

# 本人のリカバリーの 100 の支え方



精神保健従事者のためのガイド

## 100 ways to support recovery.

A guide for mental health professionals

**第2版**

## 私たち Rethink Mental Illness のご紹介：

私たちは「Rethink Mental Illness（精神の病気について考え直す）」という慈善団体です。私たちは精神疾患を経験した数百万人の人たちがより良い毎日（生活・暮らし・人生）を過ごすことができると信じています。私たちは40年間にわたり、お互い支え合えるよう人と人をつないできました。毎日の暮らしを変えるようなサービスや自助グループをイギリス全域で運営し精神の病気に対する見方や態度を変えていこうとしています。

<b>目次</b>		
はじめに		p.4
1章 人としてのリカバリーとは？		p.6
2章 人間関係が一番大切		p.10
3章 リカバリー指向の精神保健サービスの基本		p.14
4章 アセスメント		p.16
5章 行動計画		p.22
6章 自己管理のスキルを伸ばすための支援		p.23
7章 クライシスからのリカバリー		p.29
8章 精神保健サービス活動についてのリカバリー重視の評価		p.32
9章 精神保健システムの変革		p.33
参考文献		p.34
引用文献		p.35



## 序文

私たち「Rethink Mental Illness」は、精神の病気になった人たちの毎日がより良い日々になるよう懸命に取り組んでおり、精神保健サービスのあり方を変革していくことが極めて重要だと考えています。この小冊子では、精神疾患になった方本人を中心にしたリカバリーをめざすために、精神保健スタッフが仕事を進めるために役立つ 100 の方法をお伝えします。

2009 年に第 1 版が出版されて以来、この小冊子は「Rethink Mental Illness」のウェブサイト ([rethink.org/100ways](http://rethink.org/100ways)) を通じて 23,000 回以上ダウンロードされ、英語以外にも、複数のヨーロッパの言語に翻訳されました。この第 2 版では、新たなエビデンスや資料へのリンクもアップデートしてあります。

この本の著者であるマイク・スレイド (Mike Slade) 教授は、サウスロンドン・モーズレイ NHS トラストのコンサルタント臨床心理士 (consultant clinical psychologist with South London and Maudsley NHS Foundation Trust) であり、ロンドン・キングスカレッジ精神医学研究所のヘルスサービス研究部門教授 (Professor of Health Services Research at the Institute of Psychiatry, King' s College London) です。スレイド教授のチームの研究者達は、イギリスの成人を対象とした地域精神保健チーム用にリカバリーのための介入をマニュアル化し、その評価をしています。REFOCUS と呼ぶこの研究は、その 5 年間の研究の最終段階に入っています。(2014 年に完了予定)

ポール・ジェンキンス Paul Jenkins  
Rethink Mental Illness チーフエクゼクティブ (最高責任者)  
2013 年 4 月



第 1 版の出版以来数年で、精神保健領域におけるリカバリーへの関心はさらに深まりました。「リカバリー」は、精神保健サービスを提供する場の日常的な実践に組み込まれ、また

「パーソナライゼーション (Personalisation=個別化)」や「パーソナル・ヘルス・バジェット=個人保健予算 (Personal Health Budgets)」といった、新たな政策主導の手法が導入されて本人主体の取り組みを支えています。

しかしながら、やらねばならないことはまだまだあります。私たちの組織の統合失調症委員会 (Schizophrenia Commission) は、最新のエビデンスと実践を包括的に検証した結果を 2012 年に報告し、その結果に基づいて、人生を良い方向に変えるためのサポートや治療を受けるために改善が必要な領域を特定しました。(schizophrenia.commission.org.uk) 本書、「リカバリーを支える 100 の方法」第 2 版は、精神保健スタッフが日々の仕事を進める上で役立つツールとなるでしょう。

## はじめに

この本は精神保健スタッフのためのガイドであり、「リカバリー」に焦点をあてたサービス提供を  
発展させていくことを目指しています。この本ではリカバリーを重視しながらサービス利用者\*と  
の協力についてのアイデアを示しています。

この小冊子は、次の二つの信念を基盤にしていま  
す：

- まず、「リカバリー」とは精神疾患になった人がたどる道であり本人が経験するものである。サービス提供側がその人に与えたり行なったりするものではない。スタッフができることは、リカバリーに向けて歩むその人をサポートすることである。
- 二つ目に、リカバリーの歩みはひとりひとり違う。リカバリーを支えるための最善の方法は人によって異なる。

理想的なあるいは「正しい」サービスが何か一つあるのではなく、精神保健スタッフによるリカバリー支援の細かい手順マニュアルがあるわけでもありません。そのため、このガイドは行程付きの旅行計画ではなく地図のようなものです。

本書の一番の核は、支援のタイプを明らかにするための基本的な枠組みです。この枠組みは、精神疾患経験者本人たちの声に基づいているもので、これを本書では「人としてのリカバリーの枠組み Personal Recovery Framework」と呼びます。この考え方を実践につなげていくことが本書の目標です。

\*「サービス利用者」という表現に議論があることは承知しつつ、この本で私たちが焦点を当てているのは精神疾患を経験してサービスを利用している人たちなので、ここでは「サービス利用者」と表現しています。

## 第2版によせて

2009年に第1版が出版されて以来、この本は「Rethink Mental Illness」のウェブサイト ([rethink.org/100ways](http://rethink.org/100ways)) を通じて 23,000 回以上ダウンロードされてきました。

疾患経験者たちの話から発展したリカバリーについての私たちの理解は 2009 年から大きくは変わっていません。本人の積極的な努力と周囲のしっかりとした支えがあれば精神疾患になったあとも病いを乗り越えて日々暮らしていくことができます。また、その後、精神保健領域での新たなエビデンスがでていきます。

たとえば、精神医学研究所のリカバリー部門でリカバリーについての研究が何本も行われています（詳細は [researchintorecovery.com](http://researchintorecovery.com) をご覧ください）。これらの研究には、システムティックレビュー（エビデンスを総合する最も緻密な手法）も含まれています。リカバリーの主だった過程である Connectedness（つながり）、Hope（希望）、Identity（自分らしさ）、Meaning（意味）、Empowerment（エンパワメント）（これらをそれぞれの頭文字を取って CHIME と呼びます）<sup>1</sup>、リカバリーをどのように評価（アセスメント）するか

<sup>2</sup>、本人の長所・強みを特定する方法<sup>3</sup>、どのように希望をより高めるか<sup>4</sup>、などです。

今では、リカバリーを支援するための精神保健サービスのベストプラクティス（最良の実践）を特定できるようになりました<sup>5</sup>。良いリカバリー支援を特定するための尺度の評価も行われ<sup>6</sup>、INSPIRE という尺度として無料で使うことができます（[researchintorecovery.com/inspire](http://researchintorecovery.com/inspire)）

リカバリーを支援する介入（取り組み）も開発され<sup>7</sup>その評価も行われて<sup>8</sup>、精神保健サービス変革の全国プロジェクトがイギリス各地で展開されています<sup>9</sup>。これらの活動全てにおいて私たち「Rethink Mental Illness」はガイドかつパートナーとして関わっています。この「リカバリーを支える 100 の方法 第2版」は、これらの新しいエビデンスを反映させるために改訂されました。



Mike Slade

## 1章 人としてのリカバリーとは？

「リカバリー」という言葉には2つの意味があります。

病気からのリカバリーは、精神保健従事者の見方から出てきた考え方で、症状を取り除くこと、社会的機能の回復あるいは「普通に帰ること」などが含まれます。

人としてのリカバリー（Personal recovery）は、精神疾患の経験者たちから出てきた考え方で、病気からの単純な回復とは違います。「人としてのリカバリー」の定義として最も広く引用されているのは以下の Anthony(1993)<sup>10</sup>の言葉です：

リカバリーとは、個人の態度や価値（本人にとって大切なこと）、感情、目標、技術や役割が変化していく過程のことで、これはとても個人的で、人によって異なる過程である。精神の病気による制限があったとしても、何かに貢献し、希望にあふれ、満たされた生活を送る生き方である。リカバリーには、精神疾患による壊滅的な影響を乗り越え成長する中で人生についての新たな意味や目標が見出されていくことが含まれる。

一般的な認識として、現在のところ、ほとんどの精神保健サービスは病気からのリカバリーを目標として構成されています。とはいえ世界中の精神保健政策は人としてのリカバリーを支援することに一層重点を置くようになってきています。たとえば、イギリスの2011年の精神保健国家戦略の中核目標は「精神の問題を抱えるより多くの人々が回復（recover）すること」でした<sup>11</sup>。では人としてのリカバリーに焦点を当てたサービスへと変革していくにはどうすればよいのでしょうか？本書では、100の方法を示しています。まずはこの変革の基盤とな

るリカバリーの枠組みの基本からはじめましょう。

### Box 1: 人としてのリカバリーに役立つもの

#### リカバリーのために 1: ポジティブな自分らしさを築く

リカバリーに向けて最初に役立つものは、精神の病気になったことを超えた前向きで肯定的な自己像（positive identity）を構築することです。その自分らしさの構成する要素は、ある人には極めて重要なことでも他の人には全く重要ではないかもしれません。つまり自分らしさを構成する要素として何が大切かは本人だけが決められるものです。

#### リカバリーのために 2: 「精神疾患」の経験を枠で囲う

リカバリーに役立つものの二つめは、精神保健従事者からは精神疾患と捉えられる本人の経験について、その人自身が納得のいく意味を見だしその経験を枠で囲う（frame, framing）ことです。自分なりにその経験を理解し名前をつける（枠で囲う）ことで、その経験を自分の一部ではあるもののそれがその人全てではないものとして扱うことができます。本人にとって意味あるものが、診断名かもしれませんが薬の名前かもしれません。あるいはスピリチュアルクライシス、または文化的、実存的クライシスなど、サービス従事者の視点とは全く関係のないものとして表現されるかもしれません。（枠で囲うことを勧めるために、副題の言葉「精神疾患」にカギ括弧をつけました）

#### リカバリーのために 3: 精神疾患を自己管理する Self-managing the mental illness

精神疾患の経験を枠で囲うことで、人生の挑戦課題の一つという文脈で病気の経験をとらえることができるようになり自己管理能力が高まります。自己管理能力の向上を通じて、医療の管理下にある状態か

ら、自分自身に対して責任をもつ状態へと移行していきます。これは、身の回りのことを全て自分でやるという意味ではありません。自分自身の幸せ・健康（well-being）に自分で責任を持つということであり、必要なときに他の人に助けやサポートを求めることも自己管理に含まれます。

#### リカバリーのために 4: 自分の価値に合った社会的役割を得る *Developing valued social roles*

リカバリーに役立つものの4つ目は、以前の、あるいは修正した、もしくは新たな、自分にとって大切に思える社会的役割を得ることです。多くの場合、この社会的役割は精神疾患と何も関係がありません。自分にとって大切な社会的役割は、リカバリー途中の人の自分らしさの確立のための柱となります。リカバリー最中の人とその人が置かれている社会的状況の中で協力していくことが不可欠で、クライシスの時など、友人や家族、同僚からのサポートが緊迫しがちの時は特にそうです。



## 1.1 人としてのリカバリーの枠組み

人としてのリカバリーは、病気の治療に焦点をあてるのではなく、幸せ・健やかさ (well-being) を高めることを含みます。これには精神保健従事者側の変革も含まれ、サービス従事者側が考える疾患モデルは病気の人そのものではなくその人の一部にすぎないということです。このような理解は、精神疾患を経験した人たちの声から発展したリカバリーの4つの領域に基づいています<sup>12</sup>。

- **希望** リカバリーを構成する要素・成分として経験者から高い頻度で語られるもの
- **自分らしさ** 現在と未来の自分らしさを含む
- **意味（意義）** 自分の人生の中での意味、人生の目的や目標も含む
- **自分についての責任（主体的であること）** 自分の人生に自身で責任をもつこと

人としてのリカバリーの枠組み（図1）は、リカバリーの途中でよく実践される4つのリカバリーに役立つもの（Box1）に基づいています。これらはゆ

るやかに並んでいて、必ずしもこの順番ではありませんがおおよその順番として、信念から行動へ、そして個人的なものから社会的なものへと並んでいます。

ここに出てくる矢印は、疾患名を枠で囲うことや自己管理を行うことで精神疾患からの影響を最小限にし、肯定的な自分らしさや自分にとって大切な社会的役割や人間関係を作っていくことで幸せ・健やかさ (well-being) を最大限にしていくことを表しています。

人としてのリカバリーを目標とする精神保健サービスは、人間関係に重点を置きながら、本人が4つのリカバリーに役立つものを自分のものにしていくことをサポートをする仕組みになっています。リカバリー指向と従来の方法の主な相違点は、精神疾患経験者たち本人によってリカバリー指向のサービスに変革をさせようという努力の中で考慮された点であり、<sup>13-17</sup> そのポイントを表1に示します。

図1：人としてのリカバリーの枠組み

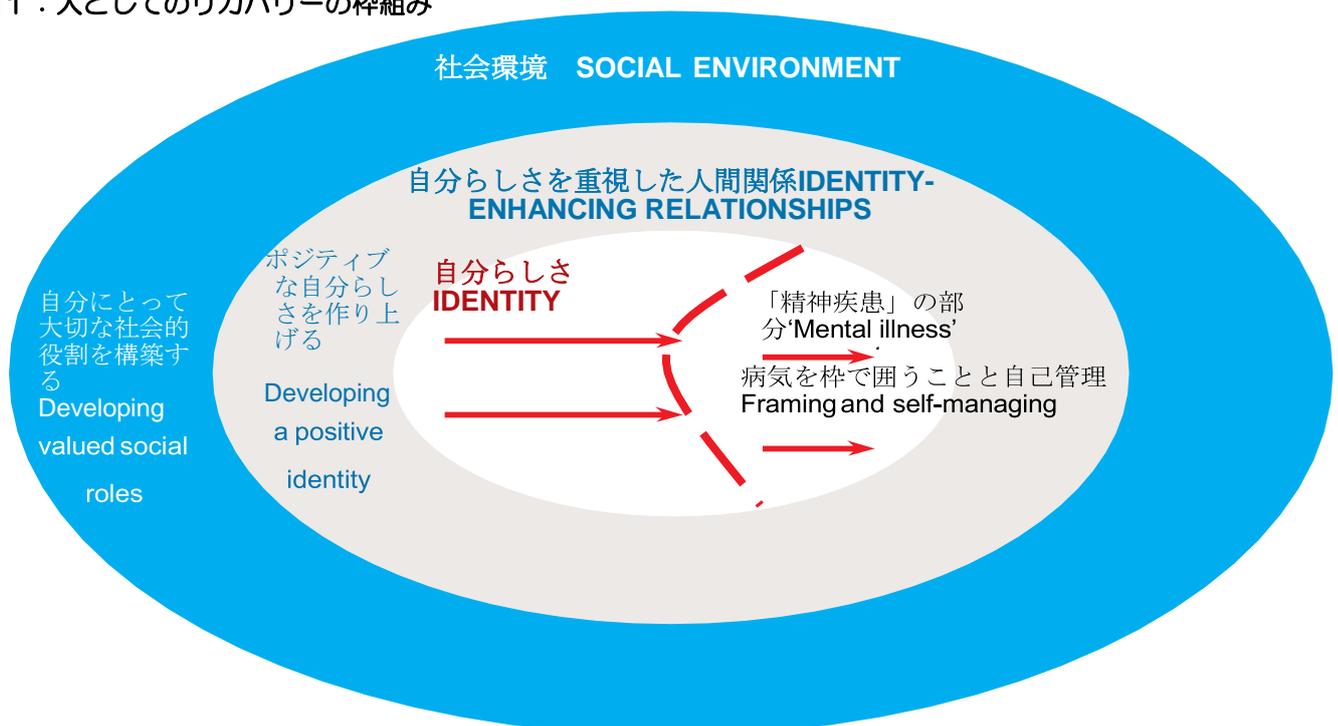


表 1: 従来のサービスとリカバリー指向のサービスの違い

従来のサービス Traditional approach	リカバリー指向のサービス Recovery approach
<b>価値と力関係パワー Values and power arrangements</b>	
一見、価値とは関係ないように見える (Apparently) value-free	価値中心 Value-centred
サービス従事者側に説明責任あり Professional accountability	本人に責任 (本人が主体) Personal responsibility
管理指向 Control oriented	本人による選択 Oriented to choice
サービス・仕組みの方が人よりも力がある Power over people	一人ひとりの力を覚醒させる Awakens people's power
<b>基本コンセプト Basic concepts</b>	
科学的 Scientific	人間主義的 Humanistic
病跡学 Pathography	経歴 (おいたち) Biography
精神病理 Psychopathology	苦悩の経験 Distressing experience
診断 Diagnosis	個人的な意味 Personal meaning
治療 Treatment	成長と発見 Growth and discovery
スタッフと患者 Staff and patients	訓練された専門家、経験のある専門家 (エキスパート、熟練者) Experts by training and experts by experience
<b>知識基盤 Knowledge bases</b>	
無作為化比較試験 Randomised controlled trials	指針となるようなナラティブ (語り) Guiding narratives
システマティックレビュー Systematic reviews	ロールモデルにより具現化されたもの Modelled on role models
文脈から切り離されている Decontextualised	社会的背景の中にある Within a social context
<b>実践 Working practices</b>	
記述 Description	理解 Understanding
疾患や障害に焦点 Focus on the disorder	人に焦点 Focus on the person
病気に重点 Illness-based	長所・強みに重点 Strengths-based
有害事象を減らすことを基調とする Based on reducing adverse events	希望や夢に基づく Based on hopes and dreams
個人がプログラムに合わせる Individual adapts to the programme	提供者が個人に合わせる Provider adapts to the individual
受け身で従順であることをよしとする Rewards passivity and compliance	エンパワメントを促す Fosters empowerment
ケアコーディネートのエキスパート Expert care co-ordinators	自己管理 Self-management
<b>サービスの目標 Goals of the service</b>	
反疾患的 (病気にならないように) Anti-disease	健康へと向かう Pro-health
制御する Bringing under control	自己コントロール Self-control
遵守 Compliance	選択 Choice
普通に戻る Return to normal	変化・変容する Transformation

人としてのリカバリーは一人ひとりが経験することであり、スタッフの仕事は、リカバリーに向かっている本人を支えることです。実践においてこれがどのような意味かをこれから述べていきます。

## 2章 人間関係が一番大切

この章では精神科スタッフが本人のリカバリーを支える上での100通りの方法を詳しく述べていきます。ここでは、人間関係、特にピアとの関係、スタッフとの関係、そして他の人たちとの関係に焦点を当てます。

### 2.1 ピアとの人間関係をサポート

精神疾患の経験者（「ピア」）は、自分以外の精神疾患経験者のリカバリーに直接貢献することができます<sup>18-20</sup>。他国においてもリカバリー指向の革新的なサービスで、有意義なピアの関わりが行われています。リカバリーに向けてのピアサポートは3つに分けられます。

#### 1: 相互的な自助グループ

相互的な自助グループでは、（疾患の）経験を一番重視しており、全ての参加者がそれぞれ何らかの形で貢献できるという前提に基づいています。

#### 2: ピアサポートスペシャリスト

ピアサポートスペシャリスト（以降、ピアスタッフと書きます）とは、精神保健システムの中での役割（職）の一つで、自身が以前に精神疾患の経験があることが条件です。ピアスタッフという職・役割を設けることには以下の4つの利点があります。

1. ピアスタッフにとっては、多くの利益のある仕事です。自分自身の経験が価値のあることであり、自分の病気経験を改めて枠で囲う自己変革の場ともなりえます。自分から他者に与えられるものがある、役に立つ、というのは自身のヒーリングにおいて大切な要素です。また自己管理スキルと仕事に関連したスキルが同時に統合されて身に付きます。
2. 他のスタッフにとっては、ピアスタッフがいることで、個人の価値や大切なことへの意識

が高まります。ピアである同僚とやりとりをする中で、サービスにおける「あの人達（患者）」と「私たち（健常者）」といった偏見や思い込みに、押しつけがましくなく自然に向き合うことになります。

3. 他のサービス利用者にとってピアスタッフと接することは、リカバリーのロールモデルを直に見ることができる機会であり、希望を抱く大きな効果があります。また、他のスタッフよりもピアスタッフの方が社会的距離を短く感じ、サービスに参加したい、利用したいという気持ちが高まる可能性があります。
4. 精神保健システムにとっては、ピアスタッフの人たちは考え方やものの見方を伝え、広める存在となってくれます。リカバリーを果たしたサービス利用者や元利用者達には、自身の経験があるためリカバリー指向についての研修などをする必要性があまりありません。

#### 3: ピア運営プログラム

ピア運営プログラムとは、単に精神疾患の経験のある人が働いている組織というだけではありません<sup>18</sup>。ピア運営プログラムは、その組織の価値と実践を通じて利用者たちの人としてのリカバリーを促すことを目的にしたサービスです。ピア運営サービスは、従来の精神保健サービスとはだいぶ違うものであり、精神の病気になったという経験が資産（宝）であるというメッセージを直接伝えます。このプログラムの一番のゴールは利用者たちが自分自身の将来を自分で決めることに再び関

わるようサポートすることです。

### 実践ポイント

スタッフは、以下のような方法でピアサポートを促すことができます：

1. ボランティア組織と協力しながら相互自助グループを作るように働きかけ、自助グループとのつながりを積極的に進めていく
2. サービス利用者向けに書かれたリカバリーについての情報を配信する<sup>21-24</sup>
3. 自分たちのサービスにピアスタッフを雇用し、具体的に力を発揮できるようにサポートする
4. ピア運営プログラムの構築・運営や拡大をサポートする
5. 利用者たちが自分のリカバリーの話語る場を設けるようサポートする 例：プロの語り部による研修、その地域でのスピーカースピュロー（講演者の組織）の立ち上げ、自身の経験について地元あるいは全国のメディア等に語るためのサポートをする
6. インターネット記事などの電子資料に親しむ 例：[www.mentalhealthpeers.com](http://www.mentalhealthpeers.com)（英語）、[www.recoveryinnovations.org](http://www.recoveryinnovations.org)（英語）、[intentionalpeersupport.jp](http://intentionalpeersupport.jp)（日本語）、[peersociety.jimdo.com](http://peersociety.jimdo.com)（日本語）



## 2.2 サービス従事者との関係

リカバリーを目標とするサービスでは、法的な問題がある場合を除いて、サービス利用者が最終的な意思決定者です。とはいえ、スタッフが利用者の言いなりになるという意味ではありません。働く人は誰だろうと非倫理的な行動をとってはいけませんし、他人に危害を加える行為に加担してもいけません。ただ、基本的な方向性として利用者が先導するような方法を積極的にみつけていくことです。つまり、サービス従事者の目線は、利用者の経験を理解する上で複数の見方のうちの一つにすぎない、ということです。

このようなパートナーシップの関係性を表す言葉が「相互性」です。これは、私たちが皆それぞれの困難からリカバリーしてきているということを共通点として重視します。リカバリー指向のスタッフ（the recovery worker）は、利用者のそばにいて共に取り組むためその人と接する機会が増えます。利用者が抱える問題を代わりに解決してあげるのではなく、選択肢を示すことが自分の仕事だと気づくでしょう。またそのスタッフは、サービス利用者と同じ向き合い、影響を受け、そして自身が変わることもあるでしょう。

時にはスタッフがサービス利用者のために決断をしなければならないこともあります。利用者が調子を崩してしまい自分自身のことが一時的にできなくなることもあり、ほかにより良い選択肢がない場合には、スタッフが必要に応じて強制的に誘導したり介入したりすることがあります。リカバリーの旅路の初期（精神保健のサービス従事者が「急性期の状態」と呼ぶ状態）にいる人に過度の期待をかけることは助けになりません。また、利用者が自分の診断や予後、治療について専門家の意見をききたいと思うこともあるでしょう。自分自身の経験を精神疾患として理解したいと思うサービス利用者には、何がおかしくなっているのか、何

が助けとなるかについて、スタッフの意見を知る権利があります。

リハビリを目標としたサービスを行う上で特に優れたコミュニケーションスタイルとして「コーチング」があります。コーチングの利点を以下に挙げます：

1. コーチングの考え方では、利用者が自分で自分の生活を管理する能力がある、あるいはその力を獲得できることを前提としています。自分に責任を持つことは自然に与えられている力だと考えます。
2. 利用者本人にではなく、リハビリが起きるプロセスに焦点をあてます。利用者がいかに精神疾患とともに生きるかをコーチングするのであって、精神疾患を治療するという従来の焦点とは異なります。
3. コーチの役割は、代わりに問題を解決することではなく、その人の自己復元能力を活性化させることです。これにより、その人の欠点ではなく、長所や強み、すでにある支援関係を強化することにつながります。
4. コーチングでめざすのはコーチの目標ではなく利用者の目標です。コーチのスキルは資源として提供されるものであって、コーチングのスキルを使うことが目的ではありません。
5. この関係が良好に機能するためには、コーチ側と利用者が共に積極的に取り組むことが必要です。

### 実践ポイント

スタッフは、以下のような方法でリハビリを支えることができます：

7. サービス利用者の願いや好みを、スタッフの意見以上に重視する
8. 可能な限り、スタッフではなくサービス利用者の優先順位に沿って進める
9. サービス利用者から学ぶこと、サービス利用者の影響でスタッフが変わることを歓迎する
10. あらゆる場面で可能な限りコーチングのスキルを用いる
11. 技術的な介入能力だけではなく、人間関係の面を考慮してスーパーバイズをし、スーパーバイズを受ける

サービス従事者としての専門知識が重要であることに変わりはないのですが、その専門知識は、利用者の自己管理をサポートするものとして活用されます。パートナーとして人間関係の構築に移行することは、スタッフが以前よりも働かなくてよいとか、簡単にあきらめるとか、定まらない治療やエビデンスのない治療を提供して良いということではありません。サービス従事者のプロとしての専門知識をこれまでと異なる方法で活かし、アセスメントのプロセスや目標設定、治療など、どれもリハビリを支えるものとして活かすことができます。

## 2.3 他の人間関係をサポートする

人は、精神疾患そのものからのリカバリーだけでなく、精神疾患によって生じた感情的、身体的、知的、社会的影響、そしてスピリチュアルな影響からのリカバリーも必要です。他者とつながり、自分の人生（生活）に積極的に関わることは、自分の幸せ・健やかさ（well-being）の源としてとても大切です。まわりの人達から見捨てられたと感じた時でも、何らかの信念や信条、信じる心があることが大切な支えとなることを、リカバリー中の多くの人が語っています。



### 実践ポイント

スタッフはスピリチュアリティ（精神性）や他者とのつながりを以下のような方法で促すことができます：

12. 人生における意義や生きがいを利用者に聞く。これはスタッフの知識の範囲から外れてしまうことかもしれないが、その利用者が必要としていることに近づくことにもなりえる
13. 挫折や敗北について話すサービス利用者に共感を示して、利用者の自身に対するポジティブな（肯定的・前向きな）見方をはぐくむ
14. 精神的、<sup>スピリチュアル</sup> 靈的な体験へのアクセスをサポートする 例：聖書やお経などの宗教的な書物、祈り、礼拝への参加、宗教に関するインターネットサイトへのアクセスなど
15. 高揚感をもたらす（元気が出る）体験へのアクセスをサポートする 例：芸術、文学、詩、ダンス、音楽、科学、自然
16. 自己発見の機会へのアクセスをサポートする 例：パーソナルセラピー、日記をつける、詩や歌を作る、自分自身についての物語を書く
17. 周囲にお返しをする（何かの役に立つ）ことを支援する 例：ボランティア活動をすることを促す、ペットを飼う、何かあるいは誰かに対する責任を担う
18. インターネット記事などの電子資料に親しむ 例：[www.spiritualcrisisnetwork.org.uk](http://www.spiritualcrisisnetwork.org.uk)（英語）、[www.spiritualcompetency.com](http://www.spiritualcompetency.com)（英語）
19. 利用者が社会資源やつながりを広げ深めていくことを促す 例：社会参加の経験、政治活動をする（当事者運動の活動等も含む）
20. 文化的活動に関わることを促す 例：文化活動グループ、癒し効果や浄化作用のあるような文化的儀式など
21. 利用者が考えることができる時間を作る。静かな場所や、黙考や瞑想の機会や場を準備するなど

### 3章 リカバリー指向の精神保健サービスの基本

リカバリー指向のサービスを提供することは、「価値」を考えることから始まります。リカバリー指向の高い専門サービスでの一貫したテーマは、明確に定義され日々の意思決定に役立つ価値、つまり自分たちにとって大切なことです。

このサービスに必要な3つの過程：

- ・自分たちにとって大切なこと(=価値)を明らかにする
- ・日々の実践でその価値を取り入れる
- ・活動の振り返りをして、日々の実践を修正していく

最初の段階は、価値、すなわち自分たちにとって大切なことを明らかにすることで、これは話し合いによって可能になります。価値を明らかにすることは、文書ではなく面と向かっての話し合いで、組織に浸み込んでいる価値をあえて言葉にして目に見えるようにすることです。リカバリー指向の精神保健サービスを進める上で大事なことは何でしょうか？複雑である必要はありません。Bill Anthony は次のように提案しています。：

**例え重い精神的な病気を患っている人でも、人としては変わらないのです。**

この考えは精神保健サービスの基本的な指針となります。精神疾患の人たちは、人として普通にもつ権利・役割・責任の全てを望んでいます。精神保健サービスの課題は、これらの目標に向かっていくことを支援することです。

この原則は、リカバリーが大切だとすぐに理解できる人にはわかりやすいですが、スタッフにとっては拡大したアプローチの方がわかりやすいでしょう。大切にしたい価値(核となる価値)を次のBox 2 に示します：

**Box2：リカバリー指向の精神保健サービスを実践する上で大切にしたいこと**

#### 価値1

**精神保健サービスの第一の目標は、人としてのリカバリーを支援すること**

人としてのリカバリーを支援することが精神保健サービスの第一の主たる目標である。

#### 価値2

**スタッフによる主な働きかけは、利用者が自身の目標に近づくために必要な作業を決め、作り上げ、支援すること**

自分の人生に責任をもつことを目指すのであれば、そこへ至るまでの間に起きる様々な問題に捉われず、人生の目標に焦点を当てるように支援することが大切である。

#### 価値3

**精神保健サービスは、利用者が自分の人生に責任をもっている、あるいはクライシス(緊急事態)においてはその後責任を担えるようになるという前提で行う**

スタッフが利用者を出したり、リカバリーに導いたりするのではない。利用者が自分の生活の中で自己管理のスキルを伸ばして活用できるように支援することである。

どんな状況でもスタッフ側の直感的な対応としては、「あなたならできます、私たちが手を貸しますよ」という対応である。

・「あなたならできます」

この言葉は、利用者自身には自己回復力や自分や周囲・社会に対して責任を担う潜在的な力がある、と心から信じているがゆえの言葉です。

・「私たちが手を貸しますよ」

特に前述の価値2が存在するとき、精神保健のプロの専門性自体が多くの人にとってとても大切なことであるため、上記の「あなたならできる」という信念と同様に、利用者を助けることができます。

これらの価値によって、利用者に代わって責任を持つことから、利用者とともに責任を担うことへとバランスの取り方を変えることになります。利用者とともに責任を担うということは、対等なパートナーとして交渉し協力をすることを明確に意味し、利用者がクライシス（緊急事態）にあるときに利用者に対して行うことから、利用者とともに、そしてやがて本人が自力でものごとを成し遂げられるように移行する過程は、スタッフ側の責任が速やかに減っていくということでもあります。これは、スタッフ側の価値の気づきでもあり、個人のそしてプロとして自分を知ることにもなります。

第2の過程は、**価値を日々の生活や精神保健システムの実践に組み込む**ことです。価値についてのトレーニングは容易に変容するものではないので、このことは大きなチャレンジです。

第3の過程は、**活動の振り返りを通して実践を修正していく**ことです。成功像がはっきりとしていないと、ともすればものごとがうまくいっていると考えがちです（あるいは少なくとも、急いでやらなければならないことに目がいてしまいます）。

## 実践ポイント

スタッフは、以下のような方法でリカバリーを支援できます：

22. リカバリーについてインターネットの様々な関連サイト（Appendix 参照）や、リカバリーについての実話<sup>26-30</sup>などから学び、リカバリー中の人たちと会って話を聞く
23. 所属する組織において、価値＝大切なことについて明確にする
24. 関係する全ての人たちとともにこれらの価値を共有して広く周囲に伝える
25. これらの価値に対して責任を担う覚悟をもつ
26. 精神保健スタッフは皆で合意した価値の実現に向けた行動をとる際、その都度「許可を得る」ことなく実践できるように、決め事に従うという風潮ではなくエンパワメントの雰囲気構築
27. これらの価値の実践に向けて情報を集め、改善のために行動を変えていく
28. 組織的変革、例えば、可能であれば文字通りリカバリーチャンピオンをネットワークへ参加させる（例：リカバリーにおける精神科医連合 <http://www.communitypsychiatry.org/>（英語））、他の人から学ぶなどを促す
29. リカバリーの力がある人を募る<sup>31:32:24</sup> 応募者に自分の価値を表現する機会として「精神疾患経験者が働きたい理由は何でしょう？」等の質問をしながら面接をし、リカバリーの鍵となる知識・態度・スキルがあるか評価する<sup>33</sup>

## 4章 アセスメント

アセスメントによってどのようにリカバリーを促進できるのでしょうか？アセスメントの目標は、従来のような診断の確定や治療プランの作成とは異なるものです。

### 4.1 本人にとっての意味付けを認識し、意味を深め確認するためのアセスメントを活用する

本人にとっての意味付けを認識して深めることはリカバリーの中心ですが、精神疾患になった人という役回りでは充実した意味づけが得られません。否定的な意味づけを避け、リカバリーの妨げにならないようアセスメントするには、スタッフはどのようにすればいいのでしょうか？

人としてのリカバリーの枠組みでは、精神疾患になった人と疾患そのものとははっきりと区別すること、疾患ではなくその人自身を第一に重視します。

精神疾患を経験した人にとって、自らの経験を自分らしさと統合していくことは、リカバリーへの旅路において重要なステップです。それはその人に向けて行うことではなく、アセスメントは利用者本人と一緒に、利用者が自ら説明ができるようにすることです。

プロセスというのは通常、意味を求めることから始まります。つまり今まで起きたこと、今起きていることの意味を理解することです。多くの人は精神保健の専門家から「答え」を求めて不安を軽くしようとします。そのため、アセスメントは専門的な見立てができるような情報を多く集めることとなります。診断についての専門的な見方はもちろん共有されるべきですが、アセスメントの過程の中でどのように使われるかは曖昧な点もあります。それは利用者に提供される資源の一つであって、「答え」ではありません。

診断名をつけられることは、同じような経験をしたことを示す上では役に立ちます。しかし、スタッフや利用者がその診断をその人自身を表すものと考えれば診断名は助けになりません。また、診断がつくことで、利用者にその病態像を知っている専門家が治すもの、と利用者が期待してしまうと、リカバリーをむしろ妨げるかもしれません。

精神疾患になった人の多くが、おそらくほとんどの人が望んでいるにもかかわらず、魔法のような解決方法はありません。実際のところ、リカバリーは数え切れないささやかな行動の積み重ねが必要となります。したがって、診断を受けた後のショックを和らげるような治療的配慮をするよりも、専門的な見方がそもそも曖昧なものであり、解明されていないことが多いことを、心から伝える必要があります。

利用者が自分なりの意味を見つけ出そうとしたときに、その結果が専門的な見方と一致しないこともあるでしょう。それでいいのです！リカバリーのゴールは健常者になることではありません。ゴールは、より深くより満たされた人として成熟するという、いわば私たち人間の使命を含むものになります。

## 実践ポイント

スタッフは、本人の意味付けを助けるために以下の方法でサポートできます:

30. 自分のリカバリーのための作業の一部に、人生の意味を探求すること、を組み込む<sup>35</sup>
31. 本人の意味付けを確認できるような新しい文脈を作る（例えば「私は統合失調症です」という利用者の言葉に対して「それはあなたが考えていることですか、それとも他の人から言われたことですか？」など）
32. 医療分野以外で、精神の不調を抱えている人と交流する（例えばHearing Voices Network や Intervoice ([www.intervoiceonline.org](http://www.intervoiceonline.org) (英語)) などのサイトを通して、声が聞こえてくることを本当のこととして受け入れている幻聴のある人たちと交流したり、あるいは精神病についての勉強会を企画し<sup>36</sup>実施する、または利用者・スタッフの関係の中で仲間同僚として交流するなど）
33. 幻聴のある人と幻聴との関係性は社会的な関係<sup>37</sup>であることを理解する（被害的な状態、支配や権力、恐怖感やエンパワーメントなどの課題は適切なアセスメント項目となります）

## 4.2. 長所・強みを育てるためにアセスメントを活用する

誰でも問題に焦点を当てれば、「普通」の人は一人もいません。短所だけに注目することはその人の長所が少なく、個人としても社会の中でも資源の足りない人かのように見る偏った観方になってしまいます。利用者の長所・強みを強化しながら同時に問題点を特定していくためにアセスメントするにはどのようにすればよいのでしょうか？

1つのアプローチとしては、心理検査と同じような構造化された会話を発展させながら、その人の長所・強みや価値、対処（コーピング）の仕方、夢、ゴール、抱負を特定していく方法があります。どのように行うかという下記のBox 3が参考になるでしょう。Box 3にはメンタルヘルスアセスメントの評価項目を挙げました。[ ]に示すような標準的な問診（インテーク）面接にあるような要素が含まれています。

## 実践ポイント

スタッフは以下の方法で利用者のポジティブ（肯定的・前向き）な自分らしさを高めることができます:

34. 障害と同様に能力も評価する。長所・強みの評価、Box 3にある質問項目を使う、または長所・強みモデル（Strength Model）<sup>38</sup>を実行、Values in Action Inventory of Strength ([www.viastrengths.org](http://www.viastrengths.org) 上のオンライン質問紙）（英語）を活用<sup>39</sup>、または Rethink Mental Illness Physical health check ([www.rethink.org/physicalhealthcheck](http://www.rethink.org/physicalhealthcheck))（英語）の健康チェック項目を使うことができます

### 4.3 人としての責任感を育成するためにアセスメントを活用する

アセスメントのゴールは、リカバリーに向かう利用者たちの個々の頑張りを後押しするような協働関係（パートナーシップ）を作ることです。そのためには利用者のリカバリーへの道のりを邪魔をしないことです。つまり、利用者-スタッフ関係が依存-手助け関係にならないよう、または短所に注目したアセスメントにならないよう、あるいは利用者=治療を受ける人-スタッフ=与える人という関係にならないようにし、利用者が少しずつ責任を担えるように導いていくことです。このような方向性で進めると実際の臨床場面でどのような違いがでてくるでしょうか？

ゴール設定を例にしてみましょう。利用者の多くは目的に向かって行動することを困難に感じます。スタッフは下記のような本人を中心とした質問をすることで支援できます：

- どんなときに生きていることを実感しますか？
- 最近楽しかったのはいつですか？
- こうすれば自分の人生が変わると思えるものは何ですか？
- あなたの夢は何ですか？
- 人生に何を求めていますか？
- あなたの人生をより良くしてくれるものは何ですか？
- あなたにとって自分の人生をより意味のあるものにするものは何ですか？

- 自分の人生をもっと楽しくするものは何でしょう？

ここで大切なことは、利用者自身が責任を持てるようになっていくのを邪魔しないことです。利用者本人が自分のゴールが現実的なものかどうか判断するためにスタッフが手助けをしたり、利用者がゴールに辿り着くためのステップを利用者自身が見つけていけるようスタッフが助けるのが望ましいです。

利用者が責任を担えるよう導くプロの解決策として、パートナーシップの関係をサポートするコーチングスキルの使用があります：「このゴールに辿り着くためには何をしていけばよいですか？」「許可されていないルールに挑もうとしたら何が起きますか？」などの質問を使う方法もあります。スタッフが行動するだけでなく利用者の行動を促すような専門的なスキルが必要となります。



### Box 3 : メンタルヘルス・アセスメント

#### 現在の長所・強みや資源 [現病歴]

あなたを突き動かすものは何ですか？（あなたにやる気を出させるものは何ですか？）スピリチュアリティ（精神性、霊性）、社会・文化・政治の中の自分、自己信念、生活スキル、タフさ、レジリエンス（柔軟な対応力）、ユーモア、環境のコントロール、他者からの助け、感情を芸術的に表現できる能力など。

#### 個人としてのゴール [リスク・アセスメント]

あなたは人生をどのように変えて行きたいですか？今の夢は何ですか？自分の夢はどのように変わってきましたか？

#### 対処法歴（コーピング歴） [精神科歴]

今までの生活で辛いことがあった時どのように切り抜けてきましたか？どんな支援が役に立ちましたか？こうだったらよかったのに、と思うことはどんなことですか？

#### 遺伝的な資源 [遺伝的背景]

何かの分野で素晴らしいこと・業績を残した親族はいますか？芸術家、作家、スポーツ選手、学者は親族にいますか？

#### 家庭環境 [家族歴]

子どものころ、心から尊敬していた人はいますか？小さい頃に学んだ大事なことは何ですか？

#### 過去から学ぶこと [発病時のエピソード]

これらの経験からあなたは何を学びましたか？ポジティブ（前向き・肯定的）な方法であなたに人として変化や成長をもたらしたことは何でしたか？たとえば、感謝、利他主義、共感、同情、自己受容、自己効力、意味づけなどによって自分が変わったり成長したりしましたか？

#### 発達歴 [発達歴]

子どもの頃、どんな毎日でしたか？どんなことが楽しかったですか？一番の思い出は？自分の得意なことを何か発見しましたか？

#### 大切な社会的役割 [職歴]

あなたをととてもよく知っていて好感を持っている人はあなたのことをどんな人だと言うでしょうか？何と云われたいですか？あなたは他の人たちにとってどのように役に立ったり価値があると思いますか？

#### ソーシャルサポート [対人関係歴]

トラブルに陥ったとき、誰に頼りますか？あなたを頼るのは誰ですか？

#### 個人としての才能・特別な能力 [犯罪歴、薬物、アルコール]

あなただけがもっている特別な能力や得意なことは何ですか？これまで誰かにほめられたことはありますか？自分自身を本当に誇り高く感じたことや行ないはどんなことですか？

ポジティブな自分らしさは健全な住まい、食事、運動、つまり人を心地よくする全てのものから生み出されます。

## 4.4 ポジティブな自分らしさを支えるためにアセスメントを活用する

精神疾患を経験することでその人自身が大きく変わってしまうことを、スタッフはよく知っています。人としてのリカバリーの中で自分らしさの変化は、他のリカバリーのプロセスと同じように千差万別です。とはいえ、その変化は大まかに2つのタイプに分けられます: 自分らしさの現在の要素を再定義すること(自分らしさの再定義)と、新たな要素を発見すること(自分らしさの成長)です。リカバリー指向のスタッフは、この自分らしさに関する作業をできるだけ早く始めた方が良いとわかっています。精神疾患の治療だけに焦点を当てていると、今、享受できる良い生活を営むためのサポートの妨げになってしまいます。

### 実践ポイント

スタッフは、ポジティブな自分らしさの発展を以下の方法でサポートできます:

35. 症状がかなり目立つときはその人の本来の姿を見る方法を見つける(例えば、人生における大きな文脈の中でその人の今の状態を捉えられるようにタイムラインを使用したり、クライシス(緊急事態)の状態のときでもその利用者の元気なときのイメージを持てるように関わること、ほかのケアスタッフも交えてサポートする、など)
36. 精神保健分野以外のアプローチを用いてポジティブな自分らしさを強化していく方法を学ぶ(例:[www.bluesalmon.org.uk](http://www.bluesalmon.org.uk) (英語))
37. 利用者にとって役に立つ説明を共に見つけていく

38. 疾患ではなくその人本人に議論の焦点をあてること:症状や障害だけでなく、幸せや健やかさ(well-being)、能力や好みなどについて話す

## 4.5 希望を発展させるためにアセスメントを活用する

自分らしさが変わるということはとても恐ろしいことで、リカバリーが必ず達成できるという希望が不可欠です。ある人にとって未来がどのようなものになるかわからない中で、このような未来への希望を実際どのようにサポートできるのでしょうか?スタッフ側の価値や態度、振る舞いを明確にしておくことで、ともに働く利用者たちの希望を高めることができます。40-42

希望を持ち高めるための方法をTable 2に示します。

### 実践ポイント

スタッフは以下の方法で希望を持ち高めることができます:

39. Table 2の方策を使う
40. 一回一回のミーティングすべてを活用して、利用者が自分自身について更に学ぼうとしている機会とする
41. 専門的知識の限界について謙虚さと不確実さを示す
42. リカバリーについて話す

Table 2：期待を高めるための方策

	対人関係の資源	内的資源の活用	外的資源へのアクセス
スタッフの価値	一人の人間として利用者を尊重する	失敗があったとしても、それは人と人のふれあいの証拠という肯定的なサインであり、自己理解に貢献する	利用者が対人関係や社会的役割を保てるように支えることを目標とする
	利用者の発言が本当であると信じる	人であることは限界を持つことである-限界を越えたり受け入れることが課題である	利用者のユニークさや長所・強み、頑張りに注目してくれる人を見つける、あるいは探し出す

スタッフの態度	利用者に潜在的な可能性や長所・強みがあることを信じる	喪失には悼み（悲しむとき・悲しむこと）が必要	住まい、仕事、教育は重要な外的資源である
	利用者をありのままに受け入れる	利用者が自分の病気に意味を見出し、さらに自分の人生に意味を見出す必要がある	リカバリーを果たしたサービス利用者や、以前サービスを利用していた人たちをロールモデルとして雇う
	失敗や‘再発’をリカバリーの一部とみなす		

スタッフの振る舞い方	判断を下すことなく聴く	本人にとって大切なゴールの設定や到達をサポートする	ロールモデルとなるピアや自助グループと接触できるように手伝う
	利用者の将来が見えないことに耐える	より良いコーピング（対処法）ができるようにサポートする	利用者がクライシスの状態のときに連絡がとれるよう（手を差し伸べられる）用意しておく
	利用者の幸せ・健やかさ（well-being）に対して心から関心を寄せ心配していることを表現し示す	以前の成功やポジティブな体験を思い出せるように手伝う	あらゆる治療法や情報にアクセスできるようにサポートする
	適切なユーモアを使う	スピリチュアルな探求をサポートし積極的に励ます	親しい人間関係をサポートする

## 5章 行動計画

人としてのリカバリーに焦点を当てた精神保健サービスにおいては、2つのタイプのゴールを見据えてアセスメントをします

リカバリーゴールとは、個人の夢と抱負のことで、利用者の性格や価値によって影響されます。一人ひとりの固有なもので、とても個性的なものでもあります。過去を巻き込むものでありながら前向きな未来に向かっていくものです。利用者が避けたいことではなく、積極的に望むものに基づいています。利用者の長所・強みに注目するものであって、肯定的な自分らしさを強化し本人が大切にしている社会での役割を育てていくことです。このゴール設定はスタッフにとっては大変かもしれませんが、とても非現実的で不適切に思えたり、スタッフがやるべき仕事ではないように思えたりするからです。スタッフの力を必要とすることもありますし、逆に精神保健のサービスとはまったく関係ないことかもしれません。利用者にとっては、常に自己責任と努力が必要です。リカバリーゴールは、利用者本人が設定するものであり、しかも限界のある夢なのです。

治療ゴールとは、精神保健サービスにおいては利用者の行動を制御管理し健康を改善させなければいけないという、サービス側への社会からの要求や専門家としての義務から出るものです。治療ゴールは通常、病気による影響を最小限にし、再発や入院、危害のリスクを避けるなど、スタッフが利用者に対して行う事柄です。治療ゴールと、それに伴う行動は保身的な医療（守りの医療）であり、それが重要で不可欠であるとされています。

リカバリーゴールと治療ゴールは異なります。リカバリーゴールは精神疾患を持たない健常者の目標のように見えるでしょう。リカバリーゴールを特定するという作業は、アセスメントの中ではっきりと焦点をあてるべきことです。

### 実践ポイント

スタッフは、利用者がリカバリーゴールを特定する際に以下の方法でサポートできます：

43. 本人中心の計画を立てる<sup>43, 44</sup>

44. 利用者が利用者開発ワークブック<sup>45, 46</sup>をできるようにサポートする（元気回復行動計画（Wellness Recovery Action Planning : WRAP）<sup>47</sup>は、国際的に最も広く使用されているアプローチです）

45. 利用者が自分のWRAPを完了することと、つまり利用者の何からのリカバリーなのかを明らかにすることは、経験的な学習を促して差別のスティグマを取り除きます



## 6章 自己管理のスキルを伸ばすための支援

スタッフは、利用者が自己管理スキルを獲得し強化するための治療や介入を提供することでリカバリーを支えます。的確に効果的な治療を提供することはリカバリーに必須の支援ですが、治療の提供が精神保健サービスの第一の目的ではありません。リカバリー指向のサービスでは、薬物療法やその他の治療やサービスをリカバリーの資源の一つとして利用できるようサポートします。

リカバリーのサポートは、利用者中心の自然なサポートを強化しつつ長所や強みに基づいた地域重視の中で行われる治療を利用者が経験することで得られます。困難ながら大切なのは利用者と共に取り組むことであり、サービスは利用可能な資源の一つでありサービスが最優先されるわけではありません。



### 実践ポイント

利用者の自己管理スキルをスタッフが支えるには：

46. 参加者がお互いに尊敬しあい楽しく過ごせて歓迎の気持ちがあられる場をつくる 新鮮な果物や飲み物を用意しリカバリーのいろいろな実例の物語を示す
47. 利用者が初来所するときに出迎える（例えば、クラブハウスでは新メンバー（初めての利用者）を歓迎して出迎えるためのスタッフを雇っており「応接間（=応接部屋）患者サービス」（“The Living Room in-patient service” [www.recoveryinnovations.org](http://www.recoveryinnovations.org)（英語））ではピア・トリアージスタッフを採用して、クライシス（緊急事態）事態にある利用者が初めて来所するときには、必ず誰かリカバリー途中の精神疾患経験者がそばにいられるように手配する）

## 6.1 主体的な自立意識を支える

自己管理に必要なことは主体的な自立意識です。つまり自分を信じることであり、自分で自身の人生を変えていけるという自信です。精神疾患は自分を信じる感覚を奪ってしまうため、自分を信じるのが難しくなります。その能力がまだ備わっていない人に自分の人生に責任をもつように言うことは、本人のためになりません。期待が低いときにはこれはあてはまらず、むしろ挑んで立ち上がるでしょう。利用者のリカバリーの段階にあった支援が必要です。

### 実践ポイント

スタッフが利用者の主体的な自立意識を支えるには：

48. 主体的な自立意識がどれほど大変か気づいてもらうために、自分の人生設計を変えなければいけなかった経験談をとりあげる
49. 目標に向かっていく努力をサポートする
50. 利用者が目標を達成できるように周りを整える
51. 周りの人たちにお返しができるように利用者を後押しする
52. 楽しい体験ができるように活動に関われるようアクセスを手助けする
53. 個人の成功体験を増やして、良い経験をその人の自分らしさに組み入れるよう手伝う

## 6.2 エンパワメントを獲得強化するよう支える

エンパワメントは主体的な自立意識を信じる心と、人生をポジティブに変えていく行動から生じます。従来の支援では、利用者本人が問題であるとみなしていました。リカバリー指向へのシフトでは利用者本人が解決策の一部と考えます。リカバリー指向の支援では、利用者には自分の人生に責任を担う能力があるとみなします。そこでの問いかけは、スタッフが利用者の問題行動をどう止めるかということから、利用者本人が止まりたいところで止まれるよういかにサポートするか、となります。

ここでは、「自分にとってどんなメリットがあるか」(What's In It For Me =WIFM) の原則が、利用者にとっての行動の動機づけとなります。ここでの課題は、利用者が自分の行動のせいで遠ざかってしまう大切なゴールがあるかどうかを特定することです。もしないのであれば、その行動(例えばその人のゴールを目標としていないサービスを利用しなくなるなど)は理にかなっており、病気とは関係がないことだといえます。

## 実践ポイント

スタッフは利用者のエンパワメントの獲得と強化を次のようにサポートできます：

54. 利用者が苦情やクレームを言えるよう仕組みを整えて継続できるよう運用する
55. 担当スタッフを変更できることを伝える
56. 自己管理に役立つ資源の活用を支援する  
(例. [www.glasgowsteps.com](http://www.glasgowsteps.com) (英語))
57. エンパワメントのモデルとなり自己管理の経験を話せるリカバリー中の人と接したり、そのような人の情報に触れられるようにする
58. 精神疾患の経験があることはポジティブな側面があることを、サービスの雇用側に理解してもらえるよう支援する<sup>48</sup>
59. 利用者主体で治療の評価やサービスの評価ができるようサポートする
60. 自分の意思や夢を主張するトレーニングの場を提供 (DESC スクリプトを教えることなど)<sup>49</sup>し、エンパワメントの行動をより向上させる
61. スピリチュアルなサポートや文化的な行事や式典などの、精神保健領域以外のサポートを通して自己管理能力を身に付けることを強化する
62. 毎回のチーム会議で、一人の人にリカバリーの役を与えてエンパワメントの育成を練習する (このスタッフの役割は、そこで議題にあがっている利用者を支援する担当者として、その利用者のリカバリーを、サービスの中でどのようにサポートしているかを中心に話すことである)
63. リカバリーは段階的におきるものであり、変化への抵抗は自然なこととして理解でき正常なこととしてとらえる

### 6.3 動機づけのためのサポート

動機づけ面接法アプローチは、リカバリーのゴールにむけてどう動き始めるかを探ることです。<sup>50</sup>動機づけ面接法は、利用者中心のアプローチで、あいまいさや矛盾を抱えているものとして探求し、解決を通して行動の変化を支えるアプローチであり、共同作業や気持ちや感情を盛り上げるため、そして自律に向けて行われるものです。

#### 実践ポイント

次の方法で利用者の動機づけをサポートできます：

64. 利用者の言葉を文字通り受け止めるのではなく、傾聴をして、その背景にある意味について予想しながら対話を進める（「あなたは〇〇のようですが…」「あなたは〇〇と感じているように見えますが…」「ということは、あなたは〇〇なのでしょうか」など）
65. その人がどのように変わるかではなく、なぜ変わりたいと思っているのかに注目する
66. 変化を促すような動機づけを評価する（「あなたのリカバリーゴールについて考えてみてください。そのゴールに向かって変化していくための心の準備がどれくらいできているか1から10のスケールで評価してみましょう。（1はまだ準備ができていない、10は準備万端）2以上の評価になるのはどんなことですか？」）
67. あえて的をはずした問いかけをする（例えば「リストカットをしてあなたにとって困ることは何もないですか？」）
68. 単刀直入でピンポイントな問いかけをする（例えば「自分のゴールに全然到達できそうにないですか？」）
69. 動機づけのための質問をする（「自分にはできると思えるのはどうしてですか？」「うまくいったら、なにがどう変わりますか？」「この問題が起きる前はあなたはどんな様子でしたか？」「この状況についてどんなことが心配ですか？」「もし自分で状況を変えられなくて起きてしまう最悪なことは何ですか？」）
70. 価値を探し求める（「自分の人生で一番大事なことは何ですか？」などと尋ね、本人の行動と価値が矛盾している点があればそれをスタッフ側が心得ておく）
71. 成功してうまくいった体験を強化しその後も継続できるように、お祝いの方や機会を設ける

## 6.4 リカバリーにおける薬物療法の位置づけ

リカバリー指向の精神保健サービスにおいても、一連の向精神薬による薬物療法が利用可能です。ただ、その対価がどうであれ、薬の内服がサービスの仕事、ということではありません。サービスの仕事は人としてのリカバリーを支えることです。これは利用者の人生のある時点で薬を使うこともあれば、ないかもしれません。よって、その効果と副作用の両方をバランスよく把握しながら、薬物療法はリカバリーに向けての数多くの選択肢の一つ、と捉えます。

### 実践ポイント

リカバリーの方法の一つとしての薬物療法利用の支援をするには：

72. 利用者の健やかさ・幸せ (well-being) について、自分で責任をもつことを重視する
73. 薬物療法について「再発予防に対する選択肢の一つ」として捉える（薬物療法も心理社会的支援も、いずれもが再発予防に効果がある。薬物療法よりレジリエンス（しなやかに回復する力）を身につけることに注目する。  
[www.resilnet.uiuc.edu](http://www.resilnet.uiuc.edu)（英語）を参照）
74. 利用者が自分自身にとって最適な選択ができるように薬物療法についての専門的知識・専門家を活用する
75. 利用者が薬物療法を自分でコントロールできるようにする（内服率 100%ということは他の選択肢が本当にあるのか疑わしい、ということを確認する）
76. 薬物療法を希望する人全てが処方を受けられる仕組み・機会を確保する。
77. 薬をのむべきかどうか迷っている利用者には、はっきり明確な問いかけをすることで、リカバリーのゴールに向けて薬がどのように役立つかに焦点を当てた話し合いをし、効果と副作用両方を含めた偏りのない情報と、利用者が内服について計画して試せるように支える
78. 一般的な内科での薬物療法で行われている意思決定支援についての革新的なアプローチから学ぶ（例：  
[www.dhmc.org/shared\\_decision\\_making.cfm](http://www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm), <http://decisionaid.ohri.ca/index.html>）（英語） 精神保健では 例：  
CommonGround ([patdeegan.com](http://patdeegan.com))（英語） などがある
79. 減薬を希望し薬物療法をやめたいと思っている人を支える（例：薬物療法をやめたときのメリット・デメリットについて伝え、他の選択肢（内服をある一定の期間続けて再検討する、内服を中止する前に早期の警告サインや共同でクライシス（緊急事態）の計画を策定しておく、段階的な減薬、など）について伝え、処方をした医師の観点とたとえ異なる場合でも利用者の決定を認めて非薬物的なサポートについてサポートする）
80. 精神科薬物療法を中断したい人を支援する（様々な資源が増えているので、それらの文献やサイト（例：[www.comingoff.com](http://www.comingoff.com)（英語））<sup>52-56</sup>を把握し馴染んでおく）

## 6.5 リカバリーにおいてリスクをとることの意義

利用者が（依存した状態から）自ら自分の生活・人生に責任を持ち、自分の生活・人生をコントロールするという方向に転換することはそれ自身がリスクです。政治的な現実、精神保健の専門領域での現実により、精神保健システムとしては従来はリスク回避の方向に向かっていました。個人が成長し発達し変わっていくためにはリスクをとる必要があるもので、これは大事な問題です。人生において、リスクをとることは人として必要なことの一つです。リスクという言葉がもつ二つの意味、つまり必要なものでありながら、避けるべきこと、というこの二つを一緒にして考えることは利用者の助けになりません。リカバリー指向のサービスでは二つの意味を明確に分けて考えます。

### 有害なリスク

有害なリスクは、法を犯したり、社会的に認められない行動に関連した有害なリスクのことです。例：他殺・自殺行動・反社会的行動・犯罪・無責任な行動・自傷行為・精神疾患の再発などです。有害なリスクは避けるべきで、治療の目標はこれらの有害なリスクを減らすことです。有害なリスクを避けることは、リカバリーの目標の一部にもなり得て、そのような行動を避けることには理由があります。例えば「私は自分が行っているボランティア活動が大好きで自分にとって大変意味のある活動だからこそ、調子が悪いときに人に敵対的になってしまってボランティア活動ができなくなるようなことを避けたい」などです。

### 良いリスク

良いリスクは、利用者の成長や発達につながる挑戦に挑むことや行動に関することです。これは、新しいことに興味をもって活動を始めることや、達成できるかわからない何かに挑戦すること、ある対人関

係で今までとは違う行動をとろうと決意すること、新しい役割を担うことなどです。このようにすることで、たいがいは得るものがあります。万が一うまくいかなかったとしても、挑んで失敗する中からレジリエンス（しなやかに回復する力）を育てることができます。良いリスク、すなわち良い理由のためにとるリスクは、多くのリカバリーゴール達成のために必要です。

### 実践ポイント

リスクに関して次のように利用者のリカバリーをサポートできます：

81. スタッフが利用者の有害リスクを回避するよう仕向けると、利用者自身が自分の行動に責任をもってスキルを向上させることを制限してしまう雰囲気をつくってしまうことを認識する
82. 治療のゴールよりリカバリーのゴールを重視することで、利用者が精神保健サービスを活用しやすくなるということを認識する
83. リカバリーゴールのサービスにおいて良いリスクをとることを含めて、サービス中の行動はすべて評価し発展し記録するため、監査を受けた組織的な支援システムがある、ということを確認なものとする
84. 良いリスクをとることはリスクの自己管理スキルを獲得し向上させることなので、有害リスクを避けることよりも良いリスクをとることに注目する
85. 利用者とは協力しながら、有害なリスクを減らすための行動を特定する

## 7章 クライシス（緊急事態）からのリカバリー

リカバリー指向の精神保健サービスでは、クライシスの時の強制措置が時には必要です。自傷や他害の危険性のある人に対してはサービス提供者が介入する方が良いです。人としてのリカバリーを重視するからといって、本人が助けを求めなかったためにその人と距離をとって悲劇が起きるのを傍観していいわけではありません。他に使える手段がなければクライシス時の強制措置は容認されることです。

クライシスへのリカバリー指向アプローチでは次のことを目標とします：

- ・ 不必要なクライシスを回避する
- ・ クライシス時における利用者個人の責任能力低下を最小限にする
- ・ クライシスの時、そしてその後も利用者の自分らしさをサポートする

### 7.1 不必要なクライシスを回避する

クライシスが起きる可能性を減らす最も良い方法は利用者の自己管理スキルを向上させることです。自己管理スキルがあると、病気のより戻しに対処するための主体的な自立意識やエンパワメント、そしてレジリエンス（しなやかに回復する力）へとつながります。自己管理スキルとして認識すべき大切な能力は、精神疾患の症状に気付いて対応する能力です。リカバリーでの課題は、病気の再発を心配したり過度に警戒するよりも、本人の自己復元能力を高めるように危険な兆候を早期から見逃さないことです。

2つのメッセージを伝えるためのスキルが必要です。

まず1つめは、人生で遭遇するすべての山や谷が病気の再発に繋がるわけではありません。人生に向き合う力、そして、困難を避けるのではなく対処する姿勢を育み向上させる努力が必要です。

2つめは、（逆戻りという意味での）再発は正常な

ことです。以前のふるまいや行動、感情パターンから抜けだそうと苦しんでいる人たちは誰でも逆戻りを経験します。例えば、最も自制心の強い喫煙者でさえ禁煙するまでに12～14回禁煙に失敗していることや、大金持ちでも平均して3.2回は破産や破産に近い状態を経験していることなどを利用者に伝えると役立つかもしれません。前向きにリスクをとって失敗し、それによって逆戻りしてしまうことは人生において必要なことで、それは健康の印であって病気ではありません。

#### 実施ポイント

クライシスに陥る前に利用者を次の方法で支えることができます：

86. 近づきつつあるクライシスの早期の兆候を、サービス利用者と共に見つけて特定できるようにする
87. 役に立つ自己観察にはどのようなことが含まれるかについて話し、悪化から引き戻すようにする
88. 逆戻りすることは普通なこと、逆戻りにいかに対応するかが大事であることを強調する

## 7.2 クライシスにおいて責任感の低下を最小限にするには

リハビリ指向のサービスは、利用者がすべき決定をできるだけスタッフが下さないことを目指します。意思決定をできるだけ利用者本人寄りで行うことによって可能になります。理想的には利用者が自分で決定することが一番です。利用者が判断力・決定力を一時的に失った時には、その利用者が以前に示していた考え方に沿って周囲が判断したり代理の意思決定者が判断します。このような手段が使えない場合は、スタッフが利用者にとっての最善を考えて判断します。利用者の自主性の低下を防ぐ鍵となるのは、事前指示書の活用です。事前指示書は様々な形をとり、その法的な扱いも国によって異なります。とはいえ事前指示書に記載されている情報を適切に使うことで、スタッフは、クライシスにある利用者と本人の価値を中心に考えて進めることができます。

### 実施ポイント

クライシス時の責任の低下を最小限にとどめるためには次の方法があります：

89. クライシスにおいて、利用者と本人の価値を中心に進める
90. クライシスが起きる前に予め、日常的に事前指示書や他の手段（ケア提供側と本人の合意書や、利用者の日々の記録ノートなど）を用いる。

## 7.3 クライシスが起きたとき、そしてその後も自分らしさを支える

人間関係はクライシスにおいてとても重要です。クライシスに陥った人に対する従来の支援は入院措置で、入院しているリハビリ指向の患者さんに対するサービスとして、パートナーとして患者さん（利用者）と関係を構築することの重要性が明らかになってきています。ロザラム（Rotherham）にある『Rethink Mental Illness' Cedar House』のような、クライシス状態の利用者が活用できる新しいタイプの短期滞在サービスが利用できるようになってきています。

### 実施ポイント

クライシス時に利用者の自分らしさを支えるには次の方法があります：

91. 安全の確保と、クライシスの状態は過去から学び将来の計画を見直すチャンスの場合、という二つをバランスよく捉える
92. その人の普段の生活が滞らないようにする（例えば、郵便物を受け取りに行く、ペットに餌を与える、その利用者の扶養者（日常の中で利用者が面倒をみている人、家族など）が困らないように手配する、請求書を支払う、家の戸締まりをする、宅配予約をキャンセルする、といった手続きを確実に手配する）
93. その利用者を支援するネットワークから最大限の協力を得る（例えば、来所時間の制限をなくす、積極的に来所者が来るように働きかける、食事や他の活動に家族や友人を巻き込むなど）
94. 生活能力を鈍らせない（利用者が自分のため（もしくは他人のため）に料理ができるなら、食事を自動的に提供するのを利用者にとって役立つサポートではない。利用者が読書や運動

(もしくはその他のカラダに良いこと<sup>59</sup>)を行うことを楽しむのであれば、積極的にそれらの活動を促す)

95. 病気に焦点を当てた入院手続きから始めるのではなく、初対面の時点からその利用者そのひとの自分らしさを認識し支える(例えば、利用者の毎日や人生について話したり、入院に望むことを尋ねたり、退院後にどんなことがしたいかなどを話す)

96. 時間をかけながらゆっくりと、利用者がクライシスについて振り返り自分で納得できるように支える(クライシスがどのようにして起きたのか?クライシスの良い点、悪い点はなにか?どんなことを学んだか?今後、利用者がどのような計画やゴール、支援やスキルが必要になるか、などについて利用者が考えられるようにサポートする)

97. 決まりきったプログラムを提供するのではなく、戦略的に時間を使う(利用者のニーズに応じた個別化したサポートを行う。利用者が過ごせる場・空間を用意するという単純なことから、リカバリーの過程を支えるカウンセリングを提供したり、利用者が自分の経験を表現できるような芸術的な手段・媒体やセラピーへのアクセスを手伝ってあげることなど。)



## 8章 精神保健サービス活動についてのリカバリー重視の評価

精神保健サービスがリカバリーを重視しているかどうか、どうすればわかるでしょうか？

どのような実践が一番よいかということは徐々に見えてきましたが、今のところ、サービスがリカバリーに焦点を当てているかどうかを認定するような認証システムはありません。

リカバリー指向のサービスを支援するツールは少しずつ増えています：

- INSPIRE 評価法はサービス利用者が採点するもので、精神保健サービスのスタッフから受けたリカバリーサービスへの支援を評価します。  
[researchintorecovery.com/inspire](http://researchintorecovery.com/inspire) から無料ダウンロードできます。
- 評価の中で最も広く活用されている標準規格のツールは The Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care です。<sup>60, 61</sup>
- ピア運営サービスを評価する際のフィデリティ尺度には Fidelity Assessment Common Ingredients Tool (FACIT) があります。<sup>62</sup>
- サービス開発を測る尺度に The Pillars of Recovery Service Audit Tool (PoRSAT) があります。<sup>63</sup>
- サービス利用者が採点評価する尺度で、人間関係がリカバリーをどれくらいサポートしているかを診る尺度に The Recovery-Promoting Relationships Scale があります。<sup>64</sup>

その精神保健サービスがどの程度リカバリー重視をしているかをどう評価できるでしょうか。成果の評価は理論的な枠組みであるべきで、自分たちにとって大切な意味のあるものを測定すべきです。この小冊子で前述の「人としてのリカバリーの枠組み」は

そうした成果を評価するための一つの理論基盤です。この評価法では成果として重要なことを2つに分けています。1つは社会の中の自分を強化する、自分にとって大切な社会的役割、もう1つは自分らしさを形作るリカバリーゴールです。全体を通した評価戦略があってこそこの2つを測定できます。まずは、生活の質の客観的な指標になること、例えば適切な住居、友人関係、安全、雇用、近しい人間関係、収入等を測定することがよいでしょう。次に、利用者が本人の目標に向かってどれだけ前進したかを測ります。この2つの指標に沿って活動をしているのであれば、その精神保健サービスはリカバリー指向といってよいでしょう。

### 実践ポイント

リカバリーの成果をより明確にするには次の方法があります：

98. リカバリーを支援する品質基準や、サービス開発ツールを用いる
99. リカバリーのプロセスを評価し、成果を測定する。例えば、INSPIRE 評価法を用いる（[researchintorecovery.com/inspire](http://researchintorecovery.com/inspire) から無料ダウンロード可能（英語））。
100. 利用者にとって大切な社会的役割を担えているか、利用者が大切に思う目標に到達したかを、定期的に確認して公表する

## 9章 精神保健システムの変革

リカバリー指向の働き方が、自然に精神保健システムに根付くわけではありません。リカバリー指向への進化は、根本的な変革なしでは不可能だと気づかされることもあるでしょう。

リカバリー中心の支援を実行したいと主張することは、これまでのやり方からのパラダイムシフト（発想の転換）をすべし、と主張することです。

1. ここでの理論面課題は、現在主流の科学の考え方から離れたところにあります。つまりリカバリーについての理解は精神疾患の経験者たちから出てくるのであって、精神保健スタッフからではありません。
2. 従来の先入観（例えば、リスク、症状、入院についての考え方、視点）は、この新しい発想においては全体の一部あるいは特殊な事例として考えます。
3. 以前は補足的なことと考えられていたこと（たとえば患者さんの視点、など）が主要なテーマになります。

リカバリー指向の取り組みの核心は従来の前提とは真逆のこともあります：

- 精神疾患を経験したことはその人の一部にすぎず、その人イコール精神科患者（例えば‘統合失調症者’）ではありません。
- 本人にとって大切な社会的役割をもつことで症状は改善し入院が減り、責任のある立場や生活の中での役割を担う準備がまだできないから治療が必要ということではない。
- リカバリーのゴールはサービス利用者が決めることでありスタッフはそのための支援をします。治療目標を設定して利用者に従うことを求めるので

はありません。

- 利用者の長所・強みや好み、スキルに焦点をあててアセスメントすべきで、利用者ができないことに注目するではありません。
- 誰でも仕事や愛や遊びを求めるのが普通で、これは利用者も同じです。これらは人生の目的であって、治療が役に立つこともあれば無関係なこともあります。
- 精神疾患をもつ人たちも根本のところは正常です。すなわち、誰もが持っている志（こころざし）や欲求を同じように持っています。
- 機会と支援と励ましがあれば、時間をかけて人生や生活について正しい決断をすることができます。スタッフが代わりに判断しなかったら誤った決断をしてしまうというわけではありません。

リカバリーという旅路をたどることの意義は、サービス利用者にとってもスタッフにとっても奥深いものです。その旅が、利用者に力を与え変化させる可能性を内在していることは明らかですが、変化はそれだけにとどまりません。リカバリーアプローチは、過剰な期待をかけられる精神保健サービスのスタッフをも解放します。つまりスタッフは、この人を診断する、この病気を治す、この患者を完治させる、リスクを効果的に管理する、一般人の安全を守る、規範から逸脱したものは社会から排除する等々の圧力にさらされているからです。リカバリー指向はすべての人にとって有益です。

## 参考資料

Intentional Peer Support 「意図的なピアサポート」	<a href="http://intentionalpeersupport.jp/">http://intentionalpeersupport.jp/</a>
日本ピアスタッフ協会	<a href="http://peersociety.jimdo.com/">http://peersociety.jimdo.com/</a>
一般社団法人 日本メンタルヘルス ピアサポート専門員研修機構	<a href="http://pssr.jimdo.com/">http://pssr.jimdo.com/</a>
特定非営利活動法人 Light Ring.	<a href="http://lightring.or.jp">http://lightring.or.jp</a>
特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構・コンボ	<a href="https://www.comhbo.net">https://www.comhbo.net</a>
社会福祉法人べてるの家	<a href="http://bethel-net.jp">http://bethel-net.jp</a>
NPO自立支援センター ふるさとの会	<a href="http://www.hurusatonokai.jp">http://www.hurusatonokai.jp</a>
社会福祉法人 巣立ち会	<a href="http://sudachikai.eco.to">http://sudachikai.eco.to</a>
日本理化学工業株式会社	<a href="http://www.rikagaku.co.jp">http://www.rikagaku.co.jp</a>
佐々木常夫オフィシャルサイト	<a href="http://sasakitsuneo.jp/index.html">http://sasakitsuneo.jp/index.html</a>
WRAPの道具箱	<a href="http://wrap-jp.net/">http://wrap-jp.net/</a>
質問促進パンフレット	<a href="http://npsy.umin.jp/">http://npsy.umin.jp/</a> 下右部/バナー
事前指示確認ツール LIME (Letter of Intent for Mental Health Emergency)	<a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/research.html">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/research.html</a>
体験者、医療者からのメッセージ	<a href="http://jpop-voice.jp/schizophrenia/index.html">http://jpop-voice.jp/schizophrenia/index.html</a>
JPOP-VOICE 統合失調症と向き合う	

## 引用文献

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br. J. Psychiatry* 2011;199:445-52.
2. Shanks V, Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Slade, M. Measures of personal recovery: systematic review. *Psychiatr. Serv.* in press.
3. Bird V, Le Boutillier C, Leamy M, Larsen J, Oades L, Williams J, et al. Assessing the strengths of mental health service users – systematic review. *Psychological Assessment* 2012;24:1024-33.
4. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc. Sci. Med.* 2012;74:554-64.
5. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr. Serv.* 2011;62:1470-76.
6. Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012;47:1827-35.
7. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. REFOCUS: Promoting recovery in community mental health services. London: Rethink ([researchintorecovery.com/refocus/](http://researchintorecovery.com/refocus/)), 2011.
8. Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
9. NHS Confederation Mental Health Network. Supporting recovery in mental health. London: NHS Confederation, 2012.
10. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2:17-24.
11. HM Government. (2011). No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London: Department of Health.
12. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:586-594.
13. Allott P, Loganathan L, Fulford KWM. Discovering hope for recovery: a review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2002; 21 (2):13-34.
14. May R. Making sense of psychotic experience and working towards recovery. In: Gleeson JFM, McGorry PD, editors. *Psychological Interventions in Early Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons: 2004. 246-260.
15. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10:37-49.
16. Roberts G, Wolfson P. New directions in rehabilitation: learning from the recovery movement. In: Roberts G, Davenport S, Holloway F, Tattan T, editors. *Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. London: Gaskell: 2006. 18-37.
17. Farkas M, Gagne C, Anthony W. *Recovery and rehabilitation: a paradigm for the new millennium*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation: 1999.
18. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 11, 123-8.
19. Repper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 20(4), 392-411.
20. Tse S, Cheung E, Kan A, Ng R, Yau S. Recovery in Hong Kong: Service user participation in mental health services. *International Review of Psychiatry*. 2012; 24: 40-7.
21. Heyes S, Tate S. *Art of Recovery*. Yeovil: Speak Up Somerset: 2005.
22. Perkins R. *Making it! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London and St George' s Mental Health NHS Trust: 2007.
23. Davies, S., Wakely, E., Morgan, S., Carson, J. (2012). *Mental health recovery heroes past and present. A handbook for mental health care staff, service users and carers*. Brighton: Pavilion Press.
24. Mental Health Commission. *Oranga Ngākau. Getting the most out of mental health services. A recovery resource for service users*. Wellington: Mental Health Commission: 2003.
25. Anthony W. *The Principle of Personhood: The Field' s Transcendent Principle*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27:205.
26. Lapsley H, Nikora LW, Black R. *Kia Mauri Tau! Narratives of Recovery from Disabling Mental Health Problems*. Wellington: Mental Health Commission: 2002.
27. Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M. *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. Ross-on-Wye: PCCS, 2009.
28. McIntosh Z. *From Goldfish Bowl to Ocean: personal accounts of mental illness and beyond*. London: Chipmunk Publishing: 2005.
29. Scottish Recovery Network. *Journeys of Recovery. Stories of hope and recovery from long term mental health problems*. Glasgow: Scottish Recovery Network: 2006.
30. Bowyer T, Hicks, A., Mailey, P., Sayers, R., Smith, R., Ajayi, S., Faulkner, A., Larsen, J. *Recovery insights. Learning from lived experience*. London: Rethink Mental Illness, 2010.
31. O' Hagan M. *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: Mental Health Commission: 2001.

32. Hope R. *The Ten Essential Shared Capabilities - A Framework for the whole of the Mental Health Workforce*. London: Department of Health; 2004.
33. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal* 2005; 41:141-158.
34. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1996; 19:91-97.
35. Baumeister RF. *Meanings of life*. New York: Guilford; 1991.
36. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatric Services* 2005; 56:1441-1443.
37. Byrne S, Birchwood M, Trower P, Meaden A. *A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations*. Routledge: Hove; 2005.
38. Rapp C, Goscha RJ. *The Strengths Model: Case Management With People With Psychiatric Disabilities*, 2nd Edition, Second ed. New York: Oxford University Press; 2006.
39. Resnick SG, Rosenheck RA. Recovery and positive psychology: Parallel themes and potential synergies. *Psychiatric Services* 2006; 57(1):120-122.
40. Russinova Z. Providers' Hope-Inspiring Competence as a Factor Optimizing Psychiatric Rehabilitation Outcomes. *Journal of Rehabilitation* 1999; Oct-Dec:50-57.
41. Perkins R, Repper J. *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall; 2003.
42. Snyder CR. *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press; 2000.
43. Adams N, Grieder DM. *Treatment Planning for PersonCentered Care*. Burlington, MA: Elsevier; 2005.
44. Tondora J, Pocklington S, Osher D, Davidson L. *Implementation of person-centered care and planning: From policy to practice to evaluation*. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
45. Coleman R, Baker P, Taylor K. *Working to Recovery. Victim to Victor III*. Gloucester: Handsell Publishing; 2000.
46. Ridgway P, McDiarmid D, Davidson L, Bayes J, Ratzlaff S. *Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self-Help Workbook*. Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare; 2002.
47. Copeland ME. *Wellness Recovery Action Plan*. Brattleboro: VT: Peach Press; 1999.
48. Becker DR, Drake RE. *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
49. Bower SA, Bower GH. *Asserting yourself. A practical guide for positive change*. Cambridge, MA: Da Capo Press; 2004.
50. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change (addictive) behavior*. New York: Guilford Press; 2002.
51. Libermann RP. Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:337-342.
52. Icarus Project and Freedom Center. *Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs*. <http://theicarusproject.net/HarmReductionGuideComingOffPsychDrugs>.
53. Darton K. *Making sense of coming off psychiatric drugs*. London: Mind; 2005.
54. Lehmann P (ed). *Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers*. Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2004.
55. Breggin P, Cohen D. *Your Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications*. Reading, MA: Perseus Books; 2007.
56. Watkins J. *Healing Schizophrenia: Using Medication Wisely*. Victoria: Michelle Anderson; 2007.
57. Zhu S-H. Number of Quit Smoking Attempts Key to Success. *Scoop Health* 2007; 6 September.
58. Tracy B. *21 Success Secrets of Self-made Millionaires*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2000.
59. Deegan P. The importance of personal medicine. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33:29-35.
60. Tondora J, Davidson L. *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*. Connecticut: Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services; 2006.
61. Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell M, Rowe M. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
62. Johnsen M, Teague GB, Herr EM. Common Ingredients as a Fidelity Measure for Peer-Run Programs. In: Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R, editors. *On our own, together. Peer programs for people with mental illness*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005. 213-238.
63. Higgins A. *A recovery approach within the Irish Mental Health Services. A framework for development*. Dublin: Mental Health Commission; 2008.
64. Russinova Z, Rogers ES, Ellison ML. *Recovery-Promoting Relationships Scale (Manual)*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2006.

## 翻訳にご協力いただいた方々（50音順）

小川亮さん

小島崇幸さん

小林ひとみさん（医療法人こころの会 リワーク・デイケア PSW）

高橋昌宏さん

田中豪さん

山田裕貴さん（DHOB メンバー・学生）

山本亮さん

## 日本語版作成に関わった人々

東京大学医学部附属病院精神神経科

東京大学医学部附属病院リハビリテーション部精神科デイホスピタル

東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野／精神看護学分野

有限会社アクエリアス伊藤明子（構成）

## オリジナル版リンク

<https://www.rethink.org/about-us/commissioning-us/100-ways-to-support-recovery>