

日本語版

当事者による当事者のための 1対1で行われるピアサポート



One-to-one peer support
by and for people with
lived experience

WHO QualityRights guidance module

医療法人 純青会
せいざん病院
精神科・心療内科・内科

株式会社
ラグーナ出版

©医療法人純青会せいざん病院、株式会社ラグーナ出版

本翻訳は、世界保健機関（WHO）が作成したものではありません。WHO はこの翻訳の内容や正確性について責任を負いません。オリジナルの英語版 One-to-one peer support by and for people with lived experience. WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019.licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO を法的拘束力のある原本とします。

この翻訳版は、CC BY-NC-SA 3.0 の下で利用可能です。

© Seizan Hospital, Junseikai Medical Group, Laguna publishing., Ltd.

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition One-to-one peer support by and for people with lived experience. WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

当事者による、当事者のための、1対1で行われるピアサポート（相互支援）。 世界保健機関(WHO) クオリティライツ(QualityRights) ガイダンスモジュール

ISBN 978-92-4-151678-5

© World Health Organization 2019

無断転載を禁じます。この著作物はクリエイティブ・コモンズ 帰属-非営利-継承 3.0 IGO Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>のライセンスの下で利用可能です。

本ライセンスの条件に基づき、以下に示すように適切に利用することを条件に、非営利目的の著作物を複製、再配布、翻案することができます。この著作物を使用する場合、WHO が特定の組織、製品、サービスを推奨していると示唆してはなりません。WHO のロゴの使用は許可されていません。この著作物を翻案する場合は、同じクリエイティブ・コモンズ・ライセンスまたは同等のライセンスを付与しなければなりません。この著作物の翻訳版を作成する場合は、推奨される引用とともに以下の免責事項を追加しなければなりません：「この翻訳は WHO(世界保健機関) によって作成されたものではありません。WHO はこの翻訳の内容や正確さについて責任を負いません。オリジナルの英語版が法的拘束力のある真正のエディション（版）です」。

ライセンスに基づき発生する争議に関する調停は、世界的知的所有権機関の調停規則に従って行われるものとします。

推奨される引用 当事者による、当事者のための1対1で行われるピアサポート（相互支援）。WHO QualityRights ガイダンス・モジュール。ジュネーブ：世界保健機関；2019。ライセンス：[CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo)。

出版前の図書の目録情報（Cataloguing-in-Publication (CIP) data） CIP データは <http://apps.who.int/iris> で入手（利用）可能です。

販売、権利、およびライセンス（ライセンシング） WHO 出版物の購入については、<http://apps.who.int/bookorders> 参照。商業利用のリクエストや権利とライセンスに関するお問い合わせは、<http://www.who.int/about/licensing> 参照。

第三者の資料（素材） 表、図、または画像など、第三者に帰属する本著作物の資料（素材）の再利用を希望する場合、その再利用に許諾が必要かどうかを判断し、著作権者から許諾を得ることは利用者の責任となります。本著作物に含まれる第三者所有の構成要素の侵害に起因する申し立てのリスクは、利用者のみが負うものとします。

免責事項 本出版物で使用されている呼称および資料の提示は、いかなる国、領土、都市、地域、またはその当局の法的地位、あるいは国境や境界線の画定に関して、WHO としての意見の表明を意味するものではありません。地図上の点線や破線は、まだ完全な合意が得られていないおおよその国境線を示します。

特定の企業や特定の製造業者の製品についての言及は、言及されていない類似する他製品に優先して、それらの製品を WHO が支持または推奨していることを意味するものではありません。誤字・脱字を除き、独自の製品名は頭文字の大文字で区別します。

WHO は、本出版物に含まれる情報を確認するために、あらゆる妥当な予防措置を講じています。しかし、公表されている資料は、明示または黙示を問わず、いかなる保証もされることなく配布されています。これらの資料の解釈と使用に関する責任は読者にあります。WHO は、いかなる場合においても、その使用から生じた損害について責任を負いません。

表紙の写真 Santa Lucía Hospital, Cartagena (Spain)/Comfort room team

添付のスライドはこちらで入手可能です。

目次

謝辞.....	i
序文.....	i
サポーティングステートメント.....	i
WHO QualityRights イニシアチブとは何ですか？	i
WHO QualityRights – トレーニングおよびガイダンスツール	i
このトレーニングとガイダンスについて	i
言語に関する予備的な注意点	i
1. 序論.....	1
2. 個別のピアサポートとは何ですか？	1
3. 個別のピアサポートの価値.....	2
4. 個別のピアサポートの利点.....	3
5. ピアサポートに関する誤解.....	5
6. 倫理から実践へ.....	7
7. 言葉.....	14
8. ピアサポーターのコンピテンシー（能力）	16
9. 職務記述書	17
10. ピアサポーターの面接および採用	19
11. 労働条件.....	20
12. メンタルヘルスおよびソーシャルサービスにおけるピアサポーター.....	22
参照.....	29

謝辞

コンセプト（概念化）

Michelle Funk (Coordinator) and Natalie Drew Bold (Technical Officer) Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, Geneva)

執筆および編集チーム

Dr Michelle Funk, (WHO, Geneva), Natalie Drew Bold (WHO, Geneva); Marie Baudel, Université de Nantes, France

世界の主要な専門家

Celia Brown, MindFreedom International, (United States of America); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Italy); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (United States of America); Catalina Devandas Aguilar, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Julian Eaton, CBM International and London School of Hygiene and Tropical Medicine (United Kingdom); Salam Gómez, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (Colombia); Gemma Hunting, International Consultant (Germany); Diane Kingston, International HIV/AIDS Alliance (United Kingdom); Itzhak Levav, Department of Community Mental Health, University of Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Norway); David McGrath, International consultant (Australia); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (United States of America); Peter Mittler, Dementia Alliance International (United Kingdom); Maria Francesca Moro, Columbia University (United States of America); Fiona Morrissey, Disability Law Research Consultant (Ireland); Michael Njenga, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (Kenya); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (United States of America); Soumitra Pathare, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Switzerland); Jolijn Santegoeds, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (the Netherlands); Sashi Sashidharan, University of Glasgow (United Kingdom); Gregory Smith, International consultant, (United States of America); Kate Swaffer, Dementia International Alliance (Australia); Carmen Valle, CBM International (Thailand); Alberto Vásquez Encalada, Office of the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland)

貢献者

テクニカルレビューアー（専門的査読者）

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malaysia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities. (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Melbourne Law School, University of Melbourne (Australia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (United States of America); Rod Astbury, Western Australia Association for Mental Health (Australia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Western Australian Mental Health Commission (Australia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, WHO Collaborating Centre, Lille (France); Sam Badege, National Organization of Users and Survivors of Psychiatry in Rwanda (Rwanda); Amrit Bakhshy, Schizophrenia Awareness Association (India); Anja Baumann, Action Mental Health Germany (Germany); Jerome Bickenbach, University of Lucerne (Switzerland); Jean-Sébastien Blanc, Association for the Prevention of Torture (Switzerland); Pat Bracken, Independent Consultant Psychiatrist (Ireland); Simon Bradstreet, University of Glasgow (United Kingdom); Claudia Pellegrini Braga,

University of São Paulo (Brazil); Rio de Janeiro Public Prosecutor's Office (Brazil); Patricia Brogna, National School of Occupational Therapy, (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International, (United States of America); Kimberly Budnick, Head Start Teacher/Early Childhood Educator (United States of America); Janice Cambri, Psychosocial Disability Inclusive Philippines (Philippines); Aleisha Carroll, CBM Australia (Australia); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Italy); Chauhan Ajay, State Mental Health Authority, Gujarat, (India); Facundo Chavez Penillas, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Daniel Chisholm, WHO Regional Office for Europe (Denmark); Louise Christie, Scottish Recovery Network (United Kingdom); Oryx Cohen, National Empowerment Center (United States of America); Celline Cole, Freie Universität Berlin (Germany); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College London (United Kingdom); David Crepaz-Keay, Mental Health Foundation (United Kingdom); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (United States of America); Gaia Montauti d'Harcourt, Fondation d'Harcourt (Switzerland); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (United States of America); Laura Davidson, Barrister and development consultant (United Kingdom); Lucia de la Sierra, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYs), Protestant University of Applied Studies (Germany); Paolo del Vecchio, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (United States of America); Manuel Desviat, Atopos, Mental Health, Community and Culture (Spain); Catalina Devandas Aguilar, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Alex Devine, University of Melbourne (Australia); Christopher Dowrick, University of Liverpool (United Kingdom); Julian Eaton, CBM International and London School of Hygiene and Tropical Medicine (United Kingdom); Rabih El Chammay, Ministry of Health (Lebanon); Mona El-Bilsha, Mansoura University (Egypt); Ragia Elgerzawy, Egyptian Initiative for Personal Rights (Egypt); Radó Iván, Mental Health Interest Forum (Hungary); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (Mexico); Timothy P. Fadgen, University of Auckland (New Zealand); Michael Elnemais Fawzy, El-Abbassia mental health hospital (Egypt); Alva Finn, Mental Health Europe (Belgium); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (United Kingdom); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Australia); Lynn Gentile, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (United Kingdom); Salam Gómez, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (Colombia); Ugnė Grigaitė, NGO Mental Health Perspectives and Human Rights Monitoring Institute (Lithuania); Margaret Grigg, Department of Health and Human Services, Melbourne (Australia); Oye Gureje, Department of Psychiatry, University of Ibadan (Nigeria); Cerdic Hall, Camden and Islington NHS Foundation Trust, (United Kingdom); Julie Hannah, Human Rights Centre, University of Essex (United Kingdom); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (United States of America); Akiko Hart, Mental Health Europe (Belgium); Renae Hodgson, Western Australia Mental Health Commission (Australia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust (United Kingdom); Frances Hughes, Cutting Edge Oceania (New Zealand); Gemma Hunting, International Consultant (Germany); Hiroto Ito, National Center of Neurology and Psychiatry (Japan); Maths Jespersen, PO-Skåne (Sweden); Lucy Johnstone, Consultant Clinical Psychologist and Independent Trainer (United Kingdom); Titus Joseph, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Dovilė Juodkaitė, Lithuanian Disability Forum (Lithuania); Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Elizabeth Kamundia, National Commission on Human Rights (Kenya); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (United Kingdom); Brendan Kelly, Trinity College Dublin (Ireland); Mary Keogh, CBM International (Ireland); Akwatu Khenti, Ontario Anti-Racism Directorate, Ministry of Community Safety and Correctional Services (Canada); Seongsu Kim, WHO Collaborating Centre, Yongin Mental Hospital (South Korea); Diane Kingston, International HIV/AIDS Alliance (United Kingdom); Rishav Koirala, University of Oslo (Norway); Mika Kontiainen, Department of Foreign Affairs and Trade (Australia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Anna

Kudiyarova, Psychoanalytic Institute for Central Asia (Kazakhstan); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canada); Itzhak Levav, Department of Community Mental Health, University of Haifa (Israel); Maureen Lewis, Mental Health Commission (Australia); Laura Loli-Dano, Centre for Addiction and Mental Health (Canada); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (United Kingdom); Crick Lund, University of Cape Town (South Africa); Judy Wanjiru Mbutia, Uzima Mental Health Services (Kenya); John McCormack,

Scottish Recovery Network (United Kingdom); Peter McGovern, Modum Bad (Norway); David McGrath, international consultant (Australia); Emily McLoughlin, international consultant (Ireland); Bernadette McSherry, University of Melbourne (Australia); Roberto Mezzina, WHO Collaborating Centre, Trieste (Italy); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (United States of America); Peter Mittler Dementia Alliance International (United Kingdom); Pamela Molina Toledo, Organization of American States (United States of America); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (United Kingdom); Maria Francesca Moro, Columbia University (United States of America); Fiona Morrissey, Disability Law Research Consultant (Ireland); Melita Murko, WHO Regional Office for Europe (Denmark); Chris Nas, Trimbos International (the Netherlands); Sutherland Carrie, Department for International Development (United Kingdom); Michael Njenga, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (Kenya); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Belgium) & SOFPSI N. SERRON (Greece); Peter Oakes, University of Hull (United Kingdom); David W. Oaks, Aciu Insitute, LLC (United States of America); Martin Orrell, Institute of Mental Health, University of Nottingham (United Kingdom); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Al Amal Hospital, Dubai (United Arab Emirates); Gareth Owen, King's college London (United Kingdom); Soumitra Pathare, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Sara Pedersini, Fondation d'Harcourt (Switzerland); Elvira Pértega Andía, Saint Louis University (Spain); Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Switzerland); Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaan Kar Ray, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust (United Kingdom); Mayssa Rekhis, faculty of Medicine, Tunis El Manar University (Tunisia); Julie Repper, University of Nottingham (United Kingdom); Genevra Richardson, King's college London (United Kingdom); Annie Robb, Ubuntu centre (South Africa); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, WHO Collaborating Centre, Lille (France); Eric Rosenthal, Disability Rights International (United States of America); Raul Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (Mexico); Jolijn Santegoeds, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (the Netherlands); Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health (Switzerland); Sashi Sashidharan, University of Glasgow (United Kingdom); Marianne Schulze, international consultant (Austria); Tom Shakespeare, London School of Hygiene & Tropical Medicine (United Kingdom); Gordon Singer, expert consultant (Canada); Frances Skerritt, Peer Specialist (Canada); Mike Slade, University of Nottingham (United Kingdom); Gregory Smith, International consultant, (United States of America); Natasa Dale, Western Australia Mental Health Commission, (Australia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (United States of America); Anthony Stratford, Mind Australia (Australia); Charlene Sunkel, Global Mental Health Peer Network (South Africa); Kate Swaffer, Dementia International Alliance (Australia); Shelly Thomson, Department of Foreign Affairs and Trade (Australia); Carmen Valle, CBM International (Thailand); Alberto Vásquez Encalada, Office of the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Javier Vasquez, Vice President, Health Programs, Special Olympics, International (United States of America); Benjamin Veness, Alfred Health (Australia); Peter Ventevogel, Public Health Section, United Nations High Commissioner for Refugees (Switzerland); Carla Aparecida Arena Ventura, University of Sao Paulo (Brazil); Alison Xamon, Western Australia Association for Mental Health, President (Australia).

WHO インターン

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbenschel, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant

WHO 本部および地域事務所

Nazneen Anwar (WHO/SEARO), Florence Baingana (WHO/AFRO), Andrea Bruni (WHO/AMRO), Darryl Barrett (WHO/WPRO), Rebecca Bosco Thomas (WHO HQ), Claudina Cayetano (WHO/AMRO), Daniel Chisholm (WHO/EURO), Neerja Chowdary (HOHQ), Fahmy Hanna (WHO HQ), Eva Lustigova (WHO HQ), Carmen Martinez (WHO/AMRO), Maristela Monteiro (WHO/AMRO), Melita Murko (WHO/EURO), Khalid Saeed (WHO/EMRO), Steven Shongwe (WHO/AFRO), Yutaro Setoya (WHO/WPRO), Martin Vandendyck (WHO/WPRO), Mark Van Ommeren (WHO HQ), Edith Van't Hof (WHO HQ) and Dévora Kestel (WHO HQ).

WHO 運営および編集サポート

Patricia Robertson, Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, Geneva); David Bramley, editing (Switzerland); Julia Faure (France) and Casey Chu (Canada), design and support

ビデオ投稿

これらの資料映像の使用を許可して下さった以下の個人および団体に感謝いたします。

50 Mums, 50 Kids, 1 Extra Chromosome

Video produced by Wouldn't Change a Thing

Breaking the chains by Erminia Colucci

Video produced by Movie-Ment

Chained and Locked Up in Somaliland

Video produced by Human Rights Watch

Circles of Support

Video produced by Inclusion Melbourne

Decolonizing the Mind: A Trans-cultural Dialogue on Rights, Inclusion and Community

(International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, India, 2016)

Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Dementia, Disability & Rights - Kate Swaffer

Video produced by Dementia Alliance International

Finger Prints and Foot Prints

Video produced by PROMISE Global

Forget the Stigma

Video produced by The Alzheimer Society of Ireland

Ghana: Abuse of people with disabilities

Video produced by Human Rights Watch

Global Campaign: The Right to Decide

Video produced by Inclusion International

Human Rights, Ageing and Dementia: Challenging Current Practice by Kate Swaffer

Video produced by Your aged and disability advocates (ADA), Australia

I go home

Video produced by WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF

Inclusive Health Overview

Video produced by Special Olympics

Independent Advocacy, James' story

Video produced by The Scottish Independent Advocacy Alliance

Interview - Special Olympic athlete Victoria Smith, ESPN, 4 July 2018

Video produced by Special Olympics

Living in the Community

Video produced by Lebanese Association for Self Advocacy (LASA) and Disability Rights Fund (DRF)

Living it Forward

Video produced by LedBetter Films

Living with Mental Health Problems in Russia

Video produced by Sky News

Love, loss and laughter - Living with dementia

Video produced by Fire Films

Mari Yamamoto

Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Mental health peer support champions, Uganda 2013

Video produced by Cerdic Hall

Moving beyond psychiatric labels

Video produced by The Open Paradigm Project/ P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer

'My dream is to make pizza': the caterers with Down's syndrome

Video produced by The Guardian

My Story: Timothy

Video produced by End the Cycle (Initiative of CBM Australia)

Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health

Video produced by Rethink Mental Illness

No Force First

Video produced by Mersey Care NHS Foundation Trust

No more Barriers

Video produced by BC Self Advocacy Foundation

'Not Without Us' from Sam Avery & Mental Health Peer Connection

Video produced by Mental Health Peer Connection

Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (complete film) *Video produced by Daniel Mackler, Filmmaker*

The Open Paradigm Project – Celia Brown

Video produced by The Open Paradigm Project/ Mindfreedom International

Open Paradigm Project – Dorothy Dundas

Video produced by The Open Paradigm Project

Open Paradigm Project – Oryx Cohen

Video produced by The Open Paradigm Project/ National Empowerment Center

Open Paradigm Project - Sera Davidow

Video produced by The Open Paradigm Project/ Western Mass Recovery Learning

Ovidores de Vozes (Hearing Voices) Canal Futura, Brazil 2017

Video produced by L4 Filmes

Paving the way to recovery - the Personal Ombudsman System

Video produced by Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Peer Advocacy in Action

*Video produced and directed by David W. Barker, Createus Media Inc. (www.createusmedia.com)
© 2014 Createus Media Inc., All Rights Reserved. Used with permission by the World Health Organization.
Contact info@createusmedia.com for more information. Special thanks to Rita Cronise for all her help and support.*

Planning Ahead – Living with Younger Onset Dementia

Original Video produced by Office for the Ageing, SA Health, Adelaide, Australia. Creative copyright: Kate Swaffer & Dementia Alliance International

Quality in Social Services - Understanding the Convention on the Rights of Persons with Disabilities

*Video produced by The European Quality in Social Service (EQUASS) Unit of the European Platform for Rehabilitation (EPR) (www.epr.eu – www.equass.be). With financial support from the European Union Programme for Employment and Social Innovation “EaSI” (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>.
Animation: S. Allaëys – QUIDOS. Content support: European Disability Forum*

Raising awareness of the reality of living with dementia,

Video produced by Mental Health Foundation (United Kingdom)

Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan

Video produced by Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC

Reshma Valliappan (International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, India, 2016) *Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

Rory Doody on his experience of Ireland's capacity legislation and mental health services *Video produced by Amnesty International Ireland*

Seclusion: Ashley Peacock

Video produced by Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – all rights reserved.

Seher Urban Community Mental Health Program, Pune

Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Self-advocacy

Video produced by Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)

Social networks, open dialogue and recovery from psychosis - Jaakko Seikkula, PhD *Video produced by Daniel Mackler, Filmmaker*

Speech by Craig Mokhiber, Deputy to the Assistant Secretary-General for Human Rights, Office of the High Commissioner for Human Rights made during the event ‘Time to Act on Global Mental Health - Building Momentum on Mental Health in the SDG Era’ held on the occasion of the 73rd Session of the United Nations General Assembly.

Video produced by UN Web TV

Thanks to John Howard peers for support

Video produced by Cerdic Hall

The Gestalt Project: Stop the Stigma

Video produced by Kian Madjedi, Filmmaker

The T.D.M. (Transitional Discharge Model)

Video produced by LedBetter Films

This is the Story of a Civil Rights Movement

Video produced by Inclusion BC

Uganda: 'Stop the abuse'

Video produced by Validity, formerly the Mental Disability Advocacy Centre (MDAC)

UN CRPD: What is article 19 and independent living?

Video produced by Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

UNCRPD: What is Article 12 and Legal Capacity?

Video produced by Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Universal Declaration of Human Rights

Video produced by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

What is Recovery?

Video produced by Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

What is the role of a Personal Assistant?

Video produced by Ruils - Disability Action & Advice Centre (DAAC)

Why self advocacy is important

Video produced by Inclusion International

Women Institutionalized Against their Will in India

Video produced by Human Rights Watch

Working together- Ivymount School and PAHO

Video produced by the Pan American Health Organization (PAHO)/ World Health Organization - Regional Office for the Americas (AMRO)

You can recover (Reshma Valliappan, India)

Video produced by ASHA International

財政およびその他の支援

WHO は、クオリティ・ライツ (QualityRights) トレーニングモジュールの開発のために寛大な資金支援をしていただいた、カナダ政府から資金提供を受けているグランド・チャレンジ・カナダ、西オーストラリア州の精神保健委員会、CBM インターナショナル、および英国国際開発省に感謝いたします。

WHO は、WHO クオリティ・ライツのモジュールの査読者数名に資金支援を下された国際障害同盟 (IDA) に感謝いたします。

序文

メンタルヘルス（精神保健）とウェルビーイング（身体的、精神的、社会的に、継続的に幸福な状態にあること）の確保は、世界的な急務であり、持続可能な開発目標（SDGs）の重要な目標となっています。

しかし、世界のどの国においても、私たちの対応ははなはだ不十分であり、基本的人権としてのメンタルヘルスの推進の進捗はほとんど見られないのが現状です

10人に1人が精神疾患の影響を受けており、2億人が知的障害を、推定5000万人の人々が認知症を患っています。精神疾患、心理社会的障害、知的障害、または認知障害を有する多くの人々は、彼らのニーズに応え、その権利と尊厳を尊重する質の高い精神保健サービスにアクセスすることが出来ません。

精神疾患を持つ人々は、今日でも社会から隔離された施設に閉じ込められ、地域社会から疎外されています。その多くは、医療サービス、刑務所、および地域社会で、身体的、性的、および感情的虐待やネグレクトを受けています。また彼らは、ケアや治療、住む場所、個人的および経済的事柄について、自ら決定する権利を奪われています。彼らはしばしば、医療、教育、および雇用機会へのアクセスを拒否され、また、地域生活への完全なインクルージョン（包摂）と社会参加を阻まれることが多々あります。その結果、低所得国、中所得国、および高所得国でも同様に、精神疾患や知的障害を持つ人々は、一般の人々よりも10〜20歳も若くして亡くなっています。

健康の権利は、WHO（世界保健機構）の使命とビジョンの基盤であり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）（全ての人々が適切な保健医療サービスを受けられる状態）の達成に向け、私たちの努力を支えています。UHCの土台は、人々の価値や好みを尊重し、エビデンスに基づき、パーソン・センタード（人間中心）のサービスを提供する、プライマリー・ケア（一次医療）を基礎とする強固な医療制度です。

このビジョンを達成するために、14の新しいWHOクオリティ・ライツ（QualityRights）トレーニングおよびガイダンス・モジュールが現在利用可能となっています。それは、人間中心且つリカバリー志向のアプローチを実行するために、政策に影響を与え、知識と技術を構築することによって、各国が国際人権基準を実践に移すことを可能にします。これは、質の高いケアとサポートを提供し、メンタルヘルスとウェルビーイング（身体的、精神的、社会的に良好な状態）を促進するために必要なことです。

私たちの信念は、サービス提供者であろうと地域社会の一員であろうと、誰もがメンタルヘルスに問題のある人や、心理社会的、知的、または認知障害を持つ人々を支援するための知識と技術を持つ必要があるということです。

私たちは、このクオリティ・ライツ（QualityRights）のトレーニングおよびガイダンス・モジュールが広く使用され、また、それらが提供するアプローチが、世界中のメンタルヘルスおよび社会サービスにおいて、例外というよりも典型的とされる水準、模範、または見本になることを願っています。



Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus（テドロス・アダノム・ゲブレイエソス博士）
Director-General（事務総長）
World Health Organization（世界保健機構）

サポーティングステートメント（支持声明）

Dévara Kestel, Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva（世界保健機関 精神衛生および薬物使用部 ディレクター、ジュネーブ）

世界中で、メンタルヘルス（精神保健）の重要性、および人間中心でリカバリー志向かつ人権基盤型アプローチを促進するサービスや支援を提供することの重要性に対する意識が高まっています。この意識の高まりは、この意識は、限られたアクセスと質の低いサービス、そして人権侵害により、その国の所得の高低に関わらず、各国の多数の多くの個人やコミュニティや地域社会を破綻させているという認識に伴うものです。

精神保健サービスを利用する人々が、非人間的な生活環境、有害な医療的行為、暴力、ネグレクト、虐待にさらされることは容認できません。サービスが人々のニーズに応えられなかったり、地域社会で自立した生活を送れるように支援することが出来ないどころか、サービスとの関わりにおいて彼らが絶望と無力感を感じるようになってしまう事例が多数報告されています。

より広い地域社会においては、精神疾患、心理社会的障害、知的障害、または認知障害を持つ人々は、スティグマ、差別、および生活のあらゆる局面に染み付いた広汎な不平等にさらされています。彼らは、自分で選んだ場所に住み、結婚し、家族を持ち、学校に通い、雇用を求め、レジャー活動を楽しむ機会を奪われています。

この状況を変えようとするならば、リカバリー（回復）とヒューマンライツ（人権）のアプローチを取り入れることが不可欠です。リカバリー・アプローチとは、サービスによって確実に、当事者自身をケアの中心に位置付けるものです。当事者にとってリカバリーがどのようなもので、どのような意味をもつものかを明確にする手助けをすることに重点を置きます。このアプローチは、人々が自分のアイデンティティと人生を再びコントロールし、将来に希望を持ち、仕事、人間関係、地域社会への参加、スピリチュアリティ（精神性）などの一部またはすべてを通じて、当事者自身にとって意味のある人生を送ることが出来るように支援することです。

リカバリー（回復）とヒューマンライツ（人権）のアプローチは一致する点が多々あります。どちらのアプローチも、平等、非差別、法的能力、インフォームド・コンセント、およびコミュニティインクルージョン（地域包摂）（これらは全て障害者権利条約に規定されています）といった主要な権利を推進するものです。しかし異なる点は、ヒューマンライツ（人権）アプローチはこれらの権利を促進する義務を各国に課していることです。

WHOはクオリティ・ライツ（QualityRights）イニシアチブの一部として開発されたこれらのトレーニングおよびガイダンスモジュールを通じて、これらの課題に対処し、各国が国際人権義務を果たすことを支援するために、断固とした行動をとってきました。これらのツールにより、以下のような重要なアクションが実現出来ます：当事者の参加とコミュニティへの包摂の推進、スティグマと差別をなくし、権利とリカバリーを促進するための能力開発、また、ピアサポートや市民社会組織の強化により相互に支え合う関係を築き、さらにメンタルヘルスや社会サービスにおける人権や当事者中心のアプローチを提唱する力を人々に与えること。

私は、メンタルヘルスの問題、心理社会的障害、知的障害、または認知障害を持つ人々が直面する課題への包括的な対応を提供するために、これらの世界保健機関（WHO）のツールが各国で使用されることを楽しみにしています。

Dainius Puras Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest attainable Standard of Physical and Mental Health. (身体[◆]I および精神的健康の最高の到達可能な水準を享受するための、すべての人の権利に関する特別報告者)

クオリティ・ライツ (QualityRights) は、人権を基盤とするリカバリー志向のメンタルヘルスケアへの新しいアプローチを提供します。

世界保健機関 (WHO) のこの取り組みは、非常にタイムリーなものです。世界の精神保健政策とサービスを変革する必要性への理解が高まっているのです。心理社会的障害やその他のメンタルヘルスに問題がある人々を持つへのサービスは、強制、過剰医療、および施設化に依存していることがあまりにも多いのが現状です。このような状況は、精神保健サービスの利用者と提供者の双方にスティグマと無力感を助長し続ける可能性があり、容認できるものではありません。

政策立案者、メンタルヘルスの専門家、精神保健サービスの利用者を含むすべての関係者は、持続可能な人権基盤型精神保健サービスの変革を管理し、発展させるための知識と技術を効果的に習得する必要があります。

クオリティ・ライツ (QualityRights) イニシアチブは、特別に考案されたモジュールを通じて、必要な知識と技術を提供し、変革が可能であること、そしてこの変革が Win-Win (ウィン・ウィン：双方に有益であること) の状況をもたらすことを説得力を持って実証します。第一に、精神保健サービスを必要とする可能性のある障害者やその他のメンタルヘルスの問題を抱えた人々に対しては、彼らに力を与え、彼らの意見を尊重するサービスを利用しようとする意欲を持つようになります。第二に、サービスの提供者は、強制を防止する対策を施す能力と自信を持つようになります。その結果、力の不均衡が緩和され、また相互信頼と治療同盟 (治療者と患者間の治療についての合意) が強化されます。

権力の不均衡、強制、および差別を基本とするメンタルヘルスケアの時代遅れのアプローチの遺産を捨て去ることは、容易ではないかもしれません。しかし、人権とエビデンスに基づく精神保健サービスの変革が、国々の貧富の差に関わらず、世界中で必要とされているという理解が広まっています。WHO のクオリティ・ライツ (QualityRights) イニシアチブとそのトレーニングおよびガイダンス資料は、この方向に進もうとするすべての関係者を支援し、力を与える極めて有用なツールです。私は、すべての国がクオリティ・ライツ (QualityRights) を採用することを強く推奨致します。

Catalina Devandas Aguilar, Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities (障害者の権利に関する国連特別報告官)

障害者、特に心理社会的障害、知的障害を持つ人々は、精神保健サービスにおいてしばしば人権侵害を受けています。ほとんどの国では、精神保健に関する法律は、実際の障害、あるいは可能性のある障害に加え、「医学的必要性」や「危険性」といった要素を根拠に、非自発的な入院や治療を容認しています。多くの精神保健サービスにおいて、隔離や拘束は、感情的危機や深刻な精神的苦痛の際にしばしば使われますが、懲罰の一形態としても使われます。心理社会的障害および知的障害を持つ女性や少女たちは、精神保健の場において強制避妊、強制中絶、および強制不妊手術を含む、暴力や有害な医療行為の危険に常にさらされています。

このような背景から、WHO クオリティ・ライツ (QualityRights) イニシアチブは、障害者の施設収容や非自発的な入院および治療をなくすための道筋を提供しながら、人権の観点から立つ精神保健サービスの実施、および地域社会の対応について、重要なガイダンスを提供することができます。このイニシアチブは、障害者の権利を尊重した方法でヘルスケアと心理社会的支援を提供するために、ヘルス

ケア専門家を育成することを求めています。障害者権利条約（CRPD）と 2030 アジェンダの枠組みへの準拠を促進することによって、WHO クオリティ・ライツ（QualityRights）モジュールは、障害者の権利を実現に近づけることができます。

Julian Eaton, Director, Mental Health, CBM International (CBM インターナショナル、メンタルヘルス ディレクター)

開発優先課題としてのメンタルヘルスへの関心の高まりは、ケアと支援における大きなギャップを埋める機会を与え、良質なヘルスケアを受ける権利がこれまで欠けていたことに気づかせてくれます。歴史的に、精神保健サービスはしばしば非常に質が低く、それを利用する人々の優先事項や視点は無視されてきました。

WHO のクオリティ・ライツ (QualityRights) プログラムは、精神保健サービスを障害者権利条約の基準に沿って評価する方法を整備する手段となってきました。これは多くの場合、歴史的なサービスの在り方からのパラダイム・シフトを意味しています。新しい研修とガイダンス・モジュールは優れたリソースであり、精神の不調や心理社会的障害を持つ人々の支援のより良い実践を促進し、彼らの声を反映させることを可能にし、リカバリーを促し、より健康的な環境を推進します。まだまだ道程は長いですが、クオリティ・ライツ (QualityRights) はサービス提供者と利用者にとって極めて重要なリソースであり、世界のどこにいても、尊厳と尊重を重んじるサービスのための実践的な改革を導くものです。

Charlene Sunkel Global Mental Health Peer Network (世界メンタルヘルス・ピア・ネットワーク最高経営責任者(CEO))

世界保健機関 (WHO) クオリティ・ライツ (QualityRights) トレーニングおよびガイダンスパッケージは、強力な参加型アプローチを推進しています。それは、リカバリー (回復) を促進し、アドボカシー (擁護活動) を行い、研究を実施し、スティグマと差別を減らす上で、心理社会的障害、知的障害、または認知障害を持つ人々の実際の体験の重要性を認識し、評価するものです。クオリティ・ライツ (QualityRights) のツールは、強制的なやり方を終わらせる戦略を実施することにより、人権基準の遵守を確実にします。それらは、当事者 (経験知を有する者) がどのようにピアサポートを提供出来るか、また精神保健および社会サービスの開発、設計、実施、モニタリングおよび評価に貢献できるかをも示しています。実際の経験は、知識やスキル以上のものです。その専門的知識は、心理社会的障害、知的障害、認知障害、また敬遠され、隔離され、差別されるという不遇と共に生きることの社会的、人権的影響への深い理解から生じます。それは、その人個人にとって有益な、その人特有のリカバリーのためのニーズに応えるようなサービスや支援を提供できないことが多い精神保健システムを利用するのに苦労したことから生じるものです。

精神医療保健システムだけが、当事者が通り抜けなければならない障壁となる社会システムではありません。教育、雇用、住居、および全体的な健康やウェルビーイングなどの他の生活上の機会へのアクセスも同様に困難を伴うものです。生きた経験を有する者の特異で深い視点は、人権を守り、地域社会への参加を促し、生活の質を向上させ、エンパワーメント (力を付けること) を促進するために、あらゆる社会システムを変化させ、変革する触媒となることができます。それらはすべて、メンタルヘルスとウェルビーイングの向上に寄与することが出来ます。

Kate Swaffer Chair, CEO Dementia International Alliance (国際認知症連盟議長、CEO)

DAI (国際認知症連盟) にとって、WHO クオリティ・ライツ (QualityRights) イニシアチブおよびその協力者と共に、この非常に重要なプロジェクトに取り組むことは光栄であり、喜ばしいことです。認知症患者の人権は、実際には無視されるのが一般的でした。しかし、これらのモジュールは、メンタルヘルス、そして認知障害を引き起こす神経変性疾患である認知症に対する新しいアプローチを導入します。現在、認知症と診断された後は、その欠陥にのみ焦点が当てられ、障害と他者への依存へと

経緯を辿るのとは対照的に、この新しいアプローチと独自の有効なモジュールは、認知症の人の権利を促進し、彼らがより前向きに生きることを奨励し支援します。

そのモジュールは、権利へのアクセスの必要性を推進し、誰であろうと関係なく、すべての人が使用することができるようにする実用的なツールです。主要な人権原則を取り上げ、それらを実践で活用できるようにするそのモジュールは、認知症の人やその家族だけでなく、医療専門家にとっても適用可能で、効果的です。例えば、DAI が正式に発足する以前の 2013 年から認知症の人に提供している無料サービスであるピア・ツー・ピアサポートの必要性と利点を強調したり、また、法的能力の問題と CRPD(障害者権利条約)第 12 条との関連性に焦点を当てることで、認知症の人の権利がこれ以上否定されることがないように、専門家や家族により良い情報を与えるための具体的な方法を提供しています。私自身は、これらのモジュールが、メンタルヘルスの問題や心理社会的障害、知的障害、または認知障害を経験しているすべての人々が、より質の高い生活を送れるようサポートすることになると確信しています。

Ana Lucia Arellano、国際障害同盟議長

障害者の権利に関する国連条約、すなわち CRPD(障害者権利条約)は、障害者を慈善や医療の対象とみなすことから、権利の主体として完全に認めることへのパラダイムシフトを促進する画期的な人権条約です。このパラダイムシフトは、知的障害、心理社会的障害、重複障害を持つ人々や、より強力な支援を必要とする人々にとって特に重要です。CRPD 第 12 条は、障害者が完全な法的能力を行使できることを認めているという点で、この転換を促進する上で重要な鍵を握っています。これは、すべての権利を行使するための基盤を確立する中核的人権です。

クオリティ・ライツ (QualityRights) は、専門家や医療従事者が CRPD をよりよく理解し、受け入れるための優れたツールです。そのツールは、CRPD の原則と価値を尊重しながら、心理社会的障害者、精神科医療や精神保健サービスの利用者およびサバイバーと、健康保健セクターとの架け橋となるものです。クオリティ・ライツ (QualityRights) モジュールは、精神保健サービスの利用者やサバイバーとの緊密な協議のもとに開発され、彼らの声を CRPD 締約国に伝えるメッセージにつなげています。IDA(国際障害同盟)とその加盟団体は、クオリティ・ライツ (QualityRights) イニシアチブの下で開発されたモジュール賛辞を贈ります。私たちは WHO に対し、"Nothing about us, without us!" (私たち抜きで、私たちのことを決めないで!) と呼びかける力強い声を響かせながら、メンタルヘルスに関する法律、政策、および制度を CRPD に準拠するまで変革する努力を続けるように強く勧めていきます。

Connie Laurin-Bowie、Inclusion International (インクルージョン・インターナショナル) エグゼクティブディレクター

WHO QualityRights は、個人と障害者団体が自分たちの人権を知る力をつけること、また地域社会で自立して生活し、適切な支援を受けられるようにするための変革を提唱することを目的としています。「インクルージョン・インターナショナル」は、知的障害を持つ人々が否定されがちな権利、すなわち、地域社会で適切な精神保健サービスにアクセスする権利、選択する権利、家庭生活を営む権利、地域社会で生活する権利、および活動的の市民となる権利を促進しようとするこのイニシアチブを歓迎しています。クオリティ・ライツ (QualityRights) は、すべての人が地域社会に受け入れられるような政策と実践を形成し、影響を与えるための私たちの総力の結集に貴重な貢献をします。

Alan Rosen、Professor, Illawarra Institute of Mental Health, University of Wollongong, and Brain & Mind Centre, University of Sydney, Australia. (ウーロンゴン大学イラワラ精神衛生研究所教授、およびシドニー大学ブレイン&マインド・センター教授 (オーストラリア))

自由とは心を落ち着かせるものです。我々の精神保健サービスにおいて人権を促進することで、癒しをもたらすことができます。メンタルヘルスの問題を抱える人がいつでも可能な限り、a) 提供される支援とケアに対する選択とコントロールを保持し、また、b) 「自分自身の縄張り」と条件で」（つまり自分のやり方で）地域社会で混乱なく生活するために、必要な場合には良質な医療的支援と在宅支援を受けられることを確実にします。

精神医学における人権擁護の長い歴史に続き、これらのモジュールは、適切なケアを受ける権利と、すべての人権と基本的自由が矛盾しない方法を示しています。身体拘束、隔離、服薬の強要、閉鎖された病棟、制限された空間での閉じ込め、および施設の倉庫化などの、ケアにおける強制は制限されなければなりません。ケアにおいて最適な自由を得ることは、大きな変化をもたらします。これには、強制を回避するための、エビデンスに基づく実践的な代替手段を広く体系化することも含まれます。例えば、解放された扉、レスパイト（家族や介助者の休息）のための開かれた施設、オープンで自由なアクセス、開かれた地域社会と開かれた心、対等な関係開かれた会話、支援される地域社会での生活、個人と家族のコミュニケーションの強化、問題解決スキルと支援、事前指示（自分の治療方針についての意思表示）、癒しと鎮静のトレーニング、支援された意思決定、すべてのサービスおよびピアワーカーのリカバリー（回復）志向、さらに、すべての利害関係者ととも政策を共同制作することなどです。

国連の CRPD(障害者権利条約)に基づく WHO のクオリティ・ライツ (QualityRights) プログラムは、ここで極めて実践的な一連のモジュールに生まれ変わりました。私たちの専門職にとって、これらのモジュールは、限界のある答えや期限ではなく、それに向かって努力するための軌跡と地平線を与えてくれます。臨床的サービスや支援サービスを最適化するだけでなく、サービス利用者やその家族とともに行う私たちの政治的、法的、社会的な行動は、私たち自身が専門家として、制度的思考や、メンタルヘルスケアにおける習慣的実践の呪縛から解放されることと結びつけられなければなりません。そうしてこそ、またそれとともに、私たちは、重度の、持続的な、あるいは再発性のあるメンタルヘルスの問題を抱える人々の、完全な市民権と完全な権利を持ち、エンパワーされ、目的のある、社会に貢献できる人生への見通しを、大きく向上させることができます。

Victor Limaza, Activist and facilitator of Justice for People with Disabilities, Documenta AC (Mexico) 活動家、障害者のための正義のファシリテーター、ドクメンタ AC (メキシコ)

尊厳とウェルビーイングは密接に関連した概念です。今日、精神的苦痛を神経化学的不均衡の観点のみから判断する基準が疑問視されています。また、人間の多様性のある種の表出は病理学的なものであり、たとえ介入方法が権利を侵害し、取り返しのつかないダメージをもたらす可能性があるとしても、想定される危険から人と社会を守るために、それは攻撃されなければならないという見解もあります。たとえ危機的な状況であっても、本人の尊厳と意思決定能力を損なうことなく、その人の主観的に不快な状態に対処する協同的かつ全人的な展望が、CRPD（障害者権利条約）の原則を尊重する新たなメンタルヘルスケアモデルを構築する土台となるべきです。共感、傾聴、開かれた対話、同行（特にピア（仲間）同士の）、意思決定の支援、地域社会生活、そして厳格な安全措置下での事前指示を通して生まれる絆のおかげで、メンタルヘルスにおいて危機的な状態に直面している人の経験を理解することが可能になります。心理社会的障害を持つ人々は、経験ある専門家であり、リカバリーを目指す手段の開発に関与しなければなりません。WHO のクオリティ・ライツ (QualityRights) イニシアチブは、このパラダイムシフトの良き例であり、人権を尊重した最高水準のメンタルヘルスケアのためのツールと戦略を提供しています。すべての人がすべての人権を完全かつ公平に享受することが、メンタルヘルスを促進することは間違いありません。

Peter Yaro, Basic Needs Ghana (ベーシックニーズガーナ、エグゼクティブディレクター)

WHO のトレーニングとガイダンス文書のパッケージは、メンタルヘルスと権利基盤型のインクルーシブ（包括的）開発の強化することを目的とした、豊富な資料の集積です。その資料は、CRPD（障害者

権利条約)で規定されている個人のニーズと権利への介入において、効果的なプログラムの作成と、障害一特に心理社会的障害、知的障害、発達障害一の統合教育(健常者と障害者を同じ場所で教育すること)に向けた重要な一歩を提供するものです。障害当事者(経験知を有する者)が介入についての概念化と実施そして、プロジェクトの成果のモニタリングと評価において重要な役割を担うことが長年にわたり推奨されて来ましたが、Qクオリティ・ライツ(QualityRights)はそれを大きく前進させます。このガイダンスを活用することで、イニシアチブの持続可能性が保証されるので、そのために実践者、サービス利用者、介護者、およびすべての関係者がこの文書を活用することが奨励されます。ここで紹介されるアプローチでは、すでに弱い立場にある人に暴力や虐待を加えることは許されません。

Michael Njenga, Chairperson of the Pan African Network of Persons with Psychosocial Disability, Executive Council Member, Africa Disability Forum and C.E.O. Users and Survivors of Psychiatry, Kenya (全アフリカ心理社会的障害ネットワーク会長、アフリカ障害フォーラム執行委員、および精神医療の利用者およびサバイバーの会 CEO, ケニア)

私たちのメンタルヘルスへの取り組み方についてのパラダイムシフトが世界的に起きています。この転換のきっかけは、CRPD(障害者権利条約)とSDGs(持続可能な開発目標)および「持続可能な開発のための2030アジェンダ」の採択です。

WHOのクオリティ・ライツ(QualityRights)のツールやトレーニングおよびガイダンスのための資料は、重要な国際人権と国際開発協力的手段に基づいています。クオリティ・ライツ(QualityRights)イニシアチブは、精神保健サービスが人権の枠組みの中で提供され、心理社会的障害やメンタルヘルスに問題がある人々のニーズに応えるために、人権に基づいたアプローチを採用しています。また、これらの資料は、人々が住んでいる場所にできるだけ近い場所でサービスを提供する必要性も強調しています。

クオリティ・ライツ(QualityRights)のアプローチは、それぞれの個人が本来持っている尊厳を尊重し、心理社会的障害やメンタルヘルスに問題があるすべての人が、精神保健サービスにアクセスする際に、発言、権力、および選択肢を持つことを保証することの重要性を認めています。これは、世界的なレベルでも、地域や国のレベルでも、精神保健システムおよびサービスを改革するために不可欠な要素です。したがって、これらのトレーニングツールやガイダンス資料が広く利用されるようにし、経験知を有する人々、その家族、地域社会、そして社会全体にとって、あらゆるレベルで目に見える成果をもたらすようにすることが必要です。

WHO クオリティ・ライツ（QualityRights）イニシアチブとは何ですか？



WHO QualityRights は、メンタルヘルスおよびソーシャルサービスにおけるケアと支援の質を向上させ、世界中で心理社会的障害、知的障害、認知障害を持つ人々の人権を促進することを目的としたイニシアチブ（構想）です。QualityRights は、以下の目的を達成するために、参加型アプローチを用いています。

1

スティグマや差別と闘い、人権とリカバリー（回復）を促進するための能力を構築する。

2

メンタルヘルスおよびソーシャルサービスにおけるケアの質と人権状況を改善する。

3

人権を尊重し促進する地域社会に根ざしたリカバリー（回復）志向のサービスを創出する。

4

アドボカシー（擁護）活動を指揮し、政策決定に影響を与えるための市民社会運動の発展を支援する。

5

障害者権利条約やその他の国際的人権基準に沿って、国内政策や法律を改革する。

詳細はこちらをご参照ください：http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/

WHO クオリティライツ（QualityRights） – トレーニング およびガイダンスツール

WHO クオリティ・ライツ（QualityRights）イニシアチブの一部として利用可能な、以下のトレーニングおよびガイダンスモジュールとスライドプレゼンテーションは、次のリンクからアクセスできます。

<https://www.who.int/publicationsdetail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

サービス変革ツール

- WHO クオリティ・ライツ（QualityRights）評価ツールキット
- サービスの変革と人権の推進

トレーニングツール

コア（中核的）モジュール

- 人権
- メンタルヘルス、障害、および人権
- リカバリー（回復）と健康の権利
- 法的能力と決定権
- 強制、暴力、および虐待からの解放

専門的モジュール

- 支援された意思決定と事前計画
- 隔離と拘束をなくすための戦略
- メンタルヘルスとウェルビーイングのためのリカバリー（回復）の実施

評価ツール

- メンタルヘルス、人権、リカバリー（回復）に関する WHO QualityRights トレーニングの評価：トレーニング前アンケート
- メンタルヘルス、人権、リカバリー（回復）に関する WHO QualityRights トレーニングの評価：トレーニング後アンケート

ガイダンスツール

- 当事者による、当事者のためのワン・ツー・ワン（1対1）のピアサポート ←
- 当事者による、当事者のためのピアサポートグループ
- 精神保健およびその関連分野における、人権を促進するための市民社会組織
- メンタルヘルス、障害、および人権のためのアドボカシー（擁護活動）

セルフヘルプ(自助)ツール

- メンタルヘルスとウェルビーイングのための当事者中心のリカバリー（回復）計画 – セルフヘルプ（自助）ツール

このトレーニングとガイダンスについて

クオリティライツ（QualityRights）のトレーニングとガイダンス・モジュールは、国際人権基準、特に国連障害者権利条約とリカバリー（回復）アプローチに沿って、心理社会的障害、知的障害または認知障害を持つ人々の権利を促進し、メンタルヘルスと関連分野で提供されるサービスと支援の質を向上させる方法について、主要な関係者の知識と技術、および理解を高めるために開発されました。

このトレーニングやガイダンスは誰のためのものですか？

- 心理社会的障害を持つ人々
- 知的障害を持つ人々
- 認知症を含む認知障害を持つ人々
- 精神保健および社会サービスを利用している、または以前に利用したことがある人々
- 一般の保健サービス、精神保健サービス及び社会サービスの管理者
- 精神保健およびその他のプラクティショナー（例：医師、看護師、精神科医、精神科・老年医学専門看護師、神経科医、老年医学専門医、心理士、作業療法士、ソーシャルワーカー、コミュニティサポートワーカー、パーソナルアシスタント、ピアサポーター、およびボランティア）
- 地域および在宅サービスを含む、精神保健および社会サービスに従事、またはそれを提供するその他のスタッフ（例、付き添い、清掃、調理、設備メンテナンススタッフ、管理者）
- メンタルヘルス、人権、またはその他の関連分野で活動する非政府組織（NGO）、団体、および信仰に基づく組織（例：障害者団体（DPO）、精神医学の利用者／サバイバー団体、アドボカシー団体）
- 家族、支援者、およびその他のケアパートナー
- 関係省庁（保健、社会、教育など）および政策立案者
- 関連する政府機関およびサービス（例、警察、司法、刑務所職員、精神・ソーシャルサービスを含む拘置所の監視・検査機関、法改正委員会、障害者協議会、および国内人権機関）
- その他の関連団体や利害関係者（例：擁護者、弁護士や司法支援団体、学者、大学生、コミュニティや精神的指導者、および適切であれば伝統的ヒーラー（伝統的な方法で病気を治療する人））

誰がトレーニングを行うべきですか？

トレーニングは、経験知のある人々、障害者団体（DPO）のメンバー、精神保健、障害、関連分野の専門家、家族などを含む、学際的なチームによって企画および実施されるべきです。

トレーニングが特に心理社会的障害を持つ者の権利に取り組むものである場合、そのグループの代表者をトレーニングのリーダーにすることが重要です。同様に、知的障害や認知障害を持つ人々の権利に関する能力構築を目的とする場合、トレーニングのリーダーもこれらのグループの出身者であるべきです。

討論を盛り上げるために、異なる選択肢を検討することもできます。例えば、トレーニングの特定の部分について特定の知識を持つファシリテーター（進行役）を、トレーニングの特定の局面で参加させることもできます。また、トレーニングの特定の部分について、その有識者である講師陣を用意するという別のオプションもあります。

ファシリテーターは、トレーニングが行われる場所の文化や状況に精通していることが理想的です。特定の文化や状況の中でトレーニングを実施できる人材を十分に育成するために、トレーナーを訓練する（train-the-trainer）セッションを実施する必要があるかもしれません。このような、トレーナーの訓練セッションには、心理社会的障害

知的障害、認知障害を持つ人々を参加させるべきです。また、精神保健および社会サービスの質の向上や、心理社会的障害・知的障害・または認知障害を持つ人々の人権向上に寄与する地域の関係者も含めるべきです。

トレーニングはどのように行われるべきですか？

理想的には、クオリティライツ（QualityRights）のトレーニングモジュールの5つの中核的な基礎モジュールから開始すべきです。その後、専門的モジュール（上記参照）を使用して、より詳細なトレーニングを実施することができます。

トレーニング全体は数カ月にわたり、複数のワークショップを通じて実施されます。それぞれのトレーニングモジュールは、必ずしも1日で終了する必要はありません。トピックごとに分け、必要に応じて数日間にわたって実施することもできます。

トレーニング教材は非常に幅広く、時間と資金は限られているため、トレーニングに求める成果に応じて、またそのグループが既に持っている知識や事情に応じて、トレーニング内容を適合させることも役に立つと思われます。

このように、トレーニング教材の使い方や提供の仕方は、状況や要件に応じて適応させることができます。

- 例えば、参加者がまだメンタルヘルス、人権、およびリカバリー（回復）の分野の専門知識を持っていない場合、5つのコア（中核）・トレーニングのモジュールを使って4～5日間のワークショップを実施することが重要です。5日間の課程のサンプルは以下のリンクから入手できます：
<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- 参加者がすでに心理社会的障害、知的障害、および認知障害を持つ人々の人権について基本的な理解があり、更に、特に法的能力を持つための権利について、それを促進する実践的な方法のより高度な知識が必要な場合、1日目に「法的能力と決定権」モジュール、2日目、3日目、4日目に「支援された意思決定と事前計画」に関する専門モジュール（またはそのモジュールの一部）に焦点を当てたワークショップを開催することができます。

特定のトレーニング要件に応じてトレーニング教材を適合させる場合は、不必要な繰り返しをなくすために、トレーニングを始める前にカバーするすべてのモジュールに目を通すことも重要です。

- 例えば、すべての中核となるモジュールをカバーするトレーニングが計画されている場合、トピック5（第12条のズームイン）やトピック6（第16条のズームイン）については、この後のモジュール（法的能力と決定権に関するモジュールと、強制、暴力、虐待からの解放に関するモジュール）においてより深く取り上げられるため、カバーする必要はないと思われま
- しかし、入門トレーニングがモジュール2のみに基づいて計画されている場合は、参加者がこれらの問題や文献に触れる機会がこれが唯一となるため、このモジュールのトピック5と6をカバーすることが不可欠です。

これらは、トレーニング教材のさまざまな使用方法の例です。特定の状況におけるトレーニングのニーズや要件に基づいて、その他のバリエーションや組み合わせも可能です。

言語に関する予備的な注意点

私たちは、言語や用語は、障害の進化する概念を反映するものであり、異なる用語は、時間の経過とともに、異なる場面で異なる人々によって使用されることを認めています。人々は、自分の経験、状況、苦悩に関する語彙、慣用句、説明について決めることが可能でなければなりません。例えば、精神保健の分野に関連して、「精神医学的診断を受けている人」、「精神障害を持つ人」、「精神疾患を持つ人」、「メンタルヘルスの状態に問題がある人」、「コンシューマー（消費者）」、「サービス利用者」、または「精神医学的サバイバーを着せるもの」といった用語を使う人もいます。また、これらの用語の一部あるいは全てをスティグマであると感じる人や、自分の感情、経験、苦痛を指すのに異なる表現を使ったりする人もいます。同様に、知的障害については、例えば「学習障害」、「知的発達障害」、または「学習困難」など、さまざまな文脈で異なる用語が用いられています。

「心理社会的障害」という用語は、メンタルヘルスに関する診断を受けた人、または自身で「心理社会的障害」があると自己診断した人を含む表現として採用されました。「認知障害」および「知的障害」という用語は、認知症や自閉症を含みますが、これに限定されず、認知機能または知的機能に関連する診断を受けた人々を対象とするために設定されています。

この文脈で「障害」という用語を使用するのは重要なことです。障害(disability)という用語は、実際に障害がある、あるいは障害があると認識されている人々の社会への完全かつ効果的な参加を妨げる重大な障壁であること、彼らが CRPD のもとで保護されている事実を強調するからです。この文脈における「障害」(disability)という用語の使用は、人々が障害(impairment)や疾患(disorder)を持っていることを意味するものではありません。

また、精神保健および社会サービスを「利用している人」あるいは「利用したことがある人」という用語は、必ずしも障害者であることを自認しているわけではありませんが、このトレーニングに該当するさまざまな経験知のある人たちを指しています。

さらに、これらのモジュールにおける「精神保健及び社会サービス(メンタルヘルスおよびソーシャルサービス)」という用語は、例えば、地域の精神保健センター、プライマリ・ケア診療所、外来診療、精神科病院、総合病院の精神科病棟、リハビリテーション・センター、伝統的なヒーラー(治療者)、デイケアセンター、高齢者施設、その他の「グループ」ホーム、さらには、在宅サービス、従来の精神保健および社会サービスに代わるものを提供するサービスや支援など、公共、民間、非政府セクター内の幅広い健康および社会的支援提供者によって提供されており、現在提供している幅広いサービスを指しています。

本書で採用されている用語は、インクルージョン(包摂)のために選ばれたものです。特定の表現や概念で自己認識するのは個人の選択ですが、人権は常にいかなる場所でも全ての人々に適用されます。何よりも、診断や障害によってその人を定義してはなりません。私たちは皆が独自の社会的背景、個性、自律性、夢、目標、願望、そして他者との関係性を持った個人です。

1. 序論

このモジュールの目的は、心理社会的障害、知的障害、または認知障害を持つ人々に、個別のピアサポートを提供し、強化する方法についてガイダンスを提供することです。このモジュールは、ソーシャル・メディアやオンラインによるピア・ツー・ピア・サポートのような形態ではなく、1対1の「対面式」サポートの提供に焦点を当てています。個別のピアサポートは、知的障害や認知障害よりも精神保健の分野でより確立されており、このことは、本モジュールに知的及び認知障害者に関連する実例が少ないことにも反映されています。しかし、この種のピアサポートは、知的障害や認知障害を持つ人々にとっても同様に価値があります。

ピアサポートはさまざまな組織によって提供することができます。しかし、ピア自身の運営による独立した組織を利用してサービスを提供することは、非常に価値があります。個別あるいは集団の構造化された交流の外部に於いても、人々が他者とつながるのを助けることができます。人々は、フォーマルな仕組みや設定にとらわれることなく、自分の選ぶ環境において、自分が選んだ人と、自然な関係を築くことができます。

このモジュールは、他のクオリティライツ（QualityRights）トレーニングおよびガイダンスモジュールと併用して使用されるべきです。

2. 個別のピアサポートとは何ですか？

このモジュールにおける個別ピアサポートとは、他のピアと同じような問題や課題の個人的な体験があり、その経験や支援の恩恵を受けたいと考えているピアによって提供される、1対1のサポートのことです。個別のピアサポートは、精神保健あるいは社会サービスに雇われている人々、自律的で独立したピアサポートの役割に従事している人々、非階層的で無報酬のピアサポートに従事している人々によっても提供することができます。その目的は、思い込みや決めつけのない方法で、リカバリー（回復）のために重要だと考える問題について人々を支援することです。そうすることによって、ピアサポーターは共感的な聞き手、コーチ、擁護者、そしてパートナーになります。

経験豊かな専門家であるピアサポーターは、その経験ゆえの特別な方法で、困難に直面している個人に共感し、つながり、また支援することができます。

ピアサポートは、さまざまな設定において提供することができます。例えば、人々の自宅、ピア運営組織の敷地内、および精神保健や社会サービスの全領域において提供されます。理想的には、精神保健または社会サービスは、ピアサポーターが活動の自律性と独立性を維持しながら、そのサービス内で働けるよう、ピアの独立組織と契約すべきです。そのサービスは、利用者のために個別のピアサポートへのアクセスを促進することができます。

ピアサポートは、ボランティアまたは有償のサポーターによって提供することができます。組織やグループによっては、ピアサポーターはピア・スペシャリスト、ピア・リーダー、またはリカバリー・コーチなどの肩書で呼ばれることもあります。

「ピア」という用語は、単に特定の経験をした人を指すものではありません。ピア・ツー・ピア（ピア対ピア）サポートとは、人々が相互関係の中でどのようにつながり、どのように相互作用するかということに主眼が置かれています」……。「個人的な経験から得られた知恵に基づき、ピアの役割を担う人々は成長を提唱し、学習を促進します…」(1)。

「(ピアサポートは) 社会的、感情的、または実際の支援（あるいはこれらすべて）であるかもしれませんが、重要なのは、このサポートが相互に提供され、また互恵的なものであり、自分が支援する側であるか、支援を受ける側であるかにかかわらず、ピアがその恩恵にあずかることができるということです。」(2)。

最近の調査では、「ピアとは何か？（何がピアを構成するのか？）」という質問に対する人々の回答が精査されました。かなりの大多数が、ピアは精神的苦痛の経験を共有する以上のものである必要があるとの見解を示しました。ピアはまた、リカバリー（回復）が何を意味するかについての共通の考え方、診断や経験についての共通の理解、および特定の治療法についての共通の見解を持っている必要があります。人々はまた、性別、民族、信仰、および年齢などの、メンタルヘルスとは直接関係のない特性を共有することの重要性を強調しています(3)。

ピアサポートはリカバリー（回復）アプローチの中心です。ピアサポーターは、経験を共有し、共感的に耳を傾け、激励することを通じて、心理社会的障害、知的障害、または認知障害を持つ人々が、充実した満足のいく生活を送るために、自らの回復の意味を見出すことを支援することができます(4),(5)。

リカバリー（回復）の意味は人それぞれです。多くの人にとってのリカバリーとは、仕事、人間関係、地域社会との関わり、これらの一部またはその全部を通じて、自分のアイデンティティと人生をとりもどし、自分の人生に希望を持ち、自分にとって意味のある人生を生きるということです。（リカバリーの詳細については、クオリティ・ライツ（QualityRights）トレーニングモジュール「リカバリーと健康の権利」および「メンタルヘルスとウェルビーイングのためのリカバリーの実践」を参照）。

ピアサポートの行動と実践の例としては、以下のようなものがあります。

- 希望と回復の経験、戦略、および物語を共有します。
- 自分の人生と回復に責任を持つように人々を促します。
- 人のために何かをするのではなく、人を励まします。
- 人々に関連情報を提供します。
- 地域社会における社会的ネットワークの構築を支援します。
- 人々の人権が尊重されるように支援します。

3. 個別のピアサポートの価値

ピアサポートが世界中の国々で広範囲に普及するにつれ、その発展が(6),(7)を含む本質的な価値観に支えられたものであり続けることが重要です。

相互性と平等性： ピアサポートは、対等で受容的、そして互いに尊重し合う関係の中で、両者が相互に学ぶことができると認めています。相互のピアサポートの間では、権力の差は最小化され、その力はピア関係の中では、可能な限り平等に共有されます。ピアサポーターは、彼らが支援している人々についてサービス提供者に報告をする立場となることは、相互性と平等性の価値観に反することになるため、許されません。

自己決定とエンパワーメント（力の強化、力の付与）： ピアサポートは個人の選択と自律の原則に基づくものであり、ピアサポーターは、本人が自分の人生をよりコントロールできるような環境を作るべきです。エンパワーメントとは、個人が自分の意思決定能力に対する自信を得るプロセスであり、個人の強さと能率の強化につながるものです。人々の自己決定能力を強化することに重点を置き、ピアサポーターと支援される人の間に依存関係が生まれないように努めます。

共感力： 相手の経験をその人の視点から理解することを通じて他者に共感する能力は、個別のピアサポートの中心を占めるものであり、ピア・ツー・ピアの関係における共感力の向上につながるものです。

リカバリー（回復）： リカバリーは独自で個人的な経験です。個別のピアサポートの重要な価値は、その人自身の人生とウェルビーイングのために何が最善かを決定する支援をすることです。ピアサポートは全人的である（心と体の両方を治療する）ように努め、自分にとって正しいリカバリーの道を選ぶために、複数のリカバリーの道すじを探求する機会を提供します。

「退院して間もなく、私はピアサポート・ワーカーを紹介されました。このピアワーカーは、私のリハビリにおいておそらく唯一の最も重要な役割を果たしました。彼と何カ月も一緒に行動することで、自分の人生について少しずつ見通しが持てるようになり、自分の将来を設計できるようになりました。彼の回復の物語を聞くのは刺激的なことであり、彼自身が精神疾患を経験していることで、他のどのメンタルヘルス従事者よりも彼を信頼できると感じました」(8)。

「M の状況を考えるにあつたては.....私はいつも彼の立場に立って考えてきました。だって彼は、(自宅で) 普段は照明もなく、暗闇の中で生活していたわけでしょう?。また、水道もありませんでした。私もそのような家に住んでいたことがあるんですよ、わかりますか? 電気も水道もありませんでしたよ。それで.....一度電車に乗っていたとき、頭につける懐中電灯を売っている人を見かけて、私はそれを買いました.....。その懐中電灯を M のところに持って行きました.....彼の頭につけるためです。せめて家の中に光があった方がいいでしょう?」(9)。

ピアサポートには人から人への(一方向の)サービス提供として機能する傾向のモデルもありますが、いくつかのモデルは、ピア間の関係を双方向のプロセス(例えば意図的ピアサポート)と考え、相互性、パートナーシップ、そして知識を共に創造することに重点を置きます。

4. 個別のピアサポートの利点

(10)

社会やサービスの構造的な障壁や差別は、支援を求める人々に疎外感、孤立感、絶望感、挫折感を与える恐れがあります。個別のピアサポートは、深い個人的理解を持つ人々によって、希望、社会参加、およびエンパワーメントを育む、安全で包括的な社会環境を提供することができます(11)。

ピアサポートは、苦痛を経験し困難な状況に直面している人々と、ピアサポーター自身の双方に利益をもたらします。個人にとって、ピア(仲間)の支援の主な利点には、サービスとの関わり方やサービス提供者との治療的関係の改善、エンパワーメントの増大、個人的成長、リハビリ(回復)への希望、および高度な危機管理計画以外の入院の減少などが含まれます(12),(13),(14)。自らの困難な経験を知識の源に変えることで、ピアサポーターも同様に、自尊心や生きがいを高め、心理的・感情的な幸福感を高め、社会的包摂力、対人関係能力、仕事能力を向上させるなどの恩恵を受けます(15),(16),(17)。

サービスにおいては、治療上の関係の強化、入院数の減少および入院期間の短縮を通じて患者の状態が改善することは、医療費の削減という副次的な利益をもたらします(18),(19)。

ピアサポートの成果を評価することの性質や矛盾のために、ピアサポートの有効性を厳密に評価することは困難でしたが(20)、精神保健サービスの提供に経験知のある人々を含めることは、たとえ標準的なケア以上ではないとしても、同等に効果的であることが広く認められています(21)。これは、リハビリ(回復)志向のサービスを実現するための重要な要素であり(21)、サービスの利用者にも、ピアサポート・ワーカーにも、すべての関係者にとって実現可能で、受け入れ易くでありまた有益なサービスとみなされています(22),(23)。

以下のボックスには、個別のピアサポートの利点を説明するいくつかの例を示しています。

認知症と共に生きるという現実に対する認識を高める(英国)
認知障害を持つ3人のピアサポート・ワーカーが自らの経験を語り、ピアサポートの主な利点を指摘します。彼らの話を聞くには、次のビデオにアクセスしてください：<https://youtu.be/yzZF1uikTUA> (4:22) (2019年4月9日アクセス)。

シャーリー・ミード (Shery Mead) - 意図的ピアサポート：個人的な回顧(24)

「家庭内暴力に関するプログラムで、学校で研修をしていたとき、一人の女性が私に会いに来ました。彼女はほかの職員から、彼女は勇気あるサバイバーであるが、カウンセリングを受けるべきではないかと言われます。彼女は地域の精神医療保健プログラムに送られました。翌日、彼女は私に会いに来て、自分は深刻な精神疾患にかかっていると言いました。彼女はもはや自分をサバイバーとしてではなく、病人として見ています。

いったい何がおきたのでしょうか？なぜ急に説明が変わってしまったのか？昨日、私たちは彼女に起きたことについて話し合い、二人とも、問題は世の中の虐待だと解っていました。今日は彼女は自身の何が悪いのかについて話をしています。

私は困惑しました。それから数カ月、話をするうちに、私は次第にそのことを話題にする勇気が持てるようになりました。どうして彼女は、自分の身に何が起こったかを話していたのに、何が自分の悪いところだったかについて話すようになったのでしょうか？

私たちは一緒にこの問いについてよく考えます。共有される体験談は、自らを見つめ直すきっかけとなります。診断を受けてからの私たちの生活がどのようなものであったかを話し、このままでいいのか、そうでないのかを、少しずつ決断し始めます。私たちは二人とも、診断された事実によって、安心感や安堵感のような心地よさを感じます。しかし、どういうわけか、私たちの経験は私たちにとって何か違う意味を持ち始めます。次第に、私たちの何かが間違っているという考え方に異議を唱え始めます。その代わりに、私たちに起こった出来事こそが間違っていたのかもしれない、と考えています。」

スペイン、マドリッドの専門クリニック Instituto Centta の元サービス利用者が始めた、個別のピアサポート(25)

ベリン (Belen) が治療のためにクリニックに来たとき、それは、夫の言葉を借りれば「最後のチャンス」でした。摂食障害と闘い続けて 25 年、彼らの結婚生活は深刻な影響を受け、彼らはそれ以上どうしていいかわからなくなっていました。彼女はより良い人生を送りたかったのですが、それが可能だとは信じられませんでした。この最後の挑戦は成功し、ベリンは回復し、あらゆるレベルで彼女の人生を変え始めました。摂食障害を患うと、リカバリー (回復) の可能性を見出すことが出来なくなる。一摂食障害患者は別の人生があり得ると信じる事が出来るのです。

ベリンはそのことを強く意識していました。そして、あのひどい経験を経て回復した誰かが、「私も経験したから、その気持ちがわかるわ」と言ってくれたら、もっと積極的に病気に立ち向かおうとするだろうと思いました。ベリン はクリニックに相談し、ピアサポート・ユニットを立ち上げることを約束してもらいました。このユニットは多くの摂食障害者の治療過程を支援してきました (リカバリー後、サポーターとしてユニットに加わった者もいます)。多くの人が、サポーターとの個別のおしゃべりの中で、信頼と安らぎの時を得ました。例えば、治療のある部分が家族にとってなぜ難しいのかを説明したり、どうすれば病気の家族をよりよく支援できるかを話し合ったりすることで、家族もまた恩恵を受けることができます。

多様性への配慮は、個別のピアサポートにとっても有益です。例えば、若者、少数民族コミュニティ、LGBTIQ など特定の人々のニーズを反映したピアサポートのグループやプログラムは、リカバリーを促進し、スティグマや差別に対処し、またピアサポーターと、ピアサポート関係を結んでいる人々の両方がしばしば障壁に直面する、メンタルヘルス支援へのアクセスを改善することに成功しています (26),(27),(28),(29)。

多様性への配慮：黒人および少数民族 (BME) コミュニティ(28) (英国)

[ピア参画の取り組みにおいて、人種と多様性について批判的に考えること(そして形だけの平等主義やレトリックを超えること)がなぜ重要なのか?の質問に対する回答として、英国のピア研究者、Jayasree Kalathil へのインタビューの要点)]

背景：

- 精神保健サービスは、**BME** コミュニティの人々のニーズに答えられていません。
- これらのコミュニティ出身者の多くは、白人のイギリス人コミュニティ出身者と比べて、「統合失調症と診断され、強制入院させられ、精神保健法に基づいて隔離され、過剰な医療を施され、「地域社会治療命令(CTOs)」を受ける確率が高い。
- 差別、高度の抑圧、黒人に対する偏見（例えば、黒人は「危険」である、など）は、彼らのニーズに対する精神保健サービスを阻み、家族や利用者がサービスにアプローチしたり、サービスを受け続けたりしにくくする可能性があります。

ピア参画特有の障壁：

- ピア参画の枠組みは、「サービスを利用した個人的な経験を持つ人々と、サービスを提供する人々との間の共同作業は、困難なく行われる」と考えることが出来ます。
- しかし、**BME** のピアは、ピア参画フォーラムの内外で疎外されることが多く、そのため、サービスの変革や、いかにサービスがより公平性を重視したものになるかについて、彼らの意見を取り入れることは制限されます。
- 研究によると、**BME** の背景を持つ人々の多くは、メンタルヘルスを超えて、社会的立場（民族的アイデンティティなど）や経験（人種差別など）をピア（仲間）と共有することが重要だと感じています。

The T.D.M Transitional Discharge Model（移行期の退院モデル）(10:20) <https://youtu.be/OAwcyAZeIfE> (2019年4月9日にアクセス)。

Living it Forward（前向きに生きる）(20:47) <https://youtu.be/Rg1PdLjzx5k> (2019年4月12日にアクセス)。

5. ピアサポートに関する誤解

心理社会的障害、知的障害、または認知障害を持つ人々による、あるいはその人々のためのピアサポートの提供について考えるとき、ピアサポーターの役割についての誤解がある可能性があります。ピアワークに関する一般的な誤解を下の表にまとめました (6)。

誤解	どうしてこれが誤解なのか
ピアサポートは、リカバリー（回復）に取り組む人のための職業リハビリテーションです。	その役割が自身のリカバリーに役立つからという理由でピアサポートを行う人を選ぶのは、よくある間違いです。これは支援を受ける人のためにはならないし、またピアサポートを提供する主な目的であってはならないからです。

<p>ピアサポーターはもろく、仕事のストレスや責任のために再発する可能性があります(30)</p>	<p>ピアサポーターは、回復力、安定性、および自らのリカバリーへの強い意志力を示します。ピアサポーターには、健康問題を管理する上で、他の従業員と同じ利益と自由裁量権が与えられるべきです。仕事が再発につながるというエビデンス（証拠）はありません。</p>
<p>効果的なピアサポーターとは、メンタルヘルスやそれに関連するサービスを受けたことのある人です。</p>	<p>効果的なピアサポーターは、自分の経験を他の者の支援に意図的に活用することに長けています。過去に精神保健や社会サービスの経験があることは役に立つと思われませんが、必須ではありません。人とつながることへの関心、共感力、自分の体験談を共有すること、責任を持つよう人々を促すことが、より重要な要素です。</p>
<p>ピアサポーターは、自殺や薬物療法などの話題について決して話してはなりません。</p>	<p>ピア・ツー・ピアの会話は、軽い話題だけに限定すべきではありません。ピアサポーターは、自分自身の経験があるため、苦痛を経験すること、薬物療法の恩恵や悪影響、その他の関連する問題について、より複雑で苦痛を伴う側面について話し合うのに理想的な立場にあります。また、ピアサポーターは、このような思いを共有したい唯一の人となる場合もあります。</p>
<p>ピアサポーターは、「反・精神医学」の見解や信念を持っていることが多いため、薬を飲むのをやめるように言ったり、治療提供者が望んでいることを無視するように言ったりします。</p>	<p>ピアの役割を担う人々は、精神保健や社会サービスに関する多様な背景、見解、信念、経験を持っており、その中には肯定的なものもあれば否定的なものもあります。自分の経験には関係なく、ピアサポートとは、相手の話を聞き、自己決定のプロセスを支援することであり、自分の視点や信念を押し付けることではありません。</p>
<p>メンタルヘルス・サービスにおいては、ピアサポーターはスタッフと同じ役割を担っています。</p>	<p>ピアサポーターの主要な役割は、リカバリーの可能性に対する希望と信念、エンパワーメント、自尊心の向上、自己効力感、困難の自己管理、社会への参加、社会的ネットワークの拡大を促進することです。つまり、利用者の代弁者として活動するのが役割で、伝統的な医療の領域の仕事をする必要はありません。例えば、サービスを利用する人を診断したり、薬を処方したり提供したりしてはなりません。</p>

National Organization of Users and Survivors of Psychiatry (NOUSPR) (精神医療利用者とサバイバーの全国組織) The valuable role of peer supporters (31) (ピアサポーターの貴重な役割) (31) (ルワンダ)

「私たちの組織の一員であることの何よりの動機は、苦境にある人々を支援し、また「患者エキスパートプログラム」を通じて、ピア（仲間）のためのケアを提供することです。多くの NOUSPR メンバーは、自分たちの「家族」を作る組織の一員であることに満足し、誇りを持っています。患者エキスパートの主な任務は、自分自身であること、そして彼らのピアやその家族に、未来は明るいという生

きた手本を示すことです。彼ら自身、暴力やトラウマ、ネグレクトを経験しましたが、そこから回復し、今では自立し、同じ道を歩むピアを支援しています。ピアにアプローチする方法のひとつは、「私を見てください。私もこの人と同じように、手錠をかけられ、殴られ、電気治療を受けさせられました。でも今、私はここにいます。あなたを支援するために来たのです……」という、自身のリカバリーの話をするのです。

6. 倫理から実践へ

ピアサポートは特有の人間関係に基づいているため、日常はとて多様に見えます。一般的に、ピアサポーターは支援とアドボカシー（権利擁護）を提供し、自助とエンパワメントを促進し、目標設定、スキル構築、強みの特定を通じて前向きな変化を促進します(30)。ピアサポーターの主要な責任は、サービスや組織、社会に対するものではなく、支援している本人に対する責任です。この関係性が中心となることから、ピアサポーターが日々の仕事での達成を目指すべき重要な目標があり、以下もそれに含まれます(32)。

- おせっかいなアドバイスをするのではなく、経験や知識を共有します。
- 人々がリカバリー（回復）について自分自身で決断できるよう擁護し、支援します。
- 人々に共感を持って接しますが、彼らを壊れやすいもののように扱うことはしません。
- ピアとしての役割を非臨床的な立場と捉え、病理学的な表現を避けます。
- ピアの役割を持つ他の人々を支援し、つながりを保ちます。
- 新しいアイデアを共有し、他の人々が十分な情報を得られるよう支援することで、変革の担い手として行動します。
- ピアの役割における権力と特権を認識し、透明性を保ち、継続的にそれを検証します。

次の表は、1000 人のピアサポーターが参加した調査とフォーカス・グループ（定性的研究法）に基づき、ピアサポートを実施するための倫理と実践のガイダンスを一部適応したものです。このガイダンスは、実践すべきことがらについて非常に高い基準を設定しており、すべての国でこの基準を達成するよう努力すべきです(33)。

倫理ガイダンス	実践ガイダンス
<p>ピアサポートは自発的なものである</p> <p>ピアサポートの最も基本的な価値は、人々が自由に支援を提供したり、受けたりすることを選択することです。誰もピア（仲間）としての役割を強制されたり、ピアサポートを受けることを強制されたりするべきではありません。ピアサポートは自発的なものであるため、他の者との信頼関係やつながりを築きやすいものです。</p>	<p>実践：サポートの選択</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは、ピアサポートサービスやその他のサービスへの参加を他人に強制したり、強要したりしません。 2. ピアサポーターは、支援者がピアサポートサービスを選択または中止する権利、あるいはピアサポーターを変更する権利を尊重します。例えば、女性は個人的な経験から、女性のピアサポーターとつながりを持つことを好む可能性があります。 3. ピアサポーターはまた、特定の背景を持つ利用者とは仕事をしないことを選択する権利があります。それは、個人的なアプローチや専門知識の欠如が、効果的な支援の提供の妨げとなる可能性がある場合があるからです。このような場合には、他のピアサポーターや他のサービス提供者を紹介します。 4. ピアサポーターは、精神保健や社会サービスの場面において強制的行為が観察された場合には、選択の権利を擁護します。
<p>ピアサポーターは希望に満ちている</p> <p>リカバリーの可能性を信じることは、絶望している人々に希望をもたらします。希望は、多くの人にとってリカバリーのきっかけとなります。ピアサポーターは、そのリカバリーが現実のものであることを人々に証明します。ピアサポーターは、人々が直面する内的小および外的な課題を克服することが可能で、また実際に克服していることの証拠となります。</p>	<p>実践：希望を分かち合う</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは、支援対象者が直面している現在の苦境に関連して、自分自身のリカバリーの話をしてもらいます。 2. ピアサポーターは、仕事のあらゆる面でリカバリーのアンバサダー（使節）として行動します。 3. ピアサポーターは、人々が人生の課題を自己成長の機会としてとらえ直す手助けをします。

<p>ピアサポーターは心が広く、非批判的である 批判されることは、精神的苦痛であり有害です。ピアサポーターは、相手のピアの信念や態度、またはリカバリー（回復）への取り組み方が自分のそれとは大きく異なっているとしても、その人のリカバリー経験の過程で「今いる場所」に合わせます。非批判的であるということは、他の人を無条件に肯定的にとらえ、広い心で、思いやりの心を持ち、一人ひとりを個性的な個人として完全に受容するという事です。このことに関連して、ピアサポーターは、人々のリカバリーの一部となっているかもしれない心霊的信仰の重要性をも認識しています。</p>	<p>実践：他人についての批判を控える</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは、彼らが支援している人々の多様性や違いを潜在的な学習機会として重視します。 2. ピアサポーターは、自身にとって最善であると信じるリカバリーへの道を選ぶ個人の権利を尊重します。 3. ピアサポーターは他人をありのまま受け入れます。 4. ピアサポーターは、他人を評価、批判、または査定しません。
<p>ピアサポーターは共感的である 共感とは、「相手の立場に立つ」ことで生まれる感情的なつながりです。ピアサポーターは、たとえ同じような困難を経験したことがあっても、相手の気持ちを正確に理解しているとは考えません。</p>	<p>実践：繊細な感情を持って話を聞く</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは、非批判的であり、効果的な傾聴スキルを実践します。 2. ピアサポーターは、似たような人生経験を共有していても、それに対する人々の反応の幅は著しく異なることを理解しています。 3. ピアサポーターは、相手を感じていることに感情的または精神的に対応できるように、思いやりのある質問をし、感受性豊かに傾聴します。
<p>ピアサポーターは他者を尊重する ピアサポーターは、一人ひとりがその価値を認められ、世界に貢献できる、重要で個性的な何かを持っていると考えます。ピアサポーターは、優しさ、温かさそして尊厳をもって人々に接します。ピアサポーターは違いを受容し、違いに対しオープンであり、人間の多様性から生まれる才能、知識、強みを分かち合うことを奨励します。ピアサポーターは、すべての人のアイデアや意見を尊重し、それを受け入れる余地を作り、また一人ひとりの個人は、みな等しく全体に貢献できると信じています。</p>	<p>実践：好奇心を持ち、多様性を受容する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは、彼らが支援する人々および彼ら自身の成長の手段として、多様性（例えば、多様な社会的立場や考え方）を受け入れます。 2. ピアサポーターは、他者との違いが自分自身や周囲の人々の人生にどのように役立つかをよく考えることを奨励します。 3. ピアサポーターは、仕事で関わるすべての人に対して、忍耐、優しさ、温かさ、尊厳を実践します。 4. ピアサポーターは、すべての人がすべての基本的人権に値すると考えています。 5. ピアサポーターは、彼らが支援する人々および彼ら自身のために、経験、強み、リカバリーへのアプローチを全面的に受容します。

<p>ピアサポーターが変化を促進する</p> <p>最悪の人権侵害のいくつかは、心理社会的障害、知的障害、または認知障害を持つ人々が経験しています。彼らは、皆と同じ生命、自由、安全に対する基本的権利を持つ人間としてではなく、「治療の対象」と見做されることがよくあります。また暴力（身体的、性的、精神的、信仰的、心理的虐待やネグレクトを含む）のサバイバーである場合もあります。他者から異質な存在と認識されている人は、社会から類型化され、汚名を着せられ、排除されていると感じる場合もあります。内面化された抑圧は、社会から拒絶された人々によく見られます。ピアサポーターは人を人として扱い、人間性を失わせたり、やる気を失わせたり、品位を落とすような行為には常に注意を払い、前向きな変化をもたらす者として、自分の個人的な体験談および/またはアドボカシー（擁護）を活用します。</p>	<p>実践：教育と擁護</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは権利侵害を認識し、それに対する注意喚起の適切な方法を考えます。 2. ピアサポーターは、不正が人々にどのような影響を与えるかを理解するように努めます。 3. ピアサポーターは、不正に立ち向かい、それを克服するために、ピアを励まし、指導し、鼓舞します。 4. ピアサポーターは、支え、励まし、刺激し、やる気を出させ、敬意を払う言葉を使います。 5. ピアサポーターは、支援する相手が自身や他者のために変化を必要としている分野を探求するのを助けます。 6. ピアサポーターは、あらゆる場面においてピア（仲間）が直面する権利の侵害を認識し、適切な場合は擁護者として行動し、変化を促します。 7. ピアサポーターは、彼らの権利と、彼らが持っている事前指示書やリカバリー計画書などのツールについて、他者を教育します。
<p>ピアサポーターは正直で率直である</p> <p>効果的なピアサポートの基本は、明確で思慮深いコミュニケーションです。困難な問題には、直接の関係者と共に取り組みます。プライバシーと秘密の保持が信頼を築きます。誠実なコミュニケーションにより、人々は対立的な状況を作り出す恐れや、誰かの感情を傷つける恐れを乗り越え、配慮と思いやりをもって困難な問題（スティグマ、虐待、抑圧、危機、安全に関する問題を含む）を解決できるよう、敬意を持って協働することができるようになります。</p>	<p>実践：困難な問題に、思いやりと配慮を持って対処する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターはプライバシーと守秘義務を尊重します。 2. ピアサポーターは、彼らが支援する相手が望む場合、スティグマ、虐待、抑圧、危機、安全についてオープンに話し合います。 3. ピアサポーターはピアサポートの関係において、思いやりといたわりの心を発揮します。 4. ピアサポーターは、虚偽の約束をせず、また自身や他者、状況について誤った伝え方をしません。 5. ピアサポーターは、誠実さ、率直さ、尊敬、および信頼に基づくピア（仲間）との関係の構築に努めます。

<p>ピアサポートは相互的で互恵的である</p> <p>ピアサポートの関係性では、流動的で絶えず変化するやり方で、各人が支援を提供したり受けたりします。これは支援を必要とする人々と、支援を提供する職員という、治療プログラムにおいて多くの人が経験する関係性とは全く異なります。ピアサポートの関係性では、各人が教えるべきこと、および学ぶべきことを持っています。これは、あなたが有給のピアサポーターであろうと、ボランティアのピアサポーターであろうと同じです。</p>	<p>実践：ピアに与えることと受けることを奨励します</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは彼らがサポートする人から学び、サポートされる人はピアサポーターから学びます。 2. ピアサポーターは、人間の根源的な欲求である「受けるだけでなく、与えることもできる」という欲求を満たすよう、ピアを励まします。 3. ピアサポーターは、ピアとの関係を尊重するように努めます；ピアとの関係において、力の共有と、相互性を可能な限り喚起することを大切にします。
<p>ピアサポートはパワー（ちから、権力）を平等に分ち合う</p> <p>定義上、ピアは平等です。ピアサポート関係におけるパワーの共有とは、各人がアイデアや意見を表明し、選択肢を提供し、貢献する機会が等しく与えられていることを意味します。それぞれが発言し、また、人の発言に耳を傾けます。ピアサポートが真の協力関係であれば、権力の乱用は避けられます。</p>	<p>実践：平等の体現</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは、彼らが支援する人々との相互関係を反映する言葉を使います。 2. ピアサポーターは、サポートする相手への敬意と相互性を反映した方法で行動します。 3. ピアサポーターは、彼らがサポートする人々に対して権力を示したり行使したりしません（例えば、彼らの行動をコントロールしたり、彼らに代わり何かを決定したりするなど）。 4. ピアサポーターは診断したり、医療サービスを提供したりしません。彼らは、補完的または代替的なサービスを提供します。
<p>ピアによるリカバリー支援は長所に焦点を当てる</p> <p>人はそれぞれ、自分の人生をより良くするために使えるスキル、才能、および才覚を持っています。ピアサポートは長所に焦点を当てます。ピアサポーターは自分の経験を分かち合うことで、「明るい兆し」、つまり逆境を経て手に入れた、何かポジティブ（前向き）なものに目を向けるように促します。ピアサポートを通じて、人々は自分の強みに触れることができます。</p>	<p>実践：何が悪いかではなく、何が強いかに目を向ける</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは、自身の長所を見つけ、それを活かして生活を向上させるよう他者を励まします。 2. ピアサポーターは、彼らが支援する人々の長所に焦点を当てます。 3. ピアサポーターは、自らの経験をもとに、自分の長所の活かし方を体現し、彼らが支援する人々を励まし、鼓舞します。 4. ピアサポーターは、彼らが支援する人々にとって意義のある夢や目標を探求するよう、人々を励まします。 5. ピアサポーターは、ストレングス視点（長所に基づく視点）から活動し、ピアの長所、選択や決断を、リカバリーの基盤として認めます。 6. ピアサポーターは、ピアが自分で出来ることをしてあげたり、修正してあげたりはしません。

--	--

<p>ピアサポートは透明性が高い</p> <p>ピアサポートとは、精神的苦痛からの長期間のリカバリーを達成するために、非医療的な援助を提供したり、受けたりするプロセスです。ピアサポーターは、このプロセスにおいて他者を支援するための経験的資格を有しています。透明性とは、ピアサポートの関係において各人が何を提供できるか、あるいは何を提供できないかについて、個々に期待値を設定し、また、プライバシーと守秘義務に関する問題を明確にすることです。ピアサポーターは、誰もが理解しやすいように平易な言葉で人々とコミュニケーションをとります。個人のリカバリー体験を共有し、「リカバリーしたことを表明する (put a face on recovery)」ことによって、リカバリーが現実であるという希望とそれを信じる心を鼓舞します。</p>	<p>実践：明確な期待値を設定し、平易な言葉を使う</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは、ピアサポート関係に何が期待でき、何ができないかを明確に説明します。 2. ピアサポーターは、明確で理解しやすく、価値や判断にとらわれない言葉を使います。 3. ピアサポーターは、支援と尊敬を込めた言葉を使います。 4. ピアサポーターの役割は他の医療従事者の役割とは異なります。 5. ピアサポーターは、自分が守れると信じる約束だけをし、正確な発言をします。
---	--

<p>ピアサポートは個人主導</p> <p>すべての人は、自分の人生のあらゆる側面について決定する基本的な権利を持っています。ピアサポーターは、人々に選択肢を伝え、選択肢に関する情報を提供し、彼らの決定を尊重します。ピアサポーターは、人々が彼らのコンフォート・ゾーン（快適な空間）から抜け出し、失敗から学び、自ら選んだコミュニティで、自ら選んだ自由と社会参加のレベルを目指して前進することを奨励します。</p>	<p>実践：問題ではなく、人に焦点を当てる</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ピアサポーターは、彼らがサポートする人々が自分で決断するように促します。 2. ピアサポーターは、彼らが支援する人々がさまざまな選択肢について考えることを支援します。 3. ピアサポーターは、支援する人々に新しいことに挑戦するよう勧めます。 4. ピアサポーターは、他の人が失敗から学ぶのを助けます。 5. ピアサポーターはレジリエンス（回復力）を奨励します。 6. ピアサポーターは他者の自己成長を奨励します。 7. ピアサポーターは、人々が人生で何をしたいのか、どうすればそれを達成できるのかを決めることができるよう、支援する人々を批判することなく励まし、指導します。
--	--

シャリー・ミード (Shery Mead) がピアサポーターとしての経験から学んだこと (24)

「最初にあなたが気づくのは、あなたが誰かを「ヘルプしたい」と強く思っていることです。「ヘルプ」は必ずしも悪いことではありませんが、あなたが自己満足のために行動すると、それは支配に変わります.....それが強制的であったり、支配することであったり、恐怖に基づくものであったり、何かをすることで支援する側がより良い気分になるためのものであったりすると、「ヘルプ」は諸刃の剣になりかねません。

[例えば]...あなたの知っているある人は、とても自己破壊的で、いつも彼女が望んでいることから自身を遠ざけるようなことをしているようです。その友人は、「良くなりたい」、リカバリー（回復）に努めたいと言いますが、、あなたは、彼女が自分の回復の邪魔になるようなことをするのを目にします。例えば、2杯目のワインを飲むとか、運動しないとか、仕事を探しに出かけることもできるのに一日中座って本を読んでいるなどです。[でも].....私たちは、その友人についてもう少し知る時間をかけることが出来るかもしれませんよね.....2杯目のワインで十分にリラックスできて、彼女が怖がっている面接に行けるとしたらどうでしょう？運動せずに一日中座って本を読んでいることが、彼女が翌日起きて面接に行くために必要なことだとしたら？これが私たちへの教訓です。他人が何を必要としているかについての私たちの予測は、(たまには当たることもあるとしても)必ずしも正確ではありません。私たちの予測は、私たちの視点、私たちの「世界観」に基づいています。その世界観は私たちのものであり、私たちが知識を得る術であって、それを他人に押し付けようとするのは、役に立たないだけでなく、同時に友人を失うことになるかもしれません。

そこで私たちは、共に学ぶことと、助けることについて話します。学ぶことと助けることの違いは何でしょうか？学ぶということは、他者とその知識、世界観に対する好奇心や探究心を意味します。一方「助ける」ということは、自分がすでにその答えを持っており、より知識があり、自分がそこに来て相手に何をすべきかを指示することができ、自分がその立場にあったときと同じように、相手がそれに従えば全てうまくいく、ということを示唆することがよくあります。その通りかもしれないし、そうでないかもしれません。しかし、ひとつ確かなことは、自分にとってうまくいった例に基づいて相手を助けようとするのは、相手にとってもないダメージを与える可能性もある

ということです。

次に覚えておくべき原則は、個人ではなく関係性に焦点を当てることです... 私たちが関係性に着目するとき、私たちは私たちの間に起こっていることに注目しています。言い換えれば、私たちは私たちの間にある「スペース」、今まさにそこで起きていて、私たちを前進も後退もさせられることに焦点を当てます。... 私たちの間に起こっていることに注意を向けると、正直さ、安全性、誠実さを支えるコミュニケーションの糸口が開かれ、最終的には、あなたなしで進みたいと思っていた方向そのものが変わることもあります。言い換えれば、あなたとあなたの変化に注目するとき、私がすることは何らそれに影響を与えません。しかし、私が自分自身をその方程式に入れ込むと、私はあなたと私の相互作用が、どんな風にもなれる相互関係であったことに気づきます。そこには予測可能性はなく、ただランダムに見えます。このランダムさ、予測不可能性こそ、私たちがピアサポートで目指しているものであり、私たちが成功と考えるような直線的な結果ではありません。

最後に、3 つ目の「原則」は..... 恐れから反応するのではなく、希望と可能性に基づいた新しい関わり方を試すことです。..... 恐れを感じる時、私たちは多くの場合、物事を以前の状態に戻し、落ち着き、より「安定」することを望んでいます。しかし、「安定」はここでのゴールではないかもしれません。あなたにとって、物事が本当に制御不能であるかのように思えた時を思い浮かべてみてください。その時に周りの人が、さも自分の方がよく知っているかのように色々言ったとしても、あなたには自分が何を必要とし、何を望んでいるのかがわかっていたでしょう。可能性としてはおそらく、あなたの手には負えないことがその時起こっていたのでしょ...。その結果、「問題」について他人の経験に頼るようになったのかもしれない。言い換えれば、自分の経験を他人の解釈に委ねるようになったのかもしれない。これは単純に言えば、誰かにあなたの経験を「そんな痛くないよ、起きてしまったことは仕方ないよ」などと言われ、他人が些細な事と見做していることを、なぜ自分は大騒ぎしているのだろうと不思議に思ってしまったことです。あるいはその逆で、自分のしていることは自分にまったく影響はないと思っているのに、他の人から、自分が自分を傷つけるのではないかと恐れられると思うことです。そして彼らはあなたに『気をつけなさい』と言い続けます。やがてあなたは何か悪いことが起こるのではないかと怯え、彼らの恐怖に反応するようになります。これは、一方の感情が他方の反応を促すという、複雑な力学につながります。精神保健サービスにおいて、彼らが、私たちは無力であると告げる時に、このようなことがしばしば起こります。私たちは、彼らの恐怖に基づいてそうなることを学んできました。

そのため、助けることよりも学ぶことに重点を置き、個人よりも人間関係に注意を払い、恐怖や権力や支配よりも希望や可能性の機会を作り出すことに重点を置いて、ピアサポートを行うようになります。..... それは..... 楽しく、やりがいのあることであり、私たちのすべての人間関係において健康を促進する力学を作り出すことに他ありません.....」

7. 言葉

ピア（仲間）の役割にある人々が他者にどのように語りかけ、また他者についてどのように語るかは重要で、人々が自分自身やそのリカバリーについてどう感じるかに違いをもたらすことがあります。精神保健や社会サービスで使われる言葉は、権力の差を強調し、トラウマに対する敏感さがなく、自分のアイデンティティ全体が精神保健システムに縛り付けられているように感じさせ、またトラウマ的な出来事に対する当たり前の反応を病理学的にとらえることがよくあります。例えば、「サービス利用者」、「コンシューマー」、「クライアント」など、支援される人を表す用語は、人間的に扱われていないと感じられることがあり、また人々に無力感を与え、システムやサービスを越えた先にある人生を思い描けなくさせる可能性があります(1)。

また、使う言葉によって、その人が永続的な症状や障害を抱えていることを暗示することもあり、これもまた力を失わせ、個人的なりカバリーを損なうことになりかねません。これは話し言葉もそうですが、書き言葉による場合も同様に有害です。例えば、障害給付を受けるために、永続的な病態や障害の証拠

を提出するよう求める（つまり、その人の今の状況を改善するために社会給付が必要かもしれないという考えではなく、その人が常に病態／障害を抱えている状況にあると暗示する）ような支援プログラムは、スティグマになりかねないだけでなく、本人自身とその支援プログラムで使用される言葉が合致しないので、そのプログラムに関わる上で大きな障壁となりかねません(34)。

適切な言葉を選択するのは難しいことであり、「良い」または「悪い」言葉や用語について合意を得たリストは存在しません。重要なのは、なぜ特定の言葉や言い回しが選ばれるのか、その背景にある価値観を理解し、特定の言葉を受け入れることについて批判的な疑問を投げかけることです。

オープン（開放的）な言葉とクローズド（閉鎖的）な言葉(35)

言葉のもうひとつの重要な側面は、使用されている言葉がオープン（開かれたもの）かクローズド（閉ざされたもの）かということです。閉ざされた言葉遣いは、その人が同意できないような視点を押し付けてしまう可能性があり、その結果、その人の経験は他人の解釈や判断を通して語られることとなります。開かれた言葉遣いは、その人が自分の経験に自分なりの意味づけをする余地を残し、本人とその実際の状況をより正確に描写します。

クローズドな言葉遣いとオープンな言葉遣いの例：

クローズド（閉鎖的）

ジニーは統合失調症だ
(あるいは統合失調症を患っている)

対

オープン（開放的）

ジニーは統合失調症と診断された。

閉ざされた言葉は、ジニーを診断名で定義し、自分の経験に自分なりの意味づけをする余地を残さないため、ジニーにスティグマを着せ、無力化してしまいます。開かれた言葉では、ジニーが特定の病気であると診断されたという事実を述べているだけで、それがジニーにとって何を意味するのか、さまざまに解釈する余地があります。

クローズド

ジョージは薬の処方を守っていない

対

オープン

ジョージは処方された薬を飲み
たがらない。

この「守っていない」という表現は、ジョージが薬を服用する必要がある、服用しないことで何か間違ったこと、逸脱したこと、反抗的なことをしていることを暗に示しています。オープンな言葉遣いでは、ジョージに審判を下すことなく、事実だけを述べており、ジョージが（薬をのみたがらない）理由を説明する余地をも与えています。

クローズド

ルイスは幻聴を体験している

対

オープン

ルイスには声が聞こえる。

閉ざされた言葉遣いは、これらの「声」が現実のものではなく、止めなければならない悪いものであることを示しています。ルイスはこの「声」を悪いものだとは思っていないかもしれませんが、この閉ざ

された言葉遣いは「声」を恐れるべきものとして描いています。開かれた言葉遣いは、「声」を悪いものとも良いものとも解釈せず、ただルイスには「声」が聞こえるということだけを述べています。それによって、ルイスは自分の経験に対する自らの反応を解釈する余地が残されています。

8. ピアサポーターのコンピテンシー（能力/適性）

ピアの役割を担う人々の経歴、訓練やおよびスキルのレベルはさまざまです。しかし、ピアサポーターの中核となる能力はいくつか特定されています。以下のリストは、さまざまな役割に関連するそれらの能力をまとめたものです(36)。

役割 1: ピアサポーターは、ピア（仲間）と協力的で思いやりのある関係を築く

この役割に必要な適性は、ピアサポーターが人々との関係を築き、発展させる力に重点を置きます。そこには、手を差し伸べ、注意深く相手と関わることができるといった対人関係のスキルや、リカバリーに関する知識やリカバリー志向に合致する態度などが含まれます。

役割 2: ピアサポーターが提供するサポート（支援）

この役割に関連する能力は、ピアサポーターが人々が望むような支援を提供できるようになるために重要です。その能力とは、ピア（仲間）の経験や感情を認めること、ピアにリカバリーへの希望を伝えること、困難を理解するさまざまな方法を人々に知ってもらうこと、ピアをサポートし、課題や目標を達成するための支援を提供することなどです。

役割 3: ピアサポーターによるリカバリーの実体験の共有

この役割に求められる能力はピアサポート特有のもので、精神保健や社会サービスのほとんどの役割は実際の経験を共有することに重きを置いていません。ピアサポーターは、リカバリーに向かう人を鼓舞し支援する方法として、自分のリカバリーの物語を語り、自分の実際の経験を上手に活用する必要があります。

役割 4: ピアサポーターによるピアサポートの個別化

この役割に必要な能力は、ピアサポーターがピア（仲間）のために、そしてピアと共に、提供される支援サービスを調整したり、個別化したりするのに役立ちます。ピアサポートを個別化することで、ピアサポーターは、リカバリーへの道筋は複数存在するという考えを実行可能なものにします。これには、各ピアのリカバリー過程の個性を認識することや、ピアの文化的小よび精神的な信念や習慣を含む独自の社会的立場を尊重することが含まれます。

役割 5: ピアサポーターによる、リカバリー計画の支援

この役割に必要な能力によって、ピアサポーターはピアがその人の人生を自分で管理できるように支援することができます。リカバリーすることで、人々は自分の人生を変えたいと思うようになります。リカバリーへの計画は、人々が家庭、仕事、地域社会、および健康に関する目標を設定し、達成することを助けます。

役割 6: ピアサポーターによる、社会資源、サービス、および支援へのリンク

この役割に必要な能力は、ピアのリカバリーを増進させるために必要な社会資源、サービス、支援を獲得できるよう、ピアサポーターが支援をすることです。ピアサポーターは、これらの能力を応用して、他のピアがメンタルヘルスとその社会セクター内および一般地域社会の両方で、社会資源やサービスにつながるように支援します。ピアサポーターは、オンライン上の資源だけでなく、自分のコミュニティの社会資源についての知識を持っていることが必須です。

役割 7: ピアサポーターによる、健康、ウェルネス、およびリカバリーに関連するスキルに関する情報の提供

この役割に必要な能力は、ピアサポーターがどのように他者を指導するか、あるいはリカバリーを増進するスキルに関する情報をどのように提供するかに関連しています。ピアサポーターは、リカバリーの過程にある人に提供できる知識、スキル、経験を自分が持っていること、そしてリカバリーの過程はしばしば学習と成長を伴うことを認識していますが、ピア（仲間）の嗜好やニーズに合ったアプローチをすることが大切です。

役割 8: ピアサポーターによるピアの危機管理の支援

この役割に必要な能力は、ピアサポーターが潜在的なリスクを特定し、ピア（仲間）やその他の人々のリスクを軽減する手順を用いることを助けます。ピアサポーターは、深刻な苦難の状況を管理し、自分自身と他の仲間の安全とウェルビーイングを確保するために働かなければなりません。ピアと会うときは、安全な空間を作り、苦悩を抱えていてる人に安心感を与えることが重要です。

役割 9: ピアサポーターはコミュニケーションを大切にします

この役割に必要な能力とは、ピアサポーターが同僚や他の人々と口頭で、あるいは文書でどのように接するかについてのガイダンスを提供することです。この能力は、コミュニケーションの言葉とプロセスを提案し、また尊敬の価値を反映します。これには、当事者中心かつリカバリー志向の言葉と積極的な傾聴スキルを使うことが含まれます。そうすることで、相互理解が深まり、共通の言葉が生まれます。

役割 10: ピアサポーターは協調性とチームワークを重視する

この役割に必要な能力は、提供されるピアサポートを充実させるために、ピアサポーターが同僚や他の人との効果的な関係をどのように築き、維持できるかについての方向性を示します。この能力には、対人関係スキルだけでなく、ピアのニーズに応えるために、サービスの提供者を巻き込んだり、精神保健や社会サービスを巻き込んだりする組織的スキルも含まれます。また、関連する場合は、ピアの家族やその他の支援を巻き込むことも含まれます。

役割 11: ピアサポーターによるリーダーシップとアドボカシー（人権擁護）の促進

この役割に必要な能力は、リカバリー志向のアプローチの促進のために、ピアサポーターが精神保健および社会サービス内でリーダーシップを発揮するためにとるべき行動に関するものです。また、他のピアの人権を擁護する方法についても、ピアサポーターの指針となります。

役割 12: ピアサポーターが成長と発展を促進します

この役割に必要な能力は、ピアサポーターが支援の実践において、いかにしてより思慮深く、有能となるかを示しています。また、ピアサポーターの現在の役割における成功と満足度を高め、キャリアアップに貢献する具体的な行動を推奨しています。ピアサポートの仕組みづくりとスーパービジョンの提供は、ピア（仲間）の役割を持続させるための重要な要素です。

9. 職務記述書

ピアサポーターを惹きつけ、雇用するためには、明確な職務記述書が必要です。職務記述書は、ピアサポーターに期待される仕事と機能を正確に伝えるものでなければなりません。これは、彼ら自身の情報のためだけでなく、特に新しい役割を導入する場合、ピアの役割とは何か（そして何が役割ではないか）を効果的に伝えるためでもあります。明確な職務説明がないと、ピアサポーターは同僚に真剣に受け止められなかったり、ピアサポーターの役割にそぐわない、またピアサポーターのスキルをうまく活かさない仕事を任されたりする可能性があります。その結果、ピアサポーターと他の人との間に非生産的あるいは敵対的な関係が生じる可能性があります。

ピアサポーターの職務記述書には、その職務の中核となる責任や職務のほか、理想的な候補者として望まれる資格や能力が含まれる場合があります(37),(38)。

ピアサポーターの職務記述書サンプル (39)

職務記述書

職種：ピアサポーター

部門：成人部門 - メンタルヘルスプログラム

報告先：ピアサポートスペシャリスト

責任者：アシスタント・ディレクター

最初の拠点：メンタルヘルス外来センター

契約形態：正社員

勤務時間：週 25 時間

職務の目的

ピアサポーターは、精神保健サービスや社会サービスを利用した経験があり、その経験を生かして、支援を受ける人々が自分自身のリカバリーのプロセスを導く機会を提供することによって、人々のニーズと権利を擁護することを目的として雇用されます。主な目的は以下の通りです。

- メンタルヘルス外来センターを利用する人々に対して、リカバリー訓練やアウトリーチ（手を差し伸べること）によって、1対1で支援します。
- 個人の回復体験を共有し、相互のピア・ツー・ピアの関係を養います。
- 人々が受けている支援の範囲内にも、またその外部にも、利用可能なサービスの選択肢があることに気づけるように支援します。

主たる責任

ピアサポーターは、

- サービスの利用者に希望を与え、つながりを生み出すために、ピアサポーター入門オリエンテーションの過程を支援します。
- 耳を傾け、寄り添うこと、そして能動的な傾聴と肯定的な交流による偏見のないアプローチを示すことによって、精神的苦痛を感じている人々を支援します。
- リカバリー教育やウェルネス計画を支援し、人々がリカバリー過程において積極的に自己管理の役割を果たすように促すことを目標に、自助戦略につなげます。
- 地域の社会資源へのアクセスや利用を支援するために、要請があれば人々に同行します。
- 実際の体験についてのチームの理解を改善し、リカバリーの過程と、そのプロセスに特定の伝統的慣習がもたらし得る有害な役割についてスタッフに教育をします。
- 支援を利用する人々と支援の実践者との間のコミュニケーションを改善します。

資格と能力

ピアサポーター候補となる人は、リカバリー状態にあり、現在または過去に精神保健サービスまたは社会サービスを利用していたことを自認し、現在それらの支援を利用している人々と共感できる者。また、以下のような人物でなければなりません。

- 18 歳以上である者。
- 精神保健サービスおよび/または精神的苦痛を実際に経験したことがある者。
- 支援し、力を与え、また希望をもたらすような方法で、自分の実際の経験を分かち合うことができる者。
- 共感をもって傾聴し、また人々が自ら解決策を見出せるよう支援できること。

- 自立して仕事ができる者。
- リカバリーの文化の発展を支援することができる者。
- 地域社会の統合を支援するために、地域社会のピア（仲間）の資源やその他の社会資源に関する知識を持っている者。

10. ピアサポーターの面接および採用

面接の重要な目的は、ピアサポーター候補者が、自分の実際の経験と、他者を支援することの関係性をどれだけよく説明できるかを見極めることです。これは、その人が受けた個人の診断の内容や治療歴、または経験した苦痛についてのインタビューではありません。ある国々では、障害について尋ねることは違法であるため、この過程においてはそれぞれの国の法律に従うべきです。候補者は自らの障害についての情報を共有することを望むかもしれませんが、採用されるためにそうしなければならないと感じるべきではありません。しかし、候補者が精神保健サービスおよび/または精神的かつ感情的苦痛の経験を持ち、リカバリーの道のりを戦い抜いてきたことは極めて重要です(40)。

ピアサポートの役割は、その地域社会や国において新しい役割である可能性があるため、この分野の既存の資格や経験をすでに持っている人はほとんどいないかもしれません。そのような場合、面接官は、実証されている経験よりも、むしろその潜在的な能力に基づいて人々を見極める必要があります。

また、面接のプロセスにピア、またはピアからなる委員会を参加させることも重要です。面接の質問では、ピアサポート候補者に、自分の経験、スキル、および/または知識がどのように他の人のリカバリーを助けることができるかを説明することを求めることができます。

面接の質問例には、以下のようなものがあります。

- ピアサポーターの役割に応募したきっかけは何ですか？
- あなたの長所やスキル、個人的な体験を、あなたがこれから共に活動しようとしている人々を支援するために活かす方法を教えて下さい。
- あなた自身の精神的苦痛とリカバリーの実際の経験を通して学んだことで、ここでの仕事に役立つと思うことは何ですか？
- あなたの経験やスキルは、この仕事においてどのように非差別と平等を支持することができますか？
- 心理社会的障害、知的障害、または認知障害を持つ人々にとって、ピア（仲間）のサポートが有益であるのはなぜだと思いますか？
- もし、あなたのピアの一人が、自分の置かれている状況にあきらめを感じ、希望が持てないとしたら、あなたはどのようにサポートしますか(41)？
- ピアサポートに似たようなことを以前行った経験はありますか？

そのポジションへの応募者が少ないために、すでにスタッフとして働いている人をピアの役割に異動させたり、そのポストに適していない応募者を採用したり、あるいは、そのポジションの採用基準を下げたりする誘惑に駆られるかもしれません。しかし、ピアサポーターは他者を支援する上で非常に重要な役割を担っており、その役割にふさわしく、尊敬、平等、相互性、共感、およびリカバリーなどのピアサポートの価値観を守ってくれると思われるピアサポーターを見定めることが重要です(41)。

トレーニングと継続的支援は、すべてのピアサポーターにとって非常に有用であり、これまでピアとして働いたことのない新規採用のピアサポーターにとっては、前提条件となるべきです。これは、新人のピアサポーターが、経験者よりも役に立たなかったり、成功しなかったりするという意味ではなく、単純に、面接、選考プロセス、必要な訓練など、考慮すべき様々な事項があるということです。

支援に初めてピアサポーターを導入する場合、資源に余裕があれば、一人以上の複数のピアサポーターを雇うことが望ましいのではないかと考えられます。そうすることで、ピアドリフト現象（仲間や友人の影響で、自分の能力や行動が変化する現象）や、ピアとして働く人の孤立を避けることができます。

Inclusion Europe (インクルージョン・ヨーロッパ) : Project TOPSIDE (トップサイド・プロジェクト) □ ヨーロッパにおける知的障害を持つピアサポーターのトレーニングの機会 (42)

TOPSIDE (トップサイド) はインクルージョン・ヨーロッパのプロジェクトで、知的障害を持つ人々のためのインフォーマルな成人教育の新しい課程として、ピアサポートとピアトレーニングを開発することを目的としています。知的障害を持つ人々にとって、公式または非公式の成人教育や訓練へのアクセスは制限されることがあるため、ピアのトレーニングと支援は、個々が自分の人生を管理し、活動的な市民としての役割を果たすことができるよう、意思決定の分野での重要なスキルを伸ばす支援に重点を置いています。

トレーニングの課程を通して、ピアサポーターは、コミュニケーションの改善の仕方、適切な支援の仕方、および他者への共感の仕方などを学びます。ピアサポーターは、自分自身の人生経験をピアサポートに関連づけ、その経験の例や自身が学んだことを他者の支援に生かすことを学びます。また、このトレーニングでは、ピアサポーターが取り入れることのできるさまざまな価値観、すなわち、包摂、当事者中心の考え方、善き人生 (グッドライフ)、そして自身のコミュニティにおいて、ピアの役割と市民権が認められることについても学びます。

ピアは、可能性に目を向けさせることで、そのような機会に気づいていない人々を支援することができます。ピアのトレーニングは、カリキュラムの概略にあるすべての支援スキルが現実に即しており、現実の人生の状況に基づいているように設計されています。徐々に習得および強化されるスキルは、3つのカテゴリーに分類されます：

- 対面またはグループでの交流におけるコミュニケーション、反応、および共感をカバーするピア・ツー・ピア (ピア対ピア) スキル。
- 包摂 (インクルージョン)、当事者中心の考え方、価値ある社会的役割、および地域社会における市民としてのあり方をカバーする包括的な価値観/スキル。
- 人生のさまざまな領域での経験や、包摂 (インクルージョン：家庭、権利、仕事、社会生活など) に関する生活の質 (クオリティ・オブ・ライフ) をカバーする実践的スキル。

11. 労働条件

賃金レート

ピアの役割には、有給と無給があります。これは、組織構造や予算によって異なります。例えば、運営を主にボランティアに頼っている非営利団体には無給のピアサポーターがいると思われるが、精神保健サービスやその他の社会サービス、または地域社会で既に確立されたピアサポーター組織には有給のピアサポーターがいると思われます。

一度確立された賃金レートを変更するのは難しい場合があるため、ピアサポーターの賃金レートについてはよく考えることが大切です。自分の経験について、他者とオープンに、そして抵抗なく話し合い、ピアワークをやる気があり、しかもそれを上手く実践出来る障害当事者の人的資源は少ないかもしれません。そのため、この専門的な立場を反映した賃金を設定することが重要です。特に他の有給スタッフと比較して低い賃金を設定することは、ピアとしての役割は取るに足らないもので、重要性が低いという否定的なメッセージを伝えることになりかねません(6)。

また、国によっては、ピアサポーターに給与を支払うことで、ピアサポーターが受給している給付金がもらえなくなる可能性があるため、十分な賃金設定で、ピアサポーターの収入減につながらないようにすることが重要だということにも注意が必要です。国の法律や政策を作る側も、この問題を十分に認識すべきです。

留意すべき問題のひとつは、1対1のピア（仲間）関係において、一方が報酬をもらい、もう一方はもらわない場合、その関係を対等なものに見なすことが難しくなる可能性があるという点で、報酬がピア間の力の不均衡をもたらす可能性があるかどうかということです。

メンタリング（指導）とスーパービジョン（監督）(30),(6)

指導と監督の提供は、ピアサポートの役割を保持する上で最も重要な要素の一つです。ピアの役割には、最初は抵抗や戸惑いがあるかもしれないので、ピアサポートとリカバリー志向のケアを信じるスーパーバイザー（監督者）の支援を受けることが重要です。理想的には、ピアサポーターのスーパーバイザーは、以前にピアの役割を持ったことのある人です。しかし、これはいつも可能とは限りません。スーパーバイザーは少なくとも、リカバリー志向の実践（精神保健および社会サービスにおけるピアサポーターの項を参照）の訓練を受けているか、実際の経験があることが望ましく、それによってピアサポーターの役割や、特に初めてピアの役割を導入する際に生じるであろう課題について、よりよく理解することができるようになります。

これが不可能な場合のオプションは、補足的なトレーニングや監督について、地方、地域または国のピア・ツー・ピアの組織に働きかけることです。こうすることで、ピアサポーターの直接のスーパーバイザーが以前にピアの役割に携わったことがなくても、ピアサポーターはピアのコミュニティからの支援を受けることができます。地理的に孤立しているピアサポーターへの支援には、電話やビデオ通話などの簡単な通信技術を利用することができます。

ピアの役割の経験の有無にかかわらず、有能なスーパーバイザーであれば、タスク指向のスーパービジョン（ピアサポーターの日々の管理業務に関する指導など）とプロセス指向のスーパービジョン（ピアサポーターのスキルや専門知識の向上をサポートしたり、改善のための提案をしたりするなど）の両方を提供できるはずで

チンメイ・シャー氏（Mr Chinmay Shah）、前進するために支援を受けているピアサポートのボランティア (43)

インドのグジャラート州におけるクオリティ・ライツ（QualityRights）プロジェクトの一環として、ピアサポートボランティアが募集され、各サービスで訓練を受けています。ピアサポートボランティアの役割は、サービスを利用する他の人々に支援や助言を提供することです。例えば、リカバリー計画の策定と実行を支援したり、彼らの権利について情報を与えたり、彼らの権利がきちんと尊重されるようにすることも役割に含まれます。

ピアサポート・ボランティアとして活動しているチンメイ・シャー氏は、アーメダバードの精神科病院の付き添いスタッフであるヴィノダ・マクワナ氏（Vinodh Macwana）氏から指導を受けています。そのおかげで、彼はピアサポート・ボランティアとしての役割を成長させ、発展させました。彼は次のように説明しています。

「ヴィノダさんに会うと、支援されているという実感が湧きます。彼は私にプレッシャーをかけることなく、サービスを利用する人たちと関わるよう勇気づけ、効果的に物事を進めるよう励ましてくれます。私たちは、毎朝仕事を始める前に彼に会いますが、いつも笑顔で接してくれます。また、彼は、

必要な時はいつでも声をかけるよう励ましてくれます。メンタリングのプロセスは、私たちのピアサポート技術の向上に日々役立っています。私たちはメンター（指導者）とブレインストーミングやディスカッションをすることで仕事を改善するし、私たちの提案はただ聞き入れられるだけでなく、実行されるということを知っています。」

パフォーマンスレビュー（業績の評価）(6)

いったん雇用されたピアサポーターは、その職務要件を果たすことが期待されます。しかし、ピアはメンタルヘルスおよびウェルビーイングの困難を経験することがあり、例えば短期間（または長期間）の休職が必要となることがあるため、休職に関しては柔軟性と理解が必要となるでしょう。定期的な業績評価は、スーパーバイザーとピアサポーターの双方にとって、仕事内容や懸念事項、およびうまくいっていることについて話し合う良い機会となります。しかし、ピアサポートの基本的価値観に反するような変更のために、業績評価を用いてはなりません。

12. 精神保健（メンタルヘルス）および社会サービスにおけるピアサポーター

精神保健サービスのスタッフに、ピアサポートがこれらのサービスの重要な一部であることを納得させるのは難しいかもしれません。ピアサポートが精神保健サービスにうまく統合されるためには、実際の経験者が直接参加することで、サービスの提供が豊かになると見なされる必要があります(44)。

ピアサポーターは、サービスの利用者が支援を望むときに、いつでも、どのような形であっても、その人々を支援するためにそばに寄り添います。これは、「そばにいて」話を聞いたり、リカバリーとは何かを利用者自身が決定できるよう支援したり、利用者の代弁者となることを意味しています。時には、利用者の希望や嗜好が、精神保健または社会サービス側とは異なる場合、アプローチの仕方に意見の不一致が生じることがあるかもしれません。しかしそれは、ピアサポーターとスタッフがその役割の本質において互いに対立しているということの意味するものではありません。

ピアサポーターと契約する方法は、サービスの状況に応じて様々です。ピアサポート提供の最適な方法は、既存のサービスの外にありながら、サービスと緊密に連携できる、ピア自らが運営する独立した組織と契約することです。そうすることで、既存のサービスからのピアサポーターの独立性が保たれ、利益相反を避ける手助けとなります(45),(46)。

引用：ケビン・ハクショーン (Kevin Huckshorn)、米国デラウェア州保健社会事業局物質依存および精神保健部部長、ピアサポートの力について(47)

「私の率直な意見では、病院でも、地域のメンタルヘルスに関する場所でも、ピアサポートの力は、私がこれまで見てきたどのエビデンスに基づく実践よりも重要で価値があります。私は 1991 年、ゲイル・ブルーバード (Gayle Bluebird) の指導のもと、メンタルヘルスに取り組む環境にピアサポートを取り入れ始めました。それ以来、あらゆる仕事の場で、ピアサポート・スタッフは「魔法を生み出す人」でした。

私の個人的な経験では、ピアサポート・ワーカーの持つ固有のスキルは伝説になり得るものです。そしてこの時点で私は、真にリカバリーを志向し、トラウマに配慮し、米国障害者法に準拠し、深刻な精神疾患を抱える人々が希望と勇気、そして自分に合った方法で人生を回復するエネルギーを見出せるようなケアシステムを目指すのであれば、メンタルヘルス支援提供システムの少なくとも 50% はピアサポート・ワーカーにする必要があると強く信じています。」

ピアサポートのための文化の創造

精神保健および社会サービスにおけるピアサポーターの導入は、移行に時間を要するかもしれません。

「ピアサポートは、リカバリーの価値観や原則にあらかじめコミットしている環境を拠点とするときに最もうまく機能します。ピアワーカーは、リカバリーへのコミットメントを大いに向上させますが、リカバリーの価値へのコミットメントが整っていない環境にリカバリーを導入するために、ピアサポーターの役割を利用するべきではありません」(48)。

ピアサポートの役割を精神保健サービスに統合する前に、リカバリー志向のケアを導入することに時間をかけることは極めて重要です。リカバリーの原則へのコミットメントがなければ、ピアサポーターは失敗する運命にあります。彼らの仕事の重要な要素は、他のピアに彼らにとってのリカバリーとは何かを理解させるよう支援することです。もし精神保健または社会サービスがリカバリー志向のケアを守らなければ、ピアサポーターの活動は最初から阻まれてしまうでしょう。

ピアサポートのための文化を創造することは、一回限りの訓練セッションを提供することではなく、むしろリカバリーの原則を実践する継続的なプロセスです。リーダーシップの賛同、公的な認知（例：ピアサポートが組織/サービスの価値に明示されている）、スタッフのトレーニング、および効果的な指導と監督はすべて重要な要素です(49)。ピアサポーターが他者を効果的に支援するためには、彼ら自身が安全でかつ力を与えられていると感じる必要があります。

同様に、精神保健または社会サービスの提供者は、ピアサポーターを導入することで、システムが魔法のように変わると考えるべきではありません。真にリカバリー志向のアプローチを採用し、ピアサポートを効果的に導入するためには、権力の構造の根本的な変革が必要です。

ピアサポーターの移行と導入にリーダーシップを発揮する、経営管理その他のサービススタッフにピアサポーターの擁護者がいることは特に助けになります。このようなスタッフメンバーは、ピアサポーターの受け入れを提唱し、導入前後また導入の最中にも、他のスタッフの心配事に対応することができます(6)。時間が経つにつれて、ピアサポートの擁護者は、ピアサポートがサービスにとって優先事項であり続けることを確実にするのも役立ちます(30)。

その他のスタッフについては、ピアサポーターのためのサービス内の労働環境が全体的に良好であれば、燃え尽き症候群や離職のリスクは減少します。

全スタッフに情報を与え、議論に参加させる

すべてのサービススタッフは、ピアサポーターを雇うことに対するサービス内の抵抗を克服するために、事前に準備が整っている必要があります。スタッフは、ピアサポーターの病の再燃の潜在的なリスクや、ピアサポーターが仕事の要求に対処できるかどうかについて懸念を持つかもしれません。また、ピアサポーターの中にはディプロマや学位を持っていない人もいるため、スタッフは、ピアサポーターの能力に疑問を持つかもしれません。ピアサポーターの加入により、いずれは自分たちの仕事の一部または全部をピアサポーターが低コストで代替するようになるかもしれないとスタッフが心配したり、人的資源が限られた環境ではピアサポーターは不要であると考えようになるかもしれません(30)。

従って、既存のスタッフが意見を言いやすい環境を作ることが非常に重要になります。時間をかけてスタッフの懸念に耳を傾け、それらに適切に対応することで、ピアサポーターをより歓迎する環境を育むことができます。ピアサポーターの役割について予想されるメリット、ピアサポーターの守秘義務および倫理、そしてピアサポーターがどのようにサービスに統合されるのかについてスタッフに説明することによって、この変革に対するスタッフの心構えを高めるのに役立ちます。

ピアサポーターが採用された後も、定期的なミーティングを通じて開放的コミュニケーションを保つことで、対立や意見の相違の原因に対処することができます。ミーティングでは、ピアサポーターの雇用や、ピアサポーターと既存のスタッフのそれぞれの役割に関して生じるかもしれない懸念や不安を軽減するために、問題解決へのオープンな姿勢と参加型のアプローチを奨励すべきです(6)。

ポリシーの認識とトレーニング

ピアサポートにとって好ましい文化の創造のために取るべき重要なステップは、リカバリーのビジョンに沿うサービスのポリシー（方針）、ビジョン、または価値声明を文書化することです(6)。このようなポリシーや声明の作成過程に全スタッフを参加させることも、ピアサポートを十分に理解し、価値を認めてもらう上で非常に有効です。これにより、人々はそれを我が物とし、導入される新しい方向性にコミットすることができます。(サービス変革の実施プロセスについては、クオリティ・ライツ (QualityRights) モジュール「サービスの変革と人権の推進」を参照)。

ポリシーの変更を、人権とリカバリーに関するトレーニングで補完することは、前向きな環境を作り出し、その移行を促進します。理想的には、リカバリーとピアサポートの中核となる価値観を理解するために、スタッフメンバーがリカバリー志向のアプローチを持つサービス機関を訪問する機会が提供されるべきです。リカバリー志向のケアに焦点をあてた講演やイベントは、スタッフにとって情報を得る上で有益であり、また、そのサービス機関がリカバリー志向のアプローチとピアサポートに取り組んでいるという事実を強化することができます。

精神保健および社会サービスにおけるピアサポーターの役割の支援(6),(30)

サービスにおけるピアサポーターの役割を確立することは、ピアサポーターが仕事をしっかりとこなせるようにするための重要なステップであり、また他のスタッフメンバーもピアサポーターの役割を理解することが出来ます。これはサービスによって異なるかもしれませんが、考慮すべき点は以下の通りです。

- **チームミーティング：**ピアサポーターは、他のスタッフメンバーとのミーティングに参加すべきです。チームミーティングへ参加を呼びかけることが重要であると同様に、ピアサポートの価値を尊重することも重要です。例えば、ピアサポーターは、ピアと共有した個人的な詳細情報を明らかにするようプレッシャーをかけられたり、そこに同席していない個人について話し合う会合に出席したりすべきではありません。ピアサポーターの独自の役割を守る 것이重要で重要です。
- **勤務時間：**ピアサポーターは、他のすべてのスタッフと同様に、状況に応じてフルタイムまたはパートタイムで働くことができます。困難な経験をしている人を支援したり、ピアサポートが導入されたばかりの環境で働くため、自分の役割を常に正当化しなければならなかったり、そのサービスで働いている唯一のピアサポーターであったりすると、精神的にも肉体的にも消耗することがあります。ピアサポーターのチームを持つことは、知識や経験を共有できるので、役に立ちます。
- **専門トレーニング：**基本レベルのピアサポートトレーニングに加え、人権、政策、および法律に関する専門的なトレーニングを受けることはピアサポートにとって有益です。さらに、特定の集団（例えば高齢者など）の場面とニーズに関するトレーニングや、高度なトピック（例えば禁煙について）、または有用なエクササイズ（例えば身体と呼吸法のエクササイズ）の提案に関するトレーニングは、ピアサポーターが仲間をよりよく支援し、スキルと知識を向上させるのに役立ちます。

- 継続教育：**ピアサポーターに教育の継続の機会を提供するべきです。このような教育機会は、オンラインでのピア・スペシャリストのコースや、地域の他のピアサポーターとのミーティングおよび/またはコースワークという形で提供することができます。ピアサポーターの役割が各国で発展するにつれて、ピアサポート・リーダー、ピアサポート・マネージャー、ピアサポート・プラクティショナーなど、キャリアアップのための専門能力開発の機会を提供することを考えておくのも役に立ちます。

ピアサポーターのいい利用法と間違っただ利用法 (1)

ピアサポーターの日々の仕事はさまざまであり、あらゆる状況に応じて柔軟に対応すべきです。しかしながら、よくある罣もあり、それはピアとしての役割の価値と一致しないので、避けられるべきです。例えば、

- 忙しい仕事：**ピアサポーターは独自の一連のスキルと経験を持っており、誰もやりたがらないようなルーティーン作業や忙しい業務を終わらせるために利用されるべきではありません。ピアサポーターは、既にいるの専門家たちの追加のヘルプとなるものではありません。
- 複雑な忠誠心：**ピアサポーターのコミットメントは、まず第一に支援の対象者に向けられるものです。ピアサポーターは、ピアサポート以外の課題を受け持つべきではありません。例えば、ピアサポーターの役割は、チームの他のメンバーに提供する情報を探したり、治療計画を完成させたり、服薬遵守を監視したりすることではありません。
- パワーの不均衡：**ピアサポーターは、対等な関係を築くために、パワーの格差を最小限にするように努めます。ピアサポーターは、パワーの不均衡を増大させるようなこと（例えば、他のスタッフのためにコーヒーを用意する係になること）を求められてはなりません。

状況や場面によっては、ピアの役割について明確に理解されていないこともあります。以下は、ピアサポートを提供する際に生じるであろう一般的なトピックと、それがピアの役割と一致するか、一致しないかの違いを示した表です。

トピック	ピアとしての役割に一致する	ピアとしての役割に一致しない
薬	薬に関する懸念や意見を伝えるためにピア（仲間）を支援する。薬に関する情報を集めるためにピアをサポートする。	薬の管理や、ピア（仲間）が薬を服用しているかどうかスタッフへ報告すること。本人が不安や懸念を表明している場合は治療遵守するよう促すこと。
治療計画	治療を計画する段階で本人の意見を反映させる。事前指示書の記入を促したり、リカバリーの促進と一致する治療目標を提言する。	治療計画書を作成する。他のスタッフメンバーのために治療目標に関する経過報告書を書く。
住居探し	仲間が助けを求めてきた場合、その人の住居探手を援助する。ピアサポーター自身の住居探手の個人的な経験を共有する。	治療計画に記載されているため、またはスタッフメンバーがピアサポーターに、ピアと一緒に住居探手に集中するよう指示したため、住居探手に専念する。

電話の応答	時々事務所の手伝いをする。ピア・ツー・ピアの電話サポートラインの応対。	他のスタッフメンバーが電話に出たがらないため、日常的に電話の応対をする。電話で危機のレベルを判断し、他のスタッフに引き継ぐ。
-------	-------------------------------------	--

不同意

ピアサポーターの役割と、サービスの規則や規定、その実践が衝突する場合、ピアサポーターとサービスの実施との間に不和が生じることがあります（例えば、強制的にサービスに参加させられる場合など）。そのような状況でも、ピアサポーターは、たとえそれがサービス側のアプローチと相反するとしても、反発を恐れることなく、本人の擁護を続けるべきです。

ピア・ドリフト(ドリフト=漂流、漂うこと) (30)

ピアサポートは他のピア（仲間）との経験の共有に根ざしており、ピアサポーター自身がメンタルヘルsteamの一員であるため、精神保健や社会サービスにおいて独特の役割です。時間の経過とともに、ピアサポーターの態度や行動がより臨床的なアプローチに変化を見せることがあり、それはおそらく、意識的か無意識かを問わず、内部または外部からの圧力によるものです。これはピアサポーターの役割と矛盾しています。

この現象は「ピア・ドリフト」と呼ばれ、「自分のリカバリーのストーリーを利用することへの不快感や自己防衛心、そしてサービスの提供とは乖離した階層的アプローチへのドリフト（流されること）」を意味します(50)。このドリフトは徐々に進行し、個人的には気づきにくいと思われそうですが、だからこそ、リカバリーとピアサポートにコミットしたスーパーバイザーやチームを持つことが助けとなります。

ピア・ドリフトとは、ピアサポーターがピアの話聞く代わりに、ピアが何をすべきかを指示すること、リカバリー（回復）よりも診断に焦点を当てること、またはピアサポーターが自分の経験やリカバリーのストーリーを不快に感じたり恥ずかしいと思ったりすることなどが含まれます。ピアサポーター自身がこのように感じる場合、あるいはピア・ドリフトが起きていると他の人が信じる場合は、他のピアサポーターと連携し、ピアサポートの擁護者と話しをすることが重要です。

メンタリング（養成）、スーパービジョン（監督）とピアサポートの体制

ピアサポートが、メンタリングとスーパービジョン、およびピアサポート体制の整った状況で提供される場合、ピア・ドリフトの傾向に対処し、それを最小限に抑えることができます。

非公式なピアサポート・ミーティングを促進するようなピアサポート体制を作ることもまた有用です。それによって、異なるサービスや地域社会からピアサポーターが集まり、状況を報告し合い、知識や経験を共有し、改善点について話し合い、相互に精神的な支援を行う機会が与えられます。

ピアサポーターは、安全かつ秘密が守られる空間で、仕事上で起こりうる困難な問題に対処する方法について話し合い、議論する機会を持つことができます。その中には、他のスタッフに生じる課題とは異なるものもあるでしょう。ピアサポーターは個人情報を開示し、自分自身の人生についての親密な話を共有するため、非ピアスタッフに比べ、友人として認識されがちで、その意味で特に境界線に関する問題が生じる可能性があります(51)。ピアサポートに関連して起こりうるその他の課題には、ピアサポーターとその他のスタッフとの間のパワーの不均衡、ピアサポーターのストレス、およびピアサポートの役割の維持などがあります(14)。

加えて、スタッフ間の「**構造的コンピテンシー（能力）**」のレベルを上げることも重要です。メンタルヘルスと「**健康の公平性**」の向上のために、構造的な力が必要であることがますます認識されつつあります(52),(53),(28),(54)。構造的な力には、構造的および制度的要因（例：人種差別、社会経済的疎外、福祉政策）がどのように交錯し、特定の病（例：精神病）のリスクに影響し、最終的にはケアへの道筋や治療への態度、社会的支援の利用の可能性とその結果にどのように影響をあたえるかを考慮しておくことも含まれます(28)。

リカバリーとピアサポートの原則に沿った構造的な力は、個人の問題や欠陥を薄れさせ、個人とそのリカバリーに影響を与える固有の事象（例、差別や、ウェルビーイングに対する構造的障壁）に焦点を当てるのに役立ちます。

この分野の能力を高めることは、どの集団がピアサポーターやピアサポートの利用者との取り組みができていないかに注目するのに役立ちます。これは、社会参加や社会的包摂において多数の障壁を経験している集団によくあることです。

以下は、有意義かつ公正なピア参加の確保に関する自己評価チェックリスト (55) です。

有意義なピア参加の7つの要素□ 自己評価の質問票

タイミング

新しいイニシアチブやプログラムを計画する際、できるだけ早い段階からピア（仲間）を参加させるよう試みてきましたか？

- a. もしそうでない場合、プログラムやイニシアチブの形成に大きく作用するであろう初期段階の決定へのピアの参加が不均衡または不平等であることに起因する、潜在的なパワー・ダイナミクス（権力の力学）や力の緊張関係にどのように対処する予定ですか？

パワー（権限）

ピアは意思決定やプログラム形成の権限を持っていますか、それとも彼らは助言的役割に限定されていますか？

- a. 一部のスタッフメンバーがポリシーやプログラムについて具体的な決定権を持ち、他のメンバーはコメントや提案しかできない場合、その結果生じるパワー・ダイナミクスにどのように対処しますか。ピアが有意義な貢献ができると感じられるようにするために、どのような手段を講じることができますか？
- b. 委員会やワーキンググループを含むプロジェクトにおいて、ピアはノン・ピア（ピアではない人）と同等の立場にありますか。例えば、ピアの委員長や共同委員長がいますか？それとも、ピアはリーダー以外の役割に限定されていますか？

報酬

ピア（仲間）はノン・ピアと同等の経済的報酬を受けていますか？

- a. 一部のノン・ピアには報酬が支払われるが、ピアメンバーには支払われない場合、そのような区別が生み出す可能性のあるヒエラルキー（階層的構造）に対処するために、どのような措置を講じることができますか。
- b. プログラムのリーダーは、ピアに報酬を与えず、ピア以外に報酬を与えることの意味を十分に理解していますか？

人数

変化を生み出すための、参加するピアの最低限の必要人数（クリティカル・マス）（あるいは十分な人数）がありますか？

- a. ノン・ピアが大多数で、参加しているピア（仲間）が1人（またはごく少数）しかいない場合、そのピアが支援されていると感じられるような措置をとることは可能ですか？
- b. ピアが少数派である場合、ピア（常にそうであるとは限らないが、他のノン・ピアのグループやプロジェクトメンバーより年功序列でないことが多い）が安心して発言できるよう、可能な限りの措置を講じましたか？

ウェルネス（健康）

ピアのウェルネスが優先されるような措置が取られていますか？

- a. より公式な支援に加え、プロジェクトの開始時や新しい役職の開始時には、ピアの健康がより非公式に（しかし明確に）とりあげられていますか？スタッフや他のメンバーは、潜在的なストレス要因（マイクロ・アグレッション（無意識の偏見や差別、無理解のこと）や、ピア参加に協力的でない他のスタッフやメンバーとの問題）を認識し、これがもたらす可能性のある代償を確認しましたか？（少数派の）ピアのバーン・アウト（燃え尽き症候群）やフラストレーションに対処する計画はありますか？
- b. プロジェクトやグループ内で、（常にではないが、多くの場合、少数派の立場または年齢の低い立場から）ピアに「アドボケート（権利擁護）」することが期待されている場合、その潜在的な影響を認識していますか？具体的な支援計画はありますか？例えば、ピアが自分より年配のメンバーやリーダーに「挑戦」せざるを得ないと感じる立場に置かれた場合、どうなりますか？

投資

プログラムまたは組織は、ピアの能力開発に投資—例えば、ピアが会議やワークショップに参加したり、新しいスキルを学んだりできるようにピアに報酬を払うこと—をしていますか？

- a. ピアが他のメンバーと同等の専門知識を持たないプロジェクトや委員会に参加する場合（例えば、評価の経験がないピアを評価委員会に参加させる場合）、そのピアに更なる背景知識や追加のトレーニングを提供するように努力していますか？

組織またはプロジェクト・カルチャー

プログラムのリーダーや管理者は、ピアの視点が重視され、ピアの参加に対する抵抗には組織的に対処するように、明確な措置を講じましたか？

- a. （スティグマ、否定的あるいは無関心な態度、投資不足などについて）ピアが懸念を抱き、他のプログラムやプロジェクトのメンバーやリーダーに相談に来た場合、そのメンバーやスタッフは、ピアを支援したり、または無関心な態度に異議を唱えたりするための措置を講じる用意がありますか？
- b. 懸念や不満を表明するためのプロセスや手順がありますか？ピアは、他のメンバーやスタッフについての懸念を表明しても、報復されたり「処罰」されたりしないことが保証されていますか？
- c. 可能であれば、プロジェクト全体あるいは社内において、ダイバーシティ（多様性）やピア参加に関するプログラムやトレーニングが検討されていますか？

References

1. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles [online publication]. Western Mass Peer Network; 2014.
(http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf, accessed 8 February 2017).
2. Peer support in mental health and learning disability, Need 2 Know [online publication]. London: Mental Health Foundation; 2012.
(https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/need_2_know_peer_support1.pdf, accessed 14 February 2017).
3. Faulkner A, Kalathil J. The freedom to be, the chance to dream: preserving user-led peer support in mental health [online publication]. London: Together; 2012.
(<http://www.together-uk.org/wp-content/uploads/2012/09/The-Freedom-to-be-TheChance-to-dream-Full-Report1.pdf>, accessed 20 November 2018).
4. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry. 2014;13(1):12–20. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1002/wps.20084>.
5. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychiatr Rehabil J. 1993;16(4):11–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
6. Legere L. The provider's handbook on developing and implementing peer roles [online publication]. Western Mass Peer Network.
(http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 14 February 2017).
7. Christie L, Smith L, Bradstreet S, McCormack J, Orihuela T, Henar Conde et al. Peer2peer vocational training course [online publication]. Lifelong Learning Programme; 2015.
(https://www.scottishrecovery.net/wpcontent/uploads/2016/01/P2P_vocational_Training_Course.pdf, accessed 14 February 2017).
8. Mental health peer workforce study [online publication]. Adelaide: Health Workforce Australia; 2014.
(<http://docplayer.net/12619198-Mental-health-peer-workforce-study.html>, accessed 14 February 2017).
9. Vasconcelos E, Lotfi G, Braz R, Di Lorenzo R, Rangel Reis T. Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde; 2013.
(<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201701/20170123-160926-001.pdf>, accessed 19 April 2018).
10. Intentional Peer Support - what is IPS? [website]. West Chesterfield (NH): Intentional Peer Support; 2018.
(<http://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/>, accessed 20 November 2018).
11. Ochocka J, Nelson G, Janzen R, Trainor J. A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3 – A qualitative study of impacts of participation on new members. J Community Psychol. 2006;34:273–83.
12. Chinman M, George P, Dougherty RH et al. Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. Psychiatr Serv. 2014;65:429–41.
13. Resnick SG, Rosenheck RA. Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. Psychiatr Serv. 2008;59:1307–14.
14. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. Journal of Mental Health. 2011;20(4):392–411. Epub 19 July 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>.

15. Moran GS, Russinova Z, Gidugu V, Yim JY, Sprague C. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qual Health Res.* 2012;22:304–19.
16. Salzer MS, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J.* 2002;25(3):281–8.
17. Ratzlaff S, McDiarmid D, Marty D, Rapp C. The Kansas Consumer as Provider program: measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatr Rehabil J.* 2006;29(3):174–82.
18. Lawn S, Smith A, Hunter K. Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: an Australian example of consumer driven and operated service. *J Ment Health.* 2008;17(5):498–508.
19. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv.* 2011;62(5):541–4.
20. Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R, et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;March 28(3):CD004807. doi: 10.1002/14651858.CD004807.pub2.
21. Salzer MS. Consumer-delivered services as a best practice in mental health care delivery and the development of practice guidelines: Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania Best Practices Team Philadelphia. *Psychiatric Rehabilitation Skills.* 2002;6(3):355–82.
22. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J.* 2004;27(4):392–401. doi: <http://www.doi.org/10.2975/27.2004.392.401>.
23. Chinman M, Lucksted A, Gresen R, Davis M, Losonczy M, Sussner B et al. Early experiences of employing consumer-providers in the VA. *Psychiatr Serv.* 2008;59(11):1315–21.
24. Mead S. Intentional peer support: a personal perspective [online publication]. West Chesterfield (NH): Intentional Peer Support; 2010. (<https://docs.google.com/document/d/1cvaXwHk8yoj6HJyhrYqfjhPETWuqzgchkwGltoetTbQ/edit>, accessed 14 February 2017).
25. Former patient. Personal communication, Valle, Individualized peer support initiated by former patient in Madrid, Instituto Centta specialized clinic in Madrid, Spain. 2016.
26. Youth peer support in a mental health context. Evidence In-Sight [online publication]. Ottawa: Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health; 2016. (http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/resource/EIS_Youth_Peer_Support.pdf, accessed 22 November 2018).
27. Health Policy Project, Asia Pacific Transgender Network, United Nations Development Programme. Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2015.
28. Jones N. Guidance manual - Peer involvement and leadership in early intervention in psychosis services: from planning to peer support and evaluation (Technical assistance material developed for SAMHSA/CMHS). Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Publications; 2015. (https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-InvolvementGuidance_Manual_Final.pdf, accessed 18 November 2018).
29. Willging CE, Israel T, Ley D, Trott EM, DeMaria C, Joplin A et al. Coaching mental health peer advocates for rural LGBTQ people. *J Gay Lesbian Ment Health.* 2016;20(3):214–36.
30. Morris CW, Banning LB, Mumby SJ, Morris CD. DIMENSIONS: Peer support program toolkit [online publication]. Aurora (CO): University of Colorado Anschutz Medical Campus; 2015. (<https://www.bhwellness.org/toolkits/Peer-Support-Program-Toolkit.pdf>, accessed 14 February 2017).
31. Badege S. Personal communication. 2016.
32. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles, p. 9 [online publication]. Western Mass Peer Network; 2014.

- (http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf, accessed 8 February 2017).
33. National practice guidelines for peer supporters [online publication]. Sparta (MI): International Association of Peer Supporters (iNAPS); 2011.
(<https://na4ps.files.wordpress.com/2012/09/nationalguidelines1.pdf>, accessed 14 February 2017).
 34. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. BMC Psychiatry. 2015;15(285). doi: <http://www.dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>.
 35. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles, p. 35–37 [online publication]. Western Mass Peer Network; 2014.
(http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf, accessed 15 February 2017).
 36. Core competencies for health workers in behavioral health services [online publication]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2015.
(https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tacs/corecompetencies.pdf, accessed 15 February 2017).
 37. Legere L. The provider’s handbook on developing and implementing peer roles, p. 44 [online publication]. Western Mass Peer Network.
(http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 15 February 2017).
 38. Morris CW, Banning LB, Mumby SJ, Morris CD. DIMENSIONS: Peer support program toolkit, p.37 [online publication]. Aurora (CO): University of Colorado Anschutz Medical Campus; 2015.
(<https://www.bhwellness.org/toolkits/Peer-Support-Program-Toolkit.pdf>, accessed 15 February 2017).
 39. Legere L. The provider’s handbook on developing and implementing peer roles, p. 45-46 [online publication]. Western Mass Peer Network.
(http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 15 February 2017).
 40. Legere L. The provider’s handbook on developing and implementing peer roles, p. 55 [online publication]. Western Mass Peer Network.
(http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 15 February 2017).
 41. Legere L. The provider’s handbook on and implementing peer roles, p. 55–56 [online publication]. Western Mass Peer Network.
(http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 15 February 2017).
 42. TOPSIDE [website]. Brussels: Training Opportunities for Peer Supporters with Intellectual Disabilities in Europe
(<http://www.peer-support.eu/about-the-project/>, accessed 15 February 2017).
 43. Shah C. Personal communication, case study, QualityRights Gujarat project, India. 2016.
 44. Peer Support Resource Manual [website]. Victoria: British Columbia Ministry of Health; 2001.
(http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2001/MHA_Peer_Support_Manual.pdf, accessed 15 February 2017).
 45. Evidence for peer-run crisis alternatives [website]. Lawrence (MA): National Empowerment Centre (NEC); 2013. (<http://power2u.org/evidence-for-peer-run-crisis-alternatives/>, accessed 15 February 2017).
 46. Ostrow L, Hayes SL. Leadership and characteristics of nonprofit mental health peer-run organizations nationwide. Psychiatr Serv. 2015;66(4):421–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400080>.
 47. Enhancing the peer provider workforce: recruitment, supervision and retention, p. 1 [online publication]. Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD); 2014.

(https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Assessment%201%20-%20Enhancing%20the%20Peer%20Provider%20Workforce_9-15-14.pdf, accessed 15 February 2017).

48. Experts by experience: guidelines to support the development of peer worker roles in the mental health sector, p.14 [online publication]. Edinburgh: Scottish Recovery Network; 2011. (https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2011/09/srn_exe_form.pdf, accessed 15 February 2017).
49. Hendry P, Hill T, Rosenthal H. Peer services toolkit: a guide to advancing and implementing peer-run behavioral health services [online publication]. Albuquerque (NM): The College for Behavioral Health Leadership and Optum; 2015. (http://www.mentalhealthamerica.net/sites/default/files/Peer_Services_Toolkit%2042015.pdf, accessed 15 February 2017).
50. Ellison ML, Mueller L, Henze K, Corrigan P, Larson J, Nathaniel Ezra Kieval et al. The Veteran Supported Education Service Treatment Manual: VetSEd [online publication]. Bedford (MA): ENRM Veterans Hospital, Center for Health Quality, Outcomes, and Economic Research; 2012. (http://www.queri.research.va.gov/tools/vetsed/VetSEd_Manual.pdf, accessed 15 February 2017).
51. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J*. 2001;25(2):134–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095032>.
52. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. 2014;103:126–33. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032.
53. Donald CA, DasGupta S, Metzl JM, Eckstrand KL. Queer frontiers in medicine: a structural competency approach. *Acad Med*. 2017;92(3):345–50. doi: 10.1097/ACM.0000000000001533.
54. Kirmayer LJ, Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(6):759–76. doi: 10.1177/1363461514557202.
55. Jones N. Guidance manual - Peer involvement and leadership in early intervention in psychosis services: from planning to peer support and evaluation (p. 94–95) (Technical assistance material developed for SAMHSA/CMHS). Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Publications; 2015. (https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-InvolvementGuidance_Manual_Final.pdf, accessed 18 November 2018).

世界保健機関（WHO）クオリティ・ライツ（QualityRights）トレーニングおよびガイダンス・モジュールは、良質なメンタルヘルスおよびソーシャルサービスと支援を提供し、さらに心理社会的障害、知的障害または認知障害を持つ人々の権利を促進するために必要な知識と技能に焦点を当てています。

実施、プレゼンテーション、ケースシナリオ、広範なディスカッションやディベートを通じてクオリティ・ライツ（QualityRights）のトレーニング・モジュールは、あらゆる国の関係者が直面しているいくつかの重大な課題を解き明かしています。例えば

- ・たとえ困難な状況にあっても、人々の意思や嗜好を尊重するにはどうすれば良いか？
- ・人々の安全を確保すると同時に、治療や人生、運命を決定する一人ひとりの権利を尊重するにはどうすれば良いか？
- ・隔離や拘束をなくすにはどうすれば良いか？
- ・自分の意思を伝えられない人がいる場合、意思決定支援アプローチはどのように機能するのか？

クオリティ・ライツ（QualityRights）ガイダンスモジュールは、トレーニング教材を補完するものです。「市民社会組織とアドボカシー」のガイダンス・モジュールは、各国における市民社会運動が、インパクトのある持続的な変化を達成するため、メンタルヘルスおよびソーシャルセクターで、人権に基づくアプローチを提唱するためにどのように行動を起こすのかを示すガイダンスをステップ・バイ・ステップで提供しています。

「1対1のピアサポートとピアサポート・グループ」のガイダンス・モジュールは、これらの重要であるが見過ごされがちなサービスを効果的に立ち上げ、運営する方法について、具体的なガイダンスを提供しています。

ISBN 978-92-4-151678-5

