

支援センターがもつネットワークとそれぞれが離れていることが多かったが、それらをリンケージする活動にも発展している。それらのネットワークを構築し、様々な社会資源が協働していく中で、それぞれの機能の棲み分けが可能になると考えられる。

## 2. ネットワークに関わる人達の支援

これは、相談事業のひとつであるといえるが、相談に訪れる対象は精神障害者ではない。作業所や在宅介護支援センター職員、民生委員、行政の窓口を担当する人達である。これらの人は精神障害者の支援者の一人ではあるが、専門家でない場合が多い。精神障害者への対応や支援の中でわからないことや困りごとを抱えていても、特定の精神科病院に相談するわけにもいかず、これまでは相談できる機関がはっきりしていなかった状況が続いていた。それが、独立した社会復帰施設として登場した支援センターが行うネットワーク構築の活動の中で、助言を受けることができるようになったのである。これは、精神障害者を支える社会資源の拡大と機能強化につながっていると考えられる。

## 3. 個別ケア

3ヶ所の支援センターとも、施設内でのプログラムはほとんど行っていない。しかし、憩いの場の提供や食事作り等家族支援を受けられない単身者にターゲットを絞ったプログラムを実施しているところはあった。利用者に提供するサービスは、集団に対して決まった形のものを提供するのではなく、利用者個人が必要とするサービスを提供するという個別ケアを中心に実施している。サービスの提供は電話や来所による相談で調整が始まる場合が多く、訪問とい

う形で調整や直接的支援が行われることも多い。そういう意味で、相談事業は支援センターには重要な事業であるし、日常業務の中で占める割合も多い。週間スケジュールに組み込まれたようなプログラムの企画運営を行わないため、マンパワーの節約ができていたというものの、訪問が必要と判断されるケースで頻回な訪問や長時間の訪問が必要な場合には、対応できていないという厳しい現状がある。

4. その他にあげられた内容については、他の支援センターでも同様に見られる現象と考えられる。

利用に至る経路については、精神障害者自らが積極的にリサーチして支援センターに直接来所するというケースが最近増えている。精神障害者が利用できる社会資源が少なかった頃は、精神科病院関連のサービスか保健所ぐらいしか選択肢はなかった。それらの数少ない社会資源では多様なニーズに対応することはできず、利用者は限られていた。しかし、独立した社会資源として通院医療機関がどこであろうと自由に利用できる支援センターの存在は、精神障害者にとって関心の高いものであったと考えられる。また、支援センターの多くはホームページを開設しており、インターネット世代の精神障害者が手軽に情報収集できるというメリットもある。精神障害者の社会資源の整備が徐々に進められてきたことや患者の治療への参画や自己決定の尊重なども、精神障害者の社会資源の利用を積極的にしている要因のひとつとも考えられる。

事業の評価については、どこの支援センターも実績の数字だけで適正な評価が行えるか否かという疑問を感じているのではな

いだろうか。支援センターの認知度が上がり、利用してよかったという体験をする人が増えれば、更に利用者数は多くなる。しかし、同じ利用者数と言っても、施設内のプログラムに多くの参加者が集まり、職員主導の活動に依存する利用者が増えることには疑問を感じるはずである。支援センターに集い、仲間同士の交流を広げることは望ましく、その場を提供することは意味のあることではあるが、そこには利用者の主体性がなければならない。したがって、事業の評価は利用者の数だけでなく、その内容で評価されなければならない。また、支援センターが担う役割についての評価は、地域のネットワークを構築してその一部として機能していれば、そのネットワークが円滑に機能しているか否かによっても評価されるはずである。特定の利用者を抱え込んだ自己完結型の社会資源であれば、そのような評価をすることは難しくなる。このこと自体が、社会資源としての評価になると考えることができる。

支援センターが抱える問題として、昨年度の調査と同じなのはマンパワー不足と関係機関との連携の難しさである。医療機関のデイケアや保健所と重なる機能を省いて独自の機能に重点を置いたとして、地域ネットワークの構築や関係者の支援が有効に行える人材の確保は難しい。更に、ネットワークの構築が進んで支援センターの社会的認知度が上がれば、利用者も増えて更なるマンパワーの充実が必要になる。しかし、補助金の削減が進む現状では、経済的な理由からもマンパワーの充実は困難な状況がある。ネットワークの構築のひとつである関係機関との連携については、医療機関(精

神科病院・クリニック)との連携の困難性があげられている。この理由としては、医療機関が支援センターの存在を理解できていないために個人情報の提供を拒んだり、トラブルを起こす患者の受け入れ先として期待するということがある。しかし、連携がうまくいかない根本的な理由は、医療機関は何か問題が起こった時には自分で解決すると考えているところが多く、支援センターに対する患者の地域生活支援の役割についての期待が低いのではないかと考えられる。

また、気軽に利用できる相談窓口であるがゆえに、生活支援よりも医療優先と思われる利用者が少なくないという支援センターの現状も調査結果に出ている。支援センターは社会復帰施設であり、医療の枠ではない。しかし、そこに医療の必要な利用者が訪れたら、その状態を正確にアセスメントできることが必要になる。安定している状態が続いても、時折医療ケアが必要になることが多い精神障害者を地域で支えるためには、必要に応じて医療につなぐという判断が適切に行える機能が必要になると考えられる。

以上、先進的活動を展開している支援センター3ヶ所の現状を調査分析した。これらの支援センターは、いずれも利用者の個別ケアの重要性を認識し、サービスを有効に提供するために活動を開始している。そのため、開設当初は相談事業を中心に個別ケアを実施していたが、利用者の多様なニーズに対応するため支援センター内で完結する直接ケアではなく、より有効で専門的なサービスを提供する機関を紹介したり、利用者を支える関係機関の調整を行うよう

になってきた。その結果、新たな社会資源の開発や精神障害者の地域生活を支える専門職以外のネットワークの構築に力を入れるようになってきている。作業所や訪問看護などの社会資源やサービスは整備されてきたが、その機能や対応できるニーズは限られている。いろいろな人が参加して精神障害者を支える地域ネットワークは多様なニーズに対応できる有効な社会資源である。それらのネットワークの構築は、これまでも行政主導で行われてきた経緯があるが、なぜか形骸化しやすい傾向があり、また精神保健福祉の事業が市町村に移管された以降はイニシアティブをとる役割が不在になっているところが多い。そこで、独立した社会資源である支援センターがその役割を担うことが、独自の機能になると考えられる。このことは支援センターにとっても有益で、ネットワークが広がって有効に活用できるようになると、支援センターでの相談事業が円滑に行われるようになる。精神障害者の地域生活支援はより多くの人が関わることを望ましく、有効であると考えられる。

しかし、そのネットワークを組織する人達を支える役割も支援センターには求められる。支援センターに持ち込まれる相談は精神障害者の生活支援という明確なものばかりではなく、「どこに相談すればよいかを相談したい」という内容のものまである。また、これまで医療機関や社会資源を利用したことのない人が相談に訪れた場合には、状況を正しく把握、アセスメントを行い、ニーズや問題点を明らかにした上で、必要に応じて直接ケアの提供や社会資源の紹介を行わなければならない。この時には、支援センターのネットワーク機能が質が問われる。また、医療につながるきっかけがつかめないケースや病状の不安定さを抱えて生活しているケースについては、疾患と生活の関連が理解できたうえでの生活調整が必要になる。このような予防的機能を支援センターが発揮するためには、医療的知識をもつ看護師のアセスメントが有効であると考えられる。

パイロットスタディアアウトカム研究報告

分担研究者 西尾雅明(国立精神・神経センター精神保健研究所 援助技術研究室長)

**研究要旨**

平成15年5月からパイロットスタディアが開始されたACT-Jプログラムのアウトカム評価プロトコールと、ベースライン調査を中心とした結果の一部（平成16年3月25日時点）を報告した。プログラム利用前の入院回数、日数に比べてベースラインのBPRS、GAF得点は比較的良好で、今回のプログラムが頻回入院者を対象としていることの影響が考えられた。現時点で施行された追跡調査、地域滞在率の比較からACTの援助効果の有効性の一端が示唆される反面、さらなるアウトカムの改善にはインテンシブな就労支援、家族支援の展開が重要と考えられた。

**A 研究目的**

諸外国では、脱施設化後の重症精神障害者の地域生活支援の方策として、入院期間の短縮、住居の安定、利用者のサービス満足度の向上など実証的根拠のあるAssertive Community Treatment(以下ACT)をシステムの中にとり入れていった。これから脱施設化を推し進めなければならない我が国でも、地域精神保健施策の中にACTが活かされるためには、プログラムの利用者への援助効果を明らかにする必要がある。

今回は、平成15年5月から臨床活動が開始された国府台地区におけるAssertive Community Treatment-Japan(以下ACT-J)パイロットスタディアの下記の点について報告する。

- ①ACT-Jパイロットスタディアにおけるアウトカム評価プロトコール
- ②パイロットスタディアにおける利用者のベースライン調査結果
- ③6ヶ月調査を終了している利用者のベースライン調査との比較(GAF)
- ④現時点での地域滞在率と過去1年間の地域滞在日数の比較

**B 研究方法**

年齢、居住地、診断名、入院前2年間の精神科医療サービスの利用や生活状況に基づき独自に作成した加入基準を満たし、研究への同意が得られたものに対し、カルテや主治医からの情報収集、研究チームに所属する精神科医の対面調査、担当ケースマネジャーらによる評価により下記について明らかにする。

- ①入院回数、入院日数、地域滞在日数、精神科救急利用回数についてACT-J登録時の入院前1年間と退院後1年間の値を把握し、両者を比較する。
- ②退院2週後、6ヶ月後、1年後の各時期におけるBPRS、GAF、QOLI、ケア必要度、処方薬のCP換算量を評価・調査し、推移を検討する。

**C 研究結果**

1)パイロットスタディアにおける利用者のベースライン調査の主な結果

<対象者>

2003年5月1日から2004年2月29日まで、国府台病院精神科病棟への述べ入院件数は986件であり、各入院患者の主治医が記入する加入基準チェックリスト（個別情報票）

の回収率は924件（約94%）であった。そのうち、加入基準に合致した者は実人数で40名であった。そのうち、主治医側の理由8名、本人拒否の2名を除く30名に対してケースマネジャーが病棟でファーストコンタクトとその後の関係作りを行い、ACT-J利用への同意が得られた者は28名であった。今回のベースライン調査の対象者はこの28名である。

#### <基本属性>

利用者の性別は、男性13名、女性15名であった。年代は10代3名、20代7名、30代8名、40代9名、50代1名であり、平均年齢は34.3歳であった。診断別では、統合失調症24名、躁うつ病2名、うつ病1名、てんかんによる人格・行動の障害が1名となっていた。平均罹病期間、過去1年間の平均入院回数・入院日数はそれぞれ、12.8年、1.9回、116.2日であった。

#### <退院2週後の対面調査>

利用者28名のうち、退院2週後の対面調査を施行しえたのは、入院継続中の3名、退院後に病状が悪化し調査に拒絶的な1名を除く24名であった。

BPRSオックスフォード版18項目の総得点の平均は15.8点、下位尺度の平均は陽性症状4.8点、陰性症状4.4点、躁症状0.1点、気分変調5.1点、心気症状2.4点であった。

GAFでは20点台2名、30点台3名、40点台10名、50点台7名、60点台2名であり、平均得点は47.3点となっていた。

QOLIでは、全般的満足度（1-7の7段階）の平均は4.0点であり、全体的健康については「やや不満」と答えた者が最も多かったが、他の領域の満足度は概ね良好であった。調査時点で就労中の者は2名であり、他の利用者においては、過去1年間に就労体験のあった者は3名、なかった者は19名であった。

#### <6ヶ月調査を終了している利用者のベースライン調査との比較>

平成16年3月25日時点で6ヶ月調査施行対象者は11名であり、そのうち調査可能であ

った者は8名であった。8名のGAF得点は、退院2週後が41.6点、退院6ヶ月が49.9点であった。

#### <現時点での地域滞在率と過去1年間の地域滞在日数の比較>

登録後に退院してその後の地域滞在率が把握できる利用者24名につき、3月25日時点での各利用者の退院後の日数とそのうちの地域滞在日数を把握し、年当たりの地域滞在日数に補正して利用前1年間の地域滞在日数と比較を行った。

24名の入院前1年間の平均地域滞在日数131日であり、退院後年当たりの地域滞在日数の平均は300日となっていた。退院後の年当たりの地域滞在日数が入院前1年間の平均地域滞在日数を下回っていた利用者は7名であり、単身で休息入院を頻回に繰り返している1名を除く残りの6名は、いずれも家庭内の情緒的雰囲気の改善が治療上特に重要と考えられるケースであった。

## D 考察

ベースライン調査ではBPRS下位尺度の陽性・陰性症状のスコアは低かったが、これは今回のプログラムの対象者を頻回入院者に設定していることと関連があると思われる。服薬や医療中断によって加入基準を満たしはするが、比較的短期間の入院によって病状は回復しやすい者が多く登録された結果と考えられる。

生活全般に対する満足度は比較的高かった。これは、退院後に地域で暮らし始めた安堵感の影響と、ACTチームによる退院支援の効果の両者が考えられるが、詳細についてはコントロール研究による検討が必要である。過去1年間に就労経験のない者がほとんどであった。今後、よりインテンシブな就労支援が求められると言えよう。

退院後6ヶ月後調査、地域滞在率の比較から、ACT利用が社会生活機能の改善と地域滞在日数増加に与えた影響も考えられるが、十分なサンプル数と追跡期間をとり、今後さらに詳細な検討を重ねていく必要がある。

## 参与観察による記述研究

分担研究者 西尾雅明<sup>1)</sup> 研究協力者 久永文恵<sup>2)</sup> 英 一也<sup>2)</sup>

1) 国立精神・神経センタ-精神保健研究所社会復帰相談部 援助技術研究室長

2) 国立精神・神経センタ-国府台病院 技術研究生

### 研究要旨

国立精神・神経センター国府台地区をフィールドにACT-Jプログラム（包括型地域生活支援プログラム）の試行が開始され、多職種の専門家による臨床チームが組織された。本報告では、立ち上げ後1年間のACT-J臨床チームの形成過程を参与観察の手法を用いて、臨床チームに属するスタッフの視点から記述した。さらに、ACTを日本に導入するうえでの課題と展望を明らかにする視点から、「家族支援」「主治医との連携や役割分担」「利用者・家族の入院に対する意識」という3つのトピックに焦点を当てて考察を加えた。

### A 研究目的

本研究の目的は、平成15年度より国府台地区をフィールドに試行が開始されたACT-Jプログラム臨床チームの形成過程を、実際に臨床活動に参加しているスタッフの視点から記述していくことである。この記述は、本邦初の本格的なACTチームが形成されていく過程の記録となり、さらにこれから我が国で実際にACTプログラムの導入を検討している専門家への参考資料になりうるものと考えられる。

### B 研究方法

担当スタッフの参与観察をもとに、6ヶ月単位で臨床チームの発展のプロセスを記録するとともに、その中から重要と思われるトピックを抽出し、より詳細に検討を行った。さらに文章化された叩き台をもとに、臨床チームのスタッフミーティングで議論

するとともに、議論の内容自体を資料として活用した。また、記述内容から利用者・スタッフが特定されないよう十分に配慮し、公表する際には臨床チームスタッフの承諾を得るようにした。

### C 研究結果

〔2003年4月～9月〕

1ヶ月以上にわたるスタッフ研修の後に臨床活動が開始され、チーム運営について度重なる議論を重ねるとともに他機関との連携や利用者とその家族に対する支援方法に関する課題に関して試行錯誤を繰り返していたのが、立ち上げ当初の半年間である。

2003年4月～5月中旬は、ACT-J臨床スタッフの研修期間であった。初期にはカリキュラムに合わせて受身の姿勢でいたスタッフが、時間の経過とともに積極的・主体的に研修に関わるようになり援助理念等に

関する活発な議論がスタッフ間で行われた。

5月中旬に入ると、利用者のエントリーが開始され、職場環境の整備とともに、臨床活動が徐々に具体化されていった。実際に訪問活動が開始されると、感情表出が高いと思われる家族と同居する利用者が予想以上に多いことに驚かされ、スタッフは具体的対応を模索していくこととなった。これをきっかけにACTにおける家族支援の重要性をあらためて認識することになる。また、スタッフの訪問活動が活発化するにつれて、時間をより有効に活用する必要性が高まってきた。そのためにも、利用者単位・スタッフ単位の週間プランを作成しなければならないわけであるが、利用者との関係作りを行いながらアセスメントを実施することでの葛藤がスタッフの中に生じたと考えられ、結果として支援計画の立案が遅れるという問題が生じた。

〔2003年10月～2004年3月〕

2003年10月になると、1クール5回の構造的な家族教室がACT利用者の家族を対象に開始され、参加家族数はスタッフの予想を上回った。この家族教室に参加できなかった家族に対しては、単家族への個別支援が行われた。

利用者が増加するとともに、地域の関連機関との情報交換の機会も増えていき、利用者が退院する際にはケア会議が実施されるようになった。ケア会議では、利用者に対する各機関のアセスメントの違いが、浮き彫りになることもあった。

年末・年始の日中は、2人のスタッフが勤務する体制で対応した。それまでの休日・日中の1人体制と違って積極的に訪問活動を行える利点を確認することができた

この経験が、2004年3月からの休日・日中の勤務体制変更につながったのである。

全てのスタッフが、休日や夜間に各利用者に適切な対応が行えるように、クライシスプランを活用するケースも増えた。電話では危機的状況を伝えることができない利用者には、電子メールを用いて対応した。

臨床スタッフは、更なるスキルアップの必要性を認識するとともに、プログラム外部・内部のスーパーバイザーからの指導を受け、次年度の研修計画作成にも主体的に参画した。また、支援計画立案の遅れに対応するために、3月には利用者の支援計画立案に関する検討会を集中的に行った。

利用者のエントリー数が当初予想していたよりも少なかったことから、平成15年度に設定された加入基準の見直しが行われ、これが2004年5月以降に実施されるRCTでの加入基準改訂につながった。

## D 考察

### 〔家族支援〕

我が国では、退院後家族とともに生活する利用者が多く、これはACTが創始された米国とは異なる特徴である。実際にACT-Jの活動を始めてみると、予想以上に抱え込み、巻き込まれの問題を持つ家族が多いことに気づかされた。家族支援の重要性は、プログラム開始当初からスタッフが意識していたことではあったが、具体的な支援の在り方については初期には十分な議論がなされていなかった。しかし、実際に臨床活動が開始されてからは、「家族のために病院への送迎を行いながら車を面接室のように利用し、ジョイニングをはかる」、「家族との個別面接を積極的に行う」、「家庭におけ

るストレス対処などのアドバイスを行う」など具体的な支援が試みられた。さらに、国府台病院で実施されている家族教室をモデルとして、ACT-J独自の家族教室を立ち上げるようになった。2003年10月から開催された5回にわたる第1クールの家族教室終了後には、多くの家族が、今後も何らかの形で集まりを持ちたいと希望した。第2クールの家族教室は、ACT-Jプログラムへのエントリー数に比例する形で参加家族数も減少し、グループで行う家族教室のメリットが十分に活かさないこともあった。一方で、仕事等の都合で家族教室へ参加できない家族に対しては、訪問やオフィス来所時に個別支援を行うようにした。密度の濃い支援が必要と思われる家族には、ITTの中に家族担当のケースマネジャーを位置づけるようにしたが、これが日本におけるACTプログラムの特徴と考えられるかもしれない。

#### 〔主治医との連携や役割分担〕

ACT-Jにおいては、国府台病院に入院された方々を対象としているが、主治医は臨床チームの外にいる場合が多い。利用者の病状が落ち着いたらできる限り早く退院し、その人が実際に暮らす環境の中で実践的なトレーニングを行うことが求められるが、主治医もそのような意識を持っていないと入院期間が増えてしまい、ACT-Jが関わるメリットが少なくなってしまうのも事実である。臨床スタッフは、アセスメントや支援計画等を主治医と共有し、ケア会議の開催や緊急時の連絡を密にするなど、積極的に連携を図る必要性を認識するようになった。一方で、ACT-Jチームの精神科医が外来主治医の役割を担うケー

スも増えてきた。〔利用者・家族の入院に対する意識〕

これまで日本では、利用者が調子を崩して休息・休養を必要とする際の社会資源としては入院以外の選択肢はないに等しく、それが利用者の意識にも根強く残っている。そのために、ACT-Jプログラムの活動が開始された後も、些細なことから入院を希望する利用者も少なからず存在した。彼らの中では、ACT-Jが「入院を阻止する集団だ」と捉えられてしまうこともあった。同様に、家族の中の「一生病院に入院させて欲しい」という想いは、ACT-Jの介入に拒否的な感情を抱く結果につながることもあったと考えられる。このような利用者や家族の想いが「ACTがあればやはり自宅の方がいい」「退院させてもいい」と自然に変化していくような実践を積み重ねることの大切さを、臨床スタッフは感じているところである。

#### E 結論

担当臨床スタッフの参与観察から、立ち上げ後1年間の臨床チームの形成過程を記述し、家族支援の重要性の認識と具体的なストラテジーの模索など、幾つかの重要なトピックを取り上げた。次年度も引き続き参与観察を行い、チームのさらなる成長を記述していく予定である。

#### G 研究発表

なし

#### H 知的所有権の取得状況

なし



多職種チームの効果的なチームアプローチに関する研究：職務ストレスとバーンアウト

小泉 智恵<sup>1) 2)</sup> 吉田 光彌<sup>1)</sup> 田村 理奈<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部

<sup>2)</sup> 長寿科学振興財団リサーチ・レジデント

## A. 研究目的

訪問型地域生活支援サービスを成功させる要因の1つとして支援スタッフのメンタルヘルスの維持・増進があげられる。支援スタッフが心身ともに健康でなければ利用者とその家族に対して十分な支援を提供することができない。そこで本研究では支援スタッフのメンタルヘルスを維持・増進するような働き方、あるいはどういった職務ストレスがメンタルヘルスを低下させるのかについて検討する。職務状況や職務負担などを把握しておくことは、今後国内で訪問型地域生活支援サービスの応用・展開を考えた場合には貴重な資料となる。

一般に、支援スタッフを対象とするメンタルヘルス研究においては、メンタルヘルスをバーンアウトによって評価することが知られている。バーンアウトとは対人サービス業種に特徴的な精神的健康度の指標で、疲れ果ててもう何もしたくなかったといった情緒的消耗感、するべきことを成し遂げた気分や達成の充実感といった個人的達成感、クライアントに対する人間性を欠いた感情や行動といった脱人格化の3下位尺度からなる。対人サービス業種は他の業種に比べて相手の気持ちを気遣ったり、その気まぐれに振り回されたりして自分の支援サービスのやり方が定まらず、どうしてよいか分からなくなり困惑したり、気疲れしたりしやすい。また、クライアントに対して温かく人間

的に、献身的に接しなければならない一方で、仕事を成功させるために冷静で客観的な態度を堅持しなければならないことがバーンアウトを発生させやすいと言われている。

先行研究においてバーンアウトを生起させる要因には、さまざまな職務ストレスとの関連が報告されている。例えば、仕事が多忙である、仕事で能力発揮できない、上司と部下がお互いに信頼していないなど人間関係に支障がある、個人の自由を許容しない組織風土である、自分の価値観と組織の価値観が異なるといった場合、バーンアウトは生起しやすい。また、職場内での助け合い、励ましあいといった職場のソーシャルサポートが少ないほどバーンアウトは生起しやすいことも知られている。近年では、職場内で自分のためを思ってしてくれたことが逆に自分にとっては迷惑になったり、自分が相手のためを思ってしたことが無駄になるといった職場内の職場のネガティブサポートという概念も注目を浴びている。こうした職場のネガティブサポートは多いほどバーンアウトを生起させると報告されている。

加えて、職場内の役割の問題もバーンアウト生起要因として重要である。取るべき役割がはっきりしない（役割曖昧）、複数の矛盾した基準があるため取るべき役割に困る（役割葛藤）、取るべき役割の

責任や負荷が重い（役割過重）といった役割上の問題が多いほど、バーンアウトは生じやすい。特に、役割曖昧はバーンアウトの個人的達成感との関連が強く、役割葛藤は情緒的消耗感、脱人格化との関連が強いことが報告されている。

ところで包括的訪問型地域生活支援という独特の業務であることを考慮すると、週7日24時間サービス提供をすることにより、昼夜シフト勤務による心身や社会生活への負担が重いことが推測される。一般に昼夜シフト勤務をすると、食事や睡眠など身体リズムが不規則になったり、夜勤のために家庭・私生活面で家族や友

人と生活時間が合わなくなったり、社会生活を送る上でバランスを取りにくくなったりすることが報告されている。バーンアウトとの関係で言えば、特に仕事と家庭・私生活とのバランスが崩れるとバーンアウトは生じやすいことが報告されている。本研究においても支援スタッフにこのような問題が発生しやすいのではないだろうか。

そこで本研究では、ACT初期における職務ストレスの特徴を明らかにすること、職務ストレスとメンタルヘルスとの関連を明らかにすることを目的とする。

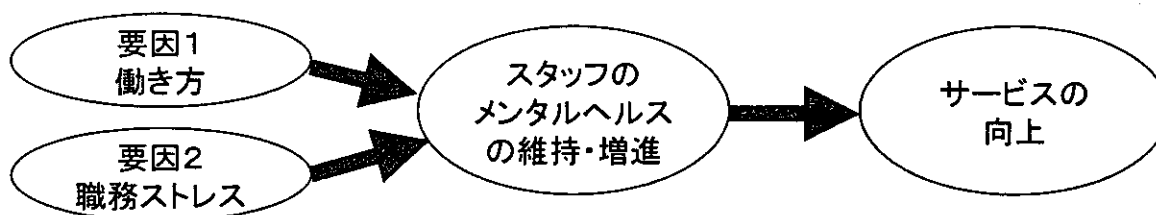


図1 研究仮説モデル

## B. 研究方法

支援スタッフ全員（n=13人）を対象として、自記式質問紙法により縦断的調査を実施する。調査時期は平成15年5月のACT開始から4ヶ月目（平成15年8月）、8ヶ月目（平成15年12月）、12ヶ月目（平成16年4月）、18ヶ月目（平成16年10月）である。

分析の手続きは、同時点データにおけるt検定、分散分析、時系列データにおける分散分析、重回帰分析により、個人間の変化、個人内の変化を明らかにする。

調査内容は、仕事の多忙さ、能力発揮、裁量性、人間関係、組織コミットメント、役割曖昧（逆転項目）、役割葛藤、役割過重、仕事と家庭、私生活とのバランス、ソーシャルサポート、ネガティブサポート、精神的健康度（GHQ-30）、バーンアウト（MBI）である。職務状況を把握し、そ

れらをバーンアウトを生じさせるストレスサーとして捉え、バーンアウトをストレス反応と捉えるというストレスモデルに従って因果関係を仮定する（図1）。

## C. 結果

### a. 4ヶ月目調査データの同時点分析

まず、4ヶ月目調査データを用いて職務ストレス、バーンアウトの特徴とそれらの関連を検討した。

4ヶ月目におけるバーンアウトの程度は下記のグラフのとおりであった。平均値は情緒的消耗感 8.85点（図2）、個人的達成感 17.0点（図3）、脱人格化 8.80点（図4）であった。これらの値を田尾ら（1989）の尺度の標準化基準に照らすと、情緒的消耗感の平均 16-18点、個人的達成感の平均 17-16点、脱人格化の平

均 12-14 点、でこれらの値を超える（個人的達成感は下回る）と不健康である評定されている。こうした基準と比較したところ、今回の平均値、分布のほとんどはいずれも正常範囲であった。

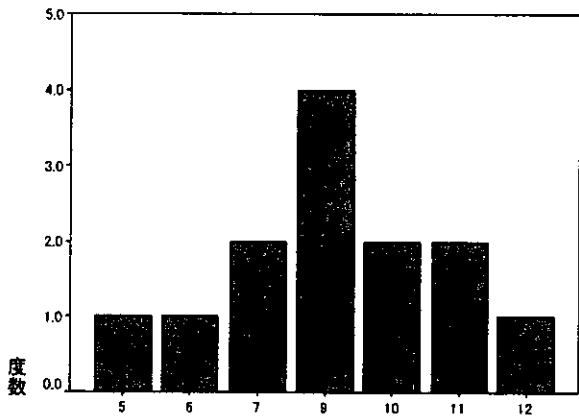


図2 4ヶ月目調査における情緒的消耗感得点の分布

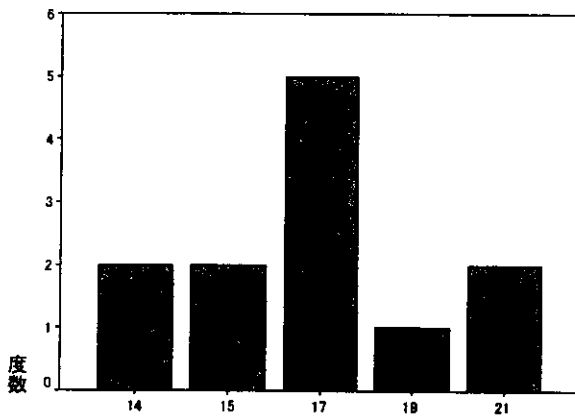


図3 4ヶ月目調査における個人的達成感得点の分布

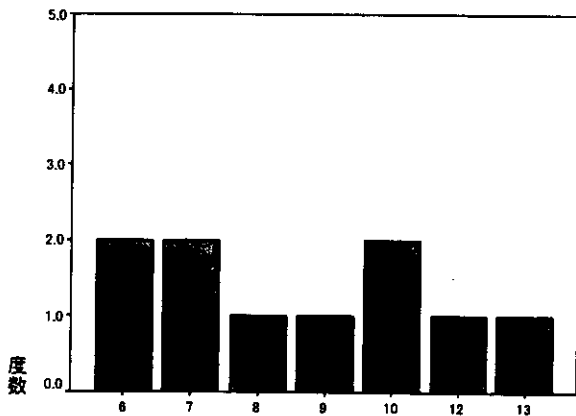


図4 4ヶ月目調査における脱人格化得点の分布

次に職務ストレス、バーンアウトに関連する要因を検討した。その結果、前職が医療系か福祉・その他系かによって職務ストレス、バーンアウトには有意な差がみられなかった。性差については、人間関係において男性の方が女性に比べて得点が有意に高かった ( $t(11)=2.42, p<.05$ )。働き方については、勤務時間外の会合の有無、持ち帰り仕事の有無が有意な関連を示した。勤務時間外の会合があった人のほうが、なかった人に比べて情緒的消耗感 ( $t(10)=2.49, p<.05$ )、仕事と家庭・私生活とのバランス ( $t(9)=2.26, p<.05$ )、仕事と非常勤とのバランス ( $t(9)=2.41, p<.05$ ) の得点が有意に高かった。持ち帰り仕事のあった人のほうが、なかった人に比べて葛藤 ( $t(10)=3.89, p<.01$ )、人間関係 ( $t(11)=3.68, p<.05$ )、職場のネガティブサポート ( $t(10)=3.31, p<.05$ )、仕事と家庭・私生活とのバランス ( $t(10)=2.29, p<.05$ ) の得点が有意に高かった。

4ヶ月目データを用いて同時点の職務ストレスとバーンアウトとの相関関係を検討した(表1)。その結果、役割曖昧、役割葛藤、人間関係、仕事と家庭・私生活のバランス、仕事と非常勤とのバランスが情緒的消耗感と有意に関係し、能力発揮が個人的達成感と有意に関係し、役割曖昧が脱人格化と有意に関係した。すなわち、役割曖昧、役割葛藤が多いほど、人間関係の問題が多いほど、仕事と家庭・私生活のバランス、仕事と非常勤とのバランスが取れていないほど、情緒的消耗感が高くなった。能力発揮ができていくほど、個人的達成感が高かった。そして役割曖昧が多いほど、脱人格化が多くなった。

こうしたことから、職務ストレスのうち、役割曖昧、役割葛藤、人間関係、仕事と家庭・私生活のバランス、仕事と非常勤とのバランスはスタッフのバーンア

ウトに深く関係する要因であるといえる。本研究では被験者数が少ないことから有意な相関関係が外れ値によって左右されることが懸念される。そこで分布を作成し外れ値による影響を検討した。その

結果、外れ値は見当たらず、比較的直線的にまんべんなく分布していた。よって外れ値による影響は削除して考えることができる。

表1 4ヶ月目調査における職務ストレスとバーンアウトとの関連

職務ストレス	情緒的消耗感	個人的達成感	脱人格化
役割曖昧 $\alpha = .94$	-0.69 **	0.05	-0.63 *
裁量性 $\alpha = .67$	-0.31	0.26	-0.31
葛藤 $\alpha = .83$	0.59 *	-0.31	0.60
能力発揮 $\alpha = .72$	-0.33	0.58 *	-0.21
人間関係 $\alpha = .81$	0.61 *	-0.44	0.33
職場のソーシャルサポート $\alpha = .88$	-0.45	0.46	-0.05
職場のネガティブサポート $\alpha = .82$	0.55	-0.42	0.40
仕事と家庭・私生活のバランス $\alpha = .79$	0.65 *	0.17	0.34
仕事と非常勤とのバランス $\alpha = .91$	0.62 *	-0.11	0.43

\* 相関係数は 5% 水準で有意 (両側) です。

\*\* 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

b. 8ヶ月目調査の同時分析

8ヶ月目調査データを用いて職務ストレスとバーンアウトの特徴、それらの関係について検討した。8ヶ月目におけるバーンアウトの程度は、平均値は情緒的消耗感 10.23 点 (図5)、個人的達成感 17.69 点 (図6)、脱人格化 9.00 点 (図7) であった。4ヶ月目調査に比べてバーンアウトの程度は情緒的消耗感、脱人格化で少し上昇していた。8ヶ月目の値を田尾ら (1989) の尺度の標準化基準に照らしたところ、いずれの下位尺度ともに正常範囲であった。

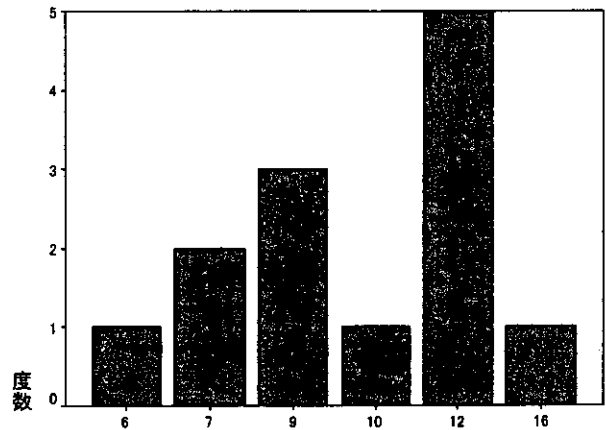


図5 8ヶ月目調査における情緒的消耗感得点の分布

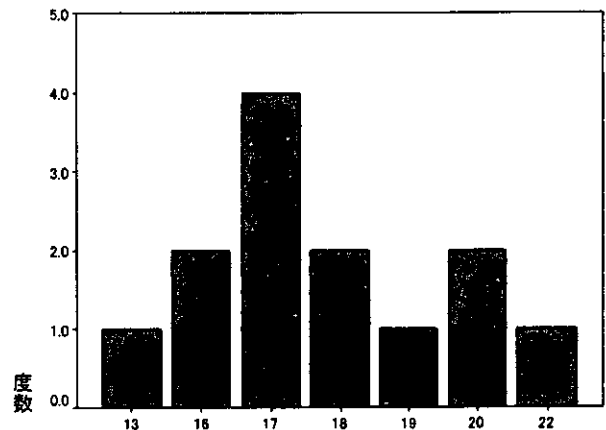


図6 8ヶ月目調査における個人的達成感得点の分布

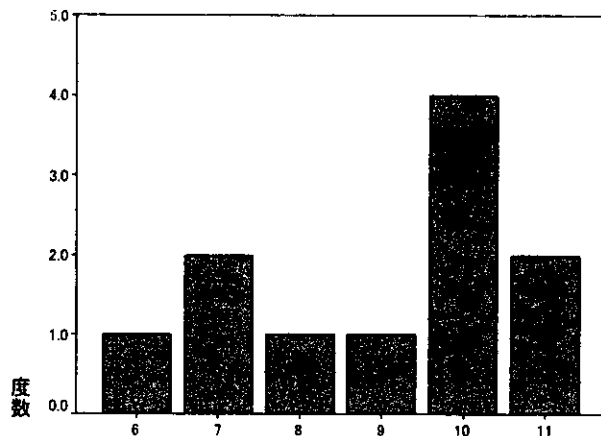


図7 8ヶ月目調査における脱人格化得点の分布

次に働き方による特徴を検討したところ、勤務時間外の会合の有無が有意な関連を示し、持ち帰り仕事の有無との有意な関連はみとめられなかった。勤務時間外の会合があった人のほうが、なかった人に比べて個人的達成感が有意に高く ( $t(10)=2.35, p<.05$ )、裁量性が有意に低く ( $t(9)=4.94, p<.001$ )、役割葛藤 ( $t(9)=2.69, p<.05$ ) が有意に高かった。

さらに、職務ストレスとバーンアウトとの相関関係を検討した。その結果を表2に示す。情緒的消耗感については、役割曖昧、人間関係、職場のネガティブサポ

ート、仕事と家庭・私生活のバランス、仕事と非常勤のバランスが有意に関連した。役割曖昧、人間関係の問題、職場内のネガティブサポートが多いほど、仕事と家庭・私生活のバランスが取れていないほど、情緒的消耗感が高かった。個人的達成感については有意に関連する要因がみとめられなかった。そして脱人格化については、役割曖昧、役割葛藤、職場のネガティブサポートが多いほど脱人格化が進んでいた。

いずれにおいても分布に外れ値はみあたらなかった。

表2 8ヶ月目調査における職務ストレスとバーンアウトとの関連

職務ストレス	バーンアウト		
	情緒的消耗感	個人的達成感	脱人格化
役割曖昧	-0.57 *	-0.42	-0.64 *
裁量性	-0.35	-0.24	-0.29
葛藤	0.52	0.54	0.71 *
能力発揮	-0.13	0.29	-0.23
人間関係	0.60 *	-0.02	0.62
職場のソーシャルサポート	-0.04	0.07	0.11
職場のネガティブサポート	0.61 *	0.26	0.73 *
仕事と家庭・私生活のバランス	0.69 **	0.11	0.47
仕事と非常勤とのバランス	0.82 **	0.08	0.55

\* 相関係数は 5% 水準で有意 (両側) です。

\*\* 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

c. 4ヶ月目調査による8ヶ月目調査の予測的分析

4ヶ月目調査における職務ストレスが8ヶ月目調査におけるバーンアウトを予測するかについて検討をおこなった(表3)。相関係数を算出した結果、4ヶ月目の仕事と家庭・私生活のバランスが8ヶ月目の情緒的消耗感と有意な正の相関関係があった。4ヶ月目で仕事と家庭・私生活との

バランスがとれていないほど8ヶ月目の情緒的消耗感は高かった。また、4ヶ月目の役割曖昧が8ヶ月目の脱人格化と有意な負の相関関係があった。4ヶ月目で役割が曖昧であるほど8ヶ月目の脱人格化がたかくなった。しかし、個人的達成感と有意な相関関係はみとめられなかった。

いずれにおいても分布に外れ値は見当たらなかった。

表3 4ヶ月目における職務ストレスと8ヶ月目におけるバーンアウトとの関連

	情緒的消耗感	個人的達成感	脱人格化
職務ストレス			
役割曖昧	-0.27	-0.22	-0.65 *
裁量性	-0.53	-0.40	-0.31
葛藤	0.43	0.29	0.39
能力発揮	0.17	0.41	-0.32
人間関係	0.24	-0.15	0.38
職場のソーシャルサポート	-0.29	0.30	-0.37
職場のネガティブサポート	0.18	-0.06	0.49
仕事と家庭・私生活のバランス	0.57 *	0.25	0.47
仕事と非常勤とのバランス	0.38	-0.44	0.58

\* 相関係数は5%水準で有意(両側)です。

\*\* 相関係数は1%水準で有意(両側)です。

#### D. 考察

本研究では支援スタッフにおける職務ストレスとバーンアウトとの関連について縦断的調査を実施し、同時点分析、予測的分析をおこなった。その結果、4ヶ月目、8ヶ月目調査をあわせると、数ある職務ストレスのうち、役割曖昧、役割葛藤、人間関係、仕事と家庭・私生活のバランス、仕事と非常勤とのバランスは、情緒的消耗感、脱人格化に影響する要因であるといえる。こうしたことから役割をめぐる問題は、多職種チームという特徴のなかで支援スタッフが快適に働くために特別に重要であり、チーム形成の上でも欠かせないであろう。

予測的分析から、4ヶ月目における職務ストレスは8ヶ月目におけるバーンアウトを一部予測することができるといえた。仕事と家庭・私生活のバランスと情緒的消耗感との関連、役割曖昧と脱人格化との関連が有意であったことから、職務ストレスの中でも仕事と家庭・私生活のバランスや役割曖昧は同時点のメンタルヘ

ルスだけでなく数ヵ月後のメンタルヘルスに影響する重要な要因であると考えられる。

また、仕事と家庭・私生活のバランス、仕事と非常勤とのバランスが重要であることがわかった。医療・福祉系の職種では仕事にすべての時間と労力を惜しまないタイプが多く、必然的に長時間労働となったり、趣味で読む本がすべて仕事関連となりやすいことが指摘されている。こうしたことを考慮すると、支援スタッフであるからこそ私生活とのバランスを意識するべきであろう。今回の調査対象者は全員が非常勤雇用である。雇用の不安定性と経済的困難のため、あるいは専門家としての知識技術を磨くため他の非常勤との兼業が一般的である。複数の仕事をもつことで総合的な仕事量は増加するのに、求められる役割は増加するために労力が足りなくなりやすい。こうしたことからスタッフの常勤採用がスタッフのメンタルヘルスの維持・増進につながると考えられる。

ACT-J パイロットスタディにおけるリカバリープラン作成上の課題

堀内健太郎<sup>1)</sup> 萱間真美<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 国立精神・神経センター 精神保健研究所 <sup>2)</sup> 東京大学大学院医学系研究科

**研究要旨**

ACT-J のパイロットスタディにおける援助プロセスとリカバリープラン、および対象者の特徴についての臨床スタッフの認識や主観的な体験の内容を記述するため、臨床チームのケースカンファランスへの参加・観察と、臨床スタッフへの個別インタビューを行った。ケースへの援助の流れにおいて、クライアント自身の生活目標に基づいたリカバリープランの作成の困難さが体験されており、内容として、「ニーズが言語化されにくい」「ACT の援助スタイルでより不安定になる」「環境調整が必要」というカテゴリーが得られた。現行の精神医療サービス環境や社会風土などに即した対象者の選定や、その対象者にあった支援モデルを明らかにするなかで、ACT の援助理念に沿った実践および効果的な支援が可能になるものと考えられた。

**A 研究目的**

国府台地区における ACT-J プログラムでは、精神医療サービスの頻回利用者を対象として、ACT（Assertive Community Treatment）の援助理念を生かした実践が試みられている。本研究では、ACT-J のパイロットスタディにおける援助プロセスとリカバリープラン、および対象者の特徴について臨床スタッフがどのように認識し関わっているか、という主観的な体験の内容を記述することを目的とした。

**B 研究方法**

①グループ対象の調査：ACT-J 臨床チームのケースカンファランスに参加し、対象者へのケアの困難さがどのように扱われるのかについて分析した。②個別インタビュ

ー調査：ACT-J 臨床チームのケースマネージャー12名に対して個別のインタビューを行い、関わりが多かった対象者への実際の援助の流れや、その際に体験するリカバリープラン作成・評価の困難さについて分析した。分析には Grounded Theory Approach を用いた。

**C 研究結果**

1) 「ニーズが言語化されにくい」

多くの回答者が「ニーズが言語化されにくい」という問題点を指摘していた。内容として、①クライアント自身の目標を立てるのが難しいこと（「まず混乱しちゃうんですよ。自分の意見をきかれる経験がないから」）、②家族が巻き込まれており、クライアント自身は社会生活にニーズを感じる機



会がないこと（「母親が全部自分のことやってくれるっていうことに何の疑問ももってない」）、③言語化そのものが難しいこと（「自分の意思とか考えとか状況をうまく相手に伝えられるかということそれが一切ない人」）などがみられた。

#### 2) 「ACT の援助スタイルでより不安定になる」

対象者は精神医療サービスの頻回利用者であったが、そのなかでも「ACT の援助スタイルでより不安定になる」という問題点が認識されていた。内容としては、①ACT の積極的な面がクライアントに好まれないこと（「頻回の訪問とかはいらぬ人。逆に訪問されると疲れちゃう」）。②精神医療サービスへの不信感が強いこと（「僕らが行くことにも、病院に引っ張っていかれるだろう、とすごく警戒」）。③クライアントのペースを尊重されない不安（「また働かなきゃいけないんじゃないかとか不安になっちゃったり」）などがみられた。

#### 3) 「環境調整が必要」

クライアント自身のゴールという以前に、地域で生活を始めるには「環境調整が必要」であることがみられた。内容として、①家族・保護者の高齢化・死去や病気などで保護環境が破綻していること（「お父さんいなくなってから頻回入院繰り返してて」）。②家族がかかわりたくないと感じていること（「(家族が) 病院に対しては責任を負わされるだけだ、というような気持ちをもってしまった」）。③過去の問題行動などから地域でも警戒されていること（「なんかまたやらかしてるみたいとか。そういった通報が、警察や保健所に入ってる」）などがみられた。

#### 4) ACT-J における対象者についての認識

対象者との実際の関わりのなかで、対象者の特徴や ACT サービスへの適合度の認識が語られた。内容として、①ACT ならではのケース（「ACT ならでは。ACT じゃないとなかなか、彼が退院して生活を支援していくってのは難しい」）、②ACT ならではのケースでも困難な場合（「\*\*さんみたいのは対象者だと思います。関わるタイミングが早すぎた」）、③予想とは違ったケース（「自分が想像していた対象者とは全然違う」）、④予想とは違ったケースでも有意義な場合（「たとえばアスペルガー症候群の疑い。ACT の対象者が主診断としてはこうこうだと言っていることからすると、違和感はやっぱりありますよね。\*\*さんのような方が対象になることは僕は決して悪いことだとは思っていません」）などがみられた。

#### D 考察

ACT の援助理念として「リカバリー」概念が強調されており、クライアント自身の生活ゴールに基づいたリカバリープランを作成し、日々のスケジュールにしていくというプロセスはこれに貢献するものとされている。パイロットスタディの実践的な関わりの中では、結果にあげたような状況が体験され、モデルと実際の援助では差がみられた。現行の精神医療サービス環境や社会風土などに即した対象者の選定や、その対象者にあつた支援モデルを明らかにするなかで、ACT の援助理念に沿った実践および効果的な支援が可能になるものと考えられた。

厚生労働科学研究費補助金（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」

平成 15 年度 総括・分担 研究報告書

発行日 平成 16 年 4 月

発行者 主任研究者 塚田和美・伊藤順一郎

発行所 国立精神・神経センター国府台病院

〒272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1