

## ニュージーランドにおける精神障害者地域生活支援（第一報）

### - 福祉国家の変貌と本邦の課題に関する一考察 -

横尾久美子<sup>(1)</sup>, Ken Daniels<sup>(2)</sup>

(1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科

(2) University of Canterbury, School of Social Work and Human Services

## Community Care for Mentally Disabled People in New Zealand Subtitle; A Study on Changing Social Welfare State and Japan's Welfare Problems

Yokoh, Kumiko : Daniels, Ken

(1) Niigata Seiryō University, Faculty of Nursing, Social Welfare and Psychology,  
Department of Social Welfare and Psychology

(2) University of Canterbury, School of Social Work and Human Services

### Abstract

Currently, there are over 70,000 patients in psychiatric wards unable to be discharged due to personal and social circumstances, as well as they are able to return to usual social community. This article will look at both history and current strategies for the transition of patients from large hospitals to community care practiced in New Zealand, as a viable model for Japan.

Although New Zealand, remains a social welfare state, social policy have undergone significant changes. In spite of an economic downturn, the system has retained, its strong philosophical foundation and now delivers many services through, NGO, including housing, and mental health team care.

### Key words

Changing welfare state, Community care for mental disabled peoples, Circumstances, Team care by mental health professionals, Political problems to be solved

### 要 旨

今日、本邦では約7万人の社会的入院患者が精神病院に在院しており、それらの人々は社会的資源が整えば退院可能と言われている。本論においてはニュージーランドでの福祉施策、特に精神保健福祉の歴史的展望、ならびに現地調査をふまえ、今日、同国でおこなわれている地域ケアサービスの実態を具体的に報告、本邦に於ける有用な地域支援モデルとして提示した。

### キーワード

福祉国家の変容、精神障害者地域生活支援、環境、他職種チームケア、政策課題

## はじめに

現在、本邦では病状が安定しており、条件がととのえば退院が可能とされる社会的入院患者が約7万人在院している。厚生労働省を中心に政府は、こうした社会的入院患者の退院促進に03年から取り組み、精神保健福祉士の育成、地域生活支援センターの設立、グループホーム設立のための財政的支援等、次々と施策的誘導を行ってきたが、依然、その数は微減にとどまり目標達成にはほど遠い現状がある。精神保健福祉士は当初の数値目標を超えたが、彼・彼女らの奮闘にもかかわらず退院促進は依然、困難な状況にある。

その背景には精神障害者自身ならびにそれを支える家族の高齢化、そして少子高齢化・核家族化にともなう家庭復帰の難しさがあると考えられる。家族が高齢化し、あるいは家計の主計者が交代しているなかで、いかに病状が安定し、退院に対して本人も前向きになったにせよ、こうした状況下において、家族の同意は得られにくい。精神障害者自身、そうした困難に直面すると、やがて諦めることに慣れ、結局「このまま、ずっと病院において欲しい」という要望に至ることが、精神障害者の地域生活復帰に立ちほだかる大きな壁となっている。

「社会的条件を整えば」という、その「条件」の中に、地域生活の基盤となる「住まい」はどれほど射程に入っているのだろうか。それが整えられない限り、いかに地域生活支援センターを増設しても、利用することさえかなわない精神障害者が確実に存在する。そして、これら現状を鑑みる時、退院促進をより確実強固に推し進めるためには、家庭や家族による介護力に依拠しない新たなパラダイムが求められていると思われている。

本邦における精神障害者地域生活支援に関する論文の大半は、地域生活支援センターやホームヘルプサービス、訪問看護といった既存の社会資源の有効性に関する調査である。しかしながら片桐の生活全般の支援体制の不足を課題として指摘した論文<sup>1)</sup>や、林らのホームヘルプサービスの課題の指摘<sup>2)</sup>、田村らによる地域での継続した支援が必要であるにも係

わらず、その不足によりサービスの狭間におかれ、孤立感や再燃の危険性についての指摘<sup>3)</sup>、山本らによる、退所後の地域生活支援においては、そのストレスの高さゆえ、支援はより重要でタイムリーになされなくてはならないという指摘<sup>4)</sup>などが見られる。さらに、安武は中国5県における精神障害者支援施策の現状を調査した研究の中で、住まいに対する相談をうけたことのある職員が62.7%であったことを報告している<sup>5)</sup>。以上の先行研究から導き出される本邦の精神保健福祉上の、今日的課題は、現状の政策的支援メニューがいずれも生活全般を支援するに至っておらず、そしてその不足は家族や職員の負担によって補われているという現状に集約できよう。こうした現状が退院阻害要因になっていると推測される。

したがって、本論では、上記の問題認識に立脚しつつ、ここ10年で急速な脱施設化に成功したニュージーランド（以下New Zealand）の支援体制について、現地調査をふまえて明らかにするとともに、本邦における適用の可能性について論じたい。

## ・ New Zealandの概要ならびに福祉施策

New Zealandというと風光明媚な観光地というイメージが定着しており、太平洋地域ではオーストラリアとならんで人気にある観光立国である。しかしながら、かつてNew Zealandが南太平洋の北欧とさえ称される福祉国家であったことは、本邦において、あまり知られていない。田辺の論文によれば、1877年に世界初の義務教育無償化、1893年に世界初の女性参政権の確立、1926年世界初の家族手当を創設、1947年には総合的な生活保障体系として、社会保障法の確立を実現した。しかしながら、1947年英連邦の一員として独立国家となっても1970年代までは経済的に英国に依存できたことから、高度な福祉国家として世界第3位の高水準の生活を維持できたと言う<sup>6)</sup>。北島・南島からなる国土は本邦とほぼ同じ広さながら、人口は約423万人と人口密度は格段に少ない。さらに勤労者平均所得は2007年の調査において約423万円（Statistic

New Zealand 2007, 週給から年収を算出=38,428NZ\$を1NZ\$=90円で換算)であり本邦の平均所得580万に比べると73%である。所得に応じ3段階区分により課税される所得税率は17~32%であり、消費税率は12.5% (ただしパンなど生活必需品は非課税)と、現地在住者の生活は本邦に比して、決して豊かとは言いがたい。しかしNew Zealandでは今日なお、社会保障サービス・福祉サービス給付は、収入に応じた直接税および消費税を主とする間接税からなる全額租税負担方式でまかなわれている。

歴史的に振り返るならば英国経済の低迷とともに支援の矮小化と同国経済の低迷により、1980年代半ばからNew Zealandは強力な財政改革を迫られ、公的サービスに市場原理と民営化が導入され、それは種々の福祉サービスに対しても不可避免的に波及した。その間、政権は、労働党と国民党の2大政党を中心に、政権交代を繰り返したが経済的に困難な状況はごく最近まで続いた。そうした状況下であっても全額国税から拠出される年金についての応能負担・一律拠出を巡る国民投票が僅差ながら従来通りの方式で継続されるようになったこと、さらに前首相で国民党のジニー・シップリーが首都ウエリントンの空港を外資系企業に売却しようとしたことをきっかけに失脚、再び労働党への政権交代がなされるなど、民営化・市場原理の導入がなされた後もNew Zealand国民のバランス感覚のよさ、福祉国家への国民的理解は今日なお維持されている。小泉政権下で民営化の模範と称された郵政民営化は、当初の設計図通りに進まず、依然、郵便事業は旧New Zealand Postが大多数を占め、結局、一度民営化されたPost Bankも、今日Kiwi Bankと名前をかえながら、その実態は、ほぼ全株を国が保有する国営会社であり、その実態は以前のPost Bankと変わらない。さらに欧米諸国でのBSE問題とともに農牧畜業の再生、教育分野における積極的留学生誘致の成功などにより、同国は経済的な危機を脱して、今日、発展に転じつつある。

その一方で本邦同様、所得格差が進み、公的医療保険制度のみに頼る一般所得者層が公立病院の膨大な待機リストにより治療をタイ

ムリーに受けられない反面、富裕層は私的医療保険により、設備の整った私立病院で迅速に治療できるといった新たな問題も生じてきている。New Zealandはこうした課題をかかえ、また財政改革に伴う市場主義や競争原理を取り入れながら、福祉国家の基盤を維持するため、欧米型ではない独自のスタイルで挑戦し続けている。今日の本邦の福祉施策と比較する時、これはきわめて優れた取り組みであると感じさせられている。

New Zealandは市場原理導入と福祉国家の骨格をいかに維持しているのだろうか。単に行政改革と民営化にとどまらず、その結果については今後も継続的に研究し、その成果に学び本邦施策に反映させてゆく必要がある。なぜならば、それは、福祉国家の維持と市場・競争原理の導入をいかに両立するかという課題への答えになると思われるからである。

New Zealandにおいてしばしば取り上げられる福祉的課題は、人口の約13%を占めるマオリ・ピープル(先住民族マオリ族の血を引く人々)の文化的大家族主義であり、それにより十分な教育の機会が得られず、多くが貧困の連鎖から抜け出せないという問題がある。実際、貧困層の少なからぬ部分をマオリ・ピープルが占めている。さらに、国家設立時のワイタング条約により英連邦では唯一、先住民族マオリに対してもヨーロッパ系移民と全く同等の権利(国家設立時には英国籍を取得)が保障され、公用語も英語とマオリ語(それ故、近年では単にNew Zealandと称せず、Aotearoa New Zealandとすることが多い)となっているにもかかわらず、依然として一般的にマオリ・ピープルに対する差別が存在するのも否定できない。こうした背景により精神保健福祉サービスにおいても、マオリ・ピープルに対する支援は大きな課題となっている。次項では、現地カンタベリー大学社会福祉学部において長年、教育と研究に携わり、定年退官後、同国最大の精神保健福祉サービスプロバイダーであるRichmond New Zealandの理事長ならびに同大学非常勤講師を務めるKen Danielsが同国精神保健福祉について論じる。

## ・ New Zealandにおける精神保健福祉サービス供給の歴史的発展

1980年代の後半から、1990年代の初頭にかけて、New Zealandの精神保健福祉サービスは重大かつ重要な転換点をくぐり抜けた。この政策の目に見える変化は、New Zealand全土の大都市周辺でおこなわれた大規模な精神病院の閉鎖である。それらの精神病院は、精神疾患を経験している人々にとって、中心的かつ、しばしば唯一のサポート資源であった。1960年代後半には、総合病院の派生的サービス供給であった。これらはしばしば他から分離された一つの病棟で精神的ケアと治療がなされるという形で現れた。筆者（Ken Daniels）が1968年、精神科ソーシャルワーカーとして英国での研修を終えて帰国した時、そのポジションは公立病院に附属するものであった。筆者の職務には、一般病棟からの退院者または最近精神科病棟に親族をもった家族に対して、地域で支援することが含まれていた。

こうしたサービス供給における付加的方法は、地域における治療、ないしは大規模精神病院の結果的閉鎖の端緒であった。この発展形態は、多くの西欧諸国でのそれと異なるものではない。このサービス供給方法に多大な貢献をなしたものは、精神疾患をみ、治療する方法である。スティグマは精神疾患につきまとい、それは一般市民がそれらの人々を地域から閉め出し、地理的に分離された巨大な施設においていたということからくる、恐れならびに理解不足に基づくものである。「見ざる、考えざる（Out of sight, out of mind）」はしばしばよく繰り返された。精神疾患の本質についての理解、精神薬理学の発展、ほとんどの精神疾患は本質的にエピソード的なものだという認識、施設依存が大規模精神病院の入院によって引き起こされるという認識の広がり、さらにそうした精神疾患への人道的アプローチへの関心の増大等々、全てがこころ病む人々が適切に処遇されるためには、どのようなニーズがあるのだろうか、という重大な再考に寄与したのだった。

DowlandとMckinleyがまとめた1985年の研究のタイトルは「ケアすること、治療すること、

そしてコントロールすること：部外者から見たNew Zealand精神病院の生活と活動」が出版されたとき、当時の内閣府精神保健局長は、緒言で「ケアすること、治療すること、コントロールすること、というこのタイトルが、異なった目的に伴う同時代的ジレンマ、哲学と実践の葛藤の表現であり認識を簡潔に捉えている」と述べている。

ここ10年においては、大きな思想的変遷があり、それは回復に基盤をおいた哲学とアプローチに導かれている。疾病障害と治療に代わって、今日では回復へのプランニングと活動に焦点づけられている。その人個人、家族、適切なソーシャルネットワーク、そして住居、雇用といった、広範な諸システムが要求される回復は、New Zealandの精神保健福祉戦略の中核的要素である。それらの要素のキーポイントは、以下のようなものである。

- サービス給付のための「回復」アプローチ
- 利用者のエンパワーメント
- それらの人々の権利保障
- それらの人々の精神保健とウェルビーイングの管理能力を高めること
- 社会への完全参加を可能ならしめること
- 差別を阻止すること
- 最もそれを必要とする人への支援
- 資源のガイドラインを定めること
- サービス利用者のニーズにあった土台を創り出すこと
- クライアントがサービス機関の切り替えるのを支援すること
- マオリならびに太平洋民族の精神保健について格段の強調
- 継続的ケアプログラムの一部としての家族への支援
- 精神保健システムを発展させるため継続的的努力を傾注すること

これらの戦略はNew Zealandの二文化性にとってとりわけ重要である。New Zealand先住民で人口の13%を占めるマオリは、精神保健福祉サービスの上では明らかな有意差を持って現れる。

回復の哲学(recovery philosophy)は首尾一貫して精神科施設から地域支援へとたたらきかけ続けている。

これらの経験は、精神疾患患者を大規模施設から、人生の大部分を地域生活継続へと移し続けるであろう。この精神によって、焦点づけと強調点は、地域においてサービスを供給するということへと移行しているのである。政府機関によるサービスは病院でのケアと地域でのケアの双方を担っている。しかしながら、それに加えて、300を超えるNGOがNew Zealand全土でサービスを供給している。それら多くの組織は、契約を通じ、政府からサービス供給を行うための資金を得ている。それらのもっとも大きな組織が、筆者が理事長を務めるRichmond New Zealandで、クライアントとともに活動している。この組織においては、600名のスタッフを雇用し、3000万NZ\$の基金を保有している。Richmondや他のNGOは政府の詳細な計画（Blueprint）にそったサービス供給においてパートナーシップを保っている。

### ・ New Zealandにおける コミュニティケアの実際

筆者（横尾）は、2006年夏、New Zealandにおける精神障害者地域生活支援の実際を調査する目的で、現地に約2週間滞在、3つの機関を訪問し、その実際を間近に見聞するとともに、現地のソーシャルワーカーへのインタビューを通じて、それら組織の特色と支援の実際について現地調査を行った。訪れた組織は、Richmond New Zealand、ComCare Trust、Princess Margaret Hospital、Eating Disorder Departmentの3つであるが、本論では、紙面の都合上、同国最大のサービスプロバイダーであるRichmond New Zealandについて報告する。

RichmondはDanielsが既に述べたように、New Zealandにおける最大の精神障害者地域支援サービスプロバイダーである。組織としては全世界に40の組織をもつRichmond Fellowshipと連携したNGOで、1974年に創立され、今日ではNew Zealand国内に24の拠点を有している。Richmondは地域に立脚した（Community Based）サービスの他に、Multi-Systematic Therapyサービス、聴覚障害者メンタルヘルスサービス、不適応行動に悩む若者

のためのサービスを提供し、それら費用については同国より拠出されている。

今回の訪問で筆者が中心的に調査を行ったのは、上記のサービスのなかではCommunity Basedすなわち地域支援であり、本論はRichmondの全容を解明するものではない。しかしながら本論の目的に照らして必要かつ十分と思われるので、この項においては、訪問調査の結果をふまえ、支援形態やその実際について、具体的に報告する。

#### Richmondコミュニティケアの実際

今回の訪問で筆者が最も印象づけられたのは、精神障害者の居住空間の豊かさや暖かさとともに、地域生活支援において、住まいを提供するだけではなく、それとともにソーシャルワーカー、心理士など、多職種からなるチームでのケアが、継続的かつ計画的になされていることであった。精神障害者の為の特別な居住施設ではなく、ごく一般的な公営住宅（フラット）24戸のうちの14戸が精神障害者の住居として用いられ、そのうちの1戸がソーシャルワーカーが日中常駐するオフィスとなっている。なお、同オフィスには通常のワーカー業務のための事務所だけでなく、面接室や症状が不安定な入居者がいる場合にスタッフが宿泊できる当直室まで備えられている。

（写真1：この公営フラットの右側一戸の住居がオフィス、他は精神障害者のための住居ならびに一般人が入居する住居）



この地域ケアサービスオフィスのソーシャルワーカーは、居住者に対して日常の様々な相談や困りごとについての解決、生活支援を行い、新しい入居者にはできるだけ早くこの生活になられるよう支援している。同時にオフィス責任者をつとめるソーシャルワーカーは、それぞれの利用者に対して、ケアプランを立案し、それを3ヶ月ごとにアセスメントする。全ての住居は、基本的に1LDKであるが、欧米におけるモートルさながらの設備であり、テーブルやソファ、チェストやベッドのみならず絵画やテレビまで備えられ、キッチンには冷蔵庫、電子レンジはむろん、食器、洗剤一式までもがそろえられてあり、きわめて快適かつ暖かい雰囲気有する空間であった。空室を紹介しながらスタッフ（女性）は、「私たちは、新しく入居する人がきたら、その日から快適にすごしてもらえるように整えているの。お皿や絵もWearhouse（日本で言うところの大規模格安店舗）で買ってね」と笑った。筆者が、「では、ソーシャルワーカーが最初に入居した人と一緒にすることは？」と尋ねると、少し考えてから「そうね...その人の好みを聞いて、まずは一緒に食材を買いに行くことかしら」という明るい答えがかえってきた。以下においては、現地サービスの実際を明確化するため、今回の調査で記録した種々の写真を提示する。

（写真2：Richimondが管理する住居の空室を案内する現地ソーシャルワーカーらと室内の様子、手前がリビング、右奥がベツルム）



（写真3：絵画にいられたリビング、この反対側にソファとキッチンへと続く廊がある）



（写真4：キッチンには洗剤も食器洗いも全て完備されている。紙面の都合で割愛せざるをえなかったが、これはシャワールーム等も同様）



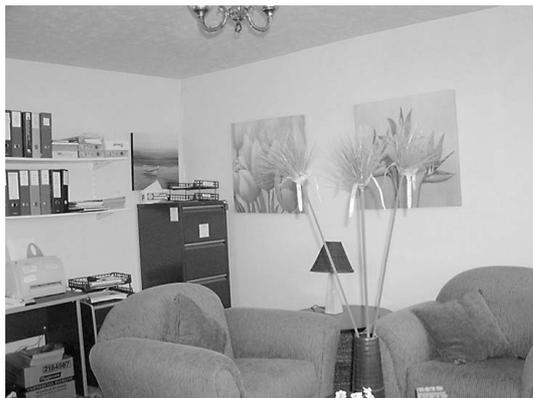
（写真5：キッチン反対側、食器棚には美しい食器がきちんと整理され備えられている）



(写真6：フラット内に設けられた、オフィスで仕事する施設責任者John、左の壁には、各月各週ごとにびっしりと氏名が書き込まれたアセスメント予定一覧表が張られていた)



(写真7：あたたかな雰囲気をもつ面接室)



(写真8：同ランチの別のオフィス、筆者が訪ねた折、偶然目にした臨床心理士とソーシャルワーカーとのディスカッション)



(写真9：Richmond Christchurch Office エントランスにはマオリの伝統的造形をとりいれている。ここには地区内の全てのランチの業務を円滑に進めるための事務所のみならず、個人面接室や集団面接室、利用者が各種の情報を得るための掲示板が備えられている。なお、このオフィスの隣にRichmond New Zealandの全てを統括するNational Head Officeがあり、写真の女性がディレクターを務めている)



これらの写真からも理解されるとおり、Richmondでは一見何気ない、しかし周到に計画され用意された暖かな環境が用意され、かつそれを継続的かつ適切に支える他職種によるチームケアが活発に活動している。これらのサービスの利用者の将来について尋ねたところ「それぞれの人の希望に添って就労や、修学の支援をしている。ポリテクニク（専門学校）で清掃や調理の勉強をしている人もいれば、大学に進学して勉強している人もいますよ」とのことであった。もちろんNew Zealandが知的障害者をはじめとして、ソーシャルインクルージョン先進国であることもあろうが、それらの人々の希望を支える社会基盤もととのっているからこそできる支援と思われ、そしてそうした環境が精神障害者をよりスムーズに地域復帰せしめるための基盤であるという印象を強くした。辞去する直前、筆者は二つの質問をなげかけた。それは、社会的偏見の除去をどのようにして成しとげたのか、また退院をいやがる患者をいかに支援したかである。現地のソーシャルワーカーに

よると偏見の除去に対しては、TVコマーシャルが大変有効であったとのことであった。特に、精神障害者本人が、「私は躁鬱病ですが（あるいは統合失調症ですが）、いま地域でこんなに元気で生活しています」といったコマーシャルを流したことが、大変効果的であったとのことである。また退院を躊躇し、入居をいやがった利用者に対しては、毎日3回の訪問をくりかえした事例を紹介された。その人は最初の5ヶ月間、「ここにいるのが怖い、嫌、病院に帰りたい」と言い続けたそうである。しかしながら、それを忍耐強く傾聴し、生活をこまやかに支援してゆく中で、5ヶ月後には本人が「ここにいたい、病院に帰るのはもう嫌」と言うようになったとのことであった。

## ・考察

今回、現地調査を行ったRichmondのシステムをそのまま本邦に導入することは財政面からも人的側面からも数々の困難が考えられよう。しかしながら、現在の本邦の精神障害者地域生活支援とNew Zealandのそれとを比べると、全く彼我の違いを感ぜざるを得ない。今回の調査を通じて気づかされたのは、地域生活復帰のための住環境の大切さとともに、それを支える支援者とのアクセスビリティの重要性であった。退院しても良いといわれ、アパートが運良く見つかったとしても、寒々とした環境の中で、一人孤独の中に放り出されるのと、暖かい過ごしやすい環境と、支援が組み合わされた環境に復帰するのは、あまりにも状況が違う。

実際、本邦においては、家庭への復帰がかなわずアパート等により地域復帰する精神障害者は、しばしばその環境の脆弱さ、孤独さゆえに再燃しやすいことが知られている。他方、今日のサービスで最も利用度が高いグループホームについては、世話人一人が配置されれば良いと定められている。こうした環境の脆弱さと相まって、本邦の退院促進は困難をきたしているのではあるまいか。

本来、福祉的支援とは、住居や種々の社会資源を提供するだけでなく、その利用をも

支援してゆくもの、換言するならば福祉的サービスとは、住まいのみを用意することではなく、その住まいに継続して暮らし続けるための人的配置が不可欠であると、筆者（横尾）は今回の調査を通じ、改めて感じさせられている。

また、しばしばソーシャルワーカーの専門性は見えにくいと言われる。たしかに、上記写真を見るならば、一見、誰にでもできそうな仕事に見える。しかしながら、その背後には膨大な知識と訓練、さらには綿密なアセスメント、そして何よりも対象者の尊厳を取り戻そうとする暖かい志が込められていることが、写真から伝わるのではなからうか。ちなみに資料として頂いたアセスメントシートは、11ページからなるものであり、生活上のニーズ、自立のための目標、最終的な目標、家族関係、身体的健康度、リスク要因、社会的な各種スキル、霊的・文化的・信仰的側面、セルフケア能力と活動能力、就労について、余暇活動についてと、きわめて多面的かつ広範な項目が盛り込まれていた。これだけのアセスメントを3ヶ月ごとにクライアントとの面接を通じて行う作業はソーシャルワーカーに高度なスキルを要求するものとなろうが、同時にクライアントにとっても、そのプロセス自体が自己の達成感を高め、自尊心を取り戻す支援になると思われた。

これらのモデルをそのまま本邦に導入するには種々の困難が予測される。第一に、障害者と住まいを同じくすることは、まだまだ日本人にとっては抵抗があろうし、第二に住まいに関しては、生活保護による家賃補助しか得られないという財政的課題が存在する。加えて社会的偏見についても、うつ病についてはTVコマーシャル等により身近な疾患として認知されるに至っているものの、統合失調症については、いまだ「怖い」「何をされるかわからない」という歪められたイメージが定着したままである。それらの偏見を除去しないかぎり、精神障害者が地域生活復帰するにあたり依然高いハードルがある。最後に、本邦においては、いまだ精神障害者への支援が、より統合的かつ継続的になされる施策がなく、それぞれのサービスが単体で運用されて

いるという現状がある。これら本邦の現状を鑑みると、「この邦に生まれたるの不幸」(呉秀三)は未だ過去のものではないと痛感させられる。

それゆえ、本邦においてこれら課題を克服し、精神障害者の地域生活復帰を促進するためになしうることとしては、第一にNew Zealandで行ったようにメディアを活用し、うつ病だけではなく精神疾患は誰しもが罹患する可能性のあること、またそれらの人々が自ら勇気を持って自らの体験を語る場を用意し、社会に対して、彼ら自身の言葉で伝えることではなかろうか。「知らない、わからない」から「怖い」という感情を我々日本社会も克服しなくてはなるまい。第二に、地域生活支援のために働く専門職の配置を可能にする財政的基盤が創設される必要がある。今日、国家的にも福祉予算をいかに削減するかは重大な課題であろうが、7万人の精神障害者の入院費用負担のせめて半分でも地域生活支援に転換するなら、それは可能なのではなかろうか。そして最後にそれらを基盤として、地域生活支援のための種々のサービスが住みやすい環境と組み合わせられて提供される必要があると思わされている。

## ・むすび

本論において、筆者らはNew Zealandにおける精神障害者地域生活支援の変遷ならびにその実態調査から、精神障害者地域生活支援が可能となる環境ならびに他職種による継続的支援の重要性について、示唆した。同時に、福祉予算削減下のなかで、どのようにそれを本邦に導入する上での困難とその克服のための手だてについて考察を加えた。

市場・競争原理の導入、民営化の促進という、本邦と共通する課題を抱えつつも、現在New Zealandがなしつつあることを考えるとき、彼我の違いを感じざるを得ないが、しかしながら、それ故に本邦がNew Zealandの福祉施策およびその実践から学べることは、まだまだ多くあると感じさせられている。

なお、本論では、紙面の都合上、ComCare等他の支援機関について論じられずRichmond

New Zealandのみの報告となったが、他機関の支援のみならず、同組織の財政面ならびに就労支援など他の側面についても今後詳しく検討してゆく必要があると感じさせられている。

ノーマライゼーションとは障害者本人があたり前に地域に暮らし働けるようにすることを意味するだけではなく、それらの人々も含めて全ての人々が、ごく普通に主体的に生き暮らせる社会を創り出すことである。そうした社会が本邦においても実現することを願ってやまない。

付記：本論は、国際的な研究協力により作成された。第 項については、Ken Danielsが執筆し横尾が翻訳した。その他の項については、横尾が執筆した。

## 謝辞

本研究実施は、平成18年度新潟青陵大学個人研究費によってなされたものであり、そのためにご尽力頂いた関係者全てに深く感謝申し上げます。また現地に於ける調査にあたって全面的にご協力頂いた、Richmond New Zealand、ComCare Trust、Princess Margaret Hospital、Eating Disorder Departmentおよびスタッフの皆様にも深謝いたします。最後になりましたが、New Zealand現状把握のため貴重な情報を賜りました在クライストチャーチ日本総領事館の関係諸官に、御礼申し上げます。

**引用・参考文献・参照サイト**

- 1) 片桐義晃：精神障がい者が地域で生活するために生活支援と地域連携の課題：日本精神科看護学会誌 49巻2号：2006.12；p403-407
- 2) 林裕栄、渡邊敦子：精神障害者に対するホームヘルパーの支援経験：日本漢語学会論文集：地域看護 36号：2006.03；p46-48
- 3) 田村文子、田野里絵子、高橋由加子、井上恭子、町田政明：集団精神療法に適応困難なアルコール・薬物依存症者の一考察 新たなプログラム社会資源の検討：神奈川県立精神医療センター研究紀要 13号：2005.03；p26-31
- 4) 山本直紀、鬘谷京子、横山一寿：精神障害者福祉ホーム『港夢』3年間の取り組み：病院・地域精神医学 47巻2号：2004.09；p216-218
- 5) 安武繁、名越雅彦、桐山美紀子、吉岡明彦、岸本真澄、米田哲幸、岡野吉晴：広島医学：57巻5号：2004.05；p486-489
- 6) 田端英明：規制緩和と大企業・市場国家ニュージーランドの経験は日本に何を教えたのか：ニュージーランド福祉国家の再設計 法律文化社、京都：2004.12；p347-366
- 7) Dawland, Jan; Caring, Cureing and Controlling. Special Report 75, Department of Health, Wellington : 1985 ;
- 8) Mental Health Commition; Blueprint for mental health services in New Sealand Mental Helth Commission, Wellington : 1997 ;
- 9) Statistic New Zealand  
<http://www.stats.govt.nz/products-and-services/new-zealand-in-profile-2007/earnings-wages-salaries.htm>