厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

令和７年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　藤澤　大介

令和８（２０２６）年　５月

目　　次

I. 総括研究報告
効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究- 1
藤澤大介

II. 分担研究報告
1. 集団認知行動療法の研修体制の確立と研修効果の測定に関する研究--------- 12
藤澤大介　久我弘典　菊地俊暁　佐藤泰憲

2. 医療者に対するマインドフルネス療法（マインドフルネス認知療法）ワークショップ (Teaching Foundation) の実施可能性の検証とマニュアルの作成、および長期効果に寄与する因子の特定に関する研究---------- 24
佐渡充洋

3. 双極症への短期集団認知行動療法プログラムの開発に関する研究---------- 38
岡田佳詠

4. 不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコルによる集団療法と強迫症に対する集団認知行動療法の実証研究---------- 43
伊藤正哉

5. 精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討に関する研究---------- 50
耕野敏樹　久我弘典

III. 研究成果の刊行に関する一覧表---------- 57

IV. 資料
（資料1）集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）---資料1
（資料2）不安症に対するマインドフルネス療法（マインドフルネス認知療法）実施マニュアル））----------資料5
（資料3）双極症とうまくつきあうための短期集団認知行動療法----------資料79
（資料4）医療観察法病棟における集団リカバリーをめざす認知療法マニュアル. ver.1：岡山県精神医療センター版----------資料99
（資料5）集団CT-R リカバリープログラム----------資料177

別添３

厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)
総括研究報告書

効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

研究代表者：藤澤　大介　慶應義塾大学医学部　講師（非常勤）
／国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部　部長

研究趣旨：集団精神療法は国内の実証研究が少なく、国際的エビデンスと実践の格差が大きく、プログラムが均質化されておらず、均質化された研修機会が乏しい。本研究では、**【項目１】**エビデンスのある集団精神療法の汎用性の高いマニュアルと研修資材の開発、**【項目２】**集団精神療法の研修体制の確立と研修効果の測定、**【項目３】**集団精神療法の実証研究を行った。

【項目１】①うつ病の集団認知行動療法の実践者マニュアルと研修資材（認知行動療法に限定せず、集団精神療法全般に適用可能なフォーマット)、②マインドフルネス療法の実践者マニュアルと研修資材、③統合失調症のリカバリー指向認知療法（CT-R）の治療者マニュアル（医療観察法病棟向け、外来患者向け)、④強迫症の認知行動療法のマニュアルを開発し、研修や介入研究で有用性を検証した。

【項目２】①集団認知行動療法の基本研修プログラム（現地開催、ハイブリッド、完全オンラインの３形式）を作成し、３形式で技能習得に差がないことを実証した。ウェブシステムを用いたスーパービジョンの提供体制を確立した。うつ病の集団認知行動療法マニュアルと資材を、集団認知行動療法基礎研修の視聴覚資材と共にウェブサイトに掲載し、普及に務めた。更に集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）を作成した。②マインドフルネス療法の実践者研修プログラムを作成し効果検証を行った。

【項目３】うつ病の集団認知行動療法について成果発表を行なった。不安症のマインドフルネス療法、不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコル（UP)、強迫症に対する集団認知行動療法、双極症に対する集団認知行動療法、統合失調症に対するリカバリー指向認知療法（医療観察病棟、外来患者）について実証研究を進めた。集団精神療法の効果の重要な予測因子である集団凝集性の評価尺度 Group Cohesiveness Scale 日本語版の妥当性の検証を行った。

別添３

研究分担者
・菊地俊暁（慶應義塾大学・医学部・准教授）
・佐渡充洋（慶應義塾大学・保険管理センター・教授）
・岡田佳詠（学校法人国際医療福祉大学・成田看護学部・教授）
・久我弘典（国立精神・神経医療研究センター　認知行動療法センター・センター長）
・伊藤正哉（国立精神・神経医療研究センター　認知行動療法センター研究開発部・部長）
・佐藤泰憲（慶應義塾大学・医学部・教授）
・耕野敏樹（国立大学法人岡山大学・学術研究院・社会文化科学学域（文学部）・准教授）

A．研究目的

集団精神療法は国際的なエビデンスの裏付けがあるが、令和 3～5 年度厚生労働科学研究「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」（研究代表者：藤澤大介）（21GC1015 研究）では、国内の実証研究が少なく、エビデンスと実践の格差が大きく、介入プログラム均質化されておらず、その一因に均質化された研修機会が乏しいことが指摘された。

そこで、令和 7 年度において、本研究は、

項目１：エビデンスのある集団精神療法の汎用性の高いマニュアルと研修資材の開発

１）うつ病の集団認知行動療法

２）マインドフルネス療法

３）統合失調症のリカバリー指向認知療法（またはリカバリーを目指す認知療法）(Recovery-oriented Cognitive Therapy: CT-R)

４）強迫症の集団認知行動療法（暴露反応妨害法）

項目２：集団精神療法の研修体制の確立と研修効果の測定

１）集団認知行動療法の全国研修体制の構築（スーパービジョン・コンサルテーションの提供体制、集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリストを含む）

２）マインドフルネス療法の実践者研修プログラムの開発

項目３：集団精神療法の実証研究

（介入研究や介入研究の二次解析）

１）うつ病の集団認知行動療法

２）不安症のマインドフルネス療法

３）不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコル（Unified Protocol: UP）

４）強迫症に対する集団認知行動療法

５）双極症に対する集団認知行動療法

６）統合失調症に対するリカバリー指向認知療法（CT-R）

７）集団の凝集性尺度の開発

を行うことを目的とした。

なお、項目１～３はそれぞれ相互に関連する（項目１で開発したマニュアルを用いて、項目２で研修を実施したり、項目３で効果を検証したりするなど）。

B．研究方法

項目１：エビデンスのある集団精神療法の汎用性の高いマニュアルと研修資材の開発

１）うつ病の集団認知行動療法

令和 6 年度に作成した「うつ病の集団認知行動療法」介入プログラムの実践者マニュアルを、研修（項目 2）で活用できるようにした。（担当：菊地）。

２）マインドフルネス療法

項目 2 で開発されたマインドフルネス療法基礎ワークショップの検証結果を踏まえて、実践者マニュアルを作成した。（担当：佐渡）

３）統合失調症のリカバリー指向認知療法 CT-R

治療マニュアルと研修資材を作成した。（担当：耕野・久我）

４）強迫症の集団認知行動療法（暴露反応妨害法）

項目 3 の効果研究の結果を踏まえて、マニュアルを作成した。（担当：伊藤）

項目２：集団認知行動療法の研修体制の確立と研修効果の測定

１）集団認知行動療法の研修体制の構築

うつ病の集団認知行動療法プログラム（項目１―１）を土台とした「集団認知行動

療法の基本研修プログラム」を完全オンライン形式で実施した。
研修受講者を対象に、ウェブシステムを用いたスーパービジョン・コンサルテーションを提供する枠組みを作成した。
21GC1015 研究で実施した対面形式、令和 6 年度に実施したハイブリッド形式、令和 7 年度に実施した完全オンライン形式のデータを用い、開催形式による研修効果の差を検証した。アウトカムは、認知行動療法の基礎的知識（認知療法意識尺度 Cognitive Therapy Awareness Scale: CTAS）、集団認知行動療法の実践や管理運営に関する自信などとした。

研修会参加者のフォーカス・グループ・インタビュー、および、教育資材のコンテンツからの要素抽出を通じて、「集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）」を作成した。（担当：藤澤・久我）

２）マインドフルネス療法の研修プログラムの開発

医療者向けマインドフルネス療法基礎ワークショップを開発し、feasibility を検証した。（担当：佐渡）

項目３：集団精神療法の実証研究

１）うつ病の集団認知行動療法

慶應義塾大学において、成人うつ病患者 34 名を対象とした、集団認知行動療法 (CBGT) プログラムの非盲検化ランダム化比較検討試験（RCT）（21GC1015 研究）の主解析および、本研究課題で令和 6 年度に実施した追加解析結果の成果発表を行なった。（担当：菊地、佐藤）

２）不安症のマインドフルネス療法

不安症に対するマインドフルネス療法の長期効果のランダム化比較支援 RCT（2019-2021 年度 AMED 研究課題：瞑想やヨガを用いたマインドフルネス介入の効果予測因子の特定および効果検証に関わる研究）の二次解析を行った。（担当：佐渡）

３）不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコル（UP）

不安症および併存疾患に対する UP（100 分×12 回）の RCT の予備試験として、前後比較試験を都内２施設で実施した。精神科主診断が不安症（パニック症、広場恐怖症、社交不安症、全般性不安症）、うつ病、強迫症のいずれかに該当する者を対象とし、目標症例数は 18 例、主要評価項目はうつ病と不安症の症状（Clinical Global Impression-Severity of Illness（CGI-S）得点）の変化とした。（担当：伊藤）

４）強迫症に対する集団認知行動療法

国立精神・神経医療研究センター病院で実施された強迫症に対する集団認知行動療法（曝露反応妨害法）の前向き観察研究について、28 名のデータの解析を行った。プログラムは、事前個別セッション 1 回、集団セッション 8 回、事後個別セッション 1 回で構成され、実臨床における実施可能性及び受容性の他、患者の強迫症状、うつ症状、生活機能の変化を探索的に評価した。（担当：伊藤）

５）双極症に対する集団認知行動療法

令和 6 年度に引き続き、NTT 東日本関東病院において、双極症に対する短期集団認知行動療法プログラム（1 回 60 分計 4 回）の前後比較試験を実施した。（担当：岡田）

６）統合失調症に対するリカバリー指向認知療法（CT-R）

岡山県精神科医療センターにおいて、医療観察法病棟の患者に対する実証研究を行

った。国内で CT-R の進行を定量的に測定する手段がなかったため、はじめに本邦におけるリカバリー過程の仮説構築のための質的研究を行った。（担当：耕野）

国立精神神経医療研究センターの外来通院中の統合失調症の患者に対して、脱落率、有害事象、自殺リスクを主要評価項目とした実施可能性研究を行った。（担当：久我）

７）集団の凝集性尺度の開発

令和 6 年度に作成した、集団精神療法の効果を予測する集団凝集性の評価尺度 Group Cohesiveness Scale 日本語版の妥当性の検証を行った。（担当：伊藤）

（倫理面への配慮）

すべての研究は、「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施した。倫理審査の対象となる研究は、それぞれ関連する施設（慶應義塾大学、国立精神・神経医療研究センター、国際医療福祉大学、NTT 東日本関東病院、岡山県精神科医療センター）の倫理委員会の承認の下で実施した。

C. 研究結果

項目１：エビデンスのある集団精神療法の汎用性の高いマニュアルと研修資材の開発

１）うつ病の集団認知行動療法

21GC1015 研究で作成された「うつ病の集団認知行動療法プログラム」のプログラムテキスト、同プログラムの実践者マニュアルを、項目 2：集団認知行動療法の研修体制の確立と研修効果の測定に提供した。

２）マインドフルネス療法

「マインドフルネス療法基礎ワークショップ(Teaching Foundation)」を開発し、その結果を踏まえて、実践者マニュアルを作成した。

３）統合失調症のリカバリー指向認知療法

リカバリー指向認知療法 CT-R の治療マニュアルを作成した。

４）強迫症の集団認知行動療法（暴露反応妨害法）

以下から構成されるマニュアルを作成した。

強迫症に対する集団認知行動療法について 導入・心理教育 ケースフォーミュレーション 不安階層表 曝露反応妨害法の紹介 曝露反応妨害法の実施 まとめ・再発予防 役割別の対応 実施の際の注意点

項目２：集団認知行動療法の研修体制の確立と研修効果の測定

１）集団認知行動療法の研修体制の構築

ビデオ教材を含む研修資材が整備され、限られた人員で研修が実施できる体制が整備された。集団認知行動療法基礎研修の視聴覚資材、項目 1 で開発された「うつ病の集団認知行動療法プログラム」、およびその実践者マニュアルを国立精神神経医療研究センターが運営するウェブサイト（CBT マップ）に掲載した。更に集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）を作成した。

研修受講者を対象に、ウェブシステムを用いたスーパービジョン・コンサルテーションを提供する枠組みが作成された。

研修の前後で、認知行動療法の知識、およ

び、集団認知行動療法の実施に関する自信の向上が見られた。現地開催、ハイブリッド、完全オンラインの３形式の３形式で技能習得に差がないことを実証した。

２）マインドフルネス療法の研修プログラムの開発

マインドフルネス療法の実践者研修プログラムを作成し、組入率 87%・脱落率 25%・参加率 88%が得られ、実施可能性が十分にあることが示された。

項目３：集団精神療法の実証研究

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 RCT では、主要評価項目である抑うつ症状において、臨床的に意義のある改善（ΔPHQ-9≧5）、および、QOL において、対照群と比較した有意の改善を認めた。追加解析の結果、プログラム受講者の社会的背景による介入効果の影響は示されなかった。これらの成果報告を行なった。

２）不安症のマインドフルネス療法

不安症に対するマインドフルネス療法について、介入終了後のマインドフルネス・脱中心化・内受容感覚の水準が長期的な治療予後を予測し得ることを確認した。

３）不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコル（UP）

適格基準に該当した７名から研究参加の同意を得て介入を開始した。

４）強迫症に対する集団認知行動療法

アンケート回答者 23 名中 16 名がプログラム期間を適切と評価し、多くの参加者が将来同様のプログラムに参加する意思を示した。介入前後で有意な Y-BOCS-SR の減少が認められた。有害事象の報告はなかった。

５）双極症に対する集団認知行動療法

2024 年 1 月～2026 年 3 月までに 5 クールを実施し 14 名の寛解期双極症患者が参加した。プログラム参加者の躁・うつ状態の波は観察期間中軽度で安定しており、4 名は復職につながった。ほぼ全員に前ぶれ症状と対処法への気づきがあった。終了時の満足度 CSQ-8J は 29.6（SD2.4）と高かった。

６）統合失調症に対するリカバリー指向認知療法

医療観察法における集団 CT-R を通常治療の一貫として 2 クール実施し、その参加者を対象に「精神疾患からの回復と対象行為への内省のふたつを同時に追求することで生じる葛藤からリカバリーする過程において重要となる心理学上の概念と仮説は何か」に関する質的研究が開始された。

外来通院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法に 5 名の研究参加同意を得た。

７）集団の凝集性尺度の開発

集団の凝集性を評価する尺度の日本語版に専門職のレビューを受け、修正を加えた。今後、妥当性の検証に進む予定である。

D. 考察

項目１：エビデンスのある集団精神療法の汎用性の高いマニュアルと研修資材の開発

マインドフルネス療法の治療マニュアルと研修資材、統合失調症のリカバリー指向認知療法（CT-R）の治療マニュアルと研修資材、強迫症の集団認知行動療法（暴露反応妨害法）の治療マニュアルが作成された。うつ病の集団認知行動療法マニュアルは項目 2 に提供された。ウェブサイトに公開し、普及に務めた。

項目２：集団認知行動療法の研修体制の確立と研修効果の測定

うつ病の集団認知行動療法を土台とした、集団認知行動療法の基本研修プログラムとスーパービジョン・コンサルテーションの提供体制が構築された。研修はビデオ教材を含み、完全オンラインで実施可能である。研修効果が予備的に検証され、現地開催、ハイブリッド、完全オンラインの３形式の３形式で技能習得に差がないことが示唆された。集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）が作成された。

マインドフルネス療法の研修プログラムが開発され、実施可能性が示された。

項目３：集団精神療法の実証研究

うつ病の集団認知行動療法（RCT）で抑うつ・QOL で臨床的に意義のある有意な改善を認め、成果発表を行なった。不安症のマインドフルネス療法（RCT）で長期効果の予測因子が抽出された。強迫症に対する集団認知行動療法（前後比較試験）で、強迫症状の有意な改善を認め、受容性が確認された。不安症および併存疾患に対する UP、および、双極症に対する集団認知行動療法、統合失調症に対するリカバリー指向認知療法について、それぞれ実証研究が進行中である。

E. 結論

複数の疾患、および、複数の治療アプローチ（集団認知行動療法、マインドフルネス、認知行動療法統一プロトコル UP、リカバリー指向認知療法）について、エビデンスのある集団精神療法の汎用性の高いマニュアルと研修資材の開発、集団認知行動療法の研修体制の確立と研修効果の測定、実証研究が実施された。国内におけるこれらの領域の推進が期待される。

F．研究発表

1. 論文発表

【国外】

1. Tobita K, Sakamoto H, Inami T, **Fujisawa D**, Takeuchi K, Kikuchi H, Goda A, Soejima K, Kohno T. Preference for advance care planning in patients with pulmonary hypertension. Heart Vessels. 2025 Oct;40(10):925-933.
2. Masuda M, Tobita K, Goda A, **Fujisawa D**, Nakamaru R, Takeuchi S, Koyama K, Tashiro S, Yamada S, Soejima K, Kohno T. Patient perceptions on cardiac rehabilitation participation following hospitalization for acute coronary syndrome. J Cardiol. 2025: S0914-5087(25)00244-8. doi: 10.1016/j.jjcc.2025.09.014.
3. Hasegawa T, Okuyama T, Sadahiro R, Uneno Y, Okamoto Y, Kanno Y, Wada S, Inada S, Igarashi Y, Tanimukai H, **Fujisawa D**. Quality indicators in psychological care for patients with serious illness: A systematic review. Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry 2025: S2667-2960(25)00561-0. doi: 10.1016/j.jaclp.2025.09.002. Online ahead of print.
4. Ito F, Sato T, Horiuchi K, Arai D, Ohgino K, Ishioka K, Terai H, Ikemura S, Yasuda H, Nakachi I, Kawada I, Inoue T, Oyamada Y, Terashima T, Sayama K, **Fujisawa D**, Takeuchi M, Fukunaga K, Naoki K, Soejima K. Health insurance and its psychosocial correlates in patients with advanced lung

cancer in Japan. JMA J. 2025;8(3):743-752.
5. Sato T, Manaka H, Kodama M, Nieda R, Kawamura Y, Yamamoto M, Genkai Y, Kezuka Y, Watanabe A, Kaizuka N, Ito H, Sone H, Shirasawa M, Kusuhara S, Kakegawa M, Nakahara Y, **Fujisawa D**, Sasaki J, Naoki K. A Feasibility Randomized Controlled Trial of Nurse-Led Screening-Based Early Care Program from the Time of Diagnosis for Patients with Advanced Lung Cancer and Their Caregivers. Palliat Med Rep. 2025;6(1):251-262.
6. **Fujisawa D**, Ito M, Nakajima S, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto A, Shima Y, Masukawa K, Miyashita M. Associations between grief, depression and productivity loss among the bereaved families of individuals with cancer. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports. 4(4). e70266. 2025
7. Yamaichi D, Yokoyama K, Uchida H, **Fujisawa D**. Feasibility of Mindfulness-Based Weight Loss Program in an industry setting: a pilot study. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports 2025 Dec 9;4(4):e70265. doi: 10.1002/pcn5.70265.
8. **Fujisawa D**, Yoshikawa E, Fujimori M, Arai S, Kobayakawa M, Kurata A, Kayano A, Ichikura K, Igarashi Y, Otani H, Yanai Y, Baba T, Okajima Y, Abe A, Uneno Y, Matsumoto Y, Asaumi K, Okamura M, Hisamura K, Momino K, Takeuchi E, Sato A, Tamura N, Imai A, Sadahiro R, Okuyama T, on behalf of Japan Psycho-Oncology Society (JPOS) and Japanese Association of Supportive Care in Cancer (JASCC). JPOS/JASCC clinical guidelines for psychological distress in adult cancer patients: a summary of recommendations. Jap J Clin Oncology. 56(3). 324-336. 2026
9. Kosugi K, Takahashi T, **Fujisawa D**, Kawaguchi T, Yamaya S, Takehana J, Kubo E, Inoue Y, Ishizuka K, Harada M, Inoue T, Ohtake K, Yamaguchi T, Miura T. Loneliness in cancer patients with minor children before versus during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. Palliative Medicine Reports. Volume 7. 2026
10. Takita Y, Morishita J, Park S, Goda A, Inami T, Kikuchi H, Kohno T, Kataoka M, **Fujisawa D**. Mindfulness-based self-management program using a mobile application for patients with pulmonary hypertension: A single-arm feasibility study. JMIR Cardio 2026;10:e79639 doi: 10.2196/79639
11. Tanaka C, Shinohara Y, Takaoka S, Kawate M, Mashima Y, Hoshino R, **Fujisawa D**, Kosugi S, Wakaizumi K. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on trajectory of mood states in patients with chronic pain: An observational clinical study with single session evaluation. J Clin Med 2026, 15, 1839.

【国内】

1. 藤澤大介．がん患者における気持ちのつらさガイドライン：概略と作成の経緯．心と社会 200, 80-84, 2025
2. 藤澤大介．がん・緩和ケアにおける心理療法としての meaning-centered psychotherapy と dignity therapy．老年精神

医学雑誌 37(1), 42-46, 2026

3. **藤澤大介**. エビデンス主義精神療法の功罪. 臨床心理学 26(2), 132-136, 2026
4. **藤澤大介**.「がん患者における気持ちのつらさガイドライン（2024 年版）」を読み解く. 医学のあゆみ. 298(8). 2026
5. 細川舞、**藤澤大介**、伊藤正哉、中島聡美、竹林由武. 遺族の声を臨床に活かす：J-HOPE4 研究(多施設遺族調査)からの学び：家族と仕事. がん看護 30(3), 304-311, 2025
6. **藤澤大介**、村上好恵. がん患者における精神・心理ケアの基本的な考え方. がん看護 30, 510-14, 2025
7. 中島美鈴、福島翔、谷川芳江、金織来多、**藤澤大介**. アディクションへの認知行動療法. 認知療法研究 18(2), 91-100, 2025
8. **藤澤大介**、中川敦夫. 清水栄司、菊地俊暁、家研也、久我弘典. 認知行動療法の医学教育パスウェイ：行動科学から専門医まで. 認知療法研究 18(2), 69-80, 2025
9. 中尾智博、**藤澤大介**、芝田寿美男、神人蘭、高垣耕企、佐渡充洋、大野裕. CBT における「認知」と「行動」. 認知療法研究 19(1), 10-20, 2026
10. 田中智里、**藤澤大介**. うつ病 123 の Q&A. Q34. マインドフルネス認知療法を簡単に教えてください. 精神科治療学. 第 40 巻増刊号. 2025
11. 新田真由美、根本友見、**岡田佳詠**. 職場復帰したうつ病をもつ日本人男性を対象とした反すう焦点化認知行動 療法に関する混合研究法を用いた効果検討の研究プロトコル、混合研究法、4（2）、485-495、2025
12. **伊藤正哉**、**岡田佳詠**、丹野義彦、久我弘典.「みんなの CBT」を診療報酬から考える−公認心理師と看護師に焦点をあてて−. 臨床心理学.152,26（2）..137-141. 2025
13. **岡田佳詠**、吉永尚紀、森内加奈恵、田上博喜、氏家好野、看護実践の未来を描くコンパス : CBT がもたらすさらなる発展、認知療法研究、18（2）、118-129、2025
14. **耕野敏樹**. 特集 みんなの CBT--社会実装の未来とニュー・フロンティア リカバリーを目指す認知療法の発展から考える認知行動療法と希望. 臨床心理学. 26(2). 147-151. 2026
15. **耕野敏樹**. 精神科看護で CT-R を活用する —Integrating Recovery Oriented Cognitive Therapy into Nursing Care in Psychiatry—特集 リカバリーを目指す認知療法(CT-R)を実臨床で生かす. 精神療法. 51(4). 480-485. 2025
16. **耕野敏樹**. 特集 自殺をめぐる諸問題 認知行動療法と自殺対策. 精神療法. 51(2). 163-169. 2025

2. 学会発表

【国外】

なし

【国内】

1. **藤澤大介**. 認知症介護家族に対する認知行動療法. 第 121 回日本精神神経学会学術総会. 2025 年 6 月 19－21 日. 神戸
2. 栁井優子、小川祐子、五十嵐友里、竹内恵美、伊藤嘉規、佐藤寧子、笹良剛史、鈴木伸一、**藤澤大介**. がん医療で必要とされる認知行動療法のコア・コンピテンシー作成の試み. 第 38 回日本サイコオンコロジー学会. 沖縄. 2025.10.10-11 日.

3. 岡田佳詠、根本友見、藤澤大介、吉永尚紀、石塚真美．看護系大学院精神看護専攻教育課程における認知行動療法の教育内容・方法・評価に関する調査．第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
4. 藤澤大介．ベックの認知療法におけるポジティブ感情を引き出す技法 .第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
5. 藤澤大介．集団認知行動療法の効果的な実践に必要な準備とスキル .第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
6. 藤澤大介．医療場面での認知行動療法の実践における公認心理師への期待 .第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
7. 菊地俊暁、田島美幸、小林由季、腰みさき、田村法子、原祐子、清水恒三朗、近藤裕美子、秋山美紀、十島玄汰、尾崎達郎、佐藤泰憲、藤澤大介．うつ病に対する集団認知行動療法の有効性検証：非盲検ランダム化比較試験．第 121 回日本精神神経学会学術総会. 2025 年 6 月 19－21 日．神戸
8. 加藤愛理，三田村康衣，浜村俊傑，片柳章子，梅本育恵，千葉裕之，伊藤愛，上原陽子，山本洋美，菊池安希子，浪久悠，吉村直記，久我弘典.集団療法としてのリカバリーを目指す認知療法（CT-R）のプログラム開発，第 19 回日本統合失調症学会, 2025 年 4 月 26-27 日，大阪府
9. 伊藤愛，三田村康衣，梅本育恵，片柳章子，井上真里，加藤愛理，山本洋美，千葉裕之，日吉史一，白幡洵，吉田和史，浜村俊傑，大野裕，久我弘典.リカバリーを目指す認知療法～統合失調症の患者にアプローチした事例報告～，第 19 回日本統合失調症学会, 2025 年 4 月 26～27 日開催，大阪府
10. 久我弘典.困難の中でアスピレーションをはぐくむ～認知行動療法の最前線：地域から職域まで～，第 14 回日本ポジティブサイコロジー医学会学術集会，2025 年 12 月，東京都
11. 佐渡充洋．マインドフルネス認知療法に必要なスキルセット：MBI-TAC の紹介と Instruction、Inquiry のポイント．第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．2025.11．東京
12. 佐渡充洋．マインドフルネス認知療法の課題と挑戦－“研究・臨床ギャップ”と“質の担保”－．第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．2025.11．東京
13. 佐渡充洋．なぜ職域のメンタルヘルス対策は必要なのかーマインドフルネス、ウェルビーイングの視点からの考察．第 121 回日本精神神経学会学術総会. 2025.6. 神戸
14. 佐渡充洋．マインドフルネスの観点から見たストレスとの関わり方．第 25 回日本抗加齢医学会総会．2025.6．大阪
15. 佐渡充洋．マインドフルネスの概念を取り入れたマインドフルネス認知療法の効果機序. 第 47 回日本内観学会. 2025.5. 東京
16. 新田真由美、根本友見、岡田佳詠．職場復帰したうつ病をもつ男性を対象とした反すう焦点化認知行動療法に関する混合研究法を用いた効果検討、第 45 回日本看護科学学会学術集会、2025 年 12

月 6 日、新潟市

17. 岡田佳詠. シンポジウム 18 看護師による認知行動療法の質を高める取り組み 看護師教育における系統的な CBT 教育の実際と課題、第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会、2025 年 11 月 15 日、豊島区
18. 岡田佳詠、根本友見. 自主企画シンポジウム 2 認知行動療法の質を高める教育システムの構築に向けて―医学・看護学・心理学領域の現状と課題― 看護学教育における認知行動療法の教育の現状と課題、第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会、2025 年 11 月 14 日、東京都豊島区
19. 岡田佳詠、根本友見、中村聡美、田村法子、天野敏江、森内加奈恵、大路友厚. 双極症の短期集団認知行動療法プログラムー４クール終了時点ー、第 22 回日本うつ病学会総会、2025 年 7 月 12 日、東京都港区
20. 耕野敏樹. 精神科医療現場でリカバリーを目指す認知療法を伝えることからくる反応について. 第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会シンポジウム 14. 2025 年 11 月 15 日、東京都
21. 耕野敏樹, 小西菜緒, 田上昭子, 南場美沙都, 宮田純平. 集団認知行動療法の実践から学ぶ統合失調症のリカバリー. 第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会シンポジウム 10　2025 年 11 月 15 日 、東京都
22. 耕野敏樹, 菊池安希子, 田上昭子. 研修セミナー：リカバリーを目指す認知療法(CT-R)」第 21 回日本司法精神医学会岡山大会 研修セミナー　2025 年 9 月 27 日、岡山県
23. 耕野敏樹. リカバリーを目指す認知療法(CT-R)～医療観察法における心理療法をふりかえりつつ～. 第 21 回日本司法精神医学会岡山大会 教育講演 3　2025 年 9 月 27 日、岡山県
24. 耕野敏樹. リカバリーを目指す認知療法のセッティングを変えた適用について. 第 121 回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム 41　2025 年 6 月 20 日、兵庫県
25. 耕野敏樹. リカバリーを目指す認知療法による就労支援の可能性. 第 19 回日本統合失調症学会シンポジウム 2. 2025 年 4 月 26 日、兵庫県

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 7 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)
分担研究報告書

集団認知行動療法の研修体制の確立と研修効果の測定に関する研究

分担研究者: 藤澤　大介（慶應義塾大学）
久我　弘典（国立精神神経医療研究センター）
菊地　俊暁（慶應義塾大学）
佐藤　泰憲（慶應義塾大学）

研究趣旨 : 質が担保された集団精神療法が広く全国で実施されるために、集団精神療法の持続可能な研修体制を構築する方法論を明らかにすることが、本分担課題の目的である。令和 7 年度は以下を実施した。1）オンライン型の集団認知行動療法実践者養成研修プログラムの開発、2）3 つの研修形式（対面、ハイブリッド、完全オンライン）の効果の比較検証、3）学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築。4）集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）の作成。
その結果、オンライン版の研修プログラムが開発された。集団認知行動療法の実践力習得度において、対面、ハイブリッド、完全オンラインのいずれの研修形式でも同等の向上が示された。研修プログラムのビデオ教材とテキスト、および、本研究課題の前身である厚生労働科学研究「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」で作成されランダム化比較試験で効果が実証されたうつ病の集団認知行動療法プログラムのテキストと実践者マニュアルを認知行動療法の情報公開サイト“CBT マップ”に掲載し、広く視聴可能とした。集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）が作成された。

研究協力者（50 音順）
岡田佳詠（国際医療福祉大学）
熊谷直樹（相模原市精神保健福祉センター）
辻本哲士（滋賀県精神保健福祉センター）
田島美幸（慶應義塾大学）
田村法子（慶應義塾大学）

A．研究目的

質が担保された集団精神療法が広く全国で実施されるために、集団精神療法の持続可能な研修体制を構築する方法論を明らかにすることが、本分担課題の目的である。

分担研究者らは、令和 3〜5 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「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」（課題番号 21GC1015、以下 21GC1015 研究とする）において、集団認知行動療法（以下、集団 CBT とする）のコア・コンピテンシーを明らかにし、それを習得する対面型の研修プログラムを開発した。

開発されたプログラムは講師の力量に負うところが大きく、均質な研修の提供機会

を増やす工夫として、少ないマンパワーで実施可能な、ハイブリッド型（ビデオ教材を用いた講義＋対面でのロールプレイ）の集団 CBT 実践者養成研修プログラムを令和 6 年度に本研究で開発した。予備的な検証の結果、対面型と同等の習熟度の向上がみられた。研修体制を確立する上での課題・ニーズとして、「集団 CBT 自体に接する機会の少なさ」「介入の質の担保」「実施への意欲を高めるサポート（プログラムのテキストやマニュアル、スーパービジョン（SV）など）」「実践例の情報共有」などがあがった。

こうした背景から、本年度は、1）完全オンライン型研修の開発、2）3 つの研修形式の効果の比較検証、3）学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築、を目的として研究を進めた。

B．研究方法

1）完全オンライン型研修の開発

■ 研修方法の概要

本研修は、対面型、令和 6 年度実施のハイブリッド型と同様に、研修と SV の 2 本立てとし、研究協力を得られた医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士等）を対象として研修を実施し、研修前後 2 時点での集団 CBT の実践力の習得程度および CBT の基礎的知識を検討した。さらに 6 ヶ月後の集団 CBT の実践力の習得程度を検討することとした。また、研修終了後、希望者に SV を 2 回実施して SV の方法について検討することとした。

■ 対象者と募集方法

研修の対象者は、集団 CBT の実践者（予定を含む）、または、集団 CBT 実施施設において管理・運営に携わる者で、①精神科領域で 2 年以上の臨床経験を有する医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士・薬剤師等）、②12 時間以上の CBT の研修受講または実務経験のあること（管理・運営者の場合は②を必須としない）とした。

募集は、精神保健福祉センター長会での周知、および、本研究の課題分担研究者・研究協力者を通じて行った。

研究の説明は依頼文書を用いて研修開始前に行い文書で同意を得た。

■ オンライン型集団 CBT 実践者養成研修プログラム

①研修

事前のビデオ学習（約 2 時間）と、当日のオンラインでの実践演習（4 時間 30 分）で構成した。

事前のビデオ学習（表 1）は、本研究班で令和 6 年度に作成したビデオ教材を使用した。ビデオ教材を Google ドライブに格納し、URL を受講者に共有する形式で配信した。

表1）事前学習内容

	タイトル
1	治療全体の中での集団認知行動療法の位置付け
2	CBGT実施に必要な事項（ロンドン大学コンピテンシーリスト）
3	集団の治療要因・プロセスと治療技法
4	G―CTSについて
5	行動活性化講義
6	行動活性化デモRP
7	認知再構成講義
8	認知再構成デモRP
9	問題解決技法講義
10	問題解決技法デモRP
11	コミュニケーション講義
12	コミュニケーション（アクティブ・リスニング望ましい例）
13	コミュニケーション（アクティブ・リスニング 望ましくない例）
14	コミュニケーション（アサーション）
15	管理・運営
グループのトラブルシューティング	
16	－認知再構成_結果が変わらない（気分が変わらない場合への対応）
17	－遅刻はよくない（否定的なコメントをする参加者への対応）
18	－隣の人と話し出す
19	－別の話題で盛り上がる
20	－演習中に宿題をする

CBGT：集団認知行動療法、G-CTS：集団認知療法治療者尺度、RP：ロールプレイ

当日の研修プログラムは表 2 の通りであった。zoom を利用し、ロールプレイ時のワークシートの記入には zoom ホワイトボード機能や、ファイルの画面共有で対応した。

表2）研修当日タイムテーブル

開始	所要分数	内容
13:00	5	スタッフ紹介/ 本日のスケジュール
13:05	5	研究の説明
13:10	5	グループワークの説明
13:15	60	グループワーク① 行動活性化
		デモRP視聴と大枠の説明（どういうシーンか簡単に解説、RPの到達点）
		リーダー、サブリーダー、患者A～Dを決めていただく
		ロールプレイの実施
		ふりかえり
		ふりかえりのシェアとQ&A
14:15	10	休憩
14:25	65	グループワーク② 認知再構成
		デモRP視聴と大枠の説明（どういうシーンか簡単に解説、RPの到達点）
		リーダー、サブリーダー、患者A～Dを決めていただく
		ロールプレイの実施
		ふりかえり
		ふりかえりのシェアとQ&A
15:30	10	休憩
15:40	65	グループワーク③ 問題解決
		デモRP視聴と大枠の説明（どういうシーンか簡単に解説、RPの到達点）
		リーダー、サブリーダー、患者A～Dを決めていただく
		ロールプレイの実施
		ふりかえり
		ふりかえりのシェアとQ&A
16:45	10	休憩
16:55	15	講義「管理・運営」
17:10	10	総合Q&A
17:20	10	終了時アンケートURL配信、SV説明
17:30終了		

②SV

SV は、①の研修後、集団 CBT の実践力を高め、集団 CBT の質の担保とコンピテンシー獲得のために設定した。研修修了者のなかから希望者を募り、希望者の実施する集団 CBT のなかの 2 セッションを選定し、2 回実施することとした。

■ 評価項目及び評価方法

事前学習実施前、当日の実践演習後、実践演習 6 ヶ月後の 3 時点で、実践力の習得度をオリジナルの質問紙で尋ねた。質問の内容は、集団 CBT の実践、集団の治療要因やプロセスに関するアプローチ、管理運営に関する理解度などからなる 17 項目、5 件法。CBT の基礎的知識については認知療法意識尺度（Cognitive Therapy Awareness Scale: CTAS）を用いて測定した。開催形式の希望、研修の満足度、研修の有用性を 5 段階で尋ねた。

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

2）3 つの形式の研修の効果の比較

21GC1015 研究で実施した対面型研修データ、本研究課題で令和 6 年度に実施したハイブリッド型研修データ、1）のオンライン型研修データを用いて、研修効果の比較検討を行った。本報告時点では、オンライン型の研修終了後 6 ヶ月を経過していないため、研修前後でのデータを用いた。3 タイプの研修形式の構成は次の通りである。

a）対面群：講義、ロールプレイともに対面で実施（1 日 6 時間）

b）ハイブリッド群：会場で講義をビデオ視聴しロールプレイを対面で実施（1 日 6 時間）

c）オンライン群：事前のビデオ講義視聴（2 時間程度）＋当日オンラインでのロールプレイ実施（4 時間半）

主要評価項目は実践力習得度、副次評価項目は CTAS とした。非ランダム化試験のため 3 群の背景情報の比較を行い、研修効果の比較は共分散分析（ANCOVA）を実施した。

3）学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築

国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターが監修する認知行動療法の

情報公開サイト（CBT マップ：https://cbtmap.ncnp.go.jp/）に、令和 6 年度に作成したビデオ教材、21GC1015 研究で作成した「うつ病の集団認知行動療法プログラム」の教室テキスト、本研究課題で令和 6 年度に作成した同プログラムの実践者マニュアルを掲載することとした。

4) 集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリストの作成

上述の３つの形式の研修の過程で、研修資料、および、研修参加者の相互討論から、集団精神療法プログラムの立ち上げに必要な過程を抽出し、チェックリスト（案）を作成した。

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

C. 研究結果

1）完全オンライン型研修の実施

全国から 16 名の申し込みがあった。参加者の精神科臨床経験年数は平均 11.8 年（SD 7.2）、職種は心理師が 7 名、精神保健福祉士 4 名、医師 2 名、看護師 1 名であった。CBT の研修受講経験時間は平均 20.3 時間（SD 18.1）、個人スーパービジョンの経験時間数は 7.0 時間（SD 12.4）であった。集団の実務経験年数は 8.3 年（SD 6.4）で、調査時点で集団 CBT を実施している者は 6 名（42.9%）、実施していない者は 8 名（57.1%）で、その理由として、実施できるスタッフの不足を挙げていた。事前の実践力の習得度は 48.2（SD 14.1）、CTAS は 32.4（SD 2.9）であった。

事前学習状況について、Google ドライブへ 8 名のアクセスが確認された。講義動画の視聴状況をファイルが開かれた回数で確認したところ、「治療全体の中での集団認知行動療法の位置付け」の動画ファイルが最も開かれた回数が多く（38 回）、次いで「ロンドン大学のコア・コンピテンシーリスト」（33 回）であった。各スキルの講義よりも、スキルのデモンストレーション・ロールプレイの方が、開かれた回数が多かった。

当日のオンライン実践演習については、2 名が欠席し、14 名が 3 つの演習グループに分かれて受講した。研修直後の実践力の習得度は 60.3（SD 6.7）、CTAS は 32.2（SD 3.0）であった。

実施後の有用性は、6 名（43%）が「ある程度役立つ」、8 名（57%）が「大いに役立つ」と回答した。満足度も、7 名（50%）が「ある程度満足」、7 名（50%）が「大いに満足」、と回答した。

研修の開催形式の希望は「すべてオンラインがよい」（4 名）、「オンラインの事前学習と現地参加のロールプレイがよい」（6 名）、「すべて現地参加がよい」（3 名）、「その他」（1 名）であった。理由には、「オンラインは費用面で助かる」「現地参加での直接のコミュニケーションの良さ」があげられた。

講師スタッフのふりかえりでは、「オンライン開催は参加ハードルが下がり、提供の機会が拡大する」「事前学習の実施度が不明」「現地参加は合間の時間を含めた会話から疑問が解決したりする」「オンラインだと、セラピストとしての非言語的な部分の練習が難しい」といった意見があった。

SV については、本報告時点で実施申込がなく、実施していない。

2）3 つの形式の研修の効果の比較

1. 対象者の概要

対面群（n=34）、ハイブリッド群（n=18）、完全オンライン群（n=16）の合計 68 名のうち、完全オンライン群で研修に参加しなかった 2 名を除いた 66 名を解析対象者とした。

２．実践力習得度

開催形式による有意な主効果は認められず、全群で同等の点数の向上がみられた（$F(2, 49) = 1.48, p = 0.24,$ 偏 $\eta^2 = 0.06$）。

３．CTAS

開催形式による有意な主効果が示された（$F(2, 49) = 3.26, p = 0.47,$ 偏 $\eta^2 = 0.12$）。対面群のみ、研修前後での得点が上昇していた。

3) 学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築

サイトに掲載した動画は表 1 と同様である。ビデオ内容に応じた講義テキストやロールプレイで用いるワークシートをダウンロードできるようにした（図 1~4. CBT マップ画面）。また、21GC1015 研究で作成した「うつ病の集団認知行動療法プログラム」の教室映写用スライド、演習用ワークシート、本研究課題において令和 6 年度に作成した同プログラムの実践者マニュアルを掲載した。

サイトは ID とパスワードで管理し、本年度を含めた過去の集団 CBT 実践者養成研修受講生に周知した。

4) 集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）の作成

７つのステップ段階からなる、集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）を作成した（別資料）。

D. 考察

本研究は、21GC1015研究で得られた研究成果および本研究課題令和6年度の成果をもとに、次の3点を目的として実施した。1）オンライン型の集団認知行動療法実践者養成研修プログラムの開発、2）3つの形式（対面、ハイブリッド、オンライン）の研修の効果の比較検証、3）学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築。

オンライン型研修プログラムが開発されたことは、全国からの参加のハードルの軽減につながると考えられる。

集団CBTの実践力習得度について、対面型、ハイブリッド型と同等の研修効果が得られることが明らかとなった。なお、本研究の評価は、受講者の主観である点に注意が必要である。

認知行動療法の知識（CTAS）については、対面群では、「治療全体の中での集団認知行動療法の位置付け」の講義に、認知行動療法の基礎知識について復習する内容を組み入れていたが、ビデオ教材は講義テーマに特化して解説した。そのため、ハイブリッド群・オンライン群にはCBTの基礎知識を再確認するパートがなかった。ビデオ教材を用いた場合（現地での映写、または、オンデマンド）、動画教材の内容だけでなく、講師などが適宜、認知行動療法の基礎知識などの補足説明を行ったり、積極的な質疑応答時間を設けたりするなどの工夫がより効果

的な研修につながると考えられた。

本研究では、認知行動療法の情報公開サイト（CBT マップ）に、学習資材から効果の実証されたうつ病の集団CBTプログラム、同実践者マニュアルを掲載することで、質の担保された学習から臨床実践の支援を一元化して行う体制を構築した。

集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）を作成した。今後、妥当性の検証が待たれる。

以上から、令和 6 年度に明らかとなった集団精神療法の普及に関する課題に一定の対策を講じたと考えられる。

E．結論

1. 全国から参加可能な、質の担保されたオンライン型の集団認知行動療法実践者養成プログラムを開発した。
2. 対面型、ハイブリッド型、完全オンライン型のいずれの形式でも同等の集団CBTの実践力習得度が得られることが明らかとなった。
3. 学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトを構築し、令和6年度で明らかとなった課題とニーズに対応可能となった。
4. 集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）を開発した。

F．健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

【国外】

1. Tobita K, Sakamoto H, Inami T, **Fujisawa D**, Takeuchi K, Kikuchi H, Goda A, Soejima K, Kohno T. Preference for advance care planning in patients with pulmonary hypertension. Heart Vessels. 2025 Oct;40(10):925-933.
2. Masuda M, Tobita K, Goda A, **Fujisawa D**, Nakamaru R, Takeuchi S, Koyama K, Tashiro S, Yamada S, Soejima K, Kohno T. Patient perceptions on cardiac rehabilitation participation following hospitalization for acute coronary syndrome. J Cardiol. 2025: S0914-5087(25)00244-8. doi: 10.1016/j.jjcc.2025.09.014.
3. Hasegawa T, Okuyama T, Sadahiro R, Uneno Y, Okamoto Y, Kanno Y, Wada S, Inada S, Igarashi Y, Tanimukai H, **Fujisawa D**. Quality indicators in psychological care for patients with serious illness: A systematic review. Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry 2025: S2667-2960(25)00561-0. doi: 10.1016/j.jaclp.2025.09.002. Online ahead of print.
4. Ito F, Sato T, Horiuchi K, Arai D, Ohgino K, Ishioka K, Terai H, Ikemura S, Yasuda H, Nakachi I, Kawada I, Inoue T, Oyamada Y, Terashima T, Sayama K, **Fujisawa D**, Takeuchi M, Fukunaga K, Naoki K, Soejima K. Health insurance and its psychosocial correlates in patients with advanced lung cancer in Japan. JMA J. 2025;8(3):743-752.
5. Sato T, Manaka H, Kodama M, Nieda R, Kawamura Y, Yamamoto M, Genkai Y, Kezuka Y, Watanabe A, Kaizuka N, Ito H, Sone H, Shirasawa M, Kusuhara S, Kakegawa M, Nakahara Y, **Fujisawa D**, Sasaki J, Naoki K. A Feasibility Randomized

Controlled Trial of Nurse-Led Screening-Based Early Care Program from the Time of Diagnosis for Patients with Advanced Lung Cancer and Their Caregivers. Palliat Med Rep. 2025;6(1):251-262.

6. **Fujisawa D**, Ito M, Nakajima S, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto A, Shima Y, Masukawa K, Miyashita M. Associations between grief, depression and productivity loss among the bereaved families of individuals with cancer. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports 2025 e70266
7. Yamaichi D, Yokoyama K, Uchida H, **Fujisawa D**. Feasibility of Mindfulness-Based Weight Loss Program in an industry setting: a pilot study. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports 2025 Dec 9;4(4):e70265. doi: 10.1002/pcn5.70265.
8. **Fujisawa D**, Yoshikawa E, Fujimori M, Arai S, Kobayakawa M, Kurata A, Kayano A, Ichikura K, Igarashi Y, Otani H, Yanai Y, Baba T, Okajima Y, Abe A, Uneno Y, Matsumoto Y, Asaumi K, Okamura M, Hisamura K, Momino K, Takeuchi E, Sato A, Tamura N, Imai A, Sadahiro R, Okuyama T, on behalf of Japan Psycho-Oncology Society (JPOS) and Japanese Association of Supportive Care in Cancer (JASCC). JPOS/JASCC clinical guidelines for psychological distress in adult cancer patients: a summary of recommendations. Jap J Clin Oncology (in press).
9. Kosugi K, Takahashi T, **Fujisawa D**, Kawaguchi T, Yamaya S, Takehana J, Kubo E, Inoue Y, Ishizuka K, Harada M, Inoue T, Ohtake K, Yamaguchi T, Miura T. Loneliness in cancer patients with minor children before versus during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. Palliative Medicine Reports (in press)
10. Takita Y, Morishita J, Park S, Goda A, Inami T, Kikuchi H, Kohno T, Kataoka M, **Fujisawa D**. Mindfulness-based self-management program using a mobile application for patients with pulmonary hypertension: A single-arm feasibility study. JMIR Cardio 2026;10:e79639 doi: 10.2196/79639
11. Tanaka C, Shinohara Y, Takaoka S, Kawate M, Mashima Y, Hoshino R, **Fujisawa D**, Kosugi S, Wakaizumi K. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on trajectory of mood states in patients with chronic pain: An observational clinical study with single session evaluation. J Clin Med 2026, 15, 1839.

【国内】

1. **藤澤大介**．がん患者における気持ちのつらさガイドライン：概略と作成の経緯．心と社会 200, 80-84, 2025
2. **藤澤大介**．がん・緩和ケアにおける心理療法としての meaning-centered psychotherapy と dignity therapy．老年精神医学雑誌 37(1), 42-46, 2026
3. **藤澤大介**．エビデンス主義精神療法の功罪．臨床心理学 26(2), 132-136, 2026
4. **藤澤大介**．「がん患者における気持ちのつらさガイドライン（2024 年版）」を読み解く．医学のあゆみ 298(8) 2026 (in press)

5. 細川舞、**藤澤大介**、伊藤正哉、中島聡美、竹林由武．遺族の声を臨床に活かす：J-HOPE4 研究(多施設遺族調査)からの学び：家族と仕事．がん看護 30(3), 304-311, 2025

1. **藤澤大介**、村上好恵．がん患者における精神・心理ケアの基本的な考え方．がん看護 30, 510-14, 2025
2. 中島美鈴、福島翔、谷川芳江、金織来多、**藤澤大介**．アディクションへの認知行動療法．認知療法研究 18(2), 91-100, 2025
3. **藤澤大介**、中川敦夫．清水栄司、菊地俊暁、家研也、久我弘典．認知行動療法の医学教育パスウェイ：行動科学から専門医まで．認知療法研究 18(2), 69-80, 2025
4. 中尾智博、**藤澤大介**、芝田寿美男、神人蘭、高垣耕企、佐渡充洋、大野裕．CBT における「認知」と「行動」．認知療法研究 19(1), 10-20, 2026
5. 田中智里、**藤澤大介**．マインドフルネス認知療法を簡単に教えてください。うつ病に効果はあるのでしょうか? うつ病１２３の Q&A．精神科治療学．第 40 巻増刊号. 2025.

2. 学会発表

1. **藤澤大介**．認知症介護家族に対する認知行動療法．第 121 回日本精神神経学会学術総会. 2025 年 6 月 19－21 日．神戸
2. 栁井優子、小川祐子、五十嵐友里、竹内恵美、伊藤嘉規、佐藤寧子、笹良剛史、鈴木伸一、**藤澤大介**．がん医療で必要とされる認知行動療法のコア・コンピテンシー作成の試み．第 38 回日本サイコオンコロジー学会．沖縄. 2025.10.10-11 日.
3. 岡田佳詠、根本友見、**藤澤大介**、吉永尚紀、石塚真美．看護系大学院精神看護専攻教育課程における認知行動療法の教育内容・方法・評価に関する調査．第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
4. **藤澤大介**．ベックの認知療法におけるポジティブ感情を引き出す技法 .第 25 回日本認知療法･認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
5. **藤澤大介**．集団認知行動療法の効果的な実践に必要な準備とスキル .第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
6. **藤澤大介**.医療場面での認知行動療法の実践における公認心理師への期待 .第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
7. 加藤愛理, 三田村康衣, 浜村俊傑, 片柳章子, 梅本育恵, 千葉裕之, 伊藤愛, 上原陽子, 山本洋美, 菊池安希子, 浪久悠, 吉村直記, **久我弘典**. 集団療法としてのリカバリーを目指す認知療法（CT-R）のプログラム開発, 第 19 回日本統合失調症学会, 2025 年 4 月 26-27 日, 大阪府
8. 伊藤愛, 三田村康衣, 梅本育恵, 片柳章子, 井上真里, 加藤愛理, 山本洋美, 千葉裕之, 日吉史一, 白幡洵, 吉田和史, 浜村俊傑, 大野裕, **久我弘典**. リカバリーを目指す認知療法～統合失調症の患者にアプローチした事例報告～, 第 19 回日本統合失調症学会, 2025 年 4 月 26～27 日開催, 大阪府
9. **久我弘典**. 困難の中でアスピレーションをはぐくむ～認知行動療法の最前線：地域から職域まで～, 第 14 回日本ポジテ

ィブサイコロジー医学会学術集会，2025年 12 月，東京都

H. 知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

図 1）CBT マップ画面―トップ画面一部



図 2）CBT マップ画面―講義画面



図 3）CBT マップ画面―スキル画面



図 4）CBT マップ画面―うつ病の集団 CBT プログラム



令和７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

医療者に対するマインドフルネス療法（マインドフルネス認知療法）ワークショップ（Teaching Foundation）の実施可能性の検証とマニュアルの作成、および長期効果に寄与する因子の特定に関する研究

分担研究者：佐渡充洋
慶應義塾大学保健管理センター
慶應義塾大学マインドフルネス＆ストレス研究センター
慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室

研究趣旨：マインドフルネス療法は、マインドフルネスの概念を基盤とした集団精神療法であり、うつ病の再発予防や不安症への有効性が示されており、日本の精神科医療への広範な普及が望まれている。しかし現状では、その導入は限定的にとどまっている。普及が進まない背景のひとつとして、セラピストとしてマインドフルネス療法を実践するための研修機会が十分に整備されていないことが指摘される。こうした状況を踏まえ、2023 年度には、治療者自身がマインドフルネス療法を体験することを主眼としたマインドフルネス療法基礎ワークショップを立ち上げ、十分な feasibility を有することを確認した（令和６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））。本年度はさらなるステップとして、teaching の習得に重点を置いた医療者向けマインドフルネス療法基礎ワークショップ（Teaching Foundation）を新たに開発し、その feasibility を検証するための研究計画を策定のうえ倫理委員会の承認を経て実施した。結果として、組入率 87%・脱落率 25%・参加率 88%が得られ、実施可能性が十分にあることが示された。加えて、不安症の長期追跡データを活用した二次解析を行い、介入直後におけるマインドフルネス・脱中心化・内受容感覚の水準が長期的な治療予後を予測し得ることが確認された。

研究協力者：朴順禮（慶應義塾大学）、永岡麻貴（慶應義塾大学）、山田成志（慶應義塾大学）、後藤菜穂（慶應義塾大学）、稲葉彩香（慶應義塾大学）、長谷川洋介（東京マインドフルネスセンター）、是木明宏（慶應義塾大学）、二宮朗（慶應義塾大学）

A. 研究目的

マインドフルネス認知療法などをはじめとしたマインドフルネス療法は、マインドフルネスの概念を基盤とした集団精神療法であり、うつ病の再発予防や不安症に対する有効性が示されていることから、日本の精神科医療への広範な普及が期待されている。

マインドフルネス療法をセラピストとして届けるには、①自身がマインドフルネス瞑想を継続的に実践する力と、②患者との対話を通じて「心の仕組み」への気づきを促す「インクワイアリー（Inquiry）」の力という、二つの中核的スキルが求められる。これらを習

得するため、海外では通算 1〜2 年に及ぶ体系的なトレーニングプログラムが整備されている。こうしたプログラムは密度が高く有益である一方、時間的・経済的な負担が大きく、多くの医療者にとって参加のハードルは決して低くない。その結果、臨床現場でマインドフルネス療法を実践するための研修を受ける機会が限られ、医療現場での普及が進みにくい一因となっていると考えられる。

こうした背景から、2023 年度（令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)）において、前記①「自らマインドフルネス瞑想を実践する力」の涵養に焦点を絞ったマインドフルネス療法基礎ワークショップを実施した。その結果、研究組入率 95%・プログラム参加率 100%という高い feasibility が示されるとともに、マインドフルネススキルを測定する Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) においても、介入前後で 4 点以上の有意な向上が認められた。

以上を踏まえ、本年度は次の段階として、teaching の習得に重点を置いた医療者向けマインドフルネス療法(マインドフルネス認知療法）ワークショップ（Teaching Foundation) を開発し、その feasibility を検証することとした（研究 1)。

また本邦では、不安症に対するマインドフルネス認知療法の効果検証が実施され、通常治療に対する追加療法として効果が確認されているものの、その実践者マニュアルが出版されていない状況を鑑み、不安症に対するマインドフルネス認知療法の実践者マニュアルを作成することとした（研究 2)

さらに、マインドフルネス認知療法の長期的効果を規定する因子を探索するため、過去のランダム化比較試験（RCT）データを活用した二次解析を併せて実施することとした(研究 3)。

目的： **（研究 1）** 医療者向けマインドフルネス療法（マインドフルネス認知療法）ワークショップ（Teaching Foundation）の feasibility を確認すること。**(研究 2)** 先行研究の内容、原典、日本でのテキスト、また研究 1 での使用を踏まえて、不安症に対するマインドフルネス認知症法の実践者マニュアルを完成させること。**(研究 3)** マインドフルネス認知療法の長期的効果を規定する要因を明らかにすること。

意義： Teaching Foundation の feasibility が確認されることにより、マインドフルネス療法実践者向けのより質の高いトレーニングプログラムの開発に貢献できると期待される。また、実践者マニュアルが作成されることで、医療現場における質の均てん化と広範な普及が期待される。さらに長期効果を規定する要因の解明は、より有効性の高い治療法の構築につながる可能性を有している。

B. 研究方法

（研究 1) 医療者に対するマインドフルネス療法（マインドフルネス認知療法）ワークショップ（Teaching Foundation）の実施可能性の検証とマニュアルの作成

1. デザイン 単群前後比較デザインを採用した。研究の全体的な流れは図 1 に示すとおりである。

2. 参加者の組入・除外基準

2.1 選択基準 対象は医療者とし、以下の基準をすべて満たす者を選択した。

- 精神医療領域での実務経験が 2 年以上あり、主たる勤務先が医療機関である医師・

看護師・保健師・精神保健福祉士・公認心理師・臨床心理士であること。

- マインドフルネス療法基礎ワークショップ、マインドフルネス認知療法、マインドフルネスストレス低減法等のいずれかのプログラムを過去に修了した者、あるいはそれと同等の経験を有すると判断される者。
- ワークショップ（Teaching Foundation）の前半（2 日間）および後半（2 日間）の双方への出席が可能であり、プログラム内で実施される自記式アンケートへの回答にも支障がないこと。
- 前半と後半のワークショップの間、瞑想等の課題に継続して取り組める環境にあること。
- 研究参加時点で通常業務に支障のない体調であること。
- 申込にあたり、職場の上長から推薦を受けられること。
- 研究参加に対するインフォームド・コンセントが得られる者。

2.2 除外基準 上記選択基準を満たす者のうち、研究責任者が参加の適否について慎重な判断を要すると認めた者は除外した。

3. 介入 feasibility 検証の対象となる介入は、計 4 日間で構成されるマインドフルネス療法（マインドフルネス認知療法）ワークショップ（Teaching Foundation）（前半：対面 2 日間、後半：オンライン 2 日間）である。プログラム内容としては、マインドフルネス認知療法をベースとして患者との対話技法である Inquiry の解説と演習を組み込む。前半終了後から後半開始までの期間は、瞑想の自主実践、瞑想インストラクションの練習、および Inquiry の実践を各自で継続的に行うこととする。 ワークショップは、マインドフルネスに関するトレーニングを修了した研究責任者および研究分担者（医師・公認心理師・看護師等の医療専門職）が担当する。 プログラムの開発にあたっては、国内外で有効性が確立されているマインドフルネス認知療法・マインドフルネスストレス低減法およびそれらの teaching course を参照した。開発責任者は、10 年以上にわたりマインドフルネストレーニングを積み、マサチューセッツ大学医学部認定のマインドフルネスストレス低減法 qualified teacher 資格を保有し、かつオックスフォード大学のマインドフルネス認知療法 qualified teacher course の module 1〜4 を修了している佐渡充洋が担った。

4. 評価項目

4.1 主要評価項目および評価指標 本研究は feasibility study であることから、主要評価項目は、1）研究組入率、2）脱落率、3）プログラム参加率、4）ホームワーク実施時間の平均値および標準偏差とする。各指標の定義は以下のとおりである。1) 研究組入率：応募者に占める組入者の割合、2）脱落率：組入者のうち 4 日間中 3 日未満しか参加できなかった者の割合、3) プログラム参加率：実際のセッションへの出席率、4）ホームワーク実施時間：前半・後半の間に推奨された瞑想および Inquiry が実際に行われた累計（評価時点から過去 1 ヶ月間）とする。

4.2 副次評価項目 Feasibility of Intervention Measure (FIM)、Intervention Appropriateness Measure (IAM)、Acceptability of Intervention Measure (AIM)、Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)、Utrecht Work

Engagement Scale (UWES)、Satisfaction With Life Scale (SWLS)、Flourishing Scale (FS)、 Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) 、 Experiences Questionnaire (EQ)、Perceive Stress Scale (PSS)、ICEpop CAPability measure for Adults (ICECAP-A)、有害事象尺度、ならびに瞑想実践・瞑想インストラクション・Inquiry 実践の各時間・回数について、研究開始時およびワークショップ終了後における平均値・標準偏差、ならびに変化量の平均値および標準誤差を算出する。

4.3 その他評価項目 人口統計学的情報等の基本属性データおよび自由記載アンケートを収集する。評価項目と評価時期の詳細は図 2 に示す。

5. 統計解析

5.1 解析方法 全登録症例を対象とした intention-to-treat 解析を実施した。

5.2 サンプルサイズ 単群前後比較の feasibility study という研究特性を考慮し、サンプルサイズの上限を 30 例とした。

5.3 有意水準 有意水準は両側 5%とする。

6. プライバシー保護 被験者 ID と個人情報の対応表を別途管理し、仮名加工情報として取り扱うことにより、参加者の個人情報保護に万全を期した。本研究は慶應義塾大学医学部倫理委員会の承認を得て実施された(承認番号:20231138)(UMIN ID: UMIN000052802)

(研究 2) 不安症に対するマインドフルネス認知療法の実践者マニュアルの作成

1. 作成手順

実践者マニュアルの作成にあたっては、国内外の文献調査および有識者へのヒアリングを実施した。その結果を踏まえ、Segal らが開発した MBCT の原典テキスト（*Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* 第 2 版)、および国内において不安症に対する MBCT の効果検証が行われた際に使用されたマニュアル(2014〜2016 年度文部科学省科学研究費補助金基盤 C「うつ病および不安障害に対するマインドフルネス認知行動療法の費用対効果の研究」研究代表者：佐渡充洋、および 2019〜2021 年度 AMED「瞑想やヨガを用いたマインドフルネス介入の効果予測因子の特定および効果検証に関わる研究」研究開発代表者：佐渡充洋)を基盤として原案を作成した。また、家接哲次氏による臨床向け解説書（『うつのためのマインドフルネス認知療法ガイドブック』、北大路書房）も参考とした。

その後、本研究班が実施した「医療者に対するマインドフルネス療法基礎ワークショップ（Teaching Foundation）の実施可能性の検証」において本マニュアルを使用し、協力者からのフィードバックをもとに改訂を重ねて完成させた。

(研究 3) マインドフルネス認知療法の長期的効果を規定する要因

1. デザイン 過去の RCT データの二次解析

2. データセット

本研究でデータを用いた RCT は、不安症の患者に対して、マインドフルネス認知療法の長期効果を検証した RCT である(UMIN000038626)。全 8 回のマインドフルネス認知療法を両群の患者に実施後、毎月 1 回のブースターセッションを 10 回実施する群と、しない群との間の RCT である。主要評価項目である STAI-State, STAI-Trait いずれについても、両群で有意な差を認めなかった。本 RCT では 43 名がランダム化されたが、1 名は介入開始前に同意を撤回し、1 名は 4 週

終了後に脱落した。ITT 解析で 42 名のデータを本二次解析の対象とした。

4. 評価項目

4.1 被説明変数

該当 RCT において主要評価項目とされていた STAI-State および STAI-Trait を、本研究においても主要評価項目とした。

4.2 説明変数

マインドフルネス認知療法の効果要因として理論的に関連が指摘されている FFMQ（マインドフルネス尺度）、EQ（脱中心化尺度）、MAIA（内受容感覚尺度）に着目し、これらの指標を説明変数として解析を行った。各指標については、8 週時点の値（達成度）および、0 週から 8 週までの変化量（改善度）を指標として評価した。

5. 統計解析

5.1 解析方法 各変数について、反復測定混合効果モデル（mixed model repeated measures; MMRM）を適用した。モデルには時点、各変数、およびそれらの交互作用項（Week × 変数）を固定効果として含め、個体差を考慮するため被験者をランダム効果として組み込んだ。さらに、年齢、性別、教育歴、フォローアッププログラム参加の有無、およびコロナ禍におけるオンライン介入の有無を共変量として調整した。なお解析ソフトウェアには R（R Core Team）等を使用した。

5.2 有意水準 多重比較に伴う第 I 種の誤りの増加には留意が必要であるが、本研究は探索的解析を目的としているため、有意水準は両側 5%とした。

C. 研究結果

（研究 1） 医療者に対するマインドフルネス療法（マインドフルネス認知療法）基礎ワークショップ（Teaching Foundation）の実施可能性の検証とマニュアルの作成

1. 参加者の背景

参加者の背景を表 1 に示す。平均年齢は 49.2 歳、女性が 85%であった。職種（複数回答可）は、臨床心理士（80%）、公認心理士（75%）で、医師、看護師がそれぞれ 15%であった（表 1）。

2. 主要評価項目

１）研究組入率

応募者 23 名のうち、基準を満たす 20 名が組入れられた。研究組入率は 87%であった。

２）脱落率

20 名のうち、4 日間中 3 日未満しか参加できなかった者は 5 名であった。よって脱落率は 25%であった。

３）プログラム参加率

プログラム参加率は 88%であった。

４）ホームワーク実施時間（表 2）

瞑想実践時間（分）（平均/標準偏差）は、介入前 4.3(6.7)、介入後 8.6(6.9) 、インストラクション実践回数（回）（平均/標準偏差）は、介入前 3.9(6.9)、介入後 5.1(5.3)、Inquiry 実践回数（回）は、介入前 0.5(1.2)、介入後 1.4(1.8)であった。

3. 副次評価項目

副次評価項目の介入前後の結果を表 2 に示す。介入前後で有意な改善を示したのは、FFMQ-observing、FFMQ-describing、FFMQ-acting with awareness、FS、SPANE-balance、SPANE-positive、EQ-decentering、瞑想実践時間、Inquiry 実践回数であった。なお重篤な有害事象は認められなかった。

（研究 2） 不安症に対するマインドフルネス認知療法の実践者マニュアルの作成

1. 実践者マニュアル

前記の手順のもと、不安症に対するマインドフルネス認知療法の実践者マニュアルを完成させた。

(研究 3) マインドフルネス認知療法の長期的効果を規定する要因

表 3, 4 に結果を示した。介入後 6 ヶ月及び 10 ヶ月時点においても有意な関連が認められた項目の主な結果を以下に示す。

1. 8 週時点での値(達成度)の長期的効果への影響

1.1. STAI-S

FFMQ の下位尺度のうち、観察（Observing）の達成度は、介入後 3 ヶ月、6 ヶ月および 10 ヶ月の各時点における STAI-S の改善度と有意な関連を示した（p = 0.016, 0.040, 0.013)。

EQ により評価された脱中心化は、介入後 6 ヶ月および 10 ヶ月時点における STAI-S の改善度と有意な関連を示した（p = 0.008, 0.042)。

MAIA においては、身体感覚への気づき（Noticing)、自己制御（Self-regulation)、身体への傾聴（Body listening)、および身体への信頼（Trusting）が、介入後 10 ヶ月時点の STAI-S の改善度と有意な関連を示した（p = 0.030, 0.018, 0.008, 0.029)。このうち、自己制御、身体への傾聴、および身体への信頼は、介入後 6 ヶ月時点においても有意な関連を示した（p = 0.004, 0.002, 0.016)。

1.2. STAI-T

FFMQ の下位尺度のうち、観察（Observing)、非反応性（Non-reactivity）および気づき（Awareness)の改善度は、介入後 10 ヶ月時点における STAI-T の改善度と有意な関連を示した（p = 0.004, 0.044, 0.001)。

EQ により評価された脱中心化は、介入後 3 ヶ月、6 ヶ月および 10 ヶ月時点における STAI-T の改善度と有意な関連を示した（p = 0.028, 0.008, 0.042)。

MAIA においては、身体的不快感に対する心配の少なさ（Not-worrying)、注意制御（Attention regulation)、感情への気づき（Emotional awareness)、自己制御（Self-regulation)、身体への傾聴（Body listening)、および身体への信頼（Trusting）が、介入後 10 ヶ月時点の STAI-T の改善度と有意な関連を示した（p = 0.035, 0.020, 0.010, 0.002, <0.001, 0.003)。さらに、自己制御および身体への信頼は、介入後 6 ヶ月時点においても有意な関連を示した（p = 0.014, 0.010)。

2. 0 週から 8 週までの変化量(改善度)の長期的効果への影響

2.1. STAI-S

FFMQ の下位項目による解析では有意な関連性を示す項目は認めなかった。

EQ で評価された脱中心化は、介入後 6 ヶ月時点の STAI-S の改善度と有意に関連していた（p = 0.008）が、介入後 10 ヶ月時点では有意な関連は認められなかった（p = 0.168)。MAIA で評価

された身体的不快感に対する心配の少なさは、介入後 6 ヶ月時点の STAI-S の改善度と有意に関連していた (p = 0.006) が、介入後 10 ヶ月時点では有意な関連は認められなかった (p = 0.404)。

2.2. STAI-T

FFMQ の下位尺度のうち、非反応性 (Non-reactivity) および気づき (Awareness) の改善度は、介入後 3 ヶ月、6 ヶ月および 10 ヶ月の各時点における STAI-T の改善度と有意な関連を示した (非反応性 : p = 0.009, 0.009, 0.013 ; 気づき : p = 0.018, 0.024, 0.027)。

EQ により評価された脱中心化は、介入後 3 ヶ月、6 ヶ月および 10 ヶ月の各時点における STAI-T の改善度と有意な負の関連を示した (p = 0.030, 0.009, 0.046)。

MAIA においては、身体的不快感に対する心配の少なさ (Not-worrying) および身体への信頼 (Trusting) の改善度が、介入後 10 ヶ月時点の STAI-T の改善度と有意な関連を示した (p = 0.012, 0.013)。また、注意制御、感情への気づき、自己制御、身体への傾聴については、介入後 6 ヶ月時点では有意な関連が認められた (それぞれ p = 0.016, 0.019, 0.009, 0.038) が、介入後 10 ヶ月時点では有意ではなかった。

D. 考察

(研究 1) 医療者に対するマインドフルネス療法 (マインドフルネス認知療法) ワークショップ (Teaching Foundation) の実施可能性の検証とマニュアルの作成

本研究では、teaching の習得に重点を置いた医療者向けマインドフルネス療法(マインドフルネス認知療法) ワークショップ (Teaching Foundation) の feasibility を単群前後比較デザインにより検証した。

主要評価指標として設定した研究組入率は 87% (応募 23 名中 20 名)、脱落率は 25% (4 日中 3 日未満の参加者 5 名)、プログラム参加率は 88%となり、全体として十分な実施可能性が示された。脱落率が 25%と一定の割合を占めた背景には、4 日間にわたる対面・オンライン混合形式という負担と、医療者という多忙な参加者層の特性が影響した可能性があるが、参加率 88%という高水準が維持されたことは、プログラムへの参加者の強いコミットメントを示している。

副次評価項目においては、FFMQ-Observing、FFMQ-Describing 、 FFMQ-acting with awareness 、 FS 、 SPANE-Balance 、 SPANE-Positive、EQ-decentering に介入前後で有意な改善が認められた。また、瞑想実践時間および Inquiry 実践回数の増加も確認されており、プログラムが参加者の実践行動の定着に寄与した可能性が示唆される。重篤な有害事象も認められなかった。

一方、介入の実行可能性・適切性・受容性をそれぞれ直接評価する FIM・IAM・AIM には介入前後で有意な変化が認められなかった。これらの尺度はいずれもベースライン時点から高い得点を示していた可能性があり、天井効果により変化が検出されにくかったことが一因として考えられる。本ワークショップへの参加者は、マインドフルネス療法の経験を有する医療専門職であり、参加前からプログラムの意義や適切性に対する高い期待を

持っていたことが想定される。したがって、これらの指標において変化が検出されなかったことは、プログラムの受容性の低さを示すものではなく、むしろ参加者層の特性を反映した結果と解釈するのが妥当であろう。

本研究の限界として、参加者の実際のセッションの熟練度を直接計測できていないことが挙げられる。そのためには実際のセッションの場面を録音録画等した上で、上級者による評価などが必要になるが、こうした取り組みは今後の課題になると考えられる。

以上より、Teaching Foundation は医療者に対する介入として実施可能性が高く、マインドフルネスの多面的スキル向上に資する研修プログラムとして有望であると考えられた。

（研究 2）不安症に対するマインドフルネス認知療法の実践者マニュアルの作成

本研究では、先行研究のマニュアルおよび原典テキストを基盤とし、Teaching Foundation ワークショップでの実地使用と参加者からのフィードバックを経て、不安症に対する MBCT の実践者マニュアルを完成させた。本マニュアルはプログラムの全体像と各セッションの要点を臨床家が簡便に把握できるよう構成されており、質の均てん化と医療現場への普及に資するものと考えられる。

（研究 3）マインドフルネス認知療法の長期的効果を規定する要因

FFMQ、EQ、MAIA の改善度および達成度は、それぞれ STAI-S/T の長期的な変化と多様な関連を示した。全体としては、改善度よりも達成度の方がより強い関連を示す傾向が認められた。特に、EQ で評価された脱中心化の達成度が高いほど長期的な不安の低下と関連していた点は、マインドフルネス理論と整合的である。さらに、FFMQ および MAIA の各下位尺度についても、それぞれが不安の変化と関連しており、マインドフルネスの多面的な側面が関与している可能性が示唆された。

E. 結論

医療者に対するマインドフルネス療法（マインドフルネス認知療法）ワークショップ（Teaching Foundation）に、十分な feasibility と一定の有効性があることが示唆された。また不安症に対するマインドフルネス認知療法の実践者マニュアルが作成された。さらにマインドフルネス認知療法について、介入直後におけるマインドフルネス・脱中心化・内受容感覚の水準が長期的な治療予後を予測し得ることが確認された。

Ｆ．健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 佐渡充洋：マインドフルネス認知療法に必要なスキルセット：MBI-TAC の紹介と Instruction、Inquiry のポイント．第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会. 2025.11. 東京
- 佐渡充洋：マインドフルネス認知療法の課題と挑戦－“研究・臨床ギャップ”と“質の担保”－．第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．2025.11．東京
- 佐渡充洋：なぜ職域のメンタルヘルス対策は必要なのかーマインドフルネス、ウェル

ビーイングの視点からの考察. 第 121 回日本精神神経学会学術総会. 2025.6. 神戸

- 佐渡充洋：マインドフルネスの観点から見たストレスとの関わり方. 第 25 回日本抗加齢医学会総会. 2025.6. 大阪
- 佐渡充洋：マインドフルネスの概念を取り入れたマインドフルネス認知療法の効果機序. 第 47 回日本内観学会. 2025.5. 東京

H. 知的所有権の取得状況（予定も含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

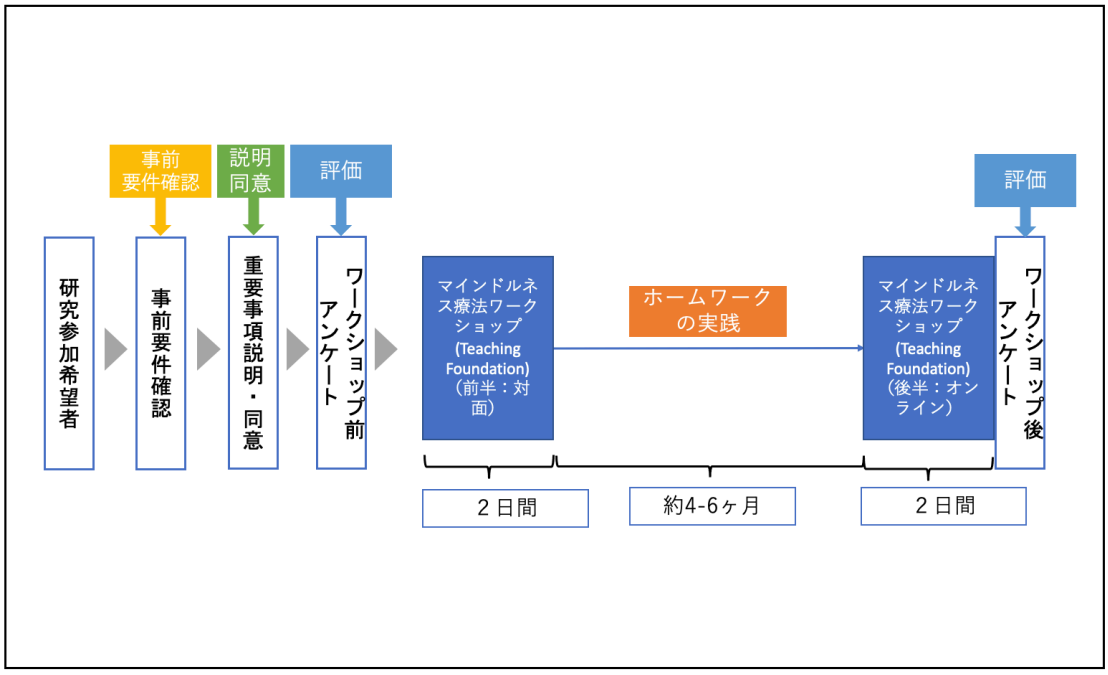


図 1. 研究デザイン

図	時期	評価項目												
		適格基準	人口動態	AMI/IAM/FIM	FFMQ	UWES	SWLS	FS	SPANE	EQ	PSS	ICE CAP-A	有害事象尺度	課題実施状況
Screening	スクリーニング時													
評価	ワークショップ前													
評価	ワークショップ後													

図 2. 評価項目と評価時期

表１． 参加者の背景　　(n=20)

	mean/n	sd/%
年齢	49.2	9.5
性別		
男性	3	15.0
女性	17	85.0
最終学歴		
中学校	0	0.0
高校	0	0.0
短大/専門	0	0.0
4年制大学	1	5.0
大学院(修士)	12	60.0
大学院(博士)	7	35.0
婚姻状況		
結婚	13	65.0
未婚	6	30.0
離婚した	1	5.0
死別	0	0.0
同居者(複数回答あり)		
配偶者	11	55.0
父	0	0.0
母	1	5.0
兄弟姉妹	1	5.0
子	6	30.0
その他	3	15.0
職種(複数回答あり)		
医師(精神科・心療内科)	3	15.0
医師(精神科・心療内科以外)	0	0.0
看護師	3	15.0
公認心理師	15	75.0
臨床心理士	16	80.0
精神保健福祉士	1	5.0
その他	0	0.0
就労形態		
フルタイム	18	90.0
非常勤	2	10.0
直近1ヶ月の瞑想の実践経験		
あり	5	25.0
なし	15	75.0

mean: 平均, sd: 標準偏差

表 2. 副次評価項目

	介入前(n=20)		介入後(n=20)		変化		
	mean	sd	mean	sd	mean of chan se		p value
FIM	14.6	2.4	14.4	3.6	−0.3	0.7	0.73
IAM	13.9	2.2	14.2	2.9	0.3	0.5	0.59
AIM	17.9	1.7	17.9	2.4	0.1	0.5	0.91
FFMQ-total	46.4	4.6	51.6	5.8	5.2	1.3	<0.01
FFMQ-observing	8.9	1.5	10.5	1.2	1.6	0.4	<0.001
FFMQ-non reactivity	9.3	1.3	9.6	1.5	0.3	0.4	0.49
FFMQ-non judging	10.8	2.1	11.6	2.2	0.8	0.5	0.10
FFMQ-describing	9.6	2.0	10.5	2.5	1.0	0.5	0.05
FFMQ-acting with awareness	7.9	1.7	9.5	1.4	1.6	0.4	<0.001
UWES-total	35.9	7.9	37.8	6.6	1.9	1.4	0.18
UWES-vigor	11.2	3.1	11.5	2.9	0.3	0.5	0.59
UWES-dedication	13.1	2.6	14.1	2.0	1.0	0.5	0.06
UWES-absorption	11.6	2.9	12.2	2.6	0.6	0.6	0.29
SWLS	22.4	6.1	23.5	5.3	1.1	0.6	0.09
FS	40.9	5.2	43.9	4.1	3.0	1.0	0.01
SPANE-balance	2.6	7.2	5.2	7.1	2.7	1.1	0.03
SPANE-positive	21.0	4.6	22.6	3.2	1.6	0.8	0.06
SPANE-negative	18.5	3.7	17.4	4.6	−1.1	0.7	0.14
EQ-decentering	37.6	9.6	53.0	4.9	15.5	2.3	<0.001
EQ-rumination	17.2	2.9	17.1	2.5	−0.1	0.5	0.83
PSS	27.4	7.1	24.3	7.2	−3.1	1.6	0.06
ICECAP-A	0.78	0.1	0.82	0.1	0.04	0.0	0.21
瞑想実践時間(分/日)	4.3	6.7	8.6	6.9	4.3	1.6	0.02
インストラクション実践回数(回)	3.9	6.9	5.1	5.3	1.2	1.2	0.35
Inquiry実践回数(回)	0.5	1.2	1.4	1.8	1.0	0.4	0.01

mean: 平均, sd: 標準偏差

瞑想実践時間、インストラクション実践回数、Inquiry 実践回数は直近 1 ヶ月の値

FIM: Feasibility of Intervention Measure, IAM: Intervention Appropriateness Measure, AIM: Acceptability of Intervention Measure,

FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire, UWES: Utrecht Work Engagement Scale, SWLS: Satisfaction With Life Scale, FS: Flourishing Scale, SPANE: Scale of Positive and Negative Experience (SPANE), EQ: Experiences Questionnaire, PSS: Perceive Stress Scale, ICECAP-A: ICEpop CAPability measure for Adults

表 3. 各変数（8 週時の値）と 10 ヶ月後の STAI 改善度との関係

a) STAI-State

		介入期間				フォローアップ期間					
変数	値範囲	4 週		8 週		3 ヶ月後		6 ヶ月後		10 ヶ月後	
		推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値
FFMQ											
Observing	8-40	-0.796	**0.029**	-0.799	0.068	-0.916	**0.016**	-0.695	**0.040**	-0.929	**0.013**
Non-reactivity	7-35	-0.495	0.325	0.353	0.550	0.152	0.776	-0.597	0.196	-0.302	0.563
Non-judging	8-40	-0.138	0.613	0.043	0.894	0.019	0.947	-0.022	0.931	-0.109	0.695
Describing	8-40	-0.867	**0.002**	-0.177	0.619	-0.700	**0.024**	-0.428	0.133	-0.226	0.470
Awareness	8-40	-0.660	**0.044**	0.319	0.401	-0.807	**0.020**	-0.505	0.111	-0.612	0.078
EQ											
Decentering	11-55	-0.602	0.051	-0.439	0.230	-0.441	0.177	-0.741	**0.008**	-0.645	**0.042**
Rumination	8-40	-0.709	0.237	-0.481	0.498	-0.625	0.320	-0.372	0.502	-0.380	0.537
MAIA											
Noticing	0-5	-5.872	**0.019**	-5.786	0.055	-2.513	0.344	-3.144	0.181	-5.597	**0.030**
Not-distracting	0-5	0.834	0.672	1.568	0.492	-0.373	0.856	-1.396	0.441	-2.173	0.273
Not-worrying	0-5	-2.618	0.204	-1.874	0.444	-2.711	0.211	-3.454	0.068	-2.472	0.242
Attention regulation	0-5	-1.697	0.393	0.447	0.846	-2.587	0.212	-3.344	0.063	-2.679	0.186
Emotional awareness	0-5	-1.950	0.311	-2.597	0.252	-2.714	0.175	-3.869	**0.027**	-3.570	0.067
Self regulation	0-5	-1.479	0.458	-2.677	0.248	-3.315	0.109	-5.128	**0.004**	-4.716	**0.018**
Body listening	0-5	-3.523	0.056	-2.922	0.180	-5.206	**0.006**	-5.137	**0.002**	-4.971	**0.008**
Trusting	0-5	-3.229	**0.046**	-2.820	0.140	-3.971	**0.018**	-3.613	**0.016**	-3.637	**0.029**

b) STAI-Trait

		介入期間				フォローアップ期間					
変数	値範囲	4 週		8 週		3 ヶ月後		6 ヶ月後		10 ヶ月後	
		推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値
FFMQ											
Observing	8-40	-0.369	0.073	-0.464	0.062	-0.702	**0.010**	-0.410	0.108	-0.834	**0.004**
Non-reactivity	7-35	-0.348	0.214	-0.550	0.103	-0.346	0.361	-0.522	0.137	-0.799	**0.044**
Non-judging	8-40	-0.084	0.581	-0.304	0.092	-0.130	0.523	0.028	0.883	-0.136	0.531
Describing	8-40	-0.471	**0.005**	-0.506	**0.012**	-0.499	**0.023**	-0.108	0.601	-0.346	0.154
Awareness	8-40	-0.223	0.227	-0.497	**0.025**	-0.512	**0.048**	-0.222	0.358	-0.886	**0.001**
EQ											
Decentering	11-55	-0.323	0.060	-0.421	**0.044**	-0.502	**0.028**	-0.497	**0.018**	-0.631	**0.010**
Rumination	8-40	-0.237	0.478	0.138	0.729	-0.552	0.218	-0.440	0.296	-0.099	0.837
MAIA											
Noticing	0-5	-2.268	0.112	-2.891	0.095	-3.053	0.111	-1.506	0.397	-3.549	0.084
Not-distracting	0-5	-0.101	0.927	0.645	0.622	-1.804	0.211	-1.982	0.137	-0.788	0.614
Not-worrying	0-5	-0.795	0.491	-1.954	0.160	-1.177	0.447	-1.608	0.267	-3.412	**0.035**
Attention regulation	0-5	-0.316	0.775	-1.467	0.272	-1.900	0.200	-1.518	0.274	-3.578	**0.020**
Emotional awareness	0-5	-1.293	0.231	-1.627	0.211	-0.966	0.506	-1.058	0.434	-3.859	**0.010**
Self regulation	0-5	-1.014	0.359	-2.305	0.084	-3.131	**0.031**	-3.284	**0.014**	-4.664	**0.002**
Body listening	0-5	-1.683	0.103	-2.799	**0.023**	-2.887	**0.041**	-2.194	0.093	-5.390	**0.000**
Trusting	0-5	-2.547	0.004	-2.999	**0.005**	-3.863	**0.001**	-2.773	**0.010**	-3.748	**0.003**

各モデルには共変量として、年齢、性別、教育年数、介入形態（オンライン／対面）、フォローアッププログラムへの参加、および診断が含まれた。

推定値は、各変数が1単位増加した場合に、各時点におけるベースラインからのSTAIの変化にどのような影響を与えるかを示している。

表 4. 各変数（0ー8 週の変化量）と 10 ヶ月後の STAI 改善度との関係

a) STAI-State

		介入期間				フォローアップ期間					
変数	値範囲	4 週		8 週		3 ヶ月後		6 ヶ月後		1 0 ヶ月後	
		推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値
FFMQ											
Observing	8-40	-1.005	**0.043**	-0.814	0.171	-0.940	0.072	-0.687	0.136	-0.863	0.091
Non-reactivity	7-35	-0.718	0.175	-0.328	0.603	-0.366	0.513	-0.847	0.086	-0.417	0.447
Non-judging	8-40	-0.290	0.360	-0.133	0.725	-0.339	0.302	0.153	0.604	-0.102	0.755
Describing	8-40	0.051	0.925	0.499	0.422	-0.452	0.413	-0.133	0.790	-0.035	0.949
Awareness	8-40	-0.232	0.600	-0.632	0.224	-0.428	0.352	-0.553	0.199	-0.146	0.748
EQ											
Decentering	11-55	-0.620	0.053	-0.701	0.066	-0.565	0.093	-0.784	**0.008**	-0.453	0.168
Rumination	8-40	0.288	0.616	1.091	0.102	0.537	0.371	0.266	0.617	0.063	0.914
MAIA											
Noticing	0-5	-0.127	0.947	-1.206	0.591	1.038	0.601	-0.249	0.888	-0.304	0.876
Not-distracting	0-5	2.531	0.197	1.555	0.506	-0.255	0.902	0.756	0.680	0.621	0.759
Not-worrying	0-5	-2.435	0.156	-2.103	0.300	-2.216	0.218	-4.219	**0.006**	-1.450	0.404
Attention regulation	0-5	-1.364	0.456	0.000	1.000	-3.122	0.098	-1.476	0.387	-1.472	0.432
Emotional awareness	0-5	-0.102	0.962	-1.815	0.473	-1.190	0.596	-2.166	0.278	-0.985	0.653
Self regulation	0-5	-1.471	0.446	-2.145	0.347	-2.023	0.316	-2.525	0.155	-2.154	0.275
Body listening	0-5	-1.007	0.569	-0.308	0.883	-1.468	0.426	-0.884	0.590	-1.319	0.465
Trusting	0-5	-2.229	0.202	-0.384	0.853	-3.551	**0.048**	-1.653	0.315	-1.555	0.390

b) STAI-Trait

		介入期間				フォローアップ期間					
変数	値範囲	4 週		8 週		3 ヶ月後		6 ヶ月後		1 0 ヶ月後	
		推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値
FFMQ											
Observing	8-40	-0.130	0.641	-0.669	**0.049**	-1.016	**0.005**	-0.661	0.054	-0.729	0.068
Non-reactivity	7-35	-0.462	0.111	-0.859	**0.014**	-0.985	**0.009**	-0.924	**0.009**	-1.019	**0.013**
Non-judging	8-40	-0.379	**0.028**	-0.501	**0.016**	-0.471	**0.040**	-0.293	0.172	-0.348	0.161
Describing	8-40	-0.089	0.762	-0.399	0.262	-0.658	0.091	-0.420	0.251	-0.672	0.108
Awareness	8-40	-0.326	0.175	-0.681	**0.020**	-0.754	**0.018**	-0.700	**0.024**	-0.758	**0.027**
EQ											
Decentering	11-55	-0.345	0.052	-0.452	**0.036**	-0.510	**0.030**	-0.577	**0.009**	-0.508	**0.046**
Rumination	8-40	0.089	0.783	0.228	0.556	-0.138	0.747	-0.255	0.523	0.135	0.769
MAIA											
Noticing	0-5	0.667	0.522	-1.498	0.243	-1.527	0.282	-1.400	0.290	-1.199	0.434
Not-distracting	0-5	-0.204	0.853	1.066	0.425	-0.160	0.914	0.462	0.739	0.730	0.647
Not-worrying	0-5	0.202	0.831	-1.985	0.085	-0.314	0.811	-0.876	0.480	-3.386	**0.012**
Attention regulation	0-5	-0.600	0.553	-1.714	0.162	-3.709	**0.004**	-2.937	**0.016**	-2.321	0.104
Emotional awareness	0-5	-0.176	0.882	-1.102	0.445	-2.368	0.128	-3.364	**0.019**	-2.345	0.163
Self regulation	0-5	0.008	0.994	-1.430	0.275	-3.626	**0.008**	-3.325	**0.009**	-2.282	0.132
Body listening	0-5	-0.046	0.962	-1.949	0.100	-2.755	**0.031**	-2.474	**0.038**	-2.574	0.063
Trusting	0-5	-1.206	0.207	-2.826	**0.014**	-3.972	**0.001**	-3.106	**0.007**	-3.355	**0.013**

各モデルには共変量として、年齢、性別、教育年数、介入形態（オンライン／対面）、フォローアッププログラムへの参加、および診断が含まれた。

推定値は、各変数が1単位増加した場合に、各時点におけるベースラインからのSTAIの変化にどのような影響を与えるかを示している。

令和７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

双極症への短期集団認知行動療法プログラムの開発に関する研究

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：【目的】双極症への認知行動療法（CBT）は、Ｌamら（2017）の有効性が示されている。本研究では双極症への短期集団CBTプログラムを実施し、症状改善や再発防止の点から効果検討することを目的とした。【研究方法】2024年1月～2026年3月まで5クール実施し、14名が参加した。短期集団CBTプログラムは計4回で1回60分、双極症とCBTの概要、活動と気分のモニタリング、前ぶれ症状と対処法、セルフマネジメントの内容で構成された。研究組み入れ時からの継続的な経過観察、短期集団CBTプログラム前後でヤング躁病評価尺度（YMRS)、Internal State Scale（ISS）第2版、ハミルトンうつ病評価尺度(HAMD)、Beck Depression Inventory 第2版(BDI)、終了時のみ日本語版Client Satisfaction Questionnaire（CSQ-8J）を測定し比較した。国際医療福祉大学倫理審査委員会（21-Im-067）とNTT東日本関東病院倫理・監査委員会（東総医関000200002294-01）の承認後、対象者に発表とプライバシー保護について文書で同意を得た。【結果】14名は短期集団CBTプログラム前後での躁・うつ状態の変化に有意差はなかったものの、終了後に躁・うつ状態の数値が低下し、躁とうつの波をコントロールしながら安定して過ごす者がほとんどだった。また4名は復職できた。短期集団CBTプログラム内では、ほぼ全員に前ぶれ症状と対処法への気づきがあり、終了後に継続的にプログラム内容に取り組む者もいた。終了時の満足度は高かった。【考察】対象数は十分ではないが、症状改善と再発防止に短期集団 CBT プログラムが寄与する可能性は示唆された。メインとなる前ぶれ症状とその対処法への気づきを得て、終了後にその対処法に取り組めていることが役立った可能性はある。その点はプログラムの満足度の高さとも関連すると考えられる。今後もデータの蓄積とRCTによる効果検証が必要であろう。

大路友惇　NTT東日本関東病院
中村聡美　NTT東日本関東病院
森内加奈恵　元千葉大学医学部附属病院
天野敏江　医療法人同和会千葉病院
根本友見　国際医療福祉大学
田村法子　慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室

A. 研究目的

国内の精神疾患を有する患者は、2023 年患者調査では約 603 万人、なかでもうつ病・双極症患者を含む気分障害患者は約 157 万人と、他精神疾患に比べて高い割合を占めている。

国内では、2010 年度より、うつ病患者への CBT が診療報酬化され、厚生労働省認知行動療法研修事業による CBT の実践家養成も進み、CBT を受けられる患者は徐々に増えている。一方、双極症は、躁・うつ状態を繰り返すなか長期にわたり社会生活機能が脅かされ、うつ病よりも自殺率の高い疾患である。双極症についても、再発予防のための維持療法として心理教育、CBT、家族焦点化療法、対人関係-社会リズム療法などの心理社会的治療の有効性が検証され、国内でも薬物療法との併用が推奨されている（Novic & Swartz、2019；日本うつ病学会、2023）。なかでも CBT は、最も多くの無作為化比較試験が実施され、心理教育と並んで報告数が多いこと（北川、2020）、実践者養成も進み、双極症にも適用しうる治療的要素も存在することから、国内での双極症の CBT プログラムの作成および効果検証が期待されるが、未だ十分実施されていない。

一方、昨今、国内では双極症以外の精神疾患においても、CBT の普及は十分ではないとの指摘がある（日本医療政策機構、2021）。その要因には、国内で適用される CBT プログラムが、高強度型と言われる、長期間長時間にわたり、重度の個人を想定して作成されていることが挙げられる。そのため、医師や看護師などが CBT プログラムに基づく実践者養成の研修を受けても、臨床の限られた時間のなかで実施することが現実的に難しく、多数の軽症で集団適用が可能な患者には用いにくい状況が生じている。また、双極症に対しては、低強度型といわれる、数セッションの短縮版心理教育が高強度型の心理教育に劣らず、再発予防の効果があるとの指摘もある。今後、これらを踏まえ、CBT の普及の推進のための体制整備が不可欠で、双極症への短期で集団対象の心理教育的要素を含めた CBT プログラムの作成は急務と考えられる。

以上のことから、本研究では、双極症への心理教育的要素を含めた短期集団 CBT プログラムを作成し、症状改善や再発予防効果を検討することを目的とした。

本研究の実施により、双極症への効果的な CBT プログラムの一資料を提供することができる。また、国内の短期かつ集団対象の CBT プログラムの効果が検討でき、臨床現場での CBT の実装に貢献しうると考えられる。

B. 研究方法

１．研究期間

2024 年 1 月～2026 年 3 月

２．研究対象者

１）選択基準

対象者は、以下のすべてを満たす者とした。

①DSM-Ⅴ-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）で双極症Ⅰ型あるいはⅡ型と診断されていること

②躁状態あるいはうつ状態の急性期から脱しており、安定していること

③短期集団 CBT プログラムへの参加を主治医が承諾していること

④短期集団 CBT プログラムへの参加の同意が文書にて得られること

⑤20 歳～65 歳であること

２）除外基準

除外基準は以下のとおりとした。

①自殺念慮があるか自殺企図の可能性がある場合

②併存疾患の診断がある場合

３．研究対象者の募集方法

NTT 東日本関東病院精神神経科に通院する双極症患者に対して、主治医から選択基準に該当する患者に短期集団 CBT プログラムへの参加を勧めるか、精神神経科の窓口にチラシを貼付し参加募集した。参加希望の申し出があった患者に対して、研究責任者が本研究の趣旨や方法について研究依頼文書を用いて説明し、同意書に署名をもらった。参加募集は、1 クール毎に行い、その際には選択基準と除外基準に留意し、参加希望者が自由意思で参加を決定できるように、わかりやすく説明するよう心掛け、内容を十分理解して決定できるように配慮した。

４．短期集団 CBT プログラム

文献レビューおよび双極症の CBT 専門家との協議の上、双極症への短期集団 CBT プログラムを作成した。プログラムの主軸はエビデンスの蓄積がある Lam (2003, 2005, 2010) のプログラムとし、そこに心理教育の要素を加えた。

短期集団 CBT プログラムは 1 クールを 4 回で構成し、1 回は 1 時間とした。1 時間の進め方は開始から終了までを、①状態の確認、前回のまとめ、宿題の確認、②アジェンダ設定、③認知・行動に関する作業 (心理教育、個人・集団ワーク)、④まとめ、フィードバック、宿題の設定、と構造化した。プログラムのテーマは、第 1 回「双極症と CBT の概要、ストレス-脆弱性モデル」、第 2 回「活動モニタリング」、第 3 回「前ぶれ (前駆) 症状と対処」、第 4 回「セルフマネジメントと再発予防のための方略」で構成した。

プログラムの実施者は、うつ病・双極症患者を対象とする集団 CBT の実施経験が 15 年以上ある岡田佳詠 (研究責任者) と、公認心理師の田村法子が実施した。

5. データ収集

主要評価項目は、「再発予防効果」とし、「研究組み入れ時から 18 ヶ月間における初回の躁状態か抑うつ状態出現までの時間」と設定した。

副次的評価項目は、「躁状態あるいは抑うつ状態の改善」「CBT プログラムの満足度」とした。「躁状態の改善」は、躁状態を評価する「ヤング躁病評価尺度 (YMRS)」「Internal State Scale (ISS) 第 2 版」、「抑うつ状態の改善」では、うつ状態を評価する「ハミルトンうつ病評価尺度 (HAMD)」「Beck Depression Inventory Ⅱ (BDI-Ⅱ)」で測定した。

「CBT プログラムの満足度」は、精神科医療施設の退院患者を対象に作成された「日本語版 Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8J)」を測定した。

６．倫理的配慮

国際医療福祉大学倫理審査委員会 (21-Im-067) と NTT 東日本関東病院倫理・監査委員会 (東総医関 000200002294-01) の承認後、対象者に発表とプライバシー保護について説明し文書で同意を得た。

C. 研究結果

2024 年 1 月～2026 年 3 月まで 5 クール実施し、14 名が参加した。男性 6 名、女性 8

名で、20代1名、30代1名、40代7名、50代5名であった。

短期集団 CBT プログラム前後での躁・うつ状態の変化について、YMRS、ISS、HAMD、BDI-Ⅱについて、ウィルコクソンの符号付順位検定の結果、有意な差は認められなかった（YMRS：Z=-1.03,p=.31、ISS：Z=-1.4,p=.16、HAMD：Z=-1.04,p =.3、BDI-Ⅱ：Z=-1.77, p=.08）。

14名のうち8名は組み入れ時から18ヶ月間の観察期間を終了し、残り6名は現在も経過観察中である。上記各尺度の前後比較で有意差はなかったものの、終了後に躁・うつ状態の数値が低下し、躁とうつの波をコントロールしながら安定して過ごす者がほとんどだった。また4名は復職できた。

一方、1名のみが組み入れ時から14ヶ月時点で職場関連での動揺と家族トラブルから不穏状態となり、バルプロ酸の増量と入院が考慮される状態となったが、徐々に収まったため、経過観察となった。

短期集団 CBT プログラム内では、ほぼ全員に前ぶれ症状と対処法への気づきがあり、終了後に継続的にプログラム内容に取り組む者もいた。

終了時の満足度を表す CSQ-8J は平均29.6（SD2.4）と高く、プログラムに参加してよかったという声が多数聞かれた。

D. 考察

対象数が十分ではないなかでの検討ではあるが、症状改善と再発防止に短期集団CBTプログラムが寄与する可能性は示唆された。メインとなる前ぶれ症状とその対処法への気づきを得て、終了後にその対処法に取り組めていることが役立った可能性はある。その点は、短期集団CBTプログラムの満足度の高さとも関連すると考えられる。今後もデータの蓄積とRCTによる効果検証が必要であろう。

E. 結論

双極症への短期集団 CBT プログラムについて、症状改善や再発防止の点から効果検討した結果、プログラム前後での躁・うつ状態の変化に有意差はなかったものの、その後、躁・うつ状態の波をコントロールし、安定して過ごす者が多かった。満足度も高かったことから、本プログラムが症状改善や再発防止に寄与する可能性は示唆された。

Ｆ．健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

新田真由美、根本友見、岡田佳詠、職場復帰したうつ病をもつ日本人男性を対象とした反すう焦点化認知行動 療法に関する混合研究法を用いた効果検討の研究プロトコル、混合研究法、4（2）、485-495、2025

伊藤正哉、岡田佳詠、丹野義彦、久我弘典、「みんなの CBT」を診療報酬から考える ―公認心理師と看護師に焦点をあてて―、臨床心理学 152、26（2）、137-141、2025

岡田佳詠、吉永尚紀、森内加奈恵、田上博喜、氏家好野、看護実践の未来を描くコンパス：CBT がもたらすさらなる発展、認知療法研究、18（2）、118-129、2025

2. 学会発表

新田真由美、根本友見、岡田佳詠、職場復帰したうつ病をもつ男性を対象とした反

すう焦点化認知行動療法に関する混合研究法を用いた効果検討、第 45 回日本看護科学学会学術集会、2025 年 12 月 6 日、新潟市

岡田佳詠、シンポジウム 18 看護師による認知行動療法の質を高める取り組み 看護師教育における系統的な CBT 教育の実際と課題、第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会、2025 年 11 月 15 日、豊島区

岡田佳詠、根本友見、自主企画シンポジウム 2 認知行動療法の質を高める教育システムの構築に向けて―医学・看護学・心理学領域の現状と課題― 看護学教育における認知行動療法の教育の現状と課題、第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会、2025 年 11 月 14 日、東京都豊島区

岡田佳詠、根本友見、藤澤大介、吉永尚紀、石塚真美、看護系大学院精神看護専攻教育課程における認知行動療法の教育内容・方法・評価に関する調査、第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会、2025 年 11 月 14 日、東京都豊島区

岡田佳詠、根本友見、中村聡美、田村法子、天野敏江、森内加奈恵、大路友厚、双極症の短期集団認知行動療法プログラム－4 クール終了時点－、第 22 回日本うつ病学会総会、2025 年 7 月 12 日、東京都港区

H. 知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

令和７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

不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコルによる集団療法と強迫症に対する集団認知行動療法の実証研究に関する研究

分担研究者：伊藤正哉
国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

研究趣旨：本研究は、わが国における以下の２つの集団精神療法の有効性の検証ならびに実施と普及のためのマニュアルおよび資材の開発を目的とする。
① 不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコルによる集団療法
② 強迫症に対する集団認知行動療法（曝露反応妨害法）
令和７年度には、①に関する研究として、令和６年度に開発した実施マニュアルと介入資材を用いて、統一プロトコルによる集団認知行動療法の有効性を予備的に検討する前後比較試験を開始した。前後比較試験では、研究参加の同意を得て適格基準に該当した７名を対象に介入を実施中である。また、令和６年度に作成した集団凝集性を評価する尺度の日本語版について、専門職のレビューを受けて修正を加えた。進行中の前後比較試験によって、わが国における統一プロトコルによる集団認知行動療法の予備的な有効性が示されれば、今後はより厳密な臨床試験を実施して、プログラムの有効性ならびに集団凝集性と集団精神療法の効果との関連についての検証を進める予定である。
②に関する研究では、論文執筆を行い、成果を公表した。本研究の知見を踏まえた上で、今後はプログラム構成や内容を検討し、発展された研究やプログラムが提供されることが期待される。

研究協力者：加藤 典子（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）
三田村 康衣（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）
鬼頭 伸輔(国立精神・神経医療研究センター病院)

A. 研究目的

不安症と強迫症は、有病割合が高く、生活の質や社会機能に大きな支障を引き起こす精神疾患である（COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021; Stein et al., 2025)。また、これらの疾患には、高い確率でうつ病が併存することが示されている（Brown et al., 2001)。治療ガイドラインでは、不安症と強迫症、それらに高率で併存するうつ病の治療法として、認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy）が推奨されている（National Institute for Clinical Excellence, 2014; 日本不安症学会, 2021)。日本では、2010 年にうつ病、2016 年に、パニック症、社交不安症、強迫症に対する認知行動療法が公的保険の適用となった。しかし、日本では訓練を受けた治療者が不足

しており、認知行動療法の普及が十分に進んでいない。

限られた数の治療者が、多くの患者に効率的に認知行動療法を提供する方法の一つに、集団認知行動療法（Group Cognitive Behavioral Therapy）がある。集団認知行動療法は、効率的な提供が可能で、個人形式の認知行動療法とほぼ同等の有効性が示されている（Barkowski et al., 2016; Cuijpers et al., 2019）。そのため、不安症や強迫症の標準治療に集団認知行動療法を採用している国もある。しかし、日本では不安症や強迫症に対する集団認知行動療法の実証研究は少なく、国内で有効性が確認され、標準化された集団認知行動療法プログラムは存在しない（吉永, 2023）。そこで、本研究では、不安症とうつ病およびその併存疾患を対象として開発された診 断横断的な認知行動療法である統一プロトコル（Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders）並びに強迫症に対する曝露反応妨害法（Exposure Response Prevention）を、わが国において集団形式で実施するためのマニュアルや資材を整備し、それらを用いた集団認知行動療法の有効性を検証することを目的とする。

B. 研究方法

①不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコルによる集団療法

令和７年度は、令和６年度に開発した実施マニュアルと資材を用いて、統一プロトコルによる集団療法の有効性を検証するランダム化比較試験に向けた予備試験を開始した。また、令和６年度に作成した、集団凝集性の尺度である The Group Cohesiveness Scale（Wongpakaran et al., 2013）日本語版について、集団認知行動療法の実施経験のある専門職によるレビューを受け、２項目の翻訳を修正した。加えて、本尺度を実際の対象者に理解しやすい訳語に修正するため、前後比較試験の参加者から尺度の認知デブリーフィングへの協力についての同意を得た。

＜前後比較試験の概要＞

目的：不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコルによる集団療法の有効性を予備的に検証する。

研究デザイン：前後比較試験

研究対象者：国立精神・神経医療研究センター病院と東京都内のクリニックの精神科外来を受診する患者のうち、18 歳以上 70 歳以下で、精神科主診断が DSM-5 における不安症（パニック症、広場恐怖症、社交不安症、全般性不安症）、うつ病、持続性抑うつ症、強迫症のいずれかに該当する者を対象とする。目標症例数は 16 例とする。

介入：100 分×12 回の統一プロトコルによる集団認知行動療法を実施する。

主要評価項目：介入前、介入後、後観察の 3 時点の他者評定のうつ病と不安症の症状（Clinical Global Impression- Severity of Illness（CGI-S）得点）の変化とする。

②強迫症に対する集団認知行動療法（曝露反応妨害法）

28 名の患者が参加した前向き観察研究のデータを解析し、成果を発表した。また、実施を振り返り、治療者マニュアルを作成した。

＜前向き観察研究の概要＞

目的：実臨床における強迫症に対する集団認知行動療法参加による実施可能性及び受容性の他、患者の強迫症状、うつ症状、生活機能の変化を探索的に評価する。

研究デザイン：前向き観察研究
対象者：国立精神・神経医療研究センター病院にて実施された強迫症に対する集団認知行動療法（曝露反応妨害法）を受けた者のうち、本研究への参加について書面で同意が得られた者を対象とした。

曝露：事前個別セッション 1 回、集団セッション 8 回、事後個別セッション 1 回で構成される集団認知行動療法プログラムを実施した。

評価項目：実施可能性は、プログラムからの脱落率を用いて評価した他、プログラム期間に関する紙面でのアンケート調査（フィードバック）に基づいて評価した。脱落は、(1) グループセッションに4回以上欠席した場合、および (2) 最終セッションに欠席した場合と定義した。受容性についても、将来同様のプログラムに参加する意欲に関するフィードバックに基づいて評価した。

患者報告の強迫症状（Self-Rating Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale（Y-BOCS-SR））の変化量およびその他の自己報告式尺度(State-Trait Anxiety Inventory（STAI)、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale（CES-D)、Sheehan Disability Scale（SDS)、Clinical Global Impressions Scale（CGI-S))を用いて評価した。

各評価期間におけるY-BOCSスコアの推移は、最尤推定法による線形混合効果モデルで分析した。STAI-State、CES-D、およびSDSは集団セッション1と集団セッション8のスコアを比較するために、対応のあるt検定を用いた。CGI-Sは、ウィルコクソン符号順位検定を用いて分析した。

（倫理面への配慮）
本研究のうち、①の前後比較試験は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施中である（承認番号：B2025-051）。②の前向き観察研究については、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号：A2021-025）

C. 研究結果

①不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコルによる集団療法

令和７年度には、国立精神・神経医療研究センター病院にて前後比較試験のリクルートを行い、７名の患者から研究参加の同意を得た。全員が適格基準に該当することを確認して、７名を対象に介入を開始した。

研究参加者の精神科主診断は、うつ病が 2 名（28.6%）、持続性抑うつ症が 3 名（42.9%）、社交不安症が 2 名（28.6%）であった。

全 12 回の介入のうち、４回目までの実施を終えた。4 回目終了時点で、重篤な有害事象の発生および介入脱落はみられなかった。

②強迫症に対する集団認知行動療法（曝露反応妨害法）

研究同意が得らえた 28 名（平均年齢 36.1±14.0 歳）の内、12 名（42.9%）の参加者に、発達障害や気分障害などの併存する精神疾患が認められ、そのうち 4 名（14.3%）は複数の併存疾患を有していた。

最も頻度が高かった強迫症のサブタイプは汚染強迫（n = 15、53.6%）であり、次いで確認強迫（n = 7、25.0%）であった。11名（39.3%）の参加者が重度のOCD症状を有すると分類された（Y-BOCS-SR ≥ 24; Goodman et al., 1989）。そのうち、9名は抗うつ薬（選択的セロトニン再取り込み阻害薬またはクロミプラミン）を服用しており、内7名は以前にCBTを受けていた。
2名の参加者（7.1%）がプログラムを脱落したが､4回以上のセッションを欠席した参加者は他にいなかった。

24名の参加者が集団セッション8終了後に書面でのアンケートに回答し、そのうち23名がプログラム期間および今後の参加意向に関する質問に回答した。内､7名(30.4%)はプログラム期間が短すぎると回答し、16名（69.6%）が適切であると評価した。長すぎると回答した者はいなかった。

受容性に関連して最も頻繁に言及されたテーマは｢有用性の認識｣(n = 13)であり、次いで「全体的な満足度」(n = 11）であった。 実施可能性に関しては、プログラム期間（n = 15）とプログラム内容（n = 12）が最も多く言及された。有害事象の報告はなかったものの、一部の参加者はERPが困難であったとコメントした（n = 2)。

治療前の個別セッションをベースラインとした線形混合効果モデル分析により、強迫症状は、治療前の個別セッションから集団セッション8(推定値 $=-2.74$､$p=0.002$)および治療後の個別セッション（推定値 $=-4.16$､$p<0.001$）にかけて減少したことが明らかになった。

対応のあるｔ検定の結果、集団セッション1と8の間で、SDSおよびSTAI-Stateのスコアに統計的に有意な減少が認められた。 SDSの効果量（Hedges’ g）は $g=0.30$、95% CI [0.08, 0.53]）であったのに対し、STAI-Stateの効果量は $g=0.65$、95% CI [0.25, 1.04]）であった。一方、CES-Dスコアについては、同じ時点間で統計的に有意な変化は認められなかった。CGI-Sに関しては、スコアの中央値が6から3へと低下し、ウィルコクソン符号順位検定により有意差が確認された（$p = 0.01$）。（Mitamura et al., 2026）

治療者マニュアルの作成にあたり、表1のように項目を抽出した。

表1. 強迫症に対する集団認知行動療法 治療者マニュアル　概要

強迫症に対する集団認知行動療法について
導入・心理教育
ケースフォーミュレーション
不安階層表
曝露反応妨害法の紹介
曝露反応妨害法の実施
まとめ・再発予防
役割別の対応
実施の際の注意点

D. 考察

①不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコルによる集団療法

本研究では、統一プロトコルによる集団療法の有効性を検証するランダム化比較試験の予備試験として、前後比較試験を開始した。介入は継続中であるが、全12回の介入のうち4回を終えた時点で、重篤な有害事象および介入脱落はみられなかったため、本プログラムは対象となる患者に受け入れ

られる可能性が示された。プログラムの予備的な有効性については、今後検証予定である。

②強迫症に対する集団認知行動療法（曝露反応妨害法）

本研究では、日常的な臨床現場で実施された、個人セッションと集団セッションを組み合わせた強迫症に対する集団認知行動慮法プログラムの実現可能性と受容性を評価した。介入試験とは異なり、報酬などのインセンティブは設けられなかったが、脱落率は低かった。プログラムの期間が長すぎると報告した参加者はいなかった。受容性に関しては、多くの参加者が将来同様のプログラムに参加する意思を示した。自由記述の回答では、複数の参加者がグループメンバー間の交流の増加やグループ構成の改善を望んでいると述べた。治療前と治療後のセッションの間で有意なY-BOCS-SRの減少が認められた。抑うつ症状には有意な変化は認められなかったものの、機能障害および全体的な臨床的印象は、集団セッションのみでも改善が見られた。

本研究にはサンプルサイズが小さいことや、参加者の多くが以前に個別CBTを受けていたため、単独の集団プログラムというよりは、個人CBTを補完する役割として機能した可能性がある。また、個別セッションを前後で組み込んだことから、特にY-BOCS-SRについては個別と集団療法を組み合わせたプログラムとしての評価として捉える必要がある。これらのいくつかの限界点が挙げられるが、脱落率が低く、書面によるアンケートから肯定的なフィードバックが得られたことは、実臨床の現場で実施された本プログラムの実現可能性と受容性を示している。

E. 結論

①不安症および併存疾患に対する認知行動療法の統一プロトコルによる集団療法

本研究によって、わが国における統一プロトコルによる集団認知行動療法の予備的な有効性が示されれば、より厳密な臨床試験による更なる検証を進める予定である。

②強迫症に対する集団認知行動療法（曝露反応妨害法）

本研究の知見を踏まえた上で、プログラム構成や内容を検討し、今後はより大規模なサンプルで対照群を設けた研究が期待される。

F．健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Mitamura, Y., Hamamura, T., Haruguchi, K., Imamura, F., Kito, S., & Kuga, H., Preliminary Feasibility and Acceptability of a Cognitive Behavioral Therapy Combining Group and Individual Sessions for Obsessive–Compulsive Disorder in Clinical Practice, Behavioral Sciences, 16(4), 529, 2026, https://doi.org/10.3390/bs16040529
2. Sugita, S., Ito, M., Fujisato, H., Kanie, A., Nakajima, S., Farchione, T.J., & Kuga, H. Authenticity as a mediator of change in the Unified Protocol for transdiagnostic

treatment of depressive and anxiety disorders. Clinical Psychology & Psychotherapy, 32(5), e70161, 2025. https://doi.org/10.1002/cpp.70161

3. Yokotani, K., Ito, M., Ihara, N.,& Shigeeda, Y. A unified protocol chatbot reduces anxiety by encouraging university students' negative emotional expressions: A randomized controlled trial. Computers in Human Behavior Reports, 19, 100770, 2025 https://doi.org/10.1016/j.chbr.2025.100770
4. Diamond, D.M., Curtiss, J., Carpenter, J.K., Ito, M.,& Hofmann, S.G. Influence of anxiety sensitivity on the observe facet of the five facet mindfulness questionnaire: differential item functioning in a clinical population. BMC psychiatry, 25(1), 312, 2025. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06488-x

2. 学会発表

1. 伊藤正哉・加藤典子：感情症への診断を越えた治療のための統一プロトコル(UP)―これまでの発展とこれからの精神科医療現場における活用可能性―, 日本デイケア学会第 30 回記念年次大会，教育講演, 2025 年 11 月，仙台.
2. 加藤典子：集団認知行動療法における集団凝集性と統一プロトコルによる集団認知行動療法. 第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会，シンポジウム, 2025 年 11 月，東京.
3. 伊藤正哉：感情症への診断を越えた治療のための統一プロトコル（UP）の発展とこれから，第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会, 教育講演， 2025 年 11 月，東京.
4. 金子響介・藤里紘子・羽鳥乃路・高野かさね・船木省吾・加藤典子・小田原幸・伊藤正哉：感情症に対する診断横断的な治療のための統一プロトコル（UP）：実臨床における導入・実践からアダプテーションの可能性を探る，自主企画シンポジウム, 第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会，シンポジウム, 2025 年 11 月，東京.
5. 伊藤正哉・丹野義彦・石垣琢麿：日本における心理職による認知行動療法に関するエビデンスと今後の課題、公認心理師の課題と今後の展望～認知行動療法のエビデンスから政策まで～，第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会, シンポジウム, 2025 年 11 月，東京.
6. 榎本理沙・金子響介・西内基紘・横山知加・藤里紘子・加藤典子・島津太一・久我弘典・伊藤正哉：感情症への診断を越えた治療のための統一プロトコル研修後の臨床実践状況：日本での調査研究，第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会，ポスター, 2025 年 11 月，東京.
7. 豊田彩花・坪井貴嗣・大江悠樹・細越寛樹・加藤典子・伊藤正哉：身体症状を呈するうつ病・不安症患者に対する統一プロトコル(UP)の有効性:HAMD 不安身体化因子に着目した二次解析，第 25 回日本認知療法・認知行動療法学

会, ポスター, 2025 年 11 月, 東京.　　なし

8. 伊藤正哉・藤里紘子・加藤典子・金子響介: うつや不安など幅広い対象に適用できる認知行動療法を学ぶ　感情症に対する診断横断的な治療のための統一プロトコル, 日本心理学会第 89 回大会 チュートリアル・ワークショップ, 2025 年 9 月, 仙台.
9. 榎本理沙・金子響介・西内基紘・島津太一・久我弘典・伊藤正哉：感情症への統一プロトコルの実装に関わる促進・阻害要因―インタビュー調査における臨床家のデータを用いた CFIR に基づく予備的検討―, 日本心理学会第 89 回大会, ポスター, 2025 年 9 月, 仙台.
10. 金子響介・西内基紘・榎本理沙・島津太一・久我弘典・伊藤正哉：うつや不安への汎用性の高い認知行動療法の実装戦略の構築と評価：多職種の診療家への調査, 保健医療福祉における普及と実装科学研究会（RADISH）第 11 回学術集会,　2025 年 8 月, 東京.
11. 金子響介・西内基紘・榎本理沙・島津太一・久我弘典・伊藤正哉：うつや不安への汎用性の高い認知行動療法の実装戦略の構築と評価：多職種の臨床家への調査, JH リトリート 2025, ポスター,　2025 年 6 月, 東京.

H. 知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

令和７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

精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討に関する研究

分担研究者：耕野 敏樹（岡山大学学術研究院社会文化科学学域（文学部））
久我 弘典（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）

研究趣旨：リカバリーを目指す認知療法（Recovery-Oriented Cognitive Therapy；以下 CT-R と呼ぶ)は、治療抵抗性の統合失調症における陰性症状と陽性症状の改善、合わせて社会機能の改善のために開発された面接を主体とした心理社会的治療法である。米国ではすでに本治療のマニュアルが出版され、単盲検ランダム化比較試験にてその効果に対する科学的妥当性が実証されている。一方、本邦においては、文化的な差異などに配慮した実装可能性についての検討は十分に行われておらず、臨床現場への導入に向けたエビデンスの蓄積が課題となっている。そこで本研究では、R6 年度に米国のマニュアルの翻訳、訪問看護ステーションにおける実施可能性研究などを実施した。R7 年度は、①医療観察法病棟入院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討、②外来通院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討の 2 研究を計画した。それぞれ、CT-R の実施方法として、集団精神療法としての CT-R (以下集団 CT-R と呼ぶ)の提供準備を整え、その中で資料作成や研究参加者リクルート、実施へと進めた。①では国内での CT-R の進行を定量的に測定する手段がないため、まずは本邦におけるリカバリー過程についての仮説を構築するための質的研究、②では集団 CT-R を提供することによる脱落率、有害事象、自殺リスクを主要評価項目とした実施可能性研究として行うこととした。これらの取り組みは、CT-R の国内導入および普及に向けた基盤整備の一環として位置付けられ、マニュアル整備、人材育成、実施体制の構築を推進しており、本研究はその導入の初期フェーズにおける実装モデルの検証を目的とするものである。本研究により、我が国における CT-R の実装可能性および導入プロセスに関する基礎的知見が得られつつあり、精神症に対するリカバリー志向の心理社会的支援の普及および地域精神保健医療体制の強化に資することが期待される。現在、詳細な解析は進行中であるが、結果などは現在分析中であるが、今後本邦における CT-R の可能性を示唆する知見が得られている。

研究協力者：
稲月聡子(岡山大学学術研究院社会文化科学学域)
三田村 康衣（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）

A. 研究目的

リカバリーを目指す認知療法（Recovery-Oriented Cognitive Therapy； 以下 CT-R と呼ぶ)は、統合失調症における陰性症状と陽性症状の改善、合わせて社会機能の改善のために開発された。これまでの精神療法の形式だけでなく、より幅広く看護や作業療法など様々なセッティングで適応が可能な治療法である。米国ではすでに本治療のマニュアルが出版され、単盲検ランダム化比較試験にてその効果に対する科学的妥当性が実証されている(Grant et al., 2012)。本治療による有害事象は報告されていないことから、この治療が提供されることによる患者の利益は大きいことが予想される。しかし、日本国内での実施報告はなく、異なる医療システム下で、異なった国民性をもつ対象に対して効果があるのかどうかはこれまで研究されていない。

そこで、本研究では以下研究に取り組む。

①医療観察法病棟入院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

医療観察法入院治療棟で治療を受け、精神疾患からのリカバリーの過程にある研究参加者に対してインタビューを行ない、そのデータを質的に検討することで、精神疾患に罹患したことを原因としながらも、社会的にはその人に起因するとされ得る様々な損失が、精神疾患から回復する過程にどのように影響を与え、それを個人が主観的に乗り越えてく過程に関する心理学的な仮説を構築する。

②外来通院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

精神症で外来通院中の 18 歳以上 65 歳以下の者で、研究同意を得た者を対象に、集団 CT-R プログラムを 12 週間実施し、実施可能性について検討する。あわせて、臨床現場における導入プロセスや実施上の課題を明らかにし、本邦における外来診療に適した集団 CT-R の実装モデルの構築に資する知見を得ることを目的とする。

B. 研究方法

①医療観察法病棟入院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

対象者：医療観察法入院治療病棟で通常治療の一貫として提供される集団 CT-R を終了した患者 6～10 名

観察期間：1 名 4 回程度、1 回 30～60 分程度のインタビューを実施

主要なインタビュー内容：「医療観察法入院治療病棟へ入院中の患者が、精神疾患からの回復と対象行為への内省のふたつを同時に追求することで生じる葛藤からリカバリーする過程において重要となる心理学上の概念と仮説は何か」

解析方法：データに基づく仮説形成とその過程を重視した、Kathy Charmaz らによるグラウンデッド・セオリーを用いる

②外来通院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

対象者：DSM-5 で統合失調スペクトラム症及び他の精神症群の診断を受け、介入時点で他の精神療法を受けていない、18 歳以上

65 歳以下の者
介入時間・期間：90 分/週、12 回
介入プログラム：Grant 博士により提供された集団 CT-R マニュアル（表１）を元に、外来通院中の方を対象として開発された集団 CT-R プログラム
主要評価項目：脱落率、有害事象、自殺リスク
副次評価項目：介入前後の Recovery Assessment Scale（RAS）、Flourish Scale（FS）、World Health Organization Disability Assessment Schedule2.0（WHODDAS2.0）、Global Assessment Scale（GAS）、EuroQol-5Dimention (EQ-5D)、Satisfaction With Life Scale (SWLS)、Brief Psychiatric Rating Scale（BPRS）、UCLA Loneliness Scale、Group Session Rating Scale（GSRS）、Group-Cognitive Therapy Scale (G-CTS)、CT-R フィジビリティ評価とする。また、アンケート・インタビュー調査から、介入前後のつながりの変化、プログラムの改善点

（倫理面への配慮）
本研究のうち、①については岡山県精神科医療センターの倫理審査委員会(受付番号 2025-22)、②については国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た（承認番号：B2025-017）

C. 研究結果

①医療観察法病棟入院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

これまで医療観察法における集団 CT-R を通常治療の一貫として集団 CT-R が 2 クール実施された(図 1)。この実施に際して配布する資料はベック研究所の CT-R 開発チームのひとりである Grant 博士と協議して作成した。2025 年 12 月に岡山県精神科医療センターの倫理審査委員会の承認を得た(受付番号 2025-22)。

②外来通院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

2025年5月に国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の研究実施の承認を得た（承認番号：B2025-017）。実施にあたり、研究体制を構築し、5名からの研究参加の同意を得た。

なお、研究実施に先立ち、Grant 博士から提供された集団 CT-R マニュアルを翻訳し、本邦の臨床現場に適用可能なプログラムとして整備した（表 1)。これらの取り組みにより、外来診療における集団 CT-R 実施に向けた臨床基盤の構築が進んだ。

D. 考察

①医療観察法病棟入院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

これまでの研究からリカバリーを目指す認知療法が国内の臨床現場で受け入れられやすく、海外の研究から国内においても効果が実証される可能性が示唆されている。しかし、リカバリーという概念が実体験のある人々から提唱されたことを考えると、国内で定量的に効果検証していくにあたっては国民性や文化、言語による差異に、どの程度配慮するべきか十分に検討していく必要が生じた。さらに、リカバリー尺度の提案がすでになされている海外の CT-R の効果

検証においても、主要アウトカムとして総合評価尺度 Global Assessment Scale が用いており、本研究が対象とする患者においては既存のリカバリー尺度を適用しにくい現状もある。こうした状況から、国内の重篤なメンタルヘルス状態にある患者にとって理解しやすく、妥当性、信頼性ともに高いリカバリーの定量化を目指して、まずはこのプロセスの国内における仮説形成を今後実施する予定である。

②外来通院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

本研究では、外来通院中の精神症患者を対象とした集団 CT-R の導入にあたり、リクルートに時間を要したが、研究実施体制の構築およびプログラム実施に向けた準備を進めることができた。これらの結果は、本邦の外来診療において、集団形式の CT-R を導入する際の初期段階における課題と実施可能性の両面を示すものである。また、耕野班と協力しながらマニュアルの整備を進めたことは、標準化されたプログラムの確率と、今後の他施設展開に向けた基盤整備として重要な意義を有する。

E. 結論

①医療観察法病棟入院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

国内において CT-R は通常治療を支える要素として注目されてきているが、今後の実証研究のためにリカバリーの過程を定量化するためのツールの開発、実施可能性における入念な検討は不可欠である。

②外来通院中の精神症を対象とした精神症へのリカバリーを目指す集団認知行動療法の実施可能性の検討

本研究により、外来通院中の精神症患者を対象とした集団 CT-R の導入に向けた研究実施体制の構築及びプログラム整備が進み、本邦における実施可能性を検討するための基盤が形成された。

本研究は、CT-R の国内導入における初期フェーズに位置づけられ、精神科外来領域における実装モデルの構築に資するものである。今後は症例数を増やし、実施可能性及び有効性についてより体系的な検証を行う必要がある。

F．健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・耕野 敏樹「特集 みんなの CBT--社会実装の未来とニュー・フロンティア リカバリーを目指す認知療法の発展から考える認知行動療法と希望」臨床心理学 26(2) 147-151 2026 年 3 月 10 日

・耕野 敏樹「精神科看護で CT-R を活用する － lntegrating Recovery Oriented Cognitive Therapy into Nursing Care in Psychiatry−特集 リカバリーを目指す認知療法(CT-R)を実臨床で生かす」 精神療法 51(4) 480-485 2025 年 8 月

・耕野 敏樹 「特集 自殺をめぐる諸問題 認知行動療法と自殺対策」精神療法 51(2) 163-169 2025 年 4 月 5 日

2. 学会発表

【国内】

・耕野敏樹、「精神科医療現場でリカバリーを目指す認知療法を伝えることからくる反応について」第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会シンポジウム 14　2025 年 11 月 15 日、東京都

・耕野敏樹, 小西菜緒, 田上昭子, 南場美沙都, 宮田純平、「集団認知行動療法の実践から学ぶ統合失調症のリカバリー」 第 25 回日本認知療法･認知行動療法学会シンポジウム 10　2025 年 11 月 15 日 、東京都

・耕野敏樹, 菊池 安希子, 田上昭子、「研修セミナー：リカバリーを目指す認知療法(CT-R)」第 21 回日本司法精神医学会岡山大会 研修セミナー　2025 年 9 月 27 日、岡山県

・耕野敏樹、「リカバリーを目指す認知療法(CT-R)～医療観察法における心理療法をふりかえりつつ～」 第 21 回日本司法精神医学会岡山大会 教育講演 3　2025 年 9 月 27 日、岡山県

・耕野敏樹、「リカバリーを目指す認知療法のセッティングを変えた適用について」第 121 回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム 41　2025 年 6 月 20 日、兵庫県

・耕野敏樹、「リカバリーを目指す認知療法による就労支援の可能性」第 19 回日本統合失調症学会シンポジウム 2　2025 年 4 月 26 日、兵庫県

・三田村康衣, リカバリーを目指す認知療法の集団療法としての可能性と普及に向けた取り組み, 第 121 回日本精神神経学会学術総会、2025 年 6 月 19-21 日, 兵庫県

・加藤愛理, 三田村康衣, 浜村俊傑, 片柳章子, 梅本育恵, 千葉裕之, 伊藤愛, 上原陽子, 山本洋美, 菊池安希子, 浪久悠, 吉村直記, 久我弘典, 集団療法としてのリカバリーを目指す認知療法(CT-R)のプログラム開発, 第 19 回日本統合失調症学会, 2025 年 4 月 26-27 日, 大阪府

・伊藤愛, 三田村康衣, 梅本育恵, 片柳章子, 井上真里, 加藤愛理, 山本洋美, 千葉裕之, 日吉史一, 白幡洵, 吉田和史, 浜村俊傑, 大野裕, 久我弘典, リカバリーを目指す認知療法～統合失調症の患者にアプローチした事例報告～, 第 19 回日本統合失調症学会, 2025 年 4 月 26～27 日開催, 大阪府

・久我弘典, 困難の中でアスピレーションをはぐくむ～認知行動療法の最前線：地域から職域まで～, 第 14 回日本ポジティブサイコロジー医学会学術集会, 2025 年 12 月, 東京都

【国外】

なし

H. 知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

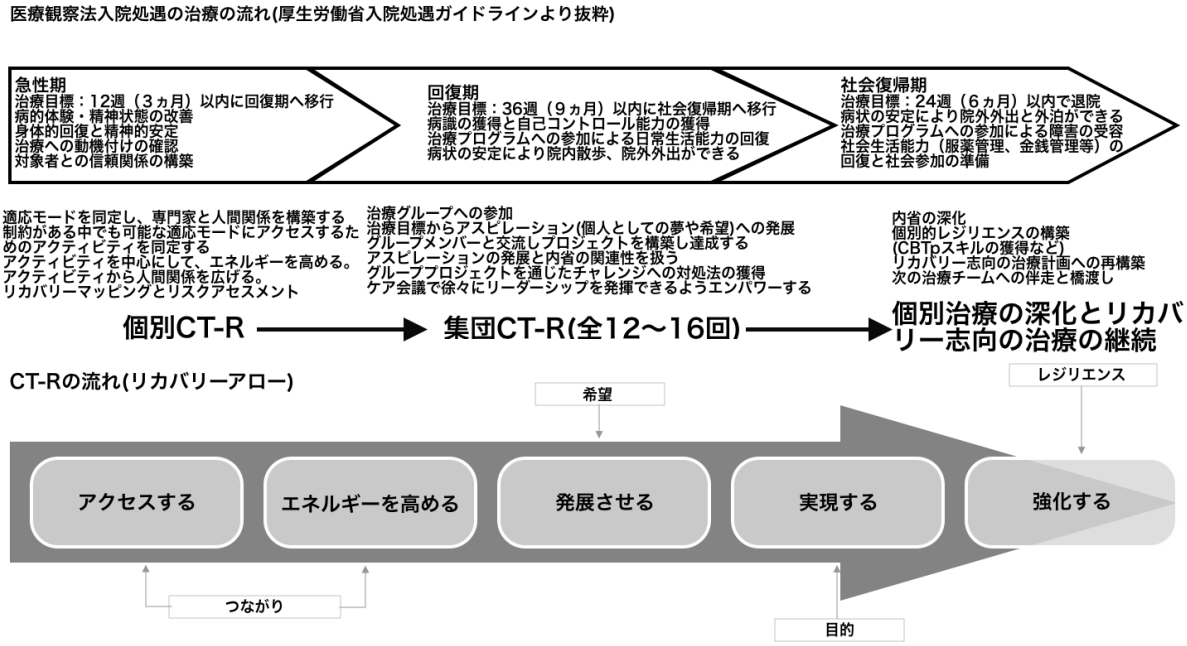
なし

表 1. 集団 CT-R プログラムの概要

フェーズ 1：自分自身とつながる＆互いにつながる	セッション 1：はじめの一歩と最高の自分とは • 資料 1.1：はじめの一歩と最高の自分とは
	セッション 2：グループ名、ミッション、役割
	セッション 3: 重要なことをより多く行う＆未来の計画を立てる • 資料 3.1：ポジティブ行動計画
	セッション 4：グループの強み、価値観、アイデンティティ • 資料 4.1：自己認識とアイデンティティ – 現在の位置付け • 資料 4.2：自己認識とアイデンティティ – 目指すべき方向性 • 資料 4.3：私の自己認識とアイデンティティ
	セッション 5：つながり＆コミュニティ • 資料 3.1：ポジティブ行動計画（セッション 3 で完成済み） • 資料 4.3: 私の自己認識とアイデンティティ（セッション 4 で完成済み）
フェーズ 2：希望、目的、未来	セッション 6: アスピレーションの導入 • 資料 6.1: バケットリストエクササイズ • 資料 6.2：アスピレーションイメージ
	セッション 7：アスピレーションの発見とイメージング • 資料 6.2：アスピレーションイメージ（セッション 6 で開始） • 資料 7.1：アスピレーションイメージのサンプル
	セッション 8: アスピレーションへのステップ • 配布資料 6.2: アスピレーションイメージ（セッション 6 と 7 の参加者が完了） • 資料 8.1：アスピレーションへのステップ
フェーズ 3：社会復帰における勝利とチャレンジのための計画	セッション 9: チャレンジの克服 • 資料 8.1：アスピレーションへのステップ（セッション 8 で完成済み）
	セッション 10: チャレンジの克服 • 資料 8.1：アスピレーションへのステップ（セッション 8 で完成済み）
	セッション 11: チャレンジの克服 • 資料 8.1：アスピレーションへのステップ（セッション 8 で完成済み）
まとめ	セッション 12：成功に気づく＆まとめ

（Arnold S, Pinto L, Lewis-Hatheway F, Margetich A, Grant P: Recovery-oriented cognitive therapy （CT-R） 12 session group therapy curriculum, Beck Institute Center for Recovery-oriented cognitive therapy, 2025より抜粋）

図 1 医療観察法の治療計画と集団 CT-R の対応概念図



別添５

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
佐渡充洋	マインドフルネス	藤澤大介	認知行動療法共通基盤マニュアル	金剛出版	東京	2025	158–161
佐渡充洋		マーク・ウィリアムズ、ダニー・ペンマン	さらに深めるマインドフルネス　安らぎへと導かれる新たな8週間のプログラム.	創元社	大阪	2025	
A.T.ベック,A.J.ラッシュ,B.F.ショウ, G.エミリー 著 R.J.デルバイス 著 S.D.ホロン 著	自殺傾向のある患者の治療(翻訳)	大野裕	うつ病の認知療法第2版	岩崎学術出版社	東京	2025	201―224

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
Tobita K, Sakamoto H, Inami T, **Fujisawa D**, Takeuchi K, Kikuchi H, Goda A, Soejima K, Kohno T.	Preference for advance care planning in patients with pulmonary hypertension.	Heart Vessels.	40(10)	925-933	2025
Masuda M, Tobita K, Goda A, **Fujisawa D**, Nakamaru R, Takeuchi S, Koyama K, Tashiro S, Yamada S, Soejima K, Kohno T.	Patient perceptions on cardiac rehabilitation participation following hospitalization for acute coronary syndrome.	J Cardiol.	86(6)	6115-617	2025

Ito F, Sato T, Horiuchi K, Arai D, Ohgino K, Ishioka K, Terai H, Ikemura S, Yasuda H, Nakachi I, Kawada I, Inoue T, Oyamada Y, Terashima T, Sayama K, **Fujisawa D**, Takeuchi M, Fukunaga K, Naoki K, Soejima K.	Health insurance and its psychosocial correlates in patients with advanced lung cancer in Japan.	JMA J.	8(3)	743-752	2025
Sato T, Manaka H, Kodama M, Nieda R, Kawamura Y, Yamamoto M, Genkai Y, Kezuka Y, Watanabe A, Kaizuka N, Ito H, Sone H, Shirasawa M, Kusuhara S, Kakegawa M, Nakahara Y, **Fujisawa D**, Sasaki J, Naoki K.	A Feasibility Randomized Controlled Trial of Nurse-Led Screening-Based Early Care Program from the Time of Diagnosis for Patients with Advanced Lung Cancer and Their Caregivers.	Palliat Med Rep.	6(1)	251-262	2025
Fujisawa D, Ito M, Nakajima S, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto A, Shima Y, Masukawa K, Miyashita M.	Associations between grief, depression and productivity loss among the bereaved families of individuals with cancer.	Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports	4(4)	e70266	2025
Yamaichi D, Yokoyama K, Uchida H, **Fujisawa D**.	Feasibility of Mindfulness-Based Weight Loss Program in an industry setting: a pilot study.	Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports	4(4)	e70265	2025
Sugita S, **Ito M,** Fujisato H, Kanie A, Nakajima S, Farchione TJ, **Kuga H.**	Authenticity as a mediator of change in the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of depressive and anxiety disorders.	Clinical Psychology & Psychotherapy	32(5)	e70161	2025
Yokotani, K., **Ito, M**., Ihara, N.,& Shigeeda, Y.	A unified protocol chatbot reduces anxiety by encouraging university students' negative emotional expressions: A randomized controlled trial.	Computers in Human Behavior Reports	19	100770	2025

別添５

Diamond, D.M., Curtiss, J., Carpenter, J.K., **Ito, M.**,& Hofmann, S.G	Influence of anxiety sensitivity on the observe facet of the five facet mindfulness questionnaire: differential item functioning in a clinical population.	BMC psychiatry	25(1)	312	2025
Hasegawa T, Okuyama T, Sadahiro R, Uneno Y, Okamoto Y, Kanno Y, Wada S, Inada S, Igarashi Y, Tanimukai H, **Fujisawa D**.	Quality indicators in psychological care for patients with serious illness: A systematic review.	Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry	67(1)	35-47	2026
Fujisawa D, Yoshikawa E, Fujimori M, Arai S, Kobayakawa M, Kurata A, Kayano A, Ichikura K, Igarashi Y, Otani H, Yanai Y, Baba T, Okajima Y, Abe A, Uneno Y, Okamura M, Matsumoto Y, Asaumi K, Hisamura K, Momino K, Takeuchi E, Sato A, Tamura N, Imai A, Sadahiro R, Okuyama T.	JPOS/JASCC clinical guidelines for psychological distress in adult cancer patients: a summary of recommendations.	Jpn J Clin Oncol.	56(3)	324-336	2026
Kosugi K, Takahashi T, **Fujisawa D**, Kawaguchi T, Yamaya S, Takehana J, Kubo E, Inoue Y, Ishizuka K, Harada M, Inoue T, Ohtake K, Yamaguchi T, Miura T.	Loneliness in cancer patients with minor children before versus during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey.	Palliative Medicine Reports	Volume 7		2026
Takita Y, Morishita J, Park S, Goda A, Inami T, Kikuchi H, Kohno T, Kataoka M, **Fujisawa D**.	Mindfulness-based self-management program using a mobile application for patients with pulmonary hypertension: A single-arm feasibility study.	JMIR Cardio	10	e79639	2026

別添５

Tanaka C, Shinohara Y, Takaoka S, Kawate M, Mashima Y, Hoshino R, **Fujisawa D**, Kosugi S, Wakaizumi K.	Impact of mindfulness-based cognitive therapy on trajectory of mood states in patients with chronic pain: An observational clinical study with single session evaluation.	J Clin Med	15(5)	1839	2026
Mitamura, Y., Hamamura, T., Haruguchi, K., Imamura, F., Kito, S., & **Kuga, H**	Preliminary Feasibility and Acceptability of a Cognitive Behavioral Therapy Combining Group and Individual Sessions for Obsessive–Compulsive Disorder in Clinical Practice	Behavioral Sciences,	16(4)	529	2026
藤澤大介	がん患者における気持ちのつらさガイドライン：概略と作成の経緯.	心と社会	200	80-84	2025
細川舞、**藤澤大介**、伊藤正哉、中島聡美、竹林由武	遺族の声を臨床に活かす：J-HOPE4 研究(多施設遺族調査)からの学び：家族と仕事.	がん看護	30(3)	304-311	2025
藤澤大介、村上好恵	がん患者における精神・心理ケアの基本的な考え方.	がん看護	30	510-14	2025
中島美鈴、福島翔、谷川芳江、金織来多、**藤澤大介**	アディクションへの認知行動療法.	認知療法研究	18(2)	91-100	2025
藤澤大介、中川敦夫. 清水栄司、菊地俊暁、家研也、久我弘典.	認知行動療法の医学教育パスウェイ：行動科学から専門医まで.	認知療法研究	18(2)	69-80	2025
中尾智博、**藤澤大介**、芝田寿美男、神人蘭、高垣耕企、佐渡充洋、大野裕.	CBT における「認知」と「行動」.	認知療法研究	19(1)	10-20	2026
田中智里、**藤澤大介**.	うつ病 123 の Q&A. Q34. マインドフルネス認知療法を簡単に教えてください	精神科治療学	第 40 巻増刊号		2025

別添５

藤澤大介	がん・緩和ケアにおける心理療法としての meaning-centered psychotherapy と dignity therapy.	老年精神医学雑誌	37(1)	42-46	2026
藤澤大介	エビデンス主義精神療法の功罪.	臨床心理学	26(2)	132-136	2026
藤澤大介	「がん患者における気持ちのつらさガイドライン（2024 年版）」を読み解く	医学のあゆみ	298(8)		2026
佐渡充洋	マインドフルネスとこころの健康	長崎純心大学心理教育相談センター紀要	24	1-23	2025
佐渡充洋	企業風土の変容とマインドフルネス	精神療法	51(1)	40–44	2025
佐渡充洋	マインドフルネス認知療法の臨床での活用と課題	認知療法研究	18(1)	10–19	2025
新田真由美、根本友見、**岡田佳詠**	職場復帰したうつ病をもつ日本人男性を対象とした反すう焦点化認知行動 療法に関する混合研究法を用いた効果検討の研究プロトコル	混合研究法	4(2)	485-495	2025
伊藤正哉、**岡田佳詠**、丹野義彦、**久我弘典**	「みんなの CBT」を診療報酬から考える一公認心理師と看護師に焦点をあててー	臨床心理学	26(2)	137-141	2025
岡田佳詠、吉永尚紀、森内加奈恵、田上博喜、氏家好野	看護実践の未来を描くコンパス : CBT がもたらすさらなる発展	認知療法研究	18(2)	118-129	2025
耕野敏樹	認知行動療法と自殺対策―Clinical Perspective of Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention―特集 自殺をめぐる諸問題	精神療法	51(2)	163-169	2025

別添５

古村健, 松本和紀, **耕野敏樹**, 北野進, 菊池安希子	精神科病院における重度精神障害者への認知行動的アプローチ―	認知療法研究	18(2)	130-138	2025
耕野敏樹	特集 リカバリーを目指す認知療法(CT-R)を実臨床で生かす 精神科看護でCT-Rを活用する	精神療法	51(4)	480-485	2025
耕野敏樹	特集 みんなのCBT--社会実装の未来とニュー・フロンティア リカバリーを目指す認知療法の発展から考える認知行動療法と希望	臨床心理学	26(2)	147-151	2026

集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）

1. プログラム候補の選定

施設や地域のニーズ、関連するエビデンスを検討し、実施するプログラムを決定する。

項目	対応・コメント
1）所属施設・地域のニーズの把握 （支援を要する集団、診断、問題など）	
2）ニーズに関連する支援のエビデンスの確認	
3）当該の対象に対する集団精神療法のエビデンスの確認 （当該アプローチ自体、および個人 vs 集団療法のエビデンスを検討する）	
4）施設・地域における他プログラムとの役割分担の検討 （例：個人精神療法、作業療法、ソーシャルワーク等）	
5）実施するプログラム候補の選定	

2. 実装に向けた準備と修正　（Adaptation）

関係者の理解と協力を得る　（関係者＝対象者と関わる多職種のこと。施設管理者を含む）。

現場のニーズや業務フローに合致している方がプログラムの実施可能性・持続可能性が高まる。

項目	対応・コメント
1）関係者にプログラム候補を説明し、意見を得る	
2）協力を求める事項について合意を得る （スタッフの参加、連携、プログラム利用者の紹介など）	
3）関係者の意見を踏まえて、プログラムの修正を検討する。 - **修正の利点**：実施しやすさ（労力、コスト等）、利用しやすさ等 - **修正の問題点**：エビデンスからの逸脱による効果量の低下等	

3. プログラムの決定

以下を明確化し、プログラムの概要を決定する。

項目	対応・コメント
1）目的 （例：症状の改善、適応の改善、知識の向上、スキル獲得、対人場面の提供）	

2）対象 a. 適格基準 b. 除外基準 （社会経済背景、臨床背景、治療意欲、集団への適応力等を考慮する）	
3）プロトコル　（介入手順・介入マニュアル）	
4）構造 （オープン／クローズド、参加人数、1回の時間 × 頻度 × 回数等）	
5）スタッフの構成	
6）評価　（方法と時期） （＊4.アセスメントと連携、8.プログラムの評価と改善　も参照）	

4. アセスメントと連携

アセスメントの時期と方法、必要な連携を整備する。

項目	対応・コメント
1）適格基準・除外基準の評価	
2）プログラム開始前評価 ※参考「集団認知行動療法インテークシート」「集団認知行動療法治療計画」	
3）モニタリング　（プログラム開始後の経時的評価） ※参考「集団認知行動療法セッション記録シート」	
4）プログラム終了時評価（評価方法と主治医等への報告方法）	
5）緊急対応（緊急対応すべき基準と対応フロー）	

※令和3-5年度厚生労働科学研究「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（課題番号21GC1015）（研究代表者：藤澤大介）令和5年度分担研究報告書「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」別添４「集団認知行動療法インテークシート」「集団認知行動療法治療計画」「集団認知行動療法セッション記録シート」

5. 資材の準備

以下をはじめとする資材を準備する。

項目	対応・コメント
1）参加者用資材（テキスト、配布資料、映写資料）	
2）実践者用マニュアル（介入プロトコル）	

3）運用マニュアル　（評価方法、連携フロー、実務フロー等）	
4）関係者向け案内　（職員等向けの案内、協力依頼等）	
5）利用者向け案内　（目的・内容・利用条件等）	

6. 体制整備とトレーニング

スタッフのスキルと理解を確認し、協力体制を作る。

項目	対応・コメント
1）主セラピスト、副セラピスト、協力者の選定 （協力者：ファシリテーター、記録係、受付等）	
2）スタッフのスキルの確認と必要な研修の実施 （参考：「集団認知行動療法評価尺度（G-CTS）」）	
3）各スタッフと役割調整	
4）スーパービジョンのあり方の決定	

7. 運営の実務

実務事項を検討し、準備を行う。

項目	対応・コメント
1）会場・ロジスティクス （会場（部屋）の確保、環境調整（座席、ホワイトボード等））	
2）利用者のルール等の決定と提示 （守秘義務、遅刻・欠席への対応、発言方法など）	
3）記録の管理	
4）施設基準、診療報酬算定基準等の確認	
5）緊急時の連絡先と連絡方法	

８．利用者への対応

個別対応が必要な事項を検討し、適時に提供する。

項目	対応・コメント
1）開始前オリエンテーション （プログラム概要、ルール等）	

2）セッション中の課題やホームワークへの対応	
3）個別対応の検討 （欠席者、前回欠席者、セッション内トラブルなど）	
4）プログラム終了時の対応 （フィードバック、今後の計画の共有や連携など）	
5）緊急対応	

９．プログラムの評価と改善

プログラムを定期的に評価し、改善に向けた取り組みを行う。

項目	対応・コメント
1）利用者の参加状況 （参加者数、出席率、脱落率、ホームワーク履行状況など）	
2）プログラムの効果評価・満足度評価 （症状尺度、生活機能、満足度、自由記述など）	
3）スタッフによる振り返り （進行上の課題、参加者対応、連携上の課題など）	
4）プログラム・スタッフ以外の関係者からのフィードバック	
5）プログラム内容・運用方法の改善 （上記１～４を踏まえた修正）	
6）継続実施に向けた体制の確認 （人員、時間、場所、費用、算定、スーパービジョン体制など）	

１０．その他

不安症に対する
マインドフルネス認知療法
実践者マニュアル

厚生労働省科学研究費補助金障害者政策総合研究事業
「効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究」

第 1 版　2026 年 3 月 31 日

目次

1. 本マニュアルの概要

本マニュアルについて　5
本マニュアルの位置付け
資金情報：マニュアル作成に使用された資金情報の開示

本マニュアルの執筆者・協力者（氏名、所属、専門分野）　6
執筆者
協力者
利益相反情報

マニュアルの作成　7
マニュアル作成の経緯と作成手順
マニュアルの見直し・改訂の基準（目安）と手順
マニュアルの外部評価

対象集団と実証的エビデンス　8
対象集団の臨床的背景
対象集団に対する実証的エビデンス

プログラム概論　10
マインドフルネス認知療法（MBCT）とは
精神科臨床で実践する際の修正
不安症へ適用する際の注意点

プログラムの理解　12
MBCT の特徴
セッションの概要と構造

インストラクターの働きかけ　15
3 つの I（Invitation・Instruction・Inquiry）
インクワイアリーの 3 つのレイヤー
縦方向と横方向のインクワイアリー
インクワイアリーの NG パターン

プログラム開始前の準備および運営の留意点　17
インストラクター自身の準備
プログラムの準備
参加者募集について

2. 各セッションの進め方

事前面接（個別）　21

グループオリエンテーション（オプション）　23

セッション 1：気づきと自動操縦　25

セッション 2：頭で生きること　28

セッション３：散漫な心をまとめる　31
セッション４：嫌悪を認識する　34
セッション５：許容すること／そのままにすること　37
セッション６：思考は事実ではない　40
セッション７：どうしたら最善の自己ケアができるのか　43
セッション８：新たに学んだことを維持し広げる　46
フォローアップセッション　49
サイレント・リトリート　51
インストラクターへの総合的な留意点　53
参考図書・文献・資料　54

3. 付録資料

付録資料１：思考と感情のエクササイズ　56
付録資料２：嬉しい出来事日誌　57
付録資料３：３ステップ呼吸空間法の解説　58
付録資料４：不快な出来事日誌　59
付録資料５：悪循環の花　60
付録資料６：ゲストハウス　63
付録資料７：気分・思考・今までとは異なる見方のエクササイズ　64
付録資料８：不安やうつに上手な対応をするⅠ　65
付録資料９：活動と気分のつながりに気づく　66
付録資料 10：消耗の漏斗　67
付録資料 11：自分を大切にする活動　68
付録資料 12：不安やうつに上手な対応をするⅡ　69
付録資料 13：これからの人生にマインドフルネスを活かす　70
認知療法・認知行動療法マニュアル作成および見直し・改訂時のチェックリスト　71

1. 本マニュアルの概要

本マニュアルについて

本マニュアルの位置付け

本マニュアルは、マインドフルネス認知療法（Mindfulness-Based Cognitive Therapy：MBCT）を実施する臨床家が、プログラム全体の流れと各セッションの要点を素早く把握するために作成された。マインドフルネス療法には、マインドフルネスストレス低減法（Mindfulness-Based Stress Reduction：MBSR）、MBCT など様々なプログラムがあるが、本マニュアルは MBCT を基盤に作成されている。

本マニュアルはあくまで「大枠をつかむための案内図」である。各セッションの具体的な進め方、インクワイアリーの実例、インストラクターとしての姿勢などの詳細については、必ず原典テキストを参照のこと。本マニュアルを読んだうえで原典を読むことで、内容の理解がより深まることを意図している。

本マニュアルにおいて使用している用語や図表の一部には、既存の資料に基づく内容が含まれている。尚、各セッションのタイムテーブルについては、「うつのためのマインドフルネス認知療法ガイドブック」（家接哲次箸　北大路書房）より引用している。

資金情報：マニュアル作成に使用された資金情報の開示

本マニュアルは、令和 6〜7 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「効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究（24GC1012）」（研究代表者：藤澤 大介）の助成を受けて作成されたものである。

本マニュアルの執筆者・協力者（氏名、所属、専門分野）

執筆者

・ 佐渡 充洋（慶應義塾大学保健管理センター/慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室/慶應義塾大学マインドフルネス＆ストレス研究センター）（精神医学）

協力者

本マニュアルの作成にあたり、以下の方々から助言・検討・試行への協力を得た。

・ 家接 哲次（名古屋経済大学／名古屋経済大学マインドフルネスセンター）（心理学）
・ 後藤 菜穂（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室/ 慶應義塾大学マインドフルネス＆ストレス研究センター）（精神保健福祉学）
・ 田村 法子（慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター/ 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室）（心理学）
・ 永岡 麻貴（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室/ 慶應義塾大学マインドフルネス＆ストレス研究センター）（心理学）
・ 朴 順禮（慶應義塾大学看護医療学部/ 慶應義塾大学病院緩和ケアセンター/ 慶應義塾大学マインドフルネス＆ストレス研究センター）（看護学、心理学）
・ 長谷川 洋介（東京マインドフルネスセンター）（鍼灸学）
・ 山田 成志（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室/ 慶應義塾大学マインドフルネス＆ストレス研究センター）（精神医学）

（五十音順に掲載）

利益相反情報

本マニュアルの執筆者・協力者における利益相反情報の開示：なし

マニュアルの作成

マニュアル作成の経緯と作成手順

不安症は、社交不安症、全般不安症、パニック症、広場恐怖症などを含む、生涯有病率の高い精神疾患群である。不安症は生活機能の低下や就労・就学への影響を及ぼし、うつ病など他の精神疾患との併存率も高いことから、効果的な治療法の整備が医学的にも公衆衛生学的にも重要な課題となっている。

マインドフルネス認知療法（Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT）は、認知行動療法とマインドフルネスストレス低減法（MBSR）の知見を統合し、思考や感情に対する関係性を変えることで再発予防や症状の軽減を目指す心理療法である。当初は再発性うつ病を対象として開発されたが、その後、さまざまな精神疾患や身体疾患への適用が検討されており、不安症についても効果を示す研究が蓄積されている。集団形式でのマインドフルネス認知療法は、参加者同士のつながりや学びの場が生まれること、個人療法と比較して時間的・経済的に効率的であることから、医療機関や地域における普及の可能性が期待されている。一方で、不安症を対象にした集団 MBCT については、国内における実証的研究の蓄積はまだ限定的であり、標準化されたマニュアルの整備が求められてきた。

こうした背景のもと、厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究（24GC1012）」（研究代表者：藤澤大介）の枠組みにおいて、不安症を有する成人を対象とした集団 MBCT のマニュアル整備が進められることとなった。本マニュアルはその一環として作成されたものである。

本マニュアルの作成にあたっては、国内外の文献調査および有識者へのヒアリングを実施した。その結果を踏まえ、Segal らが開発した MBCT の原典テキスト（*Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* 第 2 版）、および国内において不安症に対する MBCT の効果検証が行われた際に使用されたマニュアル（2014〜2016 年度文部科学省科学研究費補助金基盤 C「うつ病および不安障害に対するマインドフルネス認知行動療法の費用対効果の研究」研究代表者：佐渡充洋、および 2019〜2021 年度 AMED「瞑想やヨガを用いたマインドフルネス介入の効果予測因子の特定および効果検証に関わる研究」研究開発代表者：佐渡充洋）を基盤として原案を作成した。また、家接哲次氏による臨床向け解説書（『うつのためのマインドフルネス認知療法ガイドブック』、北大路書房）も参考とした。

その後、研究班が実施した「医療者に対するマインドフルネス療法基礎ワークショップ（Teaching Foundation）の実施可能性の検証」において本マニュアルを使用し、協力者からのフィードバックをもとに改訂を重ねて現在の形に仕上げた。なお、MBCT は高度に構造化されたプログラムであり、上記 2014〜2016 年度基盤 C および 2019〜2021 年度 AMED の効果検証で使用されたマニュアルに示された各セッションの内容・時間配分等は、本マニュアルにもそのまま踏襲されている

マニュアルの見直し・改訂の基準（目安）と手順

本マニュアルは以下のような状況に応じて随時内容の見直しを検討する。最新の研究知見や治療技法に関する新たなエビデンスが蓄積された場合、臨床現場における実践上の課題や改善の必要性が明らかになった場合、関連する法的・倫理的な指針に変更が生じた場合など。本マニュアルの見直し・改訂は、最新の研究知見、臨床現場からの実践的フィードバック、および関連法規の変更を踏まえて行う。改訂にあたっては、まず臨床実践者および関連専門家から意見・提言を収集し、必要な修正案を取りまとめる。その後マニュアル作成チームおよび監修者による審査・承認を経て、最終的な改訂版を作成する。

マニュアルの外部評価

マニュアルの外部評価を受ける目的と外部評価に関する手順・過程……実施なし

本マニュアルの外部評価者に関する情報 （氏名やグループ名など）……実施なし

対象集団と実証的エビデンス

対象集団の臨床的背景

対象集団の疾患像・状態像の概説

本プログラムの対象は、不安症（社交不安症、パニック症、広場恐怖症など）の診断を受けた、または不安症状を主訴とする成人である。グループ形式で実施するため、他の参加者と協調的にやり取りができる程度の状態にあることを前提とする。プログラムへの参加にあたっては、主治医および本人と十分に検討した上で決定する。

標準治療のなかでの本マニュアルを用いた MBCT の位置づけ

MBCT は、主治医の指示と通常治療と並行して実施されるものとして位置づけられる。不安症の標準的治療には、認知行動療法と薬物療法（抗うつ薬など）があり、本プログラムはこれらに代わるものではなく、補完的な選択肢の一つとして提供される。一般的には、軽症から中等症の不安症が主な適応となるが、症状の重症度だけでなく、参加者の生活背景や治療目標を踏まえて適応が判断される。プログラムの目的は、不安症状そのものを完全に取り除くことではなく、不安や回避行動に対する新しい関わり方を育てること、自己理解を深めること、再発・悪化の予防を図ることなどにある。

本マニュアルを用いた MBCT の適応とならない集団

集団プログラムへの適応が難しい状態にある人については、参加を慎重に判断する必要がある。たとえば、他者に対して攻撃的な言動が顕著な人、過度の対人過敏により集団場面が著しい負担となる人、グループのルールを守ることが困難な人などは、適応とならない可能性がある。また、重度の精神症状（精神病症状、希死念慮、自殺企図など）を有する人、現に自傷や他害のリスクが高い状態にある人については、主治医の判断のもとで他の治療を優先することが望ましい。物質使用障害が顕著な場合や、深刻な解離症状を有する場合にも、本プログラムの実施には慎重さが求められる。

対象集団に対する実証的エビデンス

不安症に対するマインドフルネス認知療法

不安症を対象とした MBCT については、近年、複数のランダム化比較試験およびメタ解析が報告されている。Haller et al. (2021)のシステマティックレビューおよびメタ解析では、MBCT が通常治療への追加的治療法として、不安症状を有意に改善することが示されている。また、CBT との比較でも概ね同等の効果があることが示されている。

集団形式でのマインドフルネス認知療法の特徴

集団形式での MBCT は、個人療法にはない治療因子を含むことが指摘されている。すなわち、同じような体験を抱える参加者同士が互いの存在によって安心感を得ること、他者の体験に触れることで自分の状態を客観視できるようになること、グループ内での実践が日常生活への般化を促すことなどが挙げられる。一方で、グループダイナミクスへの配慮や、対人不安が強い参加者への個別フォローなど、運営上の工夫も求められる。

海外ガイドラインにおける位置づけ

世界保健機関（WHO）は 2023 年改訂の mhGAP ガイドラインにおいて、全般不安症およびパニック症の成人に対するストレス管理技法の一つとして、リラクセーションとともにマインドフルネストレーニングを推奨介入に明示している（Gray et al., 2024, p.160）。英国国立医療技術評価機構（NICE）は、軽症うつ病の再発予防において MBCT を選択肢の一つとして認める一方、現時点で、全般不安症・パニック症（CG113）では主要推奨に含めていない。本マニュアルが対象とする MBCT は、こうした国際的な動向を踏まえつつ、日本の臨床現場における実装可能性を検証する位置づけにある。

国内における不安症への MBCT の実施状況

国内における不安症を対象としたMBCTの実証研究としては、これまでに以下の二つの研究班による取り組みが行われている。一つは、2014年度から2016年度にかけて実施された文部科学省科学研究費補助金基盤Cによる「うつ病および不安障害に対するマインドフルネス認知行動療法の費用対効果の研究」（研究代表者：佐渡充洋）であり、不安障害を含む対象集団へのMBCTの実施可能性と費用対効果の側面から検討が行われた。その結果、MBCTと通常治療の併用療法は、通常治療単独と比較して介入直後に有意な症状の改善が得られること、費用対効果も良好であることが示されている。もう一つは、2019年度から2021年度にかけて実施されたAMED「『統合医療』に係る医療の質向上・科学的根拠収集研究事業」のうち「漢方及び鍼灸を除く各種療法に関する科学的知見を創出するための研究」の枠組みにおける「瞑想やヨガを用いたマインドフルネス介入の効果予測因子の特定および効果検証に関わる研究」（研究開発代表者：佐渡充洋）であり、MBCTの長期効果の検証が試みられた。その結果、8週間のMBCT後のブースターセッションの有無では、長期的な効果に有意な差は認められなかったが、群内前後比較ではブースターセッションの有無に関わらず、両群とも有意な改善が確認されている。これらの研究を通じて、不安症を対象としたMBCTの臨床的意義に関する知見が国内でも蓄積されつつある。

本マニュアルを用いた実証的研究のエビデンスの有無

上記の2つの実証研究（2014-2016年度 文部科学省科学研究費補助金基盤C「うつ病および不安障害に対するマインドフルネス認知行動療法の費用対効果の研究」（研究代表者：佐渡充洋）、2019- 2021年度AMED「『統合医療』に係る医療の質向上・科学的根拠収集研究事業: 瞑想やヨガを用いたマインドフルネス介入の効果予測因子の特定および効果検証に関わる研究（研究開発代表者：佐渡充洋）」は、本マニュアルの内容に基づいて実施された効果検証である（Ninomiya et al, 2020; Sado et al, 2024）。

プログラム概論

マインドフルネス認知療法（MBCT）とは

成立と創始者

MBCT は、うつ病の再発予防を主目的として開発された心理療法であり、認知行動療法（CBT）とマインドフルネス瞑想を統合した点に特徴がある。その成立は 1990 年代であり、創始者としては Zindel Segal、Mark Williams、John Teasdale の 3 名が広く知られている。

理論的背景

MBCT の理論的背景には、まず 1970 年代以降に発展した CBT の知見がある。CBT は、うつ病における否定的自動思考やスキーマに着目し、それらを修正することで症状改善を図るアプローチである。しかし、再発性うつ病においては、症状が寛解しても「思考パターンの再活性化」が起こりやすく、従来の CBT のみでは再発予防に限界があることが指摘されていた。

こうした課題に対して重要な示唆を与えたのが、John Teasdale らによる「抑うつ的処理活性化仮説（differential activation hypothesis）」である。この仮説では、軽微な気分の落ち込みが引き金となり、過去の抑うつエピソードと結びついた否定的思考ネットワークが再活性化することが再発の鍵とされる。つまり、思考内容そのものよりも「思考との関わり方」が重要であるという視点が強調された。

一方で、1979 年に Jon Kabat-Zinn によって開発されたマインドフルネスストレス低減法（MBSR）は、「今この瞬間の体験に評価を加えずに注意を向ける」という実践を通じて、ストレスや慢性疾患への適応を促すプログラムとして発展してきた。このマインドフルネスの枠組みは、「思考を変える」のではなく「思考に気づき、距離をとる」という態度を育てる点で、再発予防に適したアプローチと考えられた。

プログラムの構造と中核概念

MBCT は、CBT と MBSR を統合する形で開発され、8 週間のグループプログラムとして体系化された。内容としては、ボディスキャン、呼吸瞑想、マインドフルムーブメントなどの実践に加え、思考や感情のパターンに気づくためのエクササイズが組み込まれている。特に重要なのは、「脱中心化（decentering）」あるいは「メタ認知的気づき」と呼ばれる能力であり、自分の思考や感情を固定化された「事実」としてではなく「変化しうる心的イベント」として観察する力を養う点にある。

エビデンスと推奨

2000 年に発表された初期のランダム化比較試験（RCT）では、MBCT が再発性うつ病患者の再発率を有意に低下させることが示された。その後、複数の RCT やメタアナリシスによりエビデンスが蓄積され、英国の National Institute for Health and Care Excellence（NICE）などでは、軽症のうつ病の治療や再発予防の標準的介入の一つとして推奨されている。

適用領域の拡大と今後の課題

近年では、MBCT はうつ病の再発予防にとどまらず、不安症、慢性疼痛、がん患者、さらには健常労働者のストレスやウェルビーイング改善など、適用領域を拡大している。

臨床家にとっての本質的理解

臨床家にとって重要なのは、MBCT を単なる「瞑想技法」としてではなく、「認知と感情の関係性に対する新しい態度を育てる心理療法」として理解することである。すなわち、症状の除去ではなく、体験との関わり方の変容を通じて再発を防ぐというパラダイムの転換にこそその本質がある。この理解を基盤として、実践と理論を往復しながら学ぶことが、MBCT を臨床に活かす上での鍵となる。

精神科臨床で実施する際の修正

MBCT では、セッション 6 と 7 の間の週末に、終日沈黙で過ごす「サイレント・リトリート」が実施される。しかし、精神科医療（外来ショートケア・デイケア、集団精神療法など）の中で MBCT を実施する場合、実施可能性の観点から、省略して実施されることが多い。

不安症へ適用する際の注意点

プログラムの修正

MBCT はもともと再発性うつ病の予防を目的に設計されているため、不安症に適用する際にはいくつかのプログラム上の調整が有用である。

第一に、心理教育の焦点の変更である。通常の MBCT では「抑うつ気分と反すう」に焦点が当てられるが、不安症状に対応した内容に調整する。なお、不安症とうつ病の合併率は高く、診断基準を満たさないまでも不安症の患者がうつ症状を呈することも稀ではないため、両面への配慮が求められる。

症状への配慮

不安症、特にパニック症や社交不安症などの恐怖性不安症では、呼吸や身体感覚に注意を集める瞑想中に不安が惹起され、パニック発作などが誘発されることがある。こうした可能性があること、および生じた際の対処法（開眼、注意の焦点を別の場所に移動、瞑想の中断など）についてあらかじめ患者に伝えておくことが重要となる。
瞑想中のこうした反応は不安症の患者に限定されるものではないが、不安症ではそうした可能性がより高いという認識をしておくことが重要である。インストラクターは参加者が安心して自分のペースで練習できる環境を整え、無理に瞑想を続けさせないような配慮が必要となる。

プログラムの理解

MBCT の特徴

MBCT は以下のような特徴をもつ。

クローズドなグループ療法である

MBCT はプログラム開始後のメンバー変更を基本的に行わないクローズドグループ形式で提供される。約 2 カ月間にわたってメンバーが継続的にマインドフルネスを共に実践することで、グループ内に凝集性が自然に育まれていく傾向がある。

目的指向型で構造化された短期集中アプローチである（2 カ月間）

うつ病再発予防や不安症状の軽減といった明確な目標に沿って、各セッションが系統的に組み立てられ構造化されている。参加者の状態に応じてプログラム内容を大幅に変更したり、セッション数を増減したりすることは行わない。

系統的な瞑想指導

伝統的な心理療法との大きな相違点の一つが、瞑想を系統的に教えることである。瞑想経験のない者でも実践できるよう段階的な教示が用意されている。たとえば、注意が逸れた際には「意識がどこかに逸れてしまっても、そっと呼吸に意識を戻していきます」「何度逸れても、その都度穏やかに戻していきます」「注意が彷徨うのは自然なことです。そのことを責める必要はありません」といった教示が繰り返し伝えられる。

動きを取り入れたマインドフルムーブメント

ヨーガの動作を取り入れたマインドフルムーブメントをプログラムに組み込んでいる。動作を行いながら身体感覚に注意を向けるこの実践は、日常生活のさまざまな動作への気づきを育てるインフォーマル練習の基盤となる。

認知行動療モデルに基づくエクササイズとの統合

MBCT には、認知行動モデルの知見を応用したエクササイズが組み込まれている。ただしその目的は「思考の内容を変える」ことではなく、「思考と自分の関係性そのものを変える」ことにある。主なエクササイズは以下の通りである。

- 思考と感情のエクササイズ（セッション 2）
- 不安やうつの領域を理解する（セッション 4）
- 気分・思考・今までとは異なる見方のエクササイズ（セッション 6）
- 不安やうつに上手な対応をする I（セッション 6）
- 不安やうつに上手な対応をする II（セッション 7）
- 活動と気分のエクササイズ（セッション 7）
- 今後の練習について（アクションプラン）（セッション 8）

体験の振り返り（インクワイアリー）を行う

MBCT では直接体験を通じた学びを重視しており、瞑想やエクササイズの後に参加者とインストラクターが対話形式で「今、ここ」でおきた直接的な体験を振り返る時間を設ける。この振り返りの対話をインクワイアリーと呼ぶ。

ホームワークがある

MBCT ではホームワークの実践が重要視される。参加者は毎日自宅で 30-40 分程度の瞑想練習を始めとしたいくつかのホームワークに取り組むことが求められる。このホームワークによって各セッションが

途切れなくつながり、プログラム全体を通じてマインドフルネスが継続的に深まっていく。ホームワークは主に以下の 3 つに分類される。

- フォーマル練習：マインドフルネス瞑想（ボディスキャン・静座瞑想など）
- インフォーマル練習：日常生活の様々な活動をマインドフルに行う
- 気づきや行動を促す活動：嬉しい出来事日誌・不快な出来事日誌・自分を大切にする活動など

プログラム全体の構造と各セッションの概要と構造

MBCT は各回 2 時間の 8 セッション（および必要に応じてサイレント・リトリート）で構成される。各セッションには固有のテーマがあり、そのテーマに沿って内容が進行する。

8 回のセッションのテーマ

- セッション 1：気づきと自動操縦
- セッション 2：頭で生きること
- セッション 3：散漫な心をまとめる
- セッション 4：嫌悪を認識する
- セッション 5：許容すること／そのままにすること
- セッション 6：思考は事実ではない
- セッション 7：どうしたら最善の自己ケアができるのか
- セッション 8：新たに学んだことを維持し広げる

各セッションの共通構造

- 0：マインドフルチェックイン（参加者を温かく迎え入れる）
- 1：参加への労いとセッションへの誘い
- 2：マインドフルネス瞑想と振り返り（インクワイアリー）
- 3：前回のホームワークの振り返り
- 4：洞察を深めるエクササイズ（各セッションのテーマに沿ったもの）
- 5：セッションのまとめ、ホームワークの説明、質疑応答
- 6：終わりの瞑想（1〜3 分）
- 7：マインドフルチェックアウト（次回へのホームワーク）

セッションをつなぐ工夫

各セッションは前回の学びを引き継ぐ形で組み立てられており、プログラム全体を通じて継ぎ目のない（seamless）一連の流れを形成している。毎週提示されるホームワークは、その連続性を支える大きな役割を果たしている。

セッションを進める際の留意事項

本プログラムの実施にあたっては、本マニュアルを基盤としつつ、参加者の特性（抑うつ症状の程度、認知機能、マインドフルネスの理解度、プログラムへの動機づけなど）に応じて説明を補足するなど、柔軟に運用するものとする。また、セッションの前後や休憩時間において、個別のサポートが必要となる場合があることにも留意されたい。プログラムの進行にあたっては、個々の参加者とグループ全体の両方に継続的に注意を向け、グループダイナミクスを意識した運営を心がけるものとする。

本マニュアルが想定している使用場面

典型的には、外来ショートケア、外来デイケア、外来集団精神療法などでの実施が想定されるが、入院集団精神療法などの実施も可能であり、その点において使用場面に特段の制限は想定されない。

認知行動モデルにもとづく症例の概念化

不安の強さは「危険の大きさ÷対処能力」によって規定されると理解できる。すなわち、目の前の状況をどれほど脅威と見なすか、そしてそれに対してどれだけ対処できると感じるかによって、不安の程度が決まる。認知行動モデルでは、不安症の患者は危険を過大評価し、同時に自分の対処能力を過小評価する傾向があると考える。またこうした不安な状況を回避することで、症状や問題が遷延化すると考える。事前面接では、個々の患者に対して症状発現のきっかけや持続要因をアセスメントし、認知行動モデルに則った作業仮説を立てる。MBCT の各セッションは構造化されているが、不安や抑うつの認知行動モデルに沿って内容が構成されているため、参加者は個別の概念化に基づき、自らの症状の発生機序を理解し、その対応法について理解を深めることができる。

インストラクターの働きかけ

3 つの I（Invitation・Instruction・Inquiry）

MBCT のインストラクターの働きかけは「3 つの I」に整理できる。これらはプログラムを通じて繰り返され、参加者のマインドフルネスが深まっていく。インストラクターからのこうした働きかけは、認知行動療法が重視するインストラクターと参加者の治療同盟を基盤とした協働的経験主義に通じる。

① 誘い（Invitation）

MBCT では実際に体験して学ぶことを重視している。各瞑想やエクササイズをする前に「誘い」を入れることが望ましい。誘いの主な使い方は 2 つある。

- 新しいテーマの導入：次に探索する目的を伝えていく（例：「散漫な心をまとめるにはどうしたらよいかについて一緒に学んでいきましょう」）
- 次の瞑想やエクササイズへの橋渡し（例：「先ほどのエクササイズでは、レーズンに対して意図的に意識を向けて、味わうことをしました。ここからは、身体の各部位に意図的に意識を向けて、どのような身体感覚があるかを味わっていってみましょう」）

② 教示（Instruction）

参加者は瞑想やマインドフルムーブメントをインストラクターの教示を聞きながら実践する。教示にあたり注意すべきポイントは以下の通り。

- 安全の確保：マインドフルネスの実践は、少しずつ段階的に提供する。参加者自身がしっかりと安定した状態で存在し、安全を感じられることを最優先とする。
- 選択と主体性の尊重：参加者が自ら選択できるよう促す。たとえば、目を閉じるか開けておくか、呼吸を感じられる場所の選択など、参加者自身が判断できるように配慮する。こうした選択の機会を設けることで、参加者自身のエンパワメントにつながる。
- 押し付けず、その瞬間に寄り添う：過度なストレスや圧倒感を感じた場合には、中立的な感覚や安心できる対象へ注意を向け直すよう案内する（アンカーへ戻る）。参加者のペースと状態を尊重し、強制しない姿勢を保つ。
- やさしさと思いやりを持って導く：ガイドの言葉かけは、常に穏やかで柔らかい表現を用いる。講師自身が思いやりのある態度を体現することで、参加者はその姿勢を見て学ぶ。「よろしければ、呼吸の感覚にそっと注意を向けてみましょう」「やさしい好奇心を持って、今この瞬間を観察してみてください」
- インストラクター自身も実践しながら教示する：「今この瞬間」を参加者と共に体験することで、その後のインクワイアリーがより豊かになる
- 進行形または未来形を用いる：「〜していきます」という表現を基本とし、命令形（「〜してください」「〜しましょう」）は可能な限り避ける
- 観察の手がかりを具体的に示す：「足の裏に意識を向けます」だけでなく、「温かみを感じるかもしれませんし、冷たさを感じるかもしれません」のように、実際に気づきやすい感覚の例を示す
- 心の彷徨いへの対処を都度伝える：「気づかぬうちに意識がどこかへ行っていたとしたら、それに気づいた瞬間から、また穏やかに呼吸に戻ってきましょう」
- 教示の量を徐々に減らす：参加者が自律的に実践できるようになるにつれ、サイレントの時間を増やしていく

③ インクワイアリー（Inquiry）

インクワイアリーとは、瞑想やエクササイズの体験を参加者とインストラクターが対話形式で探索し、そこから気づきを引き出す共同作業である。グループで行われるため、一人の気づきがほかの参加者の学びにもつながる。

インクワイアリーのねらいは次の 4 点である。①体験したことを参加者が自身の言葉で認識する、②その体験を自分の生活文脈と結びつけて理解する、③気づきを日常生活に生かせる洞察へと深める、④これらを通じて困難に対処するための力をつける。インクワイアリーについてよく見られる誤解として以下が挙げられる。

- 思考の「歪み」を見つけて修正するものではない
- インストラクターが参加者よりも常に深い洞察を持っているわけではない
- 感想を順に話し合う「シェアリング」とは異なる
- 心理教育の講義ではなく、参加者の体験が出発点となる

インクワイアリーの 3 つのレイヤー

インクワイアリーには 3 つのレイヤーがある。インストラクターはこの 3 つのレイヤーの階層を意識しながら、参加者が気づきを深め広げることを支えていく。

- レイヤー1（直接体験の確認）：体験した事実を解釈せずそのまま掘り下げる。「どんな感覚がありましたか？」「思考や気分はどうでしたか？」
- レイヤー2（パターンへの気づき）：体験を日常の習慣的反応と照らし合わせる。「心が彷徨ったとき、どんな気分でしたか？」「同じようなことが普段の生活でも起きますか？」
- レイヤー3（参加目的との接続）：体験の意味を、プログラムへの参加目的と結びつける。「このパターンは、不安症状の改善とどのようにつながっていそうですか？」

縦方向と横方向のインクワイアリー

インクワイアリーには「縦（vertical）」と「横（horizontal）」の 2 つのアプローチがある。縦のインクワイアリーはある一人の参加者の体験を 3 つのレイヤーに沿って丁寧に探っていく作業であり、横のインクワイアリーはその参加者の気づきをほかの参加者にも広げ、共通するパターンや体験を見出すグループ全体の作業である。この 2 つを組み合わせることで、布の縦糸と横糸が織り成すように、学びが立体的に育っていく。

インクワイアリーの NG パターン

インクワイアリーは熟練が必要なスキルであり、経験の少ないインストラクターが陥りやすいパターンがある。

- 参加者の発言に短くコメントして次に進んでしまう（体験の概念化が強化される）
- 長い説明やアドバイスで参加者の発言機会を奪う（学びが受け身になり、グループの活力が失われる）
- 感情や気づきを共有する「シェアリング」と混同し、表面的なやり取りで終わる
- 沈黙や戸惑いへの不安から話し続けてしまう（本来参加者が考え気づく余白が埋められる）

プログラム開始前の準備および実施の留意点

インストラクターの要件および自身の準備

MBCT はインストラクターがマインドフルネスを身をもって実践し、それを言葉と態度で体現することで成り立つ療法である。そのためインストラクターには以下の準備が求められる。

個人練習

MBCT を指導する前提として、少なくとも 1 年以上にわたる継続的な瞑想練習が必要とされている。水泳の指導者が自分で泳げることを前提とするように、インストラクター自身が瞑想を通じてマインドフルネスの態度を体得していることが、質の高い指導の土台となる。毎日の実践を続けることで、インストラクターは参加者に向けてその姿勢を自然に示すことができるようになる。

マインドフルネスの 7 つの態度

インストラクターが体現すべきマインドフルネスの態度として以下のものが挙げられる。

- 初心（Beginner's Mind）：瞬間瞬間の体験に対して、生まれて初めて体験しているような新鮮な興味や関心を向ける
- 評価しない（Non-judging）：瞬間瞬間の体験に対して「あるがまま」に見つめていく
- 受容（Acceptance）：瞬間瞬間の体験を受け入れていく。たとえ否定的な体験であっても、抵抗せずに受け入れていく
- 信頼（Trust）：自分が体験する感覚・感情・思考を信頼していく
- 忍耐（Patience）：瞬間瞬間の体験を時間の経過と共に見続けていく
- 力まない（Non-striving）：目標達成のために一生懸命やりすぎない
- 手放す（Letting go）：望むものを必要以上に追い求めたり、望まないものから逃げようとしたりあくせくしない

指導の練習

長年の瞑想実践があっても、指導に必要なスキルは別途練習が必要である。主に以下の練習を積むことが推奨される。

- マインドフルネス瞑想の教示：自宅での個人実践とは異なり、セッションでは声に出して参加者を導きながら自身も実践する。ホームワーク用音声ガイドの録音はその有効な練習の場となる
- インクワイアリー：グループの文脈で体験を掘り下げる対話スキルは、スーパービジョンを通じた訓練が特に重要
- 洞察を深めるエクササイズの進行：ソクラテス的な問いかけを用いながらグループ全体の気づきを促す技術には熟練が求められる
- マインドフルムーブメントの指導：ヨーガに由来する動作の教示は、自身で動作を体験していることが前提となる

プログラムの準備

ハンドアウト

各セッションではセッションごとのハンドアウトを配布する。「マインドフルネス認知療法（原著第 2 版）」（通称：グリーンブック）に掲載されているものをコピーして使用することもできる。

ホームワーク用の音声ガイド

参加者が自宅で使用する音声ガイドは、インストラクター自身が作成したものを配布することが望まれる。セッションと同じ声・ペース・表現で練習できるため、参加者の一貫した実践を支えやすくなる。また、音声ガイドを録音する作業そのものが教示スキルの向上にもつながる。

セッションメモ・時計・ベル

インストラクターはセッションメモ（時間配分と留意点を記載したもの）を手前の床に置き、適宜確認しながらセッションを進める。ベルは大半のインストラクターが瞑想の始まりや終わりの合図として使用する。

ヨガマット・ホワイトボード

ヨガマットはボディスキャンやマインドフルムーブメントを行う際に必要になる。ホワイトボードはセッションタイトルの掲示や各種エクササイズで活用する。

セッション会場の確保

会場選定の際に考慮すべき点として以下が挙げられる。

- 広さ：参加者全員がヨガマットを広げられ、マインドフルウォーキングができる十分なスペース
- 雰囲気と清潔感：落ち着いた環境で、床の清潔さが保たれていること
- 静粛性：交通騒音や廊下からの音が入りにくい環境
- アクセス：参加者が建物入口からセッション会場まで迷わずたどり着ける導線
- 一貫性：毎回同じ会場で実施することが望ましい

実施上の留意事項

MBCT 導入する際の手順と留意点

MBCT の導入にあたっては、まず主治医が適応を判断した上で患者本人に説明を行う。説明の内容には、プログラムの目的・内容・構造（全 8 セッションの集団形式など）が含まれる。参加への同意が得られた場合、担当スタッフが事前面談を実施し、より詳細なプログラム説明とともに、症状評価および症例の概念化を行う。事前面談で得られた情報は、関係者間で適切に共有する。

参加基準の設定

MBCT はグループ療法であり、個人療法のように一人ひとりに細かく対応することには限界がある。医療機関での実施では参加基準を予め設定しておくことが重要である。

参加に適した基準の例として、①インストラクターが対応可能な対象、②同じ疾患を抱える参加者で構成される（例：不安症の患者）、③ほぼ全セッションへの参加が可能（8 回中 6 回以上）、④自宅でのホームワークに取り組む意志と時間がある、⑤主治医の許可がある。参加に適さない可能性がある状況の例：①個人療法での緊急対応が必要な問題がある、②重症の症状により在宅での練習が困難、③瞑想に強い抵抗感がある、④対人緊張が強くグループ形式が著しく困難、⑤反社会性など集団療法に不適なパーソナリティ特性がある、などが挙げられる。

連携について

MBCT の実施中も継続的な服薬管理や個別面接などの通常治療と並行して実施することが多く、主治医との連携がきわめて重要である。また参加者の状態については、MBCT を実施するスタッフ内でセッション後の振り返りや定期的なミーティングで情報共有を行い、対応を検討することが望まれる。特に自殺のリスクや状態の悪化などが認められる場合は、緊急かつ緊密な連携が求められる。

プログラム実施日程および実施形式について

同じ曜日、同じ時間帯に 8 週連続で行うことが望ましい。祝日との兼ね合いや施設の都合により連続実施が困難な場合は、参加者募集前に日程を確定しておくことが必要である。なお、MBCT はグループでの実施が想定されるため、個人精神療法では可能な個別の患者のみの都合による日程調整は困難である。

欠席について

すべてのセッションへの参加が望ましいが、欠席が生じた場合の対応として、①欠席した週も前回のホームワークを継続して実施すること、②次回セッションの開始前に早めに来てもらい欠席分の要点を補足することが考えられる。セッション 1 を欠席しセッション 2 も連続欠席する、合計 3 回以上の欠席が見込まれる場合などは参加の見合わせの検討が必要になる。

臨床状態の経過評価について

プログラムの安全性および効果を継続的に評価するため、定期的な症状測定を行うことが推奨される。中間地点で短時間の個別面談を設定するなどの方法も検討される。評価の結果、症状に顕著な変化が認められた場合には、主治医への報告など、速やかに適切な対応を検討するものとする。

優先的に対応すべき事項

下記の事項については、全セッションを通じて継続的に注意を払うものとする。これらが認められた場合は、まずスタッフ間で十分に協議した上で、本人との面談や主治医をはじめとする関連専門職との連携を図り、適切な対応を行うものとする。

① セッションへの頻回な遅刻・欠席、ホームワークの著しい不履行など、② 経済的困難、身体的健康問題、被虐待、物質使用障害など、日常生活における重大な問題 、③ グループの進行を妨げる言動や、他の参加者に対する不適切な行為、 ④ 自殺念慮・自傷行為・他者への加害に関する言動や兆候、 ⑤ 担当インストラクターに対する強い陰性感情の表出、など。

インストラクターの技能評価とスーパービジョン

本プログラムを円滑に実施するためには、サブインストラクターとして MBCT の実践経験を積むとともに、スーパービジョンを継続的に受けることが望ましい。MBCT インストラクターとしての能力評価にあたっては、Mindfulness-Based Interventions Teaching Assessment Criteria（MBI-TAC）（Crane et al, 2021）を参照することが推奨される。MBI-TAC は、マインドフルネスの体現、セッションの進行、参加者との関わりなど複数の領域からインストラクターの実践能力を包括的に評価する基準であり、自己研鑽およびスーパービジョンの指針として活用できる。

認知行動療法実践におけるトラブルシューティング

プログラムの実践において問題が生じた際には、スタッフ間で速やかに協議し、解決策を検討する。上述の「優先的に対応すべき事項」に該当する事態が生じた場合には、プログラム担当スタッフのみで判断するのではなく、主治医をはじめとする関連専門職と連携の上、対応策を協議するものとする。

2. 各セッションの進め方

事前面接（個別）

スタッフの目標

- □ 参加者を温かく迎え、安心して話せる雰囲気を作る
- □ MBCT のプログラム概要を平易な言葉で伝える
- □ 参加者のニーズや主訴を聴き取り、プログラムとの適合性を確認する
- □ ホームワークの重要性を率直に伝え、取り組み可能かを確認する
- □ 参加者が抱える疑問や不安に丁寧に応える
- □ 今後のセッション参加に向けた具体的な手続きを共有する

準備する備品

- □ 事前面接資料（プログラム概要、スケジュール、同意書など）
- □ 筆記用具
- □ 主治医からの紹介状や診療情報（あれば）
- □ 簡易な気分・不安尺度（必要に応じて）
- □ 参加者の連絡先記入用紙（必要に応じて）
- □ ティッシュ（参加者の感情が動いた場合に備えて）

位置づけと重要性

プログラム開始前に行われる個別面接は、インストラクターと患者が一対一でじっくり話せる唯一の機会でもある。また、参加するための準備が整っているか（プログラムに継続的に参加できる体調か、ホームワークに取り組めるか等）を評価する機会として位置付けられる。

事前面接の目標

- MBCT の概要を理解してもらう：ホームワークの重要性を含め、プログラム内容を丁寧に説明する。
- 動機づけ面接：参加者のニーズ（主訴）と MBCT の目的をつなぎ、参加動機が高まるよう支援する。
- 準備が整っているかの評価

事前面接の主な流れ

事前面接は 30 分〜1 時間で実施される。

- 主訴と既往歴の聞き取り
- 患者のニーズと MBCT をつなぐ：患者が持つ MBCT の事前知識を確認し、期待を尋ねる。また、CBT や瞑想の経験も確認する。その上で、MBCT の目的を説明し、ニーズと合っているかを確認する。
- 伝達事項：日程・会場・服装・通常治療との併用・ホームワークの重要性・その他
- 質疑応答

伝達事項のポイント

ホームワークについては特に強調して伝える必要がある。「ピアノのレッスンと同じで、教室に通うだけでは効果は出ない。家での練習が大事」というような説明が有効である。

参加の準備が整っていない場合は MBCT を将来の選択肢として勧め、参加の適応でないと考えられる場合は、主治医やプログラム責任者と相談の上、参加の可否を判断する。

面接の進行の流れ

事前面接は、おおむね 30 分〜1 時間で実施される。流れの一例として、ねぎらいと自己紹介、面接の目的の確認、主訴と既往歴の聴取、参加者のニーズと MBCT の目的の擦り合わせ、伝達事項、質疑応答、見送りという順序が挙げられる。最初の出会いの場であるため、参加者の緊張をほぐす雰囲気作りを意識し、温かく迎え入れたい。

ニーズとプログラム目的の擦り合わせ

参加者がプログラムに何を期待しているかを丁寧に確認し、その内容が MBCT で実現可能なものかどうかを共有する。例えば「不安を完全に消したい」という期待であれば、症状をなくすことを目指すのではなく、症状との関わり方を変えることを通じて生活しやすくなることが本プログラムの狙いであるという点を伝える必要がある。期待とプログラムの目的が大きくずれている場合、参加を見送るかどうかを主治医とも相談しながら判断する。

伝達事項として押さえておきたい項目

- 日程と会場：全 8 回の日時、会場の場所、当日の集合方法を伝える。
- 服装：床に横になる練習があるため、締め付けの少ない動きやすい服装を勧める。
- 通常治療との併用：本プログラムは通常治療と並行して受けるものであり、主治医との連携が前提となる。
- ホームワーク：毎日 40 分前後の自宅練習が必要であり、効果のかなりの部分が日々の練習にかかっていることを率直に伝える。「楽器のレッスンに通うだけでは弾けるようにならない」といったたとえが理解の助けになることが多い。
- 音声ガイドの再生環境：自宅で音声ガイドを使えるかどうかを確認する。
- 同居家族への共有：可能であれば家族にもプログラムへの参加を伝えておくことを勧める。家族の理解があると、自宅練習の継続がしやすくなる。

面接終了時の関わり方

質疑応答を済ませたあとは、参加者を会場の出口まで丁寧に送り出す。事前面接の最後の印象がセッション 1 への期待や安心感に直結することが多いため、最後の数分を急がず、温かい姿勢で締めくくることを意識する。参加が見送られる場合も、本人の状況を尊重しつつ、将来的な選択肢として残しておく形で丁寧に説明する。

グループオリエンテーション（オプション）

スタッフの目標

- □ 初回セッションへの不安を和らげ、参加者同士の顔合わせの機会を作る
- □ プログラムの全体像と 8 週間の流れを共有する
- □ グループの約束ごと（守秘義務、発言の自由など）を理解してもらう
- □ マインドフルネスについての誤解を和らげ、実態に近い理解を促す
- □ 会場の場所、当日の受付の流れなど実務的な情報を伝える
- □ 事前面接で出なかった質問に応える時間を設ける

準備する備品

- □ オリエンテーション資料一式
- □ プログラムスケジュール表
- □ ホワイトボード、マーカー
- □ 参加者全員分の名札または名簿
- □ 配布用の参考資料（必要に応じて）

位置付け

オリエンテーションの実施は必須ではないが、事前面接からセッション 1 をつなぐ機会として検討するとよい。

オリエンテーションの内容

事前に大まかな地図（概要）を持ってから最初のセッションに臨んでもらえるよう、MBCT がどのような助けになるかを説明する。また、禁止事項やルールを強調し過ぎず、ウェルカムな雰囲気の中で下記項目を伝えるよう留意する。

- 参加者同士の顔合わせ：互いに挨拶を交わし、どんな人が参加しているかを知る機会を作る（なぜ参加したかなどの詳細はセッション 1 の自己紹介で話し合うため、ここでは名乗る程度にとどめる）。
- MBCT についての簡単な説明：「瞑想をして無になる」「ストレスがゼロになる」等のイメージを持つ参加者も少なくない。そのため、説明はこうした誤解を調整する意味で行い、決して学術的な理解を促すものではない。瞑想の意図や脱中心化、あることモードについての概要を伝えつつ、プログラム内での実践やホームワークでこれらの学びを深めていく旨を強調する。スライドの映写が可能であれば、簡単な図を示しながら説明しても良い。
- グループ療法における心構えの共有：参加者同士が安心してプログラムの内容に集中できるよう、細かな留意点を伝える（スマートフォンの電源オフ、体験の共有で聞いた内容を他言しない等）
- 事務に関わる共有事項：欠席の場合の連絡方法、会場の状況に応じた注意事項など
- ラポールを構築する：インストラクターと参加者の信頼関係を築く貴重な場であることを意識する。

実施のタイミングと所要時間

オリエンテーションは事前面接とセッション 1 の間に配置する。所要時間は 30〜60 分程度を目安とし、グループでの実施を基本とするが、人数やスケジュールに応じて個別オンライン面接などで代替することも可能である。

伝える内容のポイント

参加者の中には「瞑想で頭の中を空っぽにする」「ストレスを完全になくす」といったイメージを持っている人も少なくない。オリエンテーションは、こうしたイメージを和らげ、より実態に近い理解を持って初回セッションに臨んでもらう機会となる。MBCT では、思考や感情と新しい関わり方を育てていくこと、そのために体験を通した学びを大切にしていることを、平易な言葉で伝える。

安心して参加するための約束ごと

- 守秘義務：他の参加者から聞いた個人的な体験や情報は、グループの外に持ち出さない。
- 電子機器：セッション中は携帯電話やスマートフォンの電源を切るか、マナーモードにする。
- 発言の自由：体験の共有は強制ではなく、話したくないときには話さない選択も尊重される。
- 参加者同士の関係：プログラム期間中は連絡先の交換を控えるよう案内する場合もある。

インストラクター側の準備

オリエンテーションはラポール形成の貴重な機会でもある。参加者一人ひとりの名前を確認し、軽い挨拶を交わすだけでも、初回セッションでの心理的なハードルが下がる。形式的な説明会ではなく、これから 2 か月間を共に過ごす仲間として迎え入れる姿勢を意識したい。

セッション 1：気づきと自動操縦

スタッフの目標

- □ 参加者を温かく迎え入れ、安心してセッションに参加できる雰囲気を作る
- □ グループのルールと守秘義務を共有する
- □ 自己紹介を通して参加者同士の緊張を和らげる
- □ レーズン・エクササイズを通してマインドフルネスを体験的に理解してもらう
- □ 自動操縦と意図的な気づきの違いに気づいてもらう
- □ ボディスキャンを実践し、身体感覚に意識を向ける練習の土台を作る
- □ ホームワーク（自宅練習）の意義と進め方を伝える

準備する備品

- □ 時計、セッション 1 のメモ
- □ ベル（瞑想の合図用）
- □ ホワイトボード（「セッション 1：気づきと自動操縦」と事前記入）、マーカー
- □ ヨガマット（参加者人数分）
- □ レーズン（未開封、参加者人数分＋予備）
- □ ボウル、スプーンまたはトング
- □ ウェットティッシュ、ごみ箱
- □ ハンドアウト（セッション 1）
- □ 音声ガイド（Disc 1：ボディスキャン、呼吸のマインドフルネス）
- □ セッションファイル（参加者用バインダー）

タイムテーブル（時間は目安として提示。各セッションは 120 分以内を目安に進める）

	時間（分）	内容
0	—	マインドフルチェックイン
1	15	労い、プログラムへの誘いとガイダンス
2	20	自己紹介
3	30	レーズン・エクササイズ（15）、振り返り（15）
4	40	ボディスキャン（30）、振り返り（10）
5	14	セッションのまとめ、ホームワークの説明、質疑応答
6	1	終わりの瞑想
7	—	マインドフルチェックアウト

このセッションのねらい

セッション 1 はプログラム全 8 回の土台を作るセッションである。MBCT がどのような形式で進むのか、「自動操縦」の状態とは何か、マインドフルネスとは何かについて体験を通して理解をしてもらう。

セッションの目標

- プログラムの理解：グループのルール確認、セッションの進め方（瞑想→インクワイアリー）、体験を通して学ぶ姿勢、ホームワークの重要性
- 自動操縦の理解：自動操縦状態では意識があちこちに飛びやすく、意図的に意識を向けることで自動操縦から離れることができる
- マインドフルネスの理解：定義と、不安症の症状改善との関連

主要なエクササイズ

レーズン・エクササイズ（食べる瞑想）

一粒のレーズンを五感を使って時間をかけて丁寧に観察する。インクワイアリーはレイヤー構造で行う。レイヤー1 ではレーズンへの直接体験の気づきを、レイヤー2 では日頃の食べ方との比較を、レイヤー3 では心の健康への気づきなどを探っていく。

ボディスキャン

仰向けの姿勢でヨガマットの上に横になり、身体の各部位に順番に意識を向ける。身体を使って今この瞬間に心をつなぎとめ、身体感覚をじっくり観察し、あるがままにする練習。心のさまよいと上手に関わる（注意が逸れたことに気づいたら、優しく戻す）ことも学ぶ。

プログラムガイダンスのポイント

セッション 1 では参加者にプログラム参加のための「枠組み」を作ることが重要。遅刻・早退の扱い、守秘義務、ホームワークの必要性（毎日約 40 分）などを丁寧に伝える。

ホームワーク

- フォーマル練習：ボディスキャンを 1 日 1 回
- インフォーマル練習：日常行っていることを 1 週間マインドフルにやり続ける。レーズン・エクササイズの要領でマインドフルに食事を 1 回する

インクワイアリーのポイント

セッション 1 のレーズン・エクササイズは、プログラム全体で初めてのインクワイアリーとなる。インストラクターが解説に走ると参加者は受動的になりやすく、また「頭で理解しよう」とする習慣が強化されてしまう恐れもある。発言を引き出す姿勢、興味と関心を寄せて聴く態度を維持することが望ましい。

3 つのレイヤーに沿った具体例

- レイヤー1（直接体験）：「どのような感覚に気がつきましたか？」「味、匂い、舌触りなど、どんなものが浮かんできましたか？」
- レイヤー2（日常との対比）：「普段の食べ方と比べて、今回はどのあたりが違っていましたか？」
- レイヤー3（心の健康への気づき）：「今のような関わり方ができると、心の状態にどんな影響がありそうですか？」

ボディスキャンの教示で大切にしたいこと

初めてのボディスキャンでは、身体感覚に意識を向けること自体が新鮮な体験になる参加者が多い。感覚があってもなくても、心地よくても不快でも、それらを評価せずに観察する姿勢を繰り返し伝える。眠気や違和感が生じた場合の対処（目を開ける、姿勢を調整する、足の裏に意識を戻すなど）も最初に共有しておくと、参加者は安心して練習に取り組める。

ホームワーク導入時の留意点

初回のホームワークは、参加者にとって MBCT 実践の最初の一歩となる。ピアノやスポーツのレッスンと同じように、自宅での反復練習が学びを支えることを再度伝える。同時に、「うまくできなくてもよい」「完璧を目指さなくてよい」「練習が嫌になりそうなときは無理をしない」といった姿勢も合わせて伝えておくと、ホームワークが自分を追い込む課題に変わってしまうのを防ぎやすい。

インストラクターの誘いの言葉（例）

誘いの言葉の例（ホームワーク導入時）

「今日の体験を、ぜひ来週まで日常に持ち帰っていただきたいと思います。ボディスキャンは 1 日 1 回、音声ガイドに合わせて行ってみてください。完璧にできなくて大丈夫です。途中で眠ってしまっても、心が他のことに飛んで行っても、それに気づいた時に戻ってくる――その繰り返しが練習そのものです。来週、それぞれの体験を聞かせていただけたら嬉しいです」

誘いの言葉の例（セッション開始時）

「皆さん、こんにちは。本日はようこそお越しくださいました。これから 8 週間、一緒にマインドフルネス認知療法のプログラムを進めていきます。今日ここに来られるまでの間にも、緊張や迷い、ご家族の調整など、さまざま乗り越えてこられたかと思います。まずはここに座っていらっしゃること、それ自体をご自分で労っていただけたらと思います」

セッション 2：頭で生きること

スタッフの目標

- □ ホームワークの体験を振り返り、気づきを共有する
- □ ボディスキャンを継続し、身体感覚への気づきを深める
- □ 思考と感情、身体感覚、行動が互いに影響し合うことへの実感を促す
- □ 同じ状況でも解釈次第で反応が変わることに気づきを促す
- □ 静座瞑想（呼吸のマインドフルネス）を導入し、注意を保つ練習の土台を作る
- □ 日常生活で「頭で生きている」傾向に気づく視点を育てる

準備する備品

- □ 時計、セッション 2 のメモ
- □ ベル
- □ ホワイトボード（「セッション 2：頭で生きること」と事前記入）、マーカー
- □ ヨガマット
- □ シナリオ（思考と感情のエクササイズ用）
- □ ハンドアウト（セッション 2）
- □ 思考と感情のエクササイズの記入用紙

タイムテーブル

	時間（分）	内容
0	—	マインドフルチェックイン
1	3	労い、前回の復習とセッション 2 への誘い
2	42	ボディスキャン（30）、振り返り（12）
3	25	ホームワークの振り返り
4	25	思考と感情のエクササイズ
5	15	静座瞑想（呼吸のマインドフルネス）（10）、振り返り（5）
6	9	セッションのまとめ、ホームワークの説明、質疑応答
7	1	終わりの瞑想
8	—	マインドフルチェックアウト

このセッションのねらい

1 週間の実践を通じて、頭の中を絶え間なく流れる思考（つぶやき）の存在に気づきが得られ始めている。このセッションでは、思考が自動的に湧き出てくること、また自動操縦の状態では思考が意識の大半を占め、「頭の中で生きている」状態に陥りやすいことを学んでいく。

セッションの目標

- 思考に引っ張られて心が散漫になりやすいことを理解する
- 状況への反応は「状況そのもの」ではなく「解釈（思考）」によって形成されており、その解釈が感情・身体感覚・行動に連鎖することを理解する

主要なエクササイズ

ボディスキャン（継続）

セッション 1 と同様の教示で実施し、インクワイアリーを行う。セッション 2 ではより深い気づき（体験に対して快・不快・どちらでもないと判断する傾向、体験について考える傾向など）が報告されることが多い。

思考と感情のエクササイズ

「通りを歩いていると、知り合いが無視して歩き去った」というシナリオを読み上げ、その時に湧く思考・感情・身体感覚・行動（衝動）を参加者から集め、4 カラムの表に整理する。状況に対する解釈（思考）が感情・身体感覚・行動に影響を与えること、同じ状況でも解釈は人によって異なること、思考の内容は必ずしも事実ではないことなどを探っていく。※付録資料 1：思考と感情のエクササイズ

静座瞑想（呼吸のマインドフルネス）

静座瞑想の基本的なやり方を学ぶ。呼吸を「今この瞬間に心をつなぎとめるアンカー（船の錨）」として理解することがポイント。

ホームワーク

- フォーマル練習：ボディスキャンと静座瞑想（呼吸のマインドフルネス）をそれぞれ 1 日 1 回
- インフォーマル練習：前回とは異なる日常生活の活動を 1 日 1 回マインドフルに行う
- 気づきや行動を促す活動：嬉しい出来事日誌を毎日記録する　※付録資料 2：嬉しい出来事日誌

ホームワークの振り返りで意識したいこと

初めてのホームワーク振り返りである。ここでの体験は、参加者が今後ホームワークをどう位置づけるかに大きく影響する。「できなかった部分」だけが話題にならないよう注意し、できた部分や小さな気づきにも丁寧に光を当てる。インストラクターが問題解決モードに入りすぎると、することモードを助長してしまう恐れがあるため、まずは体験を聴く姿勢を保つ。

思考と感情のエクササイズの進め方

シナリオを読み上げたあと、思考・感情・身体感覚・行動（衝動）の 4 カラムを使って参加者の体験を整理していく。書き出し方には複数のやり方があり、（a）思考から順に発言を集めて表に書き加える方法、（b）一人の参加者から 4 要素を順に聴いていく方法、（c）気分や身体感覚から探っていく方法などがある。グループの雰囲気や時間に応じて選択するとよい。

気づきを促す問いかけの例

- 「同じ場面なのに、なぜこれほど違う考えが浮かぶのでしょうか？」
- 「思考と感情は、どちらが先に現れているように感じましたか？」
- 「思考、感情、身体、行動はそれぞれ独立して動いていますか？　それとも互いに影響し合っているように見えますか？」

静座瞑想（呼吸）導入時のポイント

ボディスキャンとは異なり、注意を一カ所に保ち続ける練習となるため、退屈や落ち着かなさを感じる参加者が出てきやすい。そのこと自体が観察の対象となる体験であり、心がさまよっていることに気づいた瞬間に呼吸へ戻ってくる、その繰り返しがマインドフルネスの実践であることを伝える。呼吸を「今この瞬間にとどまるためのアンカー」としてイメージしてもらうと理解しやすい。

インストラクターの誘いの言葉（例）

誘いの言葉の例（セッションの開始時）

「先週からの１週間、いかがでしたか。ホームワークがうまくできた日もあれば、難しかった日もあったかもしれません。今日は、皆さんの体験をひとつずつ聞かせていただきながら、思考や感情、身体感覚がどのように関わり合っているのかを一緒に探っていきたいと思います」

誘いの言葉の例（思考と感情のエクササイズ後）

「同じ場面なのに、これほどさまざまな解釈が生まれることに気づかれたかもしれません。私たちは出来事そのものに反応しているのではなく、出来事をどう受け取るかに反応しています。この気づきを持ち帰っていただいて、日々の小さな出来事に当てはめてみていただけたらと思います」

セッション 3：散漫な心をまとめる

スタッフの目標

- □ 前回までの練習の蓄積を確認し、参加者同士で気づきを共有する
- □ 聴く瞑想や静座瞑想を通して、注意のアンカーをさまざまな対象に広げる
- □ 嬉しい出来事日誌を振り返り、日常の中の小さな喜びへの気づきを促す
- □ 3 ステップ呼吸空間法を学び、日常生活でのミニ実践として位置づける
- □ マインドフル立位ムーブメントを通して、動きの中の気づきを体験する
- □ 散漫な心をまとめる手立てを、複数の方法で持ち帰ってもらう

準備する備品

- □ 時計、セッション 3 のメモ
- □ ベル
- □ ホワイトボード（「セッション 3：散漫な心をまとめる」と事前記入）、マーカー
- □ ヨガマット
- □ ハンドアウト（セッション 3）
- □ 砂時計の図示（3 ステップ呼吸空間法の説明用）

タイムテーブル

	時間（分）	内容
0	—	マインドフルチェックイン
1	3	労い、前回の復習とセッション 3 への誘い
2	42	聴く瞑想または観る瞑想（5）、静座瞑想・呼吸と身体のマインドフルネス（30）、振り返り（7）
3	30	ホームワークの振り返り
4	10	3 ステップ呼吸空間法（標準）（3）、振り返りと説明（7）
5	25	マインドフル立位ムーブメント（20）、振り返り（5）
6	9	セッションのまとめ、ホームワークの説明、質疑応答
7	1	終わりの瞑想
8	—	マインドフルチェックアウト

このセッションのねらい

これまでの 2 週間でボディスキャンと静座瞑想を実践し、意図するところに意識をある程度保てるようになってきている。このセッションでは、呼吸や身体を「今ここ」への入り口として活用しながら、散漫になりやすい心をまとめ、今この瞬間に繋ぎ止める方法を深める。

セッションの目標

- 呼吸と身体の感覚が、散漫な心を「今ここ」に引き戻す手がかりとなることを理解する
- マインドフルムーブメントを通じて、動作の中でも気づきを保つインフォーマルな練習への橋渡しをする

・３ステップ呼吸空間法を習得し、日常の中で自動操縦状態から意識的に離れる実践に活かす

主要なエクササイズ

聴く瞑想

音も今この瞬間に存在しているため、瞑想練習の対象となることを学ぶ。「聴く」という行為を通して、することモードからあることモードへと移行する体験をする。

静座瞑想（呼吸と身体のマインドフルネス）

呼吸の感覚を観察するところから始め、続いて身体全体の感覚へと意識の対象を広げていく。心は自然にあちこちに動いていくが、それに気づいたら呼吸や身体の感覚へと優しく戻していく。呼吸も身体も常に「今ここ」に存在しているため、散漫になりやすい心を「今この瞬間」につなぎとめるアンカー（船の錨）として機能する。

嬉しい出来事日誌の振り返り

出来事・身体感覚・気分・思考・気づいたことの５カラムを用いて体験と気づきを探る。「日頃当たり前と思っているものにも多くの喜びがある」「身体感覚・思考・気分は相互に関連している」などの気づきをグループで共有する。※付録資料２：嬉しい出来事日誌

３ステップ呼吸空間法（標準）

砂時計のイメージで説明される３段階の短い瞑想。自動操縦状態から抜け出し、心の中にスペース（余裕）を作ることを目的とする。※付録資料３：３ステップ呼吸空間法の解説

マインドフル立位ムーブメント

立った姿勢で身体を動かしながら、その動きに伴う感覚を丁寧に観察する。事前に「無理な姿勢はとらない」「呼吸を止めない」「他の参加者や過去の自分と比較しない」などの点を確認し、安全に十分注意して実践を行う。

ホームワーク

・フォーマル練習：静座瞑想（呼吸と身体のマインドフルネス）とマインドフル立位ムーブメントを交互に１日１回
・３ステップ呼吸空間法（標準）を１日３回（朝・昼・夕）
・インフォーマル練習：前回とは異なる日常生活の活動を１日１回マインドフルに行う
・不快な出来事日誌を毎日記録する　※付録資料４：不快な出来事日誌

嬉しい出来事日誌の振り返り

日常のささやかな喜びは、自動操縦のうちに過ぎ去ってしまうことが多い。日誌の振り返りでは、参加者の体験を５カラム（出来事・身体感覚・気分・思考・気づいたこと）に沿って共有してもらい、当たり前と思っていることの中にも豊かな体験が含まれていることに目を向けてもらう。気分・身体・思考が相互に関連していることへの気づきにもつながりやすい。

３ステップ呼吸空間法の導入

砂時計のイメージを使って、３つのステップ（気づく／集める／拡げる）を視覚的に示すと参加者の理解が進みやすい。最初のステップでは今の心身の状態に気づく、２つ目のステップでは呼吸を錨にして意識を集中させる、最後のステップでは意識を全身や周囲へと拡げていく、という流れである。日常生活で自動操縦から抜け出すための短い瞑想として位置づけられる。

マインドフル立位ムーブメントの実施で押さえたい点

- 無理はしない：自分の身体に合わせて、できないポーズはスキップしたり調整したりしてよい。安全に十分配慮して行う。
- 呼吸を止めない：負荷をかけすぎないよう、呼吸が続けられる範囲で動く。
- 比較しない：他の参加者の動きや過去の自分と比べず、今の身体の状態に耳を傾ける。

動きのある身体感覚を観察することで、静止した瞑想よりも意識を保ちやすくなる参加者もいる。日常の様々な動作（歩く、立ち上がる、家事をするなど）にもマインドフルネスを広げていくための土台作りとなる。

インストラクターの誘いの言葉（例）

誘いの言葉の例（3 ステップ呼吸空間法の説明後）

「3 ステップ呼吸空間法は、日常の慌ただしさの中で、ほんの数分でも自分に立ち戻る時間を作るためのものです。完璧にやろうとせず、信号待ちの間や、会議の前のひと呼吸など、生活の隙間に組み込んでみてください。練習を重ねるうちに、心がざわついた瞬間に自然と思い出せるようになっていきます」

誘いの言葉の例（立位ムーブメント後）

「動きながら身体に意識を向けてみると、止まっているときとは違う感覚が見えてきたのではないでしょうか。日常の何気ない動作――歩く、立ち上がる、家事をする――そのすべてが、マインドフルネスを練習する場になります。今週は、そうした動きの中の気づきも探してみてください」

セッション４：嫌悪を認識する

スタッフの目標

・ □ 不快な体験のときに現れる心と身体の反応パターンへの気づきを促す
・ □ 否定的な思考が、うつや不安の症状として人類共通に現れやすいことへの理解を促す
・ □ 3 ステップ呼吸空間法の対処版を学び、不快な気分への即時的な対応法としての練習を行う
・ □ マインドフルウォーキングを通じて、身体の安定と心の安定のつながりの実感を促す
・ □ セッション 5 以降の「困難に向き合う」練習への準備を整える

準備する備品

・ □ 時計、セッション 4 のメモ
・ □ ベル
・ □ ホワイトボード（「セッション 4：嫌悪を認識する」と事前記入）、マーカー
・ □ ヨガマット
・ □ 自動思考尺度（参加者人数分）
・ □ ハンドアウト（セッション 4）
・ □ 5 カラム表の記入用紙（不快な出来事日誌用）
・ □ 音声ガイド（Disc 3：観る瞑想、無選択の意識、困難に向き合う瞑想）

タイムテーブル

	時間（分）	内容
0	—	マインドフルチェックイン
1	—	労い＆前回の復習とセッション 4 への誘い
2	42	聴く瞑想または観る瞑想（5）、静座瞑想・呼吸、身体、音、思考、無選択の意識（30）、振り返り（7）
3	25	ホームワークの振り返り
4	25	不安やうつの領域を理解する
5	5	3 ステップ呼吸空間法（対処）（3）、振り返り（2）
6	10	マインドフルウォーキング（7）、振り返り（3）
7	9	セッションのまとめ、ホームワークの説明、質疑応答
8	1	終わりの瞑想
9	—	マインドフルチェックアウト

このセッションのねらい

集中瞑想の実践を重ねることで、心の動きのパターンが見えやすくなってきている。このセッションでは、不快な体験が生じたときに心がどう反応するか（嫌悪反応）を丁寧に観察し、次のセッション（困難と向き合う）への準備を進める。

セッションの目標

・ 嫌悪（不快な体験に対する自動的な反応）に気づく
・ 否定的な思考は不安やうつの症状（人類共通）であることを理解する
・ 不快な体験に対しても、思いやりをもって向き合う姿勢を育てる

主要なエクササイズ

静座瞑想（呼吸・身体・音・思考・無選択の意識）

これまでの静座瞑想から発展し、音・思考・無選択の意識（今この瞬間に生じているすべてに開かれた意識）までを含む広い瞑想を実践する。心がどのように動くかを興味・関心をもって観察する「洞察瞑想」の側面が加わる。

不快な出来事日誌の振り返り

不快な体験をきっかけとして起こる嫌悪反応（思考・感情・身体感覚・行動）を 5 カラム表で可視化し、不快な体験に向き合う（回避しない）こと、不快な体験は身体の感覚としても現われてくることなどを探る。

不安やうつの領域を理解する

参加者が「落ち込んだ時の心のつぶやき」を自動思考尺度で確認することで、自分の思考パターンと自動思考の共通点を見つけ、「否定的な思考は不安やうつの症状であり人類共通のものである」という認識を促進する。

3 ステップ呼吸空間法（対処）とマインドフルウォーキング

不快な体験をした際に心の中にスペース（空間）を作り、不快な体験に対して興味や優しさなどの態度をもって向き合えるようになる対処版の 3 ステップ。マインドフルウォーキングでは足を床や地面にしっかりとつけ身体を安定させ、心の安定を図る。

ホームワーク

・ フォーマル練習：静座瞑想（呼吸・身体・音・思考・無選択の意識）を 1 日 1 回
・ 3 ステップ呼吸空間法（標準）を 1 日 3 回（朝・昼・夕）
・ 3 ステップ呼吸空間法（対処）を不快な気分に気づいた時に
・ インフォーマル練習：マインドフルウォーキングを 1 日 1 回

不快な出来事日誌の振り返り

不快な体験のときに、心と身体がどのように反応しているかを明らかにする。嬉しい出来事の振り返りと比べ、不快な体験は身体感覚としてはっきり現れることが多く、嫌悪反応のサインを早めに察知する手がかりになる。「不快なことから逃げず、観察できる」という体験が、次のセッションで扱う困難への向き合い方の準備となる。

不安やうつの領域を理解する

自動思考尺度などを用いて、自分の中に浮かびがちな「心のつぶやき」と、多くのうつ症状を経験した人に共通する思考パターンとを照らし合わせる。否定的な思考は自分一人の問題ではなく、心が落ち込んだときに人類共通で現れやすい「症状」のようなものであることに気づくと、自責的な見方が和らぎやすい。

3 ステップ呼吸空間法（対処）の位置づけ

標準版が日常生活の中で定期的に行うものであるのに対し、対処としての 3 ステップ呼吸空間法は不快な気分や困難な状況に気づいた瞬間に用いる短い実践である。3 つ目のステップで、不快な感覚のある身

体部位に呼吸を送り、優しさや好奇心を向けながらそこから息を吐き出すというイメージを使う。即座に状況を変えるためのものではなく、反応する前に一呼吸置く余白を作るための練習である。

マインドフルウォーキングのねらい

足の裏が地面に触れる感覚、体重の移動、脚の筋肉の収縮などを観察しながらゆっくり歩く。床や地面に身体がしっかりつながっている感覚は、心の安定にもつながりやすい。気分が大きく揺れているときや嫌悪反応が高まっているときに、自分を落ち着けるための実践としても有効である。

インストラクターの誘いの言葉（例）

誘いの言葉の例（不安やうつの領域を理解する後）

「否定的な思考が浮かんできたとき、私たちはつい「自分はダメな人間だ」と受け取ってしまいがちです。でも今日見ていただいたように、その思考は私たち一人の問題ではなく、不安になったり落ち込んだときに人類共通で現れやすい症状のようなものです。風邪をひいたら熱が出るのと同じく、思考の内容そのものを真に受けすぎず、症状の一つとして眺めてみる――そんな視点を頭に入れておいていただければと思います。」

誘いの言葉の例（マインドフルウォーキング後）

「足の裏が地面に触れている感覚、体重がゆっくり移っていく感覚――ふだんはほとんど意識していない動きの中に、こんなにも豊かな手がかりがあることに気づかれた方も多いと思います。心がざわついたとき、まず一歩、足の裏に意識を向けてみる。それだけで身体が大地につながり、心も少し落ち着いていくことがあります」

セッション５：許容すること／そのままにすること

スタッフの目標

・ □ プログラム前半での取り組みを労い、後半に向かう参加者の気持ちを支える
・ □ 困難を意図的に探索する瞑想を通して、新しい関わり方を体験してもらう
・ □ ありのままでいる、手放すという姿勢への理解を促す
・ □ 辛いときの衝動的な反応が、長期的にどのような影響を及ぼすかについての気づきを促す
・ □ 悪循環の花を通じて、自分自身の反応パターンを視覚的に理解してもらう
・ □ 詩（ゲストハウス）を通じて、感情への新しい姿勢を感じ取ってもらう

準備する備品

・ □ 時計、セッション５のメモ
・ □ ベル
・ □ ホワイトボード（「セッション５：許容すること／そのままにすること」と事前記入）、マーカー
・ □ ヨガマット
・ □ 詩（ゲストハウス）の朗読用テキスト
・ □ ハンドアウト（セッション５）
・ □ 悪循環の花を描くためのスペース（ホワイトボード）

タイムテーブル

	時間（分）	内容
0	—	マインドフルチェックイン
1	3	労い、前回の復習とセッション５への誘い
2	42	静座瞑想・困難を探索する（30）、振り返り（12）
3	30	ホームワークの振り返り
4	20	悪循環の花
5	10	３ステップ呼吸空間法（対処）（3）、振り返り（7）
6	5	詩（ゲストハウス）の朗読
7	9	セッションのまとめ、ホームワークの説明、質疑応答
8	1	終わりの瞑想
9	—	マインドフルチェックアウト

このセッションのねらい

前半４回を終えて折り返し地点に差し掛かるセッションである。ここまで培ってきた実践を基盤として、困難な体験と積極的に向き合うフェーズへと移行する。「ありのままでいること」「手放すこと」という姿勢を中心に学びを深める。

セッションの目標

・ 衝動的に反応するのではなく、一歩止まってそのままでいる（許容する）ことを身につける
・ 不快な体験であっても、逃げずに向き合い、ありのままに受け入れることを学ぶ

・ 一時的な気晴らしや回避行動は短期的には楽になるが、長い目で見ると不快さを強めやすいことを理解する

主要なエクササイズ

静座瞑想（困難を探索する）

困難に積極的に向き合うための瞑想。小さな不快なことや困難なことを思い浮かべ、その体験に向き合い探索する。困難への対応として「そのまま向き合っていく（マインドフルエクスポージャー）」と「いったん離れる（マインドフルな回避）」の 2 つの選択肢があることを理解する。

悪循環の花（Vicious Flower）

辛い時にとってしまいがちな行動（お酒を飲む、くどくど考える、ふて寝するなど）を「花びら」に見立て、短期的・長期的影響を探る。衝動的な反応が悪循環のループになっていることを視覚的に理解し、ありのままでいることの重要性を実感する。※付録資料 5：悪循環の花

詩（ゲストハウス）の朗読

全ての体験に対する受容やおもてなしの姿勢を学ぶための詩を朗読する。難しい感情でも衝動的に逃げるのではなく、向き合う（受け止める）ことの大切さについてグループで話し合う。※付録資料 6：ゲストハウス

ホームワーク

・ フォーマル練習：困難を探索する瞑想を、奇数日は教示を聞きながら瞑想（音声ガイドあり）、偶数日は自分で教示しながら練習（音声ガイドなし）
・ 3 ステップ呼吸空間法（標準）を 1 日 3 回
・ 3 ステップ呼吸空間法（対処）を不快な気分に気づいた時に

困難を探索する瞑想の進め方

いきなり大きな困難に向き合うのではなく、最近経験した小さな不快や引っかかりから始める。瞑想中に、その出来事を意識の中に持ち込み、身体のどこにどんな反応が現れるかを観察してもらう。困難への対応として、（a）そのまま向き合う（マインドフルエクスポージャー）、（b）いったん離れる（マインドフルな回避）の 2 つの選択肢があり、どちらを選んでもよいことを伝えておくと、参加者は安心して練習に取り組める。

悪循環の花の進め方

辛いときについ取ってしまう行動（飲酒、引きこもり、反芻、衝動買いなど）を「花びら」に見立てて図示する。それぞれの行動について、短期的な影響と長期的な影響を分けて検討すると、一時しのぎの対処が長期的にはむしろ苦しさを強めていることが視覚的に理解できる。中央に「辛い時」と書き、花びらを描き、最後に矢印で悪循環のループを示すと、衝動的な反応のパターンが直感的に伝わる。

詩（ゲストハウス）の朗読の活かし方

ルーミーの詩「ゲストハウス」を朗読し、その内容について感想や気づきを分かち合う時間を持つ。難しい感情も、追い払うのではなく一人の客人として受け入れるという姿勢を、論理ではなく詩の言葉を通じて感じ取ってもらう。「すべてを笑顔で受け入れるのは難しい」という反応が出てきても、それ自体が自然な感想として尊重し、無理に「正解」へ導かない。

プログラム後半に向けて意識したいこと

セッション５は前半と後半の橋渡しとなる回である。ここまで積み上げてきた集中の練習をベースに、これからは困難と積極的に関わっていくフェーズに入る。インストラクター自身も、「ありのままでいる」という姿勢を言葉だけでなく態度として示していく必要がある。

インストラクターの誘いの言葉（例）

誘いの言葉の例（困難を探索する瞑想後）

「困難から目を背けるのではなく、優しさをもって側に座ってみる――そんな姿勢を試していただきました。すぐに楽になるわけではありませんし、最初は違和感もあるかもしれません。でも今日のような関わり方を少しずつ重ねていくことで、困難そのものは変わらなくても、自分とそれとの関係が少しずつ変わっていくかもしれません」

誘いの言葉の例（詩の朗読後）

「すべての感情を笑顔で迎え入れるのは、確かに容易ではありません。でもこの詩は、難しい感情を追い払うのではなく、少しの間そばに居場所を作ってみる、その大切さを伝えてくれています。ご自分の中に湧いてくるさまざまな客人に、無理のない範囲で椅子を勧めてみる――そんなイメージを少し持っていただけたらと思います」

セッション６：思考は事実ではない

スタッフの目標

・ □ 長めの静座瞑想を通じて、思考をありのままに観察する練習を深める
・ □ 気分によって浮かぶ思考が大きく変わることを、参加者の体験から確認してもらう
・ □ 思考の内容は必ずしも事実ではないということを参加者の体験から学んでもらう
・ □ 思考と気分が相互に影響し合うことを理解し、悪循環の前で立ち止まる視点を育てる
・ □ 不安やうつの早期警告サインに気づくシートを用い、自分のパターンを言語化してもらう
・ □ プログラム終了後を見据え、再発予防の視点に踏み出す

準備する備品

・ □ 時計、セッション６のメモ
・ □ ベル
・ □ ホワイトボード（「セッション６：思考は事実ではない」と事前記入）、マーカー
・ □ ヨガマット
・ □ シナリオ（落ち込んだ気分／幸せな気分の２種類）
・ □ シート（うつに上手な対応をするⅠ）
・ □ ハンドアウト（セッション６）

タイムテーブル

	時間（分）	内容
0	—	マインドフルチェックイン
1	3	労い＆前回の復習とセッション６への誘い
2	42	静座瞑想（30）、振り返り（12）
3	20	ホームワークの振り返り
4	20	気分、思考、今までとは異なる見方のエクササイズ
5	5	３ステップ呼吸空間法（対処）（3）、振り返り（2）
6	20	不安やうつに上手な対応をするⅠ
7	9	セッションのまとめ、ホームワークの説明、質疑応答
8	1	終わりの瞑想
9	—	マインドフルチェックアウト

このセッションのねらい

思考が感情・身体・行動に大きな影響を与えることはこれまでの実践で理解されてきた。そのうえでこのセッションでは、「思考の内容は気分の状態によって変わる」という現象を体験的に確認することで、思考を事実とは別のものとして扱う視点をさらに深める。

セッションの目標

・ 思考の内容は気分の状態によって変化するため、必ずしも事実を反映しているわけではないことを理解する

- 思考を「心の中を通り過ぎる出来事」として眺める視点（俯瞰）を養う
- 否定的な思考に対して思いやりを向け、柔軟に関わっていく
- プログラム終盤に向け、症状再発の予防に取り組む

主要なエクササイズ

気分・思考・今までとは異なる見方のエクササイズ

「落ち込んでいる時」と「幸せな気分の時」という 2 種類のシナリオを読み上げ、それぞれの場合に浮かぶ思考を参加者から集め、表に書き出す。思考が気分次第で変化することを視覚的に確認し、「思考の内容は必ずしも事実ではない」というエビデンスとする。　※付録資料 7：気分・思考・今までとは異なる見方のエクササイズ

不安やうつに上手な対応をするⅠ

不安やうつの早期警告サイン（不安やうつの兆候）に気づき、自分のパターンを早期に察知して芽のうちに対処するための練習。「不安やうつのきっかけとその時の反応」をシートに記入し、小グループで振り返る。　※付録資料 8：不安やうつに上手な対応をするⅠ

ホームワーク

- フォーマル練習：これまで紹介したフォーマル練習の中から選択して 1 日最低 40 分間
- 3 ステップ呼吸空間法（標準・対処）を継続する
- インフォーマル練習を継続する

気分・思考・今までとは異なる見方のエクササイズの進め方

同じ出来事（同僚に「今は話せない」と言われて去っていく場面）について、落ち込んだ気分のときと幸せな気分のときの 2 種類のシナリオを順に読み上げる。それぞれに浮かぶ思考をホワイトボードの左右に書き出していくと、同じ出来事でも気分次第で解釈が大きく変わることが視覚的に確認できる。「思考の内容は必ずしも事実ではない」というメッセージの根拠を、参加者自身の体験から立ち上げていくのがこのエクササイズのねらいである。

気づきを促す問いかけの例

- 「気分によって浮かぶ思考が変わるとしたら、それはどういうことを意味すると思いますか？」
- 「考えが気分次第で変わるなら、その考えは事実だと言えるでしょうか？」
- 「思考の内容が必ずしも事実でないとすれば、私たちは思考とどう付き合えばよいのでしょうか？」

思考と気分の双方向の関係

セッション 2 では「思考が気分に影響を与えること」を扱ったが、セッション 6 では逆方向、すなわち「気分が思考に影響を与えること」を確認する。両者は双方向に作用し合うため、一方が否定的に傾くと互いに引っ張り合って悪循環に陥っていく可能性があることを共有する。3 ステップ呼吸空間法は、この負のスパイラルが回り始める前に立ち止まるための具体的な手段として位置づけられる。

不安やうつに上手な対応をするⅠ：シートの活用

不安やうつの早期警告サインに気づくため、参加者は自分の引き金、思考、感情、身体感覚、行動パターンをシートに書き出す。小グループで分かち合うと、共通点や個人差が浮かび上がりやすい。インストラクターは答えを示すのではなく、参加者自身が自分のパターンに気づくプロセスを支える姿勢を取る。

インストラクターの誘いの言葉（例）

誘いの言葉の例（気分・思考のエクササイズ後）

「同じ場面でも、気分が違うとこれほど違う考えが浮かんでくる――このことから、思考はその時々の状態に色づけられた一つの見え方であり、必ずしも事実そのものではないと言えそうです。落ち込んでいるときに浮かぶ厳しい考えを、すぐに信じ込まず、「今こう見えているんだな」と一歩引いて眺めてみる。その余白が、思考と気分の悪循環に巻き込まれない助けになります」

誘いの言葉の例（早期警告サインのシート活用後）

「今日書き出していただいたサインは、ご自分にとっての貴重な地図です。早めに気づければ、早めに手を打てます。ご家族や信頼できる人に共有しておくのもよいと思います。「最近こういう状態になっている」と他者から教えてもらえることは、自分一人で気づくよりも早いことが多いのです」

セッション７：どうしたら最善の自己ケアができるのか

スタッフの目標

・ □ 瞑想の実践を継続し、思考・感情・身体感覚への観察を深める
・ □ 日常の活動が気分にどう影響しているかを視覚化してもらう
・ □ 消耗の漏斗の図を通じて、調子の悪い時こそ栄養活動が必要な理由を共有する
・ □ 楽しめそうな活動と達成感の得られそうな活動を、自分自身で書き出してもらう
・ □ 不安やうつのサインに気づいた際の具体的な対処計画を作成してもらう
・ □ 自分を大切にするという観点から、行動を活性化させる

準備する備品

・ □ 時計、セッション７のメモ
・ □ ベル
・ □ ホワイトボード（「セッション７：どうしたら最善の自己ケアができるのか」と事前記入）、マーカー
・ □ シート①（活動と気分のエクササイズ用）
・ □ シート②（自分を大切にする活動）
・ □ シート③（不安やうつに上手な対応をするII）
・ □ ハンドアウト（セッション7）

タイムテーブル

	時間（分）	内容
0	—	マインドフルチェックイン
1	3	労い、前回の復習とセッション７への誘い
2	42	静座瞑想（30）、振り返り（12）
3	15	ホームワークの振り返り
4	15	活動と気分のエクササイズ
5	15	自分を大切にする活動
6	3	3ステップ呼吸空間法
7	14	不安やうつに上手な対応をするII
8	3	3ステップ呼吸空間法またはマインドフルウォーキング
9	9	セッションのまとめ、ホームワークの説明、質疑応答
10	1	終わりの瞑想
11	—	マインドフルチェックアウト

このセッションのねらい

自分自身への思いやり（セルフコンパッション）は、不安やうつの改善において中心的な役割を果たす。このセッションでは、「自分を大切にする」という視点から行動を見直し、不安やうつの改善、再発・再燃に備えた対処策を考えていく。

セッションの目標

- 気分が落ち込んだり不安が高まったりしたとき、自分を大切にするための対応を考える
- 自分を大切にするという観点から、日常の活動を意識的に見直し活性化する

主要なエクササイズ

活動と気分のエクササイズ

日常生活の中での活動が気分にどのような影響を与えるかを知る。「朝から夜寝るまでの活動」を 15〜20 個リストアップし、それぞれに対して栄養を与えてくれる活動には「↑」、消耗する活動には「↓」を記入する。完成した表を全体で振り返り、より自分を大切にする生活について話し合う。　※付録資料 9：活動と気分のつながりに気づく、※付録資料 10：消耗の漏斗

自分を大切にする活動

落ち込んだりストレスを感じたりしている時は、自分を大切にする活動が少なくなっていく。楽しめそうな活動および達成感が得られそうな活動について各自で記入し、小グループで分かち合う。付録資料 11：自分を大切にする活動

不安やうつに上手な対応をする II

不安症の早期警告サインに気づいた際、どのように対応するかを探る。「不安になったり気持ちが落ち込んだ時の対応」をシートに記入し、小グループで話し合う。セッション 6 での不安やうつに上手な対応 I と合わせて、不安やうつ症状への具体的な対処計画を作成していく。　付録資料 12：不安やうつに上手な対応をする II

ホームワーク

- フォーマル練習：これまで紹介したフォーマル練習の中から、定期的に練習してみたいと思うものを行う
- 3 ステップ呼吸空間法（標準）を 1 日 3 回、（対処）を不快な気分に気づいた時に
- 気づきや行動を促す活動（楽達活動）：自分を大切にする活動シートに書いた活動のどれかをやってみる

活動と気分のエクササイズの進め方

日常の活動を 15〜20 個程度書き出してもらい、それぞれが気分を高めてくれる栄養を与えてくれる活動か、気分を消耗させてしまう活動かを記号（↑／↓）で記入する。参加者によっては、同じ活動でも状況によって栄養にも消耗にもなりうることに気づくことが多い。完成した一覧を眺めながら、自分の生活がどちらに傾いているかを振り返り、自分を大切にする生活へどう近づけるかを話し合っていく。

消耗の漏斗について

不安やうつが強まるにつれ、人は栄養を与えてくれる活動（楽しみ、休息、人とのつながりなど）を後回しにしがちである。「やらなければならないこと」だけが残り、活動の幅が漏斗のように狭まっていく結果、エネルギーがさらに枯渇するという悪循環が起きやすい。この図を通じて、調子の悪いときこそ意識的に栄養を与えてくれる活動を残す重要性を共有する。

自分を大切にする活動シート

楽しめそうな活動（Pleasure Activities）と達成感が得られそうな活動（Mastery Activities）を、それぞれ各自で書き出す。小グループで分かち合うと、他の人のリストから自分にも合いそうな活動を取り入れることができる。ホームワークでは、無理のない範囲で 1 つでも実践してみるよう勧める。

不安やうつに上手な対応をする II：対処計画の作成

セッション 6 で書き出した警告サインに気づいたとき、どのような行動を取るかをあらかじめ決めておく。3 ステップ呼吸空間法、ボディスキャン、マインドフルウォーキング、信頼できる人への連絡、安心できる場所への移動など、自分にとって役立ちそうな対処を複数用意しておくと、いざというときに選びやすい。「うまくやろう」と力まず、「自分を責めずに小さく対応する」ことを優先するよう伝える。

インストラクターの誘いの言葉（例）

誘いの言葉の例（活動と気分のエクササイズ後）

「日々の活動の中で、自分にエネルギーを与えてくれるものと、消耗させてしまうものがあることが見えてきたと思います。すべての活動を変える必要はありません。栄養を与えてくれる活動を一つでも意識的に残す、消耗の活動の中に小さな休息を挟む――そんな小さな工夫が、生活全体のバランスを少しずつ立て直していきます」

誘いの言葉の例（対処計画の作成後）

「警告サインに気づいたとき、何をするか――それを具体的に決めておくことが、いざという時の支えになります。「うまくやろう」と力まなくて大丈夫です。自分を責めずに、できることから一つだけ手を打つ。それで十分です。今日書いたシートを、目に入る場所に貼っておくこともお勧めします」

セッション８：新たに学んだことを維持し広げる

セッション８：新たに学んだことを維持し広げる

スタッフの目標

・ □ 最終セッションを迎えた参加者を労い、これまでの学びを丁寧に振り返る
・ □ 初回と同じボディスキャンに戻り、2 か月前との違いを身体感覚を通して感じてもらう
・ □ プログラムへの期待と、実際に得たものとを言葉にして共有してもらう
・ □ 今後の練習を支える「自分にとって大切な価値」を言語化してもらう
・ □ 練習を継続するための具体的な計画を立ててもらう
・ □ 仲間への感謝とコンパッションをもってプログラムを締めくくる

準備する備品

・ □ 時計、セッション 8 のメモ
・ □ ベル
・ □ ホワイトボード（「セッション 8：新たに学んだことを維持し広げる」と事前記入）、マーカー
・ □ ヨガマット
・ □ アンケート用紙
・ □ シート（これからの人生にマインドフルネスを活かす）
・ □ ハンドアウト（セッション 8）
・ □ 練習を続けるための書籍リスト

タイムテーブル

	時間（分）	内容
0	—	マインドフルチェックイン
1	3	労い、前回の復習とセッション 8 への誘い
2	42	ボディスキャン（30）、振り返り（12）
3	20	ホームワークの振り返り
4	20	プログラムのまとめと振り返り
5	10	アンケートの記入
6	10	今後の練習について
7	14	エンディング
8	1	終わりの瞑想
9	—	マインドフルチェックアウト

このセッションのねらい

2 カ月間の実践を通じてマインドフルな生活が少しずつ根付いてきている。最終セッションはプログラムの終わりであると同時に、新しい出発点でもある。ここまでの学びを整理し、これからの実践へのつながりをしっかりと作っていく。

セッションの目標

- プログラムをまとめる
- マインドフルネスの実践を今後も継続する意図を明確にし、個人の価値や目標と結びつけた計画を立てる

主要なエクササイズ

ボディスキャン（原点回帰）

セッション 1 でプログラムを始めたときと同じボディスキャンを行い、2 カ月前との変化や成長を体験的に確認する。「体験を通して学ぶ」というプログラムの基本姿勢を改めて確かめる時間でもある。

プログラムのまとめと振り返り

「このプログラムに期待したことは何だったでしょうか？」「このプログラムで何を得ましたか？」という 2 つを問いかけ、まずペアで話し合い、その後グループ全体で分かち合う。

今後の練習について

「あなたにとって、人生で大切にしていることは何ですか？」「その大切にしていることのために、マインドフルネスの練習を続けることがどう役立ちますか？」という問いかけをして、「これからの人生にマインドフルネスを活かす」シートに記入する。自分が大切に感じていること（価値）と練習の意図をつなげて、練習が継続できるようにする。※付録資料 13：これからの人生にマインドフルネスを活かす

エンディング

2 カ月間共に実践してきた仲間への感謝とともに、お互いの幸福を願う時間を設けます。左隣から右隣へと順に視線を向け、一人ひとりの well-being を心の中で願うというコンパッションの実践でプログラムを締めくくる。

ボディスキャンによる原点回帰

最終セッションでは、プログラムの始まりと同じボディスキャンに戻る。2 か月前の自分と今の自分の違いを、頭ではなく身体感覚を通して感じてもらう機会となる。「以前より身体のサインに早く気づけるようになった」「呼吸が楽に感じられる」など、それぞれの参加者が自分なりの変化を発見しやすい。インストラクターは、変化を評価したり比較したりせず、ただ確かめる時間として静かに支える。

プログラムの振り返りの進め方

「このプログラムに期待していたことは何でしたか？」「実際に得たものは何でしたか？」という 2 つの問いを投げかけ、まずペアで話し合い、その後グループ全体で分かち合う。期待と結果のズレが、本人にとっての本当の学びを照らし出すことも多い。インストラクターは、変化が小さく感じられる参加者の声にも、丁寧に耳を傾ける。

今後の練習を支える価値の言語化

「あなたにとって人生で大切にしていることは何ですか？」「その大切なもののために、マインドフルネスの練習を続けることはどう役立ちそうですか？」という問いを使い、価値と実践をつなげる時間を持つ。練習を続ける動機を、義務ではなく自分の価値に根づかせることで、プログラム終了後も継続しやすくなる。シートに書き出したものは、自宅やスケジュール帳など目に入る場所に貼ることを勧める。

エンディング：仲間への感謝とコンパッション

2 か月間共に学んできた仲間と、ここで一度別れることになる。左隣の人から右隣の人へと順に視線を向け、一人ひとりの幸せを心の中で願うコンパッションの実践でプログラムを締めくくる。最後にインストラクターは、これまでの学びがそれぞれの日常に静かに広がっていくことを願う言葉を添えて参加者を送り出す。

インストラクターの誘いの言葉（例）

誘いの言葉の例（プログラムの振り返り後）

「2 か月前にこの場所に来られた時のことを思い出してみてください。あの時の自分と、今ここにいる自分とで、何かが少しずつ変わってきているかもしれません。大きな変化でなくても構いません。「以前なら気づかなかったことに、今は気づけるようになった」――そんな小さな変化こそが、これからの人生を支えていく土台になります」

誘いの言葉の例（プログラム終結時）

「これでマインドフルネス認知療法のプログラムは終わりますが、皆さんの実践は今日から新しい段階に入っていきます。練習を完璧に続けようとせず、自分の生活に合うペースで、自分に優しく続けていってください。日々の暮らしの中で、何か一つでも今日の学びが活かされる瞬間があれば、それで十分です」

フォローアップ・セッション

必須ではないが、プログラム修了後に、修了から 1 カ月後・3 カ月後などに実施することがある。

スタッフの目標

- □ プログラム修了者を温かく迎え、再会を喜び合う雰囲気を作る
- □ 修了後の練習の様子と、生活の中での気づきを共有してもらう
- □ 練習が途絶えがちな参加者がいれば、再開のきっかけを支える
- □ 参加者同士の対話を通じて、継続実践の励みを得てもらう
- □ プログラム期間中には扱いきれなかった疑問や課題に応える

準備する備品

- □ 時計、セッション運営メモ
- □ ベル
- □ ホワイトボード、マーカー
- □ ヨガマット（必要に応じて）
- □ これまでのプログラム資料（参考用）
- □ お茶やお菓子（雑談時間用、可能であれば）

位置づけと目的

プログラム修了後に、実践の継続を支援し仲間との絆を保つことを目的としたフォローアップ・セッションを、修了から 1 カ月後・3 カ月後などに実施することがある。実施内容や可否は、施設の状況や参加者の都合に応じて柔軟に決定する。

フォローアップの内容と流れ

フォローアップ・セッションは約 2 時間で実施され、以下の内容で構成される。

- マインドフルチェックイン
- 労い
- 静座瞑想（呼吸・身体・音・思考のマインドフルネス）：約 40 分
- 振り返り
- プログラム修了後の練習と今後の練習についての話し合い：25 分程度
- 近況報告・情報交換：20 分程度
- 終わりの瞑想
- マインドフルチェックアウト

フォローアップの代替案

次のプログラムのサイレント・リトリートに修了者を招くことでフォローアップに代える場合もある。プログラム修了者（マインドフルネス瞑想を継続している人）の参加は、初めてサイレント・リトリートに参加した人にとって大変励みになる。

実施頻度と時期の目安

プログラム修了から 1 か月後、3 か月後といったタイミングで実施することが多い。修了直後は実践が続いている参加者でも、数か月経つと生活の中で練習が減りがちになる。フォローアップは、練習を再び

立て直すきっかけとして大きな意味を持つ。施設の状況や参加者の都合に応じて、回数や時期は柔軟に決めてよい。

進行のポイント

セッション本体と同じ構造（マインドフルチェックイン、瞑想、振り返り、終わりの瞑想、マインドフルチェックアウト）を踏襲しつつ、修了後の練習の様子や生活の中での気づきを共有する時間を多めに取る。参加者同士の対話が中心となるため、インストラクターは話を整理し、共通点を浮かび上がらせる役割に徹するとよい。

参加者にとっての意義

同じプログラムを修了した仲間と再会することは、それ自体が大きな励みになる。一人で続けていると見失いがちな練習の意味を、グループの場で再確認できる機会となる。次期プログラムのサイレント・リトリートに修了者を招くことでフォローアップに代える方法もあり、新規参加者にとっても継続実践者の存在は心強い後押しとなる。

（参考）サイレント・リトリート

（参考）サイレント・リトリート

MBCT では、セッション 6 と 7 の間の週末に、終日沈黙で過ごす「サイレント・リトリート」が実施される。しかし、精神科医療（外来ショートケア・デイケア、集団精神療法など）の中で MBCT を実施する場合、実施可能性の観点から、省略して実施されることが多い。本項では参考として紹介する。

スタッフの目標

- □ プログラムの中盤までに積み重ねた瞑想実践を集中的に深める機会とする
- □ 言語的なやり取りから離れ、沈黙の中での体験を大切にする
- □ 静的・動的な練習を組み合わせ、長時間の実践の流れを作る
- □ 困難を体験した参加者が、無理なくインストラクターに相談できる体制を整える
- □ 終盤の振り返りで、リトリート全体の体験を分かち合う場を作る

準備する備品

- □ 時計（参加者に見えない位置に設置）
- □ ベル
- □ ホワイトボード、マーカー
- □ ヨガマット（参加者人数分）
- □ 参加者全員分のランチ（必要に応じて）
- □ タイマー（インストラクターのスケジュール管理用）
- □ リトリートのスケジュール表（参加者用）
- □ 静かな雰囲気を保つための掲示物（必要に応じて）

位置づけと目的

セッション 6 と 7 の間の週末に行う終日の実践の場である。プログラム開始から約 1 カ月半が経過し、参加者が瞑想実践にある程度慣れてきたこのタイミングに集中的な実践機会を設けることで、マインドフルネスをより深い次元で体験することを目的とする。

リトリートの特徴とガイダンス

1 日を通じて言語的なコミュニケーションを極力抑え、静かな状態の中でマインドフルネス瞑想に集中的に取り組む。

- 積極的な言語活動（話す・読む・書く）および他者との交流は控える。携帯電話（スマホ）の電源はオフにしておく
- 腕時計を外す：時間のチェックは極力させる（時間はインストラクターが管理）
- 休憩のための明確な時間はとらない（各自の判断でトイレに行く）
- どうしても話さなければならない事情が生じた場合は、インストラクターに小声で話しかけてよい

リトリートの内容と流れ（概略）

静的練習（静座瞑想・ボディスキャン）と動的練習（マインドフルウォーキング・マインドフルムーブメント）を交互に行う。主なプログラムは、マインドフルチェックイン→教示なし静座瞑想→労い＆ガイダンス→静座瞑想（呼吸・身体・音・思考・無選択の意識）→マインドフル臥位ムーブメント→ボディスキャン→サイレント・ランチ→静座瞑想→マインドフルウォーキング→山の瞑想→マインドフル立位ムーブメント→ペアと全体での振り返り→終わりの瞑想（全体で約 6〜7 時間）。

終盤は、サイレンスの余韻を大事にしながらペアになって感想を小さな声で話し合い、その後グループ全体でも振り返る。

当日のガイダンスで伝えたいこと

・ 言語的なやり取り（会話、読み書き、メール、SNS）は控える。携帯電話の電源は切っておく。
・ 腕時計を外す。時間管理はインストラクターに委ね、参加者は時間を意識せずに過ごす。
・ 休憩時間は明確に設定しない。各自の判断でトイレや水分補給に行ってよい。
・ やむを得ず話す必要が生じた場合は、インストラクターに小声で声をかける。

進行の組み立て

静的な練習（静座瞑想、ボディスキャン）と動的な練習（マインドフルウォーキング、マインドフルムーブメント）を交互に組み合わせ、約 6〜7 時間かけて行う。終盤はサイレンスの余韻を保ったままペアになり、感想を小さな声で分かち合う時間を設ける。その後グループ全体でも振り返り、リトリート全体を締めくくる。

インストラクターへの総合的な留意点

インクワイアリーについて

MBCT のインクワイアリーは、レイヤー構造（直接体験→反応パターン→心の健康への気づき）で行うことが基本。インストラクターが講義のように話しすぎると、参加者は受け身の姿勢が強くなる。「体験を通して学ぶ」というスタンスを維持することが重要。傾聴の要素がかなり大きいことも忘れてはいけない。参加者の発言を聞かれた中で興味や関心をもって聴き入れることが大切である。

グループの学習環境について

各セッションはマインドフルチェックイン（参加者を温かく迎え入れる）で始まり、マインドフルチェックアウト（一人ひとりに声かけをしながら自宅へ送り出す）で終わる。このような姿勢でインストラクターが接することで、参加者が安心してセッションを迎えられる。マインドフルチェックアウトをおもてなしの心で丁寧に行うことで、ドロップアウトを防いだり、ラポール形成に大きく貢献すると思われる。

ホームワークの位置づけ

MBCT では参加者がホームワークをすることは必須である。効果が得られるかどうかは、ホームワークでほぼ決まってしまうくらい大事なことである。ただし、無理強いは禁物である。「ホームワークは自分を大切にする行為である」と伝えてもよい。

インストラクター自身のマルチタスク

MBCT のインストラクターは、セッション中かなり忙しいことが留意すべき点である。瞑想の際は、①正確かつ丁寧な教示をする、②自分の体験を観察する、③参加者の様子を観察する、④時間を管理する、ことが同時に求められる。インクワイアリーの際は、①セッションの目的やエクササイズの目標を意識する、②発言している参加者に意識を向ける、③他の参加者にも意識を向ける、④時間を管理する、ことなどが同時に必要となる。シングルタスクの大切さを伝える立場にいながら、セッション中のインストラクターにはマルチタスクする能力が求められる。

参考図書・文献・資料

実施者としてのテキスト

実践者が精読すべき MBCT のテキストは多数あるが、ここでは MBCT の原著および、日本における実践のためのガイドブック等に絞って紹介する。

・ シーガル ZV, ウィリアムズ JMG, ティーズデール JD. マインドフルネス認知療法［原著第 2 版］.越川房子訳. 京都: （株）北大路書房; 2023.

・ 家接哲次. うつのためのマインドフルネス認知療法ガイドブック. 京都: （株）北大路書房; 2025.

・ Crane et al. Mindfulness-based Interventions Teaching Assessment Criteria (MBI:TAC) Summary. The Universities of Bangor, Exeter and Oxford. 2021. https://mbitac.bangor.ac.uk/documents/MBITACsummary(Japanese%20version2021).pdf （日本語版：家接哲次訳）

科学的エビデンス

MBCT に関するエビデンスは膨大であるが、ここでは本文の作成で参考にされた、うつ病に関連するエビデンス、不安症に関連するエビデンス（我が国のものを含む）のうち、最小限に絞って提示する。

＜うつ病＞

・ Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol. 2000;68(4):615–23.
・ Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. JAMA Psychiatry. 2016;73(6):565–74.
・ National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults: treatment and management. NICE guideline. Reference number:NG222. Published: 29 June 2022. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909

＜不安症＞

・ Haller H, Breilmann P, Schroter M, Dobos G, Cramer H. A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. Sci Rep. 2021;11(1):20385.
・ Gray, B., Asrat, B., Brohan, E., Chowdhury, N., Dua, T., & van Ommeren, M. Management of generalized anxiety disorder and panic disorder in general health care settings: new WHO recommendations. World Psychiatry. 2024; 23(1): 160–161. https://doi.org/10.1002/wps.21172
・ Ninomiya A, Sado M, Park S, Fujisawa D, Kosugi T, Nakagawa A, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary-care settings: A randomized controlled trial. Psychiatry Clin Neurosci. 2020;74(2):132–9.
・ Sado M, Koreki A, Ninomiya A, Kurata C, Park S, Fujisawa D, et al. Cost-effectiveness analysis of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary mental health care settings alongside a randomized controlled trial. Front Psychiatry. 2024;15:1391786.

3. 付録資料

付録資料１：思考と感情のエクササイズ

道を歩いていると、通りの反対側を知人が通り過ぎて行きました。手を振って挨拶をしましたが、その知人はそのまま素通りしていってしまいました。

あなたはこの状況で、どんなことを考えますか。どのような気分になりますか。

思考	感情	身体感覚	行動（衝動）

付録資料２：嬉しい出来事日誌

日時	どんな体験でしたか	その出来事が起きているとき、うれしい感情に気づきましたか	この体験をしているとき、体にどんな感覚がありましたか	この出来事といっしょに、どんな感情や思考がわいてきましたか	これを記入している今、あなたは何を考えていますか
例） 4／8 （月） 7：00	朝、目覚めてカーテンを開け、太陽が徐々に昇ってきているのを眺めているとき。	はい	固かった身体が徐々にほぐれ、顔も日に照らされやわらかくなり、自然と笑顔になっていた。	やる気、うれしい気分 「今日も寒いが晴れていて気持ちがいい」 「太陽が元気をくれるようだ」	小さなことであるけど、そうした変化に気づけたのは嬉しいことだと考えている。

付録資料３： ３ステップ呼吸空間法の解説

ステップ１：気づく

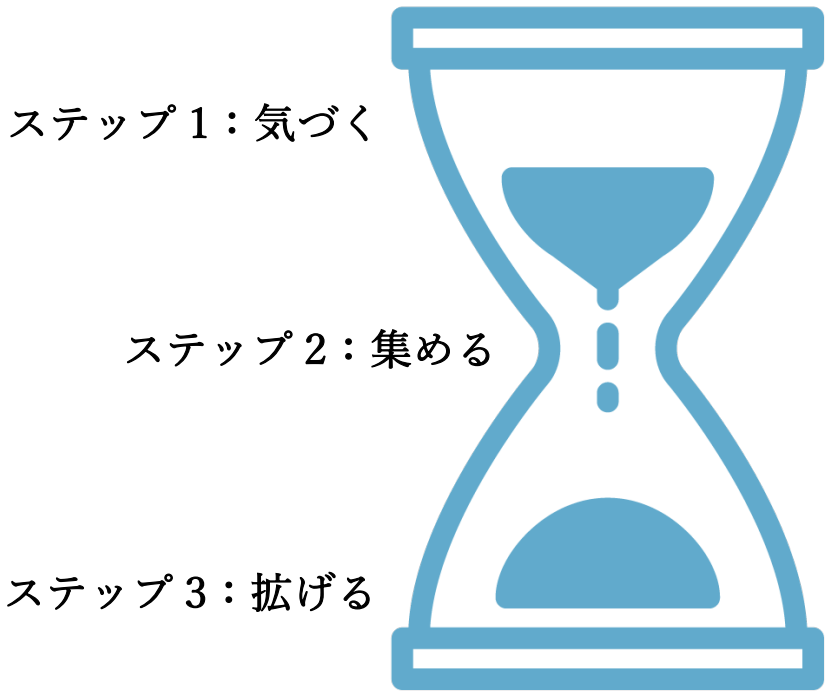
１分間、今、考えていること、感じていること、身体の感覚に注意を向けます。

ステップ２：集める

次の１分間、意図的に呼吸に注意を向け、呼吸とともにある身体感覚に注意を集中します。現在に停泊するアンカーとして呼吸を使い、息が入ってから出ていくまで、ずっとその感覚を追っていきます。

ステップ３：拡げる

最後の１分間、意識する範囲を身体全体の感覚や周囲の状況へ拡げていきます。不快、緊張などの感覚に気づいたら、吸う息とともにそこに息を吸い入れて、そこから息を吐き出してみましょう。拡がった意識を、次の瞬間に運ぶようにしてみましょう。



付録資料 4：不快な出来事日誌

日時	どんな体験でしたか	その出来事が起きているとき、不快な感情に気づきましたか	この体験をしているとき、体にどんな感覚がありましたか	この出来事といっしょに、どんな感情や思考がわいてきましたか	これを記入している今、あなたは何を考えていますか
例） 4／8 （月） 7：00	電車が遅れている。会社の重要な会議に間に合わない。地下で携帯も使えない。	はい	こめかみがズキズキし、首と肩が硬くなり、体が前後に揺れている。	怒り。無力感。「こんな日に限って」「この会議には出なくてはならないのに」	不快な出来事があるときは、気分だけでなく体にも反応が起きているのだな。

付録資料５：悪循環の花

辛い時に思わずやってしまう行動（一時しのぎの対処）は、その場は楽になるかもしれません。しかし、長い目で見ると問題は解決されず、かえって辛さを強めてしまうことがあります。そのような行動を「花びら」に見立てたのが「悪循環の花」です。

ステップ１：辛い時にやってしまいがちな行動を探る

辛い（不安・焦り・落ち込み）と感じるとき、あなたはどんな行動をとりがちですか？

ステップ２：短期的な影響と長期的な影響を探る

ステップ１であげた行動をやってみて、短期的にはどうなりますか？　長期的にはどうなりますか？それぞれ記入してみましょう。

行動	短期的な影響	長期的な影響
例：携帯をひたすら見る	一時的に気がまぎれる	問題が解決されず、不安が戻る。睡眠が乱れ、さらに不安が増す。

【インストラクター用ガイド：悪循環の花】

ステップ１：辛い時にやってしまいがちな行動を探る

辛い（不安・焦り・落ち込み）と感じるとき、あなたはどんな行動をとりがちですか？

参加者から出てきた活動を以下のように、ホワイトボードの中心円の周りに書き写す

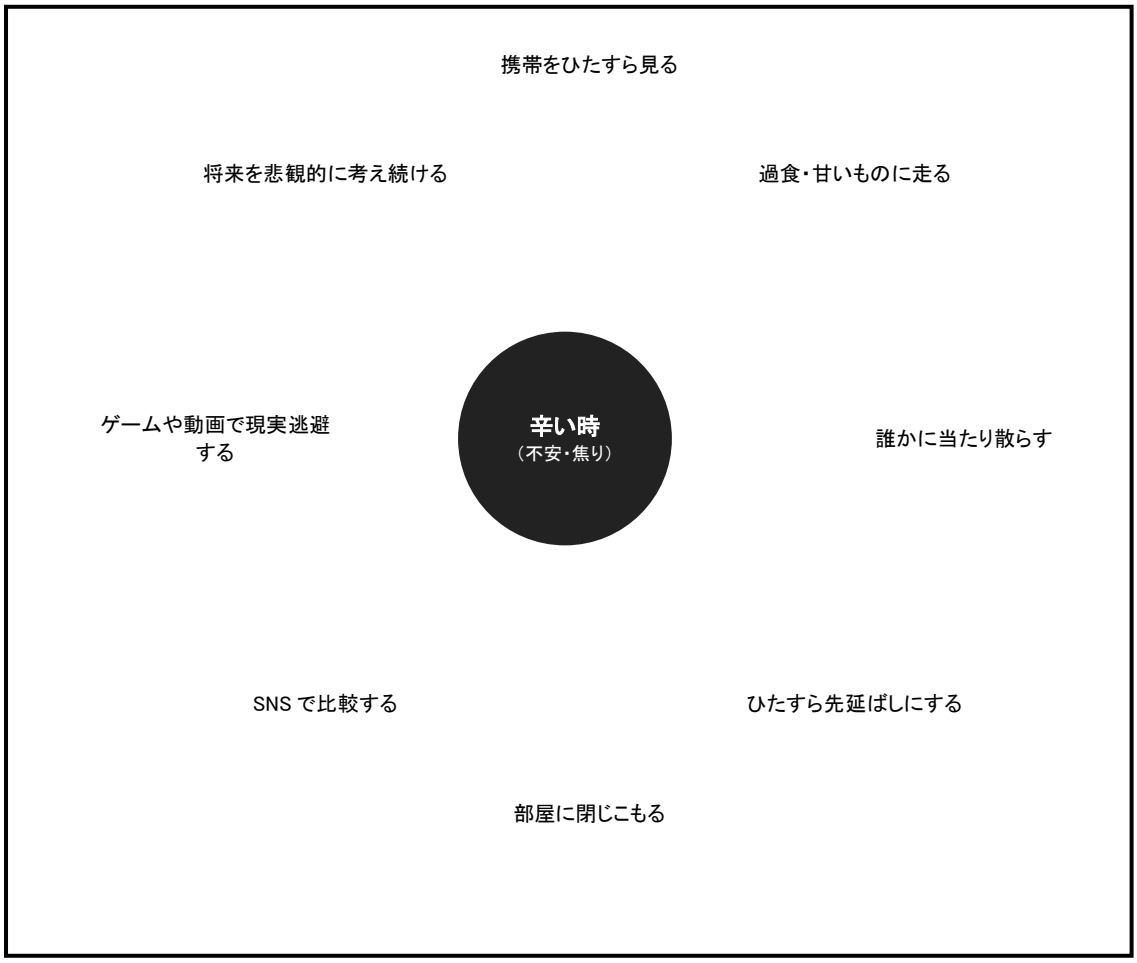


図１　悪循環の花（ステップ１）

ステップ２：短期的な影響と長期的な影響を探る

ステップ１であげた行動をやってみて、短期的にはどうなりますか？　長期的にはどうなりますか？それぞれ記入してみましょう。

行動	短期的な影響	長期的な影響
例：携帯をひたすら見る	一時的に気がまぎれる	問題が解決されず、不安が戻る。睡眠が乱れ、さらに不安が増す。

ステップ３：悪循環を探る

ステップ１・２を振り返ると、辛いときの行動が短期的には、気分の緩和に役立ちますが（花の中心から、各行動へと矢印を入れていく）、結局のところ長期的には辛さをさらに強めていることが分かります（各行動から、花の中心へと矢印を入れる）。これが「悪循環」です。

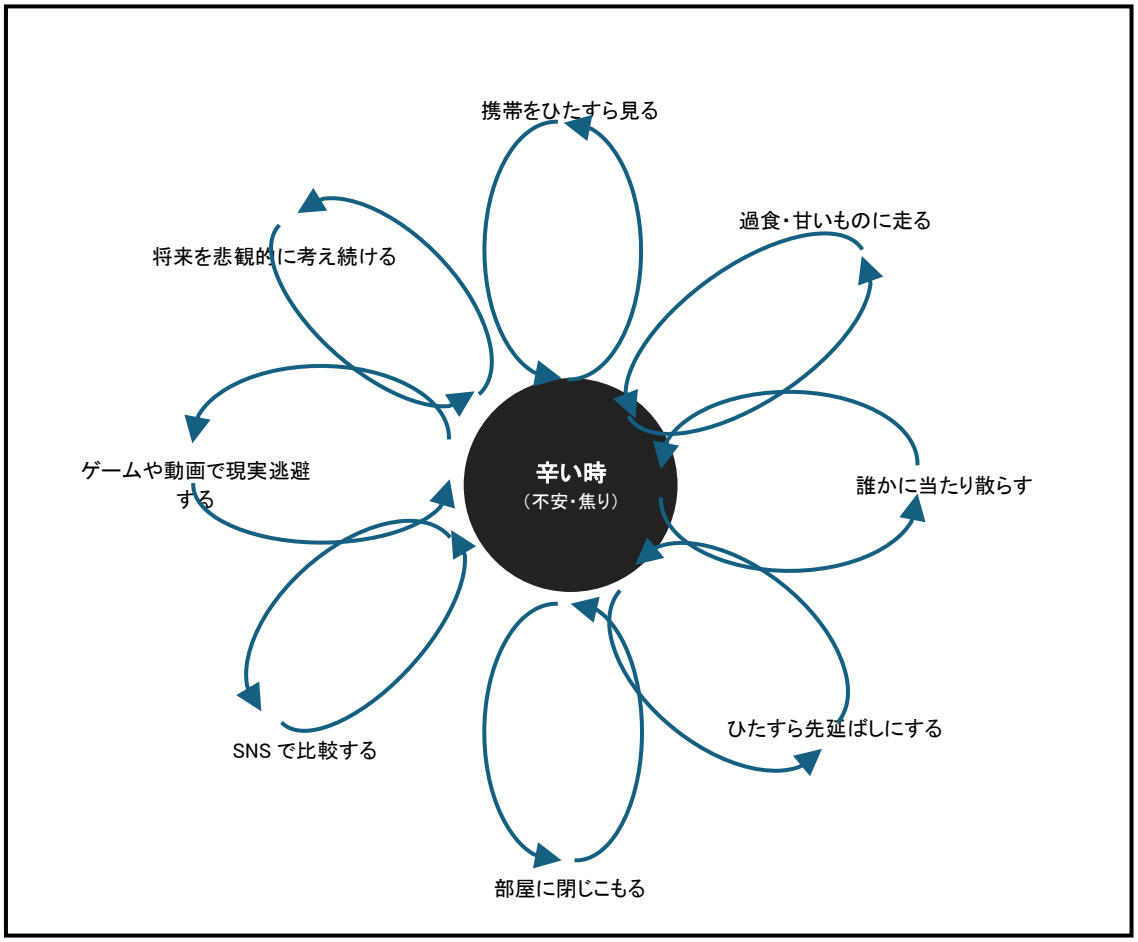


図２　悪循環の花（ステップ３）

このような悪循環のループに気づき、衝動的に行動する前に立ち止まることが、マインドフルネス実践の目的の一つです。

付録資料６：ゲストハウス

人生は、ゲストハウス。
毎朝、新しいゲストがやって来る。
喜び、悲しみ、卑しさ
ふとした瞬間の気づきが
思いがけないゲストとして、静かに扉を叩く。
訪れるものすべてを迎え入れよう
たとえそれが悲しみの塊であったとしても
部屋の中をすっかり空っぽにしてしまうようなものであったとしても
それでも、敬意を持って迎え入れよう
ゲストは、きっとあなたを一新させて
新たな喜びへの扉を開けてくれるのだから

暗い考えも、恥も、悪意も、
扉の前で笑顔で迎えて、家の中へと招き入れよう
訪れるものすべてに、感謝を
ひとつひとつが、遠いどこかから
あなたへの道しるべとして、送られてきたのだから

ジャラール・ウッディーン・ルーミー「エッセンシャル　ルーミー」より
佐渡充洋訳

付録資料７：気分・思考・今までとは異なる見方のエクササイズ

シナリオ１

あなたは職場で同僚と口論をしたばかりで気持ちが沈んでいます。その直後、仕事で別の同僚に会いましたが、その人は「今ちょっと話す時間がないんだ」と言いながら、走り去ってしまいました。

あなたは何を考えますか。

シナリオ２

あなたは同僚とよい仕事をして褒められたばかりで幸せな気分です。その直後、仕事で別の同僚に会いましたが、その人は「今ちょっと話す時間がないんだ」と言いながら、走り去ってしまいました。

あなたは何を考えますか。

付録資料８：不安やうつに上手な対応をするⅠ

あなたにとって、不安やうつの引き金となるものは何ですか。
引き金は外的なもの（出来事）、内的なもの（思考、感情、記憶、心配など）、些細に見える何かが、気分の螺旋降下の口火を切ってしまうことがあります。小さな引き金にも油断しないでください。

はっきり見る（不安やうつの最初のサインに気づく）
あなたが不安やうつに支配されそうになるときの警告サインは何ですか。気分が降下し始めたことを知らせる思考、感情、身体感覚、行動パターンを丁寧に、好奇心をもって調べてみましょう。以下に、警戒すべき変化を書き出しましょう。
（例：イライラしやすくなる、睡眠や食生活の変化、人との接触を避ける）

・気分が降下していると最初に感じるとき、どのような思考が心を通過しますか。

・どのような感情が生じますか。

・身体には何が起きますか。

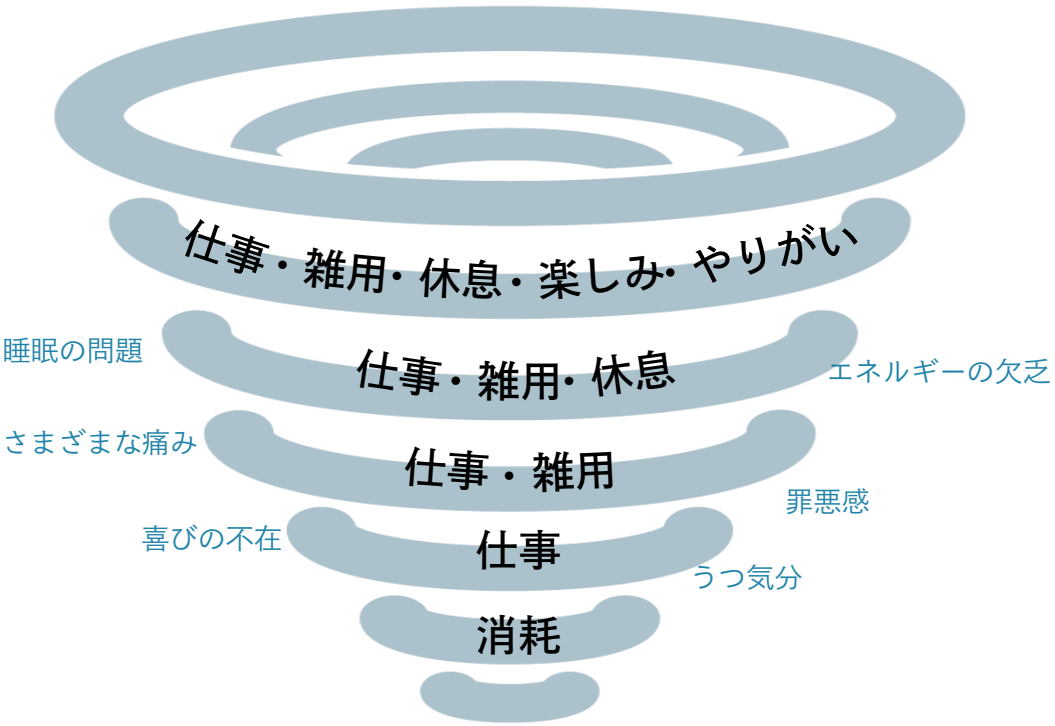
・あなたは何をしますか？または何をしたいと感じますか（行動パターン）。

・自分を不安やうつに囚われたままにしてしまう思考や、古い行動の習慣はありますか。
（例：反芻する、不快な感情や思考を抑圧しようとしたりそれらと必死に闘う）

付録資料９：活動と気分のつながりに気づく

時間	活動内容	気分を高揚させたり栄養を与えてくれるもの…↑ 喜び… p　達成感… m 気分を落ち込ませたりエネルギーを消耗させるもの… ↓
例) AM 7 PM 12 PM 8	コーヒーを飲む。 昼休みを取らずに仕事をし続ける。 スマホをダラダラと見る。	↑p ↓ ↓

付録資料 10：消耗の漏斗



- 私たちは栄養を与えてくれるけれど、必須ではないものから断念する。
- 楽しみを諦め、徐々に目の前の必要なものだけに追われ、結果として疲弊し、身動きが取れなくなり、気分も落ち込んでしまう。

付録資料 11：自分を大切にする活動
楽しめそうな活動や達成感が得られそうな活動（楽達活動）

健康な時に疲労を感じたら、休む必要があります。しかし、不安やうつの症状がある時に休むとかえって疲労感を増してしまうことがあります。無理のない範囲で下記のような活動をすると気分が向上することが多いといわれています。

＜楽しめそうな活動＞　Pleasure Activities
例：スーパー銭湯でのんびり過ごす、好きなレストラン・喫茶店・ラーメン店などに行く、のんびりとハーブティーを飲む、お笑いや映画を観る、運動をしてみる、服を買ってみる、のんびりと散歩をしてみる、昼寝をする、図書館に行く、習い事を始めてみる、あえて何もしない時間をつくる、罪悪感をもたずにだらだらしてみる、罪悪感を持たずに食べたいものを食べる

付録資料 12：不安やうつに上手な対応をするⅡ

第 6 回で、何が不安やうつを誘発するのか、そして不安や気分の落ち込みのサイン（思考、感情、身体感覚）を書き出しました。ここでは、そうしたときの対応法を検討します。
過去に、不安になったり気分が落ち込んだりしたとき、どんな行動が役に立ちましたか。

不安や落ち込みに対する上手な反応の仕方とはどのようなものでしょうか。どうすれば思考や感情の混乱を増大させることなく、それに上手く反応することができるでしょうか。（クラスで学んだことを含めて）

辛く困難なとき、どうやって自分に最善のことをしてあげられるでしょうか。
（例：気分を落ち着かせてくれること、自分に栄養を与えてくれる活動、誰かに連絡をする、苦しみに賢く対応するためにできる小さなこと）

対処計画
不安や落ち込みの警告サインに気づいたときに、対処法として使用できる対処計画を書き出してみましょう。ヨガやボディースキャン、3 ステップ呼吸空間法など、クラスの中で学んだことの中で役に立つと思われるものでも結構です。

付録資料 13：これからの人生にマインドフルネスを活かす

あなたにとって、人生で大切にしていることは何ですか？

その大切にしていることのために、マインドフルネスの練習を続けることがどう役立ちますか？

認知療法・認知行動療法マニュアル作成および見直し・改訂時のチェックリスト

マニュアル名【不安症に対するマインドフルネス認知療法実践者マニュアル】
（第 1 版マニュアル作成日：2026年 3 月 31 日）

Part 1 マニュアルの作成に関する情報

セクションと解説	項目番号	チェックリスト項目と解説	マニュアルの記載頁
セクション 1．マニュアルの作成体制			
1．マニュアル作成メンバー	1a	マニュアル作成メンバーの氏名・所属機関・専門分野	6
	1b	マニュアル作成メンバーの本マニュアル作成における役割	6
2．利益相反情報	2	マニュアル作成メンバーの利益相反情報の開示	6
3．資金情報	3	マニュアル作成に使用された資金情報の開示	5
セクション 2．マニュアルの作成法			
1．マニュアルの作成	4a	（初版の場合）マニュアル作成の経緯について （改訂版の場合）今回の見直しや改訂を行う経緯について	7
	4b	（初版の場合）作成手順とその過程について （改訂版の場合）見直し・改訂手順とその過程について ※参考にした既存マニュアルや資料があればその旨記載。	7
2．マニュアルの見直し・改訂の基準と手順	5a	マニュアルの見直し・改訂を行う基準（目安）について	7
	5b	マニュアルの見直し・改訂の手順について	7
3．マニュアルの外部評価	6a	マニュアルの外部評価を受ける目的と外部評価に関する手順・過程	7
	6b	マニュアルの外部評価者に関する情報（氏名やグループ名など）	7
4．マニュアルの版管理	7	マニュアルの版情報について （バージョン、公開日）	表紙

Part２ 対象集団と実証的エビデンス

セクションと解説	項目番号	チェックリスト項目と解説	マニュアルの記載頁
セクション１．対象集団（疾患・状態）について-臨床的背景			
１．対象集団の臨床的背景	8a	対象集団の疾患像・状態像の概説	8
	8b	標準治療のなかでの本マニュアルを用いた認知行動療法の位置づけ	8
	8c	本マニュアルを用いた認知行動療法の適応とならない集団	8
セクション２．実証的エビデンス-研究的背景			
１．対象集団に対する実証的エビデンス	9a	対象集団に対する認知行動療法の国内外の実証的研究のエビデンス	8
	9b	本マニュアルを用いた実証的研究のエビデンスの有無	9

Part3 マニュアルの総論

セクションと解説	項目番号	チェックリスト項目と解説	マニュアルの記載頁
セクション１．本マニュアルの概要			
１．マニュアルが基盤とする認知行動療法の基本原則 認知行動療法の基本原則に則ることが記載されている。	10a	認知行動モデル	12
	10b	「今、ここ」での具体的な問題への焦点づけ	12
	10c	協働的経験主義	15
	10d	ホームワーク	12
	10e	構造化	12
２．本マニュアルが想定している利用者 （治療者）、セッティング、実施形式 ３．誰が、どこで、どのように本マニュアルを用いた認知行動療法を行うことを想定しているのかについて	11a	本マニュアルが想定している認知行動療法の実施形式	12
	11b	本マニュアル利用者（治療者）の要件	17
	11 c	本マニュアルが想定している使用場面	13
セクション２．マニュアルの使用にあたっての一般的留意事項			
１．認知行動療法の一般的留意事項、認知行動療法の実施にあたっての留意事項	12a	認知行動療法のセッションを進める際の留意事項	13
	12b	連携に関する留意事項	18
	12c	認知行動療法の実施形式に関する留意事項	18
２．優先的に対応すべき事項	13a	自殺・自傷の関連事象への対応に関する留意点	19

認知行動療法実施にあたっての優先的に対応すべき事項について	13b	治療継続に影響しうる問題への対応に関する留意点	19
	13c	治療進展を妨げるような行動や、治療や治療者に対する陰性感情への対応の留意点	19

Part４ 認知行動療法マニュアル

セクションと解説	項目番号	チェックリスト項目と解説	マニュアルの記載頁
セクション 1. 治療構造			
1．治療構造（全体・各セッション） 当該疾患・臨床状態に対する認知行動療 法の全体や各セッションでの治療構造について	14a	治療全体の構造	13
	14b	各セッションの構造	13
2．認知行動モデルにもとづく症例の概念化	15	認知行動モデルにもとづく症例の概念化	14
セクション 2. 各セクションで実施される認知行動療法の手順			
1．セッションの手順	16a	認知行動療法を導入する際の手順と留意点（主治医からの説明、問診票への記入等）	18
	16b	序盤、中盤、終盤、終結・再発予防の各治療ステージ内のセッション毎の目標、手順（進め方）と使用ツール/配布資料など取り組む技法の教示や留意事項を含む	21-70
	16c	ホームワークに関する記載	12
	16d	ブースターセッションに関する記載	49
セクション 3. 認知行動療法の評価			
1．評価法	17a	導入前の患者／クライエントのアセスメントについて	18
	17b	当該疾患・臨床状態の経過評価について	19
	17c	治療者の技能評価とスーパービジョンについて	19
セクション 4. 認知行動療法実践における困難			
1．認知行動療法実践における困難	18	認知行動療法の実践にあたってのトラブルシューティング	19

Part５ 認知行動療法で使用するツール

セクションと解説	項目番号	チェックリスト項目と解説	マニュアルの記載頁
セクション１．患者用資材／ハンドアウト			

1．患者用資材/ハンドアウト	19a	患者／クライエント用資材/ハンドアウト	付録資料
	19b	ハンドアウトの教示や導入の際の留意点	付録資料
セクション2．セラピスト用資材			
1．治療者用資材	20a	本マニュアルの認知行動療法治療者用資材	本マニュアル全章
	20b	治療者用資材を活用する際の留意点や学びを深めるための参考図書・資料	54

AMED 研究課題「各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、基盤スキル、多職種連携マニュアルの開発」班作成

双極症と
うまくつきあうための
短期集団認知行動療法



NTT 東日本関東病院　精神神経科

目　次

第１回　双極症と認知行動療法を知ろう・・・・・・・２

第２回　活動と気分をモニタリングしよう・・・・・・・・６

第３回　前ぶれ（前駆）症状と対処法を知ろう・・・・・・11

第４回　再発予防のためのセルフマネジメントの方法
　　を知ろう・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14

セルフヘルプのための資料・・・・・・・・・・・・・・・18

第１回　双極症と認知行動療法を知ろう

＜ねらい＞

Ⅰ．双極症と治療法、再発予防の大切さについて理解しよう

Ⅱ．双極症の症状の出現と継続、対処のしくみ、前ぶれ（前駆）症状について理解しよう

Ⅲ．認知行動療法を学び、自身の症状の出現と継続、対処法を理解しよう

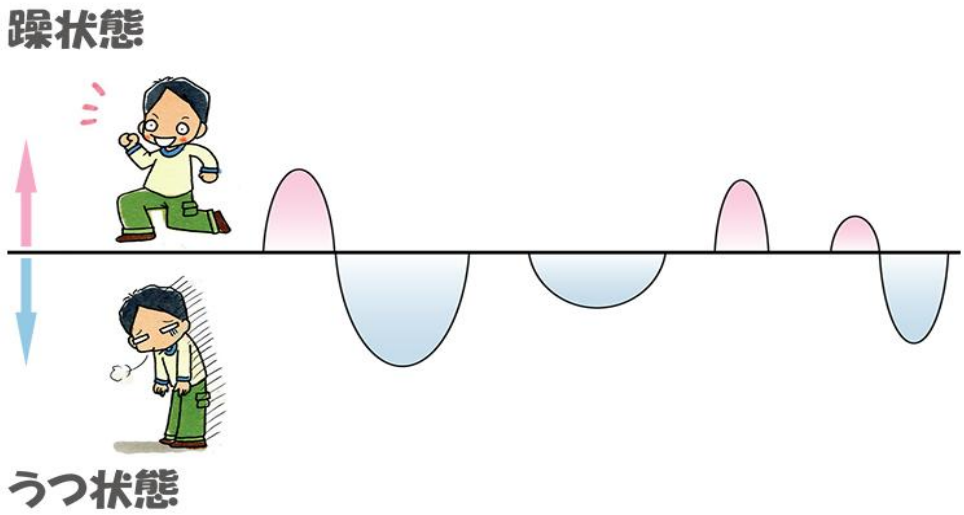
１．双極症とは

双極症は、躁状態とうつ状態を繰り返す病気です。日本では、昨今、うつ病や双極症の方は増加傾向にあり、双極症はうつ病よりも少なく、およそ 1,000 人に 4～7 人弱が罹っているといわれています（厚労省、2022）。

気分の波は誰にでもあるものですが、双極症の場合、躁とうつ状態の振れ幅が大きく、いったりきたりし、社会生活に支障が出てきます。躁とうつ状態が出現する間隔は、数か月から数年の場合もありますが、躁状態からうつ状態へと突然落ちることもあります。うつ状態しか経験したことがないと思っていても、軽い躁状態を経験していることもあります。一般的に、躁状態よりもうつ状態のほうが、期間が長いといわれています。

＜躁状態＞	＜うつ状態＞
・睡眠時間が短くても平気	・落ち込む
・人の話に耳を貸さない	・やる気がわかない
・話し続ける	・何をしても楽しめない
・アイデアが次々に浮かぶが実行ができない	・悪いほうにばかり考えてしまう
・根拠のない自信がある	・ダメな人間だ、と自分を責める
・買い物やギャンブルなどに高額をつぎ込む	・イライラや焦りがある
・性的に奔放になる	・死んでしまいたいという考えが浮かぶ
	・食欲がない
	・眠れない、過度に寝てしまう
	・身体がだるい、疲れやすい

表１．躁状態とうつ状態の症状



こころの健康情報局スマイルナビゲーターより

双極症は、躁とうつの波を繰り返す、再発しやすい病気と言われています。再発を繰り返すことで、日常生活に支障が出たり、社会的信用を失ったりするなど、社会生活全般にダメージを与えます。また再発すればするほど、再発までの期間が短くなる傾向もあります。そのため再発を防ぐことが、とても大切です。

２．双極症の治療法

（１）薬による治療

双極症では、気分安定薬や非定型抗精神病薬を使用します。薬の作用と副作用を理解し、適切に服用することが大切です。なかには血中濃度を測定してモニタリングしながら投与量を慎重に決める必要のある薬もあります。気になることがあったら、主治医や薬剤師、看護師などに尋ねてください。

自己判断で量を調整したり、やめたりすることは、症状の悪化や再発リスクを高めることにつながるため、しないようにしましょう。

（２）心理社会的治療

薬物療法と併用して心理社会的治療を受けることは、治療を順調に進めるために役に立ちます。心理社会的治療により、病気を理解し、うまくコントロールできるようになると、再発率を下げることにつながります。自分の再発のきざしにすぐ気づき、早期に対応できるようになれば、悪化を防ぎ、再発を予防することができます。

双極症に推奨される心理社会的治療には、心理教育や認知行動療法があります。このプログラムでは、これら治療法の考え方や方法に基づき進めていきます。

３．　認知行動療法とは

認知行動療法は、認知と行動を見つめてよりよく変化させ、セルフ・コントロールする力を高めて、生活上のさまざまな問題や課題の解決をこころみる精神療法です。

認知はものの見方・考え方、行動は、仕事や家事をする、人と話すなど、日頃私たちが行う活動や対処のことです。

認知行動療法は、さまざまな心の病気に適用されており、双極症もその一つです。日本うつ病学会治療ガイドライン（2020）では、再発予防療法（維持療法）の一つとして認知行動療法が推奨されています。

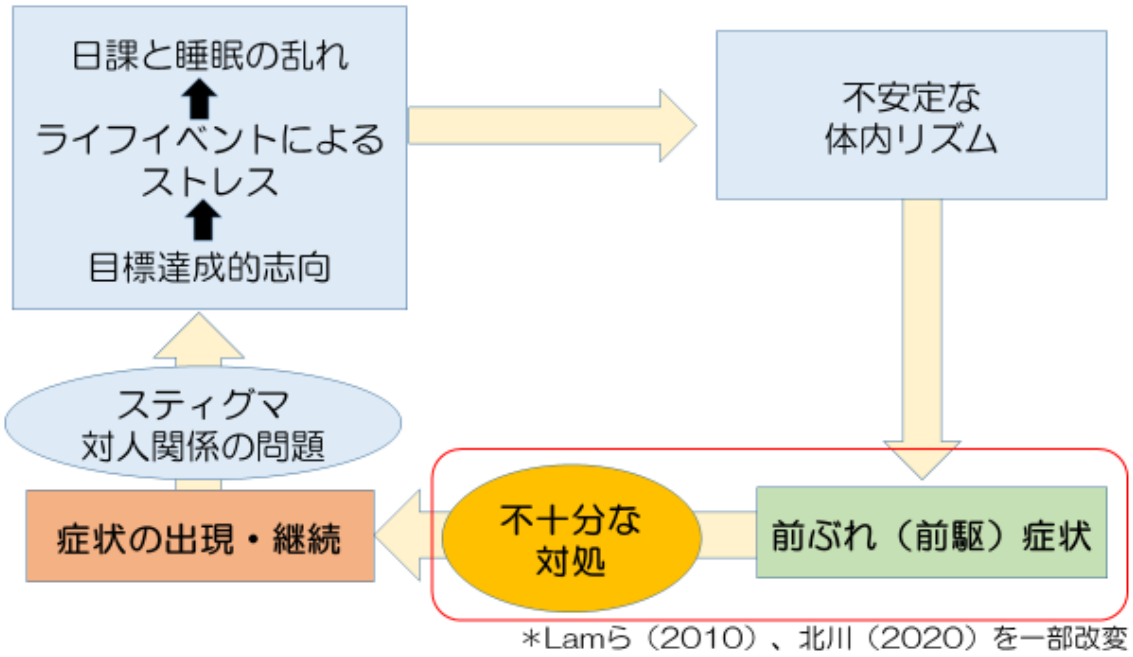


図１．双極症の症状の出現と継続、対処のしくみ

ここでは、認知行動療法のモデル（図１）を使って、双極症の症状の出現と継続、対処のしくみについて、みてみましょう。

ライフイベントによるストレスや日課・睡眠の乱れは、不安定な体内リズムに影響します。ストレスや日課・睡眠の乱れには、「目標に向かって一生懸命やればうまくいくはずだ」「なんでもうまくやらなければならない」といった目標達成的志向も関係しています。

日課や睡眠が規則正しく整っていれば、体内リズムも安定しやすく、前ぶれ（前駆）症状への移行はしにくくなります。しかし、日課・睡眠が乱れていると、体内リズムは不安定となり、前ぶれ（前駆）症状が出現しやすくなります。

それに対して十分に対処できないと、完全な双極症の症状が出現・継続します。躁状態が出現し、継続する場合、対人関係上でのトラブルへと発展し、破綻を招く可能性があります。

また対人関係上でのトラブルはスティグマ、つまり周囲や自身の病気に対する差別や偏見にもつながり、自尊心の低下が生じやすくなります。このような状態は、目標達成的志向やストレスを高め、日課や睡眠の乱れを生じるという、悪循環を招きます。

この悪循環を断ち切り、再発を予防するには、日課や睡眠を規則正しく整えたり、前ぶれ（前駆）症状に気づき、適切に対処したりすることが重要です。



＜ワーク１＞

図１を参考にして、あなた自身の双極症の症状の出現と継続、対処について振り返り、どのような特徴があるかを検討してみましょう。

第２回　活動と気分をモニタリングしよう

＜ねらい＞

Ⅰ．睡眠と日課を整えることが再発予防に重要であることを理解しよう

Ⅱ．睡眠と日課を整えるための活動と気分のモニタリングの方法を理解しよう

Ⅲ．活動と気分のモニタリングにより、活動状態と気分の程度を振り返り、睡眠と日課を整える方法をみつけよう

１．睡眠と日課を整えることがなぜ必要か

双極症の方にとって、睡眠と日課が乱れないよう整えることは再発予防のために重要です（４頁、図１）。さまざまなライフイベントの影響で、睡眠や日課は、簡単に乱れてしまいます。それを機に体内リズムが不安定になり、前ぶれ（前駆）症状に適切に対処できないと再発につながります。

そこで、睡眠と日課の乱れを最小限にし、通常に戻し、整えることが大切です。そのために、日ごろから、毎日の睡眠や日課などの活動状態と気分の程度を、自分でモニタリングし、乱れのきざしが見えたら、早めに対処していきましょう。

２．活動と気分の記録表の作成とモニタリング

活動と気分をモニタリングするには、表２の活動と気分の記録表の作成が、役に立ちます。

１週間、毎日１時間ごとの活動と、その日の気分の程度を書きます。その日一日、どんな活動をし、気分の程度はどうだったかを毎日書くと、通常のときと躁状態やうつ状態のときとの気分の違いがわかりやすくなります。また、気分の変動がどのような活動とつながっているのかを観察することもできます．記録表の作成を習慣にすることで，躁状態とうつ状態の前ぶれ（前駆）症状にも気づきやすくなります。

日付	○月○日（月）	○月○日（火			○月○日（土）	○月○日（日）
AM1:00 -2:00	テレビ鑑賞	就寝			就寝	テレビ鑑賞
AM2:00 -3:00	就寝	テレビ鑑賞			就寝	テレビ鑑賞
AM6:00 -7:00	就寝	就寝			就寝	就寝
AM7:00 -8:00	就寝	就寝			就寝	就寝
AM8:00 -9:00	起床、朝食	起床、朝食			起床、朝食	就寝
PM0:00 -1:00	散歩	仕事			買い物	起床
PM1:00 -2:00	昼食	仕事			昼食	朝食兼昼食
PM8:00 -9:00	夕食	仕事			夕食	買い物
PM9:00 -10:00	入浴	夕食			テレビ鑑賞	夕食
PM11:00-12:00	就寝	テレビ鑑賞			テレビ鑑賞	テレビ鑑賞
気分の評定（－10～＋10）	＋4	＋5			＋3	＋7

表２．活動と気分の記録表

記録表には、毎時間、どんな活動をしていたのかと、その日の気分を評定して記入します。活動したことは、詳しく書く必要はなく、「昼食」「散歩」などの一言で書きましょう。気分の評定は、マイナス方向をうつ状態、プラス方向を躁状態とし、－10 から＋10 の範囲で記入します。通常の気分の幅は、－5 から＋5 と設定し、たとえば病気でなかったときの気分の幅の範囲、と考えるとよいでしょう。

いつ記入するかは、自分で決めましょう。毎日無理なく継続して記入することが大切です。夕飯の後、就寝前など、落ち着いて記入できる時間帯を選びましょう。まずは、１週間分つけてみましょう。

つけてみたら、活動と気分について分析してみましょう。１週間を通して気分の評定が高いのはどの曜日で、その日はどんな活動をしているでしょうか。また、気分の評定が低いのはどの曜日で、その日はどんな活動をしているでしょうか。表３を参照して、調べてみましょう。

１．１週間を通して、気分の評定が高いのはどの曜日で、その日はどんな活動をしているでしょうか。その活動にはどのような特徴がありますか。
２．１週間を通して、気分の評定が低いのはどの曜日で、その日はどんな活動をしているでしょうか。その活動にはどのような特徴がありますか。
３．１週間を通して、前ぶれ（前駆）症状（11 頁～）と関係すると思われる活動はありますか。その活動はいつからどれくらいの頻度で行っていますか。症状を悪化させないためにどのように対処しますか。
４．気分の評定が高いときに取りがちな活動を、他の活動に代替する、調整して減らすなど、工夫できますか。
５．気分の評定が低いときに取りがちな活動を、他の活動に代替する、調整して減らすなど、工夫できますか。
６．以前、行えなかったことで、今、行えている活動はありますか。それを続けるために何ができますか。
７．以前、行えていたことで、今はやめてしまった、または頻度が減った活動は何ですか。それを再開することはできますか。
８．今はしていないが、興味を持っている活動（運動、読書、ボランティアなど）はありますか。それを新たな活動として加えることはできますか。

表３．活動と気分の分析の視点

前ぶれ（前駆）症状は、活動と気分をモニタリングするなかで、見つけることが可能です。11 頁以降に、躁状態とうつ状態の前ぶれ（前駆）症状を詳しく紹介しています。これらの症状が出ていないか、よく調べることが大切です。



＜ワーク２＞

まずは、昨日、一昨日の二日分のみ、慣れたら一週間分の活動と気分の記録表を書いてみましょう。どんな活動をしているとき、どれくらいの気分の程度かを評定し、書き出しましょう。また表３に沿って、分析し、睡眠や日課などの活動状態と気分の乱れを整えるにはどうしたらよいかを考えましょう。

３．睡眠と日課を整える方法を見つけよう

活動と気分をモニタリングすることで、睡眠や日課などの乱れや気分の変化は把握できますが、再発予防には、それらを整える方法を見つけておくことが大切です。

睡眠や日課を整える方法として、以下のように、規則的に睡眠や食事をとり、生活のなかに仕事以外の楽しみや趣味の活動を適切に取り入れ、リラックスする時間を設けることが大切です。また毎日の活動の優先順位を決め、優先度の高い活動をメインに行い、問題が生じた場合は解決に向けた行動をとるようにします。

少し気分があがっているときは、大きな物事は即断せず、時間をかけてよく考えること、落ち着かないときはゆっくり座ること、人の話を遮らずに聴くことが大事です。

普段から、長時間労働や多忙を避け、効率よく仕事ができるように工夫すること、人との関係を見直し改善に努めること、家庭や職場等の環境を整えるようにすることも大切です。

自分はどのような方法をとるとよいでしょうか。以下の視点から、いろんな方法を考えてみましょう。

①規則的に睡眠をとる

例１）毎日の起床時間を一定にする

例２）昼寝は 20 分までとする

②規則正しく食事をとる

例１）毎日三食食べる

例２）椅子に座って食べる

③仕事以外の楽しみや趣味の活動をする

例１）週に１回、１時間、ガーデニングをする

例２）毎日 10 分、ヨガをする

④リラックスする

例１）のんびり湯舟につかる

例２）会議後に、緊張をほぐすため筋弛緩法をする

⑤優先順位を決めて活動する

例１）優先度が高く、実行しやすい課題のリストを作成する

例２）優先度の高い活動をメインで行い、低い活動は後回しにする

⑥問題解決的な行動をとる

例）問題解決策リスト（別冊、８頁）を作成する

⑦大きな物事は即断せず、時間をかけてよく考える

例）高額の買い物は１週間考えてから決める

⑧ゆっくり座る

例）落ち着かないときはまず座ってゆっくりする

⑨人の話を聴く

例）言葉を遮りたくても抑えて、人の話を聴く

⑩仕事を見直す（長時間労働や多忙を避け、効率よく仕事する）

例）定時の勤務時間を守り、そのなかでこなせる仕事量に調整する

⑪人との関係を見直し改善する

例）ストレスを感じる人と一緒にいる時間を減らす

⑫環境（家庭、職場、地域など）を整える

例）混み合う通勤時間帯をずらして出勤する



＜ワーク３＞

上記の①～⑫を参考に、自分に合った睡眠や日課を整える方法を見つけましょう。

第３回　前ぶれ（前駆）症状と対処法を知ろう

＜ねらい＞

Ⅰ．前ぶれ（前駆）症状と対処法への気づきの大切さを知ろう

Ⅱ．前ぶれ（前駆）症状に気づこう

Ⅲ．前ぶれ（前駆）症状への対処法を見つけよう

１．前ぶれ（前駆）症状と対処法を知ることはなぜ大切か

前ぶれ（前駆）症状は、何らかのストレスがかかることによる睡眠や日課の乱れから、体内リズムが不安定となり、生じやすくなるもので、躁状態やうつ状態に完全に陥る前に現れる症状です。双極症の方のほとんどが、前ぶれ（前駆）症状を体験し、人それぞれ特有のパターンがある、ともいわれています。そこで、躁状態、うつ状態に完全に陥る前、自分にはどのような前ぶれ（前駆）症状が現われるのか、またそれに対してどう対処してきたか、に気づいておくことは、今後の再発予防のために重要です。

２．躁状態とうつ状態の前ぶれ（前駆）症状とは

もし、これまで、前ぶれ（前駆）症状に気づいておらず、適切な対処ができていない場合、今後再発する可能性は高まります。まずはこれまでの躁状態あるいはうつ状態に完全に陥る前の状況を振り返り、前ぶれ（前駆）症状への気づきを高めましょう。またそのときの対処法も振り返り、適切だったかを検討してみましょう。

躁状態の前ぶれ（前駆）症状

- 睡眠に関心が持てなくなる/睡眠時間が減る
- 目標を達成しようと活動が増える（目標志向的な活動の増加）
- 動き過ぎる（過活動）
- 少しのことでピリピリする（易刺激性）
- 気分が高ぶる
- 社交性が増す
- おしゃべりが増える
- いろんな考えが次々に浮かぶ（観念奔逸）
- 普段よりも、自分は偉い、優れていると思える（自尊心の肥大）



表４．躁状態の前ぶれ（前駆）症状

うつ状態の前ぶれ（前駆）症状

- 他者や活動への興味がなくなる
- 意欲がなくなる
- 抑うつ的な気分になる（抑うつ気分）
- 悲しい気分になる
- 集中力が下がる
- 考え方がネガティブになる
- 自尊心が下がる
- 睡眠に支障が出る（睡眠時間が減る、何度も目が覚める、朝起きられないなど）
- 体重が減る
- 食欲がなくなる



表５．うつ状態の前ぶれ（前駆）症状

躁状態の場合、前ぶれ（前駆）症状から完全な躁状態への移行は、１週間程度と急速なことがあります。一方、うつ状態では前ぶれ（前駆）症状から完全なうつ状態への移行には、数週から数か月以上かかることもあります。

前ぶれ（前駆）症状は、完全な躁状態・うつ状態と類似した症状もあれば、異なる症状もあります。また前ぶれ（前駆）症状の出現期間の前期・中期・後期でも、症状に変化がみられます。

躁状態やうつ状態から完全に回復しないまま、それらの症状が残ることもあり、次の移行への前ぶれ（前駆）症状との見分けがつきにくいこともあります。

自分の躁状態、うつ状態の前ぶれ（前駆）症状には、どのようなものがあり、どのような経過をたどるのかを振り返り、特徴を把握しましょう。

また周囲とのかかわりのなかで、前ぶれ（前駆）症状に気づくこともあります。例えば、「妻から『最近、イライラしているように見える』といわれる、「調子が悪くなってくると、まず子どもへの口調がキツくなる」といったことです。このような視点からも、前ぶれ（前駆）症状の特徴に気づけるとよいでしょう。



＜ワーク４＞

躁状態あるいはうつ状態になる前、どんな前ぶれ（前駆）症状があったか、振り返り、一つずつカードに書き出しましょう。またそれらを前ぶれ（前駆）症状の出現期間の前期・中期・後期で分類しましょう。各時期でどんな特徴があるか、調べましょう。

３．前ぶれ（前駆）症状への対処法を見つける

躁状態あるいはうつ状態の前ぶれ（前駆）症状の特徴がわかったら、どう対処するとよいかを考えましょう。適切に対処できれば、完全な躁状態あるいはうつ状態への移行を防ぐことが可能になります。

まずは、前ぶれ（前駆）症状の出現期間の前期・中期・後期で、それぞれどんな対処法をとってきたか、調べてみましょう。また各対処法のメリットとデメリットを検討し、効果的な方法は今後も続けましょう。あまり効果的でない方法は、別の方法と組みあわせたり、代替したりして改善しましょう。対処法は、一つよりも、いくつか持っている方が効果的です。直接問題解決につながるものだけでなく、気分や感情を調整するようなものもバランスよく持っていることが大切です。


＜ワーク５＞

ワーク４で特定できた前ぶれ（前駆）症状の出現期間の前期・中期・後期で、それぞれどんな対処法をとっていたかを振り返り、書き出しましょう。対処法のメリットとデメリットを挙げ、今後どんな対処法をとるとよいかを検討しましょう。


《メモ》

第４回　再発予防のためのセルフマネジメントの方法を知ろう

＜ねらい＞
Ⅰ．再発予防のためにセルフマネジメントが必要なことを知ろう
Ⅱ．セルフマネジメントの具体的な方法を知ろう
Ⅲ．再発予防のためのセルフマネジメントを計画しよう

１．再発予防のためにセルフマネジメントがなぜ必要か

双極症は、躁状態とうつ状態を繰り返す再発しやすい病気であることから、自ら病気を管理しコントロールするセルフマネジメントが大切です。セルフマネジメントには、自ら症状を観察し適切に対処すること、定期的な受診と適切な服薬、規則的な生活リズムを守ること、日々のストレスへの適切な対処、適度に周囲からのサポートを得ることが含まれます。特に、日々の生活のなかで、前ぶれ（前駆）症状に気づき、適切に対処することが重要で、躁状態・うつ状態に完全に陥ることを防げます。

セルフマネジメントでは、症状悪化を防ぐ健康的な行動を増やし、症状悪化のリスクを高める行動を減らすようにします。具体的に、どのような行動が健康的で、どのような行動が症状悪化のリスクを高めるのか、表６で確かめましょう。

＜症状悪化を防ぐ健康的な行動＞
・病気や治療法を理解する
・症状（特に、前ぶれ症状）に気づき、適切に対処する
・規則正しい生活
・定期的な通院
・適切な薬の服用
・適度な運動
・生活上のストレスへの適切な対処
・家族や周囲からのサポート
・社会資源の活用

＜症状悪化のリスクを高める行動＞
・病気や治療法をよく知らない
・症状に気づかず対処できない
・生活リズムの乱れ
　不規則な睡眠・休息
　不規則な食事
　アルコール・薬物の乱用
　通院の自己中断
　不適切な薬の服用
・生活上のストレスに対処できない
　＊ストレスになりうる事柄
　　周囲との葛藤、進学・結婚・出産・退職等のライフイベント、災害など

表６．症状悪化を防ぐ、あるいはリスクを高める行動

２．セルフマネジメントの方法を確かめ、計画を立てよう。

ここでは、セルフマネジメントの具体的な方法をいくつか挙げます。
自分に適した方法を確かめ、再発予防のためにマネジメントの計画を立てましょう。

（１）活動と気分のモニタリングと対処（６～１０頁参照）

セルフマネジメントでは、まず自ら症状を観察し、適切に対処することをめざします。そのなかに、毎日の生活のなかで前ぶれ（前駆）症状に気づき、完全な躁状態・うつ状態に陥る前に、うまく対処することが含まれます。そのための方法として、まず６頁で学んだ、睡眠と日課を整え、規則的な生活リズムを守るための活動モニタリングの方法を用いることが効果的です。

睡眠と日課のリズムを整えることは、前ぶれ（前駆）症状への適切な対処、そして再発予防につながります。これからも継続して記入し、生活リズムの乱れに早期に気づき、対処するようにしましょう。


＜ワーク６＞

生活リズムの乱れを改善するには、どんな睡眠や日課を整える方法をとるとよいでしょうか。10 頁のワークで見つけた方法を思い出し、実施しやすい方法はどれか、その方法を実施するためにどんな計画を立てるとよいか、を考えましょう。また実際に計画を立ててみましょう（別冊８頁、問題解決策リストの作成参照）。

（２）前ぶれ（前駆）症状のモニタリングと対処（11～13 頁）

毎日の生活のなかで、前ぶれ（前駆）症状に早期に気づき、うまく対処するためにモニタリングすることが大切です。そのために、まず（１）活動と気分をモニタリングし、前ぶれ（前駆）症状に気づきやすくなりましょう。また出現時期（前期・中期・後期）によっても前ぶれ（前駆）症状は異なります。12 頁のワークで分かった自身の特徴を踏まえ、現れている前ぶれ（前駆）症状を確認しつつ、今、どの時期にあたるのかも把握しましょう。

前ぶれ（前駆）症状への対処は、早めにするよう心掛けましょう。対処法は 13 頁のワークで見つけた方法をぜひ使ってみましょう。もし、その方法がうまく使えないかもしれない、と心配なら、事前に心配な事柄への対策を立てておくと、うまくいく可能性が高まります。

もし、前ぶれ（前駆）症状の出現時期が後期にあたる場合は、完全な躁状態あるいはうつ状態への移行を防ぐため、早急な対処が必要です。その場合にどうするか、あらかじめ計画を立てておきましょう。


＜ワーク７＞

12 頁で検討した、前ぶれ（前駆）症状の各出現時期（前期・中期・後期）の対処法のなかで実施しやすい方法はどれか、その方法を実施するためにどんな計画を立てるとよいか、を考えましょう。また実際に計画を立てましょう（別冊８頁、問題解決策リストの作成参照）。

（３）ストレス状況を整理し、眺める

セルフマネジメントでは、日々のストレスに適切に対処することも必要になります。そのために、５つの視点「環境（または状況）」「認知」「気分」「行動」「身体」からストレスを感じる状況を整理し、眺めてみて、対処法を検討することが効果的です。

別冊２頁の５つの視点の関連図を作成し、自身の「認知」「気分」「行動」の傾向を把握しましょう。特に、別冊４頁、表１のように、躁状態あるいはうつ状態の気分を引き起こす「認知」があるかを調べるとよいでしょう。

「認知」と「行動」の傾向をつかむことで、対処法が見えやすくなります。例えば、完全主義ですべき思考が強いことで、苦しんでいるという、「認知」に課題がある場合は、５頁の「（４）「認知」をバランスよく整える」を活用し対処するとよいでしょう。新たな行動を始めるか、行動を変える必要があるといった「行動」に課題がある場合は、８頁の「（５）問題解決行動に取り組む」を活用し、実際に行動を起こしましょう。

（４）「認知」をバランスよく整える

「認知」が、躁状態あるいはうつ状態の気分を引き起こし、自身や周囲を苦しめ、生活に支障をきたすものであれば、「認知」を検討し、バランスよく整えるとよいでしょう。そうすることで日々のストレスにうまく対処できるようになります。

別冊５頁では、５つのコラムを使って認知を検討しバランスよく整える方法を紹介しています。不安や怒り、落ち込みや憂うつなど、気分が動揺したり、ストレスを感じたりした場面を取り上げ、５つのコラムを使って認知を検討し、バランスよく整える作業をしてみましょう。気分の程度がどう変化するかをみてみましょう。

（５）問題解決行動に取り組む

「認知」をバランスよく整えることで、問題や課題を解決できることもありますが、「行動」を起こしたり、変えたりしなければ解決できないこともあります。

別冊●頁では、「行動」を起こし変えるのに役立つ問題解決策リストの作成方法を紹介しています。ブレインストーミングを使って問題や課題の解決策を見つけ、実行することで、問題や課題の解決を図りましょう。

（６）定期的な受診、適切な服薬

双極症とうまく付き合い、再発を防ぐためには、定期的に受診し、適切に服薬することが欠かせません。受診や服薬について、不安なこと、気になることがあったら、主治医や薬剤師、看護師などに尋ねましょう。自己判断で、受診をやめてしまう、また薬の量を調整したり、やめたりすることは、症状の悪化や再発リスクを高めるため、避けるようにしてください。

またこれまでに学んだように、前ぶれ（前駆）症状に気づいたら、早めに対処することが大切です。その一つの方法として、早めの受診をお勧めします。長時間の放置が症状をますます悪化させます。

（７）周囲からのサポートを得ること

双極症と付き合うなかで、病気のこと、周囲との関係のこと、学校や仕事、家庭のこと、将来のことなど、多くの悩みが生じます。その悩みを一人で抱え込まず、相談でき、一緒にどうしたらよいかを考えてくれる人がいると、とても心強いです。困っていることがどういう事柄なのかによって、相談できることも変わります。また、時に専門的な知識が必要なこともあります。そこで、相談できる人を、一人、というよりも、できれば複数見つけ、そのなかには適度に専門家も含めるとよいでしょう。



お疲れさまでした！！

セルフヘルプのための資料

1．WEB サイト

①「こころのスキルアップ・トレーニング」　.大野裕　監修　　http://cbtjp.net/

②「こころコンディショナー」　大野裕　監修
https://www.cocoro-conditioner.jp/

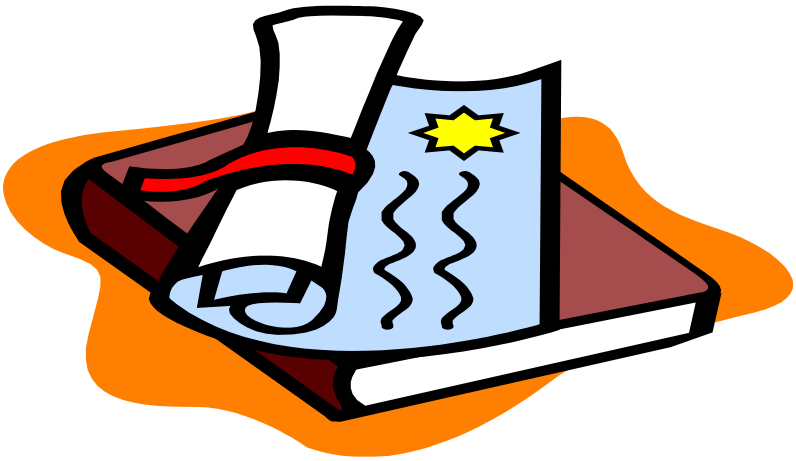
③ Bipolar Diary – 双極性障害用健康管理アプリ
https://creww.me/ja/startup/bipolardiary

2．書籍・資料

①「うつと不安の認知療法練習帳　増補改訂版」：　Greenberger, D.　& Padesky, C.A.　大野裕監訳　創元社　2017

②「こころが晴れるノート」：　大野裕　創元社　2003

③　双極性障害（躁うつ病）とつきあうために
https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/gakkai/shiryo/data/bd_kaisetsu_ver11-20240118.pdf　　日本うつ病学会　2024



引用・参考文献

１）厚生労働省　知ることからはじめよう　みんなのメンタルヘルス
https://www.mhlw.go.jp/kokoro/know/disease_bipolar.html
2022 年 12 月 8 日検索

２）日本うつ病学会治療ガイドライン（2020）
https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/data/guideline_sokyoku2020.pdf

３）Lam, D.H., Jones, S.H., & Hayward, P. (2010)/北川信樹、賀古勇輝監訳（2012）.双極性障害の認知行動療法. 182－239,東京：岩崎学術出版社.

４）北川信樹（2020）. 特集 双極性障害 IV.　双極性障害の治療 双極性障害の精神療法双極性障害の認知行動療法. 日本臨床、78（10）、1710-1715

５）Jackson、A., Cavanagh, J., Scott, J. (2003) . A systematic review of manic and depressive prodromes. Journal of Affective Disorders, 74, 209-217

６）Lam, D., Wong, G.(2005). Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. Clinical Psychology Review, 25, 1028-1042

７）Sierra, P., Livianos, L., Arques, S., et al(2007). Prodromal symptoms to relapse in bipolar disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41,385-391

医療観察法病棟における集団リカバリーを目指す認知療法マニュアル ver.1：岡山県精神科医療センター版

2026 年 3 月 31 日

岡山県精神科医療センター、岡山大学学術研究院社会文化科学学域耕野敏樹

I　この治療マニュアルを利用するにあたって

この治療マニュアルは、リカバリーを目指す認知療法 (Recovery oriented cognitive therapy; 以下 CT-R と呼ぶ) を医療観察法病棟の集団精神療法で活用する (CT-R in Forensic Psychiatry; 以下 CT-Rf とする) ためのマニュアルである。このマニュアルはすでに出版されている CT-R 実践マニュアルの日本語版、「リカバリーを目指す認知療法ー重篤なメンタルヘルス状態からの再起ー」、そして、医療観察法入院治療を補完するものでる。CT-R で用いられる用語や CT-R を特徴付ける考え方や実践方法、医療観察法入院治療の詳細については原版のマニュアルを参照していただきたい。基本的な概念は共通しているが、従来の日本語版 CT-R、日本語版集団 CT-R との違いは以下の通りである。

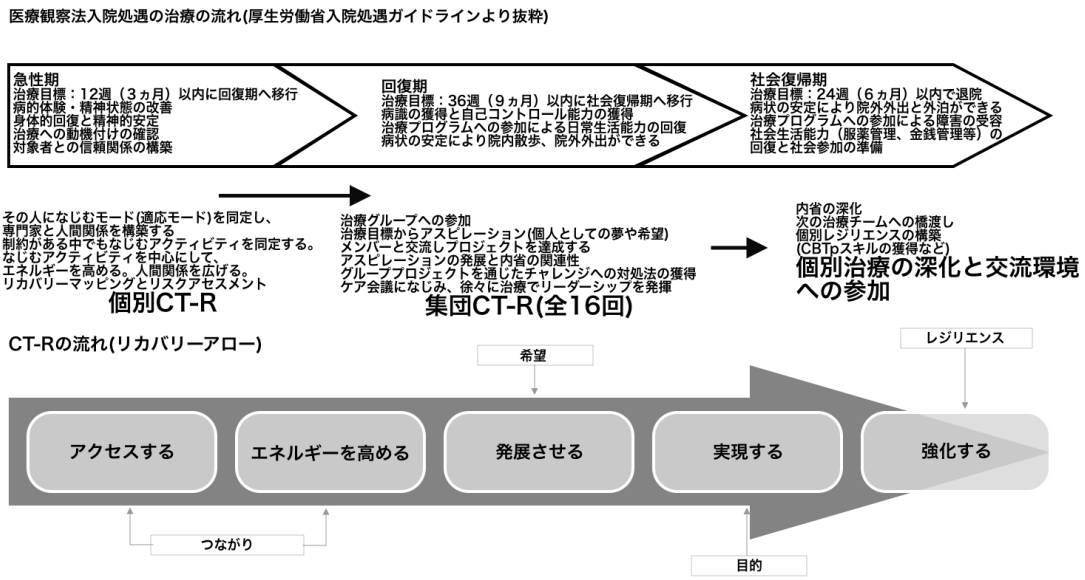
- 英語版 CT-R と用語は共通しているが、日本語訳を医療観察法入院棟の対象者にとってわかりやすいように工夫している (例：適応モード-¿なじむモード)。
- 罹病期間が相対的に長いことに配慮して、一般的な集団 CT-R より行為志向で、精神療法の質も表出的な精神療法よりは支持的な水準に重点を置いている。
- 表出的精神療法や洞察については、医療観察法の治療の中にある内省プログラムや他の取り組みが実施されることを前提にしている。

以下では、グループを活用して CT-Rf を提供するポイントをいくつか簡単に述べる。医療観察法病棟でのリカバリーを目指す認知療法の適用の際に必ずしもグループによる取り組みが必要とされるわけではない。ただし、グループのフォーマットがあることによって個別 CT-Rf ではアプローチしにくい観点への介入がしやすくなる。その中でも、ここで提案する治療が最も注目している点が、自身の治療におけるリーダーシップを対象者が取れるようになることである。この観点が最も明確に求められる、もしくは表われるのが、医療観察法において対象者が求められる Multi-Diciplinary-Team;MDT への対象者の積極的な関与となる。そのために、以下の点を重視している。

- 自分のメンタルヘルスの状態を即時に把握し表現できる

- 自身のリカバリーマップを把握している
- 自身のミッションやプロジェクトを MDT と共有できる
- MDT 会議に関与し、チームと交流し決定していくことができる

これらを実現していくために、集団 CT-Rf は構成されている。そして、私たちは日本語版 CT-R と医療観察法入院治療棟との関連から、双方の中間部分を支える取り組みとして集団 CT-Rf を位置付けている。



目次

I. この治療マニュアルを利用するにあたって.....1

II. 用語集.....3

III. 本マニュアルの使い方.....4

IV. 導入準備 (グループ化) 4

1. オリエンテーション.....7
2. いまここでやってみよう！.....14
3. 大切なことは何か.....20
4. このグループに名前をつけよう.....30

5. 日常の中でやってみる.....38
6. これからについて考える.....43
7. グループプロジェクトを考えるパート 1.....50
8. グループプロジェクトを考えるパート 2 57
9. グループプロジェクトを考えるパート 3 64
10. リカバリーを育もう、同窓会.....71

II　用語集

- 医療観察法入院治療棟：心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）に沿って実施される入院治療
- 対象者： 医療観察法の規定に従って患者を対象者と呼ぶが、ここでは特に医療観察法入院治療棟に入院している患者のことを指す
- CT-R：リカバリーを目指す認知療法 (Recovery Oriented Cognitive Therapy) の略
- CT-Rf: 日本語版リカバリーを目指す認知療法の用語を対象者の状態に配慮して調整したもの。治療コンセプトや内容は従来の CT-R と完全に同一のもの。
- 集団 CT-Rf: 集団 CT-R を医療観察法に適用した集団認知行動療法のこと
- MDT,MDT スタッフ：医療観察法入院入院治療棟で過ごす対象者の Multi-Diciplinary Team と、その医療提供スタッフ
- グループメンバー：集団 CT-Rf に参加する医療観察法入院治療棟で過ごす対象者
- グループスタッフ：集団 CT-Rf を運用する医療観察法入院治療棟の治療提供者で CT-R の基礎研修を修了した者。精神科医、看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士、社会復帰調整官などで、各職種の研修や見学のために参加する人たちも含む
- グループリーダー：認知行動療法を日常臨床で実施しているグループスタッフで、集団 CT-Rf の実施内容を統括する人
- グループファシリテーター：集団 CT-Rf においてグループリーダーを補助する (タイムキーパーや適宜質問など)
- グループ導入準備：集団 CT-Rf のはじめの準備
- 事前ミーティング：集団 CT-Rf を実施する前のグループスタッフによるミーティング
- 事後ミーティング：集団 CT-Rf を実施した後のグループスタッフによるミーティング
- 私たち：岡山県精神科医療センターの医療観察法入院棟におけるサービス提供者

III　本マニュアルの使い方

このマニュアルは、集団 CT-Rf のグループメンバー用テキストの各ページの順番に沿って、進行について説明したのである。グループメンバーやグループリーダー、グループファシリテーターがグループを開始したり、各セッションを実施する際にあらかじめその全体像を把握するために作成された。全体像を理解しやすいよう、セッションは順序立てられているが、実際に実施する際にはどの資料を使用するかは、グループメンバーで決定してもらうようにする。そのため、このマニュアルは一度全体を簡単にレビューしておき、各セッションが前提としていることを理解しておき、実際にセッションに望む際にはその該当箇所をより詳細に参照することが進められる。この資料をグループファシリテーターが持参しておき、グループリーダーのサポートに活用してもよい。

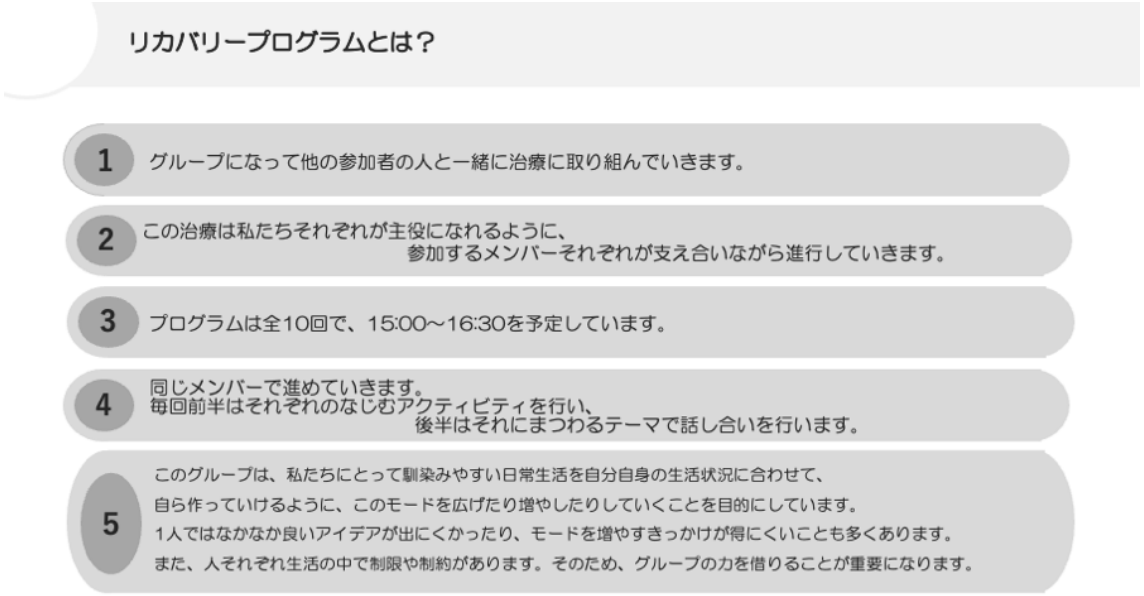
IV　導入準備 (グループ化)

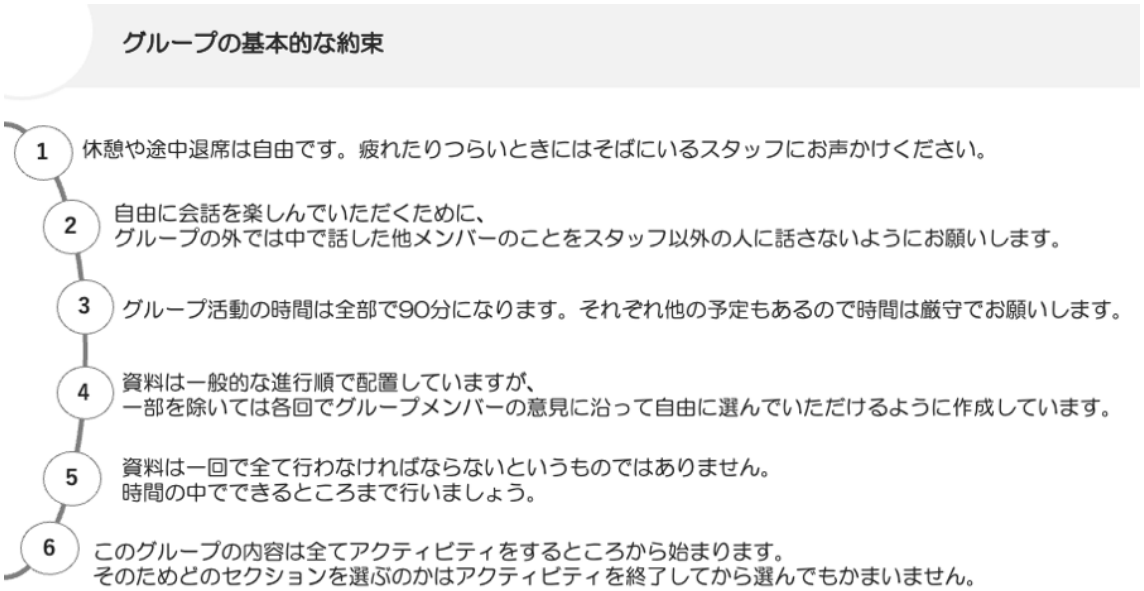
集団 CT-Rf を開催する上で検討するべき次項は以下となる。

- MDT より集団 CT-Rf の導入を依頼されている対象者 (グループメンバー候補者) が 3〜6 名控えている
- そのグループメンバー候補者たちはそれぞれ個別の関わりの中で、適応モードにアクセスするアクティビティがひとつ、もしくは複数同定されており、適応モードのエネルギーを高めるスタッフとのつながりとアクティビティの実践を始めている
- そのグループメンバー候補者たちはそれぞれ MDT などのスタッフによってリカバリーマップを作成されている、もしくは作成されたリカバリーマップを共有されている
- その病棟でグループ活動を実施する予定の場所に、その対象者たちはアクセス可能である
- 集団 CT-Rf を実施することのできる病棟スタッフ (研修を受けているスタッフ複数名とリーダーやファシリテーターのできる認知行動療法に習熟したスタッフ 2 名以上) のスケジュール調整が可能である

こうした条件が整っていれば、集団 CT-Rf を実施する準備を進める。グループスタッフの適正については、特定の職種に限定されない。そのため、どういった職種であっても、その人の学習段階に応じて実践し、グループに参加することができる。これは、認知療法や認知行動療法は実際に体験してみることが理解と上達における重要な取り組みだということでもある。その意味で、サービスを提供する側になる場合においても、研修を受けて予め認知行動療法を体験をしておいたり、その中の概念を活用して自身の臨床で、もしくは自身の日常生活において実践してみることは重要である。また、関連の資材として準備された研修資料や、国立精神・神経医療研究センターの CT-R の研修などもあるため参考にする。尚、徐々に実践例が増えるに従って、スタッフ内に CT-R に関心を持ち知識を深めたいという人が出てきた場合には、そういった人たちが将来 CT-R の普及の一翼を担う人材として活躍できるよう組織構成を準備していくことも重要である。そうすることによって、他のスタッフの教育などに携わりながら、その人も継続的に学習できる機会が準備される。

私たちとしては、グループリーダーの健康度の水準によっては 1 名でも可能であるが、集団精神療法が途中で実施困難となると参加者全員に影響が生じることから、2 名以上準備することをお勧めしている。また、集団 CT-Rf 開始時には、グループメンバーひとりに対してひとりグループスタッフが配置される構成を私たちは推奨している。その理由として、特に集団 CT-Rf の開始初期の場合、グループメンバーに即時的にフィードバックすることが有効である場合があり、その際に近くにグループスタッフがいる方が実施しやすいためである。そのため、グループメンバーが 3 名であれば、グループスタッフ 3 名 (グループリーダー、グループファシリテーターを含む)、それぞれグループメンバーの増減に合わせてグループスタッフも順次増減していく。まずは、グループリーダーとなるスタッフを決定する。毎週同一のグループリーダーが実施する場合と、持ち回りで実施する場合 (この場合にはグループリーダー候補が複数名) がある。まず、グループリーダーからグループ導入準備の日程調整と資料集めを行ない、グループメンバー候補となる対象者たちのリカバリーマップについてグループスタッフと確認するその上で、可能であればグループリーダーが参加する形で、MDT スタッフとグループメンバー候補者とで集団 CT-Rf に参加する上での不安や懸念事項はすべて話し合っておく。集団 CT-Rf の内容については、以下の資料を提示しながら説明する





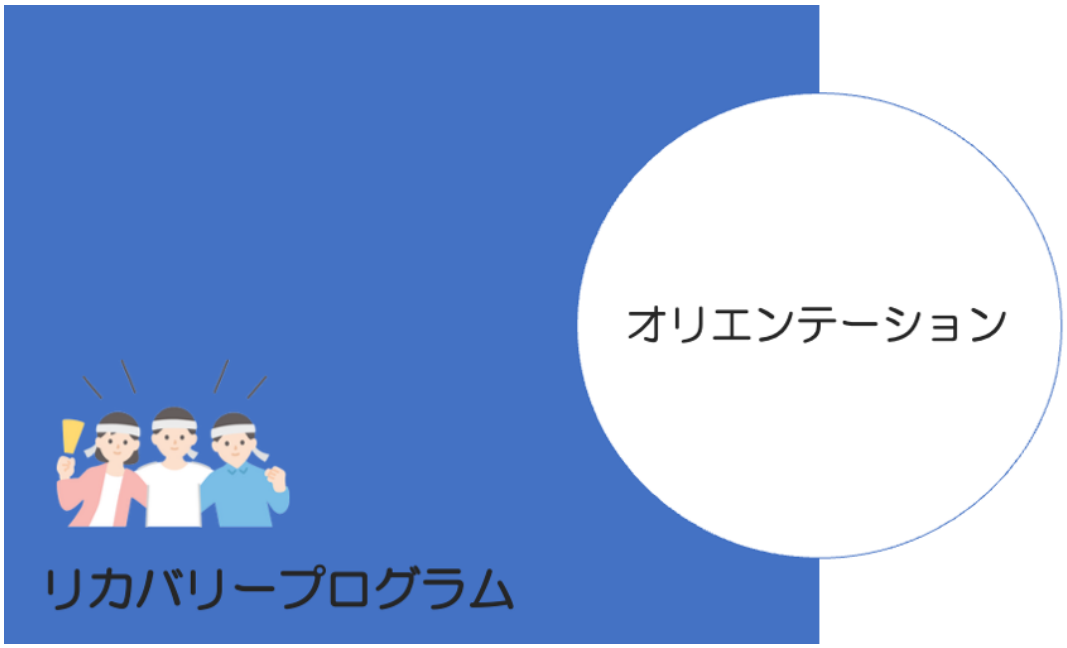
その際に、改めてその時に最も最適だと考えられる集団 CT-Rf 実施の際のアクティビティについても確認し、どういった準備が必要かを実施場所も含めて一緒に検討する。以下の点に注意して準備を進める。

- グループメンバー候補の適応モードのアクティビティを実施できる場所は、屋内か屋外か？
- 医療観察法のプログラム会議で言及すべき実施上のリスクがあるか？
- 適応モードのアクティビティにはどの程度のスペースが必要か？
- 適応モードのアクティビティを実施する上で必要不可欠なアイテムは何か？
- 適応モードのアクティビティを実施する上で必要なアイテムが入手できない場合、そのアクティビティをどのように実施場所に合わせて調整できるか？

もし、グループメンバー候補者が希望するアクティビティが実施困難だと考えられる場合には、それについての問題解決を行う。その上で、再度グループスタッフ (グループリーダーやグループファシリテーターも含む) が集まって、開始時の集団 CT-Rf のアクティビティの全体像について共有する (物の配置、グループスタッフの配置、トラブルシューティングなど)

CT-R の導入にあたっては、対象者情報をリカバリー志向で概念化仕直す必要がある。そこで、各グループメンバー候補者のリカバリーマップ、医療観察法に関連する情報、普段関っているスタッフからの情報を集約した情報を準備しておく。あらためて、すでに作成されているリカバリーマップをこのグループ導入準備の中で見直すが、その再にはリカバリーマップの上から順に検討し、追加の情報を集める。リカバリーマッピングでは最後に、「ポジティブ行為とエンパワメント」の項目をまとめるが、その内容を持って医療観察法のプログラム会議での提案内容としていく。

1　オリエンテーション



リカバリープログラムとは？

1. グループになって他の参加者の人と一緒に治療に取り組んでいきます。
2. この治療は私たちそれぞれが主役になれるように、参加するメンバーそれぞれが支え合いながら進行していきます。
3. プログラムは全10回で、15:00～16:30を予定しています。
4. 同じメンバーで進めていきます。毎回前半はそれぞれのなじむアクティビティを行い、後半はそれにまつわるテーマで話し合いを行います。
5. このグループは、私たちにとって馴染みやすい日常生活を自分自身の生活状況に合わせて、自ら作っていけるように、このモードを広げたり増やしたりしていくことを目的にしています。1人ではなかなか良いアイデアが出にくかったり、モードを増やすきっかけが得にくいことも多くあります。また、人それぞれ生活の中で制限や制約があります。そのため、グループの力を借りることが重要になります。

1.1　事前ミーティング

これは、以降すべてのセッションで共通することであるが、セッション開始前にグループリーダーが主導になって、その日の実施内容について以下の観点から参加スタッフと共有する。
グループ前ミーティングの内容

- その日参加するグループスタッフのコンディションの確認と雑談
- その日の集団 CT-Rf に参加する予定のグループメンバーとその人たちのリカバリーマップの共有
- その日のグループ内交流の方向性の予測とセッション資料との擦り合せ
- その日のグループ運営上のチャレンジと最悪の事態が生じた場合の対応

私たちの経験では、おおよそ事前・事後ミーティングにそれぞれ 15 分、計 30 分の時間を要する。その為、セッションを 90 分として集団 CT-Rf の実施には計 120 分の時間を準備する必要がある。

1.1.1　グループリーダーとグループファシリテーターの準備

- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**: 成書 pp43-53
- **誘導による発見の事例集**

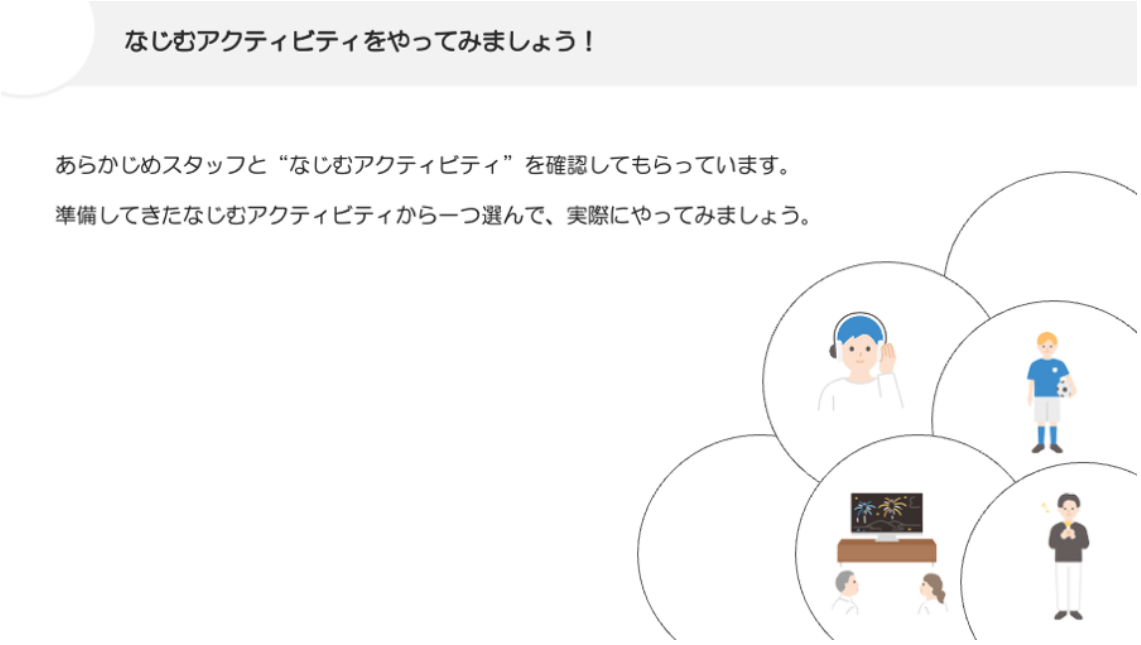
1.2　プログラムの紹介

この治療プログラムは、参加メンバーは 3〜6 人の集団活動であり、その中でも特に心理学的観点に注目して話し合いや助言がなされる集団精神療法である。この回では、資料に沿って集団 CT-Rf の目的について始めに簡単に紹介した後に、早速適応モードにアクセスするアクティビティを実施する。資料にあるように、

- グループメンバーと一緒に取り組みを行うこと
- グループメンバー、グループスタッフそれぞれが中心であり、それぞれが支え合いながら成立すること
- 実施回数と時間
- 始めに適応モードにアクセスするアクティビティから始まり、アクションプランの確認と前回からの橋渡し、そして、アジェンダの決定とその話し合い、最後に次回までのアクションプランの決定とあること
- プログラムがどこに向うのか (リカバリーアローに沿ったリカバリー志向について)

を説明する。資料には、アクションプランについて記載していないため、その点を追加で説明する必要がある。アクションプランについては、「プログラムで得た成果を、ここだけに留めず日常生活に反映させる意味で治療が効果を上げる上で重要であること」を強調して伝える。

「適応」をどのように呼ぶかは、グループメンバーが呼びやすい日本語にすることが重要である。私たちは、集団 CT-Rf 実施初期にはグループメンバーにもその概念が把握しにくいことと、最も概念的に近いと考えられる日本語として資料のようになじむモード、なじむアクティビティと呼んでいる。呼び方はスティグマに配慮して、柔軟に決定していくことが重要である。また、グループスタッフとグループメンバーを総称して「私たち」と呼ぶようにしている。ここには、集団 CT-Rf を運営する上での役割の違いが、集団 CT-Rf の対象となる人の区別に繋がらないようにする目的がある。そして、皆が CT-R を必要としているという意味で役割の区別はこの治療の対象とは関係がないということを強調して「私たち」という言い方をする。

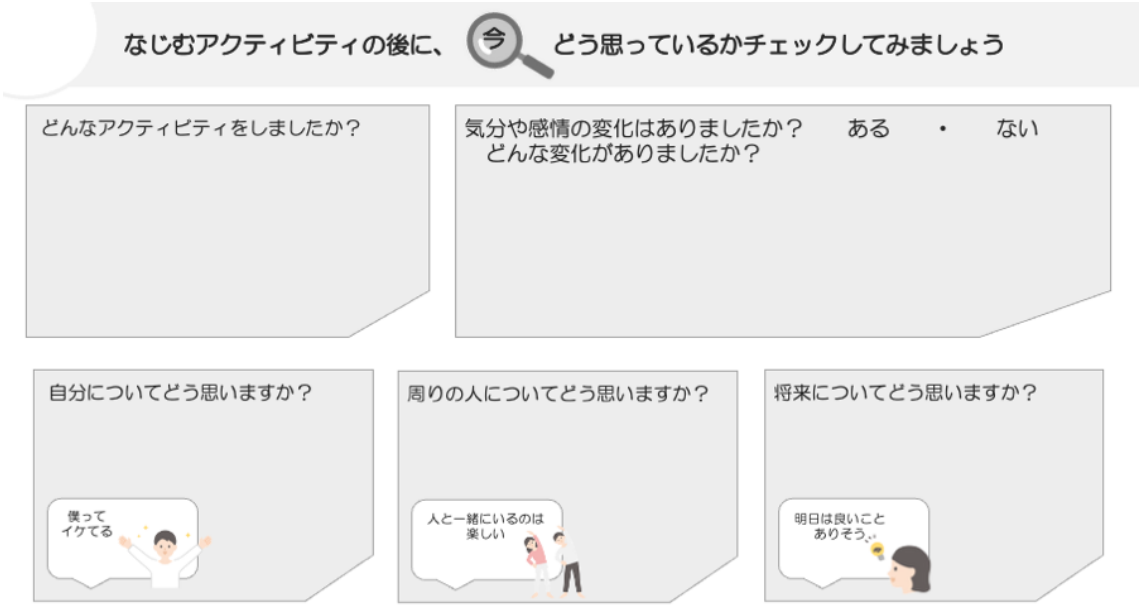


1.3　初回のグループでのなじむアクティビティの実施

「オリエンテーション」のセッションでは、グループメンバーが一同に介して適応モードのアクティビティ(「なじむアクティビティ」) を実施する初めての体験である。まずは、それぞれのグループメンバーが自身の適応モードに専念できるように工夫する必要があるため、アクティビティはそれぞれが独立して実施される。この段階で共通のアクティビティに関心があるグループメンバーがいる場合には、担当するグループスタッフも協力して順番や実施方法などをその場で問題解決をする。その際にグループメンバーは可能な限り話し合いのようにならずに、シンプルで具体的な声かけをして行為することを中心に問題解決をするよう心掛ける。

次の段階として、アクティビティを実施している時のグループメンバーの状態を記入してもらうことになるが、特に集団 CT-Rf の初期段階ではアクティビティの最中にその情報を収集するよう心掛け

る。場合によっては、アクティビティの移り変りで簡単に記入してもらえるようにグループスタッフから声掛けをすることも有効である。



1.4 初回アクティビティにおける結論を導き出す

このページは、通常の CT-R では結論を導き出すための誘導する質問を、複数名に対して簡略化するために作成された。この資料だけでは十分に結論を導き出せないような場合には通常の CT-R に戻ってグループスタッフが質問を工夫しながら補っていく必要がある。特に、コミュニケーションが困難な場合、壁を作っていたり拒絶している場合、あるいはリスクの高いことに関心が高い場合などについては成書を参考にしながらアプローチする必要がある。以下のようなフィードバックがグループメンバーからあった場合には特に気をつける。

- グループスタッフが期待してなかったもの
- 否定的なもの
- 必要な箇所の欠落
- 趣旨の取り違え

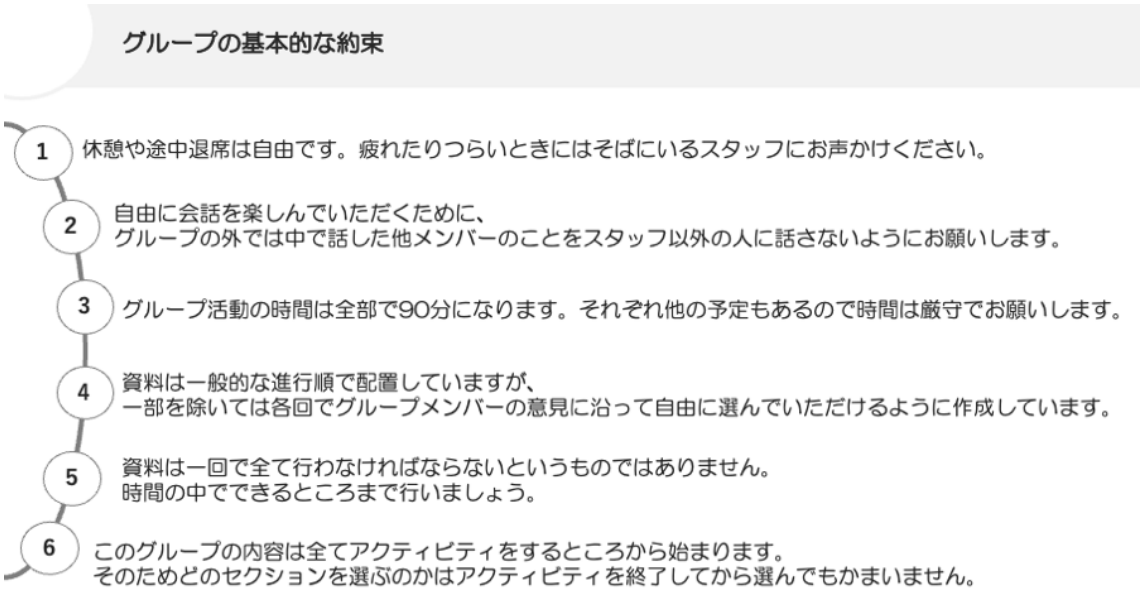
こうしたフィードバックが得られた時には、すでに患者モードに戻っている、もしくは、そのグループメンバーにとって重要なフィードバックである可能性がある。そのため、修正しようとしたり、質問を重ねようとしたりせずに、そのまま受け止め (リフレクション) たり、他のグループメンバーからのそれに対するフィードバックを参考にするなどする。

こうして、初回のこの部分では、特に適応モードにアクセスする体験についてグループメンバー同士で共有することに重点を置き、この部分に十分な時間を確保する。ここで挙がってきた体験を基に次の適応モードについての説明へと移る。



1.5　適応モードの概念を紹介する

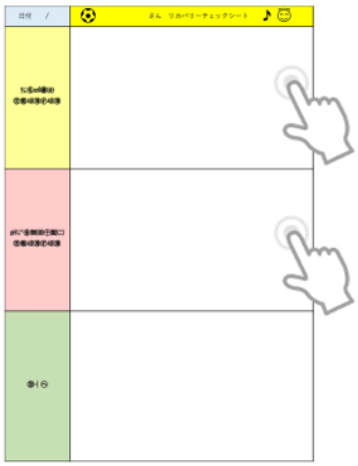
このページでは、適応モードについて紹介する。特に注意すべきは、適応モードが専門用語とならないように、この前の話し合いで拾い上げられた様々な体験を肯定的に認めながら、グループメンバーたちの言葉を用いて、適応モードとは何かをクリエーティブに定義することである。これは、グループメンバーをエンパワーする上でも重要であり、グループスタッフが知っていて、グループメンバーが教えてもらうというような体裁にならないように十分に気をつける。実際に、適応モードは具体的にはひとりひとり異なる。こうした観点は、その後集団 CT-Rf にグループメンバーをエンパワメントし、安定的且つ効果的に実施する上でも重要となる。



1.6　グループを維持する上での基本的な約束事の共有

ここでは、グループを実施していく上での基本的な約束について説明する。初回のグループであり、ここまでの取り組みにて、グループメンバーも疲労していたり、集中しにくくなっていたりする可能性もある。ここは紹介するに留め、後日質問を受け付けることもできることを伝え、さらにこのページの資料は次回以降見えるところに掲示しておくなどして、適宜参照できるように工夫することが肝要である。

チェックシートを記入しましょう



アクションプラン

チェックシートをMDTに見せて、シールを貼ってもらいましょう



1.7　セッションのまとめと次のアクションプランの設定

セッションの最後には、話し合った内容を整理し、次週に向けた具体的なアクションプランを設定する。

- **まとめの目的**:
  - 本セッションでどのような話題が盛り上がり、グループメンバーに何が得られたか (何が印象に残ったか) を確認する。
- **次回のアクションプランの設定**:
  - セッションで話題となった内容を、次週のアクションプランに反映させる。
  - もし、セッションがうまく進まなかった場合は、同じ内容で再度セッションを繰り返すことも許容される。これにより、グループメンバー一人ひとりのペースに合わせて進めることが可能となる。
- **病棟スタッフへの報告**:
  - セッションで話し合った内容を、担当 MDT に報告し、必要に応じてシールなどを貼るなどの具体的な行動を設定する。

1.8 事後ミーティング

事後ミーティングは事前ミーティングと同様に、各グループメンバーのリカバリーマップを簡単に振り替えり、その内容と一致するグループの反応と、それに一致しない反応から得られる推測について検討する。各グループメンバーの反応がセッション終了後も続くことが予想される場合で、それが精神疾患の治療上配慮を要する場合には、カルテなどの記録に残し、MDT に伝わるようにしておく。

2 いまここでやってみよう

2.1 事前ミーティング

これは、以降のすべてのセッションで共通することであるが、セッション開始前にグループリーダーが主導になって、その日の実施内容について以下の観点からグループスタッフと共有する事前ミーティングの内容

- **事前ミーティンブの目的と内容**:
  - **グループスタッフの確認**: その日のグループスタッフのコンディションを確認し、簡単な雑談を行う。
  - **グループメンバーのリストとリカバリーマップの共有**: セッションに参加する予定のグループメンバーのリストを確認し、各メンバーの「リカバリーマップ」を共有する。これにより、グループメンバーの現在の状態とリバリーの方向性を確認する。
  - **アクティビティの方向性と連続性の確認**: その日の「適応モードのアクティビティ」の方向性や活動の雰囲気を話し合い、その後のセッション内容との連続性を確認し、擦り合わせを行う。

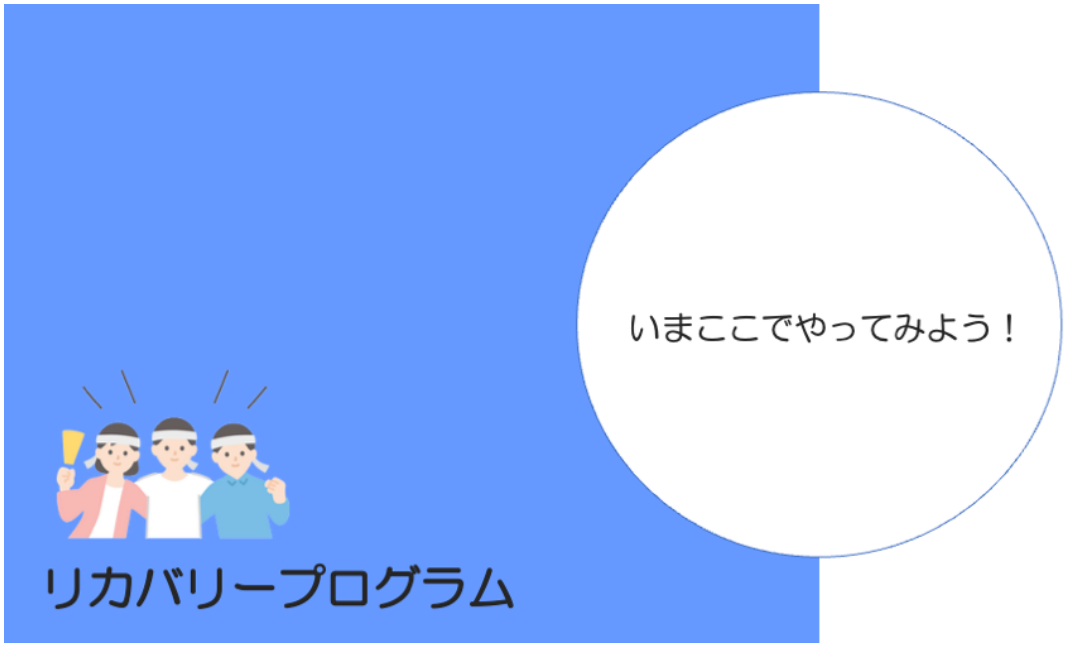
  - **想定されるチャレンジとその対応の共有**: 実施中に想定される運用上のチャレンジや、最悪の事態が発生した場合の対応について、簡単な共有を行う。これにより、グループスタッフ間で連携してスムーズに対応することが可能になる。

私たちの経験では、おおよそ事前・事後ミーティングにはそれぞれ 15 分、計 30 分の時間を要する。その為、集団 CT-Rf の実施には 120 分の時間を準備する必要がある。

2.1.1　グループリーダーとグループファシリテーターの準備

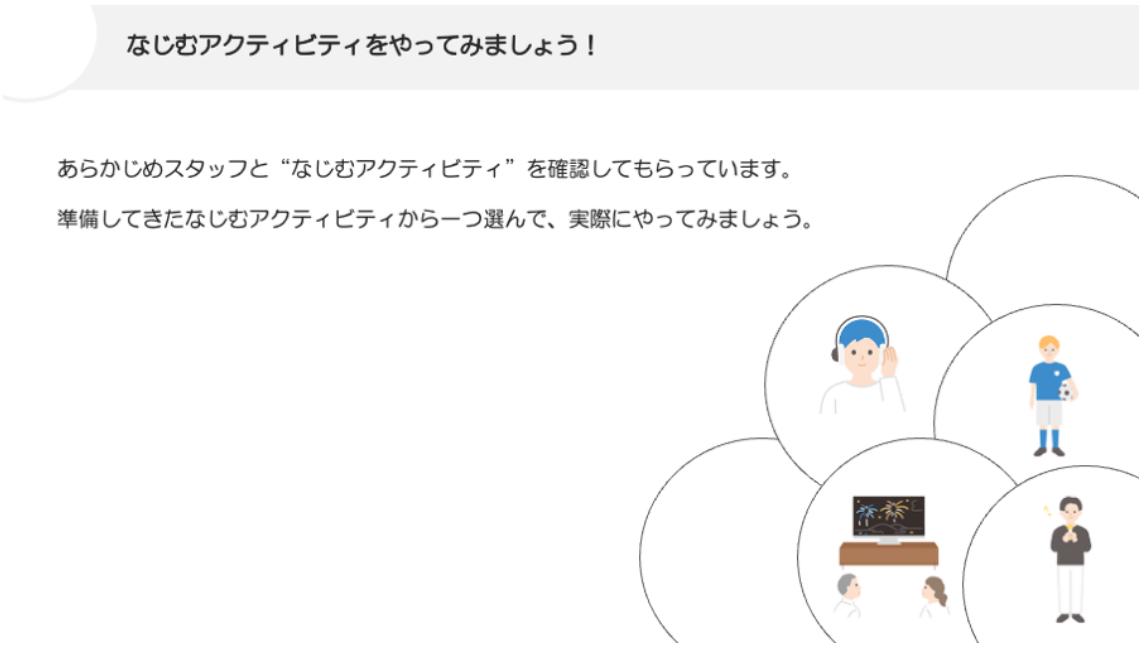
- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**：成書 pp43-53
- **誘導による発見の事例集**
- **物品の準備と場所の確認**:
  - **物品の準備**: アクティビティに必要な物品, ペンや紙、その他の教材などをあらかじめ準備し、実施場所に設置しておく。
  - **場所とグループメンバーの確認**: セッションが行われる場所が適切に準備できているか、グループメンバーが資料を持参しているかなど当日のセッション開始前に確認しておく。

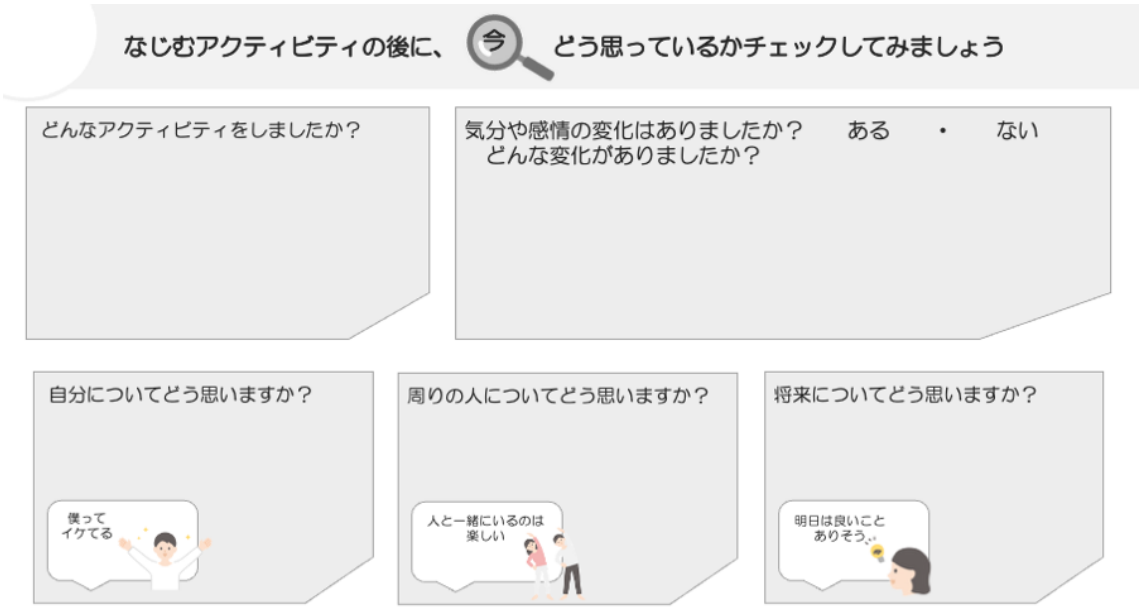
2.2　プログラムの開始と適応モードのアクティビティの実施



まず開始と同時に、適応モードのアクティビティ(「なじむアクティビティ」) を実施する。特に初期のセッションである、「いまここでやってみよう」のセッションでは、できるだけ早くこのアクティビティにグループメンバーを導き、このプログラムに参加しやすい状態を作ることが非常に重要である。

- **実施方法**:
  - アクティビティの説明を行い、その目的を明確に伝える。
  - グループメンバー一人ひとりの状態を確認し、その日のエネルギーに合わせて活動を開始する。
- **時間配分**:
  - アクティビティ自体は **30 分程度**を標準とする。





アクティビティ終了後の確認: アクティビティが終わると、すぐに参加者の感情が元の状態に戻ってしまう場合が多い。そのため、活動が終わると時間を開けずに、その場で**「気持ちの変化」についてチェック**し、スライド 2 枚目のシートに書き込むよう促すと効果的である。その際に書き込めないことがあらかじめ予想された場合には、事前ミーティングの中でアクティビティの途中で誘導による質問をするグループスタッフやその内容を決めておき、この場面で実施して、そこで得られた結果をのシートに反映させる。

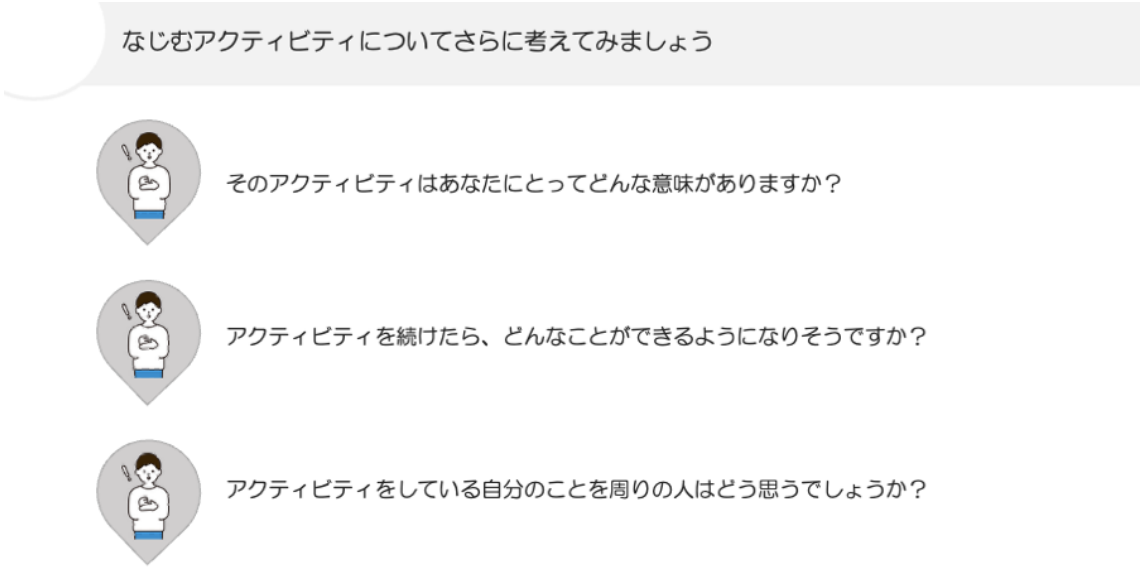
- **具体的な実施例**:
  - アクティビティ中の「活動の移り変り」（例：休憩時間や次の活動への以降場面など）に、他の参加者に「今、〇〇さん、今どのように感じますか？」と誘導による質問で促す。
  - 答えた人がその場で、スライド 2 枚目のシートに感じたことを記入できるよう促す。この方法は、時間をかけて記録しようとするより、その場で書き込める範囲で記録することで、アクティビティで活性化されるポジティブ信念に気付きやすくしてくれる。

2.3 前回からの橋渡し

この段階ではグループメンバーたちもまだ集団 CT-Rf に対するソーシャライゼーションが十分に整っていない。そこで、グループスタッフのほうで前回の内容を簡単にまとめる。その際には、改めて資料 2 ページ目のこのグループの一般的な説明を改めて紹介してもよい。また、そこで生じる質問についてはすべて対応する。その上で、先週のホームワークの内容について、実施したこと、もしくはできなかった状況について簡単に報告してもらう。その一番の目的はグループメンバーとグループスタッフが集団 CT-Rf のセッションが終った後のことも念頭にセッションを実施しているというこ

とを様々な形で示すことである。つまり、グループスタッフはこの時点から一貫性 consistancy を意識しておくことである。そのために、前回の集団 CT-Rf のセッションがどのようにその後の時間に影響を与えたかに注目する。

- 「その時には先週のことを思い出してくださったのですね」
- 「先週一緒に行ったことが、その時のあなたの状況や行ったことに影響したのかもしれませんね。」
- 「このグループに参加することで、うまくいかなくて辛い思いをされる時がでてしまいましたね。本日参加されて最後でどのように今週の取り組みを設定するかは、その後の過ごし方に影響するかもしれないので、慎重に一緒に考えましょうね。」
- 「このグループに参加することで、アクションプランを実施している時は達成感を感じられたようですね。私たちも嬉しいです。」



2.4　アクティビティの意味と将来へのポジティブな展望

アクティビティが終わった後、その活動が自分に何をもたらすか、そして未来にどのような影響を与えるかをグループメンバーで話し合う時間を取る。この段階は、このプログラムが単なる活動に終わらず、グループメンバーが将来に向けて具体的でポジティブな展望を持つための非常に重要なステップである。

- **質問の内容**:

  - **「あなたにとって、このアクティビティが特別なのには、どういった意味があるからなのでしょう？」**
  - **「この活動を続けた場合、何が変わりそうか想像してみてもらえませんか？」**
  - **「この活動を続けているあなたは、周囲の人にはどのように映るでしょうか？」**

これらの質問は、とても抽象的であり、グループメンバーひとりでは一筋縄では答えられない内容かもしれない。そのため、グループリーダーとグループファシリテーターは、質問の意図を明確にし、グループ内の他のメンバーに意見を求め、話し合ってもらうよう声かけをすることが非常に重要である。

- **Point: グループでの話し合いの重要性を念頭に**:
  - この質問は、グループメンバー一人ひとりの非常に個人的なイメージや想像を引き出す。その「イメージ」こそが、その後のグループでの話し合いを豊かで創造的なものにする。
  - 「大切なことは何か？」のセッションでは、この最初の抽象的な質問から、グループメンバーの適応モードを高めるためのイメージをより膨らませていく。

グループリーダーとグループファシリテーターは、この話し合いが人間関係のエネルギーに満たされるよう、適宜ユーモアなどを交えてサポートする。この場面で、エネルギーを高めることがその後のアクションプランやセッション 3 への勢いを保つことになる。

2.5　セッションのまとめと次のアクションプランの設定

セッションの最後には、話し合った内容を整理し、次週に向けた具体的なアクションプランを設定する。

- **まとめの目的**:
  - 本セッションでどのような話題が盛り上がり、グループメンバーに何が得られたか (何が印象に残ったか) を確認する。
- **次回のアクションプランの設定**:
  - セッションで話題となった内容を、次週のアクションプランに反映させる。
  - もし、セッションがうまく進まなかった場合は、同じ内容で再度セッションを繰り返すことも許容される。これにより、グループメンバー一人ひとりのペースに合わせて進めることが可能となる。
- **病棟スタッフへの報告**:
  - セッションで話し合った内容を、担当 MDT に報告し、必要に応じてシールなどを貼るなどの具体的な行動を設定する。

2.6　事後ミーティング

事後ミーティングは事前ミーティングと同様に、各グループメンバーのリカバリーマップを簡単に振り替えり、その内容と一致するグループの反応と、それに一致しない反応から得られる推測について検討する。各グループメンバーの反応がセッション終了後も続くことが予想される場合で、それが精神疾患の治療上配慮を要する場合には、カルテなどの記録に残し、MDT に伝わるようにしておく。

3　大切なことは何か？

ここでは、「大切なことは何か？」のセッションの内容を説明する。本セッションは、セッション 2 で取り組んだ適応モードのアクティビティのイメージや意味とリカバリーとを関連付ける回である。そこで、リカバリーに関する心理教育を提供し、現在行なっている取り組みがどのように自身のリカバリーと繋っていくのかを話題とする。

3.1　事前ミーティング

全てのセッションで共通する事前準備として、セッション開始前にグループリーダーが主導して、**30 分程度**の事前ミーティングを実施する。この準備時間は、セッションのスムーズな進行に非常に重要である。

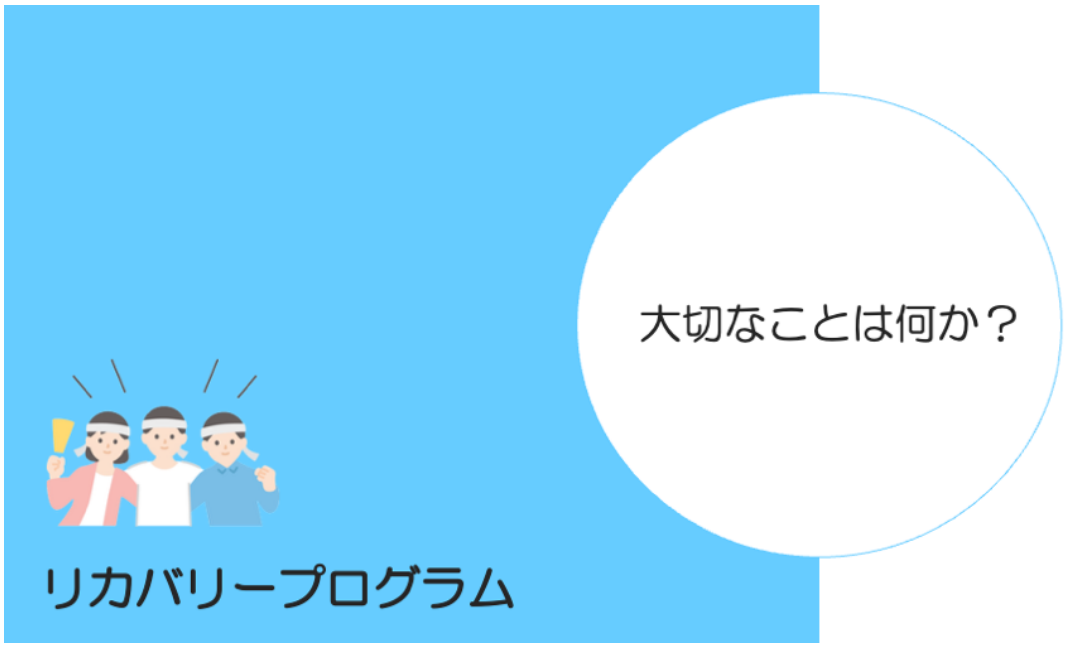
- **事前ミーティングの目的と内容**:
  - **グループスタッフの確認**: その日のグループスタッフのコンディションを確認し、簡単な雑談を行う。
  - **グループメンバーのリストとリカバリーマップの共有**: セッションに参加する予定のグループメンバーのリストを確認し、各メンバーの「リカバリーマップ」を共有する。これにより、グループメンバーの現在の状態とリバリーの方向性を確認する。
  - **アクティビティの方向性と連続性の確認**: その日の「適応モードのアクティビティ」の方向性や活動の雰囲気を話し合い、その後のセッション内容との連続性を確認し、擦り合わせを行う。
  - **想定されるチャレンジとその対応の共有**: 実施中に想定される運用上のチャレンジや、最悪の事態が発生した場合の対応について、簡単な共有を行う。これにより、グループスタッフ間で連携してスムーズに対応することが可能になる。

時間管理: **実際のグループセッションが 90 分であるため、事前・事後ミーティングを含めて計 120 分の時間を確保**する。

3.1.1　グループリーダーとグループファシリテーターの準備

- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**
- **誘導による発見の事例集**
- **リカバリーのストーリー**: 本セッションで紹介する「ひかるさん」というモデルケースのストーリーを、事前に読み、内容を理解しておく。これにより、グループメンバーに質問をする際にスムーズに質問内容を思いつけるようになる。
- **物品の準備と場所の確認**:
  - **物品の準備**: アクティビティに必要な物品, ホワイトボードやペンなどの筆記具、その他の教材などをあらかじめ準備し、実施場所に設置しておく。
  - **場所とグループメンバーの確認**: セッションが行われる場所が適切に準備できているか、グループメンバーが資料を持参しているかなど当日のセッション開始前に確認しておく。

3.2　開始の合図と適応モードのアクティビティの実施



前回同様、開始と同時にグループメンバーに主体的に参加してもらいながら、適応モードのアクティビティを実施する。3 回目のセッションであるため、他のグループメンバーに対して興味を持つグループメンバーもいることをあらかじめ想定しておく。基本的にはグループスタッフはそれを支持

していき、問題解決のために介入が必要になる場合については事前ミーティングで対象になったもののみを扱う。

- **準備と進行**:
  - **目的の共有**: 活動の目的を明確に伝え、グループメンバーに参加してもらう理由を伝える。
  - **協力の促進**: 准備段階からグループメンバーに協力してもらう姿勢を示し、互いに支え合う雰囲気を作る。
- **進行中のサポート**:
  - **グループ内の交流の促進**: グループメンバーが他の人の活動に興味を持つ場合、その交流を尊重し、必要に応じてサポートする。
  - **想定されるチャレンジへの対応**: 事前に準備した通り、活動中に予想される問題（例：グループメンバーの不参加、進行の停滞など）が生じた場合、事前に共有した対応方針に基づき、グループスタッフが適切に対応する。
  - **休憩時間の設定**: 必要に応じて休憩時間を設けるなど、柔軟な進行を心がける。
- **アクティビティの時間**: アクティビティ自体は **30 分程度**を標準とする。しかし、グループメンバーの状態に合わせて時間の調整を行う。
- **進行中の注意点**:
  - **エネルギーの持続**: まだ 3 回目のセッションであり、アクティビティが終わるとエネルギーが下がってしまうグループメンバーもいることを想定しておく。
  - **情動の確認**: アクティビティ中の、感情や気分の変化に注意を払い、必要に応じて質問やフィードバックを行う。これにより、グループメンバーの状態を把握し、活動をより効果的に進めることができます。具体的な質問例:
    - **「今の活動で、何か感じることはありますか？」**
    - **「今の自分や状況をどう思いますか？」**
  - **書式への記入時間の前倒し**: 必要に応じて、次の書式への記入時間を前倒して、アクティビティ中に記入してもらうことも検討する
- **書式への記入時間**: アクティビティが終了した後に、グループメンバーが「アクティビティの内容」や「自分の感情の変化」などを記入する時間を持つ。この時間は、グループメンバーが気持ちを整理し、活動の成果を確認するための重要な時間である。



3.3 前回からの橋渡し

ここまでを基に、前回の内容を振り返り、このグループで集っている目的を確認する。本セッションでは、アクションプランの振り返りをするのは 2 回目となる。前回の内容が適応モードにアクセ

スするアクティビティの背景にあるその人特有の意味やイメージについて話題にしている。このセッションでは、それらを思い出してもらいながら、リカバリーの心理教育と関連付けていくことが中心的な話題となっている。そのため、前回の内容とそこから設定されたホームワークの確認は重要となる。

- **目的**: 前回のグループがその後の週にどう影響したかを確認し、今回の取り組みと関連付ける。
- **具体的な質問**:
  - **「前回のセッションで取り組んだことは、その後の週にどのように影響しましたか？」**
  - **「何か変わったことがありましたか？」**
- **声かけのポイント**:
  - **肯定するフィードバック**: 「達成感を感じられたんですね、私たちも嬉しいです。」「うまくいかなかったんですね。それは辛い思いをされましたね」、などと発言をそのまま受け止める。
  - **具体的な状況の確認**: うまくいかなかった状況や成功体験を具体的に報告してもらうように促す。これは、グループメンバーの自身の取り組みへの認識を深める上で重要となる。
  - **グループ内の交流**: 他のメンバーが報告している内容に興味を持ち、質問したり応援したりする雰囲気を作る。これは、グループ内のつながりを深めるための重要なポイントとなる。
  - **具体的な声かけ例**:
    * 「先週のことを思い出してくださったのですね。」
    * 「先週一緒に行ったことが、その時のあなたの状況や行ったことに影響したのかもしれませんね。」
    * 「本日参加されて、最後でどのように次の週の取り組みを設定するかは、その後の過ごし方に影響するかもしれませんね。慎重に一緒に考えましょう。」
- **注意点**: まだ 3 回目のセッションであり、グループメンバーが患者モード（グループメンバーが受けた診断を反映した態度や振る舞いのこと）に戻る可能性があることを考慮に入れて、この部分の進行は短時間なものにするなど柔軟に工夫する。

リカバリーとは？

リカバリーと聞いてどんなことを思い浮かべますか？



リカバリーって何？？

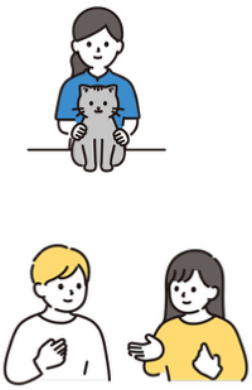
ここで、ひかるさんのリカバリーのお話を例として紹介します。

ひかるさんは、統合失調症の診断を受けて長らく治療を受けていましたが、中々状況が好転しないためどうしようもない気持ちになっていました。それに10年以上悩んでいたため、いつも辛い気持ちや悩ましいことがあり、何をどうしたらよいのか考えることもできないことが日常になっていました。そういった中で、いつも頭の中に直接響いてくる声だけを頼りに日々過ごしています。周囲の人はその声のことを信じてくれないため、他者に心のうちを打ち明けようという気持ちになれません。また人だけでなく、ほとんどの娯楽、テレビや音楽などもその背後に何か不気味な影響を感じて、基本的に避けて過ごさないといけません。一方声は、厳しいことを言ってくることもありますが、周囲の人と話すよりは気持ちがつながっている気がしていました。



リカバリーって何？？

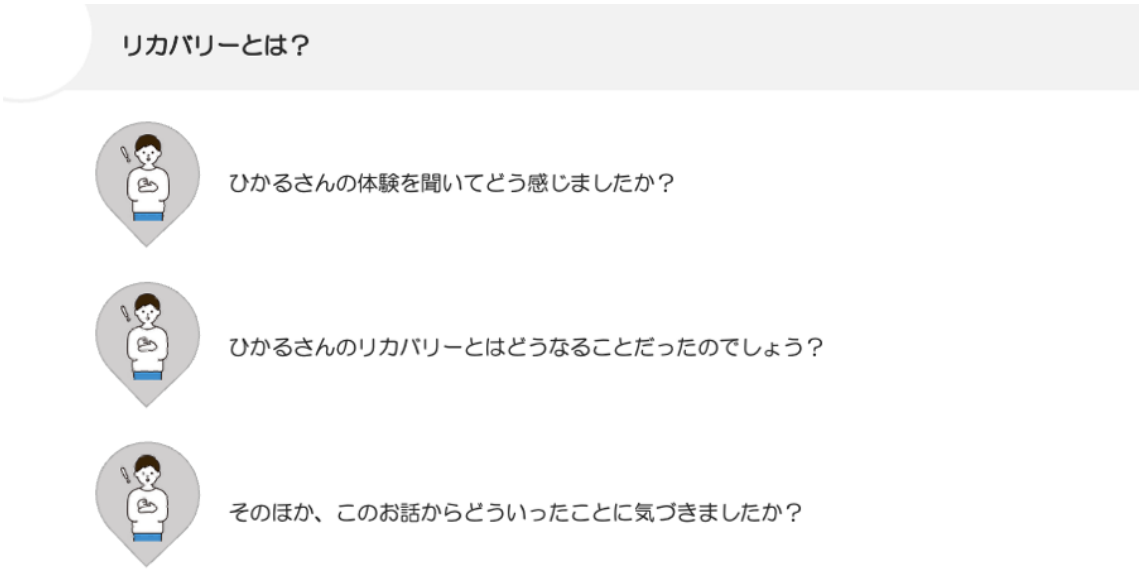
そんなある時、通院している病院の入口にいた野良猫を眺めていると、通りがかったゆたかさんに「猫が好きなんですか？」と声をかけられました。ひかるさんは子供の頃に小学校でよく見かける猫の世話をしているうちにその猫がとても人気者になって、育てていたひかるさんもクラスの皆から認めてもらえたという経験がありました、その時の経験からか、ひかるさんは猫の習性や世話の仕方にはとても詳しく、自然とその声をかけてきたゆたかさんの質問に答えることができました。たまたま話しかけたゆたかさんも、ひかるさんのまるで専門家のような説明とその丁寧な対応、何より、その猫がひかるさんの世話にとても心地よさそうにしていることに驚きました。ゆたかさんも猫に興味はあるようでしたが、ちゃんと育てられるかどうか心配で、ひかるさんから教わることも多いようでした。



#03 リカバリーって何？？

しばらく、病院に通院する度に短い時間でしたが、そのゆたかさんとの猫を通じた交流が始まりました。ひかるさんもゆたかさんと話している間は、どこか懐かしく、またどこか新鮮な気分で過ごすことができました。しだいに話す話題も猫だけでなく、好きな服や昔好きだったテレビ番組など日常的なことにも及びました。そうした中で、自分の好きな装飾や音楽のある、おいしいコーヒーとスイーツを提供するカフェを開きたいという自分自身のあこがれをひかるさんは自覚するようになりました。そう自覚し始めた頃には、そうした話題になるのは、ゆたかさんだけでなくひかるさんと関わりのある様々な人へと自然と広がっていました。そんなひかるさんにとって、色々を怖い思いをしながらも声や辛い気持ちを乗り越えながら、気心知れた人とカフェ巡りを計画し実行することは、十分に意味ある行為となっています。





3.4　リカバリーの心理教育

本セッションのメインとなる、リカバリーに関する心理教育を実施する。ここでは、グループメンバーが「リカバリー」という言葉の意味を自分なりに考え、それが自分の人生にどのように関係するかを考える機会を提供する。そのため、従来の心理教育のように資料を説明したり、それを埋めていくための話し合いは行わない。資料はあくまで話し合いの材料であり、ここまでの (セッション 1、2 からの) 流れに沿って話し合いを進めていくことが重要である。ここまでの段階ですでにグループメンバーの特徴がよくわかっているなど、場合によっては、ひかるさんの事例も適宜改変して用いてもよい。

- **具体的なプロセス**:
  1. **「リカバリーとは？」という言葉に関する質問**:
     - セッションの最初に、グループメンバー、一人ひとりに「リカバリー」という言葉について、簡単に意見を求める。これは、グループメンバーの既存の認識や関心を引き出すための導入部分である。
     - **声かけのポイント**: ここでの目的は「正解」を導き出すことではなく、グループメンバーがそれぞれの自由な意見や感想を発言できるようにウォームアップすることである。特にセッション 2 での適応モードのイメージや意味から関連付けて話し合われるとよい。
  2. **ひかるさんというモデルケースの紹介**:
     - セッションの主なコンテンツとして、ひかるさんというモデルケースの話を読む。このモデルケースは、リカバリーのプロセスを分かりやすく示すために用意されている。

- **モデルケースの内容と活用方法**:
  - **診断と症状の段階**（最初のスライド）：ひかるさんが診断を受け、症状によって日常生活に影響を受けている状況を説明する。これにより、グループメンバーが自身との共通点に気付く機会を与える。
  - **きっかけと交流の段階**（2 枚目のスライド）：ひかるさんが、ある「ふとしたきっかけ」（例：猫の世話をする）によって他の人と交流を始める場面を説明する。この部分は、一見すると平凡な出来事でも、個人の過去の経験と結びついて、大きな変化のきっかけになることをグループメンバーに考えさせるポイントである。適応モードとの関連で話し合われるとよい。
  - **交流が広がる段階**（3 枚目のスライド）：ひかるさんが、最初は猫を飼うことに興味を持っていたのが、次第に他の活動への参加や交流の幅を広げていく様子を説明する。これにより、リカバリーが「症状が消えること (チャレンジがないこと)」ではなく、「自分らしい生活を取り戻すこと」であることを示唆する。
  - **全体像の確認と質問**（4 枚目のスライド）：ひかるさんの事例全体についてグループメンバーの理解を説明してもらうことにより、「リカバリー」という言葉を自分にどのように当てはめることができるか、などを話題にする。
- **モデルケースの活用の柔軟性**: モデルケースの内容は、グループメンバーの関心に合わせて適宜改変することも可能である。例えば、「猫の世話をする」の代わりに、「野球観戦をする」に変えて、関心のあるグループメンバーを巻き込む工夫もできる。チャレンジをグループメンバーが提案するものに変更してもよい。

3. **グループメンバーとの話し合いとまとめ**:
   - モデルケースを読み上げた後、グループメンバーに「ひかるさんは、あくまで一例ですので、リカバリーはひとりひとり異なり、様々な工程があることがわかっています。ご自身にとってのリカバリーとはどのようなことだと思われますか？」など声掛けをする。
   - **質問のポイント**: 従来の心理教育のように固定的な知識を教え込むのではなく、**「この具体例を見て、自分に当てはめるとどう思いますか？」**という形で、グループメンバーの自由な発言を促す。それと同時に各グループメンバーのビリーフに注目した誘導による質問もグループリーダーは準備しておく。これにより、グループメンバーの主体的な思考が促され、より深く理解を深める機会が提供される。
   - **グループ内の交流を促進**: グループリーダーとファシリテーターは、グループメンバーが発言する様子を丁寧に聞き、他のグループメンバーが発言に反応できるよう声かけや質問を用いて、グループ内の交流を盛り上げる。
   - **まとめと記録**: 話し合いの内容をグループリーダーがまとめ、必要に応じて次のチェックシートに記入するよう促す。

3.5 アクションプランの設定

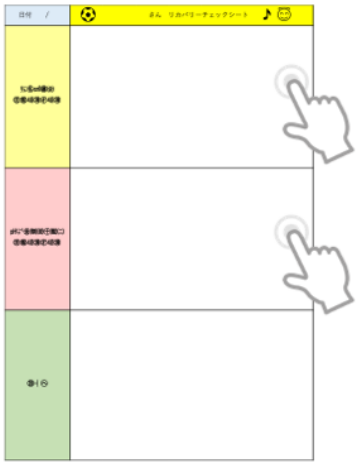
セッションの最後に、次週の具体的なアクションプランを設定する。

- **目的**: 今回の話し合いから気付いたことを、その後の行為に繋げていく。
- **設定の方法**:
  - **アクションプランの設定**: リカバリーという考えから、次週に取り組みたい具体的な行動（例：自分のしたいことを MDT スタッフと共有する）を設定する。
  - **MDT チームとの共有**: この回の話し合いの内容が具体的な行為につながる場合は、それを次週までのアクションプランとして設定する。もし、行動につながらない場合は、その日のグループで話し合ったことやそこで考えたことなどを MDT で共有し、一緒にリカバリーについて検討する機会として活用する。これにより、今回のセッションの内容がその後の日常生活に反映される可能性が高まる。

5. 注意点

- **グループメンバーの状態の把握**: まだ 3 回目のセッションであり、グループメンバーが患者モードに戻る可能性があることを常に念頭に置き、アクションプランは実現可能性が 90%の内容に調整する。
- **個別対応**: グループメンバーそれぞれの状態に合わせて、モデルケースの内容を改変したり、サポートの方法を工夫したりすることが重要となる。個々を尊重し、一人ひとりが安心して参加できる環境を作ることが、このセッションの成功の鍵となる。

チェックシートを記入しましょう





3.6　事後ミーティング

事後ミーティングは事前ミーティングと同様に、各グループメンバーのリカバリーマップを簡単に振り替えり、その内容と一致するグループの反応と、それに一致しない反応から得られる推測について検討する。各グループメンバーの反応がセッション終了後も続くことが予想される場合で、それが精神疾患の治療上配慮を要する場合には、カルテなどの記録に残し、MDT に伝わるようにしておく。

4　このグループに名前を付けよう

本セッションは、「いまここでやってみよう！」のセッションで取り組んだ適応モードのアクティビティのイメージや意味が、「大切なことは何か？」のセッションでリカバリーに関連付けられた後にあらためて適応モードのアクティビティからグループメンバーのポジティブ信念を認識する過程である。さらにここにグループの利点も活用する。具体的には、グループに名前を付けるという共通した取り組みの中で、ポジティブ信念はグループで共有され、適応モードはよりリカバリーへのエネルギーを高めていく。そのため、ここではグループスタッフがグループメンバーそれぞれのビリーフについて十分に理解している必要がある。

4.1　事前ミーティング

全てのセッションで共通する事前ミーティングとして、セッション開始前にグループリーダーが主導して、**15 分程度**の事前ミーティング会議を実施する。この準備時間は、セッションのスムーズな進行に非常に重要である。

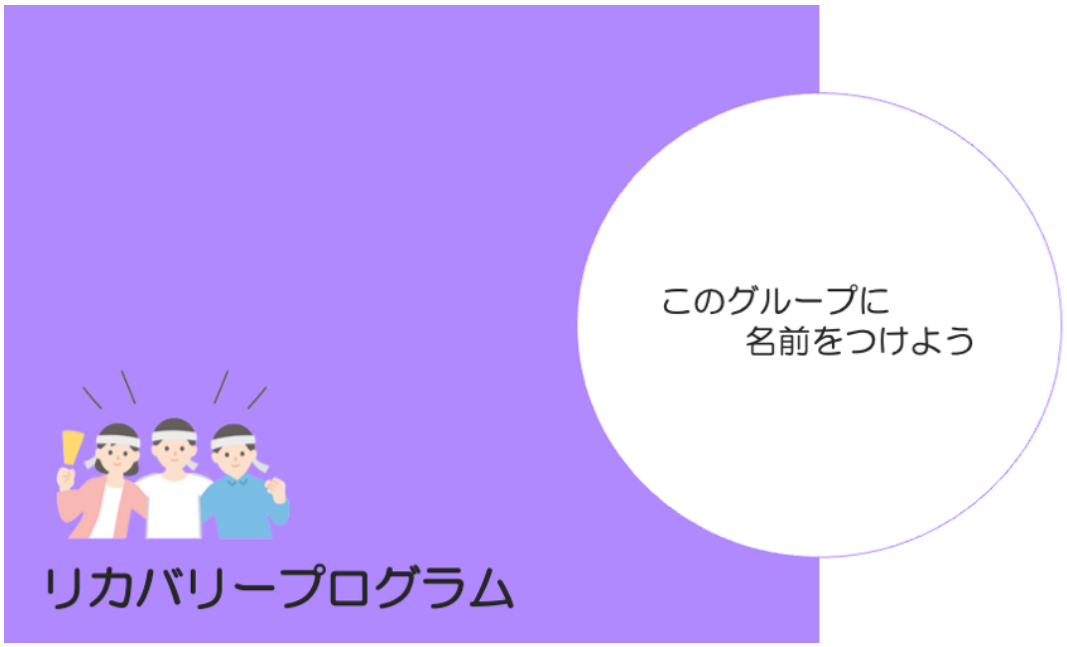
- **事前ミーティングの目的と内容**:
  - **グループスタッフの確認**: その日のグループスタッフのコンディションを確認し、簡単な雑談を行う。
  - **グループメンバーのリストとリカバリーマップの共有**: この回では特に「適応モードにアクセスしエネルギーを高める」の左側のビリーフの部分について話し合う。セッションに参加する予定のグループメンバーのリストを確認し、各メンバーの「リカバリーマップ」を共有する。
  - **アクティビティの方向性と連続性の確認**: その日の「適応モードのアクティビティ」の方向性や活動の雰囲気を話し合い、その後のセッション内容との連続性を確認し、擦り合わせを行う。
  - **想定されるチャレンジとその対応の共有**: 実施中に想定される運用上のチャレンジや、最悪の事態が発生した場合の対応について、簡単な共有を行う。これにより、グループスタッフ間で連携してスムーズに対応することが可能になる。

時間管理: **実際のグループセッションが 90 分であるため、事前・事後ミーティングを含めて計 120 分の時間を確保**する必要がある。

4.1.1 グループリーダーとグループファシリテーターの準備

- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**
- **誘導による発見の事例集**
- **成書 pp54-60、pp268-269**: このセッションでは各グループメンバーのポジティブ信念を話題にするため、一般的なポジティブ信念や、それを質問によって気付いてもらうための工夫をあらかじめ確認しておく。
- **物品の準備と場所の確認**:
  - **物品の準備**: アクティビティに必要な物品, ペンや紙、その他の教材などをあらかじめ準備し、実施場所に設置しておく。
  - **場所とグループメンバーの確認**: セッションが行われる場所が適切に準備できているか、グループメンバーが資料を持参しているかを当日のセッション開始前に確認しておく。

開始の合図と適応モードのアクティビティの実施



セッション３までと同様に、グループメンバーが主体的に参加できる適応モードのアクティビティを実施する。

目的: アクティビティを実施することで、グループメンバーの認知や行動の変化を体験してもらい、その変化への認識を促す。
進行中のサポート:
この段階では、その後のセッションの進行に合わせて、ポジティブ信念に気付く声掛けを行う。

- **フィードバックの提供:** アクティビティ中に、グループメンバーの気持ちの変化（例：「今の活動はどういったところが魅力的ですか？」「〇〇についてよくご存じですね。」）を確認し、タイムリーにフィードバックを提供する。これにより、グループメンバーは自分のことを改めて理解していく機会が提供される。
- **グループメンバーの理解:** 各メンバーがどのようなビリーフ（信念）を持っているかを頭に置いて、より交流が進むように声掛けをする (例：「〇〇さんはとても××を教えるのが上手なようなので、△△さんも××を一緒にやってみませんか？)。これは、グループ化を進める上でも重要となる。

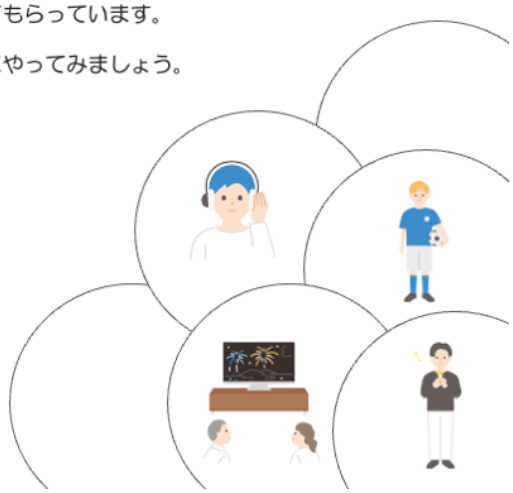
記入シートの活用: アクティビティ終了後、グループメンバーが記入するシートを用いる。このシートは、活動内容や気分の変化などを記録するもので、グループメンバーの変化を客観的に把握できる。このセッション４では、特に**「自分についてどう思うか」「周囲についてどう思うか」「未来につ**

いてどう思うか」という、より個別性の高い情報を質問し、収集することにフォーカスするとよい。これにより、グループメンバーのビリーフについてより理解が進みその後のセッションに役立てることができる。

なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。



なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう

どんなアクティビティをしましたか？

気分や感情の変化はありましたか？　ある　・　ない
どんな変化がありましたか？

自分についてどう思いますか？



周りの人についてどう思いますか？



将来についてどう思いますか？



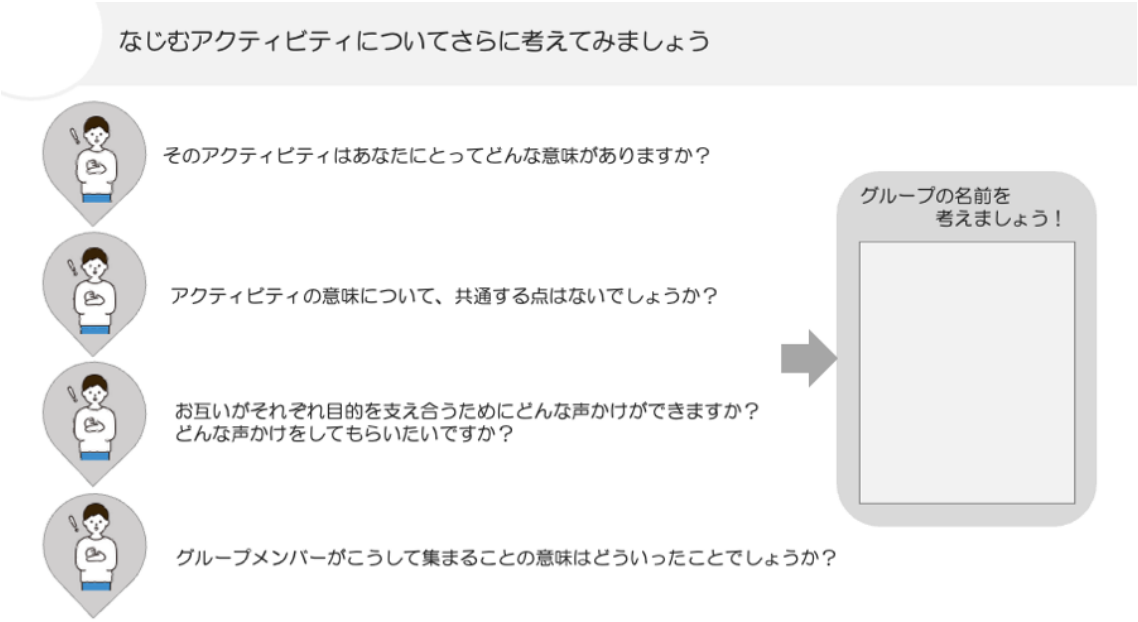
4.2　前回からの橋渡し

ここで前回のセッション内容を振り返り、グループメンバーの状態を確認する。本セッションでは、それまでのセッション、「いまここでやってみよう！」、「大切なことは何か？」の内容を受けてグループミッション (「グループに名前を付ける」) を作成する回になるが、セッション 2 の pp12 で記載した内容を振り返ってもらいながらセッション 3 のリカバリーとのつながりについてグループメンバーから考えを述べてもらうことが簡便である。
ホームワークの振り返りをするのは 3 回目となる。これまでは、集団 CT-Rf のセッション構造にグループメンバーが馴染むことが主な目的であったが、ここからは認知行動療法へのソーシャライゼーションに気付いてもらうことを目的にこのパートを実施する。つまり、アクションプランを実施することがどのようにグループメンバーのメンタルヘルスに影響すると考えられるか、などについて情報提供しながら、この治療構造の意味を話し合うとよい。次のセッション「日常生活の中でやってみる」ではこのソーシャライゼーションが実際のグループの話し合いの内容となる。そして、このグループが修了するころには、各グループメンバーの MDT との話し合いにおいてこの治療構造に慣れておくことが役立つのである。その点をこの段階では念頭に置きながら、グループリーダーとグループファシリテーターは橋渡しを進めていく。
具体的な質問:

- **「(セッション「いまここでやってみよう」の pp12 を参照してもらいながら、)「大切なことは何か?」のセッションでリカバリーについて考えたことを、その後にどのように感じましたか?」**
- **「アクションプランを実行しましたか？その結果はいかがでしたか？」**
- **「前回のセッションで何か新しい気づきはありましたか？」**

声かけのポイント:

- **ソーシャライゼーションの確認:** セッションが進み、グループメンバーがプロセスを理解し、グループ内で情報が共有されていることを確認する。これにより、グループ全体で一つのプロセスを共有できていることや、それが治療において重要であることを認識してもらう。
- **心理教育の提供:** 必要に応じて、認知行動療法の構造が学習にどのように役立つかを簡単に説明する。これは、グループメンバーにこのグループの全体像を理解してもらい、モチベーションの向上に繋がる。



4.3　グループに名前を付ける

セッションのメインとなる部分。グループに名前を付け、その意味を共有する。このプロセスは**時間を要する**ため、このセッションではここまでの内容に避く時間の管理をグループファシリテーターのほうでしっかりと進めておくことが重要である。

目的: グループミッションを設定し、グループメンバーがそこに参加していることのリマインダーとして、一体感を高める。

具体的なプロセス:

1. **アクティビティの意味の再確認:**
    - 「今ここでやってみよう！」のセッションで行った「適応モードのアクティビティ」の目的と、そのアクティビティが自分にとってどのような意味を持つのかを再確認する。これはその日の適応モードのアクティビティを参考にしてもよい。これにより、グループメンバーはアクティビティの意味をより深く理解する。リカバリーの概念を学んだ上で、このアクティビティが「自分にとってどのような意味を持つのか」という問いを深めてもらうことも重要である。
2. **アイデア出し（ブレインストーミング）:**
    - グループメンバー全員で、この前に挙がってきた意味の共通点や補完できる部分などについて話し合う。挙がってきた意味をそのまま足し合わせて文章として読みあげてみる。あるいはブレインストーミングについて心理教育して実施してみる。グループのミッションや名前に関するアイデアを出し合う。ここでは、スタッフが予想していないような面白い

名前やアイデアが出てきることを楽しみながら、グループメンバーの自由な発想を促す。このプロセスは、グループの一体感を高め、グループメンバーの創造性やイメージを引き出すために非常に重要である。

3. **ミッションの決定:**

   - アイデアが集まったら、その中からグループ全体で共通する意味を持つ名前やミッションを決定する。名前とミッションステートメント (「宣言」) を分けて設定したり、その名前を象徴するサインや画像をインターネットなどを活用して検索したり、グループ開始時の掛け声も決めたりなど柔軟にアイデアを募っていく。

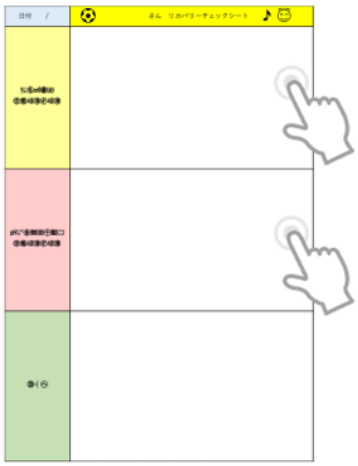
4.3.1 アクションプランの設定

セッションの最後に、次週の具体的なアクションプランを設定する。

- **目的**: 今回の話し合いから得た気づきを、行動に繋げていく。
- **設定の方法**:
  - **グループ名の実現**: ミッションに沿った具体的な行動（例：開始時の掛け声、象徴的な音楽の選定）を設定したり考える。これにより、グループミッションが具体的な行動に繋がり、一体感がさらに高まる。
  - **日常生活への活用**: これまでのアクティビティを日常生活でどのように実践できるかを考え、アクションプランを設定する。これにより、セッションで学んだことを基にポジティブ行為につながることが期待される。
  - **個別対応**: もしグループメンバーが具体的なアクションプランを立てることが難しい場合は、スタッフが個別にサポートする必要があることを確認し、セッション 5 の際の参考にする。ここでは、個別の状況に合わせたサポートを提供することで、そのグループメンバーが主体的に行動に移せるようサポートする。

このセッションでの取り組みは、グループの一体感を高め、グループメンバーがセッションで学んだことを日常生活に活かすための重要な一歩となる。これまでのプロセスを踏まえながら、グループ全体で一つの方向に向かって進むことで、リカバリーへの道のりがより明確になる。また、このプロセスがこのグループ終了後に、自身の MDT をこのグループに変えて同じようなプロセスを踏まえてリカバリーを進めていく練習となる。

チェックシートを記入しましょう



アクションプラン

チェックシートをMDTに見せて、シールを貼ってもらいましょう



4.4　事後ミーティング

事後ミーティングは事前ミーティングと同様に、各グループメンバーのリカバリーマップを簡単に振り替えり、その内容と一致するグループの反応と、それに一致しない反応から得られる推測につ

いて検討する。各グループメンバーの反応がセッション終了後も続くことが予想される場合で、それが精神疾患の治療上配慮を要する場合には、カルテなどの記録に残し、MDT に伝わるようにしておく。

5　日常生活の中でやってみる

本セッションは、「今ここでやってみよう！」で取り組んだ適応モードのアクティビティのイメージや意味が、「大切なことは何か？」でリカバリーに関連付けられた後にあらためて適応モードのアクティビティからグループメンバーのポジティブ信念を認識し、さらにそれが「このグループに名前をつけよう」でグループのミッションとして他のメンバーとのつながりからエネルギーを高めていく過程に基づいている。このセッションはそういった点で、ここまでのひとつの集大成であると共に、その展開は様々な形があり得るため、1 回では終了しないことも考えられる。
さらに、次にある「これからについて考える」以降のグループ後半の進行はアスピレーション (個人にとって大切にしている夢や憧れのこと) の同定とそのイメージ、そこからグループミッションの実現へと進めていくことになる。そのため、このセッション 5 の前半のアクティビティの中で、グループメンバーがアスピレーションをふと口にしたり、アスピレーションを同定する質問をグループスタッフが声掛けしていくことも想定しておくとよい。冒頭でも述べたように、このグループは順番通りの進行、途中でグループメンバーが提案したトピックをアジェンダにすること、あるいは内容を重複して実施したり、順番を変えて実施することも想定されている。そのため、このセッションの活用については柔軟に検討する。具体的な内容としては、ポジティブアクション記録表、ポジティブ行為の候補を挙げること、ポジティブ行為ランキングの作成から構成されている。

5.1　事前ミーティング

全てのセッションで共通する事前ミーティングとして、セッション開始前にグループリーダーが主導して、**15 分程度**の事前準備を実施する。この準備時間は、セッションのスムーズな進行に非常に重要である。

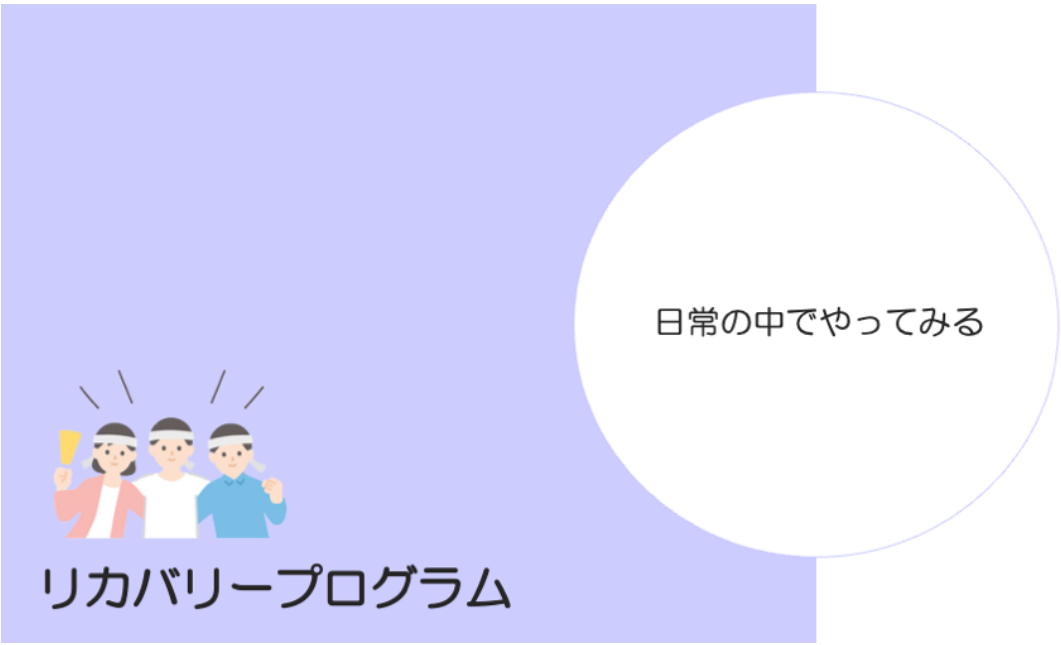
- **事前ミーティングの目的と内容**:
  - **グループスタッフの確認**: その日のグループスタッフのコンディションを確認し、簡単な雑談を行う。
  - **グループメンバーのリストとリカバリーマップの共有**: この回では「適応モードにアクセスしエネルギーを高める」の左側のビリーフの部分について話し合う。さらには、その下の「アスピレーション」の項目についても検討を始めるとよい。セッションに参加する予定のグループメンバーのリストを確認し、各メンバーの「リカバリーマップ」を共有する。
  - **アクティビティの方向性と連続性の確認**: その日の「適応モードのアクティビティ」の方向性や活動の雰囲気を話し合い、その後のセッション内容との連続性を確認し、擦り合わせを行う。

  - **想定されるチャレンジとその対応の共有**: 実施中に想定される運用上のチャレンジや、最悪の事態が発生した場合の対応について、簡単な共有を行う。これにより、グループスタッフ間で連携してスムーズに対応することが可能になる。

時間管理: **実際のグループセッションが 90 分であるため、事前・事後ミーティングを含めて計 120 分の時間を確保**する必要がある。

5.1.1　グループリーダーとグループファシリテーターの準備

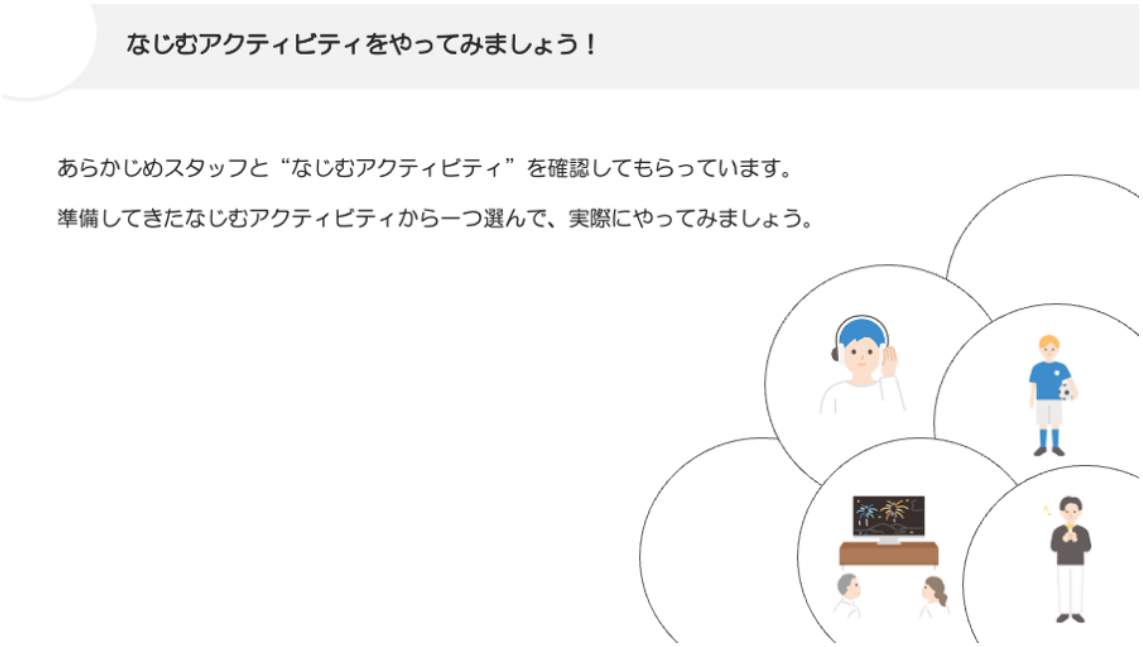
- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**
- **誘導による発見の事例集**
- **成書 pp54-60、pp62-66、pp268-269**: このセッションでは各グループメンバーのポジティブ信念を話題にするため、一般的なポジティブ信念や、それに質問によって気付いてもらうための工夫をあらかじめ確認しておく。
- **物品の準備と場所の確認**:
  - **物品の準備**: アクティビティに必要な物品, ペンや紙、その他の教材などをあらかじめ準備し、実施場所に設置しておく。
  - **場所とグループメンバーの確認**: セッションが行われる場所が適切に準備できているか、グループメンバーが資料を持参しているかなど当日のセッション開始前に確認しておく。

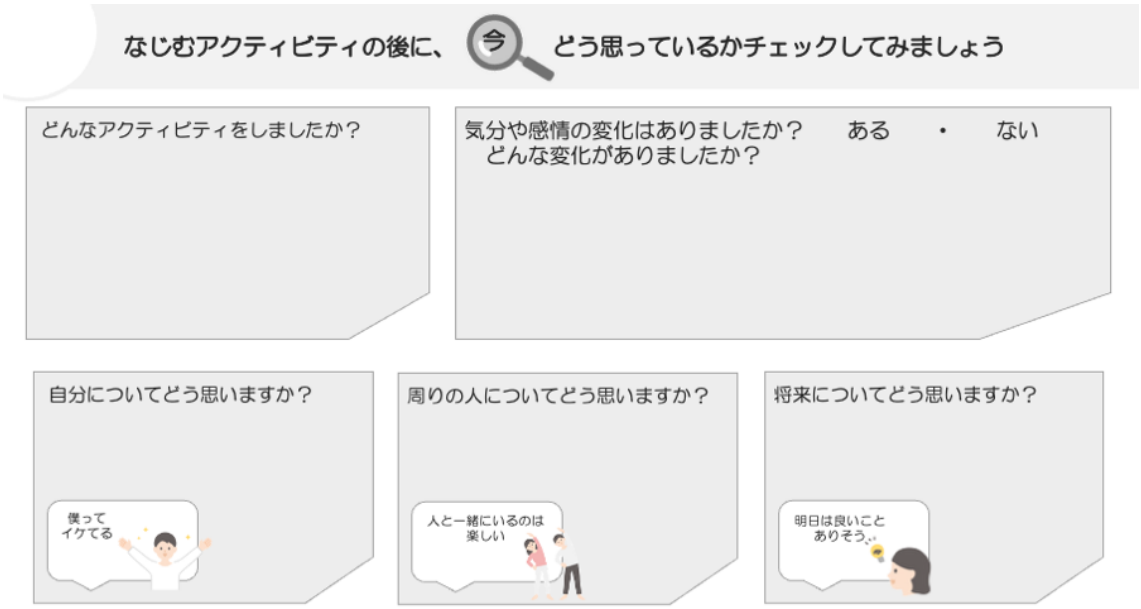


5.2　適応モードのアクティビティ

それまでのセッションと同様に、グループメンバーが主体的に参加できる適応モードのアクティビティを実施する。その際には、「グループに名前を付けよう」で設定したグループの名前や開始の掛け声などを開始時に実行するようにする。

- **目的** アクティビティを通じて、参加者の気分の変化や状態の変化を体験し、リカバリーへの具体的なアクションに進んでいることを体験する。このセッションの実施するポジティブアクション記録表につながる内容を提供する。
- **進行中のサポート**
  - **フィードバックの提供**: このセッションまで進んだ段階では、アクティビティの最中にグループメンバーの気分の変化を確認する必要性は減少しているかもしれない。しかし、グループメンバーが自発的に話す内容には丁寧に耳を傾け、フィードバックを提供する必要がある。
  - **アスピレーションの同定**: 特に「心から楽しそうに過ごされていますね。今のような気持ちで過す時間が増えて、すべてが望みどおりの状態になったら、どういったことを自分がしていると思いますか？その時あなたのもとにはどういったものや人がありますか？想像して教えてみてほしいです」などとアスピレーションについての質問も念頭に置いてアクティビティを実施するとよい。
- **記入シートの活用**: アクティビティ終了後、グループメンバーが記入するシート（例：33 ページ）を用いる。特に**「自己」「他者」「世界」「未来」**についての信念（Belief）を話し合う時間をとれるよう時間配分をしていく。

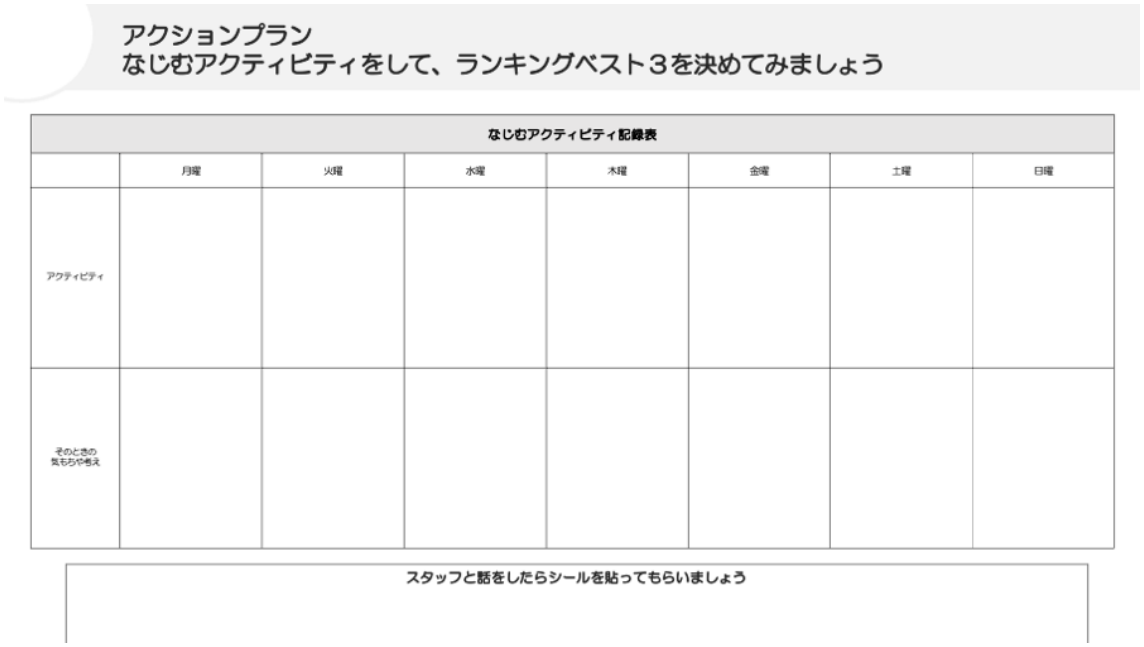




5.3 前回からの橋渡し

ここでは、グループのミッションをあらためて確認する。これまでは、リカバリープログラムとは、という内容が橋渡しの冒頭であったが、ここからはグループメンバーが話し合って決めた内容がこのグループが集まる理由となっている点がこの橋渡しにおけるポイントとなる。

- **目的**: 前回の学びを確認し、今回の活動に繋げる。
- **具体的な活動**:
  - **グループ名とアクションプランの報告**: 前回に決めたグループ名やアクションプランが、その後どうなったかを、各メンバーに簡潔に報告してもらう。
  - **ソーシャライゼーションの確認**: グループの進行に慣れてきたか、またその必要性を確認する。
  - **ポジティブアクション記録表の紹介**: 本セッションから使用する「ポジティブアクション記録表」の目的と使い方を、リーダーがグループメンバーに紹介し、説明しながらセッション 4 の内容とアクションプランを基に埋められる部分に記入をしてもらう。



アクションプラン
なじむアクティビティをして、ランキングベスト３を決めてみましょう

なじむアクティビティ記録表							
	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
アクティビティ							
そのときの気もちや考え							

スタッフと話をしたらシールを貼ってもらいましょう

5.4　アクティビティを計画する

ここでは、このグループで実施してきた適応モードのアクティビティを計画して実行することを話題にする。以下のポイントを留意しながら、グループリーダーは話しを進める。

- 私たちは日頃どのように**記憶**して計画しているだろうか (例：書き留める、電子媒体、人に伝える)？
- 行為を計画したい時とはどういう時か (例：朝に勢いづきたい、病棟プログラムに参加するエネルギーを高めたい)？
- ある程度アクティビティが増えてくれば、種類を増やせないだろうか？特別な準備なく、日常的に実施できるアクティビティはないだろうか？特別に準備すれば実現するアクティビティはないだろうか？

こうした観点で、グループメンバーと話し合っていきながら、計画を進める。必要に応じて、グループリーダーやグループファシリテーターが自身のポジティブ行為を紹介したり、記録表への記録例などを紹介して進めてもよい。資料では、ポジティブアクション記録表の一例を挙げているが、計画書そのものはどういった形式でもよいことに留意する。そして、このセッションでは、そのひとつの取り組みとして、ここで設定したポジティブ行為とその計画から、ポジティブ行為のランキングを付けてみるというゲームを提案する。

セッションの最後に、次週に実行する具体的なアクションプランを設定する。

5.5　アクションプランの設定

ここまでの話し合いをもとに、このセッションのアクションプランを設定する。ここでは、グループメンバーが学んだことを日常生活にどのように活かせるか、具体的なアクションプランを立てることで、学びを実践に繋げていく。このプロセスは、この次に続く「自分になじむ」夢や憧れを同定していくために非常に重要である。それは、治療志向の目標や、「余所行き」の夢や憧れではなく、グループメンバーひとりひとりにとって、意味のある将来への展望である。

5.6　事後ミーティング

事後ミーティングは事前ミーティングと同様に、各グループメンバーのリカバリーマップを簡単に振り替えり、その内容と一致するグループの反応と、それに一致しない反応から得られる推測について検討する。各グループメンバーの反応がセッション終了後も続くことが予想される場合で、それが精神疾患の治療上配慮を要する場合には、カルテなどの記録に残し、MDT に伝わるようにしておく。

6　これからについて考える

ここまでのセッションでは、グループプロセスにおける適応モードの活動を十分に実施し、適応モードのアクティビティが自身にとってどのような意味を持つのか、あるいはそれに付随するイメージ等を十分に話し合った上で、各グループメンバーに共通するテーマをグループの名前にし、メンバー間の連帯感を高めてきた。これは、今回のセッションにおけるグループ内の交流を通じてアスピレーションを話題にするまでのステップであった。言いかえれば、これまで頻回に尋ねられてきたかもしれない、「余所行き」の夢や憧れではなく、「自分になじむ」それを話してもよいと思える人間関係を築いてきたといえる。そこで、これらの結果として得られた人とのつながりというエネルギーを土台に、各個人の「これから」に対するポジティブなイメージ、すなわちアスピレーションについて深く掘り下げていくことが、本セッションの主要な目的である。このアスピレーションの探求を通して、グループメンバーは自身の潜在的な可能性に気づき、将来への希望を育むことが期待される。それは、医療観察法の入院治療対象者として自分を理解することからくる停滞状況から先に進めるためのビジョンを提供する。このグループでは扱っていないが、内省プログラムなどとも関連する内容である。

6.1　事前ミーティング

全てのセッションで共通する事前ミーティングとして、セッション開始前にグループリーダーが主導して、**15 分程度**の事前準備を実施する。この準備時間は、セッションのスムーズな進行に非常に重要である。

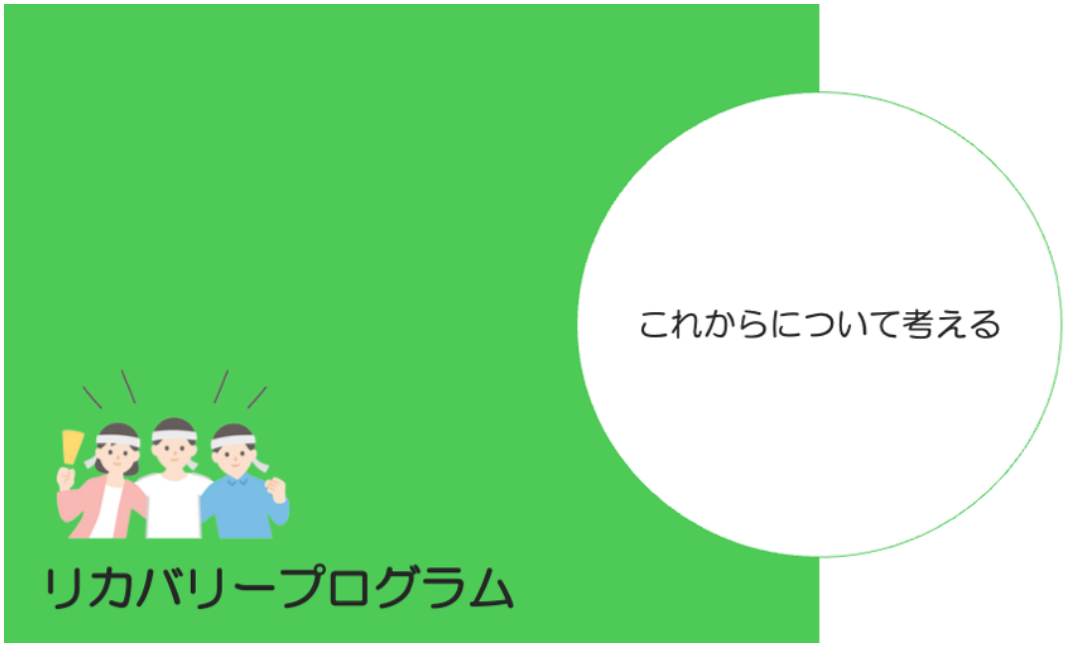
- **事前ミーティングの目的と内容**:
  - **グループスタッフの確認**: その日のグループスタッフのコンディションを確認し、簡単な雑談を行う。

- **グループメンバーのリストとリカバリーマップの共有**: セッションに参加する予定のグループメンバーのリストを確認し、各メンバーの「リカバリーマップ」を共有する。この回では特に、「アスピレーション」の部分について話し合う。それまでのセッションでの情報をグループスタッフ全員で統合しながら推測していく。
- **アクティビティの方向性と連続性の確認**: その日の「適応モードのアクティビティ」の方向性や活動の雰囲気を話し合い、**さらにその中でアスピレーションについての質問をするタイミング**について検討して準備しておく。
- **想定されるチャレンジとその対応の共有**: 実施中に想定される運用上のチャレンジ (アスピレーションの質問をした際に患者モードに戻る、など) や、最悪の事態が発生した場合の対応について、簡単な共有を行う。これにより、グループスタッフ間で連携してスムーズに対応することが可能になる。

時間管理: **実際のグループセッションが 90 分であるため、事前・事後ミーティングを含めて計 120 分の時間を確保**する必要がある。

6.1.1 グループリーダーとグループファシリテーターの準備

- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**
- **誘導による発見の事例集**
- **原版マニュアル pp54-60、pp62-66、pp268-269**: このセッションでは各グループメンバーのアスピレーションを話題にするため、アスピレーションにフォーカスして質問する方法についてあらかじめ学習しておく。 あるいはグループメンバーのアスピレーションも例示として用いることができる可能性があるため準備しておくとよい。
- **物品の準備と場所の確認**:
  - **物品の準備**: アクティビティに必要な物品, ペンや紙、その他の教材などをあらかじめ準備し、実施場所に設置しておく。
  - **場所とグループメンバーの確認**: セッションが行われる場所が適切に準備できているか、グループメンバーが資料を持参しているかなど当日のセッション開始前に確認しておく。



6.2　開始の合図と適応モードのアクティビティ

それまでと同様に、グループメンバーが主体的に参加できる適応モードのアクティビティを実施する。その際には、開始の合図としてセッション 4 で設定したグループの名前や開始の掛け声、音楽などを用いて速やかに適応モードへと移行できるようにする。

- **目的** アクティビティを通じて、グループメンバーが気分や状態の変化を体験し、アスピレーションが自然と話題になるように十分にエネルギーを高めていく。必要であれば、このアクティビティ中にアスピレーションを質問してその後の進行での具体例を準備する。
- **進行中のサポート**
  - **フィードバックの提供**: ポジティブ信念を質問しながら確かめた上で、そうした気持ちが続いていればどういったことを実現していきたいかを尋ねる。その後、適応モードで会話が弾んだ場合には、その会話からイメージを膨らませながら交流を続ける。
  - **アスピレーションの同定**: 特に「心から楽しそうに過ごされていますね。この気持ちのままで、すべてが望みどおりになるとしたら、どういったことを自分がしていると思いますか？その時あなたのもとにはどういったものや人がありますか？想像してみてください」などとアスピレーションについての質問も念頭に置いてアクティビティを実施するとよい。
- **記入シートの活用**: アクティビティ終了後、参加者が記入するシート（例：37 ページ）を用いる。特に**「自己」「他者」「世界」「未来」**についての信念（Belief）を深く話し合う時間をとれるよう時間配分をしていく。



6.3 前回からの橋渡し

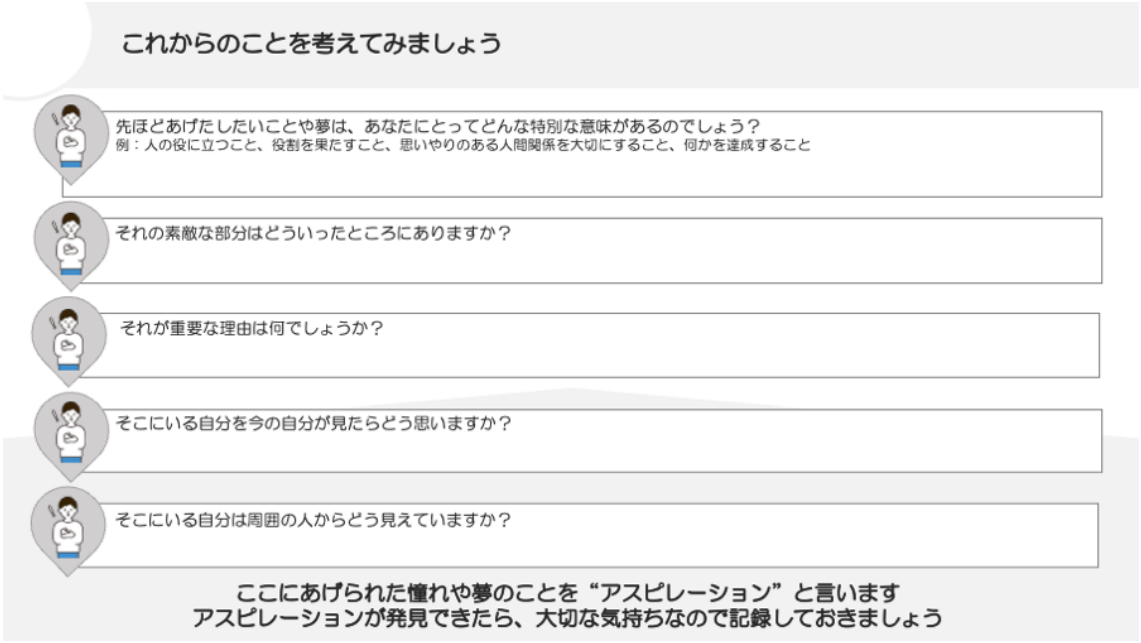
ここでは、グループのミッションを新らためて確認する。その上で、

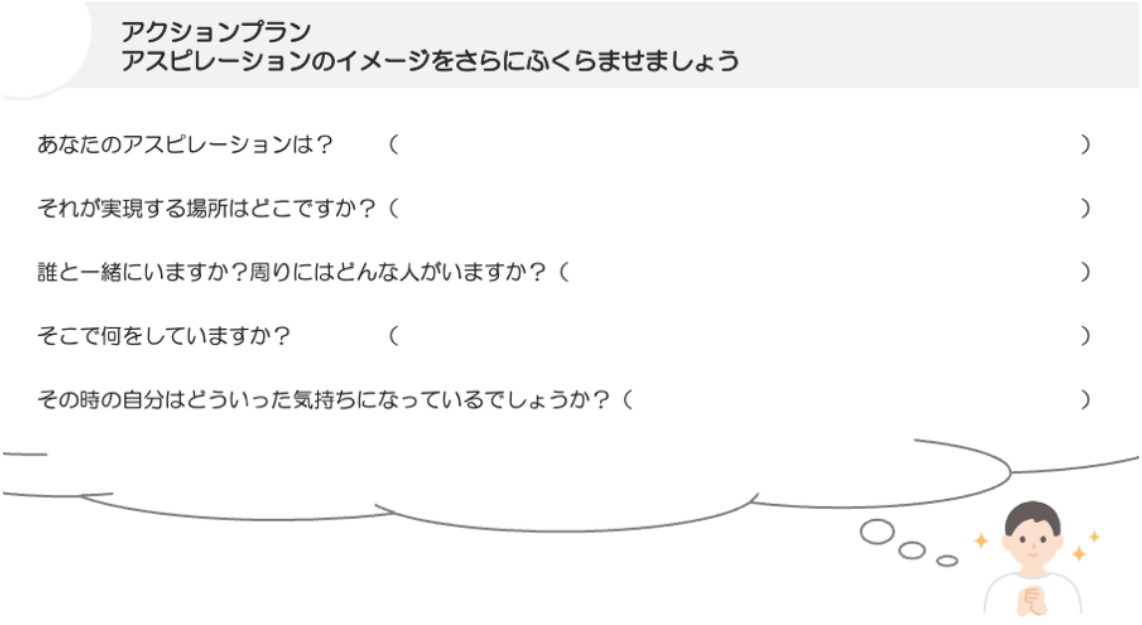
- **目的**: 前回の学びを確認し、今回の活動に繋げる。

- **具体的な活動**:
  - **グループ名とアクションプランの報告**: 前回に決めたグループ名やアクションプランが、その後どうなったかを、各メンバーに簡潔に報告してもらう。
  - **ポジティブ行為の影響の確認**: 前回話し合った日常生活で実施可能なポジティブ行為について検討を進めたり、それを実施した際の影響について話題にする。
  - **ポジティブアクション記録表の紹介**: 本セッションから使用する「ポジティブアクション記録表」の目的と使い方を、リーダーがグループメンバーに紹介し、説明しながらセッション 4 の内容とアクションプランを基に埋められる部分に記入をしてもらう。

前回のアクションプランがアクティビティランキングであった場合などは、その報告によりさらにエネルギーを高めることが可能であるため、有効に活用する。







6.4　アスピレーションとその具体的なイメージへの発展

セッションの中心となるアスピレーションの発展においては、各個人が大切にしている夢や憧れについて、話題にする。メンバーが自身の夢や憧れについて語ることで、適応モードは維持されやす

くなることが推定される。もし、その最中に患者モードに戻るような場合には、他のグループメンバーもしくはグループスタッフからの声掛けや、他のグループメンバーのアスピレーションと適応モードの影響を上手く利用しながら、適応モードを維持している人のアスピレーションの話題を中心に進めていくことを工夫する。特に、グループメンバーやスタッフが他の人に話すことをそれまで控えてきたアスピレーションを話し、それをグループの他の人が応援しているというような文脈は、治療的雰囲気作りにおいて重要となるため念頭に置いておく。

- **具体的な質問と共有:** グループメンバーに対し、自身の夢や憧れがどのような状況で実現するのか、その時誰と一緒にいるのか、どのようなことをしているのか、どのような気持ちで過ごしているのかなど、具体的な質問を投げかけ、詳細なイメージを醸成する。また、他のメンバーにも、自身の視点から意見や感想を共有してもらうことで、より多角的な視点から夢や憧れを再考することができる。

- **感情の確認と共有:** アスピレーションについて語った後、メンバーが実際にどのような気持ちになったのかを確認し、その感情をグループ内で共有する。これにより、メンバーは自身のアスピレーションの重要性をあらためて認識し、他のメンバーとの共感を深めることができる。

このページは、様々なパターンに対応できるよう準備した資料であり、アスピレーションの同定とその発展においてすべてを活用しなければならないというわけではない。また、実際のセッションはむしろ会話を中心に進行することも多いため、その後見返すことが多い部分であるという理由からいずれかを活用して必ず書き留めておくことが推奨される。

6.5　潜在的な課題への対処と適応モードの維持

アスピレーションへの発展が進むにつれて、メンバーの中には、自身の夢や憧れが実現不可能だと感じて、再び患者モードに戻ってしまう可能性もある。また、提示している書類に書き込むことに専念してしまうと、活発な人との交流が途絶え、患者モードに戻りやすい場合もある。

- **グループの活用と代替案の提示:** そのような状況に陥ったメンバーに対しては、他のメンバーの夢や憧れについて語ってもらうことで、適応モードで話しやすい状況を作るとともに、自身の夢や憧れを再考するきっかけを提供する。また、つながりのある人々から現実的な代替案を提示されたり、幅広くアイデアを貰うことで、患者モードに戻りがちなグループメンバーが再び適応モードに (患者からリカバリーへ) 向かうようサポートする。

- **それぞれの自然なペースを尊重する：**話題の中心は常に適応モードにありアスピレーションについて語っている人にする。そうすることで、グループのエネルギーを保つことができる。

6.6　アクションプランの設定とグループプロジェクトへの発展

このセッションの最後に、アクションプランを設定する。アクションプランとしては、アスピレーションについて語り合った内容を、他の人（家族やスタッフなど）と共有し、その際にどのような気持ちの変化があったのかを記録することがまずは考えられる。また、アスピレーションについて語

り合った内容が盛り上がり、他の取り組みを設定したいという意見が出た場合は、それをアクションプランとして設定することも可能である。これ以降のセッションでは、このアスピレーションとその意味の実現に近づくようなグループプロジェクトについて話し合っていくことが予定されている。このグループプロジェクトを通して、メンバーは自身の夢や憧れを現実のものとするための具体的な行動計画を立て、それを実行していくことができるようになる。そうなることを見越して、実際にアスピレーションへのステップをアクションプランとすることも推奨される。

6.7　まとめと今後の展望

このセッションは、これまでのセッションにおける適応モード活動の効果を最大限に活かし、各個人の「これから」に対する希望と動機づけを高めるための重要なステップとなる。このセッションを通して、メンバーは自身の潜在的な可能性に気づき、将来への希望を育むことができると期待される。本セッションの結果を踏まえ、セッション 7 以降のグループプロジェクトを効果的に進めていくことが、グループを有意義なものにしていく上で重要な鍵となる。

6.8　事後ミーティング

事後ミーティングは事前ミーティングと同様に、各グループメンバーのリカバリーマップを簡単に振り替えり、その内容と一致するグループの反応と、それに一致しない反応から得られる推測について検討する。各グループメンバーの反応がセッション終了後も続くことが予想される場合で、それが精神疾患の治療上配慮を要する場合には、カルテなどの記録に残し、MDT に伝わるようにしておく。特に、この段階からは日常生活においてアスピレーションを具体的に実現していくことと、症状や診断といったチャレンジとの関係が明らかになってくる段階となる。リカバリーへの道程は直線的ではないことから、チャレンジの対応を中心に担う MDT との連携は特に意識しておく必要がある。

7　グループプロジェクトを考えるパート 1

このセッションは、グループプロジェクトの検討を開始する第 1 回目であり、これまでのセッション 6 までの活動を基盤として進められる。これまでは、まず**適応モードのアクティビティ**を導入し、グループメンバーがその体験を通じて自分の変化を認識し、理解することを重視していた。具体的には、アクティビティ実施後、**「自分がどのようになっているか、どういったことが頭に浮かんでいるか、どういったイメージが持てるようになっているか」**といった内的な経験の共有を促していた。さらにこの共有プロセスで生じたつながりのエネルギーを推進力として、アクティビティを日常生活にどのように活かせるか、そしてグループで集まることの意義を共に探求していった。それはさらに、グループ内でのつながりを深めることにつながり、**適応モード**のアクティビティによるエネルギーを高めていった。「これからについて考えよう」では、この流れをさらに発展させ、個々の**「個人的な憧れや夢」**、すなわち CT-R における**アスピレーション**に焦点を当て、それを実現するための具体的なステップをグループで共に模索することを目的とした。
このように集団 CT-Rf では、個人の変化とグループが相互に影響しながらリカバリーへと推進して

いく過程であり、それをさらに形にしていく上でグループプロジェクトを提案している。注意点としては、グループプロジェクトはあくまでグループメンバーの賛同がなれば実施する必要はなく、この集団 CT-Rf のセッション回数が 10 回から 16 回まで幅がある形で設定されている主な理由はこのためである。もしグループプロジェクトの実現へと話し合いが進まない場合には「リカバリーを育もう」、同窓会のセッション資料へと進める。

7.1 事前ミーティング

全てのセッションで共通する事前ミーティングとして、セッション開始前にグループリーダーが主導して、**15 分程度**の事前準備を実施する。この準備時間は、セッションのスムーズな進行に非常に重要である。

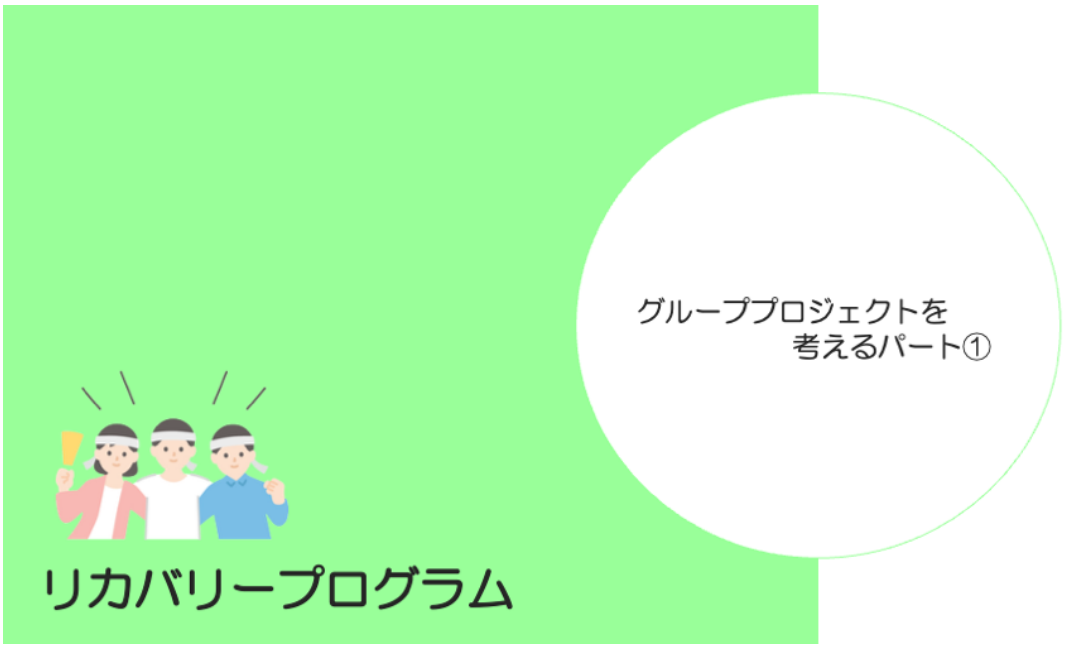
- **事前ミーティングの目的と内容**:
  - **グループスタッフの確認**: その日のグループスタッフのコンディションを確認し、簡単な雑談を行う。
  - **グループメンバーのリストとリカバリーマップの共有**: セッションに参加する予定のグループメンバーのリストを確認し、各メンバーの「リカバリーマップ」を共有する。この回では特に、適応モードとアスピレーションの基底にある信念についてレビューしながら、その日参加するグループメンバーがどういった形で協力し合いながら交流するのかについて話題にしていくとよい。
  - **アクティビティの方向性と協働的関係の構築**: その日の「適応モードのアクティビティ」の方向性や活動の雰囲気を話し合い、**さらにその中でグループメンバーが一緒に過ごす交流のあり方**について検討して準備しておく。
  - **想定されるチャレンジとその対応の共有**: 実施中に想定される運用上のチャレンジ (グループメンバー同士が交流する中で個人のチャレンジが交流の阻害因子となっている、など) や、行き詰まる事態が発生した場合の対応について、簡単な共有を行う。これにより、グループスタッフ間で連携してスムーズに対応することが可能になる。

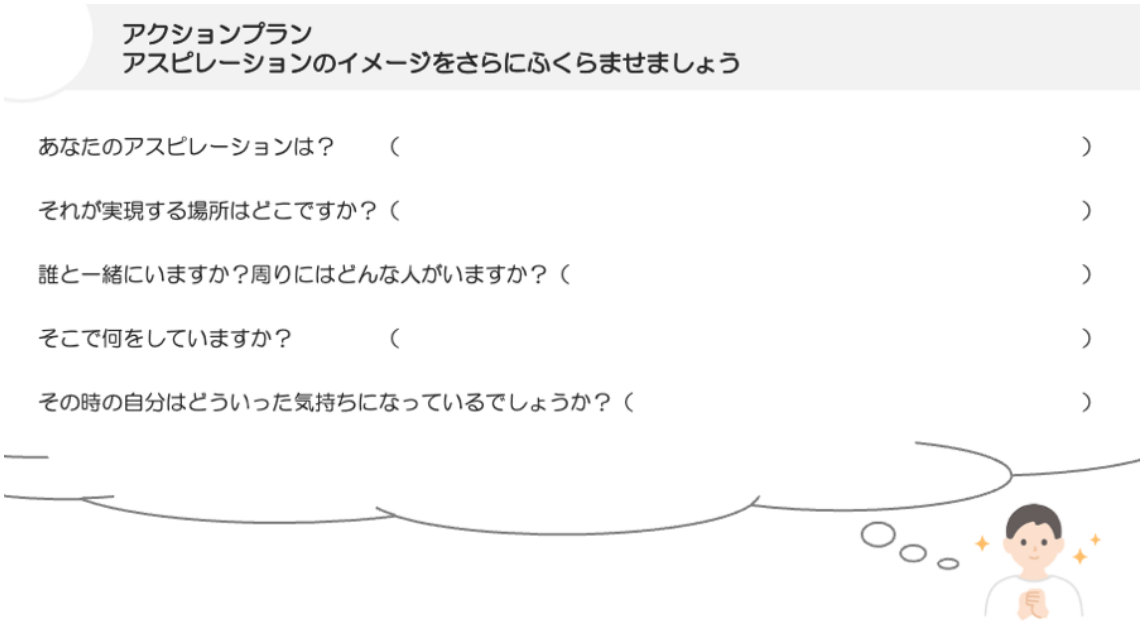
時間管理: **実際のグループセッションが 90 分であるため、事前・事後ミーティングを含めて計 120 分の時間を確保**する必要がある。

7.1.1 グループリーダーとグループファシリテーターの準備

- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**
- **誘導による発見の事例集**

- **成書 pp54-60、pp62-66、pp268-269**: このセッションでは各グループメンバーのアスピレーションを話題にするため、アスピレーションをにフォーカスして質問する方法についてあらかじめ学習しておく。 あるいはグループメンバーのアスピレーションも例示として用いることができる可能性があるため準備しておくとよい。
- **物品の準備と場所の確認**:
  - **物品の準備**: アクティビティに必要な物品, ペンや紙、その他の教材などをあらかじめ準備し、実施場所に設置しておく。
  - **場所とグループメンバーの確認**: セッションが行われる場所が適切に準備できているか、グループメンバーが資料を持参しているかなどを当日のセッション開始前に確認しておく。





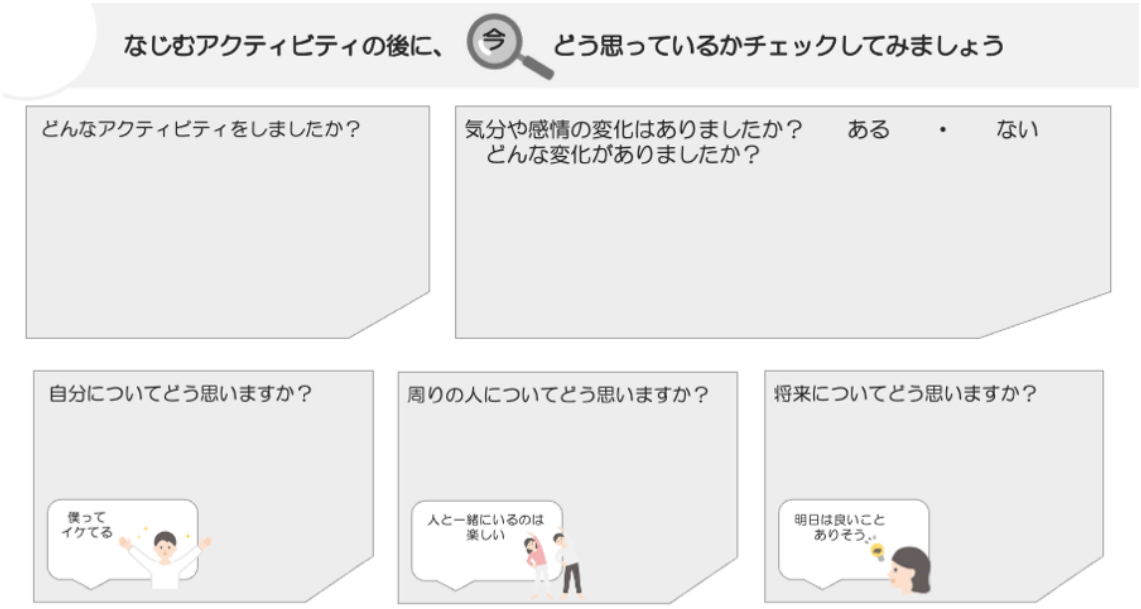
7.2　開始の合図と適応モードのアクティビティ

これまでのセッションとは異なり、「これからについて考えよう」のセッションが終了して以降は、セッション開始のやり方が変更される。具体的には、これまでに話し合われた**アスピレーション**を基点としてセッションを開始する。これは、単にアスピレーションの内容を確認するだけでなく、「その人のアスピレーションを確かめて、そのイメージを毎回より膨らましていきながらその変化を追っていく」という、よりダイナミックなプロセスを指す。そのため、この開始の合図の変化は重要である。それまでに実施してきた、グループ名や開始時の合図や音楽も、この文脈によほどそぐわない場合を除き、一緒に実施するが、あくまでアスピレーションの文脈を中心とすることを忘れないようにする。こうしてアスピレーションのイメージを膨らませ、その変化を追うことを通じて、グループメンバーが**適応モード**にアクセスすることを開始時にグループ全体で一緒に行う。重要な点は、「これまでのセッションでは、適応モードのアクティビティを行うことで適応モードにアクセスしていましたが、ここからはアスピレーションのことを分かっている人間関係、アスピレーションについて話し合える人間関係これそのものが適応モードにアクセスするきっかけになる」という点である。つまり、アスピレーションに基づいた人間関係の構築自体が、**適応モード**へのアクセスを促進する触媒となっていくことが期待される。

7.3　適応モードのアクティビティ

セッション 6 までと同様に、グループメンバーが主体的に参加できる適応モードのアクティビティを実施する。

- **目的** アクティビティを通じて、グループメンバーの気分の変化や状態の変化を体験し、アスピレーションとの関係を話題にしていく。
- **進行中のサポート**
  - **フィードバックの提供**: ポジティブ信念を質問しながら確かめた上で、そうした気持ちが続いていればどういったことを実現していきたいかを尋ねる。その後、適応モードで会話が弾んだ場合には、その会話からイメージを膨らませながら交流を続ける。
  - **アスピレーションの同定**: 特に「心から楽しそうに過ごされていますね。すべて望みどおりになるとしたら、どういったことを自分がしていると思いますか？その時あなたのもとにはどういったものや人がありますか？想像してみてください」「○○さんのアスピレーションとつながりますね。今の取り組みから具体的にどういうイメージが湧き上がってきますか？」などとアスピレーションについての質問も念頭に置いてアクティビティを実施するとよい。
- **記入シートの活用**: アクティビティ終了後、参加者が記入するシート（例：44 ページ）を用なう。特に**「自己」「他者」「世界」「未来」**についての信念（Belief）とアスピレーションとの関係について話題にする。





7.4　前回からの橋渡し

ここでは、各個人のアスピレーションを確認する。その上で、

- **目的**: 前回の学びを確認し、今回の活動に繋げる。
- **具体的な活動**:
  - **グループ名とアクションプランの報告**: 前回に決めたグループ名やアクションプランが、その後どうなったかを、各メンバーに簡潔に報告してもらう。
  - **ポジティブ行為の影響の確認**: 前回話し合ったアスピレーションについて友人や家族、MDTで話題にしてみたかどうか、それによってどういった気持ちの変化があったかなどについて話題にしながらアスピレーションのイメージをより豊かにし、その基底にある意味についても話題にしていく。

7.5　グループプロジェクト：主題と進め方

このセッションの話し合いテーマの中心は、**アスピレーション**を実現するためのステップをグループで共に一歩踏み出すための取り組み、すなわち**グループプロジェクト**となる。このグループプロジェクトは、単なる課題解決活動ではなく、「アスピレーションを実現するためのステップ」を模索するプロセスであるという点が重要である。その点についてあらかじめグループメンバーに対してグループリーダーが説明しておく。さらにこれ以降のグループプロジェクトのセッションにおいては、

グループメンバーのエンパワーメントを高めるために、可能であれば MDT または病棟の管理責任者にも参加を促すことが推奨される。

具体的な話し合いの進め方としては、「アスピレーションもしくはその意味の中で共通するものがないかあるいはそれぞれのアスピレーションの意味を実現する上で一緒に行えることはないか」といった、共通点や協力可能性を探ることから開始する。

また、この段階となるとグループが自律的に話し合いを進められるようになっているグループもあるかもしれない。その際にはグループスタッフは情報提供する役割、または、そのグループに参加する新たなグループメンバーとしての位置付けへと移り変る。



7.6　アクションプランの設定とグループプロジェクトのさらなる発展

このセッションのアクションプランは、「こういったアスピレーションについて話し合ったり考えたりすることそのものによって日常生活が変化していく」という体験を促すことに重点が置かれている。

具体的な例としては、「プロジェクトのアイデアを考えて書き留める」ことが挙げられているが、必ずしもアイデアを検討することをアクションプランとする必要はなく、「実際にプロジェクトを進める上で必要なことを実行するなどのアクションプラン」でもよい。つまり、**アスピレーション**に基づいた思考や行動を通じて、日常生活にポジティブな変容をもたらすことが、このセッションにおける最終的な目標となる。

7.7　事後ミーティング

事後ミーティングは事前ミーティングと同様に、各グループメンバーのリカバリーマップを簡単に振り替えり、その内容と一致するグループの反応と、それに一致しない反応から得られる推測について検討する。各グループメンバーの反応がセッション終了後も続くことが予想される場合で、それが精神疾患の治療上配慮を要する場合には、カルテなどの記録に残し、MDT に伝わるようにしておく。

8　グループプロジェクトを考えるパート 2

このセッションは、グループプロジェクトの検討を開始する第 2 回目であり、これまでのセッション 6 までの活動を基盤にしながら、さらにグループプロジェクトの実現に向けて進めていく過程である。そのため、リカバリーアローにおける「適応モードを実現する」にあるポジティブ行為の実施と実現にある。その中では様々なチャレンジが生じる可能性がある。そのチャレンジに対して対応していく上で、グループメンバー同士のつながり、認知療法の中でこれまでに培われてきた工夫やスキルなどを柔軟に用いながら実現へと進める。この資料では、問題解決技法を生じやすいチャレンジに対するスキルとして提示しているが、その他にも円グラフ法や指差し呼称、キャッチ・チェック・コレクトなどスキルは様々に準備しておくとよい。念頭に置いておくべきことは、こうした話題はすべて各グループメンバーのアスピレーションの実現に向けて話し合われるという点である。そういった観点からグループの適正について、グループスタッフは観察しながら、必要に応じて方向修正をしていく。

8.1　事前ミーティング

全てのセッションで共通する事前ミーティングとして、セッション開始前にグループリーダーが主導して、**15 分程度**の事前ミーティング会議を実施する。この準備時間は、セッションのスムーズな進行に非常に重要である。

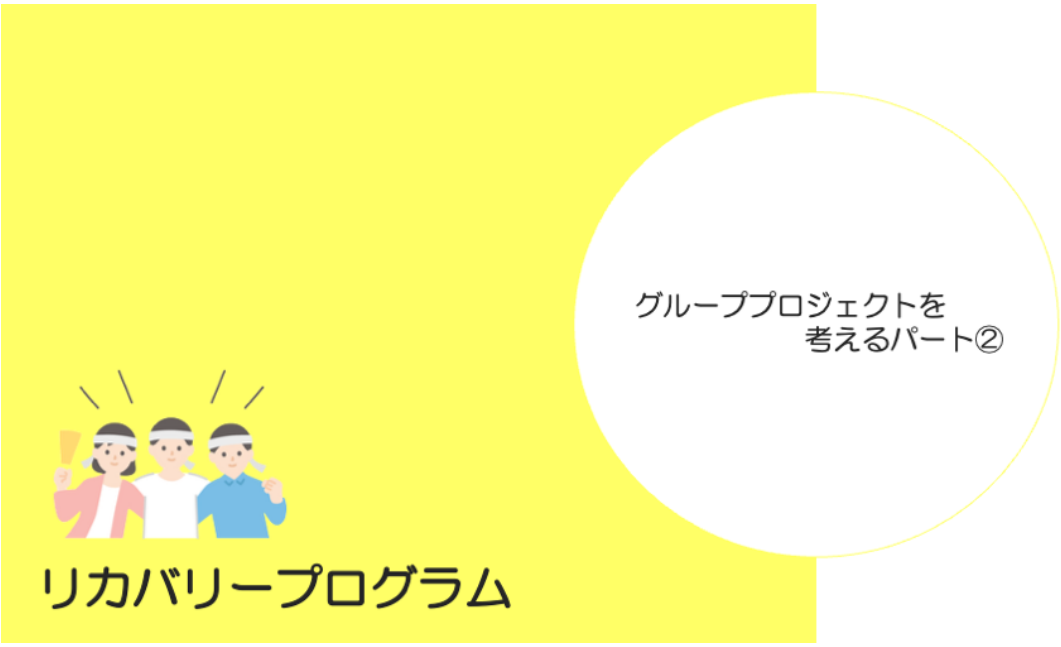
- **事前ミーティングの目的と内容**:
  - **グループスタッフの確認**: その日のグループスタッフのコンディションを確認し、簡単な雑談を行う。
  - **グループメンバーのリストとリカバリーマップの共有**: セッションに参加する予定のグループメンバーのリストを確認し、各メンバーの「リカバリーマップ」を共有する。この回では特に、適応モードとアスピレーションの基底にある信念についてレビューしながら、その日参加するグループメンバーがどういった形で協力し合いながら交流するのかについて話題にしていくとよい。また、この段階になるとグループメンバーが自立的に様々な取り組みを始めていることも多い。そのため、MDT などからの幅広い観察と情報を収集してリカバリーマップの改訂へと役立てていく。

- **アクティビティの方向性と協働的関係の構築**: その日の「適応モードのアクティビティ」の方向性や活動の雰囲気を話し合い、**さらにその中でグループメンバーが一緒に過ごす交流のあり方**について検討して準備しておく。
- **想定されるチャレンジとその対応の共有**: 実施中に想定される運用上のチャレンジ (グループメンバー同士が交流する中で個人のチャレンジが交流の阻害因子となっている、など) や、行き詰まる事態が発生した場合の対応について、簡単な共有を行う。これにより、グループスタッフ間で連携してスムーズに対応することが可能になる。

時間管理: **実際のグループセッションが 90 分であるため、事前・事後ミーティングを含めて計 120 分の時間を確保**する必要がある。

8.1.1 グループリーダーとグループファシリテーターの準備

- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**
- **誘導による発見の事例集**
- **成書 pp54-60、pp62-66、pp268-269**: このセッションでは各グループメンバーのアスピレーションを話題にするため、アスピレーションをにフォーカスして質問する方法についてあらかじめ学習しておく。 あるいはグループメンバーのアスピレーションも例示として用いることができる可能性があるため準備しておくとよい。
- **成書 pp98-108:** このセッション以降から適応モードを実現する段階も含まれてくる。そこで、どのように「ボールを転がし続ける (pp107)」かということについて常にグループスタッフの中で検討をし続ける必要がある。
- **物品の準備と場所の確認**:
  - **物品の準備**: アクティビティに必要な物品, ペンや紙、その他の教材などをあらかじめ準備し、実施場所に設置しておく。
  - **場所とグループメンバーの確認**: セッションが行われる場所が適切に準備できているか、グループメンバーが資料を持参しているかなど当日のセッション開始前に確認しておく。



8.2　開始の合図と適応モードのアクティビティ

「グループプロジェクトを考えるパート 1」のセッション以降は、セッション開始のやり方が変更される。具体的には、「これまでについて考える」で話し合われた**アスピレーション**を基点としてセッションを開始する。これは、単にアスピレーションの内容を確認するだけでなく、「その人のアスピレーションを確かめて、そのイメージを毎回より膨らましていきながらその変化を追っていく」という、よりダイナミックなプロセスを指す。そのため、この開始の合図の変化は重要である。それまでに実施してきた、グループ名や開始時の合図や音楽も、この文脈によほどそぐわない場合を除き、一緒に実施するが、あくまでアスピレーションの文脈を中心とすることを忘れないようにする。こうしてアスピレーションのイメージを膨らませ、その変化を追うことを通じて、グループメンバーが**適応モード**にアクセスすることを開始時にグループ全体が一緒に行う。重要な点は、「これまでのセッションでは、適応モードのアクティビティを行うことで適応モードにアクセスしていましたが、ここからはアスピレーションのことを分かっている人間関係、アスピレーションについて話し合える人間関係これそのものが適応モードにアクセスするきっかけになる」という点である。つまり、アスピレーションに基づいた人間関係の構築自体が、**適応モード**へのアクセスを促進する触媒となることが期待される。

8.3　適応モードのアクティビティ

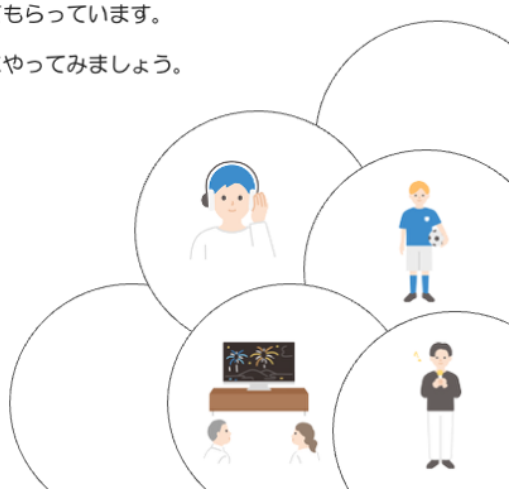
それまでと同様に、グループメンバーが主体的に参加できる適応モードのアクティビティを実施する。

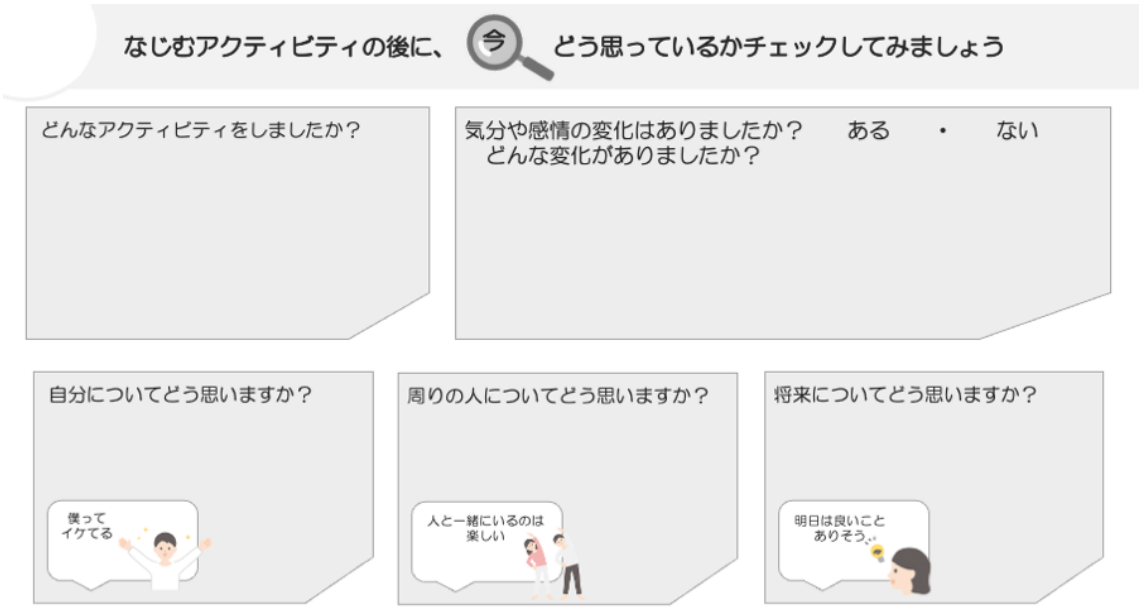
- **目的** アクティビティを通じて、グループメンバーの気分の変化や状態の変化を体験し、アスピレーションとの関係を話題にしていく。
- **進行中のサポート**
  - **エンパワメントとレジリエンスについての質問**: ポジティブ信念を質問しながら確かめた上で、そうした気持ちが続いていればどういったことを実現していきたいかを尋ねる。その後、適応モードで会話が弾んだ場合には、その会話からイメージを膨らませながら交流を続ける。さらに、アスピレーションがすでに同定されている人に対しては、その行為によってアスピレーションへと近づいていることをフィードバックする。そして、その状況からエンパワメントやレジリエンスの信念へと質問を重ねる。「○○さんがこれを楽しめるということは、他にも△△ (アスピレーションのこと) につながるような何かを楽しめるという可能性はありませんか？」「これはひとりでもできることかもしれませんが、他の人と一緒にすることでの違いは何かありますか？もしあるとしたら、○○さんのした△△に他の人とのつながりがあるということですね」「心から楽しまれているようですね。その時には声や辛い気持ちを体験されていないように思いますが、いかがですか？」
  - **アスピレーションの同定**: 特に「心から楽しそうに過ごされていますね。もしこの気持ちが続いてすべて望みどおりになるとしたら、どういったことを自分がしていると思いますか？その時あなたのもとにはどういったものや人がありますか？想像してみてください」などとアスピレーションについての質問も念頭に置いてアクティビティを実施するとよい。
- **記入シートの活用**: アクティビティ終了後、グループメンバーが記入するシート（例：50 ページ）を用いる。特に**「自己」「他者」「世界」「未来」**についての信念（Belief）とアスピレーションとの関係について話題にする。

なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。





8.4 前回からの橋渡し

ここでは、グループのミッションをあらためて確認する。その上で、

- **目的**: 前回の学びを確認し、今回の活動に繋げる。
- **具体的な活動**:
  - **グループプロジェクトとアクションプランの報告**: 前回話し合ったアクションプランが、その後どうなったかを、各メンバーに簡潔に報告してもらう。
  - **グループプロジェクトのアイデア**: 前回のセッション以降グループプロジェクトについて思いついたことを報告してもらいながら、それについて考えている場面やその時の気持ちを質問していきながらグループメンバーのエネルギーを高めていく。

アクションプランの内容は比較的柔軟に設定されているため、ここに挙げたものとは異なるアクションプランが前回のセッションにて設定されていた場合においても、アスピレーションとの関連で同様に話し合っていく。

アクションプラン
チャレンジについて考えてみましょう

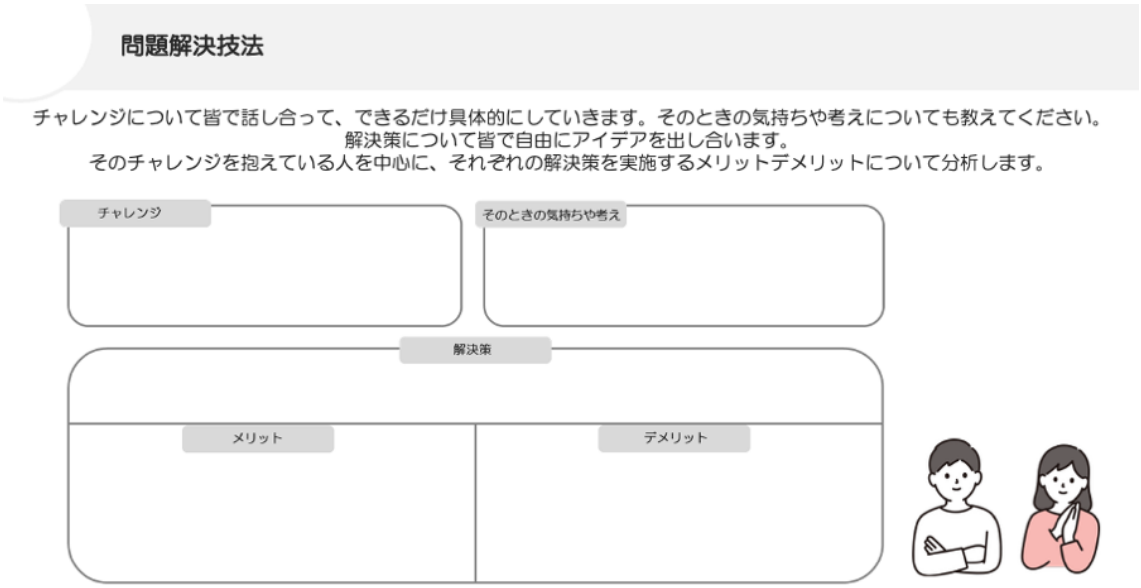
アスピレーションを妨げる物事をチャレンジと呼びます。
グループプロジェクトを実現していく上で何がみなさんのチャレンジになるでしょう？





リカバリープログラム

ツール集



8.5　グループプロジェクト：パート 2 での主題と進め方

ここでの話し合いテーマの中心は前回のパート 1 同様、**アスピレーション**を実現するためのステップをグループで共に一歩踏み出すための取り組み、**グループプロジェクト**となる。繰り返しになるが、このグループプロジェクトは、単なる課題解決活動ではなく、「アスピレーションを実現するためのステップ」を模索するプロセスであるという点が重要である。その点についてあらかじめグループメンバーに対してグループリーダーが説明しておく。

ここでは、上記の観点からグループメンバーの話し合いが何らかのチャレンジについての解決策を検討する段階になった際、紹介する問題解決技法を例示した。ただし、これはグループメンバーの話し合う内容がこの方向性に近づいた場合に提案できるよう準備したものであるため、その他に声の対処や緊急時の対応などの場合には、セッション 9 で説明するような指指し呼称やコーピングカードなどを紹介するとよい。ここは柔軟性を持って提案できるようにしておくことが、集団 CT-RfCT-Rf 終了時のレジリエンスであり、グループメンバーのこのプログラムを実施する上でのレジリエンスを獲得していくプロセスであるといえる。

問題解決技法における以下のポイントは成書などで確認しておく。

- 問題解決に向かう気持ちを整える
- ブレインストーミング (数の法則、判断遅延の法則)
- コスト・ベネフィット分析
- 具体的な実施方法の検討
- 実施後の評価

上記はグループメンバーの話し合いの自然な流れに合わせて情報提供していきながら、あくまでグループメンバーのエンパワメントに重点を置きながら実施する。

8.6　アクションプランの設定とグループプロジェクトのさらなる発展

セッション 8 のアクションプランは、「こういったアスピレーションについて話し合ったり考えたりすることそのものによって日常生活が変化していく」という体験を促すことに重点が置かれている。具体的な例としては、「プロジェクトの問題解決について行為に移す」ことが挙げられているが、必ずしもこのアクションプランとする必要はない。アスピレーションの実現に近づく内容で、実行可能なものを設定してもらう必要がある。**アスピレーション**に基づいた思考や行動を通じて、日常生活にポジティブな変容をもたらすことが、セッション 8 の最終的な目標となる。

8.7　事後ミーティング

事後ミーティングは事前ミーティングと同様に、各グループメンバーのリカバリーマップを簡単に振り替えり、その内容と一致するグループの反応と、それに一致しない反応から得られる推測について検討する。各グループメンバーの反応がセッション終了後も続くことが予想される場合で、それが精神疾患の治療上配慮を要する場合には、カルテなどの記録に残し、MDT に伝わるようにしておく。

9　グループプロジェクトを考えるパート 3

このセッションは、グループプロジェクトの検討を開始する第 3 回目であり、これまでの同タイトルのパート 1、2 までの活動を基盤にしながら、さらにグループプロジェクトの実現に向けて進めていく過程である。そのため、リカバリーアローにおける「適応モードを実現する」にあるポジティブ行為の実施と実現に注目があたる。一見すると些細に映る取り組みもアスピレーションの文脈で捉えると、重要な意味があることをセッションの中で何度も取り上げていく必要がある。また、その中では様々なチャレンジが生じる可能性がある。そのチャレンジに対して対応していく上で、グループメンバー同士のつながり、認知療法の中でこれまでに培われてきた工夫、などを柔軟に用いながら実現へと進める。パート 2 では問題解決について提示したため、この回では、指差し呼称法を生じやすいチャレンジに対するスキルとして提示している。その他にも円グラフ法、キャッチ・チェック・コレクトなどスキルは様々に準備しておくとよい。念頭に置いておくべきことは、こうした話題はすべて各グループメンバーのアスピレーションの実現に向けて話し合われるという点である。そういった観点からグループの適正について、グループスタッフは観察しながら、必要に応じて方向修正をしていく。

9.1　事前ミーティング

全てのセッションで共通する事前ミーティングとして、セッション開始前にグループリーダーが主導して、**15 分程度**の事前ミーティング会議を実施する。この準備時間は、セッションのスムーズな

進行に非常に重要である。

- **事前ミーティングの目的と内容**:
  - **グループスタッフの確認**: その日のグループスタッフのコンディションを確認し、簡単な雑談を行う。
  - **グループメンバーのリストとリカバリーマップの共有**: セッションに参加する予定のグループメンバーのリストを確認し、各メンバーの「リカバリーマップ」を共有する。この回では特に、適応モードとアスピレーションの基底にある信念についてレビューしながら、その日参加するグループメンバーがどういった形で協力し合いながら交流するのかについて話題にしていくとよい。また、この段階になるとグループメンバーが自立的に様々な取り組みを始めていることも多い。そのため、MDT などからの幅広い観察と情報を収集してリカバリーマップの改訂へと役立てていく。
  - **アクティビティの方向性と協働的関係の構築**: その日の「適応モードのアクティビティ」の方向性や活動の雰囲気を話し合い、**さらにその中でグループメンバーが一緒に過ごす交流のあり方**について検討して準備しておく。
  - **想定されるチャレンジとその対応の共有**: 実施中に想定される運用上のチャレンジ (グループメンバー同士が交流する中で個人のチャレンジが交流の阻害因子となっている、など) や、行き詰まる事態が発生した場合の対応について、簡単な共有を行う。これにより、グループスタッフ間で連携してスムーズに対応することが可能になる。

時間管理: **実際のグループセッションが 90 分であるため、事前・事後ミーティングを含めて計 120 分の時間を確保**する必要がある。

9.1.1 グループリーダーとグループファシリテーターの準備

- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**
- **誘導による発見の事例集**
- **成書 pp54-60、pp62-66、pp268-269**: このセッションでは各グループメンバーのアスピレーションを話題にするため、アスピレーションをにフォーカスして質問する方法についてあらかじめ学習しておく。 あるいはグループメンバーのアスピレーションも例示として用いることができる可能性があるため準備しておくとよい。
- **成書 pp98-108:** このセッション以降からリカバリーアローにおける適応モードを実現する段階も含まれてくる。そこで、どのように「ボールを転がし続ける (pp107)」かということについて常にグループスタッフの中で検討をし続ける必要がある。
- **物品の準備と場所の確認**:

- **物品の準備**: アクティビティに必要な物品, ペンや紙、その他の教材などをあらかじめ準備し、実施場所に設置しておく。
- **場所とグループメンバーの確認**: セッションが行われる場所が適切に準備できているか、グループメンバーが資料を持参しているかなど当日のセッション開始前に確認しておく。



9.2　開始の合図と適応モードのアクティビティ

「グループプロジェクトを考えるパート 1」以降は、セッション開始のやり方が変更される。具体的には、「これからについて考える」で話し合われた**アスピレーション**を基点としてセッションを開始する。これは、単にアスピレーションの内容を確認するだけでなく、「その人のアスピレーションを確かめて、そのイメージを毎回より膨らましていきながらその変化を追っていく」という、よりダイナミックなプロセスを指す。そのため、この開始の合図の変化は重要である。それまでに実施してきた、グループ名や開始時の合図や音楽も、この文脈によほどそぐわない場合を除き、一緒に実施するが、あくまでアスピレーションの文脈を中心とすることを忘れないようにする。こうしてアスピレーションのイメージを膨らませ、その変化を追うことを通じて、グループメンバーが**適応モード**にアクセスすることを開始時にグループ全体が一緒に行う。重要な点は、「これまでのセッションでは、適応モードのアクティビティを行うことで適応モードにアクセスしてきたが、ここからはアスピレーションのことを分かっている人間関係、アスピレーションについて話し合える人間関係これそのものが適応モードにアクセスするきっかけになる」という点である。つまり、アスピレーションに基づいた人間関係の構築自体が、**適応モード**へのアクセスを促進する触媒となることが期待される。

9.3　適応モードのアクティビティ

それまでと同様に、グループメンバーが主体的に参加できる適応モードのアクティビティを実施する。

- **目的** アクティビティを通じて、グループメンバーの気分の変化や状態の変化を体験し、アスピレーションとの関係を話題にしていく。
- **進行中のサポート**
  - **エンパワメントとレジリエンスについての質問**: ポジティブ信念を質問しながら確かめた上で、そうした気持ちが続いていればどういったことを実現していきたいかを尋ねる。その後、適応モードで会話が弾んだ場合には、その会話からイメージを膨らませながら交流を続ける。さらに、アスピレーションがすでに同定されている人に対しては、その行為によってアスピレーションへと近づいていることをフィードバックする。そして、その状況からエンパワメントやレジリエンスの信念へと質問を重ねる。「○○さんがこれを楽しめるということは、他にも△△ (アスピレーションのこと) につながるような何かを楽しめるという可能性はありませんか？」「これはひとりでもできることかもしれませんが、他の人と一緒にすることでの違いは何かありますか？もしあるとしたら、○○さんのした△△に他の人とのつながりがあるということですね」「心から楽しまれているようですね。その時には声や辛い気持ちを体験されていないように思いますが、いかがですか？」
  - **アスピレーションの同定**: 特に「心から楽しそうに過ごされていますね。その気持ちが続いてすべて望みどおりになるとしたら、どういったことを自分がしていると思いますか？その時あなたのもとにはどういったものや人がありますか？想像してみてください」などとアスピレーションについての質問も念頭に置いてアクティビティを実施するとよい。

- **記入シートの活用**: アクティビティ終了後、グループメンバーが記入するシート（例：55 ページ）を用なう。特に**「自己」「他者」「世界」「未来」**についての信念（Belief）とアスピレーションとの関係について話題にする。



9.4　前回からの橋渡し

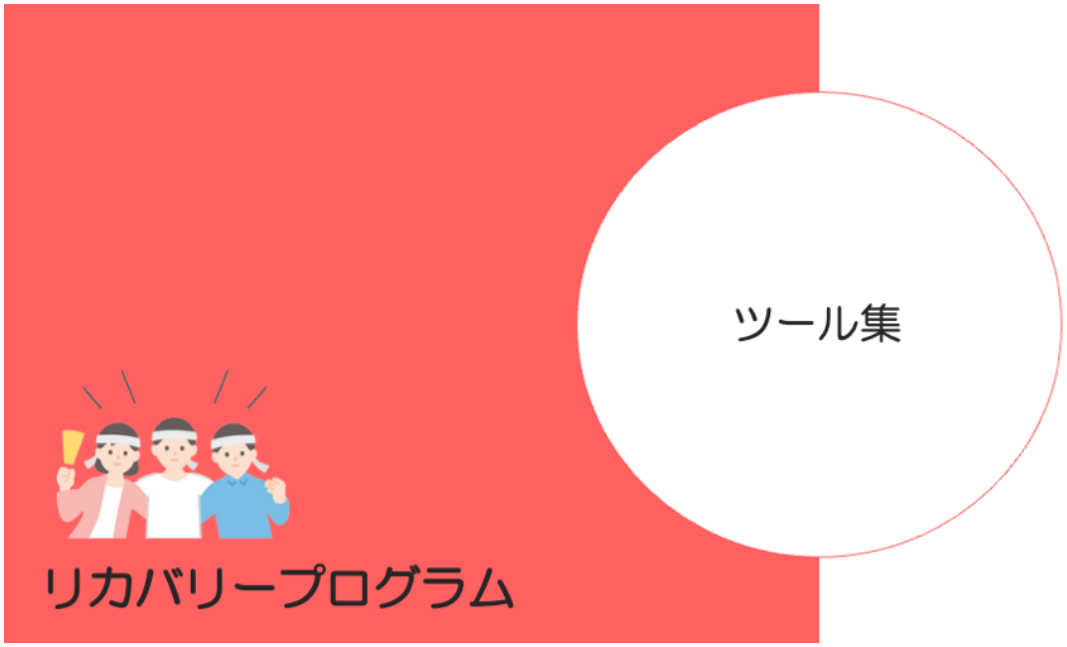
ここでは、グループのミッションをあらためて確認する。その上で、

- **目的**: 前回の学びを確認し、今回の活動に繋げる。
- **具体的な活動**:
  - **グループプロジェクトとアクションプランの報告**: 前回話し合ったアクションプランが、その後どうなったかを、各メンバーに簡潔に報告してもらう。報告するグループメンバーが何気なく、もしくは大したことではないかのように遠慮がちに報告したポジティブ行為を、アスピレーションの文脈に位置付け、次に進める重要なステップであったことを他のグループメンバーも交えて一緒に確認していく。
  - **グループプロジェクトのアイデア**: 前回のセッション以降グループプロジェクトについて思いついたことを報告してもらいながら、それについて考えている場面やその時の気持ちを質問していき、グループメンバーのエネルギーを高めていく。

アクションプランの内容は比較的柔軟に設定されているため、ここに挙げたものとは異なるアクションプランが前回のセッションにて設定されていた場合においても、アスピレーションとの関連で同様に話し合っていくようにする。

9.5　グループプロジェクト：パート 3 の主題と進め方

ここでの話し合いテーマの中心は「グループプロジェクトを考えよう」の他のシリーズ同様、**アスピレーション**を実現するためのステップをグループで共に一歩踏み出すための取り組み、**グループプロジェクト**となる。繰り返しになるが、このグループプロジェクトは、単なる課題解決活動ではなく、「アスピレーションを実現するためのステップ」を模索するプロセスであるという点が重要である。その点についてあらかじめグループメンバーに対してグループリーダーが説明しておく。このグループプロジェクトを実現していく 3 回のセッションは、グループメンバーを中心としたより柔軟で、エンパワーされたグループである。その中で、この資料は必要に応じて利用していく必要がある。特に、場合によっては MDT や病棟の管理責任者などに入ってもらいながら話し合いを進めていくことも想定されている。その際にはセッション構造そのものも変更される可能性がある。その場合も、アスピレーションの確認とそれによる適応モード、必要であればアクティビティを実施することに重点が置かれており、集団 CT-Rf のセッション構造は形を変えて維持されることになる。





この資料では、上記の観点から認知的アプローチの代表として指差し呼称を紹介している。ただし、これはグループメンバーの話し合う内容がこの方向性に近づいた場合に提案できるよう準備したものであるため、その他に声の対処や緊急時の対応などの場合には、「グループプロジェクトを考えようパート 2」にあるような問題解決技法やその他のスキルを紹介するとよい。ここは柔軟性を持って提案できるようにしておくことが、集団 CT-Rf 終了時のグループメンバーのレジリエンスと

なり、同時に運営するグループスタッフにとっても、このプログラムを実施する上でのレジリエンスを獲得していくプロセスであると言える。

指差し呼称における以下のポイントは成書などで確認しておく。指差し呼称は、再焦点化の技法であり、その実施によって引き起こされた内面の変化がそれを実施した自分自身にあるということを体験してもらう技法である。

- まずは現在の声や感情、あきらめの気持ちの強さなどを評点する
- ひとり、もしくは複数名で、ひとつひとつ順に (複数名であれば交代して) 周辺にあるものを大きな声で呼称する
- 場所を移動するなど自由に一定時間実施する
- 始めに評点した内容を再度確認して評点する
- この時に生じた変化は誰の何に起因するかを検討する

上記はグループメンバーの話し合いの自然な流れに合わせて情報提供していきながら、あくまでグループメンバーのエンパワメントに重点を置きながら実施する。

9.6　アクションプランの設定とグループプロジェクトのさらなる発展

このセッションのアクションプランは、「こういったアスピレーションについて話し合ったり考えたりすることそのものによって日常生活が変化していく」という体験を促すことに重点が置かれている。具体的な例としては、「プロジェクトの問題解決について行為に移す」ことが挙げられているが、必ずしもこのアクションプランとする必要はない。アスピレーションの実現に近づく内容で、実行可能なものを設定してもらう必要がある。**アスピレーション**に基づいた思考や行動を通じて、日常生活にポジティブな変化をもたらすことが、このセッションの最終的な目標となる。

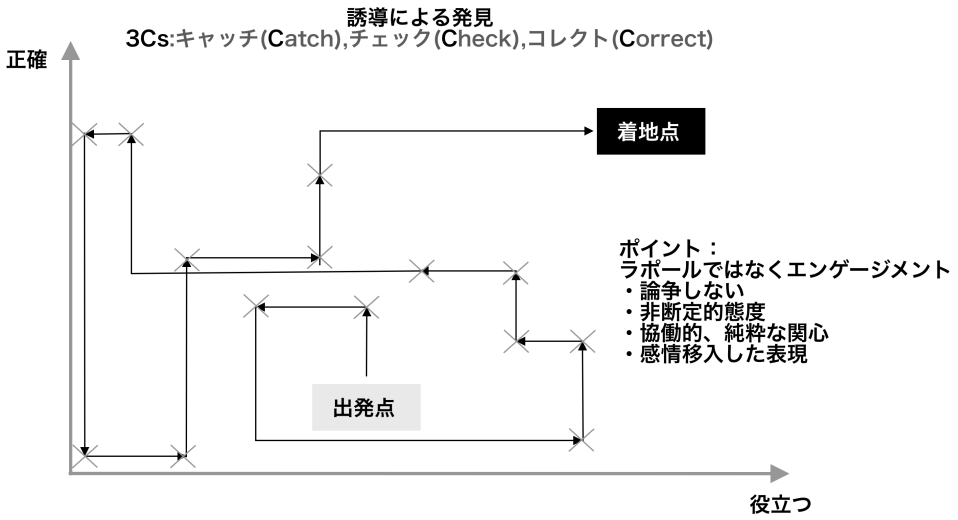
9.7　事後ミーティング

事後ミーティングは事前ミーティングと同様に、各グループメンバーのリカバリーマップを簡単に振り替えり、その内容と一致するグループの反応と、それに一致しない反応から得られる推測について検討する。各グループメンバーの反応がセッション終了後も続くことが予想される場合で、それが精神疾患の治療上配慮を要する場合には、カルテなどの記録に残し、MDT に伝わるようにしておく。

10　「リカバリーを育もう」、「同窓会」

このセッションは、この集団 CTRf の終結回であり、単にセッションの内容を実施するだけでなく、「集団 CTRf が集結するということはどういうことか」という、より幅広い観点からこれまでを振り返る回となる。この話し合いは、その後の「適応モードを強化する」にあたる、レジリエンスの信念やエンパワメントの信念につながるビリーフの構築を始める部分でもある。セッションの前半は

これまでと同様の進行で進められ、集団 CT-Rf の構造に則ったスムーズな流れが期待される。しかし、この最終回は、これまでのグループを総括し、グループメンバーそれぞれがこの体験から得たものを明確化することを目的としているため、その重要性は特に高い。特に達成した様々なことを振り替えりながら、「困難なことがあっても乗り越えられる」「一見できなさそうなことでも、やってみる価値がある」などの信念を導くような誘導による質問が重要である。ここでは、特に誘導による発見が重要となるため、そのためのコンセプトを以下の図で表わしている。



この図のコンセプトは集団 CT-Rf 全般を通じて適用可能であるが、特のこの回ではグループスタッフの終結に際しての期待と、グループメンバーの振り返りとの間のギャップが生じないように改めて提示している。グループスタッフは純粋な興味から非断定的にグループメンバーの終結に際しての気持ちに感情移入した上で、レジリエンス、エンパワメントへと繋げていくことを心がける。そういった観点から終結に際して臨床的に緩衝期間を設ける必要がある場合もある。この、従来の認知行動療法におけるブラッシュアップセッションに相当する回を「同窓会」として提示している。「同窓会」の目的や治療上の位置付けについては、そのグループのメンバーから広く募り柔軟に設定して実施する。

10.1　事前ミーティング

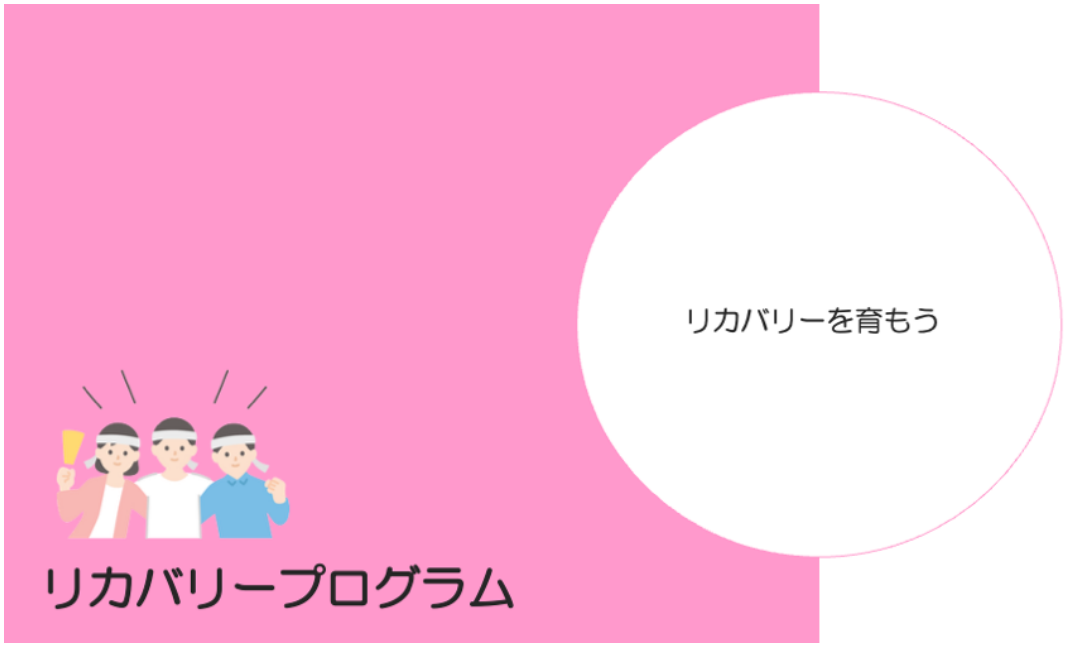
全てのセッションで共通する事前ミーティングとして、セッション開始前にグループリーダーが主導して、**15 分程度**の事前ミーティング会議を実施する。この準備時間は、セッションのスムーズな進行に非常に重要である。

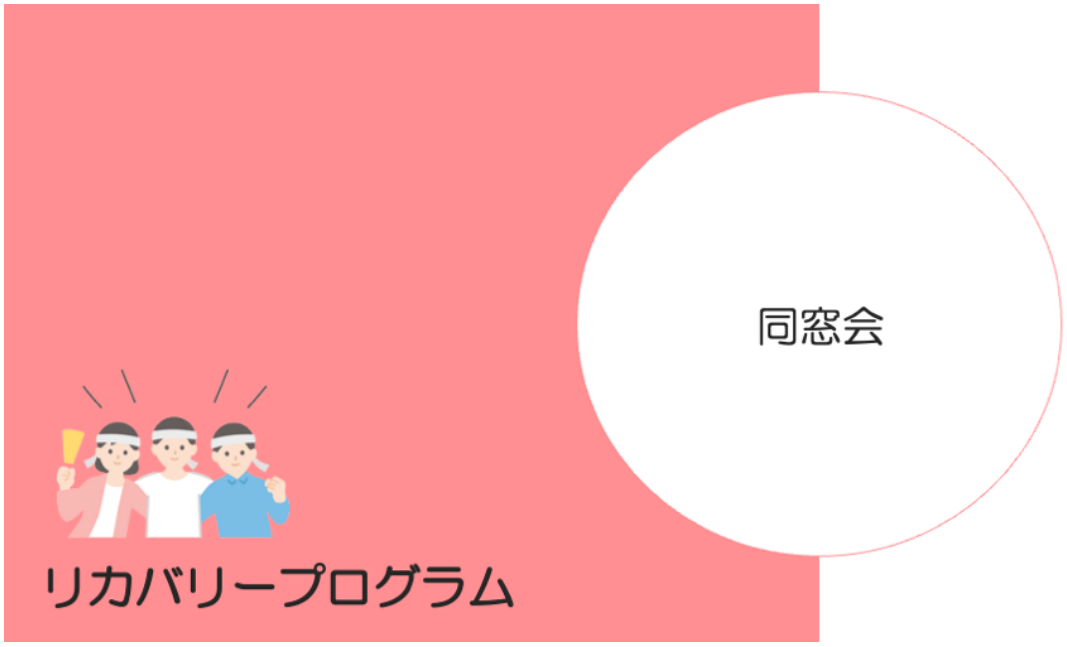
- **事前ミーティングの目的と内容**:
  - **グループスタッフの確認**: その日のグループスタッフのコンディションを確認し、簡単な雑談を行う。
  - **グループメンバーのリストとリカバリーマップの共有**: セッションに参加する予定のグループメンバーのリストを確認し、各メンバーの「リカバリーマップ」を共有する。特に初回のリカバリーマップと比較してどういった変化がリカバリーをつながっているかについて検討する。
  - **レジリエンスの信念やエンパワメントの信念につながる質問の検討**: リカバリーマップの左側にあるビリーフの項目からどういったレジリエンスの信念やエンパワメントの信念があるかを推定しながら、そこにつながる質問について検討する。
  - **想定されるチャレンジとその対応の共有**: 実施中に想定される運用上のチャレンジ (グループメンバー同士が終結に強い抵抗を示すなど) や、行き詰まる事態が発生した場合の対応について、簡単な共有を行う。これにより、グループスタッフ間で連携してスムーズに対応することが可能になる。

時間管理: **実際のグループセッションが 90 分であるため、事前・事後ミーティングを含めて計 120 分の時間を確保**する必要がある。

10.1.1 グループリーダーとグループファシリテーターの準備

- **CT-R の用語集**
- **適応モードにアクセスすることが困難な場合のチャート**
- **誘導による発見の事例集**
- **成書 pp21-36:** このセッションでは、これまでの取り組みから改めてグループメンバー自身でリカバリーマップを作成する。そのため、それをサポートするグループリーダーとグループファシリテーターは成書のリカバリーマッピングの箇所をよく理解しておく必要がある。
- **成書 pp109-127:** それと同時にリカバリーアローにおける適応モードを強化するに該当する、これまでの取り組みから様々な結論を導き出すこともこのセッションの目的のひとつである。そのため、成書におけるこの箇所について学習しておき、誘導による質問を準備しておく。
- **物品の準備と場所の確認**:
  - **物品の準備**: アクティビティに必要な物品, ペンや紙、その他の教材などをあらかじめ準備し、実施場所に設置しておく。
  - **場所とグループメンバーの確認**: セッションが行われる場所が適切に準備できているか、グループメンバーが資料を持参しているかなど当日のセッション開始前に確認しておく。





10.2　開始の合図と適応モードのアクティビティ

「グループプロジェクトを考えるパート 1」以降は、セッション開始のやり方が変更されている。具体的には、「これからについて考える」で話し合われた**アスピレーション**を基点としてセッション

を開始する。これは、単にアスピレーションの内容を確認するだけでなく、「その人のアスピレーションを確かめて、そのイメージを毎回より膨らましていきながらその変化を追っていく」という、よりダイナミックなプロセスを指す。そのため、この開始の合図の変化は重要である。それまでに実施してきた、グループ名や開始時の合図や音楽も、この文脈によほどそぐわない場合を除き、一緒に実施するが、あくまでアスピレーションの文脈を中心とすることを忘れないようにする。こうしてアスピレーションのイメージを膨らませ、その変化を追うことを通じて、グループメンバーが**適応モード**にアクセスすることを開始時にグループ全体が一緒に行う。重要な点は、「これまでのセッションでは、適応モードのアクティビティを行うことで適応モードにアクセスしてきたが、ここからはアスピレーションのことを分かっている人間関係、アスピレーションについて話し合える人間関係これそのものが適応モードにアクセスするきっかけになる」という点である。つまり、アスピレーションに基づいた人間関係の構築自体が、**適応モード**へのアクセスを促進する触媒となることが期待される。

10.3　適応モードのアクティビティ

それまでと同様に、グループメンバーが主体的に参加できるアクティビティを実施する。

- **目的** アクティビティを通じて、グループメンバーの気分の変化や状態の変化を体験し、アスピレーションとの関係を話題にしていく。
- **進行中のサポート**
  - **エンパワメントとレジリエンスについての質問**: ポジティブ信念を質問しながら確かめた上で、そうした気持ちが続いていればどういったことを実現していきたいかを尋ねる。その後、適応モードで会話が弾んだ場合には、その会話からイメージを膨らませながら交流を続ける。さらに、アスピレーションがすでに同定されている人に対しては、その行為によってアスピレーションへと近づいていることをフィードバックする。そして、その状況からエンパワメントやレジリエンスの信念へと質問を重ねる。「○○さんがこれを楽しめるということは、他にも△△ (アスピレーションのこと) につながるような何かを楽しめるという可能性はありませんか？」「これはひとりでもできることかもしれませんが、他の人と一緒にすることでの違いは何かありますか？もしあるとしたら、○○さんのした△△に他の人とのつながりがあるということですね」「心から楽しまれているようですね。その時には声や辛い気持ちを体験されていないように思いますが、いかがですか？」
  - **アスピレーションの同定**: 特に「心から楽しそうに過ごされていますね。すべて望みどおりになるとしたら、どういったことを自分がしていると思いますか？その時あなたのもとにはどういったものや人がありますか？想像してみてください」などとアスピレーションについての質問も念頭に置いてアクティビティを実施するとよい。
- **記入シートの活用**: アクティビティ終了後、グループメンバーが記入するシート（例：46 ページ）を用なう。特に**「自己」「他者」「世界」「未来」**についての信念（Belief）とアスピレーションとの関係について話題にする。

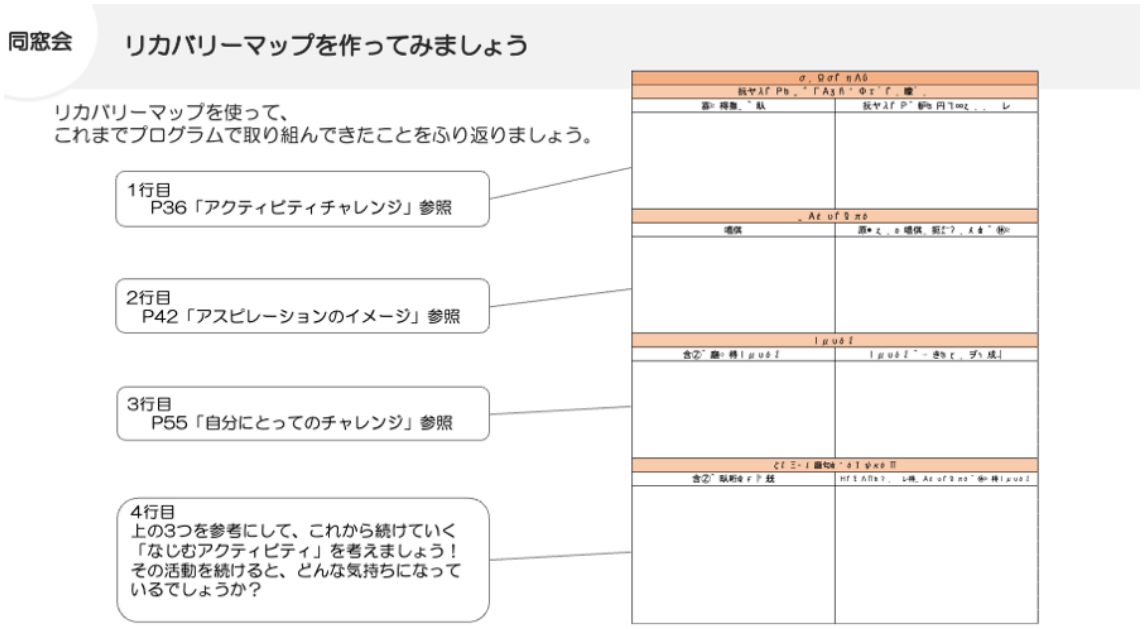


10.4 前回からの橋渡し

ここでは、グループのミッションを新らためて確認する。その上で、

- **目的**: 前回の学びを確認し、今回の活動に繋げる。
- **具体的な活動**:
  - **グループプロジェクトとアクションプランの報告**: 前回話し合ったアクションプランが、その後どうなったかを、各メンバーに簡潔に報告してもらう。
  - **グループプロジェクトの進捗の確認**: 前回のセッション以降グループプロジェクトがどうなったか、すでに終了していればそこで気付いたことやアスピレーションとの関係性について話題にする。

アクションプランの内容は比較的柔軟に設定されているため、ここに挙げたものとは異なるアクションプランが前回のセッションにて設定されていた場合においても、アスピレーションとの関連で同様に話し合っていく。



11　リカバリーマップ作成

このセッションの中心となるのは、グループのまとめとして提示される**リカバリーマップ**の作成となる。このリカバリーマップは、各項目をグループメンバー自身が書き込むことで、個々の活動の振り返りを促し、グループ全体としての学びを可視化するためのツールとなる。重要なのは、このプロセスをできるだけインタラクティブに行うことで、グループメンバーそれぞれが自身の経験を共有し、互いの学びから刺激を受ける機会を設けることである。具体的には、「それぞれでそれぞれの項目を書いてみて気づいたことやその書いた項目についての思い出などについて報告してもらいながら活発にしていただきたい」というように、活発な意見交換を促すことが求められる。

12　リカバリーマップの各項目の詳細とファシリテーションのポイント

リカバリーマップは、以下の 4 つの項目で構成されており、それぞれがグループメンバーの内省と学びの深化を促すように設計されている。

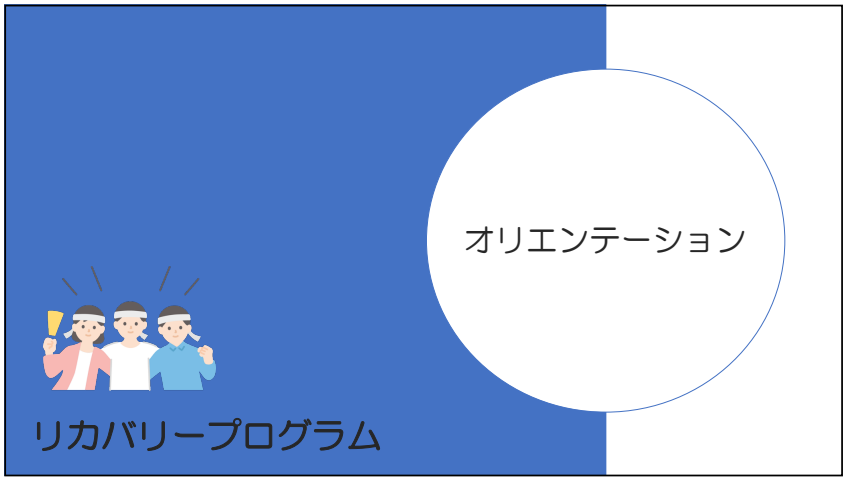
- **適応モードにアクセスする部分**: アクティビティチャレンジに記載された項目、またはグループプロジェクト全体を通じて、自分にとって**適応モード**になるアクティビティをできるだけ多く列挙する。この際に生じる**信念**についても、これまでの振り返りシートなどを参考にしながら丁寧に記述することが重要となる。

- **アスピレーションの部分**: セッション 7 で扱った内容を基に、項目にあることをできるだけ多く書き込む。グループリーダーやグループファシリテーターは声かけを行い、**ビリーフ**についても同様に記入を促す。この項目はグループプロジェクトとの関連性も深いため、プロジェクトと**アスピレーション**の関係性について議論を深めることが推奨される。
- **こうした取り組みの中で自分にとってチャレンジだったこと**: グループ内で話し合われなかったかもしれない内容を書き込んでもよい。改めて気づいたチャレンジなどがあれば、積極的に記述を促す。この際、**「その時の自分の思い込み」**についても話し合って記述することで、チャレンジに対してよりその人をエンパワーすることができる (ビリーフに気付くことで自分自身で働きかけることができる)。
- **これからに向けての考え方 (これから実施するポジティブ行為)**: ここまでの 3 つの項目を書き込んだことを受けて、このグループで何をしてきたのかをまとめる。その上で、**リカバリーマップ**を MDT に見せたり紹介したりする際に、具体的に今後どのようなことに取り組む必要があるか、またそれをどうを伝えるかを記述する。この項目は、**「ポジティブ行為とエンパワーメント」**の項目と密接に関連しており、グループ活動がグループメンバーの今後の生活にどのように活かされるかを具体的に考える機会となる。

13　クロージング：MDT への情報共有と将来への展望とグループの継続的な影響

リカバリーマップ作成における**ポジティブ行為とエンパワーメント**の項目は、MDT にとっても、今後グループメンバーに関わる地域の人にとっても、重要な情報源となる。また、このグループの進行は、MDT をグループメンバーが活用していく上で役立つように作成されている。グループリーダーは、こうした点の重要性を強調し、**「このグループで人間関係を育んできたやり方は、MDT やその他大切な人たちと交流していく上で役立つ」**という点を明確に伝える必要がある。同様の取り組みを継続するための提案を行うことが推奨される (MDT に伝えておいてほしいという希望があれば伝えられることなど) 。最終的には、この回の締めくくりとして、グループメンバーそれぞれがこのグループを終えることについて、率直な気持ちを共有し、互いの学びを深める機会を設けることも重要である。そして、各グループスタッフがこのグループから学んだことについてもフィードバックして終了とする。

ここまでのセッションに追加の時間が必要である場合や、その後グループメンバーから希望があれば、同窓会のセッションをこれと同じ形式で実施する。



1

リカバリープログラムとは？

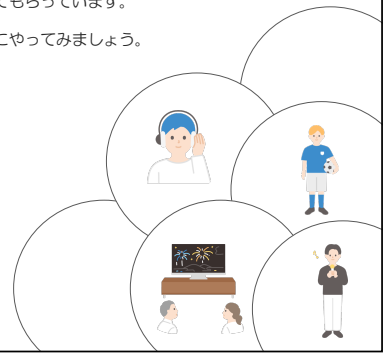
1. グループになって他の参加者の人と一緒に治療に取り組んでいきます。
2. この治療は私たちそれぞれが主役になれるように、参加するメンバーそれぞれが支え合いながら進行していきます。
3. プログラムは全10回で、15:00～16:30を予定しています。
4. 同じメンバーで進めていきます。毎回前半はそれぞれのなじむアクティビティを行い、後半はそれにまつわるテーマで話し合いを行います。
5. このグループは、私たちにとって馴染みやすい日常生活を自分自身の生活状況に合わせて、自ら作っていけるように、このモードを広げたり増やしたりしていくことを目的にしています。1人ではなかなか良いアイデアが出にくかったり、モードを増やすきっかけが得にくいことも多くあります。また、人それぞれ生活の中で制限や制約があります。そのため、グループの力を借りることが重要になります。

2

なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。



3

なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう

どんなアクティビティをしましたか？

気分や感情の変化はありましたか？　ある　・　ない
どんな変化がありましたか？

自分についてどう思いますか？



周りの人についてどう思いますか？



将来についてどう思いますか？

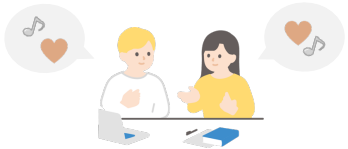


4

なじむアクティビティについてシェアしてみましょう

なじむアクティビティの“なじむ”とは、
なじみの店やおなじみの音楽や映画俳優、
昔から繰り返し読んでいて馴染んだ本といった言い方をすることがよくあります。

なじむアクティビティをしたときの自分や周囲、将来に対する印象についてみんなで話し合ってみましょう。



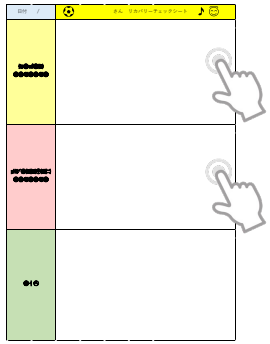
5

グループの基本的な約束

1. 休憩や途中退席は自由です。疲れたりつらいときにはそばにいるスタッフにお声かけください。
2. 自由に会話を楽しんでいただくために、
   グループの外では中で話した他メンバーのことをスタッフ以外の人に話さないようにお願いします。
3. グループ活動の時間は全部で90分になります。それぞれ他の予定もあるので時間は厳守でお願いします。
4. 資料は一般的な進行順で配置していますが、
   一部を除いては各回でグループメンバーの意見に沿って自由に選んでいただけるように作成しています。
5. 資料は一回で全て行わなければならないというものではありません。
   時間の中でできるところまで行いましょう。
6. このグループの内容は全てアクティビティをするところから始まります。
   そのためどのセクションを選ぶのかはアクティビティを終了してから選んでもかまいません。

6

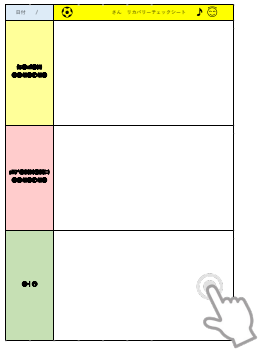
チェックシートを記入しましょう



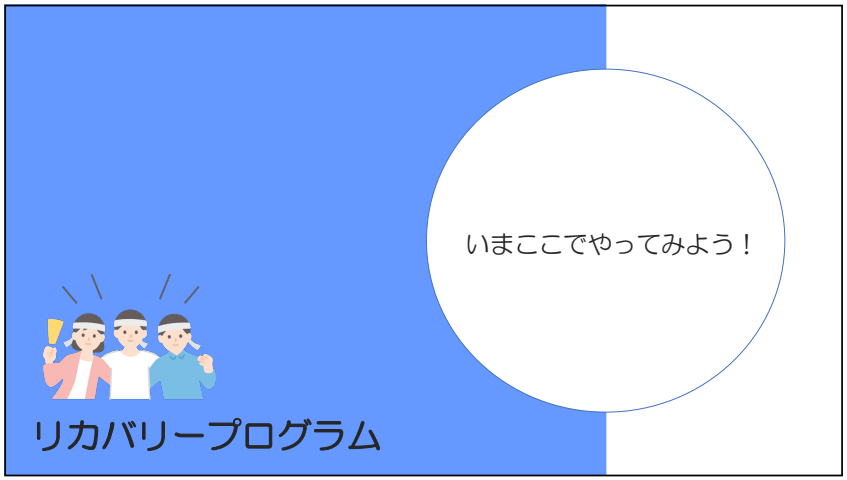
7

アクションプラン

チェックシートをMDTに見せて、シールを貼ってもらいましょう



8

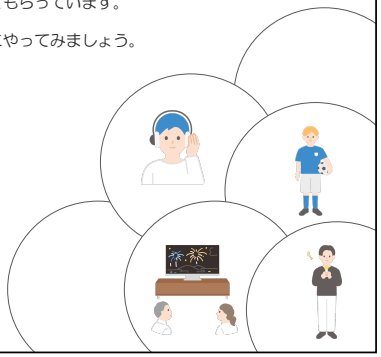


9

なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。



10

なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう

どんなアクティビティをしましたか？

気分や感情の変化はありましたか？　ある　・　ない
どんな変化がありましたか？

自分についてどう思いますか？



周りの人についてどう思いますか？



将来についてどう思いますか？



11

なじむアクティビティについてさらに考えてみましょう

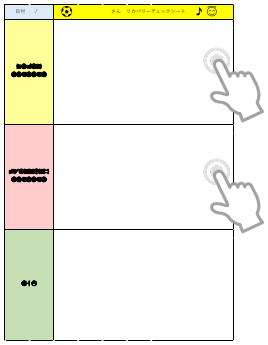
そのアクティビティはあなたにとってどんな意味がありますか？

アクティビティを続けたら、どんなことができるようになりそうですか？

アクティビティをしている自分のことを周りの人はどう思うでしょうか？

12

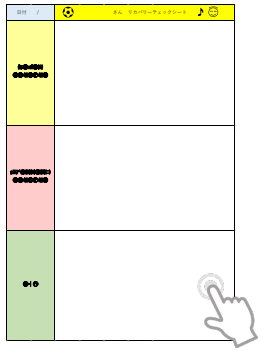
チェックシートを記入しましょう



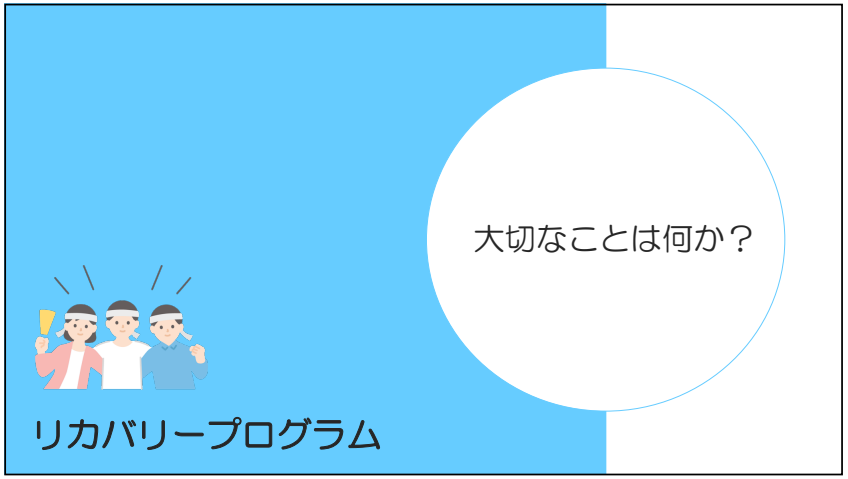
13

アクションプラン

チェックシートをMDTに見せて、シールを貼ってもらいましょう



14

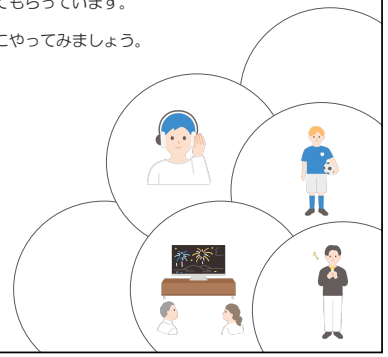


15

なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。



16

なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう

どんなアクティビティをしましたか？

気分や感情の変化はありましたか？　ある　・　ない
どんな変化がありましたか？

自分についてどう思いますか？



周りの人についてどう思いますか？



将来についてどう思いますか？



17

リカバリーとは？

リカバリーと聞いてどんなことを思い浮かべますか？



18

リカバリーって何？？

ここで、ひかるさんのリカバリーのお話を例として紹介します。

ひかるさんは、統合失調症の診断を受けて長らく治療を受けていましたが、中々状況が好転しないためどうしようもない気持ちになっていました。それに10年以上悩んでいたため、いつも辛い気持ちや悩ましいことがあり、何をどうしたらよいのか考えることもできないことが日常になっていました。そういった中で、いつも頭の中に直接響いてくる声だけを頼りに日々過ごしています。周囲の人はその声のことを信じてくれないため、他者に心のうちを打ち明けようという気持ちになれません。また人だけでなく、ほとんどの娯楽、テレビや音楽などもその背後に何か不気味な影響を感じて、基本的に避けて過ごさないといけません。一方声は、厳しいことを言ってくることもありますが、周囲の人と話すよりは気持ちがつながっている気がしていました。



19

リカバリーって何？？

そんなある時、通院している病院の入口にいた野良猫を眺めていると、通りがかったゆたかさんに「猫が好きなんですか？」と声をかけられました。ひかるさんは子供の頃に小学校でよく見かける猫の世話をしているうちにその猫がとても人気者になって、育てていたひかるさんもクラスの皆から認めてもらえたという経験がありました、その時の経験からか、ひかるさんは猫の習性や世話の仕方にはとても詳しく、自然とその声をかけてきたゆたかさんの質問に答えることができました。たまたま話しかけたゆたかさんも、ひかるさんのまるで専門家のような説明とその丁寧な対応、何より、その猫がひかるさんの世話にとても心地よさそうにしていることに驚きました。ゆたかさんも猫に興味はあるようでしたが、ちゃんと育てられるかどうか心配で、ひかるさんから教わることも多いようでした。





20

#03 リカバリーって何？？

しばらく、病院に通院する度に短い時間でしたが、そのゆたかさんとの猫を通じた交流が始まりました。ひかるさんもゆたかさんと話している間は、どこか懐かしく、またどこか新鮮な気分で過ごすことができました。しだいに話す話題も猫だけでなく、好きな服や昔好きだったテレビ番組など日常的なことにも及びました。そうした中で、自分の好きな装飾や音楽のある、おいしいコーヒーとスイーツを提供するカフェを開きたいという自分自身のあこがれをひかるさんは自覚するようになりました。そう自覚し始めた頃には、そうした話題になるのは、ゆたかさんだけでなくひかるさんと関わりのある様々な人へと自然と広がっていました。そんなひかるさんにとって、色々を怖い思いをしながらも声や辛い気持ちを乗り越えながら、気心知れた人とカフェ巡りを計画し実行することは、十分に意味ある行為となっています。



21

リカバリーとは？



ひかるさんの体験を聞いてどう感じましたか？



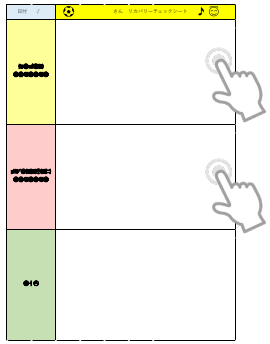
ひかるさんのリカバリーとはどうなることだったのでしょう？



そのほか、このお話からどういったことに気づきましたか？

22

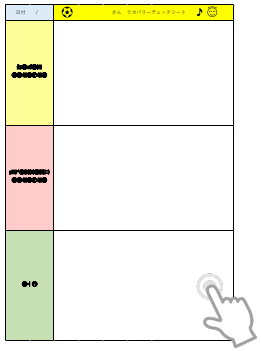
チェックシートを記入しましょう



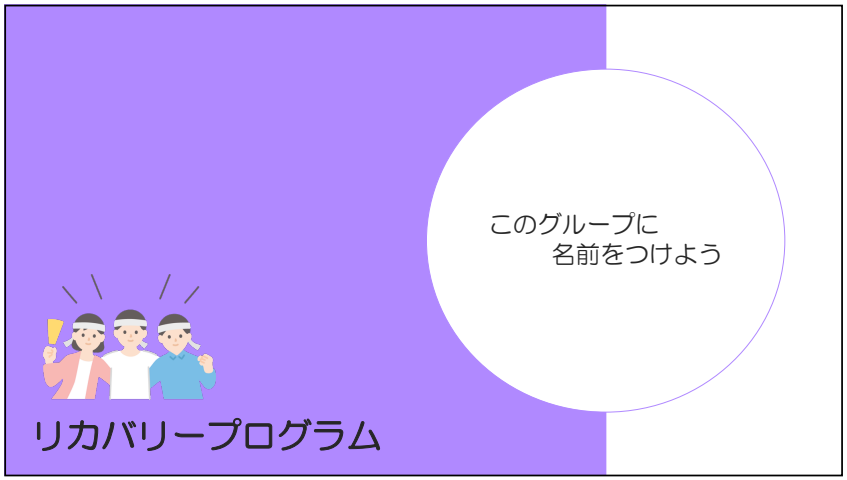
23

アクションプラン

チェックシートをMDTに見せて、シールを貼ってもらいましょう



24

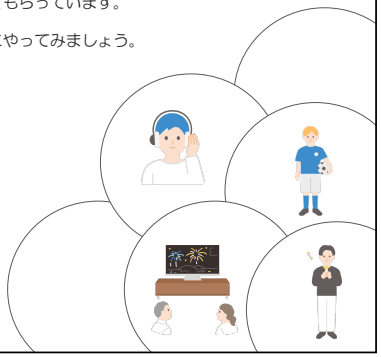


25

なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。



26

なじむアクティビティについてさらに考えてみましょう

そのアクティビティはあなたにとってどんな意味がありますか？

アクティビティの意味について、共通する点はないでしょうか？

お互いがそれぞれ目的を支え合うためにどんな声かけができますか？
どんな声かけをしてもらいたいですか？

グループメンバーがこうして集まることの意味はどういったことでしょうか？

グループの名前を
考えましょう！

28

なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう

どんなアクティビティをしましたか？

気分や感情の変化はありましたか？　ある　・　ない
どんな変化がありましたか？

自分についてどう思いますか？



周りの人についてどう思いますか？

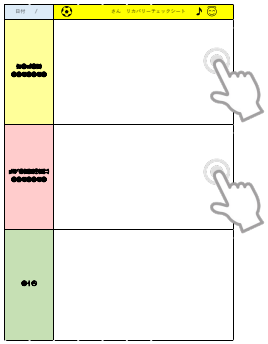


将来についてどう思いますか？



27

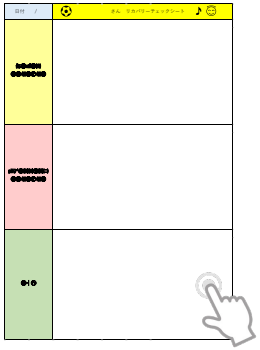
チェックシートを記入しましょう



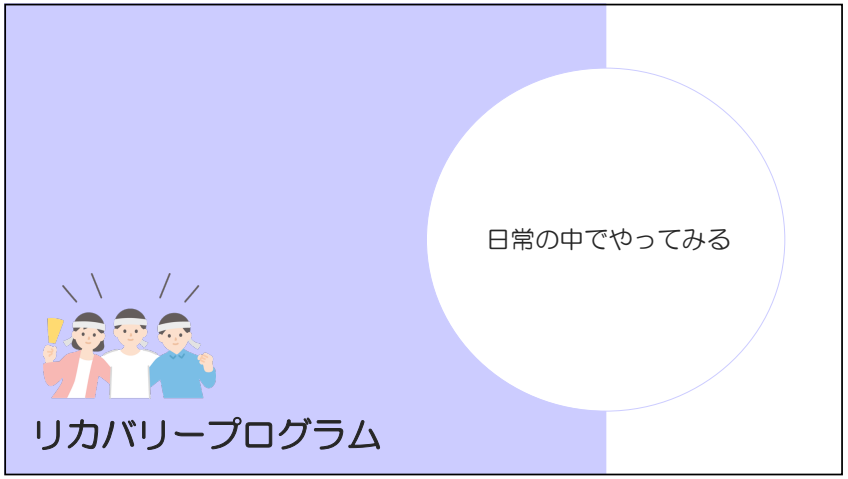
29

アクションプラン

チェックシートをMDTに見せて、シールを貼ってもらいましょう



30

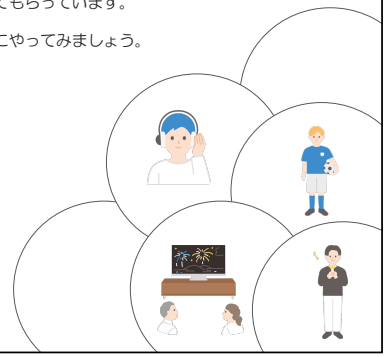


31

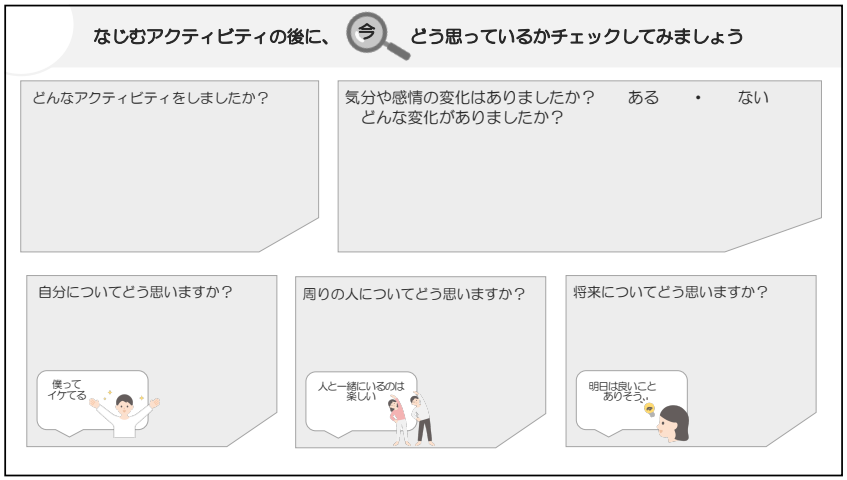
なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

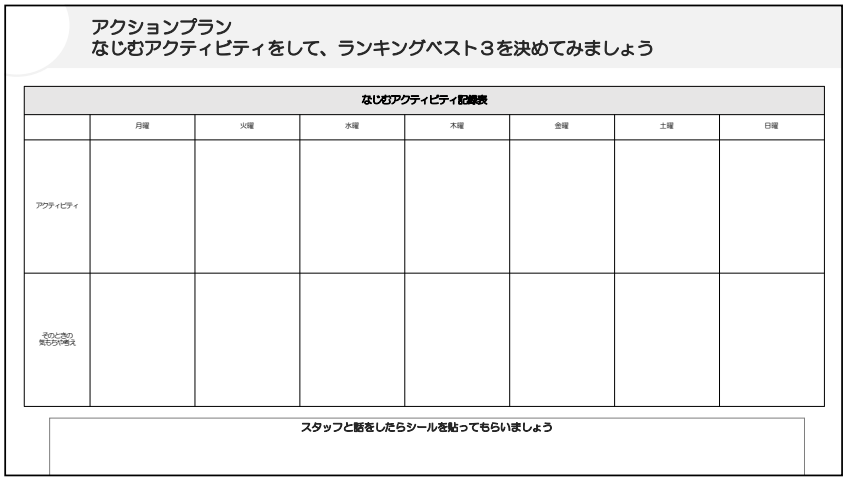
準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。



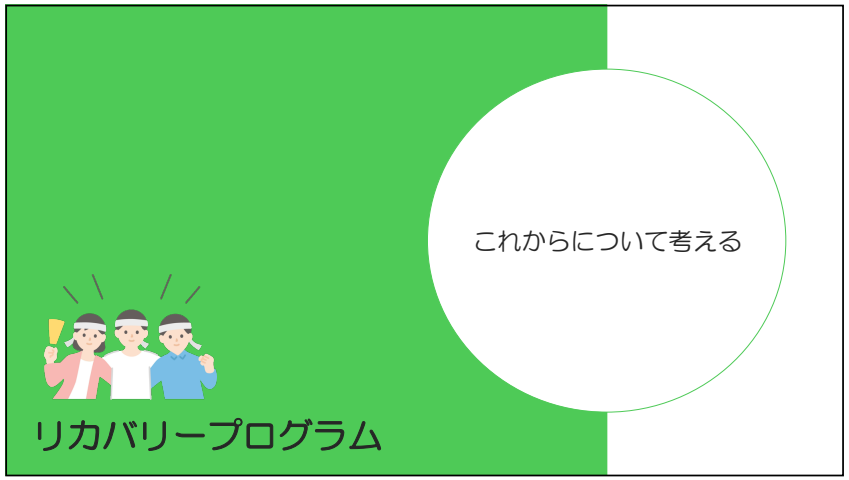
32


なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう
どんなアクティビティをしましたか？
気分や感情の変化はありましたか？ ある ・ ない
どんな変化がありましたか？
自分についてどう思いますか？
僕って
イケてる
周りの人についてどう思いますか？
人と一緒にいるのは
楽しい
将来についてどう思いますか？
明日は良いこと
ありそう..

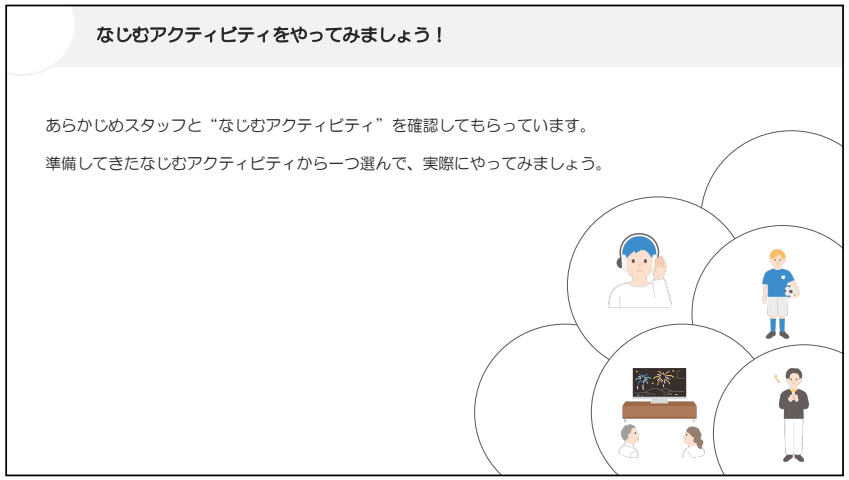
33


アクションプラン
なじむアクティビティをして、ランキングベスト３を決めてみましょう
なじむアクティビティ記録表
月曜
火曜
水曜
木曜
金曜
土曜
日曜
アクティビティ
その日の気もち/行動
スタッフと話をしたらシールを貼ってもらいましょう

34


これからについて考える
リカバリープログラム

35


なじむアクティビティをやってみましょう！
あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。
準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。

36

なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう

どんなアクティビティをしましたか？

気分や感情の変化はありましたか？　ある　・　ない
どんな変化がありましたか？

自分についてどう思いますか？



周りの人についてどう思いますか？



将来についてどう思いますか？

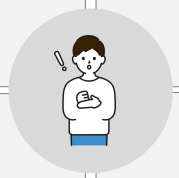


37

これからのことを考えてみましょう

もしあなたの思いが何でも叶うとしたら、
その時何を手に入れて、何をしているでしょうか？

ここから退院したら、まず何をしたいですか？
ほしいものはありますか？



入院する前したかったこと、
叶えたかったことは何でしょうか？

子どもの頃の夢は何でしたか？

38

これからのことを考えてみましょう

先ほどあげたしたいことや夢は、あなたにとってどんな特別な意味があるのでしょう？
例：人の役に立つこと、役割を果たすこと、思いやりのある人間関係を大切にすること、何かを達成すること

それの素敵な部分はどういったところにありますか？

それが重要な理由は何でしょうか？

そこにいる自分を今の自分が見たらどう思いますか？

そこにいる自分は周囲の人からどう見えていますか？

ここにあげられた憧れや夢のことを“アスピレーション”と言います
アスピレーションが発見できたら、大切な気持ちなので記録しておきましょう

39

アクションプラン
アスピレーションのイメージをさらにふくらませましょう

あなたのアスピレーションは？　（　）

それが実現する場所はどこですか？（　）

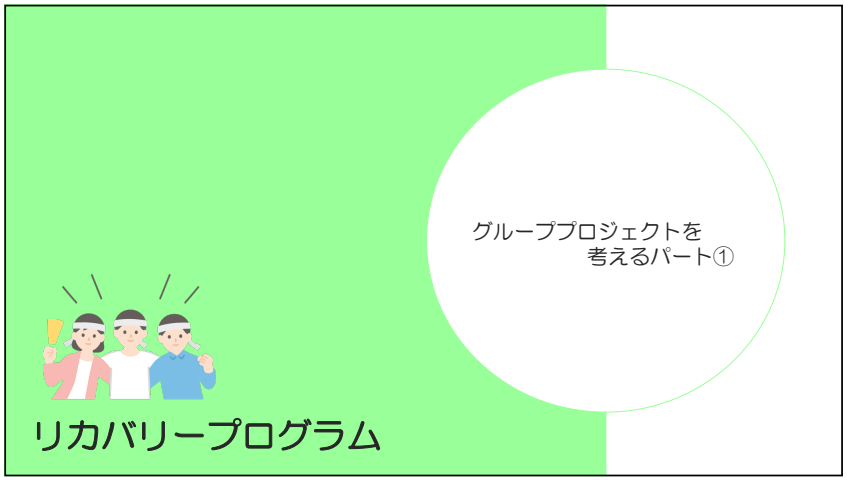
誰と一緒にいますか？周りにはどんな人がいますか？（　）

そこで何をしていますか？　（　）

その時の自分はどういった気持ちになっているでしょうか？（　）



40



41

アクションプラン
アスピレーションのイメージをさらにふくらませましょう

あなたのアスピレーションは？　（　　）

それが実現する場所はどこですか？（　　）

誰と一緒にいますか?周りにはどんな人がいますか？（　　）

そこで何をしていますか？　（　　）

その時の自分はどういった気持ちになっているでしょうか？（　　）

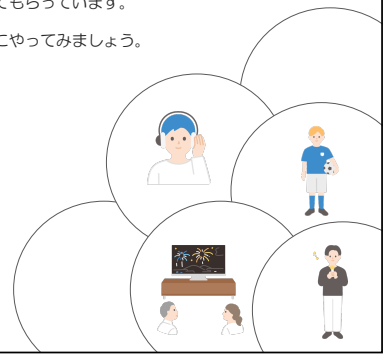


42

なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。



43

なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう

どんなアクティビティをしましたか？

気分や感情の変化はありましたか？　ある　・　ない
どんな変化がありましたか？

自分についてどう思いますか？



周りの人についてどう思いますか？



将来についてどう思いますか？



44

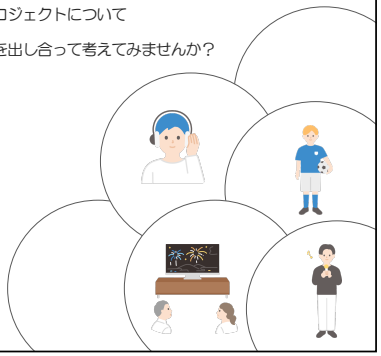
グループプロジェクトを考えましょう

メンバー全体のアスピレーションを実現するために、このグループでできそうなことを考えましょう。

このグループに参加していない人にも加わってもらえるようなプロジェクトについて

意見を出し合って考えてみませんか？

例えば、音楽を聞こうの会、カラオケ喫茶などが開催されました。



45

アクションプラン

アクティビティランキングのアクティビティに取り組む中で、
プロジェクトのアイデアが浮かんだら書き留めてみましょう。



スタッフと話をしたらシールを貼ってもらいましょう

46

グループプロジェクトを
考えるパート②



リカバリープログラム

47

アクションプラン
アスピレーションのイメージをさらにふくらませましょう

あなたのアスピレーションは？　（　　）

それが実現する場所はどこですか？（　　）

誰と一緒にいますか？周りにはどんな人がいますか？（　　）

そこで何をしていますか？　（　　）

その時の自分はどういった気持ちになっているでしょうか？（　　）

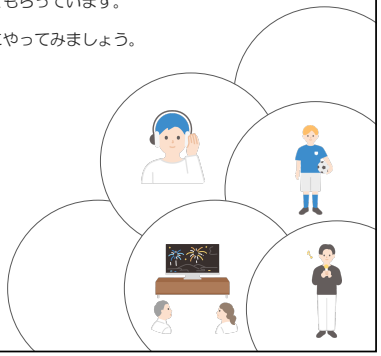


48

なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。



49

なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう

どんなアクティビティをしましたか？

気分や感情の変化はありましたか？　ある　・　ない
どんな変化がありましたか？

自分についてどう思いますか？



周りの人についてどう思いますか？



将来についてどう思いますか？



50

アクションプラン
チャレンジについて考えてみましょう

アスピレーションを妨げる物事をチャレンジと呼びます。
グループプロジェクトを実現していく上で何がみなさんのチャレンジになるでしょう？



51

グループプロジェクトを
考えるパート③



リカバリープログラム

52

アクションプラン
アスピレーションのイメージをさらにふくらませましょう

あなたのアスピレーションは？　（　　）

それが実現する場所はどこですか？（　　）

誰と一緒にいますか？周りにはどんな人がいますか？（　　）

そこで何をしていますか？　（　　）

その時の自分はどういった気持ちになっているでしょうか？（　　）

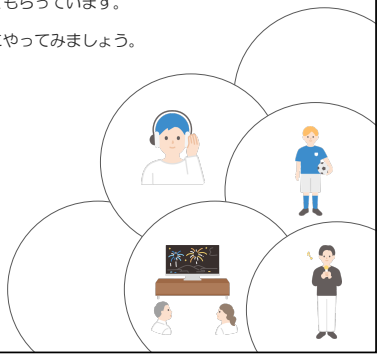


53

なじむアクティビティをやってみましょう！

あらかじめスタッフと“なじむアクティビティ”を確認してもらっています。

準備してきたなじむアクティビティから一つ選んで、実際にやってみましょう。



54

なじむアクティビティの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう

どんなアクティビティをしましたか？

気分や感情の変化はありましたか？　ある　・　ない
どんな変化がありましたか？

自分についてどう思いますか？



周りの人についてどう思いますか？



将来についてどう思いますか？



55



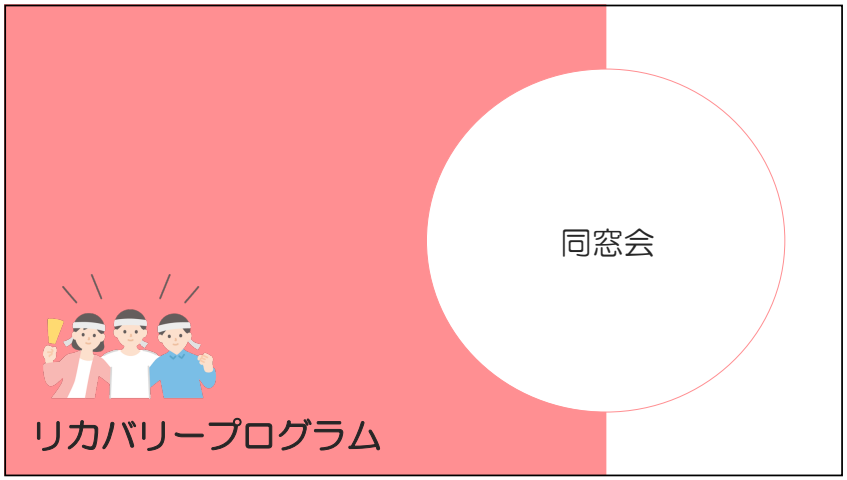
リカバリープログラム

リカバリーを育もう

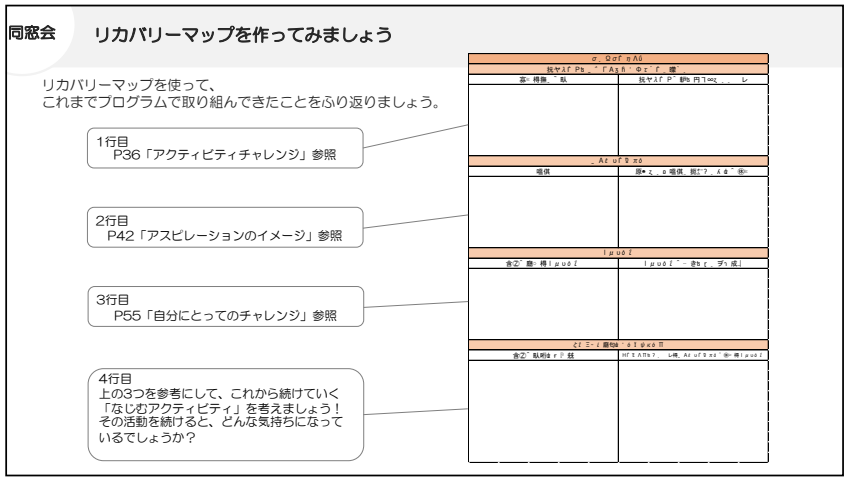
56


アクションプラン
グループプロジェクトの後に、今 どう思っているかチェックしてみましょう
気分や感情の変化はありましたか？ ある ・ ない
どんな変化がありましたか？
自分についてどう思いますか？
僕って
イケてる
周りの人についてどう思いますか？
人と一緒にいるのは
楽しい
将来についてどう思いますか？
明日は良いこと
ありそう
スタッフと話をしたらシールを貼ってもらいましょう

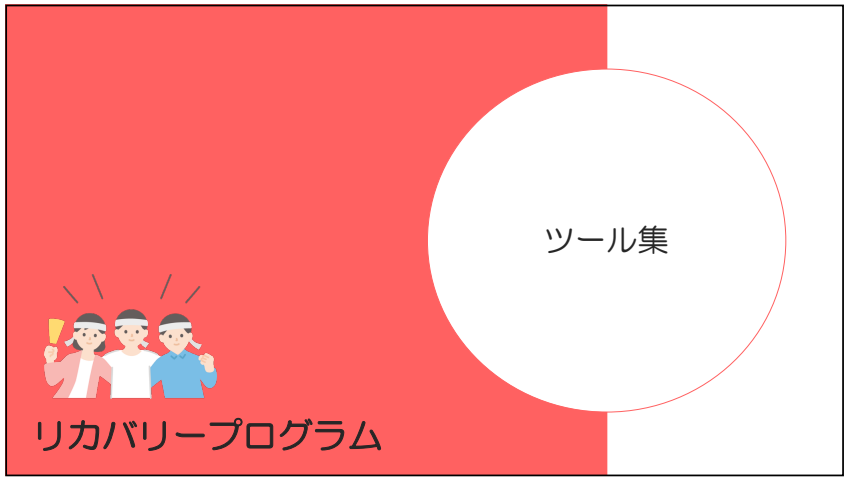
57


同窓会
リカバリープログラム

58


同窓会 リカバリーマップを作ってみましょう
リカバリーマップを使って、
これまでプログラムで取り組んできたことをふり返りましょう。
1行目
P36「アクティビティチャレンジ」参照
2行目
P42「アスピレーションのイメージ」参照
3行目
P55「自分にとってのチャレンジ」参照
4行目
上の3つを参考にして、これから続けていく
「なじむアクティビティ」を考えましょう！
その活動を続けると、どんな気持ちになって
いるでしょうか？

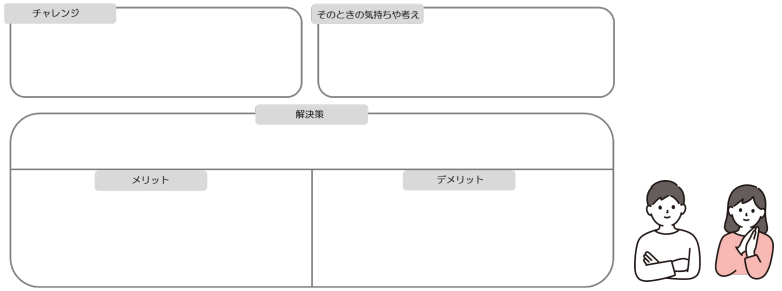
59


ツール集
リカバリープログラム

60

問題解決技法

チャレンジについて皆で話し合って、できるだけ具体的にしていきます。そのときの気持ちや考えについても教えてください。
解決策について皆で自由にアイデアを出し合います。
そのチャレンジを抱えている人を中心に、それぞれの解決策を実施するメリットデメリットについて分析します。



61

指差し呼称ゲーム

グループプロジェクトやアスピレーションを実現するにあたって、声や音が邪魔してくることがチャレンジになるかもしれません。
そんなときに役立つ方法として、指差し呼称ゲームをご紹介します。

①声や音の深刻度を1-10で評定してみる。
②身の回りを見わたし、そこにあるものを指差して、大きな声でその名前を言う。
③活気が取り戻され、ストレスが軽減したことが確認されるまで続ける。



62

令和８年３月３１日

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 ７ 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　効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部・非常勤講師

（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）	■　□	■	慶應義塾大学医学部、国際医療福祉大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、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 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

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

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

信濃町-aa002

令和８年３月３１日

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 ７ 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　効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部・准教授

（氏名・フリガナ）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）	■　□	■	慶應義塾大学医学部	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、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 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

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

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

令和8　年　2　月　23　日

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

機関名慶應義塾大学保健管理センター

所属研究機関長　職　名　所長

氏　名　　西村　知泰

次の職員の令和７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　厚生労働科学研究費補助金　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　保健管理センター　・　教授

（氏名・フリガナ）　佐渡　充洋　・　サド　ミツヒロ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
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）	■　□	■	慶應義塾大学医学部	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、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 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

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

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

2026年　3月　27日

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

機関名　　国際医療福祉大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　鈴木　康裕

次の職員の令和７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　厚生労働科学研究費補助金　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　成田看護学部・教授

（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）	■　□	■	国際医療福祉大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、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 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

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

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

令和8年3月5日

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

機関名　国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　中込　和幸

次の職員の令和７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　効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　認知行動療法センター・センター長

（氏名・フリガナ）　久我弘典・クガヒロノリ

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）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、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 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

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

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

令和８年３月４日

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

機関名　国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　中込　和幸

次の職員の令和７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　厚生労働科学研究費補助金　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）認知行動療法センター研究開発部・部長

（氏名・フリガナ）伊藤正哉・イトウマサヤ

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）	■　□	■	国立精神・神経医療研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、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 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

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

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

2026年　2月　2日

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

機関名　岡山大学
学術研究院社会文化科学学域

所属研究機関長　職　名　学域長

氏　名　西　田　陽　介

次の職員の令和７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　厚生労働科学研究費補助金　障害者政策総合研究事業

２．研究課題名　効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　岡山大学学術研究院社会文化科学学域（文学系）　准教授

（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）	■　□	■	岡山県精神科医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、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 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

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

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

令和８年３月３１日

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 ７ 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　効果的かつ有効性の高い集団精神療法の施行と普及および効果検証のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部・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）	■　□	■	慶應義塾大学医学部	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

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

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、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 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

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

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