

2009 (平成 21) 年度  
財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
在宅医療助成 一般公募 (後期)  
完了報告書

地域で生活する精神疾患をもつ者を対象とした、  
リハビリ促進プログラムの効果検証  
—無作為化比較試験—

<申請者>

千葉 理恵 (Rie CHIBA MS, RN, PHN)

東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 精神看護学分野  
大学院生(博士課程)

<共同研究者>

宮本 有紀 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 精神看護学分野・講師

川上 憲人 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 精神保健学分野・教授

西井 尚子 座間ガーデンクリニック・看護師

寺崎 直美 財団法人 精神医学研究所附属 東京武蔵野病院・デイケア科長

若林 靖子 財団法人 精神医学研究所附属 東京武蔵野病院・看護師

山本 逸子 社会福祉法人緑友会 作業所つくし・施設長

新實 正樹 社会福祉法人緑友会 作業所つくし・社会福祉士

柳田 実 医療法人社団 青木末次郎記念会 相州メンタルクリニック・地域支援課課長

檜山 洋一 医療法人社団 青木末次郎記念会 相州メンタルクリニック・作業療法士

<申請者連絡先>

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

TEL: 03-5841-3522

FAX: 03-5841-3392

E-MAIL: mm097019@mail.ecc.u-tokyo.ac.jp

<提出年月日>

平成 23 年 3 月 30 日

## 1：背景

リカバリーとは、精神疾患をもつ人が、たとえ症状や障害が続いていても、希望を抱き、自分の人生に責任を持って、意味ある人生を生きることを指す主観的な概念であり(Anthony, 1993)、精神症状や社会機能などの客観的指標によって、疾患の徴候がなくなることをアウトカムとする従来の医学モデルの回復とは異なる概念である(Roberts & Wolfson, 2004)。精神疾患をもつ当事者の手記(Deegan, 1988; Leete, 1989; Lovejoy, 1982)を発端として 1980 年代から徐々に広がったリカバリー概念は、今や、欧米諸国において地域で生活する精神疾患をもつ人々への精神保健サービスの中心概念となっている(Davidson et al., 2006)。

そのため欧米諸国では、地域で生活する精神疾患をもつ人々を対象として、リカバリーの関連要因についての検討(Corrigan, 2006; Corrigan & Phelan, 2004)や、様々なリカバリー促進の介入プログラムの開発(Copeland, 2001; Mueser et al., 2006; Oades et al., 2005; Ridgway et al., 2002; Spaniol et al., 2009)が多く行われるようになってきている。また、さらに近年はリカバリー促進プログラムの介入研究(Barbic et al., 2009; Fukui et al., 2010; Marshall et al., 2009; Starnino et al., 2010; Hasson-Ohayon et al., 2007)も増加している。たとえば“*Illness Management and Recovery (IMR)プログラム*”(Mueser et al., 2006)は、精神疾患の自己管理ストラテジーの教育に関する先行研究レビューに基づいて開発されたプログラムであり、重度の精神疾患をもつ 210 名を対象としたイスラエルでの無作為化比較試験において、有意な介入効果が得られたことが報告されている(Hasson-Ohayon et al., 2007)。また、コーピングやエンパワーメント・ストラテジーに主眼を置いて開発された“*Recovery Workbook Program*”(Spaniol et al., 2009)は、Assertive Community Treatment (ACT)サービスを受けている 33 名を対象としたカナダでの無作為化比較試験において、有意な介入効果が得られたことが示されている(Barbic et al., 2009)。これらの知見は、リカバリー促進プログラムの有用性を支持するものであるが、一方で、無作為化比較試験などの方法論を用いた研究はまだ少なく、必ずしも十分なエビデンスの蓄積には至っていないとの指摘もされている(Resnick & Rosenheck, 2006)。

日本においても近年、精神保健の領域においてリカバリー概念が注目を集めており、質的研究によって、わが国の精神疾患をもつ人々のリカバリーが当事者の視点から明らかにされつつある(岩崎, 他. 2008; 木村. 2003)。また、リカバリー概念の意義には、身体・心理・社会・精神の全人的な回復過程の

メカニズムの追求に寄与しうることや、当事者の力を高めるための視点や方法を工夫できること、従来の医療や福祉のシステムを見直す研究を期待できることなどが論じられているほか(野中, 2005)、精神科病院が治療構造を見直しリカバリー志向になることが、在宅医療の推進につながることも指摘されている(伊藤, 2006)。しかしわが国では、リカバリー促進プログラムの開発はこれまでに行われておらず、効果的なリカバリー促進方法についても十分明らかになっていない。効果的なリカバリーの促進方法が明らかになれば、わが国の精神疾患をもつ人々が、地域の中でより充実した人生を生きられるような支援についての示唆を得ることができると考えられる。

ポジティブ心理学は、人のもつポジティブな感情や強さ、意味のある経験などに注目する心理学である (Joseph & Linley, 2006; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)。リカバリーが精神疾患をもつ人を対象とした概念である一方で、ポジティブ心理学は疾患をもたない人をも含むという点では両者に相違があるが(Resnick & Rosenheck, 2006)、これらはいずれも、人のもつポジティブな側面を高めることに主眼を置く点では共通した視点をもつものである。そのため、ポジティブ心理学の理論がリカバリー促進に有用である可能性が論じられている(Resnick & Rosenheck, 2006; Slade, 2010)。たとえば、ポジティブ心理学に含まれる概念の1つであるベネフィット・ファインディングとは、慢性疾患などの逆境におけるネガティブな経験を通して、得られたものがあつたと感じることであり(Tennen & Affleck, 2002)、ベネフィット・ファインディングとリカバリーには、有意な正の相関があることが明らかになっている(Chiba et al., in press)。

そこで、研究者らはこれまでに、ポジティブ心理学の理論やエビデンスを適用したリカバリー促進プログラムを独自に作成し(千葉, 2010; 千葉, 宮本, 2010a)、また、2010年4~6月に神奈川県内の精神科病院のデイケア1か所でパイロット・スタディを行い、わが国の地域で生活する精神疾患をもつ人々への本プログラムの実施可能性や介入効果について検討した(千葉, 宮本, 2010b)。その結果、地域で生活する精神疾患をもつ人に適用可能であり、有用な可能性が示唆された。

リカバリー促進プログラムの効果評価には、無作為化比較試験が必要であることが指摘されている(Barbic et al., 2009)。そこで次の段階として、本研究では、研究者らが作成したリカバリー促進プログラムについて並行群間の無作為化比較試験を行い、介入効果を検討することとした。

## 2：方法

### (1)対象

対象施設は、関東地方の、精神科病院デイケア 3 か所および地域作業所 1 か所の計 4 か所とした。また、対象者の選択基準は、1)20 歳以上であること、2)精神疾患の診断を受けていること、3)研究開始時点において地域で生活していること、4)研究開始時点において対象施設の精神保健サービスを利用していることとした。また、精神発達遅滞または認知症の診断をもつ者は除外とした。

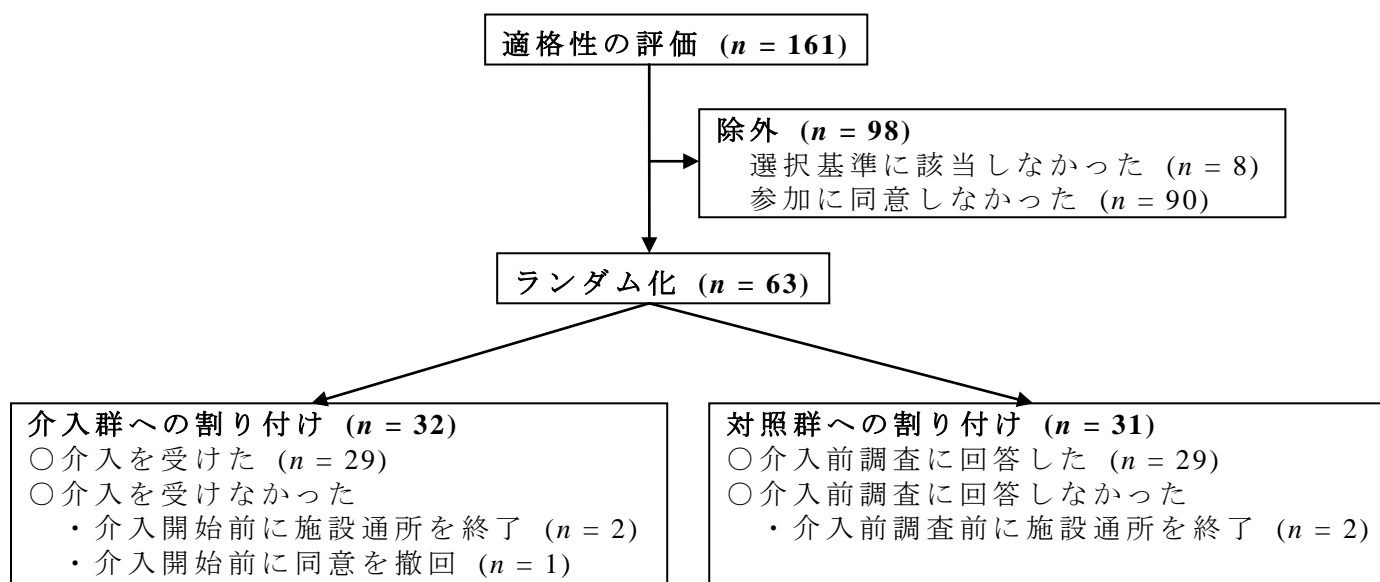
研究代表者は、各施設に通所している者を対象に研究内容や方法などについて説明し、研究参加者の募集を行った。リクルート期間は、介入研究実施期間に合わせて、施設 A と B は 2010 年 9～10 月、施設 C は 2010 年 12 月、施設 D は 2010 年 12 月～2011 年 1 月とした(表 1)。また、選択基準に該当し、かつ研究参加への同意を得られた計 63 名について、各施設の中で介入群(32 名)と対照群(31 名)に無作為割り付けした。無作為割り付けは、対象施設に属さない共同研究者 1 名がコンピュータによる乱数表に基づいて作成した割り付け表に従って行った。介入群は、8 週間にわたって、120 分/回、1 回/週、全 8 回の集団セッションによるリカバリー促進プログラムの介入を受け、その一方で対照群は同じ期間に、デイケアの通常のプログラムへの参加や作業所での通常の作業など、当該施設での普段通りのサービスを受けた。

(表 1) 各施設での研究実施の時間枠組み

	2010/9 月	10 月	11 月	12 月	2011/1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
施設 A	リクルート	↔								
	介入		←.....→							
	調査	①		②			③			
施設 B	リクルート	↔								
	介入		←.....→							
	調査	①		②			③			
施設 C	リクルート			↔						
	介入				←.....→					
	調査				①		②			③
施設 D	リクルート			↔						
	介入					←.....→				
	調査					①		②		③

注) 調査① = 介入前調査、調査② = 介入後調査、調査③ = フォローアップ調査

対象者の割り付けまでの過程をフローチャートに示す(図 1)。介入群に割り付けられた 32 名中、介入プログラムに参加したのは 29 名で、うち、全 8 回中 5 回以上参加した者が 23 名、参加回数が 5 回未満だった者が 6 名であった。



(図 1) 割り付けまでの対象者のフローチャート

## (2)介入

### ①リカバリー促進プログラムの内容

介入プログラムは、A.「人生の意味を高めること」、B.「幸福感を高めること」、C.「ベネフィット・ファインディングを高めること」の3つの内容を中心に構成され、対象者のポジティブな側面を高めることに焦点をあてている(千葉, 2010; 千葉, 宮本, 2010a)。また、プログラムにはさらに、リカバリーについての情報提供や自身のリカバリーについて考えることなども含まれる。A.「人生の意味を高めること」の構成内容は、“Recovery Workbook Program”(Spaniol et al., 2009)の一部の内容をもとに作成したものであり、B.「幸福感を高めること」の構成内容は、Seligman ら(2005)を一部改変して用いた。また、C.「ベネフィット・ファインディングを高めること」は、先行研究の理論(Joseph & Linley, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004)および、精神疾患をもつ人におけるベネフィット・ファインディングの内容に関する先行研究(千葉, 他, 2010)を参考にして作成した。ベネフィット・ファインディング

促進セッションの中には、精神疾患になってからのこれまでの人生の道のりや、精神疾患による困難とどのようにたたかってきたかについて振り返るセッションが含まれるが、トラウマティックな経験について記述することは時に、直後にネガティブな短期的心理反応を生じる可能性があることが指摘されている(Niederhoffer & Pennebaker, 2009)。そのため、参加者が当該テーマについて記述したり話したりするかどうかや語る内容は各自の自由な意思に委ねられていることを十分説明し、これまでの経験のネガティブな側面だけに焦点が当たらないよう、細心の注意をもって進めることとした。

## ②介入プログラムの実施方法

### i) 介入の枠組み

介入は1グループにつき対象者数5~8名程度の集団セッションにより行い、120分/回、1回/週、全8回のプログラムでは、研究者らが作成したワークブックを配布し、各回でワークブックの内容に沿って自分の考えを記入したり、グループの中で話したりしながら進めた。また、毎回のセッションの始めにはアイスブレイキングや前回の内容のふり返しを行い、セッションの終わりには、その日の内容のまとめをした。

対照群については、フォローアップ調査終了後に、介入群で使用したものと同一ワークブックを配布することとし、また、施設側との調整により、希望に応じて、プログラム内容を説明し、抜粋したセッションを実施した。施設スタッフによって、フォローアップ調査終了後に、介入群と同様の介入を対照群にも実施することとした施設もあった。

### ii) 実施体制

近年、リカバリーの関連要因の1つとして、精神疾患をもつ者同士の支え合い(ピアサポート)が注目されている。リカバリーとピアサポートには有意な正の関連があることが国内外の研究で明らかになっており(Corrigan, 2006; 千葉, 他. 2011)、欧米では、専門職者とピアサポーターが協働して介入を行う研究(Barbic et al., 2009)や、ピアサポーター主導の介入研究(Fukui et al., 2010; Resnick & Rosenheck, 2008)も行われている。そこで本プログラムは、臨床経験をもつ精神科看護師1名(研究代表者)と、精神疾患をもち通院や服

薬を続けながら自助グループなどでセルフヘルプ活動を行っているピアサポーター1名の計2名で協働して介入を実施した。また、当該施設のスタッフも各回のセッションに参加した。

本研究への協力を得られた2名のピアサポーターには、介入開始時期に先立って、研究者らが作成したプログラム実施のためのガイドブックを配布し、プログラムの内容や実施方法、ピアサポーターの役割などについて説明し、研究代表者と打ち合わせを行った。さらに、各セッションの前後にもピアサポーターと共に打ち合わせとふり返りを毎回実施し、意見交換を行った。

また、アメリカで開発された精神疾患をもつ人を対象としたリハビリテーションプログラムである Assertive Community Treatment (ACT)が各地で進展する中では、プログラム遷移(program drift)と呼ばれるプログラムの変質が起こり、そのようなプログラムでは十分な効果が上がらないことが問題になったことが指摘されている(大島, 2005)。本研究は、介入を担当した精神科看護師は1名ではあったが、作成したガイドラインに忠実に介入が行われているかどうかを、ピアサポーターと共に確認し、不十分な点があった場合には改善の方法についても話し合いながら進めることとした。

### (3)評価方法

#### ①対象者の属性・介入効果の評価

研究参加者を対象に、介入開始前、介入終了後、介入終了後から3か月後の3時点において、自記式調査票による調査を行った。介入開始前の初回調査票は介入担当の精神科看護師(研究代表者)または共同研究者が配布し、欠損データがあった場合には、研究代表者が対象者に直接確認して補填した。また、介入終了後および3か月後のフォローアップ調査では、共同研究者が調査票を配布・回収した。調査票に含まれた内容は、表2に示す。

#### ②有害事象の発生の有無と、ベネフィット・ファインディングとの関連の評価

過去のことを振り返ることで、ネガティブな心理反応を呈する可能性があることを考慮し、当該回の終了時に、ネガティブな心理反応を生じた者がい

ないか尋ねた。また、もし該当者がいた場合には、翌週のセッション時にその後の心理状態を尋ねることとした。さらに、該当者がいた場合には、介入後調査によるベネフィット・ファインディングの経験の有無との関連を検討することとした。

(表 2) 自記式調査票による調査内容

<b>a)属性等</b>
・性別、年齢、診断名、罹病期間、入院歴、同居者の有無、婚姻状況、学歴、就労経験、研究期間中に生じた大きなライフイベントの有無や内容
<b>b)プライマリ・アウトカム (リカバリー評価尺度)</b>
・日本語版 Recovery Assessment Scale (RAS) (Chiba, et al. 2010a) ：高スコアほどリカバリーのレベルが高い [24 項目・5 件法・範囲: 24～120 点]
・日本語版 Self-Identified Stage of Recovery Part-A (SISR-A) (Chiba, et al. 2010b) ：高ステージほどリカバリーの段階が高い (モラトリアム期、気づき期、準備期、再構築期、成長期を表す文章から 1 つ選択) [単項目・5 件法]
・日本語版 Self-Identified Stage of Recovery Part-B (SISR-B) (Chiba, et al. 2010b) ：高スコアほどリカバリーのレベルが高い [4 項目・6 件法・範囲: 4～24 点]
<b>c)セカンダリ・アウトカム (リカバリーの関連概念の尺度や質的項目)</b>
・日本語版 Herth Hope Index (Hirano et al., 2007) ：高スコアほど希望のレベルが高い [12 項目・4 件法・範囲: 12～48 点]
・日本語版 Subjective Happiness Scale (島井, 他. 2004) ：高スコアほど幸福感のレベルが高い [4 項目・7 件法・範囲: 4～28 点]
・Sense Of Coherence 29 項目スケール(山崎, 1999)より抽出した有意味感ドメインの 8 項目 ：高スコアほど sense of coherence のレベルが高い [8 項目・7 件法・範囲: 8～56 点]
・介入によって得られたベネフィット・ファインディング 「病気の経験を通して、得たものや学んだと思うこと(「いいこと見つけ」・「いいこと気づき」)についておたずねします。第3章を通して、新たに気づいたり、これまでよりも強く実感するようになったりした「いいこと見つけ」や「いいこと気づき」がもしありましたら、教えてください。いくつでもかまいません。」 (質的項目 介入後1時点のみ) [介入群のみ]
<b>d)その他 (参考のための尺度や質的項目)</b>
・日本語版 K6 (Furukawa et al., 2008) ：高スコアほど不安・抑うつが強い [6 項目・5 件法・範囲: 6～30 点]
・日本語版 Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32) (川野, 2007) ：高スコアほど精神症状や行動の障害による困難の度合いが高い [32 項目・5 件法・範囲: 32～160 点]
・プログラムに参加した感想 (質的項目 介入後 1 時点のみ) [介入群のみ]



### ③プログラム実施のフィデリティ評価

プログラムが、研究者らの作成したガイドブックに沿って適切に進められているかを評価するために、介入を実施した精神科看護師とピアサポーターの2名で話し合いながらフィデリティ評価を行った。各施設の全8回の介入プログラムにおいて、第4回目終了時と第8回目終了時に、それぞれ前半4回、後半4回の介入実施について、研究者らが独自に作成したフィデリティ評価用紙を用いて評価した。

評価用紙は計15項目から成り、「介入実施者・参加者」(計5項目)に関するものには、「同じ実施者が継続してプログラムを実施している」、「プログラム実施前の打ち合わせとプログラム実施後の振り返りを行っている」、「実施者、施設スタッフを除く参加者の人数は5～8名程度である」などの項目が含まれる。また、「プログラムの進め方」(計9項目)に関するものには、「前回のセッションの振り返りと今回の内容の説明をしている」、「参加者に話すことを強制しない」、「ピアサポーターは自分の経験について話している」などの項目が含まれる。さらに、「プログラムを実施する環境」(1項目)には、「プライバシーが保たれるよう、個室で実施している」が含まれる。各項目は、1(できていない)、2(あまりできていない)、3(まあできている)、4(できている)の4件法で評価する(範囲: 15～60点)。

## (4)分析方法

### ①対象者の属性・介入効果の評価

ベースライン時の両群の属性や各尺度スコアを、対応のないt検定または $\chi^2$ 検定により比較し、有意水準は5%(両側)とした。また、介入によって得られたベネフィット・ファインディングについては、2011年3月30日時点までに介入後調査を終了している3施設(施設A、B、C)のデータについて、精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングの種類を質的に明らかにした先行研究(千葉, 他, 2010)のカテゴリーに基づき、各回答をカテゴリー分類した。また、同様にプログラムに参加した感想についても、3施設(施設A、B、C)で得られたデータを整理することとした。

介入効果についての量的検討は、必要なデータの収集が終了していないこ

とから、本報告書での分析には含めないこととした。

## ②有害事象の発生の有無と、ベネフィット・ファインディングとの関連の評価

全4施設の介入群の参加者について、当該セッション参加者の中に、ネガティブな心理反応を呈した者がいたかどうか、また、もしいた場合には1週間後の変化の有無について評価した。ネガティブな心理反応を示した者が、その後の介入後調査でベネフィット・ファインディングを経験しているかどうかの関連についても検討した。

## ③プログラム実施のフィデリティ評価

全4施設のフィデリティ評価について、各項目の合計スコアを算出するとともに、施設やピアサポーターや該当セッションが異なっても評価の低い項目があるかどうかを検討した。

## (5)倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科および対象施設の倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加者の募集に際しては、自由意思の確保に十分配慮し、強制力が働かないように、研究協力は自由意志によること、研究に協力しなくても不利益を被ることはないこと、研究協力はいつでも撤回できることを、十分説明した上で行った。

### **3：結果**

#### **(1)対象者の属性・ベースライン時の各尺度スコア**

全4施設の対象者の属性とベースライン時の各尺度スコアを表3に示す。対象者の年齢の範囲は、介入群で24～64歳、対照群で22～64歳であり、発症年齢は、介入群で15～60歳、対照群では16～54歳であった。また、罹病期間は介入群で1～43年、対照群では1～45年であった。さらに、入院経験者の過去の精神科入院回数は、介入群で1～6回、対照群で1～11回、入院期間は、介入群で1か月～18年6か月、対照群で1か月～10年6か月であった。K6によって評価される不安・抑うつ の程度や、BASIS-32によって評価される精神症状や行動の障害による困難の度合いは、対照群に比べて介入群のほうがやや重い傾向がみられたが、群間に有意差はなく、また、属性やその他の各尺度のスコアにおいても、介入群と対照群にはいずれも有意差はみられなかった。「その他」に分類された5名の診断名は、いずれも1名ずつであり、強迫性障害、パーソナリティ障害、覚醒剤精神病などが含まれた。

#### **(2)介入によって得られたベネフィット・ファインディング**

すでに介入後調査が終了している3施設で介入群に割り当てられた対象者は計21名で、そのうち2名はベネフィット・ファインディング促進セッションには不参加であり、また別の1名は介入後調査への協力を得られなかった。ベネフィット・ファインディング促進セッションに参加し、かつ介入後調査への協力を得られた18名のうち、質問に対応した内容を回答した有効回答者は12名であった。

12名の回答は19記録単位に分割され、「内面の成長・人生の価値観の変化」カテゴリーに分類された回答が10記録単位、「人間関係の深まり・人間関係での気づき」カテゴリーが5記録単位、「健康関連の行動変容・自己管理」カテゴリーと「宗教を信じること」カテゴリーが各1記録単位、「その他」が2記録単位であった。最も多かった「内面の成長・人生の価値観の変化」カテゴリーに分類された記録単位には、「健康の大切さ(心身共に)を感じるようになった」、「一日一日を大切に、元気な気持ちで精一杯生きること」などが含まれた。また、「人間関係の深まり・人間関係での気づき」カテゴリーに分類された記録単位には、「自分は一人きりではないということに気づいた」、「自身を含む様々な病いをもつ方々の気持ちを少しずつ感じ取れるようになった」などが含まれた。「その他」の中には、「自然の恩恵を感じるようになった」

た」などの記録単位が含まれた。

(表 3) 対象者の属性とベースライン時の各尺度スコア

	介入群 (n = 29)		対照群 (n = 29)		合計 (n = 58)		p 値 (群間比較)
	n (%)		n (%)		n (%)		
	平均 †	(SD) †	平均 †	(SD) †	平均 †	(SD) †	
性別 (男性)	18	62.1	16	55.2	34	58.6	0.59
年齢 (歳) †	41.3	11.1	42.5	10.7	41.9	10.8	0.68
発症年齢 (歳) †	28.5	10.4	31.5	11.0	30.0	10.7	0.29
罹病期間 (年) †	12.8	10.9	11.3	11.6	12.0	11.2	0.62
診断名							
統合失調症	11	37.9	14	50.0	25	43.9	0.15
うつ病	7	24.1	9	32.2	16	28.1	
双極性障害	4	13.8	0	0.0	4	7.0	
不安障害	3	10.4	0	0.0	3	5.2	
適応障害	0	0.0	2	7.1	2	3.5	
アルコール依存症	1	3.4	1	3.6	2	3.5	
その他	3	10.4	2	7.1	5	8.8	
精神科入院経験 (有り)	15	55.6	20	71.4	35	63.6	0.22
過去の精神科入院回数 (回) †	1.4	1.7	1.8	2.5	1.6	2.2	0.48
過去の精神科入院期間 (月) †	24.3	62.7	12.9	26.6	18.4	47.4	0.38
現在の利用施設 (デイケア)	21	72.4	22	75.9	43	74.1	0.76
RAS †	77.6	14.6	74.6	19.7	76.1	17.2	0.53
SISR-A							
モラトリアム期	1	3.5	3	10.3	4	6.9	0.89
気づき期	10	34.5	9	31.1	19	32.8	
準備期	8	27.6	8	27.6	16	27.6	
再構築期	7	24.1	6	20.7	13	22.4	
成長期	3	10.3	3	10.3	6	10.3	
SISR-B †	13.5	5.0	13.2	5.1	13.4	5.0	0.83
Herth Hope Index †	32.4	6.5	30.4	6.6	31.4	6.6	0.26
Subjective Happiness Scale †	16.3	5.8	15.9	4.9	16.1	5.3	0.79
Sense of Coherence †	35.4	9.3	35.4	8.2	35.4	8.7	1.00
K6 †	16.6	6.3	14.3	5.9	15.4	6.2	0.16
BASIS-32 †	39.1	27.0	32.4	25.2	35.8	26.1	0.34

†平均値と標準偏差(SD)を示す

### (3)有害事象の発生の有無と、ベネフィット・ファインディングとの関連

全4施設で、ベネフィット・ファインディング促進セッションに参加した計27名のうち3名が、当該セッション終了時に辛い気持ちになったと表出し、いずれの対象者も1週間後には軽減したと話した。3名はいずれも、当該セッションの中で、疾患になってからのこれまでの道のりなどについて積極的に話していた。3名中1名は、介入後調査において、セッションによるベネフィット・ファインディングの経験の内容が回答され、別の1名は質問に対応した回答が記載されていなかったため無効回答と判断された。また、残る1名からは介入後調査の協力を得られなかったため、セッションによるベネフィット・ファインディングの経験があったかどうかは不明であった。

### (4)プログラムに参加した感想

すでに介入後調査が終了している3施設で介入群に割り当てられた対象者は計21名のうち、介入後調査への協力を得られなかった1名を除く20名の中で、プログラムに参加した感想について回答した者は16名であった。「とても勉強になりよかったと思う」、「とても参考になり、今後の生活に生かしていきたい」など、学びになったという感想や、「楽しかった。落ち込んでいた日も元気になれた」、「だいぶ病気から回復していたからかもしれないが、ずいぶん楽にプログラムに参加することができた。自分のまわりにも普通にいいことがあることに気づけるようになって、気持ちが楽になった」などの、楽に参加できたといった感想があった。また、「色々なことを感じた。様々な気持ちのふり返りがあった」、「プログラムによって、自分自身を見つめ直すことで新しい自分を発見できた」、「これまでに病気とたたかってきたとは思えないが、それでも回復してきたことに気づけた」といった、自分を見つめ直す契機になったといった感想もみられた。さらに、「自分の経験したことのない話を聞いて、色々大変なことがあることを知った。他の人も自分と同じことを考えているのを聞いたりして、安心することがあった」、「みな、辛い思いを乗り越えてきているのだと思うと少し気が楽になったので、参加してよかった」といった、グループセッションに関する感想もあった。多くの回答はポジティブな評価と捉えられるものであった一方で、「封印してあった過去の一部を掘り出さなくてはならなかったのが辛かった」、「私にはこのプログラムは合っていないのかなと思った」といった感想もみられた。

#### (5)プログラム実施のフィデリティ

各施設で実施したプログラムのフィデリティスコアを、表 4 に示す。施設やピアサポーターや該当セッションが異なっても共通して評価の低い項目は特に見られず、スコアは全体的に高かった。施設 D の後半 4 回のセッションでは、東北太平洋沖地震による交通網の乱れなどの影響により、ピアサポーターが 1 回しか参加できなかったことから、「専門職者とピアサポーターの 2 名で協働して実施している」、「ピアサポーターは自分の経験について話している」などのいくつかの項目の評価が低いものとなったが、その他のプログラムの進め方やプログラムを実施する環境などに関する項目においては、高い評価であった。

(表 4) 各施設でのフィデリティスコア

	ピアサポーター	前半 4 回のスコア	後半 4 回のスコア
施設 A	P 氏	57	57
施設 B	Q 氏	58	60
施設 C	P 氏	54	56
施設 D	Q 氏	60	50

#### 4: 考察

本研究では、精神疾患をもつ人を対象として作成したリカバリー促進プログラムの効果を評価するために、関東地方の 4 つの施設において、通所者計 63 名を対象とした無作為化比較試験を行った。

リカバリーや関連概念の評価尺度を用いた量的分析はまだ行っていないため、介入効果の有無や程度については、現時点では明らかになっていない。しかしながら、介入群を対象とした介入後調査からは、プログラムの感想としてポジティブな評価が多く記述されており、プログラム全体としては、リカバリーに関する何らかの学びや変化があったと感じた対象者の割合が多かったことが推察される。

また、ベネフィット・ファインディング促進セッションにおいては、介入後調査を終えた 3 施設において、セッションに参加した計 18 名中 12 名 (66.7%) が、介入による新たなベネフィット・ファインディングや、これまで

よりも強く感じるようになったベネフィット・ファインディングがあったと感じていることが明らかになった。「内面の成長・人生の価値観の変化」に関する内容は、疾患を含むこれまでの人生について振り返ることが契機となって見出されやすくなる可能性があると考えられた。また、精神疾患をもつ人を対象とした先行研究(千葉, 他, 2010)では、「人間関係の深まり・人間関係での気づき」のカテゴリーの中に含まれる人間関係には、家族関係、友人関係、医療スタッフとの関係、具体的な対象を特定しない人間関係の4種類が含まれると報告されているが、本研究でこれまでに同カテゴリーに分類された回答は、その多くが対象者を特定しない人間関係に関するものであった。対象者の約7割が有効回答を答えたことから、本セッションには、ベネフィット・ファインディングを促進する一定の効果があると考えられるが、その一方で、全4施設の計27名中3名(11.1%)にはネガティブな短期的心理反応が認められた。いずれの該当者においても、1週間以内に症状の軽減・消失が認められていたが、一方で全介入終了後に「封印してあった過去の一部を掘り出さなくてはならなかったのが辛かった」と感想を記述した者もあり、今後は、このような心理反応の生じる可能性が低くなるようなプログラムの修正方法が課題の一つとなると思われる。Tedeschi & Calhoun(2004)は、逆境そのものよりも逆境とどのようにたたかってきたかに焦点を当てることを提唱しているが、今回の3名の中には、精神疾患による逆境そのものにより意識を向けてしまった者がいた可能性もあると考えられる。また、3名のうち1名からは、介入によるベネフィット・ファインディングについて有効回答が得られたが、ネガティブな心理反応を示すこととその後のベネフィット・ファインディングが生じることとの関連についても、今後の研究が望まれる。

プログラムのフィデリティは、概ね良好であったと判断できる。とりわけ、施設Bと施設Cでは、前半4回に比べて後半4回のスコアの方が2点上がっており、前半4回の実施上の課題点についてピアサポーターと共有し、方法を再検討できたことが、後半の実施に活かされたと思われる。また、本プログラムは、ピアサポートを得られやすくするように、集団セッションで行い、かつピアサポーターが参加する形をとっていたが、施設Dでは、ピアサポーターの参加回数が少なかったことにより、参加者が感じられるピアサポートが他の施設に比べてやや少なくなった可能性があり、今後分析結果を解釈する際には注意が必要である。

本研究の対象者の半数以上は精神科への入院経験をもっており、また、入院経験者の過去の合計入院期間は、平均で1年以上であった。本研究ではフ

フォローアップ調査を介入終了から3か月後としているが、リカバリー促進プログラムが、その後の再入院の割合などにどのような効果をもたらしているかについても今後検討することができれば、長期的な地域生活支援への貢献についても明らかになると期待できる。

本研究の対象者の中で最も多い診断名は統合失調症であり、また、平均罹病期間は12.0年にわたることから、慢性の精神疾患をもつ者の割合が高かったと考えられるが、対象者全員が地域で生活し、デイケアもしくは作業所に通所していた。一方、わが国では、いまだ精神科の入院患者が多いことが問題となっており、精神科病院自体が治療構造を見直し、リカバリー志向に変革していく必要性も指摘されている(伊藤, 2006)。そのため、入院患者のリカバリーをどのように高めていくかも重要な課題であり、本研究で用いたようなリカバリー促進プログラムが、入院患者にも適用できるかどうか、また、入院患者のリカバリー促進や地域生活支援にどのように貢献しているかについては、今後の研究が望まれる。

## **5：今後の計画**

2011年3月30日現在において、介入群への介入プログラムは4施設全てで終了しているが、介入後調査は施設Dでは現在実施中の段階であり、3か月後フォローアップ調査も、施設CとDではまだ行っていない(2011年6月実施予定)。今後は、両群の3時点(介入前・介入後・3か月後フォローアップ)の各尺度スコアから効果量を求め、また混合線形モデルにより介入効果を検定する予定であり、分析はいずれも、intention-to-treat解析およびper protocol based解析を行う計画である。

東北太平洋沖地震が発生した本年3月11日時点では、施設Aと施設Bでは3か月後フォローアップ調査、施設Cでは介入後調査を実施中であり、また、施設Dでは介入プログラムを実施していた。震災やその後も続く不安定な社会的状況によりネガティブな心理的影響を受けている者が多いと推察されることから、このような社会的要因についても、今後分析結果を解釈する際には考慮する必要があるかもしれない。

データ収集が終了次第解析を行い、結果を論文などにまとめて、改めて(財)在宅医療助成 勇美記念財団にご報告申し上げる予定である。また、本研究に



ご協力下さった皆様にも、結果のまとめをフィードバックすることを予定している。

## **6：謝辞**

本研究は、(財)在宅医療助成 勇美記念財団の研究助成を受けて行われました。本研究にご協力下さった全ての皆様に、心よりお礼申し上げます。また、本研究を行うにあたり、ご指導を賜りましたオークランド大学の宅香菜子先生、ならびに、多くのご助言を下さいました尾山篤史様、小曾根ゆり様に深く感謝申し上げます。

## **7：引用文献**

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc. Rehabil. J.*, 16(4), 11-23.
- Barbic, S., Krupa, T., & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. *Psychiatr Serv*, 60(4), 491-497.
- 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. *Int J Nurs Stud*, 47(3), 314-322.
- Chiba, R., Kawakami, N., Miyamoto, Y., & Andresen, R. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Self-Identified Stage of Recovery for people with long term mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 19(3), 195-202.
- Chiba, R., Kawakami, N., & Miyamoto, Y. (in press). Quantitative relationship between recovery and benefit-finding among persons with a chronic mental illness in Japan. *Nurs Health Sci*.
- 千葉理恵(研究代表者) (2010). 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開発. 第18回(平成20年度)財団法人医療科学研究所 研究助成 研究成果報告書.

- 千葉理恵, 宮本有紀 (2010a). 慢性精神疾患をもつ者を対象とした、リカバリー促進プログラムの作成: 希望、ウェルビーイング、人生の意味を高めることに焦点をあてて. 日本精神保健看護学会第20回学術集会抄録集, 112-113.
- 千葉理恵, 宮本有紀 (2010b). 慢性精神疾患をもつ人を対象としたリカバリー促進プログラムの、リカバリー促進効果の検討:パイロット研究. 第30回日本看護科学学会学術集会講演集, 281.
- 千葉理恵, 宮本有紀, 船越明子 (2010). 精神疾患をもつ人におけるベネフィット・ファインディングの特性. 日本看護科学会誌, 30(3), 32-40.
- 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.
- Copeland, M. E. (2001). Wellness Recovery Action Plan: A system for monitoring, reducing and eliminating uncomfortable or dangerous physical symptoms and emotional feelings. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3-4), 127-150.
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*, 57(10), 1493-1496.
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J*, 40(6), 513-523.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatr Serv*, 57(5), 640-645.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc. Rehabil. J.*, 11(4), 11-19.
- Fukui, S., Davidson, L. J., Holter, M. C., & Rapp, C. A. (2010). Pathways to recovery (PTR): impact of peer-led group participation on mental health recovery outcomes. *Psychiatr Rehabil J*, 34(1), 42-48.
- Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., et al. (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res*, 17(3), 152-158.
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial

- of the effectiveness of the illness management and recovery program.  
*Psychiatr Serv*, 58(11), 1461-1466.
- Hirano, Y., Sakita, M., Yamazaki, Y., Kawai, K., & Sato, M. (2007) The Herth Hope Index (HHI) and related factors in the Japanese general urban population, *Jpn J Health & Human Ecology*. 73(1), 31-42.
- 伊藤哲寛 (2006). 精神障害者の社会的リハビリテーションの目標と課題: リカバリーとインクルージョン. *精神科治療学*, 21(1), 11-18.
- 岩崎弥生, 野崎章子, 松岡純子, 水信早紀子 (2008). 地域で生活する精神障害をも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通して. *病院・地域精神医学*, 50(2), 53-55.
- Joseph, S., Linley, & P. A. (2006). *Positive Therapy: A Meta-theory for Positive Psychological Practice*. Hove, Routledge.
- 川野雅資 (2009). 看護学実践 -Science of Nursing- 精神看護学. 日本放射線技師会出版会, 東京, 78-92.
- 木村真理子 (2003). リカヴァリヴィジョン相互作用モデルと日本のコンシューマーナラティブの適合性. *社会福祉(日本女子大学社会福祉学科紀要)*, 44, 27-36.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophr Bull*, 15(2), 197-200.
- Lovejoy, M. (1982). Expectations and the recovery process. *Schizophr Bull*, 8(4), 605-609.
- Marshall, S. L., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2009). Mental health consumers' perceptions of receiving recovery-focused services. *J Eval Clin Pract*, 15(4), 654-659.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophr Bull*, 32 Suppl 1, S32-43.
- Niederhoffer, K. G., & Pennebaker (2002). Sharing one's story: On the benefits of writing or talking about emotional experience, *In: Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (eds). Handbook of Positive Psychology*. New York, Oxford University Press, 573-583.
- 野中猛 (2005). リカバリー概念の意義. *精神医学*, 47(9), 952-961.
- Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Lambert, W. G., Kavanagh, D., & Lloyd, C. (2005). Collaborative recovery: an integrative model for working with

- individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australas Psychiatry*, 13(3), 279-284.
- 大島巖 (2005). ACTのプログラムモデルとモデルを構成する援助要素: フィデリティ評価・実施スタンダーズの観点から. *精神障害とリハビリテーション*, 9(2), 157-160.
- Resnick, S. G., & Rosenheck, R. A. (2006). Recovery and positive psychology: parallel themes and potential synergies. *Psychiatr Serv*, 57(1), 120-122.
- Resnick, S. G., & Rosenheck, R. A. (2008). Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatr Serv*, 59(11), 1307-1314.
- Ridgway, P., McDiarmid, D., Davidson, L., Bayes, J., & Ratzlaff, S. (2002). *Pathways to Recovery: A strengths recovery self-help workbook*. Lawrence, KS, University of Kansas School of Social Welfare.
- Roberts, G., & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Adv. Psychiatr. Treat.*, 10, 37-48.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol*, 60(5), 410-421.
- 島井哲志, 大竹恵子, 宇津木成介, 池見陽, & Lyubomirsky, S. (2004). 日本版主観的幸福感尺度(Subjective Happiness Scale: SHS)の信頼性と妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 51(10), 845-853.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res*, 10, 26.
- Spaniol, L., Koehler, M., & Hutchinson, D. (2009). *The Recovery Workbook: Practical coping and empowerment strategies for people with psychiatric disabilities (revised edition)*. Boston, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Starnino, V. R., Mariscal, S., Holter, M. C., Davidson, L. J., Cook, K. S., Fukui, S., et al. Outcomes of an illness self-management group using wellness recovery action planning. *Psychiatr Rehabil J*, 34(1), 57-60.
- Tedeschi, R., G., & Calhoun, L., G. (2004). A clinical approach to posttraumatic

growth. *In: Linley, P. A., & Joseph, S. (eds). Positive psychology in practice. Hoboken, NJ, Wiley and Sons., 405-419.*

Tennen, H., Affleck, G. (2002). Benefit-finding and benefit-reminding. *In: Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (eds). Handbook of Positive Psychology. New York, Oxford University Press, 584-597.*

山崎喜比古 (1999). 健康への新しい見方を理論化した健康生成論の健康保持能力概念SOC. *Quality Nursing, 5(10), 825-832.*