

に示す。全体に低下しており、特に遂行機能についてはZ-scoreで-1.41であった。しかし、自覚的には全ての項目について、病気以前と変わらないか、より簡単にできると答えており、自己評価は現実的ではなかった。パソコンには慣れていないということだったが、説明を受けながらセッティングから習得し、Cogpackには丁寧に取り組んでいた。いつも予定時間よりも早く終了しており、言語グループでは、時に話の流れに乗れず的外れな発言が見られたが、常に積極的に記憶法などの独自の工夫を発言していた。

就労については、当初、簿記の資格を取って経理事務をしたいと希望していたが、徐々に現実的な希望に変わり、最終的には無理のないコンビニの裏方の仕事に障がい者枠で就職することができた。就職後、「(来なくても)大丈夫です」との本人の言葉であったが、本人の了解をとってESが職場訪問したところ、直接の上司は精神疾患の知識が全くないということで、ESが介入し、半年以上経つ現在も就労継続できている。

当初、病的体験も継続しており、認知機能や自己評価について課題が多いと感じられた症例が、認知機能リハビリテーションとIPSの適応で順調に経過した。

E. 考察

住吉は、E.Bleulerが連合弛緩を同疾患の中核症状に据えたことは興味深いと述べている⁴⁾。統合失調症における認知機能障害(cognitive impairment in schizophrenia: CIS)は、今回の対象者においても従来どおり、言語記憶、遂行機能、言語流暢性などで低下が認められ、まさにその後の社会的機能を左右する中核症状と思われた。そしてこれらの機能はほとんどの症例においてリハビリテーションによって改善した。

ワーキングメモリーの一つである、頭の中にある情報の発生源をモニタリングする機能が、コンピューターによる認知機能トレーニングで改善し、それがfMRIによっても確認

され、さらに6ヶ月後の社会機能も改善させたことが報告された⁵⁾。今回のリハビリでも、幻聴に行動を左右されていた症例F-7でも、病識が出てくるなど、リハビリ終了前から目覚ましい変化がみられ、6ヶ月以上経った今でもその効果が継続している。

診療所機能を持つ精神保健福祉センターで、別の医療機関に主治医を持つ統合失調症者を対象に、認知機能リハビリテーションと個別就労支援を実施した。今回報告していない3期生においてもさらに一般就労が増加し、地方都市でのモデル事業として効果が明らかになった。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1)池淵恵美:「統合失調症へのアプローチ」2006 星和出版
- 2)池淵恵美:「統合失調症の人の就労支援」精神神経学雑誌第108巻第5号(2006)436-448
- 3)伊藤順一郎・香田真希子監修:「IPS入門1」NPO法人地域精神保健福祉機構コンボ
- 4)住吉太幹:統合失調症における認知機能障害 臨床精神医学42(12)1461-1467
- 5)Subramanian,K.,Luks,T.L.,Fisher,M.,Simpson,G.,V.,Nagarajan,Srikantan,Vinogradov,S.,(2012). Computerized Cognitive Training Restores Neural Activity within the Reality Monitoring Network in Schizophrenia. Neuron 73 842-853

BACS-J(Z-score)							
	言語記憶	数字順列	言語流暢性	運動課題	符号課題	ロンドン塔	総合得点
実施前	-0.84	-1.64	-1.65	-2.19	-2.22	-1.41	-1.99
実施後	-0.24	-1.92	-1.84	-3.22	-2.13	-0.05	-1.88

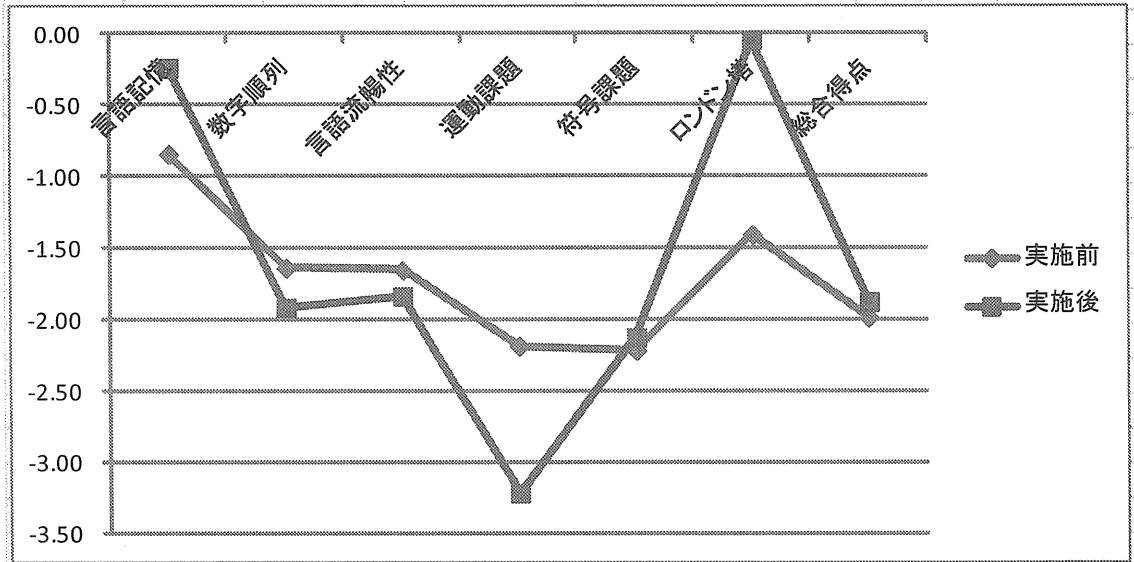


表1: 対象者の認知機能と就労状況

事例	デイク ア時 年齢	BACS												就労状況
		言語記憶反応		数字順列反応		言語流暢性反応		トークン運動課題		符号課題		ロンドン塔検査		
		前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	
A	20代	0.25	1.48	-2.87	-2.36	-0.37	0.01	-2.19	-1.84	-0.91	-0.55	-0.82	0.09	A型就労
B	40代	-1.02	-1.13	0	-1.14	-0.31	-1.25	-1.48	-1.64	-1.15	-0.6	0.04	0.04	結婚
C	30代	-2.41	-0.12	-2.75	-1.64	-2.38	-1.65	-2.39	-2.39	-2.04	-1.68	-0.5	-0.95	高校認定試験に向けて勉強中
D	30代	0.24	1.81	-1.64	-1.36	-0.47	0.07	-0.12	-2.6	-1.23	-0.95	-1.41	0.41	家事手伝い
E	20代	1.36	0.74	0.46	0.97	-0.1	0.06	-2.71	-1.15	-1.34	-0.83	-0.36	-0.36	一般就労
F	30代	-0.84	-0.24	-1.64	-1.92	-1.65	-1.84	-2.19	-3.22	-2.22	-2.13	-1.41	-0.05	一般就労
G	20代	-1.36	-0.49	-0.31	0.21	-1.22	-0.42	-0.1	0.94	-1.47	0.75	-1.06	-0.36	A型就労

	デイク ア時 年齢	BACS												就労状況
		言語記憶反応		数字順列反応		言語流暢性反応		トークン運動課題		符号課題		ロンドン塔検査		
		前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	
H	40代	0.31	1.64	1.43	2.57	1.04	0.28	-1.17	-1.02	0.41	0.78	0.39	1.46	就労移行支援利用中
I	40代	-0.69	-0.02	0.86	1.71	0.45	0.62	-2.11	-2.11	0.14	0.14	-0.32	-1.04	A型就労
J	30代	-0.48	-0.12	-2.47	-1.64	-1.11	-0.47	-2.6	-0.33	-1.41	-0.95	0.41	-0.5	A型就労
K	40代	-2.02	-2.13	-0.57	0.57	-1.17	-1.33	0.11	-0.57	-2.16	-1.79	0.39	0.04	家事手伝い
L	30代	-1.81	-2.05	0.03	-1.08	0.16	-1.84	-1.98	-2.8	-0.77	-1.59	1.32	0.41	就労移行支援利用中

認知機能リハビリテーションと個別援助付雇用モデル サイト報告 民間企業

研究分担者：佐藤さやか¹⁾

研究協力者：○川上祐佳里²⁾，梶谷美和子²⁾，木之瀬友紀²⁾，作森麻優²⁾，
田端絵美²⁾，樋口潤²⁾，野口真理子²⁾，森田健太郎²⁾

- 1) 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
- 2) 株式会社 リクルートスタッフィング

要旨

株式会社リクルートスタッフィングは、精神障害者向け人材紹介事業として、有料職業紹介と紹介予定派遣の2つの仕組みを活用し、事務職および障害者雇用枠で働きたい精神障害者をサポートしている。個別の就労支援と、専門家による就労後のフォローという体制の下、285名の就労が決定し、かつ就労後6か月経過時の定着率は92%と高い水準を保っている。定着支援を行う上で、①職場環境と本人の特性のマッチング、②職場の精神障害者に対する正しい理解、③専門家による就労フォローの3点が重要であることが明らかとなった。

A. 研究地区の背景

株式会社リクルートスタッフィングは、2010年より、精神障害者向け人材紹介事業（アビリティスタッフィング事業）を行っており、本研究には、アビリティスタッフィング事業に携わるメンバーが参加している。

アビリティスタッフィング事業は、精神障害者の「できること」に注目し、精神障害者雇用への正しい理解を企業に伝えながら、障害者雇用枠で働きたい精神障害者をサポートする事業である。

仕事紹介は、有料職業紹介と紹介予定派遣の2つの仕組みで行っている。紹介予定派遣は、企業にとっては、派遣期間中に派遣された者のスキルや適性が自社に適しているかを見極めることができ、求職者にとっては、派遣先が社員として働いていける企業であるか、職場環境などを見極めることができるため、精神障害者の雇用促進の一助となり得る。

次に、紹介先は、企業の障害者雇用枠である。ハローワークにおける調査¹⁾（相澤ら,2010）によると、一般求人で就職した精神障害者の1年後の定着率が25.6%であるのに対し、障害者求人で就職した精神障害者の1年後の定着率は56.7%と高いことが明らかになっており、障害者雇用枠へ紹介することにより、精神障害者にとって働きやすい環境を提供できることが明らかである。

また、紹介する職種は、事務職が中心である。ハローワークにおける調査¹⁾（相澤ら,2010）によると、「事務」を希望する精神障害者は求職者全体の22.5%と、「生産・労務」の39.5%に次いで高いが、実際の就職職種は、「生産・労務」が47.9%であるのに対し、「事務」は15.6%と低く、事務職を希望する精神障害者の割合に対して、事務職に就職できていないことが明らかになっている。一方、リクルートスタッフィングは、事務職を得意と

する人材派遣会社であり、企業から事務職の求人を獲得しやすい環境にある。さらに、Drake, Beckerら(1996)は、精神障害者は本人が興味ある仕事に就くことにより、より大きな満足感と長期の職場定着につながるということを明らかにしており、自社の強みを活かして、精神障害者に事務職の仕事を紹介することは、精神障害者のリカバリーにつながると考えられる²⁾。

B. 構築された臨床体制

精神障害者の人材紹介事業を行うにあたって、通常の人材紹介事業に加えて、障害特性の把握や、面接への同行、および面接対策といった個別の就労支援と、専門家による就労後のフォローといった2つの体制を構築している。

まず、個別の就労支援だが、精神障害者が就労する上での障害特性の把握(アセスメント)を行い、それに合わせた仕事の紹介および面接対策を行っている。我々リクルートグループは、総合人材サービスとして長年面接対策に携わってきたため、培ったノウハウを活用することができる。なお、アンケートによる実態調査³⁾(亀田ら,2011)の結果、精神障害者の就職において、面接・履歴書作成の練習、仕事を探す方法の説明、職業相談・カウンセリング・評価といった個別の就労支援が効果的であることが示唆されている。したがって、個別の就労支援は精神障害者の就労支援において、不可欠なものと考えられる。

次に、専門家による就労後のフォローについてだが、ハローワークにおける調査(相澤ら,2010)によると、就労後に適応指導がある場合の1年後の定着率は58.9%であり、適応指導がない場合の34.5%と比べて高く、適応指導の有効性が示されている。そこで、我々は、精神保健福祉士、臨床心理士、ジョブコーチなどの資格をもった専門家が、精神障害者本人および企業の双方に就労後のフォロー

(適応指導)を行うという体制を構築している(表1)。

個別の就労支援および就業後のフォローの具体的内容であるが、個別の就労支援では、アセスメント、マッチング、面接対策、職場の理解の醸成の4点に力を入れている。まず、アセスメントは、グループワークと個別面談の2回に分けて実施し、定量的および定性的に本人の特性を把握する構造的なアセスメントを行っている。次に、求職者と仕事のマッチングでは、本人の病状からくる配慮ポイントや本人の志向などを踏まえたうえでマッチングを行っている。特に、精神障害者は、職場環境に合わせていくことが苦手である傾向が強いので、本人にあった職場環境にマッチングすることが定着の上で非常に重要だと実感している。さらに、面接対策では、面接の練習、面接の同行に加え、精神障害者は緊張感が高いため、面接で必要以上に緊張してしまい、本来の良さがでないことが多いので、グループワークなどを活用し、普段通りの姿を企業の人事に見てもらうことで、採用に結び付ける仕組みとして、企業と求職者の交流会を実施している。また、現場の理解の醸成では、面接時に、人事だけでなく、配属される職場の方にも同席してもらうことと、就労前に、配属される職場向けマネジメントセミナーを実施し、一緒に働く人たちに正しい知識を持ってもらい、精神障害者を一緒に働く仲間として受け入れてもらうことで、過度や過小な配慮ではなく、本人に合った適切な配慮が行えるように工夫している。

一方、専門家による就業後のフォローでは、1~4週に一度の本人および企業との面談を行っている。この際、本人だけでなく、企業側とも面談を実施し、相談に乗るのが非常に重要である。

C. 対象者が受けた支援内容

研究対象者でリクルートスタッフィングに

リファーされた対象者は3名で、1名は就労中、1名はドロップアウト、1名は支援終了である。

対象者が受けている支援内容であるが、Aさんは、グループワークと個別面談にてアセスメントを行い、その後、2社の仕事を紹介し、それぞれの企業別に、面接対策・面接への同行などの個別支援を実施。また、同時に、企業と求職者の交流会へ5回参加してもらった。そして、2012年11月15日より、アビリティスタッフィングにて就労開始し、週5日、1日5.5時間の週27.5時間勤務で、すでに1年4か月経過している。2014年に入って体調を崩しがちになっているため、福祉施設との連携を強化し、対応を行っている。

Bさんは、グループワークと個別面談にてアセスメントを行い、その後、1社の仕事を紹介したが、本人の希望に合わず辞退。同時期に、企業と求職者の交流会を2回案内したが、2回とも連絡なく、当日キャンセルとなり、そのまま、ドロップアウトとなった。

なお、研究期間終了後ではあるが、2013年秋に体調がよくなったと連絡があり、再度支援を開始し、2013年11月25日より企業で就業開始し、週3日、1日7時間の週21時間勤務で、すでに5か月経過している。

Cさんは、仙台サイトの対象者だったため、他の求職者がおらずグループワークが実施できないため、個別面談のみでアセスメントを実施。その後、計19時間の職場開拓を行ったが、仙台での仕事をいいタイミングで獲得することができず、その間にCさんご自身が見つけてきた仕事に就労が決定し、支援が終了した。

D. 結果

前段で説明した体制の下、現時点で285名の精神障害者が我々の人材紹介事業を通じて、就労が決定した。内訳は、統合失調症39%、双極性障害15%、うつ病32%、発達障害3%、

てんかん2%、その他9%であった。また、就業後6か月時点での定着率は92%であった。

E. 考察

1) 定着について

アビリティスタッフィングで紹介した人たちの就労後6か月経過時の定着率は、92%であり、これは、ハローワークを利用して障害者求人就職した精神障害者の就労後6か月時の定着率の66.2%¹⁾(相澤ら,2010)を大きく上回り、個別支援と就業後のフォローの有用性が実証されたといえる。

なお、定着支援を行う上で重要なポイントとして、①職場環境と本人の特性のマッチング、②職場の精神障害者に対する正しい理解、③専門家による就労フォローの3点が重要であることが分かってきた。

まず、①職場環境と本人の特性のマッチングであるが、例えば、銀行のような規律正しい職場と、リクルートのような自由な雰囲気職場では、職場内のルールも異なり、それぞれ合う人は異なってくる。新しく職に就くと、職場ルールや周りの人がやっていることを見ながら、その職場に合わせることになるが、精神障害者は一般的にその過程が非常に苦手だったり、自分のやり方と合わないことを行うことに強いストレスを感じたりする。そこで、その人の特性に合う職場環境の企業にあらかじめマッチングすることにより、入社後のストレスが軽減し、定着率の向上につながる。

次に、②職場の精神障害者に対する正しい理解であるが、アビリティスタッフィングでは、ご本人の入社前に配属される職場向けマネジメントセミナーを実施している。その際、上司の方だけでなく、周りで働く方(課のメンバーや、できれば部全体)に、精神障害者に対して正しい理解を持っていただくことが大切である。多くの場合、周りで働く方に精神障害者に対する知識がなく、過度な配慮にな

ってしまったり、どうしていいかわからないので、何もしないという過小な配慮になってしまうケースが見受けられる。過度な配慮により、適切な注意などができないと、精神障害者の成長につながらず、結果スキル不足で勤務が継続できないことにもなるため、適切に注意や修正をしてもらうことは大事である。職場の全員をサポートにできれば、精神障害者の就労はうまくいきやすい。

最後に、③専門家による就労フォローであるが、これは、精神障害者本人に対してももちろんだが、職場の方にもヒアリングとフィードバックを行うことが大切である。精神障害者は現実検討能力が低いケースがあるため、本人は問題ないと思っているが、職場では周りの人たちが疲弊しきっているケースも多く見受けられる。その際、早い段階で職場のケアを行うことで、結果として精神障害者本人への職場からのサポートが得られることとなり、定着率の向上につながる。

2) 医療機関および支援機関の重要性について

今回就労した 285 名と、就労していない人の比較をした際、定性的な分析ではあるが、**illness management** ができているかどうかと、生活問題が整っているかどうか非常に大きいポイントであると考察できる。

なお、デイケアや就労移行支援事業所などに通所経験のある人は、**illness management** の知識があり、**illness management** ができている傾向がある。また、生活支援が必要な人の場合、支援者がいないとアビリティスタッフィング(就労支援)単体での対応は難しく、医療機関との連携の必要性を強く感じる。

これらのことより、精神障害者の就労支援において、医療機関や支援機関の重要性が再確認された。

一方で、本人が医療を拒むケースの難しさも実感している。

3) 疾患別のマネジメントポイント

285 名の就労実績から見えてきた、疾患別、主に、統合失調症と気分障害のマネジメントポイントであるが、統合失調症は、認知機能障害に対応したマネジメントを行うことがポイントであり、一方、気分障害は、「安心感」・「認めている感」・「役立っている感」を醸成するのがポイントであることが分かった。

具体的には、統合失調症は認知機能障害により、同時に複数のことをこなすことが苦手だったり、明確な指示がないと仕事が滞ったり、類推するのが苦手だったり、臨機応変な対応が難しかったりする。そのため、指示をする際は、目的と 5W1H を伝えること、間違っていることは間違っていると明確に伝えること、業務の指示は一つずつ行うこと、就労当初は簡単な業務から行うことなどがマネジメント上必要となる。

一方、気分障害は、まじめな性格のために、業務を「かかえこむ」「断れない」「やりすぎる」傾向がある。そのため、業務を小出しにすること、納期の迫った業務は任せないこと、本人の経験に即した業務を任せること(簡単すぎても難しすぎても NG)などがマネジメント上必要となる。

4) 今後の課題

精神障害者がより長期に安定して就労していくための仕組み作りのために、就労継続時の **illness management** の必要性を感じている。

就労開始当初は、本人の意識も高く、病気との付き合いも上手にできているのだが、就労開始して 1 年程度経過すると本人も自信がついてきて、プライベートでの活動も増えてきて、そのタイミングで、再発したり、体調を崩したりするケースが何件か発生した。

また、自信がつくことにより、医療での治療を中断したり、もっと難しい仕事がしたいと転職したりして、結果体調を崩すケースが多く、本人の希望をどこまで受け入れるのか

非常に難しく、課題である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

- ・川上祐佳里：第2回日本精神科医学会学術大会 シンポジウム4「乗り遅れるなソーシャルビジネス—障害者雇用が社会を変える—」シンポジスト，埼玉，2013.11.14-15.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

文献

- 1)相澤欽一,岩永可奈子,村山奈美子,川村博子：調査研究報告書 No.95 精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究. 第2章 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター，東京，pp21-78，2010.
- 2)Becker DR, Drake RE, Farabaugh A, Bond GR:Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. Psychiatric Services 47(11), 1223-1226, 1996.
- 3)亀田敦志,春名由一郎,田村みつよ：調査研究報告書 No100 障害者の自立支援と就業支援の効果的連携のための実証的研究. 第4章 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター，東京，pp117-204，2011.

表1：リクルートスタッフィングにおける臨床体制

		具体的施策
個別支援	アセスメント	グループワークと個別面談を組み合わせた構造的アセスメント
	マッチング	配慮ポイントや本人の志向などを踏まえた職場・仕事とのマッチング
	面接対策	<ul style="list-style-type: none"> ・面接の練習 ・面接への同行 ・企業と求職者の交流会の実施
	職場の理解の醸成	<ul style="list-style-type: none"> ・面接時に、人事だけでなく、配属される職場の方にも同席してもらう ・就労前に、配属される職場向けマネジメントセミナーの実施
専門家による就業後のフォロー（適応指導）		1～4週に一度の本人および企業との面談

Ⅱ. 分担研究報告書

5. 地域精神科医療モデルの実践がスタッフの
支援態度に及ぼす影響の検討

地域精神科医療モデルの実践がスタッフの支援態度に及ぼす影響の検討 ：2年間フォローアップ調査の結果

研究分担者：○贅川信幸¹⁾

研究協力者：種田綾乃²⁾，山口創生²⁾，伊藤順一郎²⁾

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 精神保健研究所 社会復帰研究部

要旨

目的：本研究は、地域精神科医療モデルの実践が支援スタッフの支援態度に及ぼす影響を検討することを目的とした。

方法：モデルを実施する4エリアで直接モデルに携わる臨床スタッフを介入群（n=96）とし、モデルを導入していない全国11の精神科医療機関でアウトリーチ部門かつまたはデイケア部門に所属する臨床スタッフを対照群（n=89）とした。ストレングス志向支援尺度、リカバリー態度尺度などで構成される自記式調査票を用い、モデル実践開始前（ベースライン）とその1年後、2年後の三時点でスタッフの支援態度・意識を評価した。

結果と考察：三時点すべてにおいて回答が得られた介入群59名、対照群44名に対する繰り返しありの二要因分散分析の結果、介入群はリカバリー態度尺度において2年後得点が、EBPへの態度尺度において1年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示した（群の主効果）。各時点で回答が得られた全対象者について、繰り返しなしの二要因分散分析を行った結果、ストレングス志向支援尺度の「本人参加と意思決定」下位尺度の自信度はすべての時点で介入群は対照群よりも有意に高い得点を示し、介入群では、1年後よりも2年後で有意に高い得点を示した。またEBPへの態度尺度では、介入群がベースラインよりも1年後で有意に高い得点を示した。その他の多くの指標では、介入群が対照群よりも有意に高い得点を示した（群の主効果）。これらの結果から、本研究班で構築した「地域生活中心」を推進する地域精神科医療モデルにおける実践により、臨床スタッフのリカバリー志向の態度が高まり、支援チーム全体としてもストレングス志向支援を実施する自信が高まると考えられた。また、介入群ではリカバリー志向やストレングス志向の高い支援が実施されている（質の担保）ことが示唆された。

A. 研究の背景

わが国の精神科医療では、入院治療中心から地域生活中心への転換が求められて久しい。そのなかで、重い精神障害をもつ人たちが希望する地域社会生活を支援する科学的根拠に基づく実践（Evidence-Based Practices: EBP）

プログラムが海外より紹介され、個々のプログラムの効果はわが国でも報告されている¹⁻⁴⁾。これらのプログラムが目指すゴールには、再発や再入院の提言、地域定着率や就労率の向上などに加え、サービス利用者が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ている。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めるためには、利用者に対する支援者の肯定的な態度が重要となる⁶⁾。

研究班では、精神科医療機関を中心として、ACT (Assertive Community Treatment) をモデルとした多職種チームによるアウトリーチを中心とした支援、および IPS (Individual Placement and Support) をモデルとした就労支援と認知機能リハビリテーションによる支援をパッケージとした地域精神科医療モデルを構築した。このモデルでは、ストレングス・モデルのケースマネジメントやリカバリー概念を位置付けている。

地域生活中心を推進する支援において、ストレングスやリカバリーの理念に基づく支援態度のスタッフ（チーム）への浸透度を捉えることが求められる。加えて、このモデルに携わる支援スタッフの心身の健康が保たれることは、継続して安定的な支援をサービス利用者に提供できる点からも重要である。

本研究では、ストレングスやリカバリーの理念を重視する精神科医療モデルにおける支援スタッフの支援態度・意識の変化、チーム内での浸透度を捉えることにより、わが国で地域生活中心を推進する地域精神科医療モデルの可能性について考察することを目的とする。

B. 方法

1. 対象

1) 介入群

地域精神科医療モデルを実施する 4 エリア（小平、国府台、帝京、仙台）においてモデルに直接携わるスタッフを対象とした。

2) 対照群

国立病院機構で精神科アウトリーチ部門かつまたはデイケア部門を有する 11 機関で、当該支援に関与する担当受け持ちのあるスタッフを対象とした。

2. 評価

以下の尺度および項目で構成されるスタッフによる自記式調査票を使用した。ベースライン評価を、モデルによる介入開始時（2011 年 11～12 月）に行い、追跡調査をその 1 年後（2012 年 12 月）、2 年後（2013 年 12 月）にそれぞれ実施した。各時点の回答は、対象者に個別に割り当てた ID によって相互に関連付けられるように管理した。

1) ストレングス志向支援尺度

支援スタッフが、精神障害をもつ人の本人やその環境のストレングスに焦点を当て、それを活かしたり伸ばしたりできるような方略を本人とともに考える支援態度を評価する 11 項目からなる尺度である。各項目が表す行動に対して、その行動を行っている程度（実施度）、およびその行動を行う自信の程度（自信度）を「0: ほとんど行っていない／まったく自信がない」から「3: 行っている／自信がある」の 4 段階で回答を求めた。本尺度は、本人中心アプローチ（3 項目）、本人参加と自己決定（5 項目）、ストレングス焦点型アプローチ（3 項目）の 3 下位尺度をもち、各下位尺度得点および全体得点は、それぞれ構成する項目の得点を加算して構成項目数で除して算出される（項目平均得点：0～3 点）。

得点が高いほど、ストレングス志向の支援を実施している／実施している自信があることを表す。本尺度は信頼性と妥当性は確認されている⁷⁾。

2) 日本語版 Recovery Attitude

Questionnaire (以下、RAQ)

支援スタッフのリカバリーに対する態度を問う 16 項目からなる尺度である。各項目に「1: まったくそう思わない」から「5: とてもそう思う」の 5 段階で回答を求めた。各回答を加算した合計得点が算出され、得点が高いほど、リカバリーに対して肯定的な態度を有することを表す。日本語版の心理測定学的特性は未検討であるが、原版では信頼性および妥当性が確認されている⁸⁾。

3) 日本語版 Evidence-Based Practice

Attitude Scale (以下、EBPAS)

支援スタッフの新規プログラム (EBP) に対する認識を問う 15 項目からなる尺度である。各項目に「0: 全くあてはまらない」から「4: 非常によく当てはまる」の 5 段階で回答を求めた。本尺度は、要請 (3 項目)、魅力 (4 項目)、開放性 (4 項目)、かい離性 (4 項目: 逆転項目) の 4 つの下位尺度をもち、各下位尺度得点およびこれらを加算した合計得点が算出される。

逆転項目の尺度は得点を逆転させて算出した。得点が高いほど、EBP や新規プログラムを取り入れようとすることに対する肯定的な態度を有することを表す。本尺度は信頼性・妥当性が確認されている⁹⁾。

4) 精神障がい者に対する肯定的態度: 改訂版

(以下、肯定的態度尺度 [PAS])

支援スタッフの、精神障害をもつ人の能力や可能性を信じ受け入れる態度を問う 19 項目からなる尺度である。各項目に「0: まったくそう思わない」から「3: 大いにそう思う」の 4 段階で回答を求めた。本尺度は、能力と回復への期待 (10 項目)、共生への姿勢 (5 項目)、支持的援助行動 (4 項目) の 3 つの下位尺度をもち、各下位尺度得点およびこれらを加算した合計得点が算出される。なお、下

位尺度および合計得点の算出に際しては、原典に合わせて、各項目への回答番号に 1 を加え 1~4 点として扱った。

得点が高いほど、精神障害をもつ人に対して肯定的な態度を有することを表す。本尺度は信頼性・妥当性が確認されている¹⁰⁾。

5) 統合失調症に対する社会的距離尺度 (以下、社会的距離尺度)

支援スタッフの統合失調症をもつ人に対する否定的な態度を問う 5 項目からなる尺度である。各項目に「0: そう思わない」から「3: そう思う」の 4 段階で回答を求めた。各回答を加算した合計得点が算出される。

得点が高いほど、統合失調症をもつ人に対して社会的に距離を置く態度を有することを表す。本尺度は信頼性・妥当性が確認されている¹¹⁾。

6) 組織風土尺度

仕事環境で生活し活動している人が、直接的あるいは間接的に認知し、そのモチベーションや行動に影響を及ぼすと考えられる仕事環境の特性を問う 33 項目からなる尺度である。各項目に「0: まったくそう思わない」から「3: 大いにそう思う」の 4 段階で回答を求めた。本尺度は、信頼と支持 (13 項目)、硬直性 (8 項目)、自由さ (5 項目)、個人尊重 (5 項目)、責任性 (2 項目) の 5 つの下位尺度をもち、尺度全体の合計得点は算出されない。なお、下位尺度の算出に際しては、原典に合わせて、各項目への回答に 1 を加え 1~4 点として扱った。

本尺度は信頼性・妥当性が確認されているほか、肯定的態度尺度に影響することが知られている¹⁰⁾。

7) 日本版 Maslach Burnout

Inventory-General Survey (以下、MBI)

支援スタッフのバーンアウトの程度を測定

する16項目からなる尺度である。各項目に「0: 全くない」から「6: いつも(毎日)」の7段階で回答を求めた。本尺度は、疲弊感(5項目)、シニシズム(5項目)、職務効力感(6項目: 逆転項目)の3つの下位尺度をもち、各下位尺度得点を構成する項目の得点を加算して項目数で除した下位尺度得点が算出される。

疲弊感とシニシズム得点が高いほど、職務効力感は得点が高いほど、それぞれバーンアウトの程度が高いことを表す。本尺度は信頼性・妥当性は確認されている¹²⁾。

8) 属性および臨床経験等

上記の尺度の他にEBPの実践を含め、現在あるいは過去に携わった実践について尋ねる10項目を調査票に盛り込んだ。それらは、包括型地域生活支援(Assertive Community Treatment: 以下ACT)、個別就労支援(Individual Placement and Support: 以下IPS)、当事者向け心理教育(Psycho-Education: 以下PE)、家族心理教育(Family Psycho-Education: 以下FPE)、そして認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: 以下CBT)である。加えて、性別、年齢、勤続年数、職種、学歴などの回答を求めた。

3. 分析

三時点すべてで回答が得られた対象者については、支援スタッフの支援態度を評価する各尺度得点およびバーンアウト尺度の得点を従属変数、群(介入群・対照群)および時点(ベースライン・一年後・二年後)を独立変数とする、繰り返しのある二要因分散分析を行った。加えて、各時点で回答が得られたすべての対象者のデータについては、各尺度得点およびバーンアウト尺度の得点を従属変数、群および時点を独立変数とする、繰り返しのない二要因分散分析を行った。

すべての統計解析には、SPSS for Windows, Ver. 20を用いた。

C. 結果

ベースライン調査では介入群96名、対照群89名、1年後調査では介入群99名、対照群102名、2年後調査では介入群91名、対照群90名から、それぞれ回答を得た。三時点すべてにおいて回答が得られた者は、介入群59名、対照群44名であった。ベースライン調査における対象者の基本属性および臨床経験等の背景属性を表1に示す。

各属性を群間で比較したところ、介入群は対照群よりも大学卒業者、医師、精神保健福祉士、受け持ち担当制で業務に従事する者、ACTやIPSのEBPに携わった経験のある者の割合が高かった。

1. 二年間の追跡調査によるスタッフ意識・態度の変化(表2)

三時点すべてにおいて回答が得られた者の各指標得点に対する繰り返しありの二要因分散分析の結果、RAQおよびEBPASの合計得点で交互作用が認められた。各群で、時間による変化の違いを検討した結果(Dunnett法)、介入群においてRAQの二年後得点、EBPASの一年後得点が、それぞれベースライン得点よりも有意に高いことが示された(RAQ $F=4.03$, $p=.019$; EBPAS $F=4.20$, $p=.016$)。EBPASの開放性下位尺度においても有意な交互作用が認められたが、事後検定において有意な差は認められなかった。

そのほかの指標では、MBI-GSの疲弊感、シニシズムを除くすべてにおいて有意な群の主効果が認められ、介入群が対照群よりも高い(逆の方向をもつ指標では低い)得点を示した。また、ストレングス志向支援態度、PAS、組織風土尺度の信頼と支持、硬直性、個人尊重、責務感の下位尺度において時間の有意な主効果が認められた。事後検定の結果、スト

レングス志向支援尺度および組織風土尺度の各下位尺度では2年後がベースラインよりも有意に高い（逆の方向をもつ指標では低い）得点を示したが、PASでは2年後がベースラインよりも有意に低い得点を示した。

2. 三時点の全データにおけるスタッフの意識・態度（表3）

三時点それぞれにおいて回答が得られた全データに対する繰り返しのない二要因分散分析の結果、ストレングス志向支援尺度の「本人参加と意思決定」の自信度得点、およびEBPAS合計得点で有意な交互作用が認められた。単純主効果の検定の結果、本人参加と意思決定下位尺度では、介入群において2年後が1年後よりも（ $p = .025$ ）、各時点において介入群は対照群よりも（all $p < .001$ ）、それぞれ有意に高い得点を示した。

そのほかの指標では、組織風土尺度の責務感下位尺度を除くすべてにおいて有意な群の主効果が認められ、介入群が対照群よりも高い（逆の方向をもつ指標では低い）得点を示した。また、組織風土尺度の信頼と支持下位尺度および個人尊重下位尺度において時間の有意な主効果が認められた。事後検定の結果、個人尊重下位尺度では2年後がベースラインよりも有意に高い得点を、信頼と支持下位尺度では2年後がベースラインよりも有意に低い得点を示した。

D. 考察

本研究では、地域精神科医療モデルでの実践がスタッフの意識・態度へ及ぼす影響を、対照群を設定した2年間の追跡調査によって検討した。この趣旨より、交互作用が認められた指標を中心に考察する。

分析結果より、介入群のスタッフは2年後のリカバリー態度尺度得点、1年後のEBPへの態度尺度がそれぞれベースラインの得点よりも有意に高くなることを示した。この結果は、研究班が構築したモデルにおける実践を

おこなうことで、リカバリーに対する理解が深まり、リカバリーの理念をより受け入れられるようになったことを表す。モデルでは、リカバリーやストレングスの視点が常に強調されるなかで実践が行われる。それゆえ、介入群スタッフにおいてリカバリーに対する認識が深まるとともに、その視点に基づく利用者との関わりで信念として固まっていくことを表していると思われた。また、モデルに組み込まれているアウトリーチ支援や就労支援は、EBPとして推奨されるACTやIPSに準じている。介入群のスタッフは、EBPに準じたモデルの実践を行う中でその価値や意義を理解し、EBPを実践することに対する肯定的な態度を獲得するようになったと考えられる。

多くの指標で有意な交互作用が認められなかった点は、次のように解釈されよう。すなわち、ベースライン調査において、本研究で用いたほぼすべての指標で介入群と対照群との間に有意な差が認められており、また介入群スタッフはすでに高いストレングス志向支援の実施や肯定的な態度を有していた¹³⁾。それゆえ、モデル実践による変化が生じにくかったのかもしれない。他方でこのことは、ストレングスの視点や、精神障害をもつ人の能力や可能性を信じ受け入れる意識が高い状態が維持されていることを表していると考えられ、本モデルの支援スタッフの質を保証するものということもできよう。

三時点すべてにおいて回答が得られた者が限られたため、本研究では、各時点で回答が得られた者すべてを対象とする分析を行った。この分析は、被験者内要因が考慮できないため、調査を行った各時点での介入群、対照群の全体の状況を比較することになる。例えば、2年後調査では、ベースラインと1年後の調査の対象になっていた者もいれば、2年後調査から対象になった者、1年後調査から対象になった者が含まれるため、個人内の時間変化を必ずしも考慮できない。一方で、スタッ

フの入れ替えがあっても支援チーム全体としての状態を捉えることができ、支援態度の浸透度の観点から有用な情報になると思われる。

この分析結果より、介入群は本人参加と意思決定に基づくストレングス志向支援を行う自信度が、1年後よりも2年後において有意に高いことを示した。また、介入群はEBPへの態度がベースラインよりも1年後において有意に高いことを示した。この結果は、支援チーム全体として、支援の過程にサービス利用者が参加し、協働して意思決定を行うことに対する自信や、EBPを実践することに対する肯定的な態度が高まっていることを表す。

支援の過程にサービス利用者が参加し、協働して意思決定を行うことは、利用者のリカバリーやストレングス・モデルのケースマネジメントにおいて重要となる。この実施度得点には有意な変化が認められなかったなかで自信度得点に有意な変化が認められたことは、本人参加による意思決定をモデルとして基本としているために元々実践されていたが、その実践を継続するなかでそのノウハウや意義がチーム全体で共有され、実施することの自信につながっていったのかもしれない。

EBPへの態度についても、同様の解釈ができるかもしれない。この点で共通して考えられることは、これらの肯定的な意識・態度がチームで共有されている点であろう。リカバリーやストレングスの理念、EBPに基づく支援の意義をチームで共有し、実践やカンファレンス等で常に話題となることで、その意識や態度がチーム全体で高まっていくのかもしれない。この点は、チームの取り組みとしてのプロセスを詳細に検討する必要がある。しかし、三時点すべてで回答が得られた者の人数が、ベースラインで対象となった者の人数の約半数になっていることから、多くのスタッフの入れ替わりがあったと捉えられるなかで、チームとして意識・態度に肯定的な変化が認められた点は、注目に値する。

この分析において、多くの指標で期待された交互作用が認められなかったことは、三時点すべてで回答が得られた者の分析結果と同様に解釈することができるかもしれない。すなわち、すでに高いストレングスやリカバリーの志向性を有しており、それが維持されていたのかもしれない。

E. 結論

「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スタッフは、2年間の実践において、モデルに携わらないスタッフと比べ、リカバリーに対する理解と受け入れの程度が高まり、EBPを実践する意義の理解と受け入れの程度が高まること示された。また、モデルを実施するチーム全体では、2年間の実践で、サービス利用者参加のもとで協働して支援に関する意思決定をすることの自信や、EBPを実践する意義の理解と受け入れの程度が高まること示された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

- ・山口創生, 贅川信幸, 米田恵子, 種田綾乃, 千葉理恵, 伊藤順一郎: 根拠に基づく実践の経験と精神障害者およびリカバリーに対する態度との関係: クロス・セクショナル研究. 日本精神障害者リハビリテーション学会第20回神奈川大会. 2012年11月

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

文献

- 1) Ito J, Oshima I, Nishio M, et al: The effect of assertive community treatment in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123(5):398-401, 2011.
- 2) 大島巖, 梅原芳江, 久米知代, 他: 公設地域活動支援センターにおけるIPS援助付き雇用(個別職業紹介とサポートプログラム)導入とその評価. 西尾雅明編: 厚生労働省科学研究費補助金 平成17-19年度総合報告書 精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究, 国立精神・神経医療研究センター, 東京, 2008.
- 3) Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, et al: Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 198:385-390, 2011.
- 4) Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, et al: Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60(5):590-597, 2006.
- 5) Rapp CA, Goscha RJ: The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities 2nd Edition, Oxford University Press, Oxford, 2006.
- 6) Thornicroft G: *Shunned: discrimination against people with mental illness*, Oxford University Press, New York, 2006.
- 7) 齋川信幸, 前田恵子, 山口創生. 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. 厚生労働省科学研究費補助金(難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業(精神疾患関係研究分野)):「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(研究代表者:伊藤順一郎)平成23年度研究報告書, pp137-148, 2012.
- 8) 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.
- 9) 奥村泰之, 藤田純一, 野田寿恵:「科学的根拠に基づく実践を適用することへの態度尺度(EBPAS)」日本語版の心理測定学的特徴の検討. *精神医学*, 52(1):79-85. 2010.
- 10) 岩井和子, 野中猛: 精神障害をもつ人に対する援助職員の肯定的態度と組織風土の影響. *日本社会精神医学会雑誌* 20(2):94-105, 2011.
- 11) 牧田潔: 統合失調症に対する社会的距離尺度(SDSJ)の作成と信頼性の検討. *日本社会精神医学会雑誌* 14(3):231-241, 2006.
- 12) 北岡和代, 荻野佳代子, 増田信也. 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) の妥当性の検討. *心理学研究*, 75(5):415-419. 2004.
- 13) 前田恵子, 齋川信幸, 山口創生. 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～. 厚生労働省科学研究費補助金(難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業(精神疾患関係研究分野)):「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(研究代表者:伊藤順一郎)平成23年度研究報告書, pp149-157, 2012.

表1. ベースラインにおける回答者の基本属性および臨床経験等

基本属性および臨床経験等	介入群 (n = 96)		対照群 (n = 89)		χ^2, t	p
	n	群内 %	n	群内 %		
年齢 (Mean ± SD)		39.8±11.3		39.0±10.7	0.5	0.631
精神科経験年数 (Mean ± SD)		9.7±8.5		10.1±9.4	-0.27	0.785
性別 (男性)	34	35.4%	19	22.1%	—	0.052 ^c
職種						
医師	6	6.3% ^a	0	0.0% ^b		
看護師・准看護師	14	14.6% ^b	40	46.5% ^a		
臨床心理技術士	2	2.1% ^b	12	14.0% ^a		
精神保健福祉士	41	42.7% ^a	15	17.4% ^b		
作業療法士	14	14.6%	17	19.8%		
その他	18	18.9% ^a	2	2.3% ^b	50.0	< 0.001 ^{***}
勤務形態 (常勤)	72	76.6%	69	79.3%	—	0.722 ^c
受持担当あり	77	87.5%	64	74.4%	—	0.034 ^{*c}
受持担当頻度						
専属	47	61.8%	32	50.0%		
一部 (50%以上)	15	19.7%	17	26.6%		
一部 (50%未満)	14	18.4%	15	23.4%	2.0	0.369
経験のある援助技法・プログラム ^c						
ACT	17	17.7%	3	3.4%	—	0.002 ^{**}
IPS	18	18.8%	3	3.4%	—	0.001 ^{**}
家族心理教育	29	30.2%	23	25.8%	—	0.518
本人心理教育	29	30.2%	33	37.1%	—	0.352
SST	35	36.5%	50	56.2%	—	0.008 ^{**}
認知行動療法	21	21.9%	18	20.2%	—	0.858
アウトリーチ	26	27.1%	43	48.3%	—	0.004 ^{**}
ケアマネジメント	40	41.7%	18	20.2%	—	0.002 ^{**}
就労支援	40	41.7%	22	24.7%	—	0.019 [*]
認知機能リハビリテーション	11	11.5%	4	4.5%	—	0.107
最終学歴						
高校卒業	3	3.1%	4	4.7%		
専門学校卒業	26	27.1% ^b	41	47.7% ^a		
大学卒業	50	52.1% ^a	27	31.4% ^b		
大学院卒業	10	10.4%	13	15.1%		
その他	6	6.3%	1	1.2%	14.8	0.011 [*]

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

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p > 0.001$

a 調整済み標準化残差 > 1.96, b 調整済み標準化残差 < -1.96

c Fisher's exact test (経験のある援助技法・プログラムでは、各援助技法・プログラムの経験の有無×群で算出)

表2. 3時点のデータが揃った介入群 (n= 59) と対照群 (n= 44) の各指標得点と繰り返し二要因分散分析の結果

	ベースライン		1年後		2年後		F 値 (repeated ANOVA)			
	介入群	対照群	介入群	対照群	介入群	対照群	交互作用	主効果		
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		群 ^b	時間 ^c	
ストレングス志向支援										
実施度	合計	2.17 ± 0.53	1.71 ± 0.42	2.27 ± 0.36	1.71 ± 0.42	2.36 ± 0.42	1.84 ± 0.31	0.82	53.21 ***	7.67 **
	本人中心アプローチ	2.39 ± 0.56	2.05 ± 0.51	2.48 ± 0.39	2.10 ± 0.43	2.56 ± 0.40	2.13 ± 0.35	0.45	29.98 ***	3.66 *
	本人参加と意思決定	2.00 ± 0.57	1.51 ± 0.56	2.09 ± 0.43	1.51 ± 0.56	2.23 ± 0.53	1.62 ± 0.43	0.88	40.64 ***	5.64 **
	ストレングス焦点	2.24 ± 0.61	1.73 ± 0.46	2.34 ± 0.43	1.68 ± 0.48	2.39 ± 0.42	1.91 ± 0.35	1.95	58.45 ***	5.28 **
自信度	合計	1.98 ± 0.48	1.50 ± 0.48	2.08 ± 0.43	1.52 ± 0.47	2.20 ± 0.45	1.61 ± 0.37	1.06	40.78 ***	8.66 ***
	本人中心アプローチ	2.15 ± 0.56	1.78 ± 0.50	2.25 ± 0.47	1.83 ± 0.48	2.36 ± 0.50	1.86 ± 0.41	1.02	23.96 ***	4.75 *
	本人参加と意思決定	1.88 ± 0.47	1.38 ± 0.59	1.96 ± 0.44	1.37 ± 0.55	2.09 ± 0.52	1.45 ± 0.48	1.30	38.68 ***	4.66 *
	ストレングス焦点	1.97 ± 0.58	1.47 ± 0.52	2.11 ± 0.52	1.50 ± 0.52	2.19 ± 0.50	1.62 ± 0.42	0.56	38.70 ***	5.67 **
リカバリー態度		63.29 ± 5.99 ^a	61.19 ± 4.31	63.93 ± 5.18	61.52 ± 5.21	65.42 ± 5.46 ^a	61.07 ± 5.35	3.85	10.13 **	2.62
EBPAS	合計	33.20 ± 6.14 ^a	35.37 ± 7.56	36.56 ± 4.73 ^a	35.40 ± 6.29	35.40 ± 5.61	34.40 ± 6.34	4.23 *	0.00	3.51 *
	要請	4.40 ± 2.53	5.95 ± 3.25	4.72 ± 2.69	5.16 ± 2.84	4.66 ± 2.43	5.72 ± 2.69	2.09	5.21 *	0.50
	魅力	10.24 ± 2.42	9.51 ± 2.86	10.22 ± 2.78	9.14 ± 3.16	10.71 ± 2.58	9.41 ± 3.05	0.52	5.14 *	0.90
	開放性	7.76 ± 2.86	7.30 ± 2.82	7.82 ± 2.82	6.67 ± 3.78	8.78 ± 2.98	6.59 ± 2.84	4.56 *	6.01 *	1.19
	かい離性	10.96 ± 2.49	12.60 ± 2.21	11.15 ± 2.54	12.74 ± 2.39	11.20 ± 2.08	12.68 ± 2.15	0.07	16.63 ***	0.30
PAS	合計	66.18 ± 7.68	56.16 ± 8.23	65.47 ± 7.72	54.49 ± 9.68	65.02 ± 8.20	53.37 ± 8.04	0.89	52.50 ***	5.21 **
	能力と回復への期待	35.47 ± 4.27	31.07 ± 4.71	35.28 ± 4.20	29.74 ± 5.41	35.05 ± 4.44	29.37 ± 4.16	1.62	42.90 ***	3.95 *
	共生の姿勢	17.09 ± 2.61	13.56 ± 3.13	16.72 ± 2.83	13.19 ± 3.38	16.40 ± 2.97	12.88 ± 3.21	0.00	41.41 ***	4.63 *
	支持的援助行動	13.60 ± 1.96	11.53 ± 1.75	13.48 ± 1.68	11.56 ± 2.17	13.57 ± 1.85	11.12 ± 1.84	1.16	46.42 ***	0.89
社会的距離		3.29 ± 2.36	6.66 ± 3.55	3.11 ± 2.64	6.88 ± 3.06	3.14 ± 2.55	6.41 ± 3.17	0.66	43.86 ***	0.53
組織風土	信頼と支持	42.82 ± 6.74	39.19 ± 7.96	41.75 ± 6.22	37.40 ± 8.65	41.22 ± 6.66	37.36 ± 7.04	0.16	9.99 **	3.92 *
	硬直性	14.41 ± 5.27	16.14 ± 4.27	14.64 ± 4.48	17.51 ± 4.33	15.43 ± 4.87	17.94 ± 3.80	0.88	9.25 **	5.22 **
	自由さ	15.05 ± 3.13	13.67 ± 3.54	15.33 ± 2.61	14.16 ± 3.31	14.87 ± 2.93	13.29 ± 3.05	0.22	7.21 **	2.23
	個人尊重	12.47 ± 2.23	11.16 ± 2.30	12.27 ± 1.99	10.74 ± 2.42	15.02 ± 2.93	13.31 ± 2.56	0.34	14.11 ***	69.97 ***
	責務感	5.67 ± 1.57	5.35 ± 1.13	6.11 ± 1.45	5.37 ± 1.23	6.07 ± 1.47	5.63 ± 1.22	1.58	4.26 *	4.21 *
MBI-GS	疲弊感	2.02 ± 1.27	2.37 ± 1.40	2.24 ± 1.25	2.27 ± 1.25	2.23 ± 1.28	2.59 ± 1.53	1.33	1.15	1.91
	シニシズム	1.05 ± 0.84	1.48 ± 1.13	1.31 ± 0.97	1.43 ± 1.25	1.18 ± 0.87	1.64 ± 1.23	1.60	3.86	1.04
	職務効力感	2.58 ± 1.10	2.12 ± 1.02	2.65 ± 1.10	2.03 ± 0.95	2.60 ± 1.14	1.99 ± 0.96	0.49	9.05 **	0.26

EBPAS Evidence-Based Practice Attitude Scale, PAS Positive Attitude Scale, MBI Maslach Burnout Inventory-General Survey. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

a 分散分析で交互作用があった指標について被験者内の事後検定 (Dunnett法) を行った結果, 同一行の同一アルファベット間で有意差あり ($p < .05$)

b 事後検定の結果, 要請とかい離性 (EBPへの態度尺度), 社会的距離尺度, 硬直性と責務感 (PAS 下位尺度) を除くすべての指標において「介入群 > 対照群」

c 事後検定の結果, スtrenグス志向支援尺度と組織風土尺度において「ベースライン < 2年後」, PASにおいて「ベースライン > 2年後」

表3. 介入群と対照群の3時点における各指標得点と二要因分散分析(繰り返しなし)の結果

尺度	ベースライン		1年後		2年後		F 値 (non-repeated ANOVA)			
	介入群 (n= 96)	対照群 (n= 89)	介入群 (n= 99)	対照群 (n= 102)	介入群 (n= 91)	対照群 (n= 90)	交互作用	主効果		
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		群 ^b	時点 ^c	
ストレングス志向支援										
実施度 合計	2.15 ± 0.46	1.73 ± 0.47	2.13 ± 0.49	1.77 ± 0.48	2.25 ± 0.48	1.74 ± 0.43	1.10	116.06	***	0.75
本人中心アプローチ	2.36 ± 0.50	2.06 ± 0.54	2.38 ± 0.45	2.08 ± 0.52	2.46 ± 0.43	2.06 ± 0.45	0.67	67.27	***	0.55
本人参加と意思決定	1.99 ± 0.54	1.53 ± 0.58	1.96 ± 0.59	1.56 ± 0.59	2.12 ± 0.58	1.50 ± 0.52	1.73	104.07	***	0.45
ストレングス焦点	2.19 ± 0.53	1.74 ± 0.52	2.16 ± 0.57	1.80 ± 0.55	2.24 ± 0.54	1.80 ± 0.53	0.41	84.21	***	0.51
自信度 合計	1.92 ± 0.44	1.54 ± 0.52	1.92 ± 0.50	1.56 ± 0.51	2.08 ± 0.47	1.53 ± 0.46	1.98	106.02	***	1.14
本人中心アプローチ	2.09 ± 0.52	1.80 ± 0.57	2.15 ± 0.52	1.80 ± 0.55	2.25 ± 0.49	1.76 ± 0.52	1.45	69.60	***	0.62
本人参加と意思決定	1.83 ± 0.48 ^a	1.42 ± 0.58 ^a	1.77 ± 0.57 ^{bc}	1.45 ± 0.56 ^b	1.98 ± 0.53 ^{cd}	1.39 ± 0.52 ^d	3.06 [*]	90.89	***	0.89
ストレングス焦点	1.91 ± 0.51	1.50 ± 0.58	1.95 ± 0.56	1.53 ± 0.57	2.07 ± 0.56	1.52 ± 0.53	0.85	95.14	***	1.12
リカバリー態度	62.89 ± 5.61	61.46 ± 4.82	63.26 ± 5.46	61.05 ± 5.50	64.41 ± 5.95	61.12 ± 5.67	1.31	24.83	***	0.73
EBPAS 合計	33.98 ± 6.66 ^a	35.61 ± 7.09	36.80 ± 5.03 ^a	35.33 ± 5.81	35.45 ± 5.77	35.13 ± 6.32	3.06 [*]	0.01		2.06
要請	4.73 ± 2.64	5.78 ± 3.06	4.78 ± 2.62	5.30 ± 2.85	5.07 ± 2.66	5.68 ± 2.74	0.48	9.69	**	0.72
魅力	10.10 ± 2.76	9.77 ± 3.04	9.90 ± 2.88	9.22 ± 2.98	10.38 ± 2.67	9.79 ± 2.97	0.20	4.76	*	1.68
開放性	7.93 ± 2.91	7.60 ± 3.03	7.92 ± 3.09	6.75 ± 3.51	8.63 ± 2.90	7.03 ± 2.75	2.01	15.90	***	1.48
かい離性	11.31 ± 2.54	12.45 ± 2.52	11.75 ± 2.37	12.59 ± 2.68	11.37 ± 2.07	12.65 ± 2.31	0.40	27.79	***	0.69
PAS 合計	64.67 ± 7.94	55.12 ± 8.01	65.12 ± 7.32	54.38 ± 9.16	63.97 ± 8.22	53.10 ± 8.50	0.36	222.85	***	1.51
能力と回復への期待	34.79 ± 4.34	30.31 ± 4.88	34.82 ± 4.21	29.51 ± 5.14	34.37 ± 4.56	29.03 ± 4.47	0.52	166.74	***	1.53
共生の姿勢	16.59 ± 2.85	13.36 ± 3.00	16.78 ± 2.69	13.49 ± 3.29	16.32 ± 2.82	13.00 ± 3.34	0.01	165.91	***	1.21
支持的援助行動	13.30 ± 1.99	11.45 ± 1.82	13.44 ± 1.65	11.38 ± 2.06	13.27 ± 1.96	11.04 ± 1.85	0.46	164.07	***	0.95
社会的距離	3.75 ± 2.52	6.49 ± 3.42	3.37 ± 2.60	6.42 ± 3.15	3.40 ± 2.55	6.61 ± 3.44	0.29	142.39	***	0.28
組織風土 信頼と支持	42.68 ± 6.53	38.59 ± 7.54	41.34 ± 6.75	37.18 ± 7.77	40.83 ± 6.94	36.57 ± 7.70	0.01	46.56	***	3.42 [*]
硬直性	14.15 ± 4.63	17.37 ± 4.77	14.45 ± 4.49	17.58 ± 4.44	14.95 ± 4.64	18.21 ± 3.80	0.01	71.61	***	1.58
自由さ	14.76 ± 3.08	13.72 ± 3.42	14.96 ± 2.84	13.71 ± 3.08	14.78 ± 3.03	12.95 ± 2.96	0.80	27.81	***	1.21
個人尊重	12.23 ± 2.26	10.91 ± 2.52	12.23 ± 2.16	10.61 ± 2.30	15.31 ± 3.04	12.92 ± 2.97	2.08	66.88	***	64.62 ^{***}
責務感	5.60 ± 1.50	5.48 ± 1.16	5.86 ± 1.49	5.50 ± 1.30	5.81 ± 1.53	5.64 ± 1.24	0.41	3.32		0.92
MBI-GS 疲弊感	2.09 ± 1.30	2.54 ± 1.39	2.26 ± 1.33	2.43 ± 1.32	2.32 ± 1.33	2.82 ± 1.62	0.77	10.09	**	1.80
シニシズム	1.09 ± 1.03	1.60 ± 1.17	1.26 ± 1.09	1.52 ± 1.20	1.31 ± 1.06	1.71 ± 1.25	0.58	15.88	***	1.03
職務効力感	2.56 ± 1.09	2.12 ± 1.10	2.55 ± 1.06	2.19 ± 1.06	2.53 ± 1.17	2.05 ± 1.04	0.17	21.66	***	0.27

EBPAS Evidence-Based Practice Attitude Scale, PAS Positive Attitude Scale, MBI Maslach Burnout Inventory-General Survey. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

abcd 二要因分散分析で交互作用があった指標について単純主効果検定を行った結果, 同一行の同一アルファベット間で有意差あり ($p < .01$)

e 事後検定の結果, 要請とかい離性(EBPへの態度尺度), 社会的距離尺度, 硬直性と責務感(PAS下位尺度)を除くすべての指標において「介入群>対照群」($p < .05$)

f 事後検定の結果, 信頼と支持では「ベースライン>2年後」, 個人尊重では「ベースライン<2年後」($p < .05$)

地域精神科医療モデルの実践がスタッフの支援態度に及ぼす影響の検討 ：利用者版評価に基づく検討

研究分担者：贅川信幸¹⁾

研究協力者：○種田綾乃²⁾，山口創生²⁾，伊藤順一郎²⁾

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 精神保健研究所 社会復帰研究部

要旨

本研究は、地域精神科医療モデル班による介入がスタッフのストレングス志向の支援態度に及ぼす影響を利用者の視点から把握すること、および、スタッフ側と利用者側の視点による一致の程度を確認し、今後の支援関係の質の向上のための知見を得ることを目的として実施した。

地域精神科医療モデル介入研究の協力機関において、研究参加1年後の経過時（平成24年11月～平成26年4月）、①介入群および対照群に割り付けられた精神障害をもつ当事者を対象とした無記名自記式調査（利用者版評価）、および、②介入群の支援にあたるスタッフを対象とした無記名自記式調査（スタッフ版自己評価）を実施した。利用者版評価では、既存のスタッフ版尺度をもとに、「利用者版支援者ストレングス態度尺度（10項目）」を作成し、使用した。

調査結果から、本モデル班の介入群においては、利用者による評価では研究種別に関わらず同等であることが確認される反面、スタッフによる自己評価では「認知機能リハ+援助付き雇用」の支援者の方がストレングス志向での支援の実施度・自信度が高いことが明らかになった。

「多職種アウトリーチ」の利用者版評価では、介入群の利用者は対照群に比べ評価が高く、特に、「クライシスプランの共同作成」「スタッフ自身の自己開示」「地域における支援活動の実施」において顕著であった。一方、「認知機能リハ+援助付き雇用」の対照群の利用者は、支援態度に対する評価が介入群同様に高く、介入の有無による差異は見られなかった。

さらに、利用者版評価の大半項目において、スタッフ自身の評価と共通していることが確認されるとともに、利用者の方が高評価である項目（クライシスプランの共同作成、支援計画の共同作成）やスタッフの方が高評価である項目（スタッフ自身の自己開示、地域における支援活動の実施）も確認され、いくつかの側面においては、利用者－スタッフ間での意識に差異が見られることも明らかになった。

A. 研究の背景

近年、精神保健福祉領域の科学的根拠に基づく実践（EBP）においても、精神障害を持つ当事者自身やその環境のもつ「ストレングス（強み）」に着目し、ストレングスを活用し、伸ばす支援の視点が重要であることが指摘さ

れている。

精神科医療機関における支援は、疾病の治療・安定という第一義的な目的において、ストレングスの視点が浸透しづらく、社会的入院者や精神科病床数の増大という結果を招いてきた。医療・保健・福祉の分野に渡る一貫

した支援は、その効果的なモデル構築や効果検証にとどまらず、その支援スタッフがストレングスの視点に基づく支援態度を獲得し、提供していくことが求められる。

わが国においては、家族に対する心理教育に関わる支援スタッフの意識・態度の評価尺度が開発され、心理教育に関わった医療機関スタッフは心理教育に関わっていないスタッフに比べ、ストレングス志向の態度が向上していることが明らかになっている¹⁾。また、本モデル班において、支援者のストレングス志向の支援態度の評価方法の一つとして、支援者自身による自記式評価票を開発され、3年間の追跡調査により、モデル班の協力機関の支援者とモデル班以外の医療機関との比較検討により、モデル研究の実施による臨床スタッフのストレングス志向の支援態度の効果測定を行っている²⁾。精神科医療機関を中心とした医療・保健・福祉に渡る一貫した支援体制においても、支援者がストレングスの視点に基づく態度を獲得・維持されることを実証することが重要な課題となっている。

加えて、支援とは、利用者とスタッフとの相互作用の中で構築されるものであり、スタッフの支援態度はその支援を受け手である利用者との間において共有される必要がある。すなわち、スタッフの支援態度を利用者側がどのように受け止めているという視点も含めて検討していくことも重要と考えられる。

このような背景のもと、本研究では、スタッフによるストレングス志向の支援を、支援を受ける利用者の視点からも把握することを大きな特徴とする。

本研究は、①支援者のストレングス志向の支援態度に対する利用者の認識を捉える指標を開発し、②ケアマネジメントの手法に基づき多職種アウトリーチ支援および就労支援を一貫した体制で行う精神科医療モデル班による介入がスタッフのストレングス志向の支援態度に及ぼす影響を利用者の視点から把握す

ること、および、③スタッフ側と利用者側の視点による一致の程度を確認し、今後の支援関係の質の向上のための知見とすることを目的として実施した。

B. 方法

1) 実施方法

地域精神科医療モデル介入研究の協力機関である4つの医療機関（国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター国府台病院、帝京大学医学部付属病院、せんだんホスピタル）において、研究参加1年後の経過時（平成24年11月～平成26年4月）、①介入群および対照群に割り付けられた精神障害をもつ当事者を対象とした無記名自記式調査（以下、利用者版評価）、および、②介入群の支援にあたるスタッフを対象とした無記名自記式調査（以下、スタッフ版自己評価）を実施した。

① 利用者版評価

対象：精神科医療モデル介入研究（多職種アウトリーチ、および認知機能リハビリテーションと就労支援研究）に参加し、介入群および対照群に割り付けられた研究参加者（重度の精神障害をもつ者）を本調査の対象とした。

調査方法：各対象者に対し、調査参加1年後の時点に、各協力機関の窓口担当者を通じて調査票を配布し、原則自記式にて記入、回収用封筒に封入し回収を行った。回答補助が必要な対象者に対しては、可能な限り対象者の担当以外のスタッフもしくは調査員が実施した。

なお、研究対象者の導入基準および、介入内容詳細については、多職種アウトリーチチームによる介入研究について記述した吉田 分担研究報告書、および認知機能リハビリテーションと個別援助付き雇用の複合による就労支援研究について記述した佐藤分