

- ・ 障害者就業・生活支援センター事業（2002（平成14）年）
 - ・ 職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業（2002（平成14）年）
 - ・ 在職精神障害者に対する職場復帰支援プログラム（現・精神障害者総合雇用支援の職場復帰支援）（2002（平成14）年）
 - ・ 障害者の態様に応じた多様な委託訓練（2004（平成16）年）
- 厚生労働省における精神障害者雇用促進の研究会において検討が始められた時期に同じくして、さまざまな精神障害者職業リハビリテーション施策が始められ、精神障害者雇用促進環境の整備が進められた。

⑤ 2006年～：新たな職業リハビリテーション時代

2006（平成18）年は、新たな職業リハビリテーション時代の幕開けといえる。障害者雇用促進法が改正され、2006（平成18）年4月より精神障害者も障害者雇用率制度の対象となった。また、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4月より施行され、施設体系が再編されるとともに、就労支援の抜本的強化が図られ、従来の授産施設、小規模作業所、福祉工場などで行われていた職業リハビリテーションを、就労移行支援事業、就労継続支援事業A型、就労継続支援事業B型、地域活動支援センター事業に再編し、精神保健福祉法から障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）に根拠法を移した。2013（平成25）年には政令により民間企業における障害者の法定雇用率を2.0%とし、2018（平成30）年には2.2%、2021（令和3）年には2.3%とされた。2018（平成30）年には法定雇用率の算定基礎に精神障害者が加えられている。

近年の精神障害者雇用の増加は目を見張るものがある。全国のハローワークの紹介による精神障害者の就職件数は、2008（平成20）年度から2018（平成30）年度の10年間で5倍程度に増加している。2018（平成30）年度の就職件数は過去最高であり、障害者別では最多となっている。現在では精神障害者はほかの障害者よりも就職しやすい障害者であることがわかる。ただし、2019（令和元）年6月1日現在、従業員45.5人以上の民間企業で働く障害者のうち、精神障害者は約14%であり、障害種別では一番少ない。2018（平成30）年度障害者雇用実態調査では、障害種別の平均勤続年数は精神障害者が一番短い。障害者職業総合センターによる「障害者の就業状況等に関する調査研究」（2017（平成29）年4月）においても、就職後3か月時点の定着率は、精神障害者が一番低い。これらの結果から、精神障害者は就職した後の継続に課

題があるという現状が浮かびあがってくる。

2013(平成25)年の障害者雇用促進法改正によって、事業主に対して障害を理由とする差別の禁止、および合理的配慮の提供義務が課せられた。これからの職業リハビリテーションは、障害者雇用の量から質への転換を見据えた展開が求められているといえよう。



支援の対象と支援の焦点

1 支援の対象

職業リハビリテーション支援の対象を整理する。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)では医学的観点で精神障害者を定義しており、精神疾患に罹って、医療機関で診断を受けた人はすべて精神障害者ということになる。

障害者基本法では、精神疾患だけでなく発達障害も含むことが明記され、日常生活または社会生活を送るうえで相当な制限を受ける状態が継続されている者とされている。

障害者雇用促進法では、精神障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、または職業生活を営むことが著しく困難な者と定義されている。そして、同法施行規則では精神障害を、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、または、受けていない場合は、「統合失調症、そううつ病(そう病及びうつ病を含む。)、又はてんかんにかかっている者」であって、「症状が安定し、就労が可能な状態にあるもの」としている。つまり、職業生活の観点から障害を定義しているといえる。

また、障害者雇用率に算定できる精神障害者を「精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者」に限定している。これにより、雇用支援策の対象となる精神障害者の範囲と、障害者雇用率の対象となる精神障害者の範囲が違っている。このことは留意しておく必要がある。

これらから、職業リハビリテーションの支援対象である精神障害者像は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、または、まだ受けていないがそれに相当する程度の者となる。そうすると、精神疾患、てんかん、発達障害、高次脳機能障害、認知症などが原因で職業生活を送るうえで長期にわたって特別な支援が必要な者ということになる。

■ 支援の焦点

職業リハビリテーション支援にあたり、多様な精神障害の共通した職業生活上の障害を整理し、支援の焦点を明らかにする。

① 個人因子

精神障害者は多様な精神疾患や脳機能の障害によって引き起こされる。すべての精神障害者が必ず抱えているわけではないが、共通した主たる障害がみられることも事実である。特に共通した障害としてあげられるのが、「認知機能の障害」と「自信と自尊感情の低下」である。

認知機能に障害があり、それが原因で自信と自尊感情が低下していることが精神障害者の生活上の障害であり、職業生活の継続の支障になる。職業リハビリテーションでは、「認知機能の障害」と「自信と自尊感情の低下」に焦点をあてた支援が必要となる。

① 認知機能の障害

詳しくは精神専門①『精神医学と精神医療』の巻などを参照してほしいが、認知機能障害では、一つひとつの具体的な作業や行動はできるが、それらを組み合わせてまとまりのある一つの作業や行動を行うことに支障をきたすという特徴がある。たとえば、食材を包丁で切る、鍋で茹でる、フライパンで食材を炒めるなどの部分的な作業はできても、全体を調整して「美味しいシチューを作る」となると困難となってしまうことなどである。これは全体統合の障害といえる。

また、般化が困難であることも特徴である。障害がなければ、ある特定の場で学んだ技術を別の場でも発揮することができる。たとえば、料理教室で学んだ料理を自宅で再現することは難しくはない。しかし、認知機能に障害があると、それが難しくなるのである。

就労支援でいえば、就労支援機関で作業訓練を行い、そこで身につけたスキルを実際の職場で発揮できないことが多い。手順、方法、プレッシャー、要求される速度や精度などが微妙に違うからである。つまり、生活する技術を身につけるのであれば生活の場で、その職場の仕事をこなすことを身につけるには、実際に働く職場で行わなければ身につくにくいのである。これは般化の障害といえる。

このような認知機能の障害は知的障害でも起こるが、知的障害の場合は全体の知的能力に障害が出るため、周りの人たちもそれを理解し、受容する場合が多い。精神障害のように部分的な能力に障害がある場合は、周りの人はなかなか理解し受容できず、「怠けている」「意欲がない」と捉えられてしまい、さらに対人関係に支障をきたしてしまう。

Active Learning

自尊感情を尊重するための声かけ、働きかけについて話し合いましょう。

② 自信と自尊感情の低下によるさまざまな影響

精神障害のうち、疾患や外傷による場合は中途の受障であることから、障害を受ける前の自分と比較して、能力の低下を身にしみて感じることになる。また、多くの精神障害者は、失敗経験の積み重ね、療養生活や庇護的な生活を送るなかでの長期にわたる受動的な生活、周りの無理解や偏見、周囲が再発を心配してチャレンジさせてもらえないことなどから、自信と自尊感情が大きく低下してしまう。

自信と自尊感情が低下したままだと、本来その人がもっている能力が発揮されない、少しのきつさで出勤できなくなり、退職につながるなどの問題が起きる。そのことが周りからの評価をさらに下げ、自信と自尊感情がさらに低下するという悪循環に陥ってしまう。

これは私たちでも起こりうることである。「練習ではできるのに本番ではできない」などがそうであろう。

③ 環境因子

精神障害は、脳機能の障害であるために障害がみえにくく、肢体および視覚障害のように外見で障害があることを判断することはできない。相手が話した言葉の本当の意味や相手の気持ちを理解したり、自分の周りで起こっている状況を察知するなど、認知機能を発揮しなければならなくなったときにはじめて障害がみえてくる。また、過剰なストレスにあって混乱したときに初めて障害がみえてくるのである。全般的な知的能力に障害がなく、認知機能に障害があるということは、一般市民や企業関係者にはわかりにくく、障害の理解を難しくしているといえる。

精神疾患に対する根強い偏見が残っていることも、精神障害者の職業生活の大きな支障となっている。一般市民が受け止めている伝統的な精神障害者像としては、統合失調症に罹っている人が挙げられる。1980年代後半までは、精神障害者は医療の対象とされ、福祉や雇用の支援対象とはなっていなかった。治療は入院中心であり、退院することも少なかったため、一般市民が地域で暮らす精神障害者と接する経験も少なかった。また、その頃のマスコミ報道も、重大事件と精神障害者を関連づけるようなされ方が多かったといえる。これらのことから、一般市民は「精神障害者を知らない」ことから偏見が起こったと考えられる。精神障害者の社会復帰施設や医療施設などの建設の際には周辺住民の反対運動が各地で起こっていたことも記憶に新しい。

うつ病患者の増加により、身近な人が精神疾患に罹ることも多くなり、少しずつ偏見は薄まってきたと感じられるが、障害がわかりにくい

ため、依然として偏見は残っているといえよう。このことは、精神障害者自身の内なる偏見を生み出し、彼らが障害や疾患を受け入れて、前向きに治療やリハビリテーションに取り組むことの支障にもなっている。

したがって、職業リハビリテーションでは、雇用主や従業員に対する障害の正しい理解や、認知機能障害や自信と自尊感情の低下を抱える精神障害者に対する職場でのかかわり方に焦点を当てた支援も必要である。

4 職業リハビリテーションプログラム

職業リハビリテーションプログラムは、職業リハビリテーションのうち、主に対象者に対して、精神機能の回復と職業生活を送るうえでのスキルの獲得を支援し、精神障害者本人のストレングスに着目して本来もっている力を引き出し、リカバリーできるように支援することを主としている。また、企業（従業員および職務など）に対して、職場環境を調整したり開発することで対象者が適応できるように支援することも含まれている。つまり、対象者の就労準備性を高める支援だけでなく、企業など受け入れ側の準備性を高める支援も含まれているといえる。

精神機能の回復については、精神症状や認知機能など脳機能そのものに働きかけ、機能回復をはかるものであるため、医学的リハビリテーションの範疇となる。職業リハビリテーションでは、認知機能の障害を抱えながら職業生活を送るためのスキルの獲得、本来もっている力が発揮できるように、自信と自尊感情が回復するような支援プログラムとなる。また、同じ職場で働く精神障害者が力を発揮できるようなかかわり方のスキルを企業の従業員が獲得できるような支援プログラムも含まれる。

職業リハビリテーションプログラムによって対象者が自尊心を取り戻し、本来もっている力が発揮できるようになるためには、支援を行う精神保健福祉士がリカバリーの視点をもつことが不可欠となる。リカバリーの視点に基づく職業リハビリテーションプログラムの展開に不可欠なポイントを以下に列挙する。

- ① 対象者のストレングスに焦点を当て、活用する
- ② 対象者とパートナーシップな援助関係を構築する
- ③ 対象者の自己決定を尊重し、自己決定支援を行うなど対象者主体の援助関係を構築する