

という用語も彼らを対象とした法内施設もない時代であった。1980年に公表されたICIDHによって「障害論」が注目されて以降、ようやく、疾病と障害が共存する存在としての「精神障害者」が、日本においても認められるようになったのである。

その背景には、1984(昭和59)年に医療法人報徳会宇都宮病院での患者からの搾取、虐待、虐殺、無資格診療等が告発されたことなどが影響している。日本の精神障害者の置かれている現状に対して、国際法律家委員会・国際医療職専門委員会第一次調査が1985(昭和60)年に実施され、日本の精神科医療は国際的な批判を受けた。そうした影響もあり、1987(昭和62)年に「精神衛生法」が精神保健法へと改正された。「精神保健法」では、任意入院制度の新設、精神医療審査会の設置、入院告知などを含め、ここに至ってようやく、精神障害者は障害者としての認知を獲得し、福祉の対象として明記された。それは、収容された「患者」から地域で生活していく「障害者」へという認知の変遷だったともいえる。

精神科医療のなかで細々と取り組まれてきたリハビリテーションも、ノーマライゼーションや生活モデルの浸透とも関連して、もっと幅広く捉えられるようになった。

また、1995(平成7)年には精神保健法の改正により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)が成立し、「自立と社会参加の促進のための援助」という福祉的要素が明確化された。そして、同年12月に成立した障害者基本法では、精神障害者も身体障害者や知的障害者と同様に、施策の対象となる障害者の範囲に明確に位置づけられた。2000(平成12)年4月の「精神保健福祉法」の改正においては、社会復帰施設として地域生活支援センターを位置づけること、ホームヘルパーやショートステイといった生活を支えるサービスの施行(2002(平成14)年に開始)などが盛り込まれた。

② 三障害共通のサービス体系

そして、1990年代後半から始まった社会福祉基礎構造改革が精神保健福祉法のなかに位置づけられていた福祉サービスにも大きな影響を与えた。2004(平成16)年9月に出された精神保健福祉施策の改革ビジョンにより、入院医療中心から地域生活中心への転換が明記され、7万人ともいわれる社会的入院者の退院促進を行うことが盛り込まれた。同年に厚生労働省障害保健福祉部が今後の障害福祉施策について(改革グラ

★ホスピタリズム

施設症などと訳される。病院や施設という特殊な生活環境のために、身体的・精神的な機能が損なわれ、生活能力などが低下すること。その回復のためのリハビリテーションも必要である。インスピティチューショナリズムともいわれる(p.24参照)。

★社会的入院

入院による医学的な治療が必要な状態ではないにもかかわらず、治療以外の社会的な理由のために入院している状態。精神障害者でいうならば、その理由として、病院の患者数の確保、引受先となる家族の不在、住居や仕事といった社会資源の不足などが挙げられる。

ンドデザイン案）を発表し、市町村を中心とした障害保健福祉サービスの一元化、自立支援型のシステムへの転換、サービスの再編という方向性を打ち出した。2006（平成18）年4月には障害者自立支援法（現・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法））が施行され、精神障害者も他の障害者と同じサービス体系に位置づけられたのである。精神科医療において取り組まれてきたりハビリテーションと福祉サービス事業者によって提供されているサービスを障害当事者が選択しながら、生活を組み立てる時代に入り、リハビリテーションに携わる医療、福祉等の関係機関が連携しながら、地域生活を支援する仕組みが整えられつつある。

5 精神障害リハビリテーションに共通する原則

今や精神障害リハビリテーションは、その対象もフィールドも方法も多様化している。そのなかで共通する原則について整理する。

□ 包括的アプローチ

高齢者福祉領域を出発点に地域包括ケアシステムの構築が提唱されたが、2017（平成29）年2月の「これから的精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことを新たな理念として公表した。精神障害者の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育、相談窓口が包括的に確保されることを目指している。

具体的には、障害保健福祉団域ごとに医療、保健、福祉関係者による協議の場を通じて、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者、自治体担当各部局等の関係者間の顔の見える関係の構築、地域の課題を共有化したうえで、包括ケアシステムの構築を行うということを目的としている。医療と保健、福祉の連携は長年課題とされてきたが、協議を重ねていくなかで、精神障害リハビリテーションがより有効に活用できると考えられる。また、地域包括ケアシステムを構築することはもちろん、障害のある人たちへの支援ネットワークを強化し、よりスムーズな連携を可能とするものであるが、日常的な個別支援については、その人とその

人をとりまく環境全体をアセスメントしながら進めていくことになる。その人の全体状況を把握したうえで多機関が連携し、それぞれの機関の機能を活かしながら個別の支援を展開していくという意味でも、包括的アプローチは重要なキーワードだといえる。

② 個別化

リハビリテーションを実践する枠組みが包括的に整備されることは重要である。しかし、対象となる精神障害者一人ひとりがその個性を大切にされることも重要である。精神障害者で専門家の支援を必要とする人は何らかの生きづらさを抱えており、病気や障害を受容できている人ばかりではない。

障害者権利条約は、社会モデル的な観点に立ち、医療や福祉の対象（客体）であった「障害者」が人権の主体であることを明白にし、人間の多様性への配慮を謳っている。また、障害者を対象とした特別な条約、新たな権利として制定されるのではなく、すでにほかの規約等で謳われている、人として保障されるべき権利が誰にも平等に保障されることを実現するためのものである。日本国憲法には、法の下の平等やその他、国民の権利がいろいろと謳われている。しかし、だれもが平等にその権利が行使できているかというとそうではない。精神障害者についても、長く続いた隔離収容政策の影響もあり、差別や偏見に晒されてきた。強制的な医療や地域での差別的な対応などにより、セルフスティグマをもつ人も多い。障害の自己受容は医療や福祉サービスを受け続けていく動機となるが、社会のなかにある差別意識や偏見により、精神障害者自身が病気や障害をマイナスのものと捉え、否認する場合もある。

リハビリテーションの出発点として、自己の尊厳を取り戻し、今の自分自身を受け入れることが重要である。人によって、これまで生きてきた環境も違えば病気や障害の程度も異なる。そのため、その個別性に配慮しながら寄り添うことが、病気や障害を受け入れ、その人がリカバリーしていくことを助けることにつながるのである。

③ 当事者参加と自己決定の尊重

専門職教育のなかで、主人公は当事者であることが強調される。しかしこれは、裏を返せば精神障害者などの社会的に弱い立場にある人たちが、我が事であるにもかかわらず治療やリハビリテーションのプロセスに十分に参加することができなかった経緯があるからである。その人の

Active Learning

精神障害のある人の個別性を尊重し、意思決定を支援していくために、精神保健福祉士が留意しなければならないことについて考えてみましょう。

★パートナリズム

強い立場の人が弱い立場の人の利益を考え、介入・干渉・支援すること。父権主義とも訳される。当人のためにやっていることがあるが、結果として、その人の意思に反している場合もある。

ためによかれと思ってパートナリズムを発揮することのすべてが間違っているわけではないが、その繰り返しによって、結果として当事者の主体性を奪ってしまう。これまで専門職がつくってきた仕組みや社会資源もまた、当事者にとっての利益よりも専門職が当事者を管理しやすいということが優先されていないかどうかを点検してみる必要がある。

単に当事者参加といつても、さまざまなレベルの参加がある。参加を促進するためには、本来は、その人のニーズを把握し、それを目標として、いつ、どこで、どのような方法で参加の促進を実施するのかということを、当事者を中心に検討し、決定していくことになる。しかし、支援の現場で当事者からよく聞くことは、会議の場に参加していても、そこで交わされている話がよくわからなかったというようなコメントである。その場に参加し、当事者が決定を行うには、専門職がもっている知識や情報を共有できることが重要である。そのため、専門用語などをできるだけ使わないようにしたり、使う場合でも、当事者にわかりやすく伝えるという創意工夫が必要であり、柔軟性が試される。また、その前提として、精神障害者の経験に耳を傾けているか、精神障害者と専門職が互いに信頼関係を構築できているかどうかが問われるのである。

アンソニー(Anthony,W.A.)のリハビリテーションの基本原則には、「支援のなかで依存を増やすことは、結果的には当事者の自立につながる」とある。当事者の自己決定を促すことと依存を増やすことは、一見矛盾するように捉えられる。また、「自立」という言葉が何を指すのかということも人それぞれである。自立といっても、職業的自立を自立とする考え方もあるれば、日常生活動作(activities of daily living: ADL)ができることが自立だと考える人もいるだろう。

★IL運動

障害者が他人から介助を得ながらも、自分の人生に対する責任を負う主体として位置づけ、自立生活に必要なサービスの提供を権利と位置づけ、その保障を求める運動。1972年アメリカのカリフォルニア州でロバーツ(Roberts, E.)らが「自立生活センター(center for independent living: CIL)」を設立し、現在では世界各国に広がっている。

アメリカで発祥し、日本の自立生活支援センターの実践に大きな影響を与えた自立生活(independent living: IL)運動では、「障害者が他の人の手助けを多く必要とする事実があっても、その障害者がより依存的であることには必ずしもならない。人の助けを借りて15分かかるて衣服を着、仕事にも出かけられる人間は、自分で衣服を着るのに2時間かかるために家にいる他はない人間より自立している」と捉えられている。また、健常者といわれる人間も、誰かや何かに依存しながら日常生活を送っている。障害者だけが完全なる自立を求められることはないだろう。「依存」という言葉の意味も十分に吟味される必要があるだろうが、重要なのはリハビリテーションプロセスのなかで、その時点での依存が将来に与える影響について十分に検討され、依存のメリット、デ

メリットを検討した結果、当事者がその決定を行っているかどうかという点にあるのではないだろうか。

人権尊重という立場からみると、障害のある人の自己決定は尊重されるべきである。しかし、何らかの決定についても、メリットと同時にデメリットやリスクが必ず伴う。その点も含めて、十分な情報の共有をできることが重要であろう。

■ 主体性回復の視点と「希望」

精神障害リハビリテーションに共通する大きな目標は、一人ひとりが充実し、希望に満ち、社会に貢献できる人生を送ること、つまり、リカバリーしていくことを目指すのである。もっともらしく聞こえるが、精神障害者をみると、人生で最も華やかな時期でもある10代半ばから30代半ばに精神疾患を発症する人が多いことがわかる。病気によって大学を中退することになった人や職場を退職することになった人、結婚生活の継続が難しくなり離婚した人など、挫折体験により絶望を味わった経験が強くその人の心に刻まれていることもある。そういう人たちを前にして、安易に希望を口に出すことができない場合もあるし、障害の有無にかかわらず、前向きな展望を躊躇なく語れる人も少ない時代である。しかし、希望なくして人は生きていくことは難しい。

池淵恵美は、「希望学」を紹介しながら、希望を育む支援者の役割の重要性を指摘している。ピアサポート活動のなかではよく、ロールモデルとなるようなピアソポーターが自身のリカバリストーリーを語ることで希望があることを伝えるが、専門職が気休めでなく希望を伝えられるとしたら、どのような方法があるのだろうか。専門職が希望を育むためにできることは何だろうか。その例を以下にまとめてみたい。

●当事者の体験を積み上げる

病気や障害により挫折してきた当事者が自信を回復していくためには、成功体験を積み上げていくことが重要だといわれる。精神障害リハビリテーションのプロセスでは、当事者のニーズを把握し目標を定めていくが、専門職はニーズアセスメントとその人を取り巻く環境のアセスメントを丁寧に行い、その人の強みと一緒に探っていく。ストレングスマodelのケアマネジメントでは、その人個人が本来もっている強さ、健康な面、得意なこと、潜在的な能力、暮らしてきたなかで獲得してきたさまざまな技能（コミュニケーションスキルや日常生活上のノウハウなど）と一緒に点検し、環境のストレングスと合わせて評価し、パートナー

★ロールモデル

自分にとって、具体的な行動や考え方の規範となる人を指す。そうした人の存在がモチベーションやスキルの向上につながると考えられている。

★リカバリストーリー

病気や障害などによる困難を経験した人が、どのような経過を経て、自分なりに生きてきたのかというその人の物語。その語りにより、同じような病気や障害のある人たちが希望や勇気をもらえるといった効果がある。