

シップを大切にしながら、ニーズの実現に向かって歩みをともにする。スマールステップを積み上げながら、自信と主体性の回復を目指していくのである。そのプロセスには、それぞれの専門職の専門性が活かされるべきで、そのための工夫や努力を惜しまない姿勢が重要である。

当事者の体験を積み上げる際に大きな壁になるのは、当事者を社会に「適応させて」いくことが自立への近道だと考えることである。これまでの障害者支援では、病気や疾患を乗り越えて社会に適応することが成功例だと考え、その既存の価値観を当事者に押しつけてきた。しかし、人の多様性が社会のなかで認められ、合理的な配慮がなされることが常識となるような、包括的なケアシステムの構築や地域共生社会を目指されているとするならば、当事者に適応を求めるという発想から、社会が障害を理解して、当事者主体の適応のために社会に何ができるのかとともに考え方を取り組んでいくということを考えていく必要があるのではないか。彼らのストレングスに対する評価に対して社会の側が共感するような環境づくりもまた、希望を育むことに間接的に貢献する実践なのではないか。専門職はそのような環境づくりにも取り組む必要がある。この環境づくりには、専門職による研究や実践の積み上げ、発信も含まれる。

●再発の防止

当事者のリカバリーを志向し、ストレングスを評価しながら支援していくことや、社会に対して理解を求めるなどを述べてきたが、最後に精神障害リハビリテーションと病気や医療との関係性について考える。

どんなに最善を尽くしても再発する場合はある。リハビリテーションを展開していくうえで、そのリスクは常に念頭に置くべきである。難しいのは、当事者のニーズを実現するという実践のプロセスにおいても、当然のことであるがストレスが存在するということである。ストレスがその人の成長を促す場合もあるが、過重すぎるストレスは再発の契機となってしまう。もちろん服薬をきちんと行うことも重要であるが、それだけでは防ぐことができない場合もある。

精神障害リハビリテーションの技法のなかに、積極的にその人の能力を高めるものが存在するのと同時に、ストレス対処法が含まれるのはこのためである。生活リズムの整え方、周囲（家族を含む）との関係性、コミュニケーションなど、ストレスを軽減することが再発防止に有効であることもよくいわれることである。

薬物療法は日々進歩を続けていて、新薬の開発により、多剤を投与していた時代から処方はシンプルなものになり、副作用も軽減している。

しかし、病気や障害をどう理解し、どう付き合っていくとするのかという精神障害の受容プロセスは、人によって異なっている。また、医療従事者と福祉サービス事業者では、服薬に対する考え方やその人に対する見立てが異なっていたりする場合もある。医療現場の人たちが当事者の生活実態や福祉サービスの内容を知らないという話は、福祉領域ではよく語られるが、地域の福祉現場の人たちもまた、医療現場で何が行われているのかということや薬物療法についても十分に理解できていなければ、厚生労働省が提唱している精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築により、協議が進み、よりよい連携が行われることが当事者のリハビリテーションの促進につながるのであろう。

◇引用文献

- 1) OECD Health Policy Studies, *Making Mental Health Count: The social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD publishing, p.112, 2014.
- 2) 定藤文弘「障害者福祉の基本的思想としての自立生活理念」定藤文弘・岡本栄一・北野誠一編『自立生活の思想と展望——福祉のまちづくりと新しい地域福祉の創造をめざして』ミネルヴァ書房, p.8, 1993.

◇参考文献

- ・C.A.ラップ・R.J.ゴスチャ, 田中英樹監訳『ストレングスマodel——リカバリー志向の精神保健福祉サービス第3版』金剛出版, 2014.
- ・H.スミス・H.ブラウン編, 中園康夫・小田兼三監訳『ノーマリゼーションの展開——英国における理論と実践』学苑社, 1994.
- ・池渊恵美「リカバリーにはたす希望の役割」『臨床精神医学』第43巻第4号, pp.535-543, 2014.
- ・長瀬修, 東俊裕, 川島聰編『障害者の権利条約と日本——概要と展望』生活書院, 2008.

地域およびリカバリー 概念 を基盤とした リハビリテーションの意義

第4節

学習のポイント

- ・地域における福祉サービスの変遷を理解する
- ・障害者総合支援法における福祉サービス提供の仕組みを学ぶ
- ・当事者を中心とした地域でのリハビリテーションの現状と課題を学ぶ

福祉サービスの変遷

厚生省は1997(平成9)年11月に、社会福祉の基礎構造改革について(主要な論点)を発表した。これは、戦後50年間ほとんど枠組みを変えずに行ってきた社会福祉政策を時代の変化に沿って改革することを趣旨としており、改革の基本的な方向性として、①サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立、②個人の多様な需要への地域における総合的支援、③信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の確保、④幅広い要望に応える多様な主体の参入促進、⑤住民の積極的な参加による豊かな福祉文化の土壌の形成、⑥情報公開等による事業運営の透明性確保が示された。また、同年12月には「今後の障害保健福祉施策の在り方について」(障害者関係三審議会合同企画分科会中間報告)が出され、①障害保健福祉施策の総合化、②障害の重度・重複化等への対応、③夜間の介護体制等による家族の負担の軽減、④保険制度との関連での整理、⑤障害者の権利擁護がその主な内容として公表された。

1999(平成11)年1月には「今後の障害保健福祉施策の在り方について」(身体障害者福祉審議会・中央児童福祉審議会・障害福祉部会合同企画分科会・公衆衛生審議会精神保健福祉部会)が公表され、同年4月の「社会福祉基礎構造改革について」(社会福祉事業法等改正法案大綱骨子)によって改正が方向づけられた。その理念として「個人が尊厳を持ってその人らしい自立した生活が送れるよう支える」ということが掲げられた。最も大きい変化はサービスの供給システムの改革であり、措置制度から契約へというパラダイムの転換を行ったことである。2004(平成16)年には精神保健福祉分野でも精神保健福祉施策の改革ビジョンが出され、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（改革グランドデザイン案）を発表し、三障害一元化、自立支援、応能負担という方向性を打ち出し、2006（平成18）年4月には障害者自立支援法が施行され、ほか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。現在の障害福祉サービスは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）によって提供されている。



精神保健福祉領域のサービス

精神科病院の開放化が叫ばれ始めた1970年代から、徐々に地域での居場所や働く場の必要性が認識されはじめた。やどかりの里（現・公益社団法人やどかりの里）やみのりの家（現・社会福祉法人豊芯会）、社会福祉法人ときわ会あさやけ第二作業所などがその草分け的な存在として知られている。1988（昭和63）年、日本の精神科病院に対する国際的な批判の高まり、医療費の抑制といった要素もあいまって、精神衛生法が改正され精神保健法となった。精神障害者への対応を病院から地域へと変えていくという潮流のなかで、専門家も家族も当事者たちも活発に「生活の拠点づくり」のために動き始めたのである。

これまで目指してきた「社会復帰」というゴールは、囲われた環境から社会を眺める発想であり、社会のなかで「当たり前に暮らす」というところに実践の主眼を置き換え、当事者を主人公として、生活を支えるという新しい歴史がはじまったのである。

その後、精神保健法から精神保健福祉法への改正を経て、精神障害者の福祉サービスの多くが法制化された。1998（平成10）年には、精神保健福祉士の国家資格化が実現した。そして、精神保健福祉士の最も大きな使命は、後に精神科病院に入院している当時7万人と試算された社会的入院患者を地域に退院させるということでもあった。精神保健福祉法の範疇において、精神障害者を対象としたサービスが、家族や精神保健福祉士、医療機関などによって次々につくられていったのである。当時は、精神障害者居宅生活支援事業として、ホームヘルプサービス、ショートステイ、グループホームが位置づけられており、精神障害者社会復帰施設として、精神障害者地域生活支援センター、精神障害者福祉ホーム、精神障害者生活訓練施設、精神障害者入所・通所授産施設、精

精神障害者小規模授産施設、精神障害者福祉工場が規定されていた。また、法外施設として、自治体の補助金で運営されていた共同作業所も相当数あった。こうした精神障害者に特化したサービスが、障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）にほかの障害とともに一元化されたのである。（現・障害者総合支援法）にほかの障害とともに一元化されたのである。精神障害者へのサービスを運営する団体のなかには、法人格をもっておらず、任意団体として活動していたところもあったが、この法改正を機に多くが法人化（NPO 法人を含む）した。

当事者を中心に置いた地域福祉サービスの展開

前述したように、1990年代以降、戦後にできてきたさまざまな制度・施策が見直されてきた。2000(平成12)年に介護保険法が施行され、高齢者領域にケアマネジメント手法が取り入れられたが、障害領域でも障害者自立支援法以降、個別給付が導入されたのを契機にケアマネジメントが導入されたのである。

2000(平成12)年以降、地域における福祉サービスが整えられてい
くなかで、リハビリテーションの焦点も大きく変化を遂げてきた。入所
サービス中心で日常生活動作(activities of daily living:ADL)の向
上が社会復帰の前提だった時代から、地域で暮らすことを志向するノー
マライゼーション思想や自立生活運動の影響による生活の質(quality
of life:QOL)の向上を目指す実践への転換を経て、現在ではリカバリー
概念が登場してきた。リカバリー概念は、ストレングス視点、エンパワ
メントアプローチ、レジリエンスなどと相まって、当事者主体、クライ
エント中心のリハビリテーションの推進力となっている。

障害者を対象とするケアマネジメントは、障害者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むために、相談支援専門員が生活全体を総合的に捉え、そこで明らかになった課題の相関性や統一性などをもとに、サービス提供事業者等のチームアプローチをとおしてケアマネジメントを開発し、総合的かつ効率的サービスを提供することを目的としている。また、サービスを利用する本人との契約に基づいてサービス等利用計画が作成され、自己決定を最大限に尊重しながら、その人のニーズに基づいた支援を行うのである。さらに、その計画に則って地域の障害福祉サービス事業所がサービスを提供することになり、サービス管理責任者が個別支援計画を作成する。相談支援専門員が作成するサービス等利用計画