

研究報告書

1. 研究テーマ

認知行動療法を用いた新卒看護師のメンタルヘルスプログラムの開発

2. 研究組織

研究代表者：日本赤十字広島看護大学 ・准教授 ・笹本美佐

共同研究者：日本赤十字社 広島赤十字・原爆病院・看護部長・籠島政江

日本赤十字社 広島赤十字・原爆病院・看護師 ・三浦真衣

3. 要旨

新卒看護師 81 名を対象に集団認知行動療法を用いた抑うつ予防のための研修会を 3 回実施した。3 回の研修会に参加し、研究の同意が得られた 51 名を対象として、抑うつ対処の自己効力感と ATQ-R によるプログラム評価を実施した。その結果、いずれも有意差が得られず、効果があったとはいえなかった。今後は、対照群との比較も含めて検討していく必要がある。

また、本プログラムの課題として、① 1 週間程度の間隔で実施することで内容理解の強化を図る、② 1 回の内容を精練し実施回数を検討する、③ ホームワークにおける身体的負担、ストレスや困難感の軽減が図れるように研修方法や内容を検討し、ホームワークを定着させる、④ 研修中に効果を体験することで十分な動機付けができるように十分なファシリテーターを配置する、⑤ 比較的短時間で効果が体験できるように、認知再構成法だけでなく行動的介入として問題解決技法の活用も検討する、が明らかとなった。

4. キーワード

新卒看護師 メンタルヘルス 集団認知行動療法研究報告

5. 研究報告

(1) 研究の背景・目的

近年の医療の高度化ならびに多様化による医療環境の急激な変化は、看護師に身体的精神的な過重負担を招き、ストレスフルな状況下での仕事によって抑うつ状態を引き起こしていることが示唆されている（三木，2002）。2011 年病院看護実態調査では、1 ヶ月以上の長期病気休暇を取得した看護職の約 3 分の 1 がメンタルヘルスの不調によると報告されている。このような長期休暇によって生じる経済的損失やマンパワー不足が現場の負担を大きくし、離職につながるなどの負のサイクルを惹起させる可能性が懸念される。加えて、看護師のメンタルヘルスの不調は看護の質の低下や医療事故との関連性が否定できない（川口ら，2005）。以上に鑑みると、看護師のメンタルヘルスへの取り組みは深刻かつ急務な課題である。

しかし、これらの課題は急に浮上したわけではなく、1980 年代に稲岡らによるバーンアウト研究に代表され、今日に至るまで、看護師のストレスの要因分析やストレスを測定するための尺度開発、ストレスマネジメントに関して数多くの報告がされてきた。それらの

多くは、実態調査にとどまり具体的な対策の提示がない報告（板野ら，2004）や、人的環境を含めた職場環境の提供や調整，対象である看護師個々への関り方などのラインケアや組織的支援を中心としたメンタルヘルス対策の報告である。組織的に働きやすい職場環境の醸成も個々の安心や安定をもたらし，メンタルヘルスの改善につながる点では重要であるが，今後は看護師自身が自己のメンタルヘルスのための行動がとれるようになることが重要であると考ええる。

そこで，看護師の抑うつ状態が高率であることに着目し，うつ病に対する効果が立証されている認知行動療法（松永，2006）を用いて看護師のメンタルヘルスのためのプログラムを開発する。認知行動療法の発案者である Beck は，抑うつ状態は出来事ではなく，その出来事をどう解釈するかと言う認知によって引き起こされると述べている（1976）。換言すると，私たちは現実を自分では客観的にみているつもりでも，知らず知らずのうちに自分なりの見方，受け止め方，つまり「認知」をしており，それによって抑うつ状態が引き起こされていることになる。そのため，その人の認知と行動の両面から改善するための総合的な心理学的アプローチである認知行動療法（伊藤，2008）を用いたプログラムが有用であると考ええる。

特に，新卒看護師（看護基礎教育課程を修了し，看護師資格の取得後 1 ヶ月以内に病院に就職した 1 年以内の看護師）は抑うつ状態に陥りやすいことが示唆されている（藤原ら，2008）。そこで，うつ病に対する効果が立証されている認知行動療法（松永ら，2006）を用いて，抑うつにつながる思考や情動をセルフコントロールすることで，抑うつを予防できるように新卒看護師を対象としたプログラムの開発に取り組む。

（２）研究方法

①研究対象者

日本赤十字広島看護大学の研究倫理審査委員会での承認（1416）を得た後に，中四国地方の総合病院の看護部長会で研究の趣旨および倫理的配慮について書面を用いて説明し，看護部長の同意が得られた 3 病院での倫理審査を受けて開始した。研究対象者は，同意が得られた病院の新卒看護師 81 名とした。

研修会に参加した新卒看護師に対して，研修開始前に研究の趣旨及び倫理的配慮，特に研修会に参加してもアンケート調査への協力は個人の自由意思であり，かつ不利益を被ることがないことについては書面と口頭で十分に説明し，アンケート調査用紙の投函をもって研究への同意が得られたものとした。

②研究実施場所

中四国地方の総合病院 3 病院とした。

③研究期間

研究期間は，2014 年 4 月～2016 年 3 月。そのうちデータ収集期間は，2015 年 4 月～2016 年 3 月である。

④データの収集方法・手順

A. データ収集の概要

<手順>

該当病院の看護部の新卒看護師の研修会の一環として，就職 2 ヶ月以内とその後

は3ヶ月～4ヶ月の間隔で2回の合計3回、集団認知行動療法を用いたプログラムを実施し、アンケート調査を行った。

研修会では、1施設30～25人程度の新卒看護師を対象として本研究者1名が表1の内容にそって講義を行った。グループワークでは、1グループ5～6人程度として、本研究者1名あたり3～4グループを担当してファシリテーターとして参加した。

また、1回の研修会の時間は、1回目が120分、2回目、3回目は90分とした。

<質問紙>

- ・ Beck Depression Inventory-Second Edition(以下, BDI-II) ; ベックの抑うつ質問票で、認知行動療法を開発したベックによって考案された抑うつの程度を測る自己評価票である。信頼性・妥当性は十分に検証されている。21項目から構成されており、所要時間は3分程度である。
- ・ Automatic Thoughts Questionnaire-Revised(以下, ATQ-R) ; 自動思考を測定する質問票である。自動思考は、ある特定の場面において瞬間的に浮かぶ考えやイメージのことである。ベックの認知理論では、『現実の物事』を認識すると、『自動思考』が浮かび、これが『感情』を引き起こすと述べられており、抑うつ状態に関連するのが自動思考である。Kendallらによって考案(1989)された40項目からなる自記式質問紙の邦訳版を使用した。所要時間は5分程度である。
- ・ 抑うつ対処の自己効力感; 及川ら(2007)によって作成され、「注目点」「メリット・デメリット」「客観化・多面的評価」「気晴らし・ストレス対処」「自己開示・自己主張」「2次予防」の下位尺度で構成され、22の質問項目がある。著者には使用承諾を得て使用した。所要時間は3分程度である。
- ・ 3回目修了後は、認知行動療法への思いをアンケート調査する。

表1. 研修内容

回数	目的	内容	ホームワークの内容
1	①認知行動療法について理解をする ②自分の思考、気分、行動、身体反応、環境を理解する ③バランスのいい思考の仕方に気がつける	①認知行動療法および枠組みについての説明 ②自分の課題を理解し、1つの課題をピックアップして、その状況での認知、行動、感情、身体反応の相互性を体験する ③認知構成法における7つのコラムを使って自分の自動思考に気がつく ④バランスのいい思考を体験する	・自分の課題と考える場面を取り上げて、7つのコラムを活用して、自動思考に気づくことができる
2	①自己の体験を通して柔軟で多様な考え方が分かる	①7つのコラム表に自己の体験を記入し、自分で適応思考が導けるように挑戦してみる ②グループワークを実施して、多角的視点から自分で導いた適応思考について再検討する	・日常の中で問題とを感じる状況が生じたら7つのコラム表を活用して、適応思考が導ける
3	①バランスのいい考え方を強化する	①7つのコラム表に自己の体験を記入し、自分で適応思考を導く ②反証を中心に、グループワークを行い自分にあった反証の見つけ方を見つける。	・週に1回程度は、日常的に7つのコラム表を活用できる

B. 具体的なデータ収集方法

質問紙は、研修会資料と封筒に入れて研修会参加者全員に配布し、研修会開始時に書面と口頭で研究の趣旨及び倫理的配慮を説明し協力を依頼する。質問紙は、協力が得られない新卒看護師もセルフチェックとして活用できる旨を説明する。

質問紙の記載は、研修会開始時に BDI-II、講義内容に関連させて ATQ-R と抑うつ対処の自己効力感を実施する。また、経時的変化を見るため、質問紙に他者には個人を特定できないが自分では思い出せる ID (各自の携帯番号の下 4 桁+誕生日 (1 桁の場合は 0 をつけて 2 桁表記とする)) を付記してもらう。記載時間は、12 分程度とする。研究に同意する場合は、研修会終了時に質問紙を入れた封筒に封をして、退室の際に研修室の出口に置いた回収箱に投函してもらう。同意しない場合は、持ち帰ってもらう。

C. データの分析方法

研修会に参加しての認知行動療法への思いに関するアンケートは、記述統計を行った。また、BDI-II、ATQ-R、抑うつ対処の自己効力感については、SPSS Statistics 23 を使用して、推測統計を行った。

⑤研究の倫理的配慮

○研究対象者の安全に対する配慮

- ・プライバシー保護のために、質問紙には個人を特定できないが自分は思い出せる ID (各自の携帯番号の下 4 桁+誕生日 (1 桁の場合は 0 をつけて 2 桁表記とする)) を付記してもらう。
- ・データの分析、結果の公表の際は、施設や個人が特定されないよう守秘義務を遵守する。
- ・質問紙は施錠できる場所に保管し漏洩しないように注意し、結果発表後は 3 年を経過した時点でシュレッダーにて破棄する。

○研究対象者に予想される不利益および危険に対する配慮

質問紙の記載時間は 15 分程度とし、研究協力者の負担とならないようにする。また、研究対象者には、本研究の趣旨を書面ならびに口頭で十分に説明し、理解を得て自由意思による同意を得る。あくまでも、本研究への参加は任意であり、看護管理職からの強制を受けるものではないことを十分に説明する。さらに、辞退による不利益を被ることがないことを保障する。辞退は、質問紙の未提出で可能である旨を伝える。

○個人情報の保護の方法

- ・質問紙には、対象者が特定されることがないように ID を設定し匿名性の確保を行う。
- ・データは研究以外に使用しないこと、質問紙は研究者以外の目に触れぬよう鍵の

かかる場所で保管すること、結果発表終了後3年間が経過した時点で破棄することとを文章に明記するとともに説明し、遵守する。

- ・データ分析に使用するPCは専用としパスワードを設定し、インターネットには接続しない。
- ・USBメモリーについても認証システムがあるものを使用し、鍵のかかる場所で保管し持ち歩かない。

(3) 研究結果

①研修会後の認知行動療法への思い

3回目の研修会に参加していた78名中、66名の提出があり、回収率は84.6%であった。(研究対象者が限られているため年齢や性別の記載により、匿名性の保持が難しくなる可能性が高いため基本情報は収集していない。)

認知行動療法に興味を持てた者は、「そう思う」「ややそう思う」をあわせて90%、自分の役に立つと思った者は約80%いたが、自分で認知行動療法をしてみようと思った者は、約50%であった。認知行動療法によりバランスのいい思考ができるようになるには、研修を受けるだけでなくホームワークと抱き合わせて実施する必要があるが、実際にはホームワークは約95%の者がしていなかった。自由記載欄には、「時間がない」「仕事で疲れていて、する気にならない」「反証を一人で考えるのは難しい」「考えることがストレスになる」等が書かれていた。

また、約80%の者が理解できたと思っていた。一方で、自由記載欄には「根拠を考えるのが難しい」「反証が出てこない」「自分で答えを見つけるのが難しい」など困難さを感じている内容が書かれていた。

興味を持てたことに関する自由記載欄には、「実際にやってみてイライラが和らぐことを体験した」「自分との付き合い方が分かった」「自分の振り返りができる」「普段は思いつかないことが思いつける」「文字にすることが整理できる」等、認知行動療法を行うことで、自分が楽になれる変化を体験できたことが書かれていた。

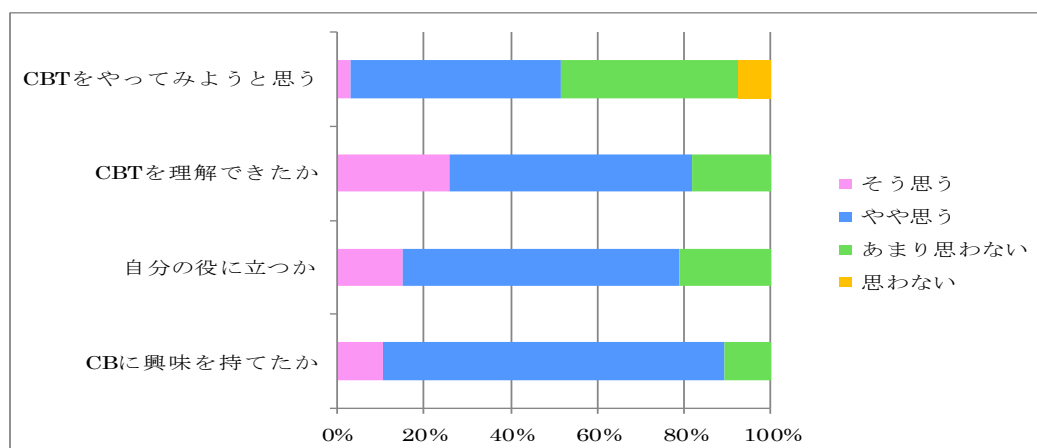


図1 認知行動療法 (CBT) への思い

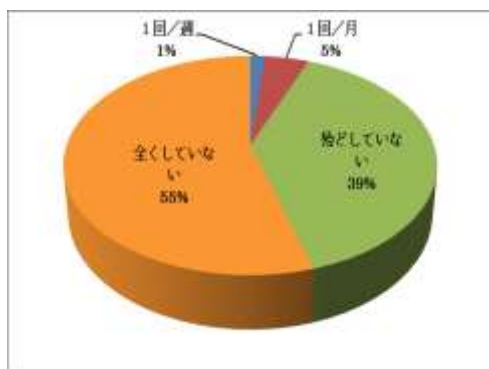


図2 ホームワークの回数

②BDI-Ⅱの推移

研修会に参加した新卒看護師は、当初 81 名であったが、研修会に 3 回とも出席していない者や協力が得られなかったものを除き、最終的に 51 名（63.0%）を分析の対象とした。

BDI-Ⅱの各回の得点の平均は、1 回目が 14.4 点（SD8.4）、2 回目が 13.2 点（SD8.4）、3 回目は 15.7 点（SD8.7）であった。また、中央値は、1 回目が 15.0 点、2 回目が 12.0 点、3 回目が 14.0 点（図 3）であった。

BDI-Ⅱの得点によって、正常群（1～16 点）、境界群（17～20 点）、重症群（21～点）に分けた。正常群は、2 回目に 63%から 67%に増えているが、3 回目には 55%と減少している。それに伴い、境界群、重症群ともに増加している（図 4）。しかし、3 回の平均点は、 $P=0.33$ で有意差がない。

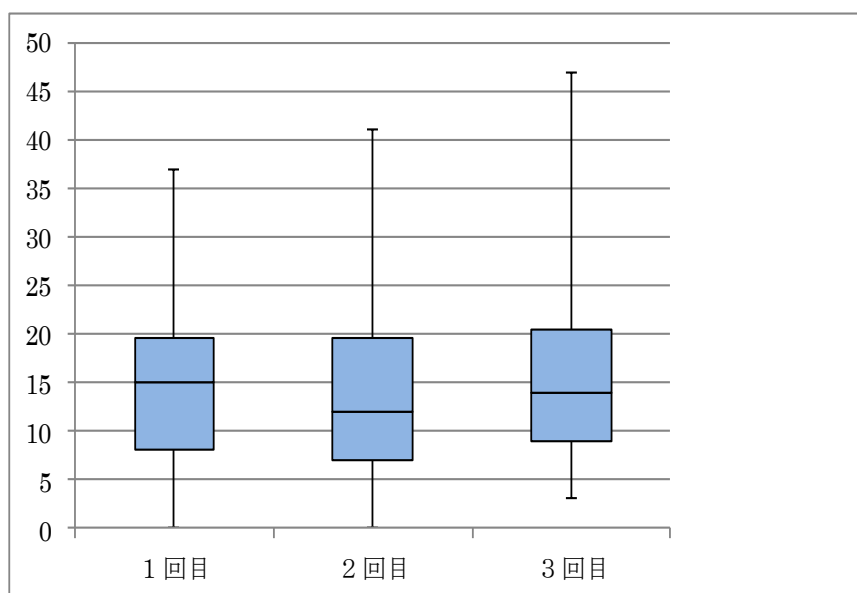


図3 各回の BDI-Ⅱ 点数分布

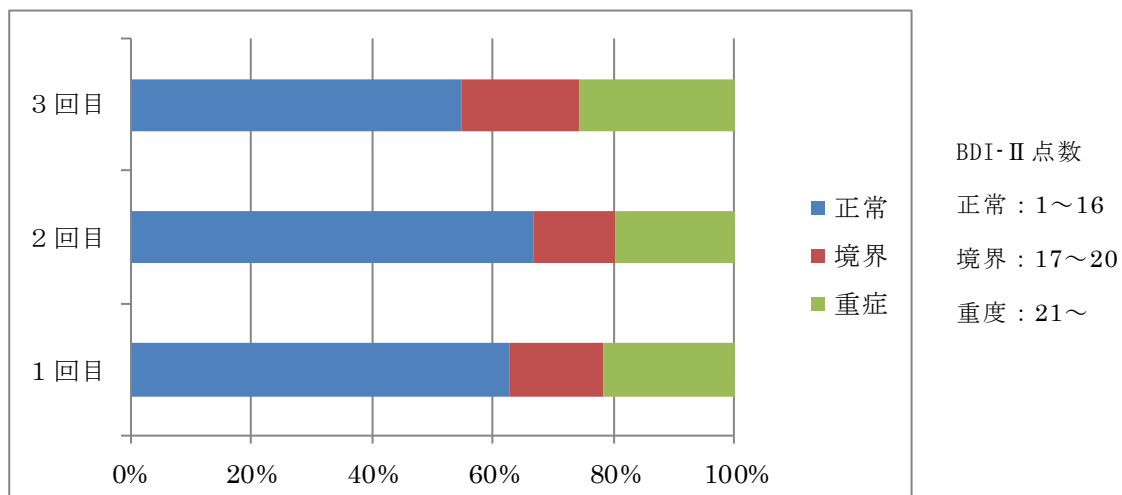


図 4 BDI-II の推移

表2 分散分析表

変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F 境界値
グループ間	160.7451	2	80.37255	1.113777987	0.331016	3.056366
グループ内	10824.31	150	72.16209			
合計	10985.06	152				

③抑うつ状態と自動思考，抑うつ対処の自己効力感の判別分析

51 名のうちプログラムの実施 1 回目と 2 回目，3 回目で BDI が重症化した群（7 名）と維持または軽症化した群（40 名）の 2 群に分けた。

重症化した群において，認知対処の自己効力感では，下位尺度項目が①客観的・多面的評価，②自己開示・自己主張，③メリット・デメリットであった（表 3）。

また，ATQ-R（自動思考）では，①消えてしまいたい，②世間とは衝突している気がする，③私の人生はめちゃくちゃだ，の順で判別に寄与していることが示された（表 4）。

表3 抑うつ対処の自己効力感

質問項目	下位尺度項目	カテゴリー・スコア	順位
失敗した後で自分を落ち込ませる考えが浮かんでも、その状況を客観的にみようと努力することができる。	客観的・多面的評価	5.106	1
周囲の人が落ち込んでいる時、支援するために何か言ったり、してあげたりすることができる。	自己開示・自己主張	5.059	2
自分を落ち込ませるような後ろ向きの考え方をしても良いことが余りないと思った時には、違う考え方に変えることができる。	メリット・デメリット	3.639	3
落ち込みすぎないために、自分を責めるような考えが浮かんだ時、それと別の前向きな考えを思いつくことができる。	客観的・多面的評価	3.14	4
悲観的な考えや消極的な考えが浮かんでも、その良い点と悪い点を考えて、そのネガティブな考えを上手く役立てることができる。	メリット・デメリット	3.061	5

表4 ATQ-R（自動思考）

質問項目	下位尺度項目	カテゴリー・スコア	順位
消えてしまいたい	将来への悲観	5.339	1
世間とは衝突している気がする	自己に対する非難	4.141	2
私の人生はめちゃくちゃだ	将来への悲観	3.605	3
私の将来は暗い	将来への悲観	3.497	4
私は価値のない人間である	将来への悲観	3.428	5

④プログラムの効果

ATQ-Rの下位尺度項目である、a 将来への悲観、b 自己に対する非難、c 肯定的思考の3項目、抑うつの自己効力感の下位尺度項目である、注目点、メリット・デメリット、客観視・多目的評価、気晴らし・ストレス対処、自己開示・自己主張、二次予防

の6項目について、プログラム実施の1回目、2回目、3回目において一元配置分散分析を行った。

いずれにおいても、 $P>0.05$ で有意差が得られなかったため、集団認知行動療法を用いたアプローチが自動思考や抑うつへの自己効力感に差を生じたとはいえない。

表5 抑うつ対処の自己効力感と自動思考の平均値と差の検定結果

	1回目		2回目		3回目		F (2,150)	P
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
抑うつ対処の自己効力感								
注目点	11.92	3.33	12.37	3.29	12.67	3.40	3.06	0.53
メリット・デメリット	12.51	3.09	12.31	3.22	3.40	3.13	3.06	0.95
客観視・多面的評価	12.59	2.87	12.53	2.88	12.67	2.97	3.06	0.95
気晴らし・ストレス対処	13.80	2.86	14.75	2.56	13.82	3.09	3.06	0.95
自己開示・自己主張	16.25	3.16	16.86	3.33	16.10	3.37	3.06	0.95
二次予防	2.47	0.97	2.67	1.09	2.82	1.05	3.06	0.95
自動思考(ATQ-R)								
将来への悲観	29.84	11.34	30.57	11.78	30.57	12.37	3.06	0.99
自己に対する非難	32.92	11.28	32.67	11.51	32.67	10.47	3.06	0.99
肯定的思考	24.76	8.30	23.84	7.80	23.84	7.58	3.06	0.99

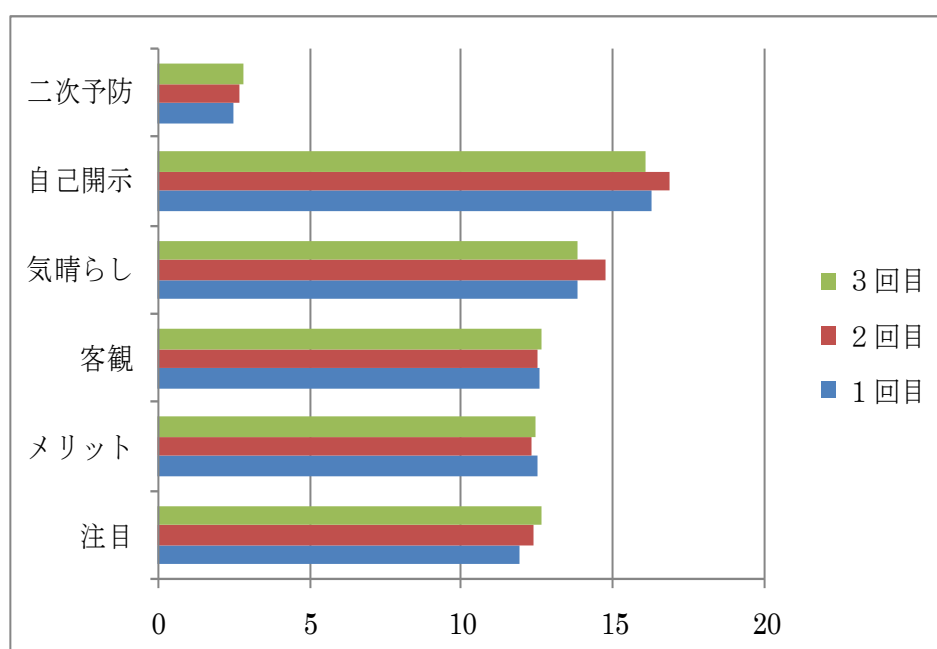


図5 抑うつ対処の自己効力感

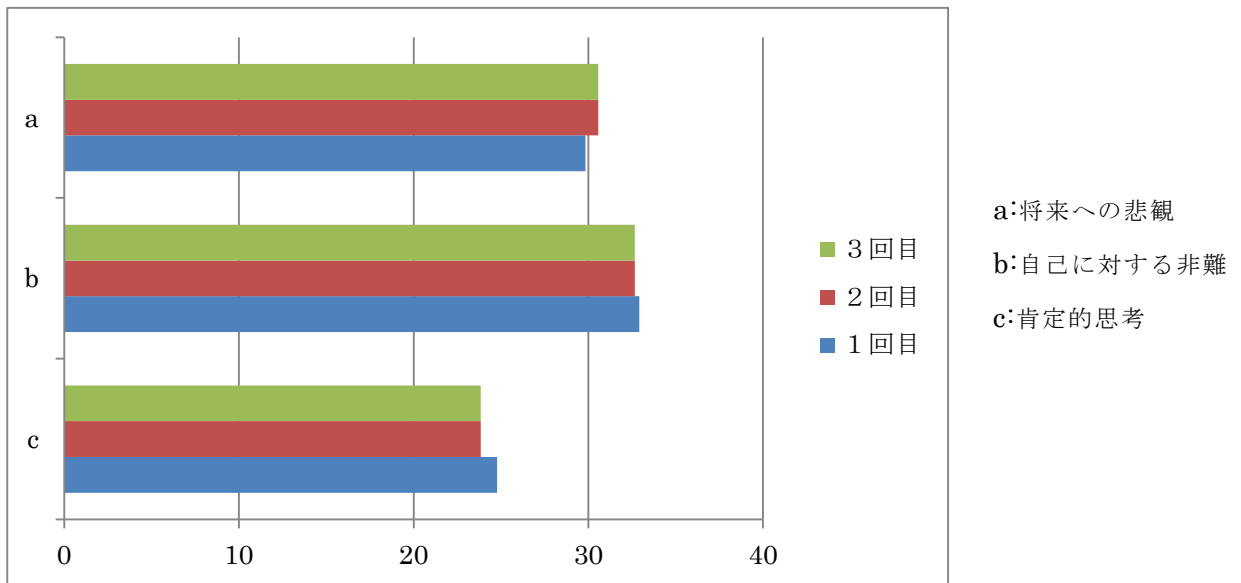


図 6 ATQ-R (自動思考)

(4) 考察

①研修会後の認知行動療法への思い

「認知行動療法に興味を持てたか」の問いで「そう思う」「ややそう思う」と回答した者が 90%、「自分の役に立つ」の問いでは約 80%と大半を占めていたにもかかわらず、認知行動療法をやってみるに関しては「そう思う」「ややそう思う」は約 50%に過ぎない。実際に、ホームワークは約 95%の者がしていなかった。これらから、興味があり、自分の役に立つと思っても行動につながりづらいことが窺える。「時間がない」「仕事で疲れていて、する気にならない」等の記載があったが、新卒看護師が日々の仕事に追われ余裕のない状態では新しいことに取り組むことが難しいといえる。

しかし、認知行動療法を体験して効果を実感できたら動機づけを強化でき、認知行動療法の実践につながると考える。そのため研修会で効果を実感できるような介入を行うことが必須となる。このことについては、大学生を対象として行った認知行動療法による抑うつ感軽減・予防プログラムにおいて白石(2005)も同様の指摘をしている。

さらに、約 80%の新卒看護師が認知行動療法を理解できたと思っても、「反証が出てこない」「根拠を考えるのが難しい」「自分で答えを見つけるのが難しい」と実際に認知行動療法を一人で実施することによる困難感やストレスが生じている。

一方で、集団で実施することにより「自分では気づけなかったけど言ってもらえて気づけた」「いろんな見方があることが分かった」等、多角的視点から見直せるため、一人で実施するより負担感が軽減する可能性が考えられる。反証を考えることへの困難感が軽減できるように、当初は集団で実施し、反証を考えることができ適応思考を見つけ気分が変化する体験を繰り返すことで動機付けを行うと同時に、負担感の軽減を図ることで一人で認知再構成法を行うようになる可能性が考えられる。

②BDI-Ⅱの推移

平均値は、高い順に 3 回目の 15.7 点、1 回目の 14.4 点、2 回目の 13.2 点であるが、中央値は、高い順に 1 回目の 15.0 点、3 回目の 14.0 点、2 回目の 12.0 点、

であった。これは、3回目のほうが重症化する新卒看護師が増えているためと考えられる。しかし、平均値の差には有意差が認められないため、3回の抑うつ度には差があるとはいえない。

本木ら（2010）は、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale（CES-D）日本語版を用いて、新卒看護師の抑うつ変化を就職後3ヵ月、6ヵ月、9ヵ月で比較し、抑うつ度の平均値が3ヶ月・6ヶ月に比べて9ヵ月が有意に低下していたと結論付けているが、本研究の結果とは相違がある。これは、所属している組織に起因するものなのか、看護師のうつ状態を測定する尺度としてBDI-IIが適切であったか等を再検討する必要がある。

また、ATQ-Rと抑うつ対処の自己効力感は、各々 $P>0.05$ で有意差が得られなかったため、認知行動療法による介入は効果が得られなかったと考えられる。そのため、これらの抑うつ度は、自然推移として推察できるが、実際に対照群を設けることで、明確にしていく必要がある。

③抑うつ状態と自動思考、抑うつ対処の自己効力感の判別分析

重症化した群において、抑うつ対処の自己効力感での影響を及ぼした下位尺度項目の客観的・多面的評価は、本プログラムの適応思考を身につけることで改善する可能性が見込まれる。しかし、本研究の結果に鑑みると、これらの項目を選択する新卒看護師に対しては集団での介入を行うより個別の対応を検討することも視野に入れる必要がある。

また、自動思考の下位尺度項目の、①消えてしまいたいと③私の人生はめちゃくちゃだは将来への悲観、②世間とは衝突している気がするは自己非難であり、これらは新卒看護師の日々の臨床での体験が影響していると考えられる。加えて、新卒看護師のホームワークの実施率や認知行動療法に抱く困難感を考えると認知再構成法のみでなく、行動的介入として問題解決技法を活用することで効果を体験できるようにプログラムの構成を検討する必要性が示唆された。

④プログラムの効果

集団認知行動療法を用いた研修会を3回実施したが、抑うつ対処の自己効力感やATQ-R（自動思考）の肯定的変化に効果はなかった。

しかし、大学生を対象として集団認知行動療法的介入を実施し、白石（2005）は抑うつ感の軽減、否定的自動思考および抑うつスキーマの変容に有効であることを実証している。さらに、及川ら（2007；2014）は抑うつ対処の自己効力感の肯定的変化や適応指標の否定的自動思考とストレス反応の低減を明らかにしている。山田ら（2011）もCenter for Epidemiologic Studies Depression Scale（CES-D）の改善を認めている。加えて、東ら（2012）は、新人看護職員研修会に集団に認知行動療法の導入を図り、State-Trait Anxiety Inventory（STAI）日本語版により状態不安の軽減有効であることを示唆している。これらは、集団認知行動療法による介入の有用性を示しており、本研究の結果とは異なる。

その原因として以下のことが考えられる。①上記の介入はいずれも1週間に1回の間隔で実施されており、本研究の3ヵ月から4ヶ月の間隔での介入では、間隔があく

ことで新卒看護師の内容理解の強化が図れなかった。②上記の東ら（2012）を除くプログラムの内容は、1回20～90分と開きはあるが、回数は8回程度である。東ら（2012）は1回120分で3回実施しており、本プログラムの1回90分～120分で3回と類似している。しかし、その他の介入プログラムと比較すると1回の内容が多くなっていることが考えられる。本研究に参加した約80%の新卒看護師が理解できたと答えているものの反証や適応思考の出しにくさを記述していることから、十分な理解に至らなかった可能性があるといえる。③一人で認知再構成法を実施することへの時間的・身体的負担、ストレスや困難感がホームワークの実施率の低迷につながり、定着性が得られなかった。④実際に効果を体験すると興味を持て、動機づけられるが、本プログラムでは研究者1名が3～4グループ（1グループ5～6名）を担当することになる。これは、東ら（2012）の14名を2名で担当するのとは大きく異なる。つまり、各グループに十分な介入ができず効果を体験できた新卒看護師が限られた可能性がある。

（5）結論

新卒看護師 81 名を対象に集団認知行動療法を用いた抑うつ予防のための研修会を就職2ヵ月以内に初回を実施し、その後は3ヵ月～4ヵ月の間隔で2回、合計3回行った。

3回の研修会に参加し、研究の同意が得られた51名を対象として、抑うつ対処の自己効力感とATQ-Rによるプログラム評価を実施した。その結果、いずれも有意差が得られず、効果があったとはいえなかった。今後は、対照群との比較も含めて検討していく必要がある。

また、本プログラムの課題として、①1週間程度の間隔で実施することで内容理解の強化を図る、②1回の内容を精練し実施回数を検討する、③ホームワークにおける身体的負担、ストレスや困難感の軽減が図れるように研修方法や内容を検討し、ホームワークを定着させる、④研修中に効果を体験することで十分な動機付けができるように十分なファシリテーターを配置する、⑤比較的短時間で効果が体験できるように、認知再構成法だけでなく行動的介入として問題解決技法の活用も検討する、が明らかとなった。

一方で、抑うつ対処の自己効力感の下位尺度項目の客観的・多面的評価は抑うつ重症化に影響を及ぼすことが明らかになったため、客観的・多面的評価を否定的に選択している新卒看護師には早期に集団よりは個人的介入を検討することで抑うつ重症化を予防できる可能性が示唆された。

（6）謝辞

本研究にご理解とご協力をいただきました、病院の看護部長ならびに教育担当師長、新卒看護師の方々に衷心より感謝申し上げます。

看護部長のご理解を頂き、院内の新卒看護師の教育プログラムに組み込んでいただき実施できましこと、また教育担当師長には、調整等に多大なお時間を頂戴しましたことをお詫び申し上げますとともに改めまして感謝申し上げます。

なお、本研究は平成27年度学校法人 日本赤十字学園 赤十字と看護・介護に関する研究助成により実施いたしました。深謝申し上げます。

（７）引用文献

- ・秋山剛，大野裕（2008）．さあ！はじめよう うつ病の集団認知行動療法．東京，医学映像教育センター
- ・藤原法子，米山和子，田中絵美，三輪亜紀子，福田巳恵，宮川ひさえ（2008）．看護師のストレス調査－看護師の職業性ストレスとストレス反応の関係について－．日本看護学会論文集 精神看護，39 号，92－94．
- ・福富和夫，橋本修二（2014）．保健統計・疫学 改訂 5 版．東京，南山堂．
- ・福井至（2011）．図説 認知行動療法ステップアップ・ガイド．東京，金剛出版．
- ・福井至，貝谷久宣（2015）．心がスッと軽くなる認知行動療法ノート．東京，ナツメ社．
- ・福井至，貝谷久宣（2012）．図解 やさしくわかる認知行動療法．東京，ナツメ社．
- ・東則子，佐藤裕子，鎌倉恵美子，村山亜妃穂，大矢瑞穂（2012）．新人看護職員研修における集団認知行動療法導入の効果．日本看護学会論文集 看護管理，第 42 回，57－60．
- ・伊藤絵美，石垣琢磨（2014）．認知行動療法を身につける グループとセルフヘルプのための CBT トレーニングブック．東京，金剛出版．
- ・川口貞親，鶴川晃，鈴木学美，植本雅治，豊増功次，吉田典子（2005）．看護師のメンタルヘルスと医療過誤，ヒヤリ・ハット体験の具体的内容との関連性について．産業衛生学雑誌，47 巻臨増，617．
- ・小塩真司（2012）．研究事例で学ぶ SPSS と Amos による心理・調査データ解析 2 版．東京，東京図書．
- ・松永美希，岡本泰昌（2006）．うつ病の集団認知行動療法．医学のあゆみ，2019（3），111－1119．
- ・三木明子（2003）．私の文献検索 海外文献の活用から職業ストレス最新理論の試用へ．看護実践の科学，28（10），102－103．
- ・三上勇氣（2010）．認知行動療法の基礎知識と師長業務・看護業務への活かし方前編，ナースマネージャー，12（9），36－43．
- ・本木千春，田口友美（2010）．新人看護師の抑うつ変化とその背景 就職後 3 ヶ月，6 ヶ月，9 ヶ月目の比較．日本看護学会論文集：精神看護，40，33－35．
- ・及川恵，西河正行，坂本真士（2014）．大規模授業を活用した抑うつ予防のための心理教育プログラムの開発－女子大学生を対象とした実践－．東京学芸大学紀要 総合教育科学系 I 65，153－160．
- ・及川恵，坂本真士（2007）．女子大生を対象とした抑うつ予防のための心理教育プログラムの検討－抑うつ対処の自己効力感の変容を目指した認知行動療法的介入－．教育心理学研究，55，106－119．
- ・大櫛陽一，春木康男，浅川達人，松木秀明（2008）．看護・福祉・医学統計学．東京，福村出版．
- ・大野裕（2011）．はじめての認知療法 こころが晴れるメソッド入門．東京，株式会社講談社．
- ・大野裕（2007）．こころが晴れるノート．大阪，創元社．
- ・大野裕，中野有美（2015）．こころのスキルアップ教育の理論と実践．東京，大修館書店．

- ・白石智子，松下健，田中乙葉，島津直実，近藤育代，越川房子，石井康智（2013）．大学生を対象とした集団認知行動療法による抑うつ対処・予防プログラム－効果につながる要因の予備的検討－．宇都宮大学教育学部紀要，63（1） 別刷．
- ・白石智子（2005）．大学生の抑うつ傾向に対する心理的介入の実践研究－認知療法による抑うつ感の軽減・予防プログラムの効果に関する一考察－，教育心理学研究，53，252－262．
- ・清水栄司（2014）．「考え方のクセ」を変えるとストレスはなくなる．東京，家の光協会．
- ・清水栄司（2012）．認知行動療法セルフケアブック 職場編．東京，講談社．
- ・集団認知行動療法研究会一次予防 WG（2015）．こころの健康づくり 社内研修ツール．東京，労働調査会．
- ・集団認知行動療法研究会（2011）．さあ！やってみよう 集団認知行動療法．東京，医学映像教育センター．
- ・鈴木伸一，岡本泰昌，松本美希（2011）．うつ病の集団認知行動療法実践マニュアル．東京，日本評論社．
- ・竹田伸也（2012）．認知行動療法 トレーニング・ブック．東京，遠見書房．
- ・山田恵子，比嘉勇人，田中いずみ（2011）．看護学生を対象とした抑うつプログラムのアウトカム評価，富山大医学会誌，22（1），33－38．
- ・山田恵子，比嘉勇人，田中いずみ（2012）．看護学生を対象とした抑うつ予防プログラムのプロセス評価，富山大医学会誌，23（1），35－40
- ・柳井晴夫，緒方裕光（2006）．SPSS による統計データ解析－医学・看護学，生物学，心理学の例題による統計学入門－．京都，現代数学社．