NIVR

資料シリーズ
NO.3

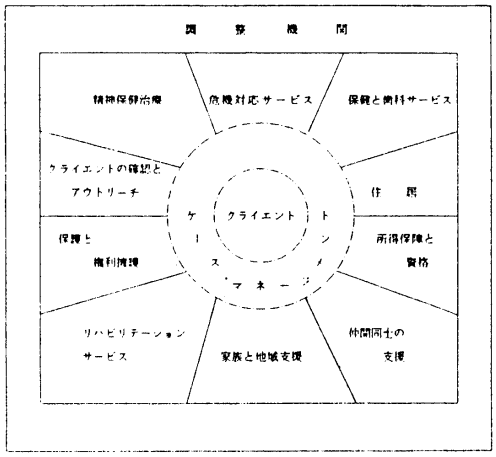
アメリカにおける
精神障害者に対する地域支援システム

1992年 3 月

障害者職業総合センター
NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

資料シリーズ No3　アメリカにおける精神障害者に対する地域支援システム

正　誤　表

訂正・追加箇所	誤	正
P14　図１中	クライエントの確認とアウトリサーチ	クライエントの確認とアウトリーチ
P14　図１中	「家族と地域支援」と「仲間同士の支援」の間のケイ線のヌケ追加 下表参照 図１　地域支援システム  	

追　加　挿　入

P74　16 行目と 17 行目間に下記文章追加

Goldstein, M. J., & Ropeikin, H. S. (1981). Short and long-term effects of combining drug and family therapy. In M. J. Goldstein (Ed.), New directions for mental health services: *New developments in interventions with families of schizophrenics* (No. 12). San Francisco: Jossey-Bass.

Goldstrom, I. D., & Manderscheid, R. W. (1982). The chronic mentally ill: A descriptive analysis from the Uniform Client Data Instrument. *Community Support Service Journal, 2,* 4-9.

Goldstrom, I. D., & Manderscheid, R. W. (1983). A descriptive analysis of community support program case managers serving the chronically mentally ill. *Community Mental Health Journal, 19,* 17-22.

Grusky, O., Tiernay, K., Anspach, R., Dans, D., Holstein, J., Unruh, D., & Vandewater, S. (1987). Descriptive evaluation of community support programs. *International Journal of Mental Health, 15*(4), 26-43.

Grusky, O., Tiernay, K., Holstein, J., Anspach, R., Dans, D., Unruh, D., Webster, S., Vandewater, S., & Allen, H. (1985). Models of local mental health delivery systems. *American Behavioral Scientist, 28*(5), 685-703.

Grusky, O., Tiernay, K., Manderscheid, R. W., & Grusky, D. B. (1985). Social bonding and community adjustment of chronically mentally ill adults. *Journal of Health and Social Behavior, 26,* 49-63.

Hall, R. C. W., Gardner, E. R., Popkin, M. K., Lecann, A. F., & Stickney, S. K. (1981). Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission: A prospective study. *American Journal of Psychiatry, 138,* 629-635.

Hammaker, R. (1983). A client outcome evaluation of the statewide implementation of community support services. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 7*(1), 2-10.

Hammer, M. (1981). Social supports, social networks, and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 7*(1), 45-57.

Handel, M. (1985). Deferred pelvic examinations: A purposeful omission in the care of mentally ill women. *Hospital and Community Psychiatry, 36,* 1070-1074.

（裏に続く）

Hargreaves, W. A., Shumway, M., Knutsen, E. J., Weinstein, A., & Senter, N. (1987). Effects of the Jamison-Farabee Consent decree: Due process protection for involuntary psychiatric patients treated with psychoactive medication. *American Journal of Psychiatry, 144*(2), 188-192.

Harris, M., Bergman, H. C. (1985). Networking with young adult chronic patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 8*(3), 28-35.

Harris, M., & Bergman, H. C. (1988). Capitation financing for the chronic mentally ill: A case management approach. *Hospital and Community Psychology, 39*, 68-72.

Harris, M., Bergman, H. C., & Bachrach, L. L. (1987). Individualized network planning for chronic psychiatric patients. *Psychiatry Quarterly, 58*(1), 51-56.

Hatfield, A. B. (1981). Self-help groups for families of the mentally ill. *Social Work*, September, 408-413.

Hattie, J. A., Sharpley, C. F., & Rogers, H. J. (1984). *Psychological Bulletin, 95*, 534-541.

Hill, M., & Wehman, P. (1983). Cost benefit analysis of placing moderately and severely handicapped individuals into competitive employment. *TASH Journal, 8*, 30-38.

Hill, M. L., Wehman, P. H., Kregel, J., Banks, P. D., & Metzler, H. M. D. (1987). *Journal of the Association for the Severely Handicapped, 12*, 182-189.

Hoffman, R. S., & Koran, L. M. (1984). Detecting physical illness in patients with mental illness. *Psychosomatics, 25*(9), 654-659.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D., & Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry, 43*, 633-642.

Hogarty, G. E., Goldberg, S. C., Schooler, N. R. (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: Adjustment of nonrelapsed patients. *Archives of General Psychiatry, 31*, 609-618.

Hogarty, G. E., Schooler, N. R., Ulrich, R., Mussare, F., Ferro, P., & Herron, E. (1979). Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry, 36*, 1283-1294.

Hoult, J., & Reynolds, I. (1984). Schizophrenia: A comprehensive trial of community orientated and hospital orientated psychiatric care. *Acta Psychiatric Scandinavia, 69*, 359-372.

Hull, J. T., & Thompson, J. C. (1981). Factors which contribute to normalization in residential facilities for the mentally ill. *Community Mental Health Journal, 17*(2), 107-113.

Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J., Cornes, C., & Carpenter, L. L. (1987). *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 968-972.

Jansen, M. (Ed.) (1985). Special section. A chronicle of major health policy reform of the 1980s: Social security disability reform—reasons for optimism. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 9*(1), 3-54.

Jordan, D. D. (1985). The impact of an alternatives program on client utilization of services in a county mental health system. *Hospital and Community Psychiatry, 36*(12), 1291-1296.

Kanter, A. S. (1986). Recent zoning cases uphold establishment of group homes for the mentally disabled. *Clearninghouse Review, 18*, 515-518.

Kiesler, C. A. (1982). Mental hospitals and alternative care. *American Psychologist, 37*, 349-360.

Kline, M. N., & Hoisington, V. (1981). Placing the psychiatrically disabled: A look at work values. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 24*, 365-369.

Koran, L. M., Sox, H. C., Marton, K. I., & Moltzen, S. (1984). Mobile medical screening teams for public programs. *Hospital and Community Psychiatry, 35*, 1151-1152.

Koranyi, E. K. (1980). Somatic illness in psychiatric patients. *Psychosomatics, 21*, 887-891.

Lannon, P. B., Banks, S. M., & Morrissey, J. P. (1988). Community tenure patterns of the New York State CSS population: A longitudinal impact assessment. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 47-60.

Larsen, J. K. (1987). Community mental health services in transition. *Community Mental Health Journal, 23*, 16-25.

Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology, 11*, 3-21.

Lecklitner, G. L., & Greenberg, P. D. (1983). Promoting the rights of the chronically mentally ill in the community: A report on the Patient Rights Policy Research Project. *Mental Disability Law Review, 7*, 422-429.

Leete, E. (1988). The role of the consumer movement and persons with mental illness. Presented at Rehabilitation Support Services for Persons with Long-Term Mental Illness: Preparing for the Next Decade. Mary Switzer Memorial Seminar, Washington, D.C.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberbein-Vries, R., & Sturgeon, D. A. (1982). Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry, 141*, 121-134.

Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 1063-1069.

Levine, I. S., & Fleming, M. (1984). Human resource development issues in case management. Center for Rehabilitation and Manpower Services. College Park, MD: University of Maryland.

Linn, M. W., Gurel, L., Williford, W. O., Overall, J., Garland, B., Laughlin, P., & Barchiesi, A. (1985). Nursing home care as an alternative to psychiatric hospitalization. *Archives of General Psychiatry, 42*, 544-551.

Linn, M. W., Klett, J., & Caffey, E. M., Jr. (1980). Foster home characteristics and psychiatric patient outcome. *Archives of General Psychiatry, 37*, 129-132.

Special Issue on Community Support System

Psychosocial Rehabilitation Journal

Vol 12, No.3 Junuary 1989

Copyright ©1989 by

Psychosocial Rehabilitation Journal,

Japanese translation right arranged with

Psychosocial Rehabilitation Journal,

Boston Massachusetts U.S.A. All rights reserved.

ま　え　が　き

障害者職業総合センターは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、職業リハビリテーションに関する研究・開発、情報の提供、専門職員の養成・研修などに関する総合的な施設として日本障害者雇用促進協会によって運営されております。

このため、当センターでは、職業リハビリテーションの各領域にわたる研究・調査を広く実施し、その成果を調査研究報告書等として発表するとともに、研究の過程で蓄積された内外の文献資料や研究データなどのうち重要と思われるものを資料シリーズの形で取りまとめ、今後の研究の基礎資料とするとともに、関係の皆様の参考に供していきたいと考えております。

本書は、こうした当センターの研究活動の一環として、米国のボストン大学及び国際心理社会リハビリテーションサービス協会(IAPSRS)が編集、出版している季刊雑誌「Psychosocial Rehabilitation Journal」の「地域社会での支援システム」に関する特集に掲載された全論文を翻訳したものです。

身体障害者の雇用促進法が制定されてからすでに30年以上が経過し、その間に障害者雇用促進のための政策や職業リハビリテーションサービスの充実、さらに国連による国際障害者の10年の取り組みなどにより、身体障害者の雇用はかなり改善されてきました。また、1987年に精神衛生法が精神保健法として改正され、精神障害者の社会復帰に焦点が当てられることとなり、各地でさまざまな活動が行われ始めたとはいうものの、現実には精神障害者の社会復帰とりわけ就職はきわめて困難な状況にあるといわざるを得ません。

精神障害者のリハビリテーションは、従来精神病院の中で行われ、精神分裂病、とくに慢性の患者は長期にわたり病院に滞留する傾向がみられました。しかし、最近では早期に退院させ、地域社会に生活しながらケアをする方向に転換しつつあります。アメリカでは、1960年代にすでに精神病院から地域社会に精神障害者を受け入れ、さまざまなサービスを試みてきた歴史を持っています。そこには多くの失敗も含まれており、必ずしもすべて成功しているとはいえませんが、これらの中には学びとるべき多くのものが含まれていると考えられます。この特集には、アメリカの地域支援システムの発展経過、その概念的枠組みや、実際の経験が盛り込まれておりますので、わが国における障害者の職業リハビリテーションにたずさわる関係者に広く活用されることを期待します。

平成4年2月

障害者職業総合センター

翻　訳　者

地域支援制度研究会（代表　大滝　憲一）

監訳、編集

高木美子　障害者職業総合センター　統括研究員
石川球子　障害者職業総合センター　研究協力員

目　　次

まえがき

客員編集者の序 …… 1
Neal B.Brown

特集への序:地域支援システムの概念 …… 5
Beth A. Stroul

長期精神病者に対する地域支援システム:概念的枠組み …… 9
Beth A. Stroul

地域支援システム構想の州全域にわたる実施:Vermont 州の経験 …… 27
Susan F. Wilson

都市部における地域支援システムの実施 …… 41
Mary Fleming, Jonathan York

地域支援サービスの研究:その成果 …… 53
William A. Anthony, Andrea Blanch

総合的地域支援システムの財源:主要戦略の再検討 …… 79
Thomas R. Vischi, James Stockdill

障害者、家族と地域支援システム …… 89
Judy Chamberlin, Joseph A. Rogers, Caroline S. Sneed

わが家にたどり着くまでの長き旅路:地域支援運動の使命を達成して …… 103
Jacqueline Parrish

客員編集者の序

1974 年、国立精神保健研究所（ＮＩＭＨ）は、脱施設化の結果起こった問題と、地域に根ざした精神障害者に対する対策と支援の改善の必要性を述べる計画プロセスに参加し始めた。このプロセスは、精神保健とリハビリテーション提供者、回復者とその家族、行政官の代表の参加を得たものである。地域支援ワーキング・グループは、ＮＩＭＨの Dr.Lucy Ozarin と、Dr.Frank Ochberg によって始められた。リハビリテーションサービス行政から、国際的専門家である Judy Turner が次に引き継いだ。Judy は、Irving Blumberg、Max Schneier、Mary Ann Test, 故 Bart Stone らを仲間にいれ、その他数人の人たちがワーキング・グループのために働いた。

ワーキング・グループは、彼らの専門性と経験を生かして、New York の Fountain House、Philadelphia の Horizon house、Chicago の Thresholds のような心理社会的なリハビリテーション・プログラムの評価から利用できる情報を引出し、Dr.George Fairweather が開発した Faiweather Lodge プログラムに関する研究、Dr.Leonard Stein と Dr.Mary Ann Test が使用した Assertive Community 治療アプローチに関する研究などが生まれた。多くの協議と幅広いインプットのあと、彼らは、重度精神病者個人が地域で生活するために必要な援助の主要要素をつくりだした。これが地域支援システム（ＣＳＳ：Community Support System）である。この要素は、もともとＮＩＭＨによって連邦地域支援プログラム（ＣＳＰ：Community Support Program）のために報告された一部である。これらは、のちに改善され、PL99-660 に応えるために作られたＮＩＭＨの文書「地域に根ざした総合的精神保健計画のモデルプランに向けて」の中で地域に根ざした総合的精神保健の理想として述べられている。Beth Stroul の論文は、地域支援システム（ＣＳＳ）の概念について述べているが、これはこのモデルプランの文書を概括した、原理と対策の構成要素を基礎としている。

このジャーナルの特集は、ＮＩＭＨのＣＳＰの基礎となっている概念であるＣＳＳのいくつかの見解について述べる。私の意図は、最初にＣＳＳの開発を国中で起こさせるために組織された連邦のプログラムについて述べることである。

1977年、ワーキング・グループの努力、Judy Tumer の創造力、そしてタイミングのよさがあいまって、連邦のＣＳＰを開始する運びとなった。州が関係しているＮＩＭＨの二つの対策、すなわち、病院改善プログラム（ＨＩＰ）と病院スタッフ養成プログラム（ＨＳＰ）が中止されるところであった。ＨＩＰとＨＳＰに従来予定されていた財源がＣＳＰのパイロット試行実験に使われることになった。ＣＳＰは、ＮＩＭＨと州の精神保健機関との間で20の契約が結ばれて行わ

れた。8つのプロジェクトは地域支援システム開発のための州の戦略開発のためのものであり、12のプロジェクトは幾つかの地域支援システムの要素を組み合わせたモデルプログラムの試行実験にも模写された。

Judy Turner は、ＣＳＰの主導権をとるためにスタッフをうまく構築することを考え出した。つまり、他のＮＩＭＨの構成部門からスタッフを借りてきたり、フェローシップ・プログラムにより州と大学から一時的にスタッフを得たり、実際に雇い上げたりした。これは、早期のＣＳＰで働いた人たちにとって大きな学習体験であった。そしてその大多数の人たちが精神保健及びリハビリテーションの分野で成功している。Bill TenHoor、Irene Shifren Levine、Paul Carling、Iris Gelberg、Ann McCuan、Jacqueline Parrish、Michael Benjamin、Jacqueline Rosenberg、Jerry Storck、Robert Washington、David Glazer、および、Janet Meleney がＣＳＰの初期に貢献した。私は私の「ＣＳＰの生活」を1979年に開始し、私のキャリアに劇的なインパクトを与えたのである。

連邦の財源は多くの削減と中止という方向に変化したにもかかわらず、ＣＳＰは実際に1980年代初期に生き残り、拡大した。1983年までに40州以上が参加する国全体のプログラムの形をとるに至った。ＣＳＰが拡大することによって、プロジェクトの助成金が小さくなったために、各州が州全体のＣＳＳの開発と拡大の戦略を実行することに集中することが決定された。

ＮＩＭＨのスタッフ数人が、過去5年間、ＣＳＰを導いてきた。それには、James Stockdill 教育部長兼サービスシステム連絡員の強い支援と指導があった。州レベルの戦略に対する助成金のほかに、多くの州は地域レベルのプロジェクトの試行実験に助成金を出した。過去四年以上にわたって、これらの助成金はホームレスの精神病者、高齢精神病者、若い精神病者や薬物依存の問題を持った人々に焦点を当てたプロジェクトに与えられてきた。つい最近では、ＣＳＰは総合的な地域プロジェクト、支援付き住宅プロジェクト、および、住宅技術援助センターに対して助成している。Jacqueline Parrish がリーダーシップをとって、障害者や家族のニーズと希望を感受性鋭くとらえ、ＣＳＳの概念の最新版に反映させている。Jacqueline と私に加えて、4人のプロジェクト事務官（David Clough、Risa Fox、David Miller、及び Buddy Ruiz）が100以上のいろいろな助成金を監視している。また、Boston 大学精神科リハビリテーションセンターの中にあるＣＳＰ技術援助資源センターは、全国ニューズレターを含む価値ある情報を広めることによって、ＮＩＭＨのＣＳＰスタッフの能力を広げている。

地域支援プログラムはいろいろな面で成功している。このプログラムは地域支援の原理を実行する個人の強いネットワークを生成してきている。1,000以上の地域支援プログラムが始まっている。多くの障害者と家族の自助プログラムも始まっている。ほとんどの州は長期精神病者を第一の優先とし、数州は地域支援を精神保健ケアの基本的アプローチとして法制化している。私は、

この成功の鍵はＣＳＳの概念に基づくクライエント中心の哲学であると信じている。この哲学は、各州が1990年代の計画の指針として用いる「地域精神保健のモデルプラン」に反映されている。将来の精神保健と長期精神病者の地域支援サービスについて楽観的になれる理由がここにあるのである。

Ｎｅａｌ．Ｂ．Ｂｒｏｗｎ
（国立精神保健研究所
地域支援・擁護部門主任）

特集への序:地域支援システムの概念

Beth A. Stroul
(特集客員編集者)

過去10年間は、重度の障害を持った長期精神病者の治療をめぐって大きな上げ潮があった。もはや、長期精神病者が大きな精神病院の裏手の病棟に孤立させられることはなくなった。彼らが地域に住み、地域に根ざしたケアを受けることが多くなってきている。しかし、地域の状態は病院内と同様に悪いこともしばしばあると批判されている。精神病の人々が孤立し、拒否され、偏見に痛みつけられ、治療されずに放置され、いくつかの事例では虐待されていることすらある。精神病者の間で目に見えて増加してきている浮浪者化の現状によって、精神病者に対する援助の改善の必要性が明らかになってきている。

明らかに、精神保健治療だけでは不十分である。長期精神病者が必要とする基本的な地域サービスと支援は広い領域を占めるということは一般に賛意を得ている。この支援は地域支援システム（ＣＳＳ）として知られるようになってきている。ＣＳＳの概念は、国立精神保健研究所（ＮＩＭＨ）の地域支援プログラムによって考案された。これは、州の精神保健事務官、家族グループ、障害者グループ、研究者、市民権擁護活動家、その他全国の人々の協力によって作られた。ＣＳＳの概念は、地域で機能を最大限に高めるために、重度の障害を持った精神病者を援助するのに必要な一連の治療、生活支援、リハビリテーションサービスを含んでいる。したがって、ＣＳＳの概念は、適切なサービスと支援を提供するのに必要とされる重要な一連の要素を記述したものである。このサービスと支援には、クライエントの確認、アウトリーチ、精神保健治療、危機対応サービス、歯科治療、住宅、収入の援助と資格要件、仲間の支援、家族・地域の支援、リハビリテーションサービス、保護と権利擁護、ケース・マネージメントを含んでいる。それぞれの地域は、これらの重要な機能の形成を調整しなければならない(NIMH, 1987, Stroul, 1988)。

この特集は、ＣＳＳの概念に専ら当てられている。第一の論文は、「長期精神病者のための地域支援システム:概念的枠組」で、最近のＣＳＳの概念を詳細に述べている。これには、ＣＳＳに含まれる要素、ＣＳＳを導く原理、いかにＣＳＳを提供し、組織化するかが含まれている。

続く二つの論文は、違ったタイプの環境でＣＳＳの概念を実施する上でのプロセスと問題を述べている。Wilson は、州全域のシステムを変更して、Vermont で、地域に根ざした総合的ケアシ

ステムを設立することを計画した経験を述べている。この最初の経験を通して、Vermont の唯一の州立病院の使用は実質上減少し、地域サービスが開発され、CSS の概念に従って強化されるであろう。Fleming と York は、Columbus という Ohio 州の都市部における制度の変更過程の変化について報告している。この論文は、都市部の環境と、ＣＳＳ開発にとって重要と考えられた要素、例えばはっきりした未来への構想や法的あるいは政治的支援に関して、システムを変化させる複雑さについて概括している。Columbus 地域における総合的ＣＳＳの実行プロセスについて詳細に述べられている。

地域支援サービスに関する研究が蓄積されつつあり、ＣＳＳの要素に対する必要性は、直観的なものを基にしたものと経験に基づいたものとの両方がある。Anthony と Blanch は、ＣＳＳの概念に関する総合的な再検討の結果を示している。ここでは、ＣＳＳのそれぞれの要素についても、「システムの形成」の概念と同様に討議されている。ニード、効果、およびコストについて述べた各領域で、多くの研究が列記されている。ＣＳＳの財源が、多分、プログラム開発にとってのもっともおそるべき障壁になっている、と述べられている。

Vischi と Stockdill は、ＣＳＳの財源に対するさまざまな戦略を述べている。彼らは、メディケイドと州の財源を増加させる戦略と、ケース・マネージメント、各地域の団体と人頭一律支給制を利用するような連携をよくする戦略に焦点を当てている。

Rogers と Chamberlin 及び Sneed は、障害者と家族の視点、すなわち、ＣＳＳの概念と哲学の基本的関心について述べている。彼らの論文は、障害者運動について述べ、障害者に力を与えるような、ＣＳＳの考え方と共通する主要な目標を強調している。この論文は、また、ＣＳＳによる自助の役割と彼らおよび身内のための地域サービスに関する家族の関心事について討議している。

最後に、「わが家にたどり着くまでの長き旅路:地域支援運動の使命を達成して」の中で、Parrish はＣＳＳの開発を妨げてきた重要な障碍物の総合的な評価を行っている。さらに、彼女は、それらの障碍物を処理するためのいくつかの戦略を提案している。たとえば、重度精神障害者について広まっている誤解を解くために国中で主導権を確立すること、対策を改善すること、および CSS の財源について連邦の役割を拡大することなどである。

長期精神病者のためのサービスの改善が大幅に行われてきた。もっとも明らかにみられたことは、ほとんどの州政府が長期精神病者とＣＳＳ開発に高い優先度を与えていることである。ＣＳＳの概念は、州の法律、計画、指針および条例に紹介されてきた。また、州は精神保健や他のヒューマン・サービス提供者にＣＳＳについて教育し、重要な一歩を作ってきた。多くの州の精神保健財源が、まだ州立精神病院の運営に費やされている一方、ＣＳＳ開発にも資源が増加してきている。すなわち、州精神保健システムは、重度の障害を持った精神病者のための地域ケアにも

っとも高い優先度をもって焦点を当てつつあるということである。

さらに、州と地域は、二つの重要な要因によって地域支援サービスの活用性が増大していることを報告している。第一は、新しい地域支援サービスが開発されたことである。例えば、多くの州は、優先的に扱うＣＳＳの要素を取り上げ、州全体に発展させる努力を傾けてきた。心理社会的リハビリテーションと住宅プログラムはこのような要素の二つである。第二は、多くの既存のサービスが、ＣＳＳの概念と原理に向けて方向付けられてきたことである。このような理念の変化は、特にデイ・ケア・プログラムで顕著である。デイ・ケア・プログラムは、社会的、職業的リハビリテーションの方向に適用され、より意味のある適切なリハビリテーションの機会を精神障害者個人に提供しているものである。

地域レベルでの進歩については、多くのすぐれたモデルプログラムの記述なしには完全に討議できない。このモデルプログラムは、長期精神病者に地域支援を提供するために開発されている(Stroul, 1986)。これらのモデルは、多くの地域に広く置き換えられ、適用されてきた。例えば、多くの心理社会リハビリテーションのプログラムはNew York市のFountain Houseから発展してきたものである。Fountain House は、総合的心理社会リハビリテーションセンターのモデルである。地域生活訓練モデルは、Winsconsin の Madison で始められた断固としたアウトリーチのアプローチによっており、地域にできるだけ自立的に生活するために必要な基本的処理技術を教えることに焦点をおいている。この他、精神病者をサービスするいろいろなアプローチが開発され、テストされ、これらの地域サービスの効果が実際の実行結果に基づいて評価されてきた。そして、地域支援サービスのすべてのタイプが、国中に広がり始めた。そして、さらにＣＳＳの中で自助の重要な役割が注目されてきている。

このような、はっきりした進歩にもかかわらず、まだ多くのなすべきことが残されている。精神病者に対する地域に根ざしたサービス制度創設の仕事は複雑である。多くの地域支援サービスとプログラムが開発されたけれども、われわれはそれぞれの地域で総合的なケアシステムを持ってはいない。地域の制度におけるギャップは大きい。安全で、低価格の、しかも治療及び援助サービスと結合した住宅の欠如が、ＣＳＳ開発における最大のギャップである。この住宅の欠如の結果として、いくつかの地域でホームレスの精神病者のために従来の施設の再開を余儀なくされいる。サービスが存在する地域においても、しばしばこれらのサービスはケアシステムの中に組織付けられていない。一般的に地域レベルでのリーダーシップと責任は弱く、または存在していない。幾つかの地域では総合的ＣＳＳが現れ始めたところである。しかしながら、多くの地域では、地域支援サービスを増やし、システム管理の仕組みを創造、開発しなければならないのである。

ＣＳＳの大規模な開発への障壁の一つは資源の不足である。過去数年にわたり、縮小する財源

は、長期精神病者に必要な精神保健やその他の健康とヒューマン・サービスを開発する努力を妨げてきた。クライエントにはいろいろなサービスが必要であるのに、それに対する最近の財源の仕組みは断片的であり、こみいっている。種々のアプローチによる実験はあるが、現在のところ、ＣＳＳのための首尾一貫した財政的戦略はない。限られた資源をもっと適切に賢明に使用する戦略を考えなければならない。と同時に、ＣＳＳのために安定した財政基礎を与えるような他の資源を活用することも必要である。さらに、人的資源は、地域支援サービスの全コストの70％以上に達しているから、州と地域は資格のある職員を訓練、採用、維持する必要性を強調しなければならない。

われわれは、地域に根ざしたケアシステムの開発について多くのことを学んできた。長期精神病者に総合的サービスを提供する技術が発展しつつある。重要なことは、ＣＳＳの概念をダイナミックに見ることである。継続的研究と経験が書き留められていけば、概念は発展し、変化するものである。地域支援に関するもっとも先端的な技術はまだ大規模に実行されるには至っていない。

多分、もっとも勇気づけられる進歩は、個人と組織とのネットワークが開発されたことであろう。このネットワークは国全体の関係者の連合で、ＣＳＳの開発促進に貢献している。常に成長するネットワークには、政策立案者、サービス提供者、研究者、家族、障害者、および国のレベル、州や地域のレベルでＣＳＳを擁護し、ＣＳＳの開発に必要な資源のために働く市民が含まれる。ネットワークのメンバーが共通に展望していることは、国中のすべての地域がＣＳＳを持つということである。

参 考 文 献

National Institute of Mental Health. (1987). *Toward a model plan for a comprehensive community-based mental health system.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.

Stroul, B. (1986). *Models of community support services: Approaches to helping persons with long-term mental illness.* Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Community Support Program.

Stroul, B. (1988). *Community support systems for persons with long-term mental illness: Questions and answers.* Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Community Support Program.

長期精神病者に対する地域支援システム:概念的枠組み

Community Support Systems for Persons With Long-Term Mental Illness :A Conceptual Framework

Beth A. Stroul

Ⅰ．ニーズは何か
Ⅱ．ＣＳＳを導く原理は何か
Ⅲ．ＣＳＳとは何か
1.　クライエントの確認とアウトリーチ
2.　精神保健治療
3.　危機対応サービス
4.　保健と歯科サービス
5.　住居
6.　所得保障と資格
7.　仲間同士の支援
8.　家族と地域支援
9.　リハビリテーションサービス
10.　保護と権利擁護
11.　ケース・マネージメント
Ⅳ．ＣＳＳは如何に組織されるべきか

著者紹介

Beth A. Stroul

Beth A. Stroul 氏は、Management & Training Innovation, Inc の副社長であり、共同創設者である。また、全国精神保健地域支援プログラムの相談役として働いている。彼女は長期精神病者のためのサービスに関する多くの事業を指揮してきた。本特集の客員編集者でもある。

要　約

長期精神病者には基本的な地域サービスと支援が必要であることが、一般的に承認されるようになっている。このサービスは地域支援システム（ＣＳＳ）として知られるようになってきている。このＣＳＳの概念には、地域で機能するために人々に必要なすべての一連のサービス、支援、機会が含まれている。この論文は、ＣＳＳに含まれるべきサービスの構成要素、すなわち、クライエントの確認とアウトリーチ、精神保健治療、保健と歯科サービス、危機対応サービス、住居、所得保障と資格、仲間同士の支援、家族と地域支援、リハビリテーションサービス、保護と権利擁護、及びケース・マネージメントについて述べている。この論文は、また、サービスの配分を決定すべき原理についても述べている。

長期精神病者には基本的な地域サービスと支援が必要であることが、一般的に承認されるようになっている。このサービスは地域支援システム（ＣＳＳ）として知られるようになってきている。このＣＳＳの概念は、国立精神保健研究所（ＮＩＭＨ）の地域支援対策（ＣＳＰ）によって企画されたものである。この対策は、国中の州精神保健事務官、家族グループ、障害者グループ、研究者、市民の権利擁護者、その他の人々の協力でできたものである。この概念は、最初Turner（1977）によって記述され、事実と経験に従って改訂され、最新のものにされてきた（Tuner & TenHoor,1978;Tuner & Shifren,1979;NIMH,1980;Stroul,1984;Stroul,1988)。最近、このＣＳＳの概念は国立精神保健研究所が計画した精神保健計画モデルの基礎となった。これは、地域に根ざした精神保健システムのための計画の中で、州と地域に指針を与えるためのものである（NIMH,1987)。ＣＳＳの概念は、従来の精神保健対策では十分ではなく、住居、所得保障、医学的ケア、リハビリテーションのようなサービスもまた重要であるということを認めている。したがって、この概念には、地域の中で生活するために必要なすべての一連のサービス、支援、機会が含まれている。

Ⅰ．ニーズは何か

以前は、重度精神病者は長いこと精神病院に閉じ込められていた。これらの典型的な精神病院は患者の家の地域から遠く離れたところにあり、保護的ケアよりも少し上の取扱いであった。過去20年以上にわたり、長期精神病者のケアと治療のための公立精神病院に頼ることは、劇的に減少してきた。新しい薬と治療の開発、裁判所が最低の制限の中で治療を受ける個人の権利を命令決定したこと、財政的刺激、その他の要因が、多くの人を精神病院から救済し、彼らの家のある地域でケアを受けられるようにした。

この脱施設化の傾向は、施設不用の傾向を当然の結果としてもたらした。この結果、できるだけ病院の外に人々を放出し、代わりに地域ケアに差し向けられるという転換が起こった。そして公立病院で大部分のときを過ごしてきた精神障害者はいま、地域に住み、昔だったら精神病院に入っていたであろう多くの青年も地域で生活している。彼らのニーズに合わせるために、地域の病院を含む地域に根ざしたサービスの将来構想が描かれるようになった。

これらの傾向にもかかわらず、大多数の地域は長期精神病者のニーズに合わせて準備しなかったか、十分彼らのニーズに合うものではなかった。多くの場合、彼らの基本的な人間としてのニーズ、住む場所、食物、衣服、所得、医療ケアのニーズに資源が利用できなかった。多くの地域で、支えとなる社会復帰のための援助がたいていの場合なく、人々は援助を僅かあるいは全く受けられない状態であった。ある人たちは、地域のサービスと支援を受けることができるが、回復者が町をさまよったり、外で寝たり、汚い一室に居住するなどの多くの悲劇が発生している。入院の繰り返し、救急室の使用過多、矯正施設から出たり入ったり、家族の過度の負担等がすべて地域のサービスと支援の不十分さから生じた問題であった。精神病を持ったホームレスの人たちの最近の問題は、特に精神病者個人のための住居の必要性を示している。

基本的な問題は、地域に病院から退院または転院してきた人のニーズに合わせたりハビリテーション・プログラムと支援的プログラムが不足していることである。今日、地域に根ざしたケアはもっと人間的、治療的であり、病院よりスティグマが少ないといわれている。しかし、国全体でみると、長期精神病者のための適切な地域に根ざしたサービスの開発は十分ではない。

長期精神病者のニーズは何か。地域における生活の質を最大に確保するために必要なサービスと支援は何か。精神病院でのケアは多くの否定的側面があるけれども、人間の生活すべてを提供している。住む所、食物、衣服、構成された活動、医療ケア、治療及びリハビリテーションはすべて総合施設のサービスの部分として存在していた。地域で個人が生活するためには、彼らの生活のすべての側面が考慮されなければいけない。すなわち、彼らの基本的人間としてのニーズと治療とリハビリテーションが同時に必要である。一連のサービスと支援が、長期精神病者の生活

の質を向上させ、地域にとどまれるために必要であるということは、広く承認を得られていることである。

重度の障害を持つ長期精神病者は、約 200 万人であると推計される（U.S-HHS,1980)。重要なことは、これらの人々は多様であるということを認識することである。各個人は独自の関心、能力、動機、問題を持っている。さらに、これらの人々は、多種のグループから構成されており、それぞれのグループは異なった特徴とサービスに対するニーズを持っている。すなわち、精神病者は人種的少数民族グループに属していたり、高齢者、若い成人、大人への過渡期にある青年、精神病で薬物依存症も持つ人、精神病で精神遅滞者、犯罪を犯した精神病の人などさまざまなのである。

特別な集中サービスを必要とする主要なグループは、重度精神病を持つホームレスピープルである。彼らは、複数のニーズを持ち、しばしば薬物依存、身体的、精神的問題を持ち、また、社会的、職業的欠陥を持っている。そして、彼らを助け、引き込むために、特別な介入が必要である。異った特徴を持っているということで下位グループに分けられているとはいえ、ＣＳＳの概念には、長期精神病者の大多数の人たちが地域で生活するのに必要なサービスと支援の基本的なものが含まれている。

Ⅱ．ＣＳＳを導く原理は何か

ＣＳＳは、サービスの構成要素がネットワークでつなげられたという以上の意味を持っている。むしろ、長期精神病者にサービスを配分するための方法についての理念といったほうがよい。ＣＳＳの実際の構成要素と組織的な構成は州や地域によって異なるとはいえ、すべてのＣＳＳは一組の基本的価値によって導かれているべきである。

ＣＳＳの思想は、サービスは各個人のニーズを尊重し、敬意を払わなければならないという考え方を採用している。精神病を持つ個人は、まず、基本的人間としてのニーズと希求を持った人として、また、他の市民と同じすべての権利、誇り、機会、及び責任を持った市民として理解される。彼らは、すべての人に必要な支援と機会を利用できなければならない。また、特別な精神保健サービスも利用できなければならない。さらに、ＣＳＳの概念は、彼らの可能性を発達させるための機会、すなわち、成長、改善、自立への動きを創り出すことに基礎を置いている。それは、自立せずに、障害を持ったまま、慢性の患者のままでいるという生活を助長するものではない。

もう一つのＣＳＳの概念の基本的価値は、地域が長期ケアを行う最良の場所であるということ

である。入院患者のケアは、必要とされる地域に根ざしたサービスの一部であり、短期の評価と安定のために用いるべきである。そして、長期の入院治療が必要な人は少数である。

ＣＳＳの理念は、次の一連の指針となる原則に具体化される。

① サービスは障害者中心でなければならない。サービスはクライエントのニーズに基づき、それに応えるものでなければならず、制度や供給者のニーズによって行うべきではない。

② サービスはクライエントに力を与えるものでなければならない。サービスは、障害者の自助の方法を具体化すべきである。また、クライエントが自分自身の生活を最大限に管理し続けることができるような形で提供すべきである。できるだけ、クライエントは自分たちの目標を設定し、自分たちが受けるサービスを自分で決定しなければならない。また、クライエントは、政策決定、計画樹立、サービス分配等のすべての局面に積極的に参加すべきである。

③ サービスは人種的、文化的にみて適切なものでなければならない。サービスは、いろいろな人種、少数民族、女性が利用可能であり、接近可能、受け入れ可能なものでなければならない。

④ サービスは弾力的なものでなければならない。サービスは、必要なときにいつでも利用でき、必要な期間、利用できなければならない。それらは、いろいろな方法で供給され、個人が必要なときその制度への出入りが自由にできなければならない。

⑤ サービスは長所に焦点を当てるものでなければならない。サービスは、クライエントが主体性を確立し、尊厳と自尊心を維持することを援助するために、クライエントの強みと長所に基づいて組み立てられなければならない。

⑥ サービスは正常化されたもの、通常の支援と一体化されたものでなければならない。サービスは、もっとも制限が少なく、もっとも通常の状態で提供されなければならない。クライエントは、地域の通常の支援を受けることを奨励されなければならない。また、クライエントは通常の生活、労働、教育、及び地域の余暇活動に統合されなければならない。

⑦ サービスは特別なニーズに応えるものでなければならない。サービスは、地域や施設にいる高齢者、若い成人、成人への移行期にある青年、薬物依存や精神遅滞、聴覚障害を持った精神病者、ホームレスの精神病者、矯正施設で不適切な取扱いを受けている精神病者等の重度の精神病者のニーズに適するものでなければならない。

⑧ サービス制度は責任がはっきりしていなければならない。サービス提供者は、サービス受益者に対して責任を持たなければならない。また、ケアの質とクライエントのニーズに引続き関係してよいかを州が監視しなければならない。障害者と家族をサービスの計画、実行、監視、評価に参加させるべきである。

⑨ サービスは調整されなければならない。ＣＳＳを開発するために、サービスは関係機関、

いろいろなレベルの政府の間で連携を密に取ることを文書による了解事項を作り、調整しなければならない。効果をあげるために、調整はクライエント、地域及び州レベルで行われなければならない。さらに、ケアが確実に継続するような仕組みを作るべきであり、病院と地域サービスの調整も必要である。

Ⅲ．ＣＳＳとは何か

ＣＳＳは、「長期精神病者が地域から不必要に隔離されまたは除外されることなしに、彼らの可能性を伸ばし、彼らのニーズにあった援助を責任もって行う人々の組織されたケアのネットワーク」として定義付られる（NIMH, 1980）。ＣＳＳの概念は、重度の障害を持った精神病者が地域の中で最大限の機能を発揮できるように、彼らを援助するために必要な、治療、生活の支援、リハビリテーションサービスの全部を含む。したがって、ＣＳＳの概念は、きちんと整理された根本的な構成要素を描いている。総合的ＣＳＳの構成要素は図１に示されているが、それぞれの特定のサービスの構成要素は次のとおりである。

1. クライエントの確認とアウトリーチ

精神病者にとっては、しばしばサービスを見つけ出すのがむづかしい。その結果、彼らがどこに住んでいても、彼らに利用できるサービスを知らせるための体制が必要である。例えば、ボーディングホーム、救急室、入院施設、警察、家族、障害者の組織との連携が地域支援サービスの必要な人の確認に使われるだろう。

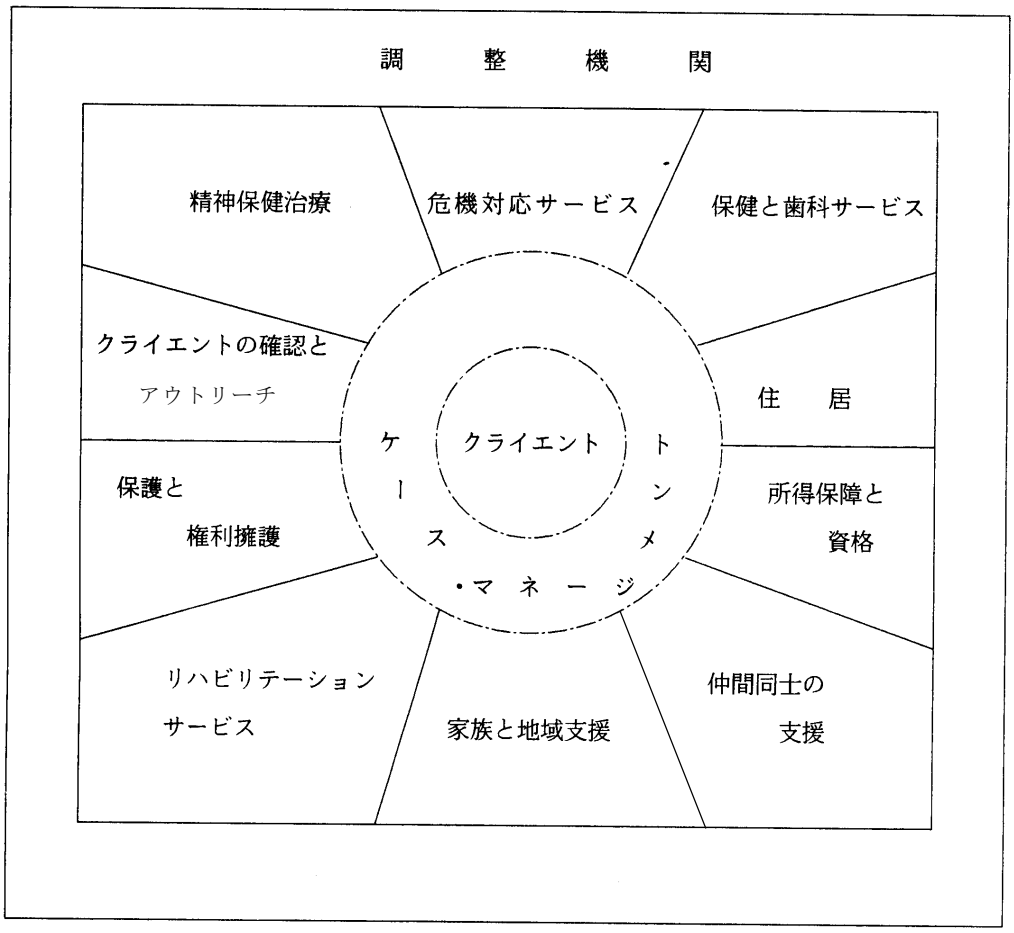
ある者は公式の治療プログラムやセンターへの出席を拒否しがちであったり、ある者は参加できない。アウトリーチサービスはこれらの個人をその環境において援助するために提供されるべきである。このようなアウトリーチサービスは危機介入、服薬チェック、基本的な人間のニーズを満たす上での援助、技術訓練、適切な保健または福祉機関への紹介等を含んでいる。

効果的アウトリーチは特にホームレスの精神病者にとって大切である。彼らは、適切な機関やプログラム、資源を捜し出す力がもっとも少ない人たちであり、また、従来からの精神保健や社会的サービスを拒否する傾向が強い人たちである。シェルター、無料炊き出しの食堂、立ち寄りセンターまたは街頭にいる人々へのアウトリーチは、そうしないと精神保健システムから見落とされてしまうであろう多くのホームレスの個人に近付くことができる。アウトリーチは、近付くことが困難なクライエントに除々に、忍耐強く、効果をあげる、より柔軟的なアプローチである。

多くのクライエントは、特に田園地方では、必要なサービスを受けることが困難である。なぜ

ならば、交通手段が少ないからである。交通手段の援助がクライエントを必要なサービスと地域の資源へ接近させることができる。このような援助はいろいろな仕組みによって行われる。例えば、公共交通手段の制度を特別調整したり、大型車、バス、タクシー、個人用の自動車やボランティアを使うことである。

図１　地域支援システム



2. 精神保健治療

精神保健治療はＣＳＳの重要な要素である。重度の障害を持った精神病者の症状は時間的に変化しこれらの人々は周期的再発や急性症状の突然の再発を経験する。臨床的管理はいろいろなサービスに統合された部分として位置づける必要があり、長期的に継続して供給されなければならない。

したがって、長期精神病者に対する精神保健治療はクライエントに対して症状の管理、服薬の管理、再発の兆候の認識、日常生活の処理を援助する方向で考えられなければならない。特に、精神保健ケアは、診断、評価、精神病の状態の監視を含まなければならない。精神病の急性診断と医学的課題は、適切な服薬も含んで、個人ごとの治療計画の開発にとって根本である。第二の精神保健ケアの要素は支持的カウンセリングと精神療法である。カウンセリングは個々人または集団で行うことができ、一般に、クライエントがいろいろな生活上の問題やストレスを処理するのを援助する。

もう一つの重要な精神保健治療の局面は、服薬管理である。服薬管理サービスには、薬の処方、必要な服薬がクライエントに利用可能かの確認、服薬が最大の治療効果をあげ、最少の副作用であるかの注意深い観察、及び、薬の性格、その利益、効果の可能性に関するクライエントや家族に対する教育が含まれる。

特別な治療サービスが薬物依存の精神病者には必要である。一般の人に行われる治療に加えて、これらの人にはしばしば解毒や、アルコールや麻薬等の問題についての介入が必要である。プログラムは精神病と薬物依存の問題を持った人を受け入れ、サービスを提供するものでなければならない。また、プログラムは必要な特別なサービスを利用できるよう援助するものでなければならない。

3. 危機対応サービス

重度の長期精神病者は、総合的、継続的地域支援サービスが利用可能であっても再発の経験を持つようである。結果として、危機状態のときの援助の包容力がＣＳＳの臨床的局面である。危機状態のときのサービスは個人とその個人の支援システムのメンバーに、24時間、週7日間を基本に直ちに対応することが必要である。多くの場合、危機サービスはクライエントが安定し、地域生活に再適応するための援助をすることができる。さらに、危機サービスはしばしば入院を避けるための効果的な方法である。

危機サービスの第一の目標は、精神病的危機にある個人の地域で生活できる機能を維持し、地域での生活を再開できるように援助することである。危機対応サービスによって、クライエント、家族、その他の人が地域の一員としての役目を果たしているクライエントの地位を可能な限り最大限維持しつつ、緊急事態に対応できるようでなければならない。危機サービスの利用可能性は、供給者、家族、クライエント、地域機関、法律施行機関、地域全体に広く知らされていなければならない。

危機サービスは、危機状態のときに使われる対応の範囲として概念付られる。これらには、ホットラインのような 24 時間危機電話サービス、精神保健機関の危機介入サービスへの駆け込み、

及び移動式危機アウトリーチサービスなどが含まれる。移動式サービスではクライエントの所へ行き、危機進行中の現場でサービスを提供する。アウトリーチの従事者は、危機が治まるまで必要な間、クライエントと他の重要な人といっしょにとどまることができる。そこで、初期の必要な治療、問題解決、高度の支援の提供、及び引き続きのサービスの調整などを行う。

集中的危機介入と支援で、多くの危機状態にあるクライエントは、自然の環境の中で、支えられ、援助されることができる。このようなアプローチで、安定に達せず、危機の解決に至らないときは、危機に対する施設でのサービスを利用すべきである。これらのサービスは病院のような場ではない施設で、短期間、危機介入を行う。いろいろな環境やアプローチが危機対処のための施設におけるサービスでは使用でき、この中には、家族形式を基本にした危機ホームや、危機状態にある少人数のクライエントのためのスタッフがいる施設もある。

保護的環境における入院ベットは、自然な環境や危機対処のための施設では取り扱えないような危機のときだけ提供すべきである。入院は最も重度な危機にあるクライエントのために必要である。このようなクライエントには安定させる間、集中的な支援、体系及び監督が必要である。実際に自分あるいは他人に危害を及ぼすような人または衝動を抑制できないような人、または複雑な医学的状態の人は入院が必要であろう。これらの入院患者のベッドは総合病院または地域病院の精神科病棟、あるいは近くの州立精神病院で提供され、他の地域支援サービスを支援するものとしてサービスが行われる。

4. 保健と歯科サービス

長期精神病者は往々にして適切な保健と歯科ケアに欠けている。これは、地域にある医療機関や臨床医がこれらの人々に喜んでサービスをするところが少ないことと、そのようなサービスに対する能力がないことから起こっている。

重度の精神病者は一般の人に比べて身体的な病気にかかっている割合が高いことが分かっている。さらに、長期精神病者の多くは彼らの精神病に影響を与えているような身体的な病気にかかっていることを発見されていない場合が多い。したがって、これらの人たちに対する適切な保健ケアサービスが特に重要である。

長期精神病者が適切な保健と歯科ケアサービスに接近できるような調整と手続きの作成が必要である。第一に、ＣＳＳは、メディケアやメディケイドなどの医療補助を受ける資格を持つクライエントが、それらの補助を受け取れる仕組みを持つ必要がある。さらに、医療と歯科サービスをクライエントが利用できる仕組みと手続きが用意されていなければならない。これらは民間の臨床医、病院、クリニック、または他の医療組織や施設が連携し、契約してクライエントにサービスを提供することを含んでいる。サービスは、クライエントを地域にある医療や歯科の資源に

連れて行くことにより、または、このようなサービスを精神保健プログラムや精神保健機関にいるクライエントのところへ持って行くことにより提供される。例えば、あるプログラムは地域の臨床医と契約を結んで、定期的にクライエントに身体検査と医療ケアの提供を行っている。医療と歯科のケアのための交通手段への援助は多くのクライエントにとって必要であろう。

5. 住　居

適切な住居は如何なる人の福利にとって大切なものである。多くの長期精神病者は、安定した手ごろな値段の住居を持っていない。そして、良い場所で安定した住居を維持することが困難である。ＣＳＳは地域の中で人並の手ごろな値段の住居に住めるよう、クライエントの住宅の選択の幅を含んでいなければならない。住居の適切な選択の幅なくしては、他の治療やリハビリテーションのアプローチの成功はあやしいものになる。

住居の安定性は、しばしば長期精神病者のケアで見落としてきた重要な要素である。クライエントに時限的な移行を前提とした住環境を要求するよりも、長期の安定した住居を目標にすべきである。しばしば移動することは、所在を不安定にし、再適応と新しい技能の学習を要求することになる。これらはクライエントにとってストレスとなる。さらに、クライエントの住居は、危機状態のときや入院している間でも護られているという仕組みが必要である。

いろいろなレベルの支持と監督を提供するような住宅の選択肢が多く提供されなければならない。障害者個人の住居に関する好み、価値観、目標が、機能のレベルとともに、適切な住居を準備するときにまず考慮されなければならない。最も普通の状態での住居の選択が強調されるべきであること、個人がこれらの普通の状態の地域の住環境で生活して行けるよう、訓練、支援、サービスを行うべきであると、多くの人たちが考えている。監督と支援のレベルがいろいろあるアパートの環境はこのアプローチである。より特別な、組織化された住居は、より多くの注意、監督、組織を必要とする少数の重度障害者のために使用されるであろう。これには多様なグループホーム、家族・養子ケアホーム、ボード・アンド・ケア・ホームなどを含んでいる。クライエントのニーズによる住居の選択と、選択の幅を広げる住居に関するアプローチが必要である。

ホームレスの精神病者に対する特別の住居援助は、住居の要素の根本的な局面である。これらの人々は、程度の異なった監督と構造を持った特別な住環境を要求する。緊急用の退避所が外で生活することに代わるものとして、直ちに短期間必要である。退避所は必要な精神保健と支援サービスに結び付ける必要のある精神病者の確認をする仕組みを持っていなければならない。立ち寄りセンターは道路で生活する人々が簡単に立ち寄れる場所になければならない。これらのセンターは、日中の収容、日中と夕方のプログラム、相談、職業訓練、レクリエーション活動、住居やこれらのサービスを組合せて提供することができるかもしれない。

危機施設型サービスは、急性のストレスの期間にある、また、集中的治療及び監督の必要なホームレスの精神病者にとって必要である。このような危機住居は、これらの人たちのための病院の代わりとなり、治療と住居の両方に焦点を合わせることもできる。過渡的な住居もホームレスの精神病者にとって必要である。なぜなら、これは永久的な住居ではなく、救急の退避所として短期間居住できるからである。一時的住居もまたホームレスの精神病者が治療を受けたり、身体的・精神的に退避所から長期的住居へ移行するために必要な援助を受けることができる。最後に、精神障害者すべてに関して、長期の永久的な住居が支援的サービスと結び付いて整えられることがホームレスピープルにとって重要であり、最終のゴールである。

6. 一所得保障と資格

重度で持続性の強い精神障害者は日常生活の機能に困難が生ずる。そして、多くの長期精神病者は、断続的な職業経験を持つが安定した職業を維持することが困難である。精神障害に悩まされるだけでなく、多くの人々は貧困に耐えなければならず、住む所、食物、衣服、医療などの基本的生活必需品に必要なお金を稼ぐことができない。

多様な公的援助と受給資格に関するプログラムは、社会保障庁の社会保障（ＳＳＩ）やメディケイドのような医療費や家計について精神障害者を援助するために利用できる。しかし、多くの人は適切な機関を探し、機関の職員と効果的に連絡し、複雑な受給資格要件を理解し、やっかいな応募書類の記入や手続きを完成させることが難しい。

彼らが地域で生活するために必要な所得援助とその他の資格を得るよう、クライエントを援助しなければならない。スタッフはクライエントが受給資格があるかを調べ、適切な機関への交通手段を提供し、いろいろなところへクライエントとともに行き、応募手続きを完成させ、クライエントの権利として機関によるサービスを受けさせることになろう。クライエントが持っている資格に対する利益を受けられるように努力しなければならない。そしてこれはクライエントが地域でうまく生活する上で重要な要素なのである。

7. 仲間同士の支援

精神保健の活動の場で、共通の経験、痛み、問題、及び解決を分け合うためにいっしょに行動する障害者の数が増加し、仲間同士の支援または自助は急速に重要な力になってきた。仲間同士の支援は、相互援助、仲間づきあい、共感、わかち合い、援助を提供することで、さびしさ、拒絶、差別、挫折感を振り払う。情緒的援助と共通の問題を扱った実際的な援助は、親交と同時に権利を与える感覚を養う。自助グループは最も普通の仲間同士の支援であり、通常、公式、非公式に集まり、考え、情報を交流し、相互援助を行うグループである。

障害者が運営するサービスは、障害者によって計画され、管理、配分、そして評価されるサービス・プログラムである。障害者の行うサービス・プログラムは、自助運動の成長したもので、緊張のない雰囲気で多種のサービスが提供されている。それらは自発的なもので、障害者による管理と選択の自由に価値を置いている。

障害者の運営するサービスは、しばしば立ち寄りセンターで組織される。仲間同士が行う立ち寄りセンターは開放的で居心地よい雰囲気で、しばしば広範な支援、サービス、社会的活動の核としてサービスを提供する。障害者の運営するプログラムにより提供されるサービスは、自助グループ;自立生活技能訓練;必要な地域資源や、住居、財政援助を探し当てるための弁護と援助;患者の権利、精神病の薬、その他関心のある話題についての教育;社会的、レクリエーション活動;及び、地域と大衆に対する精神病に関する教育のようなサービスを提供している。また、障害者の行うプログラムには住居、職業カウンセリングと雇用援助、障害者の運営する事業への雇用、危機援助サービス、及び2週間以内の短期間の介護を含んでいる。一般にプログラムは公式な精神保健システムのサービスを補足し、社会的、生活上の支援についてのニーズに合わせている。

自助と障害者の行うプログラムは、仲間同士の支援、相談、教育、援助のための機会を提供するために各ＣＳＳの一部でなければならない。仲間同士の支援の機会は、公的の制度が提供できないような社会的支援を提供することができ、また、公的の精神保健サービスの使用を拒否した人、または集中的、公的サービスを必要としない人を援助することができるものである。

8. 家族と地域支援

多くの精神病者は彼らの家族と一緒に住んでいる。家族はしばしば一方で頑固な症状、予測できない行動、不適切な地域のサービスに対応しながら、独力で何とかやっていかなければならない。過去には、家族はしばしば精神保健専門家によって非難され、無視されたこともあるが、最近はサービスに家族を巻き込む必要性と同時に、家族のための教育と支援が徐々に認識されるようになっている。

家族は適切に治療計画のプロセスとサービス配分に関与しなければならない。さらに、家族への援助は、病気の性質についての教育、家族が日常の問題や間欠的な危機や休息のための援助を扱う中での相談、支持的カウンセリングを提供しなければならない。さらに、精神病者の家族間の相互支援の機会がＣＳＳによって奨励され、促進されなければならない。家族は評価を受けた後、家族支援と擁護の組織に紹介されなければならない。そしてこのようなグループの開発は奨励されなければならない。

地域に対する支援と教育は、ＣＳＳのもう一つの重要な局面である。地域の統合を促進するた

めに、また、長期精神病者を受け入れるために、バックアップ支援、相談、及び教育が地域の中にいる中心的な個人と機関に提供されるべきである。地主、事業主、友人、地域機関、法律推進機関、その他精神病者と交渉のある人々は、このような教育的、支持的努力の焦点とされなければならない。さらに、偏見を取り除き、地域への受け入れを促進するために、一般大衆に対する精神病に関する教育に力を入れなければならない。障害者、家族、供給者が、大衆の教育に参加しなければならない。市民団体、学校、機関及び地域全体に対する、いろいろな手段による宣伝と講演は戦略として使用されなければならない。

9. リハビリテーションサービス

薬物治療やその他の治療で症状的には改善されたとしても、長期精神病を経験した多くの人たちは社会的にも職業的にもハンディキャップを持っている。リハビリテーションサービスはこれらの精神障害者が社会的、職業的技能を身につけ、地域で生活するのに必要な援助を得るのに役立つ。従来のリハビリテーションサービスは、心理社会リハビリテーションセンターで提供されてきたが、多くの他のプログラムや場所で、リハビリテーションに向けてのサービスが提供されるようになってきた。社会的リハビリテーション、職業的リハビリテーションのいずれもが、技能を身につけ、できるだけ社会の中で活動的に、自立して生活できるために必要な援助を得ることを目標にしたＣＳＳの一部分として考えられなければならない。

社会的リハビリテーションは、クライエントが地域で生活し、社交するのに必要な実際的な技能を身につけることを援助するものである。サービスには日常生活技能や地域での生活技能、食事、個人衛生、料理、買物、家計、家事、交通機関の利用、及び、クライエントが住み、学び、働き、社交をする自然な環境で地域の資源を使うことが含まれる。教育的な取り組みでは、クライエントに障害への対処の仕方及びどのように障害を埋め合わせるか、服薬管理、危機の兆候の認識、必要なときに専門家の活用をいかに行うかを教える必要がある。

社会的リハビリテーションはまた、人間関係の技能や、参加の感覚や満足感を与える余暇活動や興味を開発することも援助する。年齢や文化的背景に合った、昼間あるいは夜間の活動が提供されなければならない。これらの活動は交友関係、社交及び楽しみを与えるものである。地域で利用できる社会的なあるいはレクリエーションの機会は最大限に利用すべきである。

どんな人にとっても生産的な活動は重要であるから、職業的サービスはＣＳＳの重要な構成要素の一つである。職業リハビリテーションの目標は、クライエントが最大の職業的成果に到達することにより、生産的になり、社会の人たちに寄与するようになるのを援助することである。クライエントのために準備し、クライエントが就職勤続できるような雇用の機会の幅と職業的サービスが必要である。これらのサービスには、職業評価と相談、職業前職業経験、職業訓練、職務

試行または移行的雇用の機会、求職活動、職務維持の訓練、職場適応能力の開発援助、及び、職業紹介等が含まれる。さらに、職場に定着するためにクライエント及び雇用主の双方に対する援助が必要になることもある。

中には、独立した雇用の現場でのストレスや要求に耐えられない人もあり、援助や監督指導がもっと必要になることもある。このような人に対しては、いろいろな援助付き雇用の機会を与えることが望ましい。この援助付き雇用とは、個人が職務を継続するのに必要な援助サービスを受けながら働いて収入を得るものである。援助付き雇用は、監督者のいる企業や工場の中で、小グループの障害者といっしょに働いたり、クライエントが働いている地域に分散している職場に、職員が移動してきて援助してくれたり、地域の中で移動しながらいろいろな作業をする移動作業グループで働いたり、ジョブコーチがいる職場で働いたり、精神保健またはリハビリテーション機関が運営する小規模事業で働くなど、多様な形態が存在している。このようなサービスは長期精神病者の大部分の人たちが生産的になり、彼らの能力を発揮することによって貢献できるようにすることを可能にしている。

10. 保護と権利擁護

ＣＳＳの保護と権利擁護の機能はいくつかの領域で証明されなければならない。第一に、ＣＳＳは住居付き施設かどうかにかかわらず、クライエントの権利が保護されているかを確認する仕組みを含まなければならない。その仕組みには、法令、法律、精神保健クライエントの権利に関する声明書、苦情処理の手続き、ケース再審理委員会、及び、保護と権利擁護制度が含まれる。さらに、クライエントや家族に彼らの法的権利及びそれらの権利を維持することを援助してくれる資源について知らせる方法が決められているべきである。

すべてのクライエントの基本的権利は、拘束が最も少ない、適切な環境で治療を受ける権利である。この権利が維持されていることを確認し、クライエントの病院への入院措置に関する権利、及び入院または外来治療の場に対する強制的委託への配慮に関する権利を保護するための安全手段が必要である。

権利の保護に加えて、ＣＳＳはクライエントの代わりに積極的に権利を擁護すべきである。擁護活動はクライエントや家族が適切なサービス、利益及び保護を受けていることを確認する努力に関与する。制度レベルでも、援助、給付金、あるいは権利について、すべての長期精神障害者に代わって、改善を要求するために擁護の努力が必要とされている。1986年制定された「精神病者の保護と権利擁護法」は、各州に精神病者保護のための権利擁護制度を創設することを求めている。これらの制度は、法令、連邦及び州の命令に従うことを保証し、また、精神病者個人が虐待されたり、無視された事件を調査することで彼らの権利を保護、擁護することを意図している。

この法律には「精神保健患者の権利の法案」が含まれ、州法にも反映されなければならないものである。ＣＳＳｓはこの権利の法案に含まれている原則に基づかなければならない。また、ＣＳＳｓは州の保護と権利擁護制度によるそれらの保護と権利の擁護の活動と統合すべきである。

11. ケース・マネージメント

ケース・マネージメント・サービスは公的基金によるサービスを受けているすべてのクライエントが活用できなければならない。ケース・マネージメントは、クライエントが彼らの必要とする援助を受けているか、また、サービスが調整され、必要なときに適切なサービスが行われているかを確認することを意図している。ケース・マネージメントは、クライエントがどこに住んでいるかにかかわらず、いくつの機関が関わったかに関係なく、長期にわたって暖かく支援する関係を維持する責任を担う個人あるいはチームを提供する。ケース・マネージャーは、援助者として、サービス仲介者として、また、擁護者として、ニーズに合うように制度をうまく処理するためにクライエントと家族を援助する。

ケース・マネージャーが行う特別な仕事は、援助すべきクライエントを確認すること、クライエントのニーズを調査すること、クライエントのニーズと目標に基づいた総合的援助計画の開発を援助、調整すること、クライエントが示されたサービスから選択するのを援助すること、クライエントが必要なサービスと資源を得るのを援助すること、サービスが適切であることを監視すること、サービスが継続して提供されていることを確認すること、及び、クライエントに対するサービスと治療を擁護することなどである。これらの仕事のほとんどは事務所の中または机上では遂行できない。ケース・マネージャーは地域の中で、クライエント、家族及び関係機関とともに、ＣＳＳの多くの要素を管理し、調整し、統一するために働かなければならない。

特に、ホームレスの精神病者個人に対しては、効果的なケース・マネージメントが集中的に、継続的に行われなければならず、また、退避所内で、あるいは街頭で行う必要がある。ケース・マネージメントの活動は、クライエントを引きつけ、信用を得、クライエントが必要なサービスを受けられるよう準備するために、積極的な援助の手をさしのべる方法に基づいて行われるべきである。

ＣＳＳの構成要素に関する要約を表1に示した。

精神病の結果、重度の障害を持つ者は、僅かな率であるといえる。サービスと支援のレベルと継続性の如何に関わらず、彼らは地域の中で役目を果たすことはできないかもしれない。これらの人々は、病院の場でしか提供できないような、高度な特別な治療と監督を必要としている。したがって、ある場合には長期の入院治療が必要になる。

表1　ＣＳＳの構成要素

クライエントの確認とアウトリーチ
　　クライエントの確認
　　アウトリーチ
　　移動援助
精神保健治療
　　診断
　　支援的カウンセリング
　　服薬管理
　　薬物乱用に対するサービス
保健と歯科サービス
危機対応サービス
　　危機電話サービス
　　駆け込み・サービス
　　移動型危機アウトリーチサービス
　　危機施設サービス
　　入院サービス
住居
　　援助付き住宅
　　ホームレスの精神病者に対する住宅サービス
所得保障と資格
仲間同士の支援
　　自助
　　障害者が運営するサービス
家族と地域支援
　　家族に対する支援と援助
　　地域に対する支援と教育
リハビリテーション・サービス
　　社会的リハビリテーション
　　職業的リハビリテーション
保護と権利擁護
ケース・マネージメント

Ⅳ．ＣＳＳは如何に組織されるべきか

ＣＳＳモデルは、柔軟なものであり、州や地域がＣＳＳの主要な構成要素を提供あるいは組織すべきであるといったことは指図してはいない。その概念には幅広い機能が含まれているが、いずれも精神病者のニーズに合わせて行われなければならない。そして、州や地域がどうしたらもっともよく成就されるかを決定するのである。したがって、ＣＳＳの概念は処方箋ではなく、一つの指針なのである。

ＣＳＳモデルはまた、特殊のサービスを提供するある種の機関を特定することを回避する。州や地域が、地域の精神保健センター、心理社会リハビリテーション機関、地域の住宅、多様な公共または民営のヒューマン・サービス機関、及び病院などの地域にある資源や施設を有効に活用することを奨励する。理想的なＣＳＳを定義し実行するとき、州や地域は、地理的、政治的、社会経済的、人種的要因に従って異なったアプローチや形態をとることができる。例えば、地方では各地域に総合的なＣＳＳを開発することは財政的に不可能かもしれない。交通移動の可能な幾つかの地域でサービスを共有するといったアプローチも必要になるかもしれない。ＣＳＳモデルそれ自体、及び、モデルの実施方法は、各州や地域の持つニーズ、環境、及び、資源にたやすく合わせることができるのである。

ＣＳＳの概念が実行にあたって相当の柔軟性を持っている一方、ＣＳＳは不連続のプログラムあるいはサービスの集合に過ぎない。この構成要素は首尾一貫した統合されたシステムに構成されなければならない。ケアのシステムに構成されてはじめて、地域は必要な一連のヒューマン・サービスを利用可能にすることができるのである。システムを継続するためには、地域の中で、計画、開発、財政、調整、監視、及び地域支援サービスの評価などを行うために公式な調整が必要である。このために「管理機関」としての一つの機関または団体を指定することになる。この機関は、他の機関を招集する広い権限と、行政的に決められた地域内のクライエントに対するすべてのサービスの配分と調整に対する責任を持つべきである。これらの管理機能に対するもっとも理論的な構成と経過は各州と地域が独自に決定すべきである。管理機関は地方政府の一部門または他の機関であってもよい。この役割を指名された機関がどんな種類の機関であっても、地域支援サービスに対する地域レベルの権限、責任、及び責務はただ一点に焦点が絞られるべきである。

ＣＳＳｓの組織と開発を考えるにあたって大切なことは、地域支援サービスと地域支援システムとは異なるということである。地域支援サービスは、精神病者に必要な、特別な、不連続のサービスである。例えば、精神保健治療、リハビリテーション、及び住宅などである。これらはケアの総合的システムを作り上げている構成要素である。システムはすべての主要構成要素を含み、

適切な管理と調整を明確にする仕組みを備えていることである。個人へのサービスの構成要素を開発することにはより多くの注意が向けられるものの、総合的な調整されたケアシステムの概念は無視されがちである。州と地域がサービスを全領域で完全に開発し、管理と責任に地域レベルの焦点を当るようになるまでは、重度の精神病者のニーズは満たされないであろう。

参 考 文 献

National Institute of Mental Health. (1980). *Announcement. Community Support Systems strategy development and implementation grants*. Rockville MD: National Institute of Mental Health, Community Support Program.

National Institue of Mental Health. (1987). *Toward a model plan for a comprehensive community-based mental health system.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; Alcohol, Drug, and Mental Health Administration.

Stroul, B. (1984). *Toward community support systems for the mentally disabled: The NIMH Community Support Program.* Boston, MA: Center for Rehabilitation Research and Training in Mental Health.

Stroul, B. (1988). *Community support systems for persons with long-term mental illness: Questions and answers*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Community Support Program.

Turner, J. C. (1977). Comprehensive community support systems for mentally disabled adults: Definitions, components, guiding principles. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 1*(3), 39- 47.

Turner, J. D., & Shifren, I. (1979). Community support systems: How comprehensive? *New Directions for Mental Health Services, 2,* 1-13.

Turner, J. C., & TenHoor, W. J. (1978). The NIMH Community Support Program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin, 4*(3), 319-348.

U. S. Department of Health and Human Services (1980). *Toward a national plan for the chronically mentally ill.* Washington, D. C.: Department of Health and Human Services Steering Committee on the Chronically Mentally Ill.