「メンタルサポート医療人とプロの連携養成」とデジタルメンタルヘルスのこれから

清水　栄司[✉1〜3)]

千葉大学「メンタルサポート医療人とプロの連携養成」事業は，2018 年以降，文部科学省「課題解決型高度医療人材養成プログラム」として採択された．日常診療の場で遭遇する軽症の不眠，不安，うつなどをもつ患者および家族に対し，医師（産業医を含む），看護師（産業保健師を含む），歯科医師，薬剤師，コメディカルなどがセルフヘルプをガイドする月 1 回，30 分，計 6 回の簡易（低強度）認知行動療法的アプローチによる相談支援を行うメンタルサポート医療人（英国での psychological wellbeing practitioner に該当）養成をオンライン授業やインターネット教材を活用して行っている．それとともに，精神科医が難治性精神疾患や司法精神保健，依存問題に対して生物–心理–社会的観点からの適切な診断と薬物治療を提供できるメンタルプロフェッショナル養成を行っている．一般医療者と精神科医がともに学ぶネットワークモデルを推進し，全国に普及することをめざし「CBT ラーニング」を立ち上げている．医療のデジタル・トランスフォーメーションの観点から，高強度の認知行動療法は WEB 会議システムによるオンライン面談の形式で提供可能であり，また，低強度の認知行動療法は従来のセルフヘルプのワークブックをアプリ化することで提供可能であるので，デジタルメンタルヘルスの推進とともに，その流れを加速する人材養成が必要である．例えば，不眠症の認知行動療法アプリに関する臨床試験をこれまで行ってきたが，このアプリを普及していくには，その内容をよく知っていて，患者に提供し，適切に指導，相談支援ができる人材養成を行っていく必要がある．また，こころの健康づくりとしての認知行動療法を一般に広めていくため，NPO 法人での認知行動療法サポーター養成を進めている．さらに，2023 年 4 月に設立した千葉大学発ベンチャー「株式会社メンサポ」で拡大した医療人材養成を展開する予定である．

索引用語　**認知行動療法，多職種連携，精神科専門医，うつ不安，プライマリケア**

著者所属：1）千葉大学大学院医学研究院・認知行動生理学　2）千葉大学子どものこころの発達教育研究センター　3）千葉大学医学部附属病院認知行動療法センター
✉E mail：eiji@faculty.chiba-u.jp
編　　注：本特集は第 119 回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに本稿著者を代表として企画された．
受 付 日：2024 年 2 月 14 日
受 理 日：2024 年 8 月 20 日
doi：10.57369/pnj.25-006

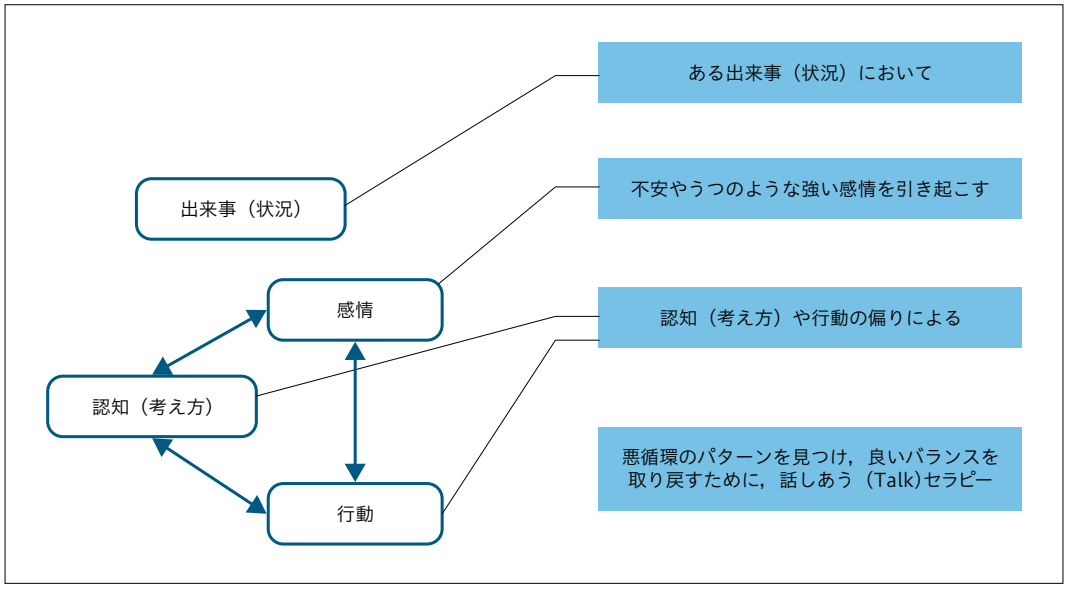

図 1　認知行動療法

はじめに

認知行動療法は，ストレスフルな出来事（状況）に対して，不安やうつのような強い感情を引き起こす認知や，行動の偏りによる悪循環のパターンを見つけ，良いバランスを取り戻すために話しあうセラピーである（図 1）．精神科領域における認知行動療法は，うつ病，不安症では 16 回程度を実施し，その効果は薬物療法と同等以上であることが知られている．また，不眠症は，悪化するとうつ病や不安症といった精神疾患につながりうる．不眠症の認知行動療法は，6 回程度を実施する．千葉大学は，2009 年度から英国の取り組みをモデルにした認知行動療法の専門職人材養成を進めてきた．

2018 年からは，千葉大学「メンタルサポート医療人とプロの連携養成」事業が，文部科学省「課題解決型高度医療人材養成プログラム」として採択された．一般日常診療の場で遭遇する軽症の不眠，不安，うつ，認知症，依存症などをもつ患者および家族が向精神薬依存にならないよう，医師（産業医を含む），保健師（産業保健師を含む），歯科医師，看護師，薬剤師，コメディカルなどがセルフヘルプをガイドする月 1 回，30 分，計 6 回の簡易（低強度）認知行動療法的アプローチによる相談支援を行うメンタルサポート医療人（メンサポ：英国での psychological well-being practitioner に該当）養成をオンライン授業やインターネット教材を活用して行っている．同時に，精神科医が統合失調症や双極性障害などの難治性精神疾患や司法精神保健，ギャンブル依存に対して生物-心理-社会的観点からの適切な診断と薬物治療を提供できるメンタルプロフェッショナル（メンプロ）養成を行っている．一般医療者と精神科医がともに学ぶ症例検討会を演習として行い，うつ不安尺度のデータをもとにした軽症者と重症者の相互紹介ネットワークモデルを推進し，全国に普及するように努めてきた．

その一環として，千葉大学「メンタルサポート医療人とプロの連携養成」事業のメンタルサポート医療人養成コース（インテンシブコース：ボトムアップ）と同じカリキュラム（認知行動療法の基本的知識とスキルを学ぶ「メンタルヘルスサポート学特論」15 コマ 2 単位および認知行動療法の症例検討会から学ぶ「メンタルヘルスエクセルシオール演習」15 コマ 2 単位）を，広く全国の方，学外の方に受講していただけるように，e-learning 学習コンテンツ「CBT ラーニング」（CBT は認知行動療法の英語の cognitive behavioral therapy の略称）を新規の事業として立ち上げ，2020 年度から展開している．本稿では，産業保健の観点で，産業医や産業保健師をメンタルサポート医療人として養成することの意義を含めて述べたい．

Ⅰ．認知行動療法をすべての人に届ける

本事業のミッションは，With/Post コロナ時代に，「認知行動療法をすべての人に届ける」である．日本は，長寿を

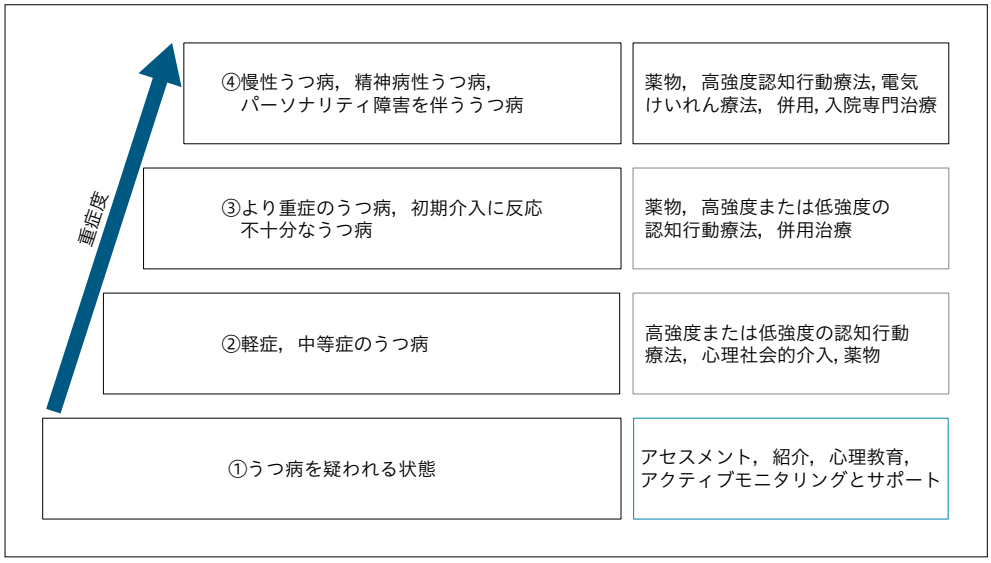

図2　英国NICEのうつ病の臨床ガイドラインによる治療モデル（2022年7月アップデート版）
重症度，過去の治療の反応性，患者の好み・選択により，治療を選択．
（文献13より改変）

はじめとする身体の健康に関しては世界トップだが，幸福度など，精神の健康に関しては低迷している．不眠症をはじめ，うつ病，不安症などに，認知行動療法に基づく医療機器プログラムやオンラインでの認知行動療法を提供したいと思っている．

厚生労働省により3年ごとに実施されている患者調査における精神疾患の外来と入院を含めた総患者数は，2002（平成14）年が約258.4万人，2014（平成26）年が約392.4万人，2017（平成29）年が約419.3万人，2020（令和2）年が約614.8万人と推計され増加傾向[10]の一方，精神疾患を有する約4分の3の地域住民が未受診[9]と推定されている．このような精神疾患を有する多くの患者に適切な診療を提供するためには，機能分担を進め，精神科専門医は難治者用の高度な知識・スキルを，産業保健の現場では産業医，産業保健師，プライマリケアの現場では一般医療のかかりつけ医師，歯科医師，薬剤師，看護師などが軽症者用の基本的な心の支援スキルを身につける必要がある．

2009年に公表された，英国のNational Institute for Health and Care Excellence（NICE）のうつ病の臨床ガイドラインでは，stepped-care model（段階的モデル）により，重症度別に4つの段階に分け，診療の効率化を進めた．図2に示すように，その後，2022年にアップデートされ，matched care modelという呼称に変更されるとともに，重症度，過去の治療の反応性，患者の好み・選択により，患者にマッチしたケアを選択するように小変更が加えられた[13]．

厳密な定義ではないが，高強度の認知行動療法とは，毎週1回50分で16〜20回程度（4〜5ヵ月）の精神療法として提供する形で，低強度の認知行動療法は，毎月1回30分で6回程度（6ヵ月）でセルフヘルプのワークブックやコンピュータプログラムをガイドする形と考えてもらうと，理解しやすいと思う．

うつ・不安の問題に苦しむ人の半数（50%）は，16セッションの認知行動療法を受ければ，1人あたり16万円程度の予算で回復するだけでなく，認知行動療法は薬物療法に比べ，再発率が有意に小さく，回復するまで薬を飲み続けるより経済的負担が少なく，また，患者の4人に3人が心理療法を希望するという根拠に基づき，2008年から英国は，認知行動療法の専門家であるClark, D. M.，経済学者のLayard, R.を中心に，心理学的療法のアクセス改善（Improving Access to Psychological Therapies：IAPT）政策が推進された[4,5,11]．

英国のIAPTで最も重要視された点は，国際的に標準化された簡便な，うつ症状の9項目の尺度Patient Health Questionnaire-9（PHQ-9）および不安症状の7項目の尺度Generalized Anxiety Disorder-7（GAD-7）[12]を用いての治療成績（アウトカム）データベースの構築であり，セラピストが英国全土の97%の症例からアウトカム・データの収集に成功している（IAPT開始以前は，38%であった）．

医療におけるうつ・不安への認知行動療法を活用した段

階的ケアとして，うつ・不安のスクリーニングと診断，重症度による振り分け（トリアージ）が重要である．うつ症状の尺度 PHQ-9 は，27 点満点で，0〜4 点は問題なし，5〜9 点は軽度のうつ病，10〜14 点は中等度のうつ病，15〜19 点は中等度から重度のうつ病，20 点以上は重度と推定することができる．

そこで，英国 NICE ガイドラインをより簡潔にして，医療におけるうつ・不安への認知行動療法を活用した段階的ケアを著者は提唱している．ステップ 1：うつ病を疑われる状態，ステップ 2：軽症うつ病に対しては，毎月 1 回 30 分で 6 回，セルフヘルプをガイドする低強度の認知行動療法を提供する．低強度の認知行動療法に反応がみられない場合や，ステップ 3：重症うつ病では，毎週 1 回 50 分で連続 16〜20 回の高強度の認知行動療法を提供するために，専門家へ紹介する．ステップ 4：生命の危険がある場合は，自殺対策のための入院を含めた危機介入を精神科専門医へ依頼する．

II．低強度の認知行動療法

本事業で想定している低強度の認知行動療法として，ガイドブックあるいはコンピュータによる認知行動療法をメンタルサポート医療人が提供する．およそ 12 週間で完了する内容で，指示に従って 1 日 15〜20 分程度，日記を書くなどのトレーニング学習をするうちに，自然に，うつ・不安の悪循環から抜け出す力をつけてもらうようにする．毎週，うつ・不安の尺度評価の改善も参考にし，患者自身がうつ・不安への対処力がついたことが自覚できるようになる．

最初に，月 1 回 30 分の面接を行い，低強度の認知行動療法が必要である状態を確認し，患者に，低強度の認知行動療法のワークブック（例えば，拙著『自分でできる認知行動療法―うつと不安の克服法―』[16]など）を勧めて，第 1 週：感情をとらえる（感情の点数化），第 2 週：ポジティブな感情になるように自分をほめる（自己肯定の習慣化），第 3 週：考えをとらえ，確信度をつける（認知の同定），第 4 週：別の考えを見つける（認知の再構成）をやってきてもらう．ここで，また，月 1 回 30 分の面接を行い，うつ・不安症状の変化を確認し，再度，低強度の認知行動療法のワークブックのわからない点などの質疑を受ける．そして，第 5 週：思考変化記録表を習慣化する，第 6 週：自己否定，世界否定，完璧主義などの認知バイアスを理解する，第 7 週：くよくよと考え続ける反すうをやめる方法を身につける，第 8 週：快い気分になる行動を活性化させる，をやってきてもらう．ここで，また，月 1 回 30 分の面接を行い，うつ・不安症状の変化を確認し，再度，低強度の認知行動療法のワークブックのわからない点などの質疑を受ける．そして，第 9 週：回避行動を別の行動に変える，第 10 週：不安階層表を作成する，第 11 週：不安に慣れるための曝露を行う，第 12 週：再発防止のためのまとめを行う，をやってきてもらう．ここでまた，月 1 回 30 分の面接をして，うつ・不安症状の変化を確認し，もう一度低強度の認知行動療法のワークブックのわからない点などの質疑を受ける．以上のワークブックで含まれていない，アサーティブ・トレーニングと問題解決法については，メンタルサポート医療人が適宜，必要に応じて対面で提供する．

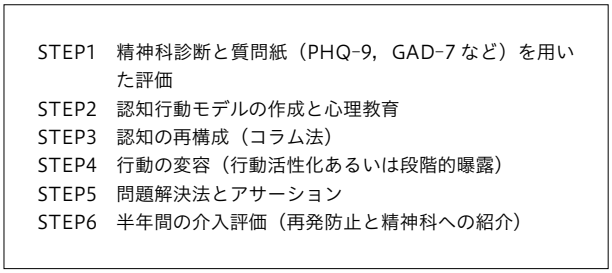

図 3　低強度の認知行動療法の 6 つのステップ

以上のような低強度の認知行動療法を 6 つのステップに分けると図 3 のようになる．

また，社交不安症に対しても，メンタルサポート医療人が低強度認知行動療法を提供することができる．その場合，自己記入式質問紙で簡易な心理検査として保険適用となる Liebowitz Social Anxiety Scale（リーボヴィッツ社交不安尺度）日本語版[1]を用いて重症度を判定し，患者の希望があれば，拙著『自分で治す「社交不安症」―自分に自信が持てる!!―』[18]などのセルフヘルプ用の認知行動療法ワークブックを患者が読んで実践していくことをサポートする方式が挙げられる．それにより，社交不安症の症状改善が期待できる．日本の『社交不安症の診療ガイドライン』でも「患者が対面による認知行動療法を希望しない場合，認知行動療法に基づくサポートつきのセルフヘルプを提案する」こととされている[14]．ちなみに，拙著『自分で治す「社交不安症」―自分に自信が持てる!!―』には，アサーション・トレーニングと問題解決法といった基本的な認知行動療法スキルも紹介されている．

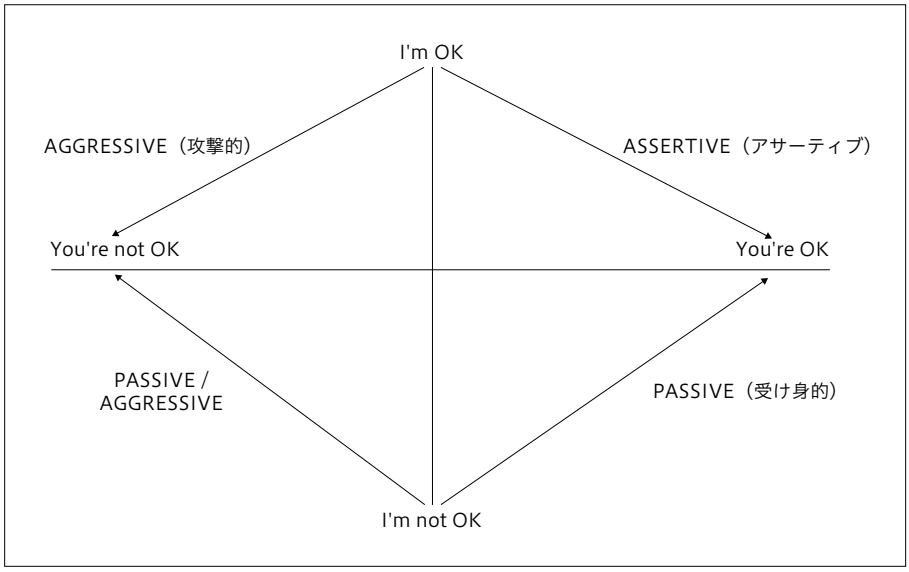

図 4　Assertiveness と I'm OK-You're OK モデル
（文献 8，19 より）

III．アサーション・トレーニングと問題解決法

アサーション・トレーニングは，アサーティブなコミュニケーションのトレーニングとも呼ばれ，Wolpe, J. と Lazarus, A. A. によって開発された積極的な自己主張をできるようにするための方法である[19]．いくつかの方法があるが，ここでは，著者の好む Harris, T. A. の I'm OK-You're OK モデル[8]を加えた図 4 で説明する．アサーティブなコミュニケーションとは，「あなたも OK．私も OK.」というように，相手も自分も肯定する，Win-Win な関係をめざすコミュニケーションのことである．「あなたは OK でない．私は OK.」という攻撃的なコミュニケーションは，ハラスメントの加害者に，「あなたは OK．私は OK でない.」という受身的なコミュニケーションは，ハラスメントの被害者になりがちなので，それらをやめて，アサーティブなコミュニケーションを実践できるように，実際に声に出す会話練習，ロールプレイングのトレーニングを習慣化してもらう．アサーティブなコミュニケーションで，自分と相手の意見の違いをそれぞれ，そのままで良いと受容し，尊重し合って，どちらも正しいとしてとらえ，両者の間にある問題に後で折り合いをつけていく．自分と相手の間に残る問題は，次に述べる問題解決法で，メリット・デメリット分析をして，解決案を決めるのである．

問題解決法は，1970 年代に米国の D'Zurilla, T. J. ら[7]が開始して以来，自分をコントロールするための認知行動療法の技法として多くの臨床家が用いている．ここでは，米国の思春期うつの認知行動療法〔Treatment for Adolescents with Depression Study（TADS）Cognitive Behavior Therapy Manual〕の Curry, J. F. らの RIBEYE という方法を紹介する[6,15]．RIBEYE とはリラックス（Relax），問題の同定（Identify），ブレインストーム（Brainstorm），点数評価（Evaluate），1 つ選ぶ（Yes to one），勇気をもって実行するのみ（Encourage）の頭文字をとった 6 つのステップから構成される．ストレスフルな問題に対して，解決案を 2，3 個，自分自身で挙げて，メリット・デメリット分析を経て，自己決定する作業を行い，20〜30 分程度の短時間で自分で問題解決のためにとるべき行動計画（アクションプラン）を決める習慣が身につけられる．また，くよくよと悩む反すうをやめることにもつながる．

具体的な RIBEYE 法は，以下のとおりである．

1. リラックスする（Relax）：コーヒーを飲む，ゆっくりとした呼吸をする，ストレッチをするなど．
2. 問題を同定する（Identify）：自分の問題が何なのかを具体的に明確に書き出してみる．
3. ブレインストーム（何でもリストアップ）する（Brainstorm）：その問題の解決法を考え，少なくとも 2，3 個書き出す．バカバカしく思えるようなアイデアであっても良い．
4. 点数評価する（Evaluate）：それぞれの解決方法のメ

リット，デメリットを挙げて，点数化する．

5. 1つ選ぶ（Yes to one）：点数評価を参考に，リストから解決法を1つ選ぶ．
6. 実行するのみ（Encourage）：勇気を出して，1つに決めた解決法を実行に移す．

問題解決法のワークシートも千葉大学のサイトからダウンロード可能である[3]．

Ⅳ．認知行動療法のコンピテンス

低強度の認知行動療法を実施する際にも，高強度の認知行動療法と同様に，認知療法尺度-改定版（Cognitive Therapy Scale-Revised：CTS-R）[2,17]によって評価される一定のコンピテンスを治療者が身につけることが望ましい．そのためには，CTS-Rの12項目を十分に理解することが重要である．CTS-Rの12項目は，項目1：話題（アジェンダ）の設定と追随，項目2：フィードバック，項目3：協同作業，項目4：ペース配分と時間の効果的利用，項目5：対人的効果，項目6：適切な感情表現を引き出す，項目7：鍵となる認知を引き出す，項目8：行動を引き出し，計画する，項目9：誘導による発見，項目10：概念的統合，項目11：変化の技法の適用，項目12：宿題（ホームワーク）の設定となっている．

お わ り に

千葉大学学術研究・イノベーション推進機構（Innovation Management Organization：IMO）で進める教員や大学院生のアントレプレナーシップ（起業家精神）を高めるとともに，大学発スタートアップの創出支援を目的としたディープテックスタートアップ創出「第1回なのはなコンペ（アドバンスコース）2021」において，2022年1月，「CBTラーニング―メンタルヘルス支援スキルアップ講座―（メンサポ）」の千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学の廣瀬素久助教，河崎智子特任研究員，著者が優秀賞，野村證券賞，三井住友海上火災保険賞を受賞した．その受賞を契機に，2023年4月に千葉大学発ベンチャー「株式会社メンサポ」を設立した．千葉大学「メンタルサポート医療人とプロの連携養成」事業を大学院教育として継続することに加え，今まで，個人を主として行っていた教育プログラムの提供を，今後は民間企業や地方自治体といった公的機関の集団にも提供し，人材養成の拡大をめざしていく予定である．「認知行動療法をすべての人に届ける」というミッションのために，日本精神神経学会の会員の先生方にも，よりいっそうのご支援を賜りたい．

利益相反

本論文に関連し，開示すべきCOI関係にある企業として，千葉大学発ベンチャー株式会社メンサポがあり，その役員をしています．

謝辞

本事業の人材養成を進めていただいた，伊豫雅臣先生〔千葉大学大学院医学研究院精神医学教授（当時）〕，白澤　浩先生（千葉大学大学院医学研究院分子ウイルス学名誉教授），生坂政臣先生（千葉大学医学部附属病院総合診療科教授），丹沢秀樹先生（千葉大学大学院医学研究院口腔科学名誉教授），石井伊都子先生（千葉大学医学部附属病院薬剤部教授），森　恵美先生（千葉大学大学院看護学研究科リプロダクティブヘルス看護学特任教授），野崎章子先生（千葉大学大学院看護学研究科精神保健看護学講師），吉村健佑先生（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター特任教授）中川彰子先生（千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学特任教授），下条直樹先生（大学院医学研究院小児病態学名誉教授），杉田克生先生（千葉大学子どものこころの発達教育研究センター特任教授），内川英紀先生（東千葉メディカルセンター小児科・千葉大学大学院医学研究院総合医科学特任准教授），諏訪園　靖先生（千葉大学大学院医学研究院環境労働衛生学教授），須藤千尋先生（千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学元講師），廣瀬素久先生（千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学助教），石川雅智先生（千葉大学大学院医学研究院精神医学元講師，平野好幸先生（千葉大学子どものこころの発達教育研究センター教授）に深謝いたします．また，本人材養成事業の周知にご協力をいただきました千葉県医師会，千葉県歯科医師会の先生方に深謝いたします．そして，本人材養成コースにご参加いただきました受講生の方々に深謝いたします．

文献

1）朝倉　聡，井上誠士郎，佐々木　史ほか：Liebowitz Social Anxiety Scale（LSAS）日本語版の信頼性および妥当性の検討．精神医学，44（10）；1077-1084，2002
2）Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., et al.：The revised cognitive therapy scale（CTS-R）：psychometric properties. Behav Cogn Psychother, 29（4）；431-446, 2001
3）千葉大学子どものこころの発達教育センター：子どものストレスチェック（https://www.cocoro.chiba-u.jp/rccmd/StressCheck/）（参照 2024-01-28）
4）Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., et al.：Improving access to psychological therapy：initial evaluation of two UK demonstration sites. Behav Res Ther, 47（11）；910-920, 2009
5）Clark, D. M.：Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders：the IAPT experience. Int Rev Psychiatry, 23（4）；318-327, 2011
6）Curry, J. F., Wells, K. C., Brent, D. A., et al.：Treatment for Adolescents with Depression Study（TADS）Cognitive Behavior Therapy Manual（https://aaronkrasner.com/wp-content/

uploads/2017/10/TADS_CBT.pdf）（参照 2024-01-28）
7）D'Zurilla, T. J., Goldfried, M. R.：Problem solving and behavior modification. J Abnorm Psychol, 78（1）；107-126, 1971
8）Harris, T. A.：I'm OK-You're OK. Harper Perennial, New York, 2004
9）厚生労働科学研究費補助金（疾病・障害対策研究分野障害者対策総合研究）「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究―世界精神保健日本調査セカンド―」（研究代表者：川上憲人）総括研究報告書．2016
10）厚生労働省：市町村における精神保健相談支援体制の現状等 第1回 市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム資料2（令和5年2月8日）（https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/001054003.pdf）（参照 2024-01-28）
11）Layard, R., Clark, D. M.：心理療法がひらく未来―エビデンスにもとづく幸福改革―（丹野義彦訳）．ちとせプレス，東京，2017
12）村松公美子：Patient Health Questionnaire（PHQ-9，PHQ-15）日本語版及び Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版―up to date―．新潟青陵大学大学院臨床心理学研究，7；35-39，2014
13）National Institute for Health and Care Excellence：Depression in adults：treatment and management（https://www.nice.org.uk/guidance/ng222）（参照 2024-11-11）
14）日本不安症学会，日本神経精神薬理学会監：社交不安症の診療ガイドライン．2021（https://minds.jcqhc.or.jp/summary/c00674/）（参照 2024-10-07）
15）Rohde, P., Feeny, N. C., Robins, M.：Characteristics and components of the TADS CBT approach. Cogn Behav Pract, 12（2）；186-197, 2005
16）清水栄司：自分でできる認知行動療法―うつと不安の克服法―．星和書店，東京，2010
17）清水栄司，小堀　修：認知療法尺度―改訂版の活用―．臨床精神医学，41（8）；969-979，2012
18）清水栄司：自分で治す「社交不安症」―自分に自信が持てる!!―．法研，東京，2014
19）Wolpe, J., Lazarus, A. A.：Assertive training. Behavior Therapy Techniques：A Guide to the Treatment of Neuroses（ed by Wolpe, J., Lazarus, A. A.）. Pergamon Press, New York, 1966

Training for Low-intensity Cognitive Behavioral Therapists and Mental Health Professionals

Eiji SHIMIZU

1）Department of Cognitive Behavioral Physiology, Graduate School of Medicine, Chiba University
2）Research Center for Child Mental Development, Chiba University
3）Cognitive Behavioral Therapy Center, Chiba University Hospital

Interprofessional education and training for low- and high-intensity cognitive behavioral therapists and mental health professionals are important. Since 2018, Chiba University's "Interprofessional Education and Training in Supporting Patients with Mental Health Problems for Medical Personnel and Professionals" project was selected as a "Problem-Solving-Oriented Training Program for Advanced Medical Personnel" by the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology. Physicians, dentists, nurses, pharmacists, and co-medicals provide self-guided help as part of low-intensity cognitive behavioral therapy once a month for 30-minute sessions for patients with mild insomnia, anxiety, and depression and their families encountered in general daily medical practice. Participants who deliver low-intensity cognitive behavioral therapy are referred to as "mental support practitioners"（equivalent to Psychological Wellbeing Practitioners in the UK）. Psychiatric specialists as mental health professionals provide appropriate diagnosis and treatment for patients with intractable mental disorders, including substance use disorders, and forensic psychiatric patients from biological, psychological, and social perspectives. We are promoting a network in which general medical

practitioners and psychiatrists learn about supporting patients with mental health problems together. We have launched “CBT Learning” with the aim of spreading interprofessional education and training for low- and high-intensity cognitive behavioral therapists and mental health professionals.

From the perspective of medical digital transformation, high-intensity cognitive behavioral therapy can be provided in the form of online therapy using a web conference system, and low-intensity cognitive behavioral therapy can be provided by traditional self-help workbooks and an application（app）that can be accessed by a mobile phone. To improve accessibility to cognitive behavioral therapy, it is necessary to increase available digital technologies for mental health purposes and develop human resources to accelerate this trend.

We have conducted clinical trials on a cognitive behavioral therapy app for insomnia. We need to educate and train medical personnel to popularize this app, provide it to patients, and provide appropriate guidance and consultation support.

In order to popularize cognitive behavioral therapy as a means of improving mental health, we are promoting the training of cognitive behavioral therapy supporters at a non-profit organization. Furthermore, we established Mensapo Co., Ltd., a venture from Chiba University, in April 2023. Through this company, we aim to expand human resources training.

Author’s abstract

Keywords cognitive behavioral therapy, multi-disciplinary collaboration, psychiatric specialist, depression and anxiety, primary care