

20092900/A

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

障害者ケアマネジメントのモニタリングおよび
プログラム評価の方法論に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

代表研究者 坂本 洋一

平成22(2010)年3月

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

障害者ケアマネジメントのモニタリングおよび
プログラム評価の方法論に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

代表研究者 坂本 洋一

平成22（2010）年3月

目 次

I.	総括研究報告	
	障害者ケアマネジメントのモニタリングおよび ……………	1
	プログラム評価の方法論に関する研究	
	研究代表者：坂本洋一	
II.	分担研究報告	
	第1研究 障害者ケアマネジメントにおける三障害の異同に ……………	9
	関する研究	
	分担研究者：伊藤 順一郎	
	第2研究 精神科診療所における相談支援と相談支援事業所 ……………	17
	による相談支援事業の比較研究	
	分担研究者：野中 猛	
	資料1：障害者ケアマネジメント・フィリデティ自記式アンケート	
	資料2：精神科診療所の相談支援調査結果	
	資料3：精神科診療所の相談支援調査結果グラフ	
	資料4：精神科診療所での相談支援と相談支援事業所での相談支援	
	との比較表	
	資料5：精神科診療所での相談支援と相談支援事業所での相談支援	
	との比較グラフ	
	第3研究 障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度の ……………	37
	内容的妥当性の検証	
	分担研究者：大島 巖	
	資料1：アンケート調査票	
	第4研究 障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度と ……………	57
	アウトカムに関する研究	
	分担研究者：吉田 光爾	
	資料1：障害者ケアマネジメント・フィリデティ調査票新版	
	資料2：障害者ケアマネジメント・フィリデティ調査マニュアル	
	資料3：利用者基礎情報票	
	資料4：客観的 QOL アウトカム調査票	
	資料5：主観的 QOL 利用者自記式調査票	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表 ……………	123
IV.	研究成果の刊行物・別刷 ……………	125

厚生労働科学研究費補助金

障害者保健福祉総合研究事業

障害者ケアマネジメントのモニタリングおよび

プログラム評価の方法論に関する研究

平成21年度 分担研究報告書

- 第1研究 障害者ケアマネジメントにおける三障害の異同に関する研究
分担研究者 伊藤 順一郎
- 第2研究 精神科診療所における相談支援と相談支援事業所による相談支援の
比較研究
分担研究者 野中 猛
- 第3研究 障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の内容的妥当性の検証
分担研究者 大島 巖
- 第4研究 障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度とアウトカムの関連に
関する研究
分担研究者 吉田 光爾

厚生労働科学総合研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

総括報告書

障害者ケアマネジメントのモニタリングおよびプログラム評価の方法論に関する研究

代表研究者 坂本 洋一

(和洋女子大学 生活科学系 教授)

研究要旨：平成19年度・20年度の研究成果を踏まえて、「障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度」の各フィリディ項目に関して障害種別による対応が異なるか否かを明らかにすること、最近、精神科診療所においてケアマネジメント・サービスの動向がみられる中で相談支援事業所と精神科診療所のケアマネジメントの相違を明らかにすること、障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度に関して内容的妥当性を検証すること、障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度の有用性をケアマネジメント利用者のアウトカムとの関連で検討すること等を研究の目的とした。

その結果、次の点が明らかになった。

1. 障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度の評価項目に関して、三障害の異同は、「時間をかけたエンゲージメント」、「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」の4項目に関して異同が認められた。また、「対応が難しい」と感じられた項目は「契約に基づく支援」、「サービスの密度」、「本人の参加」等であった。このことから、三障害合同の評価を行うためには、障害特性に対する配慮が示唆された。
2. 精神科診療所におけるケアマネジメントは、まだ着手したばかりでケアマネジメントの実施体制が不十分であるが、精神科診療所のケアマネジメントの特徴と課題が示唆された。つまり、①積極的なエンゲージメントの必要性が低い、②相談支援事業者と比較して契約の重要性が認識されている、③地域ネットワークの構築・参加が課題となっている、④危機介入に関する課題を抱えている、⑤利用者の住まいや近隣よりも診療所での接触の頻度が高い、⑥精神科診療所によるケアマネジメントは、相談支援事業者のそれよりインフォーマルサービスの利用が少ない。
3. 本研究において開発した「障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度」は、ほぼすべてのフィリディ尺度の項目について70%以上で「非常に重要」、「まあまあ重要」と判断され、内容的妥当性は検証された。ただし、「契約に基づく支援」、「サービスの密度」、「ダイレクトサービスの内容」、「実習の受け入れ」の項目は重要であるという回答数が若干少なかったので、本尺度を活用する場合、評価者が留意する項目である。
4. 本研究において開発した「障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度」とアウトカムの関連を検討し、本尺度の有用性を検証したところ、フィリディ尺度得点の高低がケアマネジメントのアウトカムの差につながっていることが確認され、本尺度がケアマネジメントの質を評価するツールとして有用であることが示唆された。

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 社会復帰相談部長
野中 猛	日本福祉大学社会福祉学部 教授
大島 巖	日本社会事業大学 教授
吉田 光爾	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 援助技術研究室長

A. 研究目的

平成18年度より施行された障害者自立支援法では、障害福祉サービス等の利用に関して制度的にケアマネジメントの仕組みが導入された。ケアマネジメントは限られた資源を効果的・効率的に活用する技法であり、利用者に必要な資源を地域社会で新たに開発する側面もあるため、「誰もが住みやすい地域社会」作りには不可欠な技法である。

しかし、わが国では高齢者領域においてケアマネジメントが制度的に導入されているものの、障害者領域では手法としての導入に留まり、その制度的普及は不十分である。しかも、障害者自立支援法が施行された後にもケアマネジメントの遂行状況には自治体間の格差があると言われ、実態が明確でない。加えて、障害者自立支援法では身体・知的・精神の三障害が同一制度で処遇されているが、同一方法論によるケアマネジメントで十分な成果があるかは未確認である。

そこで、本研究は、障害者のケアマネジメントの標準化および標準についての

フィデリティ尺度の作成を行い、障害者自立支援法下の相談支援従事者等がケアマネジメントを適切に行っているかを評価できる簡便な方法を提唱しようとするものである。

特に、本年度は最終年の研究であり、平成19年度・20年度の研究成果を踏まえて、障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度の各フィリディ項目に関して障害種別による対応が異なるか否かを明らかにすること、最近、精神科診療所においてケアマネジメント・サービスの動向がみられる中で相談支援事業所と精神科診療所のケアマネジメントの相違を明らかにすること、障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度に関して内容的妥当性を検証すること、障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度の有用性をケアマネジメント利用者のアウトカムとの関連で検討すること等を研究の目的とした。

B. 研究の方法

まず、第1研究において、障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度の各フィリディ項目に関して障害種別による対応が異なるか否かを明らかにするために、全国相談支援専門員協会の会員である180名に調査協力を依頼し、障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度の各フィリディ項目に対して、「三障害で対応に違いがあるかどうか」、「特に難しいと思うもの（障害領域）」等を自記式質問紙法によって回答してもらった。その結果、91名から回答を得た。

第2研究では、相談支援事業所と精神科診療所のケアマネジメントの相違を明らかにするために、社団法人日本精神科

診療所協会の協力を得て、97診療所に調査票を配布し、有効回答数は68診療所であった。調査票は、「障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度」を元にした「障害者ケアマネジメント・フィリディ 自記式アンケート」を作成した。

第3研究では、障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度に関して内容的妥当性を検証するために、日本相談支援専門員協会の会員180名に対して無記名自記式調査票を郵送し、90名の調査票の回収であった。調査は、「障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度」の評価項目に対してケアマネジメントを実践するための重要性に関して5件法で評価する方法を採用した。

第4研究では、障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度の有用性をケアマネジメント利用者のアウトカムとの関連で検討するために、先駆的なケアマネジメント実践を行っている20箇所の相談支援事業者を対象に「障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度」の調査を行った。さらに、その事業者の利用者65名に対して9ヶ月のフォローを行い客観的QOL及び主観的QOLのアウトカム調査を実施した。

(倫理面への配慮)

第1研究の実施に当たっては、調査対象者が全国相談支援専門員協会の会員であることから、調査の趣旨や目的等の説明を文書および口頭で行い、協力の同意を得た。調査の整理に当たっては個人を特定できないように処理し、調査によって得られた資料は分担研究者が厳重に保管している。

第2に研究は、精神科診療所が調査対象であったが、調査に対する協力を協会に依頼し、調査の趣旨や目的を説明し同意を得られた。調査の整理に当たっては個々の診療所を特定できないように処理し、調査によって得られた資料は分担研究者が厳重に保管している。

第3研究では、国立精神・神経センター精神保健研究所の倫理委員会によって承認を得て調査を実施した。調査に当たっては、全国相談支援専門員協会に対して調査の趣旨及び目的を文書および口頭で説明し、同意を得て、会員に対する調査を行った。会員は調査に対して拒否することができるようにした。調査の整理に当たっては個人を特定できないように処理し、調査によって得られた資料は分担研究者が厳重に保管している。

第4研究では、国立精神・神経センターの倫理委員会の承認を得た。フィリディ調査では、事業者での支援記録を閲覧する必要があり、利用者に対して事業所の担当者から確認を得る作業を行ってもらうとともに、調査を拒否できるようにした。アウトカム調査では、調査を拒否できるようにするとともに、事業者の担当から確認を得るようにした。自記式調査では、研究の趣旨を調査票に明記して本人の記入をもって同意とした。調査の結果は、個人を特定できないように整理し、調査によって得られた資料は分担研究者が厳重に保管している。

C. 結果

第1研究においては、障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度の評価項目に対して三障害の異同に関して調査した

結果、「時間をかけたエンゲージメント」、「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」の4項目が「完全な違い」と「大きな違い」と回答した者が20%を超えていた。また、「特に難しいもの」として「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」の4項目の回答数が多く、その障害種別は精神障害を対象としていた。また、障害の異同は顕著に見出されなかったが、「契約に基づいた支援」、「本人の参加」が知的障害への対応として難しい、さらに「サービスの密度」、「関わりの頻度」が精神障害への対応として難しいという回答が多くみられた。

第2研究では、相談支援事業所と精神科診療所のケアマネジメントの相違に関して調査を行った。まず、精神科診療所の相談支援の調査結果で、ケース・ロードは平均3.15人であった。障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の評価項目に関しては、エンゲージメントにおいて「契約に基づく支援」が68%と比較的高い評価をしていたのに対して、「積極的なエンゲージメント」と「時間をかけたエンゲージメント」は点数が低い傾向を示した。アセスメント・ケアプラン作成においては、実施率は高く、ケア会議に関して3.0以下の点数であった。ケアプランの実行においては、平均点が3.0以上であり、「継続的なモニタリング」は高い点数であった。事業体の構造と機能の領域では「記録の記載」以外は3.0点以下であった。地域ネットワークの領域では、概ね2.0点以下を示した。

これらの調査結果を踏まえて、相談支

援事業者の相談支援と比較した結果、エンゲージメントの領域では、相談支援事業者が「積極的なエンゲージメント」、「時間をかけたエンゲージメント」、「サービスの密度」が高い点数であったが、「契約に基づいた支援」は診療所が高い点数であった。アセスメント・ケアプラン作成の領域では、ケアプランの作成率では診療所が高く、ケア会議に関連する評価項目は相談支援事業者が高くなっている。ケアプランの実行の領域では、相談支援事業者が高い点数であった。事業体の構造と機能の領域では、相談支援事業者も診療所も低い得点であった。地域コーディネーションの領域では、相談支援事業者の方が高い得点を示した。

第3研究では、障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度に関して内容的妥当性を検証した。障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の評価項目のうち「契約に基づく支援」を除いて、「非常に重要」「まあまあ重要」と回答した者が70%以上であり、評価項目の内容的な妥当性がケアマネジメントを実践している支援者から支持された。

第4研究では、障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の有用性をケアマネジメント利用者のアウトカムとの関連で検討した。統計的な中央値である159点によってフィリデティ得点が160点以上のフィリデティ得点が高い事業者とフィリデティ得点が159点以下のフィリデティ得点が高い群とのベースラインと9ヶ月後では客観的アウトカム指標の統計的な有意差を見いだせなかった。しかしながら、主観的アウトカム指標については

ベースラインと9ヶ月後に $p = 0.381$ で有意な交互作用がみられ、フィリデティ得点の高い群は主観的アウトカム指標が増加し、低い群では変化していなかったが、フィリデティ尺度の得点が高い群と低い群を比較すると主観的QOLのアウトカムが異なることを示している。

D. 考察

障害者ケアマネジメントは、現在、多様な障害様相をもった障害者に対して実施されている。障害者自立支援法における障害福祉サービスの支給決定のプロセスにケアマネジメント技法を取り入れたり、あるいは相談支援事業者が障害福祉サービスとそれ以外の社会資源をケアプランに組み合わせて、相談支援を行っている。障害者ケアマネジメントの実施機関つまり事業者が必ずしも一定のサービス水準をもっているわけではない。

本研究では、障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度を開発し、ケアマネジメントを実施している事業者を評価するツールを提唱することが大きな目的である。平成19・20年度の研究において、障害者ケアマネジメント・スタンダード案を策定し、それに基づき暫定版として障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度を開発してきた。本年度は、その尺度の妥当性・有用性を検討してきた。

まず、三障害を同一の方法で評価することが妥当であるか、どのような点に配慮する必要があるかという課題を検討する必要があった。そこで、第1研究においてこの課題に取り組んだ。障害者の相

談支援に現在従事している相談支援専門員に対して、三障害で対応に違いがあるか、また、対応が難しいかについて回答を得た。その結果、精神障害に対する対応でフィリデティ評価項目のうち4項目において示唆を得られた。この4項目は、「時間をかけたエンゲージメント」、「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」であったが、精神障害者との最初の関わりが重要であり、病状による支援に対する拒否、受診中断への対応等精神障害の特性を考慮した支援を必要とされている。また、「契約に基づく支援」、「本人の参加」のフィリデティ評価項目は知的障害への対応の難しさがあるとともに、「サービスの密度」、「関わりの頻度」では精神障害への対応の難しさがある。契約や会議の中での会話等に対して知的障害者の理解を深めることが難しいことが推測される。

次に、精神科診療所と相談支援事業者のケアマネジメントの相違について検討を加えた。精神科診療所は、ケースロードが3.15人と少ない、専従のスタッフ数が少ない、ケアマネジメントを実施する環境が整備されていない等の背景があると思われるが、いくつかの特徴があることがわかった。第1に、積極的なエンゲージメントの必要性が低いことである。医療機関という性格上医療ニーズのある人がほとんどであり積極的な関わりをもたなくても関係づくりがしやすいと思われる。第2に、契約の重要性が認識されていることである。医療機関のインフォームドコンセントや関係づくりのしやすさから、契約によりケアマネジメントを実

施することが相談支援事業者に比較的して対応しやすいと思われる。第3に、地域ネットワークの構築・参加が実行されにくいことである。専従のスタッフ数が少ないことや地域の社会資源との連携が希薄であることから、ケア会議の開催が困難であると思われる。第4に危機介入の課題である。危機介入について必要性が低いということは、危機時の対応の手引きが確立されていないのではないかと推測される。第5に利用者の住まいや近隣よりも診療所での接触の頻度が高いことである。このことは、相談支援事業者と異なり、診療所でのケアマネジメントが診察のために来院したときケアマネジメント従事者がコンタクトするという流れになっていると考えられる。第6に、診療所によるケアマネジメントではインフォーマルサービスの利用が少ないことである。インフォーマルサービスの活用は地域資源の理解が必須となってくるが、地域ネットワークに積極的に関わっていないとインフォーマルサービスの提供にいたらないと思われ、診療所のケアマネジメント従事者の事業体として環境整備が進んでいないと考えられる。

次に、障害者ケアマネジメント・フリデティ尺度の内容的妥当性を検証した。その結果、障害者ケアマネジメント・フリデティ尺度は、ほとんど項目について支援の質を評価する内容的妥当性が確認された。いくつかの評価項目において、重要性が低いという回答があった。そのフリデティ尺度の項目は、「契約に基づいた支援」、「サービスの密度」、「ダイレクトサービスの内容」、「実習の受け入れ」、

等であった。「契約に基づく支援」に関しては、障害者ケアマネジメント・スタンダードに基づく本尺度の活用を行うものであり、契約なしでの支援を支持することは避けなければならない。したがって、本尺度を利用する場合、現場が「契約に基づく支援」の難しさが存在することに留意しながら実施する必要がある。また、「サービスの密度」と「ダイレクトサービスの内容」に関しては、障害特性と関連していると思われるが、身体障害者の場合セルフケア等の方向性で支援することもあり、必ずしもダイレクトサービスを行うとは限らない。また、精神障害者や知的障害者の場合できるだけ他のサービス提供者が支援すればそれに越したことはないが、そのような支援ができない場合にダイレクトサービスを行うという意見がある。この点も本尺度を活用する場合、留意する点として認識する必要がある。「実習の受け入れ」に関しては、現在、相談援助実習という科目で学生が実習を行うことになっているが、相談支援事業者として実習を受け入れたからといってインセンティブが生じるわけではない。実習受け入れの重要性は一般的に認識されているが、相談支援事業者にとって実習生をスーパーバイズするということがまだ定着していないと思われる。スーパーバイズするということは、かなりのエネルギーと時間を要するので、現段階では、相談支援事業者の人員配置、ケースロードを考えると、実習を受け入れるのに積極的に動くことは困難な状況であると推察される。

最後に、障害者ケアマネジメント・フ

イリデティ尺度とアウトカムの関連を検討し、本尺度の有用性を検証した。その結果、本フィリデティ尺度の高い群と低い群の間に、客観的 QOL については有意差はみられなかったが、主観的 QOL のアウトカムの変化のパターンに違いがみられた。客観的 QOL に有意差が示されなかったのは、本調査対象事業者が先駆的な相談支援事業を行っているところであり、質の高いケアマネジメントを実施しているという理由にあると思われる。その根拠は、客観的アウトカム指標の GAF や地域滞在日数はいずれの群でも有意な改善をしめしていることである。主観的アウトカム指標は、生活上の諸側面の満足度を評価するものであり、その点でいえば、フィリデティ尺度が高い群の利用者は、生活が望んでいる方に改善されたと考えられる。利用者の主観的側面について、本フィリデティ尺度の高低によって、アウトカムに有意な差が示されたことは、本尺度のアウトカム関連の妥当性を証明し、本尺度の有用性を示す。

E. 結論

1. 障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の評価項目に関して、三障害の異同は、「時間をかけたエンゲージメント」、「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」の4項目に関して異同が認められた。また、「対応が難しい」と感じられた項目は「契約に基づく支援」、「サービスの密度」、「本人の参加」等であった。このことから、三障害合同の評価を行うためには、障害特性に対する配慮が示唆された。

2. 精神科診療所におけるケアマネジメ

ントは、まだ着手したばかりでケアマネジメントの実施体制が不十分であるが、精神科診療所のケアマネジメントの特徴と課題が示唆された。つまり、①積極的なエンゲージメントの必要性が低い、②相談支援事業者と比較して契約の重要性が認識されている、③地域ネットワークの構築・参加が課題となっている、④危機介入に関する課題を抱えている、⑤利用者の住まいや近隣よりも診療所での接触の頻度が高い、⑥精神科診療所によるケアマネジメントは、相談支援事業者のそれよりインフォーマルサービスの利用が少ない。

3. 本研究において開発した「障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度」は、ほぼすべてのフィリデティ尺度の項目について70%以上で「非常に重要」。「まあまあ重要」と判断され、内容的妥当性は検証された。ただし、「契約に基づく支援」、「サービスの密度」、「ダイレクトサービスの内容」、「実習の受け入れ」の項目は重要であるという回答数が若干少なかったため、本尺度を活用する場合、評価者が留意する項目である。

4. 本研究において開発した「障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度」とアウトカムの関連を検討し、本尺度の有用性を検証したところ、フィリデティ尺度得点の高低がケアマネジメントのアウトカムの差につながっていることが確認され、本尺度がケアマネジメントの質を評価するツールとして有用であることが示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

坂本洋一「障害者ケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの実際」地域リハビリテーション、第4巻第4号、2009年4月、p.312-316。

坂本洋一「障害者ケアマネジメントの動向」ケアマネジメント学、第8号、2009年10月、p.24-30。

H. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

障害者ケアマネジメントにおける三障害の異同に関する研究

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)

英 一也*1、吉田 光爾*1、小川 雅代*1、伊藤 順一郎*1

*1 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部

研究要旨

「三障害合同」の施策のもとに、障害者ケアマネジメントは、原則として対象者の障害による区別なく実施されているが、これらの障害に対して同一の方法で評価し対応することが果たして妥当であるかとの疑問が臨床感覚としては残る。実際、平成 21 年度に研究協力先の機関を回ったところ、いくつかの項目について、障害領域によって対応が異なると感じているとの発言を聞く機会も稀ではなかった。そこで、本研究では、臨床現場で実践に携わる専門家 180 名に自記式調査を実施し、「障害者ケアマネジメント・フィデリティー尺度」の中の各フィデリティー項目について、障害の種別によって対応が異なるか否かを調べた。結果として、「時間をかけたエンゲージメント」、「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」の 4 項目について、三障害の種別による異同が認められた。また、各項目について「(対応が)難しいと感じられる」と回答した障害領域の偏りや自記式調査の自由記述欄に記入された回答からも、各障害の特性を訴える記述が少なからず認められた。本研究では対象者数が限られ、また、対象者が主に従事する障害領域に偏りが見られるなどの問題があるため結論づけることはできない。しかしながら、結果から、「三障害合同」による評価や対応を実施してゆくためには、障害ごとの特性への配慮も今後の課題であることが示唆された。

【緒言】

障害者自立支援法の施行に伴って、「三障害合同」の施策が本格的に実施されているが、「知的」、「身体」、「精神」の類型別枠組の中でそれぞれにサービスが提供されていた経緯もあり、どの様にサービスを提供してゆくかについて、多少の混乱が生じている事実も否めない。平成 21 年度の調査において研究協力先の機関を回ったところ、障害者ケアマネジメントの実施においても、項目によっては、所属機関の主な対象となる障害領域ごとに、対応に違いがあると訴える専

門家が少なからず見受けられた。従って、障害の種別を特定することなく、三障害合同の障害者ケアマネジメントのためのフィデリティーを作成するにあたって、全てについて「三障害合同」でのサービス提供が可能であるかを改めて確認する必要が感じられた。実際、「障害者ケアマネジメント・フィデリティー尺度」の作成に際しても、いくつかの場面において、障害領域によって対応が大きく異なることが訴えられることが稀ではなかった。

実際、評価や支援における「三障害合同」

の妥当性を明らかにした先行研究やエビデンスは見当たらない。

そこで、本研究では、障害者ケアマネジメントにおける当事者への対応方法に障害領域によって異なる項目があるのかどうかを調査した。また、そのような異同があるとすれば、それはどのように異なるのかを調査し、「障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度」の妥当性を裏付けると同時に、異同のある項目については、それが障害領域によってどのように異なるのかに焦点を当て、実際にサービスが提供されている現場の実情を、同フィデリティに反映させる資料とすることを試みた。障害によって対応に異同があるのであれば、その部分に細かく配慮してこそ、真の「三障害合同」のサービスを実現できるのではないかと考えられる。これらの作業を通じて、現場の実情をさらに反映させた障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度の普及と質の向上に資することを本研究の目的とした。

【方法】

研究の対象は、全国各地で障害者ケアマネジメントを行っている相談支援専門員とし、その職能団体である「全国相談支援専門員協会」(本部:滋賀県近江八幡市)を通して同協会の会員に協力を依頼した。同協会の会員は、主に障害者自立支援法下の相談支援専門員として実際の支援業務に関わる専門家である。従って、これらの会員からの回答を、現場で実務に携わる「専門家の意見」として妥当性の高いものと判断した。

上述の全国相談支援専門員協会に研究

の趣旨や目的等の説明を文書および口頭で行い、同協会としての本研究への協力に了解を得る。その上で、これらの対象者に対し、全国相談支援専門員協会事務局から返信用封筒と共に無記名による自記式調査用紙を郵送し、同票への記入および同協会への返送を依頼した。自記式調査票の発送は平成21年9月中とし、回収期限は同年10月中として、研究者が中心となって同調査用紙の準備を進め、同協会事務局に宛てて郵送を依頼することにした。

調査内容は、対象者が主に従事している障害の領域を、1. 主に身体障害、2. 主に知的障害、3. 主に精神障害、4. 合同で行っているの中から選び、その上で、「障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度」にある各項目について、三障害で対応に違いがあるかどうかを、1. 対応に完全に違いがある、2. 対応に大きな違いがある、3. 対応に若干の違いがある、4. 違いはあまりない から選択する形式とした。その後、特に難しいと思うもの1つを ①身体障害、②知的障害、③精神障害 から選択する形式とした。

さらに、「どのような点で違いがありますか。お知らせください」として、選択肢の右に自由記載欄を設けて記入できるようにした。

調査への協力依頼文および自記式調査用紙に関しては巻末に資料として掲載した。

返送されてきたそれぞれの調査項目について、どの選択肢に○が付いたかを集計し、障害領域によるこれらの異同を比較した。

対象者に調査への協力を依頼するに際して、全国相談支援専門員協会事務局から自記式調査用紙を発送し、また、用紙の返送先も同協会事務局宛とし、回収作業は同協会事務局が実施した。また、調査対象者の個人名を含む対象者リストは、同協会事務局による匿名 ID への変換を行い、集計を行う研究者は ID のみ入手可能とする匿名化を行った。これによって、対象者の個人情報同協会の外部には漏れぬようにし、個人情報の管理を徹底した。

尚、本研究については、平成 21 年 8 月に国立精神・神経センター倫理審査会への倫理申請を行い、同審査会の承認を得た。一方、調査への同意については、本研究の目的、手順、拒否権、調査を拒否しても不利益にはならない点について、調査票の表面に簡便に記し、その上で、本調査票への回答を以て同意を得たものとした。

【結果】

自記式質問紙は平成 21 年 9 月 24 日に相談支援専門員協会事務局から同協会の会員 180 名宛に返信用封筒と共に郵送された。回収期限は同年 10 月 31 日としたが、回収率を上げるため、督促はがきの発送が同協会事務局から行われ、その際に、期限を 11 月 5 日に延長した。

その結果、91 名から回答を得た。有効回答率は 51%であった。

回答を得た中で、主に従事している障害が身体障害と回答した者が 2 名、知的障害と回答した者が 28 名、精神障害と回答した

者が 13 名、三障害合同であると回答した者が 42 名、無回答の者が 6 名であった。

1) 「三障害で対応に違いがあるかどうか」

この質問への回答を、各項目について集計して図 1 および図 2 に示した。回答は「完全な違い」、「大きな違い」、「若干の違い」、「違いはあまりない」の 4 択に分けて、「完全な違い」と「大きな違い」の合計が全体の 20%を超えた項目について○で囲った。

「完全な違い」と「大きな違い」の両者を合わせた割合が全体の 20%を超えた項目は、「時間をかけたエンゲージメント」、「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」の 4 項目であった。

2) 「特に難しいと思うもの(障害領域)」

この質問への回答を、各項目について集計した結果を図 3 に示した。上述の 4 項目について○で囲った。

上述の「三障害で対応に違いがあるか」の問いに対して「完全な違い」と「大きな違い」を合わせた回答数が全体の 20%を超えた 4 項目（「時間をかけたエンゲージメント」、「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」）については、この質問（対応が特に難しい）に対しても回答数が多く、かつ、これら 4 項目の全てが、対象となる障害領域として精神障害を挙げていた。

また、「契約に基づいた支援」、「サービスの密度」、「関わりの頻度」、「本人の参加」の各項目については、「三障害での対応に違いがあるか」に対して違いの指摘は少なかった。

たものの、この質問に対しては、回答数が20を超え、かつ、「サービスの密度」と「関わりの頻度」においては障害領域として精神障害を挙げた回答がほとんどであったが、「契約に基づいた支援」と「本人の参加」においては知的障害を挙げた回答が特に多かった。

3) 自記式調査用紙の自由記述

自由記述部分に記載された回答の概要を以下に整理した。

- * 「障害別」よりも「個人差」による違いの方が大きいのではないかといくつかの指摘が項目全般に対して見られた。
- * どの障害領域においても支援者と対象者の相性や関係性によって対応が異なるとの指摘がみられたが、この記述は特に精神障害を特定したものが多かった。
- * 知的障害者における「理解度」の不足による難しさについて言及した記述が、特に「契約に基づいた支援」および「本人の参加」の項目で多く見られた。
- * 知的障害者のこれら「理解度」の不足に伴った反社会的行為などの二次的な問題や支援の必要性を共有することの難しさを挙げた記載も見られた。
- * 精神障害者の病状による支援に対する拒否や受診中断による難しさを「時間をかけたエンゲージメント」および「積極的なエンゲージメント」の項目で挙げた複数の記述が見られた。

- * 危機介入において、精神障害領域では精神保健福祉法上の手続きに則る必要がある点を、他障害領域との違いとして指摘した複数の記述が見られた。
- * 精神障害者への対応において、病状の変化への配慮および医療との連携の必要性を訴える記述が多かった。

【考察】

自記式質問紙上の「三障害で対応に違いがあるか」の質問に対して、「完全な違い」と「大きな違い」の両者を合わせた割合が全体の20%を超えた4項目については、「対応が難しい」障害への回答数も多く、かつ、該当するとして挙げられた一障害領域の割合が他に比較して特に多かった。

結果において、統計的な検定は行わなかったが、これらの結果から、2つの質問にはある程度の妥当性が認められたと考えられる。また、自由記述への回答は、これらでの対応の違いや特定の障害領域において対応が難しい背景を説明する内容であると考えられた。

以下、これら4項目ごとに、何がどのような背景によって障害領域ごとに違う／難しいと臨床現場の専門家から回答を得たのかについて検討を加えたい。

「時間をかけたエンゲージメント」

精神障害領域における支援者と対象者の相性や関係性を重視した自由記述が多くあった。従って、そのような背景から、この項目については、精神障害者に対応する際に困

難なことが多く、特に配慮が必要であることが示唆された。

「積極的なエンゲージメント」

上述の項目と背景は同様と考えられるが、特に、精神障害者の病状による支援への拒否や受診中断への対応の難しさを挙げた自由記述からは、この特性について、相応の支援技術が求められることが他領域との違いとして示唆された。この点は後述の「危機介入」にも通じると考えられた。

「医療との連携」

精神障害者の場合は、ストレスに脆弱な特質から環境の変化に弱く、発症が若年の中途障害であるため就労や社会参加をこれから控え、病状が不安定となりやすい。結果として、ある程度病状が固定化された他の障害と比較して、医療との密な連携が必要であることが示唆された。

「危機介入」

上述のような背景から、救急外来等の利用も多くなる。しかしながら、自由記載でも指摘されていた通り、当事者が病識を失うことも多いため、精神保健福祉法上の特殊な手続きに則る必要が生じることも多い。精神障害領域では、特にこの点への配慮が必要であることが示唆された。

さて、「契約に基づいた支援」、「サービスの密度」、「関わりの頻度」、「本人の参加」の4項目については、「三障害で対応に違いがあるか」との質問に対して、「完全な違い」と「大きな違い」の両者を合わせた割合は20%を下回ったが、「対応が難しい」障害へ

の回答は全て20件を超え、これらの項目への回答は他のどの項目よりも多かった。これら4項目では、「契約に基づいた支援」と「本人の参加」では、知的障害領域での難しさを回答した者の数が大勢を占め、一方、「サービスの密度」と「関わりの頻度」では、精神障害領域での難しさを回答した者が多かった。

これらの項目は、障害領域によって対応に違いがあると明確には認識されていないが、「契約に基づいた支援」や「本人の参加」の項目において、知的障害者への対応で困難を感じるとの回答が多く、知的障害者における「理解度」の不足による難しさやこの不足に伴った反社会的行為などの二次的な問題や支援の必要性を共有することの難しさに触れた自由記述によって裏付けられる。「理解度」の不足はまさに知的障害者の障害特性であって、支援においてもこの点を無視することはできない。これらの2項目はある程度の「理解度」があってはじめて成立する対応であるがゆえに、特に重度の知的障害者を対象とした場合、支援者の姿勢だけではなく相応の支援技術が必要と考えられる。

また、残りの2項目である「サービスの密度」、「関わりの頻度」については、精神障害領域での難しさを回答した者が多く、その背景として、支援者と対象者の相性や関係性が非常に重要であるとの指摘が精神障害を特定しての自由記述に多かったことが挙げられる。即ち、支援者が対象者との関係性をより深く発展させるために、これら2項目は大変重要な対応と考えられるからである。従って、精神障害領域での支援においては、こ

これらの点についても配慮が必要である。

今回の自記式調査用紙への91名の回答者の中で主に身体障害領域に特化している者は2名であったため、厳密な意味で三障害の異同を比較したことにはならない。また、この点を含めた条件統制は行わなかったため、統計的な検定の作業も実施していない。これらを本研究の限界として踏まえ、三障害への評価と対応における異同について、さらに本格的な調査・研究を続けてゆく必要性が示唆されたと考えられる。

【結論】

障害者ケアマネジメントを構成する項目中の「時間をかけたエンゲージメント」、「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」において、三障害の異同が示唆された。これらは全て精神障害者への対応において「難しい」と多く回答されており、その背景には、精神障害者特有の関係性の重視、病状の不安定さ、危機時の病識の問題とそれを取り巻く法規への対応などが考えられた。

他に、障害領域による対応の異同は確認されなかったが、知的障害者への対応における「契約に基づいた支援」や「本人の参加」が「難しい」と多く回答され、その背景として、知的障害者特有の「理解力」の不足が考えられた。同様に、精神障害者への対応における「サービスの密度」、「関わりの頻度」が対応として「難しい」ことが多く回答された。その背景として、支援者と対象者の相性や関係性が重要であるとの指摘が挙げられる。

既述の通り、本研究にはデータの偏りや

統計的検定を経ていないなどの限界があるものの、これらの結果から、「障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度」をさらに臨床現場に即したものと改善してゆくために、今後の研究において、これらの項目における評価と対応の異同の可能性とその背景をさらに検討してゆく必要性が示唆された。

【文献】

伊藤 順一郎： 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成17年度－平成19年度 総合研究報告書，2008。

坂本 洋一： 障害者ケアマネジメントのモニタリングおよびプログラム評価の方法論に関する研究 平成19年度 総括・分担研究報告書，2008。

坂本 洋一： 障害者ケアマネジメントのモニタリングおよびプログラム評価の方法論に関する研究 平成20年度 総括・分担研究報告書，2009。

吉田 光爾： ACT・訪問看護・デイケアの機能分化について－利用者に対するサービスの実態調査より－。精神障害者の退院促進と地域生活支援のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究（主任研究者 伊藤 順一郎） 平成20年度 総括・分担研究報告書，33－51，2009。

図1： 評価項目における対応の3障害差について（その1）

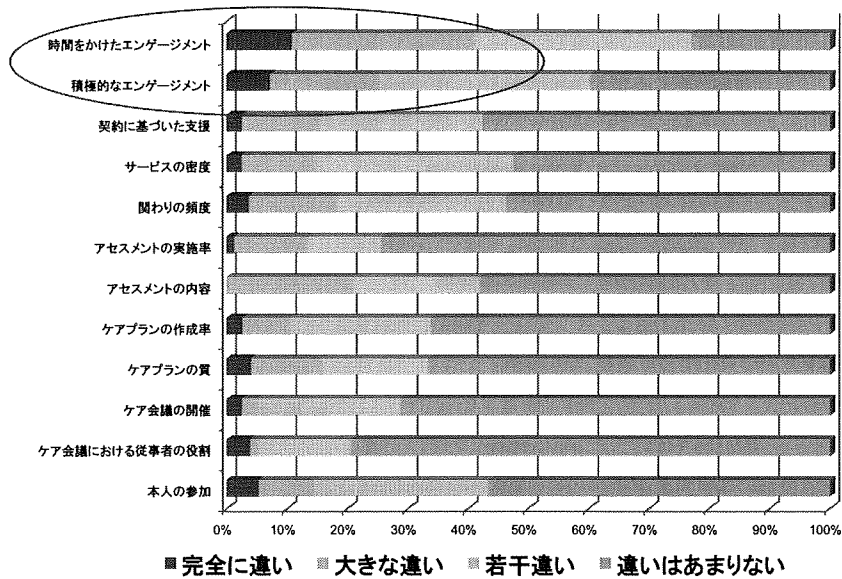


図2： 評価項目における対応の3障害差について（その2）

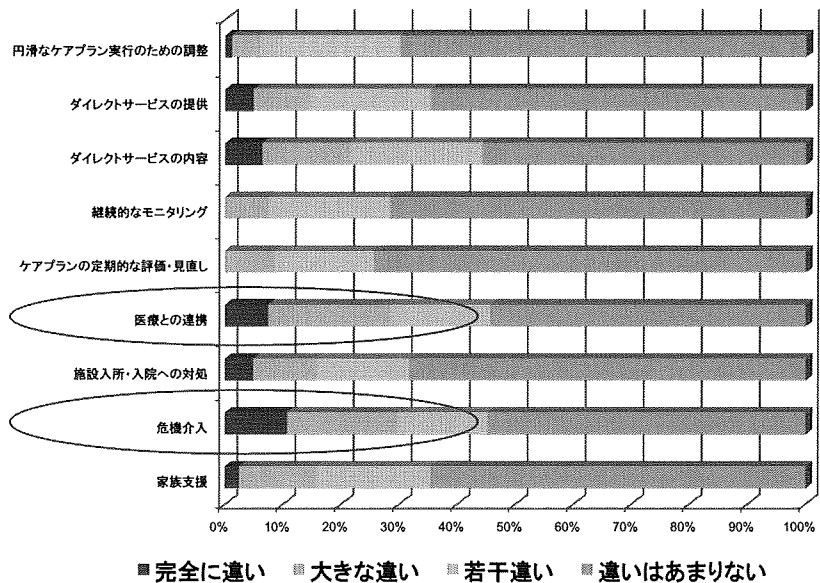


図3: 「(対応上)特に難しい」の回答数

