

I. 研究の背景

我が国の精神保健福祉施策では、近年、脱施設化に向けた取り組みを進めている。その政策モデルである欧米では、1960年代より脱病院化施策のなかで、地域生活支援のシステムとして居住支援策を講じてきた。その方策では、各地域の特性や状況に応じたローカル・モデルが創出されたが、その中でもグループホームが居住支援の優れたモデルとして世界的に普及している。日本においても、2004年以降進められている、精神保健福祉改革に向けた施策では、グループホームを居住支援策の柱として整備を推し進めている。

ところで、精神障害者の場合、疾病と障害を併せ持つ障害特性から、継続した医療的ケアと福祉的ケアをセットにした生活支援を進めることが肝要となる。くわえて、精神科に入院する人々の高齢化が進行しているため、居住の場の整備では、介護ニーズを想定した支援を準備する必要がある。

他方、グループホームでは、支援形態と職員の専門性の多様化が進んでいる。その状況下でグループホーム入居者の福祉、介護、医療に係る支援ニーズを包括的に評価し、支援計画へと反映させるためには、標準化された評価指標が必要となる。

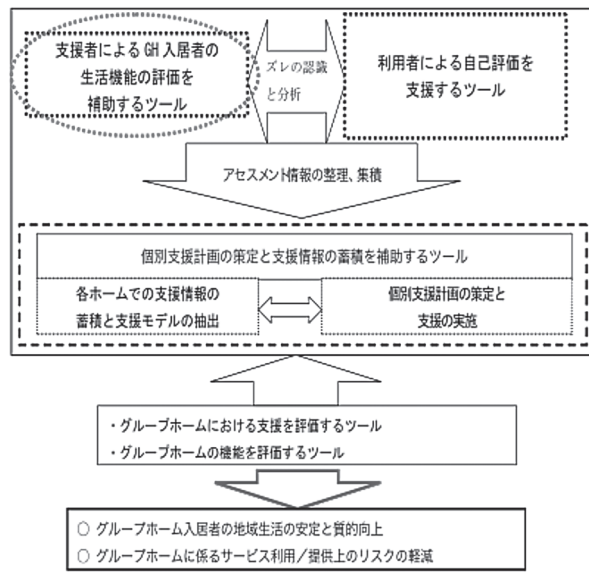
II. 研究の目的

本研究は、「精神障害者グループホーム評価支援ツール」を開発し、精神障害者が主に利用するグループホーム（以下、「GH」）の入居者の生活の安定および暮らしの質の向上に寄与することを目標とした。開発を目指す評価支援ツールの全体像は、図1の通りである。

まず、GHにおける居住生活に必要な生活機能の評価を支援者と利用者がそれぞれに行い、評価の情報を共有しつつ、その差異を評価、分析することで、より本人の生活実態とストレングスに根

差した支援計画の作成を補助するツールの開発を目指した。その上で、入居者の評価と支援の情報を蓄積

図1 グループホーム評価支援ツールの全体構想と本研究の位置



し、支援のモニタリングおよび支援モデル

の抽出を補助するツールの開発、さらには、そのツールを応用し、GHの機能評価や支援者評価を補助するツール開発まで進めることを目標とした。

しかしながら、精神障害者のGHに焦点化した評価ツールは、未だ開発されておらず、まずは、評価支援ツールの理論的な枠組みを定める必要があった。そこで、本稿に係る研究では、GH入居者の生活機能の評価するためツールの骨子となる「グループホーム評価支援尺度（以下、「評価支援尺度」）」の開発を第一の目的とした。

具体的には、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下、「ICF」）の「活動と参加」項目の第2レベルの分類を応用して、GHにおいて生活機能全般を評価する「グループホーム評価支援尺度（以下、「評価支援尺度」）」の試案をつくり、その評価支援尺度のパイロットスタディを行うことから開始した。このパイロットスタディは、北海道十勝地域、神奈川県藤沢市、東京都練馬区、調布市、八王子市など、GHの先駆的な実践を展開してきたフィールドに入り、そこで5年以

上の居住支援の実践経験がある精神保健福祉士とコミュニケーションを図りながら実施した。なお、開発した評価支援尺度は、本稿の最後に掲載したので、

研究の結果、考察とあわせて参照されたい（図2）。

また、評価支援尺度の開発とあわせて、「グループホーム評価支援ツール」の理論的枠組みを探究することを第二の目的とした。具体的には、GH入居者の生活機能の評価に影響を与えるGHの構成要素の探索という研究目的をくわえた。

Ⅲ. 研究の方法

まず、基礎研究として、英米のGHにおける支援の動向、我が国の居住支援施策とグループホームの位置づけと支援上の課題、居住支援の場での生活支援に係る評価指標などについて先行研究のレビューを進めた。その結果を踏まえ、ICFの「活動・参加」項目の第2レベルの分類を援用して、「評価支援尺度の第一試案を作成した。

つぎに、居住支援の経験が5年以上ある精神保健福祉士6名を対象に、評価支援尺度の目的や項目、尺度の表面的妥当性を検証するためのパイロットスタディを実施した。

その結果に基づき、評価支援尺度の第二試案を作成し、神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会グループホーム部会の会員であるGH支援者の協力を得て、評価項目のワーディングと統計的調査に使用する質問紙調査のプレテストを実施した。その上で、信頼性、妥当性を検証することおよびGHにおける生活支援の評価に影響を与える因子を探索することを目的に、統計的調査研究を実施した。

統計的調査は、データの均質性を担保するために、GH支援者の組織化が図られ、協力関係を築きながら活動を行っている東京都精神障害者共同ホーム連絡会および神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会に加盟する全GH、216か所、648名の支援者を対象に実施した。調査票は、留置および郵送にて配布し、郵送にて回収した。調査は、2010年2月13日から4月16日までの約2か月間実施した。その結果、61事業所より148名分の回答を得た。回収率は、22.8%であった。

Ⅳ. 研究の結果

i. 先行研究レビューの結果

日本の生活支援施策のモデルである英米では、地域生活支援のシステムにおいて、多様な居住支援の方策を開発してきたが、いずれもケアの質、居住生活の安定性や快適さなどに課題を抱えており、グループホームに代わる有効かつ普遍性のある支援モデルは、開発途上にあることをとらえた。

他方、日本においては、グループホームが「居住の場」として地域生活支援施策に位置付けつつも、実態として、食生活のケアから余暇支援、危機管理に至る包括的な支援を展開していた。また、入居者の高齢化や障害の重度化、支援者の専門性の多様化などから、グループホームの支援の特性に応じた評価指標と尺度の必要性をとらえた。

また、精神障害者の生活機能や支援ニーズを測定する既存の評価尺度のうち、信頼性、妥当性が認められている、“WHO-DAS¹⁾”、“Social Behavior Schedule: SBS²⁾”、“Life Skills Profile: LSP³⁾”、“Independent Living Skills Survey: ILSS⁴⁾”など、11の評価尺度について、Dickerson (1997) の“Selected instruments for measuring the community functioning with serious mental illness⁵⁾”を援用し、GHでの生活支援に係る評価への応用可能性について検討した。その結果、いずれの評価尺度ともに精神障害者の精神症状、セルフケア、生活機能、対人技能などを包括的に評価する尺度として信頼性、妥当性が担保されている反面、評価の対象や実践フィールドを限定する特性を有しており、現段階ではGH入居者の生活機能の特性に焦点化した評価尺度は開発されていないことを確認した。

また、ICFを精神保健福祉の実践に応用するための評価指標の開発は、デイケアのプログラム評価⁶⁾や地域ケアのための評価⁷⁾などに係るものが散見されるが、グループホームに焦点化した応用的な研究はなされていないことを確認した。

ii. 統計的調査研究の結果

統計的調査の結果については、単純集計を実施した上で、評価支援尺度の信頼性と妥当性を検証した。さらに、生活機能の評価を予測する因子を探索するための分析を行った。なお、集計と分析には、統計解析ソフトである“SPSS Statistics version 18”を使用した。

1) 調査対象者の属性

(1) 支援者の勤務地

回答数全体に占める、支援者の勤務地の割合は、東京都が 107 人 (72.3%)、神奈川県が 41 人 (27.7%) であった。

(2) 支援者の性別、年齢

回答者の性別は、女性が 94 人 (63.5%)、男性が 52 人 (35.1%) であった (欠損値 2)。年齢では、30 歳代が 40 人 (27%) で最も多く、次いで、60 歳代の 32 人 (21.6%)、40 歳代の 27 人 (18.2%) であった。性別と年齢のクロスでは、30 歳代と 60 歳代の女性がそれぞれ 23 人 (15.5%) と最も多く、次いで 30 歳代男性の 17 人 (11.4%) であった。

(3) 支援者の実務経験

回答者の保健福祉領域における実務経験は、10 年以上が 65 人 (44.5%) と最も多く、次いで、1 年未満の 16 人 (11.0%)、1 年以上、2 年未満の 13 人 (8.9%) であった。有効回答全体の 67% が、5 年以上の実務経験者であった。

(4) 支援者の居住型施設での支援経験

回答者の居住型施設 (精神障害者生活訓練施設、福祉ホーム、グループホーム) での支援経験は、10 年以上が 33 人 (22.6%) で最も多く、次いで、1 年未満の 25 人 (17.1%)、1 年以上、2 年未満の 20 人 (13.7%) であった。有効回答全体の 50.6% が、居住支援の経験が 5 年未満であった。

(5) 支援者のサービス管理責任者研修の受講状況

サービス管理責任者研修は、「指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定める基準 (平成 18 年厚生労働省告示第 544 号)」に規定された実務経験等をする者が、サービス管理責任者として障害福祉サービス事業所で任用されている場合に、必ず修了しなければならない研修である。回答者のうち、この研修を受講した人は、85 人 (57.4%) であった。

(6) 対象者の所持資格 (多重回答)

回答者が所持する資格は、精神保健福祉士が 66 名 (45.8%) と最も多かった。次いで、社会福祉士と介護支援専門員の 14 人 (9.7%)、看護師の 9 人 (6.3%) であった。他方、所持資格なしとの回答は、46 人 (31.9%) であった。

(7) 支援者が勤務する GH の定員数

回答者が勤務する GH の定員数は、6 名定員が 55 か所 (34.7%) が最も多く、次いで、5 名定員の 52 か所 (35.4%)、7 名定員の 16 か所 (10.9%) であっ

た。定員 6 名以上が、有効回答全体の 64.6% であった。

2) 利用者の属性

(1) 利用者の性別、年齢

利用者の性別は、男性 83 人 (56.5%) で、女性 64 人 (43.5%) であった (欠損値 1)。年齢では、30 歳代、40 歳代がそれぞれ 42 人 (29.4%) で最も多かった。次いで 50 歳代、60 歳代がそれぞれ 22 人 (15.4%) であった (欠損値 5)。性別と年齢のクロスでは、30 歳代の男性が 24 人 (16.8%) で最も多く、次いで、40 歳代の男性と女性がそれぞれ 21 人 (14.7%) であった。

(2) 利用者の GH の入居年数

利用者の GH における入居年数は、1 年以上、2 年未満が 35 人 (24%) と最も多かった。次いで 1 年未満の 29 人 (19.9%)、2 年以上、3 年未満の 27 人 (18.5%) であった (欠損値 2)。全体の約 6 割が、入居して 3 年未満であった。

(3) 利用者が入居する GH におけるケアホームの

同時申請の状況

利用者が入居する GH における共同生活介護 (ケアホーム) 事業の同時申請の状況については、同時申請していない GH が 89 か所 (63.1%) であり、同時申請している GH よりも多かった。他方、支援者の勤務地別に、ケアホームの同時申請数の構成比率の差の検定 (χ^2 検定) を実施したところ、東京都と神奈川県で統計的に有意差を確認した ($\chi^2=74.2$, $p<.001$)。

3) 評価支援尺度の信頼性、妥当性の検討

(1) 日常生活と支援の評価尺度項目

a. 因子分析の手続と方法および結果の概要

まず、日常生活と支援の評価尺度項目について、構成概念妥当性を検証するため、因子分析を実施した。因子分析は、因子と項目との関係を表す因子負荷量を算出するため、項目を一つの尺度に構成する根拠となる (村上: 2006)⁸⁾。

因子分析を実施する前提として、評価尺度項目のうち、統計量から天井効果が認められた項目および欠損値が回答数の 30% を超える (欠損値 45 以上) の項目を除外した。

以上の手順で整理した 35 項目について、重み付けなし二乗解による因子分析を実施した。分析の結果、初期解における固有値の変化は 14.6、3.1、2.7、1.4、1.3、であり 3 因子構造が推察された。そこで、3 因子を仮定して重み付けなし二乗法、プロマックス斜交回転による

因子分析を実施した。なお、回転前の3因子で35項目を説明する割合は、58.9%であった。分析では、因子負荷量が0.4以上で、かつ2つの因子において0.4以上の負荷を示さない項目を選出した。その結果、因子負荷量が最大で0.4に満たない3項目を除外し、3因子、33項目を選出した。その上で、抽出された33項目について、再度同じ方法で因子分析を実施し、因子負荷量が0.4に満たず、かつ2因子にほぼ同じ量の因子負荷を示した項目を除外し、再度同様の方法で分析を実施した。その結果、最終的に31項目を選出した(表1)。第一因子と第二因子および第一因子と第三因子の間に強い正の相関が確認された。また、第二因子と第三因子の間にやや強い正の相関が確認された(表2)

表1 日常生活と支援の評価項目の因子分析

項目	因子		
	1. 日常生活機能	2. セルフケア機能	3. 対人関係機能
場所、方法の選択	.984	.024	-.201
日課の管理	.776	-.091	.109
複数課題の遂行	.771	.014	.039
居室の換気、温度調整	.767	-.121	.011
月々の生活費管理	.762	-.139	.053
食品の管理	.688	.073	.036
掃除	.641	-.087	.236
ルールの遵守	.640	-.104	.141
生活問題の解決	.623	.148	.047
話の傾聴、理解	.603	.134	.112
意思決定	.595	.330	-.049
ゴミの分別	.578	-.010	.174
深い思考	.550	.160	.106
文章の読み取り	.547	.365	-.194
危険への対処	.490	.317	.018
主治医以外への病状説明	.001	.926	-.108
精神科以外での病状説明	.026	.917	-.164
医師への説明要求	.027	.790	.081
精神科での病状説明	-.076	.779	.180
医師の説明の理解	.199	.732	-.063
精神科への定期通院	-.002	.576	.014
体調不良時の通院	-.282	.550	.302
制度の利用手続き	.276	.416	-.032
GH職員への支援要請	.049	-.045	.822
仲間への支援要請	-.094	.272	.812
GH同居者への支援要請	-.142	.238	.738
上司等への支援要請	-.035	.180	.715
日中活動での対人関係	.090	-.041	.707
GH同居者との関係保持	.229	-.198	.681
友人との関係保持	.192	-.168	.672
規則的な就労	.128	-.098	.553

表2 各因子間の相関係数

因子	1. 日常生活機能	2. セルフケア機能	3. 対人関係機能
1. 日常生活機能	1.000	.570	.519
2. セルフケア機能	.570	1.000	.435
3. 対人関係機能	.519	.435	1.000

b. 結果の解釈

第一因子を構成する15項目は、項目設定の基礎資料であるICFの「活動・参加」カテゴリーにおける、「学習と知識の応用」、「一般的な課題と要求」、「コミュニケーション」の各領域とその応用を提供する機能を有する。このことから、第一因子を「日常生活機能」と解釈した。

第二因子を構成する8項目は、ICFの「セルフケア」領域とその課題の遂行に必要な「コミュニケーション」領域の構成概念を援用したものである。また、GHの利用者には、一定の自立(自律)性が求められる。このことから、第二因子を「セルフケア機能」と解釈した。

第三因子を構成する8項目は、ICFの「主要な生活領域」とその課題の遂行に「対人関係」領域の構成概念を援用したものである。また、GHでは、同居者である他の利用者とは共同することが、居住生活において求められる。このことから、第三因子を「対人関係機能」と解釈した。

c. 信頼性の検討

各因子を構成する項目間の内的整合性および尺度の信頼性を検討するために、クロンバックの α 係数を算出した。 α 係数は、実際のテストと、それと同じ長さの仮説的な平行形式のテストとの相関の期待値であり、折半法により算出される信頼性係数と等しい。その結果、第一因子 $\alpha = 0.93$ 、第二因子 $\alpha = 0.93$ 、第三因子 $\alpha = 0.91$ 、といずれも $\alpha = 0.9$ 以上の十分な値を得た。

(2) 社会生活と支援の評価項目の因子分析

a. 因子分析の手続と方法及び結果の概要

まず、社会生活と支援の評価項目のうち、統計量から天井効果及びフロア効果の確認を行った。

その結果、いずれも認められなかった。つぎに、欠損値が回答数の30%を超える(欠損値45以上)の項目を除外した。

以上の手順で整理した9項目について、重み付けなし二乗解による因子分析を実施した。初期解における固有値の変化は3.2、1.5、1.0、0.7、0.7であり2因子構造が推察された。そこで、2因子を仮定して重み付けなし二乗法、プロマックス斜交回転による因子

分析を実施した。なお、回転前の2因子で9項目を説明する割合は、52.7%であった。分析では、因子負荷量が0.4以上で、かつ2つの因子において0.4以上の負荷を示さない、2因子、9項目を選出した(表3)。

表3 社会生活と支援の評価項目の因子分析

項目	因子	
	1. 社会参加機能	2. (自己表現機能)
地域活動への参加	.750	-.301
ボランティアへの参加	.698	-.053
他社への手伝い	.623	-.067
当事者活動への参加	.593	.220
余暇活動への参加	.559	.146
趣味活動への参加	.505	.227
就労訓練への参加	.431	.067
恋愛活動への関心	-.023	.716
権利の主張、行使	.036	.544

b. 信頼性の検討

各因子を構成する項目間の内的整合性および尺度の信頼性を検討するために、クロンバックの α 係数を算出した。その結果、第一因子は $\alpha = 0.81$ とまずまずの値を得ることができたが、第二因子は $\alpha = 0.54$ と十分な値を得られなかった。

c. 結果の解釈

第一因子を構成する7項目は、項目設定の基礎資料であるICFの「活動・参加」カテゴリーにおける、「主要な生活領域(無報酬の仕事)」及び「コミュニティライフ」の領域の構成概念を援用したものである。また、研究対象であるGHにおいて利用者は、他の利用者との関係においてホーム内での役割が求められる。くわえて、GHは、地域を基盤とした居住であることから、利用者はコミュニティでの役割も求められる。このことから、第一因子を「社会参加機能」と解釈した。

第二因子は、「恋愛関係への関心」、「権利の主張、行使」という社会生活における、自己表現及び自己実現に関わる2項目で構成されていることから、「自己表現機能」と解釈した。しかし、第二因子については、先行研究を基に整理したGHにおける支援の枠組みとの整合性が十分に認められないことから、今回の尺度開発には使用しない。

(3) 合成変数による各因子のスコア化

因子分析によって抽出された、日常生活機能を構成する3因子と社会生活機能を構成する1因子について、各因子を構成する項目を合計して得点化した。なお、以下より、生活機能を構成する4因子について、

以下より「生活機能領域」もしくは「領域」と記す。また、各生活機能領域の合計得点については、以下より「生活機能得点」と記す。各生活機能領域を構成する項目の尺度は、日常生活機能に関わる項目は支援の必要度によって、「支援なく一人でできる」の4点から「全面的な支援が必要」の1点という4件法のリッカート尺度となっている。スコア化に際しては、ケースごとに合計点を算出し、算出したスコアを比率尺度化するために、各領域を構成する項目数を差し引いた。1項目以上で「機会がない」、「該当しない」に回答されたケースは欠損値とした。

(4) 交差妥当性の検討

評価支援尺度の交差妥当性を検証するため、算出した各生活機能得点に地域差が見られるかを検証した。まず、調査対象地域である東京都と神奈川県ごとに各生活機能得点の α 係数を算出した。その結果、日常生活機能領域、セルフケア領域、対人関係機能領域については、両地域ともに0.9以上の値を得ることができた。また、社会参加機能領域については、東京都で0.8に近い値を得ることができたが、神奈川県では0.7を下回る値となった。しかし、両地域を合わせた値は、先述の通り、0.8を超えていることから、全体としての内的整合性は良いといえる。さらに、地域差による影響をさらに探るため、地域別(支援者の勤務地別)、生活機能領域ごとにノンパラメトリック検定を実施した。分析には、Mann-Whitney検定による2群間の独立性の検定を行った。その結果、地域差による各領域の得点の分布に差は見られなかった(表4)。以上の結果から、交差妥当性は、一定程度認められた。

表4 Mann-Whitney 検定の結果(各生活機能得点)

	日常生活機能	セルフケア機能	対人関係機能	社会参加機能
Mann-WhitneyのU	1,250,000	923,500	778,500	923,500
標準化された検定の統計	-1.184	-1.184	-.992	-.746
漸近有意確率(両側)	.236	.236	.321	.456

5) GH入居者の生活機能の評価に影響を与える

GHの構成要素の探索

生活機能得点に影響を及ぼす説明変数のモデルを探索することを目的に、重回帰分析を行った。分析の方法は、ステップワイズ変数選択による重回帰分析を採用した。ただし、決定係数(R^2)は、説明変数の増加とともに自動的に増加する特性を持つことから、分析では調整済決定係数の変化にも着目した。なお、説明変数のうち、2カテゴリーの変数は、ダミー変数化を

図った。また、分析は、生活機能得点ごとに実施した。
 (1)日常生活機能得点に影響を及ぼす説明変数のモデルの探索

日常生活機能得点に影響を及ぼす説明変数として、「セルフケア機能得点」、「支援者が勤務するGHの定員」、「ケアホームの同時申請」、「支援者の性別」の4変数が抽出された。変数ごとの日常生活機能得点への影響を見ていくと、「セルフケア機能得点」が「日常生活機能得点」に及ぼす影響は正の影響を示し、影響の大きさを示すβ係数は0.74 (p<.001) と高い数値であった。つまり、「セルフケア機能得点」が高くなると、「日常生活機能得点」も高くなることがわかった (表5)。

表5 日常生活機能得点を従属変数とした重回帰分析 (ステップワイズ変数選択*)

* 偏F値の有意確率 ≤ .050 を説明変数の選出の基準とした

説明変数	標準偏回帰係数 (β)
セルフケア機能得点	.742***
GH定員ダミー	-.488**
ケアホーム同時申請ダミー	-.454**
支援者の性別	.260*
重相関係数 (R)	.781***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

〈調整済決定係数 (R²) の変化〉

モデル	決定係数 (R ²)	調整済 R ²
セルフケア機能得点	.393	.376
セルフケア機能得点 + 入居年数ダミー	.477	.448
セルフケア機能得点 + 入居年数ダミー + 支援者の実務経験	.555	.516
セルフケア機能得点 + 入居年数ダミー + 支援者の実務経験 + 社会参加機能得点	.610	.562

(2)セルフケア機能得点に影響を及ぼす説明変数のモデルの探索

セルフケア機能得点に影響を及ぼす説明変数として、「日常生活機能得点」と「支援者の年齢」の2つの変数が抽出された。

「日常生活機能得点」が「セルフケア機能得点」に及ぼす影響は正の影響を示し、影響の大きさを示すβ係数は0.63 (p<.001) と高い数値であった。この結果から、「日常生活機能得点」が高くなると、「セルフケア機能得点」も高くなる傾向にあった。

「支援者の年齢」が、「セルフケア機能得点」に及ぼす影響は正の影響を示し、影響の大きさを示すβ係数は、0.30 (p<.01) と低い数値であった。2つの変数の組合せ全体が、セルフケア機能得点に及ぼす影響の大きさを示す重相関係数は、0.69 (p<.001) と高い数値であった。くわえて、決定係数 (R²) も0.48と中等度の数値を示していることから、抽出されたモデルは「日常生活機能得点」を予測する割合がやや高かった (表6)。

表6 セルフケア機能得点を従属変数とした重回帰分析 (ステップワイズ変数選択*)

* 偏F値の有意確率 ≤ .050 を説明変数の選出の基準とした

説明変数	標準偏回帰係数 (β)
日常生活機能得点	.627***
支援者の年齢	.302**
重相関係数 (R)	.693***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

〈調整済決定係数 (R²) の変化〉

モデル	決定係数 (R ²)	調整済 R ²
日常生活機能得点	.393	.376
日常生活機能得点 + 支援者の年齢	.480	.450

(3)社会参加機能得点に影響を及ぼす説明変数のモデルの探索

対人関係機能得点に影響を及ぼす説明変数として、「セルフケア機能得点」、「利用者のGHでの入居年数」、「支援者の実務経験」、「社会参加機能得点」の4つ変数が抽出された。

「セルフケア機能得点」が「対人関係機能得点」に及ぼす影響は正の影響を示し、影響の大きさを示すβ係数は0.38 (p<.01) とまずまずの数値であった。このことから、「セルフケア機能得点」が高くなると、「対人関係機能得点」も高くなる傾向にあった。「利用者のGHでの入居年数」が、「対人関係機能得点」に及ぼす影響は負の影響を示し、影響の大きさを示すβ係数は、-0.39 (p<.01) とまずまずの数値であった。この結果から、入居2年以上の利用者群の方が、2年未満のGH群よりも対人関係機能得点が低い傾向にあった。

「支援者の実務経験」が、「対人関係機能得点」に及ぼす影響は正の影響を示し、β係数は、0.31 (p<.01) と低い数値であった。

また、4つの変数の組合せ全体が、対人関係機能

得点に及ぼす影響の大きさを示す重相関係数は、0.77 ($p<.001$)と高い数値であった。くわえて、決定係数(R^2)は、0.59と高い数値であり、抽出されたモデルは「対人生活機能得点」を予測する割合が高かった(表7)。

表7 対人関係機能得点を従属変数とした重回帰分析(ステップワイズ変数選択*)

* 偏F値の有意確率 $\leq .050$ を説明変数の選出の基準とした

説明変数	標準偏回帰係数(β)
セルフケア機能得点	.379**
入居年数ダミー	-.387**
支援者の実務経験	.308**
社会参加機能得点	.279*
重相関係数(R)	.765***

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

〈調整済決定係数(R^2)の変化〉

モデル	決定係数(R^2)	調整済 R^2
セルフケア機能得点	.312	.294
セルフケア機能得点+入居年数ダミー	.450	.422
セルフケア機能得点+入居年数ダミー+支援者の実務経験	.515	.477
セルフケア機能得点+入居年数ダミー+支援者の実務経験+社会参加機能得点	.585	.540

(4) 社会参加機能得点に影響を及ぼす説明変数のモデルの探索

社会参加機能得点に影響を及ぼす説明変数として、「サービス管理責任者研修の修了の有無」と「対人関係機能得点」の2つ変数が抽出された。変数

ごとの社会参加機能得点への影響を見ていくと、「サービス管理責任者研修の修了の有無」が「社会参加機能得点」に及ぼす影響は正の影響を示し、影響の大きさを示す β 係数は0.51 ($p<.001$)と高い数値であった。このことから、「サービス管理責任者研修」を修了している調査対象群の方が、修了していない群よりも、「社会参加機能得点」が高いことがわかった。

「対人関係機能得点」が、「社会参加機能得点」に及ぼす影響は正の影響を示し、影響の大きさを示す β 係数は、-0.50($p<.01$)と高い数値であった。この結果から、「対人関係機能得点」が高くなると、「社会参加機能得点」も高くなることがわかった。また、2つの変数の組合せ全体が、対人関係機能得点に及ぼす影響の大きさを

示す重相関係数は、0.61 ($p<.001$)と高い数値であった。決定係数(R^2)は、0.37とまずまずの数値であり、抽出されたモデルは「日常生活機能得点」を予測する割合がやや高いことをとらえた(表8)。

表8 社会参加機能得点を従属変数とした重回帰分析(ステップワイズ変数選択*)

* 偏F値の有意確率 $\leq .050$ を説明変数の選出の基準とした

説明変数	標準偏回帰係数(β)
セルフケア機能得点	.512***
入居年数ダミー	.495**
重相関係数(R)	.608***

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

〈調整済決定係数(R^2)の変化〉

モデル	決定係数(R^2)	調整済 R^2
サビ管研修ダミー	.143	.122
サビ管研修ダミー+対人関係機能得点	.370	.338

V. 研究の考察

i. 評価支援尺度の信頼性と妥当性

本研究の目的の一つの柱である、「GH評価支援ツール」の中心的な概念である「評価支援尺度」の信頼性と妥当性については、GHにおける生活機能の評価に使用する上で、一定の水準にあることを確認した。その根拠として、まず、構成概念妥当性を検証するための因子分析では、日常生活機能に係る3因子と社会参加機能に係る2因子を抽出し、各領域の因子間の相関分析でも高い相関が確認できた。また、各因子と各評価項目間の α 係数は、いずれも0.8以上を示す数値が得られた。

ところで、尺度の妥当性を検証する因子分析の結果からは、GHにおける生活機能の評価の要素として、「日常生活機能」、「セルフケア機能」、「対人関係機能」、「社会参加機能」という4つの生活機能領域を抽出した。この領域ごとの評点を合計し得点化した合成尺度を用いて、支援評価尺度の交差妥当性を検証した。その結果、東京都の調査対象群と神奈川県調査対象群の両群において、一定程度の信頼性と妥当性が確認された。ただし、今回の調査研究では、調査フィールドを東京都と神奈川県に限定したことから、交差妥当性の検証には、今後、対象地域を広げて更なるフィール

ドテストを重ねる必要がある。また、外的指標との比較についても、今後の検討課題である。

ii. 生活機能評価に影響を及ぼす GH の構成要素

本研究で開発した評価支援尺度が測定する 4 つの生活機能の領域について、重回帰分析の結果から、GH における支援では、利用者の「日常生活機能」及び「セルフケア機能」を高める支援によって、利用者の「対人関係機能」、さらには「社会参加機能」に関わる機能を高めることにつながる事が推察できる。

ところで、GH においては、生活機能を重視した「見守り」と呼ばれる経過観察ないし寄り添う支援が行われている。その支援の方法は、小野（2002）による GH の業務分析などの研究からも、GH 支援者の重要な日常業務として位置づいていることがわかる⁹⁾。この「見守り」の内容は、服薬管理、金銭管理、清潔保持、家事など多岐にわたるが、この「見守り」支援の目的や効果について、障害福祉の研究領域では、未だ実証的な研究がなされていない。今回の結果を踏まえると、この「見守り」の支援の目的と方法が、利用者の日常生活機能とセルフケア機能を高めるための主体的な生活経験を保障するものならば、その支援の効果は、対人関係や社会参加に関わる機能の向上へと波及することが期待できる。

また、今回の分析結果から、生活機能の各領域の評価に影響を与える因子を確認したが、本稿では紙幅の都合で、主な結果のみ考察する。

「セルフケア機能領域」の評価に影響を与える因子としては、先述した「日常生活機能」の評価にくわえ、「支援者の年齢」の差が確認された。この結果からは、「支援者の年齢」が高くなると、「セルフケア機能」の評点が高くなることをとらえた。「支援者の年齢」の差は、単に年齢の問題ではなく支援の経験を重ねることを通して、生活機能の評価が変化することを示しているものと推測する。

「対人関係機能」の評価に影響を与える因子としては、先述の「セルフケア領域」の評価にくわえて、「利用者の入居年数」と「支援者の実務経験」を確認した。「利用者の入居年数」については、GH での入居年数が 2 年以上の利用者群の方が、入居 2 年未満の利用者群と比較し、「対人関係機能領域」の支援評価の評点が低いことをとらえた。池邊ら（2001）による精神障害者 GH での生活中断の要因分析では、GH での生活の破綻の要因として、「同居者との対人関係の破綻」を事例分析から抽出している¹⁰⁾。また、GH での

共同生活は、同居者間のセルフヘルプや刺激による成長などメリットがある半面、職員や他の同居者との関係を保持し続けるというストレスを抱えていることを、本研究のための予備研究で捉えている¹¹⁾。以上のことから、GH の入居年数が長くなると、その分対人関係機能に関わる支援課題が顕著となる事が、この分析結果より推察される。

最後に、「社会参加機能」の評価に影響を与える因子として、先述の「対人関係機能」の支援の評価にくわえ、「サービス管理責任者研修の修了の有無」が抽出された。この分析結果からは、「サービス管理責任者研修の修了者」群の方が、未修了群よりも「社会参加機能」の評点が高いことをとらえた。サービス管理責任者の研修では、障害福祉サービスの運営管理に関する知識にくわえ、ケアマネジメントに関する知識と技能についての修得が求められる。さらに、この研修では、一定の実務経験が受講の条件となることから、支援経験の積み上げとともに、ケアマネジメントなど専門的な知識を習得することで、社会参加機能領域の評価に変化が生じるものと推察する。

VI. 本研究の結論

- (1) 38 項目から構成される「精神障害者グループホーム評価支援尺度」を開発した。開発した尺度については、統計的研究および事例研究の結果から、信頼性、妥当性の検証が、一定程度なされた。
- (2) 生活機能の 4 領域の相関性を導き出したことで、グループホームにおける家事援助や「見守り」など、未だ理論化されていない支援の内容や効果を検証するための論理モデルを提示した。
- (3) 今回は、グループホームにおける生活支援の共通部分について評価尺度を開発したが、グループホームの構成要素によって、評価に差が生じることをとらえた。今後は、この差について更なる検証を進め、グループホームの支援形態に応じた評価支援ツールの開発が研究課題である。

図2 グループホーム評価支援尺度

- ・ 4 : 「支援なく一人でできる」=ここ30日の間、全く支援なく一人で出来ていた。
- ・ 3 : 「ほぼ支援なく一人でできる」=ここ30日の間、見守り、声かけ、助言程度の支援で、ほぼ一人で出来ていた。
- ・ 2 : 「時々支援が必要」
=ここ30日の間、見守り、声かけ、助言に加えて、共同（一緒に行う）、部分的な介助（出来ないところを助ける）などの支援を行った。
- ・ 1 : 「全面的な支援が必要」
=ここ30日の間、全面的な介助や介護、代行などの支援を行った。
- ・ 0 : 「機会がない/該当しない」=質問にかかわる機会が対象者にはない。もしくは対象者に該当しない。

(注) なお、「一人でできる」が問題を伴う場合には、その問題に対する支援を考慮すること。

【例】 15 : 「排除する」ときに、強迫行為を伴う場合。
25 : 「同居者に必要な支援を求める」ときに、強い依存が認められる場合 など

「日常生活機能の評価項目」	4 : 支援なく 一人でできる	3 : ほぼ支援なく 一人でできる	2 : 時々 支援が必要	1 : 全面的な 支援が必要	0 : 機会がない/ 該当しない
1. ものごとを深く考える	4	3	2	1	0
2. 日常的な暮らしの問題を理解して解決する	4	3	2	1	0
3. 自分の意志で何かを決める	4	3	2	1	0
4. 何かするに、適した時間や場所、方法を選ぶ	4	3	2	1	0
5. いくつかの課題を成し遂げる	4	3	2	1	0
6. 一日のスケジュールを管理する	4	3	2	1	0
7. 決められたルールを守る	4	3	2	1	0
8. 危険に対処する	4	3	2	1	0
9. 相手の話に耳を傾けて、話の内容を理解する	4	3	2	1	0
10. 新聞や書類などの文章を読み取る	4	3	2	1	0
11. 居室を快適に保つ（温度調整や換気など）	4	3	2	1	0
12. 食品をいたまじように管理する	4	3	2	1	0
13. 掃除機などを使って掃除する	4	3	2	1	0
14. ルールにしたがってゴミを分別して捨てる	4	3	2	1	0
15. 月々の生活費を管理する	4	3	2	1	0

「セルフケア機能の評価項目」	4 : 支援なく 一人でできる	3 : ほぼ支援なく 一人でできる	2 : 時々 支援が必要	1 : 全面的な 支援が必要	0 : 機会がない/ 該当しない
16. 決められた日に精神科に通院する	4	3	2	1	0
17. 決められた日に精神科以外の病院に通院する	4	3	2	1	0
18. 体調が悪いときに、通院日以外でも受診する	4	3	2	1	0
19. 精神科の主治医に自分の病状を説明する	4	3	2	1	0
20. 精神科以外の主治医に自分の病状を説明する	4	3	2	1	0
21. 主治医以外の医師に自分の病状を説明する	4	3	2	1	0
22. 医師に説明を求める	4	3	2	1	0
23. 制度やサービスの利用に必要な手続きを行う	4	3	2	1	0

「対人関係機能の評価項目」	4 : 支援なく 一人でできる	3 : ほぼ支援なく 一人でできる	2 : 時々 支援が必要	1 : 全面的な 支援が必要	0 : 機会がない/ 該当しない
24. 職場もしくは日中活動の場で対人関係を持つ	4	3	2	1	0
25. グループホームの同居者に必要な支援を求める	4	3	2	1	0
26. グループホームの職員に必要な支援を求める	4	3	2	1	0
27. 職場の同僚や日中活動の場の仲間に必要な支援を求める	4	3	2	1	0
28. 職場の上司や日中活動の場の職員に必要な支援を求める	4	3	2	1	0
29. 友人をつくり、関係を良好に保つ	4	3	2	1	0
30. 同居人との関係を良好に保つ	4	3	2	1	0
31. 定期的に仕事や日中活動に従事する	4	3	2	1	0

「社会参加機能の評価項目」	4 : 支援なく 一人でできる	3 : ほぼ支援なく 一人でできる	2 : 時々 支援が必要	1 : 全面的な 支援が必要	0 : 機会がない/ 該当しない
32. 他人を手伝うこと	4	3	2	1	0
33. 趣味の教室やクラブに通うこと	4	3	2	1	0
34. 就労準備のための訓練を受けること	4	3	2	1	0
35. ボランティアやボランティアの手伝いなど無報酬の仕事をする	4	3	2	1	0
36. 地域のお祭りやイベントに参加すること	4	3	2	1	0
37. 当事者の活動に参加すること	4	3	2	1	0
38. レクリエーションやレジャー、趣味活動を楽しむこと	4	3	2	1	0

【注・引用文献】

- 1) Janca, A., Kastrup, M., Katschnig, H. et.al., The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S) . Psychiatry Epidemiol, 31, 1996, pp.349-354.
- 2) Wykes , T., Sturt, E., The measurement of social behavior in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *British Journal of Psychiatry*, 148, 1986, pp.1-11.
- 3) Posen, A., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, G., The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 1989, pp.325-337.
- 4) Wallace, C.J., Liberman, R.P., Robert, T., Wallace, J., The independent living skills survey: A comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (3) , 2000, pp.631-645.
- 5) Dickerson, F.B., Assessing clinical outcomes: The community functioning of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 48 (7) , 1997, pp.897-900.
- 6) 斎藤深雪「精神障害者生活機能評価得点尺度（参加面）の開発研究」、『日本保健福祉学会誌』、14 (1)、2007、pp.11-21. など
- 7) Rosal'a Tenorio-Martinez, R., Lara-Munoz M.C., Medina-Mora, M.E., Measurement of problems in activities and participation in patients with anxiety, depression and schizophrenia using the ICF checklist. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 2009, pp.377-384.
- 8) 村上宣寛、『心理尺度の作り方』、北大路出版、2006、pp.56-57.
- 9) 小野春日、「地域生活支援のための相談援助活動と福祉情報——精神障害者グループホームにおけるケア実践の標準化の試み」、『立教大学コミュニティ福祉学部紀要』、No.4、2002、pp.119-131
- 10) 池邊敏子、菅原道哉、柴田洋子「精神障害者グループホームでの生活中断の要因分析」『日本社会精神医学会雑誌』、Vol.10、No.1、pp.21-31.
- 11) 鈴木孝典「精神障害者地域生活支援サービスにおける専門職員のリスクへの認識と対応に関する一考察」、『鴨台社会福祉学論集』、No15、2006、pp.63-69.

鈴木孝典氏 学位請求論文要旨（課程博士）

「精神障害者グループホームにおける評価支援ツールの開発的研究」

本研究は、グループホームにおける総合的な評価支援ツールを開発する基礎的研究として、グループホーム支援者による、入居者の生活機能の評価を支援する尺度を開発することを目的とした。

具体的には、ICFの「活動・参加」の分類項目を援用して「精神障害者グループホーム評価支援尺度（第一試案）を作成した。その上で、パイロットスタディを重ねながら評価支援尺度の第二試案を作成し、その信頼性、妥当性を検証すること及びグループホームにおける生活支援の評価に影響を与える因子を探索することを目的とした統計的調査研究を実施した。

その結果、「日常生活機能」、「セルフケア機能」、「対人関係機能」、「社会参加機能」という、GHでの居住における生活機能の4領域を測定する評価支援尺度と開発した。あわせて、統計的研究の結果から、開発した尺度の信頼性、妥当性の検証が、一定程度なされた。また、生活機能の4領域の相関性を導き出したことで、グループホームにおける家事援助や「見守り」など、未だ理論化されていない支援の内容や効果を検証するための論理モデルを提示した。さらに、グループホームにおける入居者の生活機能の評価に影響を与えるグループホームの構成要素として、「ケアホームの同時申請の有無」、「グループホームの定員」、「入居者の入居年数」、「支援者の実務経験」、「研修の受講の有無」などを確認した。