

精神障害をもつ人のリカバリー概念に関する文献検討

Review of The Literature about The Concept of “Recovery” for Person with Mental Disabilities

新海 朋子* ・ 住友雄資**

要旨 本総説論文は、精神障害者を対象とするリカバリーに関する文献レビューを通して、リカバリー研究の課題を提示する。リカバリーが意味するもの・構成要素・促進要因と阻害要因・プロセス・精神障害当事者と専門職の関係性・促進プログラムの観点からレビューした。結果、リカバリーは臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーの2つの側面で整理されること、プロセスはらせん状に進むこと、パーソナル・リカバリーは個別性が強く現れること、促進・阻害要因の研究が進んでいること等が明らかになった。リカバリー研究の課題は、リカバリー研究を通して定義化できるようにすること、臨床的リカバリーは客観性のある評価尺度を用いた研究をさらに進めていくこと、当事者の主観性が強く現れるパーソナル・リカバリーの質的研究を積み重ねていくことやアウトカム研究を進めていくこと、阻害要因を促進要因に転換していく研究や当事者と専門職の関係性に関する研究等が必要であることを提示した。

キーワード 精神障害、臨床的リカバリー、パーソナル・リカバリー、構成要素、プロセス、促進要因、阻害要因

1. はじめに

近年、リカバリー概念が社会福祉領域も含め対人援助領域で盛んに用いられている。このリカバリー概念は、米国等の精神保健領域を中心に1980年代後半から用いられ、1990年代頃から広く知られるようになり、その後わが国に導入された。リカバリー誕生の契機のひとつ

は、精神障害当事者（以下、当事者とする）による手記活動である。東田（2007）によると、1980年代以降、それまで医療モデルの中で用いられていたリカバリーが、医療モデルにおける支配的な言説に対抗する新しい意味を含むものとなり、1990年代後半には当事者らの手記活動によって全米に広がっていったという。新しく意味づけされたリカバリー、すなわちただ単

*九州産業大学国際文化学部・助手

**福岡県立大学人間社会学部・教授

に病気が治ることや元の状態に戻るということではなく、疾病や症状の有無にかかわらず、自分の人生や価値を取り戻すという新しい意味が広がったのである。

2つ目の契機は、脱施設化の流れの中で地域リハビリテーションを展開していく必要性和必然性が生まれたことにある。急激な脱施設化の中で入退院の回転ドア現象が生まれ、この政策的失敗を取り戻すために、障害者が暮らす地域の中でリハビリテーションが展開すると同時に、ストレングスモデルのケアマネジメントが提唱され始めた。これを機に専門職が主導して提供するリハビリテーションへの反省と、当事者が自らの人生を取り戻すリカバリーへの関心が高まった。

3つ目は、米国の精神保健政策にリカバリー概念が用いられたことである。米国の大統領委員会 (President's New Freedom Commission on Mental Health) による文書「約束の獲得：アメリカの精神保健ケアの変革」(Achieving the promise : Transforming mental health care in America, 2003) の中で、「将来、精神病をもつすべての人がリカバリーできるということ、また、人生のどんな段階にあっても、効果的な治療と支援にアクセス可能になること、生活、仕事、学習、コミュニティ活動への完全参加」を目指すと宣言され、政策の中にリカバリーが取り入れられたことの意義は大きいといえる。木村 (2010b) は、この文書が「精神保健政策においてリカバリーが確実な位置付けを得るうえで大きな役割を果たした」と述べている。

米国で発展してきたリカバリーだが、わが国の精神保健福祉分野において最初にリカバリーという概念が紹介されたのは、Anthony の翻訳論文である (濱田 1998)。濱田は「精神疾

患からの回復」という言葉を用いて Anthony の語るリカバリーについて翻訳・解説をしている。この Anthony の論文を契機に、2003年には O'Hagan, M. によるニュージーランドにおけるリカバリーの実践と、そのリカバリー実践が精神保健福祉政策の基本概念となっていることが日本精神障害者リハビリテーション学会第11回長崎大会 (2003年) で報告された。

2003年より、木村によって欧米諸国におけるリカバリー実践、リカバリー志向の精神保健政策が報告され始め、2000年代後半からわが国におけるリカバリー研究の件数が徐々に増え始める。その内容は、欧米におけるリカバリー概念の整理 (東田 2007; 南山 2011) や米国において開発されたリカバリー尺度の日本版の作成 (千葉ら 2009b; 2009c)、わが国の当事者らにおけるリカバリー関連要因に関する研究 (千葉ら 2009a; 藤本ら 2013; 安喰ら 2015; 大崎ら 2015)、米国で開発されたEBPに基づくリカバリー促進プログラムの効果検証 (清重ら 2008; 藤田ら 2013; 早川 2013; 内山ら 2016)、さらにはわが国独自のリカバリー促進プログラムの開発とその効果検証 (千葉ら 2011; 黒髪ら 2013) を行うまでに至っている。

しかし、わが国の当事者によるリカバリーの定義やそのプロセス、リカバリー構成要素や専門職の役割等を取り上げた研究は未だ少なく、わが国におけるリカバリーに関する研究はまだ始まったばかりであるといえる。本総説論文は、リカバリーに関する文献をレビューすることで、リカバリー研究の課題を提示することを目的とする。その際、次の6点の観点から研究動向をレビューする。なお、本論文では recovery の表記をリカバリーに統一をする¹⁾。

- (1) リカバリーが意味するもの
- (2) リカバリーの構成要素
- (3) リカバリーの促進要因と阻害要因
- (4) リカバリーのプロセス
- (5) 精神障害当事者と専門職の関係性
- (6) リカバリーを促進するプログラム

2. 国内外におけるリカバリー研究の動向

(1) リカバリーが意味するもの

わが国でリカバリーという言葉が広まって20年ほど経つが、まだその定義は定まっていない。その理由は、客観的に示すことができる側面がある一方、当事者の主観的な体験に基づく説明という側面を有し、個別性が高いからである。しかし、研究成果によって、リカバリーを構成する要素、その促進・阻害要因、プロセスなどは徐々に明らかになってきており、一定の整理はなされつつある。

わが国におけるリカバリーに関する記述は、リカバリー研究の第一人者であるAnthonyによる説明が最も多く引用されている。Anthonyは、「精神病または障害からリカバリーするというコンセプトは、苦しみが消えたり症状の全てがなくなったりすること、完全に病気が回復するという意味ではない。〔中略〕病気が原因となって生じる制限があるにしろないにしろ、充実し、希望に満ち、社会に貢献できる人生を送ることである。リカバリーは、人が精神疾患からもたらされた破局的な状況を乗り越えて成長するという、その人の人生における新しい意味と目的を発展させることである」（日本精神保健福祉士養成校協会編 2014：79）とし、特に精神保健福祉士養成テキスト類では多用されており、この全文、または一部が引用されてい

る（千葉ら 2011；田中 2009；木村 2012；黒髪ら 2013；坂本ら 2013；藤本ら 2013；山田 2016）。しかし、Anthonyの説明に終始していることや抽象度が高い内容を具体的に記述するまでには至っていない。

近年、リカバリーが多様であることを踏まえて、山口ら（2016）は、臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーという二つの区分で分かりやすく整理している（この内容はリカバリーの構成要素のところで詳細を記す）。

臨床的リカバリーは、病気の寛解を目指すことを目的に、具体的には症状の改善や機能の回復をいい、これまでに開発された精神科リハビリテーション尺度を用いて客観的に評価できるものを指す。パーソナル・リカバリーは、利用者が希望する人生の到達を目指すプロセスを扱う。さらにパーソナル・リカバリーは、客観的な個人の状態（例えば、一人暮らしや就労していることなど）と主観的なリカバリー（他者との関わりや希望をもつことなど）に区分され、客観的に評価しにくい性質を有している（山口ら 2016）。ここでは、これらを基本的枠組みとして、リカバリーに関する動向を整理する。

わが国におけるリカバリーに関する研究は、木村ら（2003）や岩崎ら（2008）、心光（2014）による研究がある。木村らは、日本の精神保健システム利用者（＝当事者）の言葉からリカバリーを再定義することを試みている。木村らは、当事者によるリカバリーを「病気の受容と共存」「病状が改善し、服薬しながら日常生活ができること」「自己を肯定し、自然体でいられる、幸せを実感できる、楽しめる感覚、感謝できるようになる、他者からの評価を得ること」「自己を相対化できる」「エネルギーが湧いてく

る」「計画と行動の一致」「できるが増えること」「働くこと、収入を得ること、人並みの日常生活（ができること）」「理解者を得ること、ひとりぼっちではないこと」「コミュニケーションができること」などを列記し、リカバリーの多様性を示している。これらから、リカバリーには、状態の安定、他者との関係が樹立されること、内的エネルギーの充実、思考や計画と行動の一致などが含まれると分析している。「病気の受容と共存」「病状が改善し、服薬しながら日常生活ができること」などは、臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーの両面を含んだものとなっている。

岩崎ら（2008）による当事者へのグループ・インタビューでは、当事者の考えるリカバリーとして、『新たな生き方』への模索と『普通の生活』への希求があると考えられることを示した。パーソナル・リカバリーの側面に重きをおきつつも臨床的リカバリーの側面も含んだものになっている。

心光（2014）は、看護師と当事者および家族に対してインタビューを行い、それぞれがリカバリーをどのように捉えているかを明らかにしている。その中で当事者が捉えるリカバリーについて【症状・障害との距離】【生活機能】【自己コントロール感をもつ】【自立】【充実】【疾患・薬からの解放】を抽出しており、これも臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーの両面を含んだものになっている。

このように、当事者に対するインタビューから当事者が考えるリカバリーに関する研究はいくつか見ることができる。上記の内容には臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーの両面を含んでいることがわかる。また Anthony の説明との類似性を読み取ることもできる。

以上から、臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーという2つの分類でリカバリーについて説明することができると同時に、第一人者である Anthony の説明が最も多く引用されていることがわかる。また、当事者の語りからわが国におけるリカバリーの概念を整理しようと試みられており、病気を患う以前、障害者となる以前に戻るという回復ではなく、病気や障害の有無にかかわらず、新しい自分の人生を生きていくという希望を伴ったプロセスであるということは共通理解として広がっている。しかし、この二つの分類では、臨床的リカバリーが専門家主導になりやすく、パーソナル・リカバリーが利用者中心になりがちということもあり、どちらに重きを置くかによってリカバリーの捉え方に違いが生じる可能性がある。リカバリーに関するさまざまな研究を推進することで、リカバリーの定義化を試みることが求められている。

(2) リカバリーの構成要素

米国で誕生・発展してきたリカバリーは、その構成要素についても米国において整理がされている。米国保健福祉省の薬物乱用精神保健管理庁（以下、SAMHSA とする）は、リカバリー勧告団（全米のユーザー代表者からなる組織）と協働して、リカバリーの構成要素として以下の10項目を提示している（SAMHSA 2006）。

- ① 自己決定が前提として欠かせない
- ② 個別的でその人中心のありようである
- ③ エンパワメントの過程である
- ④ その人の全体的な現象である
- ⑤ 経過は非直線的である
- ⑥ ストレングスに注目する
- ⑦ 仲間の存在が欠かせない

- ⑧ 尊厳が重要な要素である
- ⑨ 自分の人生に対する責任をとる
- ⑩ 希望の存在が最も重要な要素である

わが国におけるリカバリーの構成要素に関する研究は、当事者へのインタビューおよび参与観察によって明らかにしようと試みている（濱田 2015；大崎ら 2015）。ただし、その対象は、ピアサポート活動を行った経験のある者、就労訓練を受けている者に限定しており、臨床的リカバリーよりもパーソナル・リカバリーに重きを置いたものといえる。SAMHSAが示した上記10項目も、当事者の代表からなるリカバリー勧告団を中心にまとめられたものであるため、SAMHSAのリカバリーの構成要素と前項のリカバリーが意味するものを参考に、わが国の研究で明らかになった構成要素とを比較しながら整理したい。

濱田（2015）は、リカバリーを促進するためにはピアサポート活動が重要であるとし、当事者にインタビューを実施し、「他者との出会いによって固有の人生を生きること」「他者の幸せに自分を生かすこと」の2つを抽出した。これはSAMHSAの②④⑦に当てはまる。大崎ら（2015）の就労とリカバリーの関連に関する参与観察およびインタビューによる研究では、希望、仕事による影響、本人がとらえている自分、ピアサポートの存在、家族・友人の存在、スタッフのかかわり方、作業環境が関係していることを明らかにした。これらは、パーソナル・リカバリーの主観的なリカバリーの内容であり、SAMHSAの②⑦⑧⑩とも一致する内容である。

山口ら（2016：15）は、「パーソナル・リカバリーの重要性をスローガンとして掲げるだけでは、当事者のパーソナル・リカバリーの促進

を手伝うリカバリー志向型（recovery-oriented）のサービスは展開できない」とし、「リカバリー志向型のサービスを提供するためには、パーソナル・リカバリーに関連するアウトカムを明確にして、そのアウトカムに関するサービス効果を明示しながらサービスを展開し、サービス効果を維持・向上できる組織調整を行う必要がある」と指摘している。その際、パーソナル・リカバリーの原則を、1）当事者にとっての人生のゴールでありプロセスでもあること、2）希望や主観が重視されること、3）個別性・独自性が高いこと、4）当事者主体の決定や自己管理が尊重されること、5）臨床アウトカムだけでは測れないこと、6）就労アウトカムを含む社会的なアウトカムが含まれることなどが推測されるとし、パーソナル・リカバリーに関連するアウトカムを提示しようとしている。

なお臨床的リカバリーに関する研究には、精神科リハビリテーションの評価尺度を用いた研究がある。たとえば、藤田・加藤ら（2013）は、IMR（疾病管理とリカバリー）というリカバリープログラムを実施した統合失調症患者に対して、精神科リハビリテーション評価尺度（GAF、BPRS等^{2）}）に有意な改善があることを認め、プログラム満足度も高いことを明らかにしている。IMRによるリカバリー研究は、精神科医・看護師・作業療法士等の医療職が取り組んだ研究が多く、主に精神科デイケア等を利用して精神障害者がプログラム対象者となっている。臨床的リカバリーは、主体的な疾病の自己管理能力を高めることに重きを置いたものであり、精神症状や疾病自己管理に必要な知識・技術等に注目した研究になっていることが特徴である。一方これらが、精神障害者がその人らしく望む生活を追及するリカバリーにつな

がっていくかについては、明らかにしている研究はまだ少ない。

以上のことから、当事者へのインタビューや参与観察を通して、パーソナル・リカバリーの視点から構成要素を明らかにしようと試みていること、当事者が考えるリカバリーの構成要素は当事者の個別的なあり方であること、他者との出会いと仲間の存在が大切であること、自分を認めて希望をもつことなどが構成要素として明らかになってきている。しかし、今後は臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーを統合した形での研究も必要である。

(3) リカバリーの促進要因と阻害要因

Onken, SJら(2002)は、膨大な数の当事者インタビューから、リカバリーを促進・阻害する要因を抽出した。リカバリーに影響する要因としては、1) 社会的基盤、2) 当事者の個人要因、3) 希望や目的、4) 治療や資源の選択、5) 父権主義を自己選択、6) 家族を含めた社会的関係、7) 仕事や教育、8) ピアサポート、9) 専門家サービスを挙げている。さらに、9) 専門家サービスに関する促進・阻害要因について説明している。

促進要因としては、リカバリー志向であること、組織改革が奨励されること、全人的対応、多様性に対する耐性があること、パートナーシップの関係を基本とすること、待ち時間が少ない、早期介入に熱心であること、柔軟性があり個別性を重視すること、案内人システムをもっていることなどを挙げている。阻害要因は、病理中心主義、組織改革の意識の欠如、危機対応ができない、サービスが断片的である、個別化の欠如、職員教育の機会がない、ケアの継続性に配慮がないことを挙げている。これら

をもとに、わが国におけるリカバリー促進・阻害要因について整理する。

1) 促進要因

リカバリーに関する研究の多くが、促進要因について触れている。大崎ら(2015)は、促進要因として〈現状を評価し、みずからの成長のための課題を設定する〉〈共同体のために貢献したいという希望をもつ〉〈主体性を取り戻す〉〈自信を取り戻す〉〈過去の負の体験を語ることができる〉〈自分の特技・才能をわかっている〉こと、〈安心して仕事ができる仲間の存在〉〈本音を出せるスタッフの存在〉〈仕事上の役割に対する責任感〉などを挙げている。

心光(2014)は、当事者の捉えるリカバリー促進要因として、症状管理、生活安定、ソーシャルサポート、ストレスマネジメント、生活のうるおい、対人関係の工夫、仕事、回復への積極性を挙げ、リカバリーを進めていくには自分自身のあり方や工夫、姿勢を重視していることがわかったと述べている。

木村ら(2003)は、①人や場として「仲間」「家族」「スタッフ」「デイケアの場と人」「居場所」があげられ、②自らの行動として「努力する」「明日への希望をもつ」「愛情を注ぐ」「自然体でいる」「自分を否定しない」「ほめられる」「自分の価値を認めてくれ、他者から必要とされる」「共感を得る」ことが役立ったと当事者は語っている。③その他「医療や薬」「病状の管理」「対処法を身につけること」「楽観主義」「開き直り」「ゆとり」「自由な感情表現」を挙げている。

島田ら(2006)は、信頼できる他者の存在、日常的な生活を支えられている状態を促進要因としてとらえている。

小林(2014)は、リカバリープログラムであ

るWRAP(元気回復行動プラン)のピアのグループ体験や経験的知識の分かち合いによって自己理解が深まり、促進要因となっていることや、千葉ら(2009a)、濱田(2015)などの研究においては、ピアサポートの経験を通じて有意義な役割をもつことができ、ピアサポート経験がリカバリーを促進する可能性があるとしている。

大崎らの、〈現状を評価し、みずからの成長のための課題を設定する〉〈主体性を取り戻す〉〈自信を取り戻す〉〈自分の特技・才能をわかっている〉は、Onkenらが示した2)当事者の個人要因に当てはまる。〈共同体のために貢献したいという希望をもつ〉ことは3)希望や目的、〈仕事上の役割に対する責任感〉は6)家族を含めた社会的関係に、〈過去の負の体験を語ることができる〉や〈安心して仕事ができる仲間存在〉は、6)家族を含めた社会的関係、8)ピアサポートと重なる。心光が挙げた症状管理とストレスマネジメント、ソーシャルサポートは4)治療や資源の選択の一部であると捉えることができ、ソーシャルサポートと対人関係の工夫は6)家族を含めた社会的関係と一致する。仕事、回復への積極性は3)希望や目的に当てはまる。

木村らの①人や場は6)家族を含めた社会的関係、8)ピアサポート、9)専門家サービスに、②自らの行動で挙げている内容は、2)当事者の個人要因、3)希望や目的、6)家族を含めた社会的関係、8)ピアサポートが、③その他「医療や薬」「病状の管理」「対処法を身につけること」「楽観主義」「開き直り」「ゆとり」「自由な感情表現」は、2)当事者の個人要因と4)治療や資源の選択が重なる。

島田ら、小林、千葉ら、濱田は信頼できる他者の存在やピアサポートの重要性を述べてお

り、6)家族を含めた社会的関係、8)ピアサポートと合致する。

以上から、個人的要因、他者とのかかわりに関する内容が多いこと、一方で制度やサービス、専門家サービスに関する内容は少ないことがわかる。

2) 阻害要因

一方、阻害要因を記した研究は、促進要因と比較して数としては少ないが、その中でも黒髪ら(2013)、伊東(2016)、大崎ら(2015)、木村ら(2003)に共通した阻害要因として、セルフスティグマや社会からの差別・偏見などの問題が挙げられている。

これらに加え、木村ら(2003)は①自分自身について、「自己表現がうまくできない」「考えすぎてしまう」「仕事をしたときの対人関係のトラブル」「手抜きができない」ことや、②精神保健福祉について「敷居が高い」「パターンリズムが強い」「スタッフの援助技術の不足」、③制度や社会資源について「これらの不足、不備」「期限付きの施設や制度」「依存を助長するプログラム」についても阻害要因となり得るとしている。

小林(2014)は、リカバリーに大切なことが参加者にとって馴染みがない、グループの中で他の人と比べて、思う様に発言できなかったということからコンプレックスが強化され劣等感や不全感を体験することがあることを明らかにした。

大崎ら(2015)は、就労継続支援B型事業所での単純作業で傷つき、自尊感情が低下することや、他者とのかかわりの中で誤った情報とわかっていても影響されてしまうこと、専門職主導の指導や支援者側の障害に関する認識・理解不足が阻害要因となる可能性を示している。

黒髪ら (2013)、伊東 (2016)、大崎ら (2015)、木村ら (2003) が挙げたセルフスティグマや社会からの差別・偏見は、Onkenらが示した2) 当事者の個人要因、1) 社会的基盤と重なる。木村らが示した「自己表現がうまくできない」「考えすぎてしまう」「手抜きができない」や小林の「グループの中で他の人と比べて、思う様に発言できなかつたということからコンプレックスが強化され劣等感や不全感を体験すること」、大崎らの自尊心の低下は2) 当事者の個人的要因に当てはまる。木村らの②精神保健福祉に関する要因については4) 治療や資源の選択、5) 父権主義を自己選択、9) 専門家サービス、木村の③制度や社会資源は1) 社会的基盤、9) 専門家サービスが当てはまる。

このように、促進要因と比較とすると、1) 社会的基盤や9) 専門家サービスに関する内容が多いことがわかる。

以上から、促進要因は、信頼できる他者とのかわり、希望をもつこと、自信を取り戻すこと、自分の役割を得ることが共通理解となっていることがわかる。セルフスティグマ、社会からの差別や偏見と、当事者自身の思考の傾向、専門職側のパターナリズムや当事者と専門職の関係性が阻害要因になり得ることがわかる。

阻害要因は促進要因と比較とすると、1) 社会的基盤や9) 専門家サービスに関する内容が多いことがわかる。これは、精神保健福祉政策や専門職のあり方について、当事者から問われていることと軌を一にするものである。リカバリーの促進に役立てるために、促進要因に関する研究は引き続き行くと同時に、阻害要因を取り除くような研究が推進されることが望まれる。その一つとして、阻害要因として挙げられ

た当事者と専門職の関係性に明らかにし、阻害要因を促進要因に転換する研究を実施することは喫緊の課題である（この関係性については5) 当事者と専門職の関係性で詳細を記す）。

(4) リカバリーのプロセス

SAMHSAは、「精神保健リカバリーとは、癒しの旅であり、精神保健上の問題をもった人が自分の可能性を実現しようと努力する中で、意味のある人生を送ることができるように変化することである」(2006) と説明している。SAMHSAのリカバリーの説明からわかることは、リカバリーはゴールではなくプロセスであるということ、自分の可能性を信じ希望をもつこと、その可能性を実現するために努力することが含まれていることである。そして、可能性を実現するために努力するという表現には、自身の意識や行動の変化を伴っていることがわかる。また、リカバリーが意味するものや構成要素から、順番は不明なものの、精神症状の軽減や症状管理という臨床的リカバリーの側面と、自身の在り方の変化というパーソナル・リカバリーの主観的リカバリーの側面、収入や自分の役割を得ることというパーソナル・リカバリーの客観的リカバリーの側面の3つの分野について、変化が起こることを意味する。これらの3つのリカバリーの分野が並行して進んでいくのか、あるいはある分野を経てから別の分野を経て進むものか、この点については明らかにされていない。

Andresen, R.ら (2003) は、段階論を検討した5本の研究から5つのステージがあることを示した。Andresen, R.らが示した5つのステージは、モラトリアム、気づき、準備、再構築、成長であり、これらのステージに基づいて

リカバリー評価尺度の開発を行っている。また、リカバリーのプロセスはらせん状に進むとも述べており、これら5つのステージについても、必ずしも順番に進んでいくとはされていない。これらを踏まえた上で、以下、わが国のリカバリープロセスに関する研究について整理したい。

島田ら（2006）は、ワークショップへの参加を通して当事者が体験したリカバリープロセスを、自由記述によるアンケートから明らかにしようとした。この研究では、リカバリーのプロセスは1本の軸に沿って一つの方向に発達していくわけではなく、その時々によって必要な方向性があり、それらをその人に合ったパターンで積み重ねていくことによって多様に進んでいくものであることが分かった。また意見の主張と主体的な活動、行動パターンの変化、知識の向上、価値観の変化を方向性としてあげている。「一つひとつの方向性は独立したものではなく、相互に関連しあい、その人らしい生活を構築していくプロセスは、これらの方向性を行きつ戻りつしながら、いわば螺旋的に進んでいくことが推察される」と述べており、Andresenの示した、順番どおりに進むわけではなくらせん状に進んでいくという説明と同様の表現となっている。

千葉ら（2011）によるリカバリー促進プログラムの効果検証に関する研究においては、疾患を含むこれまでの人生について振り返ることで「内面の成長・人生の価値観の変化」が促進された可能性があるとしており、Andresenの気づきと成長というプロセスと重なる。

菅原（2013）は、講演活動を行っている当事者3名に対するインタビューから、講演活動がリカバリーに与える影響とそのプロセスを明

らかにした。その結果、①講演の原稿作成が自らのストーリーを再構築し、自己を客観視していく変化に影響していること、②自らの語りが他者に受け入れられるという体験が自らの捉え方の変化や新たな自分への気づきに影響すること、③自己を肯定する過程に影響すること、④秘めた思いを言語化することで自らのなすべき社会の中での役割に気づく過程に影響すること、⑤これら①～④の変化を促す要因として、体験を可視化すること、他者に自分の体験が受け入れられること、聴講者の存在、体験を講演する場、講演仲間の存在があること、講演活動の目的が明確であることだと考察している。これはAndresenが示したステージの気づき、再構築、成長と一致する。

Anthony（=1998：67）は、リカバリーのプロセスについて「回復は極めて個人的で独特な過程として描かれる。それは、その人の態度、価値観、感情、目的、技量、役割などの変化の過程である」と述べており、島田ら、千葉ら、菅原の研究とAnthonyとの共通点は「変化」のプロセスであるといえる。Anthonyでさえも「回復の過程はいまだ研究されていない」と語るほど、リカバリーのプロセスについては明らかにされていない。それはリカバリーが個人の主観的な体験を有するために個人によってそのプロセスが異なるからである。

しかしながらAnthony（=1998：69-70）は、いくつかの研究をもとにリカバリーについて一連の前提を立てている。それは、①回復は専門職の介入がなくとも起こりうる、②回復に共通する要素は、回復を必要とする人を信じ、その傍らにいる人の存在である、③リカバリーという視点は、精神疾患の原因に関する理論に固有の働きではない、④リカバリーは症状が再発し

たときでさえ起こりうる、⑤リカバリーは症状の頻度と持続時間を変える、⑥リカバリーは直線的な過程ではない。リカバリーには成長と後退、急速な変化の時期とほとんど変化しない時期がある、⑦疾患の結果生じた状態からのリカバリーは、疾患そのものからのリカバリーよりも、ときに遥かに困難である、⑧精神疾患からのリカバリーは、ある人が「本当は精神疾患」ではなかったということの意味するものではない、としている。

以上から、リカバリーのプロセスは、変化のプロセスであるということ、直線的ではなくらせん状に進むこと、行動パターンや価値観の変化を伴うことが共通の理解として広がっていることがわかる。しかし、そのプロセスは個別性が高く、一般化することは難しい。個別のケースについて、今後も丁寧な研究の積み重ねが必要である。また、IMR（疾病管理とリカバリー）やWRAPなどのリカバリー促進プログラムについても、これらプログラムを活用する中でどのように変化が起こっていくのかなどの研究も不可欠である。

(5) 精神障害当事者と専門職の関係性

リカバリーの促進要因・阻害要因において、他者とのかかわりの重要性や当事者と専門職の関係性がこれらの要因に関係があると示されている。他者とのかかわりにおいては、当事者とのかかわりを持つ以上、専門職も社会資源であり環境要因である。また、Anthony (=1998: 67) は「回復体験は援助者に無関係な体験ではない」と述べており、我々専門職と当事者の関係性は、リカバリーの促進要因にも阻害要因にもなりうるという点で、検討する必要がある。しかし、この関係性にふれている研究はほとん

どない。その中でも南山 (2015) は、訪問型支援を行っている精神科医師へのインタビューを通して、医療機関内での患者—専門職の関係性と地域（医療機関外）における当事者—専門職の関係性について考察を行っている。地域では医師と患者の間には明確な地位の分化はなく、医師としての権限（強制入院や身体拘束など）や権威は存在しないため、「医師は『裸一貫』で対等な立場で患者に出会わざるを得ない」（南山 2015: 159）し、「訪問においては、地域社会に『人と人とのもたれあい』を創造していくことが重要」（南山 2015: 173）だと述べている。また、島田ら (2006) は、「専門職と当事者のパートナーシップ」と述べており、木村ら (2003) は、共感しあえる関係、自己決定と責任を尊重し、支援する関係であるとしている。

以上のことから、当事者と専門職の関係性はパートナーシップであること、対等な立場で共感しあえる関係ということが出来る。一方で、専門職と当事者の援助関係に関して言及している研究は非常に少なく、当事者がリカバリーを促進するための効果的な援助関係についてはほとんど明らかにされていない。専門職が支援者としてかかわるということは、当事者にとっては支援者も環境要因のひとつであり、他者との関係の中からリカバリーが促進されるとするのであれば、この関係性によってリカバリーが促進される、または阻害される可能性があるということを踏まえて十分に検討する必要がある。その際、ソーシャルワークを用いて援助・支援している精神保健福祉士が、そのソーシャルワークの基盤である援助関係を構築・維持・展開することで、対等で共感できる関係やコラボレーション（協働）の推進、パートナーシップの構築などを目指すことも可能である。また、

これらの関係構築にあたっての具体的な方法・技術等についての言及も研究課題である。

(6) リカバリーを促進するプログラム

リカバリー志向型サービスを提供するためには、リカバリー促進プログラムが必要になってくる。

わが国において実践されているリカバリー促進プログラムは、IMR や WRAP が代表的である。IMR (藤田ら 2013; 内山ら 2016) や WRAP (小林 (清重) 2014; 清重ら 2008) の実践とその効果検証は、わが国においてまだ十分なエビデンスが得られているわけではないものの、プログラム参加者の行動や意識の変化を確認することができ、プログラムがある一定の効果をもたらしたと考えることができる。

IMRは①リカバリー戦略、②統合失調症、双極性障害、うつ病に関する実践的事実、③ストレス脆弱性モデルと援助戦略、④ソーシャルサポートを形成する、⑤薬物療法を効果的に使う、⑥再発を減らす、⑦ストレスに対処する、⑧諸問題や持続性の症状に対処する、⑨あなたのニーズを精神保健システムに適合させる、の9つの領域から成り立っている。このプログラムは、精神症状に対する理解と薬物療法を扱うこと、ケアマネジメントの視点が含まれており、実施者は専門職となる。これらの視点は「臨床的リカバリー」と合致するが、個別のリカバリー戦略を立てること、ソーシャルサポートを扱う点は「パーソナル・リカバリー」の内容とも合致しており、リカバリーの全体像をとらえたプログラムとなっていることがわかる。

WRAPは、当事者主導で、WRAPファシリテーターによって実施される。IMRは専門家主導で疾病管理に焦点があてられるのに対し、

WRAPは自己決定の原則に基づいてより良い状態の自分でいるために当事者自身とその生活に焦点を当てる。その内容は①日常生活管理プラン、②引き金となる出来事に対するプラン、③注意サインに対処するプラン、④調子が悪くなってきているときのプラン、⑤クライシスプラン、⑥緊急状況を脱したときのプランである。クライシスプランも、危機的状況において自分が望む治療、誰にどんなサポートをしてもらいたいかなど、あらかじめ決めておく。その意味では「パーソナル・リカバリー」に即した内容であり、個別性の重視、自己決定を重んじたプログラムとなっている。

このことから、これらふたつのプログラムの共通した内容は、症状の見極め、ストレスへの対処方法、ソーシャルサポートなどである。リカバリー促進プログラムにおいては、「臨床的リカバリー」「パーソナル・リカバリー」の双方が取り入れられていることがわかる。

2010年代に入ってから、わが国独自のリカバリー促進プログラムが開発されるようになってきた。まだ十分な成果が得られているわけではないが、その効果も少しずつ検証されつつある。例えば、千葉ら (2011) は「幸せな人生の旅」という独自のプログラムを開発し、精神科デイケア3か所と作業所1か所の利用者を対象に無作為比較試験を実施し、プログラムの効果検証を行っている。坂本ら (2013) も独自のリカバリープログラム「IPPO」を開発し、精神科デイケアと地域活動支援センターの2か所でプログラムを実施している。その際、プログラム前後と一か月後に、ISMI (内在化したセルフスティグマを測定する尺度) とRAS (リカバリー尺度) を用いてプログラムの効果を検証している。

以上のように、リカバリー促進プログラムに

においては「臨床的リカバリー」と「パーソナル・リカバリー」の両方が含まれていること、米国で開発されたリカバリー促進プログラムは日本においても徐々に実践が積み重ねられ、その効果も検証されつつあること、さらに日本独自のリカバリー促進プログラムが作成されつつあることがわかる。しかし、まだ十分ではなく、今後もエビデンスを明らかにしていく必要がある。

3. リカバリーに関する研究動向と今後の研究課題

以上の文献検討をおこなった結果、リカバリーは個別性が高く多様なこと、構成要素は徐々に明らかにされつつあること、リカバリーのプロセスは行きつ戻りつしながら進むこと、リカバリーの促進・阻害要因からは他者との関わりが関係が深いこと、とくに専門職の関わりが阻害要因になり得ることなどがわかった。

以下9点が、本論文で明らかになったリカバリーに関する研究動向と今後の課題である。

- (1) 一般的な形式でリカバリーを定義できないが、臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーという2つの側面からリカバリーを整理し始めていることが現在の到達点である。
- (2) 臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーのどちらに重きを置くかによってリカバリーの捉え方に違いが生じる可能性がある。
- (3) 臨床的リカバリーは、精神科リハビリテーションの評価尺度を用いてその有効性を示しつつあるが、パーソナル・リカバリーと統合した研究が進められていく必要

がある。

- (4) パーソナル・リカバリーは、当事者の個別性が強く現れるという特性があり、他者との出会いと仲間の存在が大切であること、自分を認めて希望をもつことなどが共通認識となってきた。
- (5) パーソナル・リカバリーの今後の研究課題に、アウトカム研究を進めていく必要がある。
- (6) リカバリーのプロセス研究は、変化のプロセスであるということ、直線的ではなくらせん状に進むこと、行動パターンや価値観の変化を伴うことが共通の理解として広がっている。それゆえ一般化することが難しく、当事者の個別ケースに即して丁寧な研究の積み重ねが必要である。リカバリーを促進するプログラムを活用する中でリカバリーに対する変化がどのように起こっていくのか、この点についても検討する必要がある。
- (7) リカバリーの促進要因は、信頼できる他者とのかかわり、希望をもつこと、自信を取り戻すこと、自分の役割を得ることが共通理解となっていることがわかった。阻害要因は、セルフスティグマ、社会からの差別や偏見と、当事者自身の思考の傾向、専門職側のパターンリズムや当事者と専門職の関係性が阻害要因になり得ることが明らかとなった。その中でもとくに当事者と専門職の関係性については、阻害要因を促進要因に転換するよう、研究を進めていく必要がある。
- (8) 当事者と専門職の関係性は、パートナーシップ、共感しあえる関係、対等な関係であることが明らかになっているが、これら

の関係性を具体的に検討することが今後の研究課題である。

- (9) IMRやWRAPなどのリカバリー促進プログラムの効果は検証されつつあるが、十分なエビデンスが得られているわけではない。そのため、今後もエビデンスを提示していく必要がある。

【註】

- 1) 文献によってリカヴァリ、リカバリ、リカバリーと表記されるが、これらはAnthonyが語るrecoveryと同意であるため、ここではリカバリーと統一して表記することとする。
- 2) GAFとは、機能の全体的評定尺度（The Global Assessment of Functioning）のことである。BPRSとは、簡易精神症状評価尺度（Brief Psychiatric Rating Scale）のことである。

【文献】

安喰智美・堀内聡（2015）「統合失調症患者のリカバリーに関連する心理社会的要因の検討」『精神障害とリハビリテーション』19(2), 73-79.

Andresen R, Oades L, Caputi P (2003): The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. Australian and New Zealand J of Psychiatry 37; 586-594.

千葉理恵・川上憲人・宮本有紀（2009a）「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」『(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』26-33.

千葉理恵・川上憲人・宮本有紀・Retta Andresen（2009b）「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」『(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』14-25.

千葉理恵・宮本有紀・川上憲人（2009c）「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」『(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』4-13.

千葉理恵・宮本有紀・川上憲人ら（2011）「地域で生活する精神疾患をもつ者を対象とした、リカバリー促進プログラムの効果検証—無作為化比較試験—」『(財)在宅医療助成 勇美記念財団 在宅医療助成一般公募（後期）完了報告書』.

藤本裕二・藤野裕子・楠葉洋子（2013）「地域で暮らす精神障害者のリカバリーレベルと背景項目の関連」『医学と生物学』157(6), 941-946.

藤田英美・加藤大慈・内山繁樹ら（2013）「統合失調症における疾病管理とリカバリー（Illness Management and Recovery ; IMR)の有効性」『精神医学』55(1), 21-28.

濱田由紀（2015）「精神障害をもつ人のリカバリーにおけるピアサポートの意味」『日本看護学会誌』35, 215-224.

早川紗耶香（2013）「精神障害のある人へのWellness Self-Management : WSMの実践—リカバリーに対する意識の変化に着目して—」同志社大学大学院社会学研究科2013年度修士論文.

東田全央（2007）「米国の精神障害がある当事者における『リカヴァリ』の浸透」『響き合う街で』42, 21-25.

伊東香純（2016）「ストレングスモデルにおけるリカバリー概念の批判的検討」『Core Ethic』(立命館大学大学院 先端総合学術研究科紀要) 12, 1-11.

岩崎弥生・野崎章子・松岡純子・水信早紀子（2008）「地域で生活する精神障害をもつ当事者の視点から見た

- リカバリー』『病院・地域精神医学』50(2), 53-55.
- 木村真理子 (2003) 「リカバリーを促進する精神保健システム 専門職と当事者のパートナーシップを求めて」『精神保健福祉』34(4), 309-314.
- 木村真理子 (2010a) 「カナダの精神保健ケアシステム 変革の動向」『社会福祉研究』109, 108-116.
- 木村真理子 (2010b) 「リカバリーとリカバリー指向のケアシステム」『精神科臨床サービス』10, 434-439.
- 木村真理子・牧野田恵美子・大山勉ら (2003) 「精神病からのリカバリーとリカバリーを促進する精神保健システム」『精神保健福祉』34(3), 241.
- 木村多佳子 (2012) 「わが国における『リカバリー志向支援』の実践動向と課題」『大阪人間科学大学紀要』11, 1-8.
- 清重知子・田尾有樹子 (2008) 「精神障害者のリカバリーを促進するプログラムの実践と評価」『平成20年度障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト 精神障害者の地域生活移行及び定着支援推進事業』.
- 小林 (清重) 知子 (2014) 「Wellness Recovery Action Plan (WRAP) のプログラムメカニズムの探査」『社会福祉』55, 151-171.
- 黒髪恵・坂本明子 (2013) 「精神疾患を持つ人のリカバリーを促すプログラムの作成と効果検証」『精神障害とリハビリテーション』17(2), 73-80.
- 南山浩二 (2011) 「メンタルヘルス領域におけるリカバリー概念の登場とその含意：ロサンゼルス郡精神保健協会ビレッジISAに焦点をあてて」『人文論集』(静岡大学人文学部紀要), 62(1), 1-20.
- 南山浩二 (2015) 「地域精神保健福祉活動に従事する精神科医師の語りーリカバリー志向の実践と訪問型支援に焦点をあててー」『社会イノベーション研究』10(2), 143-188.
- 日本精神保健福祉士養成校協会編 (2014) 『新・精神保健福祉士養成講座4 精神保健福祉の理論と相談援助の展開I 第2版』中央法規出版.
- Onken S J, Dumont JM, Dornan D, et al (2002): Mental health recovery: What helps and what hinders? National Technical Assistance Center.
- 大崎瑞恵・大西アリナ・大井美紀 (2015) 「地域で生活する精神障がい者のリカバリーに関する要因分析 就労継続支援B型事業所における参与観察を通して」『精神科看護』42(1), 57-66.
- 坂本明子・黒髪恵 (2013) 「リカバリー促進プログラムの開発」『久留米大学文学部紀要 社会福祉学科編』13, 26-33.
- SAMHSA (2006): National Consensus Statement on Mental Health.
(https://www.google.com/url?q=https://www.power2u.org/voices-and-community-dialogue/Resource-A3-National-Consensus-Statement-on-Recovery.doc&sa=U&ved=0ahUKEwjem7XV6c_WAhXCNJQKHbr3AP4QFggGMAE&client=internal-uds-cse&usg=AOvVaw1hkEAnGqHfq7-xGJ3AxBs1,2017/10/1).
- 島田千穂・木村真理子・野中猛 (2006) 「ワークショップ参加後の変化の認識からみたりカバリーのプロセス：自己概念・社会的関わりに焦点を当てて」『精神障害とリハビリテーション』10(1), 60-66.
- 心光世津子 (2014) 「日本における精神障害からの『リカバリー』の包括的理解と支援のための実証的基礎研究」『科学研究費助成事業 研究成果報告書』
- 菅原里江 (2013) 「精神障害当事者のリカバリー過程に関する研究ー講演活動を行う当事者へのインタビューを通してー」『東北福祉大学研究紀要』37, 103-115.
- 田中淳子 (2009) 「精神保健福祉領域においてリカバリー概念を用いることの意義と課題：他者との出会いに向けて」『社会問題研究』58, 171-184.
- 内山繁樹・塚田尚子・阿部榮子・片岡恵美・永瀬誠 (2016) 「地域に暮らす精神障害者の2年間にわたる

IMRプログラムの実践』『関東学院大学看護学会誌』
3(1), 15-22.

William A. Anthony (1993) Recovery from Mental
Illness: The Guiding Vision of the Mental Health
Service System in the 1990s, Psychosocial
Rehabilitation Journal,16(4); 11-23,1993. (=1998. 濱
田龍之介翻訳・解説「精神疾患からの回復：1990年
代の精神保健サービスシステムを導く視点」『精神障
害とリハビリテーション』2(2), 65-74).

山田理絵 (2016) 「リカバリー概念再考—英国の精神科
医療におけるRecovery Collegeを例として—」『共
生のための障害の哲学Ⅱ』（東京大学大学院）, 12,
131-141.

山口創生・松長麻美・堀尾奈都記 (2016) 「重度精神疾
患におけるパーソナル・リカバリーに関連する長期
アウトカムとは何か？」『精神保健研究』62, 15-20.

(2017.10.4原稿受付.2017.11.29掲載決定)