別紙３

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)
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

研究者代表者：藤澤　大介
慶應義塾大学医学部　准教授

研究趣旨：集団精神療法の質担保と普及に向けて、以下の３つの柱で研究を進めた。
課題１．集団精神療法の実態調査
全国の精神保健福祉センターと保健所を対象に実態調査を行った。集団精神療法の実施率は、精神保健福祉センターで 93.1%、保健所で 21.3%であった。当事者のみでなく家族も参加するプログラムも多かった。集団精神療法の目的は、精神疾患の症状改善以外に「知識の向上」「自己の振り返り」「ピアサポート」「居場所づくり」等があり、他の治療と連携しながら提供目的を考慮する必要があると考えられた。心理教育、認知行動療法、家族療法が多く実施されていた。自施設の精神療法が「充足している」と回答した施設は精神保健福祉センターで約 25%、保健所で 17%にとどまり、職員不足、集団精神療法のスキル不足（研修の機会の不足）が課題の上位に上げられた。精神保健福祉センター、保健所、精神科医療機関でそれぞれ対象と役割の違いが明らかになった。
課題２．集団精神療法の介入プログラムの作成と効果研究
①うつ病の集団認知行動療法：うつ病の集団認知行動療法のプログラムを作成し、ランダム化比較試験の計画立案・倫理申請・リクルート開始を行った。
②リカバリー指向認知行動療法（CT-R）のマニュアル開発：Cultural adaptation を経た CT-R の日本語版マニュアルを開発し、研修を開始した。
課題３．集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立
国際的な知見に基づいて、一日研修とスーパービジョンの 2 本立てからなる研修プログラムを作成し、医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士等）を対象とする、効果検証を行う研究計画が整備した。研修および評価には、集団認知行動療法の治療者のスキルを評価する尺度が活用された。

分担研究者：菊地俊暁、耕野敏樹、岡田佳詠、中島美鈴、大嶋伸雄、岡島美朗、佐藤泰憲、中川敦夫、吉永尚紀
研究協力者：高橋章郎（首都医校・東京都立大学人間健康科学研究科健康福祉学部作業療法学科）、田島美幸、小林由季、清水恒三朗、腰みさき、原祐子、田村法子、近藤裕美子（以上、慶應義塾大学医学部）、丹野義彦（東京大学名誉教授）、天野敏江、根本友見（以上、国際医療福祉大学成田看護学部）

A. 研究目的

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

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

本年度はこれらの研究をさらに進め、以下の３つの柱で研究を行う。

課題１．集団精神療法の実態調査

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

課題２．集団精神療法の介入プログラムの作成と効果研究

①うつ病の集団認知行動療法

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

②リカバリー指向認知行動療法のマニュアル開発

近年、精神疾患の症状改善だけでなく、全人的な回復（リカバリー）に注目した、リカバリー指向認知行動療法（Recovery Oriented Cognitive Therapy：CT-R）が開発され、統合失調症を中心としたさまざまな病態への応用が提唱されている。CT-R マニュアルを開発し、本邦における実証研究と普及の基盤とする（耕野）。

課題３．集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立

①集団認知行動療法の実践者養成のための研修プログラムの効果検討

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

②集団認知行動療法治療者の評価尺度の開発および活用

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

B. 研究方法

課題１．集団精神療法の実態調査

①精神保健福祉センター調査

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

②保健所調査

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

課題２．集団精神療法の介入プログラムの

作成と効果研究

①うつ病の集団認知行動療法

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

②CT-R マニュアルの開発

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

課題３．集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立

①集団認知行動療法の実践者養成のための研修プログラムの効果検討

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

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

②集団認知行動療法治療者の評価尺度の開発および活用

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

（倫理面への配慮）

実態調査（課題１）と集団認知行動療法のランダム化比較試験（課題２①）は、慶應義塾大学医学部研究倫理委員会の承認を得た（承認番号 2021-1076、2022-1103）。集団認知行動療法の実践者養成のための研修プログラムの効果検討（課題３①）は、国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 22-Im-026）。

C. 研究結果

課題１．集団精神療法の実態調査

①精神保健福祉センター調査

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

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

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

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

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

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

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

②保健所調査

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

自施設で集団精神療法を実施していない 196 件の理由は、「集団精神療法は必要と思うが、（近隣の医療機関に紹介できるなど）自施設では必要ない」が 114 件（58.2%）と最も多く、次いで、「集団精神療法を実施できると良いと思うが、諸般の理由で実施を見合わせている」が 58 件（29.6%）、「保健所の役割として、集団精神療法は必要と思わない」が 54 件（27.6%）であった。自施設での実施を見合わせている理由は、「職員の人数」58 件中 37 件（63.8%）、「スキルをもった職員の不在」36 件（62.1%）、「職員が集団精神療法に従事する時間がない」32 件（55.2%）など人的な要素が中心であった。

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

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

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

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

集団精神療法の実施に関わるスタッフ数

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

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

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

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

課題２．集団精神療法の介入プログラムの作成と効果研究

①うつ病の集団認知行動療法

1 セッション 120 分×全 12 回の集団認知行動療法プログラムを作成した。

RCT の研究計画を作成し、慶應義塾大学医学部倫理委員会の承認を得た。対象は、慶應義塾大学病院精神・神経科の外来を受診する 18 歳以上 70 歳以下の患者のうち、DSM-5 におけるうつ病の診断を有し、医師による臨床全般重症度 （CGI-S）が 3 （軽度)～5 （やや重度）に評価された患者を対象とした。主要評価項目は抑うつ症状（PHQ-9)、副次評価項目は不安症状（GAD-7)、自己効力感（GSES)、パーソナル・リカバリー（QPR-J)、ストレス対処行動 （CISS)、QOL（WHO-QOL)、機能障害（SDS)、有害事象の有無、脱落率とした。それぞれの評価は、介入開始時 （0 週)、4 回目終了時、8 回目終了時、介入終了時（12 週）であった。抑うつ症状で層化した上で、介入群または通常治療群に無作為割付を実施する計画とした。

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

②CT-R マニュアルの開発

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

課題３．集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立

①集団認知行動療法の実践者養成のための研修プログラムの効果検討

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

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

②集団認知行動療法治療者の評価尺度の開発および活用

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

的な教材形式を整備した。

D. 考察

課題１．集団精神療法の実態調査

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

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

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

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

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

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

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

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

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

課題２．

①うつ病の集団認知行動療法

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

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

②CT-R マニュアルの開発

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

課題３．集団精神療法の研修と質担保の方法論の確立

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

E. 結論

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

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

リカバリー指向認知行動療法（CT-R）の日本語版マニュアルを開発した。

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

Ｆ．研究発表

1. 論文発表

1) Koda R, Fujisawa D, Kawaguchi M, Kasai H. Experience of application of the Meaning-centered Psychotherapy to Japanese bereaved family of patients with cancer – a mixed-method study. Palliative and Supportive Care 2022 Dec 9:1-9. doi: 10.1017/S147895152200150X.

2) Tamura NT, Shikimoto R, Nagashima K, Sato Y, Nakagawa A, Irie S, Iwashita S, Mimura M, Fujisawa D. Group multi-component programme based on cognitive

behavioural therapy and positive psychology for family caregivers of people with dementia: a randomised controlled study (3C study). Psychogeriatrics, 23(1):141-156, 2023. doi: 10.1111/psyg.12919.

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

4) Amano M, Katayama N, Umeda S, Terasawa Y, Tabuchi H, Kikuchi T, Abe T, Mimura M, Nakagawa A. The effect of cognitive behavioral therapy on future thinking in patients with major depressive disorder: A randomized controlled trial. Front Psychiatry, 14, 97154, 2023

5) Nogami W, Nakagawa A, Katayama N, Kudo Y, Amano M, Ihara S, Kurata C, Kobayashi Y, Sasaki Y, Ishikawa N, Sato Y, Mimura M. Effect of Personality Traits on Sustained Remission Among Patients with Major Depression: A 12-Month Prospective Study. Neuropsychiatr Dis Treat, 18, 2771-2781, 2022.

6) Nogami W, Nakagawa A, Kato N, Sasaki Y, Kishimoto T, Horikoshi M, Mimura M. Efficacy and Acceptability of Remote Cognitive Behavioral Therapy for Patients With Major Depressive Disorder in Japanese Clinical Settings: A Case Series. Cogn Behav Pract. Online ahead of print.2022

7) Ryuhei So, Misuzu Nakashima, Jane Pei-Chen Chang, Marcus P.J. Tan, Ryoma Kayano, Yasuyuki Okumura, Toru Horinouchi, Toshitaka Ii, Toshihide Kuroki, Tsuyoshi Akiyama. Gender Biases Toward People With Difficulty in Balancing Work and Family Due to ADHD: Two Case Vignette Randomized Studies Featuring Japanese Laypersons and Psychiatrists, Cureus 15(1) e34243. 2023

8) Misuzu Nakashima, Miki Matsunaga, Makoto Otani, Hironori Kuga, Daisuke Fujisawa: Development and Preliminary Validation of the Group Cognitive Therapy Scale to Measure Therapist Competence:Preprint from medRxiv. 2022

9) Ide-Okochi A, He M, Murayama H, Samiso T, Yoshinaga N. Non-compliance of hypertension treatment and related factors among Kumamoto earthquake victims who experienced the COVID-19 pandemic during post-earthquake recovery period. International Journal of Environmental Research and Public Health. 20(6). 5203. 2023.

10) Imai H, Tajika A, Narita H, Yoshinaga N, Kimura K, Nakamura H, Takeshima N, Hayasaka Y, Ogawa Y, Furukawa T. Unguided Computer-Assisted Self-Help Interventions Without Human Contact in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Medical Internet Research. 24(4). e35940. 2022.

11) Inoue M, Tohira H, Yoshinaga N, Matsubara M. Propensity-matched comparisons of factors negatively affecting research activities during the COVID-19 pandemic between nursing researchers working in academic and clinical settings in Japan. Japan Journal of Nursing Science. 19(4). e12491. 2022.

12) Kazawa K, Shimpuku Y, Yoshinaga N. Characteristics of early-career nurse researchers negatively impacted during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. BMJ Open. 12(4). e059331. 2022

13) Kumagai M, Uehara S, Kurayama T, Kitamura S, Sakata S, Kondo K, Shimizu E, Yoshinaga N, Otaka Y. Effects of Alternating Bilateral Training Between Non-Paretic and Paretic Upper Limbs in Patients with Hemiparetic Stroke: A Pilot Randomized Controlled Trial. Journal of Rehabilitation Medicine. 54. jrm00336. 2022.

14) Mitsui N, Fujii Y, Asakura S, Imai H, Yamada H, Yoshinaga N, Kanai Y, Inoue T, Shimizu E. Antidepressants for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. Neuropsychopharmacology Reports. 42(4). 398-409. 2022.

15) Nagata K, Tanaka K, Takahashi Y, Asada Y, Shimpuku Y, Yoshinaga N, Sugama J. Support Nursing Researchers' Need from Academic Societies During COVID-19: A Cross-sectional Survey. Nursing and Health Sciences. 24(4). 871-881. 2022.

16) Shikuri Y, Tanoue H, Imai H, Nakamura H, Yamaguchi F, Goto T, Kido Y, Tajika A, Sawada H, Ishida Y, Yoshinaga N. Psychosocial interventions for community-dwelling individuals with schizophrenia: study protocol for a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 12(4). e057286. 2022.

17) Takeuchi A, Yokota S, Tomotaki A, Fukahori H, Shimpuku Y, Yoshinaga N. Relationship between research activities and individual factors among Japanese nursing researchers during the COVID-19 pandemic. PLoS One. 17(8). e0271001. 2022.

18) Yoshinaga N, Tanoue H, Hayashi Y. Naturalistic outcome of nurse-led psychological therapy for mental disorders in routine outpatient care: A retrospective chart review. Archives of Psychiatric Nursing. 40.

43-49. 2022.

19) 藤澤大介, 田島美幸, 田村 法子, 近藤裕美子, 大嶋伸雄, 岡島美朗, 岡田佳詠, 菊地俊暁, 耕野敏樹, 佐藤泰憲, 髙橋章郎, 中川敦夫, 中島美鈴, 横山貴和子, 吉永尚紀, 大野裕. 本邦における集団精神療法の現状と課題. 精神療法. 48 98-103, 2022.

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

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

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

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

24) 藤澤大介. 認知行動療法と治療同盟. 精神科 43(2) （印刷中）.

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

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

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

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

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

30) 田島美幸, 原祐子, 重枝裕子, 石橋広樹, 吉岡直美, 鈴木斎絵, 藤澤大介. COVID-19 禍における認知症の家族介護者を対象とした集団認知行動療法プログラムの実践の工夫と効果検討. 老年精神医学雑誌 33(7), 703-713, 2022.

31) 菊地俊暁. うつ病において薬物療法と精神療法の使い分けは可能か?. Precision medicine と stratified care model. 精神科. 2022, vol. 40, no. 3, p. 298–305.

32) 菊地俊暁. うつ病のゴール設定をどう考えるか. 個別化とウェルビーイング,臨床精神医学, 2022, Vol.51 (6), p.601-606.

33) 菊地俊暁. デジタル精神医療は心のケアにどのように役立つのか . 地域で

の取り組みを中心に.認知療法研究, 2023, Vol.16 (1), p.48-50.

34) 菊地俊暁. コロナ禍の経験から考えたオンライン精神療法の可能性と限界. 臨床精神医学. 2022, vol. 51, no. 3, p. 255–259.

35) 菊地俊暁. AI を用いた認知行動療法, 臨床精神薬理, 2023, Vol.26 (3), p.305-310

36) 清水恒三朗, 田島美幸, 小林由季, 菊地俊暁, 三村將. うつ病の非薬物療法, 臨牀と研究, 2022, Vol.99 (5), p.549-554.

37) 大野裕, 中川敦夫 , 菊地俊暁. コロナ禍での自殺対策の新しい可能性を探る ： メンタルウェルビーイング向上を目指すデジタルツールを活用した自殺対策,最新精神医学, 2022, Vol.27 (6), p.399-405.

38) 松浦桂, 梅本育恵, 中島美鈴, 中島俊, 伊藤正哉, 立森久照, 中尾智博, 堀越勝, 久我 弘典. 成人期 ADHD に対する個人認知行動療法の国内医療機関における質的調査. 精神神経学雑誌 124(4 付録) S-517, 2022.

39) 中島美鈴 (担当:編訳) (原著:マシュー・マッケイ, マーサ・デイビス, パトリック・ファニング) : 超簡単認知行動療法 -すぐに気分がよくなる 6 つのスキル-. 星和書店:東京,2022.

40) 中島美鈴. 支援者が心を守りよい支援をするための認知行動療法—特集 支援者のメンタルヘルス. 更生保護 / 日本更生保護協会 編, 74(2) 18-22, 東京, 2023.

41) 中島美鈴. 先延ばしによる悪循環から抜け出すヒント. Be! 特集「めんどうくさい」への対処 149 14-18, 2022.

42) 中島美鈴. 脱ダラダラ習慣！ １日３分やめるノート ， すばる舎. 東京, 2023

43) 中島美鈴. 発達障害で青年期になって問題が顕在化する人たち.こころの科学 SPACIAL ISSUE2023 若者たちの生きづらさ（石垣琢麿 : 編） 日本評論社 106-113, 2023.

2. 学会発表

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

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

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

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

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

総会.（大分）2022 年 7 月

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

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

8) 菊地俊暁. ワークショップ　CBT スキルアップ：認知療法・認知行動療法の基礎固め,第 22 回認知療法・認知行動療法学会,コングレスクエア日本橋,東京,2022/11/13

9) 菊地俊暁. ワークショップ　面接動画を用いたスキルアップ,第 22 回認知療法・認知行動療法学会,コングレスクエア日本橋,東京,2022/11/13

10) 菊地俊暁. シンポジウム　「CBT を共通言語として多職種連携する工夫を他職種から学ぶ」～薬剤師が多職種連携でより活躍するために～,指定討論,第 22 回認知療法・認知行動療法学会,コングレスクエア日本橋,東京,2022/11/12

11) 菊地俊暁. シンポジウム　多職種連携から見た公認心理師への期待,第 22 回認知療法・認知行動療法学会,コングレスクエア日本橋,東京,2022/11/12

12) 菊地俊暁. シンポジウム　メンタル不調をチャットボットが支える～認知行動変容アプローチの応用～,第 22 回認知療法・認知行動療法学会,コングレスクエア日本橋,東京,2022/11/11

13) 菊地俊暁. シンポジウム　with/after コロナの復職で認知行動療法をどのように活用するのか,第 22 回認知療法・認知行動療法学会,コングレスクエア日本橋,東京,2022/11/11

14) 菊地俊暁. ランチョンセミナー　うつ病治療の最適化について―うつ・不安・不眠のベストプラクティスを目指して―,BPCNPNPPP 4 学会合同年会,都市センターホテル/シェーンバッハ・サボー,東京,2022/11/5

15) 菊地俊暁. ランチョンセミナー　抗うつ薬はうつ病治療に役立っているのか？SSRI/SNRI 全盛時代への批判的吟味（と擁護）,第 45 回日本精神病理学会,京都大学芝蘭会館,京都,2022/9/16

16) 菊地俊暁. ランチョンセミナー　うつ病の診療で我々が克服していかなければいけないこととは? うつ病のアンメットメディカルニーズを考える,第 41 回日本精神科診断学会,オンライン,2022/9/10

17) 菊地俊暁. シンポジウム　患者さんと共有できるゴールとは何か？,第 19 回うつ病学会総会,J:COM ホルトホール大分,大分,2022/7/14

18) 菊地俊暁. 特別講演　うつ病の認知行動療法によるリカバリーとリワーク,第 19 回うつ病学会総会,J:COM ホルトホール大分,大分,2022/7/14

19) 菊地俊暁. シンポジウム　うつ病と双極性障害におけるパーソナルリカバリーについて考える,第 118 回日本精神神経学会学術総会,福岡国際会議場,福岡,2022/6/18

20) 菊地俊暁. シンポジウム　わが国における認知行動療法の現状の課題と今後の展開,第 118 回日本精神神経学会学術総会,福岡国際会議場,福岡,2022/6/18

21) 菊地俊暁. ランチョンセミナー　うつ病の性差から見た治療の最適化を考える ～うつ・不安・不眠を乗り越えるには,第50回女性心身医学会,TFT ビル東館,東京,2022/8/27

22) 壬生玲, 中野眞樹子, 稲毛雅子, 中島美鈴,後藤剛, 大橋昌資, 秋山剛. COVID-19 流行下における研修会開催の試み～ファシリテーターのためのマニュアル作成～.第 13 回集団認知行動療法研究会学術総会, 東京, 2022

23) 中島美鈴. 成人期 ADHD の実行機能モデルに基づいた認知行動療法. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022

24) 中島美鈴, 児玉臨, 森治美, 嶋根卓也. 身近な人とのコミュニケーションスキルに焦点づけた少年用大麻再乱用防止プログラムの作成. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022

25) 中野眞樹子, 壬生玲, 福田有希子, 後藤剛, 冨樫剛清, 前川麻友, 中島美鈴, 大橋昌資, 秋山剛. オンライン研修版集団認知行動療法研修会ファシリテーターのためのマニュアル作成と研修会の実施～実践報告～. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022

26) 小口真奈, 高橋史, 金澤潤一郎, 中島美鈴. 成人期 ADHD 患者に対する心理的支援の社会実装に向けて. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022

27) 中島美鈴, 前田エミ, 牧野加寿美, 吉原翔太, 要 斉. 成人期の注意欠如・多動症患者の集団認知行動療法の長期的効果検討. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022

28) 中島美鈴, 立森久照, 中尾智博, 堀越勝, 久我弘典. 成人期の注意欠如・多動症当事者の心理社会的治療に関するニーズ調査. 第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京, 2022

29) 嶋根 也, 児玉臨, 中島美鈴, 森治美. シンポジウム 13 大麻使用少年の理解とサポート（1） 2022 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 仙台, 2022

30) 中野眞樹子, 壬生玲, 稲毛雅子, 中島美鈴, 後藤剛, 大橋昌資, 秋山剛. 集団認知行動療法におけるファシリテーターの重要性再考～コロナ流行状況での研修会開催の試み. 第 19 回日本うつ病学会, 大分, 2022

31) 岡田佳詠. 看護に活かす認知行動療法 -With コロナの中での学びを高めるチャレンジ 簡易型認知行動療法,日本精神保健看護学会第 32 回学術集会・総会ワークショップ,東京,2022

32) 岡田佳詠, 香月富士香. うつ　ワークショップ 3　日本うつ病看護ガイドライン研修会,第 19 回日本うつ病学会総会・第 5 回日本うつ病リワーク協会年次大会,2022

33) 岡田佳詠. 日総研 初学者のための認知行動療法研修会,東京,2022

34) 岡田佳詠. JACT 看護師部会へようこそ！－認知行動療法のさらなる発展をめざして,今、看護職が結束しようJACT 看護師部会は何をめざすのか,第22回日本認知療法･認知行動療法学会,東京,2022

35) 岡田佳詠,田島美幸, 原祐子, 岩元健一郎, 川西智也, 天野敏江. 認知症家族介護者のケアに活かすオンライン認知行動療法研修 プログラムの効果検討,第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会,東京,2022

36) 岡田佳詠, 藤澤大介, 大嶋伸雄, 高橋章郎, 丹野義彦, 天野敏江, 根本友見. 国内における集団精神療法の研修・スーパービジョンの実態と課題,第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会,東京,2022

37) 岡田佳詠. 大会長企画シンポジウム 限られた時間で効率的に認知行動療法を行うには 看護領域における簡易型CBT,第 22 回日本認知療法･認知行動療法学会,2022

38) 岡田佳詠. 認知症を取り巻く支援において 認知行動療法を活用するには 認知症のケア従事者に対する CBT 教育の取り組み.第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会.2022.

39) 岡田佳詠. コロナ禍におけるストレスマネジメント ～コロナで疲れたココロを癒そう～,令和 4 年度全国保健師長会神奈川支部報告会&講演会,2022

40) 重田ちさと, 岡田佳詠. 看護師を対象とした Post-traumatic Stress Disorder 発症予防･早期介入に関する研究の国内外の動向,第 42 回日本看護科学学会学術集会,2022

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

42) 耕野敏樹. 第 22 回日本認知行動療法学会にて「リカリーを目指す認知療法（CT-R）への期待：日本での適用の可能性」2022 年 12 月 2 日

43) Toshiki Kono. Accounting for Cross-Population Differences in Allele Frequency and Linkage Disequilibrium Can Improve Polygenic Risk Score Portability. World Congress of Psychiatric Genetics 2022 年 9 月 13～17 日. ポスター発表

G．知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし