

令和5年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)
分担研究報告書

医療者に対するマインドフルネス療法基礎ワークショップの 実施可能性に関する研究

分担研究者：藤澤大介（慶應義塾大学医学部）

研究実務責任者：佐渡充洋（慶應義塾大学保健管理センター）

研究趣旨：マインドフルネス療法とは、マインドフルネスの概念をとり入れた集団精神療法であり、うつ病の再発予防、不安症などに対する効果が実証され、日本においても精神科医療に幅広く導入されることが期待されている。マインドフルネス療法をインストラクターとして実践するためのトレーニングとして、諸外国では合計1-2年にわたるプログラムが提供されているが、有用であるものの時間的・経済的ハードルもある。そこで、マインドフルネス療法を体験する最初のステップとして、参加がより容易な計3日間のマインドフルネス療法基礎ワークショップを企画し、そのfeasibilityを確認することとした。19名の医療職の参加者に対して計3日間のワークショップを実施し、組入率、脱落率、参加率、臨床評価尺度の介入前後の値などをアウトカムに設定した。その結果、本ワークショップは十分にfeasibilityがあることが示唆された。今後はRCTの実施、次のステップの研修の開発などが必要になると考えられた。

研究協力者：朴順禮、永岡麻貴、山田成志、後藤菜穂、田村法子（慶應義塾大学）

A. 研究目的

1. 背景

本研究では、医療者に対するマインドフルネス療法基礎ワークショップの実施可能性(feasibility)を検証した。

マインドフルネス療法とは、マインドフルネスの概念をとり入れた集団精神療法であり、代表的なものとしてマインドフルネス認知療法、マインドフルネスストレス低減法などが知られている。こうしたプログラムはうつ病の再発予防、不安症などに対する効果が実証されており、日本においても精神科医療に幅広く導入されることが期待されている。実際、本研究課題で令和3年

に行った国内実態調査では、集団精神療法を実施している医療機関の21.9%でマインドフルネスが実施されていた。

マインドフルネス療法をインストラクター(治療者)として実践するためには、①自らがマインドフルネス瞑想を実践すること、②患者とのやり取りの中から「心の仕組み」について理解を促す「対話(Inquiry)」の力、という大きく2つのスキルが必要になる。こうしたスキルを身につけるために諸外国では合計1-2年にわたるトレーニングプログラムが提供されている。こうしたプログラムは有用だが、多くの医療者には時間的にも経済的にもハードルが高い。

2. 目的：

そこで今回、マインドフルネス療法を体験する最初のステップとして、多くの医療者にとって参加がより容易な計3日間のマインドフルネス療法基礎ワークショップを企画し、feasibilityを確認することとした。

3. 意義：

マインドフルネス療法基礎ワークショップのfeasibilityが確認されることで将来的な、無作為割付比較対照試験の実施へと繋がり、マインドフルネス療法の実施者のよりよいトレーニングプログラムの開発に寄与する可能性が期待できる。

B. 研究方法

1. デザイン

単群前後比較研究。本研究の流れを図1に示した。

2. 参加者の組入・除外基準

2.1 選択基準

選択基準：対象者は医療者のうち、以下の選択基準を満たす者とする。

- 2年以上の精神医療業務に従事した経験があり、主たる勤務先が医療機関である医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師、臨床心理士。
- ワークショップ(2日間)と、フォローアップ(Web)の両方に参加できること。検証事業で実施される評価(次記式アンケート)に参加が可能であること。
- ワークショップとフォローアップの間に、継続して瞑想などの課題(1日10-15分程度)に取り組めること。
- 通常勤務ができる体調であること。
- 申込時に職場の上司の推薦を得ることができること。

- 研究参加への同意が得られる者

2.2 除外基準：

- 過去にマインドフルネス認知療法、マインドフルネスストレス低減法などの8週間のマインドフルネス療法のプログラムを受けたことのある者、またそれと同等の経験を有する者。
- その他、研究責任者が研究への組み入れが妥当ではないと判断する者。

3. 介入

2日間のワークショップで、マインドフルネス認知療法、マインドフルネスストレス低減法から中心となるエクササイズを選択し実践する。また患者とのやり取りであるInquiryの解説も実施される。基礎ワークショップ終了後には、各自で瞑想の実践に継続的に取り組んでもらう。約6週間後に実施されるフォローアップでは、瞑想の実践とともにQ&Aの時間も設け、参加者の理解を深める内容とする。

ワークショップは、マインドフルネスのトレーニングを受けた研究責任者や分担者(医師、公認心理師や看護師などの医療従事者)によって実施される。

マインドフルネス療法基礎ワークショップの作成にあたっては、国内、海外で既に効果の確立されているマインドフルネス認知療法、マインドフルネスストレス低減法をもとに作成する。プログラムの作成にあたっては、10年以上マインドフルネストレーニングを実践し、マサチューセッツ大学医学部が認定するマインドフルネスストレス低減法のqualified teacherの資格を有し、さらにオックスフォード大学のマインドフルネス認知療法のqualified teacher

course の module1-4 を終了している佐渡が責任者となる。

4. 評価項目

4.1 主要評価項目および評価指標

本研究は feasibility study であるため、主要評価項目は、1) 研究組み入れ率、2) 脱落率、3) プログラム参加率、4) ホームワーク実施時間、5) 以下の評価尺度のフォローアップ後の平均値および標準偏差とする。

4.2 副次評価項目

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Utrecht Work Engagement Scale (UWES), Satisfaction With Life Scale (SWLS), Flourishing scale (FS), Scale of Positive and Negative Experience (SPANE), Experiences Questionnaire (EQ), Perceived Stress Scale (PSS), ICEpop CAPability measure for Adults (ICECAP-A)、瞑想実践時間の試験開始時、フォローアップ後の平均値比較などを行う。

4.3 その他評価項目

人口統計等の基礎データ、自由記載アンケートなどの情報を収集する。図 2 に評価項目と評価時期を示す。

5. 統計解析

5.1 解析方法

すべての症例を intention to treat 法で解析に組入れ、Mixed Model Repeated Measurement 法 (MMRM) を適用して解析を行なった。解析は、R (version 4.3.3) で行なった。

5.2 サンプルサイズ

単群前後比較の feasibility study であることを鑑み、30 例 (最大) とした。

5.3 有意水準

有意水準は 5% とした。

6. プライバシー保護

被験者 ID 番号と個人情報の対応表を作成し仮名加工情報の利用を行うことで、被験者の個人情報保護に十分配慮した。本研究は慶應義塾大学医学部倫理委員会の承認を得て実施された (承認番号 20231138) (UMIN000052802)。

C. 研究結果

1. 参加者の背景

19 名が本研究に組み入れられた。参加者の背景を表 1 に示す。平均年齢は 47.5 歳、女性が 84% であった。教育歴は 4 年制大学卒が 5.3%、大学院 (修士) 卒が 68.4%、大学院 (博士) 卒が 26.3% であった。職種 (複数回答可) は、臨床心理士 84.2%、公認心理士 73.7%、看護師 15.8%、医師 10.5%、精神保健福祉士が 10.5% であった。

2. 主要評価項目

主要評価項目の結果を表 2 に示す。研究組み入れ率は 95% (19/20)、脱落率 0%、プログラム参加率 100% であった。ホームワーク (HW) 実施時間は、20.0 分/日であった。フォローアップ時の各臨床評価尺度の数値は表 2 に示した通りである。

3. 副次評価項目

各診療評価項目の介入前後の値及び変化量を表 3 に示す。介入前後での変化量については、FFMQ, UWES, FS, SPANE, ICECAP-A で有意な改善を認めた。

D. 考察

本研究には 19 名が参加し、脱落率 0%、プログラム継続率は 100% であった。このことから、今回のマインドフルネス療法基礎ワー

クシヨップは十分なfeasibilityを有することが明らかとなった。また各臨床評価尺度の前後変化量についても、SWLS以外で有意な改善を認めた。本研究は単群前後比較研究のため、無作為化比較対照試験 (RCT) の結果 (変化量の群間差) と直接比較することはできないが、参考までに健常人を対象としたマインドフルネス認知療法効果検証を概観してみる (Kosugi et al, 2021)。この研究で計測された臨床尺度のうち、SWLS, FS, SPANE, PSSは本研究でも計測されている。Kosugi et alにおけるこれらの尺度の8週時点における変化量の群間差はそれぞれ、2.79, 1.39, 2.27, -3.46である。前述の通り、これらの値はあくまで変化量の群間差であるため、直接の比較は困難であるが、SWLSを除き今回の結果と大きく乖離するものではないことがわかる。このことから、マインドフルネス療法基礎ワークショップが8週間のマインドフルネス認知療法と比較しても、効果が明らかに劣るものではない可能性が示唆されたと考えられる。一方で本研究が単群前後比較研究であることを鑑みると、今後RCTを実施することが課題になると考えられる。またマインドフルネス療法のインストラクターが、「自ら実践するステップ」として、本ワークショップが有用である可能性が示されたとしても、それだけでマインドフルネス療法が実践できるわけではなく、Inquiryも含めた更なるトレーニングが必要になる。そうしたトレーニング内容についても今後検討が必要である。

E. 結論

医療者に対するマインドフルネス療法基礎ワークショップを実施し、その feasibility

を検証した。その結果、本プログラムは高い feasibility を有することが明らかとなった。今後は RCT の実施、次のステップの研究の開発などが必要になると考えられた。

(引用文献)

Kosugi T, et al.. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Improving Subjective and Eudaimonic Well-Being in Healthy Individuals: A Randomized Controlled Trial. *Front Psychol.* 2021 Aug 27;12:700916. doi: 10.3389/fpsyg.2021.700916. PMID: 34539498; PMCID: PMC8441176.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

藤澤大介. 集団認知行動療法の普及と発展に向けて (シンポジウム:新しい時代の集団認知行動療法). 日本集団精神療法学会第41回学術集会. 2024年3月16-17日. 兵庫県明石市

藤澤大介. マインドフルネス概論・演習. 日本生殖心理学会・日本がん・生殖医療学会認定資格養成講座. 2023.12.16

藤澤大介. オンラインによるスーパービジョンの勘どころ:厚労省認知行動療法研修事業の経験から. 第23回日本認知療法・認知行動療法学会 (広島) 2023.12.1-3

藤澤大介. 木を見て森も見る:集団認知行動療法における個人・集団・チームの見立

て. 第 14 回集団認知行動療法研究会 学術
総会. 2023 年 10 月 22 日東京

藤澤大介. 認知行動療法の普及と実践者の
育成. 一般社団法人公認心理師の会 2023 年
度年次総会. 東京 2023.8.20

藤澤大介. 個人・集団認知行動療法の均て
ん化に向けた基礎調査とマニュアル整備.
第 119 回日本精神神経学会 (横浜)
2023.6.22-24

藤澤大介. マインドフルネス心理療法の概
略と展開. 第 119 回日本精神神経学会 (横
浜) 2023.6.22-24

藤澤大介. マインドフルネス認知療法:エビ
デンスと概略. 第 6 回日本うつ病リワーク
協会年次大会 2023.5.27 (千葉県千葉市)

藤澤大介. 身体疾患の不安・不眠への精神療

法: 認知行動療法、マインドフルネス、人生
の意味. 第 15 回日本不安症学会. 2023 年
5 月 19 日~20 日 (東京、大田区産業プラザ
PiO)

H. 知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

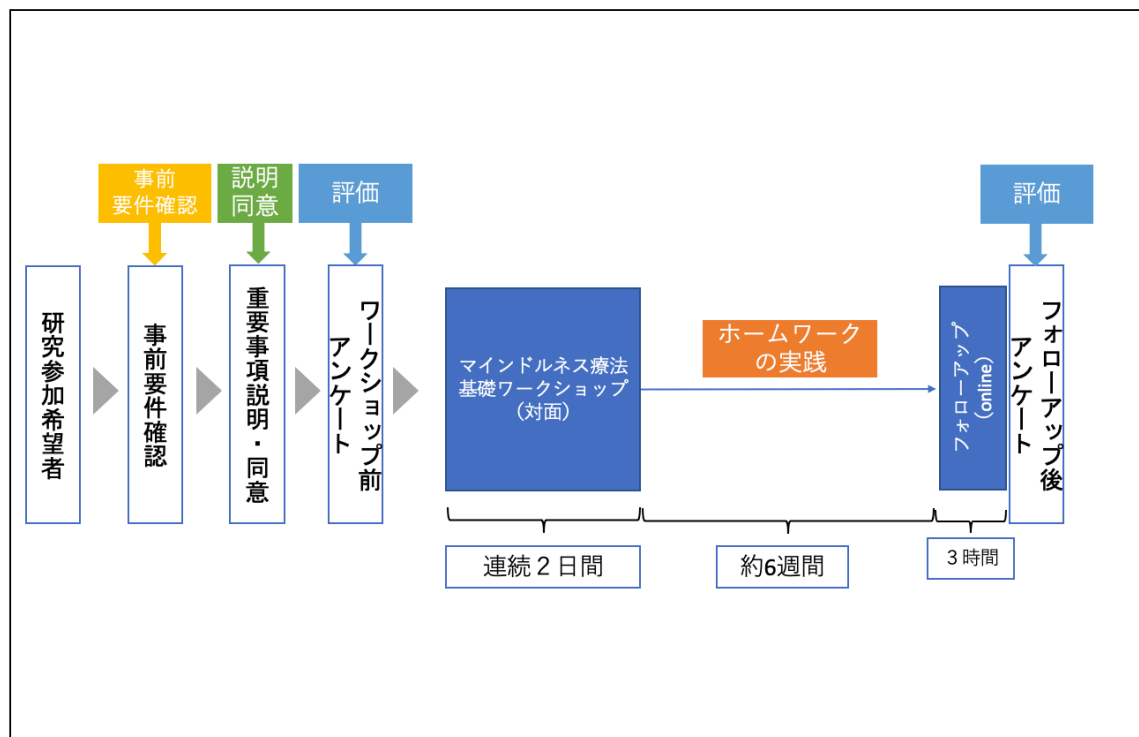


図 1. 研究デザイン

| 図 | 時期 | 評価項目 | | | | | | | | | | | |
|---|----------|------|------|------|------|------|----|-------|----|-----|-----------|------|------|
| | | 適格基準 | 人口動態 | FFMQ | UWES | SWLS | FS | SPANE | EQ | PSS | ICE CAP-A | 教室評価 | 瞑想時間 |
| | スクリーニング時 | | | | | | | | | | | | |
| | ワークショップ前 | | | | | | | | | | | | |
| | フォローアップ後 | | | | | | | | | | | | |

図 2. 評価項目と評価時期

表 1 参加者の背景 (n=19)

| | mean/n | sd/% |
|----------------|--------|------|
| 年齢 | 47.5 | 10.0 |
| 性別 | | |
| 男性 | 3 | 15.8 |
| 女性 | 16 | 84.2 |
| 最終学歴 | | |
| 中学校 | 0 | 0.0 |
| 高校 | 0 | 0.0 |
| 短大/専門 | 0 | 0.0 |
| 4年制大学 | 1 | 5.3 |
| 大学院(修士) | 13 | 68.4 |
| 大学院(博士) | 5 | 26.3 |
| 婚姻状況 | | |
| 結婚 | 11 | 57.9 |
| 未婚 | 7 | 36.8 |
| 離婚した | 1 | 5.3 |
| 死別 | 0 | 0.0 |
| 同居者(複数回答あり) | | |
| 配偶者 | 11 | 57.9 |
| 父 | 2 | 10.5 |
| 母 | 3 | 15.8 |
| 兄弟姉妹 | 3 | 15.8 |
| 子 | 6 | 31.6 |
| その他 | 3 | 15.8 |
| 職業(複数回答あり) | | |
| 医師(精神科・心療内科) | 2 | 10.5 |
| 医師(精神科・心療内科以外) | 0 | 0.0 |
| 看護師 | 3 | 15.8 |
| 公認心理士 | 14 | 73.7 |
| 臨床心理士 | 16 | 84.2 |
| 精神保健福祉士 | 2 | 10.5 |
| その他 | 0 | 0.0 |
| 就労形態 | | |
| フルタイム | 15 | 78.9 |
| パートタイム | 4 | 21.1 |
| 直近1ヶ月の瞑想の実践経験 | | |
| あり | 4 | 21.1 |
| なし | 15 | 78.9 |

mean: 平均, sd: 標準偏差

表 2 主要評価項目

| | n/ mean | %/sd |
|----------------------------|---------|-------|
| 研究組み入れ率 (%) | 19/20 | 95.0 |
| 脱落率 (%) | 0/19 | 0.0 |
| 参加率 (%) | 19/19 | 100.0 |
| 臨床尺度スコア (介入後) | | |
| FFMQ-total | 50.8 | 4.6 |
| FFMQ-observing | 9.9 | 1.7 |
| FFMQ-non reactivity | 9.2 | 1.0 |
| FFMQ-non judging | 12.1 | 1.9 |
| FFMQ-describing | 9.9 | 2.4 |
| FFMQ-acting with awareness | 9.7 | 1.8 |
| UWES-total | 57.1 | 11.2 |
| UWES-vigor | 17.5 | 4.3 |
| UWES-dedication | 20.2 | 3.9 |
| UWES-absorption | 19.4 | 3.6 |
| SWLS | 23.7 | 6.4 |
| FS | 42.2 | 4.3 |
| SPANE-balance | 5.6 | 4.6 |
| spane -positive | 22.2 | 2.6 |
| spane-negative | 16.6 | 2.5 |
| EQ-total | 51.5 | 4.8 |
| EQ-decentering | 35.3 | 4.9 |
| EQ-rumination | 16.2 | 2.0 |
| PSS | 22.4 | 5.7 |
| ICECAP-A | 0.82 | 0.11 |
| 瞑想実践時間 (分/日) | 20.0 | 7.8 |

mean: 平均, sd: 標準偏差

表 3 副次評価項目

| | 介入前 | | 介入後 | | 変化 | | |
|----------------------------|------|------|------|------|----------------|------|---------|
| | mean | sd | mean | sd | mean of change | se | p value |
| 臨床尺度スコア | | | | | | | |
| FFMQ-total | 46.5 | 4.4 | 50.8 | 4.6 | 4.32 | 0.77 | <0.001 |
| FFMQ-observing | 8.3 | 1.3 | 9.9 | 1.7 | 1.58 | 0.32 | <0.001 |
| FFMQ-non reactivity | 8.7 | 0.9 | 9.2 | 1.0 | 0.47 | 0.30 | 0.13 |
| FFMQ-non judging | 11.1 | 1.7 | 12.1 | 1.9 | 1.05 | 0.31 | <0.01 |
| FFMQ-describing | 9.6 | 2.0 | 9.9 | 2.4 | 0.32 | 0.24 | 0.21 |
| FFMQ-acting with awareness | 8.8 | 1.7 | 9.7 | 1.8 | 0.89 | 0.30 | <0.01 |
| UWES-total | 53.3 | 11.7 | 57.1 | 11.2 | 3.74 | 1.34 | 0.01 |
| UWES-vigor | 15.6 | 4.1 | 17.5 | 4.3 | 1.95 | 0.65 | <0.01 |
| UWES-dedication | 19.2 | 4.1 | 20.2 | 3.9 | 1.00 | 0.52 | 0.07 |
| UWES-absorption | 18.6 | 4.1 | 19.4 | 3.6 | 0.79 | 0.42 | 0.08 |
| SWLS | 22.8 | 4.9 | 23.7 | 6.4 | 0.89 | 0.69 | 0.21 |
| FS | 40.3 | 4.3 | 42.2 | 4.3 | 1.84 | 0.60 | <0.01 |
| SPANE-balance | 3.5 | 4.8 | 5.6 | 4.6 | 2.11 | 0.80 | 0.02 |
| spane -positive | 20.9 | 3.2 | 22.2 | 2.6 | 1.26 | 0.58 | 0.04 |
| spane-negative | 17.5 | 2.9 | 16.6 | 2.5 | -0.84 | 0.62 | 0.19 |
| EQ-total | 46.5 | 6.0 | 51.5 | 4.8 | 5.00 | 0.98 | <0.001 |
| EQ-decentering | 30.2 | 5.1 | 35.3 | 4.9 | 5.05 | 0.84 | <0.001 |
| EQ-rumination | 16.3 | 2.9 | 16.2 | 2.0 | -0.05 | 0.62 | 0.93 |
| PSS | 25.8 | 4.8 | 22.4 | 5.7 | -3.47 | 1.10 | <0.01 |
| ICECAP-A | 0.75 | 0.16 | 0.82 | 0.11 | 0.07 | 0.03 | 0.02 |
| 瞑想実践時間 (分/日) | 0.9 | 2.5 | 20.0 | 7.8 | 19.35 | 1.80 | <0.001 |