

博士学位論文

精神疾患を持つ人の「リカバリー」に関する研究  
地域で生活する人のためのプログラムの作成

平成 25 年度

福岡大学大学院人文科学研究科  
教育・臨床心理学専攻

黒髪 恵

# 目次

はじめに	.....	1
序 研究の背景と目的	.....	8
第1節 「リカバリー」を日本に浸透させることの意義		
1. 日本の精神科医療に関する歴史的背景		
2. 日本の精神保健医療の課題とリカバリー導入の必要性		
第2節 日本における「リカバリー」の現状		
1. 日本に導入されている当事者中心のプログラムの 具体的内容		
2. 日本におけるリカバリープログラムの実践に関する先行 研究		
第3節 本論文の目的と構成		
1. 本論文の目的		
2. 本論文の構成		

第 1 部	先行研究からみた「リカバリー」とは .....	23
第 1 章	「リカバリー」の定義 .....	24
第 1 節	「リカバリー」の定義	
第 2 節	「リカバリー」のプロセス	
第 3 節	「リカバリー」に必要な要素	
第 4 節	「リカバリー」とセルフスティグマの関連	
第 2 部	「リカバリー」に関する実態調査.....	39
	はじめに	
第 1 章	精神疾患を持つ人の地域での生活に関する 実態調査 .....	41
第 1 節	日本の当事者が退院後、生活を変化させていくプロセスに関する調査	
	1. 調査の概要	
	2. 地域で生活する人が、生活を変化させていくプロセス	
	3. 地域で生活する人の生活の変化のプロセスとリカバリー	
第 2 節	公民館活動にボランティアとして参加した当時者の行動変容と内面の変化	
	1. 調査の概要	
	2. 公民館活動による変化	
	3. 事例：公民館活動に参加することで自信を持った事例	

#### 4. 考察

第3部 リカバリープログラムの作成過程 .....	76
---------------------------	----

はじめに

第1章 リカバリープログラム開発に向けての プレセッションの実施 .....	79
---	----

第1節 プレセッションの内容

第2節 プレセッションにおける調査実施

1. 調査方法

2. プレセッション前後の変化

第3節 プレセッションの効果と課題

第2章 リカバリー促進プログラムに必要な内容 .....	98
------------------------------	----

第1節 リカバリー促進要因

第2節 リカバリー志向のプログラム

1. IMR：疾患管理とリカバリー

2. WRAP：元気回復行動プラン

第3節 内容抽出を目的とした体験者へのインタビュー

1. インタビューの概要

2. インタビューで語られた内容

3. インタビューの結果から抽出されたリカバリープログラムに必要な内容

第4節 作成したリカバリー促進プログラム

「やりたいことがやりたくなる」プログラムの内容

1. 「やりたいことがやりたくなる」プログラムの構造
  2. 「やりたいことがやりたくなる」プログラムの特徴
- 第 5 節 「やりたいことがやりたくなる」プログラムに関連する諸理論
1. 認知行動療法
  2. 内発的動機づけ
  3. 希望学

## 第 4 部 作成したプログラムの実践と効果 ..... 127

はじめに

### 第 1 章 「やりたいことがやりたくなるプログラム」の パイロットスタディ ..... 130

#### 第 1 節 プログラムの実践と評価

1. プログラムの実践
2. 各セッションで語られた内容
3. プログラムの評価

#### 第 2 節 プログラムの効果とリカバリー

### 第 2 章 「やりたいことがやりたくなるプログラム」の 実践とその効果 ..... 139

#### 第 1 節 プログラムの実践

1. プログラム実践の概要
2. プログラムの効果
3. プログラムの効果とリカバリー

総合考察	153
------	-----

リカバリーを促すプログラムの必要性和今後の展望

1. 日本におけるリカバリー導入の必要性
2. 日本の精神疾患を持つ人のリカバリーの実態調査
3. リカバリープログラムの作成過程
4. リカバリー導入を目的としたプログラムの理論的背景
5. プログラムの実践と効果
6. 結論

参考文献	162
------	-----

謝辞

## はじめに

2004 年厚生労働省は「精神保健医療福祉改革ビジョン」の中で、入院医療中心から地域生活中心への移行を方針としてあげている（厚生労働省，2004）。それに伴って、近年、精神保健福祉法、障害者自立支援法の改定が行われ、精神保健福祉領域における精神疾患を持つ人の社会復帰支援制度の確立に向けて改革を続けている。

精神障害者の就労状況をみると、求職者数は平成10年度6,955人から平成21年度には38,488人と増加している（精神保健福祉白書編集委員会，2010）。しかし就職率は32.8%である。就職率が少ない要因には、精神障害に対する雇用制度が始まって間もないために環境が十分に整っていないことが考えられるが、それだけではなく当事者（精神疾患を持つ人）自身の姿勢が消極的であることも考えられる。筆者がこれまでに関わった場面を振り返ると、当事者の発言からも「ここ（地域活動支援センター）に来て、スタッフの人が認めてくれたら就職ができるかもしれない・・・。」「ここで大丈夫って言われて就職してみたけど、周りの人の態度が気になって、上手くやっていけない・・・。」などという話を聞くことがあった。次のステップに行くのに、周囲の人に押されていくケースや就労した後も他者の反応が気になってしまい継続できない現状がうかがえる。そのため周囲が認めてくれる場所にとどまって変化を恐れる傾向がある。そこには、自分がどう生きたいかという「自己実現」に向かう姿勢よりも自分にはここしかないから・・・という考えが強いように見える。当事者の自分に生き方に対する消極的な姿勢は、地域精神保健領域の援助者主導のアプローチによる影響も少なからずある。

野中(1999)は、リハビリテーションが(機能回復訓練に)限定的にきわめて狭い実践になっている現代の我が国において、その先の技術と体制を整備する為には、リカバリーのようなことさら新しい概

念を必要とするかもしれないと述べているが、最近では当事者主体のリカバリー志向のアプローチが注目されるようになった。リカバリー志向のアプローチとは、リカバリーの概念に基づいた方法で、当事者主体のものであり、現在の精神保健福祉領域において当事者の社会復帰支援に必要な支援方法である。

「リカバリー」の概念は、1980年代に米国で生まれてきたが、その先駆者であるAnthony(1993)は「リカバリーとは、精神疾患の破滅的影響を乗り越えて成長しながら、自分の人生における新たな意味と目的を見出すことである。…それは、たとえ病気による制約があっても、満足できる、希望に満ちた、やりがいのある人生を送ることである」と述べている。

すでにリカバリーシステムを導入している米国には、リカバリーが生まれるベースに人権運動などの当事者主体の活動が存在しており(木村, 2004a)、当事者には、自分の人権を主張していくことについて当然だという意識があったといえる。つまり当事者主導のリカバリープログラムの構築の基盤があった。

日本の精神医療の歴史を考えると、長年当事者は、社会から入院という形で隔離され、人権を主張することに慣れていない。精神疾患を持つことで、これまで通っていた大学あるいは職場を退学、退職せざるを得なくなった人も多い。入院生活を余儀なくされ、生活が一変したことによって、夢をあきらめて毎日を受動的にすごし、自分は病気だからこれでいいと思っている人も少なくない。つまり、当事者が主体となって自分を主張していくことに慣れていない文化の中で、いかにリカバリー志向が定着していくかというところに日本の課題がある。

木村(2004b)は、リカバリー必要な要素について全国7か所のセルフヘルプグループ約50人の当事者に面接調査を行い、欧米と日本ではすべて一致しているという結果を得たと述べており、リカバリー



の本質は、歴史や国が変わっても変わらないことがわかる。しかし、リカバリーのプロセスは、個人的なものであり（Deegan, 1988）、環境や歴史などその背景が影響すると考えられる。従って、リカバリーのプロセスにおける日本の特徴を明らかにし、支援方法を確立する必要がある。

日本における精神疾患を持つ人の地域での生活に関する先行研究では、生活を維持する為の工夫をしながら、主体的な生活を送っていることは明らかになった（宇佐美, 1988；葛西ら, 1999）が、どのようなプロセスで生活が変化していくのかについて明らかにはされていない。そこで退院後の生活の中で、当事者がどのようなことをきっかけに生活を変化させるのか、自分の意志に基づいた生活へと変化するプロセスを明らかにすることで、リカバリーの考え方を基盤にした支援方法を見出していきたいと考えた。

そこで、まず入院経験があり地域で生活する精神疾患を持つ人を対象にインタビューを行い、退院後現在に至るまでどのように生活を変化させてきたのかを調査し実態を明らかにした。

当事者の生活の変化のパターンとして、退院直後のエネルギー消耗の時期から一歩踏み出すとき、あるいは、体調が悪化して一時的に引きこもった状態から一歩を踏み出すときには、信頼できる他者や同じ疾患を持つ友人などの後押しによって行動を起こしている。つまり、一人ではなく周囲の支えや後押しと行動をおこすためのエネルギーによってリカバリーが促進される過程がみられた。

しかし、当事者自身は自分の人生を主導するという認識は少なく、一歩を踏み出す時に周囲の意見によって進む状況があった。そのため、一歩を踏み出した後に何らかの要因でつまづいたとき、再入院になるケースも存在した。当事者がリカバリーの考え方を知ることによって一歩の踏み出し方の変化と踏み出した後のリカバリーの過程に変化が生じる可能性がある。

リカバリー発祥の地である米国ではどのようにしてリカバリーが生まれてきたのか、どのような内容のプログラムが存在するのかを検討した。

米国では、1960年代ケネディ教書によって精神医療は施設内から脱施設化へと移行した。脱施設化はスムーズではなく、ホームレスの増加や事件に巻き込まれるケースも多く、社会問題となった(田中, 2010; 三野, 2010)。しかし、一方で脱施設化によって改善傾向を示す事例も注目され、1980年代に雑誌に投稿された当事者の手記によってリカバリーの考え方が広まった。

当事者の手記を集めることで、エビデンスが証明され、地域保健医療システムに導入されていった。現在の米国のリカバリーを基盤においたシステム構築とピアサポートの広がりによって多くの人々にリカバリーの考え方が浸透した。その結果、自分らしい生活の獲得したこと、有意義に生活を送るようになったことや米国の精神科病床の平均在院日数が6日と短くなっていることを考慮すると日本においてもリカバリーを導入していくことが必要であることがわかる。

現在日本に導入されているリカバリープログラムは、Illness Management and Recovery (IMR) (Gingerich ら, 2003; SAMHSA, 2009) や Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (Copeland, 1997) などのように、米国で考案され、和訳をして使用しているものがほとんどである。筆者は、WRAP のプログラムに実際に参加し、その内容についてある施設で紹介したが、実際に参加できたのは20名中1名であった。プログラムの魅力は感じて、知らない場所へ行き参加することには大きな抵抗があるという理由であった。

そこで、日本の当事者の現状に基づいて作成されたプログラムの開発が必要であるという結論に至った。

本研究では、理論的研究にとどまらず、地域で生活する精神疾患を持つ人を対象に実態から実践までの総合的な調査を行い、当事者密着型の研究を目指した。

まず当事者へのインタビュー、文献検討を行い、抽出された要素に基づいてリカバリーを促すためのプログラムを作成した。作成したリカバリープログラムの内容を紹介するとともに地域活動支援センターおよびデイケアを利用している精神疾患を持つ人を対象に実施し、その効果を検証した。

## － 文献 －

- アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編  
（2009a），日本精神障害者リハビリテーション学  
会監訳：IMR・疾患管理とリカバリー第5巻Ⅰ.本  
編，日本精神障害者リハビリテーション学会
- アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編  
（2009b），日本精神障害者リハビリテーション学会  
監訳：IMR・疾患管理とリカバリー第5巻Ⅱ.ワー  
クブック編，日本精神障害者リハビリテーション  
学会
- Anthony, W.A. (1993) , Recovery from Mental Illness: The Guiding  
Vision of the Mental Health Service System in  
the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal,  
16(4), 11－23
- Copeland, M.E.(1997) , Wellness Recovery Action Plan .Peach  
Press , VT
- Deegan,P.E.(1988), Recovery:The lived experience of  
rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation  
Juurnal, 11(4), 11－19
- Gingerich S.,Mueser K., et. al. (2003) , Illness Management &  
Recovery : Implementation Resource Kit, Draft  
Version  
([http://www.mental-health.samhsa.gov/cmhs/co  
mmunitysupport/toolkits/default.asp](http://www.mental-health.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/default.asp))
- 葛西康子，古塚 孝（1999），地域にすむ精神障害者の障害認識と対  
処努力，看護研究 32(2)，143－151

- 木村真理子 (2004a), リカヴァリを志向する精神保健福祉システム,  
精神科看護, 31(3), 48-55
- 木村真理子 (2004b), リカヴァリを促進する精神保健システム, 病  
院・地域精神医学, 47(3), 13-17
- 厚生労働省精神保健福祉対策本部, 精神保健医療福祉の改革ビジ  
ョン(概要)(2012年5月7日検索), (2004),  
[http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-  
1a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf)
- 野中猛.(1999), 病や障害からのリカバリー, 作業療法ジャーナル,  
33, 594-600
- 三野宏治 (2010), 日本の精神医療保健関係者の脱病院観について  
の考察: 米国地域精神医療保健改革とそれについ  
ての議論とともに, Core Ethics Vol.6, 413-423
- 精神保健福祉白書編集委員会.(2010), 精神保健福祉白書 2011年版,  
213, 中央法規
- 田中英樹 (2010), リカバリー概念の歴史, 精神科臨床サービス,  
10(4), 428-433
- 宇佐美しおり (1998), 地域で生活する精神分裂病者の自己決定に  
基づくセルフケア行動の実態. 看護研究, 31(3),  
221-234

## 序 研究の背景と目的

### 第1節 「リカバリー」を日本に浸透させることの意義

#### 1. 日本の精神科医療に関する歴史的背景

リカバリーとは、精神疾患の破滅的影響を乗り越えて成長しながら、自分の人生における新たな意味と目的を見出すことである。…それは、たとえ病気による制約があっても、満足できる、希望に満ちた、やりがいのある人生を送ることである (Anthony, 1993)。

つまり、リカバリーとは、疾患が回復する、症状が改善することではなく、その重さや症状の強さに関係なく、障害を持ちながらも自分らしく生きていくことを指している。

精神疾患を持つ人の高齢化、入院短期化による退院後の再発率の問題、地域でのケアシステムの問題など、近年日本の精神科リハビリテーション領域が抱える問題は大きい。そこには、日本における精神医療の歴史的背景や精神疾患に対する考え方、精神科リハビリテーションの方向性などが影響している。

日本の精神科医療は、その病床数の変化からも諸外国と全く違っていることがわかる(厚生労働省, 2008)。

図1を見ると、1960年代日本の病床数は諸外国と比較して少ない。これは精神疾患を持つ人を自宅で監護していたためである。そのころ米国では、病床数が多く病院に収容して治療することが多かった。しかし、1963年ケネディ教書により入院医療から地域医療への変換がおこなわれ、病床数は減少した。同じころ(1964年)日本ではライシャワー事件が起こり精神疾患を持つ人は病院へ入院させて治療するようになり、入院による隔離の状態となった。その後1981年の国際障害者年によってノーマライゼーションの考え方が世界に広が

っていたが、1984年に日本では宇都宮病院事件が起き、精神病院での人権侵害の問題が表面化した。国際社会からの非難もあり、日本でも精神疾患を持つ人の人権尊重に取り組むようになり、精神衛生法改正が行われた。さらに近年では、精神疾患を持つ人の増加に伴う医療費の問題も加わり、1960年代の米国と同じように地域中心の医療へと変換するようになった。

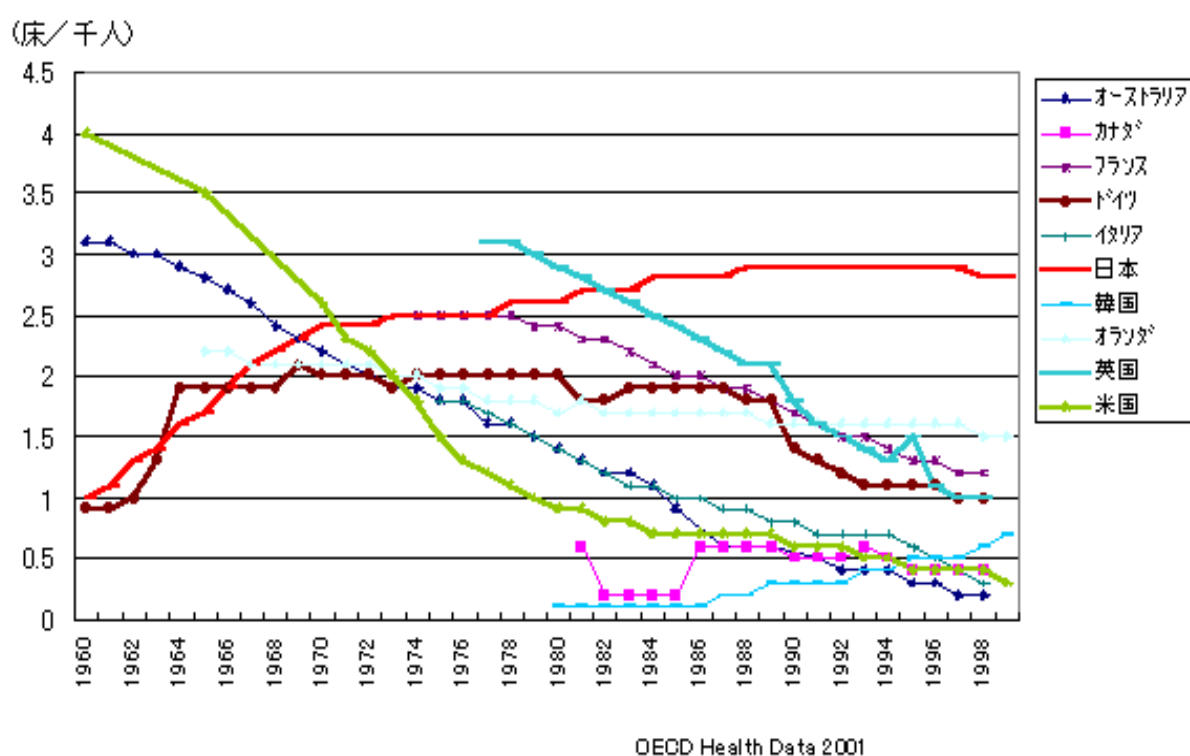


図 1. 精神病床数の推移（OECD）

注） 1） OECD：経済協力開発機構（Organisation for Economic Cooperation and Development）によるデータ 2002

2） 単位は、千人当たりの病床数（床／千人）

3） 厚生労働省ホームページより引用

米国では、入院医療から地域中心医療へ変換を行うことで多くの

患者が予想を超えて改善することを示したが、精神障害者がホームレスとなったり、事件に巻き込まれる事態が生じ社会問題となった(Harrison ら, 2001 ; 三野,2010)。一方で、入院医療中心ではなく早期に退院して地域中心医療へ移行しても治癒する事例があることが報告された(Deegan,1988)。

つまり、日本は 40 年前に米国で行われた精神科医療の転換を行おうとしている。米国では、社会問題が生じつつも改善する人々が存在したことを記録し、何が改善に結びついたのかを明らかにすることでエビデンスが確立されていった。日本でも回復をしてきた当事者の体験を調査し、何がリカバリーを促すきっかけになっているのかを当事者の体験に基づいて抽出していくことが必要である。

## 2. 日本の精神保健医療の課題とリカバリー導入の必要性

三野(2010)は、「米国で地域生活を送る精神障害者のための具体的な支援システムは、脱入院化の結果として発展したものが多く」と述べている。さらにシステムだけでなく考え方の変化も生んでおり、そのキーワードは「地域ケア」と「リカバリー」であるとも述べている(中川, 2005)。したがって、日本において入院中心の医療から地域中心の医療に変換を始めたこの時期に、「リカバリー」の概念を基盤においた地域ケアは、今後の精神疾患を持つ人の改善に必要であり、そのあり方について検討していくことが重要である。

日本の精神保健医療が抱える問題は、入院医療から地域へ転換をしたことによる再入院率の増加と地域における「社会的入院」の減少である。

宮城県での調査では、再入院率が 2004 年 63.3%から 2008 年 65.8%と増加している(佐藤, 2008)。2005 年の全国調査でも、1 年以内の再入院率は、38.9~40.1%であった(稲垣ら, 2005)。つまり、早期退院に向けた取り組みは進んでいるものの、退院後地域で



の生活が維持できず再入院している状況が示されている。したがって、精神障害者に対する再入院予防に向けた地域でのケアが必要である。野中(1999)が、リハビリテーションが(機能回復訓練に)限定的にきわめて狭い実践になっている現代の我が国において、その先の技術と体制を整備する為には、リカバリーのようなことさら新しい概念を必要とするかもしれないと述べている。米国でも、リカバリーはこの十年で生じた精神保健と精神保健サービスのパラダイム変革を知らせる呼笛であると述べてられている (Corrigan,2002)。米国で、リカバリーの概念を基盤に据えた目標概念の転換が行われたように、日本でも地域ケアの基本的な考え方の転換が必要な時期に来ている。

もう一つの課題は、地域における「社会的入院」現象である。

米国では脱施設化を実施した際に地域のシステムが発展していなかったことで社会問題が発生した。そこで1978年国立精神保健研究機関によってコミュニティサポートシステム(CSS)が構築された。CSSは、「ケアする地域」であり、ここでの「地域」は精神保健専門家と当事者によるコミュニティの場が提供されていて、その生活は、他のクライアントと雇用されている職員との相互関係に限られている。その世界は隔離され、非常に束縛されており、スティグマと差別の強化を持続させたと述べている(Rapp, 2006/2008)。

日本の地域ケアにおける課題としても、施設症(Institutionalism)について述べられている。当事者が長期に職員主導の保護的環境に留まることは地域においても施設症を増長する危険性が高いこと、施設症予防の視点を考え、セルフヘルプグループへの移行を促すことも重要であるとしている(中川, 2005)。そこには、専門家や医療者が発案したプログラムを画一的に行うのではなく、当事者自身のリカバリーを基盤に据えたプログラムが大切であり、当事者が主体的に活動する一步を踏み出すための支援が必要である。地域精神医

療の変革が行われている今、地域で生活する当事者が、自信を回復し保護された環境にとどまらずに一步を踏み出すことで自分らしい生活を獲得していくために、医療者はどのような支援が必要なのか改めて検討したいと考えた。

## 第2節 日本における「リカバリー」の現状

### 1. 日本に導入されている当事者中心のプログラムの具体的内容

#### 1) WRAP (Wellness Recovery Action Plan)

このプログラムは当事者である Mary E. Copeland によって開発され、元気回復行動プランと訳されている(1997)。Copeland は発病してからの体験と自らリカバリーするのに助けられた仲間の存在、専門家の努力によって、プログラムを作成し、実践してきた。実践の中で大きな影響を確認し、プログラムを出版することで、日本にも導入されている。

このプログラムは、グループで行われ、WRAP ファシリテーターが進行をする。このファシリテーターは WRAP を受けた経験があることとファシリテーター研修受けることで資格を得るようになっている。このファシリテーターは当事者の場合もある。WRAP では、参加者がアイデアを出し合いながら、個々の「元気に役立つ道具箱」を作る。6つのセクションがあり、「日常生活管理プラン」、「引き金について」、「注意サインについて」、「調子が悪くなっているときのサイン」、「クライシスプラン」、「クライシス後のプラン」で構成されている。この道具箱を作成していくことで、日常生活上の困った時の手立てが増え、事前に対応できるようになる。つまり、自己管理能力が向上する。そのことで、日常生活において、できることが増え、生活が充実していく。

この WRAP に関する評価研究も実施されているが、横断的な質的

評価にとどまっており、縦断的な評価はまだ少ない。数少ないデータではあるが、23 サイクルの WRAP コースに参加した 435 名中、当事者であり回答をした 147 名の回答について、前後の得点を比較して、有意に効果があったとされる項目は「精神症状の注意サインについての知識と前駆症状に対処する方法と技法に関する知識」、「サポートグループを用いることを好む」、「精神疾患を持つ人にサポートを依頼する事を好む」、「日常生活の中で元気に役立つ方法を用いている」であった(Copeland, 2010a)。また 435 名中 38 名がファシリテーター研修に参加し、その 3 分の 2 が実際にファシリテーターとして活動していることを明らかにしている。つまり、疾患を抱えながら生活することに対して、困った時の対処方法を編み出しながら自己管理能力が向上し、その事によって、活動の場が広がっていることを示している(Copeland, 2010b)。

日本においては、当事者の間で徐々に広がりつつある。また実施に関して研究助成も行われ、その資金を用いて当事者が参加できるようになっているが、会費などの実費負担もある。

## 2)IMR(Illness Management and Recovery)

アメリカ連邦政府が EBP (Evidence-Based Practices) 実施・普及のために作成したツールキットの一つとして IMR がある(Gingerich ら , 2003 )。このプログラムは、人々が回復の方へむかうのを援助する為に、治療者に対して構造的アプローチする方法を示すものである。そして、当事者が精神疾患について学ぶことによって、リカバリー(回復)に向かって重要なステップを踏むという研究成果に基づいて作られている。このプログラムの実施者は、精神保健プログラム責任者と記述されており、社会福祉、作業療法、カウンセリング、ケースマネジメント、看護学、心理学と言った広範囲にわたる臨床背景を持つ人々から構成されている。また、実施者は「トレーニングを受け、その場その場でスーパービジョンを受

けることが必要である」とされている。つまりこのプログラムは、ピアサポート的な要素よりも治療的で教育的なプログラムの特徴を持つ。また、本プログラムは、リカバリー戦略 4 セッション、統合失調症／双極性障害／うつ病に関する実践的事実 4 セッション、ストレス－脆弱性モデルと支援方法 3 セッション、ソーシャルサポートの形成 7 セッション、薬物治療の効果的使用 4 セッション、再発を減らすこと 4 セッション、ストレスの対処 6 セッション、精神保健システムにあなたのニーズを適合させること 3 セッションで構成され、合計 40 セッションある。週 2 回、1 回 45～60 分（1 回に 1～2 セッション）実施して、3～6 カ月かかる。強い動機づけがあり、長期にわたって通うことのできる場合に活用が可能である（SAMHSA , 2009）。

## 2. 日本におけるリカバリープログラムの実践に関する先行研究

日本において米国から導入されたリカバリープログラムの実践報告がなされているのは、WRAP(元気回復行動プラン)、IMR（疾患管理とリカバリー）、ACT（包括型地域生活支援プログラム）、IPS（個別職業紹介とサポート）であるが、そのうち ACT、IPS は地域生活の中で、あるいは就労において、リカバリー志向をもとにどのように支援していくかという支援システムである（西尾,2004；池田ら,2010）。IMR は、専門家が実施する心理教育プログラムである（SAMHSA , 2009）。WRAP は当事者参加型の要素が強く、当事者が自らの体験を生かしてお互いが学び合いながら自己管理方法を見出していくプログラムであり（Copeland , 1997）、当事者主体のプログラムと言える。WRAP に関する文献を概観すると日本においては WRAP の紹介や WRAP とは何かに関する文献はある（磯田,2011；大川,2010；久永,2009；坂本,2008）が、実践後の評価に関する研究は見当たらない。

日本で WRAP の普及に関する課題としては、地域で開催される WRAP グループには、その場所に出かけていける者には有用と思われるが、入院中もしくは同じ精神保健福祉サービス機関以外の場に出向くことを躊躇する者にとって参加は難しいように思われる。通所しているなじみの場所における WRAP の実践は行われている場合もあるが、通所している場所で行う場合、立場の違う様々な人々とウェルネスやリカバリーについてお互いの経験から学びあうという WRAP の魅力が発揮されづらい。さらに新たなつながりによって、未来の可能性が広がるという WRAP の利点も発揮されない可能性がある。

リカバリー志向に基づくプログラムを考える時、専門家主導のプログラムでは、真のリカバリープログラムとなりうるのか懸念がある。なぜならば、リカバリーは当事者主体であり、自分で自分の人生を切り開く、あるいは自分の人生に責任を持ちながら創造していくことが大切だからである。当事者主体のリカバリーの視点から見ると WRAP は優れたプログラムであり、その普及も進んでいるが、米国の考えになじまない当事者、つまり、主張をすることや自分の人生自分で責任を持つことに積極的な考え方になじまない人にとってはなかなか手が出ない状況も伺える。そこで、変化することに不安を持つ人でも一步を踏み出せるような日本独自のプログラムの開発が望まれる。

専門家主導のプログラムを実施した場合現在の日本の特徴から考えると、その主体性が生まれにくい。また、IMR はそのプログラム内容をみると、疾患管理に重点が置かれている。つまり、リカバリーは当事者自身が疾患をどのようにとらえるか、自分の中にどのように位置づけるかというその距離感が大切であり、疾患による障害に焦点を当てるのではなく、できることに焦点を当てるストレングスモデルが必要である。

日本で開発されたプログラムにべてるの家の当事者研究と千葉らのプログラム（千葉ら,2008）がある。当事者研究は、向谷地が当事者とのかかわりの中で開発し実践しているプログラムである（浦河べてるの家,2005）。当事者自身が自分を困らせているものを題材としてテーマを持ち、自分で研究を進めるもので、状況を探求し、症状であれば撃退法を編み出すというプロセスである。そして、撃退法の実際を **Social Skills Training (SST)** を用いながら訓練することもある（池淵 , 2011）。この方法は、研究テーマについては個別のものであり、そのテーマを見出すまでの関わりに技術を要する。まねしようと思ってもなかなかできない特殊な支援方法と言っても過言ではない。しかし、いったんテーマを見出すとそこから当事者自身での研究は進み、ピアグループによるサポートも方法として組み込まれている。自らがテーマをもち、当事者研究として当事者自身が取り組む点においてリカバリーの考え方が基盤になっているといえる。また自分を困らせているものをテーマとして表現することが認知の変容をもたらし、前向きに取り組むことができるプログラムであり、認知行動療法の視点も組み込まれている。このプログラムは病気や症状など障害の部分に焦点が当たっている。そこを克服することによって、前向きになっていくというプロセスである。

千葉(2009)は、ポジティブ心理学やエビデンスを適用してリカバリー促進プログラムを作成し、効果検証に取り組んでいる。介入プログラムは「人生の意味を高めること」「幸福感を高めること」「ベネフィット・ファインディングを高めること」の3つの内容で構成される。1回120分、全8回で、看護師と精神疾患を持ちセルフヘルプ活動を行っているピアサポーターの2名でワークブックを使って行われる。ベネフィット・ファインディングを高める傾向はあるということであるが、その効果は検証中である。

### 第 3 節 本論文の目的と構成

#### 1. 本論文の目的

精神保健医療の動向を考えると、日本の精神医療は、病院中心から地域生活へと移行している。この現象は、米国の 1960 年代と同じ現象であり、米国において地域精神保健医療がリカバリーを基盤にして変遷しながら地域精神保健が発展してきたを考えると、今後の日本の地域精神医療に活用していく必要がある。

しかし、当事者自身の中に、自分を主張する、あるいは自らが自分の人生を切り開いていくという文化が乏しいわが国においていかにリカバリーを促していくのかが大きな課題である。

したがって、本論の目的は、日本の精神疾患を持つ人にリカバリーを促すプログラムを作成することである。その為には、まずわが国の当事者のリカバリーの現状や地域生活を送る人の内面の変化などを調査し、日本の特徴を明らかにした上で、その特徴を考慮し、現状にあったプログラムを作成していく。

#### 2. 本論文の構成

本論文の構成は、3 段階で構成されている(図 2)。第 1 段階(第 1 部と第 2 部)では、当事者の視点に立ったプログラムの内容を明確にするために、「現状調査」を行った。精神疾患を持ち地域で生活する人を対象にインタビューを行い、退院後の生活の変化と変化するきっかけになるものを整理し、リカバリーを促進させるものについて検討した。第 2 段階(第 3 部)では、仮プログラムの実施・評価を地域活動支援センターやデイケア利用者やスタッフを対象に実践し、プログラムを作成した過程について述べている。第 3 段階(第 4 部)では、プログラムの内容について近辺理論を用いて説明し、本プログラムの効果の理論的根拠を示すとともに実践可能性について考察

した。

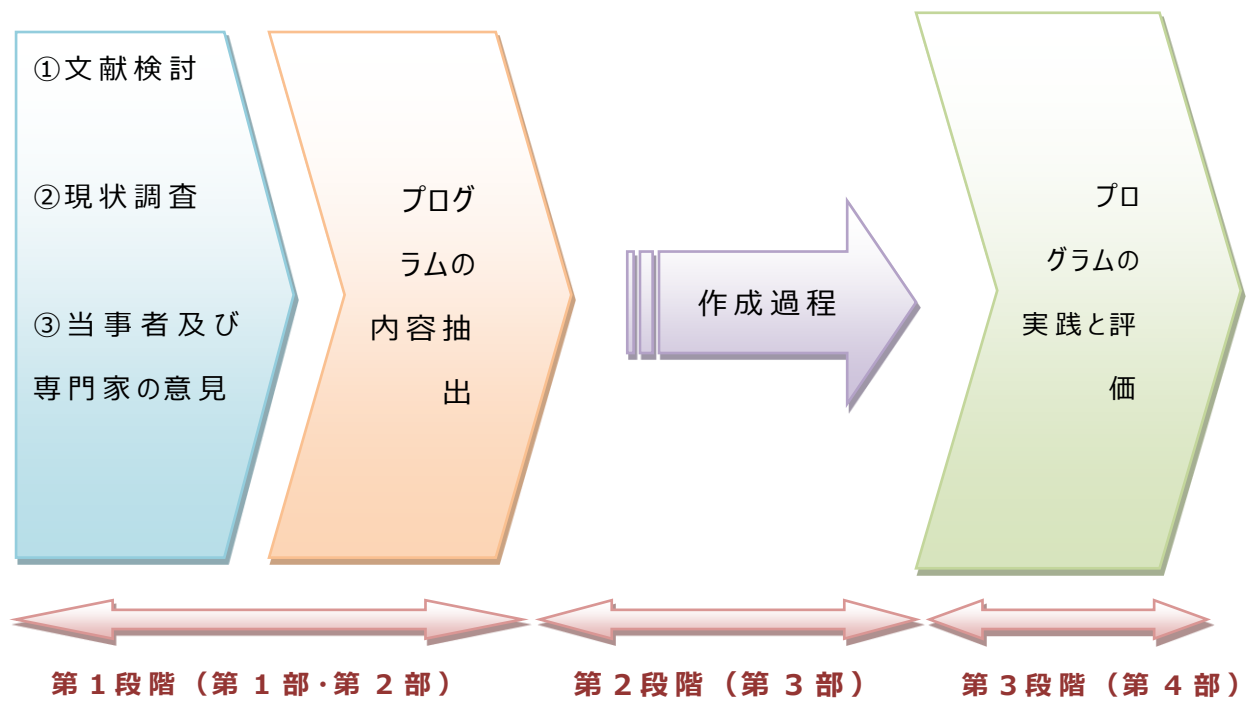


図 2.本論文の構成



## － 文献 －

アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編  
(2009), 日本精神障害者リハビリテーション学会  
監訳:IMR・疾患管理とリカバリー第5巻Ⅰ.本編,  
日本精神障害者リハビリテーション学会

アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編  
(2009), 日本精神障害者リハビリテーション学会  
監訳:IMR・疾患管理とリカバリー第5巻Ⅱ.ワー  
クブック編, 日本精神障害者リハビリテーション  
学会

Anthony W.A. (1993) , Recovery from Mental Illness: The Guiding  
Vision of the Mental Health Service System in  
the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*,  
16(4), 11-23

千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人 (2008) , 地域で生活する精神疾患を  
有する人を対象とした、リカバリー促進の介入プ  
ログラムの開発. 第18回大残法人医療科学研究所  
研究助成金研究成果報告書

千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人 (2009 ) , 地域で生活する精神疾患を  
有する人を対象とした、リカバリー促進プログラ  
ムの効果検証―無作為化比較試験―2009 年度財団  
法人 在宅医療尾助成 勇美記念財団 在宅医療  
助成 一般公募（後期）完了報告書

Corrigan PW, Watson A.C. (2002) , The paradox of self-stigma and  
mental illness. *Clinical Psychology Science  
Practice*. 9:35-53

- Deegan, P.E. (1988) , Recovery: The lived experience of rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4), 11-19
- Gingerich S., Mueser K., et al. (2003) , Illness Management & Recovery : Implementation Resource Kit, Draft Version  
(<http://www.mental-health.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/default.asp>)
- Harrison G. , Hopper K. , Craig T. , et al. (2001) , Recovery from psychotic illness; a 15- and 25-year international follow-up study, The british Journal of Psychiatry, 178, 506-517
- 久永文恵, 若林みどり (2009) , 精神保健福祉・雇用の新しい潮流 (4) 元気回復行動プラン (WRAP) とリカバリー, リハビリテーション研究, (138), 32-35
- 池淵恵美 (2011) , 当事者による SST, Schizophrenia Frontier, 12(2), 126-129
- 池田真砂子, 山本俊彌 (2010), IPS: 個別職業紹介とサポート, 精神障害とリハビリテーション, 14(1), 24-31
- 稲垣 中, 中川敦夫 他 (2005) , 統合失調症の医療環境, 薬物療法及び社会復帰に関する研究, JESS2000 追跡調査 (その 1) : 短期入院後の再入院率に関する検討, 厚生労働省精神・神経疾患研究委託 報告書
- 磯田重行 (2011) , 発見 看護にも役立つ、WRAP って何!?, 精神看護, 14(3), 119-124
- 木村真理子 (2004), リカヴァリーを志向する精神保健福祉システム, 精神科看護, 31(3), 48-55

- 厚生労働省（2008）資料1 精神保健・医療・福祉の動向，  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/01/s0128-7o.html>
- Mary E. Copeland. (1997) , Wellness Recovery Action Plan ,  
Peach Press ,VT
- 中川正俊（2005）, 統合失調症慢性期の患者への地域ケア 具体的  
課題と対応. 精神科治療学, 20, 587-591
- 西尾雅明(2004), ACT 入門：精神障害者のための包括型地域生活支  
援プログラム, 金剛出版, 1-10
- 野中猛（1999）, 病や障害からのリカバリー, 作業療法ジャーナ  
ル, 33(6), 594-600
- 大川浩子(2010), WRAP (Wellness Recovery Action Plan) と WRAP  
クラス, 精神障害とリハビリテーション, 14(1), 32  
- 37
- Rapp C.A. (2006), *The Strengths Model: Case Management with  
People with Psychiatric Disabilities*, 田中英樹監  
訳 (2008), ストレングスモデル：精神障がい者の  
ためのケーススタディ, 金剛出版
- Rapp C.A, 久永文恵翻訳 (2010) , ストレングスモデルケースマネ  
ジメント, その思想と科学, 精神障害とリハビリ  
テーション, 14 (1) , 6-16
- 坂本明子（2008）, WRAP——元気回復行動プランから学ぶ, 精神障  
害とリハビリテーション, 12(1), 45-49
- 佐藤光源（2008）, 第8回 今後の精神保健医療福祉のあり方検討  
会資料, 15-16
- 三野宏治（2010）, 日本の精神医療保健関係者の脱病院観について  
の考察～米国地域精神医療保健改革とそれについ  
ての議論をもとに～, コアエシックス Vol.6,  
413-422, 立命館大学大学院先端総合学術研究科

田中英樹 (2010) , リカバリー概念の歴史, 精神科臨床サービス,  
10(4), 428-433

浦河べてるの家. (2005) , べてるの家の「当事者研究」, 3-4, 医学書  
院.

## 第 1 部

先行研究からみた「リカバリー」とは

## 第 1 章 「リカバリー」の定義

リカバリーの概要について述べられている文献について、表 1-1 に整理した。

### 第 1 節 「リカバリー」の定義

リカバリーは、1980 年代、米国で当事者の体験から生まれた概念である。当事者の体験をつづった手記をもとに広がり、1990 年代には学術論文も増加した (Deegan, 1988 ; Anthony, 1993 ; Spaniol, 1991)。1999 年には政府機関によってリカバリーの概念が地域支援に必要な基盤として取り上げられた。現在では Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (Copeland, 1977) や Illness Management and Recovery (IMR) (Salyers ら, 2009) など、リカバリー概念に基づくプログラムも存在している。これらのプログラムの実践によって、リカバリーの概念はさらに当事者間および専門職の間でも広がっていった。

米国においてリカバリーの起源は、3 つの思想にあるとされている (田中, 2010)。

一つは、Alcoholics Anonymous (AA) などのような、セルフヘルプ運動である。1980 年代から 1990 年代にかけて、リカバリーの概念が精神障害当事者のセルフヘルプ運動と同時に広がっていった。一人ひとりのリカバリー体験がセルフヘルプ運動の広がりによって、多数報告されるとともに現実に起こりうるものとしてエビデンスが確立されていった。

二つ目は、人権運動である。人としての当たり前の権利を主張する、またはきちんと権利があることを認識する考え方である。米国には、人種差別や性差別に対する人権運動も基盤に存在していた。

そのことがリカバリーにつながったことも事実である。三つ目は、脱施設化によって生まれた精神障害リハビリテーションの新たな目標概念である(田中, 2010)。米国では 1940 年代ケネディ教書が発表され、1950 年代には脱施設化の流れが始まったが、1970 年代までは、長期間の施設ケアによる後遺症と地域支援プログラムの不在によって、入退院を繰り返す回転ドア現象が続いた。そこで地域ケアにおけるパラダイムの転換が必要となり、当事者の語りや体験を基にした研究が広がった。その結果、1999 年アメリカ合衆国連邦政府の公衆衛生局長官の年次報告書の中で「すべての精神保健システムがリカバリ志向のヴィジョンを取り入れる」と発表したことで自立した生活や当事者自身のレジリエンスに準拠したリカバリー志向のプログラムが導入されていった(下地, 2012)。

リカバリーという言葉は、1980 年代米国の当事者の手記によって生まれてきたが、統一した定義はまだない。当事者の体験記の中では、リカバリーは個人的で、自分の姿勢、価値観、感情、目標、スキル、役割に変化をもたらす特有なプロセスであると記述されている。身体疾患や障害からのリカバリーの概念は、苦しみが消滅することや症状が消滅すること、あるいは完全に治癒したことを意味しない(Anthony, 1993)。

例えば脊髄が損傷して下半身に麻痺がある人でもリカバリーすることはできる。日本においても、星野富弘や乙武洋匡の例を考えると理解しやすい。星野富弘(1981)は、中学校の体育の教師をしていたが、課外活動の時間に鉄棒から落下し頸髄を損傷し、頸部から下方にある身体の麻痺を起した。自分で起き上がることもできない状況となってしまった。「死ぬことすら自由にできない」とその時の苦しみを記述している。しかし、口に筆をくわえて絵を描くこと、字を書くことに出会い、自分の思いを自由に表現し、その事が多く人の心を動かしたことをきっかけに生きる希望を持つようになる。ま

た乙武洋匡(1998)は先天性四肢切断という障害を持つが、障害をほとんど意識せずに生活していた。それは、両親の育て方だったと述べている。障害と意識せずに生活することで、身体に障害を持ちながら、希望を持ち充実した生活を送ることができたのである。同様に、精神疾患を持つ人でも治癒しなくてもリカバリーすることはできる。

米国におけるリカバリー運動の先駆者のひとりであるAnthony(1993)は、リカバリーとは、「たとえ病気による制約があっても、満足できる、希望に満ちた、やりがいのある人生を送ることである」と述べ、リカバリーについて次のように説明している。

(1) リカバリーは、専門家によって行われるのではなく、当事者自身によって行われる。ピアグループや家族、友人たちはそのよい例である。

(2) リカバリーの共通因子は、リカバリーを必要とする人を信じ、見方をする人の存在である。リカバリーは深い人間的な体験であり、他者の反応によって促進される。

(3) リカバリーの理論は、精神疾患の原因によるものではない。

(4) 症状が再発しても、リカバリーは可能である。断続的に精神疾患の症状を経験する人もリカバリーできる。

(5) リカバリーが症候の頻度と持続時間を変化させる。

(6) リカバリーは直線的ではなく、成長と妨げ、大きい変化や小さい変化を体験しながら進む。

(7) 疾患の結果生じた状態からの回復は、疾患その物からの回復よりもはるかに困難な時がある。

(8) 精神疾患からの回復は、その人が本当に精神疾患ではなかったことを意味しない。

さらに、リカバリーは、重症の精神疾患を持つ人でも、疾患によって作られた限界を超えて成長できるものであり、言及されない、



可能性に満ちたものである。そして、リカバリーに関する量的、質的な研究の必要性が述べられている。

Deegan(1988)は、リカバリーはプロセスであり、生き方であり、姿勢であり、日々の挑戦へのアプローチである。完全な直線なプロセスではない。ときには不安定となり、つまづくことがあるが、再び再編成して始める。必要としていることは障害への挑戦に立ち向かうことであり、障害の制限の中、あるいはそれを超えて、完全性と新しい目的、価値があるという感覚を再確立することである。念願は自分が貢献する地域の中で暮らし、働き、愛することであると述べている。

これまで、わが国ではリカバリーは回復と訳され、症状が改善したり疾患が軽快することを意味してきた。しかし、Anthony や Deegan らの研究によって、リカバリーとは疾患を持ちつつも自分らしい人生を取り戻すプロセスであると説明される。精神疾患は思考や認知の障害をもたらすことで生きにくさを生じ、これまでの生き方の変容をせざるをえなくなる。しかし、どんなに障害を持っていても、満足できる、やりがいのある人生を送ることができるのであり、そのものの生き方を獲得していくことがリカバリーなのである。

## 第 2 節 「リカバリー」のプロセス

Andresen はリカバリーのプロセスには 5 つの段階があり、(1) モラトリアム、(2) 認識、(3) 準備、(4) 再建、(5) 成長であるとしている(2003)。第 1 段階のモラトリアムでは、否定、混乱、絶望感、アイデンティティの揺らぎ、自己防衛が特徴である。第 2 段階の認識 (awareness) では、もっと良い生活ができるのではないかという希望の兆しを持っている段階である。これは、医療者やパートナー、役割モデルによって引き起こされ、自分にもできるか

もをいう回復の能力がある自分に気づく段階である。第 3 段階の準備（**preparation**）では、リカバリーすることに努力を始める段階である。自分の価値や強さと弱さを理解することを伴う。また利用可能なサービスやリカバリーの技術を学ぶ、グループに関わることや他者とつながる体験をを伴う段階である。第 4 段階は再建（**rebuilding**）で、肯定的なアイデンティティを作り出していく段階である。この段階では、一時的に後退することも伴う。ゴールの再設定や病気を受容する、自分の人生をコントロールすることを伴う。この段階は危険を伴い、苦しみ、また再チャレンジすることを伴う。第 5 段階は成長（**growth**）で、この段階はリカバリーの結果と言える。この段階では、どのように症状に対処するかを理解している。また障害に対して直面しつつ回復できる能力を当事者自身が信じることができ、肯定的な展望を持つ段階である。

精神科医である **Ragins(2002)**は、リカバリーの段階について、第 1 段階：希望、第 2 段階：エンパワーメント、第 3 段階：自己責任、第 4 段階：生活の中の有意義な役割であると述べている。

第 1 段階の希望がなければ、先に待ち受けるものは何もなく積極的な行動も生まれない。希望が偉大な動機づけになるが、真の動機づけになるためには、可能な形として実感できることが大切である。

第 2 段階のエンパワーメントは、希望に向かってエンパワーされることを意味している。そこに必要なのは、情報にアクセスを持つことと選択できる機会を持つことである。本人が自分を信じることができない時には、まず誰かが先にその人の可能性を信じていることを伝えることが大切である。

第 3 段階の自己責任は、自分の生活に責任をとるという自覚をしていくことである。従来の依存パターンを破っていくことである。

第 4 段階の生活の中の有意義な役割とは、病気とは関わりのない何らかの役割を持つことである。有意義な役割を果たしていくこと

で孤立を終わらせることになる。

### 第3節 「リカバリー」に必要な要素

Andresen(2003)は、当事者の体験をもとにした 89 の事例から、リカバリーには、(1) 希望、(2) アイデンティティの再建、(3) 人生における意味を見出していること、(4) 責任を持つという **Key Processes** が存在することを見出した。

精神疾患を持つことによって、これまで持っていた目標や生き方を奪われる体験をし、これまで作り上げてきた自己像、これまで思い描いてきた人生の変容を余儀なくされる。しかしリカバリーとは、障害を持つことによって一時失われた、あるいは見失った人生の目標や自分の人生を再獲得することである。つまり Andresen のいう希望やアイデンティティの再建である。

Jacobson(2000)は、リカバリーに必要な要素として次の 4 つを挙げている。

(1) 進歩や変化には、自分のほかにひとりでも自分のことを信じ励ましてくれる人が傍らにすることが有益である

(2) 過去を清算・決着し、先に進む決意は新たな展望を開く始まりとなる

(3) 自分の人生に責任を持ち、使っている制度やサービスを自分流に活用することで統制力を持つことができる

(4) 自ら力づける関係を専門職、支援者とつくり、望ましい治療やサービスのあり方を確認していく

リカバリーによって、満足できる、意義ある人生にする為には、その意味を見出し、さらに自分の人生に責任を持つという主体性が芽生えることが必要なのである。

Jacobson(2000)は、リカバリーは個人の内面で起こるものと外部

環境によって変化するものがあることを強調し、リカバリー志向の制度の必要性を述べている。さらにリカバリー志向の精神衛生システムの開発を行った。Jacobson は、リカバリーのプロセスに必要なものは、希望、治癒、人権の回復であると述べている。希望には治療が始まるための基礎だと位置づけ、治療は症状の自己管理を指している。そして自立した行動につながるための要素は知識・自信・自己選択であるとしている。

どの研究結果にも共通して言えることは、リカバリーに必要なものは、希望であり、支えてくれるパートナー（信頼できる仲間）の存在である。希望と信頼できる仲間の存在によってこれまでの人生の意味付けができ、さらにこれからの人生がポジティブなものとしてイメージされ、自分で選択し自分の人生に責任を持つという主体性が生まれると考えられる。

#### 第 4 節 「リカバリー」とセルフスティグマの関連

精神疾患を持つ人のリカバリーを阻む要因として、スティグマがあり、精神疾患を持つ人のリカバリー支援を考える時、スティグマの軽減を視野に入れることが必要である。スティグマには、社会的スティグマ（Public Stigma）とセルフスティグマ（Self Stigma）が存在する。社会的スティグマとは、一般の人々が持っている精神疾患を持つ人に向けた偏見であり、セルフスティグマとは、精神疾患を持つ人自身がもつ内在化したスティグマであり、自己肯定感や自己効力感の低下を経験することによって生じるものである（Corrigan, 2002）。

Link(1987)は、精神疾患を持つ人は、精神疾患に罹患する以前から精神疾患への社会的スティグマを持っており、精神疾患に罹患後に自分自身へのスティグマにつながることを明らかにしている。

Corrigan(1998)らも同様に、精神疾患を持つ人が社会的スティグマを受ける存在に自分になったことでセルフエフィカシーやセルフエスティームの低下を招くと述べている。

疾病回復に与える影響として、セルフスティグマの存在が疾病を秘密にしようとする行動や社会からひきこもる行動につながり、結果リカバリーを阻害することが指摘されている(Sirey ら, 2001; Gaebel ら, 2006)。また、セルフスティグマが高い人は服薬等の治療行動を厳守しない傾向にあること、援助希求行動の抑制を生じさせること(下津, 2007)ことも明らかになっている。さらに、木村(2004)は文献の中で、精神疾患をもち、精神科医となった Daniel Fisher が、講演の中で「リカバリーにとっての障害は実に多い。しかしその中でも最大の障害は単純なことー私たちはリカヴァ(回復)しないと多くの人が考えていることーなのである」と語ったことを記述している。自分の人生を取り戻そうとする小さな希望の障壁になるのは、自分自身の内なる偏見あるいは内在化されたスティグマ(internalized stigma)ともいわれている(野中, 1999)。つまり、病気になる前の社会的スティグマと病気になってからの他者とのかかわりの中での体験がセルフスティグマに影響し、セルフスティグマの存在は、その人のリカバリーを阻害する重要な要素であると考ええる。

表 1-1. リカバリーの概念に関する文献

著者名 発表年	リカバリーの概念
Deegan 1988	リカバリーはプロセスであり、生き方であり、姿勢であり、日々の挑戦へのアプローチである。完全な直線なプロセスではない。ときには不安定となり、つまづくことがあるが、再び再編成して始める。必要としていることは障害への挑戦に立ち向かうことであり、障害の制限の中、あるいはそれを超えて、完全性と新しい目的、価値があるという感覚を再確立することである。念願は自分が貢献する地域の中で暮らし、働き、愛することである
Leete 1989	希望を持つことはリカバリーにとって極めて重要である
Anthony 1993	リカバリーとは極めて個人的で独特な過程である。病気によって引き起こされた制限があるにもかかわらず、満足した、楽観的な希望に満ちた、貢献する生活を送る方法である。人生の新しい意味と目的を作り出すこと
Ralph 2000	リカバリーに影響するもの 希望を持つ能力、自分の信念を信じる、楽しむ、用心深さと活発さ、自尊心の向上、明日があることを知ること、他の人と仕事をする、精神力の増加、仕事を持つ、働く能力を持つ
Jacobson 2000	1. 進歩や変化には、自分のほかにひとりでも自分のことを信じ励ましてくれる人が傍らにいたことが有益である 2. 過去を清算・決着し、先に進む決意は新たな展望を開く始まりとなる 3. 自分の人生に責任を持ち、使っている制度やサービスを

著者名 発表年	リカバリーの概念
	<p>自分流に活用することで統制力を持つことができる</p> <p>4. 自ら力づける関係を専門職、支援者とつくり、望ましい治療やサービスのあり方を確認していく</p>
Jacobson 2001	<p>&lt;内面的状態&gt;</p> <p>希望：回復が可能であるという個人的信念・楽観主義</p> <p>癒し：病気を自分の一部として再定義する・</p> <p>自尊心の回復</p> <p>エンパワーメント：自律性・勇気・責任性の回復</p> <p>結び付き：社会に再び加わり・体験を価値づける</p> <p>&lt;外面的状態&gt;</p> <p>人権：力や資源の公平な配分</p> <p>癒しの肯定的文化：消費者とサービス提供者の協働関係</p> <p>リカバリー志向的サービス：消費者によるサービス</p>
Ridgeway 2001	<p>4つの手記をもとに主題を抽出した</p> <p>リカバリーは絶望のあとの希望をもたらす</p> <p>リカバリーは否定を破壊して、理解と受容を達成する</p> <p>リカバリーが社会的孤立の状態から交渉と人生に対しての積極的な参加を促す</p> <p>リカバリーは受動的な調整よりむしろアクティブな対処である</p> <p>リカバリーは自分に対する内なる偏見をなくし、そして肯定的な自己感覚を取り戻す</p> <p>リカバリーは孤立から目的までの複雑な旅行である</p> <p>リカバリーはそれだけで達成されないー それはサポートとパートナーシップを必要とする</p>

著者名 発表年	リカバリーの概念
Ralph 2000	リカバリーの次元(独立した要素) 内的因子 内的因子の自己管理 外的因子-対人関係, 家族・友人・専門家のサポート エンパワーメント
Spaniol ら 2002	就労支援事例 20 例をもとに、面接しながら経過を観察した。 1. 障害に圧倒される：自分を他者と結び付けられない 2. 障害と闘う：わずかな安定を失いたくないために新しい活動に用心深くなる 3. 障害と生きる：自己感覚や自分の人生を統制する自信を持つ 4. 障害を越えて生きる：障害は小さな部分になって生活を妨げなくなる
Andresen Oades L., Caputi P. 2003	リカバリーに必要な要素 (1) 希望、(2) アイデンティティの再建、(3) 人生における意味を見出していること、(4) 責任を持つこと
Ragins 2005	リカバリーの段階 第 1 段階：希望 第 2 段階：エンパワーメント 第 3 段階：自己責任 第 4 段階：生活の中の有意義な役割



著者名	リカバリーの概念
発表年	
Corrigan 2004	RAS (Recovery Assessment Scale) の構造 自信と希望 助けを求める 成功とゴールの方向性 他者への信頼 症状管理

## — 文献 —

- Andresen R, Oades L, Caputi P. (2003) , The experience of Recovery from schizophrenia.; Towards an empirically validated stage model. , Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37 (5), 586-594
- Anthony, W.A. (1993) , Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23
- Copeland. M .E. (1977) , Wellness Recovery Action Plan .Peach Press ,VT
- Corrigan P.W. (1998) , The impact of stigma on serve mental illness Cognitive and Behavioral Practice, 5, 201-222
- Corrigan P.W., Watson A.C.,(2002)The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology Science Practice. 9:35-53
- Corrigan P.W., Salzer M., Ralph R.O., Sangster, Y., Keck, L. (2004) : Examining the factor structure of the recovery assessment scale. Schizophrenia Bulletin 30 (4), 1035-1041
- Deegan,P.E.(1988).Recovery:The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Juurnal, 11(4),11-19
- Gaebel W., Zaské H., Baumann A.E. (2006) The relationship

- between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scand* 113(Suppl 429),41-45
- 星野富弘 (1981) , 愛、深き淵より, 立風書房, 87-111.
- Jacobson N , Curtis, L. (2000), Recovery as policy in Mental Health Services : Strategies emerging from the states, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4) , 333-340
- Jacobson N. ,Gleenley, D.(2001) ,What is Recovery? A conceptual model and explication, *Psychiatric Services* 52(4), p482-485
- 木村真理子 (2004) ,リカバリーを志向する精神保健福祉システム : 当事者活動の拡大に向けて, *精神科看護*, 31(3), 48-52
- Leete E. (1989) , How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*,15,197-200
- Link B.G. (1987),Understanding labeling effects in the area of mental disorders:An assessment of the effects of expectations of rejection.*American Social Review* 52:96-112
- 野中猛(1999), 病や障害からのリカバリー, *作業療法ジャーナル*,33(6),594-600
- 乙武洋匡(1998), 五体不満足, 講談社, 257-270
- Ragins M.(2002), *A Road to Recovery*, 前田ケイ監訳(2005),リカバリーへの道, 金鋼出版.
- Ralph R.O., Edmud S, (2000), Recovery, *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(3), 480-517
- Ridgeway P , (2001),Restorying Psychiatric disability : Learning from Firast Person Recovery Naratives,

Psychiatric Rehabilitation Journal , 24 , 335-343

下津咲絵 (2007), 精神疾患患者のセルフスティグマが精神疾患の治療や経過に与える影響, 総合病院精神医学, 19(3), 353-357

Salyers M. Godfrey J. McGuire A. et al. (2009) , Implementing the Illness management and Recovery Program for consumers with severe mental illness .Psychiatr Serv 60:483-490

下地明友 (2012), 精神医療における「リカバリー」を再考する, 精神科看護, 39(10), 10-19

Sirey J.A., Brece M.L., Alexopoulos G.S., et al (2001), Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. Psychiatric Service 52, 1651-1620

Spaniol L.(1991) , Editorial, Psychosocial Rehabilitation Journal, 14(4), 1

Spaniol L., Wewiorski, N.J. Gagne, C., et al (2002), The process of Recovery from schizophrenia. International Review Psychiatry 14 , 327-336

田中英樹 (2010), リカバリー概念の歴史, 精神科臨床サービス, 10(4), 428-433

## 第 2 部

### 「リカバリー」に関する実態調査

## はじめに

1980年代、米国でリカバリーの考え方が発症してきた経緯には、当事者の体験をつづった手記が存在している(Houghton ら, 1892; Leete, 1989; McDermott, 1990; Spainiol, 1991; Unzicker, 1989; Wright, 1983; Frederick ら, 2009)。手記によって、リカバリーの概念が言語化され、エビデンスが証明されることでリカバリー支援が確立してきた。したがって現在使用されているリカバリープログラム(WRAP: Wellness Recovery Action Plan や IMR: Illness Management and Recovery など)は、米国の精神疾患を持つ人の体験によって生まれたプログラムである。

これまでの精神科医療が入院中心の医療であり、社会から隔離された状態であった日本の歴史的背景を考えると、精神疾患を持つ人自身の病気を持っている自分に対する考え方や自分の権利を主張することに対する姿勢など日本と米国の違いがある。リカバリーは当事者主体の考え方であり、日本の当事者が自分の権利を主張する、あるいは権利があることを理解していくことや自分の人生は自分のものだという考えを持ち責任を持っていくことなどリカバリーの概念を理解し、生活していくためには段階に応じた支援が必要である。

日本において、精神疾患を持つ人がリカバリーする上で何を必要とするのか、どうすればリカバリーが促されるのか、現状を明らかにし、日本への導入を促す必要がある。

本部では、日本の当事者がどのようにリカバリーのプロセスを踏んでいるのか、また生き方をどのように変化させているのかについて調査を行った。その結果をもとに、日本においてどのようなプログラムを必要とされるのか、米国と違う日本の特徴があるとすればどのような点なのか明らかにしたい。

## 第 1 章 精神疾患を持つ人の地域での生活に関する実態調査

### 第 1 節 日本の当事者が退院後、生活を変化させていくプロセスに関する調査

#### 1. 調査の概要

##### 1) 目的

精神疾患を持つ人の生活の変化の実態を記述し、変化のきっかけとなった出来事を抽出し、それらを統合して退院後地域の中でどのように生活が変化してきたかを明らかにする。

##### 2) 対象と方法

###### (1)対象者

対象施設は、利用者と研究者の関係が取れている地域活動支援センター 1 ヶ所で行った。選定条件は①精神科入院の経験がある②退院後 3 年以上経過している③主治医の診断において、認知症や知的障害の診断がない④症状が安定している⑤研究参加への同意があることとした。リクルート期間は、データ収集期間も含めて 2009 年 10 月～2011 年 12 月までの約 2 年間とした。リクルート方法は全体に口頭と文書で説明し、協力の申し出があった者を対象とした。

同意が得られ、インタビューに応じた人は 11 名でそのうち男性が 9 名であった。年齢は、26 歳から 52 歳、平均 38.3 歳であった。診断名は統合失調症が 10 名、双極性障害が 1 名であった。罹患期間は 10 年未満が 3 名、10 年以上 20 年未満が 5 名、20 年以上が 3 名であった（表 2-1）。インタビュー時間は、27 分から 54 分で、平均 39.5 分であった。

表 2-1 対象者の概要

	性別	年齢	疾患名	罹患期間	入院回数	在宅生活期間	同居	通所期間
A	男性	40代	統合失調症	24年	1回	21年	なし	9年
B	男性	30代	統合失調症	14年	2回	8年	両親・妹	4年
C	男性	20代	統合失調症	3年	1回	3年	両親	2カ月
D	男性	40代	統合失調症	18年	4回	4年	両親・兄夫婦	6年
E	男性	30代	統合失調症	17年	1回	17年	母	9年
F	男性	30代	統合失調症	6年	2回	6年	両親	4年
G	男性	20代	統合失調症	8年	1回	5年	なし	6カ月
H	女性	40代	統合失調症	18年	4回	5年	両親	5年
I	男性	30代	統合失調症	14年	2回	8年	両親・弟	3年
J	女性	40代	双極性障害	20年	7回	5年	両親	5年
K	男性	50代	統合失調症	28年	2回	3年	なし	2年

(2)データ収集期間：2009年12月～2011年12月

(3)データ収集方法：対象者に対し半構造化インタビューを行い、データ収集を行った。インタビュー内容は、(1)最終入院から退院後、生活パターン（起床時間、食事時間、日中の活動時間・内容、就寝時間）はどう変化したか、(2)生活パターンが変化したときのきっかけとその時の思いについて、自由に語ってもらった。対象者の許可を得て録音し、逐語録を作成した。

(4)データ分析方法

①「生活の変化」について

睡眠、食事、活動に関して語られた内容をデータとして抽出した。事例ごとに、退院後現在の生活になるまでの変化について時間の流れに沿って抜粋し実態を記述した。その後、共通性があるものを分



類してカテゴリー名を作成し、時間の流れに沿って図示した。

②「退院後、どのようなことがきっかけで生活が変化したか」について

語られた内容をより理解し解釈する為に、逐語録を何度も読み返した。データから「精神疾患を持つ人が、退院後どのようなことをきっかけに生活が変化したか」に関連した部分を抜き出した。類似する文脈を分類し、語られた言葉に忠実にネーミングしてサブカテゴリーとした。さらにそれぞれのサブカテゴリーの意味を読み取りながら類似性と相違性に基づいて、抽象化しカテゴリー名を作成した。最後に、1) で抽出されたプロセスとカテゴリーとの関連を図示した。

分析過程では、質的研究経験者であり、地域精神領域を専門にしている指導教授にスーパービジョンを受けた。さらに現場の医療スタッフや当事者でピアサポートをしているスタッフにネーミング、関連図の妥当性についてアドバイスを受けた。

#### (5)倫理的配慮

地域活動支援センターの利用者とスタッフに口頭と文書で研究の目的と協力内容、調査方法について説明した。データは、逐語録をおこす段階で匿名とし、個人が特定されないようにした。また、同意してもいつでも中止が可能であることや他者に相談してもよいことを合わせて説明した。

## 2. 地域で生活する人が、生活を変化させていくプロセス

### 1)「生活の変化」について

生活の実態として語られた睡眠、食事、活動に関する内容を分類し、7つのカテゴリーが抽出された。文中、カテゴリーは[]、具体的な内容は（）で示す。変化の内容を表2-6に示す。

退院後は[エネルギーの消耗による活動の抑制]という生活であっ

た。退院直後、環境の変化に適応できず、何もしない生活があった。ほとんどの事例から（半年ぐらい何もすることがなくて、家でボーっとして過ごしてましたね・・・。）（家で何もせずに過ごしてました。）（時々散歩に行く程度でした。元気がない生活だった）等が語られた。この期間の長さは罹患後の経過によって個人差があった。

最初の変化は活動する時間を作ることで[規則正しい生活を試行する]プロセスが存在した。規則正しい生活では、デイケアに参加することで活動の場を得て、生活が規則正しくなったことが語られた。

次のステップとして、[疲労・焦りと症状の悪化]し[活動をいったん停止してみる]という生活が存在していた。そこでは転職を機に生活時間が不規則となり、不調になったため仕事を辞めて閉じこもったり、怪我で入院したことをきっかけに閉じこもったりしていた。

（最悪の生活）と語られ、生活に変調をきたしたことに苦痛を感じていた。閉じこもった生活の中では（昼間に起きておくのがきつくなり、夜に活動していた）などなんとかしたいと葛藤していたことも語られた。その後は、再び活動の場を得て[規則正しい生活を施行する]に戻っていた。生活の変化には[活動の変化と発展][活動を変化させずに維持する][今の活動をステップアップの途上と捉える]パターンがあった。（じっとしていられなくて、動いちゃうんですよね）と居場所を求めて転々としながら変化するパターンや（このままの生活を続けたいと思っています）という現状を維持しようとするパターン、（働くためのステップアップって言うですかね）という次のチャレンジを模索しながら今の生活を充実させようとするパターンであった。

表2-2. 精神疾患を持つ人の退院後の生活の変化

カテゴリー	具体的内容例
エネルギーの 消耗による活 動の抑制	半年ぐらい何もすることがなくて、家でボーっとして過ごす。9時に起きて12時ぐらいに寝る。
	1か月ぐらいは、家で過ごす。時々散歩に行く程度。元気がない生活だった。
	9時に起きて、家で何もせずに過ごす。
規則正しい生 活を試行する	デイケアで活動して、友人と遊ぶようになり、生活が一部パターン化する。
	副作用が軽減し、規則正しい生活が送れるようになった。決まった時間に起きて、家の手伝いをする。デイケアに通う。
	7時半に起きて8時半から仕事、帰って10時半ぐらいに寝る。仕事がきつかったので、ぐっすり寝た。
疲労・焦りと 症状の悪化	最悪の生活。朝方ねていた。昼は家の手伝いをさせられて、きつかった。デイケアに行く予定が行けない日が多かった。
	2年ぐらいして、症状が悪化。仕事が嫌になり、何もできなくなる。
	転職。10時に起きて、16時ごろから仕事、遅い時は24時、1時に寝る。食事でも不規則だった。不調になり、仕事を辞めて閉じこもる。
活動をいつた ん停止してみ る	気持ちも体も重くなって、朝起きれなくなった。休みがちな生活。
	けがで入院生活。退院後、閉じこもる。昼夜逆転の生活。昼間起きておくのが精神的にきついため、夜に活動していた。
活動の変化と 発展	いろいろ〇〇(地域活動支援センター)とか〇〇とか行ってみたんですよ。げんなりしたんですよ。じっとしていられなくて、動いちゃうんですよ。いろんなところ探して、転々としています。自分で変なコントロールしてるんですけど、希望がね、膨らまないようにしてる。膨らむとへこむからね。
	働いている人を見ると自分もなんとかしなきゃって思って。
	デイケアとアルバイトをする。クローズだったので、ストレスもあり、長くは続かなかった。
活動を変化さ せず維持する	7時半に起きて10時から15時まで仕事をして、16時半に帰ります。17時からごはん食べて、自由時間があって、23時ぐらいに寝ます。給料もらえるのがやっぱ、最大の理由ですね。それで続けられたと思います。
	〇〇(地活)に来てから、7時ぐらいに起きて、朝ごはん食べて…4時頃帰宅してすぐご飯食べて、8時頃休んでましたね。今もずーっと一緒です。このままの生活を続けたい。それで精一杯ですね。
	8時に起きて11時に寝る生活ですね。朝ごはんもパンを食べて、家に帰ったらインターネットして。仕事覚えだし、給料もいいから、ここがいいなと思って。ここだと続けられるんですよ。
今の活動をス テップアップの 途上ととらえる	8時半か9時に起きて、地域活動支援センターで活動、夕方は友人とあったりして過ごす。夜7時にご飯を食べて、1時には寝る。睡眠リズムは不規則だけど、ちゃんと来てるんですよ。次は、パートに行こうと思ってんですよ。就労センターを利用してサポートしてもらいながら、続けようと思って。
	8時に起きて地域活動支援センターで活動して、6時ぐらいに帰って6時半ぐらいに夕食をとって、10時ぐらいに寝てる。とりあえずお金もないから、働くためのステップアップって言うんですかね。そういうの考えて、3時間の作業でキツいって言うたらやっぱりいかんし。ずっと勉強ばかりして落ち続けて自信持てずに就職探してっていうのはやっぱ嫌だから。
	7時に起きて、シャワーを浴びて、9時頃家をでる。15時まで作業をして、18時半ぐらいから料理をして、食事をしてテレビを見て、23時ぐらいに寝る。再来年ぐらいには、就職できればいいなと思っています。

## 2) 「どのようなことがきっかけで生活が変化したか」について

インタビューの内容から、「当事者が退院後地域で生活を変化させていくきっかけ」に関する 7つのカテゴリーが抽出された。以下、7つのカテゴリーについて述べる。文中、カテゴリーは[ ]、具体的な内容は（ ）で示す。具体的内容を表 2-3 に示す。

### (1) [エネルギーの回復と納得のいく言葉に後押しされる]

休息を中心に生活することで、何かしなければという焦りやこのままでいいのだろうかという不安が生じるが、自力で行動を起こすことが難しい。主治医の「このままじゃ変わらないから」という言葉をきっかけにそうだなあと自分で思いながらも勧められるままに続けてみるという行動が生じていた。そうだなあという思いは、このままでいいのだろうか、がんばらなきゃいけないという（エネルギーの回復）と主治医の言葉がマッチして腑に落ちる体験をしたことで、受け身的ではあるがデイケアに通おうとして変化を起こしていた。

### (2) [自己価値を高めようとする]

仕事をして、お金をもらって一人前に扱ってもらえる充実感のために生活を変えていた。デイケアでの体験や病気になる前の仕事の体験などによって仕事をするのが向いていると感じたのをきっかけに起こっていた。一方で、（それはめちゃくちゃ楽しかったですね。掛け持ちとかして延長して夜遅くなって・・・。）（生活が不規則になって、それで症状が出たんですよね。）という語りのように、仕事への価値を大きく置きすぎて、生活リズムが乱れてもなお仕事を優先し、病状の悪化を招いた。どちらも仕事することに価値をおいて、充実した生活を送るが、後者は食事や睡眠が不規則となったことで不調となり、症状の悪化を招くことにもつながっていた。

(3) 【抛りどころのない生活から脱却したいという思いと周囲の後押し】

辛い体験が続き環境を変えたいという強い思いと新しい出会いによって前向きな思考に変化し生活が変わった。薬物の調整がうまくいかず副作用に苦しむ生活、よくなっている気がしないなど、今の生活に納得できない辛さや不安から、抜け出したいという思いで環境を変える。そのことで、新しい人との出会いが生まれ前向きな思考に変化していった。今回のインタビューでは、(病院を変わることで、プラス思考が、結果的には元気になれて、すごく、あの、今までの経験ですごくプラスになったからですね。すごく、今でいえば、もう、1日1日が本当に短く感じるようになりました。)など主治医を変えたり、デイケアを変えたりすることで、薬、主治医、デイケアの環境が新しくなり、自分に合う場所や物に出会っていた。そのことで、これまでのことも納得でき、前向きに考えられることで生活が変化していった。

また退院後、症状もあって落ち着かない状況で動き回るが、行く場所が決まり、生活パターンが安定していた。退院後、焦りを感じて動き回る、行き場所を探して、デイケアに行く。対人関係で上手くいかなかったり、周囲からの制止を受けながらも、次々にトライしていくパターンがあった。しかし、動き回るうちに、デイケアでのスタッフや利用者が一生懸命に活動をしているのを見て希望をもらったと語られた。その体験から安心していられる場所ができ、通い始めることで規則正しい生活になった。

とにかく今の状況から抜け出したいと思い、自分にできることを探し行動することで、生活が変化していた。(とにかくこういうところから脱出したいっていうのがあって。で結局、デイケアとか行きたい、行きたいって言って。私はこの病気になって希望というものを捨ててたんですよ。・・・デイケアの不思議な力っていうのは、希望

をくれたなって思って。) など、入退院を繰り返し、こんな生活から抜け出したいと考えて行動を起こしたパターンもあった。じっとしていられず、活動場所を転々とする現状があった。

#### (4) 【納得のいかない生活とエネルギーの消耗】

退院後、何もしない生活という期間がなく、体力も気力も回復しないままに、せざるを得ない形で活動を開始したケースがあった。納得できない状況が続き、疲弊して活動ができなくなることで生活が不規則になってしまっていた。

#### (5) 【自己コントロールできると感じる】

症状をコントロールできると感じることで外出する機会が増えていた。自分の症状を管理できるという実感が、安心につながっていた。その事によって、行動範囲が広がり意外とできる自分に気づいていた。(デイケア通って、病識ができて、自分がその何の症状になっているかとか何を飲めばなくなるかって、そういうのが〇〇先生に代わってからものすごい身に着いたんですよ。…それで、例えば、社会にでるようになって、アルバイトも結構したんだけど、社会と触れ合うようになった。) と語られた。

また、少しでも外に出る、ニュースを書く、体を動かすなど、病気の回復にいいと思ったことを生活に取り入れ習慣化することで、生活が変化していた。入院中に聞いたことや主治医の勧めをもとに実践していた。病気の回復につながるという認識から、行動を起こすことで変化していた。

#### (6) 【活動の場を得る】

昼間に活動できる場ができると、毎日同じ時間に出かけ、食事、睡眠も必然的にパターン化してくる。そのことで、あまり考えることなく毎日を過ごしていけるようになっていた。

また、他者に刺激されて、これなら自分にもできるというものを見つけ、生活に取り入れることで生活が変化していることもあった。

デイケアなど同じ病気を持つ人との交流ができたとき、身近な人が仕事をしたり、デイケアの中で役割を持って何かをしている姿を見て、自分もできるかもしれないと思える。そして行動化することで生活が変化していた。

#### (7) 【過去の体験を意味付けする】

病気をしたこと一時は希望を失ったが、辛い体験の中で、本を読んだり、周囲の人の言葉によって得ることも多かったことに気づいていた。病気をしなければ体験できなかったことにも気づくことができた。そのことで、毎日の生活を受け入れられるようになっていた。病気をした後の体験に意味づけをすることで今の生活に納得していた。

#### 3) 退院後の生活の変化と変化のきっかけ

図 2-2 に示すように、退院直後は[エネルギーの消耗による活動の抑制]の生活を送るが次第にエネルギーが回復し主治医の後押しによって[規則正しい生活を試行する]。何らかの要因によって生活が不規則になると[疲労・焦りと症状の悪化]し[活動をいったん停止してみる]生活になっていた。その後、[抛りどころのない生活から脱却したいという思いと周囲の後押し]や[自己コントロールできると感じる]ことで再び活動の場を得て[規則正しい生活を施行する]に戻っていた。さらに【過去の体験を意味付けする】や【自己価値を高めようとする】ことで[活動の変化と発展][活動を変化させずに維持する][今の活動をステップアップの途上と捉える]という変化のパターンがあった。

表2－3. 精神疾患を持つ人の退院後に「何をきっかけに生活が変化したか」の内容

カテゴリー名	サブカテゴリー	具体的内容例
エネルギーの回復と納得の い言葉に後押しされる	主治医の「このままじゃ変わらないから」という言葉を きっかけにそうだなあと自分自身で納得して強 制的にでも続けてみた	家に引きこもってました。…なんかもう、とりあえず、外に出ることが怖くて、あんまり状態が良 くなく、…、必要なこと以外は動きたくないって感じてました。主治医がですね。このままじゃよ くならないから、デイケアにもう行きなさいと言われて。 それからデイケアに行くようになって、外に出るようになりました。押されてですけど…。主治医 に行きたくないって、行ってたんですけど…でもこれじゃ変わらないからって言われて、そうだな あって思って。 デイケア続けるうちに変わりましたね。
自己価値を高めるために 仕事を始め、生活が変 化する	仕事をして、お金をもらって一人前に扱ってもら う充実感のために生活を変えることができる	仕事みたいな作業が自分には向いていた。仕事して、お金をもらおうと、一人前に扱われてい るみたいな気がした。 家におってぶらぶらしていると、値打ちがないような、人生もったいないな—と思った。お金がもら えるというのが大きかった。
	仕事への価値を大きく置き、楽しくやっていたが、 生活リズムの乱れが病状の悪化を招いた	それはめっちゃくちゃ楽しかったですね。掛け持ちとかして延長して夜遅くなって…。生活も不 規則になった。そしたら、こーいじめられたりして。 (仕事をして) もう薬も減って、運転もバンバンして、嬉しかったですね。生活が不規則に なって、それで症状が出たんですよね。
拠りどころのない生活から 脱却したいという思い(変 わりたいという思い)	辛い体験が続く環境を変えたいという強い思い と、新しい出会いによって前向きな思考に変化 し、生活が変わる	たくさん薬を飲んでいるときは、すごく不安で、デイケアと通院をしながら、病院には行ってた んだけど、なかなか良くなる気配が全然なくて。少しは環境が変わっていいのじゃないかという 思いで、変えましたね。
	退院後、症状もあって落ち着かない状況で動き 回るが、行く場所が決まり、生活パターンが安定 する	で自分自身的にはじっとしてればいいのに、動き回って…。(デイケアに) 行きたい、行き たいって言って、行った。(生活が) ものすごく変わりましたね。起きる時間は、…。
	とにかく今の状況から抜け出したいと思い、自分 にできることを探し行動することで、生活が変化す る。	とにかくこういところから脱出したっていうのがあって…。 ここやたらどうにかいいかな～って思って。自分で見学に行ってみて、選んで、一発で選んだ の初めてだったんですけど、距離的にも遠くないしと思って。(生活は) 変わりました。起きる のが6時です。いっぱいいい合わせて早起きになりました。
納得のいかない生活とエ ネルギーの消耗	退院直後、消耗期のように気力も体力もない が、仕方なく家の手伝いをするために活動をする が徐々に生活が不規則になり活動できなくなった	退院した後は、もう最悪でした。環境が悪かったですね。生活環境が、家がめちゃくちゃでし たね。どんな生活していたか覚えてないですね。そのころ、余計に手伝いとかさせられていま した。今思うと不満に感じていましたね
自己コントロールできると 感じることで活動範囲が 広がる	症状をコントロールできると感じることで、外出す る機会が増え生活が変化する	デイケア通って、○歳くらいいときから病識ができて、自分がその何の症状になっているかとか 何を飲めばなくなるかって、そういうのが○○先生に代わってからものすごい身に着いたんです よ。友達が仕事してみたら言うから、やってみたらやっているうちにできるようになって、それ で視野も広がってきて…。こう社会とかかわるようになって、外の世界が見えるようになって、 よかったですね。
	病気の回復につながるという認識から、行動を起 こすことで生活が変化する	そこで治ってきたんですね。体を使う仕事だったんで… この病気は、体を使う仕事をするとか治るんですよ。頭とか神経を使う仕事をするとか悪くなるん ですけど、体を使う仕事はいいんですよ。 心がけていたのは、入院している時に、まあ退院とかしてからは、1日最低5時間は外に出る ようにしたほうが、あなたにとってはいいんじゃないというアドバイスを]頂いたんですね。そのア ドバイスを、たとえ引きこもっても、そうでなくても、なるべく5分でも10分でも、できたら長めに 近くを散歩してみようかなって思ってまして…。
活動の場を得ることで生 活が規則的になる	他者との出会いによって、これなら自分にもできる というものを見つけ、生活に取り入れることで、生 活が変化した	仕事にチャレンジする人がいたことで、仕事ができるような気がするようになったんですね。 友達がアルバイトしてお金稼いでたから、自分もしたくなるような衝動にかられるじゃないです か。 友達の家に行った時に(料理を) 作ったりしてたんですよ。あこれだったら自分もできるな って。それで(弁当作りを) しましたね。
	昼間の活動を作ることによって、生活がパターン 化する	(○○に行くことで) 変わったのは、規則正しい生活を送れることが一番になりますよね。 ○○は負担もないし、まあ、昼間ぶらぶらするよりは、ちゃんとした給料もでるし、体を動かし たほうがいいんじゃないかと思って。ちょっと用事作って、いいんじゃないかと思って。
過去の体験に意味づけ することで、生活が充実する	病気をした後の体験に意味づけすることで今の生 活に納得する	病気をしたことで、もう駄目だと思っていた。希望を捨てた。 いろいろな体験の中で、本を読んだり、他者の支えをうけたことに対して、得ることも多かった なあと感じる。 健常だったら気がつかなかったと思うんですね。病気をしたことによって、一番気づいたことが、 感謝の気持ちですね。



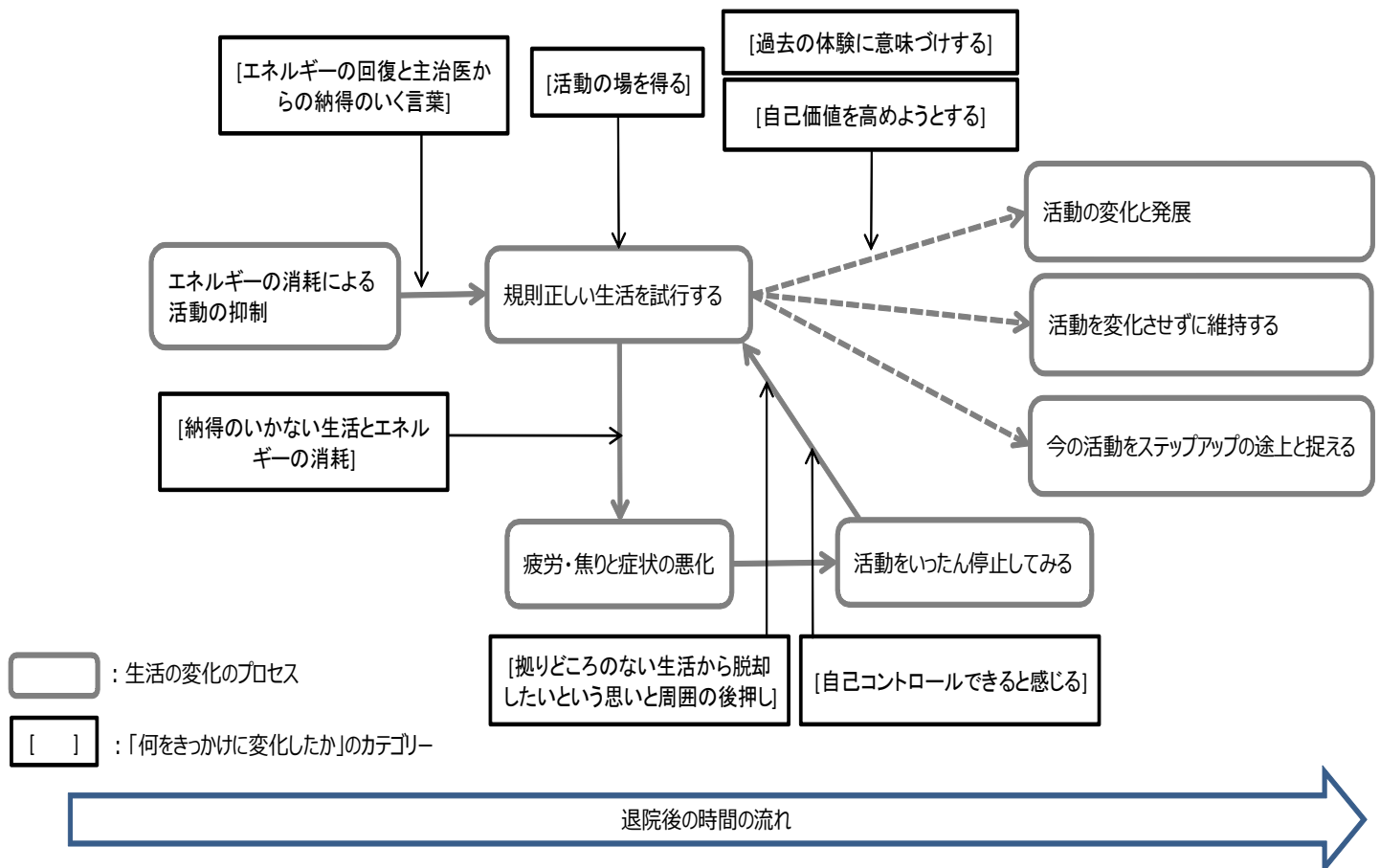


図 2-1 精神疾患を持つ人の退院後の生活が変化するプロセス

### 3. 地域で生活する人の生活の変化のプロセスとリカバリー

#### 1) 退院後の生活の変化とリカバリー

退院後、休息中心の生活によって回復したエネルギーが不安や焦りなどの内面の葛藤として表現されていた。Deegan (2001/2012) は、自分のリカバリーの第一歩は、否認と怒りだったと述べている。現状に納得しないことは決して悪いことではなくリカバリーにつながるものであるとも述べている。つまり、退院後の生活において当事者が抱える「このままでいいのだろうか」という思いと「どうすることもできない」という思いの中で生じる葛藤は、変化のチャンスであり、医療者は、当事者の現状に納得しない感覚に対して、後押しをすることで変化を促すことができる。

その後、活動の場を得て規則正しい生活を試みていた。(とにかく

続けてみた）と語っている。最初は自分の意志というよりは仕方がないという思いも語られていたが、当事者で心理学博士である Deegan（2001／2012）は、日課はリカバリーの初期には重要だったと述べている。日課に頼れることが都合が良かった。朝起きる理由、目的意識がリカバリーを作り上げるのに重要だったとも述べている。リカバリーの最初の段階で、何か活動する目的を作ること、規則正しいリズムを作るとは、リカバリーを促進し、楽に生活できることを助けることにもつながる。

一方で、生活の変化のプロセスにおいて、失敗体験も存在した。納得のいかない生活とエネルギーの消耗を招いたり、生活リズムが乱れた場合に疲労・焦りと症状の悪化を招き、自分の殻に閉じこもる結果を招いていた。リカバリーは、完全な直線のプロセスではなく、時には不安定になりつまづくこともあるが再び挑戦することができる（Deegan, 1988）。そして再挑戦に必要なものは、安全な環境（歓迎される、必要とされる、価値がある）である。次のステップへ進むのに大切なのは、承認されることや達成感、充実感の体験であり、具体的には活動の中で何かを達成する、あるいは集団の中での役割を見つける、やったことに対して褒められる（言語的報酬）である。受け入れられる、肯定される体験によって、認知が変容し、自分もやれるという次のステップへとつながる。Maslow の心理学を整理した Goble によると自己実現への欲求は、愛情の欲求と承認の欲求が満足されたあとに発生すると述べている。Maslow のいう愛情の欲求とは、深く理解され受け入れられることを指している（Goble, 1970／1972）。今回の語りの中には、今の生活から脱却したいという思いと周囲の後押しや自己コントロールできると感じたことが起動力となって再挑戦につながっていた。周囲の後押しは、同じ病気を持つ仲間からの言葉であったり、仲間の頑張っている姿であった。現在、デイケアなど精神科リハビリテーションの領域で

行われているプログラムは、達成感や成功体験、チーム内での役割遂行への支援が重要とされている。この支援は自尊心や自己肯定感につながるものが既に証明されており（池内ら,1991.；河野ら,2008.；田中,2008）、デイケアや地域の中で受け入れられて居場所ができた体験は、つまづいた時に再挑戦するための原動力になりうるのではないだろうか。

挑戦して再発をした体験はリカバリーのプロセスにおいて重要である。Deegan(1988)は、凍りつくような苦痛からの変換によってリカバリーは示されると述べている。今回の結果からも、病気を持ったことによる体験を意味づけすることが今の生活を受け入れる要因になっていた。失敗の体験はリカバリーのプロセスにおいて意味のあるものであることを援助者が理解し、いったん活動を停止した当事者の自己肯定感を取り戻すような関わりやつまづいたことが有意義な体験であったと認識できるような支援が必要である。

## 2)変化を促す支援

今回の語りから得られた変化を促すきっかけには、当事者自身の強い葛藤（抛り所のない生活から脱却したいという思いや焦り・不安）と周囲の後押しや活動の場を得ることなどがあった。これらは、地域において仲間や他者とつながる環境を提供することや当事者の状況に応じて支えるような関わりによってきっかけが作られる。当事者主体の変化ではあるが、ひとりで変化していくことは難しく、周囲にいる専門職は、その人のタイミングや状況に合わせてサポートしたり環境を作る、後押しするなどの支援を行っていく必要がある。Deegan(2001／2012)は、専門職の役割は、サポートすることであり、スキルを獲得するために手助けをすることであり、仲介者という感覚を持つことであると述べている。

## 3)日本の当事者の退院後の生活の変化の実態とリカバリーを促す要因

精神疾患をもつ人の退院後の生活の変化は、[エネルギーの消耗による活動の抑制]から[規則正しい生活を試行する]、一方で[疲労・焦りと症状の悪化]し[活動をいったん停止してみる]という変化があった。その後は、再び活動の場を得て[規則正しい生活を施行する]に戻っていた。その後の生活の変化には[活動の変化と発展][活動を変化させずに維持する][今の活動をステップアップの途上と捉える]パターンがあった。

変化のきっかけには、[エネルギーの回復と納得のいく言葉に後押しされる]、[自己価値を高めようとする]、[抛りどころのない生活から脱却したいという思いと周囲の後押し]、[納得のいかない生活とエネルギーの消耗]、[自己コントロールできると感じる]、[活動の場を得る]、[過去の体験を意味付けする]があった。

失敗の体験はリカバリーのプロセスにおいて意味のあるものであることを援助者が理解し、いったん活動を停止した当事者の自己肯定感を取り戻すような関わりやつまづいたことが有意義な体験であったと認識できるような支援が必要である。

以上の結果から、日本の当事者の生活の変化のパターンが明らかになった。退院直後のエネルギー消耗の時期から一步踏み出すとき、あるいは、体調が悪化して一時的に引きこもった状態から一步を踏み出すときには、信頼できる他者や同じ疾患を持つ友人などの後押しによって行動を起こしている。つまり、一人ではなく周囲の支えや後押しと行動をおこすためのエネルギーによってリカバリーが促進される。

また、実態により、日本においてもリカバリーは促進されていた。しかし、当事者自身に自分の人生を主導するという要素が少なく、一步を踏み出す時に周囲の意見によって進む状況があった。当事者がリカバリーの考え方をすることで一步の踏み出し方への変化と当事者主導のリカバリーが促される可能性がある。

## 第 2 節 公民館活動にボランティアとして参加した当事者の行動変容と内面の変化

### 1. 調査の概要

#### 1)調査の目的

地域で生活する精神障がい者のリカバリーには、障害を持つ人と地域の人との接触が必要である。しかし、接触の方法や接触による意義についてはまだ研究段階にある。そこで今回、精神疾患を持つ人が地域の活動に参加することの意義を明らかにする目的で、公民館で行われる活動にボランティアとして参加する機会を提供し、当事者の行動変容と内面の変化を調査した。

#### 2)調査の対象と方法

(1) 調査対象者：地域活動支援センターを利用している精神疾患を持つ女性 2 名。

(2) 公民館でのボランティア活動の概要

##### <本活動の目的>

本活動は、地域活動支援センター(以下センターとする)利用者のリカバリー支援活動の一つである。図 1 に示すように、センター内での社会的活動から地域活動へと輪を広げ、対人関係能力、社会的技術の構築を目的としている。

①地域高齢者プログラムに参加し、その場の中で心の安定性を保つことができる

②ボランティアスタッフとともに、高齢者の送迎ができる

③プログラムに参加し、自分ができるところを見つけることができる  
(役割獲得=グループ内での居場所獲得)

④自分ができるところを実施することができる

⑤ボランティアスタッフや参加する高齢者とコミュニケーションで  
きる

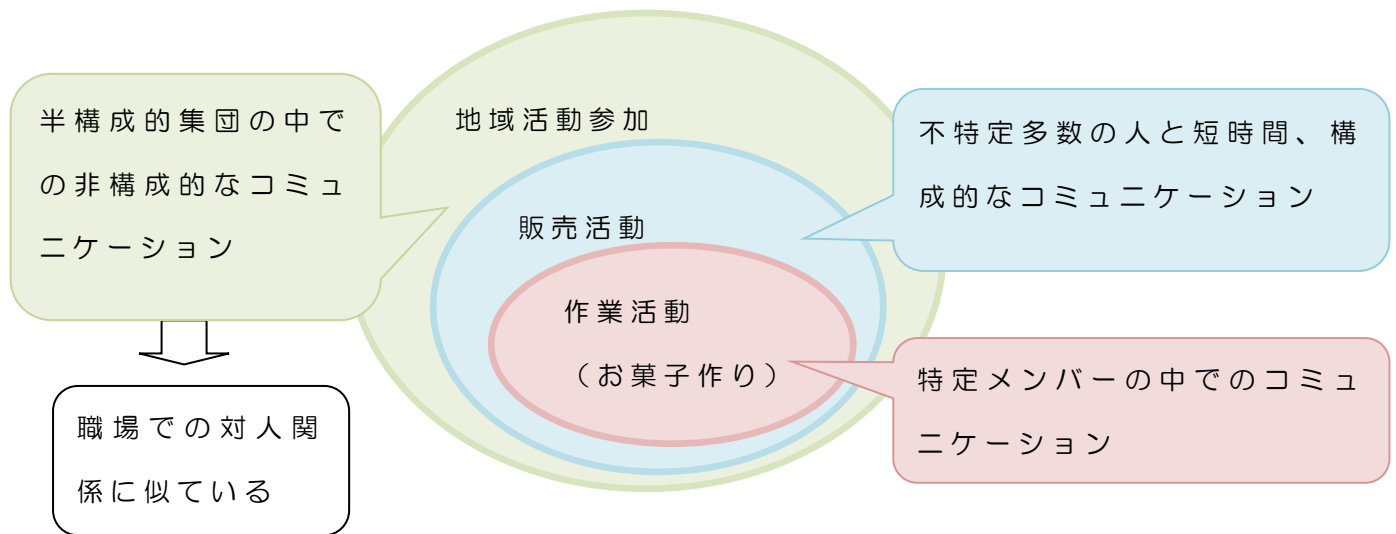


図 2-2. 地域活動支援センターでの活動と本プログラムの関連

#### <活動に向けての準備内容>

##### ①地域ボランティアチームとの調整

研究者が活動の場に出向き、活動に参加するとともに、受け入れのための準備としてボランティアチームとの話し合いを行った。活動の内容を確認しどのような活動が実践可能か話し合った。無理のない範囲ではあるが一緒にできること、お手伝いできる内容について配慮し、車いすでの送迎の動向や後片付けを手伝うこととした。

ボランティアチームの対応については、特に構えずに普通に接してもらうように調整した。

##### ②センタースタッフとの調整

スタッフには、体調や様子を確認してもらうように依頼した。参加するかしないかは本人に決めてもらうようこと、不参加の場合は自分で連絡してもらうようにすることを調整した。

③研究者は、導入段階において同行するが、行動は本人に任せるようにした。

#### 3) 活動の進行方法と社会参加プロセス

STEP 1 : プログラム参加 : 場になれる (席は端の方に居場所獲得)

昼食とレクリエーション (2H)

送迎に付き添う

STEP2 : 送迎に付き添う

プログラム参加 : ボランティアと共に高齢者の中の席につく  
(ともに活動をする)

STEP 3 : 送迎に付き添う

プログラム参加 : ボランティアと共に高齢者の中の席につく  
(ともに活動をする)

準備、後片付け、誘導など、自らの行動が出てくる  
(役割獲得)

主体的に席の確保

4) データ収集の方法 : 公民館活動で月に 1 回、地域の高齢者へ手作りの昼食会を行い、一緒に歌を歌ったり、語り合うといった活動にボランティアとして参加する。仕事の内容は、昼食終了後の後片付け、食後のプログラム参加、車いすや歩行介助が必要な場合の送迎のお手伝いをする。参加開始後 5 カ月は、研究者も同行し参加観察を行う。参加開始後、1 年 6 カ月経過後に当事者とスタッフへインタビューを行う。

5) データ収集期間 : 平成 21 年 8 月 ~ 平成 23 年 1 月

6) データ収集と分析方法 :

行動変容・・・1 回目～5 回目、8 回目、11 回目の活動に参加観察し、当事者の活動内容を記録した。当事者が利用している地域活動支援センターのスタッフ 4 名に日頃の行動の変化についてグループインタビューを行った。記録内容とインタビューないようから行動変容に関する部分を抽出した。

内面の変化・・・17 回終了した時点(1 年 6 カ月が経過した段階)で、

対象者 2 名に半構造的インタビューを実施した。インタビュー内容は①参加前の思い②参加してからの変化③どのような体験で思いが変化したかについて尋ねた。語られた内容は質的帰納的に分析した。データを繰り返し読み内面の変化に関する語りを抽出し、語られている意味に基づいてラベルを作成した。ラベル同士の関連を検討し、行動の変容と関連させながら変化の構造を図式化した。全過程において研究者間でのディスカッション、地域支援を専門にしている教授のスーパーバイズを受けた。

7) 倫理的配慮：地域のボランティアグループおよび地域活動支援センター利用している当事者に研究の目的、意義、活動内容について口頭と文書で説明し同意を得た。またセンタースタッフにも希望者の参加について可能であることを確認した。当事者に関しては、当日の体調を優先しいつでも欠席できるようにした。本研究については、福岡大学大学院人文科学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## 2. 公民館活動による変化

### 1) 当事者の行動の変化について

参加開始当時は、緊張が強く声を出すことがなかった。下を向いて過ごすことが多く、参加者の間に入らず、端の席に座っていた。周囲の人に声をかけられると、笑顔を返すことで精いっぱいの様子だった。結果を表 2-4 に示す。

参加の回数が増えるたびに、自分で仕事を捜しながら手伝うようになった。またボランティアチームの方と、声をかけながら共同作業ができるようになった。プログラムの活動でも一緒に声を出して歌ったり、手拍子をしながら参加できるようになった。利用者との会話はほとんどなかったがあいさつができるようになった。

地域活動支援センターでは、作業能力や作業速度に変化はなかったが、スタッフと目を合わせる、自ら挨拶ができる、自ら相談事を



話す、順序良く整理して話す等の変化が見られた。また、自信のある歩き方、笑顔が増えたなど姿勢にも変化があった。

## 2) 当事者本人が語った内面の変化について

インタビューの内容から、「生きにくさの軽減」と「病気に対する捉え方の変化」がみられた(表 2-4 および表 2-5)。

ボランティア活動を通して地域の 50～60 代の女性と関わる体験によって、同じような年代の人に慣れることができ、「スーパーでの買い物のときに、年配の方が選んだりしていても、自分から行ってゆっくり選べるようになった」「近所の人やお母さんの友達にもあいさつができるようになった」と生活の場での緊張感が軽減したことが語られた。「家に帰って親にああいうことがあったよとか話して。母親は、そうと言いながら聞いてくれて、自信になりました。」と語り、家族との話題ができたことが語られた。「そういう人たちと関わることで動じなくなったというか、何か言われてもイライラしなくなった」「なんか、人が話しているときにイライラしなくなった」「その人たちはその人たちの話をしているんだと思えるようになって、自分は自分のしたいことをしようと思えるようになって、大分変わりました」など生活場面においてイライラ感が軽減し、感情が安定したことを話した。

また、地域の方との交流が深まる中で、「病気を持っていることに対して受け入れてくれた。」「偏見を持っていない人たちもいるんだと思って楽になってきました」と語られ、病気を持っていることへの思いが楽になってきたと語られた。

## 3) スタッフおよびボランティアチームから見た変化

当事者の変化を客観的に評価する為に、地域活動支援センターのスタッフと公民館のボランティアチームに対し、それぞれにグループインタビューを行った。結果を表 2-6、2-7 に示す。

スタッフが感じた変化として、「自分のことを話してくれるようになった」、「休んでも次に行けるようになった」、「一人でも行けるようになった」、「堂々としている」、「意志が強くなった」、「人の中に入ろうとしている」、「人を怖がらなくなった」、「自分から話せるようになった」、「順序立てて話せるようになった」があった。変化しなかった部分としては「作業のペースは変わらない」があった。また、後ろ向きの変化は見られなかった。

「自分のことを話してくれるようになった」では、自分たちのことを話してきてくれるようになったことや挨拶をしてくれるようになったこと、「お話しがあるんですけど・・・」と言って相談をしてくれるようになったことなどが語られた。当事者の一人は、緘黙であり、地域活動支援センターのスタッフに対してもなかなか言葉を発することができなかった。しかし、活動に参加する中で、自分から話があることを伝えて話してくれるようになったことが語られた。

「休んでも行けるようになった」では、体調が悪くて参加できないことがあっても、次に参加できたことが語られた。一度行かなかったならそのまま辞めてしまう傾向があったが、この活動に対しては、一度休んでもまた行こうとする姿勢があり、また体調が悪くてもこの活動の時間だけは出てくるなど、積極的に続けようとする姿勢が見られたことが報告された。

「一人でも行けるようになった」では、当初二人で参加し始めたが、途中調子が悪かったりして一人で行かなくてはいけない時に、スタッフが途中まで付き添ったりしたこともあったが、一人ででも行けるようになっていったと話した。また地域活動支援センターの活動の中でも、誰と一緒になのか気にしたりしていたが、最近は気にすることなくどの活動にも参加できるようになったことも語られた。

「堂々としている」では、地域活動支援センターの活動の中で、歩き方や話し方が自信がある感じになったことや人に教えたりでき

るようになったことなどが報告された。

「意志が強くなった」では、外に出たり、皆の前に出たりすることをためらわずにできるようになったことなどがあった。

「人の中に入ろうとしている」では、地域活動支援センターの中で、いつも端の方に座ったり、お昼もみんなと食べることはなかったがみんなの輪の中に入れるようになったことが語られた。

「人を怖がらなくなった」では、販売活動でも地域活動の中でも、人に対しての恐怖心がなくなっていることなどがあった。

「自分から話せるようになった」、「順序立てて話せるようになった」では、これまで自分から話してくることはなく、スタッフの方から声をかけていたが、最近では自分から声をかけてきて話せるようになったことや報告したりする時も順序立てて話せるようになったことがあった。

ボランティアチームの語りの内容からは、声が出るようになり、交流が進んだことや挨拶や声掛けができるようになって連携する様子があったことが語られた。ボランティアスタッフの中には、挨拶してくれることや毎回来てくれることを嬉しく感じたことや何も考えずに普通に接していたことなどが語られた。

### 3. 事例:公民館活動に参加することで自信を持った事例

20代後半、女性。人格障害。

20代になって仕事に就いた際、人間関係がうまくいかず退職する。その後クリニックを受診し、外来にて薬物療法を開始する。主治医の紹介で地域活動支援センターの利用を始めるが、消化管症状や風症状を訴え、休むことも多かった。またセンターの中では、他者と交流することなく作業を行い、昼食時も他のメンバーとは違う部屋で過ごしていた。

最初の2回は欠席し、3回目から参加した。活動に参加当初は、隅の席に座り、他者との交流はほとんどなく、いわれるがままに行

動していた。活動は 11 時から行われていたが、昼食を一緒に取るとは難しいと本人の訴えがあり、昼食終了後から後片付けまで 2 時間程度参加していた。後片付けのあと「ありがとう。助かった。また来てね。」と声をかけられると笑顔で会釈をしていた。本人の感想は「和やかな雰囲気に参加してよかった。でもやっぱり緊張して疲れた。」と話した。

4 回目、席は参加者の中に混ざって座ることができた。また、途中一緒に歌う場面があったが、声を出して歌うことができた。最後の後片付けでは、自ら「私がしましょうか」と声をかけることができた。

7 回目になると自分から、仕事を見つけて、食器拭きをしたり、ボランティアさんと一緒に作業をしていた。わからないことも自分で確認しながら行うことができていた。ボランティアチームの方は、「最近、道端で会ってもにっこりしてくれて、変わったな～。やってよかったな～って思います。」と言われた。この日は高齢者の方と混ざって、デザートと一緒に食べることができた。

本人は、当初の状況について「うーん、あんまり行きたくないけど、行ってあの、状況が良くなるかもしれないから、頑張ってみようと思いました。」「自分とまだかかわったことのない人たちの中に入って、ものすごく緊張したときにちゃんと自分が最後までできるのかとかそういうことが不安でした。」と語った。

不安や緊張は強いが、何とか今の状況から抜け出したい気持ちやいつか就職していきたい、そのためにはがんばらなくてはいけないという思いを持っていた。その緊張を乗り越えて続けられたことで、今までと違う世界を体験し、居場所を作ることができたという実感を持つことができるようになっていた。

また、参加後の自分の変化について「最初は、お母さんとスーパーにお買い物に行ったりするんですけど、その時に買い物におばさん

たちが来ていますよね。そういう風な人たちの中に行って、選んだりしているときに自分は、いやだなと思ったりして、あんまりこう、選べなかったんですけど、おばさんでもいろんな性格の人がいるということが分かって、それで、スーパーとかに行ってもその緊張というまでではないんですけど、選べなかったのが少しゆっくり選べるようになったのが良かったです。おばさんたちに対してこんなものなんだというのがわかって、楽になりました。」「人と話したりするときに、なんていうんですかね、そういう所に行ったことで話題が広がるというか、私、あんまりこう遊んだりとか人としないので、そういう人たちと関わることで、ストレスが無くなるというか、楽しくできたりして、それが良かったです。」「こういうことがあったよとか親に話して、少しずつ自信になって、来月はどんなふうになるんだろうかと思ったりして。母親との話題ができてよかったです。母親はそうと言いながら聞いてくれて、自信になりました。」「そういう人たちと関わることで、動じなくなったというか、何か言われても、一つ一つにイライラしてたんですけど、落ち着いていられるようになった。」「その人たちはその人たちが話していると思えて、その時はいやだなと思っていたんだけど、その人たちの話をしているんだと思えるようになって、自分は自分のしたいことをしようと思って、だいぶ変わりました。」「病気を持っていることに対して、受け入れてくれたことで、偏見を持っていない人たちもいるんだと思って、楽になってきました。」など、自信が持てたこと、病気に対する偏見が少なくなったこと、外部刺激に対して感情が安定したことを実感していた。

#### 4. 考察

##### 1) 地域交流とセルフスティグマ

精神疾患を持つ人のリカバリーを阻む要因として、スティグマが

あり、精神疾患を持つ人のリカバリー支援を考える時、スティグマの軽減を視野に入れることが必要である（Sirey ら, 2001）。スティグマには、社会的スティグマ（Public Stigma）とセルフスティグマ（Self Stigma）が存在する。社会的スティグマとは、一般の人々が持っている精神疾患を持つ人に向けた偏見であり、セルフスティグマとは、精神疾患を持つ人自身がもつ内在化したスティグマであり、自己肯定感や自己効力感の低下を経験することによって生じるものである（Corrigan ら, 2002）。Link(1987)は、精神疾患を持つ人は、精神疾患に罹患する以前から精神疾患への社会的スティグマを持っており、精神疾患に罹患後に自分自身へのスティグマにつながることを明らかにしている。Corrigan ら(2004)も同様に、精神疾患を持つ人が社会的スティグマを受ける存在に自分になったことでセルフエフィカシーやセルフエスティームの低下を招くと述べている。さらに、セルフスティグマに影響する要因として、社会的スティグマによって差別を受けたという過去の体験がある（Link, 1989）。

地域住民のスティグマに関する研究を概観すると、あからさまな偏見や差別をする回答は少ないが、実際に接する際の戸惑いや不安を感じるものが多いことがわかっている。また、親密さが大きい人は社会的距離を縮めるという結果もある。さらに作業療法教育においても看護教育においても精神科の臨床実習において学生の持つイメージが肯定的に変化したと報告されている（原口ら, 2006；黒髪ら, 2010）。集団での接触よりも個々の接触体験は肯定的な理解につながることも明らかになっている。

今回、地域活動への参加による変化を見てみると、参加開始時は、緊張し不安が強かったと話している。その場の雰囲気には圧迫を感じていた。しかし、回数を重ねるうちに、時間の流れがわかり、自分が何をすればいいのか、段取りがわかったことと慣れてきたことで、「圧倒されている感じ」が「楽しい雰囲気」に変化している。この

同じ場に対する認知の変化によって「地域に居場所ができた」感覚を実感している。このことは、「地域の人に受け入れられた」という自信につながった。その事で、自分の近所の人の中でも緊張しなくなったことが語られている。例えばスーパーで買い物をしていて、近所の年配の方がいても、ゆっくり選ぶことができるようになったり、近所の方が話をしていると被害的に感じていたが、普通にあいさつができるようになったという語りがあった。つまり、他者とのかかわりの中で生じる被害的な感情が減少し、安定することで生きにくさの軽減につながっている。精神疾患を持つ人が地域の方との接触を持つことは、地域での居場所を作り、気分転換や他者と交流する機会となり、そのことが感情を安定させ、生活場面での生きにくさの軽減につながっていた。また、地域の人に受け入れられた実感は、他者からの偏見がないことを実感することにつながり、当事者自身の持つスティグマにも影響したと予測される。

このことは、精神障害を持つ人の社会参加やリカバリーを促進する要因となりうる。

## 2) 地域交流とリカバリー

リカバリーとは、自分の人生の主導権を持ち、自分自身のユニークさを認め、価値あるものとし、コミュニティに属し、参加し、そして希望と夢を創造し、実現していくその過程であると述べている（Leete,1989）。リカバリーの要因の一つに、コミュニティへの所属があり、所属している実感を持つこと、地域で自分の役割を見つけることは、リカバリーを促すきっかけになる。したがって、地域での交流の場を提供することはリカバリーを促す支援になると考えられる。

今回活動による地位との交流の結果を見ると、参加当初は「あまり行きたくない」「知らない人の中に入る不安があった」と語っている。地域の方に受け入れてもらえるのかという心配やどんな繁盛を

されるのだろうかという不安があったことが予測される。しかし、地域の方の語りをみると、ある人は精神疾患を持っているとは知らず、また感じることなく壁を持たずに接していた。その事が、「周囲の反応が肯定的に感じた」ことにつながった。また地域の方も疾患を持っている人たちとともに活動をすることで、誠意を感じたり、あるいは当事者が笑顔で挨拶をしてくれたことに喜びを感じており、実際に接することで肯定的な感情が生じていることがわかる。そのことが、当事者自身にも伝わり「肯定的に受け止められた」という感覚を生じさせていた。したがって、当事者同士の関わりも大切であるが、全く違う場の人たちとの交流をもつこともセルフスティグマの軽減につながり、ひいては、リカバリーを促進させる。

### 3) 公民館ボランティア参加後の当事者の変化とリカバリーを促す要因

今回、地域活動に参加できたことは、地域に受け入れられた体験となり当事者の自信につながっていた。そのことは地域の中での生きづらさの軽減とセルフスティグマの軽減につながっていた。このことは、常に保護的な環境に身を置くのではなく、新たなつながりや新たな出会いが当事者自身の新たな発見となりうることを示している。また、地域活動に参加して、地域の方と交流することは、当事者同士の関わりとは違い、外に出ることの恐怖心を軽減させ、活動範囲を広げる結果となった。地域の方と直接交流することで、地域の方の精神疾患を持つ人に対する肯定的な感覚も生まれた。

地域の人との交流体験が生活の場での緊張感を軽減させ活動範囲を拡大することにつながる。リカバリーを促す一つの要因として、当事者同士だけでなく、他者と交流できる環境を提供することも必要である。



表 2-4. 行動変容と内面の変化

行動変容	内面の変化
<p>&lt; 2 回目 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 声を出して歌うことはなかったが、手拍子やリズムをとりながら参加できた。</li> <li>・ 参加している高齢者の方が話しかけてこられるが、発言はなく笑顔で対応していた。</li> <li>・ 2 回目終了後、参加者の方と話したいと思うが思うように話せないとスタッフに相談する。</li> </ul> <p>&lt; 3 回目 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 片付けの手順がわかるようになった。黙々と片付けを行うようになった。ボランティアの方との会話はなかった。</li> </ul> <p>&lt; 4 回目 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ボランティアチームの中に入って活動ができた。会話はほとんどなく、笑顔だけで対応していた。</li> <li>・ 「自分の行動が、あのような感じでよかったか」と同行した研究者に尋ねてきた。きちんとできていることを伝えると「安心した」と話す。</li> </ul> <p>&lt; 5 回目 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ボランティアチームの方との接</li> </ul>	<pre> graph TD     A[不安 「あまり行きたくない」「知らない人の中に入るのが不安」「自分がちゃんとできるだろうか」] --&gt; B[圧倒される感じ]     B --&gt; C["（慣れてきた） （段取りがわかってきた）"]     C --&gt; D[地域に居場所ができた]     C --&gt; E[地域の人と関わることができた]     D --&gt; F[地域の人に受け入れられた]     E --&gt; F     F --&gt; G[自信]     G --&gt; H[近所の人の中でも緊張が少なくなった]     G --&gt; I[家族との話題ができた]     G --&gt; J[イライラ感の軽減 「スーパーでの買い物が楽になった」]     J --&gt; K[感情が安定]     K --&gt; L[生きにくさの軽減]     B --&gt; M[明るくて楽しい感じ]     M --&gt; N[病気に対する捉え方の変化]   </pre>

行動変容	内面の変化
<p>触が増え、言葉かけや交流ができてきた。</p> <p>&lt; 8 回目 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・最初の半年間は、端の席に座っていたが、徐々に参加者の間の席に座ることができるようになった。</li> <li>・歌のときに声を出して歌ったり、手拍子をしながら積極的に参加していた。</li> <li>・片付けのとき、どうしてよいかわからないときにボランティアの方の指示を待っていたが、自ら尋ねて主体的に手伝うようになった。</li> </ul>	

表 2-5 当事者が地域活動に参加した時に感じた内面の変化

カテゴリー名	サブカテゴリー	データ
不安		あまり行きたくないと思いました。
		知らない人の中に入るのが不安。
		上手くできるかなって心配でした。
緊張		最初のころはすごく緊張して…。
		二人だけで行くようになって、そのころまた心配になって。
		最初は、うーん、やっぱり圧倒されてたから、こっちも緊張してあんまりこう自分から動くというより。
圧倒される感じ		最初のころは強くて圧倒された感じがあって、それが話しているうちによくなりました。
		みなさんすごく元気が良く、そのパワーに圧倒されて…。
明るくて楽しい感じ		周りの人とかが、なんか、話しかけてくれたり、あのなんかこうリラックスできるというかもものすごく緊張が強いという感じじゃないように、お菓子を出してくれたとか、気遣いで、少しずつほっとするところができてよかった。
		なんかおばさんたちも明るくてにこにこして楽しかったです。元気があって。
地域の人に受け入れられた実感	地域に居場所ができた感じ	居場所ができました。
	地域の人と関わるのができた	関わりを持つことができたことが嬉しかったです。少しでも早く慣れたいなと思って、一生懸命でした。
		なんか歌の後は片付けをしてとかそういう段取りがわかるようになって、で次にこう動いたらいいとかいうのがわかるようになって、ちょっと慣れてきたのかなと思いました。
		最近は慣れてきて、来ている方も私から声はかけられなかったんですけど周りの方から、声をかけていただいたことが嬉しかったです。
	周囲の反応が肯定的に感じた	これしていいですかとか聞いたときにあ、それしてもらって言う感じだったんですけど、あのもう自分でこれはこうしていいですかという風に自分から動くことができるようになってそこが変わってきてよかったなと思いました。
		(病氣に対する思いは) 大分変わりました。
感情が安定	近所の人の中でも緊張が少なくなった	病氣を持っていることに対して、受け入れてくれたことで、偏見を持っていない人たちもいるんだと思って、案になってきました。
		行ってみると、なんかこう偏見を持っている人がいるって言うけど、個々のメンバーさんではなく、ちゃんとなんか違う人たちを入れたことによって、ここにこういう風に差別なく付き合ってくれて、よかったなと思って。
		最初は、お母さんとスーパーにお買い物に行ったりするんですけど。
		その時に買い物におばさんたちが来ていますよね。
		そういう風な人たちの中に行って、選んだりしているときに自分は、いやだなと思ったりして、あんまりこう、選べなかったんですけど、そういう風な人たちとかかわれるようになって、自分から、こう、ゆっくり選んだりできるようになっ、
		おばさんでもいろんな性格の人がいるということが分かって、それで、スーパーとかに行ってもその緊張というまではないんですけど、選べなかったのが少しゆっくり選べるようになった。
		お母さんの知り合いの人とお話があまりできなかったけど少しずつお話ができるようになったことが良かったです。
	イライラ感の軽減	近所の人とかに会ったときに、あいさつとかができるような気がします。その年代の人たちと話ができる気がする。
		おばさんたちに対してこんなものなんだというのがわかって、案になりました。
		そういう人たちと関わることで、ストレスが無くなるというか、楽しくできたりして、それが良かったです。
		話せないんだけど、少し話したり、おばさんたち同士が話しているのを聞いたりして、それでちょっと自分が笑ったりして…。いつの間にか笑ったりして、楽しかったりしました。
		そういう人たちと関わることで、動じなくなったというか、何か言われても、一つ一つにイライラしてたんですけど。
		落ち着いていられるようになった。
		大分案になりました。たとえば、なんか話をしているときに、聞きたくなったりとか、自分の世界に入って、人の話を聞いていてイライラしていたんだけど、イライラが良くなりました。
	家族との話題ができた	その人たちはその人たちが話していると思って、その時はいやだなと思っていたんだけど、その人たちの話をしているんだと思うようになって、自分は自分のしたいことをしようと思って、だいぶ変わりました。
		母親との話題ができてよかったです。母親はそうと言いつつ聞いてくれて、自信になりました。

表 2-6 グループインタビューでボランティアチームが語った内容

	具体的に語られたデータ
何も考えずに普通に接していた	① うーん。あんまりわからないわよ。違いなんて言われても、何も考えずに普通に接していたからね。そうそう。特に何もないわね。うん、変わらないって感じ。  車いすで一緒に送って言ったことがあるのですが、ちゃんと質問にも答えられていたし、普通にお話もされていましたね。
声もずいぶん出られるようになりました	② 声もずいぶん出られるようになりましたね。最初は、話しかけても、うって止まっていらっしゃる感じがあったけれど、今は声掛けても話してくださるようになったなっと思いますね。  私は、帰る方向が同じで、道端でもよく会うんですけど、顔も見てくださるし、挨拶もしてくださるようになりましたね。
挨拶もしてくださるようになったね	③ もうちょっと大きな声だといいなあって思うときがありますね。えっ、なにって聞かないといけない感じで。  ④ 毎回、来てくれたのが良かったですね。月に 1 回だから、もう来られないかなって思うと、毎回来てくれて。月に 1 回だから、私たちでもやること忘れてて、わからなかったりするんで、きつと戸惑われると思いますよ。それでも良く頑張って、何かをしようとされますから、えらいですね。
毎回、来てくれたのが良かった	⑤ 私は、明るい感じがしたから、(病気を持っているなんて)全然知らなくて、普通に接していました。そうなんですね、でも明るくて、感じが良かったですよ。
謙虚な感じ	⑥ 謙虚な感じでしたね。
少しずつ、聞いてくれたり、話しかけてくれるよう	⑦ そうですね、最初はだまーっていらっしゃいましたけどね。  なんか隅っこにいらして、でも少しずつ、聞いてくれたり、話しかけてくれるようになりましたね。  ⑧ A さんは、引っ越しがあるってことを自分から言ってこられま

<p>になられました</p> <p>た</p> <p>ちゃんと、自分</p> <p>で言って</p> <p>来てくださ</p> <p>いました</p>	<p>したね。ちゃんと、自分で言って来てくださいましたよ。すご</p> <p>いですね。</p> <p>⑨途中から場所が移動したから、あまり接することがなくなっ</p> <p>て、それで、よくわからないのよね。</p>
---	---

表 2-7. スタッフが感じた当事者の変化

カテゴリー	具体的データ
自分のことを話してくるようになった	そのAさんたちのことを私にもいろいろ話してくれるようになりましたね。
	最初入って来てからほとんど声掛けしてくれないという感じだったんですね。私から声掛けしないとしてくれないという感じだったんですね。挨拶もしないで、うなずきだけだったんですけど。
	あれに行き始めてね、自分から「おはようございます。」って挨拶してくれるし、ちゃんと顔も見てくれるし、表情も明るくなって「ああ、変わったなあ」と思って。
	なんかあっても、私とかでもにこって笑いながら頭下げるだけで、私にまずお話があるなんて言ってきたことは一度もなかったですよ。この長い間。だけど最近2回ほどお話があるんですけど…って言って来て。
休んでも次に行けるようになった	調子が悪くても、「行かなくちゃ」という思いがあって、まあ卒としての会の存在が大きくて、それがあの、あることで行けた。
	休んだらだめだ…ってへこむんじゃなくて、休んでもまた次行けばいいやって、実感として学ばれたような気がします。
	一回行かなくなったらそのまま辞めていたのが、復活できるようになった。
	具合悪くなくてもだめなって感じがしないんですね。良くなったから来ましたって感じで、そんなところもよかった。
一人でも行けるようになった	そういう意味では世の中が怖くなくなったというのがすごく大きいかな。だから一人でも行けるようになったと思いますね。
	一人で行くとき、すごい不安そうで、僕も送って行った時あったんですけど、今はもう慣れてきて一人でも自分で行けましたね。
	ある意味外との接点が増えて、抵抗がなくなってなんでもできるようになったなって思いますね。
	前は、行く相手を気にしてあったんですね。男性であるとか、女性であるとか…。前は誰かになって気にしていたけど、全く気にせずに行きますって言えるようになって。
堂々としている	なんか自信があるような歩き方しますね。今はね。前と違って、自信がありげな話し方ですね。自分からこういかなきゃって思うみたいで。
	だからその今までやってたことが外でも通用するということがわかったことがものすごく大きかったと思いますね。だから施設の中でもすごく自信があるように見えると言うか
	何年もかけてやってきたことが、ちょうどいい具合にボランティアでできて、自信がついたのかな、よかったのかな。
	Aさんは長いから、よく聞かれるんですね、お皿の位置とか。
	その時に声が出てて、ちゃんと教えてるかなって感じで。割とほんとまあ自信が出てきて。
	最近は確かにすごく、自信がある感じが感じてましたけどね。
	ショップでも堂々としているって言われていましたね。おばさんたちが買いに来るけど、堂々としているみたいです。
意志が強くなった	その人に対してとか地域の人に対してとか、まあ ある意味働こうと言う意志とか外に出ようと言う意志が強くなった感じがしますね
	皆と同じお部屋のへっ込んだところに陣取っていたんですけど、声掛けても「あ、いえ…」と言って動かなかったのが、声掛けると前に出てこれるようになりましたね。
作業のペースは変わらない	べつに早さとかって作業の効率だとか、あのその能力的に上がったってことはあまりないです。うんうんないですね。
	ある意味マイペースさは変わってないですね。
	正直その、参加もしたりしなかったりなんて、変わってない感じがするんですけど。
人を怖がらなくなった	人に対して、怖くなくなっていると思います。被害的ではなくなった感じがします。被害的に思っていたのが、自分の思い込みだったのかなということに気付いたと思います。
	あの民生委員さんに対してのいわゆる中年のおばさんたちに対する恐怖心が強くあったんですね。本当にそれが怖くなりましたって、言ってありましたよね。
	ショップとか販売に外に出るのに、全く物怖じしなくなりましたね。
人の中に入ろうとしている	高齢者の中に座れるようになって…。
	そういうのがすごく大事で、いま輪に入っていこうとしてて、朝の会でも。
	よそよそしさがすごくなんか自然で、良かったなっていうのがありますね。最初っからフレンドリーではないですからね。Aさんみたいな人は、たしかに最初っからははいはいってされるのが逆に、引いてしまうかなって感じがするからね。逆にね。自分から入って言った感じがあるんじゃないんですかね。
自分から話せるようになった	スタッフが声をかけないと自分から休みをとったりできなかったんですけど、最後のころには、自分から申し出て、自分で準備していくことができていましたね。
	話したかったけど声が出なかったっていう相談をされて、SSTに出されたことがありましたね。
	先ず声が出るようになって、すごい成長したなと思って。
	その時もちゃんとできてるしね。緊張せずに言えるようになったんでしょうね。
順序立てて話せるようになった	ちゃんとどこに行かなきゃいけないとか、こうしないといけないとか自分の状況を順序立ててきちんと話せたんですよ。今までは、一つ一つ話を引き出しながら会話していたんですけど、自分のことがきちんと言えるようになった。

## － 文献 －

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23
- Corrigan PW, Watson A.C.,(2002)The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology Science Practice*. 9, 35-53
- Corrigan P.W,(2004),How Stigma Intereferes With Mental Health, *American Psychologist*, 614-625
- Deegan, E.P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19
- Deegan, E.P. (2001). リカバリー；希望をもたらすエンパワーメントモデル（第1版）. In B.Catana(Ed.), (2001)／坂本明子監訳（2012）. 第1章 自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー. 14-32, 東京：金剛出版.
- Frederick J. Frese, Edward L. Knight, Elyn Saks (2009) ,  
Recovery From Schizophrenia: With Views of  
Psychiatrists, Psychologists, and Others Diagnosed  
With This Disorder, *Schizophrenia Bulletin*, 35(2)
- Goble, G. F. (1970)／小口忠彦監訳(1972). マズローの心理学. 第4章 基本的欲求に関する理論,59－84,東京:産業能率出版部
- 原口健三, 前田正治, 内野俊郎他(2006), 精神障害者に対する偏見・スティグマの研究－精神科実習は精神障害者に対す

る社会的距離を縮めるか？－,作業療法 25(4), 439－  
448

Houghton,J.F. (1892) , Main-taining mental health in a turbulent  
world. Schizophrenia Bulletin,8,548-552

池内慶公,千原清志郎,本田山郁子 (1991). デイケア活動場面におけ  
るモデリング.精神科治療学, 11, 1291-1297

河野あゆみ,松田光信(2008). 精神科リハビリテーションとしてのレ  
クリエーション療法の再生と評価に関する研究. 日本  
精神保健看護学会誌,17(1),24-33

黒髪恵, 石飛マリコ, 焼山和憲(2010),講義および実習前後の看護学  
生の精神障がい者の対する認識の変化,日本精神科看護学  
会誌,53(2),208－212

Leete,E. (1989) , How I perceive and manage my illness.  
Schizophrenia Bulletin,15,197-200

Link B.G. (1987)Understanding labeling effects in the area of  
mental disorders:An assessment of the effects of  
expectations of rejection.American Social Review 52,  
96-112

Link B.G, Cullen F.T., Struening E. et al (1989) A modified  
labeling theory approach to mental disorders:An  
empirical asesment.American socialReview 54,  
400-423

McDermott,B.(1990) , Transforming depression. The Journal,1(4)  
13-14

Sirey J.A., Brece M.L., Alexopoulos G.S., et al (2001) Stigma as a  
barrier to recovery:Perceived stigma and patientrated  
severity of illness as predictors of antidepressant drug  
adherence.Psychiatric Service 52, 1651-1620



Spainiol L. (1991) , Editorial, Psychosocial Rehabilitation  
Journal,14(4)

田中いずみ(2008). 精神科リハビリテーション介入におけるエンパ  
ワメント効果. 富山大学医学会誌, 19(1), 35-40

Unzicker,R. (1989) , On my own;A perdonal journey through  
madness & re-emergence. Psychosocial  
Rehabilitation Journal, 13(1) , 71-77

Wright,B. (1983) , Physical disability-A psychosocial  
approach,New York; Harper & Row

## 第 3 部

### リカバリプログラムの作成過程

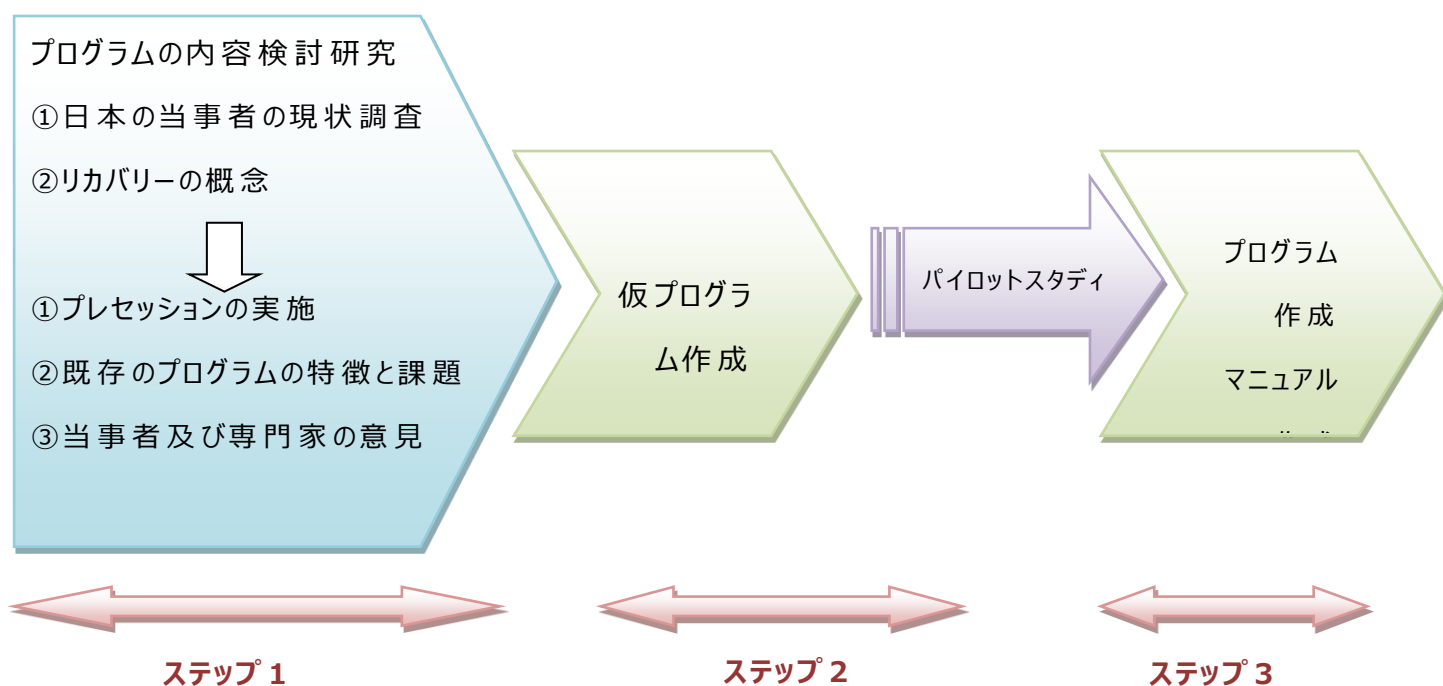


図 3-1 プログラム作成のプロセス

## はじめに

第 2 部では、日本で生活する精神疾患を持つ人を対象として、リカバリーの現状を調査した。

調査の結果からリカバリーを促す為には、最初は後押しが必要であり、そこには当事者自身のエネルギーの回復が必要である。つぎに、つながる感覚である。他者とつながる感覚が必要であり、そこには当事者同士のつながりが大切で一人ではない感覚を感じることに、また受け入れられる体験をすることが大切である。一方で、地域活動であったように、当事者同士だけではなく、新しい出会いも大切である。疾患を持たない人や多様な立場の人とつながることは、セルフスティグマの軽減につながる。そこには緊張や不安を伴うため、安心できる環境を提供しつつ、つながるようなセッティングが大切である。

一方で変化を望まない存在も注意が必要である。居場所ができ、

このままでいいという感覚である。日本に社会的入院が存在するように、地域においても変化を望まず居心地のいい場所での生活を維持しようとする。保守的な考え方であり日本の歴史的背景や文化を反映した特徴であるともいえる。変化を望まない人であっても人間には自己実現の欲求があることを忘れてはならない。維持したいものを大切にしつつ、どうありたいかを考え行動できるように支援することが必要である。Goble(1970/1972)は Maslow の理論を整理した著書の中で、「承認の欲求」と「愛情と所属の欲求」が充足された時に「自己実現の欲求」は起こると述べている。自分のどうありたいかに向けて行動を起こすためには周囲に受け入れられていると実感できることと孤立していない感覚を持つことが大切である。

リカバリーは 1980 年代、アメリカで、精神疾患を体験した人々の手記から生み出された。脱施設化の動きの中、彼らの語りから生まれたリカバリーは、1990 年代に入ると、個人の経験にとどまらず、精神保健政策、また精神障害リハビリテーションの新たな目標概念となった。1999 年には米国公衆衛生総監督報告書（Report of the Surgeon General ,U.S. Public Health Service）において、すべての精神保健支援の目標は有意義で生産的な人生のリカバリーを目指すべきであると明記され、リカバリー志向のサービスやプログラムが推進された。日本でも 1990 年後半、リカバリー概念が注目されるようになり、2005 年頃からそうしたリカバリー促進プログラムが導入されるようになる。

アメリカで開発されたリカバリー促進プログラムとしては IMR(Illness management Recovery: 疾患管理とリカバリー),WRAP (Wellness and Recovery Action Plan : 元気回復行動プラン) Recovery Workbook Program、PTR(Pathways to Recovery)などがあげられる。また、リカバリー志向のサービスとしては訪問型の支援である ACT、就労支援では IPS などが挙げられる。これら

のうち、リカバリーを促進するプログラムとして IMR、WRAP は日本でも実践され、その効果についても少しずつ報告がなされている。リカバリーは文化に影響を受けると言われながら、日本文化に応じた日本独自のリカバリーの促進プログラムはほとんど見られない。数少ない研究の中で、千葉ら（2009）はリカバリープログラムを独自に考案し、介入研究を行ったが、その効果を検証している段階にある。

そこで、第一部で述べた文献検討から得られたリカバリーの概念、第二部の実態調査から得られたリカバリーに必要な要因を基盤におき、さらに WRAP プログラムを実践する、認定 WRAP ファシリテーターたちとともに、その経験を活かしつつ、リカバリー促進プログラムを考案した。そこで第 3 部では、リカバリー促進のためのプログラムの作成プロセスと内容を提示する。

## 第 1 章 リカバリープログラム開発に向けての プレセッションの実施

### 第 1 節 プレセッションの内容

日本において、リカバリーを基盤においた考え方は、地域精神福祉領域で注目されるようになってまだ日が浅く、当事者の間に十分浸透していない。現状調査では、リカバリーの体験はあるものの、当事者自身がそのことを意識しておらず、現状維持にとどまっていることがわかった（黒髪，2010）。

そこで、リカバリーの考え方や概念を理解することで認識の変容を促し、リカバリーの第一歩となりうるのではないかと考えた。そ

こで、リカバリーの概念を理解し、個人のリカバリーに気づくことを目的としたセッションを作成した。その内容を表 3-1 に示す。

第一回目は、「リカバリーとは何か」について話しを聞く。ただ聞くだけでは理解しにくいため、資料やビデオを用いて説明したあと、自分がリカバリーしてきたことを実感できるように、体験を語り合う場とした。

第二回目は、実際リカバリーを体験した人と交流する場を設けた。新しい出会いを設定するためにいつもの場所ではなく、近隣の大学の教室で大学院生や地域精神保健福祉に携わるスタッフなど外部の数人が当事者に加わる形で実施した。より身近な人のリカバリー体験を聞くことで、現実的に考えられるようになることを目的とした。WRAP のファシリテーターであり当事者でもある人を招いて、リカバリー体験について語ってもらった。

第三回目は、今回の参加者がいつも行っている Social skills training (SST) の手法を用いて、リカバリーとは何かについて人に伝えてみることを行った。また SST で用いられる「どうになりたいか」という思考はリカバリーに繋がることも説明した。

第四回目は、さらに身近な人の体験を聞くために、就労した人にリカバリーの体験を語ってもらった。

第五回目は、自分のやってみたいことは何か、どうすればできるかを話しあった。その中で自分のリカバリーとは何かを考え、語り合えることを目的とした。

表 3-1. プレセッションの実施方法

	セッションの項目	実施方法
第 1 回	「リカバリーについて知ろう」について説明会（30 分） 「自分の体験について話そう」討議（30 分） まとめ（30 分）	研究者が資料を作成し、リカバリーとは何か、リカバリーに必要なものについて説明した 地域活動支援センターAの利用者が、自分のリカバリーについて自由に話す 参加者の感想を話し、終了する
第 2 回	「リカバリー体験者の話を聞こう」ピアサポーターの体験談と WRAP の紹介	WRAP ファシリテーターであり、ピアス タッフとして仕事をしている人（2 名） にリカバリー体験談を語ってもらう WRAP について説明する
第 3 回	SST「希望って何だろう」「リカバリー って何だろう」	Social Skills Training(SST)の技法 を用いて、リカバリーとは何か人に伝 えてみる 希望について語り合う
第 4 回	地域活動支援セン ターA の OB の方の 体験談を聞こう	地域活動支援センターAから就労した 人 2 名の体験談を聞く
第 5 回	「自分のリカバリ ーってなんだろう」	自分にとってのリカバリーとは何か を語り合う

## 第 2 節 プレセッションにおける調査実施

### 1. 調査方法

#### 1) 調査参加者

調査参加者は、精神疾患を持ち地域で生活する人を対象とした。精神疾患を持つ人とは、精神科医師により診断を受けた経験のある人で、現在も通院している人とした。除外条件は、参加を希望しない人、認知に障害を持ち質問紙への回答が難しい人とした。

地域活動支援センターAにおいて、開始2週間前より、口頭での説明とポスター掲示を行ってセッションの内容と目的について利用者に紹介をした。結果、19名が参加を希望した。各回の内容と参加人数を表3-2に示す。

第1回は、18名、第2回は12名、第3回は9名、第4回は13名、第5回は15名の参加があった。欠席の理由は、就労支援事業に参加していて実習が入っていたり、仕事があったり、忘れていた、寝坊した、調子が悪かった等であった。全セッションで調査に参加できたのは5名(26.3%)、4回参加できたのは4名(21.1%)、3回参加できたのは5名(26.3%)、2回参加できたのは4名(21.1%)、1回参加できたのは1名(5.3%)だった。

表3-2. 各セッションの概要と調査参加者数

	セッションの内容	調査参加人数
第1回	「リカバリーについて知ろう」	18名
第2回	「リカバリー体験者の話を聞こう」 ピアサポーターの体験談とWRAPの紹介	12名
第3回	SST「希望って何だろう」「リカバリーって何だろう」	9名
第4回	地域活動支援センターAのOBの方の体験談を聞こう	13名
第5回	SST「自分のリカバリーってなんだろう」	15名

## 2) セッションの実施内容

期間：平成22年7月～9月に1～2週間に1回実施した。1回90



分で実施した。内容は表 3-2 に示す。

### 3) 評価方法

(1) 各回の参加状況について参加人数を整理する。

(2) セッション前後、3 カ月後、6 カ月後に **Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMIS)**、**Recovery Assessment Scale (RAS)** による質問紙調査し、平均値の変動および個別の変動を評価する。

(3) セッション終了 6 カ月後に面接調査により、認知の変化を評価する。

### 4) データ分析方法

(1) 各回の参加人数は単純集計する。

(2) RAS および ISMI は、標準の集計方法に準じて得点化し、各回の平均得点を比較する。対象者個人の変化については、得点の変化を確認し、開始前のデータと比較して得点が増加した人数と低下した人数を単純集計する。

(3) 面接調査により得られた IC レコーダーのデータは、逐語録におこし、セッション後の変化に注目してデータを抽出する。抽出されたデータについて、語られた内容に忠実にグルーピングし、内容に沿ってネーミングしサブカテゴリーとする。サブカテゴリー間の関連を検討しカテゴリー化する。

### 5) 評価尺度を用いた理由

#### (1) **Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMIS)**

ISMIS は、米国の精神科医である **Ritsher** ら(2004)によって作成され、信頼性妥当性が検証されている。このスケールはスティグマに関連した主観的経験を内面化したスティグマとして測定するもので、29 項目で構成されている。サブスケールに、疎外感、固定観念、差別に対する認知、社会からの引きこもり、スティグマへの抵抗力がある。ISMIS は、精神障害を持った人によって開発されており、国際的にも多くの文献で使用されている尺度である (Lysaker, 2007,

Mehmet, 2007, Lysaker, 2008, Yanos, 2008)。内在化したスティグマの存在は、リカバリー志向やエンパワーメント、自己肯定感と負の相関をすることが明らかになっている (Ritsher, 2003)。したがって、ISMIS の低下は、リカバリー志向が認知されたかどうかの指標になると考え使用した。

ISMIS は、29 項目で各項目、非常にそう思う「4」～全くそう思わない「1」の 4 段階で、最高が 114 点～最低 29 点で、得点が高いほど内在化されたスティグマが強いことを表す。

## (2) Recovery Assessment Scale (RAS)

RAS は、Corrigan (1999, 2004a, 2004b) によって作成されたリカバリープロセスの評価尺度である。欧米において、エビデンスに基づくリカバリー促進プログラムが開発され、実践的研究が進む中で、リカバリープロセスを評価する尺度の必要性が論じられるようになった (Andersen, 2006)。RAS は多くの研究で使用されており、信頼性、妥当性の検証も行われている。日本においても千葉らが日本語版を作成し、日本の入院患者においても信頼性、妥当性が検証された (Chiba ら, 2010)。RAS は 24 の質問項目があり、「個人的な自信・希望」、「手助けを求めることをいとわないこと」、「目標・成功志向」、「他者への信頼」、「症状に支配されないこと」の 5 つの因子で構成されている。RAS は得点が高いほど、リカバリーが促進していると評価され、RAS の値の変化は、セッションによってリカバリーが促進されたか評価できると考えた。

RAS は、24 項目で各項目とてもそう思う「5」～全くそう思わない「1」の 5 段階で、最高 120 点～最低 24 点であり、得点が高いほどリカバリーが促進されていることを示す。

## (3) 面接調査について

精神疾患を持つ人は罹患して長い経過を経ている人もおり、長年の経験で培われた認識が簡単に変容するとは考えにくい。

Corrigan(2004c)が、セルフスティグマは社会的スティグマによってつくられると述べているように、これまでの周囲の反応や他者との間で生じた摩擦によって現在のセルフスティグマが存在している。

したがって、量的な尺度で明確な反応が出現しない可能性も高く、内面的な小さな変化を捉えることがセッションの評価には必要と考え、面接調査を加えて評価することとした。

## 2. プレセッション前後の変化

### 1) RAS の変化（表 3－3）

RAS の変化を確認する為に、開始前(前)、終了直後(後)、終了後 3 カ月(3 カ月後)、終了後 6 カ月(6 カ月後)の時点で調査した。調査に参加できたのは、前 19 名、後 15 名、3 カ月後 13 名、6 カ月後 9 名であった。10 名リタイヤした理由は、就労や体調不良などで地域活動支援センターの利用がなくなったこと、セッションへの参加が少なく調査に参加の意志がなくなったことなどであった。

RAS 得点の変化を見てみると、セッション前の平均は 77.9、後 80.6、3 カ月後 82.3、6 カ月後 83.9 と全体的に得点は増加した。前と後、3 カ月後、6 カ月後のそれぞれの得点を比較すると、後に増加した人は 11 名(73.3%)、3 カ月後 11 名(84.6%)、6 カ月後 8 名(88.8%)と増加する人の割合が減少する人よりも多かった。

### 2) ISMIS の変化（表 3－4）

ISMIS の変化を確認する為に、セッション開始前(前)、終了直後(後)、終了後 3 カ月(3 カ月後)、終了後 6 カ月(6 カ月後)の時点で調査した。参加者は、RAS と同じであった。

ISMIS の平均点の変化をみると、前 65.8、後 66.8、3 カ月後 65.8、6 カ月後 66.8 とほぼ変化しなかったが、終了後と 6 カ月後に増加していた。前と後、3 カ月後、6 カ月後のそれぞれの得点を比較すると、後に減少した人は 6 名(40.0%)、3 カ月後 6 名(46.1%)、6 カ月後 4 名(44.4%)と増加する人と減少する人の割合はほとんど変わら

ない状況であった。

表 3-3. ワークショップ終了後の RAS 得点の変化

	前 (n=19)	後 (n=15)	3 か月 後 (n=13)	6 カ月 後 (n=9)
平均点	77.9	80.6	82.3	83.9
最高	99	105	96	105
最低	57	56	59	60
増加した人 数		11	11	8
減少した人 数		4	2	1

注) 増加した人数および減少した人数は、前の得点と比較して計算した。

得点は増加するほど、リカバリーが促進されていることを示す。

表 3-4. ワークショップ終了後の ISMIS の得点の変化

	前 (n=19)	後 (n=15)	3 か月 後 (n=13)	6 カ月 後 (n=9)
平均点	65.8	66.8	65.8	66.8
最高	75	80	77	76
最低	42	52	45	52
増加した人 数		9	5	5
減少した人 数		6	6	4

注) 増加した人数および減少した人数は、前の得点と比較して計算した。

得点は、減少するほどセルフスティグマが減少することを示す。

### 3) 面接調査の結果

個別に面接を行い、①セッションについての感想 ②セッション終了後に変化したこと について自由に語ってもらった。データを分析した結果を表 3-5 に示す。

得られたデータから 7 つのカテゴリーと 11 のサブカテゴリーを抽出した。カテゴリーは「行動としての変化」、「内面的な変化」、「変化を望まない」、「自分が駄目だと思った」、「覚えていない」、「前向きな印象」、「日常のストレス」であった。

以下カテゴリーに沿って内容を説明する。

#### (1) 「行動としての変化」について

サブカテゴリーとして、＜日常生活で変化したこと＞、＜チャレンジしたこと＞があった。日常生活の中では、夜歯磨きをするようになったり、日頃の通勤を歩くようにしたなどの語りがあった。チャレンジしたことでは、就労に向けて行動を起こしていたり、別のプログラムに参加したり、他の人に WRAP を紹介したりといった行動の変化がみられていた。

#### (2) 「内面的な変化」について

サブカテゴリーとして＜目標がわかった＞、＜希望を持つようになった＞、＜希望について考えるようになった＞を抽出した。目標については、(みんなで希望を探したい) や (WRAP をしながらみんなを救いたいし自分を救いたい) などの語りがあった。希望については(気持ち的に希望を持つようになった)、ワークショップの中での話から (自分にも彼女ができやしないかって、ちょっと希望を持った) といった語りがあつた。さらに希望について、(希望がないと生きづらい) や (自分に生きる希望があるだろうか) など自分にとっての希望について考えたことを話した。

#### (3) 「変化を望まない」について

サブカテゴリーとして、＜(何かを)やってみようと思わない＞、

< 変わりはない > がある。変化が語られた一方で、あまり変化を望まない語りも存在した。(わかりますけどやる気は起きなかった)、(生活が苦しいですもんね。動けないんですよ) と経済的に苦しいことや何かをやることで苦しくなる不安について話した。

(4) 「自分が駄目だと思った」について

(ちょっと落ち込みましたね。元気な人を見て、自分と違っていたからね。) や (病気っていう壁がでかいっていうか。エネルギーはあるんだけど病気があるから、病気が良くなってんのかとか大丈夫なのか俺・・・って感じですかね)、(案外こうマイナスっていうか、〇〇(地域活動支援センター) 以外の場所ではあんまりこう納得できないっていうか、だめだなーって思う) など、普段意識されていなかったがセッションに参加することで自信を喪失したり、不安を感じたこともある。

(5) 「覚えていない」について

(あんまり記憶がないんですよ) とワークショップの内容をほとんど覚えていないと話した。

(6) 「前向きな印象」について

WRAP について(勉強していくと元気になれる)など、前向きな印象でとらえている。

(7) 「日常のストレス」について

就労支援に参加したり、法事があったりして、ストレスな出来事が生活の中で起こり、一時的に落ち込んだり、体調を崩していた。

### 第3節 プレセッションの効果と課題

RAS の結果から、リカバリープロセスは促進されたことがわかった。ISMIS については、ほとんど変化が見られないが、終了直後に一時的にスティグマ得点が上昇しており、何かしらの影響を受けたことがわかる。インタビュー結果を合わせてみると「自分はダメだ

と思った」という内容が語られており、身近な人のリカバリー体験は自分にもできるかもという可能性を感じるが、逆に元気な人を見て自分とは違うと感ずることもあった。大幅な変動ではないが、留意が必要である。

また RAS は変化が見られたが、ISMIS は変化がほとんどなかったことを考えると、リカバリーのプロセスを促進するような認知の変容は、比較的短期間でも可能であるが、セルフスティグマに関しては、長期的な観測が必要であることが示唆された。

リカバリー志向を導入していくということは、認知機能の障害を持ちつつも、自分で選択して行動することを前提とする。今回のセッションではこれまでの流れで、皆が参加するから参加した当事者もいたが、それでも、リカバリーの考え方に関心を寄せ、自分にできることについて考えることを通じて RAS の変化をもたらしたと考えられる。しかし ISMIS の変化に至っていないことは、リカバリーを継続していくために必要と思われる自律性の支援や自己肯定感の上昇、有能感、統制されないと感ずる感覚などは芽生えていない可能性がある。今回のセッションにおいて、リカバリーに対する内発的動機づけに至らなかったことは、統合失調症で認知に障害があることが直接結びついているというよりは、これまでの体験から変化を望まない傾向にあったのかもしれない。また変化することに不安があった可能性もある。これまでの体験を肯定的に受け止めることに結びつかなかったことも考えられる。認知の障害を考慮するとすれば、より分かりやすく、簡潔で、実感できる構造と自己選択やこれまでの体験を肯定的に考えられる内容が必要である。体験者の話やリカバリーについての説明を聞くといった内容が多く、自ら語るや相互交流が少なかったことも影響している。

面接調査の内容をみると、ポジティブな内容とネガティブな内容に分かれている。ポジティブな側面は、参加者自身の「目標」が明

らかになったり、「希望」について考えたり、実際に行動が変容したり、チャレンジも生まれていた。一方で「変化を望まない」ことや「自分はだめだ」と思った内容も語られている。セッションでは、リカバリーを体験しピアスタッフとして仕事をしている 2 人に体験談を語ってもらったが、2 人が今回の対象者と全く面識がなかったことや非常に元気そうに見えたことから、自分は違うと感じ、不安やスティグマの増加につながったことも考えられる。

次に参加人数を見てみると、最多で 1 回目 18 名～最少 3 回目 9 名であった。また 5 回通じて参加できた人は 5 名と少なく、継続しての参加が難しいことがうかがえる。したがって、セッションの回数や間隔については検討が必要である。また途中参加できなかった理由に体調不良があった。面接調査のデータからも日常に起こったストレスによって体調が悪化したという語りもあり、日常に起きたこともデータに影響した可能性は考えられる。また参加しなかった他の理由として、寝坊や忘れていた等もあり、動機づけが十分にできていなかったことも課題として残った。

リカバリー体験者の話は、同じ疾患を持つ当事者同士のリカバリー体験であり、希望について考える機会となったが、一方で一時的に不安を増強させることもあった。身近な人のリカバリー体験にすると遠い存在として考えず、自分にもできるかもという思いを引き出すことが可能なのではないだろうか。当事者の体験は、「希望」をもつきっかけとなっているため不可欠な内容であると位置づけるが、当事者の選定には留意が必要である。

また RAS の変化はあったが、ISMIS の変化に至っていないところから、内面的な変容が弱かった可能性がある。セッションは、認知の変容に基づく行動変容が必要であり、当事者が主体的に参加し、自己選択をしながら行動していくことができる方法が必要である。



表 3-5. 面接で語られた内容とカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
行動としての変化	日常生活で変化したこと	(地域活動支援センターに)歩いて来るようになった。 歯磨きですかね。夜歯磨きをするようになりましたね。
	チャレンジしたこと	ヘルパー講座とか、働こうかと思って、就労支援センターに登録した。  今度終わる前に、掃除の講習に行ってる。  木曜亭…。これは、まあ料理をして年越しそばとか作ったし、いろいろ、料理を作ろうかなって気になったですね。  WRAP の紹介をしてるんですよ。メールで。  みんなが司会をする機会を作ったんですよ。それで雰囲気も変わるかなと思ってですね。そしたらまた、相手の話も聞けるんじゃないかなって感じで…。
内面的な変化	目標がわかった	目標は、今は特にない。自然体でいたい。  みんなで希望を探したいっていうのもあるんですよ。  WRAP をしながら、みんなを救いたいけど自分を救いたいって言うのがあるんですよ…。  (地域活動支援センター)を少しでも活力を与えたいな～っていう思いが出てきましたね。  目標としてるのは、週 5 で作業所来れるようになって、1 階で働けるようになって、で、仕事をするようになるっていうことですね。

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
内面的な変化	希望を持つようになった	<p>気持ち的に希望を持つようになりました。明るくなってきました。大きいですね。</p> <p>希望のことを〇〇さんに聞いたら、彼女に振られたばかりだけどまた彼女ができるんじゃないかっていう希望があるって言ったのを聞いて、自分にも彼女ができやしないかとちょっと希望をもったことですかね。</p>
	希望について考えるようになった	<p>WRAP の希望っていうところでとどまってるんですよ。自分に生きる希望があるだろうかというところで止まってるんです。責任とまではいかないですね。</p> <p>希望について考えましたね。希望がないと生きづらい。</p>
変化を望まない	(何かを)やってみようと思わない	<p>やってみようかなって思ったことは、生活が苦しいものでですね。</p> <p>動けないんですよ。あんまりね。</p> <p>わかりますけど、やる気は起きなかったですね。何でかは分かんないですね。</p> <p>やったほうがいいんだろうなとは思いますが、やるならしんどいだろうなって思う。やってる自分を想像すると、もうやらないだろうな・・・って感じ。</p>
	変わりはない	<p>変わりはないです。全然変わらないです</p>

カテ ゴ リ	サブカテゴリー	具体的内容
自分が駄目だと思った	自分は駄目だなーと思った	<p>案外こうマイナスっていうか、〇〇（地域活動支援センター）以外の場所ではあんまりこう納得できないっていうか、だめだなーって思う。</p> <p><b>WRAP</b>に行きましたね。あれで、人間関係のむずかしさがわかりましたね。</p> <p>ちょっと落ち込みましたね。元気な人を見て、自分と違っていたからね。</p> <p>病気っていう壁がでかいっていうか。エネルギーはあるんだけど病気があるから、病気が良くなってんのかとか大丈夫なのか俺・・・って感じですかね。</p> <p>そんなに変わってきてるの？自分は変わってないんじゃないの？駄目なんじゃないの？って感じ。自分でもトンネル抜けれない感じがするのうすうすわかってるんだけど認めたくない感じ・・・。仕事ができた時が、トンネルを抜けたような感じになるですよ</p>
覚えていない	印象にない	<p>（印象に残っていること）あんまりない。</p> <p>何しましたかね。あんまり記憶がないんですよ。</p> <p>〇〇さんの話は、その時はいいなーと思います。すぐに忘れちゃいますけど・・・。</p>

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
前向きな印象	印象に残っていること	<p>WRAP っていうのを勉強していくと、元気になれるとか、自分の状態を知っておくとか、いい時はどうとか</p> <p>前向きに生きていくことはできると思うんですよね。俺が必要としてるところは、仕事なんですよ。</p> <p>WRAP の人たちがきたじゃないですか。だけん、その人たちは、ああ前向きに頑張ってるな・・・っていうのは印象に残っていますけど。そんなくらいですね。</p>
日常のストレス	生活上でストレスがあった	<p>掃除の講習がその時だったと思うんです。資格も取らないかんし、大変だったんですよね。</p> <p>(気持ちは)上がってはないかもしれないですね。ちょっと心配とかもあるからですね。</p>

## － 文献 －

- Andersen, R., Caputi, P., Oades, L., (2006) , Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 40 (11-12), 972-980
- Chiba R., Miyamoto Y., Kawakami N., (2010), Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 314-322
- 千葉理恵、宮本有紀ほか (2009) , 地域で生活する精神疾患を有する人を対象とした、リカバリー促進プログラムの効果検証－無作為化比較試験－2009 年度財団法人 在宅医療尾助成 勇美記念財団 在宅医療助成 一般公募 (後期) 完了報告書
- Corrigan, P.W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., Okeke, I., (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health J* 35 (3), 231-239
- Corrigan, P.W., Phelan, S.M., (2004a) , Social support and recovery in people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal* 40 (6), 513-523
- Corrigan, P.W., Ralph, R., (2004b) , Introduction: recovery as consumer vision and research paradigm. In: Ralph, R.O., Corrigan, P.W. (Eds.), *Recovery in mental illness -Broadening Our Understanding of Wellness-*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 3-17

- Corrigan P.W., (2004c) , How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist* 59(7), 614-625
- Goble F.G.(1970)/小口忠彦(1972),マズローの心理学,産業能率大学出版部,64-69
- 黒髪恵,長浜美智子(2010),地域で生活する精神障害者の回復のプロセスと回復促進に影響する要因,福岡大学臨床心理学研究第8巻,21-28
- Lysaker P.H, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N., (2007), Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 149 , 89-95
- Lysaker P.H, Buck KD, Taylor AC, Roe D., (2008) Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157:31-38
- Mehmet A. Ersoy, Azmi Varan , (2007) Reliability and Validity of the Turkish Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale, *Turk Psikiyatri Dergisi* (Turkish Journal of Psychiatry), 18(2)
- Ritsher J.B., Poorni G. Otiligam, Monica Grajales, (2003) Internalized stigma of mental illness; Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49
- Ritsher J. B., Phelan J.C., (2004) : Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265

Yanos P.T., Roe D, Markus K, Lysaker P.H., (2008), Pathways  
between internalized stigma and outcomes related  
to recovery in schizophrenia spectrum disorders.  
Psychiatric Services, 59, 1437-1442

## 第 2 章 リカバリー促進プログラムに必要な内容

### 第 1 節 リカバリー促進要因

リカバリーについて、Rapp(2010)は「自分の人生における重要な決定に関して主導権を持つこと」と述べ、「希望を持ち、自分の人生のあらゆる側面を楽しむことである。・・・リカバリーは過程であり転帰でもある。何かを経験することであり、何かを達成することでもある」と述べている。Deegan(2001/2012)は「元の自分に戻るわけではない。自分の限界をみつけ、限界の中に新たな可能性を発見する過程」と述べており、その人が主体であり自らが選択し行動していくことが必要である。

リカバリーを促進する要素について、Leamy(2011)がリカバリーに関連する文献レビューを行っている。その結果として 87 の文献のうち、50% がリカバリーは行動の過程と明記していることを明らかにしている。またリカバリーの過程については①つながり、②希望と未来に対する楽観性、③アイデンティティ、④意味ある人生、⑤エンパワメントの 5 項目に分類している。したがってリカバリーの促進を目的としたプログラムには、5 つの視点を考慮する必要がある。

さらに実態調査の結果（黒髪,2010,2013）から考えるリカバリーに必要となる体験には「精神疾患を持つ人のリカバリー体験を聞く」、「認められることでチャレンジが生まれる体験」、「心が動いて行動につながる体験」があった。さらにこれらにつながる核となる要素として、「希望」を感じることもあった。

「精神疾患を持つ人のリカバリー体験を聞く」ことは、同じ疾患を持っていてもリカバリーしていることを知ることで、自分にもできるかも・・・という思いが生まれる。一方で、あの人はできたけど・・・



という思いも生じやすい。したがってより身近な存在でリカバリー体験を語ることが大切であり、参加者が自らの言葉でリカバリーを語ることができるようにする必要がある。

「認められることでチャレンジが生まれる」では、Maslow の承認の欲求があるように、人には、認められたいという欲求がある(Gobel,1970/1972)。Maslow の欲求段階層で承認の欲求を充足することで自己実現の欲求が生まれるとされているように、当事者の語りからも、認められることでチャレンジしている自分がいたという内容があった。したがって、グループの中で認められる体験をすることが、次の行動を引き起こす要因となりうる。

また、Farkas(2005)は、利用者の主張や文献からリカバリー志向プログラムの構成要素として①個人の志向性を尊重②個人の関与③自己決定／自己選択④希望を挙げている。具体的には、その人の持つストレングスや才能、関心事に焦点を当てること、リカバリーに関するすべての過程において本人が選び決めることが必要である。

## 第 2 節 リカバリー志向のプログラム

現在日本に導入され、実践に用いられているリカバリー志向のプログラムには、IMR(疾患管理とリカバリー)と WRAP(元気回復行動プラン)がある。

日本独自のプログラムとしては、べてるの家で実施されている当事者研究がリカバリーを基盤にしたプログラムといえる。現在効果検証中にあるものとして千葉らが開発しているプログラムもあるがまだ一般的には実践されていない現状である。今回は、実践に使われている IMR と WRAP について、概要と効果、限界について述べる。

### 1. IMR：疾患管理とリカバリー

IMR は精神疾患を持つ者が服薬・症状や生活などを自己管理し、自らの人生の目標（リカバリーゴール）に向かって前進するために必要な情報や技術を獲得できるようにパッケージ化された心理社会的介入プログラムである(池淵ら,2009; 石澤ら, 2010)。アメリカやオーストラリアで行われた研究では、疾病自己管理能力、希望、全般的機能、知識、症状に関する苦悩、目標に対する姿勢の改善を明らかにしている（Mueser ら,2006; Salyer ら,2009）。またイスラエルで行われた研究では、IMR 実施群は対照群と比較して病気に関する知識が増加し、目標への前進を認めたことを明らかにした(Hasson ら,2007)。日本では藤田ら(2013)による統合失調症患者 81 名を対象にした介入研究で、参加後に全体的な機能向上、精神症状の改善、精神疾患の自己管理に必要な知識や技術、自己管理に対する自信の向上、QOL、地域生活を送る自己効力感の向上が明らかにされている。IMR の中でもリカバリーのモジュールに関してはリカバリーの促進に寄与しているといえる(内山ら,2010; 武井ら,2011)。リカバリーモジュールでは本人の希望する目標（リカバリーゴール）を決め、目標達成のためのスモールステップを決めていく。そして目標の達成をプログラム実践の都度、丁寧に確認していく。IMR の効果を考えると、自分で決めた目標達成状況を語り、周囲からの肯定的フィードバックが行き交う場にすることはリカバリー促進プログラムに必要である。

本プログラムは、リカバリー戦略 4 セッション、統合失調症／双極性障害／うつ病に関する実践的事実 4 セッション、ストレス－脆弱性モデルと支援方法 3 セッション、ソーシャルサポートの形成 7 セッション、薬物治療の効果的使用 4 セッション、再発を減らすこと 4 セッション、ストレスの対処 6 セッション、精神保健システムにあなたのニーズを適合させること 3 セッションで構成され、合計 40 セッションある(SAMHSA , 2009)。週 2 回、1 回

45～60 分（1 回に 1～2 セッション）実施して、3～6 カ月かかる。強い動機づけがあり、長期にわたって継続できることが必要でありこの点に支援を要すると考える。さらに藤田らは、用語をわかりやすくすることも必要であると述べている（2007）。

## 2. WRAP：元気回復行動プラン

WRAP は精神的困難を体験した Marry Ellen Copeland らによって考案されたプログラムである。経験から生み出されたツールであり、リカバリーに大切な 5 つのこと、そして元気に役立つ道具箱、さらに日常生活でいい感じにいるための 6 つのプランからなる（Mary,1997）。グループでそれらの方法を学びあうが、自分のプランを決めるのは自分であり、自分が自分の専門家であるとしている。また WRAP は、いい感じの自分に向かって、自分でできる、自分で決めた安全で安心な方法で、元気になり、元気であり続けようとする。健康管理は自分の責任で行うものであり、事前に自分で行動プランを作成し、それに準じて行動することとなる。自分の健康や人生の主導権を持ち、自分の望む生き方ができることがリカバリーであり、信念であるとしている。

また、WRAP グループはファシリテーターが価値と倫理に基づいて実践する。価値と倫理には、リカバリーは際限がないことを伝える、希望を感じられる、ありのままに個性的で特別な人として認める、扉を開くものであってもその人の進む道を支持するものではないという自己決定などについて明記されている(坂本,2011)。WRAP はピア主導のプログラムと定義されているが、このピアは精神疾患の体験者を指すのではない。WRAP を使って元気になりたいと思う人がピアであるという見解に立っている。そのため日本では、WRAP グループを開催するファシリテーターは精神疾患の体験者ばかりではなく、精神保健福祉領域の専門職である場合もある。また実践場

所も地域のカフェや公共施設などで開催されていることも特徴である（坂本,2011）。

筆者は WRAP に参加して、参加者が立場や経験を超えて、リカバリーや元気に役立つ工夫をお互いの経験から学びあうこと、それぞれの経験に基づく多様なアイデアや経験そのものが尊重されるため、一人の人として他者から受け止めてもらう経験につながり、それがリカバリーの促進の要因になっていると感じた。日本における WRAP の評価研究は、横断的な質的評価にとどまっており、縦断的な評価は少ない。Mary らの評価研究によると、23 サイクルの WRAP コースに参加した 435 名中、当事者であり回答をした 147 名の回答について、前後の得点を比較して、有意に効果があったとされる項目は「精神症状の注意サインについての知識と前駆症状に対処する方法と技法に関する知識」、「サポートグループを用いることを好む」、「精神疾患を持つ人にサポートを依頼する事を好む」、「日常生活の中で元気に役立つ方法を用いている」であった(2010a)。また 435 名中 38 名がファシリテーター研修に参加し、その 3 分の 2 が実際にファシリテーターとして活動していることを明らかにしている。つまり、疾患を抱えながら生活することに対して、困った時の対処方法を編み出しながら自己管理能力が向上し、その事によって、活動の場が広がっていることを示している(2010b)。

しかし、地域で開催される場合、精神障害を持つ人々の中でもそのような場所に出かけていける人には有用と思われるが、入院中、もしくは同じ精神保健福祉サービス機関以外の場に出向くことを躊躇する者にとって、参加は難しい。通所しているなじみの場所における WRAP の実践は行われている場合もあるが、その場合は、立場の違う様々な人々とウェルネスやリカバリーについてお互いの経験から学びあうという WRAP の魅力が発揮されづらい。この点において、WRAP の課題があると考ええる。

### 第3節 内容抽出を目的とした体験者へのインタビュー

#### 1. インタビューの概要

##### 1) 目的

これまで、既存のプログラムの特徴、実態調査、リカバリーに関する文献を基にリカバリーに必要な内容を抽出してきた。今回は、リカバリー支援を実践している WRAP 研究会のメンバーや参加経験者が考えるプログラムの内容についてインタビューを行うことで、さらに実践可能な独自のプログラムを考案したいと考えた。

##### 2) 対象と方法

2012 年 3 月、リカバリープログラムを実施した地域活動支援センターおよび WRAP 研究会会員に文書と口頭で説明し参加を依頼し、同意を得た 12 名に対し、3 時間のグループインタビューを行い、リカバリー促進プログラムに必要な要素を抽出した。参加者の内訳は精神疾患を持つ WRAP ファシリテーター 8 名、精神保健福祉の専門職 4 名であった。

インタビューデータの分析は、①インタビュー内容から逐語録を作成する②内容を熟読し、プログラムに必要なことについて語られている文脈を抽出する③抽出した文脈の意味を読み取りながら、同じ意味を持つものに分類しカテゴリー名を作成した。

#### 2. インタビューで語られた内容

逐語録から抽出された内容を表 3-6 に示す。

分析の結果、【内容に関するもの】【環境に関するもの】【方法に関するもの】【体験に関するもの】の 4 つに分類された。

##### 1) 内容に関するもの

内容に関するものは、「リカバリーの体験を聞くことで自分にもできるかもという思いになる」、「ストレングスに焦点をあてることで元気になる」、「心が動いて行動につながる」、「共感が生まれる」、「自

分だけじゃないという体験ができる」、「自分も話したくなる」、「いいと思うものに手が出ないことを共有する」、「交渉術を身につける」という 8 つのカテゴリーが抽出された。「リカバリーの体験を聞くこと」は、「自分だけではない」という思いや「共感が生まれる」ことにつながる。そのことで、「自分にもできるかも」という希望につながっていく。また他の人の体験を聞くことで、自分のことも話してみたくなるという意見もあった。その他には、「いいと思うものに手が出ないという思いを共有する」があり、いいとは思ってもなかなか行動に移せなかった体験が語られた。そこには、自分に自信がないことや失敗が怖いため変化を望まないという意見もあった。「交渉術を身につける」では、自分の変化に対する周囲の反応が厳しかった体験が語られた。行動を起こし、変化していくときに、周囲の医療者や家族は病状が悪化していると捉えやすく、その事が行動を起こすとき不安につながるため、周囲を説得する方法を身につけておく必要があるという語りであった。

## 2) 環境に関するもの

環境に関するものでは、「安心して参加できる空間を作る」、「認められる感覚によってチャレンジが生まれる」、「チャレンジすることは怖くないという体験ができる」、「今までのが駄目だったという感覚にならない」、「カフェの雰囲気です話やすくする」という 5 つのカテゴリーが抽出された。セッションを行う場の環境としては、一番多く挙がっていたのが「安心して参加できる空間」であった。その他「認められる感覚」や「怖くないという体験」、「今までのが駄目だったという感覚にならない」など参加者の内面を脅かさない、安全な物理的、人的環境が必要であるという語りがあった。「カフェの雰囲気です話やすくする」という意見もあり、和やかな雰囲気も必要である。

## 3) 形式に関するもの

形式に関するものとしては、「0セッションをして意図を伝える」、「参加は自由意志とし、いろんな人が参加できるようにする」、「新しい出会いがある」、「ファシリテータチームを作る」、「お互いが話し合える、聞きあえる」、「自由さがある」、「形にして取り入れやすくする」、「いつでもできるように簡単な形式にする」という8つのカテゴリーが抽出された。

まず「0セッション」を実施することが挙げた。プログラム開始前のセッションであり、宣伝を兼ねた体験をするセッションである。口頭での紹介や掲示物での紹介では良さが伝わらないことや自由意思で参加してもらうためにも必要であるとの意見だった。「参加は自由意志とし、いろんな人が参加できるようにする」では参加者が自由に参加できることと当事者が参加して専門職がファシリテーターをするという従来の方法ではなく、その垣根を越えて幅広く意見を言い合うことが視野が広がっていくとの意見だった。「ファシリテータチームを作る」では、その場の当事者やスタッフも参加していただき、誰でもできるようにしていくことが新しいという意見だった。「新しい出会いがある」では、安心できる空間は大事だが、いつものメンバーだけではなくて、自分たちの慣れた空間で新しい出会いがあることが、大切であることが語られた。「自由さがある」、「形にして取り入れやすくする」、「いつでもできるように簡単な形式にする」というカテゴリーは、相反しているが、自分たちで作り上げていくという自由度があったほうが主体性につながるし窮屈にならないという意見だった。一方で「形にして取り入れやすくする」、「いつでもできるように簡単な形式にする」終了後も気軽にできたり、参加者が別の場所で実施できることが取り入れやすさにつながるという意見だった。

表 3-6 インタビューから抽出されたカテゴリー

分類	カテゴリー	語られた内容
内容に関するもの	リカバリーの体験を話してもらう	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ どうして一歩が出られたんだろうとか、自分のしたいことができるっていう、そういう生活がどうやって手にしたのかなとか聞きたい。</li> <li>・ その時は自分がなれるとは思えなかったですけどね、そうなるのかなとかこういう人がいるんだなって思うだけでもすごかったもんね。で、そしたら、それを信じられるようになった。</li> </ul>
	ストレングスだったり、ウェルネスに焦点を当てる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ストレングスだったり、ウェルネスに焦点が当たっているような形になるとやっぱりいい。</li> <li>・ 元気になるとか自分で選ぶとか、そういうところに焦点が当たることが大切なのかな…。</li> </ul>
	共感が生まれる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ わたしもそうだとかね、そういう共感が生まれる。なんかこう先につながっていきそうな気がします。</li> </ul>
	自分だけじゃないという体験	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分だけじゃなかったんだという体験。</li> <li>・ なんか同じことをあったなって、そういうことを自分もって思える瞬間って、すごくなんか、元氣になっていく。</li> </ul>
	自分も話したくなる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 聞いてたら、自分も発言していいんだとか言いたくなる</li> </ul>
	心が動く	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ いいとかって言われるものにパっていけない。WRAPやりだして、こう少し、ああほんとにすごいなって、やってみるもんだなってなって、やってみるとほんとにドンドン元氣になっていって、すごい活動的になって、ほんとに人のことを信用してたり、こんなに大事なもんなんだってこの年になってわかったような感じがあって…。</li> <li>・ 人って心が動いたほうが、行動に起こしやすい。</li> </ul>
	認められる感覚によってチャレンジが生まれる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認めてもらうっていう行為って、すごく大事。ベースにあるのは、何をやっても認めてもらえるんだっていうこと。</li> <li>・ 「他の人は私のことそう思ってくれているんだ」って思えるのがすごくよかったですね。自分は自分のことを低く思っても、別の人はそんなふうに思ってくれるんだということがですね…。</li> </ul>
	チャレンジすることは怖くないという体験	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ チャレンジは怖くないことだ、新しい出会いがあってそれに惹かれていくことが怖くない、経験になるといい。</li> <li>・ それでいいんだよっていうことはしっかり認められる関係にあると次のチャレンジがあるってことを大切にしていこう。</li> </ul>
	交渉術を身につける	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分で責任取れる範囲でするっていうのをまず伝える。周囲に言いながら見とってとか、そういう交渉が必要。周りが安心してってくれると自分も安心なんです。</li> <li>・ 自分の人生は自分なんだけど、だからこそ、周囲に言いながら見とってとか、そういう交渉ってありますよね。</li> </ul>
	今までのが駄目だったという感覚にならない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 次のことをやる時って、前のが悪いからやるっていうような意識は、絶対もってもらったらいかんっていうのは、それは一番気をつけたいな。</li> <li>・ 誰が、とても進んでいるとか、誰が偉いかっていうような感覚にさせない。</li> </ul>
環境に関するもの	カフェの雰囲気ですぐ話しやすい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ やっぱ4人ぐらいが喫茶店とかカフェとかで集まって、ほんとにおしゃべり、お茶を飲みながら…。お茶を飲みながら話す。</li> <li>・ 4～5人ぐらいのグループだと、すごくしゃべりやすい。ちょっと言ってみようかというチャレンジにもつながりやすい。</li> </ul>
	安心できる空間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ お互いに認められているとか安心できてる。</li> <li>・ 安心できる空間。自分の通ってる場所がいい。</li> <li>・ 何でも言えることが安心できる空間につながる。</li> </ul>
方法に関するもの	0セッションをやる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一番最初のところで、参加してくださった方には、不安な話とかも一緒に共有できればいいんだけど、そのもう一個前にね、気軽に参加できる何かがある。紹介をやる、0です。</li> </ul>
	自由にいろんな人が参加できる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ いろんな人が、いることの方が面白いのかもしれないなとも思ってる。参加する人もスタッフだとか利用者さんとかもちょっといろいろなミックス。普段はやらないけどそこに家族も来てみたいかな…。</li> </ul>
	新しい出会いがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 安心を保証する一方で、でもそこの中で終わってしまうと、また出ていけなくなってしまうっちゃうんです。安心できる場所で新しく出会う。</li> </ul>
	ファシリテーターチームを作る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ファシリテーターのチームに、2人ぐらいは外部の人で、2人ぐらいはそこにいる利用者さんとかスタッフがチームになれるといいな。</li> </ul>
	お互いが話し合える、聞きあえる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ お互いが平等な時間で、こっちが聞いたら今度はこっちが話すっていうのがあると、伝えられる。</li> <li>・ 人の話を聞くことってすごく豊かになる。</li> </ul>
	自由さがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ なんかこうそんな感じの自由さはあってもいいのかな。作戦を立て過ぎず</li> </ul>
	形にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 形があると現場に取り入れやすい。マニュアルだったり冊子になっている。ネームバリューは信頼の担保になる。</li> </ul>
	簡単にできる形式	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小学生でもわかるような内容。</li> <li>・ このワークショップに参加した人たちが、何かあると、終わった後でも、ちょっとみんなで話ししない？みたいな感じで、自分たちが集まって、こういう時どうしてるとか言う情報をこう、とか言う形でちょっとした集まりが動いて行くような感じになればいい。</li> </ul>



### 3. インタビューの結果から抽出されたリカバリープログラムに必要な内容

今回のグループインタビューの結果から、プログラムに必要な内容を整理する為に得られたカテゴリー間の関連を図示した(図3-2,3-3)。

その構成として、まず0セッションがある。ここでは、「これまでリカバリーしてきた体験談を聞く」ことで、「自分にもできるかもという思い」を引き出す。Maslowの心理学では、人間の欲求の段階層の中で自己実現のニードについて述べている(Gobel, 1970/1972)。つまり、人間には自己実現の欲求があり、自分がこうなりたいという希望が備わっていると考える。しかし、精神疾患を持つ人に希望について尋ねても、戸惑うことが多い。希望学について研究している玄田(2010)は、希望を持っていない理由は多くの場合諦めていることが多いと述べている。つまり、過去の苦しい体験の中で希望を見失っていることが多いのではないだろうか。そこで0セッションにおいて、自分に希望があることを認識することを要素として抽出した。その為には、同じ疾患を持つ人のリカバリーの体験を聞くことが「自分もできるかも」という思いにつながるのではないかと考える。もう一つ0セッションで大切なことは、事前のセッションであり、宣伝として位置づける点である。口頭での説明やポスターでの説明では、具体的に伝わりにくく、変化に消極的な当事者には受け入れにくい。また、スタッフや外部の人間からの説明の場合、強制的な要因となりかねない。そこで0セッションにまず参加してもらって、自分の意志で選択できるように自由度をつくるように工夫する。

次にこのプログラムの目標である行動に移すことへつながる内容である。カテゴリー間の関連から見えてきた一步を踏み出すプロセスは、まずグループの中で「認められる」ことである。自分で認め

ることも大切であるが、それだけでなく他者から認められることが自己肯定感につながる。そして、「認められる感覚によってチャレンジが生まれる」。ここでいうチャレンジは、グループの中で発言をしていく、自己表現をすることを意味する。このグループの中で自己表現をすることで「チャレンジが怖くない」という体験となる。しかも、このグループは、自分が通っている場所で新しい出会いという要素を取り入れ、疾患を持っている人も持っていない人も自由に参加していく。新しい出会いの中でお互いの意見を聞いたり語ったりすることは、いつものメンバーのなかでの発言とは違い、「チャレンジ」という意味が出てくる。この一連の体験によって希望に向けた行動が生まれるのではないかと考える。もう一つ行動に移す為の内容として、ストレングスに焦点を当てることである。ストレングスモデルは、**Rapp(2006/2008)**が提唱した概念で、本人のストレングス(長所)に焦点を当てて支援する考え方である。つまり、精神疾患を持つことで障害となっている部分を焦点化するのではなく、障害を持っていたり、あるいは持っているからこそできることを考えたり、これまでの苦労に焦点を当てるのではなく、これまでの苦労があったからこそ考えられることに焦点を当てることである。疾患を持ち辛い体験をした過去も現在の自分も肯定的に考える認知の変容がもたらされ、その事によって、行動が起きてくる。

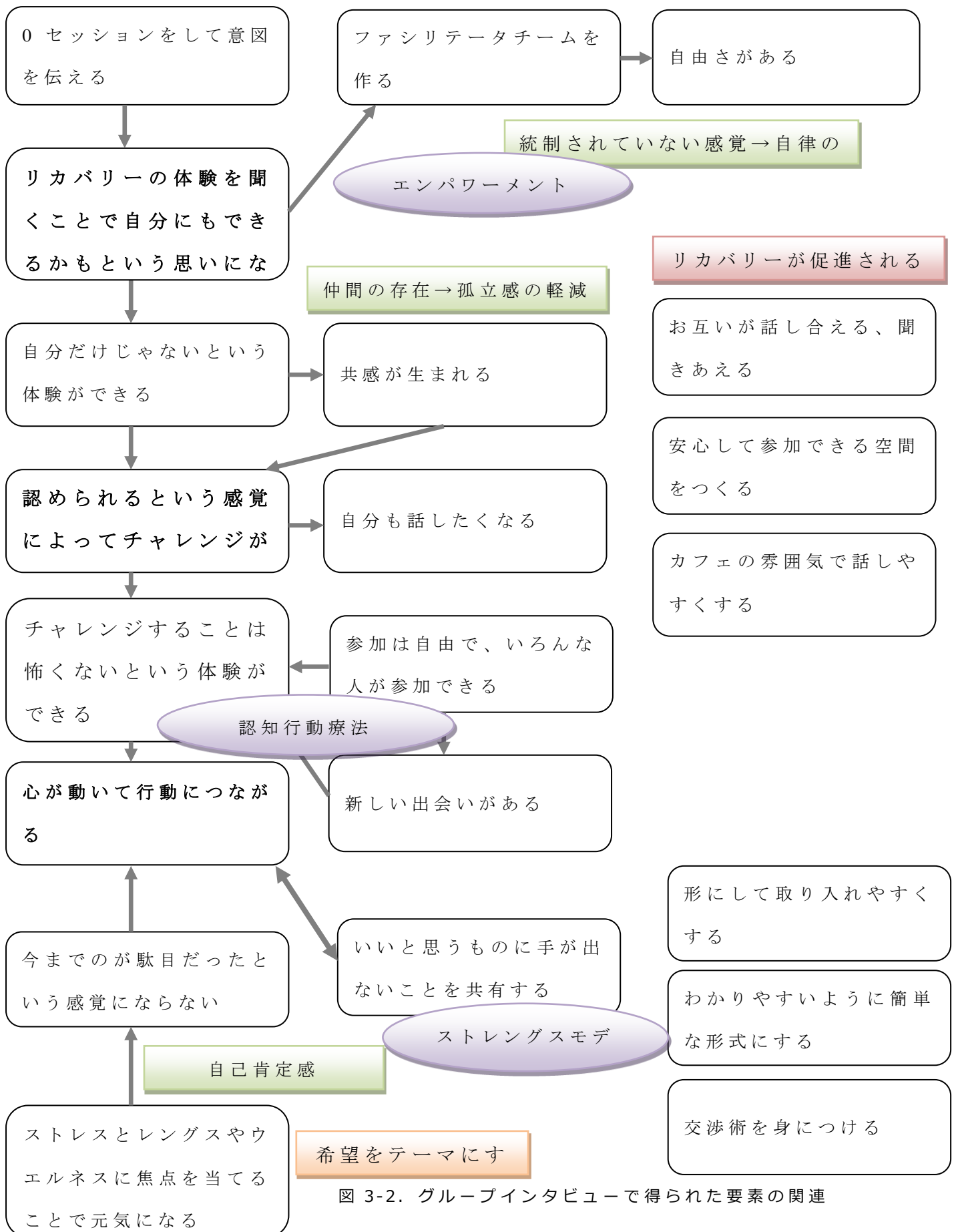


図 3-2. グループインタビューで得られた要素の関連

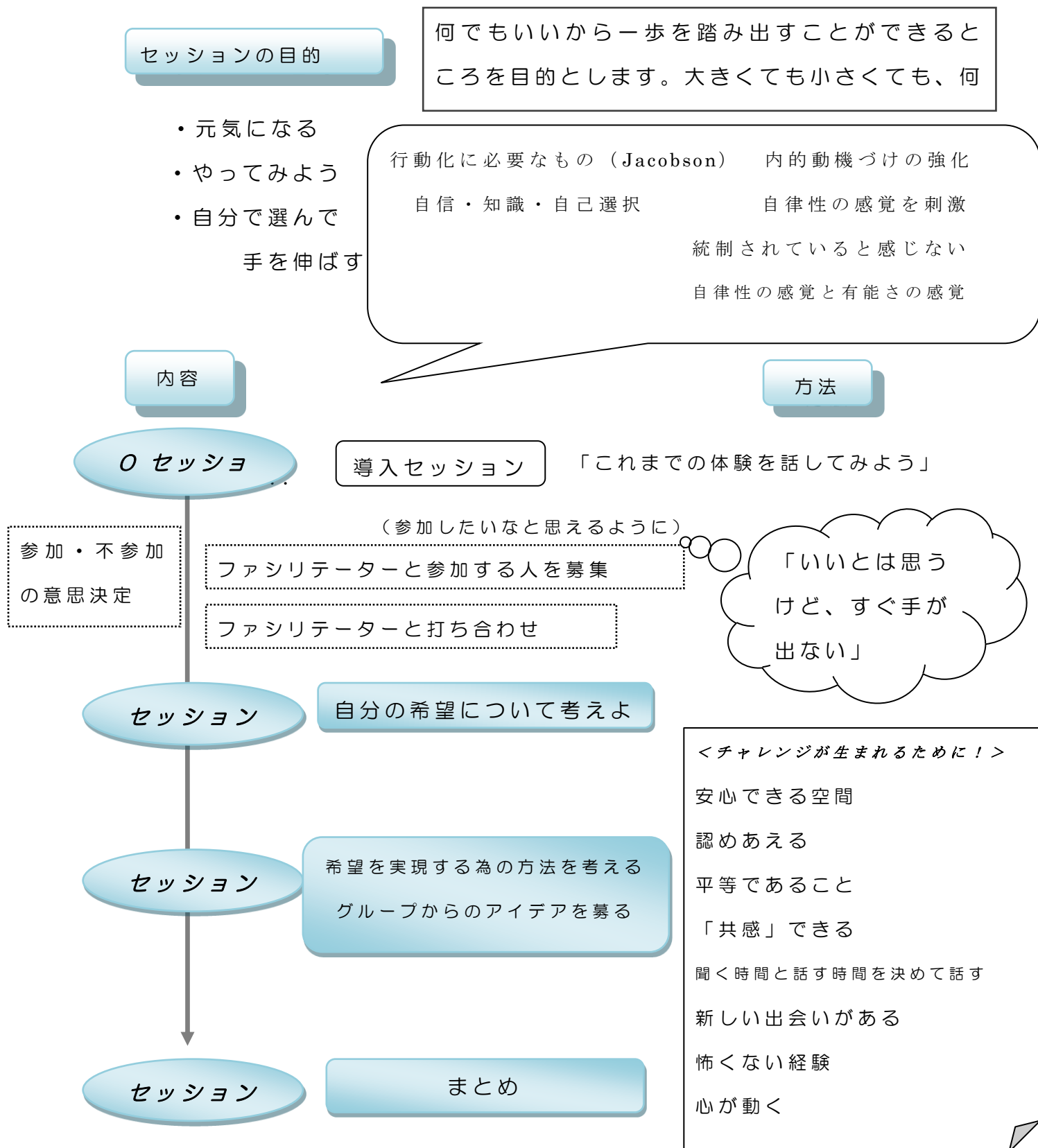


図 3-3. リカバリープログラムの構成

## 第 4 節 作成したリカバリープログラム

### 「やりたいことがやりたくなる」プログラムの内容

#### 1. 「やりたいことがやりたくなる」プログラムの構造

第 1 章から 4 章で明らかになったことをもとに、独自のリカバリープログラム（表 3-7）を考案した。本プログラムではリカバリーの視点を重視し、症状の軽減を含めた疾病管理よりは自分らしい生き方の再獲得を基盤にして、「行動をおこす」過程に主眼をおいた。

インタビューをもとに、0 セッションを含め 5 回のセッションとした。0 セッションでは、プログラムの説明をし、リカバリーについて各人の体験を語ってもらい、参加後に、本プログラムの参加の有無を本人に選択できるようにした。セッション 1 では、「やってみたいこと」を見つける過程をファシリテーターおよび参加者と自由に挙げる。2, 3 セッションでは自分でみつけた「やりたいこと」が実行できる方法についてアイデアを募ることで、行動に起こし、実現可能性を高められるようにした。いずれのセッションも複数のファシリテーターにより 10 名以下のグループで実施し、お互いの体験を語ることを尊重した。そして 1 か月後、最後のセッションを行い、経過報告をしてもらうこととした。1 回のセッションは 90 分程度である。

表 3-7. プログラムの内容と時間

セッション	テーマ	目的	時間
0セッション	「リカバリー」について語り合おう	プログラムへの招待 リカバリーの概念の共有と方向付け	90 分
セッション 1	「やってみたいこと」について語り合おう	「やってみたいこと」への気づき 意識化・言語化	90 分
セッション 2	「やってみる」ためにアイデアを出し合おう	選択肢の広がりを実行可能性の実感	90 分
セッション 3	「やってみたいこと」を形にしよう	行動計画	90 分
1 か月後 セッション	「やってみたこと」を伝えあおう	モチベーションの維持, 達成の共有	90 分

## 2. 「やりたいことがやりたくなる」プログラムの特徴

本プログラムの特徴は①いつもの場所で新しい出会いがある、②希望を感じる(認知の変容)、③自分で選択する、④行動を起こすこと、である。

これらのプログラムの特徴について具体的に述べる。

### ① いつもの場所で新しい出会いがある。

WRAP では参加に結びつかない一つの要因として、なじみの場以外の場所に出向くことを躊躇することが多いという課題があった。そこで、なじみのある場で、知り合いの人々と受講できることで、インタビューで抽出された「安心して参加できる環境」を大事にした。

しかし、いつもの場所でいつものメンバーで行うと、新しいもの

が生まれにくいため、外部から複数のファシリテーターが出向くこととした。インタビューで抽出された「いろんな人が参加できる」、「新しい出会いがある」、「ファシリテーターチームを作る」、「お互いが話し合える、聞きあえる」、「自由さがある」、「簡単にできる形式」を実現できるよう、なじみの場所で外部の人々との新しい出会いがあるように試みた。また自由に、お互いが語り合える場を提供する。同じ困難な体験をした者がファシリテーターとして出向き、自分のリカバリーを語る姿は、リカバリー促進としてのモデルになりうる。また彼らの活躍ぶりに勇気や希望を感じることもできると考えた。さらに、ファシリテーターには同じ精神障害を持つ人、学生、専門職など多様な人々を含めることとし、いろんな立場の人が馴染みの場所に来て、ともに同じテーマで自分のことを考えることができるように設定した。違う立場の人が、それぞれの経験を基に話をしていくうちに、これまでの固定的な考えとは違い、潜在しているものが自然に浮かび、具現化される(Senge ら,2005/2006)。深い部分で共通するものがみえてくる。この体験が新しい発見、新しいつながりを実感する機会となると考えた。

## ②希望を感じる

セッションでは自分のやってみたいことを自由にポストイットに書いて発言していくこととした。ポストイットに書くことで、なんとなく考えていることが言語化され形になっていく。ポストイットに書く方法は、楽しみながら気楽にでき、ほかの人と共有しやすい。

またグループでやりたいことを語り合うことは、やりたいことはないと思っている者も、他者の話が刺激となって、精神科の病気をしたことであきらめたこと、忘れていた夢を思い出すこともある。またやりたいことを語ることは、語るだけで楽しくなるものである。できないことは発言しないなどという制限を設けず、自由にやりたことを考え、発言する機会とする。やりたいことがみつきり、何か

しら実行可能性を感じられるとき、リカバリーに欠かせない、希望の感覚を呼び起こすのではないかと考えた。このことがインタビューにある「心が動く」体験となり、行動につながっていく。

### ③自分で選択する

参加者のやりたいことを実現するための方法について、希望する者は、他の参加者から広くアイデアを募ることとした。インタビューで抽出された「共感が生まれる」、「自分も話したくなる」、「認められる感覚」、「チャレンジすることは怖くないという経験」、「今までの経験が駄目だったという感覚にならない」という項目が達成されるように試みた。アイデアを提供することは、自分の体験が役に立つという実感につながる。自分の体験がグループ内で受け入れられることは、自分の過去を肯定されることにもつながる。また自分のために他者が実現方法を考えてくれているとき、仲間の支えを感じることもできる。

そして、どのような方法で実行するかを決めるのは本人であり、プログラムの中で方法の選択への制限や強制は避け、自由に選択して実行できるようにした。リカバリーの一つの要因に「自分で選択する」がある。また選択肢が多いことは、選択していくことを容易にする。そこで、たくさんのアイデアを募り、自由に選択できるような方法を組み込んだ。

### ④行動に焦点を当てる

先述した Mary(2011)の文献レビューでは、半数の論文で、「リカバリーは行動のプロセス」と表現されていた。また経験的にも、未来に向かって自分で決めて小さくても行動を起こし、なにかしらの手ごたえがあったとき、リカバリーできるのだという実感、自信を持つと思われる。したがって、このプログラムでは疾患および健康管理には焦点を当てず、またストレス対処法というようなストレス脆弱性モデルにも依拠せず、未来に向かって、本人がやりたいこと



をみつけ、なにかしら行動を起こすという、リカバリーに向かう「行動」に焦点を当てることとした。

本プログラムは、一人の人としてやりたいことを考え、自分がやりたいことを見つけ、行動していくことで、それぞれの成長の可能性に焦点をあてている。さらに参加者はプログラム参加同様、何を、どのような方法で行動するか、しないかを決めるのは本人という自己決定を保証する構造となっている。リカバリー志向のプログラムの構成要素を満たし、未来に向かって希望を持てるプログラムとなるように考案した。

## 第5節 「やりたいことがやりたくなる」プログラムに関連する諸理論

プログラムについて、理論的側面から考察する。このプログラムの理論的枠組みは、基盤に認知行動療法がある。認知の変容に働きかけることで行動を起こすのである。このプログラムでは、自分のやりたいことをテーマにしているが、「どうせできないと思って忘れていた」という語りがあるように、まず、やってみたいことについて「できない」から「できるかも」という変容が最初にある。また「やりたいことなんてない」という認識から「私にもやりたいことがあった」という気づきに変容する。このことが行動へつながる一つの要因となっている（図 3-4）。

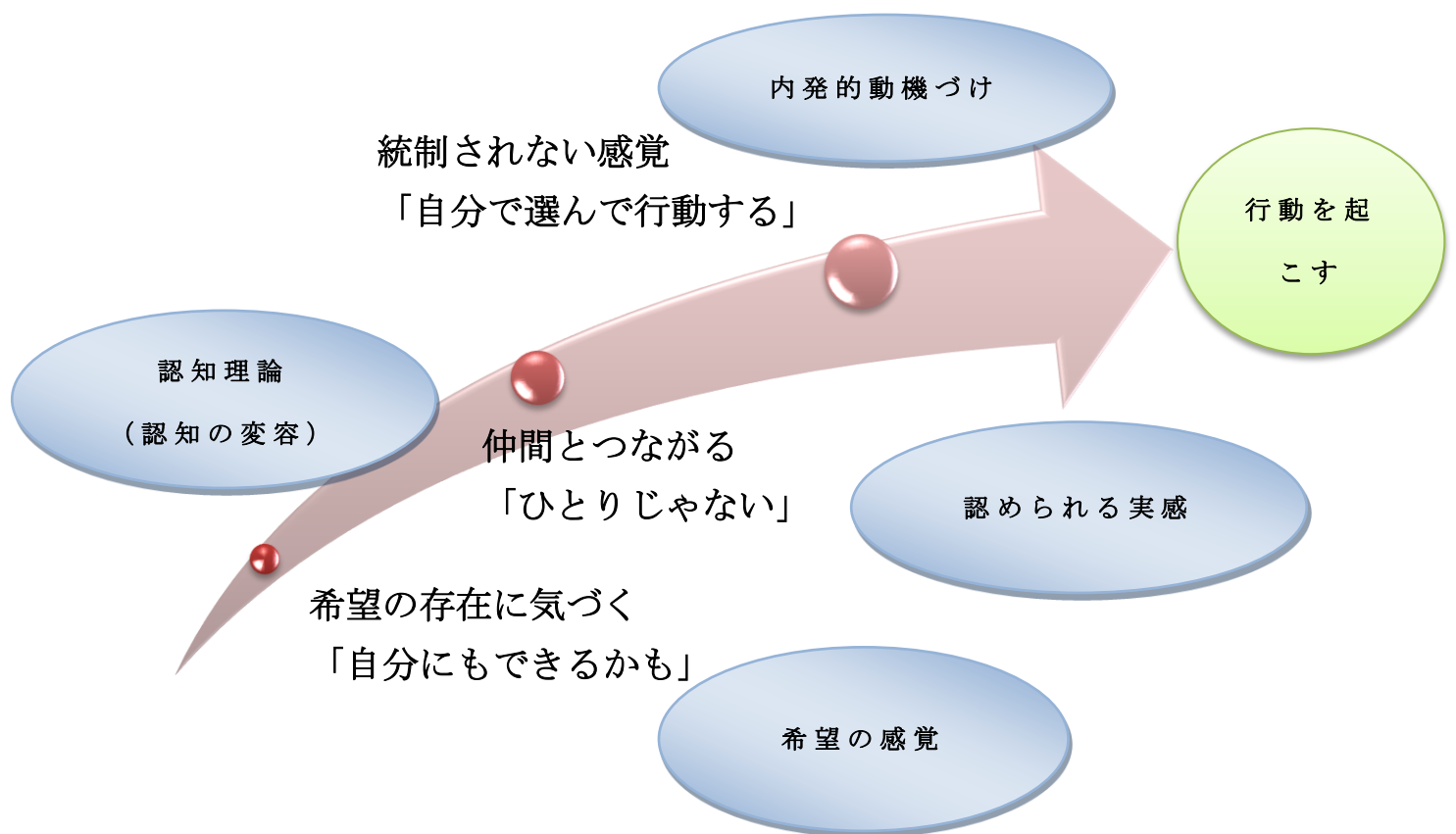


図 3-4. プログラムのプロセスと理論的背景

もう一つ前提としているのは、人間は自己実現の欲求を持っているという捉え方、ニード論である。「自分のやってみたいこと」は誰にでもあるという考え方である。「そんなのないよ」という人もいるが、セッションを進めていくうちに必ず出てくる。つまり、「特にない」という人は、自分の「やってみたいこと」に気がついていないのだと捉える。

グループでプログラムを進める方法のなかで、気づいていなかった「やってみたいこと」に気づいて行動につながるプロセスでは本

人の持つ力を引き出すストレングスモデル、さらに行動を継続していくことを支える部分では内発的動機づけもプログラムを支える理論である。内発的動機付けには、統制されない感覚が必要であり、自分で選択することが大切である（Deci, 1995/1999）。

個人ではなくグループで行うことで孤立感を軽減し、認められる体験によってチャレンジが生まれるプロセスには、自己実現の欲求は、愛情の欲求と承認の欲求が満たされた後に発生するという Maslow の考えに基づいたものである。愛情の欲求とは「深く理解され、受け入れられること」と述べられており、所属の欲求とも言われている（Goble, 1970/1972）。したがってグループに受け入れられ承認される体験は、自己実現の欲求につながる。

## 1. 認知行動療法

プログラムにおける参加者の到達目標は、何かを始める、何かに手を伸ばす、小さくても大きくても一步を踏み出すことにある。その為には認知の変容と内発的動機づけが必要である。「行動を起こす」という目的を持つ本プログラムの理論的基盤には認知行動理論がある。

Ellis.A(1992/1999)は、論理情動行動療法（Rational Emotive Bhavior Therapy:REBT）を提唱した。この基礎理論は ABC モデルである。A（activating event）は、クライアントの周りで生じている出来事で、B（belief）は、信念であり、A の出来事をクライアント自身がどう受け止めたのかということである。B によって、C（consequence）の感情や行動が結果として表現されるという考え方である。つまり Ellis は、B に働きかけて、認知の変容を図ることで結果として生じる感情や行動をより健康的に導くことができると考えたのである。

精神疾患を持つ人にインタビューをした時に聞かれたのは、「私は

精神疾患を患った時に、私の人生は終わったと思いました。」という語りであった。同じような内容は、他にも多く聞かれたが、これを例に考えると、A の出来事として精神疾患を持っているという事実があり、その事を B の信念では、自分は病気だから「何をやってもだめだ。」「無理だ。」という考えに立ち、C の結果として希望を見失っていたり、何もしないという現象が生じていると考えられる。認知行動療法では、B のビリーフは、イラショナルビリーフ (irrational belief) とラショナルビリーフ (rational belief) に分けられている。前者は非論理的で、非現実的で目標達成を妨げるようなビリーフで、後者は倫理的で、現実的で、目標達成につながるようなビリーフである。本プログラムは、このリカバリーの妨げとなるイラショナルビリーフからラショナルビリーフに変容するための支援となることを目指すものである。つまり、「私は病気である」という認知から、「私は病気を持っている」という認知へと変化することが大切なのである。精神疾患である自分という認識では、自分＝病気、となり、自己否定している考え方である。しかし事實は、精神疾患を持っている自分であり、確かに障害があり、生きづらいところはあるが、それは自分のすべてではなく一部であることに気づくこと、それがラショナルビリーフへの変換である。

一方で、行動の変容に焦点を当てた技法が、シェーピング法やトークンエコノミー法、社会的スキル訓練 (Social Skills Training: SST)、主張訓練法、系統的脱感作法等がある。行動療法の技法についても、行動変容を促すだけでなく、認知にも働きかける要素が含まれている。例えば、SST のモデリングや系統的脱感作法のエクスポージャー (exposure) などがある (沢宮ら, 2010)。これらは、行動の変容を支援することによって、認知の変容も期待されるものである。つまり、認知の変容は行動変容の後にくる考え方である。

本プログラムでは、行動を起こすところに目標を置いているが、

そこには自分で選択して行動を起こす。つまり認知の変容によって行動を起こすREBTの考え方に沿ったものである。米国でエビデンスが検証されたりカバリーの考え方では、自己決定、自己選択が要素として存在しており、認知、思考の機能が回復していることを意味している。したがって、認知の変容に働きかけることは精神疾患を持っていても可能であり、精神疾患という病のために自分の人生は終わってしまった、何もできないという思いから「自分にもできるかも」という認知の変容によって行動を起こすことは可能であると考ええる。

本プログラムでは、参加者の主体性を重んじる。無意識や過去に着目するよりは、今現実と今後の生き方に着目する。イラショナルビリーフ (irrational belief) からラショナルビリーフ (rational belief) への変容によって、セルフスティグマの軽減や病気の自分から病気を持っている自分という考え方の変容を目指す。ここに、認知行動療法の理論をベースにする理由がある。

## 2. 内発的動機づけ

動機づけには、外発的動機づけと内発的動機づけがある。外発的動機づけは、報酬や賞与など外的な要因が行動の目的となる動機づけであり、一方内発的動機づけは、好奇心や冒険心のようにその動機が自己の中に存在するものである。これまで外発的動機づけが重要とされ、教育の現場でも活用されてきたが、Deciの実験によって、報酬は内発的動機づけを低下させるという結果を得た。Deciは、ソマパズルを使って一方のグループには、完成時に報酬を与え、もう一方には報酬を与えずに実験した。その結果報酬を与えたほうのグループは、休憩時間にはパズルを行わなかった(1995/1999)。この結果から、外的報酬を与えることで、パズルの面白さよりも報酬をもらうことに目的が変わってしまい、つまりパズルを楽しむという内発的動機づけが低下してしまったことを示した。また報酬をもらおうと

その行動は終了してしまうこともわかった。行動を継続して行くためには、内発的動機づけが必要である。

精神疾患を持つ人のリカバリーを考えると、外的な報酬による行動の変化ではなく、自分の人生をどう作っていくのか、人生をより満足して生きていくためにはどうするかというところに楽しみを見出すような内発的動機づけが必要である。

Deci は、内発的動機づけは「有能感」と「自己決定感」への要求に基づく動機であると述べている(1995/1999)。つまり、このプログラムにおいて自分の「できる可能性」を探索する。自分にどんな能力があるのか、グループの力を借りつつ自分で探索する。そこには統制されているという感覚はなく、自分で自分の可能性を見いだす「自己決定感」とこんな能力が自分にはあるという「有能感」を体験することにつながる。このことは、内発的動機づけにつながるといえる。

### 3. 希望学

希望は未来を展望するための行動指針と同時に、挫折を含む過去を想起し、現実を受け止めるための想像力の源泉でもある。「幸福は維持したいものであるのに対し、希望は変革を求めるものである。」(玄田, 2009)。

希望とは、具体的な「何か(something)」を「行動(action)」によって「実現(come true)」しようとする「願望(wish)」である。希望は少なくともその4つの要因から構成される。それらの要因のうち、少なくとも1つが欠けたとき、希望が失われることになる(玄田, 2009)。人間の欲求段階層を提案したマズローは、その最高の段階として自己実現のニードをおいた。人間には、向上していく欲求があり、つまり希望というものを持っている。

しかし、希望とは何か…と問われてもすぐには答えられるものではない。特に精神疾患を持っている人に「希望について話してみて

下さい」と問いかけても、「そんなものありませんよ。」と言われる。玄田は著書の中で希望について次のように述べている。では希望がないかというところでもない。「何を将来実現させたいか（内容と背景）」「それは実現するだろうか（実現可能性の度合いと評価の仕方）」「実現に向けて行動しているか（内容と方法）」など、丹念に対話することにより、はじめて一人ひとりの希望はみえてくると述べている（2009）。WRAP の希望のセッションにおいても、「どんな時にほっとするか」「どんな時に喜びを感じるか」というところから、対話をしていくと、自然に自分にはやりたいと思うことがあったり、実はそれを実現する為の力が自分にもあることに気づいたりする。そこで、自分にも希望があったことに気づかされるのである。つまり、希望とは主観的な感覚であって、抽象的で漠然としているものである。目標＝希望ではなく、目標に向かって到達しようとする行動を起こした時に、あるいは目標に対して自分にもできるかもという感覚が生じた時に、希望を感じる。玄田は、希望について、何かを成し遂げようとする時におきる願望であると説明している。したがって、本プログラムで希望について語るというよりは、希望の感覚が生まれるようなセッションを実施することが必要である。そこには、何が必要か。玄田は、希望は具体的な「何か（something）」を「行動（action）」によって「実現（come true）」しようとする「願望（wish）」の少なくともその 4 つの要因から構成され、その要因のうち、少なくとも 1 つが欠けたとき、希望が失われることになる」と述べている（玄田, 2010, 45-48）。したがって、セッションにおいて「何かやってみたいこと」を見つけ、「実現する方法」を選択しながら実践してみることで、希望の感覚が生まれるのではないかと考える。希望に気づくことで、当事者のもつ力が引き出される、つまりストレングスされる。

グループでは、さらに希望が共有化される。叶えたい「何か」が、

個人にとどまらず、複数の個人によって共有されるとき、その希望は個人の希望を超えて社会の希望となる。共同体にかかわる複数の個人によって共有された希望とは、社会の望ましい変革の方向としての、社会における一つの物語である（玄田, 2010,）。つまり、同じように精神疾患を抱えた人がグループの中で個人のやってみたいことを語り、自分にもできるかもという思いがグループ内で共有されるとき、そのグループ全体の変革をもたらすのである。グループで共有することにより、個人の希望はより現実のものとして強化され、個人の力が引き出されると同時にグループ全体も希望に向かって動き出す。

本セッションは、精神疾患を持つ人が自分の目標を見つけ、それに向かって一步を踏み出すことを基本とする。そこに自己選択が生まれ、自分で自分を変えていくという実感と自分がどんなふうに生活したいかを自分でコントロールする実感につながる。その人がどう生きたいか、その人の生きる力を引き出す、あるいは生きる力、本人の希望に本人自身が気づくことが大切である。



## － 文献 －

- 千葉理恵,宮本有紀ほか,(2008), 地域で生活する精神疾患を有する  
人を対象とした、リカバリー促進の介入プログラムの開発．第 18 回大残法人医療科学研究所 研究助  
成金研究成果報告書
- 千葉理恵,宮本有紀ほか,(2009), 地域で生活する精神疾患を有する  
人を対象とした、リカバリー促進プログラムの効果  
検証－無作為化比較試験－2009 年度財団法人 在  
宅医療尾助成 勇美記念財団 在宅医療助成 一  
般公募（後期）完了報告書
- Copeland. M .E,(1997) , Wellness Recovery Action Plan .Peach  
Press ,VT.1997
- Deci E L., Flaste R (1995),*Why We Do What We Do: The  
dynamics of personal autonomy*, 桜井茂男訳  
(1999) , 人を伸ばす力 59-75, 197-220,新曜社
- Deegan, E.P. (2001). リカバリー；希望をもたらすエンパワーメン  
トモデル（第 1 版）. In B.Catana(Ed.), (2001)／坂  
本明子監訳（2012）. 第 1 章 自分で決める回復と変  
化の過程としてのリカバリー. 14-32, 東京：金剛出  
版
- Ellis, A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*. New  
York : Lyle Stuart, 野口京子訳（1999）：理感情  
行動療法,59－86, 金子書房
- Farkas M., Gange C., Anthony W., Chamberlin J.,(2005), The  
Implementing recovery oriented evidence based  
program : Identifying the critical dimension,

- Communitiy mental Health Journal,41(2);141 -158
- 玄田有史, 宇野重規 (2009), 希望学 [1] 希望を語る, 1-18, 130-135, 東京大学出版
- 玄田有史 (2010), 希望のつくりかた, 45-48, 岩波新書.
- Goble, G. F. (1970)/ 小口忠彦監訳(1972). マズローの心理学. 第4章 基本的欲求に関する理論,59-84,東京:産業能率出版部
- Hasson-Ohayon I poe D Kravetz S, (2007), A randomized controlled trial of the effectiveness of the Illness management and Recovery Program , Psychiatr Serv 58 :1461-1466
- 藤田英美、久野恵理ほか(2008)疾病自己管理とリカバリー (Illness Management and Recovery : IMR) の紹介,精神医学,50 (7) : 709-715
- 藤田英美、加藤大慈ほか(2013), 統合失調症における疾病管理とリカバリー (Illness Management and Recovery : IMR) の有用性,精神医学,55 (1) : 21-28
- 池淵恵美,内野敏郎,平安良雄監訳,(2009), 日本精神障害者リハビリテーション学会監修:アメリカ連邦政府 EBP 実践・普及ツールキットシリーズ5 IMR・疾患管理とリカバリー. 地域精神保健機構
- 石澤和絵(2010), IMR (Illness Management and Recovery) : 疾患自己管理とリカバリー.精神障害とリハビリテーション,14 (1) ; 38-43
- 黒髪恵,長浜美智子 (2010), 地域で生活する精神障害者の回復のプロセスと回復促進に影響する要因, 福岡大学臨床心理学研究第8巻,21 - 28
- 黒髪恵(2013), 地域で生活する精神疾患を持つ人が退院後に生活を

変化させていくプロセス，日本精神保健看護学会誌，22(2)，21-30

Mary E. Copeland. (2010a)，バーモント州精神的困難からのサバイバーの会、バーモント州精神保健サービス局：バーモント州リカバリー教育プロジェクト 「リカバリーのためのコース」 評価研究(質的考察)，Vermont research qualitative (<http://www.mentalhealthrecovery.com/jp/selfcareresearchjudith.php>)

Mary E. Copeland.(2010b)，バーモント州精神的困難からのサバイバーの会、バーモント州精神保健サービス局：バーモント州リカバリー教育プロジェクト 「リカバリーのためのコース」 評価研究(質的考察)，Vermont research qualitative (<http://www.mentalhealthrecovery.com/jp/selfcaresearchjudith.php>)

Mary Leamy, Victoria Bird, et al(2011)，Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British journal of psychiatry, 199; 445-452

Mueser K, Meyer P, Penn D,et al(2006)，The Illness management and Recovery Program：Rationale, development, and preliminary finding. Schizophr Bull 32 s32-s43

浦河べてるの家（2005），べてるの家の「当事者研究」，医学書院  
内山繁樹、加藤大慈ほか(2010)，通院中の統合失調症患者への疾患管理とリカバリー（Illness Management and

- Recovery : IMR) プログラムの実践, Yokohama Journal of Nursing, 3(1);39-44
- Rapp C. A. & Goscha, J. R. (2006), The Strength Model-Case Management with Psychiatric Disabilities, 田中英樹監訳, (2008), ストレングスモデル第2版. 41. 208-216, 東京: 金剛出版
- Rapp C.A., 久永文恵翻訳 (2010), ストレングスモデルケースマネジメント: その思想と科学. 精神障害とリハビリテーション, 14 (1); 6-16
- Salyers M. Godfrey J. McGuire A. et al (2009), Implementing the Illness management and Recovery Program for consumers with severe mental illness. Psychiatric Serv 60:483-490
- 坂本明子, (2008), WRAP-元気回復行動プランから学ぶ. 精神障害とリハビリテーション 12 (1); 45-49
- 坂本明子, (2011), WRAP (元気回復行動プラン) ~Wellnessに意識を向けて~. デイケア実践研究 15(2)131-136
- 沢宮容子, 内山喜久雄 (2010b), 認知行動療法の理論と臨床-認知行動療法におけるケースフォーミュレーション, 現代のエスプリ第520号, 22-25
- Senge P, Scharmer C.O., Jaworski J., Flowers B.S. (2005), *Precence: An Exploration of Profound Change in People, Organizations, and Society*. 野中郁次郎監訳 (2006), 出現する未来, 講談社, 105-117
- 武井寛道, 加藤大慈他 (2011), 精神科閉鎖病棟における Illness management and Recovery の実践, 日本作業療法士学会抄録集 45, 391-391

## 第 4 部

### 作成したプログラムの実践と効果

## はじめに

リカバリーとは、たとえ病気による制約があっても、満足できる、希望に満ちた、やりがいのある人生を送ることである（Anthony, 1993）。

現在日本に導入されているリカバリープログラムは、Illness Management and Recovery（IMR）（藤田ら, 2008）や Wellness Recovery Action Plan（WRAP）（Copeland, 1997）などのように、米国で考案され、和訳をして使用しているものがほとんどである。ある施設で WRAP を紹介したが、実際に参加できたのは 20 名中 1 名であった。プログラムの魅力は感じて、知らない場所へ行き参加することには大きな抵抗があった。現在の日本において、リカバリーの考え方が当事者に十分浸透しているとは言い難く、プログラムへの参加が主体的にできない場合もあることがうかがえる。

日本と米国では、リカバリーが生まれてきた文化的背景や精神医療の歴史にも相違がある。米国では、多くの人種が共存し差別が生じた歴史から、人権運動がはじまり、どのような人でも人権があり、主張をすることに抵抗のない文化が存在している。それでも差別化などの問題は生じたが、セルフヘルプグループや民間支援団体によって支援され、政策にリカバリー概念が取り込まれることで、多くの精神疾患を持つ人が活躍する場が増え、その人らしく生活することが可能になっている。

日本では、近年リカバリー概念が注目され、少しずつであるが取り入れられつつある。一方で、制度化はされておらず、これまでの実態調査でも、リカバリーのプロセスは見えるものの、当事者自身の認識には至っておらず、「どこにも行けないから、このままでいいと思います。」という言葉や変化を恐れる傾向も見られた（黒

髪, 2013)。そのために WRAP などのプログラムを紹介しても参加するのに躊躇してしまうことも少なくない。

そこで、今の日本の当事者の現状に基づいて作成されたプログラムの開発が必要であると考えた。当事者へのインタビュー、文献検討を行い、抽出された要素に基づいてリカバリーを促すためのプログラムを作成し、その内容を第三部で紹介した。

第四部では作成したリカバリープログラムを地域活動支援センターおよびデイケアを利用している精神疾患を持つ人を対象に実施し、その効果を検証した。

# 第1章 「やりたいことがやりたくなる」プログラムの パイロットスタディ

## 第1節 プログラムの実践と評価

### 1. プログラムの実践

研究者と関連のある地域活動支援センターに協力を依頼し、介入チーム4名を含めて10名でプログラムを実施した。0セッションを含め5回のセッションとし、0セッションのあと参加・不参加を選択できるようにした。また、各セッションのテーマは「やってみたいこと」を行動に起こせるような内容とし、グループで実施しお互いの体験を話しあえるように設定した。

表 4-1 リカバリープログラムの内容

セッション	テーマ	目的	時間
0セッション	「リカバリー」について語り合おう	プログラムへの招待 リカバリーの概念の共有と方向付け	90分
セッション1	「やってみたいこと」について語り合おう	「やってみたいこと」への気づき 意識化・言語化	90分
セッション2	「やってみる」ためにアイデアを出し合おう	選択肢の広がりを実行可能性の実感	90分
セッション3	「やってみたいこと」を形にしよう	行動計画	90分
1ヶ月後セッション	「やってきたこと」を伝えあおう	モチベーションの維持 達成の共有	90分



1回のセッションは90分程度とし、介入チームにも参加者にも当事者やスタッフなど様々な立場の人が参加すること、介入チームは外部の人で構成するため参加者にとってはいつもの場所で新しい出会いがあることが特徴である。

## 2. 各セッションで語られた内容

プログラムの各セッションの内容について具体的に述べる。

以下、実際発言された内容を「」で示す。

0セッションでは、自己紹介の後、リカバリーについて話し合った。リカバリーとは何かについて、説明を加えた後に介入チームであり当事者でもある人が、自分にとってのリカバリーについて話した。続いて利用者であり参加していた人が自分の希望について話すと、参加者がそれぞれ話し始めた。「私は次回のドラマが気になる。ドラマを見るために生きてるんだなあと思う」、「意外と当たり前のことが希望だったりするんだよね」、「希望って漠然としててわかんない」と希望に対する思いが語られた。中には「希望の反対は絶望。希望と絶望の繰り返しが毎日起こってます」、「落ち込んでもう逝っちゃっていいと思うこともあります」との発言も出てきたが、その後「新しい出会いが希望ですね」という参加者の発言をきっかけに出会いについての話となった。新しい出会いには人だったり、物だったり、いろんな出会いがありそこに希望が感じられるという内容が続いた。「新しい出会いもいいけど、今周りにいる家族や友人が支えてくれていると感じるのも私にとっては希望です」という発言もみられた。

休憩の後、今後このセッションでどんなことを話していきたいかという問いにそれぞれのやりたいことが次々に発言された。「たばこをやめて、喜びが感じれたらいいと思う」、「皆はたばこを吸わないでどうしてるのか聞きたい」、「絶好調になる方法を聞きたい」などの意見があった。

最後の感想では、「新しい出会いと人とのつながりを感じて嬉しくなった」、「いろんな人と出会って希望を探していきたい」、「いろんな人と出会っていろんな意見が聴ける。こんな出会いを大事にしたい」など出会いに関することであった。また「同じ友達であっても、話すことでその人の新しいものに出会ってわくわくした」と、同じメンバーであっても新しい一面を感じることで喜びを感じたという意見もあった。0セッションでは、いつものメンバーだけでなく実施者という施設外の新しい人が加わり、場や時間を共有できたことに対して希望を感じた意見が聞かれた。

セッション1では、「やってみたいこと」をテーマに話を進めた。参加者が思い思いにやってみたいことについて話していった。「結婚」、「ネット文集を作りたい」、「勉強したい、学校に行きたい」、「一人ぐらししたい」、「ジムに通って10 kg以上減量して腹筋を割りたい」、「ダイエットしたい」、「希望探しの旅がしたい」など、次々に出て、お互いに話を膨らませたりしていた。中には、昔から思っていたことを忘れていたが、改めて思いだしたと話す人もいた。またすでに始めていて、もっと頑張りたいという人もいた。

セッション2では、「やってみたいこと」を各自決めて、それに対するアイデアを参加者全員でポストイットに記入し出していった。

やってみたいことについて、みんなのアイデアが欲しいという人を募ると、最初は2人であったが、やっていくうちに自分のもしてほしいと希望する人が増えていった。最終的に、7名分を実施した。ひとつひとつに対して、A3用紙に個人の「やってみたいこと」を書いてもらい、達成するにはどのような方法があるかについて参加者が思いっくだけポストイットに記入した。ポストイット1枚にアイデアを一つずつ記入し、読みながらはっていく作業を行った。

セッション 3 では、前回時間がなくなってできなかった 2 名分のアイデア出しを行い、参加した感想や今後に対する自分の思い、実践したことについて話し合った。

1 か月後の振り返りセッションでは、「あれからどうですか？」ということのをテーマにした。スタッフも含めて参加者全員が「やりたいこと」について忘れずに意識していたと語られた。

20 代女性の参加者は、セッション中緊張が強かったが、「一人暮らしをしたい」という目標に対して、資金を稼ぐために仕事時間を増やしたことや精神疾患を持つ人が一人暮らしを始めた本があり、それを読んだりして情報を集めていることが語られた。日々努力していることを嬉しそうに語った。

20 代男性の参加者は、「筋トレをして強くなる」という目標に対し、毎日ダンベルをしていることや職場での力仕事、たとえば重いものを運ぶ時など職場の人たちに依頼されるようになったことを語った。

50 代男性の参加者は、「きつくても職場に出てくると、職場では無理をしないで休憩をとること」を目標としていたが、休まずに来ていることや焦らず休憩を取って自分のペースで仕事を進めていることが語られた。最後には「やっぱり、もうちょっとできることをしていきたい」と話し、休憩することだけを考えていたが、もっとできることがありそうだと思ったと話した。

### 3. プログラムの評価

#### 1) 評価方法

実施前、実施後、1 ヶ月後、3 ヶ月後に自記式質問紙票を用いて評価した。

自記式質問紙は、リカバリーの段階を測定する Recovery assessment scale (RAS) (Corrigan, 2004) とセルフスティグマ尺度 Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) (Ritsher, 2003)

を使用した。

### (1)RAS

RAS は、2004 年に米国で開発され、その人のリカバリーの状態を測定する尺度の先駆けとなるもので米国以外にもオーストラリアで信頼性が明らかとなった(Corrigan ら,2004 ; Mcnaught ら, 2007)。

2009 年に日本語版が作成され日本でも信頼性が認められた(Chiba ら, 2010)。質問数は 24 項目で各項目とてもそう思う 5 点から全くそう思わない 1 点、最高 120 点、最低 24 点で、得点が高いほどリカバリーが進んでいる。

### (2)ISMI

ISMI は、内在化されたスティグマを測定する尺度で、米国を含めた 2 カ国での信頼性が確認されている (Ritsher ら,2003 ; Ersoy, 2007)。

全部で 29 項目あり、5 つの下位項目がある。各項目 4 点から 1 点で最高が 116 点、最低が 29 点で、得点が低いほど、セルフスティグマが低いとされている。

### (3)データ分析方法

RAS と ISMI それぞれの前後、1 ヶ月後、3 ヶ月後の得点について、基本統計量を算出し、個人の変化と平均得点の変化を比較した。

#### 2) RAS および ISMI の変化

地域活動支援センターの利用者とスタッフに協力を依頼した結果、調査に協力した人は 5 名であった。結果は表 4-2 に示す。

RAS の平均値の変化は、前 68.6、後 84.0、1 ヶ月後 86.6、3 ヶ月後 86.6 であった。ISMIS は、前 71.2、後 63.4、1 ヶ月後 61.2、3 ヶ月後 63.2 であった。

表 4-2 RAS と ISMIS の得点の変化

対 象 の 年 齢 ・ 性 別			前	後	1 ヶ 月	3 ヶ 月 後
1	2 0 代 女 性	R A S	56	97	99	93
		ISMI	83	54	52	59
2	2 0 代 女 性	RAS	38	70	90	89
		ISMI	84	69	64	63
3	2 0 代 男 性	RAS	99	105	93	91
		ISMI	44	44	44	42
4	4 0 代 男 性	RAS	76	76	69	80
		ISMI	72	78	72	73
5	5 0 代 男 性	RAS	74	72	82	80
		ISMI	73	72	74	79
平 均		RAS	68.6	84	86.6	86.6
		ISMI	71.2	63.4	61.2	63.2

注) 1. RASはリカバリーアセスメントスケールで最高点は120、最低点は2  
どリカバリーが促進していることを示す。  
2. ISMIはセルフスティグマ尺度で最高点は116、最低点は30である。  
スティグマが軽減していることを示す。

## 第2節 プログラムの効果とリカバリー

0セッションでは、実施者のひとりであり当事者である人が自分のリカバリーについて語ると自然に参加者の中から、自分のリカバリーについて語られていった。0セッションの目的はプログラムへの招待であるが、同時にリカバリー概念の共有であり、参加者が自分の言葉でリカバリーを表現することにつながった。今回のセッションでは、希望について語られることが多く、自分の中にあるいは身近な生活の中に希望を見出したこと、それを共有できたことによってグループが方向づけられた。0セッションでの概念の共有がその後のセッションの基盤となり方向付けとなった。

その後1～3セッションでは、参加者がそれぞれのやってみたいことややってみたいと思っていたことを言語化することができていた。

言語化することは思いを形にすることにつながりそれぞれの中に意識づけられたと考える。またやってみたいことに対してみんなでアイデアを出しあうことは、選択肢が広がり実行可能性を実感する、行動計画を立てることにつながっていた。筆者は参加していて、グループの前に進もうとするエネルギーを感じた。0 セッションがなければ、その場の楽しいセッションに終わる恐れもあった。しかし RAS の 1 か月後まで持続していた結果は、セッションで得られたものがその場だけのものではなくそれぞれの中に維持し続けたことを示している。0 セッションにおけるリカバリー概念の共有と 1 か月後セッションの存在が意識されたと考える。

パイロットスタディの結果によって、各セッションの意味づけ、目的が明確になった（表 4-1）。

## － 文献 －

- Anthony W.,(1993) Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation J* 16(4):11-23
- Chiba R., Miyamoto Y., Kawakami N.,(2010), Reliability and Validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale(RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. *International J. of Nursing Studies* 47: 314-322
- Copeland. M .E. (1997) , Wellness Recovery Action Plan , Peach Press ,VT
- Corrigan PW, Salzer M, et. al, (2004), Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale, *Schizophrenia Bull.* 30 , 1035-1041
- Ersoy MA, Varan A, (2007) , Reliability and Validity of the Turkish Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *Turkish J of psychiatry* 18(2) , 1-7
- 藤田 英美 , 久野 恵理他 (2008), 疾病管理とリカバリー (Illness Management and Recovery ; IMR) の紹介, *精神医学* 50(7), 709-715
- 黒髪 恵 (2013), 地域で生活する精神疾患を持つ人が退院後に生活を変化させていくプロセス, *日本精神保健看護学会誌* 22(2),21-30
- Mcnaught M, Caputi P, et al.,(2007), Testing the validity of the recovery assessment scale using an Australian

sample. Aust. NZ. J. Psychiatry 41 : 450-457

Ritsher JB, Otiligam PG, et al.,(2003), Internalized Stigma of  
Mental Illness: Psychometric properties of a new  
measure, Psychiatry Res 121, 31-49



## 第2章 「やりたいことがやりたくなるプログラム」の 実践とその効果

### 第1節 プログラムの実践

#### 1. プログラムの実践の概要

リカバリーを促すために作成した「やりたいことがやりたくなる」プログラムを実施し、当事者のセルフスティグマの変化、リカバリースケールの変化および参加者の体験の内容から効果を検討した。

##### 1) プログラムの内容と介入方法

###### (1) 参加者の募集

対象施設は、A市の精神科病院デイケア1か所と地域活動支援センター1か所の計2か所で実施した。対象者の選択基準は1) 対象施設の精神保健サービスを利用していること2) プログラムへの参加の意志があることとした。

リクルート方法は、研究者が施設の管理者にプログラムの内容及び研究の目的・方法について説明し許可を得て、利用者全員に口頭と文書で説明した。リクルート期間は、平成24年7月～11月で各プログラムの開始前2週間とし、各施設にプログラムの目的とスケジュール、内容を記載したポスターを掲示した。

プログラム当日、会場に直接集合されたことによって参加への同意とした。

###### (2) 参加者の概要

セッション1～3および1カ月後まで通して参加した人は2施設で10名で、全員が調査に参加した。年齢は26歳から66歳で平均41.7歳であった。罹患期間は4年から27年で、20年以上の人が3名いた（表4-3）。

表 4-3. 参加者の概要

	疾患名	性別	年齢	罹患期間	施設利用期間
A	統合失調症	男性	50 代前半	26 年	9 年
B	適応障害	女性	20 代後半	4 年	10 カ月
C	軽度知的障害	男性	20 代後半	15 年	7 年
D	適応障害	女性	20 代後半	5 年	6 カ月
E	統合失調症	男性	50 代後半	30 年	5 年
F	統合失調症	男性	50 代後半	27 年	8 年
G	統合失調症	女性	20 代後半	12 年	7 年
H	統合失調症	女性	50 代前半	18 年	3 年
I	統合失調症	女性	50 代前半	26 年	3 年
J	うつ病	女性	60 代後半	10 年	0.5 年

### (3) プログラムの実施方法

#### 1) プログラムの枠組み

プログラムは、1 回 90 分、週 1 回の間隔で 4 回と 1 ヶ月後に 1 回、合わせて 5 回実施した。各セッションの初めに、導入としてアイスブレイキングと前回の振り返り、終了時にはまとめを行った。各セッションは研究者らが考案したテーマに基づいて進めた。

#### 2) プログラム実施体制

本プログラムは、専門職と疾患を持つ人という垣根をなくし、いろんな立場の人が同じテーマについてグループの中で考えるという特徴を持っている。WRAP 研究会の中で、同じテーマについて専門職も疾患を持つ人も一緒に考えていったことで、リカバリーの体験をしたという経験者の意見に基づいている。そのため、実施者には、専門家だけではなく疾患を持ちながらセルフヘルプ活動をしているピアサポーターやプログラムの体験者などを含め 4

～5名のチームで実施した。参加者には、当該施設のスタッフも希望に応じて参加した。

## 2. プログラムの効果

### 1) 評価方法

#### (1) データ収集方法

①プログラム前後と1ヶ月後に **Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)** (Boyd ら, 2003; Jhon ら, 2003) と **Recovery Assessment Scale (RAS)** (Chiba ら, 2010) の調査票を用いてデータを収集した。

ISMI には、「Alianation (疎外感)」「Stereo type Endorsement (ステレオタイプの認識)」「Discrimination Experience (差別の経験)」「Social Withdrawal (社会からの離脱)」「Recovery Resistance (回復的抵抗力)」の下位項目がある。

調査は集合型で同意が得られた全員に配布し、記載後回収した。

②1ヶ月後セッション終了後、同意が得られた人にグループインタビューを行った。

#### (2) データ分析方法

①ISMI と RAS の得点は基本統計量を算出し、変化を確認した。実施前と後および実施前と1ヶ月後の比較は t 検定を用いて検証した。ISMI については、総得点と下位項目ごとの得点を算出し、前後および前と一ヶ月後の比較において t 検定を行った。統計処理には spss for windows ver.19 を使用した。

②グループインタビューで語られた内容は逐語録に起こしてデータとし、プログラムに参加したことによってどのような体験をしたかについて語られた内容を抽出した。さらに同じ意味をもつものに分類してカテゴリーを作成した。

### 2) ISMI および RAS の変化 (表 4-4)

ISMI の平均値はセッション前 68.8 からセッション後 62.4 と低下した。1 か月後は 63.2 であった。一方 RAS の平均値は、セッション前 71.7 からセッション後 83.8 と上昇した。1 か月後は、84.0 であった。したがって、セッションによってリカバリーが促進された。

セッション前後を通して ISMI が低下した人は、8 名中 5 名で、上昇した人は 2 名で罹患期間が 20 年以上であった。1 か月後とセッション前を比較すると低下した人が 4 名、変化なかった人が 2 名、上昇した人が 4 名だった。4 名とも 50 代以上で、3 名は罹患期間は 20 年以上であった。t 検定の結果、平均値の変化に有意差はなかった。下位項目ごとにみると、「スティグマへの抵抗力」の項目に、有意差が見られた ( $p < 0.05$ )。

RAS では、セッション前後で上昇した人が 6 名であった。1 か月後を比較すると、上昇した人が 8 名であった。t 検定の結果では、有意差はなかったが、平均値は実施前 71.7 から実施 1 か月後 84.0 と上昇していた。

結果、リカバリーは促進する傾向にあるが、セルフスティグマは低下する人と増加する人に分かれる傾向があった。

表 4-4. プログラム実施前後の ISMI および RAS の変化

	ISMI			RAS		
	実施前	実施後	1 カ月後	実施前	実施後	1 カ月後
1 (20 代,女性)	83	54	52	56	97	99
2 (20 代,女性)	84	69	64	38	70	90
3 (20 代,男性)	44	44	44	99	105	93
4 (40 代,男性)	72	78	72	76	76	69
5 (50 代,男性)	73	72	74	74	72	82
6 (50 代,男性)	30	34	34	98	113	120
7 (20 代,女性)	94	75	78	57	65	64
8 (50 代,女性)	74	73	82	61	72	69
9 (60 代,女性)	51	—	47	86	—	67
10(30 代,女性)	83	—	84	73	—	77
平均得点	68.8	62.4	63.1	71.7	83.8	84.0

注) ISMI は得点が低いほど、セルフスティグマが低下していることを示す。

RAS は、得点が高いほど、リカバリーが促進されていることを示す。

「—」は未提出によりデータがない。

表 4-5. ISMI 下位項目ごとの平均得点の変化

下位項目	実施 前	実施 後	1ヶ月 後
Alianation (疎外感)	14.6	13.6	13.5
Stereotype Endorsement (ステレオタイプの認識)	14.8	12.7	13.0
Discrimination Experience (差別の経験)	11.2	9.2	9.7
Social Withdrawal (社会からの離脱)	13.8	13.0	12.8
Stigma Resistance (スティグマへの抵抗力)	14.6	13.7	13.3

注) 数値は ISMI の下位項目の平均点を示す。＊は、 $p < 0.05$  の項目を示す。

### 3) プログラム終了後のインタビューの内容(表 4-6)

7 名を対象としたグループインタビューで語られた体験の内容は、63 件抽出された。同じ内容のものをまとめて分類した結果、18 のサブカテゴリーと 4 のカテゴリーに分類された。以下カテゴリーに沿って内容を説明する。【 】はカテゴリー、< >はサブカテゴリー、「 」は語られた内容を示す。

#### (1) 【一步を踏み出す勇気になる】

【一步を踏み出す勇気になる】は、< 希望を感じる>、< 昔の夢を思い出した>、< 心が動く>、< 思いが形になる>、< みんなの後押しで勇気が出る>、< たくさんのアイデアから自分で選べる>の 5 つのサブカテゴリーで構成されている。

< 希望を感じる>では、「何かやりたいってことが希望にもなる」「やりたいことって思うとそれが希望になっていく」という語りがあり、セッションのテーマそのものが希望を感じることに繋がっている。< 昔の夢を思い出した>では、「みんなと話しているうちにあ～そういえばあれやりたかったなっていう昔のことを思い出した」「・・・やりたいことって聞かれて、昔の夢を思い出せた」という語りがあり、今まで忘れていた自分の夢を思い出す体験が語ら

れた。＜心が動く＞では、やりたいと思うようになることや難しいことではない気がするなどやってみようという気持ちになることが語られた。＜思いが形になる＞では、ポストイットにアイデアを書いて出すことで自分のやりたいことが形になっていく体験が語られた。＜みんなの後押しで勇気が出る＞では、「その一歩がとても勇気があることなので、みんながついててくれるからできるような気がする・・・」という語りがあり、グループで実施することで後押しされる感覚が生まれていた。＜たくさんのアイデアから自分で選べる＞では、「・・・みんながアイデアを持ち寄る、だけど決めるのは本人・・・」「もらった人が自分で選んでやっていくって感じ」という語りがあり、自分で決めていく感覚を体験していた。これらの体験によって【一歩を踏み出す勇気になる】となっていた。

## （２）【共有することでつながる】

【共有することでつながる】は６つのサブカテゴリーで構成されている。内容は＜希望が共有される感じ＞、＜参加しなかった人たちとも共有された＞、＜つながる感じ＞、＜信頼できる仲間がいる環境＞、＜いつもの場所で違う人と出会う＞、＜参加者の意外な一面を知る＞であった。

＜希望が共有される感じ＞では、「人にアイデアをもらって、自分の希望が、人の思いが入ってきて、いい意味で自分だけの希望ではなくなると、前にちょっとすすめるかな」「みんなの収入を上げるためにはどうするかっていうのを考えて・・・」など自分の希望がグループ内の他者と共有されることや同じ施設の仲間でのひとつの目標に向かうことで希望が共有される感覚を体験していた。＜参加しなかった人たちとも共有された＞では、やりたいことをホワイトボードに書きそのままにしておいたことで、参加しなかった利用者とも話題になり、共有された。＜つながる感じ＞では、いろんな施設でセッションを初めて行くことでつながりができること、やり

たいことを通してグループメンバーとつながっていく体験が語られた。＜信頼できる仲間がいる環境＞では、安心できる環境によって挑戦できていた。＜いつもの場所で違う人と出会う＞では、慣れた場所、いつものメンバーがいる中で、新しい人との出会いがあることがいい体験になっていた。＜参加者の意外な一面を知る＞では、今まで知らなかった新たな一面を見ることで新鮮で新たな関係へと発展する機会となる体験をしていた。

### （3）【肯定される感覚】

【肯定される感覚】は4つのサブカテゴリーで構成されている。内容は＜やりたいことを否定されない＞、＜受け入れられたという実感＞、＜気軽に発言できる＞、＜自分の経験が人の役に立つ＞であった。

### （4）【楽しむ】

【楽しむ】は2つのサブカテゴリーで構成されている。内容は＜どんどんアイデアが出る楽しい感覚＞、＜緊張から馴染んでいくプロセスが楽しい＞であった。



表 4-6. セッション参加者の体験内容

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
一歩を踏み出す勇氣になる	希望を感じる	何かをやりたいってことが希望にもなる 希望って漠然としてるけどやりたいことって思うとそれが希望になっていく、やりたいことがあって将来3年後の自分はこんな風になりたいなと思うとそれが希望になるような感じがしました。
	昔の夢を思いだした	みんなと話しているうちに、あ〜そういえばあれやりたかったなっていう昔のことをおもいだした とにかく働きたいなっていうのだけあって、自分のやりたいことって聞かれて、夢を思い出せた
	心が動く	意外にやってみたいことってなあになって聞くとほんとに結構ね、小さくても大きくても、あああれもやりたいなとか心が動いていくよね… それってそんなに難しいことではない感じがしました
	思いが形になる	ほんとにしたいなあっていう自分の思いがあって、それを形にするのがこのセッションでですね。 そういう風にして、目に見える形でポストイットに書いて張っていくっていう作業で、つながっていつて
	みんなの後押しで勇氣が出る	その一歩がとっても勇氣がいることなので、みんながついてくれるからできるような気がするっていうのがありました。 みんなの力でいろいろアイデア出して、みんなの後押しがあるのかなう確率も上がるんじゃないかなと思いました
	たくさんのアイデアの中から自分で選ぶ	何かあった時にはみんながアイデアを持ち寄る、だけど決めるのは本人みたいなのが残っていくと、いいなと思う もらった人が自分で選んでやっていくっていう感じ。
共有することにつながる	希望が共有される感じ	人にアイデアをもらって、自分たちの希望が、人の思いが入ってきて、いい意味で自分だけの希望ではなくなると、前にちょっと進めるのかなって。 みんなの収入を上げるためにどうするかっていうのを考えて、あれ面白かったですね
	参加しなかった人たちとも共有された	やりたいことを書いていたら、次の週に通所されてる方がこれ何って聞いてくるんですよ。みんな参加はしないんですけど見ると気になるみたいで、やったら楽しめるんじゃないかなって思うんですけど結構その中に興味があることがみなさんあったみたいで、話題になっていました
	つながる感じ	いろんなところで初めて行けばみんなの両手がつながるな〜てすごい感じました つながりがすごい増えそうですね
	信頼できる仲間がいる環境	信頼できる仲間がいる中で挑戦できるっていうのがすごく大きかった 安心した環境でやれるっていうのは、最初の一歩としてはすごくよくって、そこからどんどんできるようになっていくと思います
	いつもの場所で違う人と出会う	安心できる空間なんだけどちょっと違う人が入ってきてほしいっていう、いつもおんなじ空気じゃちょっとっていうアイデアも出ていて、今回〇〇さんと〇〇先生に入ってもらったんですけど、それがまたよかった 私もそうやって中に入っていくことでリフレッシュできた
	参加者の意外な一面を知る	人の意外な一面が見えたりして… その人を見直せるところもあるかもしれない。こんなにすごい人だったんだ〜と思った
肯定される感覚	やりたいことを否定されない	学校に通うってやっぱおっきいんですけど、やってみたいな〜と思って、そういうこと言っても否定されないし、ばかにする人もいないし、そういうところはよかった 自分を否定されることはなかったのよかったなっていう風に思いました。
	受け入れられたという実感	受け入れられて、すごいそこで希望っていうか。そうそうそう、可能性を感じました。そういうつながりが、がんばれる勇氣とか 違う集まりにも気軽に行けるようになれそうです
	気軽に発言できる	ポツと思いついたことを気軽に話せるセッションでした 気軽に発言できるっていいね
	自分の経験が人の役に立つ。肯定される感覚	なんか自分も一人暮らしをしたことがあったから、50万貯めて一人暮らししたので、その経験で言ったんですけど。自分の経験を生かせる部分もあるかな〜と思いました。人の役に立てたかなっていうのもあって 自分の経験って、皆さんいろんな経験されてると思うんですけど、自分だけで持ってるって役に立つかわかんないし、貴重な体験かもわかんないんですけど、そういう場で言った時にああ役に立つんだってわかってリカバリーしたり元気になったりするんだ
楽しむ	どんどんアイデア出る楽しい感覚	みんなで作っているっていうその作業が楽しくてですね アイデアはいっぱい出てくるんだけど、決して押しつけではなく、セッションの中でも、どれがまずいとかはなく、ただどんどん出していくという感じですね
	緊張からなじんでいくプロセスが楽しい	1回目ってなじめなくて、緊張して、それで終わりだったら何も進まないんですけど2回目とか慣れてきてみんなでワイワイできるし、それが3回続いてよかった 1回で終わりではなくって、来週もっていうのがよかった

### 3. プログラムの効果とリカバリー

#### 1) RAS の変化とリカバリー

プログラム前後の RAS の結果から、参加者 8 名中 6 名(75%)がリカバリー促進していた。Fisher(2008)は「promoting recovery」の中でリカバリーを促す援助の 4 つの局面として、その頭文字を取り CHEP と紹介している。その内容は C:connecting(つながること)、H:restoration of Hope(希望を再構築すること)、E:Expressing feelings and dreams(感情や夢を表現すること)、P:Planning one's future (未来を計画すること)である。

プログラムの参加者は、「共有することでつながる」体験をしていた。やりたいことを共有することや今まで知らなかった人と同じテーマを共有することによってつながる感覚を体験していた。Fisher (2008) は「つながる」ことはリカバリーの第一歩であり、最も大変なことだと述べている。周囲の世界から引きこもった人たちがリカバリーする要因となったこととして、他者が自分を信じてくれることが多く聞かれると述べている。このプログラムで、＜やりたいことを否定されない＞体験は、自分がやろうとしていることを周りの人達が肯定的に受け止めたことであり、このことはこれまでの自分の世界から少し広がり参加している人たちとのつながりを感じることに繋がっていくのではないだろうか。さらに、【一歩を踏み出す勇気になる】の＜希望を感じる＞、＜昔の夢を思い出した＞という体験は、忘れていた夢を思いだし自分にできる形で一歩を踏み出していく。希望はリカバリーの第一歩である(Andersen, 2003; Fisher,2008)。そして希望は、やりたいことや目標ではなくそれに向かって可能性を感じることである(Jacobson, 2001)。昔の夢を思いだし、アイデアをもらって選択するプロセスの中で、＜心が動く＞、＜思いが形になる＞、＜みんなの後押しで勇気が出る＞体験をし、希望を感じるだけでなく、H:(夢や感情を表現すること) P:

(未来を計画すること)につながっている。

プログラム参加による体験は、Fisher(2008/2011)がまとめたリカバリーを促す援助の局面をグループの中で体験していた。グループの中でお互いが支援しあうことでリカバリーの一步を踏み出すことにつながったのではないだろうか。

一方で、得点が低下する人も存在していた。どのような体験が低下を招くのか、また低下は一時的なものなのか長期的なものなのかについて今回の調査では明らかにできなかった。

## 2) セルフスティグマの変化とリカバリー

セルフスティグマとリカバリーの関連について、ISMI 尺度開発時のデータ (Boyd ら, 2003) から、セルフスティグマとリカバリーオリエンテーションは負の相関を示したと報告している。Garety ら (2001)による認知モデルでは、社会からの疎外の経験は低い自尊心を促進し、否定的な認知モデルをつくることで、症状に影響していることを示唆している。さらに下津(2007)は、セルフスティグマは社会適応を阻害することや治療行動(服薬行動や受診行動)を厳守しない傾向にあること、自尊感情の低下があるとしている。つまり、セルフスティグマは過去の経験をもとに自己に対する認知の歪みを作り、そのことによって社会への参加をためらわせたり、症状の悪化につながったりする。今回の参加によって、【肯定される感覚】を体験したこと、さらにいつものメンバーだけでなく新たな出会いの中で肯定される感覚を体験できたことは、他者に認められたという体験となり、セルフスティグマ得点の低下、特にスティグマへの抵抗力という下位項目の有意な低下につながったと考えられる。また、希望や自尊心とセルフスティグマとの関連も明らかになっており、希望を感じる体験がセルフスティグマの低下につながったとも言える。

一方でセルフスティグマ得点が上昇した人に 50 代で罹患期間が

20 年以上という共通した特徴があった。罹患期間の長さや闘病生活を送ってきた時代背景は、セルフスティグマの変化に影響する可能性がある。セルフスティグマは、「内在化されたスティグマ」と言われるように当事者の中に潜在する自分への偏見であり、長年にわたって培われた固定観念であるため、容易にぬぐい去れるものではないことも考えられる。短期的なプログラムであることがセルフスティグマの軽減を困難にさせている可能性も示唆された。

### 3)プログラムの効果と課題

リカバリープログラムを実施した前後および1ヶ月後の ISMI・RAS の結果、本プログラムは当事者のセルフスティグマを軽減し、リカバリーを促す機会となることが示唆された。また、終了後のインタビューにより、【一步を踏み出す勇気になる】、【共有することでつながる】、【肯定される感覚】、【楽しむ】とリカバリーにつながる体験をしていた。

一方で、罹患期間が20年以上と闘病生活が長い当事者においては、同じ体験をしていてもセルフスティグマが増加する傾向があった。セルフスティグマの増加が一時的なものなのか、リカバリーにどう影響するのかさらに調査が必要である。

## － 文献 －

- Andresen R , Oades L , Caputi P (2003), The experience of recovery from schizophrenia : towards an empirically validated stage model, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37, 586-594
- Boyd JE, Otilingam PO, G rajales M,(2003), Internalized stigma of mental illness: pshycometric propaties of a new mesure, Pshychiatric Research, 121; 31-49
- Chiba R, Miyamoto Y, Kawakami N,(2010), Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment scale(RAS) for people with chronic mental illness: Scale Development, International Journal of Nursing Studies, 47; 314-322
- Fisher D (2008 ), *Promoting Recovery*, 松田博幸訳(2011),リカバリーをうながす, 119-139
- Garety PA, Kuiper E, Fowler D, et al.(2001), A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. Psychol. Med, 31;189-195
- Jacobson N., Gleenley D,(2001), What Is Recovery ? A Concepyual Model and Explication , Psychiatric Services , Vol. 52 №4 , 482-485
- Jhon Wiley and Sons, England ,Jennifer BR, Poorni GO, Monica

G,(2003), Internalized stigma of mental illness:  
psychometric properties of a new measure,  
Psychiatric Research, 121; 31-49

下津咲絵, (2007), 精神疾患患者のセルフスティグマが精神疾患の治療  
や経過に与える影響, 総合病院精神医学, 19(3), 353  
- 357

## 総合考察

## リカバリーを促すプログラムの必要性和今後の展望

本論文では、日本の精神保健福祉領域におけるリカバリー導入支援のためのプログラム作成を目的とした研究プロセスを整理した。本論文の構成は、4段階、5つの研究から構成されている。

まず最初の段階は先行研究による考察である。「リカバリー」は、米国の当事者の手記から生まれた概念であり、日本で注目されてからまだ日が浅く、先行研究のほとんどは海外論文である。米国で検証されてきた過程を振り返るとともに、日本への導入の必要性について述べた。

次に、「現状調査」であり、当事者の視点に立って、どのようなニーズが存在するのか、その実態を調査した。

第3段階ではリカバリー導入プログラムに必要な「要素の抽出」として2つの研究を行った。最終段階は、第1段階、第2段階の結果と理論的考察をもとに、プログラムを作成した。

第4段階では、プログラムの実施と効果を検証し、本プログラムの有効性と課題について述べた。

以上のプロセスにおいての結論を述べつつ、日本におけるリカバリー導入の必要性和今後の展望を視点において結論を整理した。

### 1. 日本におけるリカバリー導入の必要性

文献をもとにリカバリーが発展してきた米国と日本の相違を明らかにした。その視点は、精神医療の歴史的観点である。歴史的背景の違いによって、精神疾患を持つ人がどのように位置づけられてきたか、精神疾患を持つ人自身がどのように行動してきたかについて考察した。

米国では、1963年ケネディ教書をきっかけに、脱施設化が起こり、地域に精神疾患を持つ人が一気に増加した。脱施設化の影響として、



ホームレスが増えたり、当事者が事件に巻き込まれるという社会問題が起こった。一方で、地域に出ることで改善していく当事者の体験も手記として発表された。ケネディ教書によって、一気に脱施設化が起こり混乱の中で、当事者自身が人権運動を起こしたり、ピアサポートシステムが発展し、当事者自身から「リカバリー」の概念が生まれていった(三野,2010)。当事者自身が専門家となったり、精神保健領域の専門家による研究を介してエビデンスが証明され政策の中に位置づけられるようになった(木村, 2004)。

日本においては、2004 年精神保健医療福祉改革ビジョンの中で、入院医療中心から地域生活中心へ移行の方針があげられ、入院期間の短縮化、精神病床数の減少が行われている。このような中で、就労支援システムの充実化、地域支援システムの整備が行われているが、従来の専門家主導型の精神科リハビリテーションの限界が叫ばれている。つまり、従来の専門家主導型のリハビリテーションは、悪化予防、再入院予防と地域での居場所を作ることに主眼が置かれているためである。当事者が主体となる回復に焦点がないため、居場所であるデイケアや地域活動支援センターなど地域支援の同じ場所に 10 年以上居続け、変化することを望まない、つまり社会的入院が地域に移行する可能性を抱えている。当事者の回復力に焦点を当てたりハビリテーション、つまりリカバリー志向の支援をどのように定着させていくかが課題となっている(野中,1999)。

以上に述べたように、日本と米国の違いは、脱施設化の時期が 50 年違うこと、米国ではすでに 1980 年代に「リカバリー」の概念が生まれてから 30 年が経過している事である。もう一つの大きな違いは、人権運動という基盤があったことである。これは、精神障害を持つ人だけに限らず、米国では人種差別や性差別などあらゆる社会問題に対して人権を主張するという姿勢があった。したがって、精神障害を持つ人たちも、人権を主張するという姿勢が基盤にあった事で

ある。

特に後者は、「リカバリー」を導入していくうえで、大きな影響となるところであり、日本独自のプログラムの必要性を感じる根拠でもあった。

今後の精神保健領域において、「リカバリー」の概念をケアシステムに導入し、当事者自身の力で地域精神保健を維持していくシステムを構築することは、社会的入院の地域化を予防するだけでなく、再入院の防止にもつながる。

## 2. 日本の精神疾患を持つ人のリカバリーの実態調査

日本の実態を明らかにするために、精神疾患を持ち地域で生活している人に、退院後から現在までの変化についてインタビュー調査を行った。また、精神疾患を持つ人が、地域活動に継続して参加することで得られる変化を調査し、精神疾患を持たない地域の人との交流が精神疾患を持つ人に与える影響について考察した。

地域で生活する精神疾患を持つ人の変化をもたらす第一歩は、このままでいいのかという「不安、焦り」と「信頼できる医療者の存在」と「後押しされること」であった。後押しされることで、外に出る機会となり、「出会い」が生まれる。出会いの中で「つながり」を体験することがリカバリーの原動力となっていた。一方で、出会いによって、他者に認められない体験があると、逆に引きこもる生活に後退するプロセスも存在する。しかし、引きこもることは一時的で、また再チャレンジが繰り返されていた。リカバリーは直線的でない現状も明らかになった。もう一つのプロセスとして、外に出ることで、安心できる居場所を見つけ、そこに長年いることを望む、つまり変化を望まない当事者の存在も認められた。同じ場所に 10 年以上居続ける状況もあり、そこには主体性はなく、社会的入院の様相が地域に移行しつつあるという課題も明らかになった。

地域活動への参加による影響は、これまでの被害的な感覚が軽減し、「自信を持つ」ことで「他者との交流」が生まれ、日常生活においても「生きにくさ」が軽減する効果があった。その事によって、セルフスティグマの軽減も見られた。「病気の私」という感覚から「病気を持っている私」という感覚の変化も見られた。当事者同士のピアサポートも大切であるが、全く関係ない人たちと活動を共にすることも重要で、より活動範囲を広げるきっかけになっていると同時に、自分を肯定的に感じることにもつながっていた。

実態の調査によって、日本の当事者もそれぞれのリカバリーの過程が認められた。しかし、当事者自身の中に「リカバリー」の感覚はなく、行動を起こすことに恐怖感をもっている実態もあった。

しかし、実際に地域との交流を進めることで自信を取り戻し、「生きにくさ」の軽減につながった結果もあり、自分で選択して一步を踏み出すための支援が必要であることが明らかになった。

### 3. リカバリープログラムの作成過程

先行研究の結果および実態調査の結果をもとに、まず当事者が「リカバリー」の概念を理解し、自身のリカバリーに気づくことを目的としたプレセッションを実施し、効果と改題を整理した。次に、当事者およびリカバリーを研究している専門家を集めてグループインタビューを行い、プログラムに必要な内容を抽出した。

結果、プログラムの核となるものには「精神疾患を持つ人のリカバリー体験を聞く」、「認められることでチャレンジが生まれる体験」、「心が動いて行動につながる体験」であることが導き出された。

これらを踏まえて「やりたいことがやりたくなる」プログラムの作成に至った。

### 4. リカバリー導入を目的としたプログラムの理論的背景

本プログラムの目的は、希望をもち、自分で選択して行動を起こすこととしており、行動につながるには「心が動く体験」が必要であると考えた。つまり、認知行動療法の理論をベースにしている。これまでの精神リハビリテーションの領域では、行動の変容を先行することで認知の変容が来る、行動療法に焦点をおくことが多かった。それは、精神疾患が認知の障害を伴うことが多いという考えからきている。しかし、米国でエビデンスを用いて効果が検証されたリカバリー志向は自らが選択して行動するという認知の変容が先行する。したがって、本プログラムも認知行動療法の中でも REBT (Rational Emotive Behavior Therapy) の基礎理論(Ellis.A,1999)となっている ABC モデルの考え方をベースに認知の変容に働きかけることで行動に起こすというプロセスを支援するものとした。

本プログラムでは、「やりたいこと」をテーマに話し合う。「やりたいこと」はマズローが自己実現のニードについて語っている(Frank, 1970/1972)ように、人間の中に必ず存在しているものであるという考え方が前提になっている。さらに「やりたいこと」に焦点を当ててグループに認められながら進めるうちに、「できるかも」という感覚が生まれる。これまで「無理だ」と思っていたことが、行動を起こすことで自分のやりたいことに近づいていくことを実感した時に希望が生まれ、さらに自分の力を実感していく。この「できるかも」という認知の変容によって希望の感覚が生まれる。希望の感覚がきっかけとなり、自分で選択し自分の人生を作っていくという思いが生じる。内発的動機づけには統制されない感覚が必要であり、自己で選択することによって内発的動機づけが生まれ、リカバリーは継続される。

## 5. プログラムの実践と効果

地域活動支援センターで実施した結果から、RAS および ISMI 得点の変化、インタビューの結果からリカバリーは促進されること、グループダイナミクスによって、リカバリー促進要因は無限に広がることがわかった。また、プレワークショップでは見られなかったセルフスティグマの軽減も見られた。

今後、どの領域（地域～入院）まで使用可能であるか、またワークショップ後の継続的な観察によって、個人のリカバリーがどのように進んでいくのか縦断的な調査も必要である。

## 6. 結論

以上の結果を踏まえて、我が国において、脱施設化を進める上で、「リカバリー」の考え方を当事者にも周囲の人々にも導入していくことは、地域精神保健を向上していく上で必要な事である。

今回は、その第一歩となるプログラムの作成を行い、一時的な効果は確認できた。しかし、リカバリーは直線ではなく、曲線的に進むものであり、挫折と達成を繰り返すものである。挫折して、一時的に閉じこもったとしても、また次の一步が踏み出せるようにするには、周囲のリカバリーに対する理解と後押しできるパートナーの存在が必要である。また当事者自身が、挫折もリカバリーの途上にあることを理解して次の一步に向けての選択が出来るということを認識することが大切である。

またプログラムにおいては、セルフスティグマの軽減も見られた。しかし、罹患歴が長い当事者の場合は、変化はないか逆にセルフスティグマが高くなるケースもあった。セルフスティグマは、長い闘病生活の体験の中で培われた価値観や固定観念によるものであり、短期の変化は難しいことも考えられる。長期的な視点で「リカバリー」について語り、理解を促していく必要がある。

さらに、今後はこのプログラムの実践を繰り返して、検証を行い

つつ、一般化していく必要がある。またリカバリーの概念を基盤においたプログラムであることを考慮すると、このプログラムが当事者の間に浸透し、実践可能なものになる。現在はその一環としてワークショップを開き啓発している。

## — 文献 —

- Ellis A. 野口京子訳（1999）：理性感情行動療法,P59－86, 金子書房
- Goble, G. F. (1970) / 小口忠彦監訳(1972), マズローの心理学.  
第4章 基本的欲求に関する理論,59－84,東京:産業能率出版部
- 木村真理子（2004）,リカヴァリを志向する精神保健福祉システム,  
精神科看護, 31(3), 48-55
- 野中猛（1999）, 病や障害からのリカバリー, 作業療法ジャーナル, 33(6), 594-600
- 三野宏治（2010）, 日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察～米国地域精神医療保健改革とそれについての議論をもとに～, コアエシックス Vol.6, 413-422, 立命館大学大学院先端総合学術研究科

## 参考文献

- アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編（2009），日本精神障害者リハビリテーション学会監訳：IMR・疾患管理とリカバリー第5巻Ⅰ．本編，日本精神障害者リハビリテーション学会
- アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編（2009），日本精神障害者リハビリテーション学会監訳：IMR・疾患管理とリカバリー第5巻Ⅱ．ワークブック編，日本精神障害者リハビリテーション学会
- Andresen R., Oades L., Caputi P., (2003) , The experience of Recovery from schizophrenia.; Towards an empirically validated stage model. , Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37 (5), 586-594
- Andresen, R., Caputi, P., Oades, L., (2006), Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. Aust N Z J Psychiatry 40 (11-12), 972-980
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23
- Bandura, A. (1977), Social learning theory., NJ, Prentice Hall, 1977
- Bonny, S. and Stickley, T. (2008), Recovery and Mental Health: A review of the British Literature, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing , 15, 140-153
- Boyd JE, Otilingam PO, G rajales M, (2003), Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure, Psychiatric Research, 121; 31-49
- Catana Brown, 坂本明子監訳（2001／2012），Recovery and Wellness : Models of Hope and Empowerment for People with Mental Illness: Deegan P.E : 自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー．リカバリー，希望をもたらすエンパワメントモデル， 金剛出版



Chiba R., Miyamoto Y., Kawakami N., (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. International Journal of Nursing Studies, 47(3), 314-322

千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人 (2011), 地域で生活する精神疾患をもつ人の, ピアサポート経験の有無によるリカバリーの比較, 精神科看護, 38 (2) , 48-54

千葉理恵, 宮本有紀 (2009) : 精神疾患を有する人のリカバリーに関連する尺度の文献レビュー, 日本看護科学学会誌, 29 (3) , 85-91

千葉理恵、宮本有紀ほか, (2008), 地域で生活する精神疾患を有する人を対象とした、リカバリー促進の介入プログラムの開発. 第18回大残法人医療科学研究所 研究助成金研究成果報告書

千葉理恵、宮本有紀ほか, (2009), 地域で生活する精神疾患を有する人を対象とした、リカバリー促進プログラムの効果検証—無作為化比較試験—  
2009年度財団法人 在宅医療尾助成 勇美記念財団 在宅医療助成 一般公募（後期）完了報告書

Copeland M E, 久野恵理訳, (2009), WRAP 元気回復行動プラン, Peach Press, USA.

Copeland. M .E. (1997) , Wellness Recovery Action Plan , Peach Press , VT

Corrigan P.W, (2004), How Stigma Interferes With Mental Health, American Psychologist, 614-625

Corrigan P.W. (1998) , The impact of stigma on severe mental illness Cognitive and Behavioral Practice, 5, 201-222

Corrigan PW, Watson A.C., (2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology Science Practice*. 9, 35-53

Corrigan, P.W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., Okeke, I., (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health Journal* 35 (3), 231-239

Corrigan, P.W., Phelan, S.M., (2004a) . Social support and recovery in people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal* 40 (6), 513-523

Corrigan, P.W., Ralph, R., ( 2004b) . Introduction: recovery as consumer vision and research paradigm. In: Ralph, R.O., Corrigan, P.W. (Eds.), *Recovery in mental illness -Broadening Our Understanding of Wellness-*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 3-17

Corrigan, P.W., Salzer, M., Ralph, R.O., Sangster, Y., Keck, L., (2004c) . Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull* 30 (4), 1035-1041

Daniel Fisher, 松田 博幸訳 (2011) *Promoting Recovery*, 大阪府立大学人間社会学部 松田研究室発行

Deegan, E.P. (2001). リカバリー；希望をもたらすエンパワーメントモデル（第1版）. In B.Catana(Ed.), (2001)／坂本明子監訳（2012）. 第1章 自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー. 14-32, 東京：金剛出版

Deegan, P., (1996), *Recovery as a Journey of the Heart*, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-98

Deegan, P.E. (1988) , *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-20

Edward L. Deci, Richard Flaste (1995)／桜井茂男訳(1999) , 人を伸ばす力, 東京:新曜社

Ellis A. 野口京子訳 (1999) : 理性感情行動療法, P59－86, 金子書房,

Ellis, A. (1962) Reason and emotion in psychotherapy. New York : Lyle Stuart

Ellis, A., R.A.ハーパー;国分康孝, 井上順康訳 論理療法: 自己説得のサイコセラピー

Ersoy MA, Varan A, (2007) , Reliability and Validity of the Turkish Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale. Turkish Journal of psychiatry 18(2) , 1-7

Farkas M., Gange C., Anthony W., Chamberlin J., (2005), The Implementing recovery oriented evidence based program : Identifying the critical dimension, Community mental Health Journal, 41(2);141-158

Fisher D, 松田博幸訳(2011), Remoting Recovery(リカバリーをうながす) , 119-139

Frederick J. Frese, Edward L. Knight, Elyn Saks (2009) , Recovery From Schizophrenia: With Views of Psychiatrists, Psychologists, and Others Diagnosed With This Disorder, Schizophrenia Bulletin, 35(2)

藤田英美、加藤大慈ほか(2013), 統合失調症における疾病管理とリカバリー (Illness Management and Recovery : IMR) の有用性, 精神医学, 55 ( 1 ) : 21－28

藤田英美、久野恵理ほか(2008)疾病自己管理とリカバリー (Illness Management and Recovery : IMR) の紹介, 精神医学, 50 ( 7 ) : 709-715

福家亜希子，小松博彦，畑田早苗(2008)，引きこもり事例に対する精神障害リハビリテーション 作業療法の経験に基づく一考察，土佐リハビリテーションジャーナル，7号，19-28

Gaebel W., Zaske H., Baumann A.E. (2006) The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scand* 113(Suppl 429):41-45

Garety PA, Kuiper E, Fowler D, et al. (2001), A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol. Med*, 31

玄田有史 (2010)，希望のつくりかた， P45～48，岩波新書.

玄田有史，宇野重規 (2009)，希望学 [1] 希望を語る，東京大学出版.

Gingerich S., Mueser K., et. al. (2003)， *Illness Management & Recovery : Implementation Resource Kit, Draft Version*  
(<http://www.mental-health.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/default.asp>)

Goble F.G., 小口忠彦監訳(1970/1972)，マズローの心理学．産業能率大学出版部 東京.

羽間 京子，佐竹 直子 (2011)，精神科退院患者の地域生活支援のニーズおよび満足度調査；支援形態が異なる他職種チームのアウトリーチサービス2事業所の利用者を対象として，精神障害とリハビリテーション学会誌，15(2).

原口健三，前田正治，内野俊郎他(2006)，精神障害者に対する偏見・スティグマの研究－精神科実習は精神障害者に対する社会的距離を縮めるか？－，作業療法 25(4)， 439－448

Harrison G. , Hopper K. , Craig T. , et al. (2001) , Recovery from psychotic illness; a 15- and 25-year international follow-up study, *The british Journal of Psychiatry*, 178, 506-517

橋本直子(2010), リカバリーにおける SA の役割 スピリチュアリティの視点から, 精神保健福祉, 41 (1) , P51-57

Hasson-Ohayon I poe D Kravetz S, (2007), A randomized controlled trial of the effectiveness of the Illness management and Recovery Program , Psychiatr Serv 58 :1461-1466

星野富弘 (1981) , 愛、深き淵より, 立風書房

Houghton, J.F. (1982) , Main-taining mental health in a turbulent world. Schizophrenia Bulletin, 8, 548-552

池田真砂子, 山本俊彌(2010), IPS:個別職業紹介とサポート, 精神障害とリハビリテーション, 14(1), 24-31

池内慶公, 千原清志郎, 本田山郁子 (1991). デイケア活動場面におけるモデリング. 精神科治療学, 11, 1291-1297

池淵恵美 (2011) , 当事者による SST, Schizophrenia Frontier, 12(2), 126-129

稲垣 中, 中川敦夫 他 (2005) , 統合失調症の医療環境, 薬物療法及び社会復帰に関する研究, JESS2000 追跡調査 (その 1) : 短期入院後の再入院率に関する検討, 厚生労働省精神・神経疾患研究委託 報告書

石川かおり, 清水邦子, 岩崎弥生他 (2002). 地域で生活する精神障害者の日常生活の自己管理, 千葉大学看護学部紀要, 24, 15-21

石澤和絵(2010), IMR (Illness Management and Recovery) : 疾患自己管理とリカバリー. 精神障害とリハビリテーション, 14 (1), 38-43

岩崎弥生, 野崎章子, 松岡純子, 水信早紀(2008), 地域で生活する精神障害を持つ当事者の視点から見たリカバリー グループ・インタビュー調査の質的分析をとおして, 病院・地域精神医学, 50 (2) , 171-173

Jacobson N. , Curtis, L. (2000): Recovery as policy in Mental Health Services : Strategies emerging from the states, Psychiatric Rehabilitation Journal, 23(4) , 333-340

Jacobson N., Gleenley D, (2001), What Is Recovery ? A Concepyual Model and Explication , Psychiatric Services , 52(4) , 482-485

Jacobson N.,Curtis L. (2000),Recovery as Policy in Mental Health Services:Strategies Emerging from the States,Psychiatric Rehabilitation Journal,23(4),333-341

Jacobson N. : Experiencing recovery(2001) A dimensional analysis of recovery narratives,Psychiatric Rehabilitation Journal; Winter; 24, 3; proQuest Research Library

Jhon Wiley and Sons, England ,Jennifer BR, Poorni GO, Monica G, (2003), Internalized stigma of mental illness: pshycometric propaties of a new mesure, Pshychiatric Research, 121; 31-49

Judith Cook , (2010) , 元気回復行動プランを使った精神疾患の自己管理, Self care research Judith,  
(<http://www.mentalhealthrecovery.com/jp/selfcareresearchjudith.php>  
)

葛西康子, 古塚 孝 (1999). 地域にすむ精神障害者の障害認識と対処努力. 看護研究, 32(2), 143-152

加藤欣子, 加藤春樹, 中村恵見, 木下巖, 向寛(2005), 精神障害者小規模作業所の理念に「リカバリー」を導入する意義, 精神障害とリハビリテーション, 9 (1) , 76-87

河野あゆみ, 松田光信(2008). 精神科リハビリテーションとしてのレクリエーション療法の再生と評価に関する研究. 日本精神保健看護学会誌, 17(1), 24-33

木村敏（1994），心の病理を考える，岩波新書

木村 真理子，（2003），精神障害リハビリテーション・チームの活躍：包括的なケアを目指して，教育と医学，51(1)，14-21

木村真理子（2004a），リカヴァリを志向する精神保健福祉システム，精神科看護，31(3)，48-55

木村真理子（2004b），リカヴァリを促進する精神保健システム，病院・地域精神医学，47(3)，13 - 17

木村真理子（2010），リカバリーとリカバリー指向のケアシステム，精神科臨床サービス，10(4)，434-439

厚生労働省精神保健福祉対策本部（2012年5月7日検索）. 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>

黒髪恵（2013），地域で生活する精神疾患を持つ人が退院後に生活を変化させていくプロセス，日本精神保健看護学会誌

黒髪恵，石飛マリコ，焼山和憲（2010），講義および実習前後の看護学生の精神障がい者の対する認識の変化，日本精神科看護学会誌，53(2)，208－212

黒髪恵，長浜美智子（2010），地域で生活する精神障害者の回復のプロセスと回復促進に影響する要因，福岡大学臨床心理学研究第8巻，21 - 28

Leete E.（1989），How I perceive and manage my illness. Schizophrenia Bulletin, 15, 197-200

Link B.G, Cullen F.T., Struening E. et al（1989）A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. American social Review 54:400-423

Link B.G. (1987), Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Social Review* 52:96-112

Lysaker P.H, Buck KD, Taylor AC, Roe D., (2008) Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157:31-38

Lysaker P.H, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N., (2007) Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 149 , 89-95

Mary E. Copeland, バーモント州精神的困難からのサバイバーの会, バーモント州精神保健サービス局：バーモント州リカバリー教育プロジェクト「リカバリーのためのコース」評価研究(質的考察), Vermont research qualitative, 2010. (<http://www.mentalhealthrecovery.com/jp/selfcareresearchjudith.php>)

Mary E. Copeland. (2010) , バーモント州精神的困難からのサバイバーの会、バーモント州精神保健サービス局：バーモント州リカバリー教育プロジェクト「リカバリーのためのコース」評価研究(質的考察), Vermont research qualitative, 2010

(<http://www.mentalhealthrecovery.com/jp/selfcareresearchjudith.php>)

丸山公男(2007), 長期入院慢性統合失調症患者の一人暮らしへの過程を支える要因について 医師－患者関係を中心にして, 精神障害とリハビリテーション, 11 (2) , 170-173

Mary Leamy, Victoria Bird, et al(2011), Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative



synthesis. The British journal of psychiatry, 199; 445-452

Mary O' Hagan (2004), Recovery in New Zealand: Lessons for Australia? Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH), Vol. 3, Issue 1, 1-3

McDermott, B. (1990) , Transforming depression. The Journal, 1(4) 13-14

Mcnaught M, Caputi P, et al., (2007), Testing the validity of the recovery assessment scale using an Australian sample. Aust. NZ. J. Psychiatry 41 , 450-457

Mehmet A. Ersoy, Azmi Varan , (2007) Reliability and Validity of the Turkish Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale, Turk Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Psychiatry), 18(2)

Mikowski E, 村上仁訳 (1988) , 精神分裂病：分裂性性格者および精神分裂病者の精神病理学, みすず書房

Mueser K, Meyer P, Penn D, et al (2006), The Illness management and Recovery Program : Rationale, development, and preliminary finding. Schizophr Bull 32 s32-s43.

向谷地生良 (2009) , 技法以前, 医学書院

中川正俊 (2005) , 統合失調症慢性期の患者への地域ケア 具体的課題と対応. 精神科治療学, 20, 587-591

西垣里志 (2007), 長期入院患者の自立への第一歩 ストレngthsに焦点を当てたかかわりがもたらした自己決定能力の高まり, 日本精神科看護学会誌, 50 (2) , 534-538

西尾雅明 (2004), ACT 入門：精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム, 金剛出版, 1-10.

西川 里美 (2012), 地域移行・地域定着支援における ACT-Zero 岡山の取り組み アウトリーチ支援の可能性と課題, 保健師ジャーナル, 68(4).

野中猛. (1999), 病や障害からのリカバリー, 作業療法ジャーナル, 33, 594-599

野中猛. (2010), 障害論からみたわが国におけるリカバリー論の展開, 精神科臨床サービス, 10(4), 446-451

小田敏雄(2011), 精神障害者のリカバリー促進要因の検証 退院促進支援事業の当事者支援員と専門職へのインタビュー調査から (第2報), 田園調布学園大学紀要, 5号, 71-89.

Onken S. J., Craig. C. M., Ridgway P., Ralph R. O., Cook J. A. (2007), An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature, Psychiatric Rehabilitation Journal, 31(1), 9-22

乙武洋匡(1998), 五体不満足, 講談社

Peter S, Scharmer CO, Jaworski J, Flowers BS (2005), Precense, 野中郁次郎監訳 (2006), 出現する未来, 講談社

R. P. Liberman (2008), Recovery From Disability, 池淵恵美監訳 (2011), 精神障害と回復, 星和書店.

Ragins M. (2002), A Road of Recovery, 前田ケイ監訳 (2005), リカバリーへの道, 金鋼出版.

Ralph R. O., Edmud S, (2000), Recovery, Psychiatric Rehabilitation Skills, 4(3), 480-517

Rapp C. A., 久永文恵翻訳 (2010), ストレングスモデルケースマネジメント: その思想と科学. 精神障害とリハビリテーション, 14 (1) ; 6-16.

- Rapp C. A, 久永文恵翻訳 (2010) , ストレングスモデルケースマネジメント, その思想と科学. 精神障害とリハビリテーション, 14 (1) , 6-16
- Rapp, C. A. & Goscha, J. R. (2006), The Strengths Model-Case Management with People with Psychiatric Disabilities, 田中英樹監訳 (2008), ストレングスモデル第2版. 41. 208-216, 東京: 金剛出版.
- Ridgeway P. , (2001): Restorying Psychiatric disability ; Learning from Firast Person Recovery Naratives, Psychiatric Rehabilitation Journal , 24 , 335-343
- Ritsher J.B., Phelan J.C., (2004) : Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry Research, 129:257-265
- Ritsher JB, Otiligam PG, et al., (2003), Internalized Stigma of Mental Illness: Psychometric properties of a new measure, Psychiatry Res 121, 31-49
- 坂本明子, (2008), WRAP-元気回復行動プランから学ぶ. 精神障害とリハビリテーション 12 (1) , 45-49
- 坂本明子 (2011), WRAP (元気回復行動プラン) ~Wellness に意識を向けて~. デイケア実践研究 15(2), 131-136.
- Salyers M. Godfrey J. McGuire A. et al (2009), Implementing the Illness management and Recovery Program for consumers with severe mental illness .Psychiatr Serv 60, 483-490
- 精神保健福祉白書編集委員会 (2010). 精神保健福祉白書 2011 年版, 213, 中央法規

Sirey J.A., Brece M.L., Alexopoulos G.S., et al. (2001), Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Service* 52, 1651-1620

沢宮容子(2010), 認知行動療法の理論と臨床－認知行動療法とは, 現代のエスプリ第520号, 12～17

沢宮容子, 内山喜久雄(2010), 認知行動療法の理論と臨床－認知行動療法におけるケースフォーミュレーション, 現代のエスプリ第520号, 22～25

精神病床数の推移(1960～2000), OECD Health Data 2001,  
[http://www.kansatuhou.net/10\\_shiryoshu/07\\_01\\_shiryou\\_seisin.html#3](http://www.kansatuhou.net/10_shiryoshu/07_01_shiryou_seisin.html#3)

精神保健福祉白書編集委員会(2010). 精神保健福祉白書 2011年版, 213, 中央法規

三野宏治 (2010), 日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察: 米国地域精神医療保健改革とそれについての議論とともに, *Core Ethics* Vol.6, 413-422

佐藤光源 (2008), 第8回 今後の精神保健医療福祉のあり方検討会資料

佐藤大介, 久野恵理他(2009), 統合失調症患者に対する疾患自己管理とリカバリー (IMR) プログラムを用いた個別支援の検討, *病院・地域精神医学* 52(2), 70

島田千穂, 木村真理子, 野中猛 (2006), ワークショップ参加後の変化の認識から見たリカバリーのプロセス, *精神障害とリハビリテーション*, 10(1).

下地明友 (2012), 精神医療における「リカバリー」を再考する, *精神科看護*, 39(10), 10－19

下津咲絵(2007), 精神疾患患者のセルフスティグマが精神疾患の治療や経過に与える影響. 日本社会精神病院学会誌 Vol19.No.3, 353-357.

Sirey J.A., Brece M.L., Alexopoulos G.S., et al (2001) Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services* 52:1651-1620,

Spaniol L. (1991), Editorial, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(4), 1.

精神病床数の推移(1960～2000), OECD Health Data 2001, [http://www.kansatuhou.net/10\\_shiryoshu/07\\_01\\_shiryousiseisin.html#3](http://www.kansatuhou.net/10_shiryoshu/07_01_shiryousiseisin.html#3)

Spaniol L., Wewiorski, N.J. Gagne, C., et al (2002): The process of Recovery from schizophrenia. *International Review Psychiatry* 14, 327-336

武井寛道, 加藤大慈, 藤田英美, 上原久美, 佐伯隆史, 内山繁樹, 渡辺厚彦, 須山章, 森田和美, 川西千秋, 平安良雄(2010), 長期入院患者に対し Illness Management and Recovery を実践した一例, 神奈川県精神医学会誌, 59号, 27-30.

武井寛道, 加藤大慈他(2011), 精神科閉鎖病棟における Illness management and Recovery の実践, 日本作業療法士学会抄録集 45, 391-391.

田中英樹 (2010), リカバリー概念の歴史, 精神科臨床サービス, 10(4), 428-433.

田中いずみ(2008), 精神科リハビリテーション介入におけるエンパワーメント効果. 富山大学医学会誌, 19(1), 35-40.

田中美恵子(2002),ある精神障害・当事者のライフヒストリーとその解釈  
(第1部)―地域生活を可能とした要因および個人における歴史と病との  
関係―, 東京女子医科大学看護学部紀要, 5, 1-15.

田中美恵子(2002),ある精神障害・当事者のライフヒストリーとその解釈  
(第2部)―病いの意味:自立と自己の存在の意味を求めての闘い―, 東  
京女子医科大学看護学部紀要, 5: 17-26.

田中美恵子(2002),「当事者による精神看護学の講義から学生は何を学ん  
だか―「語る主体」としての当事者との出会い」『東京女子医科大学看護  
学部紀要』5: 67-72.

谷藤信恵(2010),生きていく苦痛を訴える利用者への訪問看護 協働的か  
かわりを試みて, 日本精神科看護学会誌, 53(3), 19-23.

谷村厚子, 山田孝(2009),地域在住の精神障害者に対する集団作業療法プ  
ログラムの開発と有効性 実施群と対照群の比較, 作業療法, 28(2),  
134-149.

丹野義彦(2001),エビデンス臨床心理学:認知行動理論の最前線, 日本評  
論社

Turner J. Wallcraft J., (2002), The Recovery Vision for Mental Health  
Services and Research: A British Perspective, Psychiatric  
Rehabilitation Journal, 25(3), 245-254.

内山喜久雄(2006) 認知行動フォーミュレーションの理論的・臨床的考察,  
精神療法, 32(6), 677-682

内山繁樹, 加藤大慈, 藤田英美, 上原久美, 武井寛道, 佐伯隆史, 平安良  
雄(2010), 通院中に統合失調症患者への疾病管理とリカバリー (Illness  
Management and Recovery: IMR) プログラムの実践, 横浜看護学雑誌, 3(1),  
39-44

Unzicker, R. (1989) , On my own; A personal journey through madness & re-emergence. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13(1) , 71-77

浦河 べてるの家 (2002) , べてるの家の「非」援助論, 医学書院

浦河 べてるの家 (2005) , べてるの家の「当事者研究」, 医学書院

宇佐美 しおり (1998) , 地域で生活する精神分裂病者の自己決定に基づくセルフケア行動の実態. 看護研究, 31(3), 221-234

Wahl OF, Harman CR., (1989), Family views of stigma. Schizophr Bull 15, 131-139.

渡辺 雅文 (2010), いかにして当事者の持つ力をリカバリーに活用するか, 精神科, 16 (3) , 269-273

Wright, B. (1983) , Physical disability-A psychosocial approach, New York; Harper & Row

山本 貢司, 佐々木 淳, 石垣 琢磨, 他 (2006), 統合失調症患者とその家族におけるスティグマ認知ー精神症状および主観的ウェルビーイングとの関連ー. 精神医学 48, 1071-1076

Yanos P.T., Roe D, Markus K, Lysaker P.H., (2008) Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. Psychiatric Services, 59, 1437-1442

## 謝 辞

本論文は、筆者が福岡大学大学院人文科学研究科教育・臨床心理学専攻に在籍中の研究成果をまとめたものである。研究遂行に関しては困難や挫折も多く、指導教官である本専攻科教授の皿田洋子先生には、研究の計画から実施、論文作成まで、いつもそばで見守っていただき、適確なアドバイスや研究できる環境を提供していただきました。深く感謝いたします。

同研究科教授 林幹男先生、並びに坂本昭先生には、お忙しい中、論文の方向性、構成など細部にわたってご助言をいただきました。また、同大学医学部精神神経科学教授である西村良二先生には、ご多忙の中、論文の論理性や研究内容がよりわかりやすくなるような表現方法などご助言をいただき、さらに論文が精練されました。ここに感謝の意を表します。

最後に、本研究のきっかけは、地域で生活している精神疾患を持つ人々との出会いでした。研究実施においても多くの地域の方々と出会い、勇気をもらいながら進めてまいりました。またプログラムの実施においては、久留米大学 坂本明子先生にご協力をいただきました。研究を通して出会えた皆様に深く感謝申し上げます。ありがとうございました。