

図7 看護師による実コンタクトの報酬状況 (n=302 ※欠損値除く)

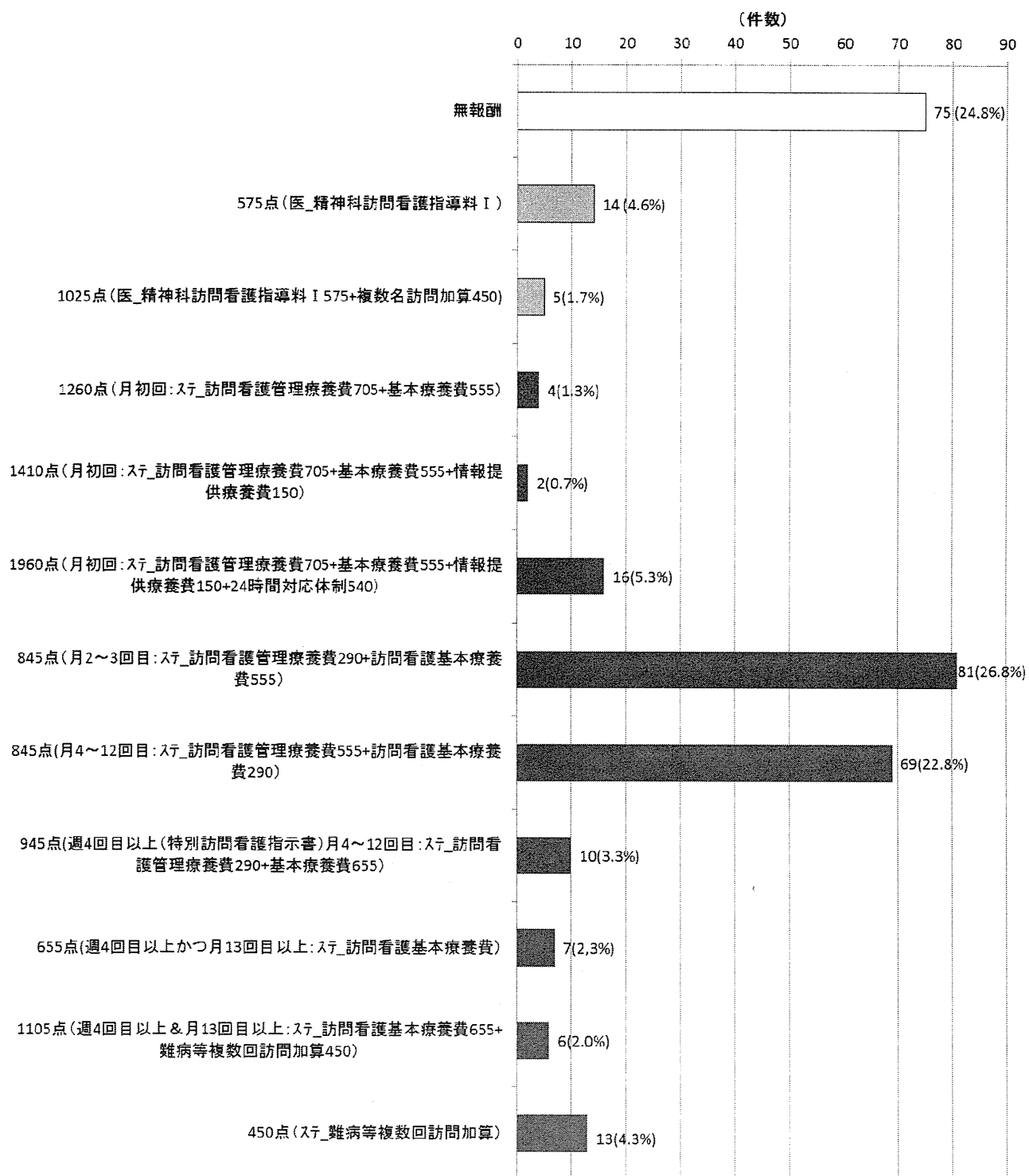


図 8 看護師による実コンタクトの非報酬理由 (n=68, 複数回答, 欠損値除く)

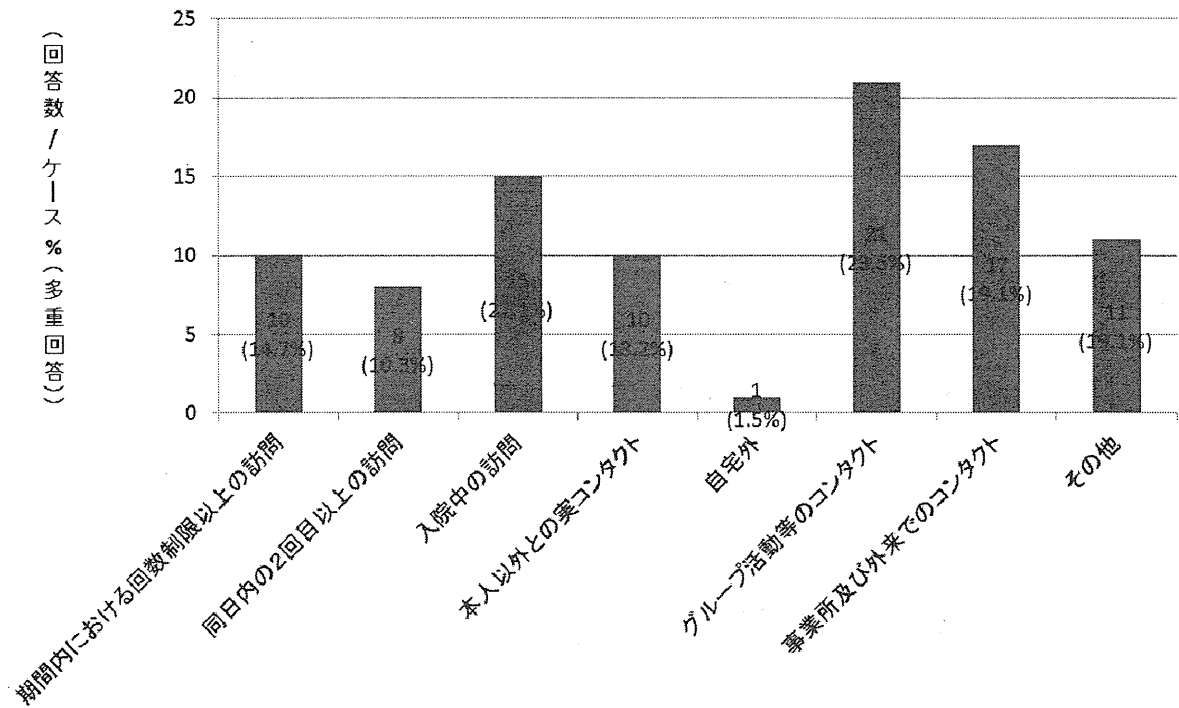


図 9 看護師による臨床時間の報酬区分(1 か月間, 全 51 ケースに対して)

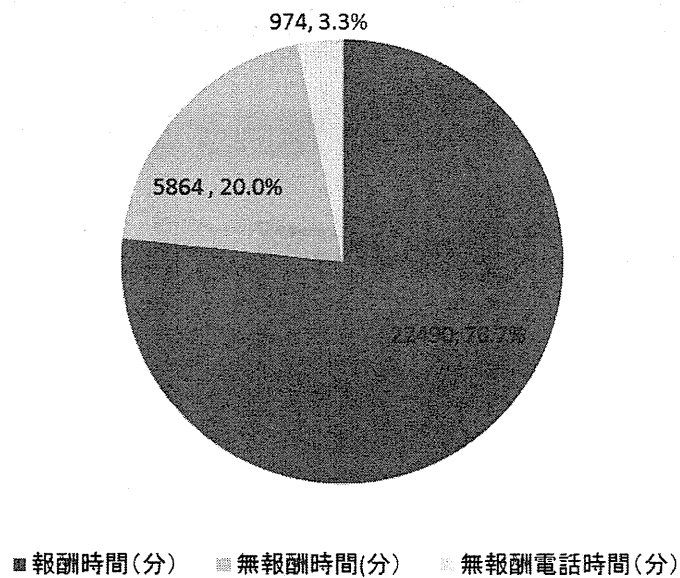


図 10 作業療法士による実コンタクトの報酬状況 (n=147 ※欠損値除く)

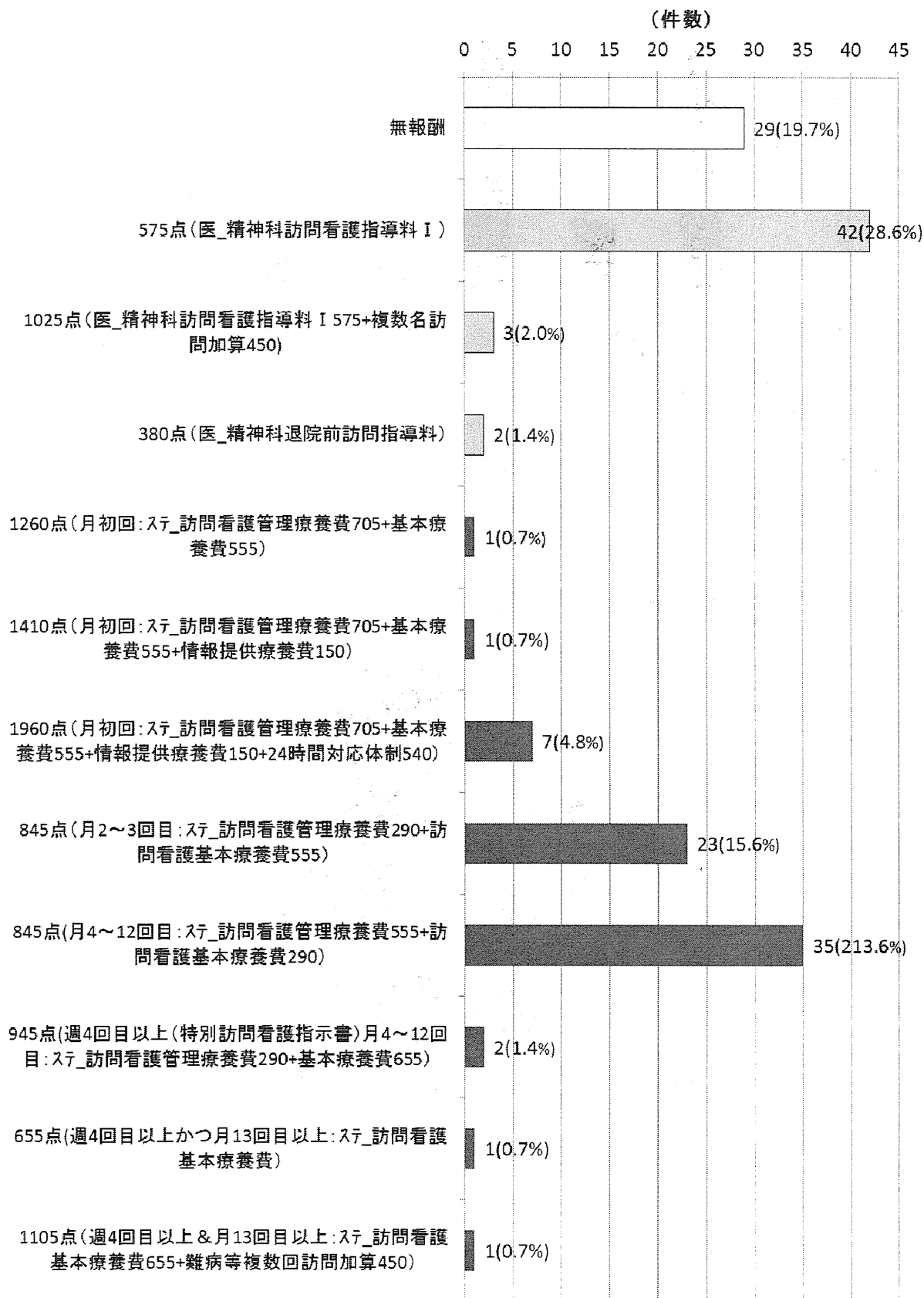


図 11 作業療法士による実コンタクトの非報酬理由 (n=28, 複数回答, 欠損値除く)

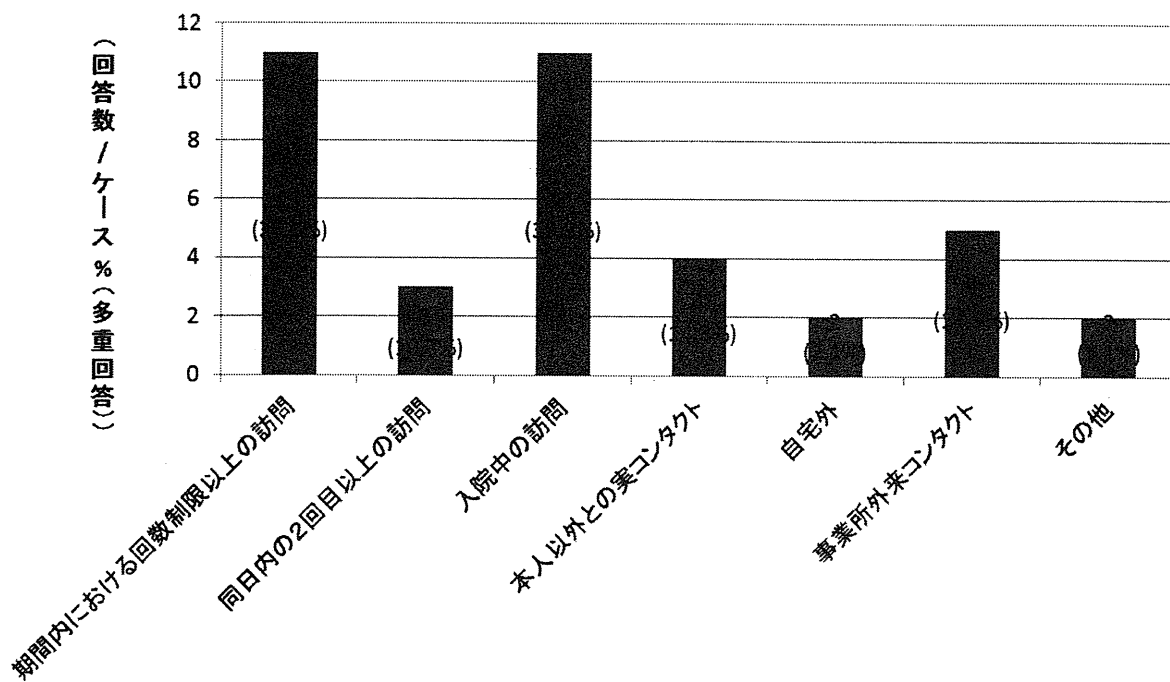


図 12 作業療法士による臨床時間の報酬区分 (1 か月間, 全 51 ケースに対して)

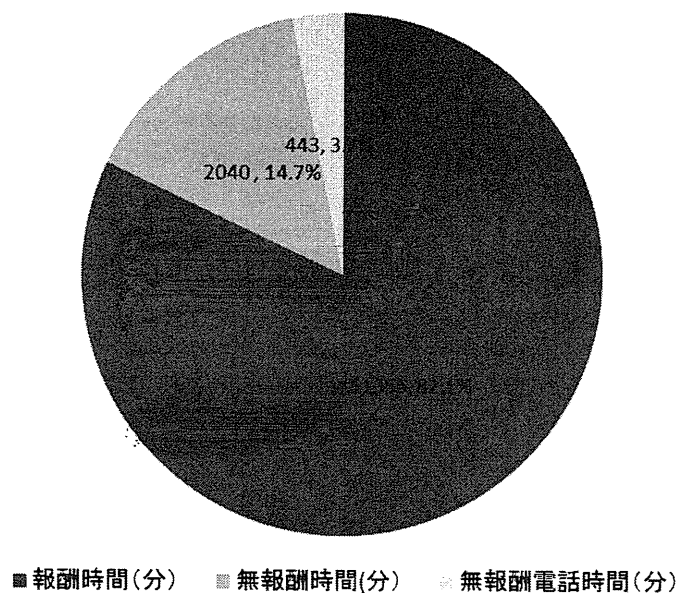


図 13 精神保健福祉士による実コンタクトの報酬状況 (n=256 ※欠損値除く)

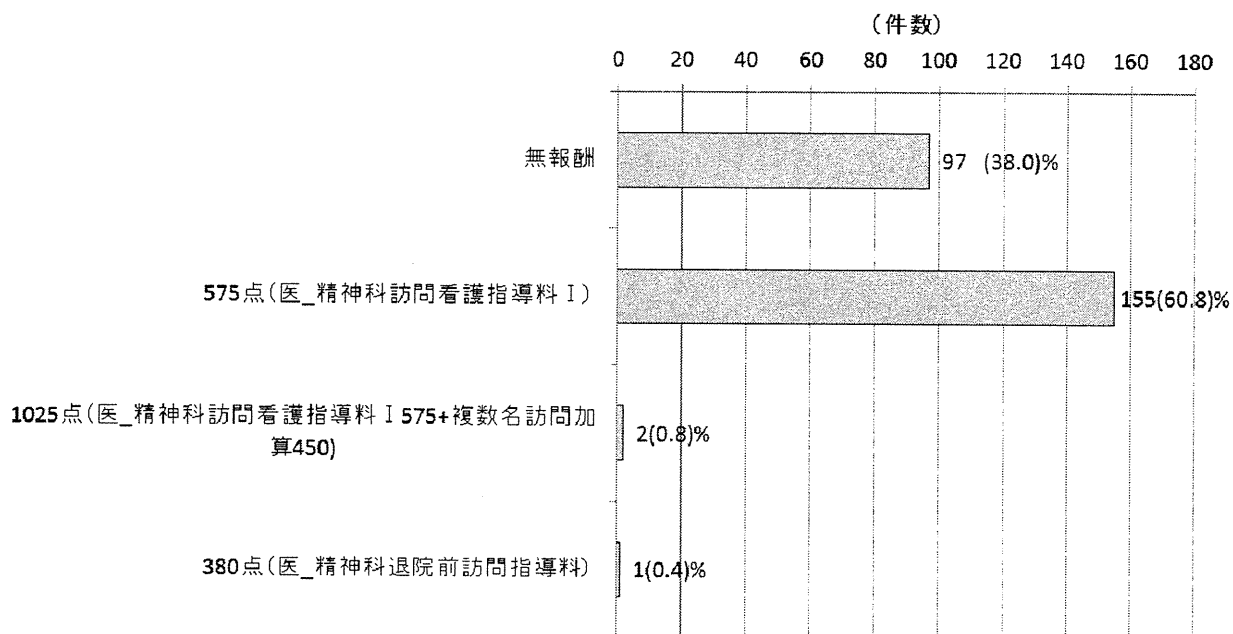


図 14 精神保健福祉士による実コンタクトの非報酬理由 (n=95, 複数回答, 欠損値除く)

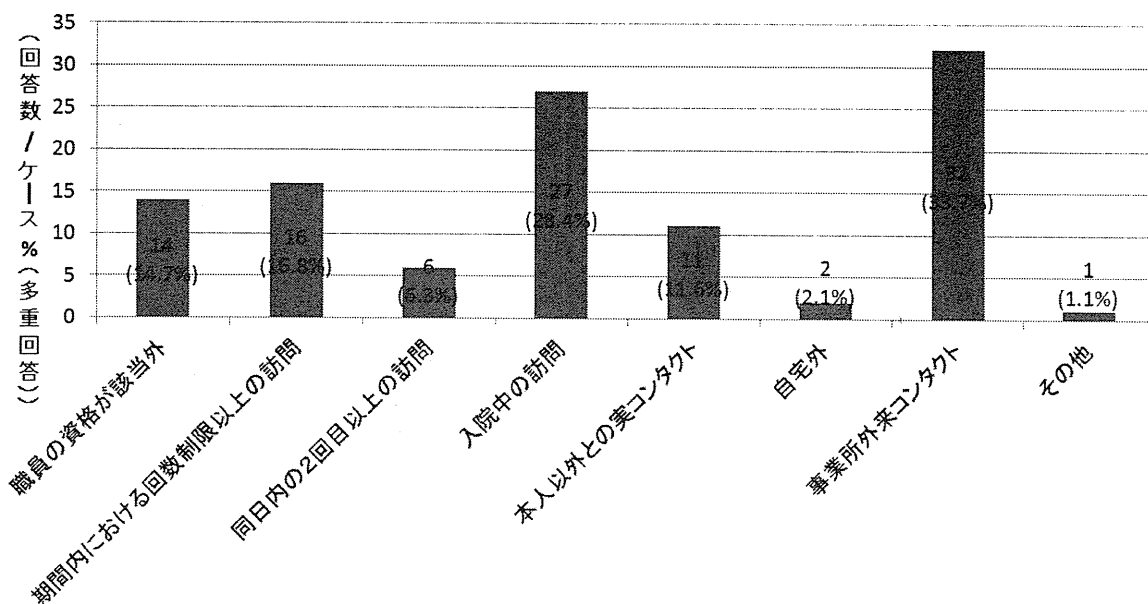


図 15 精神保健福祉士による臨床時間の報酬区分(1 か月間, 全 51 ケースに対して)

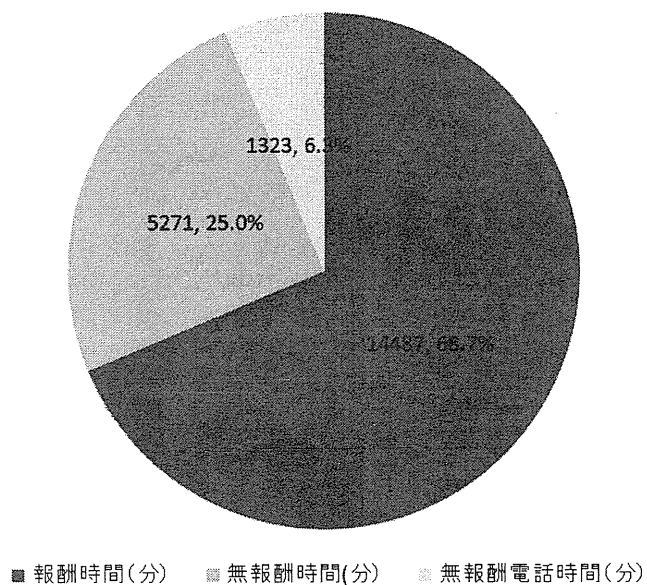
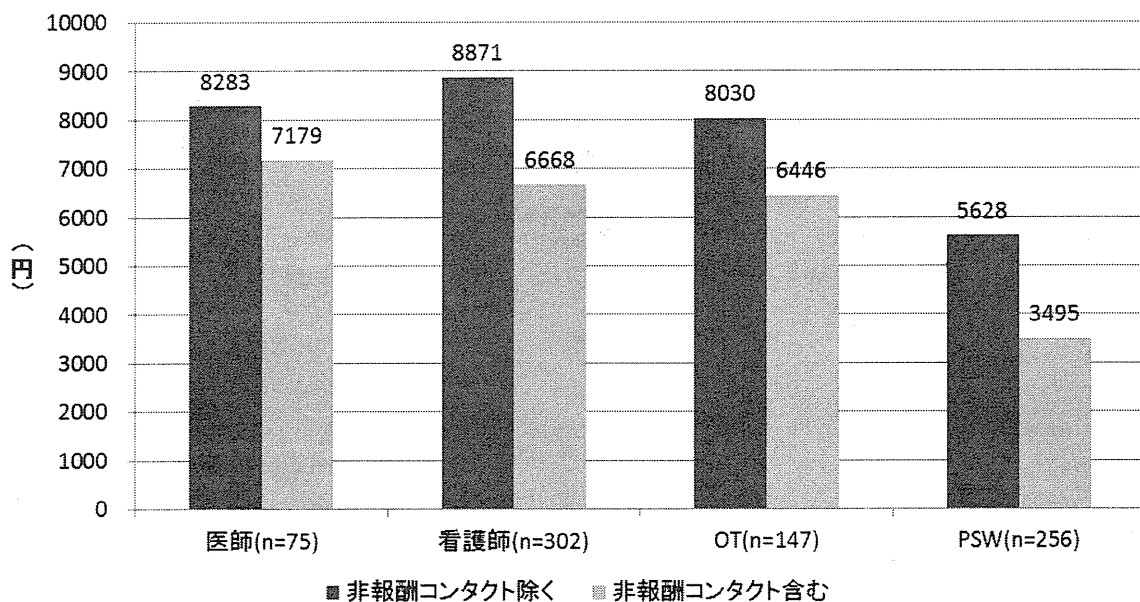


図 16 職種による実コンタクトに対する報酬平均(医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士)



※ただし医師の在宅時医学総合管理料は計算から除く

図 17 在宅時医学総合管理料に該当する事例の割合 (n=51)

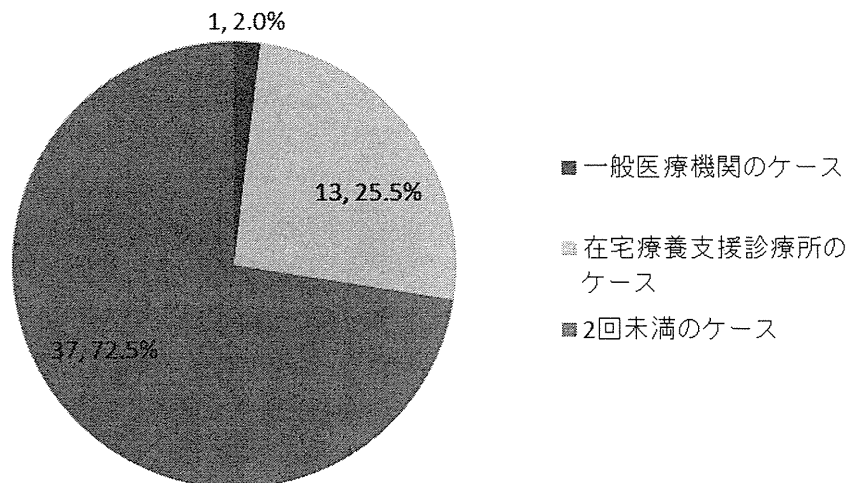
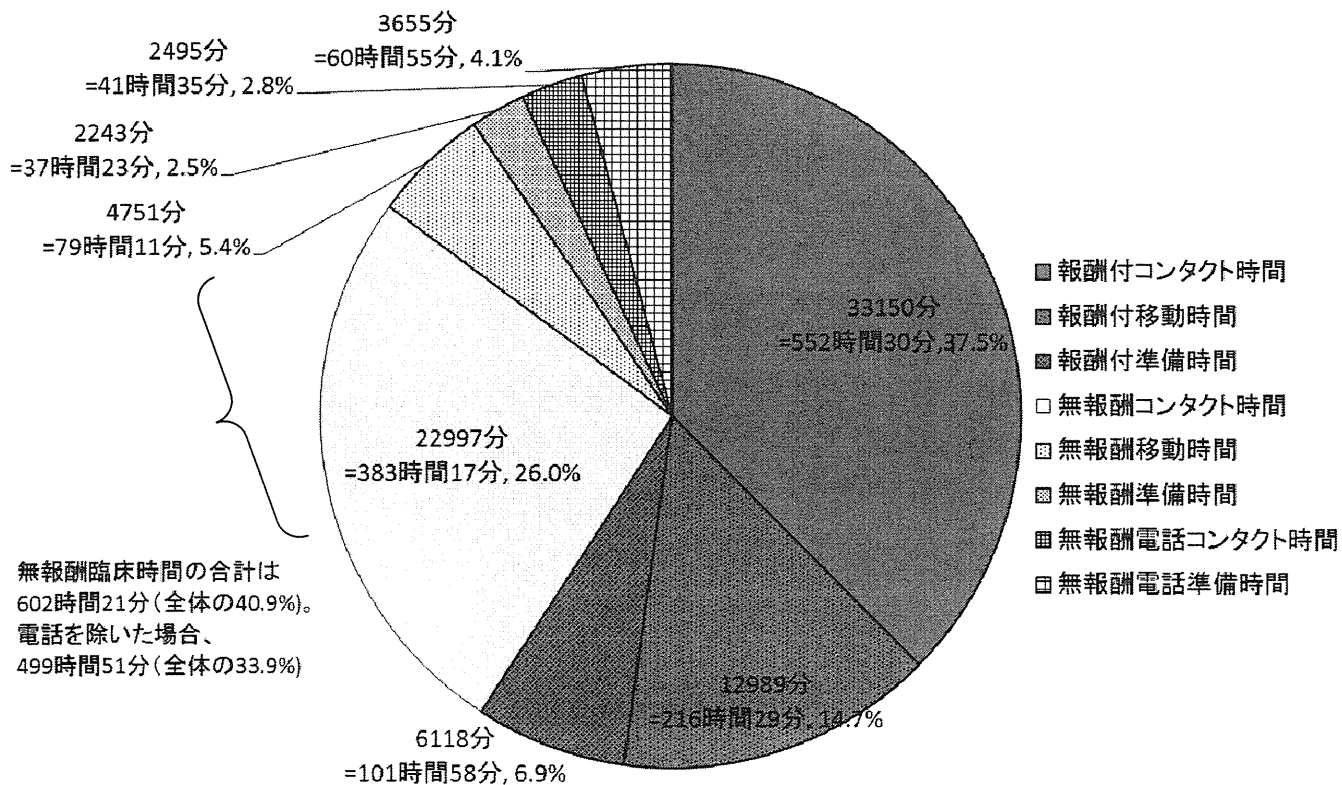


図 18 全職種の合計総臨床時間に対する報酬区分(1 か月間, 全 51 ケースに対して)



「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」

地域精神保健福祉医療における支援スタッフの ストレングス志向の支援態度評価尺度の開発

研究分担者 贅川信幸¹⁾

研究協力者 前田恵子²⁾, 山口創生³⁾

1) 日本社会事業大学社会事業研究所 2) 日本学術振興会

3) 独) 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

「地域生活中心」を推進する地域精神科医療モデルに携わる支援スタッフの「ストレングス志向の支援態度」を測定する自記式評価尺度を開発することを目的とした。アイテムプールから作成した19項目を用いて、3精神科医療機関の臨床スタッフ332名を対象に予備調査を行った。291名から回答が得られ(回収率87.7%)、構造方程式モデルによる確証的因子分析の結果、11項目の3下位尺度(Person-Centered Approach, Shared Decision Making, Strength-Focused Approach)が一定程度の適合度で確認された。また、概ね良好な併存的妥当性(リカバリー態度尺度とのPearsonの積率相関係数[r]: 0.12~0.23, $p < 0.05$)、再検査信頼性(ICC: 0.76~0.84)、および内的整合性(Cronbachの α 係数: 0.65~0.87)が確認された。

A. 背景

統合失調症を中心とする重い精神障害をもつ人に対する支援においては、病気や障害を抱えていながらも、地域社会で本人が希望する生活を可能な限り実現すること、それに向かって進んでいくことができるという「リカバリー」の概念が重視されるようになってきた¹⁾。そのなかで、リカバリーにおいては、彼ら自身のもつストレングス(希望や才能、経験などの強み)や彼らを取り巻く環境の持つストレングス(既存の制度や資源だけでなく、元々地域社会にある様々な資源・機会)が重視される²⁾。

ストレングスモデルのケースマネジメントは、こうしたリカバリーやストレングスの理念から組み立てられたモデルである³⁾。ここでは、従来の支援者でもストレングスの考えが無視されてきたわけではないが、結果としてアプローチが問題・欠陥焦点型となっていることを指摘し、支

援者に新たな認識を提案するものとして扱われている。

「入院治療中心から地域生活中心へ」という標語が表す通り、我が国の精神科医療は医療機関における入院治療が中心であった歴史をもつ。それゆえ、精神科医療を地域生活中心へと転向するには、システム面のみならず、こうした支援者の意識・態度面においても、リカバリーやストレングス志向へと変革していくことが求められよう。「地域生活中心」を推し進める地域精神科医療モデルを構築する本プロジェクトにおいては、特に重要要素になると思われる。

こうした支援者の意識・態度の測定は、支援の質を担保するために活用できる。また、測度そのものが、支援者に求められる意識・態度のリストともなり、支援者が自己チェックに用いることも可能となろう。しかしながら、スタッフのストレングス志向の支援態度を測定する評価指標は見

当たらない。類似する概念を捉える尺度には、例えば Recovery Attitude Questionnaire (RAQ)⁴⁾が開発されているが、この尺度は精神障害をもつ人のリカバリーに対する知識や態度を測定するものであり、ストレンクス志向の支援態度を捉えるものではない。また、支援者の支援態度を測定する尺度は、社会的望ましさが反映される可能性がある。それゆえ、精神障害をもつ人に対して、彼ら自身や環境の持つストレンクスに注目し、それを活かして彼らの希望する地域生活を実現できるような支援態度、すなわちストレンクス志向の支援態度を、具体的な行動レベルで捉えられる評価方法が求められる。

そこで本研究では、精神保健福祉医療領域における支援者のストレンクス志向の支援態度を測定する自記式評価尺度を開発することを目的とした。

項目を具体的な行動レベルで表記した場合でも、社会的望ましさが反映される可能性は否定できない。一方、自己効力感 (self-efficacy) は、行動を予測すると言われているが、キャリア意識や自己肯定感が反映される可能性がある。そこで、支援態度を実際の行動 (実施度) で回答を求めると、その行動に対する自信 (自信度) で回答を求めるとの相違について、予備的に検討することを目的に加えた。

B. 方法

1) 暫定尺度の作成

(1) アイテムプールの作成

尺度の項目作成のために、アイテムプールの作成を行った。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の研究スタッフ 6 名に、「ストレンクスモデルに即したスタッフの支援行動」を 10 以上挙げるよう求めた。

次に、挙げられたアイテムそれぞれが表している支援行動の類似性に着目してカテゴリ化した。さらに、その上位の概念グループにまとめた。この作業は、研究班スタッフ 3 名 (NN, KM, SY) で行った。さらに、ストレンクス志向の支援やリ

カバリーに関する支援の有識者 3 名 (JI, FH, NM) にも意見を求め、カテゴリ、概念グループの再検討を行った。これらの作業では、ストレンクスモデルのケースマネジメント³⁾の概念枠組み、6つの原則を参照しながら行った。

(2) アイテムプールの項目化と妥当性の検討

整理された概念グループに基づき、それらに含まれるアイテムプールを参考にしながら尺度に用いる暫定項目を作成した。

次に、作成した暫定項目の分かりやすさと、ストレンクス志向の支援態度を表す行動としての妥当性を確認するため、当該支援に関する実践および研究のエキスパート 22 名に、暫定項目の分かりやすさと妥当性について 4 段階 (分かりやすさは、「1 点：分かりやすい」～「4 点：分かりにくい」、妥当性は「1 点：妥当だと思う」～「4 点：まったく妥当ではない」) で回答を求めた。また、各暫定項目に対する意見を求めた。

(3) 項目の見直しと暫定尺度の作成

エキスパートに対する調査結果を踏まえて、暫定項目とカテゴリの見直しと修正を行い、暫定尺度の項目として用いた。

暫定尺度は、各項目が表す行動を日常実践の中でどの程度行っているか (実施度) と、それを行う自信がどの程度あるか (自信度) の 2 つの回答方式で、それぞれ 4 段階 (実施度は、「0 点：ほとんど行っていない」～「3 点：行っている」、自信度は「0 点：全く自信がない」～「3 点：自信がある」) で回答を求めた。

2) 暫定尺度の予備検討と心理測定学的特性検討

(1) 対象

全国の標準的な 3 精神科医療機関において、精神疾患患者に直接処遇を行う臨床スタッフ 332 名を対象とした。また、このうち 1 つの精神科医療機関の臨床スタッフ 139 名を、再検査信頼性検討のための 2 回目調査の対象とした。

(2) 調査の実施

上記 3 精神科医療機関に対し、2011 年 12 月に郵送留め置き法によって調査を行った。調査票の配布から回収の期間は約 10 日とした。

再検査信頼性のための2回目調査は、初回調査から約2週間後に行った。

(3) 調査内容

調査は、以下の尺度、項目を含む自記式調査票を用いて行った。

① ストレングス志向の支援態度尺度（暫定版）

② リカバリー態度尺度（7項目版）

ストレングス志向の支援態度尺度の併存的妥当性を検討するため、リカバリー態度尺度（7項目版）（Recovery Attitudes Questionnaire: RAQ-7）を外的基準として用いた⁴⁾。

③ 回答者の基本属性等

回答者の基本属性（年齢、性別、最終学歴）および臨床経験等に関する情報（職種、所属部署、精神科経験年数、雇用形態、受け持ち担当の有無、これまでに関わった経験のある支援技法について問う項目を設定した。関わり経験の有無を問う支援技法には、Cochrane Reviewで効果が確認されている支援技法（Evidence-Based Practices: EBP）として、包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）、個別職業紹介とサポート（Individual Placement and Support: IPS）、家族心理教育、当事者向け心理教育、認知行動療法の5つの技法を挙げた。また、EBPとして扱われていないが、効果が期待される支援技法として、アウトリーチ支援、IPS以外の就労支援、社会生活技能訓練（Social Skills Training: SST）、認知機能リハビリテーション、ケアマネジメントを挙げた。

(4) 分析

まず、構造方程式モデル（SEM）により、暫定項目に対する実施度および自信度それぞれの回答を用いて、概念グループを因子とする確証的因子分析を行った（構成概念妥当性の検討）。下位尺度の各得点および合計得点について、Cronbachの α 係数（内的整合性の検討）およびIntra-class Correlation Coefficients (ICC)を算出した（再検査信頼性の検討）。また、RAQ-7とのPearsonの積率相関係数（ r ）を算出した（併存的妥当性の検討）。

以上の分析は、SPSS for Windows Ver. 20.0を用いた。

(5) 倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た（No. A2011-025）。

C. 結果

1) 暫定尺度の作成

6名の研究者より80のアイテムプールが挙げられ、その類似性によりグルーピングしたところ、22の小カテゴリが抽出された。抽出した小カテゴリに基づいて、外部有識者を交えて議論を行ない、各小カテゴリを表す具体的な支援行動を項目案として作成した。複数の要素を含むと思われる小カテゴリは別々の項目に分けて作成し、26項目が作成された。これらの項目案に対して、ストレングス志向的な支援のエキスパートから、概ね分かりやすいとの回答を得た（平均±標準偏差 = 1.63±1.51: 範囲 1.10～2.19）。また、内容的な妥当性も確認された（平均±標準偏差 = 1.51±0.69: 範囲 1.11～2.11）。なお、エキスパートの精神保健福祉領域の平均経験年数（標準偏差）は、17.9（8.4）年であり、約3分の2（15名）が研究者、3分の1（7名）が実践家であった。

項目案に対して出されたエキスパートからの意見に基づき、項目の改訂および加除を行い、19項目の暫定項目を作成した。

ここで、小カテゴリを束ねる大カテゴリを検討し、3つの大カテゴリが抽出された。ひとつは、当事者本人の個性などに焦点を当て、支援者も自己開示をする中で本人の希望を聞き、それを病気や症状の程度によらず是認し、挑戦を肯定的に返すなどの支援行動から構成される「本人中心のアプローチ（Person-Centered Approach）」とした。二つ目は、目標設定や支援計画の作成、クライシスプランの作成、支援計画の見直しなどを当事者本人が参加して共に考える支援行動で構成される「本人参加の意思決定と共有（Shared Decision Making）」とした。三つ目は、当事者自身や環境のストレングスを共に探し、その活用方法を考え

ることや、主な支援を地域社会の中で行う、インフォーマル資源の積極的活用などの支援行動で構成される「ストレングスに焦点を当てたアプローチ (Strength-Focused Approach)」とした。

2) 暫定尺度の予備検討と心理測定学的特性検討

予備調査の対象となった 332 名のうち、291 名から回答を得た (回収率 87.7%)。対象者の基本属性および職務関連属性を表 1 および表 2 にそれぞれ示した。全ての項目において、実施度および自信度いずれの回答でも天井効果やフロア効果は認められなかった。

(1) 構成概念妥当性の検証

実施度の得点を用いて、構造方程式モデルによる確証的因子分析の結果、逆転項目として設定した 3 つの項目「障害の程度や病状の様子から、本人にはできないと判断される本人の希望や願いは、あきらめるように説得する。」「支援者の個人的なことだと思われるような話題は、本人には一切話さない。」「本人の希望を実現するために利用する資源は、障害者等のためにあるサービスを優先して検討する。」のパス係数がいずれも負の値を示した (それぞれ、 -0.30 , -0.27 , -0.57 ; すべて $p < 0.001$)。

そこでまず、これらを除いた 16 項目で確証的因子分析を再度行った。その結果、全てのパス係数が正の値をとったが ($0.44 \sim 0.75$, すべて $p < 0.001$)、適合度の指標が不十分であった (GFI [Goodness-of-Fit Index] = 0.868 , AGFI [Adjusted Goodness-of-Fit Index] = 0.823 , CFI [Comparative Fit Index] = 0.888 , RMSEA [Root Mean Square Error of Approximation] = 0.085 , AIC [Akaike's Information Criterion] = 373.217)。

次に、これらの項目からエキスパートによる評価で妥当性が低く評価された項目や、概念上の重要度が相対的に低いと思われるものを中心に順次項目を除いて確証的因子分析を繰り返した。その結果、図 1 に示す 11 項目の 3 因子構造において、AGFI が 0.90 以下であったものの、GFI および CFI が 0.90 以上、RMSEA が 0.10 以下の

値となった。なお、この同構造で自信度得点を用いた確証的因子分析では、AGFI も 0.90 以上の値となったが、大カテゴリ間の相関係数が 1 以上となった (図 2)。

この分析で得られた因子構造をストレングス志向の支援行動尺度として採用した。各下位尺度および項目の記述統計を、実施度および自信度それぞれについて表 3 に示した。また、構造方程式モデルの各適合度指標を表 4 に示した。

(2) 併存的妥当性の検証

各下位尺度および合計得点の RAQ-7 との相関分析を行った結果 (表 4)、実施度得点では、全ての下位尺度および合計得点が有意な正の相関を示した。自信度得点では、Shared-Decision Making 下位尺度と RAQ-7 との相関係数が有意ではなかった。

(3) 内的整合性の検討

各下位尺度および合計得点の Cronbach の α 係数を算出した (表 5)。下位尺度では実施度得点で $0.65 \sim 0.79$, 自信度得点で $0.64 \sim 0.79$ であった。合計得点では、いずれの指標でも 0.87 であった。

(4) 再検査信頼性の検討

再検査信頼性検討の対象となった 139 名のうち、2 時点の回答が得られた 126 名 (回答率 90.6%) について ICC を算出した (表 6)。各下位尺度の ICC は、実施度得点で $0.76 \sim 0.80$ (95% 信頼区間は下側が $0.65 \sim 0.71$, 上側が $0.83 \sim 0.86$)、自信度得点で $0.74 \sim 0.76$ (同、下側が $0.62 \sim 0.65$, 上側が $0.83 \sim 0.84$) であった。合計得点では実施度で 0.84 (95% 信頼区間: $0.76 \sim 0.89$)、自信度で 0.83 であった (同: $0.74 \sim 0.88$)。

D. 考察

本研究では、「地域生活中心」を推し進める地域精神科医療モデルを導入、実施する上で重要になると思われる、支援スタッフのストレングス志向の支援態度の測定尺度を開発し、その心理測定学的特性を検討した。

暫定尺度の 19 項目は、ストレングス志向の支

援に関する有識者との議論、およびエキスパートから幅広く意見を求めて作成したことから、内容的妥当性を有していると考えられる。しかしながら、最初の確証的因子分析によって有意な負のパス係数が推定された。最終的な因子構造では、自信度得点において AGFI の値が 0.878 であった。GFI, AGFI, および CFI は 0.90 以上であれば概ね良い適合度, 0.95 以上であれば良い適合度と判断される。この点から検討の余地は残るものの、今回採用した 11 項目 3 因子構造は、その他の適合度指標より、一定程度の構成概念妥当性が確認されたということができよう。

自信度得点においては、これらいずれの適合度指標も 0.90 以上であり、実施度に比べて適合度は良いと考えられるが、Person-Centered Approach と Strength-Focused Approach の下位尺度間の相関係数が 1 以上の値を示し、不適解であることが示された。それゆえ、自信度での回答形式の場合は別の因子構造がより妥当となるかもしれない。

RAQ-7 との有意な正の相関が認められたことから、ストレング志向の支援態度尺度は、リカバリーへの態度を外的基準とした際に、とくに実施度においておおむね良好な併存的妥当性を有すると考えられた。

合計得点および各下位尺度の Cronbach の α 係数より、実施度および自信度ともに合計得点と Shared Decision-Making 下位尺度は、概ね十分な内的整合性を有すると考えられたが、その他の 2 つの下位尺度の係数はやや低い値であった。また、各下位尺度および合計得点の ICC より、実施度および自信度とも、すべて 0.70 以上の値を示し、ほぼ十分な再検査信頼性を有すると考えられた。

以上のことから、いくらか検討の余地はあるものの、本研究で開発したストレング志向の支援態度尺度は、概ね十分な構成概念妥当性、併存的妥当性、内的整合性、および再検査信頼性を有すると考えられた。これにより、ストレング志向に焦点を当て、それを活用していく地域生活中心の支

援が求められる中で、それに関わる支援スタッフの支援態度を測定できる新たな指標を提示できたと考えられる。

予測していなかったのは、逆転項目として設定した 3 項目がいずれも初回の確証的因子分析において有意な負のパス係数を示し、他の項目と逆の方向を示したことであった。この傾向の解釈は慎重に行う必要があるが、いくつかの要因が考えられよう。ひとつは、ストレング志向的な支援行動のうちいくつかは、従来の支援とは異なる視点を要するものが含まれる³⁾。例えば、ストレング志向的な支援では、障害をもつ人のためにあるサービスよりも、元々地域社会に存在する資源・機会を活用することを重視する。しかしながら、ストレング志向の支援に馴染みの薄いスタッフの場合、熱心であればあるほど、積極的に障害者のためにある資源や制度を活用した支援を展開しようとするかもしれない。これは、今回の調査対象者が、我が国における標準的な精神科医療機関のスタッフであるが、その構成において、病棟スタッフ（約 70%）、特に慢性期・療養病棟のスタッフが多かった（約 45%）ことも関係しているかもしれない。

尺度開発過程において、こうした従来の支援態度が反映しているとすれば、本調査によって削除された項目の扱いは、本来、ストレング志向の支援態度として重要であると考えられる要素であるため、扱いは慎重になる必要があるだろう。今後、地域支援に直接関わる支援スタッフ、あるいは ACT や IPS などのストレング志向やリカバリーの理念を明確に打ち出した支援プログラムに関わるスタッフを対象としたデータを用いて因子構造を再度検証する必要があるかもしれない。

本研究の限界は、上記の点に加えて、次のことが挙げられる。まず、本研究では予測的妥当性の検証が行われていない。スタッフのストレング志向の支援態度によって生じる現象として、良好な治療同盟 (Therapeutic Alliance) の構築が挙げられるが、この点は今後の課題となろう。

次に、本尺度は、スタッフの主観的評価に基づ

く自記式調査尺度であるため、社会的望ましさを極力排除できるよう具体的な行動レベルで項目を構成したが、それでも、一定の社会的望ましさによる回答バイアスが生じている可能性がある。この点を検証するために、本研究では回答には「実施度」と「自信度」の2つの方式を採用したが、両者で分布等に大きな違いは認められなかった。今後、回答方式の違いによる検討を継続して行うとともに、サービス利用者によるスタッフの支援態度の評価（サービス利用者評価）との異同等の観点から検証していく必要があるだろう。

E. 結論

本研究では、支援スタッフのストレングス志向の支援態度を評価する自記式評価尺度を開発し、その心理測定学的特性を検証した。

開発した尺度は、11項目3下位尺度からなり、十分な内容的妥当性と、一定程度の構成概念妥当性、併存的妥当性、内的整合性、再検査信頼性が確認された。一方で、実施度と自信度の回答方式や、検討過程で削除された項目の扱いについては継続して検討が必要である。

F. 健康危険情報

・該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・該当なし

2. 学会発表

・該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

・該当なし

2. 実用新案登録

・該当なし

3. その他

・該当なし

文献

- 1) President's New Freedom Commission on Mental Health: Achieving the Promise: Transforming Mental health care in America, 2003
- 2) Substance Abuse and Mental Health Services Administration: National Census Statement on Mental Health Recovery. National Mental Health Information Center, US Government, 2006
- 3) Rapp CA, Goscha RJ: The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities 2nd Edition, Oxford University Press, Oxford, 2006.
- 4) Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K., et al. Recovery Attitudes. Questionnaire: Development and evaluation. Psychiatric Rehabilitation Journal, 24(2), 95-102. 2000

表1. 回答者の基本属性^a

属性	カテゴリ	n	(%)
性別	男性	85	(30.0)
	女性	198	(70.0)
年齢		273	(M±SD = 42.2±12.4, 範囲 22 - 77)
最終学歴	高校卒業	36	(13.1)
	専門学校卒業	172	(62.5)
	大学卒業	45	(16.4)
	大学院卒業	12	(4.4)
	その他	10	(3.6)

^a 欠損回答のため、各属性のカテゴリ合計は必ずしも回答者合計(291名)とは一致しない。
M mean, SD Standard Deviation

表2. 回答者の職務関連属性^a

属性	カテゴリ	n	(%)
職種	医師	10	(3.5)
	看護師・准看護師	215	(75.7)
	臨床心理技術士	8	(2.8)
	精神保健福祉士	17	(6.0)
	作業療法士	20	(7.0)
	薬剤師	6	(2.1)
	その他	8	(2.8)
現在の職種の経験年数		278	(M±SD = 15.9±11.1, 範囲 1 - 51)
精神科経験年数		279	(M±SD = 12.7±8.7, 範囲 0 - 37)
所属	デイケア	15	(5.6)
	訪問看護	5	(1.9)
	外来	14	(5.2)
	在宅支援室	1	(.4)
	社会復帰・リハビリテーション部門	15	(5.6)
	医局	9	(3.3)
	急性期病棟	67	(24.8)
	慢性期・療養病棟	121	(44.8)
	その他	23	(8.5)
受け持ち担当	なし	44	(16.4)
	あり	225	(83.6)
	うち、受け持ち担当の業務頻度		
	専属（ほぼ毎日）	72	(34.8)
	業務の一部（50%以上）	59	(28.5)
	業務の一部（50%未満）	76	(36.7)
勤務形態	常勤	274	(97.2)
	非常勤・パート	8	(2.8)
これまで関わったことのある援助技法 ^b			
Cochrane Review で効果が確認されているEBP			
	ACT	13	(4.5)
	IPS	4	(1.4)
	家族心理教育	55	(18.9)
	本人心理教育	60	(20.7)
	認知行動療法	24	(8.2)
その他の効果が期待される支援技法			
	アウトリーチ	34	(11.7)
	就労支援	33	(11.3)
	認知機能リハビリテーション	15	(5.2)
	SST	74	(25.4)
	ケアマネジメント	25	(8.6)

^a 欠損回答のため、各属性のカテゴリ合計は必ずしも回答者合計(291名)とは一致しない。

^b 各支援技法に関わった経験のある者の人数と、その回答者に占める割合(%)を載せた。

ACT Assertive Community Treatment, IPS Individual Placement and Support, SST Social Skills Training

M Mean, SD Standard Deviation

表3. ストレngths志向的な支援態度尺度の下位尺度および項目

下位尺度および項目	実施度 (n = 274)		自信度 (n = 263)	
	M ± SD	項目平均 ^a	M ± SD	項目平均 ^a
Person-Centered Approach	5.53 ± 1.64	1.84	4.88 ± 1.49	1.63
1 本人の病状が不安定になる可能性があると感じた場合でも、本人の挑戦したいという気持ち(就職や恋愛など)に、まずは肯定的なコメントを返す。	1.84 ± 0.68		1.59 ± 0.62	
8 病気や症状以外の本人の個性、価値観などについても積極的に焦点を当てて本人と会話をする。	1.84 ± 0.68		1.65 ± 0.61	
15 支援にあたっては、本人が地域生活を送る上で望むことややりたいこと、現在の課題などを尋ねる。	1.84 ± 0.78		1.64 ± 0.72	
Shared Decision-Making	7.15 ± 2.85	1.43	6.87 ± 2.37	1.37
4 目標設定や支援計画づくりは、本人と共に考え、本人が主体的に選択できるようサポートする。	1.69 ± 0.72		1.49 ± 0.60	
5 クライシス(危機的状況)時に、本人が自分で行うと良いこと、周囲の人にやってほしいことなどを、事前に本人と一緒に考える。	1.44 ± 0.69		1.31 ± 0.63	
10 目標設定や支援計画づくりのカンファレンス・話し合いは、本人が参加して行う。	1.10 ± 0.86		1.24 ± 0.71	
12 アセスメント票や支援計画には、本人の言葉を積極的に活用する。	1.63 ± 0.77		1.52 ± 0.64	
16 アセスメント票と支援計画は、本人と一緒に定期的に見直し、更新する。	1.28 ± 0.83		1.31 ± 0.71	
Strength-Focused Approach	4.97 ± 1.69	1.66	4.42 ± 1.53	1.47
2 本人の個人および環境の持つstrengths(長所・強み)を、本人との対話や行動のなかで一緒に見つける。	1.93 ± 0.67		1.68 ± 0.62	
13 本人の上手い経験も上手いかなかった経験も、次の活動を行う際に役立つ体験と捉え、本人がそれを活用しやすいように対話を進める。	1.82 ± 0.73		1.57 ± 0.64	
14 支援計画は、支援活動の大部分が地域社会の中で(入院中の者に対しては、すみやかに病院の敷地外で)行われるように作る。	1.22 ± 0.80		1.17 ± 0.69	
合計	17.65 ± 5.46	1.60	16.17 ± 4.77	1.47

M Mean, SD Standard Deviation

^a 各下位尺度得点および尺度合計得点を、構成する項目数で除して算出した。

表4. ストレングス志向的な支援態度尺度とRAQ-7との相関

下位尺度	RAQ-7との相関			
	実施度 (n = 115)		自信度 (n = 105)	
	r	p	r	p
Person-Centered Approach	.255	<0.0001	.208	0.0007
Shared Decision-Making	.118	0.0496	.080	0.1927
Strength-Focused Approach	.188	0.0017	.186	0.0024
合計	.198	0.0009	.180	0.0033

RAQ-7: Recovery Attitude Questionnaire -7

表5. ストレングス志向的な支援態度尺度の内的整合性

下位尺度	Cronbach の α 係数	
	実施度 (n = 274)	自信度 (n = 263)
Person-Centered Approach	0.65	0.64
Shared Decision-Making	0.79	0.77
Strength-Focused Approach	0.65	0.68
合計	0.87	0.87

表6. ストレングス志向的な支援態度尺度の再検査信頼性

下位尺度	ICC _(1,2) (95% 信頼区間 [下側 - 上側])			
	実施度 (n = 115)		自信度 (n = 105)	
Person-Centered Approach	0.76	(0.65 - 0.83)	0.76	(0.65 - 0.84)
Shared Decision-Making	0.80	(0.71 - 0.86)	0.76	(0.65 - 0.84)
Strength-Focused Approach	0.77	(0.67 - 0.84)	0.74	(0.62 - 0.83)
合計	0.84	(0.76 - 0.89)	0.83	(0.74 - 0.88)

ICC Intraclass Correlation Coefficients

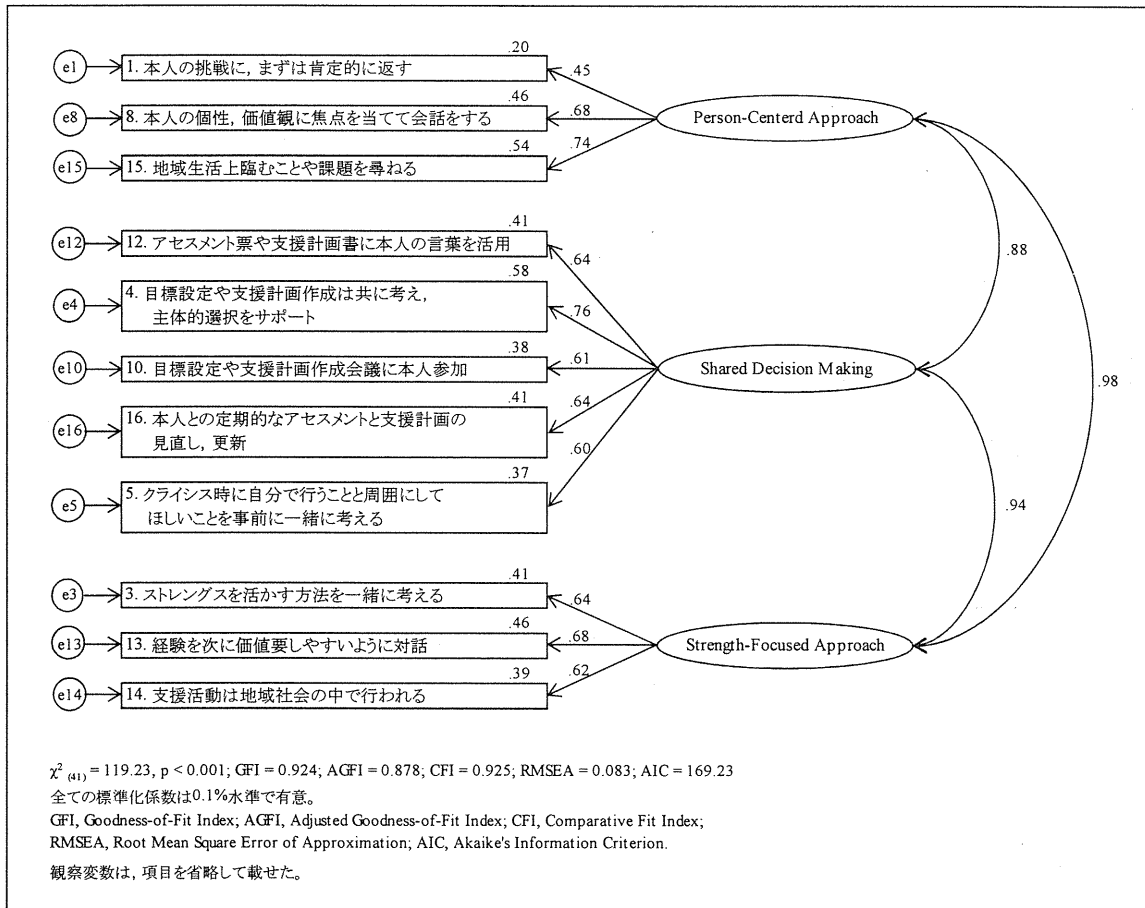


図 1. ストレngth志向的な支援態度尺度の実施度得点を用いた構造方程式モデルによる確証的因子分析の結果

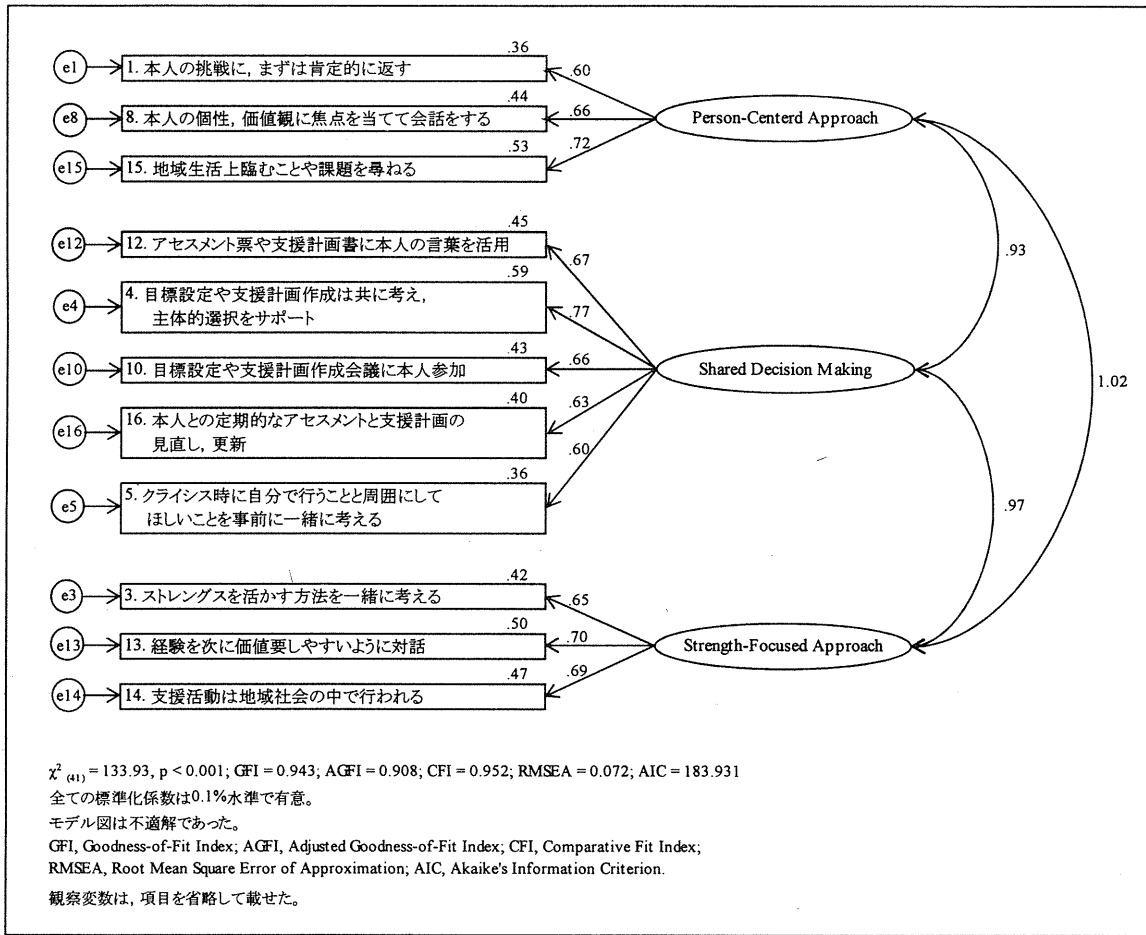


図 2. ストレngths志向的な支援態度尺度の自信度得点を用いた構造方程式モデルによる確証的因子分析の結果

モデルが実践スタッフの支援態度に及ぼす影響の検討
～スタッフ自記式調査におけるベースライン調査の概要～

研究分担者 賛川信幸¹⁾

研究協力者(主執筆者に○) 山口創生²⁾ ○前田恵子³⁾

1) 日本社会事業大学社会事業研究所

2) 独) 国立精神・神経医療研究センター神保健研究所 社会復帰研究部

3) 日本学術振興会

要旨

本研究では、介入群 (n=96) と対照群 (n=89) のベースラインにおけるスタッフ態度の指標の状況をまとめた。また、介入群となるモデル導入機関には、これまで既に ACT や IPS など、ストレングスを重視する支援プログラムを行っていた事業所が含まれるため、そうした経験とベースラインの支援態度の程度との関連を検証した。その結果、ベースラインにおける各スタッフ意識・態度の指標の多くが、介入群と対照群との間で有意な差が認められた。他方、両群間には属性にも違いが認められた。これらの結果から、ベースラインのスタッフ意識・態度指標の群間の差には一部、属性の違いが影響していたが可能性が示唆された。

A. 背景

わが国の精神科医療は、入院治療中心から地域生活中心へと転換が求められて久しいが、それが十分に進んでいない状況にある。他方、地域生活中心の推進を可能にする科学的根拠に基づく心理社会的介入プログラム (ACT, IPS, FPE, など) が海外より紹介されており、プログラム個別の効果はわが国でも報告されてきている^{(1),(2),(3),(4)}。他方、地域生活中心を推し進める支援で目指すゴールは、サービス利用者が症状や障害症状や障害を抱えていながらも、地域でその人の望む生活を実現し維持していくことが位置づけられる。そしてそのためには、サービス利用者の好み、希望、経験や、環境の持つ広がりや「強み (ストレングス)」と捉え、それを活用していく「ストレングス・モデル」のアプローチが必要とされる⁽⁵⁾。また、サービス利用者が支援者との良好な治療同盟のもとで主体的に取り組んでいけるためには、

支援者の利用者に対する肯定的な態度が重要となる⁽⁶⁾。研究班では、精神科医療機関が中心となって進める、多職種チームによるアウトリーチを中心とする支援 (多職種アウトリーチ支援) および、認知機能リハビリテーションと援助付き雇用を統合した就労支援プログラムをパッケージとした地域精神科医療モデルを構築した。このモデルの枠組み (構造) は明確であり、支援スタッフには、サービス利用者との治療同盟のもと、利用者の自身や環境のストレングスに注目し、それを活用していくアプローチが位置づけられている。これらのことから、本モデルに携わるスタッフにおける、これらの支援態度の浸透度を明らかにすることは重要である。とくに、本モデルが医療機関のスタッフが中心となって取り組むことから、期待する成果を達成するためにこれらの支援態度がスタッフ (チーム) に浸透することの意義は大きい。加えて、このモデルに携わる支援スタッ