

集団認知行動療法の研修体制の確立と研修効果の測定に関する研究

分担研究者：藤澤 大介（慶應義塾大学）

久我 弘典（国立精神神経医療研究センター）

研究趣旨：質が担保された集団精神療法が広く全国で実施されるために、集団精神療法の持続可能な研修体制を構築する方法論を明らかにすることが、本分担課題の目的であった。次の3点を実施した； 1) 全国で実施可能な、少ないマンパワーで実施可能な集団認知行動療法実践者養成プログラムの開発、2) その効果測定、3) 全国体制での研修体制確立のための課題・ニーズの把握。

その結果、ビデオ教材を用いた、受講しやすく、少ないマンパワーでの実施が可能な研修プログラムが開発され、全国から参加した20名の受講者を対象に、効果が予備的に示された。全国で集団精神療法を実践する上での課題とニーズが明らかになった。

研究協力者（50音順）

岡田佳詠（国際医療福祉大学）

田島美幸（慶應義塾大学）

熊谷直樹（相模原市精神保健福祉センター）

田村法子（慶應義塾大学）

辻本哲士（滋賀県精神保健福祉センター）

A. 研究目的

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

分担研究者らは、厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）令和3～5年度厚生労働科学研究「効果的な集団精神療法の施行と普及および体制構築に資する研究」（課題番号21GC1015、以下21GC1015研究とする）において、集団認知行動療法のコア・コンピテンシーを明らかにし、それを習得する研修プログラムを作成した。プログラムには、認知行動療法以

外のアプローチによる集団精神療法にも共通する、共通治療要因（アメリカ集団精神療法学会、2014）、プロセス要因（ビーリング、PJら、2018）、集団の管理運営を含めた。

同プログラムを受講した36名を対象とした分析では、集団認知行動療法の実施、集団の治療要因やプロセスに関するアプローチ、管理運営に関する自信が、研修前と比較して研修後に有意に上昇し、研修後6ヶ月後も維持された。

一方で、開発されたプログラムは、講師の力量に負うところが大きく、均質な研修の提供機会を増やすための工夫が重要と考えられた。また、研修受講者修了者らのうち、

研修受講終了後に、スーパービジョン (SV) などの実践に進む者が少ないことも課題としてあげられた。

そこで本研究は次の 3 点を目的として実施した。1) 全国で実施可能な、少ないマンパワーで実施可能な集団認知行動療法実践者養成プログラムの開発、2) その効果測定、3) 全国での実践のための課題・ニーズの把握。

B. 研究方法

1) 全国で実施可能な、少ないマンパワーで実施可能な集団認知行動療法実践者養成プログラムの開発

- ・ 21GC1015 研究の成果物である「うつ病の集団認知行動療法」の患者用テキスト、本研究班分担課題（担当：菊地俊暁）で開発された実践者マニュアル内容を、研修プログラムに反映させる。
- ・ 認知行動療法の各スキルのデモンストレーション場面をビデオ教材にする。

2) 効果測定

前項のプログラムの効果検証を行う。

■ 研究方法の概要

一日研修と SV の 2 本立てとし、医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士等）を対象に研修を提供する。研修前後の 2 時点での認知行動療法の知識、集団認知行動療法の実践力の習得度を測定した。さらに 6 ヶ月後の集団 CBT の実践度を評価する。希望者に SV を提供し、SV の方法について検討することとした。

■ 研究デザイン

単群前後比較研究

■ 対象者と募集方法

精神保健福祉センター長会を通じて全国への周知を行った。対象者の選択基準は、集団認知行動療法の実践者、または、集団認知行動療法実施施設において管理・運営に携わる者で、①精神科領域で 2 年以上の臨床経験を有する医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士・薬剤師等）、②12 時間以上の CBT の研修受講または実務経験のあること（管理・運営者の場合は②を必須としない）とした。

研究の説明は依頼文書を用いて研修開始前に行い、文書で同意を得た。

■ 集団 CBT 実践者養成研修プログラム

①一日研修

研修内容は表 1 の通りである。研修プログラムの、治療全体の中での集団認知行動療法の位置付け、各スキルのロールプレイでは、1) で作成したデモンストレーションビデオを使用した。

9:00	講師紹介・本日のスケジュール
9:05	研究説明 アンケート回答
9:20	治療全体の中での集団認知行動療法の位置付け
9:45	セッションの望ましい形 (UCL/ G-CTS)
10:30	<休憩 10分>
10:40	ロールプレイ① 行動活性化
11:50	<お昼休憩 60分>
12:50	ロールプレイ② 認知再構成
14:10	ロールプレイ③ 問題解決技法
15:15	<休憩 10分>
15:25	コミュニケーション (デモ・ロールプレイ視聴)
15:45	管理・運営について
16:00	グループディスカッション 集団認知行動療法を施設で開始・継続するために必要な事項・困難
16:30	Q & A
16:40	今後の予定 (スーパービジョンの方法など)
16:50	終了時アンケート回答
17:10	終了

表1) 研修プログラム内容

②SV

SV は、①一日研修後、集団 CBT の実践力を高め、集団 CBT の質の担保とコンピテンシー獲得のために設定した。研修修了者のなかから希望者を募り、希望者の実施する集団 CBT のなかの 2 セッションを選定

し、2回実施することとした。

■ 評価項目及び評価方法

一日研修前、一日研修後、6ヶ月後の3時点で、CBTの基礎的知識については認知療法意識尺度(CTAS)を測定する。集団CBTの実践、集団の治療要因やプロセスに関するアプローチ、管理運営に関する理解度、研修の満足度についてはオリジナルの質問紙で尋ねた。

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

■ 統計解析方法

研修前後の比較では記述統計およびWilcoxonの符号付順位検定、6ヶ月後を含めた分析ではFriedman検定およびBonferroni法を用いた。

3) 受講者の実践につながりやすい、研修体制確立のための課題・ニーズ調査

2)の集団CBT実践者養成研修プログラム時に、集団CBTの開始や効果的実践の上での課題について、グループディスカッションを実施した。以下の基準で参加者をグループ分けし、2つのテーマについて、ディスカッションを行なった。

ディスカッション・テーマは、

- ① 施設における実施上の課題や支援ニーズ
 - ② 自身の実践者としての課題や支援ニーズ
- であった。

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

1) 受講しやすく、少ないマンパワーでの実施が可能な研修プログラムの開発

以下について、ビデオ教材を作成した。

- ・治療全体の中での集団認知行動療法の位置付け
- ・認知再構成法の講義、デモンストレーション・ロールプレイ場面
- ・行動活性化の講義、デモンストレーション・ロールプレイ場面
- ・問題解決の講義、デモンストレーション・ロールプレイ場面
- ・コミュニケーションスキル(アクティブ・リスニング、アサーティブな伝え方)の講義、デモンストレーション・ロールプレイ場面
- ・トラブルシューティング: 集団CBT実施中に、実践者が対応に苦慮する場面への対応

2) 効果測定

本報告時点では、研修終了後6ヶ月を経過していないため、研修前後での比較について報告する。

1. 対象者の概要

参加基準を満たす18名が参加した。参加者内訳は、医師9名(50.0%)、看護師3名(16.7%)、心理士(臨床心理士/公認心理師)4名(22.2%)、精神保健福祉士2名(11.1%)であった。精神科臨床経験年数は平均16.7年(SD 11.6)、個人対象のCBT実施経験は平均4.4年(SD 5.1)、CBTに限らない集団対象の実務経験は6.9年(SD 7.8)、研修受講経験については、研修受講経験が30時間未満の者が7名(38.9%)、CBTのスーパー

ービジョンを受けた経験がない者が 8 名 (44.4%) であった (表 2)。調査時点での集団 CBT 実施状況は、13 名 (72.2%) が実施しておらず、その理由として、「時間が取れない」、「実施できるスタッフ不足」、「職務役割上、別の業務」などがあげられていた (表 3)。

職種	n	%
医師	9	50.0
看護師	3	16.7
心理士 (臨床心理士あるいは公認心理師)	4	22.2
作業療法士	0	0.0
薬剤師	0	0.0
精神保健福祉士	2	11.1
臨床・研修受講経験		
精神科臨床経験年数 (平均, SD)		
5年未満	4	22.2
5年以上10年未満	2	11.1
10年以上20年未満	5	27.8
20年以上	7	38.9
認知行動療法の研修受講時間数 (平均, SD)		
30時間未満	7	38.9
30時間以上	10	55.6
認知行動療法のスーパービジョンを受けた時間数 (平均, SD)		
経験なし	8	44.4
10時間未満	3	16.7
10時間以上	7	38.9
個人対象の認知行動療法実施経験年数 (平均, SD)		
3年未満	10	55.6
3年以上	8	44.4
集団対象の実務経験年数 (平均, SD)		
3年未満	7	38.9
3年以上10年未満	3	16.7
10年以上	7	38.9

表2) 参加者の背景情報 (n=18)

	n	%	
現在、集団認知行動療法を実施しているか (n=18)	実施している	5	27.8
	実施していない	13	72.2
集団CBTの実施期間 (n=5)	3ヶ月	1	20.0
	5ヶ月	1	20.0
	12ヶ月	2	40.0
	72ヶ月	1	20.0
実施している場合の総回数 (平均, SD)	64.2	77.3	
実施していない理由 (n=13, 複数回答)	時間が取れない	3	
	実施できるスタッフ不足	3	
	診療報酬上の課題	1	
	職場内での理解がない	1	
	その他*	8	
	無回答	5	

表3) 参加者の集団認知行動療法実施状況

2. 集団へのアプローチ等に関する研修前後の比較 (表 4)

ほとんどの項目で研修前と比較して研修後は自己評価が有意に上昇した。一方で、集団の治療要因やプロセスのうち、「個人から

グループへ注目を転換する自己焦点の転換を促すアプローチ」については、研修前の「あまりできない」という自己評価から、研修後には「どちらとも言えない」に上昇したが、有意な差ではなかった。

	令和6年度の結果			令和5年度の結果			
	中央値		p値	中央値		p値	
	研修前	研修後		研修前	研修後		
効果的に実施する自信	2.5	4.0	0.001	3.0	4.0	<.01*	
集団CBTの知識・スキルの習得度	3.0	4.0	0.004	3.0	4.0	<.01*	
集団の治療要因やプロセス	強固主義の雰囲気提供	3.0	4.0	<0.001	3.0	4.0	.04*
	グループの一体性を促すアプローチ	3.0	4.0	0.001	3.0	4.0	.04*
	グループ学習を可能にするアプローチ	3.0	4.0	0.004	4.0	4.0	0.06
	個人からグループの自己焦点の転換	2.0	3.0	0.157	3.0	4.0	.01*
	不適応関係/パターンの修正	2.0	3.0	0.112	3.0	4.0	0.14
	グループ凝集性の向上	3.0	4.0	0.008	3.0	4.0	.01*
	グループ場における情動処理	2.5	3.0	0.005	3.0	3.0	0.17
集団CBTの準備	開始までの準備	3.0	4.0	0.002	4.0	4.0	.01*
	多職種との調整	4.0	4.0	0.004	4.0	4.0	0.12
	実施中の時間やリスク等の管理運営	3.5	4.0	0.003	4.0	4.0	0.51
	終了後のフォロー	3.5	4.0	0.008	3.5	4.0	.02*
集団CBTのCTAS	認知再構成法の実施	3.0	4.0	0.005	3.0	4.0	.00*
	行動活性化の実施	3.0	4.0	0.002	3.5	4.5	.02*
	問題解決技法の実施	3.5	4.0	0.004	3.0	4.0	.01*
	対人関係技法の実施	3.0	4.0	0.003	3.0	4.0	<.01
CTAS	32.5 ± 3.03	33.8 ± 3.17	0.037	31.3 ± 4.1	37.7 ± 3.2	<.001	

表4) 本報告書での研修前後の中央値の比較、令和5年度の研修前後の中央値比較
*p<.05

3. CTAS の研修前後の比較 (表 4)

研修前は平均 32.5 点 (SD 3.03)、研修後は平均 33.8 点 (SD 3.17) で、CTAS の得点は有意に上昇した (p=0.04)。

4. 研修会の有用性と満足度

有用性、満足度いずれも、18 名の参加者中、3 名(17%)が「ある程度役に立つ」、15 名(83%)が「大いに役立つ」と回答した。

3) 全国体制での実践のための課題・ニーズ調査

各グループのディスカッション内容の要点をまとめた。

■ 課題

- 介入の質の担保
- スタッフの育成・異動による継続性の問題
- 参加者の参加頻度や疾患によるニーズの違いへの対応の難しさ

- ・ 職域との連携不足
- ・ 公共スペースの確保
- ・ 特定の疾患を持つ参加者を受け入れる際の困難
- ・ 心理士や看護師の教育課程において集団CBT自体に接する機会が少なく、個人療法が中心になりがち
- ・ 研究費の確保
- ・ 研究の場合、参加者リクルートのエフォート、説明と同意を得る対象（施設長、参加者個人、主治医、他の参加者の同意）
- ・ 診療報酬がコストに見合わない

■ ニーズ

- ・ スーパービジョンの継続的な提供
- ・ 実践的なプログラムを提供している施設の情報共有
- ・ 多職種間の協力
- ・ 実施への意欲を高めるためのサポート（テキスト、マニュアル、スーパービジョンなど）
- ・ 大学教育機関などでの実践例の情報共有

D. 考察

本研究は、21GC1015研究で得られた研究成果をもとに、次の3点を目的として実施した。1) 受講しやすく、少ないマンパワーでの実施が可能な集団CBT実践者養成プログラムの開発、2) その効果測定、3) 全国体制での研修体制確立のための課題・ニーズ調査。

受講しやすく、少ないマンパワーで集団CBT実践者養成プログラムが実施できるよう、講義、ロールプレイのデモンストレーション場面を映像教材とした。結果、21GC101

5研究とほぼ同等の効果が得られ、有用性・満足度ともに高かった。講義、ロールプレイが映像教材となったことで、事前学習が可能となり、時間を短縮した研修の実施につながると考えられる。

また、受講者が自施設で実践するための、課題とニーズが明らかになった。

E. 結論

1. 全国レベルで実施しやすい集団認知行動療法の研修プログラムが開発された。
2. 同研修プログラムの有用性が予備的に実証された。
3. 受講者が自施設で集団精神療法を実践するための課題とニーズが明らかになった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

【国外】

- 1) Uneno Y, **Fujisawa D**, et al. (2024). "Self-compassion-based online group psychotherapy for bereavement-related grief: The COMPACT feasibility trial." *Gen Hosp Psychiatry* 2024;90:116-123
- 2) **Sado M**, **Fujisawa D**, et al. Cost-effectiveness analysis of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary mental health care settings alongside a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*:15 :1391786, 2024

【国内】

- 1) 田島美幸、藤澤大介、田村法子、近藤裕美子、原祐子、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、吉永尚紀、大野裕. 精神科医療機関における集団精神療法の実施状況に関する全国調査. 精神療法 50(4) 563-571, 2024
- 2) 片山奈理子、藤澤大介. 認知行動療法におけるリカバリー. 精神療法 50(5), 677-681, 2024
- 3) 菊地俊暁、藤澤大介、伊藤正哉、石川亮太郎、樽谷精一郎. 各疾患における認知行動療法の共通点と相違点：Generic Model と Specific Model. 認知療法研究 17(2), 135-146, 2024
- 4) 藤澤大介、岡田佳詠、田島美幸、熊谷直樹、向山晴子、耕野敏樹、松本和紀. 集団認知行動療法の普及に向けて：全国の状況と取り組み. 認知療法研究 17(2), 125-134, 2024

2. 学会発表

【国外】

- 1) Fujisawa D, Park S, Sato Y, Takita Y, Tamura N, Morishita J, Sado M, Ninomiya A, Kosugi T, Ishii T. Effectiveness of a group Mindfulness and Compassion-Based Stress and Burnout Reduction Program for Healthcare Professionals (MaHALO program): a randomized controlled trial. World Congress of Psycho-Oncology, 2024.9.24-27, Maastricht, Netherland

【国内】

- 1) 采野優, 小寺康博、菊池亨子、山田美紗子、杉谷麻里、寺戸沙織、前原寛子、坂本結里、管生聖子、谷晴加、清水亜紀子、久保陽子、藤澤大介、武藤学. 死別を経験した人を対象としたセルフコンパッションに焦点を当てた WEB 開催心理療法に関する実施可能性試験：the COMPACT feasibility trial. 第 29 回日本緩和医療学会・第 37 回日本サイコオンコロジー学会合同学術大会（神戸, 2024 年 6 月 14-15 日）最優秀演題
- 2) 藤澤大介. がん領域における不眠ケア・認知行動療法. 第 120 回日本精神神経学会学術総会（札幌市, 2024 年 6 月 20 日-6 月 22 日. オンデマンド）
- 3) 藤澤大介. マインドフルネス心理療法の概略と展開. 第 120 回日本精神神経学会学術総会（札幌市, 2024 年 6 月 20 日-6 月 22 日）
- 4) 藤澤大介. マインドフルネスとコンパッションに基づくストレス・燃えつき低減プログラム：MaHALO program. 第 120 回日本精神神経学会学術総会（札幌, 2024 年 6 月 20 日-6 月 22 日）
- 5) 藤澤大介. 個人・集団認知行動療法の均てん化に向けた実態調査・基盤マニュアル・研修体制の整備. 第 120 回日本精神神経学会学術総会（札幌, 2024 年 6 月 20 日-6 月 22 日.）
- 6) 藤澤大介. ベックの認知療法における認知と行動(シンポジウム CBT における「認知」と「行動」). 第 16 回日本不安症学会／第 24 回日本認知療法・認知行動療法学会（九州大学, 2024.7.19-

20.)

- 7) **藤澤大介**. 世界認知行動療法連合学会 (WCCBT) トレーニングガイドライン (シンポジウム 認知行動療法の医学教育パスウェイ: 行動科学から専門医育成まで). 第 16 回日本不安症学会 / 第 24 回日本認知療法・認知行動療法学会 (九州大学, 2024.7.19-20)
- 8) 根本友見、**岡田佳詠**、**藤澤大介**、天野敏江、中島美鈴、高橋章郎、岡島美朗、**田村法子**、大嶋伸雄、吉永尚紀、丹野義彦. 集団認知行動療法実践者養成プログラムの効果検討—6 ヶ月後のデータ分析から—. 第 16 回日本不安症学会 / 第 24 回日本認知療法・認知行動療法学会 (九州大学, 2024.7.19-20)
- 9) **藤澤大介**. 木を見て森も見る: 集団精神療法における個人・集団・チームの見立て. 日本マインドフルネス学会第 11 回大会 (慶應義塾大学三田キャンパス 2024.10.27)
- 10) **藤澤大介**. 服薬指導に活かす認知行動療法. 第 18 回日本薬局学会学術総会シンポジウム「患者の考え方を理解し、寄り添った対応ができる薬剤師を目指すために」. 横浜市, 2024.11.3

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