

もに、尺度作りのためのアイテムプールを作成した。

B. 研究方法

科学的根拠にもとづく実践 (Evidence-Based Practices; EBP) プログラム開発に関わるフィデリティ評価法に関する文献を中心に文献を収集し、文献レビューを行った。

効果的な障害者ケアマネジメントモデルのフィデリティ尺度作成のためのアイテムプールとしては、ケアマネジメント・ケースマネジメントに関わる既存のフィデリティ尺度の尺度項目を使用するとともに、日本における効果的な障害者ケアマネジメントモデルを提案した「ケアマネジメント・ガイドブック～精神障害者編」を参考にした。

(倫理面への配慮)

本研究は、基本的に文献研究であるため、倫理面への配慮は特に要さない。

C. 研究結果

1. フィデリティ評価の背景と意義

精神保健領域では、多くの心理社会的援助プログラムが、薬物療法などの身体療法にも匹敵する効果をもたらすことが無作為比較試験やその他の介入研究で実証され、治療ガイドラインなどに明記されるようになった。さらに、これら「科学的証拠に基づく実践 (Evidence-Based Practices; EBP)」の有効な実施体制・サービス提供体制を明らかにし、ニーズを持つ人たちに普及するためのサービス研究が、地域精神保健が進んだ欧米諸国では徐々に進展し、その知見が蓄積されつつある (Drake et al,

2003)。

日常生活・社会生活に困難を持つ重い精神障害のある人たちに対する、包括型ケアマネジメント (Assertive Community Treatment: ACT) (Mueser et al, 1998; Allness et al, 1998) や家族心理教育 (Family Psychoeducation; FPE)、IPS 援助付き雇用 (Individual Placement Support Employment Program; IPS-EP) (Becker et al, 2003) は、対象者の脱施設化を進め、地域ケアを成功に導く代表的で有効な心理社会的援助プログラムであり、科学的証拠に基づく実践 (EBP) の中心的プログラムであることが知られている。

これに対して、これらプログラムの普及と実施の程度は、地域精神保健の進んだ地域でもたいへん低い。効果的なプログラムモデルの定式化・標準化を行い、組織的な普及・実施体制を整える努力が、欧米諸国では近年積極的に行われるようになった。

心理社会的プログラムのモデルの定式化・標準化を行うためには、個別プログラムのプロセス評価を適切に行い、効果的な援助要素 (critical components) をフィデリティ尺度 (fidelity scales; 実践忠実度尺度) として抽出する必要がある (Bond et al, 2005; McGrew et al, 1994)。しかし、効果的な援助要素の研究はまだ端緒にすぎたばかりであり、対象者個人のアウトカムやニーズ状況に対応させた詳細な検討はされていない。また近年開発されたフィデリティ尺度に取り上げられた尺度項目は、測定が容易なプログラムの構造的要素 (スタッフ利用者比、多職種チームアプローチなど) を中心にしており、アウトカムとの関係が強いと思われるサービス機能の測定は

あまりされていない。さらに、有効性が実証されているいくつかの援助プログラムを統合的に提供するプログラム(統合プログラム)についても、その必要性が主張されながらどのような組み合わせがより有効であるのかについての実証研究が行われていない。

以下では、精神保健プログラムにおけるフィデリティ評価法の現状と発展のための課題を、アメリカにおける EBP 普及研究を通して明らかにする。

2. アメリカにおけるフィデリティ評価法の発展

アメリカの精神保健福祉領域では、近年、EBP プログラムをニーズをもったすべての人たちに使えるように普及することを目指した EBP 普及研究が活発に行われている。その研究の中心に位置付いているのが EBP プログラムモデルの実施程度を測定するフィデリティ評価尺度の研究である。

フィデリティ評価は、EBP プログラムの中でも、ACT という包括型のケースマネジメントプログラムの研究を通して発展したことが知られている。

ACT のプログラムモデルは、Stain ら(1978)がウイスクンシン州マディソン市のメンドータ州立精神病院における介入効果評価研究で使用し、1980年に明確で多面的な介入成績を *Archives of General Psychiatry* という質の高い精神医学誌に掲載してから、一躍、全米・全世界的に注目されるようになった(Stain et al, 1980)。Stain ら(1980)は、開発した援助方法を明確なプログラムモデルとして書籍に記録を残した。このため、世界各国でこの研究を追

試しようと考えた実践家・研究者たちは ACT プログラムをそれぞれの地域で容易に再現することができた。彼らのグループは、さらに各地の求めに応じてスーパービジョンを提供し、ACT モデルの普及にも尽力した。

しかしながら、各地で実践が進展する中でプログラム遷移(program drift)と呼ばれるプログラムの変質がおこり(たとえば24時間サービスを提供しない、医師・看護師がチームにいないなど)、それらのプログラムでは、Stain ら(1980)が明らかにしたような十分な成果があがらないことが問題になった。これに対して、McGrew ら(1994)は ACT プログラムの中に含まれるさまざまな援助要素のうちどの要素が効果的な実践のために重要かを明らかにする研究を行った。彼らはまず ACT のエキスパート 22 人に ACT の諸要素に対する重要度の評価を依頼した。その結果から項目を絞り込みフィデリティ尺度を作成するとともに、インディアナ州の 18 地域精神保健センターで行われている ACT において、フィデリティ得点とチームにおける入院日数減少(平均)との関係を明らかにした(McGrew et al, 1994)。その結果、フィデリティ総合尺度、スタッフ下位尺度、組織下位尺度が入院日数の減少と有意の相関を明らかにするとともに、各構成項目の中に有意の相関があるものと相関が低い(入院日数の減少に関わりの低い)項目があることを実証した。その後この研究は、Teague ら(1998)に引き継がれ、現在では DACTS(Dartmouth ACT Scale)という尺度が最も代表的な ACT のフィデリティ尺度として使用されている。

DACTS は、「スタッフの配置」「組織」

「サービスの特徴」という3領域28項目からなり、それぞれ5段階の行動レベルの明確なアンカーポイントが設定されている (Teague et al, 1998)。評価は、プログラムと関わりを持たない評価者が、同行訪問などで援助場面の観察やミーティングの観察、チームリーダーやケースマネジャー、利用者への面接、記録の確認によって情報入手し、総合的に評価する。

DACTS 以外には、アメリカ精神障害者家族会連合会 (NAMI) の PACT Model (Allness et al, 1998) Fidelity Review (<http://www.nami.org>) などがある。

行政面では ACT プログラムを承認するのに当たって、期待される規範的なプログラム要素をまとめた実施スタンダードを作成する州がある。フィデリティ尺度との統合が図られつつあるが、より詳細なプログラム要素を記述する場合がある。

現在アメリカでは、連邦厚生省薬物依存・精神保健サービス部が主導して、EBPs のプログラムモデルを確立し、そのモデルを実施・普及するためのツールキットを開発、発展させるプロジェクトが進行中である (Drake et al, 2003)。具体的に EBPs プログラムとしては、ACT、家族心理教育、IPS 援助付き雇用 (IPS; Individual Placement and Support)、疾病管理とリカバリープログラム (IMR; Illness Management and Recovery)、統合的重複障害治療 (IDDT; Integrated Dual Disorders Treatment)、精神科服薬管理プログラム (MedMAP; Medication Management Approaches in Psychiatry) が対象になっている。これらは、精神保健福祉領域の介入

プログラムのうち比較的十分な科学的根拠が蓄積されているプログラムである。

ツールキットには、プログラムモデルをさまざまな角度から記述したパンフレットや研修テキスト、研修ビデオ、紹介ビデオが含まれている。このほか、利用者や家族・他の支援者、プログラムの実践家や指導者、精神保健行政担当者というそれぞれの立場の関係者が、当該プログラムに取り組み、実施組織を構成するための工夫が盛り込まれている。さらに、プログラムモデルの実践度、忠実度を評価するフィデリティ尺度 (fidelity scale) (Bond et al, 2000; Bond, 2005) や、効果評価のためのモニタリングに用いる簡便な尺度も用意されている。

ツールキット開発者たちは、単にプログラムが普及すれば良いという立場を取っていない。真に効果をもたらすプログラムの援助要素を同定し、それをフィデリティ尺度で測定しながら、プログラムの質を確保しようとする (Bond et al, 2000; Bond, 2005)。これは、かつて ACT の普及に当たって、プログラム遷移 (program drift) と呼ばれるプログラムの変質がおこり、それらのプログラムでは、退院後在宅日数の減少など、十分に良好な成果があがらないことが問題になったことの反省を踏まえている (Teague et al, 1998)。このような流れの中で、現在、アメリカの精神保健福祉領域では各種のフィデリティ評価尺度が開発されており、関係者の間で一般的に使用されるものになっている。

3. フィデリティ評価の到達点と課題

改めて、ここで「フィデリティ (fidelity)」の定義をすると、「フィデリティとは、特

定のプログラムが科学的根拠に基づく実践 (evidence-based practice) の基準に従っている程度」(Bond et al, 2000; Bond, 2005) となる。フィデリティ評価が重要な理由は、EBP (科学的根拠に基づく実践) に忠実に実施されたプログラムは、より良いアウトカムをもたらすことが分かっているためである。

フィデリティ尺度の特性としては、①簡潔、表面的に妥当、量的な尺度で、②モデルの原則に基づいており、③よく実施されているプログラムと通常の実践を識別する力があり、④実施上の努力を反映し、変化に対する鋭敏性をもち、さらには、⑤利用者のアウトカムを良く予測する、ということである(Bond et al, 2000; Bond, 2005)。このようなフィデリティ尺度を使うことによって、①活動の実施状況が明らかになり、②新たなプログラム実施を追求する現場へ具体的なフィードバックが提供でき、③行政機関に対して、プロジェクト目標の達成状況の情報を提供することが可能となり、④情報を公共のために公開することもできる。すなわち、サービスの質のモニタリングに活用できるとともに、プログラムモデルを発展・改善させるために用いられることになる。

このようにフィデリティ尺度は、心理社会的介入プログラムにとって大変重要な位置にあるにもかかわらず、その尺度が社会的に認知されるようになったのは 1995 年前後以降である。それは、まず第一に、心理社会的介入プログラムが複雑な構造を取っているために、どのようなプロセス要素を捉えれば良いのかに関する十分な合意形成を得ることが困難であること、第二に、

そのことにも関連するが、心理社会的介入プログラムに多くの関係者が合意できる十分に定義されたプログラムモデルが予想外に限られていることが知られている。EBP として知られる、ACT や家族心理教育、IPS 援助付き雇用、生活技能訓練 (SST) を除けば、十分な援助方法マニュアルすら存在しない場合も少なからずあるからである。フィデリティ尺度を作成するだけでも、心理社会的介入プログラムの領域では大きなチャレンジであると言うことができる。

しかしながら、前述したとおり、EBP の取り組みが一般化するにつれて、しだいにこの状況も変化してきた。精神保健福祉実践家の間でも、アメリカでは「フィデリティ評価」という用語は一般的に使用されるようになってきている。

このような中、現在、精神保健福祉領域の研究・実践で使用されている尺度は、DACTS (Teague et al, 1998) のようにプログラム単位で、プログラム全体を評価するものが主流である。一方で、そのプログラムを受けている利用者に対して、必要な援助要素が届いているのかどうか注目した個別利用者単位のフィデリティ評価も重要である。それは、利用者単位にサービス提供状況をモニターする必要性があるとともに、利用者単位にサービス改善の課題を明らかにし、その成果との関係を確認することが、利用者支援の立場からは重要だからである。さらには、援助に関わるスタッフや利用者・家族の評価が重要になるが、その場合実施が容易で、スタッフが自らの実践内容を臨床的にモニタリングすることにも役立つ。

以上のように、現在、発展途上にあるフ

ィデリティ評価法の一つの重要な検討課題は、このように個別利用者単位のフィデリティ評価法の開発と発展にあると考える。特にケアマネジメントのフィデリティ尺度では、プログラム全体というよりは個別利用者単位のフィデリティ評価の持つ意味が大きいと考える。ケアマネジメントに関する個別利用者単位のフィデリティ尺度としては、集中型ケアマネジメント(Intensive Case Management; ICM)のフィデリティ尺度(Schaedle et al, 2000)や、ストレンジモデルケアマネジメントのフィデリティ尺度(Rapp et al, 2006)などがある。

個別利用者フィデリティ尺度の開発に当たって、特に留意すべき点は以下の3点であろう。まず、①そのプログラムで標準的に提供すべきサービス内容を同定すること、②利用者別にそのサービスの必要の有無を判定することが不可欠であり、ニーズ評価法の確立が必要になること、③日常的な関わりを評価するため、サービス提供に関わる関係者(主にケースマネジャーと利用者・家族)が、信頼性のある評価をできるように配慮することである。なお、③に関連するが、個別利用者フィデリティ尺度を評価する評価者は、①個別利用者の援助に関わるスタッフ、②サービスを受ける利用者・家族、③援助場面を観察できる評価専門職である。③については、日常的な関わりを詳細に把握するのが難しい場合が少なからずあるであろう。このため、個別利用者フィデリティ尺度の主な評価者は、援助に関わるスタッフと、利用者・家族ということになり、それぞれの評価の一致・不一致の程度の評価も重要な意味を持つことになるであろう。

個別利用者フィデリティ尺度の研究面での課題は、次の三点に整理できよう。まず、①評価者の異なる個別利用者フィデリティ尺度(ケースマネジャー評価、利用者評価)の相互の関連を明らかにすること、また、②そのプログラムのサービス実施状況とアウトカム評価の結果を個別利用者レベルで明らかにし、効果的な援助要素を明らかにすること、最後に、ニーズ類型別に提供されるサービスの内容と量の違いを明らかにし、ニーズに応じたサービス提供方法のあり方を検討すること、である。

4. 日本におけるフィデリティ評価研究の取り組み

最近、十数年の間に、日本の地域精神保健福祉は急速な発展を遂げるようになり、さまざまな心理社会的介入プログラムが導入されるようになった。これらのプログラムの有効性を明らかにし、効果的なプログラムの実施・普及を促進するために、演者らのグループは、個別利用者評価を含むフィデリティ評価を用いた、いくつかのプログラム評価研究に取り組んできた。以下では、演者らの取り組みのうち、個別利用者フィデリティ評価に絞ってその成果と課題を明らかにする。

4-1. ケアガイドライン方式ケアマネジメントのフィデリティ評価研究

日本最初の精神障害者ケアマネジメント全国試行の効果評価研究の一部として実施した(Oshima et al, 2004)。複数の援助資源を必要とする全国の精神障害をもつ人たち295人を対象にして、約2ヶ月の追跡調査を行い、生活の質、生活満足度、サービス満足度、サービス利用数を介入前

後に評価した。フィデリティ尺度は、精神障害者ケアガイドラインに準拠して開発した。27項目からなり、ガイドラインの内容とともに、アメリカで有効性が確立している DACTS の項目も参考にした。3段階の全般評定尺度を用い(2=行った、1=ある程度行った、0=行っていない)、ケアマネジャーがプログラム終了時に評価した。分析の結果、フィデリティ評価の得点が高いほど、生活の質とサービス満足度の改善が著しい結果が得られた。また、フィデリティ下位尺度の因子分析を行い、「ニーズ志向アプローチ」因子の得点が高いほど、生活の質やサービス満足度の改善がより顕著であることが明らかになった。ケア必要度という精神障害をもつ人たちのケアのニーズ評価尺度を別途把握したが、ニーズとの関連でフィデリティ評価の補正をすることは、この研究では行っていない。

4-2. 家族心理教育多施設共同研究におけるフィデリティ評価研究

家族心理教育の援助効果を、全国の精神科医療機関 11 施設で検証する研究において、プログラムに参加する個別利用者家族が援助の到達度を評価する「心理教育プログラム実施要素の家族による認知」尺度 (FPPIE) を開発した(福井ら, 2004)。この多施設共同研究では、家族心理教育の実施方法を「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン」にまとめた。EPPIE ではこのガイドラインのうち心理教育の援助機能の側面から 14 項目抽出し、4 件法(「そう思う」「ある程度そう思う」「あまり思わない」「思わない」)の全般評価で評価した。調査時期はプログラムの終了後であった。分析の結果、実施

要素の到達度が高かった家族では知識度の上昇、本人への拒否的感情の低下、自尊感情の上昇といった改善が認められたが、低かった家族では知識度のみが上昇していた。また、本人への拒否的感情の低下の度合いは到達度の高い群の方が低い群よりも有意に大きいことが明らかになった。また、スタッフ評価のプログラムレベルのフィデリティ評価と、家族の評価の相関は $r=.35$ であり、二つのフィデリティ尺度は効果的な援助要素を異なる側面から捉えている可能性が示唆された。

4-3. 包括型ケアマネジメント ACT 研究におけるフィデリティ評価研究

日本で最初に導入された精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラム (ACT) の利用者および家族を対象にした効果評価の研究において、体系的なフィデリティ評価法を導入した。この研究で取り入れたフィデリティ評価、プロセス評価は、まずプログラムレベルのフィデリティ評価として、国際的な評価が確立している、① DACTS の評価、また、個別利用者単位のフィデリティ評価として、② ケースマネジャー評価と、③ 利用者・家族評価、一方、日々の援助記録をコード化して電子カルテ様データベースに記録する④ 援助サービスコードの 4 種類である。この研究は現在進行中であるが、プロセス評価とアウトカムの関係を明らかにした研究では、援助サービスコードの就労支援や地域機関との連絡調整という本人・家族をとりまく環境を調整する支援が家族の協力的行動や負担感、将来の不安の軽減にとって重要であることが示唆されている(園, 2006)。

5. 効果的な障害者ケアマネジメントモデルのフィデリティ尺度のアイテムプール

以上を踏まえて、効果的な障害者ケアマネジメントモデルに関する効果的援助要素のアイテムプールを行った。アイテムプール作成に当たって、ACTのフィデリティ尺度である DACTS、Schaeble ら(2000)の集中型ケアマネジメント(ICM)のフィデリティ尺度項目、Rapp ら(2006)のストレングスモデルケアマネジメントフィデリティ尺度、ケアガイドライン方式ケアマネジメントのフィデリティ尺度、岡本ら(1999)の「ケアマネジメント過程の質を評価する尺度」を参考にした。また、日本の効果的障害者ケアマネジメントモデルを提案した「ケアマネジメント・ガイドブック～精神障害者編」の記述を参考にするとともに、上記のフィデリティ尺度から抽出した項目については、同ガイドブックにおける記載の有無を確認した。

以上から作成したアイテムプールを、表1に示した。

評価領域としては、「援助プロセス」「構造」「ネットワーキング」「態度・哲学」を設定した。このうち、「援助プロセス」は個別利用者レベルのフィデリティ評価で十分に把握すべき項目群である。また「態度・哲学」は、近年のフィデリティ評価で注目されるようになった領域であり、個別利用者レベル、さらには利用者評価でより良く把握される。「ネットワーキング」は「ケアマネジメント・ガイドブック」で重視する領域である。

D. 考察

フィデリティ評価の実証的研究は、まだ端緒についたところで研究的な積み重ねが十分ではない。特に、個別利用者レベルで、サービスの内容、援助の質に関わるフィデリティ評価を行った研究はほとんど未着手の段階であり、特にケアマネジメントの領域での発展が期待される。個別利用者評価の評価法の精度・信頼性を高める努力とともに、援助要素の必要性の評価を組み合わせる方法論の確立がまず行われる必要があるものと考ええる。さらには、近年のフィデリティ評価の新しい取り組みである「態度・哲学」領域の位置づけも重要であろう。

同時に、日本の社会制度・文化にふさわしい効果的な障害者ケアマネジメントのモデル構築のために、必要とされる援助要素を記載した「ケアマネジメント・ガイドブック」を踏まえながら、ケアマネジメント業務に従事する関係者が容易に評価実施できる、多くの関係者が合意できる尺度の開発は、今後の課題である。

E. 結論

本研究は、障害者ケアマネジメントの効果的な援助モデルを構築し、それを標準化するための研究の予備的検討として、まずフィデリティ評価法の文献レビューを行うとともに、ケアマネジメントのフィデリティ評価についてその課題を明らかにした。その上で、障害者ケアマネジメントの効果モデルに関わるフィデリティ尺度のアイテムプールを作成し、今後の尺度開発に向けての課題を指摘した。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- Allness DJ, Knoedler WH (1998). The PACT model: A manual for PACT start-up. NAMI. (D. オールネス、W.ケネードラー (亀島他監訳):PACT モデル～精神保健コミュニティケアプログラム. メディカ出版、2001)
- Becker DR, Drake RE (2003). A working life for people with severe mental illness. Oxford University Press. (デボラ・R・ベッカー、ロバート・E・ドレイク(大島巖、松為信雄、伊藤順一郎監訳) : 精神障害をもつ人たちのーキングライフ～I P S : チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド. 金剛出版、2004)
- Bond GR et al (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research* 2: 75-87.
- Bond GR (2005). Fidelity Assessment in National Evidence-Based Practice Project: Lessons Learned. Lecture at the University of Tokyo.
- Drake RE, Goldman HH (eds) (2003). Evidence-Based Practices in mental health care. American Psychiatric Association.
- 福井里江、大島巖、瀬戸屋(大川)希、他(2004). 統合失調症に関する家族心理教育プログラムの家族の視点からみたプロセス評価(第二報)ープログラム実施要素の家族による認知度と介入効果の関連. *精神医学* 46(5): 487-492.
- McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, et al (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 62: 670-678.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al (1998). Models of Community Care for Severe Mental Illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bull* 1998; 24.
- 岡本玲子(1999). ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発. *日本公衛誌* 46(6)
- Oshima I, Cho N, Takahashi K (2004). Effective components of a nationwide case management program in Japan for individuals with severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 40(6): 525-537.
- Rapp CA, Goscha RJ (2006). The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities. Oxford University Press.
- Schaedle RW, Epstein I (2000). Specifying intensive case management: A multiple perspective approach. *Mental Health Services Research* 2(2): 95-105.
- 園環樹(2006). 精神障害者に対する包括型地域生活支援 (ACT) が家族に及ぼす効果ー準実験法を用いた自記式アウトカム評価の分析ー. 東京大学大学院医学系研究科修士論文集.
- Stein LI, Test MA (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment. *Arch Gen Psychiatry* 37:392-412.
- Stein LI, Test MA (eds) (1978). An alternative to mental hospital treatment. Plenum Publishing Corp, New York.
- Teague GB, Bond GR, Drake RE (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry* 68: 216-232.

**表1 効果的な障害者ケアマネジメントモデル・
フィデリティ尺度のアイテムプール（案）**

I. プロセス

【ガイドブックの記述にあるもの】

- ・ 利用者(本人・家族)からの初回相談を促した
- ・ エンゲージメント（ケアマネジメントの初期に、利用者と積極的な関わりを持った）
- ・ 利用に伴う利用者の心理的抵抗や不安に対処した
- ・ 利用者・専門家間のコミュニケーションを円滑化した②③
- ・ 包括的なニーズの把握：保健・医療・福祉等の面から
- ・ ケアマネジメントについて説明し、開始に同意を得た
- ・ 本人の希望と出来ていることに焦点を当てたアセスメントを実施
- ・ アセスメントは本人以外からも情報収集をした
- ・ 利用者のニーズに基づく（個別化された）ケア計画の作成
- ・ ケア計画の立案に利用者本人が参加できるよう配慮
- ・ ケア計画作成時にケア会議を開催
- ・ 策定した計画について利用者の同意を確認した
- ・ ケア実施の段階で調整のため必要に応じてケア会議を開催
- ・ 関係機関に利用者の希望を本人の代わりに伝えるなどの調整を実施
- ・ CMが利用者の相談にのるなど、直接的な対面サービスを提供
- ・ 個別化されたサービスの提供
- ・ 利用者のニーズに応じて、これまで利用されていなかったケアサービスを開発（利用）
- ・ 利用者が入院した場合、退院後にサービスを再開できる体制を用意
- ・ 利用者の退院に積極的に関わった
- ・ インフォーマルサービスの頻度：地域の中で、インフォーマルサポート（近隣、親族、友人、ボランティア等）と関わりを持ち、必要な調整を実施
- ・ 計画に沿って導入可能な社会資源を探した
- ・ 直接ケアやサービス利用の経過と結果を日常的に把握した
- ・ 家族との調整/家族への支援
- ・ 特定の原則に基づく服薬管理
- ・ 疾病管理の実施
- ・ 住居支援の実施
- ・ 金銭管理の実施
- ・ アウトカムのモニタリングの実施
- ・ 新しいニーズを確認し、サービスの追加利用等の可能性を探った
- ・ 相談支援従事者（CMが）ケアマネジメントの中心的役割を果たす

【ガイドブックの記述にないもの】

- ・ 家庭訪問・面談で、直接情報を収集した
- ・ ニーズと緊急性と社会資源利用の優先度を判定
- ・ ニーズを充足する社会資源の量(頻度、時間、量など)を確認した
- ・ 社会資源選択に際して、利用者の判断を助けた
- ・ 社会資源に対して生じる利用者の不適応に対処
- ・ ケアサービスの開始時には利用者の自己決定を尊重し、できるだけ責任を持てるよう配慮
- ・ 週当たりの支援時間総計
- ・ （ストレングスモデルに基づく／標準化された）アセスメント
- ・ 導入する社会資源の妥当性、適合性を確認した

- ・ 利用者の入院に積極的に関わった
- ・ 社会資源利用に伴う危機管理(リスクマネジメント)を行った
- ・ 必要に応じて生活の場で健康管理に関する助言を実施（含通院援助）
- ・ 利用者とのコンタクトは地域で行っている

II. 構造

【ガイドブックの記述にあるもの】

- ・ スタッフの構成（常勤・非常勤／専属）
- ・ 職種（多職種の援助者がケアマネジメントに関わる）
- ・ 離職・欠員（スタッフ充足率）
- ・ スタッフの継続性
- ・ ケースロード
- ・ エントリーへの除外基準がない（誰でも対象となりうる）
- ・ ドロップアウト率
- ・ 相談支援従事者（CMが）ケアマネジメントの中心的役割を果たす①
- ・ 個別のケア計画を修正、フィードバックした③
- ・ 運営面(やりくり、手順等)の必要性を支援者に周知徹底
- ・ 他機関の支援者と連携をとり、各員の役割、責任を確認した①③
- ・ 他機関の支援者の変化や困難に対応③
- ・ ケアマネジメントの責任性が明確である①④
- ・ 担当者の交代時にスムーズな引継ぎができるシステムを用意している
- ・ 利用者への情報提供
- ・ アクセシビリティ向上の努力
- ・ 積極的な情報公開（サービス内容やケースロード、ドロップアウト人数など）
- ・ 施設（機関）内でのミーティングを開催（ケア会議とは別）
- ・ 他機関でのケア会議への参加が可能
- ・ 日常業務の中で情報交換を行い、ケースについて話し合いを持ったり、必要に応じて助言を得たりする③
- ・ 必要に応じてスーパービジョンが受けられる（受けている）
- ・ 研修・ケースカンファレンス
- ・ CMまたは所属機関が、利用者のプライバシーを守るために記録の保持等に責任を持った
- ・ 緊急時に 24 時間対応できる体制を用意しているか、あるいはそのような体制を持つ機関を利用できるよう手配した③
- ・ 住居プログラムの提供③
- ・ 個別ケアの結果を他機関の支援者と確認③
- ・ 長期的支援の提供をしている

【ガイドブックの記述にないもの】

- ・ 精神科医の存在／役割③
- ・ エントリー基準が明確である
- ・ 計画を文書で策定し、ケアチームメンバー全員で確認①
- ・ 就労スタッフがチームとして機能している
- ・ 必要があれば次の就労先を紹介する
- ・ 当事者が入っているか③

Ⅲ. ネットワーキング

【ガイドブックの記述にあるもの】

- ・ 実際に利用する社会資源提供側と事前に打ち合わせをした①
- ・ ケア会議（互いに連絡を取り合う複数の援助者が利用者と直接かかわりを持つ）①②
- ・ ケアカンファレンスの進行、運営を円滑化した②
- ・ ケアマネジメントの展開過程を評価②
- ・ 他機関と情報交換を行い、定期的に話し合いの場を設けている
- ・ 困難事例や重複障害事例についての相談体制（情報共有体制）ができている②
- ・ 社会資源提供側からの相談や連絡に応じた
- ・ 医療との連携を図っている（図れる体制がとれている）②
- ・ 地域の資源マップがあり、活用している②
- ・ 行政と民間の役割分担が出来ている
- ・ 住民からの要望や苦情を吸い上げて、対応できる体制が整っている
- ・ 不足している地域資源（サービス）を明確化し、対応策を考案する体制が整っている（社会資源の発掘、開発、転用の可能性を検討した／適切な社会資源に修正するために関係機関に相談、交渉した）
- ・ 優先度の強い社会資源から導入を進めた
- ・ 個別ケアの構造的側面（人・金・物・システム等）を評価した
- ・ 個別ケア終了時に地域レベルの問題を明確にした

Ⅳ. 態度・哲学

【ガイドブックの記述にあるもの】

- ・ ストレングスの考え方に基づくスーパービジョン
- ・ ストレングス ケアマネジメント
- ・ リカバリーの理念を重視している
- ・ 責任性の明確化

障害者ケアマネジメントにおけるプログラム評価理論の適用に関する研究

分担研究者：吉田 光爾

国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨

平成 18 年度に障害者自立支援法が施行され、我が国においても障害者ケアマネジメントがシステムとして導入された。しかし、今後我が国の障害者ケアマネジメントのサービスの質を担保していくためには、個々の事業者における支援のプロセスをモニタリングするための評価ツールが必要である。本研究では、障害者ケアマネジメントの評価ツールを作成するために、対人サービス・施策の評価のために欧米で発達してきた「プログラム評価理論」の概要を整理したうえで、障害者ケアマネジメントへ適用し、実際にモニタリング評価を行っていくための必要な概念的枠組みと方法論を整理した。

結果、今後必要な作業として、A)プログラム理論（インパクト理論、プロセス理論）の整理と、それを反映した障害者ケアマネジメントスタンダードの作成、B)ケアマネジメントスタンダードに基づくフィデリティ尺度の作成、C)アウトカムとのフィデリティ尺度の関連の分析と尺度の再作成、が必要であることが示され、本年度・来年度以降の研究枠組みとして採用した。

A. 研究目的

平成 18 年に障害者自立支援法が施行され、「障害者ケアマネジメント」が本格的に制度内に導入された。これまで、障害者ケアマネジメントは個々の臨床家・活動主体が自主的に活用する支援技術として紹介、導入されてきた経緯があるが、障害者自立支援法における制度としての導入は、国の障害者施策における公的な制度・システムとしてケアマネジメントが設定されたことを意味する。つまり、自立支援法の成立によって、障害者ケアマネジメントは「個別の支援技術から公的なシステムへ」と大きな転換を迎えたといえる。

さて、支援技術としての障害者ケアマネジメントは、障害者の QOL を向上させること

は、多くの実証的研究から類推されてきた。例えば精神障害の領域であれば、Intensive Case Management (ICM) や Assertive Community Treatment (ACT) のようなダイレクトサービスを行うケアマネジメントも含めて、地域滞在日数の増加や入院の減少、症状の軽減、社会適応、利用者の満足度等の面で良好な成果がケアマネジメントを通じてもたらされていることがメタ分析を通じて判明しており¹⁾、欧米の支援システムに施策として組み込まれている。

しかし、個別のレベルでのケアマネジメントの有効性の証明が、我が国における公的なシステムとしてのケアマネジメントの有効性を担保するとはいえない。各障害者ケアマネジメントの活動主体が、何をもって

ケアマネジメントと考へ、どのような活動を、どのような量で行っているのか、そのケアマネジメント活動の定義と範囲、そして支援の量・質など、ケアマネジメントのプロセスについて事業者間によってばらつきがあることが容易に想定される。システムとしてのケアマネジメントの有効性は、各事業者において障害者ケアマネジメントが適切な内容で十分に実施されていることが前提になるが、現状、そのようなケアマネジメントのプロセスが評価される準備がされておらず、システム全体の有効性を保証するような状態はないと考えられる。

そのように考えると、今後障害者ケアマネジメントの有効性を担保・確保していくためには、支援が適切に実行されているという、プロセスをモニタリングすることが必要であり、具体的には、今後ケアマネジメントのプロセスを評価するモニタリング用のツールを開発することが期待される。

さて、このような対人援助サービスプログラムの適切性を判断する際に、欧米ではさまざまな領域の社会政策や対人サービスで、プログラム評価 (Program Evaluation) が行われ、その評価のための理論・方法論確立してきた。本邦における障害者ケアマネジメントでも、このプログラム評価理論を適用することで、障害者ケアマネジメントにおける支援のプロセスを評価する枠組みや、方法論が整理されると考える。

そこで本研究では、初年度の目標として、1) プログラム評価理論の概要を整理したうえで、2) 障害者ケアマネジメントへ適用し、実際にモニタリング評価を行っていくための必要な作業を整理のうえ、今後の研究の枠組みを設定すること、を設定し研

究を行った。

B. 研究方法

1) プログラム評価理論の概要の整理

アメリカの評価理論の代表的な研究書である『プログラム評価の理論と方法 システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』²⁾や他のプログラム評価理論に関する文献を、分担研究者・研究協力者により精読し、必要な分析枠組みを整理した。

2) プログラム評価理論の概要の整理

整理されたプログラム理論を我が国における障害者ケアマネジメントに適用し、今後必要な枠組と方法論、研究方針について、研究班を開催し、吟味・検討した。

(補：倫理面への配慮)

本研究は主として文献研究であり人に対する侵襲性はない。

C. 結果と考察

1) プログラム評価理論の概要

プログラム評価理論について、以下の内容が整理された。

プログラム評価とは、「社会的介入プログラムの効果性をシステマティックに検討するために、プログラムを取り巻く政治的・組織的環境に適合し、かつ社会状況を改善するための社会活動に有益な知識を提供可能な方法で、社会調査法を利用することである。」(Rossi,2004,p15)

このプログラム評価は、評価の内容によって、主に以下のように分類される。

(1) プログラムに対するニーズアセスメント (needs assessment) :

プログラムが対象とする社会問題

を診断する。例えば対人支援の領域であれば、どのような対象に、いかなる支援ニーズが、どの程度の量存在しているか、を確認するための評価である。

(2) プログラム理論の整理 (program theory) :

プログラム理論とは、社会的介入プログラムが、その期待される社会的便益に影響すると思われる影響の因果関連や、プログラムがその目的や目標を達成するために採用している戦略や戦術に関する一連の仮説群をいい、プログラム構築の上で重要な柱となる。この段階では、このプログラム理論を整理し、その理論が妥当かどうかを検証する手続きが必要となる。

具体的にはプログラム理論は、主として①プログラムの結果・効果に関わる因果関係を説明するインパクト理論 (impact theory)と、②プログラムが、どのような機能・構造をとらなかって運営されるかということについて、個々の要素を綿密に定義し整理するプロセス理論 (process theory)からなる。

(3) プログラムプロセスの評価 (process assessment) :

プログラムを実施し管理する過程の評価である。具体的には、(3)のプログラム理論で記述・計画された通りに、実際のプログラムが円滑に実施・展開されているかどうかを評価する。

なお、プログラムが設計された通

りの構造や機能をもって運営されているかを評価するために、フィデリティ (fidelity : 忠実度) 尺度を作成し、個々のプログラム実践を評価する方法が知られている。

(4) プログラムアウトカム・インパクトの評価 (outcome assessment, impact assessment) :

プログラムによるサービス提供によって発生した成果、効果の評価である。無作為化比較試験や、準実験的方法がとられる。

(5) プログラムの効率の評価 (efficacy assessment) :

プログラムによる影響が、どの程度の費用をもってもたらされるかという、費用とアウトカムの関係を明らかにする評価である。費用と便益とを同一尺度 (貨幣) で比較する費用便益分析 (cost-benefit analysis) と、貨幣尺度であらわされた費用と達成された実質的な結果の単位との間を説明する費用効果分析 (cost-effectiveness analysis) が知られている。

なお (1) ~ (5) の評価は、基本的にその実施する施策・プログラムの展開がどの段階にあるかによって異なり、Rossi によれば「評価階層 (evaluation hierarchy)」を形成する (図1)。たとえば、プログラムが形成段階にある場合は、(1) ニーズアセスメントの実施が行われるべきであるし、その結果をもとに (2) や (3) の検討が行われることになる。逆に (1) ~ (3) のよ

うな各評価がすでに実施されている場合、プログラムはそれらの結果を踏まえ（４）のインパクトの効果評価や、（５）の効率性分析に進むことになる。

2) 障害者ケアマネジメントへの適用と今後の研究枠組みの設定

上記の理論的な枠組みを概観すると、現在の我が国の障害者ケアマネジメントのプロセスモニタリングをするために、（２）プログラム理論の整理、（３）プログラムプロセスの評価、の枠組みが応用できると考えられる。すなわち、理想的な障害者ケアマネジメントとは何かを理論的に整理・記述し（２）、それを基準に各地のプログラムが適切に実行されているかを評価・判断する（３）のである。

具体的にこの過程を進めるためには、以下の作業が必要であると考えられ、研究の展開の枠組みとすることとした。

A) プログラム理論の整理とスタンダード作成 ～何が適切かを示す～

まず、我が国における障害者ケアマネジメントが、どのように標準的に展開されるべきか、障害者ケアマネジメントの適切なあり方とは何か、を整理する必要がある。その為には以下の作業を要すると考えられた。

インパクト理論の構築

どのような介入要素が、どのような近位・遠位のアウトカムをもたらしていくのかを、理論的に整理する。

プロセス理論の構築

上記インパクト理論の見通しのうえで、障害者ケアマネジメントがどのような対象を対象に、どのような構造と機能をもって、標準的に展開されるべきか、ケアマネジメントの概要の記述と提示をする。

上記の２点を整理するために、本年度は分担研究者・研究協力者によって、平成18厚生労働科学研究補助金厚生労働科学特別研究事業「精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究」で作成した『ケアマネジメント・ガイドブックー精神障害者編』³⁾を参考に、『障害者ケアマネジメント・プログラム・スタンダード』を作成し、この中でプログラム理論を整理した（伊藤分担研究者報告参照）。

また、構築されたプログラム理論の集大成であるスタンダードの妥当性を検証するために、実際に本年度、3障害の領域で障害者ケアマネジメント業務に携わっている有識者によるヒアリングを実施した（野中分担研究者報告参照）

B) フィデリティ（忠実度）尺度の作成～各地での実践は適切に行われているかを測る～

上記で開発された、プログラムスタンダードを元に、各地の障害者ケアマネジメントのプログラムが、スタンダードで提示された標準的な仕様に、どの程度忠実に実施されているかを評価するた

めのフィデリティ尺度を開発する。これによって、障害者ケアマネジメントが適切に実施されているかどうかを確認するためのプロセス評価が可能になる。

なお、フィデリティ尺度作成のための準備として平成 19 年度に理論的整理を行い(大嶋分担研究者報告参照)、平成 20 年度前半に試案を作成する。

C) フィデリティ尺度による各地の実践の評価とアウトカムとの関連

各地の障害者ケアマネジメントを、各種アウトカム指標と、フィデリティ尺度を用いて評価する。これによって具体的なアウトカムとフィデリティ尺度による得点の関連を明らかにし、アウトカムの改善に真に必要な機能や構造を検討する。この分析結果をもとに、フィデリティ尺度を検証のうえ確定的なものとする。

なお、この C)部分については平成 20 年度後半、21 年度に行うこととした。

D. 結論

我が国の障害者ケアマネジメントにおけるプロセスを評価するためのツールを作成するため、プログラム評価理論を応用し、評価に必要な概念的枠組みと方法論を整理した。

結果、必要な作業として、A)プログラム理論(インパクト理論、プロセス理論)の整理と、それを反映した障害者ケアマネジ

メントスタンダードの作成、B)ケアマネジメントスタンダードに基づくフィデリティ尺度の作成、C)アウトカムとの関連の分析の上でのフィデリティ尺度を再作成、が必要であることが示された。

E 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

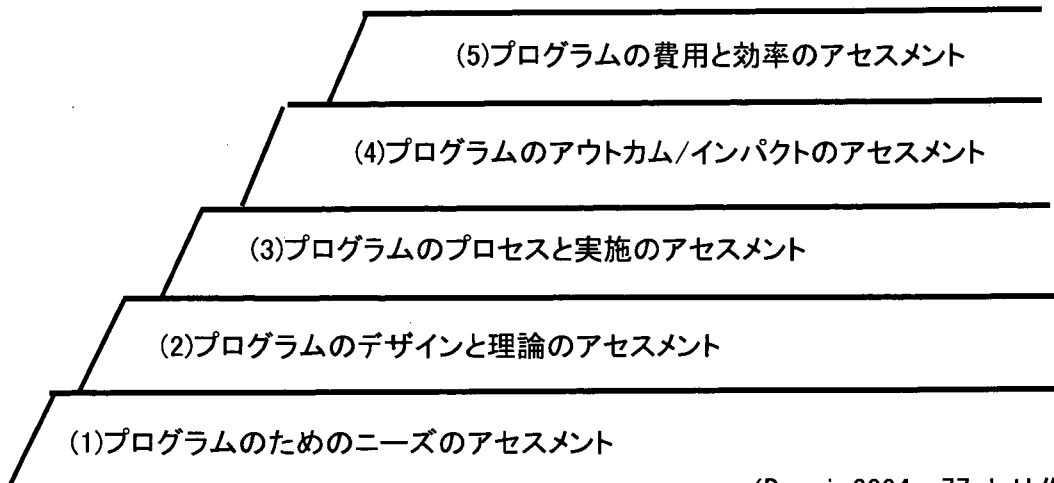
F.知的財産権の出願・登録状況

特になし

参考文献

- 1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al.: Model of community care for severe mental illness : A Review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 24:37-74,1998.
- 2) Rossi PH, Lipsey WM, Freeman he: Evaluation : A Systematic Approach, Sage Publications, 2004.(大島巖 平岡公一 森俊夫 元永拓郎監訳、『プログラム理論の評価と方法 システムティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社,2005)
- 3) 厚生労働科学特別研究事業 精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究班,精神障害者ケアマネジメントガイドブック,2007.

図1 プログラム評価の階層性



(Rossi, 2004, p77 より作成)

Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社	出版地	出版年	ページ
坂本洋一	障害者ケアマネジメント (概論)	障害者相談支援従事者研修テキスト編集委員会	改訂 障害者相談支援従事者初任者研修テキスト	中央法規	東京	2007年	38～66
坂本洋一・柳沢亨	ケアマネジメントの展開	障害者相談支援従事者研修テキスト編集委員会	改訂 障害者相談支援従事者初任者研修テキスト	中央法規	東京	2007年	214 ～ 250

IV 研究成果の刊行物・別刷

1 - 2

障害者 ケアマネジメント (概論)

(獲得目標)

ケアマネジメントの目的、理論的変遷、障害者の生活ニーズの捉え方の理解を深める。

(内 容)

ケアマネジメントの目的、理論的変遷、障害者の生活ニーズの捉え方など、障害者ケアマネジメントの概論を障害者ケアガイドラインをふまえ理解する。

(研修企画のポイント)

- ケアマネジメントの概説を行う。
- アセスメントにおける生活ニーズの捉え方について講義する。
- ケアマネジメントのプロセスはこの枠で行い、「支給決定プロセス」の内容と重複しないよう留意する。