

博士論文

精神疾患をもつ人のリカバリー体験の
構成要素とその促進因子の検討

金原明子

博士論文

精神疾患をもつ人のリカバリー体験の

構成要素とその促進因子の検討

東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻精神医学分野

指導教員 笠井清登

申請者 金原明子

目次

【略語集】.....	3
1. 序文.....	6
1.1. Well-being.....	6
1.2. パーソナルリカバリー	7
1.3. 臨床的なリカバリーとパーソナルリカバリーの関連.....	10
1.4. パーソナルリカバリーを支援する実践・研究.....	11
1.5. パーソナルリカバリーの促進因子.....	12
1.6. 本研究の目的	13
2. 方法.....	14
2.1. 質的研究の研究計画立案方法	14
2.2. 研究対象者.....	15
2.3. リクルート方法・研究説明・同意	16
2.4. インタビュー方法	17
2.5. 分析方法	21
2.6. 倫理面への配慮.....	25
3. 結果.....	26
3.1. 研究参加者の特徴.....	26
3.2. リカバリー体験の構成要素	31
3.3. リカバリー体験の促進因子	41
4. 考察.....	48
4.1. 結果のまとめ	48
4.2. リカバリー体験の構成要素に関する考察.....	49
4.3. リカバリー体験の促進因子に関する考察.....	53
4.4. 本研究の強み	58
4.5. 臨床的示唆.....	59
4.6. 本研究の限界	60
4.7. 今後の発展の方向性.....	61
4.8 結語	61
5. 引用文献	63
6. 資料.....	77

7. 謝辞..... 78

【略語集】

WHO: World Health Organization

世界保健機関

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

簡易精神症状評価尺度

CHIME フレームワーク: リカバリープロセス概念の 5 要素。人や地域とのつながり (Connectedness)、将来への希望や楽観をもちながら生きていること (Hope and optimism about the future)、自分らしさを再構築して生きていること (Iidentity)、人生の意味を再構築して生きていること (Meaning in life)、エンパワメント (Eompowerment)。

QPR-J: The Japanese version of the Questionnaire about the Process of Recovery

日本語版リカバリープロセス尺度

WHO-5-J: The Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index

WHO-5 精神的健康状態表 日本語版

WHO-DAS2.0 日本語版: The Japanese version of the World Health Organization

Disability Assessment Schedule II.

世界保健機関・障害評価面接基準 日本語版

WRAP: Wellness Recovery Action Plan

元気回復行動プラン

IMR: Illness Management and Recovery

疾病管理とリカバリー

IPS: Individual Placement and Support

個別就労支援プログラム

0. 要旨

本研究では、日本に住む精神疾患をもつ人のパーソナルリカバリーのプロセスの構成要素とその促進因子を明らかにすることを目的とした。精神疾患をもつ 30 名の参加者の語りからフレームワーク分析を用いたテーマ分析を行った。リカバリー体験の構成要素としては、既存の CHIME フレームワーク(Leamy et al., 2011)である「人や地域とのつながり」、「将来への希望や楽観をもちながら生きていること」、「自分らしさを再構築して生きていること」、「人生の意味を再構築して生きていること」、「エンパワメント」という5つの大きなフレームワーク以外のテーマは抽出されなかった。5つのフレームワークの中では、新たなカテゴリーが抽出できた。「つながり」の中では「他者への共感」が、「アイデンティティ」の中では「社会規範によって形成されたものではないアイデンティティの再形成、再定義」が新たに得られた。テーマの出現数では、「つながり」の出現数が最も多かった。また、QPR 高得点群では、家族やピアとの関係性や家族やピアからの支えが具体的に語られていた。リカバリー体験の促進因子は、CHIME に影響を及ぼしたと考えられる因子として、本人、他者、精神科医療、その他が得られた。他者からの影響の中でも、既存の先行研究で得られなかった項目は「小児期のポジティブな体験」であった。日本文化や日本の企業文化・学校教育・準拠集団がもつ社会規範が人々の健康に与える影響や、身近な他者とのつながりのもつ価値について、Well-being の文脈で再考していくことで、新たな研究課題の設定につながると考えられる。

1. 序文

1.1. Well-being

人は Well-being を求めながら、実際にはそうすることができず、もがき苦しみながら生活している人も少なくない。Well-being は、哲学者・経済学者・心理学者が中心となって議論が重ねられてきている概念である。この Well-being を定義するうえで、①分析のレベル(個人・グループ・組織・社会)、②議論のドメイン(身体・精神・社会)、③主観か客観か、④症状や疾患がないことが必要かどうか、などについて考えることが有用であると言われている(Slade, 2017)。また、近年ではポジティブ心理学の発展に伴い、well-being に関して、以下のような様々な定義が提唱されている。一つは喜びの追求と苦痛の回避、主観的幸福・快樂志向で構成されている Hedonic wellbeing である(Ryan et al., 2001)。それと対照的な定義で、意義や自己覚知に焦点化し、価値あることをすることから得られる幸福と定義されているのが Eudaimonic wellbeing である(Gale et al., 2013)。他に、自己受容・他者とのポジティブな関係性・周囲の環境のコントロール・自律性・人生における目的・個人的成長で構成されている psychological wellbeing (Keyes et al., 2002)や、ソーシャルインテグレーション・社会貢献・社会的一貫性・社会実現・社会的受容の5つの構成要素で構成されている social wellbeing などがある(Gallagher et al., 2009)。また、Slade は、「健康とは、単に病気をもっていないということだけではなく、完全に身体的、精神的、社会的に well-being な状態である。」という世界保健機関(World Health Organization; WHO)の健康の定義を引用し、Well-being の促進に関するエビデンスは、病気の予防・診断・治療・回復と異なり、ほ

とんど蓄積されていないという問題を提起した。そして、Well-being 促進について、メンタルヘルスの課題を例に、主観的な回復やポジティブ心理学の文脈を用いて、後述する「パーソナルリカバリー」の重要性について論じた(Slade, 2010)。

1.2. パーソナルリカバリー

従来、精神疾患における臨床的なリカバリーは、医療者が定義を定める医学的・他覚的なアウトカム評価であった。統合失調症をもつ人の臨床的なリカバリーは、従来、「①症状の改善(簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)において、全ての陽性・陰性症状の得点が4点以下であること)」、「②心理社会機能の改善(就労又は就学が通常半分程度以上・金銭面や服薬などの自己管理・仲間との週1日程度の交流)」、「③その状態が2年以上保たれていること」と定義されていた(Liberman et al., 2002)。統合失調症をもつ人の臨床的なリカバリーについては、1921年から2011年に行われた50の追跡調査研究のシステマティックレビューにおいて、7人に1人がリカバリーする(リカバリー率の中央値:13.5%)という結果が示されている(Jääskeläinen et al., 2013)。ただしこの研究は、「対象者の95%は入院又は通院中の患者であり、フォローアップ期間は5年から20年以上と不統一である」というリミテーションがあった。本システマティックレビューは、統合失調症をもつ人の臨床的なリカバリーに関する疫学研究として、しばしば引用されているが、「統合失調症をもつ人は7人に1人“しか”リカバリーしない」という印象を専門職や当事者に与えかねない。

この従来の専門職主体のアプローチ、医学的・他覚的なアウトカムに対して、当事

者主体のリカバリー概念が欧米から立ち上がった。1960年代・1970年代の英国では障害をもつ人の権利・反差別・市民権運動の法整備とともにリカバリー概念が立ち上がった。1990年代のアメリカでは身体障害者運動と精神医療の脱施設化と、それに伴って精神疾患をもつ人の職業・教育・社会的ニーズが明らかになったことから、リカバリー視点が生み出された(Bonney et al., 2008)。精神障害をもつ当事者がリカバリーのプロセスや精神科医療における苦悩、自身にとってのリカバリーの捉え方などを手記にまとめ始め(Anonymous, 1989, Deegan, 1988, Houghton, 1982)、アメリカを中心としてパーソナルリカバリーの考え方が広がった。リハビリテーションに従事していたAnthonyは、パーソナルリカバリーを、「疾患を経験した人が、疾患を超えて、もとの態度・価値・感情・目標・スキル・役割が変わっていき、人生の新しい意味や目的を發展させるプロセス」と定義した(Anthony, 1993)。

当事者が語る精神疾患のリカバリー(Drake et al., 2014)の中では、①症状管理(症状の寛解は必ずしも必要としない)、②心理社会機能のリカバリー(社会的なつながり、社会からの受け入れ・支援、就労・就学に限らない目標設定や金銭・服薬面に限らない対処能力、自己決定、変わろうとするモチベーションなど)、③リカバリーは過程であり「旅路」であること、ゆえに線形ではなく、その人特有で、個別的であることが述べられている。パーソナルリカバリーについて、主にインタビュー調査による質的研究の結果をまとめたシステマティックレビューでは、「人や地域とのつながり(Cononnectedness)」、「将来への希望や楽観をもちながら生きていること(Hope and optimism about the future)」、「自分らしさを再構築して生きていること(Identity)」、「人

生の意味を再構築して生きていること(Meaning in life)」、「エンパワメント(Empowerment)」という5つのテーマが得られた。ここでは、5つのテーマの頭文字をとりパーソナルリカバリーの CHIME フレームワークと呼んでいる(Leamy et al., 2011)。

このパーソナルリカバリーという考え方は、精神保健サービスの政策立案・医療やサービスの実践において、重要な目標として、ますます認識されており、各国で精神保健政策の目標と位置付けられている(UK: The journey to recovery: the government's vision for mental health care, DoH, 2001, US: President's New Freedom Commission on Mental Health, Achieving the promise : Transforming mental health care in America, 2003)。また研究分野においても、従来の専門家による「客観」指標だけでなく、患者の「主観」指標や「主観」の語りへの注目が集まり、その研究手法として、質的研究が紹介され(Pope et al., 1995)、近年ますます注目されている(Braun et al., 2019)。

「主観」指標であるパーソナルリカバリーの評価尺度(自己記入式質問紙)は文献レビューがなされている(Law et al., 2012, Sklar et al., 2013, Shanks et al., 2013)。リカバリープロセス尺度(The questionnaire about the process of recovery; QPR)(Neil et al., 2009)は、上述の CHIME フレームワークを包括する唯一の尺度であるとされている。著者は、日本語版リカバリープロセス尺度(QPR-J)を開発し、日本人における妥当性・信頼性を確認した(Kanehara et al., 2017, Kanehara et al., 2020)。他に、中国語版(Chien et al., 2013)やスウェーデン版(Argentzell et al., 2017)が作成されている。

このパーソナルリカバリー概念は、文化や精神保健サービスの影響を受けている

(Tse et al., 2014, Slade et al., 2012, Slade et al.,2014)。例えば、ブラックマイノリティのサービス利用者では、パーソナルリカバリーにおいて、スピリチュアリティやスティグマが強調されていた(Leamy et al., 2011)。ただし、これまでの多くの研究は、西洋の英語圏で調べられた研究結果である(Slade et al., 2012)。

1.3. 臨床的なリカバリーとパーソナルリカバリーの関連

専門家評価の臨床的で客観的なリカバリーと本人評価の主観的なパーソナルリカバリーの関連について調べた研究がいくつかある。臨床的なリカバリーとパーソナルリカバリー(希望やエンパワメント)がわずかに相関したというメタ解析研究(Van Eck RM et al., 2018)や、リカバリー支援介入プログラム(開始前・1年後フォローアップ評価)において、臨床的なリカバリーの程度が改善しなかったことに対して、QPR で評価されたパーソナルリカバリーは改善したという研究結果もあった(Macpherson et al., 2016)。その他に、シンガポールで主に統合失調症をもつ人を対象とした臨床的なリカバリーとパーソナルリカバリーの関連を調べた研究では、臨床的因子で最も強くパーソナルリカバリーを予測する因子は抑うつ症状と陰性症状であった(Lim et al., 2019)。また、オランダで双極性感情障害をもつ人を対象とした臨床的なリカバリーとパーソナルリカバリーの関連を調べた研究においては、パーソナルリカバリーと不安症状や抑うつ症状との強い負の相関があったが、躁状態とは弱い相関しかなかった(Kraiss et al., 2019)。これらの研究から言えることは、「臨床的なリカバリーと、パーソナルリカバリーは、同一のものや、完全に相関関係にあるものではない」ということである。

1.4. パーソナルリカバリーを支援する実践・研究

Slade は、パーソナルリカバリーを支援する 10 の実践を紹介した (Slade et al., 2014)。それらは、ピアサポートワーカー、事前指示、元気回復行動プラン (Wellness Recovery Action Plan; WRAP)、疾病管理とリカバリー (Illness Management and Recovery; IMR)、ストレングスモデル、リカバリーカレッジまたはリカバリー教育プログラム、個別就労支援 (Individual Placement and Support; IPS)、支援付き住宅、地域フォーラムなどであり、どの実践も当事者参加・当事者とのコプロダクションが含まれている。

上記のような実践に加えて、近年では、パーソナルリカバリーを促進する介入プログラムが考案されている。英国の REFOCUS と呼ばれる層別無作為化比較試験では、専門職スタッフに対して、リカバリー志向の支援に関する研修を 1 年間行った。研修内容は、リカバリーに関する知識・技術・態度についてレクチャーや利用者との関係づくりのコーチング指導などで、介入群のサービスを利用する精神病性障害 (統合失調症・統合失調感情障害・双極性感情障害) をもつ参加者と、通常のサービスを利用する精神病性障害をもつ参加者が QPR を評価し、両群に有意差はないことが示された (Slade et al., 2015)。他に、REFOCUS 研究のオーストラリア版 REFOCUS-Principles Unite Local Services Assisting Recovery (REFOCUS-PULSAR) では、stepped-wedge 法による無作為化比較試験が行われた。このオーストラリアの研究と英国の研究の違いは、専門職スタッフ向けの研修を専門職だけでなく、精神的困難をもつ専門スタッ

フ・講師と共に行った点である。この研究では、介入群に弱い有意な効果が示された(Meadows et al., 2019)。

1.5. パーソナルリカバリーの促進因子

パーソナルリカバリーを促進する因子について、インタビューによる語りの質的研究やそのような研究のレビューが行われている。リカバリーに寄与するリカバリー促進因子をレビューした研究では、社会的支援、環境資源、サービスのポジティブな支援、近い人との関係性、所属感などが促進因子として挙げられている(Wood et al., 2018, Soundy et al., 2015)。デンマークで行われたリカバリーの促進因子に関するインタビュー調査(N=12)では、①学習(実践的なスキル、ソーシャルスキル、リカバリーの方法)、②社会的関係性(関係性一般、支援者、ピア、家族、友達との関係性)③willpower(選択をすること、戦うこと、希望)が、リカバリーの促進因子として抽出された(Petersen et al., 2015)。他に、促進因子・関連因子として、パーソナルリカバリーの構成要素であるエンパワメント・つながり・アイデンティティや「精神疾患の経験をもつ『ピア』がオーガナイズするサービス」などが挙げられている(Tew et al., 2012)。リカバリープロセスの構成要素やリカバリー志向サービスの支援の広がりにも関わらず、どのような実践がパーソナルリカバリーに影響を与えるかという具体的なエビデンスに基づいた支援はない。

1.6. 本研究の目的

「パーソナルリカバリー」という欧米諸国で生じ発展した概念は、上述のように、その国の人生や生活の価値観を反映した様々な構成要素が含まれており、日本においてもこの概念は紹介されているが、日本人にとってのリカバリー概念やその促進因子は深められてこなかった。本研究では、日本に住む精神疾患をもつ人のパーソナルリカバリーのプロセスの構成要素とその促進因子について、精神疾患をもつ人からのインタビュー調査で得られた語り(ナラティブ)データとその質的分析を用いて明らかにすることを目的とする。

また本研究では、以下に挙げる 2 つの仮説を置いた。①他者の中で相互依存的に調和することに重きがおかれ(Markus et al., 1991)、集団への所属感を感じる時に well-being を感じると言われる日本人においては(Hein et al., 1995)、リカバリー概念の中でも「つながり」は、特に強調されるであろうこと。②もともと精神疾患に関するスティグマの強かったブラックマイノリティグループにおいて、リカバリー概念の中でもスティグマの克服が強調されていたように(Leamy et al., 2011)、精神疾患に対するスティグマが諸外国より高い日本においても(Ando et al., 2013)、「スティグマの克服」が強調されるであろうこと。

本人中心の支援(person-centered care)の原則や、上述の精神疾患をもつ人の理解と支援に関する国際的な流れの中で、日本の文化、社会、医療の中に生きる人たちの主観を知ることは、精神科領域における治療・心理社会的支援に役立つ。また、パーソナルリカバリーの構成概念やその促進因子は、精神疾患を経験した人の特殊

性も反映されるが、疾患の罹患やなんらかの困難を経験した人に共通する一般的な内容や、疾患の有無に関わらず、Well-being や人が生きること(生きやすさ、生きづらさとそれに関わる他者関係、社会との関係)に示唆を与えうる。

2. 方法

2.1. 質的研究の研究計画立案方法

本研究では、臨床的なリカバリーの結果ではなく、リカバリーのプロセスを重視している点や、本人の主観(意味づけ、価値観)・文脈に着目することから、研究方法として質的研究を採用した。質的研究は、対象者に生じた現実を「測定」することではなく、「解釈(理解)」することであり、解釈(理解)は対象者や研究者の主観や文脈に影響を受けるため、量的研究の示す妥当性の概念に当てはめたり、量的研究のような再現性を期待したりすることはできないと言われている(Liamputtong, 2010 木原訳, 2012)。しかし、質的研究にも研究の質を判断するために、以下のような代表的な4つの基準が存在する。①信憑性は、量的研究の内的妥当性に相当し、「研究結果がどれほど信用できるか」を表す基準であり、データと研究者の解釈の間に意図的・非意図的な食い違いがないかを検討することで確かめられる。②外挿可能性は、量的研究の外的妥当性に相当し、研究結果が他の個人、集団、文脈、状況に一般化可能かを表す概念である。③確実性は、量的研究の信頼性に相当し、研究を繰り返した場合に、同じような結果が得られる可能性があるかどうかを表す概念で、研究が行われたプロセス

が論理的かつ明快・詳細に記述されている必要がある。④確認可能性は、量的研究の客観性に相当し、研究結果が研究者の個人的な価値観・興味・考え方などに影響を受けず、研究参加者自身の解釈をどれほど忠実に反映しているかを表す概念である。以上のような質的研究の特徴や限界を念頭に置き、以下のような手引きやチェックリストを活用し、研究計画を立てた。質的研究を計画・実施するにあたり、質的研究 (Liamputtong, 2010 木原訳, 2012)、質的研究のデザイン (Flick, 2007)、インタビュー実施 (Kvale, 2007)、フォーカスグループインタビュー実施 (Barbour, 2007) に関するテキストや、医学論文でも引用されている Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. (Tong et al., 2007) を参考にしながら、質的研究の専門家の指導を仰ぎ、方法を作成した。

2.2. 研究対象者

研究対象者は、16 歳以上、精神疾患をもつ人で、インフォームド・コンセントが得られる人とした。パーソナルリカバリー概念自体が、精神的困難の経験をもつ人についての概念で、精神疾患の診断名を限定していないことや、パーソナルリカバリー概念に関する先行研究でも、診断名を限定しない研究が多いことから (Leamy et al., 2011, Shanks et al., 2013)、本研究でも対象者は「精神疾患をもつ人」とし、診断名は限定しなかった。対象人数は、予め設定せず、データの理論的飽和が生じた時点でリクルートを終了することとした。データの理論的飽和とは、あるカテゴリーの特性をそれ以上発展させることのできるようなデータが、もはや見つからない状態のことを指し、

理論的飽和の目安は、カテゴリーの新たな特性算出の「ピークが過ぎた」と実感したときである(能智ら 2018)。このデータの飽和について、明確な定義づけは難しく、文献としてもほとんどコンセンサスは得られておらず、研究チーム内のディスカッションを経て定めていくとされている(Liamputtong, 2010 木原訳, 2012)。

2.3. リクルート方法・研究説明・同意

対象者は、著者が依頼可能であった東京大学医学部附属病院および関東の医療機関、北海道の福祉施設など5施設を利用する利用者とした。はじめに、各施設の専門職スタッフに対面又は電話で調査概要を説明し、倫理申請書や説明・同意書などを送り、調査依頼を行った。そして、協力の意思が表された各施設の対応者へ、各施設利用者への研究説明用チラシ(資料1)を送った。その後、各施設対応者から研究説明用チラシを用いて、施設利用者へ研究説明が行われた。協力の意思表示をした各施設の利用者へ、研究説明および調査の日程について、直接、又は各施設対応者を通して、調整を図った。

調査日には、各施設のプライバシーの保てる個室にて、調査実施者より、口頭及び研究説明書にて研究の趣旨と倫理的配慮の説明を行い、インフォームド・コンセントを得た。研究説明の中には、以下の項目が含まれている。①研究の概要(目的・方法:半構造化のインタビューの録音・逐語録作成を含む)、②研究協力の任意性(研究協力の拒否によって不利益が生じないこと、インタビューにおいて、話したくないことは一切話す必要がないこと)、③個人情報の保護(個人が特定されないよう、記号などに

よる匿名化を用いること、データの保存に万全を期すこと)、④研究成果の発表(研究結果を論文・学会などで発表する場合があること)、⑤研究参加者にもたらされる利益および不利益、⑥研究終了後のデータ等の取り扱い方針、⑦費用負担について、⑧問い合わせ先。

2.4. インタビュー方法

インタビュー調査に先行して、本研究の研究課題に基づき、インタビューガイドを作成した。インタビューガイドを作成するにあたって、パーソナルリカバリーに関するインタビュー調査の先行研究を参考にした。先行研究では、「自身のリカバリーの捉え方」「リカバリーを促進したもの」について各々のインタビューに合わせて柔軟に尋ねる方法(Noiseux et al., 2008)や、「リカバリーとはあなたにとって何ですか」「リカバリーに役立ったものは何ですか」というように「リカバリー」という言葉を用いて直接的な尋ね方をしている調査もあった(Piat et al., 2009)。また、「あなたについて教えてください。」「何かターニングポイントはありましたか?」「あなたにとって、ずっと大事であった人・役にたったものについて教えてください」「あなたにとってのリカバリーについて教えてください」というように、経緯を尋ねる方法も取られていた(Ajayi et al., 2009)。これらの先行研究をもとに、教育心理学を背景とする質的研究の専門家、看護学研究者、精神医学研究者、精神科医・心理士らとディスカッションを行った。日本において「リカバリー」や「パーソナルリカバリー」という言葉のもつ意味が伝わらないことや、海外の「リカバリー」や「パーソナルリカバリー」の定義を説明することによって、対象者の回答が海外の

定義に影響を受けてしまうことを懸念し、リカバリーという言葉を用いないこととした。また、臨床的なリカバリーを想起させる「回復」という言葉も使用しないこととした。その上で、パーソナルリカバリーについて対象者に表現してもらうために、現在までの経験・経緯を尋ねることとした。疾患を経験したなかでも、発症当時ではなく、最近のポジティブな変化について尋ねるために、最初の質問は「疾患を経験して、変化したことは何ですか？」という質問にすることとした。パーソナルリカバリーの促進因子についての質問は、先行研究を参考に、語られた経験について、その経験に影響を与えた因子を尋ねることとした。インタビューにおける質問内容は以下の通りであった。

- 1) 疾患を経験して、最近になって変化したことは何ですか？
- 2) そのように思った理由・経緯を教えてください
- 3) その状態になれた経緯を教えてください
- 4) 強く影響を与えた人はいましたか？
大事にしていること、人、考えはありますか？
- 5) 大事にしている価値観はありますか？
- 6) その他(言い残し・回答のしやすさ、質問形態のわかりやすさ、等)

調査期間は、2017年6月から2017年10月であった。インタビューを行う場所は、研究協力施設の会議室・外来診察室・個室などプライバシーの保たれる場所とした。インタビューは、全て著者が行った。著者は、精神保健福祉士・ソーシャルワーカーの背景をもち、10年以上の臨床経験をもつ。聴取の内容は、ICレコーダーにて録音し、

書記による記録も行った。書記は、著者がインタビューアーと兼ねる場合と、心理職が同席する場合があった。非言語的な情報についても記録した。

インタビュー形式は、個別インタビューとフォーカスグループインタビューを組み合わせで行った。個別インタビューでは、深い自己表現を得ることができる一方、フォーカスグループインタビューでは、参加者間の相互作用を利用し、参加者の考え方の共通点や違いを把握することができる。この両者のメリットを反映した語りを得るために、個別インタビューとフォーカスグループインタビューを組み合わせで行うことにした。個別インタビューとグループインタビューの結果を組み合わせるトライアングレーション (Flick 2007) は、インタビュー結果の信頼性を向上させデータの豊かさをもたらすとされ (Lambert et al., 2008)、精神疾患をもつサービス利用者のインタビューなどで用いられており、結果の分析から提示まで、個別インタビューとグループインタビューで得られたデータを統合的に扱って解釈を深める統合的アプローチが用いられている (Ebuenyi et al., 2018, Fossey et al., 2019, Peacock-Chambers 2020)。参加者にとっては、個別インタビューの場合、プライバシーを気にせず話することができること、グループインタビューの場合、他の人の考えを聞くことができることというメリットがある。個別インタビューとグループインタビューの特徴を参加者に伝え、どちらかのインタビューへの参加を選んでもらうようにした。グループインタビューでは同じ施設の利用者同士を1グループとしてインタビューした。またグループインタビューの場合、グループ内で見聞きしたことについて他言しないでいただきたい旨を説明した。インタビュー時間は、参加者の負担を考え、研究説明・同意書記入などを含めて、個別インタビューは60分、

フォーカスグループインタビューは 90 分を目標とし、そのように参加者へ説明した。実際のインタビュー時間も記録した。

個別インタビュー群とフォーカスグループインタビュー群は同じ半構造化インタビュー形式で行い、同じインタビューガイドを用いて質問した。インタビュー前の事前説明(ブリーフィング)において、インタビューの目的・調査内容・録音などについて説明し、対象者から質問があるか確認した。インタビュー開始にあたって、導入のための質問をインタビューガイドに沿って尋ねた。対象者の語ることに對して関心と理解と敬意を示し傾聴した。インタビュー中は、発言されたことに對して直接的な問いをする「掘り下げのための質問」や、さらに詳しく聴くための「精査のための質問」などを行った。話のまとまりの最後には、「・・・という理解でよろしかったですか」などの「解釈を提示する質問」を用いた。グループインタビューの場合、全員の発言が得られるように、「他の方々はいかがですか？」などの促し質問を行った。最後に、何か付け加えておきたいことがあるかについて確認するデブリーフィングを行い、インタビューを終えた。

研究参加者の特徴を把握するために、インタビュー終了後に、参加者の基本属性を聴取した。基本属性とは、性別、年齢、疾患名、居住形態、教育歴、婚姻状況、就学・就労状況、利用サービス、該当疾患による入院歴である。また、参加者の特性を、以下の 3 つの自己記入式質問紙を用いて調べた。

①日本語版リカバリープロセス尺度(The Japanese version of the Questionnaire about the Process of Recovery; QPR-J)は、先述のパーソナルリカバリー概念である CHIME フレームワークの概念を含む 22 項目から成る自己記入式尺度(Neil et al., 2009)の日

本語版である(Kanehara et al., 2017, Kanehara et al., 2020)。

②WHO-5 精神的健康状態表 日本語版(The Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index; WHO-5-J)は、精神的健康状態に関する 5 項目の自己記入式尺度(Topp et al., 2015)の日本語版である(Awata et al., 2007)。

③世界保健機関・障害評価面接基準 日本語版(The Japanese version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II; WHO-DAS2.0 日本語版)は、文化的影響を除いた健康・障害を測定するツール(Üstün et al., 2010)の日本語版(Tazaki et al.,2014)である。認知・可動性・セルフケア・人との交わり・生活・参加の7領域を評価する自己記入式尺度である。

参加者には、5,000 円分の汎用型プリペイドカード(クオカード)を謝礼として渡した。

2.5. 分析方法

インタビュー内容は、電子入力にて個人情報に記載しない逐語録を作成し、匿名化を行った。電子入力については、文字起こし業者に外部委託を行った。委託業者とは秘密保持契約を結んだ。文字起こしされたデータについて、個人情報だけでなく、医療機関名などの固有名詞や、個人が特定されるような情報は記号化や抽象化した。量的研究の検査者間信頼性(2人以上の評価者が同じ対象を評価した場合の一致度)に相当する「確実性」(Liamputtong, 2010 木原訳, 2012)を高めるために、分析の全ての手順について2名が独立して行った。2名の分析結果が異なる場合、2名で議論を

行いコンセンサスを得た。2名のうち1名は、著者であり、もう1名は臨床心理学のバックグラウンドをもつ研究スタッフである。質的分析に関する包括的なテキスト(Gibbs, 2007)及びチェックリスト(Tong et al., 2007)を参考に、教育心理学の質的研究の専門家の教員、看護学の質的研究を指導する教員、本論文指導教員の指導を受けながら、分析を行った。

語りの分析方法は、テーマ分析を採用した。一つの語りに対して複数のテーマを与えることを許容した。既存のフレームワークを用いるフレームワーク分析(Gale et al., 2013)を行った。フレームワーク分析とは、演繹的にコードをつけることや、分析プロセスとして、先立っては予想されていないピックスや既存のコーディングフレームの修正における帰納的分析にも注意を払い、質的データを分類する手法である。コーディングでは、「既存のコーディングフレームワーク」と「語り」から得られた理解の両方を用いる。コーディングを行う者は、既存のフレームワークだけにとらわれず、語りのデータから追加で見いだされるものに関わっているとされる。既存のコーディングフレームワークとして、パーソナルリカバリー概念として多く引用されている上述のレビュー論文(Leamy et al., 2011)のCHIMEフレームワークを用いた。CHIMEフレームワークは、人や地域とのつながり(Connectedsness)、将来への希望や楽観をもちながら生きること(Hope and optimism about the future)、自分らしさを再構築して生きること(Intity)、人生の意味を再構築して生きること(Meaning in life)、エンパワメント(Empowerment)を示す。上記のリカバリープロセスの構成要素について、さらに国際的比較を行ったシステマティックレビュー研究では、このCHIMEフレームワークが用い

られ、国際的な違いが示された (Slade et al., 2012)。また、このように、インタビューデータから得られた語りに基づき、既存のフレームワークを用いながら新たなカテゴリーを検討する手法は、心的外傷後成長における語りの分析でも用いられている (Slade, Rennick-Egglestone et al., 2019)。この CHIME フレームワークは、以下の () 内のように細分化されている。

・つながり [Connectedness: C] (C1 同じ経験をもつ人の支援や自助グループ、C2 関係性、C3 他者からのサポート、C4 コミュニティの一員であるという感覚)

・将来への希望や楽観 [Hope and optimism about the future: H] (H1 変わりたいというモチベーション、H2 リカバリーするだろうと信じていること、H3 楽観思考とうまくいったことに重きをおくこと、H4 夢や大志を抱くこと、H5 希望をもたらす関係性、ロールモデル)

・アイデンティティ [Identity: I] (I1 アイデンティティの程度、I2 ポジティブなアイデンティティの再構築・再定義、I3 スティグマの克服)

・生活・人生における意味 [Meaning in life: M] (M1 精神疾患の経験の意味、M2 スピリチュアリティ、M3 生活の質、M4 意味ある生活・人生と社会的役割、M5 意味ある生活・人生と社会的目標、M6 生活・人生の再構築)

・エンパワメント [Empowerment: E] (E1 個人的な責任性、E2 生活・人生のコントロール、E3 強みに着目すること)

具体的な分析手順として、最初にデータを深く理解するために、テープ起こしされ

た文章を数回読み込んだ。次に、インタビュー内容を、適切な長さに分け、2名が独立して一文ごとにコード化した。最後に、意味内容の類似したデータをカテゴリー化し、既存のフレームワーク(C1~C4, H1~H5, I1~I3, M1~M6, E1~E3)を付与した。一つの語りに対して複数のフレームワークを与えることを許容した。既存の CHIME フレームワークと照合し、語りのデータからフレームワークに当てはまらないと考えられるものについて、意味のまとまりから新たなフレームワークを付与した。新たなフレームワークについては、独立した2名の分析者において議論され、精神医学・心理学・看護学・公衆衛生学を背景とする研究者間のミーティングにおいて議論が重ねられ、新たなフレームワークを付与するかどうかや、付与する場合、その名称について検討がなされた。これらのフレームワークごとの語りの出現数をカウントし記述した。一つの語りに対して複数のフレームワークがある場合、その全てを計上した。追加で、リカバリー体験の構成要素とその促進因子について、語りの抜粋も行い、年代・性別・疾患名・利用機関5施設 A~E を付記した。さらに、リカバリー体験の構成要素同士の関連性やリカバリー体験の促進因子同士の関連性について検討し記述した。また、QPR 得点の高かった人について、その語りの内容の特徴を記述した。

この分析全体を通して、「データに付与したテーマの妥当性」や、「データ分析の信頼性」のために、研究チームメンバーによる cross checking や議論が行われた。研究メンバーは、臨床家(精神科医・心理士)、研究者(質的研究・看護・公衆衛生)である。

また、参加者の特性を調べる目的で取得した自己記入式質問紙の QPR, WHO-5, WHO-DAS の各指標について、性別による群間差があるかについて t 検定を用いて

調べた。また年齢と各指標に相関があるか Pearson の相関係数を用いて調べた。さらに、各指標間に相関があるか Pearson の相関係数を用いて調べた。有意水準は $p < 0.01$ として設定した。

個別インタビュー群・グループインタビュー群について、参加者の特徴に違いがあるか確認するために、男女の人数の群間差をカイ二乗検定で、年齢の群間差を t 検定で調べた。個別インタビュー群・グループインタビュー群によって QPR, WHO-5, WHO-DAS の各指標に群間差があるかについて t 検定を用いて調べた。有意水準は $p < 0.01$ として設定した。

2.6. 倫理面への配慮

インタビューによって、研究参加者にとって不快な事実や出来事を想起させる可能性がある。その際は、いつでもその質問への回答を拒否できること、研究参加を拒否・中止できること、またそれによって不利益を被らないことを説明し、保証した。本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た(タイトル:「精神疾患患者における『リカバリー』の体験とその促進因子に関する質的研究」、審査番号: 11506)。また、この研究に関する費用は、文部科学省科学研究費助成事業(新学術領域研究: 主体価値、課題名: 脳・生活・人生の統合的理解にもとづく思春期からの主体価値発展学、領域代表者: 笠井 清登)から支出されていること、本研究に関して、利益相反関係はないことを、参加者に説明した。

3. 結果

3.1. 研究参加者の特徴

参加人数は、予め設定しておらず、データの理論的飽和が生じた時点でリクルートを終了することと設定していたが、本研究においては 30 名の時点で、カテゴリーの特性をそれ以上発展させることのできるようなデータが見つからない状態となり、理論的飽和が生じたと考えた。研究チーム内のディスカッションを経て、本研究の参加者を 30 名とした。30 名のうち、15 名が個別インタビューに参加した。残り 15 名がフォーカスグループインタビューに参加した。グループの規模は、5 人×1 グループ、4 人×1 グループ、3 人×2 グループであった。研究参加者の特徴を表 1a に、参加者ごとの臨床的特徴を参加順に表 1b に示した。参加者の平均年齢は、40.4 歳であった。性別は 46.7%が女性であった。参加者のうち、50.0%が統合失調症をもっていると回答した。インタビューの平均時間は個別インタビュー:48.3 分、フォーカスグループインタビュー:65.5 分であった。この時間は、研究説明・同意書記入・謝礼を渡す時間は除いた時間である。

また本研究参加者の特徴として、自己記入式質問紙の得点から、リカバリーの程度の高さや障害の程度の低さが考えられる。本研究参加者の QPR の合計得点の平均値は 65.5 であった。これは、オーストラリアで行われた精神病性障害をもつ人への介入研究(REFOCUS-PULSAR)の介入群のベースライン(=53.6) (Meadows et al., 2019)よりも高い結果であった。また、本研究参加者の WHO-DAS 合計の平均は 16.3

であった。これは、カナダにおいて精神病性障害をもつ人への介入研究のベースライン(=23.0) (Naeem et al., 2016)よりも低い結果であった。さらに、本研究の WHO-5 合計(粗点)の平均は 15.9 であった。これは、アメリカでプライマリケアを受診する人達への介入研究のベースライン(=13.9) (Crocker et al., 2019)と同程度であった。総じて、本研究の研究参加者は、先行研究の研究参加者と疾患や年齢などが完全に一致していないことから単純に比較することはできないが、本研究への参加者はリカバリーの程度が高く、障害の程度は軽かったと考えられる。

また、性別によって QPR, WHO-5, WHO-DAS の各指標に群間差があるかを t 検定で調べたが、有意な男女差はみられなかった(QPR 平均:男性: 63.8, 女性 : 67.4, $t(28) = -0.98, p = 0.33$ 、WHO-5 平均:男性: 15.9, 女性: 15.9, $t(28) = 0.01, p = 0.99$ 、WHO-DAS 平均:男性: 18.0, 女性: 14.4, $t(28) = 0.81, p = 0.42$)。さらに、年齢と各指標に相関があるか Pearson の相関係数を用いて調べたが、有意な相関関係はみられなかった(年齢と QPR: $r = 0.01, N = 30, p = 0.97$ 、年齢と WHO-5: $r = -0.33, N = 30, p = 0.08$ 、年齢と WHO-DAS: $r = -0.05, N = 30, p = 0.80$)。各指標間に相関があるか Pearson の相関係数を用いて調べた。QPR と WHO-5 は有意な相関がみられ($r = 0.58, N = 30, p = 0.001$)、パーソナルリカバリーを高く評価した人ほど、精神的健康度が高いと言える。QPR と WHO-DAS は有意な相関がみられなかった($r = -0.33, N = 30, p = 0.07$)。WHO-DAS と WHO-5 は有意な相関がみられなかった($r = -0.13, N = 30, p = 0.51$)。

個別・グループインタビュー群の男女の人数の群間差についてカイ二乗検定を用

いて調べたが有意差はなかった(個別インタビュー群は男: 女= 6: 9、グループインタビュー群は男: 女=10: 5、 $\chi^2(1) = 2.14, p = 0.14$)。個別・グループインタビュー群の平均年齢・各指標の群間差を t 検定で調べたが、有意差はなかった(個別インタビュー群: 41.8 歳, グループインタビュー群: 38.9 歳, $t(28) = 0.59, p = 0.56$)。個別・グループインタビュー群によって QPR, WHO-5, WHO-DAS の各指標に群間差があるかについて t 検定を用いて調べたが、有意差はなかった(QPR 平均値: 個別インタビュー群: 68, グループインタビュー群: 62.9, $t(28) = 1.38, p = 0.18$ 、WHO-5 平均値: 個別インタビュー群: 16.2, グループインタビュー群: 15.7, $t(28) = 0.43, p = 0.67$ 、WHO-DAS 平均値: 個別インタビュー群: 11.9, グループインタビュー群: 20.8, $t(28) = -2.12, p = 0.04$)。

表 1 a 参加者の特徴 (N=30)

		人数 (平均)	% (標準偏差)
年齢		(40.4)	(12.9)
性別	男性	16	53.3
	女性	14	46.7
疾患名	統合失調症	15	50.0
	気分障害	8	26.7
	その他	7	23.3
居住形態	一人暮らし	8	26.7
	家族と同居	18	60.0
	その他	4	13.3
教育歴	高校卒業未満	3	10.0
	高等学校卒業	13	43.3
	大学卒業以上	14	46.7
婚姻状況	未婚	22	73.3
	既婚	6	20.0
	その他	2	6.7
就学・就労状況	就学中	2	6.7
	就労中	13	43.3
	その他	15	50.0
利用サービス	通院のみ	12	40.0
	デイケア	9	30.0
	就労移行サービス	5	16.7
	その他	4	13.3
当該疾患による入院歴	0	12	40.0
	1≦	18	60.0
自己記入式質問紙	QPR-J ^{*1}	(65.5)	(10.2)
	WHO-5-J ^{*2}	(15.9)	(3.3)
	WHO-DAS2.0日本語版 ^{*3}	(16.3)	(12.1)

*1 QPR-J：日本語版リカバリープロセス尺度

*2 WHO-5：WHO-5 精神健康状態表簡易版 日本語版

*3 WHO-DAS 2.0：世界保健機構・障害評価面接基準 日本語版

表 1b 参加者ごとの特徴 (N=30)

年代	性別	疾患名	居住形態	教育歴	婚姻 状況	就学 就労	利用 サービス	当該疾患の 入院歴	QPR-J (0-88)*1	WHO-5 (0-25)*1	WHO -DAS (0-100)*1	利用 機関	インタ ビュー
40代	男性	神経症性障害	家族と同居	高校卒業	未婚	就労中	通院のみ	無	58	14	15.1	D	個別
20代	男性	統合失調症	家族と同居	大卒以上	未婚	その他(無職)	デイケア	無	67	19	9.4	D	グループ
20代	男性	心理的発達障害	一人暮らし	大卒以上	未婚	その他(無職)	デイケア	有	57	16	18.5	D	グループ
20代	女性	気分障害	家族と同居	大卒以上	未婚	その他(無職)	デイケア	有	35	18	26.1	D	グループ
30代	女性	統合失調症	家族と同居	大卒以上	未婚	その他(無職)	デイケア	有	62	14	10.9	D	グループ
20代	男性	統合失調症	一人暮らし	高校卒業	未婚	その他(無職)	デイケア	有	80	23	15.2	D	グループ
30代	女性	統合失調症	家族と同居	高校卒業	既婚	就労中	通院のみ	有	79	19	4.7	D	個別
20代	女性	気分障害	家族と同居	大卒以上	未婚	就労中	通院のみ	有	57	15	29.2	D	個別
40代	男性	統合失調症	グループホーム	高校卒業	未婚	その他(無職)	就労移行	有	69	14	7.6	A	グループ
30代	男性	統合失調症	グループホーム	高卒未満	未婚	その他(無職)	就労移行	無	63	15	24.5	A	グループ
30代	女性	統合失調症	一人暮らし	大卒以上	未婚	就労中	その他(就労継続の支援)	無	80	17	9.4	A	グループ
40代	男性	統合失調症	一人暮らし	大卒以上	未婚	就労中	その他(就労継続の支援)	有	71	21	13.2	A	グループ
60代	男性	神経症性障害	グループホーム	高卒未満	未婚	その他(無職)	就労移行	有	54	12	40.6	A	グループ
40代	男性	統合失調症	一人暮らし	大卒以上	未婚	就労中	その他(就労継続の支援)	無	57	12	31.5	A	グループ
70代	男性	統合失調症	グループホーム	高校卒業	未婚	その他(無職)	就労移行	有	62	14	17.4	A	グループ
20代	女性	神経症性障害	家族と同居	高校卒業	未婚	その他(無職)	デイケア	有	61	11	30.4	D	グループ
30代	男性	心理的発達障害	家族と同居	大卒以上	未婚	その他(無職)	デイケア	有	63	16	50.0	D	グループ
30代	女性	統合失調症	家族と同居	高校卒業	未婚	その他(無職)	デイケア	無	63	13	6.5	D	グループ
20代	男性	気分障害	家族と同居	高校卒業	未婚	就学中	デイケア	有	66	19	5.7	C	個別
20代	女性	統合失調症	家族と同居	高校卒業	離婚	その他(無職)	就労移行	有	82	20	3.3	C	個別
40代	女性	統合失調症	一人暮らし	高校卒業	離婚	就労中	その他(訪問看護)	有	80	20	6.6	D	個別
40代	女性	気分障害	家族と同居	大卒以上	既婚	その他(ボランティヤ)	通院のみ	無	61	10	6.6	C	個別
50代	女性	気分障害	家族と同居	高校卒業	既婚	就労中	通院のみ	無	72	16	6.6	C	個別
30代	男性	統合失調症	一人暮らし	高卒未満	未婚	就労中	通院のみ	有	64	17	13.2	D	個別
30代	男性	気分障害	一人暮らし	大卒以上	未婚	就労中	通院のみ	有	53	11	0.9	E	個別
40代	男性	その他(抑うつ状態)	家族と同居	大卒以上	既婚	就労中	通院のみ	無	73	19	19.8	C	個別
40代	女性	統合失調症	家族と同居	高校卒業	未婚	その他(無職)	通院のみ	有	80	20	30.4	D	個別
40代	女性	気分障害	家族と同居	大卒以上	既婚	就学中	通院のみ	無	67	15	25.0	B	個別
60代	女性	気分障害	家族と同居	高校卒業	未婚	就労中	通院のみ	無	65	15	5.7	E	個別
60代	男性	神経症性障害	家族と同居	大卒以上	既婚	就労中	通院のみ	無	63	13	5.7	E	個別

*1 (最高点-最高点)

3.2. リカバリー体験の構成要素

①リカバリー体験の構成要素と語りの抜粋

リカバリー体験の構成要素としては、既存の CHIME フレームワーク(Leamy et al., 2011)を用いた。CHIME フレームワークは以下の()内のように細分化されている。

・つながり[Connectedness: C]

(C1 同じ経験をもつ人の支援や自助グループ、C2 関係性、C3 他者からのサポート、C4 コミュニティの一員であるという感覚)

・将来への希望や楽観[Hope and optimism about the future: H]

(H1 変わりたいというモチベーション、H2 リカバリーするだろうと信じていること、H3 楽観思考とうまくいったことに重きをおくこと、H4 夢や大志を抱くこと、H5 希望をもたらす関係性、ロールモデル)

・アイデンティティ[Identity: I]

(I1 アイデンティティの程度、I2 ポジティブなアイデンティティの再構築・再定義、I3 スティグマの克服)

・生活・人生における意味[Meaning in life: M]

(M1 精神疾患の経験の意味、M2 スピリチュアリティ、M3 生活の質、M4 意味ある生活・人生と社会的役割、M5 意味ある生活・人生と社会的目標、M6 生活・人生の再構築)

・エンパワメント[Empowerment: E]

(E1 個人的な責任性、E2 生活・人生のコントロール、E3 強みに着目すること)

上記のメインフレームワーク以外に新たなフレームワークは抽出されなかった。フレームワークの中では、新たなカテゴリーが抽出できた。「つながり(Connectedness)」の中では「他者への共感」が新たに抽出され、「アイデンティティ(Identity)」の中では「社会規範によって形成されたものではないアイデンティティの再形成、再定義」が新たに得られた(表2a)。

表 2a リカバリー体験の構成要素（語りの抜粋）

テーマ	語りの抜粋
つながり (Connectedness)	
C1 同じ経験をもつ人の支援や自助グループ (Peer support and support groups) (ピアサポートの利用しやすさ・ ピアサポートワーカーやアドボケートになること)	<ul style="list-style-type: none"> ・(それまでは一人で行動するのが好きだったが)、ピアと一緒に仕事をするうちに共通の話題ができ、グループ活動の楽しさに気づいた (C1,C3) ・(努力すれば成果が出ると思ってきたけど精神疾患は努力ではうまくいかなかった) ・ありのままの自分でいいと言われて、 葉や仲間の力を借りた方がいいということが腑に落ちた (C1, C3, I2) ・自己否定的で希死念慮があったが、同じ経験を持つ人たちと出会って生きていけると思った (C1, C3)
C2 関係性 (Relationships) (いまある関係性を再構築する。 親しい関係性・新しい関係性を築く)	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事だけでなく、症状悪化などに気づいてくれる家族や友人や人生をかけて付き合っていく人など自分の人生を大事にしたいと考えるようになった ・人は一人で生きていけないので、人とのつながりや、人を思うことが大事だと思う ・親や友人など、周りにいてくれる人の存在で自分が一人ではないと思うこと ・両親は存在を否定しはしない人たちだったが、カウンセラーから無条件に存在を肯定してもらった。
C3 他者からのサポート (Support from others) (専門家・サポータータイプな人・家族・友達・ピアからの支援、 周囲の人、実践的サポート)	<ul style="list-style-type: none"> ・予備校の先生の考えを押し付けないかわり方 ・病気に注目するのではなく、一緒にいて楽しいと思ってくれて普通の気遣いや言葉がけをしてもらうこと ・自分の状態を周囲に話して、状態にあった働き方をさせてもらっている ・親から「ぼろぼろでもいいからずっと安定してやっていった方がいい」と言われたこと
C4 コミュニティの一員であるという感覚 (Being part of the community) (地域に貢献・恩返しする、地域組織のメンバー、 active市民になること。)	なし
C5 他者への共感 (compassion for others)	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患前よりも人に優しくできるようになった ・人の考えや背景を推し量るようになり、多様性を許容できるようになった
将来への希望や楽観 (Hope and optimism about the future)	
H1 変わりたいというモチベーション (Motivation to change)	<ul style="list-style-type: none"> ・あきらめずに人の力を借りてでもリカバリーしたいと思いつけたこと ・エネルギーが切れ、親も(自分の状態が)大変だったことに気が付き、絶対治すと思った
H2 リカバリーするだろうと信じていること (Belief in possibility of recovery)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分を表現できなかつたり、行動を活性できない自分から、 (社会に適応するというよりは) 本当の理想像に近づけたい気持ち (H2, H5)
H3 楽観思考とうまくいったことに重きをおくこと (Positive thinking and valuing success)	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事をとったら、自分は何のために生きているのだろうと置いていたが 今は自分があることが周りの人達の幸せだと思えるようになり、 お互い当たり前だと思っていたことに感謝しあえるようになり、 家族と過ごすことに時間を使いたいと思うようになった (H2, C3, H3)
H4 夢や大志を抱くこと (Having dreams and aspirations)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分を否定する気持ちは変わらないが、その上で何ができるんだろうと考えるようになった ・病気や障害があっても楽しく前向きに考える
H5 希望をもたらす関係性、ロールモデル (Hope-inspiring relationships)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の人生を生きていないような気がしており自殺しか選択肢がないと思っていたが、 プログラム参加で自己表現の機会が増え、やりたいことを持って生きたいと思う気持ちが強くなった
アイデンティティ (Identity)	
I1 アイデンティティの程度 (Dimensions of identity) (文化特異的な因子、性的なアイデンティティ、 民族的なアイデンティティ、 アイデンティティの集団主義的な考え)	なし
I2 ポジティブなアイデンティティの再構築・再定義 (Rebuilding/redefining positive identity) (自己効力感、受容、自信・自分を信じること)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分を理解していく過程 (自分の病気や治療の理解・受け入れ・納得) ・自分らしく生きることができている状態 (I2, M3) ・ありのままの自分でいいと思えるようになった (I2, I4) ・(疾患前の) 元の状態に戻るのではなく、次の同じような困難に対して負けない、 あるいは受け流せる精神的な強さを持つこと (I2, M1)
I3 スティグマの克服 (Over-coming stigma) (セルフスティグマ・社会レベルのスティグマ)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患について本を読んだり医療者の話を聞いたり精神疾患を持つ人と一緒に生活し 自分の持っていた偏見 (精神疾患を持つ人は入院して普通生活はできない) が改められた ・怖いもの、得体のしれないものではなく、精神疾患や思考は科学的に説明がつくものだ理解した
I4 社会規範によって形成されたものではない アイデンティティの再形成、再定義。	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医からの「全力でなくていい」というアドバイスを大事にしている ・以前は生産性を求められる場所で自分らしさが失われつつあったが、 今は役割のある居場所がある (C2, I4, M1, M4) ・ありのままの自分でいいと思えるようになった (I2, I4)

表2a リカバリー体験の構成要素（語りの抜粋_続き）

生活・人生における意味（Meaning in life）

M1	精神疾患の経験の意味 (Meaning of mental illness experiences) (疾患の受け入れ・ノーマライズ)	<ul style="list-style-type: none"> ・病気を経験したことも、将来につなげられると思う ・病気になってから家族との円滑なコミュニケーションがとれるようになり、自分の疾患や治療の大変さ、つらさがわかりあえるようになって、得たことの方が大きいと感じる (C2, C3, M1, H4) ・病気を経て歩んできた道のりが、自身にとって最適だったと思えるようになった (M1, H4) ・何回も挫折したことが自分の成長につながっていると感じる (M1, H4) ・病気を経験したことによって得たことを認識できるようになった (M1, H4)
M2	スピリチュアリティ (Spirituality)	<ul style="list-style-type: none"> ・神様や信仰で生きて来れた。寂しくもないし。 ・神様に与えられ病気を、社会へ出て働くというように、計画的に事が進んでいったなと思って、今は良かったなと思っている。(M2, M1)
M3	生活の質 (Quality of life) (よい状態であること、基本的ニーズが満たされていること。 有償ボランティア・仕事をしていること。 レジャー活動。教育。)	<ul style="list-style-type: none"> ・病前のように外出や友人と食事に行けるようになった ・病気を治すことに焦らなくなり、今を楽しむことに焦点化できている ・自立した生活を送れているという実感 ・自分にとって満足する時間がある ・収入、経済面の安定 ・規則正しい生活や外出への意欲が出てきた
M4	意味ある生活・人生と社会的役割 (Meaningful life and social roles) (以前からの、又は新しい人生・社会的役割に向かう活動や、 その特定。)	<ul style="list-style-type: none"> ・家の手伝いや外出ができるようになり、笑顔も増えた (M3, M4) ・仕事など活動に生きがいを感じている (M3, M4)
M5	意味ある生活・人生と社会的目標 (Meaningful life and social goals) (以前からの、又は新しい人生・社会的目標に向かう活動や、 その特定。)	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもにとって仕事をしている母親になるため、就職を目指している
M6	生活・人生の再構築 (Rebuilding of life) (日々の活動、ルーチンの再会、新しいスキルを 身につけること)	<ul style="list-style-type: none"> ・人と話すことの苦手意識があったが、デイケア内でのかかわりやプログラムによって、人との距離の取り方・付き合い方を学び、その有用性を就労後に感じた (M4, M6) ・マインドフルネスでつらさを理解し受け入れたり距離を置き冷静になる学習ができ、日常に活かすようになった

エンパワメント (Empowerment)

E1	個人的な責任性 (Personal responsibility) (セルフマネジメント：コーピングスキル・症状管理・自助・ レジリエンス・身体的健康や精神的健康の維持、 ポジティブなリスクテイキング)	<ul style="list-style-type: none"> ・以前は向こう見ずに物事を頑張っていて倒れるように休んでいたが、意識的に休みをとったり、取り組み方を加減する工夫をする (C2 I4, E1 E2) ・長期的なことを考えて、セルフコントロールできるようになった (E1, E2)
E2	生活・人生のコントロール (Control over life) ・選択 (症状や治療に関する知識) ・自立や自立の再獲得・意思決定に関わる (ケアプラン：クライシスプラン・目標設定、・内服戦略・ 服薬以外の解決策) ・サービスへのアクセス	<ul style="list-style-type: none"> ・自然の中で過ごす等心地よい時間を作るようにした ・与えられた休日はきちんと休み、趣味をやりたいと思うようになった ・調子の悪い時に、自分の気持ちに気づくことができたり、他の人のアドバイスを受け入れることができたこと ・自分で自分のことを対処できると知った
E3	強みに着目すること (Focusing upon strengths)	<ul style="list-style-type: none"> ・(デイケアに通うようになり) 自分を表現して受け止めてくれる人がいることを知っている (C2,C3,E3)

■テーマ1: つながり (Connectedness) における「他者への共感」に関する語りの抜粋を以下に示す。

「他者への共感」においては、精神疾患やそれに伴う困難を経験するなかで、他者の言語化されない感情・考え・事情を想像したり、自分と異なる価値観をもつ人や異なる特徴をもつ人を受け入れられるようになったりしたという主旨の語りが得られた。具体的な語りを以下に示す。

- ・疾患前よりも人に優しくできるようになった。(40代 女性 統合失調症 機関D)
- ・人の考えや背景を推し量るようになり、多様性を許容できるようになった。(30代 男性 双極性感情障害 機関E)
- ・苦しんでいる人の気持ちがわかり、その経験を仕事で活かしたいと思う。(40代 女性 うつ病エピソード 機関B)
- ・挫折を経験し、人の感情を考えるようになったことで人に対して優しくなれた。(20代 男性 統合失調感情障害 機関D)
- ・精神疾患に対して甘えや怠惰という認識であったが、自分が経験することによって病気としての理解やつらさがわかり、自他に寛大になれた。(20代 女性 双極性感情障害 機関D)

■テーマ3: アイデンティティ (Identity) の中での「社会規範によって形成されたものではないアイデンティティの再形成、再定義」

「社会規範によって形成されたものではないアイデンティティの再形成、再定義」においては、精神疾患やそれに伴う困難を経験し、所属集団が重視してきた価値観など、社会規範から距離を置くことによって、疾患を経験する前のアイデンティティや重視していた価値観に変化がみられた。具体的な語りを以下に示す。

【社会規範:学歴主義】

・一つのことに夢中になり脳が疲れたり、学歴主義の固定観念にとらわれ疾患になったと感じていて、そこから治療で解放してもらった。(40代 男性 神経症性障害 機関D)

【社会規範:勤勉さ・生産性】

・間違いや、予想通りにいかないことを面白いと思えるようになった。(40代 男性 統合失調症 機関A)

・一生懸命やりすぎることなく、多少気を抜くことや寛容になることを覚えてきた。(20代 男性 統合失調症 機関D)

・ありのままの自分でいいと思えるようになった。(30代 女性 統合失調症 機関A)

・一生懸命努力することや良い成績・会社に入ることが素晴らしい生き方だと妄信していて、友達はいなかったが、病気を経験して、友達ができた。(40代 男性 統合失調症 機関A)

・以前は向こう見ずに物事を頑張っていて、倒れるように休んでいたが、意識的に休みをとったり、取り組み方を加減する工夫をするようになった。(40代 男性 統合失調症 機関 A)

・以前は生産性を求められる場所で自分らしさが失われつつあったが、今は役割のある居場所がある。(30代 女性 統合失調症 機関 D)

②リカバリー体験に関するテーマごとの出現数

フレームワークの中のテーマの出現数をカウントすると、「つながり」が最も多く(35.2%)、ついで、「生活・人生における意味」というテーマが多く語られた(25.1%)。(表2b)

表 2b リカバリー体験の構成要素（出現割合）

テーマ	コード数	割合 (%)	テーマごとの コード数	割合 (%)
つながり (Connectedness)			63	35.2
C1	同じ経験をもつ人の支援や自助グループ	11	6.1	
C2	関係性	19	10.6	
C3	他者からのサポート	27	15.1	
C4	コミュニティの一員であるという感覚	0	0.0	
C5	他者への共感 (compassion for others)	6	3.4	
将来への希望や楽観 (Hope and optimism about the future)			27	15.1
H1	変わりたいというモチベーション	6	3.4	
H2	リカバリーするだろうと信じていること	3	1.7	
H3	楽観思考とうまくいったことに重きをおくこと	4	2.2	
H4	夢や大志を抱くこと	7	3.9	
H5	希望をもたらす関係性、ロールモデル	7	3.9	
アイデンティティ (Identity)			21	11.7
I1	アイデンティティの程度	0	0.0	
I2	ポジティブなアイデンティティの再構築・再定義	8	4.5	
I3	スティグマの克服	3	1.7	
I4	社会規範によって形成されたものではない アイデンティティの再形成、再定義。	10	5.6	
生活・人生における意味 (Meaning in life)			45	25.1
M1	精神疾患の経験の意味	10	5.6	
M2	スピリチュアリティ (Spirituality)	2	1.1	
M3	生活の質 (Quality of life)	17	9.5	
M4	意味ある生活・人生と社会的役割	8	4.5	
M5	意味ある生活・人生と社会的目標	2	1.1	
M6	生活・人生の再構築	6	3.4	
エンパワメント (Empowerment)			23	12.8
E1	個人的な責任性	3	1.7	
E2	生活・人生のコントロール	19	10.6	
E3	強みに着目すること	1	0.6	
		179	100.0	179 100.0

③リカバリー体験の構成要素同士の関連性

・何回も挫折したことが自分の成長につながっていると感じる (M1, H4) (20 代 男性
統合失調感情障害 機関 D)

・病気を経験したことによって得たことを認識できるようになった (M1, H4) (30 代 女性
統合失調症 機関 A)

のように、「経験したことの意味の再定義」とともに、それが「将来への希望」にもなっており、一つの語りから複数のテーマが得られた。

④リカバリー体験の語りと QPR 得点の関係について

QPR が 80 点以上の高得点群からは、以下のように家族やピアとの関係性や家族やピアからの支えについて具体的に語られていた。

■家族との関係性・家族からの支え・家族への感謝や恩返しの気持ち

・当初から病気を理解して自分を受け入れてくれた両親がいて、その両親のために元気になると思うこと。(20 代 男性 統合失調症 機関 D)

・母親が医療機関を探してくれたり、栄養学などを勉強をして食事を熱心に作ってくれたりした。(40 代 女性 統合失調症 機関 D)

・協力してくれる家族に対して素直に謙虚に行動し、結果がついてくれば感謝できると

思う。(20代 女性 統合失調症 機関 C)

■ピアの支え・態度

・共同生活ではあるものの、部屋に閉じこもっていたが、タイミングよく精神疾患をもつ仲間からプログラムに誘ってもらい、参加するようになった。(40代 女性 統合失調症 機関 D)

・ピアなどから人と人として関わってもらった。つらい時に、同じように精神疾患を経験した人が温かい笑いと言葉をかけてくれた。(30代 女性 統合失調症 機関 A)

3.3. リカバリー体験の促進因子

①リカバリー体験の促進因子と語りの抜粋

リカバリー体験の促進因子と語りの抜粋について、表3にまとめた。因子として、本人、他者(ピア・家族・知人・専門職)、精神科医療(専門職の言葉がけ、心理社会的支援、薬物療法)、その他(本・映画など)のリカバリー(CHIME)に影響を与える態度に分けた(表3)。

表3 リカバリー体験の促進因子と語りの抜粋

	本人	他者			精神科医療			本・映画・運動など
		ピア	家族	知人	専門職の言葉かけ	心理社会的プログラム	薬物療法	
つながり Connectedness	自分の状況・状態を説明できるようになり、両親が自分のことを理解してくれて、家族、社会の中に居場所ができたこと。	自分と同じ疾患を持っている人と話すことによる、病気・症状をもっていることについて、自分一人ではないと思うことができた。	・診断を受けたところ、精神的不調に対して優しくあった父の態度が優しくなり、無条件で受け入れてくれたこと。 ・家族が本人の感情に引きずられずに状態が悪い時も含め長く付き合ってくれていて、見捨てられない安心感を与えてくれること。 ・自分を信じられるように育ててもらったことと、それを私自身も受け入れて生きてきたことがつながっている。	・病気に注目するのではなく、（自分という存在に対して）一緒にいて楽しいと思ってくれて普通の気遣いや言葉かけをしてもらうこと。 ・（周囲に）自分の状況を知ってもらうようにして、そのような人と頻繁に会った。 ・職場の人も病気を理解して優しく接してくれた。 ・幼少期より家族以外で頼れる人がいて、知り合いが住むところや、就労できるよう手伝ってくれた。	・過去のこと、親との関係を担当医と毎日話したことで、これまでの出来事と自身の考えの因果関係が主治医と一緒に理解でき、自身の凝り固まった考えがほぐれ、出来事と考えの因果関係を理解し主治医にも理解してもらった。 ・両親は（自分の）存在を否定しきれない人たちがだったが、カウンセラーから無条件に存在を肯定してもらった。			
将来への希望 や楽観 Hope and optimism about the future	あきらめずに人の力を借りてでもリカバリーしたいと思いつけたこと。	自己否定的で希死念慮があったが、同じ経験を持つ人たちと出会って生きていけると思った。			主治医から「大丈夫、治る」と言われたことによる安心感。			
アイデンティティ Identity	自分の中にある考えを表現することで認知が修正された。	・（絶対になりたくないと思っていた病気があったことによるつながりがあったが）つらい時に、同じように精神疾患を経験した人が温かい笑いと言葉をかけてくれた ・ありのままの自分でいいと伝えてくれた。 ・（正確に、理論や手順に基づいて行い、間違いは良くないという価値観から）（ピアの存在を見て）人は計算通り・理論通りできないこともあり、それでいいという価値観が変わった	親から「ほろほろでもいからずっと安定してやっていった方がいい」と言われたこと。	あるべき人生や生活に対する価値観を変えてくれた同僚の存在（学歴→気持ちのコントロール・その場の判断による適切な行動・幸せ・充実・感謝）。	精神疾患について本を読んだり医療者の話を聞いたり精神疾患を持つ人と一緒に生活し自分の持っていた偏見（精神疾患を持つ人は入院していて普通の生活はできない）が改められた。 主治医や親から「もう無理はしない方がいい、頑張らないときを作る」と言われ、それを実践した。		・映画やドラマで海外の価値観（精神的な病を抱える人が通常就労しており、日常で出会うこと・身体障害と精神障害を同じように考える）に触れた。 ・勉強したうえで、怖いもの、得体のしれないものではなく、精神疾患や思考は科学的に説明がつくものだ理解した。	
生活・人生における意味 Meaning in life	・栄養をとり、服薬し、休養をとることを意識して生活する。	上る人生ではなく、日常生活を楽しむ、丁寧に生きることを教えてくれたピアの人	・苦しい時に、家族から優しい言葉（すでに頑張っているからゆっくり休んで）をかけてもらった。 ・自分の世話が必要な子どもたちがいることによる安心感、感謝、死にたいという気持ちの減少。		生活のことを相談でき、自分の楽しみを制限せずに、認めてくれた上で支援してくれる支援者に出会った。	人と話すことに苦手意識があったが、デイケア内でのかわりやプログラムの取り方・付き合い方を学び、その有用性を就労後に感じた。	薬（薬物療法）で不安症状が軽減したり、一人で行動できるようになった。	
エンパワメント Empowerment	・調子の悪い時に、自分の気持ちに気づくことができたり、他の人のアドバイスを受け入れることができたこと。 ・自己決定し、やりたい進路に進めてやりたいことに出会い続けられたことがプラスになっている。	（努力すれば成果が出ると思ってきたけど精神疾患は努力ではうまくいかなかった）ありのままの自分でいいと言ってもらえて、薬や仲間の力を借りた方がいいということが腑に落ちた。	自分の状態を周囲に話して、状態にあった働き方をさせてもらっている		マインドフルネスやCBTでつらさや感情を客観的に理解し受け入れたり距離を置き冷静になる学習ができ、日常に活かすようになった。	現在の病院で薬を継続的に飲み始め、デイケアに通えるようになったり気分が落ち込みが少なくなったことで、服薬が効いていると感じる。	体力づくりと孤独への対処法とやる気を起こすために走っていたこと。	

■小児期のポジティブな体験

本人の持っていた「資産」「資源」として、小児期に経験したポジティブな体験が抽出できた。

・自分を信じられるように育ててもらったことと、それを私自身も受け入れて生きてきたことがつながっている。(20代 男性 統合失調症 機関D)

・幼少期より家族以外で頼れる人がいて、知り合いが住むところや、就労できるよう手伝ってくれた。(30代 男性 統合失調症 機関A)

■専門職からの言葉がけ

精神科医療の中でも、特定の技法だけでなく、専門職の言葉がけがリカバリーを促進していたことが分かった。例えば、専門職による本人に対する「無条件の肯定」「あるがままでいいこと」、「症状だけでなく、生活上の相談や本人の楽しみについて扱い、認める支援」などである。例えば、以下のような語りが得られた。

・両親は(自分の)存在を否定し olmayan 人たちだったが、カウンセラーから無条件に存在を肯定してもらった。(30代 男性 統合失調症 機関D)

・精神疾患について本を読んだり医療者の話を聞いたり精神疾患をもつ人と一緒に生活し「精神疾患をもつ人は入院していて普通の生活はできない」という偏見が改められた。(40代 女性 統合失調症 機関D)

・生活のことを相談でき、自分の楽しみを制限せずに、認めてくれた上で支援してくれる支援者に出会った。(40代 女性 統合失調症 機関D)

■ピアからのサポート

精神疾患の経験をもつ仲間(ピア)からの言葉がけや態度も促進因子となっていた。精神疾患の経験をもち、その経験を活かしてスタッフとして働くピアサポートワーカーや、同じサービスに通うサービス利用者などからの言葉がけなどがそれにあたる。以下のような語りが得られた。

・自分と同じ疾患をもっている人と話すことによって、病気・症状をもっていることについて、自分一人ではないと思うことができた。「つながり」に関連(40代 女性 統合失調症 機関D)

・自己否定的で希死念慮があったが、同じ経験をもつ人たちと出会って生きていけると思った。「将来への希望・楽観」に関連(60代 男性 解離性障害 機関A)

・絶対になりたくないと思っていた病気になったことによるつらさがあったが、つらい時に、同じように精神疾患を経験した人が温かい笑いと言葉をかけてくれた。ありのままの自分でいいと伝えてくれた。「アイデンティティ」に関連(30代 女性 統合失調症 機関A)

・「正確に、理論や手順に基づいて行い、間違いは良くない」という価値観をもっていたが、ピアの存在を見て、「人は計算通り・理論通りできないこともあり、それでもいい」

という価値観に変わった。「アイデンティティ」に関連) (40代 男性 統合失調症 機関 A)

・上る人生ではなく、日常を楽しみ、丁寧に生きることを教えてくれたピアの人(「生活・人生における意味」に関連) (30代 女性 統合失調症 機関 A)

・努力すれば成果が出ると思ってきたけど精神疾患は努力ではうまくいかなかった、ありのままの自分でいいと言ってもらえて、薬や仲間の力を借りた方がいいということが腑に落ちた(「エンパワメント」に関連) (40代 男性 統合失調症 機関 A)

■家族からのサポート

家族の存在、無条件の受け入れなどの家族の態度、家族からの思いやりのある言葉がけが促進因子として抽出された。以下のような語りがあった。

・ネガティブな感情に引きずられないでいてくれる配偶者の存在が大きい。良いところと悪いところを知った上で寄り添ってくれているので、見捨てられないという基本的な安心感がある。(「つながり」に関連) (30代 女性 統合失調症 機関 D)

この語りの間、対象者は流涙されていた。

■知人の言葉がけ

知人からの言葉がけや態度では、疾患を知った上で配慮してもらったことと、疾患を

知った上で、疾患を経験する前と変わらず接してもらったことが挙げられた。例えば以下のような内容である。

・職場の人も病気を理解して優しく接してくれた。(50代 女性 うつ病エピソード 機関C)

・自分の状態を周囲に話して、状態にあった働き方をさせてもらっている。(40代 男性 抑うつ状態 機関C)

・病気に注目するのではなく、自分という存在に対して一緒にいて楽しいと思ってくれて普通の気遣いや言葉がけをしてもらうこと。(30代 男性 気分障害 機関E)

■自己学習・身体活動

その他のリカバリー体験の促進因子として、他者からの働きかけ以外に、学びや身体活動が得られた。

・「海外の映画やドラマで、精神的な病を抱える人が通常就労しており、日常で出会うことが描かれていたり、身体障害と精神障害を同じように考えるという価値観が表現されていたりした。(40代 女性 統合失調症 機関D)

・勉強したうえで、怖いもの、得体のしれないものではなく、精神疾患や思考は科学的に説明がつくものだと理解した。(30代 男性 双極性感情障害 機関E)

・体力づくりと孤独への対処法とやる気を起こすために走っていたこと。(70代 男性

統合失調症 機関 A)

②リカバリー体験の促進因子同士の関連性

個人内の変化(個人内因子)が周囲に変化を与え(外的な因子)、本人がさらにその恩恵を得るなど、本人の態度と周囲の態度、内的な因子と外的な因子はお互いが関係しあって、変化していくこともある。「自分の状況・状態を説明できるようになり、両親が自分のことを理解してくれて、家族、社会の中に居場所ができたこと。」(20代 男性 統合失調感情障害 機関 D)などの語りがそれにあたる。

4. 考察

4.1. 結果のまとめ

本研究では、日本に住む精神疾患をもつ人のパーソナルリカバリーのプロセスの構成要素とその促進因子について、精神疾患をもつ人 30 名からのインタビュー調査で得られたナラティブデータとその質的分析を用いて、その構成概念と促進因子を検討した。リカバリー体験の構成要素としては、既存の CHIME フレームワーク (Leamy et al., 2011) である「テーマ1: 人や地域とのつながり (Connectedness)、テーマ2: 将来への希望や楽観をもちながら生きていること (Hope and optimism about the future)、テーマ3: 自分らしさを再構築して生きていること (Identity)、テーマ4: 人生の意味を再構築して生きていること (Meaning in life)、テーマ5: エンパワメント (Empowerment)」という5つの大きなフレームワーク以外のテーマは抽出されなかった。5つのフレームワークの中では、新たなカテゴリーが抽出できた。テーマ1: つながり (Connectedness) の中では「他者への共感」が新たに抽出され、テーマ3: アイデンティティ (Identity) の中では「社会規範によって形成されたものではないアイデンティティの再形成、再定義」が新たに得られた。テーマの出現数では、「つながり」の出現数が最も多かった。また、QPR 高得点群では、家族やピアとの関係性や家族やピアからの支えが具体的に語られていた。リカバリー体験の促進因子は、CHIME に影響を及ぼしたと考えられる因子として、本人、他者 (ピア・家族・知人・専門職)、精神科医療 (専門職の言葉がけ、心理社会的支援、薬物療法)、その他 (本・映画など) が得られた。他者からの影響の中でも、既存の先行研究で得られなかった項目は「小児期のポジティブな体験 (positive

childhood experiences)」であった。

4.2. リカバリー体験の構成要素に関する考察

■テーマ1：つながり(Connectedness)における「他者への共感」について

「他者への共感」については、精神疾患をもつ人の心的外傷後成長や、初発精神病を経験した人の心的外傷後成長についてインタビューした研究でも、抽出されたテーマであった(Slade, Blackie et al., 2019, Jordan et al., 2017)。トラウマを経験した人のリカバリーについて、心的外傷後成長(post-traumatic growth)という概念が定義されている(Tedeschi et al., 1996)。これは、トラウマティックな出来事をきっかけとした人としての成長を指す。トラウマティックな出来事への意味づけなどのプロセスにおいて、トラウマティックな出来事の前に持っていた他者との関係性、物事の捉え方、世の中への信念が広がったり、深まったり、柔軟になったりするという変化があり、成長に影響するということである。本研究では、精神疾患を経験した人が、疾患に伴う挫折感・苦しみ・つらさを経験することによって、人の感情・考え・背景を考慮することや多様性を許容することができるようになり、他者に共感できるようになったことが語りから得られた。精神疾患の診断を受けるというトラウマやそれに伴う失望・スティグマ(Perkins et al., 2018)を経て、他者との関係性や他者の捉え方が広く、深く、柔軟になり、他者への共感として現れたと考えられる。

■テーマ3:アイデンティティ(Identity)の中での「社会規範によって形成されたものではないアイデンティティの再形成、再定義」

Gelfand らは、「逸脱に対する寛容性が低く社会的規範の強い文化」と、「逸脱に対する寛容性があり社会規範が弱い文化」について、33 の国を対象に比較研究を行った(Gelfand et al., 2011)。この研究で、日本は比較的、逸脱に対する寛容性が低く社会的規範の強い文化に位置付けられた。また、個人の心理的プロセスは文化の要求することに順応し、それを支持するようになると言われている(Kitayama et al., 1997)。本研究の語りの中では、リカバリーの過程で「理論や手順に基づいて間違いなく行うこと」や「一生懸命努力し、良い成績をとり、良い会社に入ること」などの社会規範をもっていた人が、休職や休学などをして、それまでの準拠集団がもつ社会規範や価値観とは異なるものに接し、「理論通りにできなくてもよいこと」「良い成績や良い会社ではなく、友達がいることや、日常を丁寧に生きること」などに価値を置くようになるという変化がみられた。もともと比較的強い社会的規範を多くもつ人が、リカバリーのプロセスの中で、社会規範に囚われない仲間やピアサポートワーカーに出会うなどして、社会規範によらないアイデンティティを形成していったことが語りの中から推察される。

■最頻出テーマである「つながり」について

多くのアジア文化では、他者に注意が向き、他者に合わせ、他者の中で相互依存的に調和することに重きがおかれ、アメリカでは、自己に注意を向け、その人特有の内的な特性を見つけ表現することによって自律し続けようとする (Markus et al., 1991)。

また、相互依存の日本人は、周囲との競争より、所属感を感じる時に well-being を感じると言われており(Hein et al., 1995)、本研究結果で、他者との「つながり」が最頻出テーマであったことと一貫性がある。QPR 高得点群では、家族やピアとの関係性や家族やピアからの支えが具体的に語られていたことから、パーソナルリカバリーへの寄与が高いと考えられる。つながりの中でも、日本では、他者からのサポートが多く抽出されており、地域というより、家族・友人・職場の同僚など比較的身近な人達とのつながりがリカバリーにおいて重視されていた。同じ「つながり」でも、後述するアメリカのコミュニティインテグレーションやイギリスの社会的包摂に象徴される地域や社会とのつながり(Slade et al., 2012)とは、種類が異なっていた。

■つながりの中の「コミュニティの一員であるという感覚」

CHIME フレームワークの中の「つながり」は、周囲の人とのつながりや関係性、周囲からの支えだけでなく、より広い地域や社会全体とのつながりや関係性、地域や社会全体からの支えが含まれているが(Slade et al., 2012)、日本では後者のテーマである「コミュニティの一員であるという感覚」が出現しなかった。この「コミュニティの一員であるという感覚」は、地域に貢献や恩返しをすることや、地域の組織の一員になること、active な市民になることなどを意味する(Leamy et al., 2011)。アメリカではコミュニティインテグレーション、イギリスでは社会的包摂への着目が影響し、「コミュニティの一員であるという感覚」が多くコーディングされた(Slade et al., 2012)。欧米諸国の精神疾患をもつ人の地域生活へのインクルージョン(統合)やコミュニティインクルージョンと比

較すると、日本ではその概念すら言及されておらず、その実態把握なども進んでいない(塩田 2018)。本研究で「コミュニティの一員であるという感覚」が抽出されなかった背景として、地域にある医療や福祉以外のサービスの利用をコーディネートする諸外国のリカバリーカレッジ(van Os et al., 2019)や「社会的処方(social prescribing)」(Moffatt et al., 2017)のような取り組みが日本で普及していないことが理由の一つと考えられる。

■アイデンティティの中の「アイデンティティの程度」

本研究では、アイデンティティの中の「アイデンティティの程度」が抽出されなかった。パーソナルリカバリーの定義の国際比較をした研究(Slade et al., 2012)でも、カナダ・オーストラリア・アイルランド・ノルウェイ・スウェーデンで、この「アイデンティティの程度」が抽出されなかった。このテーマの中には、文化特異的な因子や民族的なアイデンティティが含まれる。この文化特異的な因子とは、オーストラリア先住民のスピリチュアルを含む西洋のアイデンティティとは明確に異なるアイデンティティやネイティブアメリカンインディアン¹の文脈・精神・身体・魂とバランスをとる循環的な世界観を含むアイデンティティ(Cross et al., 2010)のことであり、西洋のアイデンティティと明らかに異なるアイデンティティのことを指していた。本研究では日本文化や地域特性に規定される明確なアイデンティティは表現されず要素としても抽出されなかった。

■アイデンティティの中の「スティグマの克服」

また、もともと精神疾患に関するスティグマの強いブラックマイノリティグループにおいて、リカバリー概念の中でもスティグマの克服が強調されていたように(Leamy et al., 2011)、精神疾患に対するスティグマが諸外国より高い日本においても(Ando et al., 2013)、アイデンティティの中の「スティグマの克服」が強調されると仮説を置いたが、本研究では、パーソナルリカバリーの概念について、スティグマの克服が強調されることはなかった。ブラックマイノリティグループの場合、マイノリティグループの人は、人種差別・スティグマ・暴力など、メンタルヘルスに関するスティグマに留まらない人種やマイノリティに関するスティグマを克服したと自分自身のことを捉えており(Slade et al., 2011)、精神疾患だけではなく人種やマイノリティであることで受けるスティグマからの克服と日本におけるスティグマからの克服とは様相が異なったためと考えられる。

4.3. リカバリー体験の促進因子に関する考察

すでに先行研究で示されている社会的支援、環境資源、サービスのポジティブな支援、近い人との関係性、所属感(Wood et al., 2018, Soundy et al., 2015)以外に、小児期のポジティブな体験や、自己学習・身体活動なども見出された。

■促進因子(小児期のポジティブな体験)

これまでに、レジリエンスと成人の健康との関連が調べられており、小児期のポジテ

イブな体験(positive childhood experiences)の高さと、成人期の精神疾患有病率の低さが関連していることが量的研究で示された(Bethell et al., 2019)。この研究における小児期のポジティブな体験とは、「(自分の)感情について家族と話すことができると感じた。」「困難な状況において、家族がそばにいて感じた。」「家庭において、大人に守られ安全であると感じた。」「(自分に)興味をもってくれる親以外の大人が2名以上いた。」「友達に支えられていると感じた。」などの項目であった。本研究では、インタビュー調査の中で、小児期のポジティブな経験が自伝的記憶の中に位置づけられ、語られていた。小児期のポジティブな経験を自己物語のなかに、位置づけられているということが、直接的・間接的にリカバリー体験の促進に影響を与えていたと考えられる。先行研究では、小児期のポジティブな体験がパーソナルリカバリーを促進するテーマとして抽出されなかった。パーソナルリカバリーを促進する因子について、先行研究では、社会的支援、環境資源、サービスのポジティブな支援、近い人との関係性、所属感など比較的本人の外部の因子が促進因子として挙げられており(Wood et al., 2018, Soundy et al., 2015)、本人の内側に蓄えられている資本に関する注目がなされていなかった可能性がある。近年、リカバリーやWell-beingに寄与する因子として注目され始めているテーマがWell-being accountingであり、このひとつにHuman capitalつまりその人のもつスキル、能力、経験、動機、知性、健康や生産性が含まれている(Slade et al., 2017)。個人のポジティブな経験や、それが本人に内在化され資本として蓄えられていることについて、リカバリーとの関係性の中でより注目していく必要があると考えられる。

■促進因子(支援者の言葉がけ)

「生活のことを相談でき、自分の楽しみを制限せずに、認めてくれた上で支援してくれる支援者に出会った。」など支援者の言葉がけがパーソナルリカバリーの促進因子の一つとして、挙げられた。先行研究では、尊厳に満ちたコミュニケーションがパーソナルリカバリーと関連していたという量的な研究があり(Wong et al., 2019)、今回の質的研究の結果と一致していた。尊厳に満ちたコミュニケーションは、本人の尊厳の尊重、自己決定、自律などのようなパーソナルリカバリーの要素の一つであるエンパワメントに影響を与えていると考えられ、本研究においても、そのようなコミュニケーションがリカバリー促進因子として抽出されたと考えられる。

■促進因子(ピアからのサポート)

ピアサポートワーカーや、同じサービスに通うサービス利用者などからの言葉がけなどの「ピア」からの言葉がけによって、リカバリー体験の構成要素である CHIME それぞれにポジティブな影響を及ぼしていた。地域のサービスや医療、当事者グループなどに参加することのできる人にとってはピアと接することができる可能性が高くなるが、今後はそのような場所へ行けない人へつながりや希望を届けるピアサービスの導入も検討すべきであると考えられる。

■ 促進因子(知人の言葉がけ)

知人からの言葉がけや態度では、疾患を知った上で、配慮してもらったことと、疾患を知った上で、なお、疾患を経験する前と変わらず接してもらったことが抽出された。リカバリーのためには精神疾患の経験を捉えなおすことが役立つと言われている(Slade, 2013)。精神疾患の経験はその人の一部ではあるものの、それがその人全てではないものとして扱うということである。周りの人から、「精神疾患をもつ人」という扱いをされるのではなく、精神疾患の経験は置いておいて(枠に囲んで)、以前と変わらず接してもらえたという経験がリカバリーの促進に役立ったと考えられる。

■ 自己学習・身体活動

その他のリカバリー体験の促進因子として、本人の能動的な学びや身体活動が抽出された。具体例として、本や海外のドラマや映画が精神疾患に対するスティグマを改善する役割を果たしていた。医療者やピアと接する機会のない人、接することができない人にとっては、このようなメディアの利用を促すことも有用であり、専門職はコンテンツ紹介などを行っていく必要がある。その他に、身体活動も取り上げられていた。身体的健康や身体活動は、臨床的にも重要であること(Tiihonen et al., 2011, Kondo et al., 2017)が述べられてきたが、オーストラリアのリカバリーカレッジではパーソナルリカバリーの達成のための目標設定において、身体的健康が優先事項として挙げられていた(Sommer et al., 2019)。身体的健康の達成のためにも身体活動はパーソナルリカバリーの重要な促進因子の一つであると考えられる。

■促進因子(個人内、外的因子)

リカバリーに影響を与えた促進因子は、周囲や仲間からの言葉がけなど外的な因子と、それを受け入れ、自分の中で再編し、腑に落ちるプロセスがあつてこそ促進因子であったと認識されるものであると考えられる。また個人内の変化(内的な因子)が周囲に変化を与え(外的な因子)、本人がさらにその恩恵を得るなど、本人の態度と周囲の態度、内的な因子と外的な因子はお互いに関係しあつて、変化していくこともある。パーソナルリカバリーの促進因子として、個人内の因子(疾患の対処法の獲得、知識、モチベーション)と、外的因子(家族やピアとの関係性やサポート、治療)についての両者は独立ではなく、関係しあっているとしているという研究結果もあり(Schneidtinger et al., 2019)、本研究でも両者が関連し合っていることが認められた。

■周囲からの態度や言葉がけ

コミュニティづくり・支援プログラム・国策など、特別な取り組みだけでなく、語りによる経験の捉えなおし、自他の関係性や人生の意味の再構築には、ピア(同じ経験をしたことのある仲間)の存在意義が大きい。ピアは、友人、通所仲間であることもあれば、ピアサポートワーカーであることもある。ピアサポートワーカーは、サービス利用者の希望となることなど利用者への心理的なメリットが報告されているが(Repper et al., 2011)、ピアに加えて、家族や周囲から、人として「あるがまま」を受け入れられ、安心して過ごせることで、自他の認識・他者との関係性の意味が再構築されていくことがあることが語りからみられた。

4.4. 本研究の強み

本研究では、日本に住む精神疾患をもつ人のパーソナルリカバリーのプロセスの構成要素とその促進因子について、精神疾患をもつ人 30 名からのインタビュー調査で得られたナラティブデータの質的分析により検討を行った。データ分析の信頼性を高めるために、精神医学だけでなく、心理学、看護学、公衆衛生学など複数の視点をもたらし分析チームにより分析を行った。西洋で行われた先行研究では強調されなかった「他者への共感」や「社会規範によって形成されたものではないアイデンティティの再形成、再定義」が新たに得られた。日本は比較的、社会的規範が高く、逸脱に対する耐性の低い文化であるが (Gelfand et al., 2011)、そのような文化から影響される価値観が、疾患を経て、リカバリーのプロセスの中で変化していったと考えられる。リカバリー体験の促進因子は、本人、他者(ピア・家族・知人・専門職)、精神科医療(専門職の言葉がけ、心理社会的支援、薬物療法)、その他(本・映画など)、「小児期のポジティブな体験(positive childhood experiences)」である。小児期のポジティブな経験は、精神的・身体的健康だけでなく、精神疾患を経験した人のリカバリーにまで影響を与えることが示された。

本人中心の支援 (person-centered care) の原則や、精神疾患をもつ人の主観を深く理解・重視し支援していくという国際的な流れの中で、日本の文化、社会、医療の中で生きる人たちのパーソナルリカバリーやその促進因子に関する知見は医療・支援に役立つ。また、本研究の知見は、精神疾患を経験した人の特殊性も反映されるが、疾患の罹患やなんらかの困難な経験を経験した人に共通する一般的な内容や、疾患の

有無と関わらず、冒頭で述べた Well-being や人が生きること(生きやすさ、生きづらさとそれに関わる他者関係、社会とのあり方)について、示唆を与え、精神医療の枠に留まらない「人の生活」「生きづらさ」に示唆を与える重要な知見となる。日本文化や日本の企業文化・学校教育・準拠集団がもつ社会規範が人々の健康に与える影響や、身近な他者とのつながりのもつ価値について、Well-being の文脈で再考していくことで、新たな研究課題の設定につながると考えられる。

4.5. 臨床的示唆

本研究の結果から、共感、承認、信頼性など基本的な治療関係性である **common factor** (Wampold, 2015) の中でも特に、当事者の意思の尊重、共同意思決定がパーソナルリカバリーの促進に影響を与える重要な要素の一つであることが示唆された。また、精神疾患をもつ仲間やピアサポートワーカーによる言葉かけがパーソナルリカバリーの促進の要素の一つとして挙げられた。欧米諸国では、ピアサポートワーカーが多くの精神保健領域で雇用されており、ピアサポートワーカーとの協働により、サービスユーザーへの心理的なメリットやスタッフの態度変化など組織へのメリットなどが報告されている(Repper et al., 2011)。今後、日本においても、ピアサポートワーカーの養成・導入・受け入れ環境の整備などが求められる。

4.6. 本研究の限界

本研究の参加者は、本研究の参加者は地域サービス利用者のみであり、日本に住む精神疾患をもつ人の多様性全てを代表できているとは言えない。よって、入院患者やサービスや医療を利用していない人達のリカバリーやリカバリー促進因子を抽出できていない可能性がある。また、参加者は「リカバリーに関するインタビュー」について、研究参加の同意をしており、研究説明用チラシ(資料1)にも、「リカバリー」と大書していることから、リカバリーを自覚できていない人やリカバリーの途上でもリカバリーの初期の人の意見は過小評価され、リカバリーという言葉を知っていて、自身にあてはまると考える人が参加しやすく、そのような人の意見が過大評価された可能性がある。

また、本研究では対象者の罹病期間や疾患の重症度を考慮に入れていない。今後は、より意図的なサンプリングを行い、精神疾患を有しているが精神保健サービスを利用していない人や、精神保健サービスを利用しているが性的マイノリティやホームレス状態の人など少数派の人達や、ピアサポートワーカーとして雇用されている人など (Slade, Rennick-Egglestone et al., 2019) にもインタビューし、対象者の罹病期間や疾患の重症度を評価するなどして、より多様な背景をもつ対象者のリカバリープロセスについて明らかにする必要がある。

また、本研究はインタビュー結果の分析や結果の解釈などを、研究者・臨床家のみが行うデザインであり、精神疾患をもつ当事者が参加しないデザインであった。今後は、研究立案から考察、研究成果の発信や臨床的示唆をもとにした実践・普及において当事者の参加や当事者との共同創造が求められる (Nature editorial 2018)。

4.7. 今後の発展の方向性

本研究で抽出できたリカバリー体験の構成要素や促進因子は、リカバリー支援の一助になる可能性がある。また、当事者を取り巻く環境が本人に与える影響について示唆を与える。例えば、家族や職場の理解、そのために専門家ができることを検討し実施すること、デイケア施設などを利用できない人へのピアサポートサービスの検討などである。著者らは、実際に、本研究結果に基づき、リカバリー支援プログラムを開発し、プレ調査を東大病院精神科デイホスピタルへの利用者を対象に行った。「精神疾患をもつ利用者におけるリカバリー支援プログラム パイロット研究 ～プロトコルとフィージビリティの検討～」研究倫理審査番号 11998-(1)

4.8 結語

本研究では、日本に住む精神疾患をもつ人のパーソナルリカバリーのプロセスの構成要素とその促進因子について、精神疾患をもつ人のインタビュー調査で得られたナラティブデータとその質的分析を用いて、その構成概念と促進因子を検討した。リカバリー体験の構成要素としては、「他者への共感」や「社会規範によって形成されたものではないアイデンティティの再形成、再定義」が新たなテーマとして得られた。テーマの出現数では、「つながり」の出現数が最も多かった。また、QPR 高得点群では、家族やピアとの関係性や家族やピアからの支えが具体的に語られていた。リカバリー体験

の促進因子で、既存の先行研究で得られなかった項目は「小児期のポジティブな体験(positive childhood experiences)」であった。日本文化や日本の企業文化・学校教育・準拠集団がもつ社会規範が人々の健康に与える影響や、身近な他者とのつながりのもつ価値について、Well-being の文脈で再考していくことで、新たな研究課題の設定につながると考えられる。また、本研究の結果から、当事者の意思の尊重、共同意思決定や、精神疾患をもつ仲間やピアサポートワーカーによる言葉がけがパーソナルリカバリーの促進に影響を与える重要な要素の一つであるという臨床的示唆が得られた。

5. 引用文献

- Ajayi S, Billsborough J, Bowyer T, Brown P, Hicks A, Larsen J, Mailey P, Sayers R, Smith R. Getting back into the world Reflections on lived experiences of recovery. Rethink recovery series: volume 2. https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_94545-8_0.pdf. 2009. (2020.2.3 アクセス)
- Ando S, Yamaguchi S, Aoki Y, Thornicroft G. Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 67(7):471-82. 2013.
- Anonymous. First person account: how I've managed chronic mental illness. *Schizophr Bull*. 1989;15(4):635-40. 1989.
- Anthony, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.1993.
- Argentzell E, Hultqvist J, Neil S, Eklund M. Measuring personal recovery – psychometric properties of the Swedish Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Swe). *Nord J Psychiatry*. 71(7):529-535. 2017.
- Awata S, Bech P, Koizumi Y, Seki T, Kuriyama S, Hozawa A, Ohmori K, Nakaya N, Matsuoka H, Tsuji I. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly

community residents. *Int Psychogeriatr.* 19(1):77–88. 2007.

Barbour R. *Doing Focus Groups* London: Sage Publications; 2007.

Bethell C, Jones J, Gombojav N, Linkenbach J, Sege R. Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA Pediatr.* 9:e193007. 2019.

Bonney S, Stickley T. Recovery and mental health: a review of the British literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 15(2):140–53. 2008.

Braun V, Clarke V. Novel insights into patients' life-worlds: the value of qualitative research. *Lancet Psychiatry.* 6(9):720–721. 2019.

Chien WT, Chan ZC. Chinese translation and validation of the questionnaire on the process of recovery in schizophrenia and other psychotic disorders. *Res Nurs Health.* 36(4):400–11. 2013.

Crocker RL, Hurwitz JT, Grizzle AJ, Abraham I, Rehfeld R, Horwitz R, Weil AT, Maizes V. Real-World Evidence from the Integrative Medicine Primary Care Trial (IMPACT): Assessing Patient-Reported Outcomes at Baseline and 12-Month Follow-Up. *Evid Based Complement Alternat Med.* 26;2019:8595409. 2019.

Cross T, Earle K, Echo-Hawk-Solie H, Manness K. Cultural strengths and challenges

- in implementing a system of care model in American Indian communities. *Systems of Care: Promising Practices in Children's Mental Health*, 2000 Series, 1, 8-14. 2000.
- Deegan, P. E. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. 1988.
- Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry*. 59(5):236-42. 2014.
- Ebuenyi ID, Guxens M, Ombati E, Bunders-Aelen JFG, Regeer BJ. Employability of Persons With Mental Disability: Understanding Lived Experiences in Kenya. *Front Psychiatry*. 30; 10: 539. 2019.
- Flick U. *Designing Qualitative Research*. London: Sage Publications; 2007.
- Fossey E, Harvey C, McDermott F. Housing and Support Narratives of People Experiencing Mental Health Issues: Making My Place, My Home. *Front Psychiatry*. 10; 10: 939. 2020.
- Gale CR, Booth T, Möttus R, Kuh D, Deary IJ. Neuroticism and Extraversion in Youth Predict Mental Wellbeing and Life Satisfaction 40 Years Later. *J Res Pers*. 1;47(6):687-697. 2013.
- Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med*

Res Methodol. 18; 13: 117. 2013.

Gallagher MW, Lopez SJ, Preacher KJ. The Hierarchical Structure of Well-Being. *Journal of Personality*, 77, 1025–1050. 2009.

Gelfand MJ, Raver JL, Nishii L, Leslie LM, Lun J, Lim BC, Duan L, Almaliach A, Ang S, Arnadottir J, Aycan Z, Boehnke K, Boski P, Cabecinhas R, Chan D, Chhokar J, D'Amato A, Ferrer M, Fischlmayr IC, Fischer R, Fülöp M, Georgas J, Kashima ES, Kashima Y, Kim K, Lempereur A, Marquez P, Othman R, Overlaet B, Panagiotopoulou P, Peltzer K, Perez-Florizno LR, Ponomarenko L, Realo A, Schei V, Schmitt M, Smith PB, Soomro N, Szabo E, Taveesin N, Toyama M, Van de Vliert E, Vohra N, Ward C, Yamaguchi S. Differences between tight and loose cultures: a 33-nation study. *Science*. 27; 332 (6033):1100–4. 2011.

Gibbs G. *Analyzing Qualitative Data (Qualitative Research Kit)*. SAGE Publications 2007

Heine SJ, Lehman DR. Cultural variation in unrealistic optimism: Does the West feel more vulnerable than the East? *Journal of Personality and Social Psychology*. 68(4), 595-607. 1995.

Houghton JF. First person account: maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophr Bull*. 1982;8(3):548–53. 1982.

Jääskeläinen E1, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 39(6):1296–306. 2013.

Jordan G, Pope M, Lambrou A, Malla A, Iyer S. Post-traumatic growth following a first episode of psychosis: a scoping review. *Early Interv Psychiatry.* 11(3):187–199. 2017.

Kanehara A, Kotake R, Miyamoto Y, Kumakura Y, Morita K, Ishiura T, Shimizu K, Fujieda Y, Ando S, Kondo S, Kasai K. The Japanese version of the questionnaire about the process of recovery: development and validity and reliability testing. *BMC Psychiatry.* 7; 17(1): 360. 2017.

Kanehara A, Kotake R, Miyamoto Y, Kumakura Y, Morita K, Ishiura T, Shimizu K, Fujieda Y, Ando S, Kondo S, Kasai K. Correction to: The Japanese version of the questionnaire about the process of recovery: development and validity and reliability testing. *BMC Psychiatry.* 20; 12. 2020.

Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol.* 82(6):1007–22. 2002.

Kitayama S, Markus HR, Matsumoto H, Norasakkunkit V. Individual and collective processes in the construction of the self: Self-enhancement in the United States and self-criticism in Japan. *Journal of Personality and Social Psychology.*

72(6), 1245-1267. 1997.

Kondo S, Kumakura Y, Kanehara A, Nagato D, Ueda T, Matsuoka T, Tao Y, Kasai K.

Premature deaths among individuals with severe mental illness after discharge from long-term hospitalisation in Japan: a naturalistic observation during a 24-year period. *BJPsych Open*.11; 3(4):193-195. 2017.

Kraiss JT, Ten Klooster PM, Chrispijn M, Stevens AWMM, Kupka RW, Bohlmeijer ET.

Measuring personal recovery in people with bipolar disorder and exploring its relationship with well-being and social-role participation. *Clin Psychol Psychother*. 29. 2019.

Kvale S. *Doing Interviews*. London: Sage Publications; 2007.

Lambert SD, Loisel CG. Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *J Adv Nurs*. 62(2):228-37. 2008.

Law H, Morrison A, Byrne R, Hodson E. Recovery from psychosis: a user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *J Ment Health*. 21(2):192-207. 2012.

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 199(6):445-52. 2011.

Liamputtong P. *Research Methods in Health: Foundations of Evidence-based Practice*.

Oxford University Press. 2010. 木原雅子 (翻訳), 木原正博 (翻訳). 現代の医学的研究方法:質的・量的方法、ミクストメソッド、EBP. メディカルサイエンスインターナショナル.2012.

Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, et al: Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 14:256-272. 2002.

Lim M, Li Z, Xie H, Tan BL, Lee J. An Asian study on clinical and psychological factors associated with personal recovery in people with psychosis. *BMC Psychiatry*. 22; 19 (1):256. 2019.

Macpherson R, Pesola F, Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophr Res*. 175(1-3):142-147. 2016.

Markus, H. R., & Kitayama, S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*. 98(2), 224-253. 1991.

Meadows G, Brophy L, Shawyer F, Enticott JC, Fossey E, Thornton CD, Weller PJ, Wilson-Evered E, Edan V, Slade M. REFOCUS-PULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 6(2):103-114. 2019.

Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. Link Worker social prescribing to

improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*. 16;7(7):e015203. 2017.

Nature. The best research is produced when researchers and communities work together. 562(7725):7. 2018.

Naeem F, Johal R, McKenna C, Rathod S, Ayub M, Lecomte T, Husain N, Kingdon D, Farooq S. Cognitive Behavior Therapy for psychosis based Guided Self-help (CBTp-GSH) delivered by frontline mental health professionals: Results of a feasibility study. *Schizophr Res*. 173(1-2):69-74. 2016.

Neil S, Pitt L, Kilbride M, Welford M, Nothard S, Sellwood W, Morrison T. The questionnaire about the process of recovery (QPR): a measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*. 1(2):145-55. 2009.

能智正博 (編), 香川秀太 (編), 川島大輔 (編), サトウタツヤ (編), 柴山真琴 (編), 鈴木聡志 (編), 藤江康彦 (編). 質的心理学辞典. 新曜社. 2018.

Noiseux S, Ricard N. Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: a grounded theory. *Int J Nurs Stud*. 45(8):1148-62. 2008.

Peacock-Chambers E, Feinberg E, Senn-McNally M, Clark MC, Jurkowski B, Suchman NE, Byatt N, Friedmann PD. Engagement in Early Intervention Services

- Among Mothers in Recovery From Opioid Use Disorders. *Pediatrics*. 145(2).
pii: e20191957. 2020.
- Petersen KS, Friis VS, Haxholm BL, Nielsen CV, Wind G. Recovery from mental illness: a service user perspective on facilitators and barriers. *Community Ment Health J*. 51(1):1–13. 2015.
- Perkins A, Ridler J, Browes D, Peryer G, Notley C, Hackmann C. Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *Lancet Psychiatry*, 5: 747–764. 2018.
- Piat M, Sabetti J, Bloom D. The importance of medication in consumer definitions of recovery from serious mental illness: a qualitative study. *Issues Ment Health Nurs*. 30(8):482–90. 2009.
- Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1; 311 (6996):42–5. 1995.
- Repper J, Carter T. *J Ment Health*. A review of the literature on peer support in mental health services. 20(4):392–411. 2011.
- Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol*. 52:141–66. 2001.
- Schneidtinger C, Haslinger-Baumann E. The lived experience of adolescent users of

mental health services in Vienna, Austria: A qualitative study of personal recovery. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 32(3):112-121. 2019.

Shanks V, Williams J, Leamy M, Bird VJ, Le Boutillier C, Slade M. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatr Serv.* 64(10):974-80. 2013.

塩田藍, 山内 慶太. 精神障害者のコミュニティインテグレーションに関する研究の動向. *日本社会精神医学会雑誌 (0919-1372)*27 巻 1 号 25-37. 2018.

Sklar M, Groessl EJ, O'Connell M, Davidson L, Aarons GA. Instruments for measuring mental health recovery: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 33(8):1082-95. 2013.

Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res.* 26; 10:26. 2010.

Slade M. 100 ways to support recovery, 2nd edition. *Rethink Mental Illness.* 2013.

<https://www.rethink.org/advice-and-information/living-with-mental-illness/treatment-and-support/100-ways-to-support-recovery/> (2020.2.3
アクセス)

Slade M, Oades L, Jarden A. *Wellbeing, Recovery and Mental Health.* Cambridge University Press. 2017.

Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, Perkins R, Shepherd G, Tse S, Whitley R. *Uses and abuses of recovery: implementing*

- recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 13(1):12–20. 2014.
- Slade M, Bird V, Clarke E, Le Boutillier C, McCrone P, Macpherson R, Pesola F, Wallace G, Williams J, Leamy M. Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2(6):503–14. 2015.
- Slade M, Blackie L, Longden E. Personal growth in psychosis. *World Psychiatry*. 18(1):29–30. 2019.
- Slade M, Leamy M, Bacon F, Janosik M, Le Boutillier C, Williams J, Bird V. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 21(4):353–64. 2012.
- Slade M, Rennick-Egglestone S, Blackie L, Llewellyn-Beardsley J, Franklin D, Hui A, Thornicroft G, McGranahan R, Pollock K, Priebe S, Ramsay A, Roe D, Deakin E. Post-traumatic growth in mental health recovery: qualitative study of narratives. *BMJ Open*. 28; 9(6). 2019.
- Sommer J, Gill KH, Stein-Parbury J, Cronin P, Katsifis V. The role of recovery colleges in supporting personal goal achievement. *Psychiatr Rehabil J*. 27. 2019.
- Soundy A, Stubbs B, Roskell C, Williams SE, Fox A, Vancampfort D. Identifying the

- facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. *J Ment Health*. 24(2):103–10. 2015.
- Tazaki M, Yamaguchi T, Yatsunami M, Nakane Y. Measuring functional health among the elderly: development of the Japanese version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. *Int J Rehabil Res*. 37(1):48–53. 2014.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 9(3):455–71. 1996.
- Tew J, Ramon S, Slade M, Bird V, Melton J, Le Boutillier C. Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443–460. 2012.
- The United Nations Sustainable Development Solutions Network. World Happiness Report 2019. <https://worldhappiness.report/ed/2019/> (2020.2.3 アクセス)
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. No mental health without physical health. *Lancet*. 19; 377 (9766):611. 2011.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 19(6):349–57. 2007.

- Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO -5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 84(3):167-76. 2015.
- Tse S, Davidson L, Chung KF, Ng KL, Yu CH. Differences and similarities between functional and personal recovery in an Asian population: a cluster analytic approach. *Psychiatry.* 77(1):41-56. 2014.
- Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji, J.Rehm. & World Health Organization. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) 2010 Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43974>. (2020.2.3 アクセス)
- Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L. The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 6; 44 (3):631-642. 2018.
- van Os J, Guloksuz S, Vijn TW, Hafkenscheid A, Delespaul P. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry.* 18(1):88-96. 2019.
- Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry.* 14(3):270-7. 2015.

Wong EC, Collins RL, Breslau J, Burnam MA, Cefalu MS, Roth E. Associations between provider communication and personal recovery outcomes. *BMC Psychiatry*. 29; 19 (1):102. 2019.

Wood L, Alsawy S. Recovery in Psychosis from a Service User Perspective: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Current Qualitative Evidence. *Community Ment Health J*. 54(6):793–804. 2018.

6. 資料

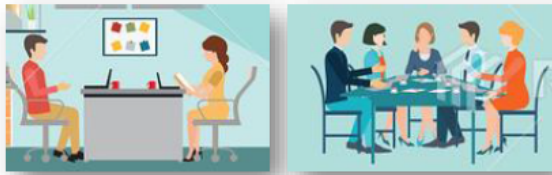
インタビュー調査のご協力のお願い ～リカバリーに関して～

リカバリーとは何か、リカバリーを促すものは何かを明らかにする調査にご協力をお願いします。
インタビューをさせていただき、前後に簡単なアンケートもお願いしています。

ご協力いただきたいこと

個別インタビュー(60分)又はグループインタビュー(90分)

- ※ 時間は、説明・同意書記入など、全て含めた時間です。
- ※ インタビューは録音させていただきますがお名前など個人情報は削除して分析を行います。



※5000円相当のクオカードを差し上げます。

研究担当者 金原明子
東京大学精神医学分野
東京都文京区本郷7-3-1 CRC棟1F
03-3815-5411 (内) 33617

資料1 研究説明用チラシ

7. 謝辞

精神疾患をもつ方の研究と心理社会的支援の発展のため、ご協力いただいた研究参加者の方々に、心より感謝いたします。また、本研究の共同研究者であり、研究成果に多大なご支援・ご指導を頂いた、小池春菜様、矢島明佳様、株元麻美様、熊倉陽介先生、森田健太郎先生、宮本有紀先生、能智正博先生、笠井清登先生に、この場を借りて御礼申し上げます。また本研究において多大なるご指導・ご協力をいただいた、関連施設の職員の皆様、東京大学医学部附属病院精神神経科職員の皆様に心より御礼申し上げます。