

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

Implementation of The Community Support System

Concept Statewide: The Vermont Experience

Susan F. Wilson

I. 背景

II. Vermont 州地域化プロジェクト

1. 指針となる価値
2. 支援の連携
3. 障害者と家族の関与
4. 計画の管理
5. サービスの開発

III. 課 題

—— 著者紹介 ——

Susan F. Wilson

Susan F. Wilson 博士は、Vermont 大学心理学研究所助教授で、Vermont 州 Burlington 市の住宅・支援地域社会変革センター所長補佐である。現職に就く前は、Vermont 州精神保健局に 6 年間勤務していた。

要 約

Vermont 州精神保健システムは現在、大きな制度変更の進行を経験しつつある。この変更によって、地域に根ざした総合的なケア・システムを通じ、精神障害者のため、実質的にあらゆる精神保健上の援助を実施できるようになるものである。Vermont の唯一の州立精神病院は相当縮小され、新しい受け入れはほとんど廃止されよう。病棟が閉鎖されるにしたがって、その人員・資材は地域社会のシステムに移される。新しい、強化された援助が、地域支援システムの考え方に基づいて展開されつつある。州全体にわたるこの活動から習得したものと及び持ち上がった課題は、同様な活動を考えまたは試みようとしている州及び地域社会のために貴重な情報を提供することができる。

過去30年にわたり、精神障害者の治療、ニーズ、及び能力について習得した新たな事項から、病院一辺倒のケアから障害者が自分の家のある地域社会に残れるようなサービスと支援の展開に重点をおいた改革の動きが起こった (Talbot, 1983)。この動きは、1977年に国立精神保健研究所 (NIMH) の地域支援プログラム (CSP) の開始によって劇的に速度を増したが、それはそのシステムが地域に根ざした支援システムを展開するために、州や地域社会が大いに必要とする概念的指導と資源とを与えたからである (Brown & Parrish, 1987)。さらに最近では、州は、二つのサービス・システムを運営する財政上の問題、精神保健サービスを必要とする者の数の増大傾向、及び公立の精神病院の役割りと機能についての明らかな意見の一致が欠けていることと戦わねばならなかった。これらの要因のすべてによって、精神保健システムの大部分の資源を施設を中心とするケアに引き続き割当てられないこと、そして困っている障害者に効果的な援助を与えることはできないという認識をますます深めた。

これらの要因は、総合的な地域支援システム (CSSs) の展開のためのやむをえない実情をはっきりと示しているが、州は、主として施設を中心としたシステムから、地域に根ざした援助を強調するシステムへ移行する際に大きな困難を経験した。この困難の理由は多岐・複雑である (Bachrach, 1982; Mechanic, 1987; Minkoff, 1987)。しかしながら、支援システム変革の全体像から見て、二つの理由が重大である。第一は、精神保健行政のための連邦予算措置は大部分、医療指向の施設を主体とする病院と、地域サービスに向け進められてきた。この結果、州資源の大きな割合が地域に根ざした援助よりもむしろ病院に割り当てられることになったばかりでなく、

個人がその住宅を取得し、教育を受け、職業に就く機会を開拓し、準専門家及び仲間同士の支援とサービスの利用を助けるといった革新的プログラムの発展をも制約してきた。地域社会の場で精神障害者を援助するこのような資源がなければ、施設による援助への需要が増し、かくしてサービス供給システムを中心としての病院ケアへの依存を継続するという悪循環を生むことになる。

州が地域に根ざした支援システムへ移行することが困難であった第二の理由は、他にも増して地方特有のものがある。地域に根ざしたケアの有効性が研究により明らかに裏付けられているというものの (Braun ら, 1981; Kiesler, 1982; Test & Stein, 1987)、病院で行われているプログラムの大部分を実際に長期にわたって、地域サービスに置き換えることができるかどうか、州政府の側にはっきりしないところがある。主として公衆の不安と誤った情報に基づく政治的配慮から、州があえて冒そうとするリスクが制約されることが多い。地域支援システムが開始されてから比較的間がないこと及び革新的援助と支援対策を発展させるための融通の利く資源がないことから、真に総合的な地域ケア・システムに関する実際の経験が不足している。一方施設ケアは、遥かに容易に理解でき信頼できるよく知られた存在である。それはまた、普通州機関の直接管理下にある支援システムの一部であり、州職員で構成されている。

多くの州精神保健当局はそれ自体、施設ケアは対象者に適切な援助ができない一方、資源を施設から地域に根ざしたサービスへ移動させることについて、特に病院のプログラムを廃止する場合、州政府や公衆からの必要な支持を得られないということを認めなければならないという不安定な立場にある。要するに、柔軟性をもった資源の不足と革新的システムの展開に必要なリスクを冒すことへの支持の欠如によって、多くの州における総合的な地域支援システムの発展が妨げられてきた。

Vermont 州は、過去数十年間、他のほとんどの州のように、施設ケアから地域に根ざした支援システムへの移行を行ってきた。また、他の州と同様、過去数年間、その唯一の公立病院である Vermont 州立病院 (V S H) への初回及び再入院数の増加に直面してきた。Vermont 州は、地域サービスを強化して、組織的に再入院を防がなければ、現行の地域社会の財源が施設の場に還流されるであろうことを認識して、最近地域に根ざしたケア・システムへの全面的移行の最終的な段階に入った。この段階は「地域化プロジェクト」と名付けられ、最後の 4 年目には Vermont は州全体に地域の中に任意に選べる支援と総合的なサービスを整備するはずである。そして、そのときには、V S H は司法に関連したケースをあつかう施設あるいはナーシングホームとしてのみ使用されるであろう。これは、精神保健サービスの配分体系全体を総合的な地域アプローチに向けて再構築し、財源的にも再編する州の最初の努力であるから、Vermont の経験は同様の問題に直面している他の地域や州にとって役立つ事例研究といえる。

I. 背景

Vermont は人口約55万人の小さな、比較的田園的な州であり、過去30年にわたって精神病患者、資金、及びサービスを、精神病院から地域へ着実に移行してきた。すべての州と同様、Vermont もかつては精神病院でのサービスに完全に頼っていた。1957年、地域精神保健の州法が議会を通過したときには、V S Hには1,248人の入院患者がおり、人口10万人当りの公立病院入院患者数で、全米15番目という、最も施設化の高い州として位置づけられていた。約10年経っても、地域精神保健サービスは、保健局（DMH）の予算の僅か5%を数えるに過ぎなかった。

1960年代後期から1970年代にかけて、地域精神保健サービスは着実に伸び、逆にV S Hの入院患者は着実に減少した。これらの変化には多くの対策が貢献したが、その中には州全体で行われたデイ・トリートメント・プログラムの開発に使用する国立精神保健研究所の病院改善助成金やVermont 州立病院の長期入院者をハーフウェイハウスを通じて地域社会の場へ移す早期リハビリテーションサービス（Eldred, Brooks, Deane & Taylor, 1962）、及び、急激な病院への入院増加を回避するため1970年代の半ばに導入された救急診断プログラム（Billings, 1978）も含まれている。この間に地域の精神保健機関が得た経験の基点は、Vermont 州における地域に根ざしたシステムの進展のための、重大な資源と目されるようになった。1981年までに、Vermont 州立病院の入院患者数は250人に減少した。しかし、援助の場でのこのような移行にもかかわらず、施設ケアに費やされた資源は今なお大きく、不均衡なものがあつた。

1981年に、さしせまった連邦予算の削減、援助を必要とする人口の増加、及び患者がVermont 州立病院から長期にわたって自立する上で、援助は役に立っていなかったという事実が次第に明らかになったため、地域支援システムの拡張と改善への大きな活動が始まった。18 ヶ月間にわたり、Vermont 州立病院の入院患者数は3分の1に減り、一方、地域に根ざした緊急援助、入院援助、リハビリテーション援助及び職業援助が、地域社会の資金の増加と、州全体に心理社会的リハビリテーション技術の導入により強化された（Pierce & Blanch, 1987）。

1980年代半ばまでに、Vermont 州は地域に根ざした援助のために支出された精神保健資金総額の、施設による援助額に対する比が全国一になり、州の病院入院率は米国全体の平均より相当低くなった。地域対策ではおよそ2,600人の精神障害者州民を援助し、一方Vermont 州立病院は年間ベースで400人、日々およそ160人の在籍者であつた。

しかし、地域サービスと資金供給が相当伸びたにもかかわらず、Vermont 州立病院入院数は1980年代の後半にゆっくり上昇し始めた。入院率は全体では増えていないが、18歳から24歳までの年齢層の入院率が全国平均に比べて高いこと、強制入院と初回入院が上昇傾向にあること、入院期間が著しく増大していることが、綿密な検討により明らかになった。現行の地域社会資源が

入院の替りとなる援助としては不十分であることは明らかであった。

公共体と民間の事態の認識によって特別合同法制研究委員会が作られ、1984 年に報告が発表された（Vermont 州議会，1984）。この報告で、急性患者の治療手段の必要性、若い成人の援助開発及び Vermont 州立病院の役割りの再検討が必要になることが最重点として特筆された。この法制研究報告から二つの大きな産物が生まれた。一つは、Vermont 州精神保健局（DMH）が、小規模な司法に関連したケースのための精神病棟を除く、現行の Vermont 州立病院機能すべてを「地域化」する（すなわち地域社会における各種代替施設を充実して、Vermont 州立病院を縮小する）ことの実行可能性を検討するため、集中的な専門研究の実施を契約したことである。この実行可能性研究（Carling, Daniels & Randolph, 1985; Carling, Miller, Daniels & Randolph, 1987）の結論は、障害者ニーズの分析、支援システムの包容力、人的資源問題、政治的問題、及び財政見通しから、Vermont 州が高品質で地域社会に根ざした精神保健システムを運営することが実行可能であるし、また望ましいことでもある、というものであった。第二の産物として、全州精神保健行政 5 カ年計画（Vermont DMH, 1986）をすすめるために、15 人から成る運営委員会が、精神保健局、障害者、回復者、家族、立法府議員その他の擁護者で構成された。Vermont 州立病院の大部分の機能の地域化は、精神保健システムの最優先事項として確認された。

この強い支持にもかかわらず、Vermont 州は貧しい州で、州の一般財源のみで地域社会行政における必要な変革を賄う財政能力に制約があった。1987年、Robert Wood Johnson 財団の助成金と、州一般財源の特別割当とをあわせて、州は地域システムの間隙を埋めるために必要な援助展開を開始できるようになった。これらの資源は、地域に根ざしたプログラムに対して連邦からの受取金を最高額とするために財政が再建されるまでの、及び、Vermont 州立病院入院患者の減少に従い、州の一般財源が病院から地域プログラムへ移されるまでのつなぎの資金となるものである。

II. Vermont 州地域化プロジェクト

Vermont 州地域化プロジェクトは 1987 年秋に正式に始まり、1991 年までに、重度の精神障害のあるすべての成人を、地域プログラムにおいて実質的に援助するような州の精神保健システムを展開させようとするものである。唯一の例外は、州立病院で集中的な看護ケアを必要とするような医学的状态にある少数の高齢長期入院者と、司法制度により Vermont 州立病院に入院させられた少数の者である。そのため、目標は Vermont 州立病院の入院数を 180 人から 80 人以下

へと漸減し、新たな入院を実質的に排除することである。現行の Vermont 州立病院の病棟は必要が無くなるにしたがって閉鎖され、資源は地域システムにおけるサービスと支援とを増すために、病院から地域へ移行されよう。

地域支援システム（C S S）の概念の実行を論ずるとき、サービスに関して焦点が集中する傾向があるが、実施されたサービスが真に総合的なケア・システムであることを保証するためには、幾つかの基礎単位となる要件が満たされていることが大切である。サービスの展開に加えて、これらの要件には、明確な一連の指針となる原理と価値、影響するすべての主要支援団体による支援と所有権の強力な一体化、障害者とその家族の強い関与、及び、計画と実行を監督する責任の所在等が含まれる。

1. 指針となる価値

Vermont の精神保健システムの価値基準、展開される援助の種類、及び援助実施の場所は、地域社会による支援とリハビリテーションの考え方についての基本的信条を反映している。広い展望から支援団体の代表者たちが進めた前述の Vermont 州精神保健行政 5 カ年計画（Vermont DMH, 1986）は、最優先事項として完全に地域に根ざしたシステム確立の完成を勧告しており、さらにまた、援助の展開と供給を指導する 13 項の原則と概念の概要を述べている。これらの原則は、精神障害者への尊敬、成長と自己達成のための機会の提供、個人的尊厳の維持及び普通の生活を可能とする質の高いケアを強調している。この原則は過去のサービスの展開を押し進めてきた暗黙の価値を明確にしたものである。しかしながら、各原則の目標を示したこの明白な意見と定義は、援助実施システムのすべての部分が受け入れてきた将来の方向についての理解を明確にした。これは、この大きなシステム変革の開始における重大な第一歩であったと思われる。

2. 支援の連携

このプロジェクトに着手する Vermont 州の準備体制は、計画と政策決定の長い連携の歴史から生れたものである。地域精神保健サービスは、1950 年代の終りごろに地域計画審議会と共に始まり、援助提供者、障害者、及び一般市民との間の協力が、1966、1976、1981、及び 1986 年における州精神保健行政計画の展開と共に継続された。地域化プロジェクトもまた、立法府議員、一般大衆、援助提供者、障害者、家族及び支援団体からの相当な努力で進められ、立法府議会と知事は、地域化プロジェクトを支持し、州全体の多数の役員・団体が直接支援を申し出た。この計画協力の歴史から、地域社会及び病院における援助提供者、擁護者、立法府の議員及び行政官による地域化プロジェクトの目的と方法について強い理解を得る結果となり、それはまたこの努力による成功の共有感を醸成した。そのようなわけで、このシステムは、目標を達成するために、

このように大きな変革にともなう多くのリスクを積極的に冒そうとしているのである。

3. 障害者と家族の関与

障害者、回復者及び家族は、Vermont 州の精神保健援助発展に重要な役割りを果たした。彼らは過去数年間にわたり、すべての計画活動に積極的に関与し、システムを現在取りつつある方向に動かすことを非常に強く主張してきた。

1983 年以来、精神保健局は国立精神保健研究所地域支援プロジェクトの助成金を使用して、全州の障害者及び回復者の団体の成長を助長した。これらのグループは、その性格及び機能において異なっているが、すべてのグループが個人による支援を提供し、ある程度のシステムレベルでの権利擁護にも参加している (Wilson, 1986)。精神保健局はまた、10 ヶ所の地域精神健康センター (CMHCs) の各センターで選出された 2 名ずつの障害者で構成する障害者諮問委員会を設定したが、これは精神保健局の政策及び手続きについて同部に意見を具申するものである。さらに、Vermont 州精神病患者連合は州内の非常に積極的な家族団体である。Vermont 州の障害者及び家族運動は、州立病院の機能を地域化する現在の計画の先導的擁護者であり、その支持と、当を得た批判が上記の価値にしたがった過程の進行に役立っている。

4. 計画の管理

地域に根ざした総合的なシステムの最終発展段階の計画は、地域化プロジェクト開始の数年前に始まった。この計画活動の大部分は、精神保健局の職員が上記の個人及び団体と協力して行なった。しかしながら、システム全般にわたる実際の変革の実行は、効果的な調整とサービスの展開を確実にこなうため、個別に責任の所在を明らかにする必要がある。そのため、精神保健局はシステム変更過程に全面的に直接の責任を負う地域化プロジェクト管理者を雇用した。同計画、管理者は、州政府部内の管理者チームと緊密に連携して作業を進めるが、そのチームには局長、局長代理、その他、精神保健局や Vermont 州立病院の管理職等が含まれている。その他に同管理者は、毎月地域化プロジェクト諮問委員会に出席する。この委員会には、障害者、回復者、家族、地域精神保健センターの専務理事及び職員、並びに権利擁護団体、法律扶助団体、総合病院、Vermont 州立大学、及び州の住宅や職業担当当局の代表者で構成されている。この委員会の機能は、地域化実行計画について助言と指導を与え、その進行についての情報を広く知らせるため大集会討議を開催することである。その他、同委員会は非常にさまざまな見解を持った代表者で構成されているので、精神保健局が時の経過と共に、実施中の計画の中間修正を行うため、現行または将来起こりうる問題を突き止めることに貢献することができる。このように委員会は計画の成功には欠かせないものである。

計画管理者が先ずやらなければならないことは、初年度の地域化プロジェクト活動のための個別の予算割当について、10ヵ所の地域精神保健センターすべてと契約を進めることであった。展開すべき援助は、各センターとの個々の折衝に基づいており、当時の一連のサービスと支援が与えられている特定地域のニーズを反映していた。勿論その目標は、地域化プロジェクトの終了時までには、各精神障害者がその出身地域にとどまることができるよう、それぞれの場において総合的なサービスと支援のネットワークを含む全州にわたるシステムを完成することである。

5. サービスの開発

現在、Vermont 州の10ヵ所の精神保健センターは、地域リハビリテーション及び治療対策において、およそ2,600人の精神障害者を援助している。これらの障害者が利用できるサービスを挙げれば、外来サービス、職業前及び職業的な援助、社会的支持、レクリエーション、ケース・マネジメント、居住サービス、障害者団体、応急サービス及び相談と家族教育プログラム等がある。この他、州全域にある障害者や回復者の団体、Vermont 州精神病患者連合及び新たにできた権利擁護団体（Vermont 権利擁護ネットワーク）があり、特に地域に根ざした居住プログラム、入院患者プログラムを中心として、24時間ケア施設においてすべての精神障害者に法的擁護と障害者同士の権利擁護を行なっている。住む所のない精神障害者または薬物または物質依存者のための特別対策も幾つかの地域で利用でき、拡張されつつある。

地域化プロジェクトの3年から4年の期間中に行なう地域サービス増強計画には、10ヵ所の地域精神保健センターすべてにおける集中的アウトリーチとケース・マネジメントの能力の育成、職業的援助、住宅援助、障害者自助サービスの拡大、総合病院の自発的入院患者と強制的入院患者収容能力の新設、及び新たな危機施設の開発等がある。しかしながら、Vermont 州立病院の入院数を減らすことが病院資源の地域システムへの移転成功に極めて重要であることから、精神障害者の危機状態の発生を防ぎ、これを援助するための自発的地域サービスと支援を進める活動が最初に行われた。

(1) 集中的アウトリーチとケース・マネジメント

Vermont 州では施設ケアへの依存を最小限とするために、新しい集中的アウトリーチとケース・マネジメントのサービスが重要であると考えられている。これらサービスの目的は、継続的な支援の必要性を満たし、かつ、必要ならば危機を防ぐため、1日24時間制で、高度に要求の多い扱いにくい精神障害者に対し、家庭内、地域社会内の援助を提供することである。地域化プロジェクトの初めの数ヵ月中、精神保健局と地域精神保健センターの職員たちは、アメリカ国内の同様のプログラムを見学し、Vermont 州と州内各地域のための適切な戦略を考える参考とした。その結果、集中的ケース・マネジメントのモデルは特に浮上しなかったが、そ

れよりもむしろ、各地域精神保健センターは、その概念を自センターの個別のニーズと既に存在する能力とに合わせて改訂してきた。このケース・マネジメントのアプローチの目的と期待についての共通理解を促進するため、地域精神保健ケース・マネジメント及び Vermont 州立病院のケース・マネジメントに携わるそれぞれの監督者と管理者を対象として、ケース・マネジメントに関する3日間の教育コースが州全体で行なわれた。さらに各地域精神保健センターは必要に応じてケース・マネージャーを教育するために、教育援助と専門的援助の資源を利用することができる。この高度に専門化したケース・マネージャー養成の目的は、既に存在するケース・マネージャーとその他の支援職員による援助を増大させるためである。これらのすべての職員はクライアントと個人的な関係を有し、その精神障害者が保健と歯科治療、所得援助と資格取得及び十分な安定した住宅等の基本的ニーズを満たしていることを確認する責任がある。

(2) 住 居

十分な、安定した住宅のあることが、人々の出身地域にとどまるための非常に重要な要因であると認識されているので、地域社会の住宅収容能力増大に焦点をあてることがもう一つの優先領域である。第8条住宅(訳注:1974年住宅コミュニティ開発法第8条による住宅)を使用し、その他の住宅補助金を利用し、共同所有の住宅事業を開発することにより、長期の、恒久的な、収入にあった住宅の供給を拡張するための活動が行なわれている。また、第19編適用のケース・マネジメント予算措置の出現と、ケース・マネジメントの役割りがさらに明らかになったとともに、地域精神保健センターは、居住用アパート対策担当者と従来の外来患者担当者とを組み合わせ、集中的ケース・マネジメントのチームを編成し始めている。この方法によって、自分のアパートまたは家でケース・マネジメントのサービスを受ける障害者の数が増加しつつある。限られた数の地域支援要員(準専門家と回復者のアウトリーチ要員など)のためにも予算措置がなされ、Vermont 州立病院に地域配置専門家が3名雇用され、住宅を見つけ、退院する人たちが必要とする支援を行なうことに協力するようになった。

選択の対象となる住宅を開発するための長期計画は、全州を対象とする障害者の住宅の好みに関する調査と、各地の住宅状況分析に基づいてたてられる。精神保健局は、住宅融資と開発とに経験ある職員を雇用する計画である。州住宅局との継続的な協力が有益であることがすでに明らかになっている。そして州と各地の住宅当局と精神保健担当官のために州の全体会議が行なわれ、住宅の現状、将来計画及び精神障害者のための十分な、収入にあった、定住用住宅の開発について討議した。

(3) 入院患者ケア

実行可能性に関する研究は、大多数の障害者が自発的及び強制的入院サービスに代わる病院

以外での援助を受けること、及び各地の病院は例外的なものにだけ使用すること、という勧告を行った。この方法をとれば、Vermont 州立病院の約120のベッドに代えて、僅か25ずつの入院ベッドを州全体の各地域に開発することが要求される。現在、州全体で四つの総合病院に非常に小さい非強制的な入院用精神病棟があり、その他の13の総合病院に分散された精神科入院ベッドがある。この入院による非強制的ケアを増やしたり、簡単に利用できるようにする努力がなされている。施設を主体とする強制的治療は Vermont 州立病院だけで行なうことができる。地域化プロジェクトの初期段階で、各地の病院で強制的入院ケアの収容能力を拡張しないような政策決定が行われた。この決定は、各地の関心の不足、法的手続きの複雑さ、及びその必要性の評価に決定的なものがないことのためになされたものである。その上、強制入院病棟が過度に利用され、患者が不必要な集中、拘束、高価な援助を受けるといった状況が生まれる可能性が存在したからである。

(4) 危機のときの選択肢

地方に強制的に収容できる定員数を増加することよりも、各地域社会の中に自発的に危機介入を受けることができる選択肢を広く展開することに注意が払われるようになってきた。危機介入のために利用できる選択肢を増やすことが障害者の対応性を増すことになるようにすべきであり、かくして強制的治療のための長期にわたる必要性を減少することが期待される。

現行の応急サービスは24時間利用できるが、現在のニーズを十分満たしていないことは、Vermont 州立病院の入院傾向とその他のシステム指標から明らかである。このため、精神保健局は、Vermont 州立病院、その他の地域の病院での入院を避けるために必要な危機介入の種類を探究する手続きに着手した。この手続きの第一歩は、危機にある者を援助することについて公聴会を開くことであった。州内各地から集まった約30人の障害者（現在 Vermont 州立病院の入院者を含む）、回復者、及び家族は、危機状態をきり抜けるために最も役に立つこと、役に立たないこと、及び現在利用できない援助で行なって欲しいものについてその考えを明らかにした。

この考えに基づいて、地域社会の危機介入選択肢を拡張するため、五つの最初の原則が浮上した。それは、次のことである。

- ① 可能なときはいつでも、慣れた環境から移されないで危機解決のために要する援助が受けられなければならない。
- ② 危機状態の間、その家を離れることを好むなら（または家を持っていないならば）、安全な、恐怖を感じさせない、病院以外の環境を利用できなければならない。
- ③ すべての環境において、広い範囲の自発的治療と支持の選択肢を利用できなければならない。

④ 自然な支援、仲間同士の支援の育成に力点を置かなければならない。

⑤ 障害者が危機状態に陥りそうなときは、すべて自分で他人に知らせる方法を持てるよう効果的な通信網を設定すべきである。最近の地域危機対策に関する文献は、これらの原則の妥当性を支持している (Bondら, 1987; Sheridan, Zuskar, Walsh & O'Brien, 1987, Stroul, 1987; Weisman, 1985)。

精神保健局は、公聴会に関連して、新しい拡張された危機援助のために必要な事項を勧告すべく、重要サービス選択特別委員会を招集した。この委員会には、障害者及び回復者、家族、Vermont 司法扶助団体と Vermont 権利擁護ネットワークの代表者、精神科医1名、立法議員1名、並びに地域精神保健センター・プログラム及び Vermont 州立病院からの役員及び中堅管理職が含まれている。その勧告は現在完成されつつあるが、公聴会、危機対応サービスに関する文献からの情報、及び現在の Vermont 州の援助についての知識に基づいている。精神保健局は、可能な限りすみやかにこの勧告の大部分を実施するであろうとされている。

(5) リハビリテーションサービス

上記の援助は地域化プロジェクトの初年度における展開のため優先されたが、他のサービスと支援は、精神障害者に質の高い生活をさせようとすればおろそかにできないものである。リハビリテーションサービスは精神障害者の精神保健システム主要構成部分であり、この援助の存在は Vermont 州が地域に根ざしたケア・システム創出への最終段階へ進むための基礎を与えるものであった。

社会心理的リハビリテーションの考え方と技術が1980年代の初期に州全体に導入され、精神障害者の力と目標を中心としたサービス供給といった新しい骨組みができた。このようにして精神保健システムの面から、精神病が障害者の生活の単なる一面であり、多くの精神障害者は、地域社会でうまく生活するに必要な技術と支持が得られないので Vermont 州立病院に再入院する、という認識が出てきた。したがって、住宅、人間関係、レジャー活動及び教育機会と職業機会等に注意が集中し始めた。同時に、障害者の能力の認識によって、さらに革新的な適切な援助を与えることがシステム上の課題となった。こうして、社会心理的リハビリテーションは、障害者がその進歩を妨げている個人的弱点の克服を助ける臨床上の新しい技術として機能するばかりでなく、州全体に及ぶシステム変革への刺激ともなった。

現在、10ヵ所のすべての地域精神保健センターにおけるデイ・サービスは、各人がゴールを達成するために必要な社会的、実用的、職業的技術を学ぶことを援助する心理社会的リハビリテーションの方法を反映している。これらの対策の多くはクラブハウス・モデルに基づいており、その幾つかは、精神障害者個人が意義のある仕事につき、これを維持することを支持する非常に有効な職業的要素を備えている。それに加えて各地及び州の職業リハビリテーション事

務所との緊密な協力関係が過去数年間で促進された。この方向でのデイ・サービスを拡張し続けるため、継続した教育と技術援助が連邦及び州の指導を通じて利用できる。

Ⅲ．課 題

この種のシステム革新を進めるため、Vermont 州の準備に貢献したと思われる要因には、障害者、州の管理者、家族、援助提供者及び関係市民すべてによる共同計画、各地の地域社会が緊密に関与してきた歴史、明白な価値と使命、連邦、州、及び各地当局間の効果的協力関係、並びに州の適切な指導力等が含まれる。Vermont 州立大学の心理学部と精神保健学部（Blanch, 1983）との並々ならぬ強靱な連携によっても、研究、評価、及び教育における現在使われている技術的専門知識を与えられるところがあった。その上、Vermont 州の面積が小さいので、常に個々の障害者をよく知り、接触を続けることができる。これらすべての要因によって、変革を受け入れられる制度となってきた。また、障害者のニーズに基づいて援助改善を推進するという地域支援の考え方に基盤を置いた制度になっている。

Vermont 州が、州全体にわたる地域支援ネットワークを創設するこの活動を行なうに際して、多数の課題に直面している。この活動の範囲のゆえに、成功か失敗かの明確な定義はない。この地域化プロジェクトはその進展を監視するため、制度の全階層を通じて公式・非公式のフィードバック情報機構を設け、これに依存しなければならず、進行するにしたがってその進路を調節するために、新しい概念や批判に対して開かれたものでなければならない。その上、「失敗」の現われと解釈される事件または傾向は、改善への変更のため貴重な情報を提供するものとして、その本質を見直す必要があろう。

このシステム変革構想の財政面は、綿密な注意に値するもう一つの領域である。健全な財政見通しによって計画過程と実施過程が導かれて来たけれども、必要な援助と支持を進めるために実際に要する資源は、予想以上大きなものであるかもしれない。この活動の初期においては、知事と議会からの強力な支持は誰の目にも明らかなものがあつた。しかしながら、州は将来新たに資源を割り当てる立場でなくなるかもしれない。特に、この計画が初めに考えていたより遥かに大きな支出を要すると認められるときはそうである。

別の課題は、制度の目標に焦点を当るか、精神障害者のニーズに中心を置くかの難しい問題である。これら二つの目標は一方だけであってはならない。「この計画の長期的成功は、精神障害者個人の周囲と各地域社会の中に、障害者のニーズと欲求を反映する支持を展開することにかかっている」という認識に基づいて、地域社会発展のための資源を放出するために Vermont 州立病

院の入院患者を減す必要性和、そのために患者を「早急に」地域社会に就職させる必要性和を考慮しなければならない。

しかしながら、最も重要な課題はおそらく、精神障害者のサービス利用という点よりはむしろ「生活」への影響という点から、常に制度の成功を定義することであろう。このような目に見える変革の過程で、病院統計調査、常習性、ケース・マネジメントの利用、応急サービス並びにその他のサービス等の結果の指標から成功を測定する傾向がある。しかしながら、真の成功は、精神障害者が支援システムの外にいても支援を理解して、如何によく機能を発揮しているかの点から測定すべきである (Wilson, 1988)。支援システムの総合性から、地域社会における生涯にわたる支援、関係及び活動の展開と維持を除外すべきではない。このようにして、地域に根ざした総合的な支援システムを確立しようとする Vermont 州の経験の真の成功・失敗は地域支援システムがどれくらい展開したかではなく、精神障害を有する市民が地域社会への完全な統合と参加をどれくらい達成しているかによって決まると言って差し支えないのである。

参 考 文 献

- Bachrach, L. L. (1982). Assessment of outcomes in community support systems: Results, problems, and limitations. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 39-61.
- Billings, A. (1978). The impact of a community screening program on psychiatric hospital admissions. *American Journal of Community Psychology*, 6, 599-605.
- Blanch, A. (1983). Training community clinical psychologists in the public mental health system. *Proceedings of the Fifth National Assembly of State Mental Health and Human Resource Development Programs*. 25-32.
- Bond, G. R., Witheridge, T. F., Wasmer, D., Dincin, J., McRae, S. A., Mayes, J., & Ward, R. S. (1987). *Short-term assertive outreach and service coordination: A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization*. Unpublished manuscript, Illinois Department of Mental Health and Developmental Disabilities.
- Braun, P., Kochansky, G., Shapiro, R., Greenberg, S., Gudeman, J., Johnson, S., & Shore, M. (1981). Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138(6), 736-749.
- Brown, N. B., & Parrish, J. (1987). Community support and rehabilitation of the mentally disabled in the United States. *International Journal of Mental Health*, 15(4), 16-25.
- Carling, P. J., Daniels, L. V., & Randolph, F. L. (1985). *A feasibility study to examine the development of a regional community mental health system as an alternative to Vermont State Hospital*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Carling, P. J., Miller, S., Daniels, L., & Randolph, F. (1987). Operating a state mental health system without a state hospital: The Vermont feasibility study. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(6), 617-623.
- Eldred, D. M., Brooks, B. W., Deane, W. N., & Taylor, M. B. (1962). The rehabilitation of the hospitalized mentally ill -The Vermont story. *American Journal of Public Health*, 52, 39-46.
- Kiesler, C. A. (1982). Mental hospitals and alternative care. *American Psychologist*, 37(4), 349-360.
- Mechanic, D. (1987). Evolution of mental health services and areas for change. In D. Mechanic (Ed.), *Improving mental health services: What the social sciences can tell us* (pp. 3-13). San Francisco: Jossey-Bass.
- Minkoff, K. (1987). Beyond deinstitutionalization: A new ideology for the postinstitutional era. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(9), 945-950.

- Pierce, J., & Blanch, A. (1987). Psychiatric rehabilitation in a state mental health system. In W. Anthony & M. Farkas (Eds.), *Psychiatric rehabilitation services for chronic psychiatric clients: Putting theory into practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sheridan, E. P., Zuskas, D. M., Walsh, S. F., & O'Brien, S. (1987). *Identifying variables predictive of success: The next step in alternatives to psychiatric hospitalization research*. (Grant No. R01 MH 37248). Rockville, MD.: National Institute of Mental Health.
- Stroul, B. A. (1987). *Crisis residential services in a community support system*. Unpublished monograph, Rockville, MD.: National Institute of Mental Health, Community Support Program.
- Stroul, B. A. (1988). *Community support systems for persons with long-term mental illness: Questions and answers*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Community Support Program.
- Talbot, J. A. (1983). The chronically mentally ill: A look at the past five years with an eye to the future. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6(3), 12-21.
- Test, M. A., & Stein, L. I. (1978). Community treatment of the chronic patient: Research overview. *Schizophrenia Bulletin*, 4(3), 350-364.
- Turner, J., & Tenhoor, W. (1978). The NIMH community support program: A pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4(3), 319-348.
- Vermont Department of Mental Health. (1986). *Mental health directions for the future: 1986-1991*. Waterbury, VT.
- Vermont State Legislature. (1984). *Joint mental health study committee report* (J.R.S. 64). Montpelier, VT.
- Weisman, G. K. (1985). Crisis-oriented residential treatment as an alternative to hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 1302-1305.
- Wilson, S. F. (1986). *An analysis of the mental health outpatient movement in Vermont*. Unpublished doctoral dissertation. University of Vermont, Burlington.
- Wilson, S. (1988). *Community support and integration: New directions for outcome research*. Burlington, VT: Center for Community Change, University of Vermont.

都市部における地域支援システムの実施

Implementing A Community Support System In An
Urban Setting

Mary Fleming

Jonathan York

I. 都市部での制度変更

II. 制度変更に必要な諸要因

1. ビジョンと価値観
2. 立法上、政治上の支援
3. 地域指導者の巻き込み
4. 変更する権限を与えられた機関
5. 主要な提供者への肩入れ
6. 制度変更への考え抜かれた参加過程
7. 職員配置の技術

III. 制度変更過程の開始

1. 中心的な権限
2. ケアの継続
3. 財政の再建
4. 住居の開発
5. サービスの専門化

IV. 実行するために考えられる障壁

1. 十分に訓練を受けたスタッフの獲得
2. 変更過程の管理
3. 機関間の関係
4. 地域の抵抗

V. 結論

著者紹介

Mary Fleming

Mary Fleming 氏は、Franklin 郡精神保健委員会の地域処遇事務所長で、Robert Wood Johnson 財団からの郡の助成金についての責任者である。それまでは Oklahoma 精神保健局でプログラム評価マネージャーをしていた。

Jonathan York

Jonathan York 博士は、Ohio 州 Columbus にある Franklin 郡精神保健委員会の委員長である。これまでは Michigan 州 Detroit の地域精神保健センター所長として 6 年間勤め、高齢者向け精神保健プログラムを開発した。

要 約

都市環境における地域支援システム（C S S）の開発は、クライアントのモビリティ、行政・福祉サービス制度の拡散、及び、サービス間の連携のなさ等があるため、特に複雑で挑戦を要する仕事である。この論文では、Ohio 州 Franklin 郡精神保健委員会がこれらの問題点を克服して総合的な郡規模の C S S を開発するためにとった制度改革の方策について述べる。本論文の概要は、システムを変えるために必要な要因、Franklin 郡における制度開発過程での五つの主要な活動、及びそれを実施する際に考えられる障壁についてである。

重度精神障害者に対する諸制度は公的に支援される地域精神保健システムの中で最優先すべきであるという理解が、精神保健関係の企画者、実施担当者、障害者、家族の間に広がってきた。州や地域で、これらの人々に対する更に適切なプログラムを開発すべきと考えるところは増加しつつあり、多くの精神保健センター（CMHC s）はサービスの提供に取り組んでいる。

しかし、サービス拡充の努力も、遠大な「制度改革」の必要性についての認識がなければ、失敗に終わろう。新しいプログラムを開始するとか特別な機関やサービス提供者の努力を再喚起するというようなことでは、もはや十分とは考えられない。成功させるためには、重度かつ継続的な精神病患者に対するよりよいサービスは次のものに対して提供されるよう努力されなければならない。

- ・進歩的な価値観と人々から同意された見方に基づく、精神保健地域内での制度レベルでの変更を目指すもの。
- ・他の福祉機関と同様に、企業、政治、及び市民の指導者を含み、彼らから認可されたもの。
- ・単一の地域内で資金供給、制度間の擁護、プログラム管理のための責任に焦点を当てたもの。
- ・変えることは真に必要なだということを地域に教育し、広報し、同意を作り上げるための力と資源を提供するもの。

本論文では、これらを達成するために行った Ohio 州 Columbus での努力について述べる。

I．都市部での制度変更

制度変更の過程は、都市環境では、次のような点で特に複雑である。

① クライエントのモビリティ

対象者の可動性については詳細に報告されているが、クライアントに対する責任を区域内にある一つのサービス機関に負わせるのは、その機関がクライアントの可動性に関係なく責任を持たない限り、不適切である。地理的な要素に基づく責任の転嫁や打ち切りは、都市部をしばしば悩ましている「クライアントが機関と機関の間のひび割れにはまりこんでしまうといった現象」の主な原因になっている

② 政治制度や福祉サービス制度の複雑さ

一般に、都市部は多数の行政管轄区域から成っており、そのうち精神保健ケアの直接的な責任を持っているのはほんのわずかの区域に過ぎず、ほとんどの区域は重度の精神病を持つ人々に対するある種のサービスだけを提供している。サービス提供の責任を主張、要求して、こういう複雑な制度をまっすぐに横切るためには、制度変更のための当局の部局は一点であることが必要である。さらに、都市部のサービス提供制度は分散化しており、地域事務所は精神病を持つ人々への援助に対する姿勢においてまちまちである。再びいうが、クライアントがどこに住んでいても、同質のサービスを利用できることを保障するには、制度全体での取り組みが必要である。

③ CMHCの断片性と地域支援の努力

地域精神保健運動は一般市民が精神保健サービスを受けやすくしたが、重度精神病を持つ人々のための同等のケア制度にはならなかったことは議論の余地がほとんどない。多くの都市部では、CMHCの地理的かつプログラム上の限界がはっきり決められているので、重度精神病を持つ人々に浸透しなかった。その上、連邦政府が直接CMHCを助成したことは、地方精神保健当局がCMHC間のサービスの同等性、特殊化、重複の除去などを進める力を妨げた。州政府は、その役割を引き受けるには余りにも遠く、まとまっていないことが多かった。したがって、多くの都市部では、CMHCはその地域の準地方当局として展開したが、それは効果的な制度全体を巻き込んだ方法とは相反していた。

多くの区域で、地域支援プログラムが既存のCMHCの組織の外で設立されたので、複雑な状況になっている。多くのCMHCの資源を重度精神病のための一つのサービスに組み込むという統一した仕組みはほとんどなかった。CMHCは重度精神病を持つ人々の問題に大きな関心を払っているので、制度が唯一点に統一されていない区域では、ばらばらに存在するという問題点が今日でさえ残っている。

Ohio 州 Franklin 郡の精神保健委員会（MHB）は、効果的な精神保健サービスの提供できたこれらの問題点を除去する活動を開始した。

II. 制度変更に必要な諸要因

一つの地域支援システム（CSS）の創設は、地域生活のさまざまな側面に関連し、精神保健システム内外のさまざまなサービス提供者に影響を及ぼす必要がある。したがって、制度変更の方策を立てる際には、次の要因等について十分に考慮することが重要である。

1. ビジョンと価値観

重度精神病を持つ人々の可能性と地域内での彼らの役割について、すべての人が同じ価値観を共有すると見るのは経験不足である。制度変更を上手に行うためには、すべての活動の基礎になる、明確に定まった、同意を得た一連の価値観に焦点を当てることが重要である。これらの価値観は、精神保健システム内で、家族とか障害者とかの構成員間で、また精神保健システム外では政治や地域の指導者や他の福祉サービス提供者らと討議しておかねばならない。これらの価値観から、重度精神病を持つ人々のための CSS の明確なビジョンが生まれて来よう。例えば、Columbus の制度は、脱施設型で、クライアント中心、地域への統合及び自立を奨励する方向性を明確に持つ、という制度に向けて活動している。地域社会変革の過程では持続した努力が要求されるので、この展望は常に前面に掲げておくことが必要なのである。

2. 立法上、政治上の支援

法律、規則及び条例は、すべて、地域支援環境を創設する中で精神保健システムの目標全般と調和し推進するものでなければならないことは自明である。州が、プログラム上、政治上及び法制上の指導性を発揮することは重要である。州が、資金供給、責任及び権限を地方精神保健当局に十分に委任することも、また、地方の CSS に対する所有意識及び管理意識を育てるために大切である。例えば、Ohio 州精神保健局は、CSS の発展を促進し、精神保健サービス提供の権限を地方精神保健委員会にはっきりと付与する法制の通過を指導して、その優れた指導性を発揮した。この法制には、精神保健委員会に、CSS モデルでのサービス提供をめざして計画し実行することを求める内容が含まれている。地方では、これを支える都市計画法、住宅開発政策、及び保健ケアや他の福祉サービスを受けることに関する法制が重要である。

3. 地域指導者の巻き込み

地域は、制度変更の努力が精神病を持つ人々が地域によりよく統合することにつながるなら、この努力を支援し、それに参加すべきである。地域への統合は、雇用、住宅及び社会支援サービスが自由に利用できることを意味する。統合を実現するには、地域の指導者は、この目標を支持するだけでなく、統合のための資源を擁護しなければならない。一般に、都市部の地域指導者は重度精神病を持つ人々の問題について、ホームレス問題や「脱施設化」についての狭い視野以上には、ほとんど自覚や理解がない。したがって、制度を変更しようとする際は、産業界、労働界、自治会、任意団体などの広範な地域指導者を引き込むよう努力しなければならない。地方報道機関は、精神病を持つ人々の問題点や可能性について地域が認識するのに多大な影響力を持っているので、その代表に論点をよく知らせておくことは重要である。

4. 変更する権限を与えられた機関

制度変更の中心的な主義の一つは、ある組織または主体が意思決定の責任及び最終の権限を持たねばならないという認識である。この権限なしでは、縄張り争いや偏狭な見方や価値観の相違といった典型的な問題が起こりうる。MHBはその法的な規定のおかげでこの権限を有している一方、この役割はMHB組織内での権限の焦点を作っていくことによって増強されている。

5. 主要な提供者への肩入れ

単一の機関あるいは中心的な当局が制度変更の指導性を発揮すべきであると同時に、地域内で主要な精神保健サービスを提供している人たちとの肩入れが存在しなければならない。この肩入れが必要なのは、彼らが実際にサービスを提供している人たちだからという理由だけでなく、彼らが力を注いでいない他者による制度変更の努力を傷つける可能性があるからである。

6. 制度変更への考え抜かれた参加過程

この規模の制度変更は、その性格から、地域内の多くの機関や個人にとっては脅威となる。その結果、変更を進める人は、サービス提供者、家族、障害者、地域団体等、それによって影響を受けるすべての人たちを含んだ明瞭な変更のプロセスを作成しなければならない。幅広い情報提供が制度変更過程のあらゆる段階で探求されるべきであり、可能ならいつでも、組織や働きの詳細についてすべての関係者と折衝すべきである。

7. 職員配置の技術

重度精神病を持つ人々のためのCSSを創設するには、いろいろな技術を持ったスタッフが必

要である。政治的技術、管理技術、広報技術、プログラム開発技術、地域組織技術すべてが制度変更過程に集中さるべきである。

Ⅲ．制度変更過程の開始

1985年に、Franklin 郡MHBは郡内にひとつのCSSを作るための制度変更過程を開始した。MHBは、州の法制により、郡内の住民に対するあらゆる地域精神保健サービスを計画し、資金を供給し、評価する責任を有する組織体と定められている。郡は、Columbus 市と26の郊外の市町村から成っている。最近、Columbus は、Ohio 州で最大の市になった。郡の人口は約869,132人（1980年国勢調査）で、Columbus の人口は約570,000人である。

制度変更の総合的アプローチは、サービス制度の根本的かつ永久的再構築になるだろうと認識された。したがって、MHBは、サービスを宣伝するやり方をやめて総合的な制度を開発する方向に変更することを意識的に決定した。その過程は動的なものと考えられる。計画は実行で補強され、全体の制度計画は実施した経験に基づき修正される。

計画過程への参加者には、ケースマネージャー、救急サービス担当者、臨床責任者、CMHC 責任者など、地域精神保健システムのあらゆる構成者の代表が含まれている。Franklin 郡を管轄する州立病院の代表も、障害者や家族とともに含まれている。精神保健システムにはっきりした既得権を持つ人々に加え、MHSは、地域全般の代表も計画過程に巻き込んでいる。これらには、地方の事業者団体の指導者、警察・保安官部門の代表、地域機関協議会、その他 Franklin 郡のソーシャル・サービスや保健機関の代表を含んでいる。

計画過程の一つの成果は、Franklin 郡精神保健システムの明確な未来像である。この未来像は、CSSを計画し実施していく際の核となる価値観に立脚している。この価値観には、資金供給者の要求やスタッフの願いや期待よりクライアントのニーズに導かれた制度を開発すると確約すること、制度に明確な責任を確立すること、サービスを計画し、実施し、評価する際に家族と障害者を含めること、郡全体にわたり、しかもより専門化したサービス提供者による援助制度を開発すること、クライアントが最高レベルの地域統合を達成できるよう援助しながら費用効率のよいサービス提供をできるようにするような資金供給のあり方を開発すること、地域内でクライアントを疎外しないようなCSSを開発すること、などが含まれる。

このような価値観を反映させた総合的なCSSを開発するために、MHBは、サービス制度の意味深い再方向づけと再構築に着手した。もっと限定した変更でも一定の進歩は得られただろうが、MHBが求める全面的かつ永続する変更にはならないであろう。例えば、単にケースマネー

ジメント制度だけを作って、他のサービスを開発しなかったならば、総合的なCSSにはならないであろう。同様に、革新的であっても安定した資金供給法の開発に失敗したら、長期的変更ではなく短期のものに終わるであろう。

MHBが精神保健システムの再構築の努力に乗り出したと同時に、Robert Wood Johnson 財団は、米国住宅都市開発部（HUD）及び全米都市連盟と協力して、精神病を持つ人々のための進んだサービス制度開発に対して資金供給する助成計画を発表した。慢性精神病プログラムとして知られるこの財団の計画は、CSS開発のために直接地域に資金供給する初めての大きな企画となった。合計250万ドルの助成金は、HUDからの第8章125の「貸付金証明書及び住宅開発のための100万ドルの低利貸付金」と連携して、各都市が利用できることとなった。60都市がこの助成計画に適格となり、54都市が応募し、9都市が資金供給された。Franklin郡MHBもこの9受給者に含まれ、この助成金がCSS計画の遂行に大きな刺激をもたらした。この財団助成金は5年間の時間割を提供し、それが制度変更過程を進めている。MHBは今この過程の2年目を終わろうとしている。一つのCSSを作って精神保健システムを再構築する政策全般を考慮すると、MHBは、活動が必要だったものとして、次の五つの大きな分野を挙げている。

1. 中心的な権限

MHB組織内では、地域援助事務所（Office of Community Treatment, OCT）の設立でなおいっそうの責任と権限が確立された。OCTは、長期の重度精神病を持つ人々に対するサービスの計画、資金供給、評価の責任を持つことになった。OCTの職員は、CSS開発の経験を有する管理者、臨床経験を有する準管理者、予算と契約の経験を有する企画・評価専門員、プログラム実施専門員、資格プログラムの専門家、半日勤務の職員研修マネージャー、書記、データ入力担当者2名である。OCTの責任には、次のものが含まれる。

- ・ 重度長期の精神病を持つ人々に対するサービスへの資金供給。
- ・ 地域援助チーム（Community Treatment Team）モデルを用いたしっかりしたケース・マネジメントの実施のための政策、手順、基準の開発。
- ・ 新しくサービスを提供する機関に対し、実施契約を作り、既存の契約に関しては実施契約に変える。
- ・ 長期重度の精神病を持つ人々への全サービスの再調査。
- ・ ケア・システムの統合を委任した新しい州法の実行の計画。
- ・ 新援助チームの訓練及び制度改革に当たるスタッフの訓練を行うための訓練機能の確立。
- ・ CMHCが提供する諸サービス間の特殊性の開発。

精神保健システム内でOCTが組織され、CMHCの間でサービスの専門家グループを作る役

割を定義できるようになるには、およそ1年を要した。OCTが設立され、職員が決まり、その使命が伝わりだして初めて地域支援計画の他の部分を実行し得るようになった。この最初の時期に、OCTのスタッフは、郡中のあらゆる地域精神保健機関の代表と会い、計画の実行について討議し、機関のスタッフと懇意になり、制度内の信頼性を確立した。それに加えて、この時期は、サービス提供の新しいシステムの出現を示すための多くの作業開始活動をするのに使われた。これらの活動には、機関スタッフのためのシステム全般の訓練・情報提供や理事会メンバー、障害者、家族のための活動が夜も行われた。これらの活動には、その後の活動を速やかに行うための基礎を築く意図があった。

OCTは、精神保健システム内で多様な方策によってその地位を強めている。そのステップの中には、OCT内の責任の追加を確定するものもあれば、OCTの信頼性を高めるものもある。OCTが当初焦点を当てた分野は、有資格の献身的な労働力の育成と維持、ケースマネージャーがクライアントの情報をすぐ手に入れられるような相互利用の可能なクライアント追跡制度の立案と実行、良質保障・プログラム評価過程の開発、及び管理されたケア・システムの実施であり、それらはMHBが入院資源の利用をコントロールできるようにした。

2. ケアの継続

郡の再設計された制度の核は、地域援助チームである。このチームは、地域に根ざした移動チームで、ひとりひとりのクライアントと長期の継続した関係をつくるように計画されている。チームには、クライアントが適当な社会資源を得られるよう保証する責任があり、個人が自分の最高レベルまで成長できるよう支援する。チームのほとんどの仕事は、自然で診察室でない環境で行われる。各チームは一つの単位として機能し、クライアントに任せるだけでなく、個々のワーカーみんなで分担することを学ぶ。チームは、クライアントが郡の中を移動したり、入院したりしたときでさえ、ケースとして扱う。チームメンバーには携帯電話が用意され、連絡がいつでも取れるよう、1日24時間、週7日待機する。

過去2年間に、この権利を主張する、広く援助の手を伸ばすケースマネジメントが行われている。その業績には、次のようなものがある。

- ・8つの地域援助チームが結成され、合計450人の長期重度精神病患者が彼らの担当になったこと。
- そのうちの3チームは、重複した問題を持つ人々を専門にしており、第一グループはホームレスの状態からより安定した居住環境に移ろうとしている人々を対象にしたチーム、第二グループは精神病と嗜癖障害を持つ人々を対象としたチーム、第三グループは専ら長期ケア施設に現在いる人々を対象としたチームである。これらのチームの結成は、ケアの連続性とケア提供者の両面で著しい進歩を示した。

- ・システムの中心となるインテーク機関として評価・割当ユニットを始めたこと。このユニットには、各クライアントの身体的精神科的評価を行い、ふりわけを行うことによって最も適当な地域援助チームに紹介するという責任が与えられた。
- ・クライアント追跡制度を計画したこと。準備として、地域支援チームに割り当てられた全クライアントについての総合的データベースが開発され、クライアントの個人的属性や、チーム割当 6 ヶ月前から 1 ヶ月毎のサービス利用状況などの情報を入力している。
- ・病院と地域精神保健システムとの関係を強化する活動を実行したこと。例えば、地域援助チームメンバーに対して病院の治療過程に参加できる特別の許可を与える手続きを開発した。
- ・地域援助チームが24時間電話受付制度を始めるのを援助したこと。この制度はチームが担当するクライアントの危機介入の第一報を提供することになる。

次の3年間に、MHBは、さらに20の地域援助チームを段階的に設立するであろう。それには専門的なものと一般的なものがあり、チームの数は合計32になるはずである。この期間中に、クライアントの総合的かつ均質化された評価ができあがり、最適なチームへの割当がなされ、チームの活動が注意深くモニターされることが確立されるよう評価・割当ユニットが強化されるであろう。

3. 財政の再建

Franklin 郡で、主要な公的な財政援助を受けるケアシステムは、五つの総合センターと一つの公立病院で、おのおのMHBとの契約下で動いている。MHBは、当初、健康維持機関（HMO）に相当するものを設立する計画であった。この新制度下では、MHBは、センターや病院が長期重度精神病を持つ人々へのサービス提供に対する資金調達については、結果を重視し将来の支払いを見越した支出をすることにした。HMOが本来計画されたように開発され得るかどうかは、この時点では疑問が残る。このプロセスの次のステップでは、決定を下すのに必要なデータを収集し、もし、プログラムを進めるという決定がなされるなら、計画をたてHMOのやり方を検証等を行う。

HMOのための計画以上のものとして、地域援助サービスへの資金調達に関する活動には、他に次のような著しいものがあつた。

- ・実行に基づく資金配分と契約制度の開発。この結果、サービス機関との更にクライアント中心で成果を重視した契約制度につながった。
- ・上院法案 156 の実行。これは、Ohio 精神保健システムの再構築のために、地方精神保健委員会により大きな責任と権限を認め、入院サービスを管理し、入院ベッド利用が減少するとい

う効果が生まれている。1989 年 7 月 1 日に施行されたこの法律は、精神保健法制の主要なもので、MHB が院内、院外双方のあらゆるサービスを管理することを可能にした。

- ・メディケード消費の頭割り制度開発の可能性の調査。人頭一律支給制に向かう動きを正当化するために地域での入院治療に使用されている不適切な支出が明らかになった。したがって、人頭一律支給制を実行するよりも危機対処のための住居というような地域に根ざした既存のサービスを拡大充実させるという決定がなされた。
- ・MHB は、既存の社会資源を、重度精神病を持つ人々のためにさらに有効なサービスにしようとしている。このアプローチの一例は地域援助チームへの支出に見られるが、それは、既存の 3 ヶ所に主張的なケース・マネージメントを行って、新しい 2 ヶ所に資金供給するという方法が一般に取られる。

これらの努力に加えて、上院法案156は一本化した精神保健介護の制度を作り出している一方、何らかの財政上の改革は避けられない。この法制下で、MHB は、入院日数のコントロール能力を持ち、州立病院利用の減少によってもたらされる財政効果を得るようになるだろう。1989年の中ごろまでに、MHB は、この法政の施行を引き受ける準備が整うであろう。これは、入院に代わるサービスの開発、主要な援助機関としての地域援助チームの強化、及び適当な管理機構開発に直ちに注目することを要求している。

4. 住居の開発

企画段階の早期に、MHB は、永く、安全にかつ手ごろの値段の住宅がほしいというクライアントのニーズに応えるための住宅開発の努力の必要性を認識した。そこで、MHB は、次の 3 年間に 500 人のクライアントが住める約 310 ユニットの住宅を開発する大きな事業に乗り出した。MHB は、住宅開発の長期計画を作成するために、住宅資金・開発の専門家と契約した。この計画は、Robert Wood Johnson 財団から保障された住宅ローンの基礎になっている。現在の住宅開発は、資産開発・管理の責任を有するMHBの新形式の契約機関を通して運営されている。資金供給は、公共、民間を問わず、いろいろな社会資源によって保障されており、32 ユニットについての各プロジェクトは、おそらくすべて異なった資金によることになるだろう。ユニットは全市に散在し、一寝室または二寝室のユニットを 4 個から 6 個持つアパートか、あるいは二寝室ユニットを 2 個持つ建物が普通である。

5. サービスの専門化

MHB の主要な焦点は、五つの総合的 CMHC によって提供されるサービスの協力と専門化と

重複の排除とに向けられている。MHBと各センターは、サービス提供の専門性を開発するプロセスについて合意に達した。その努力の一部として、MHBは重度長期精神病を持つ人々に対するあらゆるサービスを再点検している。この点検の目的は、第一に、プログラムがどの程度、MHBが確立した価値観、哲学、サービス順位に合わせて運営されているかを決定することであり、第二に、現在の各サービスの効率と効果を判断することである。点検は、主として精神保健システム外のコンサルタントによって行われている。

現在までに、点検は、居住サービス、デイケア・サービス、職業サービス、地域援助チーム、及び救急サービスについて行われた。これらの点検の結果は、他の財政上のデータ及びプログラム関連のデータとともに、専用化のための当初計画立案を目的として分析されようとしている。この計画は、臨床的かつ管理的責任を増すつもりで行われる制度の再構成の青写真となろう。例えば、デイケア・プログラムは、現在、五つのCMHCのそれぞれによって運営されている。専門化計画では、これら五つのプログラムは、管理上は二つのセンターの下に置かれ、プログラム的には心理社会的サービスと職業的サービスとを一体として提供するよう変更されるかもしれない。専門化のプロセスを討議するに際して、MHBは、クライアントが自立しようとする努力をこれまで以上に援助できるようなサービスを開発しようとして動いている。これらのサービスには、特に援助付き雇用のような職業・就労援助サービスや、ホームレスの人々、嗜癖障害の人々、刑事裁判制度に巻き込まれた人々のような特殊な人々を対象としたサービスを強調することが含まれている。

IV. 実行するために考えられる障壁

MHBは、制度変更過程を実行するに際し、幾つかの問題に遭遇した。これらの障壁には、次のようなものがある。

1. 十分に訓練を受けたスタッフの獲得

Franklin 郡精神保健システムは、CSSに必要なあらゆるタイプのスタッフの不足を経験している。最も緊急な問題は精神科医獲得ができないことであるが、MHBは、この危機が地域援助チームを維持するに必要な看護婦、ソーシャルワーカー、カウンセラーなどというスタッフに広がると予想している。これに関しては、Ohio 州立大学（OSU）のカリキュラムに問題があり、それは、現在、地域精神保健システムで働くスタッフの訓練を行っていないということである。これは、OSUが公的精神保健システムで働く職員の主要な養成機関であるからという、

Columbus 地区に特有の問題である。O S U、Ohio 州精神保健局及びMHBは、共同してこの問題に取り組み、ソーシャルワークの学生を地域援助チームで有給のインターンをさせたり、ソーシャルワーク・カレッジ内で主要な精神病に関するセミナーを開いたりしてきた。また、精神科学、看護学、ソーシャルワーク、心理学を中心とした学際的訓練プログラムの計画も始まった。しかし、MHBは、スタッフの雇用、訓練、定着の問題を解決するには相当の時間と努力を要すると予想している。

2. 変更過程の管理

この規模の制度変更をしようとする、と、一定の抵抗が起こるのは避けられない。MHBは、サービス提供の伝統的な医療モデルから地域援助モデルへと移るのを躊躇するスタッフからの抵抗を予想している。スタッフの中には、新サービスの哲学と方法論への適応が困難な者があり、また、クライアントには地域社会でもっと自立的に進歩したり、役割を果たしたりする能力があるのに、障害や制限を重視した教育を受けてきた者が多い。

変更に対する抵抗は、制度内のいろいろなレベルで起こりうる。それがラインのスタッフや中間管理職であっても、誰もが変更の中に興味をそそるものと反発を感じるものを見い出す。この取り組みを避けようとする姿勢は、ときどき前進を困難にする。機関のリーダーたちも、自らの機関を劇的過ぎたり速すぎたりする変更から守りたいという自然の欲求を示して、同じような態度で反応することもある。MHBは、サービスの専門化計画を調停するようなアプローチを用いてこの種の抵抗を処理しようとしている。専門の調停者を雇って、データの収集と分析を行い、サービスの専門化に関する会合がうまくいくよう促進してきた。このような交渉のやり方で、MHBと諸機関は変更過程の当事者として、より同等の地位から交渉に入れるようになる。

3. 機関間の関係

競争、領域論争、意思疎通の欠如、その他多数の問題は、C S S 開発のおそろべき障壁になり得る。都市部のC S S 創設は、長期精神病を持つ人々を対象にしている多くの機関間の高いレベルの協力を必要とする。協力や参加が必要な精神保健システム内外の機関は無数にある。MHBは、これらの機関と強い協力関係をつくりだしてきたし、これらの創設を継続していく。この一つの例は、S S 1 及びS S D I の受給者に対する障害決定のプロセスを早めるために、MHB、Ohio 精神保健局、社会保障庁及び障害決定局が行った共同努力である。申請するのに「電話請求」手続きを共同で開発することによって、また、申請に対する責任をケースマネージャーとともに強調することによって、障害決定に要する期間が平均 90 日から 120 日かかっていたのを平均 20 日にまで短縮されてきた。

4. 地域の抵抗

MHBは、地域の抵抗を、特に住宅ユニットを開発する際に予想する。抵抗をなくすためにはばらに建てるよう企画しているが、何も起こらないと思うのは甘すぎよう。この時点で、この抵抗がどれほどやかましいかを予想するのは難しい。しかし、住宅法人は、地域の抵抗を最小限にするための一つの方法として、周辺の住民を含めた地域教育を展開しており、MHBは、地域の理解と報道関係及び地域の指導者の協力を得るのに長い困難な努力を続けてきた。

V. 結論

制度変更の努力は、もちろん、各地域独特の性格に適合しなければならない。ここまで述べたアプローチは、成長過程にある中西部都市の社会的には進歩しているが財政的には保守的な価値観にはぴったりと合っている。にもかかわらず、都市環境でCSSの開発を考慮する際に、次の二つの要素が非常に重要である。

- ① 重度の精神病を持つ人々の地域への統合を成功させるには、しっかりしたレベルの地域改革が必要なこと。
- ② この変更過程を調整し、指揮する責任者たちは、プログラムやサービスの現実的な企画を越えた広範な要因に注意を払う必要があること。さらに言えば、都市環境にCSSの開発を押し進めて行くことは、起こるであろう数多くの避けられない障壁に対する努力を支える強力な指導力と未来像なしには成功し得ないということである。