度作成されたCBGTプログラムを基盤とした内容についての検討を、CBTならびに集団精神療法のエキスパートによって行った。

2) RCTの計画作成と倫理申請

昨年度行われたパイロット研究を踏まえ

て、研究の詳細なプロトコル作成と倫理申請を行った。

3) RCTの実施

倫理審査通過後、患者のリクルートを開始し、参加同意を得られた被験者に対して無作為化割り付けを行った。

（倫理面への配慮）

本研究は慶應義塾大学医学部倫理委員会「うつ病に対する集団認知行動療法の実施可能性：単施設非盲検ランダム化比較試験」（承認番号 2022-1103）の審査を経て実施した。

C. 研究結果

1) CBGTプログラムの改訂

昨年度作成されたCBGTプログラムについて、CBTならびに集団精神療法のエキスパートによって検討を重ね、1回のセッション時間は120分でパイロットと同様であるが、回数を全12回とした。その理由として、個人CBTが全16回であること、集団精神療法のメタ解析^{1),2)}や、参考としたAmerican Psychological Association (APA)で推奨されているCBGTマニュアル³⁾などを鑑みて、パイロットの8回では不十分なため12回にすべきと判断した。セッション数の確定により、教材（テキストとワークシートなど）を再度修正し確定させた。プログラムの構成自体は、1) うつの心理教育や認知行動モデルの紹介、2) 認知的アプローチ、3) 行動的アプローチ、4) 対人交流、の4部であることには大きな変更点はないが、個人を対象とした「うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル（平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法

の実施方法と有効性に関する研究)」に準拠するように内容を整備した。

2) RCT の計画作成と倫理申請

RCT を実施するため、2022 年 8 月 5 日に研究計画書の作成ならびに慶應義塾大学医学部倫理委員会に倫理申請を行い、2022 年 10 月 27 日に実施許可を得た（慶應義塾大学医学部倫理委員会「うつ病に対する集団認知行動療法の実施可能性：単施設非盲検ランダム化比較試験」（承認番号 2022-1103)）。名称を「CoGrout 研究」として計画し、慶應義塾大学病院精神・神経科の外来を受診する 18 歳以上 70 歳以下の患者のうち、DSM-5（精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版、米国）によるうつ病の診断を有し、医師による臨床全般重症度（CGI-S）が 3（軽度）～5（やや重度）に評価された患者を対象とする。主要評価項目は抑うつ症状（PHQ-9）とし、副次評価項目は不安症状（GAD-7）、自己効力感（GSES）、パーソナルリカバリー（QPR-J）、ストレス対処行動（CISS）、QOL（WHO-QOL）、機能障害（SDS）、有害事象の有無、脱落率とした。それぞれの評価は、介入開始時（0 週）、4 回目終了時、8 回目終了時、介入終了時（12 週）に評価する。さらに、CBGT 参加前後の CBT スキルの理解や活用度についてオリジナルアンケートを作成し、「全くあてはまらない＝0」から「大変よくあてはまる＝4」の 4 件法で同様に評価する。また、患者満足度（CSQ-8J）を研究終了時（12 週）に実施する。

また、患者の割付については、抑うつ症状（PHQ-9 \geq 10 点、PHQ-9 \leq 9）の 1 要因で層化したうえで、介入群または通常治療群の

いずれかに無作為割付を実施する。割付は研究グループとは独立した慶應義塾大学 SFC 研究所において、中央管理方式で実施される。なお、研究のフローについては別紙 1 とした。

3) RCT の実施

2022 年 10 月 27 日に倫理審査通過後、実施許可を得られたことから、患者のリクルートを開始した。対象となる慶應義塾大学病院に受診中の患者へのリクルートを行い、また東京都内近郊の精神科医療機関にチラシを配布して研究対象者募集と患者紹介の告知を行った。

その結果、2022 年度においては 16 件の申し込みが得られた。内訳は男性 8 名、女性 8 名であり、年代は 20 代が 4 名、30 代が 3 名、40 代が 2 名、50 代が 7 名であった。参加希望者に研究の概要を説明した上で、6 名が個々の理由にて不参加となり（職場復帰や通所困難、評価後の診断変更、割り付けへの不安など）、合計 10 名が同意取得後、無作為割り付けへと至った。

D. 考察

本研究に関連するマニュアル整備や計立案・倫理申請、リクルートや割り付けなどの RCT 実施が行われた。

プログラムについては個人を対象とした CBT との整合性が得られ、また集団精神療法の各エキスパートのレビューが行われたことで実施可能性が高まったと考えられる。さらに今後は開発中であるセラピストに向けたマニュアルを整備し、質の担保を行っていく必要がある。

研究計画については、当初は多施設での

共同研究を考案していたが、実施場所や情報共有の観点から倫理委員会からの助言を受け、単施設で実施する現実的な計画となった。

実際のRCT実施については、当初被験者のリクルートがうまく進展せず、そのため近郊や関連のクリニック・病院だけでなく、地域の保健所や精神保健センター、さらには企業やリワーク施設にもリーフレットの配布や患者紹介の依頼を行った。その結果、年度末になって募集が加速し、現在は2023年5月25日より第1回のセッションが開始することとなった。

E. 結論

本年度においてはCBGTプログラムの整備が行われ、またRCTの実施準備がほぼ終了した。今後はリクルートと実際のセッション、そして評価の解析を行なっていく予定である。

(引用文献)

1. Okumura Y, et al. Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 164: 155-164.
2. Feng CY, et al. The effect of Cognitive Behavioral Group Therapy for depression: A meta-analysis 2000-2010. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2011; 9(1): 2-17.
3. Munoz RF, et al. Group Cognitive Behavioral Therapy for Depression. Cognitive Behavioral Depression Clinic, Division of Psychosocial Medicine, San Francisco General Hospital, University of California. 2006.

F. 研究発表

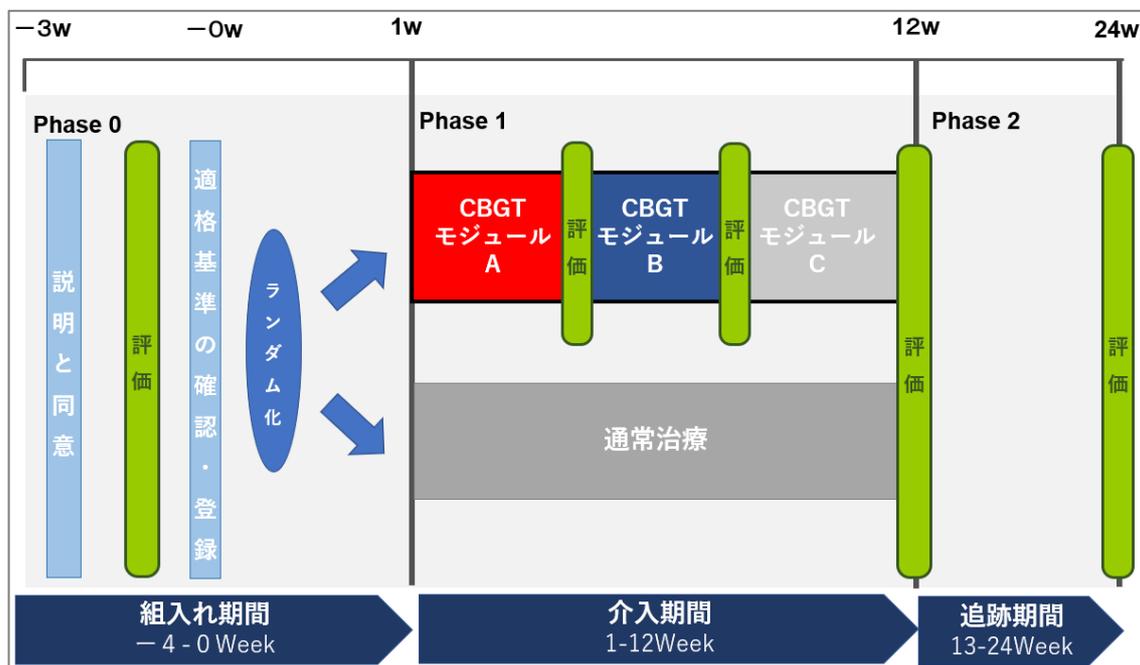
1. 論文発表

- 菊地俊暁. デジタル精神医療は心のケアにどのように役立つのか：地域での取り組みを中心に. *認知療法研究*, 2023, Vol.16 (1), p.48-50
- 菊地俊暁. AI を用いた認知行動療法、臨床精神薬理, 2023, Vol.26 (3), p.305-310
- 大野裕, 中川敦夫, 菊地俊暁. コロナ禍での自殺対策の新しい可能性を探る：メンタルウェルビーイング向上を目指すデジタルツールを活用した自殺対策、最新精神医学, 2022, Vol.27 (6), p.399-405
- 菊地俊暁. うつ病のゴール設定をどう考えるか：個別化とウェルビーイング、臨床精神医学, 2022, Vol.51 (6), p.601-606
- 清水恒三朗, 田島美幸, 小林由季, 菊地俊暁, 三村 将. うつ病の非薬物療法、臨床と研究, 2022, Vol.99 (5), p.549-554
- 菊地俊暁. うつ病において薬物療法と精神療法の使い分けは可能か?: Precision medicine と stratified care model. *精神科*. 2022, vol. 40, no. 3, p. 298-305.
- 菊地俊暁. コロナ禍の経験から考えたオンライン精神療法の可能性と限界. *臨床精神医学*. 2022, vol. 51, no. 3, p. 255-259.
- Amano M, Katayama N, Umeda S, Terasawa Y, Tabuchi H, Kikuchi T, Abe T, Mimura M, Nakagawa A. The effect of cognitive behavioral therapy on future thinking in patients with major depressive disorder: A randomized

- controlled trial. *Front Psychiatry*, 14, 97154, 2023
- Nogami W, Nakagawa A, Katayama N, Kudo Y, Amano M, Ihara S, Kurata C, Kobayashi Y, Sasaki Y, Ishikawa N, Sato Y, Mimura M. Effect of Personality Traits on Sustained Remission Among Patients with Major Depression: A 12-Month Prospective Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 18, 2771-2781, 2022.
 - Nogami W, Nakagawa A, Kato N, Sasaki Y, Kishimoto T, Horikoshi M, Mimura M. Efficacy and Acceptability of Remote Cognitive Behavioral Therapy for Patients With Major Depressive Disorder in Japanese Clinical Settings: A Case Series. *Cogn Behav Pract*. Online ahead of print.2022.
 - Uneno Y, Kotera Y, Fujisawa D, Kataoka Y, Kosugi K, Murata N, Kessoku T, Ozaki A, Miyatake H, Muto M. Development of a novel self-COMPAssion focused online psyChoTherapy for bereaved informal caregivers: the COMPACT feasibility trial protocol. 2022;12:e067187. doi:10.1136/bmjopen-2022-067187
 - Koda R, Fujisawa D, Kawaguchi M, Kasai H. Experience of application of the Meaning-centered Psychotherapy to Japanese bereaved family of patients with cancer – a mixed-method study. *Palliative and Supportive Care* 2022 Dec 9:1-9. doi: 10.1017/S147895152200150X.
 - Tamura NT, Shikimoto R, Nagashima K, Sato Y, Nakagawa A, Irie S, Iwashita S, Mimura M, Fujisawa D. Group multi-component programme based on cognitive behavioural therapy and positive psychology for family caregivers of people with dementia: a randomised controlled study (3C study). *Psychogeriatrics*. 2022 Nov 28. doi: 10.1111/psyg.12919.
 - 田島美幸、原祐子、重枝裕子、石橋広樹、吉岡直美、鈴木斎絵、藤澤大介. COVID-19 禍における認知症の家族介護者を対象とした集団認知行動療法プログラムの実践の工夫と効果検討. *老年精神医学雑誌* 33(7), 703-713, 2022 (原著論文)
 - 藤澤大介. 認知療法・認知行動療法と公認心理師の診療報酬. *公認心理師* 2, 37-40, 2022
- ## 2. 学会発表
- 菊地俊暁. ワークショップ CBT スキルアップ：認知療法・認知行動療法の基礎固め、第 22 回認知療法・認知行動療法学会、コンGRESクエア日本橋、東京、2022/11/13
 - 菊地俊暁. ワークショップ 面接動画を用いたスキルアップ、第 22 回認知療法・認知行動療法学会、コンGRESクエア日本橋、東京、2022/11/13
 - 菊地俊暁. シンポジウム 「CBT を共通言語として多職種連携する工夫を他職種から学ぶ」～薬剤師が多職種連携でより活躍するために～、指定討論、第 22 回認知療法・認知行動療法学会、コンGRESクエア日本橋、東京、2022/11/12
 - 菊地俊暁. シンポジウム 多職種連携から見た公認心理師への期待、第 22 回認

- 知療法・認知行動療法学会、コンgresクエア日本橋、東京、2022/11/12
- 菊地俊暁.シンポジウム メンタル不調をチャットボットが支える～認知行動変容アプローチの応用～、第 22 回認知療法・認知行動療法学会、コンgresクエア日本橋、東京、2022/11/11
 - 菊地俊暁.シンポジウム with/after コロナの復職で認知行動療法をどのように活用するのか、第 22 回認知療法・認知行動療法学会、コンgresクエア日本橋、東京、2022/11/11
 - 菊地俊暁.ランチョンセミナー うつ病治療の最適化について—うつ・不安・不眠のベストプラクティスを目指して—、BPCNP/PPP 4 学会合同年会、都市センターホテル/シェーンバッハ・サボー、東京、2022/11/5
 - 菊地俊暁.ランチョンセミナー 抗うつ薬はうつ病治療に役立っているのか？SSRI/SNRI 全盛時代への批判的吟味(と擁護)、第 45 回日本精神病理学会、京都大学芝蘭会館、京都、2022/9/16
 - 菊地俊暁.ランチョンセミナー うつ病の診療で我々が克服していかなければいけないこととは？ うつ病のアンメットメディカルニーズを考える、第 41 回日本精神科診断学会、オンライン、2022/9/10
 - 菊地俊暁.シンポジウム 患者さんと共有できるゴールとは何か？、第 19 回うつ病学会総会、J:COM ホルトホール大分、大分、2022/7/14
 - 菊地俊暁.特別講演 うつ病の認知行動療法によるリカバリーとリワーク、第 19 回うつ病学会総会、J:COM ホルトホー
- ル大分、大分、2022/7/14
- 菊地俊暁.シンポジウム うつ病と双極性障害におけるパーソナルリカバリーについて考える、第 118 回日本精神神経学会学術総会、福岡国際会議場、福岡、2022/6/18
 - 菊地俊暁.シンポジウム わが国における認知行動療法の現状の課題と今後の展開、第 118 回日本精神神経学会学術総会、福岡国際会議場、福岡、2022/6/18
 - 菊地俊暁.ランチョンセミナー うつ病の性差から見た治療の最適化を考える～うつ・不安・不眠を乗り越えるには、第 50 回女性心身医学会、TFT ビル東館、東京、2022/8/27
 - 藤澤大介、田島美幸、田村法子、近藤裕美子、菊地俊暁、中川敦夫、大野裕. 本邦における認知行動療法の実施状況. 全国医療機関調査より、第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会、2022 年 11 月
 - 藤澤大介. わが国における認知行動療法の現状の課題と今後の展開 個人・集団認知行動療法の均てん化に向けたマニュアル整備. 第 118 回日本精神神経学会学術総会、2022 年 6 月 (福岡)
- G. 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

別紙1 試験のフローについて



リカバリーを目指す認知療法の国内適用に向けた 日本語版マニュアル作成に関する研究

分担研究者：耕野敏樹
岡山県精神科医療センター

研究趣旨：

現在の統合失調症に対して有効性が実証されている認知行動療法については、英国では個人での適用が推奨されているが、米国で開発された Recovery-Oriented Cognitive Therapy (以下 CT-R とする) では集団での適用が可能となっている。エビデンスに基づく実践の国民性を越えた適用において、翻訳作業が必要とされているが、本邦では CT-R のマニュアルの翻訳がなされていない。そこで、マニュアルの翻訳作業を行う。

A. 研究目的

統合失調症を有する患者に対する集団精神療法の可能性について明らかにする。国内で適用できる可能性のあるプロトコールのマニュアルを翻訳し、今後の研究のための準備を行う。

B. 研究方法

Recovery-Oriented Cognitive Therapy (CT-R) のマニュアルとして出版された “Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions” を対象として、2022年1月～2022年11月まで、合計15名の専門家と協議しながら、訳語の抽出、訳語の検討を行い、翻訳を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は人を対象とした研究ではないため、同意の取得や匿名化などの配慮は必要ない

C. 研究結果

翻訳作業が終了し、出版準備を行なっている。また作成した日本語版マニュアルを元に普及活動を行った。国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター主催の同治療に関する研修会を作成した。研修の資料作成は、オンラインでの検討を2022年8月、9月と計2回行った。また、こうした cultural adaptation の取り組みについて、2022年5月19日に開催される統合失調症に対する認知行動療法の研究者会議(通称 Beckfest)にて発表した。

D. 考察

精神療法の cultural adaptation は昨今治療の実装や普及における重要な課題である。質の良い翻訳マニュアルが作成されることで、専門家にとって用語体系が統一され、治療に対する理解も促進されることが期待される。

本研究では、合計15名の専門家と協力し

ながら、現在の認知行動療法の用語体系を踏襲しながら、新たな観点が理解しやすい形で翻訳することができた。

なし

今後統合失調症に対する認知行動療法が普及するために、また本治療により、統合失調症に対する集団精神療法の可能性が広がるために、重要な研究であったと言える。

E. 結論

本研究は、Recovery-oriented cognitive therapyの国民性や文化的な違いを超えた日本国内での普及において、今後の研究活動で活用される重要な取り組みであった。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 耕野敏樹：リカリーを目指す認知療法（CT-R）への期待：日本での適用の可能性，第22回日本認知行動療法学会，2022年12月2日
- 2) Toshiki Kono: Accounting for Cross-Population Differences in Allele Frequency and Linkage Disequilibrium Can Improve Polygenic Risk Score Portability. World Congress of Psychiatric Genetics. 2022年9月13～17日. ポスター発表

G. 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

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 伊藤 公平

次の職員の令和4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 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・准教授

(氏名・フリガナ) 藤澤 大介・フジサワ ダイスケ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	慶應義塾大学医学部	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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) 未審査に場合は、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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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。

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 伊藤 公平

次の職員の令和4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 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・専任講師

(氏名・フリガナ) 菊地 俊暁・キクチ トシアキ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	慶應義塾大学医学部	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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) 未審査に場合は、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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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。

令和5年4月4日

厚生労働大臣 殿

機関名 聖マリアンナ医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 北川 博昭

次の職員の4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。

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
- 研究課題名 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
- 研究者名 （所属部署・職名）神経精神科学・教授
(氏名・フリガナ) 中川 敦夫・ナカガワ アツオ

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）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※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）未審査に場合は、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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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。

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 肥前精神医療センター

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 杠 岳文

次の職員の(元号) 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 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 臨床研究部 非常勤研究員

(氏名・フリガナ) 中島 美鈴 (ナカシマ ミスズ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国際医療福祉大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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。

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 鈴木康弘

次の職員の(元号) 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 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 成田看護学部看護学科

(氏名・フリガナ) 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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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。

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 東京都立大学

所属研究機関長 職名 研究科長

氏名 西村 ユミ

次の職員の(令和)4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 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院人間健康科学研究科・教授

(氏名・フリガナ) 大嶋 伸雄 (オオシマ ノブオ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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。

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 自治医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永井 良三

次の職員の令和4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 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
3. 研究者名 医学部・教授
岡島 美朗 (オカジマ ヨシロウ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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) 未審査に場合は、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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口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。

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 伊藤 公平

次の職員の令和4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 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・准教授

(氏名・フリガナ) 佐藤 泰憲・サトウ ヤスノリ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	慶應義塾大学医学部	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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) 未審査に場合は、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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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。

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 宮崎大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 鮫島 浩

次の職員の令和4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 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 宮崎大学医学部看護学科・准教授

(氏名・フリガナ) 吉永尚紀

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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。

2023年 3月 3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)

地方独立行政法人
機関名 岡山県精神科医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中島 豊爾

次の職員の 令和4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 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療部 医師

(氏名・フリガナ) 耕野 敏樹 (コウノ トシキ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 4

研究成果の刊行に関する一覧表

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
藤澤大介	コンサルテーション・リエゾンの基本	三村將	精神科レジデントマニュアル	医学書院	東京	2022	252-255
藤澤大介	身体疾患の精神症状の評価と対応	三村將	精神科レジデントマニュアル	医学書院	東京	2022	256-258
藤澤大介	精神療法	鬼塚俊明、橋本亮太	精神医学領域の論文を読みこなすキーワード100!	新興医学出版社	東京	2022	126-127
藤澤大介、白波瀬丈一郎	精神療法	三村將	精神科レジデントマニュアル	医学書院	東京	2022	62-73
中島美鈴			脱ダラダラ習慣! 1日3分やめるノート	すばる舎	東京	2023	224
マシュー・マッケイ、マーサ・デイビス、パトリック・ファニング 中島 美鈴 (担当:編訳)			超簡単認知行動療法 - すぐに気分がよくなる6つのスキル-	星和書店	東京	2022	196
Yoshinaga N, Tanoue H.	Mood and anxiety disorders in Japan and cognitive-behavioral therapy	Martin C, Patel V, Preedy V.	Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder: Case Studies and Application for Adults	Academic Press, Elsevier	USA	2023	355-364

吉永尚紀, 清水栄司	主な精神疾患 ／障害：不安症 群／不安障害 群	岩崎弥生, 渡邊博 幸	精神看護学 まとめノー ト	メヂカル フレンド 社	東京	2023	117-118
---------------	----------------------------------	-------------------	---------------------	-------------------	----	------	---------

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
藤澤大介	認知療法・認知行動療法と 公認心理師の診療報酬	公認心理師	2	37-40	2022
佐渡充洋, 二宮 朗, 朴順禮, 田中 智里, 小杉哲平, 田村法子, 永岡麻 貴, 山田成志, 藤 澤大介	精神科医療およびメンタ ルヘルスにおけるマイン ドフルネス療法の意義と 未来—日本における現状と 課題を中心に—	心理学評論 (Japanese Psychologic al Review	64(4)	555-578	2022
田中智里, 藤澤大 介	慢性疼痛に対する認知行 動療法	精神科	40	533-538	2022
田島美幸, 原祐 子, 重枝裕子, 石 橋広樹, 吉岡直 美, 鈴木斎絵, 藤 澤大介	COVID-19禍における認知 症の家族介護者を対象と した集団認知行動療法プ ログラムの実践の工夫と 効果検討	老年精神医 学雑誌	33(7)	703-713	2022
藤澤大介, 田島美 幸, 田村 法子, 近藤裕美子, 大嶋 伸雄, 岡島美朗, 岡田佳詠, 菊地俊 暁, 耕野敏樹, 佐 藤泰憲, 高橋章 郎, 中川敦夫, 中 島美鈴, 横山貴和 子, 吉永尚紀, 大 野裕	本邦における集団精神療 法の現状と課題	精神療法	48	98-103	2022

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。	本邦における集団精神療法の現状と展望	最新精神医学	28(3)		2023
藤澤大介、朴順禮、佐藤寧子	レジリエンスと思いやりを構築するマインドフルネス・プログラム (MaHALOプログラム)	スピス緩和ケア白書		56-60	2022
藤澤大介	医療従事者のもえつき・ストレス軽減のためのマインドフルネスとコンパッションにもとづいたプログラム	精神科治療学	38(1)	87-92	2023
藤澤大介	認知行動療法と治療同盟	精神科	43(2)	印刷中	
藤澤大介	老年期のメンタルヘルスー人生100年時代のこころの健康を守る：認知行動療法	カレントセラピー	41(1)	41-45	2023
平島奈津子、井原裕、信田さよ子、藤澤大介。	こころの臨床現場からの発信"いま"をとらえ、精神療法の可能性を探る	精神療法	増刊9号	228-245	2022
菊地俊暁	デジタル精神医療は心のケアにどのように役立つのか：地域での取り組みを中心に	認知療法研究	16(1)	48-50	2023
菊地俊暁	AI を用いた認知行動療法	臨床精神薬理	26(3)	305-310	2023
大野 裕；中川敦夫；菊地 俊暁	コロナ禍での自殺対策の新しい可能性を探る：メンタルウェルビーイング向上を目指すデジタルツールを活用した自殺対策	最新精神医学	27(6)	399-405	2022

菊地俊暁	うつ病のゴール設定をどう考えるか：個別化とウェルビーイング	臨床精神医学	51(6)	601-606	2022
清水 恒三朗；田島 美幸；小林 由季；菊地 俊暁；三村 將	うつ病の非薬物療法	臨床と研究	99(5)	549-554	2022
菊地俊暁	うつ病において薬物療法と精神療法の使い分けは可能か?: Precision medicineとstratified care model.	精神科	40(3)	298-305	2022
菊地俊暁	コロナ禍の経験から考えたオンライン精神療法の可能性と限界.	臨床精神医学	51(3)	255-259	2022
中島美鈴	発達障害で青年期になって問題が顕在化する人たち	こころの科学 若者たちの生きづら	SPACIAL ISS UE2023	106-113	2023
中島美鈴	支援者が心を守りよい支援をするための認知行動療法—特集 支援者のメン	更生保護	74(2)	18-22	2023
中島美鈴	先延ばしによる悪循環から抜け出すヒント	Be! 特集「めんどくさい」への対処	149	14-18	2022
松浦 桂, 梅本 育恵, 中島 美鈴, 中島 俊, 伊藤 正	成人期ADHDに対する個人認知行動療法の国内医療機関における質的調査	精神神経学雑誌	124(4付録)	S-517	2022
Koda R, Fujisawa D, Kawaguchi M, Kasai H.	Experience of application of the Meaning-centered Psychotherapy to Japanese bereaved family of patients with cancer – a mixed-method study.	Palliative and Supportive Care	Dec 9:1-9		2022
Tamura NT, Shikimoto R, Nagashima K, Sato Y, Nakagawa A, Irie S, Iwashita S, Mimura M, Fujisawa D.	Group multi-component programme based on cognitive behavioural therapy and positive psychology for family caregivers of people with dementia: a randomised controlled study (3C study).	Psychogeriatrics.			2022

Uneno Y, Koter a Y, Fujisawa D, Kataoka Y, Kosugi K, Mura ta N, Kessoku T, Ozaki A, Mi yatake H, Muto M.	Development of a novel self-COMPAssion focuse d online psyChoTherapy for bereaved informal c aregivers: the COMPAC T feasibility trial protoc ol.	BMJ Open	Dec 22; 12(12):	e067187	2022
Amano M, Kat ayama N, Ume da S, Terasawa Y, Tabuchi H, Kikuchi T, Abe T, Mimura M, Nakagawa A.	The effect of cognitive b ehavioral therapy on fu ture thinking in patient s with major depressive disorder: A randomized controlled trial.	Front Psyc hiatry	14	997154	2023
Nogami W, Na kagawa A, Kat ayama N, Kudo Y, Amano M, Ihara S, Kurat a C, Kobayashi Y, Sasaki Y, Is hikawa N, Sato Y, Mimura M.	Effect of Personality Tr aits on Sustained Remi ssion Among Patients w ith Major Depression: A 12-Month Prospective Study.	Neuropsych iatr Dis Tr eat.	18	2771-278 1	2022
Nogami W, Na kagawa A, Kat o N, Sasaki Y, Kishimoto T, H orikoshi M, Mi mura M.	Efficacy and Acceptabili ty of Remote Cognitive Behavioral Therapy for Patients With Major De pressive Disorder in Ja panese Clinical Setting s: A Case Series.	Cogn Beha v Pract.		Online a head of print.	2022
Ryuhei So, Mis uzu Nakashim a, Jane Pei-Che n Chang, Marc us P.J. Tan, Ry oma Kayano, Y asuyuki Okumu ra, Toru Horino uchi, Toshitaka Ii, Toshihide K uroki, Tsuyoshi Akiyama	Gender Biases Toward People With Difficulty i n Balancing Work and Family Due to ADHD: Two Case Vignette Ran domized Studies Featur ing Japanese Laypersons and Psychiatrists,	Cureus	15(1)	e34243	2023

Misuzu Nakashima, Miki Matsunaga, Makoto Otani, Hironori Kuga, Daisuke Fujisawa	Development and Preliminary Validation of the Group Cognitive Therapy Scale to Measure Therapist Competence	medRxiv			2022
Kazawa K, Shimpuku Y, Yoshinaga N.	Characteristics of early-career nurse researchers negatively impacted during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study	BMJ Open	12(4)	e059331	2022
Imai H, Tajika A, Narita H, Yoshinaga N, Kimura K, Nakamura H, Takeshima N, Hayasaka Y, Ogawa Y, Furukawa T.	Unguided Computer-Assisted Self-Help Interventions Without Human Contact in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: Systematic Review and Meta-analysis	Journal of Medical Internet Research	24(4)	e35940	2022
Shikuri Y, Tanoue H, Imai H, Nakamura H, Yamaguchi F, Goto T, Kido Y, Tajika A, Sawada H, Ishida Y, Yoshinaga N.	Psychosocial interventions for community-dwelling individuals with schizophrenia: study protocol for a systematic review and meta-analysis	BMJ Open	12(4)	e057286	2022
Takeuchi A, Yokota S, Tomotaki A, Fukahori H, Shimpuku Y, Yoshinaga N.	Relationship between research activities and individual factors among Japanese nursing researchers during the COVID-19 pandemic	PLoS One	17(8)	e0271001	2022
Yoshinaga N, Tanoue H, Hayaishi Y.	Naturalistic outcome of nurse-led psychological therapy for mental disorders in routine outpatient care: A retrospective chart review	Archives of Psychiatric Nursing	40	43-49	2022

Kumagai M, Uehara S, Kurayama T, Kitamura S, Sakata S, Kondo K, Shimizu E, Yoshinaga N, Otaka Y.	Effects of Alternating Bilateral Training Between Non-Paretic and Paretic Upper Limbs in Patients with Hemiparetic Stroke: A Pilot Randomized Controlled Trial	Journal of Rehabilitation Medicine	54	jrm00336	2022
Inoue M, Tohira H, Yoshinaga N, Matsubara M.	Propensity-matched comparisons of factors negatively affecting research activities during the COVID-19 pandemic between nursing researchers working in academic and clinical settings in Japan	Japan Journal of Nursing Science	19(4)	e12491	2022
Mitsui N, Fujii Y, Asakura S, Imai H, Yamada H, Yoshinaga N, Kanai Y, Inoue T, Shimizu E.	Antidepressants for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis	Neuropsychopharmacology Reports	42(4)	398-409	2022
Nagata K, Tanaka K, Takahashi Y, Asada Y, Shimpuku Y, Yoshinaga N, Sugama J.	Support Nursing Researchers' Need from Academic Societies During COVID-19: A Cross-sectional Survey	Nursing and Health Sciences	24(4)	871-881	2022
Ide-Okochi A, He M, Murayama H, Samiso T, Yoshinaga N.	Non-compliance of hypertension treatment and related factors among Kumamoto earthquake victims who experienced the COVID-19 pandemic during post-earthquake recovery period	International Journal of Environmental Research and Public Health	20(6)	5203	2023