

論文

ストレングスモデルにおけるリカバリー概念の批判的検討

伊 東 香 純*

1 はじめに

リカバリーという概念は、精神病をかかえる本人たちや医療・福祉の専門職など、さまざまな立場から説明されている。現時点ではっきりとした定義はないが、おおまかには病気の症状の有無に関係なく、よく生きてゆけることを意味する。ただ、この概念が生まれた背景については、1980年代に本人たちが中心となって精神医療のあり方に異議を唱える運動をおこしたことや（Pinches c.2004; 田中 2010: 428-430）、精神病の体験を記した手記が公開されたこと（Ralph 2000: 481; 野中 2005: 952-954）が重要だとされている。このため本稿では、この概念を説明する上で、本人たちの発信するリカバリーがもっとも重要な観点だとする立場をとる。

この概念は医療・福祉の領域にも応用されている。ケアマネジメント¹の分野で開発されたストレングスモデル²の提唱者であるラップとゴスチャは、「リカバリーの見方（recovery vision）は、ストレングスモデルを実践するための原動力となる」（Rapp and Goscha 2012: 32）³と述べている。また榮は、その訳書の同じ箇所（Rapp and Goscha 2012=2014: 43）を引用して⁴当該モデルにおけるリカバリー概念の重要性を指摘し、「『リカバリー』が精神障害を持つ人々の回復の物語から導き出された」（榮 2014: 614）と述べている。これらのことから、当該モデルにおけるリカバリー概念は、本人たちの発信するそれを医療・福祉に応用したものだといえる。

ストレングスモデルは、人は誰でも欠陥とストレングスの両方をもっているとしたうえで、利用者のストレングスのほうに注目しようという考え方だ。欠陥は生活の諸問題を引き起こす背景、ストレングスは成長を促進する背景や要因だとされる。このような考え方は、利用者の欠陥ばかりに焦点を当てた従来のモデルへの反省から生まれた。そこでは本人が自身のストレングスを認識し活用することによってリカバリーはおこるとされ、専門職の役割はこの過程が円滑に進むよう支援することだとされる。

ストレングスに焦点をあてたモデルは、利用者から高い評価を受けている（Rapp and Chamberlain 1985; Modrcin et al. 1988; Kisthardt and Rapp 1992=1997: 157）。このモデルを用いた例としては、入退院を繰り返していた統合失調症の患者がストレングスを生かすことで意欲をもって在宅生活を送れるようになったという報告や（白澤ほか 2009）、ストレングスモデルを使って介入をおこなった群は、そうでない群と比べてQOLが向上したという研究がある（Stanard 1999）。

このようにストレングスモデルを用いることで、利用者の生活がよくなったという研究には蓄積がある。こうした実践上の有用性から、リカバリーにストレングスを認識し活用できるという条件をつけることは、これまで疑問視されてこなかった。しかしこれは、本人たちを中心とする運動によって生まれたリカバリー概念と矛盾する可能性がある。本稿では、リカバリー概念の発展と普及に重要な役割を果たしているメアリー・オーハイガン（Mary O'Hagan）のこの概念の解釈を、本人たちの発信するリカバリー概念としてとりあげる。そして、本人たちの運動におけるリカバリー概念と、ストレングスモデルにおけるそれとを比較し、当該モデルにおけるこの概念の位置づ

キーワード：リカバリー、ストレングスモデル、メアリー・オーハイガン、ユーザー・サバイバー、ケアマネジメント

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2015年度入学 公共領域

け方を批判的に検討することを目的とする。

2 メアリー・オーヘイガンの略歴

メアリー・オーヘイガンは、1958年にニュージーランド（以下、NZ）南島のウinstonで生まれた。父親は医師であり、両親は寛大なカトリック教徒で、子どもたちに幅広い信条や行動を認め、疑問をもってものごとに接するように教えていた（Beatson 2006: 5）。

77年から84年までの8年間、オーヘイガンは、精神医療の利用者だった（O'Hagan 2009）。精神医療での体験のあと、狂気（madness）にこたえるよりよい方法を探していた。そしてある日、アメリカのユーザー・サバイバー⁵の運動の先駆者の一人であるジュディ・チェンバレンの本（Chamberin 1977=1996）を見つけたのである。それまでも狂人たち（mad people）の自叙伝はいくつか読んでいたが、狂人が自身の体験に基づいて精神医学の土台に異議を唱えたものを読んだのは、それが初めてだった。その本は、どんな本よりも狂気の体験の正当性を証明していた（validated the experience of madness）。それはオーヘイガンを狂気の運動に誘い込むものとなった（O'Hagan 2014: 119-121）。

アメリカのユーザーの運動についてのチェンバレンの記述を読んで、オーヘイガンは、自国でも同じようなものがつくれると確信し、87年にオークランドで当事者組織、サイキアトリック・サバイバーズ（Psychiatric Survivors）を立ち上げた。それは、20名ほどの小さな組織で、自発的な活動を望む人がほとんどだった（Beatson 2006: 24-28）。しかし、オーヘイガンらは、それがチェンバレンの本で述べられていたものとはかけ離れていると感じていた。そこで、90年に3カ月かけてアメリカ、英国、オランダを訪ね、当事者による精神医療のオルタナティブの組織を見て回った（O'Hagan 1991=1999, 1994; Beatson 2006: 31）。

91年、国際的な当事者組織、世界精神医療ユーザー連盟（World Federation of Psychiatric Users 以下、WFPU）が発足した。オーヘイガンは初代議長に選出され、95年までまだ資金も基盤も整っていないWFPUを先導し、その後も2004年まで理事として支えつづけた（Beatson 2006: 38-40）⁶。

また、オーヘイガンはNZ政府の精神保健委員会（Mental Health Commission 以下、MHC）にもかかわった。96年から『ブループリント』（MHC 1998）のリカバリーにかんする内容を作成するユーザーのチームの一員として、その出版に携わった。そして00年から07年までは、リカバリー、差別、人権の分野を担当する委員を務めた。オーヘイガンが委員になってからNZ国内の精神医療は、他国と比べてよりリカバリーをとりいれたものになった（O'Hagan 2002, 2009, 2014: 219-220）。

3 オーヘイガンのリカバリーの解釈

リカバリー概念はユーザー・サバイバーを中心とした運動から生まれたとされていることを第1節で確認した。オーヘイガンは、WFPUの初代議長を務めていることなどから、ユーザー・サバイバーの運動の国際的なリーダーの一人であることに疑いはない。さらに、『ブループリント』は、精神医療サービスがリカバリーアプローチを使うべきだと公式に述べたNZで最初の文書であり、NZはそのようなことをした世界で最初の国の一つである（O'Hagan 2014: 219）。このように、オーヘイガンはリカバリー概念の発展と普及にかんして重要な役割を果たしており、オーヘイガンの述べるリカバリーは、この概念を説明する上で重要であり一定の代表性をもつといえる。

またオーヘイガンは、NZでは『ブループリント』を作成するとき、リカバリーを再定義したという。そしてその理由として、リカバリーはアメリカから輸入された概念だとされているが、それを作成した頃のリカバリーにかんするアメリカの文献が、個人的な過程に焦点を当て社会的な要因を見落としていたことや、暗黙のうちに「精神病（mental illness）」の生物医学モデル（biomedical model）を受けいれていたことを指摘する。またそれらの文献は、この概念を最初から主張し続けてきたユーザーの運動の視点を必ずしも反映していなかったと述べ、アメリカのリカバリーがユーザーよりも専門職主導であるとの懸念があったという（O'Hagan 2002）。両国のリカバリー概念の解釈の違いは、文化による違いという説明もできるが、それだけではない。リカバリーは本人たちを中心とする運

動によって使われてきた概念だが（第1節）、アメリカにおいてこの概念は、このときすでに精神医療の影響を受けて意味が変化していたためだとも考えられる。このように考えると、NZのリカバリーの解釈は、より本人たちの視点を重視しているといえる。

3.1 広い定義とその理由

『ブループリント』でリカバリーは、「人々が完全な健康に戻ることや失ったものをすべてとり戻すことを意味するのでは必ずしもなく、人々がそれらの存在にもかかわらずよく生きてゆけること（can live well）」（MHC 1998: 1）と定義されている。MHCは、「よく生きてゆけること」とかなり広く定義していることについて、意図的にそうしているのであり、その理由は、リカバリーは一人ひとりにとって異なるものだからだと述べている（MHC 2001: 1）。オーヘイガンはこの定義を、症状が除去されるまで待っている必要がないことを認める画期的なものだとする。また、よく生きてゆけることは本人によってしか定義できないと述べている（O'Hagan 2014: 219）。

3.2 狂気との関係

オーヘイガンは、リカバリーと精神病／狂気との関係について、精神病が存在するか否かではなく、「精神病とは理に適った判断か」という問いがより興味深いと述べる。そしてこの問いに、精神病というレッテル（labelling）は自分のリカバリーの役に立たなかったと答えている（O'Hagan 2014: 115）。

また、MHCとともに出版した文書でオーヘイガンらは、「精神病（mental illness）」の代わりに、NZの先住民族であるマオリ族の言葉で、特殊なあるいは独特な人を意味する「tangata motuhake」を使っている（MHC et al. 2004: 9）。またオーヘイガンは、自身の著書において「精神病」の代わりに「狂気（madness）」を使っている（O'Hagan 2014）。これらのことから精神医学において病気とされる状態を、必ずしも病気とはみなしていないといえる。

またオーヘイガンは、リカバリーが狂気がおさまったあとにおこるものだと考えていない。さらに、リカバリーと狂気とははっきり分けられるものとしては捉えない。自分のリカバリーは狂気の中から始まったと述べている。

リカバリーは、狂気がおさまったあとに続く段階であるとは言い切れない。狂気とリカバリーの種は、生得（inheritance）と経験（experience）という同じ土壌に蒔かれることがある。そして、リカバリーは、狂気が燃え上がるとすぐに根を張り始めるのだ。狂気は、山火事のようにその人の内部の景色の中で荒れ狂う。しかし、最後の煙が立ちのぼるはるか前に、燃え殻から立ち上がるための新たな成長が準備されているのだ。（O'Hagan 2014: 125）

しかし、私のリカバリーの力は、狂気に先立つものではなく、狂気の中にこそあった。私のリカバリーが姿を見せ始めたのは、狂気が姿を見せ始めた場所——ブラックボックスにおいて——である。はじめのうち、ブラックボックスはその深遠な無（profound nothingness）をもって私を怖がらせた。しかし、私はそこに平和を見出すようになった。長い年月をかけて怖がって球のように縮こまることをやめ、ただブラックボックスの中に自分を浮かべるようになった。ブラックボックスは、存在を脅かす本丸（dungeon of existential terror）から人生の不思議と学識の不確かさの隠喩へと、ゆっくりと変わっていった。黒は私の精神的な平穏（spiritual peace）を表す色となった。（O'Hagan 2014: 126）

また、狂気にも何らかの肯定的な側面を見出している。

リカバリーは、強さ（strength）が弱さ（weakness）に勝つことや、善（good）が悪（bad）に勝つことだとは言い切れない。なぜなら、狂気には強い部分もよい部分もあるからだ。狂気の問題点は、私たちをたった一人のための空間しかない場所に孤立させてしまうことである。リカバリーが、所属への橋（bridge to belonging）を修理してくれるのだ。（O'Hagan 2014: 125）

3.3 社会との関係

MHCは、精神病の起源あるいはそれが長引く原因は、本人だけでなくその人の周りの社会にもある場合があるという。その場合にはリカバリーは本人だけにおこればよいのでは必ずしもなく、その人の病気の一因となってしまう人々やシステムも、個人が生きやすくなるように変わる必要があると述べる (MHC 1998: 15)。

また、社会の差別 (discrimination) が、リカバリーを妨げるという。差別は、一般の人や専門職、家族、さらには狂人自身といったさまざまな立場から生み出される。差別によって本人たちは、自分の人生は惨めでたいした価値などないのだという思いに支配されたり、予測不可能で暴力的な行動をとるからと他人の管理の下におかれたりしてしまうのだ (MHC 1998: 18-19; O'Hagan 2014: 229)。

4 ストレングスモデル

4.1 はじまり

1978年、アメリカの国立衛生研究所 (NIMH: National Institute of Mental Health) が地域支援プログラム (CSP: Community Support Program) を開始した。このプログラムは、長く深刻な状態であるが、長期的なナーシング・ケアの適応ではない精神病患者のサービスを改善するためにつくられた。このプログラムの特徴は、地域支援システム (CSS: Community Support System) であり、これは傷つきやすさをもつ人々を地域から排除したり隔離したりすることなく、彼らのニーズに合わせた支援をし潜在的な力をのばそうというものだ (Turner and TenHoor 1978: 319,329)。この支援プログラムを円滑に進めていく方法として、ケースマネジメントが注目を集めるようになった (Kisthardt and Rapp 1992=1997: 157)。

70～80年代のケアマネジメントの分野では、医学モデルやそれに影響を受けたブローカーモデル (broker-of-service model) が主流だった。医学モデルにおいて精神病は、脳に不可逆的な変化がおきている状態とみなされていた (Xie 2013: 5-6)。またブローカーモデルでは、利用者にはサービスに対するニーズがあるとされ、その人の欠陥に焦点をあてて評価をおこない、ニーズに社会資源を結び付ければ、その人は喜んでそれを利用するはずだと考えられていた (Chamberlain and Rapp 1991: 171-172; 白澤 2009: 2-3)。

しかし、こういった悲観的な見方は利用者により影響を与えなかった。利用者が、専門職の悲観的な見方を受け入れて自分に否定的になってしまったのだ。このため、従来のモデルでは利用者のQOLや地域での生活力を十分に向上させられないことがわかってきた。そこで、従来のモデルを越えるために考え出されたのが、ストレングスモデルである。このモデルは、アメリカのチャールズ・ラップを中心にカンザス大学を拠点として展開されてきた (白澤 2009: 3-4; Xie 2013: 5-6)。

4.2 ストレングスモデルとはどのような考え方か

ストレングスモデルは、すべての人が欠陥とストレングスの両方をもっているという前提に立つ。欠陥は生活の諸問題を引き起こす背景、ストレングスは成長を促進する背景や要因となる。ところが人は普段、障害 (barriers) や病理に囚われており、欠陥と比べてストレングスを認識できていない。そこで、対象者のストレングスに焦点を当てて支援をしようというのが、当該モデルの考え方である (Rapp and Goscha 2012: 33; 白澤 2009: 2)。このようにこのモデルは、おおむね、欠陥とストレングスのうちストレングスのほうに注目するという二元論の枠組みで考えているといえる。

しかしこのモデルは、二元論的な視点や従来の疾病モデルとの対比を越えた、より積極的な意味合いをもつという主張もある (小澤 2015: 29)。ただ、ここでもストレングスアセスメントは、利用者の葛藤のネガティブな部分を掘り下げるのではなく、本人や周りが見失いがちなその人のストレングスや希望を、共に探索するための支援ツールであるとされる (小澤 2015: 31)。これはやはり、ネガティブな部分とストレングスの2つを対比するものであり、二元的な枠組みから外れていない。

4.3 ストレングスとは何か

ストレングスモデルにおけるストレングスは、本人にあるものと本人の環境にあるものの2つに大きく分けられる。ラップとゴスチャは、本人にあるものを個人のストレングスと呼び、熱望 (aspirations)、能力 (competencies)、自信 (confidence) という3つの要素をあげている。そして、それぞれに「生活がうまくいっている人は」という書き出しで、「目標と夢がある」、「願いを達成するために、自らのストレングスを用いている」、「目標に向かって次の段階に移る自信をもっている」という命題 (proposition) を付している。またそれらの要素の関係を「熱望×能力×自信=見込み (promise) と可能性 (possibilities)」と公式化し、もしどれかの要素がゼロであれば計算結果もゼロであり、可能性はまったくないと述べている (Rapp and Goscha 2012: 38-43)。

また、本人の環境にあるものを環境のストレングスと呼び、資源 (resources)、社会関係 (social relations)、機会 (opportunities) という3つの要素をあげている。そして、それぞれに個人のストレングスと同じ書き出しで、「自らの目標を達成するために必要な資源を得る方法をもっている」、「少なくとも一人との意味ある関係をもっている」、「自らの目標に対して適切な機会を得る方法をもっている」という命題を付している。またそれらの要素の関係について、治療や福祉サービスとして与えられるものよりも、地域社会にある資源のほうが「正しい行動 (correct behavior)」をより生みやすく、より多くの人材、資源、機会を得ることを可能にする。さらに、それらは利用者に代わってそれらを活用させることが可能だと述べている (Rapp and Goscha 2012: 44-48)。

白澤も同様に、本人にあるストレングスとして、能力、意欲、自尊心、嗜好、資産を挙げ、環境にあるストレングスとして、家族や近隣、地域の団体の役員、ボランティア等を挙げている (白澤 2009: 6)。

4.4 リカバリーとの関係

リカバリーのためには、本人が自分にはそのための能力があるという自信をもつ必要があり、ストレングスに焦点を当てることは、その手助けになるとされる (Xie 2013: 6) ⁷。また利用者を援助するとき、その人の欠陥に囚われている限り効果的な援助はできず、この見方を脱しストレングスを強く認識することができて初めて成果が得られるようになる。リカバリーは、この認識の転換と強く共鳴する (resound) とされる (Rapp and Goscha 2012: 33) ⁸。

このようにリカバリーのためには、本人が自分のストレングスを認識し活用することが必要だとされている。これは、ストレングスを認識できた方がよりよいというような弱いものではなく、それを認識できないとリカバリーは不可能だというような強い要請である。

またストレングスの文脈におけるリカバリーは、オーヘイガンの解釈 (第3節) とは異なる。たしかに病気の症状がなくなることを目指す医学モデルの考え方とは違うことは明確にいわれる。しかし、願望の達成のために困難を乗り越えること (Rapp and Goscha 2012: 15) ⁹や、「目標に向かって進んでいく」 (小澤 2015: 54) ことなど、本人が何らかの前向きな変化をおこすことを求めている。

5 考察

オーヘイガンをはじめ、ユーザー・サバイバーは、精神医療の従来の医学モデルのもとで深刻な苦痛を体験させられてきた。オーヘイガンは、入院中に自分で書いた記録と、医療者が自分の状態を記述した記録とを比較して、その2つが同じ人物の同じ出来事にかんするものであることが信じられないと述べている。そして、この違いが精神医療がしばしば患者を助けることに失敗する根本的な理由だと考えている (O'Hagan 1996: 44)。その違いとはより具体的には、オーヘイガン自身は、医療者が自分のことを絶望的な苦闘のなかにいるヒーローと見てくれていると思っていたのだが、実際には彼らは、自分たち専門職の管理と抑制を必要とする、不健全で惑いやすく混乱した21歳の人としか見ていなかったというものだ (O'Hagan 2014: 58)。さらに、医学モデルの影響は医療だけにとどまらず、リカバリーの障壁となる社会の差別を生んでいる (第3.3節)。

このように、ユーザー・サバイバーは、自分の意思に反して自分の状態を規定され、それによってさまざまな不利益を被ってきた。ユーザー・サバイバーを中心とするリカバリーの運動は、このような医療のあり方への抵抗実

践の一つと捉えられるべきである。

5.1 オーハイガンのリカバリーについて

本節では、オーハイガンの考えるリカバリーについて、(1) 人の状態を分類したり価値づけたりしないこと、(2) 本人だけでなく社会にも変化を求めていることをそのポイントとしてあげる。

第一に、オーハイガンはリカバリーに本人の外からの条件づけをおこなっていない。次の2点からそのように考えられる。

1点目は、リカバリーを「よく生きてゆけること」とかなり広く定義していることである。この定義は、精神病の症状の有無というような限定的な範囲で差異を認めるのではなく、人の状態全般について、基本的にリカバリーに条件を設けない。一人ひとりの「よく生きてゆけること」について画一的な定義を避け、それぞれの状態を分類したり価値づけたりしないことをよしとしている。つまり、人のあらゆる状態をリカバリーのおきている状態として認める余地を残しているのである。

2点目は、医学において病気とされる状態を、必ずしも病気とみなしていないことである。オーハイガンは精神病というレッテルは自分のリカバリーに役立たなかったと述べ、「精神病」の代わりに「狂気」や「tangata motuhake」を使っている。また、「リカバリーは強さが弱さに勝つことや、善が悪に勝つことである」と言い切れない」と述べ、その理由を「狂気には強い部分もよい部分もあるから」だとしている。これは、いままで否定的なものとして治療の対象とされてきた狂気を、肯定的な側面に注目しそれを大きくすることで克服しようとしているとか、肯定的なものだと捉えなおそうとしている、と誤解してはならない。他人の判断によって、何らかの枠に分類されレッテルを貼られてしまうことを避けているのだ。ただし、精神病というレッテルによって、狂気は否定的に価値づけられ不当な差別がなされてきたのも事実であるため、肯定的な部分を強調した説明がなされていると考えるべきだろう。

第二に、オーハイガンは本人のみに変化を求めない。MHCは、リカバリーのためには本人のみならず社会も変わる必要があると述べている。個人がよく生きてゆくことのできない状況に出会ったとき、その解決のために変わるべきなのは、必ずしも欠陥や異常をかかえた本人ではないということだ。つまり、リカバリーにおいて本人の変化は必須の条件ではない。個人が生きやすいように社会が変化すれば、本人の状態がまったく変わらなくともリカバリーはおきうるということである。

さらに、このことははっきりとは述べられていないが、個人が変わることとその環境が変わること、この順序は予め定められているわけではない。つまり、まず個人に変更を求めて、それがうまくいかない場合には環境を個人に適応させるという順にいつもなるべきだとはいえない。

5.2 ストレングスモデルにおけるリカバリーについて

ストレングスモデルの提唱者たちも、従来の医学モデルによって、本人たちが苦痛な体験をさせられていることを問題視してきた。ただし、彼らは、ユーザー・サバイバーの運動とは違って、分類や価値づけをやめることではなく、従来のモデルが注目してこなかったストレングスに注目することによって、それを越えようとした。そして、ユーザー・サバイバーの運動と同じように、リカバリー概念をその考え方の基盤に据えた。

しかし、ストレングスモデルにおけるリカバリーは、従来のモデルと基本的に変わっていない。本節では、このリカバリーが、(1) 人の状態を肯定的な面と否定的な面に分類するという二元論で考えること、(2) できることがよく生きるために必要だという正しくない規範を強化していること、(3) 基本的に本人に変化を求めていること、という3点において従来のモデルが目指してきたものと類似していることを述べる。

第一に、ストレングスモデルは、人は誰でもストレングスと欠陥をもっていると考え。そして、そのうちストレングスのほうを認識し活かすことでリカバリーがおこると考える。第1文目は、ストレングスモデルは人のもっているものはストレングスと欠陥に分類できると考える、と言い換えられる。ただし、すべての人が欠陥とストレングスの両方をもっているという前提がついている。他方、医学モデルは正常な身体を定義し、それを基準として対象者の身体の状態を正常と異常に分類する。その上で、異常のほうを除去しようとする。このように考えると、

ストレングスモデルにおけるリカバリーは、本人の状態を肯定的なものと否定的なものに二分するという従来のモデルと類似の枠組みのもとに位置づけられているといえる。

第二に、二分したもののうちで肯定的に評価できるもの、つまり、ストレングスモデルにおけるストレングス、医学モデルにおける正常に付与されている意味について考える。

ストレングスモデルは、本人にあるストレングスとして、何かできる能力やできるようになろうとする意欲をあげている。さらに、あらゆる人にそれらがあるという前提に立ち、それらを使って何かをなすことを、リカバリーの条件にしている。他方、医学モデルにおける正常は、何かすることよりは狭いものを指していると思われる。異常のうちには、本人に苦痛を与えることも身体の機能に影響を与えることもない、単純に正常とは異なっている状態も含まれているからだ。このように考えると、ストレングスモデルにおけるリカバリーは、肯定しているものにかんして医学モデルと類似しているが、それと比べてすること、することができることにより重点を置いているといえる。

できることと生との関係について立岩は、すること、することができることは、一つに、存在するために消費するものを生産する手段として必要だから必要であり、もう一つ、その人自身にとって、楽しいことがあると述べる。ところが、それがそれ以上のものとされており、生が肯定されるなら、それは生に対して過剰であり過小であるとして、それを否定している（立岩 2004: 89-90）。

ストレングスモデルでは、それが何のためであるかを明確にすることなく、することやすることができることをストレングスとしている。たしかに本人にとって楽しいことのためだけにストレングスを活かせることが必要だといのであれば、それは「過剰であり過小である」とはいえない。しかし、能力が本人にあることが生きるために絶対的に重要なことではないことをいわずに能力をストレングスだとすることは、それを「それ以上のもの」にすることだといえる。このようにストレングスモデルにおけるリカバリーは、自分で何かすることをストレングスと位置づけることによって、それがよく生きるために必要だという正しくない規範を強化している。

第三に、変更を迫られる人やものについて考える。医学モデルは、対象者の身体の状態のうち異常な部分を治療して正常に近づけるという考え方であった。つまり、基本的に本人のみに注目し、本人が変わることを求めていた。

これに対しストレングスモデルは、本人のみならずその周りの環境にも注目している。そして、環境に本人にとってよいところがあると、それを本人のストレングスとみなす。このときそこには、一方で、生きるために必要な資源が含まれている。それがその人の周りにあることは、当たり前前に保障されるべきことだ。それにもかかわらず、それをことさらストレングスとって特別なものとしてもち上げている。他方で、生活をより豊かにするようなどこにでもあるわけではない環境は、たしかにストレングスといってもよいだろう。しかし、このモデルはそれを本人が認識し活用できることをリカバリーの条件としている。本人が何かしようとするとき、それに役立つ環境を利用できるよう支援することの意義はもちろんある。しかし、それを認識し活用できることがリカバリーの条件であるといってしまうとき、本人の変化がリカバリーの条件となっている。このように考えると本人にばかり変更を求めているという点で、ストレングスモデルにおけるリカバリーは、目指すものを達成するための方法が従来のモデルと類似しているといえる。

5.3 両者の相違について

第5.2節で、ストレングスモデルにおけるリカバリーは、人の状態を（1）分類したり（2）必ずしも正しくない価値づけをしたりし、（3）それに合うように本人に変化を求めるという点で従来のモデルと同じ枠組みのなかにあることをみた。これは、本人たちを中心とする運動におけるリカバリーの（1）本人の状態を他人に規定させない、（2）本人の変化は絶対的な条件ではない、という重要な要素（第5.1節）とはまったく相容れない。

たしかに一定数の人に有効な支援のモデルを提示するときには、必然的に個々の異なりはとりこぼされる。そのためストレングスモデルにおけるリカバリーが、（1）本人の状態を他人に規定させない、（2）本人の変化は絶対的な条件ではないという要素と相容れないのは当たり前だといわれるかもしれない。しかし、問題は異なりをとりこぼしているということではない。そのような限界があるにもかかわらず、そこで想定しているよきから外れるのを許さないことにある。オーハイガンは、ストレングスモデルの支援の仕方を否定しているのではない。MHCは、リ

カバリーを支援するサービスに、本人やその人の地域の資源を發展させ利用することを求めている (MHC 2001: 1)。否定しているのは、何かしたいという希望やそのための能力を活用させるという支援ではなく、それをリカバリーの条件として押しつけるという、当該モデルにおけるこの概念の位置づけ方だ。

精神医療では、本人の判断と関係なく症状がなくなることが回復として目指され、患者はときに強制的に「回復」させられてきた。ユーザー・サバイバーの運動はそれに異議を唱えた。ストレングスモデルでも、本人の判断と関係なく意欲や能力があることがリカバリーとして目指されている。たしかに意欲や能力があることは、症状がなくなることと比べてかなり広い範囲を許容している。また、ケアマネジメントに精神病院でなされる治療ほどの強制力はない。しかし、意欲や能力があることがそうでないよりはよいという価値観が一般にある社会で、それらの存在をその人にとってよく生きてゆけることを意味するリカバリーの条件とすることは、それらをもつことを半ば強制しているといえる。さらに、意欲や能力は基本的に本人の力によって得られるものであり、症状をなくすことより本人に課せられる責任は大きいといえる。

たしかにそのとき本人が言っていることが、その人にとってよいことと異なることはありうる。そのため、本人の判断をそのまま受け入れるわけにはいかないといわれる。その指摘はもっともではあるのだが、そのような理由づけによって、ユーザー・サバイバーはよしあしの判断全般から排除されてきた。本人の判断を常にそのまま受け入れるべきでないことは、その人を判断から全面的に排除することをまったく正当化しない。

6 結論

ストレングスを活用することによってよく生きられるようになる人は大勢いると考えられ、その意味でストレングスモデルの支援の仕方はよい。しかし、それをリカバリーの条件とすることは、ストレングスを活かして支援するのは別のことである。リカバリーに本人がストレングスを認識しそれを活用できるという条件をつけることは、ユーザー・サバイバーを中心とする運動によって生まれたリカバリー概念に誤解を与えかねない。ストレングスモデルは、ユーザー・サバイバーが自分たちにつらい体験を強いてきた考え方や実践に抵抗するためにつくり出したリカバリー概念を、従来のモデルに近づけて彼らが大切にしている価値を損なってしまっているという点で批判されるべきである。

[註]

- 1 ケアマネジメントは、ケースマネジメントなどと呼ばれることもあるが、これらは同じものを指している。本稿では基本的に「ケアマネジメント」を使うが、参照した文献で別の言葉が使われている場合は文献に準拠している。
- 2 ストレングスモデルは、ストレングスの見方 (strengths perspective) やストレングスに基づくアプローチ (strength-based approach) などと呼ばれることもあるが、これらは基本的には同じ考え方を指しているため、本稿では区別せずに扱っている。
- 3 以下の Rapp and Goscha (2012) の翻訳は、訳書 (Rapp and Goscha 2012=2014) を参照しながら筆者がおこなった。
- 4 引用箇所は「ストレングス」(Rapp and Goscha 2012=2014: 43) を「ストレングスモデル」(栄 2014: 614) としている。
- 5 本稿では、ユーザー・サバイバーという言葉は、精神障害者と自己定義した人たちのことを指している。なお、この定義は世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク (World Network of Users and Survivors of Psychiatry 以下、WNUSP) の定義 (WNUSP 2015) を参照した。
- 6 WFPU は 97 年に WNUSP と名前を変えた (WNUSP 2013)。
- 7 参照箇所は、Shanley and Jubb-Shanley (2007) を参照して書かれている。
- 8 第 2 版、第 3 版の訳書は、「リカバリーの物語は、この転機によってのみ力強く語るができるようになる」(Rapp and Goscha 2006=2008: 59, 2012=2014: 45) と認識の転機とリカバリーとの関係をより強く訳している。
- 9 第 1 版ではリカバリーについての言及は比較的少なく (Rapp 1998: 19-22)、その訳書でリカバリーは回復と訳されている (Rapp 1998=2001)。

[文献]

- Beatson, Peter, 2006, "Surviving Psychiatry: The Mental Health User Movement in New Zealand: An Interview with Mary O'Hagan," *New Zealand Journal of Disability Studies*, 12: 5-61.
- Chamberin, Judi, 1977, *On Our Own: Patient-controlled Alternatives to the Mental Health System*, New York: McGraw-Hill. (=1996, 中田智恵海監訳, 大阪セルフヘルプ支援センター訳『精神病患者自らの手で——今までの保健・医療・福祉に代わる試み』解放出版社.)
- Chamberlain, Ronna and Charles A. Rapp, 1991, "A Decade of Case Management: A Methodological Review of Outcome Research," *Community Mental Health Journal*, 27 (3): 171-188.
- Kisthardt, Walter E. and Charles A. Rapp, 1992, "Bridging the Gap between Principles and Practice: Implementing a Strengths Perspective in Case Management," Stephen M. Rose ed., *Case Management and Social Work Practice*, New York: Longman Publishing Group. (=1997, 岡田進一訳「原則と実践のかけ橋——ケースマネジメントにおける「強さ活用モデル」の実践」白澤政和・渡部律子・岡田進一監訳『ケースマネジメントと社会福祉』ミネルヴァ書房, 157-173.)
- Mental Health Commission, 1998, *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be*, Wellington: Mental Health Commission.
- , 2001, *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*, Wellington: Mental Health Commission.
- Mental Health Commission et al., 2004, "Our Lives in 2014: A Recovery Vision from People with Experience of Mental Illness for the Second Mental Health Plan and the Development of the Health and Social Sectors," Mary O'Hagan, (2015年9月27日取得, http://www.maryohagan.com/resources/Text_Files/Our%20Lives%20in%202014.pdf).
- Modrcin, Matthew, Charles A. Rapp and John Poertner, 1988, "The Evaluation of Case Management Services with the Chronically Mentally Ill," *Evaluation and Program Planning*, 11 (4): 307-314.
- 野中猛, 2005, 「リカバリー概念の意義」『精神医学』47 (9): 952-961.
- O'Hagan, Mary, 1991, *Stopovers: On My Way Home from Mars*. (=1999, 中田智恵海監訳, 長野英子訳『精神医療ユーザーのめざすもの——欧米のセルフヘルプ活動』解放出版社.)
- , 1994, *Stopovers: On My Way Home from Mars*, London: Survivors Speak Out.
- , 1996, "Two Accounts of Mental Distress," Jim Read and Jill Reynolds eds., *Speaking Our Minds*, London: Macmillan Press, 44-50.
- , 2002, "Living Well," *Openmind*, 118: 16-17.
- , 2009, "Curriculum Vitae," Mary O'Hagan, (2015年9月27日取得, http://www.maryohagan.com/resources/Text_Files/O'Hagan%20Contract%20CV%20Nov%202010.pdf).
- , 2014, *Madness Made Me*, Wellington: Open Box.
- 小澤温監修, 埼玉県相談支援専門員協会編集, 2015, 『相談支援専門員のためのストレングスモデルに基づく障害者ケアマネジメントマニュアル——サービス等利用計画の質を高める』中央法規出版.
- Pinches, Allan, c.2004, "Recovery: What the Consumer Movement Says about Recovery," (2015年9月27日取得, <http://www.ourcommunity.com.au/files/OCP/PinchesRecovery.pdf>).
- Ralph, Ruth O., 2000, "Recovery," *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4 (3): 480-517.
- Rapp, Charles A., 1998, *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, New York: Oxford University Press.
- , 1998, *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, New York: Oxford University Press. (=2001, 江畑敬介監訳『精神障害者のためのケースマネジメント』金剛出版.)
- Rapp, Charles A. and Ronna Chamberlain, 1985, "Case Management Services for the Chronically Mentally Ill," *Social Work*, 30 (5): 417-422.
- Rapp, Charles A. and Richard J. Goscha, 2006, *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities, Second Edition*, New York: Oxford University Press. (=2008, 田中英樹監訳『ストレングスモデル——精神障害者のためのケースマネジメント [第2版]』金剛出版.)
- , 2012, *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services, Third Edition*, New York: Oxford University Press.
- , 2012, *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services, Third Edition*, New York: Oxford University Press. (=2014, 田中英樹監訳『ストレングスモデル——リカバリー志向の精神保健福祉サービス [第3版]』金剛出版.)
- 栄セツコ, 2014, 「病いの経験に意味を見出すストレングスモデル」, 『精神科』25 (6): 614-617.

- Shanley, E. and M. Jubb-Shanley, 2007, "The Recovery Alliance Theory of Mental Health Nursing," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 (8): 734-743.
- 白澤政和, 2009, 「本人の強さを生かすケアプランをつくる」白澤政和編著『ストレングスマデルのケアマネジメント——いかに本人の意欲・能力・抱負を高めていくか』ミネルヴァ書房, 1-24.
- 白澤政和ほか, 2009, 「事例検討 19 入退院を繰り返す統合失調症の人の思いを実現し, 生活の張りを取り戻す」白澤政和編著『ストレングスマデルのケアマネジメント——いかに本人の意欲・能力・抱負を高めていくか』ミネルヴァ書房, 183-190.
- Stanard, Rebecca Powell, 1999, "The Effect of Training in a Strengths Model of Case Management on Client Outcomes in a Community Mental Health Center," *Community Mental Health Journal*, 35 (2): 169-179.
- 田中英樹, 2010, 「リカバリー概念の歴史」『精神科臨床サービス』10 (4): 428-433.
- 立岩真也, 2004, 『自由の平等——簡単に別な姿の世界』岩波書店.
- Turner, Judith Clark and William J. TenHoor, 1978, "The NIMH Community Support Program: Pilot Approach to a Needed Social Reform," *Schizophrenia Bulletin*, 4 (3): 319-348.
- World Network of Users and Survivors of Psychiatry, 2013, "History of WNUSP," Strengthen Our Voices 2013, (2015年9月27日取得, <https://wgnusp2013.wordpress.com/history-of-wnusp/>).
- , 2015, "Membership," World Network of Users and Survivors of Psychiatry, (2015年9月27日取得, <http://www.wnusp.net/index.php/membership-information.html>).
- Xie, Huiting, 2013, "Strengths-Based Approach for Mental Health Recovery," *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7 (2): 5-10.

A Critical Examination of the Recovery Concept in the Strengths Model

ITO Kasumi

Abstract:

The recovery concept has been used in the movement led by users and survivors of psychiatry, protesting the attitude of the mental health system. The strengths model of care management then began to use the recovery concept as a target, suggesting that, in order to recover, a person must acknowledge and utilize his or her strengths. However, this usage of the recovery concept may differ from its original intention. This paper compares the interpretation of the recovery concept promoted by Mary O'Hagan, one of the leaders in the movement, with the recovery concept used in the strengths model, and critically examines the positioning of the recovery concept in this model. It is observed that O'Hagan's interpretation avoids setting any condition on one's well living and does not always require the person to change oneself. On the other hand, the strengths model categorizes and evaluates the individual's state and requires him or her to change oneself to match the model's evaluations in order to recover. Thus, this usage of the recovery concept within the strengths model should be criticized for compromising the original values of the concept in the movement of users and survivors of psychiatry.

Keywords: recovery, the strengths model, Mary O'Hagan, users and survivors of psychiatry, care management

ストレングスモデルにおけるリカバリー概念の批判的検討

伊 東 香 純

要旨：

リカバリー概念は、精神医療のあり方に異議を唱えるユーザー・サバイバーの運動のなかで使われてきた。ケアマネジメントのストレングスモデルは、ストレングスを活用できるという条件をつけてリカバリー概念を当該モデルに位置づける。これは前述の運動のリカバリー概念と矛盾する可能性がある。本稿は、その運動の中心的存在であるメアリー・オーヘイガンのリカバリー概念の解釈と、ストレングスモデルのこの概念とを比較し、当該モデルのこの概念の位置づけ方を批判的に検討する。その結果、オーヘイガンのリカバリーの解釈では、本人のよく生きてゆけることへの条件づけを避け本人の変化は必須ではないのに対し、ストレングスモデルでは、本人の状態を分類し価値づけてそれに沿った本人の変化を求めていることが明らかになった。ストレングスモデルのリカバリー概念の位置づけ方は、ユーザー・サバイバーの運動の価値観を損なっている点で批判されるべきだ。

