

2020年度 博士論文

統合失調症者のリカバリーに関連する心理社会的因子の解明

Elucidation of psychosocial factors associated with recovery of
individuals with schizophrenia

高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科
保健福祉学専攻 博士後期課程

学籍番号 1710401

氏名 岡本 隆寛

指導教員 上原 徹 教授

統合失調症者のリカバリーに関連する心理社会的因子の解明

Elucidation of psychosocial factors associated with recovery of individuals with schizophrenia

保健福祉学専攻博士後期課程学 1710401 岡本 隆寛

指導教員：上原 徹 教授

日本の精神保健福祉改革にむけて、入院医療から地域生活中心へと基本理念が打ちだされ、統合失調症など慢性の精神障害を有する人々の地域移行・定着支援が推進されている。しかし、実際の統合失調症者の社会生活は、いまだ理想とは程遠い現状にある。こうした中、「障害を抱えながらも希望や満足に満ちた人生を送るための新しい目的と意味を創り出すプロセス(Anthony, 1998)」としてのリカバリー概念が注目されている。医学モデルのみに基づいた疾病治療の限界を超えて、統合失調症者自身が共生社会の実現に参画するために、リカバリーに関連する心理社会因子を明らかにし、保健福祉支援の向上につなげていく必要がある。本研究では、地域生活する統合失調症者のリカバリーにかかわる心理社会的因子を、二つの質的分析および実証的尺度を用いた横断的研究により解明することを目的とした。なお本研究は、順天堂大学研究等倫理委員会の承認(第 29-55)を得て行った。

第Ⅰ章では、先行研究から地域生活する統合失調症者のリカバリー課題を抽出した。統合失調症者の地域生活の質(社会参加・人との繋がり・生きがいなど)が深くリカバリーに影響しており、社会参加状況の違いによりリカバリーに差が生じることが想定された。しかし、利用する福祉施設、保健医療サービスや就労状況によりリカバリーを比較した本邦の研究はなかった。そこで、統合失調症者の社会参加状況の違い、さらに一定の知見があるセルフスティグマや対人的情緒支援を含めてリカバリーとの関連性を検討する結論に至った。

第Ⅱ章では、地域商店街で荷物宅配サービスに取り組む統合失調症者が、地域住民とのつながりを通してリカバリーがどのように促進されたか、質的分析法(M-GTA)を用いて検討した。精神障害者就労継続支援 B 型事業所を利用する 9 名の面接を通し、リカバリーのコアカテゴリー【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】に至るプロセスが示された。《病気をクローズにすることによる負のサイクル》から《病気をオープンにすることによる正のサイクル》へと至り、支え合える仲間を受け入れられる安心感が障害受容につながっていた。さらに、一人の個人として希望や責任をもつことで《生きる主体としてのエンパワーメント》を獲得し、《豊かな人間関係の拡がり》、《地域社会との和解》に至っていた。地域住民とつながる体験を通して、セルフスティグマが軽減していくことが示唆された。

第Ⅲ章では、地域で生活する統合失調症者の利用する保健福祉施設・就労状況の違いやセルフスティグマ、対人による情緒的支援認知などの心理社会因子と、リカバリーとの関連性を多数例で明らかにすることを目的とした。デイケア、就労継続支援 A/B 型事業所、特例子会社を利用する 342 名(20~65 歳)を対象に、日本語版 Recovery Assessment Scale (RAS)

によるリカバリーレベル（目標/成功志向/希望，他者への信頼，自信を持つ，症状に支配されない，手助けを求める）と Self-identified stage of recovery-A(SISR-A)によるリカバリーステージ(モラトリアム，気づき，準備，再構築，成長期)を評価し，Link スティグマ尺度 (Link)，情緒的支援ネットワーク尺度 Emotional Support Network Scale (ESN)，ピアサポート経験，趣味や楽しみ，病名開示などの個人属性との関連を検討した．統合失調症者のリカバリーレベルやステージは，利用するサービスや就労状況により差異がみられなかった．一方でリカバリーレベル (RAS 総得点及び下位尺度) は ESN や Link と有意な相関を示し，ピアサポート経験や病名開示，趣味がある群は各 RAS 得点が有意に高かった．SISR-A を用いた検討でも，リカバリーステージが上位の成長期群で ESN 得点が高く，Link 得点は低かった．重回帰分析の結果，デイケア/施設/職場や友人/医療者からの高い情緒的支援，低いセルフスティグマ，趣味，高年齢，初診年代の若さが統合失調症者のリカバリーレベルに有意に影響することが示された．就労の有無や利用施設の違いよりも，他者からの情緒的支援やセルフスティグマの軽減，趣味の持つことがリカバリーを促進する可能性が示唆された．

第IV章では，第III章の結果を補完するために，個人の生活や主観性，価値観に配慮した検証を加えた．対象は地域で生活する統合失調症者7名で，対人情緒的支援やセルフスティグマの認知，趣味や楽しみが私生活にどのように影響しているのか，事例の語りについて質的記述的分析を行った．その結果，①情緒的支援を担う対等な仲間とのつながりや安心できる環境により，「ひとりの人」としての意識が深まり，リカバリーが促進された．②医療・施設スタッフによる「保護や管理」から，主体性を尊重してもらえる対等な関係性へ変化することにより，自己効力が高まりリカバリーが向上した．③居場所を見つけ，安心できる対人関係を再構築する体験が症状への自己管理能力を高め，セルフスティグマの軽減につながった．④趣味や楽しみは，喜びや気分転換を通じた心理的安定をもたらすとともに，日常で対人関係の質を高める共感体験の側面を有しており，リカバリー促進に影響を与えていた．

以上の質的研究および多数例による横断的観察研究の結果から，地域生活する統合失調症者のリカバリーレベルやステージの向上には，利用する保健福祉サービスや就労状況といった社会参加の一面をとらえるだけでは不十分であることが示唆された．むしろリカバリーを促進する因子としては，デイケア/施設/職場や友人/医療者からの情緒的支援を強く認知できるような居場所や関係性の役割，セルフスティグマを緩和する心理社会的バリアフリーの促進，趣味や生きがいを持てる機会や環境が重要であることが示唆された．統合失調症者の地域移行・地域定着を真のリカバリーへと結び付けるためには，単なる病床削減や一般就労という形式的目標を目指すだけでなく，地域社会の包容力により当事者のスティグマが軽減し，私生活が充実するようリカバリープロセス全体を支援することが求められる．

目次

第Ⅰ章	はじめに	1
第1節	我が国の精神保健福祉の変遷と課題	2
第2節	精神保健福祉施策の転換	6
第3節	精神障害者の地域生活における課題	8
第4節	統合失調症	10
第5節	統合失調症者の支援とリカバリーモデル	13
第6節	本研究の構成	14
	引用文献	17
第Ⅱ章	買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリーのプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -	20
第1節	緒言	21
第2節	研究目的	22
第3節	用語の定義	22
第4節	S事業所における買い物宅配サービス事業	22
第5節	研究方法	23
第6節	結果	24
第7節	考察	33
第8節	結論	36
	引用文献	37
第Ⅲ章	統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや情緒的支援、セルフ スティグマとリカバリーとの関連性	40
第1節	緒言	41
第2節	方法	43
第3節	結果	47
第4節	考察	56
第5節	結論	59
	引用文献	60

**第IV章 統合失調症者のリカバリーと対人情緒的支援やセルフスティグマとの
関連一質的分析による検討** 65

第1節 緒言・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・66
第2節 方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・66
第3節 結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・68
第4節 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・72
第5節 結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・75
第6節 本研究の限界と今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・75
引用文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・76

第V章 総括 78

第1節 本研究の要約・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・79
第2節 本研究結果にもとづく提案・・・・・・・・・・・・・・・・・・82
第3節 今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・85
引用文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・86

謝辞 88

第 I 章

序論

第 1 節 我が国の精神保健福祉の変遷と課題

1. 明治維新から第二次大戦まで

明治維新以降の精神病院設立状況を概観すると、まず 1875（明治 8）年に京都南禅寺の癲狂院が京都療病院から独立し、我が国最初の公立精神病院として京都府癲狂院が開設された。同年、東京では養育院の一部に癲狂院が設置され、1879（明治 12）年に独立するかたちで上野に東京府癲狂院として設立されている。私立の精神病院としては、1878（明治 11）年の東京府下における私立加藤瘋癲病院の設立が最初とされている。当初精神病院数と病床数はともに少なく、入院による処遇を受けられる者は、限られた一部の富裕層のみであったと推測される。明治初期の精神障害者の処遇は、医学による体系的な治療法も確立されていなかったため、問題行動がなければ未治療のまま放置され、精神症状をコントロールできない状況で座敷牢や納屋などに幽閉する私宅監置が公然と行われていた。精神障害者の処遇を規定する法律はなかったが、1883（明治 16）年に起こった相馬事件、旧中村藩主相馬誠胤（ともたね）の精神変調を理由に座敷牢や精神病院へ隔離が不当監禁ではないかというお家騒動を契機に、1900（明治 33）年に精神病患者監護法が制定されている。この法律は、「精神障害者の権利擁護制度の曙とまでは言えず、公安目的法の域を出ない。つまり私宅監置を許可制として医師の診断と監護義務者（後見人、配偶者、親権者、戸主、四親等以内の親族、ない場合は市区町村長）からの届け出を法定化することによって、監禁罪を阻却することを意図したに留まるのである。」¹⁾と紹介されている。また、この法律では、「私宅監置の手続で精神障害者が路上を歩くことさえも制限されていた。」²⁾とあり、治安維持を目的とした法律による収容保護政策の始まりといえる。

こうした時代の流れと逆行して、1901（明治 34）年、ドイツで近代医学を学び帰国した呉秀三は、東京府立巢鴨病院の院長に就任した。呉は、病院改革としてただちに拘束具を全面的に廃止し、徹底的に患者への暴力を禁止、患者の生活環境の改善に努めたが、とくに患者を人道的に処遇することの必要性を強調し、人事を刷新して各職務について詳細な東京府巢鴨病院規則を制定した³⁾。この時期は、精神医療や精神障害者の処遇改善の黎明期といえる。さらに呉は、精神病患者監護法による精神障害者の私宅監置の現状を明らかにし、適正な医療につなげるために 1910（明治 43）年から 1916（大正 5）年にかけて 1 府 14 県の調査を行い、1918（大正 7）年に『精神病患者私宅監置ノ実況及び其の統計的観察』として公表している。その中には、「我邦十何万の精神病患者は実に此病を受けたるの不幸の外に、此邦に生まれたるの不幸を重ねるものと云うべし」「監置の理由は家庭内暴力他が半数近いのに

監置の実態は社会的危険防止に向けられていた。」⁴⁾と精神障害者の非人道的な処遇が紹介されている。呉は精神病患者の無拘束運動を推し進め、日本における私宅監置での人権侵害は社会的にも許されるべきものではないと訴え続けた²⁾。こうした働きかけによって、1919（大正 8）年には「精神病院法」が制定され、精神病患者に対して、医療の観点から公的精神病院を設置することが明確にされたが、「精神病患者監護法」は存続され予算不足から都道府県の公立精神病院数は 1950 年までに 8 か所のみであった。その一方で東京や大阪などの大都市圏を中心に私立の精神病院は増加し、1920～1930 年代には病院に入院する患者数は増え続けた。一方、地方都市では依然として精神科病床は少なく、私宅監置に依存する状況は変わらなかった。その結果、全国的にみれば私宅監置患者数は横ばい、ないし微増の状態が続いた⁵⁾。

東京府巢鴨病院・東京府立松沢病院における入院患者の死亡率の変遷では、1935 年 4.46%、1940 年 21.85%、1945 年 40.89%⁶⁾となっている。第二次大戦末期に、精神科病院にて使用できる衛生材料や医薬品、食料は少なく感染症、栄養失調を原因とした死亡率も増加したものと考えられる。精神障害者にとっての精神科病院の処遇は、治療の場としてではなく収容所としての意味合いが強かったものと推察される。

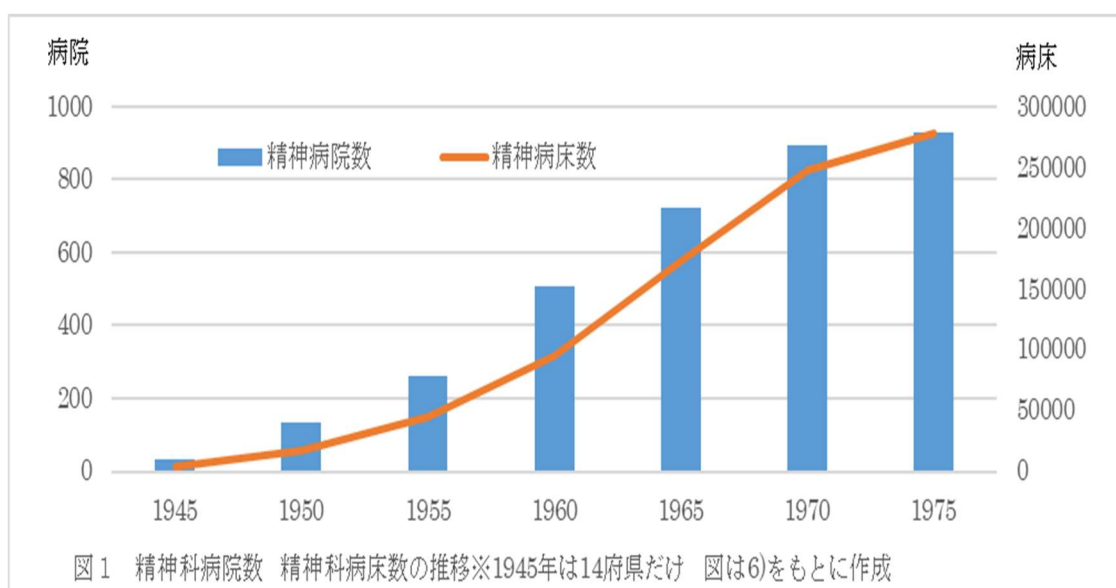
2. 戦後の精神保健福祉に関する法律の動向

1948（昭和 23）年に「優生保護法」が公布され、精神障害者の断種手術を公的に認めることとなった。「新法の優生手術部分では、遺伝性疾患にたいする、本人の同意と医師の認定とによる優生手術、審査による強制優生手術が規定され、強制手術の対象をあげた別表には、遺伝性精神病（精神分裂病、そううつ病、てんかん）、遺伝性精神薄弱、顕著な遺伝性精神病質（顕著な性慾異常、顕著な犯罪傾向）、顕著な遺伝性身体疾患（内容省略）、強度な遺伝性奇型（内容省略）がかかげられた。つまり、分裂病、躁うつ病、てんかんは遺伝性だと、法律に明記したのである。」⁶⁾とされている。この法律は 1996 年に優生手術部分が除外され母体保護法として改正がなされた。旧優生保護法下で不妊手術を受けさせられた障害者らへの救済法が 2019 年 4 月 24 日に参院本会議で可決された。

1950（昭和 25）年に「精神衛生法」が公布され、「精神病患者監護法」と「精神病院法」の 2 法は廃止された。この法律では、私宅監置の廃止、都道府県に精神病院の設置義務、精神衛生相談所、精神衛生鑑定医制度の創設、措置入院と保護義務者による同意入院制度（強制入院）などが規定された。

私宅監置については、「全国各地の精神衛生鑑定医（患者の強制的な入院を判定する資格を国から認定された精神科医）たちは私宅監置の患者を訪問し、精神鑑定を行い、彼らを監置室から解放し、精神病院に入院させるなどの作業に奔走した。だが、精神鑑定に対する患者や家族の抵抗は強く、入院させる精神病院側の受け入れ体制は整っておらず、長期間監置されていた患者には後遺症がみられるなど、私宅監置の廃止をめぐる混乱が見られた。」⁵⁾と報告されており、その後も不法による私宅監置が長く継続されていたことが推察される。

都道府県に精神病院の設置義務については、公立病院の建設よりも私立病院の建設が積極的に展開された。1955（昭和30）年から1970（昭和45）年までの間、私立精神病院とその病床数が飛躍的に増した（1955年に4万4,000床にすぎなかった精神科病床が、1970年には25万床に増えた）。精神病院の設置整備費・運営費に対して国庫補助が行われることに加え、抗結核薬の開発によって結核病患者が減り、結核病院の精神病院への鞍がえが進んだことがこれに影響した。この時期に欧米の巨大公立精神病院閉鎖が進められた「脱施設化」とはまったく逆の方向であった⁷⁾。図1は、1945年から1975年までの精神科病院及び病床数の推移を示したもので、厚生省は1958（昭和33）年に次のような内容の次官通知を出した。「精神病院においては、精神科医は内科や外科など他の診療科の三分之一、つまり入院者四八人に医師一人でいい。看護職も他科の三分の二、つまり入院者六人に一人でかまわない（四日後には、この低い基準さえ守らなくてもよいという医務局長通知まで出した）。』これは「精神病は収容あるのみ、治療は考えるなど厚生省が公言したようなものである。」⁸⁾と紹介されている。



1964（昭和 39）年にアメリカの駐日大使が統合失調症の青年に刺傷されるというライシヤワー事件をきっかけに、「精神病者を野放しにするな」という議論が起きた。

この事件は「精神障害者野放し論」に拍車をかけ、国会で精神衛生法改正をめぐる議論が展開された。その中心には精神障害者の人権より、一般市民の人権をまもる社会防衛・治安的色彩を強く帯びた論調があった⁹⁾。1965（昭和 40）年に精神衛生法の一部が改正され、通院医療費公費負担制度、措置入院制度の強化がなされた。精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となったことも精神科病床のさらなる増加を招いた。「患者狩り」といわれるような強制入院の促進が行われ、全額公費の「措置入院」患者が大量に精神科病院にうまれた。高柳によれば、「1964 年の措置率は、全国平均で 37.5%に達した。措置要件を厳格に適用している今日の措置率が 0.6%程度であることを考えれば、当時の措置入院制度の運用実態がずさんであったかが推し量れる。」¹⁰⁾と紹介している。精神病床はその後も増加し続け、特に 300 床以上の病院が増え、精神科病院の大規模化が進んだ。

1968（昭和 43）年には WHO 顧問のクラーク勧告にて、日本の閉鎖的、収容的な精神医療のあり方が非難されたが、当時の厚生省課長が記者会見で「斜陽のイギリスから学ぶものは何もない」⁸⁾と話し、勧告とは反対の方向に進むこととなった。

1984（昭和 59）年、朝日新聞によって宇都宮病院事件が報道された。医師や看護婦などの医療従事者が不足する中で、無資格者による診察やレントゲン写真撮影が行われ、看護助手らの暴行により患者の死亡が発生した。この事件をきっかけに、全国の多くの精神科病院において入院患者に対する非人道的な処遇が常態化しており、こうした事態は国際社会からも非難され、国際法律家委員会（ICJ）と国際保健専門職委員会（ICHPP）の NGO 合同ミッションが調査のため来日する事態となった。WHO の報告書では日本の制度が精神障害者の人権保護や治療の観点から極めて不十分であり、特に入院手続や入院患者の法的保護に欠けていること、長期入院が多く地域医療と社会復帰活動に乏しいことなどが鋭く指摘された¹⁾。

その結果、精神衛生法の改正法である「精神保健法」が 1987（昭和 62）年に成立した。入院患者の人権保護の制度として、精神医療審査会、精神保健指定医による医療保護入院、本人の意思に基づく任意入院制度の創設、退院請求、定期病状報告の審査などが規定された。さらに、精神障害者の社会復帰の促進のために、法の目的・責務に社会復帰の促進を明記し、精神障害者社会復帰施設制度が創設された。同法は、1993（平成 5）年に一部改正がなされ、グループホームを法定化・精神障害者社会復帰センターを設置・保護義務者の名称が保護者

となり、必要な援助を受ける権利が規定された。さらに同年の障害者基本法にて、『「障害者」とは身体障害、知的障害または精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受けるものをいう。』という規定がなされ、精神障害者が初めて福祉の対象として受け入れられた。

1995（平成 7）年には「精神保健福祉法」が制定され、精神障害者の社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行うことと規定された。精神障害者を支援する法律としては、2005（平成 17）年に障害者自立支援法が成立し、2012（平成 24）年には、障害者総合支援法として改正され施行されている。

第 2 節 精神保健福祉施策の転換

2002（平成 14）年 12 月に厚生労働省社会保障審議会の精神障害分会は新障害者プランとして、「何らかの援助があれば退院できる患者」約 7 万 2 千人を 10 年以内に退院，社会復帰させることを掲げた。具体的な地域基盤整備の生活支援の内容としては、利用者本位の相談支援体制の充実，在宅サービス，施設サービスなど数値目標が提示¹¹⁾された。それを受けて、2004（平成 16）年 9 月には、厚生労働省精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」として、「国民意識の変革」「精神医療体系の再編」「地域生活支援体系の再編」「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱を掲げ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を今後 10 年で推し進めていく事¹²⁾が示された。

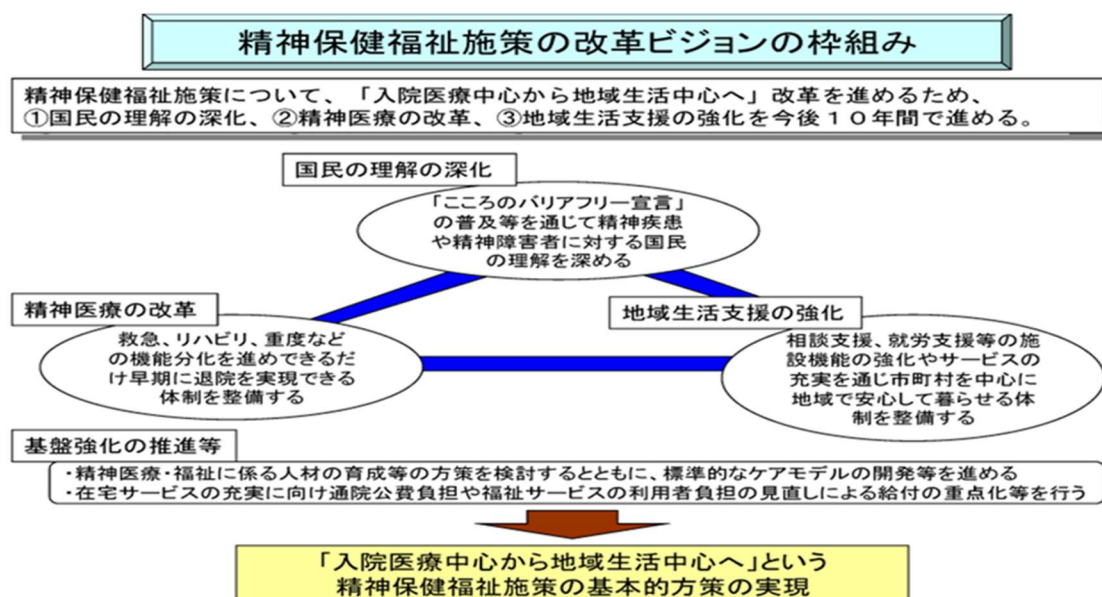


図 2 精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み（厚生労働省ホームページより）¹³⁾

精神症状は安定しているが受け入れ先がないために入院が長期化している精神障害者（社会的入院）については、医療計画を見直し、障害者自立支援法等において一定の対応がなされてきた。障害福祉計画の策定指針においても退院可能な精神障害者数の減少が各都道府県の目標値として定められ、その推進のため 2008（平成 20）年度より精神障害者の地域移行に必要な体制として、地域体制整備コーディネーターや利用対象者の個別支援等に当たる地域移行推進員の配置を柱とした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が開始された。2010（平成 22）年度からは、精神障害者地域移行・地域定着支援事業として、未受診・受療中断等の精神障害者に対する支援体制の構築と精神疾患への早期対応を行うための事業内容を加え、ピアサポーターの活動費用を計上し、精神障害者と地域の交流促進事業が実施されている。

本事業は、障害福祉計画に基づく退院可能な精神障害者の地域移行を目指すもので、地域移行の動向の推移（表 1）では、1990 年をピークに在院患者数・在院日数・病床利用率は徐々に減少し、逆に平均外来患者数は増加傾向にあり、在宅精神障害者数増加にともない精神障害者に対する支援は入院中心から地域中心へ移行されつつある。

表 1 精神科における 1 日平均在院および外来患者数・平均在院日数・病床利用率の年次推移

年次	1日平均在院患者数(人)	1日平均外来患者数(人)	平均在院日数(日)	病床利用率(%)
1990(H2)	348,500	29,433	489.6	97.3
2005(H17)	323,300	50,482	327.2	91.7
2006(H18)	321,634	52,044	320.3	91.1
2007(H19)	317,350	53,545	317.9	90.2
2013(H25)	300,067	56,927	284.7	88.1
2017(H29)	286,278	58,603	277.1	86.1

厚生労働省 病院報告の概況より作成¹⁴⁾

精神障害者の支援の方向性として、平成 21 年精神保健医療福祉の更なる改革に向けて（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）では、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、統合失調症患者の地域移行の更なる推進¹⁵⁾が掲げられている。さらに平成 23 年に提示された精神障害者アウトリーチ推進事業では、具体的な方向性として、「① 地域で生活することを前提とした支援体系とする。② アウトリーチ支援で支え

ることができる当事者や家族の抱える様々な課題 に対する解決を、「入院」という形に頼らない。③当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが 極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にす 関わり方を基本とする。」¹⁶⁾ とされている。入院という形に頼らないで、退院後いかに再入院を防ぎ地域に定着するか、生活の質の向上が課題とされている。

第 3 節 精神障害者の地域生活における課題

1. 地域移行を阻害する要因

精神障害者の地域移行と定着を阻害する要因として、岡崎は、少子高齢化が進む日本における家族機能の衰弱により、家族に患者の保護義務や権利擁護の役割を負わすことが困難になってきたことを指摘している。これまでも家族が強制入院に同意することで、本人と家族との間に修復し難い確執を残すことが問題になっていた。また主治医としては、保護者である家族が承諾しなければ患者の退院を許可しにくいという事情もあった。岡崎は、保護者の存在が退院促進ではなく退院阻害要因になりかねない悲しい現実（これは言うまでもなく、精神障害者が地域で生活するための社会資源が未だ貧困であることに大きな原因がある）¹⁾として紹介している。さらに田原らは、退院促進を意識して援助できている長期入院患者の割合を精神科看護師と准看護師 171 名を対象に調査したところ、その割合は 2 割未満と答えた看護師が 72%にのぼる¹⁷⁾と報告しており、臨床における医療従事者の意識が退院へと向かっていない課題が示されている。

2. 精神障害者の地域生活の質

精神障害者の地域生活に関する調査では、精神科通院患者約 270 万人のうち外来ニート（六ヵ月以上就職・就学・通所・主な家事をしていない、六十五歳未満）の人は約 40 万人である¹⁸⁾と報告されており、精神障害者の地域基盤整備の遅れや地域生活の質が問われている。さらに、精神障害者の地域生活の場として就労生産、仲間と交流、日中の居場所という社会生活の条件を兼ね揃えている精神障害者小規模作業所（現在は障害者総合支援法による就労継続支援 B 型事業所として運営）を対象とした先行研究では、再入院防止効果はあるが利用期間が長期化すると就労意欲は低下する¹⁹⁾ことが報告されている。また作業所に留まることは「作業所内適応の固定化」「地域内施設症」として社会参加とは程遠い²⁰⁾²¹⁾²²⁾との指摘もある。この意味では、再発はしないがパワーレスの状態は継続している可能性も

推測され、生活の場が入院施設から自宅や地域社会復帰施設に移しただけで、一人の人間としての地域生活の質や豊かさには至っていないことが示唆される。障害のある者も、ない者もともに生きる共生社会の実現のためには、精神障害者の社会参加の質を高めていく事が大きな課題である。

3. 精神病床への入院及び精神科外来通院をする統合失調症者の動向

図3は、精神科病院及び一般病院にある精神病床に入院中の統合失調症者と、外来通院中の統合失調症者数を示した。統合失調症者の入院者数は、平成17年から平成29年までに約4万5千人減少しているが、入院総数の5割以上を占めている。また、外来通院中の統合失調症者は、約6万人で推移している。

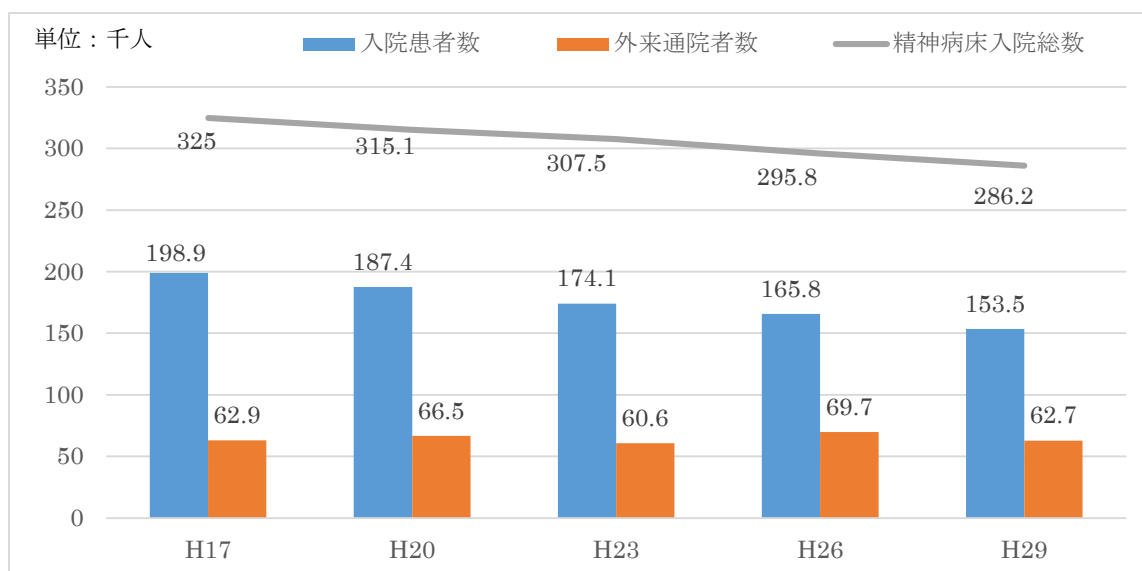


図3 統合失調症者の入院及び外来通院数 (厚生労働省 2.3 医療 (患者) 患者調査より作成¹⁵⁾)

統合失調症の急性期には、幻覚・妄想という激しい症状、慢性期には意欲低下により生活障害が出現し、周囲の人たちも患者に何が起きているのか理解ができず対応に苦慮している。岩崎の統合失調症を持つ患者家族の意識調査では、「家族は患者のケアを行う際、自責感、無力感、孤立無援感、荷重感といった様々な情動的負担を感じている。」²³⁾と報告している。これらのことから、対応に苦慮していた家族にとって患者の入院は、家庭の安寧と安息であり、入院を継続しておきたいという思いから統合失調症者の社会的入院数が多いものと推測される。さらに病識がないことによる治療の中断者が多いことと、社会参加の機会

が少ないことによる再発や再入院のリスクも高くなっている。地域移行支援と地域定着支援の更なる推進が喫緊の課題である。

第 4 節 統合失調症

1. 統合失調症の概念形成

現在の統合失調症につながる最初の記述は、1852 年ベルギーのモレル(B. Morel)によってなされ記述され、思春期に発症し急速に痴呆化する精神病を早発性痴呆 (démence précoce) と呼んだ。ドイツのクレペリン (E. Kraepelin) は 1893 年の『精神医学』Psychiatrie [第 3 版] からこの概念を用い始め、1899 年 [同上第 6 版] に至って破瓜病、緊張病、妄想性痴呆の三つの下位群をあわせ、早発性痴呆(dementia praecox)の名を与えた。しかし、これらが必ずしも早発するとは限らず、またつねに痴呆化に陥るとは限らないことからこの命名に批判が生まれた。1911 年ブロイラー (E. Bleuler) が早発痴呆の本質を心理学的特徴に求めようとし、観念連合の弛緩、感情の障害、自閉、両価性などの概念を導入し、早発性痴呆にかわる概念として Schizophrenia (統合失調症) の名を提唱した²⁴⁾。

その後統合失調症は、単一原因を有し、同じ経過をたどり一定の転帰をたどる疾患ではなく、いくつかの近似する病態過程を集めた症候群であるという考えが一般的になっている²⁵⁾。統合失調症の発症要因としては、脳神経系の脆弱性を示唆する多くの生物学的研究結果 (脳発達障害仮説やグルタミン酸仮説、エピジェネティック仮説など) が蓄積されているが、まだ特定の分子生物学的もしくは脳神経生理学的要因を限定するには至っていない。経過予後にかかわる因子としては、生物学的因子のみならず、心理社会的な様々な因子の関与 (パーソナリティ、家族の感情表出、ストレス対処行動、社会的背景、時代文化変遷など) が示唆されている。さらに精神症状の内容や程度は、個人それぞれによって表出の仕方が違う。一つの統合失調症という概念だけで、当事者の全体像をとらえることは困難であるといえる。

2. 精神分裂病から統合失調症への呼称変更

1937 年から日本で翻訳使用されてきた「精神分裂病」という病名は、症状や程度、予後などが雑多な症候群を意味していた。しかし、その病態の解明が正確になされないまま、「精神分裂病」という病名によって、精神・こころがバラバラに分裂して治らない不治の病というイメージが先行し、偏見と差別が助長されてきたと考えられる。その呼名変更の運動は、

全国精神障害者家族連合会の要請を受け全国に広がり、2002年8月の日本精神神経学会総会にて統合失調症という名称が正式に決定された。

佐藤は呼称変更の解説で、「精神分裂病」が人格荒廃に至る重症で予後不良の疾患であるという古い概念規定はすでに否定されており²⁶⁾、2001年のWorld Health Reportに準拠し統合失調症者に対して適切な薬物療法とリハビリテーションにより再発を防止し、社会復帰することができることを報告²⁷⁾している。

新旧の主な疾病概念の比較について、表2が提示されている。統合失調症の呼称変更による変化としては、主治医による病名の告知がしやすくなったこと、当事者や家族も病名告知を受け入れやすくなったことがあげられる。統合失調症の予後として回復の可能性や軽症化がエビデンスをもって報告されるようになった。当事者は、病名を開示して社会参加するようになり、地域社会でも統合失調症に対する認知に変化が生じてきているものと推察される。

表2 疾患概念の比較²⁶⁾ (公益社団法人 日本精神神経学会 HP より)

	精神分裂病 (旧)	統合失調症
疾病概念	一疾患単位 (早発痴呆が中核)	特有の症状群 (多因子性)
指標	脳の発症脆弱性で規定	臨床症状群で規定
疾病と人格	不可分	別の次元
原因	不明	神経伝達系の異常 成因に異種性が存在
重症度	重症	軽症化
予後	不良	過半数が回復
病名告知/心理教育	困難	容易
治療	主に薬物療法	薬物療法と心理社会療法

3. 統合失調症とスティグマ

1) 社会の中のスティグマ

統合失調症が近代西洋医学の中で疾患としてとらえられるようになって、まだ僅か100年余りである。この間、患者の処遇は精神病院への収容と保護が中心で、1950年代までは適切な医学的治療法は開発されておらず、それまでは様々な非科学的処置(ロボトミーと呼ばれる脳切除術やインスリン投与、麻酔管理を行わない頭部への通電など)が主であった。

そのため予後は不良であり、徐々に人格荒廃していく不治の病であるという認識が長くもたれてきた。1952年に抗精神病薬（クロルプロマジン）がこの疾患に使用され、薬物治療の可能性がひらかれた。その後開発された定型抗精神病薬（主にドーパミン受容体拮抗薬）は、激しい陽性症状に奏功し、急性期の病態がコントロールできるようになった半面、さまざまな副作用が多く（抗コリン作用、過鎮静、錐体外路症状など）、患者の生活の質を落としてしまう欠点を有していた。近年、新規薬剤開発が進み、従来の有害事象が少ない非定型精神病薬（セロトニン・ドーパミン拮抗薬や多元受容体作動薬など）が開発され、陰性症状や認知機能への効果も相まって、生活の質が確保できつつある。

その一方で、従来型の抗精神病薬多剤大量併用が日本では諸外国に比べ多いことが指摘され、当然だが過鎮静や錐体外路症状による身体的な機能障害、二次性の陰性症状、生活・行動上の障害を引き起こすことが問題視された。こうした当事者の状態が、一般社会で理解しにくい否定的な印象をさらに強めてしまった可能性²⁸⁾も指摘されている。さらに Schizophrenia の翻訳である「精神分裂病」という呼名が、精神の機能の分裂という意味を助長してきた歴史的背景は前述のとおりである。

これまで我々の社会が、当事者に対して不治の病というレッテルを張り、社会に出てはいけない存在として収容と保護施策をとり、パターン的な管理の下で自己決定侵害を続けてきた一面があることは否めない事実であろう。地域社会の住民が統合失調症をはじめとする精神疾患に対する適正な知識を得る機会が極めてすくなく、実際の当事者と関わる経験もないまま、自分たちとは関係のない、怖い、理解できない存在として偏見や差別が形成されてきた経緯がある。名称変更後も、なお統合失調症に対するスティグマは根強く残っている。

2) 当事者が抱えるセルフスティグマ

統合失調症を罹患した当事者の語りには、「精神科に入院したら終わりだ」、「まさか自分が精神病になるとは思わなかった」、「この病気になったら終わりだよ」などの悲観的な内容が多く聞かれる。発病した当事者自身も発病前に抱いていた精神科・精神障害・統合失調症に対する否定的なイメージや思い込みがあり、それが統合失調症を発病した自身に向けられることによってセルフスティグマが形成される。

精神科医療の現場では、生物学的な視点から精神症状をコントロールすることに重点が置かれ、患者の進学、就職、結婚など社会参加に対しては、ストレス脆弱性モデルに基づき

症状再燃を抑える目的からやや消極的な対応がされることも多い。

厚生労働科学研究こころの健康科学事業では、精神科病院 1,542 施設の看護師・主治医に対する調査結果を、平成 20 年 9 月に「精神病床の利用状況調査結果報告」²⁹⁾としてまとめている。報告書では、「統合失調症の患者で状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし」と回答された割合は約 45%であった。社会復帰支援という医療・福祉的な枠組みの中では、統合失調症者は能力のない存在、保護されるべき存在として過小評価される傾向にある。

統合失調症者は、社会参加の機会や主体性を失うことによって自己効力感が低下し、さらに精神障害者としてセルフスティグマが強化される連鎖の中にある。佐藤は、『こうした自己否定的な「自らへのスティグマ」こそが、当事者の回復を大きく妨げるものであり、心理社会的な介入への反応のみならず、その前提となる生物学的な治療である薬物療法への態度にさえ、影響を及ぼしている。』²⁸⁾と警鐘を鳴らしている。当事者の抱えているセルフスティグマが、リカバリーを阻害している大きな要因であることが推察される。

第 5 節 統合失調症者の支援とリカバリーモデル

医学モデルでは、疾患によってマイナスになった状態をウィークネスとしてとらえ、治療やリハビリテーションによって元のよい状態に戻す働きかけがなされてきた。しかし、加齢や身体機能の衰え、慢性疾患などでは、そもそもマイナスをゼロに戻すことに多くの困難がある。精神疾患も同様に、発病前の機能状態に戻すことが難しい場合も多く、社会生活に戻れず入院が長期化してしまう傾向にある。

従来の医学モデルを中心とした支援からの脱却した米国の背景について、白澤ら³⁰⁾は利用者のウィークネスをアセスメントし社会資源に結び付ける医学モデルのアプローチでは利用者の QOL を十分に高められないことが示され、結果としてストレング支援につながったと述べている。こうした中で、1980 年代当事者活動により、ウィークネスからストレングスに焦点を当てたリカバリー概念が注目されるようになった。

野中は、「新たなリカバリーの概念について 1980 年代後半のアメリカ合衆国において、精神障害をもつ方々の手記活動から生まれた。たとえ病や障害が残ろうが、生活や人生を取り戻すことができるという希望に満ちたメッセージである。その価値に気づいた先進諸国では、精神保健施策の基本方針として、すでに 1990 年代後半には複数の国で採用されている。」³¹⁾と紹介している。

リカバリーについては諸家が様々な定義がなされている。代表的なものとして、Anthony は「精神疾患が完全に治癒する」ことよりも、障害を抱えながら希望や満足に満ちた人生を送るための新しい目的と意味を創り出すプロセス、を強調³²⁾している。Ragins は、リカバリーのプロセスとして「希望・エンパワメント・自己責任・社会的役割の獲得」の 4 段階³³⁾を定義づけている。さらに Deegan は、「リカバリーは過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である。完全な直線的過程ではない。ときに道は不安定となり、つまづき、やめてしまうが、気を取り直してもう一度始める。必要としているのは、障害への挑戦を体験することであり、障害の制限の中、あるいはそれを超えて、健全さと意志という新しく貴重な感覚を再構築することである。求めるのは、地域の中で、暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることである」³⁴⁾と紹介している。

統合失調症を持つ当事者は、発病後に元の状態に戻ることを願いながら、精神障害者としてのスティグマに晒され、夢と希望をあきらめ、自己決定や社会的役割を失いパワーレスの状態にあることが推察される。統合失調症からのリカバリーは、疾患や障害を受け入れながら、病気と自分自身を切り離す外在化によって、一人の人として新たな人生を見出すことである。失われた夢や希望を取り戻し、地域社会の中で意味ある貢献をしていくプロセスに、リカバリーの本質があると考えられる。統合失調症を持つ当事者が、「地域を拠点とする共生社会の実現」に参画するためには、当事者のリカバリーに影響する要因を明らかにし、リカバリーを促進する支援方法について探求していく事が必要不可欠である。

第 6 節 本研究の構成

本研究の目的は、地域で生活する統合失調症者のリカバリーにかかわる心理社会的要因を、質的および量的研究により包括的に解明することとした。

1. 本研究における用語の定義

1) 本研究におけるリカバリーの定義

「障害を抱えながらも希望や満足に満ちた人生を送るための新しい目的と意味を創り出すプロセスで、希望・エンパワメント・自己責任・社会的役割の獲得の 4 段階からなり、障害の有無に関わらず誰もが感じ得ること」とした。

2) 精神科デイケア

精神科病院やメンタルクリニックで行われている外来治療の一環として設置される小規

模と大規模のリハビリテーション施設とする。(利用期間の制限はない。介護保険によるデイケアは除外する。)

3) 就労継続支援 B 型事業所施設

障害者総合支援法に規定される訓練等給付サービスに含まれるである。(利用期間や年齢の制限はなく、50歳以上の方は3年ごと、それ以外は1年ごとの更新となる。)

4) 就労継続支援 A 型事業所施設

障害者総合支援法に規定される訓練等給付サービスに含まれる就労継続支援事業所で現時点では一般企業での勤務が難しい65歳未満の方を対象としている。利用者は事業所と雇用契約を結んで一定の支援を受けられる福祉サービスである。

5) 一般就労

統合失調症者と雇用契約する一般企業及び障害者雇用促進法による障害者雇用率制度によって雇用契約を結ぶ親会社と特例子会社にて就労をすることとする。(正規雇用、非正規雇用、短時間労働者も含める。)

2. 本研究の設問

本研究の設問を、①地域で生活する統合失調症者が利用する医療福祉施設や就労状況の違いによりリカバリーレベルやリカバリーステージが異なること、②リカバリーに影響することが示唆されている心理社会因子の関連性を検討することとし、構成を以下図4のように決定した。

第1章序章では、精神保健福祉の動向、統合失調症、リカバリーなどをキーワードに先行研究を概観し、統合失調症患者のリカバリーの変遷と課題を抽出した。

第2章では、過疎化する地域商店街を支えていこうと就労する統合失調症者を対象に質的研究を行い、就労、地域貢献、地域とのつながりがリカバリーどのように促進させるのかを検討した。

第3章では、統合失調症者の利用施設および就労状況の違いやリカバリーレベル・リカバリーステージとの関連性、心理社会因子としての情緒的支援ネットワーク認知とセルフスティグマ、趣味・楽しみ、ピアサポート活動、病名の自己開示との関連性を検討するために、

質問紙による横断観察研究を実施した。

第 4 章では、第 3 章で抽出されたリカバリー関連因子を中心に、インタビューによる事例の質的検証を実施した。

最後に第 5 章で研究全体の総括を行った。

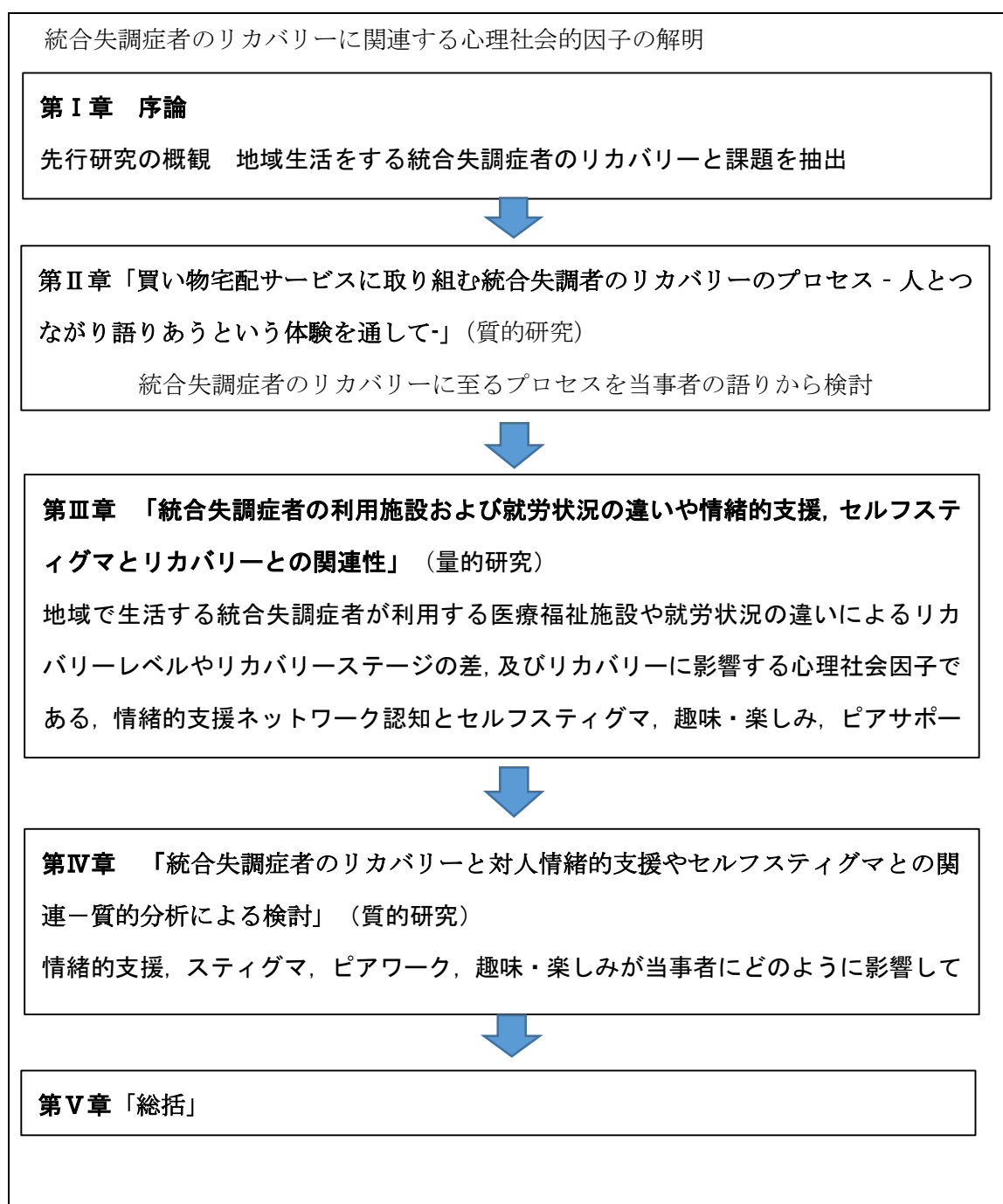


図 4 博士論文全体の構成

引用文献

- 1) 岡崎伸郎. 精神保健福祉体制のあゆみと展望～2013 年改正の動向を含めて～. 仙台医療センター医学雑誌. 2013, 3, April, p. 12-20.
- 2) 藤野ヤヨイ. 我が国における精神障害者処遇の歴史的変遷—法制度を中心に—. 新潟青陵大学紀要. 2005, 5, p. 201-215.
- 3) 鷹野朋美. 近代日本の精神病院の成立過程と看護 - 都立松沢病院の歴史から. 日本赤十字看護大学博士学位論文. 2004.
- 4) 訳・解説 金川英雄. 【現代語訳】 呉秀三・樫田五郎 精神病患者私宅監置の実況. 医学書院. 2018.
- 5) プロジェクト代表橋本明：私宅監置と日本の精神医療史 精神医療ミュージアム移動展示プロジェクト講演資料. 近代日本精神医療史研究会. 2014.
- 6) 岡田靖雄：日本精神科医療史. 医学書院. 2002, p. 178.
- 7) 江口重幸, 末安民生, 小宮敬子, 吉浜文洋. 第 7 章 社会のなかの精神障害. 系統看護学講座 専門分野Ⅱ精神看護の基礎 精神看護学 1. 医学書院. 2018, p. 292.
- 8) 大熊一夫：精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本. 岩浪書店. 2010, p. 19.
- 9) 中村和彦：DINF 精神保健福祉研究情報システム 月刊「ノーマライゼーション 障害者の福祉」2012 年 3 月号（第 32 巻 通巻 368 号） > 時代を読む 29-1965 年 精神衛生法改正 www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n368/n368001.html（参照 2019/04/25）
- 10) 高柳功. 特集 精神科医療と法・倫理—戦後を回顧して—. 臨床精神医学. 2010, 39(10), p. 1331-1338.
- 11) 厚生労働省 HP 平成 14 年 12 月 19 日社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健福祉施策について」の概要
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7g.pdf>（参照 2019/05/31）
- 12) 厚生労働省 HP 平成 16 年 9 月 精神保健医療福祉の改革ビジョン
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>（参照 2019/05/31）
- 13) 厚生労働省 HP 精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み
<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/vision.html>（参照 2019/05/31）
- 14) 厚生労働省 HP 医療施設調査・病院報告（結果の概要）
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>（参照 2019/05/31）

- 15) 厚生労働省ホームページ 平成 21 年 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html> (参照 2019/05/31)
- 16) 厚生労働省 HP 精神障害者の地域移行について
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/chiiki.html>
(参照 2019/05/31)
- 17) 田原耕治, 藤原健一, 服部朝代ほか. 長期入院患者の退院を阻害する要因～精神科に勤務する看護師の意識調査. 日本精神科看護学会誌. 2007, 50(2), p. 362-364.
- 18) 平川博之. 改革ビジョンの「地域生活中心」実現のため, 今こそ精神科診療所を地域資源として有効に活用すべきである. 現代のエスプリ 精神科診療所の現在. 2011, 531, p. 157-169.
- 19) 中川正俊, 大山勉. 精神障害者小規模作業所の入院防止機能と利用者の就労意欲にかかわる要因の分析. 臨床精神医学. 2006, 35(7), p. 1007-1016.
- 20) 黒田隆男. 共同作業所と精神障害者の社会復帰. 全国障害者問題研究会. 1986, 44(3), p. 23-32.
- 21) 加藤欣子, 加藤春樹. 今, 中身づくりのとき: 保健婦として作業所に関することを問い直す. 生活教育. 1992, 36(3), p. 16 - 29.
- 22) 菱山珠夫. リハビリテーション実践上の原則と課題. 精神障害リハビリテーション. 医学書院. 2000, p. 13-24.
- 23) 岩崎弥生. 精神障害者の家族の情動的負担と対処方法. 千葉大学看護学部紀要. 1998, 20, p. 29-40.
- 24) 加藤正明, 保崎秀夫, 笠原嘉, 宮本忠雄, 他編集委員. 新版 精神医学事典. 弘文堂. 1993, p. 499-500.
- 25) 石原孝二. 早発性認知症から精神分裂病, 統合失調症へ - スティグマ哲学. こころの科学. 2015, 180, 3月号, p. 107-110.
- 26) 公益法人日本精神神経学会 HP 統合失調症についてー精神分裂病と何が変わったのかーはじめに: 呼称変更の経緯 佐藤光源
https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=57
(参照 2019/06/09)
- 27) Benedetto Saraceno: 2001 年 World Health Report-新たなる理解. 精神医学. 2002,

44 卷 12 号, p.1350-1359.

- 28) 佐藤創一郎. II. 社会の中の統合失調症 1. アンチスティグマ 1) 概念. 統合失調症. 2013, 第 5 卷, p. 20-25.
- 29) 第 9 回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会精神病床の利用状況調査結果報告 資料 5 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-7g.pdf>
(参照 2019/06/26)
- 30) 白澤政和. 1. ストレングスとは何か, ストレングスモデルのケアマネジメント いかにより本人の意欲・能力・抱負を高めていくか. ミネルヴァ書房. 2009, p. 2-7.
- 31) 野中猛. リカバリー概念の意義. 精神医学. 2005, 47 (9), p. 952-961.
- 32) Anthony W. A. 濱田龍之介訳. 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. 1998, 2, p. 145-154.
- 33) Ragins M. 前田ケイ監訳. リカバリーへの道—精神の病から立ち直ることを支援する— (第 1 版). 金剛出版. 2005, p. 24-30.
- 34) Deegan PE. Recovery : The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation. 1988, J11, p. 11-19.

第Ⅱ章

買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者の
リカバリーのプロセス - 人とつながり語りあう
という体験を通して-

第1節 緒言

精神保健医療福祉の在り方に関する検討では、「精神障害者が地域住民の一人として、本人が望む生活を安心して送ることができるよう、『地域を拠点とする共生社会の実現』に向けて、施策の立案・実施を更に加速すべきである。」¹⁾という提言がなされている。

精神障害者のリカバリーについて Deegan は、「地域のなかで暮らし、働き、愛し、そこで自分の意味ある貢献をすること」²⁾、Ragins は、「希望、エンパワーメント、自己責任、生活のなかの有意義な役割の獲得のプロセス」³⁾と紹介している。

研究者らは、精神障害者の社会経済活動への参加の方向性として、社会から保護され支援されるという存在から、地域を支える存在として先駆的な活動している障害者福祉サービス事業所の実態を明らかにすることを目的に研究を継続してきた。過疎化、高齢化が進む町にある事業所にて実施した聞き取り調査⁴⁾⁵⁾⁶⁾では、「地域住民からの依頼に対して精神障害者がヘルパーとして出向し、地域を支える担い手となっている。」という示唆がえられた。また、雇用主から見た精神障害者の就労状況についての報告⁷⁾⁸⁾では、「仕事に対する姿勢は他の従業員にも見習ってほしい、戦力として、一人の社員として人材となり得る可能性」が示唆されている。

精神障害者の地域生活を豊かにするプロセスについて時田らは、「地域の一員としての関係拡大を図り、自分が望む生活を自分で創ることができるようになる」⁹⁾と報告している。また、精神障害者に対する地域住民の態度の変容について種田は、「個人的なかかわりが住民自身の精神的な充足や精神障害者への共感性を創出することや、偶然的な接触であれ、多様な精神障害者との日常的なかかわりは、精神障害を個性ある人として捉え、精神障害をより多様な症状・障害程度を含む概念として捉える意識を促す」¹⁰⁾と報告している。

精神障害を持ちながらも一人の人間として、町に出て人とつながり話をする。仕事をして社会に貢献する。ということがリカバリーにとって重要な課題である。

本研究では、過疎化が進む地域商店街にて買い物宅配事業を展開している S 事業所（就労継続支援 B 型事業所）の取り組みに焦点を当てる。S 事業所は、地方都市の中心地にあり、1999 年に精神障害者のオープンスペースとして開所し、中心商店街で客が買った商品の宅配や商店街の花の管理、他の NPO 法人と連携した弁当の配達事業を展開してい

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリーのプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

る。S事業所は理念のひとつとして「日々の暮らしのなかでめぐり合う関係を大切にします」を掲げている。

統合失調症者が人間関係に関心を寄せ、多くの人々とつながり合うことにより、当事者の生き方の質がどのように変化していくのかを明らかにしていくことは、地域を拠点とする共生社会の実現のための示唆となる。

第2節 研究目的

S事業所における買い物宅配サービスという地域商店街に根差した取り組みを通して、この事業に取り組むメンバー(以下、メンバーとする)や地域住民とつながり語りあうことによる統合失調症者のリカバリーのプロセスとそれを促進する中心的な意味を明らかにする。

第3節 用語の定義

リカバリーとは、「外部観察的に定義されるものではなく、当事者自らの体験として形づくられ、自覚され、実感として語られる回復や改善である」¹¹⁾とされている。

本研究におけるリカバリーとは、当事者がS事業所を利用しながら買い物宅配サービスの取り組みを通して感じる生き方の変化とする。

第4節 S事業所における買い物宅配サービス事業

S事業所は、T市街地商店街の中心に設置される就労継続支援B型事業所である。精神障害者は、地域社会から支援される存在だけではなく支援する存在として、地元商店街の活性化や地域住民に貢献したいという願いから買い物宅配サービスが開始された。事業内容は、買い物客から依頼のあった荷物を各店から集荷し、自宅へ配達をするというサービスで、重い物、持ち帰りづらい荷物等、分量に関係なく請け負っている。集荷に際しては台車で行い、配達に際しては職員が車両を運転し同行する。店員からの荷受け、客への配達は直接、face to faceで当事者スタッフが行っている。

平成27年の国勢調査¹²⁾では当市街地の人口は約30万人で、平成22年から27年の人口増減率-4.0%減となっている。65歳以上の老年人口は約3割となっている。

第5節 研究方法

1. 研究期間

2012年8月～2013年8月

2. 調査対象

S事業所にて買い物宅配サービス（以下、買い物宅配とする.）に取り組む統合失調症をもつメンバー9名とした。

3. データ収集方法

S事業所における買い物宅配に取り組むメンバーは、人とつながり語り合うという体験を通して、生き方の質にどのような変化が生じているのか、後方視的な回答が得られるよう半構造化面接を実施した。インタビューは調査対象者が指定した場所にて全対象者に対して研究者2名で実施した。所要時間は60分程度で対象者の許可を得てICレコーダーを使用した。

4. データ分析方法

本研究では、S事業所の買い物宅配に取り組む精神障害メンバー間と地域住民との相互作用に焦点を当て、メンバーのリカバリープロセスを明らかにするため、木下の修正版グラデット・セオリー・アプローチ¹³⁾（以下、M-GTAとする）を用いた継続的比較分析を行うこととした。M-GTAは、研究者が提示する研究テーマによって適用範囲を限定的に設定し、人間と人間が直接的にやりとりする社会的相互作用における動態を説明することができるため本研究の分析に適していると判断した。

1) 分析手順

分析焦点者は、「S事業所にて買い物宅配を実施している当事者スタッフ（統合失調症を有する利用者）」とし、分析テーマは、「S事業所における買い物宅配の取り組みを通してメンバー間や地域住民とつながり語りあうという体験から、精神障害者であることに折り合いをつけ自分らしく生きていくリカバリーのプロセス」と設定した。

分析ワークシートを作成し、データの関連個所を1つの具体例（ヴァリエーション）と

し、かつ、類似するヴァリエーションをも説明できると考えられる説明概念を生成する。その際に理論的メモ、定義、概念名を記入する。個々の概念名ごとにワークシートを作成し、分析作業の中で類似するヴァリエーションをヴァリエーション欄に追加記入していく。

生成した概念が恣意的な解釈とならないように、類似例と共に対局例との比較検討も行う、内容を理論的メモに記載する。生成した個々の概念間の関係を検討し関連図を作成する。

2) 分析結果の信頼性

質的研究において信頼性と妥当性を確保するために研究者間で繰り返しのディスカッションを行い、精神科医で質的研究経験のある大学院教員からスーパースーパーバイズを受けた。また、分析結果及び論文についてはS事業所にて発表会とディスカッションの機会を設け、参加したインタビュー対象者とスタッフからの意見を基に修正を加えた。

5. 倫理的配慮

書面と口頭にて研究趣旨と目的を伝え同意の得られた対象者とした。また、回答したくないことは話さなくてもよく、いずれも不利益は生じないこと、インタビューの途中や終了後の拒否も可能であることを説明した。また、研究者は、インタビュー中の対象者に心理的な負担がかからないよう配慮するとともに、精神症状が不安定と判断したときは、速やかにインタビューを終了することとした。研究代表者が所属する順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の審査(22-21)を受け、研究実施の認可を得た。

第6節 結果

1. 対象者の概要

対象者は、S事業所にて買い物宅配に取り組む精神障害をもつメンバー9名であった。精神疾患の内訳は統合失調症8名、気分障害1名であった。インタビュー時間は平均56分(36分-72分)、女性1名、男性8名、年齢層は20歳代から40歳代であった。

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリー
のプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

表1 インタビュー対象者の概要

対象者	年齢	性別	発症年齢	入院経験	宅配経験	A事業所利用期間	A事業所利用回数
A	30代	女	10代	あり	5年以上	5年以上	週5日
B	20代	男	10代	あり	3ヵ月	3ヵ月	週5日
C	30代	男	20代	あり	1年	1年半	週4日
D	20代	男	10代	あり	2年	5年以上	週4日から5日
E	30代	男	20代	あり	1年半	2年	週6日
F	30代	男	20代	あり	6ヵ月	1年	週4日から5日
G	40代	男	10代	あり	5年以上	5年以上	週5日
H	30代	男	10代	あり	1年	1年	週3日
I	30代	男	20代	あり	2年	5年以上	週5日

2. ストーリーライン

分析焦点者と分析テーマに沿って検討した結果、14個の概念、5個のカテゴリー、1個のコアカテゴリーが生成された。以下、ストーリーラインと分析結果、図表については、コアカテゴリーは【 】、カテゴリーは《 》、概念は〈 〉、代表的なヴァリエーションは斜体で対象者は（ ）内のアルファベットで示した。

S事業所にて買い物宅配に取り組む精神障害をもつメンバーは、発病しながらも【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】を目指し、リカバリーのプロセスをたどっている。

彼らは、精神疾患の発症によって今までの生活が一変するという〈発病による絶望感〉を体験し、精神疾患に対するセルフスティグマは、社会の目以上に彼ら自身が強く感じることで〈病を隠すことによるリカバリーの遅れ〉につながり、障害を受け入れられないまま〈障害の受容困難による孤立化〉という《病気をクローズにすることによる負のサイクル》に陥っていた。

次に、S事業所における買い物宅配という彼らが社会に貢献していくという活動の場を通して、〈支え合える仲間の存在〉を実感し、今まで隠していた病気のこと、こころの内を言葉にすることができるという〈語りあえる場の確保〉につながっている。語り合うという場の力は、自身の気持ちを「言葉にする」それを「聞いてもらえる」、自身も相手の言葉を聞くという共助的な場となり、〈周囲から受け入れられる安心感〉につながっている。彼

第II章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリーのプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

らは、病いに対する苦しみ以上に人間関係の豊かさを感じることができ、〈精神疾患との折り合い〉をつけながら、発病によって体験した負のサイクルから《病気をオープンにすることによる正のサイクル》というリカバリーに転換されていた。

次に、買い物宅配を通して人の役に立ちたいという彼らの取り組みは、〈自分にもできるという手応え〉を感じ、〈安定した生活を送るためのセルフコントロール〉という自身の病状や生活を管理するという《生きる主体としてのエンパワーメント》につながっていた。さらに宅配サービスの継続は、人間関係の質を豊かなものにし、〈人間関係に対する前向きな変化〉を生み、彼らの根底にあった〈周囲に対する優しい思い〉を引き出していた。実際に町の人々から感謝されるという言葉の力によって、〈人の役に立っているという実感〉を得て、これらの概念は影響しあいながら《豊かな人間関係の拡がり》へとつながっていた。次に、彼らは、人目を避けて暮らしていた生活から〈地域住民とのつながり〉や〈町に受け入れられているという帰属感〉が芽生え、《地域社会との和解》を実感できるようになった。というストーリーラインを描くことができた。

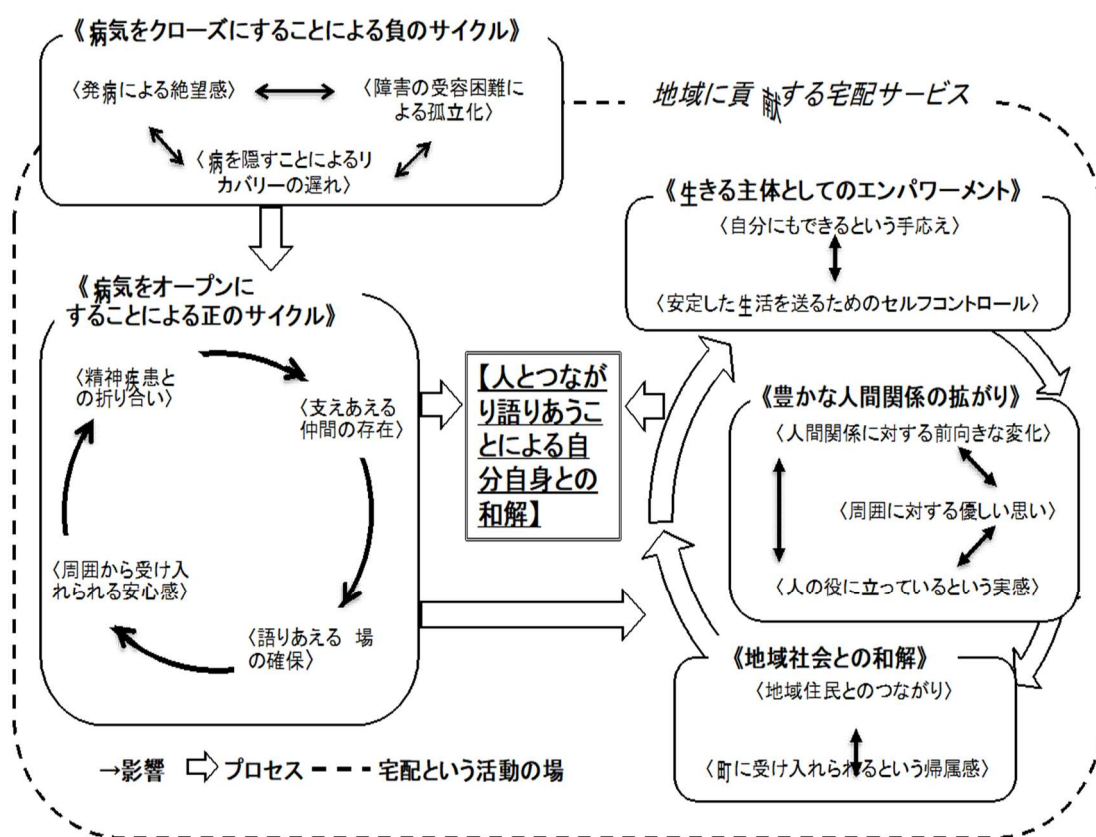


図 商店街宅配サービスに取り組む精神障害者のリカバリープロセス

3. カテゴリー分析結果 (表2)

1) コアカテゴリー【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】

【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】は、地域商店街にて買い物宅配に取り組む精神障害者のリカバリーのプロセスにおける中心的な意味と推測できる。

この定義は、“精神疾患の発病によって従来の生活ができなくなり、病気・生活・自分自身をも受け入れられなくなった当事者が、再び人とつながり、語りあうことを通して病気だけではなく、自分自身を受け入れられるようになること”とした。

2) カテゴリー1 《病気をクローズにすることによる負のサイクル》

メンバーは、生きにくさを感じながら、自分自身の発病というできごとを受け止められず、隠すことによって社会適応をさらに困難にするという負のサイクルを形成していた。このカテゴリーは三つの概念から構成された。

(1) 概念1 〈発病による絶望感〉

ただその治るって風邪みたいな感覚で最初あって、病院に行ったら治るんだって思ってたのが入院ってなって、この先どうなるのかって (B)

(2) 概念2 〈病を隠すことによるリカバリーの遅れ〉

病気を隠して向こうにいたときは、病気を隠して働かないと、なんか働けない環境にいるというか、周りの人が偏見のまなざしだから (A)

(3) 概念3 〈障害の受容困難による孤立感〉

精神分裂病だって言われた時はショックというのもあるし、前は隠して親以外には話さないようにして、そういうことは恥なんだみたいな感じに思ってた。(E)

3) カテゴリー2 《病気をオープンにすることによる正のサイクル》

S 事業所の買い物宅配事業を通して、メンバーは、支えあえる仲間、安心して語りあえる場を得ることによって、自らの病と向き合い、受け入れ、病と和解するというプロセスをたどっていた。このカテゴリーは四つの概念から構成された。

(1) 概念4 〈支えあえる仲間の存在〉

たまたま気の合う人がいて、ここで楽しく過ごせているような感じがありますね。同じ

ような境遇の仲間という感じはしますね。分かり合えるような感じがあります。(F)

(2)概念5〈語り合える場の確保〉

自分の中では劇的に周りの人とうまいように話ができるようになって、喧嘩もするけど、自分の中でサンネットの中に自分の居場所ができて立ち位置もできて苦勞もなく、普通にいろんな人と話せるようになっている(E)

(3)概念6〈周囲から受け入れられる安心感〉

私は病気なんですっていうことも話して、オープンに開示してやっています。オープンに自分の病気のことを話せる機会があったからこそ、地域とか、お店の人とも話せるようになった。(A)

(4)概念7〈精神疾患との折り合い〉

病気にならなかつたら、なんでもない会話とか、そういうつながりとかが、なんか、こう深く実感するっていうか、今、病気になっていなければどうなっていたのか、ということとは考えられないですね。なんか、病気になったお蔭で変わっていった。(F)

4) カテゴリー3《生きる主体としてのエンパワーメント》

メンバー同士で協力し町の人たちに感謝されるという体験は、当事者にとって「病気があるからできない」という認知から、「病気があっても夢と希望を持って楽しく生きる事ができる」に変化して、主体としてのエンパワーメントというプロセスをたどっていた。このカテゴリーは二つの概念から構成された。

(1)概念8〈自分にもできるという手応え〉

絶対働くことは無理だと思っていたんで、だから、今は街中で宅配をしている。想像もしていなかったことを今している。おもしろいですし、やっぱり自信ですね。(B)

(2)概念9〈安定した生活を送るためのセルフコントロール〉

宅配をするなかで相手に悪い印象を与えてはいけないということが大きいですね。やっぱり相手に好印象を持たれたいので挨拶をして、ぱぱっとしてやらなきゃいけないと(F)

5) カテゴリー4 《豊かな人間関係の拡がり》

《生きる主体としてエンパワーメント》されたメンバーは、買い物宅配を継続することによって地域住民との関係性が強化され、周囲に対する思いやりや、役に立っているという《豊かな人間関係の拡がり》を実感するプロセスをたどっていた。このカテゴリーは、三つの概念から構成された。

(1) 概念 10 〈人間関係に対する前向きな変化〉

お金がないけど、なんでか分からないんだけど人間関係が豊富で、いろんな人とつながりがあるって (E)

(2) 概念 11 〈周囲に対する優しい思い〉

集荷しているとやっぱり、こういう荷物が持てあるけないお年寄りがいるのかなって思えるんですよ (C)

(3) 概念 12 〈人の役に立っているという実感〉

ありがとうって言われた時は本当にやってよかったなって思えますね。野菜とかもってけとか、声をかけられたときは、そういう人との温かい交わりができています (E)
町の人たちのためにも、ちっさいけど役に立っているなとは思っていますね (F)

6) カテゴリー5 《地域社会との和解》

買い物宅配は、人間関係の質の変化をもたらし、自分たちが地域に貢献しているという意識につながり《地域社会との和解》というプロセスをたどっていた。このカテゴリーは、二つの概念から構成された。

(1) 概念 13 〈地域住民とのつながり〉

薬とかも運んでいるからお客さんの命をつないでいるんだなっていう感じもあります。本当にたった300円でやる仕事かもしれないけど、でもそこには、いろいろな人の人生とつながっているんだなと思ってます (E)

お店テレビででましたよ。ていうとお店の人も喜んでくれて、お店の人と話をしていると元気になる。悲観的な部分がなくなりますね。儲けより商店街に貢献したという感じ (H)

(2) 概念 14 〈町に受け入れられるという帰属感〉

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリー のプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

障害者が事件を起こした報道があった時、明らかにいつも行く店のおばちゃんの様子が変わったんだよね。避けられている感じだった。それでも引きこもるんじゃなくて街に出ていこうと思った。商店街が盛り上がるように花壇の仕事も引き受けて、そしたらまた普通に変わってきたね (G)

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリーの
プロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

表2 カテゴリー名, 概念名, 定義, データ

コアカテゴリー【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】		
カテゴリー名		
概念名	定義	ヴァリエーション
カテゴリー1《病気をクローズにすることによる負のサイクル》		
発病による 絶望感	精神症状と生活障害による生きづらさから生じる絶望的な感覚	もうどうやって生きていけばいいんだろうとまで、考えちゃいましたね。このまま生きていいんだろうかとまで思っちゃいましたね。絶望的でした。(C)
病を隠すことによるリカバリーの遅れ	当事者が抱えている病気や生きにくさを語り合う場がないことによりリカバリーが遅れること	プライベートなことを話せることがなくて、語らない、語る場所もない、私こういうことに悩んでいます。こういうことに困っていますという語る場がないんですね。そこでは、緊張しなかった。(F)
障害の受容 困難による 孤立化	精神疾患に対する誤解と偏見は当事者自身にも根強く、障害の理解と受容が困難なことによる孤立	病気を隠して向こうにいたときは、病気を隠して働かないと、なかなか働けない環境にいるというか、周りの人が偏見のまなざしだから(A) 病気になってき、だれも友達失ったからさ、たいいて私たちの病気って友達を失うと思ってたから(I)
カテゴリー2《病気をオープンにすることによる正のサイクル》		
支えあえる 仲間の存在	支えあえる理解しあえる仲間を得ることによって一人ではないと感じられる安心	同じ家族間の悩みとか、同じ病気の悩みとか、たまたま20代の人がいったりして同じ体験とか、それで一人じゃないんだと思えて(B)
周囲から受け入れられる 安心感	周囲から受け入れられ安心して暮らせるようになること	病名を言えて、私幻聴が聞こえるんだとか、変なものが見えるんだとオープンに話をしているのを見ると、ああ、自分も話してもいいんだなと(E) / 気持ちを隠さないでやることがすごい楽です。前は隠していて、それで辛くて病気が出てきて辞めちゃう感じでした(G)
語りあえる 場の確保	自分が抱えている苦痛や生きにくさという体験を語りあい、受け入れられるという安心できる場を確保	こういうことがありましたということ語り合って、みんなで共有しあってわからあう。それで居心地がいい(A) / 生きづらさの解決のためには、自分の苦しさを語る場、会話する場が大切なんだと思います。色々会話ができる機会があって助かっていますね。

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリーのプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して-

		(F)
精神疾患との折り合い	自分自身の中にあった精神疾患に対する拒否が和らぎ、折り合いがつくことにより「生きにくさ」が解消されていく状態	自分の病気を恥じなくなったから、恥じていないだからコミュニケーションが取れるようになった (A) / 案外良かったかなと、お金だったら普通の会社がいいだろうけど、質とか中身という意味人間関係ではこれでよかったかなと、病気に感謝まではいかないけど満足 (B)
カテゴリー3 《生きる主体としてのエンパワメント》		
自分にもできるという手応え	病気だからできないと諦めてきた人生から夢と希望を持って前向きに生きる事ができるようになること	人と話せること繋がっていることが本当に幸せで、救いでさ、大げさだけど捨てたものじゃないなって. (E) / 辛いけれども人に感謝されたり、自分ができるようになったことを通してよくなってきている実感にはつながっています. (F)
安定した生活を送るためのセルフコントロール	責任ある仕事を任されることにより、体調管理・服薬管理・生活リズムなど再発防止のために自覚的なセルフコントロールができるようになった状態	今の生活を維持しながら管理をしていきたいと思っています. 自分らしく夢を諦めない、責任をもつということに繋がっています (A) / 基本的な身なりはどうか? 気分と体調はどうか? というチェックシートをつけながら10クールぐらい続けてやっとチェックシートをつけなくてもできるようになって、やれるようになって仕事が楽しくなってきた (E)
カテゴリー4 《豊かな人間関係の拡がり》		
人間関係に対する前向きな変化	S 事業所に通い宅配サービスを通して活動や人とかわることに対して気持ちが前向きに変化していくこと	ずっといままで家に居たかったのが、人と触れ合うのとか、外に出るのが楽しみになって. 宅配をしていると、変わったんですね. (B) / 本当にありがとうって思っていないと、ありがとうっていう言葉はでないと思うんですよ. (C)
周囲に対する優しい思い	人とつながっているという体験によって自分自身の中にある温かい優しい気持ちに気づくこと	人間関係が繋がっていくんだなという. 人に対する優しさっていう気持ちが前よりもまして大きくなりましたね (C) / 宅配の利用件数が多いと役に立っているなと思いますね. お店も繁盛しているからうれしいなと思います (D)
人の役に立っているという実感	相手から感謝されることによって役に立っているという実感できること	雪の中を届けてくれてありがとうと言っただけで大変だけど嬉しいほっとします. お買いもの宅配が役に立っている. 役立っているという感じがします (A) / まったく知らない人が声をかけ

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリーのプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して-

		てくれる。ご苦労様とか。言われると、ぐぐってきますね (B)
カテゴリー5 《地域社会との和解》		
地域住民とのつながり	地域の中で人と関わり、話す体験を積み重ねることによって、一人の個人として受け入れられ、つながっていると実感すること	お客さんに外に出て待ってもらえますかって言ったら道路まで出てきてもらって手を振ってくれてうれしかったね (E) / あたらしい人との出会いというか、いろんな人と、商店街の人と友達になれるっていうか、仲良くなれるところがいいですね (G)
町に受け入れられるという帰属感	S 事業所の宅配サービスを通して自分自身が町に受け入れられているという帰属感	ここに来る前は散歩していて、よその人と話すようなことはなかった。〇町みたいところを盛り上げていきたい (D) お店の人と気に入られて声をかけてもらえると嬉しいものだよ。「頑張ってるね」と声をかけてもらって (I)

第7節 考察

1. 病気をオープンにすることによるリカバリー

一般的に精神障害者に対する社会の偏見は根強く、自分とは無関係なものとして認識する傾向にある。今回、インタビューを実施した対象者は、精神疾患の発病による絶望感から、病を隠し、孤立していくという体験を通して《病気をクローズにすることによる負のサイクル》に陥っていた。

当事者にとって精神症状は、主観的な認知であるが自己コントロールすることのできない脅威であり、生きづらさへとつながっている。「どうやって生きていけばいいんだろう」というヴァリエーションからも、精神症状による個人の“生きにくさ”という〈発病による絶望感〉を読み取ることができる。

次に、精神科受診によって診断が付き治療が開始されてもなお、当事者の生きづらさは一向に変わらず、「病気を隠して働かないと、なんか働けない環境にいる」というヴァリエーションからも、“社会的な偏見”が加わることによって〈病を隠すことによるリカバリーの遅れ〉へとつながっていた。

精神障害に対する否定的なイメージについては、諸家¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾の指摘があり、たとえば中西らは、「家族に精神障害者がいることを人に知られたくない」という項目は否定的回答が最も多く、また過去に比べ増加しており、精神障害者を身内に持つことを恥とする考え方が極めて根強い¹⁶⁾と報告している。さらに横山らは、「スティグマの影響を受けた対象

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリーのプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

者は自己開示をためらい、適切な対人交流を図ることが難しくなっていた。同時に、対象者は適切な相手に自己開示することができず、開示相手から差別や拒絶を受けた体験を有していた。」¹⁷⁾と報告している。精神障害をもつ当事者は、症状による“生きづらさ”に加えて、精神障害に対する社会のスティグマに曝されることによって、自分自身も病を受け入れがたいというセルフスティグマが強化され〈障害の受容困難による孤立化〉という悪循環につながっているものと考えられる。社会的なスティグマが精神障害者個人に与える影響について武井は、『「生きにくさ」という言葉には、その人固有の問題だけではなく、その人を取り巻く環境側の問題（社会的障壁）が引きおこす困難が含まれている。』¹⁸⁾と紹介している。精神障害者は、発病によって感じている主観的な体験である“生きづらさ”に対して、社会的なスティグマとセルフ・スティグマが加わることによって、個人の問題では片づけられない“生きにくさ”という質へと変化し《病気をクローズにすることによる負のサイクル》をたどっているものと推察される。

この負のサイクルを脱するためには、精神障害との折り合い、支えられる環境、安心して病や体験を自己開示できる場が重要であると考えられる。精神障害者の居場所と心の拠り所について濱田らは、「当事者が自分の過去を納得して、将来を展望しつつ、現在を生きることができる“ところ”である。また、周囲の人もそのような当事者のあり様を見守りつつ、なくてはならない存在として、共に生きている“ところ”である。つまり、当事者が過去から将来、そして現在という“時”の中で、生活、仕事、療養、地域における“場”を自分のいる“ところ”として引き受けとらえられるようになったときに初めて、居場所や、心の拠り所を獲得できる」¹⁹⁾と報告している。ヴァリエーションでは、「一人じゃないんだと思えて/分かり合えるような感じが/語り合って、みんなで共有しあってわかちあう」などがあげられた。S 事業所を利用する当事者は、社会に貢献していくという共通の目標をもつ〈支えあえる仲間の存在〉を得て、〈語りあえる場の確保〉、〈周囲から受け入れられる安心感〉、〈精神疾患との折り合い〉という《病気をオープンにすることによる正のサイクル》というリカバリーのプロセスをたどっていた。

仲間の存在は、単に仕事を共にするというだけではなく“病や体験を語る”“自分の悩みや生き方を語る”という共助的な作業を通して濱田らの言う「なくてはならない存在」へと発展して共に生きる心の拠り所となっているものと推察できる。

精神病からの回復についてローリ・アーハンらは、「回復は、回復すると信じること、回復できると信じてくれる人と人間関係を持つこと、回復技術を習得すること、そして社会

での価値ある役割を得ることの組み合わせにより達成される。回復するとアイデンティティは精神病患者から完全な人間へと変化する。」²⁰⁾と紹介している。〈発病による絶望感〉から〈精神疾患との折り合い〉までのプロセスでは、「自分の病気を恥じなくなった/質とか中身という意味人間関係ではこれでよかった」などのヴァリエーションがあり、精神疾患を受け入れ、病をもった生き方から、一歩前進して一人の人間として自分自身の生き方に主題がシフトチェンジされ【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】というコアカテゴリーに向かって前進しているものと考えられる。

2. 自分自身との和解と生き方の質の変化

精神疾患の発病によって《病気をクローズにすることによる負のサイクル》にいる当事者は、社会との関係性や接点を徐々に失い、病院と自宅という限られた環境の中で病状をコントロールすることに重点が置かれ、主体性の喪失が生じてくるものと考えられる。

医学モデルによって精神障害者がパワーレスに陥る状態については、多くの先行研究²¹⁾²²⁾²³⁾²⁴⁾が紹介されている。たとえば岩崎は、「強制的な医療と医学モデルの影響下で、その人がもつ固有の力が削がれていってしまうという状況である。」²¹⁾と報告している。狭間は、「援助観、人間観が利用者のさまざまな側面の中で欠陥や弱さのみに収斂することにある。この視点からは、人間が本来的に有する強さや成長力などが隠蔽されてしまう。」²¹⁾と報告している。

このようなパワーレスの状態から買い物宅配を目的とする社会貢献、仲間、受け入れられ体験、病との折り合いをつけていくプロセスを通して〈自分にもできるという手応え〉を実感し、〈安定した生活を送るためのセルフコントロール〉をしようとする《生きる主体としてのエンパワーメント》へ転換されたものと考えられる。これは Ragins³⁾の報告にあるよう希望、自己責任、エンパワーメント、生活のなかの有意義な役割の獲得のプロセスと一致している。

次に、エンパワーメントされた当事者は、買い物宅配を通して地域住民と触れあう中に〈人間関係に対する前向きな変化〉が生じ、精神障害の生きにくさを感じているときには気付かなかった〈周囲に対する優しい思い〉が芽生え、地域住民の役に立ちたいという取り組みが〈人の役に立っているという実感〉につながったものと推察される。ヴァリエーションでは、「なんでか分からないんだけど人間関係が豊富/人に対する優しさっていう気持ち前よりもまして大きく/ちっさいけど役に立っている」とあり、精神障害は対人関係

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリーのプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

の障害とされているが、相手の気持ちを汲み取り潜在的には人と深くつながりあう、豊かな感情を読み取ることができる。これら3つの概念は影響しあいながら《豊かな人間関係の拡がり》につながっているものと考えられる。

精神障害者の回復過程について浦河べてるの家では、『メンバーの過去の挫折や行きづまりを見ていると、彼らが「関係」に挫折してきたことがわかる。それは他者との関係であり、自分との関係だ。だから関係に挫折し自信を失ってきた一人ひとりが、持てる力を発揮するためには、「関係」において回復し、関係のなかで自信をとりもどしていくしかない。』²⁵⁾と紹介している。

精神障害者に対する《豊かな人間関係の拡がり》を揺らがす社会的スティグマについてヴァリエーションでは、「障害者が事件を起こした報道があった時、明らかにいつも行く店のおばちゃんの表情が変わった/それでも引きこもるんじゃなくて街に出ていこうと思った./そしたらまた普通に変わってきた」とある。精神障害者ではあるが一人の個人であり、病を隠さずに〈地域住民とのつながり〉を求め続けることが、〈町に受け入れられるという帰属感〉となり、《地域社会との和解》につながっているものと推察される。

以上のことから分析テーマにあげた「S 事業所における買い物宅配の取り組みを通してメンバー間や地域住民とつながり語りあうという体験から、精神障害者であることに折り合いをつけ自分らしく生きていくリカバリーのプロセス」において、【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】は、精神障害を持つ自分から病を切り離して、問題を外在化することによって、より個としての生き方を促進するリカバリーを促進する中心的な意味を持つものと考えられる。

第8節 結論

本研究では、精神障害を持ちながらも地域社会に貢献し、人とつながり語りあうという体験が当事者のリカバリーにどのように影響しているのかそのプロセスを明らかにすることを目的とした。S 事業所における買い物宅配サービスに取り組むメンバーは、リカバリーのコアとなる【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】を目指していた。

《病気をクローズにすることによる負のサイクル》から《病気をオープンにすることによる正のサイクル》へのプロセスでは、支え合える仲間、語りあえる場、受け入れられる安心感を得ていくことが精神疾患との折り合いにつながっていた。さらに、病を外在化し一人の個人として希望と責任をもつことによって《生きる主体としてのエンパワーメント》

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリーのプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

を獲得し、人との深いつながり役に立つという実感が《豊かな人間関係の拡がり》、《地域社会との和解》につながっていた。

本研究は、S 事業所における買い物宅配サービスに取り組む精神障害者を対象とした限定的なデータによる分析である。そのためコアカテゴリー【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】及びそこへ至るプロセスについて得られた示唆から、一つのリカバリープログラムを作成し、介入研究を実施しながら検証を進めていくことが課題となる。

引用文献

- 1) 平成 22 年版厚生労働白書：第 2 部 1) 精神保健医療福祉の在り方に関する検討
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/10/> (参照 2017/06/02)
- 2) Patricia E. Deegan. Recovery : The Lived Experience of Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1988, 11(4), p.11-19.
- 3) マーク・レーガン著. 前田ケイ監訳. ビレッジから学ぶ リカバリーへの道 精神の病から立ち直ることを支援する. 金剛出版. 2005, p. 24-95.
- 4) 岡本隆寛, 松本浩幸, 折原澄子. 精神障害者の人材としての可能性についての一考察- 精神障害者雇用主へのインタビューを通して. 平成 22 年度 順天堂精神医学研究所紀要. 2011, p. 86-91.
- 5) 松本浩幸, 岡本隆寛. 精神障害者が商店街宅配サービスで働くことの意味- 「人間関係の認識の変化」に焦点をあてて-. 三育学院大学紀要. 2015, 7(1), p. 59-63.
- 6) 岡本隆寛, 松本浩幸. 精神障害者の就労を支えるスタッフの姿勢の変化 - 過疎地域を支える精神障害者ヘルパーの取り組みを通して -. 三育学院大学紀要. 2018, 10(1), p. 1-9.
- 7) 石川誠. いなげやにおける精神障害者雇用への取り組み. 精神障害とリハビリテーション. 2010, 14(1), p. 150-154.
- 8) 栄セツコ. 南高梅 紀州高田果園の取り組み. 精神障害とリハビリテーション. 2010, 14(1), p. 150-154.
- 9) 時田礼子, 佐藤紀子, 宮崎 美砂子. 在宅精神障害者と近隣住民が関わりを持つことにより生活の質が変化し地域での豊かな生活に向かったプロセス. 千葉看護学会誌, 2014, 19(2), p. 11-19.

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリー
のプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

- 10) 種田 綾乃. 地域住民の精神障害(者)に対する態度とその変容 精神障害者当事者活動の可能性に着目して. 精神障害とリハビリテーション. 2012, 16(2), p. 153-159.
- 11) 伊藤順一郎. 精神科病院を出て, 町へ ACT がつくる地域精神医療. 岩波書店. 2012, p. 25.
- 12) 総務省統計局 平成 27 年国税調査 人口等基本集計結果
www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka.html (参照 2017/07/02)
- 13) 木下康仁. グランデッド・セオリーアプローチの実践: 質的研究への誘い. 弘文堂. 2003.
- 14) 谷岡哲也, 浦西由美, 山崎里恵ほか. 住民の精神障害者に対する意識調査 精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ. 香川大学看護学雑誌. 2007, 11(1), p. 65-74.
- 15) 吉井初美. 精神障害者に関するスティグマ要因-先行研究をひもといて-. 日本精神保健看護学会誌. 2009, 8(1), p. 140-146.
- 16) 中西 英一, 足利学, 白井雅子ほか. 精神障害者に関するイメージの変化 27 年の変化について. 精神医学. 2012, 4(8), p. 779-789.
- 17) 横山和樹, 森元隆文, 武田里江ほか. 地域で生活する統合失調症をもつ人における自己開示とセルフスティグマ低減のプロセス. 精神障害とリハビリテーション. 2014, 8(2), p. 54-62.
- 18) 武井麻子. C 精神障害者の体験と精神看護 ③精神障害者がかかえる「現実の問題」と「生きにくさ」. 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 精神看護の基礎 精神看護学①. 医学書院, 2016, p. 19.
- 19) 濱田恭子, 堤由美子. 心の病をもつ人の地域における居場所と心の拠り所の獲得の実態. 日本精神保健看護学会誌. 2010, 19(2), p. 22-32.
- 20) ローリ・アーハン, ダニエル・フィッシャー. 自分らしく街で暮らす 当事者のやり方, 齋藤明子翻訳. RCA 研究所. 2004, p. 18.
- 21) 岩崎香. 人権を擁護するソーシャルワーカーの役割と機能 精神保健福祉領域における実践を通して. 中央法規. 2010, p. 65.
- 22) 狭間香代子. 社会福祉の援助論. 筒井書房. 2001, p. 102.
- 23) 白澤政和編著. ストレングスモデルのケアマネジメント. ミネルヴァ書房. 2009, p. 2-3.

第Ⅱ章 買い物宅配サービスに取り組む統合失調症者のリカバリー
のプロセス - 人とつながり語りあうという体験を通して -

- 24) 野中猛. 図説医療保健福祉のキーワード リカバリー. 中央法規. 2011, p. 37.
- 25) 浦河べてるの家. べてるの家の「非」援助論. 医学書院. 2002, p. 94-94.

第Ⅲ章

統合失調症者の利用施設および就労状況の違い や情緒的支援，セルフスティグマとリカバリー との関連性

第1節 緒言

厚生労働省精神保健福祉対策本部が策定した精神保健医療福祉の改革ビジョンにより、「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念¹⁾がうちだされ、精神障害者の地域移行・地域定着支援が推進されつつある。さらに、精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書では、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、統合失調症患者の地域移行の更なる推進²⁾が掲げられている。一方その生活実態については、全国の精神科通院患者約270万人のうち仕事や福祉サービスを利用せず通院以外に社会との接点を持っていない外来ニート数が推計で40万人前後に上るという報告がある³⁾。

こうした中で、リカバリーという概念が注目されてきている。これは、病気や障害の如何にかかわらず、希望を抱き、自分の能力を発揮して自ら選択できるという構えの指向性を意味する⁴⁾。生活の場を病院から地域に移すだけではなく、地域生活の質を高めていくために、リカバリーを取り入れた支援を展開していくことが重要な課題である。さらに、リカバリーを促進させる関連要因を明らかにすることで、生活の質を視野に入れた地域移行や地域定着、就労支援に結び付けることができるのではないだろうか。リカバリーの中核的要素を、“living a meaningful and contributing life beyond the catastrophic effects of the illness”，すなわち「障害や疾患によりもたらされる破滅的ともいえる影響を超えて、意味ある、そして社会に寄与することのできる人生を生きること」とする研究者も多い(Leamyら⁵⁾、Davidson⁶⁾)。本研究ではAnthony⁷⁾とRagins⁸⁾の概念に従い、リカバリーを「障害を抱えながらも希望や満足に満ちた人生を送るための新しい目的と意味を創り出すプロセスで、希望・エンパワメント・自己責任・社会的役割の獲得の4要素からなり、障害の有無に関わらず誰もが感じ得ること」と定義した。現在、リカバリーは直線的に進行するものではなく、いくつかの段階を経て新たな視点や態度が獲得されていくという考え方がある。たとえばAndresenら⁹⁾は、リカバリーをプロセスとステージの2側面からダイナミックにとらえ、モラトリアムから気づき期、準備、再構築、そして成長期に至る、としている。リカバリーステージをとらえることで、次の段階に向かうために必要な支援や資源を明らかにすることができる。他方で、リカバリーをいくつかの要素や因子に分けてとらえ、それぞれの度合いを実証的に測定評価することも実践や研究を進めるうえでは欠かせない。本研究では、前者の視点でリカバリーを段階評価する方法と、後者の視点からリカバリーをいくつかの因子に分けdimensionalな評価をする方法、その両者を導入する。

第Ⅲ章 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや情緒的支援，セルフスティグマとリカバリーとの関連性

リカバリーのレベルを実証的に測定する尺度として代表的なのは，Corrigan が作成した Recovery Assessment Scale (RAS)¹⁰⁾である。これは，リカバリーを以下の5要素（目標・成功志向/希望，他者への信頼，自信を持つこと，症状に支配されないこと，手助けを求めののをいとわないこと）にわけ，それぞれ連続量としてとらえる方法である。地域で暮らす精神障害者を対象として日本語版 RAS¹¹⁾を用いた先行研究を概観すると，藤本ら¹²⁾¹³⁾は「情緒的支援ネットワーク認知，趣味や楽しみ，地区行事への参加」が，千葉ら¹⁴⁾は「ピアサポートの経験」が，それぞれリカバリーに有意な影響を示すと報告している。リカバリーに関する質的な研究¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾でも，「スタッフ・家族・友人などの人間関係」，「地域社会とのつながり」，「ピアサポート活動」，「就労による責任や自己効力感」，「病気の受容や自己開示」などの概念が抽出されており，RAS 研究結果を支持している。また黒髪ら¹⁹⁾は，「スティグマ」の軽減と RAS の上昇との関連を報告しており，海外でも「内的スティグマ」の低い統合失調者の方がリカバリーレベルも高いと指摘されている²⁰⁾。一方で安喰ら²¹⁾は，クリニック通院中及びデイケア利用中の統合失調症者を対象とした研究で，情緒的支援ネットワーク認知および趣味・楽しみはリカバリーに影響していないと報告しており，再検討する必要がある。

以上の先行研究から，精神障害者のリカバリーを促進する要因として，地域社会に参加し，他者との情緒的支援関係やピア活動を持つこと，セルフスティグマが軽減されることなどが重要であると推察される。しかし，それぞれの研究で社会参加レベルの判断基準が曖昧で，関連する心理社会因子についても追試可能な評価尺度を用いて比較することが必要である。そこで本研究では，リカバリーに影響することが示唆されている社会参加レベルを利用施設や就労の差異で指標とするとともに，セルフスティグマを Link による尺度²²⁾で，情緒的支援ネットワーク認知を宗像による尺度²³⁾でそれぞれ評価し，さらに先行研究で指摘されている「趣味・楽しみ」，「ピアサポート活動」，「病名の自己開示」を取り上げて調査を行った。

なお先駆的研究者である Deegan は，リカバリーとは地域の中で暮らし，働き，愛し，そこで自分が重要な貢献をすること²⁴⁾と述べている。「働く」ことは，社会に貢献し，生きることと直結している。田中は，精神障害者が働くことの意義を，価値ある社会的役割を獲得し，人としてふさわしい自尊心の回復や自己効力感を高めること²⁵⁾，と指摘している。地域社会でどのように働くかが，精神障害者のリカバリーと深く関連することが推察される。就労との関連については，Chan ら²⁶⁾は就労期間の長さがリカバリーに関係する

と示唆しているが、就労状況や利用する施設の違いによりリカバリーの質や段階にも差が出てくるのではないだろうか。実際に、通院やデイケアなど医療保険施設の利用者と就労支援などの福祉サービス利用者、一般就労をしている統合失調症者とでは、リカバリーレベルやステージが異なることが推測される。しかし、精神科デイケア，就労継続支援 A・B 型事業所，特定子会社雇用と，それぞれ利用している統合失調症者を分類し，リカバリーレベルやステージの差異やそれに影響する心理社会因子を比較した先行研究はほとんど見当たらない。

以上より本研究の設問を，①地域で生活する統合失調症者が利用する医療福祉施設や就労状況の違いによりリカバリーレベルやステージが異なること，②リカバリーに影響することが示唆されている心理社会因子である，情緒的支援ネットワーク認知の向上とセルフスティグマの軽減，趣味や楽しみ，ピアサポート活動，病名の自己開示との関連性を詳しく検討すること，とした。

第 2 節 方法

1. 参加者

研究参加者は首都圏に在住する 20 歳から 65 歳までの統合失調症者で，知的障害・発達障害・認知症の併存は除外した。また，定期的に精神科外来に通院していること，精神症状が安定していること，研究趣旨と質問紙の内容を理解し回答できることを選択基準とした。その上で，患者が利用している施設や就労状況から，社会参加状況を「精神科デイケア群」，「就労継続支援 B 型事業所群」，「就労継続支援 A 型事業所群」，「特例子会社就労群」の 4 群で設定し，施設や会社を週に 4 回以上利用し 1 年以上継続している利用者を対象とした。2018 年 4 月から 6 月に，首都圏の精神科デイケア 236 か所，首都圏の就労継続支援 A/B 型事業所 907 か所（精神障害を対象とした事業所のみ）及び全国の特例子会社 407 か所の計 1550 か所に研究依頼書および説明文書，以下の質問紙等を郵送し，各部署責任者が選択基準に合う対象者に配布した。調査協力に同意した対象者が，郵送により研究者まで質問紙を返送した。

2. 評価方法

1) リカバリーレベル 日本語版 Recovery Assessment Scale (RAS)

Giffort によって作成された Recovery Assessment Scale（以下 RAS）は，精神疾患を持

つ人のリカバリーを dimensional にとらえる自己記入式質問紙である。当初 41 項目から構成²⁷⁾されていたが、その後、Corrigan による因子分析から 5 つの因子が抽出され、24 項目の短縮版¹⁰⁾が作成された。日本では Wild²⁸⁾の研究を参考に、千葉らが日本版 RAS¹¹⁾を作成している。本尺度は、24 項目からなるリッカート尺度（とてもそう思う：5 点～全くそう思わない：1 点）である。得点範囲は 24～120 点で、総得点が高いほどリカバリーが高いことを示す。下位尺度の構成は、目標・成功志向/希望（9 項目）、他者への信頼（4 項目）、自信を持つこと（5 項目）、症状に支配されないこと（2 項目）、手助けを求めるのをいとわないこと（4 項目）の 5 因子となっている。日本語版の信頼性と妥当性は千葉²⁹⁾が確認しており、精神疾患をもつ人のリカバリープロセスの評価に広く用いられている。本尺度を研究に用いる許可については、作成者である千葉に許諾を得た。

2) リカバリーステージ 日本語版 Self-identified stage of recovery (SISR-A)

Andresen らは、リカバリーのプロセスについて複数のステージを経て進んでいくものであるとし、Self-identified stage of recovery (SISR)³⁰⁾を開発した。SISR は、Part-A と Part-B が作成され SISR-A は、リカバリーステージの評価尺度で SISR-B はリカバリープロセスの評価尺度である。その後、千葉らが日本版 SISR-A¹¹⁾を作成している。本尺度は、リカバリーステージを、1. モラトリアム期、2. 気づき期、3. 準備期、4. 再構築期、5. 成長期、の 5 段階を表し、「ア」～「オ」の 5 つの文章の中から 1 つを選択する尺度である。モラトリアム期は喪失感や絶望感による引きこもりの時期、気づき期はすべてを喪失したわけではなく達成が可能であることへの気づきを得る時期、準備期はリカバリーに向けて取り組み始める時期、再構築期は前向きに意味ある人生の目標に舵をとる時期、成長期は自分への前向きな感情とレジリエンスをもち意味ある人生を歩む時期とされている。日本語版の信頼性と妥当性は千葉³¹⁾が確認しており、入院している精神疾患を持つリカバリーステージの測定に用いられている。SISR-A のステージが上昇することによって、RAS のスコアが上がること、両尺度には正の有意な相関があることが報告されている。本研究ではリカバリーステージを評価するために、作成者である千葉に許諾を得たうえで SISR-A を使用した。

3) セルフスティグマ

Link によって作成されたスティグマ尺度 (Devaluation-Discrimination Scale³²⁾) : 以下

Link) は、12項目からなる調査票である。精神的治療を受けたことのある人に対するスティグマの程度を測定するが、①脱価値や差別されている意識、②拒絶による社会からの阻害感の2つの面から評価される。なお当事者自身が回答した場合は、自分が差別されていると感じ、そう解釈する「セルフスティグマ」を意味する。蓮井らの研究³³⁾において日本語版が作成され、その後下津らによって信頼性と妥当性が確認²²⁾されている。本尺度は、12項目からなるリッカート尺度（非常にそう思う：4点～全くそう思わない：1点）である。個人の合計得点が30点を高く超えるような事例が患者あるいは患者の家族にあった場合には、セルフスティグマ、あるいは社会的スティグマについて強く意識している可能性がある³⁴⁾。本尺度を研究に用いる許可については、作成者である下津に許諾を得た。

4) 情緒的支援ネットワーク尺度

社会的支援ネットワークという情緒的・心理的に支えになってくれる人が自分の周りにいると認知していることにより、心身のストレス状態が軽減され、精神的な健康度が高まることが推測される。宗像らの開発した情緒的支援ネットワーク尺度（以下ESN）²³⁾は、社会的な支援の中でも特に情緒的支援に着目し、「自分の周りに情緒的・心理的に支えになってくれる人が存在していることをどれくらい認知しているか」を測定する自己記入式尺度で、信頼性と妥当性が検討されている。情緒的支援を認知しているか「家族の中で」、「職場の中で」、「その他の中で」支援者が「いる」「いない」の二件法により、各3領域を10項目で回答する。本調査では該当する対象者の例として「職場の中で」の例としてデイケア/施設/職場を「その他の中で」の例として友人/医療者などを挙げた。合計得点の範囲は0～10点であり、判断基準は8点以上のとき、好意を持ってくれる人がいると認知している、6～7点では十分ではない、5点以下では存在を諦めている、と判断される。本尺度を研究に用いる許可については、作成者である宗像に許諾を得た。

5) 個人属性

参加者の性別、年代（20代から60代の5段階）、居住形態（自宅、賃貸、グループホーム）、誰と暮らしているか（一人、家族、家族以外）、精神科初診年代（10代から60代の6段階）、精神科入院経験の有無、ピアサポート経験の有無、病名開示の有無（病気を隠すことなく生活をしている場合に「有り」とした）、趣味や楽しみの有無について調査した。なお、入院経験のある参加者については、直近の退院後の地域生活年数を記載してもらっ

た(253名).

3. 分析方法

1) リカバリーレベルに関する検討

- (1)対象者の基本属性や心理社会因子 (Link および ESN の尺度得点) について, 各記述統計量を算出した.
- (2)リカバリーレベルと利用施設や就労状況の違いとの関連を検討するために, RAS 総得点及び下位尺度 5 項目の平均値を, 社会参加状況の 4 群間で統計的に比較 (1 元配置分散分析) した.
- (3)リカバリーレベルと年代 (5 段階), 精神科初診年代 (6 段階), 直近の地位生活年数, ESN 3 尺度, Link ステイグマ尺度との相関関係について, Spearman 係数を算出した.
- (4) カテゴリー変数である居住形態, 誰と暮らしているか, 精神科入院歴の有無, ピアサポート経験の有無, 病名開示の有無, 趣味の有無との関連については, RAS 平均値を群間比較 (2 群間は t 検定, 3 群以上は分散分析) した.
- (5) リカバリーレベルに直接的な影響を与える因子を特定するために, 以下の手順で重回帰分析を行った. まず欠損値はリストごとに除外し, すべての変数に対して有効な値を持っているケースだけ分析に使用した (n=318). 従属変数を RAS 総得点とし, 独立変数に順序尺度・間隔尺度である利用施設や就労状況 (4 段階), ESN 3 尺度, Link ステイグマ尺度, 年代 (5 段階), 精神科初診年代 (6 段階), 精神科入院経験の有無, ピアサポート経験, 病名開示の有無, 趣味や楽しみの有無を投入した線形重回帰分析を行い, ステップワイズ法で変数選択 (F 値確率は投入=0.05, 除去=0.10) を行うとともに回帰モデルの有意性を検討した.

2) リカバリーステージに関する検討

- (1) SISR-A によるリカバリーステージ (1. モラトリアム期, 2. 気づき期, 3. 準備期, 4. 再構築期, 5. 成長期) と社会参加レベル 4 群, 性別, 精神科入院経験, ピアサポート経験, 病名開示, 趣味や楽しみとの関連について検討するために, カイ二乗検定またはフィッシャー直接確率検定による比率の比較を行った.
- (2) 各 5 段階のリカバリーステージによる ESN 3 尺度, Link ステイグマ尺度, 年代 (5 段階尺度), 精神科初診年代 (6 段階尺度) の平均値を比較検討するために, 1 元配置分散

分析（Scheffe による多重比較）を行った。

以上の統計解析は，日本 IBM SPSS 日本語版バージョン 24 を用いた。

4. 倫理的配慮

本研究は，順天堂大学研究等倫理委員会の承認(第 29-55)を得て行った。調査目的や方法，プライバシーの保護，研究参加の任意性，返送後は無記名のため辞退できなくなること，データの取り扱い方法についてなどを書面で記載し，対象者から返送の得られた調査票は全て同意が得られたものとした。

第3節 結果

1. 参加者の属性と記述統計量（表1）

研究参加者は計 342 名であった。性別は，男性 237 名，女性 97 名であった。年代は，40 歳代 118 名，30 歳代 79 名，50 歳代 78 名，60 歳代 39 名，20 歳代 25 名であった。居住形態は，自宅 185 名，賃貸 112 名，グループホーム 43 名であった。居住状況は，家族 194 名，単身 118 名，家族以外 26 名であった。利用施設や就労状況では，デイケア 103 名，B 型事業所 143 名，A 型事業所 66 名，特例子会社 30 名であった。精神科初診年代は，20 歳代 156 名，10 歳代 92 名，30 歳代 66 名，40 歳代 17 名，50 歳 7 名，60 歳代 1 名であった。ピアサポート経験は，ありが 185 名，なしが 146 名であった。病名開示は，ありが 214 名，なしが 112 名であった。趣味の有無は，ありが 279 名，なしが 53 名であった。精神科入院経験は，ありが 262 名，なしが 78 名であった。直近の退院後地域生活年数（入院経験者のみ）は，平均 10.12 (SD8.39) 年，最長 40 年であった。Link 尺度は，平均 32.46 (SD7.08) 点，ESN 家族は平均 6.18 (SD3.75) 点，ESN デイケア/施設/職場は平均 6.58 (SD3.25) 点，ESN 友人/医療者は平均 5.04 (SD4.03) であった。

第Ⅲ章 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや
情緒的支援, セルフスティグマとリカバリーとの関連性

表1 対象者の概要と記述統計量

個人属性		全人数(%) n=342
性別	男性	237(69.3)
	女性	97(28.4)
	無回答	8(2.3)
年代	20代	25(7.3)
	30代	79(23.1)
	40代	118(34.5)
	50代	78(22.8)
	60代	39(11.4)
	無回答	3(0.9)
	居住形態	自宅
賃貸		112(32.7)
グループホーム		43(12.6)
無回答		2(0.6)
誰と暮らしているか	一人	118(34.5)
	家族	194(56.7)
	家族以外	26(7.6)
	無回答	4(1.2)
利用施設や就労状況	デイケア	103(30.0)
	就労継続支援B型	143(42.0)
	就労継続支援A型	66(19.0)
	特例子会社	30(9.0)
精神科初診年代	10代	92(26.9)
	20代	156(45.6)
	30代	66(19.3)
	40代	17(5.0)
	50代	7(2.0)
	60代	1(0.3)
	無回答	3(0.9)
精神科入院経験の有無	あり	262(76.6)
	なし	78(22.8)
	無回答	2(0.6)
ピアサポート経験の有無	あり	185(54.1)
	なし	146(42.7)
	無回答	11(3.2)
病名開示の有無	あり	214(62.6)
	なし	112(32.7)
	無回答	16(4.7)
趣味や楽しみの有無	あり	279(81.6)
	なし	53(15.5)
	無回答	9(2.6)
n=342	平均(標準偏差)	範囲
Linkスティグマ尺度	32.46(7.08)点	範囲5~48点
ESN 家族	6.18(3.75)点	範囲0~10点
	6.58(3.25)点	範囲0~10点
	5.04(4.03)点	範囲0~10点
友人/医療者		
直近の退院後地域生活年数 #	10.12(8.39)年	範囲 1年~40年

ESN:Emotional Support Network Scale

2. リカバリーレベル (RAS) の分析

1) 利用施設や就労状況による違いとリカバリーレベルとの関係 (表2)

リカバリー状況を RAS 総得点及び下位尺度5項目で評価した結果について、利用している保健福祉サービスや就労状況による4群に分けて記述統計量を算出し、各平均値を分散分析により統計的に比較した。その結果、各群間で、RAS 総得点及び下位尺度5項目の平均得点にいずれも有意な分布の差は認められなかった。

表2 利用施設や就労状況とリカバリーとの関連

	社会参加レベル	n	平均値	標準偏差	F 値	有意確率
RAS 総得点	デイケア群	103	80.62	14.830	0.156	0.926
	B型事業所	143	79.93	17.200		
	A型事業所	66	80.77	17.610		
	特例子会社	30	82.10	17.773		
RAS 目標/成功志向・希望	デイケア群	103	29.83	6.850	0.587	0.624
	B型事業所	143	30.84	7.733		
	A型事業所	66	31.18	8.366		
	特例子会社	30	31.27	8.407		
RAS 他者への信頼	デイケア群	103	14.08	3.009	0.567	0.637
	B型事業所	143	14.07	3.676		
	A型事業所	66	13.52	3.297		
	特例子会社	30	14.27	2.638		
RAS 自信を持つこと	デイケア群	103	16.03	3.588	0.518	0.670
	B型事業所	143	15.40	4.201		
	A型事業所	66	15.59	4.286		
	特例子会社	30	15.40	4.484		
RAS 症状に 支配されない こと	デイケア群	103	6.83	1.763	1.909	0.128
	B型事業所	143	6.41	2.326		
	A型事業所	66	6.94	1.718		
	特例子会社	30	7.13	1.907		
RAS 手助けを求め るのをいとわ ないこと	デイケア群	103	13.85	2.345	1.453	0.227
	B型事業所	143	13.22	3.007		
	A型事業所	66	13.55	2.579		
	特例子会社	30	14.03	2.859		

RAS:Recovery Assessment Scale ANOVA: ns

2) リカバリーレベルと心理社会因子との関係 (表3・4)

①RAS の総得点及び下位尺度5項目と、年代 (5段階)、精神科初診年代 (6段階)、直近の地位生活年数、ESN 3尺度、Link スティグマ尺度との単相関 (Spearman 係数) を表示する (表3)。ESN 3尺度は、RAS 総得点及び下位尺度5項目と有意な正相関 ($p < 0.01$) を示した。Link スティグマ尺度と RAS 総得点及び5下位尺度は有意な負相関 ($p < 0.01$) を示した。直近の退院後地域生活年数 (入院経験者のみで分析) と RAS 総得点は有意な正相関 ($p < 0.05$) 及び2下位尺度 (「目標/成功志向・希望」、「自信を持つこと」とは、有意

な正相関 ($p < 0.01$) を認めた。年代は「自信を持つこと」と有意な正相関を示した ($p < 0.01$)。

②基本属性による RAS の得点比較を表 4 に示す。性別と精神科入院経験の有無，居住形態，誰と暮らしているかについては，RAS 尺度平均値に有意差は認められなかった。ピアサポートの経験の有無は，RAS 総得点及び 2 下位尺度（「目標/成功志向・希望」，「他者への信頼」）において有意差 ($p < 0.01$, $p < 0.05$) を認め，経験があるほうがいずれのリカバリーレベルも高かった。病名の開示の有無は RAS 下位尺度「他者への信頼」において有意差 ($p < 0.01$) を認め，開示しているほうがリカバリーレベルは高かった。趣味の有無は，RAS 総得点及び 4 下位尺度（「目標/成功志向・希望」，「自信をもつこと」，「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」）において有意差 ($p < 0.01$) を認め，ある方がいずれのリカバリーレベルも高かった。

表3 リカバリーレベルと変数間の相関

RAS/総得点及び下位尺度	年代	精神科 初診年代	直近の 退院後地 域生活年 数#	ESN 家族	ESN デイケア/ 施設/職 場	ESN 友人/ 医療者	Link スティグマ 尺度
総得点	0.047	-0.083	.151*	.344**	.380**	.477**	-.279**
目標/成功志向・希望	-0.006	-0.102	.167**	.239**	.318**	.439**	-.197**
他者への信頼	0.010	-0.106	0.033	.372**	.448**	.446**	-.300**
自信を持つこと	.175**	-0.016	.225**	.283**	.241**	.308**	-.303**
症状に支配されないこと	-0.048	-0.052	0.074	.280**	.224**	.290**	-.186**
手助けを求めるのをいとわないこと	0.044	-0.033	0.063	.273**	.358**	.373**	-.204**

Spearman相関係数, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$ (両側)

RAS: Recovery Assessment Scale, ESN: Emotional Support Network Scale

#: 入院経験者262名中253名のみ分析

第Ⅲ章 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや
情緒的支援、セルフスティグマとリカバリーとの関連性

表4 対象者の属性とリカバリーレベルとの関連

(n=342)

	RAS 全体			RAS 目標/成功志向・希望			RAS 他者への信頼			RAS 自信を持つこと			RAS 症状に支配されないこと			RAS 手助けを求めるのを いとわないこと		
	t値	p値	平均値	t値	p値	平均値	t値	p値	平均値	t値	p値	平均値	t値	p値	平均値	t値	p値	
t検定(対応のない)																		
性別																		
男	80.95		31.03			13.85			15.74			6.72			13.61			
女	79.77	0.578	29.86	1.231	0.220	14.37	-1.360	0.175	15.30	0.892	0.374	6.80	-0.367	0.714	13.44	0.552	0.582	
精神科 入院経験																		
あり	80.94		30.76			14.11			15.80			6.68			13.58			
なし	78.67	0.997	30.17	0.562	0.575	13.46	1.373	0.173	14.96	1.619	0.108	6.73	-0.182	0.856	13.35	0.646	0.520	
ピアサポート 経験																		
あり	82.25		31.58			14.37			15.90			6.77			13.63			
なし	77.79	2.462	29.28	2.767	0.006**	13.38	2.718	0.007**	15.21	1.554	0.121	6.53	1.058	0.291	13.40	0.753	0.452	
病名の 開示																		
あり	81.42		30.96			14.34			15.80			6.74			13.58			
なし	77.87	1.802	29.61	1.470	0.143	13.24	2.841	0.005**	15.15	1.361	0.175	6.46	1.206	0.229	13.41	0.522	0.602	
趣味や 楽しみ																		
あり	81.94		31.35			14.08			16.00			6.82			13.69			
なし	70.58	4.093	25.56	4.670	0.000**	13.15	1.651	0.104	13.46	3.960	0.000**	5.88	2.884	0.005**	12.54	2.640	0.010*	
分散分析	平均値	F値	p値	平均値	F値	p値	平均値	F値	p値	平均値	F値	p値	平均値	F値	p値	平均値	F値	p値
居住形態																		
自宅	79.35		30.35			13.68			15.52			6.56			13.23			
賃貸	81.15	1.337	30.74	0.431	0.650	14.23	2.325	0.099	15.53	0.812	0.445	6.80	1.304	0.273	13.85	2.448	0.088	
グループホーム	83.72		31.53			14.77			16.37			7.07			13.98			
誰と暮らして いるか																		
一人	81.08		30.70			13.90			15.98			6.76			13.74			
家族	79.61	1.144	30.53	0.123	0.884	13.82	2.459	0.087	15.33	1.415	0.244	6.62	0.665	0.515	13.31	2.604	0.075	
家族以外	84.62		31.31			15.35			16.38			7.08			14.50			

*: p<.05、** : p<.01

RAS: Recovery Assessment Scale

3) リカバリーレベルと直接的に関連する因子 (表 5)

リカバリーレベルを有意に予測する回帰モデルを検討するため、従属変数を RAS 総得点とし、独立変数には利用施設や就労状況による違い (4 段階)、ESN 家族、デイケア/施設/職場、友人/医療者、Link、年代、精神科初診年代、ピアサポート経験、病名開示の有無、趣味の有無を投入した線形重回帰分析を行い、ステップワイズ法を用いた変数選択を行った。その結果、有意な重回帰モデルが得られ、自由度調整済み決定係数 $R^2 = .32$ であった ($F=26.31$, $DF=(6, 312)$, $P<.001$)。選ばれた有意な独立変数は、ESN の友人/医療者 ($p<.0001$)、ESN のデイケア/施設/職場 ($p<.0001$)、Link 尺度 ($p<.0001$)、趣味 ($p<.0001$)、年代 ($p=.002$)、精神科初診年代 ($p<.05$) であった。なお、独立変数における VIF 値はすべて 1 から 2 の範囲であり、多重共線性は確認されなかった。

表5 リカバリーを従属変数とした重回帰分析

従属変数 = RAS総得点	自由度調整済み $R^2=0.32$ $F=26.31$, $DF=(6,312)$, $p<.0001$		
	β	t	p
独立変数 定数		13.53	0.000
情緒的支援ESN 友人/医療者	0.31	6.18	0.000
情緒的支援ESN デイケア/施設/職場	0.22	4.44	0.000
Linkスティグマ尺度	-0.20	-4.37	0.000
趣味や楽しみ	0.18	3.88	0.000
年代	0.16	3.19	0.002
精神科初診年代	-0.11	-2.17	0.030

RAS:Recovery Assessment Scale

ESN:Emotional Support Network Scale

3. リカバリーステージ (SISR-A)の分析

1) リカバリーステージとカテゴリー変数との関係 (表 6・7)

SISR-A のリカバリーステージ 5 段階 (1. モラトリアム期, 2. 気づき期, 3. 準備期, 4. 再構築期, 5. 成長期) それぞれに分類される参加者の人数と比率について、利用施設や就労状況の 4 群 (表 6)、および性別、精神科入院経験、ピアサポート経験、病名開示、趣味の有無 (表 7) にわけて表示する。この結果、リカバリーステージの比率は、趣味や楽しみにおいてのみ有意な差 ($p<0.05$) を認め、趣味や楽しみがある群でリカバリ

第Ⅲ章 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや
情緒的支援，セルフスティグマとリカバリーとの関連性

ーステージが高かった。しかし，利用施設や就労状況とリカバリーステージとは，有意な
関連を示さなかった。

表6 利用施設や就労状況とリカバリーステージ カイ二乗・フィッシャー直接確率検定 人数(%)

	SISR-A					合計
	1	2	3	4	5	
デイケア群	16(4.8)	20(6.1)	27(8.2)	24(7.3)	14(4.2)	101(30.6)
B型事業所群	16(4.8)	27(8.2)	41(12.4)	39(11.8)	13(3.9)	136(41.2)
A型事業所群	11(3.3)	7(2.1)	16(4.8)	21(6.4)	9(2.7)	64(19.4)
特例子会社	6(1.8)	6(1.8)	6(1.8)	6(1.8)	5(1.5)	29(8.8)

全項目で比率の差に有意差なし

表7 カテゴリー変数とリカバリーステージとの関連 カイ二乗・フィッシャー直接確率検定

		SISR-A					人数(%)
		1	2	3	4	5	
性別	男性	33(73)	48(80)	53(60)	64(72)	33(80)	231(72)
	女性	12(27)	12(20)	35(40)	25(28)	8(20)	92(28)
精神科入院経験	なし	13(28)	15(25)	19(21)	24(26)	6(14)	77(23)
	あり	33(72)	44(75)	71(79)	68(74)	36(86)	252(77)
ピアサポート経験	なし	24(52)	24(41)	34(40)	41(47)	18(43)	141(44)
	あり	22(48)	35(59)	52(60)	46(53)	24(57)	179(56)
病名開示	なし	20(43)	18(31)	26(31)	28(33)	18(43)	110(43)
	あり	26(57)	40(69)	58(69)	58(67)	24(57)	206(57)
趣味や楽しみ*	なし	13(28)	15(26)	9(10)	10(11)	3(7)	50(16)
	あり	33(72)	43(74)	80(90)	77(89)	38(93)	271(84)

SISR-A: The Self-identified stage of recovery Part-A

*, $\chi^2=22.23, p=0.005$

2) リカバリーステージと ESN, LINK, 年代との関連 (表 8)

SISR-A の各ステージ (1. モラトリアム期, 2. 気づき期, 3. 準備期, 4. 再構築期, 5. 成長期) 別に, ESN (家族, デイケア/施設/職場, 友人/医療者) 尺度得点, Link ステイグマ尺度得点, 年代, 精神科初診年代の平均値を統計的に比較 (1 元配置分散分析) した. その結果, ESN の家族及びデイケア/施設/職場下位尺度でそれぞれ有意差 ($F=7.8, 6.5$; $p<.001$) を認めた. 多重比較の結果, いずれもステージ 1 に比べステージ 2 から 5 の平均値が有意に上昇していた ($p<.05$). ESN 友人/医療者の尺度得点も有意差を認めたが ($F=4.1$), 多重比較の結果ではステージ 4 のみ 1 に比して有意に上昇していた ($p<.05$). Link ステイグマの平均値はリカバリーステージ間で有意差を認めたが ($F= 3.5$), 多重比較の結果ステージ 5 が 1 に比して有意に上昇していた ($p<.05$).

第Ⅲ章 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや
情緒的支援, セルフスティグマとリカバリーとの関連性

表8 SISR-Aと情緒的サポートネットワーク認知、Linkスティグマ尺度、年代などとの関連

	SISR-A	N	mean	SD	ANOVA	
					F	P
ESN-1 家族	1	49	3.71	3.553	7.806	0.001***
	2	60	6.83	4.365	(Scheffe,F)	
	3	90	6.82	3.391	1<2	-3.013*
	4	90	6.91	3.643	1<3	-3.124*
	5	41	7.12	3.703	1<4	-3.304*
	合計	330	6.42	3.863	1<5	-3.365*
ESN-2 デイケア/ 施設/職場	1	49	4.82	3.534	6.48	0.001***
	2	60	6.70	3.228	(Scheffe,F)	
	3	90	7.16	2.557	1<2	-1.917*
	4	90	7.08	3.102	1<3	-2.395*
	5	41	7.78	2.885	1<4	-2.163*
	合計	330	6.78	3.136	1<5	-2.884*
ESN-3 その他 友人/医療者	1	49	3.53	3.703	4.1	0.003**
	2	60	5.63	7.669	(Scheffe,F)	
	3	90	4.94	4.032	1<4	-2.707*
	4	90	6.21	3.896		
	5	41	5.83	4.116		
	合計	330	5.32	4.888		
Link スティグマ尺度	1	46	35.63	6.774	3.534	0.008**
	2	60	32.82	6.863	(Scheffe,F)	
	3	90	32.36	7.479	1<5	5.488*
	4	92	32.13	6.870		
	5	42	30.14	7.172		
	合計	330	32.55	7.173		
年代	1	49	4.14	1.137	0.361	0.836
	2	60	4.03	0.956		
	3	89	3.99	1.071		
	4	90	4.06	1.221		
	5	41	4.17	1.202		
	合計	329	4.06	1.116		
精神科初診年代	1	46	2.24	0.899	1.432	0.223
	2	60	1.87	0.873		
	3	89	2.17	0.968		
	4	92	2.14	0.979		
	5	41	2.02	0.851		
	合計	328	2.10	0.933		

*:p<.05,**:p<.01,***:p<.001

SISR-A: The Self-identified stage of recovery Part-A

Link's scale: The Link's Devaluation and Discrimination Scale

ESNS: The Emotional Support Network Scale

年代は1(20代)~5(60代)、初診年代は1(10代)~6(60代)、いずれも順序尺度

第4節 考察

1. 利用施設や就労状況によるリカバリーレベル・ステージの違い

精神科デイケア，就労継続支援 B 型事業所・A 型事業所，特例子会社の 4 群で，RAS 総得点及び下位尺度 5 項目によるリカバリーレベル及び SISR-A によるリカバリーステージを比較した結果，これら利用している保健福祉サービスや就労状況による違いとリカバリーレベルやステージとの間には，有意な関連は見られなかった。

従来の病理欠陥モデルでは，当事者の問題行動に焦点を当て，リハビリテーションによって問題改善を図ることでより高いレベルでの社会適応が可能になると想定し，社会参加状況が高まることでリカバリーが促進されるという仮説を提案した。しかし国府田ら³⁵⁾は，病理モデルに基づいて不必要な管理や援助を行うと，患者の主体性を奪うことに繋がるのではないかと指摘している。支援者の統合失調症者に対する先入観により，社会の参加場所が割り当てられてしまっている可能性も示唆される。

Rapp³⁶⁾は，問題を病理として見るのではなく，どのように困難を乗り越え，どうしたらうまく願望達成を援助できるか，というリカバリー視点を強調している。さらに Deegan は，「リカバリーは一つの過程であり，生活の仕方であり，姿勢であり，日々の課題への挑戦の仕方である。それは，完全な直線的な過程ではない。」²⁴⁾と紹介している。統合失調症者のリカバリーは，どのような施設を利用しているか，どのような就労実態か，という側面だけで論ずることはできず，そこでどのような生き方，意味ある貢献をしているかというプロセスと質が影響しているものと考えられる。

2. リカバリーと関連する心理社会因子

1) 情緒的支援ネットワークとセルフスティグマ

リカバリーレベルに関しては，単相関の結果を見ると ESN 3 尺度全てが RAS の 5 下位尺度と有意な相関を示していた。SISR-A を用いたステージの検討でも RAS とほぼ同様の結果が得られ，情緒的支援の認知（家族，デイケア/施設/職場）の値はステージが上がるほど有意に上昇しており，対人関係における情緒的な安定が統合失調症患者のリカバリーステージを向上させたと推察される。より直接的に関連する因子を重回帰分析により同定した結果，統合失調症者のリカバリーレベルは，周囲の人々によって形成された情緒的支援や趣味という個人の私生活に関連する要素がある程度の影響を与えると示唆された。特に，他者からの情緒的支援の認知，友人/医療者，デイケア/施設/職場での対人関係は，リカバ

第Ⅲ章 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや情緒的支援，セルフスティグマとリカバリーとの関連性

リーレベルを促進するために重要な要因であると考えられる。Schön ら³⁷⁾は、社会的な関係について重要な要因であると報告している。さらに Rice ら³⁸⁾は、地域で生活する精神障害者が危機に直面した際に仲間の支援がリカバリーに有益であると紹介している。興味深いことに、Cavelti ら³⁹⁾は、治療者との関係の低さが精神症状とリカバリースタイルに関連していることを報告している。更に、医師やスタッフとの関係が、精神障害者の回復を促進する要因の1つである可能性についても示唆している。統合失調症者にとって、精神保健福祉の専門家や社会的関係を含む他者からの情緒的支援の認知は、リカバリーを促進する可能性がある。前述のように本研究結果は藤本ら¹²⁾¹³⁾の精神障害者を対象とした先行研究を追認しているが、安喰ら¹⁸⁾の統合失調症を対象とした先行研究とは一致しなかった。その要因として、安喰らの研究では作業所とデイケア利用中の統合失調症者 70 名を対象としたため、生活範囲が限定されていることが関連している可能性がある。統合失調症者の回復について、浦河べてるの家⁴⁰⁾によれば、『メンバーの過去の挫折や行きづまりを見ていると、彼らが「関係」に挫折してきたことがわかる。それは他者との関係であり、自分との関係だ。だから関係に挫折し自信を失ってきた一人ひとりが、持てる力を発揮するには「関係」において回復し、関係のなかで自信をとりもどしていくしかない。』と紹介されている。このことを踏まえても、社会参加場所において他者から情緒的支援を受けていると認知することが関係性の回復につながり、ひいてはリカバリーに大きく影響すると推察される。

また Link 尺度は RAS のリカバリーレベルに負の影響を示す有意な変数として選択され、SISR-A との関連においてもステージ 5 (成長期) がステージ 1 (モラトリアム期) に比して有意にスティグマが低かった。これらは、黒髪ら¹⁹⁾の精神障害者を対象とした研究結果とも合致していた。セルフスティグマについて佐藤⁴¹⁾は、「無価値で恥ずかしい、隠すべき存在」という因習や誤解を自分で受け入れてしまう、すなわち「セルフスティグマ」こそが、社会から脱却してしまう要因となっていると述べている。セルフスティグマ低減とリカバリー促進は、相互に深く関係することが示唆される。Link 尺度は、価値の切り下げ、差別、拒否、社会的引きこもりといったスティグマ関連の認識を含む、修正ラベリング理論に基づいて構成⁴²⁾されている。したがって、この種の否定的な自己認識は、自己効力感や自尊心を低下させる可能性がある。統合失調症者のリカバリーを促進するためには、地域社会の理解と包容力の向上に寄与する社会的支援が必要である。実際、Capar ら⁴³⁾の最新の研究では、統合失調症者で、内的スティグマレベルが高い場合、機能的回復

レベルは低いことが報告されている。さらに，精神保健サービスの利用者にとって，アドボカシーおよび社会的行動は，セルフスティグマを克服するのに役立つ可能性がある。

2) 個人属性との関連

性別と精神科入院経験の有無，居住形態，誰と暮らしているか，地域生活年数については，リカバリーとの関連が認められなかった。しかし，ピアサポート経験のある群は，RAS 総得点及び下位尺度「目標/成功志向・希望」，「他者への信頼」において有意差を認め，リカバリーレベルが高かった。これは精神障害者を対象とした千葉ら⁴⁴⁾の先行研究とも一致していた。ピアサポートは，統合失調症者が自らの体験を通して仲間を支える営みであるともいえる。リカバリーストーリーを他者に語ることを通して，「目標/成功志向・希望」や「他者への信頼」の促進につながったと推測される。さらに相川は，リカバリーストーリーを語るには前提として「障がいの開示」が必要であると指摘している⁴⁴⁾。事実，病名開示のある群はRAS 下位尺度「他者への信頼」が有意に高かった。このことは，何らかの病名開示体験が統合失調症患者のリカバリーに関連する可能性を示唆している。また今回の研究では，「趣味や楽しみ」がリカバリーレベルを向上させる有意な変数の一つであることが示され，SISR-A の分析でも趣味や楽しみのある群でリカバリーステージが高い傾向を示した。趣味は，個人の持つストレンクスである。趣味や生きがいなど人生を豊かにする活動を持つことでリカバリーが高まるという結果は極めて常識的ではあるが，同時に看過してはいけない重要な視点でもある。Rapp³⁶⁾も，生活の中での娯楽が自信回復につながると指摘している。趣味のある群は，ストレンクスである娯楽を通して，RAS の下位尺度「目標/成功志向・希望」，「自信をもつこと」の促進につながったのかもしれない。さらに余暇活動について金井ら⁴⁵⁾は利用者が楽しく心地よいと思えることを一緒に積み重ねる経験が生活を続けていくモチベーションにつながる，と示唆している。このことは，リカバリーの要素である「症状に支配されないこと」，「他者への信頼」，「手助けを求めるのをいとわないこと」が趣味や余暇により強化された結果とも推測される。なお，年齢や精神科初診時期に関しては，高年代で，また初診年代が早いほどリカバリーが高いことが示された。早期に精神医療にアクセスしつつ年齢と経験を重ねることが，当事者の回復につながるという，妥当な結果といえよう。

3. 研究の限界と課題

第Ⅲ章 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや情緒的支援，セルフスティグマとリカバリーとの関連性

本研究では，社会参加状況として精神科デイケア，就労継続支援 B/A 型事業所，特例子会社の 4 群を設定した．一般的な理解として社会的な役割，責任，タスクなど要求される能力は，デイケアよりも B 型事業所，B 型よりも A 型事業所，A 型よりも特例子会社が高くなるものと考えられる．しかし，統合失調症者のリカバリーと，こうした就労状況や利用する施設のの違いとは関連していなかった．このことは，一般就労をゴールとしがちな精神科リハビリテーションに一石を投じるものである．

リカバリー評価については，目標・成功志向/希望，他者への信頼，自信を持つこと，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，の 5 因子でとらえる概念と，モラトリアム期（喪失感や絶望感による引きこもりの時期）から気づき期（すべてを喪失したわけではなく達成が可能であることへの気づきを得る時期），準備期（リカバリーに向けて取り組み始める時期），再構築期（前向きに意味ある人生の目標に舵をとる時期），そして成長期（自分への前向きな感情とレジリエンスをもち意味ある人生を歩む時期）のステージを経るという考え方がある．本研究では，この両面からリカバリーを評価する尺度を用いて多角的に心理社会因子との関連性検討を試みた．結果はほぼ類似していたが，細かに分析すると，友人・医療者からの支援認知はリカバリーレベルとの関連が深く，リカバリーステージは家族からの支援認知と関係する，という違いが認められた．セルフスティグマはレベル・ステージともに深く関係するものの，モラトリアム期と成長期以外の気づきや準備・再構築既期においてはその差異は小さかった．これは，dimensional な評価がより鋭敏に心理社会因子との関連を指標し，ステージ間では微妙にプロセスを行き来している可能性もある．結果として，各心理社会因子がリカバリーレベルに影響を与え，最終的にステージの違いとして現れるのかもしれない．

一方でいくつかの限界と課題もある．一つは，首都圏の精神保健福祉サービスの利用者を対象としたため，均一性や地域による格差など，就労支援内容の影響にも留意する必要がある．さらに，きわめて個別的な概念であるリカバリーを，自己記入式質問紙を用いた数量的評価のみに基づいて一般化することには慎重であらねばならない．個人の生活や主観性，価値観にも配慮した質的研究によるナラティブな検証を加えることが，統合失調症者のより良いリカバリーの達成に寄与すると考えている．

第 5 節 結論

1) 統合失調症者のリカバリーレベルやステージは，就労や雇用状況，利用している保健

第Ⅲ章 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや情緒的支援，セルフスティグマとリカバリーとの関連性

福祉サービスの違いによる単純比較では相違を示さなかった。

- 2) リカバリーレベルと関係する心理社会因子として，周囲の人々から情緒的支援を受けている認知度とセルフスティグマが RAS 下位尺度すべてと有意な単相関を示した。
- 3) ピアサポートの経験のある群，病名開示のある群，趣味がある群は，RAS 平均値比較にてリカバリーレベルが総じて高かった。
- 4) リカバリーステージの検討でも，モラトリアム群は他のステージに比して情緒的支援認知尺度が低く，セルフスティグマ尺度得点は成長期群に比して有意に高かった。
- 5) 多変量解析の結果，統合失調症者のリカバリーレベルには，デイケア/施設/職場や友人/医療者などの情緒的支援の認知の高さ，セルフスティグマの低さ，趣味を有していること，高年代，精神科初診年齢の低さが強く影響することが示唆された。

以上から，統合失調症者のリカバリーレベルやステージは，就労や雇用状況，利用している精神保健福祉サービスの相違との関連性を示さなかった。統合失調症者のリカバリーには，対人的な情緒的支援，セルフスティグマの低減，趣味や楽しみが重要な因子であることが示された。今後，周囲の対人情緒的支援や地域社会の包容力の向上により，当事者のスティグマを軽減し，趣味や楽しみなど私生活を充実するような支援がリカバリーを高めるために必要である。次章ではこの実証的研究結果を受けて，個別の事例検討を通じた知見の検証補完を加え，求められる効果的な支援について考察を加えたい。

引用文献

- 1) 厚生労働省精神保健福祉対策本部．“精神保健医療福祉の改革ビジョン 2004”．厚生労働省．<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>．（参照 2017/07/14）
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課．“「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書 2009”．厚生労働省．<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>．（参照 2017/07/19）
- 3) 平川博之．精神科診療所に通院する以外に社会参加していない精神障害者の実態調査と精神科診療所の社会参加サポート機能の強化に関する研究結果から．現代のエスプ

- リ. 2011, vol.531, no.10, p.157-169.
- 4) 野中猛. リカバリー概念の意義. 精神医学. 2005, vol.47, no.9, p.952-961.
 - 5) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al.: Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry, 2011, 199:445-452.
 - 6) Davidson T. Is "Personal Recovery" a Useful Measure of Clinical Outcome? Psychiatr Serv. 2019, 70(12):1079.
 - 7) Anthony, W. A. Recovery from Mental Illness : The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993, 16(4), 11-23.
 - 8) Ragins, M. "A Road to Recovery". Mental Health America of Los Angeles, 2002.
(前田ケイ監訳. ビレッジから学ぶリカバリーへの道. 東京, 金剛出版, 2005.)
 - 9) Andresen R, Oades L, Caputi P: The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Aust N Z J Psychiatry, 2003, 37:586-594.
 - 10) Corrigan, P. W. ; Salzer, M. ; Ralph, R. O. ; et al. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. Schizophrenia Bulletin. 2004, 30(4), 1035-1041.
 - 11) 千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人: 精神疾患を持つ人を対象とした, 日本語版 Recovery Assessment Scale(RAS)の信頼性・妥当性の検討, (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, 2008.
 - 12) 藤本裕二, 藤野裕子, 楠葉洋子. 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. 2013, vol.157, no.6-1, p.941-946.
 - 13) 藤本裕二, 藤野裕子, 楠葉洋子. 地域で暮らす精神障害者のリカバリーに影響を及ぼす要因. 日本社会精神医学会雑誌. 2013, vol.22, no.1, p.20-31.
 - 14) 千葉理恵, 宮本有紀, 川上紀人. 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. 2011, vol.38, no.2, p.248-54.
 - 15) 大崎瑞恵, 大西アリナ, 大井美紀. 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. 2015, vol.42, no.1, p.57-66.

第Ⅲ章 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや 情緒的支援, セルフスティグマとリカバリーとの関連性

- 16) 岡本隆寛. 就労継続支援 B 型事業所を利用する統合失調症者のリカバリーを促進する要因. 医療看護研究. 2015, vol.12, no.1, p.35-43.
- 17) 岡本隆寛, 松本浩幸. 就労を継続する統合失調症者のリカバリー 働く生活ストーリー当事者の手記より. 日本看護学会論文集地域看護. 2014, vol.44, p.160-163.
- 18) 山根俊恵, 安樂友加里, 矢田浩紀, ほか. 日中一時支援事業所を利用した精神障がい者の心理的プロセス. 日本精神科看護学術集会誌. 2015, vol.58, no.3, p.59-63.
- 19) 黒髪恵, 坂本明子. 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. 2013, vol.17, no.2, p.193-200.
- 20) Çapar, M. ; Kavak, F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. Perspective of Psychiatric Care. 2019, 55(1), 103-111.
- 21) 安喰智美, 堀内聡. 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. 精神障害者とリハビリテーション. 2015, Vol.19, no.2, p.203-209.
- 22) 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史, ほか. Link ステイグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. 精神科治療学. 2006, vol.21, p.521-528.
- 23) 宗像恒次. “情緒的支援ネットワーク尺度”. ヘルスカウンセリング事典. 橋本佐由理編集代表. 名古屋, 日総研, 1999, p.372-373.
- 24) Deegan, P. E. Recovery : The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1988, 11(4), 11-19.
- 25) 田中英樹. 特集 統合失調症の就労支援 社会で働くことの意義はどこにあるのか. Schizophrenia Frontier. 2009, vol.10, no.4, p.251-255.
- 26) Chan, S. K. W. ; Hui, C. L. M. ; Chang, W. C. ; et al. Ten-year follow up of patients with first-episode schizophrenia spectrum disorder from an early intervention service: Predictors of clinical remission and functional recovery. Schizophrenia Research. 2019, 204(2), 65-71.
- 27) Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., Gervain, M., :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 Insitute, Cambridge, MA : 7-8, 52-55, 2000.
- 28) Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElrory, S., Verjee-Lorenz,

- A., Erikson, P., :Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcome (PRO) Measures:report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health 8(2):94-104, 2005.
- 29) Chiba, R. ;Miyamoto, Y. ;Kawakami, N. 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. 2010, 47, 314-322.
- 30) Andresen, R., Caputi, P., Oades, L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006, 40(11-12), 972-980.
- 31) Chiba, R., Kawakami, N., Miyamoto, Y., Andresen, R. 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. 2010, 19(3), 195-202.
- 32) Link, B. G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. American Sociological Review. 1987, 52, 96-112.
- 33) 蓮井千恵子, 坂本真士, 杉浦朋子, ほか. 精神疾患に対する否定的態度 - 情報と偏見に関する基礎的研究 -. 精神科診断学. 1999, 10, p.319-328.
- 34) 下津咲絵, 坂本真士. 11. 精神障害に対する態度, 偏見, Link スティグマ尺度. 臨床精神医学. 2015, vol.44 増刊号, p.93-100.
- 35) 国府田まゆみ, 川島麻子, 斉藤悟, ほか. 「精神障害者に対する援助・支援研修題ガイドライン」作成プロセスの課題～「なに色ですか?あなたの心のサングラス」の点検～. 病院・地域精神医学. 2011, vol.54, no.2, p.209-211.
- 36) Charles, A. Rapp. ;Richard, J. Goscha. The Strengths Model Case Management with People with Psychiatric Disabilities Second Edition, 2006. (田中英樹監訳. ストレングスモデル 精神障害者のためのケースマネジメント. 第2版. 東京, 金剛出版, 2008, p.59-102.
- 37) Schön, U. K. ; Denhov, A. ; Topor, A. Social relationships as a decisive

- factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*. 2009, 55(4), 336-347.
- 38) Rice, D. B. ; Zorn, A. ; Sigman, M. The Importance of Structure and Connection for People Living With Schizophrenia: A 33-Year Outpatient Group Experience. *Community Mental Health Journal*. 2018, 54(7), 992-996.
- 39) Cavelti, M. ; Homan, P. ; Vauth, R. The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder: An exploratory study. *Psychiatry Research*. 2016, 239(5), 92-98.
- 40) べてるの家の「非」援助論. 浦河べてるの家編. 東京, 医学書院, 2002, p.92.
- 41) 佐藤光源. 統合失調症の治療 - 症状寛解とリカバリーをめぐって -. 統合失調症. 2013, vol.5, p.10-17.
- 42) Link, B. G. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*. 1987, 92(6), 1461-1500.
- 43) Capar, M. ; Kavak, F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspective of Psychiatric Care*. 2019, 55(1), 103-111.
- 44) 相川章子 : 第2章5. ピアサポーターの固有性 精神障がい者ピアサポーター, 中央法規, 2013, 53-70.
- 45) 金井浩一, 山本恭子. 2章「あたりまえに生きたい」を支えるしくみ, 精神障がい者地域包括ケアのすすめ. 高木俊介監修. 東京, 批評社, 2013, p.50-51.

第IV章

統合失調症者のリカバリーと対人情緒的支援や セルフスティグマとの関連 —質的分析による検討

第1節 緒言

第III章では、「統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや情緒的支援、セルフスティグマとリカバリーとの関連性」について、地域で生活する統合失調症者を対象に質問紙による横断調査を実施した。先の研究設問は、①地域で生活する統合失調症者が利用する医療福祉施設や就労状況の違いにより RAS で評価したリカバリーレベルが異なること、②リカバリーに影響することが示唆されている情緒的支援ネットワーク認知の向上やセルフスティグマの軽減、趣味・楽しみ、ピアサポート活動、病名の自己開示などとリカバリーレベルとの関連性を検討することであった。

結論としては、統合失調症者のリカバリーレベルは、就労や雇用状況、利用している精神保健福祉サービスの違いにより相違を示さなかった。多変量解析の結果、統合失調症者のリカバリーには、デイケアや施設、職場、友人、医療者などからの対人的な情緒的支援に対する認知の高さ、セルフスティグマの低さ、趣味や楽しみを有していることが有意に影響することが示唆された。周囲の対人情緒的支援や地域社会の包容力の向上により、当事者のスティグマを軽減し、趣味や楽しみなど私生活を充実することがリカバリーを高める支援において重要であると考えられた。

第III章の研究課題は、きわめて個別的な概念であるリカバリーについて、統合失調症者の語りを質的に分析することで、自己記入式質問紙を用いた研究結果を補完検証することにある。岩崎¹⁾は、事例研究でも演繹的なアプローチを用いて仮説を検証するという方法がとられることがあり、その成果が理論の支持に用いられる場合は一事例であっても理論の信頼性を高める可能性があるとして述べている。第III章の横断研究の信頼性を高めていくためには、個人の生活や主観性、価値観にも配慮した質的研究によるナラティブな検証を加えることが必要である。更にその検証が、統合失調症者のより良いリカバリーの達成に寄与すると考えられる。

そこで本研究では、地域で生活する統合失調症者を対象に、対人情緒的支援やセルフスティグマの認知、趣味や楽しみが私生活の充実にどのように影響しているのか、複数の事例の語りについて丹念な質的記述的検証を行うこととした。

第2節 方法

1. 研究期間

2019年7月～8月

2. 調査対象

都内の某就労継続支援 B 型事業所（1 か所）にて、研究同意の得られた統合失調症者 7 名を対象とした。

同意を得る手順としては、施設担当者に表 1 の条件を満たす方の選定していただき、研究協力の可否を確認していただいた。次に、研究参加の許可が得られた対象者に対して、研究者より書面と口頭にて研究の趣旨を説明し、同意書にサインが得られた方を対象とした。

表 1 対象者の条件

-
- ・年齢は、20 歳以上から 65 歳以下の統合失調症の方
 - ・この施設を週に 4 回以上で 1 年以上利用している方
 - ・精神科外来に定期的に通院し、1 年以上再入院をしていない方
 - ・趣味や楽しみなどの余暇のある方
-

3. データ収集方法

研究者は、対象者と 1 対 1 の形式でインタビューガイド（発病後の経過、病気の受け止め方、周囲との人間関係や趣味や楽しみが私生活にどのように影響しているか）を用いた半構造化面接を実施した。インタビューは、対象者の希望する日時に、施設の面談室を利用して実施した。インタビュー内容は、対象者の許可が得られた場合、IC レコーダーを用いて録音した。

4. データ分析方法

対象者の語りを逐語録にし、ナラティブ・データを得た。データの精読を行い、リカバリーの関連因子と考えられる、情緒的支援「友人、医療者及び施設スタッフ」、「セルフスティグマ」、「趣味や楽しみ」に関連する、語りを抜き出してグループ化した。次に、そのグループ内の意味内容を説明するカテゴリー名を抽出し、リカバリーとの関連性について検討を行った。

5. 倫理的配慮

対象者に対しては、書面と口頭にて研究趣旨と目的を伝え、同意を得て実施した。その

際、回答したくないことは話さなくてもよく、いずれも不利益は生じないこと、インタビューの途中や終了後の拒否も可能であることを説明した。また、研究者は、インタビュー中の対象者に心理的な負担がかからないよう配慮した。なお、本研究は研究者が所属する順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の承認(第 29-55)を受けて実施した。

第3節 結果

1. 対象者の概要

研究同意の得られた対象者は、7名であった。インタビュー時間は平均 39 分（25 分-56 分）、男性 7 名、年齢層は 20 歳代から 50 歳代であった。

表 2 調査対象者の概要

対象者	年齢	性別	発症年齢	主 訴	入院経験	事業所利用期間	居住状況
NO.1	50代	男	20代	大学中退・閉居	あり	5年以上	単身
NO.2	30代	男	10代	対人関係困難・意欲低下	なし	10年以上	家族
NO.3	50代	男	10代	高校中退・対人関係困難	あり	3年目	家族
NO.4	30代	男	20代	繰返す離職・体感幻覚	あり	3年目	家族
NO.5	40代	男	20代	不安と緊張・離職	なし	10年以上	家族
NO.6	50代	男	10代	対人関係困難・不眠・	あり	10年以上	単身
NO.7	20代	男	10代	幻聴・大学中退・閉居	あり	5年以上	家族

2. ナラティブ・データの分析

1) 情緒的支援の友人

友人として語られる対象は、事業所で活動を共にするメンバーが主となっていた。特段ピアサポートをしているという意識はないが、声をかけたりかけられたりと、会話や関わりを通してお互い支えあう関係性が自然に築かれていた。カテゴリーとしては、〈意識化されないピアサポート〉、〈会話による人とのつながり〉、〈ポジティブな感情の芽生え〉、〈支え合う仲間との信頼関係〉、〈セルフケア能力の高まり〉という 5 つが挙げられた。

表3 リカバリー影響因子 友人

カテゴリー	データ
意識化されないピアサポート	ピアサポートしている意識はあまりないです／別にピアサポートしているわけではないと思います／あえてピアサポートしている気はありませんが
会話による人とのつながり	気になるので声をかけてますよ／声をよく掛け合って話もよくしてます／ここで話ができるようになってきました／話をすることもできるし、聞いてもらえることもできます／皆さんに声をかけて、気になることを声かけしたり、声をかけてもらったり／本音で話ができる方ですね／みんなと話をするようになりました
ポジティブな感情の芽生え	利用者さんとは、会うとホッとする関係です／皆さんといると気持ちが楽になりますね／友達と話をしていると嫌なことも忘れられるような気がします／声をかけてもらえると嬉しい／家にひきこもっていた時よりかは、楽しい生活ができる／みんなでカラオケに行ったりして歌を唄ったりすることもあって楽しいです／イベントがあるときは、みんなをまとめたり楽しく参加するのが楽しいです／世間話をして、大笑いしてます
支え合う仲間との信頼関係	友達を支えていきたいと思ってますね、気になるので声をかけてます／新しい人には声をかけて気配りしてます／分かり合える仲間って感じがします／支えてもらったり、自分も助けるようにしてます／挨拶とか、元気にしてるとか、大丈夫とか声をかけてもらえます
セルフケア能力の高まり	ここに来るためにも体調や睡眠にも気を付けてます／だから、明日もまた来ようと思えます／ここを休んじゃいけない、みんなに迷惑をかけないように体調には意識してます

2) 情緒的支援の医療者及び施設スタッフ

医療者は、精神医療の関係者及び利用施設のスタッフからの支援が主であった。専門職に相談することによる安心と、生活の方向性について意思決定をする際に強い影響を受けながら、生活の質の向上へとつながっていた。カテゴリーとしては、〈専門職への相談、支援による安心〉、〈前向きな生活の質の変化〉が挙げられた。

表4 リカバリー影響因子 医療者や施設スタッフ

カテゴリー	データ
専門職への相談、支援による安心	病院の先生は、話を聞いてくれますね。話を聞いてもらえると楽になります／主治医ともよく相談して決めています／若者自立支援というのに参加したのは良かったです。そこで

第IV章 統合失調症者のリカバリーと対人情緒的支援や
セルフスティグマとの関連－質的分析による検討

	<p>は、言葉使いが良くなりました／訪問看護師さんは、何でも聞いてくれる／保健師さんに、何でも相談に乗ってもらいながら、紹介をしてもらってここに来ました／主治医の先生はなんでも聞いてくれるので頼りにしています／精神保健福祉士の方を紹介されまして、その方面談をする中に作業所に通ってみませんかと言われて／スタッフには感謝しています。なんでも聞いてもらえるので頼れます／スタッフからは、仕事に向けて積極的に関わってもらって支えてもらっている感じがします／スタッフは、話がしやすくてなんでも話ができますね。いい人ばかりです</p>
前向きな生活の質の変化	<p>今まではそれに気づかなかったんですけど、スタッフにも声をかけてもらいながら自分でも自覚ができるようになってきました／担当さんとは、その時に体調の具合とかも振り返ります。支えてもらってますね。気づきもあります／一人暮らしの目標もスタッフと何度も話をしながら、決めて今は前向きに頑張っています／ひとり暮らしを始めたときのことを一緒に考えてくれて助かります。今は、生活が、そのまま楽しいと素直に思えます／最初は職員さんとやり取りから始まって、それから利用者同士のコミュニケーションが取れるようになったので、コミュニケーション力は向上しました</p>

3) セルフスティグマ

対象者は施設の利用を通して対人関係が円滑に持てるようになり、「病気の人」という内外の枠組みから踏み出し、「仲間同士」という日常の人間関係へ居場所を移行できるようになっていた。更に、上述したサポート関係を通じて病気の症状を自己コントロールできるようになったことが、「病気」に対するセルフスティグマの軽減にも影響していた。カテゴリーとしては、〈居場所と関係性の変化〉、〈自己コントロールによるスティグマの緩和〉の2つが挙げられた。

表5 リカバリー影響因子 セルフスティグマ

カテゴリー	データ
居場所と関係性の変化	<p>今は、ここではマイペースにできています。ここに来るのも楽しいので、それだけで病気がどうだとか、あまり考えることもないので／仲間意識ですね。心の病を持っている同じもの同士という意識があります。薬もこそこそして飲んだりしませんし、病気のことを話すこともありますし／ここには、同じ病気の人がたくさんいるけど、病気の人というより</p>

第IV章 統合失調症者のリカバリーと対人情緒的支援や
セルフスティグマとの関連－質的分析による検討

	かは仲間として見ていると思います／イライラがとれたのは、人間関係もありますね。いまは人との関係もそれほど難しいとは思わなくなったので
自己コントロール感 によるスティグマの 緩和	病気については、今は気にしなくなりましたね。年をとったのと症状が少なくなってきたことが大きいです／薬を飲むことで安定はしているのでなれる病気なのかなと思います が…あまり気にはしてませんね／今は何となく慣れてきてコントロールできる感じがします。病気だからという気持ちはほとんど出てくることはないです／自分でコントロールできるようになったから、病気の絶望感がなくなってきたのかなと思います

4) 趣味や楽しみ

趣味と楽しみは、ダンスや楽器、音楽鑑賞、運動など身近にできるものが多く挙げられていた。趣味と楽しみを媒介として、喜びやうれしさ、気分転換などを実感できる。さらに自分と他者との深いつながりが生まれ、共感体験が導かれていた。こうした心理的安定とポジティブな感情は、個人の生活の質を高める因子となっていた。カテゴリーとしては、〈喜びやうれしさ、気分転換〉、〈他者との共感体験〉の2つが挙げられた。

表6 リカバリー影響因子 趣味や楽しみ

カテゴリー	データ
喜びやうれしさ、気分 転換	ダンスがあるんですけどもそちらに参加して、疲れますけどそれに参加することが楽しみです／今もピアノを弾くと落ち着きますね。気持ちがよくなります／工賃日は、自分の好きなことをして、服とかお菓子を買って、楽しいこともあります／ウォーキングとマラソンを今、始めてます。きっかけは、小学校のころから好きで、汗をかくのは気持ちがいい／CDで、音楽を聞くことが好きで…気分を変えることができます。これは中学のころから楽しみで、夜に必ず聞いてから、ゆっくりした、時間を持っています／休みの時とか、陸上していたこともあって、歩いたり走ることもありますね。それは楽しいし、すっきりします
他者との共感体験	コンサートはスタッフと行くこともよくあります／自宅で鉛筆画をかいています。その時は集中できて作品をみて楽しいし、嬉しいですね。友達に見せてます／室内楽で中高一貫校なので続けてきました。みんなで合わせていくことが面白いです／一生懸命に練習(ピ

	アノ) をしますね、褒められるとうれしいので/Lions 野球も好きな人が多いので、その話をして盛り上がる/コンサートとかにも行きます。お友達と握手会に行ったりもします/フォーチュンクッキーという曲があるんですが10人くらいで合わせて踊ります。…発表会に向けてみんなで力を合わせて練習していくことが楽しいです
--	--

第4節 考察

1. 情緒的支援の対人認知

1) 友人

友人に対する語りからは、あえてピアサポートをしているという意識ではなく、日ごろの仲間との会話や交流を通して、ごく自然にポジティブな感情と信頼関係が生じ、当事者それぞれのリカバリー促進につながっているものと推察される。

ピアサポートとは、「同じ問題や環境を体験した人が、対等な関係性の仲間として相互に支援を提供、受ける活動であり、多様且つ柔軟で利便性があり、サービス不備の点を補完、検証、是正、改革する地域生活支援システムの一つである」²⁾と定義されている。Deegan³⁾は、精神科治療歴はあっても一人の人であり病気そのものではないこと、またリカバリーを導くのは人づきあい、リカバリーしている人と会うこと、寛容な環境を見つけること、と紹介している。

当事者の語りからは、〈意識化されないピアサポート〉として、相互に声をかけ合いながら気遣う関係がみえてくれ、ポジティブな感情と信頼が芽生える中でセルフケアを高めていた。これは、対等な仲間との相互作用を通して補完しあうピアサポートの本質と合致している。ここには、専門職がとらえるピアサポートと、当事者の感じる仲間意識との間の差異があらわれているように感じる。当事者にとっては、障害者同士で支援をしあうという意識ではなく、対等な関係性の中で困っていれば助け、声をかけあうことが当然の行為となっている。これは自身にある精神病患者という枠組みを取り外すことにもつながり、セルフスティグマの軽減にも関係する。対等な仲間とのつながりや安心できる仲間のいる環境によって、「統合失調症患者」から「統合失調症も持っている一人の人」として、リカバリーが促進されていくのではないかと推察する

2) 医療者及び施設スタッフ

医療者及び施設スタッフに対する語りでは、共通項として「話を聞いてもらえる」とい

う内容が多くあった。当事者は、自身の言葉で自分のことを語り、専門職に話を聞いてもらえる体験を有していることがわかる。当事者の夢や希望は、〈専門職への相談、支援による安心〉を得ることで、〈前向きな生活の質の変化〉を通じてエンパワーメントにつながっていくものと推察される。

リカバリーと医学モデルの関係について、野中⁴⁾は伝統的な治療や援助による保護・管理が当事者のリカバリーを阻害する要因になっていると指摘している。総じて専門職は、統合失調症者はストレスの対処能力や対人関係能力が未熟であり、精神症状の自覚がないなど、否定的な評価をしてきた。専門職の支援は、当事者の精神症状の安定に主眼が置かれてきたために、管理が強化され当事者の主体性を奪ってきた側面は否めない。しかし、専門職の統合失調症者に対する保護・管理というパラダイムからの転機は、2001年のWHO精神保健レポートによる統合失調症の回復及び軽症化の報告、2002年の日本精神神経学会総会における統合失調症という名称の変更⁵⁾、2004年の精神保健医療福祉の改革ビジョン⁶⁾における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策などにみとれる。

今回のナラティブ分析からは、「ひとり暮らしを始めたときのことを一緒に考えてくれて助かります」、「先生はなんでも聞いてくれるので頼りにしています」などの語りがあった。当事者は、精神病状の安定ということだけではなく、地域生活の中で感じている思いを語り、それを聞いてもらうという体験が安心へとつながっていた。当事者が専門職者から保護と管理されるという関係性から、自身の主体性を尊重してもらえる対等な関係性への変化によって、彼らのリカバリーも促進されていくと推察する。

2. 当事者のセルフスティグマ

統合失調症者のセルフスティグマについて、佐藤⁷⁾は「無価値で恥ずかしい、隠ぺいすべき存在という因習や誤解を自分で受け入れてしまうことこそが、社会から脱却してしまう要因にもなっている」と述べている。

統合失調症は、さまざまな生物学的因子や病態過程を包含する、一種の症候群ともいえる。対象者の多くは、統合失調症の診断がつく以前から、対人関係の困難さや、学業の中座、離職といった社会生活の破綻を体験していた。統合失調症の幻覚・妄想といった激しい精神症状による不安や、対人関係の困難さや意欲低下などによって、社会との接点を失い、さらなる孤立へとつながっていた。加えて、精神症状という個人が感じる苦痛、生き

づらさに加えて、社会からの精神障害者に対する偏見や差別といったスティグマに晒されることとなる。ここには、当事者自身が発病前に抱いていた精神疾患や精神障害に対する否定的なイメージが影響し、統合失調症を発病した自身にも向けられることでセルフスティグマが複雑に形成されていく。統合失調症者はこれら3つの苦悩が重なり、社会的な孤立を深めているものと推察される。

語りを通じて、専門職に助言を受けながら事業所の利用を開始し、〈居場所と関係性の変化〉と〈自己コントロール感によるスティグマの緩和〉を体験していた。野中は、『「通わされている場」と感じていた場所が、日々苦しみがほんの少し軽くなるような、心のよりどころとしての「居場所」へと変化していったならば、その経験自体が、本人にとって今後の人生において大きな糧となる』⁸⁾と紹介している。当事者は自らの意思で就労訓練の場である事業所に通いながら、居心地の良い居場所を見つけられるようになっていく。そこで安心できる対人関係を再構築する体験を通じて、病気の自分を受け止められるようになっていく。いわば、セルフスティグマの軽減は関係性の中でこそ導かれる、と考えてもよいのではないだろうか。

3. 趣味や楽しみ

Anthony が定義した“リカバリー”⁹⁾概念では、精神疾患が完全に治癒することよりも、障害を抱えながら希望や満足に満ちた人生を送るための新しい目的と意味を創り出すプロセスであることが強調されている。入院医療中心から地域生活中心へという精神医療福祉の動向の中で、統合失調症者の生活の場を閉鎖的な入院環境から、閉居的な自宅環境に移すだけでは、当事者のパワーレスが継続することになる。当事者が地域活動に参加し、そこで夢と希望をもって自分らしい生活ができるか、生きる質を高めていくことがリカバリーにつながるものと考えられる。

こうした精神障害者のリカバリーを促進する支援の一つとして、ストレングスモデルがあげられる。ストレングスのタイプ¹⁰⁾として、個人の性格、才能・技能、環境のストレングス、関心と願望の4つが紹介されている。ここに趣味や楽しみを遂行する能力を当てはめると、特定の事象に対する関心、それを実行する意欲、能力、環境など、すべてのストレングスが関連している。さらに、酒井ら¹¹⁾は、統合失調症者が現在の生活の中で感じる生きがいに関連する要因として、他者の存在や趣味、デイケアや作業所での生活など、対象者自身の身近なことである。と報告している。これらのことから趣味は、リカバリー

促進に関連する重要な因子であると推察される。

白石¹²⁾は、統合失調症から回復した者が異口同音に療養中に自分を信じ支えてくれた人の存在が回復にとっても大きな要因であったと語っていることを紹介している。語りでは、〈喜びやうれしさ、気分転換〉としてウォーキングやランニング、音楽鑑賞など個別的行えて楽しみや喜びを感じ、リラックス効果も得られる行動と、〈他者との共感体験〉として二人以上の他者との交流や協同を通して充実が得られる体験がカテゴリー化された。前者は気分の安定や対処行動として自己コントロール感というリカバリーを促進し、後者は自分を支えてくれる他者との信頼関係の中で、統合失調症を意識することなく、きわめて健全な状態での対人関係の質を高めるリカバリー促進につながっているものと考えられる。

第5節 結論

1. 先行研究で統合失調症者のリカバリー関連因子として抽出された情緒的支援の認知、セルフスティグマ、趣味や楽しみについて、都内の就労継続支援 B 型事業所を利用する男性 7 名の面接をもとに質的分析を行った。
2. 友人からの情緒的認知支援に関しては、対等な仲間とのつながりや安心できる仲間がいる環境により、病者としてではなく「ひとりの人」としての意識が深まり、結果としてリカバリーが促進されていった。
3. 情緒的認知支援を担う医療者及び施設スタッフについては、保護や管理される関係性から、自身の主体性を尊重してもらえる対等な関係性への変化によって自己効力が高まり、リカバリーが向上した。
4. 居心地の良い居場所を見つけ、そこで安心できる対人関係を再構築するという体験が症状への自己管理能力を高め、セルフスティグマの軽減にもつながった。
5. 趣味や楽しみは、喜びやうれしさ、気分転換を通じた心理的安定をもたらすとともに、統合失調症を意識せずに日常で対人関係の質を高めることができる共感体験の側面を有しており、いずれもリカバリー促進に影響を与えていた。

第6節 本研究の限界と今後の課題

本研究の目的は、第III章の研究成果である統合失調症者のリカバリー関連因子として抽出された情緒的支援の認知、セルフスティグマ、趣味や楽しみについて、質的分析をもとにナラティブな検証をすることであった。対象者が都内の就労継続支援 B 型事業所 1 か所

を利用する男性7名と限定されているという限界はあったが、横断研究結果を裏付けるとともに、事例の個別性や価値観を尊重した一定の成果を得ることができた。

今後も事例やデータを重ねていくことで統合失調症者のリカバリーに影響するさらなる因子を解明し、その結果を医療や福祉の現場でどのように強化していくか、具体的な支援方法につなげながら実践評価していくことが今後の課題である。

引用文献

- 1) 岩崎弥生:第6章 事例研究 1.事例研究等は、これからの看護研究－基礎と応用－, 小笠原和枝, 松木光子編集, 64, ヌーヴェルヒロカワ, 2012.
- 2) 坂本智代枝:精神保健福祉士がピアサポートを支援する経験を通して成長するプロセスに関する研究. 高知女子大学大学院博士課程, 2008.
- 3) パトリシア・E・ディーガン:第1章 自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー, カタナ・ブラウン編, 坂本明子監訳, リカバリー 希望をもたらすエンパワーメントモデル, 13-33, 金剛出版, 2012.
- 4) 野中 猛:図解医療保健福祉キーワード リカバリー, 37, 中央法規, 2011.
- 5) 公益法人日本精神神経学会 HP 統合失調症について－精神分裂病と何が変わったのか－はじめに: 呼称変更の経緯 佐藤光源
https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=57 (参照 2019/05/31)
- 6) 厚生労働省 HP 平成16年9月 精神保健医療福祉の改革ビジョン
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (参照 2019/05/31)
- 7) 佐藤光源. 統合失調症の治療－症状寛解とリカバリーをめぐって－. 統合失調症. vol.5, 10-17, 2013.
- 8) 野中英美:精神科デイケアという「居場所」と向き合う. 統合失調症のひろば, No.11,2018 春, 日本評論社, 75-78, 2018.
- 9) Anthony W.A. /濱田龍之介訳. 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, 145-154. 1998.
- 10) チャールズ・A・ラップ/リチャード・J・ゴスチャ著 田中英樹監訳:ストレングスモデル 精神障害者のためのケースマネジメント. 130-134, 金剛出版, 2008.
- 11) 坂井郁恵, 水野恵理子, 長坂暁恵, 久保田正春:地域で生活する統合失調症を患う人々

第IV章 統合失調症者のリカバリーと対人情緒的支援や
セルフスティグマとの関連－質的分析による検討

が生きがいを獲得する過程, 精神障害とリハビリテーション, vol.16(1), 49-56, 2012.

12) 白石弘巳: 家族のための統合失調症入門. 174-193, 河出書房新社, 2005.

第V章

総括

第1節 本研究の要約

本研究では、①地域で生活する統合失調症者が利用する医療福祉施設や就労状況の違いによりリカバリーレベルやステージが異なること、②リカバリーに影響することが示唆されている心理社会因子の関連性を検討することを目的とした。

第I章の序論では、先行研究を概観して地域生活する統合失調症者のリカバリーと課題の抽出をした。我が国の精神保健福祉の動向として、2004年に精神保健医療福祉の改革ビジョンにより、入院医療から地域生活中心へと基本理念が打ちだされている。更に、地域を拠点とする共生社会の実現に向けて、統合失調症患者の地域移行と地域定着支援の推進が掲げられている。しかし、精神障害者の地域生活は、社会との接点が少なく共生社会の実現とは乖離した現状にある。統合失調症者の生活の場を閉鎖的な入院環境から、閉居的な自宅環境に移すだけでは、当事者のパワーレスが継続することになる。

退院後に地域社会でどのように活動するか、その生活の質を高めることが課題となる。当事者が地域活動に参加し、そこで夢と希望をもって自分らしい生活ができるよう、支援していくことがリカバリーにつながる。すなわち、地域生活の質（社会参加・人との繋がり・地域貢献など）がリカバリーに影響していると考えられる。当然、社会参加状況の違いにより、リカバリーに差があることが推測される。しかし、統合失調症者の利用する施設や就労状況の違いを、精神科デイケア、就労継続支援 A/B 型事業所、一般就労に分け、それぞれのリカバリーレベルやその影響因子を比較した先行研究は見当たらない。したがって、統合失調症者の社会参加状況の違いがリカバリーに影響するか、さらに相互に関連する可能性がある情緒的支援やセルフスティグマを包含した研究は、新規性と独創性を有しているという結論に至った。またリカバリー評価も、目標・成功志向/希望、他者への信頼、自信を持つこと、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、の5因子でとらえる概念と、モラトリアム期（喪失感や絶望感による引きこもりの時期）から気づき期（すべてを喪失したわけではなく達成が可能であることへの気づきを得る時期）、準備期（リカバリーに向けて取り組み始める時期）、再構築期（前向きに意味ある人生の目標に舵をとる時期）、そして成長期（自分への前向きな感情とレジリエンスをもち意味ある人生を歩む時期）のステージを経るという考え方がある。本研究では、この両面からリカバリーを評価する尺度を用いて多角的に心理社会因子との関連性検討を試みた。

第II章では、質的なインタビュー調査より、地域商店街にて買い物客の荷物の宅配サービスに取り組む統合失調症者が、地域住民とつながり語り合うことによるリカバリーのプロ

セスとそれを促進する中心的な意味について、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて明らかにした。対象は、精神障害者就労継続支援 B 型事業所にて買い物宅配サービスに従事している統合失調症者 9 名とした。その結果、14 個の概念、5 個のカテゴリー、1 個のコアカテゴリーが生成された。買い物宅配サービスに取り組む当事者は、リカバリーのコアとなる【人とつながり語りあうことによる自分自身との和解】に至っていた。そのプロセスとしては、《病気をクローズにすることによる負のサイクル》から《病気をオープンにすることによる正のサイクル》として、支え合える仲間、語りあえる場、受け入れられる安心感を得ていくことが精神障害の受容につながっていた。さらに、精神障害を外在化し一人の個人として希望と責任をもつことによって《生きる主体としてのエンパワーメント》を獲得し、人との深いつながり、役に立つという実感が《豊かな人間関係の広がり》、《地域社会との和解》につながっていた。統合失調症者は、地域の住民とつながり、受け入れられる体験を通して、セルフスティグマが軽減していくという示唆を得ることができた。

第III章では、地域で生活する統合失調症者の利用する保健福祉施設・就労状況の違いやセルフスティグマ、対人関係支援などの心理社会因子が、リカバリーレベルおよびリカバリーステージに与える影響を明らかにすることを目的とした。デイケア、就労継続支援 A/B 型事業所、特例子会社を利用する 342 名を対象に、日本語版 Recovery Assessment Scale (RAS) によるリカバリーレベルと Self-identified stage of recovery-A (SISR-A) によるリカバリーステージを評価し、Link スティグマ尺度 (Link)、情緒的支援ネットワーク尺度 Emotional Support Network Scale (ESN)、ピアサポート経験、趣味や楽しみ、病名開示などの個人属性との関連を検討した。統合失調症者のリカバリーレベルやステージは、利用するサービスや就労状況により差異がみられなかった。一方でリカバリーレベルは RAS 総得点及び下位尺度いずれも ESN や Link と有意な相関を示し、ピアサポート経験や病名開示、趣味がある群は RAS 得点が有意に高かった。SISR-A を用いた検討でもほぼ同様の結果が得られモラトリアム期に比べて気づき期、準備期、再構築期、成長期ステージにある群で情緒的支援認知が上昇し、セルフスティグマはモラトリアム期群で成長期群に比して有意に高かった。RAS を目的変数とした重回帰分析の結果では、職場や友人/医療者からの高い情緒的支援の認知、低いセルフスティグマ、趣味、高年代、初診年代の低さが有意な変数として選択された。就労の有無や利用施設のの違いよりも、他者からの情緒的支援やセルフスティグマの軽減がリカバリーを促進する可能性が示唆された。多数例による横断的観察研究の結果から、地域生活する統合失調症者のリカバリーレベルやステージの向上には、利用する保健福祉

サービスや就労状況といった社会参加の一面をとらえるだけでは不十分であることが示唆された。むしろリカバリーを促進する因子としては、デイケア/施設/職場や友人/医療者からの情緒的支援を強く認知できるような居場所や関係性の役割、セルフスティグマを緩和する心理社会的バリアフリーの促進、趣味や生きがいを持てる機会や環境が重要であることが示唆された。

第IV章では、第III章の研究成果を裏付けるための質的な研究を実施した。第III章の研究課題は、個別的な概念であるリカバリーを、自己記入式質問紙を用いた数量的評価のみに基づいて一般化することには慎重であらねばならない。そこで個人の生活や主観性、価値観にも配慮した質的研究によるナラティブな検証を加えることとした。対象は、地域で生活する統合失調症者7名として、対人情緒的支援やセルフスティグマの認知、趣味や楽しみが私生活を充実にとどのように影響しているのか、複数の事例の語りについて丹念な質的記述的検証を行うこととした。その結果は、①友人からの情緒的認知支援に関しては、対等な仲間とのつながりや安心できる環境により、病者としてではなく「ひとりの人」としての意識が深まり、結果としてリカバリーが促進されていった。②情緒的認知支援を担う医療者及び施設スタッフについては、保護や管理される関係性から、自身の主体性を尊重してもらえる対等な関係性への変化によって自己効力が高まり、リカバリーが向上した。③居心地の良い居場所を見つけ、そこで安心できる対人関係を再構築するという体験が症状への自己管理能力を高め、セルフスティグマの軽減にもつながった。④趣味や楽しみは、喜びやうれしさ、気分転換を通じた心理的安定をもたらすとともに、統合失調症を意識せずに日常で対人関係の質を高めることができる共感体験の側面を有しており、いずれもリカバリー促進に影響を与えていた。という結論が得られ第III章の研究成果の裏付け得ることができた。

以上のことから、地域で生活する統合失調症者のリカバリーレベルやステージは、利用する医療福祉施設や就労状況の違いによる差は認められなかった。リカバリーレベルに影響する因子としては、職場や友人/医療者からの高い情緒的支援の認知、低いセルフスティグマ、趣味、高年代、初診年代の低さが有意な変数として選択された。統合失調症者のパーソナルリカバリーを高めるためには、一般就労というゴール設定よりも、周囲の対人情緒的支援や地域社会の包容力の向上により、当事者のスティグマを軽減し、趣味や楽しみなど私生活を充実するような支援が重要であると示唆された。統合失調症者の地域移行・地域定着を真のリカバリーへと結び付けるためには、単なる病床削減や一般就労という形式的目標を目指すだけでなく、地域社会の包容力により当事者のスティグマが軽減し、私生活が充実す

のようなリカバリープロセス全体を支援することが求められる。

第2節 本研究結果にもとづく提案

以上の研究結果を踏まえ、地域で生活する統合失調症者に対するリカバリーを促進する支援のあり方と展望について考察する。

1. 統合失調症に対するスティグマ軽減の必要性

本研究よりセルフスティグマの軽減がリカバリー促進に影響していることが明らかとなった。精神障害に対する否定的なイメージについては、中西らは、家族に精神障害者がいることを人に知られたくない、という項目は否定的回答が最も多く、また過去に比べ増加しており、精神障害者を身内に持つことを恥とする考え方が極めて根強いと報告している¹⁾。さらに横山らは、スティグマの影響を受けた対象者は自己開示をためらい、適切な対人交流を図ることが難しくなっていた。同時に、対象者は適切な相手に自己開示することができず、開示相手から差別や拒絶を受けた体験を有していたと報告している²⁾。精神障害をもつ当事者は、症状による“生きづらさ”に加えて、精神障害に対する社会のスティグマに晒されることによって、自分自身も病を受け入れがたいというセルフスティグマが強化されている。こいした社会的なスティグマが精神障害者個人に与える影響について武井は、『「生きにくさ」という言葉には、その人固有の問題だけではなく、その人を取り巻く環境側の問題（社会的障壁）が引きおこす困難が含まれていると述べている³⁾。

精神障害者は、発病によって感じている主観的な体験である“生きづらさ”に対して、社会的なスティグマとセルフ・スティグマが加わることによって、個人の問題では片づけられない“生きにくさ”という質へと変化している。その意味で統合失調症に対するスティグマを軽減していく取り組みが必要である。

Schizophrenia の翻訳として 1937 年より「精神分裂病」という呼称が使用されるようになった。この病名によって、精神・こころがバラバラに分裂して治らない不治の病、人格荒廃に至る重症で予後不良の疾患であるという概念規定が多くの国民に植え付けられ社会的なスティグマが助長してきたものと考えられる。

現在、統合失調症の軽症化や回復可能な疾患として治療と支援方法が確立されつつある。治療法としては、1950 年代より、薬物療法が導入され、心理社会的治療法とともに飛躍的な進歩を遂げ、2001 年の World Health Report に準拠し統合失調症者に対して適切な薬物

療法とリハビリテーションにより再発を防止し、社会復帰することができると報告されている⁴⁾。さらに、2002年には、日本精神神経学会総会にて統合失調症という名称が正式に決定され、診断と告知、治療へのアクセスが容易になってきている。しかし、この統合失調症の回復可能な病であるという情報は、社会に浸透していない現状があり、医療者ですら統合失調症者に対するスティグマが根強く残っている。

厚生労働省の施策として、自殺・うつ病等対策プロジェクトは、マスコミを活用しながらその啓蒙活動が功を奏したといえる。統合失調症に対しては地域移行支援、地域定着支援など施策が取り組まれているがマスコミではほとんど取り上げられていない状況にある。厚生労働省では、障害の理解を深めるため動画チャンネルとして YouTube を利用した配信を始めている。その中の「地域生活を送る精神障害者を知ろう」⁵⁾では、多くの統合失調症者が精神科病院の長期入院を経て退院後に地域社会において、夢と希望をもって生き生きと生活する姿が紹介されている。こいした統合失調症者の臨床リカバリーとパーソナルリカバリーの可能性について、国民が知る機会が持てるように発信を続けることが必要である。更には、小中学校における保健体育の課題としてメンタルヘルスすなわち、統合失調症の理解とスティグマを軽減していくための教材の導入と教育機会がスティグマの軽減には不可欠であり、その基盤整備を進めていく必要がある。

2. 社会との接点をもち自分らしく生きることの重要性

統合失調症者のリカバリーには、対人的な情緒的支援、趣味や楽しみが重要な因子であることが示唆された。統合失調症者のリカバリーを促進するためには、地域社会の理解と包容力の向上に寄与する社会参加支援が必要である。しかし、精神障害者の地域生活の現状について平川の調査⁶⁾では、全国の精神科外来患者の多くが通院以外に社会との接点を持っていないと報告している。地域を拠点とする共生社会の実現とは乖離した現状があり、退院や地域移行だけでなく、そこでの生活の質を高めることが課題となる。それはすなわち、地域生活をする統合失調症者が居場所を見つけ、情緒的な対人関係を再構築して社会との接点を持つことではないだろうか。

第II章の成果では、人との深いつながり、役に立つという実感が《豊かな人間関係の拡がり》、《地域社会との和解》につながっていた。統合失調症者は、地域の住民とつながり、受け入れられる体験を通して、セルフスティグマが軽減していくという示唆を得ることができた。さらに、第IV章の成果では、居心地の良い居場所を見つけ、そこで安心できる対人関

係を再構築するという体験が症状への自己管理能力を高め、セルフスティグマの軽減にもつながるといふ示唆が得られている。これらのことから統合失調症者が、地域社会に受け入れられる居場所をみつけそこでの活動を通してリカバリー促進につながっていたことになる。精神障害者の居場所と心の拠り所について濱田らは、当事者が自分の過去を納得して、将来を展望しつつ、現在を生きることが出来る“ところ”である。また、周囲の人もそのような当事者のあり様を見守りつつ、なくてはならない存在として、共に生きている“ところ”であると述べている⁷⁾。さらに酒井らは、統合失調症者が現在の生活の中で感じる生きがいに関連する要因として、他者の存在や趣味、デイケアや作業所での生活など、対象者自身の身近なことであると報告している⁸⁾。

以上のことから、統合失調症者が社会との接点を持てるような居場所づくりと情緒的な対人関係支援、趣味や楽しみなどの人として極めて基本的な自分らしく生きるための生活支援が重要なのではないだろうか。

3. 統合失調症のリハビリテーションの再考

統合失調症者のリカバリーレベルは、就労や雇用状況、利用している保健福祉サービスの違いによって差は見られなかった。統合失調症者のリハビリテーションゴールを一般就労にすることよりも、当事者が望む個別的な願望である趣味や楽しみ、情緒的な他者とのつながりを持つことの必要性が示唆された。

ICF（国際生活機能分類）では、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」という3つ概念を含めて生活機能ととらえている。統合失調症者のリカバリーを促進する因子は、ICFの「活動」と「参加」に強く影響をしている。しかし、従来の精神科のリハビリテーションでは、患者のウィークネスである精神症状と障害程度に焦点を当て、精神症状が安定することと、生活の中で出来ること、できないことを査定し、社会参加と行動制限につながる支援がなされている可能性がある。統合失調症者に対する専門職の態度は、社会的自立の支援という医療、福祉的な枠組みの中で、保護されるべき存在として過小評価される傾向にある。地域生活のイメージとしても、精神症状の安定が重要であると判断し、管理を強化することで、当事者の主体性を奪ってきた。当事者は、社会参加と活動の場を奪われ、「病気だからできない」、「病気だから仕方ない」というパワーレスの状態に陥ることとなる。

統合失調症のリハビリテーションでは、精神症状の安定という臨床リカバリーとともに、地域生活の質を高めるための、当事者の持つ夢や希望であるストレングスに焦点を当てた

支援が重要である。課題に対する自己決定について諏訪は、誰かに指示・命令された行動に責任を感じる人は少ない。それに対して、自己決定した行為にはやりがいと責任を伴い、モチベーションが強く働くことから、確かな結果が期待できると述べている⁹⁾。さらに、IPS (Individual Placement and Support : 個別就労支援プログラム)¹⁰⁾では、「就労支援の専門家の役割は、働ける人・働けない人、という分類をすることではなく、働きたいと希望する人たちの希望が実現するための支援で、重度の精神障害者があっても就労継続を可能にしている報告がされている。

以上のことから統合失調症に対するリハビリテーションにおいては、出来る、できないという支援者の査定よりも、当事者がやってみたいという、夢と希望をストレンクスとしてとらえ支援していくことがリカバリーの促進につながるものではないだろうか。

第3節 今後の課題

近年、精神障害者特に統合失調症者に対する施策は、入院医療から地域支援へと大きなパラダイムチェンジの時を迎えている。治療的支援においても、第二世代抗精神病薬の新薬開発、心理社会的治療プログラムの開発進展によって、症状が軽症化し、社会参加しやすい状況が整いつつある。

本研究では、地域で生活する統合失調症者を対象に質問紙調査及び質的な調査により、就労状況とリカバリーとの関連、それを促進する心理社会的因子を探ってきた。統合失調症者の社会参加レベルとして精神科デイケア、就労継続支援 B/A 型事業所、特例子会社の4群を設定した。一般的な理解として社会的な役割、責任、タスクなど要求される能力は、デイケアよりもB型事業者、B型よりもA型事業所、A型よりも特例子会社が高くなるものと考えられる。しかし、統合失調症者のリカバリーとこうした社会参加に求められる能力とは関連していなかった。この示唆は、一般就労をゴールとしがちな精神科リハビリテーションに一石を投じるものである。

一方でいくつかの限界と課題もある。一つは、首都圏の精神保健福祉サービスの利用者を対象としたため、均一性や地域による格差など、就労支援内容の影響にも留意する必要がある。また、特例子会社は全国を対象としたが、特例子会社の多くは知的障害者の雇用を目的として設立されているため、統合失調症者の雇用環境にも格差が生じている可能性がある。さらに、きわめて個別的な概念であるリカバリーを自己記入式で評価した結果を一般化することには、慎重であらねばならない。リカバリー評価については、目標・成功志向/希望、

他者への信頼、自信を持つこと、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、の5因子でとらえる概念と、モラトリアム期（喪失感や絶望感による引きこもりの時期）から気づき期（すべてを喪失したわけではなく達成が可能であることへの気づきを得る時期）、準備期（リカバリーに向けて取り組み始める時期）、再構築期（前向きに意味ある人生の目標に舵をとる時期）、そして成長期（自分への前向きな感情とレジリエンスをもち意味ある人生を歩む時期）のステージを経るという考え方がある。本研究では、この両面からリカバリーを評価する尺度を用いて多角的に心理社会因子との関連性検討を試みた。結果はほぼ類似していたが、細かに分析すると、友人・医療者からの支援認知はリカバリーレベルとの関連が深く、リカバリーステージは家族からの支援認知と関係する、という違いが認められた。セルフスティグマはレベル・ステージともに深く関係するものの、モラトリアム期と成長期以外の気づきや準備・再構築既期においてはその差異は小さかった。これは、dimensional な評価がより鋭敏に心理社会因子との関連を指標し、ステージ間では微妙にプロセスを行き来している可能性もある。結果として、各心理社会因子がリカバリーレベルに影響を与え、最終的にステージの違いとして現れるのかもしれない。リカバリーレベルとステージとの差異や関係性も、今後の検討課題といえる。第IV章では、統合失調症者に対する質的調査により、本研究結果の確証性についてナラティブな検証を行った。対象者が都内の就労継続支援 B 型事業所 1 か所を利用する男性 7 名と限定されているという限界はあったが、横断研究結果を裏付けるとともに、事例の個別性や価値観を尊重した一定の成果を得ることができた。

今後も事例やデータを重ねていくことで統合失調症者のリカバリーに影響するさらなる因子を解明し、その結果を医療や福祉の現場でどのように強化していくか、一つのリカバリープログラムを作成し、介入研究を実施しながら検証を進めていくことが課題となる。

引用文献

- 1) 中西 英一, 足利学, 白井雅子ほか. 精神障害者に関するイメージの変化 27 年の変化について. 精神医学. 2012, 54(8), 779-789.
- 2) 横山和樹, 森元隆文, 武田里江ほか. 地域で生活する統合失調症をもつ人における自己開示とセルフスティグマ低減のプロセス. 精神障害とリハビリテーション. 2014, 18(2), 54-62.

- 3) 武井麻子. C 精神障害者の体験と精神看護 ③精神障害者がかかえる「現実の問題」と「生きにくさ」. 武井麻子, 江口重幸ほか. 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 精神看護の基礎 精神看護学①. 医学書院. 2016, 19.
- 4) Benedetto Saraceno. 2001 年 World Health Report-新たなる理解. 精神医学. 2002, 44 巻 12 号, 1350-1359.
- 5) 厚生労働省動画チャンネル「地域生活を送る精神障害者を知ろう」
<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWjMfOkm5FUWaQ7J51D9k66T>
(参照 2020/08/27)
- 6) 平川博之. 改革ビジョンの「地域生活中心」実現のため, 今こそ精神科診療所を地域資源として有効に活用すべきである. 現代のエスプリ 精神科診療所の現在. 2011. 531, 157-169.
- 7) 濱田恭子, 堤由美子. 心の病をもつ人の地域における居場所と心の拠り所の獲得の実態. 日本精神保健看護学会誌. 2010, 19(2), 22-32.
- 8) 坂井郁恵, 水野恵理子, 長坂暁恵, 久保田正春. 地域で生活する統合失調症を患う人々が生きがいを獲得する過程. 精神障害とリハビリテーション. 2012, vol.16(1), 49-56.
- 9) 諏訪茂樹. 健康問題の自己解決とコーチングによる支援. 精神科看護. 2008, 35, 32-36.
- 10) 伊藤順一郎, 香田真希子監修: リカバリーを応援する個別就労支援プログラム IPS 入門 1. NPO 法人地域精神保健福祉機構コンボ. 2010, 38.

謝辞

最後に、博士課程入学からこれまで、詰めの甘い私を見守り導いてくださいました上原徹先生に心より感謝を申し上げます。研究指導ごとに先生からは優しく温かな励まし、研究計画に際しては、新たな知見とアイデアいただきました。論文の執筆と投稿では、何度も丁寧な修正と加筆をしていただきました。先生の御指導のおかげで論文をまとめることができました。深く感謝を申し上げます。

研究の調査に際しましては、多くの方々にご協力をいただきました。調査協力の許可をくださった精神科デイケア及び就労継続支援 A/B 型事業所、特例子会社の責任者とスタッフの皆様、お忙しい中、質問紙の回答をしてくださいました当事者の皆様、快くインタビューにご回答くださいました当事者の皆様に深く感謝申し上げます。

令和3年3月3日

岡本 隆寛