

2008 (平成 20) 年度
(財) 在宅医療助成 勇美記念財団
在宅医療助成 (一般公募) 完了報告書

精神疾患を有する人を対象とした、 日本語版リカバリー評価尺度の開発と、 リカバリーの関連要因に関する研究

<申請者> (所属・肩書は申請当時)

千葉理恵 Rie Chiba (研究 1~6)

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
〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
crie-tky@umin.ac.jp

<共同研究者>

宮本有紀 Yuki Miyamoto (研究 1~6)

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 Norito Kawakami (研究 1, 2, 3, 5)

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

船越明子 Akiko Funakoshi (研究 4, 6)

三重県立大学 精神看護学 講師

Retta Andresen (研究 2)

Illawarra Institute for Mental Health, University of Wollongong, NSW, Australia

提出年月日：平成 21 年 8 月 30 日 (書誌情報改訂：平成 26 年 03 月 11 日)

目次

研究 1

精神疾患をもつ人を対象とした、日本語版 Recovery Assessment Scale (RAS)の信頼性・妥当性の検討

… p.4

研究 2

精神疾患をもつ人を対象とした、日本語版 Self-identified stage of recovery (SISR)の信頼性・妥当性の検討

… p.14

研究 3

精神疾患をもつ人における、リカバリーの関連要因の検討

… p.26

研究 4

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

… p.34

研究 5

精神疾患をもつ人における、リカバリーとベネフィット・ファインディングとの関連の量的検討

… p.42

研究 6

精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングの特徴
ーリカバリースコアごとの質的回答の分析ー

… p.48

資料

- (1) 日本語版 Recovery Assessment Scale (RAS) … p.55
- (2) 日本語版 Self-identified stage of recovery Part-A (SISR-A) … p.56
- (3) 日本語版 Self-identified stage of recovery Part-B (SISR-B) … p.57

研究 1

精神疾患をもつ人を対象とした、日本語版 **Recovery Assessment Scale (RAS)** の信頼性・妥当性の検討

千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人

研究要旨

【背景】

リカバリーとは、たとえ症状や障害が続いていたとしても人生の新しい意味や目的を見出し、充実した人生を生きていくプロセスのことである。欧米では、尺度によるリカバリープロセスの評価の必要性が指摘されている。

【目的】

24 項目版 **Recovery Assessment Scale (RAS)** の日本語版を作成し、精神疾患をもつ人を対象として、信頼性と妥当性を検討することを目的とした。

【方法】

2008 年 6～9 月に、デイケア、外来、作業所、自助グループ、および精神科病棟にて、精神疾患を持つ 20 歳以上の者を対象とした調査票による横断調査を行った。調査は、東京大学の倫理委員会の承認を得て、調査の説明を行い、同意を得られた者に対して無記名で行った。分析対象者は 207 名(男性：58.9%、平均年齢：48.3 歳)で、有効回答の回収率は 65.5%だった。調査票には、日本語版 24 項目版 **RAS**、および、希望尺度(**Herth Hope Index**)、エンパワーメント尺度(エンパワーメントスケール)、レジリエンス尺度(精神的回復力尺度)、**QOL** 尺度(**SF-8**)、精神症状尺度(**BASIS-32**)を含めた。分析は、内的整合性、再テスト信頼性、および、因子的妥当性、基準関連妥当性を検討した。

【結果・結論】

内的整合性は高く、再テスト信頼性も概ね良好であった。また、因子的妥当性が確認され、基準関連妥当性は、**Herth Hope Index**、エンパワーメントスケール、精神的回復力尺度、および **SF-8** の精神的健康ドメインと **RAS** との間には、有意な正の相関が認められ、**SF-8** の身体的健康ドメインとは、有意な相関は見られなかった。また、**BASIS-32** とは有意な負の相関が見られた。以上より、日本語版 **RAS** の信頼性と妥当性が確認され、精神疾患をもつ人のリカバリープロセスの評価に用いることができる可能性が示唆された。

I. 背景

リカバリーとは、精神疾患を持つ当事者の手記を発端として(Deegan, 1988; Lovejoy, 1982)、1980年代からアメリカを中心に広がった概念であり、精神疾患を持つ者が、たとえ症状や障害が続いていたとしても人生の新しい意味や目的を見出し、充実した人生を生きていくプロセスのことである(Anthony, 1993; Deegan, 1988)。近年は、エビデンスに基づいたリカバリー促進プログラムの開発や介入研究が増えており(Barbic et al., 2009; Clarke et al., 2006; Mueser et al., 2006)、尺度を用いたリカバリープロセスの評価の必要性も論じられている(Andresen et al., 2006)。欧米ではこれまでに、個人のリカバリーやリカバリー志向性などを評価する、様々なリカバリー関連尺度が開発されており(千葉 & 宮本, 2009)、その中で、Recovery Assessment Scale (RAS) (Corrigan et al., 1999; 2004)は、これまでに最も多くの研究で広く用いられている(Barbic et al., 2009; Hendryx et al., 2009; Mueser et al., 2006)、代表的なリカバリープロセスの評価尺度である。RASは、もとは41項目から構成されていたが(Giffort et al., 2000)、その後因子分析により、「個人的な自信・希望」、「手助けを求めるのをいとわないこと」、「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つの因子が抽出され、24項目版が作成された(Corrigan et al., 2004)。またRASは、オーストラリアにおいても、ほぼ同じ因子構造であることが明らかになっている(McNaught et al., 2007)。

わが国においても、リカバリー概念が認識されつつあり、日本での適応性や重要性についても指摘されているが(木村, 2003; 野中, 2005)、リカバリープロセスを評価できる、信頼性・妥当性が検討された日本語の尺度はまだ作られておらず、欧米で開発された尺度が、欧米とは異なる文化や精神保健サービスをもつ日本でも適用できるかどうかは明らかになっていない。また、欧米の研究では、RASは主に地域生活者を対象として用いられているが(Corrigan & Phelan, 2004; Hasson-Ohayon et al., 2007; McNaught et al., 2007)、わが国においては、入院患者数も多く、精神科病院自体がリカバリー志向になる必要性が論じられている(伊藤, 2006)ことから、地域生活している者だけではなく、入院患者を含めた尺度の信頼性と妥当性を評価することが必要であると考えられた。

II. 目的

日本語版 RAS を作成し、精神疾患をもつ地域生活者および入院患者を対象として、信頼性と妥当性を検討することを本研究の目的とした。

III. 方法

1. 対象

2008 年の 6～9 月に、自記式調査票による横断調査を行った。対象セッティングは、精神科病院のデイケア 1 か所、外来 1 か所、作業所 5 か所、ピアサポートグループ 3 か所、および、精神科病院 2 か所のうち、慢性期病棟 3 か所、亜急性期病棟 1 か所、急性期病棟 2 か所の計 6 病棟とした。また、取り込み基準は、(1)精神疾患の診断をうけている者、(2)20 歳以上の者、(3)精神発達遅滞や認知症の診断を受けていない者、(4)不穏状態ではない者、(5)入院セッティングでは、今回の入院期間が 14 日以上経過している者、(6)外来セッティングでは初診ではない者、とした。

調査期間中、取り込み基準を満たした 319 名に対して調査の説明を行い、237 名より同意を得た(回答率：74.3%)。対象者には、調査票への自己記入を依頼し、精神症状などにより困難がある場合には、調査者が聞き取りにより回答を得た。調査票は、対象者の疲労を考慮して、ロング版と短縮版の 2 種類を用意し、ロング版には、RAS および以下で述べる 5 種類の尺度を含め、短縮版には RAS を含めた。ロング版への回答が困難な者には、短縮版への回答を依頼した。回答者 237 名のうち、RAS に欠損値や偏回答がある 28 名を分析から除外し、残る 209 名を分析対象とした(有効回答の回答率：65.5%)。209 名のうち、地域生活者は 94 名、入院患者は 115 名であった。また、ロング版の回答者は 102 名で、短縮版への回答者は 107 名であった。さらに、再テスト信頼性を検討するために、任意に抽出した 34 名を対象に、調査から 1～2 週間後に再び RAS への回答を依頼し、24 名から有効回答を得た。

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無記名で行った。病棟においては、主治医等の医療施設スタッフにより、研究の趣旨や、調査担当者が調査の説明のために接触することの了解を得られた者を対象とし、さらに、病棟を含むすべての対象施設において、調査目的や方法、プライバシー保護、調査を途中でやめられることや、協力しなくても不利益がないことなどを文書および口頭で説明し、同意を得られた者を対象とした。

2. 尺度

A. 日本語版 24 項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)の作成

(Corrigan et al., 2004; Chiba et al., in press)

リカバリープロセスを評価する RAS は、「生きがいがある」、「自分のことが好きだ」などを含む 24 項目から成り、「まったくそう思わない」～「とてもそう思う」の 5 件法である。スコアが高いほどリカバリーのレベルが高いことを表す。これまでに、アメリカとオーストラリアで信頼性と妥当性が確認されている (Corrigan et al., 2004; McNaught et al., 2007)。

Wild ら (2005) を参考に、(1)Forward translation、(2)Reconciliation、(3)Cognitive debriefing and review of cognitive debriefing results、(4)Back translation、(5)Back translation review and finalization、の手順を経て日本語版を作成し、原著者の承諾を得た。作成した日本語版 RAS は p.55 に示す。

B. 日本語版 Herth Hope Index (HHI) (Herth, 1992; Hirano et al., 2007)

HHI は希望のレベルを評価する 12 項目の尺度であり、「全くそう思わない」～「とてもそう思う」の 4 件法である。「人生に対して前向きな見方をしている」、「内に秘めた芯の強さがある」などの項目から成り、スコアが高いほど希望のレベルが高いことを表す。日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

C. 日本語版エンパワーメントスケール

(Rogers et al., 1997; 畑,他., 2003)

エンパワーメントのレベルを評価するエンパワーメントスケールは、28 項目から成り、「まったく違う」～「まったくそのとおりだ」の 4 件法である。「自分の人生で起こることは、ほとんど自分が決めることができる」、「私は、自分自身に対して肯定的な気持ちでいる」などの項目を含み、スコアが高いほどエンパワーメントのレベルが高いことを表す。日本語版の信頼性と妥当性が検討されている。

D. 精神的回復力尺度 (小塩, 他., 2002)

精神的回復力尺度は、日本で開発された、レジリエンスを評価する尺度である。レジリエンスとは、困難で脅威的な状況にもかかわらず、うまく適応する過程・能力・結果のことを指す (小塩, 他., 2002)。24 項目から成り、「いいえ」

～「はい」の5件法である。「自分の感情をコントロールできる方だ」、「困難があっても、それは人生にとって価値のあるものだと思う」などの項目を含み、スコアが高いほどレジリエンスのレベルが高いことを表す。日本語版の信頼性と妥当性が検討されている。

E. 日本語版 Short-Form health Survey (SF-8)

(Ware et al., 2001; 福原 & 鈴鴨, 2004)

SF-8 は、精神的 Quality of life(QOL)と身体的 QOL を評価する包括的健康関連 QOL 尺度であり、8 項目から成り、項目により、5 または 6 件法である。スコアが高いほど QOL のレベルが高いことを表し、日本語版の信頼性と妥当性が検討されている。

F. 日本語版 Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32)

(Eisen and Grob, 1996; 川野, 2007; 瀬戸屋,他., 2002)

BASIS-32 は、精神症状や行動の障害を評価する尺度である。32 項目から成り、「特に問題はない」～「非常に困難」の 5 件法である。「人に頼らず、自分で自分のことをすることが難しいことがありましたか」、「混乱する、集中力がなくなる、記憶力が低下することがありましたか」などの項目を含み、スコアが高いほど、症状や障害が重いことを表す。日本語版の信頼性と妥当性が検討されている(瀬戸屋,他., 2002)。

3. 解析

内的整合性は Cronbach's α を算出し、再テスト信頼性は、再テストの有効回答者のサブサンプル($n = 24$)で、RAS 合計スコアについては intraclass correlation coefficient (ICC)を算出し、各項目については重みつき κ 係数を算出した。良好な再テスト信頼性の判断基準は、 $ICC > 0.70$ (Fayers & Machin, 2007)を用い、また、 κ の基準は、 $\kappa > 0.81$; 非常に良い、 $0.61-0.80$; 良い、 $0.41-0.60$; まあまあ良い、 $0.21-0.40$; あまり良くない、 < 0.20 ; 悪い、(Fayers & Machin, 2007)を用いた。また、因子的妥当性の検討には、固有値 1 以上を基準とした、主因子法・プロマックス回転による探索的因子分析を行い、続いて確証的因子分析を行った。確証的因子分析の指標には、goodness of fit index(GFI)、adjusted goodness of fit index(AGFI)、comparative fit index(CFI)、root mean square error of approximation(RMSEA)を用い、良好な適合度の判断基準は、 $GFI, AGFI, CFI > 0.90$ 、および $RMSEA < 0.06$

(Hu & Bentler, 1999)を用いた。また、基準関連妥当性の検討は、ロング版回答者(n = 102)を対象として、RAS とその他の各尺度とのピアソンの相関係数を算出した。統計パッケージは SPSS 17.0J を用い、確証的因子分析には Amos ver.17.0 を用いた。有意水準は 5%(両側)とした。

IV. 結果

1. 分析対象者の特徴

分析対象者 209 名のうち、男性は 123 名(58.9%)で、地域生活者は 94 名(45.0%)であった。また、平均年齢は 48.3 歳(標準偏差 = 15.7)で、平均罹病期間は 16.8 年(標準偏差 = 15.0)であった。診断名は、統合失調症が最も多く 127 名(60.8%)で、次いで双極性障害が 27 名(12.9%)、うつ病が 21 名(10.0%)であった。

2. 内的整合性

Cronbach's α は十分高く、良好な内的整合性が示された。

3. 再テスト信頼性

RAS 合計スコアの ICC は十分高く、良好な再テスト信頼性が確認された。また、各項目の重みつき κ 係数については、一部の項目で不十分な信頼性が示されたが、概ね中程度以上の信頼性であると判断された。

4. 因子的妥当性

探索的因子分析の結果、5 因子構造が抽出され、「目標・成功志向、希望」、「他者への信頼」、「個人的な自信」、「症状に支配されないこと」、「手助けを求めるのをいとわないこと」を表すドメインであると考えられた。また、確証的因子分析では、GFI と AGFI は推奨値に達しなかったものの、適度な適合性が示された。

5. 基準関連妥当性

RAS と、HHI、エンパワーメントスケール、精神的回復力尺度、SF-8(精神的 QOL)の各尺度との相関は、いずれも有意で正だった。また、RAS と SF-8(身体的 QOL)には、有意な相関はみられなかった。さらに、RAS と BASIS-32 との間には、有意で負の相関がみられた。

V. 考察

日本語版 RAS は、良好な内的整合性、再テスト信頼性、基準関連妥当性、および、解釈可能な因子的妥当性をもつことが明らかになった。

RAS は HHI、エンパワーメントスケール、精神的回復力尺度、精神的 QOL(SF-8)と有意な正の相関があった。希望(Andresen et al., 2003; 2006; Kelly & Gamble, 2005)、エンパワーメント(Corrigan & Ralph, 2004; Jacobson & Greenley, 2001)、レジリエンス(Andresen et al., 2006)はリカバリーの構成概念であると指摘されていることから、先行研究の知見と一致したと考えられる。また、身体的 QOL と有意な相関がみられなかったことから、身体的 QOL と RAS は関連の低い概念であることが明らかとなった。また、概念上は、リカバリーと精神症状がないこととは区別されているが(Anthony, 1993; Liberman & Kopelowicz, 2005)、RAS を用いた実証的な先行研究においても、リカバリーと精神症状には負の関連があることが明らかになっている(Corrigan et al. 1999; 2004; McNaught et al., 2007)。症状管理はリカバリーの構成要素とされている(Jacobson & Greenley, 2001; Mueser et al., 2002)ことから、RAS と BASIS-32 に負の相関があったことは、理にかなった結果であると解釈できる。

因子分析により明らかになった因子構造は、先行研究(Corrigan et al., 2004; McNaught et al., 2007)とはやや異なったが、共通する部分もあり、解釈可能なドメインが抽出されたと考えられる。

再テスト信頼性については、RAS 合計スコアの ICC は十分高いと判断された。項目ごとの再テスト信頼性については、一部の項目において重みつき κ の値が不十分であったが、本研究ではサンプルサイズが小さかったため結果の解釈には注意が必要であり、今後はより大きなサンプルサイズでの再検討が望まれる。

また、RAS は、リカバリーの多くの構成要素を評価できることが明らかになったが、一方で、RAS では評価できないリカバリーの側面や、日本の文化に特徴的なリカバリーの側面を明らかにし、評価方法を検討していくことは、今後の課題の一つであると考えられる。

また、今後は、RAS を用いて地域生活者と入院患者のリカバリーの特徴や相違点を明らかにすることにより、精神疾患をもつ多くの人が、地域の中でより安定して充実した人生を送れるような、リカバリー支援の方策の検討に寄与できると考えられる。

VI. 結論

日本語版 24 項目版 RAS が、精神疾患をもつ人において、良好な内的整合性、再テスト信頼性、基準関連妥当性、および、解釈可能な因子的妥当性をもつことが明らかになり、地域および病棟において、精神疾患をもつ人のリカバリープロセスの評価尺度として用いることができる可能性が示唆された。

謝辞

本研究は、(財)在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われました。
本研究の調査にご協力くださった、研究協力者の皆さま、ならびに対象施設の職員の皆さまに、深くお礼申し上げます。

また、本研究は、以下の論文として発表されています。

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.

引用文献

- 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.
- Andresen, R., Oades, L., Caputi, P., 2003. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 37 (5), 586-594.
- Anthony, W.A., 1993. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 12-23.
- 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.
- 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. *日本看護科学会誌* 29 (3), 85-91.
- Chiba R., Miyamoto Y., Kawakami N., (in press). 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*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.07.006
- Clarke, S.P., Oades, L.G., Crowe, T.P., Deane, F.P., 2006. Collaborative goal technology: Theory and practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30 (2), 129-136.
- 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., 2004. Social support and recovery in people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal* 40 (6), 513-523.
- Corrigan, P.W., Ralph, R., 2004. 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., 2004. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull* 30 (4), 1035-1041.
- Deegan, P.E., 1988. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11 (4), 11-19.
- Eisen, S.V., Grob, M.C., 1996. Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32). In: Sederer, L.I., Dickey, B. (Eds.), *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Williams & Wilkins, Baltimore, pp. 65-69.
- Fayers, P.M., Machin, D., 2007. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes (2nd Ed.)*. John Wiley & Sons, Chichester, pp. 91-101.
- 福原俊一, 鈴嶋よしみ, 2004. SF-8 日本語版マニュアル: NPO 健康医療評価研究機構, 京都.
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., Gervain, M., 2000. The Recovery Assessment Scale. In: Ralph, R.O., Kidder, K., Phillips, D. (Eds.), *Can we measure recovery?: A compendium of recovery and recovery-related instruments*. Human Services Research Institute, Cambridge, MA, pp. 7-8, 52-55.
- 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.
- 畑哲信, 前田恵子, 辻井和男, 浅井久栄, 秋山直子, 金子元久, 2003. 統合失調症患者に対するエンパワーメントスケールの適用. *精神医学* 45 (7), 733-740.
- Hendryx, M., Green, C.A., Perrin, N.A., 2009. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *J Behav Health Serv Res* 36 (3), 320-329.
- Herth, K., 1992. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 17 (10), 1251-1259.
- 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. *Japan Health & Human Ecology* 73 (1), 31-42.
- Hu, L., Bentler, P.M., 1999. Cutoff criteria for fit indexes in covariance

- structural analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 6 (1), 1-55.
- 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.
- Jacobson, N., Greenley, D., 2001. What is recovery?: A conceptual model and explication. *Psychiatric Services* 52 (4), 482-485.
- 川野雅資, 2007. 看護学実践: 精神看護学 (第 2 版). 日本放射線技師会出版会, 東京.
- Kelly, M., Gamble, C., 2005. Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 12 (2), 245-251.
- 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.
- Lieberman, R.P., Kopelowicz, A., 2005. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv* 56 (6), 735-742.
- Lovejoy, M., 1982. Expectations and the recovery process. *Schizophr Bull* 8 (4), 605-609.
- McNaught, M., Caputi, P., Oades, L.G., Deane, F.P., 2007. Testing the validity of the recovery assessment scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41 (5), 450-457.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., Herz, M.I., 2002. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 53 (10), 1272-1284.
- 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.
- 野中猛, 2005. リカバリー概念の意義, *精神医学*, 47 (9), 952-961.
- 小塩真司, 中谷素之, 金子一史, 長峰伸治, 2002. ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性: 精神的回復力尺度の作成. *カウンセリング研究* 35 (1), 57-65.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M.L., Crean, T., 1997. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 48 (8), 1042-1047.
- 瀬戸屋雄太郎, 立森久照, 伊藤弘人, 長沼洋一, 栗田広, 2002. 精神科入院患者における行動および症状測定尺度 BASIS-32 日本語版の有用性. *臨床精神医学* 31 (5), 571-575.
- Ware, J.E.Jr., Bjorner, J.B., Kosinski, M., 2001. How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8 health survey. Qualitymetric Incorporated, Lincoln, RI.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., Erikson, P., 2005. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 8 (2), 94-104.

研究 2

精神疾患をもつ人を対象とした、日本語版 **Self-identified stage of recovery (SISR)** の信頼性・妥当性の検討

千葉理恵, 川上憲人, 宮本有紀, Retta Andresen

研究要旨

【背景】

リカバリーは、複数のステージを経て進むプロセスであると論じられている。精神疾患をもつ人を対象とした **Self-identified stage of recovery (SISR)** は、**Part-A(SISR-A)** と **Part-B(SISR-B)** から構成される尺度であり、前者ではリカバリーステージ、後者ではリカバリープロセスを評価できる。

【目的】

SISR の日本語版を作成し、精神疾患をもつ人を対象として、信頼性と妥当性を検討することを目的とした。

【方法】

2008年6～9月に、デイケア、外来、作業所、自助グループ、および精神科病棟にて、精神疾患を持つ20歳以上の者を対象とした調査票による横断調査を行った。調査は、東京大学の倫理委員会の承認を得て、調査の説明を行い、同意を得られた者に対して無記名で行った。分析対象者は223名(男性：59.2%、平均年齢：47.6歳)で、有効回答の回収率は69.9%だった。調査票には、日本語版 **SISR**、日本語版24項目版 **Recovery Assessment Scale (RAS)**、および、希望尺度(**Herth Hope Index**)、エンパワーメント尺度(エンパワーメントスケール)、レジリエンス尺度(精神的回復力尺度)、**QOL** 尺度(**SF-8**)、精神症状尺度(**BASIS-32**)を含めた。分析は、内的整合性(**Part-B**のみ)、再テスト信頼性、基準関連妥当性を検討し、さらに、リカバリーステージ(**SISR-A**)とリカバリープロセス(**SISR-B**、**RAS**)との関連を検討した。

【結果・結論】

内的整合性(**SISR-B**)や再テスト信頼性(**SISR-A**、**SISR-B**)は概ね中程度～良好であった。また、**SISR-A**、**SISR-B**ともに、良好な基準関連妥当性が示された。以上より、日本語版 **SISR** の信頼性と妥当性が支持され、精神疾患をもつ人のリカバリーの評価に用いることができる可能性が示唆された。

I. 背景

リカバリーとは、精神疾患を持つ者が、たとえ症状や障害が続いていたとしても人生の新しい意味や目的を見出し、充実した人生を生きていくプロセスのことである(Anthony, 1993; Deegan, 1988)。その過程は、希望(Corrigan & Ralph, 2004; Deegan, 1993; Kelly & Gamble, 2005)やアイデンティティの再確立(Andresen et al., 2003; Bonney & Stickley, 2008; Pettie & Triolo, 1999)などの、リカバリーの様々な構成要素や側面を発展させていく道のりであると概念化されている。また、そのプロセスは、複数のステージを経て進んでいくものであるとも論じられている(Andresen et al., 2003; 2006)。Andresen ら(2003)は、リカバリーステージに関する 5 つの先行研究をもとに(Baxter & Diehl, 1998; Davidson & Strauss, 1992; Pettie & Triolo, 1999; Spaniol et al., 2002; Young & Ensing, 1999)、モラトリアム期、気づき期、準備期、再構築期、成長期の 5 つのステージから成るリカバリーのステージモデルを提唱している。モラトリアム期は、喪失感や絶望感によって深い感情に包まれ、引きこもる時期と特徴づけられ、気づき期は、すべてを喪失したわけではなく、人生を達成することは可能であると認識する時期とされている。また、準備期は、リカバリーのための長所や弱点について吟味し、リカバリースキルの向上に取り組み始める時期とされ、再構築期は、前向きなアイデンティティに向かって動き、意味ある目標を設定し、自分の人生の舵を取る時期とされる。さらに、成長期は、疾患の自己管理やレジリエンス、自分への前向きな感情をもち、充実した、意味のある人生を生きる時期であるとされる。様々なリカバリーの構成要素に着目したリカバリープロセスと、ステージとしてのリカバリープロセスは、互いに密接に関連しており、ステージが進んでいるほど、希望などのリカバリープロセスの構成要素も高いレベルにあると考えられる。したがって、成長期は、リカバリープロセスの構成要素のレベルが最も高いアウトカムの状態であるとされる(Andresen et al., 2006)。

Deegan(1998)は、リカバリーを促進するためには、対象者のリカバリーステージに合わせた介入が必要であると指摘しており、たとえば、変わる準備ができていない人には、人間関係を築き、話に耳を傾けることが効果的である一方、変わる準備ができていない人には、行動志向の計画を立てることが効果的であろうと述べている。したがって、対象者がどのステージにいるかを評価することは、臨床上の示唆を得られる可能性があり(Andresen et al., 2003)、構成要素を含むリカバリープロセスと同様、リカバリーステージの

概念を理解することは、精神疾患をもつ人のリカバリー促進を理解する上で重要であると考えられる。

これら 2 つのリカバリーの捉え方を反映して、精神疾患をもつ人のリカバリーを評価する尺度には、構成要素を含むプロセスの評価尺度とステージの評価尺度の 2 種類が開発されている。リカバリープロセスの評価尺度は、連続的スコアによりリカバリーの複数の構成要素や側面のレベルを評価するものであり、評価できる構成要素や側面はそれぞれの尺度ごとに異なる。これまでに多くの種類が開発されている。一方、リカバリーステージの評価尺度は、現在どのステージにいるかを評価する尺度であり、これまでに、**Stages of Recovery Instrument (STORI)** (Andresen et al., 2006) と **Self-identified stage of recovery (SISR)** (Andresen, 2007) が開発されている。より簡便に評価できる SISR は、**SISR-Part A (SISR-A)** と **SISR-Part B (SISR-B)** の 2 つから構成され、**SISR-A** は、リカバリーの各ステージを表す 5 つの文章の中から、最もあてはまると思うものを選ぶ、リカバリーステージの評価尺度である (p.56 参照)。また、**SISR-B** は、リカバリープロセスの 4 つの構成要素(希望を見出すこと、アイデンティティの再確立、人生の意味を見出すこと、リカバリーの責任を持つこと)を評価する、リカバリープロセス評価尺度である (p.57 参照)。

SISR は、開発されたオーストラリアにおいて妥当性が検討されているが (Andresen, 2007)、これまでに他の言語版は作成されておらず、他の文化をもつ国においても適用できるかどうかは、明らかになっていない。

II. 目的

日本語版 SISR を作成し、精神疾患をもつ地域生活者および入院患者を対象として、信頼性と妥当性を検討することを本研究の目的とした。

III. 方法

1. 対象

2008 年の 6～9 月に、自記式調査票による横断調査を行った。対象セッティングは、精神科病院のデイケア 1 か所、外来 1 か所、作業所 5 か所、ピアサポートグループ 3 か所、および、精神科病院 2 か所のうち、慢性期病棟 3 か所、亜急性期病棟 1 か所、急性期病棟 2 か所の計 6 病棟とした。また、取

り込み基準は、(1)精神疾患の診断をうけている者、(2)20歳以上の者、(3)精神発達遅滞や認知症の診断を受けていない者、(4)不穏状態ではない者、(5)入院セッティングでは、今回の入院期間が14日以上経過している者、(6)外来セッティングでは初診ではない者、とした。

調査期間中、取り込み基準を満たした319名に対して調査の説明を行い、237名より同意を得た(回答率:74.3%)。対象者には、調査票への自己記入を依頼し、精神症状などにより困難がある場合には、調査者が聞き取りにより回答を得た。調査票は、対象者の疲労を考慮して、ロング版と短縮版の2種類を用意し、ロング版には、SISR、24項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)、および以下で述べる5種類の尺度を含め、短縮版には、SISRおよびRASを含めた。ロング版への回答が困難な者には、短縮版への回答を依頼した。回答者237名のうち、SISR-Aが有効回答ではなかった者(無回答または複数を選択した者)14名を分析から除外し、残る223名を分析対象とした(有効回答の回答率:69.9%)。223名のうち、地域生活者は115名、入院患者は108名であった。また、ロング版の回答者は118名で、短縮版への回答者は105名であった。さらに、再テスト信頼性を検討するために、任意に抽出した34名を対象に、調査から1~2週間後に再びSISRへの回答を依頼し、32名から有効回答を得た。

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無記名で行った。病棟においては、主治医等の医療施設スタッフにより、研究の趣旨や、調査担当者が調査の説明のために接触することの了解を得られた者を対象とし、さらに、病棟を含むすべての対象施設において、調査目的や方法、プライバシー保護、調査を途中でやめられることや、協力しなくても不利益がないことなどを文書および口頭で説明し、同意を得られた者を対象とした。

2. 尺度

A. 日本語版 Self-identified stage of recovery (SISR)の作成

(Andresen, 2007; Chiba et al., in press)

SISR-Aは、リカバリーステージを表す「ア」~「オ」の5つの文章の中から1つを選択する尺度である。たとえば、モラトリアム期を表す「ア」の文章は、「精神の病気から回復できるとは思いません。人生は、自分ではコントロールできないもので、困難を乗り越えるためにできることは、何もないと感じます」となっている。また、SISR-Bは、リカバリープロセスの4つ

の構成要素(希望を見出すこと、アイデンティティの再確立、人生の意味を見出すこと、リカバリーの責任をもつこと)を評価する尺度であり、たとえば、希望を見出すことを表す文章は、「自分の人生の目標を達成する方法を、見つけられるだろうという自信がある」となっている。「まったくそう思わない」～「とてもそう思う」の6件法であり、スコアが高いほどリカバリーのレベルが高いことを表す。

Wild ら(2005)を参考に、(1)Forward translation、(2)Reconciliation、(3)Cognitive debriefing and review of cognitive debriefing results、(4)Back translation、(5)Back translation review and finalization、の手順を経てSISR-A と SISR-B の日本語版を作成し、原著者の承諾を得た。作成した日本語版 SISR-A は p.56、SISR-B は p.57 に示す。

B. 日本語版 24 項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)

(Corrigan et al., 2004; Chiba et al., in press)

リカバリープロセスを評価する RAS は、「生きがいがある」、「自分のことが好きだ」などを含む 24 項目から成り、「まったくそう思わない」～「とてもそう思う」の 5 件法である。スコアが高いほどリカバリーのレベルが高いことを表し、研究 1 により、日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

C. 日本語版 Herth Hope Index (HHI) (Herth, 1992; Hirano et al., 2007)

HHI は希望のレベルを評価する 12 項目の尺度であり、「全くそう思わない」～「とてもそう思う」の 4 件法である。「人生に対して前向きな見方をしている」、「内に秘めた芯の強さがある」などの項目から成り、スコアが高いほど希望のレベルが高いことを表す。日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

D. 日本語版エンパワーメントスケール

(Rogers et al., 1997; 畑,他., 2003)

エンパワーメントのレベルを評価するエンパワーメントスケールは、28 項目から成り、「まったく違う」～「まったくそのとおりだ」の 4 件法である。「自分の人生で起こることは、ほとんど自分が決めることができる」、「私は、自分自身に対して肯定的な気持ちでいる」などの項目を含み、スコアが高いほどエンパワーメントのレベルが高いことを表す。日本語版の信頼性と妥当性が検討されている。

E. 精神的回復力尺度 (小塩, 他., 2002)

精神的回復力尺度は、日本で開発された、レジリエンスを評価する尺度である。レジリエンスとは、困難で脅威的な状況にもかかわらず、うまく適応する過程・能力・結果のことを指す(小塩, 他., 2002)。24項目から成り、「いいえ」～「はい」の5件法である。「自分の感情をコントロールできる方だ」、「困難があっても、それは人生にとって価値のあるものだと思う」などの項目を含み、スコアが高いほどレジリエンスのレベルが高いことを表す。日本語版の信頼性と妥当性が検討されている。

F. 日本語版 Short-Form health Survey (SF-8)

(Ware et al., 2001; 福原 & 鈴鴨, 2004)

SF-8 は、精神的 Quality of life(QOL)と身体的 QOL を評価する包括的健康関連 QOL 尺度であり、8 項目から成り、項目により、5 または 6 件法である。スコアが高いほど QOL のレベルが高いことを表し、日本語版の信頼性と妥当性が検討されている。

G. 日本語版 Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32)

(Eisen and Grob, 1996; 川野, 2007; 瀬戸屋, 他., 2002)

BASIS-32 は、精神症状や行動の障害を評価する尺度である。32 項目から成り、「特に問題はない」～「非常に困難」の 5 件法である。「人に頼らず、自分で自分のことをすることが難しいことがありましたか」、「混乱する、集中力がなくなる、記憶力が低下することがありましたか」などの項目を含み、スコアが高いほど、症状や障害が重いことを表す。日本語版の信頼性と妥当性が検討されている(瀬戸屋, 他., 2002)。

3. 解析

SISR-B の内的整合性には Cronbach's α を算出した。再テスト信頼性は、再テストの有効回答者のサブサンプル($n = 32$)で、SISR-B 合計スコアについては intraclass correlation coefficient (ICC)を算出し、SISR-A および SISR-B の各項目については重みつき κ 係数を算出した。良好な再テスト信頼性の判断基準は、 $ICC > 0.70$ (Fayers & Machin, 2007)、および、重みつき κ 係数の基準については、 $\kappa > 0.81$; almost perfect, 0.61-0.80; substantial, 0.41-0.60; moderate, 0.21-0.40; fair, 0.00-0.20; slight (Landis & Koch, 1977)を用いた。また、基準関連妥当性の検討は、ロング版回答者($n = 118$)

を対象とし、SISR-A が順序尺度であることから、SISR-A と、SISR-B を含む関連尺度との相関、および SISR-B と関連尺度との相関を、スピアマンの相関係数を用いて算出した。さらに、一元配置分散分析(ANOVA)と Tukey's post hoc 分析により、リカバリーステージ(SISR-A)とリカバリープロセス(SISR-B、RAS)との関連をそれぞれ検討した。統計パッケージは SPSS 17.0J を用い、有意水準は 5%(両側)とした。

IV. 結果

1. 分析対象者の特徴

分析対象者 223 名のうち、男性は 132 名(59.2%)で、地域生活者が 115 名(51.6%)、入院患者が 108 名(48.4%)であった。また、平均年齢は 47.6 歳(標準偏差 = 15.5)で、平均罹病期間は 15.8 年(標準偏差 = 14.4)であった。診断名は、統合失調症が最も多く 133 名(59.6%)で、次いで双極性障害が 30 名(13.5%)、うつ病が 24 名(10.8%)であった。

2. 内的整合性

SISR-B の Cronbach's α は十分高く、良好な内的整合性が示された。

3. 再テスト信頼性

SISR-A の重みつき κ 係数は fair level であった。

SISR-B の合計スコアの ICC は、推奨値の 0.70 にはわずかに達しなかったものの、適度な信頼性が確認された。また、SISR-B の各項目の重みつき κ 係数は、「アイデンティティの再確立」は信頼性が低かったが、「希望を見出すこと」、「人生の意味を見出すこと」、「リカバリーの責任をもつこと」の 3 つの項目では、中程度の信頼性が示された。

4. 基準関連妥当性

SISR-A、SISR-B とともに、RAS、HHI、エンパワーメントスケール、精神的回復力尺度、SF-8(精神的 QOL)の各尺度との間には正の相関があった。SISR-A と SISR-B との間にも、正の相関がみられた。また、SISR-A、SISR-B とともに、SF-8(精神的 QOL)と SF-8(身体的 QOL)の間には弱い正の相関があった。さらに、SISR-A、SISR-B とともに、BASIS-32 との間には負の相関がみられた。

5. リカバリーステージ(SISR-A)とリカバリープロセス(SISR-B、RAS)との関連

RAS や SISR-B のスコアは、SISR-A のステージが上がるごとに高くなり、SISR-A のステージによって、SISR-B および RAS のスコアに有意差があることが ANOVA によって明らかになった。さらに、続く post hoc 分析によって、SISR-B、RAS いずれのスコアにおいても、隣接する一部のステージ間に有意差がみられた。

V. 考察

日本語版 SISR-A と SISR-B は、精神疾患をもつ人において、いずれも良好な基準関連妥当性があることが示され、リカバリーステージ(SISR-A)が上がるごとに SISR-B や RAS のスコアも上がるということが明らかとなった。また、SISR-B は高い内的整合性と適度な再テスト信頼性があり、SISR-A の再テスト信頼性は fair level であった。

日本語版 SISR-A と SISR-B の間には正の有意な相関があり、また、SISR-A、SISR-B いずれも、RAS、HHI、エンパワーメントスケール、精神的回復力尺度と、それぞれ正の有意な相関がみられた。希望(Andresen et al., 2003; 2006; Kelly & Gamble, 2005)、エンパワーメント(Corrigan & Ralph, 2004; Jacobson & Greenley, 2001)、レジリエンス(Andresen et al., 2006)はリカバリーの構成概念であると指摘されていることから、先行研究の知見と一致したと考えられる。一方、RAS と Quality of Life Interview を用いた実証的研究においては、リカバリーと QOL には正の相関がみられたが(Corrigan et al., 1999; 2004)、本研究では、SISR-A および SISR-B と、SF-8(身体的 QOL および精神的 QOL)との間の相関係数はいずれも、正で有意ながらも弱かった。SF-8 は包括的な QOL 評価尺度であるが、身体面や精神面の症状や、症状による障害が評価の内容に含まれており、リカバリーとは異なる側面も評価しているためであると考えられる。また、概念上は、リカバリーと精神症状がないこととは区別されているが(Anthony, 1993; Liberman & Kopelowicz, 2005)、SISR-A と SISR-B はいずれも、同程度に BASIS-32 との間に有意で負の相関がみられた。RAS を用いた実証的な先行研究においても、リカバリーと精神症状には負の関連があることが明らかになっており(Corrigan et al. 1999; 2004; McNaught et al., 2007)、症状管理はリカバリーの構成要素とされていることから(Jacobson & Greenley, 2001; Mueser et al., 2002)、RAS

と BASIS-32 に負の相関があったことは、理にかなった結果であると解釈できる。

リカバリープロセスの評価尺度である SISR-B と RAS のスコアは、リカバリーステージ(SISR-A)が高いほど大きいことが示され、先行研究と一致した(Andresen, 2007)。

SISR-A の再テスト信頼性は fair level であったが、サンプルサイズが小さかったため、結果の解釈には注意が必要であり、今後は、より多くのサンプルサイズでの再検討が望まれる。また、それぞれのリカバリーステージをより区別しやすくするためには、表現の再検討も必要であると思われる。

一方、SISR-B の内的整合性は高く、SISR-B に含まれる 4 つの構成要素はいずれも、日本においてもリカバリーの構成要素であると考えられた。また、再テスト信頼性は概ね適度なレベルであったが、「アイデンティティの再確立」(自分がどんな人間で、自分の人生にとって何が大切なのかを知っている)の再テスト信頼性は低かった。SISR-A と同様、サンプルサイズが小さかったため、結果の解釈には注意が必要であるが、今後は、文化的な差異を含めたさらなる検討が必要である。

SISR-A の限界としては、「次の 5 つの文章は、精神の病気と共に生きていて、感じるかもしれないことを表しています」などの表現が含まれていることから、自己の精神疾患を否定している人や受容していない人は、自分には該当しないと捉える可能性があり、適切な評価ができない可能性があると考えられる。

全体としては、SISR-A、SISR-B とともに、さらなる検討が必要ではあるが、SISR-A はリカバリーステージの評価に有用であると考えられ、今後の研究に用いることができる可能性があると考えられた。また、SISR-B は、わが国においてもリカバリープロセスの 4 つの構成要素を評価できると考えられ、RAS よりも短いことから、より簡便に用いることができるが、一方、リカバリープロセスをより包括的に評価するためには、RAS などと併用することが望ましいと思われる。

VI. 結論

地域生活または入院している精神疾患をもつ人における、日本語版 SISR-A および SISR-B の信頼性と妥当性を検討した結果、いずれの尺度も表現の再検討を含む今後のさらなる研究が必要であるが、SISR-A はリカバ

リーステージの評価尺度として、また、SISR-B はリカバリープロセス評価尺度として用いることができる可能性が示唆された。

謝辞

本研究は、(財)在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われました。本研究の調査にご協力くださった、研究協力者の皆さま、ならびに対象施設の職員の皆さまに、深くお礼申し上げます。

また、本研究は、以下の論文として発表されています。

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. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 195-202.

引用文献

- Andresen, R., 2007. The experiences of recovery from schizophrenia: development of a definition, model and measure of recovery, PhD thesis, School of Psychology, University of Wollongong. <http://ro.uow.edu.au/theses/814>
- Andresen, R., Caputi, P., Oades, L., 2006. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40 (11-12), 972-980.
- Andresen, R., Oades, L., Caputi, P., 2003. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 37 (5), 586-594.
- Anthony, W.A., 1993. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4), 12-23.
- Baxter, E.A., Diehl, S., 1998. Emotional stages: Consumers and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21, 349-355.
- Bonney, S., Stickley, T., 2008. Recovery and mental health: A review of the British Literature. *Journal of Mental Health Nursing* 15, 140-153.
- Chiba R., Miyamoto Y., Kawakami N., (in press). 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*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.07.006
- Chiba R., Kawakami N., Miyamoto Y., Andresen R., (in press). Reliability and validity of the Japanese version of the Self-identified stage of recovery (SISR) for people with chronic mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- 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., Ralph, R., 2004. 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., 2004. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull* 30 (4), 1035-1041.
- Davidson, L., Strauss, J. S., 1992. Sense of self in recovery from severe mental illness. *Br J Med Psychol* 65 (Pt 2), 131-145.
- Deegan, P.E., 1988. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11 (4), 11-19.
- Deegan, P.E., 1993. Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 31, 7-11.
- Deegan, P.E., 1998. *Beyond the Coke and Smoke Syndrome: Working with people who appear unmotivated*. National Empowerment Center, MA.
- Eisen, S.V., Grob, M.C., 1996. Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32). In: Sederer, L.I., Dickey, B. (Eds.), *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Williams & Wilkins, Baltimore, pp. 65-69.
- Fayers, P.M., Machin, D., 2007. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes (2nd Ed.)*. John Wiley & Sons, Chichester, pp. 91-101.
- 福原俊一，鈴鴨よしみ，2004. SF-8 日本語版マニュアル: NPO 健康医療評価研究機構，京都.
- 畑哲信，前田恵子，辻井和男，浅井久栄，秋山直子，金子元久，2003. 統合失調症患者に対するエンパワーメントスケールの適用. *精神医学* 45(7), 733-740.
- Herth, K., 1992. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 17 (10), 1251-1259.
- 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. *Japan Health & Human Ecology* 73(1), 31-42.
- Jacobson, N., Greenley, D., 2001. What is recovery?: A conceptual model and explication. *Psychiatric Services* 52(4), 482-485.
- 川野雅資，2007. *看護学実践: 精神看護学 (第 2 版)*. 日本放射線技師会出版会，東京.
- Kelly, M., Gamble, C., 2005. Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 12 (2), 245-251.
- Landis, J.R., Koch, G.G., (1977). The measurement of observer agreement for

- categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Lieberman, R.P., Kopelowicz, A., 2005. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv* 56 (6), 735-742.
- McNaught, M., Caputi, P., Oades, L.G., Deane, F.P., 2007. Testing the validity of the recovery assessment scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41 (5), 450-457.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., Herz, M.I., 2002. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 53 (10), 1272-1284.
- 小塩真司, 中谷素之, 金子一史, 長峰伸治, 2002. ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性: 精神的回復力尺度の作成. *カウンセリング研究* 35(1), 57-65.
- Pettie, D., Triolo, A.M., 1999. Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22, 255-262.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M.L., Crean, T., 1997. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 48 (8), 1042-1047.
- 瀬戸屋雄太郎, 立森久照, 伊藤弘人, 長沼洋一, 栗田広, 2002. 精神科入院患者における行動および症状測定尺度 BASIS-32 日本語版の有用性. *臨床精神医学* 31(5), 571-575.
- Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C., Anthony, W.A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 14, 327-336.
- Ware, J.E.Jr., Bjorner, J.B., Kosinski, M., 2001. How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8 health survey. *Qualitymetric Incorporated, Lincoln, RI.*
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., Erikson, P., 2005. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 8 (2), 94-104.
- Young, S.L., Ensing, D.S., 1999. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22, 219-231.

研究 3

精神疾患をもつ人における、リカバリーの関連要因の検討

千葉理恵，川上憲人，宮本有紀

研究要旨

【背景】

リカバリーを促進していく必要性が指摘されているが、リカバリープロセスの関連要因に関する量的な研究はまだ少なく、日本においても明らかになっていない。

【目的】

精神疾患をもつ人を対象として、リカバリープロセスの関連要因を明らかにすることを本研究の目的とした。

【方法】

2008年6～9月に、デイケア、外来、作業所、自助グループ、および精神科病棟にて、精神疾患を持つ20歳以上の者を対象とした調査票による横断調査を行った。調査は、東京大学の倫理委員会の承認を得て、調査の説明を行い、同意を得られた者に対して無記名で行った。分析対象者は196名(地域生活者：105名、男性：59.2%、平均年齢：47.6歳)で、有効回答の回収率は61.4%だった。調査票には、Recovery Assessment Scale (RAS)およびSelf-identified stage of recovery Part-B (SISR-B)、さらに、年齢、罹病期間、これまでの入院期間、現在の同居者の有無、現在の就労状況、ピアサポートの経験、疾患の体験発表の経験の有無を含めた。分析は、t検定により、地域生活群と入院群のRASとSISR-Bの各スコアを比較し、また、重回帰分析により、群ごとにそれぞれの変数との関連を検討した。

【結果】

地域生活群と入院群では、RASやSISR-Bのスコアに有意差はなかった。また、各群の分析では、地域生活群では、RAS、SISR-Bともに、ピアサポートの経験と有意な正の相関がみられたが、他の変数とは関連はみられなかった。また、入院群では、いずれの変数とも有意な関連はみられなかった。

【結論】

精神疾患をもつ地域生活者においては、ピアサポートによりリカバリーが促進される可能性が示唆された。

I. 背景

リカバリーとは、精神疾患を持つ者が、たとえ症状や障害が続いていたとしても人生の新しい意味や目的を見出し、充実した人生を生きていくプロセスのことである(Anthony, 1993; Deegan, 1988)。リカバリーは欧米の精神保健サービスの中心概念になっており(Davidson et al., 2007)、わが国においてもリカバリーを促進していく必要性が指摘されている(伊藤, 2006)。研究1、研究2により、リカバリーの構成要素(希望、エンパワーメント、レジリエンス)や関連概念(Quality of Life、精神症状)とリカバリーとの関連については明らかになったが、それら以外のリカバリーの関連要因を量的に明らかにした研究は、日本ではまだ行われていない。リカバリーの関連要因を明らかにすることは、精神疾患をもつ人の地域生活支援のために、意義があると考えられる。

ピアサポートの経験がリカバリーを促進しうることは先行研究で論じられており(Lloyd, 2007)、実証的研究によっても支持されている(Corrigan, 2006)。そのため、ピアサポートを中心としたリカバリー促進プログラムも行われており(Resnick & Rosenheck, 2008)、わが国においても、ピアサポートとリカバリーには関連があることが仮説として考えられた。また、疾患の体験発表の経験とリカバリーの関連については、先行研究ではまだ明らかになっていないが、講演会などの場で体験を話すことがリカバリーにつながっていると感じている人がいると考え、疾患の体験発表の経験者では、経験のない者に比べて、リカバリースコアが高いことを仮説とした。

また、病棟内の環境では、リカバリーの構成要素と論じられているエンパワーメント(Jacobson & Greenley, 2001)や自己決定(Onken et al., 2007; Schauer et al., 2007)、リスクをおかすこと(Bonny & Sticklely, 2008)、自己責任(Andresen et al., 2006; Mead & Copeland, 2000)、地域参加(Jacobson & Greenley, 2001)などの機会が少ないことから、仮説としては、入院患者よりも地域生活者のほうが、また、これまでの入院期間が長い者よりも短い者のほうが、リカバリースコアが高いことが考えられた。

さらに、RASを用いた研究から、リカバリープロセスとソーシャルサポートとの関連が指摘されており(Corrigan et al., 1999; Corrigan & Phelan, 2004)、また、ソーシャルサポートの一つとして、家族のサポートや確かな友人の存在が、リカバリーには重要であると論じられている(Fisher, 2001)。そのため、地域生活者においては、同居家族がいる者では、独居の者よりもリカバリースコアが高いことが仮説として考えられた。また、就労の機会を

得て、社会の中で価値のある存在になることや、意義ある社会活動に参加することは、リカバリーを高めたり、リカバリーの目標になったりすると論じられており(Bonney & Stickley, 2008; Hendryx et al., 2009; Jacobson & Greenley, 2001)、援助つき雇用は、リカバリー促進のためのエビデンスに基づいたプログラムの一つとして位置づけられている。そのため、地域生活者において、就労している者はそうでない者に比べて、リカバリースコアが高いことが仮説として考えられた。

また、41項目版 RAS を用いたアメリカの研究では、年齢とリカバリーの間には有意で負の関連がみられていたが(Corrigan et al., 1999)、国や文化が異なっても同じ関連があるかどうかは明らかになっていない。

II. 目的

精神疾患をもつ人を対象として、リカバリープロセスの関連要因を明らかにすることを本研究の目的とした。

III. 方法

1. 対象

2008年の6～9月に、自記式調査票による横断調査を行った。対象セッティングは、精神科病院のデイケア1か所、外来1か所、作業所5か所、ピアサポートグループ3か所、および、精神科病院2か所のうち、慢性期病棟3か所、亜急性期病棟1か所、急性期病棟2か所の計6病棟とした。また、取り込み基準は、(1)精神疾患の診断をうけている者、(2)20歳以上の者、(3)精神発達遅滞や認知症の診断を受けていない者、(4)不穏状態ではない者、(5)入院セッティングでは、今回の入院期間が14日以上経過している者、(6)外来セッティングでは初診ではない者、とした。

調査期間中、取り込み基準を満たした319名に対して、調査の説明を行い、237名より同意を得た(回答率:74.3%)。対象者には調査票への自己記入を依頼し、精神症状などにより困難がある場合には、調査者が聞き取りにより回答を得た。調査票には、Recovery Assessment Scale (RAS)、Self-identified stage of recovery Part-B (SISR-B)、および、リカバリープロセスとの関連が仮定される項目に関する質問を含めた。回答者237名のうち、RAS、SISR-Bともに欠損値・偏回答のない196名を分析対象とした(有効回答の回答率:

61.4%)。

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無記名で行った。病棟においては、主治医等の医療施設スタッフにより、研究の趣旨や、調査担当者が調査の説明のために接触することの了解を得られた者を対象とし、さらに、病棟を含むすべての対象施設において、調査目的や方法、プライバシー保護、調査を途中でやめられることや、協力しなくても不利益がないことなどを文書および口頭で説明し、同意を得られた者を対象とした。

2. 尺度

A. 日本語版 24 項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)

(Corrigan et al., 2004; Chiba et al., in press)

リカバリープロセスを評価する RAS は、「生きがいがある」、「自分のことが好きだ」などを含む 24 項目から成り、「まったくそう思わない」～「とてもそう思う」の 5 件法である。合計スコアの範囲は 24～120 点であり、スコアが高いほどリカバリーのレベルが高いことを表す。研究 1 により、日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

B. 日本語版 Self-identified stage of recovery Part-B (SISR-B)

(Andresen, 2007; Chiba et al., in press)

SISR-B は、リカバリープロセスの 4 つの構成要素(希望を見出すこと、アイデンティティの再確立、人生の意味を見出すこと、リカバリーの責任をもつこと)を評価する尺度であり、たとえば、希望を見出すことを表す文章は、「自分の人生の目標を達成する方法を、見つけられるだろうという自信がある」となっている。「まったくそう思わない」～「とてもそう思う」の 6 件法であり、合計スコアの範囲は 6～24 点で、スコアが高いほどリカバリーのレベルが高いことを表す。研究 2 により、日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

3. リカバリーとの関連を仮定した変数

年齢、罹病期間、これまでの入院期間、現在の同居者の有無、現在の就労状況(フルタイムまたはパートタイムで一般就労をしているかどうか)、ピアサポートの経験の有無、疾患の体験発表の経験の有無に関してたずねた。ピアサポートの経験は、「これまでに、自助グループや当事者の集いに参加して、

病気を持つ人から支えられたり、ご自身が病気を持つ誰かの支えになったりしたと感じたことは、ありましたか」とたずね、「はい」か「いいえ」で回答を求めた。また、疾患の体験発表の経験は、「これまでに、講演会などで、ご自身の病気の体験を発表されたことがありますか」とたずね、「はい」か「いいえ」で回答を求めた。

4. 解析

地域生活群と入院群のリカバリースコアの比較は、RAS、SISR-B それぞれの合計スコアについて t 検定を行った。また、リカバリーの関連要因の検討は、RAS、SISR-B の合計スコアをそれぞれ従属変数として、群ごとに重回帰分析を行い、入院群の説明変数には、年齢、罹病期間、入院期間、ピアサポートの経験の有無、疾患の体験発表の経験の有無を用いた。また、地域群の説明変数には、それらに加えて、現在の同居者の有無と現在の就労状況も合わせて用いた。統計パッケージは SPSS 17.0J を用い、有意水準は 5%(両側)とした。

IV. 結果

1. 分析対象者の特徴

分析対象者 196 名のうち、男性は 118 名(60.2%)で、地域生活者が 91 名(46.4%)、入院患者が 105 名(53.6%)であった。また、平均年齢は 47.7 歳(標準偏差 = 15.6)で、平均罹病期間は 16.1 年(標準偏差 = 14.8)であった。診断名は、統合失調症が最も多く 117 名(59.7%)で、次いで双極性障害が 26 名(13.3%)、うつ病が 21 名(10.7%)であった。

2. 地域生活群と入院群のリカバリースコア

RAS スコア、SISR-B スコアのいずれにおいても、地域生活群と入院群において、有意差はみられなかった。

3. 地域生活群のリカバリーの関連要因

説明変数として投入した、年齢、罹病期間、これまでの入院期間、現在の同居者の有無、現在の就労状況(フルタイムまたはパートタイムで一般就労をしているかどうか)、ピアサポートの経験の有無、疾患の体験発表の経験の有無の中で、ピアサポートの経験の有無は、従属変数である RAS および SISR-B

と有意な関連があった。

4. 入院群のリカバリーの関連要因

説明変数として投入した、年齢、罹病期間、これまでの入院期間、ピアサポートの経験の有無、疾患の体験発表の経験の有無は、いずれも、RAS や SISR-B との有意な関連はみられなかった。

V. 考察

地域生活群と入院群において、RAS と SISR-B のスコアに群間差はみられなかった。また、地域生活群においては、ピアサポートの経験とリカバリープロセスには有意な関連がみられたが、入院群では、いずれの変数においても有意な関連はみられなかった。

本研究により、地域生活者においては、わが国でもピアサポートによってリカバリープロセスが促進される可能性が示唆され、欧米での先行研究の知見と一致した。また、入院群において有意な関連がみられなかった理由としては、本調査では、自助グループや当事者の集いに参加したピアサポートの経験についてたずねているため、入院群ではそのような機会が少なかったことなどが考えられる。

地域生活群、入院群のいずれにおいても、他の変数とリカバリースコアには有意な関連はみられなかった。今後は、より大きなサンプルサイズでの縦断的な再検討や、国や文化による関連要因の特徴についての示唆を得ることが望まれる。

また、病院や専門職がどのくらいリカバリー志向であるかといった、医療サービス提供の環境も、リカバリープロセスに影響を与えることが指摘されており (Bedregal et al., 2006; Borg & Kristiansen, 2004; Salyers et al., 2007)、わが国でのそれらの環境要因の検討も、今後の研究の課題になると思われる。

VI. 結論

精神疾患をもつ地域生活者においては、ピアサポートによりリカバリーが促進される可能性が示唆された。今後は、より多くの対象施設・対象者で、関連要因をさらに検討することが望まれる。

謝辞

本研究は、(財)在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われました。

本研究の調査にご協力くださった、研究協力者の皆さま、ならびに対象施設の職員の皆さまに、深くお礼申し上げます。

また、本研究は、以下の論文として発表されています。

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.

引用文献

- Andresen, R., 2007. The experiences of recovery from schizophrenia: development of a definition, model and measure of recovery, PhD thesis, School of Psychology, University of Wollongong. <http://ro.uow.edu.au/theses/814>
- Andresen, R., Caputi, P., Oades, L., 2006. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of 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 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 12-23.
- Bedregal, L.E., O'Connell, M., Davidson, L., 2006. The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30 (2), 96-103.
- Bonny, S., Stickley, T., 2008. Recovery and mental health: A review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 140-153.
- Borg, M., Kristiansen, K., 2004. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health* 13 (5), 493-505.
- Chiba R., Miyamoto Y., Kawakami N., (in press). 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*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.07.006
- Chiba R., Kawakami N., Miyamoto Y., Andresen R., (in press). Reliability and validity of the Japanese version of the Self-identified stage of recovery (SISR) for people with chronic mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- Corrigan, P.W., 2006. Impact of consumer -operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities.

- Psychiatric Services 57 (10), 1493-1496.
- 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., Salzer, M., Ralph, R.O., Sangster, Y., Keck, L., 2004a. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull* 30 (4), 1035-1041.
- Corrigan, P.W., Phelan, S.M., 2004b. Social support and recovery in people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal* 40 (6), 513-523.
- Davidson L., Tondora J., O'Connell M.J., et al., 2007. Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept to reality, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31 (1), 23-31.
- Deegan, P.E., 1988. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11 (4), 11-19.
- 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.
- Fisher, D.B., 2001. A look at ... Coping with mental illness: We've been misled by the drug industry. *The Washington Post*, Sunday, August 19, p.B03.
- Hendryx, M., Green C.A., Perrin. N.A., 2009. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 36 (3), 320-329.
- Jacobson, N., Greenley, D., 2001. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services* 52 (4), 482-485.
- Lloyd, R., 2007. Modeling community-based, self-help mental health rehabilitation reform. *Australasian Psychiatry* 15 (Supplement), AP S99-S103.
- Mead, S., Copeland, M.E., 2000. What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal* 36 (3), 315-328.
- Onken, S.J., Craig, C.M., Ridgway, P., Ralph, R.O., Cook, J.A. An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31 (1), 9-22.
- Resnick, S.G., Rosenheck, R.A., 2008. Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services* 59 (11), 1307-1314.
- Salyers, M.P., Tsai, J., Stultz, T.A., 2007. Measuring recovery orientation in a hospital setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31 (2), 131-137.
- Schauer, C., Everett, A., del Vecchio, P., Anderson, L., 2007. Promoting the value and practice of shared decision-making in mental health care. *Psychiatr Rehabil J* 31 (1), 54-61.

研究 4

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

千葉理恵, 宮本有紀, 船越明子

研究要旨

【背景】

慢性疾患などを経験した人が、その経験によって、ポジティブな変化や得たものがあつたと感じることを、ベネフィット・ファインディングという。ベネフィット・ファインディングは逆境への適応プロセスを促進するものであるが、わが国における、精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングの特徴は、まだ明らかになっていない。

【目的】

精神疾患をもつ人の、疾患の経験によるベネフィット・ファインディングの内容を質的に明らかにすることを本研究の目的とした。

【方法】

2008年に、デイケア、外来、作業所、自助グループ、および精神科病棟にて、精神疾患を持つ20歳以上の者を対象とした調査票による横断調査を行った。調査は、東京大学の倫理委員会の承認を得て無記名で行った。ベネフィット・ファインディングの内容を明らかにするために、精神疾患を経験してからこれまでに、得たものや学んだと思うことについて、自由記載により回答を得た。ベネフィット・ファインディングの具体的な内容について回答した107名を分析対象者とし(男性:57.9%、平均年齢:44.3歳)、取り込み基準該当者のうち、分析対象者の割合は33.5%だった。抽出された記録単位は内容分析により分析した。

【結果・結論】

精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングとして、7つのカテゴリーが抽出され、慢性身体疾患をもつ人を対象としたベネフィット・ファインディングの先行研究と共通点があることが明らかになった。

I. 背景

身体や精神の慢性疾患をもつ人を対象とした、これまでの伝統的な研究は、疾患によるネガティブな変化に焦点をあてたものが多く、人生の捉え方や価値観などの、内面の包括的な変化に焦点を当てたものは少なかった。しかし近年では、逆境の経験におけるネガティブな影響のみに着目することは、偏った解釈につながることを指摘され、苦痛や困難と同様に、それらへの対処や適応努力、さらにそれらを通じた成長の過程やポジティブな変化を把握・理解する必要性が認識されるようになってきている(Linley & Joseph, 2004; Park, 1998; Tedeschi & Calhoun, 2004)。

慢性疾患やトラウマティックな経験による逆境に直面した人が、その経験によって、ポジティブな変化や得たものがあつたと感じることは、1990年代より研究され始め、benefit-finding(Affleck & Tennen, 1996)、post-traumatic growth(Tedeschi et al., 1998)、stress-related growth(Park, 1998)、positive by-products(McMillen et al., 2001)、adversarial growth(Linley & Joseph, 2004)などの用語で概念化されている。これらの用語は、異なる側面を含むとの指摘がある一方で(Sears et al., 2003; Sumalla et al., 2009)、相違に関する十分な議論は行われておらず、また、一つの概念として集合的に扱った研究も行われていることから(Joseph & Linley, 2006; Linley & Joseph, 2004)、本論では、ベネフィット・ファインディングと総称する。

ベネフィット・ファインディングは、疾患に効果的に対処するのを助けたり、逆境への適応を促進する認知プロセスにおいて重要な役割を果たしたりするものであり(Janoff-Bulman & Frantz, 1997; Tennen & Affleck, 2005; Sharpe & Curran, 2006)、ヘルスケア領域において、ベネフィット・ファインディング概念を理解することの重要性が認識されてきている(Sato et al., 2008)。ベネフィット・ファインディングと心理的特性との関連は、横断研究により検討されたものが多いものの、慢性疾患をもつ人を対象とした研究において、抑うつや不安のレベルが低いこと(Updegraff et al., 2002)、楽観性(Tennen et al., 1992; Updegraff et al., 2002)、自己効力感や自尊心(Abraido-Lanza et al., 1998)などとの関連が指摘されており、ベネフィット・ファインディングによってウェルビーイングを高められる可能性が論じられている(Affleck & Tennen, 1996; Sato et al., 2008)。

これまでに、様々な慢性身体疾患をもつ患者や、様々な逆境の経験者において、しばしばベネフィット・ファインディングが観察されていることが明

らかになっている(Linley & Joseph, 2004; McMillen et al., 2001)。また、様々な慢性身体疾患をもつ者を対象とした質的研究からは、人間関係での成長や人生の価値観の変化、健康管理行動の変化などの多様なベネフィット・ファインディングの側面があることが知られている(Danoff-Burg & Revenson, 2005; Pakenham, 2007; Siegel & Schrimshaw, 2000)。しかし、国内外において、精神疾患をもつ人を対象としたベネフィット・ファインディングの研究は、薬物・アルコール依存症患者を対象を絞ったアメリカの研究(McMillen et al., 2001)を除いて行われておらず、その実態はまだ明らかになっていない。

II. 目的

精神疾患をもつ人の、疾患の経験によるベネフィット・ファインディングの内容を質的に明らかにすることを本研究の目的とした。

III. 方法

1. 対象

対象施設は、関東地方の、精神科病院のデイケア 1 か所、精神科病院の外來 1 か所、作業所 5 か所、自助グループ 3 か所、および、2 つの精神科病院のうち、慢性期病棟 3 か所、亜急性期病棟 1 か所、急性期病棟 2 か所の計 6 病棟とした。対象者は、地域生活または入院している、精神疾患と診断されている 20 歳以上の者とし、精神発達遅滞や認知症と診断されている者は除外した。さらに、入院患者については、今回の入院期間が 14 日以上経過している者、また、外來では初診以外の者とした。取り込み基準を満たした 319 名のうち、調査に同意し回答を得られた者は 193 名であった(回答率 60.5%)。

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無記名で行った。病棟においては、主治医等の医療施設スタッフにより、研究の趣旨や、調査担当者が調査の説明のために接触することの了解を得られた者を対象とし、さらに、病棟を含むすべての対象施設において、調査目的や方法、プライバシー保護、調査を途中でやめられることや、協力しなくても不利益がないことなどを文書および口頭で説明し、同意を得られた者を対象とした。

2. データ収集

調査は、ベネフィット・ファインディングについての質的質問項目や人口統計的項目などを含む自記式調査票を用いて、2008年6月から9月にかけて行い、精神症状などにより自己記入が困難な対象者に対しては、調査者が面接により聞き取り、回答を得た。ベネフィット・ファインディングについての質問文は、「精神の病気になったことで、いろいろなご苦勞もあったと思います。でもそのために、何かを得たり、学んだりする人もおいでになります。精神の病気を経験されてからこれまでに、あなたが得たものや学んだと思えるようなことがありましたら、ぜひ教えてください」とした。回答者193名のうち、「特になし」や「分からない」などと回答した76名(39.4%)、および、質問に対応していない回答や曖昧な回答、理解困難な回答などのみを答えた10名(5.2%)を除外し、質問に対応した内容を回答した107名(55.4%)を分析対象者とした。

3. データ分析

得られた回答は、ベレルソンの手法(Berelson, 1952/ 稲葉 & 金, 1957)を参考とした内容分析により分析し、一内容を含む単語、文章を記録単位として、意味内容の類似性に基づき、個々の記録単位を分類した。カテゴリー分類は、精神科看護の臨床経験をもつ研究者1名と、精神科看護の臨床経験および質的研究の経験をもつ研究者1名がディスカッションしながら行った。また、カテゴリーの信頼性は、ランダムに抽出した50%の記録単位について、精神科看護の臨床経験と質的研究の経験をもつ研究者1名が独立に分類し、カテゴリー分類の一致度を、スコットの式(Scott, 1955)により算出した。

IV. 結果

1. 分析対象者の特徴

分析対象者は、男性が62名(57.9%)、平均年齢は44.3歳(SD = 15.5)、地域生活者が55名(51.4%)であった。また、診断名は統合失調症60名(56.1%)、双極性障害16名(15.0%)、うつ病13名(12.1%)、その他18名(16.8%)で、平均罹病期間は13.4年(SD = 11.9)、入院経験のある者が90名(84.1%)だった。

2. 精神疾患の経験によるベネフィット・ファインディング

分析対象者107名の回答は、180記録単位に分割された。分析対象者のう

ち、自記式による回答者は 57 名、聞き取りによる回答者は 50 名であった。また、1 記録単位を回答した者は 74 名、2 記録単位を回答した者は 15 名、3 記録単位を回答した者は 11 名、4 記録単位を回答した者は 3 名、5 以上の記録単位を回答した者は 4 名であった。また、

意味内容の類似性に基づく分類により 7 カテゴリーが抽出され、カテゴリー分類の一致率は 70.7%であった。そのうち、精神疾患の経験によるポジティブな変化や成長を表す 6 つのカテゴリーは、人間関係の深まり・人間関係での気づきに関する内容、内面の成長・人生の価値観の変化に関する内容、健康関連の行動変容・自己管理に関する内容、精神の障害に関する関心や理解の深まりに関する内容、社会の中で新たな役割を見出すことに関する内容、宗教を信じることに関する内容、および、疾患の経験による得たものや学んだことについて述べているが、ポジティブな変化とは解釈しにくい回答を含む 1 カテゴリーから成った。

V. 考察

精神疾患の経験によるベネフィット・ファインディングの内容は、疾患の経験によるポジティブな変化や成長を表す 6 カテゴリーと、疾患の経験による得たものや学んだことについて述べているが、ポジティブな変化とは解釈しにくい回答を含む 1 カテゴリーの、計 7 カテゴリーに分類された。また、評価者間の一致度は、良好な信頼性確保の判断基準である 70%以上(舟島, 2007)であったことから、カテゴリーが十分な信頼性を確保していることが示された。

有効回答者は回答者全体の 55.4%であり、半数以上の者が何らかのベネフィットを感じていることが明らかになった。また、これらのカテゴリーの多くは、がん(Oxlad et al., 2008)、多発性硬化症(Pakenham, 2007)、リウマチ(Danoff-Burg & Revenson, 2005)、膠原病(佐藤, 2007)、HIV(AIDS)(Siegel & Schrimshaw, 2000)などの慢性身体疾患をもつ患者や、骨髄移植を受けた者(Fromm et al., 1996)、薬物依存患者(McMillen et al., 2001)などを対象とした研究と共通点があることも明らかとなった。

精神疾患をもつ人における、ベネフィット・ファインディングと適応やウェルビーイングとの関連の検討は、今後の課題であると考えられる。

VI. 結論

精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングとして、ポジティブな変化や成長を表す6カテゴリー、および、疾患の経験による得たものや学んだことについて述べているが、ポジティブな変化とは解釈しにくい回答を含む1カテゴリーが抽出された。また、これらの多くは、様々な慢性疾患をもつ人を対象とした欧米の先行研究と類似していることが明らかとなった。

謝辞

本研究は、(財)在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われました。

本研究の調査にご協力くださった、研究協力者の皆さま、ならびに対象施設の職員の皆さまに、深くお礼申し上げます。

また、本研究は、以下の論文として発表されています。

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.

引用文献

- Abraido-Lanza A.F., Guier C., Colon R.M. (1998): Psychological thriving among Latinas with chronic illness, *Journal of Social Issues*, 54, 405-424.
- Affleck G., Tennen H. (1996): Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings, *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Berelson B. (1952) / 稲葉三千男, 金圭煥. (1957): 社会心理学講座第7巻 内容分析, みすず書房, 東京.
- Danoff-Burg S., Revenson T.A. (2005): Benefit-finding among patients with rheumatoid arthritis: Positive effects on interpersonal relationships, *Journal of Behavioral Medicine*, 28(1), 91-103.
- Fromm K., Andrykowski M.A., Hunt J. (1996): Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment, *Journal of Behavioral Medicine*, 19(3), 221-240.
- 舟島なをみ. (2007): 質的研究への挑戦(第2版), 医学書院, 東京.
- Janoff-Bulman R. & Frantz C. (1997): The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In: Power M.J. & Brewin C.R. (Eds), *The transformation of meaning in psychological therapies:*

- Integrating theory and practice, pp.91-106, Wiley, New York.
- Joseph S., Linley P.A. (2006): Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice, *Clinical Psychology Review*, 26, 1041-1053.
- Linley P.A., Joseph S. (2004): Positive change following trauma and adversity: A review, *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- McMillen C., Howard M.O., Nower L., et al. (2001): Positive by-products of the struggle with chemical dependency, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 69-79.
- Oxlad M., Wade T.D., Hallsworth L., et al. (2008): 'I'm living with a chronic illness, not...dying with cancer': A qualitative study of Australian women's self-identified concerns and needs following primary treatment for breast cancer, *European Journal of Cancer Care*, 17, 157-166.
- Pakenham K.I. (2007): The nature of benefit finding in multiple sclerosis (MS), *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 190-196.
- Park C. L. (1998): Stress-related growth and thriving through coping: the role of personality and cognitive processes, *Journal of Social Issues*, 54(2), 267-278.
- 佐藤三穂. (2007): 膠原病を持つ人におけるベネフィットファインディングの特性とその獲得に関連する要因, *看護総合科学研究会誌*, 10(2), 15-25.
- Sato M., Yamazaki Y., Sakita M. (2008): Benefit-finding among people with rheumatoid arthritis in Japan, *Nursing and Health Sciences*, 10, 51-58.
- Scott W.A. (1955): Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding, *Public Opinion Quarterly*, 19, 321-325.
- Sears S.R., Stanton A.L., Danoff-Burg S. (2003): The Yellow Brick Road and the Emerald City: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer, *Health Psychology*, 22 (5), 487-497.
- Sharpe L., Curran L. (2006): Understanding the process of adjustment to illness, *Social Science & Medicine*, 62, 1153-1166.
- Siegel K., Schrimshaw E.W. (2000): Perceiving benefits in adversity: stress-related growth in women living with HIV/AIDS, *Social Science & Medicine*, 51, 1543-1554.
- Sumalla E.C., Ochoa C., Blanco I. (2009): Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion?, *Clin Psychol Rev*, 29 (1), 24-33.
- Tedeschi R.G., Park C.L., Calhoun L.G. (1998): Posttraumatic growth: Conceptual issues. In: Tedeschi R.G., Park C.L., Calhoun L.G. (Eds), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004): Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence, *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tennen H., Affleck G., Urrows S., et al. (1992): Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis, *Canadian Journal of Behavioral Science*, 24, 186-203.
- Tennen H., Affleck G. (2005): Benefit-finding and benefit-reminding. In: Snyder C.R., Lopez S.J. (Eds), *Handbook of Positive Psychology* (2nd

edition), pp.584-597, Oxford University Press, New York.
Updegraff J.A., Taylor S.E., Kemeny M.E., et al. (2002): Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 382-394.

研究 5

精神疾患をもつ人における、リカバリーとベネフィット・ファインディングとの関連の量的検討

千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人

研究要旨

【背景】

リカバリーとベネフィット・ファインディングとの関連については、国内外を通してまだ明らかになっていない。

【目的】

精神疾患をもつ人の、リカバリーとベネフィット・ファインディングとの関連を量的に明らかにすること。

【方法】

2008年6～9月に、デイケア、外来、作業所、自助グループ、および精神科病棟にて、精神疾患を持つ20歳以上の者を対象とした調査票による横断調査を行った。調査は、東京大学の倫理委員会の承認を得て、調査の説明を行い、同意を得られた者に対して無記名で行った。リカバリー評価尺度は、24項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)および Self-identified stage of recovery (SISR-A, SISR-B)を用い、また、ベネフィット・ファインディング評価尺度は、Perceived Positive Change (PPC)多項目尺度を用いた。分析対象者は、PPC多項目尺度に欠損のない120名(男性：64.2%、平均年齢：41.7歳)とし、取り込み基準該当者に対する分析対象者の割合は37.6%だった。RAS、SISR-B、および PPC多項目尺度は間隔尺度、また、SISR-Aは順序尺度として用いられるため、PPC多項目尺度とリカバリープロセス(RASおよびSISR-B)との関連は Pearson 相関係数、PPC多項目尺度とリカバリーステージ(SISR-A)との関連は Spearman 相関係数を算出して検討した。

【結果】

PPC多項目尺度とRAS、PPC多項目尺度とSISR-B、さらに、PPC多項目尺度とSISR-Aの間には、いずれも有意で正の相関がみられた。

【結論】

リカバリーとベネフィット・ファインディングには、強い関連があることが明らかとなった。

I. 背景

リカバリーとは、精神疾患を持つ者が、疾患を乗り越え、成長しながら人生の新しい意味や目的を見出していくプロセスである(Anthony, 1993; Deegan, 1988)。また、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の経験を通して、得たものがあつたと感じたりポジティブな変化を感じたりすることである(Affleck & Tennen, 1996; Sato, et al., 2008)。リカバリーとベネフィット・ファインディングの関連については、国内外を通してまだ明らかになっていないが、両者の関連を明らかにすることにより、より効果的なリカバリー促進についての示唆を得て、精神疾患をもつ人の地域生活支援に役立てられる可能性がある。

II. 目的

精神疾患をもつ人の、リカバリーとベネフィット・ファインディングとの関連を量的に明らかにすること。

III. 方法

1. 対象

2008年の6～9月に、自記式調査票による横断調査を行った。対象セッティングは、精神科病院のデイケア1か所、外来1か所、作業所5か所、ピアサポートグループ3か所、および、精神科病院2か所のうち、慢性期病棟3か所、亜急性期病棟1か所、急性期病棟2か所の計6病棟とした。また、取り込み基準は、(1)精神疾患の診断をうけている者、(2)20歳以上の者、(3)精神発達遅滞や認知症の診断を受けていない者、(4)不穏状態ではない者、(5)入院セッティングでは、今回の入院期間が14日以上経過している者、(6)外来セッティングでは初診ではない者、とした。

調査期間中、取り込み基準を満たした319名に対して調査の説明を行い、237名より同意を得た(回答率:74.3%)。対象者には、無記名の調査票への自己記入を依頼し、精神症状などにより困難がある場合には、調査者が聞き取りにより回答を得た。調査票は、対象者の疲労を考慮して、ロング版と短縮版の2種類を用意したが、本研究では、分析に用いる全ての尺度が含まれるロング版を選択し回答した者のうち、Perceived Positive Change (PPC)多項目尺度に欠損値のなかった120名を分析対象とした(取り込み基準該当者に

対する分析対象者の割合：37.6%)。120名のうち、地域生活者は90名、入院患者は30名であった。

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無記名で行った。病棟においては、主治医等の医療施設スタッフにより、研究の趣旨や、調査担当者が調査の説明のために接触することの了解を得られた者を対象とし、さらに、病棟を含むすべての対象施設において、調査目的や方法、プライバシー保護、調査を途中でやめられることや、協力しなくても不利益がないことなどを文書および口頭で説明し、同意を得られた者を対象とした。

2. 尺度

A. Perceived Positive Change (PPC)多項目尺度 (熊田, 2009)

PPC 多項目尺度は、逆境の経験による変化を評価する尺度であり、10項目から成る。もとは薬害 HIV 感染者を対象に用いられたため、「薬害 HIV 感染を受けてから今までにあなたの精神的な強さは」などと項目が表記されており、本研究では、「精神の病気になってから今までに」と改変して用いた。Tedeschi ら(1998)の理論を参考に、「精神的な強さ」、「人生を乗り越えていく自信」、「生活上の健康への注意」の3項目は自己の変化、「家族との絆」、「友人との絆」、「信頼できる友人知人」の3項目は他者との関係性の変化、「新しい生きがいや人生の楽しみ」、「人や社会のために役立ちたいという思い」、「何事に対しても良い/悪い方向に考えるようになった」、「1日1日を過ごすこと」の4項目は人生観の変化、と3因子モデルが設定されている。社会的望ましさのバイアスを避けるため、2つの項目(「新しい生きがいや人生の楽しみ」、「信頼できる友人知人」)を除いて、「弱くなった」～「強くなった」の5件法となっており、2つの項目については、「まったく得られていない」～「おおいに得られた」の5件法となっている。薬害 HIV 感染者とその家族を対象とした研究において、良好な信頼性と妥当性が確認されている。本研究では、「強くなった(おおいに得られた)」を2点、「どちらかといえば強くなった(かなり得られた、少し得られた)」を1点、「どちらとも言えない」やネガティブな変化の選択肢は0点として計算した。

B. 日本語版 24 項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)

(Corrigan et al., 2004; Chiba et al., in press)

リカバリープロセスを評価する RAS は、「生きがいがある」、「自分のこと

が好きだ」などを含む 24 項目から成り、「まったくそう思わない」～「とてもそう思う」の 5 件法である。合計スコアの範囲は 24～120 点であり、スコアが高いほどリカバリーのレベルが高いことを表す。研究 1 により、日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

C. 日本語版 Self-identified stage of recovery Part-A (SISR-A)

(Andresen, 2007; Chiba et al., in press)

SISR-A は、リカバリーのステージモデル(Andresen et al., 2003)に基づき、「モラトリアム期」～「成長期」の各ステージを表す 5 つの文章の中から、最もあてはまると思うものを選ぶ、リカバリーステージの評価尺度である。研究 2 により、日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

D. 日本語版 Self-identified stage of recovery Part-B (SISR-B)

(Andresen, 2007; Chiba et al., in press)

SISR-B は、リカバリープロセスの 4 つの構成要素(希望を見出すこと、アイデンティティの再確立、人生の意味を見出すこと、リカバリーの責任をもつこと)を評価する尺度であり、たとえば、希望を見出すことを表す文章は、「自分の人生の目標を達成する方法を、見つけられるだろうという自信がある」となっている。「まったくそう思わない」～「とてもそう思う」の 6 件法であり、合計スコアの範囲は 6～24 点で、スコアが高いほどリカバリーのレベルが高いことを表す。研究 2 により、日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

3. 解析

Perceived Positive Change (PPC)多項目尺度に欠損値のなかった 120 名を分析対象者として、RAS、SISR-B、および PPC 多項目尺度は間隔尺度、また、SISR-A は順序尺度として用いられるため、PPC 多項目尺度と RAS、および PPC 多項目尺度と SISR-B との関連は Pearson 相関係数、また、PPC 多項目尺度と SISR-A との関連は Spearman 相関係数を算出して検討した。統計パッケージは SPSS 17.0J を用い、有意水準は 5%(両側)とした。

IV. 結果

1. 分析対象者の特徴

分析対象者 120 名のうち、男性は 77 名(64.2%)で、地域生活者は 90 名(75.0%)であった。また、平均年齢は 41.7 歳(SD = 12.6)で、平均罹病期間は 12.6 年(SD = 10.8)だった。診断名は、統合失調症が 63 名(52.5%)と最も多く、次いで、双極性障害が 21 名(17.5%)、うつ病が 14 名(11.7%)であった。

2. リカバリーとベネフィット・ファインディングの関連

PPC 多項目尺度と RAS、PPC 多項目尺度と SISR-B、さらに、PPC 多項目尺度と SISR-A の間には、いずれも有意で正の相関がみられた。

V. 考察

わが国の精神疾患をもつ人において、リカバリーとベネフィット・ファインディングには強い関連があることが量的に明らかになった。今後は、両者のドメインごとの分析や、尺度では十分評価できないベネフィット・ファインディングとリカバリーとの関連の分析など、さらに関連を詳しく検討することが望まれる。

また、本研究は横断調査であったが、リカバリーとベネフィット・ファインディングの因果関係を明らかにすることも、今後の課題の一つとなるかもしれない。

VI. 結論

リカバリーとベネフィット・ファインディングには、強い関連があることが明らかとなった。今後は、両者の関連をより詳しく検討し、両者の概念に着目することで、地域生活支援に寄与できる可能性があると考えられる。

謝辞

本研究は、(財)在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われました。

本研究の調査にご協力くださった、研究協力者の皆さま、ならびに対象施設の職員の皆さまに、深くお礼申し上げます。

また、本研究は、以下の論文として発表されています。

Chiba R., Kawakami N., Miyamoto Y., (2011). Quantitative relationship between recovery and benefit-finding among persons with chronic mental illness in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 13(2), 126-132.

引用文献

- Affleck G., Tennen H. (1996): Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings, *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Andresen, R., 2007. The experiences of recovery from schizophrenia: development of a definition, model and measure of recovery, PhD thesis, School of Psychology, University of Wollongong. <http://ro.uow.edu.au/theses/814>
- Andresen, R., Oades, L., Caputi, P., 2003. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 37 (5), 586-594.
- Anthony, W.A., 1993. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 12-23.
- Chiba R., Miyamoto Y., Kawakami N., (in press). 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*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.07.006
- Chiba R., Kawakami N., Miyamoto Y., Andresen R., (in press). Reliability and validity of the Japanese version of the Self-identified stage of recovery (SISR) for people with chronic mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- Corrigan, P.W., Salzer, M., Ralph, R.O., Sangster, Y., Keck, L., 2004. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull* 30 (4), 1035-1041.
- Deegan, P.E., 1988. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11 (4), 11-19.
- 熊田奈緒子. 薬害 HIV 感染長期生存患者とその家族における Perceived Positive Change とその関連要因. 平成 20 年度 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 修士論文集, p.121-128.
- Sato M., Yamazaki Y., Sakita M. (2008): Benefit-finding among people with rheumatoid arthritis in Japan, *Nursing and Health Sciences*, 10, 51-58.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., Calhoun, L.G., 1998. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Lawrence Erlbaum Associates, London.

研究 6

精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングの特徴 ーリカバリースコアごとの質的回答の分析ー

千葉理恵，宮本有紀，船越明子

研究要旨

【背景】

ベネフィット・ファインディングの質的内容とリカバリーとの関連は、まだ明らかになっていない。

【目的】

リカバリースコアごとの分類による、精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングの質的回答の特徴について明らかにすること。

【方法】

2008年6～9月に、精神疾患を持つ20歳以上の者を対象として、調査票による調査を行った。調査は、東京大学の倫理委員会の承認を得て行った。ベネフィット・ファインディングの内容を明らかにするために、精神疾患を経験してからこれまでに、得たものや学んだと思うことについて自由記載による回答を得て、また、日本語版24項目版Recovery Assessment Scale (RAS)の回答を得た。分析対象者は、ベネフィット・ファインディングの有効回答者107名のうち、RASにも欠損値のない94名(男性57.4%、平均年齢45.0歳)とした。ベネフィット・ファインディングの質的回答は、内容分析により分析し、有効回答の計163記録単位を、RASスコアの三分位点により、低群(41～77点)、中群(78～91点)、高群(92～118点)の3群に分類して、特徴を分析した。

【結果・結論】

RAS低群では、家族関係に関する記録単位が多く、RAS中群では、周囲の人との関係に関する記録単位が多かった。また、RAS高群の記録単位では、友人・仲間との関係、自信・内面の強さ、希望をもつこと、障害をもつことに関連した人生の価値の変化、社会生活の中で新たな役割を見出すことなどに関する記録単位が多いことが明らかとなった。

精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングの内容の特徴は、リカバリースコアによって異なることが示唆された。

I. 背景

リカバリーとは、精神疾患を持つ者が、疾患を乗り越え、成長しながら人生の新しい意味や目的を見出していくプロセスである(Anthony, 1993; Deegan, 1988)。また、ベネフィット・ファインディングとは、慢性疾患の経験などを通して、得たものがあつたと感じたりポジティブな変化を感じたりすることである(Affleck & Tennen, 1996; Sato, et al., 2008)。研究 5 により、ベネフィット・ファインディングとリカバリーは量的に有意な関連があることが明らかとなったが、ベネフィット・ファインディングの具体的な内容とリカバリーとの関連は、まだ明らかになっていない。

II. 目的

リカバリースコアごとの分類による、精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングの質的回答の特徴について明らかにすることを、本研究の目的とした。

III. 方法

1. 対象

2008 年の 6～9 月に、自記式調査票による横断調査を行った。対象セッティングは、精神科病院のデイケア 1 か所、外来 1 か所、作業所 5 か所、ピアサポートグループ 3 か所、および、精神科病院 2 か所のうち、慢性期病棟 3 か所、亜急性期病棟 1 か所、急性期病棟 2 か所の計 6 病棟とした。また、取り込み基準は、(1)精神疾患の診断をうけている者、(2)20 歳以上の者、(3)精神発達遅滞や認知症の診断を受けていない者、(4)不穏状態ではない者、(5)入院セッティングでは、今回の入院期間が 14 日以上経過している者、(6)外来セッティングでは初診ではない者、とした。

調査期間中、取り込み基準を満たした 319 名に対して調査の説明を行い、237 名より同意を得た(回答率: 74.3%)。対象者には、無記名の調査票への自己記入を依頼し、精神症状などにより困難がある場合には、調査者が聞き取りにより回答を得た。分析対象者は、ベネフィット・ファインディングの質的項目の有効回答者 107 名のうち、Recovery Assessment Scale (RAS)にも欠損値のない 94 名とした。

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

認を得て無記名で行った。病棟においては、主治医等の医療施設スタッフにより、研究の趣旨や、調査担当者が調査の説明のために接触することの了解を得られた者を対象とし、さらに、病棟を含むすべての対象施設において、調査目的や方法、プライバシー保護、調査を途中でやめられることや、協力しなくても不利益がないことなどを文書および口頭で説明し、同意を得られた者を対象とした。

2. データ収集

A. ベネフィット・ファインディングの質的データ

ベネフィット・ファインディングの具体的な内容を答えてもらうために、質問文は、「精神の病気になったことで、いろいろなご苦労もあったと思います。でもそのために、何かを得たり、学んだりする人もおいでになります。精神の病気を経験されてからこれまでに、あなたが得たものや学んだと思えるようなことがありましたら、ぜひ教えてください」とした。回答者 193 名のうち、「特になし」や「分からない」などと回答した 76 名(39.4%)、および、質問に対応していない回答や曖昧な回答、理解困難な回答などのみを答えた 10 名(5.2%)を除外し、質問に対応した内容を回答したのは 107 名(55.4%)であった。

B. 日本語版 24 項目版 Recovery Assessment Scale (RAS)

(Corrigan et al., 2004; Chiba et al., in press)

リカバリープロセスを評価する RAS は、「生きがいがある」、「自分のことが好きだ」などを含む 24 項目から成り、「まったくそう思わない」～「とてもそう思う」の 5 件法である。合計スコアの範囲は 24～120 点であり、スコアが高いほどリカバリーのレベルが高いことを表す。研究 1 により、日本語版の信頼性と妥当性が確認されている。

3. 分析方法

得られたベネフィット・ファインディングの質的回答は、ベレルソンの手法(Berelson, 1957)を参考とした内容分析により分析し、一内容を含む単語、文章を記録単位として、意味内容の類似性に基づき、個々の記録単位を分類した(コアカテゴリー分類の分析については、研究 4 を参照)。また、有効回答の計 163 記録単位を、RAS スコアの三分位点により、RAS 低群(41～77

点)、RAS 中群(78～91 点)、RAS 高群(92～118 点)の 3 群に分類して、特徴を分析した。

IV. 結果

1. 分析対象者の特徴

分析対象者 94 名のうち、男性は 54 名(57.4%)で、地域生活者は 43 名(45.7%)であった。また、平均年齢は 45.0 歳(標準偏差 = 15.4)で、平均罹病期間は 13.8 年(標準偏差 = 12.1)であった。診断名は、統合失調症が最も多く 51 名(54.3%)で、次いで双極性障害が 15 名(16.0%)、うつ病が 12 名(12.8%)であった。

2. リカバリースコアごとの分類による、ベネフィット・ファインディングの質的回答の特徴

有効回答の 163 記録単位は、研究 4 で述べた結果と同様、内容分析によって、以下で述べる 7 つのコアカテゴリーに分類された。また、一部のコアカテゴリーは、さらに複数のサブカテゴリーに分類された。

内容分析の結果、人間関係の深まり・人間関係での気づきに関する内容は、さらに、家族関係、友人・仲間との関係、医療スタッフとの関係、周囲の人との関係、地域・社会での人間関係、他者への共感、のサブカテゴリーから成り、また、内面の成長・人生の価値観の変化に関する内容は、さらに、自信・内面の強さ、希望をもつこと、自分を大切にすること、行動を起こすこと、障害をもつことに関連した人生の価値の変化、幅広い人生の価値の変化、健康や命の大切さへの気づき、のサブカテゴリーから成った。さらに、健康関連の行動変容・自己管理に関する内容、精神の障害や治療に関する知識の増加や理解の深まりに関する内容、社会生活の中で新たな役割を見出すことに関する内容、宗教を信じることに関する内容、および、その他の、合計 7 つのカテゴリーが抽出された。RAS 低群では、人間関係の深まり・人間関係での気づきに関する内容の中の、家族関係に関する記録単位や、その他に分類された、ポジティブな変化とは捉えにくい記録単位が多かった。また、RAS 中群では、人間関係の深まり・人間関係での気づきに関する内容の中の、周囲の人との関係に関する記録単位が多かった。さらに、RAS 高群の記録単位では、人間関係の深まり・人間関係での気づきに関する内容の中の、友人・仲間との関係に関する回答や、内面の成長・人生の価値観の変化に関する内

容の中の、自信・内面の強さ、希望をもつこと、障害をもつことに関連した人生の価値の変化に関する記録単位が多く、さらに、社会生活の中で新たな役割を見出すことに関する記録単位も多いことが明らかとなり、リカバリースコアにより、ベネフィット・ファインディングの特徴が異なることが示唆された。

V. 考察

精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングは、リカバリースコアにより、特徴が異なることが示唆された。

RAS 低群では、家族関係に関するベネフィット・ファインディングや、ポジティブな変化とは捉えにくい回答が多かった。リカバリープロセスがあまり進んでいない人においては、社会活動への参加が少なく、広い交友関係を持たない傾向があると考えられ、それゆえ、家族との関わりの中にベネフィットを見出す人の割合が多い可能性がある。また、Tedeschiら(1998)は、逆境によって自らの強さを認識した人でさえも、時に自分の脆弱性(vulnerability)や死を免れない運命、人生の貴さと同時にはかなさへの気づきを感じるがあると指摘し、それらはポジティブな変化を促進しうるものであると指摘している。したがって、RAS 低群にみられたポジティブな変化とは捉えにくい回答は、ベネフィット・ファインディング促進要素となる可能性があると考えられるが、これらの回答がどのようなプロセスでポジティブな変化やリカバリーに影響を与えうるかについては、さらなる研究が必要である。

RAS 中群では、周囲の人との人間関係に関する回答が多く、この群の人は、RAS 低群の人に比べて地域参加の機会が増えるため、家族以外の他者との関係で気づきや深まりを感じる人が多い可能性が考えられる。

また、RAS 高群では、友人・仲間との関係や、自信・内面の強さ、希望をもつこと、障害をもつことに関連した人生の価値の変化、社会生活の中で新たな役割を見出すことなど、他の群に比べて、様々なベネフィットの回答の割合が高かった。リカバリースコアが高い人では、友人・仲間との関係に関する回答が多かったことから、ピアサポートを経験している者が多いことが考えられ、これは、研究3の知見を支持する結果であると考えられる。また、RAS 高群では、社会生活の中で新たな役割を見出している者がいることから、リカバリーは、より積極的な社会参加と関連がある可能性がある。さらに、

自信や希望をもつことは、RAS のドメインであることから、精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングの一部は RAS によって評価されるリカバリーと共通する内容であると考えられた。

VI. 結論

精神疾患をもつ人のベネフィット・ファインディングは、リカバリースコアにより、特徴が異なることが明らかとなり、リカバリープロセスがより進んでいる人のベネフィット・ファインディングの特徴としては、友人・仲間との人間関係、社会参加に関する気づきや変化、自信・内面の強さ、希望をもつこと、障害をもつことに関連した人生の価値の変化があることが示唆された。

謝辞

本研究は、(財)在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて行われました。

本研究の調査にご協力くださった、研究協力者の皆さま、ならびに対象施設の職員の皆さまに、深くお礼申し上げます。

また、本研究は、以下の論文として発表されています。

Chiba R., Miyamoto Y., Funakoshi A. (2014). The concept of “benefit finding” for people at different stages of recovery from mental illness; a Japanese study. *Journal of Mental Health*, 23(1), 20-24.

引用文献

- Berelson B. (1952) / 稲葉三千男, 金圭煥. (1957): 社会心理学講座第 7 巻 内容分析, みすず書房, 東京.
- Chiba R., Miyamoto Y., Kawakami N., (in press). 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*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.07.006
- Corrigan, P.W., Salzer, M., Ralph, R.O., Sangster, Y., Keck, L., 2004. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull* 30 (4), 1035-1041.
- Deegan, P.E., 1988. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11 (4), 11-19.

Sato M., Yamazaki Y., Sakita M. (2008): Benefit-finding among people with rheumatoid arthritis in Japan, *Nursing and Health Sciences*, 10, 51-58.

資料(1): 日本語版 Recovery Assessment Scale (RAS)

次の文章は、自分自身や自分の人生について、どのように感じていらっしゃるかを表したものです。

それぞれの文章を読み、もっともあてはまると思う番号 1 つに、○をつけてください。

		1 ま っ た く そ う 思 わ な い	2 そ う 思 わ な い	3 ど ち ら と も い え な い	4 そ う 思 う	5 と て も そ う 思 う
1	生きがいがある	1	2	3	4	5
2	不安があっても、自分のしたい生き方ができる	1	2	3	4	5
3	自分の人生で起きることは、自分で何とかできる	1	2	3	4	5
4	自分のことが好きだ	1	2	3	4	5
5	人々が自分のことをよく知ったら、 好ましく思ってくれるだろう	1	2	3	4	5
6	自分がどんな人間になりたいかという考えがある	1	2	3	4	5
7	自分の将来に希望を持っている	1	2	3	4	5
8	いつも好奇心がある	1	2	3	4	5
9	ストレスに対処することができる	1	2	3	4	5
10	成功したいという強い願望がある	1	2	3	4	5
11	元気でいたり、元気になったりするための、 自分なりの計画がある	1	2	3	4	5
12	到達したい人生の目標がある	1	2	3	4	5
13	現在の自分の目標を達成できると信じている	1	2	3	4	5
14	手助けを求めた方がよいのがどのような時か、 知っている	1	2	3	4	5
15	手助けを求めてもかまわないと思う	1	2	3	4	5
16	必要な時には、手助けを求める	1	2	3	4	5
17	たとえ自分で自分のことを気にかけていなくても、 他の人は私を気にかけてくれる	1	2	3	4	5
18	何か良いことが、いつかは起きるだろう	1	2	3	4	5
19	頼りにできる人がいる	1	2	3	4	5
20	たとえ自分のことを信じていない時でも、 他の人が信じてくれる	1	2	3	4	5
21	さまざまな友達を持つことは、大切なことだ	1	2	3	4	5
22	精神の病気に対処することは、 いまでは私の暮らしで最重要なことではない	1	2	3	4	5
23	症状が私の生活の妨げとなることは、 だんだん少なくなっている	1	2	3	4	5
24	私の症状が問題となる時間の長さは、 毎回短くなっているようだ	1	2	3	4	5

資料(2): 日本語版 Self-identified stage of recovery Part-A (SISR-A)

病気のある人は、時に、人生について異なる感じ方をすることがあります。

次の5つの文章は、精神の病気と共に生きていて、感じるかもしれないことを表しています。

5つ全ての文章(ア～オ)を読んでから、質問にお答え下さい。

ア	「精神の病気から回復できるとは思いません。 人生は、自分ではコントロールできないもので、困難を乗り越えるためにできることは、何もないと感じます。」
イ	「つい <u>最近</u> 、人は精神の病気から回復できるということに気づきました。 <u>ちょうど今</u> 、自分にも何かできるかもしれないと、 <u>考え始めているところ</u> です。」
ウ	「どのようにして病気を乗り越えていけるか、 <u>学び始めているところ</u> です。 自分の人生を前向きに進んでいこうと、決めました。」
エ	「今は、わりとうまく病気に対処することができます。 調子が良く、将来についてはかなり前向きに感じています。」
オ	「今は、自分の健康や人生をコントロールしていると感じています。 とても調子が良く、将来は明るく見えます。」

この1ヶ月で、病気と共に生きる人生についてあなたが感じていたことについて、上記の中で、**最も近いものはどれだ**と思いますか？

ア～オの記号の中から1つだけ選び、○をつけてください。

1:ア 2:イ 3:ウ 4:エ 5:オ

資料(3): 日本語版 Self-identified stage of recovery Part-B (SISR-B)

次の4つの文章は、自分の人生について人々が感じるかもしれないことを表したものです。

それぞれの文章について、この1ヶ月のあなたの考えにどれくらい一致するか、あてはまる番号1つに○をつけてください。

		1 まったく そう思わない	2 あまりそう 思わない	3 どちらかと いうと、 そう思わない	4 どちらかと いうと、 そう思う	5 わりと そう思う	6 とても そう思う
1	自分の人生の目標を達成する方法を、 見つけられるだろうという自信がある	1	2	3	4	5	6
2	自分がどんな人間で、自分の人生に とって何が大切なのかを知っている	1	2	3	4	5	6
3	自分が人生でしていることは、 意味があり、価値のあることだ	1	2	3	4	5	6
4	自分の人生や幸せに、全面的に責任を 持っている	1	2	3	4	5	6

(注): 資料の尺度(RAS, SISR-A, SISR-B)は、以下の論文に掲載されています。

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.