

担研究報告書を参照いただきたい。

調査項目：既存のスタッフ版ストレングス態度尺度²⁾を参考にし、「利用者版支援者ストレングス態度尺度」を作成した(図1)。

研究班の研究者3名(NN, SY, AT)が項目化を行い、リカバリーに関する支援の有識者2名(FH, NM)にも意見を求め、暫定版の19項目を作成。暫定版の項目について、実践・および研究等のエキスパート13名(当事者・支援者・研究者)により、10項目の選定作業を行った(最終的な項目詳細は、表2および付録の利用者版ストレングス調査票を参照のこと)。

回答方法は、「0点: そう思わない」「1点: あまりそう思わない」「2点: ややそう思う」「3点: そう思う」の4段階で評価を行い、合計点を算出した(項目番号[C-7]、[C-17]は逆転項目)。得点範囲は0~30点であり、得点は高得点ほど、ストレングスの支援態度が高いことを示す。

利用者版尺度得点のCronbachの α 係数は0.78であり、ある程度良好な内部一貫性が認められた。

② スタッフ版自己評価

対象:利用者版評価(前述)の対象者のうち、介入群に割り当てられた当事者を個別担当する臨床スタッフを対象として実施。

対象者1名に対し複数のスタッフによる支援を行っているケースに関しては、対象者1名につき、主たる支援者2名までを本調査の対象とした。

調査方法:調査参加より1年を迎える時点で、各協力機関の窓口担当者を通じて各スタッフに調査票を配布し、自記式にて記入。封筒に厳封したうえで窓口担当者がとりまとめて、郵送にて回収した。

調査項目:調査項目としては、贅川ら(2010)の作成した支援者ストレングス支援態度尺度の19項目を使用した(質問項目は表2

および付録のスタッフ調査票を参照)。

回答方法は、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れだけあるか(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:まったく自信がない」~「3点:自信がある」)で評価を行い、合計点を算出した(項目番号[S-7]、[S-11]、[S-17]は逆転項目)。それぞれの得点範囲は0~57点であり、得点は高得点ほど、ストレングスの支援態度が高いことを示す。

本尺度は先行研究²⁾において、信頼性と妥当性が確認されている。

2) 分析方法

利用者版評価の総得点、およびスタッフ版自己評価(実施度・自信度)の総得点の「多職種アウトリーチ」と「認知機能リハビリテーションと就労支援研究(以下、認知機能リハ+援助付き雇用)」の研究別の比較(利用者票はMann-WhitneyのU検定、スタッフ票はt検定を使用)を行った。

また、それぞれの研究における介入群・対照群について、利用者版評価の総得点・下位項目の得点の比較(Mann-WhitneyのU検定を使用)を行った。

次に、利用者版評価とスタッフ版自己調査とが揃っているケースについて、使用した3つの尺度得点(利用者版得点・スタッフ版実施度得点・スタッフ版自信度得点)の相互の関連性を調べるため、3つの尺度得点を変数として相関分析(Spearmanの相関係数を使用)を行った。

さらに、利用者版評価の各項目に対応するスタッフ版自己評価の得点状況との比較(Wilcoxon符号付順位検定を使用)を行った。なお、1名の対象者に対し、2名のスタッフ票が提出された場合は、2名のスタッフの平均

値を算出し、スタッフ票の得点として代入した。

分析はすべて、統計解析用ソフト SPSS Statistics 20 を用いて行った。

3) 倫理的配慮

国立精神・神経医療研究センター研究倫理委員会による承認を得た上で調査を実施した。

C. 結果

1) 調査協力者 (図 3)

利用者版調査は、177 名 (1 機関につき 25~69 名) より回答があり (回収率: 介入 1 年後時点での調査継続者全数の 85.6%)、「多職種アウトリーチ」の協力者は 120 名 (介入群 58 名・対照群 62 名)、「認知機能リハ+援助付き雇用」の協力者は 57 名 (介入群 29 名・対照群 28 名) であった。介入 1 年後の時点での調査継続者全数における本研究の利用者票の回収率は、85.6% (多職種アウトリーチ: 95.8%、認知機能リハ+援助付き雇用: 62.0%) であった。

スタッフ版調査は、延べ 110 名のスタッフより、91 件 (1 機関につき 17~28 件) の対象者に対する回答があり、「多職種アウトリーチ研究」は 57 件 (うち 5 件は支援者 2 名による回答)、「認知機能リハ+援助付き雇用」は 29 件 (うち 14 件は支援者 2 名による回答) についての回答を得た。介入 1 年後時点での調査継続者全数 (ケース数) をもとにした本研究のスタッフ票の回収率は 95.6% であった。

このうち、利用版評価とスタッフ版調査とが揃っているものは 81 件 (多職種アウトリーチ研究: 52 件、認知機能リハ+援助付き雇用研究: 29 件) であり、そのうち有効回答票 (利用者票・スタッフ票とも、全体の 8 割以上の回答がされているもの) は、79 件 (多職種アウトリーチ研究: 51 件、認知機能リハ+援助付き雇用研究: 28 件) であった。

2) 研究種別 (多職種アウトリーチ/認知機能リハ+援助付き雇用) による比較

利用者版評価について、研究種別での支援者ストレングス総得点の分析を行った結果

(表 4) では、全協力者 (N=177)、および介入群の対象者 (N=87) についての分析結果では、「多職種アウトリーチ」と「認知機能リハ+援助付き雇用」との平均ランクに有意差は見られなかったものの、対照群の対象者 (N=90) においては、「認知機能リハ+援助付き雇用」の対照群の方が、「多職種アウトリーチ」の対照群に比べ、平均ランクは有意に高かった ($p<.05$)。

スタッフ版評価の全協力者 (N=109) について、支援者ストレングスの実施度・自信度を研究種別により比較検討した結果 (表 5) では、実施度・自信度ともに、研究種別による有意差が見られ、「認知機能+援助付き雇用」のスタッフは、「多職種アウトリーチ」のスタッフに比べ、実施度・自信度の得点が有意に高いことが明らかになった (実施度: $t(107) = -2.04$, $p<.05$, 実施度: $t(104.99) = -5.40$, $p<.01$)。

3) 利用者版評価 (総得点・下位項目の得点): 介入の有無による比較

「多職種アウトリーチ」研究の介入有無による得点状況の分析 (表 6) では、総得点において、介入群のほうが、有意に平均ランクが高得点であった ($p<.01$)。また、下位項目の分析では、「調子が悪い時に何を行えばよいか、何をしてほしいかを一緒に考えてくれる [C-5]」「スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくしない [C-7]」「支援の大部分は、病院外や施設外で行われる [C-15]」の 3 項目において、介入群のほうが、有意に平均ランクが高得点であった ([C-7]・[C-15]: $p<.01$, [C-5]: $p<.05$)。他の 7 項目においては、有意差は認められなかった。

「認知機能リハ+援助付き雇用」研究の介

入有無による得点状況の分析（表 7）では、総得点、およびすべての下位項目において、介入群・対照群の平均ランクに有意差は見られなかった。

4) 利用者版評価・スタッフ版評価（実施度・自信度）の関連性

利用者版評価とスタッフ版調査とが提出されたケース（79 件）における分析から、利用者版評価得点とスタッフ版評価の実施度の得点との間において有意な正の相関（ $r_s=.35$, $p<.01$ ）が示され、利用者版評価得点とスタッフ版評価の自信度との間においては有意な関連は見られなかった（ $r_s=.20$, n.s.）。

また、スタッフ版評価の「実施度」と「自信度」の間においては有意な正の相関（ $r_s=.68$, $p<.01$ ）が見られた。

5) 利用者版評価とスタッフ自己評価との得点の比較

多職種アウトリーチ支援の介入群（N=51）における利用者版評価とスタッフ自己評価との項目得点の分析（表 8）では、「支援計画と一緒に考え、あなた自身が決められるようにサポートしてくれる[C-4]（vs スタッフ版：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[S-4]）」、「調子が悪い時に何を行えばよいか、何をしてほしいかを一緒に考えてくれる[C-5]（vs スタッフ版：クライシス時に、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を、事前に本人と一緒に考える[S-5]）」の 2 項目で、利用者版評価のほうが、スタッフ版自己評価に比べ、有意に平均ランクが高得点であった（[C-4]vs[S-4]： $p<.01$ 、[C-5]vs[S-5]： $p<.05$ ）。

また、「スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくしない[C-7]（vs スタッフ版：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[S-7]）」「支援の

大部分は、病院外や施設外で行われる[C-14]（vs スタッフ版：支援活動の大部分が地域社会の中で行われる[S-14]）」の 2 項目において、利用者版評価のほうが、スタッフ版自己評価に比べ、有意に平均ランクが低得点であった（いずれも $p<.01$ ）。他の 6 項目においては、有意差は見られなかった。

「認知機能リハ+個別就労支援」研究の介入群（N=28）における利用者版評価とスタッフ自己評価との項目得点の分析（表 9）では、「調子が悪い時に何を行えばよいか、何をしてほしいかを一緒に考えてくれる[C-5]（vs スタッフ版：クライシス時に、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を、事前に本人と一緒に考える[S-5]）」の項目で、利用者版評価のほうが、スタッフ版自己評価に比べ、有意に平均ランクが高得点であった（ $p<.01$ ）。また、「スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくしない[C-7]（vs スタッフ版：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[S-7]）」「支援の大部分は、病院外や施設外で行われる[C-14]（vs スタッフ版：支援活動の大部分が地域社会の中で行われる[S-14]）」の 2 項目においては、利用者版評価のほうが、スタッフ版自己評価に比べて有意に平均ランクが低得点であった（[C-14]vs[S-14]： $p<.01$ 、[C-7]vs[S-7]： $p<.05$ ）。他の 6 項目においては、利用者版評価得点とスタッフ版自己評価の平均ランクに有意差は認められなかった。

D. 考察

1) 本モデル班の二研究における状況と介入による効果

本モデル班における介入研究では、「多職種アウトリーチ」および「認知機能リハ+援助付き雇用」に関する二つの研究が行われた。

「多職種アウトリーチ」研究では、重篤度が一定以上の者を対象とし、キャッチメントエリア内外で、介入群と対照群を設定して 1

年間の追跡調査を実施した。キャッチメントエリア内に居住する対象者（介入群）に対しては、ストレンクス視点によるケアマネジメントのもと、アウトリーチチームの支援が提供され、キャッチメントエリア外の対象者（対照群）には、通常の精神科医療が提供された。

「認知機能リハ+援助付き雇用」研究では、一定の認知機能障害が認められる者を対象とし、無作為割り付けを行い介入群と対照群を設定した。介入群に対しては、認知機能リハビリテーション専用ソフトを用いた、概ね3か月間の訓練のうえで、生活支援のケアマネジャーと就労支援担当者との協働により、対象者の個別性に応じた1年間の就労支援が行われた。他方、無作為に選定された他方のグループ（対照群）には、医療機関内の就労支援担当者との定期的な面談による、仲介型の就労支援が1年間にわたり提供された。

本研究の対象者は、これらのいずれかの研究において、介入群あるいは対照群として参加している利用者とそのスタッフであるが、利用者視点からの支援者のストレンクス志向態度（表4）では、介入を受けた対象者の状況としては、利用者の認識する支援者態度に研究種別での差異は見られなかった。他方、介入群の支援にあたっているスタッフによる自己評価の得点（表5）では、実施度・自信度ともに研究種別による差異が見られ、「認知機能リハ+援助付き雇用」の支援に携わるスタッフの方がストレンクス志向による支援の実施度・自信度の自己評価が高いことが確認された。

これらの結果から、本モデル班の「介入群」に対する支援に関しては、利用者の視点では研究種別に関わらず、同等の質によるストレンクス志向の支援として受け止められていたことが確認されるとともに、スタッフ自身の評価としては、「認知機能リハ+援助付き雇用」の支援に携わったスタッフの方が、ストレンクス志向の支援を実践できたという意識や、

支援の中で実践していく自信が高いことが明らかになった。就労支援の現場においては、多職種アウトリーチ支援での利用者との関わりに比べ、病状管理等への支援の必要性は低いことも考えられ、スタッフの視点からは、ストレンクス志向での支援が比較的発揮しやすいことを反映した結果とも推察される。

他方、本モデル班の「対照群」の利用者に関しては、「認知機能リハ+援助付き雇用」の対照群の方が、「多職種アウトリーチ」の対照群の者に比べ、ストレンクス志向での支援が高いことが明らかになっている。

加えて、利用者版評価得点（総得点・下位項目得点）を研究種別に分け、介入有無による比較検討を行った結果（表6、表7）においても、「多職種アウトリーチ」の対象者は、介入の有無により、利用者側の受け止めるストレンクス志向による支援態度の状況にさまざまな面で差異が見られたものの、「認知機能リハ+援助付き雇用」の対象者においては、介入の有無による差異はまったく見られていない。

本モデル班においては、「多職種アウトリーチ」研究では、介入群の対象者に限り、本研究班の研修等でストレンクスアセスメント等に関する訓練を積んだ協力機関の支援スタッフによる支援が実施されていた。他方、「認知機能リハ+援助付き雇用」研究においては、介入群とともに対照群に対しても、協力機関内の支援者（本研究班の研修等においてストレンクスアセスメント等の学習機会のあった者）による定期的な介入が行われており、両者における介入方法は大きく違うものの、介入群・対照群とも、研修等によりストレンクス志向での支援意識をある程度備えているスタッフが介入にあっていたという特徴がある。こうした本モデル班の各研究における「対照群」についての位置づけの違いが、「対照群」の研究種別による利用者版評価の比較結果の

違い（表 4）や、それぞれの研究における介入群・対照群の比較検討の結果の違い（表 6、表 7）に表れているものと推察される。

また、「従来の精神科医療」と本モデル班の介入の比較という、本研究における第一義的な目的から考えると、「多職種アウトリーチ」研究における介入有無による比較分析結果のほうが、本研究で把握したいことに、より近いものであることも推察される。

なお、「多職種アウトリーチ」研究における介入群と対照群の比較（表 6）では、介入群は対照群に比べ、スタッフのストレングス志向の支援態度を強く感じていることが示された。特に、「クライシスプランの共同作成（C-5）」や、「スタッフ自身の自己開示（C-7）」「地域における支援活動の実施（C-14）」などの項目では、介入群のほうが顕著に高評価であった。

ストレングスモデルによる支援では、利用者と支援者との「協働」の中で信頼関係と相互関係を築くことを大切にしている。また、利用者の信頼と理解を築く上で、スタッフ自身も適切な「自己開示」も効果的な手段の一つであり、スタッフ自身の自己開示により、「感情や関心を一般的なものに近づけたり、さまざまな状況における物事の対象法の例として学んだり、さまざまな感情の有効な表現方法の実践的な場として活かされることにつながる³⁾」とも言われている。さらに、ストレングスモデルによる支援の具体的実践としては、「仕事の主要な場所は地域である³⁾」という原則のもと、利用者が生活する地域へのアウトリーチ活動により、アセスメントと働きかけのための豊富な機会が得られると言われている。

本モデル班の「多職種アウトリーチ」における支援では、こうしたストレングス視点による活動の顕著な特徴が、介入による効果として明示されたものと推察される。

2) 利用者版評価—スタッフ自己評価における関連と相違

利用者版評価とスタッフ版自己評価の相関分析の結果（本稿の「結果-4」）においては、利用者版評価とスタッフ版自己評価の「実施度」の認識との間に正の相関が示された。また、利用者版評価とスタッフ版自己評価との得点比較の結果（表 8、表 9）では、「多職種アウトリーチ」および「認知機能リハ+就労支援」の二研究の介入群ともに、過半数の項目でスタッフ自身の評価する実施度と利用者側の評価に統計的な差異は見られないことが確認されるとともに、いくつかの項目においては、利用者版評価とスタッフ版自己評価とに相違が示された。

二研究の介入群対象者に共通して、「クライシスプランの共同作成（C-5・S-5）」において、スタッフ自身の評価よりも利用者の方がストレングス志向を強く感じており、「多職種アウトリーチ」の介入群に限っては「支援計画の共同作成（C-4・S-5）」において利用者の方がスタッフよりも高評価であった。

他方、二つの研究の介入群対象者に共通して、「スタッフ自身の自己開示（C-7・S-7）」や「地域における支援活動の実施（C-14・S-14）」は、利用者版評価よりもスタッフ自身の評価の方が高く、利用者はスタッフ自身の評価ほどストレングス志向の支援態度を強くは感じていない項目があることが確認された。

「スタッフ自身の自己開示」に関しては、開示の程度について判断は、開示主体（スタッフ側）と受け取る者（利用者側）とで差異が生じることが確認されるとともに、利用者は、支援者の認識以上にスタッフ個人のことを理解したいと感じていることが反映された結果とも考えられる。また、「地域における支援活動の実施」に関しても、「地域における支援」についてのイメージや意識に、利用者—支援者での相違があることや、利用者は支援者の認識以上に、病院・施設外における支援

を期待している状況があることなどが、結果に反映されたものと推察される。

しかし、こうした利用者－スタッフ間での認識の差は見られるものの、「スタッフ自身の自己開示 (C-7)」や「地域における支援活動の実施 (C-14)」の項目はいずれも、「多職種アウトリーチ」の対象者（利用者）における介入有無による比較分析の結果 (表 6) では、介入群の利用者の方が対照群に比べ、ストレス志向での支援を受け取っていることも確認されている。

本モデル班の介入により、通常精神科医療以上のストレス志向に基づいた支援が提供されたうえでもなお、利用者は、スタッフとの相互理解・信頼関係の構築や、地域をベースにした支援活動の実施等の側面で、スタッフ自身の意識以上にストレス志向による支援を希求し、期待している状況があることも推察される。

E. 結論

地域精神科医療モデル班の介入研究の協力機関において、全対象者（利用者）と介入群のあたるスタッフを対象とした調査を実施し、支援者のストレス志向の態度に関する、以下の知見を得た。

- 1) 本モデル班の介入群においては、利用者版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、スタッフ版自己評価では「認知機能リハ+援助付き雇用」の支援者の方が、ストレス志向での支援の実施度・自信度ともに高いことが明らかになった。
- 2) 「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」の項目で介入群の方が顕著に高いことが確認された。
- 3) 「認知機能リハ+援助付き雇用」の利用者

版評価では、対照群の利用者において支援態度に対する評価が介入群と同様に高く、介入の有無による差異は見られなかった。

- 4) 利用者版評価の多くの項目において、スタッフ自身の自己評価（実施度）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の差が見られることも明らかになった。

なお、本研究の対象者はすべて、本モデル班の研究参加者であり、少なからず協力機関の医療的支援を受けている者である。今後、通常精神科医療との比較検討を行う上では本モデル班の協力機関外の利用者の状況なども把握する必要があると考える。また、特に利用者－スタッフ間での意識の差が見られた項目等に関しては、質的データ等の収集などによる、状況詳細についての検討も有用と思われる。

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 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) 福井里江, 齋川信幸, 香月富士日, ほか: 統合失調症を持つ人たちを対象にした科学的根拠に基づく心理社会的介入プログラム

普及促進のためのツールキット開発とその有効性の評価（その 11）～RCT を用いた本試行研究に基づく効果評価研究～スタッフ調査の結果から～. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「統合失調症の治療の標準化と普及に関する研究」（主任研究者：塚田和美）総括研究報告書, 183-195, 2010.

2) 贅川信幸, 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補助金「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）総括・分担研究報告書, 117-148, 2012.

3) Rapp CA, Goscha RJ: The Strengths Model ; Case management with people with psychiatric disabilities 2nd edition. (田中秀樹監訳：ストレングスモデル—精神障害者のためのケースマネジメント 第 2 版) 金剛出版, 2008.

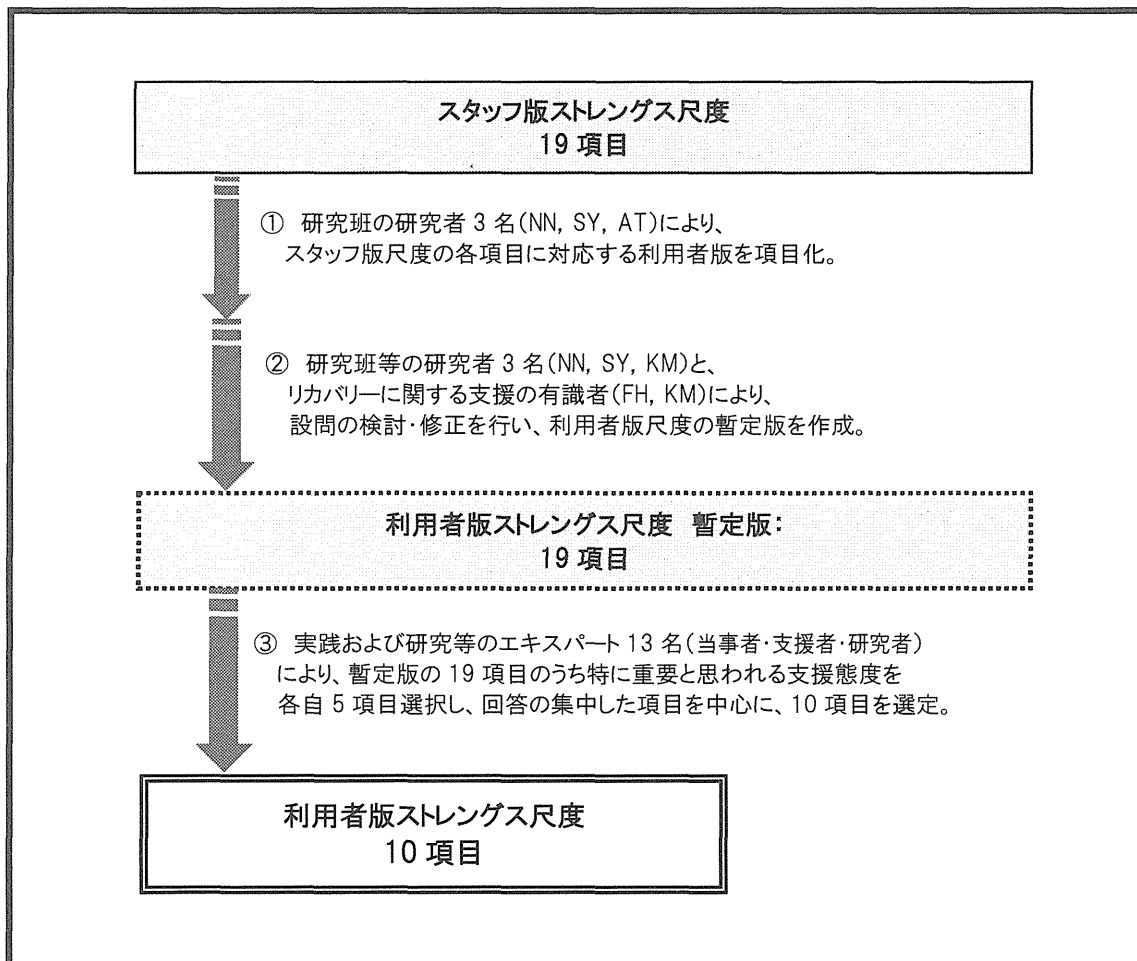


図 1. 利用者版評価における項目作成の手順

表 2. スタッフ版自己評価項目—利用者版評価項目 対応表

項目番号	スタッフ版自己評価 項目	項目番号	利用者版評価 項目
[S-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	[C-1]	スタッフは、あなたがやってみたくて言ったことに「いいね」と言ってくれる
[S-2]	本人の個人および環境の持つストレンクス（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		
[S-3]	本人の個人および環境の持つストレンクス（長所・強み）を活かし、伸ばしていく方法を、本人との対話や行動のなかで一緒に考える	[C-3]	スタッフは、あなたのストレンクスを活かし伸ばしていく方法を、一緒に何かをしながら考えてくれる
[S-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	[C-4]	スタッフはあなたがやりたいことや支援計画と一緒に考え、あなた自身が決められるようにサポートしてくれる
[S-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	[C-5]	スタッフは、あなたの調子が悪い時に、あなた自身が何を行えばよいか、周りの人に何をしてほしいかを一緒に考えてくれる
[S-6]	アセスメント票や支援計画の作成は本人と一緒にいき、共有する（本人もコピーをもっている等）		
[S-7] ★	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	[C-7] ★	スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくしない
[S-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	[C-8]	スタッフは、あなた自身の個性をしっかりと見て話をしてくれる
[S-9]	本人が家族や友人・同僚など身近な人と、どのような関係であることを望んでいるかを尋ねる		
[S-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		
[S-11] ★	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	[C-11]	スタッフは、障害者だけが利用する福祉サービス以外にも紹介してくれ、あなたが選べるようになっている
[S-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		
[S-13]	本人の上手いといった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	[C-13]	スタッフは、あなたがうまくできたことや出来なかったことを聞いてくれて、それを次に生かせるように話を進めてくれる
[S-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	[C-14]	あなたの支援の大部分は、病院外や施設外で行われる
[S-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		
[S-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		
[S-17] ★	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	[C-17] ★	スタッフは、障害の程度や病状の状態から、あなたがやりたいと思っていることをやめるように言う
[S-18]	他の職種と情報を共有し、自分の専門職種の枠にとらわれず支援する		
[S-19]	本人に、支援者たちとの関わりの中でどんなことができるかと思うのかに焦点を当てて尋ねる		

★…逆転項目

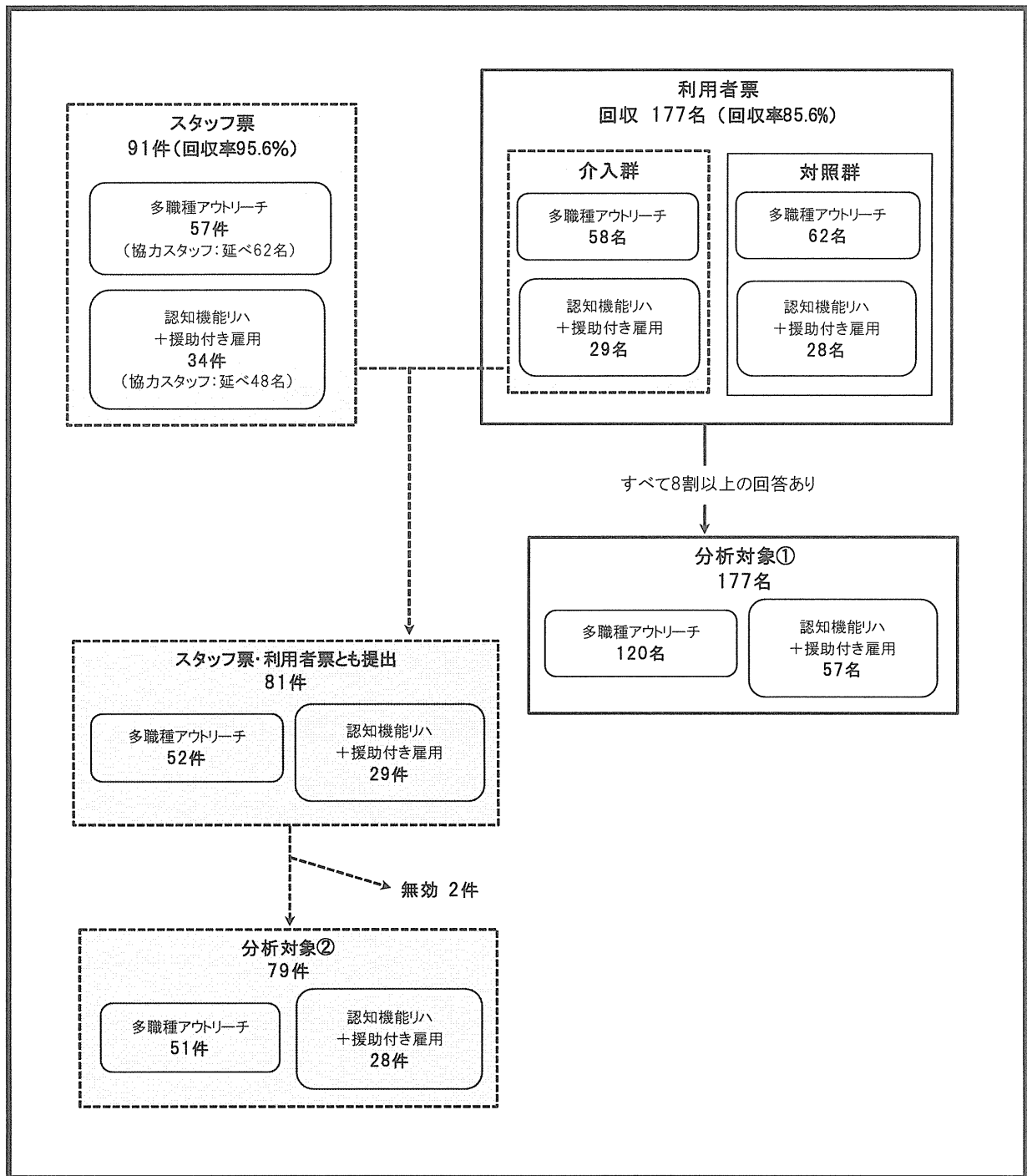


図 3. 本研究の分析対象者

表 4. 利用者版評価(総得点)の研究種別による比較

		対象数	平均値 (SD)	中央値	平均 ランク	p値※
全対象者	多職種アウトリーチ	120	20.81 (5.47)	21.00	84.74	0.394 n.s.
	認知機能リハ+援助付き雇用	57	21.76 (5.47)	21.00	93.75	
	全対象者(全体)	177	21.12 (5.02)	21.00		
介入群のみ	多職種アウトリーチ	58	22.05 (5.47)	21.00	45.78	0.350 n.s.
	認知機能リハ+援助付き雇用	29	21.60 (5.47)	21.00	40.43	
	介入群対象者(全体)	87	21.90 (5.51)	23.00		
対照群のみ	多職種アウトリーチ	62	19.66 (4.51)	19.50	41.61	0.035 *
	認知機能リハ+援助付き雇用	28	21.93 (3.78)	23.00	54.11	
	対照群対象者(全体)	90	20.37 (4.40)	21.00		

検定:Mann-Whitney U 検定
*:P<.05, ns:有意差なし

表 5. スタッフ版自己評価(実施度・自信度得点)の研究種別による比較

		対象 ケース数	平均値 (SD)	t値	p値
実施度	多職種アウトリーチ	61	38.83 (6.64)	-2.04	0.044 *
	認知機能リハ+援助付き雇用	48	41.52 (7.08)		
	全体	109	39.74 (6.92)		
自信度	多職種アウトリーチ	61	32.64 (7.14)	-5.40	0.000 **
	認知機能リハ+援助付き雇用	46	39.20 (5.42)		
	全体	107	35.05 (6.57)		

検定:t 検定
**:P<.01, *:P<.05

表 6. 多職種アウトリーチ支援の介入・対照群における利用者評価得点の比較

	全体		介入群				対照群			p値
	N=120		N=58				N=62			
	平均値 (SD)	中央値	平均値 (SD)	中央値	平均 ランク		平均値 (SD)	中央値	平均 ランク	
利用者版支援者ストレス評価 総得点	20.81 (5.47)	21.00	22.05 (5.47)	21.00	70.59	>>	19.66 (4.51)	19.50	51.06	0.002
やってみたいと言ったことに「いいね」と言ってくれる 【C-1】	2.39 (0.82)	3.00	2.41 (0.88)	3.00	62.65	n.s.	2.37 (0.77)	3.00	58.48	0.459
ストレスを活かし伸ばしていく方法を、 一緒に何かをしながら考えてくれる【C-3】	2.24 (0.86)	2.00	2.28 (0.85)	2.00	61.85	n.s.	2.21 (0.87)	2.00	59.23	0.655
支援計画と一緒に考え、 あなた自身が決められるようにサポートしてくれる 【C-4】	2.34 (0.77)	2.00	2.38 (0.81)	2.00	63.02	n.s.	2.31 (0.73)	2.00	58.15	0.397
調子が悪い時に何をすればよいか、何をしてほしいかを 一緒に考えてくれる【C-5】	2.24 (0.88)	2.00	2.38 (0.91)	2.00	67.23	>	2.11 (0.83)	2.00	54.20	0.026
スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくしない 【C-7】★	1.60 (1.03)	2.00	1.91 (1.01)	2.00	70.84	>>	1.31 (0.97)	1.00	50.83	0.001
あなた自身の個性をしっかりと見て話をしてくれる 【C-8】	2.36 (0.72)	2.00	2.41 (0.77)	2.00	64.19	n.s.	2.31 (0.67)	2.00	57.05	0.214
障害者の福祉サービス以外も紹介してくれ、 あなたが選べるようになっている【C-11】	1.85 (1.00)	2.00	2.02 (0.95)	2.00	66.07	n.s.	1.69 (1.03)	2.00	55.24	0.077
うまくできたことや出来なかったことを聞いてくれて、 次に生かせるように話を進めてくれる【C-13】	2.24 (0.84)	2.00	2.21 (0.95)	2.00	60.87	n.s.	2.27 (0.73)	2.00	60.15	0.902
支援の大部分は、病院外や施設外で行われる 【C-14】	1.46 (1.13)	1.00	1.83 (1.13)	1.00	71.37	>>	1.11 (1.01)	1.00	50.33	0.001
障害の程度や病気の状態から、 やりたいと思っていることをやめるように言う 【C-17】★	2.09 (0.94)	2.00	2.22 (0.94)	2.00	65.23	n.s.	1.97 (0.96)	2.00	56.07	0.125

★…逆転項目(表中は得点処理後の値であり、高得点ほど良好であることを示す)

検定:Mann-Whitney U 検定による分析結果にもとづき、以下の記号を記した。

>>:有意水準 0.01 以下で利用者評価の方が有意に高得点、>:有意水準 0.05 以下で利用者評価の方が有意に高得点
n.s.:有意差なし

表 7. 認知機能リハ+援助付き雇用による支援の介入・対照群における利用者評価得点の比較

	全体 N=57		介入群 N=29			n.s.	対照群 N=28			p値
	平均値 (SD)	中央値	平均値 (SD)	中央値	平均 ランク		平均値 (SD)	中央値	平均 ランク	
利用者版支援者ストレス評価 総得点	21.76 (5.47)	22.00	21.60 (5.47)	21.00	28.78	n.s.	21.93 (3.78)	23.00	29.23	0.917
やってみたいと言ったことに「いいね」と言ってくれる 【C-1】	2.60 (0.82)	3.00	2.62 (0.88)	3.00	29.66	n.s.	2.57 (0.57)	3.00	23.32	0.719
ストレスを活かし伸ばしていく方法を、 一緒に何かをしながら考えてくれる 【C-3】	2.39 (0.86)	3.00	2.31 (0.85)	3.00	28.03	n.s.	2.46 (0.69)	3.00	30.00	0.618
支援計画と一緒に考え、 あなた自身が決められるようにサポートしてくれる 【C-4】	2.46 (0.77)	3.00	2.55 (0.81)	3.00	30.97	n.s.	2.36 (0.73)	2.50	26.96	0.304
調子が悪い時に何をすればよいか、何をしてほしいかを 一緒に考えてくれる 【C-5】	2.40 (0.88)	3.00	2.34 (0.91)	2.00	27.40	n.s.	2.46 (0.69)	3.00	30.57	0.435
スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくしない 【C-7】★	1.70 (1.03)	2.00	1.66 (1.01)	2.00	28.17	n.s.	1.75 (1.08)	2.00	29.86	0.690
あなた自身の個性をしっかり見て話をしてくれる 【C-8】	2.35 (0.72)	2.00	2.24 (0.77)	2.00	26.43	n.s.	2.46 (0.58)	2.50	31.66	0.182
障害者の福祉サービス以外にも紹介してくれ、 あなたが選べるようになっている 【C-11】	1.87 (1.00)	2.00	1.75 (0.95)	2.00	26.59	n.s.	2.00 (0.98)	2.00	31.50	0.232
うまくできたことや出来なかったことを聞いてくれて、 次に生かせるように話を進めてくれる 【C-13】	2.47 (0.84)	3.00	2.45 (0.95)	3.00	28.48	n.s.	2.50 (0.64)	3.00	29.54	0.785
支援の大部分は、病院外や施設外で行われる 【C-14】	1.19 (1.13)	1.00	1.23 (1.13)	1.00	29.76	n.s.	1.14 (1.01)	1.00	28.21	0.712
障害の程度や病気の状態から、 やりたいと思っていることをやめるように言う 【C-17】★	2.33 (0.94)	3.00	2.45 (0.94)	3.00	30.28	n.s.	2.21 (1.00)	2.50	27.68	0.513

★…逆転項目(表中は得点処理後の値であり、高得点ほど良好であることを示す)

検定: Mann-Whitney U 検定による分析結果にもとづき、以下の記号を記した。

n.s.: 有意差なし

表 8. 多職種アウトリーチ支援の介入群(N=51)における
支援者ストレンクス態度の「利用者評価」と「スタッフ自己評価(実施度)」の比較

項目 番号	(利用者版項目)	利用者評価			スタッフ自己評価		p値
		平均値 (SD)	中央値		平均値 (SD)	中央値	
【C-1】 【S-1】	やってみたいと言ったことに「いいね」と言ってくれる	2.49 (0.78)	3.00	n.s.	2.29 (0.64)	2.00	0.459
【C-3】 【S-3】	ストレンクスを活かし伸ばしていく方法を、一緒に何かをしながら考えてくれる	2.35 (0.80)	3.00	n.s.	2.22 (0.64)	2.00	0.655
【C-4】 【S-4】	支援計画と一緒に考え、あなた自身が決められるようにサポートしてくれる	2.45 (0.59)	3.00	>>	2.05 (0.58)	2.00	0.004
【C-5】 【S-5】	調子が悪い時に何を行えばよいか、何をしてほしいかを一緒に考えてくれる	2.45 (0.83)	3.00	>	1.84 (0.70)	2.00	0.026
【C-7】 【S-7】	スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくくない★	1.96 (1.02)	2.00	<<	2.41 (0.67)	2.00	0.001
【C-8】 【S-8】	あなた自身の個性をしっかりと見て話をしてくれる	2.51 (0.70)	3.00	n.s.	1.90 (0.78)	2.00	0.214
【C-11】 【S-11】	障害者の福祉サービス以外も紹介してくれ、あなたが選べるようになっている	2.12 (0.91)	2.00	n.s.	2.04 (0.77)	2.00	0.077
【C-13】 【S-13】	うまくできたことや出来なかったことを聞いてくれて、次に生かせるように話を進めてくれる	2.25 (0.89)	2.00	n.s.	2.33 (0.59)	2.00	0.902
【C-14】 【S-14】	支援の大部分は、病院外や施設外で行われる	1.88 (1.13)	2.00	<<	2.00 (0.75)	2.00	0.001
【C-17】 【S-17】	障害の程度や病気の状態から、やりたいと思っていることをやめるように言う★	2.24 (0.91)	2.00	n.s.	2.37 (0.87)	3.00	0.125

★…逆転項目(表中は得点処理後の値であり、高得点ほど良好であることを示す)

検定: Wilcoxon 符号付順位検定による分析結果の状況にもとづき、以下の記号を記した。

>>: 有意水準 0.01 以下で利用者評価の方が有意に高得点, <<: 有意水準 0.01 以下で利用者評価の方が有意に低得点
>: 有意水準 0.05 以下で利用者評価の方が有意に高得点, n.s.: 有意差なし

表 9. 認知機能リハ+援助付き雇用支援の介入群(N=28)における
支援者ストレス態度の「利用者版評価」と「スタッフ版自己評価(実施度)」の比較

項目 番号	(利用者版項目)	利用者版			スタッフ版 (実施度)		p値
		平均値 (SD)	中央値		平均値 (SD)	中央値	
【C-1】 【S-1】	やってみたいと言ったことに「いいね」と言ってくれる	2.64 (0.56)	3.00	n.s.	2.54 (0.51)	3.00	0.317
【C-3】 【S-3】	ストレスを活かし伸ばしていく方法を、一緒に何かをし ながら考えてくれる	2.32 (0.91)	3.00	n.s.	2.36 (0.62)	2.00	0.886
【C-4】 【S-4】	支援計画と一緒に考え、あなた自身が決められるように サポートしてくれる	2.61 (0.57)	3.00	n.s.	2.39 (0.83)	3.00	0.292
【C-5】 【S-5】	調子が悪い時に何を行えばよいか、何をしてほしいかを 一緒に考えてくれる	2.36 (0.68)	2.00	>	1.93 (0.77)	2.00	0.042
【C-7】 【S-7】	スタッフは、スタッフ自身についての話はまったくくない★	1.68 (0.95)	2.00	<	2.11 (0.69)	2.00	0.034
【C-8】 【S-8】	あなた自身の個性をしっかりと見て話をしてくれる	2.25 (0.65)	2.00	n.s.	2.54 (0.51)	3.00	0.046
【C-11】 【S-11】	障害者の福祉サービス以外も紹介してくれ、あなたが選 べるようになっていく	1.74 (0.91)	2.00	n.s.	1.71 (0.76)	2.00	0.906
【C-13】 【S-13】	うまくできたことや出来なかったことを聞いてくれて、次に 生かせるように話を進めてくれる	2.46 (0.69)	3.00	n.s.	2.61 (0.50)	3.00	0.439
【C-14】 【S-14】	支援の大部分は、病院外や施設外で行われる	1.24 (0.95)	1.00	<<	2.25 (0.84)	2.00	0.000
【C-17】 【S-17】	障害の程度や病気の状態から、やりたいと思っていること をやめるように言う★	2.46 (0.69)	3.00	n.s.	2.61 (0.50)	3.00	0.317

★…逆転項目(表中は得点処理後の値であり、高得点ほど良好であることを示す)

検定: Wilcoxon 符号付順位検定による分析結果の状況にもとづき、以下の記号を記した。

<<: 有意水準 0.01 以下で利用者評価の方が有意に低得点, > : 有意水準 0.05 以下で利用者評価の方が有意に高得点
<: 有意水準 0.05 以下で利用者評価の方が有意に低得点, n.s.: 有意差なし

Ⅲ. 関連研究報告

プログラム評価におけるフィデリティ尺度の開発と妥当性の検証に関する 海外文献紹介

研究分担者：○吉田光爾¹⁾

研究協力者：片山優美子²⁾，下平美智代¹⁾

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) 長野大学

要旨

目的：EBPの普及の上では、効能研究や効果研究によって有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのモデルを同定し、その定式化・標準化を行いプログラムの実施・普及をはかることが重要である。フィデリティ尺度は、このプログラムの普及を円滑にするために、オリジナルに開発されたプログラムモデルに忠実に行われている程度(範囲)を評価する尺度である。こうしたフィデリティ尺度の開発や妥当性の方法論について、我が国では十分な文献・研究が導入されているとは言えない。本研究では Mowbray らの“Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation(2003)”に基づき、フィデリティ開発の手順について簡略に紹介を行い日本におけるフィデリティ開発・検証研究の進展の一助とすることを目的とする。

概要：本論文はレビュー論文のスタイルをとり、健康や教育領域における論文から実例を引き、フィデリティ基準の開発、測定、および妥当化における道筋の要点を述べている。

結果：フィデリティ開発における3つの主要なステップは、①プログラムにおける有効な支援の構成要素を特定するフィデリティ尺度の開発、②指標を測定するための定量的なデータの収集・フィデリティの測定、③フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の確認、である。③については(1)評価者間信頼性・再テスト信頼性、(2)確認的因子分析・内的一貫性、(3)他のプログラムとの比較、(4)収束的妥当性、(5)予測妥当性の検証などのアプローチを単一・または複数もちいて検証される。

考察：プログラムを対象としたフィデリティ尺度の開発には多くの時間がかかるため、1つの研究・論文でこの3ステップすべてを記述することは容易ではないが、その開発過程を①確立されたプログラムの有効な要素を忠実にフィデリティ尺度が反映しているか、②尺度が有効な要素を信頼性・妥当性をもって測定できているか、③その得点がアウトカムを予測できるか、という3つに分け検証するなども、研究を整理して記述するうえでは重要であろう。

A. 研究の背景

近年世界的にEBPに基づく医療・社会福祉実践に関する重要性が指摘されている。EBPの普及の上では、効能研究や効果研究によって有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのモデルを同定し、その定式化・標準化を行い、それをもとにプログラムの実施・普及をは

かることが重要である。モデルが明確に定式化・標準化されることで、そのプログラムの複製・普及が可能になるからである。モデルの定式化・標準化のためには、個別プログラムへのプロセス評価を実施して、効果的なプログラム援助要素を抽出・指定することが必要となる。そのうえで検討された効果的なプログラム援

助要素が、効果的普及モデルの実施マニュアルに記述されるわけである。

次に必要なのは、そうしたマニュアル等によって実施されたプログラムが、どの程度の質を保って実施されているかを評価することである。この評価にはフィデリティ尺度 (fidelity scales) が用いられる。フィデリティ尺度は、あるプログラムが、オリジナルに開発されたプログラムモデルに忠実に行われている程度 (範囲) を評価する尺度である。その評価項目は上記で抽出された効果的なプログラムの援助要素によって構成されており、この尺度を用いることで、各々の実践が定められた基準通りに実施・導入されているかという「度合い」を系統的に評価できるのである。フィデリティ尺度を用いることは以下の意義をもつ。まず各々の活動状況が明らかになると同時に、現場への具体的な改善や指針に関するフィードバックを通じて実践の質を改善する。また、行政機関に対してプロジェクトがどの程度目標を達成しているかという状況を報告することが可能になり、情報を公共に公開することも可能になる。またプログラムの効果は、プログラムの実施状況に大きく影響されるため、フィデリティ尺度による評価による履行状況のモニタリングをすることは、サービスの質の担保の面でも重要である。

しかし、こうしたフィデリティ尺度の開発や妥当性の方法論について、我が国では十分な文献・研究が導入されているとは言えない。本研究では 2003 年に発表された Mowbray らの “Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation”¹⁾ に基づき、フィデリティ開発の手順について簡略に紹介を行い、日本におけるフィデリティ開発・検証研究の進展の一助とすることを目的とする。

B. 概要

1) 本論文の概要について

本論文はレビュー論文のスタイルをとり、1995 年から発表当時までにおいて、Psych

Abstracts、ERIC、Social Science Index、Social Work Abstracts、MedSearch から検索された、健康や教育領域における論文から実例を引き、フィデリティ基準の開発、測定、および妥当化における道筋の要点を述べている。本報告ではフィデリティ開発の立場から、その概要について紹介する。

C. 結果

1) フィデリティとは何か？

フィデリティは「オリジナルに開発されたプロトコールに対する実際の治療実施の順守」として定義される (Orwin, 2000, p.S310)²⁾。典型的には、尺度はフィデリティ (実施されるプログラム化された臨床的介入が、そのベースとなる実証的に検証されたモデルに匹敵すること) を定量化するために開発される (Drake et al. 2001)³⁾。

2) なぜフィデリティを評価するのか？

フィデリティを評価する理由のとしてよくあげられるものは、ネガティブもしくは不明瞭な知見について説明する必要性からである (Hohmann & Shear, 2002)⁴⁾。すなわちあるプログラムが成功しなかった場合、意図したモデルに対するプログラムの順守の度合いを測定せねば、その原因がプログラムモデルそのものの失敗を反映したものなのか、意図したようにモデルを実践することに対して失敗したことによるのか、判定できない (Chen, 1990)⁵⁾。フィデリティ基準を確立することで、元のプログラムに対するアドヒアランスを測定可能にすることは、治療をより標準化し、プログラムを厳密に複製することを可能にする。またメタ分析のために、フィデリティ尺度を手にするには、各々の治療の意義ある比較を生み出す上で助けとなる (Banks, McHugo, Williams, Drake, & Shinn, 2001; Bond, Williams, Evans, et al. 2000)^{6),7)}。さらに、ある確立された支援モデルが、妥当な基準を用いて余所に複製されるときには、フィデリティ尺度で測定される

点数は、アウトカムを予測することができる (Blackly et al, 1987; Paulson et al, 2002) 8),9)。

3) フィデリティ開発におけるステップ

研究者たち (McGrew et al, 1994; Teague, Bond, & Drake, 1998) 10),11)は、フィデリティ開発における3つの主要なステップについて記述している。すなわち①フィデリティ尺度の開発、②フィデリティの測定、③フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の確認である。

①フィデリティ尺度の開発

第一に、フィデリティ尺度を開発しようとするプログラムにおける、有効な支援の構成要素を特定することが必要である。そして、それらが客観的で測定可能なように、それぞれの指標についてのデータの由来を記述し、評価尺度における特定のアンカーポイントを含め、指標もしくは候補となる構成要素のための操作的定義を設定する。

一般的に、これらを行うために、以下のような方法がとられている。

- (1) 効能、有効性が証明されているか、または少なくとも受容をとまなう特定のプログラムモデルからの描出
- (2) 専門家の意見を集める—専門家の調査、および文献レビュー
- (3) 質的調査—何が有効に働くかに関してのユーザーと支持者達の意見を収集する、さまざまなプログラムへのサイト訪問など

(ただし、基盤となるプログラムがしばしば RCT 等によって有効性が確認されているわけではないという問題がある)

②フィデリティ尺度の測定

第二のステップは、指標を測定するためにデータを集めることが必要である。

フィデリティのための定量的データを収集するもっとも一般的な方法は：

- (1) プロジェクト記録やクライアント記録、

サイト観察、あるいは録画されたセッションに基づく専門家による評定、

- (2) サービスを提供する個人や受け取る個人による調査またはインタビュー、である。

ただし、これらには評価バイアスの問題がある。スタッフからの情報に関しては社会的望ましさのバイアスの問題、サービス利用者から評価してもらうことは自発的な参加者が多くなるというバイアスがあるため、これらのバイアスに対しては、各尺度ポイントを行動に基づく固定された基準 (アンカーポイント) にするなどの対応が考えられる。

また、プログラムの評価には《構造基準》と《プロセス基準》が存在する。プログラム構造の評価は職員水準や特徴、ケースロードの大きさ、予算、訴訟法、コンタクトの頻度や集中度などの測定を網羅する (Orwin, 2000) 2)が、これらの情報は、主観的判断を要求されることが少なく、多くの場合既存の記録物を通して取得することができる。一方《プロセス基準》は、プログラムの様式、スタッフ—クライアント関係、クライアント—クライアント関係、治療の個別化、あるいは情緒的雰囲気を含む。これらの基準と関連するプログラム業績の評定は、多くの場合、観察やインタビューや他のデータ源に基づくより主観的な判断を要求する。従って、より多くの時間と労力を必要とし、よりコストが高く、たとえ回答基準がうまく固定化されていたとしても信頼性はより低くなる傾向がある (Bond et al, 1997) 12)。これらの両側面の指標を用いることで、重要な特徴を測ることを可能にする。

③フィデリティ尺度の信頼性と妥当性の検証

第三のステップは、妥当性 (予測妥当性、判別妥当性、構成概念妥当性) と信頼性の観点から指標を検証することである (Moncher & Prinz, 1991) 13)。これまでの研究ではフィデリティ尺度の開発研究では以下のうち1つまたは複数のアプローチを採用しているこ

とが多い。

(1) 評価者間信頼性や再テスト信頼性の確認：

Henggeler et al. (2002)¹⁴⁾は、セラピストに関する家族の複数回答による評定の再テスト信頼性を算出し、またセラピストとそのスーパーバイザーの間のレイティングの相関係数を算出している。Weisman et al. (2002)¹⁵⁾はセラピストのビデオをみた場合の三人の評価者の級内相関係数を算出している。Clarke (1998)¹⁶⁾は思春期の抑うつのための14の治療セッションに関してフィデリティアセスメントを行い、カッパ係数を算出している。

(2) データの内部構造について検証的な確認・期待される結果との関連の分析：

確認的因子分析や、クローンバックの α 係数を算出した内的一貫性の分析、またはクラスタ分析による検証である。Bond et al. (1997)¹²⁾, Clarke (1998)¹⁶⁾, Lucca (2000)¹⁷⁾, and McGrew et al. (1994)¹⁰⁾らは内的一貫性を報告しており、他方で Henggeler et al. (2002)¹⁴⁾は確認的因子分析と内的一貫性の分析を行っている。

(3) 他のプログラムとの比較：

他の異なるプログラム間でフィデリティを評価してその差を検証する方法である。模範的な最上のプログラムと、通常のプログラムを比較したり(Hernandez et al, 2001)¹⁸⁾、ACTプログラムと通常のケースマネジメントを比較したり (Teague et al, 1995, 1998)^{19),11)}、様々な援助付き雇用を比較したり(Bond et al, 1997)¹²⁾、クラブハウスと通常の職業リハビリテーションモデルを比較したり(Lucca,2000)¹⁷⁾、援助付住居と比較プログラムを対比させたり(Rog & Randolph, 2002)²⁰⁾、複合的なプログラムの状況と単一の介入を比較したり、あるいは濃淡のあるグループの参加者を比較したり (Orwin, 2000)²⁾するものである。

(4) 収束的妥当性の検証：

プログラムに関する異なる2つのソースからの情報に関する一致を検証する方法でプログラムの収束的妥当性を検証する。例えば Blakely et al. (1987)⁸⁾は、サイトにおける観察と、記録や文書からの情報を比較した。Macias et al. (2001)²¹⁾は CRESS (Clubhouse research and Evaluation Screening Survey) 上の、クラブハウスの基準順守に関する自己評価と、実地の認証手続きの結果を、CRESSが認証した機関とそうでない機関について比較している。Lucca (2000)¹⁷⁾はクラブハウスのフィデリティスコアと Principles of Psychosocial Rehabilitation scaleのスコアをつきあわせることで、収束的妥当性を検証している。

(5) 予測妥当性の検証：

フィデリティ測定結果が、期待されるアウトカムと関連しているかどうかを検証してフィデリティの予測妥当性を確かめるものである。アプローチの例としては、援助付き雇用のフィデリティスコアが利用者のアウトカムと関連していることを明らかにした (Becker et al, 2001)²²⁾。またACTのフィデリティモデルは明らかに入院の減少率と関連していた(McGrew et al, 1994)¹⁰⁾。薬物と精神障害の併発に関するチームにおいては、レートが高いほど治療への残存率がよく、アルコールと薬物の使用現象に繋がり、寛解率も高かった (McHugo, Drake, Teague, & Xie, 1999)²³⁾。また、メンタルヘルスに関する問題でリファーされた子供たちの割合とメンタルヘルスの支援を受けた高さが報告されている(Friesen et al., 2002)²⁴⁾。さらに家族に焦点化したセラピーのフィデリティスコアと患者の寛解との関係が調べられている(Weisman et al., 2000)²⁵⁾。

C. 考察

ここまでフィデリティ尺度の開発に関して整理してきた。フィデリティ開発には3つのステップがあり①フィデリティ尺度の開

発（有効な支援要素の特定）、②フィデリティ尺度の測定、③フィデリティ尺度の信頼性・妥当性の検証、という3つのステップからなることが説明された。しかしフィデリティ尺度の開発研究は、いわゆる伝統的な心理・精神医学的な尺度に比べて歴史が浅く、その尺度の開発に関しては十分な研究蓄積がない段階といえるだろう。特に信頼性・妥当性の検証については必ずしも十分に定式化されているわけではなく、予測妥当性・判別妥当性・構成概念妥当性・信頼性の観点から、研究によって1つまたは複数のアプローチを採用して尺度の検証をしていることが多いようである。

これらの理由については、フィデリティ尺度が、個人の内面等ではなく、社会プログラムを対象にしているものと関連しているのではないかと考える。社会プログラムが成熟し、一定の成果を上げ、その成果が認知されるようになるまでには、場合によっては多くの時間を要する場合が少なくない。さらに本論文で紹介された「①成熟したプログラムの中から必要な構成要素を抽出する」には、さらに文献レビューや質的調査などの時間を要することになる。そのうえで上記②のステップでデータを実測し、さらに③のステップで信頼性・妥当性を検証する、とくにフィデリティ得点がアウトカムと関連するかという重要な観点である予測妥当性も含めた信頼性・妥当性を検証する場合には、プログラムが成果をあげるまでの時間をフォローする必要があり、それに要する時間は増大する。すなわちプログラムの成熟、フィデリティの①作成、②測定、③検証（一時点・長期予後）のステップごとに時間を要するため、1つのフィデリティ尺度の開発全体にはかなり長期的な関わりが必要になってくる。多くの論文が信頼性・妥当性の検証として必ずしもすべての側面をカバーしていないのは、1論文では、この過程全体を記述しきれない、あるいは時間の経過を要するため、各論文が、その可能な範囲で信頼性・妥当性を検証してい

るともいえるだろう。

フィデリティ尺度は、まず有用性のあるプログラムが確立していることを前提にしている。そして確立されたプログラムを、フィデリティ尺度によって有効な要素に分解・構成することで複製を可能にすること、そのうえでそれを測定し、高い忠実度得点を維持することで元のプログラムと同等の高いアウトカムを達成することが期待されるわけである。そのように考えると、フィデリティ尺度の開発において重要な点は、Ⅰ：確立されたプログラムの有効な要素を忠実にフィデリティ尺度が反映しているか（紹介論文のステップ①）、Ⅱ：尺度が有効な要素を信頼性・妥当性をもって測定できているか（紹介論文のステップ②・③）、Ⅲ：その得点がアウトカムを予測できるか（紹介論文のステップ③）、という3つに整理したうえで、それを1つずつ検証していくなどの方法も、研究を整理して記述するうえでは重要であろう。

日本では現在、フィデリティ開発に関する研究が十分に蓄積されているとは言えないが、通常の尺度開発とは異なるこのような性格を踏まえ研究が重ねられることが重要であると考えられる。

D. まとめ

目的：EBPの普及の上では、効能研究や効果研究によって有効性が明らかにされた心理社会的介入プログラムのモデルを同定し、その定式化・標準化を行いプログラムの実施・普及をはかることが重要である。フィデリティ尺度は、このプログラムの普及を円滑にするために、オリジナルに開発されたプログラムモデルに忠実に実行されている程度（範囲）を評価する尺度である。こうしたフィデリティ尺度の開発や妥当性の方法論について、我が国では十分な文献・研究が導入されているとは言えない。本研究では Mowbray らの“Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation(2003)”に基づき、フィデリティ開発の手順について簡略