

存する重度精神障害者が少ない日本の実情とは合わない。これら2項目を除いた「サービスの特徴」得点は71.4点(8月)、70.0点(11月)と中程度のフィデリティを示した。電子サービスコード記録によるプログラム開始(5月)からのサービス提供状況の推移を図1・図2に示す。プログラム開始直後は、ジョイニングなどの関係づくりが介入の80%以上を占めていたが、時間の経過とともに、本人への直接サービスや家族に対する支援の割合が増加している。また、総援助回数も時間の経過とともに増加している。

2) 対象者の概要

全対象者の平均(SD)年齢は33.9(9.5)歳、男性9名、女性7名で、平均罹病期間は13.0(8.7)年、過去1年間の平均入院回数・入院日数・救急外来利用回数は、それぞれ96.8(76.5)日、2.1(2.3)回、2.5(5.7)回であった。家族との同居率は、68.8%、退院前および退院2週間後のGAFは、39.0(11.0)、46.6(8.6)点、BPRSは15.1(8.2)点だった。診断名は、統合失調症が14名、双極性感情障害が1名、てんかんによる人格・行動の障害が1名であった。

2. FSIACTの分布

FSIACTの個別項目の分布を表2に示す。FSIACTの実践度の尺度平均値は、総得点が 28.8 ± 7.8 点、総合尺度が 57.4 ± 13.1 点であった。また中央値、最小値、最大値は、それぞれ31.5, 17.0, 39.0点(総得点)、61.8, 38.5, 72.2点(総合尺度)であった。なお、本尺度の平均回答時間は、 60.5 ± 46.9

分であった。

実施率100%の項目は、「自己決定権の尊重」、「毎日のミーティング」、「積極的なエンゲージメント」だった。一方実施度が低かった項目は、「セルフヘルプグループ参加への支援」(5.3%)、「住居に関する援助」(15.8%)、「物質乱用治療」(21.1%)、「本人への心理教育」(21.1%)であった。自立度が高かった項目は、「住居に関する援助」(73.7%)、「物質乱用治療」(68.4%)、「基本ニーズをみたす援助」(52.6%)であった。

3. FSIACTの信頼性と妥当性

1) FSIACTの信頼性

FSIACT実践度全30項目の内的一貫性(Cronbach's α)は.77だった。対象者5名における評価者間信頼性は総得点で $r = .45$ 、総合尺度で $r = .60$ だった。

2) 因子妥当性の検討

主成分分析の結果、固有値1以上の因子が8つ抽出され、それぞれを項目の内容から「地域生活の援助」、「利用者の意向の反映」、「薬物治療支援」、「機能向上のための援助」、「家族支援」、「チームによる密な関わり」、「本人への新しい試み」、「本人の資源の把握」と名前をつけた(表2)。第7因子および第8因子に含まれた項目「informal support networkに対する支援」、「初期アセスメント」、「ドロップアウトなし」、「本人への心理教育」は、ACT-Jにおいてまだ実践の準備が整っていない項目で、実施率が低かったため、これ以降の解析から除いた。第6因子までの各因子の内的一貫性は、 $\alpha = .73 \sim .84$ の値を示し十分な値が得られたため、各尺度項目を加算してそれぞれ尺度得点とした。

3) 電子カルテ援助内容サービスコードと

の関連

FSIAC 総得点、総合尺度と電子カルテとの相関を表 3 に示す。総得点と正相関があったのは、調査該当月の援助総回数、3ヶ月間の総援助回数・時間、「精神症状・服薬管理」、「経済生活支援」、「その他の直接援助サービス」、「医療機関との連絡調整」($r = .42-.55$)であった。総合尺度は、「雇用・就労支援」($r = .47, .48$)と有意な正相関があり、「危機介入」、「記録・文書の作成」と負相関があった($r = -.43, -.69$)。下位領域の「入退院・救急サービス」領域で、「危機介入」、「経済生活支援」、「地域援助機関との連絡調整」に有意な正相関が、援助総時間と負相関があった。「個別サービスの提供」領域では、本人に対する直接援助サービスの多くと正相関($r = .42-.57$)があったが、「アセスメント・ケア計画」、「サービスの提供体制」の領域では、有意な相関はなかった。

下位尺度では、「地域生活の支援」と本人に対する直接援助サービスの多くと正相関があり($r = .43-.84$)、「薬物治療支援」は「精神症状」、「服薬管理」に正相関があった($r = .72, .59$)。「家族支援」は、「危機介入」と有意な正相関($r = .56$)が、「医療機関との連絡調整」に負相関が($r = -.54$)あった。

4) その他の尺度との関連

FSIAC 総得点、総合尺度および各尺度との相関を表 4 に示す。FSIAC 総得点と有意な正相関があったのは、ケア必要度全体得点、「健康の管理」、「対人関係」におけるケア必要度だった。 $(r = .59-.61)$ 。総合尺度はケア必要度の「緊急時の対応」に正相関があった($r = .50$)ほかは、相関がなかつ

た。社会不利尺度総合尺度、および QOL 得点とは総得点、総合尺度とも有意な相関はなかった。

因子分析の結果作成した下位尺度「地域生活の援助」はケア必要度の「対人関係」、社会不利尺度の「生活費などの経済的問題」、「偏見や差別、個人の尊厳の問題」と正相関があった。 $(r = .59-.79)$ 「利用者の意向の反映」は、社会不利尺度の「住まいの問題」と負相関があった。 $(r = -.59)$ 「薬物治療支援」は、ケア必要度の「健康の管理」、「緊急時の対応」と社会的不利尺度全体と「趣味・生きがいなどに関する問題」と正相関があり、「機能向上のための援助」は社会的不利尺度の「支え手の問題」と正相関があった($r = .49-.69$)。「家族支援」はケア必要度の「社会的役割・時間の活用」と正相関があった($r = .65$)。QOL と有意な相関があったのは、「薬物治療支援」と家族に関する QOL ($r = -.52$)、「チームによる密な関わり」と仕事と学校に関する QOL ($r = .53$)であった。

4. サービス実践度高低 2 群の検討

FSIAC の適用と有用性を検討するために、妥当性が確保された FSIAC の総得点と総合尺度を用いて高低 2 群別の特徴を検討した。その結果を表 5 に示す。

総合尺度の低フィデリティ群は、GAF 得点の変化が大きかった。総得点、総合尺度ともに、高フィデリティ群の方が、ケア必要度尺度全体と健康管理、対人関係のケア必要度が高く、社会的不利尺度の住まいの問題がより小さかった。その他の変数、性別、罹病期間、BPRS 得点、過去 1 年間の入院日数・回数、同居の有無に有意差はなかった。

総得点、総合尺度の高フィデリティ群は、A領域「アセスメント・ケア計画」、B領域「入退院・救急サービス」、D領域「個別サービスの実施」の得点が高かった。下位尺度では、「地域生活の援助」が総得点の高フィデリティ群で高く、「チームによる密な関わり」が総合尺度の高フィデリティ群で高かった。「利用者の意向の反映」は両尺度の高フィデリティ群で高かった。

D. 考察

1. FSIACT の信頼性と妥当性

1) 信頼性の評価

今回作成したサービス機能面を測定する個別利用者 fidelity 尺度の内的一貫性は十分な値が得られたが、評価者間信頼性の値は中程度の一致度であった。援助を行わない理由がケースマネジャーによって異なっている可能性が考えられ、今後未実施の理由の評価法の検討が必要である。

2) 内容妥当性の評価

尺度作成過程では、ACT や ICM (Intensive Case Management) などの精神障害をもつ人を対象とした地域生活のためのケースマネジメントの専門家によるコンセンサスを参考に項目を設定した。加えて、日本で実施されているケアマネジメントの実践度尺度も参考にした。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もつ専門家がを行い、さらにモデル事業で実際に ACT を実践している専門家からも項目の確認に携わった。また本尺度は、ケア必要度や社会的不利尺度のほぼ全ての領域を網羅した項目設定となっている。以上より本尺度の内容的妥当性が確認されたといえる。

3) 併存妥当性の評価

電子カルテとの併存妥当性を検証した。調査月および3ヶ月間の援助回数・時間と FSIACT の総得点とは、広範囲のサービスコードにわたって、中程度の相関があったが、総合尺度とは相関が少なかった。電子サービスコード記録は実施した援助を記録するものであり、自立や臨床的配慮は反映されない。実施の有無を単純加算した総得点と相関が高いことから、併存妥当性があるといえる。領域別の検討でも、退院時に集中して行われることの多い「地域援助機関との連絡・調整」、救急や入院と関係のある「危機介入」と「入退院・救急サービス」領域が中程度の正相関を示すなど、実施度が、該当する電子サービスコードと高い相関を示したことから一定の併存妥当性があったといえる。相関の低かった本人心理教育プログラムや心理社会的介入は、チーム全体として実践度の低いものであることが示唆され、今後の改善が期待される。

4) 構成概念妥当性の評価

因子分析で得られた6因子、「地域生活の援助」、「利用者の意向の反映」、「薬物治療支援」、「機能向上のための援助」、「家族支援」、「チームによる密な関わり」は、先行研究により ACT の特徴と挙げられる内容、「薬物治療支援を含む包括的な直接援助」や「地域での基本的な生活ニーズへの援助」、「機能向上のための援助」を「チームとして」提供することと一致した。また日本での実践で重視される「家族支援」が抽出され、さらに ACT の援助理念「ストレングスに注目した援助」、「機能向上のための援助」、「意思決定権の尊重」とも各因子は一致していた^{1, 11, 18, 26, 27, 29)}。また罹病期間が長く、

救急外来利用回数が多い者ほどケア必要度が高いため、幅広いサービスが実践され、総得点が高くなるという想定していた関係が見出された。

加えて、総合尺度と負相関があった電子カルテの「危機介入」は、フィデリティが低いと、危機介入が必要な状況になることを示しており、モデルフィデリティが高いほど、入院利用回数が減少するという先行研究に一致する¹⁶⁾。以上より本尺度には、一定の構成概念妥当性があるといえる。

因子妥当性については、因子分析によって因子1「地域生活の援助」、因子3「薬物治療支援」、因子4「機能向上のための援助」、因子6「チームによる密なかかわり」という概ね妥当な因子が得られた。またこれらの因子は、それぞれ該当する援助に関するケア必要度および社会不利尺度、電子カルテサービスコードと中程度の相関があった。因子5「家族支援」は、ケア必要度の「社会的役割・時間の活用」、社会不利尺度の「支え手の問題」、「日中の活動の場の問題」、「外出や交通機関の利用の問題」と中程度の相関があった。これは利用者がひきこもり、家の中のみで生活するために、同居家族の負担が大きくなっていることを示唆する。因子2「利用者の意向の反映」は各尺度や電子カルテと有意な相関が少なかったのは、既存の尺度ではとらえることのできない側面を評価していたことを示唆する。これら6因子による説明率は71.0%と十分な値であった。以上から本尺度の因子妥当性および構成概念妥当性が確認されたと考える。

2. ACT-Jの現状とFSIACTの有用性

システムレベルのフィデリティ評価尺度 DACT より、ACT-J は人的資源、組織面のフ

ィデリティが中程度、サービスの特徴面で低フィデリティだったが物質乱用関連項目を除くと中程度のフィデリティを示したことから、形成期にあるプログラムとしてはほぼ満足できる結果であると言える。また機能面を評価する本尺度から、ACT-J の実施要素の実践度は57.4%（総合尺度）と、実施要素にばらつきがあることが示された。実施度が極めて低い本人心理教育プログラムや心理社会的介入などの援助内容もあったことから、本介入は形成途上で、実施体制が整っていないサービス内容の存在が指摘された。今後、このような援助の実施体制を整備し、より包括的なサービスを展開していくことが期待される。

FSIACTの高低2群比較よりサービス実践度が高い群はケア必要度が高く、利用者の意向をふまえた地域生活や機能向上のための援助が実践されており、その結果、生活満足度が高かったのだろう。ケア必要度のみならず、利用者の意向や自己決定権の尊重に焦点をあてることがよりよい地域生活につながることを示唆される。

本尺度で独自に設定した項目を多く含むA、D領域、およびB領域において2群に有意差があったことから、これらの領域内のサービスを改善することがフィデリティの向上に貢献することが示唆された。以上より DACT とは異なる側面からフィデリティ向上の示唆を得ることができたといえる。

今回作成したFSIACTは、重い精神障害をもつ人を地域で支援する際に、提供サービスがACTモデルに準拠しているかを評価する指標である。システムとしてのモデルフィデリティを構造面から評価する DACT とは異なり、本尺度は、個別の利用者につい

て実践したサービス内容を具体的に評価することができる点で本尺度は有用である。また回答時間も60分程度と短く、簡便に実践内容を評価することが可能である。本尺度を使用し、経時的な変化をとらえていくことで、日本でのACTの普及の指針として重要な知見となるだろう。また、個別利用者単位の評価であることから、実践サービス内容の変化の把握や実践していないサービスの検討や利用者の隠れたニーズの検討、その後のケア計画立案に貢献できるものと思われる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、DACTによる評価値(8月74.2点、11月75.8点)でも示したように、発展途上のプログラムを対象とした。そのため対象者数も少なく、提供サービス内容や実施体制にも限りがあった。加えて、FSIACT得点では経時的な変化をとらえておらず、サービスコードで記録されたすべての情報との比較がされていない。また、回答の目安を併記したものの、ケースマネジャーのみによる評価のため、特に未実施理由に関してケースマネジャーによる主観的判断による影響が一定していない可能性がある。今後、未実施理由の客観的評価方法を検討するとともに、対象者数を増やし、利用者および家族が評価するサービス実践度との比較や、地域滞在日数や介入後の救急サービスの利用回数などのアウトカム指標との関連を検討し、ACT-Jにおける効果的な援助要素を明らかにしている必要があるだろう。

E. 結論

本研究では、プログラムの機能的側面を

個別の利用者に対するサービス実施度をサービス提供者の視点から評価する「個別利用者フィデリティ尺度(FSIACT)」を開発した。その結果、FSIACTの信頼性と妥当性はおおむね十分であることが示された。また本尺度により、モデル事業における「サービス機能」の実践度を詳細に把握することが可能となり、今後のACT-Jのよりよい実践のための具体的な示唆を得ることができた。

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

文 献

- 1) Bond GR, Evans L, Salyers MP, Williams J, Kim HW. Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Service Resesrch*, 2000; 2 : 75-87.
- 2) Bond GR, Miller LD, Krumwied RD, Ward RS. Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. *Hospital and Community Psychiatry*, 1988;39:411-8.
- 3) Bond GR, Witheridge TF, Dincin J, Wasmer D, Webb J, De Graaf-Kaser R. Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. *American Journal of Community Psychology*, 1990;18:865-91.
- 4) Brekke JS, Test MA. A model for measuring the implementation of community support programs: results from three sites. *Community Mental Health Journal*, 1992 ;28 :227-47.
- 5) Brekke JS, Wolkon GH. Monitoring program implementation in community mental health settings. *Evaluation Health Professional*, 1988 ;11:425-40.
- 6) Brekke JS. What do we really know about community support programs? Strategies for better monitoring. *Hospital and Community Psychiatry*, 1988 ;39:946-52.
- 7) Brekke, J.. The model-guided method of

- monitoring program implementation. Evaluation Review, 1987; 11: 281-299.
- 8) Brekke, J.S., Test, M.A. An empirical analysis of services delivered in a model community support program. Journal of Psychosocial Rehabilitation, 1987, 10, 51-61.
 - 9) Calsyn RJ. A checklist for critiquing treatment fidelity studies. Mental Health Service Reserch, 2000 ; 2:107-13.
 - 10) Conway M. Care-management for mental illness. Lancet, 1995;345:926-7.
 - 11) Essock SM, Kontos N. Implementing Assertive Community Treatment Teams. Psychiatric Services, 1995;46:679-83.
 - 12) Fiander M, Burns T, McHugo GJ, Drake RE. Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. British Journal of Psychiatry, 2003 ;182:248-54.
 - 13) McFarlane WR, Stastny P, Deakins S. Family-aided assertive community treatment: a comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. New Direction of Mental Health Services, 1992; 53:43-54.
 - 14) McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, Salyers M. Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. Journal Consulting and Clinical Psychology, 1994 ;62:670-8.
 - 15) McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, Salyers M. Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1994 ;62 :670-8.
 - 16) McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. Journal of Mental Health Administration, 1995 ;22:113-25.
 - 17) McHugo GJ, Drake RE, Teague GB, Xie H. Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. Psychiatric Services, 1999 ;50:818-24.
 - 18) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 1998 ; 24:37-74.
 - 19) 大島巖. 精神障害の概念とその評価方法. 臨床精神医学講座, 1999; 20: 153-163
 - 20) 大島巖. 精神障害者をかかえる家族の協力的実態と家族支援のあり方に関する研究. 精神経誌, 1987; 89 :204-241.
 - 21) 大島巖, 長直子, 安西信雄, 高橋清久. 精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケアアセスメント票の開発と評価—ケア必要度と社会的不利尺度の信頼性と妥当性. 精神医学, 2000; 42:809-817.
 - 22) Paulson RI, Post RL, Herinckx HA, Risser P. Beyond components: using fidelity scales to measure and assure choice in program 3 implementation and quality assurance. Community Mental Health Journal, 2002 ;38:119-28.
 - 23) Rapp CA. The active ingredients of effective case management: a research synthesis. Community Mental Health Journal, 1998 ;34:363-80.
 - 24) Schaedle RW, Epstein I. Specifying intensive case management: a multiple perspective approach. Mental Health Service Research, 2000 ;2:95-105.
 - 25) Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1995 ; 21:657-68.
 - 26) Solomin P, Draine J. Family perceptions of consumers as case managers. Community Mental Health Journal, 1994;30:165-76.
 - 27) Teague GB, Bond GR, Drake RE. Implementing assertive community treatment teams. Psychiatric Services, 1995 ;46:679-83.
 - 28) Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. American Journal of Orthopsychiatry, 1998 ;68:216-32.
 - 29) Thornicroft G, Breakey WR. The COSTAR programme 1: Improving social networks of the long-term mentally ill. British Journal of Psychiatry, 1991;159:245-9.
 - 30) Winter JP, Calsyn RJ. The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS). A generalizability study. Evaluation Review, 2000 ;24:319-38.
 - 31) Wright C, Burns T, James P, Billings J, Johnson S, Muijen M, Priebe S, Rylie I, Watts J, White I. Assertive outreach teams in London: models of operation. Pan-London Assertive Outreach Study, part 1. British Journal of Psychiatry, 2003 ;183:132-8.

表2 個別利用者フィデリティ尺度FSIACTの回答の分布

項目名	実践度 (%)					因子分類	因子負荷量
	(a)	(b)	(c)	(d)	(a) + (b)		
	行った	ある程度行った	自立のため不要	臨床的配慮	行ったある程度行った		
a1 初期アセスメント	47.4	31.6		10.5	78.9	VII	-0.702
a2 包括的アセスメント	26.3	68.4		5.3	94.7	II	0.816
a3 体系的な援助計画		42.1		47.4	42.1	I	0.613
a4 利用者の希望をきく	68.4	15.8		5.3	84.2	II	0.832
a5 利用者の計画参加	50.0	5.6		31.6	55.6	II	0.708
a6 自己決定権の尊重	78.9	21.1		5.3	100.0	II	0.796
b1 入院に関する責任			42.1	36.8			
b2 退院に関する責任	15.8	21.1	21.1	21.1	36.8	I	0.683
b3 救急サービス	52.6	15.8	15.8	5.3	68.4	IV	0.603
c1 地域ベース	68.4	26.3		5.3	94.7	IV	0.655
c2 チームアプローチ	68.4	26.3		5.3	94.7	V	0.919
c3 関わりの頻度	68.4	21.1		5.3	89.5	V	0.674
c4 毎日のミーティング	47.4	52.6			100.0	V	0.556
c5 積極的なエンゲージメント	78.9	21.1		5.3	100.0	IV	0.892
c6 ドロップアウトなし	68.4	21.1	5.3		89.5	VIII	-0.839
d1 機能向上のための援助	36.8	21.1	21.1	15.8	57.9	IV	0.592
d2 基本ニーズを満たす援助	21.1	5.3	52.6	10.5	26.3	I	0.631
d3 服薬に関する援助	15.8	26.3	47.4	5.3	42.1	III	0.690
d4 金銭管理に関する援助	26.3	10.5	42.1	10.5	36.8	I	0.645
d5 ストレngths向上のための援助	47.4	36.8	5.3	10.5	84.2	IV	0.501
d6 就労・社会的役割に関する援助	10.5	36.8	10.5	36.8	47.4	V	0.491
d7 住居に関する援助	15.8		73.7	5.3	15.8	I	0.921
d8 物質乱用治療	5.3	15.8	68.4	10.5	21.1	III	0.778
d9 公的支援サービスとの連携	26.3	5.3	31.6	26.3	31.6	I	0.802
d10 informalサポートネットワークとの連携	15.8	10.5	21.1	42.1	26.3	VII	0.832
d11 家族に対する支援	52.6	26.3	5.3	15.8	78.9	VI	0.744
d12 家族への心理教育	63.2	5.3	5.3	31.6	68.4	VI	0.866
d13 本人への心理教育	21.1		5.3	47.4	21.1	VIII	0.713
d14 家族会参加への働きかけ	31.6	10.5	15.8	26.3	42.1	VI	0.662
d15 セルフヘルプグループ参加への支援	5.3		10.5	47.4	5.3	III	0.941

図1 サービス内容別 援助回数の推移

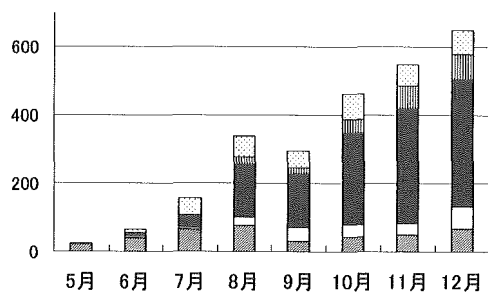


図2 提供サービス内容の割合

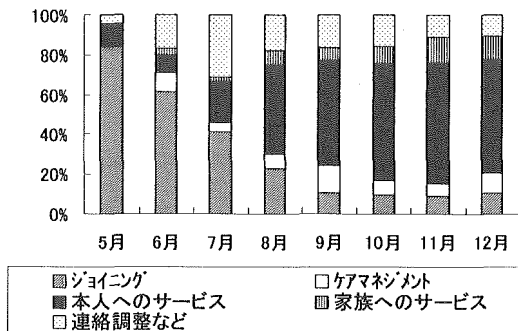


表3 電子サービス記録と尺度得点・下位領域・下位尺度とのPearson積率相関 相関係数

サービス内容(電子コード名)	総得点1			総合尺度			下位領域 ^{a)}				下位尺度 ^{b)}					
	単純加算			(-自立・臨床)			A	B	C	D	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
	回数1月	回数3月	累積時間	回数1月	回数3月	累積時間	ケア計画	入院	サービス構造	サービス機能	地域生活	意向の反映	薬物支援	機能向上	チームアプローチ	家族支援
I. 枠組み・全体状況に関する支援																
ジョインング・関係づくり	-0.08	0.27	0.11	-0.23	0.12	-0.11	-0.30	0.18	0.15	0.25	0.19	-0.38	0.17	0.21	0.13	0.00
ケアマネジメント	0.00	0.13	0.17	-0.18	0.39	0.30	0.04	0.36	0.15	0.07	0.43 †	0.02	-0.05	0.19	0.07	-0.26
ステップダウンプログラム	0.28	0.28	0.28	0.22	0.14	0.14	0.14	0.25	0.28	0.18	0.22	0.28	0.01	0.22	0.27	-0.30
II. 直接援助サービス																
精神症状・服薬管理	0.48 †	0.35	0.42 †	0.43	0.11	0.04	0.19	0.37	0.17	0.53 *	-0.01	0.15	0.72 **	0.07	0.17	0.40
危機介入	0.28	-0.16	-0.20	0.19	-0.43 †	-0.58 *	-0.09	0.45 †	0.00	0.42 †	-0.12	-0.13	0.59 *	-0.02	-0.01	0.56 *
身体健康の管理	0.10	0.01	-0.01	0.34	0.06	-0.24	0.32	-0.20	0.23	-0.07	-0.23	0.24	0.36	-0.16	0.40	-0.09
日常生活支援	0.36	0.13	0.17	0.28	0.18	0.17	0.21	0.33	0.13	0.35	0.76 **	0.13	-0.18	0.32	0.06	-0.30
経済生活支援	0.46 †	0.29	0.38	0.40	0.11	0.05	0.38	0.45 †	0.01	0.43 †	0.84 **	0.35	-0.10	0.29	-0.03	-0.36
対人関係・社会関係支援	0.20	0.20	0.22	0.23	-0.12	-0.11	0.09	0.09	0.21	0.15	-0.26	0.08	-0.11	0.42 †	0.13	0.16
社会生活の支援	0.39	0.37	0.34	0.35	0.04	0.00	0.29	-0.13	0.09	0.50 *	0.43 †	0.33	-0.17	0.08	0.09	0.10
雇用・就労支援	0.12	0.11	0.21	0.30	0.48 †	0.47 †	0.26	-0.04	0.31	0.05	-0.14	0.14	0.20	0.02	0.42 †	-0.07
教育支援																
日中の活動・余暇活動支援	0.39	0.30	0.29	0.39	-0.01	-0.08	0.10	-0.27	0.41	0.33	0.01	0.13	-0.27	0.32	0.35	0.15
居住環境支援	0.07	0.22	0.27	0.03	0.02	0.00	0.11	0.15	-0.18	0.46 †	0.50 *	0.05	0.01	-0.11	-0.10	0.10
家族支援	0.11	0.17	0.16	0.06	0.11	-0.14	-0.17	-0.05	0.04	0.39	-0.24	-0.16	0.46 †	-0.09	0.01	0.62
本人心理教育プログラム、 心理社会的介入		0.13	0.11		0.14	0.06	0.04	0.06	-0.28	0.31	0.29	0.03	0.01	-0.27	-0.18	0.19
その他の直接援助サービス	0.22	0.34	0.46 †	0.07	0.21	0.01	0.25	0.01	0.17	0.57 *	0.29	0.24	-0.14	0.23	0.17	0.17
III. 間接援助サービス																
医療機関との連絡調整	-0.05	0.24	0.45 †	-0.10	-0.18	-0.30	0.26	0.37	0.15	0.44 †	0.45 †	0.21	-0.08	0.56 *	-0.02	-0.06
地域援助機関との連絡・調整	0.05	0.32	0.26	-0.07	0.22	0.20	0.25	0.52 *	0.07	0.11	0.60	0.31	-0.21	0.38	-0.01	-0.54 *
その他の援助者との連絡・調整		0.21	0.26		0.19	0.17	0.12	0.35	0.23	0.16	0.17	0.24	0.15	0.21	0.23	-0.31
記録・文書の作成	-0.30			-0.39												
ケースカンファレンス	0.23	0.32	0.32	0.07	0.36	0.13	0.30	0.18	0.19	0.23	-0.03	0.27	0.62	-0.01	0.21	0.01
援助総回数	0.50	0.46 †		0.32	0.18		0.16	0.22	0.25	0.68 **	0.57	0.05	0.06	0.46	0.03	0.10
援助総時間			0.55 *			-0.07	-0.19	-0.62 **	-0.21	-0.07	0.27	0.14	0.26	0.31	0.18	0.27
平均援助時間			-0.28			-0.33	-0.23	-0.15	-0.29	-0.25	-0.23	-0.15	-0.29	-0.25	-0.12	0.20

**p<0.01 *p<0.05 †p<0.10

a). 直接援助サービスの「精神症状・服薬管理」から「社会生活の支援」の値は調査該当月の援助回数との相関を示し、その他の電子サービスコードは、9～11月の累積援助総時間との相関を示す。

表4 下位尺度別得点・総得点・総合尺度と各尺度とのPearson積率相関 相関係数

	因子1 地域生活 の援助	因子2 意向の 反映	因子3 薬物治 療支援	因子4 機能向 上援助	因子5 家族支 援	因子6 チームの 密な関 わり	総得点	総合尺度
ケア必要度	0.39	-0.04	0.49 †	0.20	0.29	0.32	0.59 *	0.30
身のまわりのこと	0.37	-0.14	0.11	0.32	-0.02	0.08	0.27	0.29
安全の管理	0.17	-0.18	0.45	0.03	-0.25	0.05	0.06	-0.25
健康の管理	0.25	0.19 **	0.69 **	0.11	0.38	0.13	0.63 *	0.43
社会資源の利用	0.37	-0.17	-0.20	0.20	0.25	0.22	0.26	-0.10
対人関係	0.59 *	0.10	0.28	0.27	0.11	0.28	0.61 *	-0.03
社会的役割・時間の活用	0.46	0.11	0.05	0.50 †	0.65 *	-0.31	0.53 †	0.46
緊急時の対応	-0.07	0.18	0.57 *	-0.20	0.30	0.40	0.43	0.54 †
配慮が必要な社会行動	0.04	-0.37	0.40	0.00	0.16	0.53 †	0.25	0.10
社会不利尺度	0.09	-0.37	-0.49 *	0.19	0.17	0.18	-0.09	-0.04
生活費など経済的な問題	0.79 **	0.47	-0.28	0.46	-0.03	-0.42	0.45	-0.13
住まいの問題	-0.30	-0.59 *	-0.21	-0.11	-0.11	0.50 †	-0.37	0.02 †
日中の活動の場の問題	0.27	-0.15	-0.54 †	0.21	0.30	0.09	0.07	-0.15
支え手の問題	0.48 †	-0.16	-0.50 †	0.56 *	0.41	-0.05	0.31	0.02
家族以外の人間関係の問題	-0.01	-0.29	-0.51 †	0.24	0.14	0.28	-0.03	-0.21
偏見や差別、個人の尊厳の問題	0.59 *	0.31	-0.35	0.08	-0.07	0.01	0.27	-0.05
外出や交通機関の利用の問題	0.23	-0.18	-0.22	0.17	0.40	0.18	0.18	-0.01
学校教育の問題	0.09	-0.14	-0.14	0.44	0.33	-0.01	0.33	0.17
趣味、生きがいなどに関する問題	0.03	-0.22	-0.55 *	0.18	0.19	0.16	-0.03	-0.24
その他の問題	-0.09	-0.13	-0.20	0.10	-0.01	0.38	-0.04	0.04
生活満足度(QOLI)								
全般生活満足度	-0.05	-0.19	-0.22	-0.38	-0.10	0.06	-0.35	0.17
住まいの状況	-0.45 †	0.27	0.22	-0.25	0.10	-0.07	-0.13	-0.12
日常の活動と機能	0.03	-0.04	-0.03	-0.48 †	-0.19	0.22	-0.22	-0.06
家族	0.29	-0.03	-0.52 *	0.06	0.08	0.10	0.03	0.13
対人関係	-0.14	-0.05	-0.22	-0.34	-0.03	0.34	-0.20	0.13
経済状況	-0.07	-0.05	-0.34	-0.20	0.10	0.20	-0.16	0.19
仕事と学校	0.06	-0.06	0.15	-0.24	0.00	0.53 *	0.11	-0.10
法律および安全問題	-0.32	-0.14	0.04	-0.38	0.32	0.45 †	-0.06	0.36
健康の管理	-0.06	-0.50 †	-0.16	-0.13	0.19	0.46 †	-0.12	0.25
一般的な評価	-0.10	0.00	-0.21	-0.42	-0.09	0.35	-0.23	0.05

**p<0.01 *p<0.05 †p<0.10

表5 総得点・総合尺度高低フィデリティ2群比較

	総得点			総合尺度		
	high Mean	low Mean	p	high Mean	low Mean	p
GAF変化	4.83	21.00	0.30	1.40	21.25	0.05
罹病期間	11.38	14.63	0.48	10.60	15.38	0.30
BPRS	13.13	27.63	0.22	15.20	25.50	0.38
同居の有無	0.63	0.75	0.62	0.75	0.63	0.62
入院日数	105.50	88.00	0.66	84.88	108.63	0.55
救急外来利用回数	0.88	4.13	0.27	0.88	4.13	0.28
ケア必要度	2.57	1.86	0.03	2.49	1.84	0.05
身のまわりのこと	2.73	2.14	0.33	2.57	2.20	0.54
安全の管理	1.60	1.25	0.43	1.33	1.43	0.83
健康の管理	2.70	1.50	0.05	2.58	1.43	0.05
社会資源の利用	2.20	1.65	0.33	2.08	1.67	0.46
対人関係	2.93	1.76	0.02	2.72	1.77	0.06
社会的役割・時間の活用	3.30	2.81	0.12	3.33	2.71	0.03
緊急時の対応	2.90	2.06	0.23	3.08	1.79	0.04
配慮が必要な社会行動	2.20	1.72	0.39	2.17	1.68	0.37
社会的不利尺度(総得点)	4.92	8.17	0.26	6.23	6.85	0.83
生活費など経済的な問題	1.20	0.63	0.39	1.17	0.57	0.25
住まいの問題	0.00	0.50	0.10	0.00	0.57	0.10
日中の活動の場の問題	1.30	1.38	0.86	1.33	1.36	0.95
支え手の問題	1.37	1.17	0.74	1.47	1.05	0.46
家族以外の人間関係の問題	1.00	1.13	0.81	1.17	1.00	0.74
全般生活満足度	4.29	3.63	0.59	3.63	4.29	0.59
領域下位尺度別得点						
A領域: アセスメント・ケア計画	9.25	5.88	0.01	9.00	6.13	0.03
B領域: 入退院・救急サービス	2.38	1.00	0.05	2.38	1.00	0.05
C領域: サービス提供体制	10.25	8.75	0.22	10.88	8.13	0.01
D領域: 個別サービスの実施	13.63	6.38	0.00	13.13	6.88	0.00
因子1: 地域生活の援助	5.50	0.25	0.01	4.63	1.13	0.06
因子2: 利用者の意向の反映	7.13	4.38	0.00	6.88	4.63	0.03
因子3: 薬物治療支援	1.50	0.38	0.15	1.38	0.50	0.27
因子4: 機能向上のための援助	7.75	5.75	0.14	8.38	5.13	0.01
因子5: チームによる密な関わり	6.75	5.63	0.22	7.13	5.25	0.03
因子6: 家族支援	3.25	3.63	0.74	3.13	3.75	0.59

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

ケースマネジャー評価による個別利用者フィデリティ尺度改訂版の信頼性妥当性

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 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

前章で試行的に開発した個別利用者フィデリティ尺度第一版は、ある程度良好な信頼性と妥当性を有すること、そして新しい尺度の有用性があることが確認された。しかし、評定者間信頼度がやや低いなど尺度の信頼性をさらに高める必要があること、より簡便に測定できる方法に改める必要があることが示唆されており、本研究ではこの個別利用者フィデリティ尺度改訂版を作成し、その信頼性・妥当性を検討した。改訂版においては、ICFS初版に比較して、尺度の信頼性は向上したと考えられる。妥当性に関しては、今回サービスコード指標・大分類との併存妥当性のみ検討したが、ある程度の良好な結果を得ることができた。今後はさらに、因子妥当性、構成概念妥当性などについても検討を進める予定である。

A. 研究目的

ACT モデルに合致した、効果的な援助プログラムの実施を継続していくことは必ずしも容易ではない。既に取り上げた DACTS の評価は、プログラムモデルに合致した実践を行っているかどうかを、チームレベル、システムレベルで評価・確認するための最も一般的な方法である。しかし、この尺度はサービス機能面の援助要素の把握が困難であり、不十分であること、個別のニーズを持つ利用者に対する効果的なサービスを

把握しにくいという問題があった。これに対して、特に ACT によって提供される援助サービス機能に注目して、個別の利用者単位に把握できるフィデリティ尺度を作成する必要がある。

前章では、試行的に開発した個別利用者フィデリティ尺度第一版の尺度評価の結果を示し、ある程度良好な信頼性と妥当性を有すること、新しい尺度の有用性があることが確認された。しかし、評定者間信頼度がやや低いなど尺度の信頼性を高める必要

があること、より簡便に測定できる方法に改める必要があることから改訂版を作成することにした。本稿では、この個別利用者フィデリティ尺度改訂版 (Individual Clients Fidelity Scales 2; ICFS-2) の信頼性・妥当性を検討する。

B. 研究方法

1) 個別利用者フィデリティ尺度の改訂

尺度の信頼性については、すべての尺度項目について、評定基準として主に頻度評価で把握される、より明確な基準を設定した。また、客観的な評価基準が個別利用者単位の評価では設定しにくい尺度項目は削除した(「旧 C6)ドロップアウトを出さないポリシー」)。

また、簡便な評価尺度への改善については、該当するサービスの適切度評価とその理由評価を削除した。その一方で、サービスを行っていない理由については、D領域: 個別の援助サービスに対して、「他の援助者が実施(含、家族)」を追加した。

さらに、ACT-Jスタンダードズに基づいて、ACT-Jで取り組むべきサービスを改めて整理した。具体的には、「B領域: 入退院と救急時への対応、医療との関係」については、「B2) 早期退院への積極的な働きかけ」「B5) 主治医・医療機関との連携」、「D領域: 個別のサービス」については、「D3) 症状管理に関する援助」「D5) 対人関係・社会関係に関する援助」を追加した。さらに、「旧 D6) 就労・社会的役割に関する援助」は、ACT-Jでは就労支援を優先課題にしているため独立させ、「D6) 就労・教育に関する援助」と「D7) 社会的役割(含余暇活動)に関する援助」に分割した。

以上の結果、「A領域: 個別のアセスメントとケア計画」の6項目、「B領域: 入退院と救急時への対応、医療との関係」5項目、「C領域: サービス提供方法」5項目、「D領域: 個別のサービス」18項目からなる改訂版が完成した。

2) 評価時期と評価サンプル

対象となるのは、ACT-Jのサービスを受けている利用者のうち、退院後1ヶ月、6ヶ月、12ヶ月時の改訂版による評価が終了している56件である。なお、評定者間信頼度については、10例について主ケースマネジャーと副ケースマネジャーが同時期の評価を行った。

3) 評価方法

個々の利用者に対して、ACTから一定期間のうちに提供された援助サービスの内容と援助程度を、担当ケースマネジャーが全般評価によって評価する。

ICFS-2のA領域、B領域、C領域、D領域それぞれの下位尺度をリッカート尺度法によって単純加算して作成した(「行った(2点)」「ある程度行った(1点)」「行っていない(0点)」で評価する)。また総合尺度も同様に作成した。

個別項目の修正得点については、「該当サービスの適用なし」「自立のため不要」「臨床的配慮」「他の援助者が実施(含、家族)」のいずれか、あるいはすべてが当てはまる利用者は「援助ニーズなし」の事例として、平均値の算出から除外する。

下位尺度、総合尺度の修正得点の算出方法は以下のとおりとする。

$$(\text{修正尺度得点}) = \frac{(\text{単純加算尺度得点}) \times 100}{2 \times (30 \text{ 項目} - (\text{「援助ニーズなし」の項目数}))}$$

ここで、「援助ニーズなし」については、①「該当サービスの適用なし」あるいは「自立のため不要」のみが該当する場合、②3つの理由のいずれかが該当する場合のそれぞれについて、修正尺度得点を算出した。

4) 分析方法

ICFS-2の得点分布、修正得点分布を検討するとともに、評定者間信頼度、内的一貫性を算出した。さらに、サービスコードおよびサービスコード指標との関連について検討した。サービスコードの集計は、退院後時期をICFS-2の評価時期と揃える必要がある。今回は、退院後6ヶ月に限定して、その前後2ヶ月の集計結果を退院後6ヶ月時のICFS-2の値と比較することにした。

C. 結果

1) 個別利用者フィデリティ尺度の得点分布

ICFS-2の個別項目と下位尺度の平均値、および修正得点平均値を表1-1、2に示した。

下位尺度を見ると、平均値が最も高いのは「A領域:個別アセスメントとケア計画」下位尺度で1.10、次に「C領域:サービス提供方法」下位尺度0.96、「B領域:入退院と救急時への対応」下位尺度0.71であった。

「D領域:個別の援助サービス」下位尺度は0.45と低い。これは、個別の援助サービスに対する個々の利用者のニーズは多様であるため、各援助サービスに対するニーズのある利用者が限られているためであろう。

「D領域:個別の援助サービス」下位尺度の修正得点を見ると、「該当サービスの適用なし」あるいは「自立のため不要」のみを「援助ニーズなし」とした場合に0.63、3理由すべてを「援助ニーズなし」とした

場合は1.19に上昇する。これは、D領域の個別項目でも同様であり、特にD領域の評価では修正得点の算出は欠かすことができないと考えられる。

2) 個別利用者フィデリティ尺度の得点分布

表2には、下位尺度と総合尺度のChronbach信頼性係数(α)と評定者間信頼度の結果を示した。

信頼性係数 α については、各尺度とも.74-.92の比較的高い値が確保された。

評定者間信頼度については、「A領域:個別アセスメントとケア計画」下位尺度の信頼度がやや低いものの、.60-.86の比較的良好な値が得られた。

3) サービスコードとの相関関係

ICFS-2総合尺度、および下位尺度と、サービスコード指標および大分類のコンタクト数との相関を示したのが表3、ICFS-2の個別項目との相関が高いサービスコード指標、大分類を示したものが表4-1、2である。

ICFS-2総合尺度は、総コンタクト時間数、直接コンタクト数、対面コンタクト数、地域対面コンタクト数など、ACT理念を把握する指標と.60以上の高い相関を示している。また、医療援助時間数が、「B領域:入退院と医療」下位尺度と.59の相関があるなど、同様の側面を把握する指標との相関が比較的高い。これは、表4のICFS-2個別項目との相関でも同様である。

D. 考察

1) ICFS-2の信頼性

ICFS-2の信頼性は、内的一貫性、評定者間信頼性とも比較的高い値が得られている。

「A領域:個別アセスメントとケア計画」

下位尺度の評定者間信頼度がやや低いが、主担当と副担当との間で情報の共有化が十分でなかった可能性があり、今後、情報分散を少なくする工夫が必要になるであろう。

2) ICFS-2 の妥当性

今回、サービスコード指標、大分類との併存的妥当性のみ検討した。総合尺度で把握されるもの、および領域別に共通に測定していると考えられる尺度間に高い相関が認められ、ほぼ併存妥当性が確認されたと考える。

E. 結論

改訂版においては、ICFS 初版に比較して、尺度の信頼性は向上したと考えられる。妥当性に関しては、今回サービスコード指

標・大分類との併存妥当性のみ検討したが、ある程度の良い結果を得ることができた。今後はさらに、因子妥当性、構成概念妥当性などについても検討を進める予定である。

本研究は、まだ継続中であり、得られた対象者数、対象評価サンプル数も少なく、また時系列的变化を分析するために複数時点の評価が完了している事例が限られていた。これらは今後の検討課題としたい。

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 1-1 個別利用者フィデリティ尺度 (ICFS) の分布と修正得点① (n=56)

	ICFS	修正ICFS(自立と サービスニーズで 補正)	修正ICFS(3理 由で補正)
	[range: 0-2]	[range: 0-2]	[range: 0-2]
[A領域] 個別アセスメントとケア計画			
A1) 初期アセスメントの実施	1.00	1.18	1.36
A2) 包括アセスメントの実施	0.90	0.90	1.18
A3) 体系的な援助計画の作成	0.65	0.65	1.07
A4) アセスメント面接で利用者の希望を聞く	1.37	1.37	1.72
A5) ケア計画の作成と見直しに利用者が参加	1.18	1.18	1.71
A6) 利用者の自己決定の尊重	1.49	1.49	1.74
[B領域] 入退院と救急時への対応、医療との関係			
B1) 入院に対する積極的な関与	0.35	0.83	0.90
B2) 早期退院への積極的な働きかけ	0.60	1.32	1.43
B3) 退院に対する積極的な関与	0.35	0.90	1.00
B4) 救急サービスに対する責任	0.93	1.59	1.59
B5) 主治医・医療機関との連携	1.33	1.47	1.47
[C領域] サービス提供方法			
C1) 地域ベースのサービスの提供	1.02	1.02	1.36
C2) チームアプローチ	1.09	1.09	1.33
C3) 関わりの頻度	1.11	1.11	1.29
C4) プログラムミーティングを毎日行う	1.04	1.04	1.07
C5) 積極的なエンゲージメント(関係作り)	0.54	1.25	1.36

表 1-2 個別利用者フィデリティ尺度 (ICFS) の分布と修正得点② (n=56)

	ICFS	修正ICFS(自立と サービスニーズで 補正)	修正ICFS(3理 由で補正)
	[range: 0-2]	[range: 0-2]	[range: 0-2]
[D領域] 個別の援助サービス			
D1) 基本ニーズを満たすための日常生活支援	0.48	0.69	1.23
D2) 服薬に関する援助	0.68	0.86	1.23
D3) 症状管理に関する援助	1.11	1.17	1.38
D4) 金銭管理に関する援助	0.31	0.55	0.94
D5) 対人関係・社会関係に関する援助	0.96	1.17	1.46
D6) 就労・教育に関する援助	0.27	0.30	0.83
D7) 社会的役割に関する援助	0.38	0.44	0.95
D8) 住居に関する援助	0.36	0.61	1.18
D9) 機能向上のための援助、スキル訓練	0.79	0.94	1.22
D10) ストレngths向上のための援助	1.05	1.09	1.34
D11) 地域援助機関(公的サービス)に対する働きかけ	0.48	0.71	1.35
D12) インフォーマル援助システムにへの働きかけ	0.16	0.24	0.64
D13) 家族に対する支援	0.80	0.92	1.41
D14) プログラム化された家族支援への参加働きかけ	0.14	0.16	0.47
D15) プログラム化された本人への心理教育	0.07	0.09	0.44
D16) 家族会等への参加に関する支援	0.11	0.12	0.32
D17) セルフヘルプグループへの参加に関する支援	0.00	0.00	0.00
D18) 物質乱用個人治療	0.02	0.08	0.17
総合尺度・下位尺度(項目平均)			
A) 個別アセスメントとケア計画	1.10	1.11	1.48
B) 入退院と救急時への対応	0.71	1.40	1.44
C) サービス提供方法	0.96	1.09	1.23
D) 個別の援助サービス	0.45	0.63	1.19
総合尺度	0.67	0.86	1.24

表2 個別利用者フィデリティ尺度の分布、信頼性の係数)

	mean	s.d.	α	評定者信頼度*
A) 個別アセスメントとケア計画	1.10	0.62	0.88	0.58
B) 入退院と救急時への対応	0.71	0.57	0.79	0.63
C) サービス提供方法	0.96	0.57	0.74	0.86
D) 個別の援助サービス	0.45	0.32	0.82	0.74
総合尺度 (項目平均)	0.67	0.36	0.92	0.68

注:* 退院後1ヶ月、6ヶ月、12ヶ月時点の評価56件に対する分析。

* 主担当と副担当の得点のピアソン積率相関係数(n=10)

表3 サービスコード・指標と個別利用者フィデリティ尺度の相関 (退院後6ヶ月; n=27)

	個別利用者フィデリティ尺度(ICFS)				
	ICFS総合	A)個別アセスメントとケア計画	B)入退院と医療	C) サービス提供方法	D) 個別援助サービス
サービスコード指標					
総Cnt時間計	0.65	0.25	0.60	0.60	0.58
直接援助時間計	0.63	0.23	0.58	0.58	0.55
医療援助時間計	0.44	0.20	0.59	0.29	0.36
生活援助時間計	0.64	0.31	0.53	0.61	0.55
総Cnt数計	0.58	0.22	0.60	0.42	0.55
直接Cnt総数計	0.56	0.22	0.59	0.41	0.51
対面Cnt数計	0.64	0.25	0.76	0.53	0.49
地域対面Cnt数計	0.66	0.31	0.74	0.59	0.50
サービスコード大分類					
a)関係作り支援	0.08	-0.27	0.59	-0.07	0.09
b)ケアマネ	0.52	0.17	0.59	0.29	0.51
d)症状服薬管理	0.49	0.17	0.62	0.32	0.45
e)危機介入	0.13	-0.26	0.26	0.16	0.13
f)身体健康管理	0.28	0.17	0.49	0.19	0.14
g)日常生活支援	0.53	0.40	0.33	0.49	0.42
h)経済生活支援	0.44	0.31	0.15	0.33	0.47
i)対人関係支援	0.50	0.24	0.40	0.37	0.50
j)社会生活支援	0.50	0.31	0.22	0.60	0.44
k)就労支援	0.24	0.06	-0.12	0.42	0.20
l)教育支援	-0.06	-0.22	-0.11	0.10	-0.04
m)日中活動支援	0.22	-0.08	0.54	0.12	0.20
n)住居支援	0.55	0.31	0.48	0.50	0.42
o)家族支援	0.43	0.16	0.32	0.26	0.53
q)他心理社会的介入	0.04	0.17	-0.11	0.06	-0.01
s)医療機関連絡調整	0.27	0.02	0.68	0.12	0.16
t)地域機関連絡調整	0.24	0.21	-0.01	0.11	0.33
u)他援助者連絡調整	0.39	0.20	0.07	0.38	0.44
w)ケース会議スポンサー	0.35	0.17	0.25	0.37	0.31

表 4-1 サービスコード・指標と ICFS 個別項目の相関①（退院後 6 ヶ月；n=27）

[A領域] 個別アセスメントとケア計画			
A1) 初期アセスメントの実施	-	-	-
A2) 包括アセスメントの実施	-	-	-
A3) 体系的な援助計画の作成	地域対面Cnt数<.30>	-	-
A4) アセスメント面接で利用者の希望を聞く	生活援助割合<.52>	g)日常生活支援<.47>	生活援助時間計<.38>
A5) ケア計画の作成と見直しに利用者が参加	g)日常生活支援<.55>	j)社会生活支援<.45>	生活援助時間計<.41>
A6) 利用者の自己決定の尊重	総Cnt時間計<.54>	対面Cnt数計<.54>	地域対面Cnt数<.53>
[B領域] 入退院と救急時への対応、医療との関係			
B1) 入院に対する積極的な関与	s)医療機関連絡調整<.75>	対面Cnt数計<.69>	地域対面Cnt数計<.68>
B2) 早期退院への積極的な働きかけ	a)関係作り支援<.61>	s)医療機関連絡調整<.50>	m)日中活動支援<.45>
B3) 退院に対する積極的な関与	e)危機介入<.65>	対面Cnt数計<.64>	s)医療機関連絡調整<.61>
B4) 救急サービスに対する責任	b)ケアマネ<.60>	生活援助時間計<.58>	総Cnt時間計<.55>
B5) 主治医・医療機関との連携	総Cnt時間計<.37>	直接援助時間計<.36>	-
[C領域] サービス提供方法			
C1) 地域ベースのサービスの提供	j)社会生活支援<.62>	生活援助時間計<.57>	直接援助時間計<.56>
C2) チームアプローチ	対面Cnt数計<.70>	地域対面Cnt数計<.70>	総Cnt時間計<.57>
C3) 関わりの頻度	j)社会生活支援<.49>	生活援助時間計<.44>	直接援助時間計<.43>
C4) プログラムミーティングを毎日行う	間接援助時間計<.53>	w)ケース会議スーパービジョン<.52>	n)住居支援<.44>
C5) 積極的なエンゲージメント(関係作り)	w)ケース会議スーパービジョン<.58>	-	-

※< >内ピアソン相関係数

表 4-2 サービスコード・指標と ICFS 個別項目の相関②（退院後 6 ヶ月；n=27）

[D領域] 個別の援助サービス			
D1) 基本ニーズを満たすための日常生活支援	g)日常生活支援<.71>	j)社会生活支援<.66>	u)他援助者連絡調整<.63>
D2) 服薬に関する援助	o)家族支援<.41>	i)対人関係支援<.38>	-
D3) 症状管理に関する援助	d)症状服薬管理<.54>	医療援助時間計<.53>	直接Cnt総数計<.48>
D4) 金銭管理に関する援助	h)経済生活支援<.69>	u)他援助者連絡調整<.57>	t)地域機関連絡調整<.53>
D5) 対人関係・社会関係に関する援助	生活援助割合<.62>	地域対面Cnt数計<.54>	対面Cnt数計<.52>
D6) 就労・教育に関する援助	k)就労支援<.88>	l)教育支援<.65>	-
D7) 社会的役割に関する援助	k)就労支援<.53>	総Cnt時間計<.51>	m)日中活動支援<.44>
D8) 住居に関する援助	Inf資源Cnt数計<.54>	o)家族支援<.49>	w)ケース会議スーパービジョン<.49>
D9) 機能向上のための援助、スキル訓練	b)ケアマネ<.60>	u)他援助者連絡調整<.54>	j)社会生活支援<.49>
D10) ストレングス向上のための援助	対面Cnt数計<.66>	地域対面Cnt数計<.64>	生活援助時間計<.57>
D11) 地域援助機関(公的サービス)に対する働きかけ	h)経済生活支援<.55>	t)地域機関連絡調整<.50>	間接援助時間計<.35>
D13) 家族に対する支援	o)家族支援<.73>	Inf資源Cnt数計<.70>	Inf援助割合<.53>
D16) 家族会等への参加に関する支援	i)対人関係支援<.61>	医療援助時間計<.44>	直接Cnt総数計<.42>

※< >内ピアソン相関係数

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 のプログラム要素に対する利用者認知尺度の開発過程

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 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）

研究要旨

ACT のプロセス評価・フィデリティ評価研究の一部として、利用者認知尺度の暫定版を作成した。本尺度で利用者の認知の構造とケースマネジャーとの間の認知の違いについて検討することで、本尺度が他の尺度では捉えられない側面を捉え得ることを明らかにし、本尺度の有用性と改善のための示唆を得ることを目的とした。本尺度を ACT の機能と構造と姿勢を問う 3 つの下位尺度から構成し、5 つの指標を設定した。ACT の利用開始後 1 年が経過した 17 名のうち 10 名から回答を得、利用者・ケースマネジャー間にはサービスの必要性や提供／受け取りに対する認知の違いがあること、機能だけでなく構造や姿勢も利用者ごとに認知が異なることが明らかとなった。対人援助サービスは受け手の認知が重要であり、サービスに対する利用者ごとの認知を明らかにすることで臨床上の改善を図ることが期待できることが示唆され、本尺度の有用性が示されたと考える。

A. 研究目的

ACT のプロセス評価としてはフィデリティ尺度が開発され、重視されている。しかしこれまでのフィデリティ尺度では、時間数や頻度、スタッフの人員配置といった、「プログラムの構造面」の評価が中心であった（McGrew, 1994；McHugo, 1999；Teague, 1995; 1998）。ACT のフィデリティ尺度として広く使われている Dartmouth ACT scale (DACTS) は、第三者が主にプログラム

の構造面に注目して評価するため、評価が客観的かつ容易であるというメリットがある。しかし本研究では、プログラムを評価する際に第三者による構造面の評価のみでは不十分だと考え、プログラムに対する利用者の認知を問う尺度を開発する。そしてプログラムの構造面の認知のみでなく、「プログラムの機能面」（福井, 2004a; 2004b）と、「プログラムの姿勢面」の認知を問う項目を加える。

プログラムの機能面というのは、実際にそのプログラムがどのようなサービスを提供しているのかということである。精神科リハビリテーション領域には多くのプログラムがあるが、それらの提供しうるサービスは多領域にわたり大きく異なる (Brekke, 1992)。あるプログラムは包括的で多岐にわたる領域のサービスを提供しているかもしれないし、またあるプログラムは、例えば住居とか就労といったような、特定の領域のサービスに特化しているかもしれない。したがってあるプログラムの特徴を述べるにはまず、そのプログラムが提供するサービスの種類を定義し、測定しなければならない。ここにプログラムの機能面を評価する必要性がある。

プログラムの姿勢面というのは、サービスを提供する際のスタッフの態度である。ほとんどのメンタルヘルス領域の介入は、利用者へのエンパワメント、利用者中心といった態度でなされることもあり得るし、強制的、管理的な態度でなされることもあり得る (Paulson, 2002)。よってスタッフがサービスを提供する際、その提供の仕方に利用者の自己決定の尊重などといったプログラムの理念が反映されているか、というプログラムの姿勢面の評価は重要である。

本研究では、ACT のプログラム要素を利用者が認知しているかどうかを明らかにするための尺度を開発した。これは利用者による自記式尺度である。プロセス評価では主に、プログラムのスタッフによる評価や外部観察による評価等が行なわれているが、利用者による評価は専門家とはまた違った視点をもたらす。(Campbell, 1997 ; Goldstein, 1988 ; Linhorst, 2002 ; McGrew,

1996)。これらを合わせて用い互いに補うことで、より多面的なプログラムの評価が、さらにより質の高いプログラムの実施が、可能になると考えられる。

今回はこの利用者認知尺度開発のための予備的分析を行なう。ACT の各プログラム要素に対する利用者の認知を明らかにするとともに、利用者の認知するサービス実施とその必要性との間のずれを、ケースマネジャーの認知とつき合わせて検討することで、本尺度の有用性に関しての示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

1. 本研究の実施体制

本研究は、「プロセス評価・フィデリティ評価研究」の一部として行われた。プロセス評価・フィデリティ評価研究では、以下の4種類のプロセス評価尺度を開発している。

- A) システムレベルのフィデリティ尺度(日本版 DACT)
- B) 個別サービス利用者レベルのフィデリティ評価尺度
 - B-1) データベース・援助介入サービスコード
 - B-2) 個別利用者フィデリティ尺度 (Individual Clients Fidelity Scales for services provision assessed by case managers: ICFS)
 - B-3) 利用者・家族の認知する援助内容フィデリティ尺度

本研究は、B-3)にあたる「ACT のプログラム要素に対する利用者認知尺度」を開発するために実施した。

2. ACT のプログラム要素に対する利用者認知尺度の作成

本尺度を作成するにあたり、まず既存の「システムレベルのフィデリティ尺度（日本版 DACT）」、「個別利用者フィデリティ尺度」、「ACT ニーズ尺度」の3つを参考にし、計55項目のアイテムプールを作成した。この55項目は主に、ACTの構造と機能に関する項目である。これらに加え、ACTがどのようにサービスを提供したのかといった姿勢を問う項目を補うため、「ACT-Jスタンダード ver3.0」内の「ACT-Jの哲学」の記載から、新たに9項目をおこした。そしてこれら計64項目を、利用者が認知しているかどうかを利用者に問う表現に修正し、文章化した。

次にこの64項目をその内容から判断し、個別のサービスすなわち機能を問う項目、ACTの全体的な構造を問う項目、ACTがサービスを行なう上での姿勢を問う項目の3つに分類した。その後項目の統合、選択を行ない、実際にACTプログラムに携わっている専門家に確認を依頼した。

最終的には本尺度を計25項目とし、3つの下位尺度に分けた。下位尺度Ⅰは「個別のサービス内容」すなわちACTの機能を問う13項目（以下、個別サービス下位尺度）、下位尺度Ⅱは「ACTのサービスの提供体制」すなわちACTの構造を問う6項目（以下、提供体制下位尺度）、下位尺度Ⅲは「ACTの姿勢」を問う6項目（以下、姿勢下位尺度）である。また最後に、ACTのサービスや調査に関して利用者の意見・感想を求める自由記述欄を設けた。項目を表1に示す。

回答の形式は下位尺度ごとに異なる。個別サービス下位尺度では、個別のサービス

に関して、最近1ヶ月くらいの中にそのサービスを受けたかどうかの回答を、「受けている」「少し受けている」「あまり受けていない」「受けていない」の4件法で求め、さらにそのサービスが自分にとって必要であるかどうかの回答を、「必要だと思う」「少し必要だと思う」「あまり必要ではない」「必要ではない」の4件法で求めた。提供体制下位尺度では、ACTのサービスを提供する際の特徴に関して、最近1ヶ月くらいの認知を、「そう思う」「少しそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」の4件法で求め、さらにその提供体制の特徴が自分にとって必要であるかどうかの回答を、「必要だと思う」「少し必要だと思う」「あまり必要ではない」「必要ではない」の4件法で求めた。姿勢下位尺度では、ACTのサービスを提供する際の姿勢に関しての認知を、「そう思う」「少しそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」の4件法で求めた。

3. 調査対象者

本研究の対象者は、ACT利用開始後1年が経過したACTの利用者である。

4. 調査方法

本調査は2004年9月から開始し、ACTの利用開始から1年が経過した利用者に対して実施した。尺度は利用者による自記式尺度であり、利用者がACTオフィスまたは国府台病院外来に来所した際直接回答を依頼するか、もしくは利用者にサービスを提供しているケースマネジャー経由で回答を依頼した。また必要に応じ、調査担当者が質問項目の読み上げ等の回答補助を行なった。回答にバイアスが生じる可能性があるため、ケースマネジャーには利用者個人が特定できるかたちでのフィードバックを行なわな

いこととし、その旨を利用者に伝えた。

5. 分析方法

第一に、本尺度の下位尺度ごとに内的一貫性を検討した。

第二に、利用者の認知するサービス実施とその必要性との間のずれを、ケースマネジャーの認知とつき合わせて検討した。本尺度の個別サービス下位尺度において、利用者が必要とした項目のうち受けていないと認知している項目に関して、[個別利用者フィデリティ尺度]でケースマネジャーの回答を調べた。個別利用者フィデリティ尺度とは、利用者ひとりひとりに対して ACT チームが提供している援助サービスの内容と実施の程度、未実施理由などについて、その利用者に主に関わっている1人のケースマネジャーが記入するものである。このケースマネジャーが記入する個別利用者フィデリティ尺度は、利用者の ACT 利用開始1カ月後、6カ月後、1年後にそれぞれ記入されるが、今回用いたのはこの1年後のものである。なお本尺度の項目5は個別利用者フィデリティ尺度には含まれていない項目であったため、ここでは除外した。

第三に、本尺度の3つの下位尺度を個別に用い、利用者ごとに表2に示す5つの指標を計算した。

第四に、利用者ごとにサービス満足度の得点を調べ、本尺度との関係を検討した。サービス満足度の測定には、Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8)を用いた。これは全般的なサービスの質に対する満足度を評価する自記式尺度である。8項目から構成され、それぞれ1点から4点までのリッカートスケールからなり、数字が大きいほど満足度が高いことを示して

いる。各項目の得点を合計して得られたものが CSQ-8 の総得点となり、8点から32点の値をとる(立森, 1999)。CSQ-8 は、利用者の ACT 利用開始1年後に行なわれる自記式アウトカム調査票に含まれている。

第五に項目ごとの検討を行なった。各項目における指標を、表3に示す計算式からそれぞれ求めた。また姿勢下位尺度の各項目の指標については、サービス満足度との相関係数を求めた。分析には SPSS 11.5J for Windows を用いた。

C. 結果

1. 対象者の概要

2005年4月4日までに ACT 利用開始後1年が経過して本研究の対象者となった25名のうち、2005年4月4日までに回答が得られたのは12名であった。この12名の平均年齢は35.2歳(SD=9.8)であり、うち男性は4名、主診断は統合失調症が10名、うつ病が1名、てんかん精神病が1名であった。家族と同居している者は7名であった。

2. 本尺度の下位尺度ごとの内的一貫性

本尺度の各下位尺度ごとに Cronbach の α を求めた。個別サービス下位尺度の認知を問う13項目では $\alpha = .90$ 、個別サービス下位尺度の必要性を問う13項目では $\alpha = .94$ 、提供体制下位尺度の認知を問う6項目では $\alpha = .81$ 、提供体制下位尺度の必要性を問う6項目では $\alpha = .87$ 、姿勢下位尺度6項目では $\alpha = .69$ であった。

3. 利用者の必要性が満たされていない項目に対するケースマネジャーの回答

利用者の認知するサービス実施とその必要性との間のずれを、サービスの提供者であるケースマネジャーの、サービス実施と