

厚生労働科学研究費補助金 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

全国 ACT 事業所による診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究

研究分担者 吉田光爾¹⁾

研究協力者 前田恵子²⁾

研究協力機関：

ACT-H (北海道立緑ヶ丘病院附属音更リハビリテーションセンター)

S-ACT (東北福祉大学せんだんホスピタル)

ACT-J (NPO 法人リカバリーサポートセンターACTIPS)

ぴあクリニック (医療法人社団互啓会ぴあクリニック・株式会社ぽっけ訪問看護ステーション不動平)

ACT-K (たかぎクリニック・ねこので訪問看護ステーション・NPO 法人京都メンタルケア・アクション)

ACT-Zero (大和診療所・訪問看護ステーション宙)

NACT (こころクリニックせいわ・訪問看護ステーション浜田「こころ」)

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) 日本学術振興会

本研究では、現在の ACT の臨床活動に関して、どの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのかいないのかを明らかにする実態調査を行い、今後の多職種アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的とした。全国の ACT 活動のうち ACT ネットワークに参加し診療報酬をベースにした活動を行っている 7 事業所に協力を依頼し、全利用者のうち 15% を無作為に抽出した(51 ケース)。その利用者ならびに、利用者の支援に係わる関係者への個別的な実コンタクト・電話コンタクトに関する支援内容について、平成 23 年 11 月半ば～12 月半ばの 1 ヶ月間に渡り、日常のサービス記録からサービスコード票に転記して調査を行った。

結果、1 か月間のコンタクトは、実対面コンタクト 857 回、電話コンタクト 407 回であった。職種は医師が 8.9%(n=75)、看護職を中心としたコンタクトが 36.0%(n=302)、作業療法士を中心としたコンタクトが 17.5%(n=147)、精神保健福祉士を中心としたコンタクトが 30.5%(n=256)であった。また、全コンタクトの 15%弱は週 4 回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であった。

診療報酬の状況については無報酬のコンタクトの割合が、医師が 13.3%(n=10)、看護師が 24.8%(n=75)、作業療法士が 19.7%(n=29)、精神保健福祉士が 38.0%(n=97)であった。また全職種の 1 か月間・51 ケースに支援した合計の総臨床時間に対して、全体の 40.9%である 602 時間 21 分が無報酬となっていた。

今後本研究で得られた調査結果を利用し、①理想的な多職種アウトリーチチームの運営の在り方の提示と、②提示された多職種アウトリーチチームのモデル像に今回得られたデータを代入し診療報酬上の過不足を分析する、ことを通じ、具体的な診療報酬改定の提言を行っていく予定である。

A. 研究の背景

近年、「入院医療中心から地域生活中心へ」という我が国の精神保健医療福祉施策の元で精神障害者への支援の舞台が地域へと移行しつつある。このような状況で必要なことは、重い精神障害を持っていても可能な限り入院を抑止し、早期退院を可能にする在宅医療の充実が進むことと、「あたりまえの生活」が可能になる、ニーズに応じた生活の場での支援が実現することである。そのためには、医療と生活支援が密接に結びついて提供できる効果的なサービスモデルの確立およびその普及は急務である。精神障害者は、障害性と疾病性を併せ持ち、症状の変動性を持つ障害であるため、生活支援だけでなく医療をともに提供することが必要なのである。

重症精神障害者に対する医療と生活支援の両方が提供されるサービスとして、多職種チームによる医療を含む包括的な支援を提供するサービスである包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment: ACT)が、利用者の満足度、入院期間の短縮、住居の安定、QOL、症状、服薬コンプライアンス等の点で、大きな成果をあげることも明らかになっており、欧米では中心的となってきている。

わが国では全国にACTを実施している事業所は、全国ACTネットワーク²⁾に加盟しているものとして、十数か所が知られており、その多くは医療機関・訪問看護ステーションなどの事業所形態をとりながら、主として精神科訪問看護に関する診療報酬制度を利用しながら運営を行っている³⁾。しかし精神科訪問看護とACTは性格を異にする支援であり⁴⁾、多職種アウトリーチチームであるACTの臨床活動を十分にカバーしうるものではないと指摘されている。各事業所はACTを実施するに際してかなりの経済的な自己負担をせねばならず、これがACTの実践普及のうえでネックとなっている。

ACTのサービス実態を記述する調査としては、吉田らが訪問看護とサービス内容の比較を実証的に行っているが⁴⁾、医療経済的な視点からの分

析は行っていない。また深谷らがACTにかかる総医療費の試算と費用対効果を検討しているが⁵⁾現行の診療報酬制度の運用との関係の中で「どの部分の活動に報酬が充てられていないのか」という疑問に答える調査ではない。

そこで、本研究では、現在のACTに臨床活動に関して、どの程度の活動が診療報酬制度でカバーされているのかいないのかを明らかにする実態調査を行い、今後の多職種アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的とした。

B. 方法

全国のACT活動のうち全国ACTネットワークに参加し、診療報酬をベースにした活動を行っている7事業所に協力を依頼した。

全利用者をリストアップしたのちに15%を無作為に抽出した(51ケース)。その利用者ならびに、利用者の支援に係わる関係者への個別的な実コンタクト・電話コンタクトに関する支援内容を、日常のサービス記録からサービスコード票に転記した。調査期間は、平成23年の11月半ば～12月半ばにかけての1ヶ月間である。

サービスコード票には以下の情報が含まれる(コンタクト日時、コンタクト時間、移動時間、記録等の準備時間、支援したスタッフの職種、支援の提供場所、コンタクトした対象、支援の状況、診療報酬上の位置づけ、診療報酬が請求できない場合の理由、支援内容)。またコンタクトは訪問等対面で行った実コンタクトと、電話での電話コンタクトに2分した。

なお診療報酬制度を主たる経済基盤としているACT事業所の運営形態としてタイプA:医療機関単独で運営している事業所、タイプB:訪問看護ステーション単独で運営している事業者、タイプC:訪問看護ステーションと医療機関の複合による運営を行っている事業所が存在するが、今回の調査ではタイプA:2ヶ所、タイプB:1ヶ所、タイプC:4ヶ所となっている。

事業所に本調査に関する趣旨を説明したポス

ターを掲示し、調査の拒否権を確保した。本研究は国立精神・神経医療研究センターにおける倫理委員会の承認を受けている。

C. 結果

1)コンタクトの概要

今回集計されたコンタクトの概要を表 1 に示す。実コンタクト 857 回、電話コンタクト 407 回であった。

2)実コンタクトを行っている職種構成

実コンタクト中の、コンタクトしている職種について図 1 に示す。医師が 8.9%(n=75)、看護職を中心としたコンタクトが 36.0%(n=302)、作業療法士を中心としたコンタクトが 17.5%(n=147)、精神保健福祉士を中心としたコンタクトが 30.5%(n=256)であった。また、臨床心理技術者(1.0%, n=8)、薬剤師(1.7%, n=14)、その他のピアスタッフ等(4.4%, n=37)による支援が行われていた。以降、職種ごとに各種の数値を示すが、ACTにおける専門職として代表的な職種である医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士について分析を行った。

3)コンタクトにかかっている時間

実コンタクトについてかかっている時間を、実際のコンタクト時間、移動時間、記録や臨床のための準備時間の 3 つにわけ分単位で記録、平均を算出した。結果を表 2 に示す。医師コンタクトは外来によって行われることもあるためコンタクト時間が短めであるが、他の職種はおおむね 1 時間程度のコンタクト時間、20 分程度の移動時間(往路のみの算出)、10 分程度の準備時間となっており、1 利用者の 1 コンタクトにつき、1 時間 20~30 分の時間を割いていることがわかる。

4)事業所種別の実コンタクト

事業所の種別(訪問看護ステーション/医療機関)ごとの、実コンタクトの報酬状況について示す。訪問看護ステーションでは 16.4%の実コンタクトによる支援が、医療機関では 40.0%の実コン

タクトによる支援が報酬外のコンタクトとなっていることがわかる。

5)コンタクトがされている状況

実コンタクトおよび電話コンタクトの支援状況について集計した結果を図 2 に示す。

今回の調査では週 4 回以上のコンタクトを要している状況を「緊急時」として、その状況も「病変」によるものか、「生活課題」によるものかを別にして集計した。結果「緊急時・病変」にあてはまるものは実コンタクトの 5.6%(n=45)、電話コンタクトの 6.8%(n=25)を占め、また「緊急時・生活課題」にあてはまるものは実コンタクトの 8.6%(n=69)、電話コンタクトの 8.2%(n=30)を占めることがわかった。すなわち、全コンタクトの 15%弱は週 4 回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であることがわかる。

6)コンタクトの時間帯

コンタクトの時間帯について分析した結果を図 3 に示す。コンタクトの多くは日中帯に行われているが、電話によるコンタクトではまた、夜間帯 11.8%、深夜帯 4.3%、早朝帯 10.3%と通常の 9:00~18:00 までの勤務時間帯外のコンタクトが 1/4 程度存在する。24 時間の勤務体制と、事業所運営上それに対するスタッフの勤務手当が必要な状況がうかがえる。

7)医師によるコンタクトの報酬状況

医師による実コンタクトの報酬状況について図 4 に示す。通院・在宅精神療法や在宅患者訪問診療料を中心とした診療報酬項目で対応されているが、無報酬のコンタクトも 13.3%(n=10)存在した。

この実コンタクトの非報酬理由について示したのが図 5 である。他の医療機関に入院中・あるいは入院当日の利用者にコンタクトをとり支援した場合は、事業所の医師は報酬が得られないことが理由となっている。

なお、今回の全 51 ケース・1 か月間に費やさ

れた医師の総臨床時間のうち、7.7%(230分=3時間50分)が診療報酬で対応されていないことが明らかになった。

8)看護師によるコンタクトの報酬状況

看護師による実コンタクトの報酬状況について図7に示す。看護師は医療機関では精神科訪問看護指導料I、訪問看護ステーションでは訪問看護管理療養費や訪問看護基本療養費を中心として報酬対応し、場合によって訪問看護情報提供療養費24時間対応体制加算を得ていることが分かった。しかし、無報酬のコンタクトが24.8%(n=75)存在した。

この実コンタクトについて報酬を得られない理由について示したのが図8である。ACTとしての訪問活動に診療報酬がつかない理由としては、入院中の訪問(22.1%)、本人以外との実コンタクト(家族・関係者など、13.2%)、期間内における回数制限以上の訪問(14.7%)、同日内の2回目以上の訪問(10.3%)などの理由であった。(※なお、今回の7事業所のうち、看護師を中心として利用者のグループ・居場所活動を行っている事業所が1か所あり、これに関して非報酬となっているコンタクトが21回存在した。グループ活動は、アウトリーチ活動としてのACTにおいては追加的な要素と考えられる為、図表の解釈には留意が必要である)

なお、今回の全51ケース・1か月間に費やされた看護師の総臨床時間のうち、23.3%(実コンタクト5864分=97時間44分、電話コンタクト974分=16時間14分)が診療報酬で対応されていないことが明らかになった(図9)。

9)作業療法士によるコンタクトの報酬状況

作業療法士による実コンタクトの報酬状況について図10に示す。作業療法士は医療機関では精神科訪問看護指導料I、訪問看護ステーションでは訪問看護管理療養費や訪問看護基本療養費を中心として報酬対応し、場合によって訪問看護情報提供療養費24時間対応体制加算を得ている

ことが分かった。しかし、無報酬のコンタクトが19.7%(n=29)存在した。

この実コンタクトについて報酬を得られない理由について示したのが図11である。ACTとしての訪問活動に診療報酬がつかない理由としては、入院中の訪問(39.3%)、期間内における回数制限以上の訪問(39.3%)、本人以外との実コンタクト(家族・関係者など、14.3%)、同日内の2回目以上の訪問(10.7%)などの理由であった。

なお、今回の全51ケース・1か月間に費やされた作業療法士の総臨床時間のうち、17.9%(実コンタクト2040分=34時間00分、電話コンタクト443分=7時間23分)が診療報酬で対応されていないことが明らかになった(図12)。

10)精神保健福祉士によるコンタクトの報酬状況

精神保健福祉士による実コンタクトの報酬状況について図13に示す。精神保健福祉士は訪問看護ステーションからの単独訪問に診療報酬がつかないため、診療報酬を得ている場合は医療機関における精神訪問看護指導料Iによる報酬を得ているが4割弱にあたる38.0%(n=97)のコンタクトが無報酬の活動となっている。

この実コンタクトの非報酬理由について示したのが図14である。ACTとしての訪問活動に診療報酬がつかない理由としては、入院中の訪問(28.4%)、期間内における回数制限以上の訪問(16.8%)、職員の資格が該当外(14.7%)、本人以外との実コンタクト(家族・関係者など、11.6%)、同日内の2回目以上の訪問(6.3%)などの理由であった。

なお、今回の全51ケース・1か月間に費やされた精神保健福祉士の総臨床時間のうち、31.3%(実コンタクト5271分=87時間51分、電話コンタクト1323分=22時間03分)が診療報酬で対応されていないことが明らかになった(図15)。

11)職種による実コンタクトに対する報酬平均

各職種ごとに、実コンタクト1回に対する報酬

平均単価を算出したのが図 16 である。実際に報酬のとれているコンタクトのみで算出した場合(濃い棒グラフ)と、報酬がとれていないコンタクトも含めて報酬を平均化した結果を同時に示している(薄い棒グラフ)。

医師は元来、利用者との実コンタクト時間が他の職種と比べて半分以下と短く(表 2)、他の職種に比した時間単価は実際には高い状態である。他方で精神保健福祉士に関しては、看護師・作業療法士と同程度のコンタクト時間にも拘らず、報酬単価が明らかに低いことがわかる。

12)在宅時医学総合管理料に値する事例の割合

なお、今回の事例のうち、在宅時医学総合管理料(地方社会保険事務局長に届け出た診療所及び許可病床 200 床未満の病院の主治医が、患者の同意を得て在宅療養計画に基づき月 2 回以上訪問診療(往診を含む)を継続して行った場合に月 1 回算定)に該当する事例を、コンタクトの記録から算出すると 13 事例(25.5%)が当てはまることとなった。

13)全職種の合計総臨床時間に対する報酬区分

医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士およびその他の職種が、1 か月間、51 ケースに支援した合計の総臨床時間に対する報酬区分を図 18 に示す。

実コンタクトについて報酬が付いた時間(実コンタクト時間 552 時間 30 分、移動時間 216 時間 29 分、準備時間 101 時間 58 分)の合計は、870 時間 57 分であり全体の 59.1%であった。逆に無報酬の時間の合計(無報酬のコンタクト時間 383 時間 17 分、移動時間 79 時間 11 分、準備時間 37 時間 23 分、電話コンタクト時間 41 時間 35 分、電話準備時間 60 時間 55 分)は 602 時間 21 分であり全体の 40.9%であった。なお、電話に関する時間を除いた場合は 499 時間 51 分であり全体の 33.9%にあたる。

D. 考察

今回の調査で判明した点について以下の考察を加える。

1)多職種アウトリーチチームとしての基本構成

多職種アウトリーチチームによず支援が行われている ACT であるが、具体的に主たるコンタクトをしている職種は医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士であることがわかった。よって今後の診療報酬についても、こうした職種をベースにして考えることが妥当と思われる。

ただし事業所によっては薬剤師や臨床心理技術者、ピアスタッフ等をチーム構成に加えており、これらの職種の参加についても今後検討する余地がある。また、多くの事業所では、臨床心理スタッフだけでなく医療事務処理などを行うプログラムアシスタントを雇用する必要もあり、この人件費への報酬については、今回の調査では検討されていないので留意が必要である。

2)コンタクトにかかっている時間

今回の調査では、医師以外の職種の実コンタクトでは、コンタクト時間と移動時間、準備時間を含め概ね 1 件 1 時間 20 分~1 時間半程度の時間がかかることが明らかになった。1 日の勤務時間を 8 時間として、朝のミーティングに 1 時間、利用者宅から事業所への帰着移動時間を 20 分程度とすると、実質の訪問可能時間は 6 時間 40 分と算出される。よって、1 件 1 時間半程度の時間がかかるとすれば、1 日に可能な訪問は 1 人 4 件~5 件が限界であると考えられる。逆に言えば 4 件の訪問に対する報酬で、専門職 1 人の人件費を捻出できなければ事業所を実質運営できないと考えられ、この数値は、訪問の業務量およびそれに対する報酬に関する試算の基礎的な数字として意味のある数字であろう。

また今回は移動時間を全国で平均化したが、都市部ではない地方地区等でキャッチメントエリアを拡大した場合、移動により多くの時間を割かれるため、1 日に可能な訪問件数は減ると考えられる。よって、このような多職種アウトリーチを

モデル化・診療報酬制度化するにあたっては、地方モデル/都市型モデルを別に設計するべきであるかもしれない。

なお今回の調査では移動時間は往路しか記録していない。業務時間の計算上この点は留意が必要であるので付記するが、訪問の移動は事業所⇄各々の利用者宅を都度往復して行われるのではなく、実質的には事業所→（往路 1）→利用者宅 a¹→（往路 2）→利用者宅 a²→（往路 3）→利用者宅 a³→…→（往路 x）→利用者宅 a^x→（復路）→事業所（帰着）と円環的に行われている。このことを考えると復路分の時間は最後の移動のみ追加カウントすればよいと考えられる。

3)訪問の状況

訪問の状況に関して言えば、全コンタクトの 15%弱は週 4 回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であったことが明らかになった。一般に、訪問看護では特別訪問看護指示書によって週 4 回以上の訪問が認められているが、基本的に一次的な運用で考えられていること、同日内の複数コンタクトが認められないこと、月 12 回目以降のコンタクトでは訪問看護管理療養費の加算が認められないこと等から、高頻度のコンタクトに関しては事業所に大きな負担となっていると考えられ、この点については留意が必要であろう。

また、電話コンタクトに関しては 1 月 51 ケースに対して本人コンタクトが 292 回存在した。また、夜間帯 11.8%、深夜帯 4.3%、早朝帯 10.3% と通常の 9:00~18:00 までの勤務時間帯外のコンタクトが一定量存在した。電話コンタクトについては 24 時間対応体制加算によって報酬対応されていると考えることもできるが、このような夜間を含む頻回コンタクトに対して、1 ケースあたり月 540 点の診療報酬が十分な報酬となっているか、今後さらなる分析を行う必要があるといえよう。

4)報酬のつかないコンタクトについて

各図表で示したように、ACT の臨床活動にはかなりの非報酬部分が含まれることが明らかになった。1 か月間、全 51 ケースに対する全職種合計総臨床時間のうち、電話コンタクト時間を含めて 602 時間 21 分（全体の 40.9%）、電話に関する時間を除いても 499 時間 51 分（全体の 33.9%）が無報酬となっていた。全体の 3~4 割の臨床時間に報酬がついていないというのは、元来事業所の経営努力や運営努力で対応できるものではなく、多職種アウトリーチチームの運営が、現行の制度運用では、実質的には診療報酬上成立しないことを示している。今後、このような活動を医療施策にしていこうと考えた場合、この点を解決せねば、普及が不可能であろう。

こうした非報酬の理由としては、利用者が外部の医療機関に入院している場合の専門職の訪問について報酬がつかないこと、期間内・同日内における回数制限以上の訪問がなされていること（訪問看護指示書が出ていない場合なども含まれると考える）、本人以外の家族や関係者との実コンタクト、また訪問ではなく事業所においてコンタクトし支援を行った場合などがあることが本調査から判明し、これらへの対応を個別に考える必要がある。

5)職種間の報酬格差について

図 16 で示したように、精神保健福祉士は医師・看護師・作業療法士に対して支援に対する報酬が低くなっている。しかも精神保健福祉士は、訪問看護ステーションからの訪問については報酬がつかず、医療機関からの訪問に限定されるため、多職種アウトリーチチームを訪問看護ステーションで運営しようとした場合には、実質的に人件費が捻出できない。しかし、今回の調査では全コンタクト中、精神保健福祉士のコンタクトは看護師に次いで 2 番目に多く（30.5%）、その職務上の役割は極めて大きいことは数字からも明白である。特に多職種アウトリーチチームではスタッフはジェネラリストとして機能しており、職種

による業務内容に明確な差がないとも言われ、看護師・作業療法士・精神保健福祉士について報酬差をつけることが難しいといわれる。この点で、精神保健福祉士の非報酬問題は何らかの形で解決されなければならないと考える。

6)今後の診療報酬のモデル化と試算にむけて

今回の調査では、ACTの活動に対する診療報酬状況の基礎的なデータを得ることができた。今後はこの資料を活用して、多職種アウトリーチチームに対する適切な診療報酬とは何かを、具体的に提示していかなければならない。

この議論・分析を行うにあたり、2つの段階が必要となると考えられる。

第1段階は、①理想的な多職種アウトリーチチームの運営の在り方とは何か、という提示である。現在のACT活動は、現行の未整備な診療報酬制度を運用しながら行っているため、その事業所運営は「間に合わせ」としての形態をとっている。たとえば、訪問看護ステーションと診療所の連携による運営や、精神保健福祉士の人件費が拠出源を確保できないまま訪問看護ステーション単独で行っている場合もあり、その運営は制約と限界の中で行われており、今回の調査結果も「限界と制約の中での実情」を示しており、「理想的な姿」としてのACTの実態ではない。よって、重症精神障害者への多職種アウトリーチチームとしての理想的な形は何か、を本研究班全体で示す必要がある。

第2段階は②提示された多職種アウトリーチチームのモデル像に、今回得られたデータを代入し診療報酬上の過不足を算出し、現行の診療報酬制度の改定に具体的な提言を行う。この診療報酬改定への提言は「理想的なモデルとは何か」という第一段階の提示無しには進まないが、現段階でもいくつかの方向性を考えることができる。

1つ目の方向性は、現行の訪問看護に関する診療報酬の単価をあげる考え方である。つまり訪問看護の単価をあげることで、現在の非報酬部分＝赤字部分を補填する考え方である。これは、報酬

制度の大枠そのものは変化させる必要はないが、多職種アウトリーチチームを運営する事業所以外の一般の支援にも値上げが波及してしまうという欠点が存在する。

2つ目の方向性は、現行で十分に報酬化されていない支援を報酬化する考え方である。同日内の複数回訪問や、入院中の訪問、家族支援、訪問看護ステーションからの精神保健福祉士の訪問などについて、新しく診療報酬をつける考え方である。ただし、これについては項目の微細な調整や、関係各団体とのが必要であるという欠点が存在する。

3つ目の方向性は、在宅時医学総合管理料などと同じコンセプトをあてはめ、重症精神障害者に対する多職種アウトリーチとして一定の要件を満たす事業所・ケースに対して（事業所の職種構成、月の訪問頻度、患者の重症度等）、月1回「多職種アウトリーチチーム加算」を加算する考え方である。個別の単価の値上げや未報酬の訪問を報酬化する方向ではなく、重症度の高いケースに対する重点的なサービスについて、一括して報酬をつける考え方である。優良な事業所等に限定して報酬の充実化できるが、新しい診療報酬項目をたてることと、「優良な事業所」を選定するための要件をどのように設定するか、という課題を解決する必要がある。

上記のような方向性があるが、どの方向性で検討するのが妥当なのかを、前段としての「理想的な多職種アウトリーチチームとは何か」というモデルの提示を含めて、研究班および現行の事業者、関係各機関、国との連携の上協議し、進めていく必要があると考えられる。

E. 結論

本研究では、現在のACTに臨床活動に関して、どの程度の活動が診療報酬制度でカバーされている/いないのかを明らかにする実態調査を行い、今後の多職種アウトリーチチームを支えるための診療報酬制度の基礎資料を作成することを目的とした。全国のACT活動のうちACTネット

ワークに参加し診療報酬をベースにした活動を行っている7事業所に協力を依頼し、全利用者のうち15%を無作為に抽出した(51ケース)。その利用者ならびに、利用者の支援に係わる関係者への個別的な実コンタクト・電話コンタクトに関する支援内容について、平成23年11月半ば～12月半ばの1ヶ月間に渡り、日常のサービス記録からサービスコード票に転記して調査を行った。

結果、1か月間のコンタクトは、実対面コンタクト857回、電話コンタクト407回であった。職種は医師が8.9%(n=75)、看護職を中心としたコンタクトが36.0%(n=302)、作業療法士を中心としたコンタクトが17.5%(n=147)、精神保健福祉士を中心としたコンタクトが30.5%(n=256)であった。また、全コンタクトの15%弱は週4回以上という高頻度のコンタクトを必要とする状況であった。

診療報酬の状況については無報酬のコンタクトの割合が、医師が13.3%(n=10)、看護師が24.8%(n=75)、作業療法士が19.7%(n=29)、精神保健福祉士が38.0%(n=97)であった。また全職種の1か月間・51ケースに支援した合計の総臨床時間に対して、全体の40.9%である602時間21分が無報酬となっていた。

今後本研究で得られた調査結果を利用し、①理想的な多職種アウトリーチチームの運営の在り方の提示と、②提示された多職種アウトリーチチームのモデル像に今回得られたデータを代入し診療報酬上の過不足を分析する、ことを通じ、具体的な診療報酬改定の提言を行っていく予定である。

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 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 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

謝辞：

今回調査にご協力いただいたACT-H(北海道立緑ヶ丘病院附属音更リハビリテーションセンター)、S-ACT(東北福祉大学せんだんホスピタル)、ACT-J(NPO法人リカバリーサポートセンターACTIPS)、ぴあクリニック(医療法人社団互啓会 ぴあクリニックおよび株式会社ぼっけ訪問看護ステーション不動平)、ACT-K(たかぎクリニック・ねこのて訪問看護ステーション・NPO法人京都メンタルケア・アクション)、ACT-ZERO(大和診療所、訪問看護ステーション宙)、NACT(こころクリニックせいわ・訪問看護ステーション浜田「こころ」)のスタッフ・利用者の皆様方に厚く御礼申し上げます。本調査は臨床スタッフの皆様方のご協力、日頃の地道な臨床活動なくしては成立しない研究でありました。この場を借りて重ねて感謝申し上げます。

文献

1) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. Model of community care for severe mental illness : A Review of research on case management. Schizophrenia Bulletin, 1998;24:37-74.

2) ACT 全国ネットワーク

<http://assertivecommunitytreatment.jp/>

3) 山田創:クリニックによる24時間サポート可能なシステムとは 現行診療報酬制度化における訪問型支援. 高木俊介, 藤田大輔編:実践アウトリーチ入門. 日本評論社, 東京, pp123-128, 2011.

4) 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋 希, 英一也, 高原優美子, 角田 秋, 園 環樹, 萱間真美, 大島 巖, 伊藤順一郎:重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討; Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査より. 精神障害とリハビリテーション, 15(1): 54-63, 2011.6.

5) 深谷裕, 塚田和美, 伊藤順一郎:「包括型地域生活支援プログラムの費用対効果分析」こころの健康科学研究事業重度精神障害者に対する包括地域生活支援プログラムに関する研究平成19年度総括分担報告書, pp.45-53(2008).

表 1 コンタクトの概要と内訳

| 全コンタクト N = 1264 | |
|-----------------|------------|
| n (%) | n (%) |
| 実コンタクト | 857 (67.8) |
| うち本人へのコンタクト | 796 (62.3) |
| 電話コンタクト | 407 (32.2) |
| うち本人へのコンタクト | 292 (23.1) |

図 1 コンタクトしている職種(実コンタクト中, n=857 ※欠損値除く)

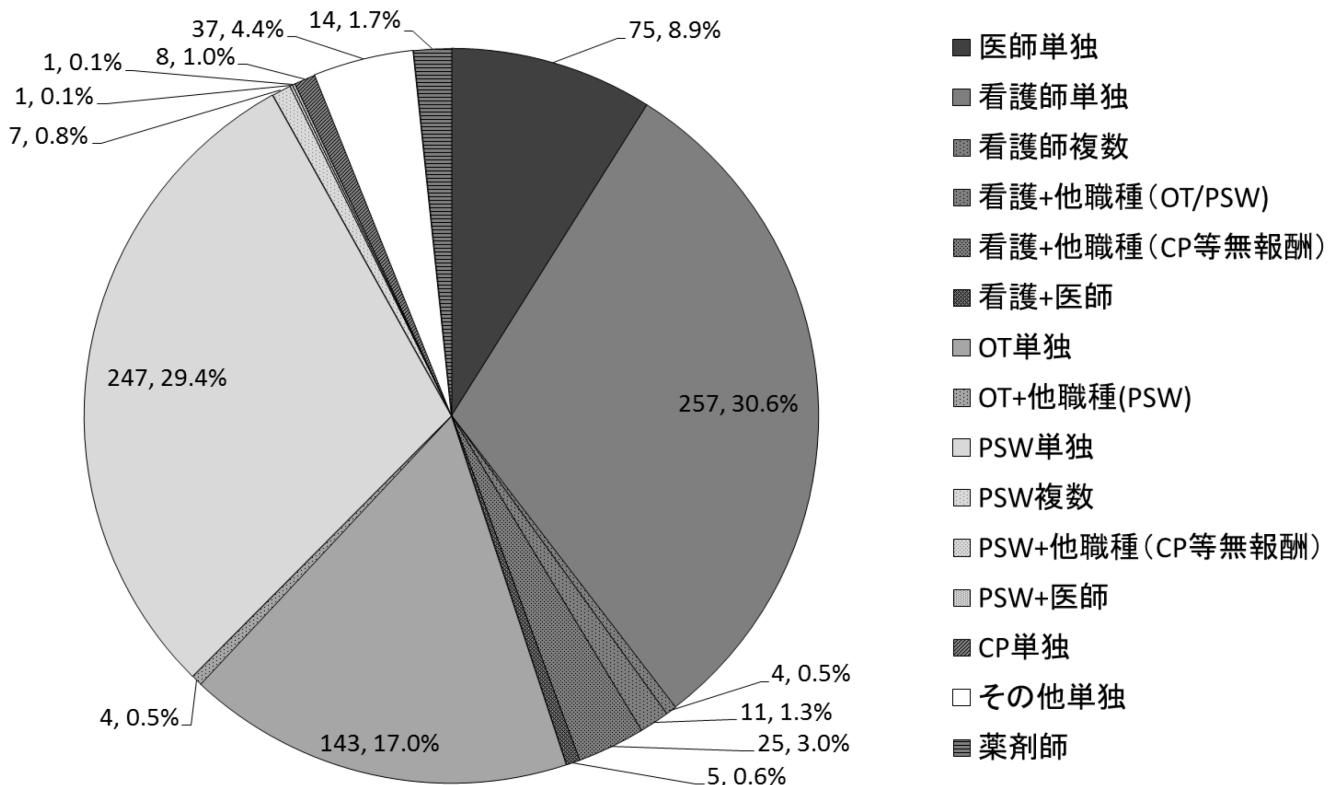


表 2 コンタクトにかかっている時間(実コンタクト・職種別)

| | コンタクト時間 | 移動時間(往路) | 準備時間 | 合計 |
|-----------------|---------|----------|-------|-------|
| | 平均(分) | 平均(分) | 平均(分) | 平均(分) |
| 医師 (n=75) | 24.2 | 9.5 | 5.9 | 39.7 |
| 看護師 (n=302) | 58.8 | 21.7 | 12.5 | 93.1 |
| 作業療法士 (n=147) | 58.5 | 20.6 | 10.7 | 89.9 |
| 精神保健福祉士 (n=256) | 50.9 | 18.1 | 7.1 | 76.1 |
| その他 (n=59) | 48.9 | 21.8 | 11.5 | 82.2 |

※データ上の欠損値は 0 分としてカウントした。

表 3 訪問看護ステーションで行われているコンタクトの報酬状況(コンタクト職種別)

| コンタクト職種 | 報酬外 | | 報酬付 | | 合計 | |
|---------|-------------------|--------|-------|--------|--------|-----|
| | n | (%) | n | (%) | | |
| 看護職 | 看護師単独 | 34 | 14.6% | 199 | 85.4% | 233 |
| | 看護師複数 | 0 | 0.0% | 2 | 100.0% | 2 |
| | 看護+他職種(OT/PSW) | 3 | 60.0% | 2 | 40.0% | 5 |
| | 看護+他職種(CP 等無報酬職種) | 0 | 0.0% | 2 | 100.0% | 2 |
| | 看護+医師 | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | 3 |
| OT 単独 | 7 | 9.0% | 71 | 91.0% | 78 | |
| PSW 単独 | 12 | 100.0% | 0 | 0.0% | 12 | |
| その他単独 | 0 | 0.0% | 1 | 100.0% | 1 | |
| 合計 | 55 | 16.4% | 280 | 83.6% | 335 | |

表 4 医療機関ステーションで行われているコンタクトの報酬状況(コンタクト職種別)

| コンタクト職種 | 報酬外 | | 報酬付 | | 合計 | |
|---------|------------------|-------|--------|-------|--------|-----|
| | n | (%) | n | (%) | | |
| 医師 | 10 | 13.3% | 65 | 86.7% | 75 | |
| 看護職 | 看護師単独 | 11 | 45.8% | 13 | 54.2% | 24 |
| | 看護師複数 | 0 | 0.0% | 2 | 100.0% | 2 |
| | 看護+他職種(OT/PSW) | 4 | 66.7% | 2 | 33.3% | 6 |
| | 看護+他職種(CP 等無報酬) | 23 | 100.0% | 0 | 0.0% | 23 |
| | 看護+医師 | 0 | 0.0% | 2 | 100.0% | 2 |
| OT | OT 単独 | 22 | 33.8% | 43 | 66.2% | 65 |
| | OT+他職種(PSW) | 0 | 0.0% | 4 | 100.0% | 4 |
| PSW | PSW 単独 | 79 | 33.6% | 156 | 66.4% | 235 |
| | PSW 複数 | 4 | 57.1% | 3 | 42.9% | 7 |
| | PSW+他職種(CP 等無報酬) | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | 1 |
| その他 | CP 単独 | 8 | 100.0% | 0 | 0.0% | 8 |
| | その他単独 | 24 | 66.7% | 12 | 33.3% | 36 |
| | 薬剤師 | 14 | 100.0% | 0 | 0.0% | 14 |
| 合計 | 201 | 40.0% | 302 | 60.0% | 503 | |

図2 コントクトの状況(実コンタクト n=806/電話コンタクト n=368 ※欠損値除く)

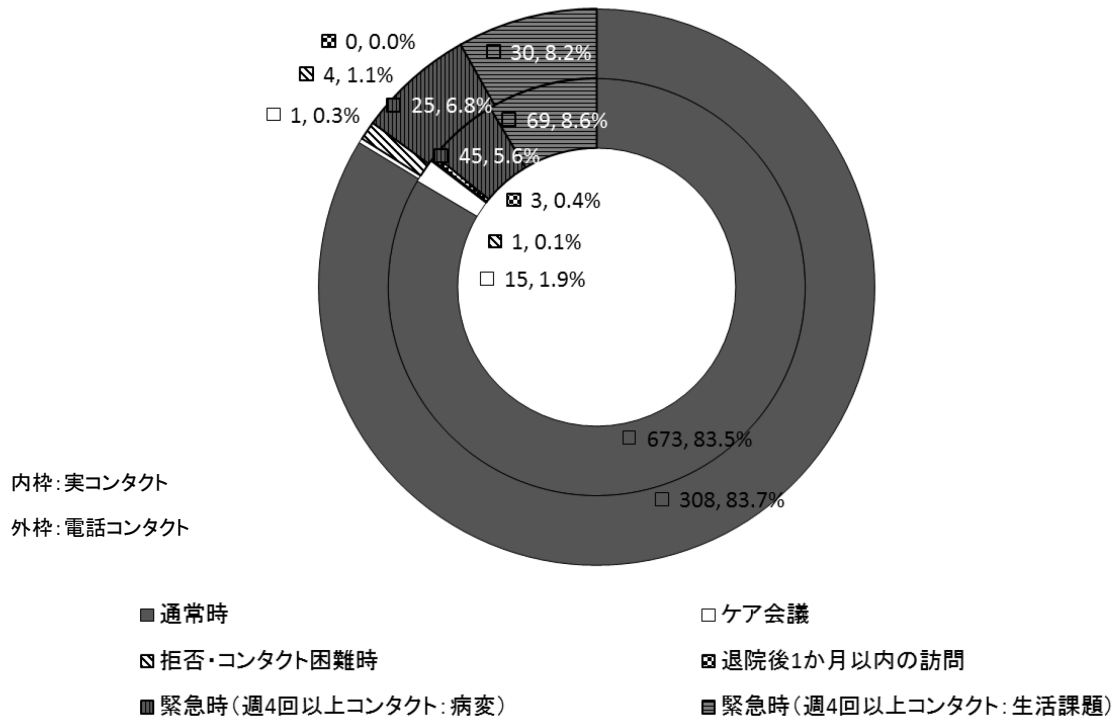


図3 コントクトの時間帯(実コンタクト n=848/電話コンタクト n=416 ※欠損値除く)

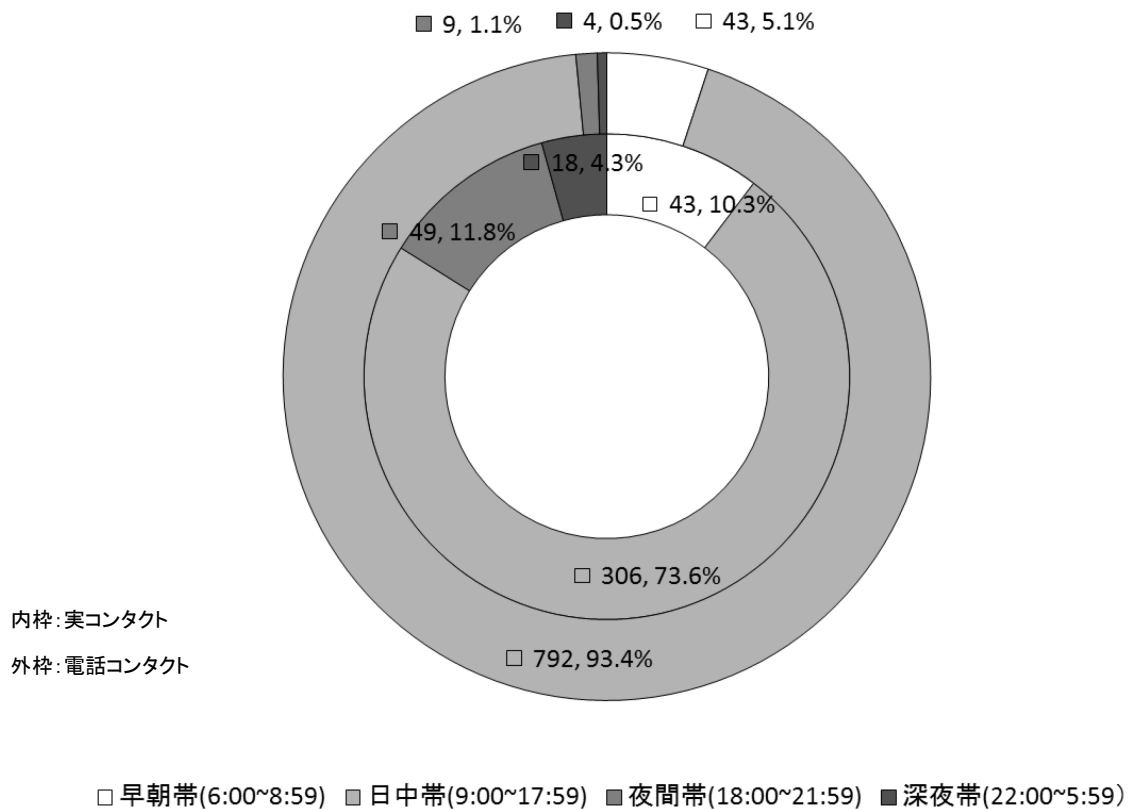


図4 医師による実コンタクトの報酬状況 (n=75 ※欠損値除く)

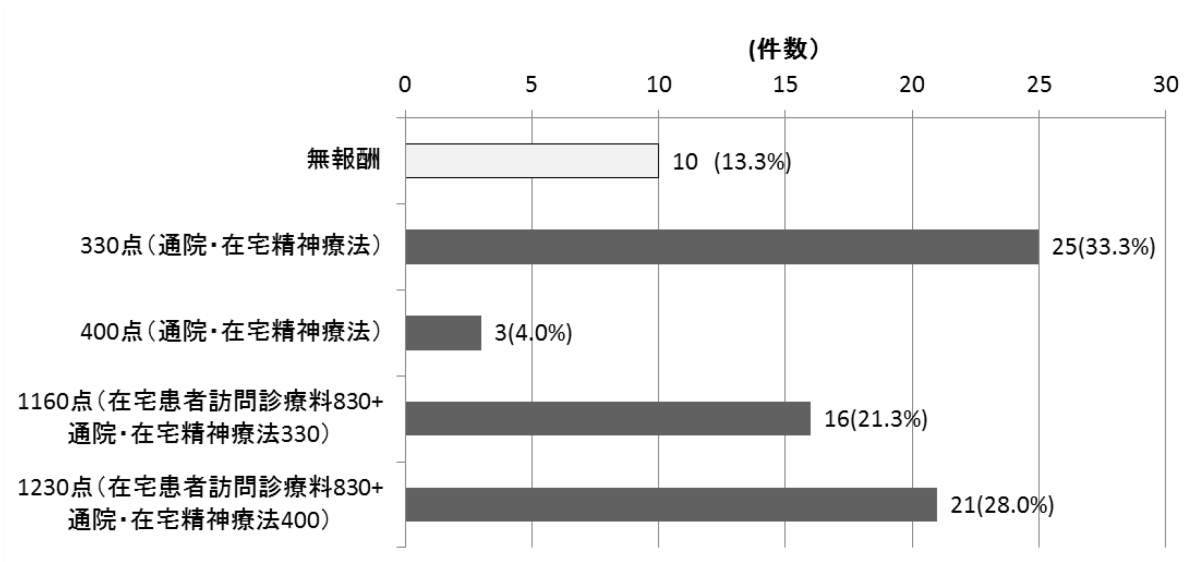


図5 医師による実コンタクトの非報酬理由 (n=10, 複数回答)

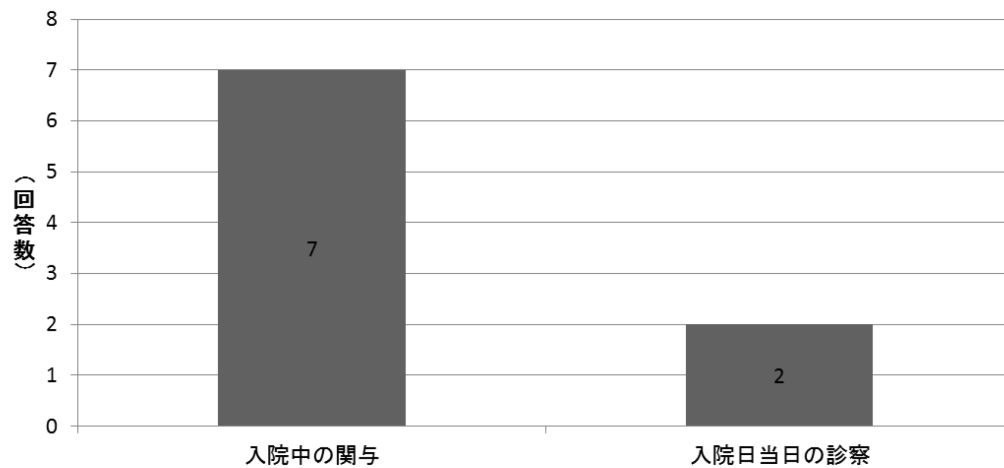


図6 医師による臨床時間の報酬区分 (1 か月間, 全 51 ケースに対して)

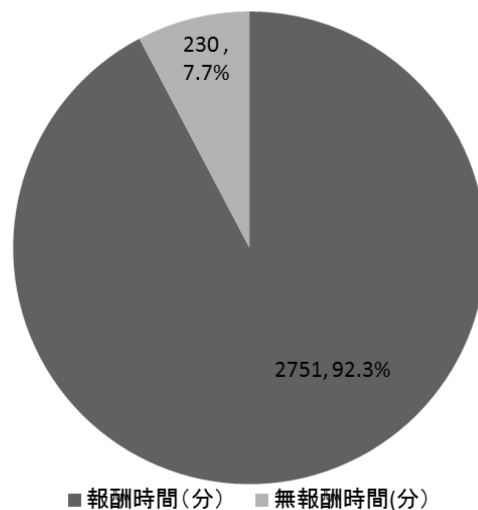


図7 看護師による実コンタクトの報酬状況(n=302 ※欠損値除く)

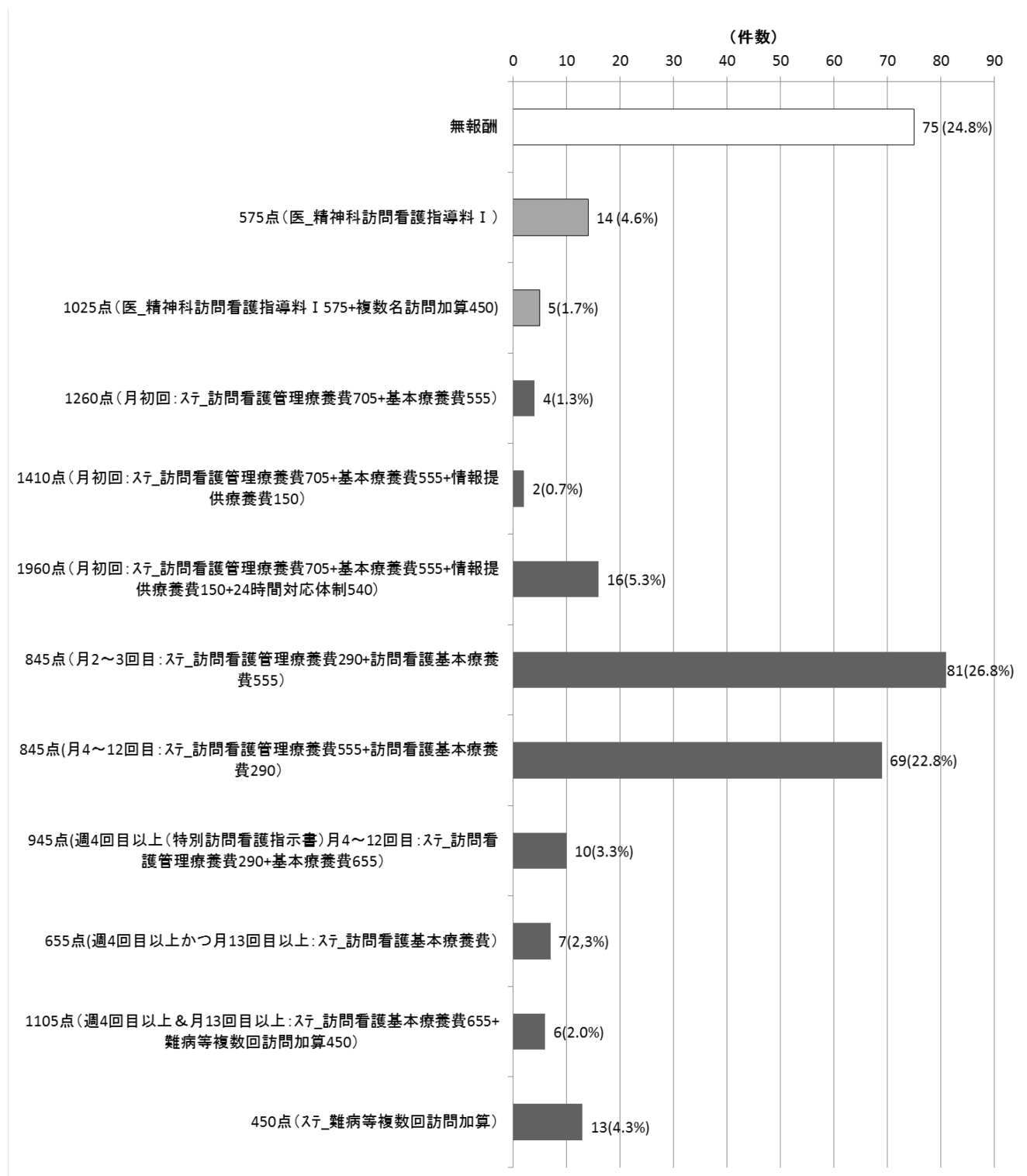


図 8 看護師による実コンタクトの非報酬理由 (n=68, 複数回答, 欠損値除く)

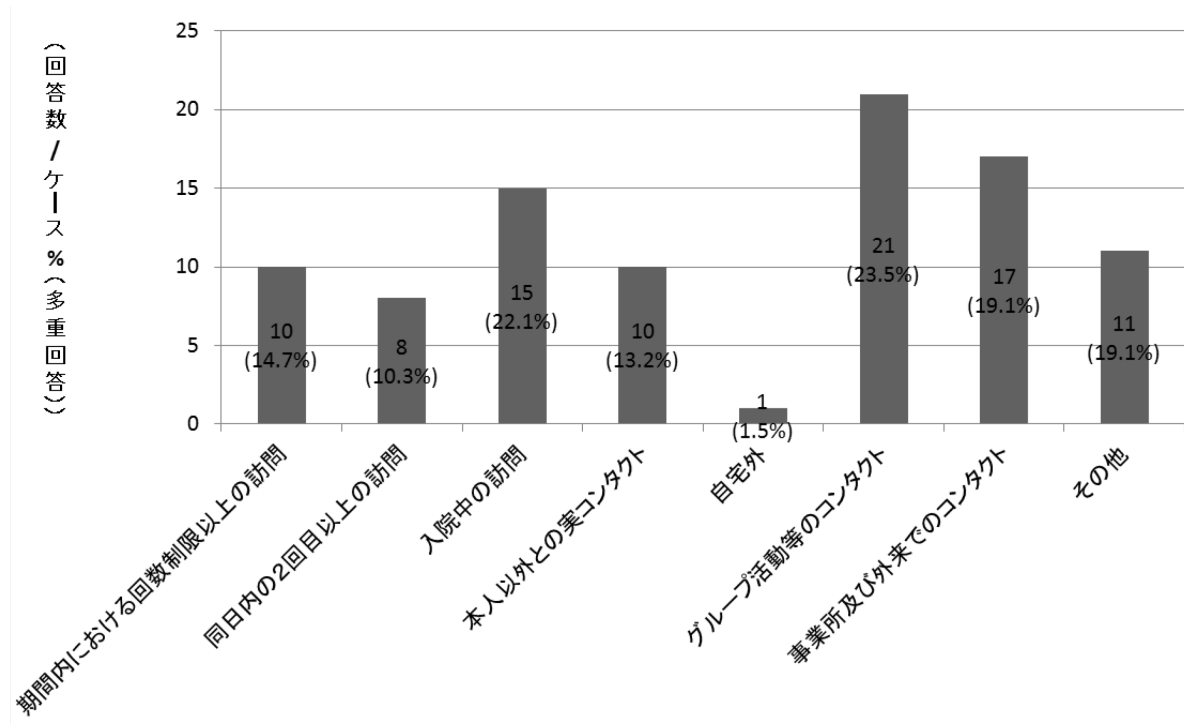


図 9 看護師による臨床時間の報酬区分 (1 か月間, 全 51 ケースに対して)

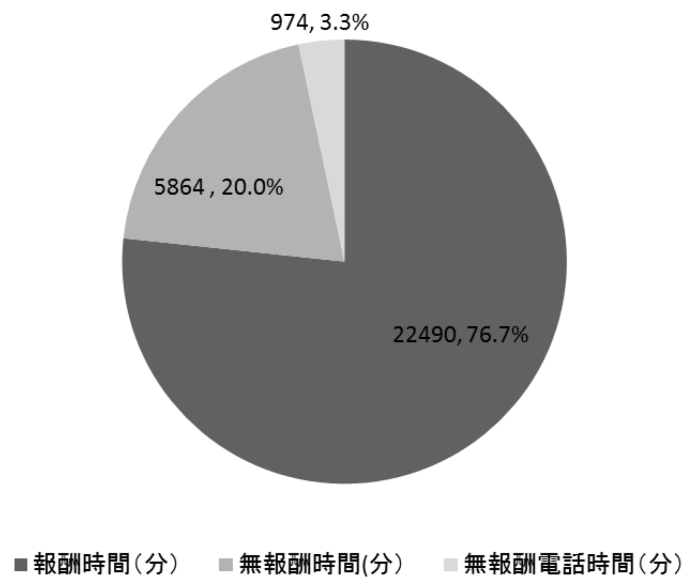


図 10 作業療法士による実コンタクトの報酬状況 (n=147 ※欠損値除く)

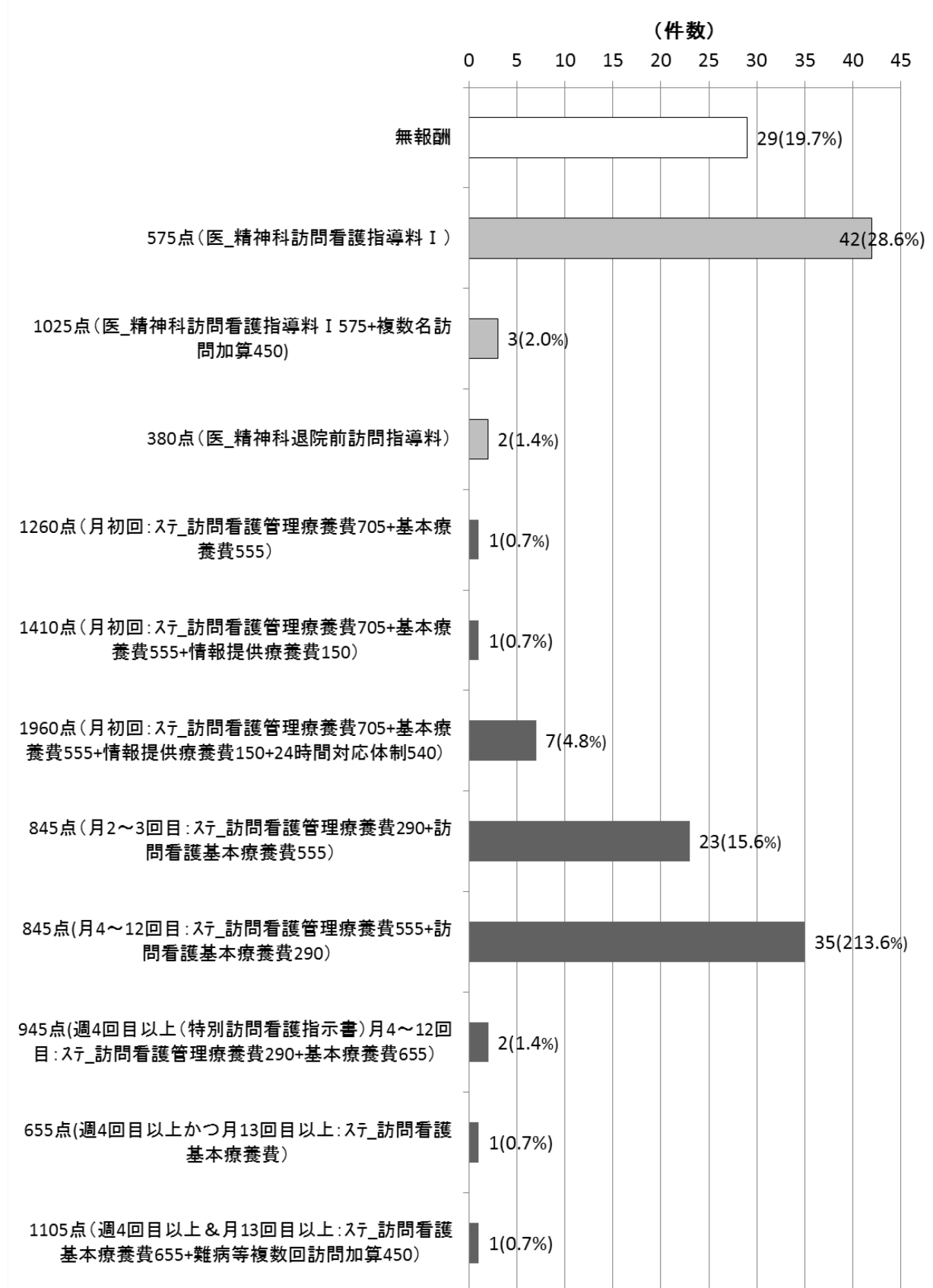


図 11 作業療法士による実コンタクトの非報酬理由 (n=28, 複数回答, 欠損値除く)

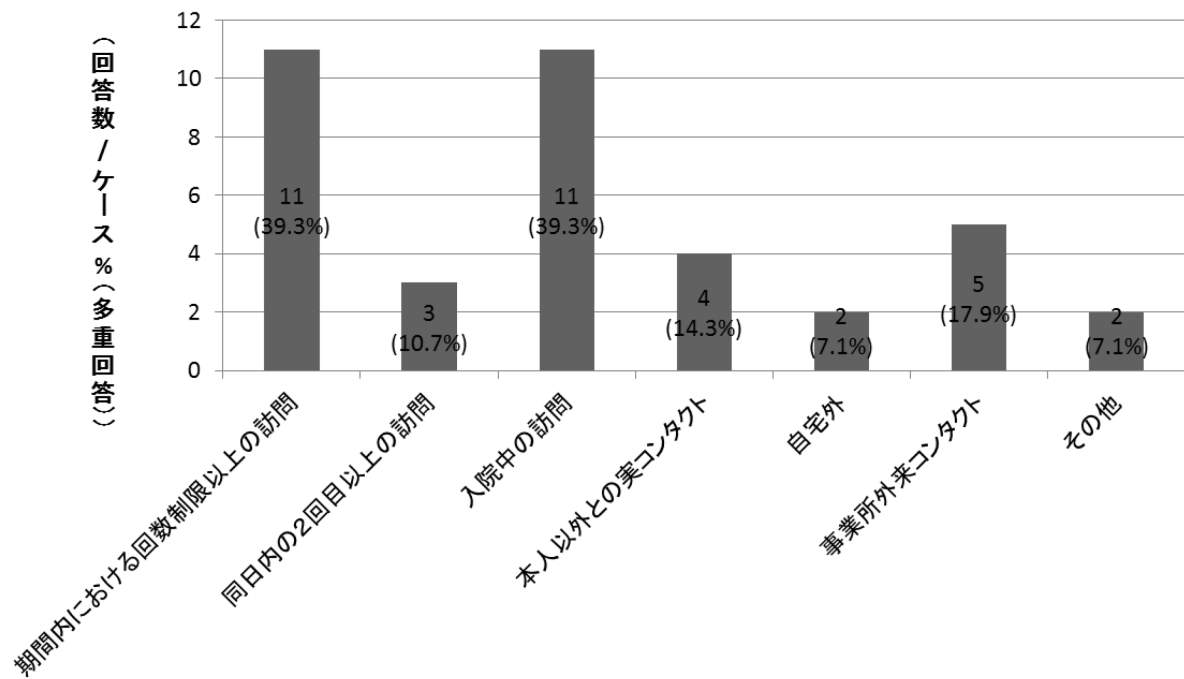


図 12 作業療法士による臨床時間の報酬区分 (1 か月間, 全 51 ケースに対して)

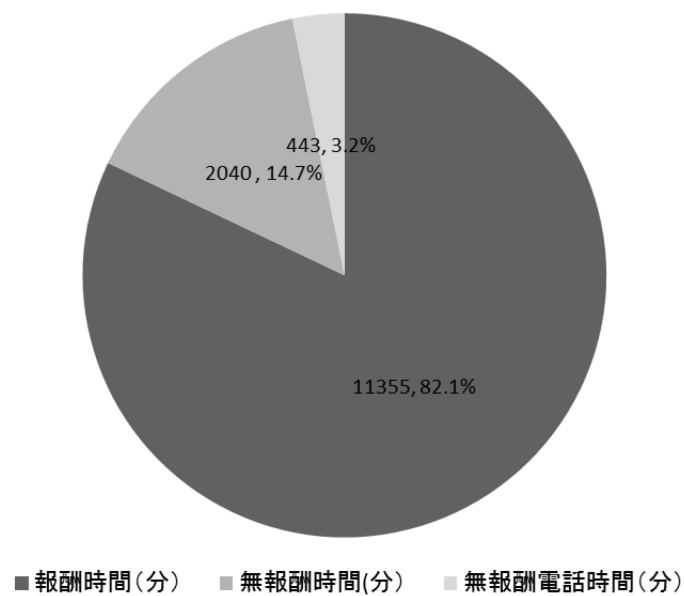


図 13 精神保健福祉士による実コンタクトの報酬状況 (n=256 ※欠損値除く)

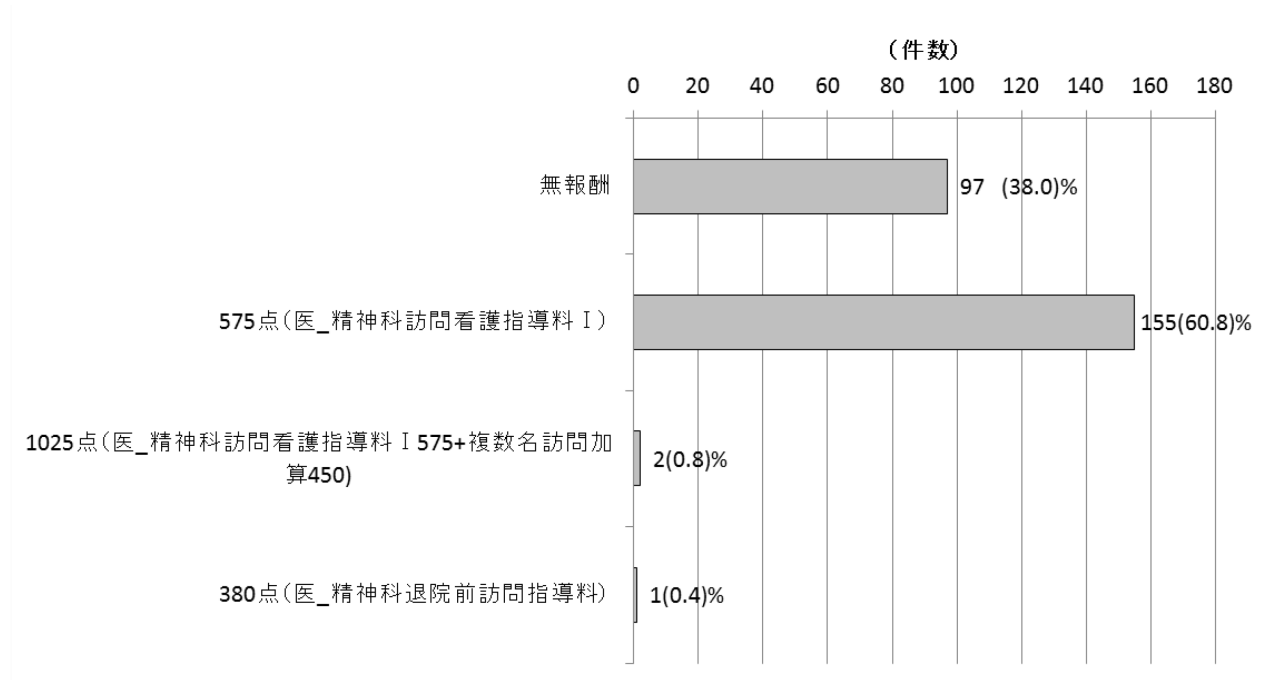


図 14 精神保健福祉士による実コンタクトの非報酬理由 (n=95, 複数回答, 欠損値除く)

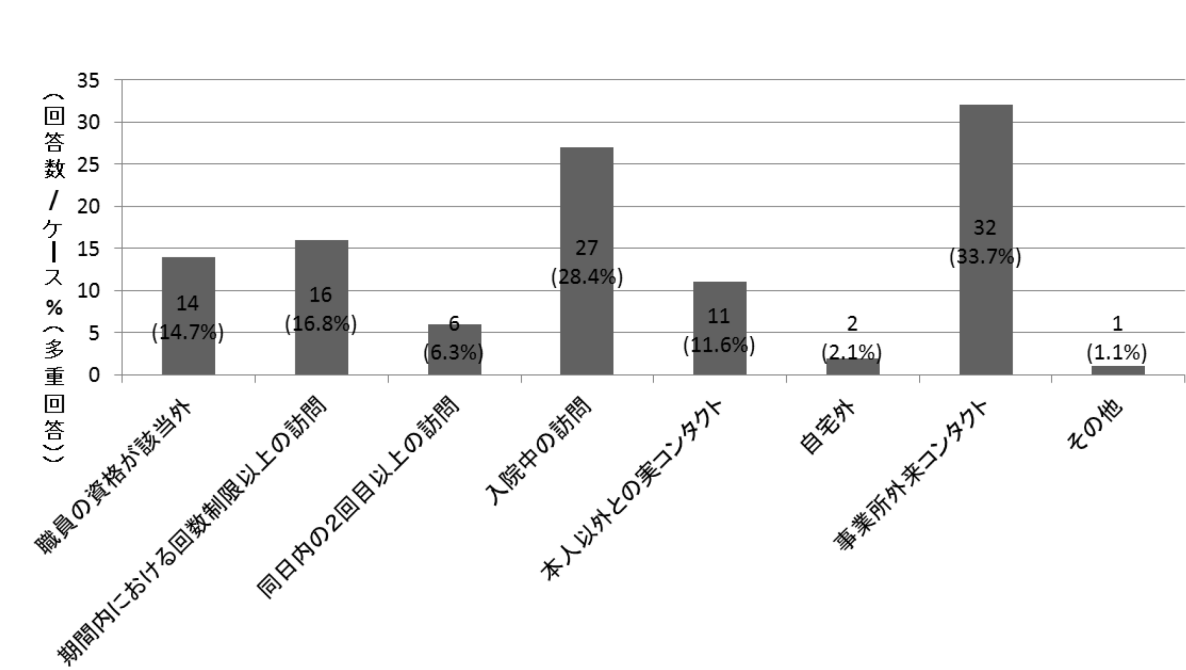


図 15 精神保健福祉士による臨床時間の報酬区分(1 か月間, 全 51 ケースに対して)

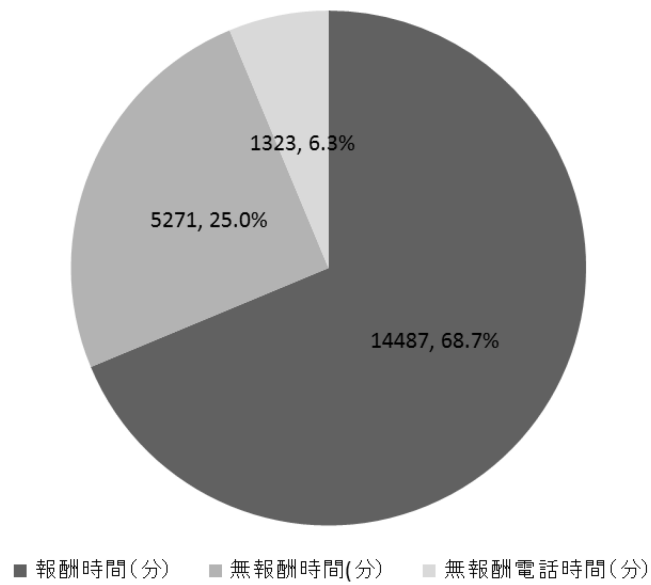
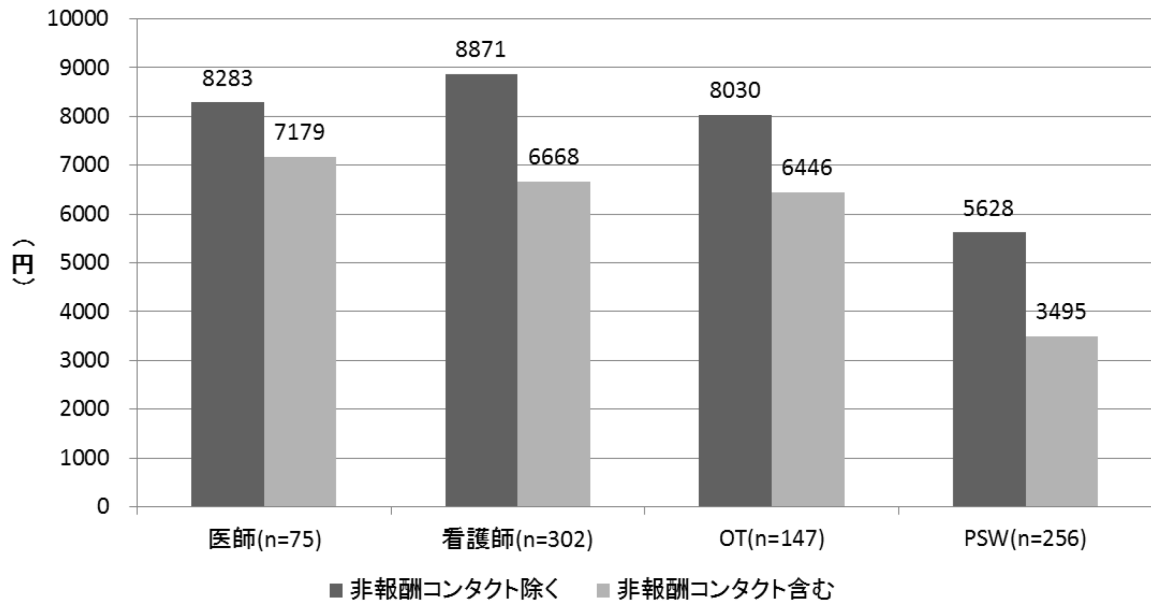


図 16 職種による実コンタクトに対する報酬平均(医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士)



※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)

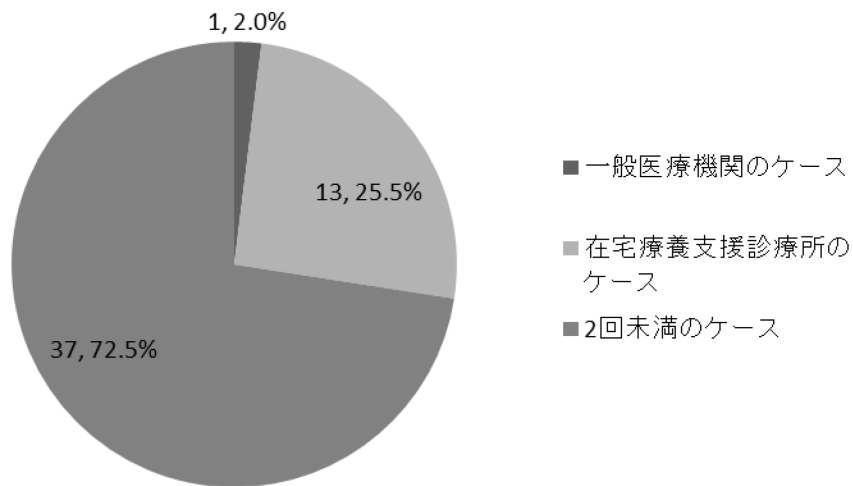
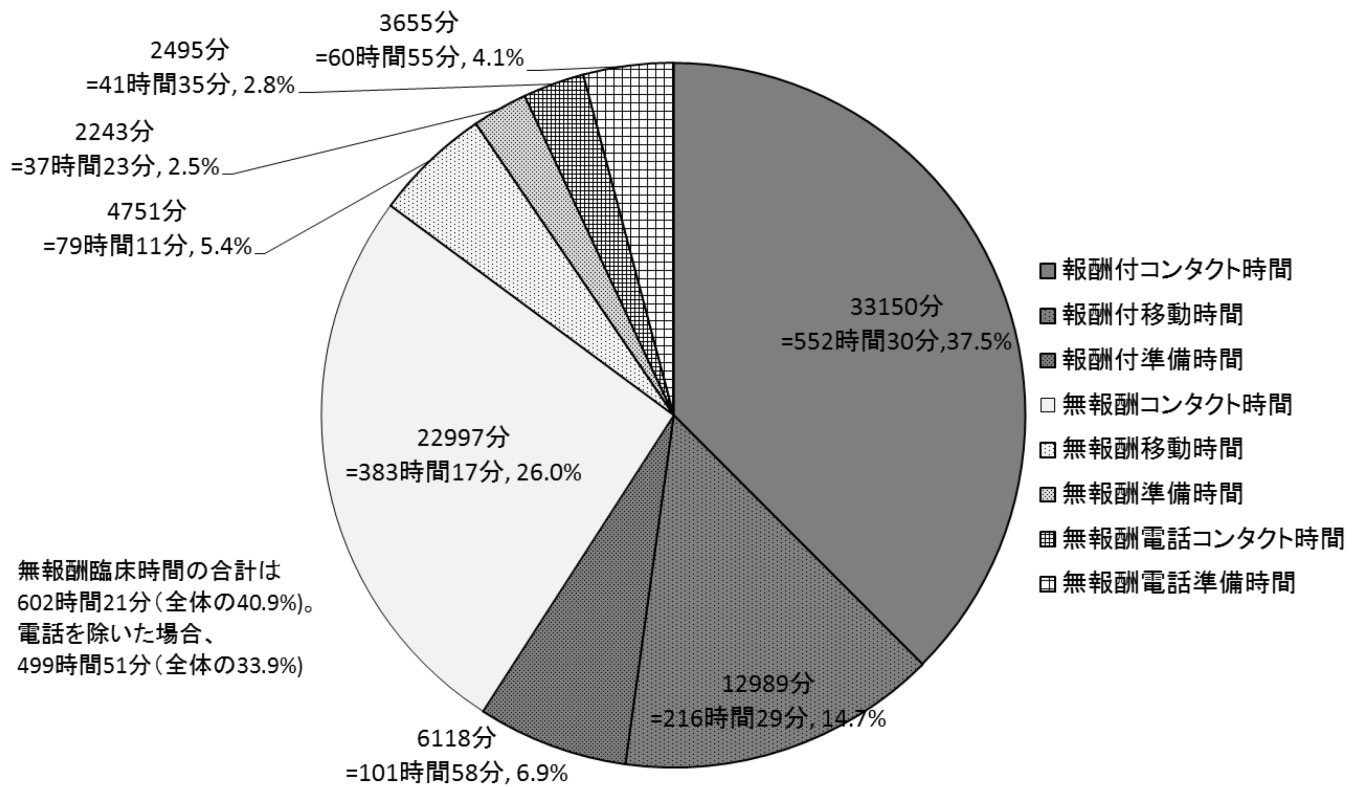


図 18 全職種の合計総臨床時間に対する報酬区分(1 か月間, 全 51 ケースに対して)



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 贄川信幸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はなく、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) で回答を求める場合と、その行動に対する自信 (自信度) で回答を求める場合との相違について、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、ストレングス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ス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、ストレングスに焦点を当て、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、ストレングス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、ストレングス志向的な支援では、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、ストレングス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、ストレングス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 などのストレングス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ス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る。

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 |
| 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。

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 本人の上手くいった経験も上手く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

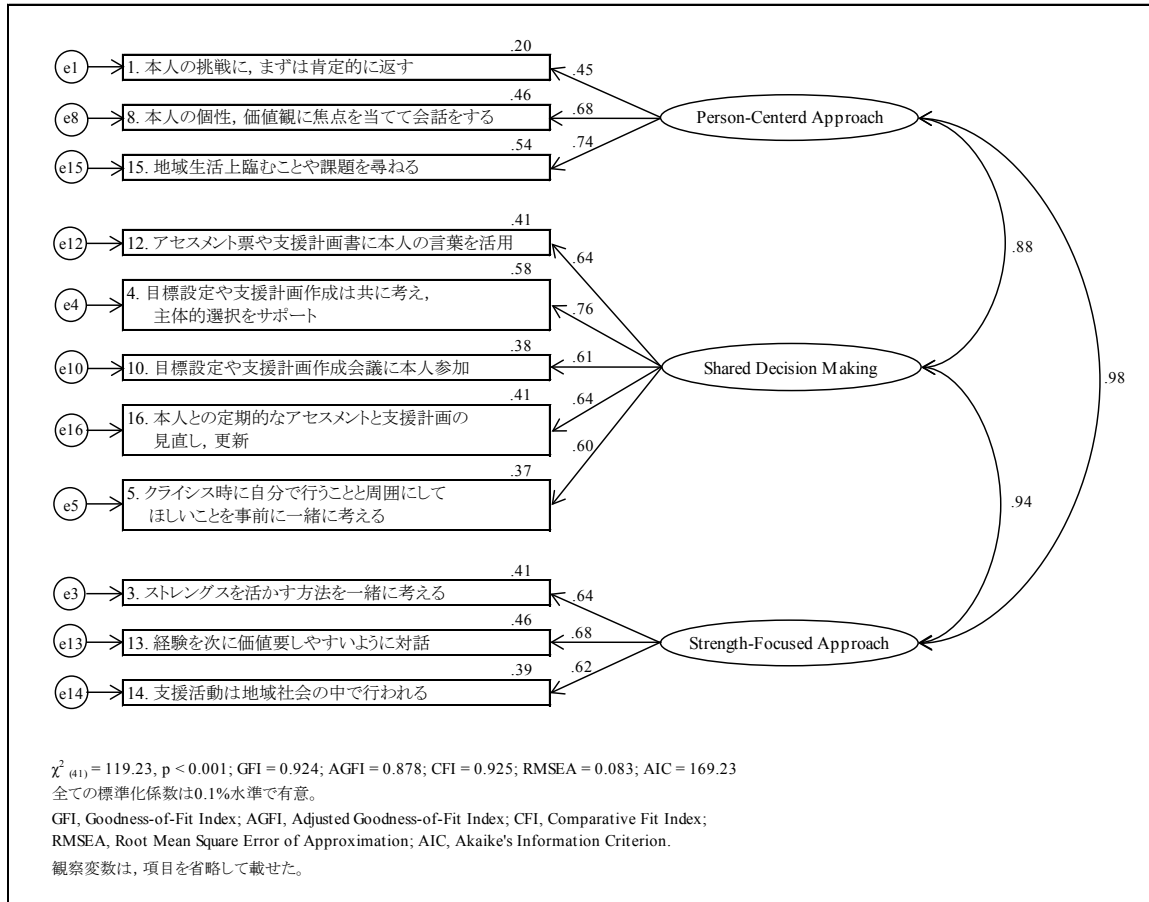


図 1. ストレngths志向的な支援態度尺度の実施度得点を用いた構造方程式モデルによる確証的因子分析の結果

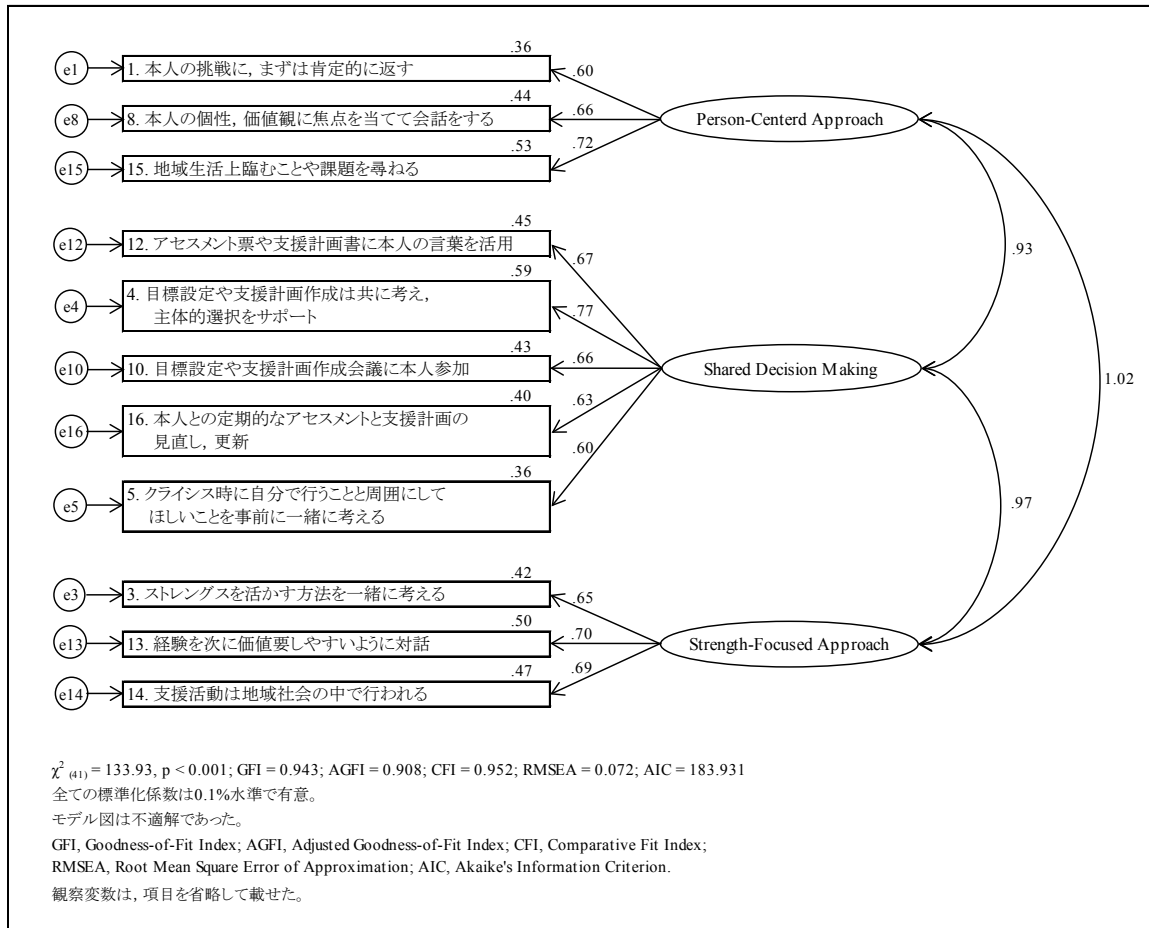


図 2. ストレngths志向的な支援態度尺度の自信度得点を用いた構造方程式モデルによる確証的因子分析の結果

厚生労働科学研究費補助金 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

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 贅川信幸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へ提供でき

る点からも重要である。

そこで本研究では、本モデルに携わるスタッフ（介入群）の利用者に対する肯定的な態度、ストレングス志向的な支援態度、およびバーンアウトの状況を、モデルに携わらないスタッフを対照群として、前方視的に明らかにすることを目的とした。

本報告ではこのうち、介入開始初年度として、介入群と対照群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る。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、追跡調査時の解析における検討事項を明らかにする。

B. 方法

1. 対象

平成 23 年 11 月～平成 24 年 1 月までの期間に、調査票を配布し、回収できた

①介入群：参加 4 機関のモデル関与スタッフ（n=96）

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（n=89）が分析の対象となった。

2. 尺度

以下の自記式尺度を使用した。

(1) 日本語版 RAQ（Recovery Attitude Questionnaire）（16 項目）：支援スタッフのリカバリーに対する態度を問う尺度。信頼性・妥当性はこれから検討される（千葉理恵氏）が、ストレングス志向的支援行動尺度の併存的妥当性を検討する際の外的基準とする。⁽⁷⁾

(2) 日本語版 Evidence-Based Practice Attitude Scale（以下、EBPAS）（15 項目）：スタッフの新規プログラム（EBP）に対する認識を問う尺度。信頼性・妥当性は検討されている。⁽⁸⁾

(3) 「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）」、「統合失調症に対する社会的距離尺度（以下、社会的距離）」：スタッフにおける精神障害者に対する態度を測る、を使用した。^{(9)、(10)}

(4) 組織風土尺度（33 項目）：スタッフの組織風土に対する認識を問う尺度。信頼性・妥当性は検討済み⁽⁹⁾

(5) バーンアウト尺度（日本版 Maslach Burnout Inventory-General Survey）（16 項目）：スタッフのバーンアウトを測定する尺度。信頼性・妥当性は検討されている。⁽¹¹⁾

(6) スtrenグス志向の支援態度（11 項目）：精神障害をもつ人の本人や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支援を本人と共に考えるスタッフの支援態度を評価する尺度。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 下位尺度からなる。信頼性と妥当性は確認されている。⁽¹²⁾

上記の尺度の他に EBP として考えられる実践を含め、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。包括型地域生活支援（Assertive Community Care: 以下 ACT）、個別就労支援（Individual Placement and Support: 以下 EPS）、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 Behavioural Therapy: 以下 CBT）である。また、EBP に関する尺度として、実務経験の有無についての項目を入れた。基本属性としては、性別、年齢、勤続年数、職種、学歴などであった。

3. 分析

ベースラインにおける介入群と対照群のスタッフの属性、意識・態度について上記の尺度間の比較をした。すべての統計解析には、SPSS for Windows. ver 20 を用いた。

C. 結果

1. 介入群、対照群の属性比較 (表1)

介入群から 96 名, 対照群から 89 名の回答が得られた (回収率は両群ともに 100%)。

両群の回答者の属性は表 1 であり, 平均年齢 (標準偏差) は, 介入群が 39.8 (11.3) 歳, 対照群が 39.0 (10.7) 歳であった。性別は, 介入群の約 3 割, 対照群の約 2 割が男性であった。両群ともに, 精神科経験年数は約 10 年, 常勤の割合は約 8 割であった。基本属性および臨床経験に関する属性を群間で比較した。

その結果, 最終学歴は, 介入群では大学卒業者の割合が対照群よりも有意に大きく, 対照群では専門学校卒業者の割合が介入群よりも有意に大きかった。また, 受け持ち担当である者の割合は, 介入群で有意に大きかった。職種に関しては, 介入群に医師が 6 名含まれたが, 対照群では含まれていなかった。予備的に χ^2 検定を行ったところ, 介入群では精神保健福祉士の割合が, 対照群では看護師・准看護師の割合が有意に高かった。EBP や効果が期待される支援プログラムについて, これまでに携わったことのある者の割合は, ACT, IPS, ケアマネジメントは介入群の方が, アウトリーチ支援, SST は対照群の方が大きかった。

Cochrane Review で効果が認められている 5 つの実践 (ACT, IPS, 家族心理教育, 当事者向け心理教育, 認知行動療法) のいずれか 1 つ以上に携わったことのあるものは, 介入群で 55 人 (57.3%), 対照群で 41 人 (46.1%) であった。この割合に有意な違いは認められなかった。

2. ベースラインにおける介入群と対照群のスタッフ意識・態度 (表2)

ベースラインにおける介入群および対照群のスタッフ意識・態度の各指標は, 表 2 の通りであった。介入群と対照群の各指標得点を t 検定により比較した結果, リカバリー態度尺度および職場風土尺度の「責務感」下位尺度を除き, 全ての指標において群間に有意な差が認められた。すなわち, 介入群のスタッフは対照群のスタッフよりも, ストレングス志向的支援態度尺度, 精神障害をも

つ人に対する肯定的態度尺度, 職場風土尺度の得点が有意に高く, 社会的距離尺度, バーンアウト尺度の得点が有意に低かった。

3. 介入群における BL 得点と属性との関連(表3)

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。そこで, 属性の違いが群間のスタッフ意識・態度指標の得点差に影響しているかどうかを検討した。すなわち, 群間で違いが認められた属性ごとに, その属性の違いによるスタッフ意識・態度指標の得点を比較した。

受け持ち担当の有無とスタッフ意識・態度指標との関連を検討するため, t 検定を行った。その結果, 受け持ち担当がある者はない者よりも, EBPAS の開放性下位尺度の得点が有意に高く (8.11 vs. 6.20, $t=2.00$, $p=0.049$), 職場風土尺度の責務感下位尺度の得点が有意に低かった (4.23 vs. 5.45, $t=-2.58$, $p=0.012$)。

また, 職種の違いとスタッフ意識・態度指標との関連を検討するため, 一要因分散分析を行った。介入群は, 医師, 臨床心理士の職種は人数が少なかったため, 独立変数となる職種は看護師・准看護師, 精神保健福祉士, 作業療法士の 3 水準を用いた。その結果, 精神保健福祉士は看護師・准看護師よりも, ストレングス志向的支援態度の利用者中心アプローチ下位尺度の実施度得点が, 有意に高く (7.59 vs. 6.36, $F(2,63)=4.91$, $MSE=1.80$, $p=0.10$), 社会的距離尺度の得点が有意に低かった (3.02 vs. 6.31, $F(2,63)=10.03$, $MSE=5.40$, $p<0.0002$)。なお, 職種, その他の属性は, スタッフ意識・態度得点と有意な関連は認められなかった。

D. 考察

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関係していた可能性が示唆された。また, 既にモデル実施に関する研修を受けて

いるので、それによる影響も考えられる。今後の追試調査では、これらの点について、検討する必要があると考えられた。

E. 結論

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。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、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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

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) 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

8) 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

9) 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.

10) 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.

11) 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

表 1 : 介入群、対照群の属性比較

| | 介入群 (n = 96) | | 対照群 (n = 89) | | DM | 95%CI | | t, χ^2 | p |
|------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------|-------|--------|-------------|-------------------|
| | N | % | N | % | | Lower | Higher | | |
| 年齢(Mean \pm SD) | 39.82 | \pm 11.27 | 39.04 | \pm 10.67 | 0.79 | -2.44 | 4.02 | 0.48 | .631 |
| 性別 | | | | | | | | | .052 ^a |
| { 男性 | 34 | (35.4%) | 19 | (22.1%) | | | | | |
| { 女性 | 62 | (64.6%) | 67 | (77.9%) | | | | | |
| 最終学歴 | | | | | | | | 13.92 | .008 |
| { 高校卒業 | 3 | (3.2%) | 4 | (4.7%) | | | | | |
| { 専門学校卒業 | 26 | (27.4%) | 41 | (47.7%) | | | | | |
| { 大学卒業 | 50 | (52.6%) | 27 | (31.4%) | | | | | |
| { 大学院卒業 | 10 | (10.5%) | 13 | (15.1%) | | | | | |
| { その他 | 6 | (6.3%) | 1 | (1.2%) | | | | | |
| 職種経験年数(Mean \pm SD) | 9.30 | \pm 8.95 | 11.93 | \pm 10.75 | -2.62 | -5.53 | 0.28 | -1.78 | .076 ^b |
| 精神科経験年数(Mean \pm SD) | 10.16 | \pm 8.39 | 10.32 | \pm 9.34 | -0.17 | -2.78 | 2.45 | -0.13 | .900 |
| 勤務形態 | | | | | | | | | .722 ^a |
| { 常勤 | 72 | (76.6%) | 69 | (79.3%) | | | | | |
| { 非常勤・パート | 22 | (23.4%) | 18 | (20.7%) | | | | | |
| 受持ち担当の有無 | | | | | | | | | .034 ^a |
| { あり | 77 | (87.5%) | 64 | (74.4%) | | | | | |
| { なし | 11 | (12.5%) | 22 | (25.6%) | | | | | |
| | | | | | | | | 50.50 | < 0.01 |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------|--------------|-------------------|
| 職種 | 医師 | 6 (6.3%) | 0 (0.0%) | |
| | 看護師・准看護師 | 14 (14.7%) | 40 (46.5%) | |
| | 臨床心理技術士 | 2 (2.1%) | 12 (14.0%) | |
| | 精神保健福祉士 | 41 (43.2%) | 15 (17.4%) | |
| | 作業療法士 | 14 (14.7%) | 17 (19.8%) | |
| | その他 | 18 (18.9%) | 2 (2.3%) | |
| 携わった経験のある介入プログラム | | | | |
| | ACT | 17 (17.7%) | 3 (3.4%) | .002 ^a |
| | アウトリーチ支援 | 26 (27.1%) | 43 (48.3%) | .002 ^a |
| | IPS | 18 (18.8%) | 3 (3.4%) | .001 ^a |
| | 就労支援 | 40 (41.7%) | 22 (24.7%) | .019 ^a |
| | 認知機能リハビリテーション | 11 (11.5%) | 4 (4.5%) | .107 ^a |
| | 認知行動療法 | 21 (21.9%) | 18 (20.2%) | .858 ^a |
| | 当事者心理教育 | 29 (30.2%) | 33 (37.1%) | .352 ^a |
| | 家族心理教育 | 29 (30.2%) | 23 (25.8%) | .518 ^a |
| | SST | 35 (36.5%) | 50 (56.2%) | .008 ^a |
| | ケアマネジメント | 40 (41.7%) | 18 (20.2%) | .002 ^a |
| EBP に携わった経験の有無 ^c | | | | .142 ^a |
| | 経験あり | 55 (57.3%) | 41 (46.1%) | |
| | 経験なし | 41 (42.7%) | 48 (53.9%) | |

a Fisher の直接確率検定による; b Welch 検定

c Cochrane Review で扱われている EBP (ACT, IPS, 認知行動療法, 家族心理教育, 当事者心理教育) の 1 つ以上に携わった経験の有無で分類。

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

表 2 : ベースラインにおける介入群と対照群のスタッフ意識・態度

| | 介入群 | | | | 対照群 | | | | 平均値 の差 | 差の 95%信頼区間 | | t | p |
|----------------------|-----|--------|---|-------|-----|-------|---|-------|-----------|------------|-------|-------|---------------------|
| | n | 平均 | ± | 標準偏差 | n | 平均 | ± | 標準偏差 | | 下限 | 上限 | | |
| ストレングス志向の支援態度尺度(実施度) | 95 | 23.74 | ± | 5.05 | 87 | 19.16 | ± | 5.11 | 4.58 | 3.09 | 6.06 | 6.07 | < 0.0001 |
| 利用者中心アプローチ | 96 | 7.07 | ± | 1.50 | 88 | 6.17 | ± | 1.61 | 0.90 | 0.45 | 1.36 | 3.93 | 0.0001 |
| 本人参加と意思決定の共有 | 95 | 9.97 | ± | 2.70 | 87 | 7.63 | ± | 2.90 | 2.34 | 1.52 | 3.15 | 5.63 | < 0.0001 |
| ストレングス焦点型アプローチ | 96 | 6.72 | ± | 1.54 | 87 | 5.38 | ± | 1.53 | 1.34 | 0.89 | 1.79 | 5.89 | < 0.0001 |
| ストレングス志向の支援態度尺度(自信度) | 92 | 21.28 | ± | 4.82 | 86 | 17.16 | ± | 5.72 | 4.12 | 2.56 | 5.68 | 5.21 | < 0.0001 |
| 利用者中心アプローチ | 95 | 6.28 | ± | 1.56 | 88 | 5.39 | ± | 1.71 | 0.90 | 0.42 | 1.38 | 3.71 | 0.0003 |
| 本人参加と意思決定の共有 | 92 | 9.15 | ± | 2.39 | 86 | 7.10 | ± | 2.91 | 2.05 | 1.26 | 2.83 | 5.13 | < 0.0001 |
| ストレングス焦点型アプローチ | 94 | 5.85 | ± | 1.54 | 86 | 4.70 | ± | 1.69 | 1.15 | 0.68 | 1.63 | 4.79 | < 0.0001 |
| リカバリー態度尺度(RAQ) | 96 | 62.89 | ± | 5.61 | 89 | 61.46 | ± | 4.82 | 1.43 | -0.09 | 2.95 | 1.86 | 0.0652 |
| 精神障害をもつ人に対する肯定的態度尺度 | 94 | 64.67 | ± | 7.93 | 89 | 55.10 | ± | 8.03 | 9.56 | 7.23 | 11.89 | 8.10 | < 0.0001 |
| 能力と回復への期待 | 94 | 34.79 | ± | 4.33 | 89 | 30.31 | ± | 4.88 | 4.48 | 3.14 | 5.83 | 6.58 | < 0.0001 |
| 共生の姿勢 | 94 | 16.58 | ± | 2.84 | 89 | 13.35 | ± | 3.00 | 3.23 | 2.38 | 4.08 | 7.47 | < 0.0001 |
| 支持的援助行動 | 94 | 13.30 | ± | 1.99 | 89 | 11.45 | ± | 1.82 | 1.85 | 1.29 | 2.41 | 6.56 | < 0.0001 |
| 社会的距離尺度(JSDS) | 93 | 3.75 | ± | 2.52 | 87 | 6.49 | ± | 3.42 | -2.74 | -3.62 | -1.86 | -6.15 | < 0.0001 |
| 職場風土尺度 | 93 | 102.98 | ± | 14.14 | 87 | 93.02 | ± | 15.25 | 9.96 | 5.64 | 14.28 | 4.55 | < 0.0001 |
| 信頼と支持 | 93 | 42.67 | ± | 6.53 | 87 | 38.58 | ± | 7.54 | 4.08 | 2.01 | 6.16 | 3.89 | 0.0001 |
| 硬直性 | 93 | 25.84 | ± | 4.63 | 87 | 22.63 | ± | 4.77 | 3.21 | 1.83 | 4.59 | 4.58 | < 0.0001 |
| 自由さ | 93 | 14.76 | ± | 3.08 | 87 | 13.72 | ± | 3.42 | 1.04 | 0.08 | 2.00 | 2.14 | 0.0335 |
| 個人尊重 | 93 | 15.32 | ± | 2.76 | 87 | 13.57 | ± | 3.14 | 1.75 | 0.88 | 2.61 | 3.97 | 0.0001 |
| 責務感 | 93 | 4.40 | ± | 1.51 | 87 | 4.52 | ± | 1.16 | -0.12 | -0.52 | 0.27 | -0.60 | 0.5478 ^a |
| バーンアウト尺度(MBI-GS) | | | | | | | | | | | | | |
| 疲弊感 | 95 | 2.09 | ± | 1.30 | 87 | 2.55 | ± | 1.39 | -0.46 | -0.85 | -0.07 | -2.30 | 0.0224 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|------|---|------|----|------|---|------|-------|-------|-------|-------|--------|
| シニシズム | 95 | 1.09 | ± | 1.03 | 87 | 1.60 | ± | 1.17 | -0.50 | -0.82 | -0.18 | -3.07 | 0.0025 |
| 職務効力感 | 95 | 2.57 | ± | 1.09 | 87 | 2.12 | ± | 1.10 | 0.45 | 0.13 | 0.77 | 2.75 | 0.0065 |

RAQ Recovery Attitude Scale, JSDS Japanese version of Social Distance Scale, MBI-GS Maslach Burnout Scale-General Scale a: Welch 検定

表 3 : 介入群における BL 得点と属性との関連

| | 受持ち担当あり | | | | 受持ち担当なし | | | | t 値 | df | p | DM | 差の 95%信頼区間 | |
|------------------------|---------|--------|---|-------|---------|--------|---|-------|--------|----|------|-------|------------|-------|
| | N | Mean | ± | SD | N | Mean | ± | SD | | | | | 下限 | 上限 |
| ストレングス志向の支援態度尺度合計(実施度) | 76 | 24.05 | ± | 4.55 | 11 | 24.00 | ± | 4.73 | .036 | 85 | .972 | 0.05 | -2.88 | 2.99 |
| 利用者中心アプローチ | 77 | 7.22 | ± | 1.38 | 11 | 7.09 | ± | 1.04 | .299 | 86 | .766 | 0.13 | -0.73 | 0.99 |
| 本人参加と意思決定 | 76 | 10.03 | ± | 2.57 | 11 | 10.18 | ± | 2.86 | -.185 | 85 | .854 | -0.16 | -1.83 | 1.52 |
| ストレングス焦点型アプローチ | 77 | 6.83 | ± | 1.34 | 11 | 6.73 | ± | 1.74 | .231 | 86 | .818 | 0.10 | -0.79 | 1.00 |
| ストレングス志向の支援態度尺度合計(自信度) | 74 | 21.24 | ± | 4.82 | 10 | 21.80 | ± | 5.79 | -.335 | 82 | .738 | -0.56 | -3.86 | 2.75 |
| 利用者中心アプローチ | 76 | 6.33 | ± | 1.61 | 11 | 6.27 | ± | 1.56 | .109 | 85 | .914 | 0.06 | -0.97 | 1.09 |
| 本人参加と意思決定 | 74 | 9.00 | ± | 2.35 | 10 | 9.80 | ± | 2.90 | -.984 | 82 | .328 | -0.80 | -2.42 | 0.82 |
| ストレングス焦点型アプローチ | 75 | 5.92 | ± | 1.56 | 11 | 5.73 | ± | 1.79 | .376 | 84 | .708 | 0.19 | -0.83 | 1.21 |
| リカバリー態度尺度(RAQ)合計 | 77 | 63.17 | ± | 5.70 | 11 | 61.55 | ± | 4.89 | .899 | 86 | .371 | 1.63 | -1.97 | 5.22 |
| 精神障害をもつ人に対する肯定的態度尺度合計 | 75 | 64.91 | ± | 8.03 | 11 | 63.12 | ± | 6.95 | .703 | 84 | .484 | 1.80 | -3.28 | 6.88 |
| 能力と回復への期待 | 75 | 35.03 | ± | 4.32 | 11 | 33.64 | ± | 3.70 | 1.015 | 84 | .313 | 1.39 | -1.34 | 4.12 |
| 共生の姿勢 | 75 | 16.51 | ± | 2.95 | 11 | 16.45 | ± | 2.50 | .061 | 84 | .951 | 0.06 | -1.80 | 1.92 |
| 支持的援助行動 | 75 | 13.37 | ± | 1.98 | 11 | 13.03 | ± | 2.05 | .538 | 84 | .592 | 0.35 | -0.93 | 1.63 |
| 社会的距離 合計 | 74 | 3.76 | ± | 2.60 | 11 | 4.73 | ± | 1.95 | -1.187 | 83 | .239 | -0.97 | -2.60 | 0.66 |
| 職場風土尺度 合計 | 75 | 103.18 | ± | 14.62 | 11 | 101.38 | ± | 13.03 | .385 | 84 | .701 | 1.80 | -7.47 | 11.07 |
| 信頼と支持 | 75 | 42.79 | ± | 6.81 | 11 | 41.69 | ± | 5.66 | .511 | 84 | .611 | 1.10 | -3.19 | 5.39 |
| 硬直性 | 75 | 25.94 | ± | 4.65 | 11 | 25.05 | ± | 5.25 | .579 | 84 | .564 | 0.88 | -2.15 | 3.92 |
| 自由さ | 75 | 14.85 | ± | 3.17 | 11 | 13.91 | ± | 3.11 | .925 | 84 | .358 | 0.94 | -1.09 | 2.97 |
| 個人尊重 | 75 | 15.37 | ± | 2.90 | 11 | 15.27 | ± | 2.05 | .103 | 84 | .918 | 0.09 | -1.71 | 1.90 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|----|-------|---|------|----|-------|---|------|--------|----|------|-------|-------|-------|
| 責務感 | 75 | 4.23 | ± | 1.42 | 11 | 5.45 | ± | 1.86 | -2.576 | 84 | .012 | -1.23 | -2.18 | -0.28 |
| バーンアウト尺度(MBI-GS) | | | | | | | | | | | | | | |
| 疲弊感 | 76 | 2.14 | ± | 1.26 | 11 | 1.73 | ± | 1.15 | 1.016 | 85 | .312 | 0.41 | -0.39 | 1.21 |
| シニシズム | 76 | 1.11 | ± | 1.06 | 11 | 1.11 | ± | 0.91 | .008 | 85 | .994 | 0.00 | -0.67 | 0.68 |
| 職務効力感 | 76 | 2.62 | ± | 1.14 | 11 | 2.29 | ± | 0.96 | .912 | 85 | .364 | 0.33 | -0.39 | 1.05 |
| EBPAS 合計 | 73 | 34.19 | ± | 6.70 | 10 | 30.90 | ± | 5.88 | 1.477 | 81 | .144 | 3.29 | -1.14 | 7.73 |
| 要請 | 73 | 4.68 | ± | 2.77 | 10 | 4.40 | ± | 2.67 | .306 | 81 | .760 | 0.28 | -1.57 | 2.14 |
| 魅力 | 73 | 10.07 | ± | 2.73 | 10 | 8.90 | ± | 2.64 | 1.274 | 81 | .206 | 1.17 | -0.66 | 2.99 |
| 開放性 | 73 | 8.11 | ± | 2.86 | 10 | 6.20 | ± | 2.57 | 2.002 | 81 | .049 | 1.91 | 0.01 | 3.81 |
| かい離性 | 73 | 11.33 | ± | 2.55 | 10 | 11.40 | ± | 2.99 | -.081 | 81 | .935 | -0.07 | -1.82 | 1.67 |

厚生労働科学研究費補助金 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

根拠に基づく実践とスティグマティゼーションの関係： クロス・セクショナル研究

研究分担者 贅川信行¹⁾

研究協力者(主執筆者に○) 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

要旨

本研究は、国立病院機構の精神科病院に勤めるスタッフ 471 名を対象に、根拠に基づく実践 (EBP) に携わった経験と精神障害者に対するスティグマティゼーションの関係を調べるために実施したクロス・セクショナル調査であった。調査の結果、162 名 (41.2%) が包括型地域生活支援、個別就労支援、当事者・家族向け心理教育、認知行動療法のいずれかの EBP に携わった経験を有していた。また、共分散分析の結果から、肯定的態度に影響する要因として、EBP の経験、EBP の適用に対する態度、リカバリーに対する態度、社会的距離が抽出された。個々のスタッフにおける EBP に携わった経験は、精神障害者に対する肯定的な態度と関係していると示唆された。

背景

精神障害者に対するスティグマは、世界中でその存在が確認されており、国際的な問題となっている^{1,2)}。精神障害者に対するスティグマティゼーションは、一般市民だけではなく、精神保健福祉に関わるスタッフにも存在し、彼らの精神障害者に対する態度は、支援の質に影響を及ぼす可能性がある^{3,4)}。他方、スタッフにおけるスティグマティゼーションの是正には、根拠に基づく実践 (Evidence-based practice: 以下 EBP) を推進することが重要であると指摘されている⁴⁾。

しかしながら、EBP の実施とスティグマティゼーションの構成要素の一つである精神障害者に対する態度との関係を実証的に示した研究は、非常に少ない。そこで、本研究の目的は、精神科病院に勤めるスタッフにおける EBP を行った経験と精神障害者に対する態度の関係を明らかに

することである。すなわち、本研究の仮説は、「EBP に携わったことのあるスタッフは、精神障害者に対しより肯定的な態度を示す」である。

B. 方法

仮説を検証するために、本研究はクロス・セクショナル調査のデザインを用いた。

1. 対象

国立精神病院機構の中で、精神科訪問看護あるいは精神科デイケアを持つ 17 の精神科病院のスタッフ 471 名が、本研究の対象となった。有効回収率は 83.5%であり、393 名が分析の対象となった。

2. 尺度

スティグマティゼーションに関するアウトカムとして、スタッフにおける精神障害者に対する

態度を測る、「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）」、「統合失調症に対する社会的距離尺度（以下、社会的距離）」を使用した^{5,6)}。また、スティグマと負の相関があるとされるリカバリーに関するスタッフの意識を図るため、「Recovery Attitude Questionnaire（以下 RAQ）」を用いた⁷⁾。

暴露に関して、EBP として考えられる実践を含め、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。本研究級で EBP として扱う実践は、Cochrane Review で国際的に効果が認められている 5 つ実践であった。すなわち、包括型地域生活支援（Assertive Community Care: 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 Behavioural Therapy: 以下 CBT）である。また、EBP に関する尺度として、実務経験のほかに、EBP に対する態度を測る「科学的根拠に基づく実践を適用することへの態度尺度（Evidence-Based Practice Attitude Scale: 以下 EBPAS）」を用いた⁸⁾。

基本属性として調査票に含まれる項目は、性別、年齢、勤続年数、職種、学歴などであった。

3. 分析

EBP の経験あり群となし群でそれぞれの尺度の得点を比較した。統計学的有意水準は両側 5% とし、2 群間の平均値の比較における有意差の検定には t 検定を用いた。また、スタッフの精神障害者に対する肯定的態度に関連する要因を調べるために、EBP の経験を独立変数とし、社会的距離の得点、RAQ の得点、EBPAS の得点、性別、精神科勤務年数、学歴を共変量として調整した共分散分析を行った。すべての統計解析には、SPSS for Windows ver. 20 を用いた。

4. 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受けている（No. A2011-025）。

C. 結果

1. 基本属性と根拠に基づく実践の経験

分析対象となった 393 名のうち、282 名（71.8%）が女性、平均年齢は 40.9（±11.6）歳であり、平均精神科勤続年数は、11.6（±8.7）年であった。最終学歴は、専門学校卒業が最も多い 212 名（53.9%）であり、次いで大学・短大卒業（111 名、28.0%）であった。また、162 名が ACT, IPS, PE, FPE, CBT のいずれかに携わった経験を持っていた（表 1）。

表 2 は、職種別に EBP とその他の効果が期待される実践の経験を示している。一部の医師はさまざまな EBP にかかわっていた。コメディカルスタッフの中では、精神保健福祉士が ACT（13.5%）や IPS（15.4%）など地域で実施される EBP に携わった経験が多かった。また、約半数の作業療法士と心理士は、それぞれ PE・FPE と CBT に携わった経験があるとしていた。看護師の中で、経験している割合が多い心理社会的実践は、社会技能訓練であった。

2. スティグマティゼーションの程度

研究対象者全体で、肯定的態度尺度の平均値は 54.5（±9.6）であり、社会的距離の平均値は 6.7（±3.6）であった。また、リカバリーに対する態度を測る RAQ の平均値は 27.0（±3.0）であった。

3. 単変量解析の結果

EBP の経験あり群と EBP の経験なし群で、それぞれの尺度の得点を比較した結果、EBP の適用に対する態度（EBPAS）では、下位尺度の「魅力」（1.5 [0.9-2.1], $p < .001$ ）、「開放性」（1.2 [0.7-1.8], $p < .001$ ）、そして EBPAS 全体（3.1 [1.8-4.4], $p < .001$ ）において、EBP 群の経験あり群が、なし群より有意に高い得点となった。同様に、肯定的態度尺度におけるすべての下位尺度と尺度全体（6.0 [4.2-7.9], $p < .001$ ）と RAQ（1.2 [0.6-1.8], $p < .001$ ）でも、EBP の経験なし群と比較し、EBP の経験あり群が有意に高い得点となった。社会的距離（-2.0 [-2.7--1.3], $p < .001$ ）でも、両群に有意な差がみられ、EBP の経験あり群が低い得点となった（表 3）。

4. 多変量解析の結果

共分散分析の結果、肯定的態度尺度の得点に、EBPの経験が影響していた ($F(1, 385) = 5.949, p = .015$)。また、共変量として投入したEBPAS得点 ($F(1, 385) = 4.755, p = .030$)、RAQ得点 ($F(1, 385) = 37.707, p < .001$)、社会的距離 ($F(1, 385) = 264.055, p < .001$)も、肯定的態度尺度の得点に影響していた(表4)。

D. 考察

1. EBPおよび効果的な実践の普及度

調査の結果から、対象となった精神科病院のスタッフにおいては、EBPとして認められる実践が普及していないと考えられる。ACTやIPSなどは地域支援として発展とした実践は例外としても、病院で行うことができるPE、FPEあるいはCBAにしても、作業療法士や心理の半数が携わった経験があるにとどまっている。また、近年の精神保健福祉サービスの中核であるケアマネ・マネジメントでさえも、精神保健福祉士以外の職種では、ほとんど行われていない現状が予想される。

2. スティグマの程度

肯定的態度尺度、社会的距離そしてRAQの結果から、対象となったスタッフにおいても、精神障害者に対して必ずしも寛容な態度やリカバリーに対する正しい理解が浸透していないと示唆された。特に肯定的態度の結果 (54.5 ± 9.6) は、岩井らが行った全国調査の結果 (55.9 ± 7.9) と酷似する結果であり⁵⁾、本研究の対象者に代表性の問題はないと考えられる。

3. EBPと肯定的態度

単変量解析と多変量解析の結果から、EBPに携わった経験あるいはEBPの適用に関する態度は、精神障害者に態度に関係していることが示唆された。ACT、IPS、PE、FPEは、精神疾患を抱えながら地域生活を可能にすることを目的とした実践である。よって、それらを実施するスタッフには、精神障害者の持つ可能性を信じることや、リカバリーの正しい理解を持つことが期待される^{4,9)}。多変量解析の結果が、肯定的態度と、

リカバリーに対するより好ましい態度や社会的距離との関係を示したが、これらの結果は個々のスタッフがEBPを実施するにあたり、同時に持っている態度と考えられる。

4. 研究の限界と長所

本研究には、いくつかの限界がある。第1に、本研究はクロス・セクショナル研究であり、研究方法の特質上、EBPに携わった経験と精神障害者に対する態度の因果関係は示すことができない。つまり、より肯定的な態度を持ったスタッフがEBPに携わる傾向があるのか、EBPに携わったスタッフがより肯定的な態度を持つことになるのかを明らかにすることができなかった。第2に、それぞれのスタッフが携わったEBPの質は不透明である。たとえば、それぞれのスタッフが携わった実践が、フィデリティではEBPとはいえないものである可能性は否定できない。

しかしながら、本研究で使用された尺度は、すべて妥当性が検証された尺度である。また、対象者も国立病院機構に登録された複数の精神科病院のスタッフであり、代表性の問題がおきにくいと考えられる。すなわち、データの妥当性については、一定程度保たれていると考えられる。

E. 結論

本研究は、国立病院機構の精神科病院に勤めるスタッフ471を対象に、EBPに携わった経験と彼らの精神障害者に対するスティグマティゼーションの関係を調べるために、クロス・セクショナル調査を行った。調査の結果から、個々のスタッフにおけるEBPに携わった経験は、精神障害者に対する肯定的な態度と関係していると示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

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 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) Thornicroft G, Brohan E, Rose D, et al: Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 373:408-415, 2009.
- 2) Angermeyer MC, Dietrich S: Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113:163-179, 2006.
- 3) 山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 他: 精神障害者に対するスティグマの是正への根拠: スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見. *精神障害とリハビリテーション* 15(1):75-85, 2011.
- 4) Thornicroft G, Tansella M: *Better mental health care*. Cambridge University Press, Cambridge, 2009.

- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Borkin JR, Steffen JJ, Ensfield LB, et al: *Recovery Attitudes Questionnaire: development and evaluation*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24:95-102, 2000.
- 8) 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.
- 9) Bledsoe SE, Lukens E, Onken S, et al: *Mental illness, evidence-based practice, and recovery: is there compatibility between service-user-identified recovery-facilitating and -hindering factors and empirically supported interventions? Best Practices in Mental Health* 4:34-58, 2008.

表 1 基本属性

| 属性 (N=393) | | |
|----------------------|-----------|--------------|
| 性別 | 女性 | 282 (71.8%) |
| | 男性 | 111 (28.2%) |
| 年齢 | 平均値(標準偏差) | 40.9 (±11.6) |
| 精神科勤務年数 | 平均値(標準偏差) | 11.6 (±8.7) |
| 学歴 | 高校卒業 | 37 (9.4%) |
| | 専門学校卒業 | 212 (53.9%) |
| | 大学・短大卒業 | 110 (28.0%) |
| | 大学院卒業 | 34 (8.7%) |
| 雇用形態 | 常勤 | 357 (90.8%) |
| | 非常勤 | 36 (9.2%) |
| EBP の経験 ¹ | 経験なし | 231 (58.8%) |
| | 経験あり | 162 (41.2%) |

1. EBP の経験は、ACT、IPS、PE、FPE、CBT のいずれかに携わった経験のあるスタッフ数

表 2 職種別の根拠に基づく実践の経験

| N=393 | | 医師 (N=15) | 看護師 (N=238) | 心理士 (N=21) | 精神保健 福祉士 (N=52) | 作業療 法士 (N=43) | 薬剤師 (N=6) | その他 (N=18) |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|----------------|---------------|-----------------------|---------------------|--------------|---------------|
| Cochrane review に おける EBP | 包括型地域生活支援 (ACT) | 3 (20.0) ¹ | 9 (3.8) | 1 (4.8) | 7 (13.5) | 1 (2.3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | 個別就労支援 (IPS) | 4 (26.7) | 2 (0.8) | 2 (9.5) | 8 (15.4) | 2 (4.7) | 0 (0) | 3 (16.7) |
| | 当事者むけ心理教育 (PE) | 8 (53.3) | 40 (16.8) | 11 (52.4) | 23 (44.2) | 25 (58.1) | 1 (16.7) | 2 (11.1) |
| | 家族心理教育 (FPE) | 4 (26.7) | 33 (13.9) | 8 (38.1) | 22 (42.3) | 22 (51.2) | 1 (16.7) | 3 (16.7) |
| | 認知行動療法 (CBT) | 6 (40.0) | 13 (5.5) | 11 (52.4) | 10 (19.2) | 12 (27.9) | 1 (16.7) | 1 (5.6) |
| 効果の期 待される 実践 | アウトリーチ活動 | 5 (33.3) | 44 (18.5) | 0 (0) | 24 (46.2) | 13 (30.2) | 0 (0) | 0 (0) |
| | 社会技能訓練 | 6 (40.0) | 63 (26.5) | 17 (81.0) | 19 (36.5) | 27 (62.8) | 0 (0) | 5 (27.8) |
| | ケア・マネジメント | 7 (46.7) | 11 (4.6) | 4 (19.0) | 27 (51.9) | 11 (25.6) | 0 (0) | 2 (11.1) |
| | 認知機能リハビリテーション | 3 (20.0) | 9 (3.8) | 1 (4.8) | 2 (3.8) | 11 (25.6) | 0 (0) | 0 (0) |
| | その他の就労支援 | 9 (60.0) | 13 (5.5) | 5 (23.8) | 26 (50.0) | 19 (44.2) | 0 (0) | 1 (5.6) |

1. 表内の数字は、それぞれの実践に携わった経験ありの度数 (%)

表3 EBPの経験の有無におけるEBPに対する態度及び精神障害者とリカバリーに対する態度の比較

| 尺度 | 下位尺度 | 全体 | | EBP 経験あり群 | | EBP 経験なし群 | | MD | t | MD of 95%CI | Effect size ^{2,3} |
|------------------------------|------------|-------|-----|-----------|-----|-----------|-----|------|------|-------------|----------------------------|
| | | N=393 | | (N=162) | | (N=231) | | | | | |
| EBPAS (0-60) | 要請 | 5.4 | 2.7 | 5.5 | 2.8 | 5.3 | 2.5 | 0.2 | 0.8 | -0.3/0.8 | 0.08 |
| | 魅力 | 9.5 | 3 | 10.4 | 2.7 | 8.9 | 3.1 | 1.5 | 5.0 | 0.9/2.1 | 0.51* |
| | 開放性 | 7.5 | 2.9 | 8.2 | 2.9 | 7.0 | 2.8 | 1.2 | 4.2 | 0.7/1.8 | 0.43* |
| | かい離性 | 12 | 2.4 | 12.1 | 2.3 | 11.9 | 2.4 | 0.2 | 0.8 | -0.3/0.7 | 0.08 |
| | EBPAS 総得点 | 34.4 | 6.7 | 36.2 | 6.6 | 33.1 | 6.4 | 3.1 | 4.7 | 1.8/4.4 | 0.48* |
| 肯定的態度尺度 (19-76) | 能力と回復への期待 | 29.8 | 5.2 | 31.7 | 5.0 | 28.5 | 4.9 | 3.2 | 6.3 | 2.2/4.2 | 0.65* |
| | 共生の姿勢 | 13.4 | 3.5 | 14.4 | 3.5 | 12.7 | 3.4 | 1.7 | 4.8 | 1.0/2.4 | 0.49* |
| | 支持的援助行動 | 11.3 | 2.2 | 12.0 | 2.1 | 10.8 | 2.1 | 1.2 | 5.4 | 0.7/1.6 | 0.56* |
| | 肯定的態度尺度総得点 | 54.5 | 9.6 | 58.1 | 9.4 | 52.0 | 8.9 | 6.0 | 6.5 | 4.2/7.9 | 0.67* |
| RAQ (16-35) | | 27.3 | 3.0 | 28.0 | 2.9 | 26.8 | 3.0 | 1.2 | 4.1 | 0.6/1.8 | 0.42* |
| 社会的距離 ¹ (0-15) | | 6.7 | 3.6 | 5.5 | 3.5 | 7.5 | 3.5 | -2.0 | -5.6 | -2.7/-1.3 | -0.57* |

1. 社会的距離尺度は、低い点ほど好ましい態度を意味する。
2. Effect size(Standardised mean difference)は、Cohen's *d*を用いた。
3. **p*<0.001

表4 精神障害者に対する肯定的態度に関連する要因

| 調整済み R ² =0.566 | df | SS | MS | F | p |
|----------------------------|-----|-----------|---------|---------|---------|
| EBPの経験 | 1 | 235.1 | 235.1 | 5.949 | p=0.015 |
| 性別 | 1 | 0.8 | 0.8 | 0.020 | p=0.887 |
| 学歴 | 1 | 0.1 | 0.1 | 0.001 | p=0.973 |
| 精神科勤務年数 | 1 | 119.8 | 119.8 | 3.030 | p=0.083 |
| EBPAS | 1 | 188.0 | 188.0 | 4.755 | p=0.030 |
| RAQ | 1 | 1490.4 | 1490.4 | 37.707 | p<0.001 |
| 社会的距離 | 1 | 10437.0 | 10437.0 | 264.055 | p<0.001 |
| 誤差 | 385 | 15217.4 | 39.5 | | |
| 総和 | 393 | 1204538.0 | | | |