

2013 年度

東洋大学審査学位論文

リカバリーを促進する人材育成のあり方
に関する研究

福祉社会デザイン研究科 ヒューマンデザイン専攻

博士後期課程 4730060001 香田真希子

第1章 はじめに	8
第1節 研究の背景と目的	8
第2節 先行研究と本研究の意義	11
第3節 論文の構成と各章の要旨	16
第2章 統合失調症とその治療の歴史と課題	20
はじめに	20
第1節 統合失調症について	20
第1項 統合失調症とは	20
第2項 統合失調症の生活場面における障害特性	23
第2節 日米の精神保健福祉の歴史の変遷	26
第1項 アメリカの精神保健福祉の歴史の変遷	26
第2項 わが国の精神保健福祉の歴史の変遷	30
第3章 リカバリーに関する文献研究	33
はじめに	33
第1節 リカバリーの定義	33
第1項 リカバリーの定義の多様性	34
第2項 リカバリー概念の多様性	39
第2節 リカバリーに関連した概念の整理	49
第1項 リハビリテーション	49
第2項 エンパワーメント	51
第3項 ノーマライゼーション	52
第4項 ストレングス	53
第5項 ステージ理論	55
第3節 まとめ	59

第4章 当事者から見たリカバリー	61
はじめに.....	61
第1節 当事者から見たリカバリーについての文献調査.....	61
第1項 「変身」としてのリカバリー	61
第2項 「過程」としてのリカバリー	63
第3項 「希望」としてのリカバリー	64
第2節 インタビュー調査の方法.....	65
第3節 インタビュー調査の結果.....	67
第1項 Aさん（女性、20代）1回目のインタビュー	67
第2項 Aさん（女性、20代）2回目のインタビュー	71
第3項 Bさん（女性、30代）1回目のインタビュー	74
第4項 Bさん（女性、30代）2回目のインタビュー	79
第5項 Bさん（女性、30代）3回目のインタビュー	81
第6項 Cさん（男性、40代）1回目のインタビュー	83
第7項 Cさん（男性、40代）2回目のインタビュー	86
第4節 インタビュー結果に関する考察	90
第1項 変身、過程、希望について.....	90
第2項 社会とのつながりについて.....	92
第3項 リカバリーについて.....	93
第4項 支援者について.....	94
第5節 まとめ	96
第5章 リカバリー志向の実践プログラムから見たリカバリー志向人材.....	100
はじめに.....	100
第1節 ACTについて.....	105

第 1 項 ACT の創設と展開	105
第 2 項 ACT とリカバリー	107
第 2 節 IPS について.....	109
第 1 項 IPS の特徴と思想.....	109
第 2 項 IPS とリカバリー.....	114
第 3 節 カバリーを志向するプログラムの実践スタッフにもとめられること	115
第 1 項 先入観・自分の価値観を改めて問う	116
第 2 項 関係作り：パートナーシップ	116
第 3 項 アセスメント.....	118
第 4 項 プランニング.....	119
第 5 項 IPS における職場開拓	119
第 6 項 継続支援	121
第 7 項 ネットワーク	121
第 8 項 前提としての価値観.....	121
第 9 項 失敗の活かし方	122
第 10 項 チャレンジを許容するハイサポート	122
第 11 項 ポジティブ思考～楽観主義は就労支援の成功の鍵～	123
第 4 節 まとめ	123
第 6 章 リカバリー志向の人材育成のあり方.....	126
はじめに.....	126
第 1 節 効果的な研修のあり方に関する文献.....	127
第 1 項 ケアマネージャーの教育に求められる要素	127
第 2 項 研修方法	134
第 3 項 諸外国の例	137

第 4 項 人材育成上の課題.....	139
第 2 節 ACT-J における教育研修.....	142
第 1 項 ACT-J における研修の規定	142
第 2 項 ACT-J の初期研修	144
第 3 項 ACT-J の継続研修	146
第 4 項 ACT-J の教育研修システムに関する考察	147
第 3 節 ヒアリング調査—マジソン、ヴィレッジ、ハワードセンター	148
第 1 項 研究の背景と目的.....	148
第 2 項 研究方法	149
第 3 項 マジソン地域における人材育成.....	149
第 4 項 ヴィレッジにおける人材育成	151
第 5 項 ハワードセンターにおける人材育成	156
第 6 項 結果のまとめ	158
第 4 節 まとめ	160
第 7 章 精神保健従事者へのリカバリー研修プログラムの作成と効果評価	164
はじめに.....	164
第 1 節 研修プログラムの作成.....	165
第 1 項 参加型の体験学習.....	165
第 2 項 当事者の参画	166
第 3 項 相互教育	166
第 4 項 継続研修	167
第 5 項 多様な研修形態	167
第 2 節 プログラムの内容について.....	167
第 3 節 プログラムの実施状況.....	169

第1項 研修1日目	169
第2項 研修2日目	169
第3項 研修3日目	169
第4項 研修4日目	170
第4節 効果評価について	170
第1項 効果評価の指標	170
第2項 対象	171
第3項 分析	171
第4項 倫理的配慮	172
第5節 結果	172
第4項 考察	177
第6節 研修効果のフォローアップ調査	179
第1項 はじめに	179
第2項 フォローアップ調査の方法	180
第3項 フォローアップ調査の結果	182
第4項 フォローアップ調査に関する考察	184
第7節 まとめ	185
第8章 おわりに	187
第1節 総合考察	187
第2節 結論	196
謝辞	198
参考文献	199
資料	211
資料1 写真	211

資料 2 インタビューガイド	213
資料 3 インタビューガイドのマッピング	221
資料 4 アクションプランの様式	222
資料 5 調査票（研修前）	223
資料 6 調査票（研修後）	227

第1章 はじめに

第1節 研究の背景と目的

わが国の精神保健福祉政策は1900年の「精神病患者監護法」制定以来、社会防衛、治安対策に重点がおかれてきた。精神病患者監護法における強制処遇は、家族による私宅監置で、家族に監護することを義務付けたものであり、医療とは程遠い処遇であった。明治以来、社会の治安のために精神障害をもつ人は隔離させるべきであるという、社会防衛論的背景があった[1, 2]。そして、この社会防衛的な思想を背景に、医療の保護下に置かれ続け、「施設症 (institutionalism)」という二次的な障害を招いてきた。

1950年には、精神病患者監護法と精神病院法が廃止され、適切な医療や保護のための「精神衛生法」が成立し、精神病患者監護法で認められていた私宅監置が廃止されたことになる。しかしながら、欧米諸国ではすでにその兆しを見せ始めていた「脱施設化」の流れとは逆に、精神障害者の精神病院への隔離収容が促進されることとなった。

その後、1964年のライシャワー事件（精神病院入院歴のある19歳の青年がアメリカ大使館のライシャワー大使の大腿部を刺し負傷を負わせた事件）、1988年におきた宇都宮事件（報徳会宇都宮病院で入院患者が看護職員に暴行を受けて死亡した事件をきっかけに、同病院における精神障害をもつ人の人権を無視した処遇が明らかになった）などを契機として、わが国の精神医療制度が抱える諸問題が注目を集め、国際的な批判を浴びる結果となった。これらを受け、1988年に施行された精神保健法では、精神障害をもつ人の人権の尊重や、社会復帰促進が大きな変革であったが、現在も30数万人の精神障害をもつ人が入院をしており、そのおおよそ半数が閉鎖病棟で処遇を受けている[3, 4]。

わが国の現状に対し、欧米先進国は1960～80年代にかけて、精神科医療機関を脱施設化政策に転換しはじめている[5]。しかし、急激な脱施設化を強行したアメリカでは、地域社

会内での受け皿となる社会資源を整備しないままに、精神障害をもつ人を退院させた。そのため、精神障害をもつ人のホームレス化や退院してもすぐに再入院を繰り返すという回転ドア現象が大きな問題となった。1970年代以降は、これらの問題を解決するためケースマネジメントを中心にコミュニティケアモデルを生み出されてきた[6]。

そのような状況のなかで、これまでの従来の非対等な関係から対等な関係性を築くためのさまざまな援助技術や「エンパワーメント」「アドボカシー」「ストレングス」等の概念が普及してきた。そして、1980年代後半より、精神障害をもつ人自身からの手記や語り相次いで発表され、精神保健サービスのパラダイム変革に影響をあたえた。このような背景のなかで「リカバリー¹」という考え方が取り上げられるようになった。精神障害者の主体性や自尊心の回復は、精神障害者のリカバリーにとって最も重要な点であることもさまざまな研究によって明らかになってきた。同時に当事者団体や当事者運動が盛んになり、これまで声を出せずにいた当事者の声が少しずつではあるが届くようになってきた[7]。

リカバリーは、深刻な精神障害の理解と治療の考え方に変化をもたらし、近年、このリカバリーはわが国でも大きな注目を集めている。1990年代以降の精神保健システムの指針となる概念として浸透すると考えられている[8]。

しかしながら、多様な強調点が混在し、精神障害をもつ当事者・精神保健領域の関係者のなかでも混乱が生じている状況もあり、とりわけ、リカバリーを促進する支援についての教育、リカバリー志向の人材育成のあり方については、日本では模索の状態が続いている。

筆者は、病院における民間の医療機関で勤務しながら、ACT (Assertive Community Treatment)、IPS (Individual Placement and Support)、WRAP (Wellness Recovery Action

¹ 本論文では、**Recovery** をリカバリーと表記する。「回復」や「リカヴァリー」と表記することもあるが、日本語論文や著作物、報道、インターネットなど最も広く使用されていると思われる「リカバリー」で統一した。

Plan) などリカバリーを志向するプログラムを実践してきたが、これらの経験を通して、従来の医療機関におけるアプローチとリカバリー志向のアプローチの違いを顕著に感じ、その違いから様々な気づきの体験を得ることによって、筆者自身の臨床活動の変化や精神障害の捉え方はもちろん、自身の世界観や生き方にも大きな変化がもたらされた。

このリカバリー志向のアプローチについて、より多くの精神保健サービスの従事者に知って欲しい、体験して欲しい、という思いが本研究の一義的な動機である。加えて、前述のとおり、リカバリー志向のアプローチは、米国を始めとする諸外国ではすでに精神保健システムに大きな影響を与えており、日本の精神保健システムをより良いものにするために必要不可欠であると直感的に確信するものである。

そこで、下記の6点を本研究の目的とした。

1. リカバリーに関する言説について文献レビューを通して整理する。
2. リカバリーを経験する当事者へのインタビューを通して理解を深める。
3. リカバリー志向のプログラムについて自身の臨床経験も踏まえ概説する。
4. リカバリー志向の人材育成のあり方について、文献レビューと先行事例の視察を通して検討する。
5. 以上の研究の上で、筆者自身がリカバリー志向の研修プログラムを開発・実施し、その効果評価を行うことにより、プログラムの有効性を実証する。
6. 以上で得られた知見をもとに、リカバリー志向の人材育成のあり方について提言を行う。

以上を通じ、障害や問題点の改善に焦点をあてがちであった従来のアプローチから、本人のもつストレングスに注目し可能性を伸ばして本人の希望の実現を支援できるようリカバリー志向のアプローチへと転換するための具体的プログラムを提示し、日本の精神保健システムの変革に貢献することが本研究の大きなねらいである。

第 2 節 先行研究と本研究の意義

精神疾患をもつ当事者の手記[9-11]を発端として 1980 年代から徐々に広がったリカバリー
ーの概念は、精神保健サービスの中心的な概念になっている[12, 13]。リカバリーをテーマ
とした研究は数多く行われており、その主題は、概念研究[14]、当事者による語りなどの質
的研究[9, 10, 15-19]、プロセス研究（過程研究）[20-24]、臨床実践研究[25-31]、政策やサ
ービスシステム構築研究[24, 32, 33]、評価尺度研究[34, 35]など多領域に及んでいる。

多領域に及んでいるが、エビデンスレベルの観点からは、専門家の意見や症例報告のレ
ベルに位置づけられる研究が多いという実態がある。この理由として、リカバリーそのも
のは抽象的で主観的、そして個別的な概念であるため、定量的な研究のデザインが難しく、
エビデンスの観点からは直接的に扱いにくいテーマであることがあげられる。しかし一方
で、WRAP（Wellness and Recovery Action Plan）や IMR（Illness Management and
Recovery）、後述の ACT（Assertive Community Treatment）や IPS（Individual Placement
and Support）など、サービスのパッケージとして形式化され、リカバリーの概念が重要な
役割を果たすプログラムに関しては、それぞれに RCT やメタ・アナリシスを含む数多くの
エビデンスが存在する。

研究の担い手としては、精神障害をもつ当事者、研究者、Consumer/provider つまり、
精神保健サービスの提供者である精神保健サービスの受け手など、多様な担い手が研究し、
発表している。

わが国においては、1998 年に加藤[36]と濱田[37]がはじめてリカバリーについて紹介し
ている。そのなかで加藤はシカゴ、ボストンにおける精神障害者リハビリテーション・セ
ミナーの報告をしている。加藤は Anthony の発言を引用し、リカバリーの概念を「患者・
家族の現実生活で語られ書かれたものから検討され、浮上してきたものであって、ある人
の態度・価値・目標・技能・役割の変化の固有な過程であり、極めて属人的なものとして

表現される」とし、さらに「それは病の帰結として常に限界設定のある生活を、満足と希望に満ちた生活への歩みに変えることに寄与する」と述べている。また、濱田は **Recovery From Mental Illness : The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s**[38] の全訳を掲載している。濱田はリカバリーの訳語に「回復」という言葉を使用し、脱施設化の失敗とその後の地域支援システムを基盤として、精神疾患からの回復を促すという視点が導かれたことを論じている。回復については、「回復は極めて個人的で独特な過程として描かれる。それは、その人の態度、価値観、感情、目的、技量、役割などの変化の過程である。疾患によりもたされた制限つきではあるが、満足感のある、希望に満ちた、人の役に立つ人生を生きる道である。回復は精神疾患の破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を創り出すことでもある」と述べている。さらに、回復に焦点をあてた精神保健システムの基本的前提についても論じ、これまでの精神保健システムを導いてきた視点が消費者を出発点にしたものではなかったことを指摘し、回復概念がサービスの受け手がどのような効用を得るのかについて論じることの意義を述べた。

その後、野中[39, 40]、木村[41-43]、加藤ら[44]、植田[45]、江間[6]、半澤[8]などが、リカバリーについての研究報告をしている。野中は、リカバリーの必要性について、リハビリテーションの目標である全人間的回生の欠如、非専門家の役割やセルフヘルプ活動の意義、内なる偏見の存在や一方的な障害受容論への反省などから整理している。木村はリカバリーを促進する精神保健システムの構築においては、当事者と専門職のパートナーシップが重要であるとし、リカバリー指向システムのなかで基本となるサービスを整理している。また、リカバリーを促進するうえで専門職の理念転換や必要な技術についても論じ、サービスパラダイムを転換した当事者主導事業の可能性を示唆した[41]。加藤らは精神障害者小規模作業所の理念にリカバリー概念を導入する意義をアクション・リサーチによる実践によって提示し、作業所職員と利用者に与えた影響を報告している。考察のなかで、「リカバリーの導入は、職員の利用者像、つまり身体的・精神的・社会的な欠陥をもつ、庇護

すべき対象から、周囲の人の支援は必要でも、自己の人生や現実を引き受け自らそれを回復しようとする力を潜ませた主体であり、支援プロセスの共同者であるという価値転換をもたらした」と述べている[44]。植田はニュージーランドにおける地域精神保健システムを紹介し、政府刊行物である **Blueprint** にリカバリーが精神保健サービスの基準であると明記されていることを述べている[45]。江間はアメリカにける脱施設化からコミュニティ・ケアまでの経過を概説し、ロサンゼルス郡精神保健協会がカリフォルニア州ロングビーチ市にて運営する重度の精神障害をもつ人を対象とした統合サービス機関の実践と理念を紹介している。そのなかで、リカバリーのステージや、利用者と援助者とのパートナーシップの重要性にふれ、「クライアントこそ専門家である」という視点を提示し、援助者に求められるパラダイムシフトを論じている[6]。半澤は、リカバリーを促す人の支えについて事例を提示しながら検討している。そのなかで、精神病というラベリングの影響や、リカバリーを促す精神保健サービスの特徴、リカバリープロセスのモデルを整理している。また、リカバリープロセスのなかで「希望」の重要性を強調している[8]。

リカバリーが当事者の手記や語りから浮上してきた背景を顧みると、わが国のリカバリー研究においては当事者の発言が少ないことに気付かされる。木村らが報告したコンシューマインタビューや、寺澤[46]によるリカバリーに関するアンケート調査とグループインタビューなどの報告はあるが、インタビュー内容は設問形式で「リカバリーとはどんなことを意味するのか」「リカバリーの障害になったことは何だったのか」「リカバリーを促進するにはどんなことが必要だと思うか」「あなたにとってのリカバリーとはどのような事を意味するか」「あなたの夢・希望は?」「リカバリーの役に立ったこととは?」「リカバリーに向かって障害になっていることは?」「今後利用したいサービスや援助はどんなことですか」であった。米国において当事者による主体的な発言がリカバリーの端緒となっていることを思えば、日本におけるリカバリーの概念の普及には専門家が比較的大きな役割を演じており、リカバリー自体の理解について模索が行われている様子が伺える。これはリカバリ

一が専門家によって輸入された概念であることとも関係すると思われるが、このことによって、リカバリーの本質の一つである当事者主体性が損なわれないよう注意を払う必要があるだろう。

Schatzman[47]は、リカバリーを「社会的ユニット、それはグループまたは個人のいずれかが自身や互いに対して起こす行動や相互作用を通して進むと仮定している」。また、Farkas[48]もリカバリーは「個人的かつ、主体的なものであり、主観的要素を含む。しかしそれは、現実から遊離した観念的回復像ではない」と述べている。さらに Anthony[38]は「リカバリーは患者・家族から現実生活のなかで語られ、書かれたものから検討され、浮上してきたものであって、ある人の態度・価値・目標・技能・役割の変化の固有なプロセスであり、極めて属人的なものとして表現される（濱田訳[37]）」と論じている。このように、リカバリーとは、個人間あるいは、個人と社会の間の相互作用の中にあるプロセスであることが指摘されている。

また、当事者のリカバリーを応援するための支援者の人材育成に関する研究においては、欧米においてはいくつかの研究が始まっている。Rapp は、「精神保健サービスは一層リカバリー志向にならなければならない」「リカバリー志向は、われわれを『病気』と『欠陥』から解き放ち、人間のもつ可能性と福利にむかわせるだろう」と述べ、「彼らに希望をもち続けさせるといふわれわれの能力は、彼らがりカバリーし、再生し、または生活を変換する可能性への信頼、潜在的な能力をもっているといふわれわれの信念に起因する。たとえ彼らがそう見ることができなくても、われわれがりカバリーは可能であると信じるのなら、われわれは創造的エネルギーを開放したまま、彼らにくっついて離れず、忍耐の姿勢を維持するであろう。」とリカバリーを支援する専門家のあり方について言及している[49]。また、Russinova [50]は、希望とリカバリーに関して、「(希望とは) 将来に目標が達成されるという期待であり、行動を動機付ける力である。」として、「希望を喚起する能力(Competency)」を次のように述べている。

1. リカバリーの可能性を信じている
2. 将来の成果が定かではないことに耐える
3. 利用者のためにより良い成果を出そうとする動機が高い
4. 希望を喚起する資源を豊富に持っている

この、支援者の能力（competency）とは Coursey らよれば、知識・技能・態度の3つの要素からなるものである[51, 52]。

1. 知識 knowledge：何を提供するか知っている
2. 技能 skill:それを提供することができる
3. 態度 attitudes:提供者の持つ価値観

つまり、人材育成においては、単に知識や技術だけを身につけるのではなく、「われわれが信じていることがわれわれの関係の仕方に影響を与え、援助する関係性の性質を決定する。」と Rapp も述べているように、リカバリーを支援する支援者に求められるのは、知識だけではなく、リカバリーに対する肯定的な態度やそれに基づく行動が不可欠であり、教育効果のアウトカムとしても、態度や行動の変容についてみておくことが重要である。

しかしながら、人材育成において、「知識1：技能3：態度6」の労力がかかると述べているように、態度の変容には、時間と工夫が必要とされる[53]。池淵は、「態度は、良いモデルに触れる（実践に触れる・生の声を聞く）」ことで、「感情的にすばらしいと感じモチベーションが高まり」そして「時間をかけて価値観が形成される」と述べており[54]、価値を明確化する態度の重要性、自分自身のあり方・価値観・ジレンマ・葛藤・して良いこととしてはいけないことを考える「リフレクティブプラクティショナー」としての習慣も必要となると考えられる。

我が国におけるリカバリー志向に関する人材育成に関する研究は、筆者らによる「リカバリー志向への人材育成～米国マジソン・ヴィレッジ・ハワードセンターからの実践から学ぶ」などがあるが[55]、未だ我が国におけるリカバリー志向へのアプローチを行う専門家

教育に関する研究は少ないと言わざるを得ない。

昨今の精神保健領域におけるリカバリーの重要性を鑑みると、当事者のリカバリーについての認識を共有化し、リカバリーを志向する専門家の育成は急務であると考えられる。リカバリーの特性上、従来行ってきたアプローチから、リカバリー志向のアプローチへと変革していくために、支援者自身の知識・技術だけでなく態度変容を伴うパラダイムシフトが必要とされることとなる。

そして、リカバリー志向の研修プログラムが開発され、実践され、精神保健領域の支援者の意識や態度、行動がリカバリー志向に変化するとすれば、そのことが日本の精神保健サービスに与える影響はきわめて大きく、そして有意義であると考えられる。そのような変革の端緒として、本研究の意義は大きいと考える。

第 3 節 論文の構成と各章の要旨

本論文は、大きく下記の 6 つの研究から構成される。

1. 統合失調症治療の歴史についての文献研究（「第 2 章 統合失調症とその治療の歴史と課題」）
2. リカバリーについての文献研究（「第 3 章 リカバリーに関する文献研究」）
3. 当事者を対象とするリカバリーに関するインタビュー調査（「第 4 章 当事者から見たリカバリー」）
4. リカバリー志向のプログラムについての考察（「第 5 章 リカバリー志向の実践プログラムから見たリカバリー志向人材」）
5. リカバリー志向の人材育成についての研究（「第 6 章 リカバリー志向の人材育成のあり方」）
6. リカバリー志向の研修の開発と実施、効果評価研究（「第 7 章 精神保健従事者への

リカバリー志向研修の効果評価)

まず、「統合失調症治療の歴史についての文献研究」では、リカバリーを生み出した当事者の多くが抱える統合失調症という疾患の特徴や、対象者が抱える困難の具体的な様子を明らかにするために、統合失調症に関する基本的な情報整理と、その治療の歴史について概説する。その上で、リカバリーという概念が生み出された歴史的背景について、リカバリー発祥の地であるアメリカと、90年代後半以降にそれを導入し始めた日本について文献調査を行い考察する。

「リカバリーについての文献研究」では、本研究で目指す「リカバリー志向」がどのようなものなのかを整理するために、文献レビューを行い、「リカバリー」の定義について検討する。また、リカバリーの輪郭を明瞭にするため、リカバリーに近接し類似する諸概念についても整理する。その上で、本研究におけるリカバリーの定義を定める。

次に、「当事者を対象とするリカバリーに関するインタビュー調査」では、文献調査だけでは理解しにくいリカバリーの質感を感じ、理解を深めることを目的に、2008年9月から11月にかけて当事者3名へのインタビュー調査を行った。リカバリーを理解するうえで、設問形式で断片化されたインタビューには限界があり、個人の固有の社会基盤とそれに付随する諸関係そのものの現実的な生活像・社会像の物語を聞くことが重要であると考え、ここでは、本人の現状と課題を整理し、その上で当事者の語りの発掘を行い、その個別的・状況的・現実的な物語をリカバリーの理解に役立てることに目的をおく。

そして、「リカバリー志向のプログラムについての文献研究と筆者の実践に基づく考察」では、まず、リカバリー志向の実践の中で、我が国に導入され始めているプログラム ACT (Assertive Community Treatment 包括型地域生活支援)と IPS (Individual Placement and Support 個別就労支援プログラム)について、文献調査を行った。そして、これらのプログラムでの筆者自身の臨床経験 (2003年から2008年) やコンサルティング経験 (主に

2008年から今日にいたる)を元に、それぞれのプログラムについて、またプログラムとリカバリーに関連について考察する。

そしてさらに「リカバリー志向の人材育成についての文献研究」では、文献レビューを行い、効果的な研修のあり方について、先行事例を参考しつつ理論的な整理を行う。そして、リカバリー志向の実践プログラムの一つであるACTのスタッフへの教育システムについて論述し、2006年9月末に行われた米国で先進的なリカバリー志向の実践を行うサイトで教育研修担当者のヒアリング訪問調査の結果を元に、リカバリー志向への人材育成のあり方について考察する。

そして、文献調査やヒアリング調査を元に、筆者らはリカバリー志向のプログラムであるACTに関する4日間の研修を企画し、2008年1月から2月にかけて精神保健従事者を対象として実施した。その研修参加による研修前・後の意識の変化、その変化のきっかけなどから研修効果を評価し、リカバリーを志向する研修のあり方について考察する。

そして、上記の全ての結果を踏まえて考察し、リカバリー志向の効果的な人材育成のあり方について提言を行いたい。

以上の6つの研究の関係とそれぞれの位置付けについて、下に図示する。

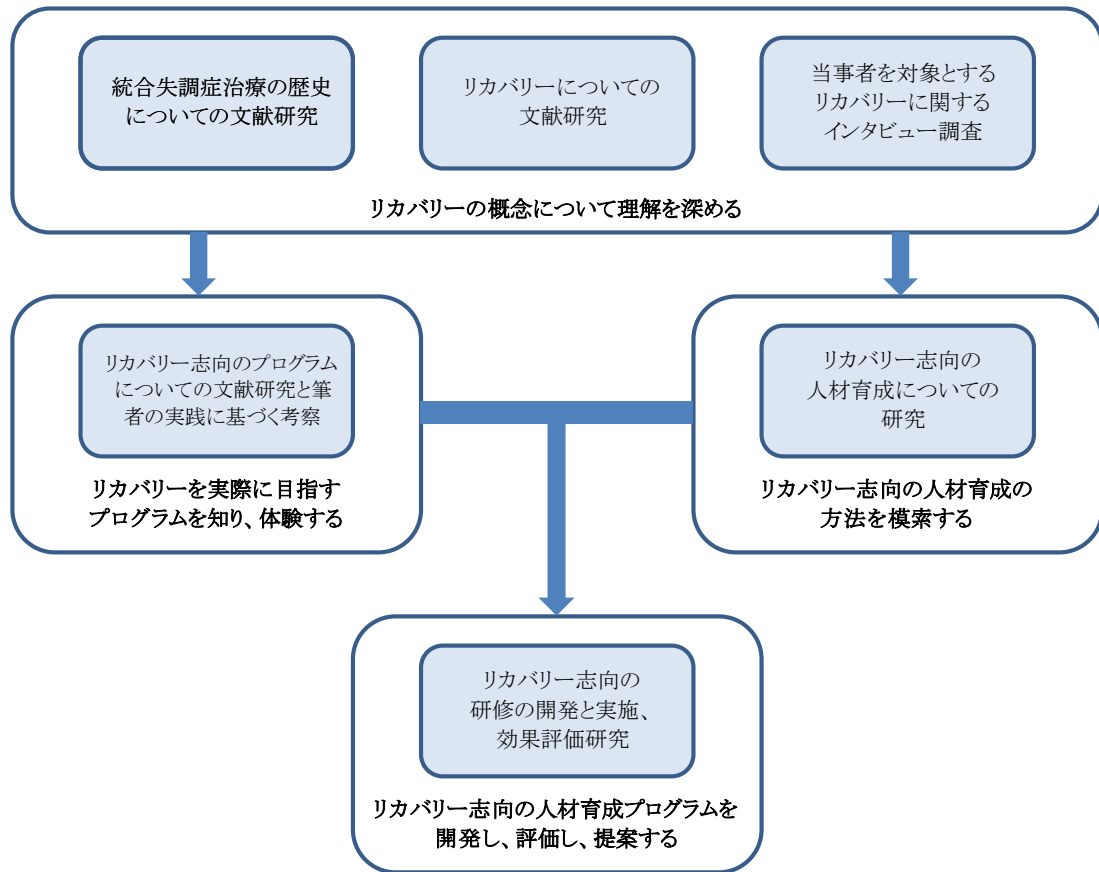


図 1 本研究の流れと位置付け

なお、本研究は、東洋大学の福祉社会デザイン研究科倫理委員会の承認を得て実施した（平成19年11月12日、承認番号：5）。

第 2 章 統合失調症とその治療の歴史と課題

はじめに

本論文で扱うリカバリーは、後述するように誰にでも起こり得るプロセスであり、必ずしも精神障害の有無や特定の診断の有無とは関係しないが、本論文で後述する ACT や IPS といったプログラムの利用者の多くが抱える統合失調症という疾患の特徴や、対象者が抱える困難の具体的な様子を共有することは、リカバリーの概念やそれぞれのプログラムの特徴を理解する上で有益であると考え、第 1 節ではまず統合失調症について概説する。その上で、リカバリーという概念が生まれた歴史的背景について、リカバリーの発祥の地であるアメリカについて述べ、そして、日本への導入と普及の歴史について述べる。

第 1 節 統合失調症について

第 1 項 統合失調症とは

統合失調症の症状は主に、幻覚や妄想などの「陽性症状」、意欲の低下などの「陰性症状」、臨機応変に対応しにくいなどの「認知機能障害」がある。有病率は、人口のおよそ 1%とされている。つまり、100 人に 1 人がかかる病気であるので、決してまれな病気ではない。有病率 1%から推測すると、日本における統合失調症の人の数は 100 万人前後いると考えられるが、実際の患者調査から推計されている統合失調症の患者数は約 71 万 3 千人（平成 23 年患者調査）である。これは発症していながら受診に至っていない者が多いことや、病気を周囲の人に隠していることが多いことなどが考えられる[56]。（表 1 参照）

表 1 統合失調症の特徴

有病率	100 人に 1 人で、特殊な病気ではない
発病年齢	16 歳から 30 歳の青年期～成人早期に発症することが多い
予後	半数以上が働くことも含めた社会生活を支障なく営むことができる
発症の要因	原因は不明であるが「ドーパミン仮説」「ストレス脆弱性仮説」などが提唱されている
回復過程	個人差は大きい「前兆期・急性期・休息期・回復期」のステージが 1 つのサイクルになる

統合失調症の人の 70～80%が思春期から 30 歳までに発病するといわれている。よって、発病前に就労経験がないことが多く、あるいは、あったとしても短期間である場合が多い。かつて統合失調症は、予後が極めて悪い病気と考えられていたが、現在では薬物療法や心理社会的リハビリテーションが進歩し、また早期発見や早期治療に至るケースが増えたことなどから、長期的な予後において、日常生活に支障をきたさない程度に回復する人が増え、かつてのような日常生活や社会生活に大きな支障をきたす人たちは全体の 4 分の 1 以下にすぎないことが明らかになっている。つまり、働くことも含めた社会生活を十分に楽しめる人が増えてきているといえる。

統合失調症の発症の原因は、まだ解明されていない。脳の機能的・器質的変化、病前性格、環境因子、遺伝的素因、などいくつかの仮説が考えられている。原因は不明ではあるが、統合失調症の症状が発現しているときの脳の働きがどのようにになっているのかについては、徐々に明らかにされつつある。

統合失調症の症状発現に関与しているのが、神経伝達物質の 1 つであるドーパミンである。幻覚や妄想などの陽性症状はドーパミン神経系の機能が過剰亢進しているために引き

起こされ、また一部のドーパミン神経系では逆に機能が低下するために陰性症状が現れるなど、ドーパミン神経系の機能異常が統合失調症の病態に深く関与している。また、ドーパミンだけでなく、セロトニンやグルタミン酸などの神経伝達物質も病態に関与しているのではないかと考えられている。

しかしながら、統合失調症の原因は 1 つに起因するものではない。生物学的な素因があるところに、なんらかの環境要因からくるストレスが作用して発症するという「ストレス・脆弱性モデル」が提唱されている。脆弱性とは病気になりやすい本人のもろさを示し、これには遺伝的素因、脳の機能的・器質的な要因、病前性格などが関与している。一方、ストレスは環境要因で、本人を取り巻く周囲のストレスフルな環境やライフイベントが発症の引き金となることが多い。

統合失調症の症状の現れ方は人によって異なり、個人差も大きい。一般的な経過としては前兆期、急性期、休息期、回復期の 4 つのステージが 1 つのサイクルになると言われている。休息期や回復期に病気を誘発するようなストレスがかかると再び急性期の症状へと戻り（＝再発）、また休息期、回復期というサイクルをたどる。しかし、前兆期症状（悪化のサイン）に気づき、早めに休息などの対処することで再発は最小限にとどめることができる。自分の悪化のサインを知り、その際の対処法を身につけ、症状を自己コントロールするための心理教育的アプローチが有効である。一般的に、急性期は数週間単位、休息期は数週間から数カ月単位、回復期は数カ月から数年単位で経過するとされているが個人差が大きい。

前兆期：統合失調症の症状が急激に顕著になってくる前に、発症の前触れのような変化（悪化のサイン）が現れる時期であり、はっきりとした症状は出なくても、眠れなくなったり、物音や光に敏感になったり、焦りの気持ちが強くなったりする。この時点で「悪化のサイン」に早めに気づいて、休息や適切なストレスへの対処を取ることができると再発を予防する可能性が広がる。

急性期：「悪化のサイン」に気づかず、適切な対処を取ることができないでいると、過度に覚醒のレベルが高まって、不安や緊張感、敏感さが極度に強まり、幻覚・妄想、興奮などの陽性症状が現れる。幻覚や妄想といった現実を歪曲した知覚・判断のために極度に頭が混乱し、周囲とのコミュニケーションがとりにくくなる。この時期には、集中的な薬物療法や刺激調整のための入院治療が必要になることが多い。

休息期：嵐のような急性期が過ぎると、陰性症状が中心の休息期に入る。感情の起伏がなくなり意欲の低下がみられ、眠りすぎるほど眠ったり、引きこもった状態になる。この時期は過度な刺激で過覚醒となり、急性期の状態に逆戻りしやすくなったりする場合もあるが、逆に適切な早期リハビリテーションによって、二次的障害を予防し、回復を促進することができる。

回復期：休息期を経ると症状が徐々に治まっていくならかな回復期となっていく。一般的には、この時期に就労支援が開始されることが多い。

昼田は、認知的視点から統合失調症患者の行動特性を検討し、「一般に統合失調症患者は注意（関心）の幅が狭く、全体に注意を分配することができず、状況にあわせて複数の情報の中から自分にとって現時点で重要な情報を選択し、統合していく能力に問題がある。」とまとめている。また近年、認知機能障害の研究が進み、こうした「生活のしづらさ」の背景に言語記憶、実行機能、注意持続などの認知機能の障害があることが明らかにされている[57]。しかしながら、「生活のしづらさ」は個人の特性のみに依拠するのではなく、環境との相互作用によって生まれる。よって統合失調症をわずらっているすべての者が同じ特性を持っているわけではないことを留意したい。

第 2 項 統合失調症の生活場面における障害特性

統合失調症をもつ者の生活場面において一般的に多い傾向にある障害特性を列挙する。

(1) 敏感であることと気を使いすぎてしまうこと

これは脳の伝達物質が過剰になることから生じる。脳の情報を整理する機能が混乱し、不安をキャッチする機能が敏感になりすぎてしまうことによって「自分を脅かすものがないのではないか」「自分がなにか失敗をして安全が損なわれるのではないか」と、音や人の気配など周囲の刺激に過剰に神経が反応してしまう。そして、その背景には、「役立たずと馬鹿にされるのではないか」「自分が人を傷つけているのではないか」「自分のことをへんなやつだと思われているのではないか」などの安心感のなさや不安・焦り、そして孤立感などがある場合が多い。そしてこのような気持ちを持つと、かえって緊張したり、不安のために気が抜けなくなったり、休むことに罪悪感を覚えて休めなくなったりして、自分本来のペースをつかむことが難しくなる。

(2) 障害の不安定性

症状は持続的にある一定の状態経過する場合もあるが、むしろ症状が軽快したり、逆に悪化したりと、波がある場合が多い。こうした不安定性のために入退院を繰り返し、継続して働くことや、安定した対人関係をとることが困難な場合がある。また本人自身も「また悪くなるのではないか」という思いの中で自信を失い、やりたいことがあっても控えてしまうことがある。つまり、本人が抱える障害の程度が固定的ではなく、不安定であることによって、さらに「生活のしづらさ」が大きくなってしまうこともある。

しかし、ストレスへの対処法を学んだり、適切な支援を受けることにより、安定した生活を送りやすくなっていく。また、これまで十分な支えがなく困難感や不安感を覚えていた人の場合、「誰かが支えてくれる」という安心感も得られるであろう。このように生活が安定してくると症状そのものも軽快して行き、そして「将来に対しての希望が見えてくる」という良循環が起こってくるということも珍しくない。

(3) スキルの般化が困難

ある環境の中でできているスキルであっても、環境が変わればそのスキルを発揮することが困難になることがある。逆に、作業療法室ではできなかったことであっても、就職した実際の職場ではできることも多々ある。人の発揮しているスキルは、本人がどれだけ「やりたい、できるようになりたい」と思っているかどうかのモチベーションによって大きく左右される。また、周囲からの期待や不安や自信のなさ等によっても変動するものである。先に、認知的視点から昼田の述べる行動特性を紹介したが、この認知機能障害がさらにスキルの般化を困難にしている。いずれにしても、訓練室（非就労環境）でのスキルアセスメント結果や、トレーニングによって獲得されたスキルは、実際の職場環境においては、般化されない可能性があるという前提に留意して、訓練室の中で提供する就労支援サービスを吟味する必要がある。そして、なるべく早く、職場などの実際の環境におけるアセスメント・トレーニングに移行していく必要がある。

統合失調症の障害特性を改めて概説すると、「不安や緊張が高くなり、持続力や集中力など健常な時よりも落ちてしまった機能もあるが、残っている機能もたくさんあり、適切な環境と支援があれば質の高い生活を送ることができる」障害といえる。しかし、中途障害に共通して見られるような「生活に希望をもてなくなってしまうことから来る喪失感」や「精神症状を体験したことから来るトラウマ」そして「精神病に対して存在する社会的偏見」などが、「生活のしづらさ」を複雑にしている場合も多い。このような障害が、仕事についていけない状況や、引きこもりのような状況をもたらし、さらにこれらの状況が障害をより根深いものにしてしまうという側面もある。

統合失調症は、かつては「不治の病」と言われ収容中心の治療が行われていたが、必ずしも予後が悪いわけではないことが近年明らかになりつつある。特に、リカバリー志向のプログラムによって、アメリカなどでは治療プログラムに大きな変化が生まれ、リカバリ

一志向のプログラムが実践によって社会参加につながる当事者は少なくない。逆に、「施設症」と呼ばれる、病棟が生活の場となり社会との交流が断絶した環境がもたらす無関心や無気力が、統合失調症の予後を悪くすることも明らかになっている。しかしながら、日本ではリカバリー志向のプログラムの重要性や施設治療の弊害に関する認識が十分に浸透しているとはいえない状況があり、日本の精神保健領域にリカバリー志向の実践を普及させることは喫緊の課題となっている。

第 2 節 日米の精神保健福祉の歴史の変遷

本節では、リカバリーが生まれた背景について触れておきたい。まず第 1 項で、リカバリー発祥の地のアメリカにおける精神保健福祉の歴史の変遷について、第 2 項で日本のリカバリーの導入について論述する。

第 1 項 アメリカの精神保健福祉の歴史の変遷

米国における精神保健福祉の歴史の中で、リカバリーの誕生に大きな影響を与えたと思われる出来事をピックアップすると、

- ・ 1908 年 クリフォードピアーズ「わが魂に会うまで」 ビューティフルマインド
- ・ 1948 年 クラブハウス活動結成
- ・ 1970 年代 セルフヘルプ活動
- ・ 1980 年代以降 精神障害リハビリテーションの領域に「リカバリー」の考え方が取り上げられるようになった
- ・ 1988 年の当事者の手記が盛んになる Deegan による手記が有名。
- ・ 1990 年代 リカバリーは北米の文化、風土、生き方そのものである自立に価値を置くセルフヘルプ運動の中心的な考え方として位置づけられ、精神保健システム

の指針となる概念として浸透

そして今日、21世紀には、単なる概念としてのみならず、よりリアリティーのある実態を伴う現象として広く認知されるようになってきている[8, 40]。

以下、時代を追って変遷について詳述する。

(1) アメリカでの精神障害をもつ人のための施設誕生

1840年代、欧州では癲者慈善宿所が癲狂者の病院あるいは収容施設として転用されてきた歴史があるが、それとは対照的にアメリカでは精神障害をもつ人の収容施設が全く新しく作り出されていった。Dorothea Dix（1802年米国生まれの女性活動家）は当時の都会の救貧院でみた悲惨な状況に心を動かされて、その建設に努力した。当時は、精神障害をもつ人、貧者、売春婦、犯罪者、教育のない外国人を、一緒にまとめて収容していた。しかし、精神障害をもつ人だけの収容施設を設置するこの「改革」は直ちに、移住外国人や失業者を社会から分離する中心的な手段になった。多数の移民や、社会ダーウィン主義（ダーウィンの進化論を曲解してつくられた社会理論の一種、優勝劣敗を説く論理として社会思想に大きな影響を与えた）などが影響し、精神障害をもつ人を癲狂院に拘禁しその公民権を奪い、彼らの生存する価値は、社会にとってまったく効用がないとされた。このような立場が、公立精神病院の入院患者の生活と権利への広範な無視を70年以上にわたってまねいたのである[58, 59]。

(2) 精神衛生運動の萌芽期

Clifford Whittingham Beers の『わが魂にあうまで（原題 A Mind That Found Itself）』[60]はコネチカット州立精神病院での自分の入院体験や狂気の苦境を越えて精神衛生運動に立ち上がるまでを詳細に語ることで、精神衛生推進団体を結成推進した。Clifford の手記によれば、

看護師が寝ているあいだ私を保護するために、手は<マフ>と呼ばれる筒に包み込ま

れてしまいました。… (中略) …マフを身につけさせられたことは、一生のうちで最も屈辱的なできごとでした。足の毛を剃られたことや破廉恥の烙印を押されたことも屈辱的でしたが、マフによる苦難ほどには私の心を痛めませんでした。… (中略) …私や他の患者の見せかけの躁状態を長びかせていたのは、当然の欲求が叶えられず抑圧されていたからです。保護室から出されていわゆる狂躁患者と一緒にいることを許可されたときにいつも、本性から騒々しく迷惑をかける患者は比較的少数しかいないことに驚かされていました。…省略…看護師や無神経な医師によってそのような違反をするように追いこまれるかもしれません。患者の無分別な行為というのは、単に医師にぶしつけな言葉をかけただけかもしれません

と具体的に当時の非人道的な状況が克明に描かれている。

1909年頃に Adolf Meyer も地域社会内で精神障害をもつ人を治療することを基本に精神衛生問題に取り組もうとしたが、州立精神病院のシステムに影響を与えるまでには至らなかった。

(3) 脱施設化とコミュニティ・ケアの確立

米国精神医学協会は米国医学協会の協力を得て、1956年に「精神疾患と精神保健に関する合同委員会」が結成した。1961年に合同委員会が公表した報告書「精神保健のための行動計画」は州立精神病院の縮小とその財源の移行によるコミュニティ・ケアの充実を訴えた。当時の大統領ケネディはこれに賛同し、精神保健システムを変えようとする大統領の熱意は1963年に「精神病及び精神薄弱に関する特別教書」として実現した。地域精神保健センターを連邦資金で設立する立法が同年、議会で承認された。

それまで精神障害をもつ人のケアは州の専任事項とされていたが、この新しい連邦プログラムは、州の精神保健業務の補完の機能ではなく、州と同じ業務を並行して行うものであり、ときには現場で競合することもあるプログラムであった。この法律の成立により、多額が投じられた地域精神保健センタープログラムは母体であるはずの米国国立精神保健研究所を翻弄する構造をも生み出した。1967年にこの事業の予算上の現実的な状況から、国立精神保健研究所は母体である国立保健研究所から公式に分離した。国立保健研究所の強

的な科学の傘の下になければ、政治的圧力にさらされると多くの批評家は懸念した。不況やベトナム戦争への参戦の影響などから、当初に予定していた地域精神保健センターの2000カ所の設置は、約750カ所までしか達成されなかった。さらに地域精神保健センターは、活動の比重を重度の精神障害をもつ人のケアよりも比較的効果のあげやすい家族問題や精神衛生に置いてしまっていた。このようにして、アメリカの脱施設化は不十分な予算や資源、ケアを提供する責任の分散などの不備が重なり、その後の混乱を迎えることになる。

1970年代からはケースマネジメントの導入や、さまざまなコミュニティ・ケアのモデル開発がなされた。国立精神保健研究所は1970年代後半に、コミュニティ・サポート・プログラム（CSP）を展開した。その中心は、アウトリーチや心理社会的リハビリテーション、ケースマネジメントなど、その後のコミュニティ・ケアにおいて重視される内容が含まれていた。この地域精神保健センタープログラムが社会運動として頂点に達したのは、1980年の精神保健システム法の成立であった。だが、1981年の総括財政均衡法で無効とされた。これはレーガン政権の国内消費を減らそうとする政治姿勢の影響でもあった。このプログラムの資金は州の一括補助金で置き換えられた。予算削減などの問題があり制度的には停滞の時期となるが、新たなケースマネジメントモデルが開発され、その成果に対する研究がおこなわれた[6, 59]。

また一方で、1960年代以降に米国で展開された精神障害者の当事者運動もリカバリーの誕生に大きな影響を与えた。当時の米国は、公民権運動、女性運動、ゲイ・ライツ・ムーブメントなど、差別やスティグマに抗う権利主張運動が興隆する時代であり、精神保健領域においては、大規模な州立精神科病院の廃止の動きなどに代表される脱施設化の最盛期であった。そのような時代背景のなか、精神障害者自身による組織的な権利主張運動が始まる。

1980年代には、当事者は自らを、主体的に治療サービスを選択する主体として"コンシュ

ーマー (consumer) "と呼び、自助グループや権利擁護団体の組織化、精神保健サービスの提供といった活動を展開し、当事者が精神保健サービスの"プロバイダー(provider)"の役割を担い始める。そして 1980 年代に米国から徐々に広がったリカバリー概念は、昨今では欧米諸国の地域精神保健サービスの中心概念となっていると言っても過言ではないだろう。

第 2 項 わが国の精神保健福祉の歴史的変遷

(1) 精神障害をもつ人の法的強制処遇のはじまり

わが国の精神障害をもつ人に対する近代的法制度による強制処遇は 1900 年に明治政府が制定した精神病患者監護法から始まっている。この法律は私宅監置を法制化したもので、「監護義務者でなければ精神病患者を監置することはできない」としている。運用は警察でおこなわれ、精神病患者を家族に管理させる方法を警察が管理することで、治安維持を図った。1918 年に呉秀三は『精神病患者私宅監置の実況及び其の統計的観察』を発刊し[61]、有名な一文「我邦十何萬ノ精神病患者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生マレタルノ不幸ヲ重ヌルモノト言ウベシ。精神病患者ノ救済・保護ハ実ニ人道問題ニシテ、我邦目下ノ急務ト謂ハザルベカラズ」と書き記し、精神病院のないことが問題であるとした。

翌 1919 年に「精神病院法」が制定され、その第一条に内務大臣は北海道・府県に精神病院の設置を命じることができると明記されていた。しかし、相次ぐ戦争の影響もあり、公立病院の建設には至らず、民間病院を代用精神病院とするに終わった。そのため、精神病患者の医療・保護はなされないまま劣悪な私宅監置状態が継続した。

(2) 私宅監置から精神病院収容へ

第二次世界大戦終了まで、精神障害をもつ人は監獄より劣悪な状況下で私宅監置され、人権は尊重されず悲惨な状況下に置かれた。1945 年の敗戦で、日本国憲法が公布され、公衆

衛生施策や社会保障は国の責任となった。1950年に「精神衛生法」が制定され、精神障害をもつ人の私宅監置や座敷牢への幽閉を禁止し、長期にわたって自由を束縛する必要のある者については、精神病院に収容することを原則とした。また、強制入院を中心とした治安維持的な要素が強く、そのなかでも措置入院は、自傷他害のおそれがある精神障害をもつ人を即時に精神病院に強制入院させられる入院制度であった。

1961年の精神衛生法一部改正で、措置入院を拡大解釈して、生活保護患者を措置患者に移しかえたことで急激に措置患者が増加し、指定精神病院数も増え、精神科病床が急増した。この時期は精神病院建設の投資拡大もあり、私立精神病院の建設ラッシュがおきた。さらにライシャワー事件後の1965年、精神衛生法が一部改正され、緊急措置入院制度が導入され、社会防衛を優先した隔離収容政策が強化された。このようにして巨大化し、営利追求の民間精神病院では患者の人権を侵害する事件がおきていた。そのなかでも諸外国の批判にさらされ、1984年国連人権小委員会で取り上げられた宇都宮病院事件は精神衛生法改正の契機となった。宇都宮病院事件は病院職員が入院患者に対してリンチ殺人を行った事件であったが、類似した暴行事件・虐待などは全国の精神病院で行われており、1969年には日本精神神経学会が「精神病院に多発する不祥事事件に関し全会員に訴える」と題される声明を発表し、医療の不在、経済最優先の経営姿勢と、医療者の道義感や倫理観の欠如をこれらの不祥事件の一因としてあげた[62]。

(3) 福祉の増進とノーマライゼーションの導入

1987年に精神保健法が制定され、精神障害をもつ人の社会復帰と福祉の増進が目的とされた。また、人権尊重の視点が加わり、患者の自由意志によって入院ができる任意入院制度が導入された。その5年後の見直しである1993年に精神保健福祉法が制定されるに至っている。同法では、精神障害をもつ人の福祉が取り入れられ、住居や活動の場などが作られた[4]。

日本の精神保健医療福祉は、精神障害をもつ人を「医療機関」に収容してきた歴史がある。欧米先進国が脱施設化政策に転換し始めた 60 年代から 80 年代にかけて、日本では逆に精神病床数が増加した。近年の患者調査の結果によると、1989 年（平成元年）時点で 496 日だった平均在院日数が 2011 年（平成 23 年）調査では 298 日にまで減るなど、減少傾向は見られるものの、欧米諸国とくらべると、依然として高い水準が続いている[63]。長期に人を隔離収容することは、施設症という問題を引きおこすことが明らかであるにもかかわらず、医学モデルによる入院医療中心体制は維持され、医療機関が居住施設として機能している。しかし、80 年代後半のアメリカにおいて、精神障害をもつ人が自らの手記を相次いで発表し、「リカバリー」という概念が注目を集め、2000 年頃から我が国においても紹介されるようになった。

次章では、このリカバリーの概念について諸外国と日本での例をとりあげて整理したい。

第3章 リカバリーに関する文献研究

はじめに

本章では、リカバリーを支援し促進する人材育成のあり方を検討する前提となる、リカバリーと呼ばれる概念について整理する。リカバリー (Recovery) とは、アメリカで1980年代後半より登場し始めた概念である。辞書によれば「復帰、回復、復調、取り戻し」などの訳語が与えられていることが多いが、精神保健の領域におけるリカバリーという言葉には、このような訳語にはおさまりきらない多様な意味と歴史の蓄積が含まれる。

リカバリーは、希望・エンパワーメント・自己責任・意味ある役割の獲得・権利などの要素を含み、人があたりまえに望む生活や人生の実現プロセスであり、個々によりその意味する内容は異なり、自分自身が納得して生きる人生の物語といえる。そのプロセスは多種多様であり、様々な定義が多くの当事者や専門家によりなされている。

本章第1節では、これまでに提唱されたリカバリーの定義等を参照し、その共通点と多様性を確認したい。さらに第2節で、リカバリーの輪郭を彫り出す目的で、リカバリーに近接する概念を紹介し、リカバリーについての理解を共有したい。

第1節 リカバリーの定義

1990年代に入って、先進諸国における精神保健をめぐる考え方は大きく変化している。それを象徴する概念がリカバリーである。ここでは、当事者や専門家が様々に行なっているリカバリーの定義を概観し、精神障害をもつ当事者や精神保健領域の研究者によるリカバリーの構成要素や疎外要素、その他リカバリーに関する議論をレビューする。

第1項 リカバリーの定義の多様性

(1) 様々なリカバリーの定義

以下に、様々なリカバリーの定義や原理、解説を年代順に列挙する。なお、特に断りのない限り日本語訳は筆者による。

Deegan (1988) [29]

リカバリーはプロセス、生活の仕方、ものの見方、その日のチャレンジへの対応の仕方です。それは完全に直線的なプロセスではありません。時にそのコースは一定せず、我々はつまづき、後戻りし、まとめなおし、そして再び始まります。障害の限界を超えた新たな、そして価値のある全体感を再び築き、目的を見直すことが必要です。そのインスピレーションとは、その人が大切な貢献をしている地域の中で生活し、働き、そして愛することである。

リカバリーとは、障害の挑戦に立ち向かい、障害による制限の中であるいは制限を乗り越えて、新しい価値のあるインテグリティを再構築することである。

Anthony (1993) [38]

精神疾患の破滅的な影響を乗り越えて成長するにつれ、人生の新しい意味と目的を築きあげることがリカバリーに含まれる。

患者・家族から現実生活ので語られ書かれたものから検討され、浮上してきたものであって、ある人の態度・価値・目標・技能・役割の変化の固有なプロセスであり、極めて属人的なものとして表現される。

病の帰結として常に限界設定のある生活を、満足と希望に満ちた生活への歩みに変えることに寄与する。

Farkas (1996) [64]

リカバリーは個人的かつ主体的なものであり、主観的要素を含む。しかしそれは現実から遊離した観念的回復像ではない。リカバリーはそれを当事者自ら構想するための

トレーニングモジュールを持っている。

ニュージーランドのサービス開発計画 Blueprint (1998) [65]

リカバリーとは旅行に例えると目的地そのものを示すのではなく、そこに至るまでの過程であり、きわめて個人的に異なるものとされている。病気や障害などで失ったものを取り戻してもとの状態に戻ることを意味するのではなく、障害の有無に関わらずある人がよく生きる (*Live Well*) ことを意味する。精神障害者にとってリカバリーは精神保健サービスがなくても起こりうるが、サービスがリカバリーを促進するように組み立てられていれば、よりよく達成される。これらの考え方により、リカバリーはすべての精神保健サービスの標準的な実践である。

Ridgeway (1999) [66, 67]

リカバリーとは、自己治癒と変革の現在進行中の旅の過程である。それは、精神保健システムの利用者としての人生を超えた役割を再生することである。

アメリカ大統領委員会勧告 (2003)[68]

リカバリーは自分の地域で生活し、働き、学び、完全に参加するプロセスのことである。

Lecount (2004) [69]

リカバリーは、個々の人生を生きるということであり、精神障害や統合失調症ということだけで定義されたり、包含されるものではない。

ある。

岩崎弥生 (2004) [70]

リカバリーとは、傷を抱えながら新しい自分に成長することであり、誇りを取り戻す

過程であること

Corrigan と Ralph (2004) [71]

リカバリーは、この十年に生じた精神保健と精神保健サービスのパラダイム変革を知らせる呼笛である。

リカバリーは治療がなくても自然に生じうるものであり、適切な治療によって促進されるものであり、精神疾患における希望についてもう一度考えてみることである。

半沢節子 (2005) [8]

リカバリーモデルは、対人援助の分野に普及しているエンパワーメントモデルやストレングスモデルにより構成されている。

島田千穂 (2005) [72]

自分らしい生き方を再獲得していく連続的なプロセスのことをいう。すなわち障害や疾病よりも、生活観、人生観に関わる概念であり、すべての人に意味を持つ考え方で

加藤欣子 (2005) [44]

リカバリーは、当事者自身が自己を権利主体としつつ自尊心と社会的役割を取り戻し、自己の人生を価値付けることであるが、利用者・職員の現実と生活世界を事実に基づいて検討することは、同時に利用者・職員双方が希望を語ることでもある。

植田俊幸 (2005) [45]

リカバリーとは日本語で回復と訳されるが、疾患の治療を直接的に意味するものではなく、人生の回復を意味する極めて個別のプロセスである。

Mueser (2006) [73]

医学的定義：症状や機能的障害の寛解

個人的な定義：主観的、客観的側面を強調

リカバリーとは、伝統的な精神疾患の概念によって制約されずに人生における新たな意味と目的を見出すことである。

(2) リカバリーの定義の多様性

このように、リカバリーの定義について様々に表現されているが、これらに共通する要素は、「回復ではなく再構築」「目的ではなく過程」「観念ではなく生活」「一般ではなく個別」に4点にまとめることができるだろう。

(i) 回復ではなく再構築

病気や障害がなくなること、病気や障害がなかった頃の状態に戻ることがリカバリーではない。もちろん、病気や障害を経験した後、時間が経過し、これらの影響が人生に及ぼす影響が小さくなったりなくなったりする場合もあるだろう。しかしながら、このことをリカバリーと呼ぶのではない。リカバリーとは、困難な体験を経て、それによって大切なものを失った後に、困難な体験の意味付けが変化し、新たな大切な何かを見出し、新しい満足と希望、そして新しい価値に開かれていくプロセスのことである。

(ii) 目的ではなく過程

リカバリーとは目的地ではない。目指すべき状態や理想の状態ではなく、常に変化する自分を取り巻く状況との相互作用であり、一定せず、時に後戻りし、そして再び始まる、終わりのない旅のようなプロセスである。生活し、働き、学び、生活の仕方やものの見方が変化し続けるプロセスである。

(iii) 観念ではなく生活

リカバリーは抽象的な観念論ではない。具体的な日常の生活の場面で、自分らしい方法でより良く生きるために、考え、工夫し、学び、働き、実践し、社会の中で生きていく過程のことである。

(iv) 一般ではなく個別

リカバリーは個人的で個別的でユニークなプロセスであり、誰にでも当てはまるリカバリーの過程というものはない。また、他人のリカバリーを生きることはできず、自らが主体的に自らのリカバリーを形作っていく必要がある。したがって、リカバリーを説明する言葉は多様であり、その全てがそれぞれの現実的な生活から生まれた本物のリカバリーという言葉であることを理解しておく必要がある。

原則として (i) ~ (iv) が共通であるとしたが、立場によって強調点は多様である。上記のような多様な強調点を表にまとめると下表のようになる。

表 2 それぞれの定義で強調されているポイント

	回復 ではなく 再構築	目的 ではなく 過程	観念 ではなく 生活	一般 ではなく 個別
Deegan (1988) [29]	○	○	-	○
Anthony (1993) [38]	○	○	○	○
Farkas (1996) [64]	-	-	○	○
NZ サービス開発計画 Blueprint (1998) [65]	○	○	-	○
Ridgeway (1999) [66, 67]	○	○	-	-
アメリカ大統領委員会勧告 (2003)[68]	-	○	○	
Lecount (2004) [69]	-	-	-	○
岩崎弥生 (2004) [70]	○	○	-	-
Corrigan と Ralph (2004) [71]	○	-	-	-
半沢節子 (2005) [8]	-	-	-	-
島田千穂 (2005) [72]	○	○	-	○
加藤欣子 (2005) [44]	○	-	○	-
植田俊幸 (2005) [45]	-	○	-	○
Mueser (2006) [73]	○	-	-	○

第2項 リカバリー概念の多様性

前項では、様々なリカバリーの定義のレビューし、その共通点と強調点の多様性を確認した。その上で、強調されることの多い4つのポイントを整理した。本項では、定義からさらに視野を広げ、リカバリーの重要な構成要素やリカバリーに求められるもの、リカバリーを疎外するものなどについて、精神障害をもつ当事者による言説と精神保健領域の研究者などによる言説を取り上げて検討したい。

(1) 精神障害をもつ当事者が考えるリカバリー

リカバリーは過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である。完全な直線的過程ではない。ときに道は不安定となり、つまづき止めてしまうが、気を取り直してもう一度はじめる。必要としているのは、障害への挑戦を体験することであり、障害の制限の中、あるいはそれを超えて、健全さと意志という新しく貴重な感覚を再構築することである。求めるのは、地域の中で暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることである。

精神障害のある当事者であり心理学博士、リカバリー運動の第一人者である Deegan は、当事者が専門家の実践に望む精神障害リハビリテーションサービスに求められるものについて、

1. *どの段階からでも利用できる柔軟性*
2. *プログラムの多様性*
3. *ロールモデルの存在*
4. *ともに過程を歩もうとするスタッフの態度*

を挙げ、4 が最も基本的なものとして提案している[29]。

統合失調症からリカバーし、精神科医となり、ナショナルエンパワーメントセンターを運営している Daniel Fisher は、

リハビリにとっての障害は実に多い。しかし、そのなかでも最大の障害は単純なこと、私たちはリハビリしないと多くの人が考えていることなのである

と述べている[42]。

上記は、リハビリを体験した当事者による、リハビリについての言説であるが、ともに、リハビリの過程にある者の傍らにいる他者の態度についての言及である。リハビリは個人的で個別の過程ではあるが、他者の存在が必要不可欠であることが示唆される。人が決して一人で生きることができないのと同様に、リハビリの過程は一人だけで歩むことができない。そして、他者の存在や態度がリハビリに大きな影響を与えることをここで確認しておきたい。

(2) 精神保健領域の研究者が考えるリハビリ

精神疾患の破滅的な影響を乗り越えて成長するにつれ、人生の新しい意味と目的を築きあげることがリハビリに含まれる。患者・家族から現実生活のなかで語られ書かれたものから検討され、浮上してきたものであって、ある人の態度・価値・目標・技能・役割の変化の固有なプロセスであり、極めて属人的なものとして表現される。病の帰結として常に限界設定のある生活を、満足と希望に満ちた生活への歩みに変えることに寄与する[38]。

Anthony によれば、リハビリは、

1. 専門家の介入がなくても起こり得る
2. その傍らにいて信じてくれる人の存在が共通している
3. 原因論とは無関係に起こる (身体障害でも同様)

4. 再発時にさえ起こりうる。
5. 症状の頻度と持続期間を軽減する
6. 直線的な過程ではない (突然に起こることさえある)
7. 疾患の結果生じた状態からの回復は、疾患そのものからの回復より、ときにはるかに困難
8. 本当は精神疾患ではなかったということを意味しない

と整理している[38]。

そしてリカバリーは極めて個人的で独特な過程として描かれる。それは、その人の態度、価値観、感情、目的、技量、役割などの変化の過程である。疾患によりもたらされた制限つきではあるが、満足感のある、希望に満ちた、人の役に立つ人生を生きる道である。

リカバリーは、精神疾患の破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を創り出すことでもある。精神疾患からの回復は、病気そのものからの回復以上のものを含んでいる。精神疾患を持つ人は、自らに取り込んでしまった偏見から、治療環境の医原的影響から、自己決定の機会の乏しかったことから、仕事をしていないことの否定的影響から、夢破れたことから、回復する必要があるかもしれない。回復はしばしば複雑で時間のかかる過程である[38]。

Andresen らによれば、リカバリーの心理学的モデルは、いかなる原因論に基づくこともなく、病気の現存を問わないものである。それは、

1. 以前の状態に戻ることに
2. 期待される役割に戻ることに
3. 症状がなくなること、

を意味するのではなく、ではなく、その構成要素として、

1. 希望

2. 自己同一性
3. 人生における意味
4. 責任性

が抽出されている。そして、これらのそれぞれの過程がリカバリーの性質をもつとして
いる[74]。

また、妨害や侵入から自分を守るために人は内側にひきこもるが、そこにいる限り、脆弱性は高まり、機能は低下し、孤立が深まる悪循環を呈する。所属することと希望によって外側に向かう。成功や喜びがさらに所属感を高めて、地域社会で生きていくための積極的な努力をはじめ。ときには失敗や偏見のために内側に戻ってしまうこともある[17]。

Liberman は、リカバリーを構成する要素として、

1. 肯定的な家族や居住因子
2. 薬物乱用がない
3. 未治療期間が短い
4. 向精神病薬の初回効果がよい
5. 治療を遵守
6. 信頼性に基づく支持的治療
7. 神経認知機能の良好さ
8. 陰性症状がない
9. 病前生活の良好さ
10. 総合的で継続的な治療を利用している

という 10 要素をあげている[75]。

Onken らが逆にリカバリーの促進を阻害する因子として、

1. 貧困や安全などの社会基盤
2. 構えや性格、自己ケア程度などの自己・人となり
3. 希望・有意味感・目的
4. 治療や資源の選択
5. 父権主義對自己選択など自立をめぐる要素
6. 家族も含めた社会関係
7. 仕事や教育など意義ある活動
8. ピアサポートをめぐる要因
9. 専門家のサービスをめぐる要因

の 9 つをあげている。また、リカバリーは文脈的もしくは、生態学的であり、身体心理社会的な環境によって影響をうけるとし、この概念自身も個人と環境と交流の各要因によって変わり続けると考えた。リカバリーは、個人と環境と交流の各要因によって変わり続けると考えた[18]。

Fitzpatrick は、リカバリーの定義を 1) 医学モデル、2) リハビリテーションモデル、3) エンパワーメントモデルにわけて検討した。医学モデルによるリカバリーは、症状がなくなることで、診断名によって可能性がかわってくる。リハビリテーションモデルによるリカバリーでは、技能訓練と周囲からの支援によって障害の影響なく生活できることである。エンパワーメントモデルによるリカバリーは、精神疾患を環境による外傷ととらえ、ピアサポートなどを通して回復される全人的な健康のことである[76]。

Corrigan は、リカバリーは治療がなくても自然に生じうるものであり、適切な治療によ

って促進されるものであり、精神疾患における希望について、もう一度考えてみることであり、リカバリーは過程としてとらえられるために、何が生じたとか達成されたかという測定よりも、リカバリーを表現する指標そのものに注目する。そのなかでも

1. 心理社会的ウェルビーイング (*psychological well-being*)
2. 希望 (*hope*)
3. スピリチュアリティ (*spirituality*)

が重要な概念であるとしている。少なくとも、「病気が改善した状態」以上のことであり、「正常性 (*normalcy*)」にきわめて近い事柄である[71]。

何からリカバリーするかと問うた場合、単に疾病や症状の消失を指すのではなく、破滅的な状況や繰り返されたトラウマからの回復を意味することになる。いわば、全体的な人間性の回復が目標となる。そこで第三の視点としてのリカバリーの概念が要請される。この場合は、リカバリーを阻害しがちな精神保健サービスや制度、そして専門家たちの構えまでもが対象となってくる。また、Ralph は、リカバリーを規定する次元として

1. 内部因子
2. 自己管理ケア
3. 外部因子
4. エンパワーメント

を選び、結論としては、リカバリーは可能であり、それには内的決意と外的な支援の両方が必要であるとしている[77]。

Estroff は「私は病気である」という認識から「私は病気をもっている」へと変化する中で自己が取り戻されることを医療人類学の手法を用いて明らかにし、慢性性とは自己や社

会的役割を失っていることであると考えた[15]。

Ridgway は、当事者の手記の主題分析から慢性の障害に固められて停滞した状況から、複雑でダイナミックな生活に移行する過程であるとした。すなわち、

1. 絶望から希望への覚醒
2. 否認の打破そして理解と受容の達成
3. 引きこもりから関心へ、人生への積極的参加
4. 受動的順応よりも積極的対処
5. 精神疾患をもつものとしてとらえず、肯定的な自己感覚を取り戻す
6. 孤立から意味と目的の感覚を取り戻す
7. 複雑で非直線的な旅である
8. 一人で果たせるものではなく、支援とパートナーシップを必要とする旅である[20]。

Stotland[78]によれば、希望とは「将来に目標が達成されるという期待であり、行動を動機づける力である」。Russinova は、希望とリカバリーとの関係について「ホープリカバリー・サイクル」として概念化を試み、希望は内外の資源を知ることによって期待として始まり、内的資源が増えることで変化することの動機が生まれるとした。新たな活動に参加することで、新たな意味が発見され、新たなレベルの回復に至る、その回復が次のレベルの希望をよぶというものである[28]。また、サービス提供者の希望を喚起する能力について、

1. リカバリーの可能性を信じている
2. 将来の成果が定かでないことに耐える
3. 利用者のためにより良い成果をだそうとする動機が高い
4. 希望を喚起する資源を抱負にもっている

とし、肯定的態度では不十分であるとしている[28]。

Spaniol らは、リカバリーの過程を想定して、

1. ショック
2. 否認
3. 抑うつ・絶望・悲嘆
4. 怒り
5. 受容・希望・有用性
6. 対処
7. 権利擁護・エンパワーメント

をあげ、後に、

1. 自分自身と結ぶ
2. 他の人と結ぶ
3. 環境と結ぶ
4. より大きな意味や目的と結ぶ、

という段階を付け加えた[79]。

また Spaniol は別の論文で、リカバリーの主題とパターンを、下記のように分類している。

1. 障害に圧倒される（混乱して自分と他者を結びつけられない）
2. 障害と闘う（わずかな安定を失いたくないため新しい活動に用心深くなる）
3. 障害と生きる（自己感覚や自分の人生を統制する自信をもつ）
4. 障害を越えて生きる（障害は小さな部分になって生活を妨げなくなる）。

リカバリーの促進のためには、一人か二人の支援者が必須で、希望、励まし、機会が必

要で、薬物療法、具体的な生活資源、宗教的信念なども有用であったとした。リカバリー過程は自分の人生に対する制御の過程であり、一方で成長は不安定と脆弱性をもたらしもする[22]。

リカバリーとは旅行に例えると目的地そのものを示すのではなく、そこに至るまでの過程であり、きわめて個人的に異なるものとされている。病気や障害などで失ったものを取り戻してもとの状態に戻ることを意味するのではなく、障害の有無に関わらずある人がよく生きる (live well) ことを意味する。精神障害をもつ人にとってリカバリーは精神保健サービスがなくても起こりうるが、サービスがリカバリーを促進するように組み立てられていけば、よりよく達成される。これらの考え方により、リカバリーはすべての精神保健サービスの標準的な実践である[65]。

Davidson は、自己感覚の再発見と再構築に注目し、これが一旦形成されると、病気からの避難所ともなりリカバリーへの基礎ともなるとした。また、リカバリー過程を

1. より積極的な自己感覚がもてる可能性を再発見する
2. 自己の強さと弱さについて棚卸しをしてみても変わる可能性を測る
3. 自己のいくつかの側面を行動に移し、実際の能力を反映する可能性として、その結果を統合する
4. 強まった自己感覚によって、病気や有害な社会環境の要素から避難し、それらと闘うことに用いる、

といった諸相が重なりながらも直線的に展開するとした[23]。またさらに、リカバリーは、人生のより大きな枠組みによって、過去と現在との関係を書き直すことで両立させ、世界のなかに自分の位置を同化させることとした[17]。

疾患を持つことがもたらした絶望、そして否認を乗り越え、理解と受容に到達した後の希望の目覚め、人生への関係づくりと積極的参加に生活が変化し、受身的な適応ではなく、

積極的対処へ変化する。もはや自分自身を第一義的に精神障害者と見ることなく、肯定的な自覚をよみがえらせ、疎外された生活から、価値あるもの、目的のある生活に変化するプロセス、と言えるだろうか。

野中はリカバリーを下記のようにまとめている。

1. 積極的で持続的な個人的過程であり
2. 症状ばかりでなく、偏見や差別や虐待と関係し
3. 希望が最も基本的な要因で
4. コントロールと自由の感覚を得ることが必要で
5. 自分の足跡を覚えておくことが対処に役立ち
6. 自己管理する対処方法が効果的であり
7. 価値のある活動や人々と接触を保つことや
8. 他の人々と人間的な関係を保つことが重要で
9. 自分の体験に意味を見出す過程である[80]。

Jacobson のリカバリーの概念モデルは、内面的状態（個人の構え、体験、変化の過程）として、

1. 希望（回復が可能であるという個人的信念、楽観主義、契機は何か超越的）
2. 癒し（病気を自分の一部として再定義する、自尊心の回復、対処法の道）
3. エンパワーメント（自律性、勇気、責任性の回復）
4. 結びつき（社会に再び加わり、体験を価値付ける）

を挙げた。外面的状態（リカバリーを促進する環境、出来事、政策）として

1. 人権（力や資源が公平に配分されること）
2. 癒しの肯定的文化（消費者とサービス提供者との協働関係樹立）を挙げた。

3. リカバリー志向的サービス

を挙げた。いずれにしても、リカバリーが実際に可能であるという構えがないと成立しないと結んだ[16]。

(3) リカバリーに関する考え方の多様性

本章ではこれまで、様々な論者による、リカバリーの経験、構成要素、阻害要因などについての言説を見てきた。リカバリーを表現する言説がなぜこのように多様であるのか。これには、先述のように、リカバリーの本質が、個別的で主観的で、実体験に即した人生の意味づけの過程であることに関係するのだろう。つまり、リカバリーは客観的で操作的な定義付けができないということのみならず、このように自らの体験をもとに、自らの言葉で語り直し、意味を紡ぎ出す過程こそがリカバリーの本質的な要素であり、このような言説の多様性こそがリカバリーの特徴といえるだろう。

本論文におけるリカバリーの定義を示す前に、さらにリカバリーに関係する周辺概念を次節で整理しておきたい。さらに次章では、筆者が自ら当事者にリカバリーに関するインタビューを行い当事者における実態を確認する。

第2節 リカバリーに関連した概念の整理

第1項 リハビリテーション

古代ギリシアの時代、障害者は呪われて厄介であり醜いものとして排除され人権はまったく認められなかった。当時、人間以下の価値とは、家畜、奴隷、障害者であった。中世ヨーロッパにはいるとリハビリテーションは身分や地位の回復の意味をもった。近代では、名誉・権利の回復などの意味で使われるようになり、1900年初頭には無実でない犯罪者の更生と社会復帰にまで理念が広げられた。第一次世界大戦後の1918年では、戦争による多

くの機能障害者のため、機能訓練や職業・生活に対する保証が必要とされ、アメリカでは戦傷軍人リハビリテーションのための連邦法が成立し、リハビリテーションの治療施設も整備された。また、障害をもつ一般市民のための職業リハビリテーション法が制定され、1920年までに十数州に及んだ。第二次世界大戦がはじまり、アメリカでは800万人の戦傷者がリハビリテーションの対象となり、医学的・職業的リハビリテーションの体系化が進んだ。1941年の全米リハビリテーション協議会では「リハビリテーションとは、障害者を、その人にとって可能な限り最高の身体的・精神的・社会的・職業的及び経済的な有用性をもつまでに回復させることである」と定義している。

1968年世界保健機関（以下、WHO）の定義では「医学的・社会的・教育的手段を組み合わせ、かつ相互に調整して、訓練あるいは再訓練することによって、障害者の機能的能力を可能な最高レベルに達せしめることである」としている。1981年のWHO定義では

能力障害あるいは社会的不利を起こす諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を実現することを目指す、あらゆる措置を含むものである。リハビリテーションは障害者を訓練してその環境に適応させるばかりでなく、障害者の直接的環境および社会全体に介入して、彼らの社会統合を容易にすることを目的とする。障害者自身、その家族、そして彼らの住む地域社会は、リハビリテーションに関係する諸種のサービスの計画と実施に関与していかなばならない

としている。それが1982年国連・障害者世界行動計画の定義では

身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ時間を限定したプロセスである。

となっている。この定義では、これまでの専門職主導の「医学モデル」から、障害のある当事者の主体性を尊重した「生活モデル」への移行をみることができる[81-83]。

このように、リハビリテーションとリカバリーは、障害者の生活全体に焦点を当てる点、専門職主体ではなく当事者主体である点が共通している。しかしながら、機能の回復を第一の目的としていない点で、リカバリーはリハビリテーションと異なる。つまり、リカバ

リーでは、失われた機能の回復は副次的な目的とはなり得ても、第一の目的でない。症状や障害は単に消し去るべきものではなく、失われてしまった機能やつながりは単に取り戻すべきものではない。リカバリーでは、当事者のより良い人生の意味を見出すプロセスに焦点が当てられ、その中で症状や障害、様々な機能は全く問題にならないことさえあり得る。

第2項 エンパワーメント

エンパワーメントとは、もともと公民権運動やフェミニズム運動など反差別運動の理念として用いられてきた。1970年代後半から、ソーシャルワークに導入され、クライアントからパワーを剥奪して無力な存在に追いやっている抑圧的な環境に対し、それを改善していく包括的な援助活動を根底で支える理念として確立されてきた[84, 85]。

1980年代以降、エンパワーメント・アプローチは、黒人だけでなく、同じように抑圧されてパワーの欠如状態におかれた高齢者、障害者、児童やホームレスの人々などへの援助に試みられるようになる。

「生態学的な人と環境との相互作用の理解を基盤とし、「スティグマを負った人々」「抑圧されたグループのメンバー」である人々や集団、コミュニティが、「パワーの欠如した状態」にあるとき、そのような個人と集団、コミュニティが、ソーシャルワーカーとの対等なパートナーシップを媒介に、個人的・社会的（対人関係的）・政治的なパワーを取りもどし、さらに強化していく過程であり、それが可能になることを目指すものである。

と古寺は先行研究のレビューを行った上で定義している[85]。

リカバリーとエンパワーメントは、抑圧された者が生きる力と誇りを取り戻すプロセスであるという点で共通している。しかしながら、リカバリーは個別的なプロセスであり、社会的・政治的なパワーを取り戻すことが、本人のリカバリーのプロセスにおいて重要なテーマになることはあり得ても、全てのリカバリーにおいて不可欠な要素というわけではな

い。リカバリーにおいては、社会的に抑圧された状態を解決することよりもむしろ、抑圧された状態に置かれていることに新たな意味を見出し生きる力を取り戻すことに焦点が当てられる。両者の違いを強調すれば、エンパワーメントでは抑圧的な社会の構造を変えることが目指され、リカバリーでは抑圧的な社会の意味を変えることが目指される、と言い換えることができるかもしれない。

第3項 ノーマライゼーション

ノーマライゼーションという言葉が国際的にはじめて公式に用いられたのは、1971年の国際連合総会で採択された「知的障害者権利宣言」のなかである。1981年の国際障害者年がきっかけとなって、日本でも使われるようになった。

ノーマライゼーションについては、Bank-Mikkelsen が、ノーマライゼーションとは、イクォライゼーションであり、ヒューマニゼーションであると述べている[86]。つまり、社会的に不利を受けやすいいわゆる「弱者」が、社会の中で他の人々と同じように生活し、当たり前のように生活できるような社会こそがノーマルな社会であるとする考え方であり、これは、平等化とも人間化とも換言できる概念である。ノーマライゼーションの原理に用いられる通常（ノーマル）とは、価値を伴わない統計上の概念であり、それ自体には「正常」と「異常」の区別はない。他者との間に、はっきりと認められる差異があつて、それを否定的に評価すると「異常」となるものであり、その意味において、異常は私たちが作り出すものである。ヒューマニズムの意味するところは、人間の生命を守り尊重し、人生の価値や、人間には創造力があると信じ、それを豊かにしようとする。非人間的な力や、反人間的な力に抑圧されている人と共感し、その不当な力とたたかうものである。つまり、ノーマライゼーションとは、障害者はその国の人たちがしている普通の生活と全く同様な生活をする権利をもつことを意味する。障害のある人に、障害のない人と同様の生活条件をつくりだすことを意味するものであり、障害がある人をノーマルにすることではない。こ

ここで述べられた普通の生活条件とは、現在その国において一般の市民が文化的・宗教的・社会的枠組みのなかで暮らしている生活条件、あるいはその枠組みのなかで目標とされている生活条件を意味する。さらに、ノーマライゼーションの目標は、障害者に障害のない人びとと同等のチャンスと可能性を保障することである[87]。

リカバリーとノーマライゼーションについては、正常・異常の意味を捉え直そうとする点や人生の価値や可能性を信じる点で共通している。しかしリカバリーは、当事者が自ら主体的に意味を捉え直す個人的なプロセスであり、権利の保障などが必ずしも志向されるわけではなく、個人的な実生活に根ざしたプロセスである点が異なるといえよう。

第4項 ストレngth

ストレngth (strength) という言葉は、一般的に、力や強み、長所という訳語が当てられる言葉である。精神保健の文脈における「ストレngthモデル」とは、サービス利用者のストレngth、提供者と利用者の関係性、そして利用者が立ち上げた希望に焦点を当てるモデルのことである。ストレngthモデルには4つのストレngthのタイプがあり、それには人の性質・性格、技能・才能、環境のストレngth、そして、関心・願望がある。そして、ストレngthモデルの重要な主題は下記の9点にまとめることができる[88]。

1. 人が置かれている生活の場の質が、達成と生活の質を決定する。
2. 生活がうまくいっている人には目標と夢がある。
3. 生活がうまくいっている人は、願望を達成するために、彼らのストレngthを用いている。
4. 生活がうまくいっている人は、目標に向かって次の段階に移る自信をもっている。
5. どの時点においても、生活がうまくいっている人は、少なくとも一つの目標、それに関連した才能と次の段階に移る自信をもっている。

6. 生活がうまくいっている人は、彼らの目標を達成するために必要な資源への接近方法をもっている。
7. 生活がうまくいっている人は、少なくとも一人との意味ある関係をもっている。
8. 生活がうまくいっている人は、彼らの目標に関連した機会への接近方法をもっている。
9. 生活がうまくいっている人は、資源と機会と意味ある関係への接近方法をもっている。

すべてのケースマネジメントの目標は、希望を引き出す行動を増やすと同時に、クライアントのやる気を失わせる行動を少なくする。そして、本当のパートナーシップは、対等として見られ尊敬されているという感覚をもつものであり、いつもかわらず、そこにあるといった感覚をもつものである。そういった本当のパートナーシップは安定した関係を伝え、その人自身がもつやる気を促進するものである。リカバリー志向のケースマネジメントでは、

1. その人がもつ能力を高めることと、そういった能力をもっているという自覚を高めること
2. 選択の幅を広げることと、選択の自由をもっているという自覚を高めること
3. その人が選択したことや、その選択に基づいて行動する自信を強める機会をより増やすこと、

が重視される[88]。つまりストレングスに気付き、自覚し、より強化する行動につなげることが、リカバリー志向の支援における重要な要素であるといえよう。また、専門家の仕事における最初の焦点化が、ストレングス志向か、問題志向のどちらが採用されるかを決定する。

英国の政治家・作家であるベンジャミン・ディズレーリの有名な言葉に、「他人にしてあげられる最上のことは、富を分け与えることではなく、その人の中にある豊かさを示して

あげることである」というものがあるが、ストレングスに焦点をおくことは、同時に、動機づけを高めることである。典型的な評価の過程は、たとえば、問題、弱点、欠陥などとらわれて動機づけを失わせてしまう。

ストレングスとは、本人と本人を取り巻く環境の持っている長所・強みなどのことである。従来のサービスは、問題点や「できないこと」に着目して、問題をなくすためには、できないことができるようになるためにはという視点、疾病や障害は取り除くべきものでしかなく、避けるべきものとしての意味付けしか与えない医学モデルに依拠したアプローチが多かった。しかし、障害をもっているからこそ、リハビリテーションの対象になっている彼らに対し、問題点をなくすアプローチにフォーカスをあてすぎると「やっぱり働けない人」「私は働けない・・・」と、専門家も本人もできるはずのこともできないと思ってしまう「内なる偏見」におちいり易くなってしまう。

その内なる偏見を乗り越え、疾病や障害に新たな意味を見出し、リカバリーを促進する支援において、ストレングスに着目することは必須の条件といえよう。

第5項 ステージ理論

リカバリーのプロセスは、直線ではなく、行きつ、戻りつ、時には立ち止まり、らせん状に進むと言われている。その際に、参考になる考え方に「ステージ理論」というものがある。この理論を提唱した Prochaska によれば、人は一定の段階（ステージ）を踏んで変化する。その段階をまとめたものを表3に示す。

表 3 ステージ理論

ステージ 1 無関心期	問題についての気づきがない。問題に気づくことに対して抵抗する。行動を変える気はない。行動変容にむけて動機づけるためには自分自身の問題（特に否定的な側面）に気づく必要がある。
ステージ 2 関心期	問題に気づいている。そのうち変わろうと考えている。どう変わりたいか、わかっている。しかし、今、変わる心の準備はできていない。実行に移すための決断が必要である。
ステージ 3 準備期	変わる意志がある。ごく近いうちに実行するつもりである。あるいは、少し実行してみた。目標設定と優先順位をつけることが必要。自分で決めた計画の実行に専念することも必要。
ステージ 4 行動期	問題克服のために、自分の行動や環境を変える努力を続けている。行動の変化が一定の水準に達している。行動変容のためのスキルが必要。リラプス（元に戻る）こと）予防対策が必要。
ステージ 5 維持期	行動が変化したまま安定し、リラプスが起きていない。リラプスを防ぐための取組みを続けている。行動を変えて 6 ヶ月以上。前の行動をしようという気持ちがまったく起こらず、リラプス防止のための努力をし続ける必要がなくなったら終結。
リラプスと リサイクル	行動変容できても、また元に戻ってしまう（リラプス）のはよくあることである。リラプスした人は、前のステージ（無関心期・関心期）に戻り、多くの場合、再びステージを踏みなおす。リラプスする度に、人は失敗経験から学ぶことができ、次回、異なる対応をとる可能性がある。変化は直線的に起こるのではなく、らせん状に起こるものである。

Prochaska JO, et al. (1979) より引用[89]

精神保健の文脈でこの理論を考えた場合、本人が「変化したい」と表明した際にも、その時点で本人がいる変化のステージと支援者が思っているステージとが異なっている場合もある。人がある目標に関心をもっていると述べたとしても、彼は実際には無関心のステージにおり、その目標を追求することに多くのアンビバレントな感情をもっていることもある。あくまでもリカバリーは個人的なものであり個人的で主観的なものである。

また、関心期・関心期には、モチベーショナル・インタビュー (Motivational Interviewing; 動機付け面接) が有効とされている。これは、W. R. Miller らによって提唱されたアンビバレンスを解決し行動変容できるよう支援するためのコミュニケーションスキルである [90]。

基本的な原則としては、「共感をあらわす」「自己効力感を支える」「抵抗にさからわない」「現実と望みとの間のギャップをひろげる」等があるが、そのほかにモチベーショナル・インタビューには本人のモチベーションをアップする助けとなるスキルがあり、それを下に記す。

1. 開かれた質問

利用者が自分の考え、または気持ちを探索できるような質問であり、利用者が「はい」「いいえ」などの答えではなく、自分で考えて答えられるような質問。例えば、「働くことに心配があると思うけどどんなことだろう?」「腹楽ことについていろいろ思っているようだけど、話してくれますか?」など。

2. 是認(Affirmations)

直接的に支えること。ほめたり、感謝したり、励ましたり、理解をしめしたりする。例えば、「今日は来てくれてありがとう。」「その考えはいいですね」「それはきっとうまくいくと思いますよ」など。

3. リフレクティブリスニング(Reflective Listening)

利用者の話していること、話そうとしていそうなことに光を当てて言葉にして返す。言い換えればよく聴くこと。そして言葉になっていないことを聴く(想像する)、それを言葉にする(「・・・ということかな」「・・・ということなんだ?」など)。当たっているかどうかは利用者が反応してくれる。利用者の大抵の発言はいろいろな意味を持っている。リフレクティブリスニングは支援者が利用者の言っている内容について想定している内容をチェックする方法とってよい。

4. 要約する(Summarising)

サマライズイングはそれまでの話し合いの内容を一緒にまとめていくプロセスである。これは支援者が注意深く傾聴したいことを示すし、話された内容や利用者が動き出すことを繰り返し推し進める。話し合いだけではなく、検査の結果や前回のセッションの内容や他の専門職からの情報なども含んでもよい。

また、是認とも重なるが、ストレングスをフィードバックする(肯定的な発言を行う)ことが特に重要である。口先だけで言うのではなく、心から本人を尊重し、楽観的な口調(時にはジョークも必要)で、本人とのパートナーシップを大切にしながら、勇気と希望を伝達していく。

さらに、特に留意すべきことは、専門家は個人の価値観に応じた直接的なアドバイスは極力避けることが必要と思われる。これは、依存の強化、支援者が支援しやすいやり方への誘導、偏った支援者の価値観の押し付けとなり、本人不在の支援に陥りやすい。

ここで覚えておきたいのは、人が変化する際の以下のような傾向が現実にはあるということである。

1. 変化しなくてはならない場面にある人のほとんどは準備できていない、
2. 実際に行動を起こすまでにはいくつかのステージを通る、

3. 段階ごとに適切なコミュニケーションの仕方・戦略がある。

また、関心期・準備期・行動期に有効な考え方としては、「自己効力感」が挙げられる。これは、Bandura による社会認知理論のうちの一つであり、ある状況において、ある行動をとる（うまく対処する）自信があるか否かという認知でもある[91]。自己効力感が高ければ、その行動を起こす・困難でも努力する・努力を継続する確率が高くなる。またその逆もある。自己効力感は、1) 成功体験、2) 代理体験、3) 言語的説得、4) 生理的・情緒的状态によって変化するが、新しいことに前向きに挑戦していくためには、基盤に自己効力感の存在が必要であり、リカバリーを支援する支援者は自己効力感を意識することも重要であろう。

第3節 まとめ

本章では、リカバリーの定義について文献レビューを行い、その言葉の表す意味の多様性と奥行きについて確認した。さらに、リカバリーに関連する重要な概念の整理を行った。

リカバリーと共通の要素を持つ類似の概念として、障害者の生活全体に焦点を当てる点、専門職主体ではなく当事者主体である点が共通しているリハビリテーション、抑圧された者が生きる力と誇りを取り戻すプロセスであるという点で共通しているエンパワーメント、正常・異常の意味を捉え直そうとする点や人生の価値や可能性を信じる点で共通しているノーマライゼーションが挙げられる。

一方で、リハビリテーションは機能の回復を第一の目的としており、リカバリーはリハビリテーションと異なる。つまり、リカバリーでは、失われた機能の回復は副次的な目的とはなり得ても、第一の目的でない。症状や障害は単に消し去るべきものではなく、失われてしまった機能やつながりは単に取り戻すべきものではない。リカバリーでは、当事者

のより良い人生の意味を見出すプロセスに焦点が当てられ、その中で症状や障害、様々な機能は全く問題にならないことさえあり得る。

また、エンパワーメントでは抑圧的な社会の構造を変えることが目指され、リカバリーでは抑圧的な社会の意味を変えることが目指される点で異なる。つまり、リカバリーは個人的なプロセスであり、社会的・政治的なパワーを取り戻すことが、本人のリカバリーのプロセスにおいて重要なテーマになることはあり得ても、全てのリカバリーにおいて不可欠な要素というわけではない。リカバリーにおいては、社会的に抑圧された状態を解決することよりもむしろ、抑圧された状態に置かれていることに新たな意味を見出し生きる力を取り戻すことに焦点が当てられる。

そして、権利の保障などが志向されるノーマライゼーションとは異なり、リカバリーでは当事者が自ら主体的に意味を捉え直す個人的なプロセスであり、個人的な実生活に根ざしたプロセスである。

内なる偏見を乗り越え疾病や障害に新たな意味を見出し、リカバリーを促進する支援において、ストレングスに着目することは必須の条件といえよう。また、リカバリーのプロセスは、直線ではなく、行きつ、戻りつ、時には立ち止まり、らせん状に進むと言われている。その際に、参考になる考え方にステージ理論がある。そのほかにモチベーショナル・インタビューという本人のモチベーションをアップする助けとなるスキルがあり、新しいことに前向きに挑戦していくための基盤として、リカバリーを支援する支援者は自己効力感を意識することも重要であろう。

次章では、このリカバリーをより深く理解し、体感することを目的とし、精神保健サービスの利用者を対象としたリカバリーに関するインタビュー調査を行うこととする。その結果を踏まえ、本研究のリカバリーの定義を提示したい。

第4章 当事者から見たリカバリー

はじめに

前章では、リカバリーの概念について文献レビューを中心に検討した。そこで明らかになったことは、リカバリーとは、人生の回復を意味する極めて個別のプロセスであり、客観的な方法で記述したり定義したりすることが極めて難しい概念であることである。このようリカバリーについての理解を深める上で、実際にリカバリーの過程にある当事者に、自らのこれでの体験や、今まで受けてきたサービスへの思い、社会とのかかわり、そして、リカバリーに対する思いを直接伺うことは必要不可欠のことであると考えられる。

そこで本章では、当事者の視線から見たリカバリーの概念についての言葉を、まずはいくつかの文献にあたり参照した後、著者が実施した精神保健サービスの利用者を対象としたリカバリーに関するインタビューの結果を紹介する。

第1節 当事者から見たリカバリーについての文献調査

第1項 「変身」としてのリカバリー

辞書はリカバリー (Recovery) について、「何かを取り戻すこと」という形で説明している。しかしながら、リカバリーに関するコンシューマーのコメントでは、何を取り戻すのかについて、多様なテーマがある。

例えば、科学的根拠に基づく実践実施プロジェクト (The Implementing Evidence-Based Practices Project) [92]の資料の開発に携わったコンシューマー達は、彼らのリカバリーの経験を説明している。彼らは、希望の意味と希望を吹き込むことを提供することで、目標

の重要性を議論した。あるコンシューマーは、「私は目標を持たなければならない。それが私の人生に意味を与えることである。私は、未来に目を向けている。」と述べた。他のコンシューマーによると、「動機付けについてである」という。あるコンシューマーにとって、問題は自尊心である。「リカバリーは自信と自尊心を持つことについてである。私には得意なものがあり、そして私は世界に提供できる前向きな何かを持っている。」自立もまた重要である。「私のリカバリーにおいて最も重要なことは、可能な限り自立することである。私は常にそれに向けて努力している。」

これらのコメントのキーワードとして、「希望」「動機付け」「自信」「意味」「自立」などが挙げられる。いずれも、単なる疾患や障害を経験する前の状態に戻る、ということだけでは「取り戻す」ことができない内容である。このことはつまり、リカバリーを支援する支援者が疾患や障害に関する客観的な情報を熟知するだけでは不十分であることを意味する。リカバリーを支援する支援者は、当事者が以下のことを実行することができるという信念を持ち、そして表現することが重要である。

- ・ 回復し、長い間良い状態を保つことができる。
- ・ 目標を目指して努力し、目標を達成することができる。
- ・ 幸福で有意義な生活を送ることができる。

支援者は、住居、ファイナンス、薬物管理など様々な分野で、利用者がそれぞれの力を最大限に発揮できるように支援する。さらに、コンシューマーを精神障害について、治療の選択について教育する。ここで重要なことは、利用者が単なる治療者の対象者ではなく、パートナーとして彼らと関係づけることによって、彼らの精神保健システムとの関係においてより自立できるよう支援することである。

そして、リカバリーが単に彼／彼女が発病前の状態に戻るということの意味する言葉でないことを改めて強調したい。我々は継続的に変化し、成長し、学習している。Cohan の言葉を借りれば、

我々の人生は、従来の直線状の経路をたどらないようである。我々の人生は、前進しているらせんのように見える。我々は再発して、回復する。我々は決定し、再構築する。我々は人生を実感し、回復し発見 (*recover/discover*) する。そして我々は再びらせんを描く。

このらせん状の旅の過程のダイナミックな性質は、「変身 (*Transformation*)」としか表現のしようがない。変身とは、普通ではない認知や情動を経験した後に、あたかもその経験がなかったかのように元に戻るのではなく、その経験を踏まえて「よりもっと (*more*)」の状態になる経験のことである。

リカバリーとリハビリテーションは、壊れたものが元に戻ることを意味する言葉である。しかし、変身とは、よく言われるように、人生があなたにレモンを手渡した後、そのレモンからレモネードをつくることを意味する。それは、我々自身の中の本質的な変化を呼び起こす危機がもたらす得がたいレッスンである。”

Kathryn Cohan and Sylvia Caras [93]

レモン (疾患や障害) を返上することや、なかったことにすること、捨て去ることではなく、受け取ったレモンから新しい物語を紡ぎ出し、新たな人生の意味を見出す過程がリカバリーであるといえよう。

第2項 「過程」としてのリカバリー

リカバリーは治癒と同様のことを意味するのではない。つまり、ある個人が二度と精神医学的な症状を経験しないということの意味するのではない。リカバリーとは、持続的な過程を表す言葉である。Ralph の文献のレビューによると[77]、このリカバリーの過程は、人々が自立し意味のある生活を送ることを制限し得る精神医学的な症状や機能的障害と持続的に戦うために、個人が勇気、スキル、知識、願望を持つ環境へ精神障害を通して向かう旅として理解される。

リカバリーの過程は、当事者の経験、精神障害を持つこと、彼らの人生における障害の影響に関する彼らの感情を処理することを伴う。このリカバリーの過程に関して、当事者

たちは、悲嘆、フラストレーション、孤独、絶望の経験、そして神、精神保健システム、精神障害を持つ人々に対する社会の扱いへの怒りについて、執筆したり、発言したりしている。

支援者が当事者とともに働くとき、彼らが精神障害を持つことについて感情を表現できることを可能にすることが大切である。怒り、悲嘆、フラストレーション、絶望は、主要な障害と診断された個人が経験すると予想され得る当たり前の感情である。これらの感情が単に精神障害の症状、感情起伏、感情易変性と書き留めないよう注意すべきである。

そして、リカバリーの過程は、直線ではなく、行きつ・戻りつ、時には立ち止まり、らせん状に進む。そして重要なことは、リカバリーの旅は、その進んだ先に到達すべきゴールがあり、そこに到達することを目標とするレースではないということである。経験の意味、精神疾患・障害を持ったことの意味は絶えず変化し続け、その都度、様々な感情の変化を経験しながら葛藤し成長する過程がリカバリーである。

第3項 「希望」としてのリカバリー

重症な精神障害と診断された人にとって、希望を失うことは容易なことである。精神障害の症状を抱えて生きることは、非常に困難なことである。精神障害を経験する人々は、この社会の重要でないメンバーであるという、明確なメッセージを送り続けることは重要である。最近まで、精神保健の専門家でさえ人々が望むことができるかもしれない最良のことは、「対処する (cope)」することであるというメッセージを送ってきた。

精神障害に伴う考え方を変え、偏見を取り除くことがゆっくりと進展しているのに、重症の精神障害と診断された人は多くの否定的なメッセージを受け取り、そして彼らにとってそれらを内面化することは容易なことである。リカバリーを支援する支援者の仕事は、彼らに他の成人に対してと同様の尊重と心遣いを示し、彼らが患者やコンシューマーではなく彼らのための社会的役割を心に描けるよう支援する事によって、これらの否定的なメ

ッセージに逆らうことである。

サウスカロライナ州チャールストンで十年以上アウトリーチ・プログラムを指揮した **Barbara Julius** は、重症の精神障害と診断された人々に対する可能性を信じるに至るまでの彼女の葛藤を以下のように振り返る[94]。

このアウトリーチ・プログラムが始まったとき、私には統合失調症と診断された人々を扱う仕事の経験があまりなかった。我々がプログラムに人々を受け入れるかどうかを決定するために各々のチャートをレビューし、人々が州立病院に長期入院する原因となった奇妙な行動や出来事を読み始めたとき、私は「困った！この人が地域社会にとどまることは決してできない。これは非常に大きなリスクを伴う。我々のプログラムの責任はどうなのか？」と考えていた。

チームの創設メンバーである *Debbie Allness* によるコンサルティングの時、私がこの心配を話すと、彼女はこう言った。「あなたが無理だと思っているなら、あなたはこの仕事をすべきでないわ。」このコメントは私にとってターニングポイントになった。他者の夢を持ち続けることができない者が *ACT* のチームを率いるべきではないし、重度で持続的な精神疾患から良くなっていくことを思い描けないで *ACT* を実践する意味などない。

リカバリーの過程にとって希望は何よりも重要な要素の一つである。問題に対処することができるようになることが最善のことではない。先述の *Cohan* らの比喻にならえば、人生に与えられたレモン（疾患や障害）を返上することでもなく、さもレモンがないように振る舞うことでもなく、そのレモンから美味しいレモネードを作る希望、これはリカバリーの過程に最も重要な要素の一つである。

第2節 インタビュー調査の方法

インタビューの対象については、著者の知己の精神保健のサービス利用者の中で、自らのリカバリーのプロセスについて語る動機が高いと思われる当事者を選び、調査の目的を

説明し、十分に理解をして頂いたうえで同意を得た者に協力を得た。対象者の条件としては、精神保健サービスの利用者であることとし、そのほか疾患名や年齢などのことは考慮に入れていない。これは、リカバリーの概念が、精神障害からの回復ということだけに包含されるものではないという趣旨を考慮したためである。

インタビューの内容については、文献レビューから得た情報をもとに、筆者とともに地域精神保健の活動に従事しリカバリーの概念に関する高い関心を持つ専門職（作業療法士）と議論を重ねて、4領域78項目からなるインタビューガイドを作成した（「資料2. インタビューガイド」参照）。インタビューでは、インタビュー項目の図解（「資料3. インタビューガイドのマッピング」）を提示しながら、必要に応じ関連資料を使用した。

インタビュー調査は、2008年9月から11月までの期間に3名の協力者を対象に実施した。初回のインタビュー後、継続可能な方に対しては、最大3回までインタビューを実施した。2回目以降のインタビューでは、前回のインタビュー結果を図解化して示したのち、インタビューを継続している。回数は1人あたり約2～3回、1回につき1時間～2時間実施した。

インタビューの場所は、生活の様子がイメージできるよう、可能な限り協力者の自宅あるいは、居住地に近い場所を選んだ。

それぞれのインタビューは録音され、文字起こしを行った上で、リカバリーの概念やリカバリー志向のプログラムに関係する部分を抽出した。なお、結果については個人情報保護のため、固有名詞はすべてアルファベット表記とした。また、内容についても、文脈を損なわない範囲で一部を改変している。また、インタビュー時のニュアンスを残すため、必要に応じ話し言葉で記載した。

第3節 インタビュー調査の結果

実際されたインタビューの概要を下表にまとめた。20代から40代の女性2名と男性1名で、インタビューの回数は2回から3回、合計のべ7回のインタビューが実施された。それぞれのインタビューの時間は70分から135分であった。

表4 協力者の概要

対象者	性別	年代	回数と時間
Aさん	女性	20代	1回目 77分
			2回目 80分
Bさん	女性	30代	1回目 90分
			2回目 135分
			3回目 100分
Cさん	男性	40代	1回目 70分
			2回目 80分

第1項 Aさん（女性、20代）1回目のインタビュー

小学校、中学校は活発で元気だった。積極的に役員をやったり副議長などもやっていた。小学校のときに児童会の副議長をやって、先輩と一緒に会議が楽しかった。スポーツはほとんどやっていなかった。

高学年に軽いいじめのようなもので悩んだことがあった。相談できる人はいなかった。中学校2年生ぐらいまで続いた。グループ内で無視されたり、いじめるように指示されたりして、いじめグループからなかなか逃げられなかった。学校に行きたくなくなって姉に

相談して、姉と父が話を聞いてくれて、グループと話をしてくれた。そしたら少し落ち着いてきた。部活もいじめグループから抜けるためにやめた。そのことが尾を引いたことはとくにはない。小学校のときよりは性格は控えめになった。あんまり人前に出たくなかった。高校に入ってから同じだった。高校ではバイトをしていて部活はしていない。

姉と父はとても協力的だった。3歳のときに両親が離婚をして、3人で家族のつながりが強い方だと思う。最後に母親と別れるときの様子は今でも覚えている。高校2年のときに、一番最初に病院に通うきっかけの病気になった。きっかけは1つではなかった。家族との関係で悩んだり、友人関係、ダイエット、失恋、いろんなことが重なってストレスがたまって、やけ食いの後、もどしてしまっ、食べ吐きが始まって摂食障害になった。しばらくは誰にも言えずに悩んでいて、違うクラスの中の良い子に相談したら、保健の先生に話してくれて、保健の先生と1年のときの先生が、父に話してくれた。

摂食障害については、ドラマで見たことはあった。摂食障害が楽になってきたのは、5年ぐらいが経過してからだった。過食・拒食をするようになったときは、なんか取り付かされていて、本当の自分ではない感じがしていた。摂食障害で入院した頃のことを思い出すと、けっこう辛かった。入院して同じ病棟の人たちや同じ病気の人たちとの競走的なことがあって、辛かった。

入院して役に立ったことは、看護師さんとお話しをする時間があり、気持ちが楽になった。夜寝る前に、部屋に回ってきてくれたときに皆と話をする時間をとってくれた。内容はちょっとした雑談だった。外出したときの話題など、普通の会話が多かった。困っているときは相談にのってくれた。

入院をして悩んだりもしたけど、友達ができて、今でもつながっている友人もできてよかった。入院はすごく特殊な場所だった。社会や学校から離れて、普通の人とは違う生活をしている。あまり入院が長すぎると良くない。入院の生活に慣れてしまう。病院にいるのが基本みたいになってしまうと良くないと思う。入院期間は、けっこうばらばらだった。

食べられなくて、拒食がひどいときは長くて3~4ヶ月、短期だと1カ月、衝動的に死にたくなかったときは1~2週間のときもあった。

やっぱり入院は淋しいので、ナースとの話しが支えになった。

拒食と過食を繰り返していたが、体重が一番落ちたときに、主治医から「入院するしかない」「鼻からチューブを入れる」と言われたのが、すごく嫌で自分でちょっとずつ食べるようになった。父に「お前と一緒に歩きたくない」と言われたのが、すごくショックで申し訳ない気持ちになった。入院をすると生活や時間が縛られて、自由がなくなるし、どうしても閉鎖的な環境なので、入院はしたくないと思うようになった。

父親に「お前と一緒に歩きたくない」と言われたのはきつかった。受け止め方を間違えれば、どんどん状態が悪くなっていたかもしれなかったけど、「申し訳ない、元に戻らねば」と決意して、少しずつ食べられるようになった。そのときにちょうど好きな人ができて、こんなガリガリの姿をみせたくなかった。

近所で知的障害者の施設のボランティアを募集していて、散歩ぐらいしかしていなかったけど、やってみたら利用者さんがすごく喜んでくれて、私なんかでも喜んでくれるんだと思って、少し自信になった。ボランティアの内容は、散歩や作業（洗濯バサミを作る）をしていた。手工芸でビニールをはがす作業もあった。その当時は、ほとんど毎日行っていた。最近では忙しくて、3~4ヶ月に1回行ったり、職員さんとは今も食事に行ったりしている。

少しずつ良い方向に向かっていった。鏡で自分自身のガリガリの姿を見たときに、「本当にこれは病気だ」と気づき、自分自身でもう一度、病気を治そうと強く思えたから、少しずつ努力をしてきた。きっかけがないと難しかったかもしれないけど、私には「父・姉・好きな人・ボランティア・もう入院したくない」というきっかけがあった。

病気がひどかった最中は、本人の気持ちの持ちようだと父にすごく言われていたが、改めて病気を治そうと自分で思えたのが良かった。本人の意志が大事と聞いていても、病気

のときは思えなかったけど、今になるとすごく大事だった。姉は、病気になったのをきっかけに近くに越してきてくれた。後になって、「できれば代わってあげたい」と姉が言っていたことを、周りから聞かされた。病気的时候は迷惑をたくさんかけて、病気が良くなって、最近になって姉から何かきっかけがあったのかと振り返って話せるようになったぐらい、ずっと気を使ってくれていた。気分転換に遊びに連れて行ってくれたりしていた。よく手紙をくれた。

お姉ちゃんとの思い出のなかで、楽しかったことは、当時自傷行為が多くて、夜中にリストカットをしてお姉ちゃんに電話をして、病院で処置をした後に、海にドライブに連れて行って来て、ソフトクリームを食べて、涼んだりした。お姉ちゃんがお付き合いをしていた人と3人で行った。よく喧嘩もした。取っ組み合いも。姉には勝てない。自分では食べられなくても、料理を作ってお姉さんに「ごめんね」と伝えた。

外来受診に来たときに病棟の看護婦さんのところに寄ったりした。今はこういう生活をしていて・・・とか。本当に雑談でも気持ちが楽になれるっていう感じ。友人との雑談とは違う。入院して実際苦しいところと一緒に見ているから、辛いところも知っているから、なんでも話せる。友人だと知られたくないところもあるけど、看護婦さんだとそれがない。苦しいところ、ひどいときを知ってくれているのは大きいと思う。なにも隠す必要がなくて、安心して自分を見せられるかんじ。姉や父とも違う感じ。

私はすごくまわりに恵まれている方だと思う。なかなか心の病気のことを理解してもらえない場合も多いかと思うけど、家族も病気を理解しようと一生懸命努力してくれていたと思う。病院にも通わせてもらっている。同じ病気の友人とお互いを支えあったり、中退してしまった高校の同級生が手作りで卒業証書を作ってくれたりして、すごく支えになった。今は、仲間が増えて、友人も増えた。定時制高校に編入して、できた友人が今はすごく大きな存在になっている。でも、やっぱり病気がひどかったときは友人と連絡が取れなくなった時期もありました。

大変だったときに、支えになってくれたのは、Aさんという友人だった。今でも付き合いが続いている。同じ病気を持っていて、いろいろと助けてもらった。Aさんの家に行って、朝までしゃべったり、メールをしたり、お互い病気のつらさもよく分かる。指摘してほしいところもお互いが分かるので、それはお互いに話さないで、とても楽だった。Aさんの家で、朝までお酒を飲んでずっとしゃべっていたことかな。最近も時々一緒にカラオケに言ったりするけど、その人とだったら一緒に歌えると言ったら、私とだから気を使わずに楽しめるってくれたのがうれしくて、同じような気持ちでいてくれるんだと思った。

高校の友人とは、また関係が違う。高校のときの友達は、そのときは支えになったけれど、どうしても比べてしまって、元気に部活して、社会に出て、普通の生活をしていっているの、私はずっと止まったままで、どうしても比べてしまって、支えになって感謝はしていたけど、段々連絡が取りづらくなってしまった。プライドではないですけど、どうしても止まってしまっている自分を感じてしまう。今でも、思い出して比べることがある。私は自立もできていなくて、就職もしていないし、同じ年代の人と比べると遅れているというのもあるけど、当時に比べると気にならなくなってきた。病気が良くなってきて、少しでもお仕事ができるようになってきて、だいぶ自信が付いたんだと思う。

話が飛び飛びになってしまった部分もありましたが、でも病気を治したいという自分の強い気持ちを持つのはすごく大事だっていうのは強調したいです。

第2項 Aさん（女性、20代）2回目のインタビュー

摂食障害の症状が落ち着いてからすぐだった。レジでアルバイトをしながら知的障害者の施設でボランティアをしていた。その中から、将来福祉の仕事をしたいと思って、高校を卒業したいと思った。通信は続かないと思ったので、通いで受験した。最初に思ったのは、みんな若い10代が多いと思った。想像していた年上の人が多いのではなく、現役が多

かった。3年に編入して、20代は2人しかいなかった。

最初は落ち着いていると見られていたけど、段々いじられキャラになって、楽になっていった。みんな若いのにしっかりしていた。仕事をしたり、病気やいろんな事情を抱えている人が多くて、前の高校より、定時制の方が話しやすかった。入学して2~3ヶ月した時に疲れが出て、一ヶ月入院したときに、知り合って間もないのに、学校の友人がお見舞いに来てくれた。入院するとは言ったけど、精神科の病棟にお見舞いに来てくれるなんて、家族でも抵抗があるみたいだったのに、いろんな人がいて抵抗ある中でお見舞いに来てくれたのが、うれしいのと、驚いた。友達が3人も来てくれた。「びっくりしない？」って聞いたら、全然普通だよ！って、定時制高校の方が、もっといろんな人がいるよって言ってくれてうれしかった。

4年生の夏に摂食障害はよくなったけど、体調崩して、相談できない悩みを抱えていて、どうしようもないと思って、近所のマンションから飛び降りてしまった。気が付いたら病院だった。半年ぐらい腰・足など骨折して入院して留年して、3年間学校に通った。お見舞いに来てくれた友人とは一緒に相談できなかった。悩みについて、どうしても打ち明けなければいけない状況になって、父に伝えた。父に話したら、「よく話してくれたね。何でもっと早く行ってくれなかったの、一人じゃないのだから」と言ってくれた。話してくれてありがとうって言ってくれて、すごくほっとして、抱えていた問題はなんとか解決できた。知的障害者の施設では、私のことを気に入ってくれているおじさんがいて、私がカメラを持ち歩いていて、利用者さんと一緒にとったときにすごく良い笑顔、現像してみたらすごく良くて、差し上げたら喜んでくれて、バッチに家族がしてくれて、毎日リュックにつけてきてくれてうれしかった。会話はできない人だったけど、うれしいと笑顔を見せてくれたりしていた。

スタッフや実習生と違って、お手伝い。「食事と一緒に食べてくれるだけでいいよ。一緒にいてくれるだけでいいよ。」と教えられた。これ美味しいよって言ってあげる。とか職員

の人が教えてくれた。

仕事を始めて 1 年。ちょうど調子がよくなってきた。原付の免許を取ってからよくなってきて、求人広告を見て、電話をすることに勇気が必要だった。メモをして、正座をして、電話した。面接でのやり取りを聞いて、練習したりとかした。近所のクリーニング屋だけど、一応長所・短所とか用意したりして面接を受けて採用になった。思ったよりすごく大変で、正直失敗したなあと思った。でも、仕事を探したり、がんばってせっかく受かったので無駄にしたくないし、みんなが応援してくれたから頑張れた。

ずっと長い間、働いてなかったのだから、パートでもなんとか働いているということが自信につながっていったように思う。体調が悪くて働けない間が長かったときにも、自分では体力づくりや生活リズムを整えていたけど、周りから見たら何もしていないとどうしても思われてしまうので「パートをはじめた」と言うと、がんばって働けるようになりましたという結果が・・・うまくいえないけど。働いている人から見ても、何もしていないのと同じように思われているみたいで、やっと仕事を始められたのが、よかった。

何もしていないと思われることが多かったのは、彼氏です。働けとは言われなかったけど。今までは働いていなくて、体調を崩したりすることが多かったけど、働きだしてからは、少し多めに見てくれることが多くなった。なんていうか、体調を崩しても仕事を始めたし、大変だろうし、と気を遣ってくれている感じ。今までだったら、何もしていないくせに迷惑をかけたりして、大変だったと思うのだけど。すごく大きな喧嘩をしたときでも、がんばるきっかけになった。

調子を崩して、どうしてもどちらかというと摂食障害が大きくなって、希望や友人が小さくなって、ネガティブな感じになっちゃう。一番違うのは、自分のことがすごく嫌いだった。病気がひどかったときは、自分がいやで嫌いで仕方なかったのが、病気がよくなってからは、定時制高校を卒業できたことも、仕事を始められたことも、自信をもてたことで、あまり自分を嫌いと思わなくなった。仕事を始められたことで、学生時代の友人の

中に入っていた。病気になってから疎遠になっていた友人とも会いやすくなっていった。少しみんなに追いつけるようになった、まだまだけど、仕事ができるようになったことで、そう思えるようになった。

WRAP については、いろんな人の意見が参考になる。人の中に慣れる練習になる。ありそうでなかったものです。自分がこういう性格でとか、調子が悪くなるとこうなるとか、これをしていると気分が良くなるとか、そういうのをまとめたり、そこまでちゃんと考えたことはなかった。自分が元気であるための道具箱には、いろいろなことが書いてある。例えば、アロマセラピー、友人と会う、時々すると良いこと、一人カラオケ、部屋に花を飾る、シャンプーを変えてみるとか。毎日することは、ストレッチと三色食べること、できれば早寝早起きなど。

第3項 Bさん（女性、30代）1回目のインタビュー

幼稚園の頃から人の中に入るのが苦手だった。一度入ってしまうと逆にリーダーシップをとれてしまう。幼稚園・小学校は登校拒否が多かった。小学校に転校をしたが、登校拒否は続いた。泣き叫びながら学校に連れていかされる。馴染めないということで、養護学校に行くことになった。人との関係で、引いていく自分がいるのを分かっている。そこにまた入っていくのは大変だから、はじめに自分の素をだしてしまうと楽で良い。

中学に入っても2-3週間の保健室登校程度で殆ど行けなかった。中学2年頃は外出も怖かったので、TVばかりをみていて、知識ばかりが豊富になった。ヨーロッパのサッカーをみていて、英語を覚えたいと思うようになった。それで、学校に行かないとバイトもできないと変な真面目さがあり、偽れず母親に相談した。学校に行きたいと思ったときは、全日の受け入れはなかった。夜間学校が受け入れてくれたのが転機となった。同級生は戦前世代や在日外国人などが多かった。

夜間学校卒業後は定時制に行こうと決めた。履歴書では学校名しか書かないので、ネームバリューのある高校に4年間通った。高校卒業後は、中学校を6年やっていたし、就職先も良いところみつからないし、成績も悪いし、やりたいことをやろうと思った。それで、バイトを続け100万をため渡米した。

近所の協会で宣教にきていたA出身の知人のつながりが当てになった。結局、半年以上滞在した。

WRAPをはじめに紹介してもらったときには、まったく興味がなかった。その後、外国人講師の招聘があり、その来日の機会に英語を聞こうと思って参加した。その流れでWRAPと関わろうと思った。

WRAPをやろうとしたきっかけは、アメリカ人独特の大きさと、ファリシテーター受講者の頑張りや頼りのなさに関心が沸き関わろうと思うようになった。

日本帰国後は逆カルチャーショックがあった。お金もなかった時期で、母親が勤めている会社で事務員を募集していて、5年勤めることになった。そこで、一般・経理・営業事務の全てを経験した。

循環系の病気の手術で事務員は休職していたが、復職しようとしたら母親がくも膜下出血で入院した。仕事も異動になったので、退職することにした。母親はラッキーなことにくも膜下出血の後遺症はなかったが、しばらくは自分が家事全般をしていた。仕事に戻ろうとした頃に、今度は父が胃潰瘍で倒れる。両親は仲が悪く父が倒れたときも看病をしていた。自分の腰の様態が悪化した。でている突起物が小さく手術は難しく、たまたま研究の対象でレーザー治療を受けることができた。

腰ヘルニアで体が曲がっていたため、半年ほどリハビリ通いをしていた。その頃、姉の知り合いが会社をはじめ、経理が滞っていて決算に間に合わないと、仕事の話が来た。姉の知り合いの経理の仕事は、社長と自分と二人職場で、社長も殆どいなかったので気兼ねなくやれた。仕事はどんどん仕事が増え、決算、営業、発注など、最後には資金運営を週3

日でやるようになって、ストレスがひどかったと思う。

自宅では両親の仲の悪さのストレスもあり、頭痛がひどくなっていった。頭痛薬と安定薬をすごい量服用していた。頭痛がひどいときに過量服薬をするようになった。年に 2 回は夏と正月明けに決まって過量服薬をしていた。この頃、自分でもおかしいと思って心療内科に行ったが全然合わなかった。多量の薬も減らなかった。

頭痛に合う薬の調整をはかるために 2 ヶ月ほど入院した。退院してからは、薬の飲みすぎが影響してか、頭痛がひどくなり、意識がなくなり、解離がはじまった。解離で 2 週間ほど入院して、B 病院に紹介されるも入院体制が終わるため、C 病院に転院した。C 病院でもらった頓服薬は以前に 3 回/日もらっていた薬だった。年代の記憶が分からなくなる。当時にインパクトのある出来事があれば記憶に残りやすい。何年前と聞かれるのが一番困る。

C 病院に入院する以前に、D 病院に入院したことがある。それは過量服薬して半覚醒状態で暴れたことで連れて行かれた。D 病院は鉄格子で、トイレも自分で流せない。D 病院では気づいたら半拘束状態。大声で叫んでやっと声が届く程度。意識が戻ったのは週末だったので、鉄格子のなかで過ごさないといけなくてすごく辛かった。D 病院での体験は、当時あまりみないようにしていた。退院すれば全てお終いと思うようにしていたと思う。

C 病院にきて、安心できたことが大きかった。主治医とも話しができたし、病棟も静かで落ち着いている人が多かったのも良かった。これで、悪循環をきれるかもしれないと感じていたと思う。もし、入院した病棟が急性期だったら、ゆっくりできる環境ではないので大変だったと思う。

「精神」のイメージは昔の悪いイメージが強い。「メンタル」だと普通の病気のイメージになる。相手によって言葉を使い分ける必要はあると思う。「障害」のもつイメージは身体障害が一般だから、精神障害をもつことは、忘れられてしまうことが多いと思う。障害者とひとくくりにしてしまうと、やはり身体障害と認識されることが多い。そのくくりを精

神が入ることがまだ少ない。障害をもっているからできないのではなく、できることの自分のリミットを知っているだけだと思う。ふつうの人のリミットより私のリミットが少し低いだけ。

障害年金をもらっていた頃に職場の先生が素朴に「見た目は普通なのになぜもらっているのか」と言われた。しかし、パートの収入だけで生活はできないから、もらわないとだめということだけ。自分のリミットを知ってから、上手く生きようとするようになった。昔のような冒険をしようと思わなくなった。自分よりも家族のほうが、低いリミット基準値をもっている。そのリミットをどう上げていくかも大切なことだと思う。

C 病院退院後、休職していた職場に戻ろうと思ったが倒産してしまったので、全てを見失ってしまった。目標を失い何もできなくなってしまった。頭痛がひどくなり C 病院に任意入院した。実生活に戻る準備ができなかったから休息入院は逃げることになるし、あまり勧められないと言われた。

E さんから WRAP を紹介されたが、まったく興味がなかった。ただ、人と接するのが辛かったし、体が消耗していたから、一人で書けると聞いた WRAP は丁度よかった。WRAP の海外からの講師招聘時期は、こんなにもできない自分に苛立っていた。全てに腹立っていた。しばらく、まったく外出していなかったので、WRAP にいくことは冒険のようだった。はじめて WRAP に参加したときは、皆が穏やかで居心地がよかった。行くことで苛立ちを爆発させていたように思う。

病院で開催されている就労グループでは、行っているときには落ち着くが、その後の 1 週間は仕事を「やりたい感」が強くなってしまう。微妙な間ができてしまいどうしたらよいか大変だった。頓服ではなく、頭の整理が必要だった。

復職時は事務職に対しては、楽だろうという思いと、できると期待されリミットを越えてしまいそうだったので、第一段階は別の職種が良いと思っていた。

募集の張り紙があり、5 時間／日、3 日／週で 17～22 時の時間帯を選び、両親に長時間

を感じさせない工夫をした。整骨院では働きだして 2 日目に事件があり倒れてしまった。2 週間ほど入院して、復職するも 2 週間で腹膜炎で入院した。たまたま応募がなく退職にならないで済んだ。その後は再発することなく、過ごしている。

リカバリーとは、一年前の私といまの私の違い。今までできていたことができなくなってしまったが、落ちた道に戻ろうとしても戻れない。けど、気づいたら横道が沢山ある。行き止まりだったらまた戻れば良い。落ちることはない。落ちた道を同じ道を行っても滑り台のように落ちてしまう。横道を見つければ落ちるのではなく、自分で戻ることを選ぶことができる。

行動をとる前から、支援者に「できないよね」という感覚をもたれると、いけないことが多くなる。殻が割れないし、次に進めなくなる。できないことが多くなってしまう。怪我したら戻ってくれば良いじゃないかという道を確保しつつも、先に進ませてくれる許容範囲がほしい。悪くならないように、バリアを作りすぎると、その人はそれから先に勧めないし、同じ輪のなかをグルグル回っているのはすごく辛いことだと思う。

練習する場所、安全な場所、作業所とか憩いの場などで少しずつ自己責任に移行していくのが良いと思う。やってみて自分を知ることが大切だと思う。けど、作業所に留まることは違うと思う。やりたいことを、もし本人ができないとしたら、本人が納得できる方法で伝える必要がある。納得できないと次に進めないし、他のことを考えられないし、想いばかりが強くなっていく。支援者がどれだけ話しをしてくれるか、本人を「説得」ではなく、いかに「納得」する文脈を作っていくのが大切だと思う。

当事者は往々にして受身の環境にいる。診断名においても受身。自分することに慣れていないし、信頼してもらえないという想いがある。専門家の学術の論理で話をされることと、ピアでの論理は違う。あくまで本人の文脈にそって話しをすることがいかに重要かと思う。

第4項 Bさん（女性、30代）2回目のインタビュー

夜間学校のクラスメートは若い子は少なく、在日外国人も多かった。読み書きできる人も少なく、名簿を作る役割を引き受けることになってしまう。そのなかで率先して表にでることが増えていく。F国のおばちゃんのパワーがすごくて、1回/月寿司に連れて行ってくれたり、お酒を飲まされたりした。修学旅行は旅館貸切で行った。バスでは全日の生徒と便乗した。夜間学校は私服のため、全日の生徒によく嫉妬されたが、あまり気にせずにつまみ食いすることが多かった。

仕事をしていた会社の倒産後はお金が必要だったので、仕事をやらなきゃという使命感が強かった。それまでと同じ方法で仕事を探し、就職するも2日と続かなかった。それで、ジタバタするのをやめ、流れにまかせようと思った。

病院受診の回数も多く、働ける仕事も限定されていたため、仕事探しでジタバタするのをやめ、違う観点で探そうと思った。場慣れのつもりで応募したら採用となった。「くるときはくる」と思った。事務の仕事が良いのか、スーパーやレジが良いのかで割り切れないところがあった。葛藤しながら働くのは大変だった。幸い、年金受給していたので、小遣い稼ぎつもりで働くことができた。仕事をはじめ、視野が広がった。仕事前に睡眠をとるなど、自分をケアしながら、自分のリミットを守るようにした。

仕事に慣れてくると、仕事外の時間に他のことできるようになった。時間の余裕と体力の余裕が増していった。そのため、いろいろな場所にも顔をだそうと思い、WRAPとも出会えた。障害をもつことをプラスにしよう、得られるものは全て得よう。外来の待ち合い場所で社会制度のことを聞いて、OTスタッフや主治医に相談し、年金や手帳を取得していた。

もともといろいろな病気になっていたため、精神障害をもつという意識は薄かった。病名が1つ増えた程度で違和感はなかった。病気があっても自分のケアがあれば大丈夫と感

じていた。病名がついて楽だった、自分に起きていることを理解できたし、自分を振り返れた。

病気や制限があってもできないことが増えても、折り合いをつけて楽しく生きたい。リカバリーや WRAP を知って、「挑戦したい」「行動したい」「前に進みたい」と思うようになった。支援者から提案されたことをそのままでも行き止まりになり、リカバリーは止まってしまう。自分の意思をもって、自分から探し、見つけたものは、道がつづいていく。

WRAP との出会いで人脈が広がっていった。一つの山を越えてきた人たちが多く、斬新だった。専門家が勝手に情報を選別してほしくない。情報を知って失敗しても、自分の選択だから納得がいく。選別し与えられた情報で失敗したら納得できないし後悔してしまう。

いまの主治医との相性が合っている。診察では先生とのかけひきはじまる。お互いに探りあいをしている。かけだけど、楽しいし、自分が主体者で発信者で「やっている」感をもつことができる。納得できないままに物事が決められていくと、深みにはまるし、立ち止まったままジタバタしてしまう。

無気力のときは、どうしようもない。感覚的には全てが無。忠告ではなく、小さなことでもしたい・しなきゃと自分で思える・見つけられるように、選択肢を増やしてほしい。そうすれば小さな一歩を歩み出せる。

転機の一つは夜間学校の全てが良い方向に作用した。友人も増えた、家族交流も好転し、将来のことも好転していった。サポーターとしては、金銭面では姉。日常生活では母親、精神面では主治医、OT は細かいことの情報などの存在がある。携帯チャットで知り合った H さんが大きなサポーター。会ったことはないが、2~3 日に 1 回は安否確認で電話が入る。よくメールや電話で愚痴を聞いてもらっている。

H さんは走らないと分からない程度の軽い脳性まひがある。垣根のない人で、私の病気のこと、異性関係でグチャグチャしたことも知っている。H さんは遠まわしではなく、ズパッと端的にまとめて言ってくれる。会ったことがないため、しがらみがなく自分を飾る

必要もない。家族には甘えや見栄があるし、友人には昔の自分を意識してしまう。彼には何も無い、出したいことだけ出せる。

Hさんには、「何でも人に良く見られようとする。はいと言わずに、ダメなことはダメと言え」といわれた。

第5項 Bさん（女性、30代）3回目のインタビュー

WRAPを体験したり、自分で利用をしていくと全て受身ではいられなくなる。発信者としての役割がでてくる。WRAPのクラスでは、そこにいる人とお互い同じレベルでいる。そして、慣れることなく、柔軟に、かつ変化を大事にしたいと思っている。「WRAPの形」を作ってはいけない。形ができてしまうと、どのような人に対しても、同じやり方になってしまう。

WRAPのクラスをするときには、準備をしてからやることが確認されている。これは、質問対策や、何をうまく話すかなどの準備を以上に、クラスの質の変化に対し、自分自身が一緒に緊張して、一緒に学んでいく姿勢を準備することが大事だと思う。クラスのメンバーによっては、攻撃的な質問がでることもあり、その全てを受け入れることはなかなか難しい。

発信者となるには、自分の足場をかためることの土台が必要となる。病気になったら発信はしにくいことは明らかだと思う。病気になれば周囲から、止められるので、それを避けるため、自己ケアを上手くしていくことが一番大切であると思う。体調が悪くなって、考えることをやめて、人に委ねてしまう方が楽なこともある。発信者の役割をもつようになってからも、不安定で急勾配にあるという状況に変わりはないが、自己ケアを大切しながら、何かを放棄したくなくても踏んばるようにしている。これまで、築き上げてきた周囲の信頼を崩したくない。

病名、主治医の選択、家族のなかの立ち位置などの全てにおいて受け身にあることが多

い。支援者という言葉ではなく、発信者という言葉に使っているのは、支援者では立ち位置が上になってしまう。自分のエキスパートは自分でしか、あり得ないということを考えれば、発信者として同じ立ち位置にある。また、当事者という言葉についても、ひとくくりにされているという印象を受け、嫌がる人が結構いる。当事者といのは、自分にとっての当事者であるのだから、みんな当事者であると思う。

受け身の状態しか経験をしていないと、容易に寄りかかってしまう。甘えや依存をすぐにしてしまう。人としての関係性で、対等意識が重要となる。家族的な役割をもちすぎることで依存を作ってしまうこともあると思う。支援者やサポートは、寄りかかるのではなく、新しいことを吸収したり、経験できる場所であり、そのような理解を再構築していくことが大事だと思う。

自己ケアについては、自分を上手くコントロールすることが必要で、仕事を引き受けすぎでパンクしないよう、仕事のリミットにプラスアルファをして、足した分はどこかで引くようにしている。無理して何を得られるのか、あとのことを考えると今は違うなどと判断して自分を納得させている。徐々に安定の期間はのびている。急落下はひそんでいる。

自分自身の足で立っていたのに、仕事や役割を期待され、押し上げられしまうことは、とてももったいないと思う。そのときにキャパ越えしないように、距離をとること、無理やりでも何でも有給を使うなどして距離をとる。有給の結果、何か言われたときには甘んじて聞こうと思う。

病気になる前の状態に戻りたいという気持ちが強すぎると多角的に物事がみられなくなる。できない人間と思われることに不安を感じる。自分の許容範囲を知ることは勇気が必要だと思う。

WRAP と関わるようになって、自分を振り返る機会が増えた。人生におけるターニングポイントを改めて思い出し、自覚すると幸せな高揚感を覚える。全否定していたもの、良いこと、悪いこと、小さいこと、大きいことのすべての上に、自分が成り立っているとい

う自信のようなものをもるようになった。

これまでの自分と、いまの自分を振り返り、すごく大変なこともあったが、この程度のことにはやっていたのを思い出し、またやっっていけるとも思いなおせる。また、そんなにムキになるなよと思えるようになる。

仕事上などで、必要があれば言うことは言うが、それはあくまでも自分ができることが条件であり、人に押し付けることにならないようにしたいと思う。気になっていることがあっても、自分が受け止められないようなら時期を待つようにしている。責任をもって発信できるようにしている。

リカバリーは「生き方」であり、生き様だと思う。経験論では、伝記となり、人生論では、自叙伝となる。文章にすることで削ぎ落とされるものもあるし、感情はみえてこない。その人その人がもっているもの、その人の生き方が重要だと思う。

精神的な困難がすべての人がもっている、病名がつくか否かというレベルの違いはあるにせよ、すべての人が精神的な困難をもっているとすれば、リカバリーは全ての人に共通したものと言える。

第6項 Cさん（男性、40代）1回目のインタビュー

今回のインタビューに協力しようと思ったのは、世間からはどう言われるのか、病院や外来では患者として治療を受けている。デイケアでそれぞれ頑張っているけど。逆にみたらどうなのかと関心があった。尋ねられることはどんな内容なのかも関心があった。

生まれてすぐに、母親が離婚している。小学校のとき、父親が再婚して、中学校のときに父親の弟にひきとられた。それから高校を卒業して上京した。高校生のとき、面倒をみてくれたおじさんの子どもが病気を患っていた。

おじさんはスポーツに力をいれていて、スケート場で怒られて落ち込んだことがある。

あのときは大きなことと理解して悩んだけど、スポーツをやってそんなことで悩んでいたのかと思うようになった。スケートをやるようになって人生観がひろがった。

精神面のつまずきがあり、過去に落ちこんだけれど、一種のSSTじゃないけど、練習で怒られても、本番では頑張らないと思うようになった。

当時は田舎に住んでいたから、学校の成績が生活の中心になっていた。田舎は視野が狭いと思う。なんでも勉強が中心だった。都心なら、サーフィンとか、海岸とか、日焼けしたい人は黒くできると思う。やっぱり田舎は、井の中の蛙なのだと思う。

この20時台は民報がきれいに入る。あのころは遠くの放送を聞くのが流行っていた。都会子への憧れがあった。看護学校もそうだけど、田舎だから遅くなるとバスがないと聞く。

ラジオを聞いて憧れて上京しました。高校を卒業して勉強をしなかったから、山手線一周して過ごしていた。生活に自由もあり、田舎でラジオをきいて憧れて来てよかったと満足した。

周りの友達で進学する人は少なかった。良い会社に就職していく人が多かった。私だけはラジオを聞いて、ラジオ番組では電車で行ける観光情報とかを聞いていた。自分の自慢というか、他の人にはないもの。

仕事は計算機の部品をつくりました。ラジオに憧れて、自由というか、都会子なんだなーと思った。アルバイト募集に行ったら、出来たらやらせてあげるよと言われた。仕事が上手くいかなかったときに、関連会社のアルバイトに、履歴書をもってきてと言われて、それでいつから来なさいと就職がすぐに決まった。よくできるねと評価された。給料はあまりよくないけど、やり甲斐はあったし。残業すれば食事の手当てがあった。

東京の会社は寮や風呂があって、設備が充実していた。仕事が上手くいかないときに、田舎者を集めて地方の雰囲気があった。田舎者だけど都会の人と飲んだり食べたり、給料悪いけど、それよりも楽しかった。

中学校時代の先生にもよく怒られたけど。社会見学だけは相手にしてくれた。ビール工

場や、養殖場、シャケの放流などを見学した。地方都市で仕事場をみる機会には恵まれた。田舎で貧乏だったので、成績も悪かったから工業高校に進学することにした。結果的には役に立っている。

お金があれば、スケートをした。それが一番楽しい時間です。グループホームではじめて行って、それきりだったけど、おばちゃんの中から景品のスケート無料券をもらったのをきっかけに、楽しくて病み付きになった。

最初の会社も良かったけど、いま振り返ってみれば慰謝料をとるまでじゃないけど、つまらないことだったと思う。地方はどこも、こんなに視野が狭いのかと思った。

病院では、作業療法とか。この人は作業療法卒業して、デイケアを卒業して、グループホームに入って。自分もそうなるのかなと思っていたら、そうなった。いまは世話人さんが保証人になってくれているが、ステップアップしているというか、頑張れるようになってきた。

病院は数か所、受診したが、良い先生がいるからと紹介され、若い人でも気楽にかかれると思って受診をした。私の嫌なことは、酒をのむとか、自分のコントロールが下手なところ。投薬がはじまって、通院をするようになった。デイケアとか作業所とか、楽しみのスケートとか、視野が広がったら、あんなふうにはなっていなかった。

仕事はいろいろな職種を経験した。エアコンのフィルターの清掃や、免許をとって配送などもした。アルバイトでも安心して使ってもらいたい。プラスチックの仕事で5~6カ所の会社に勤めた。プラスチック関係で、多様な技術を身につけた。一番よかったときで手取り25~26万くらいはあった。何をするにしても疲れていた。プラスチックのときは、もしかしたら独立できるかもしれないと思っていた。こういう病気してから、経験のない職種で採用してくれるのか不安になった。

地元の先輩で、高校の文化祭で私を応援してくれた人がいます。あの方はもっと苦しんでいる。私はそれほど、苦勞していない、上には上がいる。友達とかお金がないからとい

って貸してということがなかったのは良かったと思う。もっている金だけで、どんなことでもやりくりできた。

職業訓練としてパソコン使い方講座をうけた。プラスチックは男の世界で、怒鳴るのも普通だったが、パソコン講座では、名刺の渡し方も習って、仕事の内容も違うので不安になって、どうやって就職するか考えた。病気する前は、プラスチックの仕事を頑張ってきたけど、日本では生産量が減少しているから、就職先があるかも分からない。どういう方向にいけばいいのか迷う。サラリーマンは難しいなと感じます。就職はそういう厳しさのなかでやって、受かれば、パソコン講座を習ってみたいけど。もし採用されたときに、おまへはこうだろと言われたら、自分はどうなるだろうという怖さもある。

A 病院の怖い先生に注射されたりもしたけど、一見ガラのわるそうな先生でも良いことがある。もっと早く言うことをきいていれば、治療が早くはじめられた。いま受診している主治医は、一見ガラ悪そうだけど、薬物療法のことはきちんとやる。生活上の相談はデイケアでしている。悩み事とかはデイケアの役割という考えだと思う。

第7項 Cさん（男性、40代）2回目のインタビュー

デイケアでも皮工芸、フラワーアレンジメント、木工などデイケアで作って家に持ち帰っている。そのときにどのような心境で、振り返ってみて嫌なことはない。デイケアや生活も含めて嫌なことはなかった。卒業している人は、仕事やクリニックなどに行かれていると思う。7～8年前から特に嫌な思いではなかった。A 病院を退院してデイケアに通って、作業所も併用している。

デイケアと作業所は、作った作品は飾っていて、振り返ると嫌な思いではない。デイケアや病院でいなくなった人は、何かの形で一步を踏み出し、卒業している人も多い。パートで仕事をしていたり、クリニックに行っているみたい。デイケアでは、パソコン講座を設けて、昔は引きこもりもあったけど、今は働いていたりして社会復帰しているみたい。

パートで社会復帰して作業所に席を置いたまま移行していったり、仮免許・本試験みたいに卒業されている人もいるのではないかと思う。パソコン講座を受けて、週 1 時間でも清掃でもやってみたい。作業所でも話をしている。パソコン講座で、ハローワークに書類を提出して、事務的な書類が出ているので、相談している。週 1~2 から徐々に仕事をしていきたい。

プラスチック関連の仕事については、5~6 箇所移動していて、プラスチックは、金型加工がうまくできなくて、サラリーマンでなくて、給料は高くなくて、出来高払いの職人系だった。意見が通らなかったこともあったし、良い仕事や良い暮らしをしようという、工場長を責めたこともあって、合言葉じゃないけど、「良い仕事をしよう、良い暮らしをしよう」と思っていた。

退職金もないし、リストラで悩むようなことなく、保障がなく、職人として勝負するような感じだった。病気もあったけど、50 万超えれば一人前になるような感じで、機械が故障したときに直せるような人が一人前だと思う。

日本でバブルの最盛期、プラスチックに関わって残業 65 時間ぐらいやって、給料袋見たらうれしいけどやりすぎた。とても疲れていた。その頃に病気をして A 病院に入院した。

プラスチックは 25 歳の頃にやっていた。長く 5~6 年やって病気してリタイヤして、デイケアや作業所を利用している。プラスチックの魅力については、試しうちとか、圧力とか、大きなところは機械でできるけど、小さいところは職人技が必要になるし、やりがいがあった。

工場長と仲悪かった。いじめじゃないけど、社長がもうちょっと頑張れば、給料を高くしてくれると言った。人数少なかったけど、いいもの作れと言う、良い意味でのお仕置き、やっぱり疲れた。工場長は腕が下手で、下がうまくなったら顔が立たないという印象をうけていた。できすぎて、工場長との折り合いが悪かった。

プラモデルでも枠組みが残る、リサイクルスプーンなど骨組みを砕いて、再利用をして

いた。うまく新品にすることもあった。ばれないように、上に持っていくこともあった。

同僚などとは、仲良くしていても、いつも勝負。北島三郎と売れない歌手ともらえる給料が違う。良い意味でのライバルで、悪く言えばいがみ合いもあった。良いライバルであったのは、中卒の人で、若いけどすごくできる人がいて、会社で仲良くしても、仕事ができなかったら、注意したり、教えてもったりしていた。自分でできればほめるけど、できなければ怒られた。サラリーマンでない感じがかった。

金型一筋の職人と合言葉は、「いいものを作らないと給料がでないよ」と。小さい会社だと良いものを作らないとダメだった。

入院は3ヶ月、その後の再入院などもあわせて5年ぐらいA病院に入院した。肝臓も傷めていて、疲れていた。デイケアと作業所の利用は7~8年している。5年の入院生活の一番の思いでは、閉鎖病棟のときに大工をしていた人がいて、スポーツ刈りにしてくれと言われた。将棋をするか、喧嘩をするかという人であった。共に話すと職人の共通点があった。開放は、結構自由にお金を使えた。生活保護だったけど、物々交換の部屋が違ってやり取りがあったのが、良い思い出かな。

大工の方は、今でも閉鎖だけど、病院の盆踊りのときなどに会う職人同士は、合う部分がある。閉鎖はストレスたまるけど、私は喧嘩をしなかったけど、話してみると良かった。一緒にいると楽しかった。私よりコミュニケーションが下手で、歯が痛いときも看護師にいえなくて、代わりに伝えてあげた。アイスクリーム二つを分けてあげたり、もらったりした。ホールで新聞見ていると、次に貸してなど軽い交流があった。

入院の目的は、最初は休養といわれた。体が弱い分、仕事ができなかったのに、社長に期待されたけど向いてなかったのかもしれない。期待されることも多かった。大工の人などと話をして、休めた。

4年間の入院は長かったと言えば長いし、短いと言えば短かった。開放は自由にお金を使えて、電池などの安い店の情報が入ってきていた。入院は苦でなかった。

退院のきっかけは、ケースワーカーよりグループホームの紹介してくれて、見に行っ
て面接を受けたこと。今はグループホームも卒業してOBで、相談は世話人さんにもできる。
普通のアパートにいます。グループホームから、アパート移っていく上で役に立ったこと
は特になんかというか、初めての経験だったけど、こういう人を見習ってとか、グループホ
ーム卒業にも私より早い人がいたし、仮免許から本免許のような感じ。

デイケアや作業所で、こういう風にならなくて、終了していくんだなあとも見ていた。や
っぱり身近ではないけど、作業所を卒業をされた女性の人、1年席を置いて仮免じゃないけ
どパートをしていた。気が付いてみると、ステップアップする人がいるということ、話し
たことはあまりないけど、スーパーのレジうちしていて、レジウチはいいことがあってそ
れから、派遣や良い職場に変わった。自分もゆくゆくはと考えている。

デイケアで見かけなかった人は、早く良くなって、どこかで活躍されているのではない
かと思う。精神科だから、早く良くなる人もいて、どこかで活躍されているんだなあと思
うと……。

社会に完全に復帰できなくてもパートでも、世の中に、生活を広げる、陣地も広げる、
通勤電車とか距離が、活動が広がる。人と溶け込める。今はその目的で、デイケアや作
業所に言っていると思う。

私はレジうちとか接客は自信ないけど、マンションの清掃とか、週2日の一日二時間か
らとかステップアップしていきたい。一気にフルにすると、入院したり悪くなってしまう
かなあと思う。いまは薬が合っていると思う。睡眠も生活も安定していて、よい先生に出
会えたと思う。グループホームに入居したときから、主治医は変わっていない。その先生
は、薬物療法を中心にしていく。

退院してからグループホームの行事で行ってからはじめてスケートをした。作業所を利
用しているおばちゃんにチケットをもらった。グループホームを出て、40歳ごろ始めた。
ただぐるぐる回るだけ。最近も暇なときに行っています。やっぱり息抜きになる。

いまでも、身近で支えになってくれるのはグループホームの世話人。話すことは少なくなってきたけど、困ったときに相談にのってくれる。グループホームのレクリエーションで一緒になる。年に3~4回ある。

デイケアや作業所からステップアップするときに、ハローワークはあるけど、福祉団体から、よその情報提供もあるけど、職場や社会に出て行くと今まで守られてきたけど、自分で就労しないといけない。社会で気になっていることは、精神病院ってどう思われるのかなあと考える。でも、障害者枠で、ハローワークの人と相談する中で、推薦状がいったり、でも、同僚や事業主はどうかなあと思う。

今まで、手帳もなかったし、デイケアや作業所もあるし、今までは悩んできたけど、ハローワークでは障害者枠ができた。昔に比べたら、ステップを踏めばよい仕組みになっている。

退院して、デイケアで SST、楽器演奏、手芸、木工、陶芸とか、いろいろなプログラムが用意されている。興味があることに集中してみたり、その人のペースでやっていけるように伝えていきたい。

第4節 インタビュー結果に関する考察

以上のインタビューの結果を、「変身、過程、希望について」「社会とのつながり」「リカバリーについて」「支援者について」の4つの観点から検討し、考察したい。

第1項 変身、過程、希望について

また、前述した「変身」「過程」「希望」としてのリカバリーについて、三氏のリカバリーを整理する。まず、「変身」に関して、Aさんは、

父親に「お前と一緒に歩きたくない」と言われたのはきつかった。受け止め方を間違えれば、どんどん状態が悪くなっていったかもしれないけど、「申し訳ない、元に戻らねば」と決意して、少しずつ食べられるようになった。そのときにちょうど好きな人ができて、こんなガリガリの姿をみせたくなかった。(中略) 少しずつ良い方向に向かっていった。鏡で自分自身のガリガリの姿を見たときに、「本当にこれは病気だ」と気づき、自分自身でもう一度、病気を治そうと強く思えたから、少しずつ努力をしてきた。

と語り、また Bさんは、

仕事をはじめ、視野が広がった。仕事前に睡眠をとるなど、自分をケアしながら、自分のリミットを守るようにした。仕事に慣れてくると、仕事外の時間に他のことできるようになった。時間の余裕と体力の余裕が増していった。そのため、いろいろな場所にも顔をだそうと思い、WRAPとも出会えた。障害をもつことをプラスにしよう、得られるものは全て得よう。外来の待ち合い場所で社会制度のことを聞いて、OTスタッフや主治医に相談し、年金や手帳を取得していった。(中略) 病気や制限があっても、折り返いをつけて楽しく生きたい。リハビリやWRAPを知って、「挑戦したい」「行動したい」「前に進みたい」と思うようになった。支援者から提案されたことをそのままでも行き止まりになり、リハビリは止まってしまう。自分の意思をもって、自分から探し、見つけたものは、道がつづいていく。

と変化することについて語った。元に戻るだけではなく新しい物語を紡いでいく過程としてのリハビリについての言説であるといえよう。

また、「過程」については、Bさんが、

リハビリは「生き方」であり、生き様だと思う。経験論では、伝記となり、人生論では、自叙伝となる。文章にすることで削ぎ落とされるものもあるし、感情はみえてこない。その人その人がもっているもの、その人の生き方が重要だと思う。

と、リハビリという特定の状態がゴールとして定まっているのではなく、常に続いていく人生としてのリハビリについて語っていた。そして、「希望」については、Aさんが、

定時制高校を卒業できたことも、仕事を始められたことも、自信をもてたことで、あまり自分を嫌いと思わなくなった。仕事をはじめられたことで、学生時代の友人の中に入っていった。病気になってから疎遠になっていた友人とも会いやすくなっていった。少しみんなに追いつけるようになった、まだまだだけど、仕事ができるようになった。

ったことで、そう思えるようになった。

と語り、また、Cさんは、

社会に完全に復帰できなくてもパートでも、世の中に、生活を広げる、障地も広げる、通勤電車とか距離が、活動が広がる。人と溶け込める。今はその目的で、デイケアや作業所に言っていると思う。

と、自身を持つこと、世界が広がること、希望を持つことがリカバリーの大きな要素であることを語った。

第2項 社会とのつながりについて

リカバリーの過程において、他者や社会とのつながりが大きな意味を持っていたことへの言及が見られた。たとえばAさんは、

自分自身でもう一度、病気を治そうと強く思えたから、少しずつ努力をしてきた。きっかけがないと難しかったかもしれないけど、私には「父・姉・好きな人・ボランティア・もう入院したくない」というきっかけがあった。

と、困難を克服する努力を始めたきっかけとして家族や知人の存在があったことを述べ、

入院をして悩んだりもしたけど、友達ができて、今でもつながっている友人もできてよかった。入院はすごく特殊な場所だった。社会や学校から離れて、普通の人とは違う生活をしている。あまり入院が長すぎると良くない。

と、入院期間中にできた友人とのつながりが支えになっていることと、それと同時に実際の社会からは隔離された入院環境に慣れてしまうことの弊害についても語った。さらに、

高校のときの友達は、そのときは支えになったけれど、どうしても比べてしまって、元気に部活して、社会に出て、普通の生活をしていっているの、私はずっと止まったままで、どうしても比べてしまって、支えになって感謝はしていたけど、段々連絡が取りずらくなってしまった。

社会から取り残されている感覚によって、より一層社会とのかかわりを避けるようになってしまった体験が語られた。またBさんは、

ずっと長い間、働いてなかったので、パートでもなんとか働いているということが自信につながっていったように思う。

パートとしての就労経験が自信につながったことを語り、Cさんは、

社会に完全に復帰できなくてもパートでも、世の中に、生活を広げる、障地も広げる、通勤電車とか距離が、活動が広がる。人と溶け込める。

と、社会に参加することの大切さを語った。このように三者三様に、リカバリーの過程において他者や社会との相互の交流が必要不可欠であることが語られた。これは第2章などで見てきた様々なリカバリーの定義や言説とも一致する。

第3項 リカバリーについて

リカバリーの概念そのものに関する語りもあった。前章で検討した「回復ではなく再構築」「目的ではなく過程」「観念ではなく生活」「一般ではなく個別」という視点に立って内容を検討する。Bさんは、

リカバリーとは、一年前の私といまの私の違い。今までできていたことができなくなってしまったが、落ちた道に戻ろうとしても戻れない。けど、気づいたら横道が沢山ある。行き止まりだったらまた戻れば良い。落ちることはない。落ちた道を同じ道を行っても滑り台のように落ちてしまう。横道を見つければ落ちるのではなく、自分で戻ることを選ぶことができる。

と、目的地へ向かう一方的で直線的なプロセスではなく、戻ることや横道へそれること、それまで気づかなかった新しい道を発見しながら進むプロセスとして、リカバリーについて語った。これは、「回復ではなく再構築」そして「目的ではなく過程」としてのリカバリーについての言及であるといえよう。またCさんは、

デイケアで見かけなかった人は、早く良くなって、どこかで活躍されているのではないかと思う。精神科だから、早く良くなる人もいて、どこかで活躍されているんだなあと思うと……。社会に完全に復帰できなくてもパートでも、世の中に、生活を広げる、障地も広げる、通勤電車とか距離が、活動が広がる。人と溶け込める。

と、観念ではなく生活の広がりとしてのリカバリーに言及していた。また B さんは、

リカバリーは「生き方」であり、生き様だと思う。

自分の意思をもって、自分から探し、見つけたものは、道がつづいていく。

プロセスが個別のものであり一般的な正解がないリカバリーの特徴を指摘していた。さらに、

病気や制限があってもできないことが増えても、折り合いをつけて楽しく生きたい。リカバリーや WRAP を知って、「挑戦したい」「行動したい」「前に進みたい」と思うようになった。支援者から提案されたことをそのままでも行き止まりになり、リカバリーは止まってしまう。

とも語った。リカバリーを知ることによって生き方や生に対する態度が変化したという言葉は特筆に値するだろう。リカバリーとは、単なる概念や理論というよりは、人の人生観や生き方に大きな影響を与えるという点では信仰にも似た、思想であり哲学であるとも言えるのではないだろうか。

第 4 項 支援者について

他者や社会とのかかわりについての言及の中で、家族や友人、就労の話題が多く、それらの人々との関係のあり方がリカバリーの過程に大きな影響を与えることが示唆されたが、一方で、支援者の態度についても言及があった。B さんは、

行動をとる前から、支援者に「できないよね」という感覚をもたれると、いけないことが多くなる。殻が割れないし、次に進めなくなる。できないことが多くなってしまう。怪我したら戻ってくれば良いじゃないかという道を確保しつつも、先に進ませてくれる許容範囲がほしい。悪くならないように、バリアを作りすぎると、その人はそれから先に勧めないし、同じ輪のなかをグルグル回っているのはすごく辛いことだと思う。

過度に保護的であること、パターナリスティックであることが、挑戦することの妨げに

なっていることを語った。また、

やりたいことを、もし本人ができないとしたら、本人が納得できる方法で伝える必要がある。納得できないと次に進めないし、他のことを考えられないし、想いばかりが強くなっていく。支援者がどれだけ話しをしてくれるか、本人を「説得」ではなく、いかに「納得」する文脈を作っていくのかが大切だと思う。

リカバリーを促進する支援のあり方として、説得ではない対話を通して本人が納得できる文脈を作る支援の重要性が語られた。一方で A さんは、

入院して実際苦しいところと一緒に見ているから、辛いところも知っているから、なんでも話せる。友人だと知られたくないところもあるけど、看護婦さんだとそれがない。苦しいところ、ひどいときを知ってくれているのは大きいと思う。なにも隠す必要がなくて、安心して自分を見せられるかんじ。姉や父とも違う感じ。

と語り、専門職ならではの関係性のメリットに言及し、リカバリーを促進する支援者のあり方についての一つの可能性が示唆されたと考えられる。

インタビューの結果から、リカバリーの過程においては、人や社会とのつながりの重要性が明らかになり、そして、言及されたつながりの多くは専門職とのつながりではなく実際の地域社会における人とのつながりであった。これは、リカバリーは地域社会の中で自然に起こり得る過程であることを考えれば妥当な結果であるといえよう。しかし一方で、専門職の態度にもいくつかの言及があり、リカバリーの過程において専門職の果たす役割が小さくないことも明らかになった。リカバリーは自然に起こり得ること、そして一方で、支援が入ることによってそのプロセスが促進されることが示唆された。

また、3人の発言からリカバリー志向の支援者と出会うことの重要性が示唆される一方で、現実的にはそのような支援者との出会いが多くはない現状が明らかにされた。リカバリー概念が広く普及していない日本の現状を鑑みれば当然の結果とも言えるが、今後の日本の精神保健サービスの質の向上のために、リカバリー志向の支援者の育成が重要であることが示唆される。

第 5 節 まとめ

当事者へのインタビューの結果から、当事者から見たリカバリーについて考察した。リカバリーは、目的地へ向かう一方的で直線的なプロセスではなく、戻ることや横道へそれること、それまで気づかなかった新しい道を発見しながら進むプロセスである。また、観念ではなく具体的な生活の広がりであり、それは、きわめて個別のものであり一般的な正解がないことが語られていた。さらに、リカバリーを知ることによって生き方や生に対する態度が変化したこと、人の人生観や生き方に大きな影響を与えるものであることが明らかにされた。

また、リカバリーのプロセスにとって、他者や社会とのかかわりが重要であることが明らかになった。家族や友人、就労の話題が多く、それらの人々との関係のあり方がリカバリーの過程に大きな影響を与えることが示唆されたが、一方で、支援者の態度についても言及があった。過度に保護的であること、パターンリスティックであることが、挑戦することの妨げになること、説得ではない対話を通して本人が納得できる文脈を作る支援の重要性が語られた。また、リカバリー志向の支援者と出会うことの重要性が示唆される一方で、現実的にはそのような支援者との出会いは多くはない現状が明らかにされた。

我が国の精神保健施策は精神病者監護法からはじまり、精神障害をもつ人を社会防衛の対象とし、精神病院に収容してきたことについては、第 2 章でもふれた。このような非人道的な扱いは、数え切れないほどの傷害事件を病院施設内で起こさせた[4, 95]。精神障害をもつ人への非人道的な扱いは我が国に限ったものではなく、欧米諸国でもなされてきた[59, 60]。しかし、1960 年代を中心に欧米諸国は脱施設化に向け、精神保健施策を大きく転換したのに対し、我が国は収容施策を一層強化させたのであった[5, 96]。欧米諸国では、公民権運動、フェミニズム運動などの反差別運動やレジスタンス運動の潮流から、エンパワーメ

ント、ノーマライゼーションなどの概念が誕生した[85]。

これらの概念が我が国にも伝えられ、精神保健の領域でも適応されるようになる。エンパワーメントは1970年代後半から、ソーシャルワークに導入され、ノーマライゼーションについては、1981年の国際障害者年がきっかけとなって、我が国でも使われるようになる[85, 86]。このような概念が普及し、精神保健のサービス実践にも適応されるという準備のもとに、ストレングスモデルやリカバリーという概念が台頭してきたように思われる。

米国を中心に、リカバリーは精神障害をもつ人の手記や語りから浮上したものであったが、我が国においては、濱田[37]、加藤[36]が論文で紹介したことを引き継ぎ、多くの研究者やサービス提供者がリカバリーの整理や意義を提唱している[40-42, 80]。精神保健関係者の間では、日本精神障害者リハビリテーション学会の第16回東京大会での一般演題や自主シンポジウムの題目からも、リカバリーという言葉を知っている者が大半を占めるまでになったように思われる。一方で、リカバリーについて多様な強調点が混在しており、統一した理解が形成されていない。サービス提供者からの実践報告において、「私はリカバリーを支援しています」「彼／彼女はリカバリーしました」などの発表が見受けられる。リカバリーは誰にとってのもので、何からのリカバリーなのだろうかと考えさせられる。

リカバリーは、精神障害を含む、重大な困難をかかえた人自身が納得する生き方を実現していくプロセスである。それは客観的に定義可能なものではなく、主観的・具体的・個別的・実態的なプロセスである。精神障害を持つ人に限らず、万人に共通した人生論としての側面も包含される。精神障害をもつ人におけるリカバリーには、歴史的なスティグマからの回復といういわゆる公民権運動的な側面と、精神疾患という「病い」をもちながら、納得する生き方をどのように実現していくのが重要だと思われる。

リカバリーは精神障害の理解と治療の考え方に変化をもたらし、1990年代以降の精神保健システムの指針となるといわれている。伝統的な支援者の態度や支援手法は、医学モデルに基づいたパターナリズムによる支配的・管理的・指導的なものが多いように思われる。

しかし、精神障害をもつ人の手記から浮上したリカバリーを理解したとき、我々精神保健のサービス提供者は、自分自身のリカバリー、あるいは目の前にいる人のリカバリーについて考え、そのプロセスと向き合いたいと考えたとき、まずは「支援者」であるより、ひとりの人として、目の前の人と「出逢う」ことが重要だと思われる。ある方法で分類された人々は、自分たちが分類された通りに変化していく傾向にある[97]という考え方があるように、誰が誰を、どのように理解し、何かを行うかによって物事が決まっていくという事実を顧みることが必要だと思われる。つまり、ある治療法・分析法・プログラムなどを持ち出す前に、A という人（サービス利用者）と B という人（サービス提供者）がたまたま出会って、関わりあうという「関係性」が根底にあり、前提になると考える。

このような立場にたてば、リカバリーと向き合うときに、私たちは丸裸の人として、目の前の人とそれぞれの関係性をもって相互に関わりあっていくことが理解できる。このことは、伝統的な支援観からの意識変革を必要とするものである。

リカバリーを規定していくことよりも、我々の一人一人が自分自身の、あるいは他者のリカバリーと向き合い、それぞれが自分自身にとって腑に落ちるリカバリーの言葉をもち合わせていることのほうが格段に重要であるように思われてならない。

つまり、リカバリー志向の支援者とは、特定の知識や技術を持つことよりも、各人のリカバリーに一人の人間として向き合い、利用者とともに相互に成長しあえる関係を築き、支援者自らが人生の新しい意味に対して開かれていることが求められる。これはつまり、リカバリーを促進する支援者とは、自らがリカバリーの過程にある支援者であるということもできるだろう。

これまでに述べてきたように、リカバリーの定義は様々であり、その個別性自体がリカバリーの重要な要素の一つとなっており、客観的・操作的にリカバリー概念を定義することは困難であるのみならず、意味がないようにさえ思われる。しかしながら、本論文においてリカバリーを考えるにあたり、一定の定義、あるいは、本論文で用いるリカバリー

という用語の説明を提示しておくことは共通理解を持つ上で必要であるとも考える。そこで、本研究におけるリカバリーの概念定義については、筆者にとっての現在のリカバリーの概念定義とし、

「リカバリーとは、疾患による制限があったとしても、満足と希望に満ち、未来に向かって生きる具体的な生き方である。個人的で主観的で独特であり、絶え間なく新しい意味と価値が生まれる変化の物語もしくは旅の過程である」とする。また、リカバリーの過程を重視する援助哲学や人間観・世界観、これらを含めた概念の総体を本論文でリカバリーと呼ぶ。

本論文では、このような意味でのリカバリーを促進する支援者を養成する人材育成のあり方について議論する。リカバリーを促進する支援者とはつまり、対象者をリカバリーという特定の状態に導く存在ではなく、知識や技術を一方的に伝授する存在でもない。各人のそれぞれの生活の中から自然に生まれてくるより良い人生への希望を分かち合い、それぞれのリカバリーの歩みに寄り添い、新しい人生の意味の発見を喜び合える他者としての支援者のことである。

本章で紹介したインタビューからも、リカバリーは自然に起こり得ること、そして一方で、支援が入ることによってそのプロセスが促進されることが示唆された。リカバリーを促進する支援とは何なのか、そして、リカバリーを促進する支援のために求められる研修はどのようなものか、次章以降で検討したい。

第5章 リカバリー志向の実践プログラム からみたりカバリー志向人材

はじめに

「リカバリー」は 2003 年のアメリカ大統領委員会勧告 New Freedom Commission on Mental Health Achieving the Promise、(Transforming Mental health care in America 2003) 10 に記載されており、米国の精神衛生における重要な概念であり目標でもある。大統領委員会勧告では、「リカバリー」と「本人中心主義」の実現には様々なプログラムやプログラムが必要であることが明記され、要求されている[98]。

リカバリーの実現に役立つプログラムとはどのようなプログラムであるか。「ストレングスマodel—精神障害者のためのケースマネジメント」の中で Deegan は下記のようにまとめている。

表 5 リカバリー志向の実践

- 1 サービス供給システムのあらゆるレベルで希望が伝達される。
 - 2 サービス提供者と当事者との間の関係性は、共感、理解、およびユニークな人として互いを認め合うことに基づいているし、それはよい仕事ができる基礎である。
 - 3 リカバリーへの高度の期待があり、リカバリーはサービスの転機であると考えられている。
 - 4 当事者との仕事には目的があり、彼らの成長および彼らの夢、強い願望、目標に向けたリカバリーにおいて当事者を手助けするためにデザインされている。この過程から得られるもっとも重要な手法は、前向き、記述された目標を用いた計画的な接触、目標到達への歩みに関するものである。
-

-
- 5 セルフケア、セルフマネジメント、教育が強調される。当事者は、自分自身のセルフケアの達人になるよう支援される。薬物治療、セルフヘルプ、対処方法、症状管理についての教育を受ける。情報は公開、共有され、利用者として情報を入手する。
 - 6 地域統合は実践の中心的課題とする。これには、普通の地域に統合化された住居、真の就労体験、その人にとって意味ある仕事、地域の仲間とのつながり、精神保健プログラムやグループを強調しない社会的活動および余暇活動が含まれる。
 - 7 リスクを冒すことを支援する（失敗は成長の一部である）。
 - 8 サービスを受ける人々はどのレベルの決定にも参加し、自分自身のケアの監督である。目標計画立案過程の管理、サービスの量とタイプの管理、およびプログラム計画と政策形成の管理。
 - 9 ピアサポートと相互のセルフヘルプを励まし、評価する。
 - 10 スタッフは、利用者とともに、危機を予測し、危機前および危機時の計画を立てる。
-

Charles A. Rapp (2008) p58 より引用[88]

リカバリーとは、「病気」からの回復ではなく、人々の偏見、精神医療の弊害によりもたらされる障害、自己決定を奪われていること、壊された夢などからの回復である。リカバリーはプロセス、生活の仕方、ものの見方、その日のチャレンジへの対応の仕方であり、リカバリー志向の支援とは、これらを促進する支援、これらの実現可能性を高める支援である。

リカバリーは完全に直線的なプロセスではない。時にそのコースは一定せず、我々はつまづき、後戻りし、まとめなおし、そして再び始まる。障害の限界を超えた新たな、そして価値のある全体感を再び築き、目的を見直すことが必要である。そのインスピレーションとは、その人が大切な貢献をしている地域の中で生活し、働き、そして愛することである[29]。

つまり、リカバリー志向の支援とは、「その人がその人らしく、自分でも納得のいく人生を送れるようになる」ことを支援することである。リカバリーがどのような状態を意味するかは、もちろん本人にしかわからない。外側からみれば、その人の暮らす文化のなかで、ふつうの住まいで、自分に合った仕事を持ち、友と語り、パートナーや家族とともに暮らし、大いに楽しみ、生きがいのある人生を送れるようになる、というようなことであろう。医療や福祉は「支援」としてそのためにあるのであり、病が治ることのみが目標ではなく、「病や困難を抱えながらも自分の望む生活ができるようになる、あるいはそのための努力ができる」ということ、そのプロセスが大切ということになる。マーク・レーガンはリカバリーには「希望」「エンパワーメント」「自己責任」「新たな役割・関係性の獲得」のプロセスがあると述べ、このリカバリーのどのプロセスにおいても「働く」ことは重要な意味を持つと指摘している[99]。言うまでもなく、これらのプロセスは、保護的な入院環境では実現の難しいプロセスである。

リカバリーという抽象的な概念は、実践の中で、生活の中で、態度や行動として表現されてこそ初めて意味を持つ概念である。ACTやIPSといったパッケージ化され、科学的根拠に効果を裏付けられた地域支援プログラムは、当事者のリカバリーを促進する上で、また支援者の支援の質を向上させる上で、ひいては社会のスティグマの払拭のために極めて重要である。

ここでは、リカバリー志向のプログラムとして、Assertive Community Treatment 包括型地域生活支援（以下、ACT）と Individual Placement and Support 個別就労支援プログラム（以下、IPS）を取り上げる[100]。これらのプログラムは、カーター大統領政権下の1978年に精神障害者の地域支援を民間支えるプログラムとして公的助成が始まり、現在全米はもとより世界に広がっているプログラムである[98]。

ACTとは、従来であれば入院が必要とされていたような重い精神障害を持つ人々が、地域で自分らしく生活できるよう、多職種チームが訪問活動を中心として支援を提供する最

も集中的・包括的なケアマネジメントモデルの1つであり、我が国において先駆的な取り組みとして、注目を浴びている。支援のゴールは本人のリカバリーである。

IPSとは、1990年代前半にアメリカで開発された個別就労支援モデルである。数多くの無作為化比較試験の研究で、対照群に比べて有意に就労率を高めることや、就労期間を延長させることが実証されている代表的な科学的根拠に基づく実践プログラム（EBP）の1つである。

現在、雇用促進に関する施策は著しい展開を遂げている。労働政策審議会の提言を受けて、障害者の雇用促進法の改正が行われ、精神障害者も雇用率制度の対象になり、障害者自立支援法においても障害を持つ人たちの地域生活に、雇用・就労は不可欠のサービスとして位置づけられている。また、アウトリーチ活動は全国でモデル事業が実施され、ACTのチーム数も年々増えている[101]。

従来、我が国の精神科リハビリテーションは医学モデルを反映した段階論的なもので、一般就労などはその症状が安定するまで避けるべきストレスと考えられており、そのためノーマライズされた環境から隔離した福祉的作業所やデイケアなどで、症状の安定や職業準備性の向上を目指していた。結果的にそれが、彼らをノーマライゼーションというよりは「良い患者」になるよう手助けすることともなり、社会的入院ならぬ社会的通所者を作り出していた側面がある。従来の段階論的リハビリテーションからの脱却の必要性が問われているのである。

リカバリーの概念は欧米から20年遅れてやっと我が国に紹介されつつある。このリカバリーの概念は、精神障害を持つ人々の支援において、つまり、セルフヘルプなどの当事者活動においても、精神科医療機関においても、地域福祉施設においても、重要な概念であり、今後中心となる概念である。現在、リカバリーを中心とした支援技術である、ACT・IPSの我が国への導入に伴い、その導入は緒についたばかりといえよう。

ACTとIPSは、いずれも精神医療の脱施設化を進めた国々で実践されている地域ケアの

重要なプログラムであり、日本においてもこれらのプログラムが普及しつつあるが、これらのプログラムの実践において、リカバリーの理念は必要不可欠なものである。本研究において提示する研修プログラムは、これらのプログラムの実践に関わる者にとって必要不可欠であることはもちろん、今後の精神保健サービスに関係する者全てに重要な学びをもたらす概念であると思われる。

リカバリーの文化を我が国に速やかに導入するための方法には様々な方法が考え得るが、筆者は、リカバリー志向の支援者の育成方法の開発が最も直接的で重要な課題であると考えた。そこで本章で ACT と IPS の概要を説明した上で、次章では筆者自身の ACT・IPS での臨床活動の経験を元に、これらのプログラムとリカバリーの関係、また、リカバリー志向のプログラムで求められることについて論じたい。

第 1 節 ACT について

ACT は、従来であれば入院が必要とされていたような重い精神障害を持つ人々が、地域で自分らしく生活できるよう、多職種チームが訪問活動を中心として支援を提供する最も集中的・包括的なケアマネジメントモデルの 1 つである。ACT は、

1. 服薬管理等の医療サービスも含み、
2. 頻回のアウトリーチサービスを主体としながら、
3. 精神科医・看護師・精神保健福祉士・作業療法士などの多職種がチームを形成し、
4. 小さいケースロード（スタッフ：利用者＝1：10）で多彩なサービスを提供し、
5. 24 時間週 7 日対応を原則とし危機介入も行う

などの特徴を持つ医療・保健・福祉の包括的な地域生活支援プログラムである[102]。また、これは 1 つの固定化したサービスパッケージを指すのではなく、サービスの内容は利用者のニーズに応じて、柔軟に決められるのも特徴である。また、1970 年代から多数の無作為割付比較試験やそのメタ・アナリシスが行われ、有効性が欧米諸国を中心に実証されている[103]。現在、有力な科学的根拠に基づく実践（Evidence-Based Practice）の 1 つとして世界的にそのプログラムの普及が行われている[104]。

第 1 項 ACT の創設と展開

ACT のプログラムは 1970 年代初頭に始まった。これは脱施設化の時代であり、州立精神科病院の閉鎖に伴い多くの精神疾患を抱える人々が、ケアのシステムが整っていない地域での生活を始めた時期に当たる。当時の精神科地域ケアは、それぞれのサービスが統合されておらず、サービス間の連携が困難な状況にあった。そのような時代背景の中で、米国ウィスコンシン州のメンドータ州立病院（1974 年にメンドータ精神保健研究所に改名）のレオナルド・I・スタイン（Stein LI）やマリー・アン・テスト（Test MA）が地域ケア

プログラムを開発する。これは当時、TCLプログラム（Training in Community Living：地域生活訓練）やマジソンモデルとも呼ばれていたACTプログラムの原型であり、当時においては急進的な改革が、後の地域精神保健の歴史に最も大きな影響を与えるサービス提供手法の一つへと発展していく[105]。

ここでは、1980年にArchives of General Psychiatry誌に掲載され、後のACTプログラム評価に大きな影響を与えた3部作の論文、「従来の精神科病院治療に代わるもの（Alternative to mental hospital treatment）」がある。まず第1部では、プログラムの概念や内容、効果について議論される[106]。概念モデルが記述された上で、そのモデルに基づいて実施されたプログラムと従来治療（短期間の入院とそのアフターケアが中心）を比較した結果、新プログラム群で入院のニーズが低下し、地域滞在率が対照群に比して大きいことや、さらに、新プログラムの提供が中断された場合にこのような効果が継続せず、入院の利用が急激に増加したことも確認された。著者らは、新プログラムが普及され継続されることが求められると結論づけている。次に第2部で、「費用－便益分析」について議論される[107]。金銭的に表現できる費用と便益に関する情報を、可能な限り広く収集して分析され、結果として、新プログラムでは1クライアント当たり年間約1,200ドルの便益の増加と、約400ドルのコストの増加が認められた。最後の第3部では、「社会的コスト」が扱われる[108]。当時、重度の精神疾患をもつ人たちが病院ではなく地域で生活を送ることに関して、家族や地域住民の負担が増えるのではないかという懸念が報告されていた。そのような声に応える形で、新プログラムと従来のケアの社会的コストを比較した研究である。警察による逮捕歴や医療的なケアが必要な自殺企図、救急利用の回数などの客観的指標6種類と主観的な指標1種類を用いて評価され、すべての指標において新プログラムで家族や地域の負担が大きいのという結果は見られなかった。利用者本人や家族、地域のメンバーに提供された支援量の大きさがこのような結果をもたらしたと著者らは結論づけている。

このように、ACT とは、脱施設化の時代のプログラムの黎明期において、州立精神科病院の閉鎖に伴い多くの精神疾患を抱える人々が、ケアのシステムが整っていない地域での生活を始めた時期に、そこで生まれたニーズに応える形で生み出されたサービスの仕組みである。このプログラムは実践面、研究面、政策面においても多くのフォロワーを生み出し、精神保健の取り組みに大きな影響を与えるプログラムへと発展していった。

ACT の効果に関して、「入院期間の短縮」「地域生活の安定」「患者の満足度」などの効果が、北米や欧州を中心に、多くの無作為割付比較試験やそのメタ・アナリシスで明らかにされており、我が国でも 2003 年度より千葉県市川市国府台地区で、ACT の日本への導入プロジェクトである ACT-J プロジェクトが開始された[109, 110]。近年、北海道から九州にいたる全国 20 箇所以上で実践が始まり、徐々に日本における ACT 実践が、それぞれの地域・システムの中で模索されつつある。

第 2 項 ACT とリカバリー

ACT では、本人や本人を取り巻く環境の持つストレングス（長所・強み）を伸ばし、働くこと、住むことなど「あたりまえの生活」を送れるようになること。そして人としての尊厳を回復し、自らも楽しみ、社会にも貢献できる暮らしが送れるようになることを目標としている。

以下 ACT プログラムの体系的な実施ガイドラインである PACT (The Program of Assertive Community Treatment) [111]マニュアルのワークブックの抄訳を記す。

重症かつ持続的精神障害からのリカバリーというアイデアは、かつて精神保健領域が重症で持続的な精神障害を持つ人々に対して低い期待しか持てなかった初期の時代に、専門的に成熟期に達したチームメンバーにとって、新しいものであるだろう。リカバリーは、精神障害を経験する人々に対するより希望的な展望を包含する。

リカバリーの枠組みにおける期待は、重症の精神障害を経験する人々が、精神障害が彼らの存在のための駆動要因でない人生を送ることができるということである。リカバリーは、人々が単に精神障害に対処することを期待するだけではない。それはま

た精神障害を持つ人々を地域に維持することも意味する。

リカバリーの枠組みにおいて精神保健専門家は、希望、支援、教育の源であること、精神障害および付随する社会的影響を通しての彼らの旅におけるパートナーであることを要求される。SAMHSA (Substance Abuse & Mental Health Services Administration) が発行する ACT 実践ツールキットによれば、精神障害を持つ人々は以下のようなことを求めている[94]:

- 彼らが症状をコントロールすることに対して責任を持てるための支援と教育
- 個人的目標を設定し、それに向けて活動していくよう働きかける
- 事実を収集、方針計画、支援の収集、それらの努力を目標とすることへ対する支援

オリジナルの PACT のメンバーである Debbie Allness 氏によるコンサルテーションのあいだ、私はこれらの不安を彼女と共有した。私は彼女が“もしあなたが不可能だと思うなら、きっとあなたはこの仕事をしないほうがいい”と言ったのを思い出す。彼女のコメントは私の転機であった。チームリーダーあるいはプログラムディレクターとして他者のために可能性の夢を持つことができないのならば、ACT チームを指揮すべきではないと悟った。もしあなたが重症かつ持続的な精神障害を経験する人々が快方に向かうことを思い描けず、彼らには継続的なスーパーヴィジョンが必要であると考えるほど、狭い考えを持っているのならば、なぜ ACT を行うのか？

あなたの役割は、サービスを受ける人々がより希望の持てる未来が見えるよう支援するだけでなく、さらにあなたの周りにいる人々の姿勢を変えることを支援することである。退役軍人局に対する 50 以上の ACT プログラムの設立を支援した Mike Neale 氏は、姿勢を変えることにおける ACT チームメンバーの役割について以下のように述べている。

(ACT) は常に Advocacy (擁護) に関する全てである。それは、あなたが地域基盤のサービスを開始する際に立ち入る形態である。どこで、いつ、どのようにとということに関してあなたは知らないだろうが、あなたはそれを実行することを知っている。そしてそうする必要がある。あなたは全ての人々を教育しなければならない。あなた自身、あなたのクライアント、家族、地域社会にいる他の人々、他のプロバイダー、あなたのチームに所属するプロバイダー、あなたのシステムのプロバイダー、地域社会のメンバー。それはあなたが何を行うか、重症の精神障害を持つと診断された人々に対する可能性は何か、そしてメンタルヘルストリートメントがどのように機能するか、に関する教育の全領域である。基本的に、あなたはすべてのレベルで認識と行動を変えようとしている。

このように、ACT においてはその援助哲学の基盤としてリカバリーが強調されている。また、Ralph はリカバリーを「コンシューマーが日常のチャレンジに取り組むこと、障害を乗り越えること、技術を学習すること、自立して生活すること、そして社会に貢献することを学ぶ過程」として説明しているが[25]、これはまさに、ACT チームの最終的なゴールと一致し、ACT では、リカバリーの過程にいる利用者を援助すること、そして、当事者、援助者、一般のあらゆる人々が、重症の精神障害を持つと診断された人々の可能性を信じていることができるようにすることが目指される。

ACT は、本章の「はじめに」の表 5 に示されたすべての要素を含んだサービスであるといえよう。つまり、サービス供給システムのあらゆるレベルで希望が伝達され、サービス提供者と当事者との間の関係性は、共感、理解、およびユニークな人として互いを認め合うことに基づき、リカバリーへの高度の期待がある。さらに、利用者の成長および彼らの夢、強い願望、目標に向けたリカバリーにおいて当事者を手助けするためにデザインされており、地域統合は実践の中心的課題である。またさらに、失敗は成長の一部とみなしリスクを冒すことを支援し、サービスを受ける人々は、サービスの量とタイプの管理、およびプログラム計画と政策形成の管理に参加する。

第 2 節 IPS について

第 1 項 IPS の特徴と思想

IPS (Individual Placement and Support : 以下 IPS) は、米国で開発された就労支援モデルであり、日本語では「個別職業紹介とサポートによる援助付き雇用」などと訳されている[112]。わが国の精神障害をもつ人々に対する職業リハビリテーションの領域でこれまで一般的に行われていた、「訓練」モデルや「福祉的就労」モデルとは異なるものである。

IPS はどんなに重い障害をもっている、本人の希望があれば一般就労は可能であるという強い信念に基づいており、以下の基本原則に沿った就労支援モデルである[112-114]。

1. 症状が重いことを理由に就労支援の対象外としない
2. 就労支援の専門家と医療保健の専門家でチームを作る
3. 短期間・短時間でも一般就労を目指す
4. 求職活動は本人の興味や選択に基づく
5. 施設内でのトレーニングやアセスメントは最小限とし、迅速に職場開拓を実施する
6. 就労後のサポートは継続的に行う
7. 生保や年金などの経済的側面の支援を提供する

また、IPS の援助理念は、下記のようにまとめることができる。

1. どんなに重い障害を抱えていても、本人に就労の意思があれば実現可能である。
2. チャレンジから学ぶ権利を尊重する
3. 長続きしなかった就労経験もポジティブにとらえる
4. 就労支援専門家の役割は、利用者の取り組みを支援することであって、利用者が働くべきであるか否か、あるいは働くことができるか否か、と決めることではない
5. 援助者が可能性や希望を放棄してはそれ以上の展開はない。うまくいかないとしたら、やり方の問題が問われる

また、IPS は、第 3 章 2 節 4 項で触れた「ストレングスモデル」にもとづき、本人と本人を取り巻く環境の持っている長所・強みなどに着目する。本人の能力や長所をのばし、自分には長所があり、自分の目標を達成するために環境の持つ利点や長所も活用できると

いう希望や自尊心を伸ばすこと、成功や満足、自立、質の高い生活を実現することを目指していくことが目指される。そして、「障害があってもなにができるのか、どのようなことが得意なのか、その人の魅力は何なのか、どのような対処法を持っているのか、どんな環境（職場）であれば働けるのか、どのような支援があれば働けるのか」ということをアセスメントしつつ、本人や本人を取り巻く環境のストレングスを延ばしていくアプローチをしていく。「本人が『働きたい』という希望さえあれば、働くことができる」という信念を持っていると、利用者のできているところや、どのような環境があれば力量を発揮できるかということが見えやすくなるのである。

また、IPS の大きな特徴に、「Place-then-train モデル」が挙げられる。過去に考えられていた「症状がよくなってから就労を」「職業前訓練を実施して、職業準備性が整ってきてから就労を」といった、保護的環境でトレーニングをして準備性を身につけてから就職する train-then-place（訓練後に就職）モデルではなく、迅速に本人の好みや長所（ストレングス）を活かした職場に就職して、そこで必要となるスキルをトレーニングしたり、サポートを継続的に提供したりする place-then-train（就労してから訓練）モデルが重視される。エビデンスによれば、「施設内での職業前のアセスメントやトレーニングは、本人の仕事へ取り組む意欲を減退させ、適職を見つけ出すことの弊害となることがあるとして、最小限にし、短期間・短時間のパートでも、一般雇用に就き、様々な仕事に従事することでこそ、仕事内容、自らの適性、関心、そしてニーズを知り得ることとなり、効果的である」という結果がでている。

これは、従来の職業リハビリテーションの主流となっていた段階論的アプローチの問題、すなわち、「人は練習の場では意欲がわかないことが多い、訓練メニューがニーズに合わないことも多い、スキルを般化しにくい、人の潜在能力は固定したものではなく場面状況などによって変化するものである、特定の仕事に必要なスキルを予測することは困難である、訓練期間中にモチベーションが下がることもある。」等から脱却するパラダイムの転

換も示唆しているアプローチでもある。

よって、保護的・模擬的環境でばかりでサービスを提供するのではなく、可能な限り「ノーマライズ」された環境、すなわち本人の望む職場や地域の中で提供したほうが効果的であるという視点から、サービス提供場所の工夫が必要である。

すなわち、IPSの思想的基盤には「ハイリスク／ハイサポート」という考え方があり、従来の就労支援では難しい、もしくは就労が無理と考えられていたような状況からでも就労支援を開始し、高密度なサービスを提供することで就労機会を獲得・維持すること実現しようとするものである。そして、利用者の可能性を支援者が自ら信じ、彼らに希望を与えると同時に、周囲の人たちの姿勢を変えるような実践を行う[115]。ここで、本人・家族・専門家の「内なる偏見」（できるはずのこともできないと思ってしまう）のために、ますますできなくなってしまうことを防ぐため、人の潜在能力は固定したものではなく、場面状況などによって変化するものであることを念頭に置くことが求められる。また、アセスメントを、短期間であっても実際の職場環境で行うことが重要であり、面接室では見えない様々なストレングスや課題、その他様々な様子が見えてくる[116]。そして、断続的であっても実際に働くことを繰り返すことによって、必要な習慣・技術を身につけていくことができる（働きながらの訓練）。したがって、退職によって本人のモチベーションが下がらないような援助者側の関わりが求められる。（表6参照）

表 6 IPS モデルと従来型モデルの比較

	IPS モデル	従来型モデル
訓練と就労	Place-then-train (就労してから訓練)	Train-then-place (訓練後に就労)
依拠するモデル	リカバリーモデル	医学モデル
一般就労の捉え方	リカバリーの重要な要素	ストレス源となる
成果への期待	楽観主義的	悲観主義的

	(きつとうまくいく・・・)	(おそらくだめだろう・・・)
対象者の除外基準	除外規準はない(希望すれば全て対象となる)	基本的な生活習慣などの職業準備性が必要
アセスメント	職場で必要とされるスキルのアセスメント	広範な職業前アセスメント
アセスメントの視点	「できること」に着目	「できないこと」に着目
職場開拓	利用者の好みにあわせたオーダーメイド	協力事業主などの都合を優先

なお、この IPS プログラムも ACT と同様に、欧米諸国を中心に一部のアジア諸国で無作為比較研究とそのメタ・アナリシスが行われ、一般就労率や就労継続率の向上などの有効性が実証されており、近年注目されている科学的根拠に基づく実践 (EBP : Evidence Based Practice、以下 EBP) のひとつである[117-130]。1990 年代後半以降、約 20 件の無作為割付試験が報告されており、これらの研究の主なアウトカム指標としては、就労率、継続率のほか、週辺りの労働時間、合計就労期間や総収入金額が用いられ、これらの指標で IPS の効果が証明されている。

また、精神領域の就労支援に関する実証的研究で明らかになっていることとして、疾病の診断名、精神症状の重症度、入院期間、などと就労達成率との間に相関はないこと、就労率と相関があるのは、本人の働きたいというモチベーションの度合いであること[131]、病前に職業歴があったほうが職業的成果が良いこと[132]、職業前訓練を実施したからといって、就労達成率には影響しないこと[125]、などが指摘されている。

つまり、障害が重いからといって就労できないという根拠はなく、本人が「働きたい」という希望があれば、職業前訓練を行うよりも一般就労に向けて支援したほうが良いことが示唆されている。

第2項 IPS とリハビリ

以上のように、IPSはその基盤とする思想として、本人の希望や長所、可能性に注目するストレングスモデルを採用し、保護的な環境での訓練よりも実際の現場での経験を優先し、チャンレンジを個別に支援するプログラムである。

先行研究のアウトカム指標が就労率や収入金額であることから分かるように、IPSにとって、疾患からの回復や症状の軽減、機能の回復などを副次的な目的である。過去への回復よりも未来を大切に考える考え方、就労が目的ではなく就労を通して力や誇りを取り戻そうという考え方、実際の就労の現場を大切にして具体的な生活の場面で新しい展開を目指す姿勢、これらを各自の固有の歴史を尊重しながら支援する点、これらは全てリハビリの重要な要素である。

英国 NHS (National Health Service) の情報提供ウェブサイト[133]によれば、

最も重要なことは本人が再び働きたいと思うかどうかである。IPSは本人の回復を待つて始めるものではなく、働くことをリハビリのプロセスの一部と考える。たとえ具合が悪くても、IPSで仕事を始めることが可能であるし、それが具合を良くする。

IPSはまさにリハビリを促進するプログラムであると言える。本章の「はじめに」の表5に示された要素に関していえば、IPSでは利用者の希望が優先され、サービス提供者と当事者との間の関係性は互いを認め合うことに基づき、リハビリへの高度の期待がある。さらに、就労に関して利用者の成長および彼らの夢、強い願望、目標に向けた支援が提供され、地域の中での就労支援が実践の中心的課題である。またさらに、失敗は成長の一部とみなしリスクを冒すことを支援し、サービスを受ける人々は、サービスの量や内容に関して主体的に自ら決定する。

第3節 カバリーを志向するプログラムの実践スタッフにもとめられること

これまで、ACTとIPSの援助理念について文献からの情報を中心に議論してきたが、本節では、著者が実際に2003年4月より2008年まで国立精神・神経センター（現在は国立精神・神経医療研究センター）でACTの就労支援専門家として、またIPSスタッフとして行った臨床活動、また、2008年4月より特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構のACT-IPSセンターで行なっているコンサルティング活動の実体験をもとに、ACTとIPSの実践に求められる態度、姿勢、技術、考え方について述べる。

リカバリー志向なプログラムの実践者に求められる資質・価値観としては、「本人の希望があれば、どんなに重い障害を持っていても、適切な環境とサポートがあれば、それを実現することができ、そしてその挑戦が治療的に働き、本人のリカバリーを促進する」と確信していることが必要である。

そして、有能な支援者は、成熟しており、活発で、情熱的で、ポジティブ思考で状況のプラスの面を見て目的を貫こうとする人。つまり、他の人が問題と捉えることをチャレンジとして受け取る楽観的価値観を持つ人と言えるだろう。

その他、リカバリー志向なプログラムを行うスタッフが有していることが望ましい資質・技術・知識を以下に列挙する

- ・ 対象者、家族、関係機関のスタッフ、企業などと効果的な関係性を作ることができる
- ・ フットワークが良く、地域社会で働くことを楽しむことができる
- ・ 職場開拓に関する総合的な知識と成功体験を持っている
- ・ 本人の興味、ストレングス、技能、本人固有のチャレンジ課題を認識し、そ

れらを仕事と合致させる能力

- ・ 継続支援のためのサポート体制と労働環境を認識し、手配する能力
- ・ 障害特性や薬物療法など職務遂行に与える要素に関する、疾患に関する知識
- ・ 生活保護や障害年金など社会保障に関する知識

次節以降、ACT と IPS の実践に求められる態度や考え方についてより詳細に筆者の見解を論述する。

第 1 項 先入観・自分の価値観を改めて問う

はじめに、自分自身の価値観や先入観を改めて問うことが求められる。障害のある人を、ある一定のカテゴリーで評価しないよう留意する。障害特性を学んだ専門家ほど、その人を「障害者」として先入観だけで理解してしまう落とし穴に陥るリスクが高い。障害特性に当てはめるのではなく、その人の全体をみるよう心がける必要がある。専門家が「障害者」「患者」として扱うと、その人自身も「障害者」「患者」らしく役割を演じたり、専門家の期待することに従順に従ったりしてしまう傾向があることにも留意する必要がある。また、第一印象でその人のことを推定することは、人間の正常な心理ではあるが、その印象は間違っていることも多い。パートナーシップにのっとった信頼関係を作りながら、共にプランを作っていくという姿勢を忘れてはならない。

第 2 項 関係作り：パートナーシップ

統合失調症を持つ人への支援は、関係作りが非常に大きな意味を持つ。関係作りは前座ではなく、これこそが多く時間やエネルギーを注ぐ山場といっても良いであろう。統合失調症を持つ人は、新しい対人関係に緊張や不安を覚える人が少なくない。また、自らの希望を言葉で表現するのが苦手であったり、あるいは本人自身も気づいていないニーズが背後に隠されていたりする場合もある。「この人なら相談できるな」と思えるような関係を

ゆっくり作っていき、どんな生活がしたいのか、何がニーズなのかを共同で明らかにしていく必要がある。性急なアセスメントは表面的なものに終わり、利用者の希望がわからずじまいになりがちである。また「やっぱり今のままでいいです」という人も多くいるが、それは働くことも含めた新たな生活のイメージがつかなくなったり、変化に挑戦すること自体が不安であったりすることが理由である場合も多い。

また、本人・家族・専門家の「内なる偏見」（できるはずのこともできないと思い込んでしまう）のために、可能性を見出せず、希望を見失い、その結果ますますできなくなってしまっている場合もある。障害特性のところでも述べたように、人の潜在能力は固定したものではなく、場面状況や自律性などによって変化するものである。誰もが新たなことにチャレンジする時、期待と不安が共存する。ましてや精神の病をもち、働いた経験が少なかったり、ブランクが長かったりする場合はなおさらである。しかし、あきらめていた夢をもう一度取り戻すことに、遅すぎるということはない。不安が完全に消えるまで待っていたのでは、チャンスをのがしてしまう。やってみたいときがベストなタイミングである。「働きたい」というモチベーションの開発や維持も、支援者の重要な役割である。

まずは支援者自身が希望をもち、可能性を信じるという信念を持つ必要がある。そしてそれを本人やその周囲の人々に伝達する。その際、支援者側が「利用者を変える」のではなく、「利用者が自分で変わろうとする」ことを支援するというスタンスが重要である。そして、利用者が「変わろう」と思えるようになるためには、‘希望’が必要であり、その希望はコミュニケーションの中に生まれてくる。支援者側に必要な技術は①利用者が「変わろう」と思えるようなやりとりができること、②「変わろう」と思ったときにそれが実現できるように、小さな具体的な行動の変化を支える技術をもっていることである。つまり、希望はあくまでも本人の中で生まれてくるものであり、周りから教え込んだり、可能性があるのだと説得したりするのではなく、本人の自発的な気づきが大切である。よって、支援者の役割も医学モデルを背景としたスタッフの専門性と意見に基づいてサービスを提供

するあり方から、パートナーシップと当事者の意見に基づいたリカバリーの環境を提供する役割へと、転換する必要があるといえよう。

第3項 アセスメント

アセスメントを行う際、障害や問題点などの「できていないこと」に目が向きやすい傾向がある。しかし、アセスメントは、支援者側が一方的に、可能かどうかの判断を行うためのものではなく、あくまでも本人の希望や可能性、そしてどんな支援が必要かを知るためのものである。つまり、本人にあった場を開拓し、環境を調整し、職場であればオンザジョブトレーニングがどの程度必要かの大まかな情報を得、本人と共に作るプランを作成するためである。そして本格的なアセスメントやトレーニングは継続的に行うというのが、エビデンスに基づく就労支援の考え方である。

いつまで保護的環境の中でアセスメントやトレーニングをし続ければよいのか、いつが「就労が可能な状態」であり、一般就労に踏み出す最善のタイミングかを、本人のアセスメントのみで就労が可能な状態か否か判断することは不可能に近い。「働く」ということは、本人の要素だけでなく、受け入れる企業側の要素のほうがはるかに影響する場合が多いからだ。また、「不安定性の障害」という精神障害の特性を考えても、支援者が「大丈夫」と思えるようになるまで保護的環境の中でアセスメントやトレーニングをし続けることは、あまり意味がない。本人が「働きたい、一般就労したい」という気持ちになった時がチャンスと考える。そして、実際の職場におけるアセスメントやトレーニングを重視する。

これらの視点を踏まえ、関係作りをすすめる中で、本人固有の興味、能力、努力目標に見合う仕事を見つけるために使用できる情報を収集する。従来の標準テストや保護的環境における評価だけでは、見えないことがあまりにも多い。

第4項 プランニング

支援者は本人の承認を得た上で、家族、医療保健の専門家、カルテなど、さまざまな情報源から情報を得て初期アセスメントを補足しつつ作成し、できるだけ早く一般就労に就けるよう本人と初期プランをたてる。支援者が提供できるサービスが何であるのか、つまり何はできて、何はできないのかも明確に提示し、その中から本人に利用したいサービスを選んでもらいつつ、共にプランニングしていく。

そして、本人の希望や力量、そして支援者の力量に合わせたプランを作っていく。本人と協同作業で、本人の言葉を使った長期的なプランと短期的なプランを作る。そしてそのゴールの達成のための、本人の役割・支援者の行動レベルの役割も明確にしておくが良い。

くれぐれも、専門家が一方的に本人をアセスメントしてプランを作ることのないよう、留意する必要がある。また、悪化のサインとその際の対処法に関するクライシスプランも作っておくことで、安定した生活を維持するための再発予防に役立つ。これらによって、大きすぎる失敗を避けることができ、うまくいかなかった経験をも、次へのチャレンジの工夫に役立つ要素として活用しやすくなる。また、プランは一回作ったらそれでよしとするのではなく、必ず振り返りの日程を決めておき、随時更新していくことが必須である。

第5項 IPSにおける職場開拓

職場開拓は、個別のニーズにあわせたオーダーメイドで実施した方が、結果的に効率がよい。様々な情報（ハローワーク・アルバイト雑誌・インターネット・新聞広告・知人の紹介・個人の縁故）などのなかから、本人にあった職場を選択していく。

障害をもっていることを企業に知らせるかどうかは支援者が一方的に勧めるのではなく、あくまでも本人の意思を尊重する。先入観をもって見られることや、拒否される恐れ、あるいは他の従業員と異なる扱いを受けることを懸念して、精神疾患をもっていることを知

らせたくないと思う者もいる。また、ハローワークの障害者求人を望んでいたたり、同行面接や、就職後のジョブコーチを希望していたり、企業との交渉を支援者が行うことを望む人もいる。支援者は障害をオープンにするかクローズにするか、そのメリット/デメリットを本人に情報提供し、その決断は、あくまでも本人に任せる。同じ人であってもその状況に応じて、オープンにしたり、次の職場ではクローズにしたりと変更することは少なくない。

オープンにする場合も、疾患名や症状、入院歴などすべてを企業に知らせる必要はない。仕事をする上で配慮して欲しいことがある事柄や、雇用者が知りたいと思っていることのみを淡々と説明する。企業は支援者が思っているほど、精神障害に偏見がない場合のほうが多い。本人が望む場合、事業所と連絡を取り合い、働く人はどのようなスキルやストレングスを持った人なのか、どのような対応が良いのか、各種制度の活用法などの情報提供しつつ、ニーズとゴール、および職場のセッティングに合致する職務を事業所に提案し、調整していく。

職場開拓に自信がなく、支援者が企業にアプローチする技術と勇気がない場合は、ハローワークの障害者窓口を活用すると良い。精神障害者も雇用率制度の対象となっているため、ハローワークを活用することのメリットは徐々に増加している。準備しておくものは、障害者手帳と主治医の意見書である。意見書はハローワークの窓口を用意されている。意見書をもらいに行きがてら、支援者自身がまずは単独でハローワークへ行ってみるのも良い。ハローワークの使い勝手を体験したり、障害者業務担当者との関係作りを行う機会にもなる。そして、本人と共に障害者窓口に行き、求職登録を行う。障害者窓口を利用したからといって、必ずしも企業にオープンにする必要はない。あくまでもオープンにするかクローズにするのかは本人の意志を尊重する。

第6項 継続支援

支援は、必要な限り、一人ひとりの希望やプランに応じて個別に提供する必要がある。本人からの希望がある場合、支援者家族や近隣住民、雇用者などのインフォーマルサポートの提供者と連絡を取り、連絡を手助けすることから、直接会って相談し、環境調整などを実施する。ここで重要なのは、一人ひとりの希望や、それを取り巻く環境は常に変化し続けることに注意し、就労が目的なのではなく、就労を通してリカバリーを促進することが目指されなければならないことである。リカバリーが終わりのない旅であることを考えれば、支援の継続性が重要であることは当然のことであろう。

第7項 ネットワーク

本来は、一人の支援者がアセスメントから継続支援まで一貫して担当することが望ましいが、病院や施設の都合や経験不足でそれが実施できないこともあるだろう。その際は、支援ネットワークを有機的に活用することをお勧めしたい。「とぎれない支援」を提供するためには、まず、自分自身が提供できるサービスと限界を明確にする必要がある。その上で、他の専門家や社会資源を知り、連携をとることが必要となる。また、そのネットワークが有機的な連携をとり、本人にとって真に役に立つ支援ネットワークとなるためには、各機関の状況に柔軟に対応できるマネジメント力を持つことが望ましい。

第8項 前提としての価値観

「仕事や人生には失敗はつきものであり、人は数々の失敗を経験して、学習し成長する動物である。」という前提を、支援者は知っておく必要がある。そして、それを本人やそれを取り巻く主治医や家族にもことあるごとに、伝え続けることがまずは必要である。人は失敗を恐れて、失敗しないことを気にしすぎていると、うまくいかないことが多い。「始め

からうまくいかななくてもいいよ。それが経験だよ。たとえ失敗したとしても援助するから思い切ってやっごらんよ。」とチャレンジを許容するメッセージを伝え続ける。「失敗してもいいのだ」と本人もそして支援者も開き直れるようになると、肩の力が抜けて予想以上にうまくいくことも多かったりもする。

第9項 失敗の活かし方

まずは失敗したことを否認しない。悲しんだり、残念がったりする感情を感じることを許容する。かといって、自己否定して悲観的になりすぎないようにする。今回の仕事がいまいかなかったとしても、すべてがダメなわけではない。人間性を否定されたわけでもない。これは本人のみならず、支援者にも共通して言えることである。

そして、その経験から次に活かせる点を共に必ず見つけ、そこにフォーカスをあてリフレーミングする。ここで重要なことは、希望を見失わないことである。支援者自身が信念として可能性を信じ、たとえ本人があきらめかけていても、希望や可能性を伝達し続ける。そのためには常日頃の関係性が重要となる。そして時には「笑いのパワー」も有効である。深刻になりすぎないでジョークを活用する。楽観主義は就労支援の大きな味方である。

第10項 チャレンジを許容するハイサポート

保護的な環境を維持することばかりにエネルギーを使っていると、人間は退化していく。そして夢や希望そして可能性をあきらめる癖が付いてきてしまう。また、保護的環境の弊害として、なにか問題が起きたときの対処能力（Coping Skill）も衰えてきてしまう。だからといって、支援を行わないままやみくもに失敗させることは、遠回りとなる場合もある。大きく転べばそれだけ痛い。その痛みが癒え次に進むためにはそれだけ時間が必要となってくる。大きすぎる失敗は、次へチャレンジする勇気を奪う。

支援者の役割は、失敗をも成長の糧に、そして治療的に活用するためのハイサポートを

提供することである。たとえハイリスクであっても、それをプラスに転じていくためのハイサポートを提供する力量が必要とされる。そして、その結果としてハイリターンが得られ、働くことがリカバリーの重要な要素となる。このハイサポートを提供するための支援技術や時間がないのに、いたずらにチャレンジを許容することは、結果的にプラスに転じる場合もあるが、一方で専門家としての責任を放棄しているとも言える。

第 11 項 ポジティブ思考～楽観主義は就労支援の成功の鍵～

オフィスにメンバーから「仕事を3日でやめてしまった」と落ち込んだ声で電話があった場合、「3日しか続かなかったんだ・・・。やっぱり仕事に就くのはまだ早すぎたのかもしれないね。何が足りなかったのか一緒に考えよう。」と問題探しをした結果、仕事に就く準備性が整っていないようだからしばらく施設内トレーニングをしよう。なのか、「前は1日でやめてしまっていたのに、3日も働けたんだね。よくがんばったね。この3日でいろんな経験をしたんじゃない？この経験は次の職場選びにすごく役立つから、次に活かせる点や何をやりたいかを一緒に考えようよ。」と、できたことにフォーカスをあて、本人のがんばりをねぎらいながら次に活かせる点や何を次にやりたいかを共有するのか。同じ事柄でも、支援者の捉え方によって差が出てくる。悲観的に捉えるのか、楽観的に捉えるのか、就労支援は楽観主義が成功の鍵となる。「おそらくだめだろう・・・」と「きつとうまくいく・・・」の差は大きい。ではどのようにしたら、この楽観主義にたどり着けるのであろうか。これには、「働くことのメリットを知る」ことが効果的である。チャレンジから学ぶ権利を尊重し、たとえうまくいかない経験であっても、それを糧に次にはそれを上回る予想以上の効果があることを知ることで、本人のみならず、支援者も変化していくものである。

第 4 節 まとめ

上述のような学びを得た筆者自身の経験を振り返り、リカバリー志向の実践家に求めら

れることについて考察し、本章のまとめとしたい。

筆者の経歴は、大きく下記の2つの時期に分けられる。作業療法士養成校を卒業した後、民間精神病院に入職し、部門の責任者になり、がむしゃらに病院の中の作業療法を考え・作っていた時期と、病院から外に出てACTやIPSというアウトリーチ型の生活支援や、就労支援などリカバリー志向のプログラムの教育・研修などを行うようになった時期である。

作業療法士養成校を卒業してすぐ就職した長谷川病院は、アメリカでその昔、最先端を走っていた力動的チーム医療を主眼にしていたメニンガーホスピタルの姉妹病院で、狭義の作業療法のみではなく、集団精神療法や、アートセラピー、ダンスセラピーなどの芸術療法も盛んだった。スタッフ教育に熱心で、筆者が入職した当時は、国内・外から、先駆的实践者を招聘してゼミやスーパービジョンが年に複数回開催されていた。そういう意味では、日本にいながらにして、その当時の国際的に先進的な実践を学ぶ機会に恵まれていた。病院全体も、採算性よりも治療の質を優先しており、質の高いサービスを提供するために、それぞれの職種が切磋琢磨する環境であった。しかしいつも「なにかが足りない」とも感じており、その不安を隠すためにも、病院の中で提供できる最良のサービスにこだわり、がむしゃらに探し続けていた時期であったともいえる。

その後、長谷川病院の勤務を非常勤に変更し、国立精神・神経センター（現在の国立精神・神経医療研究センター）でのACTとIPSの導入プロジェクトに参加し、さらにその後、地域精神保健福祉機構・コンボというNPOで、リカバリー志向のプログラムを全国に普及していくための教育・研修や情報発信していくためのACT/IPSセンターに勤務するようになった。ACT/IPSセンターのミッションは「私たちは、コンシューマーのリカバリーを実現する伴奏者（伴走者）になることを活動の使命とする。その一環として、コンシューマーの地域生活や希望の実現を目指すプログラムである、ACTやIPSなどの普及啓発、教育・研修、モニタリングの活動を実践する。」である。そして、その長期目標は「リカバリーの文化が精神保健の領域で当たり前なものとなる」ことである。

地域での ACT や IPS の仕事を始めてすぐ、従来良かれと思っただけに行なってきたことが本人のリカバリーを妨げることさえあるという事実に気づき、驚いた。また、リカバリー志向のプログラムが精神保健サービスの利用者に大きな力をもたらすことを直感した。そして、リカバリーの考え方やそれを促進する実践により多くの専門職者が触れ、影響を受けることが、我が国の精神保健サービスシステムの質の向上のみならず、この社会システム全体が、人々の希望や可能性により開かれたシステムへと変革する契機になるとさえ考えるにいたった。

臨床家は、自己への気づき、表現、批判的分析、統合、評価のプロセスを繰り返すことで、より良いサービス提供者になっていく。そもそも、筆者が精神保健従事者の教育・研修に関する仕事を開始した理由は、自分自身の成長を目指していたからである。対人援助サービスである臨床活動には「これでよし」「十分な力量が身についた」という終わりはない。常に新しい知識を身につけ、支援技術を磨き、一人の人間として、また支援者としての態度や価値観を問い直していく必要がある。人は変化し、成長する。また、はやりの概念やキーワードも移り変わる。ジレンマを感じ続け、葛藤を抱えながら、臨床を実践し続ける、その終わりのないプロセスが臨床の醍醐味である。成長や変化に対する開かれた姿勢や常に問い直す姿勢こそがリカバリー志向の実践家に求められる要素であると考え。

第 6 章 リカバリー志向の人材育成のあり方

はじめに

本章では、精神保健福祉の領域の専門職がリカバリー志向になるための人材育成のあり方について考察する。まず、文献レビューを行い、効果的な研修のあり方について、先行事例を参考しつつ理論的な整理を行う。専門職と一口に言っても、様々な職種が存在し、そのそれぞれに様々な人材育成の方法がある。ここでは、リカバリーを促進する人材育成の方法に注目するため、特定の職種の育成方法に注目するのではなく、精神保健に関わるあらゆる職種に求められる援助プロセスであるケアマネジメントに注目する。ケアマネジメントは、アセスメントやプランニングがサービスの中核であり、リカバリー志向であるかどうか直接的にマネジメントの内容に影響を与える。リカバリー志向の人材育成の方法を検討するために、ケアマネジメントに携わる者に対する人材育成の方法を参照することは有益であると考え、まずはケアマネージャーの教育に関する文献レビューを行う。なお、ここでのケアマネージャーは、介護保険法で定められる介護支援専門員の呼称として一般的に使われるケアマネージャーの意味ではなく、ケアマネジメントに携わる、もしくは、実践場面でケアマネジメントの技法が求められる専門職一般を指す言葉として用いる。

次に、リカバリー志向の実践プログラムであり、集中型のケアマネジメントの手法の一つである ACT プログラムのスタッフ教育システムについて論述する。ACT のスタッフへの教育システムについては、日本に導入された ACT を実践する多職種チームに所属するスタッフへの教育システムを素材として、多職種チームの教育システムを概説する。その上で、各自の領域の専門家として、またジェネラリストとして力を発揮できる教育のあり方につ

いて検討する。また、チームの柱となる援助理念や哲学についても言及する。

その上で、米国でのヒアリング訪問調査を行った。リカバリーの文化が根付いてきているといわれているウィスコンシン州の「マジソン」、カリフォルニア州の「ヴィレッジ」を筆者が訪れ、それぞれの機関で研修に携わる人々にヒアリング調査を行い、その結果の紹介をした上で、リカバリー志向への人材育成に関するポイントなどを考察する。

第 1 節 効果的な研修のあり方に関する文献

第 1 項 ケアマネージャーの教育に求められる要素

精神保健領域のケアマネジメントに従事する者への教育に求められる要素について、「育成目標」「必須項目」「利用者の要求」「ジレンマ」「チームワーク」「ケア会議」の 6 つの観点から整理する。

(1) 育成目標

ケアマネージャー育成のためには、求めるべき専門職としての能力を特定し、目標を設定する必要がある。一般的に能力は、専門的な知識(knowledge)、それを実現できる技能(skills)、その活動を支える構え(attitudes)で構成される。Arnold の学習者能力階層は、知っている(knows)、調べられる(knows how)、説明できる(shows how)、実行できる(does)に分けられているが、ケアマネージャーは実務としてこれらが実行できなければならない[134]。

Dreyfus による学習の 7 段階では、入門（文脈不要の規則に従う技能）、初級（状況判断を加味して規則に従う技能）、中級（目的に従って優先順位をつけられる技能）、熟練（直感的に判断できる技能）、専門的技能（直ちに適切な事を適切な時に適切な仕方ですぐ実行でき

る技能)、精通(自分のスタイルを発展させている)、実践知(身体化された文化スタイル)に分けられ、中級の一部までしかインターネットでは指導できないという。指導者との対面的関わりや感情を伴う訓練など、技能が「身に付く」ために必要な要素を指摘している[135]。

専門職性(professionalism)に関して、すでに多くの議論があるが、例えば Arnold は、過去 30 年間の論文をレビューし、次のような項目を抽出した[134]。すなわち、利他主義、責任、優秀さ、義務と弁護、奉仕、信用、誠実、他者への敬意、倫理的・道徳的規範である。ケアマネジャーを専門職として考えるか、あるいはそれほど高学歴を要しない準専門職と位置づけるかによって、育成の最終目標は異なってくる。

イギリスにおける保健福祉にかかわる人材育成についてのツールキット (Good care planning for people with long-term conditions) では、5 段階計 67 項目の技能を抽出しており、それぞれ保健 10 カ年計画を実現する過程と連結させている[136]。①第一段階の「倫理的実践力」は価値や態度などで、すべての対人サービス職種が身につけるべき前提である。②「基本的知識」は政策や法律に関する事柄で、効果的実践の基礎である。③「ケア過程能力」は、コミュニケーション、ケアプラン、パートナーシップなど、ケア提供を効果的に行う技能である。④「介入能力」は医学、心理学、社会学、エビデンスに基づく介入などである。⑤「応用能力」は特定のプログラムを計画し運営する技能である。この図式では、ケアマネジメントの多くの技能は第 3 段階に位置づけられている。

ケアマネジャーをどのレベルの技能職に位置づけるのかという判断は、制度設計と一緒に考えなければならない。わが国の制度は、高齢者介護保険は介護支援専門員として、対人サービス専門職の国家資格と 5 年の実務を前提に、記述試験と研修によって認定される。かなり高度な要求であるわりに収益性が低く抑えられており、ケアマネジメント技能の向上が広く達成されているとは言えない現状にある。それ以前に、国家資格で担保される専門職の能力と言ってもあまりにも差がある。一方、自立支援法における相談支援専門

員は、3～5年ほどの実務を前提に都道府県が行う研修会に出席すれば業務可能という低い基準が設定された。これらふたつの制度には厳密な職能規定がない。元来、具体的な職能規程は専門職団体が担っているが、この領域では学術団体がいまだ成熟していない。このままでは、多数をしめる低い能力レベルの活動が基準となるため、ケアマネジメントの社会的評価は低く、ケアマネージャーの自主性の幅が狭く押さえられ、行政の管理がさらに強まるという悪循環を呈して、質は向上せず、サービスとして実質的に破綻するであろう。

(2) 必修項目

ケアマネジメント活動のために必要な技術について、知識レベルでは複数の研究成果が存在する。安梅は、実務者への質問から80項目を抽出し、「ケアマネジメント専門性評価に関するモデル試案」を作成した[137]。これらは、①基本能力領域（対人関係の基本能力や基本姿勢・知識など）、②マネジメント能力領域（マネジメントプロセス、情報管理、予算算出、専門職の教育など）、③総合評価能力（支援評価、専門職評価、支援機関評価など）で構成されている。岡本は、ケアマネジメント過程と結果の質を自記式に評価する尺度（QCM-P、QCM-O）、および自己の活動をふりかえるための活動指標45項目を開発した[138]。野中らは、ケアマネジメントを学ぶ研修生が自己目標を意識しやすいように、ケアマネジメントの過程にそって46項目、関連技術5項目で構成される作業指標（Work Index）を開発した[139]。これは「知的理解」と「実行程度」に分けて問う形式となっており、実践状況も射程に入れている。イギリスにおけるSelf-Assessment Toolkit改訂版(2005)は業務過程にそって、きわめて初歩的な35項目で構成されている[136]。これを提示しなければならないこと自体がこれまでの混乱を示唆している。アメリカ合衆国では複数の認定団体がガイドラインを出版しており、最大団体CMSA(Case Management Society of America)のもの[140]が特に活用されている。

門屋らは、障害者ケアマネジメント従事者研修受講生計459名を対象に「必修すべき」

と申告される項目を調査した[141]。ほぼ半数が選択したのは「ケアマネジメントの知識・技術」であり、その内訳は「関係作り」、「チームワーク」、「長期目標・短期目標」、「ニーズの優先度判定」、「ニーズの見定め」の順であった。大項目の第2位は、福祉系群では「利用者サービス」であり、看護系群は「障害」であり、地域別でも異なっていた。

作業指標を利用して評価したわが国の現場技術者たちは、受理、査定、計画の段階までは比較的良好なものの、追跡、評価、間接介入、ケア会議などの技能に自ら不足を感じている[142, 143]。

以上のような項目研究は、「一般に必要と判断される技能」と「自分が学びたい技能」が混在している点、「知的に理解している技能」と「実際に実行できる技能」が異なる点、「専門家側が必要と判断する技能」と「利用者が専門家に求める技能」には隔たりがある点などについて考慮しなければならない。いずれの研究でも、必要な項目の概略はほぼ共通しているので、個々の研修生の不足な項目を把握した上で研修計画を立てるべき段階に入っている。

(3) 利用者の要求

利用者がケアマネージャーに要求する技能は、ケアマネージャーが一般に必要とする項目とは異なっている。中村らは障害者の38団体に聞き取り調査を行って、介護に求める項目が障害種別でずいぶん異なることを確認した[144]。肢体不自由では掃除洗濯、移動、身辺自立、余暇活動、排泄入浴の順であり、視聴覚言語障害では、余暇活動、教育、問題解決、就労の順であり、内部障害では、移動、身辺自立、掃除洗濯、余暇活動の順であった。

門屋ら(2006)は、障害者へのグループインタビューから障害種別ごとに必要な構えが異なることを見出した[141]。身体障害者は、「対等なかかわり、安全への配慮、必要なときだけの援助、機器の開発、就労支援、交流の場など」、対等でつかず離れずの関係を求め、知的障害者は、「気持ちをわかって、いろいろ教えて、不安なときに手伝って、料理の手助け、

宿舎の提供、結婚の仲介など」、具体的な細かい援助を求めており、精神障害者は、「普通の態度、必要なときの援助、障害の理解、信頼関係、服薬の理解、交流の場、情報ネットワークなど」、障害への理解を求めている。

ケアマネジメント過程の技術は同一であっても、障害種別でニーズが異なり、障害特性が異なり、社会的位置づけや現行のサービス量が異なる。ケアマネージャーも障害種別ごとにある程度の専門分化が必要であろう。しかし、まったく分離して研修を行うことは、サービスの谷間をなくそうとするケアマネジメントの考え方に反する。各領域の専門家と連絡をとりながら、あらゆる障害に対応できるのがケアマネージャーの存在価値であり、優位性でもあろう。

(4) ジレンマ

利用者という「環境の中の人」のニーズを実現しようとするケアマネジメント活動は、実務となると矛盾に満ちたものとなる。利用者本人の要望と能力のギャップ、家族の状況認識や要望とのギャップ、社会環境の側にあるはずの資源状況とのギャップなど、容易に解決しない問題に直面する。だからこそ、利用者だけでは解決できずに専門職が必要になっているのである。ケアマネジメントの実務にはジレンマ（板挟みの葛藤）がつきものだということを出発点としたい。

野中がケアマネジメント活動において出会うジレンマを整理し、ケアマネジメント過程をていねいに進めることが解決の原則であることを説いている[145]。むしろ、ジレンマが明らかになることで、利用者の思い、家族の立場、環境の不足が明瞭に浮き出てくることになる。ジレンマ状況は、問題の所在があいまいであったり、ケアマネージャー一人が問題を抱え込んでいたり、関係者が本音を言えなかったりするところに生ずる。利用者本人も含めた関係者の誰もが課題を共有した時点で、多くの問題が解決に向かう。

Kaneらは、ケアマネジメント活動において本来的に残るジレンマとして、①権利擁護者

と社会資源の門番役との両立、②情報の不平等によるインフォームドコンセントの不十分さ、③多人数支援による守秘義務の難しさ、④権力構造のために、自己選択といっても形式的、⑤終結の困難さ、を挙げている[146]。

ジレンマや困難性こそ事例の本質にせまるヒントであるという意味で、苦情を集めて分析する作業、困難事例の事例検討会、活動実績の解析などの意義があらためて注目される。

(5) チームワーク

利用者のニーズに基づき、多領域の多専門職の力を借りるケアマネジメント活動にチームワークを欠くことができない。あらゆる対人サービスにおいてチームワーク技能は必要であるが、とりわけケアマネージャーはこの領域における専門家でなければならない。

しかし、必要性が説かれるわりに、チームワークがうまくいくことは稀である。現在のところ、チームワーク概念すら共有されていないので注意したい。ケアマネジメント活動で用いられるチームワークは、組織を越えた多職種の一時的な協働を意味する。利用者とその家族などのインフォーマルケアもチーム構成員に含まれる。ケアマネージャーは、チームリーダーであるよりもファシリテーターとか事務局の機能を果たす。しかし、チーム構成や活動内容を計画し呼びかける作業は、明らかにケアマネージャーの役割である。チームの目的は利用者の幸福であり、利用者を取り巻く支援のネットワークを形成するためであるが、チームの長期的維持にはあまり重点をおかない。

多職種間連携のメリット、デメリットについて、松岡(2000)は次のように整理している[147]。メリットは、

1. 利用者の問題解決に有効（適切な計画、迅速な実施、創造的解決、質の向上など）、
2. 効率性の向上（より多くの資源を最大限に活用できる）、
3. 専門職の利益（能力向上、人格発達、環境改善、情緒的支援など）

であり、デメリットは、

1. 利用者の不利益（依存性を増す危険性、個人情報漏れやすいなど）、
2. 非効率性が出現（意見調整に時間と労力がかかる）、
3. 専門職の不利益（役割混乱や葛藤の出現、斉一性の圧力など）

である。松岡は障壁と課題も整理している。障壁として、

- 1) 周辺環境では、組織の連結程度、専門職間の権力格差、ジェンダー格差などがあり、
- 2) 専門職自身には、専門職間の価値や行動規範に違いがあり、
- 3) チーム活動展開上では、連携に関する知識が欠如している

諸点を挙げている。課題として、

- 1) 周辺環境では、管理的および財政的支持、制度的支持、
- 2) 専門職自身では、専門職の社会化および共生、専門職間教育、
- 3) 展開上の課題では、チームの効果研究、技術学習

などを挙げている。

つまり、チームワークには実証研究に裏付けられた知識・技能の学習と普段の訓練が不可欠である。スポーツや軍隊のことを想像すれば容易にわかるはずなのに、医療保健福祉の領域では、「かけ声だけで見事なチームワークができる、善人が集まれば自然に良いチーム活動が生まれる」という神話が生きている[148]。元来の研究や活動が専門職ごとに行われていたために、チームワークという学際的な研究が遅れていたとも理解できる。だからチームワーク技術は、ケアマネージャーにとって不可欠な研修対象であり、同時に重要な研究対象でもある。

先進諸国の研究によると、専門職としての同一化が達成されてから協働しようとする、その専門職同一性が障壁になることが大いに指摘されてきた。イギリスを中心に行われ始めたのは、卒前教育における専門職間教育(inter-professional education :IPE)である。異なった職種専攻の学生が共に学び、小集団による問題解決型の学習を取り入れている[149]。

(6) ケア会議

多領域の多職種の知恵と力を集めるチームワークは、具体的な場としてケア会議を必要とする。集まる場所と機会がない限りチームの実態はない。

しかし、わが国の専門家教育では、いずれの職種も、多職種の集まるケア会議について教えられていない。臨床現場ではわずかに、特定の職種や特定のテーマにそったカンファレンスが実施されてきた。目的の異なる技術が多職種チームに安易に適応されてきた結果、参加者に無力感がつり、ケア会議に対する拒否感だけが育ってしまっている。

急ぎケア会議の技術を整理し、ケアマネジメントの研修内容に加える必要があろう。目的に沿った人の集め方、参加依頼の仕方、場所の設定方法、司会の技術、参加者の技術、見立てと手だてを分けて論じるなど議論の構成方法、白板などの記載方法、情報の整理法、結論の扱い方、守秘義務の範囲、ケア会議を位置づけるための組織管理など、多くの専門的技術が求められる。さらに、現実にケア会議の実施が広がるためには、関係者が良質なケア会議を体験して、有用なことを実感し、実行方法のモデルを得て、管理者がその効果を認知するといった過程が必要となる。

上原らは、評価尺度を作成する過程で、ケアカンファレンスを構成する要素として、チームによる支援計画の具体化、生活の多面的理解、当事者の参画、相互理解によるネットワーク形成、連携方法の具体化といった5因子を抽出した[150]。この領域における実証的研究は始まったばかりである。

第2項 研修方法

本当に役立つ人材を効果的に育成するためには、適切な研修体系が用意されなければならない。ここでは、これまで試行された研修方法について検討する。最も先行しているのはアメリカ合衆国であり、専門職大学院における教育、ケアマネージャー認定団体における研修方法に参考となる事柄が多い。イギリスでは、卒前教育で知識学習がなされるもの

の、ケアマネジメントの実務技能は現任教育に任されている。日本におけるケアマネジメント教育については、ケアマネジメント論を設置している大学は多いものの、ケアマネジメントを実際に実施することを念頭に置いた演習科目を設置している大学は少なく、ケアマネジメント演習もしくはそれに該当する科目を設置しているのは一部の大学にとどまり、多くの大学では社会福祉援助技術論などに包括されているのが現状である[151]。また、わが国の研究段階は、研修に必要な項目選定に関するものがほとんどであるが、三品は各項目の理解を公的研修会前後で比較して、既存の教育体制の不備を含む研修上の課題を論じている[152]。いち早く試行の上、研修システムと教育方法を提案した新津も、その後の実証研究には至っていない[153]。今後、時系列的な教育計画、具体的な教育方法、実証的な教育効果に関する研究が課題となっている。

(1) 知識学習

講義形式が利用可能なため比較的实施しやすい。コンピューターを用いた E ラーニングの独習システムも容易に開発できよう。しかし、ケアマネジメントの基本概念や目的が誤解されたままであると、知識だけの教育では誤解をさらに強める可能性がある。良質な事例報告が教材として必要であろう。また、ケアマネジメントにおける知識は実践技能という側面を有しているため、知的理解だけではわかったことにならない。例えば、受理面接の要点が理解されたとしても実行できるわけではない。ただし、他の対人サービス専門職として一人前になった者にとって、すでに身につけている技能を新たにケアマネジメントとして位置づける際に、知識学習は効率的に機能するであろう。

(2) 体験学習

ケアマネジメントは実践技能であるため、それぞれの技術の体験学習が必要となる。特に重要な技能は、状況に合わせて各技能を適切に組み立てるためのメタ技能である。査定の概念や要点を知的に理解し、アセスメント表を埋めることができたとしても、利用者の

人生や生活がわかって、本当のニーズをつかめなければ、ケアマネジメントの実務はできない。同じく、自然のままでは存在しない支援体制を創造的に作り上げる計画策定の技術について、講義だけで伝えるには無理がある。体験学習として、模擬事例報告の検討、実際事例報告による検討、ロールプレイ、問題解決型学習などの演習が用いられる。先進諸国では、模擬患者を使った臨床技能研修や能力評価が実施されている。

(3) 現場教育

対人サービス専門職の技能は暗黙知の領域が広く、徒弟制度的現場教育を省くことができない。この領域では看護教育に最も蓄積があり、プリセプター制度、単一職種チームによる教育、コンサルテーションなどの工夫がある。ケアマネジメント領域における現任者教育は一般にスーパービジョンと呼ばれる。原則的には1対1の教育関係を指すが、わが国における問題はそれが実現されないまま、人事管理や事例検討などをスーパービジョンと安易に呼んでしまうことである。ケアマネージャーを専門職に規定しようとする場合には1対1のスーパービジョン体制を欠くことができないが、現実的に有効性がありそうならば、メンター、コーチングなどについて工夫すべきであろう。

(4) 研修計画

先進諸国ではケアマネジメント教育は各専門職団体に任されている。細かく業務規定や技能規定がされて、作り上げた人材に対して責任を負っている。わが国では、ケアマネジメント初任者研修は国や自治体の責任で実施されている。研修内容はほとんど制度的手続きの伝達であり、知識学習と事例検討を加えているが、研修獲得目標も想定されていない。研修担当者もほとんど無知なまま前例を踏襲し、その研修技能を蓄積せず数年で異動してしまう。さらに、初任者研修には予算を計上するが、その後の継続研修などは自治体として責任を負っていない。残念ながら、Plan-Do-Seeを意識した研修を組み立てている自治体は実にわずかである。

第3項 諸外国の例

本稿では、精神障害リハビリテーションにおける効果的なチームワークやプログラム開発に向けての研修方法や組織づくりの技術が体系的にまとめられた Corrigan らの「チームを育てる—精神障害リハビリテーションの技術[154]」より、米国イリノイ州 ACT 研修プログラム、初級担当者向けの講義の例として CONNECT97、ニュージーランドにおける精神保健委員会が行う 5 日間研修について見てみたい。

まず、イリノイ州 ACT 研修プログラムでは、リカバリー志向の臨床においては、「地域環境でのサービス・利用者や家族との協業・地域との連携・他職種チーム」などの教育が欠かせないとされ、研修の形態は下記のように、講義形式と体験的学習の組み合わせの有効性であり、講義形式・メンター制度・外部の ACT 提供機関での実習などの三部構成が望ましいとされている。

教育研修の例：

(講義)

- ・ 関係作り
- ・ アセスメント
- ・ プランニングの基礎固め

(ACT 提供者に必要な基礎知識)

- ・ 人権
- ・ 自己決定
- ・ 利用者のエンパワーメント
- ・ 重度精神疾患の病因論や予後に関する見識

- ・ 向精神病薬や精神病理学の最新の動向
- ・ 社会福祉事業に関する政策
- ・ 精神保健関連法規

(体験学習)

- ・ 実際のACTサービス場面の見学
- ・ 実際に活動しながらのスーパーバイズやフィードバック

次に、初級の担当者向けの講義形式の教育研修のCONNECT97では、精神保健分野の専門家による56時間(8日間)の授業で、4日間の受講後に2~3週間の所属事業所での業務をはさむ形の研修がある。

- 1日目：ACT概要 共感的なコミュニケーション技術
- 2日目：チーム作り(チームの意義・他職種協業の技術や形式・性格特性、行動様式、価値観)
- 3日目：倫理、バウンダリー、価値観・セルフヘルプと権利擁護(パネルディスカッション)
- 4日目：向精神薬・症状 作用、副作用、禁忌、服薬自己管理
(所属勤務場所2~3週)
- 5日目：障害年金、メディケイド 事例や討論で申請の仕方や給付額を最大限に求める対策
- 6日目：精神疾患と薬物乱用 当事者の声 アウトリーチや関係作り、リスク管理の工夫を学ぶ
- 7日目：文化的配慮
- 8日目：家族/利用者 当事者が講師 利用者の立場に立ち、批判することなくエ

ンパワーメントする支援の重要性

さらにここでは、メンター制度が設けられ、ACT 経験者による初任者のオンザジョブトレーニングを通して相談技術の研修が行われている。また、5 日間のインターン実習は、都市部と農村部の両方が体験できるように構成されている。

さらにニュージーランドにおける精神保健委員会が行う 5 日間研修のカリキュラムで、習得すべき内容は下記の通りとされている。

1. 国内・外におけるリカバリー
2. 精神障害を持つ人々の豊かな資源を知り、それを支援する（ストレングス）
3. 精神疾患、治療、リカバリーに関する多様な視点
4. 関係作りのための自己理解と技術
5. アドボカシー
6. 偏見を理解し、それを取り除く方法を知る
7. 異文化を認め、パートナーシップに基づくサービス提供の方法を知る
8. インテグレーション（総合的に地域サービスを捉え、ユーザーが使えるよう支援する）
9. セルフヘルプ（ユーザー運動について知り、参加を支援する）

第 4 項 人材育成上の課題

以上、先進諸国とわが国の現状を比較しながらケアマネージャーの人材教育について整理した。先述したように、これからの対人サービスにケアマネジメント活動を欠くことができないとすれば、ケアマネージャーの人材育成の是非は対人サービスの質を決定する分かれ目となる。以上の現状認識から、ケアマネージャーの人材育成をめぐる課題を提示する。

(1) 問題意識の共有

まず、ケアマネジメントの概念、必要性、効果など、有用性を関係者が共有しなければならない。次に、導入の歴史、ケアマネージャーの現状など、課題を共有しなければならない。ともすれば、財源や費用、制度欠陥、地域間格差や専門職間の温度差などに注目が集まるが、人材育成が一定程度達成されてからでないとは有効な議論となりにくいと考える。

(2) 研修方法の工夫

法律によって制度が設計され、研修費用が税金で賄われているのに、安易な研修方法を形式的に実施しているままでは、制度そのものが無効になろう。人材育成に関する全体の青写真の下、数年間の実施計画、個々の研修会計画、研修生選定や指導講師の選択といった計画性が求められる。いまのところ、単一の研修会に関するわが国の報告は目にするものの、人材育成にまで焦点を当てた研究は現れていない。

(3) 研修評価によるエビデンス

研修がその場限りで形式的になっているのは、研修に関するエビデンスがほとんどないことも影響している。どのような知識と技能を得ようとするのか、どのように学習すると効果的なのか、研修会で獲得できること、現場でないと育たない技能など、区別することも必要である。研修効果指標を得ることによって、自然に意識的な組み立てが始まり良循環が生じるであろう。宇佐美らは、事例検討会方式によるケアマネジメント研修の効果を検討しており、情報収集の方法の多様性、多面的にアセスメントすること、支援チーム各員の役割分担などが抽出されている[155]。研修の内容と効果を再現可能な方法で提示し、議論を深めることが重要であると考えられる。

(4) 実践化研究

エンドユーザーである利用者の益につながらなければ研修の意味がない。知識と技能を

得ても実際に現場で実践できないという事態に対して、障壁を見定めて運営を工夫するための実践化研究が求められる。これまでエビデンスに基づく活動(EBP)が注目された。しかし、エビデンスのあるサービスを実際に享受している者はわずかであるといった報告が相次いでおり、スタッフやチームの研修など、現実の社会でエビデンスを実現するための工夫が求められている[156]。綾部らは、介護支援専門員の課題実施度を50項目の尺度に構成して調査したところ、中でも「利用者・家族と共にサービス計画を作る課題」がなされていないこと、看護やソーシャルワークの国家資格のない者にその傾向が強いことを明らかにした[157]。他の項目も含め、研修受講が向上要因になっていた。研修の開発、効果評価は不可欠であるが、そのプログラムの実践や普及に関する研究も求められる。

(5) 卒前教育

ケアマネジメントを中心に現場が動こうとしている現在、各専門職の卒前教育においてケアマネジメントを教育することが効率的である。先進諸国における多くの専門技術教育は専門職大学院で行われているが、わが国では大学と専門学校に実務教育が任されている。実務に携わる前の段階で何を知るべきか、現任教育との分担線をどこに引くべきかが検討の課題となる。わが国では、社会福祉と介護の領域でケアマネジメント講義が選択科目として存在する。稀にケアマネジメント演習の機会があるも、援助技術の一部としてふれていて、独立していることは少ない。看護や理学療法・作業療法においても独立した科目とはなっていない。対人サービスにかかわるすべての職種において、せめて知識レベルの学習を卒前にすませておきたい。上野らは、半期の講義終了後にさらに半期の演習を導入し、作業指標(Work Index)得点の前後差から、演習を行うことで知的理解がいっそう進展することを確認した[158]。卒後教育が必ずしも整備されていないわが国では、卒前教育にもケアマネジメント演習が必要であろう。

第 2 節 ACT-J における教育研修

近年、わが国においても ACT プログラムの取り組みや、ACT のもつ理念や支援技術を従来の実践に活かそうという取り組みが増えつつある。ACT のゴールは、利用者のリカバリーの過程を支援することである。リカバリーを支援していくためには、障害や問題点の改善に焦点を当てがちであった従来のアプローチから、本人のもつストレングスに注目し、可能性を伸ばして本人の夢や希望を実現できるようリカバリー志向のアプローチへの転換が必要とされる。そのような流れの中で、支援者の役割も、医学モデルを背景としたスタッフの専門性と意見に基づいてサービスを提供するあり方から、当事者の主体性を尊重したリカバリーを促す環境を提供する役割の重要性が増しており、支援者自身のパラダイムシフトが不可欠であるとも言えるであろう。

ここでは、ACT 従事者が、精神障害をもつ人々のリカバリーの過程を支援していく上で必要とされる態度・技術・知識を身につけるための研修システムのあり方について述べる。なお、本項は 2006 年の精神障害者リハビリテーション学会の一般演題で筆者らが発表したものを基に改変している。

第 1 項 ACT-J における研修の規定

ACT-J とは 2003 年から千葉県市川市の国立精神・神経センター国府台キャンパス（現在の国立国際医療センター国府台キャンパス）の周辺地区において、日本初の試みとして実施されていた ACT チームの名称である。当初は研究事業としてチームの活動が始まったが、研究期間終了後の 2008 年からは NPO 法人立の訪問看護ステーションをベースとする独立したチームとして臨床活動を行なっている。

ACT-J では「ACT-J スタンダード ver3.0（2004 年 7 月）」によって、教育研修のあり方

を含む ACT の実践のあり方に関する規定を設けている [159]。このスタンダードは、ACT-J が適切に運用できるようにその基準を定めたものであり、実践家と研究者が討議を重ねて作成したものである。

以下にリカバリーと研修に関する部分を引用する（付録 p5）。

リカバリーとは、たんに治癒や回復を指し示す言葉ではない。ある人が、二度と精神病の症状を体験しなくなるということよりはむしろ、障害を抱えながらも希望や自尊心を持ち、可能な限り自立した生活をおくる術を学ぶことを意味している。米国のテキストには、ACT のサービスの根本的な目標は、リカバリーの過程を支援することだと記載されている。そのために、ACT チームのスタッフには、重い精神障害をもつ人々の可能性を信じ、そうした希望を伝達しうる能力が期待される。

ACT-J にかかわるすべてのスタッフは、下記の項目についての研修を定期的に受け、十分な理解をしていることが必要である。

ACT-J スタンダーズの確認、疾患に関する知識、薬物療法、医学的管理：危機介入、入院治療との連携、身体合併症の管理、援助者との関係づくり、目標設定・アセスメント、認知行動療法の基礎、SST の基礎、システム論によるものの見方、Solution Focused Approach の基礎、家族療法、心理教育、家族支援、社会資源とのリンケージ、就労支援、住居の確保、金銭管理・経済的基盤の確保、臨床チームワーク論、スタッフのリスクマネジメント

ACT-J スタッフは、ACT に関連する領域についての講義、アウトリーチを積極的に行っている施設での実習、臨床技術に関するグループワークショップに関して、就業から 3 ヶ月以内に各 10 時間以上の研修を受けることが必要である。

ACT-J スタッフは、就業開始から最初の 2 年間は 3 ヶ月に 1 回、その後は半年に 1 回の割合で業務に関連する研修もしくはトレーニングを受けるものとする。

臨床活動についての包括的なアドバイスを行うスーパーバイザーをおき、ACT-J スタッフは定期的かつ継続的にスーパーバイズを受けるものとする。

スタッフは、日常業務について、定期的にグループスーパービジョンの機会を持ち、臨床技能の向上に努めると共に、業務による燃えつきを防ぐよう、工夫する必要がある。

チームリーダーも、自身のスーパーバイザーを持ち、ACT-J チームの活性化に柔軟に

努められるよう工夫する必要がある。

このような規定のもと ACT-J で行われた初期研修の具体的な内容を次項で確認する。

第 2 項 ACT-J の初期研修

人は、それまで受けてきた教育・職歴・家族関係・人間性・価値観・自分が尊敬する人の意見などを通して得た、一連の信念を持っている。リカバリー志向のアプローチである ACT の新しい方式を取り入れることは、これまで自分が正しいと思って受け入れてきたことを否定するような気持ちになったり、自分自身の働き方や仕事に関する考え方が変化したりする場合も多い。初期研修の主要な構成要素は、価値を明確化する練習であるとも言えよう [112]。

また、利用者のリカバリーを促進する地域生活支援を実施していくためには、多職種チームの各スタッフが各自の専門性だけでなく、多様なニーズに応えられるジェネラリストとしての役割も求められる。よって、初期研修では、スタッフが互いの専門知識を提供しあって互いの専門性について理解し、他者の専門性も身につける必要がある。

ACT-J での初期研修は、約 2 ヶ月をかけて実施され、講義形式だけでなく、実習、討論、ロールプレイ、外部施設の見学などの体験学習を組み合わせられて実施された。2003 年 4 月に ACT-J の臨床活動を開始する前に行った、チーム形成の際の初期研修プログラムを表 7 に示す。また、互いの職種や人間性の理解を深め、チームワークの基礎を形成することを考慮して、講師は外部からではなく、スタッフが互いの専門性を活かして講師役を務めた。

研修 2 日目の「ACT における援助の基本的な考え方」ではリカバリーに考え方について多くの時間が割かれ、後述のマジソンでの実践経験を持つスタッフにより講義やそれを踏まえたグループディスカッションが行われた。その他、具体的な援助技法に関する研修やロールプレイでも、リカバリーの考え方についての共通認識を持つための多くに時間が割かれた。

表 7 ACT-J の初期研修プログラム

	AM	PM
1 日目	オリエンテーション	ACT 入門
2	ACT における援助の基本的な考え方	ACT における援助の基本的な考え方
3	ACT におけるケアのプロセス	家族に対する心理社会的介入
4	本人に対する心理社会的介入	ACT 中の医学的要素
5	ACT における日常生活支援	ACT における就労支援
6～8	施設見学	
9	社会資源の種類・利用法	市川地区の社会資源
10	チームワークとスタッフのストレス への対処	精神保健福祉法などの理解、精神科救 急
11～13	施設見学など	
14	当事者と家族の話	ピアサポート
15	ソリューションフォーカスアプローチ	システム理論、エンパワメント
16～18	施設見学など	
19	施設見学報告会	精神障害者の権利擁護（アドボカシー）
20～29	オフィスワーク	
30	応急処置と合併症	
31～37	ロールプレイ 1～5	
36	実務研修 I（ケースマネジャーの業務の流れなど）	
37	実務研修 II（備品の利用法など）	
	臨床活動開始	

第3項 ACT-Jの継続研修

初期研修終了後もACT-Jではさまざまな形態での研修を実施している。表8にその研修形態を示す。研修形態は、講義形式だけではなく、体験学習を組み合わせしていくことの重要性を考慮し、ケースカンファレンス、スタッフミーティング、経験者が新人を指導するメンター制度などの臨床実践を通じたオンザジョブトレーニング（On the Job Training; OJT）を実施している。また、チームの発展過程に応じて新人が入職した際には新人のための研修、国内外の先駆的实践を行っている機関への訪問研修、それら実施機関の臨床家や研究者を講師として招いての研修会やシンポジウムなどを行っている。

しかしながら、多様な研修形態やシステム以上に重要なのは、日々の臨床活動を通じて、ACT理念を軸としたチーム内での議論だと思われる。従来のサービスとの違いや自分自身の意識変革について、また、リカバリーを促進するための利用者主体の関わりの側面と、危機介入を含めた管理的側面とのバランスや、適切な利用者とのパートナーシップを持つための、バウンダリーと職業倫理におけるバランスを常に議論しながら自己点検していくことが重要であろう。これらの議論は、チームの成熟のみならず、リカバリー文化を構築していくためにも必要であり、結果的にスタッフのバーンアウト防止にも影響していくのではないかと考えられる。

表 8 ACT-J における多様な研修形態

研修形態	研修の種類
O J T 職務を通じての研修	ケースカンファレンス、チームミーティング、 IPS（個別就労支援プログラム）ユニットミーティング、 研究/臨床合同ミーティング メンター制度、見学者対応/学生指導
O F F - J T 職務を離れての研修	チーム形成初期研修、新人研修、IPS 勉強会、 外国からの講師派遣、定期勉強会、スーパービジョン 国内外先駆的実践機関の見学・研修、研修合宿 メーリングリストでの議論、ACT セミクローズド全国研修 会
S D S 自己啓発援助制度	各種学会、各種研修会、IPS 研究会、自主勉強会、 地域との合同企画シンポジウム/研修会

第 4 項 ACT-J の教育研修システムに関する考察

以上、ACT-J の教育研修システムを紹介してきた。しかし一番重要なのは、日々の臨床活動を通じて、ACT 理念を軸としたチーム間での議論であると思われる。「従来のサービスとの違いや自分自身の意識変革」について、「リカバリーを促進するための利用者中心関わりの側面と、クライシスインターベンションを含めた管理的側面とのバランス」や、「適切な利用者とのパートナーシップを持つための、バウンダリーと職業倫理におけるバランス」を常に点検していく必要があると思われる。また、これはチームのリカバリー文化を創っていくためにも重要であり、結果的にスタッフのバーンアウト防止にも影響しているのではないかと推察する。

第3節 ヒアリング調査—マジソン、ヴィレッジ、ハワードセンター

第1項 研究の背景と目的

精神障害を持つ人々のリカバリーを支援していくためには、利用者のリカバリーを信じて、ストレングスに注目し、可能性を伸ばして、本人の夢や希望を実現できるよう支援する力量（態度・支援技術・知識）を身につけていく必要がある。また、支援者の役割も、スタッフの専門性と意見に基づいてサービスを提供するあり方から、パートナーシップと当事者の意見に基づいたリカバリーの環境を提供する役割へと、転換する必要がある。これはある意味、支援者自身のパラダイムシフトが必要とされ、そのための人材育成が重要になると思われる。

現在のわが国の地域精神保健に従事する専門職向けの研修を取り巻く状況は、とりあえずの制度が定まり、デジュール基準（公的機関が所定の手続きを経て作成した基準）が提示されたが、臨床現場には技術の蓄積が薄く、デファクト基準（広く普及しているために事実上の基準となっている基準）はいまだ固まっていない。ややもすると利用者中心の視点は失われて、制度に追従する活動に陥っている。技術職として、ケアマネジメントが有効となった事例とその過程を提示できるだけの技量を急ぎ身につけなければならない。制度を運営する側においても、費用対効果研究や追跡研究などの政策評価は端緒についたばかりである。

しかし我が国においても近年リカバリーを志向する支援プログラムが紹介され、徐々にその実践が始まり、効果も実証されつつある。その代表的なものとして、ACTやIPSなどがある[160]。しかし、それらの支援プログラムを実践するための精神保健従事者の人材育成に関する系統的な教育システムは、我が国には残念ながらまだなく、すでに実践されて

いるいくつかの研修もその効果的なあり方について模索が続いている段階である。

よって本節では、リカバリーの文化の先進地であるウィスコンシン州のマジソン地域 (Madison, Wisconsin)、カリフォルニア州のヴィレッジ (The Village Integrated Services Agency, California)、バーモント州のハワードセンター (The Howard Center for Human Services, Vermont) を筆者らが訪れ、それぞれの機関で研修に携わる人々から伺った、リカバリー志向への人材育成に関する効果的要素を明らかにすることを本節の目的とする。
(資料 1 写真参照)

第 2 項 研究方法

上記の先進的な実践を行う施設の現地スタッフへのヒアリング調査から、リカバリー志向への教育研修における効果的要素を抽出する。なお、ヒアリング調査は、2006 年 9 月末に視察した米国のウィスコンシン州にあるマジソン地域と、カリフォルニア州のヴィレッジで行われ、ヒアリングの対象は、それぞれの地域で実際に研修に携わるスタッフであった。

第 3 項 マジソン地域における人材育成

本項では、リカバリーの文化が根付いてきているといわれているウィスコンシン州のマジソン地域、カリフォルニア州のヴィレッジを筆者が訪れ、それぞれの機関で研修に携わる人々から伺った、リカバリー志向への人材育成に関するポイントなどを紹介する。

ウィスコンシン州デー郡成人精神保健地域ケアシステム (通称; マジソンモデル) は、ACT の発祥地である。米国の中西部に位置し、デー郡の州都マジソン市人口は約 20 万人である。デー郡成人精神保健部は 18 の非営利機関による 40 プログラムと契約を結んでおり、40 のプログラムが 1600 人以上の重い精神障害をもつ人たちにサービスを提供している[161, 162]。

特徴としては、単一プログラムではなく、包括的で統合されたケアシステムを展開していることにある。現在、精神に障害を持つ人々の96%が地域で生活しており、その88%は訪問スタッフによる支援を受けアパートで生活しており、12%は居住施設内の職員によるケアを受けている。また、390人（重い精神障害をもつ人たちの24%）が一般就労している。また、マジソン地域における精神保健サービスの多くは「リカバリー」を支援のゴールとしている。

マジソン地域でのリカバリーの過程では、いわゆる専門職との関わりもさることながら、同じ障害を経験した者同士の関わりがあらゆる場面で行われている。対等な目線でリカバリーに向かっていくことで、より必要な支援、社会資源の提供に繋がっている。当事者は利用する側だけでなく、サービス提供の側としても多くの場面で活躍している。彼らは事業所の垣根を越え、コンシューマスタッフとしての役割や倫理について検証するミーティングを毎月開催している。

NAMI(全米精神障害者家族会)では様々な勉強会やワークショップが対象ごとに細分化され、経験者同士の体験談をもとに開催されている。これらの研修のファシリテーターは、グループの進め方について各種研修を経たものが担当している。

支援スタッフの現場においても、事業所ごとに定期的にスーパーバイザーを招聘し(その多くは外部より)、スーパービジョンを行い、主に困難事例や職員としてのあり方などについて検討を行っている。教育研修に携わっているスタッフに、研修企画のポイントについて質問したところ、次のような回答が得られた。

座学でリカバリーや当事者中心と言ってもあまり効果がない。小グループのワーク形式の体験型が中心。当事者の生の声から学ぶことが重要であり、講師だけでなく、研修企画の委員会の3分の1は当事者に入ってもらいたいと思っている。

また、リカバリー志向の人材育成について伺ったところ、次のように答えてくれた。

1. パートナーシップが重要であり、専門家と当事者の関係には、相互支援の理念がベースにあり、カジュアルである。
2. 精神疾患の理解は必要ではあるが、診断名によって見るのではなく、その人とどう寄り添って向き合って支援を行っていくかが重要。
3. 障害や問題点に視点を向けるのではなく、本人のもつストレングスに注目し、可能性を伸ばして希望や夢を実現していく。
4. 専門家との関係だけでなく、地域とつながることが重要である。地域と統合化されていくと、自然に偏見もなくなっていく。
5. リカバリー文化は、システム化されたトレーニングによるだけでなく、会話の中、臨床実践の中で自然発生的に伝性病のように広がっていく。病気の経験を持った人が働いて、適切な時期に自分の体験や必要な情報を共有することが重要。
6. これからもマジソンの文化は変化していく。より地域の中に統合していくだろう。

第4項 ヴィレッジにおける人材育成

カリフォルニア州のロングビーチ市(人口45万)にあるロサンゼルス群精神保健協会(the Mental Health Association in Los Angeles County / MHA) が運営する「ヴィレッジ統合サービス団体」(the Village Integrated Service Agency / ISA) は、ACTやクラブハウスなどの国内情報を集めて、その良いエッセンスを基に作られたサービスである[163]。

その特徴としては、リカバリーの文化がしっかりと根付き、パートナーシップをととても大切にしている。また、「精神障害はその人の人格の一部にしか過ぎない」という考え方が、徹底されていることにある。そのために、スタッフの雇用においても、学歴や業績ではなく、パートナーシップを作るための人柄を重視している。その人柄について伺うと、次のような回答が得られた。

環境に早く溶け込めるか・オープンか・変化への柔軟性・リカバリーの信念にフィットできるか・人が好きか・ポジティブで大きいことだけでなく、小さなことに喜べること・自分が何をしているかを真剣に考えられる人

また、スタッフ研修を義務付け、集中トレーニング・新人研修・トピックスなど様々な研修の機会があり、新人教育では、リカバリー・フィロソフィー・ISAの歴史など1~2ヶ月かけて実施されている。

ヴィレッジのミッション(使命)は、「精神障害を持つ人の能力を引き出し、社会で生活し、社会活動に参加し、交わり、学び、働くことに成功するよう支援する。そしてそれらの人々が、目的を達成するために必要な制度上の改革を支援、推進することにある。」である。また、「個人のリカバリーに応じたオーダーメイドのアウトリーチサービス、ストレングスの重視、自己決定の尊重、リスクを犯すことを恐れずハイサポートを提供、雇用の促進、社会に統合、希望」等のキーワードが実践の中で活かされている。

このヴィレッジ全体の文化、哲学は、メンタルヘルスに携わる我々にとって学ぶべきものが多い。従来の医学モデルや日本のメンタルヘルスの考え方を今一度見直すとともに、発想の転換を示唆している。私自身、このヴィレッジの文化と哲学と熱意に大きな影響を受け、多くの“気づき”を体験した。

そのヴィレッジにおけるリカバリー文化、哲学に基づく「人間の本質に関する基本的仮説」を以下に紹介する。

1. 我々は生まれつきどこかに帰属し、何かを生み出すこと(愛と仕事)を必要としている。
2. 我々自身の経験が、我々の最良の導き手である：他人の経験より自分の経験。
3. 人間は基本的に回復する：我々は失敗から学び、成長する。
4. ストレスは避けられない。従って、うまく付き合い方を学ぶ必要がある。
5. 人々は、自らに期待されていることを成し遂げる：期待は下げるより上げるべき。

6. 人々は、自分が対等で活動的なパートナーとして扱われる時、より進んで援助を受け入れる。

7. 能力障害の有無は、これらの仮説に基本的部分に何ら影響を与えない

リカバリー志向のアプローチに転換していくための戦略について研修に携わる方々に伺ったところ、次のように答えてくれた。

1. リカバリーの文化を体験して感じてもらう、
2. メンバーに体験を語ってもらう、
3. これが一番良いとアピールして、押し付けるのではなく、これが私たちの実践です、アウトカムはこうです。これをどう使うかはみなさんの自由です。というスタンスをとる。

また別の担当者は、

1. メンバーと場所を共有する、
2. 環境の活用：写真、ダッキー賞、月例報告、
3. 当事者本人の話を聞く、
4. 就労のメリットや成功体験を知る、
5. 希望を持ち続けることが出来るように、希望を注射のように常に投入する（スタッフ・メンバー双方に）、
6. 個別化したプランニング、
7. 家族や地域の人を巻き込む、
8. メンバーとスタッフと一緒のトレーニング、
9. 認知行動療法（CBT）や動機付け面接（MI）はその人がどういう人かを受け入れるためのツール、その人のステージにあわせて今のそのままを受け入れて関わるツールとしてとてもよい、
10. アウトカムを出し、政策側とブレインストーミングして問題解決していく、

11. メンバーの言ったことをどれだけリスペクトできるか、それが周囲に文化として広がっていく、

12. メンバーに現実を考えなさいというのではなく、自分たちがもっと現実的になりなさいとスタッフに言っている。

と答えてくれた。

また、【リカバリー志向の人材とは】の質問に対しては、

1. 新しいことをやっていくことも大事であるが、今までやってきたしてはいけないことを考えることができる人。

2. セラピーとして距離を置くのではなく、自己開示して一人の人間としてリスペクトして、関係性を作れる人。

3. 柔軟性がある人。

4. なんでこの仕事を始めたのかを考えることができる人

と答えてくれた。

リカバリー志向の先駆的取り組みをしている機関において、研修に携わるスタッフにインタビューした結果から、リカバリー志向の人材育成プログラムの立案において参考にできる部分を以下に列挙する。

【支援者に必要な支援理念】

利用者のリカバリーを信じ、障害があってもリカバリーできる（その人らしい満足いく生活ができる）という信念をもち、決してあきらめない

【支援者に必要な態度】

- ・ リカバリーの過程で同等のパートナーとして利用者と関係を作ることが出来る
- ・ 人に尊厳をもって向かい合うことの出来、オープンである

- ・ 診断名の形容詞を出来るだけ取り除いてコミュニケーションをとる
- ・ カウンセリングや薬についての専門家は本人であるということを知っておく
- ・ 希望を伝達して、本人のやりたいことを一緒に作っていくことが出来る
- ・ メンバーとスタッフの関係も大事だが、それと同じ程度にスタッフと地域ネットワークとの関係は大切である。(地域と統合化されていくと、自然に偏見もなくなっていく)

【バーンアウト防止の工夫】

- ・ 大きなことに喜ぶだけでなく、小さなことにも喜べる
- ・ 楽観主義
- ・ 支援者自身を持つストレングスを活かす
- ・ 管理とリカバリー支援のバランスを葛藤しつつチームで議論する
- ・ バウンダリーと倫理を議論しつづける
- ・ 希望を持ち続けることが出来るように、注射のように希望を投入する
- ・ 休暇
- ・ 成し遂げたことを お互いに認め合い祝う

以上を踏まえ、リカバリー志向の効果的な研修のあり方についてのポイントを表 9 にまとめると。

表 9 研修のあり方のポイント

参加型の体験学習	座学中心の講義形式だけではなく、参加型の体験的学習を組み合わせる
当事者の参画	専門家の視点に偏り過ぎないためにも、当事者に研修の企画や講師として入ってもらう
相互教育	互いの専門性を活かして相互教育を行う。これは互いの職種や人間性の理解を深め、チームワークの基礎を形成することへも寄与する
継続研修	一回の研修で得られるものには限界があり、モニタリング・フォローアップを伴う継続的研修が重要となる
多様な研修形態	チームの成長プロセスに応じて、多様な研修システムの工夫をする

第 5 項 ハワードセンターにおける人材育成

2007年6月、バーモント州ハワードセンターに訪問した。ハワードセンターは州からの助成金を得て1つの機関で外来、ACT、IPS、クライシス、薬物、クラブハウス（就労支援を切り離れた）など様々なサービスを提供している。

訪問中に私たちは街の中心にあるホールで当事者の勇気を讃える目的に開催された **Work&Recovery** という DVD 上映会に参加した。DVD はハワードセンターウェストビュー一雇用サービス部門を介して当事者、事業主、支援者を取材し構成されたものである。地域の中で仕事を持つことがリカバリーの一部になるという内容は大変素晴らしく上映会終了後は拍手喝采であった。参加者の感想としては、「希望が感じられた」、「私を感じていることを、雄弁に語ってくれている」、「10年前、とても苦しかった時に、この DVD を見ることが出来ていたらと思った」、「だから私はこのバーリントンが好きでここに住んでいるのよ」。このような DVD は我が国においても当事者ご本人・ご家族及び医療・福祉・企業・

教育スタッフ、地域の方々がリカバリーと仕事を理解する上で重要なツールになると考えられる。

また、驚いたことに同行した就労支援専門家の **Laura Flint** 氏が 10 年前にバーモント州の第 1 回目のリカバリーのワークショップに参加していたことを帰りの車の中で知った。現地訪問のコーディネーターであった久野恵理氏は「パズルが解けた！そのベースにはリカバリーがある」と興奮気味に話した。それを聞いて私も何故、彼女たちがここまで強い信念を持って仕事しているのか理解できた。我が国においてもリカバリーの概念は精神保健福祉サービスをより良いものにしていくための鍵になると確信した。

IPS 研究者の **Deborah R. Becker** 氏（ダートマス精神医学研究センター）、**Gary Bond** 氏（インディアナ大学教授）にも話を伺う機会を得た。我が国で IPS を普及させるための戦略について伺うと彼らは次のように語った。**Deborah R. Becker** 氏は、

1. 同じ職種の人から伝えてもらう、
2. ピアの人の話を聞く、
3. DVD を見るのもよい、
4. 働いている人の姿を見てもらう、
5. リサーチデータ、
6. 外来にパンフレットを置く。

また **Gary Bond** 氏は

1. 日本の成功例のデータが大切、
2. 受け入れてくれる人から話をしていく、
3. （利害関係者の）トップレベル、ヘッドレベルをおさえる、
4. 事務など他の部門の理解を得る、
5. 外部の技術援助者に評価してもらい改善点を明らかにする。

彼らの大変貴重なアドバイスは、今後の我が国におけるリカバリー志向の人材育成に大いに役立つと考えている。

第6項 結果のまとめ

リカバリー志向の先駆的取り組みをしている機関において、研修に携わるスタッフにインタビューした結果から、リカバリー志向への教育研修プログラム立案のために参考にしたことを以下に列挙する。

【支援者に必要な支援理念】

利用者のリカバリーを信じ、障害があってもリカバリーできる（その人らしい満足いく生活ができる）という信念をもち、決してあきらめない

【支援者に必要な態度】

- ・ リカバリーの過程で同等のパートナーとして利用者と関係を作ることが出来る
- ・ 人に尊厳をもって向かい合うことの出来、オープンである
- ・ 診断名の形容詞を出来るだけ取り除いてコミュニケーションをとる
- ・ カウンセリングや薬についての専門家は本人であるということを知っておく
- ・ 希望を伝達して、本人のやりたいことを一緒に作っていくことが出来る
- ・ メンバーとスタッフの関係も大事だが、それと同じ程度にスタッフと地域ネットワークとの関係は大切である。（地域と統合化されていくと、自然に偏見もなくなっていく）

【バーンアウト防止の工夫】

- ・ 大きなことに喜ぶだけでなく、小さなことにも喜べる
- ・ 楽観主義
- ・ 支援者自身が持つストレングスを活かす
- ・ 管理とリカバリー支援のバランスを葛藤しつつチームで議論する
- ・ バウンダリーと倫理を議論しつづける
- ・ 希望を持ち続けることが出来るように、注射のように希望を投入する
- ・ 休暇
- ・ 成し遂げたことを お互いに認め合い祝う

【研修プログラム立案のコンセプト】

- ・ 講義形式だけではなく、参加型の体験的学習を組み合わせる
- ・ 外部講師による研修だけでなく、現場スタッフの相互学習も組み合わせる
- ・ 支援者に必要な理念や技術すべてを網羅する研修は不可能であり、優先順位と1つの研修のゴールを明確にする
- ・ モニタリング・フォローアップを伴う継続的研修
- ・ チームの発展プロセスに即した多様な研修システムの工夫
- ・ 支援者自身のストレングスを強化しエンパワーしていくための工夫
- ・ 当事者に研修の企画や講師として入ってもらう
- ・ DBT・MI・WRAP などリカバリー理念を最新の支援技術のトピックスを入れる
- ・ 支援理念をチームで議論しつつ、自己点検しながらチームの文化を創っていく

いずれのヒアリングにおいても、強調されることは理念や態度の体得であり、知識や技術の習得だけではなく、利用者の可能性や強みを信じていくという信念や思想

の探求が、リカバリー志向の支援においては求められることが明らかになった。

第4節 まとめ

本章では多職種チームの各専門家が、ジェネラリストの役割と同時に、専門性を磨くことができる教育システムの実施に関して、ACT-Jにおける教育システムや、各専門職独自の研修・専門性についてまとめ、今後のチーム医療・チーム支援における教育システムの構築・実施について検討した。また、リカバリー志向への人材育成という視点から、マジソン地域とヴィレッジを訪れ、学んだことの一部を紹介した。

以上の結果から鑑みると、リカバリー志向への意識変容を伴う効果的な研修の要素とは以下のような点であると思われる。

- ・ 講義形式だけではなく、参加型の体験的学習を組み合わせる
- ・ 外部講師による研修だけでなく、現場スタッフの相互学習も有効
- ・ 支援者に必要な理念や技術すべてを網羅する研修は不可能であり、優先順位と1つの研修のゴールを明確にする
- ・ 単発研修ではなく、モニタリング・フォローアップを伴う継続的研修
- ・ チームの発展プロセスに即した多様な研修システムの工夫
- ・ 支援者自身のストレングスを強化しエンパワーしていくための工夫
- ・ 当事者に研修の企画や講師として入ってもらう
- ・ DBT・MIなど最新の支援技術の習得
- ・ 支援理念をチームで議論しつつ、自己点検しながらチームの文化を創っていく

しかしながら、講義でリカバリーや当事者中心と聞いても信念や態度の変容には至りにくい。当事者の変化を目の当たりにすることによって学ぶことが多い。

利用者のリカバリーを信じて、希望を伝達し可能性を伸ばして本人の夢や希望を実現で

きる力量を持つためには、新たなモデルに転換するための、変化への柔軟性も重要であるが、今までやってきたしてはいけないことや、今自分がしてはいけないことをしていないかを考えることがまずは必要なのではないか。

また、リカバリーやチャレンジは利用者だけがするのではなく、スタッフも慣れ親しんできた支援モデルを見直して、パラダイムシフトしていく必要がある。そのためには、支援者自身の‘気づき体験’が影響するのではないか。そのプロセスの中で、支援者自身がエンパワーされ、希望を語り、支援者としての役割に使命と自信をもっていくリカバリーのプロセスが必要なのではないかと思われる。

人は、それまで受けてきた教育・職歴・家族関係・人間性・価値観・自分が尊敬する人の意見などを通して得た、一連の信念を持っている。その信念が、支援者としての価値観・態度に反映されている場合が多い。訪米を通して、この支援者としての価値観・態度を、改めて問い直してみる必要性を感じた。

ヴィレッジで毎年行われているダッキー賞というセレモニーがある。これはセサミストリートのアーニーというキャラクターがいつも持っているアヒルのぬいぐるみを手放すことができなくて、サクソフォンがうまくふけなかったところ、仲間が“アヒルを置いてごらんよ！”と応援してくれて、両手が使えるようになってサクスがうまくふけたというストーリーが由来となっている。またアヒルが欲しくなったらいつでも拾うこともできるけれど、勇気を出して慣れ親しんだものを置いて、新しくチャレンジすることの重要性を教えてくれている。

このチャレンジは、当事者だけがするのではなく、支援者も今までの自分の臨床を振り返り、慣れ親しんできたもやり方を一旦置いて、新たなチャレンジをすることが求められているのではないだろうか。臨床家に必要なことは、臨床実践を行っていく上での、知識や技術も必要ではあるが、自分の臨床を振り返り、そこから学んだことを実践に活かす

ことができる力量であると思われる。

対人援助サービスである臨床活動には「これでよし」「エキスパートの力量が身についた」という終わりはない。常に、最新の知識を身につけ、支援技術を磨き、一人の人間として、また支援者としての態度や価値観を問い直していく必要がある。その終わりのない成長（変化）のプロセスこそ、臨床の醍醐味でもあろう。だからこそ、日々の臨床活動を通じて、自分自身の意識変革について、また、リカバリーを促進するための利用者主体の関わりの側面と、危機介入を含めた管理的側面とのバランスや、適切な利用者とのパートナーシップを持つための、バウンダリーと職業倫理におけるバランスを常に葛藤し続けながら自己点検していくことが重要であると考えられる。

研修の過程においては専門性について学ぶことと同時に、サービス利用者の主体性を尊重したアプローチをチームで共有することも重要であろう。教育システムの中には、援助理念やチームのミッション（使命）を議論し、共通理解をもつ過程も位置づける必要がある。またチームアプローチにおいては、利用者がチームの中心メンバーであることも忘れてはならない。

最後に、利用者のリカバリーを信じて、ストレングスに注目し、可能性を伸ばして、本人の夢や希望を実現できるよう支援する力量を持つためには、新たなモデルに転換するための変化への柔軟性も重要であるが、今まで行ってきたことを振り返ることがまずは必要であろう。つまり、リカバリーやチャレンジは利用者だけがするのではなく、スタッフも慣れ親しんできた支援モデルを見直して、パラダイムシフトしていくことが求められる。その‘気づき’の中で、支援者自身がエンパワーされ、希望を語り、支援者としての役割に使命と自信をもっていくリカバリーの過程が必要となるのではないだろうか。

入院体験や統合失調症と診断される体験を経て、精神科の医師となり、現在では、アメ

リカの当事者運動のリーダーとして精力的に幅広い活動を展開するダニエル・フィッシャー氏の言葉を引用して本章を閉じたいと思う。

それぞれの人にとって、あなたがリカバリーのプログラムなのです。あなたがどんな人であるのかということ、そして、あなたがあなた自身について何を学んでいるのかということが、援助者／セラピストとして、もっとも重要なのです。あなたが学べば学ぶほど、あなたはわかちあうことができるのだということを、つねに実感していきましょう。あなたが「居る」ことができればできるほど、あなたは、あなたが支援している人とともに深く「居る」ことができます(The more you can be, the more you can be there deeply with the person you are assisting)。

ダニエル・フィッシャー(著), 松田博幸(訳).
「リカバリーをうながす」(Promoting Recovery).[164]

第7章 精神保健従事者へのリカバリー 研修プログラムの作成と効果評価

はじめに

本章では、ここまで論述してきたリカバリーの概念や、リカバリー志向のプログラム、リカバリー志向の先進的な人材育成の方法に関する調査研究の結果を踏まえ、筆者自らが研修を企画し、実施し、その効果評価研究を行った結果について述べ、今後の効果的な人材育成方法のあり方を考察したい。

これまでに述べてきたように、リカバリー志向の支援を行うために求められるものは、知識や技術の習得というよりは、むしろ、利用者の希望や可能性を信じることや変化や成長に対して開かれていることなどのリカバリー志向の態度や信念、哲学である。1980年代に米国から徐々に広がったリカバリーの概念は、昨今では欧米諸国の地域精神保健サービスの中心概念となっており[12]、日本においても、当事者、専門職者、研究者など様々なコミュニティに広がり浸透しつつある[165]。この概念とともに注目を集めているプログラムの一つが ACT である[103]。1970年代から世界的にプログラムの普及が行われ、日本における初めての ACT の実践は 2003年に始まった[160]。当初は、千葉県市川市にある国立精神・神経センター（現、国立国際医療研究センター）国府台病院を拠点とする研究事業として活動が開始され、現在では京都や岡山など全国十数カ所で ACT の活動が行われており、導入準備を行っている事業体も複数存在する[102]。

リカバリー志向の支援を促進する専門職者対象のワークショップの効果評価は国内外で存在するが[166]、ACT の実践家を対象とした研修参加者のリカバリーに関する意識や態度の変化を評価した先行研究は見当たらない。ACT はその構造面やサービス内容などが高度

に構造化されており、ともすれば管理的・侵襲的になるとの懸念も指摘されている。それゆえ、ACT の支援に従事する専門職者がリカバリー志向の支援態度を獲得することは、今後の ACT 普及において重要であると考えられる。

そこで本研究では、リカバリー志向のプログラムである ACT に関する 4 日間の研修を、精神保健従事者を対象として企画・実施し、研修参加による研修前・後の意識の変化、その変化のきっかけなどから研修効果を評価し、リカバリーを志向する研修のあり方について考察することを目的とした。

第 1 節 研修プログラムの作成

欧米においてリカバリー志向の先駆的实践を行っている研修担当者へのインタビューや文献研究から、リカバリーを志向する効果的な研修のあり方についての重視すべき視点をまとめた（表 10 参照）。

表 10 効果的な研修のあり方についての配慮

A: 参加型の体験学習	座学中心の講義形式だけではなく、参加型の体験的学習を組み合わせる
B: 当事者の参画	専門家の視点に偏り過ぎないためにも、当事者に研修の企画や講師として入ってもらおう
C: 相互教育	互いの専門性を活かして相互教育を行う。これは互いの職種や人間性の理解を深め、チームワークの基礎を形成することへも寄与する
D: 継続研修	一回の研修で得られるものには限界があり、モニタリング・フォローアップを伴う継続的研修が重要となる
E: 多様な研修形態	チームの成長プロセスに応じて、多様な研修システムの工夫をする

第 1 項 参加型の体験学習

参加型の体験学習を可能な限り行うように配慮した。これは、「個人的で主観的で独特なプロセス」としてのリカバリーを実感し、会得するためには、座学の講義形式で情報や知

識を伝達することでは不十分であり、参加型の体験学習が適していると考えられたためである。本研究における研修プログラムでもグループワークや見学など、座学以外のカリキュラムを充実させるように配慮し、参加者が主体的に意見を発表したり質問したりする機会が増えるように配慮した。

第2項 当事者の参画

また、当事者の参画の機会が多くなるように配慮した。リカバリーのルーツが当事者運動にあること、当事者の語りや手記から形作られてきた概念であることを考えれば、当事者不在のリカバリーということはありません、専門家を対象とする研修ではなおさら、当事者が研修の講師や運営に参画する機会を多くする必要がある。本研究の研修プログラムでも、ACT の実際の利用者やその家族に講師としての参加を依頼し、講義内容の立案の段階から関与してもらうように配慮した。

第3項 相互教育

また、相互教育を重視した。リカバリーは個人的で個別的でユニークなプロセスであり、誰にでも当てはまるリカバリーの過程というものはない。また、他人のリカバリーを生きることにはできず、自らが主体的に自らのリカバリーを形作っていく必要があることを考えれば、一方的な伝達形式の研修では不十分であることが分かる。そこで、双方向の対話を重視し、講師と参加者、あるいは参加者同士が相互に学び合うことができるよう、対話を重視した研修プログラムである必要がある。本研究の研修プログラムでも、グループワークを通して参加者同士が意見交換や情報交換ができるように配慮し、さらに、シンポジウムなどでは、講師と参加者の間の意見交換ができるよう、講師陣もグループワークに参加できるように配慮した。

第4項 継続研修

継続研修が必要であると考えられた。リカバリーは、一定せず、時に後戻りし、そして再び始まる、終わりのない旅のようなプロセスである。生活し、働き、学び、生活の仕方やものの見方が変化し続けるプロセスであるため、一回の研修で大きな学びがあったとしても、それ以後の生活の中で常に変化するものであり、継続的に振り返る機会を持つことは重要である。そこで本プログラムでは、研修の6ヶ月後にフォローアップ研修を実施した。

第5項 多様な研修形態

多様な研修形態も重要であると考えられた。リカバリーを説明する言葉は多様であり、リカバリーのプロセスやきっかけも多様である。リカバリーの多様性を学ぶ上で、研修の形式自体も多様であることが求められると考えた。本研究の研修プログラムでも、講義、グループワーク、見学、シンポジウムなど、多彩な研修形態を用意した。

前述のようなことに配慮しながら、研修の主催者であり研修開催時に筆者が所属していた国立精神・神経医療研究センターのスタッフと議論を重ね、筆者が中心となりプログラムが作成された。作成したプログラムの内容について次節で説明する。

第2節 プログラムの内容について

研修の全体目的を「従来サービスとリカバリー志向のアプローチの違いに気づく」とし、プログラムの内容を立案した。

1 日目の研修では、ACT の概要と活動の様子を知ることとチーム作りに必要な要素を説

明できることを到達目標とし、リカバリーの概念やストレングスモデルの紹介、ACT 概要の説明、チームの実際の一日の紹介などのテーマで構成した。

2 日目は、リカバリー体験について説明できることとリカバリーモデルと従来モデルの違いについて理解できることを到達目標として設定し、ACT で働くスタッフの支援観や、ACT を利用している本人や家族からの体験談が語られるセッションを設定した。

3 日目は、「リカバリーを促進する支援を体験する」ことを目的とし、就労支援 (Individual Placement and Support: IPS)、家族支援、当事者活動などのワークショップや、当事者中心のプランを作っていくためのグループワークなどをプログラムに組み込んだ。

4 日目には、ACT の現状と地域での役割について意見を述べるができるようになることが目標として設定され、各地で取り組まれている ACT の実践者を講師としたシンポジウムや、研修で学んだことを臨床で活かすためのアクションプラン作りなどを行った (表 11 参照)。

表 11 研修プログラム

日程	目標	内容
1日目	ACTの概要と大切な理念を学ぶ	<ul style="list-style-type: none"> ・開会式、オリエンテーション ・講義「日本におけるACTの取り組みについて」 ・映像教材視聴「ACTチームの一日」 ・講義「チーム作りに必要な要素」
2日目	リカバリー体験に触れる	<ul style="list-style-type: none"> ・講義「利用者中心のプランニング、理念、ツール」 ・ACTオフィス見学ツアー ・利用者・家族による講義 (ACT利用当事者、家族) ・グループワーク
3日目	リカバリーを促進する支援を体験する	<ul style="list-style-type: none"> ・前日のグループワークの振り返り ・テーマに別れてのワークショップ (就労支援、家族支援、当事者活動、危機介入、ACTにおける大切な考え方:リカバリー、ストレングス) ・グループワーク ・全体シェアリング
4日目	地域におけるACTの役割を考える	<ul style="list-style-type: none"> ・シンポジウム「日本におけるACTの現状と展開」(全国のACT実践者がシンポジスト) ・ディスカッション「今後のACTの展開について」 ・まとめ

第3節 プログラムの実施状況

第1項 研修1日目

1日目の研修では、ACTを日本に導入するプロジェクトの代表者や、このプロジェクトの実際の臨床業務に携わるスタッフが講師となり、ACTでの活動経験を踏まえながら講義や実習が行われた。ACTの概要の説明が行われた後、ACTの活動取材して映像制作会社によって作成したドキュメンタリームービーが放映された。さらに、ACTのチーム作りに必要な要素に関する講義が行われ、リカバリー志向であることの重要性が話題として取り上げられた。実際のACTの臨床活動についての映像や体験談とともにリカバリーの理念が紹介されることで、受講者のより深くリカバリーを理解することが立案者の狙いであった。

第2項 研修2日目

2日目は、ACTで働くスタッフの支援観や、ACTを利用している本人や家族から体験談が語られた。また、グループシェアリングや自分自身のストレングスに気づくためのグループワークなどを通じた「リカバリー体験に触れる」内容が盛り込まれた。利用者や家族の体験談を通して、実際のリカバリー体験を受講者が感じる事が、研修立案者の狙いであった。しかしながら何をリカバリーと感じるかは極めて個別で多様であるため、受講者の受け取り方も必然的に多様であったと考えられる。その多様な解釈がグループワークで共有され、それぞれの受講者にとって奥行きのあるリカバリー体験になったと考えられる。

第3項 研修3日目

3日目は、「リカバリーを促進する支援を体験する」ことを目的としたワークショップや、当事者中心のプランを作っていくためのグループワークなどを行った。講師には、ACTスタッフの他に、ACTチームと協働しながら就労支援を行うIPSのスタッフなどが招かれた。

グループに別れてそれぞれのグループが異なる内容のグループワークを行ったため、参加したグループによって学ぶ内容は大きく異なった。これらをグループワーク終了後の全体セッションで共有することで、受講者は、リカバリー概念の広がりを経験できたと考えられる。

第4項 研修4日目

4日目には、各地で取り組まれているACTの実践者を講師としたシンポジウムや、研修で学んだことを臨床で活かすためのアクションプラン作りなどが行われた。3日目までのリカバリーを知ることや体験することからさらに進んで、リカバリーに関する学びを自らの支援活動にどのように活かすかを考える契機を提供することが目指された。全国の活発な活動を行うACTチームのスタッフによるシンポジウムや、アクションプラン作りを通して、その目的は達成できたものとする。

第4節 効果評価について

第1項 効果評価の指標

研修開始の直前および直後に、自記式調査により参加者の意識・態度等を評価した。調査内容は、リカバリーに関する質問群と、研修前後の意識の変化と変化の契機に関する自由記述の間から構成された。リカバリーに関する項目群では、リカバリーに関する考え方を中心に、支援者としての態度、変化への柔軟性など、合計31項目から構成された。それぞれの項目は、RAQ-7 (The Recovery Attitudes Questionnaire) や STARS (The staff attitudes to recovery scale) [166]などのリカバリーに関する既存の尺度を参考にし、ACTやIPS、WRAP等のリカバリーを支援する著者自身の経験などから、この研修用に独自に作成した。各項目は「大いにそう思う」から「全くそう思わない」の5段階で評価される。

第2項 対象

2008年1月29日から2月1日にかけて、国立精神・神経医療研究センターでACTの研修会が開催された。研修の参加者はウェブサイト等で公募し、応募条件は、ACTをこれから実践しようとしている者、あるいはその可能性がある者で、「精神保健サービスに従事する者（医師、精神保健福祉士、臨床心理業務に従事する者、保健師、看護師、作業療法士など）で、訪問支援経験者が望ましい」であった。42名が研修に参加し、そのうち研究の趣旨を説明し同意が得られた39名を研究対象とした。

第3項 分析

リカバリーに関する項目群の得点の量的分析については、ウィルコクソンの符号順位検定を用いて各項目の研修前後の値を比較した。統計処理はSPSS 17J for Windowsを用いた。

意識変化に関する自由記述のテキストについては、電子化した後、著者が文のまとまりごとに区切り、KJ法[167]を用いて、研修前後で変化したことや、変化の契機となったことに関して、スプレッドシート上のテキストボックスに転記した。全てのテキストボックスを並べ、意味内容の近いボックスごとにグループ分けし、各グループ間の意味的・概念的類似性に応じてより大きなグループを作るという手順でカテゴリーを作成した。なお、評価者はKJ法の実施に関する研修を受けていないが、分析の妥当性を高めるため、本研修にスタッフとして参加した協力者と分類結果の妥当性について議論し、複数の評価者が独立して分析し、それぞれの結果をすり合わせることで、最も妥当と思われる表現をとるよう修正した。

第4項 倫理的配慮

研究参加への依頼にあたっては、研究目的、研究への参加および中止は自由であり参加に同意しなくても不利益は生じないこと、同意をいつでも撤回できること、プライバシーの保護について口頭および書面により説明し、文書による同意を得た。本研究は、東洋大学の福祉社会デザイン研究科倫理委員会の承認を得て実施した（平成19年11月12日、承認番号：5）。

第5節 結果

基礎属性

対象者の基礎属性を表12に示す。女性が22名（56.4%）であり、年齢では30歳代が43.6%と最も多く、職種では精神保健福祉士が51.3%と最も多かった。臨床経験年数に関しては、10年以上と10年未満が約半数ずつであった。所属機関については医療機関が最も多く59.0%であった。

リカバリーに関する意識の量的変化

研修前後で、リカバリーに関する項目の多くで有意な変化が認められた（表13参照）。これらはすべて、期待したリカバリー志向に肯定的な方向への変化であった。特に、有意水準が0.1%より小さかった項目は、「2. リカバリーは、治療がなくても自然に生じる」（ $Z=-3.97$ ）、「19. 私は、利用者の普通の生活をする権利を擁護することができる」（ $Z=-3.90$ ）、「20. たとえ他の臨床家が利用者について弱気になっていても支援する方法を見つけることができる」（ $Z=-3.95$ ）、「21. 私は、利用者と支援者の対等なパートナーシップを作ることができる」（ $Z=-3.66$ ）、「26. 私は、利用者の可能性を信じている」（ $Z=-3.53$ ）であった。

表 12 基礎属性

		N	%
また、「22. 非現実的で達成できそうにない目標を利用者が望んだ場合は、それを支援すべきではない」(Z=-2.96)や「23. 専門家として利用者の目標に同意できない場合、その目標はより適切なものに置き換えるべきである」(Z=-2.83)などの逆転項目では有意に得点が減少していた。	性別		
	男性	15	38.5%
	女性	22	56.4%
全ての領域において得点がリカバリー志向に有意に変化した項目が見られたが、特に「リカバリーに関する信念」に関しては全ての項目で有意差が見られた。一方で、「リカバリーに関するプロセス」については有意差の見られた項目が少なかった。特にリカバリーのプロセスの多様性についての項目では変化がほとんど見られず、受講者の解釈もまた多様であったことが考えられる。	不明	2	5.1%
	年齢		
	20～29歳	6	15.4%
	30～39歳	17	43.6%
	40～49歳	10	25.6%
資格(複数回答)	50～59歳	3	7.7%
	不明	3	7.7%
	精神保健福祉士	20	51.3%
	看護師	11	28.2%
	保健師	6	15.4%
	作業療法士	6	15.4%
	医師	3	7.7%
その他	5	12.8%	
臨床経験年数	不明	2	5.1%
	3年未満	1	2.6%
	3年以上 5年未満	10	25.6%
	5年以上 10年未満	10	25.6%
	10年以上 20年未満	11	28.2%
	20年以上 30年未満	3	7.7%
	30年以上	1	2.6%
不明	3	7.7%	
所属機関(複数回答)	医療機関	23	59.0%
	行政機関	13	33.3%
	福祉関連施設	3	7.7%
	その他	1	2.6%
	不明	2	5.1%

表 13 研修会前・後のリカバリーに関する意識の変化

	研修前(N=39)		研修後(N=39)		Z	P
	平均	SD	平均	SD		
リカバリーに関する信念						
4 リカバリーできるという信念を必要とする	4.44 ± 0.75	0.48	4.77 ± 0.48	0.26 *	-2.231	0.026 *
5 重い症状や障害があってもリカバリーできる	4.38 ± 0.71	0.43	4.77 ± 0.43	0.005 **	-2.777	0.005 **
13 私は、リカバリーの可能性を信じている	4.44 ± 0.60	0.47	4.69 ± 0.47	0.008 **	-2.673	0.008 **
14 私は、利用者の将来の成果が定かでないことに耐えることができる	3.76 ± 0.88	0.68	4.10 ± 0.68	0.025 *	-2.241	0.025 *
26 私は、利用者の可能性を信じている	4.26 ± 0.60	0.47	4.69 ± 0.47	<0.001 ***	-3.532	<0.001 ***
リカバリーのプロセス						
2 リカバリーは、治療がなくても自然に生じる	2.97 ± 1.18	0.95	3.87 ± 0.95	<0.001 ***	-3.974	<0.001 ***
6 リカバリーにある人々は、時々後戻りする	4.33 ± 0.58	0.81	4.33 ± 0.81	1.000	0.000	1.000
7 リカバリーする方法は、人によって異なる	4.67 ± 0.58	0.59	4.74 ± 0.59	0.341	-0.952	0.341
8 精神疾患からのリカバリーは、メンタルヘルスの専門家の介入がなくても起こる	3.74 ± 0.91	0.97	4.00 ± 0.97	0.080 †	-1.751	0.080 †
10 リカバリーは病氣や障害などで失ったものを取り戻してもの状態に戻ることではない	4.18 ± 0.91	0.87	4.36 ± 0.87	0.172	-1.366	0.172
27 なじんだものを手放すことが時には必要である	3.95 ± 0.83	0.74	4.13 ± 0.74	0.235	-1.188	0.235
リカバリーの促進要因・阻害要因						
1 リカバリーしていくには、そばにいて信じてくれる人の存在が必要である	4.64 ± 0.58	0.43	4.85 ± 0.43	0.046 *	-2.000	0.046 *
3 リカバリーは、適切な治療で促進される ^a	4.46 ± 0.64	0.99	4.03 ± 0.99	0.004 **	-2.874	0.004 **
9 精神疾患に関する偏見(ステイグマ)は、リカバリーの過程を減速させる	4.26 ± 0.82	0.83	4.28 ± 0.83	0.891	-0.137	0.891
11 リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.51 ± 0.64	0.34	4.87 ± 0.34	0.001 **	-3.300	0.001 **
12 リカバリーには、チャレンジやリスクを覚悟することを必要とする	4.23 ± 0.74	0.51	4.72 ± 0.51	0.001 **	-3.380	0.001 **
24 利用者が失敗して自信をなくしそうな目標の場合、支援者としてそれを阻止する義務がある ^a	2.36 ± 0.87	0.90	2.15 ± 0.90	0.158	-1.411	0.158
支援者としての態度						
15 私は、利用者のためにより良い成果を出そうとする動機が高い	4.05 ± 0.79	0.66	4.08 ± 0.66	0.843	-0.198	0.843
16 私は、利用者が困難な状況におちいった時、たぐさんの援助する方法を考え出すことができる	3.41 ± 0.85	0.64	3.90 ± 0.64	0.002 **	-3.115	0.002 **
17 私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	3.87 ± 0.77	0.81	4.08 ± 0.81	0.181	-1.337	0.181
18 私は、自分の希望を語るることができる	3.97 ± 0.81	0.57	4.31 ± 0.57	0.016 *	-2.419	0.016 *
19 私は、利用者の普通の生活をする権利を擁護することができる	3.82 ± 0.72	0.55	4.26 ± 0.55	<0.001 ***	-3.900	<0.001 ***
20 たとえ他の臨床家が利用者について弱気になっても支援する方法を見つけることができる	3.49 ± 0.64	0.58	4.08 ± 0.58	<0.001 ***	-3.953	<0.001 ***
21 私は、利用者や支援者の対等なパートナーシップを作ることができる	3.54 ± 0.72	0.69	4.00 ± 0.69	<0.001 ***	-3.662	<0.001 ***
22 非現実的で達成できそうにない目標を利用者が望んだ場合は、それを支援すべきではない ^a	2.49 ± 0.94	0.87	2.03 ± 0.87	0.003 **	-2.957	0.003 **
23 専門家として利用者の目標に同意できない場合、その目標はより適切なものに置き換えるべきである ^a	2.77 ± 0.81	0.89	2.31 ± 0.89	0.005 **	-2.830	0.005 **
25 私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.05 ± 0.79	0.64	4.54 ± 0.64	0.001 **	-3.400	0.001 **
制度やシステム						
28 上司やシステムからの指示がなければ新しいことは導入できない ^a	2.85 ± 1.04	1.02	2.44 ± 1.02	0.009 **	-2.610	0.009 **
30 海外でエビデンスのあるプログラム(EBP)でも、日本の風土には合わないことが多い ^a	3.23 ± 0.63	0.87	3.43 ± 0.87	0.220	-1.226	0.220
31 システムの問題を見つけても改善に取り組むことは難しい ^a	3.28 ± 0.92	0.98	2.67 ± 0.98	0.001 **	-3.307	0.001 **

ウィルコクソンの符号順位検定^a 逆転項目 SD Standard deviation, *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, † $p < 0.10$

支援意識の質的变化

研修会実施後の意識の変化について、KJ法で分析した結果抽出された要素と、それぞれの代表的な回答を表14に示す。

表 14 KJ法により抽出された研修会前後の変化

リカバリー概念の理解と体得
リカバリー概念の理解の深まり
リカバリーのロジックが既成の概念の押し付けでないことに気付いた 理論と実践を結びつけて考えることができた リカバリーに対する理解が深まった
リカバリー概念の体得
「リカバリーは人それぞれ」というところで腑に落ちた 自分の中に「リカバリー」の考え方が、一部位置づいてきていると思います
「信じること」の始まり
リカバリー、ストレングスを今までより信じようと思っている リカバリー概念を理解する中で、人を、相手を信じることだと強く思いました もっと信じて個別ケース等々で関わっていったらと思います
「支援」観の変化
症状が重くてもその人らしく生活できることを実感
病態の重い人が地域の中で生きがいを感じて生きていけるということを実感できた 重度の方でもその人らしい生活ができる
利用者との関わり方の変化
一辺倒な対応のしかたが変化するかもしれないという期待がふくらんできた もっと当事者・利用者と一緒に時間をかけて関わりたいと改めて思った もっと普通の関わり方(人として)をしていきたいと改めて思った
利用者を中心にした支援者への転換
対象者(利用者)の希望に沿っていこうという気持ちが強くなった 利用者中心に考えていくということを忘れていた部分があり、それを再認識できた
勇気を持ちチャレンジすることへの期待
バリアがあっても希望を伝え、希望に近づける努力・活動をする！と勇気がわいた チャレンジすることの大切さ、おもしろさを感じた
支援者自身の変化
今までの支援に関する気づき
自分も周辺も、今までの既存のツールや概念にとらわれていることが理解できた まだまだ当事者を信じていない「医療モデルより」な自分の姿勢に気づいた バリアをたてに限界を決めていたと思った
リラックスと脱緊張
肩の力が抜けた(リラックスできた) 色々な考え方があり、あつて良いことを学び、とてもラクになった
モチベーションの向上
パワーをこの研修でもらったと思う。今後このパワーを継続していくよう頑張っていきたい いいと思うことはやるべきだと思うことができた

まず、「リカバリーに対する理解が深まった」や「『リカバリーは人それぞれ』というところで腑に落ちた」、「リカバリー、ストレングスを今までより信じようと思っている」といったリカバリーの理解と体得に関するカテゴリーが抽出された。

また、「病態の重い人が地域の中で生きがいを感じて生きていけるということを実感できた」「もっと当事者・利用者とゆっくりと時間をかけて関わりたいと改めて思った」「チャレンジすることの大切さ、おもしろさを感じた」といった、支援に関する考え方のカテゴリーが抽出された。

そして、「自分も周辺も、今までの既存のツールや概念にとらわれていることが理解できた」や「肩の力が抜けた（リラックスできた）」、「パワーをこの研修でもらったと思う。今後このパワーを継続していくよう頑張っていきたい」など、従来提供していた支援に関する気づきや、リラックスできたこと、モチベーションが向上したことなど、支援者自身の変化カテゴリーが抽出された。

意識変容のきっかけになったプログラムについては、感情体験を伴うグループワークやワークショップをあげた者が 19 名、当事者・家族・ACT スタッフの体験談が 13 名、各地域の実践報告が 6 名、研修に共に参加している仲間からの影響や、研修会自体の雰囲気・文化・リラックスして満足度の高い環境が、それぞれ 5 名であった。(表 15 参照)

表 15 意識変容のきっかけの分類

内容	件数	記載抜粋
グループワークやワークショップ	19	<ul style="list-style-type: none"> ・グループワークで自分のストレングスをみんなに記入してもらえた時 ・IPSのワークショップで、当事者の報告やディスカッションで気づかされた
当事者・家族・ACTスタッフの体験談	13	<ul style="list-style-type: none"> ・何人か当事者や家族の意見には驚いた ・ACT利用者の体験談と楽しそうな雰囲気 ・利用者や家族の生活，声を知って，自分もその人らしい生活を支援出ようになりたい(と思った)
各地域の実践報告	6	<ul style="list-style-type: none"> ・講師陣の言葉の端々を自分にあてはめ考えることができたこと ・日本の現状では活動していくことは“ゲリラ”である，という言葉
他の参加者からの影響や、雰囲気・文化・環境	5	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者の意識の高さに刺激を受けた ・自分自身が楽しむことができたから ・研修中，または懇親会でも，熱意と楽しそうな雰囲気

第4項 考察

本研究では、リカバリー志向のプログラムである ACT の研修に参加した精神保健従事者に、研修前後でどのような意識の変化が生じたか、またその契機について、質問紙を用いて調査した。

その結果、リカバリーに関する理解が深まり、リカバリーをより志向する方向への変化が生じたことが示唆された。つまり、研修前は専門家としてのサービスを提供するあり方を重要視していたが、研修後は当事者とのパートナーシップやリカバリーを促す環境を提供する役割へと意識が変化したことを示す結果であると考えられる。

また、リカバリーやストレングスの概念が知識から実感に変化し、本人の可能性やリカバリーを信じ本人の意志を尊重したパートナーシップの大切さに気づくといった、参加者

の意識の変化が認められた。さらに意識の質的な変化に関する分析からは、参加者の今までの臨床活動が医学モデルに偏重した支援であったこと、保護的であったことへの気づきがあり、研修会が支援のあり方に関する再考の機会となったことが明らかになった。これらのことから、今回作成した研修プログラムは、当事者のリカバリーを支援していくために必要な、支援者自身の意識変革への一助となったと考えられる。

リカバリー志向への支援者の意識変革は、全人的回復過程のメカニズムを知ることや、当事者の力を高めるための視点の獲得につながり、そして、医療や福祉のシステムの質の向上をもたらすことが期待される。研修会を通してリカバリーを促進する支援のあり方を専門職者が学ぶことは意義深い。今後、本研究で得られた知見をもとに、より洗練された研修プログラムが開発されることが求められる。

本研究の対象者は研修に自ら参加を希望した者であり、もともとリカバリーに関心の高い精神保健サービス提供者であった可能性がある。それゆえ、本研究の結果の一般化には慎重を期する必要がある。しかし、研修前に比較的得点の高かったリカバリーの意識に関する項目でも研修後に有意な肯定的な変化を示したものも多く認められ、リカバリーに関心の高い者に対しても、本研修は効果を有すると思われる。さらに、リカバリー概念が浸透しつつある現状を鑑みれば、今後リカバリーに関心をもつ専門職者が増加することが予想され、先駆的な試みとして本研究の知見は今後の様々な研修活動に示唆を与えるものと考えられる。

本研究では対照群を設けず、研修前後の精神保健従事者の意識・態度を評価した。研修のアウトカムは精神保健サービス利用者がリカバリーのプロセスを歩むことで評価されるべきであることは言うまでもない。今後は、無作為化対照試験などの研究デザインを用いて、研修参加者の実際のサービスの変化の評価や、利用者による評価なども求められるだろう。さらに、リカバリーに関する意識や態度を測る尺度の標準化や、インタビューなどを通じたより精密な質的研究も必要だろう。

利用者のリカバリーを信じて、ストレングスに注目し、本人の夢や希望を実現できるよう支援する力量を持つためには、新たなモデルに転換するための変化への柔軟性も重要である。そして、今まで自らが行ってきた支援を振り返り、時には、慣れ親しんできた支援モデルを見直す必要に迫られることもある。つまり、リカバリーやチャレンジは利用者だけがするのではなく、支援者自身も、今まで自らが行ってきた支援を見直し、パラダイムシフトしていくことが求められる。その‘気づき’の中で、支援者自身がエンパワーされ、希望を語り、支援者としての役割に使命と自信をもっていくリカバリーの過程が必要となるのではないだろうか。

リカバリー志向のプログラムである ACT の研修に参加した精神保健従事者に、研修前後でどのような意識の変化が生じたか、またその契機について、自記式質問紙を用いて調査した。その結果、リカバリー志向への参加者の様々な意識変化が明らかになり、本研修がリカバリーを支援していくために必要な支援者自身の意識変革への一助となったことが示唆された。

第 6 節 研修効果のフォローアップ調査

第 1 項 はじめに

前節では、研修参加者を対象とするアンケート調査を通して、リカバリー志向への様々な意識変化が明らかになった。しかしながら、調査時点が研修の直前と直後であったため、研修直後の高揚感などによって、より「リカバリー志向」な回答に偏っていた可能性も考えられる。また、研修の目的は、研修でもたらされたよりリカバリー志向な様々な変化が、研修後も維持され、日々の実践活動に反映されることであり、研修からある程度の期間において、その変化が維持されているかを検討することは必要不可欠であると考えられる。

そこで本節では、研修参加者に対するフォローアップ調査を行い、研修直後のアンケート調査で明らかになった変化が、その後も維持されたかを検証する。

第2項 フォローアップ調査の方法

前節で述べた初回研修から約6ヶ月後の2008年7月に、同研修参加者を対象とするフォローアップ研修を実施し、その参加者を対象とする自記式アンケート調査を実施した。フォローアップ研修の目的は、1) リカバリー概念をより深く知る、2) 初回研修で立てたアクションプランを振り返り、ACTの持つ理念や支援技術を活かすための戦略を練り直す、とした。研修プログラムは1日のコースで、そのスケジュールは下記の通りである。

10:30 受付

10:45~11:10 オープニングセッション（研修後のプランの進捗状況のシェアなど）

11:20~12:30 講義「リカバリーを考える」

13:30~14:30 リカバリーワーク

14:30~16:30 講義「リカバリー文化をシステムに根付かせるための戦略」

16:45~18:00 グループワーク「ACTの理念や支援技術を臨床で活かすための戦略」

18:00~18:30 クロージングセッション

19:00~ ディスカッション・懇親会

オープニングセッションでは、各参加者の初回研修後の状況報告や、初回研修で立てた計画の進捗状況を共有した。その後、初回研修で学んだリカバリーとその後の臨床活動などでのリカバリー理解について振り返ることを目標とし、「リカバリーを考える」と題された講義が行われた。さらに、リカバリーワークでは、小グループに分かれて、各自のリカバリーに関する思いや体験を共有した。その後、リカバリー文化を日本の精神保健システムに根付かせるための戦略についての講義が行われ、グループワークでは、リカバリーを含むACTの理念を実践活動活かすための方法について意見交換が行われた。最後の全体で

各グループの意見交換が行われた。

アンケート調査は、受付の直後、オープニングセッションが始まる直前に実施した。調査票の内容は、初回研修時の調査票と同様に、リカバリーに関する考え方を中心に、支援者としての態度、変化への柔軟性など、合計 31 項目の質問群を中心に構成された。

参加者の募集は、初回研修参加者に対してメールや郵便で実施され、希望者のみがフォローアップ研修に参加した。9 名のフォローアップ研修参加者に調査の説明を行い、同意が得られた 9 名に回答を依頼し、得られた回答を分析対象とした。

第3項 フォローアップ調査の結果

表 16 研修会前後と6ヶ月後のリカバリーに関する意識

	研修前(N=39)		研修後(N=39)		6ヶ月後(N=9)	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD
リカバリーに関する信念						
4 リカバリーできるという信念を必要とする	4.44 ± 0.75		4.77 ± 0.48		4.78 ± 0.44	
5 重い症状や障害があってもリカバリーできる	4.38 ± 0.71		4.77 ± 0.43		4.78 ± 0.44	
13 私は、リカバリーの可能性を信じている	4.44 ± 0.60		4.69 ± 0.47		4.78 ± 0.44	
14 私は、利用者の将来の成果が定かでないことに耐えることができる	3.76 ± 0.88		4.10 ± 0.68		3.75 ± 0.71	
26 私は、利用者の可能性を信じている	4.26 ± 0.60		4.69 ± 0.47		4.89 ± 0.33	
リカバリーのプロセス						
2 リカバリーは、治療がなくても自然に生じる	2.97 ± 1.18		3.87 ± 0.95		3.89 ± 0.60	
6 リカバリーにある人々は、時々後戻りをする	4.33 ± 0.58		4.33 ± 0.81		4.11 ± 0.60	
7 リカバリーする方法は、人によって異なる	4.67 ± 0.58		4.74 ± 0.59		4.56 ± 0.73	
8 精神疾患からのリカバリーは、メンタルヘルスの専門家の介入がなくても起こる	3.74 ± 0.91		4.00 ± 0.97		3.22 ± 0.83	
10 リカバリーは病気や障害などで失ったものを取り戻すことと同様の状態に戻ることはない	4.18 ± 0.91		4.36 ± 0.87		4.33 ± 0.87	
27 なじんだものを手放すことが時には必要である	3.95 ± 0.83		4.13 ± 0.74		4.00 ± 0.71	
リカバリーの促進要因・阻害要因						
1 リカバリーしていくには、そばにいて信じてくれる人の存在が必要である	4.64 ± 0.58		4.85 ± 0.43		4.89 ± 0.33	
3 リカバリーは、適切な治療で促進される ^a	4.46 ± 0.64		4.03 ± 0.99		4.33 ± 0.71	
9 精神疾患に関する偏見(スティグマ)は、リカバリーの過程を減速させる	4.26 ± 0.82		4.28 ± 0.83		4.11 ± 0.60	
11 リカバリーのプロセスは、希望を必要とする	4.51 ± 0.64		4.87 ± 0.34		4.78 ± 0.44	
12 リカバリーには、チャレンジングやリスクを覚悟することを必要とする	4.23 ± 0.74		4.72 ± 0.51		4.22 ± 0.97	
24 利用者が失敗して自信をなくしそうな目標の場合、支援者としてそれを阻止する義務がある ^a	2.36 ± 0.87		2.15 ± 0.90		2.22 ± 0.83	
支援者としての態度						
15 私は、利用者のためにより良い成果を出そうとする動機が高い	4.05 ± 0.79		4.08 ± 0.66		3.78 ± 0.83	
16 私は、利用者が困難な状況におちいった時、たくさんの援助する方法を考え出すことができる	3.41 ± 0.85		3.90 ± 0.64		3.33 ± 0.87	
17 私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	3.87 ± 0.77		4.08 ± 0.81		4.11 ± 0.78	
18 私は、自分の希望を語るることができる	3.97 ± 0.81		4.31 ± 0.57		4.33 ± 0.71	
19 私は、利用者の普通の生活をする権利を擁護することができる	3.82 ± 0.72		4.26 ± 0.55		4.00 ± 0.71	
20 たとえ他の臨床家が利用者について弱気になっても支援する方法を見つづけることができる	3.49 ± 0.64		4.08 ± 0.58		4.11 ± 0.60	
21 私は、利用者や支援者の対等なパートナーシップを作ることができる	3.54 ± 0.72		4.00 ± 0.69		3.89 ± 0.60	
22 非現実的で達成できそうにない目標を利用者が望んだ場合は、それを支援すべきではない ^a	2.49 ± 0.94		2.03 ± 0.87		2.22 ± 0.97	
23 専門家として利用者の目標に同意できない場合、その目標はより適切なものに置き換えるべきである ^a	2.77 ± 0.81		2.31 ± 0.89		2.33 ± 1.00	
25 私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.05 ± 0.79		4.54 ± 0.64		4.78 ± 0.44	
制度やシステム						
28 上司やシステムからの指示がなければ新しいことは導入できない ^a	2.85 ± 1.04		2.44 ± 1.02		2.89 ± 0.93	
30 海外でエビデンスのあるプログラム(EBP)でも、日本の風土には合わないことが多い ^a	3.23 ± 0.63		3.43 ± 0.87		2.78 ± 0.67	
31 システムの問題を見つけても改善に取り組みことは難しい ^a	3.28 ± 0.92		2.67 ± 0.98		2.33 ± 0.87	

^a 逆転項目 SD Standard deviation

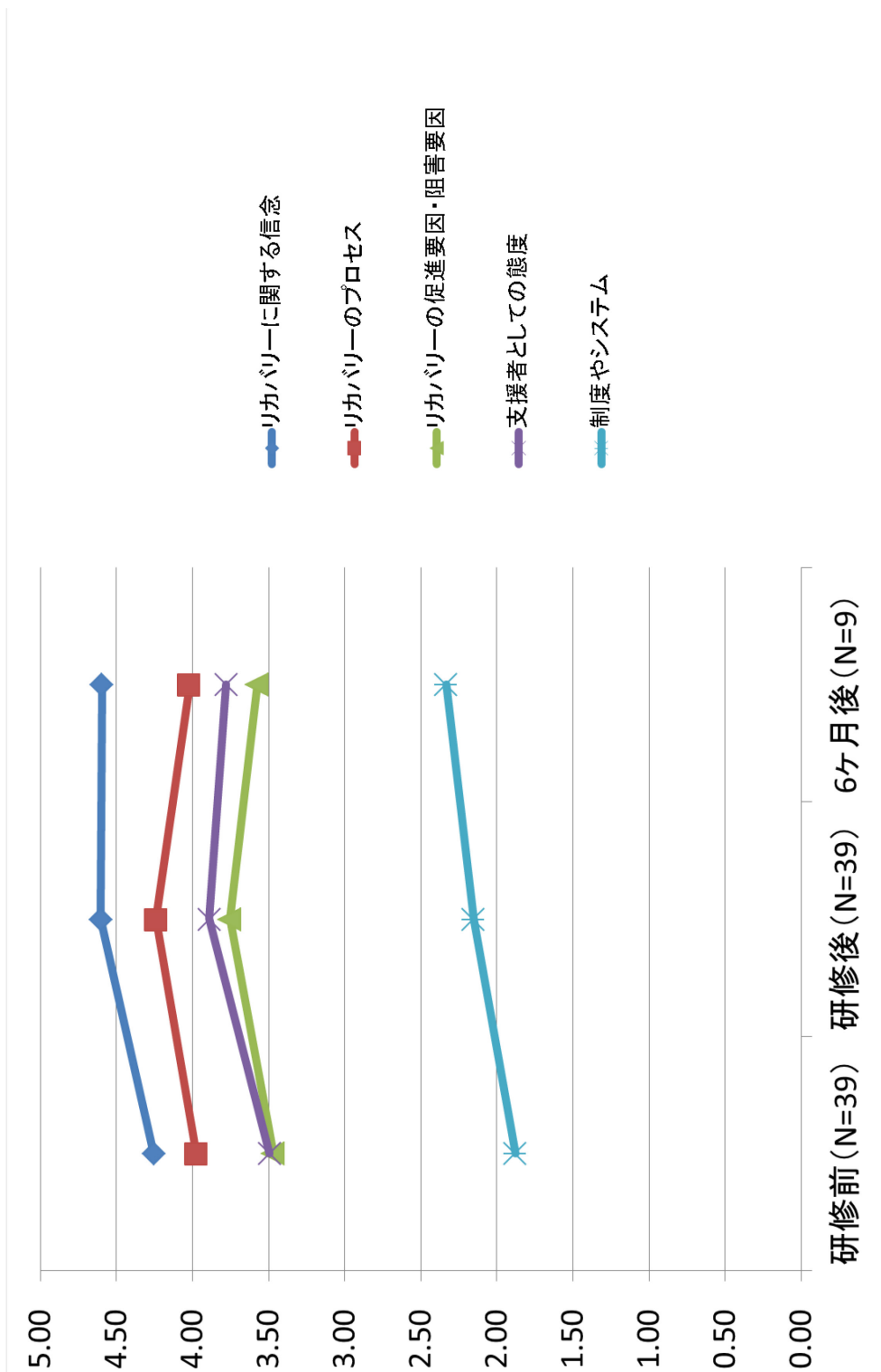


図 2 研修会前後と 6 ヶ月後のリカバリーに関する意識

フォローアップ研修の参加者は 9 名であった。フォローアップ研修でのアンケート調査の結果と、初回研修時の結果を表 16 に示す。参加者が 9 名と少数であったため、統計的検定は実施せず、単純平均と標準偏差の値のみ示す。

たとえば、「2. リカバリーは、治療がなくても自然に生じる」では、直前：2.97 → 直後：3.87 → 6 ヶ月後：3.89、「20. たとえ他の臨床家が利用者について弱気になっていても支援する方法を見つけることができる」では、直前：3.49 → 直後：4.08 → 6 ヶ月後：4.11、「21. 私は、利用者と支援者の対等なパートナーシップを作ることができる」では、直前：3.54 → 直後：4.00 → 6 ヶ月後：3.89、「26. 私は、利用者の可能性を信じている」では、直前：4.26 → 直後：4.69 → 6 ヶ月後：4.89 と、直前と直後で有意な差のあった項目の多くで直後の結果が 6 ヶ月後でも維持されていることが示唆された。

また、それぞれの領域の平均得点の推移を図 2 に示す。平均点でも「リカバリーに関する概念」や「支援者としての態度」などの領域で、研修直後の効果が 6 ヶ月後まで維持されていることが見て取れる。

第 4 項 フォローアップ調査に関する考察

本節の調査では、初回研修参加者の中で 6 ヶ月後のフォローアップ研修にも参加した 9 名の回答を集計し、研修直後の結果が 6 ヶ月後でも概ね維持されていることが明らかになった。本調査の限界として、回答数が少なく統計的な検定ができなかったことがあげられる。また、フォローアップ研修参加者が希望者のみであり、リカバリーに関する高い意識を持つ者に対象が偏っていた可能性が考えられる。しかしながら、初回研修参加者の約 4 分の 1 がフォローアップ研修に参加しており、4 分の 1 の参加者で研修効果が半年維持されたことは特筆に値するであろう。

第7節 まとめ

本来の研修効果は、研修前後やその後の継続研修を伴うモニタリングのみではなく、研修参加者の臨床サービスを活用している利用者が、リカバリーに向けて変化のプロセスを歩んでいることが重要であることは言うまでもない。よって、今回の研修前・後やその後の支援者のモニタリングだけでは不十分であり、本研究の限界である。

しかしながら、専門職を対象とする4日間の研修で、リカバリーに関する理解が深まり、リカバリーをより志向する方向への変化が生じたことが示唆され、さらに、そのうちの約4分の1の参加者が6ヶ月後フォローアップ研修に参加し、初回研修の効果が半年維持されたことが示唆された。

リカバリーの概念が浸透しつつある現状を鑑みれば、今後リカバリーに関心をもつ専門職者が増加することが予想され、先駆的な試みとして本研究の知見は今後の様々な研修活動に示唆を与えるものと考えられる。今後、より洗練された研修プログラムを構築すること、より厳密な方法で効果を詳細に検証することが求められる。

人は、受けてきた教育・職歴・家族関係・人間性・価値観・自分が尊敬する人の意見などを通して得た、一連の信念を持っている。新しい方式を取り入れることは、これまで自分が正しいと思って受け入れてきたことを否定するような気持ちになることもある。特に、従来型の方式での実践に愛着や誇りを持つ中堅からベテランといわれる層の人々の中には、リカバリー志向のアプローチに抵抗を感じることもあるだろう。リカバリー志向の人材育成の目的は、知識や技術の伝授ではなく、信念体系のバージョンアップである。このような目的を持つリカバリー志向の人材育成について、筆者の考えを述べて本章のまとめとしたい。

数日間の単発の研修を体験して人の信念体系ががらりと変わることは、稀であろう。自身の変化を継続的に振りながら継続的に研修に参加できる仕組み作りが大切だ。また、リ

カバリー志向のプログラムには数十年の歴史が蓄積されており、リカバリー志向の実戦経験やリカバリーの考えへの馴染み方は多様である。習熟の度合いに応じた「初期研修」や「実践者研修」など多様な研修プログラムを開発する必要があるだろう。また、リカバリーが抽象的な観念ではなく、生活の中の具体的なプロセスであるため、講義型でなく、参加型の研修が必要不可欠である。継続教育や実習型の研修プログラムを実施するために、大学院教育との連携なども模索していく必要があるだろう。

また、リカバリーにおいては、対等な関係の中で行われる対話を通して、相互に新しい価値に開かれていくプロセスが重要な要素である。研修プログラムにおいても、上意下達の権威主義的な研修よりも、講師と受講者のフラットの関係性の中で創造的な会話が生まれるような研修になるような配慮が極めて重要である。とりわけ、医療の現場における「支援者―被支援者」の関係は、支援者側に権限が集中しがちであり、リカバリーはこの権力の非対称がもたらす弊害への反省から生まれた側面もあるため、日常にひそむ権力性への自覚や気付きはリカバリー志向の実践者にとって必要不可欠な要素である。当事者に研修の企画や講師として入ってもらうことが重要であることは言うまでもない。

リカバリー志向の実践者になるためには、新たなモデルに転換するための変化への柔軟性が重要である。リカバリーやチャレンジは利用者だけがするのではなく、支援者も慣れ親しんできた支援モデルを見直して、パラダイムシフトしていく必要がある。そして、研修を実施する者もまた、受講者との対話を通して変化や発見に対して開かれた態度を持っていることが重要である。リカバリーの過程の中で、支援者自身がエンパワーされ、希望を語り、支援者としての役割に使命と自信をもっていくリカバリーのプロセスが必要であるのと同様、研修を通して、受講者や講師を含めた参加者の全てがエンパワーされ、新しい世界観に開かれていくことができる人材育成あり方が目指されるべきであると考える。

第8章 おわりに

第1節 総合考察

わが国の精神保健福祉政策は1900年の「精神病患者監護法」制定以来、社会防衛、治安対策に重点がおかれてきた。この社会防衛的な思想を背景に、医療の保護下に置かれ続け、「施設症 (institutionalism)」という二次的な障害を招いてきた。1950年には、精神病患者監護法と精神病院法が廃止され、適切な医療や保護のための「精神衛生法」が成立し、精神病患者監護法で認められていた私宅監置が廃止されたことになる。しかしながら、欧米諸国ではすでにその兆しを見せ始めていた「脱施設化」の流れとは逆に、精神障害者の精神病院への隔離収容が促進されることとなった。その後、1964年のライシャワー事件や1988年の宇都宮事件などを契機として、わが国の精神医療制度の現実が抱える諸問題が注目を集め、国際的な批判を浴びる結果となった。これらを受け、1988年に施行された精神保健法では、精神障害をもつ人の人権の尊重や、社会復帰促進が大きな変革であったが、現在も30数万人の精神障害をもつ人が入院をしており、そのおおよそ半数が閉鎖病棟で処遇を受けている。

わが国の現状に対し、欧米先進国は1960～80年代にかけて、精神科医療機関を脱施設化政策に転換しはじめている。しかし、急激な脱施設化を強行したアメリカでは、地域社会内での受け皿となる社会資源を整備しないままに、精神障害をもつ人を退院させた。そのため、精神障害をもつ人のホームレス化や退院してもすぐに再入院を繰り返すという回転ドア現象が大きな問題となった。1970年代以降は、これらの問題を解決するためケースマネジメントを中心にコミュニケアモデルを生み出されてきた。

そのような状況のなかで、これまでの従来の非対等な関係から対等な関係性を築くためのさまざまな援助技術や「エンパワーメント」「アドボカシー」「ストレングス」等の概念

が普及してきた。そして、1980年代後半より、精神障害をもつ人自身からの手記や語り相次いで発表され、精神保健サービスのパラダイム変革に影響をあたえた。このような背景のなかで「リカバリー」という考え方が取り上げられるようになった。精神障害者の主体性や自尊心の回復は、精神障害者のリカバリーにとって最も重要な点であることもさまざまな研究によって明らかになってきた。同時に当事者団体や当事者運動が盛んになり、これまで声を出せずにいた当事者の声が少しずつではあるが届くようになってきた。

リカバリーは、深刻な精神障害の理解と治療の考え方に変化をもたらし、近年、このリカバリーはわが国でも大きな注目を集めている。1990年代以降の精神保健システムの指針となる概念として浸透すると考えられている。

しかしながら、多様な強調点が混在し、精神障害をもつ当事者・精神保健領域の関係者のなかでも混乱が生じている状況もあり、とりわけ、リカバリーを促進する支援についての教育、リカバリー志向の人材育成のあり方については、日本では模索の状態が続いている。リカバリー志向のアプローチは、米国を始めとする諸外国ではすでに精神保健システムに大きな影響を与えており、日本の精神保健システムをより良いものにするために必要不可欠であると筆者は直感的に確信するものである。

そこで、下記の6点を本研究の目的とした。

1. リカバリーに関する言説について文献レビューを通して整理する。
2. リカバリーを経験する当事者へのインタビューを通して理解を深める。
3. リカバリー志向のプログラムについて自身の臨床経験も踏まえ概説する。
4. リカバリー志向の人材育成のあり方について、文献レビューと先行事例の視察を通して検討する。
5. 以上の研究の上で、筆者自身がリカバリー志向の研修プログラムを開発・実施し、その効果評価を行うことにより、プログラムの有効性を実証する。
6. 以上で得られた知見をもとに、リカバリー志向の人材育成のあり方について提言

を行う。

以上を通じ、障害や問題点の改善に焦点をあてがちであった従来のアプローチから、本人のもつストレングスに注目し可能性を伸ばして本人の希望の実現を支援できるようリカバリー志向のアプローチへと転換するための具体的プログラムを提示し、日本の精神保健システムの変革に貢献することが本研究の大きなねらいであった。

昨今の精神保健領域におけるリカバリーの重要性を鑑みると、当事者のリカバリーについての認識を共有化し、リカバリーを志向する専門家の育成は急務であると考えられる。リカバリーの特性上、従来行ってきたアプローチから、リカバリー志向のアプローチへと変革していくために、支援者自身の知識・技術だけでなく態度変容を伴うパラダイムシフトが必要とされることとなる。

そして、リカバリー志向の研修プログラムが開発され、実践され、精神保健領域の支援者の意識や態度、行動がリカバリー志向に変化するとすれば、そのことが日本の精神保健サービスに与える影響はきわめて大きく、そして有意義であると考えられる。そのような変革の端緒として、本研究の意義は大きいと考える。

本論文は、大きく下記の7つの研究から構成された。

1. 統合失調症治療の歴史についての文献研究（「第2章 統合失調症とその治療の歴史と課題」）
2. リカバリーについての文献研究（「第3章 リカバリーに関する文献研究」）
3. 当事者を対象とするリカバリーに関するインタビュー調査（「第4章 当事者から見たリカバリー」）
4. リカバリー志向のプログラムについての文献研究と考察（「第5章 リカバリー志向の実践プログラムから見たリカバリー志向人材」）
5. 筆者の体験をもとにしたリカバリー志向の実践に求められることについての考察（「第6章 ACT・IPSの実践に求められること」）

6. リカバリー志向の人材育成についての研究（「第 7 章 リカバリー志向の人材育成のあり方」）
7. リカバリー志向の研修の開発と実施、効果評価研究（「第 8 章 精神保健従事者へのリカバリー志向研修の効果評価」）

まず、「統合失調症治療の歴史についての文献研究」では、リカバリーを生み出した当事者の多くが抱える統合失調症という疾患の特徴や、対象者が抱える困難の具体的な様子を明らかにするために、統合失調症に関する基本的な情報整理と、その治療の歴史について概説した。統合失調症は、かつては「不治の病」と言われ収容中心の治療が行われていたが、必ずしも予後が悪いわけではないことが近年明らかになりつつある。特に、リカバリー志向のプログラムによって、アメリカなどでは治療プログラムに大きな変化が生まれ、リカバリー志向のプログラムが実践によって社会参加につながる当事者は少なくない。逆に、「施設症」と呼ばれる、病棟が生活の場となり社会との交流が断絶した環境がもたらす無関心や無気力が、統合失調症の予後を悪くすることも明らかになっている。しかしながら、日本ではリカバリー志向のプログラムの重要性や施設治療の弊害に関する認識が十分に浸透しているとはいえない状況があり、日本の精神保健領域にリカバリー志向の実践を普及させることが喫緊の課題であることを明らかにした。

「リカバリーについての文献研究」では、本研究で目指す「リカバリー志向」がどのようなものなのかを整理するために、文献レビューを行い、「リカバリー」の定義について検討した。また、リカバリーの輪郭を明瞭にするため、リカバリーに近接し類似する諸概念についても整理した。リカバリーと共通の要素を持つ類似の概念として、障害者の生活全体に焦点を当てる点、専門職主体ではなく当事者主体である点が共通しているリハビリテーション、抑圧された者が生きる力と誇りを取り戻すプロセスであるという点で共通しているエンパワーメント、正常・異常の意味を捉え直そうとする点や人生の価値や可能性を信

じる点で共通しているノーマライゼーションに議論した。一方で、それらの概念とリカバリーの相違点についても論述した。

精神障害をもつ人の手記から浮上したリカバリーを理解したとき、伝統的な支援者の態度や支援手法は、医学モデルに基づいたパターンリズムによる支配的・管理的・指導的なものが多いことに気付かされる。そして、精神保健のサービス提供者は、自分自身のリカバリー、あるいは目の前にいる人のリカバリーについて考え、そのプロセスと向き合いたいと考えたとき、まずは「支援者」であるより、ひとりの人として、目の前の人と「出逢う」ことが重要であることを知らされる。

次に、「当事者を対象とするリカバリーに関するインタビュー調査」では、文献調査だけでは理解しにくいリカバリーの質感を感じ、理解を深めることを目的に、2008年9月から11月にかけて当事者3名へのインタビュー調査を行い、その結果から、当事者から見たリカバリーについて考察した。リカバリーは、目的地へ向かう一方的で直線的なプロセスではなく、戻ることや横道へそれること、それまで気づかなかった新しい道を発見しながら進むプロセスである。また、観念ではなく具体的な生活の広がりであり、それは、きわめて個別のものであり一般的な正解がないことが語られていた。さらに、リカバリーを知ることによって生き方や生に対する態度が変化したこと、人の人生観や生き方に大きな影響を与えるものであることが明らかにされた。

また、リカバリーのプロセスにとって、他者や社会とのかかわりが重要であることが明らかになった。家族や友人、就労の話題が多く、それらの人々との関係のあり方がリカバリーの過程に大きな影響を与えることが示唆されたが、一方で、支援者の態度についても言及があった。過度に保護的であること、パターンリスティックであることが、挑戦することの妨げになること、説得ではない対話を通して本人が納得できる文脈を作る支援の重要性が語られた。また、リカバリー志向の支援者と出会うことの重要性が示唆される一方で、現実的にはそのような支援者との出会いが多くはない現状が明らかにされた。

そして、「リカバリー志向の実践プログラムからみたリカバリー志向人材」では、まず、リカバリー志向の実践の中で、我が国に導入され始めているプログラム ACT と IPS について、文献調査を行った。ACT と IPS は、いずれも精神医療の脱施設化を進めた国々で実践されている地域ケアの重要なプログラムであり、日本においてもこれらのプログラムが普及しつつあるが、これらのプログラムの実践において、リカバリーの理念は必要不可欠なものである。本研究において提示する研修プログラムは、これらのプログラムの実践に関わる者にとって必要不可欠であることはもちろん、今後の精神保健サービスに関係する者全てに重要な学びをもたらす概念であると考えられた。

人は、それまで受けてきた教育・職歴・家族関係・人間性・価値観・自分が尊敬する人の意見などを通して得た、一連の信念を持っている。その信念が、支援者としての価値観・態度に反映されている場合が多い。訪米を通して、この支援者としての価値観・態度を、改めて問い直してみる必要がある。このチャレンジは、当事者だけがするのではなく、支援者も今までの自分の臨床を振り返り、慣れ親しんできたもやり方を一旦置いて、新たなチャレンジをすることが求められているのではないだろうか。臨床家に必要なことは、臨床実践を行っていく上での、知識や技術も必要ではあるが、自分の臨床を振り返り、そこから学んだことを実践に活かすことができる力量であると思われる。

次に、筆者自身の臨床経験やコンサルティング経験を元に、ACT と IPS について、またプログラムとリカバリーの関連について考察した。臨床家は、自己への気づき、表現、批判的分析、統合、評価のプロセスを繰り返すことで、より良いサービス提供者になっていく。常に新しい知識を身につけ、支援技術を磨き、一人の人間として、また支援者としての態度や価値観を問い直していく必要がある。ジレンマを感じ続け、葛藤を抱えながら、臨床を実践し続ける、その終わりのないプロセスが臨床の醍醐味であり、成長や変化に対する開かれた姿勢や常に問い直す姿勢こそがリカバリー志向の実践家に求められる要素であると考えられた。

ある治療法・分析法・プログラムなどを考える場合に、そこに生まれている関係性に注意を払う必要がある。A という人（サービス利用者）と B という人（サービス提供者）がたまたま出会って、関わりあう時、A と B の間に生まれる「関係性」には、権力性の非対称があり、それぞれの立場に基づいた役割意識が生まれている。このことに自覚的になる必要がある。このようなことを踏まえると、リカバリーと向き合うときに、私たちが丸裸の一人の人として、目の前の人とそれぞれの関係性をもって相互に関わりあっていくことの意味が理解できる。このことは、伝統的な支援観からの意識変革を必要とするものである。

リカバリーとは、病気からの回復ではなく、人々の偏見、精神医療の弊害によりもたらされる障害、自己決定を奪われていること、壊された夢などからの回復である。リカバリーはプロセス、生活の仕方、ものの見方、その日のチャレンジへの対応の仕方である。

利用者のリカバリーを信じて、希望を伝達し可能性を伸ばして本人の夢や希望を実現できる力量を持つためには、新たなモデルに転換するための、変化への柔軟性も重要であるが、今までやってきたしてはいけないことや、今自分がしてはいけないことをしていないかを考えることがまずは必要なのではないか。リカバリーやチャレンジは利用者だけではなく、スタッフも慣れ親しんできた支援モデルを見直して、パラダイムシフトしていく必要がある。そのためには、支援者自身がエンパワーされ、希望を語り、支援者としての役割に使命と自信をもっていくリカバリーのプロセスが必要なのではないかと思われる。

そしてさらに「リカバリー志向の人材育成についての文献研究」では、文献レビューを行い、効果的な研修のあり方について、先行事例を参考しつつ理論的な整理を行った。その結果、リカバリー志向への意識変容を伴う効果的な研修のあり方として、「参加型の体験学習」「当事者の参画」「相互教育」「継続研修」「多様な研修形態」などの要素が重要であることが明らかになった。

また、リカバリーやチャレンジは利用者だけがするのではなく、スタッフも慣れ親しんできた支援モデルを見直して、パラダイムシフトしていく必要がある。そのプロセスの中で、支援者自身がエンパワーされ、希望を語り、支援者としての役割に使命と自信をもっていくリカバリーのプロセスが必要であると考えられた。

以上のことを踏まえ、また、効果的な研修のあり方について関係者と協議を重ね、リカバリー志向への意識変容を伴う効果的な研修として、下記のように研修プログラムをデザイン、企画、実施した。

研修の全体目的を「従来サービスとリカバリー志向のアプローチの違いに気づく。」とし、1日目の研修では、リカバリーやストレングスモデルの紹介、ACT 概要の説明、チームの実際の一日の紹介などのテーマで構成し、2日目は、ACT で働くスタッフの支援観や、ACT を利用しているご本人やご家族に、体験談を語っていただいた。また、グループシェアリングや自分自身のストレングスに気づくためのグループワークなどを通した「リカバリー体験に触れる」内容を盛り込んだ。3日目は、「リカバリーを促進する支援を体験する」ことを目的とし、就労支援 (Individual Placement and Support: IPS)、家族支援、当事者活動などのワークショップや、当事者中心のプランを作っていくためのグループワークなどを行った。4日目には、各地で取り組まれている ACT の実践者を講師としたシンポジウムや、研修で学んだことを臨床で活かすためのアクションプラン作りなどを行った。

その結果、リカバリーに関する理解が深まり、リカバリーをより志向する方向への変化が生じたことが示唆された。また、リカバリーやストレングスの概念が知識から実感に変化し、本人の可能性やリカバリーを信じ本人の意志を尊重したパートナーシップの大切さに気づくといった、参加者の意識の変化が認められた。さらに意識の質的な変化に関する分析からは、参加者の今までの臨床活動が医学モデルに偏重した支援であったこと、保護的であったことへの気づきがあり、研修会が支援のあり方に関する再考の機会となったことが明らかになった。さらに、研修参加者の約 4 分の 1 の参加者が 6 ヶ月後フォローアッ

研修に参加し、初回研修の効果が半年維持されたことが示唆された。これらのことから、今回作成した研修プログラムは、当事者のリカバリーを支援していくために必要な、支援者自身の意識変革への一助となったと考えられる。本研究で得られた知見は、リカバリー志向の研修プログラムの先駆的な試みとして今後の精神保健領域の様々な実践や人材育成のあり方に示唆を与えるものとする。

リカバリー概念が浸透しつつある現状を鑑みれば、今後リカバリーに関心をもつ専門職者が増加することが予想され、先駆的な試みとして本研究の知見は今後の様々な研修活動に示唆を与えるものと考えられ、今回の研修プログラムは意義が証明されたものとする。

しかし一方でいくつかの今後の課題も明らかになった。プログラムは4日間にわたる研修プログラムであったが、今後はより短期間でエッセンスを学ぶことができる短縮版研修の開発や、既習者向けのフォローアップ研修の開発、また、研修を実施する指導者養成のプログラムなどの開発も必要になるだろう。またさらに、より厳密な方法で効果を詳細に検証すること、これらの研修が実際の臨床活動に与える影響、さらには精神保健サービスユーザーに与える影響、そして、社会へのインパクトについても検証が必要になると考えられる。また、研修のマニュアルやガイドラインの作成なども、リカバリー志向の研修の普及のために重要であると考えられる。

ここまで述べてきたように、リカバリーに関する研修においては、知識や技術の習得よりも、利用者のリカバリーを信じて、ストレングスに注目し、可能性を伸ばして、本人の夢や希望を実現できるよう支援しようとする態度の習得が求められ、そして、その発想の転換や‘気づき’の中で、支援者自身がエンパワーされ、希望を語り、支援者としての役割に使命と自信をもっていくリカバリーの過程が必要となる。

そして、研修を実施する者もまた、受講者との対話を通して変化や発見に対して開かれた態度を持っていることが重要である。リカバリーの過程の中で、支援者自身がエンパワーされ、希望を語り、支援者としての役割に使命と自信をもっていくリカバリーのプロセ

スが必要であると同様、研修を通して、受講者や講師を含めた参加者の全てがエンパワーされ、新しい世界観に開かれていくことができる人材育成あり方が目指されるべきであると考えられた。

第2節 結論

萌芽期にある我が国のリカバリー志向の人材育成について、本研究では、文献研究と先進地域でのヒアリング調査、当事者へのインタビューなどを行い、リカバリーの志向の研修を開発し、実施、その上でその効果評価を行った。その結果、リカバリーに関する理解が深まり、リカバリーをより志向する方向への変化が生じたことが示唆された。つまり、研修前は専門家としてのサービスを提供するあり方を重要視していたが、研修後は当事者とのパートナーシップやリカバリーを促す環境を提供する役割へと意識が変化したことを示す結果であると考えられる。また、リカバリーやストレングスの概念が知識から実感に変化し、本人の可能性やリカバリーを信じ本人の意志を尊重したパートナーシップの大切さに気づくといった、参加者の意識の変化が認められた。さらに意識の質的な変化に関する分析からは、参加者の今までの臨床活動が医学モデルに偏重した支援であったこと、保護的であったことへの気づきがあり、研修会が支援のあり方に関する再考の機会となったことが明らかになった。さらに、約4分の1の参加者が6ヶ月後フォローアップ研修に参加し、初回研修の効果が半年維持されたことが示唆された。これらのことから、今回作成した研修プログラムは、当事者のリカバリーを支援していくために必要な、支援者自身の意識変革への一助となったと考えてよいだろう。

今後の研究の課題としては、無作為化対照試験などの研究デザインを用いて、研修参加者が実際に提供するサービスの変化の評価や、利用者による評価なども求められるだろう。さらに、リカバリーに関する意識や態度を測る尺度の標準化や、インタビューなどを通し

たより精密な質的研究も必要だろう。そして、参加者からのフィードバックを得て見えてきた改善点を修正し、研修プログラムをより洗練させていくことが求められる。

また、研修のマニュアル化やツールキットの開発、コンサルティングなどを通して、より多くの研修が容易に開催できより多くの参加者が研修を受講できるようなシステム作りも急務である。具体的には、研修のプログラム例や講義で使用するスライドなどの資料、参考となる文献のリスト、また、リカバリー志向の実践活動で使用するアセスメントツールやプランニングのための書式などを整理し、書籍やウェブサイトなどで公開・共有することが求められる。また、ウェブサイトを活用する場合には、SNS (Social networking service) などを用いて、ツールを使用する専門職や精神保健サービスの利用者が、これらとともに議論しながら洗練させていくための仕組みが構築されることが望ましいだろう。さらに、研修の講師の育成や講師のネットワークの構築も急務であり、様々な助成や補助金を利用した研修の開催、さらに研修で収益があがり独自に採算が取れる仕組みの構築も求められる。

本研究で取り上げたリカバリー志向の人材育成プログラムは、未開拓な研究領域であり、これからの発展を願いつつ、今後も研究テーマとしてさらに深めていきたい。

謝辞

本研究にあたって大変多くの方々のお力を頂きましたことを心から感謝申し上げます。まず、調査協力者としてご理解をいただき、アンケート調査及びインタビュー調査にご協力をいただきました皆様に心から御礼を申し上げます。また、米国でのヒアリング調査でも大変多くの方々のお世話になりました。心から感謝申し上げます。

また、研究期間の勤務先である目白大学、国立精神・神経医療研究センター、特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構、長谷川病院、上司や同僚、そして学生の皆様には常にお励ましの言葉をいただき、私の研究のための時間の捻出にご協力頂きました。また論文執筆にあたり株式会社シロシベの園環樹様には数多くの助言とご支援をいただきました。心から御礼申し上げます。

そして、博士学位請求論文執筆にあたっては、東洋大学大学院に在籍させていただき、折々の中間発表ではたくさんの先生方からご指導をいただきましたことは、本研究をまとめるにあたり多くの示唆を得ることができました。心から感謝申し上げます。最後に、常に適切なお助言とご指導を辛抱強くし続けてくださいました指導教授の東洋大学大学院白石弘巳先生には大変にお世話になりました。感謝の気持ちを言葉で言い表すことができません。本当にありがとうございました。

参考文献

1. 藤野ヤヨイ. 我が国における精神障害者処遇の歴史の変遷：法制度を中心に. 新潟青陵大学紀要. 2005;5:201-215.
2. 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会. 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会 最終まとめ 2004.
3. 浅井邦彦. 「病院精神医療の現状とこれから」 Lilly Mental Health Forum における講演内容の記録. 1998.
4. 藤野ヤヨイ. 精神科病院の特質と入院患者の人権. 現代社会文化研究. 2003;28:171-188.
5. 伊藤順一郎. 特集 精神障害者施策 脱施設化の施策. リハビリテーション研究. 2003;117:23-28.
6. 江間由紀夫. 医学モデルからリハビリテーションモデルへ:アメリカの脱施設化にみるコミュニティ・ケア実践とパラダイムシフト. 精神障害とリハビリテーション. 2005;9(1):40-45.
7. 相川章子. 精神保健福祉領域におけるプロシューマーに関する研究. 東京: 大正大学大学院 (未公表学位論文) ; 2011.
8. 半澤節子. リカヴァリを促す人の支え (特集 精神障害リハビリテーション過程にそった課題の解決). 精神障害とリハビリテーション. 2005;9(1):25-32.
9. Rawlings AV, Deegan T. An erroneous apolipoprotein E-3 band in high density lipoprotein fractions. Journal of inherited metabolic disease. 1988;11 Suppl 2:135-138.
10. Lovejoy M. Expectations and the recovery process. Schizophrenia Bulletin. 1982;8(4):605-609.
11. Leete E. How I Perceive and manage my illness. Schizophrenia Bulletin. 1989;15(2):197-200.
12. Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Styron T, Kangas K. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. Psychiatric services. 2006 May;57(5):640-645.
13. 千葉理恵. 2009 (平成 21) 年度 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 在宅医療助成完了報告書. 地域で生活する精神疾患をもつ者を対象とした、リカバリー促進プログラムの効果検証 -無作為化比較試験- 2011.
14. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. Psychiatric services. 2001 Apr;52(4):482-485.
15. Estroff SE. Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. Schizophrenia Bulletin. 1989;15(2):189-196.

16. Jacobson N. Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001 Winter;24(3):248-256.
17. Davidson L. *Living Outside Mental Illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia* (Qualitative studies in psychology series) New York City, USA: NYU Press; 2003.
18. Onken S, Dumont J, Ridgway P, Dornan D, Ralph R. *Mental health recovery: what helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center (NTAC) for State Mental Health Planning (NTAC); 2002.
19. Sells DJ, Stayner DA, Davidson L. Recovering the self in schizophrenia: an integrative review of qualitative studies. *The Psychiatric Quarterly*. 2004 Spring;75(1):87-97.
20. Ridgway P. Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001 Spring;24(4):335-343.
21. Spaniol L, Koehler M, Hutchinson D. *The recovery workbook: Practical coping and empowerment strategies for people with psychiatric disabilities, Revised edition*: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2009.
22. Spaniol L, Wewiorski NJ, Gagne C, Anthony WA. The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 2002;14(4):327-336.
23. Davidson L, Strauss JS. Sense of self in recovery from severe mental illness. *The British Journal of Medical Psychology*. 1992 Jun;65 (Pt 2):131-145.
24. Anthony W, Rogers ES, Farkas M. Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*. 2003 Apr;39(2):101-114.
25. Ralph RO, Lambert D, Kidder KA, Muskie ES. *The Recovery perspective and evidence-based practice for people with serious mental illness - A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project* June, 2002: Behavioral Health Recovery Management Project An Initiative of Fayette Companies, Peoria, IL; Chestnut Health Systems, Bloomington, IL; and the University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation 2002.
26. Sullivan WP. It helps me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally challenged. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16(3):125-134.
27. Corrigan P, McCorkle B, Schell B, Kidder K. Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*. 2003 Dec;39(6):487-499.
28. Russinova Z. Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation*. 1999;65(4):50-57.

29. Deegan PE. Recovery: The Lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1988;11(4):10-19.
30. Spaniol L, Bellingham R, Cohen B, Spaniol S. The Recovery Workbook 2: Connectedness: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2003.
31. Spaniol L, Koehler M, Hutchinson D. Soucebook of rehabilitation and mental health Practice. The recovery framework in rehabilitation and mental health. NYC USA: Kluwer Academic Publishers; 2003.
32. Jacobson N, Curtis L. Recovery as Policy in Mental Health Services: Strategies Emerging From the States. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2000;23(4): 333-341.
33. Anthony W. A Recovery-Oriented Service System: Setting Some System Level Standards. Psychiatric Rehabilitation Journal; Fall 2000, Vol 24 Issue 2, p159. 2000;24(2):159-168.
34. Borkin JR, Steffen JJ, Ensfield LB, et al. Recovery attitudes questionnaire: development and evaluation. Psychiatric Rehabilitation Journal; Fall 2000, Vol 24 Issue 2, p159. 2000;24(2):95-102.
35. Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as a psychological construct. Community Mental Health Journal. 1999;35(3): 231-239.
36. 加藤春樹. シカゴ,ボストンにおける精神障害者リハビリテーション・セミナーの報告 : リカヴァリーと consumer/provider を中心に A Brief Report on Psychiatric Rehabilitation Seminars in the United States : Focusing on the Meaning of "Recovery" and "Consumer/Provider". 人間福祉研究. 1998;1: 107-115.
37. 濱田龍之介. 精神疾患からの回復 : 1990 年代の精神保健サービスシステムを導く視点 : ウイリアム・A・アンソニー. 精神障害とリハビリテーション. 1998;2(2).
38. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993;16(4):521-538.
39. 野中猛. ニュージーランドにおける精神保健改革とリカバリー運動. 心と社会. 2004;115(35):111-117.
40. 野中猛. リカバリー概念の意義. 精神医学. 2005;47(9):952-961.
41. 木村真理子. 視点 リカヴァリーを促進する精神保健システム--専門職と当事者のパートナーシップを求めて (特集 生活支援を考える--21 世紀型の支援とは). 精神保健福祉. 2003;34(3): 309-314.
42. 木村真理子. 特別記事 リカヴァリーを志向する精神保健福祉システム--当事者活動の拡大に向けて(2)リカヴァリーのシステム. 精神科看護. 2004;31(4):52-55.
43. 木村真理子. 包括的精神保健ケアシステムにおけるリカヴァリーモデルの評価研究. 平成 14~16 年度科学研究費補助金 研究成果報告書 2005.
44. 加藤欣子, 加藤春樹, 中村恵見, 木下巖, 向寛. 精神障害者小規模作業所の理念に「リカバ

- アリー」を導入する意義. 精神障害とリハビリテーション. 2005;9(1):76-87.
45. 植田俊幸. ニュージーランドにおける ACT の実践とリカバリー概念 (特集 ACT:国内外の動向と展望). 精神障害とリハビリテーション. 2005;9(2):148-156.
 46. 寺澤法弘. 精神障害をもつ当事者におけるリカバリーに関する一考察 量的調査とグループインタビュー調査より. 精神保健福祉. 2007;38(3):294.
 47. Schatzman L. Dimensional analysis: Notes on an alternative approach to the grounding of theory in qualitative research. In: Maines DR, editor. Social organization and social process: Essays in honor of Anselm Strauss. New York: Aldine de Gruyter; 1991.
 48. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry . 2007 Jun;6(2):68-74.
 49. チャールズ・A・ラップ The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness 江畑敬介監訳. 精神障害者のためのケースマネジメント. 東京: 金剛出版; 1998.
 50. Russinova Z, Bloch PP, Lyass A. Patterns of employment among individuals with mental illness in vocational recovery. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2007 Dec;45(12):48-54.
 51. Coursey RD, Curtis L, Marsh DT, Campbell J, Harding C, Spaniol L. Competencies for direct service staff members who work with adults with severe mental illnesses: Specific knowledge, attitudes, skills, and bibliography. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2000;23(4):378-392.
 52. Coursey RD, Curtis L, Marsh DT, Campbell J, Harding C, Spaniol L. Competencies for direct service staff members who work with adults with severe mental illnesses in outpatient public mental health/managed care systems. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2000;23(4):370-377.
 53. 永井則子. 新人教育の目的・あり方と進め方. 精神科臨床サービス. 2005;5(1):25-32.
 54. 池淵恵美. 知識・専門技能・治療(援助)態度・倫理の伝達. 精神科臨床サービス. 2005;5(1).
 55. 香田真希子. 海外の事情 リカバリー志向への人材育成--米国マジソン・ビレッジ・ハードセンターでの実践から学ぶ. 精神障害とリハビリテーション. 2008;12(1):95-100.
 56. 統合失調症 | 疾患の詳細 | 専門的な情報 | メンタルヘルス | 厚生労働省. 東京: 厚生労働省; : http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_into.html. [cited 2013 April 12]
 57. 昼田源四郎. 分裂病者の行動特性. 東京: 金剛出版; 1989.
 58. Reaume G. Lunatic to patient to person: nomenclature in psychiatric history and the influence of patients' activism in North America. International Journal of Law and Psychiatry. 2002 Jul-Aug;25(4):405-426.

59. ロレン・R・モシャール(著), ロレン・ブルチ(著), 公衆衛生精神保健研究会(翻訳). コミュニティメンタルヘルス—新しい地域精神保健活動の理論と実際. 東京: 中央法規出版; 1992.
60. クリフォード・ホイティンガム・ピーアズ(著), 江畑敬介(翻訳). わが魂にあうまで. 東京: 星和書店; 1980.
61. 呉秀三, 樫田五郎. 精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察: 「新樹会」創造出版; 2002 (初版 1918) .
62. 風祭元. わが国の精神科医療を考える. 東京: 日本評論社; 2001.
63. 大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室. 平成23年(2011)患者調査の概況. 東京: 厚生労働省 2011.
64. Farkas M. Recovery, rehabilitation, reintegration: words vs. meaning. World Association of Psychosocial Rehabilitation Bulletin. 1996;8:6-8.
65. Blueprint for mental health service in New Zealand How things need to be. In: Zealand MHCN, editor. Wellington New Zealand. 1998.
66. Ridgway P. Deepening the recovery paradigm: Defining implications for practice. A Report of the Recovery Paradigm Project. 1999.
67. Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2007 Summer;31(1):9-22.
68. New Freedom Commission on Mental Health Achieving the Promise :Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. 2003.
69. Lecount D, Koberstein J, editors. SOAR Case management services. Keynote address at the Mental Health Services Conference; 2000; Wellington, New Zealand.
70. 岩崎弥生. 精神障害者のリハビリを促す看護援助の開発に関する研究 2004 年度 研究実績報告書 2005.
71. Corrigan P, Ralph RO. Introduction: Recovery as consumer vision and research paradigm. Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness. In: Corrigan P, Ralph RO, editors. Recovery in mental health. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2005. p. 3-17.
72. 島田千穂, 木村真理子, 野中猛. ワークショップ参加後の変化の認識からみたリカヴァリのプロセス:自己概念・社会的関わりに焦点を当てて. 精神障害とリハビリテーション. 2006;10(1):60-66.
73. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. Schizophr Bull. 2006 Oct;32 Suppl 1:S32-43.
74. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. The Australian and New Zealand

- Journal of Psychiatry. 2003 Oct;37(5):586-594.
75. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 2002;14: 256-272.
 76. Fitzpatrick C. A new word in serious mental illness: recovery. *Behavioral Healthcare Tomorrow*. 2002 Aug;11(4):16-21.
 77. Ralph RO. Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2000;4(3):480-517.
 78. Stotland E. *The Psychology of Hope*, New Jersey: Jossey-Bass, John Wiley & Sons, Inc.; 1969.
 79. Spaniol L, Koehler M, Hutchinson D. *The Recovery workbook: Practical coping and empowerment strategies for people with psychiatric disabilities*, Revised edition. Boston US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University; 2009.
 80. 野中猛. 病や障害からのリハビリ. *作業療法ジャーナル*. 1999;33(6):594-600.
 81. 砂原茂一. *リハビリテーション*. 東京: 岩波書店; 1980.
 82. 福島斉. 21世紀の健康問題と福祉環境 (その3): リハビリテーションの概念. *環境創造*. 2003;4:1-17.
 83. 奥野英子. 社会リハビリテーションの概念と方法. *リハビリテーション研究*. 1996;89:2-7.
 84. 稲沢公一. エンパワメント. *精神科臨床サービス*. 2003;3(4):423-427.
 85. 古寺久仁子. 精神保健福祉分野のエンパワーメント・アプローチに関する考察. *ルーテル学院研究紀要: テオロギア・ディアコニア*. 2007;41:81-99.
 86. 花村春樹. 「ノーマライゼーションの父」N・E・バンク - ミケルセン—その生涯と思想. 京都: ミネルヴァ書房; 1998.
 87. 寺田貴美代. 「共生」と「ノーマライゼーション」の概念的検討. *清和大学短期大学部紀要*. 2004;32:39-46.
 88. チャールズ・A・ラップ(著), リチャード・J・ゴスチャ(著), 田中英樹(翻訳). *ストレングスモデル—精神障害者のためのケースマネジメント*. 東京: 金剛出版; 2008.
 89. Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical analysis* Illinois: Dorsey Press; 1979.
 90. Miller WR. Motivational Interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*. 1983;11(2):147-172.
 91. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
 92. Torrey WC, Lynde DW, Gorman P. Promoting the implementation of practices that are supported by research: the National Implementing Evidence-Based Practice Project.

- Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2005 Apr;14(2):297-306
93. Cohan K, Caras S. Transformation. National Association for Rights Protection and Advocacy; 1997: <http://www.narpa.org/transform.htm>. [cited 2013 Apr 13]
 94. Assertive Community Treatment (ACT) Evidence-Based Practices (EBP) KIT: Substance Abuse & Mental Health Services Administration 2008.
 95. 山梨宗治. 病院や施設で患者・利用者に対してどのような人権侵害があるか—精神医療ユーザーアンケート調査より—. 財団法人 全国精神障害者家族会連合会 季刊 Review.53 9-13.
 96. 江畑敬介. 障害者自立支援法時代の精神障害者退院促進と地域ケアの考え方. 精神障害とリハビリテーション. 2006;10(2):99-106.
 97. イアン・ハッキング(著), 北沢格(翻訳). 記憶を書きかえる—多重人格と心のメカニズム. 東京: 早川書房; 1998.
 98. 三野宏治. 日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察—米国地域精神医療保健改革とそれについての議論をもとに—. 立命館大学大学院先端総合学術研究科 Core Ethics. 2010;6:413-423.
 99. マーク・レーガン(著), 前田ケイ(翻訳). ビレッジから学ぶリカバリーへの道—精神の病から立ち直ることを支援する. 東京: 金剛出版; 2005.
 100. 香田真希子. ACT と IPS. In: 松為信雄, 菊池恵美子, editors. 職業リハビリテーション学-キャリア発達と社会参加に向けた就労支援体系. 東京: 協同医書出版; 2006. pp. 267-270.
 101. ACT 全国ネットワーク. ACT 全国ネットワーク: <http://assertivecommunitytreatment.jp/>. [cited 2013 April 12]
 102. 園環樹. 精神保健福祉サービスに新しいインパクトをもたらしたプログラム評価 (1) —包括型地域生活支援プログラム (ACT) —. リハビリテーション研究. 2010;145:8-13.
 103. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane database of systematic reviews. 2000(2): CD001089.
 104. Dixon L. Assertive community treatment: twenty-five years of gold. Psychiatric services. 2000 Jun;51(6):759-765.
 105. Stein LI, Test MA. The evolution of the training in community living model. New directions for mental health services. 1985 Jun(26):7-16.
 106. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of general psychiatry. 1980 Apr;37(4):392-397.
 107. Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. Archives of general psychiatry. 1980 Apr;37(4):400-405.

108. Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. III. Social cost. Archives of general psychiatry. 1980 Apr;37(4):409-412.
109. Ito J, Oshima I, Nishio M, Kuno E. Initiative to build a community-based mental health system including Assertive Community Treatment for people with severe mental illness in Japan. Am J Psychiatr Rehabil. 2009;12(3): 247-260.
110. Horiuchi K, Nishio M, Oshima I, Ito J, Matsuoka H, Tsukada K. The quality of life among persons with severe mental illness enrolled in an assertive community treatment program in Japan: 1-year follow-up and analyses. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2006;2:18.
111. Allness DJ. The Program of Assertive Community Treatment (PACT): the model and its replication. New directions for mental health services. 1997 Summer(74):17-26.
112. デボラ・R・ベッカー, ロバート・E・ドレイク(著), A Working Life For People With Severe Mental Illness 大島巖, 松為信雄, 伊藤順一郎, 堀宏隆(翻訳). 精神障害をもつ人たちのワーキングライフ—IPS:チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド. 東京: 金剛出版; 2004.
113. Becker DR, Drake RE. Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. Community Mental Health Journal. 1994 Apr;30(2): 193-206; discussion 7-12.
114. Drake RE, Becker DR. The individual placement and support model of supported employment. Psychiatric Services. 1996 May;47(5):473-475.
115. 香田真希子. チャレンジを成功の糧にする就労支援のコツ～IPSモデルの活用～. 精神科臨床サービス. 2007;7(2):268-272.
116. 香田真希子. IPS モデルにおけるアセスメント. 作業療法ジャーナル. 2007;41(3):250-251.
117. Kin Wong K, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. Psychiatric services. 2008 Jan;59(1):84-90.
118. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. Archives of General Psychiatry. 1999 Jul;56(7):627-633.
119. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. Archives of General Psychiatry. 2002 Feb;59(2):165-172.
120. Mueser KT, Clark RE, Haines M, et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004 Jun;72(3):479-490.
121. Cook JA, Leff HS, Blyler CR, et al. Results of a multisite randomized trial of

- supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*. 2005 May;62(5):505-512.
122. Twamley EW, Padin DS, Bayne KS, Narvaez JM, Williams RE, Jeste DV. Work rehabilitation for middle-aged and older people with schizophrenia: a comparison of three approaches. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005 Sep;193(9):596-601.
 123. Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophr Bull*. 2006 Apr;32(2):378-395.
 124. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006 Jul;189:65-73.
 125. Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, Miller LD. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*. 1995;40(2):75-94.
 126. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996 Apr;64(2):391-399.
 127. Heslin M, Howard L, Leese M, et al. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry* . 2011 Jun;10(2):132-137.
 128. Howard LM, Heslin M, Leese M, et al. Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010 May;196(5):404-411.
 129. Burns T, Catty J, Becker T, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007 Sep 29;370(9593):1146-1152.
 130. Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Kupper Z. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Nov 12.
 131. Anthony WA, Jansen MA. Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications. *American Psychologist*. 1984;39(5):537-544
 132. Rogers ES, Anthony WA, Cohen M, Davies RR. Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Mental Health Journal*. 1997 Apr; 33(2):99-112.
 133. Individual Placement and Support. *Worcestershire Health and Care NHS Trust*; 2013

- <http://www.hacw.nhs.uk/our-services/adult-community-mental-health-services/vocational-services/individual-placement-and-support/>. [cited 2013/07/13];
134. Arnold L. Assessing professional behavior: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Academic Medicine*. 2002 77(6):502-515.
 135. ヒューバート・L・ドレイファス(著), 石原孝二(翻訳). インターネットについて—哲学的考察 (Thinking in action). 東京: 産業図書; 2002.
 136. Good care planning for people with long-term conditions: updated version NHS Modernisation Agency; 2005. p. 25-26.
 137. 安梅勅江, 片山秀史, 原田亮子, et al. ケアマネジメント専門性評価モデル試案の妥当性と信頼性および社会福祉士の自己評価の特徴. *老年社会科学*. 1998;20(1):50-60.
 138. 岡本玲子. 対応困難な事例に学ぶケアマネジメント 質評価の視点とともに. 東京: 医学書院; 2003.
 139. 野中猛, 門田直美, 久世淳子. ケアマネジメント技術を評価する尺度の開発に関する研究. 東京: 財団法人みずほ福祉助成財団 2006.
 140. Standards of Practice for Case Management. Arkansas USA: Case Management Society of America 2010.
 141. 門屋充郎, 小久保裕美, 安田裕子. 「ケアマネジメント必修項目研究」平成 16/17 年度厚生労働科学研究総合報告書 (主任研究者: 野中猛). 2006:76-120.
 142. 荒木篤, 野中猛. 間接的援助技術への移行: その為に必要な研修体系の探索. *日本ケアマネジメント学会第5回研究大会演題集*. 2006:74.
 143. 門田直美, 野中猛, 久世淳子. 高齢者と障害者の各領域における研修課題—Work Index 分析結果から. *日本ケアマネジメント学会第5回研究大会演題集*. 2006:75.
 144. 中村幸子. 障害者の介護に求められるもの—障害者に対する介護労働に関する調査研究より. *厚生*の指標. 2003;50(13):1-7.
 145. 野中猛. ケアマネジメント活動におけるジレンマとその解決—予備的考察. *ケアマネジメント学*. 2002;1(1):29-39.
 146. Kane RA, Caplan AL. Ethical Conflicts in the Management of Home Care: The Case Manager's Dilemma: Springer Publishing Company; 1993.
 147. 松岡千代. ヘルスケア領域における専門職間連携—ソーシャルワークの視点からの理論的整理. *社会福祉学*. 2000;40(2):17-35.
 148. Bowen WT, Marler DC, Androes L. The psychiatric team: myth and mystique. *The American Journal of Psychiatry*. 1965 Dec;122(6):687-690.
 149. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*. 2005 May;19 Suppl 1:116-131.
 150. 上原久, 野中猛. ケアカンファレンスを構成する因子構造の探索. *日本福祉大学社会福祉*

- 論集. 2006;115:129-136.
151. 二本柳覚, 野中猛. 学部教育におけるケアマネジメント技術教育が果たす役割～7年間のWI調査の結果および卒業生への追跡調査から～. 日本福祉大学社会福祉学部『日本福祉大学社会福祉論集』. 2012;126:107-118.
 152. 三品桂子. 精神障害者ケアマネジメント従事者の人材育成. 花園大学社会福祉学部研究紀要. 2005;13:9-21.
 153. 新津ふみ子. ケア・コーディネーション入門. 東京: 医学書院; 1995.
 154. Patrick・W・Corrigan, Daniel・W・Giffort. Building Teams and Programs for Effective Rehabilitation 柴田珠里, 野中猛(翻訳). チームを育てる—精神障害リハビリテーションの技術. 東京: 金剛出版; 2002.
 155. 宇佐美千鶴, 野中猛. 事例検討会形式によるケアマネジメント研修効果の検討. 日本福祉大学社会福祉論集. 2005; 113: 115-130.
 156. Corrigan PW, Steiner L, McCracken SG, Blaser B, Barr M. Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2001 Dec;52(12):1598-1606.
 157. 綾部貴子, 岡田進一, 白澤政和, 岡田直人. ケアマネジメント業務における介護支援専門員の課題実施度に関する研究. *厚生*の指標. 2003;50(2):9-16.
 158. 上野千代子, 野中猛, editors. ケアマネジメント技術教育のあり方の追究—N大学におけるケアマネジメント技術教育の実態調査から. 第4回日本ケアマネジメント研究大会; 2005.
 159. ACT-J スタンダードズ検討委員会. 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成 17 年度—平成 19 年度 総合研究報告書 ACT-J スタンダードズ ver3.0: 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部 2004.
 160. Ito J, Oshima I, Nishio M, et al. The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 May;123(5):398-401.
 161. 久永文恵. 海外の事情 リカヴァリィを支援するクラブハウス—米国マディソンモデルの中のヤハラハウス. *精神障害とリハビリテーション*. 2002;6(2):138-143.
 162. 坂本大樹. 精神障害を持った人が地域で暮らし、働き、共に支えるために—米国・ウイソコンシン州の地域精神保健サービスについて—: 民間社会福祉施設職員海外派遣研修報告書 2007.
 163. MHA Village: A Program of Mental Health America of Los Angeles. <http://mhavillage.squarespace.com/>. [cited 2013 10 April 2013]
 164. ダニエル・フィッシャー(著), 松田博幸(訳). 「リカバリーをうながす」(Promoting Recovery). *Learning about Mental Health Practice*. Chichester, England: John Wiley and Sons; 2008. p. 119-139.

165. 田中淳子. 精神保健福祉領域においてリカバリー概念を用いることの意義と課題：他者との出会いに向けて. 社会問題研究. 2009;58: 171-184.
166. Crowe TP, Deane FP, Oades LG, Caputi P, Morland KG. Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatric Services*. 2006 Oct;57(10):1497-1500.
167. 川喜田二郎. 発想法—創造性開発のために. 東京: 中央公論社; 1967.

資料

資料 1 写真



写真1 ヒアリングを行ったマジソンの代表的建造物 州議事堂



写真2 ヒアリング会場となった Kennedy Building



写真 3 多様性が表現されたヴィレッジ施設内にあるアートワーク



写真 4 ヒアリングを行ったHowardセンター外観

資料 2 インタビューガイド

1. あなたのこれまでの歩みと、障害をもつ体験と、リハビリーとの出逢いについて

(1) 「おい立ち」について

1. 毎日の生活状況について、住居や同居者、場所や備品など、食料品店などの資源への利用の特徴について、教えてください。
2. 経済状況について教えてください。収入源と金額はどれ程度ありますか。経済また所有資産はありますか。また緊急時の資金源はありますか。
3. 職業や教育について教えてください。しごとの特徴や現状について、また公的・非公的教育の内容や資格などについて教えてください。
4. 社会的・宗教的援助について教えてください。家族・友人・同僚・隣人との関係の性質や特徴はいかがですか。宗教的関連事項の役割は何かありますか。
5. 健康について、精神障害や身体疾患の状態や、健康増進で心がけていることなどあります。
6. 娯楽や趣味では、どのようなことをして楽しんでますか。それはどこで、誰と、何をしていますか。
7. 入院の体験はどのようなものだったでしょうか。また、それはあなたにどのような影響を与えましたか。

(2) 「障害」をもつことについて

8. あなたが精神障害をもつようになって、生活にどのような変化がありましたか？良い変化についても教えてください。
9. 精神障害をもつようになって、あなたの自己イメージや価値はどのような影響を受けましたか。また、現在はどうか。

10. あなたの人生の意味に変化が生じた時期はありますか。それはなぜですか？また、いまはどのような状況でしょうか。

(3) リカバリー概念との出会い

11. リカバリー概念を出会って、あなたの人生や生活は変わりましたか。
12. リカバリー概念を知ったときには、どのようなことを感じ、考えましたか。また、それはあなたにどのような影響を与えていますか。
13. リカバリー概念を知らない人に、あなた自身の言葉で「リカバリー」を説明するとしたら、どのように伝えますか。
14. あなたにとってのリカバリーの日本語訳はなんですか。

2. リカバリーの過程と、それを支える要素と促進する事柄について

(1) リカバリーを支える要素

15. リカバリーをするうえで、役に立った出来事について具体的に教えていただけますか。いつごろ、誰が関わり、どのような支えがあったかについて教えてください。
16. あなたが精神医療保健のサービスを利用した経験から、役に立ったこと、価値あるサービスについて教えてください。
17. リカバリーを支えるために必要な事柄はなんでしょうか。
18. リカバリーを応援できる支援者とは、どのような人でしょうか。どのような経験・姿勢・態度・知識・技能・能力・資源があるとよりよいでしょうか。
19. 精神障害をもつことで、あなたが諦めた夢はありますか。それは、どのような支えや支援があれば、もう一度夢見ることができそうですか。
20. リカバリーをするうえで、どのような性格や特質だと、より容易くなるでしょうか。

(2) 選択の意味について

21. 専門家からの指示や指導と、自分で選択することの大きな違いについて教えていただけますか。
22. あなた自身の精神保健サービスの計画に関与した経験はありますか。関与したことで、あなたにとってどのような意味をもちましたか。

(3) 精神科医療について

23. 精神科病院のもっとも改善してほしいことは何ですか？また、してほしいサービスや支援はどのようなことでしょうか。
24. 精神保健の支援者が、あなたに与える影響について、良い影響と悪い影響の両方を教えていただけますか。

(4) リカバリーを促進するといわれる事柄

25. あなたが必要としている情報が、正確な情報として十分な量、手に入った経験をしたことはありますか
26. あなたの見本となるような人が身近にいますか。そのとき、その人はどのような影響をあなたに及ぼしますか。
27. 経済的に安心して生活できていると感じた経験はありますか。
28. それははじめからそうでしたか、またその状況について教えていただけますか。
29. あなたが望んでいる生活に向けた選択肢が十分にあると感じた経験はありますか。そのときの経験について教えていただけますか。
30. あなたは、回復が可能であるという信念や、楽観主義や、契機はあるとする「希望」について、どのように思われますか
31. あなたは、病気は自分の一部でしかないと認識し、自尊心をもつための「癒し」につ

いて、どのように思われますか

32. あなたは、自分を律することや責任をもつや、何かに勇気をもって挑戦することについて、どのようにおもわれますか。
33. あなたは、社会に加わり、その体験が価値をもつという「結びつき」について、どのようにおもわれますか。
34. あなたは、スピチュアリティや精神的な癒しについて、どのような意義や意味があると思いますか

(5) リカバリー過程

35. いまの生活のなかで、希望について教えてください。この数年でそれは変化していますか。また、どのように変化していますか。
36. 絶望が希望に変わっていく経験について話していただけますか
37. 絶望から希望を見出す経験について教えてください。また、それにはどのような事柄が役に立ったのでしょうか。
38. この 5 - 10 年間で、あなたの態度、価値観、感情、目的、技量、役割などには、どのような変化がありましたか。
39. 一人の市民として十分に権利を保障されていると感じた経験はありますか。その状況について教えてください。
40. あなたが自分の健康や元気を、取り戻したり、維持するために必要なことはなんですか
41. 自分の障害を否認することから、理解し受容していく経験について教えてください
42. 生活に意味や目的が増す経験や、その実感についての経験を教えてください
43. いまの生活のなかで、責任について教えてください。この数年でそれは変化していますか

すか。また、どのように変化していますか。

44. いまの生活のなかで、役割について教えてください。この数年でそれは変化していますか。また、どのように変化していますか。

45. いまの生活のなかで、支えについて教えてください。この数年でそれは変化していますか。また、どのように変化していますか。

46. いまの生活のなかで、学び／仕事について教えてください。この数年でそれは変化していますか。また、どのように変化していますか。

47. これまでの生活が維持できない出来事に遭遇すると、我々は ①一時的停滞②気づき③準備④再構築⑤成長という過程をたどることが多いという。この過程と似た経験があれば教えていただけますか

48. あなたが回復していく過程で、以下の事柄はあったでしょうか。

- 絶望から希望への覚醒
- 否認から理解と受容
- 引きこもりから関心へ
- 順応とより、積極的に対処
- 肯定的な自己感覚をもつ など

(6) 「無価値」の価値

49. ひきこもっているときには、どのような体験をしているのですか。また、その経験から、どのような感想をもちますか。何か得ましたか、あるいは失いましたか。

50. 無関心、ひきこもり、孤立、受動的な態度の価値について、感じることを教えてください。いただけますか

(7) 転機

51. あなたの人生における転機について話していただけますか。
52. 思い描くリカバリー像と、あなたがリカバリーしたと思えたときの状況は一致していましたか。それとも違いがありましたか。
53. あなたという人のなかで、病気や障害の占める比重はどの程度ですか？また、その比重が変化した経験について教えてください。
54. あなたがあまり病気や障害のことを気にしなくなる時、あるいは気にしなくなったときにはなしを聞かせてください。
55. 病気はあなたの一部でしかないということを、強く実感する経験について教えてくださいいただけますか？

3. リカバリーって何？

(1) リカバリー像

56. あなたはどのように変化したいですか？あるいはどのように成長したいですか？
57. 理想の人物像や、憧れの人物像はいますか？具体的にどのような部分についてでしょうか

(2) リカバリー観

58. リカバリーを強要されていると感じたことはありますか。その状況では、どのような影響を受けましたか。
59. 「納得して生きる楽しき我が人生」はあなたにとって、どのようなものでしょうか
60. あなたの幸福論を教えてください
61. リカバリー概念を知らない人に、あなた自身の言葉で「リカバリー」を説明するとしたら、どのように伝えますか。
62. あなたにとってのリカバリーの日本語訳はなんですか。

(3) 夢

- 63. あなたがもっている夢について教えていただけますか？
- 64. ある日、奇跡がおき、アラジンの魔法のランプが手に入ったら、どのような願いごとを叶えますか。

4. 社会における、「障害」をもつことの価値転換について

(1) リカバリー概念の意義

- 65. リカバリー概念は、誰にでも意義をもつものであると思いますが、精神障害をもつという文脈にひき付けて考えたときには、どのような意味をもちますか。
- 66. リカバリー概念が、精神保健サービスに果たす役割や意義とは、どのようなことでしょうか。
- 67. リカバリー概念は、なぜあなたにとって魅力があるのでしょうか。これまでの精神保健施策と何が違うのでしょうか。

(2) ありのまま

- 68. 成長することや変化することと、ありのままを受け入れることは相反することでしょうか。
- 69. 肯定的な自己像を認めたり、感じたりする経験について教えていただけますか
- 70. あなたはどのように変わりたくない、あるいはこのままが良いと思うことがありますか。それはどのような状態でしょうか

(3) ピア

- 71. さまざまなサービスや支えのなかで、精神障害をもつ人だからこそできる支援についての経験（した、うけた）を教えていただけますか。

(4) 社会相対論

72. 自立はあなたにとって重要でしょうか。人の助けを借りて 15 分かかって衣類を着、仕事に出かけられる人は、自分で衣類を着るのに 2 時間かかために家にいるほかない人より自立している。という考え方もありますが。
73. あなたが社会を変えられるとしたら、どのような社会にしますか？それはなぜですか？
74. 周辺化された社会における、障害をもつ人に対するまなごしの事例を紹介し、感想をきく
75. べてるにおけるメンバーの役割や哲学を紹介し、感想をきく。
76. ノーマライゼーションの概念を聞いて、どのような感想をもちますか？
77. すべての人に差異があるにも関わらず、お互いの理解が難しいのはなぜだと思いますか。また、お互いに理解を深めていくために、どのような工夫が有効でしょうか。
78. リカバリーは現代社会に対し、「どう生きるか」「幸せとは何か」について価値転換を提起するものであると思っているのですが、そのようなことを考えたことはありますか。

資料3 インタビューガイドのマッピング

リカバリーの過程と、それを支える要素と促進する事柄について

- (1) リカバリーを支える要素
- (2) 選択の意味について
- (3) 精神科医療について
- (4) リカバリーを促進するといわれる事柄
- (5) リカバリー過程

社会における、「障害」
をもつことの価値転換
について

- (1) リカバリー概念の意義
- (2) ありのまま
- (3) ピア

あなたのこれまでの歩みと、障害
をもつ体験と、リカバリーとの
出逢いについて

- (1) 「おい立ち」について
- (2) 「障害」をもつことについて

リカバリーって何？

- (1) リカバリー像
- (2) リカバリー観

資料4 アクションプランの様式

アクションプラン

	個人	チーム	経路
	I (わたし)	WE (部門内・プログラム・病棟など)	システム (施設・地域・資源など)
ストレングス			
バリア			
みんなからのアイデア			
アクションプラン			
はじめの一步			
感想	[フォローアップ研修: 希望・考え中・希望しない]		

資料 5 調査票（研修前）

アンケート調査のお願い

私たちは、あなたが研修を通して、リハビリやACTについてどのように学んでいくのかなどについてうかがい、わかったことを今後の研修の改善に役立てていく目的で調査を行っています。つきましては、この研究の趣旨をご理解いただきご協力いただけるよう、お願い申し上げます。

なお、この調査に協力しなくても、今回の研修において不利益を受けることはありません。

【プライバシーの保護について】

調査で得られた情報は、プライバシーの保護に十分配慮し厳重に保管いたします。データは基本的にID番号によって管理し、どなたがどんな回答をしたかは、調査事務局担当者以外にはわかりません。また、あなたの個人的な情報が外部に漏れることはありません。また、調査によって得られたデータが研究以外の目的で使用されることはありません。

【研究成果の公表について】

研究成果などは報告書、学会発表や論文などで公表することがありますが、その場合もあなたの氏名など個人情報を公開することはありません。もし、事例のような形で公表する場合は、公表前にあなたに内容を確認していただき、了承を得ることとします。了解が得られなかったものについては、一切公表は致しません。

【回答の仕方】

あてはまるものを一つ選んでその番号にしるしをつけてください。空欄には適当な文字を入れて下さい。答えたくないと思う項目は飛ばして結構です。

なお、ご回答頂きました調査票は、会場に設置してある回収箱に入れて下さいますようお願い申し上げます。

アンケートの提出をもって、研究の同意とみなさせていただきます。

本調査の趣旨をご理解頂き、宜しくご協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

平成20年1月29日

質問がありましたら、下記事務局(香田)までお問い合わせください。

国立精神・神経センター 精神保健研究所

社会復帰相談部 協力研究員 香田 真希子

〒272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1 メール:kouda@act-j.jp

記入日 2009年1月29日 ID _____

1. リカバリーという概念に関する **現時点での** あなたの考え（態度）を伺います。

「リカバリー」とは、アメリカで1980年代後半より登場し始めた概念です。そのプロセスは多種多様であり、様々な定義が多くの当事者や専門家によりなされています。以下にその中の1つの定義を引用します。

「リカバリーとは、家族、友人と一緒に過ごし、仕事をし、楽しんだり、悲しんだり、普通の気持ちをいろいろ体験しながら生活することです。また、薬を飲み、ストレスに対処する具体的な方法を学ぶことによって、症状にコントロールされるのではなく、症状をコントロールするようになることです。」(リバーマン,2005)

私たちは、精神疾患からのリカバリーという概念に関するあなたの考え(態度)を知りたいと思っています。

以下の各文章を読み、あなたの意見に最も近い数字を○で囲んでください。

- 5= 大いにそう思う
- 4= いくらかそう思う
- 3= どちらともいえない
- 2= あまりそう思わない
- 1= 全くそう思わない

大いにそう思う
いくらかそう思う
どちらともいえない
あまりそう思わない
全くそう思わない

- | | |
|--|-----------|
| 1.リカバリーしていくには、そばにいて信じてくれる人の存在が必要である | 1-2-3-4-5 |
| 2.リカバリーは、治療がなくても自然に生じる | 1-2-3-4-5 |
| 3.リカバリーは、適切な治療で促進される | 1-2-3-4-5 |
| 4.リカバリーできるという信念を必要とする | 1-2-3-4-5 |
| 5.重い症状や障害があってもリカバリーできる | 1-2-3-4-5 |
| 6.リカバリーにある人々は、時々後戻りをする | 1-2-3-4-5 |
| 7.リカバリーする方法は、人によって異なる | 1-2-3-4-5 |
| 8.精神疾患からのリカバリーは、メンタルヘルスの専門家の介入がなくても起こる | 1-2-3-4-5 |
| 9. 精神疾患に関する偏見(スティグマ)は、リカバリーの過程を減速させる | 1-2-3-4-5 |
| 10. リカバリーは病気や障害などで失ったものを取り戻してもとの状態に戻ることはない | 1-2-3-4-5 |
| 11.リカバリーのプロセスは、希望を必要とする | 1-2-3-4-5 |
| 12.リカバリーには、チャレンジやリスクを覚悟することを必要とする | 1-2-3-4-5 |

2. 支援者として 現時点での あなたの考え方（態度）を伺います。

- | | | | | | |
|--|----------------------|---|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| 13.私は、リハビリの可能性を信じている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.私は、利用者の将来の成果が定かでないことに耐えることができる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.私は、利用者のためにより良い成果を出そうとする動機が高い | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.私は、利用者が困難な状況におちいった時、たくさんの援助する方法を考え出すことができる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.私は、自分の希望を語るることができる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. 私は、利用者の普通の生活をする権利を擁護することができる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. たとえ他の臨床家が利用者について弱気になっていても支援する方法を見つけることができる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21.私は、利用者と支援者の対等なパートナーシップを作ることができる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22.非現実的で達成できそうにない目標を利用者が望んだ場合は、それを支援すべきではない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23.専門家として利用者の目標に同意できない場合、その目標はより適切なものに置き換えるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24.利用者が失敗して自信をなくしそうな目標の場合、支援者としてそれを阻止する義務がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 全く
そう
思わ
ない | あ
ま
り
そ
う
思
わ
な
い | ど
ち
ら
か
も
い
え
な
い | い
く
ら
か
そ
う
思
う | 大
い
に
そ
う
思
う |
| 25.私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26.私は、利用者の可能性を信じている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27.なじんだものを手放すことが時には必要である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28.上司やシステムからの指示がなければ新しいことは導入できない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29.新しいことにはまずは反対してしまう行動パターンがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30.海外でエビデンスのあるプログラム（EBP）でも、日本の風土には合わないことが多い | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31.システムの問題を見つけても改善に取り組むことは難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. リカバリーという概念についての習熟の機会について伺います。

1) あなたは、これまでにリカバリーの概念に関する研修会、勉強会、講演会などに参加したことがありますか。

ない ある

「ある」とお答えの方、以下のあてはまるものすべてに☑を入れてください。

- 国立精神・神経センター精神保健研究所が開催した会 心理教育・家族教室ネットワークが開催した会
コンボが開催した会 職能団体が開催した会 大学・学校の講義・実習など
その他、国内で開催された会 海外で開催された会
その他（具体的に： _____)

2) 今まで、リカバリーという概念に関する印刷物を読んだことはありますか？

ない ある

「ある」とお答えの方、以下の当てはまるものすべてに☑を入れてください。

- ビレッジから学ぶリカバリーへの道：マークレーガン著 精神障害リハビリテーション論：野中猛著
リカバリーに関する和文の論文や著書 リカバリーに関する英文の論文や著書 ACT入門
ワーキングライフ PACTモデル ACT関連文献の和文 ACT関連文献の英文
その他（具体的に： _____)

3) リカバリーという概念について、これまであなたに最も影響を与えた研修会、印刷物、あるいはエピソードは何ですか？

4. この研修に参加するにあたって、あなたの目的（ゴール）は何ですか？

研修全体のゴール： 従来サービスとリカバリー志向のアプローチの違いに気づき、利用者の可能性を信じ、リカバリー出来ると信じるようになる

あなたの目的（ゴール）：

このアンケートは回収しますので、あなたのゴールはどこかに書き留めて置いてください。

ご協力いただき、ありがとうございました。

資料 6 調査票（研修後）

アンケート調査のお願い

私たちは、あなたが研修を通して、何を学ばれたのか、またリカバリーやACTについてどのように考えていらっしゃるのかなどについてうかがい、わかったことを今後の研修の改善に役立てていく目的で調査を行っています。つきましては、この研究の趣旨をご理解いただきご協力いただけるよう、お願い申し上げます。

【プライバシーの保護について】

調査で得られた情報は、プライバシーの保護に十分配慮し厳重に保管いたします。データは基本的にID番号によって管理し、どなたがどんな回答をしたかは、調査事務局担当者以外にはわかりません。また、あなたの個人的な情報が外部に漏れることはありません。また、調査によって得られたデータが研究以外の目的で使用されることはありません。

【研究成果の公表について】

研究成果などは報告書、学会発表や論文などで公表することがありますが、その場合もあなたの氏名など個人情報公開することはありません。もし、事例のような形で公表する場合は、公表前にあなたに内容を確認していただき、了承を得ることとします。了解が得られなかったものについては、一切公表は致しません。

【回答の仕方】

あてはまるものを一つ選んでその番号にしるしをつけてください。空欄には適当な文字を入れて下さい。答えたくないと思う項目は飛ばして結構です。

この調査票には、団体名、個人名などの情報を記入する欄がございます。これは、今後のフォローアップやモニタリングなどを行うために利用させていただきます。ご回答頂いた内容につきましては情報管理を徹底し、本調査結果の公表に関しては、プライバシーの保護に十分配慮し、ご迷惑がかかることが決していないことをお約束いたします。

なお、ご回答頂きました調査票は、会場に設置してある回収箱に入れて下さいますようお願い申し上げます。アンケートの提出をもって、研究の同意とみなさせていただきます。本調査の趣旨をご理解頂き、宜しくご協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

平成20年2月1日

質問がありましたら、下記事務局（香田）までお問い合わせください。
国立精神・神経センター 精神保健研究所
社会復帰相談部 協力研究員 香田 真希子
〒272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1 メール：kouda@act-jp

記入日 2009年2月1日 ID _____

1. リカバリーという概念に関する 現時点での あなたの考え（態度）を伺います。

「リカバリー」とは、アメリカで1980年代後半より登場し始めた概念です。そのプロセスは多種多様であり、様々な定義が多くの当事者や専門家によりなされています。以下にその中の1つの定義を引用します。

「リカバリーとは、家族、友人と一緒に過ごし、仕事をし、楽しんだり、悲しんだり、普通の気持ちをいろいろ体験しながら生活することです。また、薬を飲み、ストレスに対処する具体的な方法を学ぶことによって、症状にコントロールされるのではなく、症状をコントロールするようになることです。」(リバーマン,2005)

私たちは、精神疾患からのリカバリーという概念に関するあなたの考え(態度)を知りたいと思っています。

以下の各文章を読み、あなたの意見に最も近い数字を○で囲んでください。

5= 大いにそう思う

4= いくらかそう思う

3= どちらともいえない

2= あまりそう思わない

1= 全くそう思わない

大いに
そう
思う
いく
らか
そう
思う
ど
ち
ら
と
も
い
え
な
い
あ
ま
り
そ
う
思
わ
な
い
全
く
そ
う
思
わ
な
い

1.リカバリーしていくには、そばにいて信じてくれる人の存在が必要である

1 - 2 - 3 - 4 - 5

2.リカバリーは、治療がなくても自然に生じる

1 - 2 - 3 - 4 - 5

3.リカバリーは、適切な治療で促進される

1 - 2 - 3 - 4 - 5

4.リカバリーできるという信念を必要とする

1 - 2 - 3 - 4 - 5

5.重い症状や障害があってもリカバリーできる

1 - 2 - 3 - 4 - 5

6.リカバリーにある人々は、時々後戻りをする

1 - 2 - 3 - 4 - 5

7.リカバリーする方法は、人によって異なる

1 - 2 - 3 - 4 - 5

8.精神疾患からのリカバリーは、メンタルヘルスの専門家の介入がなくても起こる

1 - 2 - 3 - 4 - 5

9. 精神疾患に関する偏見(スティグマ)は、リカバリーの過程を減速させる

1 - 2 - 3 - 4 - 5

10. リカバリーは病気や障害などで失ったものを取り戻してもとの状態に戻ることはない

1 - 2 - 3 - 4 - 5

11.リカバリーのプロセスは、希望を必要とする

1 - 2 - 3 - 4 - 5

12.リカバリーには、チャレンジやリスクを覚悟することを必要とする

1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. 支援者として 現時点での あなたの考え方（態度）を伺います。

- | | |
|--|---|
| 13.私は、リハビリの可能性を信じている | 1—2—3—4—5 |
| 14.私は、利用者の将来の成果が定かでないことに耐えることができる | 1—2—3—4—5 |
| 15.私は、利用者のためにより良い成果を出そうとする動機が高い | 1—2—3—4—5 |
| 16.私は、利用者が困難な状況におちいった時、たくさんの援助する方法を考え出すことができる | 1—2—3—4—5 |
| 17.私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる | 1—2—3—4—5 |
| 18.私は、自分の希望を語るることができる | 1—2—3—4—5 |
| 19. 私は、利用者の普通の生活をする権利を擁護することができる | 1—2—3—4—5 |
| 20. たとえ他の臨床家が利用者について弱気になっていても支援する方法を見つけることができる | 1—2—3—4—5 |
| 21.私は、利用者と支援者の対等なパートナーシップを作ることができる | 1—2—3—4—5 |
| 22.非現実的で達成できそうにない目標を利用者が望んだ場合は、それを支援すべきではない | 1—2—3—4—5 |
| 23.専門家として利用者の目標に同意できない場合、その目標はより適切なものに置き換えるべきである | 1—2—3—4—5 |
| 24.利用者が失敗して自信をなくしそうな目標の場合、支援者としてそれを阻止する義務がある | 1—2—3—4—5 |
| | 大いにそう思う
いくらかそう思う
どちらともいえない
あまりそう思わない
全くそう思わない |
| 25.私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている | 1—2—3—4—5 |
| 26.私は、利用者の可能性を信じている | 1—2—3—4—5 |
| 27.なじんだものを手放すことが時には必要である | 1—2—3—4—5 |
| 28.上司やシステムからの指示がなければ新しいことは導入できない | 1—2—3—4—5 |
| 29.新しいことにはまずは反対してしまう行動パターンがある | 1—2—3—4—5 |
| 30.海外でエビデンスのあるプログラム(EBP)でも、日本の風土には合わないことが多い | 1—2—3—4—5 |
| 31.システムの問題を見つけても改善に取り組むことは難しい | 1—2—3—4—5 |

3. この研修会に参加して、あなたの意識（態度）において、変わったことはありますか？

当てはまる方に☑を入れてください。

ある

ない

「ある」と答えた方は、どのように変わったのか教えてください。複数ある場合はいくつでもお書き下さい。

また、その「きっかけ」について思い当たることを教えてください。複数ある場合はいくつでもお書き下さい。

4. この研修に参加して、研修開始時にたてたあなたの目的はどの程度達成されましたか？
また、その達成度は、どの程度妥当性（自分でつけた達成度が、どの程度正しいと思うか）があると思いますか。

開始時の目標	達成度	妥当性	達成度が◎%と、答えたのは何ができたからですか？

5. 基本的なキャリアに関して

当てはまるものに☑をしてください。

3-1. あなたの性別、年齢を教えてください。

1. 性別… 男性 女性 2.年齢… 20代 30代 40代 50代 60代以上

3-2. あなたが持っている主な資格について教えてください。（例：作業療法士、看護師、医師…）

()

3-4. あなたが上記の立場として日常的に関わっているものに最も近いもの1つに ☑ をつけてください。

医療機関 入院 医療機関 外来 精神障害者福祉関連施設

3障害共通福祉関連施設 行政機関 教育機関

その他()

3-5. あなたの臨床経験は何年ですか？

3年未満 3～5年 6～10年 11～20年 21～30年 30年以上

3-6. あなたは今までACTスタッフとして、直接サービスを提供したことはありますか？

はい いいえ

「はい」と回答した方は、続けて1)～4)の質問にお答えください。

1) ACT の臨床活動期間は？ (年 ヶ月)

2) 勤務条件は？ (例：専任、〇〇との兼任…) ()

3) 週の勤務時間数は何時間です(でした)か？ (約 時間)

4) ACT 実施以前の精神科領域における臨床経験年数について、あてはまるものを選んでください。

経験なし 1年未満 1年以上3年未満 3年以上5年未満 5年以上10年未満 10年以上

われわれは、研修で学んだことを、より効果的に臨床で活かすための研修のあり方を検討するため、研修効果研究に協力をしてくださる方にフォローアップ研修 及び 聞き取り調査を予定しています。今後も研修効果研究に、ご協力していただくことは可能でしょうか。

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 協力してもよい |
| <input type="checkbox"/> 内容次第で検討する |
| <input type="checkbox"/> できれば協力したくない |

本アンケートの集計結果の報告方法をご指定ください。

郵送 E-mail

氏名:

郵送先:〒

E-mail:

ご協力頂き、ありがとうございました。

質問がありましたら、下記事務局までお問い合わせください。
国立精神・神経センター 精神保健研究所
社会復帰相談部 協力研究員 香田真希子