SURE 静岡大学学術リポジトリ
Shizuoka University REpository

メンタルヘルス領域におけるリカバリー概念の登場とその含意：ロサンゼルス郡精神保健協会ビレッジISAに焦点をあてて

メタデータ	言語: ja 出版者: 静岡大学人文学部 公開日: 2011-10-05 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 南山, 浩二 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00006178

メンタルヘルス領域における
リカバリー概念の登場とその含意
―ロサンゼルス郡精神保健協会ビレッジISAに焦点をあてて―[*1]

南　山　浩　二

「私の医者仲間は、私をペテン師だと非難するかもしれません。統合失調症の人に、非現実的な希望を持たせていると・・・・・・・・・・」(Ragins，2002＝2005：33)。

「不幸なことに、伝統的な上からの訓練と専門職の経験は、否定的な面と希望のない定型的なものの見方を強調する傾向があります」(Ragins，2002＝2005：34)。

1．リカバリー―精神保健福祉分野における新しい潮流―

アメリカでは、州立精神病院を中心に急激に進行した脱施設化に伴い、精神医療ユーザーの生活環境が病院から地域社会へと移行した。その結果、精神薬理学的処置に依拠するケアマネージメントを基盤にしつつ、サービスの多くが、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、看護師、リハビリテーション相談員らによって供給されるようになったのである（Cook＆Wright，1995：95)。そして、さらに今日、精神医療保健福祉分野において、リカバリー、ハイリスク・ハイサポート、パートナーシップ、地域統合などが重要なキーワードとして浮上しており、従来の医学モデルや専門家モデルとは異なる新たな思想と実践が広く共有されはじめているのである（Ragins，2002＝2005)。

そこで、本稿では、今日、このような新たな視点や思想を先駆的に示してきた諸実践の中から、ロサンゼルス郡精神保健協会（MHA：Mental Health America of Los Angeles. 以下MHAとする)が提供しているビレッジISA(Village Integrated

[*1] 本稿は、南山浩二，2010,「カリフォルニア州ロサンゼルス郡精神保健協会ビレッジISA研修報告」文部科学省組織的な大学院教育改革プログラム『対人援助職の倫理的・法的対応力の育成』141－148．に大幅に加筆修正したものである。

Services Agency）をとりあげ、その実践の基底をなす主要概念であるリカバリー（Recovery）に焦点をあてつつ、メンタルヘルス領域におけるリカバリー概念の含意とその実践について検討することとしたい[*2]。

詳細は後述するが、リカバリーは、精神疾患をもつ当事者の手記の公開を機に1980年代あたりからアメリカで普及した概念（Deegan，1988；Lovejoy，1982）である。リカバリーは結果ではなくプロセスを示し、その焦点は、症状や障がいではなく、「人生の新しい意味と目的」の創造（Anthony 1993＝1998：67）にある。リカバリーは、ここ10年あまりに生じたメンタルヘルス領域におけるパラダイム転換を象徴する概念（Ralph & Corrigan，2004）なのであり、この概念やこの概念に基づく諸実践の含意について検討することで、新たな潮流の意味を確認することができるだろう。

ところで、社会学は、これまでにも、メンタルヘルス領域において多くの先行研究を提示してきたといえるだろう（Cook＆Wright，1995；Mulvany，2000）。とりわけ逸脱行動という視点から「精神病」というラベルが付与され社会的文脈から無効化される過程を論じたラベリング論（Scheff，1966＝1980）や全体的施設である精神科病院の入院患者の意味世界を論じた研究（Goffman，1961＝1984）などのアサイラムの時代の社会学は、精神疾患は単に精神医学を成立させるための聖なる象徴（＝意味論的人工物）であると喝破した反精神医学の議論（Szasz，1961）とともに脱施設化の進展に一定の役割を果たしたといえるだろう。こうした議論は、精神医療におけるパターナリズムの問題性を暴露し、精神疾患患者の治療拒否権や自己決定権に関する議論へのコンテクストを準備したものであった（熊倉，1987）。

しかしながら、主要なメンタルヘルス政策の結果、重篤な精神障がいがある人々の多くが地域社会で生活しているにもかかわらず、近年のメンタルヘルス政策における主要な諸変化や精神障がい者のQOL促進を目的とし推進されている社会政策について、社会学研究は充分な分析と批評を供給していないとの批判がある（Mulvany，2000：582－583）。欧米諸国を中心とした精神保健医療施策の転換に伴う脱施設化の進行を背景に登場したコミュニティケアの社会学は、アサイラムの時代の社会学が主題とした「排除」「社会的無効化」とは、逆のベ

[*2] 2009年12月６日（日）から15日（火）にかけて、カリフォルニア州における精神保健福祉サービスの実情について視察・研修する機会（精神保健福祉交流促進協会主催「ヴィレッジセミナーツアー」）に恵まれた。本論では、この視察・研修での講義・講演・実地視察内容を記述したフィールドノーツも参照している。

クトルに焦点化するものであるが（南山，1999，2002）、現在、未だ緒についたばかりともいえるのである（Cook&Wright，1995）。近年、理論的フォーカスがよりマイルドでより広範囲な精神医学実践へと拡張・拡散していく研究動向を鑑みても、いわば古典的ともいえる重篤な精神医学的障がいに今一度回帰し議論することには大きな意味がある（Mulvany，2000：583）のである[*3]。

２．ロサンゼルス郡精神保健協会とビレッジ ISA

それでは、まず、本稿で具体的実践として取り上げるビレッジISAおよびその母体である組織ロサンゼルス郡精神保健協会について概観しておくこととしたい。これまでにも、創設の経緯や活動の歴史、リカバリー概念に依拠した実践内容と組織構成、具体的な実践と活動など、両者についてまとめられた論考[*4]が散見されるが、それらを参考にしつつも、フィールドワークで得られた知見、両組織が提供している情報・論文・資料など[*5]に基づきながら記述することとしたい。

（１）ロサンゼルス郡精神保健協会（表１）

１）設立と展開

ビレッジの母体であるロサンゼルス郡精神保健協会（MHA：Mental Health America of Los Angeles　以降MHAと略）は、1924年、カリフォルニア州精神

[*3] Mulvanyは、「重篤な精神障がいがある人」は少数ではあるが重要なカテゴリーであるとしている。なお、「重篤な精神障がい」というカテゴライズをめぐる諸問題については次のように論じている。「重篤な精神障がいと関連し深刻な症状変動をするかもしれないが、多くの人々の場合、慢性化の経過を辿る。重篤な精神障がいに苦しむ人々は、DSMのような伝統的な精神医学の分類システムにリストアップされている多くの医学的診断の一つを引きつけやすい傾向にある。これらの診断は、たとえば統合失調症や躁鬱病あるいは大うつ病といった気分障害を含む感情障害のような主たる精神病の状態を示している。これらはまた、強迫神経症や恐怖症などの重篤な不安障害も含んでいる。これらの診断カテゴリーは、問題はあるが、深刻な精神医学的障がいとよりマイルドな他のメンタルヘルス上の問題との区別を可能とするものである」（Mulvany，2000：583－584）。

[*4] たとえば、精神保健福祉交流促進協会編，2006,『メンタルヘルスとウェルフェア』（創刊号第１号）では、ビレッジISAおよび関連組織・機関の歴史と実践内容についての特集が組まれている。

[*5] 参照したHPとアドレスは下記の通りである。
- ロサンゼルス郡精神保健協会（MHA）　http://www.mhala.org/
- ビレッジISA　http://www.mhavillage.org/
- カリフォルニア州精神保健協会　http://www.mhac.org/
- 全国精神保健協会　http://www.nmha.org/

保健局からの助成金により創設された民間非営利団体であり郡で最も古いNPOの一つである。この協会の上位組織がカリフォルニア州精神保健協会（MHAC：Mental Health Association in California）とアメリカで最も古く規模が大きいNPOである全国精神保健協会（MHA：Mental Health America　1909年設立）であるが、MHAは全国組織に属している320団体の中で最も規模が大きい組織である。組織全体の運営資金は、個人からの献金と企業・各種財団の資金提供およびロサンゼルス郡からの助成など、民間による支援と公的助成を基盤としている。2009年10月、30年あまりにわたりMHAの代表などを勤めたRichard Van Hornが退任し、新たにDave Pilonが最高責任者に着任したところである[*6]。

MHAは、当初、精神障がいがある子どものためのロサンゼルス・チャイルド・ガイダンス・クリニックを設立する機関とし州からの助成をもとに設立されたが、その後、精神保健改革の最前線にたち新しいシステム作りと質の高いケアの提供を率先して行ってきたのである。とりわけ1960年代以降の脱施設化運動の展開において大きな役割を果たし、隔離収容主義やパターナリズムをのりこえるコミュニティベースのサービスプログラムの展開の推進をはかってきたのである[*7]。

同時に、精神障害者の権利擁護や社会的な啓発活動なども展開しつつ、当事者によるセルフヘルプ活動の重要性についてもいち早く着目し、1980年には、セルフヘルププログラム・プロジェクト・リターン・ザ・ネクストステップ（PRTNS）を開発・導入している。また、精神障がい者の雇用・就労、社会参加の促進やホームレス支援のプログラムなども開発導入するに至っているのである。なお、PRTNSは現在、プロジェクトリターンピアサポートネットワーク（PRPSN：Project Return Peer Support Network）へと展開しており現在も当事者により運営されている[*8]。

[*6] ロサンゼルス郡精神保健協会（MHA）HP　“Meet MHA”　http://www.mhala.org/about-mha.htm
[*7] ロサンゼルス郡精神保健協会（MHA）HP　“History”　http://www.mhala.org/history.htm
[*8] ロサンゼルス郡精神保健協会（MHA）HP　“History”　http://www.mhala.org/history.htm

表１　ロサンゼルス郡精神保健協会の設立と展開

1909	全国精神保健協会設立
1924	カリフォルニア州精神保健局の助成を受けロサンゼルス郡精神保健協会設立 ロサンゼルス・チャイルド・ガイダンス・クリニックを設立
1980	セルフヘルププログラム「プロジェクト・リターン・ザ・ネクストステップ」（PRTNS）を開発・導入
1990	総合的・統合的サービスを提供する機関ビレッジISAを設立
1996	ビレッジISAがロサンゼルス郡の恒久的プログラムに移行
2004	公的助成に基づいたビレッジモデルの州全体への適用の促進

注：Ragins（Ragins，2002＝2005）、精神保健福祉交流促進協会編（2006）、ビレッジISAのHP（http://www.mhavillage.org）、ビレッジISAセミナーImmersionでの講義および講演内容などを記述したフィールドノーツの記述などをもとに筆者が作成した。

MHAの目標はメンタルヘルスにおけるリカバリーとウェルネスの促進にある。MHAは、サービス供給・教育・アドボカシー・トレーニングを基礎としつつ、精神病のある人々が、我々のコミュニティの生産的なメンバーとして当然回復すべきポジションに到達することに取り組むとしている。その具体的なミッションとして、①精神病がある人と情緒的な問題を抱える子どもたちに対する良質なケアと権利保護のためのアドボカシー、②精神病のある人々のためのサービスと住宅モデルをデザインし提示することによる革新、③我々のトレーニングとコンサルテーションを通じた効果的モデルの反復、④社会的な認識を高め治療機会を改善して差別を終焉させるために教育を行うこと、の４つがあげられている[*9]。

以上、MHAの成立と展開過程を概観した。MHAは、ロサンゼルス郡における最も古い非営利組織であり、長きにわたりメンタルヘルスの改良運動のリーダーとして、当事者や家族・関係者とともに、精神病がある人々の権利を擁護し、新しいメンタルヘルスシステム構築を目指し斬新なサービスモデルを提示してきたといえるだろう。言い換えれば、MHAが目標に掲げ推進してきたものは、精神病がある人々を地域社会から排除することに帰結した従前の隔離収容主義や保護管理主義に基づいたメンタルヘルスシステムを打破し、当事者をコミュニティの重要なメンバーのひとりとして再び包摂していくことであったのである。後述するが、このことは社会一般の認識のみならず、法や制度・サー

[*9] ロサンゼルス郡精神保健協会（MHA）HP　“Meet MHA”　http://www.mhala.org/about-mha.htm およびトップページ　http://www.mhala.org/

ビス、専門体系に内在していた精神病へのまなざしやそれに基づいたサービスイメージを転換していく政治的意図も当然伴っていたのである。メンタルヘルスの歴史の一過程において、こうしたMHAのある種挑戦的な姿勢が最も顕著に示されているのがmember-drivenという視点であったのであり、この視点に基づいたプログラムだともいえよう。

２）当事者によるサービス提供

既述したようにMHAのサービスモデルには当事者による運営によるものがある。なぜなら、ピア同士のセルフヘルプ活動が、メンタルヘルスケアシステムの不可欠な要素であり、リカバリー達成にとって重要であるとの認識があるからである。具体的には、プロジェクトリターンピアサポートネットワーク（PRPSN：Project Return Peer Support Network）が該当する。

PRPSNの本部オフィスは、MHAオフィスとは独立した別のオフィスビルに置かれており、代表および運営本部で各活動のマネージメントやスーパーバイズなどに有給で従事する人々は全て当事者である。PRPSNは精神病がある人々による、精神病がある人々のための総合的なプログラムであり、同種のプログラムにおいてロサンゼルス郡で最も古いものである。サービス内容は、ピアサポートクラブの運営とネットワーク化、地域生活の支援の拠点であるウェルネスセンターの運営、フレンドシップラインによるピア以外も対象とした電話相談、雇用機会の提供、コミュニティにおける諸活動への参加の支援、権利擁護活動、就労等にむけたトレーニングと多岐にわたっている。

PRPSNは「一緒に責任を引き受ける」をモットーとし、個々人が設定したゴール（地域への居住、就学や就労、友人なども含む社会関係の構築、コミュニティへの参加など）に到達するのをサポートするため、ピア・ツー・ピアのサポート（peer-to-peer support）を提供するプログラムなのである。当事者にとってリカバリーは実現可能なゴールなのであり、当事者は病気によって定義されるべきではなく、そのスキルのために認識されるべきであり、能力を高めていくことが推奨されるべき存在なのだとしている[*10]。

PRPSNの活動は、まさに当事者による当事者のための活動であるといえるだろう。その特徴は、Riessmanのヘルパー・セラピー原則（Riessman，1965，1990）やプロシューマーモデル（Riessman，1990）などといったセルフヘルプ

[*10] Project Return Peer Support Network　HP　http://www.mhala.org/project-return.htm

グループ論などで議論されてきた論点とも充分な重なりを確認することが出来る。共通の「問題」を共通項とし、ピアとしての水平的な相互関係を基盤としつつ、相互の経験の共有や相互支援を軸に、リカバリーの促進をはかっているのである。

（2）ビレッジ ISA

その後、MHAは、カリフォルニア州ではじめて、精神障がい者を対象とした総合的・統合的サービス提供機関であるビレッジ ISAを1990年に設立することになる。まず、簡単に設立までの経緯とその後の展開について概観した後、ビレッジISAの組織とサービス提供の特徴について記述することとしたい。

1）設立までの経緯

1960年代以降の脱施設化の進展のなかで、カリフォルニア州立病院でも1500病床が300病床へと削減され、多くの精神障がい者が退院することになった。退院後の生活の場としては家賃が安いアパートかボードアンドケアホーム（賄付き住居施設）があったが、退院先を見いだすことができなかった精神障がい者がホームレスとなった。また、その後のベトナム戦争などを背景に薬物の乱用やアルコール依存などの問題が重複して生じ、カリフォルニアでも都市部を中心にホームレスが急速に社会問題化していったのである（谷中，2006）[*11]。

こうした状況下、1980年代半ば頃では、未だ従前の専門家モデルに依拠した個人セラピー・グループセラピーや緊急時の治療など、障がい者が利用できるサービスは極めて限られたものであり、かつ、その有効性について疑問をもつ関係者も少なくなかったのである。そこで、統合失調症の息子の親が他の家族や関係機関の専門家とともに州政府に対し精神保健福祉施策の充実を働きかけることになる。この働きかけに応じ、州政府が実態調査に基づき制度・サービスの拡充が必要との判断を下し提言を行った結果、1989年州法AB3777（統合的サービス機関への補助金助成に関する法律）が可決されたのである。そして、プログラムの公募が行われ、ロサンゼルス郡精神保健協会によるビレッジISAが採択されることになったのである。この助成は5年間の期限付きであったが、伝統的精神医学に依拠したサービスよりも低コストかつ有効なサービスであることが認められたため、1996年からロサンゼルス郡の恒久的プログラムに移行

[*11] ロサンゼルス郡精神保健協会（MHA）HP “History” http://www.mhala.org/history.htm

し、現在まで発展的に継続されてきたサービスなのである。

２）統合的なサービスの供給[*12]

ビレッジISAモデルを構想するにあたり、MHA関係者はアメリカ全土の他の実践の調査を実施したが「総合的」なサービス提供を行っている事例が存在していなかったため、ウィスコンシン州デーン郡マディソン市で行われていたPACT（Program for Assertive Community Treatment）とニューヨーク市で行われていたファウンテンハウスの実践を組み合わせる形でプログラムの構築がはかられている。

ビレッジが提供するサービスは、まさに統合的・総合的なものであり、雇用・住居・地域統合と生活支援・教育・医療など、多面的な支援を統合的に提供することをその活動の特徴としている。また、その支援は、継続的であるということであり、路上で生活する人々に対する長期にわたる働きかけや、刑務所に入ったメンバーへの支援の継続などが行われている。

登録者は400－500名程度、ロングビーチ市在住の18才以上の人で、診断名は、統合失調症、双極性障害、大うつ病などで、薬物依存の場合も少なくない。精神科医、ソーシャルワーカー、看護師、臨床心理士、ジョブコーチやライフコーチなど、10数名の他職種によるチームによるサービス提供を実施している。スタッフには元メンバーの者もおり、PSC（パーソナルサービスコーディネーター)、ライフコーチ（生活の援助）として有給で雇用されている。

そして、ビレッジ ISAのサービスの基底をなしている概念がリカバリー（Recovery）である。ビレッジの精神科医であるRaginsは、「リカバリーをメンタルヘルスサービスの基盤におくことは、脱施設化の「夢」を「現実」にしうるパラダイムシフト」であると述べている（Ragins，1998)。もちろん、リカバリーは、ビレッジISAに限定されないMHAの活動とサービス全般に共有される基本的な視点であり、ゆえにMHAが供給するサービス間の連携とサービスの体系化の基本的な支柱となっているということができる。

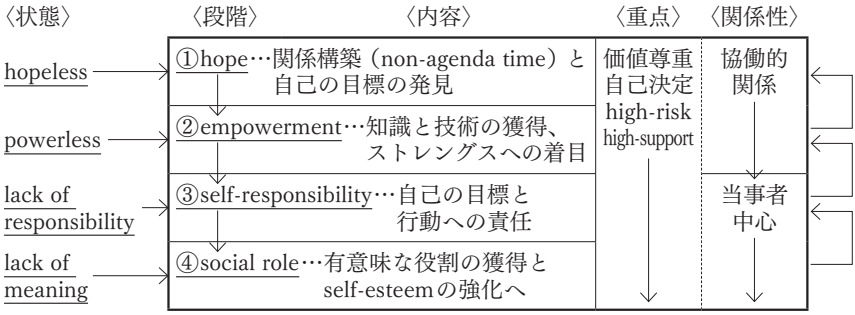
[*12] ビレッジ ISAはロザンゼルス郡ロングビーチ市にある。ビレッジISAはロングビーチ Elm Avenueに面しており、大きなショッピングセンターがその通りの向かいにある。ビルは地下１階地上３階、地下１階はホームレス支援センター、１階がCafe Deli456と売店があり、雇用就労プログラムの一環として運営されているが、ここでは定期的にミーティングが開かれている。２階は、スタッフルーム・薬剤室等があり、３階は研修室となっている。

３．リカバリー（図１）

リカバリーには、希望、エンパワメント、自己責任、社会的役割の獲得の４つの段階がある。リカバリーは、尊厳と希望の回復、利用者が設定した目標にむけ地域生活を具体化していくプロセスを示しており、その焦点は、疾患（の治癒・寛解）にあるのではなく、人生・生活におかれているのである（Ragins, 2002＝2005）。

伝統的医学モデルに依拠するサービスでは、専門家主導のもと病状のコントロールが優先され、高いストレスの負荷は極力避けられる傾向にあった。それに対して、ビレッジ ISAのサービスは、あくまでもその焦点が、尊厳・希望・人生・生活の回復にあるため、薬物の投与は最小限に抑えられ、症状の存在はネガティヴなこととして見なされていない。サービスは、メンバーとスタッフの相談と協力により決定され、メンバーとスタッフ間の関係は「成人対成人」を特徴としている。サービス提供や方針の決定において重要視されているのが、メンバーのナラティヴ・価値の尊重と共有・反映、自己決定の尊重である（Ragins 2002＝2005）。

図１　リカバリーのプロセス



注：Ragins（Ragins 2002＝2005）らの議論、ビレッジ ISAのHP（http://www.mhavillage.org）、ビレッジ ISAセミナーImmersionでの講義および講演内容を記述したフィールドノーツなどをもとに筆者が作成

（１）希望

リカバリーの第一の段階は「希望」を持ち将来に対する「具体的なビジョン」を持つことである。言うなれば人生・生活の目標の設定である。あくまでも当

事者が見いだす「希望」や「具体的なビジョン」なのであり、スタッフが一方的に提示・指示するのではない（Ragins，2002＝2005：32－43）。スタッフはどのように支援していくのだろうか。

Raginsによれば、従前の伝統的医学モデルに基づく教育や専門職としての経験は、当事者の「否定的側面」に注目する希望のないパターン化した見方をもたらし強化するおそれがあるとする。たとえば、多くの反証が提示されているにもかかわらず教育現場において無防備な形でクレペリンの議論（「統合失調症は人格荒廃に至る疾患」）が紹介されてしまうことや、精神科医をはじめとする専門家が、当事者に集中的に出会うのは、しばしば、症状が顕著で「最も状態の悪い時」であることが多いことなどがあるとしている（Ragins，2002＝2005：34，38）。

こうした見方にたってしまうのならば「希望の語り」は語られることはないだろう。専門知や専門的技術の優位性を背景に専門家が最善の方策を知りうる確かな存在であるとする立場にたつ場合、本人が語る経験は、専門家にとっては、専門家の説明モデルに基づいた「翻訳」の対象でしかないからである。例え、「希望」が語られたとしても「希望のないパターン化した見方」に基づき解釈されることで、「希望」の語りは、実現不可能なものに「翻訳」されてしまうのである。では「希望」を掘り起こしていく方途とは何か。Raginsは次のように言う。

「私たちが精神保健の専門家として、人びとが将来のビジョンを持つように助ける時、知る必要があるのはその人の診断名ではなく、人間なのです。病気の徴候の特色や、症状についての客観的なアセスメントからは、本人が将来を想像できる具体的なイメージは生まれてきません」（Ragins，2002＝2005：42）。

つまり、当事者のナラティヴを基点に当事者の生きられた経験を理解することに他ならないのであり、先に述べたような「専門家」の位置や「見方」に陥るのではなく、協働する存在、パートナーとしての位置に立ち、可能性を否定しないということなのである。以下に紹介するある統合失調症の男性をめぐるエピソードは、当事者のナラティヴの尊重とは如何なることか端的に示されているストーリーではなかろうか。

【30代はじめの統合失調症の男性ビルをめぐるエピソード】
「ビルは私の前に手のひらを見せるようにかざしたまま「何が見える？」と質問したのです。私は疲れていたので、素っ気なく「あなたの手だね」と言いました。それに満足しなかったビルは「だめ、だめ、もっと具体的に。何が見える？」と聞くのです。「わかったよ。えーと、指紋の渦巻きだろう。指が曲がるところにある折り目だろう。生命線とか、愛情線とか、手のひらの線が見えるよ」と私は言いました。ビルは別の手で自分の目を指し、その手を掲げた手の甲に持っていって、「爪だとか、関節だとか、うぶ毛だとかが見えるようになったら、その時こそ、先生は私を助けることができるようになりますよ。だって、世の中を先生の側からでなく、私の側から見ることになりますからね」と言ったのです」(Ragins，2002＝2005：42)。

（2）エンパワメント

第２の段階が、エンパワメントである。当事者自らが設定した目標である希望とビジョンの実現にむけエンパワーされるためには、その実現に関わる情報を入手していくことや選択機会をもつこと（自分にとって必要と思われる支援を選択し利用すること）などが重要となる。そして、自身の意見を主張できるようになることや、自尊心の回復も不可欠な要素として示されている。このような過程は、あくまでも当事者が主体となって展開していくものであるが、スタッフは、当事者が否定的な部分（＝失った部分）ではなくストレングス（＝持っている力）に着目できるよう継続的に当事者を鼓舞し支援していくのである（Ragins，2002＝2005：44－58)。

ビレッジISAにおけるエンパワメントの基本は「ケース（事例)」ではなく固有な人生・生活を有する「人」としてとらえることであるという。つまり、精神病は、当事者の生活や人生の全体でなく、あくまでもその一部なのであって、「ケース」という視点は、より限られた一部に限定してしまうことになるのである。「人」に焦点をあてるからこそ、当事者が、自分の「希望」や「ビジョン」というまさに「人生」・「生活」に関わるゴールにとって有意味な支援やその組み合わせを選択していくことが推奨されているのである（Ragins，2002＝2005：44－58)。ここにも当事者や、精神病とその人との関係をどうとらえるかといった捉え方の問題が関わっているのである。

ここでもエピソードをあげておこう。ある薬物治療に関する会議で、慢性の統合失調症がある当事者男女２人が、パネラーとして、薬物治療の経験につい

て語った時のことである。月に１回15分の主治医の診察に満足していると話したが、話の内容がそれ以上広がることがなかったことから、Raginsは薬物治療以外の日常生活について尋ねたのである。Raginsの問いかけに対し、彼らは趣味やコミュニティでの諸活動への参加など「生き生き」と話し続けたという。しかしこうした話は主治医には話すことはないという。それはなぜか？医師が当事者をどうとらえるか、精神病とその人との関係をどうとらえるかといった医師の捉え方が関わっているのである（Ragins，2002＝2005：47－48）。

【薬物治療に関する会議でのエピソード】
「彼ら（慢性の統合失調症の当事者２人のこと：筆者による補足）の人を楽しませるお話は終わることなく続いていきましたので、ついに（会議のパネラーであった：筆者による補足）私は彼らの話をさえぎって、こんなにもいろいろ話すことがあるのに、どうして主治医に話すことがないのかと質問してみました。その答は、主治医は自分たちの興味について何も聞いてくれないからとのことでした。主治医は幻聴や妄想、睡眠のパターン以外に、何も質問しなかったのです。主治医は彼らの病気については聞くが、日常生活については、何も聞けなかったのです」（Ragins，2002＝2005：47－48）。

（３）自己責任

希望を持ち将来へのビジョンを獲得しエンパワーされたと捉えられた時、より多くの責任を担い果たす段階へと移行するという（Ragins，2002＝2005：59）。責任を担うとは、リスクがあると考えられることに挑戦していくことなのである。場合によっては失敗することや誤ることもありうるが、それも学びうる良い経験なのである。また周囲に対するネガティヴな感情をマネージすることもこの段階において重要になるのである（Ragins，2002＝2005：29）。

リスクをおかすことはしばしば当事者に不安やストレスを生起させる場合がある。その際、支援者は、当事者が責任を果たすことを支援し続けるのではなく、不安やストレスから保護しようとする傾向があるという（Ragins，2002＝2005：60）。その具体例として列挙されているのは、ストレスと再発・再入院との関わりについてである。

「クライエントが責任を引き受けなくてもすむように、私たち精神保健専門家がよくやる別の方法は、ストレスのかかる状況を避けるよう、当事者を説得する

ことです。専門家たちの間で、リカバリーよりも安定をサポートするために、もっともよく知られている理論の一つはストレスは再発や再入院の原因になるというものです。実際はこれを証明するのは容易ではないのです」(Ragins，2002＝2005：60)。

端的に言って、専門家によるケアは当事者が引き受ける責任を低減させてしまうことにつながる（Ragins，2002＝2005：60）ということなのである。ストレスやリスクの発生を抑制するということは、リスクをとらない＝新しいことに挑戦しない、ということなのであり「成長の機会」を手放すことなのである。むしろ、メンタルヘルスの専門家がなすべきことは、自己責任とリカバリーを支えていくことなのである。ケアしストレスから保護するということは、「援助する、ケアをする、という大義名分」を掲げ、希望を踏みにじり、無力感を押しつけ、責任を奪取することでもあるのである（Ragins，2002＝2005：61－63)。このようにあえてリスクをとるという過程を支えていくのが、ハイリスク・ハイサポートという視点なのである（Ragins，2002＝2005：70)。

（４）社会的役割

当事者は、重篤な精神病を患う経験によって、しばしば、就学・就労の中断、友人関係や家族関係の崩壊など、その人の重要なアイデンティティ項目であった役割を喪失することになる（Ragins，2002＝2005：75)。また、精神科病院が全体的施設としての特徴を併せ持ち収容主義的色彩が強い場合、長期入院による役割の喪失の固定化が生じやすく、被収容者の自己を維持していた役割（あるいは文化）の剥奪は被収容者の自己を無力化してしまう可能性を有しているのである（Goffman，1961＝1984)。

このように、自己を価値付けていた役割を失い自己の無力化を経験している多くの当事者たちがいるのである。生活や人生において意味のある役割を回復し獲得していくという過程はリカバリーの最後の段階に位置している。リカバリーしていくためには、様々な役割（仕事・家族関係・地域社会・友人関係など）の担い手となり、コミュニティにおいて様々な社会関係を形成していくことが重要とされる（Ragins，2002＝2005：74－95)。なぜなら、こうした役割や関係こそがその人のアイデンティティの重要な要素となりうるからである。また、「患者」という極めて部分的・限定的な役割をこえて多様な役割の担い手となっていくことこそが、地域への包摂の更なる進展を示しているのであり、

まさにコミュニティのメンバーとなっていく過程を表しているのである。

ここで一つのエピソードをあげておこう。ロサンゼルスにあるランプコミュニティ（精神障がいがあるホームレスのためのドロップインセンター）に訪問した際の話である。そこで、以前、治療関係にあった人がスープを作っているのを見かけたというエピソードである。１日の唯一の食事がスープであるというホームレスの人びとのためにスープを作るという仕事に彼は「全力をあげて、しっかり、自分を励ましながら」取り組んでいたのである。なぜならば人びとはみな彼を頼りにしていたのであり、スープを待ち望んでいたからである（Ragins，2002＝2005：92－93）。このストーリーは、Raginsが、コミュニティにおいて意味のある役割を得るということが、リカバリーにとって如何に重要であるか認識したストーリーとして呈示されているのである。

【受診・服薬が不規則であった「重篤な精神病の患者」がドロップインセンターでスープを作るところを見かけた時のエピソード】

「私はそのセンターで、忙しそうにスープを作っている彼を見て、嬉しかったのと同時にとても驚いたのです。以前より非常にしっかりしているように見えました。私は彼にあいさつをして、「あのクリニックをやめて、いま、治療はどこで受けているの？」と聞きました。彼は「ここでスープを作っているのです」と答えたのです。私はさらに「それはわかりますが、いま治療はどこで受けているの？」と尋ねましたが、彼の答はやはり「スープを作っています」でした。もちろん、上手にスープを作るからには服薬しているに違いないと思い、再度、同じ質問をしたのですが、彼の答はまた「スープを作っています」でした」（Ragins，2002＝2005：92）。

いずれにせよ、リカバリーではなく、疾患や症状に焦点化してしまうような精神保健システムであれば、そこには「慢性精神病患者」という唯一の役割しか用意されていない（Ragins，2002＝2005：75）ということに留意が必要である。なぜなら、従前の「治療」と「ケア」を提供するという発想を基盤とした多くの精神保健プログラム（デイケア、集団療法、個人療法、スタッフ主導の社会活動プログラムなど）は、個々のコミュニティを形成はしているが、これらのコミュニティの所属要件は利用者として「慢性精神病患者」という役割を引き受けることだからである。そして、これらのコミュニティの目的は「安全で保護された場所」の提供なのであり、依然として、外部の地域社会から隔離・

隔絶された「場所」(Ragins，2002＝2005：92－93）ともいえるのである。これでは社会に包摂されたとはいえないということができるだろう。

４．ビレッジISAのサービス展開とリカバリー

以上、創設の経緯と展開過程および活動内容について、ビレッジISAだけではなく母体である組織MHAについてもふまえた。そしてその上で、ビレッジISAおよびMHAのサービス供給の基本的な視点でもあるリカバリーについて、ビレッジの精神科医であるRaginsの論考などに基づき検討を加えた。その検討結果について、伝統的医学モデルと対比させながらまとめたのが表２である。

表２　メンタルヘルス領域におけるパラダイム転換
―伝統的医学モデルとビレッジISAリカバリーとの対比―

パラダイム／項目	伝統的医学モデル	リカバリー
【パラダイムの照準】		
焦点	疾患	Life（生命・生活・人生）
第一義的なゴール	症状安定・寛解、障害の軽減	尊厳・希望・生活・人生の回復
対ストレス	ストレスの最小化	リスクをおかす
投薬と症状	投薬による症状のコントロール	最小限の投薬・症状の是認
【当事者の位置と関係性】		
当事者	受身的存在	能動的存在
専門家の期待度と意識	低／絶望（諦観）	高／希望
専門家との関係性	依存型・パターナリズム	相互依存・自助型アプローチ
当事者の語りの位置	専門知による翻訳	生きられた経験
【サービス供給】		
サービス供給	医療を基点とするサポート	ハイリスク・ハイサポート、包括的
サービス・治療方針	専門家による決定	ゴールの共有とプランの共同作成
サービス提供	保護された環境でのサービス	地域社会でのサービス

注：Ragins（Ragins 2002＝2005）らの議論、ビレッジISAのHP（http://www.mhavillage.org)、ビレッジISAセミナーImmersionでの講義および講演内容などを記述したフィールドノーツをもとに筆者が作成した。

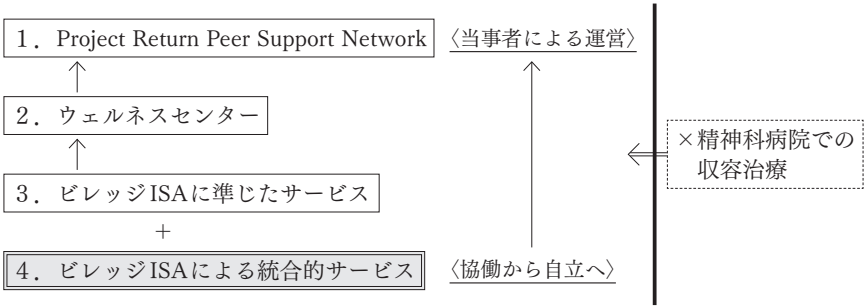
Raginsが指摘したように（Ragins，1998）、その対比から見えてきたのは、まさにパラダイムシフトとも呼べるものである。コミュニティケアの時代、当事者がコミュニティの一員としてコミュニティに包摂されていくことを目指すのならば、政策やサービスの焦点を当事者の人生や生活のあり様や生活の質にあてざるを得ないからである。

こうした発想は、ある意味シンプルな視点の変化ではあるが、それは従前の伝統的医学モデルの諸特徴をことごとく逆転させていく試みであったともいえるのである。たとえば、服薬自体はビレッジISAにおいて全否定されるわけでは決してないが、症状をおさえるための薬なのではなく、「希望」や「具体的イメージ」の実現にとって一定の「精神症状」があり、これが目的の達成のために障壁となっていると当事者によって認識されているのならば、服薬もとりうる手段となるということである。つまりここには、スタートとゴールの逆転を見いだすことができるのである。

また当事者―スタッフ（専門家）の関係であるが、医学モデルにおける非対称的な関係を乗りこえるべく、自己決定や価値の尊重、成人対成人の関係、パートナーシップなどが重要視されており、さらにピアによるセルフヘルプがリカバリーにとって望ましいという認識が示されているのである。権力関係も含めた両者の関係性とともに、個々の役割についても再検討を加えているのであり、ピアの場合、サービス提供者の役割が追加されているのである（図２）。

ビレッジ ISAのメンバーは、伝統的医学モデルに依拠すれば必ずしも回復しているとはいえないということになるだろう。しかしながら、尊厳・希望・人生・生活という観点に重きをおけば、彼らは、まさに回復のプロセスを経験しているといえるのである。そして、ビレッジISAにおけるリカバリーのバックグラウンドには、当事者やサービス供給者によるリカバリー概念の共有だけではなく、その思想を具現化する包括的資源・サービスの継続的な供給、そしてこうした諸実践を支える潤沢な公的財源があるのである。

図２　ビレッジISAと他のサービスとの連関



注：ビレッジISAセミナーImmersionに付随し行われたRichard Van Horn氏の特別講演（2009年12月10日）の内容とロサンゼルス郡精神保健協会（MHA）およびビレッジISAのHPに記載された情報や論文等に依拠しながら筆者が作成

５．更なる議論にむけて―留意すべき点―

更なる議論の展開に向けていくつかの論点を整理しておきたい。

まず、われわれのアイデンティティ、そして人生や生活は、固有な人生物語としてとらえることができるが、他方、それらは社会文化のなかに存在しているのであって、「希望」や「人生の目標」は極めて社会的なものなのであるということである。「希望」や「人生の目標」が極めて社会的なものであるならば、場合によっては「希望」や「人生」を水路づけている社会が保有するマスターナラティヴがドミナントストーリーとなり、個人の人生や生活を生きづらいものとしてしまう可能性が指摘できるだろう。

また、リカバリー概念やビレッジISAの実践の前提にある個人像は「自己決定する主体」である。当事者の希望の回復とエンパワーが主眼となるリカバリープロセスの初期段階においては、当事者－支援者間において相対的に支援者が果たす役割の比重が高くなるといえるだろう。しかし、そのプロセスの進展に呼応しながら、当事者には、サービスを提供するスタッフとの関係へ積極的にコミットしつつ、自らの権利を擁護し責任と役割を果たす存在へと転換していくことがより求められるようになるのである。やはりこうした個人像を設定することの意味について議論しておくことが必要であろう。この点は、一点目の論点と同じく、アメリカの社会文化的背景も含めた議論が求められる。

今ひとつは、日本での動向についてである。近年、日本でも、当事者・専門職・研究者など関係者の間でリカバリー概念は急速な広がりを見せており、コー

プランド（Mary Ellen Copeland）らによって開発されたリカバリーを促進するプログラムであるWRAP（Wellness Recovery Action Plan）（Copeland，2002）も「元気回復行動プラン」として日本に紹介されるに至っている（久永・若林，2009）。リカバリー概念の要素や重要性を共有する段階から、その戦略・目標・プロセス・効果的方法を科学的エビデンスに基づき修得する具体的プログラム開発の段階へと進展している（田中，2010：11）。

しかし、日本の場合、精神保健福祉政策とサービスをリカバリー志向へと転換させていく政治的意志が極めて弱い状況にある。そして、当事者に知識・技術・財源を供給し彼らを精神保健福祉システムの一部を担う重要なアクターとして育てようとする意識や態度が関係者間で未だ不足しており、専門職によるアドボカシーや環境調整活動などについても更なる促進が必要との指摘がある（木村，2004：49）。こうした状況下における、上述したようなリカバリー概念の普及とプログラム化の急速な進展が、場合によっては、プログラム目標を「社会的影響と切り離した個人レベルの目標」へと矮小化してしまう可能性に対する強い危惧も表明されているのである（田中，2010：11）。こうした批判を受けとめ、日本において、リカバリー概念が単なる理念のレベルだけではなく、サービスの基本的な視点として定着しうるかどうか徹底した検討が必要なのである。

■追記

本論はH23年度～H25年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成）基盤研究(C)「精神障害者の語りの実践と関心コミュニティの展開可能性」（課題番号23530721/研究代表者 南山浩二）の成果の一部である。

■参考文献

Anthony W., 1993, “Recovery From Mentall Illness: The Guiding Vision of Mental Health Services System in the 1990’s,” *Psycosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11－23.（＝1998，濱田龍之介訳「精神疾患からの回復：1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点」『精神障害とリハビリテーション』２（２），65－74）.

Cook J,A., Wright E,R., 1995, “Medical Sociology and the Study of Severe Mental Illness,” *Journal of Health And Social Behavior*; 37, pp95－114.

Copeland M,E., 2002, *Wellness Recovery Action Plan.*, Dummerston, VT.

Deegan P.E., 1988, “Recovery: The lived experience of rehabilitation,” *Psycosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11－19.

Goffman, E., 1961, *Asylum*, Penguin（＝石黒穀訳，1984,『アサイラム』誠信書房）.

久永文恵・若林みどり，2009,「精神保健福祉・雇用の新しい潮流（４）元気回復行動プラン（WRAP）とリカバリー」日本障害者リハビリテーション協会『リハビリテーション研究』No.138，32－35.

木村真理子，2004,「リカヴァリを志向する精神保健システム―当事者活動の拡大に向けて」『精神科看護』31（３），48－52.

熊倉伸宏，1987,「精神科治療におけるpaternalismと自己決定に関する文献的考察」日本精神神経学会『精神神経学雑誌』89－８，593－614.

Lovejoy M., 1982, “Expectations and the recovery process,” *Schizophrenia Bulltein*, 8(4), 605－609.

南山浩二，1999,「精神保健福祉システムの変容と精神障害者家族研究」静岡大学人文学部『人文論集』50－１，pp１－19.

南山浩二，2002,「「精神分裂病家族」の規格化―〈「治療」の対象から「教育」の対象へ〉という推移に着目して」静岡大学人文学部『人文論集』53－１，pp19－37.

南山浩二，2010,「カリフォルニア州ロサンゼルス郡精神保健協会ビレッジISA研修報告」大学院GP『対人援助職の倫理的・法的対応力の育成』141－148.

Mulvany, J., 2000, “Disability, impairment or illness? The relevance of social model of disabilityto the study of mental disorder,” *Sociology of Health & Illness*. Vol.22 No.5, pp582－601.

野中猛，2010,「障害論から見たわが国におけるリカバリー論の展開」『精神科臨床サービス』星和書店，第10巻４号，26－31.

Ragins, M., 1998, “ The Four Walls,” *Exploring Recovery: The Collected Village Writings of Mark Ragins* (http://www.mhavillage.org/Web%20Articles/4TheFourWalls.pdf).

Ragins, M., 2002, *A Road to Recovery*, MHA.（＝前田ケイ監訳（2005）『リカバリーへの道』金剛出版）.

Ralph, RO., Corrigan, PW., 2004, *Recovery in Mental Illness.*, American Psychological Association.

Reissman, F., 1965, “The ‘Helper’ Therapy Principle,” *Social Work*, 10, 27－32.
Reissman, F., 1990, “ Restructuring Help: A Human Services Paradigm for the 1990s,” American Journal of Community Psychology, 18(2), 221－230.
Szasz, T.S. , 1961, *The Myth of Mental Illness*. New York: Hoeber-Harper.
Scheff, T., 1966, *Being Mentally Ill*, Weidenfeld and Nicolson（＝市川孝一・真田孝昭訳『狂気の烙印』）.
精神保健福祉交流促進協会編，2006,『メンタルヘルスとウェルフェア』創刊号第１号.
田中英樹，2010,「リカバリー概念の歴史」『精神科臨床サービス』星和書店，第10巻４号，８－13.
谷中輝雄，2006,「ザ・ヴィレッジの活動を通して」精神保健福祉交流促進協会編『メンタルヘルスとウェルフェア』創刊号第１号，９－12.

■その他

〈HP〉
ロサンゼルス郡精神保健協会（MHA） http://www.mhala.org/
ビレッジISA http://www.mhavillage.org/
カリフォルニア州精神保健協会 http://www.mhac.org/
全国精神保健協会 http://www.nmha.org/
〈DVD〉
宇田川健監修，2007,『リカバリー：障害者自立を支える世界的潮流 宇田川健メンタルヘルスレポート・イン・アメリカ2007』地域精神保健福祉機構（COMHBO）.