

その中で少なくとも1回以上アンケートに回答したものの27人(62.9%)を分析対象とした(以下「介入群」とする)。また、家族会員調査の対象者のうち、本人の年齢、入院回数、入院日数、精神科救急の利用、医療中断、日常生活機能、主診断、日常生活機能に関する質問項目に対する回答内容がACT-Jのエントリークライテリアに合致した者47人を比較対照群とした(以下「擬似対照群」とする)。

介入群の対象者にはケースマネジャーによる手渡しと郵送法を用い、擬似対照群の対象者には集合法と郵送法を用いて自己記入式質問紙調査を行った。調査期間は2003年9月12日から2005年2月8日であった。介入群では、エントリー後最初の退院日から原則1ヶ月後と12ヵ月後の2時点で、擬似介入群では2003年9月から12月の間に第1回目、2004年9月から12月の間に第2回目の調査が行われた。

本研究で用いた変数は、(1)ACT援助要素別ニーズ得点とACT総合得点、(2)生活困難度<sup>3)</sup>、(3)介護負担感<sup>4)</sup>、(4)生活満足度、(5)健康状態、(6)協力度・協力行動数<sup>3)</sup>、(7)家族拒否度<sup>4)</sup>、(8)自己効力感、(9)参加準備性尺度<sup>5)</sup> 基礎属性などである。

### C. D. 結果および考察

対象者の基礎属性を表1.に示す。介入群で母親が多く( $p=.016$ )、本人の性別は女性が多かった( $p=.007$ )。年齢と診断に関しては両群間で有意差が見られなかった。表2.に、各変数の群別推移を示す。また表3.では各変数別に、2時点の差(2回目-1回目)の平均値とt検定による比較結果を示す。ACTに対するニーズ得点は、介入群で

有意に得点が低下(ニーズが低下)し、参加準備性は介入群で有意に得点が増大した。各変数の得点の推移を図1.に示す。なお、ベースライン時の各変数の平均値を群別に比較すると、「ACTに対するニーズ」が介入群で有意に高く( $p=.004$ )、それ以外の各変数で有意差は見られなかった。

### E. 結論

本稿では、Quasi Experimental デザイン(擬似実験法)を用いて、介入群の意識の変化を分析することを目的とし、ACT-Jのエントリークライテリアを用いてマッチングを行い、家族会会員から擬似対照群を構成した。しかし、続柄や本人の性別で有意差が見られるなど、マッチングが不十分であった可能性が考えられる。今後、個別マッチングの手法を用いて擬似対照群を構成しなおすことや、差のある変数を統計学的にコントロールすることなどが、より厳密な議論を行うために必要となる課題であろう。また、対象となった介入群39人のうち、第2回目のアンケートが終了しているものが10人と少なく、今後より大きなサンプルサイズでの分析が必要であろう。

### 【参考文献】

- 1)西尾雅明、伊藤順一郎：ACTがわが国で必要とされているのはなぜか？：欧米で行われた効果研究をもとに。精リハ誌, 7 (2) ; 105-110, 2003
- 2)大島巖：精神障害者をかかえる家族の協力体勢の実態と家族支援のあり方に関する研究。精神神経学雑誌, 89 (3) ; 204-241, 1987

3) Kreisman DE, Joy VD. Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature. Schizophrenia Bulletin, (10); 34-57, 1974

4) 大川希, 他: 精神障害者に対する心理社会的援助プログラムのニーズアセスメントと効果評価に関する全国試行調査—調査デザインと評価尺度の開発・評価—初年度・2年度目報告書; 20-23, 2000

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1. 基礎属性

	介入群 (%)	擬似対照群 (%)
N	27	47
続柄		
母親	15 55.6%	36 76.6%
父親	3 11.1%	8 17.0%
配偶者	3 11.1%	0 0.0%
本人の性別		
男性	9 33.3%	31 66.0%
女性	18 66.7%	16 34.0%
本人の年齢(平均)	35.6	36.9
主な診断		
統合失調症	18 66.7%	40 85.1%
気分障害	5 18.5%	4 8.5%

表2. 各変数の群別推移

	群	1回目			2回目		
		N	平均	SD	N	平均	SD
ACTIに対する ニーズ得点	介入群	21	56.7	4.1	10	45.6	11.3
	擬似対照群	41	50.5	8.8	38	54.6	6.3
家族困難度	介入群	27	25.9	6.8	10	26.4	7.3
	擬似対照群	37	27.8	7.2	41	27.2	6.2
介護負担感	介入群	27	3.3	1.2	10	3.3	1.4
	擬似対照群	47	3.6	1.1	44	3.8	1.2
生活満足度	介入群	27	2.9	1.5	10	2.4	1.2
	擬似対照群	47	3.1	1.6	44	2.8	1.5
協力行動数	介入群	26	16.5	6.1	10	16.0	4.7
	擬似対照群	45	16.3	5.0	39	16.6	3.9
家族協力度	介入群	26	63.1	21.4	10	64.5	20.3
	擬似対照群	45	63.9	16.2	39	63.5	12.3
家族拒否度	介入群	26	23.0	2.7	10	21.7	3.3
	擬似対照群	46	21.7	2.8	41	21.2	3.3
自己効力感	介入群	27	58.1	13.8	9	60.3	14.6
	擬似対照群	43	58.6	18.8	41	62.6	15.6
参加準備性	介入群	27	38.2	9.3	10	44.3	10.9
	擬似対照群	43	38.7	9.8	40	38.8	9.0

表3. 各変数別、2時点の差の平均値の群間比較

	介入群			擬似対照群			t 値	p
	N	平均値	SD	N	平均値	SD		
ACTIに対するニーズ得点	7	-8.69	10.04	36	4.57	7.96	-3.87	0.00
家族困難度	10	0.41	2.14	33	-0.68	7.35	0.46	0.65
介護負担感	10	-0.10	0.57	44	0.16	1.27	-0.63	0.53
生活満足度	10	-0.50	1.90	44	-0.27	1.95	-0.33	0.74
協力行動数	9	-3.33	7.65	38	0.01	6.04	-1.42	0.16
家族協力度	9	-9.36	31.96	38	-1.78	19.40	-0.92	0.36
家族拒否度	10	-1.50	1.96	41	-0.56	3.01	-0.94	0.35
自己効力感	9	-1.72	5.70	39	3.18	12.70	-1.12	0.27
参加準備性	10	8.00	10.59	37	-0.21	7.13	2.90	0.01

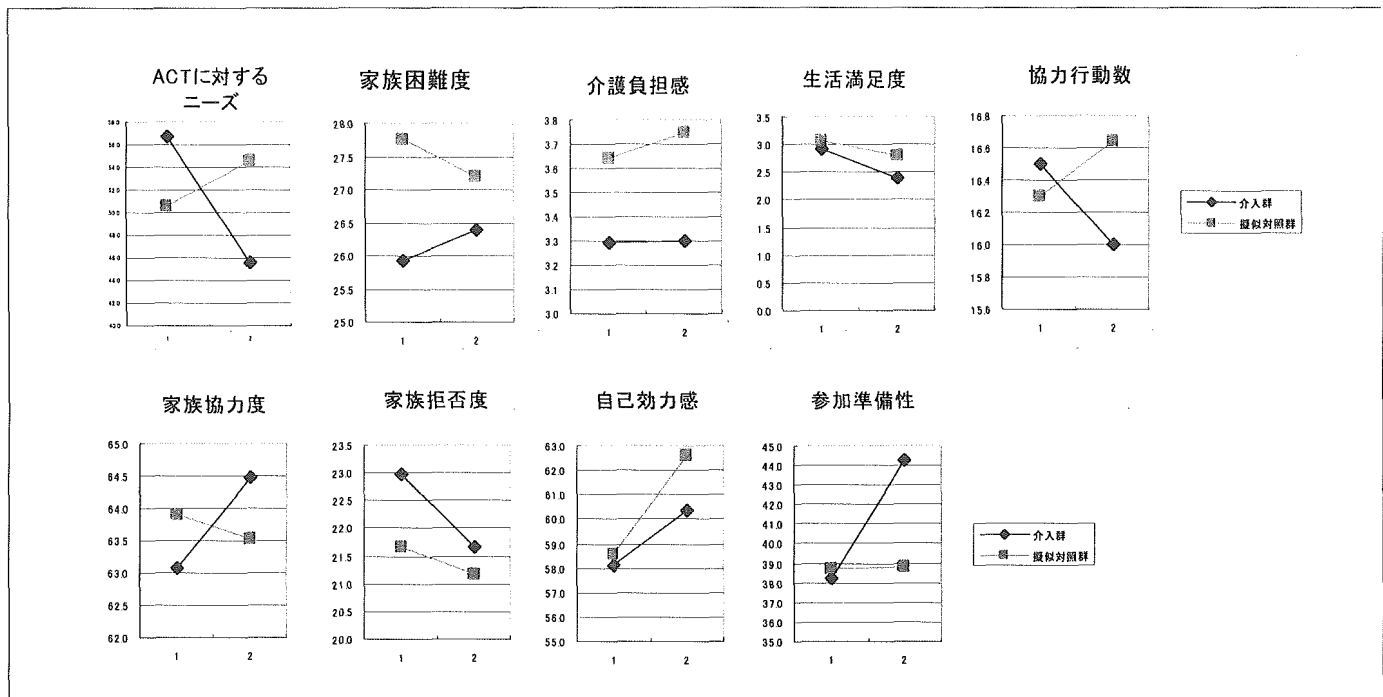


図1. 各変数の群別得点推移

厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）  
重症精神障害者に対する新たな訪問型の  
包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究  
研究報告書

自記式等アウトカム評価研究  
ケア必要度評価に関する研究

分担研究者 大島 巖（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 贅川信幸（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 園 環樹（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 深澤舞子（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

研究要旨

本研究は、国立精神・神経センター国府台地区をフィールドとした Assertive Community Treatment (ACT-J) プログラムのサービスを利用する重度精神障害者の、サービス利用 1 ヶ月後と 12 ヶ月後における、生活全般にわたるケアの必要度を明らかにすることを目的とした。ACT-J のパイロット研究対象者 42 名のうち、サービス利用 1 ヶ月後と 12 ヶ月後の両時点でケア必要度が評価された 15 名を分析対象とした。ケア必要度の 8 下位領域の両時点の平均点から、身の回りのこと、健康管理、社会的役割、緊急時の対応において、利用者が両時点で何らかの助言や援助が必要であることが示された。一方、安全管理、社会的資源の利用、配慮が必要な社会的行動においては、両時点で利用者が自立を維持していることが示された。全ての下位領域の平均得点は、12 ヶ月のサービス利用による有意な変化は認められなかった。12 ヶ月の ACT-J サービス利用によって、ケア必要度の改善は認められなかったが、いくつかの領域では自立が維持されており、ACT-J が強調するストレングス・モデルの実践が反映している可能性が示唆された。

A. 研究目的

ケアマネジメントでは、利用者の日常生活全般におけるニーズをアセスメントしてケアプランを作成する。作成されたケアプランによって行われるサービスは、継続的にモニタリングされ、必要に応じて再度ニーズをアセスメントし、ケアプランは修正される。このように、利用者のニーズを明らかにし、継続的にアセスメントすること

は、ケアマネジメントの重要な援助方法であるといわれている。

本調査は、ケアマネジメントの一類型である ACT プログラムにおいて、サービス利用者の生活全般にわたるニーズのアセスメントに焦点を当てたものである。ここでは、現在進行中の ACT-J プロジェクトのパイロット研究において、2005 年 4 月 20 日までに調査が実施できた対象者のベースライン

時（退院 1 ヶ月後）、およびフォローアップ時（退院 12 ヶ月後）における、ケア必要度の特徴を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1) 対象

本調査は、ACT-J プログラムのパイロット研究の対象者 42 名のうち、ベースライン調査については、2005 年 4 月 20 日までに退院後 1 ヶ月が経過した 40 名を対象とした。さらに、フォローアップ調査については、ベースライン調査が終了し、2005 年 4 月 20 日までに退院後 12 ヶ月が経過した 22 名を対象とした。これらの対象者のうち、ベースライン調査については 35 名、フォローアップ調査については 15 名のケア必要度アセスメント票が回収された（回収率はそれぞれ、87.5%、68.2%）。

### 2) 調査票

利用者のケアのニーズ・アセスメントの評価には、障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会障害者部会（2001）によって作成された、ケアアセスメント票のケア必要度評価を用いた。

ケア必要度の評価は、WHO(1980 [厚生省大臣官房統計情報部,1985])の国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health) の障害モデルに準拠しており、活動制限（能力障害）が評価される。自立生活に必要な最小限の社会機能の有無を評価する「自立生活能力」と「緊急時の対応能力」、および社会生活を困難にする可能性のある社会行動の出現頻度を評価する「配慮が必要な社会行動」の 3 下位領域、計 24 項目で構成されている。「自立生活能力」の領域には、さ

らに「身の回りのこと」、「安全管理」、「健康の管理」、「社会資源の利用」、「対人関係」、「社会的役割・時間の活用」の 6 つの下位領域が用意されている。各項目は、「1: 自立している」、「2: ほぼ自立している」、「3: 時に助言や援助が必要」、「4: 強い助言や援助が必要」、「5: 通常の助言や援助を受け入れられず、強力な働きかけが必要」の 5 段階で評価される。さらに、情報が得られない場合のために、「0: 不明・不詳」も用意されている。1 点と 2 点は自立の程度が高く、3 点以上は自立して行うことが困難な、要援助状態とされる。項目ごとに、その領域で精神障害者が直面することの多いと思われる具体的な生活行動や社会行動上の問題がリストアップされており、評価のアンカーポイントが設定されている。各下位領域得点は、構成する項目の合計得点をその項目数で割ったもので表される。0 点の評価がなされた項目を含んだ場合は、下位領域を構成する項目数から、その下位領域の 0 点の項目数を引いたもので割って算出した。項目の詳細を表-1 に示した。

ケア必要度において評価者は、対象者の最近 1 ヶ月の最も一般的な状態（安定した時期の状態）について評価する。対象者が入院している場合は、入院期間が 1 年未満の場合には入院前に地域生活を送っていた時の状態について評価し、1 年以上では地域生活に移行した場合を想定して評価する。この評価は、対象者との面接によって行うことが望ましいとされるが、対象者本人を良く知る場合は省略可能とされている。詳細な評価方法については、「用具類使用の手引き」（障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会障害者部会、2001）に記載されて

いる。

### 3) 調査の実施方法

ケア必要度の評価は、対象となる ACT サービス利用者の担当ケースマネージャーによって行われた。調査時期は、対象となる ACT サービス利用者が退院した 1 ヶ月後（ベースライン）と、退院 12 ヶ月後（フォローアップ）の 2 時点とした。

## C. D. 結果と考察

### 1) 基本的属性との関連

基本的属性とケア必要度得点との関連を検討するため、各属性のカテゴリー間の得点を Mann-Whitney の U 検定により比較した。連続量である年齢、過去 2 年間の入院日数、本研究参加後 1 年間の入院日数については、それぞれの中央値で二分してカテゴリー化し、診断は、統合失調症 (n=25) とその他 (n=9) に二分して扱った。その結果、身の回りのことでは、性別と診断で有意な差が認められ、男性および統合失調症の利用者のケア必要度得点が、女性およびその他の診断の利用者よりもそれぞれ有意に高いことが示された。また、対人関係では、過去 2 年間の入院日数で有意な差が認められ、過去 2 年間の入院日数の多い対象者は、対人関係に関するケアの必要度が有意に低いことが示された。

### 2) ベースラインとフォローアップの変化

表-2 に、フォローアップ調査が施行・回収できた対象者（以下、12 ヶ月群: n=15）の、ベースライン時とフォローアップ時における、ケア必要度得点の平均を示した。ベースライン時では、身の回りのこと、健康管理、社会的役割、緊急時の対応の下位領域の平均得点が、2.00 よりも大きい値を

示し、フォローアップ時では、これらに加えて対人関係の下位領域の平均得点も、2.00 よりも大きい値を示した。このことは、本研究の対象者が、退院後および ACT サービスを受けて 12 ヶ月経過した後も、これらの領域で表される社会機能を自立して行うことが困難であり、何らかの援助・支援が必要であることを表している。ACT の対象となる重度精神障害者は、身の回りのことや自身の健康管理、社会的役割に関する行為や、援助を求めることが必要とされる緊急事態における対処において、持続的な困難を抱えていると考えられた。

ここで、12 ヶ月群の対象者のベースライン時とフォローアップ時のケア必要度得点を、Wilcoxon の符号付順位和検定により比較した。なお、本分析に用いた 12 ヶ月群の対象者は、全対象者の半数以下 (42.9%) であるため、分析に先立ち、12 ヶ月群と 1 ヶ月調査のみを行った対象者（以下、1 ヶ月群: n=20）との間でベースライン時の得点を比較し、12 ヶ月群と 1 ヶ月群でベースラインの結果に違いがあるかを検討した (Mann-Whitney 検定)。その結果、全ての領域において有意な差は認められず ( $|Z|$ : 0.13~1.67)、本分析で対象とした 12 ヶ月群は、1 ヶ月群とベースラインの結果に違いがないと考えられた。

12 ヶ月群の対象者の 2 時点のケア必要度の得点を比較した結果、全ての下位領域で有意な差は認められなかった。身の回りのことと対人関係については、ベースライン時に関連した基本的属性による調整を行った後でも、フォローアップ時の得点との間に有意な変化は認められなかった。

ACT では、支援や援助が必要と評価され

る社会機能を、自立して行えるように援助する点に重点を置くよりも、今できていることに焦点を当てて、強い部分を伸ばす代わりに重点を置く「ストレングス・モデル」が重要な理念とされている。本調査の結果でも、ベースライン時の平均得点が 2.00 以上であった領域で、12 ヶ月後の有意な改善は認められなかったものの、ベースライン時の平均得点が 2.00 以下であった、安全管理、社会的資源の利用、配慮が必要な社会的行動の領域は、12 ヶ月後の平均得点も 2.00 以下であり、これらの領域における自立度が維持されていると考えられた。「改善」ではなく「安定」が認められた今回の追跡調査の結果は、ACT が強調するストレングス・モデルの実践が反映されたことを表しているのかもしれない。

一方で、この結果は、ケア必要度の評価で捉えられる社会機能が、ACT や他のサービスを受けていても、12 ヶ月では変化しにくいものであることを表しているのかもしれない。これらの可能性を検討するためには、ACT サービスを受けていない対照群を設定し、より長期の追跡を行う必要があるだろう。これについては、現在、RCT

(Randomised Controlled Trial: 無作為化比較試験) 研究が進行中であり、その結果は、今後報告する予定である。

ACT サービスを受けて 12 ヶ月が経過した利用者のケア必要度が、ベースライン時から有意な改善を示さなかった点について、他の調査との関連や、対照群との比較、より大規模なデータに基づくフォローアップなどにより、明確にしてゆく必要があるだろう。現在進行中の RCT 研究では、この点に焦点を当てて検討してゆく予定である。

#### E. 結論

ACT-J のサービスを利用する重度の精神障害者のケア必要度は、サービス利用の 12 ヶ月後に有意な変化は示さなかったが、安全管理、社会的資源の利用、配慮が必要な社会的行動の領域における自立は維持された。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表-1. ケア必要度の構成項目

下位領域	構成項目
1. 自立生活能力	
a. 身のまわりのこと (パーソナルケア)	①食事をとる ②生活リズム ③個人衛生 ④ 自室の清掃や片付け ⑤金銭管理
b. 安全管理	①火の始末 ②大切な物の管理
c. 健康管理	①服薬管理 ②身体健康の管理
d. 社会資源の利用	①交通機関の利用 ②公共機関・金融機関の利用 ③電話の利用
e. 対人関係	①となり近所との付き合い ②協調性 ③自発性 ④友人などとの付き合い
f. 社会的役割	①自分なりの社会的役割を持つ ②自由時間の過ごし方
2. 緊急時の対応	①心配ごと(ストレスを受けた場合)の相談 ②悪化時の対処
3. 配慮が必要な社会行動	①会話の不適切さ ②マナー ③自殺ないし自傷の念慮や行為 ④その他

表-2. ベースライン時と12ヶ月後フォローアップ時のケア必要度の得点( $n = 15$ )<sup>§</sup>

ケア必要度の下位領域	ベースライン		12ヶ月後フォローアップ		Wilcoxon sign rank test $Z^{\dagger}$
	M	(SD)	M	(SD)	
a) 身のまわりのこと	<b>2.35</b>	(1.23)	<b>2.27</b>	(1.03)	-0.03
b) 安全の管理	1.73	(1.15)	1.50	(0.91)	-1.03
c) 健康の管理	<b>2.07</b>	(1.32)	<b>2.00</b>	(1.07)	-0.59
d) 社会資源の利用	1.98	(1.12)	1.91	(1.30)	0.00
e) 対人関係	1.90	(1.06)	<b>2.25</b>	(1.38)	-1.07
f) 社会的役割・時間の活用	<b>3.23</b>	(1.22)	<b>2.97</b>	(1.08)	-1.27
g) 緊急時の対応	<b>2.43</b>	(1.21)	<b>2.20</b>	(0.98)	-0.55
h) 配慮が必要な社会行動	1.97	(1.02)	1.80	(0.71)	-0.73

<sup>§</sup> 太数字は、得点が2.00以上であったことを表す。

<sup>†</sup> 全てのZ値は有意ではなかった。



厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）  
重症精神障害者に対する新たな訪問型の  
包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究  
研究報告書

自記式等アウトカム評価研究  
地域の家族会員調査(第1回調査)に関する研究

分担研究者 大島 巖（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 園 環樹（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 贄川信幸（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 深澤舞子（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

**研究要旨**

本調査では、精神障害者を日常的に支援する家族の ACT に対するニーズを記述的に明らかにするとともに、そのニーズの構造を分析・考察する。その上で、家族ニーズの背景にある要因とその関連を分析し、ACT に対するニーズを形成する要因に関する理解を深めることを目的とする。市川市と松戸市に組織された精神障害者家族会 3 団体の会員 224 人を対象とし、集合法と郵送法を用い、自己記入式質問紙調査を行った。ACT の援助要素 16 項目に対する現在役立つかどうかの問いに対して、「大いに役に立つ」または「役に立つ」と回答した対象者は、ほぼ全項目において 7 割を越えていた。さらに、将来家族による支援が難しくなったとき役立つかどうかの問いに対しては 9 割を越えていた。また、援助要素別現在ニーズ得点と援助要素別将来ニーズ得点を項目ごとに比較した場合、全ての項目において将来ニーズ得点が有意に高かった。現在ニーズ総合得点と有意な正相関が見られた直接要因変数は、そのほとんどが生活者としての家族機能を捉える項目であり、生活者としての家族機能の障害が ACT に対するニーズを形成する重要な要素であるということが考えられる。ニーズに応じて必要とされる家族援助サービスは様々であるが、生活者としての家族機能や家族の参加準備性を視野に入れた支援を提供する上で、精神障害者・家族の側に立った地域の専門職としての ACT が果たす役割はきわめて大きいと考えられる。

**A. 研究目的**

日本では、重症の精神障害を持つ人たちの地域ケアに家族が大きな役割を果たすため<sup>1)</sup>、ACT を導入するための日本独自の配慮として家族支援を ACT の構成要素に位置づける必要性が指摘されている<sup>2)</sup>。

そこで本調査では、精神障害者を日常的に支援する家族の ACT に対するニーズを記述的に明らかにするとともに、そのニーズの構造を分析・考察する。その上で、家族ニーズの背景にある要因とその関連を分析し、ACT に対するニーズを形成する要因に関する理解を深めることを目的とする。

## B. 研究方法

市川市と松戸市に組織された精神障害者家族会3団体の会員224人を対象とし、そのうち152人から回答を得て、回収率は67.9%であった。精神障害者本人との続柄は、母親112人、父親27人、配偶者1人、同胞3人、その他2人、不明7人であった。家族の平均年齢は63.6歳、精神障害者本人の平均年齢は36.5歳、平均罹病期間は、14.5年で、現在入院中が14人(9.2%)であった。診断名は106人(69.7%)が統合失調症であった。

対象者には集合法と郵送法を用い、自己記入式質問紙調査を行った。調査期間は2003年9月12日から12月3日であった。用いた調査票は無記名で、調査依頼状には、調査結果は統計的に処理され個人が特定されないことがないこと、調査結果を目的外に使用しないこと、調査に協力しなくても不利になることがないことなどを明記し、これらを遵守した。

本研究で用いた変数は、(1) ACT 援助要素別ニーズ得点と ACT 総合得点、(2) ACT についての総括的なニーズ評価、(3) 生活困難度<sup>3)</sup>、(4) 介護負担感<sup>4)</sup>、(5) 生活満足度、(6) 健康状態、(7) 協力度・協力行動数<sup>3)</sup>、(8) 家族拒否度<sup>4)</sup>、(9) 自己効力感、(10) 参加準備性尺度<sup>3)</sup>、その他、家族の性別・年齢、本人の性別・年齢といった基礎属性の項目、罹病期間、合計入院回数、利用している社会資源、社会的役割などについての項目も設けた。

## C. 結果

ACT ニーズ総合得点の Cronbach の  $\alpha$  は、現在ニーズ総合得点 ( $\alpha=0.947$ )、将来ニーズ

総合得点 ( $\alpha=0.967$ ) であった。ACT の援助要素 16 項目に対する現在役立つかどうかの問いに対して、「大いに役に立つ」または「役に立つ」と回答した対象者は、ほぼ全項目において7割を越えていた。さらに、将来家族による支援が難しくなったとき役立つかどうかの問いに対しては9割を越えていた(図1参照)。また、援助要素別現在ニーズ得点と援助要素別将来ニーズ得点を項目ごとに比較した場合、全ての項目において将来ニーズ得点が有意に高かった。

## D. 考察

表1ではACTニーズ総合得点とその他の項目間の Pearson の積率相関係数をまとめた。ここでは、家族機能に関する変数の中で多くの有意な相関が見られ、それらと基礎属性との間には有意な相関が少なかった。ACT ニーズ得点は、信頼性係数が高く、主成分分析では、現在ニーズ得点・将来ニーズ得点ともに第一因子が突出しており、一定の精度を持つ単一事象測定尺度であると見なすことができる。さらに他変数との相関関係などは、ACT ニーズ得点の構成概念妥当性を支持していると考えられ、各項目は ACT のサービス内容を具体的に記述したものであり、項目の確認を精神障害者の社会復帰分野で豊かな経験を持つ者が行い、さらにACT-Jプロジェクトで実践に携わる専門家の確認も得られたことから内容妥当性が確認されたといえる。

ACT に対するニーズは現在よりも将来家族による支援が難しくなったときの方が高い(図1)。これは、自由記述形式の回答にも「年と共に親の疲労感も重くなります」(60歳代、母親)や「親が亡くなってから

先のことが心配」(70歳台、父親)とあるように家族による支援が永続的でないことに対する不安、将来家族による支援が限界を超えた時の手だてとしてのACTへの期待がこのような結果に表れたと考えられる。また、罹病期間と現在ニーズ総合得点との有意な相関は、親亡き後の問題が目の前の切実な問題として認識されていることの表れであると解釈でき、前述の考察を裏付ける結果であると考えられる。

現在ニーズ総合得点と有意な正相関が見られた直接要因変数は、そのほとんどが生活者としての家族機能を捉える項目であった(表1)。すなわち、生活者としての家族機能の障害がACTに対するニーズを形成する重要な要素であるということが考えられる。家族困難度は、協力行動数・協力度の両方との間に有意な相関が見られ、特に協力行動数との間に比較的強い相関が見られた。先行研究での「援助協力行動を行うことが負担となり、家族生活上の困難が上昇する関係」<sup>3)</sup>と考えられる。「退院させると家族の生活がなりたたない」(60歳台、母親)、「(本人が)発病して23年です。1年程前から疲労がとてはげしくなり私も受診したところうつ病とのこと・・・」(70歳代、母親)とこのように援助者としての家族の行動が生活者としての家族機能を圧迫するとき、家族のACTに対するニーズは高い。家族との同居率が欧米に比べ高い日本では、ACTに家族心理教育を統合することの有用性が指摘されていたが<sup>6,7)</sup>、本研究でも、家族支援、特に生活者としての家族機能に対する支援が重要であることが示唆された。

以上より、家族による支援に取って代わ

るものとしてのACTに期待が寄せられていることが明らかになったが、一方で家族による支援がうまく機能し、生活者としての家族機能が障害されていない状況においては、ACTに対するニーズは比較的lowく、家族による支援を継続しようとする意思がうかがえる。生活者としての家族機能を把握した上で、家族とACTスタッフが適切に役割分担をしながら家族支援を行っていくことが重要であろう。

自記式郵送調査法を用いたことによる対象者の制限や回答の信頼性の問題、サンプリングの代表性に関する問題、などが本研究の課題として挙げられるものの、ACTに寄せられる家族の期待の大きさは、ある程度示されたと考える。

## E. 結論

「生活者としての家族」と「援助者としての家族」、時に相反する両者の狭間で葛藤している家族に対して、家族を取り巻く資源的な条件の整備を図ることの必要性は大きい。ニーズに応じて必要とされる家族援助サービスは様々であるが、生活者としての家族機能や家族の参加準備性を視野に入れた支援を提供する上で、精神障害者・家族の側に立った地域の専門職としてのACTが果たす役割はきわめて大きいと考えられる。

## 【参考文献】

- 1)岡上和雄：他編．日本の精神障害者—その生活と家族—．ミネルヴァ書房；pp50, 1988
- 2)大島巖、伊藤順一郎：統合失調症のケアマネジメント—ACTを中心に—．脳と精神の医学，14(1)；29-34, 2003

3)大島巖：精神障害者をかかえる家族の協力体勢の実態と家族支援のあり方に関する研究. 精神神経学雑誌, 89 (3) ; 204-241, 1987

4)Kreisman DE, Joy VD. Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature. Schizophrenia Bulletin, (10); 34-57, 1974

5)大川、他：精神障害者に対する心理社会的援助プログラムのニーズアセスメントと効果評価に関する全国試行調査—調査デザインと評価尺度の開発・評価—初年度・2年度目報告書, 20-23, 2000

6)McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, et al. A comparison of two levels of family-aided assertive community

treatment. Psychiatric Services, 47 (7) ; 744-750, 1996

7)西尾雅明、伊藤順一郎：ACT がわが国で必要とされているのはなぜか？：欧米で行われた効果研究をもとに. 精リハ誌, 7(2); 105-110, 2003

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

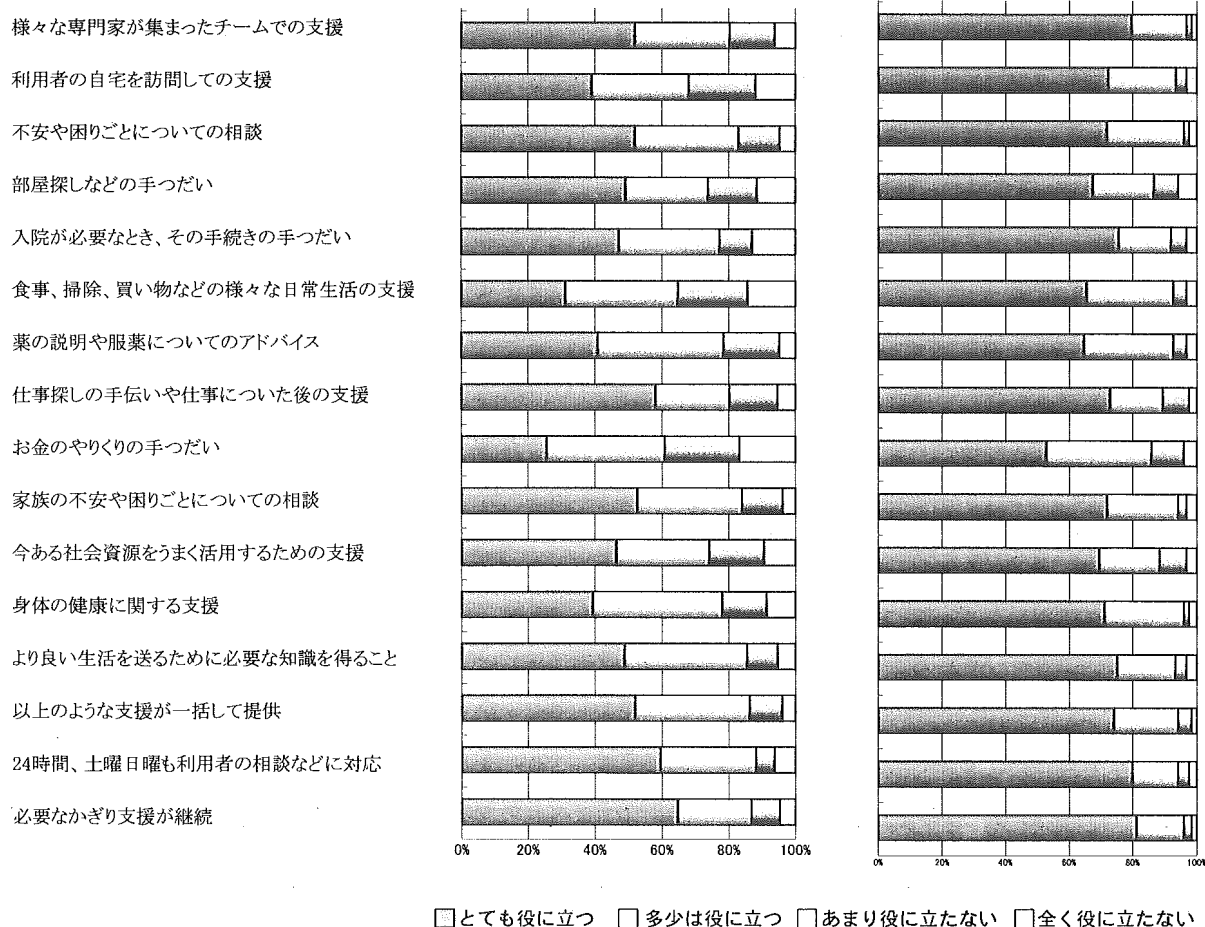


図1 ACT援助要素別ニーズ得点の分布

表1 各項目間の相関係数

	家族困難度	介護負担感	生活満足度	健康状態	家族拒否度	協力行動数	家族協力度	参加準備性
家族困難度	-							
介護負担感	0.589 **	-						
生活満足度	-0.563 **	-0.501 **	-					
健康状態	-0.221 *	-0.214 **	0.358 **	-				
家族拒否度	0.488 **	0.477 **	-0.481 **	-0.166	-			
協力行動数	0.359 **	0.175 *	-0.067	0.043	-0.113	-		
家族協力度	0.233 *	0.107	0.021	0.096	-0.196 *	0.889 **	-	
参加準備性	0.171	0.116	-0.104	-0.007	-0.050	0.275 **	0.273 **	-
家族の性別	-0.031	-0.060	0.047	-0.102	-0.057	0.016	0.048	0.161
家族の年齢	0.038	0.256 **	-0.126	-0.030	0.065	0.200 *	0.183 *	0.055
本人の性別	-0.052	-0.031	-0.027	0.049	-0.169	0.156	0.122	0.167
本人の年齢	-0.098	0.010	0.048	-0.069	0.100	0.027	0.025	-0.028
罹病期間(年)	0.001	0.077	0.100	-0.080	0.026	0.061	0.029	0.042
合計入院回数	0.091	0.025	-0.019	-0.093	-0.026	0.073	0.029	0.047
利用社会資源の数	0.003	0.072	0.103	-0.088	-0.036	-0.088	-0.013	0.058
社会的役割	-0.291 **	-0.220 **	0.227 **	0.093	-0.237 **	-0.045	0.062	-0.074

注) Pearson の相関係数 \*\* p<0.01\* p<0.05

厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）  
重症精神障害者に対する新たな訪問型の  
包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究  
研究報告書

包括型地域生活支援プログラムの機能評価に関する研究  
プロセス評価・フィデリティ評価研究  
ACT-J システムのプロセス評価：DACTS の時系列評価を中心に

分担研究者 大島 巖（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
分担研究者 伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
研究協力者 園 環樹（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 贅川 信幸（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 深澤 舞子（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

研究要旨

アメリカで開発され、最も標準的なフィデリティ尺度と考えられている DACTS を、日本で最初の ACT 実証プロジェクトである ACT-J で時系列的に評価すると共に、この取り組みがプログラムモデルにどの程度適合しているのかを明らかにした。まず、ACT-J プロジェクトに関わる研究者が合同で、尺度と評価マニュアルの翻訳を行い DACTS 日本語版を作成した。DACTS の評価は3ヶ月おきに行った。DACTS の下位尺度である「人的資源下位尺度」と「組織の枠組み下位尺度」は期間中、4点以上を維持していたが、「サービスの特徴下位尺度」は項目平均が3点以下であり、2004年8月には2.5点近くに低下している。DACTS には ACT-J の利用者にはニーズがほとんどない重複診断プログラム、物質依存サービスに関連した項目が28項目中5項目含まれており、ACTにおける援助サービスの提供には地域差を考慮しなければならないことを示唆している。これを踏まえて、日本における ACT 実践を評価するのにより相応しい評価を行うための考察を行った。

A. 研究目的

DACTS (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale) は、ACT プログラムの援助構造・援助機能を、プログラム単位で評価する代表的なフィデリティ尺度である。ACT モデルの実践度を、実証的に明らかにされた効果的な援助要素 28 項目から測定するものであり、Teague ら(1995)によって

開発された。今日では、ACT に関して国際的に最も幅広く使用されているフィデリティ評価尺度である。

プログラム実施に携わっていない第三者的立場にある評価者が、記録の確認やチームミーティングの観察、同行訪問などでの援助場面の観察、チームリーダーやケースマネジャー、利用者・家族に対する面接に

基づいて、5段階で客観的に評価を行う。

ACT を新たに導入するときには、その実践がどの程度 ACT のプログラムモデルに合致しているのかを知るために不可欠の評価と考えられている。

本研究では、アメリカで開発され、最も標準的なフィデリティ尺度と考えられている DACTS を、日本で最初の ACT 実証プロジェクトである ACT-J で時系列的に評価すると共に、この取り組みがプログラムモデルにどの程度適合しているのかを明らかにする。それとともに、日本における ACT 実践を評価するのにより相応しい評価を行うための示唆を得ることとする。

## B. 研究方法

### 1) 日本版 DACTS の作成

ACT-J プロジェクトに関わる研究者が合同で、尺度と評価マニュアルの翻訳を行った。これらの日本語版の作成に当たっては、DACTS 開発者の一人であるインディアナ大学 Gary Bond 先生の指導を得た。評価法の詳細な判断方法についても Bond 先生の指導を得た。

DACTS の評価項目と評価基準は、表 1 に示した。

尺度は、「人的資源領域：プログラムの構造と構成」「組織の枠組み」「サービスの特徴」という 3 領域からなっており、それぞれ 10 項目前後の個別項目から構成されている。各項目とも 5 段階からなる、行動レベルの確定的アンカーポイントに基づいて評価される。その基準は評価基準に示したものを主に用いている。

### 2) 評価方法、評価手順

ACT の実践に直接関与しない、東京大学

大学院医学系研究科の複数の研究者が評価者となり、DACTS の評価に必要な情報収集は、記録の確認、観察、面接を並行・同席して同時に行う。評価は独立して行い、差異が生じた場合は協議をして評価点を定める。

DACTS の評価は 3 ヶ月おきに行う。評価対象月の記録が整理された後、できるだけ早い時期にチームを訪問し、1 日ないしは 2 日をかけて記録を確認し、援助場面を観察し、面接を行う。

### 3) 分析方法

28 項目個別尺度得点と 3 領域の下位尺度、総合尺度それぞれの時系列変化を検討する。

## C. D. 結果と考察

### 1) DACTS 下位尺度、総合尺度の時系列変化

図 1 には、DACTS の 3 つの下位尺度と総合尺度の時系列変化を示した。

総合尺度は、項目平均 4 点をやや下回る得点で評価期間中に推移している。項目平均 4 点は、中程度のモデル適合度を示すと考えられており、総合尺度から見ると、ACT-J の取り組みは初期の時期からある程度適切なプログラムを実施しているが、時間が経過してもなかなかそれ以上に良い適合度に改善することができてない。

一方、「人的資源下位尺度」と「組織の枠組み下位尺度」は期間中、4 点以上を維持している。特に「組織の枠組み下位尺度」は 5 点に近い点数を維持しており、ACT の構造的側面、特に組織的な側面については ACT プログラムとして適切であることが示唆される。

これに対して、「サービスの特徴下位尺度」は、項目平均が 3 点以下であり、2004

年8月には2.5点近くに低下している。

## 2) 個別項目得点の時系列変化

表2には、DACTSを構成する28項目の時系列変化をしめした。

下位尺度別で得点が低かった「サービスの特徵下位尺度」の構成項目については、物質乱用と精神障害を合併した重複診断を受けた人たちに対するプログラム（「物質乱用個人治療」「重複診断ケース治療グループ」「重複診断ケースモデルの採用」）があり、これらのプログラムを実施していないために、その評価点が最低点であった。これはACT-Jの利用者にこのようなニーズをもつ人たちが存在しないためにACT-Jでは実施していないためである。

このプログラムに関わる項目が、DACTSでは他に2項目存在する。「H9. 物質依存専門家がスタッフにいる」と「O3. 治療サービスに対する完全な責任性」である。「O3. 治療サービスに対する完全な責任性」では、ケースマネジメントなど必須のサービスに加えて、物質乱用治療が含まれている。

物質乱用プログラム以外の項目で、得点が低いのは、「S10. 治療チームにおけるコンシューマーの役割」「S4. サービス量」「S5. 関わりの頻度」「H10. 職業専門家がスタッフにいる」「S6. インフォーマルサポートシステムとともに関わる」がある。

「S10. 治療チームにおけるコンシューマーの役割」については、2004年10月よりコンシューマースタッフがチームに入り、その役割を確立させつつある。「S4. サービス量」と「S5. 関わりの頻度」については、抗精神病薬のデリバリーを原則的に行っていないこと、対象地域が広く移動に時間がかかること、時間の経過とともに1スタッ

フ当りの対象者数が増えていることが関連している。

「H10. 職業専門家がスタッフにいる」「S6. インフォーマルサポートシステムとともに関わる」は、ACT-Jプログラムの中では重視していた就労支援プログラム、家族支援プログラムに関連した項目である。1スタッフ当りの対象者数が増加する中で、ACT-J開設当初のような集中的な関わりができなくなっており、それぞれの担当スタッフの拡充を含めて検討が必要である。

## 3) DACTS 下位尺度、総合尺度修正得点の時系列変化

前項で明らかにしたとおり、DACTSにはACT-Jの利用者にはニーズがほとんどない重複診断プログラム、物質依存サービスに関連した項目が28項目中5項目含まれている。これは、アメリカと日本の地域精神保健状況の差異を反映したものであり、ACTにおける援助サービスの提供には地域差を考慮しなければならないことを示唆している。

そこで、重複診断プログラム、物質依存サービスに関連した5項目のうち、これらのプログラムの有無によって全評価が決定される4項目（「O3. 治療サービスに対する完全な責任性」を除く）を除いて項目平均点を求める修正得点を求めた。その修正得点の時系列変化を見たのが、図2である。

図には、総合尺度とサービス下位尺度の修正得点のみ示している。総合尺度修正得点については、1時点（2004年8月）を除いて、中程度のモデル適合度を示す4点を維持している。また、サービス下位尺度修正得点については、4点には達しないがそれに近づく値が得られている。



なお、図 1 にも見るように、時間の経過とともに、DACTS の各尺度値が減少傾向にある。これは先ほど少し触れたように、1 スタッフ当りの対象者数（ケースロード）が増加していることに起因する側面が大きい。とは言え、ケースロードはまだ規準値より十分な値であり、限られた資源の中でより効果的な実践を再構築する必要性が示唆されるのである。

#### E. 結論

##### DACT によるフィデリティ評価の課題

DACTS は、ACT モデルの世界標準とも言えるフィデリティ評価尺度である。しかし、日本の実践を評価するときに、特にサービスの評価を行う場合に不適切な評価項目が含まれていることが示唆された。DACTS については、これまでもプログラム構造面の評価が中心であり、ACT で提供されるサービス機能面の評価を充実する必要性が指摘されていた。日本の実情に合わせたサービス評価項目を用意すると共に、その他の効果的なサービス要素も積極的に測定できる尺度を検討する必要がある。

ACT のようなチームアプローチの場合、サービス機能の評価は個別利用者にとのように関わったかによって把握することが必要になる。そのような観点から、本研究で同時に開発・評価を行っている個別利用者単位のサービス提供機能を評価する方法を確立し、それをシステム機能評価に活用する必要があると考える。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1 DACTS の評価項目と評価基準

フィデリティ個別項目	評価基準
<b>■ 人的資源領域：プログラムの構造と構成</b>	
H1 少人数担当制	クライアント/提供者の割合は10:1
H2 チームアプローチ	提供者グループは個人の実践家としてよりもチームとして機能する。臨床家はすべてのクライアントを知って関わる
H3 プログラムミーティング	各クライアントのサービスを計画したり振り返ったりするためのミーティングを頻回に行う
H4 チームリーダーも実践を行う	第一線の臨床家のスーパーバイザーも直接サービスを提供する
H5 スタッフの継続性	プログラムは同じスタッフを維持する
H6 スタッフの欠員がないこと	プログラムはスタッフの欠員なしで運営されている
H7 精神科医がスタッフにいること	クライアント100人につき1人以上の常勤精神科医が割り当てられている
H8 看護師がスタッフにいること	100人のクライアント対象のプログラムに2人以上の常勤看護師がいる
H9 物質依存専門家スタッフがスタッフにいること	100人のクライアント対象のプログラムにつき、物質乱用治療について1年間訓練を受けたか臨床経験のあるスタッフが2人以上いる
H10 職業専門家スタッフがスタッフにいること	職業リハビリテーションとサポートについて1年以上の訓練を受けたか臨床経験のあるスタッフがプログラムに1人以上いる
H11 プログラムのサイズ	プログラムが十分なサイズであり、多様で包括的なスタッフ配置を一貫して提供できること。
<b>■ 組織の仕組み</b>	
O1 明確なエントリー基準	プログラムには特定の人たちを対象とするために明確に定義された使命があり、測定可能かつ操作的に定義された基準を用いて適切でないリファーを除外する。
O2 新規エントリー率	安定したサービス環境を維持するために、プログラムはクライアントの新規エントリーを低い率に抑える
O3 治療サービスに対する完全な責任	プログラムではケースマネジメントと精神科サービスに加え、カウンセリング・心理療法、住居支援、物質乱用治療、就労、リハビリテーションサービスを直接提供する
O4 救急サービスに対する責任	プログラムは精神科危機をカバーするために24時間責任をもつ
O5 入院に対する責任	プログラムは病院への入院に関わる
O6 退院計画に対する責任	プログラムは病院からの退院計画に関わる
O7 無期限のサービス/終了率	プログラムはケースを終了せず、すべてのクライアントに対し必要に応じて関わりを続ける
<b>■ サービスの特徴</b>	
S1 地域ベースのサービス	プログラムは状態をモニターし、地域生活技能をオフィス内よりも地域の中で高める
S2 ドロップアウトをださないポリシー	プログラムはクライアントを高い割合で継続する
S3 積極的エンゲージメントの仕組み	プログラムでは確実にエンゲージメントするための方法として、必要であればストリートアウトリーチ《地域や路上に出かける》、法的手段《例：代理（金銭）受取人、執行猶予・仮釈放、通院措置》を用いる
S4 サービスの量	サービスの総時間は必要に応じて長い
S5 関わりの頻度	サービスで関わる回数は必要に応じて多い
S6 インフォーマル・サポートシステムとともに関わる	クライアントがいてもいなくても、プログラムはクライアントのサポートネットワーク（家族、家主、雇用者）に対して支援や技能を提供する
S7 物質乱用個人治療	物質乱用治療を提供する
S8 重複診断ケース治療グループ	プログラムは物質乱用障害の人々に対する治療法としてグループの様式を用いる
S9 重複診断ケース（DD）モデル	プログラムは段階的な治療モデルを用いる。直感化させず、行動理論に従い、精神疾患と物質乱用の相互作用を考慮し、断薬の見通しを徐々に持つようにする。
S10 治療チームにおけるコンシューマーの役割	直接サービスを提供するチームのメンバーとしてコンシューマーが関与する

表2 DACTS 下位尺度の経時変化

	2003.8	2003.11	2004.2	2004.5	2004.8	2004.11	2005.2
<b>H 人的資源：構造と構成</b>							
H1 少人数担当制	5	5	5	5	5	5	5
H2 チームアプローチ	4	4	4	4	3	4	4
H3 プログラムミーティング	5	5	5	5	5	5	5
H4 チームリーダーも実践を行う	3	3	3	3	3	3	3
H5 スタッフの継続性	5	5	5	5	5	5	5
H6 スタッフの欠員がないこと	5	5	5	5	5	5	5
H7 精神科医がスタッフにいること	5	5	5	5	5	5	5
H8 看護師がスタッフにいること	5	5	5	5	5	5	5
H9 物質依存専門家がスタッフにいること◆	1	1	1	1	1	1	1
H10 職業専門家がスタッフにいること	5	5	5	4	4	3	2
H11 プログラムのサイズ	5	5	5	5	5	5	5
<b>O 組織の仕組み</b>							
O1 明確なエントリー基準	5	5	5	5	5	5	5
O2 新規エントリー	5	5	5	5	4	4	5
O3 治療サービスに対する完全な責任	3	3	3	4	4	4	4
O4 救急サービスに対する責任	5	5	5	5	5	5	5
O5 入院に対する責任	5	5	5	4	3	4	4
O6 退院計画に対する責任	5	5	5	5	5	5	5
O7 無期限のサービス/終了	5	5	5	5	5	5	5
<b>S サービスの特徴</b>							
S1 地域ベースのサービス	4	5	5	5	4	5	5
S2 ドロップアウトをださないポリシー	5	5	5	5	5	5	5
S3 積極的エンゲージメントの仕組み	5	5	5	5	5	5	5
S4 サービスの量	5	5	4	3	3	3	2
S5 関わりの頻度	3	2	2	2	2	2	2
S6 インフォーマル・サポートシステムとともに関わる	4	4	4	4	3	3	3
S7 物質乱用個人治療◆	1	1	1	1	1	1	1
S8 重複診断ケース治療グループ◆	1	1	1	1	1	1	1
S9 重複診断ケースモデル◆	1	1	1	1	1	1	1
S10 治療チームにおけるコンシューマーの役割	1	1	1	1	1	2	2

注：◆は物質依存サービス関連項目

図1 DACTS 下位尺度、総合尺度の時系列変化

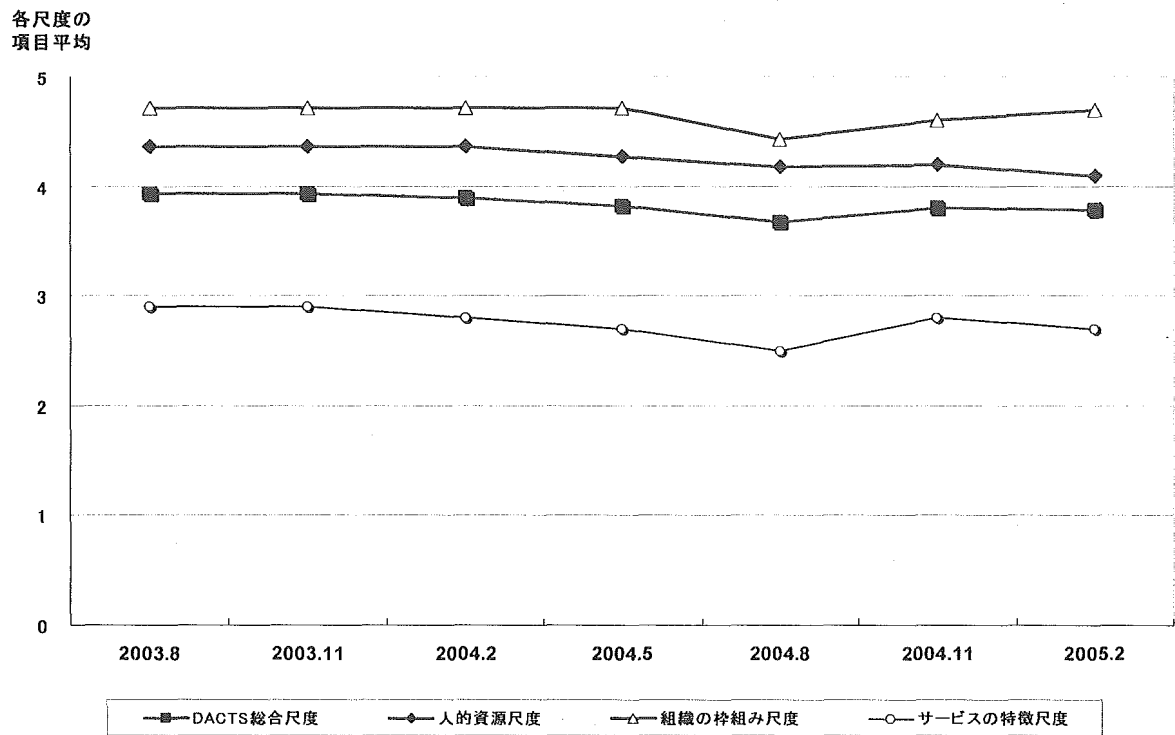
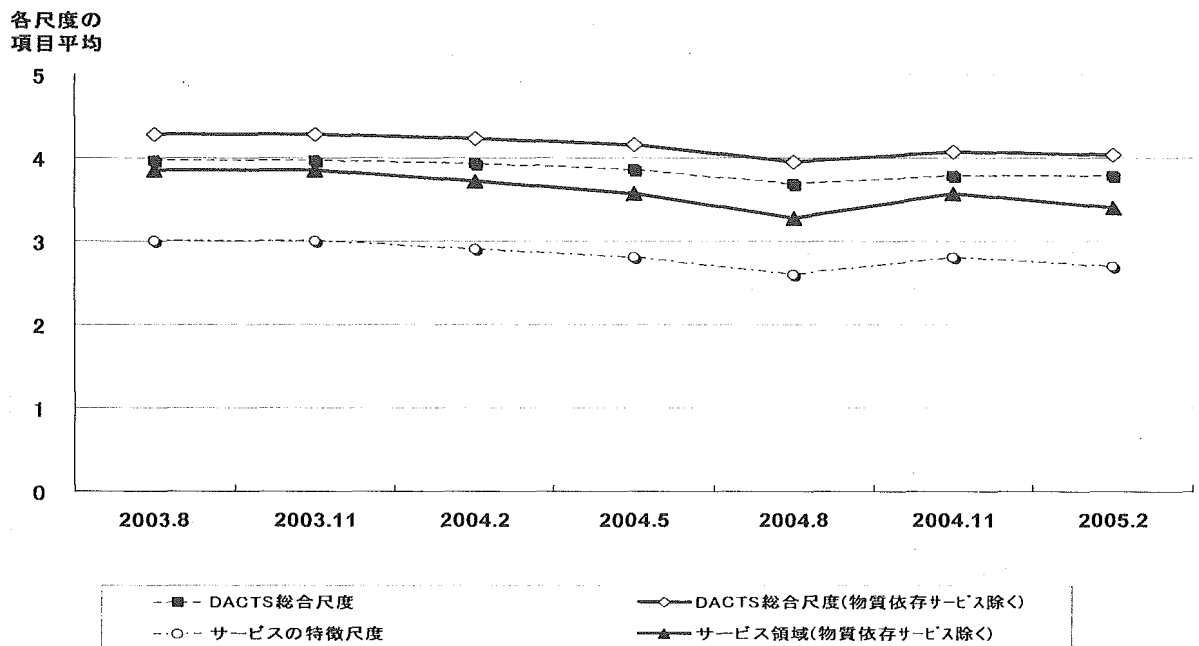


図2 DACTS 修正得点の時系列変化



厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）  
重症精神障害者に対する新たな訪問型の  
包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究  
研究報告書

包括型地域生活支援プログラムの機能評価に関する研究  
プロセス評価・フィデリティ評価研究  
援助介入サービスコードの指標化と時系列変化

分担研究者 大島 巖（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
分担研究者 伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
研究協力者 園 環樹（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 贅川信幸（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）  
研究協力者 深澤舞子（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

#### 研究要旨

精神障害者の地域生活援助を記述するサービスコードの体系を、既存尺度・ガイドライン・資料などを参考に、および研究者らの経験に基づいて作成した。本研究では、このサービスコード体系の内容と作成プロセスを明らかにするとともに、この体系に基づいて ACT-J において行われている実態を時系列的に明らかにした。さらに、サービスコードから ACT の理念に合致した実践を把握するための指標を作成し、その時系列変化について検討した。その結果、サービスコード体系の一定の有用性が明らかにされるとともに、コンタクト指標の開発によって、時系列変化の記述が明確化された。さらに、援助形態分類のより詳細な検討によって、ACT における援助をより明確に反映できる指標づくりを進めていく必要があると考察された。

#### A. 研究目的

ACT の援助を受ける個々の利用者に対する援助内容を記述する場合、ケースマネジャーなど援助者による日々の援助記録が重要な資源であることは言うまでもない。日々の記録を体系的に整理する試みは、電子カルテ、ログデータの分析などで行われているが、精神保健領域のような広範で、個別ニーズに応じてデリケートな関わりを要する援助の内容の記録は容易ではない。

われわれは、精神障害者の地域生活援助を記述するサービスコードの体系を、これまでの経験や、既存尺度・ガイドライン・資料などを参考に作成した。この研究では、サービスコードの体系を紹介するとともに、このサービスコードで把握された援助の実態を時系列的に明らかにする。さらに、サービスコードから ACT の理念に合致した実践を把握するための指標を作成し、その時系列変化についても検討する。