



1986年熊本大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程卒業。1998年聖路加看護大学大学院修士課程(看護学修士)。1988~1993年長谷川病院にてCNSとして勤務。1997年看護学博士(第8号)取得。1997~2001年兵庫県立看護大学看護学部勤務。1997~2001年光愛病院看護部CNS非常勤。2001年熊本大学医療技術短期大学部看護学科教授。2004年熊本大学医学部保健学科教授。2008年より現職。現在、熊本大学医学部附属病院ならびに桜ヶ丘病院にて精神看護CNS(非常勤)。

第2回 地域生活移行支援における チーム医療と看護者の役割

前回(本誌Vol.5, No.1), 精神障害者の地域生活移行支援の現状や課題, 看護職の課題について述べたが, 今回は, 「地域生活移行支援におけるチーム医療と看護者の役割」について述べる。



チーム医療とは

精神科においてチーム医療とは, 患者の治療目標を達成していくために, 医師, 看護師, 臨床心理士, 精神保健福祉士, 作業療法士, 薬剤師などがそれぞれ役割を分担し, 連携してその機能を最大限に発揮していくことを言う。チーム医療は, それぞれの職種が存在しているからチームになれるのではなく, チームづくり——これを「チームビルディング(チームの構築)」と呼ぶ——が必要となる。

組織は通常, 図1のようなラインで成り立っている場合が多い。これは, 組織上の指示命令系統を指す。しかし「チーム医療」の場合は, 上下の関係ではなく, リーダーを中心とした対等な横の関係を示すため, 図2のような形となる。



チーム医療の構築に必要な要件

チーム医療を展開していくに当たって必要な要件は, 次の4つである。

- ①治療チームの目標, ビジョン
- ②チームの役割分担, 目標が達成されているかどうかのモニタリング, 必要に応じた修正を行うリーダー
- ③構成員と構成メンバーのバランス
- ④チームメンバーの訓練

次に, その具体的な内容について述べる。

●治療チームの目標

治療チームの目標とは, 退院までまたは退院後に, 必要に応じてどのような治療・支援を展開し, 患者の病状, 日常生活機能, 社会的機能, 家族との関係, 家族の支援力をどこまで改善していくのかを, 入院時に明確にすることである。

図1 従来の組織の構成例

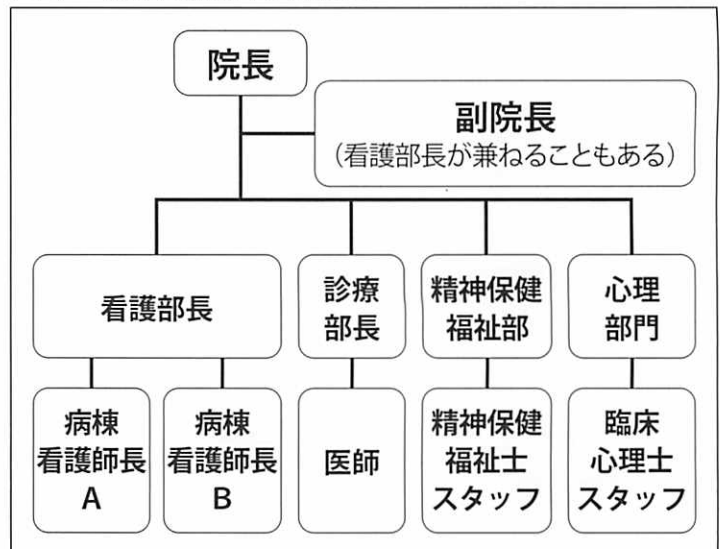
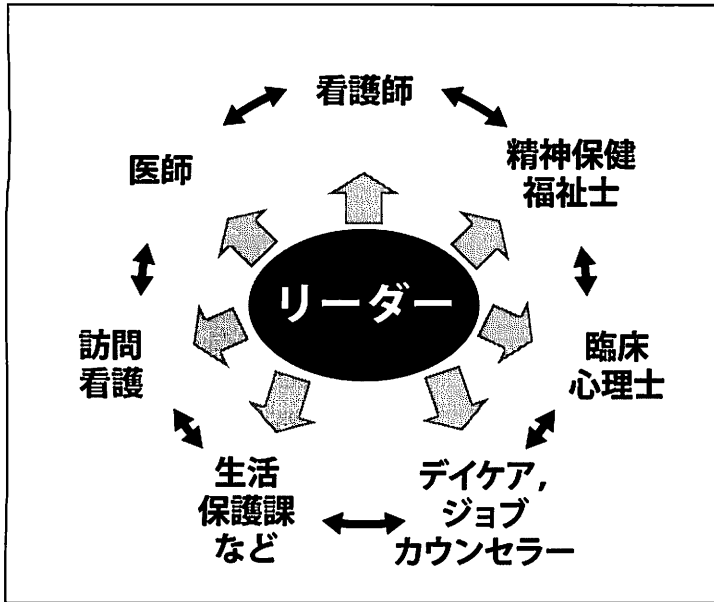


図2 チーム医療の構図



例えば、18歳の精神病患者が病状と日常生活機能の悪化を理由に2度目の入院となった場合、どの薬物療法でどこまで病状の改善を図るのか、どのような日常生活機能が改善すればよいのか、今後の再入院、再燃を防ぐために、どのようなことが必要なのか、家族の支援力、本人のセルフケアはどの程度可能なかなどを患者・家族・治療者間で明確にし、治療チームの目標を立てる。なお、この「治療チームの目標」は、単純に医師の目標を他職種と一緒に達成していくこととは異なる。

治療チームの目標は、早く立てれば立てるほど治療・支援計画を系統的に展開でき、早めの退院を促進することができるが、現状では、これがいつも後回しになってしまう。「早期退院を促進したい」と考えるのであれば、入院時の各職種のアセスメントは非常に重要で、このアセスメントを基に、そして患者・家族の要望を聞きながら早期に退院支援の計画を立てる必要がある。

●チームの役割分担と チームリーダーの要件 役割分担

治療目標が明確になった後は、各職種がど

のような役割を担うのかを決めていく。役割を分担していく際にはチームリーダーが必要であるが、チームリーダーは、単に役割を分担するだけでなく、患者・家族のニーズも明確にし、ニーズを満たしていくためにどのような治療・支援が展開できるのかを考える。また、各職種が立てた支援計画を統合し、約2週間ごとに定期的に進捗状況をモニタリングし、進んでいない場合はなぜ進んでいないのかをチームメンバーと話し合っていく。

誰がチームリーダーを担当するのか、どの職種が担当した方がよいのかについては、ケースの特徴によって変化する。病状の改善が非常に重要な場合は医師が、日常生活や社会的機能の改善が非常に重要な場合は看護師が、社会復帰や復職・復学などの課題が大きい場合は精神保健福祉士が、心理社会的因子の影響がかなり大きい場合は臨床心理士がリーダーとなることが適切であるが、ケースや家族の特徴に応じて、柔軟に検討していくことが必要となる。このように柔軟なチームリーダーが存在しなければ、チーム医療は展開できない。

チームリーダーの要件

チームリーダーの要件については特に決められたものはないが、海外では精神科ケースマネジメントのAssertive Community Treatment (以下、ACT) などでは、チームリーダーとしてのケースマネジャーは大学院修士課程以上の学歴であることが求められている。精神科以外ではそのような取り決めはなく、日本においてはケアマネジャーが資格を持ってケアマネジメントを展開しているが、教育背景についての記載はない。ただ、チームリーダーの要件としては、どの職種であれ患者および家族の治療目標の達成に向けて、チームをマ

ネジメントできる柔軟な思考力、視野の広さ、コミュニケーション能力が求められている。

●構成員の選択

チーム医療の構成員について明確に記した文献はないが、患者および家族の治療目標、退院後の生活支援目標において、必要となるメンバーをチーム医療の構成員にしておくことは重要である。

例えば、医師、病棟看護師、外来看護師、また訪問看護を受けるのであれば訪問看護師、ホームヘルプサービスを受けるのであればホームヘルパー、生活保護を受けており経済的な側面で支障が出る可能性のある場合は、精神保健福祉士や生活保護課などをメンバーとして早期に導入しておくことが、チーム医療の成果達成につながる。しかし、実際には、構成員は病院内の医療従事者に限られることが多く、このことが患者の退院支援を遅らせてしまう要因ともなっている。

●チームメンバーの訓練

これは、多くは職種ごとに行われる。例えば、看護師の場合は、患者の病状や日常生活機能、社会的機能の改善に責任を持っているため、患者の病状、日常生活機能、社会的機能を改善するための技法を習得しておく必要がある。

この介入技法には、セルフケアを支援する方法、心理教育、認知行動療法、訪問の技術、集団を動かす技術、精神療法的アプローチ、危機介入に関する技術、薬物治療と病状の関係に関するアセスメント技術、他職種と効果的にコミュニケーションを行う技法、家族への効果的な支援方法などがある。

チーム医療の成果責任

チーム医療では各職種が自分たちの役割を

最大限に活用してチームの治療目標を達成させていくが、チーム医療を行うことで、次の点が期待できる¹⁻³⁾。

- ①早期の病状・日常生活・社会的機能の改善
- ②再燃や退院後早期の安易な再入院の防止
- ③家族の支援力の増加
- ④患者が地域で生活できる期間の延長
- ⑤患者・家族のQOL（身体的・精神的安寧、対人関係での安心感、経済状況に関する不安の軽減）の改善・維持
- ⑥家族のうつ状態の予防

チーム医療の形

チーム医療には、さまざまな形がある。次に、チーム医療の形について紹介する。

●病院内におけるチーム医療

ある病院では、患者が入院してくると、早期に医師、受け持ち看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、訪問看護師などの各職種がそれぞれの立場でアセスメントし、チームカンファレンスを開催する。カンファレンスでは、それぞれが目標とするもの、今回の入院で必要とされる治療とケア、また退院後の状態悪化を防ぐための支援方法を検討する。この際、各職種の中でも誰が中心となってかわるのかを明示しながら、どのような期間で何を達成するのかを明確にする。

●精神科ケア（ケース）マネジメント 集中包括型ケアマネジメント

ケアマネジメントは、本稿ではケースマネジメントと同義語として扱う。学術的、国際的には「ケースマネジメント」という言葉が認められているが、日本ではケアマネジメントという言葉を用いる。

1970年以降、海外では、精神障害者のニーズを充足し、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）が発達してきた。近年では、Community Based Case Management（以下、CBCM）と呼ばれており、どちらも同じ支援内容である。

ケアマネジメントとは、さまざまな形で提供される医療や各種の社会的支援を、地域で生活する精神障害者のニーズに沿って継続的・総合的に利用できるように援助することであり、ケアを断片的に提供するのではなく、身体的、心理的、社会的側面から総合的に治療やケアを提供する、地域ケアシステムの一つである。特にCBCMは、再入院を繰り返す患者や救急外来の使用頻度が多い患者、また、薬物依存や犯罪歴を持つ患者、長期入院の患者に対し実施されてきた。

患者の病状や服薬管理を中心に地域で危機介入を行い、訪問看護や自宅での精神療法、カウンセリング、家族療法、日常生活の支援、仕事への支援などを行うことで、患者の地域での生活期間を延長できることが明らかとなっているが、患者への支援内容や介入の基準は不明確である。

日本における退院促進と地域生活支援

日本においても、精神障害者の退院促進や地域生活支援に関する研究は増えてきているが、再入院を繰り返す患者、長期入院の患者には、患者の病状、日常生活機能、地域の中での患者の居場所、ソーシャルサポート、患者同士のネットワークが関連していることが明らかとなっている⁴⁻⁶⁾。

すなわち、患者の病状が改善せず、金銭管理や服薬管理能力が低く、地域の中で患者を

支える支援が医療者に限られ、地域での新しい生活を支える居場所やネットワークが少ないため、患者が地域での生活より病院を選択し、病院へ戻ってくる。

精神科ケアマネジメントの推進力

看護においては、看護系大学院を修了し、所定の経験を経た後、独立した看護実践を行う高度看護実践家（Advanced Practice Registered Nurse〈APRN or APN〉）の役割が目されるようになってきている。Sellsらは、APRNが重症な精神障害者に対して精神科ケアマネジメントチームを構築し、障害者の仲間を含む集中包括型ケアマネジメントを展開した結果、障害者の治療への動機付けが高まり、治療に患者自身が参加し続けられたと報告している⁷⁾。またHavassy・E・Bらは、薬物乱用歴のある精神障害者286人を対象にCBCMを展開したところ、薬物乱用歴のない精神障害者にはAPRNを中心としたCBCMにより日常生活機能や社会的機能の改善、再入院率の低下が見られたが、薬物乱用歴のある精神障害者にはあまり効果がなかったことを報告している^{8,9)}。

さらにPriceは、入院期間の長くなった統合失調症患者に対しAPRNを中心としたケアマネジメントを提供することは、患者の病院から地域への移行を容易にし、再燃を予防し、退院後1年間の再入院を抑制できることを報告している¹⁰⁾。

これらの文献検討から、長期入院予備群である精神障害者の退院促進や地域生活支援には、患者の病状、セルフケア（症状管理、金銭管理、服薬自己管理）、地域の中での患者の居場所、ソーシャルサポート、患者同士のネットワークが関連し、また、APRNを中心としたケアマネジメントは薬物乱用などのな

い精神障害者には有効であることが分かっている。

日本におけるケアマネジメントの動向

一方、日本においては、精神障害者の社会復帰が強調されながらも、精神病床数と入院患者数は増加し、人口10万人対精神病床は281床に及び、世界最高である。さらに、精神障害者の入院生活は制約が多く、患者のニーズや自己決定を促進する治療環境としては乏しいことが指摘されている。

日本においても、この状況を克服するため、厚生労働省は精神保健福祉法の改正を重ねながら精神障害者の治療環境および第三者審査機関としての精神医療審査会の整備を行い、同時に精神障害者への訪問看護や外来診療を中心とした精神障害者の地域生活支援体制の強化を診療報酬で認め、2003年には精神障害者のためのケースマネジメント事業を開始している。また同年、ACT（アクト）のためのプロジェクトを組み、生活支援センターや訪問看護を中心に試行し、千葉県国府台病院では、いち早くACTへの取り組みを始めた。また、茨城県のKUINAセンターや京都でも、ACT-Kとして実践報告が出はじめている^{2, 11)}。

しかしながら、ACTが日本の精神医療において精神障害者の地域生活をどのように定着させ、障害者の生活の質を高めているのかについての検討はいまだ始まったばかりだと言えよう。また、重症な精神障害者の多くは、日本においては精神病院に入院中であり、海外のように地域ケアシステムが充実していないことから、精神病院がその一部を担わざるを得ない現状もある。

ACTとは

ACTは、1972年にアメリカのウイスコン

シン州において、重症な精神障害者の退院支援ならびに地域での生活支援を目的として実施されはじめた。地域生活支援のための支援システムであるケースマネジメントの一部であり、日本においては「包括型地域生活支援プログラム」と呼ばれている。

ACTは、重症な精神障害者を対象とし、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る。重症な精神障害者とは、1年間に2回以上の入院、社会的機能において社会的機能評価（Global Assessment of the Functioning：GAF）が35以下の患者、35歳未満の場合はGAF30以下で重複診断を有する患者を対象とするものである。海外においては、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、障害者のニーズを満たし生活の質を高めることが報告されている^{2, 5~7)}。

集中的なサービスが提供できるよう、1人の患者につき10人程度のスタッフでチームが構成される。サービスの質を保つため、1人のスタッフが10人以上の患者を受け持つことはできないことになっている^{7, 8)}。

さらに、チームのスタッフ全員で1人の患者のケアを共有し、医療、看護、福祉サービスのほとんどをチームが責任を持って直接提供し、サービスの統合性と継続性を図る。1週間に3回以上訪問を行い、1日24時間、365日体制で危機介入にも対応し、患者の病状管理のみでなく、日常生活・社会生活上のニーズをも満たし、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ケースマネジメントである。

ACTチームは、地域の中のACTセンターも

しくはクリニックや外来に所属し、市や州が雇用していることが多い。また、ACTチームのリーダーであるケースマネジャーは、修士号を持つ精神保健福祉士か修士号以上の高度看護実践家（Certified Nurse Specialist：CNS、Advanced Practice Nurse：APN）が多い。国によっては、高度看護実践家はケースマネジャーだけではなく、いくつかのACTチームを包括して管理し、適切に遂行されているかどうかを監視する機能も有する場合が多い。ケースマネジャーは、ACTチームのスーパーバイザーとして存在し、ACTチームに問題があって成果が出ない場合には、問題を見極め、ACTチームに介入する権限を有している。

重度精神障害者におけるACTの成果

ACTに関するプロトコルは、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はじめている。また、ACTチームのサービスの質を明確にするため、ACTには適合度評価尺度（FIDELITY SCALE）が設定されている。この適合度評価尺度は、ACTチームの構成と構造（少人数担当制の確保、チームアプローチであるかどうか、精神科医、看護師がスタッフにいるかどうか、薬物・アルコール依存の専門家がチームに存在しているかどうか、職業カウンセラーがいるかどうか、プログラムのサイズなど）、組織の枠組み（明確な加入基準、新規加入率、治療サービスへの責任、入院に対する責任、救急サービスに対する責任、退院計画、無期限のサービス提供など）、サービスの特徴（地域に根差したサービス、サービスの量、接触頻度、インフォーマルな支援システムへのかかわり、重複診断ケースに対する治療グループ、チーム内の当事者スタッフの役割など）から構成され、それぞれの項目について5点満点

で平均点を出すことになっており、平均点が5点に近づくほど、サービスの質が高いとされている¹²⁾。このACTは、重度精神障害者の再入院を予防し、病状・日常生活機能・社会的機能を改善し、患者と家族のQOLを改善することができるかと報告されている。

宇佐美らは、日本において専門看護師（CNS）と外来看護師をケアマネジャーとしたACTの実践を報告している。その中では、ACT実施群は病状については有意な軽減が見られなかったが、日常生活機能、社会的機能は改善し、ケア満足度は高く、実施3カ月後の再入院はなく、実施後1年間の再入院率は実施前に比べると低かったことを報告している。ただ、この報告は対象者数の少なさ、ACTメンバーの要件、プロトコルの一貫性の問題などを有していたことが報告されている¹²⁾。

●クリニカルパス

日本の精神科医療において機能分化が促進されるにつれ、スーパー救急病棟、精神科治療病棟が増えてきている。そして、この機能が十分に発揮されるために、精神科クリニカルパスの存在は必須である。しかし、クリニカルパスは多職種で実施してはじめて意味をなすが、多くの病院では、クリニカルパスが他職種と共有されず、退院が促進されていない実態などが明らかとなってきている。



チーム医療における 看護師の役割

●看護師としてのケア目標を 明確にする

—看護モデルの活用を例に

ここまで、チーム医療に必要な要件、チーム医療の形などについて述べてきたが、次

に、チーム医療における看護の具体的な役割について示す。看護の役割を2つ挙げるとすれば、それは「治療目標に対して看護者としての看護の目標およびケア方法を明確に持つこと」であり、それを展開していくために「定期的な事例検討、カンファレンスを開催していくこと」である。

看護の目標・ケア方法を明確に持つ

看護の動き方や看護目標にはさまざまな形があるが、筆者はこれまで、オレム・アンダーウツドのセルフケアモデルを用いて看護の展開を行ってきた¹³⁾。これは、精神疾患によって低下しがちな患者のセルフケア能力の中でも、「自己決定能力」に焦点を当て、日常生活や社会生活におけるニーズを基に患者・家族と共に目標を設定し、退院後に必要とされるセルフケアを明確にしながら看護ケアの展開を行い、セルフケアの改善を図り治療目標の達成を果たしていくというものである。

セルフケアのアセスメントを行う際、よく現状だけを把握しがちであるが、セルフケアは「患者のこれまでできてきたこと」や「今後どのようにしていきたいのか」に焦点を当て、ストレス—脆弱性—対処モデルを用いながらケアを展開する。このセルフケアモデルを展開するためには、患者を「よく理解する」ことが重要である。

「よく理解する」とは、患者の入院前の病状や生活の仕方、自我機能や人格の特徴、家族との関係や家族の支援力、またどのようなことがあって患者の病状が悪化していくのか、患者の認識や体験の程度などを十分に理解した上で、今回どこまで入院治療で改善を促し、また、今後の退院後の生活においてどのような支援システムや支援を用いることで地域での生活が可能になるのかを検討することがで

きるようになる。

定期的な事例検討、看護カンファレンスの開催

多職種間のカンファレンスで互いが治療目標や治療の進捗状況を共有することは、非常に重要である。それと同様に、看護師間で看護の内容・方法を詳細に検討し、一貫したケアが提供できるようしていくことが重要である。ある看護師が患者へのケア計画を遂行しても、ある看護師が患者へのケア計画を遂行しないようでは、一貫したケアが提供できないため、患者のセルフケアを改善することは困難になる。

●看護師の訓練

セルフケア能力・行動の把握と改善

看護師の訓練において重要なのは、患者のこれまでの病状やセルフケアを把握しながら、患者に退院後の生活において必要とされるセルフケア能力およびセルフケア行動を改善することである。

セルフケアとは、患者が自分の食事や排泄、活動と休息のバランス、孤独と人との付き合いのバランス、安全を保つ能力などのニーズを自分で満たすために調整する実践活動であり、患者が自分のセルフケア能力を用いてセルフケア行動を起こす一連の過程を意味する。

セルフケア能力には、病気や症状に関する知識、それらを実践する技術、自分のニーズを考え、それを目標としていくつかの行動を選択し決定する意思決定能力、そしてその行動をやってみて評価する洞察力、また自分のニーズを満たし目標を達成したいという動機づけ・意欲などがある(図3)。アンダーウツドは、この中でも特に意思決定能力が重要であると、これを「自己決定能力」と呼んだ。「意思決定能力」と「自己決定能力」の共

図3 セルフケアの意図的過程

評価的操作→移行的操作→生産的操作



通点は、自分のニーズを認識して目標を立て、目標を達成するために必要で実施可能な行動を選択肢から決定することである。一方、異なる点は、「自己決定能力」の方がより自分のニーズを明確に認識するという点である。

すなわち、「意思決定能力」は自分のニーズと社会から求められていることとの間で調整を行うが、「自己決定能力」は、自分のニーズをもっと明確に意識する。さらに「自己決定能力」は、精神医療において起こりがちな「パターナリズム（父権主義）」という、権威や官僚制度の中での意思決定に慣れてしまった行動に対し、周囲に影響されずに「自分で決定する力」を強化する意味を持つ¹³⁾。

看護者は、患者のセルフケア能力の中でも特に、「患者がどうしたいのか」を患者の言動を見ながら推察・想像し、それを患者と共有して探索していく思考力と洞察力、探索する力が非常に重要となる。この力は、受け持ち患者を丁寧にケアし、患者を退院へ導く過程の中で培われる。さらに、「自己決定能力」以外にも、患者の退院後のセルフケアに必要なとされる知識や技術、洞察や意欲を高めるための支援方法を提供できるような技法の習得が重要であり、これらは、事例検討やリフレクションなどの振り返りを通して磨くことができる。

精神療法的アプローチの力

看護者の訓練で次に重要となるのは、状況

を総合的に把握し、患者・家族・多職種とコミュニケーションを取り、患者・家族の負担感を減らすための精神療法的アプローチの力を身に付けることである。

患者・家族のニーズを基にした治療目標を展開するためには、患者・家族・多職種と十分なコミュニケーションを取る力が必要となる。特に患者・家族に対しては、危機介入や相手の負担感や罪悪感を減らすための精神療法的なアプローチができ、また、必要に応じて相手の権利も大事にしながら自分の考えを伝えることのできるアサーティブな自己表現が必要となる。これらは、日頃から応答構成法やロールプレイ、事例検討、アサーショントレーニングを通じて習得することが可能となる。

🏠 チーム医療が展開できる 組織風土をつくる

これは、看護者だけでは無理なことであるが、多職種が患者・家族にかかわり、互いの意見を尊重し、情報交換を容易にできる組織風土が必要となる。多職種が努力してつくり上げていくものであり、このような組織風土やシステムを持っていることが、チーム医療を効果的に展開するためのカギとなる。そして、病院内の多職種のみならず、地域のさまざまな職種を導入しながら患者へのチーム医療を展開することで、早期退院を促進し、長期入院予備群を減らすことができる。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（医政発第1228001号2007年12月28日）
- 2) 西尾雅明：精神障害者ケアマネジメントと今日的課題，病院・地域精神医学，Vol.46，No.3，P.88～93，2003.
- 3) 井上新平，安西信雄他：精神科退院支援ハンドブックガイドラインと実践的アプローチ，医学書院，2011.
- 4) 外口玉子：日本の保健福祉システムにおける小規模多機能サービス事業体の機能と役割の再評価とその定着・発展に向けた要件の明確化，及び施策化にともなう課題に関する研究，ファイザーヘルスリサーチ，Vol.49，P.200～207，2007.
- 5) 井形り子他：精神障がい者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究，平成20年度厚生労働省障害者自立支援プロジェクト報告書，2009.
- 6) 宇佐美しおり，中山洋子他：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，インターナショナル・ナーシング・レビュー，Vol.32，No.1，P.88～95，2009.
- 7) 宇佐美しおり，中山洋子他：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，Vol.44，No.3，P.318～332，2011.
- 8) Sells, D., Davidson, L., et al (2006) : The Treatment Relationship in Peer-Based and Regular Case Management for Clients With Severe Mental Illness, *Psychiatric Services*, 57 (8), p1179-1184.
- 9) Havassy, E. B., Shopshire, S. M., et al (2000) : Effects of Substance Dependence on Outcomes of Patients in a Randomized Trial of Two Case Management Models, *Psychiatric Services*, 51 (5), p639-644.
- 10) Price, M. L. (2007) : 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.
- 11) 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，P.16～17，金剛出版，2004.
- 12) 宇佐美しおり，佐伯重子他：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，P.85～98，2010.
- 13) 宇佐美しおり，鈴木啓子，パトリシア・アンダーウッド：オレムのセルフケアモデル 事例を用いた看護過程の展開，第2版，P.49～55，ヌーヴェルヒロカワ，2009.
- 14) Kracher, S. (2008) : Role of the APRN, ACT and CBCM, Adult Mental health Division, Hawaii, 2008.