RPJ News

2026 年 10 月号

特定非営利活動法人（NPO法人）
精神保健福祉交流促進協会 Refresh Project
〒130-0001 東京都墨田区吾妻橋2-17-7-801
毎月1回発行
発行責任者：志井田美幸/ 長野敏宏/ 仁木守
E-mail ref-pj@mx5.ttcn.ne.jp

ホームページ http://www2.ttcn.ne.jp/ref-pj/

内 容

＊ ヴィレッジセミナー報告 特別編
◎ ヴィレッジは日本で機能するか
デービッド・ピロンさん

＊ ヴィレッジセミナー報告 特別編

今まで何度もヴィレッジの報告をさせて頂き、現在は記録の残る最も古い 2004 年報告の途中ですが、今回は特別編としてヴィレッジ設立の企画段階から携わり後に親組織の最高責任者となるデービッド・ピロン氏が、谷中先生を筆頭に 10 回もヴィレッジを訪問している日本人を念頭に、ヴィレッジの理念から「ヴィレッジは日本で機能するか」という言葉を 2003 年に頂きましたので、掲載させて頂きます。事務局

◎ ヴィレッジは日本で機能するか

デービッド・ピロンさん[注1]

■はじめに



毎年世界中から多くの方々がヴィレッジに来ます。その中にはソーシャルワーカーや経営管理者、家族、行政関係の職員などがいて、精神障害者に対する、従来とは異なったサービス提供について学んでゆきます。正直なところ、私は皆さんがヴィレッジに対して多大な興味を示していることに、いまだに驚いています。一番の驚きは日本の皆さんにヴィレッジについて話をするときです。日本とアメリカの言語や文化の大きな違いを超えてもなお魅力的なヴィレッジとは何か、と私はしばしば自分に問い掛けてしまうほどです。

本当にこのように言うと驚くかもしれませんが、私はときどき、言語や文化の壁を想定することさえせずに、「アメリカでヴィレッジは機能するか」という問い掛けをしてもいいのではないかと感じるのです。アメリカの精神保健制度に携わっている行政官や関係者から、自分達の地域社会でヴィレッジのプログラムが実施できるかどうかについて意見を求められることが度々あります。また、**PACT**〔注2〕あるいは**ファウンテンハウス**〔注3〕といった、よく知られているモデルとヴィレッジ・モデルとの比較についてもよく質問されることがあります。そしてこれらのモデルに比べてヴィレッジがどういう点で優れているのか（あるいは劣っているのか）、さらに、ある地域社会がなぜ他のモデルではなくヴィレッジ・プログラムを取り入れているのかということについても説明を求められることがあります。

そのようなとき、私達が作ったプログラムについてつい防御の姿勢をとってしまいがちですが、聴衆の中にはプログラムの中に欠点を見つけたいというわけではないにせよ、なぜ自分達の地域社会の中にヴィレッジを作ることが出来ないのか、と問いただしたい人もいるように感じます。このように感じたことが度々ありましたので、私はヴィレッジとは何かを紙面の上で説明しようとしてきました。そうすれば他の地域社会や他の国がヴィレッジ・プログラムを取り入れる際に、従来のやり方をどのように変えていく必要があるか、またどのような進歩が期待できるかを知ることができるでしょう。

■モデルと反モデル

現在アメリカでは、精神保健制度の今後のあり方や精神障害者への基金サービスについてさかんに議論がされています。家族を中心とした支持グループ **NAMI**〔注4〕は、その影響力を生かして国や州政府が精神保健のサービス提供者らに PACT プログラムだけを実施させるべきだという考えを推し進めてきました。NAMI の議論によると、PACT の基準でプログラムが忠実に実行されればされるほど、精神障害者によりよい結果が出ていることが科学的に立証されています。皆さんは想像できると思いますが、このアプローチは PACT 以外のモデルに基づくプログラムの間で相当な物議をかもしました。それに対して**IAPSRS**〔注5〕は“The Single Model Trap”(『ひとつのモデルという落とし穴』)と題した声明書を発表したのです。この中で著者は精神障害者の回復とリハビリの成功には多くのアプローチがあることを指摘しています。ひとつのモデルだけに焦点を当てることには 2 つの大きなリスクがあるのです。

1. ひとつの選ばれたモデルに適さない多くの当事者がいるということと、それが患者側の選択によって選ばれた治療法ではないということ。
2. ひとつのモデルだけを固守することにより、革新的なモデルの出現が阻まれてしまうこと。つまり、私達が既存のモデルに忠実にありつづけ、それだけに焦点を当ててしまうと、新しい、創造的なアプローチを発見することが難しくなるということ。

ヴィレッジはもともと多くのケアのモデルやケアへのアプローチに由来しています。中でも ACT モデルと PRS〔注6〕モデルに重点を置いていますが、私達は他の多くの方法やモデルからも良いものを取り入れ、修正や併合をしながら独自のものにしてきました。ですから、ヴィレッジ自体が実に反モデルなのです。ある特定の 1 モデルに準じるというよりもむしろ、ヴィレッジで私達が目指しているのは、主義や価値観のフィルターを通して私達の実践とプロセスを常に検討することです。私達は、地域の状況を考慮することにより、この主義や価値観が治療プログラムの中に生かされる方法に修正を加えなくてはなりません。

■ ヘルスケアの再計画と改善に向けた IOM〔注7〕のルール



では、私達が精神保健サービスを行う上で基本となる主義や価値観とは何でしょうか。近年アメリカでは IOM 出版の“Crossing the Quality of Chasm：A New Health System for the 21st Century”(『大きな隔たりを越えて：21 世紀への新しい保健制度』)という研究報告書が大変注目を集めています。この本は身体のヘルスケアに焦点を当てていますが、そこで報告されていることや勧められていることは精神保健にも当てはまるものが多いと思います。第 4 章「ケアの再計画と改善のための新しいルールを作る」で著者は、患者のニーズによりかなった保健制度を作るための 10 の基本ルール(私はこれを 10 の原則と呼びます)を挙げています。特定のプログラムを模倣したり、特定のモデルの標準に固守したりするよりも、精神保健のプログラムと制度は、その実践と手順がこれらの幅広いルールにそって調整される度合いを検討した方がいいのです。では、残りの時間を使って IOM のルールについて幾つか触れながら、私達がヴィレッジでそのルールをどのように取り入れてきたかを説明したいと思います。

■ ルール 1：常に治療上の信頼関係を基本にしたケア

アメリカでビジネスを成功させるための 3 つの大切なカギは、一に場所、二に場所そして三に場所、という表現があります。これと同様に、精神保健プログラムを成功させるための3つのカギは一に信頼関係、二に信頼関係そして三に信頼関係であると言えます。興味深いことに、ほとんどの心理療法の教科書の最

初のパラグラフのところに、クライアントと治療者の信頼関係を築くことがいかに大切であるかが書かれています。しかしながら、残念なことに、どのように信頼関係を築くかについてはほとんど書かれていません。教科書を読んでいると、私達が本来の仕事をするのに欠かせない信頼関係の状況を作ることは、至極簡単なことであるかのように思えてしまいます。

では、この信頼関係を通して行われるべき私達の「本来の仕事」とは何でしょうか。一般的に、本来の仕事とは、介入と治療（投薬、精神療法、技術訓練）です。私達はそれらを用いて、私達のメンバーの働きや行いを変えさせるのです。具体的には、症状を軽くし、薬物やアルコールを止めさせ、社会との相互関係を良くさせる、などといったことです。しかしながら、本来の仕事の単なる補助とされていた信頼関係が精神保健制度の中に重大な問題を提起してきたことが明らかになりました。最も重要な問題は、提供者とメンバーの関係が、最悪の場合本来の仕事に対する障害物として、良くても必要悪として耐えなければならないものとして、見られるようになってきたことです。

治療上の信頼関係に対するこのような問題は、日々行われる精神保健プログラムに、様々な形で明確に示されています。例えばアメリカのほとんどの公的な精神保健クリニックでは、精神科医の時間を最も効率よく使うためにスケジュールを詰めて組んであります。これでは医師が患者の症状や副作用についてしか集中できないという結果に終わってしまいます。この状況において、医師は患者の長所や能力について知る機会はほとんどありません。

しかしながら、IOM のルールが示している通り、スタッフとメンバー、あるいは医師と患者の信頼関係というのは目的達成のための手段ではなく、目的そのものだと考えなければなりません。IOM によると「ヘルスケアの成果は訪問や出会いではなく、患者さんが信頼のおける情報や必要とするサポートを得ることができるような治療上の信頼関係にあるのです」。21 世紀のヘルスケアシステムにおいて、信頼関係は根本的に違った方法で理解されなければなりません。信頼関係とはケアの代価ではなく、ケアそのものであるからです（Barwick,1999）。不信感をもっている患者さんは、私達に機会を与えてくれるのであり、負担を与えているのではありません。この法則をヴィレッジではどのように取り入れたのでしょうか。

■ ハイリスク・ハイサポート



ヴィレッジでは、私達が「ハイリスク・ハイサポート」と呼んでいる信頼関係に基づく環境作りを目指しています。これは、ただ単にメンバーの病気への介入に基づく関係ではありません。メンバーが精神障害を持った人間以外の役割を果たせるようサポートする関係です。

まず、メンバーが初めて独立して暮らしたり、仕事に応募したり、大学のクラスに入ったり、誰かをデートに誘ったりすることなどを思い切ってやってみるように勧めます。スタッフや他のサポートメンバーは、彼（女）らが行動し、自然の成り行きに直面するのを見捨てず、支えなければなりません。ハイサポートの重要な特徴は、自然の成り行きを阻んだりすること、メンバーが良くない決断をしないようにすることではないということです。

ひとつ例をとってお話しましょう。アメリカでは製薬会社が抗精神病薬を製造する際に、被験者になるメンバーに対して何千ドルも支払います。最近１人のメンバーが、この被験者になることでお金を稼ぐ機会を見つけました。新薬を試用するに先立って 5 週間は他の抗精神薬を服用してはなりません。このメンバーはこの被験により、ひどい妄想や幻覚が現れ、長い間入院しなければなりませんでした。その後、彼の行動にはたいした変化はなく、7月１日現在、彼は新しい薬を服用し始めてから 2 か月になります。しかし、このことをスタッフがどれだけ心配したことか、想像できるでしょうか。

ここで指摘したいことは、私はこのメンバーが薬の治験を支持していないということです。2、3 千ドルのた

めに健康を危機にさらすのは良い選択だとは思いません。私達はこのリスクについてこのメンバーと再検討しました。ですが、彼の行動を断念させることはできませんでした。しかしながら、私達は彼にさらに多くのサポートをすることができたし、彼の行動の変化をどのように見守って行くかについて話し合うことができます。このケースは「失敗」の可能性が非常に高いものでした。しかし、このメンバーは自分達の人生の危機に対処して不安を克服する方法を学んだ良い例でもあります。どんな特殊な状況においても、成功・失敗に関わらず、スタッフによるよりハイサポートの関係があるからこそ、メンバーは危険（ハイリスク）に立ち向かっていけます。それをなくしては人間としての成長はありません。ハイサポートの関係の状況においては、ほとんどあらゆることへのチャレンジが可能なのです。

■ ルール2：患者のニーズや価値観に基づいた特別仕立てのメニュー・アプローチ

1980 年代半ば、分裂病を持つ青年の父親が、息子が治療を受けているロサンゼルスのクリニックから電話を受けました。その電話は、息子の治療について話をしたいのでクリニックに来て欲しいという内容のものでした。そしてスタッフは父親に、そのクリニックだけではなくロサンゼルス郡のどの精神保健制度も彼の息子の治療のニーズを満たすことができないと話しました。理由を尋ねると、その息子は集団の中でじっと座っていることができないからとのことでした。1980 年半ば、ロサンゼルス郡の精神保健局が設けていたのは、集団精神療法団体しかありませんでした。つまり、もしあるメンバーがその団体を利用できなかったとしたら、彼（女）にしてあげられることは何もなかったのです。

ロサンゼルスの人口を考えると、この発言は非常に驚くべきことです。これほどの規模の郡が、集団の中でじっと座っていることができないという理由からサービスが提供できないというのです。これは、サービスを受けるはずの人々のニーズや価値観にプログラムやサービスを適合させることができないという、精神保健制度の無能さを厳しく指摘するものです。

この経験は、その父親が 1989 年にヴィレッジを創設するカリフォルニア法令の支持者になるきっかけとなりました。

私がこのような話をするのは、ロサンゼルスの精神保健局が特異だと言っているのではありません。ロサンゼルス郡の精神保健制度の中で、特別なサービスそのものの欠乏から、おのずと表れている一般的習慣をひとつ例示しましょう。メンバーはサービスを受ける際に、あらかじめ必要であると決められた「段階的」アプローチに従います。この従来型のアプローチでは、メンバーはいつもステップ1から始め、続いて次のステップ、というふうに、すべてのステップを順番通りに進めていかなければなりません。もう少し上のレベルから始めたり、必要でないものを飛ばしたりすることはできません。

基本的に、このアプローチの構造は私達の教育制度のそれと同じものです。しかし、このような教育方法の是非は別として、このアプローチは精神保健のサービスで用いる方法としては最悪であると言わなければなりません。私達のメンバーは、年齢、人種、教育、経験において、はるかに多様性に富んでいるからです。私達のメンバーの人口構成の多様性や、彼（女）らの目標や必要性の個別性を考えると“One size fits all”（「ひとつのサイズで全てに合わせる」）に基づいたアプローチがうまくいかないのは当然です。

治療は、患者の価値観や、価値観に伴う必要性や目標によって多様化されなければなりません。ヴィレッジにおいて、特別仕立ての治療を遂行する基本的な方法は、私達が「メニュー・アプローチ」と呼んでいるサービスです。私達は「レストラン」をイメージしています。パーソナルコーディネーターと呼ばれるケースマネジャーはウェイターやウェイトレスであり、サービスの内容はメニューの様々な品目であり、メンバーは自分達が良いと思うものを選ぶ顧客としてイメージされます。

どこのレストランでも、いつでも自由にメニューから選ぶことが出来るように、ヴィレッジでは、メンバーが従わなければならない条件もなければ、あらかじめ決められた、要求される「ステップ」もありません。メニューには、ヴィレッジのメンバーができる様々な就労の選択肢が書かれています。具体的なものから漠然としたもの、難しいものから易しいものまで、幅広い選択肢があります。このメニュー・アプローチを成功させるカギ

は、できるだけ多くのメンバーが目標を達成できるように、広範囲の選択肢を提示することです。

では、メンバーが必要とするサービスがメニューの中にないときはどうしたらよいでしょうか。そのような場合、その機関には二つの選択肢があります。

1）その品目を自分達の組織のメニューに追加する。

2）すでにその品目をメニューの中に持っている別の機関にメンバーを送る。

その機関がどちらの選択をするかはいろいろな事情によると思いますが、その中で最も重要なもののひとつに経費の問題があります。自分でサービスを提供する方法が経済的か、あるいは外部の機関にサービスを下請けしてもらう方が安上がりか、という問題です。もうひとつの事情は、欠けているサービスがその機関のアプローチの「中心的要素」として考えられるかどうかという問題です。例えば、ヴィレッジでは個人の、あるいはグループのサイコセラピーはあまり多くありません。従って、メンバーが insight-oriented psychotherapy を受けた方がよいと考えた場合、彼（女）のために、私達は外部の機関からそのサービスを買い取ります。なぜなら、私達がヴィレッジで奨励しているアプローチは、地域・社会モデルに基づくものであり、個人・治療モデルに基づくものではないからです。私達のスタッフにサイコセラピーをさせるということは、ヴィレッジのアプローチを根本的に変更させてしまう恐れがあるのです。

ヴィレッジで私達は、生活領域の全ての質において、メンバーのために似たようなメニューを幾つも作ってきました。住宅の選択肢のあるメニューや社交やレクリエーションの選択肢のあるメニューなどもあります。では、薬物・アルコール依存症のメンバーの必要に応じるために発展させてきた、住宅の選択肢を一例として取り上げてみましょう。私達の住宅関係のコーディネーターは、大家さんとの間に良い関係を築き、薬物乱用者にありがちな問題（深夜の訪問客や売春婦など）を忍耐強く見守ってくれるようにお願いしたのです。もしもメンバーがアパートに損傷を与えた場合、その修理費の一部を負担するという契約を大家さんと結んだこともあります。こうした例は、ホームレスになるか、または費用の高い施設に入るか、という二者択一的選択に代わるべき手段を、私達が開発したことを示しています。多くのメンバーはいまだに薬物やアルコールをやめたがらないし、多くのプログラムは「このような人達はまだサービスを受ける準備ができていない」と言って拒否しています。たとえメンバー自身のやる気がないとしても、私達には最善を尽くす責任があると考えているので、私達のサービスは自分の回復に積極的になっている人達だけのものではありません。そのような人達にサービスを提供するのは易しいことです。困難なのは、感謝の気持ちがなく、反抗的で、動機に欠けている人々を相手にするときのことです。私達スタッフにとっては大変な課題です。一方、相手の方でも、私達が引き続き自滅行為や自殺行為の機会を与えるのではないかと恐れています。私達の課題としては、メンバーの必要に応じた、特別仕立てのサービスを提供しながら、それと同時に、彼（女）らの行動の自然の成り行きに対して、彼（女）ら自身で責任を負わせることです。

■ ルール3：主導権は患者側にあるべき



私達のトレーニングのある時期、多くのスタッフは患者との専門的な関係において主導権を取らなければならないと思っていました。私達は自らの役割を、助言や治療の介入の形で知識を分け与える「専門家」として考えるようになっています。主導権を取ることは極めて自然なことであり、それをしないことはあたかも責任放棄のように感じられます。

この主導権を取るという主張は、精神保健環境の中で様々な形で表れています。例えば、メンバーは自分の治療の記録を見るのにしばしば許可を得なければならないし、いつどこでサービスを行うかなどの決定権は専門家の方にあります。一般的に、私達専門家の方がメンバーの達成に関して何が現実的であるかを決定しています。もしメ

ンバーの希望や夢が現実的な範囲を超えるものであったなら、私達は巧妙で且つ明白な手段を使って、そのような非現実的な夢や希望を追い求めることを思いとどまらせるでしょう。

俳優になりたかったヴィレッジのメンバーの例を取ってみましょう。ところで、ロサンゼルスでは殆どの人が俳優になりたがっていることを、まず頭に入れておいて下さい。ヴィレッジの誰もこのメンバーが俳優になれるとは思っていませんでした。そこで、彼の俳優になるという夢をあきらめさせ、彼に違った仕事をするように提案しました。

しかしながら、彼は俳優になること以外、全ての提案を拒否したのです。そんなある日、TVコマーシャルを作る撮影班のプロデューサーがやって来て、ヴィレッジの建物の前を使わせて欲しいと言いました。私達就労部門のディレクターは、その申し出に 2 つの条件を出しました。ひとつは、撮影班がヴィレッジの賄い業者である「デリー」を利用すること。もうひとつは、コマーシャルの中にエキストラとしてヴィレッジのメンバーを使うこと。

驚いたことに、プロデューサーはこの2つの条件に同意し、私達のメンバーは俳優として、彼の最初の仕事を獲得したのです。これはほんの始まりでした。その経験が好結果につながったのです。その後、彼はコマーシャルと映画のエキストラの仕事を幾つかもらうことができました。

しかしながら、さらに興味のあることは、この仕事を通して他の俳優と相互に関係を持つ機会が彼に与えられたことです。彼は、仲間の俳優達から大変重要なことを学びました。彼の知っている殆どの俳優達は、生活のために他にも仕事を持っていたのです。彼(女)らは皆、ウェイターや、ウェイトレスの仕事をしていたのです。このとき、まるで神の啓示があったかのように、メンバーは俳優以外の仕事をする気になったのです。結局、私達は彼にレンタカーの仕事を見つけてあげることが出来ました。

私達はこの経験から 2 つの教訓を学びました。ひとつは、たとえ専門的な知識と経験を持っていたとしても個々のメンバーの現実が何であるか、私達は決して分からない、ということです。もうひとつは、メンバーが自分達の可能性と限界を知り、それを受け入れられるようになるのは経験を通してしかありえない、ということです。このような理由から、特別な場合を除いて、専門家とメンバーの力関係の主導権はメンバーの方にあるべきだ、と IOM は主張しています。上述のメンバーが、スタッフの提供した(仕事の)情報を有効に使うことが出来るようになったのは、スタッフがメンバーとの関係における主導権を断念した後のことなのです。

事情を知らされない患者が自分のケアに積極的に参加するとき、より良い結果が得られ、経費も少なく、より効果があるというのは科学的に証明されていることです。1983 年から 1993 年にかけて、医者と患者との間の良いコミュニケーションが、乳ガン、糖尿病、胃潰瘍、高血圧、頭痛、の患者の健康状態に影響を与えるかどうか調査した 21 の研究報告によると、16 件が大変強い影響を与える、4 件が影響を与える(が、重要ではない)、1 結論に達しない、という結果が出ました(Stewart,1995)

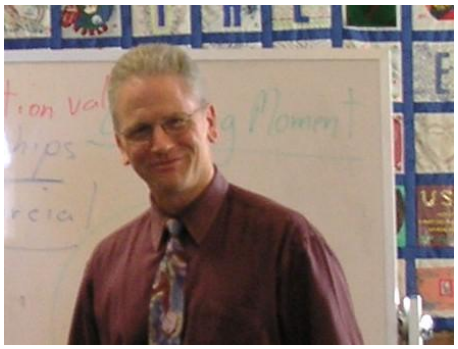
興味深いことに、私がこれまで話してきたストーリとは異なり、メンバーはしばしば専門家との関係の中から協力することを好みます。こうした例は私達がヴィレッジを始めたときに頻発しました。初期のころ、私達はメンバーにどのようにして生活を変えたいかと質問すると、彼(女)らの多くは、自分達の生活に大きな変化を与えることについて考えるのに困難を感じるようでした。「精神科医に会うのを、ひと月に1回の代わりに 2 回にできますか？」というような、ごく小さな変化しか望みませんでした。

このことは、メンバーに主導権を取らせるということが如何に難しいかを示しています。ある研究によれば、患者が自分自身のケアに、医師のパートナーとして参加しなければならないことを学ぶには時間がかかり、その新しい役割を身につけるためにはコーチが必要だそうです。

ヴィレッジでは、まさにその通りなのです。ある一定のメンバーは、自分のケアについて主導権を取ることを頑なに拒否しています。でもこれは驚くに値しません。何よりも、長期間施設に入っていたメンバーは、自分の生活において自分で主導権を取ったり自分で決定を下したりする能力がない、と思わされてきたからです。

実際にメンバーに主導権を取らせるということは、言葉で言うほど簡単なことではありません。さらに重要なのは、彼（女）らが患者以外の役割を持てるように勇気づけてあげることです。そして、そのような機会の場を提供してあげることです。そうすれば彼（女）らは、実際に主導権を取る訓練をしながら、人生には成功も失敗もあるという経験を積むことができるはずです。但し、私がここで言いたいのは、メンバーに無理やり物事の決定を下させる、ということではありません。むしろ、メンバーが専門家との関係の中で望んでいる程度の主導権で構わないので、それを認めてあげるべきだと言いたいのです。こう言った後で私は信じたい。専門家として絶えず患者との関係の、さらには彼（女）らの人生の、主導権を取ることが私達の責任であると。

■ 結論として



私がこれまで話してきたことからも分かるように、ヴィレッジが日本で機能するかという質問よりも、IOM の“Crossing the Quality of Chasm”が描いている原則を私達の精神保健組織がどのようにしたら確実に具現化できるかを、私達は皆尋ねるべきです。ハイリスク・ハイサポートの関係、特別仕立てのサービスを提供するメニュー・アプローチ、メンバーに対して快く主導権を与える姿勢、などといった実践を通して、ヴィレッジが IOM の原則をどのようにして実行に移しているかを、私は示してきました。重要なのは、他のプログラムや組織が、これらのルールを実行に移す際、自分達の地域社会の事情に応じて、それぞれ異なる方法を見つけてもいい、ということです。日本の地域社会ではアメリカのそれの場合とは違った困難や障害があるでしょう。しかしながら、もし私達が実現されなくてはならない基本的原則に同意し、障害を乗り越えられる、精神保健のプログラムや様式を作り上げるという目標に忠実でありさえすれば、結果として生じてくるプログラムや組織は、スタッフとメンバーの両方をエンパワーするものになるでしょう。

有り難うございました。

[注1] **デービッド・ピロン（David Pilon）**

□1976 年カリフォルニア州立大学心理学専攻主席卒業。1981 年ハーバード大学社会心理学博士号修得。1999 年 Behavioral Management を修得。卒業後、マサチューセッツのルネッサンス・プログラム、社会復帰施設、ポートステイのディレクターとして働く。1989 年、LA精神保健協会に招かれ、地域社会サービスのディレクターとしてヴィレッジ設立の企画案に携わる。ザ・ヴィレッジのトレーニング、コンサルティング、成果と結果のリサーチディレクターとして活躍。専門は心理社会的リハビリテーション。後にバンホーン氏の後任としてヴィレッジの親組織であるロサンゼルス郡精神保健協会の責任者となる。

[注 2] **PACT（Program of Assertive Community Treatment）**

□ウィスコンシン州マディソンで始められた積極的な訪問による包括的ケースマネジメント・プログラム。積極的地域治療プログラムと訳されたこともある。アメリカのひとつの実践モデルとなり、他の地域では ACT として実践されている。PACT と呼ばれるのは、最初に開発されたプログラムだけである。日本では、平成 15 年から ACT-J(アクトの日本版)が開始されており、最初の報告会が平成 15 年 6 月 29 日に東京で開催されて、大きな関心を集めている。

[注 3] **ファウンテンハウス（Fountain House）**

□ニューヨークにある、世界初の当事者参画によるクラブ・ハウス型リハビリテーション施設。

［注 4］ **NAMI（National Alliance for the Mentally Ill）**

□全米精神障害者同盟。アメリカの精神障害者の家族会の連合、日本の全家連のような活動体。

［注 5］ **IAPSRS**

（International Association of Psychosocial Rehabilitation Services）

□国際心理社会的リハビリテーション・サービス協会

［注 6］ **PRS（Psychosocial rehabilitation service）**

心理社会的リハビリテーション・サービス

［注 7］ **IOM（Institute of Medicine）**

米国医学研究所

◎ ヴィレッジ写真







