

令和3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)  
総括研究報告書

## 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  
慶應義塾大学医学部 准教授

### 研究目的

4つの柱で集団精神療法に関する研究を行った。

1. 集団精神療法のエビデンスの整理：Common mental illnessの集団精神療法に関する国内外の研究知見を概観する。
2. 実態調査：国内の全医療機関を対象に、集団精神療法の実施状況や課題に関する調査を行う。並行して、海外情報を、専門家へのヒアリングを通じて収集する。
3. 研修と質担保の方法論の確立：集団精神療法の質担保のために施行者に望まれる要素とその評価法を明確化し、コンサルテーション・スーパービジョン)の方法を確立する。
4. 集団認知行動療法のプログラムの作成と実証研究

### 研究方法

うつ病、不安症、統合失調症に関する国際ガイドラインのレビュー、集団認知行動療法の質の評価尺度の系統的レビュー、全国の医療機関を対象とした実態調査、多職種を対象とした研修に関するアンケート、海外の治療マニュアルを参考にした治療マニュアルの作成とパイロット試験を実施した。

### 結果と考察

#### 1. 集団精神療法のエビデンスの整理

- ・うつ病においては、集団精神療法は個人精神療法より人的コストが少なく、多くの患者に提供できることから、軽症例に対するうつ病初期治療の低強度治療の一つとして推奨される。特に若年者や高齢者の軽症うつ病の初期治療として、通常治療への併用が有用である。
- ・不安症に対する治療に、集団認知行動療法が選択肢になりうる。本邦における不安症に対する精神療法を普及するためには、集団精神療法を治療選択肢の一つに位置づけるとともに、対象の特性を踏まえたプログラムの内容の検討と、治療全体における集団療法の使いどころ・位置づけについて検討する必要が示唆される。
- ・統合失調症については、集団精神療法は、薬物療法などと複合しながら、患者のニーズに合わせて利用することが推奨される。具体的なアプローチには、ソーシャルスキルトレーニング、心理教育、アート・セラピー、認知行動療法、家族介入コンピューターを用いた認知矯正療法があげられる。

#### 2. 集団精神療法の実態調査

全国の医療機関を対象とした実態調査(回答数730件:回収率19.6%)では、集団精神療法の実施施設は回答施設の27.6%であり、病院規模(外来患者数)や施設種類(単科精神科病院や大学病院・ナショナルセンターで実施率が高い)の影響を受けた。実施プログラムは平均4.2種類、実施頻度は平均1.4週に1度、1セッションの時間は平均77.2分、回数は平均9.2回、参加人数は平均8.2人、治療者数は平均2.4人であった。対象疾患は、うつ病(128件)、統合失調症(110件)、発達障害(107件)の順に多かった。内容は心理教育(139件)、認知行動療法(128件)、社会生活スキルトレーニング(120件)の順に多かった。入院・通院集団精神療法以外に、デイケア/ナイトケア、ショートケアで多くコスト算定していた。

自施設の集団精神療法が「充足していない」「どちらかというとも充足していない」と回答したのは104件(51.8%)で、「労力・コストが報酬に見合わない」が130件(64.7%)、「職員の人数が足りない」が112件(55.7%)、「職員が集団精神療法に従事する時間がない」が93件(46.3%)などの課題が指摘された。

### 3. 研修と質担保の方法論の確立

システマティックレビューにより 7 つの集団認知行動療法の治療者を評価する尺度が見い出されたが、特定の疾患や技法に限定されており、対象・技法・セッティングを越えて使用できる評価基準の作成が必要と考えた。

集団精神療法の実施経験のある専門職を対象とした調査が実施され（回答者 97 名）、研修の受講状況は個人差が大きかった。研修は、認知行動療法的アプローチに関する、講義と演習で構成される対面研修が多かった。スーパービジョンを受けていない者が約 7 割であった。研修やスーパービジョンの受講の機会が少ないこと、スーパーバイザーの養成が必要という課題が指摘された。

### 4. 集団認知行動療法のプログラムの作成と実証研究

アメリカ心理学会が推奨するマニュアルに基づいて、8 セッションからなる集団認知行動療法プログラムが作成され、パイロット試験が実施された。抑うつ、不安、認知行動療法スキルの活用や知識に、ストレス対処などにおける有効性が期待される。本研究を通して、事前準備、セッション外の連携とルール作りなど、集団認知行動療法の実施におけるいくつかの留意点が確認された。

### **結論**

うつ病、不安症、統合失調症に関する海外ガイドラインにおける集団精神療法の位置づけを整理した。国内の医療機関における集団精神療法の実施状況や課題を明らかにした。集団精神療法の質担保のために、評価法を確立し、さらに、研修やスーパービジョン体制の整備、スーパーバイザーの養成が急務と考えられた。集団認知行動療法のプログラムが作成され、パイロット試験が実施された。今後、ランダム化比較試験による実証が期待される。

## **A. 研究目的**

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

そこで、4 つの柱で研究を進めた。

### 1. 集団精神療法のエビデンスの整理

Common mental illness（うつ病、不安症、統合失調症）の集団精神療法に関する国内外の研究知見を概観する。

### 2. 集団精神療法の実態調査

国内の全医療機関を対象に、集団精神療法の実施状況や課題に関する調査を行う。

並行して、海外情報を、専門家へのヒアリングを通じて収集する。

### 3. 研修と質担保の方法論の確立

集団精神療法の質担保のために施行者に望まれる要素とその評価法を明確化し、コンサルテーション・スーパービジョン）の方法を確立する。

### 4. 集団認知行動療法のプログラムの作成と実証研究

集団認知行動療法のマニュアルを作成し、実証研究を行う。

## **B. 研究方法**

### 1. 集団精神療法のエビデンスの整理

International Guidelines Library, Guidelines International Network (GIN) [<http://www.g-in.net/>]を用いて、うつ病、不安症、統合失調症の診療ガイドラインにおける集団精神療法の位置づけをレビューした。

### 2. 集団精神療法の実態調査

全国 3734 の精神科医療機関に調査用紙を郵送し、郵送/Web で回答を求めた。

また、専門家へのヒアリングを通じて集団精神療法に関する海外情報を収集した。

### 3. 研修と質担保の方法論の確立

集団認知行動療法の治療者を評価する尺度についてシステマティックレビューを実施した。

集団精神療法の研修とスーパービジョンについて、集団精神療法の実施経験のある専門職（医師、看護師、心理士、作業療法士等）を対象に WEB 上で調査を行った。

文献調査と米国の集団精神療法家へのヒアリングにより、集団精神療法の必須スキルを抽出した。

### 4. 集団認知行動療法のプログラムの作成と実証研究

アメリカ心理学会で推奨されている CBGT マニュアルを参考に 1 回 120 分全 8 回のプログラムを開発した。慶應義塾大学病院精神・神経科の外来患者のうち、うつ病または不安症の診断を有し、臨床全般重症度 (CGI-S) が 3 (軽度)~5 (やや重度) の者に対して、8 週間の CBGT を計 8 セッション実施した。主要評価項目は脱落率、副次評価項目は抑うつ症状 (PHQ-9)、不安症状 (GAD-7)、ストレス対処行動 (CISS)、有害事象の有無、であり、介入開始時 (0 週)、介入終了時 (8 週) に評価した。CBGT 実施者に、プログラムや教材の有用性、運営の課題などのヒアリングを行った。

(倫理面への配慮)

「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づき、実施施設での倫理委員会 (慶應義塾大学、国際医療福祉大学) の承認を得て行った。

## C. 研究結果

### 1. 集団精神療法のエビデンスの整理

うつ病治療については、5 か国のガイドラインで集団精神療法について触れていた。集団精神療法は、個人精神療法や家族療法よりコストが低いことから閾値下~中等症うつ病に対する初期治療として、低強度治療の 1 つとして推奨するガイドラインがあった。英国 NICE ガイドラインでは、青年期の軽症例に対して、デジタル認知行動療法、グループ対人関係療法、グループ非指示的支持療法、グループ認知行動療法のいずれかを最初に提供することを推奨していた。アメリカ精神医学会 (APA) では高齢者 (≧60 歳) の初期治療として、通常のケアに追加または単独で集団認知行動療法または回想法を推奨していた。なお、集団精神療法では、個別モニタリングを行い、プログラムに参加している個人に注意を払うよう留意することが前提とされていた。

不安症については、8 ヶ国のガイドラインが同定された。認知行動療法 (曝露療法など関連する技法を含む) が推奨され、集団形式での実施が治療選択肢の一つに位置づけられていた。セッション数・期

間を明記しているガイドラインは少なく、明記しているものの中では、週 1 回 1~2 時間、計 6~16 回、と幅があった。また、ヒアリングの結果、英国では各不安症のガイドラインに従って個人療法が基本となるが、多くの患者に早く治療開始してもらうために、集団療法への参加を患者に勧める場合もあることがわかった。

統合失調症については、集団精神療法は、薬物療法などと複合しながら、患者のニーズに合わせて利用することが推奨されていた。具体的な推奨は各国で異なるが、ソーシャルスキルトレーニング、心理教育、アート・セラピー、認知行動療法、家族介入コンピューターを用いた認知矯正療法、があげられた。

### 2. 集団精神療法の実態調査

全国の医療機関を対象とした実態調査は回答数 730 件 (回収率 19.6%) であった。回答施設の 201 施設 (27.6%) で集団精神療法を実施していた。平均 4.2 種類 (SD=6.7) のプログラムを実施し、実施頻度は 1.4 週 (SD=1.4) に 1 度、1 セッションの時間は平均 77.2 分 (SD=35.1)、回数は平均 9.2 回 (SD=6.3)、参加人数は平均 8.2 人 (SD=5.3)、治療者数は平均 2.4 人 (SD=1.4) であった。対象疾患は、うつ病 (128 件)、統合失調症 (110 件)、発達障害 (107 件) の順に多かった。内容は心理教育 (139 件)、認知行動療法 (128 件)、社会生活スキルトレーニング (120 件) の順に多かった。コスト算定は、精神科デイケア/ナイトケア (92 件)、精神科ショートケア (73 件)、通院集団精神療法 (53 件) の順に多かった。自費診療での実施は 8 件で単価は 2385.7 円 (SD=1306.9) であった。

自施設の集団精神療法が「充足していない」「どちらかというに充足していない」と回答したのは 104 件 (51.8%)、課題としては「労力・コストが報酬に見合わない」が 130 件 (64.7%)、「職員の人数が足りない」が 112 件 (55.7%)、「職員が集団精神療法に従事する時間がない」が 93 件 (46.3%) であった。

海外の有識者へのヒアリングからは、各国の実践はおおむね各国のガイドラインに沿ったものであること、一方で、その内容は各国で差があること、集団精神療法を利用する際には他の治療法と組み合わせ、患者のニーズに合わせて、心理教育の要素に配慮して活用すること、などが示唆された。

### 3. 研修と質担保の方法論の確立

システマティックレビューにより、7つの集団認知行動療法の治療者を評価する尺度が見い出された。これらは、(1)物質乱用や境界性パーソナリティ障害や後天性脳障害など特定の疾患を対象にしていること、(2)認知行動療法以外の心理療法を含む包括的な尺度もしくはマインドフルネスやスキーマセラピーのような特異的な技法を評価するものであること、という点で集団認知行動療法の治療者の基盤スキルを評価するものとは言えなかった。

集団精神療法の実施経験のある専門職を対象とした、研修とスーパービジョンに関する調査は97名から回答を得た。集団精神療法は心理士、作業療法士、看護師等を中心とする多職種連携で実施されていた。研修の受講状況は、認知行動療法的アプローチによる、対面で講義と演習で構成されたものが多かった。受講時間数は個人差があった。スーパービジョンを受けていない者が7割弱を占めた。受けた者は認知行動療法的アプローチによるもので、定期的と必要時、職場内の上司・同僚によるものが多かった。また研修やスーパービジョンの受講の機会が少ないこと、スーパーバイザーの養成が必要という課題が挙げられた。

### 4. 集団認知行動療法のプログラムの作成と実証研究

作成されたCBGTプログラムには5名が参加した。介入前後のうつ症状、不安症状、ストレス対処行動、有意差は認めないもののいずれも改善傾向を示した。CBGT終了後に、ストレス対処は、情動優先で対処するよりも、気分転換や気晴らし、回避することで対処する傾向が高まった。有害事象は報告されなかった。

認知行動療法に関する知識やスキルの活用も、有意差は認めないものの向上を認めた。「自分の考え、行動、気分を客観的に捉えようとしている」「どのように考えると、うつや不安な気分が強くなるのかわかっている」「さまざまな視点から状況を捉えて、発想を切り替えようとしている」「どのように活動すると、うつや不安な気分が強くなるのかわかっている」

「活動することで気分を変えようとしている」「人と交流すると、うつや不安な気分が和らぐとわかって

いる」「自分の気持ちや考えを上手に他人に伝えようとしている」などである。

また、CBGTの実施に関する留意点が収集された。

## D. 考察

### 1. 集団精神療法のエビデンスの整理

集団精神療法は個人精神療法より人的コストが少なく多くの患者に提供できることから、軽症例に対するうつ病初期治療の低強度治療の一つとして推奨される。特に若年者や高齢者の軽症うつ病の初期治療として、通常治療への併用が有用である。

不安症に対する治療に、集団認知行動療法が選択肢になりうる。本邦における不安症に対する精神療法を普及するためには、集団精神療法を治療選択肢の一つに位置づけるとともに、対象の特性を踏まえたプログラムの内容の検討と、治療全体における集団療法の使いどころ・位置づけについて検討する必要が示唆される。

統合失調症については、集団精神療法は、薬物療法などと複合しながら、患者のニーズに合わせて利用することが推奨される。具体的なアプローチには、ソーシャルスキルトレーニング、心理教育、アート・セラピー、認知行動療法、家族介入コンピューターを用いた認知矯正療法があげられる。

### 2. 集団精神療法の実態調査

国内の全医療機関を対象とした調査では、集団精神療法の実実施施設は全医療機関の約4分の1であり、病院規模（外来患者数）や施設種類（単科精神科病院や大学病院・ナショナルセンターで実施率が高い）の影響を受けた。入院・通院集団精神療法以外に、デイケア/ナイトケア、ショートケアでコスト算定をしている実態が把握された。有効回答のうち、「充足していない」「どちらかというと充足していない」と感じている施設が約半数であり、「実施にかかる労力・コストが報酬に見合わない」「職員の人数が足りない」「職員が集団精神療法に従事する時間がない」などの運営上の問題が指摘される。

なお、本調査の回答率は19.6%であり、本邦における集団精神療法の全体像を体現しているか、他のデータソースを対照しながらより詳細に把握する必要がある。

### 3. 研修と質担保の方法論の確立

集団認知行動療法の質担保のためには、集団認知行動療法の対象・技法・セッティングを越えて共通して用いることができる評価基準の作成が必要と考えられる。

研修とスーパービジョンに関する調査からは、研修やスーパービジョンの受講経験は概して低く、個人差があり、今後、集団精神療法の研修・SV体制の整備、スーパーバイザーの養成が急務と考えられる。

### 4. 集団認知行動療法のプログラムの作成と実証研究

8セッションからなるCBGTプログラムが作成され、パイロット試験が実施された。抑うつ、不安、認知行動療法CBTスキルの活用や知識に、ストレス対処などにおける有効性が期待される。また、本研究を通して、事前準備、セッション外の連携とルール作りなど、CBGT実施におけるいくつかの留意点が確認された。

### E. 結論

うつ病、不安症、統合失調症に関する海外ガイドラインにおける集団精神療法の位置づけを整理した。

国内の医療機関における集団精神療法の実施状況や課題を明らかにした。

集団精神療法の質担保のために、評価法を確立し、さらに、研修やスーパービジョン体制の整備、スーパーバイザーの養成が急務と考えられた。

集団認知行動療法のプログラムが作成され、パイロット試験が実施された。今後、ランダム化比較試験による実証が期待される。

### F. 研究発表

#### 1. 論文発表

1. Umegaki Y, **Nakagawa A**, Watkins E, Mullan E. A rumination-focused cognitive-behavioral therapy self-help program to reduce depressive rumination in high-ruminating Japanese female university students: a case series study. *Cognitive and Behavioral Practice*.(in press),2021. ( 査 読 あ り ) doi: 10.1016/j.cbpra.2021.01.003.

2. Sado M, Koreki A, Ninomiya A, Kurata C, Mitsuda D, Sato Y, **Kikuchi T**, **Fujisawa D**, Ono Y, Mimura M, **Nakagawa A**. Cost-effectiveness analyses of augmented cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant depression at secondary mental health care settings. *Psychiatry Clin Neurosci*. 75(11):341-350,2021. (査読あり) doi: 10.1111/pcn.13298. Epub 2021 Sep 17.
3. Katayama N, **Nakagawa A**, Umeda S, Terasawa Y, Abe T, Kurata C, Sasaki Y, Mitsuda D, **Kikuchi T**, Tabuchi H, Mimura M. Cognitive behavioral therapy effects on frontopolar cortex function during future thinking in major depressive disorder:a randomized clinical trial. *J Affect Disord*. Online ahead of print, 2021.(査読あり) doi:10.1016/j.jad.2021.11.034
4. **Nakashima M**, Inada M, Tanigawa Y, Yamashita M, Maeda E, Kouguchi M, Sarada Y, Yano H, Ikari K, Kuga H, Oribe N, Kaname H, Harada T, Ueno T, Kuroki T. (2021). Efficacy of Group Cognitive Behavior Therapy Targeting Time Management for Adults with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in Japan: A Randomized Control Pilot Trial. *Journal of Attention Disorders*, 26, 377-390.<https://doi.org/10.1177/1087054720986939>
5. Kobori O, **Yoshinaga N**. Investigation of the Effects of an Online Support Group for Mental Health Problems on Stigma and Help-Seeking Among Japanese Adults: Cross-sectional Study. *JMIR Formative Research*. 2021;7(5):e21348.
6. Tanoue H, **Yoshinaga N**, Hayashi Y, Ishikawa R, Ishigaki T, Ishida Y. Clinical effectiveness of metacognitive training as a transdiagnostic program in routine clinical settings: A prospective, multicenter, single-group study. *Japan Journal of Nursing Science*. 2021;18(2):e12389.

7. **藤澤大介**,田島美幸,田村法子,近藤裕美子,**大嶋伸雄**,**岡島美朗**,**岡田佳詠**,**菊地俊暁**,**耕野敏樹**,**佐藤泰憲**,高橋章郎,**中川敦夫**,**中島美鈴**,横山貴和子,**吉永尚紀**,大野裕.本邦における集団精神療法の現状と課題,精神療法増刊9号,98-103,2022
  8. **中島美鈴**,**藤澤大介**,松永美希,大谷 真.もう一歩上を目指す人のための集団認知行動療法治療者マニュアル.2021 金剛出版
  9. **中島美鈴**.大人の ADHD と認知行動療法の実践.国際経済労働研究 76(10),13-19, 2021
  10. **中島美鈴**.成人期の注意欠如・多動症の認知行動療法.臨床精神医学 50(5),439-444, 2021
  11. **中島美鈴**.再起動!集団療法 成人期の注意欠如・多動症の人のための集団認知行動療法.精神科治療学 36(11), 1253-1257, 2021
2. **学会発表**
1. 田島美幸, 田村法子, 近藤裕美子, **藤澤大介**. 集団精神療法の実態と課題に関する全国調査, 第 19 回日本うつ病学会総会/第 5 回日本うつ病リワーク協会年次大会, 2022.7 (採択)
  2. **菊地俊暁**. 認知行動療法における多職種連携のあり方.第 117 回日本精神神経学会学術総会.国立京都国際会館(京都).2021 年 9 月 20 日.
  3. **菊地俊暁**. 教育講演 うつ病のリカバリーを目指した認知行動療法.第 18 回日本うつ病学会/第 21 回認知療法・認知行動療法学会合同大会.パシフィコ横浜 (ハイブリッド開催,神奈川県) 2021 年 7 月 8-10 日.
  4. **中川敦夫**. 難治性うつ病に対する認知行動療法.第 18 回日本うつ病学会/第 21 回日本認知療法・認知行動療法学会.パシフィコ横浜 (ハイブリッド開催,神奈川県) .2021 年 7 月.
  5. **中川敦夫**. 反芻に取り組む:反芻焦点化認知行動療法. 第 18 回日本うつ病学会/第 21 回日本認知療法・認知行動療法学会.パシフィコ横浜 (ハイブリッド開催,神奈川県) .2021 年 7 月.
  6. **中川敦夫**. 医療現場における認知行動療法実装の課題とその工夫. 第 117 回日本精神神経学会学術総会.2021 年 9 月.
  7. **中川敦夫**. より良い周産期メンタルヘルスを目指して:精神疾患を合併した妊産婦診療ガイドの活用 周産期うつ病の治療と対応. 第 117 回日本精神神経学会学術総会.2021 年 9 月.
  8. 野上和香, **中川敦夫**, 加藤典子, 佐々木洋平, 三村將. COVID-19 パンデミック下でのうつ病に対する遠隔通信技術を用いた認知行動療法の実施可能性.第 117 回日本精神神経学会学術総会.2021 年 9 月.
  9. 天野瑞紀, **中川敦夫**, 片山奈理子, 梅田聡, 寺澤悠理, 田淵肇, **菊地俊暁**, 三村將. うつ病の認知行動療法における未来性思考の変化の検討: ランダム化比較試験. 第 117 回日本精神神経学会学術総会.2021 年 9 月.
  10. **岡田佳詠**,中野真樹子,富樫剛清,天野敏江.地域生活者への認知行動療法に対するスーパービジョンの実際.日本精神保健看護学会第 31 回学術集会・総会.2021 年 6 月 5 日
  11. **岡田佳詠**. 認知行動療法を実施する看護師のスーパーバイザーに求められる態度・スキル. 第 18 回日本うつ病学会/第 21 回認知療法・認知行動療法学会合同大会.パシフィコ横浜 (ハイブリッド開催,神奈川県) .2021 年 7 月 8-10 日
  12. 板橋朱麻留,**岡田佳詠**.CT ケーススタディ 薬物依存の青年期女性に対して入院中に看護師が認知行動療法を実践した一例. 第 18 回日本うつ病学会/第 21 回認知療法・認知行動療法学会合同大会.パシフィコ横浜 (ハイブリッド開催,神奈川県) . 2021 年 7 月 8 日.
  13. **中島美鈴**. グループにおける否認と回避を解決するための 12 のポイントと集団認知行動療法治療者評価尺度を用いた中級者向け実習.集団認知行動療法研究会 2021 年度中級研修,2021
  14. **中島美鈴**. 成人期 ADHD の時間処理障害に焦点づけた認知行動療法. 第 21 回認知療法・認知行動療法学会. 2021
  15. 前田エミ, 牧野加寿美, **中島美鈴**, 要齊. 休職中の発達障害者に対する時間管理の集団認知行動療法プログラムの作成. 第 21 回認知療法・認知行動療法学会. 2021

16. **中島美鈴**. 時間管理を困りごととする人を対象にしたオンライン集団認知行動療法. 第21回認知療法・認知行動療法学会. 2021
17. 田上博喜, **吉永尚紀**, 林佑太. 日常臨床でのアウトカムから見た看護師による認知行動療法の効果. 第41回日本看護科学学会学術集会. 2021年12月.
18. **吉永尚紀**. 社交不安症に対する認知行動療法のエビデンス構築と普及 (シンポジウム5 看護創薬). 第5回黒潮カンファレンス. 2021年9月.
19. 白石裕子, 齋藤嘉宏, **吉永尚紀**, 田上博喜, 加藤紗弥佳, 國方弘子, 谷多江子. Strength-based nursing care への誘い. 日本精神保健看護学会第31回学術集会・総会. 2021年6月.
20. **耕野敏樹**. 認知行動療法研修とその波及効果 第117回日本精神神経学会学術総会, 2021年9月

#### 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