

リカバリー概念再考

—英国の精神科医療における Recovery College を例として—

山田理絵

1. はじめに

かつて、精神疾患から回復するということは、その症状が完全に消失することを意味しており、患者が病気以前の自分を取り戻し発症前の生活に戻ることでと考えられていた。しかし、ある時期からこの「回復」に関する捉え方には問題があるということが、主に慢性の精神疾患であると診断された人々⁽¹⁾によって主張されるようになった。このような動きは、精神科医療における「リカバリー運動 (recovery movement)」と呼ばれ、その中心的な主張を反映するための精神科医療改革は「リカバリー中心の (recovery oriented)」実践へ向けた改革などと言い表される。この運動は、1970年代ごろから徐々に活発化し、身体障害者による社会運動、消費者運動、精神科医療の脱施設化運動などと相互に関連しながら、1990年代には米国、英国、ニュージーランドを中心として拡大していった⁽²⁾。

「リカバリー運動」を推し進めた精神疾患の当事者たちの主張は、たとえ病気の症状が残っていたとしても「回復」することは可能だということであった。その前提として、彼らにとっての「回復」とは、専門家が用いる客観的な診断基準によって判定可能な、ある共通の基準を満たすような状態のことを指すのではなく、ひとりひとりの当事者、それぞれの主観に左右されるようなもので個別に異なる状態を指していると捉えられてきた。このように、何を「回復」と考えるかは個人によって異なり、医学的には症状が残っていても、そのことが直ちに未回復の「患者」だとは言えないということを主張した。彼らは、病気を自分の一部として引き受けつつ、自分らしい人生を送るプロセスそのものが「回復」であると主張してきたのである。この考え方は、やがて専門家にも影響を与えるようになった。具体的には、精神科医療に関する政策や、医療実践に反映されてきたほか、複数の精神保健福祉プログラムの体系化という形で具体化されてきた。

本稿では、このような「回復」についての思想的転換を背景に、2000年頃から、精神科医療システムの改革を行ってきた英国に焦点を当てる。特に、その改革の一環として運営されてきた、精神保健福祉プログラムである「リカバリー・カレッジ (Recovery College)」を取り上げ、その成立と特徴的な取り組みを紹介したい。このプログラムは、近年、日本の精神保健福祉の領域でも注目を集めて

おり、精神保健福祉士の助川征雄（助川2012; 2013）や添田雅宏（添田2015）により歴史や現状の報告がなされている。また、プログラム内容を日本の自助グループにおいて実践する試みも行われており、東京都三鷹市の「巣立ち会」では、リカバリー・カレッジの実践・相互交流が行われている（社会福祉法人巣立ち会 巣立ち風編 2013）。次節ではまず、「回復」概念の転換とは何か、ということを見てみたい。

2. 「回復」概念の転換

2-1. 「回復」の語り

身体的な疾患から「回復」する体験はその当事者たちによってどのように語られているのだろうか。この問いについて、医療社会学者のアーサー・W・フランクは、社会に流通する「回復」の語りにはいくつかの形式があり、その中で支配的な形式は「原状回復（restitution）」の語りであると指摘した。

フランクによると、近代医学の発展した時代に生きる人々にとって「病気から回復した状態」とは、病気の「始まり以前の状態、つまりは「新品になったみたいに調子がいい」状態、あるいは旧状（status quo ante）に復帰すること」（Frank 1995=2002: 130）だと考えられている。言い換えれば、「回復の物語（the restitution narrative）」には、あたかも人間がモノの如く元の状態に戻るかのような「修復可能な身体」がイメージされているという。わたしたちの社会には、こうした身体観が埋め込まれた、「回復」の物語があふれているのだ。さらに、この物語が繰り返し語られることによって、「故障は修復されうるものだということを確認する作業」（Frank 1995=2002: 130）が反復され、人々は一層強固に思考や語りを拘束されるという。

しかし、病いを患った全ての人々が restitution としての回復に至るわけではない。フランク自身が、心臓発作と癌という「一命にかかわる病い」（Frank 1995=2002: 266）に罹患したように、突然の死に見舞われる可能性のある病気や、現代の医学では完治に至るまでの治療法が確立されていない病気も多数ある。また、仮に危機的な状態を脱したところで、一生服薬や定期的な検査をしなければならぬ場合もあるし、後遺症が残ったり、再発の可能性が残されたりする場合もある。これらの場合を考えたとき、restitution できない人々はもはや、病気になる前に思い描いていた日常を永遠に失うことになる。このことについてフランクは、慢性疲労症候群の女性とのやり取りを通して、「重い病いにかかるということは、かつてその病む人の人生を導いていた「目的地や海図」を喪失するということである」と述べている。つまり、restitution としての回復という考え方が社会に支配的である限り、日常の様々な局面で、病気の人々の世界とそう

でない人々の世界は、決定的に二分されるのである。

2-2. 精神疾患からの回復

フランクが身体疾患からの「回復」について論じたのと同様に、精神疾患からの「回復」もまた、*restitution* を意味していた。つまり、精神疾患の症状が消失し、発症前の生活に戻るものが「回復」の条件であったのだ。また、重篤な精神疾患に罹患した患者は、「回復」することはないだろうと考えられてきた (Roberts and Wolfson 2004: 37)。したがって、かつて重篤な精神障害であると診断されることは、患者にとって、残りの人生を患者として過ごすほかないことを宣告されることであり、その経験は患者に深い絶望をもたらすものであった。例えば、臨床心理士のディーガンは十代のころに統合失調症であると診断されている。その時の記憶を、身体障害者のある男性が障害を負った際の記憶と重ね合わせて、次のように回顧している。

「十代のとき、私たちは治ることない病弊を持ち、これからの人生で私たちはずっと「病者」もしくは「障害者」であると告げられた。私たちは、もし勧められる治療やセラピーを続ければ、日ごとに「順応」し、「うまく処理する」ことを学ぶことができると告げられた。」 (Deegan 1988: 12)

このように、ディーガンは十代で「統合失調症」と診断され、しばらくの間、もう自分は二度と「回復」することないと考えていた。しかし、彼女は一進一退を繰り返し、臨床心理学を学び、資格を取得し、働き始めるに至った。心理学の専門家となったディーガンは自身の病いの物語を記し、自身の「回復」の経験を述べた。ディーガンによると、その経験は、リハビリテーションとも異なるものであると分析した。このディーガンの語りは、当時の研究者たちに大きな影響を与えると同時に、似たような状況にある人々が経験を語りだす契機にもなった。一連の、精神疾患の当事者による経験の語り (*first persons accounts*) は、当時 *restitution* とほぼ同義に使用されていた *recovery* の定義を大きく揺るがしたのである (McCranie 2011: 474-475)。

これまで、精神科医やコメディカルたちは、一方で自分たちの役割について検討をかさねて変化をし、他方で新たな治療法や医療サービスの提供方法を生み出してきた。医学、医療の「進歩」として取り上げられるのは、このような、医療サービスの供給者のみであったが、「リカバリー運動」が拡大したことにより、患者・医療サービスの受け手もまた、自らの役割を変化させる方向へと動いてきたということが明らかになったのだ (Roberts and Wolfson 2004: 37)。

3. リカバリーの再定義

3-1. リカバリーの意味

では、再定義された *recovery* とはどのような内容なのだろうか。その定義として広く受け入れられてきたのが (Roberts & Wolfson 2004: 39)、精神障害のリハビリテーションの現代的な運動の創始者のひとりであり、リカバリー中心のリハビリテーション・プログラムを提唱してきた人物である (Anthony 2007: iv)、ウィリアム・A・アンソニーによる定義である。アンソニーによれば、再定義された *recovery* とは、「とても個人的で、個人の態度・価値・感覚・目標・技能・役割が変化する個別の過程」を指すという。また、それは単に病気が「良くなる」ことや、支援の必要性が無くなるということの意味しているのではない (Slade et al. 2014: 14)。個人が変化する過程では、「たとえ病いによる限界があったとしても、満ち足りて、希望にあふれ、人生に貢献する生き方」をするかどうか、という点が重視される (Anthony 1993: 17)。

こうした考え方は、一見すると、1960年代に始まった「反精神医学」という思想的運動と類似しているように思われるかもしれない。すなわち、既存の精神医学の思想を根本的に覆すような思想的転換を、リカバリー運動は迫ってきたとみることのできるのである。しかし、実際にはそうではなく、リカバリー運動が目指すことは「回復」という精神科医と当事者の共同のゴールへ向かうことであった (Roberts and Wolfson 2004: 37)。

3-2. リカバリー中心の精神医療

このように *recovery* の再定義が提唱されて以降、概念そのものについての議論から、どのように「リカバリー中心の」精神医療を実現できるかという実践的な議論へと展開していった (Roberts and Boardman 2014)。その背景や過程は、各国で若干異なっている。

米国の場合、1960年代から1970年代に、精神病院の脱施設化 (deinstitutionalization) が進められたことが、「リカバリー中心」の精神科医療への転換に大きく影響している (Anthony 1993: 521; Bonny and Stickley 2008: 140)。精神病院の脱施設化が行われた後に、病院を代替するような様々な地域医療や入院加療施設が登場するようになった。その過程で「リカバリー」が注目されるようになり、その後精神科医療実践の軸をなす概念のひとつとして取り込まれてきたのだ (Anthony 1993: 521-522)。

他方、英国では1970年代後半から1980年代前半にかけて、精神障害の当事者が自身の経験を語りはじめ、1980年代後半から1990年代にはより詳細に彼らの

経験が語られるようになったという (P. Allott, L. Loganathan and K. W. M. Fulford 2002: 18)。英国でも、他の国と同様、精神障害を持った人々は周辺化された存在であったが、アメリカ発の「リカバリー」概念の影響をうけつつ (Perkins and Slads 2012: 29)、徐々に活発になっていく国内外の消費者運動も重なり (P. Allott, L. Loganathan and K. W. M. Fulford 2002: 17)、「リカバリー中心」の精神科医療へ向けての改革へと進んでいったのだ。

しかし、「回復」の再定義が進んだことに異論がなかったわけではない。まず、定義の転換を図るにあたって、それを支える理論や方法論、評価尺度の厳密さという課題が残されている。例えば、＜主観的で個別的なりカバリーの状態をどのように計測し評価するのか＞という議論が続いている (Roberts and Wolfson 2004: 40-41; 千葉、宮本 2009)。

それでもなお、「回復＝リカバリー」の思想は、様々な精神保健福祉プログラムという形でも結実していった。例えば、「ピア・サポート・ワーカー (peer support workers)」、「アドバンス・ダイレクティブス (advance directives)」、「ウェルネス・リカバリー・アクション・プランニング (wellness recovery action planning: WRAP)」、「イェルネス・マネジメント・アンド・リカバリー (wellness management and recovery)」、「リフォーカズ (REFOCUS)」、「ストレングスモデル (strengths model)」、「リカバリー・カレッジ (recovery college)」又は、リカバリーの教育的プログラム、「インディビジュアル・プレースメント・アンド・サポート (individual placement and support)」、「サポータード・ハウジング (supported housing)」、「メンタル・ヘルス・トライアログ (mental health dialogues)」などが挙げられる。こうした取り組みは、再定義されたりカバリーを達成するにあたり有効な取り組みであるとする実証研究も蓄積されつつある (Slade et al. 2014)。

4. リカバリー・カレッジ

4-1. 背景

一連の取り組みの中で、現在英国を中心に行われているのが、リカバリーの考え方を教育的アプローチによって当事者に伝達する「リカバリー・カレッジ」である。

この試みがはじめられた背景には、英国精神科医療の改革のための大規模なプロジェクトが行われたことがあった。まず、2001年、「リカバリー」という語が、初めて英国政府の政策文書である「The Journey to recovery: The Government's Vision for Mental Health Care」に登場した (Perkins and Slads 2012: 31)。そして、2008年には「The Implementing Recovery through Organizational Change (ImRoc)」というプロジェクトが開始された。このプロジェクトの目的は、イギリスの精神科医療に関

わる地方自治体や NHS トラストのサービス内容を「リカバリー」中心に意識改革していくことであった。同プロジェクトの一環として、各地の NHS で実施されるようになった試みが、リカバリー・カレッジである。同プログラムは、2009年にロンドン南西地区に初めて設立された (Perkins et al. 2012: 3)。

このような2000年代に起こった一連の精神科医療改革で中心的な役割を担ってきたのが、臨床心理学者のジェフ・シェパード、社会福祉士のマイケル・リナルディ、看護師かつピア・スペシャリストのジュリー・レパーなどであった (助川 2012: 69)。レパーは、専門家に求められている役割について以下のように述べている。

「一方で専門家は、自分たちの役割について全く異なる見方をしなければなりません。つまり、「自分がその人に何をしなければいけないか」ではなく、「自分のスキルや専門性をユーザーが好きなように使えるように晒しておく」ことです。」(社会福祉法人巢立ち会 巢立ち風編 2013: 11)

では、こうした考え方が、リカバリー・カレッジのプログラムにどのように反映されているのかを次項で見てみたい。

4-2. 「教育的アプローチ」とは何か

リカバリー・カレッジでは、「治療的アプローチ (a therapeutic approach)」ではなく、「教育的アプローチ (an educational approach)」による、精神疾患からの「回復」が目指される。教育的アプローチとは、「人々の強さを引き出すこと、彼らが自身の困難や、彼らの抱負を追い求めるためにそれらの困難に対処する最善の方法を理解することを可能にすることに焦点をあてる」ようなアプローチである (Perkins et al. 2012: 3)。そのために、同アプローチでは「リカバリーを促進するスキルを学ぶこと、また、より大きな自信と、自身の能力と潜在能力を認識することに伴う自己信頼を支えることを促進する」ことが必要とされる (Ibid.: 3)。このような教育的アプローチを用いて「回復」を促進しようとする試みは、1984年に米国のボストン大学で始められた (Slade et al. 2014: 16)。

このように、リカバリー・カレッジは治療を行うプログラムではない、ということが強調されるが、他のアプローチとの関係について重要な点を3点挙げてみたい。

まず、1点目は、治療的アプローチとの関係である。前述したように、リカバリーの思想は「反精神医学」の思想と同様ではない。したがって、利用者のリカバリーを目指すリカバリー・カレッジでも、反精神医学が行ったような、精神疾

患の存在を否定したり治療的アプローチに対して批判的なスタンスをとったりするのではない。むしろ、リカバリー・カレッジは治療的アプローチの重要性を認める。ただし、精神保健サービスの全体を考えたとき、治療的アプローチに基づいたサービスの他にも必要なサービスがあり、そうしたサービスに利用可能なのが教育的アプローチだと考えられているのだ (Perkins et al. 2012: 3)。

また、2点目はデイケア・センターなどの既存の施設との関係である。リカバリー・カレッジは、ケアの共同作業などが行われる、そうした施設とも異なると述べている。リカバリー・カレッジに参加するにあたって、参加希望者が、診断名や臨床的な状態に基づいて選別されることや、参加するのに「適しているか」どうかのリスクアセスメントがなされることはない (Ibid: 5)。

3点目は、心理教育プログラムなどの既存のプログラムとの関係である。そこで用いられる「教育」という言葉と、リカバリー・カレッジで用いられる「教育」という言葉は、同じ意味を持たないと考えられる。前者では、専門家が指針や教示内容を決めたうえで利用者がそこに参加するといった「教育」の形式がとられる。これに対し、リカバリー・カレッジでは当事者が関心や必要に応じて学習の指針を決定する。スタッフの役割は、利用者がワークショップや参考図書といった教育リソースへのアクセスを支援することなのだ。

4-3. 理念と実践

リカバリー・カレッジでは、「希望、コントロール、機会 (hope, control, opportunity)」「共同制作 (co-production)」、「ピア・サポート (peer support)」という3種類のスローガンが用いられており、これらの理念が、参加者のリカバリーを実現するためのキーワードとしてしばしば強調される。

まず「希望、コントロール、機会」とは、具体的に以下のことを意味している。リカバリー・カレッジの参加者が、自ら目標を立て、それを達成することができるという「希望」を保ち続けること、目標を追う過程で症状や生活を自ら「コントロール」していくことである。さらに、これらの実践の積み重ねの中で、患者である状態や病気である状態に閉じ込められている自分自身を相対化し、自分の人生を生きる「機会」を得ることである。

続いて、「共同制作」とは、基本的にはリカバリー・カレッジの中のスタッフと利用者との関係性のことを指している。リカバリー・カレッジでは、精神医療の「プロフェッショナルの専門性」も、精神疾患に罹患した人々が持つ「生きられた経験」も、等しく価値を持つものだと考えられている (Perkins et al. 2012: 2)。したがって、それぞれの立場の人々が等しく影響を与え合って、利用者がリカバリーを目指せるような場を作ることが重要であると考えられている。こうし

たスタンスを採ることで、一般に認識されているような「専門家=与える人、教える人、導く人」/「利用者=受け取る人、習う人、従う人」といった図式を転換させることが試みられている。また、「共同制作」の関係は、専門家と利用者との間だけではなく、警察、雇用主、物件の賃貸人などといった地元の組織の人々との間でも成立させるべきだと考えられている (Ibid: 3-4)。

これらの理念に基づいてデザインされたプログラムは、(表1) のような8つの特徴を持つとされる。

(表1) リカバリー・カレッジの8つの特徴 (Perkins et al. 2012: 3-5による)

- | | |
|---|---|
| ① | メンタルヘルスの問題について個人的な経験を持つ人と、専門的な経験を持つ人との間での「共同制作 (co-production)」 |
| ② | 教室や、人々が自分自身の研究をすることができる図書館という物理的な場所 (建物) がある |
| ③ | カレッジの規則に基づいて運営する |
| ④ | 誰に対しても開かれている |
| ⑤ | 情報やアドバイス、ガイダンスを提供する個別のチューターがいる |
| ⑥ | カレッジは伝統的なアセスメントや治療の代わりではない |
| ⑦ | 一般的なカレッジの代わりではない |
| ⑧ | カレッジの文化と運営の全ての側面においてリカバリーの法則を反映しなければならない |

最後に、リカバリー・カレッジでは、「ピア・サポーター」による利用者の支援の重要性も強調されている。ピア・サポート制度では、現在困難に直面し支援を必要としている人と、過去に似たような困難を経験し乗り越えてきた人が、経験を共有しつつ後者が前者のことを支援する、ということが行われる (Repper 2013a: 4)。ピア・サポーターがプログラムに関わる意義は、メンタルヘルス問題の生きられた経験を活用しつつ支援が行われるという点である。

もちろん、経験を共有しているという点だけではなく、ピア自身が現在の利用者に対して、希望や願望を持ち続けること、「病いを超えた人生」を生き続けることといった姿勢を示すことが重要である。ピアと利用者が関係を構築する中で、ピアが実践的な支援を行うだけでなく、利用者が「回復のイメージ」を描いたり、他者に自分について告白したり発表したりする仕方を学び取ったりすることが想定されている (Repper 2013b: 6)。このように、Recovery College のプログラムをピアが支えるだけでなく、同プログラムの中でピアを育成するようなトレーニングも行われている。

5. おわりに

本稿では、精神科医療におけるリカバリー運動の概要をまとめ、教育的アプロ

ーチに基づいたリカバリー・カレッジの紹介を行った。

かつて、リカバリー運動の先駆けとなった当事者たちは、自分たちが重篤な精神疾患であると診断されたことは、その後の人生を大きく負の方向へ変えてしまう出来事であったと証言した。しかし同時に彼らは、慢性の精神疾患からは「回復」できないという考え方を否定し、たとえ精神疾患の症状があったとしても、「～病の患者」ではなく、世界でたった一人の「私」としての人格や生活を回復できるということを主張したのだ。

ただし、*recovery* という言葉は、魔法の言葉でもなく、即効性のある治療薬でもない。したがって、彼らがたどってきた人生の旅路はいかなる瞬間も希望に満ちていたわけではないだろう。実際に、個別の「回復」の物語を追ったとき、経験者が「回復」を語れるようになるまでに、彼らが自己への問いかけや他者との衝突を繰り返し、長く空虚な時間と幾度もの挫折を経てきたことが見えてくることがある。経験者が語るように、「回復」は一進一退の繰り返しのなかで行われているのだ。

リカバリー・カレッジは、そのような「生きられた経験」すべてが価値のある資源だと考える。そして、リカバリーの思想を、人々の知恵と知識を交換する営みの中で実現させようとする試みだといえるのだ。精神疾患に対する様々なアプローチと共存しつつ、当事者にとって活用可能なプログラムとして運用されていくことが期待される。

注

- (1) 精神疾患の中でも特に「統合失調症」は、「回復＝リカバリー」の可否について重要な主題であり続けている (Kelly and Gamble 2005)。
- (2) 精神障害者の「リカバリー運動」の源流は、1948年ニューヨークに設立された「ファウンテンハウス」をはじめとする「クラブハウスモデル運動」であると言われることもある (助川2012)。しかし、本稿では「回復＝リカバリー」の概念の転換とそれに直結した精神科医療の実践の改革を中心に扱うため、「クラブハウスモデル運動」については扱わない。

文献

【欧語文献】

- Allott, P., Loganathan, L. and Fulford, K. M. W. (2002). Discovering Hope for Recovery: A review of a Selection of Recovery Literature, Implications for Practice and Systems Change. In Lurie, S., McCubbin, M. and Dallaire, B. (eds.), *International Innovations in Community Mental Health (Special Issue)*. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(2): 13-34.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11-23.

- (2007). *Toward a Vision of Recovery: for Mental Health and Psychiatric Rehabilitation Services*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University, Boston. Retrieved from <http://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/Preview-Toward-a-Vision-of-Recovery-2nd-edition.pdf>
- Bonney S. and Stickley, T. (2008). Recovery and Mental Health: A Review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15: 140-153.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychological Rehabilitation Journal*, 11(4): 11-19.
- Farkas, M. (2007). The Vision of Recovery Today: What It Is and What It Means for Services. *World Psychiatry*, 6: 68-74.
- Frank, A. W. (1995). *The Wounded Storyteller*. Chicago: The University of Chicago Press. 『傷ついた病いの語り手：身体・病い・倫理』（鈴木智之訳）ゆみる出版，2002年。
- Kelly M. and Gamble, C. (2005). Exploring the Concept of Recovery in Schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12: 245-251.
- McCranie, A. (2011). Recovery in Mental Illness: The Roots, Meanings, and Implementations of a “New” Service Movement. In Pilgrim, D., Rogers, A. and Pescosolido, B. A. (eds.), *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*, London: SAGE Publications, pp. 471-489.
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M. and Brown, H. (2012). *Recovery Colleges*. Center for Mental Health, London. Retrieved from <http://www.imroc.org/wp-content/uploads/1.Recovery-Colleges.pdf>
- Repper, J. (2013a). *5. Peer Support Workers: Theory and Practice*. Centre for Mental Health, London. Retrieved from <http://www.imroc.org/wp-content/uploads/5ImROC-Peer-Support-Workers-Theory-and-Practice.pdf>
- Repper J. (2013b). *7. Peer Support Workers: A Practical Guide to Implementation*. Centre for Mental Health, London. Retrieved from <http://www.imroc.org/wp-content/uploads/7-Peer-Support-Workers-a-practical-guide-to-implementation.pdf>
- Repper, J. and Carter, T. (2011). A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services. *Journal of Mental Health*, 20(4): 392-411.
- Roberts, G and Wolfson, P. (2004). The Rediscovery of Recovery: Open to All. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 37-49.
- Roberts, G. and Boardman, J. (2014). Becoming a Recovery-Oriented Practitioner. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20: 37-47.
- Slade, M. and Amering, M. et al. (2014). Uses and Abuses of Recovery: Implementing Recovery-oriented Practices in Mental Health Systems. *World Psychiatry*, 13: 12-20.

【邦語文献】

- 千葉理恵、宮本有紀 (2009)。「精神疾患を有する人のリカバリーに関連する尺度の文献レビュー」『日本看護科学雑誌』29(3): 85-91.
- 添田雅宏 (2015)。「イギリスのリカバリーカレッジ体験記」『こころの元気+』9(5): 32-35.
- 助川征雄 (2012)。「イギリス・ケンブリッジ州における精神障がい者支援に関する経年的研究 (2) 2009～2011年」『聖学院大学論叢』24(2): 65-78.

- (2013). 「イギリス・ケンブリッジ州における精神障がい者支援に関する経年的研究 (3): リカバリー・イノベーションとピアサポートワーカーの役割」『聖学院大学論叢』25(2): 73-90.
- 社会福祉法人巣立ち会 巣立ち風編 (2013). 『リカバリー中心のメンタルヘルス・サービスへ: 英国での経験から学ぶこと』(平成23年度東京都地域の拠点機能支援事業 ジュリー・レパー氏講演会資料), 東京: 社会福祉法人巣立ち会 巣立ち風. http://sudachikai.eco.to/katudou/PDF/2012.03Lecture_by-Julie_Repper.pdf