



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

Mike Slade 著

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、お互いに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。

目次

はじめに	4
1 章 人としてのリカバリーとは？	6
2 章 人間関係が一番大切	10
3 章 リカバリー重視の精神保健サービスの基本	14
4 章 アセスメント	16
5 章 行動計画	22
6 章 自己管理のスキルを伸ばすための支援	23
7 章 クライシス（緊急事態）からのリカバリー	29
8 章 リカバリーを重視した精神保健サービス活動の評価	32
9 章 精神保健システムの変革	33
関連リンク（日本語）	34
引用文献	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上で役立つ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) 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、REFOCUSと呼ばれる研究において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。

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 (Personal Health Budgets = 個人健康予算)」といった、政策主導の新たな仕組み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。

(schizophreniacommission.org.uk)
本書、「本人のリカバリーの100の支え方」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。



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

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2つの信念を基盤にしています：

- その1：「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。
- その2：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1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。

本書の核となっているのは、どのようなタイプの支援が役に立つのかを明らかにするための考え方の枠組みです。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考え方の枠組み (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)を通じて23,000回以上ダウンロードされてきました。

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るという、経験者たちの話から明らかとなっ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。またさらに、精神保健領域での新たなエビデンスが出ています。

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)¹、リカバリーをどのように評価(アセスメント)するか²、本人の長所・強みを特定する方法³、どのように希望をより高めるか⁴、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⁵。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⁶、INSPIREという尺度として無料で使うことができます(researchintorecovery.com/inspire)。

リカバリーを支援する介入(取り組み)も開発され⁷、その評価も行われて⁸、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⁹。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「本人のリカバリーの100の支え方 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（Clinical recovery）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）¹⁰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いだされていくことが含まれる。

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¹¹。では人としてのリカバリーに焦点をあ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考え方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役立つものの1つ目は、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。自己像や自分らしさを構成する要素は、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2つ目は、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は、診断名かもしれませんし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

精神疾患の経験を枠で囲うことで、人生の挑戦課題の1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**

リカバリーに役立つものの4つ目は、自分にとって大切に思える社会的役割を得ることです。この社会的役割は、以前からのものかもしれませんが、以前のもを変えたもの、もしくは新たなものかもしれません。多くの場合、この社会的役割は精神疾患とは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は、その人の社会的役割やその人を取り巻く事情や背景の中で協力していくことが不可欠です。クライシス(緊急事態)の時など、友人や家族、同僚からのサポートが特にクライシス(緊急事態)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には重要になります。



1.1 人としてのリカバリーの考え方の枠組み

人としてのリカバリーを支えることは、病気の治療に焦点をあてることから離れ、幸せ・健やかさ(well-being)を高めることです。このためには、サービス従事者側が知っている疾患モデルはその人全体を知るための一部にすぎないというように、精神保健従事者側の見方の変革も必要です。このような理解をするには、人としてのリカバリーの考え方の枠組みが役立つと思われます。この枠組みの土台となっているのが、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¹²です。

- 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考え方の枠組み(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する仕組みになっています。リカバリー重視と従来の方法の主な違いについては、リカバリー重視のサービスへの変革に向けて努力してきた人たちによって考えられてきており¹³⁻¹⁷、そのポイントの一部を表1に示します。

図1 人としてのリカバリーの考え方の枠組み

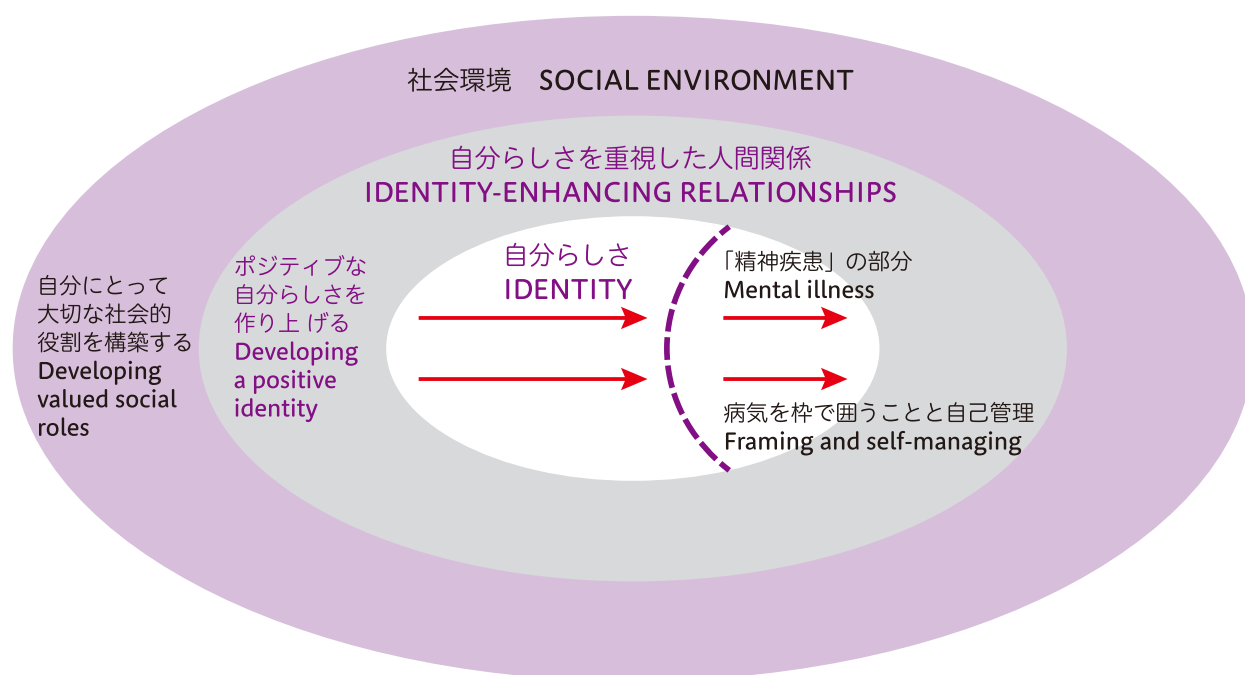


表1 従来のサービスとリカバリー重視のサービスの違い

従来のサービス Traditional approach	リカバリー重視のサービス Recovery approach
価値と力関係 Values and power arrangements	
価値とは関係ない（ようにみえる） (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	一人ひとりの力が呼び覚まされる Awakens people's power
基本コンセプト Basic concepts	
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	訓練による専門家、経験による専門家 Experts by training and experts by experience
知識基盤 Knowledge bases	
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
実践 Working practices	
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 compliances	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
サービスの目標 Goals of the service	
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。

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¹⁸⁻²⁰。他国においてもリカバリー重視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1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、多くの利益がある仕事です。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見直す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、強制されることなく自然に向き合うこととなります。

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近く感じ、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おいては、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重視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¹⁸。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。このプログラムで重要な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が再びでき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²¹⁻²⁴
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ズビューロー（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(英語), www.recoveryinnovations.org(英語), intentionalpeersupport.jp(日本語), 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（働く人はもちろん非倫理的な行動をとってははいけませんし、他人に危害を加える行為に加担してもいけません）。ただ、利用者主導で進む方法を積極的にみつけていくことが基本的な方向性となります。つまり、サービス従事者の視点は、利用者の経験を理解する助けとなる見方のうちの1つではあるかもしれないけれど、絶対ではないということになります。

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。リカバリー重視のスタッフ(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。そして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く、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。

リカバリー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、リカバリー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カバリー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自身が変わることに前向きでいる
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。パートナーとしての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よ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、どれもリカバリー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が 必要なのではなく、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、^{スピリチュアル}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 (英語), 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

リカバリー重視の精神保健サービスの基本

リカバリー重視のサービスを提供することは、「価値」について考えることから始まります。リカバリー重視の専門サービスにおける一貫したテーマは、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す。話し合いによって価値を明らかにすることができます。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ということです。リカバリー重視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。²⁵：

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：

Box 2 リカバリー重視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あ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治したり、リカバリーへと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がある場合、精神保健の専門家の専門性自体が多くの人にとって、とても大切なこととなり、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となります。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スタッフが行うという段階から、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、個人のそして専門家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きまいます)。

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²⁶⁻³⁰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築く
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^{31;32;24}
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だと思えますか？」等の質問をしながら面接をし、リカバリーの力がある人を募る。そして、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³³

4章

アセスメント

アセスメントを活用すると、リカバリーはどのように促進されるでしょうか？ここでのアセスメントの目標は、従来していた診断を決めたり治療プランを作るためのものとは異なります。

4.1 その人にとっての意味づけを知り、その意味を深めて内容を正確に理解するためにアセスメントを活用する

その人にとっての意味を深めることはリカバリーの主な作業ですが、精神疾患になった人という意味づけではほとんど何も見つかりません。否定的な意味づけではなく、リカバリーを妨げないようアセスメントするには、スタッフはどうすればいいのでしょうか？

人としてのリカバリーの考え方の枠組みでは、精神疾患になった人と疾患そのものをはっきりと区別し、疾患ではなくその人自身が重要であると考えます。

精神疾患を経験した人にとってリカバリーへ向かう旅路の中の重要なステップは、疾患の経験を自分自身の経験と重ねていくことです。それは利用者だけで行うことはできないので、アセスメントは利用者が自身の解釈を深められるようなサポートをする人とともに行う過程が必要です。

それを実現するための最初のプロセスは、その人が過去から現在まで経験したことの意味をより深く理解できるように探求することから始まります。多くの人は精神保健の専門家から「答え」を教えてもらうことで不安を軽くしようとします。そのため、アセスメントによって専門的な見立てをするための情報が多く集まります。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での使われ方は曖昧です。あくまで利用者に提供される情報の1つであって、「答え」ではありません。

疾患名がつくことは、症状として同じ経験をしたと示す上では役に立ちます。しかし、スタッフや利用者が疾患名=その人自身を表すものと考えるのなら、かえって役に立ちません。また、疾患名がつくことで、疾患とは病態像を知っている専門家が治すものだ、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可能性もあります。

精神疾患になった人の多くが望んでいるにもかかわらず、魔法のように疾患を治す方法はありません。実際、リカバリーをするために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、診断を受けた後の利用者の精神的ダメージを和らげる配慮をするよりも、そもそも専門的な見方が曖昧なもので未解明なことが多いと利用者に真摯に伝える必要があります。

利用者が疾患に自分なりの意味を見つけ出そうとしたとき、その結果が専門的な見方と異なる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、より深く十分な人としての成熟という、いわば私たち人間の使命を含むものです。

実践ポイント

スタッフは次の方法で利用者が自分なりの意味を探求しやすくなるようにサポートできます。:

30. リカバリーを進めるプロセスに、人生の意味を探求することを組み込む³⁵
31. 本人の意味づけを深めやすくなるような新しい視点の文脈を作る
例：「私は統合失調症です」と利用者が説明したら「それはあなたが考えたことですか？それとも他者から言われたことですか？」と問うことなど
32. 医療分野ではない場所で、精神の不調を抱える人と交流する
例：Hearing Voices Network や Intervoice (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認識し受け入れている幻聴のある人たちと交流したり、あるいは精神疾患についての勉強会を企画し³⁶実施したり、利用者・スタッフの関係がある中でも仲間や同僚として交流したりすることなど
33. 幻聴のある人と幻聴との関係性は社会的なもの³⁷であると理解する(被害的な状態、支配や権力、恐怖感やエンパワメントなどの課題はアセスメントする内容としては適切です)

4.2 長所・強みを育てるためにアセスメントを活用する

誰でも短所や弱みに注目すれば、「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見えてしまい、社会においても何か足りない人かのように偏った見方をされてしまいます。利用者の長所・強みを強化すると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でしょうか？

方法の1つは、心理検査と同じように聴く項目がある程度決まった会話を進めて、その人の長所・強みや価値、コーピング(対処)の仕方、夢、ゴール、抱負を特定していく方法です。実施の仕方は次のBox 3が参考になるでしょう。Box3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。[]に示すような専門家がよくする標準的な問診(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

スタッフは次の方法を用いると利用者の自分らしさを前向きに深めていくことができます:

34. 障害と同じように能力も評価する。長所・強みの評価、Box 3にある質問項目、または長所・強みモデル(Strength Model)³⁸や、Values in Action Inventory of Strength (www.viastrengths.org 上のオンライン質問紙〈英語〉)³⁹、Rethink Mental Illness Physical health check (www.rethink.org/physicalhealthcheck〈英語〉)の健康チェック項目を使うといいでしょう

4.3 自分に対する責任感を育てるために 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それぞれ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しないことです。つまり、利用者—スタッフ関係が依存—援助の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ていく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難しいと感じます。スタッフは下記のような利用者主体の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、利用者が自分自身で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。スタッフは、利用者自身で自分のゴールが現実的かどうか判断したり、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たりするための手助けをすることが望ましいのです。

利用者が責任を担えるよう導く専門家の傾向として、協働関係をサポートするコーチングスキルを使用することがあります。「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？」「良しとはされていないルールを疑ったとしたら、どんなことが起きますか？」などの質問を使う方法です。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（〔 〕内は、専門家が従来行っている質問事項）

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）、社会・文化・政治における自分の立ち位置、自信、生活スキル、タフさ、レジリエンス（立ち直る力）、ユーモア、環境調整、他者からの助け、感情を芸術的に表現できる能力など。

その人個人としてのゴール〔リスク評価〕

あなたは人生をどのように変えたいですか？ 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？

コーピング歴（対処歴）〔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〕

子供のころ、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？ 人として変化や成長をするような良い方法がありましたか？ たとえば、感謝をすること、利他主義、共感、同情、自分を認めること、自信を持つこと、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〕

子供の頃、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、あなたをどんな人だと言うのでしょうか？ 何と言われたいですか？ あなたは他の人たちにとってどんな風に役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？ 自分自身を誇り高く感じた出来事や振る舞いはどんなことですか？

前向き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せん。

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とその人自身が大きく変わってしまうことはよく知られています。人としてのリカバリーにおける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、大まかに2つのタイプの変化に分けられます。今現在の自分らしさはどのようなものを改めて定義すること(自分らしさの再定義)と、新たな自分らしい要素を発見すること(自分らしさの成長)です。リカバリー重視のスタッフは、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く考えます。精神疾患の治療だけに焦点をあてていると、今、良い生活を送るためのサポートを妨げてしまいます。

実践ポイント

スタッフは、ポジティブな自分らしさを以下の方法で成長させる手助けができます：

35. 症状が顕著なときでもその人の本来の姿を見る方法を見つける
例：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する、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って関わる、他のケアスタッフも一緒にサポートする、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(英語)
37. 利用者にとって役に立つ説明の仕方を一緒に見つけていく
38. 疾患ではなくその人本人に焦点をあてて議論すること
例：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 希望を育て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なので、リカバリーが必ず達成できるという希望を持つことが不可欠です。未来がどうなるかわからない中で、このような希望を持つことを実際どのようにサポートできるでしょうか？ スタッフ側の価値や態度、振る舞いを明確にしていくことで、ともに活動する利用者の希望を育てることができます。⁴⁰⁻⁴²
希望を育てるための方法を表2に示します。

実践ポイント

スタッフは以下の方法で利用者の希望を育てることができます：

39. 表2の方法を使う
40. 一回一回のミーティングすべてを利用者が自分自身について更に学ぶ機会として活用する
41. 専門的知識には限界があるという謙虚さを持ち、結果が不確実であることを示す
42. リカバリーについて話す

表2 希望を育てるための方法

	利用者との関わり方	内面を活性化する方法	環境へ働きかける方法
スタッフの持つ価値観	一人の人間として利用者を尊重する	失敗は順調であることを示すサインであり、自己理解に貢献するものと考え	利用者が対人関係や社会的役割を継続できるようなサポートを目標とする
	利用者の発言が本当であると信じる	人間であることは制約を受けることである—その制限を乗り越えたり受け入れることが課題となる	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	喪失感を感じた時には嘆き悲しむことが必要だと考える	住まい、仕事、教育は重要な外的資源だと考える
	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だし、さらに自分の人生に意味を見出す必要がある	リカバリーした利用者や、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
	利用者の失敗や‘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支援する
	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）ができるようにサポートする	利用者がクライシス（緊急事態）のときに対応可能にしておく
	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	以前の成功や良かった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	精神性の探求をサポートしたり、探求するよう積極的に勧める	親密な関係性を養う

5章

行動計画

パーソナルリカバリーに焦点をあてた精神保健サービスにおいては、2つのタイプの目標を特定するためにアセスメントを実施します。

リカバリー目標とは、個人の夢であり願望です。その人のパーソナリティや価値に影響を受けるものです。リカバリーの目標は、一人ひとり独特なものであって、多くの場合が特別なものです。過去のことを含むものでありますが、勿論前向きな未来を見据えたものとなります。その人が回避したいものというよりも、積極的に望むものに基づいています。リカバリーの目標は、その人の長所・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、社会的役割の展開を目指すものです。それは、実現不可能なように見えたり、不適切に見えたり、スタッフが行う業務の範囲外のように見えたりして、スタッフにとってはその能力を試されるものでもあります。時として、スタッフの努力を要するものであり、精神保健サービスとは全く関係のないものである可能性もあります。利用者にとっては、常に自己責任と努力が必要です。リカバリーの目標は、サービスの利用者によって設定されるものであり、期限の定まった夢なのです。

治療目標とは、社会的な要求、つまり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精神保健サービスに課された専門家への義務から生じるものです。治療目標は、通常病気による影響を最小限にし、再発や入院、自傷他害などの事態を回避することです。それは結果的にスタッフによってなされるべき課題である傾向が強くなります。治療の目標、および、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。

リカバリー目標と治療目標は異なるものです。リカバリーの目標は精神疾患を持たない者の目標のように見えます。リカバリー目標の特定は、

アセスメントの中で明確に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目標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^{43, 44}
44. 利用者が利用者開発ワークブック^{45, 46}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〉⁴⁷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

自己管理スキルを身につけ、伸ばすような治療や支援を行うことでスタッフは利用者のリカバリーを支えます。適切で効果的な治療を行うことは、リカバリーに必須ですが、治療自体が精神保健サービスの第一の目的ではありません。リカバリー重視のサービスでは、数あるリカバリーの資源の一つとして、薬物療法やその他の治療やサービスを利用できるようにサポートします。

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治療を経験することで、リカバリーを経験していきます。難しいですが、大切なことは、利用者と共に取り組むことです。また、サービスというのは、利用できる資源の一つであり、サービスそれ自体が最優先されるべきものではありません。

実践ポイント

自己管理スキルの支え方：

46. 飲み物などを用意して、参加者が尊敬しあい、楽しく過ごせて、歓迎されているような雰囲気をつくり、実際のリカバリーストーリーを伝える
47. 初めて来所する利用者を出迎えるスタッフが働いている。リビングルーム患者サービス (“The Living Room in-patient service” www.recoveryinnovations.org〈英語〉) では、ピア・トリアージスタッフが働いていて、緊急事態の利用者が初めて来所するときに、リカバリーしているピア(仲間)が必ずそばにいられるようにしている



6.1 利用者の「自立したいという気持ち」を支える

自己管理に必要なことは、利用者の「自立したいという気持ち」です。自立したいという気持ちというのは、つまり、自分を信じることであり、自分で人生を変えていけるという自信です。精神疾患によって、自信がなくなったり、自分を信じるのが難しくなったりします。

準備段階の人に、自分の人生に責任をもつようにと言うことは、本人のためになりません。周囲の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合った支援が必要です。

実践ポイント

利用者の「自立したいという気持ち」を支える方法：

48. 「自立したいという気持ち」をもつことが、どれだけ大変かを気づいてもらうために、自分の人生計画を変えなければならなかった経験談を話してもらう
49. 目標に向けての努力をサポートする
50. 目標を達成できるように、周辺環境を整える。
51. 周りの人達にお返しができるように利用者の後押しする
52. 楽しい体験ができるように、様々な活動を探したり申し込んだりする手助けをする
53. うまくいった体験を増やして、それが「自分らしさ」の一部になるように手伝う

6.2 エンパワメントを獲得し、伸ばすように支える。

「自立したいという気持ち」を信じる心と、人生を良い方向に変えていく行動によって、エンパワメントは生じていきます。

従来支援では、利用者本人に問題があると考えていました。リカバリー重視の考え方では、利用者本人に解決策があると考えます。リカバリー重視の支援では、利用者には自分の人生に責任を負う能力があると考えます。考えるべきことは、利用者の問題行動をどのように止めるかではなく、利用者が止まりたいところで止まれるようにするには、どのように支援するかです。

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=WIIIFM)が、利用者にとって行動指針になります。ここで考えるべきことは、利用者が自身の行動によって、目標から遠ざかってしまうことがあるか考えることです。もし、そのようなことがないのなら、その行動(例えば、目標と合わないサービスを中断すること)は、理にかなっているといえます。

実践ポイント

エンパワメントを獲得し、伸ばすように支える方法：

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利用を支援する
例：www.glasgowsteps.com(英語)
57. エンパワメントのモデルとなり、自身の自己管理について話せるリカバリーしている人と話したり、そのような人の情報が得られるようにする
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ということを、サービスの雇用側に理解してもらえよう支援する⁴⁸
59. 利用者主体で治療やサービスの評価ができるようサポートする
60. 自分の意思や夢を話すトレーニングの場⁴⁹ (DESC スクリプトを教えることなど)を提供し、エンパワメントの行動をより伸ばす
61. スピリチュアルな支援や文化的な活動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つけることを伸ばす
62. 毎回のチーム会議で、個別の議題を挙げて、エンパワメントの育成の練習をしてもらう。(このとき、スタッフの役割は、その利用者支援する担当者として、サービスの中でリカバリーをどのようにサポートしていけるかを中心に話すことである)
63. リカバリーは段階的なものであり、変わることに對する抵抗は自然で正常なものとする

6.3 動機づけのためのサポート

動機づけ面接法は、リカバリー目標に向けて、どう動き始めるかを考えるものです⁵⁰。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方法であり、共同作業や気持ちを盛り上げるため、そして自律に向けて行われるものです。

実践ポイント

利用者の動機づけのサポート方法：

64. 利用者の言葉を文字通り受け止めるのではなく、話を傾聴して、その背景にある意味について推測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はないでしょうか」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目標について考えてみてください。その目標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：「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：「自分の目標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？」「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、本人の行動と価値に矛盾している点があればそれをスタッフ側が理解しておく）
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、お祝い場や機会を設ける

6.4 リカバリーにおける薬物療法の位置づけ

リカバリー重視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、その効果がどうであれ、薬の処方サービスがやるべきこと、ということではありません。私たちのやるべきことは人としてのリカバリーを支えることです。利用者の人生のある時点で薬を使うこともあれば、使わなくてよいこともあるかもしれません。よって、薬物療法は、その効果と副作用の両方をバランスよく考慮しながら、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薬物療法の利用を支援する方法：

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. 薬物療法を「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。薬物療法よりも、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(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、ということ認識する)
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、リカバリーの目標に向けて薬がどのように役立つかに焦点をあてた話し合いをし、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から試していけるように支える
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関する革新的なアプローチから学ぶ
例：www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm,<http://decisionaid.ohri.ca/index.html>(英語)精神保健ではCommon Ground (patdeegan.com)(英語)など
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緊急事態時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支える
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[英語]〉⁵²⁻⁵⁶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(人に頼りっきりの状態から)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体がリスクです。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、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のです、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1つです。リスクという言葉がもつ2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2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。リカバリー重視のサービスでは2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、法を犯す行動、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、多くのリカバリー目標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. 治療の目標よりリカバリーの目標を重視することで、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. リカバリー目標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、促進し、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

クライシス（緊急事態）からのリカバリー

リカバリー重視の精神保健サービスでは、クライシス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こ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ます。

クライシスへのリカバリー重視のアプローチでは：

- 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の低下を最小限にする
- クライシス時も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。スキルを高めることによって、病気の再発に対処するための主体性やエンパワメント、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、精神症状に気付いて対応する能力です。リカバリーに向けての課題は、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つ目は、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つ目は、(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り病気ではありません。

実践ポイント

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. 有用な自己観察とはどのようなものか、伝えるための標準的なメッセージについて話し合う
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 クライシス時における責任能力の低下を最小限にする

リハビリ重視のサービスは、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。それは、意思決定をできるだけ利用者に寄り添って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があり、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扱うことで、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。

実践ポイント

クライシス時における責任能力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. クライシスにある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(例：ケア提供側と本人の合意書、患者の持つ共通記録〈patient-held records〉など)を用いる。

7.3 クライシス時もその後も利用者の自分らしさをサポートする

クライシスの間、人間関係は最も重要です。クライシスに陥った人への従来の支援は入院措置であり、入院中のリハビリ重視の患者へのサービスでは、患者(利用者)とパートナーとして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。



実践ポイント

クライシス時に利用者の自分らしさをサポートす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2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：郵便物を受け取りに行く、ペットに餌を与える、その利用者が面倒をみている人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、など
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：来所時間の制限をなくす、来所を積極的に働きかける、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とは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⁵⁹⁾)を楽しめるのであれば、積極的にそれらの活動を促す
95. 病気に焦点をあ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の自分らしさを認識し、支える。利用者の日々の生活のことや、入院に望むこと、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サポートする。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目標、支援、スキルが必要になるか？
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。それは、利用者が過ごせる場や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手段や媒体、セラピーにつながることを手伝ってあげることまで

リカバリーを重視した精神保健サービス活動の評価

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あ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。

リカバリー重視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。^{60,61}
- 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。⁶²
- 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。⁶³
- 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。⁶⁴

その精神保健サービスがどの程度リカバリーを重視しているかは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に基づいて、本当に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1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目標です。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重視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：INSPIRE評価法を用いる
(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。

人としてのリカバリーを目指した支援への変革とは、これまでのやり方からのパラダイムシフト(発想の転換)そのものです。

1. 真に研究すべき課題は、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. 従来の関心事(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分あるいは特殊な事例となるでしょう。
3. 以前は補足的なことで考えられていたこと(例えば患者さんの視点、など)が主要なテーマになります。

リカバリー重視の取り組みの核心は従来の前提とは正反対のこともあります：

- 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疾患患者(例えば‘統合失調症患者’)ではありません。
- 大切な社会的役割をもつことで症状は改善し入院が減るのであって、治療が済むまで責任のある立場や暮らしの中での役割を担えないわけではありません。
- リカバリーの目標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ものではありません。
- 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、利用者にも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。

関連リンク (日本語)

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

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), 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: Chipmunkpublishing; 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 (校正)

オリジナル版リンク

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

