

地域支援サービスの研究：その成果

Research on Community Support Services : What Have
We Learned?

William A. Anthony

Andrea Blanch

- I. 本報告の構成
- II. クライアント確認とアウトリーチ
- III. 精神保健治療
- IV. 保健と歯科サービス
- V. 危機対応サービス
- VI. 住居
- VII. 所得保障と資格
- VIII. 仲間同士の支援
- IX. 家族と地域支援
- X. リハビリテーションサービス
- X I. 保護と権利擁護
- X II. ケース・マネージメント
- X III. 制度の統合
- X IV. まとめ

— 著者紹介 —

William A. Anthony

William A. Anthony 氏は、Boston 大学の精神科リハビリテーションセンター所長であり、リハビリテーションカウンセリング学部の教授である。

Andrea Blanch

Andrea Blanch 氏は、New York 州 Albany にある New York 州精神保健事務所地域支援プログラム部長である。

注) 本稿は、国立精神保健研究所 (N I M H) 地域支援対策に対する契約に基づいて開発された 43 頁の論文の要約版であり、1988 年 5 月 3 日から 5 日まで Maryland 州 Bethesda で行なわれた地域支援とリハビリテーション援助研究会議で発表されたものである。この論文は郵送料、コピー作成その他の取り扱いを含めて 4 ドルで、精神医学的リハビリテーションセンターから入手できる。41 頁の参考リストは題目により分類され、これも別送により 4 ドルで入手できる。

要 約

この論文は、地域支援システム（CSS）の必要欠くべからざる事項に関して、発行文献を総合的に調査した結果を報告するものである。各事項の文献に現われた必要性、効果的な介入方略、費用の面から分析した。1970年代の半ばに、地域支援システムとして始めて概念化された援助と支持の各事項に対する必要性は、文献として整備されている。またこれまでの研究により評価することができ、反復可能な地域支援システム型の介入について、いまや大規模、長期の実験的研究を行なう段階にきている。

地域支援システム（CSS）に関する研究を進める根拠がある。それは、重度の長期にわたる精神病患者も、長期の入院治療を受けることなく地域社会で救うことができるという、さまざまな研究成果の調査報告があるからである（Braun ら, 1981 ; Dellario & Anthony, 1981 ; Kieslar, 1982 ; Test & Stein, 1987）。精神障害者のために、地域に根ざした一層多くのよりよい援助の開発に向けてはずみがついてきたので（Larsen, 1987; NIMH, 1987）、CSSによる援助の必要性、その成果および費用について分かっていることを要約することは是非必要である。

I . 本報告の構成

本稿は、次の角度からCSSに必須な各事項について現在分かっていることを検討するものである。つまり、①文献に現われた必要性とは何か、②何が成功するか、③費用はどれくらいかかるか、である。本質的には、第1表にある行列にしたがって、左端の上から下まで書かれたCSSの要素について、上段に横に並べた三つの角度から研究報告を進める（第1表参照）。

同表の左側に並べられたCSSの構成要素は、CSS体制の最近の概念分析からとられたものである（Stroul, 1988）。この11の構成要素は、CSSを構成する項目についての最近の見解を表している。この11のCSS構成要素に加えて、制度レベル（第1表の12A, 12B, 12C）での介入について分かっていることに関し、文献を分析する。CSS文献に必ず言われているのは、CSSが必要な援助要素の単なる寄せ集め以上のものであるという概念であった。援助の各範囲の要素は、一つの統合的の制度に組織しなければならない。制度統合への努力は、特定集団への援助

を改善するために、二つ以上の要素を一定の形式にしたがって構成することを特徴とする。この制度統合への努力は普通は、計画調整または共同計画、資金調達・教育・監視及び評価を含む。

検討した文献は単に「CSS文献」ばかりではなく、CSSの概念をよく知り、その資料をCSSの概念に直接結び付けた著者のものを含んでいる。検討した資料には、むしろその著者がCSSについて問うたことがあるかどうかにかかわらず、CSSの構成要素に関係ある資料を集めた研究及び対策評価を含んでいる。この第1表の行列に関係あれば、CSS概念の開発前に発行された文献も分析した。

この報告は、発表された記事またはこれから発表されようとしている記事が含まれている。可能な場合は最近の文献の論評もこの分野を検討するために用いられている(読者はそれゆえすべてを引証するためこれらの文献報告を調べることができる)。書籍論評の部はこのために時折参照する。

成果研究については(第1表、B欄)、実験的、準実験的研究から得た資料を用いてある。必要性の裏付けと費用効率のデータには、説明的な研究を用いた。特に断わりがなければ、「重度かつ長期の精神病患者」(Stroul, 1988)に関する研究だけを論及したものである。

II. クライアント確認とアウトリーチ

精神障害者の中には、利用できる援助について知らないものが多いので、これを知らせるためには先ずその障害者を見つけなければならない。その他の人々は、援助については知ってはいるが、その実情を知り、援助を受けたいという気になる程には注意を向けていない。ホームレスの精神病患者(ホームレスの30%から40%)は第一の集団(Morrissey & Levine, 1987)のよい例である。照会先をたどって行かない者の4分の1から3分の2は第二の集団(Solomon, Gordon & Davis, 1986)のよい例であり、30%から40%がすぐに治療を放棄する(Sue, McKinney & Allen, 1976)か、治療を約束した時間に現れない(Miyake, Chemtob & Torigoe, 1985)。最新の心理療法や投薬管理からの脱落率でさえも、6ヶ月で42%、1年で56%、2年で69%と高いことが分かった(Stantonら, 1984)。

障害者の確認、アウトリーチと、障害者に援助を受ける約束をさせる技術が、現在援助契約を増やすために存在する。多数の研究者がいろいろな成功した方略を報告している(Perlman, Melnick & Kentera, 1985; Stickney, Hall & Gardner, 1980; Wasylenki, Goering, lancee, Ballantyn, & Farkas, 1985; Witherridge, Omega & Appleby, 1982)。

第1 表既知事実の分析

C S S 構成要素	A) 必要性が文献に 現われているか	B) 成功するかし ないか	C) 費 用
1) クライエントの 確認及びアウトリーチ	1A	1B	1C
2) 精神保健治療	2A	2B	2C
3) 保健と 歯科サービス	3A	3B	3C
4) 危機対応サービス	4A	4B	4C
5) 住居	5A	5B	5C
6) 所得保障と資格	6A	6B	6C
7) 仲間同士の支援	7A	7B	7C
8) 家族と地域支援	8A	8B	8C
9) リハビリテーションサービス	9A	9B	9C
10) 保護と権利擁護	10A	10B	10C
11) ケース・マネージメント	11A	11B	11C
12) 制度の統合	12A	12B	12C

援助の契約目標を達成するもう一つの方法は、クライアントが望み、利益を得ることのできる援助について知らせ、その援助に紹介することである。ホームレスの精神病患者に関する最近の研究の再検討によれば、その精神病患者のほとんどが、援助が自分の要求にあっていると分かればそれを進んで受け入れるという結論が出ている (Morrissey & Levine, 1987)。例えば、Lipton、Nutt 及び Sabatini (1988) は、52人の「慢性精神病」のホームレスの入院患者を、退院時に援助つき住宅に配置する実験的グループと「通常退院計画」を受ける統制群に無作為に割り当てた。退院時に、その統制群の26%が退院後の居住についての援助を拒んだが、実験対象者は皆住宅配置を受け入れた。12ヵ月後、同じ住宅を永久住宅としていた人は統制群が30%であったのに対して、実験グループでは69%であった。

援助における契約なしの場合の費用は諸刃の剣である。予約の時間に来なければ専門家の時間を浪費する (Miyake ら, 1985) が、以前に契約していなかった者に対する援助に成功すれば、

援助費用を増やす (Franklin, Solovitz, Mason, Clemons & Miller, 1987)。社会に対する費用で比べると、クライアントが実際に契約している援助の費用と、そのクライアントが全く援助を契約していないときの同人に対する費用との差は分かっていない。

Ⅲ. 精神保健治療

CSSにおける治療を考えると、頭に浮かぶのは投薬と心理療法である。事実、ある時点では長期精神病患者の圧倒的多数 (90~100%) は、薬物療法を受けている (Ayd, 1974 ; Dellario, & Farkas, 1982 ; Matthews, Roper Mosher & Menn, 1979)。

薬物療法が効果のあることは事実として認められており、症候行動と臨床的再発を減ずる (Cole, Goldberg & Davis, 1966 ; Davis, 1976)。例えば、精神分裂症患者の 70% が、抗精神病薬で相当な改善を示しているが、患者の 20% から 40% が偽薬でも適度の改善を示していた (Davis & Gierl, 1984)。維持療法をした後の薬物療法に対する 6 ヶ月間の再発率は 20% であり、偽薬に対するものは 53% であった (Davis, 1975)。不幸にも、誰が投薬維持を必要とするかを予測することは不可能である (Davis & Gierl, 1984 ; Fenton & McGlashen, 1987)。驚いたことには、圧倒的な投薬の使用に照らして、幾つかの研究により非神経遮断剤治療の価値が証明された (Carpen-ter, Heinrichs & Hanlon, 1987 ; Matthews, Roper, Mcsher & Menn, 1979 ; Paul, Tobi-as & Holly, 1972)。

薬物療法がほとんど一般化しているのに比べて、重度精神病患者に対する集中的な心理療法を施す考えは人気が落ちた。資源問題があるため、重度精神病患者のほとんどが日常の集中的な心理療法を受けられないけれども、障害者や政策決定者は現在、集中的な心理療法の必要性に疑問を抱いている (Mosher & Keith, 1980 ; Spaniol & Zipple, 1988)。現在推奨されている治療法で幾つかの研究の裏付けがあるものは、必要最小限の投薬を伴う長期の支持的療法である (Conte & Plutchik, 1986 ; Hogarty, Goldberg & Schooler, 1974 ; Hogarty ら, 1979)。支持的療法は、集中的な療法とは対照的に、保護的、受容的な関係の中で、重度精神病患者が基礎的な問題解決能力を学習し、日常の実際的问题を処理することに役に立つよう設計されている (Neligh & Kin-zie, 1983)。

現在、他の介入方法と比較した支持的療法の費用効率の研究はない。この費用の問題について面白いことには、準専門家と公認の専門家の有効性を比較評価するデータについての定期的報告がある (Anthony & Carkhuff, 1978 ; Durlak, 1979 ; Hattie, Sharpley & Rogers, 1984 ; Moffic, Pattenson, Laval & Adams, 1984)。支持的心理療法の内容及び目的の多くは、準専門

家でも等しく十分に取り組むことができるように見える。

IV. 保健と歯科サービス

精神障害者は基本的な保健及び歯科援助の必要があるにもかかわらずこれを受けられないことが多い。この 10 年間の研究により精神病患者の全グループにわたって、身体的疾病にかかっている者の割合が継続して高いことが分かっている。Koranyi は、12 の研究についての報告で、精神病患者の 50%までも内科治療を要する疾病にかかっていることを確認した。同じ率が精神病入院患者についての四つの研究のメタ分析にも発見された (Hoffman & Koran, 1984)。この研究についてのさらに最近の報告には、身体的疾病の加重有病率は、精神病入院患者の 37%、同外来患者の 38%であることが分かった (Maricle, Hoffman, Faulkner & Keepers, 1987)。Taube らは、集合データを用いて、精神保健外来援助にかかりきりの者の 3分の1の者が、複数の疾患にかかっていることが分かった (Taube, Goldman, Burus & Kessler, 1988)。

地域社会による支援対策を受けているクライアントは、定期的に日常の保健医療を受けていないことは明らかである。ある研究によると、疾患の 77%は定期身体検査を受ければ分かっていたであろうという (Roca, Breakey & Fisher, 1987)。もう一つの報告では、クライアントの 68%がその前の入院時に身体検査を受けたきりで、88%が地域社会におけるプライマリー・ケアを施す医師の名前を挙げることすらできなかつた (Farmer, 1987)。他の著者も基本的なヘルスケア・サービス(例えば、出産の相談及び選択等)が精神障害者に供されていないことが多く、あるいはそれを受けにくいことが多いことを挙げている (Test & Berlin, 1981)。

精神障害者が利用できる基礎的保健医療と歯科医療は、その必要性に明らかな証拠があるにもかかわらず、改善の方策に関する研究はほとんどなされていない。基礎的な領域の試験費用は、およそ 400 ドル (Hall, Gardner, Popkin, Lecann & Stickney, 1981) から 750 ドル (Koran, Sox, Maeton & Moltzen, 1984) の間である。継続医療の費用は、それが行なわれる方法と場所によって異なろう。Burns と Schulber (1986) は、精神病患者の総合病院入院患者の医療ケアについて 3 種類のモデルを提案し、Pincus (1980) は保健と精神保健医療とを連係させるためのモデルを説明している。しかし、保健医療の供給に対するこれらさまざまな方法の相対的費用または成果についての研究は入手できない。

V. 危機対応サービス

精神障害者の直面する生活上のストレスの大きな原因を見つけ、これを測定する研究が始まりつつある (Stein, 1984)。しかし、危機援助の必要性は、入院率、救急医療室への滞在、精神病患者の投獄または短期の留置数の増大によって明かに裏付けられている。その上、この集団の自殺率は分かっているものだけで非常に高く、特に入院ケアから退院後の初年度中はそうである。

以前の調査で証明されていることは、救急診断サービスにより州立病院の入院数を減じることができること (Billings, 1978 ; Delaney, Seidman & Willis, 1978)、危機療法等の危機介入プログラムが、入院治療より多くの場合よい成果を生み、費用が少なくすむこと (Auerbach & Kilmann, 1977)、病院以外の環境が広い範囲で危機解決に効果的に用いられること (Brook, 1982 ; Magulne, Lorack & Hardy, 1979 ; Mosher & Menn, 1978) である。これらの研究成果から、数人の著者が常に危機対策の実施の驚くべき欠如について意見を述べるに至った (Mosher, 1983 ; Rissmer, 1985)。

Stroul は四種類の大きな危機援助を明らかにしている。つまり、危機電話サービス、予約なしで利用できる危機介入、移動するアウトリーチ班、危機居住プログラムである。緊急電話を評価している最近の研究は見当たらず、予約なしで利用できる危機介入すなわち総合病院の精神科応急処置室を中心とする研究が一つあるのみである。

緊急電話と予約なしで利用できる危機介入援助とは対照的に、移動するアウトリーチの有効性について最近幾つかの研究が報告されている。Benglesdorf と Alden (1987) の実証したところによると、危機状態にあるとされる全患者の 70% が、移動アウトリーチ班があれば地域社会にとどまることができ、残りのうちの 3 分の 2 は州または郡の施設よりも地域社会の病院に入れることができるということであった。同様に Bond ら (Bond ら, 1988) は、積極的なアウトリーチ無作為に割り当てられたクライアントが、病院内の症状の発現と入院総日数において前年中より著しく少なく、あまりクライアントに期待しない立ち寄りセンターに無作為に割り当てられたクライアントよりもその二点において著しく少ないことを発見した。その上、強引なアウトリーチ班対策からクライアント一人だけが脱落したが、立ち寄りセンターのクライアントの 74% が最初の訪問後二度と戻ろうとしないのと対照的である。Hoult と Reynolds (1984) とは、無作為割当によるもう一つの研究により同様な結果を得ており、アウトリーチを受けた集団のわずか 10% が 2 週間以上入院したのに対して、同じ期間に、従来の入院とアフタケアを受けた統制群の 68% が入院した。その上、クライアントと家族共々アウトリーチの方に著しく満足を感じているが (Reynold, & Hoult 1984)、続けた仕事、収入、投薬または症状に有意な差はなかった。

幾つかの危機居住プログラムも有効であることが示されている。Bond、Wetheridge、Wasmer ら (1988) は、職員の勤務する危機管理施設と、購入される緊急用居住施設 (集中的危機管理アウ

トリーチを伴う)で援助を受けたクライアントの3分の2が、受け入れ後少なくとも4ヵ月間入院を回避したことを見出した。両対策とも恒久的住宅と所得援助を安定させるのにも効果があった。同様に、Sheridanら(1988)は、入院にまわされたクライアントの3分の2はYMCAの特別17床施設での援助に成功したことを発見した。

総合病院の入院患者担当チームは現在、ますます増大するクライアントに対して危機安定化援助を提供している。このチーム員の直面している問題は、いつ暴れだすか、自殺をしようとするかわからない患者の扱いを職員が渋ること、新たなりハビリテーション治療の考え方を導入する必要性、及び他の地域社会対策とのより緊密な関係を育成する必要性などである(Schoonover & Bassuk, 1983)。

各種の危機居住プログラムの費用と、この費用に影響する要因については、Stroul(1987)が要約している。調査した対策の1日当たりの費用は、ほとんどの対策について10日から2週間の平均期間で、35ドルから285ドルまでの開きがあったが、入院プログラムが最も高価であることは明らかであり、最高1日当たり500ドルまでにもなっていた(Liptonら, 1988)。しかし、費用は一定期間をかけて調べる必要がある。それは、危機の最初の数日間に要するサービスの強度が、時の経過と共に減るとい根拠があるからである。

VI. 住居

現在米国では、低価格の住宅の危機にある(Boyer, 1987)。家賃の高騰と住宅数の減少に伴ない、精神病を有する成人がその家族と同居しているケースがますます増大しており、その他は頻繁に転居を余儀なくされ、ついにはホームレスになってしまう(Appleby & Desai, 1987)。

精神保健システムのほとんどは、この状況に対応して居住治療プログラムを展開している(Blanch, Carling & Ridgway, 1987)。実質的にすべての形態の地域に根ざした居住治療プログラムは入院治療に代わることができ、養護施設(Linn, Klett & Caffey, 1980)、短期居住施設(Fields, 1980; Jordan, 1985)、移行的グループホーム(Wherlry & Bisgard, 1987)などを含むことを研究は示めている。一方、長期の常習性を減らし、経済的自立を増し、症状を減らし、地域社会における働きを改善するための居住治療プログラムの有効性については、研究ではいずれとも判断し難い(Cometa, Morrison & Ziskoven, 1979)。居住環境についての研究において必ず出てくる結論は、居住者の特徴からより、環境の特徴からの方が結果を予め示しやすいということである(Cournos, 1987; Hull & Thompson, 1981; segal & Aviram, 1978)。多数の研究によって、高度に構造化され画一化された環境では、社会的無能を生むことがあること、

要求の厳しいまたは刺激の多い環境では病気が再発することがあること、また、住環境が悪ければクライアントの適応に悪い影響を与えること、が示されている (Cournos, 1987)。

同様に、生活環境に満足し、環境が自分の要求に合っていてむやみに「治療中心」ではないと認めるクライアントは、よい結果を生む公算が大きい (Cuurnos, 1987)。クライアントの住宅の選好に関する研究はほとんどないが、少なくとも出版された一研究では、クライアントが自分自身の家か、家族といっしょに住むことを好むことを示している。しかし、職員は集団施設がクライアントの生活ニーズに最もよく合っているとみなしている (Solomon, Beck & Gorden, 1988)。このようにデータがないにもかかわらず、精神保健環境外の環境で永住環境を獲得するために精神病者の援助にますます注意が向けられつつある。その一つの対策は、San Fransisco における援助付き自立生活対策であり、その対策では、職員は、クライアント集団に雇用されたコンサルタントとしての役割りを果し、クライアントは自身の家庭を作り、自分の生活の場所を見つけ、日常の家庭内の問題を決断し、職員を雇用・解雇する (Meddars & Colman, 1985)。最初の対策の実績から、入院日数の大幅な減少が見られた。しかし、他のクライアントの結果について、またはこの革新的対策の成功に非常に重要な個々の面については、研究がなされていない。

同様に、ホームレスピープルに関する研究は最近始まったばかりで、恒久住宅獲得援助にかかわる要因と取り組んでいる。Lipton、Nutt 及び Sabatini (1988) は、ホームレスの精神障害者に、New York 市の改修した一人室用のホテルを恒久住宅施設として申し出たところ、100%の者がその申し出を受け入れ、1年後でもその69%がなおそこに居住していたことが分かった。その上、そこに住む精神障害者は、相対的症状には影響なかったが、入院日数が少なくなり、生活の質が向上し、統制群よりその生活に一層満足していた。多少分かりきったことではあるが、この調査結果は、家のない者の、住宅援助を受けたいという意欲について、一般の予想と反するものである。

各種住宅・居住施設援助対策の費用は環境、サービス、担当する職員によって異なる。文献に記載された構造化された居住施設は、1日当たり約40ドルから100ドル、ナーシング・ホーム・ケアでは同じく40ドルから70ドル (Link ら, 1985) である。住宅供給援助対策で、クライアントが自分の家賃を払うところでは、一般に最も安く、1日当たり8ドルと低い (Meddars & Coloman, 1985)。

VII. 所得保障と資格

精神障害者は、納税者の相当な負担において、福祉・所得維持対策 (Baker & Integliata,

1984 ; Estroff & Patrick, 1988 ; Goldstrom & Mandersheid, 1982 ; Jansen, 1985) により相当数の恩典を受けている。長期の精神病者が、障害判定手続きの、根拠のない誤った利用によってこの恩典を受けることのないようにすることは、全般的予算不足を減ずる方法と見られていた。

Estroff と Patrick (1988) とは、社会保障庁の所得補足給付 (SSI) と障害年金 (SSDI) の両制度へ精神障害者が登録加入している状況を分析した。二人の推計では、1986 年には、全国で 482,400 人の者が精神障害のため SSI 及び SSDI またはそのいずれか一方を受けていた。重度の長期精神病を患う者の約 28% が障害所得援助の障害者であるが、その数は引き続き増大している (Estroff & Patrick, 1988)。

長期精神病者のために、その受ける資格のある給付の受給を援助することに関して、Estroff と Patrick (1988) はデータを検討したが、それは精神保健システムに参加しているものが、その制度に関係していないものよりも、手当てを受給するものの割合が高いことを示している (Baker & Intagliata, 1984; Estroff & Patrick, 1988 ; Tessler & Manderscheid, 1982 ; Solomon, Gordon & Davis, 1983)。障害者を援助に結びつけようとする目標を持ったケース・マネージメント介入も、各種金銭的給付に結びついた者の率を増加させる (Waslenki ら, 1985)。

有用なデータがほとんどないが、最も重要な介入問題は、おそらく、いかにして人々が障害者リストからはずれ、被雇用者リストに乗れるように援助するかであろう。就業機会のある仕事の賃金に比較して、受給できる障害給付額が高額であり、それが個人の働く意欲に否定的に影響すると良識で判断できるとき、その障害給付は働くことに対する誘因を妨げることがある (Berkowitz, 1985)。障害者 (単に精神障害者ばかりではない) に関する研究の報告には、給付数と職業リハビリテーションの成果との間にこの関係を予想できるとしている (Rehabilitation Research Institute, 1980 ; Walls, 1982)。

障害者に対する支払いの直接財政支出は、22 億 4 千万ドルと推定された (Estroff & Patrick, 1988)。制度運営費は、受給者の利益を減ずることなく削減することができるか。1987 年に議会を通過した法律 (公法 99-643) は、就業奨励対策 (1619 条制度として知られている) を恒常化し、(障害者の) 一般競争雇用への誘因障壁を減ずることができるか。受給資格または援助受給の申請と失敗が受給者に及ぼす精神的犠牲はいかなるものであろうか。研究データがない中で、Estroff と Patrick (1988) は、障害者給付対策への参加の肯定的な結果と否定的な結果を明確にした。障害決定方法の過程、その規則等、その心理的影響及び現行の指導政策は、経験的データからその性格があまりよく分かっていない。

VIII. 仲間同士の支援

精神分裂病患者が作る社会的ネットワークは平均的に小さく、それ以外の患者のネットワークと構造的に異なっていることが分かっている (Leavy, 1983)。例えば、その組織は双務的な役割関係が比較的少なく、支援を受けるばかりでなく、提供するものが他に比べて少ないように思われる (Hammer, 1981)。仲間同士の支援の必要性も、脱施設化したクライアントが一人で過ごす時間が多いという事実から推理できる (Solomon, Baird, Everstein & Escobar, 1980)。著者の中には、病院がネットワークに代わって機能し、再入院が患者の他人との交際を必要とすることから行なわれる場合もあるという者がいる (Solomon, Harris & Bergman, 1985)。

精神障害者の生涯にわたる支援ネットワークに代わり、またはこれを増大させるため、多数の異なった介入方策が考案された。フェアウェザー・ロジック・プログラム、クラブハウス・プログラム (Fraser, Fraser & Delewski, 1985) 並びに障害者管理のネットワーク及び住宅制度はすべて、入院患者を少なくするために現われた (Borck & Aber, 1981)。しかし、これらのプログラムにおける仲間同士の支援だけの効果を見ることは難しい。

障害者ネットワークによる援助と社会的援助の原則に基づいて、多数の専門的介入も進められつつある。Harrisらは、専門家が、現行の社会的ネットワークに会員、機能、もしくはつながりを増やすことにより、または危機介入で援助することによって、そのネットワークの増大に資することができることを述べている (Harris & Bergman, 1985; Harris & Bergman & Bachrach, 1987)。

Schoenfeld ら (Schoenfeld, Halevy, Hemley van der Velden & Ruhf, 1986) は、過去に遡った統制群の設計を用いて、ネットワーク療法が、入院受け入れ数とその総日数減少に効果があること、及びその効果が少なくとも1年は継続することを証明した。ここでもまた仲間同士の支援がどれくらい、この効果に貢献しているかは明らかでない。

仲間同士の支援に対する必要性と重要性を障害者は主張してきており、仲間同士の支援が、立ち寄りセンターから障害者経営の企業 (Stroul, 1988) まで、各種自助グループ及び障害者運営への援助対策の形を取るにつれて、それに対する認識度は増しつつある (Chamberlin, 1979)。自助グループが、なくなった支援ネットワークに代わることができると言われることが多かったが (例えば Gartner & Reissman, 1982)、自助グループ、相互支持団体及び障害者運営の援助の効率性に関する研究はほとんどなかった。最近、Rappaport ら (1985) は、GROWグループの縦断的評価に乗り出した。この研究はわれわれの知るかぎり、精神保健自助グループの成果評価としては初めてのものであるが、その研究の成果全体はまだ知ることができない。しかし、初期の成果によれば、9 ヶ月以上GROWグループに積極的に参加したものが、3 ヶ月未満しか参加しなかったものに比べて、社会福祉的ネットワークの規模、雇用率、精神病理学の側 (Stein,

1984) において著しく異なることを示している。GROWの会合への出席が、孤独化、考え込み等の否定的な対処反応の減少に著しく関係し、GROWの会合において助けを求める反応は、乱心による対処反応の減少に著しい関係があることが分かってきた (Reischl & Rappaport, 1988)。

仲間同士の支援介入の費用に関する研究はこれまでほとんどなかった。障害者運営の援助に関連した費用は、ボランティアと穏当な給料の職員を広く使用していることの主たる結果として、専門家による精神保健システムの費用よりも低い。例えばGROWは、非常に軽費な制度である。一人の有給「現業職員」が7から8の地方のグループを担当し、その担当以外の役割りはすべてボランティアが担当する。その上、GROWは会員が指導的役割りを果たすことを促すため、慎重な職員抑制政策をとり続けている (Salem, 1984)。

IX. 家族と地域社会による支援

長期の精神病を患う一員と同居する家族への精神的、社会的、身体的及び経済的影響は、これまでのデータにより明らかである (Fadden, Beddington & Kuipers, 1987 ; Lefley, 1987 ; Spaniol & Zippel, 1988 ; Tessler, Killian & Gudman, 1987)。長期の精神病成人者の3分の1を超える者がその家族と同居し (Lefley, 1987)、50%から90%までがその家族と接触している (Fadden ら, 1987 ; Lefley, 1987)。ここで起きる問題は、「家族のメンバーがこの状況に対処し、精神病の家族の生涯にわたる地域支援システムへの統合を促進するにはどんな援助が必要か」ということである。

「精神教育的」としておおまかに分類される家族への取り組み方は、家族の一員である精神病者の病気の逆行率を減ずること、及び家族そのものに支援と情報を与えること、またはそのいずれか一方において、その効果を証明した (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980 ; Fallon ら, 1982 ; Goldman & Quinn, 1988 ; Goldman & Ropeikin, 1981 ; Hogarty ら, 1986 ; Jacob, Frank, Kupfer, Cornes & Carpenter, 1987 ; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberbein-Vries & Sturgeon, 1982 ; Smith & Birchwood, 1987 ; Spiegel & Wissler, 1987)。Zipple と Spanio (1987) は、この種の取り組み方が、その概念的基礎にかかわらず、能力開発、情報及び支援の各種要素を結合した家族との協力など、家族の最も緊急に必要とするもののすべてまたは一部を満たすことを述べた。各取り組み方は、病気の再発を減じ、家族へ支援を与えること、またはそのいずれか一方に著しい効果があると思われる。

家族支援の問題に向けられたもう一つの大きな改革は、全国家族自助・権利擁護団体であり、多数の地方支部を持つ全国精神病患者連合 (NAMI) の発展であった。自助グループの会員資格があれば、その家族は大きい教育と支援が受けられると報告している (Hatfield, 1981)。精神

医学的リハビリテーションセンターが調査したNAMI会員のうち、75%がその自助グループが「非常に役に立つ」としている (Spaniol & Zipple, 1988)。しかし、支援団体に加入することの家族への影響に関しては、縦断的研究または比較研究はまだされていない。支援団体に対する家族の満足は、その団体が断固としており、カタルシス的で、決め付けず、脅迫的でないとする理解と関係があることを示すデータがある (Biegel & Yamatani, 1987)。支援の面に関連して、一時的な中断保護についての予備研究が、病気の家族員が病院にいる日数を少なくする効果があることを示している (Geiser, Hoche & King, 1988)。

家族の重荷を軽減し、息抜きを与える最も直接的な方法の一つは、愛する病気の一人に、彼らが望みかつ必要とする地域プログラムを与えることである。これを効果的に実施するためには、実施者は精神障害者の地域社会構成員による受け入れを必要とする。一般大衆の精神病患者に対する態度は非常に劣っていることは経験上の事実である (Melton & Garrison, 1987 ; Page, 1977, 1983 ; Phillips, 1966 ; Rabkin, 1974 ; Sarbin & Mancuso, 1970)。障害者と考えられる者すべてのうちで、精神障害者が最も著しい烙印を押している (Anthony, 1972 ; Schneider & Anderson, 1980)。そのような否定的態度が職業的機會、社会福祉的機會をつかもうとする障害者個人の能力を妨げるかぎり、その態度により障害者個人の地域社会との適応に影響するであろう (Grusky, Tierney, Manderscheid & Grusky, 1985)。

精神障害者に対する一般大衆の態度を変えることの重要なことは明らかであるが、この態度を変える方法で経験を基礎とする一般に合意されたものはそれほど明らかではない。一般の障害研究分野からの研究によって、この態度変容を促進する三つの基本的方法が提案されている。すなわち、①障害者についての情報を与えること、②障害者との接触を与えること、及び、③その両方とも与えること、である (Anthony, 1972)。この障害者についての情報と接触が別々に研究された場合には結果に幾らかの食い違いがあるが、その情報と接触の面とを合わせた研究は一貫して良い結果を報告している (Anthony, 1972 ; Schneider & Anderson, 1980)。

この研究データの一つの意味はおそらく、精神障害者自身が一般大衆の自分たちへの態度を変容させる最善の行為主体であるということである。それは障害者が一般大衆に自然体として接触と経験とがいっしょになったものを提供できるからである。例えば、事業主の態度変容に関する研究において、障害者自身が事業主に対して効果的な対人表現をすれば、これらの否定的態度は克服できることを提案している (Brand & Claibllorn, 1976 ; Farina & Felner, 1973)。精神病患者と烙印を押されたものでも機会を与えられれば、一般の人々の態度変容への行為主体となる能力がある。Peterson (1986) は、いかにして心理社会的リハビリテーション対策によって、元の患者に普通の人の役割りを果たすことを上手に教え、精神的障害者と接触を持つようになった地域社会の人々が積極的に障害者を受容するようになったかを説明している。

態度変容対策の費用とその結果としての費用効率の点についてはデータがない。常識的に考えると、態度が変化し、障害者を雇用する事業主が増え、受け入れる隣人が増し、入学を誘う学校が増え、マスコミがもっと公正な書き方をするようになれば、障害者に対する全般的な費用は減少しよう。このような考え方はなお妥当であるが実際に試験されていない。

X. リハビリテーションサービス

現在より遥かに多くの方がリハビリテーションサービスを受ける必要がある。長期精神病患者の機能的無能と役割り無能を示すデータが圧倒的に多い (Anthony, Buell, Sharratt & Althoff, 1972 ; Dion & Anthony, 1987 ; Tessler & Manderscheid, 1982)。調査結果は、障害者も家族もリハビリテーションサービスの重要性を認識していることを示している (Lecklitner & Greenberg, 1983 ; Spaniol & Zipple, 1988)。しかし、リハビリテーションサービスは現在のその要求の程度に相当するほど実施されていない (Solomon, Gordon & Davis, 1983, Wasylenki, Goering, Lancee, Fischer & Freeman, 1981)。

Dion と Anthony (1987) は、精神障害者の能力支援及び環境的支援研究をあわせて 35 件検討した。検討に含まれた研究は、研究者がその介入を精神医学的リハビリテーションと特に呼称しているといないとにかかわらなかつた。Dion と Anthony (1987) は 35 件の研究を一覧表にし、治療的背景環境的焦点、測定された結果の種類、介入の種類、研究計画、及び研究成果の点について説明した。測定と研究計画の制約条件の中で、両研究者はその検討により、精神医学的リハビリテーション介入が、常習性、地域社会で過ごした時間、雇用と生産性、能力開発及びクライアントの満足等の測度の点で、リハビリテーション成果に明らかに影響することを提唱している (Dion & Anthony, 1987)。

Bond と Boyyer (1988) は、精神障害を持つ人のための職業対策に関する研究を検討した。検討した対照研究のうち、4 研究が肯定的な結果を報告し、2 研究が限界的に有意な結果を表し、13 研究が実験群と統制群との間になんら相違が見られなかつた。これとは対照的に、実験対象は保護配置または中間配置においてもっと成功するかどうかを研究者が検討したとき、8 研究のうち 7 研究までが実験群に良い結果が出た。Anthony、Howell 及び Danley (1984) による初期の職業対策の検討において、その他の肯定的な研究のあることが分かつた (例えば、Kline & Hoisington, 1981)。

Bond と Boyyer (1988) は、職業対策についての厳密な費用研究を報告していない。Bond (1984) は、心理社会的リハビリテーションセンターである Thresholds の費用と効果に関するデ

ータを分析し、Thresholdsの対策の数件についてかなりの費用が節減され、特に入院費用を減ずる効力の点においてそれがあったことを報告した。精神障害者の雇用研究とは対照的に、精神遅滞者の援助付き雇用の分野で費用と効果の研究のための方法論が開発されつつある。(Hill, Wehman, Kregel, Banks & Metzler, 1987 ; Hill & Wehman, 1983 ; Noble & Conley, 1987 ; Rhodes, Ramsing & Hill, 1987)。NobleとConley (1987) は検討の結果、データがあまりないにもかかわらず、「援助付き雇用、過渡的雇用及び保護雇用のすべての形態の雇用が、成人のデイケアよりも貯蓄の点で生産的であり、実施する上で費用がかからないと主張できる十分な情報が存在する (PP. 163)」と指摘している。この費用研究方法論は地域支援システム主導の雇用研究に用いることができよう。

XI. 保護と権利擁護

地域社会にある精神障害者が直面する大きな人権問題には、外来患者収容の拡大 (Applebaum, 1986 ; Scheid-Cook, 1987)、適当でないまたは強制的に投薬を継続されている者の数の増大 (Waxman, Klein & Carner, 1985)、電気けいれん療法等の高度に侵害的な方法の受け入れの増加 (Blaine, 1986)、地域社会の病院の場における隔離と拘束というやり方 (Soloff, Gutheil & Iexler, 1985 ; Telintelo, Kehlman & Winget, 1983)、精神病とされた女性には子供を任せない等の普通の差別慣行 (Stefan, 1978)、等がある。この他に、ほとんどの州では住宅・雇用または公的宿泊設備においての差別からの精神障害者の保護を今なお怠っている (Melton & Garrison, 1987)。

権利擁護は、援助の量と質とを改善するための努力を含んでいる。援助の増大が必要なことは、地域社会に住む精神病患者で障害給付を受けられない者の数 (最新精神保健法事業, 1987)、保険福祉等の基本的援助を受けないものの数 (例えばHandel, 1985)、及び十分な地域社会サービスを支援する財源の全般的不足についてのデータに現われている。

権利擁護及び援助の擁護は、前者が拡張を求め、後者が改革または現行援助システムの廃止を求めて、お互いに相い反する力と見られることがある (例えばChamberlin, 1980)。しかし、色々な権利擁護形態が、大きな全体の一部として精神病患者の直面する社会状態を改善するために協力していると見られることがますます多くなっている (Lecklitner & Greenberg, 1983 ; Rappaport, 1981)。

成功する権利擁護または効果のある権利擁護のための規準について一般に合意されたものはなく (Schwartz, Goldman & Churgin, 1982)、クライアントの生活に与える権利擁護の影響を測定しようとする研究は事実上ほとんどなかった。しかし、用途地域指定における差別に対して訴訟

で戦うことは効果があること (Kanter, 1986)、及び障害者のロビー活動により法改正に至ることができること (Lecklitner & Greenberg, 1983)、の証拠がある。その上、権利擁護により患者の権利についての認識を増し、クライアントは自分たちのための権利擁護活動に通常満足を表す (Scalle, 1986)。

ある California 州立病院において試験的に実施された強制治療決定のための外部からの検査手続きに関する最近の一研究により、その対策が非常に大きな費用を要し、州全体で行なうには推計 150 万ドルを要することが分かった。しかしながら、新しい手続きは実質的にクライアントの権利に関する知識、投薬治療のやり方、または臨床成果の指標の多数に何の影響も与えなかった (Hargreaves, Shumway, Knutsen, Weinstein & Senter, 1987)。

外来患者収容 (OPC) 法令の実施に関する研究において、Scheid-Cook (1987) は、法が一般に「適正な集団」(すなわち、非協力の記録があり、同法がなくても施設への収容を予想される者)に適用されつつあることが分かった。しかし、OPCを受ける精神障害者の 39.3%が以前に入院させられたことがなく、53%が以前に危険行為の証拠がなく、55.6%が投薬治療拒絶の徴候もなかった。その上、OPCを受けた者について、黒人の割合が白人の割合より著しく高かった。州の管理下におく個人数を拡大する手続きは慎重に吟味する必要があるけれども、収容の結果またはこれら精神障害者に与えられた援助についてのデータは収集されなかった。

集団訴訟の費用は記録されたことが多かったが、各種形態の権利擁護の費用に関する研究はほとんどなされたことがない (Scalle, 1986)。計画者たちは、患者の権利と要求の均衡を測るに際しての合法的な要因として、法的に要求された諸手続きについて、発生し得る費用を考慮し始めている (Mills, Tasavage & Gutheil, 1983)。訴訟手続きまたは権利擁護介入が、クライアントの自己概念、治療に対する態度、または望ましい仕事に就ける能力、住宅、保険福祉または社会のその他の給付に及ぼす長期的影響についての研究は全く見当たらない。

XII. ケース・マネージメント

ケース・マネージメントの必要性は多数の要因によって明らかである。これらの要因には次のものが含まれる。すなわち、① 家がなく精神病であって、援助や給付に関係していない者またはそのいずれか一方に該当する者の数 (Belling & Levison, 1987 ; Ridgway, 1986)、② 普通の退院計画が医療的または療法的のアフターケア援助以外の援助のニーズを過小評価していることを示すデータ (Wasylenkiら, 1985)、③ 誰でもが認めている制度の細分化及び現行援助の調整欠如 (Rapp & Chamberlin, 1985)、④ クライアントの中には紹介を最後まで追跡しないか、

援助から脱落するものが多い事実(この稿の「確認とアウトリーチ」参照)、等である。

ケース・マネージメントの成果研究は分析が困難であるが、それはケース・マネージャーが、確認とアウトリーチ、評価、企画、援助への該当者の結び付け、監視及び権利擁護という欠かせない活動領域に加えて、他の地域社会援助機能を果たすことが多いからである (Levine & Fleming, 1984)。付加されることの多い援助は危機的介入と一対一の「生きた人間の間の」リハビリテーションである。ケース・マネージャーが、危機的介入援助も約1対10の職員対クライアントの率で与えるという研究は、この論文の「制度の統合」の項で検討される。この項で検討する成果研究は、援助供給及び危機的介入にそれほど緊密にかかわっていないケース・マネージャーについてである。

大抵のケース・マネージメント研究は、クライアントの成果よりもケース・マネージャーの特徴を説明している。Anthony、Cohen、Farkas、及び Cohen (1988) によれば、ケース・マネージメントの成果研究は1980年代に現われ始めた。データはちらほらとしかなく、矛盾があり、研究の中にはクライアントへの成果についての少なくとも幾つかの測度に与える明らかな影響を述べるものがあり (Curry, 1981 ; Goering, Wasylenki, Farkas, Lancee & Ballantyne, 1988 ; Modroin, Rapp & Poertner, 印刷中; Muller, 1981 ; Rapp & Chamberlin, 1985 ; Rapp & Wintersteen, 1988)、その他はクライアントへの成果にほとんどあるいは全然影響がないとしている (Cutler, Tatum, & Shore, 1987 ; Franklin, 1987)。例えば、最近の最も良い対照研究の中の二つは、異なったケース・マネージメントの成果を報告した (Franklinら, 1987)。Franklinら (1987) の報告にははっきりした結果が欠けていたのと対照的に、Goeringら (1988) は、ケース・マネージメントが役割機能、自立住居状況、職業及び社会的孤立の測度に影響することを発見した。2年の追跡期間に、ケース・マネージメントを受けたクライアントがこれに対応する期間を経たグループより結果がよかった。

ケース・マネージメントの費用に関する研究も現われ始めている。費用研究は、ケース・マネージャーの実施した直接的援助の額など、費用に影響する変数が多数あるので困難である (Billig & Levison, 1987 ; Schwartzら, 1982 ; Fright, Sklebar & Heiman, 1987)。直接的援助はケース・マネージャーの時間の3分の1ないし3分の2にわたっている。ケース・マネージメントの実際原価に影響する他の変数は、ケース担当量の大きさ (Goldstrom & Mander-scheid, 1983)、制度の金銭的・物的資源及びこれら資源に対するケース・マネージャーの管理 (Schwartzら, 1982) についてのものである。

ケース・マネージメントの援助はさらに費用のかかることがある。特にそれが外来患者と入院患者援助の利用を増やし、これにクライアントの成果が伴わない時はそうである (Franklinら, 1987)。ケース・マネージメントが、ほとんどすべての援助の供給に資金的責任を有する一

律支給財政方式の範囲内で供給されるとき、ケース・マネージメント費用を総費用の一部として見分けることができる。(Harris と Bergman 1988) は、そのような総合的な制度のなかで臨床ケース・マネージメントを実施し、対策の総費用15,000ドルのうち、平均的ケース・マネージメント費用として年5,200ドルと見積もっている。両者はこれを、同じ種類のクライアントについて、地域精神保健センターの年間費用47,000ドル及び入院患者年間費用82,000ドルと対照している。

XIII. 制度の統一

多岐にわたる、分断された援助システムにより効果的な援助実施が妨げられる事実があることは、長い間注目されており、調整の不足によってクライアントが直接影響を受けるという証拠が幾つかある。Tessler(1987)は、クライアントが入院ケアから開放された後、援助資源と連絡を保たなければ、全般的に地域社会に適応することが乏しくなり、クライアントについての苦情が多くなる。一方、「調整の不足」は、時として実際に資源不足または援助の不適切による怠慢として非難されることがある (Solcmon, Gordon & Davis, 1986)。援助の調整強化(それによって援助の間隙・重複を除く)とクライアントの選択の自由を増すこと及び援助提供者間の競争の激化との関係を明らかにした研究はまだない。

この稿では、援助統合の確保を目指す試みを、法的関係及び対策モデル、財政機構、機関間連携の改善方略または責任の割当に重点をおいたかどうかに従って分類した。多くの構想は、勿論、これらの要素の幾つかを組み込んでいる。

(1) 法的関係と対策モデル

Georgia 州の「均衡援助システム」モデル、New York 州の「統一援助法」、及び California 州の「模範対策基準」は、州、郡及び地域方の援助提供者間の関係を法によって定め、一連の個別援助を説明し、財源を賄おうとする初期の試みであった。州の立法及び予算措置による地域支援対策の導入を評価する幾つかの試みもなされてきた。Oregon 州における入院率の歴史的な分析は (Hammaker, 1983)、1970年代後期の援助間調整の後退と不足の期間があったこと、全州地域支援計画期間中に実質的な変化がなかったこと (1977-1979)、及び地域支援行政の予算措置と監視が実際に始まったとき、1日当たりの病院ベッド使用が劇的に減少したこと(1980-1982)、を示している。同様に、Lanon ら (Lannon, Banks & Morrissey, 1988) は、New York 州の年令の多い C S S のクライアントは地域社会在住期間が改善され高い水準を維持しているが、若いクライアントには改善がないことを明らかにした。

(2) 財政の仕組み

最近、新財政機構による援助統合を高めようとする試みがなされた。これらの構想の中には、同一行政機構に臨床上、財政上の責任を集中させようとする考えに基づくものが多く、この概念は Wisconsin 州 Dane 郡で効果を挙げたものである (Dickey & Goldman, 1986)。例えば、Robert Wood Johnson 財団は数件の試行的事業の資金を供給したが、この事業は単一の精神保健当局を通じて現行の財源を一括管理している (Rubin, 1987)。同様な実験が、医療扶助、医療保険との実験地域、保健団体及び総合保護のための地方当局について試みられつつある (Dickey & Goldman, 1986)。これらの対策の援助利用またはクライアントへの成果に対する影響については、まだデータがない。

(3) 機関間の連携

この領域の実験的研究は少ない。Dellario (1985) は、よい関係にある精神保健機関と職業リハビリテーション機関が援助したクライアントの職業への進出の傾向にあることを発見したが、その傾向は顕著とはならなかった。同様に、Rogers、Anthony 及び Danley (1988) は、機関にまたがる教育と合同政策決定活動に参加している二つの試験的地域では、職業への進出が改善されていることが分かった。同じ州の他の地域では、同じ増加が2年して初めて現われた。幾つかの事例研究も、機関の間の協力を円滑化するために、地域支援システムのいろいろな組織化の方法を説明しているが、成果のデータは入手できない (Grusky ら, 1985 ; morrisey, Tausig & Lindsey, 1985)。

(4) 責任の割当

援助の統合を進展させるための四番目の戦略は(他の構想と共に用いられることが多いが)、特定集団のクライアントを選びそのケアと治療の責任を個人・チームまたは団体に割り当てることである。この方法の最近の例として、「リスクの高い」または「要求の多い」クライアントの個別共同管理を目指す各種ケース・マネージメント・モデルばかりでなく、「中核的サービス機関」概念または「先導的機関」概念等がある。幾つかの研究により、特定のクライアント集団のために必要とするすべての援助を実施し、または調整する責任を負うケース・マネージメント・チームの効果が証明された (Bond, Miller, Krumwied & Ward, 1988 ; Bond, Witheridge, Dincin, Wasmer, Webb & De Graaf-Kaser, 1988 ; Brekke & Test, 1987 ; Field & Yegge, 1982 ; Test, Knoedler & Allness, 1985)。これらの研究には、特定クライアントのための責任割当により、脱落者率を減らし、さらに多くの重度の障害クライアントに時間を多く割り当てられるようになり、入院を減じ、雇用と社会的活動を増すことができると述べられている。成功に至る特別の要因はまだ分かっていないが、著者の中には、長期にわたる継続性の確立を強調するものもあり、他にはケース・マネージメントの信頼性と経験及び対策の明瞭性に

焦点をあてる者もある(Grusky ら, 1987; Test ら, 1985)。

XIV. まとめ

C S S の概念が開発され、実施されてから 10 年にわたり (Turner & Tenhoor, 1978)、C S S に関する実験的事実がいくつか現われつつある。1980 年代の研究は、1975~1977 年地域支援運営会議で最初に提案された多数の援助と支援への必要性を文書に残したものである。C S S を構成している援助の必要性は、その理論によるばかりでなく、いまや経験によっても根拠を有するようになった。

C S S 研究題目は、精神障害者に対する援助についての情報を政策に与え、その配置と供給を変えることができる意味ある研究の急増と歩調をあわせている。各 C S S の構成要素のこれからの研究方向を示すデータが存在している。最も重要なことには、ほとんどの C S S の構成要素に関係する介入を、その実施の信頼できる観察、測定及び監視ができるほど細部にわたって説明できることである。著しい数の準実験的研究及び小規模の実験的研究が遂行された。これらの研究はこれからの研究が必要であるばかりでなく、ますます実行可能になりつつあることを示している。いまや、測定できる、再現できる C S S 型の援助に関する大規模な長期研究の段階にきている。

参考文献

- Anderson, C. M., Hogarty, G., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenia patients: A psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.
- Anthony, W. A. (1972). Societal rehabilitation: Changing society's attitudes toward the physically and mentally disabled. *Rehabilitation Psychology*, 19, 117-126.
- Anthony, W. A., Buell, G., Sharratt, S., & Althoff, M. (1972). The efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychology Bulletin*, 78, 447-456.
- Anthony, W. A., & Carkhuff, R. R. (1978). The functional professional therapeutic agent. In A. Gurman & A. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy*, (pp. 84-119). London: Pergamon Press.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. F. (1988). Case management—More than a response to a dysfunctional system. *Community Mental Health Journal*, 24, 219-228.
- Anthony, W. A., Howell, J., & Danley, K. (1984). The vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. In M. Mirabi (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services*, (pp. 215-237) Jamaica, NY: SP Medical and Scientific Books (Division of Spectrum Publications).
- Anthony, W. A., & Jansen, M. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. *American Psychologist*, 39, 537-544.
- Applebaum, P. S. (1986). Outpatient commitment: The problems and the promise. *American Journal of Psychiatry*, 143(10), 1270-1272.

- Appleby, L., & Desai, P. (1987). Residential instability: A perspective on system imbalance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(4), 515-524.
- Auerbach, S. M., & Kilmann, P. R. (1977). Crisis intervention: A review of outcome research. *Psychological Bulletin*, 84(6), 1189-1217.
- Ayd, F. (1974). Treatment resistant patients: Amoral, legal and therapeutic challenge. In F. Ayd (Ed.), *Rational psychopharmacotherapy and the right to treatment*. Baltimore: Ayd Medical Communications.
- Baker, F., & Intagliata, J. (1984). The New York State Community Support System: A profile of clients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 39-44.
- Bengelsdorf, H., & Alden, D. C. (1987). A mobile crisis unit in the psychiatric emergency room. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(6), 662-665.
- Berkowitz, M. (1985). Forestalling disincentives to return to work. *Business and Health*, March, 30-32.
- Biegel, D. E., & Yamatani, H. (1987). Help-giving in self-help groups. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(11), 1195-1197.
- Billig, N. W., & Levinson, C. (1987). Homelessness and case management in Montgomery County, Maryland: A focus on chronic mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6(1), 59-66.
- Billings, A. (1978). The impact of a community screening program on psychiatric hospital admissions. *American Journal of Community Psychology*, 6(6), 599-605.
- Blaine, J. D. (1986). Electroconvulsive therapy and cognitive function. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 15-16.
- Blanch, A., Carling, P., & Ridgway, P. (1988). Normal housing with specialized supports: A psychiatric rehabilitation approach to living in the community. *Rehabilitation Psychology*, 33, 47-55.
- Bond, G. R. (1984). An economic analysis of psychosocial rehabilitation. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 356-362.
- Bond, G. R., & Boyer, S. L. (1988). The evaluation of vocational programs for the mentally ill: A review. In J. A. Ciardiello & M. D. Bell (Eds.), *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Mental Illness*.
- Bond, G. R., Miller, L. D., Krumwied, R. D., & Ward, R. S. (1988) Assertive case management in three CMHCs: A controlled study. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 411-418.
- Bond, G. R., Witheridge, T. F., Wasmer, D., Dincin, J., McRae, S. A., Mayes, J., & Ward, R. S. (1988). Short-term assertive outreach and service coordination: A comparison of two crises housing alternatives to psychiatric hospitalization. (Manuscript submitted for publication.)
- Bond, G. R., Witheridge, T. F., Dincin, J., Wasmer, D., Webb, J., & DeGraaf-Kaser, R. (1988). *A controlled evaluation of the Thresholds Bridge Assertive Outreach Program*. Manuscript submitted for publication.
- Borck, L. E., & Aber, R. A. (1981). The enhancing of social support for mental health patients through the development of self-help groups. *Community Support Service Journal*, 2, 11-15.
- Boyer, C. A. (1987). Obstacles in urban housing policy for the chronically mentally ill. In D. Mechanic (Ed.), *Improving mental health services: What the social sciences tell us: New directions for mental health services*, (No. 36). San Francisco: Jossey-Bass.
- Brand, R. C., & Claiborn, W. L. (1976). Two studies of comparative stigma: Employer attitudes and practices toward rehabilitated convicts, mental and tuberculosis patients. *Community Mental Health Journal*, 12, 168-175.
- Braun, P., Kochansky, G., Shapiro, R., Greenberg, S., Gudeman, J., Johnson, S., and Shore, M. (1981). Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138(6), 736-649.
- Brekke, J. S., & Test, M. A. (1987). An empirical analysis of services delivered in a model community support program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10(4), 51-62.
- Brook, B. D. (1982). Community families: A seven-year program perspective. *Journal of Community Psychology*, 8, 147-151.
- Burns, B. J., & Schulberg, H. C. (1986). Organizing psychiatric care in general hospitals to meet medical and psychiatric needs. *Administration in Mental Health*, 13(3), 180-188.

- Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Hanlon, T. E. (1987). A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1466-1470.
- Chamberlin, J. (1979). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: McGraw-Hill.
- Chamberlin, J. (1980). The future of mental health advocacy. *Advocacy Now*, 2, 52-53.
- Cole, J. O., Goldberg, S. C., & Davis, J. M. (1966). Drugs in the treatment of psychosis: Controlled studies. In P. Solomon (Ed.), *Psychiatric drugs*. New York: Grune & Stratton.
- Cometa, M. S., Morrison, J. K., & Ziskoven, M. (1979). Halfway to where: A critique of research on psychiatric halfway houses. *Journal of Community Psychology*, 7, 23-27.
- Conte, H. R., & Plutchik, R. (1986). Controlled research in supportive psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 16, 530-533.
- Cournos, F. (1987). The impact of environmental factors on outcome in residential programs. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(8), 848-852.
- Curry, J. (1981). A study in case management. *Community Support Service Journal*, 2, 15-17.
- Cutler, D., Tatum, E., & Shore, J. (1987). A comparison of schizophrenic patients in different community support treatment approaches. *Community Mental Health Journal*, 23, 103-113.
- Davis, J. M. (1975). Overview: Maintenance therapy in psychiatry: Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1237-1245.
- Davis, J. M. (1976). Recent developments in the drug treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 133, 208-214.
- Davis, J. M., & Gierl, B. (1984). Pharmacological treatment in the care of schizophrenic patients. In Alan S. Bellack (Ed.), *Schizophrenia: Treatment, management, and rehabilitation* (pp. 133-173). New York: Grune & Stratton.
- Delaney, J. A., Seidman, E., & Willis G. (1978). Crisis intervention and the prevention of institutionalization: An interrupted time series analysis. *American Journal of Community Psychology*, 6(1), 33-45.
- Dellario, D. J. (1985). The relationship between mental health, vocational rehabilitation, interagency functioning, and outcome of psychiatrically disabled persons. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 28, 167-171.
- Dellario, D., & Anthony, W. A. (1981). On the relative effectiveness of institutional and alternative placement for the psychiatrically disabled. *Journal of Social Issues*, 51, 21-33.
- Dickey, B., & Goldman, H. H. (1986). Public health care for the chronically mentally ill: Financing operation costs: Issues and options for local leadership. *Administration in Mental Health*, 14(2), 63-77.
- Dion, G., & Anthony, W. A. (1987). Research in psychiatric rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, March, 177-203.
- Dion, G., Dellario, D., & Farkas, M. (1982). The relationship of maintenance neuroleptic dosage levels to vocational functioning in severely psychiatrically disabled clients: Implications for rehabilitation practitioners. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6(2), 29-35.
- Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.
- Estroff, S. E., & Patrick, D. L. (1988). *Disability income maintenance and severe, persistent mental illness*. Manuscript submitted for publication.
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Falloon, I. R. H., Boyde, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B., & Gilderman, A. M. (1982). *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.
- Farina, A., & Felner, R. D. (1973). Employment interviewer reactions to former mental patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 268-272.
- Farmer, S. (1987). Medical problems of chronic patients in a community support program. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(7), 745-749.
- Fenton, W. S., & McGlashan, T. H. (1987). Sustained remission in drug-free schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1306-1309.
- Field, G., & Yegge, L. (1982). A client outcome study of a community support demonstration project. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6(2), 15-22.

- Fields, S. (1980). Progress Foundation, La Posada, Acute treatment programs. A.A.R.T., Winter, 6-8.
- Franklin, J. L., Solovitz, B., Mason, M., Clemons, J. R., Miller, G. E. (1987). An evaluation of case management. *American Journal of Public Health*, 77, 674-678.
- Fraser, M. W., Fraser, M. E., & Delewski, C. H. (1985). The community treatment of the chronically mentally ill: An exploratory social network analysis. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9(2), 35-41.
- Gartner, A. J., & Riessman, F. (1982). Self-help and mental health. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 631-635.
- Geiser, R., Hoche, L., & King, J. (1988). Respite care for mentally ill patients and their families. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 291-295.
- Goering, P. N., Wasylenki, D. A., Farkas, M., Lancee, W. J., & Ballantyne, R. (1988). What difference does case management make? *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 272-276.
- Goldman, C. R., & Quinn, F. L. (1988, March). Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 282-286.
- Lipton, F. R., Nutt, S., & Sabatini, A. (1988). Housing the homeless mentally ill: A longitudinal study of a treatment approach. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(1), 40-45.
- Maguire, G. E., Lorack, W. H., & Hardy, I. (1979). Nonhospital acute psychiatric inpatient care. *New Directions for Mental Health Services* (No. 1). San Francisco: Jossey-Bass.
- Maricle, R. A., Hoffman, W. F., Bloom, J. D., Faulkner, L. R., & Keepers, G. A. (1987). The prevalence and significance of medical illness among chronically mentally ill outpatients. *Community Mental Health Journal*, 23(2), 81-90.
- Matthews, S. M., Roper, M. T., Mosher, L. R., & Menn, A. Z. (1979). A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two-year postdischarge risk of relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 322-332.
- Medders, N. M., & Colman, A. D. (1985). The assisted independent living program: A new model for community care. *Psychiatric Annals*, 15, 667-672.
- Melton, G. B., & Garrison, E. G. (1987). Fear, prejudice, and neglect: discrimination against mentally disabled persons. *American Psychologist*, 42, 1007-1016.
- Mental Health Law Project Update*, 6, September 13, 1987.
- Mills, M. J., Yesavage, J. A., & Gutheil, T. G. (1983). Continuing case law development in the right to refuse treatment. *American Journal of Psychiatry*, 140, 715-719.
- Miyake, S. M., Chemtob, C. M., & Torigoe, R. Y. (1985). The effect decreasing delays in appointment on patients' failure to keep appointments. *International Journal of Partial Hospitalization*, 3, 131-135.
- Modrcin, M., Rapp, C. A., Poertner, J. (in press). The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Journal of Evaluation and Program Planning*.
- Moffic, H. S., Patterson, G. K., Laval, R., & Adams, G. L. (1984). Paraprofessionals and psychiatric teams: An updated review. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 61-67.
- Morrissey, J. P., & Levine, I. S. (1987). Researchers discuss latest findings, examine needs of homeless mentally ill persons. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 811-812.
- Morrissey, J. P., Tausig, M., & Lindsey, M. L. (1985). Community mental health delivery systems. *American Behavioral Scientist*, 28(5), 704-720.
- Mosher, L. R. (1983). Alternatives to psychiatric hospitalization: Why has research failed to be translated into practice? *New England Journal of Medicine*, 309(25), 1579-1580.
- Mosher, L. R., & Keith, S. J. (1980). Psychosocial treatment: Individual, group, family and community support approaches. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 10-41.
- Mosher, L. R., & Menn, A. Z. (1978). Community residential treatment for schizophrenia: Two-year follow-up. *Hospital and Community Psychiatry*, 29(1), 715-723.
- Muller, J. B. (1981). Alabama community support project evaluation of the implementation and initial outcome of a model case manager system. *Community Support Service Journal*, 6, 1-4.
- National Institute of Mental Health. (1987). Toward a model plan for a comprehensive, community based mental health system. Rockville, MD: Division of Education and Service Systems Liaison.
- Neligh, G., & Kinzie, J. O. (1983). Therapeutic relationships with the chronic patient. In D. L. Cutler (Ed.), *Effective aftercare for the 1980s* (pp. 73-83). (New Directions for Mental Health Services, No. 19). San Francisco: Jossey-Bass.

- Noble, J. H., & Conley, R. W. (1987). Accumulating evidence on the benefits and costs of supported and transitional employment for persons with severe disabilities. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 12(3), 163-174.
- Page, S. (1977). Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 9, 85-90.
- Page, S. (1983). Psychiatric stigma: Two studies of behavior when the chips are down. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2, 13-19.
- Paul, G. L., Tobias, L. L., & Holly, B. L. (1972). Maintenance psychotropic drugs in the presence of active treatment programs. *Archives of General Psychiatry*, 27, 106-114.
- Perlman, B. B., Melnick, G., Kentera, A. (1985). Assessing the effectiveness of a case management program. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 405-407.
- Peterson, C. L. (1986, February). Changing community attitudes toward the chronic mentally ill through a psychosocial program. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 180-182.
- Phillips, D. L. (1966). Public identification and acceptance of the mentally ill. *American Journal of Public Health*, 56, 755-763.
- Pincus, H. A. (1980). Linking general health and mental health systems of care: Conceptual models of implementation. *American Journal of Psychiatry*, 137, 315-320.
- Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 9-33.
- Rapp, C. A., & Chamberlain, R. (1985). Case management services for the chronically mentally ill. *Social Work*, September-October, 417-422.
- Rapp, C. A., & Wintersteen, R. (1988). Case management with the chronically mentally ill: The results of seven replications. Manuscript submitted for publication.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rappaport, J., Seidman, E., Toro, P. A., McFadden, L. S., Reischl, T. M., Roberts, L. J., Salem, D. A., Stein, C. H., & Zimmerman, M. A. (1985). Collaborative research with a mutual help organization. *Social Policy*, 12-24.
- Rehabilitation Research Institute. (1980). *Bringing research into effective focus (Rehab Brief No. 3)*. Florida: University of Florida, Gainesville, College of Health Related Professions.
- Reischl, T. M., & Rappaport, J. (1988, August). Participation in mutual help groups and coping with acute stressors. Paper to be presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association.
- Reynolds, I., & Hoult, J. E. (1984). The relatives of the mentally ill: A comparative trial of community-oriented and hospital-oriented psychiatric care. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(8), 480-489.
- Rhodes, L., Ramsing, K., & Hill, M. (1987). Economic evaluation of employment services: a review of applications. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 12, 175-181.
- Ridgway, P. (1986). *Case management services for persons who are homeless and mentally ill: Report from an NIMH workshop*. Boston: Boston University, The Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Rissmeyer, D. (1985). Crisis intervention alternatives to hospitalization: Why so few? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9(2), 54-63.
- Roca, R. P., Breakey, W. R., & Fischer, P. J. (1987). Medical care of chronic psychiatric outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(7), 741-745.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Danley, K. (1988). The impact of interagency collaboration on system and client outcome. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. Paper submitted for publication.
- Rubin, J. (1987). Financing care for the seriously mentally ill. In D. Mechanic (Ed.), *Improving mental health services: What the social sciences can tell us: New directions for mental health services*, (No. 36) (pp. ???). San Francisco: Jossey-Bass.
- Salem, D. A. (1984, August). Learning from the failure of deinstitutionalization: The mutual help alternative. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario.
- Sarbin, T. R., & Mancuso, J. C. (1970). Paradigms and moral judgments: Improper conduct is not disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 6-8.

- Scallet, L. J. (1986). Protection and advocacy systems for people receiving mental health services. Issue Brief prepared under NIMH Purchase Order 85M046981501D.
- Scheid-Cook, T. L. (1987). Commitment of the mentally ill to outpatient treatment. *Community Mental Health Journal*, 23(3), 173-182.
- Schneider, C. R., & Anderson, W. (1980). Attitudes toward the stigmatized: Some insights from recent research. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, June, 299-313.
- Schoenfeld, P., Halevy, J., Hemley van der Velden, E., & Ruhf, L. (1986). Long-term outcome of network therapy. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(4), 373-376.
- Schoonover, S. C., & Bassuk, E. L. (1983). Deinstitutionalization and the private general hospital inpatient unit: Implications for clinical care. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(2), 135-139.
- Schwartz, S., Goldman, H., & Churgin, S. (1982). Case management for the chronically mentally ill: Models and dimensions. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 1006-1009.
- Segal, S. P., & Aviram, U. (1978). *The mentally ill in community-based sheltered care: A study of community care and social integration*. New York: John Wiley and Sons.
- Sheridan, E. P., Zuskar, D. M., Walsh, S. F., & O'Brien, S. (1988). Identifying variables predictive of success: The next step in alternatives to psychiatric hospitalization research. (Manuscript submitted for publication.)
- Smith, J. V., & Birchwood, M. J. (1987). Specific and non-specific effects of educational intervention with families living with a schizophrenic relative. *British Journal of Psychology*, 150, 645-652.
- Soloff, P. H., Gutheil, T. G., & Wexler, D. B. (1985). Seclusion and restraint in 1985: A review and update. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 421-426.
- Solomon, E. B., Baird, R., Everstine, L., & Escobar, A. J. (1980). Assessing the community care of chronic psychotic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 113-116.
- Solomon, P., Beck, S., & Gordon, B. (1988). A comparison of perspectives on discharge of extended-care facility clients: Views of families, hospital staff, community mental health workers, and clients. *Administration in Mental Health*, 15, 166-174.
- Solomon, P., & Gordon, B. (1988). Outpatient compliance of psychiatric emergency room patients by presenting problems. *Psychiatric Quarterly*.
- Solomon, P., Gordon, B., & Davis, J. M. (1983). An assessment of aftercare services within a community mental health system. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8(2), 33-39.
- Solomon, P., Gordon, B., & Davis, J. M. (1986). Reconceptualizing assumptions about community mental health. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 708-712.
- Spaniol, L., & Zippel, A. (1988). Family and professional perceptions of family needs and coping strengths. *Rehabilitation Psychology*, 33, 37-45.
- Spiegel, D., & Wissler, T. (1987). Using family consultation as psychiatric aftercare for Schizophrenic Patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1096-1099.
- Stanton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. H., Frank, A. F., Vannicelli, M. O., Schnitzer, R., & Rosenthal, R. (1984). Effects of psychotherapy on schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 520-563.
- Stefan, S. (1987). Advocating for mothers in the mental health system. In *Protection and Advocacy for People who are Labelled Mentally Ill*, (Vol. II), Washington, D.C.: Mental Health Law Project.
- Stein, C. H. (1984). Assessing individual change among members in a mutual help organization. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario.
- Stickney, S. K., Hall, R. L., & Gardner, E. R. (1980). The effect of referral procedures on aftercare compliance. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 567-569.
- Stroul, B. (1987). *Crisis residential services in a community support system*. 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. National Institute of Mental Health Community Support Program. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Sue, S., McKinney, H., & Allen, D. B. (1976). Predictors of the direction of therapy for clients on the community mental health center system. *Community Mental Health Journal*, 12, 365-375.

- Taube, C. A., Goldman, H. H., Burns, B. J., & Kessler, L. G. (1988). High users of outpatient mental health services: Vol. 1. Definition and characteristics. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 19-24.
- Telintelo, Huhlman, T. L., & Winget, C. (1983). A study of the use of restraint in a psychiatric emergency room. *Health and Community Psychiatry*, 34, 164-165.
- Tessler, R. C. (1987). Continuity of case and client outcome. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(1), 39-53.
- Tessler, R. C., & Kilhan, L. M., & Gubman, G. D. (1987). Stages in family response to mental illness: An ideal type. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10(4), 3-16.
- Tessler, R. C., & Manderscheid, R. W. (1982). Factors affecting adjustment to community living. *Hospital and Community Psychiatry*, 33(3), 203-207.
- Test, M. A., & Berlin, S. B. (1981). Issues of special concern to chronically mentally ill women. *Professional Psychology*, 12(1), 825-831.
- Test, M. A., Knoedler, W. H., & Allness, D. J. (1985). The long-term treatment of young schizophrenics in a community support program. In L. I. Stein & M. A. Test (Eds.), *The training in community living model: A decade of experience* (New Directions for Mental Health Services No. 26). San Francisco: Jossey-Bass.
- Test, M., & Stein, L. (1978). Community treatment of the chronic patient: Research overview. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 350-369.
- Turner, J. E., & TenHoor, W. J. (1978). The NIMH community support program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 319-348.
- Walls, R. T. (1982). Disincentives in vocational rehabilitation: Cash and in-kind benefits from other programs. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, September, 37-46.
- Wasylenki, D. A., Goering, P. N., Lancee, W. J., Ballantyne, R., & Farkas, M. (1985). Impact of a case manager program on psychiatric aftercare. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 173, 303-308.
- Wasylenki, D. A., Goering, P., Lancee, W., Fischer, L., & Freeman, S. J. J. (1981). Psychiatric aftercare: Identified needs versus referral patterns. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1228-1231.
- Waxman, H. M., Klein, M., & Carner, E. A. (1985). Drug misuse in nursing homes: An institutional addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 741-742.
- Wherley, M., & Bisgaard, S. (1987). Beyond model programs: Evaluation of a countywide system of residential treatment programs. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(8), 852-857.
- Witheridge, T. F., Omega, J., & Appleby, L. (1982). Working with the most frequent recidivists: A total team approach to assertive resource coordination. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 9-11.
- Woy, J. R., & Dellario, D. J. (1985). Issues in the linkage and integration of treatment and rehabilitation services for chronically mentally ill persons. *Administration in Mental Health*, 12(3), 155-165.
- Wright, R. G., Sklebar, H. T., & Heiman, J. R. (1987, Spring). Patterns of case management activity in an intensive community support program: The first year. *Community Mental Health Journal*, 23(1), 53-59.
- Zipple, A. M., & Spaniol, L. S. (1987). Current educational and supportive models of family intervention. In A. B. Hatfield & H. P. Lefley (Eds.), *Families of the mentally ill: Coping and adaptation* (pp. 261-277). New York: The Guilford Press.

総合的地域支援システムの財源：主要戦略の再検討

The Financing of Comprehensive Community Support
Systems: A Review of major Strategies

Thomas R. Vischi

James Stockdill

I. 資金供与の増加

1. メディケイドによる資金の供与
2. 州の資金供与
3. 予算措置の改善

II. 結論

著者紹介

Thomas R. Vischi

Thomas R. Vischi 氏は、薬物等依存・精神保健対策局 (ADAMHA) 管理課
課長代理である。

James Stockdill

James Stockdill 氏は、国立精神保健研究所 (NIMH) 教育・援助システム
連絡課長である。

要 約

地域支援システム（CSS）の概念化と、こうした制度のための支援を結集することは大いに進歩したが、どうすればその制度に、より広範囲に組織的に資金を供与するかを概念化し、吟味することはあまり行なわれなかった。この論文は、地域支援システムに資金を供与するための多数の戦略を選び、再検討したものであり、資金増加をめざした戦略ばかりでなく、諸対策と資金との調整改善を意図した戦略等も含まれている。

重度精神病患者のための地域支援システム財政は、1960年代半ばに、連邦政府資金による地域精神保健センター（CMHC）対策で始まったと見てよい。というのは、少なくとも部分的に、重度精神病患者を主な対象とする一連の地域サービスに資金を供与することが、CMHC対策の目的だったからである。CMHC対策の、満足すべき目的が完全に達成されなかったことが1970年代に認められ、国立精神保健研究所（NIMH）は先ず初めに、試験的な対策として地域支援対策（CSP）を展開し始めた。CSPは、議会の要求する国立精神保健研究所の対策の一つに成長し、よい評価を得て来たが、それは州及び各地域の精神保健対策や患者への強い影響及び国の実証的対策として質が高く、州と各地域の政府職員やその補助者を関与させ、これを結集することに成功したことによるものであった。CSPは、州と地域社会とで進められ、地域支援システム（CSSs）の資金供与と発展とを促進した。

CSSsの財政は改善されたが、なすべきことはまだ多い。例えば、1981年には、連邦政府のCMHC対策と資金とは、「アルコール及び薬物乱用・精神保健サービスのブロック補助金」対策に包括されて、CMHCsの資金は減少した（約25%減）が、州によるこれらの資金の管理は強化され、州と各地域の両者にとっては、柔軟な運用が利くようになった。ここで初めて州は、CMHCs及び施設による保護のための州資金と同様に、連邦政府のCMHCsの資金も管理することとなった。この資金の統合により、州は重度精神病患者のための施設による援助資金と地域社会による援助資金との供給を、以前にも増してよく調整することができ、多くの州がその方向への措置を講じたようである。しかしながら、今日までに、CSSsの資金を調達する総合的な戦略を進めた州はほとんどなかった。

重度精神病患者に、総合的な地域支援サービスを供与するために、州あるいは地域社会は、総合的な計画と財政戦略（NIMH, 1987）を展開すべきである。こうした戦略は、援助の構成要素の資

金供与だけに限らず、それらの構成要素の調整にも焦点をあわせるべきである (Vischi, 1988)。資金はそれ自体で、優れた精神保健システムを保証しない。すなわち、最良の制度を持っている州や郡であっても、資金を最も多く供与されているというわけではなく、それより劣った制度でも、十分な資金を与えられているものもある (Torry & Wolfe, 1986 ; Stein & Genser, 1987)。制度の質を決定する要素は、資金の量と同様、その制度の設計である。確かに、財政制度の妥当な設計は、単なる財源の拡張よりも重要であろう。

過去には、例えば第三者からの支払い、第20編 (タイトルXX) 適用、メディケア、メディケイド等種々の資金源から、どのようにして精神保健のための資金を増やしていくかについて、多くの議論がたたかわされてきたが、精神保健サービスのための総合的な財政システムの構想については、ほとんど検討されなかった。この論文は総合的な財政システムの構成を詳しく述べてはいないが、かかるシステムの重要性、特に地域支援プログラムの展開の成功の重要性を認め、とるべき幾つかの主要措置を明らかにしている。

この論文の資料は、最近NIMHから発行された、重度精神病患者のための地域支援の財政管理に関する手引書から一部引用している。その手引書は、財政管理の戦略を二つの主要な種類すなわち、資金の増加を目指す戦略と、対策と財源との関係改善を図ろうとする戦略とに分けている。この論文では、二つの範疇の各々について主要戦略の幾つかを選び、焦点を当てている。資金を増やす方法としては、メディケイドと州の資金供与について検討する。また、対策と資金との関係を改善する方法としては、ケース・マネージャー、地域団体、援助費一律支給制について検討する。

I. 資金供与の増加

地域支援システムへの資金供給を改善するためには、資金供給を増やせばよいことは明らかである。メディケイド、メディケア、第20編適用、所得補足給付 (SSI)、障害年金 (SSDI)、職業リハビリテーションと住宅対策、州の一般財源、州及び地方税、民間保険の担保 (おそらく州法により義務づけられている)、州の宝くじ等資金を引き出せる財源は多い。資金を増やすため、さらに見込みのある二つの方法は、メディケイドと、州資金の利用を拡大し、改善することである。このメディケイドと州資金の二つの財源は、正しく利用すれば、適切な地域サービスを拡大し、不適切な施設援助を減らす方向に向かう誘因を持った、一層総合的な財政システムの形成に役立つことができる。

1. メディケイドによる資金の供与

精神保健サービスのためのメディケイドの資金供与の下に、連邦政府の関与を拡大することは、現時点で資金を増やす最良の方法かもしれない。メディケイド対策は、連邦政府と州資金の両者によって賄われている。連邦政府は、50%から83%までの間で州資金に見合った率に基づき、資格ある個人への援助費用の分担分を支払う。メディケイドが適用される精神保健サービスに州が支出した金額には、少なくとも同額の連邦資金支出が伴う。CSSSによる給付を受けている重度精神病者のクライアントの多くは、メディケイド資金を受ける資格がある。ここで、CSSSの資金供給を増加させ、これを目標とするため、二つの戦略が有望と見られる。それは指定援助セットを利用することと、連邦とのソフトマッチな資金を利用することである。効果の大きい戦略の一つは、最適あるいは指定の精神保健サービスセット実施の方向に向かうために（NINH, 1987）、州の精神保健がメディケイド計画への関与を増やすことであろう。例えば、1986年10月、NIMHと全国精神保健対策管理者連合会とは、地域精神保健サービスのメディケイド資金供与についての体験を討議するめに、10州から代表者を集めた（Mazade & Surlles, 1987）。この研究会の参加者が合意したのは、現在のメディケイドの法と規制の下で、最適あるいは指定された範囲で、地域精神保健サービスのための戦略を展開することができ、地域の中で重度精神障害を持つ個人のための援助を大幅に増やせるであろうということであった。

この指定された一連の援助には、以下のことが含まれるであろう。

(1) 重度精神障害者個人のためのケース・マネージメント・サービス

1985年度総合一括予算調停法は、これらの援助に対して危険の大きい患者の選択を許可する基準を定め、管理された保護の方法を奨励している（現在では15の州が、メディケイド資金の下で、ケース・マネージメントによる精神保健サービスの提供計画を承認した）。

(2) 医師がすすめるリハビリテーションサービス

これらの援助により、州が重度精神障害者に対し、さまざまな治療介入を行なうことが許可されているが、現在のところ、これを選択して利用している州はほとんどない。

(3) 外来患者、部分的入院治療等の一連の通院治療（外来）サービスの設置を州に許可する臨床上の選択権

現在のところ、受けられる援助の要素に関して、州の間には大きな相違がある。州が重度精神病者のための選択の範囲を決めるには、柔軟性がある。

(4) 地域総合病院における入院サービス

この援助を現在、広く利用している州もあるが、地域に根ざした他の形態の精神保健サービスにあまりよく統合されていないところが多い。

メディケイドの資源の利用を拡大する計画には、時間とエネルギーをかなり投ずることになる

う。州のメディケイド計画における変更、または一度放棄された援助を引き出すには、少なくとも、開発し承認を得て実行に移すまでには1年は必要なことがある。

連邦メディケイド資金を増加する第二の戦略は、ソフトマッチ法である。この方法では、現行の州地域精神保健サービス資金を地域サービスのための医療サービス拡大のために再配分することができる。幾つかの州では、州の一般財源からは何らの支出をせず、精神保健のためのメディケイドからの資金供与を拡張することができてきたところもある。これは、外来ケアなどの地域精神保健サービスが州財源で100%支払われるときに可能になるということである。メディケイド計画は、メディケイドによって州の関与を増すために、現行の資源の使い方を変更することができる。そのかわりに、これらの資金は州の計画の性格によって、かなりの比率で連邦政府によって釣り合わされるであろう。

この論文の目的は資金調達の改善のための大きな機会を明らかにすることであるが、一方、地域精神保健サービスのためのメディケイド資金供与に関する主要な問題または制約をも明らかにしなければならない。メディケイドは、「精神病のための施設（IMD）」に居住する22歳から64歳までの精神病患者に対する資金供与は除外される。連邦メディケイド規則では、IMDは「医療、介護その他関連援助を含む精神病の診療、治療または保護を主として提供する機関であり、ある施設がIMDであるかどうかは、そのような施設としての認可の有無にかかわらず、その施設の全般的性格が、主として精神病患者のケアと治療のために設立され、かつ、維持されているかどうかで決定される」と定義されている（連邦規約集 42 435.1009）。

最近まで保健福祉財政局（HCFA）は政策的解釈として、50%以上の患者が主として精神病にかかっている施設をメディケイドの目的のためのIMDsと定義してきた。しかしながら、1987年遅く、HCFAは、お互いに関係のない4人以上の個人を援助する組織された地域社会の居住施設がIMDsであるとの解釈に基づいて、幾つかの州でこの政策を実施し始めた。これはCSSsにおいて、援助つき生活環境その他の居住設備に居住する者にとっては、悲劇的である。精神病にかかっている居住者がメディケイドを受ける資格を失うばかりでなく、同様な住宅に住むその他の者もメディケイドの資格を失うであろう。この時点で、幾つかの全国的精神保健団体は、このIMDに関する規則が拡張されて地域社会居住施設に適用されるのを防ぐような法的な表現を提案している。

2. 州の資金供与

州の予算措置は、重度精神病患者のための援助財源として最も大きなものである。しかしながら、この予算措置はほとんどの州において施設ケアのためのものである。地域精神保健サービスの資金供給を増加するには幾つかの方法があるが、それには州の精神保健の予算割当増、各対策間の

資金の移動、奨励金の供与及びさらに低額の援助等を増加させること等である。これらの各戦略は、地域支援システムの予算措置の改善と組織化に資することができる。

1987年の初めに、少なくとも9人の知事が精神保健の予算措置の増加を提案した(Toff, 1987)。ある州では(例えばVermont州、Minnesota州、Ohio州等)、地域社会のケアシステムの総合計画展開が予算増の手続きに欠かせないことであった。他の州では(例えばColorado州、Georgia州等)、全体的援助の必要性の分析により、援助の改善を支援するよう州議会を納得させ易くなることが分かった(Vischi, 1988)。予算が苦しい州が多いにもかかわらず、精神保健サービスの州予算措置増を達成することはなお可能であり、特に全体的計画の必要性が総合的に評価され、説得力を持った発表がなされたときはそれができる。

州予算割当の増がないところでは、州の複数の対策間で資金の移動を増すことによって精神保健サービスの追加資金を獲得できる。そのような移動には二つの種類がある。すなわち、一つの精神保健対策から(例えば、州立精神病院対策から)他の対策へ(例えば、地域支援システムへ)流用するか、または一つの州政府機関から(例えばリハビリテーション局から)他の機関(例えば精神保健局)へ移動することである。州の他の機関から精神保健資金を得ることも、例えば資金の用途指定だけで、実際に資金を動かすことなく実現できる。例えば、Ohio州精神保健財源は、連邦リハビリテーションサービス財源に対して20%の州負担分として用いられていたが、それが精神病患者のためのリハビリテーションサービスに割り当てられた。

New Hampshire州では、他の精神保健対策から流用された。ここでは、州立精神病院で大きな運営改革が行なわれ、地域対策のための財源を放出したからである(Townsend & Seiden, 1987)。Oklahoma州では、州立精神病院で法的に削減された予算が行政部門によってさらに大きく削減されたため、この財源がこの病院を退院する者に対する地域対策に利用できるようになった(Vischi, 1988, 1988)。Vermont州では、州立精神病院が縮小されつつあり、地域サービスが確立されるまでの2年間、設立基金の財源をつなぎ資金に提供している(Carling, Miller, Daniel & Randolph, 1987)。Rhode Island州では、州立精神病院から退院した患者に、保護を与える責任を受け入れるCMHCsに、奨励金が支払われている(Christianson, 1987)。

州財源は、地域支援対策を奨励し、不適切な施設ケアを抑制するように使用することができる。例えば、州資金は、各地域のプログラムが調達に成功した他の資金が如何に多くても、その各地域対策に使用される「最初の大切な」資金であり、各地域のプログラムが他の財源を調達しても州当局がそれを減じまたは引き揚げるできない「最後まで残る」資金である。州資金が最初の大切な資金であるならば、各地域プログラムには、その実施者が同様に他の財源も求めることを奨励する安定した州の資金が供与される。

州当局はまた、州財源が重度精神病患者の援助のみに使用されることを要求するなど、財源の使

用を制限することができる。このため、各地のプログラムは、州財源を受けようとするれば、重度障害者のケアに使用する公約をしなければならず、その公的資金を中・軽度の障害者の援助支援に用いることはできない。North Carolina 州は現在、この方法を試験するため、パイオニア計画という試行計画を支援している。

州の精神保健機関はまた、重度障害者を扱う各地域援助提供者に報奨金を与えることができ、扱うことを怠ったものに罰則を適用することができる。例えば、次のようなものがある。

- ・ 援助履行契約は、各地の援助提供者が扱わなければならない重度精神障害者の氏名または数を含むことができる。援助提供者がそのすべてに援助を提供できなかったときは、金銭的な罰則を受けることがある。援助提供者がそれ以上の人数を扱えば、報奨金が与えられることができる。Oregon 州と Colorado 州ではこの援助履行契約が行なわれている。
- ・ 統一予算、例えば施設ケアと地域ケアの予算措置を州及び各地域段階で統合し、各地域の援助提供者が、より多額の費用を要する方法よりも、むしろ最も少ない費用で済む適切な方法でクライアントを援助することに、強い刺激を与える。多額の資金を要するのは、不適切な、長期の、施設ケアとなることが多い。Michigan 州と Wisconsin 州とでは、その郡の一部または全部で統一予算を実施している。
- ・ 変動分担金率は、地域サービスを奨励し、不適切な施設ケアを抑制する。

CSSS の資金を拡大するもう一つの方法は、適切であるかぎり、より低費用の援助に資金を提供することである。例えば、Nebraska 州では、クラブハウスの支援を増やしてきたが、それが、低費用ではあるが、昼間に、心理社会的援助を行なう効果的な方法であることが分かったからである。そのような方法で、他の援助に財源を回すことができ、または限られた財源でさらに多数の者を援助することができる。

上記の方法は、特に相互に組み合わせると、予算が圧縮されているときでも、地域支援予算措置の組織化、総合化の模範となることができる。

3. 予算措置の改善

CSSS の予算措置を改善するもう一つの主要な戦略は、その予算措置の調整改善である。それは、重度の精神障害者が多様な援助を要求し、総合的CSSS で提供される援助が多様であることから、そのシステムの予算措置にとって特に重要である。総合的CSSS による、精神障害者に対する援助供給への大きな障碍は、予算提供源泉の分散、その源泉の多くからの資金に対する制限、及び重度精神障害者が調整の取れた方法で、必要な援助を受けるため、予算措置と援助とを調整することの難しさである。われわれはこれらの障碍の深刻さと規模を軽視したくない。

緊縮予算と資金供給源の複雑な環境の中でさえも、予算措置の調整と重度精神障害者への援助供給調整とを改善するため、何らかの手段を構ずることができるはずである。

NIMHの財政手引書には、予算措置の調整を進める三つの方法が書いてある。その一は、ケース・マネージャーの役割りを強化すること、第二は地方団体(郡またはCMHCs等)の役割りを強化すること、及び第三に援助費一律支給対策を進めること(Vischi, 1988)である。各方法の概要を以下に述べる。

(1) ケース・マネージャーの役割りの強化

ケース・マネージャーは、専門家、準専門家または専門外の者であれ、重度精神障害者のための必要な援助の調整に貢献することができる。その上、さまざまな個人にいろいろな援助の供給可能性を判断できるよう、各種援助に対する現行の財源をさらによく理解するための教育を受けることができる。州の中には、ケース・マネージャーの役割りを強化し始めたところもある。例えば、Ohio州は、資金対策についてケース・マネージャーの教育に資するため、マニュアルを作り(Ohio州精神保健局, 1986)、Colorado州は現在、精神保健サービス提供者及びクライアントと共に働く者、特にクライアントが受ける資格のある資金(例えば、SSIによる現金給付)を受けるときに必要な手続きを取るのを手伝うことのできる、十分その機能できる者(重度精神障害を持ったことのある者及びこれからも引き続きもち続ける者)を採用している。当然考えられるように、ケース・マネージャーの使用と重要性が増すにつれて、州と地域社会の対策管理者は、予算措置対策に対処するためこれらのケース・マネージャーの能力向上手段を採ることを考えるべきである。

(2) 各地団体の役割り強化

予算措置の調整を進めるもう一つの方法は、財源を管理する各地域団体の役割りを強化することである。例えば、郡が統一予算、すなわち、予算に統合された施設ケアと地域ケアのための財源を与えられたときは、その郡は、不適切な長期の施設ケアなど支出の多い保護ではなく、事情が許せばいつでも支出の少ない援助を行なうような誘因を持つことになる。同様に、CMHCsなどの各地の援助提供者が、必要財源の管理を含めて、あらゆる必要な援助の調整責任が増えれば、それらの各地団体は予算措置と援助の供給を共に調整できる。郡の統一予算シstemは、Wisconsin州とMichigan州とで行なわれ、Colorado州とRhode Island州とでは、地域精神保健センターによる管理の拡大が奨励されている。

しかしながら、この方法は、重度精神障害者の援助の予算措置に対する全責任をそのように負うことのできる各地域の団体がいないときは実行できない。例えば、多くの州、特にNew England州では、郡当局は法律によっても、従来例でも各地域の援助に対して大きな権限を持たず、CSSsの調整者として適切ではなかろう。他の州または州内の数地域では、各地域

の援助提供者は全くいないか（例えば、人口希薄な田園地方）、提供者が多すぎて（例えば、大都市地域）あらゆる援助を調整できる提供者は一人もいない。後者の場合の一つの方法は、調整委員会または調整担当当局の設置などがあり、Robert Wood Johnson 財団の、重度精神障害者のための援助調整実証研究の幾つかで行なわれていることのようなものである。法及び従来の事例並びに各地域の援助提供者の存在の有無によって、異なった方法が異なった州またはその下部行政区域に適切であろう。

(3) 援助費一律支給制の展開

精神保健サービス財政の調整をすすめる第三の方法は、援助費の一律支給制である。一律支給制は、ケース・マネジメント及び上記の地方当局の戦略と組み合わせることができる。一律支給制の財政は役務料のそれに代わるものとして、その利用頻度が増しつつあるように思われる。一律支給制は、予め設定した1組の援助にたいして、頭割りで（すなわち1人当たりいくらで）保健または精神保健ケア提供者に将来のための支払をなすことと定義できる。一律支給制は普通、1年または1ヶ月を基礎として支払う（Christianson, 1987）。一律支給制は、費用管理のため援助を効果的に計画し、組織し、管理する刺激を与えるので、一般に有利な可能性があると見られている。これは、1件当たりの援助に対して各援助提供者または機関が報酬を受ける従来の役務料と対照的である。理論的には、一律支給財政は、将来の急性または危機時の保護費用を減じまたは防ぐ、調整された是非必要な援助の一組に対して誘因を与えるので、重度精神障害者の C S S s の概念とよく一致している。一律支給の、管理されたケアシステムはまた、施設ケアから地域に根ざしたケアへ、資源を再割り当てする誘因と機会とを与える。少なくとも四つの州（Minnesota、Wisconsin、South Carolina、及び Rhode Island）の精神保健システムは、地域に根ざした対策において、重度精神病患者のケアを賄う一律支給方式利用を実験しているか、または計画しつつある（Christianson, 1987）。Philadelphia 市は、Robert Wood Johnson 財団の補助金支援を受けて、メディケイドのクライアントのための地域精神保健サービスを賄うため、一律支給方式を実施しつつある（Hadley, 1988）。Arizona 州の Maricopa 郡も、精神保健サービスを賄うため一律支給方式に似た代替方式を実験しつつある（Santiago, 1987）。

一律支給制で賄われた地域に根ざした重度精神障害者のケア対策であって、相当な期間運営されてきたものに、Washington D.C. のコミュニティ・コネクションズ（地域の仲間）がある（Harris & Bergman, 1988）。この対策は1984年以来、一律支給財政方式を採用しており、強力なケース・マネジメント方式を用いて地域に根ざした環境で、重度精神病患者クライアント150件を扱っている。Harris と Bergman が、3年間のデータと経験に基づいて結論したところは、「ケース・マネジメントと一律支給制を結合したことにより、ケアの継続性の原則、個人の

ための治療計画援助の総合性、責任を負うこと、永続的な援助の提供を、一つの統合ケアシステムの中で実現できるようになった。この業績にもかかわらず、一律支給システムの下でこれから解決すべきいくつかの問題が残っている。その中には、入院患者治療の役割り、高品質ケアの保証、熟練職員の保持、妥当な一律支給制の料金及び慢性患者による対策利用の保証等がある。」

一律支給制の財政方式は、断片的な資金調達方式の問題解決に資するとの希望を与える。しかしながら、現在の実験に関するデータがさらに多くなると、判断はまだできない。

II. 結論

総合地域支援対策を賄う主な戦略について概観したこの論文は、現在の主要な障碍と機会について明らかにしようと試みたものである。結論として幾つかの主要点を特記したい。

第一に、「資金が患者について行かねばならない」とよくいわれてきた。しかしながら、患者が資金について行かねばならないことがあまりにも多く、資金があるからというわけで不適切な入院ケアにあまりにも多く依存する結果となった。原則を明らかにすることと、それを実行することは別のことである。今必要なことは、(困難な)資金対策の再設計か、または(容易な)その対策が用いられている方法の再設計をするため、採ることのできる個々の方策について、探求と討論をもっと行なうことである。

第二に、州と地域社会の精神保健担当官は、単に各種の資金源からの資金増加を求めるよりは、一層総合的な精神保健サービスの財政システムの企画にますます精を出すべきである。精神保健システムにおける大きな問題は資金不足ではなく、適切な(低コスト、地域に根ざすことが多い)ケアを奨励するための、正しい金銭的な誘因の不足すなわち報奨と罰則の欠如であることが多い。一般に精神保健的ケアに利用できる財源増に向けられてきた精力のうち幾らかは、特に地域支援サービスの拡大を奨励するため、システム中の奨励策の再設計に向けることができよう。そうすれば財源増、財源の組み替え、またはある場合には全般的な財源の縮小が起こるかもしれない。

第三に、精神保健担当官は、メディケイド、SSI、リハビリテーション活動、住宅等の他の対策から、現行の法令に基づいて、既に利用できる財源から資金を引き出すよう、さらに力を注ぐべきである。財源を移し、または用途指定をすることによって省庁間の関係の業務関係を確立した州が多い。

第四に、CSSsの概念化及び、その制度のための人員の動員とクライアント支援に大きな進歩があったが、どうすればその制度にさらに組織的に総合的に資金を供給できるかについて、概

念化し、試験をするためになされたことは非常に少なかった。この論文は、州と地域社会が採ることのできる幾つかの手段を述べたが、精神保健分野で引き続き目的にあった方法を試験し分担することを希望する。州と地域社会とはお互いに学び合うことができる。われわれは地域社会を知り、会議を開催して総合CSSsを計画し、一層個別にかつ強力に資金を賄うことに焦点をあてることから利益を受けることができる。CSSsの実施のためのこのような個別の援助は、地域支援の動きが進展して行く中で次の世代が必要とするものである。

参考文献

- Carling, P. J., Miller, S.; Daniels, L. V.; & Randolph, E. L. (1987) A state mental health system with no state hospital: the Vermont feasibility study. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(6), 617-624.
- Christianson, J. B., (1987). *A comparative study of public sector capitated financing arrangements in mental health care*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors.
- Hadley, T. (1988). *Characteristics of medicaid clients: Heavy user analysis and implications for program design: Proceedings from a Medicaid Colloquium*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Harris, M., & Bergman, H. C. (1988). Capitation financing for the chronic mentally ill: A case management approach. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(1), 68-72.
- Mazade, N. A. & Surlis, R. C., (1987). *Utilization of medicaid reimbursement for community-based mental health services: Proceedings from a state of the art symposium*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Toward a model plan for a comprehensive community-based mental health system* (Chapter IV. Resources issues). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Ohio Department of Mental Health. (1986). *Case management information*. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.
- Santiago, J. M. (1987). Reforming a system of care: the Arizona experiment. *Hospital and Community psychiatry*, 38(3), 270-273.
- Stein, L. I., & Ganser, L. J. (1987). Wisconsin system for funding mental health services. In J. A. Talbott (Ed.) *Unified mental health systems: Utopia unrealized, New directions for mental health services*, No 18 San Francisco: Jossey-Bass.
- Toff, G. (Ed.) (1987). Governors budgets show increases for mental health. *State health notes: Mental health, alcohol, and drug abuse*, 29, 1-3.
- Torrey, E. E., & Wolfe, S. M., (1986). *Care of the seriously mentally ill: A rating of state programs*. Public Citizen Health Research Group of Washington, D.C.
- Townsend, E. J., & Seiden, M. R. (1987). Structural inefficiencies in a state psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(2), 127-136.
- Vischi, T. R. (1988). *Financing community services for persons with severe and disabling mental illness: A technical assistance manual*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.