

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

看護領域における適用戦略の検討
看護師の精神疾患への認知行動療法の質の確保

研究分担者 岡田 佳詠 国際医療福祉大学成田看護学部 教授

研究要旨

2020年度は、看護領域における適用戦略の検討に必要な看護師の認知行動療法（CBT）の効果と実践の質の確保に関する文献レビューを行った。2005年1月～2015年9月の国外の看護師が実施した精神疾患へのCBT効果研究についてデータベースより564件を抽出、選定・除外基準に合う24論文の研究の概観し、さらにうつ病・不安症に対する看護師のみによるCBT効果研究5論文の効果と実践の質の確保、研究の質を検討した。結果、在宅高齢者へのうつ病発症の予防効果および介入前・中のCBTの質の確保は示唆されたが、介入中の質の確保は十分ではなかった。今後も継続的に、看護師によるCBTの効果と質の確保に関する知見の蓄積は不可欠である。

A. 研究目的

近年、認知行動療法（CBT）の適用範囲が拡大するなか、国内では平成28年度診療報酬改定で看護師と医師が共同で実施した場合も算定可能となり、看護師のCBT実践の質の確保が課題となっている。実践の質とは、看護師が診療報酬上の算定を満たす基準に達する範囲のみならず、看護の臨床現場で個別の対象に最適なCBTを提供できるまでの看護の特徴を踏まえた広範囲の実践能力を表す。この質の確保のためには、教育研修やスーパービジョン（SV）による知識・スキル向上が重要である。

研修やSVについて、国外では、すでに英国が1972年に看護師を含む精神保健専門家を対象に行動療法セラピストの養成をはじめ（Gournayら、2000）、オーストラリアでも看護師への行動療法の訓練プログラムが実施・検討されている（Allenら、2000）。国内でも厚生労働省CBT研修事業では、医師のみならず看護師に対してもCBTの2日間研修および構造化面接へのSVの実施、さらに看護の臨床事例に対するグループSVの実施と評価も始まり（岡田、2015）、看護師のCBT実践力の向上が図られている。しかし、実践の質の確保のための研修・SVの整備に

資する看護師のCBTの効果に関する知見は、十分に蓄積されていない。

国外での看護師によるCBTの効果研究は、欧米で1980年代から始まり、2001年までにうつ病等の精神疾患とがん等の身体疾患への効果、2006年頃にはアジア圏でもうつ病への効果が検証されている（岡田、2002、2011）。また英国では、1994年1月から2005年10月までの統合失調症等の精神疾患への精神保健介入の効果に関する系統的レビューが実施され、精神保健看護師による多様な臨床の場でのCBT等の介入効果が示されている（Curranら、2006）。しかし、これ以降、国外の看護師による精神疾患へのCBTの効果の系統的レビューは見当たらない。国内では、吉永ら（2015）やYoshinagaら（2015）の2015年11月までの精神看護領域のCBT実践・効果研究の系統的レビューがあり、8割以上が精神疾患対象だったがランダム化比較試験（RCT）は約20%で、国外に比べて効果検証が不十分かつ介入開始後の質の確保の記載も少ないと報告している（吉永ら、2015）。今後、国内では看護師のCBTの実践・教育体制の整備が不可欠で、看護師のCBT実践の質の確保に資する看護師のCBTの効果研究の系統的レビュー

が求められるが、国内での効果研究は先述の吉永ら（2015）が示すように十分なく、国外文献のレビューも英国のCurranらの2005年までと限定的で十分な知見は得られていない。

そこで本研究では、国内の看護師のCBTの質を確保するための研修・SV体制の整備に資する知見を得ることを目的に、2005年以降に出版された国外の看護師が実施した精神疾患へのCBT効果研究を系統的に抽出し、研究バイアスリスクの低い研究における実践の質の確保について質的に検討した。

ただし、現段階では看護師のみが実施しているCBT研究数は限定的であるため、CBT実践者に看護師を含む研究を広くレビューし、さらにそこから国内の現状に即して看護師のみが実践したうつ病および不安症を対象としたCBT研究の実践の質の確保について検討することとした。

B. 研究方法

1) 文献抽出方法

データベースは、MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Web of Science を用いた。研究者1名が2015年9月時点で‘nurse’AND(‘cbt’OR‘cognitive therapy’OR‘cognitive behavior therapy’)AND(‘mental disorders’OR‘mental illness’OR‘psychiatric disorders’OR‘mental health’)の検索式を入れ、すべての文献を抽出した。本研究ではCBT実践者に看護師を含む研究を広くレビューするため、2005年1月に遡り、そこから約10年の2015年9月までの出版論文に絞った。選定条件を①CBT実施者として看護師を含むこと、②統計的分析による介入研究、③対象の主診断が精神疾患であること、除外条件を①CBT介入方法の記載がないこと、②コメント(Commentary, Opinion)と短報(Letter)とし、再抽出した。抽出後、もう1名の研究者が選定・除外条件に合致する論文かを精査し、両名の合意をもって論文を決定した。

次に、それらの論文のなかから、対象者をう

つ病・不安症に限定し、かつCBT実施者の職種が看護師のみのものを選出した。各論文から、研究デザイン、目的、対象と特性、CBT実施者である看護師の介入前・中の質の確保方法、実施場所、CBTの介入技法と頻度・形式、評価の測定時点と尺度、介入の結果と考察について、1名の研究者が抽出し、もう1名がそれらの内容を精査し修正した。また各論文の研究の質を、コクランのバイアスリスク(2016)、すなわちRCTではRevised tool to assess risk of bias in randomized trials (RoB 2)に基づき、割り付けの隠蔽や盲検化、アウトカム報告など、また準実験研究・コホート研究ではRisk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions(ROBINS-I tool)の交絡因子、参加者の選定、意図した介入からの逸脱、アウトカム測定や報告等の視点から検討した。バイアスリスクの判定は「Low(低い)」「Unclear(一定のバイアスリスクがありうる)」「High(高い)」(相原, 2015)を採用した。この結果を踏まえ、各疾患への看護師によるCBTの実践の質の確保について検討した。

3. 研究結果

各データベースから抽出された論文は計564件、そのうち2004年以前の165件と、選定条件・除外条件に合致しない論文375件を除外した結果、CBT実施者として看護師を含む効果研究24論文が抽出された。また、そのなかでうつ病・不安症を対象とした12論文のうち、看護師のみの実施者の論文は5件であった。

1) CBTの実施者として看護師を含む効果研究の概要

対象論文24件の出版国はヨーロッパが17件(69%)、そのうち英国が8件(32%)と最多だった。対象疾患はうつ病6件、不安障害6件、統合失調症5件、不眠症3件、その他4件だった。研究デザインはRCTが14件(58%)と最多で、CBTの実施形式は個人・集団療法、両方が同程度あり、CBT実施者は看護師のみが個人・集団療法ともに11件(46%)、看護師と協働した職種は心

理職 12 件 (48%) が最多だった。

CBTの質の確保について、介入前は22件 (92%)、介入中は14件 (56%) に記載があった。そのうち介入前では専門家による研修の受講が16件 (48%) と最多で、次いで専門家が作成したプログラムの準備、精神科領域での臨床経験やCBTの実践経験だった。介入中は専門家によるSVが14件 (64%) と最多で、次いでセッション内容の録音が7件 (32%) だった。録音されたセッションは、マニュアルへのアドヒアランス、Cognitive Therapy Rating Scale (CTRS; Young & Beck, 1980) により評価された。スーパーバイザー (S-visor) は職種等の記載がある14件 (56%) のうち、臨床心理士が6件 (24%) で最多だった (表6)。看護職のS-visorは高度精神看護師と精神保健看護師で4件 (16%)、精神科医は3件 (12%) だった。しかしSVの頻度の記載は3件 (12%) のみで、セッション毎、週または月単位での実施だった。

2) うつ病・不安症対象の看護師のみの CBT 実践の質の確保

現在国内で診療報酬化され、看護師の CBT 実践の質の確保が急務のうつ病と不安症を取り上げる。うつ病・不安症対象で、CBT 実施者が多職種で看護師を含む論文は 12 件で、そのなかから CBT 実施者が看護師に限定した論文 5 件を選定し、CBT の質の確保について検討した。

(1) うつ病への CBT 実践の質の確保

うつ状態の改善と予防のための効果研究は 3 件で、RCT、準実験研究、後ろ向きコホートが各 1 件だった。対象者は 18~75 歳以上、重症度は軽度から重度と幅広かった。介入は、個人か集団または集団と個人の併用で、実施場所は外来、在宅、入院で各 1 件だった。CBT の介入頻度は、外来の集団で 15 回、在宅は個人 7 回、入院は平日 5 日間連続して集団で実施し (平均在院日数 5.9 日)、その後宿題への個人介入があった。1 回のセッションは外来の集団では週 1 回 1~2 時間、在宅の個人は頻度と時間共に不明で、入院は毎日 1 時間だった。CBT の介入技法は、読書療法後に問題解決

技法か認知再構成法、認知再構成法と問題解決技法の両方が用いられていた。対照群として通常ケア群、薬物療法が設定されていた。

次に、各効果研究における効果の概要と CBT 実施者である看護師の介入前・中の質の確保方法、また各研究の質について検討した。

Petronella ら (2009) の高齢者のうつ病や不安症の予防に関する RCT では、軽度の抑うつ症状のある在宅高齢者に対して、介入群にはホームケア看護師による読書療法後にセルフヘルプコースを実施、その 3 ヶ月後に、事前の質の確保のための 2 日間のワークショップを受講し、かつ問題解決療法に精通した地域精神看護師が、7 セッションの問題解決療法を行った。介入中の質の確保はセッションの録音と毎月の SV だった。結果、12 ヶ月時点でのうつ病発症率が介入群は 11.6% にとどまったが、通常ケア群は 2 倍だった。考察では、CBT はうつ病発症予防に有効だったが、長期効果の持続は評価されず疑問が残ったとの指摘があった。この RCT の場合、Intention to treat 分析がされ、選択的なアウトカム報告のバイアスもみられなかったが、ランダム化を誰がどのような方法で実施したかが明確ではなく、対象者と CBT 実施者、測定者への割り付けの盲検化に関する記載も見当たらない点から、一定のバイアスリスクはありうると判定された。

Chetty & Hoque (2013) の準実験研究は、外来での集団CBTで高度実践看護師が精神科看護師の補助のもとで、Verona Gordon (1988) の Women's Workbook と Facilitator's Manual を使用し、認知再構成法と問題解決技法を実施した。6週間後、介入群はBDI得点が減少、統制群は増加したが有意差はなかった。しかし12週間後、介入群は統制群よりもBDI得点が有意に減少、グループ内比較でも有意差があった。高度実践看護師による集団CBTがうつ病の薬物療法への補助として有効だったと考察されたが、介入中の質の確保に関する記載はなかった。また研究の質の点では、便宜的サンプリングを用い、研究に興味を示した対象者を選定したこと

などから偏りがあった可能性は否めず、交絡因子の検討もされていなかったことから、一定のバイアスリスクはありうると判定された。

Forsythら（2010）の入院うつ病患者へのコホート研究では、平均入院期間5.9日の中で、数年CBTの指導歴のある高度実践看護師が集団CBTを毎回1時間、計5日間実施し、CBT研修と高度実践看護師からの指導も受けた病棟看護師が宿題を確認した。結果、Automatic Thought Questionnaire Positive/Negative(ATQ-P/N;Ingramら,1988)によるネガティブ・ポジティブ思考、Beck Depression Inventory- II (BDI-II; Beckら, 1996)による抑うつ症状も入院時と比べて退院時に有意に改善した。集団CBTがネガティブ思考に影響を与え認知再構成に役立ったこと、高度実践看護師が集団CBTで介入し、病棟看護師が患者個人の目標に沿って日々の看護にCBTを導入した構造化が効果的だったこと、高度実践看護師が多職種・看護職間の連携の橋渡しになったことが報告された。しかし、高度実践看護師の介入中の質の確保は記載がなかった。また研究の質は、便宜的サンプリングで、対象者は2年間の入院患者でかつATQ-P/NとBDI-IIの測定がされたものに限定されていたこと、薬物療法の実施と効果は考慮されておらず、他の交絡因子も検討されなかったことから、バイアスリスクは高いと判定される。

以上、うつ病への看護師によるCBTの効果について、在宅高齢者へのうつ病発症の予防効果は一定のバイアスリスクを含むものの示され、その際の質の確保として、介入前の問題解決技法の習熟やワークショップへの参加、また介入中のセッションの録音と毎月のSVが有効である可能性が示された。しかし、外来・入院のうつ病患者への効果は研究デザインや研究の質などに課題が多いことから十分示されず、そのなかでの実践の質の確保も、介入前は一定のマニュアル使用や研修の受講はあるものの、介入中の記載はなかった。

(2) 不安症への CBT 実践の質の確保

不安症への効果研究は準実験研究2件で、いずれも対照群は設定されてなかった。介入形式は、集団のみか集団と必要に応じて個人、実施場所は外来だった。CBTのセッション数は4回以上、1回のセッション時間は90～120分、セッション頻度は週1回か不明だった。介入技法は両研究で、心理教育、曝露法、認知再構成法が実施され、その他、段階的課題タスク、リラクゼーション、呼吸法、行動実験があった。

次に、各研究における効果の概要と CBT 実施者の介入前・中の質の確保方法、また各研究の質について検討した。

Bowenら（2006）の外来パニック障害患者に対する CBT と個人の信仰との関係に関する研究では、CBT 経験5年の看護セラピストがオープン形式の集団 CBT で曝露法やリラクゼーションなどを行い、また必要に応じて個人 CBT を行った結果、信仰を最重要と感じる人は不安と恐怖症状、ストレス認知が改善した。しかし介入中の信仰の扱い方が不明で、CBT 実施者の事前研修や介入中の質の確保も記載がなかった。研究の質は、初回のデータ収集担当者と、6・12ヶ月時点の担当者を独立させてはいたが、対象者の募集方法が明確でないこと、介入中の薬物療法のデータ収集もされなかったことから、一定のバイアスリスクがありえると判定された。

Houghton & Saxon (2007) は、外来の不安症患者に対して、CBT 研修を受講し不安症への CBT 経験のある看護師が、心理教育、段階的課題タスク、曝露法等による短期集団 CBT と希望による個人 CBT を行った。結果、臨床症状の改善と CBT への満足感が得られた。CBT の専門家ではなかった看護師が、研修受講により CBT を実施することは可能だったが、介入中の質の確保は記載がなかった。また研究の質は、CBT 介入までの対象者の待機時間に差があり、この間の他の教育的介入などの影響は否めないこと、患者のセッションへの参加回数および質問紙への回答にばらつきがあることから、バイアスリスクは高いと判定された。

以上から、不安症に対する看護師による CBT の効果は、研究デザインや研究の質などを考慮すると十分示されておらず、介入前の実践の質の確保は、CBT の経験や研修受講の点では確認できるが、介入中の質の確保は記載がなかった。

4. 考察

1) CBT 実施者に看護師を含む効果研究の概要及び実践の質の確保

対象論文 24 件の約 70% がヨーロッパで、特に英国が 32% と最多だった理由は、2008 年に英国で導入された Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) で多くの精神保健看護師が CBT セラピストとして養成され、認定された半数以上が看護師だった点 (Robinson ら, 2012) を考慮すると、エビデンスの質の高い RCT の介入者として看護師が入るのは当然の結果といえる。

RCT が全体の 58% を占めた点は、岡田 (2002) の 2001 年までの国外の研究論文レビューで RCT が約 24% だった点と比べると確実に増加し、国外でのエビデンスレベルの向上と蓄積が示唆される。一方国内は吉永ら (2015) が RCT は 20% 程度と指摘しており、その差は歴然である。今後、国内の看護師による RCT の実施とエビデンスの蓄積が急がれる。

看護師のみによる CBT の実施は個人・集団療法共にあるものの、46% と半数弱だった点は、吉永ら (2015) と共通するが、Curran ら (2006) は 37% とむしろ少なく、英国では看護師のみよりもチームの一員として CBT を含む精神保健介入の効果研究に参入する傾向が伺える。これは先述の Gournay ら (2000) が示すように、英国でのセラピスト養成の歴史が 40 年以上あるなか、看護師も他の精神保健専門家同様に訓練を受けてきた背景が関係するだろう。Gournay ら (2000) はそのなかでも精神保健看護師は有効な介入ができると述べているが、同時に、国内では昨今、チーム医療の推進が強調され、多職種チームの効果研究の推進が不可欠なことから、今後、看護師を含む多職種チームでの CBT 介入の効果も系統的に

レビューする必要があるだろう。

CBT の質の確保の方法は、24 件の対象論文全体では、介入前は約 9 割、介入中は約 5 割に記載があり、介入中の SV も約 6 割、セッションの録音も約 3 割で実施、CTRS 測定も行われていた。このような SV による CBT の質の確保は、国外では研究のみならず、臨床においても当然のごとく行われている。Gournay ら (2000) は、英国の Nurse Behavior Therapists 対象の調査で、SV を 42% が月 1 回、26% が 2 週に 1 回は受け、全く受けていない者は 4% 未満であり、SV の重要性はさらに増していると指摘している。一方、国内では、吉永ら (2015) が効果研究での質の確保について、介入前は約 6 割、介入中は約 3 割弱しか記載がなく、特に介入中の SV と介入内容の確認は不明であると指摘しており、国外との SV の事情は大きく異なる。今後、国内での看護師の CBT の質の確保は、研究・臨床上ともに、CBT 介入前の研修受講に加えて、熟練した S-visor による SV、また介入中のセッション録音による内容確認、さらに CTRS 等を用いたスキル評価の体制整備が重要と考える。

対象論文では、S-visor の多くは臨床心理士、次いで看護師、精神科医で、これも国内の事情とは異なる。臨床心理士が多いのは、英国や米国の場合、心理職を養成する大学院時代から修了以降も SV を受け、CBT の実践経験を積む土壌があり、CBT の質の保証がされている (丹野ら, 2011; 堀越ら, 2016) ことが関連するといえる。一方、国内では 2011 年より厚労省 CBT 研修事業が開始され、当初は診療報酬を請求できる医師を対象に SV を導入した研修が実施されたため (田島, 2016)、S-visor も医師が大半を占める。CBT の質の確保を第一に考えれば、職種にかかわらず、CBT に習熟した者が S-visor になることが望ましい。しかし、各職種の特性や臨床のマンパワー等の状況も考慮すると、今後、国内の看護師や心理職の CBT の質の確保のために、看護師や心理職の S-visor の積極的な養成も必要であろう。

2) うつ病・不安症への看護師による CBT 実践

の質の確保

うつ病への看護師による CBT の効果研究の検討から、軽度抑うつ症状の在宅高齢者に対して、実践の質の確保という点から、事前に研修受講し問題解決療法に精通した地域精神看護師が、SVを受けながら問題解決療法を実施したことにより、うつ病発症率を抑えられる可能性は示唆される。国内では、高齢化社会に直面するなか、高齢者のうつ病発症の予防対策は不可欠で、今後訪問看護師による在宅高齢者への効果的な介入の検討が必要である。そのための一対策として、Petronellaら(2009)の研究は参考ができるだろう。例えば、CBT実践の質の確保の点から、事前に研修受講し、専門家によるSVを受けるという条件のもと、訪問看護師が、読書療法と問題解決療法で構成されたCBTプログラムを高齢者の自宅で実施することは可能と考える。しかし、バイアスリスクを考慮した上での慎重な導入が必要である。

一方、外来や入院の集団CBTについては、研究デザインや研究の質などに多くの課題があることから、看護師によるCBTの効果は十分示されず、実践の質の確保も、介入前のみの記載で、介入中はなかった。よって、実践の質の確保について参考にはできない。しかし、Chetty & Hoque (2013) と Forsythら (2010) 共に、外来あるいは入院病棟において、高度精神看護師とその他の看護師間でのCBT実践上の指導体制および協働についての方法は、国内の臨床現場でも参考ができるだろう。

不安症への看護師による CBT の効果も、準実験研究のみで、研究の質もバイアスリスクの存在から十分示されず、実践の質の確保も、介入前のCBTの経験や研修受講が確認できたのみで、介入中の質の確保は記載がなかった。このことから、実践の質の確保について参考にすることができない。しかし、Houghton & Saxon (2007) の研究では、CBTの専門家ではなかった看護師が研修受講と経験を積むことで CBT の実施を可能とした点で、今後、国内の外来不安症患者への看護師による CBT の実施にあたり、質の確保の点で示唆

を得られたと考えられる。

3) 本研究の限界と課題

本研究では系統的質的レビューを実施したが、PRISMA チェックリスト (2009) と照らしてみると、データ抽出段階で2名の研究者による独立した論文抽出ができていないこと、各効果研究のバイアスリスクの評価も複数での結果から判定されていない点で限界があるため、結果の解釈の際に考慮する必要がある。またこれらの課題を踏まえ、今後、本研究の対象論文以降に出版された効果研究とそのなかの CBT 実践の質の確保についても継続検討することが、国内の看護師による CBT 実践の質の確保のための研修・SV体制の整備において重要と考えられる。

E. 結論

本研究では、看護師のCBTの実践の質の確保のための研修・SV体制の整備に資する知見を得ることを目的に、国外の看護師が実施した精神疾患へのCBT効果研究を系統的に抽出、バイアスリスクの低い研究の実践の質の確保について質的に検討した。結果、在宅高齢者へのうつ病発症の予防効果は示唆され、介入前・中の質の確保の有効性は示唆されたが、介入中の質の確保の記載は十分ではなかった。今後も、看護師によるCBTの効果と実践の質の確保に関する知見の蓄積は不可欠である。

F. 健康危険情報

特になし

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

G. 研究発表

1. 論文発表

岡田佳詠・中村優美：看護師の精神疾患への認知行動療法の質の確保—国外の系統的質的文献レビューから—認知療法研究、14巻1号、65-75、2021

岡田佳詠・吉永尚紀・國方弘子・中村聡美・中川敦夫・抱井尚子：エビデンスを『つくる』『つた

える』『つかう』—量的・質的・混合研究法の課題一、14巻1号、1-10、2021

2. 学会発表

森内加奈恵・岡田佳詠：双極性障害の再発予防に関する精神科急性期病棟の看護師の認識、日本精神保健看護学会第30回学術集会・総会(福岡、WEB開催、令和2年8月20日～9月19日)、日本精神保健看護学会第30回学術集会・総会プログラム・抄録集、49、2020

天野敏江・岡田佳詠：重い精神障害をもつ人を支援する精神科訪問看護のための教育プログラムの作成と評価、日本精神保健看護学会第30回学術集会・総会(福岡、WEB開催、令和2年8月20日～9月19日)、日本精神保健看護学会第30回学術集会・総会プログラム・抄録集、123

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

引用文献

相原守夫 2015 診療ガイドラインのためのGRADシステム 第2版. 凸版メディア株式会社.

Allen,K.,Tolchard,B.,&Battersby.M.2000 Behavioural psychotherapy training for nurses in Australia: a pilot program. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing,9(2),75-81.

Beck, A.T.,Steer,R.A., & Brown,G.K. 1996 Manual for the BDI- II .San Antonio,TX: The Psychological Corporation.

Bowen,R.,Baetz,M.,&D'Arcy,C. 2006 Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. Depression and Anxiety,23(5),266-73.

Chetty,D.,&Hoque,M.E. 2013 Effectiveness of a

nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-natal, South Africa.African Journal of Psychiatry, 16(1),29-34.

Curran,J.,&Brooker,C. 2006 Systematic review of interventions delivered by UK mental health nurses.International Journal of Nursing Studies,44,479-509.

Forsyth,D.M.,Poppe,K.,Nash,V.,Alarcon,R.D.,&Kung,S. 2010 Measuring changes in negative and positive thinking in patients with depression.Perspectives in Psychiatric Care,46(4),257-265.

Gournay.K.,Denford,L.,Parr.,A.M., &Newell,R. 2000 British nurses in behavioural psychotherapy: a 25-year follow-up. Journal of Advanced Nursing,32(2),343-351.

堀越勝・河村寛子 2016 II 米国のコメディカルスタッフによる CBT の実践と訓練について 精神医療におけるコメディカルスタッフの認知行動療法実施の現状および今後の教育体制. 認知療法研究, 9(2), 136-138.

Houghton,S.,&Saxon,D. 2007 An evaluation of large group CBT psycho-education for anxiety disorders delivered in routine practice.Patient Education and Counseling,68(1),107-110.

Ingram,R.E.,&Wisnicki,K.S.1988 Assessment of positive cognition.Journal of Consulting and Clinical Psychology,56,898-902.

岡田佳詠 2002 看護師の認知療法に関する英語圏の研究の動向: 有効性に関する研究を中心に. 日本精神保健看護学会誌, 11(1), 1-9.

岡田佳詠 2011 看護師のうつ病患者への認知行動療法の効果. 日本精神保健看護学会誌, 20(1), 62-65.

岡田佳詠 2015 看護師の認知行動療法実践者の養成のための教育プログラムの開発. 公益財団法人三菱財団 事業・研究報告書 2014, 116.

- Petronella, J., Harm, W. J., Patricia van Oppen, Hein, P. J., Henriëtte E., Pim C., Filip S., & Aartjan, T. F. B. 2009 Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 297-304.
- PRISMA チェックリスト 2009
<http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%20Japanese%20checklist.pdf>
- Revised Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0) 2016.
<https://www.riskofbias.info/welcome/rob-2-0-tool/archive-rob-2-0-2016>
- ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions
<https://www.bmj.com/content/355/bmj.i4919>
- Robinson, S., Kellett, S., King, I., & Keating, V. 2012 Role Transition from Mental Health Nurse to IAPT High Intensity Psychological Therapist, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 351-366.
- 田島美幸 2016 厚生労働省認知行動療法研修事業における研修システムについて (第 15 回日本認知療法学会シンポジウム) *スーパービジョンを活用した認知行動療法の研修システム, 認知療法研究*, 9(2), 89-91.
- 丹野義彦・奥村泰之・上野真弓・高野慶輔・星野貴俊・飯島雄大・小林正法・林明明・磯村昇太 2011 特集: コメディカルが実施する認知行動療法 心理師が実施するうつ病への認知行動療法は効果があるか—系統的文献レビューによるメタ分析—, *認知療法研究*, 4(1), 8-15.
- 吉永尚紀・野崎章子・宇野澤輝美枝・浦尾悠子・林佑太・清水栄司 2015 日本の看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向: 系統的文献レビュー. *不安症研究*, 6(2), 100-112.
- Yoshinaga, N., Nosaki, A., Hayashi, Y., Tanoue, H., Shimizu, E., Kunilata, H., Okada, Y., and Shiraishi, Y. 2015 *Cognitive Behavioral Therapy in Psychiatric Nursing in Japan*. Hindawi Publishing Corporation *Nursing Research and Practice*, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/529107>
- Young, J. & Beck, A. T. 1980 *Cognitive therapy scale: Rating manual*. *Cognitive Therapy of Depression*, 77-78, 93-98, 167-208

|

