

# IMR（リカバリーと病気の自己管理）導入支援の 促進要因と阻害要因 —ノルウェーのIMR導入戦略に焦点をあてて—

福 島 喜代子\* 小 高 真 美\*\* 鈴 木 あおい\*\*\*

## 抄 録

本研究は、Illness Management and Recovery プログラムの導入戦略の促進要因と阻害要因を明らかにすることを目的とした。調査はノルウェーの精神保健福祉システムに関わる国レベル、精神保健医療福祉センターレベル、コミュニオンレベルの機関を対象に、プログラム導入過程に焦点をあてて半構造化面接を実施し、結果を質的内容分析した。その結果、プログラム導入の阻害要因として組織の管理職や他職種から一定の抵抗があげられた。プログラム導入の促進要因としては、実践家のみならず、組織の管理職や地域全体への直接的な働きかけ等多層的で戦略的な働きかけがあげられた。実践家への事前研修、継続的なスーパービジョン、配布資料の翻訳提供等は促進要因となり、また、プログラムに参加した利用者の変化が目に見える形で関係者に理解されると、機関の他職種等の拒否や抵抗も薄まっていくことが窺えた。

**Keywords** : IMR, 導入戦略, 精神保健福祉, ノルウェー

## I 研究の背景と目的

日本の精神障害者の数は392.4万人、そのうち外来受診者は361.1万人であり、在宅生活をしている65歳未満の精神障害者は242.0万人と推計されている（障害者白書、2017）。そして、障害福祉サービスを利用している精神障害者の実数は14.4万人である（厚生労働省、2015）。障害福

祉サービスを利用している精神障害者は、病気に向き合い、うまくコントロールする力をつける支援を必要としている（辻ら 2015）。そこで、日本の障害福祉サービス事業所において、精神障害者が目標を持ちながら病気に向き合い、うまくコントロールしていく力をつけられる支援を提供すれば、精神障害者の地域生活の定着及び維持がより安定的に図られると思われる。そのような障害

\* Fukushima, Kiyoko  
ルーテル学院大学

\*\* Kodaka, Manami  
上智大学グリーンケア研究所

\*\*\* Suzuki, Aoi  
NHK学園 社会福祉士養成課程

福祉サービスの現場で活用できる可能性の高い、根拠に基づく効果的なプログラムの一つとして、Illness Management and Recovery プログラム<sup>1</sup> (以下、IMR とする)がある。IMR は、精神障害者一人ひとりのリカバリー目標をもとに、双方向性のプログラム提供を通して、精神障害者の安定した地域生活に必要な、病気・疾患の理解、ストレス対処、服薬管理、再発防止計画等の知識とスキルをパッケージ化して伝えられるプログラムである (SAMHSA 2006=2009)。個別でもグループでも実施でき、支援者が配布資料を用いながら、定められたテーマに沿って、参加者一人ひとりがりカバリー目標に向かっていけるよう支援を行うプログラムである (IMR 研究会 2007)。IMR は公立病院 (Bartholomew 2014) や精神科デイケア (Fujita et al. 2011)、地域精神保健福祉センター (Dalum et al. 2011)、精神障害者リハビリテーションセンター (Färdig et al. 2011)、ケア付き住宅 (Levitt et al.) 等、医療機関のみならず多様な地域の機関でも実施され、その効果が認められている。

IMR をはじめ、ACT (包括的地域生活支援)、FPE (家族心理教育)、IPS (援助付き雇用) の4つのEBP (科学的根拠に基づく実践) プログラム<sup>2</sup>の実施状況・実施意向や実施の促進要因・障壁等を明らかにするために、都内の障害福祉サービス事業所及び精神科デイケアを対象に調査がなされている。それによると、4つのプログラムの実施カ所数は調査時点でいずれも10機関以下であった。また、各プログラムを実施していない事業所に今後の実施意向を“1 = 実施意向が全くない”～“5 実施意向が非常にある”の5件法で尋ねた平均値は、IMR は2.84 (SD ± 1.08) (n=180)、FPE (家族心理教育) は2.78 (SD ± 1.13) (n=181)、IPS (援助付き雇用) は2.71 (SD ± 1.21) (n=182)、ACT は2.65 (SD ± 1.19) (n=188) であり (福島ら 2017)。各プログラムを実施していない回答施設の回答者の中では、IMR の実施意向の平均値が最も高かった。

都内の就労継続支援事業所 (B 型) を対象に、

事前研修、配布資料の提供、グループ・スーパービジョン等を提供し実施されたIMRの介入研究によると、IMR参加者は、参加前に比べ参加後にケア必要度の緊急時の対応の点数が有意に低くなり、また、参加前と比べ介入後3か月の時点でGAFの得点が有意に高く、利用者の状態の改善が確認された (Fukushima et al. 2017)。

IMRの導入に影響している環境や条件に関する先行研究 (Salyers, et al.2009; Whitley, et al. 2009) をもとに調査項目 (財源、組織の姿勢、研修の機会、上司の助言、スタッフの力量、時間、スタッフ数、利用者理解) をたてて独立変数とし、重回帰分析を実施したところ、IMRの実施意向には「組織の姿勢」「スタッフ数」「利用者理解」が有意に影響しており、組織の姿勢や利用者理解が十分にあることがIMR実施意向の強さに影響し、一方、スタッフ数が「不足している」と認識されている方が、実施意向が強かった (福島ら 2017)。

EBP等のプログラムについての情報提供のみでは、現場における導入は進まず、より個別具体的な導入支援の戦略のあり方が近年、研究の焦点となっている (Stirman et al.2016; Egeland et al. 2017)。

そこで、本研究では、導入戦略に関して先駆的な取り組みをしているノルウェーを訪れ、IMR導入過程と導入支援の実際を明らかにし、実効性のある導入支援の方法について示唆を得ることを目的に調査を実施することとした。

## II ノルウェーとノルウェーの精神保健医療福祉システムの概要

### 1 ノルウェー国

ノルウェーは立憲君主制による国で、人口525万8327人 (ノルウェー中央統計局 2016)、面積は38.6万平方kmである。2016年の一人当たりのGDPは7万391ドルであり、世界第3位である (IMF World Economic Outlook Database 2017)。主要産業である石油・天然ガスのヨーロッパ

パ諸国等への輸出が輸出の約50%を占め、経済的に恵まれた国である（外務省：ノルウェー王国基礎データ 2017）。財務省によると、国民負担率（租税負担率と社会保障負担率の合計対国民所得比）は53.4%であった（財務省、2016）。

## 2 ノルウェーの精神保健医療福祉の概要

ノルウェーでは1990年代以降に欧米各国よりやや遅れて大規模な精神科病院の脱施設化が図られ、各地域に地域精神保健センターが設置された（Skjorshammer 2005）。1999年から2008年にかけて精神保健医療福祉施策の改革が進められ、コミュニティ（基礎自治体）が提供する、地域におけ

る予防、早期介入サービスが強化される一方、医療圏域で提供される精神保健専門サービス（スペシャライズドケア）が強化された（Norwegian Ministry of Health and Care Services 2005）。2001年には、全ての公立病院が5つの地域団体へ移管され、精神科医療とその他の医療は統合されて提供されるようになった（Skjorshammer 2005）。近年の人口10万人あたりの精神科病床数は83床であり、この数値は日本の約4分の1である（OECD 2014）。図1にノルウェーの精神保健医療福祉システムの構造及び本研究の調査対象機関の位置づけをまとめた。

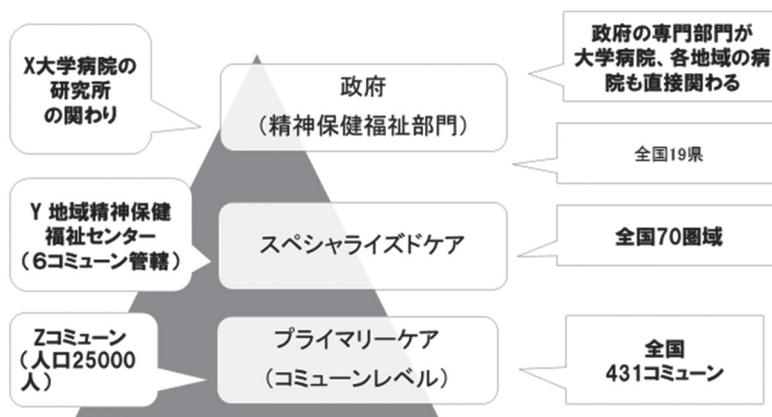


図1 ノルウェーの精神保健医療福祉システムの構造と本研究の調査対象機関（福島、小高作成）

## III 調査の概要

1 調査の対象：調査は、精神障害者を主に支援し、① IMR を現在実施している、または実施した経験がある施設・機関に所属する専門職で、② IMR の開始前より IMR 導入業務にたずさわった者で、③ IMR のプログラム実施期間中、プログラムに5割以上参加した、という基準を満たす者を対象とした。

2 調査時期：2015年8月末から9月初旬にかけて、ノルウェーの首都オスロ近郊にある3つの機関でインタビュー調査を実施した。

3 調査の方法：調査対象者の所属する機関ごとに、半構造化面接によるインタビュー調査を実施した。インタビュー時間は3機関で平均2時間11分（最少1時間55分、最大2時間21分）であった。国立大学付属病院研究所の研究者とのインタビューは英語で実施した。他の2つの機関では、現地語の通訳を手配したが、インタビューが英語を一定以上話せること、通訳者が専門用語の通訳能力が不十分であったことから、一部英語でのインタビューに切り替えた。調査協力者の許可を得て、インタビュー内容をICレコーダーに録音し、得られたデータは逐語録に起こした。研究者とのインタビューは英語で逐語録を作成した。他の2つの機関では、日本語と英語が混ざったイン

タビューを日本語に翻訳しながら逐語録を作成した。

**4 調査の項目：**IMRの導入過程に焦点をあて、①施設・機関の新規プログラム実施についての組織の意思決定、②スタッフの準備（受講した研修、その他）、③プログラムの実施概要（期間、頻度、参加者数、参加者特性）、④プログラム導入上の留意点、工夫、⑤プログラム実施の継続理由、要因について、インタビューガイドに沿って実施した。

**5 分析方法：**本調査はプログラムの導入支援に焦点をあてており、実証的な先行研究に乏しいこと、また、海外における調査内容は、日本とは文化的背景や制度的背景も異なることから、個別具体的な事象をもとにした帰納的な分析方法を採用したほうが良いと判断したため、質的内容分析をすることとした。また、先行研究調査から暫定的な分析枠組みを得られたため、カテゴリカルな質的内容分析を行った。

分析は、まずデータを意味がわかるまとまりのある文節や文へと切片化し、各切片を見比べ、共通する切片を集約し、暫定的なカテゴリーにあてはめていった。また、カテゴリーの内外で切片を継続的に比較検討し、サブカテゴリーを作成していった。そして、各カテゴリー間の関係やネーミングを検討しつつ分析した。分析の全過程で精神保健医療福祉に精通する研究者複数で検証した。最初の分析にはMaxQDA ver.11を使用した。

**6 倫理的配慮：**本研究は、ルーテル学院大学の研究倫理審査委員会の承認を得て、調査協力への任意性、データの保管・処分、調査の公表方法等について口頭及び文書で説明し、同意を得て実施した。

## 7 調査対象機関

調査は、ノルウェー国の精神保健医療福祉システムに関係する3つのレベルに関わる機関それぞれ

1か所ずつ実施した。

### 1) X 国立大学付属病院研究所

X国立大学付属病院は、オスロ大学(University of Oslo)の4つの付属病院の一つである。X国立大学付属病院研究所では、ノルウェーの精神保健医療福祉政策に関わるさまざまな研究プロジェクトを実施しており、その中の一つがIMR実施導入研究であった。

### 2) Y 地域精神保健医療福祉センター<sup>3</sup>

Y地域精神保健医療福祉センターは、圏域ごとに「スペシャライズドケア」を提供する全国に約70ある専門機関の一つで、精神科医療では、X大学病院システムの傘下であり、次項のZコミュニティを含めた6つのコミュニティを管轄している(図1)。

### 3) Z コミュニティの健康支援部 薬物依存・精神保健医療福祉課

Zコミュニティは、図1の全国約430あるコミュニティと呼ばれる基礎自治体の一つである。ノルウェーのコミュニティの人口規模はさまざまで、数千人規模から数万人の規模にわたるが、Zコミュニティの人口は約25,000人である。コミュニティでは、「プライマリーケア」を提供し、地域を基盤とした予防的サービス及び早期介入サービスに重きがおかれている

## IV 調査の結果と分析

インタビュー調査の結果を逐語録にして整理したところ、全部で642の切片が得られた。その中から精神保健医療福祉システム、機関の説明、IMRプログラムの実施概要(期間、頻度、参加者数等(調査項目③に該当)、IMR利用者の変化の内容に関する合計242片を除いた計400の切片を分析した。

精神保健医療福祉システムを(A)国や国立大学付属病院研究所レベル、(B)スペシャライズドケアレベル(地域精神保健福祉センター)、(C)プライマリーケアレベル(コミュニティレベル)の3層と、(D)スペシャライズドケアレベルとプ

ライマリーケアレベルの関係性に整理し、精神保健医療福祉システムのレベルごとに、IMR プログラム導入の促進要因と阻害要因を整理していった。それぞれのレベルごとのカテゴリーの他、スペシャライズドケアとプライマリーケアの両レベルに関わるサブシステムとして、(E) 管理職等、(F) 同僚、(G) 実践家、(H) 実践の内容、(I) 利用者の5つのサブシステムがカテゴリーとなった。これらのカテゴリーにおいても IMR プログ

ラム導入の促進要因と阻害要因が抽出され、それぞれサブカテゴリーとして位置づけられた。サブカテゴリーとしていったん抽出されたものの、該当する切片が1つのみであった3項目は、サブカテゴリーとして成立しないと判断して削除した。よって、最終的に合計 397 切片を対象に分析した。各カテゴリーの名称と、促進要因と阻害要因に該当する切片数を表したのが表1である。

表1 ノルウェーにおける IMR 導入支援の促進要因と阻害要因の概要（数字は切片数）

		促進要因	阻害要因	計
A	国や国立大学付属病院研究所レベル	93	53	146
B	スペシャライズドケアレベル	11	4	15
C	プライマリーケアレベル	13	0	13
D	スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの関係性	19	0	19
両レベル	E 管理職等	10	3	13
	F 同僚	6	0	6
	G 実践家	44	42	86
	H 実践の内容	25	19	44
	I 利用者	30	25	55
合計		251	146	397

次に、各レベルやサブシステムのカテゴリーごとに抽出されたサブカテゴリーの名称と切片数を表したのが表2である。

表2 ノルウェーにおける IMR 導入支援の促進要因と阻害要因（数字は切片数）

		促進要因		阻害要因		
A 国や国立大学付属病院研究所レベル	A-1 近隣諸国での先行実施	7		A-2 IMR の認知度の低さ	3	
	A-3 国立大学付属病院研究所主導で導入支援を実施	11				
	A-4 第一人者と呼んでのシンポジウムの開催	18				
	A-5 マニュアルと配布資料の翻訳	6		A-5 マニュアルと配布資料の翻訳	6	
	A-6 組織への働きかけ	10		A-7 組織における抵抗、拒否、無理解	28	
	A-8 研修の提供（促進要因）	19		A-8 研修の提供（阻害要因）	8	
	A-9 テューターによる個別指導（促進要因）	22		A-9 テューターによる個別指導（阻害要因）	8	
	B スペシャライズドケアレベル	B-1 スペシャライズドケアの特性	11		B-1 スペシャライズドケアの特性	4
	C プライマリーケアレベル	C-1 プライマリーケアの特性	13			

D	スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの関係性	D-1 スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの協働の必要性	10				
		D-2 実践家同士のネットワークづくりの醸成	9				
E	管理職等	E-1 上司が否定しない	10				
		E-2 医師の抵抗、否定的反応			3		
		F 同僚	F-1 同僚の理解、後押し	6			
		G	実践家	G-1 実践家に大きい裁量権	5		
				G-2 実践家の興味関心	10		
				G-3 実践家の熱意	5		
				G-4 実践家の経験	2		
				G-5 実践家の抵抗、拒否反応			25
				G-6 薬物療法推進の傾向が強いことへの抵抗			5
				G-7 実施機関での勉強会、打合せ	12		
G-8 理論的背景等の理解が不十分					4		
G-9 IMR 継続への意欲	10						
G-10 IMR 永続の困難性			8				
H	実践の内容	H-1 支援内容を充実させていく必要性	16				
		H-2 プログラムの包括性、費やす時間の長さ			4		
		H-3 実践方法の合致性	9				
		H-4 交通手段の確保の困難性			10		
		H-5 チャレンジ課題に関する難しさ			5		
I	利用者	I-1 利用者の参加の呼びかけ	4				
		I-2 利用者のニーズに合致	10				
		I-3 利用者に合致しない			7		
		I-4 利用者の参加、継続が困難			18		
		I-5 口コミによる利用者の増加	2				
		I-6 利用者の良い変化からの影響	14				
促進要因の小計			251	阻害要因の小計	146		
			合 計		397		

生成されたカテゴリー、サブカテゴリーごとに、生成の根拠となったデータから主な切片を抜粋し、調査の結果を論述していきたい。

### A 国や国立大学付属病院研究所レベル

国や国立大学付属病院研究所レベルのカテゴリーには、国立大学付属病院研究所が関わる促進要因や阻害要因、9つのサブカテゴリーが含まれた。ここでは促進要因として「A-1 近隣諸国での先行実施」と「A-3 国立大学付属病院研究所主導で導入支援を実施」「A-4 第一人者を呼んでのシンポジウムの開催」「A-6 組織への働きかけ」が

抽出された。また、「A-5 マニュアルと配布資料の翻訳」「A-8 研修の提供」「A-9 テューターによる個別指導」は促進要因として多くの切片が含まれたが、同時に阻害要因の側面も含まれた。そして、「A-2 IMR の認知度の低さ」「A-7 組織における抵抗、拒否、無理解」の2つは阻害要因であった。

#### 1 A-1 近隣諸国での先行実施〈促進要因（7切片）〉

ノルウェーにおいては、近隣諸国における先行実施が大きな促進要因になっていた。

「デンマークで同じこと (IMR) を始めている、

と（関係者に）伝えることによってサポートは得られやすかったです。」「スウェーデンでは、IMRを国家の統合失調症の治療ガイドラインに掲載しているのです、そのことを関係者にも伝えアピールしました。」「スウェーデンにおいて、一般医（プライマリーケアを担当する医師）たちからIMR導入についての強い抵抗を受けた話をコンサルタントに就任したR氏から聞かせてもらいました。」「スウェーデンの配布資料は、米国版と比べてシンプルなものに改訂されていました。」

このように、先行実施した近隣国の情報を伝えられたことや、近隣国がIMRを国家の治療ガイドラインに掲載したり、導入時の苦勞についての情報を得られたことは促進要因であった。

## 2 A-2 IMRの認知度の低さ〈阻害要因（3切片）〉

IMRの認知度の低さはIMRの普及の阻害要因となった。

「IMRを始めたとき、オスロ周辺では誰もIMRのことを知らなかった。」「ノルウェーでは（IMR）は全く新しいものだったので、多くの人々の興味と熱意を集めることがとても大切だと考えていました。」

IMRは知られていなかったため、IMR導入には特別な工夫を必要とした。

## 3 A-3 国立大付属病院の研究所主導で導入支援を実施〈促進要因（11切片）〉

IMRの導入支援のイニシアチブを国立大学付属病院研究所がとったことは促進要因であった。

「IMR導入をはじめたのは病院研究所の研究者B氏のアイデアでした（後略）。」「研究所の研究者B氏の博士課程のプロジェクトでした。研究所の上司が興味を持ち、IMR導入支援は良いアイデアだと考えました。」「（前略）IMR導入にあたって、何らかの助成金等を得られないか画策したのです。」「R氏をテューターとして、20%の非常勤職員として採用しました。（後略）。」「ノルウェーの6病院で精

神障害に対応するためのガイドラインを作成しています。IMRはその中の一部になる予定です。」

このように、国立大付属病院の研究所が主導で新規プログラムの導入をすることにより、IMR実践のテューター（研修やスーパービジョンなどを提供できる）R氏及び研究員B氏の人件費が確保され、今後の施策へ反映されることになり、IMRの導入支援の促進要因となっていた。

## 4 A-4 第一人者と呼んでのシンポジウムの開催〈促進要因（18切片）〉

IMRに関するシンポジウムを開催したことは促進要因となっていた。

「スーザン・ギンガリッチ氏を招待したシンポジウムから研修ははじまったと考えています。氏の講演はとても重要で、（中略）興味のある実践家や管理職など全ての人の参加を得たことが大きかったです。」「オスロ在住の全ての関係者に対してネットワークを使って案内を送りました。（中略）研究に参加をするか否かを決めてしまう前に、IMRという方法への興味と熱意が増すよう、働きかけました。」「彼女に米国から来てもらったのは、IMRに注目を集めるとともに、現場の実践家や興味のある人たちを鼓舞させ、IMR導入の機運を盛り上げてもらうためでした。」「シンポジウムは1日でしたが、スーザン・ギンガリッチの講演だけではなく、すでにIMRを先行実施している実践家を国の北西部などから招待しました。」

このように、米国の第一人者を招へいして開催したシンポジウムに、ネットワークを駆使して多くの関係者の参加を得て、IMRに興味を集め、熱意が増すように仕向けていた。

## 5 A-5 マニュアルと配布資料の翻訳

〈促進要因（6切片）〉〈阻害要因（6切片）〉

マニュアルと配布資料の翻訳は促進要因となっていた。

「マニュアルと配布資料を翻訳しました。」「コミュニケーションにこれらを提供し、また、スペシャライズドケアのユニットにも提供する準備を整えました。それにより、彼らがIMRについて学んだり使用したりできるようにするためでした。」「開始した時はとてもよくワークブックを読みました。」

このように、IMRの導入支援の一環として、マニュアルと配布資料が翻訳された。IMRの導入を希望する実践家はマニュアル等をよく読み込んで実施を始めることができた。

その一方、マニュアルや配布資料を直訳したことには阻害要因もみられた。

「配布資料の内容は、もっとノルウェーに適合させたものにできたかもしれません。そのため、実践家のほうで、ノルウェーに適した内容に説明し直さなければならない部分がありました」「直訳したものを使用しているため、一部は奇異な言葉があります。また、一部のものの言い方はそぐわない表現になっています。」「本来は、少し修正したマニュアルや配布資料を作成したほうが良かったかもしれません。」「とても包括的なもので、非常に繰り返しが多いです。」「あまりにも記入しなければならないところが多く、たくさん時間を要します。それで、もっと簡略化できるはずだと考えています。」

このように配布資料を直訳したことや、分量が多いこと等がIMR導入に関わる課題となっていた。もう少しノルウェー社会に合致した内容で、分量的に簡略化した配布資料の確保が今後の課題とされていた。

## 6 A-6 組織への働きかけ 〈促進要因 (10 切片)〉

IMRの導入における組織への働きかけは促進要因となっていた。

「(研究員B氏は)出かけていき、とにかくIMRについて話をしました。IMR導入に何が必要か、IMRとは何かを話しました。」「IMR

プログラムの導入をすすめるにあたり、あまりにも強く押しすぎないことも大切だったように思います。あまりにも強くすすめると、始める前から多くの抵抗にあいますので。」「バランスが大切だったかと思います。(IMRが)本当に意味のあるものであると確信をもてるくらい話をするということと、やや謙虚にすすめるということの間の。」

このように、国立大学付属病院研究所の研究員が各機関に出向き、IMRの説明を行い、一方では熱心に効果等について話をし、もう一方では強く押しすぎないよう、反発されないよう、バランスに配慮しながら働きかけをしていた。

## 7 A-7 組織における抵抗、拒否、無理解 〈阻害要因 (28 切片)〉

どの組織においてもスムーズにIMRが迎え入れられたわけではなかった。IMRに対して組織における無理解、抵抗、拒否がIMR導入の阻害要因となっていた。

「問題のほとんどは組織レベルで発生しました。」「一部の組織の管理職は、(IMRの)実践について、管理職として果たすべき責任を果たしませんでした。また、フォローもしませんでした。」「IMRを拒否する上司の専門的なバックグラウンドは、看護師あるいは精神科医でした。」「組織の他の部署の上司たちは全員、IMRのことが気に入らなかったのです。それらの上司たちは、IMRは簡単すぎると思ったのです。」「他の部署の管理職は、今でもIMRには興味あまりにないに近い状態です。」「私たちのコミュニケーションでは、利用者が一定以上集まりそうとなり、グループを2つ実施することしました。それぞれのグループに2人のスタッフが入ることになったため、上司からは『こんなにたくさんセラピストが必要なのか』と言われ、説得するのが大変でした。』

このように、組織において抵抗を受けたり、必要なサポートを得られないことがあった。また、

IMR に対する無理解、あるいは拒否的な評価をする上司もあり、それらはIMR 導入の障壁となっていた。

## 8 A-8 研修の提供〈促進要因（19 切片）〉 〈阻害要因（8 切片）〉

IMR の研修を実施したことは、促進要因になっていた。

「R 氏は実践家であり、かつ、グループリーダーのトレーニングをそれまでもしてきた経験がありました。」「スペシャライズドケアの実践家にも、プライマリーケアの実践家にも同じ内容の研修を受けて、同じ方法を学んでもらい、IMR の内容を学んでもらいたかったのです。」「研修では、全てのテーマのモジュールを実施し、すべての技術、（教育的技法、認知行動療法の技法、そして、動機づけの技法）を取扱いました。彼は多くの事例をあげていました。」「研修で、リハーサルを行い、実際にセッションを行うような研修を行いました。また、それらの背景にある研究にも触れました。」「彼は、チャレンジ課題（宿題）の重要性について繰り返し述べていました。」

このように、他国で先駆的に実践と研究をしてきたR 氏を招いて研修が提供された。4 日間の事前研修においては、すべてのテーマ及び技術が説明された。また、最初の研修から半年後にさらにフォローアップ研修がなされた。これらは促進要因となっていた。

ただし、研修において講義形式の分量が多いこと、ロールプレイの練習などが十分できなかったことは、IMR 導入の阻害要因であった。

「IMR のロールプレイの部分は研修の中で教えるのも、練習してもらいのも難しいものなので、実際の現場で実施されるのはさらに難しかったです。」「ノルウェーの実践家たちは少し恥ずかしがり屋で控えめです。アメリカ人はとても外向的でロールプレイも慣れているようですが（ノルウェー人はそれほど慣れ

ていません。）」「ロールプレイは、IMR の実際のセッションでもあまり実施されませんでした。」「研修でもう少し参加型のものがあればなお良かったと思っています。」

このように、研修は、講義形式の分量が多く、ロールプレイの練習などが十分にはできなかったと振り返りがなされていた。

## 9 A-9 テューターによる個別指導（スーパービジョン・コンサルテーション等） 〈促進要因（22 切片）〉〈阻害要因（8 切片）〉

IMR に精通する人材を確保し個別指導を継続的に提供したことは促進要因となっていた。

「R 氏は、毎週スウェーデンから電話で実践に関する助言（チュータリング、スーパービジョン）を実践家に提供しました。」「実践家はセッションを録音し、それをR 氏に送りました。それに対して、R 氏はフィードバックを電話で与えました。」「録音をしたのは、テーマごとの最初のセッションでした」「年のはじめ、毎週の機関に対する個別指導があり、クリスマスの後、一部の個別指導は2 週に1 度となり、そして、最後の数か月は、全機関が2 週に1 度の個別指導となりました。」「個人指導といっても、一つの機関に対してのグループ指導です（後略）。」「実践家はR 氏を尊敬していました。R 氏はとても良い指導者で、多くの助言を授け、とても良かったと言っていました。」「スーパービジョンはとても支持的で、肯定的でした。」「R 氏が強調したのは、私たちがIMR の利用者にポジティブな応答をしてメンバーを動機づけすることでした。」

このようにスウェーデンから、IMR の実践にも研究にも精通する人材が個別指導をするために確保され、IMR 導入支援がなされていた。テーマ（モジュール）ごとに第1 回のセッションを録音し、R 氏に送っていた。R 氏は、録音を聞き、毎週1 回、20 分間、各機関に電話をして指導をしていた。スーパービジョンは肯定的、支持的で、利用者への「動機づけ」を指導するものであった。

多くの実践家はこの個別指導をととも肯定的に評価していた。

しかし、一部の者にとって、スーパービジョンの内容は物足りないように感じられたようである。

「わたしは（IMR で用いるような）テクニックは既に大学で学びました。そのため、R 氏が教えてくれることで新しいものは特になかったのかもしれませんが。」「私は患者（利用者）との関係などに課題を感じて R 氏に助言を求めたが、それに対する答えは得られませんでした。」「R 氏は『あなたの思うように進めなさい』と言ってくれました。」「私がするような質問は、彼の頭の中の考え方に合致したものではありませんでした。」

このように、一部の者にとっては、IMR の個別指導で提供されるものは、既に学んだことであり、また、R 氏の個別指導の方法や内容は、一部の実践家の求める内容と多少のずれがあったようである。

## B スペシャライズドケアレベル

スペシャライズドケアレベルのカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは「B-1 スペシャライズドケアの特性（地域精神保健医療福祉センターの特性）」の一つであり、促進要因と阻害要因の側面が含まれた。

### 10 B-1 スペシャライズドケアの特性（地域精神保健医療福祉センターの特性）

〈促進要因（11 切片）〉〈阻害要因（4 切片）〉

スペシャライズドケアのレベルの地域精神保健医療福祉センターの機関の特性は、IMR 導入への促進要因になっていた。

「スペシャライズドケアの IMR グループでは、患者に必要なものを提供することについて非常に積極的です。」「非常に重い精神疾患を有する患者さんたちを対象に治療・支援をしています。」「スペシャライズドケアでは一人ひ

とりの患者へ良かれと思った治療・支援を提供することにより、何を提供しているのだから、一人あたりいくら（診療報酬費のようなもの）が支払われる仕組みです。」「担当ケース数についても、その他のことについても（効率的、効果的に行うことについて）プレッシャーがあります。」

このように、スペシャライズドケアレベルの地域精神保健医療福祉センターでは、医療圏ごとにより重い精神疾患を有する人への専門的な治療支援を提供しており、効率的、効果的にサービス提供を行わなければならない状態にあった。この状態は IMR 実施を後押しした。

一方、機関としての特性や、専門性の高いサービスをこれまで提供してきたという自負などが阻害要因になっていた。

「多くの患者は、この機関（スペシャライズドケア）に長く通所通院をしません。」「長く（スペシャライズドケアで）仕事をしているセラピストほど、『内容はすでに私たちがやってきたことだ』『新しいことは何もない』『私たちが行ってきたことと同じだ』と言って、積極的に IMR に参加しようとしませんでした。」

このように、地域精神保健医療福祉センター通所期間が全般に短いことや、一般に患者（利用者）の通所期間が短いことや、すでに実施してきた専門機関としての治療・支援への自負などこれまで機関として高い専門性を有するサービスを提供してきたという自負などもあり、IMR に対して拒否的な反応も多くみられた。

## C プライマリーケアレベル

プライマリーケアレベルのカテゴリーのサブカテゴリーとして「C-1 プライマリーケアの特性（コミュニケーションレベルの特性）」が促進要因として抽出された。阻害要因は抽出されなかった。

### 11 C-1 プライマリーケアの特性（コミュニケーションレベルの特性）〈促進要因（13 切片）〉

プライマリーケアを提供しているコミュニンレベルにおける特性は、IMR 導入への促進要因になっていた。

「地方分権が原則であるノルウェー人の考え方もあり、プライマリーケアでの（IMR）導入に前向きだったと思います。（住民に対するサービスの内容は）政府が全てを決めるのではない、という考え方です。」「コミュニンでは、スタッフがそれぞれ自分がしたいと思う支援を行えば良い状態であったので、コミュニンレベルでの支援の力量をあげることは大変重要でした。」「プライマリーケアでは近年『鍵コース』というさまざまな研修を行っており、うつ病に対する認知療法などを学んできています。そこで、彼女たちはプライマリーケアにおける対応レベルをあげてきていたのです。」「IMR の提供の仕方は、コミュニンでこれまで大切にしてきた生活課題に焦点をあてた支援方法に近いものがありました。」

地方分権が強く確立しているノルウェーでは、コミュニンにおいて「住民に提供するサービスの内容は自分たちで決めていく」という意識が強かった。コミュニンレベルのスタッフ向け研修では、認知療法などを学んでおり、「適切なサービスを提供したい」という熱意が強く、IMR の「目標をたて、生活課題に取り組む」などの特徴が、コミュニンレベルで従来提供されてきたサービスと親和性が強かったことなどが IMR 導入を促進した。

## D スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの関係性

スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの関係性のカテゴリーには、2つのサブカテゴリーが含まれていた。促進要因として「D-1 スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの協働の必要性」と「D-2 実践家同士のネットワークづくりの醸成」の2つが抽出された。阻害要因は抽出されなかった。

## 12 D-1 スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの協働の必要性

### 〈促進要因（10 切片）〉

スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベル（以下、両レベル）の連携協働を強める必要性の認識などが IMR 導入の促進要因となっていた。

「深刻な精神疾患を有する精神障害者は、プライマリーケアでもスペシャライズドケアでも支援を受けます。そのため、両レベルのサービス提供機関の間で連携や協働がなされるべきなのです（後略）。」「スペシャライズドケアとプライマリーケアがもっと協働するべきであるということがノルウェーでは課題になってきていました。精神障害者が両レベルの間にとりこぼされてしまうことが起こってきたからです。」「国立大学付属の大学病院の精神科病棟の DPS から専門家が一人ずつ、コミュニンの5つのグループとの連携関係を築くことになりました。コミュニンでは、精神疾患のために、大学病院の精神科病棟に入退院を繰り返す人がいます。それらの人たちの頻繁な入退院を軽減し、再入院を防止するために、大学病院側とコミュニン側の精神保健医療福祉の部門が連携、協働していくこととなったのです。」

このように、ノルウェーでは精神障害者は、スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの両レベルのサービスを受けることが可能であるが、両レベル間の連携・協働の不十分さが課題となっていた。そこで、両レベルの運営においても連携・協働を強めることとなっており、それらは両レベルで IMR を実施する促進要因となった。

## 13 D-2 実践家同士のネットワークづくりの醸成

### 〈促進要因（9 切片）〉

スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの両レベルの実践家同士のネットワークづくりの醸成は、促進要因となっていた。

「実践家たちが共に同じ場に集い、同じような研修や指導を受けることが大切でした。」「実践家たちに、(IMRをはじめることが)何か大きな動きの一部であると感じてもらいたかったです。」「実践家たちはIMRをはじめた9つの機関間のネットワークをつくり、サポートしあい、活用しています。」「現在、実践家たちは、毎月このような集まりを持ちたい、お互いにサポートし合いたい、そして、自分たちの組織の上司が来年度のはじめに集まってIMRについて知り、話し合う場を持つことを計画しています。」

このように、スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベル両レベルの実践家が集まり、IMRを実施する機関のスタッフ間でIMRに対する興味関心や熱意を共有し、ネットワークづくりの端緒となるような場が意図的に設けられた。このような動きはIMR導入及び継続実施の促進要因となった。

この後の「E管理職等」から「I利用者」のサブシステムから成るカテゴリーは、スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの両レベルの機関に関わるカテゴリーである。

## E 管理職等

スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの両レベルの管理職等についてのカテゴリーからは、促進要因と阻害要因が抽出された。「E-1 上司が否定しない」が促進要因として、また「E-2 医師の抵抗、否定的反応」は阻害要因のサブカテゴリーとして抽出された。

### 14 E-1 上司が否定しない〈促進要因 (10 切片)〉

上司が否定しないことは促進要因となっていた。

「上司は、抵抗したとかではないのですが。サポートをしなかったというか、何もしなかったのです。」「実践家が自分でやろうとした場合、その実践家に能力があれば、IMRを行

うことはできます。上司から反対されない限り、自分一人で仕事をするのが好きであれば、ある程度できます。」「前の上司は、私がIMRを実施する意欲が強く、私の考えや熱意を理解し、後押ししてくれました。」「私たちのところでは、別に何も(組織や上司からの)反対はありませんでした。」「このIMRについてのシンポジウムに上司が参加し、『これ(IMR)はぜひ、やるべきだ』となりました。」

このように、組織において、上司が否定せず、拒否せず、実践家が実施したいと思う新たなプログラムの導入を見守ることは促進要因となっていた。熱心に後押ししたり、勧めたりする上司がいた場合は、より強い促進要因になっていた。

### 15 E-2 医師の抵抗、否定的反応〈阻害要因 (3 切片)〉

医師の抵抗や拒否などの否定的反応はIMR導入の阻害要因となっていた。

「医師は精神障害者がどのようなプログラムに参加するべきか否かについて、自立して意見を言う立場にあります。そのため、特定の患者がIMRに参加すること認めなかった精神科医もいました。」「ある地域精神保健医療福祉サービスのユニットでは、精神科医がリーダーで、IMRの導入を拒否しました。」「組織ですでにIMRが実施されている場合、精神科医がそのサービスの利用を個々の患者について拒否するということはないでしょうが、IMRの導入について抵抗することはありました。」

このように、医師の一部は、特定の患者のIMRへの参加を認めず、あるいは、ユニットにおけるIMRの導入に反対した。組織でIMRをはじめることには抵抗を示した医師もいた。これらはIMR導入の阻害要因になった。

## F 同僚

スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの両レベルの同僚に関してのカテゴリー

には「F-1 同僚の理解、後押し」が促進要因のサブカテゴリーとして抽出された。

## 16 F-1 同僚の理解、後押し〈促進要因（6切片）〉

同僚の理解は促進要因となっていた。

「精神科看護師は、IMRのワークブックを一通り読み、『やりたい』と言いました。『これは、私がやりたいと思っていたようなことよ』と言いました。私と同じような熱意をもってくれました。」「また、他の実践家で、IMRについて利用者への説明をがんばってくれた人もいました。」「彼女たちは否定的なことを言うことはなく、受け止めてくれています。そして、IMRの達成について承認してくれています。」

このように、組織において同僚が理解を示すことや、一緒に実践する熱意を示すこと、利用者への説明を熱心にしてくれることは促進要因となっていた。また、同僚が見守るだけであっても、IMR導入への促進要因となっていた。

## G 実践家

スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの両レベルの実践家についてのカテゴリーからは、促進要因と阻害要因が抽出された。「G-1 実践家に大きい裁量権」「G-2 実践家の興味関心」「G-3 実践家の熱意」「G-4 実践家の経験」「G-7 実施機関での勉強会、打合せ」「G-9 IMR継続への意欲」が促進要因のサブカテゴリーとして、また「G-5 実践家の抵抗、拒否反応」「G-6 薬物療法推進の傾向が強いことへの抵抗」「G-8 理論的背景の理解が不十分」「G-10 IMR永続の困難性」は阻害要因のサブカテゴリーとして抽出された。

## 17 G-1 実践家に大きい裁量権〈促進要因（5切片）〉

実践家の裁量権が大きいことはIMR導入の促進要因となっていた。

「IMRプログラムを実施するか否かは、全て研修に参加し、IMRについて学んだ実践家に

ゆだねられていました。実践家次第ということでした。」「個人のセラピストにゆだねられていました。」「担当者は何をしても良いです。この自立の度合いの高さは、もしかするとノルウェー独自のものかもしれません。」

このように、ノルウェーでは、精神障害者にとどのような治療、支援を提供するかは個々の実践家に任されている。そのため、IMRの研修に参加するか否か、IMRを実施するか否かは全て個々の実践家の判断に任されていた。

## 18 G-2 実践家の興味関心〈促進要因（10切片）〉

実践家の興味関心を高められたことはIMR導入の促進要因となっていた。

「IMRでは、リカバリー目標を設定すること、このような形で患者とやりとりすることなど、特定のシステムに落とし込んで提供することが新しかったです。」「IMRで、患者が自分の力でリカバリーの道を歩むことを支援していく、という考え方が好きです。」「IMRに取り組むことに意義を感じました。」「IMRは中身が具体的なのが良かったです。」「そして、IMRは患者のニーズに合致すると思いました。『やってみたい』プログラムだと思いました。」

このように、実践家がIMRに興味関心を持ち、長所を理解することで、IMRの導入に積極的になった。

## 19 G-3 実践家の熱意〈促進要因（5切片）〉

実践家がIMRに対して熱意を持ったことは、IMR導入の促進要因となっていた。

「ほとんど全ての実践家は、IMRについて学び、活用することにとっても熱心でした。」「私は、多分頑固なところがあり、『これは患者にとって、とても良いものだと思うから、是非やりたい。』と粘りました。」「私は、『これは良いものに違いありません。(IMRの)考え方が好きです。やりたいからやる』というようなどころがありました。」「IMRの研修を受

けて、『これはすぐにやらなければ』と思いました。」

このように、国立大学付属病院研究所からの戦略的な働きかけにより、実践家が熱意を持ち、IMRの導入に積極的になっていた。

## 20 G-4 実践家の経験〈促進要因（2切片）〉

実践家の経験はIMR導入の促進要因となっていた。

「IMRを担当する実践家は、以前からグループ療法の経験がある者でした。初めてではありませんでした。」「こちらの機関の実践家は、うつ病の方や不安性障害の方への認知行動療法のグループ等の実施経験がありました。」

このように、実践家が認知行動療法やグループでプログラムを実施した経験があることはIMR導入を後押ししていた。

## 21 G-5 実践家の抵抗、拒否反応〈阻害要因（25切片）〉

実践家の抵抗や拒否的反応はIMR導入の阻害要因となっていた。

「長くスペシャライズドケアで仕事をしているセラピストほど、『内容はすでに私たちが行ってきたことだ』『新しいことは何もない』『私たちが行ってきたことと同じだ』と言って、積極的にIMRに参加しようとしませんでした。」「（スペシャライズドケアの）実践家たちは、自分たちには力量が十分あるとも思っているからです。」「（前略）時間と社会資源の乏しさなど全てに追われ、IMRの導入に対しては相当否定的な者もいました。」「より選択的アプローチをとることや、力動精神的アプローチをとる者もいました。特にスペシャライズドケアや病院、研究者の間ではその傾向がありました。」「一般的に、グループセラピーは、どちらかという病院で実施されるもので、コミュニケーションで行われるものではありません。」「伝統的に、アメリカから持ち込まれるものは、少し猜疑心をもってみるのがノ

ルウェーの対応の仕方です。」

このように、実践家の一部からは、IMRに関して「新しいものが何もない」「自分たちは十分な力量がある」などの判断をした、危機的状況への対応に追われて新しいものに取り組む余裕がなかったなどから、IMR導入への抵抗や拒否反応がみられた。また、米国発の新規プログラムへの猜疑心もみられ、それらがIMR導入への障壁となっていた。

## 22 G-6 薬物療法推進の傾向が強いことへの抵抗〈阻害要因（5切片）〉

IMRが薬物療法を推進するよう見えることはIMR導入の阻害要因となっていた。

「今、世界中で—ノルウェーでもなのですが、抗精神病薬は多くの人を助けているとはいえ、莫大な費用がかかり、副作用が強く、病気の治療効果が十分でないのではないかと、などの深刻な議論が起っています。そのような潮流の中で、IMRは薬物療法に対して賛成の立場が強いです。」「オーブンダイアログが私たちの間で浸透してきています。私たちがIMR導入支援をしようとした機関もオーブンダイアログを学び、実施しつつあります。それはとても大きな動きです。IMR導入の時期とほぼ重なったのは単なる偶然なのですが、影響がありました。方向性が違うので困難が伴いました。」

このように、IMRがどちらかという薬物療法を推すプログラムであることは障壁となっていた。フィンランドではじまったオーブンダイアログ<sup>4</sup>がノルウェーでも普及し浸透してきており、薬物療法を推すプログラムに対する猜疑心は、IMRへの取り組みを慎重にさせた面はあった。

## 23 G-7 実施機関での勉強会、打合せ〈促進要因（12切片）〉

実施機関における、手引きの読み合わせやセッション前後の打ち合わせはIMR導入の促進要因となっていた。

「研修後は、1週間に1回、短いミーティングをしました。」「『IMRをどのように実施していくか』といった話し合いを4回の研修の合間にしていきました。」「始める前に私たちは一緒に手引きを読みました。手引きの解釈について議論したり準備会議をしました。」「どういうふうにIMRの実実施計画を立てるかなど話し合いをしました。」「二人の仕事時間が合致したときに、始める前に4回くらい勉強会をしました。」「セッションが終わるたびにセラピストの間で『何がよかったか、もっとよくするにはどういう風にしたら良いか』といったことを話し合いました。」「IMRプログラムを実施していくうちに、忙しく、だんだん打ち合わせの時間も少なくなりました。」

このように、実施機関で、手引きの読み合わせなど勉強会をしていた。また、セッションの前後に打ち合わせ、ふり返りをしていた。これらはIMR導入及び継続を促進していた。

## 24 G-8 理論的背景等の理解が不十分〈阻害要因（4切片）〉

実践家が、理論的背景等の理解が不十分であることはIMR導入の阻害要因となっていた。

「今から振り返ると、もう少し論文などを読んでおけばよかったと思います。」「科学的な根拠を言えるようにすればよかったです。」「研究の結果などを理解したらよかったと思います。」「新しい上司はそういう（熱意があれば良いという）感じではありません。もっと論理的なものを求めるタイプの人です。」

このように、実施機関の実践家は、上司や同僚にうまく説明できなかった経験から、IMRプログラムの理論的背景や、科学的根拠の理解をもう少し深めておけばよかったと振り返っていた。

## 25 G-9 IMR継続への意欲〈促進要因（10切片）〉

実践家のIMR継続への意欲は、IMR導入と継続の促進要因となっていた。

「今後、IMRの全てのテーマが終わった後は、

2つの新しいIMRグループを始めます。」「コミュニティの担当者たちは、どのような工夫をしたら、今後もIMRを継続実施できるかを先日話し合っていました。」「ユニットや、機関の中で、丸1年かけてIMRを実施し、専門家からの個別指導も受けてきたので、相当な能力を得たことになりそうです。自分たち同士で互いに指導し合えるでしょう。」「今後、研修を提供する側になってもらうのが良いと考えています。」「R氏とA氏で、他の地域のグループの実践家たちに、IMRのやり方について研修を提供しようとしているところです。」

このように、IMRを導入し、一クール終えた、あるいは、ほぼ終えた機関の実践家は、迷いなく今後も実施する意欲を示していた。IMRの実験経験のある者同士で指導し合い、サポートし合い、研修を提供することが検討されていた。

## 26 G-10 IMR継続の困難性〈阻害要因（8切片）〉

IMRを継続することへのさまざまな障壁はIMR導入継続の阻害要因となっていた。

「研究プロジェクトが終わった後は、IMRを実施したところで、何か報酬や承認があるわけではないので、今後も継続実施していくか否かは実践家の裁量に委ねられる分、より難しい課題です。」「研究プロジェクト（の中では、フィデリティ評価を複数回行う）が終わったあと、IMRの実施方法がもともと想定されているものになっているか否かをチェックする方法がないのが課題となっています。」「IMRの研修体系ができあがっているわけではないので、それが大きな挑戦となります。」「ただ、異動で、今回IMRを実施した人たちがいなくなったとき、その後もその組織でIMRを実施するかというと、そうではないでしょう。」「今後IMRをするときに、交通費をどうするかは課題となってきます。」

このように、研究プロジェクト終了後、IMRを継続実施するか否かは、個々の実践家の判断にゆだねられる。IMRを継続する制度上のインセ

ンタイプがないこと、IMRの適合度を評価し続ける方法がないこと、IMRの研修体系がないこと、IMRの指導者がいなくなること、IMRの研修を受けたスタッフが異動するであろうこと、利用者(患者)の交通費の確保の問題、などがIMRを継続実施する上での課題となっていた。

## H 実践の内容

スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの両レベルにおいて、実践の内容もカテゴリとして位置づけた。そして、このカテゴリからもIMR導入についての促進要因と阻害要因が抽出された。「H-1 支援内容を充実させていく必要性」及び「H-3 実践方法の合致性」は促進要因のサブカテゴリとして、また「H-2 プログラムの包括性、費やす時間の長さ」「H-4 交通手段の確保の困難性」「H-5 チャレンジ課題の実行の難しさ」は阻害要因のサブカテゴリとして抽出された。

### 27 H-1 支援内容を充実させていく必要性〈促進要因 (16 切片)〉

支援内容を充実させていく必要性はIMR導入の促進要因となっていた。

「コミュニケーションの力をあげ、必要な方法(プログラムなど)を与えることはとても大切です。今、実践家たちはまさに自分たちがやりたいと思っていたことをやっている状態になっています。」「(IMRの提供は)実践家の自信を高めました。実践家たちは、今や自分たちが、深刻で複雑な精神障害者のグループに対して提供できる非常に強力な、正統なプログラムを持っていると考えられるようになりました。」「コミュニケーションはスペシャライズドケアとの間の協働関係にとても興味があります。協働することによって、自分たちの力量もあげていけると考えているからです」「政府(精神保健医療福祉部門)は認知行動療法を推進しようとしています。」

このように、実践家は支援内容を充実させてい

く必要性を認識していた。IMRは、自分たちが提供したかった内容であると評価していた。また、IMR実施は自分たちの力量の向上に役立つと評価していた。実践家は「正統なプログラム」を提供できるようになったとIMRをポジティブにとらえていた。

### 28 H-2 プログラムの包括性、費やす時間の長さ〈阻害要因 (4 切片)〉

IMRは包括的なプログラムであるために、プログラム実施に費やす時間が長くなることはIMR導入の阻害要因となっていた。

「すべてのテーマを通して実施することには難しいと感じることもあるでしょう。とても時間がかかりますから。私が関わっているグループでも、1年経過しましたが、全体の5分の4程度にしか到達していません。」「人によっては、ゆっくりと進まないという人がいるので、ゆっくりする必要があります。」「時間がかかった一つの理由は、リカバリー目標に関して、目標が達成できたかについて、セッションの中で黒板に書き、分析したり説明したりしてきたからでした。」

このように、IMRの包括性は長所として評価されているものの、週に1回、1時間以内のセッションで実施していくと、一般に1年前後かかる。その長さがIMR実施の障壁となると感じられていた。利用者の能力によってはIMRの進度をゆっくりしていく必要があり、また、リカバリー目標が達成された時、その分析をセッションですていったため、時間が長くかかっていた。

### 29 H-3 実践方法の合致性〈促進要因 (9 切片)〉

これまでの実践と、IMRの実践方法や支援の焦点が合致することはIMR導入の促進要因となっていた。

「IMRはとてもよく知られた療法やアプローチをシステムに入れたものです。」「コミュニケーションでは、うつ病に対応するための認知療法などの研修を多く受けていて、自分たちの力量

をあげてきています。」「実践家の中には動機づけ面接を学んだ人も多くいました。」「私たちセラピストも、さまざまな療法やアプローチを活用しやすいです。」「ソーシャルワーカーや看護師が多く働いています。彼女たちのそれまでのサービス提供の方法や考え方や、IMRのやり方が合致したのだと思います。IMRで取り扱う考え方、そして、患者（利用者）とのコミュニケーションの取り方などがとても合致しました。」

このように、実践家がこれまで学んできたアプローチや方法が、IMRの中で活用しやすい形で組み込まれていることや、コミュニティのソーシャルワーカーや看護師が、利用者（患者）と共に、日々の生活課題への対処法を考えてきたが、そのようなことをIMRのプログラムで実施できることが促進要因となっていた。

### 30 H-4 交通手段の確保の困難性〈阻害要因（10 切片）〉

交通手段の確保の困難性はIMR導入の阻害要因となっていた。

「彼らの通所のために必要とするタクシー代を補助する制度があり、その制度を利用していました。」「補助金の使い方などルールが変わり、患者のためにタクシー代金を確保することが難しくなっています。」「（スペシャライズドケアに従事する）私たちは、患者を車に乗せることを禁止されています。」「地域によっては、バスもほとんど通っていません。」「コミュニティは非常に面積が広いので、利用者は車で30分かかるところに住んでいることもあります。その人たちを連れてくる時間をどう捻出するかが私たちの課題でした。」「忙しい毎日に、IMRに参加してもらうために、コミュニティの職員で手分けをして、コミュニティの事務所まで送迎することがとても大変でした。ただし、（IMRへの参加をしてもらうことは）それだけの価値があると思いました。」

このように、首都ノルウェー近郊とはいえ、公共の交通機関網は限られ、通所のための交通手段の確保は難しいようであった。タクシー代金の助成制度もあるが、運用ルールが厳しくなっており、また、コミュニティではスタッフが分担して送迎をしてIMRプログラムに参加できるようにした。これは、困難を伴う面であった。

### 31 H-5 チャレンジ課題の実行の難しさ〈阻害要因（5 切片）〉

チャレンジ課題の設定は困難と感じられていないが、生活場面で実行してもらうことには困難が伴い、IMR導入の阻害要因となっていた。

「チャレンジ課題（宿題）を個々に見つけるのは難しくはありませんが、本人がそれを実際の生活場面でやるのが難しいです。」「十分時間がある状態で、そのチャレンジ課題を誰と行うのか、そして、チャレンジ課題の設定を明確に与えることによって、実行がなされます。」「一人暮らしあるいは家族と断絶している人たちへのチャレンジ課題は難しい面があります。そのような人たちに社会的ネットワークを得たり活用してもらったりする方法として、コミュニティでコンタクトパーソンを決め、その人が週に1回や2回、外出（映画を見に行くなど）する制度があるので活用します。その活動のために補助金が多少出ます。」「メンバーとコーヒーを飲むなどの活動を、アルバイトで行いたいという人がいるので、アルバイトでしてもらっています。」

このように、個々のメンバーがIMRで設定したチャレンジ課題（宿題）を生活場面で実行するためには工夫が必要であった。誰とどのようにその課題を行うのかを具体的に設定することが必要であると強調されていた。また、家族と関係を断っている人に対して、ノルウェーでは、精神障害者が余暇活動を楽しむ希望があるとき、登録制で住民（希望者）が余暇活動にアルバイトで同行する制度があり、それをチャレンジ課題の実行時に活用もしていた。

## I 両レベルでの利用者

スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの両レベルの利用者に関するカテゴリにおいても、IMR 導入についての促進要因と阻害要因が抽出された。「I-1 IMR 参加の呼びかけ」、「I-2 利用者のニーズに合致」、「I-5 口コミによる利用者の増加」及び「I-6 利用者の良い変化からの影響」は促進要因のサブカテゴリとして、また「I-3 利用者には合致しない」、「I-4 利用者の参加、継続が困難」の2つは阻害要因のサブカテゴリとして抽出された。

### 32 I-1 IMR 参加の呼びかけ〈促進要因（4 切片）〉

IMR 参加の呼びかけは積極的になされ、促進要因となっていた。

「同僚が IMR への参加を進めてくれることもありました。」「自分の担当患者（利用者）にも面接を通して、IMR への参加を勧めました。」「IMR プログラムを始めるにあたっての説明会を開催しました。個々の参加候補者に、IMR の説明や、何を行うのか、テーマやセッションの進行予定の概要などを示したことが非常に参加者にわかりやすかったと思われます。」

このように、利用者の参加を得るために、IMR について個別に説明を実施する機関と、説明会を開催した機関があった。IMR の担当ではなくても、熱心に説明をしてくれる同僚もいた。

### 33 I-2 利用者のニーズに合致〈促進要因（10 切片）〉

IMR プログラムが利用者（患者）のニーズに合致していることは促進要因であった。

「IMR は、患者（利用者）のニーズに合致します。」「患者（利用者）の求めには（これまで）なかなか（思うように）応じられないでしたが、IMR は彼らのニーズに応じられると思いました。」「利用者は、グループで他のメンバーと会うことに興味を示しました。友だちができるかもしれないという期待を持つ者

もいました。」「メンバーにとっても、IMR は参加しやすいものでした。」「IMR は、プログラムの一部に参加することがしやすい形になっています。」

このように、IMR の内容は利用者のニーズに合致しており、また、利用者には「他人と友人になりたい」等のニーズもあり、IMR をグループで行うことはそのようなニーズにも合致していた。

### 34 I-3 利用者には合致しない〈阻害要因（7 切片）〉

IMR が利用者には合わないことは IMR 導入の阻害要因となっていた。

「一つの機関では、『IMR は自分たちの患者（利用者）には合致しない』と報告してきて、うまく IMR を開始できず、研究に参加しませんでした。」「1 人の参加メンバーはとても神経質で、グループで行うプログラムは『他人との距離が近すぎる』と言っていました。刺激が強すぎて居心地悪がそうでした。彼は途中で参加をやめました。」「一部の患者は、グループに入りづらいと思われます。」「あまりに強い症状を呈している患者（利用者）をグループに含めるのは難しいです。」

このように、機関によっては、IMR が自分たちの機関の患者（利用者）には合致しないと表明していた。また、一人の利用者は、グループで IMR 実施するときに、他のメンバーとの距離が近すぎるのが気になって参加をやめていた。

### 35 I-4 利用者の参加、継続が困難〈阻害要因（18 切片）〉

利用者の参加を得ることが困難なことや参加の継続が困難であることは、IMR 導入や継続の阻害要因となっていた。

「一部の利用者は、グループへの参加に不安があり、また、新しいプログラムが自分のためになるのかと不安に感じていました。」「初めに困ったことは、IMR の内容を正に受けてもらいたいと思う患者（利用者）達になかな

か参加してもらえないことでした。」「もうひとつ困ったことは、一部の患者（利用者）が、IMRに途中から参加をしなくなったことでした。これは、非常に残念でした。」「（IMRをやめていった）2名のうち1名は、『このプログラムで得られるものは何もない』という理由でやめてしまいました。」「もう1名は、非常に体が弱く、体調が悪くなりやめてしまいました。」「IMRの実施中に精神科病院に入院した人がいました。」

このように、利用者（患者）がIMRの内容を知らないため、あるいは、グループ形式のプログラムに慣れていないため、一部の利用者（患者）の参加を得るは困難であった。また、IMRへの参加をはじめても、一部は継続できなかった。リハビリ目標を達成したために参加を中断した者もいたが、自らの意志で「得るものがない」と判断してやめた者、体調が悪化してやむなくドロップアウトした者もいた。

### 36 I-5 口コミによる利用者の増加〈促進要因（2切片）〉

IMRに参加した利用者の口コミ評価は、IMRの促進要因になっていた。

「自分がIMRプログラムに参加したあと、兄弟をIMRプログラムに連れてくる人がいた。」「この機関のデイセンターに通所している人たちが、IMR参加者から話を聞いて参加に興味を持った。よって、次回以降のIMRグループには、すでに候補者が何人かいます。」

このように、IMRの実施を開始すると、利用者同士で情報交換がなされ、次クール以降に参加を希望するものが増加していた。

### 37 I-6 利用者の良い変化からの影響〈促進要因（14切片）〉

利用者の良い変化から、周りの組織、スタッフ、などが影響を受けることは促進要因となっていた。

「患者（利用者）たちに大きな変化が良い方

向で現れたのをみて、医師たちは初めてIMRに興味を持ちはじめました。IMRに好奇心を持つようになり、全員にIMRを提供してもらいたいと言うようになりました。」「利用者の変化は明らかで、そこに実践家は価値を見出しました。」「利用者は、自分の経験話し、それがお互いの希望になっていると思います。」「個別のIMRではなく、グループでIMRをやってみていいなと思うことは、個別だと、一人の患者（利用者）ができる、できないの話になりますが、グループだと、あるメンバーできると、他のメンバーがその状態や変化を見て希望をもてることです。それがグループでIMRを実施するとても良い面だと思いました。」「リハビリ目標持つこと、そして、チャレンジ課題を実施して、グループへ結果をもってきて報告する機会を提供することが、彼らにとってとても良いことだと思いました。」「ほとんどの人たちがリハビリ目標をつくり、到達していています。これを見るのが、スタッフにとっても大きな喜びでした。」「ひとつの目標がうまくいかないと、以前は簡単にあきらめ、他の目標へ移っていききました。しかし、今回、IMRを実施するにあたり、私たちは、リハビリ目標を達成するために、時間をかけて支援をし、その結果、メンバーが目標を達成していききました。」

このように、利用者一人ひとりが良い方向へ大きな変化を遂げたことは、もともとIMRの効果に懐疑的だった他のスタッフにも大きな影響を与え、中には「全員にIMRに参加してもらいたい」と言う者もいた。個々のメンバーが自分で立てたさまざまな目標が達成され、利用者が変化したことは、他のメンバーや、実践家たちに影響を与えた。

## V 考察

### 1 研究の限界と課題

本研究は、北欧の先進国におけるインタビュー

調査を質的に内容分析したものである。一国のみを対象としており、また、3機関の5人へのインタビューを対象としており、分析結果の一般化には限界がある。今後、他機関における調査が求められよう。また、IMRのみに焦点をあてて聴取しているため、他のプログラムへの一般化にも限界がある。今後、他のプログラムの導入支援についての調査が求められよう。しかし、本調査によって、EBPの一つであるIMRの導入支援の戦略等が明らかになった。精神障害者へのサービスの質を上げていくために、新たなプログラムを導入するに際して、どのような戦略や導入支援がなされると良いかについて一定の示唆が得られたといえよう。

## 2 IMR導入の促進要因と阻害要因

ノルウェーにおけるIMRの導入における促進要因と阻害要因は、(A) 国や国立大学付属病院研究所レベル、(B) スペシャライズドケアレベル：地域精神保健医療福祉センターレベル、(C) プライマリーケアレベル：コミュニケーションレベルの3層と、実施機関としてスペシャライズドケアレベルと、プライマリーケアレベルの関係についての項目(D)、そして、両レベルに関わる(E) 管理職等、(F) 同僚、(G) 実践家、(H) 実践の内容、(I) 利用者のカテゴリーに整理することができた。

### 1) 国や国立大学付属病院研究所レベルにおける戦略的な導入支援

8つのカテゴリーの中では、(A) 国や国立大学付属病院研究所レベルに関する切片が最も多く全体の3分の1強を占めた。これは、比較的人口規模の小さいノルウェーで、国の予算を活用し国立大学付属病院研究所を中心にIMRの導入支援が実施されていたからと考える。それに加え、インタビューの対象に国立大学付属研究所（以下、研究所と称する）の研究者が含まれていたことが、切片数の多さの要因の一つであろう。

ノルウェーでは、研究所主導で、戦略的にIMRの導入支援が行われており、阻害要因もみられた

が、多くの促進要因が抽出された。まず、「A-1 近隣諸国での先行実施」があったこと、「A-3 国立大学付属病院研究所主導で導入支援を実施」できたことがIMR導入を後押ししていた。しかし、「A-2 IMRの認知度の低さ」はIMR導入支援にあたっての阻害要因となり、また、「A-7 組織における抵抗、拒否、無理解」は大きな阻害要因であった。

そこで、導入を促進・支援するため、具体的な働きかけとして、「A-4 第一人者と呼んでのシンポジウムの開催」を行い、その前後で、個々の機関に訪問し対面による「A-6 組織への働きかけ」がなされたことが促進要因となっていた。また、IMRの具体的な実施のために、「A-5 マニュアルと配布資料の翻訳」がなされ、「A-8 研修の提供」も、複数日程にわたってなされ、IMR開始後、「A-9 テューターによる個別指導」（スーパービジョン）がなされたことは、大きな促進要因となっていた。ただ、マニュアルを直訳したこと、研修の一部が実践的ではなかったこと、そして、人によっては、テューターの個別指導の内容への物足りなさがマイナス要因として挙げられていた。

先行研究ではWhitleyら（2009）がIMRの促進要因として「スタッフとスーパービジョン」、「リーダーシップ」、「組織の文化」、「研修」をあげていた。また、Salyers（2009）らは、IMRの実施や継続に「実施機関の管理職レベルのサポート」、「プログラムの構造（フィデリティ評価の実施等）」、「職務レベルの構造（毎週のスーパービジョンの提供）」を促進要因としてあげていた。ノルウェーでも、IMR実施意向のある機関に国レベルの研究所から事前研修と継続的なスーパービジョンが提供された。先行研究をふまえての戦略的働きかけがなされたと言えよう。また、組織への働きかけが意識され、地域一体の全ての関係者への啓発と、組織の管理職等への対面での働きかけ等がなされたことが「組織の文化」にも影響し、IMR導入へ「リーダーシップ」も発揮されやすく、「管理職レベルのサポート」が得られやすかったと思われる。また、ノルウェーにおいて

は、研究の一環としてフィデリティ評価の実施がなされていた（Egelandほか2017）ので、プログラムの構造は適切に保たれる傾向が強かったと思われる。

このように、研究所が戦略的に関係機関の各レベルの者に対してIMRの導入支援を行い、実施の推進がなされていった。この背景には、研究所で研究費の確保がなされたこと、IMR導入支援に職務として集中して従事できるスタッフがいたことなどがあげられよう。

## 2) 実践家の裁量権の高さ及び興味関心や熱意の強さ

続いて切片数が多かったのが（G）実践家のカテゴリーであった。実践家のカテゴリーに属する切片数が多かったのは、IMRが比較的少人数の実践家によって実施が可能であること、また、ノルウェーにおいては、個々の実践家に利用者（患者）への支援内容について大きな裁量権が与えられていることが関係していると思われる。

「G-1 実践家に大きい裁量権」があること、「G-2 実践家の興味関心」や「G-3 実践家の熱意」が高められたこと、そしてIMRが「G-4 実践家の経験」を活かせる内容であると認識されたことなどが促進要因となり、「G-9 IMR継続への意欲」も実践家に強くみられた。準備としては「G-7 実施機関での勉強会、打合せ」が機関においてなされた。しかし、「G-5 実践家の抵抗、拒否反応」は一部の機関でみられ、IMRの内容について「G-6 薬物療法推進の傾向が強いことへの抵抗」などもみられた。そして、実践家がふり返って「G-8 理論的背景の理解が不十分」であったことを反省していたが、各機関においては「G-10 IMR永続の困難性」が阻害要因としてあげられていた。

Whitleyら（2009）はIMRの実践家に関する促進要因では「スタッフとスーパービジョン」、「研修」をあげており、Salysers（2009）らは、IMRの実施や継続に「職務レベルの構造（毎週のスーパービジョンの提供）」をあげていた。ノルウェーにおいても、事前研修と継続的なスーパービジョ

ンの提供があり、実践家のIMRへの取り組みが促進されたと思われる。

なお、日本において新しいプログラムへの取り組みへの課題や阻害要因としてあがる診療報酬や補助金の不足（福島ら2017）は、本研究ではあがってこなかった。それは、ノルウェーにおいては多くの実践家が公務員の立場で実践しており、実践家やサービス提供機関の得る報酬や対価が提供するサービスによって変わることがないことが関係すると思われる。日本では、実践内容に応じて得られる報酬や対価が異なる仕組みもある程度存在することから、その点は日本において今後工夫の余地があるかもしれない。

## 3) 利用者への働きかけ及びニーズとの合致とIMR実施後の利用者の良い変化

3番目に切片数が多かったのは（I）利用者のカテゴリーであった。利用者のカテゴリーに属した切片数が多かったのは、このカテゴリーには、利用者自身の変化のみならず、利用者への働きかけの仕方や、利用者のIMR参加継続が困難であることに関するサブカテゴリーなどを含めていることが関係していると思われる。

各機関ではさまざまな形で「I-1 IMR参加の呼びかけ」がなされた。実施するにしたがってIMRは「I-2 利用者のニーズに合致」していると認識され、利用者同士の「I-5 口コミによる利用者の増加」がみられた。そして、「I-6 利用者の良い変化からの影響」が各実施機関においてのIMR導入の促進要因となった。ただ、一部の「I-3 利用者に合致しない」ことがあること、そして、体調やグループ形式での実施に抵抗があるために「I-4 利用者の参加、継続が困難」となる利用者（患者）もあった。

福島ら（2017）の調査では、日本においてIMRの実施意向には「利用者の理解」が有意であるとの結果が出ており、それは本研究でも「利用者」のカテゴリーに多くの促進要因がみられたことと重なる面があったと考える。

#### 4) 実践の内容を充実させていく気運

本研究では、スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの両レベルに共通するカテゴリーの一つとして「H 実践の内容」を位置づけた。このサブカテゴリーと「B スペシャライズドケアレベル」「C プライマリーケアレベル」「D スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの関係性」に含まれるサブカテゴリーは重なる面が多かった。

両レベルで「H-1 支援内容を充実させていく必要性」があったことと、従来の実践の方向性とIMRとの「H-3 実践方法の合致性」は促進要因となっていた。一方、「H-2 プログラムの包括性、費やす時間の長さ」「H-4 交通手段の確保の困難性」「H-5 チャレンジ課題の実行の難しさ」は阻害要因となっていた。

スペシャライズドケアレベルでは、医療圏域ごとに重い精神疾患を有する人への専門的な治療支援を提供しており、効率的、効果的にサービス提供を行わなければならないという特性は、IMR実施を後押しした。その一方、「これまで専門性の高いサービスを提供してきた」という自負はIMR導入の阻害要因となっていた。

プライマリーケアを提供しているコミュニケーションレベルでは、地方分権の意識が強く、「住民に提供するサービスは自分たちで決めていく」という意識が強かった。コミュニケーションレベルのスタッフは「適切なサービスを提供したい」と強い熱意を持っており、IMRの「目標をたてて生活課題に取り組む」というプログラムの特徴は、コミュニケーションレベルで従来提供されてきたサービスと共通性があり、IMR導入の促進要因となっていた。

スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの関係性において、「D-1 スペシャライズドケアレベルとプライマリーケアレベルの協働の必要性」がノルウェーで現在強く意識されていることも促進要因となり、そのためにも、「D-2 実践家同士のネットワークづくりの醸成」がなされ、促進要因となっていた。

#### 3 まとめ

EBPの一つとして世界で推進されているIMRの導入支援には、戦略的で多層的な働きかけが効果をもたらすことが示唆された。国や地域が異なっても、新しいプログラムの導入においては、関係する複数のサブシステムから一定の抵抗があることが窺えた。そのような抵抗に対応するためにも、地域全体への働きかけ、組織への直接的働きかけ、管理職レベルや多職種への働きかけを合わせて実施することに意味があることが示唆された。また、効果があるプログラムにおいては、サービスを利用した利用者（患者）の変化が目に見える形で関係者に理解されると、サブシステムの拒否や抵抗も薄まっていくことが窺えた。

今後、日本においてもIMRなどのEBPの導入がすすめられるためには、戦略的で多層的な働きかけがなされ、実践家には研修の提供、継続的なスーパービジョン等の提供などがなされることが望ましいといえよう。より多くの利用者（患者）がリカバリー目標に向かって歩みをすすめ、病気の理解と自己管理できる力を持つにいたっているという声（大島ら2015）が多くの関係者に理解されることもまた、このような取り組みの推進に寄与するといえよう。

#### 注

- 1 利用者及び支援者が親しみやすく感じる名称で普及することが大切と考え、筆者らはIMRについて「リカバリーと病気の自己管理」の訳語を用いる。
- 2 これらのプログラムについてはEBPツールキットがSAMHSA(アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部)より発行され、日本精神障害者リハビリテーション学会が監訳、刊行している。IMRは「疾病管理とリカバリー」と訳されている。
- 3 直訳すると地域精神保健センターとされる機関を、その機能から本稿ではあえて地域精神保健医療福祉センターと訳している。
- 4 フィンランドで生まれたアプローチ。精神症状の発出した危機状態のときでも薬や入院を最小限にし、本人や家族たちとの対話を中心にした対応で成果を挙げ、国際的に注目されている。

\* 本調査は JSPS 基盤研究（C）「精神障害者の退院促進 / 地域定着に資する新規プログラムの導入支援モデル研究（No.15K03968）」の一部として実施した。

\* 本研究にご協力いただいた施設・機関のみなさまに心より感謝申し上げます。

## 文献一覧

- Bartholomew, T. & Zechner, M.(2014) "The relationship of Illness Management and Recovery to state hospital readmission. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202 ; 647-650.
- Dalum, H. S., Korsbek, L., & Mikkelsen, J. H. et al. (2011) "Illness Management and Recovery in Danish community mental health centres." *Trials*, 12 : 195.
- Egeland, K.M., Ruud,T., Ogden, T., Färdig, R., Lindström, J.C. & Heiervang, K.S. (2017) How to implement Illness Management and Recovery (IMR) in mental health service settings: Evaluation of the implementation strategy" *International Journal of Mental Health Systems*, 11:13. Published online: 23 January 2017
- Färdig, R., Lewander, T., Melin, L. et al. (2011) "A randomized controlled trial of the Illness Management and Recovery program for persons with schizophrenia." *Psychiatric Services*, 62 (6) ; 606-612.
- Fujita, E., Kato, D., Kuno, E. et al.(2010) "Implementing the Illness Management and Recovery program in Japan. *Psychiatr Services*, 61 (11) ; 1157-1161.
- Fukushima, K., Kodaka, M. & Suzuki, A. (2017) "Illness Management and Recovery program in community-based continuous employment support centers in Japan: Preliminary study on effects and feasibility." *Japanese Journal of Social Welfare*, 57 (5) , 11-19.
- 福島喜代子・小高真美・鈴木あおい (2017) 「地域における科学的根拠に基づく実践プログラムの認知度と実施意向、促進・阻害要因に関する研究－IMR 実施に焦点をあてて－」『精神障害とリハビリテーション』21(3), 印刷中
- 外務省 (2017) 「ノルウェー王国基礎データ」  
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/norway/data.html#section1> (2017/4/30 閲覧)
- IMF (2017) "World Economic Outlook Database" .  
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2017/01/weodata/index.aspx> (2017/7/14 閲覧)
- IMR 研究会 (2007)  
<http://recovery-kotsu-ken.blogdehp.ne.jp/category/1183073.html> (2017/10/31 閲覧)
- 国連開発計画 (UNDP) (2015) "Human Development Report 2016 Human Development for Everyone" ..  
[http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf) (2017/4/30 閲覧)
- 厚生労働省 (2015) 「障害福祉サービス、障害児給付費等の利用状況について」  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/toukei/dl/01-24.pdf> (2017/8/30 閲覧)
- Levitt, A.J., Mueser, K.T., Degenova, J. et al (2009) "Randomized controlled trial of Illness Management and Recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*, 60 (12) ; 1629-1636.
- 内閣府 (2019) 「障害者白書（平成 29 年版）」  
<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h29hakusho/zenbun/pdf/ref2.pdf>(2018/8/29 閲覧)
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2005) *Mental Health Services in Norway Prevention -Treatment- Care*  
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2005/0011/ddd/pdfv/233840-mentalhealthweb.pdf> (2015/04/15 閲覧)
- OECD (2014) "Focus on Health: Making Mental Health Count"  
<https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf> (2017/8/23 閲覧)
- 大島巖、加藤大慈 (2015) 『IMR 入門』地域精神保健福祉機構 .
- Powell, B.J., Proctor, E.K., & Glass, J.E. (2014) A systematic review of strategies for implementing empirically supported mental health interventions. *Research on Social Work Practice*, 24 (2) ; 192-212.
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003)  
<http://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/FinalReport/toc.html> (2017/08/11 閲覧)
- Salyers, M., Rollins, A.L., McGuire, A.B. et al. (2009) "Barriers and facilitators in implementing Illness Management and Recovery for consumers with severe mental illness: Trainee Perspective." *Administration and Policy in Mental Health*, 36, 102-111.

- SAMHSA (2006) “Evidence-Based Practices : Implementation Resource Kit” (=2009、日本精神障害者リハビリテーション学会監訳『アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキット』、日本精神障害者リハビリテーション学会.)
- Skjorshammer, Morten (2005) 「特別講演：ノルウェーの精神保健サービス -- 精神障害者とその家族に対する人間性豊かなサービス提供への挑戦」『人間福祉学会誌』5 (1)、15-23.
- Stirman SW, Gutner CA, Langdon K, Graham JR(2016). Bridging the gap between research and practice in Mental Health Service Settings: An overview of developments in implementation theory and research. Behavioral Therapy. 47 (6) : 920-936.
- 辻陽子、巽絵理、野村 恭代、酒井 ひとみ (2015) 「精神障害者が利用する自立支援サービス事業種別によるニーズの相違について：大阪府 A 市における事業所利用者のアンケート調査より」『総合福祉科学研究』(6)、13-24.
- Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W.J. et al. (2009) “Implementing the Illness Management and Recovery program in community mental health settings: Facilitators and barriers.” Psychiatric Services, 60 (2) ,202-209.
- 財務省 (2016) 「平成 28 年度の国民負担率の公表」  
<http://www.mof.go.jp/budget/topics/futanritsu/20160212.html> (2017/7/14 閲覧)

# Facilitators and Barriers of Implementing Illness Management and Recover Programs - Focusing on Implementation Strategies in Norway -

Kiyoko Fukushima      Manami Kodaka      Aoi Suzuki

To explore barriers and facilitators of a newly implemented Illness Management and Recovery program, we conducted semi-structured interviews at three institutions in different levels of mental health systems in Norway, focusing on the process of implementing the program.

Results indicated resistance from agency supervisors and other professionals as one barrier. Program facilitators included strategic intervention from not only direct practitioners, but also from supervisors and the community in general. Providing training, continuous supervision, and interpreted handouts were also main facilitators. In addition, understanding by staff who discerned visible and positive changes among program users, lessened their degrees of resistance and denial.

**Keywords:** Illness Management and Recovery, implementation strategy, mental health, Norway