

## 研究報告

# 精神障害者への精神科ケア・マネジメントチームおよび チーム内における精神看護専門看護師（CNS）の役割と評価

福川摩耶<sup>1)</sup>、宇佐美しおり<sup>1)</sup>、野末聖香<sup>2)</sup>、福嶋好重<sup>3)</sup>、寺岡征太郎<sup>4)</sup>、大井美樹<sup>5)</sup>

## The Role of the Psychiatric Care Management Team and CNS in Psychiatric Nursing and their Evaluation

Maya Fukugawa<sup>1)</sup>, Shiori Usami<sup>1)</sup>, Kiyoka Nozue<sup>2)</sup>, Yoshie Fukushima<sup>3)</sup>,  
Seitaro Teraoka<sup>4)</sup>, Miki Ohi<sup>5)</sup>

**Abstract** : This study describes the function of psychiatric care management and identifies and evaluates the role of the CNS in psychiatric care.

Thirty-four psychiatric care professionals including two CNSs were interviewed regarding the function of the psychiatric management care team and the role and evaluation of psychiatric CNS within the team involving (a) cases of long-term hospitalization after repeated readmissions and (b) mental disorders in which treatment is difficult. This study got permission from The Research Ethical Committee of Graduate School of Health Sciences, Kumamoto University. This study had implemented between Apr. in 2011 and Mar.in 2012. The contents of the interviews were analyzed qualitatively according to three themes and six categories. Three themes were the function of psychiatric care management team, the role of CNS, and the issues & outcomes of patients. Six categories were the following:

- 1) Readiness of patients, families and professionals for community living,
- 2) Significance of assessment for patients and sharing the treatment goal in the team,
- 3) Partnership between team and out-side team member,
- 4) Role of the CNS to promote the consistent approach for patients,
- 5) The difficulty of each role in the team,
- 6) Patients' outcome by this team in the community.

These results were discussed from the viewpoint what is required of a functional team and the leadership of a CNS.

**Key words** : Psychiatric care management team, Psychiatric CNS, Psychiatric Patients

---

受付日 2013年11月15日 採択日 2014年1月17日

- 1) 熊本大学大学院生命科学研究部    2) 慶応義塾大学看護医療学部    3) 横浜市立市民病院  
4) 長崎大学病院    5) 桜が丘病院

投稿責任者：福川摩耶 fukugawa@kumamoto-u.ac.jp

## I. はじめに

生活習慣病の増加や在院日数の短縮、医師不足は、安全で安心な医療の提供を危うくしている。平成5年から日本看護協会により認定が開始された専門看護師（Certified Nurse Specialist、以後CNSと呼ぶ）は、看護系大学大学院を修了した高度看護実践家であり、1,044名のCNSが活動し、CNSの直接ケアは、患者の病状悪化の予防、日常生活や社会的機能の改善、患者のケア能力の向上やケア満足度の改善に影響することが報告されている<sup>1)</sup>。また精神看護においては146名のCNSが存在している。その中で精神科病院に勤務するCNSのうち数名は、精神科ケア・マネジメントを展開し、再入院を繰り返し長期入院となりやすい精神障害者に対する集中包括型ケア・マネジメント（Community Based Care Management、以後CBCMと呼ぶ）、また社会的機能の全体的評価（Global Assessment of the Functioning、以後GAFと呼ぶ、これは0-100点で表し、点数が高いほど社会機能が高いことを意味している）の低い重度精神障害者に対しては、包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment、以後ACTと呼ぶ）を展開し、病状の改善はないが、患者の日常生活・社会的機能が有意に改善し、再入院率が低下し、地域での生活期間が延長され、患者のケア満足度が高くなることを報告している<sup>2-3)</sup>。CBCMもACTも精神科ケア・マネジメントであり、対象となる患者の重症度が異なる。しかしながら、CBCM、ACTそれぞれにおいて、患者の重症度、対象者の条件を同じにし、ケア・プロトコルを一貫して実施しているにも関わらず、不成功群がそれぞれ約30%存在し、精神科ケア・マネジメントの機能が低下している場合に効率的にケア・マネジメントが展開できないことが明らかとなってきた<sup>4)</sup>。そこで、本研究では、CBCMならびにACT、および精神障害の早期発見・予防活動を行っている精神科ケア・マネジメントで成果を挙げていると考えられるチーム

の機能の特性と、チームにおける精神看護CNSの役割と評価を明らかにすることを目的とした。

本研究を行うことで、再入院を繰り返し長期入院になりやすい精神障害者ならびにGAFの低い重度精神障害者への精神科ケア・マネジメントの成功率を高め、治療につながりにくい精神障害者の重症化予防のためのチーム構築に必要な要素が明確になり、さらに精神看護CNSの果たすべき役割が明確になり、チーム医療を推進し、精神障害者の地域生活を積極的に推進していくことができるであろう。

## II. 文献検討

### 1. 精神科ケア・マネジメントの効果と課題

1970年以降、海外では再入院や再燃を繰り返す精神障害者を対象に、地域生活支援体制である集中包括型ケア・マネジメント（Intensive Care Management、ICM、現在はCommunity Based Case Management、CBCMと呼ばれている）が発達してきた。ケア（ケース）・マネジメント（以後、ケア・マネジメントと呼ぶ）とは、地域において当事者のニーズに沿って身体・心理・社会的側面から統合的に継続的に支援することであり、治療やケアが断片的にならないよう、必要とされるケアを提供する地域ケア・システムの一つである。特にCBCMは、退院後早期に再入院を繰り返す患者、救急外来の使用頻度が多い患者、薬物依存や犯罪歴をもつ患者、長期入院患者を対象に、危機介入、訪問看護や自宅での精神療法、カウンセリング、日常生活の支援、仕事への支援を行い、患者の地域での生活期間を長くしていることが報告されているが、どのようなチームが成果を上げているのかについては明らかではなかった<sup>5-8)</sup>。

またCBCMは、明確な介入基準がなく、提供される期間が半年と限定され、治療チームの患者への直接ケアの時間が少ないことから、精神障害者の再入院率が増加し、地域での生活期間が短く

なっていることが問題として指摘されるようになった<sup>9)</sup>。そこで支援期間を限定せず、支援の介入基準を定めている重症な精神障害者へのケア・マネジメント、ACTが発達するようになった<sup>10)</sup>。

ACTは、重症な精神障害者すなわち1年間に2回以上の入院、社会的機能においてはGAFが低く重複診断を有する患者を対象として展開され、海外では、ACTが重症な精神障害者のセルフケアや病状を改善し、精神障害者の地域での生活を定着させ、障害者のニーズをみだし生活の質を高めることが報告されている<sup>11-12)</sup>。またACTは、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、職業カウンセラー、精神科医など多職種によって構成されるチームであり、集中的なサービスが提供できるよう一人の患者につき10人程度のスタッフから構成される<sup>13-14)</sup>。さらにACTはチーム全員が責任をもって必要とされる治療とケアを直接提供し、サービスの統合性と継続性をはかり、1週間に3回以上の訪問、1日24時間、365日体制で危機介入を行い、患者の病状管理のみではなく、日常生活・社会生活上のニーズを満たし、患者や家族の生活の質を高めるための支援が展開される。ACTチームのリーダーであるケア・マネージャーは、修士号をもつ精神保健福祉士か高度看護実践家（Advanced Practice of Registered Nurse、以後APRNと呼ぶ）が多い。ACTに関するプロトコールは海外においてはかなり発達しており、日本においても導入されてきている<sup>15)</sup>。

以上のように、CBCMもACTも対象者の特徴に応じて展開され、海外においては成果も明らかとなっている。しかしながら、どのようなチーム機能が成果を生み出すのかについては明らかではない。

## 2. 精神科ケア・マネジメントにおける高度看護実践家の役割に関する研究

どの職種においても、大学院を修了した者が一定の訓練や認定を受け、高度専門職業人として活躍する報告は多い。海外においても精神保健福祉

士や臨床心理士、CNS、NP（Nurse Practitioner、日本では診療看護師などと訳される）など大学院を修了し、精神医療に従事する高度実践家を中心とした精神科ケア・マネジメントの実施に関する研究報告は多い。これらの報告の多くは、ケースの重症度やニーズの違いによってどの職種が精神科ケア・マネージャーとして適切かを報告している。

Sellsら、Havassyら、Priceは、APRNを中心としたCBCMは、薬物乱用のない日常生活機能の低い精神障害者や長期入院患者に対し、患者の日常生活機能や社会的機能を改善し、退院後の地域での生活期間を長くし、退院後1年未満の再入院を予防し、障害者の治療への動機付けを高め、患者自身が治療に参加し続けられることを報告している<sup>16-18)</sup>。

## 3. 日本における精神看護CNSを中心としたCBCM、ACTに関する研究

宇佐美らは、海外のCBCMを日本の精神医療に適應するよう修正して修正型CBCM（Modified Community Based Care Management、以後M-CBCMと呼ぶ）を退院後3か月未満で早期に再入院をする患者29名に実施し、17名が成功群、12名が不成功群であったが、両群とも病状に差はなく、成功群は不成功群に比べ日常生活機能、QOLが有意に改善していたことを報告している。またM-CBCMのケア・プロトコールにそって実施したにも関わらず、不成功群にはケアの断片化、チームのまとまりの悪さと役割の不明確さ、治療目標の不明確さが存在していたことを報告していた<sup>19)</sup>。

さらに宇佐美・佐伯らは、GAF40以下の精神障害者10名と対照群11名を対象にACTの評価を行った。ACTについては国際的スタンダードにそってプロトコールを作成し実施した。その結果、ACT実施群の日常生活・社会的機能、ケア満足度は有意に改善され、地域での生活期間も延長されたが対象者数が少ないため結果の一般化が困難

だった。また対照群には、日常生活・社会的機能の改善はみられず、チームの役割の不明確さ、まとまりの悪さが課題として残されていた<sup>20)</sup>。

#### 4. チーム機能に関する研究

チーム医療が重要であるといわれながらも、チーム機能に関する研究は皆無である。小林は、チーム構築の要件として、①明確なミッションとビジョンの存在、②必要な人材と人数を想定する、③役割の明確さとリーダーの設定、④お互いの尊重と必要とされる役割と技能の共有、⑤人材のバランスを述べている<sup>21)</sup>。さらに、チームが機能するために必要なこととして、メンバー間のコミュニケーションの活性化、チームを構築するためには目標の明確化、リーダーシップとメンバーの役割、コミュニケーションの活発化、メンバー間の尊重が重要であると考えられている<sup>22)</sup>。

### III. 研究目的

上記の先行研究から、精神障害者への精神科ケア・マネジメントは、精神障害者の日常生活・社会的機能、患者のケア満足度を高め、地域での生活期間を延長させること明らかとなったが、チーム機能が低下することで不成功に終わることも明らかとなった。そこで、今回、精神看護CNSが中心となっている精神科ケア・マネジメントチームの機能とCNSの役割に注目し、チームがうまく機能するために必要な要素、CNSの役割を明らかにすることとした。

### IV. 用語の定義

#### 1. 精神科ケア・マネジメントチームとは

患者の地域での生活を促進するために看護師、訪問看護師、医師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師らの有資格者が協力し、患者のニーズを満たすため意図したケア計画を展開するメンバーで構成されたグループをさす。

#### 2. 精神看護CNSとは

日本看護協会の認定を受け、ケア困難な精神障害者への直接ケア、コンサルテーション、ケアの質向上のための教育・研究、連携調整を行うCNSを指す。

### V. 研究方法

#### 1. 対象者

精神看護CNSを中心とした精神科ケア・マネジメントを展開している九州管内および関西の2つの精神科病院において、6つの精神科ケア・マネジメントチーム（CBCM、ACT、精神症状悪化予防のためのケア・マネジメント各2チーム）にメンバーとして関わった医療者34名を対象とした。

#### 2. 調査期間

調査は平成23年4月から平成24年3月までの間に行った。

#### 3. 調査方法

調査に同意が得られた精神科ケア・マネジメントチームとして関わったことのある対象者に、インタビュー調査を実施した。インタビューの内容は、この1年間でチームとして関わった成功事例と不成功事例を1例ずつ挙げてもらい、精神科ケア・マネジメントにおけるCNSの役割、チームの機能（チームが成立するための要件、リーダーシップとメンバーシップ）、成功・不成功の要因、チームの課題、成果についてである。

成功事例とは、チームが関わる前は再入院を退院後1か月以内で繰り返していたが、チームが関わりはじめてから、地域で6か月以上生活できた患者とした。また、不成功事例は、チームが関わる前は再入院を退院後1か月以内で繰り返し、チームが関わりはじめても6か月以上地域で生活できない患者を指すこととした。

インタビューは一人平均45分で、インタビューは各対象施設の面接室で行った。

#### 4. 研究の倫理的配慮

熊本大学大学院生命科学研究部の疫学・一般研究倫理委員会および各対象施設での倫理委員会承認が得られた後、対象者に、研究の目的、意義、方法について説明し、同意を得た（倫理第455号）。

#### 5. 分析方法

インタビューは録音して逐語録におこし、質的内容分析を行った。逐語録をもとにデータをコード化し、類似性のあるものをサブカテゴリーとし、さらにサブカテゴリーを類似性と共通性をもとにカテゴリー化した。分析の妥当性の検討は研究者間で行った。また成功事例、不成功事例は別々に分析せず、上記の方法にそって分析を行った。

## VI. 結果

### 1. 対象者の特徴

対象となった職種別人数は、精神看護CNS 2

名、精神科医 4 名、病棟看護師 5 名、外来看護師 3 名、訪問看護師 5 名、精神保健福祉士 10 名、作業療法士 5 名の合計 34 名であった。男性 13 名、女性 21 名、平均年齢 43.4 歳（28 歳-67 歳）、平均臨床経験年数 20.4 年（6 年-41 年）であった。また、CNS と一緒に仕事をした経験年数の平均は 5.8 年（3 年-7 年）だった。それぞれが語った事例は異なった事例であり、同じ事例ではなかった。すなわち語られた事例は、成功事例 34 事例、不成功事例 34 事例だった。

### 2. 精神科ケア・マネジメントチームの機能と CNS の役割

インタビューデータから、①精神科ケア・マネジメントチームの機能、②CNS の役割、③チームの課題と地域における成果、としての要素が抽出された。これらの結果を表 1 に示す。

表 1 精神科ケア・マネジメントチームの実態と CNS の役割

カテゴリー	サブカテゴリー
<b>① 精神科ケア・マネジメントの機能</b>	
患者・家族・医療者の地域生活への準備性の査定	患者もしくは家族の明確なニーズの存在 日常生活・社会的機能のレベル チームの意欲と患者の地域生活への関心 精神障害者の地域生活支援に対する強い理念
チームとしての査定と治療目標の共有	治療目標の共有 お互いの役割確認 患者・家族の病状、人格上の特徴の把握と共有
チームとチーム外のメンバーとの連携	病棟スタッフ・精神科ケア・マネジメントチームの連携 学校や地域生活資源のチームに対するニーズの判定
<b>② CNS の役割</b>	
必要とされる対応の一貫性の促進	患者・家族・治療チームを必要性に応じて繋ぐ 緊急時の適切な対応
<b>③ チームの課題と地域生活における成果</b>	
役割遂行の困難さ	メンバー内での定期的な情報交換不足 役割の兼任による葛藤 職種による参画度の違い 地域生活支援にむけたスタッフのスキル不足
チームによる地域生活における成果	デイケアや支援センターに通えない人の居場所の確保 地域での生活期間の延長 地域における人的資源との連携 地域における支援目標の明確化

### ① 精神科ケア・マネジメントチームの機能

チームの機能としては、〈患者・家族・医療者の地域生活への準備性の査定〉〈チームとしての査定と治療目標の共有〉〈チームとチーム外のメンバーの連携〉が抽出された。

〈患者・家族・医療者の地域生活への準備性の査定〉からは、「患者もしくは家族の明確なニーズの存在」「日常生活・社会的機能のレベル」「チームの意欲と患者の地域生活への関心」「精神障害者の地域生活支援に対する強い理念」が抽出された。ある患者は自宅にひきこもり学校へ行けなくなっており、家族の不安が高く、この不安が精神科ケア・マネジメントチームの導入のきっかけとなっていた。チームは、患者宅に通いながら信頼関係を作り、患者と家族が課題を抱えながら地域生活を送る準備ができていないかを査定していた。また、希望や関心を理解し、ケア困難感を抱えながらも患者の関心事を手掛かりに地域で支えるアプローチを工夫していた。

〈チームとしての査定と治療目標の共有〉は、「治療目標の共有」「お互いの役割確認」「患者・家族の病状、人格上の特徴の把握と共有」に分類できた。あるチームは、父親が患者と患者の母親を置いて家を出て行った後から近隣への怒りや攻撃、妄想が強くなり、地域生活支援ができなかった患者に対し、患者の病状、病状と両親に関する患者の過去との体験との関連、患者のこれまでの人格の特徴、生育史における患者の傷つきを査定し、治療目標、治療内容を患者・家族と共に設定し目標に対し、訪問の頻度、危機介入の方法、支援内容について患者・家族をいれて話し合いを行い、治療チームの一貫した対応を促進した。査定を繰り返しながら、目標を修正し検討し続けることで、医療者それぞれの役割、チーム目標も明確になっていた。

〈チームとチーム外のメンバーとの連携〉は「病棟スタッフ—精神科ケア・マネジメントチームの連携」「学校や地域生活資源のチームに対するニーズの判定」に分類できた。近隣に暴言を吐

いたり、器物破損を行う患者が自宅へ戻ろうとすると近隣住民が反対をし、保健師がその苦情をチームに伝えるが、保健師のチームに対するニーズが不明確なためチームとしての支援の方向性が定まりにくく地域での生活支援が展開しづらいことが語られていた。また病棟スタッフは患者の病状安定を重視し、一方チームは地域での生活を中心としたセルフケアや自己実現を重視した支援を行うため、入院中および退院後の目標の設定や入院中の支援内容が異なり、一貫した入院中からの支援が情報交換・連携不足により展開しにくいことが語られ、チームと病棟スタッフとの連携の重要性が語られていた。

### ② 「CNSの役割」

チームにおけるCNSの役割として、〈必要とされる対応の一貫性の促進〉が抽出された。これは「患者・家族・治療チームを必要性に応じて繋ぐ」「緊急時の適切な対応」に分類できた。組織によりCNSのチーム内の位置づけは異なっていたが、CNSは患者・家族について病状、これまでの経過、今後の生活、家族内力動と患者の病状との関連、治療内容の適切さという視点から正確なアセスメントを行い、時宜にかなったケアを行い、対応の一貫性を促進していることが多職種から語られていた。

### ③ チームの課題と地域生活における成果

ここでは〈役割遂行の困難さ〉〈チームによる地域生活における成果〉が抽出された。〈役割遂行の困難さ〉は、「メンバー内での定期的な情報交換不足」「役割の兼任による葛藤」「職種による参画度の違い」「地域生活支援に向けたスタッフのスキル不足」に分類できた。あるケースは、被害妄想が強く、衝動のコントロールが弱く、自宅へ帰りたいが家族も気分障害で患者を支える機能が弱まっていた。家族の患者への支援だけでは困難だったため、1週間に3回以上および危機時の訪問を行い金銭管理や生活スケジュールの確認、

患者一家族の交流の取り方、家族の患者への対応の仕方を確認するという地域生活支援を行っていた。しかしこの際、チームメンバーが外来や病棟スタッフとケア・マネジメントチームを兼任しており、自由に訪問したくても訪問できない葛藤状況にあった。またスタッフの中では、薬物療法以外の方法で症状コントロールする介入がわからず困ったという意見も語られていた。またケースによっては患者・家族の退院への意向と主治医の意向が異なり、退院支援に向けての、精神科薬物療法に関する協力が得られにくく、医師をチームにどう巻き込むのかという課題も存在していた。

また、〈チームによる地域生活における成果〉として「デイケアや支援センターに通えない人の居場所の確保」「地域での生活期間の延長」「地域における人的資源との連携」「地域における支援目標の明確化」が抽出された。あるケースは退院したいという強い希望を持ちながらも退院すると孤独感により病状が悪化し、スーパーの店員や隣のアパートの住民に攻撃的となり、チームが介入する前まではすぐに再入院となっていた。しかしチームによる訪問、定期的な患者を入れたカンファレンス、生活の場での居場所を確保し、アパートで地域での支援者（民生委員やアパートの大家など）と連絡がとれるよう支援していくことで、地域で生活できる期間が延びていった。

## VII. 考 察

本研究の結果、成功事例・不成功事例ごとに分析をせず、語られた内容を逐語におこしてコーディングを行い、サブカテゴリー、カテゴリー化していった。そのため成功事例と不成功事例それぞれで分析を行っていない。しかしながら、成功事例・不成功事例を通して、うまくいった場合には、チームの支援目標が明確で、チームメンバーの役割もはっきりしており、チームの支援の進捗状況も共有し合えており、CNSも対応の一貫性を促進できていた。一方、不成功にいたっている場合

には、チームメンバーの役割遂行が困難となっており、CNSも対応の一貫性を促進できず、治療目標も不明確となっていた。

Pricelは、APRNもしくは修士号をもつ精神保健の専門家を精神科ケア・マネージャーとしたCBCMは、人格上の問題や発達上の問題をもつ統合失調症患者の退院後の生活期間を延長させ、再入院を抑制し、患者のリカバリーを促進すると報告している<sup>29)</sup>。

今回も精神科ケア・マネジメントチームに高度看護実践家としてのCNSが存在しリーダーシップをとり、同様のことが明らかとなったが、今回特にCNSがチーム運用において、中心的な役割として、患者と家族に関する情報をつなぎ、患者をとりまく家族や治療の状況を丁寧に記述しながらチームメンバーに伝え、精神科ケア・マネジメントチームが展開できるための目標や支援内容をより明確にしていたと考えられた。

小谷は精神分析的な社会システム論において、情報を適切につなぐことが人々のエネルギーの交換となり、その情報が患者の状況を反映し、システムの中に情報交換に伴うエネルギーの交換とバウンダリーの確保が可能になれば現実的な治療目標の設定ができるようになり、チームがより機能することを述べている<sup>30)</sup>。また集団を発達させるためにはその力学を理解することが重要であるが、集団発達の力学において、特に個人が自分たちのできることを最大限に実施しているような場合、患者と自分との間の二者関係の巻き込まれ力学が存在する。ここに第三者が介在し、この第三者が重要な参加者として認知されることで、二者関係の巻き込まれ力学からエネルギーを解放させる三者力学へと発達し、これがよりグループを機能させることが明らかとなっている<sup>30)</sup>。またワイナーらは、組織で働く治療チームが機能する条件として、①相手からの求め、②グループリーダーが支援を受ける人たちに、頼りになる人として認知されていること、③チームが明確に構造化されていること、④チームが取り扱える内容が明確にされ

ていることを要件として述べている<sup>26)</sup>。今回もCNSが適切な情報交換、支援目標の確認と役割の分担、チームへのモニタリング機能を通じて、チームメンバーのエネルギー交換を促し、形だけではない開放的なシステムを作り、チーム機能をより活性化していると考えられた。

今後、再入院を繰り返したり、日常生活・社会的機能の低い精神障害者や治療につながるものが困難な精神障害者の地域生活を促進するためには、単に形だけの精神科ケア・マネジメントチームではなく、精神科ケア・マネージャーを明確に設定し、チームの機能を変化させることのできるリーダーシップのあり方を積極的に検討していくことで、精神医療の中で大きな課題となっている再入院を繰り返す患者や長期入院予備軍、長期入院患者の退院支援の問題を解決することが可能になると考えられた。さらに、CNSがこの機能を積極的に展開するために、患者・家族の個人内力動と社会システムを視野にいたれたグループダイナミクスの理解と技法を修得できることが重要と考えられた。

そしてこの技法を修得することで、退院後早期に再入院をし、地域生活が送りにくい精神障害者への適切な精神科ケア・マネジメントチームを展開できると考えられた。

しかし、今後、不成功事例の分析をさらに詳細に進め、リーダーシップの要因以外に、チームメンバーとして必要な要因についても検討していく必要があると考えられた。また今後対象者数を増やし、結果の一般化も図る必要があると考えられた。

## 謝辞

大変お忙しい中、本研究にご協力頂きました三重県立こころの医療センター院長原田雅典先生、前川早苗CNS、菊陽病院樺島啓吉理事長ならびに各職種の皆様にご心より感謝いたします。本研究は、平成23年度聖路加看護学会看護実践科学研究助成基金で行われた研究です。

## 引用文献

- 1) 北村愛子他：日本における高度看護実践家としての専門看護師の活動の実態と成果 - 課題に関する研究, *国際ナショナル・ナーシング・レビュー*, 33(2):79-82, 2010.
- 2) 宇佐美しおり他：病状が不安定な精神障害者の自立支援における退院支援ケア・パッケージ作成とパッケージを含む集中包括型ケア・マネジメントモデルの開発, *国際ナショナル・ナーシング・レビュー*, 32(1):P88-95, 2009.
- 3) 宇佐美しおり他：長期入院となりやすい精神障害者への修正版集中包括型ケア・マネジメント (M-CBCM) の評価に関する研究, *看護研究*, 44(3):P318-332, 2011.
- 4) 前掲論文3)
- 5) Kent, S., Yellowless, P.: Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 45(4):p347-350, 1994.
- 6) Ruffolo, MC., Nichols, N: SatisficMion and role performance of case managers in the mental health system, *Journal of Case Management*, 3(1):p36-42, 1994.
- 7) Francis, P., Merwin, E: Relationship of clinical case management to hospitalization and service delivery for serious mentally ill clients, *Issues in Mental Health Journal*, 16(3):p257-274, 1995.
- 8) Shern, DL., Wilson, NZ: Client outcomes2-longitudinal client data from the Colorado Treatment Outcome Study, *Milbank Quarterly*, 72(1):p123-148, 1994.
- 9) Drake, R. E.: Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608, 2003.
- 10) 西尾雅明: ACT入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム, 金剛出版, 東京, 2004.
- 11) 大島巖編著: ACT・ケア・マネジメント, ホームヘルプサービス, 精神障害者地域生活支援の新デザイン, p98-99, 精神看護出版, 東京, 2003.
- 12) 志井田孝他: トロント市マウントサイナイ病院ACTチームの在宅医療, *病院・地域精神医学*, 47(2):p124-130, 2004.
- 13) Allness, D., et al : National Program Standards for ACT Teams, Revised, June, 2003.
- 14) 前掲著書11)
- 15) 前掲著書11)
- 16) Sells, D., Davidson, L, et al : The Treatment Relationship in Peer-Based and Regular Case Management for Clients With Severe Mental Illness, *Psychiatric Services*, 57(8):p1179-1184, 2006.
- 17) Havassy, E.B., Shopshire, S.M, et al : Effects of Substance Dependence on Outcomes of Patients in a Randomized Trial of Two Case Management Models, *Psychiatric Services*, 51(5):p639-644, 2000.
- 18) Price, M.L.: Transition to Community : A Program



to Help Clients with Schizophrenia Move from Inpatient to Community Care; A Pilot Study, *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6) : p336-344, 2007.

19) 前掲論文3)

20) 宇佐美しおり他：精神障害者へのAssertive Community treatment (ACT) の評価に関する研究-ケース・マネジメントにおける精神看護専門看護師の役割-。熊本大学医学部保健学科紀要，第6号：P85-98，2010。

21) 小林恵智：プロジェクトリーダーのための入門チームマネジメント，PHP研究所，2001。

22) 前川早苗（宇佐美しおり・野末聖香編）：チーム・ビルディング，日本看護協会出版会，東京，2009。

23) 前掲論文3)

24) 小谷英文：現代心理療法入門，PAS心理研究所，東京，2010。

25) 小谷英文：震災復興支援の力と集団，*集団精神療法*，28(1)：P7，2012。

26) Weiner, M. F. and Caldwell, T. and Tyson, J. : Stresses and coping in ICU nursing ; why support groups fail, *General Hospital Psychiatry*, 5 : P179-183, 1983.