

令和4年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)

分担研究報告書

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

分担研究者：藤澤大介

慶應義塾大学医学部

研究趣旨：

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

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

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

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

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

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

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

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

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

研究協力者

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

A. 研究目的

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

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

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

B. 研究方法

1. 調査対象

全国の精神保健福祉センター69 施設を調査対象とした。

2. 調査方法

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

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

3. 調査項目

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

4. 集団精神療法の定義

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

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

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

1) 回答施設の属性

回答数は 58 件（回収率 84.1%）であった。

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

2) 集団精神療法に関する状況

集団精神療法に関して自施設で実施して

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

3) 集団精神療法の実施の有無

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

4) 集団精神療法の実施がない理由

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

5) 集団精神療法の実施状況

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

①実施形態

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

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

②実施対象

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

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

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

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

③実施に関わるスタッフ数

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

④集団精神療法の目的

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

⑤アプローチ方法

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

⑥導入時のアセスメントおよび効果測定

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

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

⑦利用料の算定方法

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

6) 集団精神療法の運営に関する COVID-19の影響

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

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

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

8) 自施設における集団精神療法の課題

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

9) 自施設での集団精神療法の変化

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

みならず家族対象のプログラムの開始が多くみられた（表 3-9）。

10) 本邦での普及の方向性や課題

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

D. 考察

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

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

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

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

リエーションをもって提供していることがわかった。

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

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

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

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

用いるアプローチは心理教育と認知行動療法がいずれも半数程度と多かった。

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

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

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

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

E. 結論

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

F. 研究発表

1. 論文発表

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

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

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

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

4) 藤澤大介、田島美幸、岡田佳詠、大嶋伸雄、岡島美朗、菊地俊暁、耕野敏樹、佐藤泰憲、高橋章郎、中川敦夫、中島美鈴、吉永尚紀、近藤裕美子、田村法子、大野裕. 本邦における集団精神療法の現状と展望. 最新精神医学 28(3), 2023 (印刷中)

5) 藤澤大介. 認知行動療法と治療同盟. 精神科 43(2) (印刷中)

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

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

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

713, 2022

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

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

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

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

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

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

2. 学会発表

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

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

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

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

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

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

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

3. 書籍

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

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

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

院) 東京 2022 年

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

G. 知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

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

令和3・4年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

集団プログラムに関するアンケート

調査用紙

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

【調査実施主体】 厚生労働科学研究「効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究」研究班

【研究代表者】 慶應義塾大学医学部医療安全管理部／精神神経科 藤澤 大介

【問い合わせ先】

〒160-8582東京都新宿区信濃町35

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

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

担当者：田島 美幸（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室特任講師）

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

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

II. 集団精神療法に関する貴センターの実態をおうかがいします。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. 貴センターで実施する集団精神療法の各プログラムについておうかがいします。

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

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

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

【参加者について】

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

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

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

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

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

【スタッフについて】

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

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

【プログラムについて】

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

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

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

⑪ プログラムの目的を教えてください。(複数回答可)

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

⑫ プログラムの参加の可否に関するアセスメントを行っていますか？

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

2. 実施していない

⑬ どのようなアプローチの集団精神療法を行っていますか？

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

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

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

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

⑯ 集団精神療法の実施にかかる利用料をどのようにしていますか

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

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

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

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

ご協力ありがとうございました。同封の封筒でご返送ください。

1-1. 所属ブロック

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

1-2. 設置主体

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

1-3. 所管人口区分

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

1-4. 職員別

n=56

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

2-1. 集団精神療法が役立つと考えられる割合

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

2-2.集団精神療法に関して、センターで実施していること(複数回答)

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

2-3.集団精神療法の実施の有無

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

2-4. 集団精神療法を行っていない理由（複数回答）

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

2-5. 諸般の理由で実施を見合わせている理由（複数回答）

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

3-1. 集団精神療法を受けている患者の割合

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

3-2. 集団精神療法プログラムの実施数

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

3-3. 集団精神療法の研修受講状況(複数回答)

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

3-4. 集団精神療法における新型コロナウイルスの影響(複数回答)

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

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

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

3-6. 集団精神療法の充足度

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

3-7. 集団精神療法が充足していない理由

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

3-8. 集団精神療法に関する課題

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

4-2. 集団精神療法の対象

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

4-3. 集団精神療法の対象精神疾患

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

4-4. 集団精神療法が対象とする悩みや問題

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

4-5. 集団精神療法の参加者

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

4-6. 集団精神療法の実施回数・時間・セッション回数・参加人数

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

4-7. 治療者の平均人数・内訳

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

n=257

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

4-8. 集団精神療法の構造

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

4-9. 集団精神療法の実施頻度

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

4-10. 集団精神療法の目的

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

4-11. 集団精神療法の参加可否のアセスメント

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

4-12. 集団精神療法の参加可否のアセスメントの実施方法

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

4-13. 集団精神療法のアプローチ

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

4-14. 集団精神療法の参加者の評価（効果測定）の実施

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

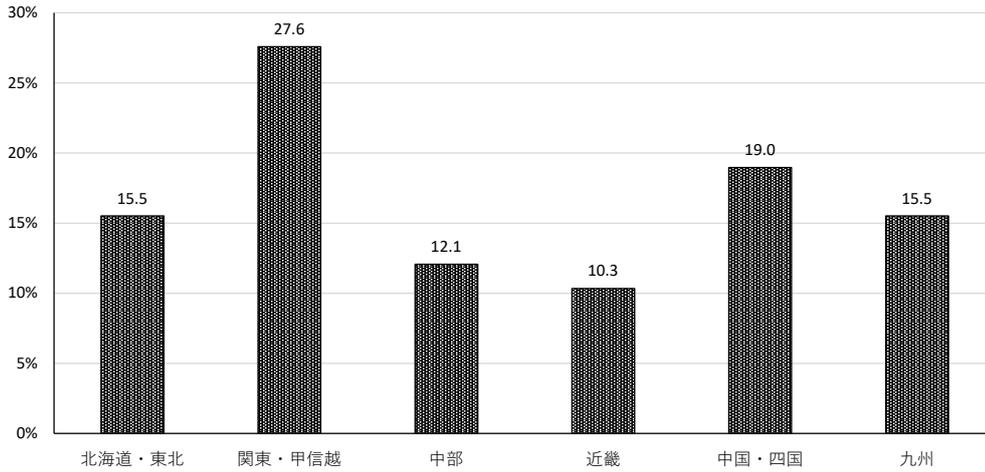
4-16. 集団精神療法の利用料の算定

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

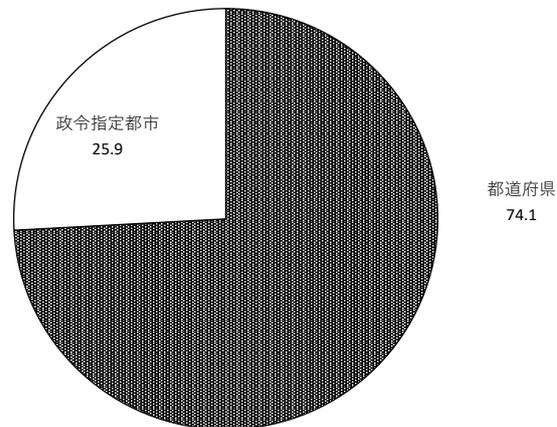
4-17. 集団精神療法の利用料の算定

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

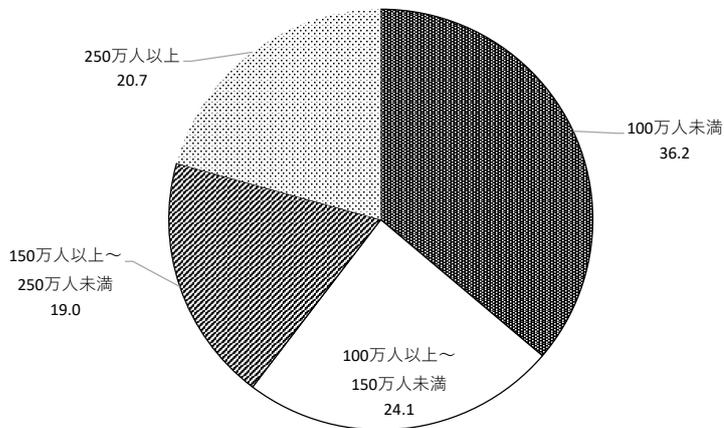
1-1. 所属ブロック【全体】



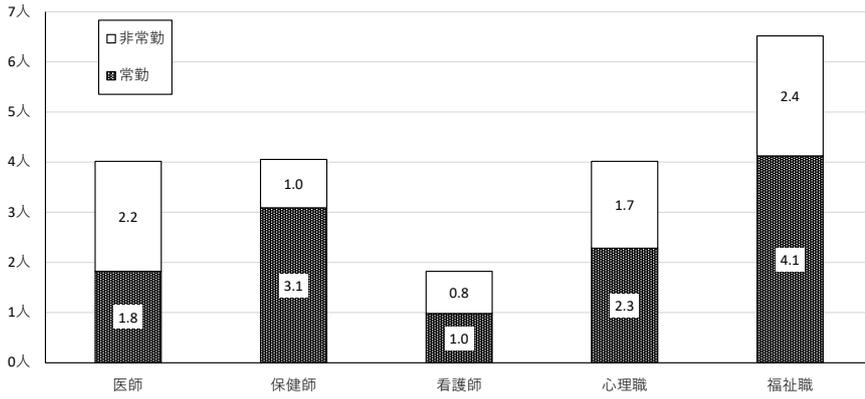
1-2. 設置主体【全体】



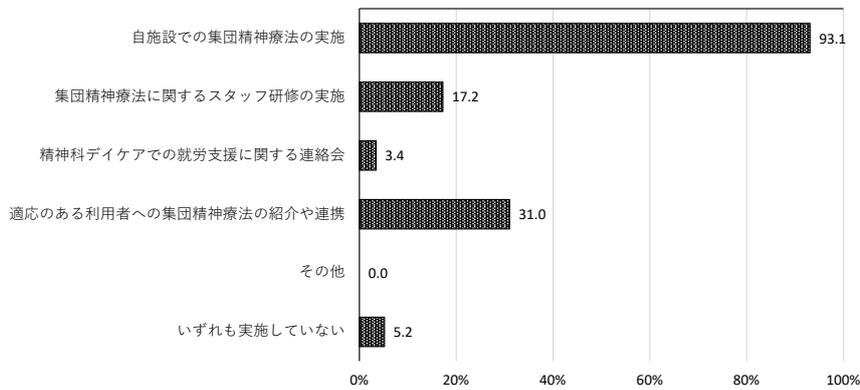
1-3. 所管人口区分【全体】



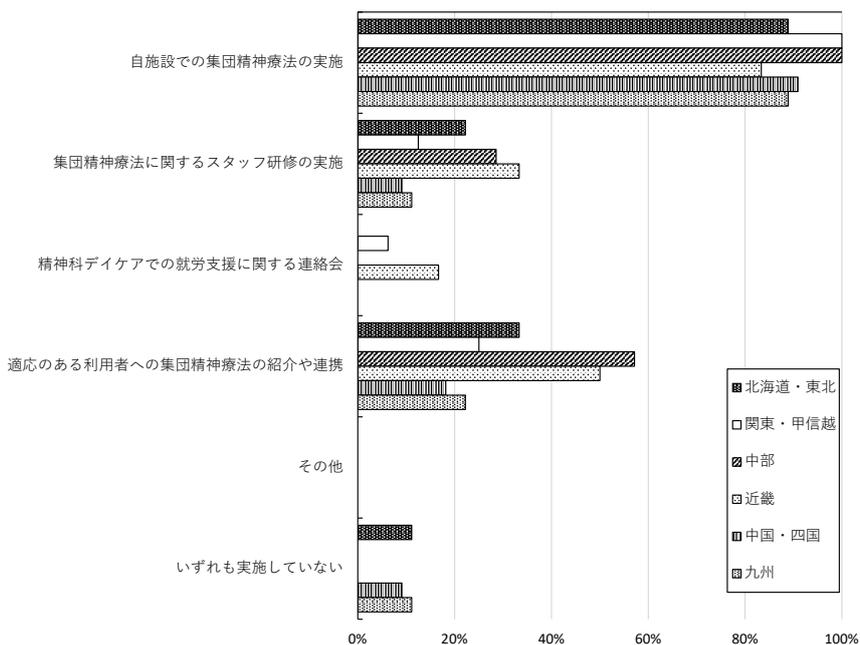
1-4. 職員数【全体】



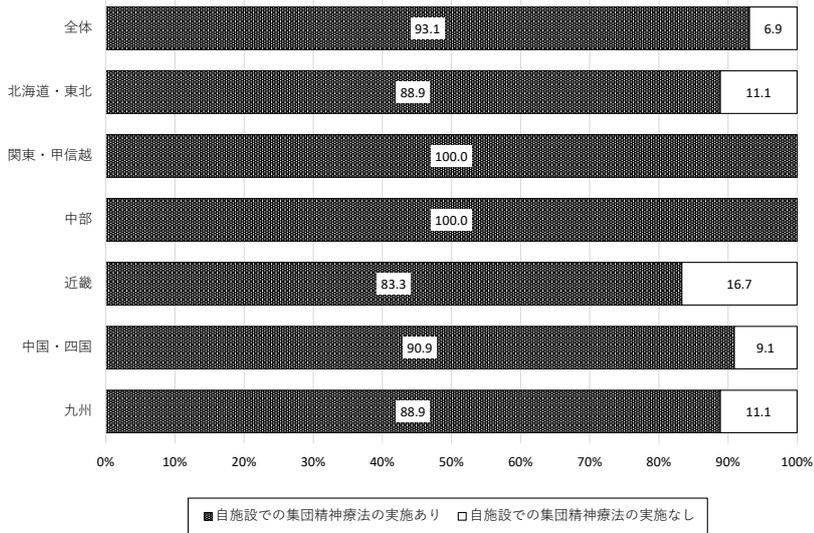
2-2. 集団精神療法に関して、センターで実施していること【全体】(複数回答)



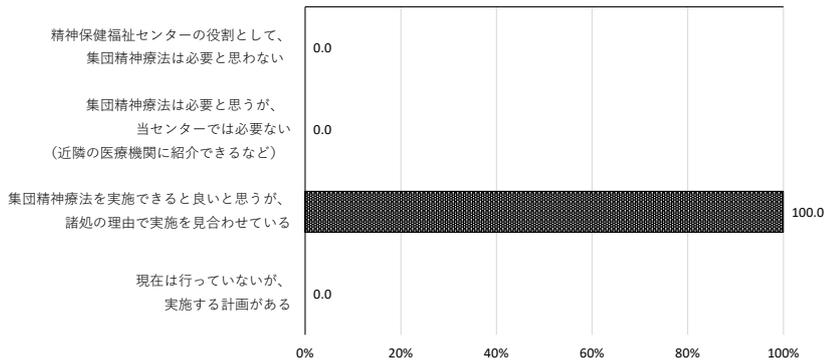
2-2. 集団精神療法に関して、センターで実施していること【エリア別】(複数回答)



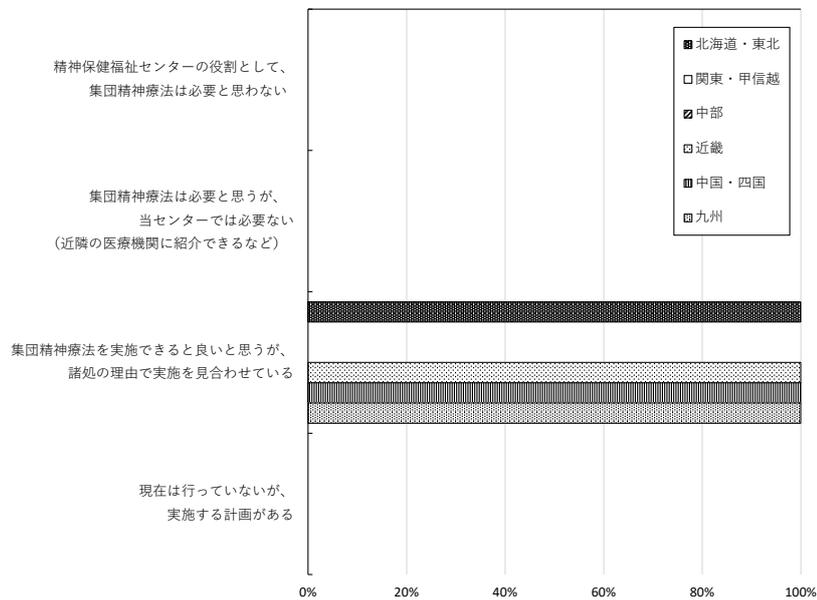
2-3. 集団精神療法の実施の有無【全体・エリア別】



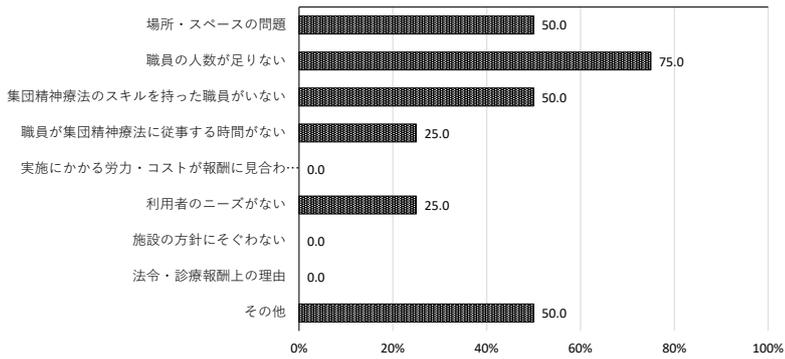
2-4. 集団精神療法を行っていない理由【全体】(複数回答)



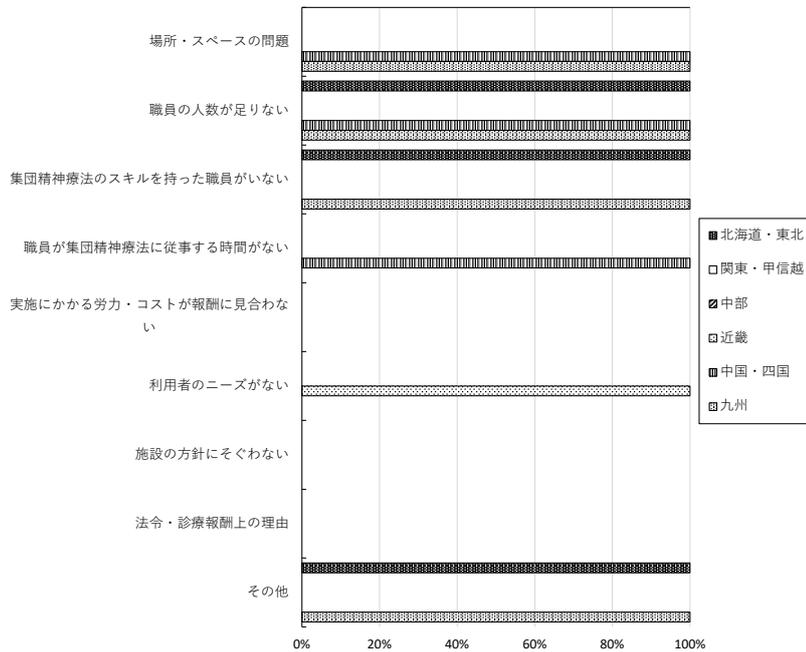
2-4. 集団精神療法を行っていない理由【エリア別】(複数回答)



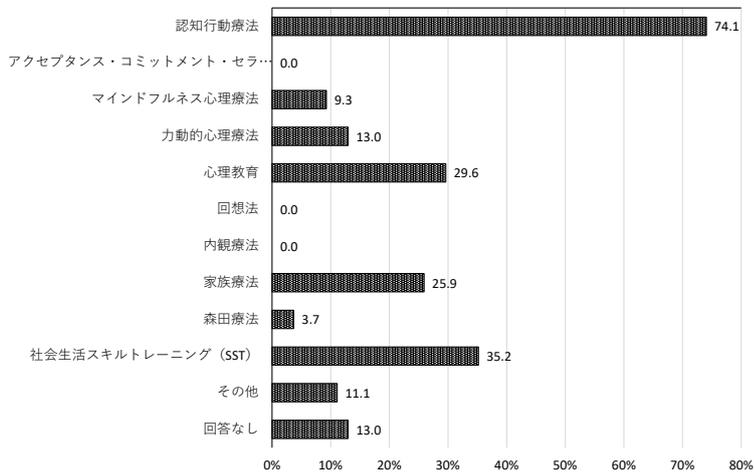
2-5. 諸般の理由で実施を見合わせている理由【全体】(複数回答)



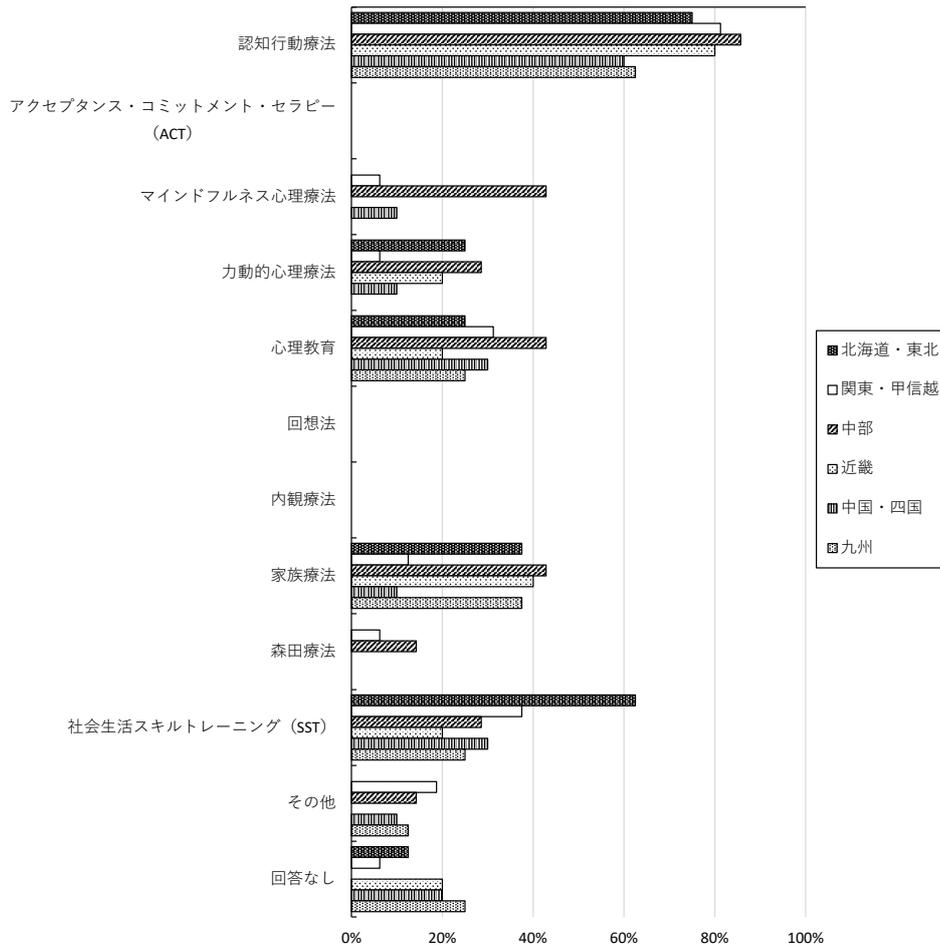
2-5. 諸般の理由で実施を見合わせている理由【エリア別】(複数回答)



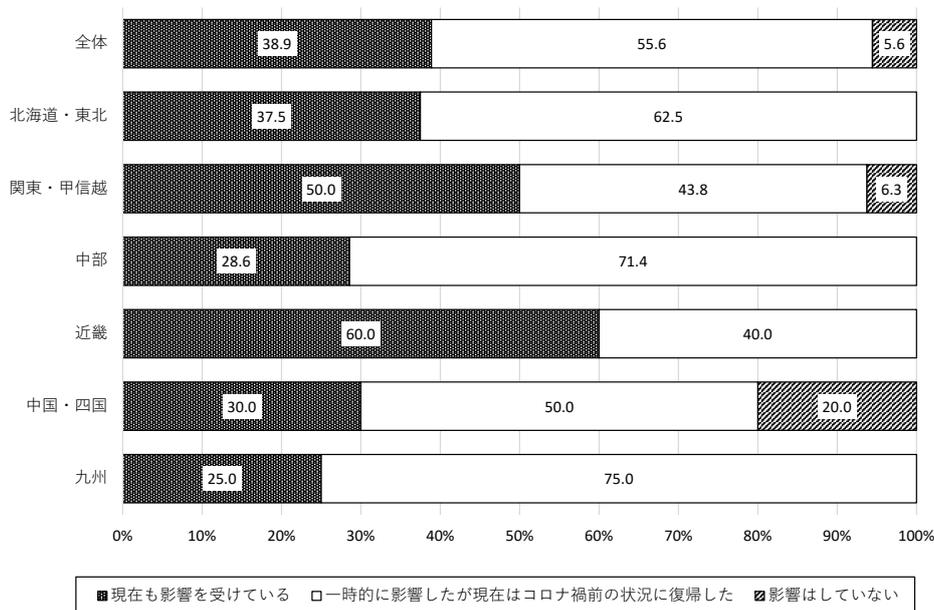
3-3. 集団精神療法の研修受講状況【全体】(複数回答)



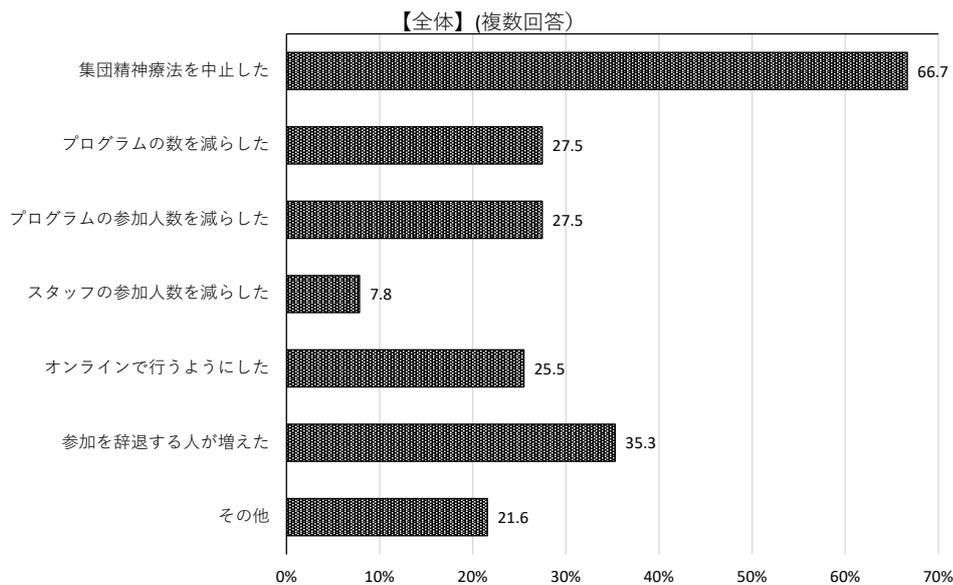
3-3. 集団精神療法の研修受講状況【エリア別】(複数回答)



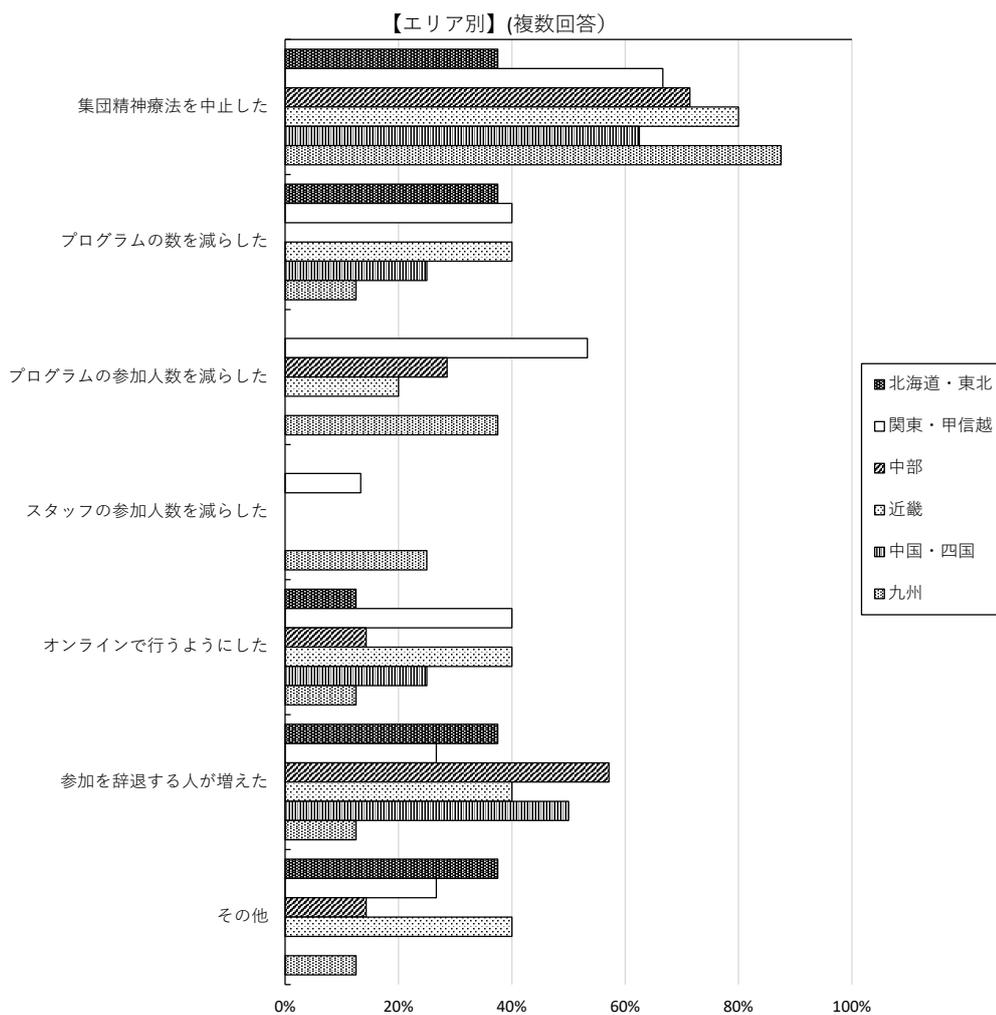
3-4. 集団精神療法における新型コロナウイルスの影響【全体・エリア別】



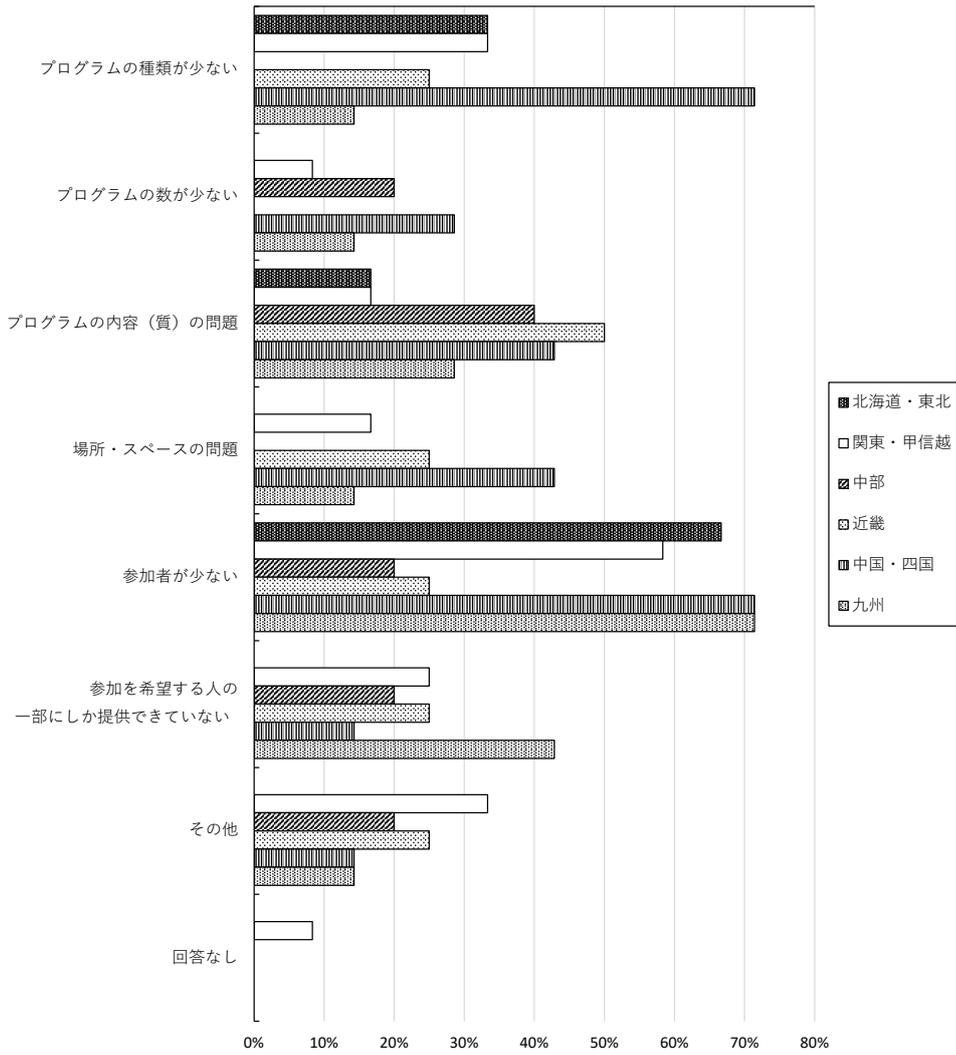
3-5. 「現在も影響を受けている」「一時的に影響した」場合、どのような影響があったか



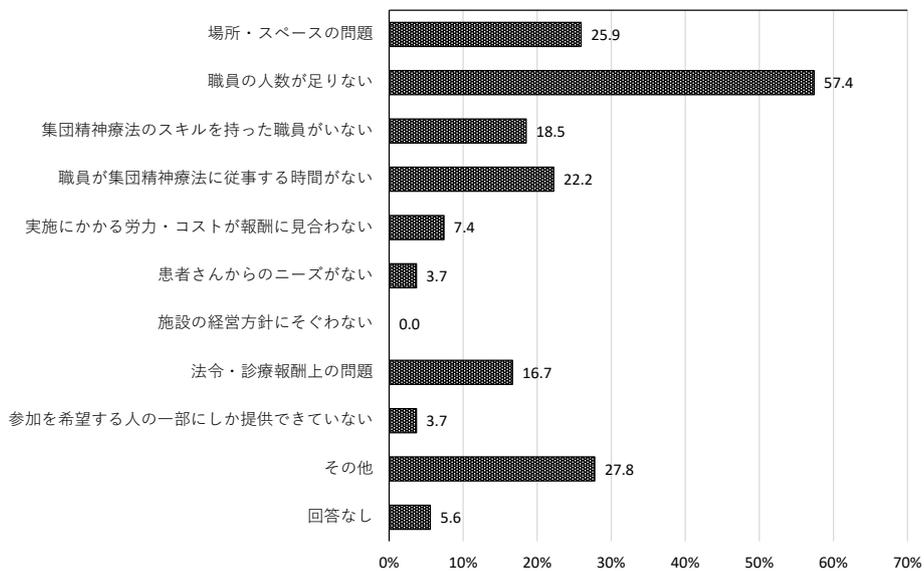
3-5. 「現在も影響を受けている」「一時的に影響した」場合、どのような影響があったか



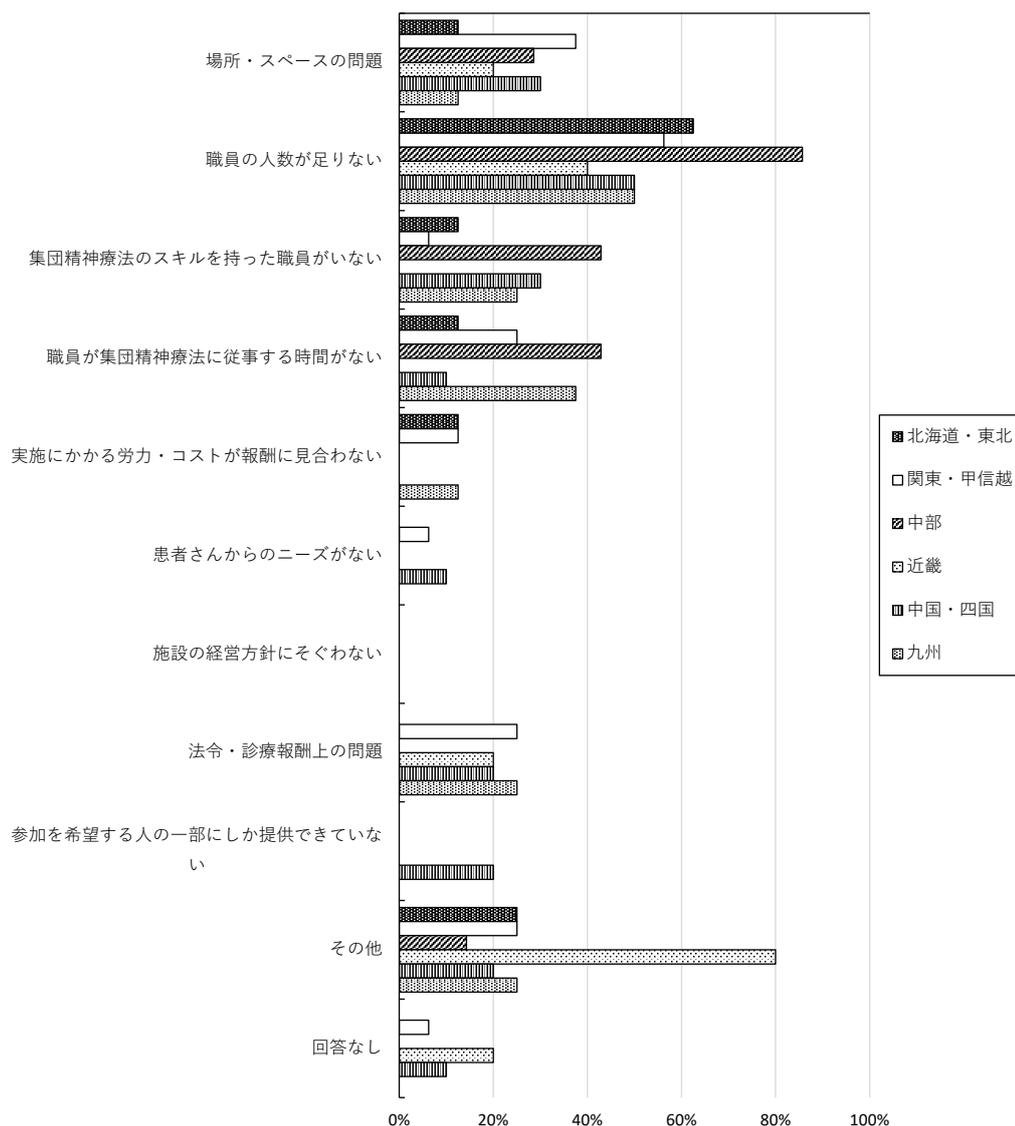
3-7. 集団精神療法が充足していない理由【エリア別】(複数回答)



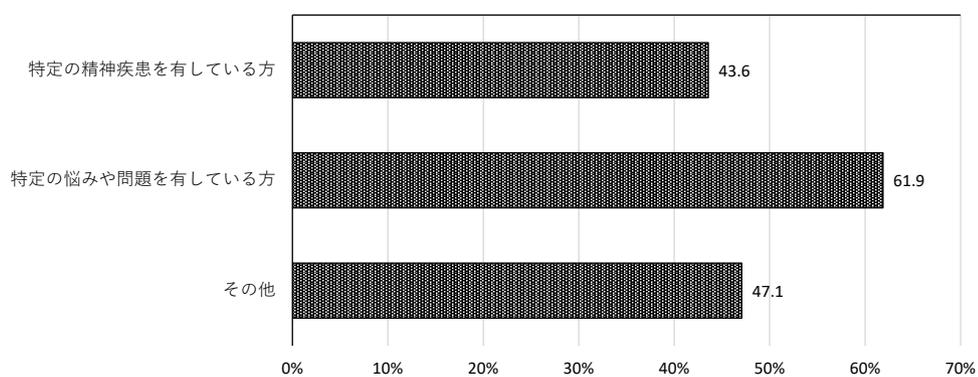
3-8. 集団精神療法に関する課題【全体】(複数回答)



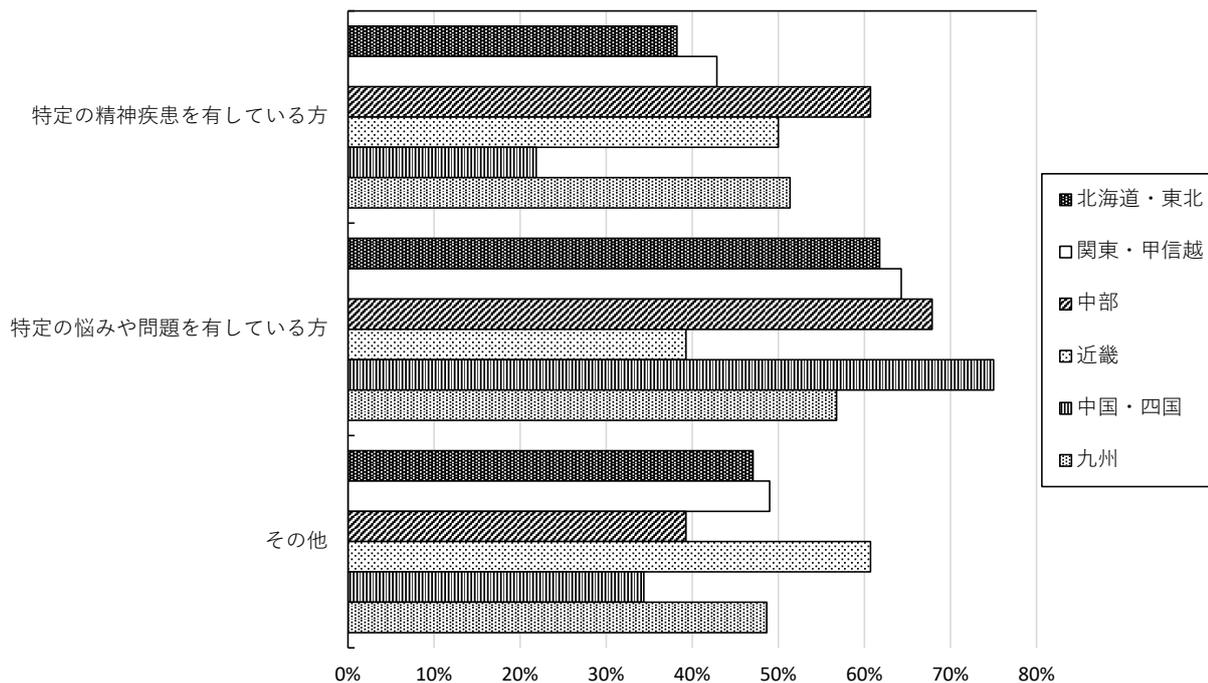
3-8. 集団精神療法に関する課題【エリア別】(複数回答)



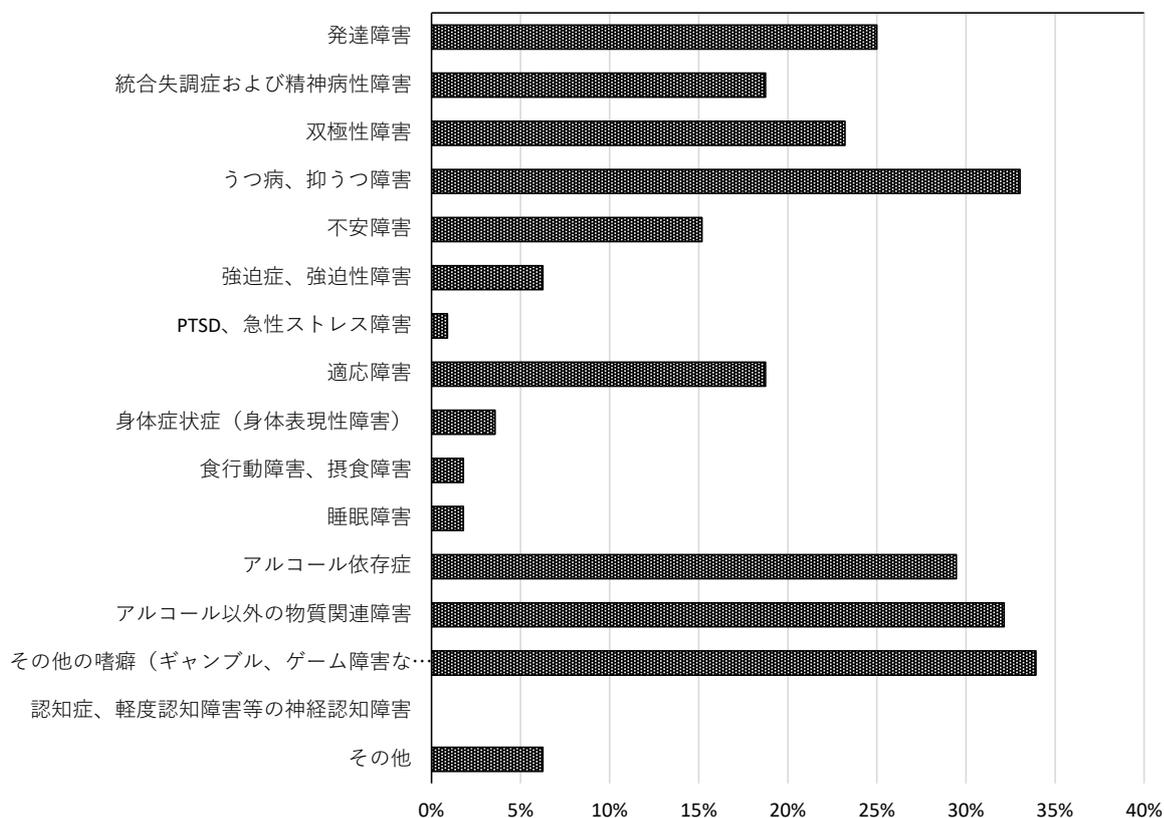
4-2. 集団精神療法の対象【全体】(複数回答)



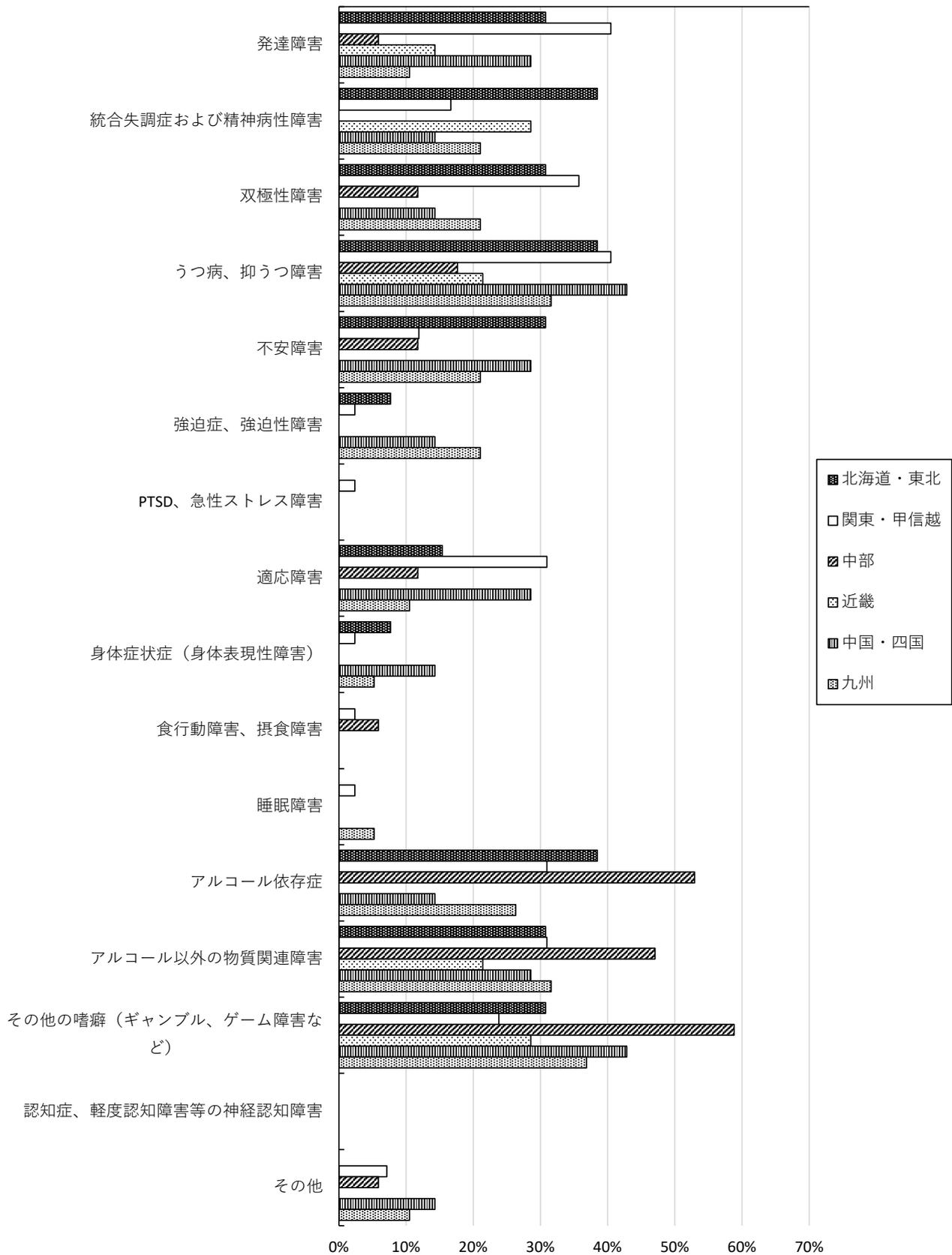
4-2. 集団精神療法の対象【エリア別】(複数回答)



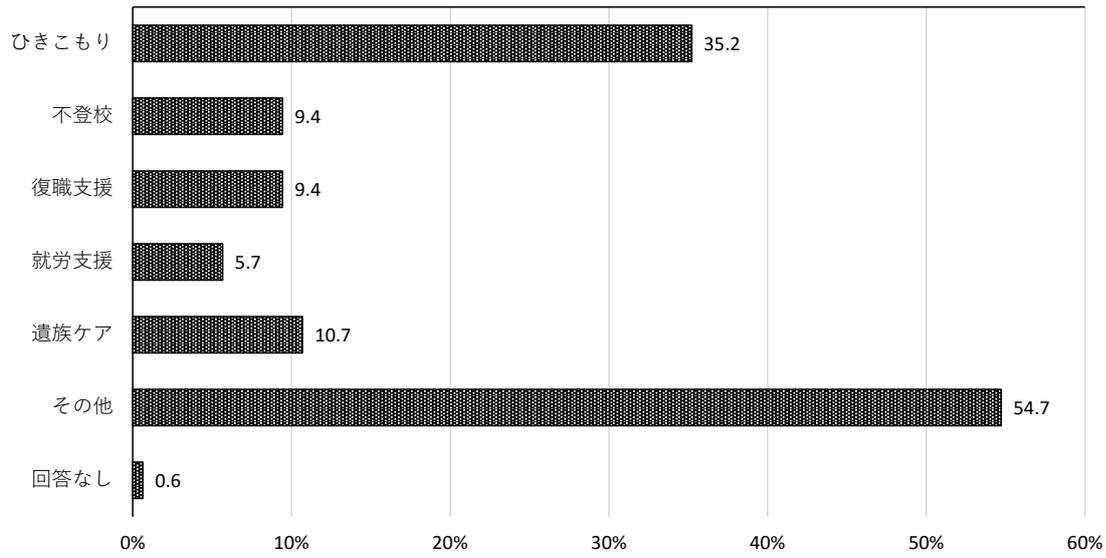
4-3. 集団精神療法の対象精神疾患【全体】(複数回答)



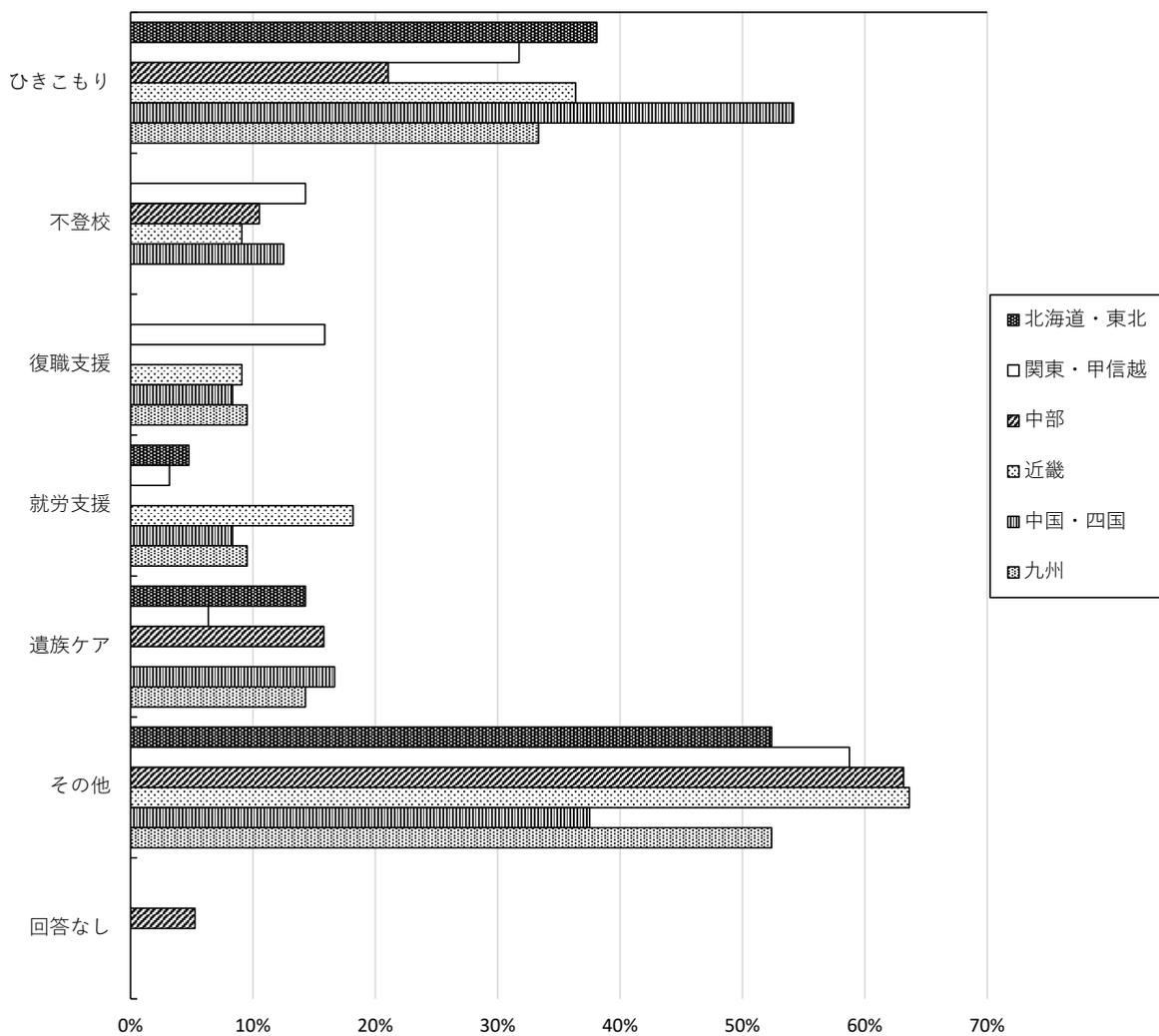
4-3. 集団精神療法の対象精神疾患【エリア別】(複数回答)



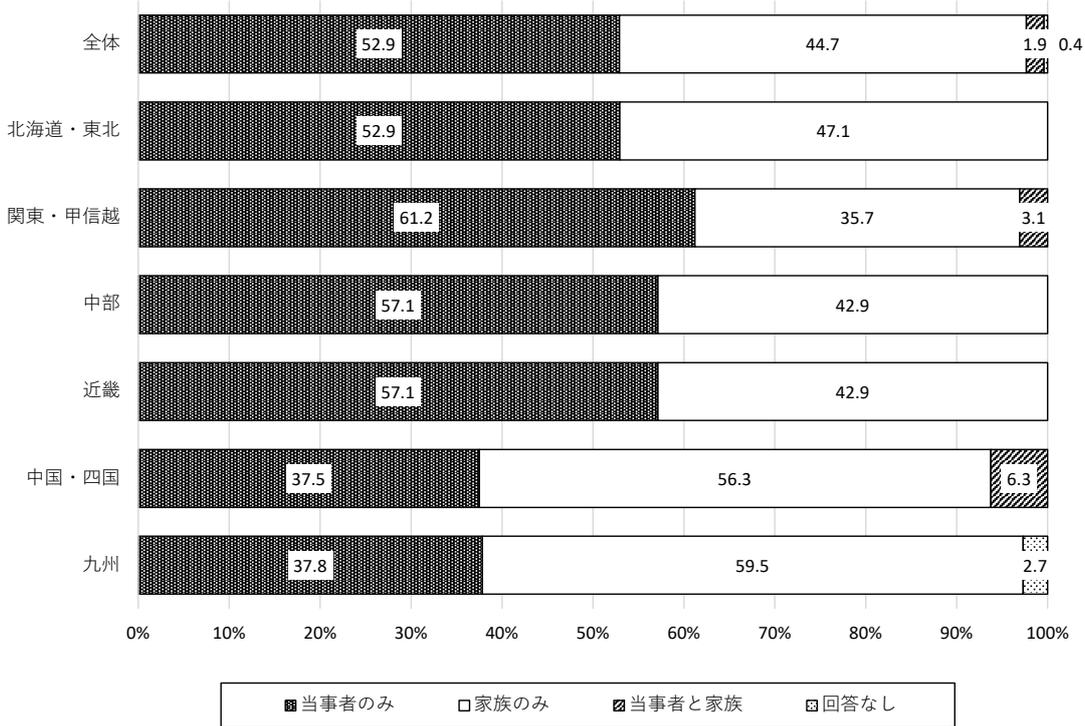
4-4. 集団精神療法が対象とする悩みや問題【全体】(複数回答)



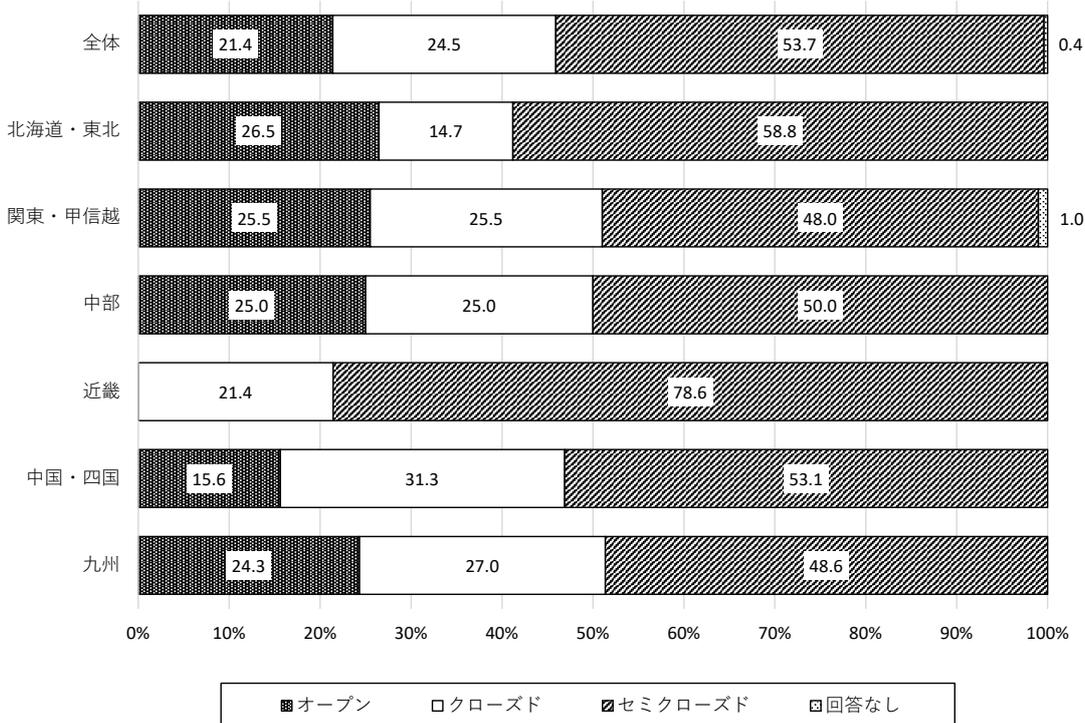
4-4. 集団精神療法が対象とする悩みや問題【エリア別】(複数回答)



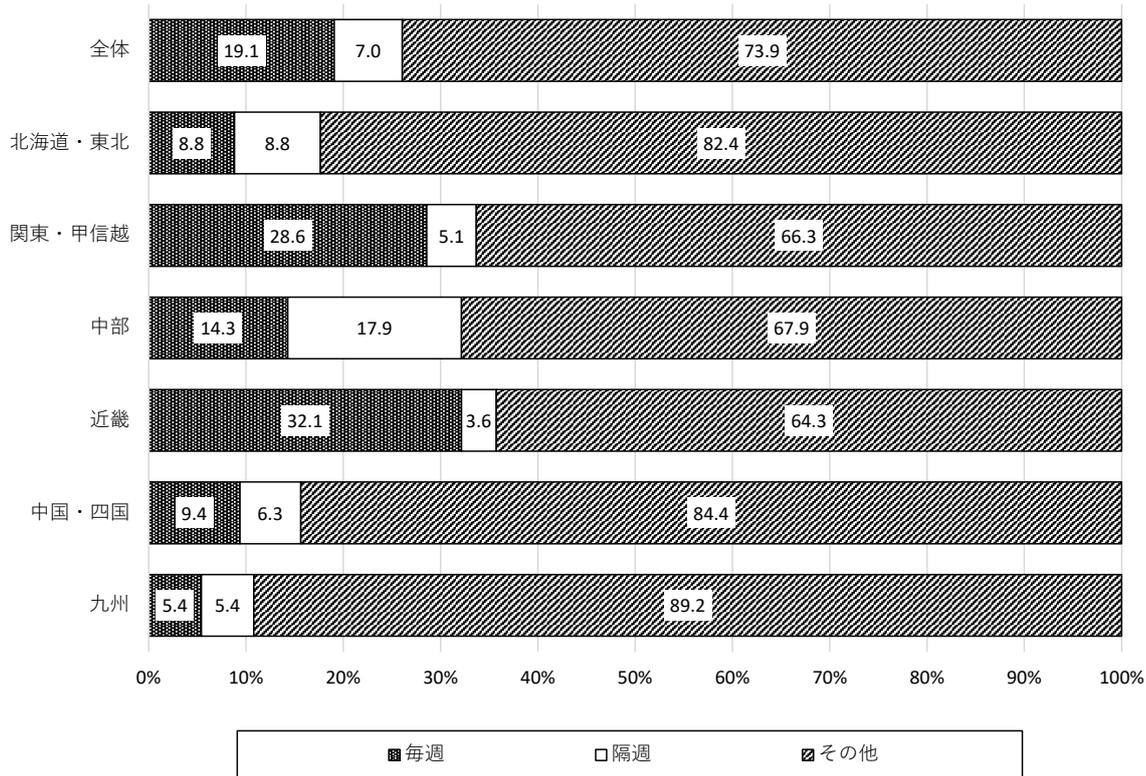
4-5. 集団精神療法の参加者【全体・エリア別】



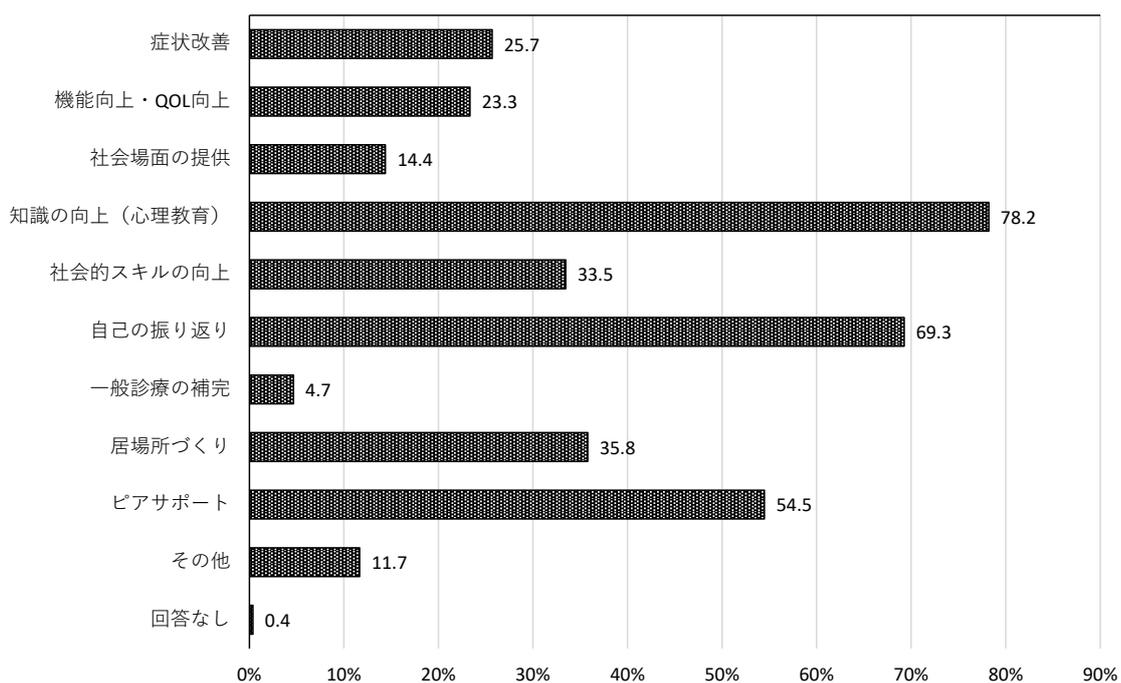
4-8. 集団精神療法の構造【全体・エリア別】



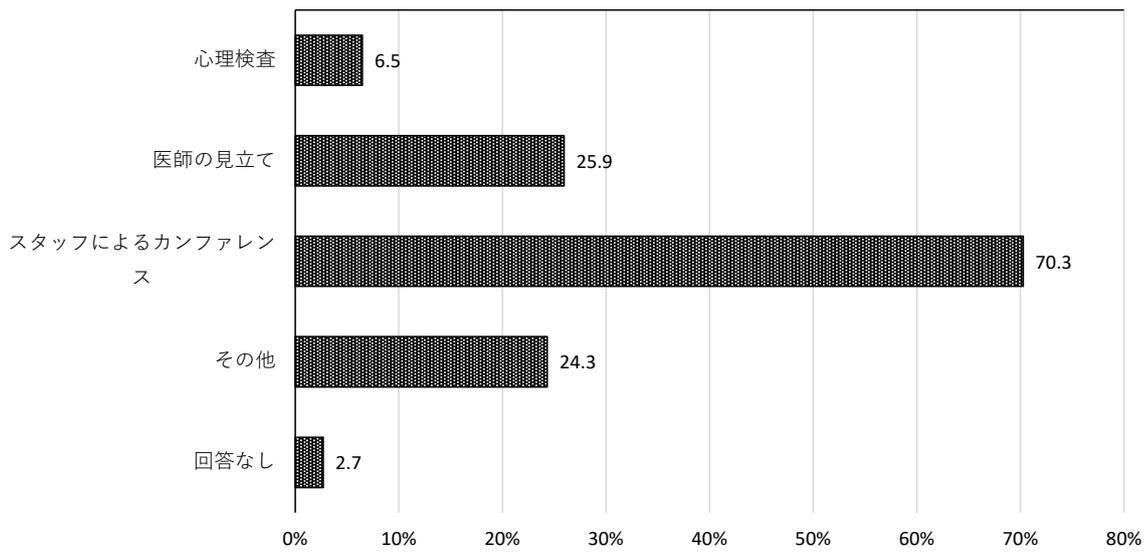
4-9. 集団精神療法の実施頻度【全体・エリア別】



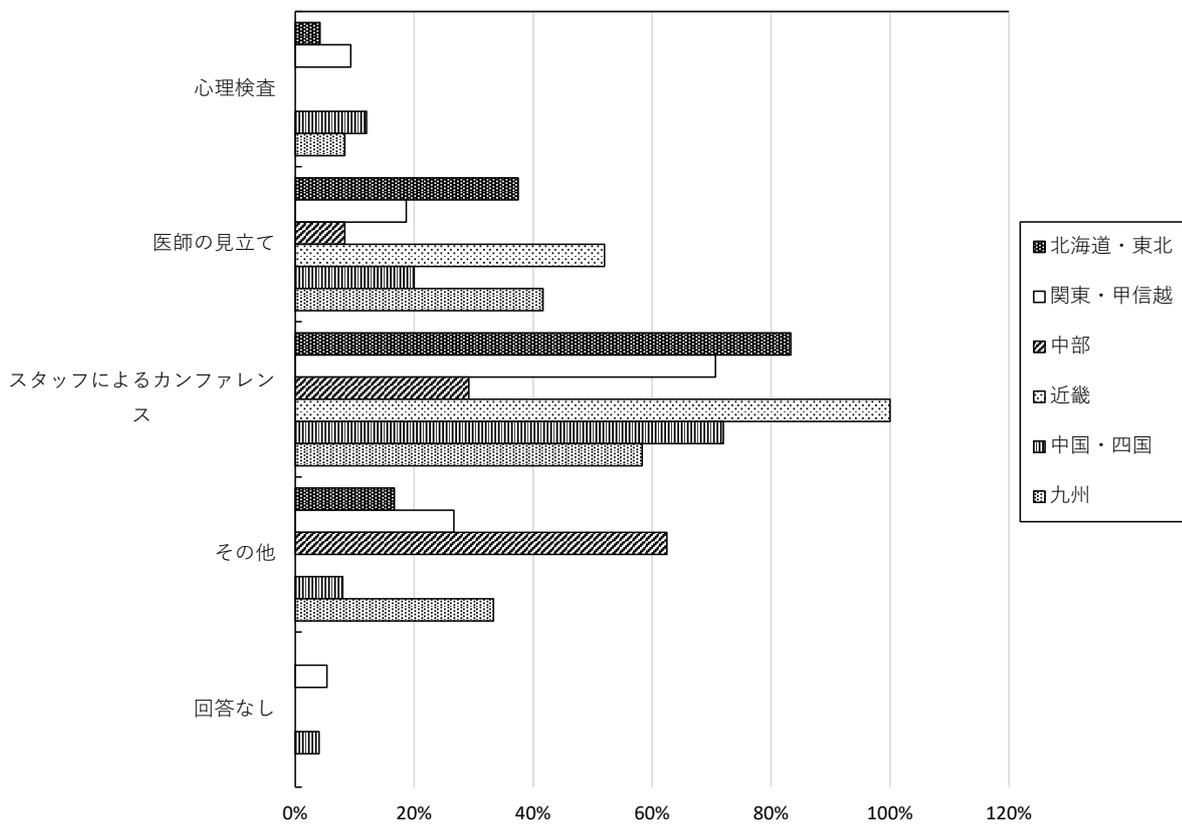
4-10. 集団精神療法の目的【全体】(複数回答)



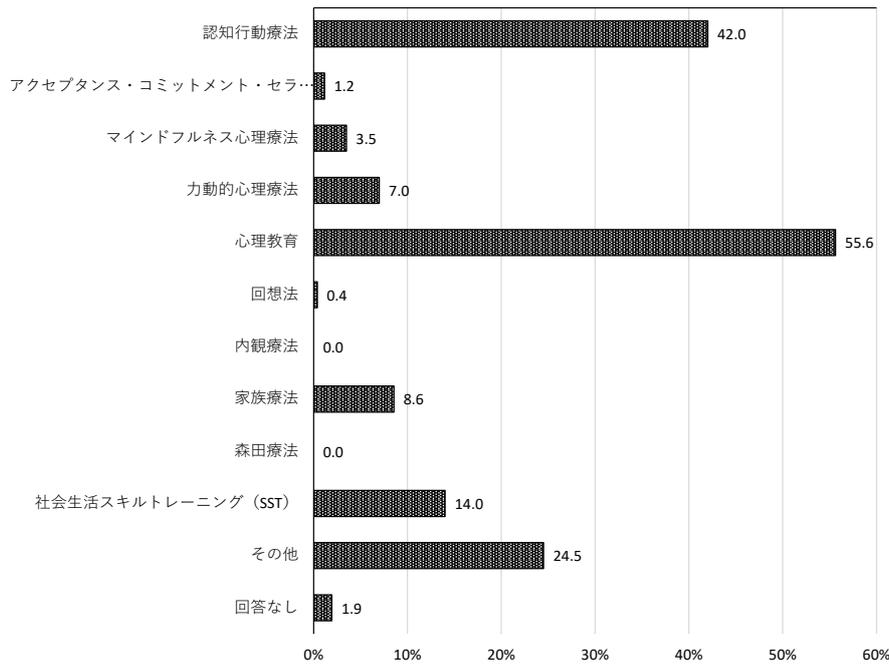
4-12. 集団精神療法の参加可否のアセスメントの実施方法【全体】(複数回答)



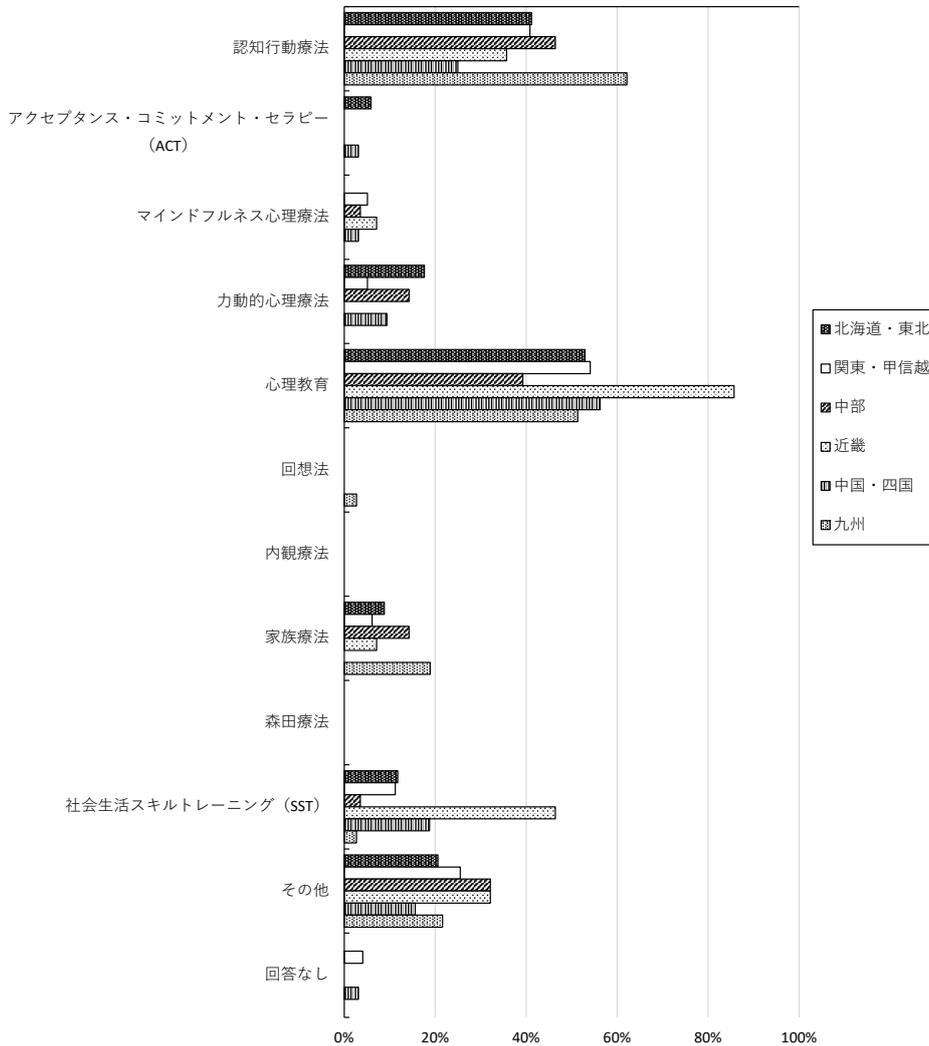
4-12. 集団精神療法の参加可否のアセスメントの実施方法【エリア別】(複数回答)



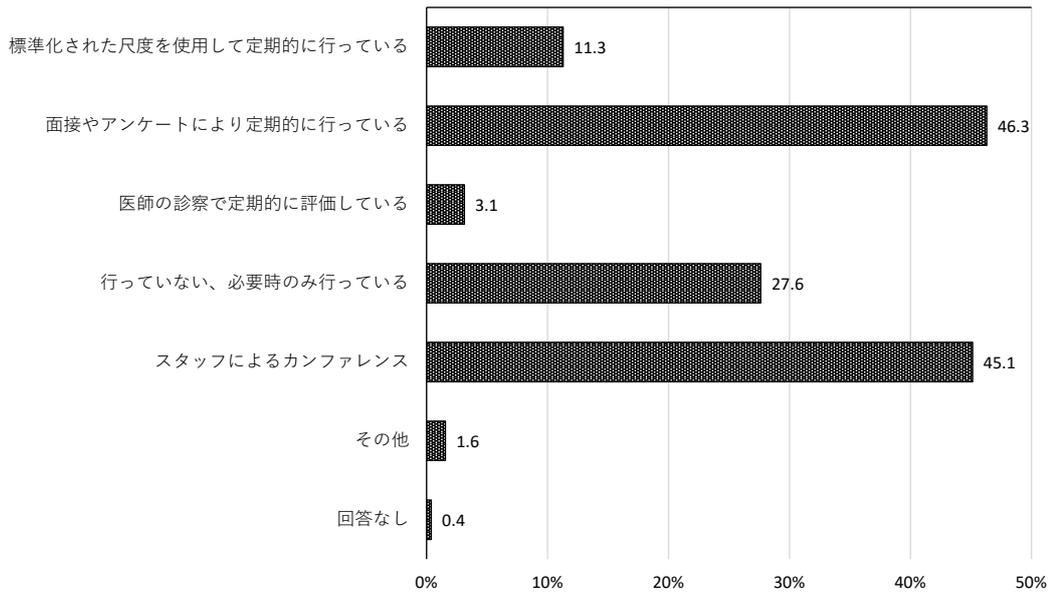
4-13. 集団精神療法のアプローチ【全体】(複数回答)



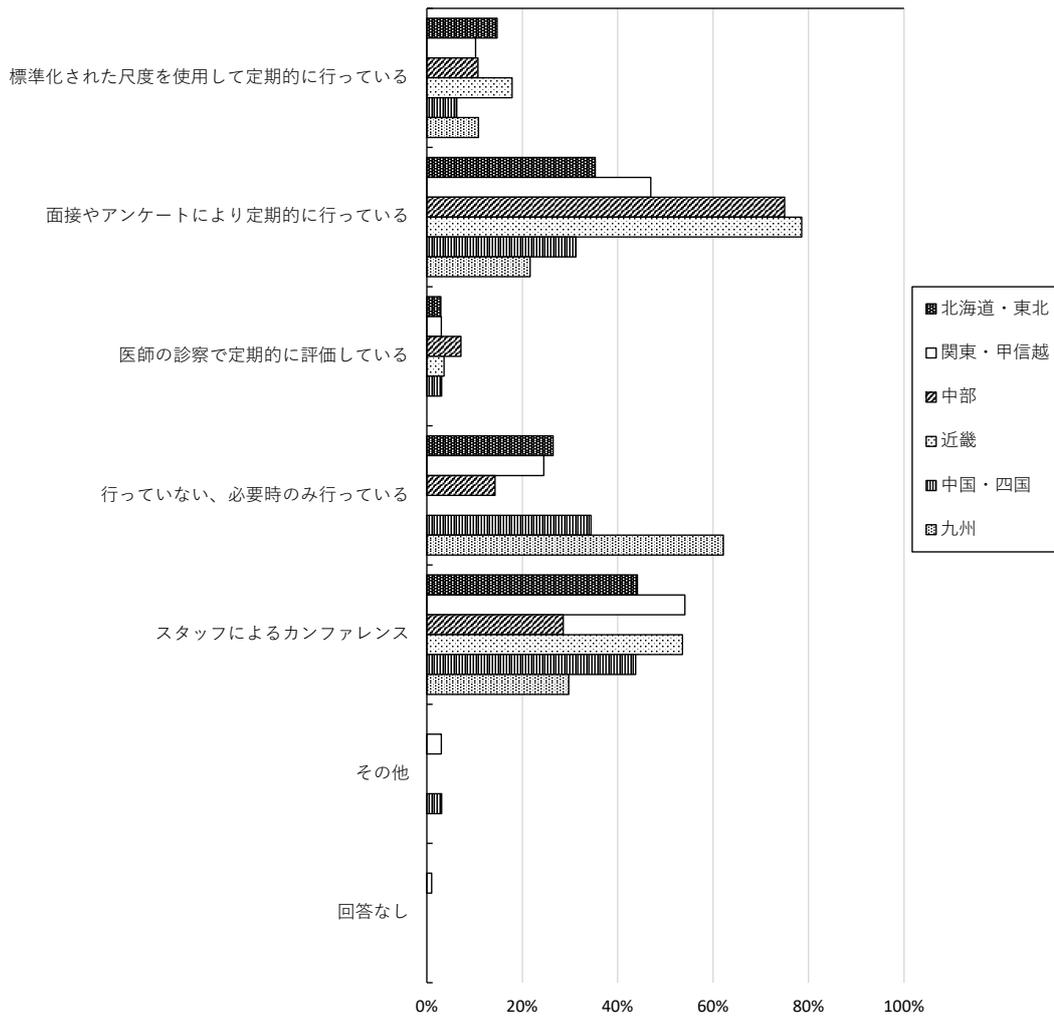
4-13. 集団精神療法のアプローチ【エリア別】(複数回答)



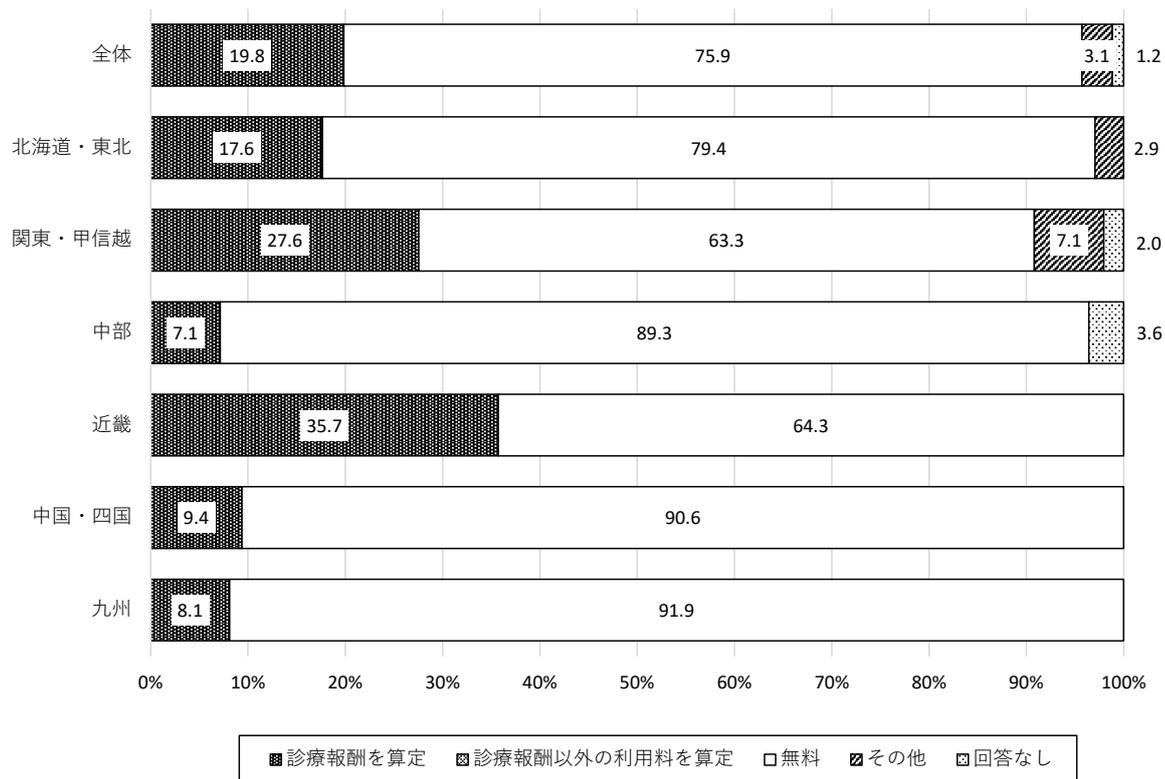
4-14. 集団精神療法の参加者の評価（効果測定）の実施【全体】（複数回答）



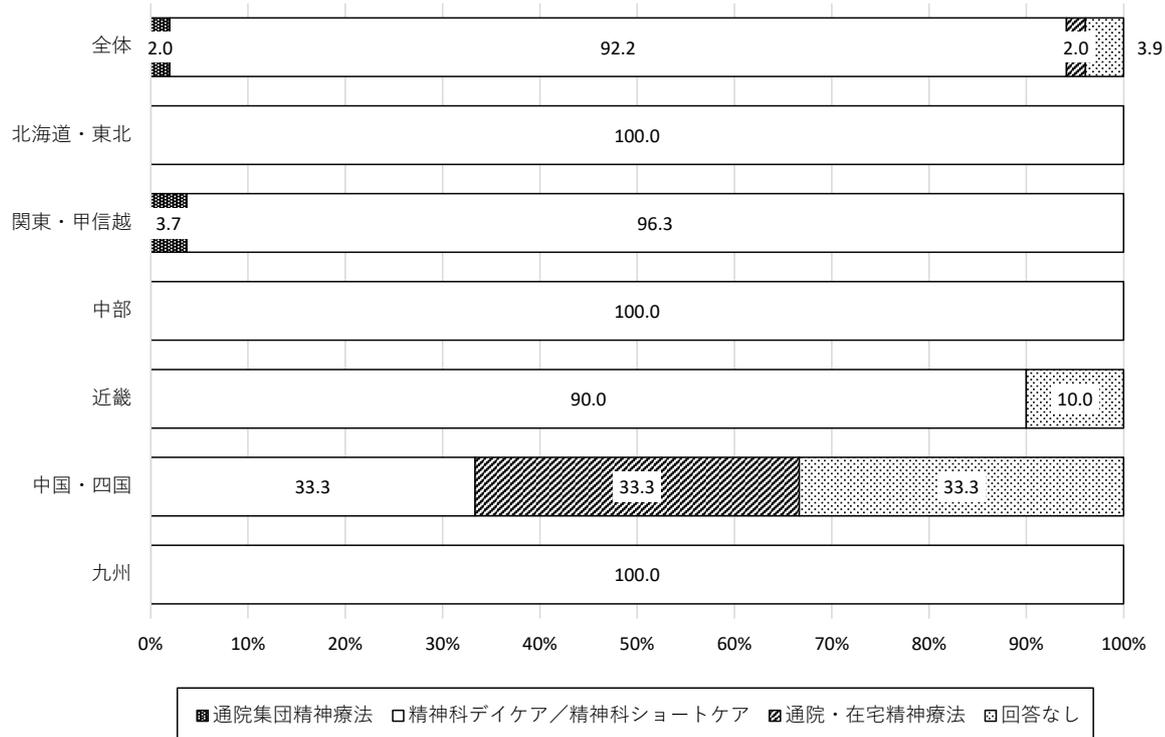
4-14. 集団精神療法の参加者の評価（効果測定）の実施【エリア別】（複数回答）



4-16. 集団精神療法の利用料の算定【全体・エリア別】



4-16. 診療報酬を算定している集団精神療法【全体・エリア別】



2-6. わが国での集団精神療法に関する意見や課題(自由記述)

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

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

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

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

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

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

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

・依存症回復プログラムの対象拡大。・不安対処プログラムの充実。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ギャンブル依存に特化したプログラムを開発した。

ギャンブル依存症回復プログラムを、新たに平成30年度より開始している。

ギャンブル依存症回復プログラムを4年前に新設した。

プログラムの種類が減った。

依存症(物質依存)の回復プログラムを新設。

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

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

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

依存症家族教室を開催するようになった。

依存症家族教室を新たに開始した。

依存症当事者プログラムと依存症等の家族教室を開始した。

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

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

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

新型コロナにより、プログラムの一部を制限している。

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

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

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

平成25年ひきこもり当事者の集いを開始した。

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

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

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

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

変化なし。

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

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

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

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

・スタッフのスキル向上。・効果検証

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

・周知活動を積極的に。・一般的には普及しておらず、ハードルが高い。

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

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

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

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

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

なし

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

研修が気軽に受講できない。

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

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

実施しやすいパッケージ化された手法の提供があると実施しやすい。

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

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

集団療法の研修を個人負担によらず、受講できるシステム。

集団力動に介入するスキルを持った職員はそれほどいないと思う。

診療報酬の対象を拡充する。

診療報酬の発生しない行政機関でも実施がしやすくなるための財政措置。

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

地方都市でも、集団精神療法を勉強できる体制が整うとよいと思う。

特になし。

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

変化なし。

保険診療で行う場合には、期間の制限がある。

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

4-1. プログラム名

〇〇地域依存症回復支援プログラム

ADHDの方向けの認知行動療法プログラム

CRAFT

CRAFTグループ(家族がコミュニケーションスキルを学ぶ場)

SAT-Gプログラム(島根ギャンブル障害回復トレーニングプログラム)

SMARPP

SST

SST

SST

SSTを用いた就労支援プログラム

WRAP集やクラス

アディクション(薬物とアルコールに限る)における回復支援集団プログラム

アルコール・ギャンブル依存症の家族教室

アルコール・薬物依存症家族教室

アルコール・薬物依存症家族支援プログラム

アルコール・薬物問題で悩む家族のための家族教室

アルコールや薬物の問題を抱える方のご家族を対象としたミーティング

アルコール依存症家族教室

アルコール依存症家族向け学習会(心理教育および分かち合い)

うつ病の家族教室

うつ病家族教室

うつ病家族教室

うつ病集団心理教育

うつ病集団認知行動療法

うつ病心理教育セミナー

がん遺族会

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

ギャンブル依存症家族教室

ギャンブル依存回復支援プログラム

ギャンブル依存症家族教室

ギャンブル依存症家族向けプログラム

ギャンブル依存症回復プログラム

ギャンブル依存症回復プログラム

ギャンブル依存症者回復トレーニングプログラムHAT-G(ハットージー)

ギャンブル依存症集団回復プログラム

ギャンブル依存症当事者向けプログラム

ギャンブル依存問題家族ミーティング

ギャンブル研究会(G研)

ギャンブル障害回復トレーニング

ギャンブル障害回復トレーニングプログラム

ギャンブル障害回復トレーニングプログラム

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

ギャンブル障害集団プログラム

ギャンブル等の問題で困っている人のための集団回復プログラム

ギャンブル等依存症家族教室

ギャンブル等依存症家族教室

ギャンブル等依存症家族教室

ギャンブル等依存問題で悩む家族のための家族教室

ギャンブル等家族教室

グループミーティング

コミュニケーションサポートプログラム

スキルトレーニング

スキルトレーニング

ソーシャルスキルトレーニング

デイ・ケア通所者の家族教室

ネット・ゲーム依存問題家族ミーティング

ピアサポートの集い

ひきこもりCRAFT家族教室

ひきこもりに関する家族の学習会

ひきこもりの家族教室

ひきこもりの家族教室

ひきこもりの家族教室

ひきこもりの当事者グループ

ひきこもり家族グループ

ひきこもり家族セミナー

ひきこもり家族の集い

ひきこもり家族の心理教育プログラム

ひきこもり家族会

ひきこもり家族学習会

ひきこもり家族教室

ひきこもり家族教室

ひきこもり家族教室

ひきこもり家族教室

ひきこもり家族教室

ひきこもり家族教室

ひきこもり家族教室

ひきこもり家族教室／10代の不登校・ひきこもりに悩んでいるご家族のための教室

ひきこもり家族交流会

ひきこもり家族療法

ひきこもり思春期・成人期グループ

ひきこもり者の家族支援プログラム

ひきこもり親のグループワーク

ひきこもり親の会

ひきこもり当事者グループ

ひきこもり当事者グループワーク

ひきこもり当事者グループ活動

ひきこもり当事者のグループトーク

ひきこもり当事者の家族を対象にCRAFTプログラム

ひきこもり当事者の社会参加に向けたワークショップ

ひきこもり当事者の集い

ひきこもり当事者へのSST

ひきこもり当事者支援プログラム

ひきこもり等の課題を抱えた思春期・青年期の本人に対人交流の場を提供するプログラム

ペアレント・プログラム

ホームワークチェック

ホームワークチェック

依存の悩みを抱える女性のつどい

依存症CRAFT家族教室

依存症に対する認知行動療法プログラム

依存症の家族セミナー

依存症の家族教室

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

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

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

薬物問題を持つ方の家族教室

薬物問題家族教室

様々な依存問題をもつ方の家族支援プログラム

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

*②と同じ。

*②と同じ。

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

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

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

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

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

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

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

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

・主治医へ報告書を送付。・医療、福祉の関係機関とカンファレンスを実施。

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

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

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

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

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

カルテに記載。

ケア会議への参加、電話連絡。

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

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

スタッフカンファレンスを行っている。

スタッフカンファレンスを行っている。

スタッフカンファレンスを行っている。

スタッフ間カンファレンス。

スタッフ内カンファレンス。

センター・ひきこもり支援ステーション・外部講師で参加状況を共有している。

センタースタッフのみで共有。

センタースタッフのみで共有。

センターの個人面談担当者を口頭にて情報共有。

センターの職員間での共有のみである。

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

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

ない。

なし

ひきこもり支援ステーションのケースレビュー等で参加状況の共有をしている。

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

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

ファシリテーター(外部講師)と毎回終了時に振り返りを実施。

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

プログラムを紹介して頂いた主治医に、報告書を送っている。

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

マックやダルクなどと必要時電話などで情報交換をしている。

依存症者の入院先・通院先医療機関の主治医・相談員。

医療機関と随時情報共有している。

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

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

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

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

共有していない。

共有していません。

共有なし。

共有なし。

共有なし。

共有なし。

共有なし。

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

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

県・薬務課職員に報告書を送付している。

原則、参加者の情報を他機関と共有はしていない。

原則としてなし。

原則共有はしていない。

原則共有はしていない。

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

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

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

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

原則情報共有なし。

現在のところ行っていない。

個別担当者と事業担当者。文書とカンファレンス。

個別面接担当と事業担当でカンファレンスを実施。

講師とスタッフでプログラム終了後にミニカンファレンスを実施。

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

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

参加者が継続相談している担当者と、必要時電話にて情報共有している。

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

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

参加者が継続相談をしている担当者と必要時電話等で情報共有している。

参加者のかかりつけ医療機関・支援機関の担当者と事前ききとり。

参加者の関係機関・地域の家族会と必要時、電話にて連携する。

参加者の関係機関・地域の自助グループと必要時、電話にて連携する。

参加者の関係機関と必要時、電話でカンファレンス。

参加者情報は共有・開示していない。

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

市・市社協・保健所の担当者とミーティング等により共有。

市町村・保健所のスタッフと情報交換を行っている。

市町村や保健所の担当職員と電話やひきこもりアセスメントシートで共有。

施設内の共有のとどまる事が大半。

実施していない。

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

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

主治医がいる場合、診療情報提供書にて情報を提供。

主治医がいる場合、診療情報提供書にて情報を提供。

主治医がいる場合は、診療情報提供書にて情報提供。

主治医と連絡を取っている。担当保健師とカンファレンスを行っている。

主治医と連絡を取っている。担当保健師とカンファレンスを行っている。

主治医に修了報告書とBDI・HAM-Dのpre・postデータを送付。

主治医に修了報告書とBDI・HAM-Dのpre・postデータを送付。

主治医に修了報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送っている。

主治医に報告書を送付している。

主治医に報告書を送付している。

主治医に報告書を送付している。

主治医に報告書を送付している。

主治医に報告書を送付する。

就労支援機関等と共有している。

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

所内で報告書を回覧し、所内のスタッフとカンファレンスを作っている。

所内のスタッフとカンファレンスをしている。

所内の個別面接担当者、随時カンファレンス。

所内医師及び係員へ記録を回覧。

所内医師及び係員へ記録を回覧。

所内個別担当者と事業担当者。文書とカンファレンス。

所内担当スタッフと個別相談担当スタッフとで実施後の振り返り。

紹介元(医療機関)とのカンファレンス。

情報共有はしていない。

他機関とは特になし。

他機関とは特になし。

他機関と共有はしていない。

他機関への共有は行っていない。

対象者の紹介元(保健所スタッフ等)とカンファレンスを実施。

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

担当者とカルテや口頭での情報交換。

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

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

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

当センター内で共有している。他機関とは共有していない。

当センタ内で共有している。他機関とは共有していない。

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

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

当市ひきこもり支援ステーションのケースレビューで、参加状況を共有している。

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

当市ひきこもり支援ステーション利用ケースについては参加状況を共有している。

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

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

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

特になし。

特になし。

特になし。

保健所のスタッフとミーティングにより共有。

保健所の担当者と電話で情報共有を行っている。

保護観察官とのカンファレンスを行っている。

保護観察所、必要に応じて口頭で連絡。

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

保護観察所スタッフとの打ち合わせ。

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

報告書にて、スタッフ間で共有している。

報告書にて、スタッフ間で共有している。

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

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

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

本人の了解を得た上で、保健所等と電話で情報共有を行っている。

本人の了解を得た上で、保健所等と電話で情報共有を行っている。

本人了解のもと、保健所との電話・対面による情報共有。

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

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

(添付なし)

(添付なし)

(薬物依存家族教室に同じ)

”令和4年度うつ病集団認知行動療法プログラムご案内”を同封。

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

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

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

「うつを支援するための行動活性化練習帳」(創元社)

「楽しい子育てのためのペアレント・プログラム マニュアル」

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

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

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

『親からはじまるひきこもり回復』

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

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

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

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

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

・当センター作成パンフレット ・ディスカバリー ・コンカレントプログラム

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

ART-Gらし、テキスト添付。

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT

CRAFT、ASK書籍等

CRAFT、ASK書籍等

CRAFT。ひきこもりの家族支援ワークブック。

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

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

NCNP作成のSMARPP、肥前精神医療センター作成のSHARP。

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

SAT-G

SAT-G

SAT-G

SAT-G

SAT-G（島根ギャンブル障害回復トレーニングプログラム）

SMARPP

SMARPP

SMARPP

SMARPP、SAT-G

SMARPP、SAT-G

SMARPP、物質使用障害治療プログラム、集団療法ワークブック

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

SMARPP16

SMARPP16

SMARPP24

SMARPP-24

SMARPP24、女性のためのリカバリープログラムSERA

SMARPP-24物質使用障害治療プログラム（改訂版）金剛出版

SMARPP-24物質使用障害治療プログラム〔改訂版〕

SMARPP-24物質使用障害治療プログラムから抜粋して使用。

SMARPP一式

SMARPP物質使用障害治療プログラム集団療法ワークブック

SMARRP

SMARPP

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

Wilfred Ruprecht Bion「Experience in Groups」

あいるーぶ（テキストを同封）

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

アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法CRAFT

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

オフィス道具箱発行、元気回復行動プランWRAP

ギャンブル障害回復トレーニングプログラム(SAT-G)活用ガイドブック

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

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

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

チラシ

チラシ

チラシ

チラシ、パワポ資料

チラシを同封します。

なし

なし

ひきこもりの家族支援ワークブックの一部。

リーフレット・冊子を同封します。

わかりやすいSSTステップガイド

依存症の人を治療に向かわせるCRAFTの本

依存症の人を治療に向かわせるCRAFTの本

家族のための心理教育プログラム

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

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

吉田精次先生のCRAFTに関する著書を参考にしている。

群馬県のHPIに、教室で使用するテキストを掲載しています。

現在、全面変更中につき、モジュール「処方薬・市販薬」のみ送付します。

行動変容なし。

自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引(自殺総合対策推進センター)

自閉症のすべてがわかる本(佐々木正美著)

昭和大学発達障害医療研究所編「発達障害専門プログラムワークブック」

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

心の傷を癒すカウンセリング366日(西尾和美)

他の不安対処プログラムに準ずる。

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

長野県精神保健福祉センターの依存症治療・回復プログラムARPPS

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

特になし。

特になし。

特になし。

特になし。

特になし。

特になし。

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

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

発達障害専門プログラム(昭和大学)

別紙チラシ参照。

別紙チラシ参照。

別紙チラシ参照。

別紙チラシ参照。

別添参照(CRAFTの本2冊)

保険・医療・福祉・教育に生かす簡易型認知行動療法実践マニュアル 大野裕

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム

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

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

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム。