

日本における精神障害者の地域生活支援

—千葉県市川市の取り組み—

下平 美智代 山口 創生 伊藤 順一郎

■ 要約

千葉県市川市では、1980年代後半から精神障害者の地域生活を支える福祉機関を開設する動きが行政と民間双方から始まった。そこに今世紀に入り、国としての法的な整備が進み、千葉県の「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」の制定（2006年）や同時期の「マディソンモデル活用事業」（アメリカ・ウィスコンシン州の精神保健地域ケアシステムを取り入れた事業）などの当事者、家族、専門家、行政職員、一般市民と一緒に議論し取り組んだ事業があり、市川市の現在のようなアウトリーチサービスや就労支援サービスおよび支援ネットワーク機能が形作られてきた。市川市の例から、日本の精神保健医療福祉が目指す方向として、支援の目標を当事者のリカバリーとすること、包括型ケアマネジメントの普及、アウトリーチサービスの充実などがあげられる。その実現のためには官民協働のシステムづくりが不可欠である。

■ キーワード

精神障害者地域生活支援、官民協働、包括型ケアマネジメント、アウトリーチ、就労支援

I はじめに

日本では今世紀に入るまで、重度の慢性精神疾患をもつ人々が障害者として地域で支援を受ける体制が構築されてこなかった。その代わり、そうした人々の多くは精神科病院での長期入院を余儀なくされてきた。精神障害者は精神衛生法（1950年）や精神保健法（1987年）などで規定されていたように医療の対象であり、福祉サービスの対象とされてこなかったのである。

精神障害をもつ人々が、知的障害や身体障害をもつ人々とともに「障害者基本法」の対象として明確に位置づけられたのは、1993年のことである。そして、1995年に「精神保健法」が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）と改称され、総則の第一条に「社会復帰の促

進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、（中略）精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的する」ことが明示された。さらに2004年に、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が掲げられた。この改革ビジョンでは、「国民の理解の深化」「精神医療の改革」「地域生活支援の強化」「基盤強化の推進」が改革の骨子として示されている。地域生活支援としては、相談支援、就労支援などの施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備すること、標準的なケアモデルの開発等を進めることが目標として掲げられた。また、2005年の「障害者自立支援法」の成立と「精神保健福祉法」の改正は、障害者サービスの内容とそれに対する補助金を明確にし、障害者サービスに

評価やケアマネジメントを部分的に導入することで、精神保健福祉サービスの標準化と向上に一定の貢献を見せた。

このように、日本では近年になって、精神障害者の地域移行が制度として推進されるようになったのであるが、1980年代後半には、いくつかの地域で、国の施策に先行するように精神障害者の地域生活を支援していこうとする動きはあった。千葉県市川市もそうした地域の一つであった。市川市には、行政主導で、授産施設（1987年より）、メンタルサポートセンター（1998年より）、就労支援センター（2000年より）などを市の直接運営や市独自の業務委託などで展開してきたという歴史がある。民間では、1994年には精神障害者家族会を母体とした「めぐみ会」（現社会福祉法人サンワーク）が小規模作業所を、1995年には「市川の精神保健を考える会」（現NPO法人ほっとハート）が共同作業所を設立した。このように、行政・民間共に精神障害者地域生活支援に取り組んできた市川市の土壌があり、そこに前述の国としての法的な整備が進み、さらに千葉県では2005年初頭より「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」制定のためのタウンミーティングが活発化し、2006年に条例が制定された。同時期に市川市がマディソンモデル活用事業（千葉県・マディソンモデル活用事業研究会、2008）のモデル地区となり、やはり同時期に行われた精神障害者地域生活支援に関する研究事業やモデル事業があり、それらの出来事のかなかでさまざまな議論や取り組みがあり、市川市の現在のようなアウトリーチサービス^{*}や就労支援サービスおよび支援ネットワーク機能が形作られてきた。本稿では、市川市における精神障害者地域生活支援に関する

これまでと現在の取り組みを概観し、現時点での課題も踏まえて、日本における今後の精神保健医療福祉の方向性について提言したい。

II 市川市の取り組み

1 精神障害者地域生活支援を發展させた背景

市川市は、千葉県の北西部に位置し、東京都江戸川区や葛飾区と隣接した、人口約47万人を擁する首都圏のベッドタウンである。市川市では1990年代には精神障害者の地域生活支援の基盤が徐々に形成されつつあった。それが今のように充実した支援ネットワークに發展したのには少なくとも3つの背景があったと考えられる。

第1に、「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」（2006年10月11日県議会にて可決・成立）制定のための運動である。きっかけは、2004年7月に県が策定した第三次千葉県障害者計画に、新たな地域福祉像として「誰もが、ありのままにその人らしく、地域で暮らす」を掲げ、その実現のための条例の制定を検討することが盛り込まれたことであった（千葉県健康福祉部障害福祉課、2006）。その後、県は広く県民から差別と思われる事例を募集し、2005年1月には研究会の設置と並行してタウンミーティングが県内各地で開催されるようになった。市川市でも知的・身体・精神障害者当事者、家族、支援の実践家や有識者、一般市民が集まり活発な対話が行われた。

第2に、2005年度から2007年度の三年間、市川市が千葉県の「マディソンモデル活用事業」のモデル地区となったことが挙げられる。「マディソンモデル」とは、米国ウィスコンシン州デーデン郡で始められた精神保健地域ケアシステムの通称で

^{*}アウトリーチサービス…訪問支援サービスのこと。自宅への訪問のみならず、施設外に支援者が出て行う支援サービス全般を指す。例えば、対象者の住む地域に出向き買い物に同行する、一緒に役所に行って福祉の手続きを補助する、通院同行するなど。就労支援であれば、支援対象者の職場に出向き職場でサポートすることや、職場の近所で対象者と会って話を聴くことなども含まれる。

ある。EBP (Evidence Based Practice) として世界中に広がり、日本でも実践が広まりつつあるACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム) は、このデーン郡における精神保健地域ケアシステムのなかで生まれた支援である (久永, 2008)。マディソンモデルの特色は、官民共働のシステムであること、急性期対応 (危機介入) から住居プログラムまで一貫性のある一つのシステムのなかでケアが提供されていること、アウトリーチが基本的なサービスとして位置づけられていること、ピアサポートが充実していること、リカバリー志向であることなどが挙げられるだろう。ここで言う「リカバリー」は、米国において精神障害をもつ人々の社会参加のなかで、当事者の側から提示された概念である (伊藤, 2012)。リカバリーの普遍的な定義はないが、人々の間で共通の認識としてあるのは、リカバリーは疾患や症状がなくなることを意味するのではなく、個人が地域でその人らしく生活を送るなかで希望や自律性など生きる力を回復していく過程を指すこと、リカバリーの内容は個人によって異なること、リカバリーの過程は必ずしも直線的ではないことなどである (伊藤, 2012; Anthony, 1993; President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003)。市川市では、マディソンモデル活用事業をきっかけに、「リカバリー」が当事者や家族、行政職員、精神保健医療福祉関係者に広く支援の目標として認知され共有される概念となった。また、マディソンモデル活用事業では、県や市の行政職員、精神保健医療福祉の専門家だけでなく、当事者や家族も活発に議論に加わり、市川市に必要な支援リソースについて意見やアイデアを出し合い、官民協働でこのモデル事業を実施していった。

第3に、2002年度から2007年度にかけて国立精神・神経センター国府台病院 (現・国立国際医療研究センター国府台病院) を拠点にACT-J研究ブ

ジェクトが実施されたこと、および2008年に市川の民間の支援機関 (特定非営利活動法人ほっとハート) で厚生労働省の生活訓練モデル事業が行われたことが挙げられる。これらの研究およびモデル事業が、それまで支援者個々の力量や善意に支えられて「手作り」で提供されていたサービスが、システムとしてのサービスに洗練されていくきっかけになったと考えられる。

次に、こうした背景のなかで発展してきた、市川市のアウトリーチサービスと就労支援サービスについて、実施機関とその特色や役割分担などを記述したい。

2 アウトリーチサービス

市川市には現在さまざまな形態のアウトリーチチームがあり、精神障害を持つ多様な層の対象者にサービスを提供している。まずは市川エリアでアウトリーチを行う主だった機関を紹介し、次に現在とられている役割分担について言及する。

(1) 各機関の特色

A. 特定非営利活動法人ACTIPS訪問看護ステーションACT-J

ACT-Jは研究事業 (伊藤, 2008) として2003年に始まり、2008年からはACTに特化した訪問看護ステーションとなっている。ACT-Jは長期および頻回入院者、長期のひきこもりなど地域社会で孤立状態にある重い精神障害を持つ18歳から60歳未満の人にサービスを提供している。看護師、作業療法士、精神保健福祉士、チーム精神科医から成る多職種のチームアプローチによるアウトリーチサービスを提供しており、生活支援と共に医療的対応も行う。医師以外の全ての専門職スタッフが包括型のケアマネジメントを行う。包括型のケアマネジメントでは、ケアマネージャーはケアプランの立案、さまざまな精神保健医療福祉サービスの仲介、支持的カウンセリングから買い物同行

までの幅広い直接支援を包括的に行う。チーム内のスタッフの1名は勤務時間の約50%を就労支援にあて、利用者を対象に就職支援も行っている。

ACTは医療ニーズと生活ニーズがどちらも高い層が対象者となることから、特に介入初期は日に数度訪問するなど集中度の高いケアを行うため、スタッフのケースロードは10名までとなっている。利用者の状態の変化に応じて、ケアの集中度を下げていく。期限は設けてはいないが、利用者の病状や自立度をみながら通所型の支援等、他の地域支援につなげていくこともある。

B. 特定非営利活動法人ほっとハート らいふ

らいふは2008年に障害者保健福祉推進事業で訪問型生活訓練のモデル事業として始まった（特定非営利活動法人ほっとハート，2009）。統合失調症等の重度精神疾患を持ち、退院後の生活維持に集中度の高い支援が必要な人を対象としている。障害者自立支援法下の支援で、利用期限があることから、同法人のケアマネージャーがゲートキーパーとなり、ニーズの高い利用者にサービスが届くように配慮がされている。ACT-Jとの違いは、合併症の管理や疾患や治療に関する心理教育などの医療的支援は行わないところである。具体的な支援としては、利用者の希望に基づきプランを立て、自宅のなかでの生活（家電の使い方、掃除の仕方、金銭管理、料理など）の支援だけでなく、公共交通機関を一緒に利用したり、近所のスーパーと一緒に買い物に行ったり、一緒に役所に行くなど、地域での生活を当事者が自律的に行えるように支援していく。通所型の生活訓練や地域活動支援センターなどにも一緒に見学に行き、通所につなげたりもする。また、必要に応じてヘルパーなど他の支援も入れる。当事者の自立度が高くなるにつれて、訪問頻度を下げていく。

C. 社会福祉法人サンワーク ばれっと

同法人は、1994年（平成6年）精神障害者家族会から始まった。「ばれっと」の開所は、1998年で、2004年には、「社会福祉法人サンワーク精神障害者小規模通所授産施設ばれっと」となり、2007年に障害者自立支援法の障害福祉サービス事業に移行し、通所および訪問型の生活訓練を行う機関となった。また、同法人は、千葉県委託事業の「精神障害者退院促進支援事業」を2009年よりサンワーク指定相談事業で受託するようになり、これにより退院前から支援者が病室に訪問して関係づくりを行うなどして、退院後の生活支援が円滑に行えるようにしている。

D. 中核地域支援センター がじゅまる（千葉県事業）

千葉県では、子ども、障害者、高齢者などの対象者を横断的にとらえた24時間365日体制での福祉サービスとして、この中核地域支援センターが設置された。がじゅまるは市川地区（市川市と浦安市）を対象区域として2004年に社会福祉法人一路会が実際の運営を委託されている。支援内容としては、相談事業、訪問、各種福祉サービスの利用に関わる援助や調整を行っている。相談経路は、市川市の児童相談所、県の発達センター、市役所の障害支援課、国府台病院などの精神科病院、民間のクリニックなど多岐に渡る。障害者自立支援法の「生活訓練」やACT-Jのような医療の入った訪問サービスでは関わらないような部分、たとえば、多問題家族や、家庭内暴力、児童虐待などの問題から支援に入り、直接支援をしながら、ニーズに合わせて他の地域資源につなげていくことも行っている。

E. 基盤型支援センター えくる（市川市事業）

市川市が運営主体で2009年より始まった障害者総合相談事業で、障害の種別を問わず、相談員が自宅などに訪問し、日常生活上の困難についての

相談を受け、障害福祉サービスの利用援助、社会資源の活用や社会生活力を高めるための支援、相談及び情報の提供や権利擁護の援助、居住サポート事業等を行っている。対象者は市川市民で障害のある当事者、家族、関係者となっている。障害者自立支援法の障害程度区分認定などが行われる前から支援者が対象者に関われるのが「えくる」の利点である。

F. 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科訪問看護

国府台病院精神科訪問看護は、2007年10月に始まった。看護師が徒歩もしくは公共交通機関を使って訪問するため、訪問エリアは、市川市と松戸市内の一部のエリアで、1時間以内で訪問できる範囲としている。利用者は国府台病院に通院している患者で、紹介経路は院内のソーシャルワーカーもしくは主治医からの依頼となっている。一般的に精神科訪問看護は再発や症状再燃防止の観点から服薬管理に重点を置きやすい傾向があると思われるが、国府台病院の精神科訪問看護は、医療的なケアも行いつつ、利用者のストレンクス（強み、特技、希望、好み）を尊重した支援に取り組んでいる。利用者のニーズに応じて、福祉リソースへの仲介などは病院ソーシャルワーカーと連携して行っている。

(2) 役割の分担

主だったアウトリーチサービスを行う6機関を紹介した。それぞれが少しずつ異なる対象者層を支援していることで役割分担がとられている。具体的には、より医療の関与が必要な場合は訪問看護やACT-Jの対象となる。図1のように、訪問看護とACTの対象者は重なるところもあるが、症状の重篤さと生活障害の重篤さが共に高く集中度の高いケア（頻度の高い訪問）を要する人はACTの対象となる。身体合併症もなく、症状も

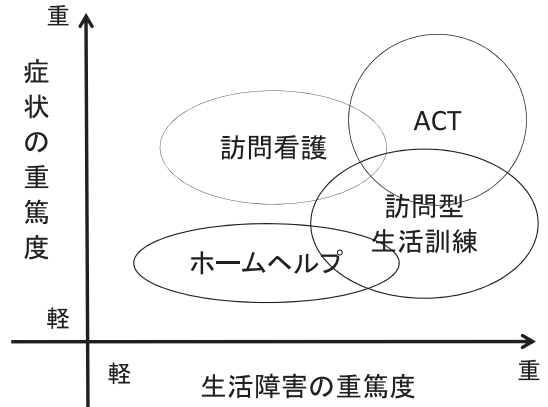


図1 対象者像とそれに対応するアウトリーチサービス (吉田, 2010; p38より引用)

重篤ではないが、生活障害は重篤であるという人は、訪問型生活訓練の対象となる。ACTも訪問型生活訓練もケアの集中度が高い人が対象となるため、症状が落ち着き、生活障害が改善されていけば、ホームヘルプサービスや通所サービスにステップダウンしていく。一方、本人が地域福祉サービスの利用をまだ承諾していないが、家族からの要望がある場合や、病院の精神科医やソーシャルワーカーなどが、アウトリーチ支援の必要性があると判断した場合は基盤型支援センター（市川市事業）につながる事が多く、当事者とその家族が複数の問題を抱えている場合などは、中核地域支援センター（千葉県事業）につながる事が多い。このように、地域に複数のアウトリーチサービスを提供する機関があることで、相補的な連携が取られている。なお、こうしたアウトリーチサービスに対象者をつなぐ仲介を行うのは、地域の相談支援事業のケアマネージャー、病院のソーシャルワーカー、市役所の障害支援課職員などである。

3 就労支援

市川市には障害者の就労支援に関わる機関は複数存在する。ここでは、精神障害者への就労支援を行っている3つの機関とその特色について紹介

し、次に役割の分担について記述する。

(1) 各機関の特色

A. 特定非営利活動法人NECST 障害者就職サポートセンタービルド

特定非営利活動法人NECSTは、市川の既存の3つの法人でリーダーとして活動していた人々と地域で開業している精神科医、および筆者の内の一人（伊藤）が理事となり精神保健福祉の法人を取りまとめる法人として、2007年3月に設立された。「障害者就職サポートセンタービルド」の前身は、マディソンモデル活用事業で設立され、現在はNECSTが運営している「クラブハウスForUs」のなかで始まった就労支援部門である。

「クラブハウス」とは、ニューヨークで精神科州立病院を退院した元患者たちとボランティアたちが1944年に設立したセルフヘルプグループを前身とし、NIMH（アメリカ国立精神保健研究所）が特別研究の助成金を出した1977年以降、全米に広まった通所型の地域センターであり、その理念と活動基準は「クラブハウスモデル」と呼ばれる（下平（渡辺），2011）。クラブハウスを運営していくためのさまざまな役割をメンバーとスタッフが共に分担する。たとえば、キッチンでの昼食づくり、クラブハウス運営のための事務仕事などで、日々のクラブハウス内での仕事を「デイプログラム」といい、こうしたデイプログラム参加することが社会生活機能を回復させるトレーニングになっていると考えられている。

クラブハウスForUsもこのような居場所でありしかも社会的役割を体験していく場として設立された。クラブハウスモデルには独自の就労支援に関する方法論があるが、マディソンモデル活用事業ではクラブハウス独自のアプローチではなく、米国でも先進的なIPS型（Individual Placement and Support Model）の個別援助付雇用モデルを採用し、ForUsに就労支援部門をつくり、就労支

援専門員（Employment Specialist:以下ES）を配置した。マディソンモデル活用事業が2008年3月で終了した後もクラブハウスForUsを拠点とした就労支援は継続された。マディソンモデル活用事業終了後ForUsの運営を引き継いだNECSTは、2009年12月に障害者自立支援法の就労移行支援事業として「障害者就職サポートセンタービルド」を設立した。IPS型就労支援は、以降、クラブハウスForUsから支援の足場を「ビルド」に移した。

IPS型支援は、アメリカで始まった重度精神障害者を対象とする個別援助付雇用プログラムである（Becker & Drake, 2004）。訓練して何かができるようになってから就職活動を進めていくという段階的な支援とは対照的に、当事者の希望やスキルに合わせて迅速に就職活動を行い、就職後の支援を手厚く行う方法である。アメリカでは通常、ESはケアマネージャーを主としたメンタルヘルsteamの中に配置されており、チームの一員として他のメンバーとのチームワークのなかで支援を遂行する。「ビルド」は日本の就労移行支援事業という枠組みのなかでサービスを提供している関係上、複数のESを擁しており、そのESがチームをつくって、対象者の生活支援も就労支援と一緒にしているのが通常である。2011年4月から、ビルドは筆者らの実施する『「地域生活中心」を推進する地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究』（伊藤，2012）に位置づけられている就労支援に関する研究事業の協力サイトとなり、同年10月からケアマネージャー1名をESチームのなかに配置した。この研究事業では、ESとケアマネージャーが共働することで重い疾患を持つ対象者の生活機能の向上と就労を実現させている。

B. 社会福祉法人サンワーク サンワーク就労センター

サンワーク就労センターはビルドと同じく就労

移行支援機関である。ここでは、個別対応で就職活動の支援を行い、就職後のフォローも行っている。また就職活動と連動したプログラムとして、コミュニケーション講座、ビジネスマナー講座、認知行動療法・ストレスコーピング講座、パソコン基礎講座などを提供している。これらのプログラムは、就職活動を開始する前に必ず受けなければならない訓練ではなく、利用者によっては、準備期間として講座を一通り受けてから就職活動をする場合もあるし、こうした講座を受けながら同時に就職活動を始める人もいる。ビルド同様にサンワーク就労センターも我々の研究協力サイトである。内部にケアマネージャーは配置していないが、就労支援員は利用者の通院する病院のソーシャルワーカーと密に連携を取り、重い精神障害を持つ人の就労に成功している。

C. 市川市障害者就労支援センター「アクセス」 (市川市事業)

市の委託を受けて行っている事業で、就職活動の支援には利用期限があるが、いったん就職すると、その後のフォローは無期限で行う。センター内でのプログラムは就職活動開始を判断するための5日間のセンター内実習のみである。これは決まった時間に来所して作業を指示どおりに行えることや、作業過程の特徴などを就職活動の際の参考とするために行う。利用期限がこのセンター内実習初日から数えて1年間と制限がある。そのため、センター内実習に入る前に、支援者は利用希望者と十分に話し合い、本人の希望や生活状況によっては、他の機関に紹介することもある。法的バックグラウンドの違いと利用期限の違いもあり、「ビルド」や「サンワーク」のように就職活動に関連したプログラムは提供していない。いざ就職活動に入るとそれに専心するため、早期に就職が決まる可能性も高い。

「アクセス」も我々の研究の協力機関の一つで

ある。「サンワーク」同様に、病院のソーシャルワーカーが「アクセス」の就労支援員と連携している。

(2) 役割の分担

市川市には、ここに挙げた以外にも複数の就労支援機関が存在する。各機関はほとんどお互いを知っており、明確な役割分担の意識を持ってはいなくても、実質は相補的な連携が取られている。たとえば、ビルドではおよそ3ヶ月に1回の頻度で利用説明会を行い、一度に10人前後が契約し利用が始まるが、その説明会では、市川市にある他の就労支援機関も紹介し、各自に合うところにアクセスするよう促している。その結果、ビルドの説明会に出たものの、他の就労移行や継続B型につながるということもある。逆に他の就労支援機関からの紹介でビルド利用につながる場合もある。それは、市川ではほとんど全ての支援機関がリカバリー志向の支援を行っており、当事者のニーズに合わせて最適な支援を当事者自身が選ぶことを尊重しているためである。支援機関間の差異は、就労準備性の捉え方と就職活動支援に踏み出すタイミング、提供しているプログラム、立地などであり、これらの差異が各機関の特徴となっている。市川市の各就労支援機関の支援員はそれを自覚した上でお互いの特徴を尊重し、連携している。

4 ネットワーク機能

市川市は比較的、精神保健医療福祉のサービス機関が充実している地域であるが、これらの機関間の連携が円滑であり続けるためには、ネットワーク機能が継続していく必要がある。そのため、市川市では自立支援協議会をはじめ、さまざまなネットワークミーティングが開催されている。ここでは、こうしたネットワークミーティングの内、「市川コミュニティ精神保健医療福祉会議」と我々の研究事業で始まった「地域モデル班：多職種ア

ウトリーチ研究市川地区会議」について紹介する。

(1) 市川コミュニティ精神保健医療福祉会議

5つの民間団体の職員から成る実行委員会が主催する市民会議で、マディソンモデル活用事業終了後、2008年9月25日に第1回会議が開催されて以降、年4回を目安に開催されている。マディソンモデル活用事業研究会のメンバー、市内の支援機関の利用者とスタッフをはじめ、当事者、家族、支援者、行政職員など参加希望者に広く開かれた会議で、情報提供、意見交換、勉強会を目的としている。この会議は夕方から夜にかけて開催されるため、遅い時間帯の参加が難しい人にもこうした場を提供しようと、市内の支援機関の利用者を対象として「市川コミュニティミーティング」も年2回ほど開催している。

(2) 地域モデル班：多職種アウトリーチ研究市川地区会議

我々が2011年4月より実施している『「地域生活中心」を推進する地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究』の中に位置づけている多職種アウトリーチの研究事業に関連して2011年12月より始まった会議である。この研究は、国立国際医療研究センター国府台病院精神科に急性期入院した患者を支援の対象としている。入院患者は全て退院後のアウトリーチ支援のニーズについて入院直後にスクリーニングが行われる。そしてスクリーニングで抽出された患者には病院ソーシャルワーカーが1名担当となり関係づくりを行った上で、地域のアウトリーチ支援機関のケアマネージャーに紹介する。ケアマネージャーは、入院中の患者を訪れ、関係づくりを行い、退院後速やかにアウトリーチ支援が行えるようにする。複数のアウトリーチ機関が協力サイトとなっているため、支援の質の保持と機関を越えた支援者同士の意見交換を目的として、この定期ミーティングは

始まった。会合には、市川市でアウトリーチ支援を行っている研究協力サイトのケアマネージャー、病院ソーシャルワーカー、研究者が参加している。本研究は2014年3月末で終了するが、研究事業終了後もこうした連携と会合が継続していくことが期待される。

5 市川市の課題

これまで述べたように、精神障害者地域生活支援として、さまざまなアウトリーチサービスや就労支援サービスが展開されている市川市は、千葉県の中なかでも地域福祉資源が豊富な地域であることは確かである。ただし、今後さらに精神障害者の地域移行を進めていくためには、不足しているサービスや取り組みがあるのも事実である。ここでは、市川市の課題として特に住居サービス、ピア・スタッフの雇用と育成、一般市民とのつながりについて述べてみたい。

(1) 住居サービス

精神障害者の住まいの確保は、地域生活支援において必須の要素である。障害者には市営住宅や県営住宅の入居についての優遇制度があるが、必要な人全てにいきわたるほど整備されているわけではない。また長期で入院していた人が地域で生活を始めるにあたり、また親元から独立して一人暮らしをするにあたり、すぐには単身生活が難しい場合もある。そのようなときに、短期間、小規模の24時間ケア付きの住居を利用できれば地域生活への敷居はぐっと低くなるだろう。また、中には、長期にわたりケア付き住居を利用できることで地域定着可能な人々もいると考えられる (Burns et al, 2002; Chilvers et al, 2004)。近年の欧米のエビデンスを概観すると、このような住居の利用とそこにアウトリーチサービスが加わることで、より地域定着が進むのではないかと予想されるが (Thornicroft & Tansella, 2009)、現在、

市川で精神障害者を対象に特化して稼働しているこのような住居はわずか2か所である。ただし、知的障害者と精神障害者共に受け入れているケア付きホームは8か所ある。その他、精神障害者のみを対象としたグループホームは2か所、知的障害と精神障害共に受け入れているグループホームは3か所である。入居には審査があるため、数が少ないほど入居の確率が低くなる。ニーズのある人全てが利用できるほどには充実していないのが現状である。2010年の障害者自立支援法改正では、障害者の地域移行の促進を目的として、ケアホームとグループホームの利用には助成金（特定障害者特別給付費）が利用できることから、今後これらのサービスの発展は特に期待される。

(2) ピア・スタッフの雇用と育成

精神科デイケア、地域活動支援センター、就労移行支援事業所などを利用する当事者同士のグループ活動や支え合いは我が国でも一般的になりつつあると思われる。こうしたピアサポートの発展した形として、メンタルヘルスセンター等において、リカバリーを経験したピアをケアスタッフとして雇用するということが米国では奨励されている。Davidsonら（2012）のレビューによると、メンタルヘルス領域において米国では現在、推定10000人以上のピア・スタッフが雇用されているという。初期の頃の研究は、ピアを雇用することが実行可能なことなのかどうかという検証であった。1990年代に無作為化比較対照研究が行われ、ピア・スタッフはケアマネージャーの助手として、当事者の話し相手や買い物などの同伴者としてピアでないスタッフと同等の役割を果たせることを示した（Solomon & Draine, 1995; O'Donnell et al, 1999; Clarke et al, 2000; Davidson et al, 2004）。その他のピア・スタッフとピアでないスタッフを比較した実証研究では、ピア・スタッフの方が、関係を持つことの難しい利用者との関係づくりで

より良い結果を出し、入院率や入院期間を短縮し、物質乱用を合併している利用者の物質使用を減少させるという結果が示されている（Solomon et al, 1995; Rowe et al, 2007）。

一方、ピアサポートが広がりつつある市川においてすら、ピアをスタッフとして常時雇用している機関は少ない。これは市川市ではないが、ある機関で実際にピアを雇用してみたものの、雇用主側としては何をしてもらったらいいのかわからず、当事者も何を期待されているのかわからず退職に至ったという話を聞いたことがある。リカバリー概念、ピアサポートの有用性、リカバリーした当事者が支援スタッフとして当事者を支援する有効性についての知識や実感、およびピアがスタッフとしてどのような動きをするのかということについての具体的イメージが、精神医療保健福祉の専門家の間にも当事者の間にもまだまだ浸透していないということであろう。今後の課題としては、リカバリー概念のさらなる普及と共にピア・スタッフがうまく機能している機関をモデルとして提示すること、ピアサポートやピア・スタッフの育成のための研修が定期的・継続的に行われるようなシステムの整備が望まれる。

(3) 一般市民とのつながり：啓発活動とインフォーマル・リソースの活用

これまで述べたことから、市川市が立地としても社会資源としても恵まれた地域であることは確かである。ただ、日本の他の地域同様に、一般市民の精神障害に対する偏見がないわけではない。精神障害者を対象とした地域施設を開所するにあたり、近所の理解が得られないことから場所がなかなか決まらないということも現実にある。また、精神保健医療福祉の通所施設やリソースだけでなく、地域にある民間のスポーツジムや習い事のための教室など、インフォーマルなリソースを利用することもリカバリーの過程で自然なことである

が、障害を開示して施設を利用する場合には、なかなか周囲の理解が得られないということがある（山口ら, 2011）。こうした状況の対応には、地道な啓発活動とその継続が大切になる。具体的には、病気のしんどさ、リカバリー体験などをバランス良く紹介する当事者の講演やキュメンタリー映像は、一般市民の態度変容に効果があるとされている（Corrigan et al, 2012; Yamaguchi et al, 2013）。これらのエビデンスのある活動を学校教育や地域の住民への啓発に定期的に用いることで偏見の是正は少しずつ進むと予想される。他方、支援機関や支援者が地域で一般市民と信頼関係を築くことや、当事者がインフォーマル・リソースを活用するなどして地域社会に入り込むことも、一般市民の意識の変化や精神障害への理解を深めていくことにつながると期待される（Thorncroft, 2006; 種田ら, 2012）。これらは、精神障害者を受け入れる地域社会の発展に特に貢献すると思われる。

Ⅲ 日本における今後の精神保健医療福祉の方向性

本稿では、我が国における、先進的な精神障害者地域生活支援の取り組みをしている地域の1つとして、筆者らが研究事業等に関わっている市川市の取り組みを取り上げた。本稿の最後に、日本における今後の精神保健医療福祉の方向性についての提言を記述し、まとめとしたい。

第1に、精神保健医療福祉サービスは、当事者のリカバリーを目標に一貫したシステムの中で提供されるべきである。個々の当事者はリカバリーの過程において、医療ニーズ、住宅ニーズ、就労ニーズなど様々なニーズに直面する。精神保健医療福祉サービス提供者が利用者のリカバリーを共通目標とすることは、これらのサービスがそれぞれに機能するのではなく一貫したものになる必要に迫られる。たとえば、リカバリー志向であるな

らば、たとえ急性期入院病棟であっても、患者が地域生活に戻って仕事など社会での役割を果たしていくことを見据えた上での治療が提供されるはずであるし、医師や看護師はソーシャルワーカーや地域のケアマネージャーと連携を取るこの意義を認識するはずである。訪問看護などの医療従事者による地域支援も、ただ、抗精神病薬の内服が確実に行えているのかを問うのではなく、利用者の意思や希望に沿う支援となっていくはずである。

第2に、ACT-Jが行っているような包括型ケアマネジメントの普及が望まれる。精神疾患は慢性化しやすく再発もしやすいという意味で、精神障害は固定的な障害ではない。そのため、精神障害者の地域生活を支えるためには、医療も含めた包括的な支援であることが必要である。この包括的な支援のプランニングやコーディネート、さらに直接支援も提供するのが包括型のケアマネジメントである。

第3に、精神保健医療福祉の専門家が機関のオフィスで利用者に対応するのではなく、アウトリーチ支援が積極的に提供される必要がある。アウトリーチなくしてただ地域移行を進めれば、家から出られないという理由で支援を受けられずに放置されるという事態も起こりかねないだろう。こうしたアウトリーチ支援は移動のための時間とコストのかかる支援でもあるため、ローカルなキャッチメント・エリアを設定することが必要である。これには行政との連携が欠かせないだろう。また、就労支援サービスにおいても、企業訪問やハローワークあるいは障害者職業センターなどとの連携のために、積極的なアウトリーチが必要とされている。生活支援のアウトリーチ同様に、重度の精神障害を持った人への就労支援におけるアウトリーチには、多大な時間とコストがかかる支援となるため、行政と連携したキャッチメント・エリアの規定が現実的な方法であると考えられる。つま

り、アウトリーチの実現には、行政と連携した枠組みの整備が必要となる。

以上、市川市の取り組みを概観し、今後の日本の精神保健医療福祉に期待する方向性として、3つの提言を述べた。おそらくこれらの実現のためには、「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」制定に向けたタウンミーティングのような行政と市民が一体となった活動や、「マディソンモデル活用事業」で行政職員、精神保健医療福祉実践家、当事者、家族、研究者、他の有志一般市民が共に取り組んだような官民共働の地域システムづくりが不可欠となるだろう。これらの行政、地域事業所、研究者、当事者等の有機的な連携はケアマネジメント等の臨床技術の継承や、アウトリーチなど先進的な実践の地域の枠組みを構築することにも貢献できると期待される。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、市川市で精神障害者地域生活支援に取り組まれている実践家の皆様から貴重な情報をいただきました。心より御礼申し上げます。

引用文献

- Anthony WA. 1993 "Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s." *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol.16, 11-23.
- Becker DR, Drake RE. (堀宏隆訳) 2004. 「精神障害をもつ人たちのワーキングライフ IPS: チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド」金剛出版. 東京
- Burns T, Catty J, Watt H, et al. 2002 "International differences in home treatment for mental health problems: results of a systematic review." *British Journal of Psychiatry*, Vol.181, 375-382.
- 千葉県健康福祉部障害支援課 2006 「障害のある人もない人も共に暮らせる千葉県づくり条例 (概要)」
<http://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/shougai-kurashi/jourei/index.html> (2012年12月20日)
- 千葉県・マディソンモデル活用事業研究会2008 「1.マディソンモデル活用事業概要」千葉県マディソンモデル活用事業 平成17-19年度事業実績報告書 pp.1-13

- Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. 2006 "Supported housing for people with severe mental disorders." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol.4.
- Clark GN, Herincs HA, Kinney RF, et al. 2000. "Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care." *Mental Health Service Research*, Vol. 2, 155-164.
- Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, et al. 2012 "Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies." *Psychiatric Services*, Vol.63, 963-973.
- Davidson L, Shahar G, Stayner DA, et al. 2004. "Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial." *Journal of Community Psychology*, Vol.32, 453-477.
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, et al. 2012. "Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience." *World Psychiatry*, Vol. 11, 123-128.
- 久永文恵2008 「本場マディソンの地域精神保健システム-変化を続けるマディソンモデル-」千葉県・マディソンモデル活用事業研究会. 千葉県マディソンモデル活用事業 平成17-19年度事業実績報告書 pp.80-86
- 伊藤順一郎2008 「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成17年度-平成19年度 総合研究報告書 (主任研究者 伊藤順一郎). 国立精神・神経精神保健研究所pp.3-17
- 2012 「「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」厚生労働科学研究費補助金. 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業 (精神疾患関係研究分野) 「「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」平成23年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 伊藤順一郎). 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所pp.3-11
- 2012 「精神科病院を出て、町へ ACTが広がる地域精神科医療」岩波ブックレットNo. 854. 岩波書店. 東京
- O'Donnell M, Parker G, Proberts M, et al. 1999. "A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project." *Australian and New Zealand Journal of*

- Psychiatry*, Vol. 33, 684-693.
- President's New Freedom Commission on Mental Health. 2003 *Achieving the promise: transforming mental health care in American: executive summary* (SMA03-2831). (<http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA03-3831/SMA03-3831.pdf>, 2011.5.19)
- Rowe M, Bellamy C, Baranoski M, et al. 2007. "Reducing alcohol use, drug use, and criminality among persons with severe mental illness: outcomes of a Group-and Peer-Based Intervention. *Psychiatric Service*, Vol. 58, 955-961.
- 下平(渡辺)美智代 2011「精神障害者の地域生活支援の二つのあり方-ACTモデルとクラブハウスモデル」*精神科治療学* 第26巻11号, pp.1473-1477
- Solomon P, Draine J. 1995. "The efficacy of a consumer case management team: two-year outcomes of a randomized trial." *Journal of Mental Health Administration*, Vol. 22, 135-146.
- Solomon P, Draine J, Delaney M. 1995. "The working alliance and consumer case management." *Journal of Mental Health Administration*, Vol.22, 126-134.
- 種田綾乃, 森田展彰, 中谷陽二. 2011「住民の精神障害者との接触状況と社会的態度 精神障害者との接触状況による類型化の試み」*日本社会精神医学会雑誌* 20巻3号, pp201-212.
- Thornicroft G, Tansella M. 2009 "*Better mental health care.*" Cambridge University Press, Cambridge.
- 特定非営利活動法人ほっとハート2009「平成20年度障害者保健福祉推進事業 訪問型生活訓練モデル調査研究事業報告書」<http://www.hothearth.org/H20-model-houkoku.pdf> (2012年12月20日)
- Yamaguchi S, Wu SI, Biswas M, et al. 2013 "Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review." *Journal of Nervous and Mental Disease*. [In press].
- 山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 岩本華子, 三野善央 2011「精神障害者に対するスティグマの是正への根拠:スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見」*精神障害とリハビリテーション*15巻1号, pp.75-85.
- 吉田光爾:障害者保健福祉推進事業 地域における訪問型生活訓練事業のニーズ把握とサービス内容・コスト分析に関する調査研究事業報告書,平成20年度厚生労働省 障害者保健福祉推進事業 調査研究報告書 (実施主体:特定非営利活動法人 ほっとハート). 2010.
- (しもだいら・みちよ 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部研究員)
- (やまぐち・そうせい 同研究所社会復帰研究部 研究員)
- (いとう・じゅんいちろう 同研究所社会復帰 研究部長)