

# 障害者、家族と地域支援システム

Consumers, Families, and Community Support Systems

Judi Chamberlin

Joseph Rogers

Caroline S. Sneed

I. 障害者運動

II. CSSにおける自助

III. CSSs に関しての家族の展望

## 著者紹介

### Judi Chamberlin

Judi Chamberlin 氏は、元精神病院入院患者、回復者の運動で長い間活躍。Massachusetts Cambridge の Rudy Rogerrrs Advocacy & Drop-In Center のプログラム・コーディネーター。回復者テレカンファレンスのコーディネーター。Massachusetts の保護・権利擁護諮問委員会の議長。全国精神病患者同盟の設立メンバーであり、理事会のメンバーでもある。「われわれ自身の：精神保健システムの患者による選択」の著者。

### Joseph Rogers

Joseph Rogers 氏は、元精神保健消費者協会会長。Pennsylvania の保護・権利擁護精神保健諮問委員会の議長。Southeast Pennsylvania 精神保健協会の特別プロジェクトの次長。障害者による「SHARE」というプロジェクトの創設者。

### Caroline Sneed

Caroline Sneed 氏は、精神病者のための全国連盟（NAMI）の第一副会長。メンバーシップ・サービス・コミティの議長。Arkansas AMI の元会長で、Arkansas で14番目の AMI 設立の援助を行っているところである。3人の息子のうち、長男が精神病で12年間闘病生活を送っている。

## 要 約

地域支援システム（C S S）の概念は、障害者（consumer）の参画及び障害者への権限付与を基礎に置いている。最近、障害者と家族は精神保健システムの変革に大きな力を持ってきており、C S S sの発展を主張してきている。本論文は、障害者運動の発展の跡を辿り、C S Sにおける自助の役割について論じ、C S Sの概念に関する家族の展望について述べる。

---

C S Sの哲学は、「サービスの計画と給付において、第一及び第二の消費者の権利、希望及びニーズが至上のものである」という最も重要な価値観を持った「消費者によるもの」として性格づけられる。第一の消費者とは、最近あるいは以前に精神保健サービスを受けた人々である。彼らは、時代により、あるいは個人またはグループによっては、クライアント、消費者、回復者及び生存者といったさまざまな言葉で呼ばれている。第二の消費者には、家族及び第一の消費者の生涯において重要な役割を果たす人々が含まれる。

最近、障害者と家族は、長期の精神病の人々の権利及びC S S sの発展に対して活動的になり、声を大にするようになってきた。障害者と家族の団体は多くなり、また強くなり続けており、政治的にもサービスのシステムの分野においても、重要な勢力となってきた。本論文は、障害者運動の発展の跡を辿り、C S Sにおける自助の役割について論じ、地域支援に関する家族の展望について述べる。

## I . 障害者運動

「障害者は、精神保健における他のいかなる利用者より、より目に触れ、より耳にするようになりつつある」(Parrish 1987)。これは、国立精神保健研究所（N I M H）の地域支援プログラム（C S P）プログラム部長 Jacqueline Parrish が、1987年の第3回全国精神保健消費者年次会議で述べた将来展望である。彼女はまた、「活動の中で彼らの役割を否定しながら援助することは、個人の発達に何の貢献もしない。実際、これは与えることではなく、取り上げること——人の尊厳と自尊心を取り上げることである」とも述べている。そして、すべてのレベルでの障害者の参画は、N I M HのC S Pの一つの指針となる原則である。これはまた、障害者運動

の道しるべとも言えるかもしれない。

事実、CSSの考え方は、障害者運動の考え方と非常に近いものである。つまり、サービスは個々人の個人的ニーズを尊重し、尊厳を維持すべきであるという見解を受け入れることである。精神病の個人は、真っ先に、基本的人間としてのニーズと熱望を持った人として、また、他のすべての市民と同じ権利、特権、機会、及び責任をもった市民として見られる。・・・さらに、CSSの概念は、彼らの潜在能力を開発するための機会をつくり出すことに基本を置いている。——依存した、能力障害を持った、慢性の患者としての生活を育成するよりも、むしろ成長し、改善し、自立に向けての運動のために—— (Stroul, 1988)。

重要なことは、CSSの概念は、障害者運動の目標と同じ目標を持っていることである。すなわち、総合的プログラム（これには仕事、住居、及び障害者運営の選択肢を含む）を、長期精神病の人々に対して開発することである。さらに、地域社会支援の考え方は、障害者が彼ら自身の生活と彼らに影響を与えるサービスを、自らコントロールすること、及び、それらのサービスが彼らのニーズと確実に合致するよう決定権を持つこと、に価値を置くと同時に、これらを奨励するものである。障害者運動とCSSの概念の両方の目標は、二つの単語——障害者の権限の獲得 (consumer empowerment) ——に集約することができる。

障害者への権限の付与が重要であることは、多くのレベルでみることができる。個人的レベルでは、権限の付与は、自尊心、希望、自己決定権、及び権限における新しい意識を意味する。全体としてみると、障害者は、総数で力を持っていることを発見しつつあり、計画、政策作成及びサービス給付の分野において彼らの声が反映するように圧力を増加しつつある。Esso Leete (1988) は、「私が生き残れているのは、精神病の人のための障害者運動と権利擁護に負うところが大きい。というのは、しばしば耳にするのとは違って、われわれの大多数は自分たちのために話すことができ、自分自身のニーズを述べるからである。精神保健のクライエントは今、個人的にも集合的にも選択が可能である。そして、われわれは、自分自身の生活をコントロールしている。われわれは、権限を持つようになってきつつある」と述べている。

回復者は、1970年代の始めごろから、この考え方を広めるために組織をつくり始めた。そのとき以来、精神保健の障害者運動は確実に成長し続けており、国内のあらゆる精神保健の管轄区域の中でよく組織された障害者グループを設立するために、また、全国的に、及び州レベルの組織でネットワークを組むために活動している。NIMHのCSPは、障害者運動の成長を支援する上で重要な役割を果たしてきた。つまり、まず最初に、長期精神病患者のための計画を立てたり、政策やサービスを開発する場に精神保健の障害者が参加するようにした。NIMHのCSPの最大の貢献は、次のような障害者の組織的運動の開発に資金を提供してきたことである。

・全国回復者のテレカンファランス。これは、1984年に障害者が考え出したもので、全国にまた

がる約30カ所の障害者グループを結ぶものである。そして、NIMHのCSPの補助金によって発展してきた。この補助金は、現在も継続されている。最近は、毎月第2土曜日午後1時から3時まで（東部時間）、テレカンファランスが行われている。参加者は自分たちの地域での権利擁護の到達状況と課題について話し合い、また、全国的な問題に関しても情報を交換している。また、月刊の情報を参加者等に送っている。

- ・全国精神保健消費者自助情報センター。この情報センターは、NIMHのCSPが Boston 大学の精神科リハビリテーションセンターを通して基金の一部を得ており、1985年、全国精神保健消費者協会（NMHCA）とともに Philadelphia の SHARE というプロジェクトによって設立された。この情報センターは、技術的支援の少額助成金を授与したり、年間、何千という情報の請求を取扱ったり、全国的な技術援助のテレカンファランスを開いたり、さらに、この分野の障害者と諸グループを結びつける援助を行っている。最近の事業としては、1988年6月に Philadelphia で行われた全国精神保健消費者指導者訓練研究会がある。つい最近の情報センターの事業は、10種類の技術援助のパンフレットをNIMHのCSPから助成金を受けて刊行したことである。このパンフレットは、次の10種類である。①障害者の経営する立ち寄りセンター、②スティグマと闘う方法、③演説者事務所の組織と運営、④精神保健システム内の名士録、⑤自助グループ及び権利擁護グループの開始方法、⑥自助事業での資金集め、⑦障害者が管理するニューズレターの展開の方法、⑧仕事の探し方、⑨権利擁護の体系的な方法、及び、⑩意志決定委員会において障害者の声を陳述すること。
- ・「選択肢(Alternatives)」会議。全国の障害者活動家の強力な推進で、NIMHのCSPは、年1回の障害者会議に財政援助をすることに賛成したもので、障害者グループによって組織された。1985年の会議は、Baltimore の「On Our Own」が組織し、Baltimore で開催された。1986年には、Ohio の「WE CARE Network」によって Cincinnati で、1987年は West Virginia 精神保健消費者協会によって Huntington で開催された。また、1988年には、Saltlake City で Utah 州の障害者組織である「U-CAN-DU」によって開催されている。

最近の精神障害者運動は、その数においてもその強さにおいても劇的な成長を遂げている。1985年には、全国組織が二つ作られた。すなわち、全国精神病患者同盟（NAMP：National Alliance of Mental Patients）及び全国精神保健消費者協会（NMHCA：National Mental Health Consumers' Association）である。これらのグループは相互援助、権限の付与、及び権利擁護の促進という共通の目標を持っているが、細目では幾らかの違いがある。例えば、NAMPは強制的治療に反対することを絶対的なものとして主張しているのに対し、NMHCAはそれほど強く主張していない（とはいえ、実際にはいくつかのケースで弁護士が患者の治療を拒否す

る権利を弁護した訴訟事件があるし、外来患者の拘置を押しついたり、拘置の基準を緩和する多くの州のやり方には、NAMPPと同様に反対してきている)。意見の相違があるとはいえ、Leete (1988) の言うように、いまや、クライアントが、異なった見解を持つグループから選択する権利を持っているということは重要なことである。

これらのグループ、あるいはその他のグループの活動状況や達成状況は、明かに精神障害者が効果的な権利擁護を行い、すばらしい可能性を持っていることを示している。全国規模で、あるいは州、地方レベルで、障害者は以下のようなサービスに対してのニーズを確認し、公表している。①精神障害者に影響を与える法律に対して支持あるいは反対の意思表示を行うこと、②幅広いさまざまなフォーラムで表明すること、③特別調査委員会及び諮問委員会や政策決定委員会のために働くこと、及び、④その他の方法でクライアントの将来の見通しが確実に聞かれるようにすること (Rogers & Centifanti, 1988)。

障害者の活動の幅と深さがどの程度かについては、全国精神保健消費者協会 (NMHCA) が例を示している。NMHCAは、1985年に地方の障害者の努力を強力な全国的なネットワークに組み込もうという考えから作られた組織である。NMHCAは、約5,000人の個人と500以上のグループをそのネットワークに包含して成長してきた。そして、次のようなさまざまな幅広い活動を展開している。

- ・住む所のないこと、向精神薬療法、及び保護と権利擁護制度などを含む障害者問題に関する下部委員会に表明を行うこと。
- ・州、連邦裁判所及び米国最高裁判所に、重要な患者の権利の訴訟において、リーダーシップを発揮し、弁護人の申立書を提出すること。
- ・住む所のない精神病患者のためのプログラムの中に、委託を受けて障害者が運営するプログラム (Stewart B. McKinney 法) を含めることを主張し、達成すること。また、州の精神保健局を通して地方の障害者の自助グループへ流されるCSPの実施助成プログラムの開発を主張し、達成すること。
- ・NIMHの精神保健サービス計画のモデル案に、本当の障害者を統合すること。及び、州の精神保健計画法で、連邦が命令したプログラムに国内の障害者の参加を増大させること。
- ・障害者問題に対する関心を高めるため、Robert Wood Johnson 財団のような私的な財団とともに働くこと。また、全国ホームレス組合 (National Union of the Homeless) のような、その他のグループと協同で働くこと。
- ・NMHA (全国精神保健協会) とともに、障害者参加に焦点を当てて保護と権利擁護制度を技術援助するための、CONTACT (障害者向き全国技術援助相談訓練: Consumer-Oriented National Technical Assistance Consultation and Training) プログラムを確立すること。

NAMPもまた、さまざまな権利擁護及び自助活動を行っている。強制的な精神科治療のすべてのやり方をやめさせるという目標の上に、公聴会において証言に立ったり、いくつかの訴訟で申立書を提出してきた。NAMPはまた、ユーザーが選択できるプログラムの開発や、そのための基金の調達を推進している。これは、多くの人々が地域社会に本当の援助が欠如しているために精神病院で一生を過ごすことに気がついたからである。NAMPのメンバーには回復者のグループも幅広く含まれている。その中には、もう精神科の制度とは関係なくなっているが職場や教育の場、その他の日常活動で差別を受けたことのある人たちも大勢入っている。したがって、NAMPの他の活動として、否定的な公衆の態度、及び精神病者としてレッテルを貼られた人々に対する感度の欠如に挑戦することがある。組織的な主な活動には次のようなものがある。

- ・ 四半期一度のニューズレターを発行すること。
- ・ 現存あるいはこれからできるグループに対して技術的援助を提供すること。
- ・ 保護と権利擁護に関する議会の委員会で証言すること。
- ・ 州裁判所のための全国センターのために外来患者の拘置に関する討議資料を作成すること。
- ・ 精神病の経験及び精神病患者の権利についての全国的な多くのトーク・ショーに出演すること。

障害者グループは強調する点が異なっている反面、現在の障害者運動の議題には多くの共通の要素を持っている (Leete, 1988)。多くのグループにとって、現存する精神保健システムをもっと障害者に責任を持たせるように変更することが目標である。これは、情緒的、財政的及び地域の支援を提供する広範なサービスを主張するものである。これらには、精神保健治療に加えて、食物、住居、職業、医療、危機介入、レクリエーション、法的保護、及びユーザーがコントロールするサービスを含んでいる。つまり、総合的な地域援助システムである。障害者グループは、精神病患者に対する基本的市民権のために闘い続けている。また、不当な、また、重苦しい治療をやめさせるために、彼ら自身の治療に意見を言えるために、そして住居や職業などの場面での差別や犠牲を終わらせるために、闘い続けている。さらに、障害者運動は、スティグマの「残忍な、心理的な虐待」と闘うことに捧げられている。精神病を取り巻く否定的な社会の態度、恐れ、及び誤った概念は、精神病から回復した個人を荒廃させ、信用を傷つけ、能力を失わせることができる。また、スティグマは、「われわれの回復にとって最大の敵であり、最大の脅迫である」とされている。

いま、障害者は自らの声で語りだしている。これは、CSSSに係わるすべての機関や提供者への挑戦を表わしている。彼らば恒常的に利用者すなわち障害者を意識し続けねばならないし、また、障害者をさらに発展させなければならない。障害者は彼らの発言権を要求しており、彼らは、地方、州、及び全国レベルにおける政策とプログラムの計画と実行に参画されるべきである。

最近では計画、政策及び諮問委員会で働くクライアントも増加している一方、大勢の専門家の中にたった一人の障害者が呼ばれている場面が非常に多い。このような場合、この障害者の考えは簡単に却下されてしまったり、この障害者は参加している専門家から威嚇されるかもしれない。名ばかりの障害者参画は、障害者に権限を与えるという地域支援の理念と一致していない。地方、州及び連邦のプログラムでいっしょに働いている障害者または団体は、これらのプログラムが障害者に向けたものであるだけでなく、活動的な後援者が彼らを援助し、擁護するであろうということを保証することができる。

障害者の参画を図る上での問題は、障害者が計画のための打ち合せや会議に出席するとき、そのために仕事を休んだり、自分のお金を使わなければならないという事実に対する認識不足である。専門家とは違って彼らの参加について機関や組織の援助はほとんどないのである。そして、計画や政策作成に参画する資格を与えるとともに、障害者が参加できるような資源と資金を与えるべきである。

多くの専門家は、障害者運動及び障害者に権限を付与することを支持している。しかし、残りの多くは、障害者に恐れと不信感を持っており、精神病の人たちは仲間同士のサービスをしたり、擁護をするには限られた能力しか持っていない人であるといった固定的な見方をしているようである。障害者、専門家及び家族の間の権力闘争は、障害者運動が強力に成長するときに現れるようである。Leete(1988)は、反対があっても障害者運動を育成し続けることが重要であると、次のように強調している。「われわれが目標に到達するために奮闘しているとき、すでに勢力を持っている他の人々は脅威を感じることに私は気がついている。これは避けがたいことかもしれない。健康的なこととさえ言えるかもしれない。多分、こういう事態が起きたということは、よい知らせと言え。なぜならば、われわれはこれによって成長するからであり、われわれのことが聞かれており、真剣に受け取られているからである。どんな程度にせよ、われわれ精神保健クライアントは最初に問題を起こす人または成り上がり者、急進論者と見られているとしても、時間が経つにつれ、現在のケアの制度に係わる人々が、われわれがもたらすよい影響に気づき、また、彼らのわれわれに対する固定的な考え方を放棄できるであろうことに、私は自信を持っている。彼らが新しい傾向の台頭を理解するとき、望むらくは、精神保健提供者が不安定さを克服して、精神病の人々に対するより効果的なサービスのために、われわれとともに働くことができるであろう。」

地域援助に関するすべての事項で活動的な参加者及び擁護者になることに加え、障害者は自助と障害者経営のプログラムに対する希望を徐々にまた、率直に述べるようになってきている。クライアント経営の選択可能なプログラムの数が全国的に増加してきたのに伴い、障害者は、立ち寄りセンターからクライアント経営の事業までの広範囲の彼ら自身のプログラムをうまく運営するこ

とができることを示している。意志決定者がこれらのアプローチを支援することを納得するために、道義的な説得と障害者経営のプログラムのコスト効果のデータは重要である。しかし、同様に重要なことは、政治的な影響力を持つこと、組織化すること、明確な目標を持つこと、及び、すべての公開の場で自助のアプローチを促進することである。多くの障害者は、エネルギーと彼ら自身のプログラムを本当に望んでいる。そして、現在は、障害者運動を通して、このエネルギーと希望は組織され、方向付けられるようになっている。

## II. C S Sにおける自助

ここ数年間に、米国においては、回復者の運動から発展脱皮して、回復者が経営し、コントロールする自助グループが運営されるようになってきた (Chamberlin, 1979; Zinmzn, Harp & Budd, 1987)。回復者のグループの大部分は、メンバーが変化を望んだことから作られた。彼らは患者として、精神保健プログラムの中で自治権がないとか、勢力がないと感じていた。この精神保健プログラムは、表面上は彼らのニーズに答えるために存在してはいたが、彼らの治療や生活を彼ら自身でコントロールすることがほとんどなかった。種々のグループができるにつれて、メンバーが自分たちの問題について日常的に討論することが治療上大きな価値があるという認識を持ち、自助は、(精神保健システム及び精神病患者についての公衆の態度を変革する作業とともに) グループの焦点として確立していった。

自助はいろいろな形をとることができる。定期的に (週 1 回、月 1 回とか、その他のスケジュールで) 個々のメンバーの問題や困難なことまたは喜びや成功について討議するグループもある。また、精神病の治療薬、拘置法、公的給付、その他のメンバーに役立ちそうな特別なトピックについて会合を開くグループもある。あるグループは、問題などを討議したりせずに、食事、映画、ボーリングなど楽しいことを一緒に行ってメンバーが他のメンバーや地域の資源や施設に関わるような援助をしている。さらに、あるグループは、悩みを持ったメンバーが安心を得たり援助を求めて、他のメンバーに電話できる「仲間 (buddy)」作りをしている。

これらの多くの活動は、最少の財源と組織で行うことができる。しかし、グループは、メンバーのニーズが通常特定のわずかな時間に限られないこと、及び、自分たちのコントロールで毎日決まった援助を行うことが最もニーズの高いものであることに気づいている。これらの理由から、国内の多くのグループは、ちょっと立ち寄れる「立ち寄りセンター」や社会的支援センターを作ってきている。これらの活動のためにはより大きい財源と組織が必要になってきている。

回復者の経営するプログラムは、多くの C S S の原則と一致している。明らかに、ユーザーの

経営するプログラムは、クライアント中心であり、権限を獲得し、長所に焦点を当てており、通常の援助に組み込まれたものになっている。NIMHのCSPは、クライアントはさまざまな意見を持ち、それらは臨床家や家族の意見とは違っていること、そしてこのニーズは聞き取られるべきものであることを認識してきている。この意見は、あらゆるレベルでの計画や政策作成に取り込まれ、回復者は証拠書類を提供したり、パネル、委員会に出席したり、会議で発表したりして貢献してきている。回復者が一貫して公開の場で要求するものは、ユーザーが経営する自助プログラムであり、すべての精神保健プログラムや政策にクライアントの意見を反映することである。

独自に発達してきたユーザーが経営するプログラムは、精神保健システムが主導権を持って自助を促進してきたものとは異なっている。回復者の運動から起こったプログラムは、精神保健システム及び従来の精神科治療に懐疑的な傾向がある。メンバーは精神保健システムの中でいやな経験を持っているために、通常これらのグループに魅力を感じる。彼らはしばしば怒りをもつが、このグループはその怒りを彼らの経験に対する健康的な反応として理解してくれる。同時に、メンバーは精神保健システムに対する不信感はあるが、専門家が行っているプログラムにも同時に係わる場合がある。障害者の経営するサービスに属するメンバーは、専門家が運営しているサービスを提供している自助グループに参画することは自由である。どれくらいの割合及び組み合わせで参画するかはメンバーが決定する。

精神保健システムの中から発生した自助グループは、通常、同情を感じている専門家がクライアントのグループにその概念を説明し、グループの所有権とコントロールの感覚を育成することを意図して始まる。この方法では、明らかにいくらかの矛盾がある。特にクライアントが巻き込まれている他のプログラムにおいて、主導権とリーダーシップがケアを与える専門家の考え一つにかかっているからである。この理由のために、「精神保健システムから発生した」自助グループは、より受動的な傾向を持っている。また、このようなグループの多くは、完全に自治権を持つようになるところで問題を持っており、多くはグループを維持し、方向を決める上で専門家を頼り続けている。

自助プログラムが自治権を育てることには疑問の余地はない。メンバーは、支援、理解のために自分自身や他の人の面倒をみることを奨励される。また、自分自身を長所と能力を持ったものとして理解することを奨励される。他の人を援助するという経験は、多くの満足感を得ることができる。特に、弱く、貧しい、そしてケアを提供する専門家を頼る人として自分を理解することを学んで来ている人にとってはその満足感は大きい。他人を援助した経験は、権限を獲得することであり、自助グループのメンバーに対し、彼らが能力と強さを持った者として考えるよう援助することである。さらに、グループのメンバーを別人に変えるよう奨励することは、通常の援助

のネットワークを発展させ、強めることであり、多くのメンバーの生活上の特徴である孤独を終わらせることを援助することになる。

他の種類のグループや組織と同じように、ユーザーの経営するプログラムも問題や困難に遭遇するであろう。このようなとき、グループのメンバーは失望したり、自分自身に関して否定的な考えを固めるかもしれない。しかし、これらの経験はまた、プラスの側面を持っている。なぜならば、問題の発生や困難さは、人々がともに働くときの通常の出来事であること、また、グループは他のグループがやってきたと同様の方法で問題を解決する能力を持っていることを、メンバーが理解するのに役立つことができるからである。この方法で、権力闘争、個人的葛藤、または組織化のやり方での問題は、精神病のレッテルを貼られた人々特有の問題というよりも、「普通の問題」として認識されるようになる。これらの問題の解決は、グループのメンバーが起伏のある生活をうまく克服していくための資源を持っているという確証となる。

自助グループをうまく運営することはまた、最初グループの経営能力に疑問を抱いていた臨床家や家族を間接的に教育することになる。グループの活動を直接観察するか、もしくはグループメンバーからその活動を聞くかを問わず、以前は懐疑的だった多くの人たちが自助の価値を納得するようになっており、精神病のレッテルを貼られた人々の欠陥とニーズだけではなく、彼らの能力と長所を理解するようになってきている。

自助グループの成功の経験を通して、メンバーは、より大きい精神保健システムで、自分たちのニーズを主張する上でより強力な役割を果たすことができるようになってきている。グループの中での権限の獲得は、メンバーが精神保健に関する事柄について広く発言すべきであり、受動的なサービス受益者の役割を拒否すべきであるという考えを引き出している。グループメンバーはパネルや委員会などでクライアントのニーズを述べたり、権利擁護の役割に自然に働くようになってきている。これは、他のグループ、例えば行政官、政策作成者、法律家、家族、一般的にクライアント以外のすべての人々からクライアントのニーズについて聞いてきたその他の人たちの側で調節が必要になってくるかもしれない。

自助グループは真空の中には存在しない。全体として精神保健システムとは関係ないと考えているグループでさえ、精神保健システムと何らかの相互関係は必要であろう。一方、精神保健の専門家の援助で存在しているようなグループは、より大きな制度の中で自分たちの自治権を持つことが必要であろう。受動的な、貧しいクライアントという役割とは別な役割を担うことによって、自助グループのメンバーは、彼らが相互に影響を与える制度の変革に力を貸すことになる。なぜならば、これらの制度は、権利の擁護者及びサービスの提供者としてのクライアントの新しい役割に反応しなければならなくなるであろうから。

自助は一つ概念であり、単なるプログラムのモデルではない。自助は人々が権限を獲得する

よくなる時の方法であり、彼ら自身を能力のある人間と考え始める方法であり、また、世界に向かって新しい方法で自分自身を示す方法である。自助は、その性質によって、スティグマと闘う。なぜならば、貧しい、救いがたい人間という精神病患者のマイナスのイメージは、クライアントが自分自身のプログラムをうまく管理し、自分たちの生活にますます責任を持つという現実道に譲らなければならないからである。自助グループの成功は印象深いものがある。彼らは自分たちのプログラムを運営したり、大金の予算を取り扱ったり、ニューズレターや本、パンフレットを刊行したり、他のクライアントや専門家に対して自分の仕事について教育したり、法律や政策に影響を与えたり、テレビなどのメディアに出演したり、たいいていの場合、固定的観念に挑戦し、新しい現実を作り出してきている。同時に、グループのメンバーは、個人的にはまだ、彼らが精神病のレッテルを貼られる原因となった症状と闘っている。自助は決して奇跡ではないし、すべてを癒すものではない。しかし、問題や困難を抱えているとはいえ、他の人(または自分自身)がかつて考えていた以上のところまで成し遂げられるという力強い確信を与えるものである。

### Ⅲ．C S S s に関しての家族の展望

C S S の考え方で最も中心となる原理は、精神病を持った人々は第一に個人として見られるべきであるということである。精神病をわずらう愛する人を、一人の個人としてまたは類のない人間としてC S S がみていることは、精神障害者の家族をC S S に引きつける最も主要な概念である。これは、あまりにも長い間、愛する人々を単にケースの数として、あるいは難問あるいは患者として見てきた制度によって取り扱われてきた後に起こった大切なことを意味する。

支援グループにおいて、家族は、精神障害者を真に特別の人として述べるために、障害者の生活上のいろいろな面からの困難について話し合う。数年前、このようなグループの一つで、一人の母親が病気の息子について話し始めた。彼女は、息子の生活について、幼児期から少年時代まで、順次詳細に話し、20分後によく中学時代の話に至った。その場にいる多くの人々のそぶりからは、20歳代後半の現在に至るまでにはかなりの時間がかかることを知っているのは明らかだった。仲間同士の支援では辛抱する必要があった。しかし、この話のポイントは、取り扱いが非情で、固定的な考え方や偏見に満ちた精神病の世界で、主体性を失ってしまった最愛の家族の将来に直面したとき、家族の苦悩は耐えられないものであるということである。家族たちは、この痛みを理解し、分かち合える他人を求めて手を伸ばし、そして創造的にそれを処理することを手助けする。

地域支援の概念は、精神病の人々を受け入れ、普通の状態にする考え方を保持する。例えば、CSSの第一の要素であるクライアントの確認、アウトリーチは、「インテーク」以上のものであり、そうでなければならない。これは、「ヒヤリング」よりもっと個人的なものである。クライアントの確認は、名前、顔、身体、声、人格全体、及び、特に精神病の前と後の生活から構成されなければならない。アウトリーチは、優れたケアとは何かという真髄そのものを捕らえる言葉である。アウトリーチは、誰れを援助するのか、その人のニーズは何かに基礎をおいて援助することに注意を払うことを要求する。情報と紹介だけがアウトリーチではない。精神病の人を、年齢（子供、青年、高齢）の故に、または、薬物依存、身体障害、または精神遅滞などの重複障害を持っているために、ある機関から他の機関に動かすことは、アウトリーチではない。重大なニーズのある個人や家族に月曜に電話し直してくれというのはアウトリーチではない。アウトリーチは、援助を必要としている人を探し出し、個々の個人にあった環境と、ニーズにあったサービスを提供することである。

これまでに、ケース・マネージメント、住宅、リハビリテーションサービス、危機サービス及び地域支援の概念の側面について多くのことが書かれてきた。しかし、精神病の市民に対する必要なサービスをすべて提供するとすれば、健康及び歯科治療については、欠かすことのできない注意を怠ってきた。多くの家族は、保健制度の無関心によって、精神病を患う自分の身内の身体的な状態が悪化するのを見続けてきた。保険制度での差別はすべての障害者権利擁護の組織にとって重大な関心事であるが、精神病を持った人々は、しばしば基本的な保健治療で拒絶されるのが不幸な現実である。家族は自分の愛する人が質の高い医療ケアにかかれるのを希望している。特に、精神病であるという診断と治療を受ける前に、身体的な問題がないことを知っておきたいと思っている。

過去においては、家族は、身内の人を受けるサービスの内容、質、または適切さについてほとんど影響力を持たなかった。同時に多くの家族が、身内の人に対して主な看病人としてサービスをし続けてきた。Harfield (1988) によると、家族もクライアントも、次第に、「精神病の厳然たる事実によって直接教育されてきたことから、自分の権利についてのエキスパート」として自分自身を見るようになってきている。家族は次第に自分自身を、(病気の身内と共に) サービスを自分で選択することができる「消費者」として見るようになっており、また、彼らは、彼らの身内や彼らのための、安全な、コスト効果のある、有効な地域支援サービスを広範囲に受ける権利を持っている。家族は、適切な方法でサービスを分配させるよう圧力を持つようになっており、また、彼らの身内にサービスを提供する人たちと協力関係を結ぶようになってきている。

精神病の人一人一人のニーズを「すべて」考慮に入れるというCSSの概念は、家族の持つ多くの懸念を取り上げている。身内の基本的なニーズを満たす援助ができなくなったとき、しばし

ば、家族は配偶者、兄弟、両親、子供の将来について不安を抱く。家族は、理解があり、世話をし続けてしてくれる人がいるということを知りたがる。上記の他に、C S S s が継続的な、一貫した、そして慈愛に満ちたケアとリハビリテーション・プログラムを確実にする枠組みを提供することが望まれる。

それぞれの歴史、人種と文化、及び長所を持った家族の個性、そして家族のニーズがC S S の考え方の基本的な原理である。家族は、彼らの病気の身内のためのサービスと援助に加えて、家族自身のニーズを持っている。成人した子供を持つ大部分の両親は、精神病の息子や娘に何が起こるかという恐れを持たずに一晩眠りたいとか、休日を持ちたいという。精神病の兄弟を家庭に持つ若い兄弟は、できるだけ混乱から放たれた生活を持つ必要がある。彼らは援助を必要とし、また、彼らが大切であることを知る必要がある。彼らは精神病にまつわる罪悪の感情からとき放たれる必要がある。彼らは情報が必要であり、子供にリスクを理解させる援助が必要である。精神病の親を持つ子供は、彼らが成人に達するまでの若い間、非常に多くの援助が必要である。彼らが一人きりでないことを知らせなければならない。

もちろん、家族の状態には大きな違いがあるが、家族の全員に対する激励、教育及び自助と支援グループは地域支援の部として必要である。地域支援サービスにより啓発された態度に対する感謝の気持ちは増大されつつあり、障害者と家族は、分析されるのではなく、包含され、耳を傾けられるようになっている。「家族いじめ」にさらされることはなくなっており、今後はさらにそういうことはなくなるであろう。このような態度の変化の影響は、非常に個人的なレベルに関するもの以外では、真にまた完全に評価する方法がない。

家族を味方とすることの顕著な結果として、全国各地で、援助、教育、権利擁護のグループが急速に増加していることである。その多くが全国精神病患者のための連合会（National Alliance for the Mentally Ill : N A M I）に加入していることは、もっとも注目すべきことである。1970年代に始まった家族の運動は、N I M H の C S P の強力な後楯を受けた。今日、N A M I は一州及び地方レベルのおよそ900の連合会に約8万人の個人メンバーを擁するほどに発展している。特別なニーズが表面化するたびに、N A M I はこの特別な関心事とその対象者に焦点を当てたネットワークを開発するようにメンバーを激励してきた。クライアントの委員会及び多くのネットワーク、例えば兄弟、司法・法廷関係、ホームレスと行方不明者、宗教的アウトリーチ、人種的少数者、子供と青年、及びカリキュラムと訓練ネットワークのようなネットワークが、精神病の人のいる地域社会全体のサービスを改良し、変革するためのニーズを訴え、そのニーズに関心を持たせる手段を提供している。さらに、家族の運動は、地域支援サービスの発展とサービスに関する研究を促進することにおける家族、障害者及び精神保健の専門家の貢献を認め続けている協力関係に加わっている。

家族と障害者のグループの執拗な催促と刺激で、また、NIMHのCSPの援助によって、多くの州と地方の精神保健機関は、ときにはいやいやながらということもあったとはいえ、精神病を持った市民のために提供するケアに責任を持つように動いてきた。地域に根ざしたケアに向けた運動が、外部の圧力によってのみ力点を変えてきた人々によって転覆されないようにするためには、なお、なすべきことがたくさん残されている。精神病の人々すべてが最高の生活を可能にする唯一の方法は、家族と障害者の組織が存在することであり、ケアに対する地域支援の概念を決して忘れさせないように守る番犬となることである。住宅、リハビリテーション・プログラム、医療ケア、危機への対応、レジャー活動といったサービスは、開始したり存続するために時間と資源を必要とする。そのために、恒常的な、そして管理当局や財政源によって変えられない委員会が必要である。

NAMIは、新しい人々を順調に迎え入れており、これらの人々は急速にリーダーシップの役割を担うようになってきている。これは、将来にとってよいことであり、家族の運動が発展し続け、貢献したいと願う人は誰でも参加できるであろうという希望を与えるものである。また、地域社会全体とともに家族を教育し続ける必要があることを示すものである。われわれは、CSSsが精神病を患っていても生産的に生きられるよう人々を援助することができるということを提案すべきである。われわれは法律家や行政官に接触し、精神病は必ずしも隔離と隠蔽の宣告ではないという事実を理解させなければならない。われわれは友人や近所の人たちを巻き込み、彼らが精神病の人々を尊敬に値する人として見るように仕向けなければならない。

精神病が引き起こす問題の「面倒を見」ようという気持ちは研究に投資しようとする願望として表われる。しかし、人々を通して、われわれは本当の変化と改良が行われるのを理解するであろう。真実の世界を知っており、人々がうまく生活していけるよう援助することができる、よく訓練された熟練の専門家、仲間を援助することができ、お互いにサービスし合うことができる障害者、及び、精神病を取り巻くスティグマをなくすことを主張することができ、地域社会のプログラムのために資金を提供できる家族—これらは、究極的にわれわれの最大の資産となるであろう。地域支援システムは、実際には地域支援を行う人々である。

NIMHのCSPは連邦政府の膨大な体系の中の小さな枝である。精神病の人々に対するプログラム、及び権利擁護における重大な変化は、未だもたらされていない。それは、それが指令ではなく勧誘によってであるからである。障害者、家族及び専門家はすべて、地図を描くのを援助するために、また一緒に道を歩くために招待されてきた。地図またはガイドはCSSの考え方である。10年以上にわたってCSSの概念はその重要な要素と共に発展してきており、みごとに調整され、精査のために停滞され、そして、よりいろいろなことを学んで修正された。CSSsを手に入れ、擁護するために、多くのさまざまな団体や個人を得ることに成功したことは、驚くべ

きことである。それは、個人に対する第一の関心事とC S Sの哲学に行きわたる注意深い傾聴の態度の結果として生じたのである。

#### 参 考 文 献

- Chamberlin, J. (1979) *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: McGraw-Hill.
- Hatfield, A. (1988). The role of the family in the rehabilitation process. Presented at Rehabilitation Support Services for Persons with Long-Term Mental Illness: Preparing for the Next Decade. Mary Switzer Memorial Seminar, Washington D. C.
- Leete, E. (1988). The role of the consumer movement and persons with mental illness. Presented at Rehabilitation Support Services for Persons with Long-Term Mental Illness: Preparing for the Next Decade. Mary Switzer Memorial Seminar, Washington D. C.
- National Mental Health Consumer Self-Help Clearinghouse. (1988). Technical assistance pamphlets. Consumer-Run Drop-in Centers, Fighting Stigma, Organizing and Operating a Speakers' Bureau, Who's Who in the Mental Health System, How to Start a Self-Help/Advocacy Group, Getting Money for Your Self-Help Project, How to Develop a Consumer-Run Newsletter, How to Find a Job, Systems Advocacy, and Making Our Voices Heard: Consumer Representation on Decision-Making Committees.
- Parrish, J. (1987). Presentation at "Alternatives '87," Third Annual National Mental Health Consumer Conference, Huntington, WV.
- Rogers, J. A. & Centifanti, J. B. (1988). Madness, myths, and reality: Response to Roberta Rose. *Schizophrenia Bulletin*, 14(1), 7-15.
- Stroul, B. (1988). *Community support systems for persons with long-term mental illness: Questions and answers*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Community Support Program.
- Zinman, S., Harp, H., Budd, S. (Eds.). (1987). *Reaching across: Mental health clients helping each other*. Riverside, CA: California Network of Mental Health Clients.

# わが家にたどり着くまでの長き旅路：地域支援運動の使命を達成して

The Long Journey Home: Accomplishing the Mission  
of the Community Support Movement

Jacqueline Parrish

## I. 問題の提示

1. 効果的サービスの不足
2. 不十分な住宅と所得保障
3. 不十分な労働力

## II. 根元的な原因

1. クライエントについての根拠のない憶測
2. バランスを欠く研究項目
3. 現状を維持しようとする力

## III. 問題に対処するための戦略の提言

1. 広く認識されている憶測を変えること
2. プログラムを変更すること
3. 立法者や意思決定者に影響を与えていくこと
4. 連邦の役割を変えていくこと

## IV. 結論

— 著者紹介 —

Jacqueline Parrish

Jacqueline Parrish 氏は、国立精神保健研究所の地域支援プログラム部長。このプログラムは、長期にわたる重度の精神障害を持つ人々を対象とした、地域に根ざしたサービスの改善やそのサービスを受ける機会の増大をすすめるため、各州、地域社会、国の機関、サービスの消費者そして家族とともに実施されるものである。

## 要 約

地域支援運動は、この10年で、その概念化や、重度の精神障害を持つ人たちのための効果的地域支援サービスの促進といった点で徐々に進歩しつつあるものの、依然として資源の不足や、大きな障壁が存在しており、それらが、すべての人々に行きわたる有効なサービスや支援のさらなる発展を妨げている。主たる障壁について議論し、それらを乗り越えるための四つのアプローチを紹介する。

---

重度の精神障害を持つ人たちが、生活の質を改善するための援助はこの10年間に大きく進歩した。立法者や、プログラム企画者、あるいはその提供者の側でもこれらの人々のニーズや可能性への関心が増大した。調査研究やプログラムの実践に基づいて、ほとんどの人々が、地域社会の中で意味のある、そして価値のある生活を送ることができるのだ、というのが大多数の意見となりつつある。多くの州では地域支援という概念を是認し、長期にわたる精神病を持つ人々へのサービスに優先性を与えてきている(Brekke & Test, 1987; Goodrick, 1987; Parrish, 1987)。

この重要な進歩を顧みたり、われわれ自身を祝福することも大切だが、われわれとクライアントにはこれから行くべき長い道のりがある——つまり「わが家」にたどり着くまでの長き旅路があることに目を向け、認識しなければならない。ここで「わが家」という言い方をしたが、それこそが地域支援活動の究極の目標を具体化するものと信ずるからである。中期的な目標はサービスを増大させ、システムを調整することだが、われわれの究極の目標は重度の精神障害を持つ人々が他の市民と同様に彼ら自身の家でうまく生活できるよう手助けをすることである。多数の人々がいまだ施設や標準以下のボーディング・ホームや拘置所に居たり、家なしであるという痛々しい証拠が示すように、われわれの最終目標からはまだ遠いところにいるのである。国立精神保健研究所(NIMH)の地域支援対策(CSP)では、会議の招集や最近行なわれた全国レベルの地域支援運動(Goodrick, 1987 前期)のための戦略的計画過程といった情報収集を開始することで、これらの問題の検討に焦点をあてたサービス提供を企てている。

本稿では、これらのプロセスを通じ地域支援運動やそのための戦略が直面している障壁の状況についての文献から得られた所見の総合化を試みた。

## I. 問題の提示

上述のとおり、地域支援運動の主要な目標は重度の精神障害を持つ人々が、地域社会の中でうまく生活していくのを手助けすることである。適切なサービスや支援があれば、ほとんどの人々がこの目標を達成し得ることは、確証がある (Anthony & Dion, 1986; Brekke & Test, 1987; Kiesler, 1982)。最大の障害は財源の不足である。

現在、約 157 億ドルが長期にわたる重度の精神病を持つ人々のためのサービスや援助のために費やされている (Sharfsten, 1988, pp. 12)。大まかな計算によればこれらの財源は関連する人々の半分以下のサービスのニーズにしか見合っていないのである。地域支援サービスについての費用に関するデータは、サービスのまとめ方の違いやすべてのプログラム支出を明らかにするような研究がほとんどないこと、あるいは、場所や独特なクライアントのニーズによって大幅に異なる費用等によってずっと捉らえどころのないままであった。

しかしながら、これらの人々に対する地域支援サービスを提供するのに必要なコストの概算は、既に報告されたデータから可能である (Bond, Miller, Krumwied & Ward, 1988; Carling, Dariels & Randolph, 1985; Florida 州アルコール薬物乱用及び精神保健プログラム課, 1983; Goldman, 1986; 各州精神保健プログラム担当部長全国協会, 1988; Weisbrod & Test, 1980; 1987 Fountain House に対する費用について, New York 市)。

これらのデータでは、地域社会での宿泊施設介護、デイ・プログラム、ケース・マネジメント・サービス、精神保健治療、地域社会での危機管理及び入院介護にかかる平均の当座費用はクライアント 1 人あたり 1 年間におよそ 20,300 ドルであるとしている (表 1 参照)。一連のサービスを必要としている重度の精神障害を持つ人々が 150 万～200 万人の間だとすると (Goldman, 1986; Goldman & Manderschied, 1987; Torrey & Woife, 1986 の示唆による)、これらすべての人々に要求される広い範囲のサービスを提供するためには、概算で毎年 355 億ドルが必要となる (20,300 ドル×1,750,000 人)。

かくして、現在支出されている財源では、全体の 44% の人々にしか地域支援サービスを提供できないことになる。すべての該当者の総合的なニーズに見合うためにはさらに 198 億ドルの追加的支出、あるいは現状の約 126% 以上の増加が必要となる。この大規模な財源の食い違いは、①効果的サービスの不足、②不十分な支援 (例えば住居や所得)、③不十分な精神保健関連労働力に起因している。

表1 地域支援サービスの推定費用

| 資料出所  | ※<br>サービスの内容                           | 費用/年                  | 1987年の1年間クライアント1人あたりの平均コスト(1年につき6%のインフレーション率を適用) |
|---|--|-----------------------|--|
| Florida DM<br>プログラム担当<br>課の評価報告<br>(1983年)                                  | 地域社会における総合的監督ケア                        | 18,616ドル<br><br>1981年 | 26,406ドル   |
| Vermont 実行可能性に関する研究   | 宿泊施設、精神保健、入院、ケース・マネージメント、デイ・プログラム、緊急入院 | 15,413ドル<br><br>1985年 | 17,318ドル   |
| Indiana 主張的ケース・マネージメント (Bondらから得られた資料に基づく)                                  | 治療、ケース・マネージメント、入院、デイ・プログラム、宿泊施設        | 23,648ドル<br><br>1986年 | 25,067ドル   |
| Wisconsin 主張的ケース・マネージメント (PACT 調査研究プロジェクトで得られたデータに基づく)<br>(Weisbrodら, 1980) | 治療、ケース・マネージメント、デイ・プログラム、宿泊施設           | 7,204ドル<br><br>1979年  | 13,782ドル<br>(1980年、81年については10%のインフレーション率を適用)     |
|   |  |                       |  |

|  |                                     |                                 |          |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|----------|
| 地域宿泊施設治療費に関する22州の NASMHPD への報告及び1987年 Fountain House | 宿泊施設ケア<br><br>総合的心理・社会リハビリテーションサービス | 10,000ドル<br><br><u>+9,100ドル</u> | 19,100ドル |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|----------|

計 19,100 ドル

注) 1人のクライアント1年あたりの平均費用、20,300ドルは上記5項目の概算で100ドル未満四捨五入で得られた。

※ 参考資料や報告の中では、いかなるサービス内容であるかは必ずしも明らかではなかったが、そのほとんどは、宿泊施設、入院患者、ケース・マネジメント、精神保健治療、デイ・プログラムとして表れていた。

## 1. 効果的サービスの不足

過去30年間の脱施設化、地域支援運動の結果、相当数の人々が病院から退院し、また多くの人々が転院していった。若干の例外を除き、わが国の多くの地域社会は、依然として効果的で調整されたサービスや支援を欠いている(NIMH, 1987)。そしてこれらが、過度の家族の負担、費用のかかる過剰な入院治療、精神障害を持つ人々がくり返し刑法にかかわる問題を引き起こしてきた。とりわけ、およそ80万人の重度の精神障害を持つ人々が家族とともに生活をしているし(Torrey & Wolfe, 1986)、すべての病院生活の25%が精神病によるものであり(Merwin & Ochberg, 1983)、また、毎年約70万人の重度の精神障害を持つ人々が、牢獄や刑務所に入れられているのである。

地域サービスが不十分である主要な原因は、これらのサービスに向けることが潜在的に可能な財源のうち、かなりの部分が施設介護への支出へと使用されていることである。連邦議会で最近報告されたように、公的資金の多くがぞんざいにしばしば間違ったところに使われているので、クライアントの大多数が援助を少ししか受けていない(HCGOSHR & IR Report, 1988, pp.12)。精神病院は、州の精神保健予算のほとんど70%を消費し続けていながら、多くの人々が地域の精神保健センター(CMHCs)や他の機関で受けているサービスの6分の1以下のサービスしか受けていない(Goldman & Manderscheid, 1987)。CMHCsは、毎年精神保健サービスのため

に支出される資金の 5%以下しか受けていない (Merwin & Ochberg, 1983)。幾つかの州立病院では、改善された急性患者の治療を提供しているが、逆に患者数の減少により費用が増大してしまっている (Merwin & Ochberg, 1983)。New York では、州立病院の患者数が 93,000 人から 24,000 人に急減し、スタッフの数が 23,800 人から 37,000 人へと増加した。Wisconsin 州では、1975 年から 1981 年の間に、入院の利用率が 35%に減少したが、入院治療の費用が倍以上となった (Goodrick, 1987 後期)。利用可能な財源のかなりの部分を占めながら、精神病院における介護は、費用的にも概ね地域に根ざしたプログラムより効果は薄いのである (Kiesler, 1982; Stroul, 1986 後期, pp.14-15)。

## 2. 不十分な住宅と所得保障

現在、低所得者の住宅対策に関する財源は不十分だが、低所得者の中には重度の精神障害を持つ者の大多数が含まれている。Ohio 州では、例えば、多くの患者が年間 3,000 ドル以下で暮らしている (Goodrick, 1987 後期)。手ごろな値段の住宅の急激な減少、政府補助金の厳しいカット (Goodrick, 1987 後期)、そしてそれに付随して生ずる、人々が自分の家に住むのを助ける支援の縮小が起こっている (Boyer, 1987; Carling & Ridgway, 1987)。1970 年から 1982 年の間に 100 万以上のワンルームの住まいが、取り除かれてしまった (Ridgway, 1987)。問題を一層ひどくしているのは住宅対策のための限られた州の精神保健関連予算が、効果的に使われていないことである。1985 年においておよそ 3 億 6,500 万ドルが各州によって障害者に限った、拘束的な施設をベースにした住宅での施設介護に使われたが (Ridgway, 1987)、それは、ごくわずかの患者にしかサービスを提供していないし、地域社会の反感を生み、クライアントの差別やスティグマを永続させる結果となっている (精神病と保健の合同委員会 (JCMI&H), 1961)。

## 3. 不十分な労働力

三番目にあげるべき、不十分な資源は、有資格スタッフの不足である。これらのサービスに見合う支出について十分な財源があったとしても、援助を提供する適切な訓練を受けた職員が少なすぎるのである。地域社会の中でサービスを提供することや、地域での生活技術をクライアントに教えることの重要性は実証されているのだが、専門教育機関は、カリキュラムの変更を行っていないし、急性疾患治療やオフィス中心のサービス、あるいは、精神療法を強調し続けているのである。それゆえ、専門教育機関は技術、知識、態度ともに地域社会の中でクライアントとともに働くのにふさわしい専門家を育成しているとはいえないのである。その結果、地域に根ざした多くのプログラムは、資格のないスタッフによって担われているのである (Merwin & Ochberg, 1983)。教育システムの不備に加え、職員にとってクライアントと働く動機づけがほとんどない

のである。給与、信望、地位のいずれもが他の専門職に比べて低い (Mechanic, 1987)。

## Ⅱ．根元的な原因

なぜ社会経済的な基盤が割高の支援や、効果の薄いアプローチしかできずに、基本的な生活支援に十分な財源を割りあてられないのかを示す幾つかの要素がある。それには次のようなものが含まれる。①クライアントの可能性についての根拠のない否定的な憶測、②バランスを欠く調査研究の優先性、③現状を維持しようとする力である。

### 1. クライアントについての根拠のない憶測

重度の精神障害を持つ人々は、「治ることのない」、つまり地域社会の中で生活し、仕事をし、効果的に機能することはない人々と広く仮定されている。これらの仮定が、非効果的なサービスをいたずらに助長し、援助資源の増加に対する支持を邪魔をし、公的支援を疎外し、精神保健の専門家がクライアントとともに働くことを思いとどまらせ、そしてクライアントの自尊心や希望、成長と変化への可能性を傷つけてきた。

伝統的な臨床医は、一般的に精神分裂病を希望のない状態としてみている。回復した人の場合、その人は実際には精神分裂病患者でなかったとされる (Mechanic, 1987)。しかし、精神障害をもつ人々は回復し、行動を変え、機能を改善し、そして症状を処理する方法を学ぶことができるということは、証明されつつある (Strauss, Hafez, Lieberman & Harding, 1985)。これらの人々に関する数少ない長期的研究の一つである Vermont の長期研究は非常に重い障害を持つクライアントのグループを追跡し、5年から7年で大半は回復し始め、20年目には3分の2は、ほとんど症状もなくサービスも不要で地域社会の中で生産的かつ統合された生活を送っていることを見出している (Harding, Brocks, Ashikage & Strauss, 1984)。

多くの精神障害を持つ人たちは、決して、精神保健システムに入らないのである。その代わりに彼らは、牧師や内科の医者といった他の手段を利用しているのであり (Horwitz, 1987)、そして生活をうまく処理していると、思われるのである。さらに回復や成長といった組織化された自助的アプローチが成功しているのが認識されており、そこでは、精神障害は永久的な障害ではなく正式のシステムから長期にわたって治療を受ける必要がないことを主張している。

こうして多くの人々が回復し、その回復を助ける幾つかのアプローチがあることが証明されつつあるが、一方で彼らを長期的サービスの利用者にしてしまっているものがある。どのようなアプローチがより効果的なのかについて学ぶべき点が多く残っている。しかしながら、われわれは

知識を求め続けるのと同時に、重度の精神障害を持つ人々は回復できるという概念を認識し、プログラムの中に取り入れなければならないし、少ない財源を回復を加速するようなアプローチへと振り向けていかなければならないのである。

## 2. バランスを欠く研究項目

バランスを欠く研究への取り組み方が、非効率的なサービスを継続させてしまっている原因の一つである。連邦及び州の精神保健に関する調査研究は全般的に財源が不十分であり (Goodrick, 1987後期)、利用可能な財源であっても研究項目をバランス良く網羅しているとはいえない (Anthony, 1984)。神経科学の飛躍的な進歩により、研究や研究基金の組織は、生物学、脳、精神薬理学の研究に優先的に焦点を当ててきた。生物学にベースを置かない研究への資金提供は難しくなっている (Goode, 1988)。いかにも精神病の生物学的病因に関する知識を増大させることは決定的なことではあるが、社会的・環境的要因と、よりよい結果を得るための選択的なサービスのアプローチとの関係についてわれわれの理解を増大させることの方がより重要なことなのである。

## 3. 現状維持をしようとする力

三つ目の障壁は、それは最も乗り越えるのが困難であるのだろうが、変化に反対し、現行の精神保健システムを維持しようとする現場での勢力から構成されるものである。それらには以下のようなものが含まれる。① 伝統的な解決方法に帰属している利益、② 非地域的アプローチの有益性、③ 有形資産への嗜好性、④ 変化への動機づけあるいは擁護の不足である。

### (1) 伝統的な解決方法に帰属する利益

実質的な力が、組合や州立精神病院などの伝統的な施設に付与されている。これらの伝統的な施設は、もし地域支援サービスが標準になったならば、自分たちが悪影響を受けると考えているし、地域支援サービスを減少させるため、立法者や他の政府官僚に働きかけることをいとわない (Merwin & Ochberg, 1983)。全米の中で先進的な州の一つである Ohio 州では非常に困難でありながら相当の努力によって、1982年から1986年の間に70%以上の病院利用の減少がみられたが、予算に占める病院の割合を4%しか減じることができなかった (Goodrick, 1987後期, pp. 11)。多くの地域社会では、逸脱行動に対する伝統的な過敏性 (Shadish, 1984) や、重度の精神的問題を持つ者を視界や記憶の外に置いておきたい、とする希望が存続している (Tischler, 1986)。施設化は精神障害者に対する地域社会の、たぶん、最も伝統的な解決方法であり、他とは違った行動をとる人々を隔離するのにとりわけ効果的なのである。こうして、ある施設 (精神病院) の人気落ちると、もう一つの施設 (ナーシングホーム) の人気が出て、

単一の最大な精神保健の提供者としての役割を担ってきているのである (Merwin & Ochberg, 1983; Shadish, 1984)。

実質的な力はまた、医療機関にも帰属しており、そこでは重度の精神障害を持つ人たちの介護や治療の責任を伝統的に負ってきたのだが、それゆえ、基本的な信念やアプローチを変更するようなより新しいモデルを採用しようとは思わないのである。これらの新しいモデルでは、疾病より保健に、現状維持より成長に、薬物への過重な依存よりも広いサービスや支援の配備を含みリハビリテーションの方法に、クライアントの幸福にとって精神科医よりもケース・マネージャーが中心となるようなスタッフの役割に、焦点を当てている。

精神保健の領域において目だってきている実践では、リハビリテーションを、医学的治療の重要な補完としてみているが、これらのサービスは医学的治療ほど財政的援助を要求しない。多くの地域リハビリテーション・プログラムは、その有効性を十分に証明しつつあるにもかかわらず、プログラムとして生き残ってゆくのに苦労している (Anthony & Dion, 1986)。一方、専門家訓練プログラムに、優秀な開業医のアプローチに (Mowbray & Freddolino, 1986)、あるいは資金源及び第三者の債務返済機関が主に医学的な介護を援助し続けている事実に反映されているように (Merwin & Ochberg, 1983)、医学的志向の方法への多大なる支援が続けられているのである。

## (2) 非地域的アプローチという選択肢の有益性

ナーシングホームや保護居宅の施設といった、重度の精神障害を持つ人々の新しい援助方法は、地域に根ざしたほとんどのサービスとは違って、多大な利益を生むのである (Shadish, 1984)。この固有の有益性が、これらの選択肢を利用する大きな動機づけとなるのである。いくつかの資料によると、積極的にクライアントの結果を実証する Fairweather Lodge のような有益性はないが、クライアントには効果的であった事業が精神保健システムの中にほとんど取り入れられなかった (Shadish, 1984) のに比べ、ナーシングホームの数は1969年から1977年の間に2倍にもなったのである (Merwin & Ochberg, 1983)。

## (3) 有形なものへの嗜好性

ケース・マネジメントやアウトリーチといった地域に根ざしたサービスは、その影響を受ける者には見えやすくても、多くの人々にとって見えにくいものである。一方、病院やナーシングホームその他の施設は、税金の支出の明示が目に見えるのである。よって財政当局は、効果はうすくても明瞭な施設の方へ資金を提供することを好む (Merwin & Ochberg, 1983; Scallet, 1983, PP. 24; Tischler, 1987)。ホームレスのためのシェルターは、非常に目に見えやすく、シンボリックな価値が高いので、クライアントが永久的な住居を見つけるのを援助するのに必要な、より有形さを欠く実用本位の活動よりもたやすく資金を得ているのである。現

在、15万～30万人の重度の精神障害を持つ人々に居住の場を提供するシェルターの数は毎年増加している (Paterson & Craig, 1985; Torrey & Wafe, 1986)。

#### (4) 変化を擁護したり動機づけすることの欠如

現状を維持させてしまっているもう一つの主要素は、変化に対する社会的刺激の欠如である。国家予算の削減は、アメリカの納税者の間に、最も困難な状況にある障害者のための最も重大な（緊急度の高い）サービスのみに財政支出をすることを好む、といった状況を産み出している (Tischler, 1986)。このような環境のもとでは、最も利他的かものわかった立法者あるいは外部からの強い刺激なしに、総合的なサービスの提供などを推奨しよう、とは思わないであろう。不運にも重度の精神障害を持つ人々は、公権を奪われている場合が比較的多いし、彼らの権利を擁護する団体も他の障害を代表するグループに比べると主張力や調整力が弱いのである。罪の意識や恥のために、あるいはものわからぬサービス提供者にしばしば促されて、家族は精神障害を明らかにするのをいやがるのである (Hatfield, 1986)。同様に、回復した人々も、精神障害歴を明らかにするのをいやがる。さらに、それらの問題をオープンにして議論しようとする家族やクライアントもしばしば互いに不和であるため、強力な利益団体となるための潜在的な力が減少してしまっているのである。

### Ⅲ. 問題に対処するための戦略の提言

前述の問題に対処するために着手し始めるべき四つのことがある。すなわち、①重度の精神障害を持つ人々について広く認識されている憶測を変えていくための全国的なイニシアチブを確立すること、②現存するプログラムの効果をあげていくためその改良をはかること、③擁護グループの有効性を増大させていくこと、④地域支援サービスに資金を供給する連邦政府の役割を拡大すること、である。

#### 1. 広く認識されている憶測を変えること

重度の精神障害を持つ人々の能力や可能性について、根拠もなく中傷するような憶測を修正しなければならない。スタッフの積極的な態度が、クライアントの自尊、発達、成長に大きな影響を与えていることをプログラムの経験が物語っている (Brooks, 1988; Unger, Danley, Koln & Hutchson, 1987)。

Vermont 州の長期的研究 (Harding ら, 1984) に参加した重度の精神病患者 269 名の成功のほとんどが積極的な期待に基づいた取り組み方や、95%のクライアントを満足のいく生活へ復帰させる

という目標によって達成された (Brooks, 1988)。換言すれば、期待を制限することが否定的な行動を生み、失敗を招くのである (Anthony, 1984; Zipple, Carli & McDonald, 1987)。

否定的な態度は、専門家が重度の精神障害を持つ人々とともに働こうとするのを思いとどまらせてしまう (Merwin & Ochberg, 1983; Mowbray & Freddolino, 1986)。ほとんどの人々は希望と進歩を感じさせる雰囲気の中で働くのを好むので、精神障害者に対する憶測を変えることは、精神障害者とともに働こうとする者をひきつけることになる。Vermont 州の長期的研究でクライアントとかかわったスタッフは、仕事の中に楽しさと興奮と報いを見い出した。なぜなら「希望のなかった」人々が劇的な進歩をしていくのを見守っていたからである (Brooks, 1988)。

態度を変えることはまた、回復を手助けするためのプログラムへ財源を集中させることにより、現行の財源の利用方法を改善していくであろう。例えば、多くの伝統的プログラムが従来のサービスや診断的なラベルづけに抵抗する若い精神障害者を援助しようと苦労しているのだが、成功していない (Zipple ら, 1987; Estroff, 1987)。こうした方法に支払われている財源は、例えば、最近 Boston 大学の精神科リハビリテーションセンターが実証しているような大学に根ざしたプログラムに対してもっと有効に利用することができる。このプログラムは、薬物の乱用、社会的孤立、ホームレス、長期の入院治療といった症歴を持つ、「治療を受け入れない」若い人々を、大学生や労働者へと変質させていっているのである (Unger ら, 1987)。

クライアントについての憶測の変化は、財源についての意思決定者に大きな影響を与えている。現状では多くの立法者は、長期にわたる精神障害者への介護を、資源を流し去ってしまう「台所の流し」のように考えている。つまりこれらの支出は有形の見返りがないし、将来における同様の支出へのニーズを減らすものでもない。それゆえ、これらの支出を動機づけているのは、人道主義だけである。重度の精神障害を持つ者も、その多くは社会の生産的メンバーになり得ると立法者が理解しはじめており (Zipple ら, 1987)、ひいては税収への貢献になると考えられているので、精神保健やリハビリテーション・サービスのための支出は、財政支援を増大させるための力強く新しい動機づけとなる「投資」として、ますますとらえられていくであろう。人々を社会復帰させる効果的なサービスを支援することは短期的には費用がかかるが、長期的には、生涯にわたって費用がかかる入院治療や障害の支援から多くの人々を救うのであろうことを、立法者が理解する時が来るであろう (Goodrick, 1987 後期, pp.29; Goldman, 1986)。

## 2. プログラムを変更すること

二番目の主要な戦略は、精神保健プログラムを以下によって変更していくことである。すなわち、① クライアントから情報を求め、取り入れること、② 社会復帰を目指した取り組みの方法を推進すること、③ より限定的でない（同時に費用のかからない）選択肢を利用すること、

④ 適切な訓練の実施により、スタッフの能力を向上させることである。

#### (1) クライアントの意見を聞くこと

プログラムの企画者や提供者の中には、クライアントやその家族の声に耳を傾け、ニーズや目標、あるいはどんな嗜好を持っているのかを考慮することを嫌がる者が依然と存在している (Merwin & Ochberg, 1983; Zipple ら, 1987)。筆者は、「生活を共にしているわけでもなく、また(障害者)本人の抱えている問題についてよく知らない者が解決手段を提供できる、と決め込むのは思い上がりである」という意見に賛成である。ひややかな人道主義が、障害者を満足させるような効果を持つなどと考えるのは愚かなことである (Feyerabend, 1987, pp.121)。社会の中では、いかなる活動においても、最も価値ある考えがあるということが、他の分野のいたるところで認識されている (Peters & Weterman, 1987)。したがって、精神保健プログラムを変更し、改善させる最も効果的方法の一つは、これらのプログラムのクライアントから意見を求めることなのである (Anthony, 1984)。

#### (2) 社会復帰を目指した取り組みの利用

われわれは、どんなことが最善の働きをするのか、そしてなぜなのかをもっと学ぶ必要があるとはいえ、既に多くのことを知っている。例えば、活動を休んだり、プログラムへの参加不足の結果、不必要な悪化をまねくことを知っている (Mechanic, 1987) のである。リハビリテーションや社会的支援が、自尊心、統御力、協調性を向上させ、症状を減らし、精神状態や生活の質を高めるという実証がある (Anthony & Dion, 1986; Mosher, 1986; Rosenfield, 1987)。

財政当局は、それゆえ地域プログラムでは、社会復帰を目指す取り組みを採用するよう求めるべきである。社会復帰の過程として、各プログラムでは、回復期にあるクライアントを雇い始め、仲間を支えるためにそのユニークな洞察力を利用し、経験を共有する機会を彼らに与えるべきである。これは、他のクライアントにとっての役割モデルを作り出すとともに、地域の事業主に対して肯定的な例を提供することになるのである (Merwin & Ochberg, 1983)。

クライアントの目標や、ノーマライゼーションの原則にもとづいた社会復帰を目指す取り組みが、クライアントの住宅のニーズに見合うようにするべきである。施設を中心に置いたプログラムは一般的に費用がかかり、制限的な地区条例や地域の抵抗で実施が難しく、ほとんどの重度の精神障害を持つ人々が好むような、居住型の様式ではないのである (Robert Wood Johnson 財団, 1988)。反対に、地域の中で人々が、永久的で標準的な住宅を選び、見出し、維持するのを手助けすることで、限られた財源をより効果的に使うことができるのである。このアプローチを支援できる財政的な戦略はたくさんある (Randolph, Laux & Carling, 1987)。支出金額あたりの住宅を増やすことに加え、このアプローチは地域社会の受容を促進する。Illinois 州では、大規模な団地の中の小さなアパートを借りるのが、「採るべき最善の道で

ある・・・賃貸料が支払われている限り誰が住んでいるのかも気にはしない。あなたのクライアントが、精神障害者であると見られたり、烙印を押される心配はない」ということをサービスの供給者が発見した (Scallet, 1983, pp. 24)。

### (3) より費用のかからない自然な支援という選択をすること

正規のサービスに過重に依存するのではなく、クライアントのニーズにマッチした地域社会での資源や機会を利用すべきである。例えば、どこの地域にもある教会は、慰めと社交の自然な源である。相互扶助のアプローチや気軽に立ち寄れるセンターは、クライアントにとって受け入れやすいし、専門的に行われるレクリエーション・プログラムより彼らの社会的ニーズに効果的にマッチするのである。社会の主流にある資源の利用は、より大きな社会への統合を促進するし (Merwin & Ochberg, 1983)、副産物として生まれる社会的ネットワークは、より割高な正規の精神保健サービスの利用を減少させていくことともつながる (Mosher, 1986)。

### (4) スタッフの質の向上

Boston 大学精神科リハビリテーションセンター所長の William Anthony 博士によれば地域支援プログラムにとってスタッフの問題は非常に重大である。「財源の約70～80%がクライアントにサービスをする人件費に充てられている。しかしながら、大規模な精神保健システムの変更を考える時、われわれの創造力や革新的なプログラム作成あるいは財源のうちの70～80%を人的パワーの開発に使ってはいない。人的パワーの問題に焦点をあてない限り、私たちが行う大規模な体系的変化は、タイタニック号のデッキチェアを並べ変えるのと同じ位の見通ししか持ちえないのである (Scallet, 1983, pp. 66)。

精神保健システムは、臨床医のサービスを行う前の訓練や教育に影響を与えること及び地域支援システムにおいて働けるように適切な現職訓練を提供することにもっと責任を持たねばならない。同時にこの分野に学生たちをひきつけ、質の高いスタッフを採用し、それを維持するための給与、便益その他動機づけとなるものを増大させていくという、きわめて重要なニーズがある。各プログラムでは、少数派の中からスタッフを採用する努力をさらに進めなければならない。なぜなら、クライアントの中には少数派に属する個人が相当数を占めているからである (White, 1987)。

### (5) 社会、政治的現実に適応する解決方法を企画すること

最終的には、どんなに新しいイニシアチブやプログラムの変化が求められても、それらが成功するかどうかは、究極的には、それらが実現される社会でどれだけ受けられるかにかかっていることを認識するべきである。逆にいえば、現在優勢な社会システム、価値、利益と両立できるかどうかにかかっている。地域社会の価値への相応なしには、いかなる解決策（たとえ、信頼性の高い科学的根拠に基づいていたとしても）も、実行不可能とはいわないまでも、

難しいのである (Shadish, 1984)。

例えば、Vermont 州議会から委ねられた地域精神保健システムを州立精神病院に代わるものとする可能性を決定するための研究 (Carling ら, 1984) は、サービスの改善はしてもそのシステムへの追加的な支出はしないという要請に基づいて実施された。そこでは実際に、「われわれは自分たちよりも幸福でない人々を手助けすることに注意を向けなければならない。ただし、その費用があまりかからなければである」という社会に浸透した価値観が反映していた。可能性を探るこの研究では、生活の質の問題を扱いながらも主に、費用の検討に焦点をあてることでこの価値との調和をはかることを企図した。この研究の結論は前述の社会的価値を支持したため、研究は受け入れられた。そして、地域社会支援という価値観に基づいた新しいシステムが現在実施されつつある。

それゆえ、プログラムの解決法を選択するにあたって、スタッフは、社会の大半は、地域支援運動に特徴づけられている人間的、クライアント中心的志向の価値観を持たないかもしれないし、社会の規範と違った人々を完全に受け入れることは決してないかもしれない、という事実直面することもあるだろう。プログラムを企画する際には、この現実を受け止めていく必要があるだろう。例えば、地域社会の価値や規範を変えることよりも、地域社会で受け入れられない行動をコントロールする仕方を、クライアントに教えることにもっとエネルギーを注ぐ必要がでてくるかもしれない。

### 3. 立法者や意思決定者に影響を与えていくこと

もう一つの主要な戦略は、プログラムの効果についての確かなデータの作成と提供や、クライアントの代理者や擁護者を強化することでサービスの増大を支えて行くよう立法者やその他の意思決定者に影響を与えていくことである。

#### (1) 確かなデータをつくり出すこと。

その開始当初から地域支援運動を特徴づけてきた熱意、使命感あるいは、個人的かかわりは、ほとんどの場面で、過去10年の大きな進歩の原動力になってきた。しかしながら、この運動を支える力強い感動的なアピールは、正確な調査から得られたきちんとしたデータによって補足されなければならない。地域支援プログラムの効果についてテストをすすめ、仮説を検証し、成果に関連する要素を知り、サービスのコストを証明する必要がある。

こうした情報を手に入れば、代理指定人にとって、地域支援サービスのための立法的、行政的援助がかつて以上に、より得やすくなるのである (Goodrick, 1987前期)。例えば、New York 州の地域デモンストレーション・プロジェクトの結果は、同様のプログラムを支援するための予算支出を州全体のレベルで増大するのに大いに役立ったのである (Scallet, 1983,

PP. 76)。

これらの追加的データを得るためには、研究「機関」は、まず初めに、精神病の生物学的根拠や治療法のみならず、その心理学的、社会的な原因や治療についても探求するような、よりバランスのとれた研究事項を設定するよう感化されなければならない (JCMI & H, 1961; Goode, 1988; Mechanic, 1987; Merwin & Ochberg, 1983)。さらに費用や選択的なプログラムのアプローチによるクライアントの帰結について言及する研究に、もっとエネルギーを振り向けなければならない。不運なことに、社会を変化させていく運動に携わるほとんどの人々は、数的なものよりも人とともに働くことに興味を持ちまた精通しているので、この種の研究を進めて行くのが難しい。しかしながら、地域支援サービスの効果が正確かつ量として捉えられなければ、プログラムは、財源確保と生き残りのために苦闘し続けることになるであろう。

## (2) 強力かつ発言力のある連合体を建設すること

「精神保健は大きなビジネスである。それは、大きな政治力と、政治の領域での位置を占めることの必要性を意味する。」(Brown & Stockaill, 1972)。この政治的な領域で成功するための重大な要素は、強力かつ発言力のある後援者である。家族とクライアントが、変化への力強く、有力な力となり得るためには、効果的に組織化され調整されなければならない。Wisconsin 州では、精神保健関連のスタッフは、積極的な精神保健の変更の多くは、永続的な家族の権利擁護への努力の結果であるとみなしている。全国のクライアントが、さまざまなレベルで精神保健システムへの影響力を持ち始めている。最近まで、自助活動やクライアントからの情報の価値を認識している州はほとんどなかった。現在、ほとんどの州が、盛んにクライアントに情報を求めているし、約25の州と Columbia 区がサービスの消費者の自助活動のイニシアチブを支援している (NIMH, 1986)。個人的にはパワーがあっても、クライアントや家族は協調の場を見い出したり、権利擁護のための連合体へ他の市民やサービスの提供者との力を結合させていくことで、さらに大きな影響力を与えていくことができるのである。これまでの経過の中で生まれた公的精神保健システムの広範な改良と、1963年の地域精神保健センター法は、精神保健に関わる利益の連合体の直接的な結果であった (Rocheffort, 1987)。さらに最近では、Virginia の家族運動がリーダーシップをとり、10の精神保健関連の権利擁護団体の連合体のメンバーが、Gerald L. Baliles 知事に地域に根ざしたプログラムのために6,500万ドルの支出増を納得させた (Evans, 1988)。

## 4. 連邦の役割を変えていくこと

提案されている最後の戦略は、それぞれの地域において、地域支援を発展させていくための財政支出に関連して、連邦政府により責任を負わせることである。これがたいへん考慮に値すると

いうのにはいくつかの理由がある。

先ず、十分な財源を供給することにより、連邦政府は、地域に根ざした介護の成長の前提である州立精神病院の数や規模の減少を促進することができる。施設が存続し、利用可能である限り、それらは利用され、代案は成熟していかないのである (Mosher, 1986)。このプロセスにおける連邦の役割は、政治面と財政面にある。例えば、病院職員は州の職員であることが多いので、連邦政府は、州政府よりも精神病院を減少していくのに政治的にはたやすい立場であろう。また、病院での介護を継続しながら、一方で、適切な地域サービスや支援スタッフの訓練及び再訓練を進展させていく、という二つのプロセスを支えていくのに必要な「前貸し金」を供給するのにも、州政府より連邦政府の方がやりやすいのである。州の精神保健担当官は、「州の立法者に二つの財源を納得させるのは非常に困難である」と認識している (Scallet, 1983, pp.24)。さらに、すべての地域のすべてのクライアントに、サービスを提供するためのかなりの歳出を生み出すことのできる税金ベースを持っているのは連邦政府だけである。

最後に、連邦政府こそが、障害者がどこに住んでいるかには関係なく、必要なケアや治療を利用できるように、全国的に公平に利用できる財源を分配する力を持っているのである。

#### IV. 結論

われわれは、分岐点に立っている。ある外部の者が強いているような再施設化へと戻ることもできるし、また、今いるところに立ち止まり、現状を受け入れることもできるし、さらに、前へと進み、私たちが信じ、調査結果が正しいとすることを実施し、成功のために必要な資源を投資することもできるのである。筆者は William Anthony 博士が引用した強烈なアナロジーを想起させられた。1987年、Jessica McClure が Texas の狭い井戸に落ちた時、彼女を救い上げるために、いかなる支出も惜しまれなかった。この努力のためには救助者を途中まで降ろしただけで立ち止まらせてしまうような、固定的な予算というものもなかった。この仕事を完遂するためには費用がかかり過ぎると指摘するような声は、地域社会でも、国中見まわしてもどこにもなかった。そして少女に予算を使ったり、努力したりする価値がない、などとほめかすような者もいなかった。

同様に、われわれは、一つの地域社会 —— あるいは国という地域社会 —— として、精神障害を持つ人を低く見たり、人間の生命にかかわるこれら予算の効果を無視するような固定的な予算を確立したり、施設で「ただ生存」しているか、道端で死んでいくか、あるいはそれに近い行き詰まりの状態の中に人々を置き去りにするような考え方に同意すべきではない。一つの地域社

会として財源を要求し、すべての道のりをいくために必要な努力を支えていかなければならない——それは、重度の精神障害を負っている人々を、希望がなく貧困な暗い穴から引き出し、回復と、社会への再統合への長い家路を全うさせることを助けるのである。

---

本稿において、たいへんな援助と無限の忍耐により種々の文献をまとめ、編集するのを援助してくれた David Parrish に謝意を表すものである。

#### 参 考 文 献

- Alpha Centerpiece. (1986). *Redirecting state dollars to build community-based mental health systems*. A special report on health policy issues. Washington, DC: Author.
- Anthony, W. (1984). *The community support system: an idea whose time has come and stayed*. A paper based on presentations delivered at the Regional Community Support Program Conferences in Alaska and Nebraska. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston, Massachusetts.
- Anthony, W., & Dion, G. (1986). Psychiatric rehabilitation: a research review. *NARIC Rehabilitation Research Reviews*. Washington, DC.
- Bond, G. (1984). An economic analysis of psychosocial rehabilitation. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 356-362.
- Bond, G., Miller, L., Krumwied, R., & Ward, R. (1988). Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. *Hospital and Community Psychiatry*, 4, 411-418.
- Boyer, C. (1987). Obstacles in urban housing policy for the chronically mentally ill. *New Directions for Mental Health Services*, 36, 71-79.
- Brekke, J., & Test M. (1987). An empirical analysis of services delivered in a model community support program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10(4), 51-61.
- Brooks, G. (1988). Reflections on the Vermont story or foresight, insight, and hindsight. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 13, 21-24.
- Brown, B., & Stockdill, J. (1972). The politics of mental health. *Handbook of community mental health*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Carling, P. (1987, October 7). *The community support movement: Transforming our future*. Keynote presentation at the Eighth National CSP Learning Community Conference, Madison, Wisconsin.
- Carling, P., Daniels, L., & Randolph, F. (1985). *A feasibility study to examine the development of a regional community mental health system as an alternative to Vermont State hospital*. Report of a study conducted for the State of Vermont Department of Mental Health. Waterbury, VT: Vermont Department of Mental Health.
- Carling, P., & Ridgway, P. (1987). *A psychiatric rehabilitation approach to housing*. Paper adapted from a chapter in Anthony, W. & Farkas, M. (Eds) *Psychiatric rehabilitation: Programs and practices*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press (in press).
- Estroff, S. (1987). No more young adults chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 5.
- Evans, S. (1988, March 13). Mental health advocates relieved with Virginia bounty. *Washington Post*, p. A22.
- Feyerabend, P. (1978). *Science in a free society*. London, England: NLB.
- Florida Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Program Office. (1983). *Evaluation report on psychosocial rehabilitation programs in Florida*. Tallahassee, Florida: Florida Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Program Office.

- Goldman, H. (1986). Financing long-term care. *Business and Health*, March, 5-7.
- Goldman, H. & Manderscheid, R. (1987). Chronic mental disorder in the United States. *Mental Health United States 1987*. National Institute of Mental Health, DHHS Publication NO. (ADM)87-1518. Rockville, MD.
- Goode, E. (1988). How psychiatry forgets the mind. *U.S. News & World Report*, March 21, 56-58.
- Goodrick, D. (1987a). *A strategic plan for advancing the national community support initiative*. A report prepared for the National Institute of Mental Health Community Support Program. Rockville, MD.
- Goodrick, D. (1987b). *Centralization versus decentralization of mental health services: proceedings from a roundtable on mental health policy issues*. Intergovernmental Health Policy Project, George Washington University. Washington, DC.
- Harding, C., Brooks, G., Ashikage, T. & Strauss, J. (1984). *Chronic mental patients in the community for 20 Years: progress report*. National Institute of Mental Health. Rockville, MD.
- Hatfield, A. (1986). The National Alliance for the Mentally Ill: The meaning of a movement. *International Journal of Mental Health*, 15, 79-93.
- Horwitz, A. (1987). Help-seeking processes and mental health services. *New Directions in Mental Health*, 36, 33-45.
- House Committee on Governmental Operations, Subcommittee on Human Resources and Intergovernmental Relations Report. (1988) *From back wards to back streets: The failure of the Federal Government in providing services for the mentally ill*. House Report 100-541, March 30, 1988. Washington, DC.
- Joint Commission on Mental Illness and Health. (1961). *Action for mental health*. A report mandated from Congress to survey resources and provide recommendations for combating mental illness. Washington, DC.
- Kiesler, C. (1982). Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 37, 349-360.
- Mechanic, D. (1986). The challenge of chronic mental illness: A retrospective and prospective view. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 891-896.
- Mechanic, D. (1987). Evolution of mental health services and areas for change. *New Directions in Mental Health*, 36, 3- 13.
- Mechanic, D. (1988, February 11-12). *Recent developments in mental health perspectives and services*. Paper prepared for "UCLA conference on mental health services for the seriously mentally ill: fostering usable knowledge." Los Angeles, CA.
- Merwin, M., & Ochberg, F. (1983). The long voyage: Policies for progress in mental health. *Health Affairs*, 2, 96-127.
- Mosher, L. (1986). The current status of the Community Support Program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9(3), 3-13.
- Mowbray, C., & Freddolino. (1986). Consulting to implement nontraditional community programs for the long-term mentally disabled. *Administration in Mental Health*, 14, 122-134.
- National Association of State Mental Health Program Directors. (1988). *Final report of Study No. 87-580 on residential facilities*. Washington, DC.
- National Institute of Mental Health. (1986). *Community Support Program project accomplishment summaries*. Rockville, MD.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Toward a model plan for a comprehensive, community-based mental health system*, 11-21.
- Ohio Department of Mental Health. (1986). *Ohio mental health housing task force: Final report*. A report prepared for the Ohio Department of Mental Health to define problems and recommend solutions for improving housing services for mental health consumers. Columbus, OH: Department of Mental Health.
- Parrish, J. (1987). CSP: Vision impossible. *Community Support Network News*, 4, 2-3.
- Paterson, A., & Craig, R. (1987). The homeless mentally ill: No longer out of sight and out of mind. *State Legislative Report*, 10, Denver, CO.
- Randolph, F., Laux, B., & Carling, P. (1987). *In search of housing: Creative approaches to financing integrated housing*, Burlington, VT.
- Peters, T., Waterman, R. (1984). *In Search of Excellence*. New York: Warner Books Communications Company.

- Ridgway, P. (1987). Housing and mental illness. *State Mental Health Reports*. Intergovernmental Health Policy Project. No. 30. Washington, DC.
- Robert Wood Johnson Foundation. (1988). Toledo clients surveyed for housing. *Insites* Newsletter of the Program for the Chronically Mentally Ill. 1, p. 3,6.
- Rochefort, D. (1987). The political context of mental health care. *New Directions for Mental Health Services*, 36, 93-105.
- Rosenfield, Sarah. (1987). Services organization and quality of life among the seriously mentally ill. *New Directions in Mental Health*, 36, 47-59.
- Scallet, L. (1983). *Network for caring*. Proceedings of the Fifth National Community Support Program Learning Community Conference. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston, MA.
- Shadish, W. (1984). Policy research: lessons from the implementation of deinstitutionalization. *American Psychologist*, 39, 725-738.
- Sharfstein, S. (1988). *From back wards to back streets: The failure of the Federal Government in providing services for the mentally ill*. (House Committee on Governmental Operations, Subcommittee on Human Resources and Intergovernmental Relations Report). House Report 100-541, March 30, 1988, Washington, DC.
- Stroul, B. (1986a). *Models of community support services: approaches to helping persons with long-term mental illness*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston, MA.
- Stroul, B. (1986b). *CSP: choices and challenges*. Proceedings of the Seventh National Community Support Program Learning Community Conference. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston, MA.
- Strauss, J., Hafez, H., Lieberman, P. & Harding, C. (1985). The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles. *American Journal Of Psychiatry*, 143, 289-296.
- Tischler, G. (1987). Meeting patient needs in the 1990s. *Administration in Mental Health*, 14, 182-190.
- Torrey, E. F. & Wolfe, S. (1986). *Care of the seriously mentally ill, a rating of state programs*. Public Citizen Health Research Group, Washington, DC.
- Unger, K., Danley, K., Kohn, L., & Hutchinson, D. (1987). Rehabilitation through education: a university-based continuing education program for young adults with psychiatric disabilities on a university campus. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 10(3), 35-49.
- Vermont Department of Mental Health. (1987). *Supporting people in crisis*. (1987). Prof an open discussion with clients on crisis services that have been helpful and have not been helpful. Waterbury, VT: Vermont Department of Mental Health.
- Weisbrod, B., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.
- White, S. (1987). Human resource development: The future through people. *Administration In Mental Health*, 14, 199-208.
- Zipple, A., Carling, P. & McDonald, J. (1987). A rehabilitation response to the call for asylum. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 539-550.

資料シリーズ No.3

アメリカにおける精神障害者に対する  
地域支援システム

---

編集・発行 日本障害者雇用促進協会  
障害者職業総合センター  
千葉県美浜区若葉 3 丁目 1-3  
TEL 043-297-9000 (代表)

発行日 1992 年 3 月

印刷・製本 中栄印刷工業株式会社

---



**NIVR**

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION