

原 著

精神医療利用者を対象とした日本語版 PSAS (セルフアドボカシー尺度) の信頼性と妥当性の検討

ハマダ ユイ カゲヤマ マサコ ヨコヤマ ケイコ
濱田 唯* 蔭山 正子^{2*} 横山 恵子*

目的 2020年の患者調査によると精神障害者数は600万人以上の方が精神科医療を受けている。非自発的入院が存在する精神医療患者への権利擁護を行う者（アドボケイト）の重要性が指摘されている。本研究は、Brashersらが患者のセルフアドボカシーの程度を測るために開発したPatient Self-Advocacy Scaleの日本語版（以下、日本語版PSAS）を作成し、その信頼性と妥当性を検討することを目的とした。

方法 まず原版を研究者5人で日本語に訳し、精神医療利用者5人に予備調査を実施し、質問文を修正した。次に修正した内容を翻訳家が逆翻訳を行い、逆翻訳を原版作成者が確認した。その後、完成した日本語版PSASの妥当性と信頼性を検証するためにオンラインアンケート調査を実施した。アンケートは精神医療利用者の当事者団体に調査協力を依頼し、メーリングリストで周知を行った。再検査法による信頼性の検討のため、一部の回答者には再調査を依頼した。信頼性の検討は尺度全体および下位尺度のCronbach α 係数を算出し、再検査との相関係数の結果で評価した。妥当性の検討は、探索的因子分析と確認的因子分析を実施し、さらに各関連尺度（日本語版コントロール欲求尺度、医療に対する自律性に関する尺度、ヘルスローカスオブコントロール尺度）との相関係数の算出を行った。

結果 本調査は214人、再調査48人から有効回答を得た。回答者の診断名は気分障害（48.1%）と統合失調症（40.7%）が大部分を占め、通院期間は46.8%が10年以上だった。尺度全体および下位尺度分析のCronbach α 係数は0.66~0.83、再検査の相関係数は0.69~0.84だった。妥当性については、探索的因子分析では原版同様の項目で3因子にわかれ、確認的因子分析ではある程度の適合度を示した（CMIN/DF = 2.834, GFI = 0.896, AGFI = 0.841, RMSEA = 0.093, AIC = 198.542, CFI = 0.888）。関連尺度との相関係数は、大部分の下位尺度との間に有意な相関があった。

結論 日本語版PSASは、一定の信頼性と妥当性が確認された。今後は精神医療利用者のセルフアドボカシーの評価尺度として、権利擁護に関する意識調査の一助になると考えられる。

Key words : セルフアドボカシー, 権利擁護, 精神医療, 精神障害, 尺度開発

日本公衆衛生雑誌 2025; 72(4): 284-291. doi:10.11236/jph.24-063

I はじめに

2020年の患者調査によると精神障害者数は入院（28.8万人）と外来（586.1万人）で600万人以上の方が精神科医療を受けている¹⁾。非自発的入院が存在する精神医療患者への権利擁護（アドボカシー）

の重要性が精神医学会からも指摘され²⁾、2024年度から「入院者訪問支援事業」として、本人の希望に応じて権利擁護する者（アドボケイト）が病院に面会交流のために訪問する事業も一部の自治体で開始されている³⁾。

セルフアドボカシーとはアドボカシーの一つの形であり、「自己権利擁護」と訳される⁴⁾。この概念は自分の気持ちや欲求を発言することで自分自身の権利を守り、生活を変えていくことを指す⁴⁾。セルフアドボカシー運動の始まりは1968年にスウェーデンで知的障害当事者による会議が初めて開かれた

* 横浜創英大学

^{2*} 大阪大学高等共創研究院
責任著者連絡先：〒226-0015 横浜市緑区三保町1
横浜創英大学 濱田 唯
E-mail : yhamada@soei.ac.jp

ことと言われており、それが1970年代にはノーマライゼーションの考え方とともにヨーロッパに広がり、北米でのピープルファースト運動につながっていった⁵⁾。日本のセルフアドボカシーの始まりは、知的障害者の親の会である「手をつなぐ育成会」の1989年の全国大会で当事者による意見発表だといわれ、1990年代以降、当事者が大会や企画に参加する流れが広がっている⁴⁾。近年では、発達障害児・者が自分自身の障害を受容し、必要な支援について理解し、適切に配慮を申請するためにセルフアドボカシースキルを身につけることの重要性が説かれている^{4,5)}。

日本のセルフアドボカシーに関する研究は、知的障害や発達障害の分野を中心に発展しており、精神障害分野ではまだ少ない。しかし最近ではカリフォルニアやニューヨークでの精神障害者によるピアアドボカシー（仲間同士の権利擁護）実践も着目され、その中でセルフアドボカシーを仲間に教えることの重要性が指摘されている^{6,7)}。これに続き、日本の精神障害分野でも今後より研究を積み重ねる必要がある。

Brashersらは、アメリカの医療現場において医師と患者の間にある父権主義的な関係について言及し、患者が自身の治療に関する意思決定の関与、つまりはセルフアドボカシーの程度を測るためのPatient Self-Advocacy Scale（以下、PSAS）を作成した⁸⁾。PSASが患者の医師に対するコミュニケーションの姿勢を評価することで、今後患者に提供するアサーティブトレーニング等が発展することを目指した⁸⁾。

そこで本研究では、精神医療利用者に対して使用できるPSASの日本語版を作成し、信頼性と妥当性を検討することにした。医師との関係が長期的かつ閉鎖的になりやすい精神医療利用者こそ、セルフアドボカシースキルを把握すること、そして高めることが重要であると考えた。なお、本論では精神疾患を有する人を「精神障害者」と定義し、かつ精神医療にかかる人を「精神医療利用者」と定義する。

II 研究方法

1. PSASの概要

PSASは、患者が自身の治療に関する意思決定についてどの程度関与するかを測定するための、3因子12項目の質問からなる尺度である。1つ目の因子は、疾患に関する教育の強化を意味するIncrease Illnesses Education（以下、教育）であり、患者が意思決定するために疾患や治療について知識を得る意識のことを指す。2つ目は自分の意見を伝える力の

強化を意味するIncrease Assertiveness（以下、主張）であり、診察の場で医師に自分の意見を伝えたり、治療方針について尋ねたりすることを指す。そして3つ目はよく考えた上で主治医に従わない可能性を意味するPotential for Mindful Nonadherence（以下、不服従）であり、これは医師から提案された治療について、患者が自身の信心や今後どうなっていきたいかをよく考えた上で断ることができる姿勢について指す。3つの因子はすべて4問ずつ構成され、セルフアドボカシーに重要な姿勢を1（全くそう思わない）～5（非常にそう思う）の5段階で評価する。それら3つを下位尺度として、それぞれの合計点（4～20点）および全項目の合計点（12～60点）を算出し、評価する。点数が高いほどセルフアドボカシーの値が高いことを示している。

2. 日本語版PSASの作成

PSASの原版⁸⁾は、Brashersらの論文から使用し、日本語版PSASの作成については著作権者から承諾を得た。その際、原版は医療を受ける患者すべてを対象とした尺度であるのに対して、今回は精神科医療を受ける人を対象とした尺度とすること、それに伴い原版で使われた「physician（医師）」という単語を「psychiatrist（精神科医）」に置き換えて翻訳することについて了承を得た。実際の質問文では「my psychiatrist」を「主治医」と訳し、精神科の担当主治医を意味するものとした。

日本語版作成のプロセスは、Wildらが作成した心理測定尺度の翻訳と適応のためのガイドライン⁹⁾を参考に、次の通り行った。

1) 原版的翻訳

翻訳は、本研究に関わる研究者3人と、精神医療の作業療法に携わる研究者1人、さらに英語と日本語のネイティブスピーカーであり、精神障害者の当事者活動に関する研究を行っている研究者1人の合計5人で、原版的表現が適切に反映されているかについて検討した。

2) 予備調査

日本語版について研究者5人の意見が一致した後、精神医療利用者5人を対象に予備調査を行った。対象者5人の年齢は40～50代であり、精神科に1年以上通院している。予備調査は質問紙調査で、回答後の面接で表現がわかりやすいか確認し、この意見をもとに日本語の仮決定版を作成した。

3) 逆翻訳

原版を知らない専門の翻訳者1人に、日本語の仮決定版の逆翻訳を依頼した。

4) 逆翻訳の確認

逆翻訳版をPSAS開発者の一人に確認を依頼し

た。その際、当初の項目1「精神疾患のある人が、自分の病気や治療についてできる限り学ぶことは大切だ」について、「病気 (disease)」ではなく「疾患 (illness)」の表記が望ましいと指摘があり変更した。さらに、当初の項目9「時には、主治医のアドバイスに従わない方が良いと思うような、正当な理由がある」について、PSASが明らかにしたいのは、思考ではなく実際の行動だという指摘があり、質問文の「良いと思うような」という表現を削除し、「正当な理由で、私は主治医のアドバイスに従わない場合がある」と修正した。指摘事項の修正は前述の研究者5人で行い、日本語版を完成させた。

3. 調査方法

作成した日本語版 PSAS の信頼性と妥当性を検討するためにオンライン調査を実施した。調査対象は、精神科医により精神疾患と診断されていて、通院治療を1年以上続けている成人(18歳以上)とした。通院期間については、自分の治療に関与する在り方が確立されているためには一定期間以上の通院が必要だと想定し、1年以上と定めた。

調査は、オンライン上で回答できる Google フォームを使用した。当事者団体6団体に、メーリングリストによる調査協力の周知を依頼した。メールの依頼文には、研究趣旨と Google フォームのリンクを記載し、研究協力に同意する場合のみ回答を依頼した。再調査は、メールアドレスを記載した対象者50人に対して2週間後に同じアンケート(日本語版 PSAS のみ)を個別にメールで依頼し、同意した人のみから回答を得た。再調査はメールアドレスにより照合し、1回目の回答と同じメールアドレスを記載した回答を分析対象とした。

調査期間は、2023年11月10日~12月31日だった。

4. 調査項目

調査項目は Brashers ら⁸⁾が PSAS 原版の妥当性と信頼性を検討した際に使用した尺度を参考に、日本語版コントロール欲求尺度¹⁰⁾、日本語版医療に対する自律性に関する尺度¹¹⁾、そして日本版ヘルスローカスオブコントロール尺度¹²⁾を用いた。その他、属性として、年齢、性別、診断名、精神科への通院歴、精神科への入院経験の有無(経験がある場合は入院期間)を質問した。

1) 日本語版コントロール欲求尺度

本研究では、安藤¹⁰⁾が作成した日本語版コントロール欲求尺度を使用した。この尺度は自分に関連した出来事をコントロールしようとする欲求について測るものであり、1因子構造で20項目、7段階尺度で評価する。Brashers らの調査では、PSAS と英語版コントロール欲求尺度は高い相関を示した⁸⁾。

2) 日本語版医療に対する自律性に関する尺度

本研究では日本語版医療に対する自律性に関する尺度¹¹⁾を使用した。この尺度は2因子構造で「意思決定」(4項目)と「情報希求」(7項目)の11項目からなり、患者の治療に関する意思決定と情報希求の程度を測るものである。回答は5段階尺度である。本研究では松井¹¹⁾の調査を参考に日本語版の質問項目を使用した。この尺度は原版⁸⁾の調査では、PSAS と非常に高い相関を示した。

3) 日本版ヘルスローカスオブコントロール尺度 (以下、JHLC)

本研究では稲毛¹²⁾が作成した JHLC を使用した。日本版では個人が健康の原因帰属を Supernatural (神仏への信心)、Internal (自分自身)、Chance (病気は偶然または運命)、Family (家族や友人)、そして Professional (医師等の専門職) の5因子によって構成されている。これは稲毛が日本人の健康・病気観を反映した独自のもので、Brashers らが PSAS の検討をした時に使用したのとは異なる。Brashers らは Dahnke らが作成した Disease-Specific Health Locus of Control Scale¹³⁾ を使用し妥当性を検討した。結果、3因子 (Internal, External, Chance) のうち、External は PSAS と負の相関を示したが、それ以外の因子は相関を示さなかった⁸⁾。本研究では、この External (外的要因) は日本版において Professional にあたると考えて使用した。

5. 分析方法

1) 基本統計量の算出

日本語版の平均値と標準偏差を算出し、天井効果や床効果が見られるかどうかを確認した。

2) 日本語版 PSAS の妥当性の検討

日本語版 PSAS の構成概念妥当性を検討するため、探索的因子分析と確認的因子分析を行った。さらに日本語版と関連尺度との比較を行い、基準関連妥当性を検討した。相関係数は、尺度が順序尺度であることから Spearman の相関係数を用いた。

統計分析ソフトは SPSS29 for Mac と IBM Amos29 を用いた。

3) 日本語版 PSAS の信頼性の検討

日本語版の全体および下位尺度の Cronbach α 係数を算出し、内的整合性があるかを確認した。再検査法では、再調査の回答者のデータを用いて、Spearman の相関係数を算出した。全項目の I-T 相関も算出した。

6. 倫理的配慮

本研究は、横浜創英大学の倫理審査委員会(2023年7月5日, No. 2023-004)の承認を得た。対象者にはメール文書により、研究目的、方法、個人情報

報保護，調査への参加は任意であり自由意志に基づくものであることを説明した。回答するためのGoogleフォームにも研究趣旨を記載し，「同意」ボタンを押した人のみ質問に移動できる形にした。Googleフォームは完全に匿名で回答できるが，研究謝礼（Amazonギフトカード500円分）を希望する，もしくは再検査に協力する意思を持つ場合にメールアドレスのみを記載するよう求めた。

Ⅲ 研究結果

1. 対象者の概要（表1）

アンケート調査は215人，再調査は49人から回答を得た。本調査は，回収分から重複分を除き，214人分を分析対象とした。再調査は49人の回答のうち，1人は1回目に回答したメールアドレスとの照合ができず無効とし，48人の回答を分析対象とした。

本研究の対象者は，男性80人（37.4%），女性129人（60.3%），その他5人（2.3%）であった。年齢は40歳代が64人（29.9%）と最も多く，次に30歳代が53人（24.8%），20歳代が41人（19.2%），50歳代が40人（18.7%）と続いた。診断名（複数回答）は，気分障害の103人（48.1%）と統合失調症の87人（40.7%）が回答者の大部分を占めた。通院期間は半数近く（46.8%）が10年以上だった。（表1）。

2. 日本語版 PSAS 得点（表2）

下位尺度ごとの平均±標準偏差は，教育が3.81±0.723，主張が3.39±0.826，不服従が3.36±0.759であり，尺度全体は3.52±0.585であった。各項目の平均±標準偏差を確認したところ，項目1が4.36±0.786，項目2が4.13±0.889であり天井効果が見られた。I-T相関はすべての項目で0.383～0.639を示した。

3. 日本語版 PSAS の信頼性（表2・3）

日本語版 PSAS の内的整合性を示す Cronbach α 係数は教育（ $\alpha = 0.83$ ），主張（ $\alpha = 0.76$ ），不服従（ $\alpha = 0.66$ ），尺度全体（ $\alpha = 0.82$ ）であった。I-T相関はすべての項目で0.383～0.749を示した（表2）。

次に再検査法による各尺度の信頼性の分析を行った結果，1回目と2回目では，教育（0.817），主張（0.841），不服従（0.689），そして尺度全体（0.818）に有意な相関があった（表3）。

4. 日本語版 PSAS の妥当性（表4）

1) 日本語版の探索的因子分析と確認的因子分析まず，全項目で探索的因子分析を行った。最尤法で因子の固有値1以上因子負荷量0.4以上の基準で，原版⁸⁾同様の12項目3因子が抽出された。次にAmos29を用いて確認的因子分析を行った結果，適合度はCMIN/DF = 2.834，GFI = 0.896，AGFI = 0.841，RMSEA = 0.093，AIC = 198.542，CFI = 0.888であった。適合度が基準値よりも少し低かったため，天井効果を示した項目1と2，そして標準化推定値がやや低かった項目5を削除して確認的因子分析を行ったが，結果（CMIN/DF = 3.098，GFI = 0.929，AGFI = 0.867，RMSEA = 0.099，AIC = 116.344，CFI = 0.914）に大きな変化はなかった。

2) 各尺度との相関（表5）

日本語版 PSAS とその他の尺度の相関関係があるかを確認した。日本語版コントロール欲求尺度と日本語版 PSAS は，教育0.364，主張0.449，不服従0.464，そして尺度全体0.572であり，有意な相関があった。

日本語版医療に対する自律性に関する尺度も，日

表1 対象者の基本属性

		n = 214	
属性	区分	人数 (人)	割合 (%)
性別	男	80	37.4
	女	129	60.3
	その他	5	2.3
年齢	18・19歳	2	0.9
	20歳代	41	19.2
	30歳代	53	24.8
	40歳代	64	29.9
	50歳代	40	18.7
	60歳代	13	6.1
	70歳以上	1	0.5
診断名 (複数回答・自由記述含む)	統合失調症 (統合失調感情障害含む)	87	40.7
	気分障害 (うつ病・双極性障害等)	103	48.1
	不安障害 (パニック障害等)	33	15.4
	摂食障害・睡眠障害	30	14.0
	発達障害 (ADHD・ASD・広汎性発達障害)	26	12.1
	その他 (依存症・適応障害他)	22	10.3
通院期間	1年以上5年未満	32	15.0
	5年以上10年未満	48	22.4
	10年以上15年未満	44	20.6
	15年以上20年未満	34	15.9
	20年以上	56	26.2
入院経験	ある	116	54.2
	ない	98	45.8
入院期間 (あると答えた人のみ 回答)	1年未満	103	88.8
	1年以上5年未満	12	10.3
	5年以上10年未満	1	0.9

表2 日本語版の平均値±標準偏差・Cronbach α・I-T 相関

項目	平均値±SD	因子項目	Cronbach α	I-T 相関
Q1. 精神疾患のある人が、自分の疾患や治療についてできる限り学ぶことは大切だ。	4.36±0.786			0.466
Q2. 私は自分の疾患に関する情報を積極的に探し出す。	4.13±0.889	教育 (3.81±0.72)	0.83	0.575
Q3. 国内における他の多くの人たちよりも、私は自分の健康について学んでいる。	3.43±0.923			0.615
Q4. 自分のような人をとりまく健康問題について、私は十分な知識がある。	3.29±0.945			0.639
Q5. 自分の意見を十分に伝えられないから、私は主治医から必要なものが得られない。(反転スコア)	3.31±1.113			0.383
Q6. 国内における他の多くの人たちに比べて、私は自分の健康に関するニーズについて意見を言えるほうだ。	3.28±1.073	主張 (3.39±0.82)	0.76	0.749
Q7. 自分の健康に関するニーズについて、私は主治医によく自分から提案する。	3.19±1.141			0.670
Q8. もし主治医が、私が理解できない、もしくは納得できない処方したら、私はその処方について質問する。	3.79±1.015			0.613
Q9. 正当な理由で、私は主治医のアドバイスに従わない場合がある。	3.04±1.148			0.456
Q10. 時には、私は主治医よりも自分の健康に関するニーズを把握していると思う。	3.41±1.117	不服従 (3.36±0.75)	0.66	0.622
Q11. もし主治医から、納得のいかない治療を提案されたら、私は断ると思う。	3.68±0.970			0.451
Q12. 私は、主治医や医療スタッフから言われた通りのことをいつもしているわけではない。	3.32±1.062			0.478
尺度全体	3.52±0.585		0.82	-

表3 再テスト相関 n = 48

因子	r
教育	0.817**
主張	0.841**
不服従	0.689**
尺度全体	0.818**

Spearman の相関係数 *P<0.05 **P<0.01

本語版 PSAS 全体と意思決定 (0.337), 情報希求 (0.335) に有意な相関が認められた。

JHLC では、全体的に強い相関は見られなかったが、教育と Internal (0.186), 主張と Chance (0.163), そして不服従と Professional (-0.166) の間に弱い相関が見られた。尺度全体との間には、Professional (-0.156) に負の相関が見られた。

IV 考 察

1. 日本語版 PSAS 項目分析

日本語版 PSAS の平均値と標準偏差では項目 1 (4.36 ± 0.79) と項目 2 (4.13 ± 0.89) に天井効果が認められた。この 2 項目は下位尺度の教育に含まれる。近年インターネットの普及などで医療情報が比較的容易に入手できるようになり、医療ユーザー

表4 日本語版因子分析

因子項目	項目	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子
教育	3	0.845	0.033	-0.093
	2	0.810	-0.176	0.030
	1	0.776	-0.191	0.017
	4	0.684	0.139	-0.029
主張	8	-0.119	0.689	0.132
	7	0.109	0.683	0.015
	5	-0.21	0.680	-0.138
	6	0.35	0.556	0.021
不服従	9	-0.011	-0.137	0.732
	12	-0.05	-0.029	0.660
	11	-0.051	0.104	0.450
	10	0.199	0.125	0.418
因子間相関	第 2 因子	0.572		
	第 3 因子	0.411	0.383	

因子抽出法：最尤法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

の学ぶ意識が高くなっている可能性がある。原版の調査⁸⁾でも教育は4.60 ± 0.40であり、天井効果に近い結果となっている。日本版の教育は3.81 ± 0.72であり、項目 1 と 2 については天井効果があるものの、下位尺度としては天井効果には至ってい

表5 日本語版関連尺度との相関

n = 214

尺度	教育	主張	不服従	尺度全体
コントロール欲求尺度	0.364**	0.449**	0.464**	0.572**
医療に対する自律性に関する尺度				
意思決定	0.202**	0.252**	0.319**	0.337**
情報希求	0.412**	0.197**	0.141*	0.335**
ヘルスローカスオブコントロール				
Internal	0.186**	0.079	0.114	0.142*
Chance	0.096	0.163*	-0.005	0.126
Professional	-0.06	-0.089	-0.166*	-0.156*
Family	0.173*	0.103	0.035	0.138*
Supernatural	-0.106	0.028	-0.01	-0.047

Spearman の相関係数 * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

ないため許容範囲内であり、項目の修正の必要はないと考えられる。

2. 日本語版 PSAS の信頼性

信頼性の検証のために Cronbach α 係数、I-T 相関、そして再検査との測定値間の相関係数を求めた。Cronbach α 係数は、尺度全体では $\alpha = 0.82$ と十分な数値を示したが、下位尺度別にみると不服従の係数が 0.66 とやや低かった。原版⁸⁾ では不服従が $\alpha = 0.82$ と日本版よりも高く、反対に教育は $\alpha = 0.60$ と日本語版より低い数値が出ている。これは、医師に対して場合によって不服従の姿勢でいることが重要であると感じていても、日本の文化的背景から実際に行動に移すこと難しい人がいることが理由だと考えられる。しかし、尺度全体の Cronbach α 係数は 0.82 あることから、一定の内的整合性は示されると考えられる。I-T 相関は 0.383~0.749 を示し、さらに再検査の結果は 0.689~0.841 の相関関係にあることから、日本語版尺度の信頼性は十分確認されたと考える。

3. 日本語版 PSAS の妥当性

探索的因子分析の結果、3 因子が抽出され、原版⁸⁾ の構成と一致した。確認的因子分析の適合度は基準値よりも少し低かったため、影響している可能性がある項目を削除して再度分析を行ったが、結果はあまり改善しなかった。そこで、基準値よりは低くも、ある程度の適合度が示されていること、そして探索的因子分析で原版通りの 3 因子に分かれていることから、妥当性があると判断し、全項目採用した。

また、他の各関連尺度との評価を通して基準関連妥当性も認められた。日本語版 PSAS と、日本語版コントロール欲求尺度 (0.572)¹⁰⁾、日本語版医療に対する自律性に関する尺度¹¹⁾ の下位尺度である意

思決定 (0.337) と情報希求 (0.335) は原版同様に有意な相関があった。これは、コントロール、意思決定、情報希求に対する願望が強い人は、セルフアドボカシーの意識も強いことを意味する。JHLC¹²⁾ においては、全体的に強い相関は見られなかったが、教育と Internal (0.186) や Family (0.173) の間に相関が見られたのは、健康が自分の努力や家族の協力とつながっていると考える人が自身の疾患についてより学ぶ傾向があることを示している。不服従と Professional (-0.166) の間にも弱い負の相関があり、不服従の値が高い人は、自身の健康は医師だけによるものではないと考えていることを意味する。原版⁸⁾ の調査では、尺度全体と外的要因 (External) との間には負の相関が見られた。本研究では、JHLC の Professional¹²⁾ が原版の External¹³⁾ に該当するとみなし、原版同様の結果が出たと考える。

4. 本研究の限界

本研究の限界を 3 点述べる。1 点目は天井効果についてである。当事者活動をしている団体から参加者を募集したため、権利に対する意識が強い人たちが主に回答し、項目 1, 2 が天井効果につながったと考えられる。参加者募集の範囲を広げることで回答の偏りは回避できた可能性がある。2 点目は適合度についてである。確認的因子分析の適合度がやや低かった点に留意し、今後異なる参加者で更なる検討を重ねることが望ましい。3 点目は、精神科に入院患者を対象とする場合には検討が必要な点である。本研究の参加者は精神科に通院中の人のみであったため、入院患者を対象に日本語版 PSAS を使用するためには、今後対象を変更して妥当性と信頼性を検討する必要がある。

V 結 語

日本語版 PSAS は、逆翻訳のガイドラインを遵守しながら作成し、原版作成者から承認を得た。信頼性は Cronbach α 係数と再検査との相関係数によりおおむね認められた。さらに、探索的・確認的因子分析から因子妥当性が認められた。関連尺度との相関からは構成概念妥当性の収束妥当性が認められた。本研究の限界で述べた3点に留意しつつ、今後は精神医療利用者のセルフアドボカシーの評価尺度として、権利擁護に関する意識調査の一助になると考えられる。

本研究にあたり、アンケートにご協力いただいた方々、アンケート周知にご協力いただいた当事者団体のご担当者様に感謝申し上げます。さらに、原版の翻訳に携わってくださった神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科作業療法学専攻の奥原孝幸先生、東京大学総合文化研究科超域文化科学専攻博士後期課程の横山紗垂耶さん、統計分析に関するご助言を賜りました大阪大学の岡村知美先生、西尾和恭先生、飛田英祐先生にも深く感謝致します。なお、本研究は、2021年度公益財団法人三菱財団の助成を受けて実施した。著者全員に開示すべき COI 状態はない。

(受付	2024. 5.28
	採用	2024.10.11
	J-STAGE 早期公開	2024.12.23

文 献

- 1) 内閣府：令和5年度版障害者白書。 <https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r05hakusho/zenbun/pdf/ref.pdf> (2024年5月27日アクセス可能)。
- 2) 日本精神神経学会。アドボケイト制度導入に対する見解。2022。 <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000906077.pdf> (2024年2月18日アクセス可能)。
- 3) 厚生労働省。入院者訪問支援事業。2024。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu_00003.html (2024年5月26日アクセス可能)。
- 4) 片岡美華。セルフアドボカシーの理論。片岡美華，小島道夫編。事例で学ぶ 発達障害者のセルフアドボカシー：「合理的配慮」の時代をたくましく生きるための理論と実践。東京：金子書房。2017；1-23。
- 5) 小川 勤。発達障害学生のセルフ・アドボカシー・スキル育成に関する研究：移行支援における自己理解と仕事理解。大学教育 2018；15：25-35。
- 6) 竹端 寛。相談支援と権利擁護—カリフォルニア州と日本のピア・セルフアドボカシー。権利擁護が支援を変える：セルフアドボカシーから虐待防止まで。東京：現代書館。2013；50-55。
- 7) 坂本智代枝，田中喜美子。精神障害のある人のピアアドボカシーの機能と役割—ニューヨーク州「Baltic Street」のインタビュー調査を通して—。鴨台社会福祉学論集 2022；30：43-52。
- 8) Brashers DE, Haas SM, Neidig JL. The patient self-advocacy scale: measuring patient involvement in health care decision-making Interactions. Health Commun 1999；11：97-121。
- 9) Wild D, Grove A, Martin M, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health 2005；8：94-104。
- 10) 安藤明人。コントロール欲求尺度 (The Desirability of Control Scale) 日本語版の作成。武庫川女子大紀要 1994；42：103-109。
- 11) 松井美帆。医療に対する自律性に関する日米比較。生命倫理 2007；17：128-134。
- 12) 稲毛裕子。日本版 Health Locus of Control 尺度の作成。健康心理学研究 1991；4：1-7。
- 13) Dahnke G, Garlick R, Kazoleas D. Testing a disease-specific health locus of control scale among cancer and aplastic anemia patients. Health Commun 1994；6：37-53。

Examination of the reliability and validity of the Japanese version of the patient self-advocacy scale for psychiatric users

Yui HAMADA^{*}, Masako KAGEYAMA^{2*} and Keiko YOKOYAMA^{*}

Key words : self-advocacy, advocacy, psychiatry, mental disabilities, scale development

Objective In 2020, > 6 million individuals with mental disorders received psychiatric care. Advocacy is important to ensure that the rights of psychiatric patients, for whom involuntary hospitalization sometimes occurs, are maintained. This study aimed to develop a Japanese version of the Patient Self-Advocacy Scale (PSAS) by Brashers et al. to measure the degree of patient self-advocacy and examine its reliability and validity.

Methods Five researchers translated the original PSAS into Japanese. The translated questionnaire was piloted with five psychiatric users and further revised. The revised content was back-translated by a professional translator and checked by the original author. An online questionnaire was administered to verify the validity and reliability of the completed Japanese PSAS. The questionnaire was distributed to individuals who received mental health services on a mailing list. Some respondents were asked to complete the questionnaire a second time to examine the reliability of the retest method. Reliability was examined by calculating Cronbach's alpha coefficients for the entire scale and subscales and evaluating the results of the correlation coefficients with the retest. For validity, exploratory and confirmatory factor analyses were conducted, and correlation coefficients were calculated using related scales (the Japanese versions of the Desirability of Control, Desire for Autonomy, and Health Locus of Control scales).

Results The questionnaire received 214 responses, and the test-retest questionnaire received 48 responses. Most respondents had been diagnosed with mood disorders (48.1%) or schizophrenia (40.7%), and 46.8% had been receiving psychiatric care for > 10 years. Cronbach's alpha coefficients for the overall scale and subscale analyses and correlation coefficients for retests ranged from 0.66–0.83 and 0.69–0.84, respectively. Regarding validity, exploratory factor analysis revealed three factors with items similar to those in the original version, and confirmatory factor analysis showed goodness of fit (CMIN/DF = 2.834, GFI = 0.896, AGFI = 0.841, RMSEA = 0.093, AIC = 198.542, CFI = 0.888). Correlations with relevant scales were significant with those of most subscales.

Conclusion The Japanese PSAS was valid and reliable. This scale can be used to assess self-advocacy among psychiatric users and may help understand attitudes toward rights and advocacy.

^{*} Yokohama Soei University

^{2*} Osaka University Institute for Advanced Co-Creation Studies