

ハウジング・ファーストに関するノート①

ーハウジング・ファーストとは何かー

山 北 輝 裕

出国前からスタッフのサマンサにメールを出していたが、なかなか返信がこない。アメリカまで来たのに、時差と焦燥感でまともに眠ることもできない。こっちにきて4日目。「さて、どうやってアプローチするか……」。

私はホームレス状態の人々に対してハウジング・ファーストの支援を実施する団体 (Pathways to Housing) を視察するために、今回アメリカに滞在していた。8月いっぱいD.Cで過ごす予定だった。

しかし計画が一向に進まないことに、たった4日で早くも痺れを切らし、「もう力技しかないか」と、事務所に行くことを決心し、腹をくくった。

朝のラッシュのメトロに乗り込む。車両の中にアジア人はまったく見当たらない。駅を降りて放送局のある大きなビルや、マクドナルドを目印にしながら歩いていく。幹線道路との交差点には水を売ったり、車のフロントガラスを磨いてチップを貰う人たちがいる。

角の病院を曲がり、住宅が並ぶ街路を進んでいく。「事務所はあそこだろう」と、門に囲まれた建物を遠目から確認する。しかし覚悟して来たものの、入る勇気がなかなか出てこない。万が一、断られれば今月の予定は終わってしまう。

しばらく門のまわりで行ったり来たりを繰り返していた。そして、開門の時間がきたのか、当事者らしき人たちがちらほらと敷地内に立っている。

私は思い切って門のすぐそばに立っていたおそらく利用者であろう男性に声をかけてみた。「ここはパスウェイですか？」するとその男性は静かに頷いた。こうなるともう入るしかない。

私は、どこの建物に入ればいいのかと、辺りを見回しながらゆっくりと正面の建物に近づいていった。すると、セキュリティの男性が近づいてきてくれた。

「こんにちは、日本から来たのですが……。お菓子を渡したいんです
……サマンサさん」

「おー、サマンサか。こっちへ」

拙い英語がどうやら通じたようで、セキュリティの男性の後について、
重厚なガラスの扉を開けて、正面の建物の中へと入ることができた。すると
そこには待合室のような空間が広がっていた。何人かのアフリカ系の男女
がちらほらと椅子に座って、天井の近くに設置されたテレビを見つめて
いる。無料のコーヒーを皆がすすっている。



写真1 Pathways to Housing D.C.の事務所（筆者撮影）

待合室から奥のスペースへと進めそうな構造になっているが、奥の部屋
に行くには、銭湯の番頭のような受付ポイントで許可をもらってから入る
ようだ。

番頭台の周りが少し落ち着いたところで、セキュリティの男性が受付の
女性に事情を説明してくれたようだ。受付の女性はじろりと私を見ながら
電話を耳に近づける。どうやらサマンサにつないでくれたようだ。

「日本から男性がきてるけど、どうする？ ここでサヨナラする？」

「……（サマンサにも会えんと、ここでもう say goodbye かよ……）」

受付の女性は電話を切り私に近づいてきた。緊張が走ったが、どうやら
サマンサは会議で忙しいらしく、10時30分まで待てとのことだった。

いったん外に出て戻ってくることも提案されたが、私はこの待合室で1時間ほど待つことにした。

とはいえ、アジア人など私だけである。まわりはほぼすべてアフリカ系の男性。ちらほらと女性。1人の白人男性。椅子に座って、皆が誰かを待っている。そしてその合間を忙しそうに通り過ぎていくスタッフ。完全に場違いな私は皆の視線が気になり、大きな自動販売機の隣のスペースの小さな椅子を陣取り、隠れるように座った。

しばらく待っていると、扉の方から女性が座っている人たちに話しかけながら歩いてきた。何かぶつぶつと言いながら、私のほうへ近づいてきた。そしてそのアフリカ系の女性は、どっしりと私の前に座ったのだった。

「(見つかった……)」と思いつつ、私が笑顔をつくり、挨拶をすると、彼女が何やら話しかけてきた。よくわからなかったので、こちらから「日本からきました」と告げると、次第に彼女は満面の笑みになってきたので、私もつられてなぜか互いに大笑いしてしまった。アメリカにきて初めて心から笑っていた。お互いに何がおかしいのかわからないという感じで見つめあってしまう。

「何歳？」と聞かれたので、答えたのだが、発音が悪かったのか何度も聞き返される。彼女の後ろに座っていた男性も笑い始める。「7だよ、7」と彼が助け舟を出してくれる。

彼女は頭に指をさして、「あんたは精神障害者か？」と聞いてきた。私は何と返せばいいのか戸惑い、ひとまず違うと首を横に振った。

また彼女が何やら話しはじめた。私の語学力もあって彼女が何を言っているのかわからない。しかし、私はじっと彼女を見ながらうなづいていた。するとだんだんと彼女の言っていることがところどころ聞き取れるようになった。

「あんた、私の息子だよな？」

どうやら彼女は私に質問していたようだ。私は返答に困ってしまった。

「あんたの父親はニューヨークにいるんだろ？」

彼女は私の手を握りはじめ、また何かを話しはじめた。番頭台の女性スタッフも笑いながら「大丈夫ですか？」と気にかけてくれた。私は「大丈夫だ」と笑みで返した。

私は「名前なんていうんですか」と聞いてみた。すると彼女は顔を近づけ私の耳元で「ベナ」と何度も繰り返した。そして53歳だと教えてくれた。

彼女に巻き込まれるように、他の当事者も彼女と交流している。「あなたの父親はニューヨークにいるんだろ」の質問は私だけではなく、どうやら他の当事者にも聞いていた。ベナからその質問を受けた女性の当事者は「違うよ、私の父親は〇〇にいるよ」とピシッと答えると、スタッフを追いかけて立ち去ってしまった。

しばらくするとベナは、肩にかけていた黄色のリュックを私に差し出した。

「これあげる」

「え、いやいや」

「開けてみな」

「え？」

「開けてって」

私はリュックを受け取り、チャックを開けてみた。するとその中にはなぜか眼鏡ケースがひとつだけ入っていた。

「それあげる」

「え、あ、ありがとう」

私が眼鏡をかけていたからだろうか。ベナから眼鏡ケースを受け取ると、ベナとのこの短時間の会話をふりかえると同時に、このなんとも不思議な結末にただただ茫然とし、自然とこのかんの焦燥感も和らいだ。

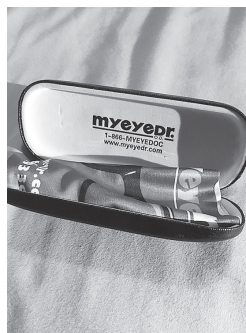


写真2 ベナからもらった眼鏡ケース（筆者撮影）

その後、サマンサと会えた私は8月末にようやく事務所での2日間の参与観察を許可された。

その2日目の朝。朝の長いミーティングを終え、ACTチームのメンバーそれぞれが各自の任務に散っていった。私はリーダーのジムについていく。事務所の駐車場スペースに出ると、ジムは誰かを探しているようだった。「いたいた」という様子で声をかけた女性は、なんとベナだった。約3週間ぶりの再会に思わず私は「あ～！」っと声をあげると彼女も覚えていてくれたようで笑顔になった。ジムは不思議そうに「なんだ？ 知り合い？」という表情でベナと私を交互に見ている。

どうやら朝のジムのアセスメントの相手はベナのようなようだ。最近の状況を聞いていたのだと思うが、その途中の二人の会話もさほど噛み合っているようには見えず、

「ああ、マイケルジャクソンとムーンウォークしたんだ！」「ああ！ あそこにオバマがいるぞ」「これは私のものだよね」「携帯を見せて。ああー！（待ち受け画面を見て）なんでジムがこの中にいるんだ！」「このレシートは私のだよ」「この手紙は私のだよ」「あそこの絵は私のだよ！」とベナが言うたびに、ジムが「これは僕のだよ」「いやいや、ちょっとベナ集中して、こっちこっち」などと対応している。

しかし、彼女が自身の過去を話しはじめると、途端に涙を流しはじめる。緊張感が高まり、ジムがティッシュを渡していたが、その後はもうずっと先のようなベナの発言が繰り返される。特にスタッフへの手紙や書類を自身の物として持って帰りたいようだった。最終的にジムが100ドルを渡して、その日の彼女の面談は終わった。

彼女は事務所の門から出てストリートを歩き始めると、家の並びに向かって踵を変える。付き添っていたジムは「ベナ、ベナ」と彼女の名前を連呼して制止しようとする。しかし彼女は敷地に入り、ついにはメールボックスを開け、「これは私の手紙だよ」と叫ぶ。ジムは「ベナ、ベナ」と言いながら、彼女の持ってしまった他人の家の郵便物を戻す。そしてまた彼女はゆっくりと歩きだし、隣の家メールボックスを確認しようとする。ジムは「ベナ、バス停は向こうだよ」と制止する。彼女が私にくれた眼鏡ケースもこんな感じで拾ってきたのかなと頭をよぎる。

またしばらくすると、彼女は車に向かっていき、窓越しに運転手に話しかけ始めた。運転手も突然のことで、何が起きているのか困惑した様子

だったが、ジムや私がまわりにいることを確認すると、何やら察したようで笑顔で対応していた。そしてジムが「ベナ、ベナ、バス停は向こうだよ」と引き離そうとする。

バス停に向かうまで、ベナは叫んだり、ブツブツと何かつぶやいたり、そして敷地に入ったり、家の花をむしろうとしたりを繰り返していた。

そしてバス停のあるストリートとの交差点でジムはベナに別れを告げた。

ジムは「やれやれ」という仕草と、「大丈夫かな」というまなざしが混ざったような様子で、彼女の姿が小さくなるまでその場に立っていた。そして彼が事務所に帰ろうと歩き始めたとき、私は思わず半信半疑でジムに質問していた。

「彼女は今アパートに入ってるの？」

すると彼はさりと答えた。

「うん、アパートだよ」

(2016年8月4日、24日フィールドノートより加筆・修正。人名は仮名)

1 はじめに

ハウジング・ファースト（以下HFと表記）は1992年、アメリカのニューヨークでささやかに始まったホームレス支援のプログラムである。この支援プログラムは長期にわたって路上生活をおくり、そして精神障害などを抱えるいわゆる慢性的なホームレス（chronically homeless）の人々を対象に集中的なケアを実施している。特に薬物を使用し、なおかつ精神障害をかかえるといった複合的な（co-occurring）困難を抱えるホームレス状態の人々は「治療拒否者」あるいは「家で自立して住めない者」としばしばみなされてきたが、こうした他のプログラムでも拒否されてきた人々をHFは対象としている（Tsemberis and Asmussen 1999: 113）。

HFの画期的なところは、シェルターなどの「中間施設」を経ずに、文字通り直接アパートに入居することを実現させた点である（図1）。しかもそのアパートは完全な個室であり、日本でしばしば無料低額宿泊所として存在するような、アパートの一室における集団生活やグループホームの形

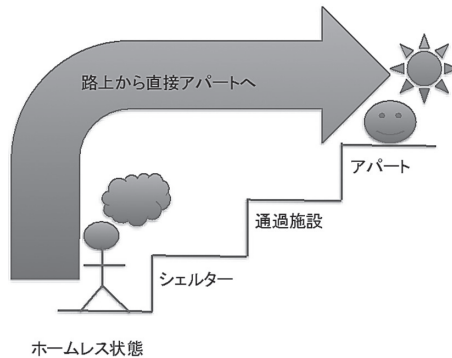


図1 ハウジング・ファーストモデル

をとらない。この変化はパラダイムシフトとされるほどに、世界各国のシステムに変化をもたらし、一部では国策へと発展している。

従来のホームレス支援プログラムは「トリートメントアプローチ」と呼ばれ、いわゆる階段モデル (staircase model) を前提とし、施設からの「ドロップアウト」の多さが指摘されてきた。それに対してHFによるアプローチの驚くべき点は、路上からアパートに住居を移行した人々が、アパートを出ることなく、そのまま居住する「定着率」である¹⁾。定着率に関する調査は多数あるが、後でも触れるように、その割合はほぼ7～8割を超えている (Tsemberis & Eisenberg 2000, Stefancic & Tsemberis 2007 など多数)。

ホームレス状態の人々にとって、家へのニーズは自明のことではあるが、あえて問うとすれば、なぜこれほどまでに定着率が高いのだろうか。本稿はこのような問題関心のもと、1.HF誕生の経緯、2.HFの理念と支援実践を概観する。

本稿の問題関心は引き続き第②稿においても維持し、HFの量的・質的調査、あるいは効果と批判を検討する予定であることを記しておきたい。最終的には日本における (いまだ完全には実現していない) HFを利用した入居者調査を視野にいれつつ、この問題関心を完結していきたい。

なお本稿が参照するHFは、主にアメリカのホームレス支援団体である Pathways to Housingがもとになっている (以下PHFと標記)。またレ

ビューにあたり、本稿は主に『*Housing First*』(Padgett, Henwood, Tsemberis 2016)を参照しているが、適宜HFに関する論考・調査を引用する。

2 ハウジング・ファーストの経緯

2.1 アメリカにおけるホームレス状態の人々の増加

1981年からのレーガン政権下における公的扶助のカット(AFDCの対象者の厳格化)、住宅政策のカット(貧困層への家賃補助削減)、相対的貧困率の悪化(OECD, Statで1980年15.4、1982年17.1、1989年17.9)などを背景にしながら、アメリカにおける1980年代前半は、ホームレス状態(なかでもむき出しの野宿者: rough sleeper)の人々が急増する時期として認識されている。

その数は1984年のDepartment of Housing and Urban Development (HUD: 住宅都市開発省)の推計では1日に25万から35万人、アーバン・インスティテュートの推計では1週間に50万から、60万人とされたり、活動家ミッチ・シュナイダーによる1983年の推計は1日に200万から300万人(その後この数字に根拠はなかったことが発覚)とされるなど幅がある(Burt 1996)。

こうした中で1980年代には、ニューヨークのホームレス支援団体による「シェルターへの権利」運動(ホームレス状態になればシェルターに入ることができる権利)が、法廷闘争により州最高裁で認められることとなった。

そして政府がようやく重い腰をあげ、1987年にマキニー法(The Stewart B. McKinney Homeless Assistance Act)が連邦政府レベルで成立する。マキニー法に基づく施策は、「屋根と飯」を中心に、基本的には「シェルターへの権利」を実現したものであったが、応急措置的な対策であり、長期的な解決の視点は欠けていた(平川・小池 2003、小池 2006)。

平川茂(2003)は『*Homelessness: Programs and the People They Serve*』(ICH 1999)の報告書を検討する中で、アメリカの現代的なホームレス状態の人々の特徴を以下のようにまとめている。①スキッド・ロウ解体に伴うSROホテル(日本でいうドヤ)の減少・公営住宅建設縮小を背景としたホームレス状態。②メンタルヘルス・アルコール・薬物依存の問題の高まり(少なくともひとつを抱える人が66%)。③単身男性だけではなく、女性・子連れのホームレス状態の人々の増加。④アフリカ系、ヒスパニック

系の人々の増加である。

こうした様々な経緯から路上に放り出された人々をシェルターで一括して収容する政策には限界があった。その一方で、マキニー法以降の膨大なシェルターの増加に伴い、自治体等の財政の負担も増加した。そのため1993年からのクリントン政権下で、シェルター政策から「ケアの継続」(Continuum of Care) への移行が掲げられた。

この「ケアの継続」は、安定した家に移ることで自立を最大化するためにホームレスの人々の特有のニーズに合うように家と支援を計画し届けるコミュニティプランである (NAEH 2010)。ホームレス状態をなくし、そしてホームレス状態に戻ることを防ぐために、アウトリーチから始まり、緊急シェルター、通過施設、恒久住宅という順番にステップアップしていく支援策である。

しかしこの「ケアの継続」の方針も、このステップに合う人々のみが「選別」される危険性を孕んでいた (平川・小池 2003)。こうした中でこの「階段」に上がれない (あるいは上がっては下りを繰り返す) 「慢性的なホームレス」²⁾ 状態が問題化されていく。HFはまさにこの「慢性的なホームレス」状態の人々を対象にしている。

アメリカではホームレス状態の人々の増加の背景として、1970年代に精神病院が閉鎖されていく「脱施設化」の流れと、退所後のケアが不十分であることが指摘されるが (Jencks 1994 = 1995, Katz et al. 1993 など)、精神障害をかかえるホームレスの人々にとって LRT (linear residential treatment) がケアのはじまりとされていて (Tsemberis 2010: 13)、当時は「ケアの継続」アプローチが唯一のプログラムだった。

2.2 PHF の誕生

1992年、PHFはNPOとしてニューヨーク³⁾ で設立される。PHFモデルは当事者とスタッフと調査者の対話の中から生まれたとされている (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 4)。なかでも設立のきっかけとなったのが、HELP (Homeless Emergency Liaison Project) と Choices という 2つのプログラムだったようだ。

ホームレス状態の人々が激増する中で、1981年にダンボールの中で亡くなっている61歳の女性が発見された。このような路上死が他にも発生し、1982年にニューヨーク市が最も死の危険にさらされているホームレス状

態の人々にアウトリーチを行い、病院へと入院させるHELPプロジェクトが始まった (Katz et al. 1993: 4)。

精神科医・ソーシャルワーカー・看護師がアウトリーチをかけ (HELP)、ベルビュー病院 (Bellevue Hospital) に一旦移送し、病院でケアを受けた後、他機関・他のプログラムへと繋いでいくというような実践がなされていた。

しかし、この一種の「強制的な入院」プログラムは難航したようだ。1985年までニューヨーク市精神衛生法に基づいて「危険」な状態の人物をカウントしていたとされているが、1,600人がそのようにカテゴライズされ、48人(わずか3%)が緊急に入院したとされている (Katz et al. 1993: 4)。1985年の大寒波では警察も動員された。1987年には法解釈が広がり、精神障害の結果としての「重篤な障害」を抱える人々の「強制的な入院」も許可された (Katz et al. 1993: 5)。1989年の1年間で5,000件のアセスメント918人中、261人が非自発的に入院し、70人が自発的に入院したとされている (Tsemberis et al. 1993: 72-3)。

実はPHF創設者のサム・ツェンベリスは、PHF設立前にこのHELPに携わっており、ベルビュー病院の精神科に入ることを嫌がるホームレスの人々に日々アウトリーチを行っていた (Padgett, Henwood, Stanhope 2008)。

しかし、このアウトリーチのHELPプロジェクトに4年にわたって参加する中で、病院に入っては、3、4週間で路上へもどるホームレスの人々の姿を目の当たりにする。その中で、「家が欲しい」と彼らから懇願されたことが、PHF設立のきっかけのひとつとなったようだ (Padgett, Henwood, Stanhope 2008, Main 2016: 100)。

HELPアプローチの限界という文脈の中で、ツェンベリスとシャーンらが、1990年にNational institutes of mental healthから助成金「Taking Psych Rehab to the Streets」をとり (Main 2016: 100)、ボストン大学の精神リハビリセンターでウィリアム A・アンソニーによって考案された技術やリカバリー概念 (Anthony 1993) を導入したChoicesという、ニューヨークのドロップインセンターを中心としたリハビリプログラムを行った。このプログラムもまたツェンベリスがPHFを最初に思いついた場所であるとされている (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 5)。

この実験的プログラムはまさにアウトリーチで経験してきたサービス提

供と当事者のニーズの間の不協和音を乗り越えるべく作られたものである (Shern et al. 2000: 1873)。Choicesは従来のアプローチに対して、敷居の高さや、当事者への苦勞の多い要求、当事者が将来必要なスキルは別で学習できるという想定を乗り越えるべき問題としてデザインされている (Tsemberis et al. 2003: 307)。Choicesは当事者のニーズや目標を定める際に、あくまでも当事者による選択を重視する。

具体的には①アウトリーチはChoicesのスタッフとホームレス個人との基本的な関係をつくるためにデザインされている。②Choicesセンターにくと、研究協力者(=当事者)はシャワーや食事、メンタルヘルスや社会的支援などを受けることができる。③教会あるいはYMCAのベッドで休息できる。④コミュニティの中で居宅を見つけ、維持することを支援するためのリハビリテーション、から構成される (Shern et al. 2000: 1874)。

そして91人がChoices、77人が従来のプログラムの対象となり、2年間のパネル調査の後(69%が残った)、両者の比較を行った。その結果、食料を得る・寝る場所を得る・清潔に保つことがchoicesの当事者はより容易となった。また住居の状況も、Choicesの当事者は路上で寝る人が54%減少したが、これは従来のプログラムの28%減少の2倍近く差がついた。レジャー・金銭・安全・健康・家族・社会などの生活の質についてもChoicesが従来のプログラムよりも良いスコアとなった。精神的状態も不安などはChoicesが従来のプログラムよりも減少していた (Shern et al. 2000: 1875-6)。

しかし、各種のサービスを得たり、野宿ではなくなるという点においては相対的に成功したものの、当事者の大半は納得のいく家を得ることはなかった。そしてコンシューマー CHOICE を中心にしつつ、路上から家に直接入居できる効果的なプログラムの必要性が認識される (Tsemberis et al. 2003: 309)。

これら2つのプログラムを経て、その後ツェンベリスは1992年に Health and Hospitals Corporation を離れ、PHF を立ち上げる。そして50人の深刻な精神障害のホームレスの人々に、HFの支援を行い、92年の12月から93年の末にかけて、84%の人々がアパートを維持したのだった。ツェンベリス自身も「なんてことだ。我々は何か新たなことをやってるんじゃないか」と驚きを隠せなかった様子が、トーマス J・メインによるインタビューで語られている (Main 2016: 102)。

2.3 調査へ

ツェンベリスらによる独自のHFの取り組みが始まり、その効果を確認していたものの、PHFはまだ調査に基づく対外的な科学的証拠 (evidence) を構築していなかった。

そこで彼らがHFの効果を測る上で採用した方法は、無作為比較試験 (Randomized Controlled Trials: RCTs) である。これは例えば新薬の効果などを測る際にランダムに二つの群に分け、一方の群には新薬を投入し、他方の群には従来の治療を一定期間行い比較検討する手法である。この手法を野宿者支援の世界に流用したのだから、いわば壮大な「社会実験」となった。

最初のHFのプログラムの効果を測定する調査は、PHFとニューヨーク州Nathan Kline協会とニューヨーク市の人的資源課 (Human Resources Administration) の共同によって可能となった (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 50)。

PHFのケア (242人) と従来のプログラム (1,600人) の5年間 (1993～97年) を比較したところ、PHFの88%が住宅を維持し、従来のプログラムは47%であった (Tsemberis and Eisenberg 2000)。

1997年にはさらにPHFの効果を評価するために、政府から資金が提供され大規模な調査が行われる。ここでもツェンベリスを中心とし、サラ・アスムセン、マリー・ベス・シン、そしてニューヨーク居住研究 (New York Housing Study: NYHS調査と表記) がRCTsを企画する。ツェンベリスが中心ということもあり、関係者のバイアスを避けるためにシン (プロジェクトの評価者) とSubstance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA: 薬物乱用とメンタルヘルスサービス局) のチェックを組み込んだ (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 51)。

NYHS調査は、ニューヨーク市における精神障害を抱えるホームレスの人々の4年間の比較パネル調査 (PHFと従来のプログラムの比較) を行った。対象となる人々は、過去30日の中で15日を路上もしくは公共空間で過ごした人、過去6ヶ月の間でホームレス状態であった人、重篤な精神障害を抱える人である。そしてこれらの人々をRCTsで振り分け、PHFは99人、従来のプログラムは126人で、合計225人が対象となった。

インタビューは、HFを受ける人々はアパートや事務所でを行い、従来のプログラムの人々は公園や、コーヒショップ、刑務所、独房、シェルター

などで行ったとされている (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 51)。

PHFの群に振り分けられた99人はニューヨークのハーレムやブロンクス、ブルックリンやクイーンズなどのアパートへと入居し、ACTチームのケアを受けることになった(家賃の30%はSupplemental Security Income Benefitsなどから当事者が負担する)。

そもそも従来の研究では流動的なホームレス状態の人々への長期のパネル調査は困難とされており、6ヶ月ごとのアセスメントを4年間行うということであったが⁴⁾、12ヶ月で94%、調査の最後の期間までは87%の人が協力するという、非常に高い維持率を保った (Stefanic, Schaefer-McDaniel, Davis, Tsemberis 2004)。

調査終了の2002年、パスウェイズの居宅では定着率が高く、また入居者も彼らの生活に関して選択と制御の感覚が従来の支援策に比べて強いという結果が提示され、これが最初の経験的証拠 (empirical evidence) となる (Padgett, Henwood, Stanhope 2008)⁵⁾。

なお、NYHS調査の初期の報告書は、プログラムとモデル (Tsemberis & Asmussen 1999)、1年目の報告 (Tsemberis, Moran, Shin, Asmussen, Shern 2003)、2年目の報告 (Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis, & Fischer 2003) で確認できる。また主要な知見のインパクトが最も大きなものとしては Tsemberis, Gulcur, & Nakae (2004) とされており、2年でHFは80%を維持し、従来のケアでは30%が維持したとされている。

2.4 アメリカ国内での広がりとは国外への広がり

HFの広がりを促進したのは、フィリップ・マンガノとされている。彼は当時United States Interagency Council on Homelessness (USICH: ホームレス問題連絡協議会) の代表であり、プログラムや政策に影響を与えるいわゆる「チャンピオン」であった。慢性的なホームレスを解決するにあたり、彼は市民権運動や女性運動、なかでも奴隷解放運動を慢性的なホームレス解決と結びつけ、実践者や寄付者、企業などのステークホルダーを結びつけていった (Greenwood, Stenfancic, Tsemberis 2013: 653-4)。またNPOであるNational Alliance to end Homelessness (NAEH: ホームレス状態を終わらせるための全国同盟) が市や州に慢性的なホームレスを解決するための10年間のプランを発展させるように要求しており、ICHとNAEHの声は大きなものとなったとされている (Greenwood, Stenfancic, Tsem-

beris 2013: 654)。

HFの広がりの中で、様々なHFが生まれるが、ツェンベリスがコンサルタントを果たしながら、同盟を結んだHFに関してはPHFとしてネーミングされる（その際、作成されたフィデリティについては後述する）。PHFは、D.C、フィラデルフィア、そしてバーモントの3つである（なお現在、PHFニューヨークは解散している）。

ニューヨークではじまったHFは、ニューヨーク郊外のウェストチェスターに広がり⁶⁾、そこでの成功を受けて、ナン・ローマン (NAEH) がマルティ・ナイズリー (Department of Mental Health in Washington D.C) にツェンベリスを紹介し、このことがD.CにPHFが設立されるきっかけとなる (2004年)。しかし当初、プログラムをスタートさせるには、財政的な問題を抱えていたが、2年後にソーシャルワーカーのクリスティー・レスプレスやニューヨークのパスウェイのスタッフがD.Cへと移り、本格的な稼働をはじめ。なおD.CではHFが、2010年に公式の政策となっている。それに伴い、ダウントウンのシェルターは300床が削減されることになった (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 108)。

フィラデルフィアは「慢性的なホームレス」状態の人々に対する支援に取り組む市のひとつであったが、市の政策としてのパフォーマンスは十分ではなかったため、2008年にレイ・ナター市長によってHFが熱心に招かれたという (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 109,132)。ニューヨークのHFのスタッフを雇うよう交渉し、その結果、ニューヨークのスタッフでもあり医療ソーシャルワーカーのベンジャミン E.ヘンウッドが、フィラデルフィアの社会政策に精通していたクリスティー・スマイリグリアと協力し、PHFを本格的に稼働させる (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 109)。

バーモントはSAMHSAの助成金を獲得し、PHFニューヨークの初期のメンバーであるヒラリー・メルトンによって牽引されることとなる。村落におけるHFであり、広大な土地という条件の中で、スタッフと当事者共にパソコンを駆使するビデオ訪問や、掲示板での議論といった取り組みが導入されている (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 111, Stefancic, Henwood et al. 2013)。

なおツェンベリスによると、2006年の*The New Yorker*誌でマルコムグラッドウェルが執筆した記事に、元海軍で精神障害をかかえるマーレイと

いう男性が、刑務所、シェルター、緊急避難所、リハビリ治療などを出たり入ったりを繰り返し、10年間に100万ドルのコストがかかっていたが、家を与えたところこれらのコストはカットされたと報じたこともHFが展開する後押しとなったとされている (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 57-9)。

HFを政策へと訴えていくうえでは理念もさることながら、コストの削減が後押しとなったが (ちなみに1992年当時ニューヨーク市長はデヴィッド・ディンキンス、大統領はジョージ・H・W・ブッシュである)、後にいくつかの費用対効果調査でこの点が再三にわたり強調されている⁷⁾。

このようなHFのアメリカ国内の展開の中で、2010年の6月には、USICHのホームレス対策5カ年計画の中の5つの戦略のひとつにHFが含まれることになった (Tsemberis 2010:5)。

そしてHFはアメリカ国外へと広がっていく。例えばカナダでは、2007年に、カルガリー・ホームレス基金のティム・リヒターによって初めてHFが導入された。対象は54人であったが、PHFニューヨークから技術的なアドバイスを受けたACTチームを導入するなど高いフィデリティを維持したものだった。

また冬季オリンピックをひかえたバンクーバーでは、マイケル・カーヴィー議員がHFの実現に向けて、政府の説得に成功した。そして2008年に5都市で (バンクーバー、ウイニペグ、トロント、モントリオール、モンクトン) その名も At Home/Chez Soi (わが家) というプログラムが始まり、大規模なRCTsが行われた。そして結果はやはり高い維持率を保つこととなり、これを受けて2013年に政府はHFを長期のホームレス状態の人々をなくすための国策として宣言した (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 142)。

2016年現在ヨーロッパでは、オーストリア (2012)、ベルギー (2015)、デンマーク (2007)、フィンランド (2008)、フランス (2011)、アイルランド (2011)、イタリア (2015)、オランダ (2005)、ノルウェー (2011)、ポルトガル (2009)、スペイン (2014)、スウェーデン (2010)、イギリス (2012)、スコットランド (2010) でHFが展開されている (Pleace 2016, Padgett, Henwood, Tsemberis 2016)。ただし、各国によってHFの形はアパート一箇所集中型かアパート散在型か、プログラムの主体やサポート内容なども様々であり、また必ずしもすべての国のHFがPHFのフィデリティを完全

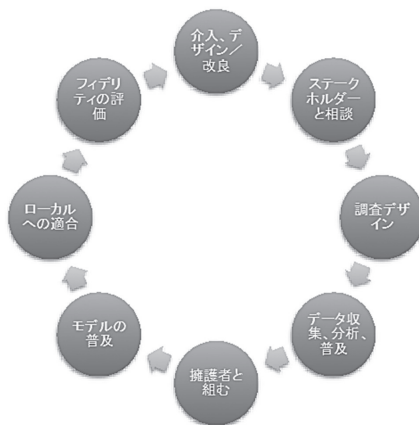


図2 調査、実施、アドボカシーのインパクトの妥当性サイクル
(Greenwood, Stenfancic, Tsemberis 2013)

再現しているわけではない。

なお日本では東京都が2004年から「地域生活移行支援事業」を実験的に展開したが（PHFのフィデリティからは大きく逸れている）、2009年には事業は終了している（中島ほか 2013）。昨今では民間の支援団体がパスウェイのHFを採用することを模索している（稲葉 2016、森川 2016、小川 2017）。

現在HFは世界を席卷しているが、このような実践が広がるプロセスとして図2のようなサイクルがツェンベリスらによって紹介されている。

3 ハウジングファーストの理念と支援実践

3.1 ハウジングファーストの基本理念

先述のとおりHF以前は、ホームレスの人々にはいわゆる継続的なケアのモデル（Continuum models）が実施されてきた（そしてそれらは現存する）。トリートメントアプローチ、あるいは階段モデル（staircase model）とも呼ばれているが、その前提はまず当事者の行為に変容を迫るものであり、当事者にとっては自由と自律を犠牲にすることになる（Johnson, Parkinson, Parsell 2012）。

そして施設の想定する使用者像に到達すれば、一時避難所から「中間施設」などのより「上段」の施設へと次々とステップを上がっていくことになる。このモデルは、ホームレス状態の人々の「矯正」を経た後に最終的にアパートへと上がることをゴールとしている。すなわち「自立」して暮らす以前に、それに値する「家に住む準備」（身の回りのことを自身でできる。薬物を断つなど）が当事者の側でなされていることを前提としていた。

ツェンベリスとアスムセンは、これらの従来のシステムが低い成功率であった理由を、先行研究や当事者の声をまとめる形で5点あげている（Tsemberis and Asmussen 1999: 116）。①継続的に絶えず変化を求められることは当事者にとって非常に精神的に疲れる。②絶え間ない変化は逆説的にスタッフの支援や治療を減少させる。③構造的な集団の場でうまく機能するよう学んだ技術は自立生活の状況に必ずしも移転可能ではない。④当事者は選択と自由を欠いている。⑤当事者は医療スタッフの決定にもとづいた監視的な住居に入所する。そして当事者はわずかなプライバシーもしくはコントロールのみ可能になる。

そして最も状況の厳しい当事者は住居へのアクセスから取り残されてきたという（Greenwood, Stenfancic, Tsemberis 2013: 647）。またこのようなシステムが多くの慢性的なホームレス状態の人々を、病院、シェルター、刑務所などの入退所を繰り返す「施設たらいわまし」（Institutional Circuit）にのせることに貢献してしまったとされている（Hopper et al. 1997）。

そのためPHFは（1）消費者（＝当事者）の選択に価値をおく哲学と実践、（2）コミュニティに基礎をおく流動性のある支援サービス、（3）散った配置の永続的な家、という3つの指針を中心に展開されている（Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 3）。

またPHFモデルの革新性は以下の5点にまとめられている（Greenwood, Stenfancic, Tsemberis 2013: 645-6）。①複合的な症状のホームレス状態の人々に家とサービスが提供された。②専門家から当事者による家とサービスの選択へと再配置された。③家は、治療を終えたり断酒を達成して得られるものではなく権利として提供された。④ハームリダクション⁸⁾を組み込んだ。⑤調査とエビデンスにもとづく実践がサービス提供のそれぞれの側面で統合された。

従来の施設収容主義では、しばしばスティグマを伴い、入所者同士の相

部屋が主流である。そのためPHFは入居者の家（個室）を散在させ（scattered）、同じ建物の中に当事者たちが入居する際も、最低でも同一建物に当事者が20％以内になるように制限している。

PHFは、消費者（＝当事者）の選択に価値を置くというコンシューマー CHOICESをHFの実践のルーツとする（Greenwood, Stenfancic, Tsemberis 2013: 648）。コンシューマー CHOICESの考え方の誕生は1980年代のリハビリテーションの文脈の中で、従来のプログラムが当事者の選択や自律性を弱体化させ、借用権利を非常に厳しく制限し、部屋を借りるには処置や断酒を求め、精神障害をかかえる人々を専用の家に入れることで社会的孤立をはかったことなどが批判的に捉えられてきた点が背景にある（Greenwood, Stenfancic, Tsemberis 2013: 648）。

またサポートと家を分けて考える点も重要である。PHFでは個人の家の状態に関わらずサポートを受けることができる。この点もかつての支援策が家を得る条件として規則や治療を課していたこととは決を別つ。そして当事者たちはアクトチーム（Assertive Community Treatment = ACT）⁹⁾による24時間体制のケアを受けている。

3.2 PHFのフィデリティ

2.4で述べたとおりHFは、アメリカ国内で破竹の勢いで広がったが、同時にそのラベルだけを名乗り、実際は「ハウジングオンリー」で（しかも一時的なもの）、ケアはないというような、HFの哲学と実践を十分に共有しない支援団体が登場する事態が発生した（Greenwood, Stenfancic, Tsemberis 2013: 656-7）。そうしたHFの広がりの中で、ニューヨークのPHFのプロトタイプを忠実に再現できるかどうかを測るフィデリティが作成されている。フィデリティの構成要素は、以下のようなものがある（Stefanic, Tsemberis, Messeri, Drake, Goering 2013）。

1. 家の選択と構造

1. 家の選択：当事者は場所やデコレーション、家具の配置、その他に家の特徴を十分に選ぶことができる。

2. 家の入手可能性：a.（家の助成金を得ることに特化していないプログラム、入居へのインターク）プログラムに関わって4ヶ月以内に当事者によって選ばれた家に入居する人が85%。

家の入手可能性：b. (家の助成金を得たプログラム、入居にあたっての保証人/助成金の入手可能性) プログラムに関わって6週間以内に家に入居し、家賃補助を受ける人が85%。

3. 永続的な家の保有権：賃貸契約は定期的に必要でも、家の保有権に期限を設けない。

4. 良心的な価格の家：家の家賃に収入の30%かそれ以下。

5.a. 差別されない家（都市部）：当事者は障害によって拒否されない市場の家に住み、またプログラムによって借りられているその部屋はひとつの建物の中で20%以下である。

b. 差別されない家（村落部） 以下のような基準を満たす建物で住んでいる当事者が80%。1人につき1から3。2人につき4から6。3人につき7から12のユニットビルディング。

6. プライバシー：当事者は他のテナントと居住空間を共有しない。

II. 家と支援の分離

7. 家への用意：当事者は家へ入居するにあたり、スタッフと週に1回会うこと以上の用意を示すことを求められない。

8. 借用に関して付随するプログラムはない：標準的な借り方を守り、スタッフの週1回の訪問以上に、当事者は借用を続けるための要求はなく家を維持することができる。

9. 標準的な借用契約：当事者は、コミュニティにおける典型的テナントの権利と責任、そしてスタッフと1週間に1度会うこと以上の但し書を含まないことが書かれた契約書（賃貸あるいは所有）をもつ。

10. 新たな家を得ることへの関与：プログラム提供者は、家を失った当事者に他の家を提供し、a. 新たな家を得る当事者の決定はケースバイケースを基本になされ、b. 用意を示す要求は最小限にすることを目的とした当事者中心で、c. 可能な場所の数を規格化した限度を知らされない。

11. 家を失ってもサービスは継続する：当事者はたとえ、立ち退きや、短期間の入院によって家がなくなっても、施設にいる間はサービスの空白があるかもしれないが、プログラムのサービスを受けることができる。

12.a. 現場外でのサービス：社会的そして医療的サービスの提供者は、現場外でのサービスを中心とし、オフィスでの現場内サービスを維持しない。

b. 可動性のあるサービス：プログラムは非常に可動性があり、当事者の選択による場所へのサービスを提供することに十分なものである。

Ⅲ. サービス哲学

13. サービスの選択：当事者は週に1回スタッフと会うことを除いて、いかなる時もサービスや支援を選択し、修正する、あるいは拒否する権利をもつ。

14. 精神医療の処置を当事者は要求されない：精神障害を抱える当事者は薬物治療もしくは公的な処置活動を求められることはない。

15. 当事者は薬物治療をうける必要はない：薬物依存症の当事者は薬物治療を求められることはない。

16. ハームリダクションアプローチ：当事者はアルコールそして、もしくはドラッグを断つことを求められない。そしてスタッフは一貫してハームリダクションの原理によって使用のネガティブな帰結を減少させる。

17. 動機付け面接法：プログラムスタッフは、日常実践において一貫して使用される動機付け面接法の原理に精通している。

18. 積極的な従事：プログラムは様々に個人化された積極的な従事の戦略をシステムティックに使用し、戦略の様々なタイプのニードをシステムティックに同一化し評価する。

19. 支配の欠如：プログラムは医療的な供給を守ることを促進するために、家もしくはサービスをだしにしたような支配的な活動、過剰な押し付けがましい当事者への監視は使用しない。

20. 当事者中心の計画：処置/サービスは十分に3つのサービスを兼ね備えている。(a) 形成過程の処置計画のアイデアの発達は、当事者の目的と好みによってもたらされた議論に基づいている。(b) 処置計画のミーティングは定期的に行う。(c) アセスメントで同定されたストレンクスや資源を反映するようなアクチュアルな実践。

21. 介入は広範囲な人生の目的を対象にする：プログラムはシステムティックに、人生の広範囲の領域を対象にした介入を遂行する（範囲はプログラムと当事者の交差に存在する）。

22. 当事者の自己決定と自立：プログラムは当事者の自己決定と自立を日々の活動の中で強くアドヴォケートしている。

IV. 支援の配置

23. ハウジングサポート：プログラムは、近所の案内、家主/近隣の関係、予算編成、買い物、サービスの適切な管理、家賃の支払い/補助金の支援、電気ガス水道のセットアップ、賃貸の連帯保証人を含む入居と居住の支援を提供する。

24. 精神医療的サービス：医療的な処方者は5つの処置の機能を果たす。(a) 当事者の症状と薬への効果を含む反応をめぐるアセスメントを少なくとも月ごとに通常は提供する。(b) すべての当事者の非精神医療的な状況と非精神医療的な薬について管理する。(c) もし当事者が入院した場合、ケアの継続を確かにするために、当事者である入院患者と精神科の処方者が直接コミュニケーションをとる。(d) 薬の教育を提供する。(e) 家/コミュニティの訪問を行う。

25. 統合的、段階的に薬物を使用した処置：プログラムは3つのサービスを十分に提供する。(a) システマティックで統合的なスクリーニングとアセスメント。介入もそれらの中に調整されている。(b) 変化の初期段階を用意する（アウトリーチ、動機付け面接法、当事者の処置/ミーティングへ同行）。(c) 変化の後期段階を用意する（例えばCBT＝認知行動療法、再発防止）。

26. 雇用サービスの支援：プログラムは十分にすべての4つのサービスを提供する。(a) 雇用 (b) 職業アセスメント (c) 広範囲の職探しと当事者の好みに基づいた斡旋 (d) ジョブトレーニングとその後のフォロー支援（学習支援含む）。

27. 看護サービス：プログラムは看護サービス4つすべてを十分に提供する。(a) 当事者の薬を管理する。薬の投与と記録 (b) 当事者の薬の問題/効果のスクリーニング (c) 他の薬提供者とのコミュニケーションと調整 (d) 健康の促進、防止と教育活動（危険な行動や行動変化の試み）。

28. 社会統合のサポートサービス：プログラムは、3つのすべてのサービスを提供する。(a) プログラムの中や外での価値ある社会的役割やネットワークを発達させることを近づけ、助けるファシリテート (b) 当事者が社会的関係と交渉する社会的能力を発達させることを助ける (c) 社会的、政治的立場における市民権や参加を高める。

29. 24時間体制：プログラムは、電話で直接1日につき24時間反応する。必要であれば救急車を呼ぶ。

30. 入院処置を含む：プログラムは5つのすべてのサービスを提供する。(a) 必要であれば入院の手ほどきをする (b) 入院にあたってのニーズについての相談 (c) 処置に関しての相談 (d) 退院計画についての相談 (e) 処置からの退院に関して当事者は知っている。

V. プログラムの構造

31. 家を維持することに障害がある個人の優先的加入：プログラムは (a) ホームレス (b) 深刻な精神障害 (c) 薬物依存をふくむ複数の障害をもつという基準を満たす当事者を選ぶ。

32. 当事者と連絡をとる：プログラムは1ヶ月に少なくとも4回は当事者の90%と対面で会う。

33. スタッフに対する当事者の割合は低いものである：10人あるいはそれ以下の人数の当事者にたいして、1人のフルタイムのスタッフ。

34. チームアプローチ：80%あるいはそれ以上の当事者は4週間で少なくとも3人のスタッフと対面で会う。

35. 頻繁なミーティング：プログラムは1週間に少なくとも4日は会合する。

36. 日常のミーティングの質：日常のチームミーティングは6つの機能をすべて備える。(a) 過去24時間以内に連絡のあったすべての当事者の医療的に妥当なふりかえりを、まとめる (b) すべての当事者の状態を記録する。プログラムは日々のスタッフのスケジュールを進展させる (c) それは当事者の週間スケジュールに基づく (d) 緊急のニーズ (e) 未来の危機を防ぐためのプロアクティブな連絡の必要性 (f) スタッフは最後まで説明責任を果たす。

37. スタッフのピアスペシャリスト：100人の当事者に対して、少なくとも1.0人のフルタイムのピアスペシャリスト。最小限の資格を持ち合わせ、チームで十分に専門的な地位をもつ。1.0人のフルタイムを満たすなら2人以上のピアスペシャリストはいない。

38. プログラムにおける当事者の表明：プログラムは関わり、ピアのアドヴォケート、体制の運営(3つの様式)に関して、当事者の意見提供の機会をあたえる。

3.3 支援実践

以下では、実践家向けに出版されているHFのマニュアルである『*Housing First*』(Tsemberis 2010)の4章から6章をもとにACTチームの支援実践についてレビューを行いたい(以下、マニュアルと表記)。

PHFでは、ACTチーム(Assertive community treatment)と、いわゆるゼネラリスト(万能)で、専門的サービスの仲介を行うICMチーム(intensive case management)が学際的に当事者へアプローチしている。

ACTチームは看護師、依存症専門家、ピア専門家、精神科医、ソーシャルワーカー、住宅専門家から構成されている専門家集団である。チームによるアプローチで、ケースや日々のチームミーティングを共有する。スタッフ1人につき当事者は10人の割合とし、コミュニティにおける連絡を中心としている。また24時間体制で当事者の危機に対応する。そのため、ACTチームの1日はケアを受ける個々の当事者の状況やケアの進展等を確認する朝のミーティングから始まる。

コンシューマー CHOICE (当事者主権) が基軸にあるため、最終的には当事者が何をいつどのように変えたいのかを決めることになるが、例えば当事者が「もうストレスはごめんだ」というような訴えがあり、この目的を達成するために当事者がYMCAで週に2回運動する、あるいは週に3回5分間の瞑想を行うと述べたとする。そうすると支援チームは当事者がYMCAのメンバーシップを値引きして買えるように手配する。あるいはYMCAの設備を使えるようになるためのツアーを組む。あるいは当事者が瞑想する週に、専門家に見てもらおうよう手配する等々の計画がたてられていくことになる(Tsemberis 2010: 81)。

マニュアルで紹介されているチームリーダーのある1日の午前中の動きは以下のようなものである。朝の電話対応(8時30分開始)。弁護士への電話・裁判所への手配。朝の会議のファシリテート。メール返信。支援のスケジュール表を配布。自宅が停電中の当事者への手配。ある当事者の生活費について会計と相談。裁判所から帰ってきた当事者についてスタッフと今後のケアについて相談。当事者の携帯電話の注文。スタッフの電話の相手の当事者について相談・医療スタッフにメールで相談。当事者と会いアパートについて会話。ピア専門家の困りごとを解決。当事者とアパート見学・今後の薬物治療についてスタッフに電話。ある当事者と数分の会話。当事者と会話・看護師とその当事者の健康問題について共有。生活保

護の書類を解説。当事者から入電（12時35分昼休憩）…。

このようにチームリーダーはプログラムの調整が主な仕事になっている。午後も5時まで同じように様々な業務につくのだが、午前中だけでも非常に多忙なことがわかる。

精神科医の1日は以下のようなものが紹介されている。進捗状況ノートの確認（8時30分開始）。週間の振り返り。「いいニュース」（リハビリによる当事者の改善点）について議論。支援プランの振り返り。アパートへ移動しアパートで精神療法による面談（複数件）。事務所にて進捗状況ノート作成（6時45分終了）。

ピア専門家は、「リカバリーが単に哲学・理論ではなく生きた経験であることを証明している」（Tsemberis 2010: 109）とされ、リカバリーが他の当事者にも可能であることを示すという意味でもACTチームの中で重要な役割を担っている。ピア専門家の1日は以下のようなものが紹介されている。レポートを読む（9時開始）。ドラッグ治療を受けたい当事者の支援。アパートの視察。当事者へ金銭管理の支援・相談受付。保護観察官・ソーシャルワーカーへ電話。当事者の新たな目標の支援（家族との関係、パソコン習得など）。書類作成（5時終了）。

このように各メンバーが健康、家、雇用、家族や社会関係、依存症など多岐にわたる様々な支援を行っていることから、「同じクライアントなどいない。そしてリカバリーにおけるどのクライアントの旅もユニークである」（Tsemberis 2010: 80）とされているように、PHFの支援実践は高度に個人化されたトリートメントアプローチであることがわかる。

HFの場合、家がまず真っ先に提供されるため、当事者がその後さまざまな目標をたてることを可能にするとされている（Tsemberis 2010: 82）。新しい入れ歯、車の免許取得、友達の訪問、ダイエット、健康な食事をとる、職を得る、投薬をやめる、ドラッグの使用を減らす、詩を書く、病院にはいかない、彼女や彼氏をつくる、写真をとる、ヨガ教室に通う、図書館にいく、新しい眼鏡をかう、麻薬をやめる、酒をやめるなどである（Tsemberis 2010: 82）。

そして自分のアパートに入るということが、当事者のモチベーションに根本的な変化をもたらし、自身のリカバリーに積極的な参加をもたらすことになるという（Tsemberis 2010: 82）。ただし多くの当事者がホームレス状態であったことや、精神障害や依存症に対してのネガティブでスティグ

マ化された神話によって、希望や夢を粉々にされてきたため、当事者の目標が叶うように、スタッフは信頼関係や協同関係を結んでいく（Tsemberis 2010: 82）。

また自宅訪問はチームにとって重要な活動であり、「自宅訪問のアートと科学」と表象されている（Tsemberis 2010: 84）。自宅訪問が「当事者とスタッフの力関係に変化をもたらす方法」（Tsemberis 2010: 87）として捉えられている点も独特である。

4 おわりに

本稿の問題関心を解き明かすために、筆者は継続してレビューを執筆する予定であるが、ここで①稿の暫定的なまとめを残し、次号に繋げていきたい。

アメリカにおけるHFは、ホームレス状態の当事者を「矯正」する従来の階段型の支援への反省・批判からはじまった。そして当事者の選択を中心にしつつ路上から直接アパートへの入居を支援し、ACTによる集中的なケアを行うことで高い定着率を保っていることが報告されてきた。アメリカ初のこの取り組みは、その質を高めるために、家の形式やスタッフの人数、面接の回数など様々な面から高いフィデリティによって規制されていた。

ツェンベリスの関わったHELP、Choices、HFというプログラムの流れはまさに、どのように支援の手を差し伸べるのか、当事者は何を一番望んでいるのかについて、真摯に向き合ってきた歴史であったといえる。

しかし、HFはその革新性ゆえに批判も巻き起こしてきた。②稿ではHFの効果を測る様々な量的調査、あるいは当事者の声から考察されたHFの質的調査などを紹介しつつ近年のHFへの批判を検討していきたい。HFをめぐる社会学的検討はその先にある。

謝辞

本稿の作成にあたり、日本大学より第一種海外派遣研究員の助成を受けました。また在外研究中にアドバイスをいただいた、Deborah K.Padgett先生（ニューヨーク大学）、東京プロジェクトのスタッフの皆様にも御礼申し上げます。

注

- 1) ここでいう「定着率」とはあくまでもアパートに住んでいる比率であり（転居含む）、生活が安定しているということを直ちに意味しない（Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 58）。この点は非常に重要である。というのも「不安定」な側面がありつつも、支援者と当事者の協同の中でいかにして生活が維持されているか、という問題関心が新たに発生するからである。なお、この定着率の高さが証拠（エビデンス）となり、政策を駆動していくことになるが、エビデンス重視の調査にもとづく政策をめぐるのは、複雑な現象を単純化しすぎるとの批判もあり、なかでもコストベネフィットの調査に特化してしまい、HFのもつ価値が後景化することへの警鐘がなされている（Stanhope and Dunn 2011）。近年の「エビデンス」の意味合いについての警鐘については（東洋経済新報社出版局 2017）を参照。
- 2) 現在、住宅都市開発省（HUD）は政府による「慢性的なホームレス」の定義を採用しているが（1）1年あるいはそれ以上路上生活を送り続け、障害をかかえる単身ホームレス。（2）過去3年の間に4回はホームレス状態になった障害をかかえる単身ホームレスのいずれかを指している。なお、アメリカのホームレスの定義は路上での野宿のみを指すのではなく、「人間の住まいを意味しないような場で眠る人」とされているため、ホームレスシェルターに滞在している場合もホームレスとして位置付けられる。またここで障害をかかえるとは、薬物依存や深刻な精神障害、発達障害、身体的な障害などが2つ同時にあるいは複数かかえることが含まれている。慢性的にホームレス状態の人々は、National Alliance to End Homelessness（NAEH: ホームレス状態を終わらせるための全国同盟）によると92,593人と報告されている（NAEH 2014）。
- 3) 1990年代ニューヨークにおけるホームレス状態の人々が、1晩にシェルターに入所している数はおよそ2万人台となっている（Coalition for the homeless 2017）。
- 4) 対象者との連絡を維持し、「調査拒否」を減らすためにインタビューごとに25ドルを謝金として渡し、1ヶ月ごとの5分間の電話インタビューも5ドル支払ったとされている（Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 53）。
- 5) ただしNYHSはこの調査に倫理的なジレンマを抱えていた。というのも、HFと従来のプログラムの比較にあたって、ランダムに選ばれる候補者が、ある人はHFへ、ある人は従来のプログラムにわりふられたからだ。しかし調査

スタッフはこのジレンマを「この調査が終わった後に彼らはHFを与えられる」と捉えることで乗り越えたとされている (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 52)。

- 6) 最初はシェルターのスタッフなどから強烈な反対もあったとされている (Padgett, Henwood, Tsemberis 2016: 106-7)。なおHF批判の詳細はFelton (2003)を参照 (②稿でも改めて議論する予定)。
- 7) 例えばジェニファー・パールマンとジョン・パーベンスキー (2006) は、Denver Housing First Collaborative (DHFC) に関わる前の24ヶ月と後の24ヶ月のコストベネフィットと分析を行っている。サンプルは12人であるが、プログラム開始後は72.95%減、一人当たり\$31,545減とされている。またPHFの年次報告書等でも再三この点は強調されているが、例えばPHF D.Cによると、1年あたりホームレス（ここでの概念には、シェルターや一時避難所、刑務所などに入所する者が含まれる）のままであればおよそ\$50,000必要だが、一方でサポートを受けながらも家に入居すると、年間で\$24,000とされている (PHF D.C 2014)。またFairmount VenturesによるPHF PAに関する報告書によるとHFのコストは一人当たり\$28,181となり、パーマネントの家を提供する他のプログラム（一人当たり\$56,641）に比べて、50%減少、またドラッグとアルコールの依存症を伴う精神障害を抱える人々の住宅（一人当たり\$41,228）に比べて32%減少としている (Fairmount Ventures 2011)。
- 8) 「弊害の軽減」と訳されることもある。薬物を使用したうえでの有害な行動によるネガティブな結末を減少させる実践であり、完全に薬物を断つことを治療のゴールとしない (Tsemberis 2010: 152)。
- 9) 西尾雅明によるとACTは「重い精神障害を抱えることで頻回入院や長期入院を余儀なくされていた人々が病院の外でうまく暮らしていけるように、さまざまな職種の専門家から構成されるチームが援助するプログラム」(西尾 2004: 13) とされている。日本では包括型地域生活支援プログラムと呼ばれている。3.3節で後述するように、様々な職種の専門家集団からなり、個々の臨床に応じた集中的なサービスが行われる。

文 献

- Anthony, William A., 1993, "Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11-23.

- Burt, Martha R., 1996, “Homelessness: Definitions and Counts,” Baumohl Jim eds, *Homelessness in America*, Westport: Oryx, 15-23.
- Coalition for the homeless, 2017, *Number of Homeless People in NYC Shelters Each Night*. <http://www.coalitionforthehomeless.org/the-catastrophe-of-homelessness/facts-about-homelessness/> (2017.5.10取得).
- Fairmount Ventures, 2011, *Evaluation of Pathways to Housing PA*.
- Felton, Barbara J., 2003, “Innovation and Implementation in Mental Health Services for Homeless Adults: A case Study,” *Community Mental Health Journal*, 39(4): 309-22.
- Greenwood, Ronni M., Stefancic Ana, Tsemberis Sam, 2013, “Pathways Housing First for Homeless Persons with Psychiatric Disabilities: Program Innovation, Research, and Advocacy,” *Journal of Social Issues*, 69(4): 645-63.
- Gulcur Leyla, Stefancic Ana, Shinn Marybeth, Tsemberis Sam, Fischer, Sean N., 2003, “Housing, Hospitalization, and Cost Outcomes for Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities Participating in Continuum of Care and Housing First Programmes,” *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13: 171-86.
- Henwood, Benjamin F., Shinn Marybeth, Tsemberis Sam, Padgett, Deborah K., 2013, “Examining Provider Perspectives Within Housing First and Traditional Programs,” *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16: 262-74.
- 平川茂・小池隆生, 2003, 「アメリカ」小玉徹・中村健吾・都留民子・平川茂編著『欧米のホームレス問題(上)——実態と政策』法律文化社, 303-61.
- Hopper Kim, Jost Jhon, Hay Terri, Welber Susan, Haugland Gary, 1997, “Homelessness, Severe Mental Illness, and the Institutional Circuit,” *Psychiatric Services*, 48(5): 659-65.
- HUD, 2007, *Defining Chronic Homelessness: A Technical Guide for HUD Programs*.
- 稲葉剛, 2016, 「国内におけるホームレス対策の進展とハウジングファースト——東京二三区の状況を中心に」『賃金と社会保障』1672: 10-20.
- Jencks Christopher, 1994, *The Homeless*, Cambridge: Harvard University Press. (= 1995, 大和弘毅訳, 岩田正美監訳, 『ホームレス』図書出版社.)
- Johnson Guy, Parkinson Sharon, Parsell Cameron, 2012, *Policy Shift or program drift? Implementing Housing First in Australia*, Australian Housing and Urban Research Institute.

- 小池隆生, 2006, 『現代アメリカにおけるホームレス対策の成立と展開』 専修大学出版局.
- Katz, Steven E., Sabatini Albert, Codd Catherine, 1993, “The Homeless Initiative and Project HELP: Historical Perspectives and Program Description,” Katz, Steven E., Nardacci David, Sabatini Albert eds, *Intensive Treatment of the Homeless Mentally Ill*, Washington DC: American Psychiatric Press, 1-24.
- Main, Thomas J., 2016, *Homelessness in New York City: Policymaking from Koch to de Blasio*, New York: NYU Press.
- 森川すいめい, 2016, 「『ハウジングファースト』という試みが始まっている」『賃金と社会保障』 1672 : 4-9.
- NAEH, 2010, *Fact Sheet: What is a Continuum of care?*, <http://www.endhomelessness.org/library/entry/fact-sheet-what-is-a-continuum-of-care> (2017.5.10 取得).
- NAEH, 2014, *The State of Homelessness in America 2014*.
- 中島明子・阪東美智子・大崎元・丸山豊・安江鈴子, 2013, 『東京都ホームレス地域生活移行支援事業2004-2009——自立支援と結合したハウジング・ファースト・アプローチに着目した分析』.
- 西尾雅明, 2004, 『ACT入門——精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』 金剛出版.
- 小川芳範, 2017, 「ハウジングファーストの人間観と支援アプローチ」『賃金と社会保障』 1677 : 46-53.
- Padgett, Deborah K., Henwood, Ben F., Stanhope Victoria 2008, “issue and action: New Approaches in the Third Decade of the Homelessness “Crisis” in America: Innovation Inspired by Practice and Supported by Research,” New York University Silver School of Social Work.
- Padgett, Deborah K., Henwood, Benjamin F., Tsemberis, Sam J., 2016, *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*, New York: Oxford.
- Pathways to Housing DC, 2014, *Pathways to Housing DC 10th Anniversary Report 2014*.
- Perlman Jennifer, Parvensky John, 2006, *Denver Housing First Collaborative Cost Benefit Analysis and Program Outcomes Report*, Denver’s Road Home.
- Pleace Nicholas, 2016, *Housing First Guide Europe*, <http://housingfirstguide.eu/website/> (2017.5.10 取得).

- Salyers, Michelle P., Tsemberis Sam, 2007, "ACT and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams," *Community Mental Health Journal*, 43 (6): 619-41.
- Shern, David L., Tsemberis Sam, Anthony William, Lovell, Anne M., Richmond Linda, Felton, Chip J., Winarski Jim, Cohen Mikal, 2000, "Serving Street-Dwelling Individuals With Psychiatric Disabilities: Outcomes of a Psychiatric Rehabilitation Clinical Trial," *American Journal of Public Health*, 90(12): 1873-8.
- Stanhope Victoria, Dunn Kerry, 2011, "The curious case of Housing First: The limits of evidence based policy," *International Journal of Law and Psychiatry*, 34: 275-82.
- Stefancic Ana, Schaefer-McDaniel, Nicole J., Davis, Andrew C., Tsemberis Sam, 2004, "Maximizing follow-up of adults with histories of homelessness and psychiatric disabilities," *Evaluation and Program Planning*, 27: 433-42.
- Stefancic Ana, Tsemberis Sam, 2007, "Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four- Year Study of Housing Access and Retention," *Journal of Primary Prevention*, 28: 265-79.
- Stefanic Ana, Tsemberis Sam, Messeri Peter, Drake Robert, Goering Paula, 2013, "The Pathways Housing First Fidelity Scale for Individuals With Psychiatric Disabilities," *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16: 240-61.
- Stefancic Ana, Henwood, Benjamin F., Melton Hilary, Shin Soo-Min, Lawrence-Gomez Rebeka, Tsemberis Sam, 2013, "Implementing Housing First in Rural Areas:Pathways Vermont," *American Journal of Public Health*, 103: 206-9.
- 東洋経済新報社出版局, 2017, 「慶大教授が『弱者救済はやめろ』と言う理由」
<http://toyokeizai.net/articles/-/165346> (2017.5.10取得) .
- Tsemberis, Sam J., Cohen, Neal L., Jones, Rebecca M., 1993, "Conducting Emergency Psychiatric Evaluations on the Street," Katz, Steven E., Nardacci David, Sabatini Albert eds, *Intensive Treatment of the Homeless Mentally Ill*, Washington DC: American Psychiatric Press, 71-89.
- Tsemberis Sam, 1999, "From Streets to Homes: An Innovative Approach to Supported Housing for Homeless Adults with Psychiatric Disabilities," *Journal of Community Psychology*, 27(2): 225-41.
- Tsemberis Sam, Asmussen Sara, 1999, "From Streets to Homes: The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model," *Alcoholism Treatment*

Quarterly, 17: 113-31.

Tsemberis Sam, Eisenberg, Ronda F, 2000, "Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities," *Psychiatric Services*, 51(4): 487-93.

Tsemberis, Sam J., Moran Linda, Shinn Marybeth, Asmussen, Sara M., Shern, David L., 2003, "Consumer Preference Programs for Individuals Who Are Homeless and Have Psychiatric Disabilities: A Drop-In Center and Supported Housing Program," *American Journal of Community Psychology*, 32: 305-17.

Tsemberis Sam, Gulcur Leyla, Nakae Maria, 2004, "Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis," *American Journal of Public Health*, 94(4): 651-6.

Tsemberis Sam, 2010, *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*, Minnesota: Hazelden.

Tsemberis Sam, 2013, "Housing First: Implementation, Dissemination, and Program Fidelity," *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16: 235-9.