

# 実践度尺度からみた精神障害者ケアガイドラインの検討

## 効果的な実践を支える条件

チヨウ 長      ナオコ 直子\*      オオシマ 大島      イワオ 巖<sup>2\*</sup>      クカハシ 高橋      キヨヒサ 清久<sup>3\*</sup>

**目的** 精神障害者ケアガイドラインに基づいた効果的なケアマネジメントの実践を支える条件を検討する。

**方法** 精神障害者ケアガイドライン（全国試行版）を用い、全国14都道府県・1政令市において市町村、保健所、医療機関、社会復帰施設などをケアマネジメント機関として、精神障害者295人に対し平均約2か月間のケアマネジメントの試行を行った。ケアガイドラインの実践度尺度を作成し、それをもとに実践度を把握し効果変数との関連をみた。

**成績** 実践度尺度（Cronbach's  $\alpha=0.85$ ）と有意な相関がみられた効果変数は利用者の社会的不利の減少、提供されたケアサービス数、担当者による3領域の効果評価（利用者・家族への効果、担当者への効果、ケアシステムへの効果）であった。個別の実践項目と効果変数との関連から、効果的だが実践度の低い項目（ケア会議の開催、インフォーマルサポートの活用、ケアサービスの開発）を抽出した。ケア会議の開催、インフォーマルサポートの活用の実践には、ケアマネジメント機関の特徴やケアマネジャーの職種・経験年数などによる影響が認められた。

**結論** 精神障害者を対象としたケアマネジメントの効果的な実践を支えるためには、保健婦（士）等市町村・保健所職員との連携を図りながらインフォーマルサポートの活用を促すこと、ケア会議開催のための制度的な裏付けを行うこと、ケアサービスの開発をケアマネジメントの中核に位置づけ、そのシステムづくりをすすめることが必要であることが示唆された。

**Key words** : 精神障害者ケアガイドライン, ケースマネジメント, 実践度尺度, 精神分裂病, 評価研究

## I 緒 言

ケアマネジメントは、1970年代の米国において脱施設化の動きに応じ、精神障害者のコミュニティ・ケアを推進する方法として開発され<sup>1)</sup>、しだいに高齢者やHIV感染者など長期ケアを必要とする人へと対象を拡大してきた。

日本では、2000年からの介護保険の導入に伴い、高齢者を対象としたケアマネジメントが高い関心を集める一方で、精神障害者を対象としたシ

ステムづくりは非常に遅れている。社会復帰施設などの地域型施設サービスは徐々に進展しているが、精神障害者の多様なニーズに対応できるシステムにはなっていない。このような中、精神障害者に対しても欧米で広く普及しはじめたケアマネジメントに基づくサービス供給システムに、期待が集められるようになった。しかし、精神障害者に対する地域ケアの歴史が浅い日本の現状<sup>2)</sup>において、ケアマネジメントの新しいシステムを導入する際には、さまざまな困難が生じるものと予測される。

日本における精神障害者を対象としたケアマネジメントに基づくケアシステムの導入を目指し、厚生省は1995年より、精神障害者ケアガイドライン検討委員会を設け、「精神障害者ケアガイドライン」を作成してきた。

\* 東京都精神医学総合研究所

<sup>2\*</sup> 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

<sup>3\*</sup> 国立精神・神経センター

連絡先：〒156-8585 東京都世田谷区上北沢 2-1-8  
東京都精神医学総合研究所医療看護研究部門  
長 直子

精神障害者ケアガイドライン（以下、「ケアガイドライン」とする）は、精神障害者を地域でケアするための新しいケアシステムの理念と原則、およびその方法を示したものである。精神障害者のニーズ中心のケアサービスを提供することを目指し、ケアマネジメントの手法を用いている。ケアガイドラインに示されているケアマネジメントの内容は、現在、諸外国の多くのプログラムで認められている中核機能を含んでいる。それらは、①ニーズのアセスメント、②ケアサービスの計画、③ケアサービスの実施、④モニタリング、⑤評価とフォローアップである<sup>1)</sup>。またケアガイドラインでは、ケア会議を積極的に開催すること、利用者のニーズに応じてケアサービスを開発すること、ヘルパー等の日常生活を援助する人の積極的活用、インフォーマルサポートの活用を行うように勧めている。

このケアガイドラインをもとに、これまで予備試行調査（1996年11月～1997年2月）および全国試行調査（1997年6月～1997年10月）が行われた。ケアマネジメントの推進を図るためには、これらの結果に基づきさまざまな観点からケアガイドラインを検討する必要があると思われる。

本研究では、全国試行において精神障害者ケアガイドラインの内容がどれだけ実践されたかについて実践度尺度を用いて把握し、効果変数との関連から、効果的だが、実践することが難しいケアガイドラインの内容を明らかにする。さらに、実施条件因子別の実践度の違いから、より効果的なケアマネジメントの実現を支える条件について検討する。

## II 対象と方法

### 1. 全国試行調査の対象と実施内容

ケアガイドライン全国試行調査の対象地域は、14都道府県・1政令市（以下、各都道府県）であった。実施対象数は各都道府県あたり約40人を割り当てた。調査対象機関（ケアマネジメント機関）が保健所、市町村、社会復帰施設、精神科医療機関、小規模作業所等その他に分散するよう都道府県の取りまとめ機関に依頼した。その結果、本試行の趣旨に賛同した253機関の623人が対象利用者となった。ケアマネジメントをになう担当者（ケアマネジャー）は、精神障害を対象としたケアに

関わる専門職とした。

対象利用者の選定は各ケアマネジメント機関に一任したが、地域で生活している、または生活する予定の精神障害者を対象に、ケアガイドラインの趣旨に沿った範囲で、可能な限り多様なニーズをもつ人を選ぶよう依頼した。また、利用者へのインフォームドコンセントを得ることを条件とした。

試行の実施内容は、ケアガイドラインの内容に沿ったケアマネジメントの実施（ニーズのアセスメント、ケアサービスの計画、ケアサービスの実施）で、ケアガイドライン検討委員会が開発したケアアセスメント票、ケア計画書を用いることとした。

本研究では、ケアマネジメントの実施内容と効果に基づいた検討に焦点を絞るために、ケアサービスの実施期間が1か月未満の利用者160人を除外した。さらに、計画は立てたが未実施の利用者80人、その他調査票に不備のある88例を除き、全国試行全対象623人のうち295人（47.4%）を本研究の分析対象とした。その結果、対象となったケアマネジメント機関数は、市町村20（15都道府県内の全数1,051）、保健所53（同257）、精神科医療機関52（同587）、社会復帰施設15（同147）、その他14であった。

対象利用者295人の平均年齢は40.6歳（S. D.=11.3）、男性が64.1%、精神分裂病患者が81.0%、現在入院中の方が18.0%、在宅者で家族同居は51.9%、独居者が26.8%であった。対象担当者の職種の内訳は、保健婦（士）28.8%、精神科ソーシャルワーカー31.5%、精神保健福祉相談員12.9%、看護婦（士）10.2%で、平均年齢が37.9歳（S. D.=10.1）、女性が72.9%、平均経験年数は12.2年（S. D.=9.4）であった。本研究の対象となった295人と除外群328人を比較したところ、2項目のみに有意差がみられた。すなわち、除外群で担当者の保健婦（士）の割合が有意に高く（除外群34.1%、 $P<0.001$ ）、平均経験年数が有意に少なかった（除外群10.6年、 $P<0.001$ ）。

なお、ケアマネジメント全体の実施期間（ニーズのアセスメントからケアサービスの実施まで）の平均は80.0日（S. D.=27.2）であり、そのうちケアサービスの実施期間のみの平均は66.0日（S. D.=30.6）であった。

## 2. 測定

### 1) ケアガイドラインの実践度尺度

ケアガイドラインの内容をどれだけ実践しているかを一定の基準に基づいて評定するために、実践度尺度を作成した。

介入プログラムの実践度を測定することの重要性は以前から指摘があり<sup>3-5)</sup>、実践度尺度 (Fidelity Index) は米国におけるケースマネジメントの取り組みの中から生み出され、最近注目されている<sup>6,7)</sup>。

この手法を用いることにより、①地域・機関・職種などの違いによる多様な取り組みを把握することができる、②実践度尺度の作成過程において

プログラムの内容を明確に定義できる<sup>8)</sup>、③効果に影響を及ぼす実践内容を明らかにすることができる<sup>9,10)</sup>などの利点があり、本研究で取り入れることとした。

実践度尺度の作成にあたっては、米国における積極的・包括的なケースマネジメントモデル (ACT; Assertive Community Treatment) の比較研究において開発された尺度<sup>11-13)</sup>およびそれを用いた研究<sup>14,15)</sup>を参考にし、ケアガイドラインに盛り込まれている項目について、実施する上で重点が置かれている内容を中心として尺度項目を作成するとともに予備調査を行った<sup>16)</sup>。予備調査の結果、項目を整理した上で27項目からなる全国試

表1 ケアガイドライン実践度尺度と実践度

(N=295)

下位領域#(項目数)	実践度尺度 項目	実践度 (%)		
		a)行った	b)ある程度 行った	a)+b)
プロセス (7)	利用者への十分な説明と同意	66.9	30.0	96.9
	面接で利用者の希望を聞く	65.1	34.6	99.7
	包括的なニーズ把握	62.0	38.0	100.0
	ニーズに基づいたケア計画立案	33.6	64.7	98.3
	ケア計画に沿ったケアサービスの実施	19.7	70.1	89.8
	ケアサービス実施の確認	25.0	57.2	82.2
	ケア計画の見直し時期設定	26.8	43.0	69.8
ケアの調整 (4)	ニーズ内容に応じたケアサービスの開発	13.3	15.3	28.6
	家族の調整	22.1	38.1	60.2
	インフォーマルサポートの調整	11.9	23.9	35.8
	関係機関への利用者の代弁	36.4	38.4	74.8
チームアプローチ (7)	ケアマネジャーの中心的役割	33.0	54.6	87.6
	ケアマネジメントチームの形成	8.8	23.1	32.0
	複数援助者の利用者との関わり	32.7	44.6	77.2
	多職種の援助者の参加	26.9	38.4	65.3
	ケア計画作成時のケア会議開催	36.5	16.7	53.2
	ケア実施段階のケア会議開催	13.1	25.2	38.3
	日常業務内の情報交換・助言	45.9	44.9	90.8
利用者への配慮 (5)	ケアマネジャーによる対面サービス	67.0	27.6	94.6
	初期の積極的な関わり	56.5	39.5	95.9
	ケア計画立案への本人参加	28.0	44.4	72.4
	自己決定の尊重	42.0	49.1	91.1
	プライバシーの保護	77.5	20.8	98.3
ケアの継続性 (4)	生活の場での健康に関する援助	47.4	38.8	86.3
	退院後にケアサービスを再開できる体制づくり	32.4	31.3	63.6
	担当者交代時の体制づくり	22.6	33.3	55.9
	24時間対応できる体制づくり	17.8	20.6	38.3

# 項目を便宜上、内容から5領域に分けて示す。

行の実践度尺度(表1左側)を作成した(Cronbach's  $\alpha=0.85$ ,  $n=295$ )。項目は便宜上、その内容から5領域に分けて示した(順に Cronbach's  $\alpha=0.71, 0.52, 0.78, 0.71, 0.68$ )。

なお、米国のACTで用いられている実践度尺度には、クライアントとスタッフの人数の比率、チームの規模やスタッフの職種、サービスを提供する場など構造面に關わる項目が多く含まれている。全国試行では、ケアマネジメントの体制がまだ定式化していないため、構造面の基準はあまり含めなかった。しかし、ケア会議の開催や、日常業務における情報交換、対象利用者を共有するチームが形成されているかどうかなどの項目は盛り込んでいる。

作成した実践度尺度を用いて、全国試行におけるケアガイドラインの実践度を担当者が評定した。評定は3段階で行い、「行った」に2点、「ある程度行った」に1点、「行っていない」に0点を与えてスコア化した。

## 2) 効果変数

### (1) 利用者の変化

ケアマネジメントの試行前後の利用者の変化を、社会的不利(Handicap)と全般的な生活満足度によってとらえた。

社会的不利は、住居、仕事、活動、生活費、相談、支援、家族関係、家族以外の人間関係、偏見、外出、学校教育、レクリエーションの12項目について、担当者が利用者との面接により4段階で評定した。スコア化の方法は、「すぐにも改善が必要」を3点、「改善が必要」を2点、「できるなら改善が必要」を1点、「現状でよい」を0点とし、12項目の合計得点を社会的不利尺度として用いた(Cronbach's  $\alpha=0.70$ ,  $n=295$ ; 評定者間一致度は  $r=0.62$ ,  $n=20$ )。

利用者の全般的な生活満足度は、利用者に対して担当者が面接を行い、「あなたは現在の生活に満足していますか」の問いに、4段階で利用者本人に答えてもらった。「不満である」を1点、「多少不満」を2点、「あまり不満はない」を3点、「満足している」を4点としてスコア化した。

### (2) 担当者による効果評定

ケアマネジメントの実施後の効果評定を、担当者が行った。従来方式と比較しケアマネジメントを実施したことによる効果がどの程度か(シャド

ーコントロール法<sup>17)</sup>)3領域18項目について評定を行った。調査項目は、利用者への効果のみならず、家族および担当者自身への効果を含むケアシステム全体への影響を検討するシステム評価<sup>18)</sup>の考え方に基づいて設定した。各効果について「そう思う」に3点、「ある程度そう思う」に2点、「あまり思わない」に1点、「思わない」に0点を与え、利用者・家族への効果、担当者への効果、ケアシステムへの効果の各尺度得点を算出した(Cronbach's  $\alpha$ はそれぞれ0.83, 0.76, 0.85,  $n=295$ )。

### (3) 利用者に提供されたケアサービス

利用者実際に提供されたケアサービスの数、および計画された対人ケアサービスの種類数を算出した。

### 3) ケアマネジメントの実施に關わる諸変数など

利用者のケア必要度得点および実施に關わる変数を把握した。

利用者のケア必要度得点は、ケアアセスメント票に基づき8領域における利用者の能力障害(Disability)を5段階評定により算出した<sup>19)</sup>。

その他、ケアマネジメントの実施に關わる背景を検討するために、ケアマネジメント実施機関の種類、実施機関周囲の社会資源、担当者の職種、経験年数、ケアマネジメントの経験などを実施条件因子として分析した。

## 3. 分析方法

本研究は介入群のみのデザインであり、ケアガイドラインの実施効果を介入密度の違いにより明らかにするために相関分析を用いた。統計処理はSPSS/PCを用い、群間の比較は $\chi^2$ 検定または分散分析を行った。分散分析の結果、有意差がみられたものに関しては、Tukey法を用いて対比較を行った。

## III 結 果

### 1. ケアガイドラインの実践度

表1に示すように、実践度尺度に基づいたケアガイドラインの実践度についてみると、約半数の項目において、「行った」と「ある程度行った」をあわせた実践度は80%を越えていた。とくにケアマネジメントのプロセスに關する項目、利用者への配慮に關する項目では実践度が高かった。

表2 効果変数と実践度の関係

効果変数	開始時 (A)	終了時 (B)	前後比較 (B-A)	t 値	実践度との相関 <sup>a</sup>
社会的不利尺度	10.56	8.92	-1.64	-5.90***	-.21**
全般的満足度	2.24	2.68	.44	20.93***	.12
提供ケアサービス数		3.15			.26**
対人ケアサービス種類数	.58	2.17	1.60	7.20***	.11
効果 評 定	利用者・家族への効果	1.32 <sup>b</sup>			.46**
	担当者への効果	1.85 <sup>b</sup>			.42**
	ケアシステムへの効果	1.10 <sup>b</sup>			.31**

<sup>a</sup> Pearson の相関係数, <sup>b</sup> 4段階評価 (0~3点) の平均値。

\*\*  $P < .01$ , \*\*\*  $P < .001$ .

## 2. ケアガイドラインの効果および実践度との関係

表2に示すように、試行の前後において利用者の社会的不利の有意な減少が認められた。また、利用者の全般的満足度の有意な上昇、計画された対人ケアサービスの種類数の有意な増加がみられた。

実践度尺度で把握したケアガイドラインの実践度(3段階)と有意な相関がみられた効果変数は、社会的不利、ケアサービス数、利用者・家族への効果、担当者への効果、ケアシステムへの効果の5変数であった(表2)。

## 3. 実践度と効果の関連からみたケアガイドラインの実施内容

表3に実践度尺度項目(実践度の順)と各効果変数との相関係数を示す。

実践度の「行った」と「ある程度行った」を合わせた実施率が6割未満の項目は、表3の下側に示すように7項目あった。この中からいずれの効果変数とも有意な相関がみられなかった2項目を除き、効果との相関がみられたが実践度の低い項目を抽出した。すなわち、「ケア計画作成時のケア会議開催」、「ケア実施段階のケア会議開催」、「インフォーマルサポートの調整」、「ケアマネジメントチームの形成」、「ニーズ内容に応じたケアサービスの開発」の5項目であった。なお、各項目について実践度により2群に分けてt検定を行ったところ、同様の結果が得られた。

## 4. 実践度に影響を及ぼす因子

効果がみられたが実践度が低かった5項目について、表4に実施条件因子別の実践度得点を示

す。「ケア計画作成時のケア会議開催」の実践度は、機関分類の市町村が社会復帰施設よりも有意に低く、保健所の実践度も低い傾向が認められた。「ケア実施段階のケア会議開催」においても、有意ではないが市町村・保健所の実践度が低かった。「インフォーマルサポートの調整」は市町村の実践度が有意に高く、また保健所の実践度も高い傾向がみられた。担当者の職種別で「インフォーマルサポートの調整」の実践度が有意に高かったのは保健婦(士)であった。「ケアマネジメントチームの形成」の実践度は、担当者の経験年数が10~20年では低く20年以上では高くなっていた。またケアマネジメントの経験がないものや部分的にあるものよりも、経験があるものの方が「ケアマネジメントチームの形成」の実践度が有意に高かった。「ニーズ内容に応じたケアサービスの開発」では、実施条件因子による実践度の違いは認められなかった。

## IV 考 察

本研究ではケアガイドライン全国試行における実践度を尺度を用いて把握し、実践度と効果変数との相関から効果的だが実践されていないケアガイドライン項目を抽出した。また、これらの項目における条件因子別の実践度の違いも明らかにした。

### 1. 効果的だが実践されていない項目の抽出

抽出された5項目は実践度が最下位に位置しており、また、いずれも4領域以上の効果変数と有意な相関が認められたことから、効果的だが実践されていない項目とした。特に新しいシステムを

表3 ケアガイドライン実践度尺度項目と各効果変数の相関

実践度尺度項目	実践度 (%)	効果変数との相関 (Pearson の相関係数)						
		社会的 不利	全般的 満足度	提供ケ アサー ビス数	対人ケ アサー ビス 種類数	利用者・ 家族への 効果	担当者へ の効果	ケアシ ステムへの 効果
包括的なニーズ把握	100.0	-.13*	.10	.16**	.10	.08	.23**	.00
面接で利用者の希望を聞く	99.7	-.14*	.09	.06	.04	.05	.17**	-.01
ニーズに基づいたケア計画立案	98.3	-.11	.13*	.13*	.08	.07	.23**	.04
プライバシーの保護	98.3	-.03	.02	.06	.04	.13*	.20**	.06
利用者への十分な説明と同意	96.9	-.11	.12	.10	.02	.11	.14*	.11
初期の積極的な関わり	95.9	-.06	.04	.05	.09	.22**	.22**	.19**
ケアマネジャーによる対面サービス	94.6	-.12	.04	.09	.17**	.19**	.20**	.12*
自己決定の尊重	91.1	-.12*	.02	.08	.02	.19**	.22**	.05
日常業務内の情報交換・助言	90.8	-.07	.07	.15*	.02	.29**	.29**	.18**
ケア計画に沿ったケアサービスの実施	89.8	-.13*	.08	.25**	.08	.27**	.20**	.12*
ケアマネジャーの中心的役割	87.6	-.12	.02	.06	.05	.27**	.23**	.10
生活の場での健康に関する援助	86.3	-.09	.02	.13*	.11	.21**	.24**	.15*
ケアサービス実施の確認	82.2	-.05	.07	.13*	-.01	.24**	.29**	.20**
複数援助者の利用者との関わり	77.2	-.07	.11	.14*	.06	.26**	.26**	.22**
関係機関への利用者の代弁	74.8	-.07	.07	.17**	.08	.21**	.12*	.22**
ケア計画立案への本人参加	72.4	-.12	.02	.06	-.05	.18**	.13*	.17**
ケア計画の見直し時期設定	69.8	-.14*	.05	.14*	.08	.22**	.17**	.09
多職種の援助者の参加	65.3	-.15*	.03	.21**	.09	.22**	.13*	.23**
退院後にケアサービスを再開できる体制づくり	63.6	-.18**	.11	.09	.03	.16**	.13*	.14*
家族の調整	60.2	-.18**	.07	.14*	.08	.32**	.12*	.06
担当者交代時の体制づくり	55.9	-.01	-.06	-.00	-.10	.11	.09	.06
ケア計画作成時のケア会議開催	53.2	-.18**	.04	.14*	.22**	.15*	.15**	.14*
ケア実施段階のケア会議開催	38.3	-.18**	.03	.18**	.12	.25**	.21**	.16**
24時間対応できる体制づくり	38.3	.00	.10	.06	.02	.14*	.11	.12*
インフォーマルサポートの調整	35.8	-.10	.04	.22**	.19**	.26**	.18**	.36**
ケアマネジメントチームの形成	32.0	-.14*	.08	.13*	.03	.25**	.16**	.08
ニーズ内容に応じたケアサービスの開発	28.6	-.04	.03	.11	.13*	.19**	.16**	.21**

注) 実践度は、「行った」、「ある程度行った」をあわせた実施率を示す。

\*  $P < .05$ , \*\*  $P < .01$ .

導入する場合には、その実施がさまざまな側面に影響を及ぼすことが考えられ、したがって、評価に用いる効果変数も多面的に設定することが必要であると考えた。

他方、把握した実践度は担当者が感じる実践上の困難度と負の関係にあること<sup>20)</sup>から内容的に妥当であるといえる。

なお、本研究のケアマネジメント実施期間は平均約2か月間であり実施効果をみるには短いが、新しいとりくみを始める際の影響をみる上では妥

当と思われる。

## 2. ケアマネジメント実施の条件と課題

以下、各項目ごとに実施に影響を及ぼす因子を検討するとともに、十分に実施されるための方策について考察を加える。

### 1) インフォーマルサポートの調整

インフォーマルサポートの調整は、ケアガイドラインで重点を置いていた項目であったが実践度が低かった。また、担当者の感じる困難度は全項目の中で最も高く6割を越えていた<sup>20)</sup>。

表4 効果があるが、実践度が低い項目の実践条件因子別実践度得点

実践条件因子	実践度項目				
	ケア計画作成時のケア会議開催	ケア実施段階のケア会議開催	インフォーマルサポートの調整	ケアマネジメントチームの形成	ニーズ内容に応じたケアサービスの開発
機関分類					
市町村	.52	.45	.79	.36	.48
保健所	.82	.37	.53	.26	.42
精神科医療機関	.94	.51	.41	.49	.37
社会復帰施設	1.19	.65	.50	.47	.44
その他	1.03	.74	.28	.46	.49
担当者の職種					
保健婦(士)	.87	.44	.71	.32	.43
精神科ソーシャルワーカー	1.02	.69	.45	.52	.46
精神保健福祉相談員	.50	.39	.37	.34	.53
看護婦(士)	1.07	.69	.37	.57	.37
その他	.84	.28	.28	.30	.21
担当者の経験年数					
3年未満	1.06	.47	.38	.40	.37
3~10年	.85	.44	.49	.39	.42
10~20年	.84	.43	.55	.23	.34
20年以上	.93	.79	.43	.69	.52
ケアマネジメントの経験					
行っていた	.94	.91	.48	.75	.57
一部行っていた	.89	.49	.55	.34	.42
行っていない	.97	.40	.41	.36	.35
社会資源#					
3~8点	.69	.39	.61	.30	.39
9~13点	.79	.58	.37	.45	.40
14~16点	1.14	.56	.50	.47	.43
利用者のケア必要度得点					
8~14点	.88	.43	.42	.20	.30
14~18点	.90	.49	.45	.46	.41
18点以上	.90	.61	.57	.54	.54

注) 線でつないである群間のみ有意差があることを示す。\*  $P < .05$ 。

# 8種類のケア資源について、移動時間30分以内にある=2点、同1時間以内にある=1点、同1時間以内でない=0点として算出した合計得点を示す。

その中でも特に市町村や保健所において、また保健婦(士)がインフォーマルサポートの活用を積極的に行っていたことが、実施条件因子別の分析から示された。市町村や保健所では民生委員や地域のボランティア団体などに協力を求めやすい体制であったことが推察される。

インフォーマルサポートは社会資源の乏しい精神障害者のケアマネジメントにとって重要な要素であり、実践度の高かった市町村や保健所の保健

婦(士)等を中心とした取り組みをさらに促していくことが必要と思われる。病院や社会復帰施設などでは、独自にインフォーマルサポートへの働きかけを行う努力をするだけでなく、市町村や保健所と連携し地域の情報を得るなどの方策をとることも重要である。

2) 「ケア会議の開催」と「ケアマネジメントチームの形成」

ケア会議の開催とケアマネジメントチームの形

成は、いずれも実践度の低い項目であったが、ケア会議の開催がチームアプローチの一形態と考えられるといずれもチームアプローチの実施がケアマネジメント実施上の課題になっていることがわかる。

チームアプローチはケアマネジメントにおいて不可欠な要素であり、市町村を中心とした取り組みが期待されている日本の状況を考慮すると、地域の関係機関・団体がチームアプローチをする主要な形態がケア会議であると考えられる。

試行では特に、市町村や保健所におけるケア会議の開催が実現しにくい傾向がみられたが、これら公的機関においてケア会議の開催が容易になるよう、高齢者の場合と同様に制度的な位置付けが必要になると思われる。

### 3) ニーズ内容に応じたケアサービスの開発

ニーズ内容に応じたケアサービスの開発は実践度が最も低く、条件因子による違いは認められなかった。全国試行の調査期間が短く、明確化されたニーズに基づいた新しいサービスの開発まで到達できなかった可能性もある。同時に、ケアサービスの開発を行うことにはかなりの困難を伴うことが推察される。

ケアサービスの開発を積極的に行わなければ、特に調整すべきケア資源が著しく不足している日本の現状においてケアマネジメントの意義は半減するだろう<sup>21)</sup>。したがって、ケアサービスの開発をケアマネジメントの中核に位置づけることが重要と思われる。同時に、アセスメントを通じて明らかになった利用者のニーズを既存の資源で満たすことのできない場合に、そのままにしておかずに現状分析を行い、「満たされないニーズ」を埋もれさせない体制をつくる必要がある。

### 3. 本研究の意義と限界・今後の課題

ケアガイドラインは、ケアマネジメントに基づくケアサービス提供システムを実施する際に、どの地域・機関においても活用できるような内容でなくてはならない。そこで、全国試行の後に行ったケアガイドラインの改訂では本研究で明らかになった知見に基づき、抽出された5項目に関してより明確に記述している。効果評価に基づいた実証的な結果を生かしたケアガイドラインは、遅れていた精神障害者の地域ケアにおけるケアマネジメント体制の立ち上げに資するものとして期待で

きる。

さて、本研究の対象となった調査機関の選出は、各都道府県の取りまとめ機関に一任している。本研究の対象となった協力施設は精神保健の新しい取り組みに意欲的な施設に偏っている可能性がある。さらに、対象利用者の選定は各ケアマネジメント機関に一任しており、可能な限り多様なニーズをもつ人を選ぶよう依頼した。したがって、地域ケアが必要な精神障害者全体と比較した場合、よりニーズの多い利用者に偏っている可能性があると推測される。しかし、ケアマネジメントという新しい事業を展開していく段階では、ニーズの顕在化している精神障害者を対象として、意欲的な実施機関がまず取り組むと考えられるため、精神障害者に必要な地域ケアについて議論する上では、本研究の知見がある程度一般化できると考える（平成11年度より全都道府県においてモデル事業が実施されている）。

本研究は対照群をおかないデザインであったため、結果について議論する際には慎重になる必要がある。また、ケアマネジメントシステム導入初期の検討を行うことはできたが、実施期間が短かった。今後1～2年にわたる実施および評価研究を行うことが望まれる。さらに、評価の際には利用者の視点を含めることも不可欠であろう。

地域精神保健福祉に関わるそれぞれの現場において、ここで示した指針を含む精神障害者ケアガイドラインが活用され、精神障害者の地域ケアシステムが実質的に整備されていくことを期待したい。

稿を終えるにあたり、試行調査にご協力頂いた利用者の皆様、および関係機関の方々に厚く御礼申し上げます。また、精神障害者ケアガイドラインの開発および試行調査の実施は、精神障害者ケアガイドライン検討委員会委員（高橋清久（座長）、浅井邦彦、大島 巖、門屋充郎、川室 優、佐藤久夫、寺田一郎、原田 豊、藤田健三、三品桂子、山田芳子、吉住 昭；敬称略）および協力者（青木美代子、長 直子、濱上幸司、古屋龍太；敬称略）の共同作業で行われました。最後に、貴重なご助言を頂きました東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野栗田 廣教授に心よりお礼申し上げます。

（受付 1999. 7. 2）  
（採用 2000. 2.21）

## 文 献

- 1) Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled—the role of case management. *Schizophrenia Bulletin* 1982; 8: 655–674.
- 2) 岡上和雄, 吉住 昭, 大島 巖, 他. 精神保健福祉への展開～保健福祉ニードからみた到達点と課題. 東京: 相川書房, 1993.
- 3) Brekke JS. The model-guided method for monitoring program implementation. *Evaluation Review* 1987; 11: 281–299.
- 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: 227–247.
- 5) Moncher FJ, Prinz RJ. Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review* 1991; 11: 247–266.
- 6) Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness—A Review. *Psychiatric Services* 1996; 47: 487–496.
- 7) Newman FL, Howard KI, Windle CD, et al. Introduction to the special section on seeking new methods in mental health services research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 667–669.
- 8) Bond GR, Drake RE, Mueser KT, et al. An Update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1997; 48: 335–346.
- 9) Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 607–617.
- 10) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al. Models of community care for severe mental illness—A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24: 37–74.
- 11) McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, et al. Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 670–678.
- 12) Deci PA, Santos AB, Hiott DW, et al. Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatric Services* 1995; 46: 676–678.
- 13) Teague G. B, Drake RE, Ackerson TH. Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services* 1995; 46: 689–695.
- 14) McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment—Judgement of the experts. *The Journal of Mental Health Administration* 1995; 22: 113–125.
- 15) Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment—Update of randomized trials. *Psychiatric Services* 1995; 46: 669–675.
- 16) 長 直子, 大島 巖, 高橋清久. 精神障害者ケアガイドラインの有用性の評価～全国試行調査から. *病院・地域精神医学* 1999, 42: 304–307.
- 17) Rossi PH, Freeman HE(eds). A systematic approach. (new edition). Evaluation. London: SAGE Publication, 1993.
- 18) 山谷清志. 政策評価の理論とその展開～政府のアカウントビリティ. 東京: 晃洋書房, 1997.
- 19) 大島 巖, 長 直子, 高橋清久. 精神障害者ケアガイドライン検討会版ケアアセスメント票の開発～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*, 印刷中.
- 20) 大島 巖, 長 直子, 高橋清久. 精神障害者ケアガイドラインの評価と実施の条件～全国試行担当者調査によるプロセス評価. *精神医学*, 2000; 42: 127–136.
- 21) Shepherd G. Case management. *Health Trends* 1990; 22: 59–61.

A STUDY OF THE GUIDELINE OF CASE MANAGEMENT FOR  
PERSONS WITH MENTAL DISORDERS ANALYZED WITH  
FIDELITY INDEX  
THE CONDITIONS OF EFFECTIVE IMPLEMENTATION

Naoko CHO\*, Iwao OSHIMA<sup>2\*</sup>, Kiyohisa TAKAHASHI<sup>3\*</sup>

**Key words:** Guideline, Case management, Fidelity index, Schizophrenia, Evaluation study

**Objective** The present study examines the condition of effective case management based on the guideline of case management for persons with mental disorders.

**Methods** A total of 295 clients were admitted to a case management trial for about 2 months. A fidelity index of program implementation and outcome measures of case management were developed. The relationship between implementation of critical program components measured by fidelity index, and outcome was analyzed.

**Results** Fidelity Index was significantly correlated with outcome measures of clients, staffs and the care system. Effective but not-easily-feasible elements of program were having case-conference, application, of informal support and development of services.

**Conclusion** It is necessary to facilitate application of informal support with liaison with public health nurses, to standardize case-conference and to place development of care services in the core of programs for ensuring effective implementation of case management for persons with mental disorders in Japan.

---

\* Department of Psychiatric Nursing, Tokyo Institute of Psychiatry

<sup>2\*</sup> Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo

<sup>3\*</sup> National Center of Neurology and Psychiatry