

5点、75-84%が4点、65-74%が3点、50-64%が2点、49%以下が1点となっている。この項目以外にも、担当利用者数、スーパーバイズのもち方、アセスメントや支援計画の立て方などが細かく規定された項目が用意されている。

フィデリティ尺度を用いることで、私たちはストレングスモデルが単純に「利用者のよいところをみる」モデルではなく、支援者が地域のなかで利用者の生活を支えるモデルであることを認識でき、継続的なスーパーバイズ、構造的なアセスメントや支援計画を作成するための組織構造や職場環境のあり方を学び、評価することができる。このように、フィデリティ尺度は、その事業所の支援の良し悪しを直接測るというよりは、事業所の実践が考案されたモデルにどの程度近いかを測るものである。

④重要なアセスメント項目

アセスメントの初期段階では、利用者の将来の希望と一緒に探すことが特に重要である。希望を共有することは、利用者個人の特徴や環境についての情報を把握するよりも優先される。なぜなら、利用者自身が描く将来像や将来の希望に基づいて支援目標などを利用者と一緒に決め、必要情報を集めることになるからである。なお、「一生入院したい」や「一生、作業所に通っていたい」など、その希望が精神保健福祉サービスの内側にある場合には、利用者が自身のもつ力を信じられていない場合や将来をあきらめている可能性があることから、留意が必要である。もちろん、そのような希望が真に利用者の自発的なものであることも否定はできないが、支援者は個々の利用者が価値ある社会的役割を担えること、そしてそのような役割は一般に精神保健福祉サービスの外側にあることを理解する必要がある。

同時に、アセスメントのなかで支援者は、価値ある社会的役割について利用者自身が決められるように、そして社会的役割を果たせる力を彼ら自身がもっていると再認識できるように働きかけることも重要である。変化への準備や心持ち（readiness）を把握することも、初期アセスメントにおいて重要な作業である。精神障害リハビリテーションでは、常に利用者の意思決定が優先されることから、支援者が決めたタイミングでサービス提供が始まるわけではない。他方、精神障害の特徴は症状に波があることであり、変わりたい（たとえば、就労したい）というモチベーションは日によって異なる場合がある。また、利用者のなかには、過去にトラウマ的な体験を有している者もめずらしくなく、変わりたいという気持ちがあっても最初の一步を踏み出せない者もいる。よって、

支援者には利用者の心理的な準備が完全に整うまで、ただ手をこまねいて待つのではなく、モチベーションを高める働きかけやアセスメントを継続しながらも徐々に介入を始める臨床感覚や支援技術も求められる。

■ プランニング（計画）

① 既存の効果的サービスとプランニング

プランニングは、アセスメントに基づいて計画される。特に、アセスメントで明らかになった、利用者個人のニーズや家族のニーズ、利用者が利用できるサービスの種類、利用者の住む地域環境に合わせて包括的に計画される必要がある。

具体的には、支援者と利用者が一緒に、利用者の置かれている状況を把握し、利用者の希望を中心に据えて、緊急性を要するニーズ（例：住む家がない）、臨床的なニーズ（例：症状や機能の回復）、社会的ニーズ（例：仕事をしたい）、生活スキルのニーズ（例：家事やコミュニケーション）などについて対応するサービスの内容やスケジュールを決める。その際、支援者は、利用者の将来の希望やニーズ、好みに対応する各サービスの効果について、科学的な評価と経験値から説明する役割と責任を担っている（表 3-3）。

たとえば、IPS などの包括的な個別就労支援は、重い精神障害のある利用者に対して、世界中で科学的に効果が認められる就労支援とされているが、すべての人にそのような包括的な支援が必要ではないかもしれない。社会生活技能訓練（SST）などの集団トレーニングで、就労に必要なスキルを学ぶだけで自分の本来の姿を取り戻し、就労する人もいるであろう。一方で、集団トレーニングやスキルトレーニングは、そのみでは重い精神障害のある人の就労支援として機能しにくいことも明らかにしている。

もっとも、そのような科学的な評価だけが、プランニングの内容を決めるわけではない。サービスに対する利用者の好みやペースはプランニングの決定に重要な位置を占める。たとえば、IPS のような個別就労支援が多く就労機会と長い就労期間を提供する効果的な実践であっても、集団トレーニングを希望する利用者もいるであろう。もし、その希望が利用者の真のニーズであれば、利用者が希望するリハビリテーションサービスの提供を優先すべきである。すなわち、プランニングは、利用者と支援者が共同して今後のサービスを決める作業といえる。

④効果的サービスがない場合のプランニング

現在まで、科学的な効果が実証されているリハビリテーションの実践モデルや利用者の希望に基づいたリハビリテーションとして提案されている実践モデルには、多くの場合、個別サービスや事業所外でサービス提供するアウトリーチ型のサービス、家族支援、ピアサポートなどが含まれている（表3-3、3-4）。しかし、これらのサービス特性は、日本の現行制度では、報酬体系に組み込まれていないことが多い。よって、必要とされるサービスが資源として存在しないことがしばしばある。その

表3-3 科学的な効果検証によって推奨される実践モデル

包括型地域生活支援 (assertive community treatment: ACT)	重い精神障害をもつ人を対象とした集中的ケースマネジメント。多職種のアウトリーチチームが365日24時間体制で利用者の地域生活を支える。(効果が期待されるアウトカム例:入院期間の減少)	✓	✓	
疾患セルフケアトレーニング	個人あるいは集団で、自身の疾患やその対処について学ぶ機会を提供。(効果が期待されるアウトカム例:再入院の防止、社会的機能の向上)		✓	✓
援助付き雇用 (individual placement and support: IPS)	重い精神障害をもつ人を対象とし、就労支援と生活支援を統合したチームが、利用者の希望を重視する個別・定着サービスを提供。(効果が期待されるアウトカム例:就労率や就労期間の向上)	✓	✓	
家族介入/家族心理教育	家族に対する心理的サポートや疾患に対する正しい知識を提供。(効果が期待されるアウトカム例:再発の防止、社会機能の向上、家族の対応能力の向上、家族負担の減少)	✓	✓	✓
社会技能訓練 (social skills training: SST)	認知行動療法の一類型であり、集団を対象として、社会的な行動やコミュニケーション技術を学ぶ機会を提供。(効果が期待されるアウトカム例:社会機能の向上)			✓
認知機能リハビリテーション	認知機能の改善や低下している機能を補う生活スキルの獲得を目指す個人あるいは小グループを対象としたトレーニング。(効果が期待されるアウトカム例:認知機能や社会機能の改善)		✓	✓
運動・身体活動	身体を動かす機会(例:エアロビクス)を提供。(効果が期待されるアウトカム例:症状の減退、抑うつ気分や生活の質の改善)	✓	✓	✓
統合的早期介入	上記で紹介したサービス等を、疾患の発症初期段階から包括的に提供。(効果が期待されるアウトカム例:症状の減退、生活の質や社会機能の改善)	✓	✓	✓

出典: Vita, A., Barlati, S., 'The implementation of evidence-based psychiatric rehabilitation: Challenges and opportunities for mental health services', *Frontiers in Psychiatry*, 10, p.2, 2019. をもとに作成

*アウトカムとは転帰とも訳され、支援を提供した結果、変わると予想される測定指標(測定項目)を意味する。

ような場合、精神障害リハビリテーションの支援者には、新たに実践モデルに取り組むことや代替となるサービスを模索することも求められる。

【3】インターベンション（介入・サービス提供）

アセスメントやプランニングに基づいて、実際に介入することやサービスを提供することが、インターベンションである。精神障害リハビリテーションでは、利用者の包括的なニーズに対して、さまざまな実践を組み合わせることが一般的である。

たとえば、統合失調症の妄想・幻覚により、炊事や掃除などの家事全般や家族関係の問題の改善に支援を必要としており、かつ仕事をしたい利用者がいた場合、アウトリーチ型のケースマネジメントやIPSなどのサービスを提供するかたわらで、認知機能の改善や自己理解を深めるために認知機能リハビリテーションやピアサポートによるセルフケアプログラム（例：元気回復行動プラン（wellness and recovery action plan：WRAP））（表3-4）を実施し、かつ市町村が実践する家族教室などの利用調整などをする必要があるかもしれない。また、もし住居地域に根強い偏見や差別がある場合には、自治体や教育機関と連携した啓発活動を並行して行う場合もある。さらに、プランニングで述べたように、効果的なサービスがない場合には、支援者自らが立ち上げたり、地域資源・環境の調整をしたりする必要がある。このように、精神障害リハビリテーションは、個々の利用者のニーズに対応するサポートシステム全体の視点で介入やサービスを組み立てる必要がある。

【4】モニタリング（追跡）／エバリュエーション（評価）

精神障害リハビリテーションは、個別の利用者に対する支援活動も含む、包括的な支援システムである。よって、モニタリングとエバリュエーションは、支援過程でみえてきた課題について、個人レベルと事業所・組織レベルで実施される必要がある。他方で、それぞれのレベルにおけるモニタリングとエバリュエーションの内容は大きく異なる。

①個人レベル

個人レベルのモニタリングおよびエバリュエーションは、ケースマネジメントの内容に近い。利用者と信頼関係を築くことができたか、利用者個人に対して十分なアセスメントができていたか、希望・ニーズに対応する効果的なサービスを計画したか、計画したサービスを（継続的に）

★アウトリーチ型の
ケースマネジメント
アセスメントやプラン
ニングをする支援者
が、実際に利用者の自
宅や生活圏に訪問し、
一緒に活動・支援をす
る種類のケースマネジ
メント。ACTやスト
レンジスモデルが代表
例である。

Active Learning

リカバリーの視点に
よって推奨される実
践モデルの一覧か
ら、興味をもったも
のをいくつか選ん
で、より詳しい内容
について調べ学習を
してみましょう。

表3-4 リカバリーの視点によって推奨される実践モデル

ピアサポーターによる支援	精神疾患を経験した当事者が、同様の病を抱えるサービス利用者を、自身の経験に基づいて支援する。	✓	✓	✓
事前指示・計画	利用者が将来的に意思決定をすることが難しくなった場合に備えて、治療の好みや選択を明確に記しておく実践。あるいは急性的に症状の悪化が見られた場合の治療計画(クライシスプラン)を作成する実践。		✓	
元気回復行動プラン (wellness recovery action plan: WRAP)	当事者の発案によって生まれた自己ケアプログラムであり、自身が望む生活をするために、自身の調子のよいときや悪いときについて把握し、自分で対処法を考える生活管理プラン。仲間たちと一緒に作成することもできる。		✓	✓
疾病管理とリカバリー (illness management and recovery: IMR)	精神症状を自己管理するための情報と技術を身につけ、人生の目標に進むための、パッケージ化されたリカバリー志向の心理社会的介入プログラム。		✓	✓
リフォーカス (REFOCUS)	専門トレーニングを受けた支援者が、利用者と一緒に、希望に基づいた支援計画の作成、長所に焦点を当てたアセスメント、利用者主体の支援ゴールに向けた具体的な支援などを提供する包括的な地域精神保健サービス	✓	✓	
ストレングスモデル	日常的なスーパーバイズを受けている支援者が、利用者と一緒に、長所に焦点を当てたアセスメント、希望に基づく支援計画の作成、利用者主体の支援ゴールに向けたアウトリーチ型の支援を提供する集約的ケースマネジメントの一形態(単純に長所を見る支援や哲学でない)。	✓	✓	
リカバリーカレッジ	利用者の生活や人生目標を、教育という観点から支える支援。実際のサービスは、地域に開かれており、利用者と支援者との共同創造・制作 (co-production) である。利用者自身がリカバリーについてさまざまな講座を通して主体的に学ぶことに特徴がある。			✓
援助付き雇用 (individual placement and support: IPS)	重い精神障害をもつ人を対象とし、就労支援と生活支援を統合したチームが、利用者の希望を重視する個別・定着サービスを提供。	✓	✓	
ハウジングファースト/援助付き住居	特にホームレスの精神障害者などを対象に、まずは安全に居住できる場を確保し、その後に個人の生活・人生目標の達成を図る実践モデル。	✓	✓	
精神保健トライアログ (mental health dialogues)	利用者、家族、友人、専門職、その他の市民などが参加して、精神保健の課題についてオープンな対話をする地域ミーティングである。精神保健トライアログは、精神保健の課題についての個々の知識向上と地域文化の促進を図ることを目的とする。	✓		✓

出典: Slade, M., Amering, M., et al., 'Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems', *World Psychiatry*, 13(1), pp.12-20, 2014. をもとに作成