令和 7 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

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）
菊地　俊暁（慶應義塾大学）
佐藤　泰憲（慶應義塾大学）

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る。令和 7 年度は以下を実施した。1）オンライン型の集団認知行動療法実践者養成研修プログラムの開発、2）3 つの研修形式（対面、ハイブリッド、完全オンライン）の効果の比較検証、3）学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築。4）集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）の作成。
その結果、オンライン版の研修プログラムが開発された。集団認知行動療法の実践力習得度において、対面、ハイブリッド、完全オンラインのいずれの研修形式でも同等の向上が示された。研修プログラムのビデオ教材とテキスト、および、本研究課題の前身である厚生労働科学研究「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」で作成されランダム化比較試験で効果が実証されたうつ病の集団認知行動療法プログラムのテキストと実践者マニュアルを認知行動療法の情報公開サイト“CBT マップ”に掲載し、広く視聴可能とした。集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）が作成された。

研究協力者（50 音順）
岡田佳詠（国際医療福祉大学）
熊谷直樹（相模原市精神保健福祉センター）
辻本哲士（滋賀県精神保健福祉センター）
田島美幸（慶應義塾大学）
田村法子（慶應義塾大学）

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、令和 3〜5 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）「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（以下、集団 CBT とする）のコア・コンピテンシーを明らかにし、それを習得する対面型の研修プログラムを開発した。

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

を増やす工夫として、少ないマンパワーで実施可能な、ハイブリッド型（ビデオ教材を用いた講義＋対面でのロールプレイ）の集団 CBT 実践者養成研修プログラムを令和 6 年度に本研究で開発した。予備的な検証の結果、対面型と同等の習熟度の向上がみられた。研修体制を確立する上での課題・ニーズとして、「集団 CBT 自体に接する機会の少なさ」「介入の質の担保」「実施への意欲を高めるサポート（プログラムのテキストやマニュアル、スーパービジョン（SV）など）」「実践例の情報共有」などがあがった。

こうした背景から、本年度は、1）完全オンライン型研修の開発、2）3 つの研修形式の効果の比較検証、3）学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築、を目的として研究を進めた。

B．研究方法

1）完全オンライン型研修の開発

■ 研修方法の概要

本研修は、対面型、令和 6 年度実施のハイブリッド型と同様に、研修と SV の 2 本立てとし、研究協力を得られた医療従事者（医師・看護師・心理師・作業療法士等）を対象として研修を実施し、研修前後 2 時点での集団 CBT の実践力の習得程度および CBT の基礎的知識を検討した。さらに 6 ヶ月後の集団 CBT の実践力の習得程度を検討することとした。また、研修終了後、希望者に SV を 2 回実施して SV の方法について検討することとした。

■ 対象者と募集方法

研修の対象者は、集団 CBT の実践者（予定を含む）、または、集団 CBT 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。

募集は、精神保健福祉センター長会での周知、および、本研究の課題分担研究者・研究協力者を通じて行った。

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。

■ オンライン型集団 CBT 実践者養成研修プログラム

①研修

事前のビデオ学習（約 2 時間）と、当日のオンラインでの実践演習（4 時間 30 分）で構成した。

事前のビデオ学習（表 1）は、本研究班で令和 6 年度に作成したビデオ教材を使用した。ビデオ教材を Google ドライブに格納し、URL を受講者に共有する形式で配信した。

表1）事前学習内容

	タイトル
1	治療全体の中での集団認知行動療法の位置付け
2	CBGT実施に必要な事項（ロンドン大学コンピテンシーリスト）
3	集団の治療要因・プロセスと治療技法
4	G―CTSについて
5	行動活性化講義
6	行動活性化デモRP
7	認知再構成講義
8	認知再構成デモRP
9	問題解決技法講義
10	問題解決技法デモRP
11	コミュニケーション講義
12	コミュニケーション（アクティブ・リスニング望ましい例）
13	コミュニケーション（アクティブ・リスニング 望ましくない例）
14	コミュニケーション（アサーション）
15	管理・運営
グループのトラブルシューティング	
16	－認知再構成_結果が変わらない（気分が変わらない場合への対応）
17	－遅刻はよくない（否定的なコメントをする参加者への対応）
18	－隣の人と話し出す
19	－別の話題で盛り上がる
20	－演習中に宿題をする

CBGT：集団認知行動療法、G-CTS：集団認知療法治療者尺度、RP：ロールプレイ

当日の研修プログラムは表 2 の通りであった。zoom を利用し、ロールプレイ時のワークシートの記入には zoom ホワイトボード機能や、ファイルの画面共有で対応した。

表2）研修当日タイムテーブル

開始	所要分数	内容
13:00	5	スタッフ紹介/ 本日のスケジュール
13:05	5	研究の説明
13:10	5	グループワークの説明
13:15	60	グループワーク① 行動活性化
		デモRP視聴と大枠の説明（どういうシーンか簡単に解説、RPの到達点）
		リーダー、サブリーダー、患者A～Dを決めていただく
		ロールプレイの実施
		ふりかえり
		ふりかえりのシェアとQ&A
14:15	10	休憩
14:25	65	グループワーク② 認知再構成
		デモRP視聴と大枠の説明（どういうシーンか簡単に解説、RPの到達点）
		リーダー、サブリーダー、患者A～Dを決めていただく
		ロールプレイの実施
		ふりかえり
		ふりかえりのシェアとQ&A
15:30	10	休憩
15:40	65	グループワーク③ 問題解決
		デモRP視聴と大枠の説明（どういうシーンか簡単に解説、RPの到達点）
		リーダー、サブリーダー、患者A～Dを決めていただく
		ロールプレイの実施
		ふりかえり
		ふりかえりのシェアとQ&A
16:45	10	休憩
16:55	15	講義「管理・運営」
17:10	10	総合Q&A
17:20	10	終了時アンケートURL配信、SV説明
17:30終了		

②SV

SV は、①の研修後、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

事前学習実施前、当日の実践演習後、実践演習 6 ヶ月後の 3 時点で、実践力の習得度をオリジナルの質問紙で尋ねた。質問の内容は、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などからなる 17 項目、5 件法。CBT の基礎的知識については認知療法意識尺度（Cognitive Therapy Awareness Scale: CTAS）を用いて測定した。開催形式の希望、研修の満足度、研修の有用性を 5 段階で尋ねた。

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こととした。

2）3 つの形式の研修の効果の比較

21GC1015 研究で実施した対面型研修データ、本研究課題で令和 6 年度に実施したハイブリッド型研修データ、1）のオンライン型研修データを用いて、研修効果の比較検討を行った。本報告時点では、オンライン型の研修終了後 6 ヶ月を経過していないため、研修前後でのデータを用いた。3 タイプの研修形式の構成は次の通りである。

a）対面群：講義、ロールプレイともに対面で実施（1 日 6 時間）

b）ハイブリッド群：会場で講義をビデオ視聴しロールプレイを対面で実施（1 日 6 時間）

c）オンライン群：事前のビデオ講義視聴（2 時間程度）＋当日オンラインでのロールプレイ実施（4 時間半）

主要評価項目は実践力習得度、副次評価項目は CTAS とした。非ランダム化試験のため 3 群の背景情報の比較を行い、研修効果の比較は共分散分析（ANCOVA）を実施した。

3）学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築

国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターが監修する認知行動療法の

情報公開サイト（CBT マップ：https://cbtmap.ncnp.go.jp/）に、令和 6 年度に作成したビデオ教材、21GC1015 研究で作成した「うつ病の集団認知行動療法プログラム」の教室テキスト、本研究課題で令和 6 年度に作成した同プログラムの実践者マニュアルを掲載することとした。

4) 集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリストの作成

上述の３つの形式の研修の過程で、研修資料、および、研修参加者の相互討論から、集団精神療法プログラムの立ち上げに必要な過程を抽出し、チェックリスト（案）を作成した。

（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）完全オンライン型研修の実施

全国から 16 名の申し込みがあった。参加者の精神科臨床経験年数は平均 11.8 年（SD 7.2）、職種は心理師が 7 名、精神保健福祉士 4 名、医師 2 名、看護師 1 名であった。CBT の研修受講経験時間は平均 20.3 時間（SD 18.1）、個人スーパービジョンの経験時間数は 7.0 時間（SD 12.4）であった。集団の実務経験年数は 8.3 年（SD 6.4）で、調査時点で集団 CBT を実施している者は 6 名（42.9%）、実施していない者は 8 名（57.1%）で、その理由として、実施できるスタッフの不足を挙げていた。事前の実践力の習得度は 48.2（SD 14.1）、CTAS は 32.4（SD 2.9）であった。

事前学習状況について、Google ドライブへ 8 名のアクセスが確認された。講義動画の視聴状況をファイルが開かれた回数で確認したところ、「治療全体の中での集団認知行動療法の位置付け」の動画ファイルが最も開かれた回数が多く（38 回）、次いで「ロンドン大学のコア・コンピテンシーリスト」（33 回）であった。各スキルの講義よりも、スキルのデモンストレーション・ロールプレイの方が、開かれた回数が多かった。

当日のオンライン実践演習については、2 名が欠席し、14 名が 3 つの演習グループに分かれて受講した。研修直後の実践力の習得度は 60.3（SD 6.7）、CTAS は 32.2（SD 3.0）であった。

実施後の有用性は、6 名（43%）が「ある程度役立つ」、8 名（57%）が「大いに役立つ」と回答した。満足度も、7 名（50%）が「ある程度満足」、7 名（50%）が「大いに満足」、と回答した。

研修の開催形式の希望は「すべてオンラインがよい」（4 名）、「オンラインの事前学習と現地参加のロールプレイがよい」（6 名）、「すべて現地参加がよい」（3 名）、「その他」（1 名）であった。理由には、「オンラインは費用面で助かる」「現地参加での直接のコミュニケーションの良さ」があげられた。

講師スタッフのふりかえりでは、「オンライン開催は参加ハードルが下がり、提供の機会が拡大する」「事前学習の実施度が不明」「現地参加は合間の時間を含めた会話から疑問が解決したりする」「オンラインだと、セラピストとしての非言語的な部分の練習が難しい」といった意見があった。

SV については、本報告時点で実施申込がなく、実施していない。

2）3 つの形式の研修の効果の比較

1. 対象者の概要

対面群（n=34）、ハイブリッド群（n=18）、完全オンライン群（n=16）の合計 68 名のうち、完全オンライン群で研修に参加しなかった 2 名を除いた 66 名を解析対象者とした。

２．実践力習得度

開催形式による有意な主効果は認められず、全群で同等の点数の向上がみられた（$F(2, 49) = 1.48, p = 0.24,$ 偏 $\eta^2 = 0.06$）。

３．CTAS

開催形式による有意な主効果が示された（$F(2, 49) = 3.26, p = 0.47,$ 偏 $\eta^2 = 0.12$）。対面群のみ、研修前後での得点が上昇していた。

3) 学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築

サイトに掲載した動画は表 1 と同様である。ビデオ内容に応じた講義テキストやロールプレイで用いるワークシートをダウンロードできるようにした（図 1~4. CBT マップ画面）。また、21GC1015 研究で作成した「うつ病の集団認知行動療法プログラム」の教室映写用スライド、演習用ワークシート、本研究課題において令和 6 年度に作成した同プログラムの実践者マニュアルを掲載した。

サイトは ID とパスワードで管理し、本年度を含めた過去の集団 CBT 実践者養成研修受講生に周知した。

4) 集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）の作成

７つのステップ段階からなる、集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）を作成した（別資料）。

D. 考察

本研究は、21GC1015研究で得られた研究成果および本研究課題令和6年度の成果をもとに、次の3点を目的として実施した。1）オンライン型の集団認知行動療法実践者養成研修プログラムの開発、2）3つの形式（対面、ハイブリッド、オンライン）の研修の効果の比較検証、3）学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトの構築。

オンライン型研修プログラムが開発されたことは、全国からの参加のハードルの軽減につながると考えられる。

集団CBTの実践力習得度について、対面型、ハイブリッド型と同等の研修効果が得られることが明らかとなった。なお、本研究の評価は、受講者の主観である点に注意が必要である。

認知行動療法の知識（CTAS）については、対面群では、「治療全体の中での集団認知行動療法の位置付け」の講義に、認知行動療法の基礎知識について復習する内容を組み入れていたが、ビデオ教材は講義テーマに特化して解説した。そのため、ハイブリッド群・オンライン群にはCBTの基礎知識を再確認するパートがなかった。ビデオ教材を用いた場合（現地での映写、または、オンデマンド）、動画教材の内容だけでなく、講師などが適宜、認知行動療法の基礎知識などの補足説明を行ったり、積極的な質疑応答時間を設けたりするなどの工夫がより効果

的な研修につながると考えられた。

本研究では、認知行動療法の情報公開サイト（CBT マップ）に、学習資材から効果の実証されたうつ病の集団CBTプログラム、同実践者マニュアルを掲載することで、質の担保された学習から臨床実践の支援を一元化して行う体制を構築した。

集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）を作成した。今後、妥当性の検証が待たれる。

以上から、令和 6 年度に明らかとなった集団精神療法の普及に関する課題に一定の対策を講じたと考えられる。

E．結論

1. 全国から参加可能な、質の担保されたオンライン型の集団認知行動療法実践者養成プログラムを開発した。
2. 対面型、ハイブリッド型、完全オンライン型のいずれの形式でも同等の集団CBTの実践力習得度が得られることが明らかとなった。
3. 学習から臨床実践までの資材を一元化したコンテンツサイトを構築し、令和6年度で明らかとなった課題とニーズに対応可能となった。
4. 集団精神療法プログラム立ち上げのためのチェックリスト（案）を開発した。

F．健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

【国外】

1. Tobita K, Sakamoto H, Inami T, **Fujisawa D**, Takeuchi K, Kikuchi H, Goda A, Soejima K, Kohno T. Preference for advance care planning in patients with pulmonary hypertension. Heart Vessels. 2025 Oct;40(10):925-933.
2. Masuda M, Tobita K, Goda A, **Fujisawa D**, Nakamaru R, Takeuchi S, Koyama K, Tashiro S, Yamada S, Soejima K, Kohno T. Patient perceptions on cardiac rehabilitation participation following hospitalization for acute coronary syndrome. J Cardiol. 2025: S0914-5087(25)00244-8. doi: 10.1016/j.jjcc.2025.09.014.
3. Hasegawa T, Okuyama T, Sadahiro R, Uneno Y, Okamoto Y, Kanno Y, Wada S, Inada S, Igarashi Y, Tanimukai H, **Fujisawa D**. Quality indicators in psychological care for patients with serious illness: A systematic review. Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry 2025: S2667-2960(25)00561-0. doi: 10.1016/j.jaclp.2025.09.002. Online ahead of print.
4. Ito F, Sato T, Horiuchi K, Arai D, Ohgino K, Ishioka K, Terai H, Ikemura S, Yasuda H, Nakachi I, Kawada I, Inoue T, Oyamada Y, Terashima T, Sayama K, **Fujisawa D**, Takeuchi M, Fukunaga K, Naoki K, Soejima K. Health insurance and its psychosocial correlates in patients with advanced lung cancer in Japan. JMA J. 2025;8(3):743-752.
5. Sato T, Manaka H, Kodama M, Nieda R, Kawamura Y, Yamamoto M, Genkai Y, Kezuka Y, Watanabe A, Kaizuka N, Ito H, Sone H, Shirasawa M, Kusuhara S, Kakegawa M, Nakahara Y, **Fujisawa D**, Sasaki J, Naoki K. A Feasibility Randomized

Controlled Trial of Nurse-Led Screening-Based Early Care Program from the Time of Diagnosis for Patients with Advanced Lung Cancer and Their Caregivers. Palliat Med Rep. 2025;6(1):251-262.

6. **Fujisawa D**, Ito M, Nakajima S, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto A, Shima Y, Masukawa K, Miyashita M. Associations between grief, depression and productivity loss among the bereaved families of individuals with cancer. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports 2025 e70266
7. Yamaichi D, Yokoyama K, Uchida H, **Fujisawa D**. Feasibility of Mindfulness-Based Weight Loss Program in an industry setting: a pilot study. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports 2025 Dec 9;4(4):e70265. doi: 10.1002/pcn5.70265.
8. **Fujisawa D**, Yoshikawa E, Fujimori M, Arai S, Kobayakawa M, Kurata A, Kayano A, Ichikura K, Igarashi Y, Otani H, Yanai Y, Baba T, Okajima Y, Abe A, Uneno Y, Matsumoto Y, Asaumi K, Okamura M, Hisamura K, Momino K, Takeuchi E, Sato A, Tamura N, Imai A, Sadahiro R, Okuyama T, on behalf of Japan Psycho-Oncology Society (JPOS) and Japanese Association of Supportive Care in Cancer (JASCC). JPOS/JASCC clinical guidelines for psychological distress in adult cancer patients: a summary of recommendations. Jap J Clin Oncology (in press).
9. Kosugi K, Takahashi T, **Fujisawa D**, Kawaguchi T, Yamaya S, Takehana J, Kubo E, Inoue Y, Ishizuka K, Harada M, Inoue T, Ohtake K, Yamaguchi T, Miura T. Loneliness in cancer patients with minor children before versus during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. Palliative Medicine Reports (in press)
10. Takita Y, Morishita J, Park S, Goda A, Inami T, Kikuchi H, Kohno T, Kataoka M, **Fujisawa D**. Mindfulness-based self-management program using a mobile application for patients with pulmonary hypertension: A single-arm feasibility study. JMIR Cardio 2026;10:e79639 doi: 10.2196/79639
11. Tanaka C, Shinohara Y, Takaoka S, Kawate M, Mashima Y, Hoshino R, **Fujisawa D**, Kosugi S, Wakaizumi K. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on trajectory of mood states in patients with chronic pain: An observational clinical study with single session evaluation. J Clin Med 2026, 15, 1839.

【国内】

1. **藤澤大介**．がん患者における気持ちのつらさガイドライン：概略と作成の経緯．心と社会 200, 80-84, 2025
2. **藤澤大介**．がん・緩和ケアにおける心理療法としての meaning-centered psychotherapy と dignity therapy．老年精神医学雑誌 37(1), 42-46, 2026
3. **藤澤大介**．エビデンス主義精神療法の功罪．臨床心理学 26(2), 132-136, 2026
4. **藤澤大介**．「がん患者における気持ちのつらさガイドライン（2024 年版）」を読み解く．医学のあゆみ 298(8) 2026 (in press)

5. 細川舞、**藤澤大介**、伊藤正哉、中島聡美、竹林由武．遺族の声を臨床に活かす：J-HOPE4 研究(多施設遺族調査)からの学び：家族と仕事．がん看護 30(3), 304-311, 2025

1. **藤澤大介**、村上好恵．がん患者における精神・心理ケアの基本的な考え方．がん看護 30, 510-14, 2025
2. 中島美鈴、福島翔、谷川芳江、金織来多、**藤澤大介**．アディクションへの認知行動療法．認知療法研究 18(2), 91-100, 2025
3. **藤澤大介**、中川敦夫．清水栄司、菊地俊暁、家研也、久我弘典．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まで．認知療法研究 18(2), 69-80, 2025
4. 中尾智博、**藤澤大介**、芝田寿美男、神人蘭、高垣耕企、佐渡充洋、大野裕．CBT における「認知」と「行動」．認知療法研究 19(1), 10-20, 2026
5. 田中智里、**藤澤大介**．マインドフルネス認知療法を簡単に教えてください。うつ病に効果はあるのでしょうか? うつ病１２３の Q&A．精神科治療学．第 40 巻増刊号. 2025.

2. 学会発表

1. **藤澤大介**．認知症介護家族に対する認知行動療法．第 121 回日本精神神経学会学術総会. 2025 年 6 月 19－21 日．神戸
2. 栁井優子、小川祐子、五十嵐友里、竹内恵美、伊藤嘉規、佐藤寧子、笹良剛史、鈴木伸一、**藤澤大介**．がん医療で必要とされる認知行動療法のコア・コンピテンシー作成の試み．第 38 回日本サイコオンコロジー学会．沖縄. 2025.10.10-11 日.
3. 岡田佳詠、根本友見、**藤澤大介**、吉永尚紀、石塚真美．看護系大学院精神看護専攻教育課程における認知行動療法の教育内容・方法・評価に関する調査．第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
4. **藤澤大介**．ベックの認知療法におけるポジティブ感情を引き出す技法 .第 25 回日本認知療法･認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
5. **藤澤大介**．集団認知行動療法の効果的な実践に必要な準備とスキル .第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
6. **藤澤大介**.医療場面での認知行動療法の実践における公認心理師への期待 .第 25 回日本認知療法・認知行動療法学会．東京都、2025 年 11 月 14－16 日
7. 加藤愛理, 三田村康衣, 浜村俊傑, 片柳章子, 梅本育恵, 千葉裕之, 伊藤愛, 上原陽子, 山本洋美, 菊池安希子, 浪久悠, 吉村直記, **久我弘典**. 集団療法としてのリカバリーを目指す認知療法（CT-R）のプログラム開発, 第 19 回日本統合失調症学会, 2025 年 4 月 26-27 日, 大阪府
8. 伊藤愛, 三田村康衣, 梅本育恵, 片柳章子, 井上真里, 加藤愛理, 山本洋美, 千葉裕之, 日吉史一, 白幡洵, 吉田和史, 浜村俊傑, 大野裕, **久我弘典**. リカバリーを目指す認知療法～統合失調症の患者にアプローチした事例報告～, 第 19 回日本統合失調症学会, 2025 年 4 月 26～27 日開催, 大阪府
9. **久我弘典**. 困難の中でアスピレーションをはぐくむ～認知行動療法の最前線：地域から職域まで～, 第 14 回日本ポジテ

ィブサイコロジー医学会学術集会，2025年 12 月，東京都

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）CBT マップ画面―トップ画面一部



図 2）CBT マップ画面―講義画面



図 3）CBT マップ画面―スキル画面



図 4）CBT マップ画面―うつ病の集団 CBT プログラム

