

## 特集：精神障害者地域生活支援の国際比較

## 精神障害者地域生活支援の国際比較

— アメリカ合衆国 —

福井 貞亮

## ■ 要約

アメリカの精神保健福祉システムは、1950年代半ば以降、脱施設化をもって施設中心から地域を基盤とする支援へと移行していく。しかしながら、脱施設化にいたる当初の動機は、精神障がい当事者のリカバリーを支えるといったものではなく、増加の一途をたどる入院患者を病院や施設で抱え込むことの限界と、政府の財政的責任の縮小に帰するところが大きい。このようなことから、地域での支援体制も未整備のまま、必要な生活支援を利用できずに路頭に迷う当事者を多く生み出すこととなる。しかし、これらの課題に対する当事者の声と社会的認知の高まりに後押しされながら、地域支援体制が徐々に整えられ、リカバリーを機軸とする支援システムの構築が目指されてきた。ただ、リカバリー概念の萌芽は同時に、その具体的な支援の実施において新たな課題も呈してきている。それは、リカバリーモデルの中核となる自己決定支援のあり方、伝統的支援システムとして残存する疾病モデル、断片化された支援システムの統合、科学的根拠に基づく実践の効果評価とその普及における課題である。本稿では、アメリカの精神保健福祉制度の歴史の変遷を概観するとともに、地域生活支援の現状と課題を整理した。

## ■ キーワード

精神障がい、アメリカの精神保健福祉制度、脱施設化、地域生活支援、リカバリー

## I はじめに

アメリカの精神保健福祉システムが、施設中心から地域を基盤とする支援へと移行していく背景には、2つの大きな運動の存在があると考えられる。ひとつは、1950年代に始まった脱施設化運動であり、そしてもうひとつは、20世紀後半より高まってきたリカバリー運動である。脱施設化は、権威主義的な治療介入ではなく、障がいをもつ人々（当事者、あるいはクライアント）が個々の生活ニーズを満たすために、より制約のない環境において支援が利用できるための政策転換の起点となった。そして、リカバリー運動は、人々が支援システムとサービスを受身的に利用するのではなく、それらを活用する際の自律と自己決定の重

要性をより強調してきた。より広範な地域支援体制を整備し、精神障がいをもつ人々が地域住民の一員として質の高い生活を実現するために、数々の法の制定と当事者権利擁護の高まりが重要な役割を果たしてきた。

本稿の目的は、アメリカの精神保健福祉システムが、どのように地域を基盤とする支援へと移行していったのか、そして、現在の支援体制や克服すべき課題について整理することにある。そのために、当事者を取り巻く支援法の歴史の変遷をまず概観したうえで、現行の支援体制と課題について、(1) リカバリーと自己決定、(2) リカバリー（達成）支援対保護的（維持）支援、(3) サービスと資源の統合、(4) 科学的根拠に基づく実践、という枠組みのなかで整理を行う。最後に、結論をもって本稿を閉じる。

## II 精神障がいをもつ人を取りまく 支援法の歴史的変遷

アメリカの精神保健福祉にかかる公的支援は、過去半世紀にわたり大きな変革が見られた。特に、施設中心から地域を基盤とする支援への移行は、当事者が利用可能な資源の比重の変遷として理解できるが、その移行過程においては、支援哲学や政策転換等が複雑に絡み合ったダイナミクスが存在する。歴史を紐解くと、その動向を理解するための重要な布石がいくつも存在するが (Corrigan et al, 2007; Cutler et al, 2003; Geller, 2000; Morrissey & Goldman, 1984; Solomon & Lukens, 2011)、本項はこれらの要約とする。

アメリカにおける精神科病棟の入所者数は、1954年にそのピークをむかえた (Geller, 2000)。道徳療法 (moral treatment) でもって、最初の州立病棟の設立へと導いたDorothea Dixの熱意にもかかわらず、脱施設化の波は1950年代から急速に加速していくこととなる。その背景には、利用可能な資金や人的資源の変化、政策の転換、人権擁護に関する法的整備の拡大、薬物療法の進歩など、さまざまな要因があげられる (Geller, 2000)。なかでも、抗精神薬 (例、クロロプロマジン) や精神療法 (例、環境療法) の登場により、統合失調症等の精神症状が、もはや避けうることでできない精神科病棟入院への絶対条件ではなく、また、病院よりも地域での支援のほうがコスト的にも利点があると、社会的に認識されることとなった。

1960年代に入ると、すべての個人が平等な市民としての権利をもち、地域社会に参加するための権利擁護を推進する公民権運動が始まった。そして、1961年には、精神衛生と精神疾患に関する合同委員会 (Joint Commission on Mental Health and Illness) が、脱施設化と地域ケアの構築に向けた将来の方向性を示す精神衛生行動計画 (Action

for Mental Health) をまとめた。この報告書に続き、1963年に精神薄弱者施設及び地域精神保健センター設立法 (Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act) が制定される。しかしながら、当初計画されていた予算が削減されたことで、地域精神保健センターの建設にのみとどまり、人員の配置とその整備までには至らなかった。そこで、1965年には地域精神保健センター法 (Community Mental Health Centers Act) が制定され、地域支援のためのインフラストラクチャーが補強されることとなる。これらの法の成立により、地域精神保健センターの対象範囲とする地理的支援区が整備され、入院、外来、緊急、部分的入院、相談と教育に関する支援とサービスの提供が位置づけられた。また、地域精神保健センターは、精神科病棟への入院の必要性をスクリーニングするゲートキーパーとしての役割も担うこととなる。設立当初の地域精神保健センターは、当事者の多様なニーズや希望を地域で支援するというよりも、病院モデルにより近い形で機能していた。さらに、財源の逼迫は、支援コストが比較的低い軽度の障がいをもつ個人を対象とする誘因ともなっていた。

このような地域支援のための法的整備が始まる中、1970年代には、州立施設での精神や知的に障がいをもつ人々への劣悪な処遇状況を告発し、社会に知らしめた訴訟が相次いで起こり始めた。たとえば、1971年のニューヨーク州で起こったWillowbrookスキャンダルや、1972年のアラバマ州で起こったWyatt v. Stickneyの訴訟などは、当事者が地域社会において個々人にあった治療を受けるための法的権利 (right to treatment) の遵守と、強制入院執行にかかる州の権限を制限する動因ともなった。また、当事者の多様なニーズを地域で支援するために、1972年には補足的保障所得 (Supplemental Security Income) が、そして、1973年にはリハビリテーション法 (Rehabilitation

Act) が制定された。当事者の障害年金が対象とする範囲も拡大され、1964年に創設されたメディケアとメディケイドにあわせて、基本的な医療ニーズからより包括的な障がいに係るニーズを対象とするセーフティーネットが徐々に整備されていくこととなる。

1977年には、地域支援の中核を担う地域精神保健センターの機能をさらに推進するために、国立精神衛生研究所 (National Institute of Mental Health: 1946年設立) が、統合・継続的な支援体系である地域支援システム (Community Support System) を整備した。国立精神衛生研究所のガイドラインにおいて、地域支援システムは、「支援を必要とする人々を不必要に孤立させたり、地域社会から排除することなく、彼らのニーズを満たし、潜在的な可能性を支援することを任務とする思慮と責任のある人々のネットワーク」と定義される (Turner & TenHoor, 1978, p.329)。この地域支援システムは、医学、リハビリテーション、社会支援モデル等の諸要素を統合するものであり、アウトリーチ、基本的ニーズを支援するための資源、職業支援、住宅支援、セルフヘルプグループと、ケアマネジメントのサービスを含む。すなわち、当事者だけではなく、当事者を取り巻く家族や地域をも支援の対象としている。このような地域支援の流れを後押しし、より重度の障がいをもつ当事者にも地域精神保健センターでの支援が提供されるよう、カーター政権の下で精神保健体系法 (Mental Health System Act) が1980年に議会を通過した。しかしながら、連邦政府の支出を減らすために、地域プログラムの資金采配に関する決定のコントロールを州政府の責任とするレーガン政権の下で、翌年には廃止され実現されることはなかった。しかし、地域支援システムの中核を担うケアマネジメントは、1986年の精神衛生計画法 (Mental Health Planning Act) によりメディケイドの対象として位置づけられ、全国的に利用され

ていくこととなる。

以上のような政治動向とも連動し、1980年代には、当事者がより積極的な市民として社会参加していくために、相互支援、当事者運営組織、当事者擁護を含む、当事者運動が全国的に展開し始める (Corrigan et al, 2007)。そして、1990年にアメリカ障害者法 (Americans with Disabilities Act、以下、ADA) が制定され、当事者の地域参加に関する更なる権利と法的な擁護が目指された。ただ、その実施においてはさまざまな制約もあり、目指された効果にはつながっていない。その後、1999年にOlmsteadの決定がだされ、個々のニーズにあわせた地域社会での十全な当事者参画の重要性が再度強調され、2008年での議会においてADAの見直しが行われた (ADA改正法: ADA Amendments Act)。

このように、政策から個人レベルにおいて、少しずつ当事者の地域参画とリカバリー概念の萌芽が見られ始めた。そして、1992年には、当事者の地域参画とリカバリーを推進するために、薬物乱用及び精神衛生サービス管理局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration、以下、SAMHSA) が設立される。健康保険の適用範囲に関しても、医療と同等に精神疾患についても対象とすることを義務付けた精神保健同等法 (Mental Health Parity Act) が1996年にだされたが、さまざまな制約も加わり効果的なものとはなっていない。このようなことから、1999年には、精神保健と身体的健康との間に存在する支援体制の溝を埋め、人生のさまざまなライフステージ (ライフサイクル) にわたり継続的にそれらのニーズをサポートしていくことを強調した「精神衛生: 公衆衛生局長官による報告書」 (Mental Health: A Report of the Surgeon General) が、アメリカ公衆衛生局長官により刊行されることとなる。そして、2003年には、精神保健に関する大統領の新自由委員会 (President's New Freedom

Commission on Mental Health) が、リカバリーモデルを精神保健福祉政策の骨格として位置づけたことの意義は大きい。このことで、それまでの保護的(維持)支援モデルの枠を越えて、能動的で積極的な当事者の参画を推進する地域支援システムの構築の必要性がさらに強調されていく。その後、2010年に患者保護及び医療費負担適正化法(Patient Protection and Affordable Care Act)が制定され、人びとの医療や福祉ニーズに最も合致した支援体系を整えるために、比較臨床効果研究を促進する患者中心のアウトカム研究所(Patient-Centered Outcomes Research Institute)も設立された。2008年の精神衛生と依存症公平法(Mental Health Parity and Addiction Equality Act)とともに、医療費負担適正化法はメディケイドの適用を大幅に拡大し、精神保健福祉でのより統合的な支援アプローチの提供が目指される(Mechanic, 2011)。特に、医療費負担適正化法においては、メディケイドのもと、心身双方に渡る包括的なサービス提供を促進するヘルスホームオプション(Health Home Option)が設けられ、身体及び精神保健分野でのサービスの統合をより強化していくことが期待されている(SAMHSA-HRSA, 2012)。

### Ⅲ リカバリーと自己決定

#### 1 リカバリーの定義

当事者の声と権利擁護運動に後押しされ、精神保健福祉支援にはリカバリーの視点が不可欠であることが認識されてきた(Anthony, 1993)。リカバリーは、「精神障がいをもつ個人が、各々の最大限の可能性を発揮するために努力しながら、自己選択のもとで、地域での有意義な生活を実現するための癒しと好転の行程」として理解されている(U.S. Department of Health and Human Services, 2005)。薬物乱用及び精神衛生サービス管理局(SAMHSA)は、リカバリーを構成する10要素

として、自己決定(self-direction)、個々の状況にあったパーソン・センタード・ケア(individualized and person-centered approaches)、エンパワメント(empowerment)、全体性の視点(holistic views)、非直線形(nonlinearity)、ストレングス(strengths-based)、ピアサポート(peer support)、尊厳(respect)、責任(responsibility)、そして、希望(hope)をあげている。

温情主義的な伝統的支援システムは、当事者たちの抑圧され押し殺された声のうちに、いくつもの心を引き裂く経験(spirit breaking)を残してきた(Deegan, 1990)。脱施設化は、その当初の意図に関わらず、個人のなかにリカバリーの種をまき、その種は徐々に社会運動へと芽吹いていった。いわば、そこがリカバリー運動の始まりである。そして、これらの運動の高まりとともに、リカバリーを軸とする支援モデルの構築が進められてきた。リカバリーモデルは、専門職が特定するニーズではなく、当事者自身が自覚するストレングスとゴールを支援するモデルであり、リカバリーはその本人によって定義されるものである。脱施設化は、人々の達成したい思いや希望は多様であり、施設のような閉じられた画一的な環境では、決してリカバリーは起こりえないことへの社会的認識を喚起したといえる(Anthony, 1993)。

#### 2 自己決定

リカバリーモデルは、自己決定の概念を中核とし、当事者が支援プログラムの舵を取り積極的な参画者となることを支援する。すなわち、当事者の嗜好、目標、選択でもって支援プログラムが進められることが基本となる。たとえば、地域支援システムが構築された1980年代以降、保護的あるいは移行的アプローチにかわり、支援アプローチが奨励されてきた。支援アプローチとは、個人が近隣地域において、自らの選択でもって専門職やインフォーマルな支援を活用しながら

ら、その人自身が設定するゴールを達成することを支援する方法である。このアプローチには、援助付き住居 (supported housing)、援助付き雇用 (supported employment)、援助付き教育 (supported education) などがある。たとえば、援助付き雇用では、雇用支援と臨床アプローチを統合し、当事者が地域の職場環境において、支援機関のスタッフや職場での自然発生的なネットワークの活用と自己管理のもとで、就労の実現を目指す。その過程では、訓練後に実際の就労へと移行するという方法 (a train-and-place) ではなく、地域就労の中で必要な技術を身につけていくという方法 (a place-and-train) が強調される。このような「選択・取得・保持」(Choose-Get-Keep) モデルは、当事者の選択や自己決定の重要性を強調する職業リハビリテーションの技法として発展してきたものであるが、昨今では、ケアマネジメントなど、他の領域においても採用されている (Corrigan et al, 2007)。

また、当事者の自己決定を支援するために、共同意思決定 (shared decision-making) の重要性やそのあり方への関心も高まってきている。重度の精神障害をもつ当事者も、支援過程での積極的な意思決定を望んでいる (Fukui, Salyers, Matthias et al, 2013)。共同意思決定とは、「専門職とクライアントが意思決定の全行程において同時的に参画し、支援方針を協働で決定していく交互作用過程」である (Charles et al, 2003)。共同意思決定は、米国立医薬研究所 (Institute of Medicine) が強調しているパーソン・センタード・ケアのあり方、すなわち、個人のニーズ、嗜好、満足感を保障する支援の方向性 (Institute of Medicine, 2006) とも合致するものであり、医療費負担適正化法においてもその重要性が示されている。

精神保健福祉における共同意思決定のあり方は、更なる実践と研究の蓄積を必要とする分野である。たとえば、精神薬処方においては、服薬に

関する当事者の意思決定能力や嗜好について、精神科医が正当に評価をしていなかったり、自己選択能力に不安がある当事者もいることを鑑みると、精神保健福祉分野における共同意思決定の重要性は特に顕著である (Puschner et al, 2010)。昨今の研究では、意思決定の過程において、当事者の嗜好を取り入れることや積極的な参画を促進することが重要であることがわかってきている (Fukui, Salyers, Matthias et al, 2013)。そのため、専門職への共同意思決定にかかる研修にあわせて、共同意思決定支援ツールなどを利用しながら、当事者の積極的な参画を支援していくことがより効果的であることが指摘されている (Legare et al, 2012)。

#### Ⅳ リカバリー (達成) 支援対 保護的 (維持) 支援

リカバリーへの関心が高まる中、プログラムや支援効果 (アウトカム) 評価・研究においても、その視点を取り入れることが重要になってきている。たとえば、統合失調症に関する国際比較研究や5カ国で行われた7件の縦断的研究は、統合失調症をもつ当事者の高い率での症状の回復を明らかにしている (Fukui, Shimizu, Rapp, 2012)。これらの研究は、統合失調症や他の主要な精神症状が、慢性的で進行的な悪化をたどるといった前提ではなく、リカバリーが精神保健福祉支援の中心的なゴールとなるべきことを実証的にも示している。

現代の精神保健福祉システムで目指されるのは、症状の悪化を防ぎその維持を目標とする従来の保護的な支援枠組みを越えて、その人自身が定義する有意義な人生を実現するための支援システムへの転換である。それに伴って、たとえば、従来のプログラム評価・研究は、精神症状の改善や再入院の回避、入院期間の短縮など、状態の悪化を防ぎその維持に焦点をあてた支援効果評価であ

った。しかしながら、リカバリーの時代にあつては、個々人のゴールや経験的な成長といったものに関連した支援効果評価がより重要であると理解されている (Anthony et al, 2003)。そのため、プログラムやアウトカム評価・研究における効果測定 (従属変数) の設定や操作化は、疾病を中心としたものから、全体性の視点と、より肯定的で主観的な個々人の経験を評価するものへとシフトしてきている。

## V サービスと資源の統合

### 1 ケアマネジメント

ストレングス視点では、地域社会は「資源のオアシス」として理解されている (Rapp & Goscha, 2011)。しかしながら、脱施設化後の1980年代には、精神障がいをもつ当事者が、ホームレスとなり、刑務所に入り、再入院にいたるケースが増加した。地域社会は、自然発生的な資源の宝庫であっても、適切なガイドがなければ、そのオアシスは砂漠の中に埋もれ探し出されることはない。精神障がいをもつ人の困難さには、支援システムへのアクセスの難しさがあり、そこからこぼれ落ちてしまうことがある。それは、障がいに由来した自己管理や社会生活技能での困難さ、更には障がいに付随するスティグマなどにより、社会参加やサービスへのアクセスが阻害されることにある。それゆえ、地域支援システム機能の要は、当事者をサービス利用の先導者として位置づけ、その人自身の設定するゴールを達成するために、地域に点在する資源の点と点を結びつけることにある。

この目的を達成するために、地域支援システムは施設の形態に依拠するのではなく、機能を重視したより柔軟なものとして設計されてきた (Turner & TenHoor, 1978)。なかでも、ケアマネジメントはその中核的な役割を果たしている。現在、6つのケアマネジメントモデルが存在す

る。それは、(1) ブローカー型 (broker)、(2) 臨床型 (clinical)、(3) ストレングス (strengths-based)、(4) リハビリテーション (rehabilitation)、(5) 包括的地域生活支援プログラム (assertive community treatment、以下、ACT)、そして (6) 集中型 (intensive) である (Corrigan et al, 2007)。ケアマネジメントはメディケイドの対象であり、すべての州において提供されているが、効果評価や実証のない個々ばらばらの実践がなされているのが実情である。

ケアマネジメントモデルのなかで、最も広く採用され効果的なモデルとして認識されているのがACTである。精神障がいをもつ当事者には、精神症状のもつ特徴から、断片化された支援システムでは自らのニーズに合わせて必要なサービスを利用することの難しさがある。そのため、ACTは継続的で自己内包的な支援と積極的なアウトリーチを特徴とし、クライアントが不必要な入院に至ることなく地域で生活できることを支援するモデルである。たとえば、スタッフ一人当たりの担当クライアント数の制限、集中的なアウトリーチ (訪問)、他職種協働チームの活用、頻繁なコンタクト、期間制限のないアプローチなどがあげられる。数々のランダム化比較研究において、他の標準的な支援にくらべても、ACTはクライアントの地域生活支援に成功している (Dixon et al, 2010)。しかしながら、専門職による集中的な関わりは、時にACTの権威主義的な側面としての批判もあり、その支援プロセスにおいて、リカバリーの理念を十分に取り入れることが重要であることも指摘されている (Salyers & Tsemberis, 2007)。また、専門職の集中的な導入は、コスト面での課題もあり、昨今の経済的逼迫状況から、州によってはACTを財政的に支援できないところも増えてきている。

次に効果的なモデルとしてあげられるのは、ストレングスモデルである (Rapp & Goscha, 2011)。ストレングスモデルは、伝統的な病理・欠陥モデ

ルに対抗するモデルとして発展してきた。それは、ストレングスの理念を目標達成アプローチに取り入れることにより、クライアントのリカバリーを促進するための視点と具体的なツールを提供するものである。専門職とクライアントは、本人の希望、技能や能力といった個人のストレングスや環境のストレングスをアセスメント過程で発見し、本人にとって重要で意味のあるゴールを明確化する。そして、それらのゴールは、段階的に達成とその測定が可能な具体的な行動プラン（リカバリープラン）に反映されることで、クライアントが希望する生活の実現が目指される。現在までに、実験計画法を含めた10件の研究において、クライアントの地域支援におけるストレングスモデルの肯定的な成果が実証されてきている（Fukui, Goscha, Rapp et al, 2012）。ストレングス視点は、薬物乱用及び精神衛生サービス管理局（SAMHSA）によっても、リカバリー実践の重要な柱のひとつとして位置づけられている（U.S. Department of Health and Human Services, 2005）。しかしながら、実践レベルにおいて、ストレングスモデルの有効性が十分に活用されているとはいえない現状も指摘できる。それは、フィデリティ（効果的な支援プログラム実施の忠実度）とクライアントのアウトカムとの関連性を示す根拠が十分になかったことも一因となっている。最新の研究では、ストレングスモデルのフィデリティとケアマネジメント・チームレベルでの支援効果との実証的な関連性も報告されているが、より詳細な研究が求められている（Fukui, Goscha, Rapp et al, 2012）。

## 2 統合的支援（Integration Care）

精神保健福祉システムは、リカバリーの視点を機軸とし、疾病に対する限定的な理解ではなく、より全体性のアプローチでもって当事者支援の提供が目指される。しかしながら、その実施におい

ては、具体的な方向性が示され成功しているとはいえない。そのひとつに、精神障がいをもつ当事者の身体医療へのアクセスに関する障壁があげられる。この背景には、精神障がいに付随するステイグマ、精神障がいに関連した健康リスクへの専門職の知識不足、心身の健康状態をモニタリングし、必要かつ適切な専門的支援を利用する上での当事者の力量の制限も指摘できる。このような要因もあり、断片化された支援システムの狭間で、精神障がいをもつ当事者は身体医療へのアクセスが阻害されやすい。その結果、生活習慣病を含む、早期発見、早期治療や予防が可能な疾病（肥満、高脂血症、糖尿病、心血管疾患など）により、精神障がいをもつ当事者は一般人口よりも25年早く亡くなっていることが報告されている（Parks et al, 2006）。

このような精神と身体ニーズへの支援システムの乖離状況は、非効率・非効果的で、さらには高コストの支援提供を導く結果となっている。そのため、これらを是正し、心身双方のニーズを包括的に支援するために、医療費負担適正化法においてはヘルスホームオプションが加えられている（SAMHSA-HRSA, 2012）。ヘルスホームは3つの形態を持つ。まず、一体型モデル（in-house model）では、精神保健機関が、身体にかかる診療・診断サービスを同組織内で管轄・運営する。次に、共同設置パートナーシップモデル（co-located partnership model）では、精神保健機関が、他機関との連携において、身体にかかる診療・診断サービスを同施設内で提供する。最後に、委託促進モデル（facilitated referral model）では、精神保健機関が、他機関のもとで提供されている身体にかかる診療・診断サービスに、クライアントがアクセスできるよう支援・コーディネートする。

これらのモデルにおいては、ケアコーディネーターの役割が重要となる。その役割とは、精神と身体両面でのニーズを全体的に支援していくため

に、精神障がい当事者への身体的な健康に関する自覚と教育を促しながら、関連専門職や支援体制を統合していくことにある。たとえば、身体ニーズについて、医師や看護師とのコミュニケーションに不安のあるクライアントの診療場面に付き添い、本人の意思を十分に踏まえた支援内容となるよう共同意思決定支援を行うことなども含まれる。ケアコーディネーターには、本人のニーズを支援する際他職種間連携技術とともに、基礎的な医療に関する知識も求められる。そのため、本人のゴールやニーズを理解し、地域資源を把握しているソーシャルワーカーであったり、医療専門職である看護師などがその役割を担うこととなる。また、研修を受けたピアスペシャリストや、コミュニティーメンタルヘルスワーカー、ヘルスナビゲーターなどの活躍も期待されている。しかしながら、精神保健福祉システムにおける、専門職者間、また、専門職とクライアント間に存在する力構造もあり、クライアント本人のゴールを中心としたリカバリー視点と共同意思決定を支援する仕組み作りが不可欠である。

## VI 科学的根拠に基づく実践

### 1 エビデンス・ベースド・プラクティス

リカバリー概念への関心の高まりは、同時に、科学的情報・根拠に基づく実践への要請も強めてきている (Anthony et al, 2003)。リカバリーに基づく支援モデルでは、当事者自身の設定するゴールを達成するために、効果的かつ効率的な質の高いサービスを身近な地域において利用できるよう、アクセスでの公平性を保障することが重要となる。

エビデンス・ベースド・プラクティス (evidence-based practices、以下、EBP) とは、「クライアントのアウトカムの向上を示す一貫した科学的根拠に基づく支援介入」である (Drake et al, 2001, p.180)。通常、EBPは標準化されたガイド

ラインとトレーニングマニュアルを持ち、日々の臨床での効果的・効率的な支援介入の実施と普及をその目的とする。最も科学的根拠レベルの高いEBPは、複数のランダム化比較試験により、その支援効果に関する高い内的妥当性と外的妥当性を備えていることが求められる。また、EBPにおいて重要となるフィデリティ (fidelity) 尺度は、その支援介入がプログラムモデルのプロトコルにどれくらい忠実に基づいているのかを、支援の実施構造とプロセスの側面からモニターし、実践度の高いプログラムの実施と普及を保障し促進するために有効とされている (Mowbray et al, 2003)。

支援介入は、期待するアウトカムを達成するための独立変数の操作化であり、リカバリーモデルにおいては、その作業仮説化において当事者の視点と参画が不可欠である。そのため、同じ障がいの経験を共有し、リカバリーを経験してきているピアスタッフらが支援過程で果たす役割への期待は大きい。さらに、昨今のEBP研究においては、地域統合 (community integration) と主観的ウェルビーイングというリカバリーにおける2つの主要な側面での効果測定が重要となる。すなわち、治療へのコンプライアンスや入院率の低下といった従来のアウトカムに限定されるのではなく、地域社会への参加とともに、その人のゴールや経験的な成長といったリカバリーの重要な側面について言及できるものが望まれる。ただ、リカバリーを測定する基準となる指標はなく (Williams et al, 2012)、客観的に測定される地域統合 (例、雇用、教育) と本人の主観的なリカバリー経験 (例、希望、自尊感情) とが、どのように関連しあっているのかについての研究もまだ途上である。

全国的にもその実践効果の有効性が認識されているEBPには、(1) 援助付き雇用 (supported employment)、(2) ACT (assertive community treatment)、(3) 症状管理とリカバリー (illness management and recovery)、(4) 家族心理教育

(family psychoeducation)、(5) 薬物依存と精神疾患治療の統合 (integrated dual disorders treatment)、(6) 薬物治療管理 (medication management) がある (Bond et al, 2004)。しかしながら、統合失調症患者のアウトカム研究チーム (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team) の報告によれば、これらのEBPにおける研究と実践での乖離状況も指摘されている (Dixon et al, 2010)。すなわち、支援効果があるとされるEBPへのニーズをもつクライアントに対して、それらの支援が十分に提供されていない現状もあげられる。また、他の課題としては、日常経験的に効果が実感されている、数々の現場実践に関する科学的検証についても、その方法が模索されている段階である。EBPにおいては、ランダム化比較試験など、量的な側面での大規模な評価が強調されがちであるが、個人レベルでのリカバリー経験を質的な側面から評価していく視点も重要である。たとえば、当事者の積極的な参画を中心とし、その効果が注目されている精神症状のセルフマネジメントやピアスペシャリストの役割などに関する評価には、参加型アクションリサーチなどのより多様なレベルでの評価も必要となる。

## 2 スーパービジョン

リカバリーとEBPという精神保健福祉システムにおける2つの大きな柱は、マクロからミクロまでのさまざまなレベルにおいて、新たな政策、視点、能力の導入を要請してきている。そのため、現場の専門職にとっても多大な挑戦となっている。特に、専門職のおかれている現状を鑑みると、その対策が急務である。

Hogeら (Hoge et al, 2011) は、専門職の直面する課題として、(1) 施設中心から地域中心の支援へとシフトすることによる、個々の専門職の自律に任された、プロセスの観測されにくい支援提供の増加、(2) 支援組織での財源が逼迫することに

よる、専門職一人当たりの担当ケース数の増加、(3) 当事者のもつ身体・精神的ニーズの複雑化、(4) リスクアセスメントと管理に関する強い要請、(5) 他職種専門職者・機関間での連携・協働を必要とするEBP実施のための専門的知識・技術・能力への強い要請、(6) リカバリーを実現するための共同意思決定への強い要請、をあげている。

これらの課題は、クライアントへの直接支援を行うスタッフの多くが、専門的な養成教育課程を経ることが必要条件とされていないこともあり、より深刻な状況となっている。たとえば、ケアマネジャーは、一般教養学部レベルでの学位 (もしくは同等の経験) が要求されるのみで、特に専門的な教育や訓練を受けているわけでもなく、ヒューマンサービスでの経験も限られた者が中心となっている。その一方で、日常業務で求められる技術や知識は高度かつ複雑である。そのため、仕事上でのストレスやバーンアウトも高く、仕事への満足度は低く離職率も高いことが報告されている (Fukui, Rapp, Goscha et al, 2013)。

このような課題を解決するための提案としては、より専門性のあるスタッフを惹きつけるために給与を上げること、そして、スタッフへの研修を充実することがあげられる。しかしながら、前者については、財政状況が逼迫するなかでの実現は難しい。また、後者については、スタッフの実践態度の向上を目的とした研修の効果はそれほど高くないことも指摘されている。たとえば、Curryら (Curry et al, 1994) は、教えられた技術について、その10~13%程度でもってしか実践の場では生かされていない状況を指摘している。このような背景から、3つ目のアプローチとして提案されているのが、スーパービジョンである (Fukui, Rapp, Goscha et al, 2013)。

スーパービジョンは、もともと組織運営と管理責任業務の一部として発展してきた。そのため、その役割としては、職員の仕事の効率や生産性の

向上と組織運営のアカウントビリティ（説明責任）を主としてきたが、職員の質の向上を目的とした役割についても強調されるようになってきた。Kadushinら（Kadushin & Harkness, 2002）は、スーパービジョンを、管理、教育、支援の3つの機能から説明している。特に、リカバリーモデルの支援においては、管理的な機能よりも、クライアントのゴールを達成するためのスタッフ実践を支援するスーパービジョンの重要性が増している。たとえば、Fukuiら（Fukui, Rapp, Goscha et al, 2013）の実施したクライアントを中心とするスーパービジョン尺度の開発においては、「情緒的支援」、「クライアントのゴール達成のための支援」と「教育的支援」が重要な構成因子であることが報告されている。まず、「情緒的支援」とは、支援スタッフへの、肯定的な業務評価、チームメンバー間での関係性の向上、業務ストレスの緩和、職場に対する肯定的な評価などを支援する機能である。次に、「クライアントのゴール達成のための支援」は、支援スタッフへの、クライアントのゴール達成のための支援方法に関するアイデアの創出、クライアントのゴールにあった支援内容の提案、クライアントに対する新たな視点の発見、クライアントのゴールに向けた支援の優先順位の明確化などをサポートする機能である。そして、「教育的支援」は、支援スタッフへの、仕事のパフォーマンスに対するフィードバック、仕事のスキルに関するコーチングとトレーニングの機会の提供、キャリアアップなどを支援する機能である。特に「クライアントのゴール達成のための支援」については、従来の疾病把握を目的としたアセスメントではなく、本人や環境のストレスを中心とするストレスアセスメントを利用したブレインストーミングにより、クライアントのゴール支援のためのアイデアを創出していくグループスーパービジョンが最も有効である。

全米EBP実践プロジェクトの報告（McHugo et

al, 2007）によれば、スーパービジョンの質の高さは、援助付き雇用や薬物依存と精神疾患治療の統合プログラムの実施において、高いフィデリティレベルの達成に寄与していることが示されている。また、EBP実施サイトにおけるコンサルタントやトレーナーを対象とした全国調査において、スーパーバイザーの役割がEBP実施の成功の鍵であることも認識されている（Carlson et al, 2012）。すなわち、リカバリーに基づく質の高いEBP実践が求められている昨今、支援スタッフへのスーパービジョンは不可欠であり、従来の管理的な役割を超えて、クライアントを中心としたスーパービジョン体制を整えていくことが重要になってきている。

## VII 結論

アメリカの脱施設化は、薬物医療や医学実践での飛躍的な進歩がその背景の一部としてあったが、政府の財政的責任の縮小が最も直接的で大きな誘因であった。公立運営の病院・施設が大部分であったことも、脱施設化の促進を後押ししたかもしれない。各国にはそれぞれの精神保健福祉にかかる制度と歴史があり、それらの直接的な比較は容易でなく、同じ道程を進むことの難しさもある。しかしながら、アメリカの脱施設化の歴史は、リカバリー支援という点において、2つの揺ぎ無い事実を私たちに示唆しているのではないだろうか。第一に、閉塞的で画一的な施設や病院などの環境では、リカバリーは実現しない。施設の壁の崩壊は、物理的環境の変化だけではなく、人々の意識レベルにおいて、地域のもつ潜在性とその重要性を気付かせるものであった。ストレスモデルの開発者達は、人生のゴールや希望について問われた精神病棟入院患者らの顔に、答えに戸惑う困惑の表情を見た。失われた地域社会でのつながりを取り戻し、隔離された状況から地域社会へ

の回復・統合は、リカバリーへの必要条件である。すなわち、「a place-and-train」アプローチにもみられるように、当事者と支援者とが地域の中に存在する希望と可能性を信じ、まず地域とつながる中で、何が本人のリカバリーにとって必要であるのかを見つける視点が重要である。第二に、リカバリーは、本人の内なる声への傾聴と尊敬が払われる瞬間においてのみ息づき成長する。脱施設化とともに起こってきた当事者運動は、温情主義的な支援システムの中で押しつぶされてきた当事者の声に、社会の気づきを喚起するものであった。その運動は、人々の間に、リカバリーへの希望の光を伝達し社会で共有するための強力な媒体となった。希望は、人々が持ちうる究極で侵すことのできない権利と力である (Frankl, 1946/1985)。

リカバリーは、個人の経験を語るところから生まれ、国や制度の違いを越えて共感され、国際的な共通語として支持されつつある。当事者は、もはや受身的なサービス受給者ではなく、自身のゴールを達成するために、自律と自己決定でもって必要な精神保健福祉システムを活用し、ひいては、それらのシステムを離れてセルフマネジメントを目指していく。このようなりカバリー支援においてEBPは有効であり、EBPへの当事者のアクセスを保障していくための政策、実践、研究体制の確立が必要である。この点で、EBPとリカバリーモデルを政策に取り入れたアメリカの決断は評価できるものであり、その取り組みへの諸外国からの関心の高さは、リカバリーを機軸とする支援のグローバル化を約束するものであろう。しかしながら、リカバリー支援の実践にむけた地域資源と支援体制の整備は、アメリカにおいてもまだまだ模索の途にある。リカバリー支援では、当事者の積極的な参画と、それを支える者の高い技術が求められる。そのため、一つ一つの実践プログラムを個人のリカバリーという視点から科学的に評価し、それらの有効なプログラムが個人へと確

実に届くようスーパービジョンの役割がますます重要となる。そのための成功の鍵は、「リカバリーは専門職が握るのではなく、当事者のものである」という認識であり、人々の経験から学ぶという我々の謙虚な態度であろう。

#### 参考文献

- Anthony, W. 1993. "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s." *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol.16, 11-23.
- Anthony, W., Rogers, S., & Farkas, M. 2003. "Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery." *Community Mental Health Journal*, Vol.39, 101-114.
- Bond, G., Salyers, M., Rollins, A., Rapp, C., & Zippel, A. 2004. "How evidence-based practices contribute to community integration." *Community Mental Health Journal*, Vol.40, 569-588.
- Carlson, L., Rapp, C., & Eichler, M. 2012. "The experts rate: supervisory behaviors that impact the implementation of evidence-based practices." *Community Mental Health Journal*, Vol.48, 179-186.
- Charles, C., Whelan, T., Gafni, A., Willan, A., & Farrell, S. 2003. "Shared treatment decision making: What does it mean to physicians?" *Journal of Clinical Oncology*, Vol.21, 932-936.
- Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R., & Solomon, P. 2007. *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, The Guilford Press.
- Curry, D., Caplan, P., & Knuppel, J. 1994. "Transfer of Training and Adult Learning (TOTAL)." *Journal of Continuing Social Work Education*, Vol.6, 8-14.
- Cutler, D., Bevilacqua, J., & McFarland, B. 2003. "Four decades of community mental health: a symphony in four movements." *Community Mental Health Journal*, Vol.39, 381-398.
- Deegan, P. 1990. "Spirit breaking: When the helping professions hurt." *The Humanistic Psychologist*, Vol.18, 301-313.
- Drake, R., Goldman, H., Leff, S., Lehman, A., Dixon, L., Mueser, K., & Torrey, W. 2001. "Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings." *Psychiatric Services*, Vol.52, 179-182.
- Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R., Lehman, A., Tenhula,

- W., Calmes, C., Pasillas, R., Peer, J., & Kreyenbuhl, J. 2010. "The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements." *Schizophrenia Bulletin*, Vol.36, 48-70.
- Frankl, V. 1946/1985. "Man's search for meaning." Boston, MA: Beacon Press.
- Fukui, S., Goscha, R., Rapp, C., Mabry, A., Liddy, P., & Marty, D. 2012. "Strengths Model Case Management Fidelity Scores and Client Outcomes." *Psychiatric Services*, Vol.63, 708-710.
- Fukui, S., Rapp, C., Goscha, R., Marty, D., & Ezell, M. 2013. "The perceptions of supervisory support scale." Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, DOI: 10.1007/s10488-013-0470-z.
- Fukui, S., Salyers, M., Matthias, M., Collins, L., Thompson, J., Coffman, M., & Torrey, W. 2013. "Predictors of shared decision making and level of agreement between consumers and providers in psychiatric care." *Community Mental Health Journal*.
- Fukui, S., Shimizu, Y., & Rapp, C. 2012. "A cross-cultural study of recovery for people with psychiatric disabilities between U.S. and Japan." *Community Mental Health Journal*, Vol.48, 804-812.
- Geller, J. 2000. "The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services." *Psychiatric Services*, Vol.51, 41-67.
- Hoge, M., Migdole, S., Farkas, M., Ponce, A., & Hunnicutt, C. 2011. "Supervision in Public Sector Behavioral Health: A Review." *The Clinical Supervisor*, Vol.30, 183-203.
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health in America. 2006. "Improving the quality of health care for mental and substance use conditions." Washington, DC, National Academies Press.
- Kadushin, A., & Harkness, D. 2002. "Supervision in social work, (4th ed.)." New York: Columbia University Press.
- Légaré, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratté, S., Kryworuchko, J., & Graham, I. D. 2012. "Patients' Perceptions of Sharing in Decisions: A Systematic Review of Interventions to Enhance Shared Decision Making in Routine Clinical Practice." *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, Vol.5, No.1, 1-19; 10.2165/11592180-000000000-000000000.
- McHugo, G., Drake, R., Whitley, R., Bond, G., Campbell, K., Rapp, C., et al. 2007. "Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project." *Psychiatric Services*, Vol.58, 1279-1284.
- Mechanic, D. 2011. "Behavioral Health and Health Care Reform." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.36, 527-531.
- Morrissey, J., & Goldman, H. 1984. "Cycles of reform in the care of the chronically mentally ill." *Hospital and Community Psychiatry*, Vol.35, 785-793.
- Mowbray, C., Holter, M., Teague, G., & Bybee, D. 2003. "Fidelity criteria: Development, measurement, and validation." *American Journal of Evaluation*, Vol.24, 315-340.
- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P., & Foti, M. 2006. "Morbidity and mortality in people with serious mental illness." Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council.
- Puschner, B., Steffen, S., Slade, M., Kaliniecka, H., Maj, M., Fiorillo, A., Munk-Jørgensen, P., Larsen, J., Égerházi, A., Nemes, Z., Rössler, W., Kawohl, W., & Becker, T. 2010. "Clinical decision making and outcome in routine care for people with severe mental illness (CEDAR) : Study protocol." *BMC Psychiatry*, 10:90, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/90>.
- Rapp, C., & Goscha, R. 2011. "The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services." New York, Oxford University Press.
- Salyers, M., & Tsemberis, S. 2007. "ACT and recovery: Integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams." *Community Mental Health Journal*. DOI:10.1007/s10597-007-9088-5
- SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions. 2012. "Behavioral health homes for people with mental health & substance use conditions: The core clinical features." Washington.
- Solomon, P., & Lukens, J. 2011. "Mental health services." In Quirk, P., Cunio, W. (eds.) *Governing America: Major decisions of federal, state, and local governments from 1789 to the present*. Facts on File, New York, New York.
- Turner, J., & TenHoor, W. 1978. "The NIMH community support program: Pilot approach to a needed social reform." *Schizophrenia Bulletin*, Vol.4, 319-348.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Mental Health Services. 2005. *National Consensus Statement on Mental Health Recovery 2005*
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Boutillier, C., Oades, L., & Slade, M. 2012. "Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*: DOI 10.1007/s00127-012-0484-y

(ふくい・さだあき カンザス大学助教)