

令和 4 年 5 月 16 日現在

機関番号：37201

研究種目：若手研究

研究期間：2018～2021

課題番号：18K17650

研究課題名（和文）在宅認知症高齢者の家族介護者に対する認知行動療法プログラムの開発と検証

研究課題名（英文）The development of a cognitive-behavioral therapy program for family caregivers of individuals suffering from dementia and an examination of its usefulness

研究代表者

齋藤 嘉宏 (SAITO, YOSHIHIRO)

西九州大学・看護学部・講師

研究者番号：90807413

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 2,800,000円

研究成果の概要（和文）：本研究では認知症家族介護者に対する電話を用いた認知行動療法プログラムを開発し、プログラムの有用性を検証することを目的とした。プログラムへの参加に同意が得られた認知症家族介護者11名を対象とし、プログラムの介入前、介入後、追跡調査にてデータ収集・分析を行い、介入前と介入後の比較においてうつ得点が有意に減少した（ $p<.05$ ）。うつ状態の改善には自己効力感の下位項目である「行動の積極性」にはたらきかける必要性が示唆され、認知症介護者は、介護の継続には【快活動の継続】が重要であると気づき、【自己の客観視】を行うことで気分の安定に繋げていた。

研究成果の学術的意義や社会的意義

在宅認知症家族介護者への電話を用いた認知行動療法を行ったが、電話を用いた認知行動療法は脱落率が低く、介護での時間的制約を受ける中でも、受講しやすい有用な支援を検討することができたと言える。本研究にて、うつ状態の軽減における重要因子として明らかにされた自己効力感（行動の積極性）において、認知症に関する情報提供やリラクゼーション体験といったプログラムは自己効力感を向上させることが明らかになっていることから、介護者の行動の積極性に働きかけるプログラムの構築が必要であることが示唆された。

研究成果の概要（英文）：In this study, I developed a cognitive-behavioral therapy program using the telephone for family caregivers of people with dementia. This study aimed to inspect the usefulness of the program. A total of 11 caregivers to dementia patients participated in the study. Upon obtaining the consent for participation from the caregivers in the above-mentioned program, data were collected and analyzed with the help of a follow-up survey after the intervention. The data retrieved before the program was also analyzed. It was found that the intervention helped the caregivers substantially ( $p<.05$ ). The findings suggest the need to work on "the aggressiveness of the action," which was a lower item of the feeling of self-effect.

研究分野：精神看護学

キーワード：在宅 認知症者 家族介護者 認知行動療法 電話

## 様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19 (共通)

### 1. 研究開始当初の背景

在宅医療・介護が推進される中、平成 25 年度国民生活基礎調査によると、介護が必要なものとして認知症が第 2 位の 15.8%を占めており、年々増加している。認知症者の増加に伴って家族介護者も増加しているが、認知症者への虐待が問題視され、虐待を行う者は、うつなどの精神症状を呈していることが報告されている。うつ状態を弱める因子には自己効力感や自尊感情といった自己肯定感の向上が作用するとされ、研究者は、自己効力感や自尊感情の向上に寄与するとされる認知行動療法を認知症家族介護者に行うためのプログラム開発・有用性の検証を行うことに着目した。また、プログラムの介護者への効果を性差で検討できれば、男性介護者に対する効果的な支援・介入方法を検討することが出来るのではないかと考えた。

### 2. 研究の目的

在宅認知症高齢者の家族介護者に対する認知行動療法プログラムの開発と男性介護者に対する有用性の検証である。

### 3. 研究の方法

#### (1) 研究デザイン

単群前後比較。

#### (2) 介入者(認知行動療法実践者)

研究対象者への認知行動療法は、研究代表者 1 名で行った。同研究者は、厚生労働省認知行動療法研修事業のスーパーバイザーを担い、実践の質の担保できている。さらに、研究者が認知行動療法を実践するにあたり、認知行動療法を専門とする精神科看護ならびに精神医学の専門家計 2 名からスーパーバイズを受けた。

#### (3) 調査方法

##### 電話を用いた認知行動療法プログラム

電話を用いた認知行動療法を実施し、研究対象者の自宅にある固定電話もしくは携帯電話を使用した。プログラムの作成は、海外文献レビュー、既存の認知行動療法プログラム、研修会プログラムを参考に、認知行動療法の専門家からスーパーバイズを受けて全 6 回・各 Session 約 45 分、週 1 回の開催を基本として作成した。プログラムは心理療法 (Session1)、行動活性化 (Session2-3)、認知再構成 (Session4-5)、振り返り (Session6) の全 6 回で構成した。

##### 調査対象

本研究に対して協力の得られた A 県内の訪問看護ステーション 1 施設、精神科単科病院 1 施設、B 県内の認知症家族会 2 施設、C 県内の認知症家族会の 1 施設のうち、在宅で認知症者を介護する家族介護者 11 名とした。適格基準は、在宅介護を行っている家族介護者、18 歳以上、6 か月以上、認知症者の介護に従事している家族介護者、日本語でのコミュニケーション(聞く・話す・書く・読む)に問題がない者とし、性別は問わなかった。

##### 調査項目

アンケート調査では、介護者・要介護者の背景のほか、介護負担感尺度、自己効力感尺度、自尊感情尺度、うつ性自己評価尺度を用いた。インタビュー調査では、半構造化面接によりデータ収集を行った。

##### 分析方法

アンケート調査では、得られたデータの集計、解析には SPSS 統計ソフトを用い統計学的処理を行った。認知行動療法の効果を Wilcoxon の符号付順位検定を用いて分析し、各尺度間の相関関係を Pearson の相関関係を用いて分析を行ったのち、Shapiro-Wilk 検定を用いて正規性の確認後、ステップワイズ法を用いた重回帰分析を行った。インタビュー調査では、得られたデータを用いて逐語録を作成し、形態素解析後、抽出した名詞を分析の最小単位とし、キーワードに連動する文脈を Krippendorff の内容分析の手法を用いて分析した。質的データを定量的に捉え、形態素解析には KH Coder3 解析ソフトを使用した。

##### 倫理的配慮

研究対象施設ならびに研究対象者に対して、研究の趣旨、調査内容、倫理的配慮などについて口頭・書面にて説明を行った。本研究を開始するにあたり、国際医療福祉大学臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 17-1fh-81、21-1fh-036)。

### 4. 研究成果

#### (1) 対象者の参加率

研究参加の同意が得られた 13 名の参加者のうち、11 名(84.6%)が全 6 回のプログラムを完遂した。研究途中での脱落者は 2 名(15.4)であった。プログラムに参加された 11 名のアンケートのうち、欠損データがある者はいなかったため、11 名全てのデータを本研究の対象とした。

#### (2) 介護者・要介護者の属性

介護者の属性

平均年齢は63.9±14.5歳で、「配偶者」、「女性の親」を介護する介護者が最も多く、5人(45.5%)であった。平均介護期間は36.3±25.0月、平均介護時間は7.8±6.5時間であった。

要介護者の属性

平均年齢は、78.0±10.4歳であり、認知症の種類では「アルツハイマー型」が8人(72.7%)で最も多く、「脳血管型」の2名(18.2%)、「前頭側頭型」の1名(9.1%)であった。要介護度では「要介護1~2」が7人(63.6%)で最も多く、「要介護3~5」の3人(27.3%)、「要支援1~2」の1名(9.1%)であった。日常生活自立度では日常生活自立度「a」が5人(45.5%)で最も多く、「」の3人(27.3%)、「以上」の2人(18.2%)であった。

(3) 認知行動療法実践による、うつ、介護負担感、自己効力感、自尊感情得点の変化

うつ得点では、Session1とSession6で有意差がみられた。その他の得点では有意差はみられなかった。自己効力感得点と自尊感情得点はSession6で低下したが、3-month follow-upで上昇した。(表1)

表1 評価項目得点の変化

| 評価項目             | Session1<br>(平均±SD) | Session6<br>(平均±SD) | 3-month follow-up<br>(平均±SD) |
|------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|
| SDS うつ性自己評価尺度    | 44.2±5.3            | 40.1±6.0*           | 44.1±9.3                     |
| Zarit 介護負担尺度     | 33.1±13.3           | 31.6±17.4           | 31.5±14.4                    |
| GSES 自己効力感尺度     | 5.3±3.3             | 5.1±3.5             | 5.6±3.0                      |
| Rosenberg 自尊感情尺度 | 13.9±2.5            | 12.8±2.9            | 13.9±3.4                     |

Wilcoxonの符号付き順位検定 \*p<.05

(4) 抑うつ症状の改善とその要因 - 自己効力感・自尊感情の下位項目の検討 -

Session1とSession6のうつ得点に有意差がみられたため、Session6のうつ得点と自己効力感、自尊感情の下位項目の得点の相関関係を明らかにした。うつ得点は自己効力感の「行動の積極性」に強い負の相関を示した。(表2)

表2 Session6におけるうつ得点と自己効力感・自尊感情の下位項目の相関関係

| 評価項目              | 下位項目等          | うつ | 行動の積極性 | 失敗に対する不安 | 能力の社会的<br>的位置づけ | 受容   | 評価    |
|-------------------|----------------|----|--------|----------|-----------------|------|-------|
| SDS うつ性<br>自己評価   | うつ得点           | -  | -.77** | -.30     | -.26            | -.29 | -.36  |
|                   | 行動の積極性         |    | -      | .59*     | .58*            | .69* | .76** |
| GSES<br>自己効力感     | 失敗に<br>対する不安   |    |        |          | .29             | .27  | .45†  |
|                   | 能力の社会的<br>位置づけ |    |        |          |                 | .67* | .74** |
| Rosenberg<br>自尊感情 | 受容             |    |        |          |                 |      | .83** |
|                   | 評価             |    |        |          |                 |      | -     |

Pearsonの相関関係 \*\*p<.01 \*p<.05 †p<.10

相関関係の結果を受け、うつ得点の改善に影響を与えた変数を検討するため、まず Shapiro-Wilk 検定を行い、量的変数は正規性が確認された。また、相関行列表を確認

表3 Session6のうつ得点の改善に影響を与えた変数

| Session1 - Session6 | 標準偏回帰係数 ( ) | 有意確率 (p) | VIF   |
|---------------------|-------------|----------|-------|
| 行動の積極性              | -2.383      | .006**   | 1.000 |

決定係数 (R<sup>2</sup>) = .59 調整済 R<sup>2</sup> = .54 \*\*p<.01

し、|r|>.8となるような変数は存在しなかった。VIFは全て10.0未満であり、多重共線性に問題はみられなかった。そのため、従属変数としてSession6のうつ得点、独立変数として自己効力感尺度と自尊感情尺度の下位項目を投入し、ステップワイズ法(変数増減法)による重回帰分析を行った結果、自己効力感の「行動の積極性」のみ有意に関連し(p<.01)、その他の変数は有意差なく除外となった。ANOVA(分散分析表)の結果は有意であり、調整済R<sup>2</sup>は.54であった。ダービン・ワトソン比は2.182であり、実測値に対して予測値が±3SDを超えるような外れ値ではなかった。この結果により、うつ得点を軽減させるためには、自己効力感の下位項目である「行動の積極性」に介入することが重要であることが示唆された。

(5) 形態素解析の結果：頻出語句の把握とグループ化

Session6の認知行動療法受講後に得られたインタビューデータの記載文は10,072文字で、形態素解析の結果、名詞は257種類(645語)を抽出した。名詞は、名詞・サ変名詞・固有名詞の合計を記載した。以下、“ ”は名詞の出現頻度を示し、【 】はカテゴリー、《 》はキーワード、 は構成要素の内容を示す。(表4)

抽出した名詞

名詞の出現頻度は、自分“67”・気持ち“21”・電話“14”・感じ“14”・主人“13”・先生“13”・介護“12”・ストレス“10”・本当“10”・話“9”等であった。

名詞のグループ化

形態素解析によって抽出した名詞すべての意味内容を検討しながら、「介護者の介護状況、介護に対する思い(負担やストレスなどの心理面を含む)、介護継続に必要なもの・支援、要介護者への思い」についての語りを抽出し、異なる名詞から抽出され重複している内容に関しては、認知症家族介護者の語りの文脈から意味内容を検討し、語りの中で主となる意味で採用されている名詞のみを抽出し、類似性に基づきグループ化およびネーミングをした。

介護状況では、《日常生活の変化》《対応困難》《介護の限界》から【介護の限界】が窺える。介護への思いでは、介護者自身の《健康面の不安》から《健康相談の必要性》を感じ、【健康面への不安】が抽出された。要介護者への思いでは【症状の維持】が抽出され、介護者自身より《要介護者への意識》が強く、認知症者の行動における《予測と対処》や《症状に対する対処》など

を行い、認知症者の【症状の理解と対処】に繋げていた。また、要介護者の症状増悪に対する覚悟 要介護者との死別の覚悟 など、認知症者に対する【将来への覚悟】を持ち合わせていた。認知障害の重度化は在宅療養を断念する要因となり、介護者は認知症者の【症状の理解と対処】を行っているが、認知症者の症状増悪の程度により、在宅療養の困難さが増強し、認知症者との死別など【将来への覚悟】に繋がっていることが予想される。

認知行動療法受講後の変化では、認知行動療法の効果である《「今、ここ」への意識》を集中させることで、介護者の興味・関心がある《気分転換活動の把握》を行い、《快活動の継続》を行うことが出来ていた。また、《快活動と心理面》の関係性について気づくことで、うつ軽減などの精神面への効果として【快活動の重要性】についての理解が深まった可能性が考えられる。これは Session2-3 で実施した行動スキルプログラムの効果であると考えられ、行動スキルの Session で週間活動記録表を用いて介護者自身の喜び・達成感を感じる出来事を把握し、生活に取り入れることで、介護者自身が快活動を増加させることに繋げることができたと考えられる。また、要介護者の理解 を深めることで、認知症者も介護者自身と同様の人であるという《要介護者との共通性》を認識することで【要介護者の捉え方の変化】に繋がり、介護 状況の客観視 や介護者自身が 介護から生じる考えの整理 を行うことで【介護の捉え方の変化】に繋げることができた。これは Session4-5 で実施した認知スキルプログラムの効果であると考えられ、認知スキルの Session で自動思考コラム表を用いて否定的認知が生じた場面を整理して認知を修正することで、過度に否定的な認知を修正するという学びを獲得し、介護や要介護者の捉え方に変化を生じさせることができたと考えられる。加えて、見守り 共感 スキンシップ といった《介護行動の変化》、《支援の活用》《要介護者への思いやり》などの要介護者に対する【関わり方の変化】が生じたことで、否定的気分の改善 に至り、《気分・感情の安定》に繋げ、前向きな気持ちの獲得 を行ったことから《自己肯定感の向上》に繋げ、介護者の【気分の安定・向上】に至った可能性が考えられる。認知行動療法では、治療を行う過程として、当事者自身で対処を行うことが求められる。本研究でも、認知行動療法を実施することで、介護者自身が介護状況を客観視でき、自身で快活動などの行動活性化や認知の修正から気分・感情の確認を行うなどの過程を通じ、介護コントロール 感情コントロール 行動コントロール などの【セルフコントロール】を行うことの重要性を認識することができた。しかし、【変化なし】との回答もみられた。Session 期間中に認知症症状の変動から介護状況が悪化し、行動活性化の時間確保や認知の整理が十分でなかった可能性が考えられる。

認知行動療法からの学びでは、受講後の変化と同様に、《介護状況の振り返り》《介護への向き合い方の検討》から【介護状況の把握と対応】を行い、【状況の客観視】に繋げることで、【要介護者との関わり方】について自身で見直しをすることの重要性を学習することが出来ていた。また、【状況の客観視】によって《ストレスの自覚と対処》《個人の時間の捻出》など、【ストレスの把握と対処】について検討し、介護状況から生じる可能性のある否定的認知の対処行動を模索するなど、セルフコントロール力の向上に繋げることができたと考えられる。認知行動療法に対して【継続への意欲】も聞かれたが、具体的な継続内容に関する言及はみられなかった。

介護継続に必要なことでは、介護者自身の【健康の維持】が重要と考えており、そのためには、《周囲への相談》や《医療者への相談》を行える【相談場所の確保】や、《家族の協力》を得ることで《他者への介護の分散》ができる【協力者の確保】を行っていくことが重要であると考えていることが示唆された。他者への相談を行うなどの対処行動がとれていることは認知症家族者の強みであるが、認知行動療法受講後の変化で得られた【セルフコントロール】の重要性は認識しても、介護継続に必要な力としての言語化が見られなかった。認知症者の症状改善は困難であり、介護者がうつ状態などに繋がる精神面の安定を図るためには行動・認知に働きかけるセルフコントロール力が重要となり、理解を深めるためのプログラム修正を行う必要がある。

## (6) 本プログラムの評価・課題

### プログラム評価

介入内容は妥当との意見がみられる一方、介入期間が短いもしくは長い、介入回数が短い、さらにはフォローの重要性を含めた介入内容の検討必要との意見がみられ、認知症者家族介護者の自己効力感・自尊感情の経過を検証し、セルフコントロールへの意識づけを行えるプログラム修正が必要であることが示唆された。しかし、電話を用いた認知行動療法は脱落率が低く、一定の効果が得られた点も考慮すると、介護で時間的制約を受ける中でも、受講しやすい有用な支援であったと考えられる。今後、プログラム修正を行う過程で対面での介入との費用対効果を検証し、電話を用いた認知行動療法プログラムの普及に繋げる。

### 本研究の課題

本研究は介入群のみの単群前後比較であり、対照群を設定していないため、電話を用いた認知行動療法の有用性を断定することはできない。さらには、本研究はパイロット研究のため、本研究の過程で得られた介護者からのプログラム改善点を踏まえたプログラムの修正を行う必要がある。加えて、本研究の対象者は機縁法でリクルートしたため、研究への参加を希望された時点で介護者の研修への意欲・動機づけがなされていた可能性や、対象者数の少なさからも介入の有用性を断定することができない。介入時点から具体的・抽象的のどちらかは不明であるが、自身の困りごとを把握し、解決策を得ようとする介護者であったとも考えられ、そのような介護者・要介護者の状況がアウトカムに影響した可能性があることも本研究の限界であると言える。

また、本研究着想時、介護者を性差に分けて男性介護者への認知行動療法の有用性を検証することを目的としていた。しかし、プログラム参加に対する時間的制約から対象者の選定が困難であったに加え、COVID-19の影響から対象者を十分に獲得できず、本試験に繋げることが出来なかった。今後、プログラムを修正し、介入群・対照群の2群に分けたランダム化比較試験を行うこと、さらには対象者数を増加させることで性差での効果検討を行うことで、認知症家族介護者への電話を用いた認知行動療法の有用性を検証していく。

表4 認知行動療法実践後の語り - 名詞のグループ化 -

| 項目               | 構成要素               | キーワード             | カテゴリー           |                |
|------------------|--------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| 介護状況             | 個人の時間の喪失(1)        | 《日常生活の変化》(1)      | 【介護の限界】(4)      |                |
|                  | 認知症症状への困惑(1)       | 《対応困難》(1)         |                 |                |
|                  | 介護の限界(1)           | 《介護の限界》(1)        |                 |                |
| 介護への思い           | 健康面の不安(2)          | 《健康面の不安》(2)       | 【健康面への不安】(2)    |                |
|                  | 医療機関への健康面の相談(1)    | 《健康相談の必要性》(1)     |                 |                |
| 要介護者への思い         | 認知症症状維持への願い(1)     | 《現状維持への期待》(1)     | 【症状の維持】(1)      |                |
|                  | 要介護者への意識(2)        | 《要介護者への意識》(3)     |                 |                |
|                  | 要介護者の捉え方の変化(1)     | 《予測と対処》(1)        | 【症状の理解と対処】(4)   |                |
|                  | 要介護者の行動予測と対処(1)    | 《症状に対する対処》(1)     |                 |                |
|                  | 認知症症状の増悪に対する不安(1)  | 《要介護者に対する覚悟》(2)   |                 |                |
| 認知行動療法受講後の変化     | 要介護者の症状増悪に対する覚悟(1) | 《要介護者との死別の覚悟》(1)  | 【将来への覚悟】(2)     |                |
|                  | 要介護者との死別の覚悟(1)     | 《要介護者との共通性》(2)    |                 |                |
|                  | 要介護者の捉え方の変化(1)     | 《介護の捉え方の変化》(7)    | 【介護の捉え方の変化】(13) |                |
|                  | 介護状況の受け止め(4)       | 《認知の整理》(1)        |                 |                |
|                  | 状況の客観視(3)          | 《ロールモデルとしての役割》(1) |                 |                |
|                  | 介護から生じる考えの整理(1)    | 《ストレスの自覚》(1)      |                 |                |
|                  | 介護モデルとしての意識(1)     | 《ストレス状況の把握》(2)    |                 |                |
|                  | ストレスの自覚(1)         | 《介護負担の軽減》(2)      |                 |                |
|                  | ストレス対処法の未獲得(1)     | 《気分・感情の安定》(3)     |                 | 【気分の安定・向上】(5)  |
|                  | 介護負担の軽減(2)         | 《自己肯定感の向上》(2)     |                 |                |
|                  | 気分変動なし(2)          | 《介護行動の変化》(4)      |                 |                |
|                  | 否定的気分の改善(1)        | 《共感》(1)           |                 | 【関わり方の変化】(7)   |
|                  | 前向きな気持ちの獲得(1)      | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 自己肯定感の向上(1)        | 《セルフコントロール》(6)    | 【セルフコントロール】(6)  |                |
|                  | 変化への意識(1)          | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 見守り(1)             | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 認知行動療法からの学び        | 共感(1)             | 《セルフコントロール》(6)  | 【セルフコントロール】(6) |
|                  |                    | スキンシップ(1)         | 《セルフコントロール》(6)  |                |
|                  |                    | 支援の積極的活用(1)       | 《セルフコントロール》(6)  |                |
|                  |                    | 要介護者への優しさ(2)      | 《セルフコントロール》(6)  | 【セルフコントロール】(6) |
|                  |                    | 介護コントロール(1)       | 《セルフコントロール》(6)  |                |
|                  |                    | 感情コントロール(3)       | 《セルフコントロール》(6)  |                |
|                  |                    | 行動コントロール(2)       | 《セルフコントロール》(6)  | 【セルフコントロール】(6) |
|                  |                    | 快活動の継続(4)         | 《セルフコントロール》(6)  |                |
|                  |                    | 快活動時間の捻出(1)       | 《セルフコントロール》(6)  |                |
|                  |                    | 快活動の細分化(1)        | 《セルフコントロール》(6)  | 【セルフコントロール】(6) |
|                  |                    | 快活動の気づき(1)        | 《セルフコントロール》(6)  |                |
|                  |                    | 意識の集中(1)          | 《セルフコントロール》(6)  |                |
|                  |                    | 気分転換の知覚(1)        | 《セルフコントロール》(6)  | 【セルフコントロール】(6) |
|                  |                    | 気分転換活動の把握(1)      | 《セルフコントロール》(6)  |                |
| 快活動の心理面への影響(2)   |                    | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
| 行動面の変化なし(1)      | 《セルフコントロール》(6)     | 【セルフコントロール】(6)    |                 |                |
| 介護負担に変化なし(1)     | 《セルフコントロール》(6)     |                   |                 |                |
| 日常生活の把握(3)       | 《セルフコントロール》(6)     |                   |                 |                |
| 認知行動療法実践後の変化     | 自己の振り返り(3)         | 《セルフコントロール》(6)    | 【セルフコントロール】(6)  |                |
|                  | 介護状況の受け止め(1)       | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 日常生活の把握と計画(1)      | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 自己の客観視(2)          | 《セルフコントロール》(6)    | 【セルフコントロール】(6)  |                |
|                  | 認知の理解(1)           | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 気分の点数化(1)          | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | ストレスの自覚(1)         | 《セルフコントロール》(6)    | 【セルフコントロール】(6)  |                |
|                  | ストレス発散方法の把握(2)     | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | ストレス状況の理解(1)       | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 個人の時間の捻出(1)        | 《セルフコントロール》(6)    | 【セルフコントロール】(6)  |                |
| 要介護者に対する感情の安定(2) | 《セルフコントロール》(6)     |                   |                 |                |
| 認知行動療法の継続        | 《セルフコントロール》(6)     | 【セルフコントロール】(6)    |                 |                |
| 介護継続に必要なこと       | 認知行動療法継続の意識(2)     | 《セルフコントロール》(6)    | 【セルフコントロール】(6)  |                |
|                  | 健康面の重要性(2)         | 《セルフコントロール》(6)    | 【セルフコントロール】(6)  |                |
|                  | 周囲との会話(2)          | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 悩みの共有(1)           | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 医療スタッフへの相談(1)      | 《セルフコントロール》(6)    | 【セルフコントロール】(6)  |                |
|                  | <看護師への相談(1)        | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 病院の必要性(1)          | 《セルフコントロール》(6)    |                 |                |
|                  | 相談場所の確保(5)         | 《セルフコントロール》(6)    | 【セルフコントロール】(6)  |                |
| 家族の協力の必要性(2)     | 《セルフコントロール》(6)     |                   |                 |                |
| 介護の分散化(1)        | 《セルフコントロール》(6)     | 【セルフコントロール】(6)    |                 |                |

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計1件（うち査読付論文 0件/うち国際共著 0件/うちオープンアクセス 0件）

|   |                     |
|---|---------------------|
| 1. 著者名<br>Yoshihiro SAITO, Yuko SHIRAIISHI, Naoki YOSHINAGA   | 4. 巻<br>17          |
| 2. 論文標題<br>Cognitive behavioral therapy for anxiety in dementia caregivers: A review of the foreign literature in English | 5. 発行年<br>2019年     |
| 3. 雑誌名<br>看護科学研究  | 6. 最初と最後の頁<br>28-36 |
| 掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子）<br>10.20705/jjnhs.17.2_28   | 査読の有無<br>無          |
| オープンアクセス<br>オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難  | 国際共著<br>-           |

〔学会発表〕 計1件（うち招待講演 0件/うち国際学会 1件）

|  |
|--|
| 1. 発表者名<br>Yoshihiro Saito   |
| 2. 発表標題<br>The development and inspection of cognitive behavioral therapy program via telephone on the stress reaction of dementia caregivers. |
| 3. 学会等名<br>World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies（国際学会）   |
| 4. 発表年<br>2019年  |

〔図書〕 計1件

|   |                 |
|---|-----------------|
| 1. 著者名<br>齋藤嘉宏, 吉永尚紀, 白石裕子, 石川博康, 長浜美智子, 田上博喜       | 4. 発行年<br>2019年 |
| 2. 出版社<br>看護の科学社                                    | 5. 総ページ数<br>181 |
| 3. 書名<br>認知行動療法を用いた精神看護実習ガイド -基本から講義・実習, 施設・地域をつなぐ- |                 |

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

| 氏名<br>(ローマ字氏名)<br>(研究者番号) | 所属研究機関・部局・職<br>(機関番号) | 備考 |
|---------------------------|-----------------------|----|
|---------------------------|-----------------------|----|

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8 . 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

| 共同研究相手国 | 相手方研究機関 |
|---------|---------|
|---------|---------|