

序章 問題の所在

序章 問題の所在

1 医療等から雇用までの一貫した支援

医療等と雇用との連携が注目されている。ここで、「等」には、保健や福祉を含めて考えることができる。対象者の年齢によっては、教育が入ることもある。いわば、医療・保健・福祉・雇用等の地域における関係機関が連携し、支援が一貫して行われることが重要である。

このような医療等と雇用との連携が注目されている理由の一つには、雇用対策において対象となる障害の多様化が進んできたという事情がある。身体障害者、知的障害者はもちろんであるが、この他にも、本研究の対象である難病患者、高次脳機能障害者、精神障害者等いろいろな障害を有する方の問題がクローズアップされてきており、医療等と雇用との連携の重要性が増してきている。

これまで（特に障害者雇用対策の初期の段階では）、障害者のリハビリテーションとして、「医療リハビリテーション」「社会（福祉）リハビリテーション」「職業リハビリテーション」からなるピラミッド構造が想定されることが多かった。そこでは、最も基底階層として医療機関が担う「医療リハビリテーション」があり、その次の階層に福祉機関が担う「社会リハビリテーション」があり、最後に、就労支援機関が担う「職業リハビリテーション」があると想定し、そして、通常「リハビリテーションの過程」は、医療リハビリテーションが終了した時点（治療が終了した時点）で社会リハビリテーションに進み、さらにこれも終了した時点（生活自立が図られた時点）で、すなわち治療及び生活自立が一定程度図られたときにはじめて、「職業リハビリテーション」の段階にいたるという段階論的図式である。（『障害者雇用の制度と実務』（1993年、雇用問題研究会）100～101頁参照。）

この図式は、とても分かりやすいものであり、また一定の場合にはうまく適合する。たとえば、災害や事故で両下肢に損傷をこうむった場合を考えてみよう。まずは医療機関における治療が必要であろう。治療が進み、車椅子で移動ができるようになると、次に生活訓練や生活相談が必要になるであろう。その後、車椅子を使った日常生活ができるような訓練や受傷後の生活に関する各種相談が行われることになる。そして、これらの課題の後に、就業（新しい仕事を探す）の問題が大きな課題になってくるといことが考えられる。このようなケースでは、従来の段階論的図式も一定の問題整理に役立つと言えよう。

しかし、この図式ではうまくいかないことも多いのである。上記のケースでも、元の職場（会社）に復帰することが可能で、本人も企業もそれを期待している場合は、この図式だけでは十分ではない。医療リハビリテーションの後、社会リハビリテーションと職業リハビリテーションは同時並行的に進められると考えられるからである。また、知的障害者の場合も、医療リハビリテーションの必要性がない方も多いので、社会リハビリテーションと職業リハビリテーションが重要になり、かつ、両者が並行的に進められる必要性が高いと考えられる。

さらに、本研究の対象である難病患者、高次脳機能障害者、精神障害者について考えてみると、上記

の段階論的図式はほとんどうまくいかないことが明白になる。すなわち、難病患者においては、病気そのものが難治性であることを特色とするので、医療的措置の継続が不可欠の前提となり、医療リハビリテーションの支援を受けつつ、その状態に応じて職業リハビリテーションの支援ないし、職業リハビリテーションと社会リハビリテーションの両方の支援を利用することがどうしても必要だからである。高次脳機能障害者においても、身体的・精神的に多様な後遺障害を有し、医療リハビリテーションの継続的関与が必要な場合が多い。精神障害者においても、症状が安定しない場合が多く、医療リハビリテーションが継続して関与する必要があるため、社会リハビリテーションと職業リハビリテーションを含めて3者が一緒に同時並行的に支援することが求められるのである。

もちろん、これらの場合も生活自立や職業自立を考える状況に至ったということは、医療的にはかなり問題が解決したり、病状が軽快しつつあることが考えられ、一人の対象者に対するその時点での支援の重点の置きどころ（比重）が医療リハビリテーションと社会リハビリテーション、さらに職業リハビリテーションの間で変化することはあるかもしれないが、その対象者がリハビリテーションの段階間を移動するということではなく、3つのリハビリテーションを担う支援機関が常に連携を取りつつ一緒に支えていくこと、すなわち同時並行的に支援が進められることが不可欠なのである。

医療・保健・福祉・雇用等の地域における支援が一貫して行われることが重要となっている理由の2つ目は、障害者を取り巻く社会の動きの変化である。

今日の障害者のリハビリテーションの最も重要な考え方は、障害者が地域で生活をしやすい環境を如何に作り出していくかということにある。そのもっとも分かりやすい証左は、2005（平成17）年10月の障害者自立支援法の制定であろう。これにより、障害者が地域で生活しやすい環境を形成するために、医療・福祉・雇用の関係施策が総合的に実施されることが期待されている。

しかし、こうした法律や制度の背景に、もっと基本的な考え方の普及があるように思われる。それは、「障害者対策の基本は障害者の自立を支援することである。このため、自立を求める障害者のニーズを中心にして、社会はこれにふさわしい支援を実施していく必要がある」という考え方である。こうした考え方は、最近の国の障害者対策に係る各種の検討の場でも明らかにされている。たとえば、1997（平成9）年12月の「今後の障害者福祉施策のあり方について」（関係三審議会合同企画部会、中間報告）においては、

- － 障害者施策の基本は、障害者が生涯のあらゆる段階において能力を最大限発揮し、自立した生活を目指すことを支援すること及び障害者が障害のない者と同様に生活し、活動する社会を築くことである
- － 障害者が生活者として暮らしていく上では、地域での自立が必要である
- － リハビリテーションは、…（中略）…生活の自立をはじめとするあらゆる意味での自立、社会活動への参画、主体性の確立等広範な領域にわたる目標設定が可能であり、障害者の状態によって様々な目標の持ち方があると考えることが必要である

とされ、また、2003（平成14）年12月の「新障害者基本計画」（計画期間；平成15～24年度）においても

- 地域での自立した生活を支援することを基本に、障害者一人一人のニーズに対応してライフサイクルの全段階を通じ総合的かつ適切な支援を実施する
- 利用者が自らの選択により、適切にサービスを利用できる相談、利用援助などの体制づくりを推進する

とされている。このように、今日の障害者支援においては「障害者本人のニーズ」が中心となり、地域において適切なサービス体制を講じて、利用者に多様かつ十分なサービスを提供することが必要であることの認識が広がり、それが法律や制度の中に具体化されてきている。

先の古い図式だけでは支援がうまく進められなくなっているのもこうした根本的な考え方の変化に由来すると考えることができる。今日の考え方では、対象者が就業支援のニーズを有する場合、障害者本人のニーズに即して、職業リハビリテーションをどのように提供するかが考えられるべきである。そうでなくて、医療リハビリテーションにおいて治療しなければ社会リハビリテーションが受けられず、社会リハビリテーションにおいて生活自立が図られなければ職業リハビリテーションが受けられないというのは、障害者自身のニーズに基づくものではなく、逆に障害者のニーズを制約するものになりかねないのである。

障害者は多様なニーズを持つのが当然であるし、人が生きていく以上そのニーズは必然的に多面的なものである。その多様性を前提にして支援の措置が検討されるべきである。

本研究の対象である難病患者、高次脳機能障害者、精神障害者についても、医療リハビリテーションの継続的支援が必要であるが、そうした支援を受けつつ、同時に生活や就業についても多様なニーズを有している。これを段階論的図式で考えていたのでは、彼らが持っている真のニーズに対応した支援はいつまで経ってもできないことになる。彼らが持っているニーズは、医療、生活、雇用…多方面に及ぶだろうし、その支援を担当する機関は他分野にわたり、支援を担当する者さまざまな専門性を持つ人々の協力が必要になるだろう。こうした多面的なニーズをどのように受け止め、関係機関がどのように協力していけばいいかが大きな課題である。そして、特に職業リハビリテーションの分野については、その特色として、対象者からのアプローチが、どうしても医療リハビリテーションの機関や社会リハビリテーションの機関を経て行われることになるのであるが、その特色を踏まえた上で、対象者のアプローチを早期に適切に受け止め、医療リハビリテーションや社会リハビリテーションの機関と連携を取りながら、同時並行的に、対象者の就業ニーズに即した支援を行っていくにはどうすればいいのかが課題になる。

本研究においては、医療等と雇用の連携の下で、一貫した、本人のニーズに基づく就業支援をどのように展開していけばいいかを検討することを目的としている。しかし、このことは今まさに多くの分野、機関で真剣に取り組が始められているまさにホットな課題でもある。本研究は、こうした貴重な試行に学びつつ、これを就業支援の分野で効果的に活かしていく方策を考えることにほかならないものである。

2 難病、高次脳機能障害、精神障害を有する者の現状と最近の支援施策の動向

次に、本研究の対象としている難病、高次脳機能障害、精神障害に対する現状と施策の動向を概観し

ておくこととする。

もちろん、この3障害は異なる障害であるので、求められる支援の内容において違いがあるし、また、取組の歴史も異なるので、施策の体系等も異なる。

しかし、この3障害は「医療リハビリテーション」から「社会リハビリテーション」、「職業リハビリテーション」に至るまでの一貫した支援の必要性が強く認識されているものであり、この点においては共通している。また、同一の障害であっても一人ひとりの多様性が大きいことから、本人のニーズに応じた支援が不可欠になっている点においても共通しているといえるだろう。

(1) 難病患者に対する支援

ア 難病患者の現状

難病というのは、一般には「治りにくい (incurable 不治の、intractable 難治の) 病気」として漠然と認識されることが多いが、これを現在のように行政的に明確に定義したのは、1972 (昭和47) 年の「難病対策要綱」である。同要綱においては、難病対策として取り上げる疾病の範囲を、

- 「原因不明、治療方法未確立であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病」(医学的観点)
- 「経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家庭の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病」(社会的観点)

の二つの観点から定義するとともに、必要な対策を規定し、これに基づき「難治性疾患克服研究事業対象疾患」(難病のうち症例が少ないことから全国的な規模での研究が必要な疾患) 及び「特定疾患治療研究事業」(医療費の自己負担の軽減の対象となる疾患) が行われている。

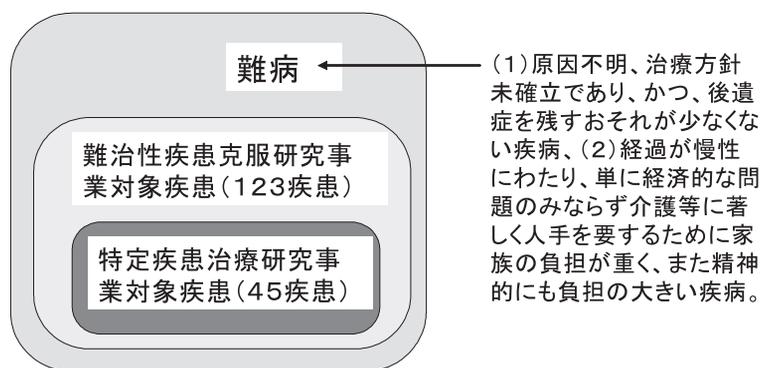
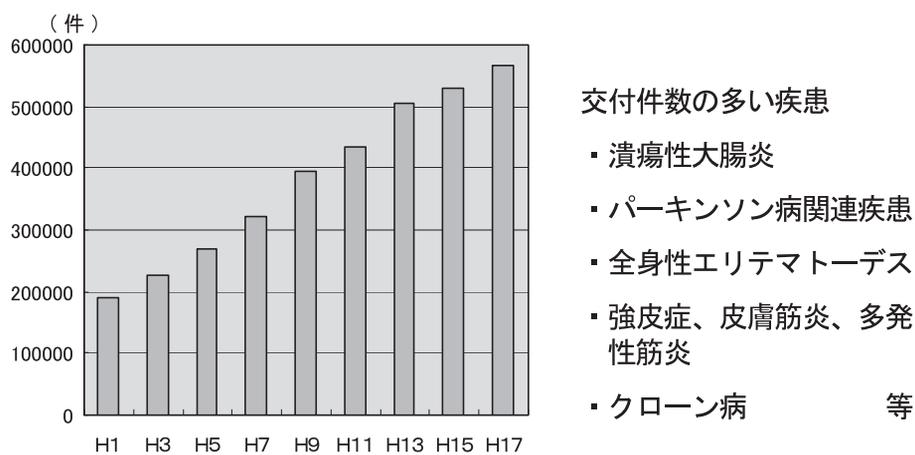


図 序-1 難病の意義

難病患者の数については、正確な把握は難しいが、特定疾患医療受給者証交付件数で見ると、2006年3月末現在56万6千人に上り、かつ、近年急激に増加していることが注目される。また、その就業状況については、半数が就業者であるが、非就業者のうち半数は就業を希望しているが就業できていない(厚生労働省「難病の雇用管理のための調査・研究会」) ことにも注目される。今後、このような患者数の増加と多数の就業希望者の存在を踏まえ、難病患者に対する就業支援策の充実が求められるところとなっている。



*資料出所：難病情報センター HP

図 序-2 特定疾患医療受給者証交付件数

イ 支援施策の動向

(ア) 医療対策から福祉・労働を含めた対策へ

1972（昭和47）年の「難病対策要綱」において、当初、同要綱に盛り込まれた対策としては、

- ① 調査研究の推進
- ② 医療施設等の整備
- ③ 医療費の自己負担の軽減

という3本柱の、しかも医療を中心とした対策であった（難治性疾患克服研究事業は①に、特定疾患治療研究事業は③に位置づけられるものである）。

しかしながら、1993（平成5）年の障害者基本法附帯決議により、「難病に起因する身体又は精神上的の障害を有する者であって長期にわたり生活上の支障があるもの」は障害者基本法上の障害者の範囲に含まれるものであるということが明確にされた。また、政府において「障害者プラン」が検討される等の動きの中で、公衆衛生審議会難病対策専門委員会（以下「専門委員会」という。）においてもさらなる施策の必要性が検討され、今後の難病対策の考え方として、次の4本目、5本目の対策の柱が打ち出されることとなった。

- ④ 地域における保健医療福祉の支援体制の充実
- ⑤ QOLの向上を目指した福祉施策の推進

こうして、前記3本柱の対策に、保健や福祉の面での対策を加え、5本の柱による対策が、あらゆる地域関係機関の連携を通して目指されるようになったところである。

(イ) 医療保健福祉対策における進展

このような対策の動向をもう少し具体的に追ってみると、次のとおりである。まず、1995（平成7）年12月、政府の「障害者プラン」と同時期に、専門委員会の「最終報告」が出され、この中で「情報センターの設置」及び「介護サービス等の提供」の必要性等が提言された。これを踏まえ、1997（平成

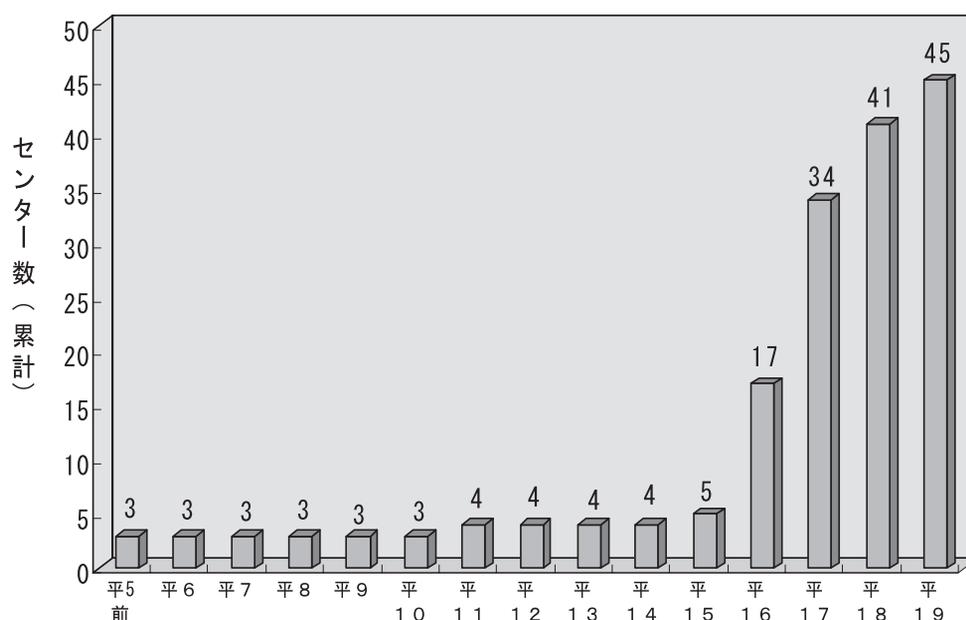
9) 年3月には、難病患者や家族の悩みや不安への確に対応する各種の情報を提供するため「難病情報センター」が開設され、また、同年1月には、「難病患者等居宅生活支援事業」(市町村がホームヘルプやショートステイ、日常生活用具給付のサービスを行い、都道府県は養成研修等を実施する)が開始されることとなった。

また、1997(平成9)年、専門委員会において「今後の難病対策の具体的方向について」がとりまとめられ、今後「重度患者対策の充実」と「公費負担の効率化(重症患者に対しては全額公費負担を継続し、一般患者に対しては定額の患者負担を導入)」等の提言がなされ、これを受けた施策見直しの中で、1998(平成10)年から、次の二つの取組を含む「難病特別対策推進事業」が進められることとなった。

そのひとつは、医療のネットワーク化である。難病患者や家族が、地域で当たり前で療養できる環境を整備するためには、医療ネットワークが必要である。また、病状悪化の際にも安心して対応できる入院先が確保されていればこそ、在宅や地域での療養も可能となるものである。このようなことから、在宅医療と入院医療の確保を目的とする「重症難病患者入院施設確保事業」が創設されることとなり、これを受けて各地(都道府県等)で拠点病院及び専門・一般協力病院が参加する難病医療ネットワークの形成が進められることとなった(平成18年9月現在で、39都道府県に87ヶ所の拠点病院が指定されている)。また、上記ネットワーク参加機関及び保健所等行政機関で難病医療連絡協議会を組織し、医療相談、在宅支援ネットワーク形成(主治医・保健所等との連携による在宅療養の支援等)、ネットワーク調整(入院調整等)及び医療従事者に対する研修等の取組も行われるようになってきている(平成18年9月現在で、42都道府県に難病医療連絡協議会が設置されている)。

ふたつめは、保健の支援体制である。地域において難病患者の支援を進めていくための「難病患者地域支援対策事業」が創設され、保健所を中心として、医療相談、訪問指導(診療)、訪問相談、地域関係機関の連携促進などの取組が始まった。

さらに、福祉の面でも進展が見られた。2002(平成14)年8月には、政府の「新障害者プラン」策定の4ヶ月前にそれに先立って、厚生科学審議会難病対策委員会において「今後の難病対策の在り方について(中間報告)」がまとめられ、事業見直しが行われた。このなかで、難病患者のニーズを踏まえつつ、地域における相談・支援や患者会等の交流促進等をきめ細かに推進していくため、都道府県ごとの支援拠点を整備・充実することが必要とされ、2003(平成15)年度より「難病相談・支援センター事業」を創設し、各都道府県に医療・生活・就労に係る総合的な相談・支援に取り組まれることとされた(この結果、都道府県単位の難病患者の支援拠点は、1990(平成2)年度の2ヶ所から2003(平成15)年度の5ヶ所へと13年間でわずか3ヶ所しか増加しなかったものが急速に整備されることとなり、16年度には17ヶ所、17年度には34ヶ所、18年度には41ヶ所となり、平成19年度にはすべての都道府県に設置されることとなった(注:19年9月時点で、また未設置の都道府県があるが、これらにおいても近く開設予定となっている)。しかし、他方、難病相談・支援センターの設置は進んできたものの、その中で、後述のように難病患者の就労支援のノウハウ等が未蓄積の状況にあることにより、就業に関する相談・支援は未だ着手できていないセンターが多い状況にあり、今後の課題となっている。



*資料出所；難病情報センターHPより作成

図 序-3 難病相談・支援センター設置状況

(ウ) 雇用対策における取組の開始

難病については、わが国においては医学的研究や治療活動の観点からのアプローチは以前から取り組まれてきたが、生活支援のアプローチ、中でも就業や雇用の面からのアプローチは歴史が浅い状況にあり、ようやくその取組が始まったところといわざるを得ない。また、ハローワークや地域障害者職業センターでの実務においても、難病を有している利用者（＝したがって、そのことを「オープン」にしている利用者）は少なかったところから、雇用支援の実践の面でもノウハウの蓄積が進まなかったのが実情である。

こうした中、職業リハビリテーションに係る研究の面では、1996～7（平成9～10）年に、障害者職業総合センターにおいて「難病等慢性疾患者の就労実態と就労支援の課題に関する研究」（1998、調査研究報告書No. 30）が実施され、難病患者の就業に関する実態把握とその就職・就業を促進させるための条件を検討する研究が行われた。

また、2002（平成14）年の「新障害者プラン」が策定されたことを受け、翌年にはこれを踏まえた新たな「障害者雇用対策基本方針」（厚生労働大臣告示）が取りまとめられたが、この中で難病についての記述が明確に盛り込まれるところとなり、「関係者による情報の収集・蓄積」や事業主による「雇用管理上の配慮」の推進が規定されることとなった。

このような流れを踏まえ、2004（平成16）年に、厚生労働省高齢・障害者雇用対策部においては「難病患者の雇用管理に関する調査・研究会」を設置し、本格的な取組が開始された。同研究会においては、従来なかなか実態の分からなかった難病患者の雇用管理・就労支援に関し大規模な実態調査を行うと同時に、これを基にして支援者や事業主が難病を理解し、その就業を広げていく上での具体的な啓発資料

を作成することとし、「難病のある人の雇用管理・就業支援ガイドライン」「難病を理解するために（事業主のためのQ&A）」といった資料が新たに開発・作成された。同資料については、厚生労働省及び（独）高齢・障害者雇用支援機構から広く関係者に周知に努められており、これを基にした関係機関の支援、事業主の雇用管理の改善に向けた援助が始まりつつあるところである。

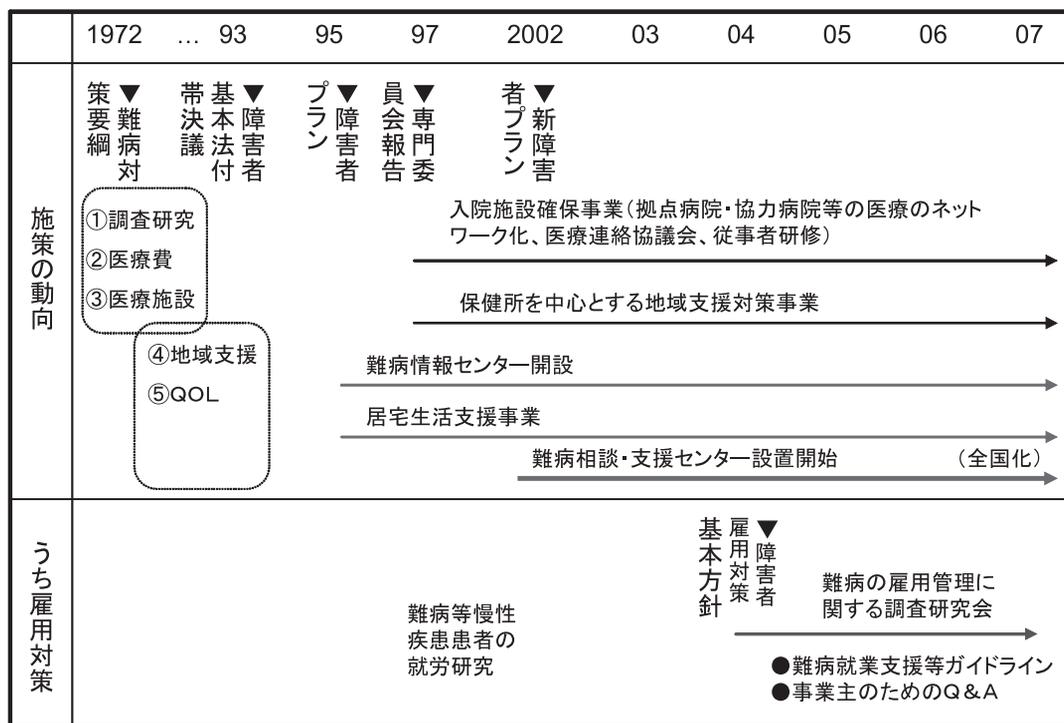


図 序-4 難病関係施策の動向

(2) 高次脳機能障害者に対する支援

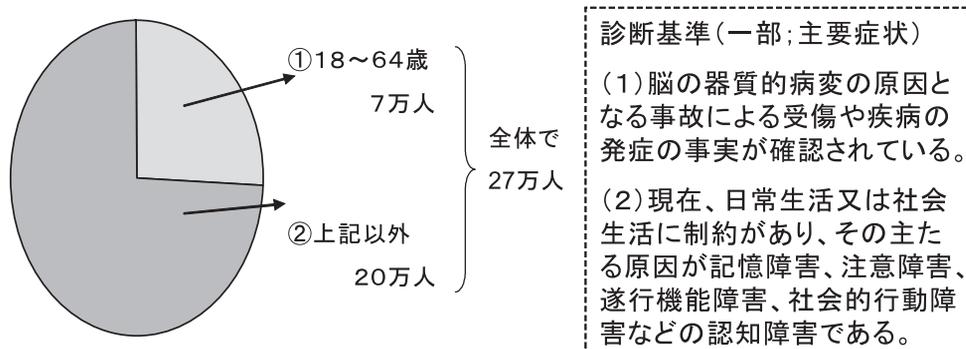
ア 高次脳機能障害者の現状

事故や病気で脳に損傷を受けた方（脳損傷者）のなかには、退院後も、記憶や注意機能に障害を受け、日常生活や社会生活に支障を生ずる場合がある。脳損傷者については、以前から（1960年代以降）、大脳皮質の損傷に伴う失語・失認・失行等の症状について広く認識され、医学的リハビリテーションの対象としてさまざまな取組が行われてきた。しかし、脳損傷者の増加の中で、これらの症状以外にも（これらの症状がなくても）、記憶障害・注意障害・遂行機能障害・社会的行動障害等の認知機能の障害を主症状として、環境に適応しにくくなったり、新しい問題に対応できなくなるなどの日常・社会生活の障害を持つ方々の問題が増加し、いろいろな分野でも重要な課題となってきた。

これらの器質的な脳の病変により、認知機能に障害を生じ、生活に困難を有する者は「高次脳機能障害者」（厚生労働省「高次脳機能障害支援モデル事業」における「行政的定義」を参照）として、医療、福祉、雇用サービスの対象となっている。

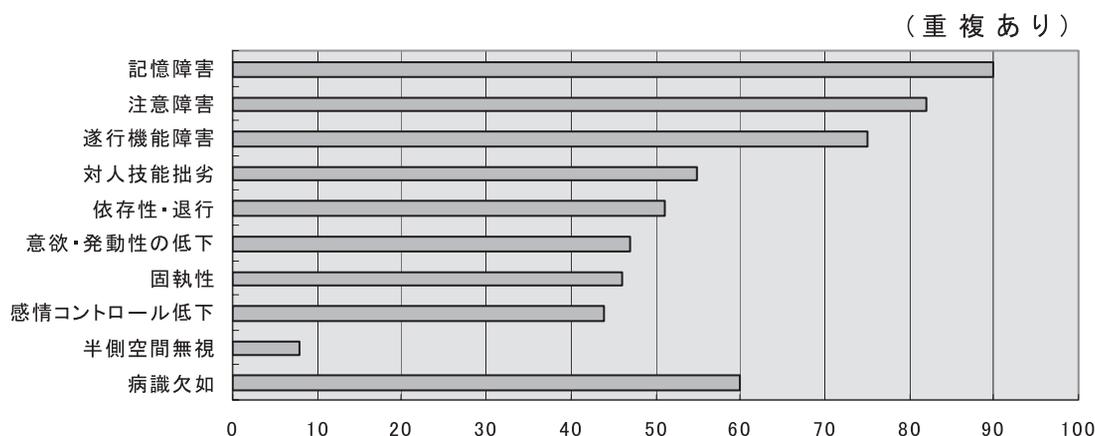
高次脳機能障害者数については、高次脳機能障害支援モデル事業において行われた推計結果によれば、全国で27万人と考えられている。また、これらの障害者の主要症状についても、同モデル事業の分

析によれば、「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」が多くみられ、「対人技能拙劣」「感情コントロール低下」といった社会的行動障害もみられる。



*資料出所：厚生労働省「高次脳機能障害支援モデル事業報告」

図 序-5 高次脳機能障害者数の推計



*資料出所：厚生労働省「高次脳機能障害支援モデル事業報告」

図 序-6 高次脳機能障害者の主要症状

イ 支援施策の動向

(ア) 障害に対する関心の広がりとは国における支援モデル事業の開始

高次脳機能障害については、一定の治療行為が終了し、家庭や職場での本格的な生活が始まろうとするときに気づかれることが多く、「見えない障害」ともいわれこともある。しかし、認知機能の障害による行動障害には、目に見える障害に勝るとも劣らずきわめて深刻なものがあり、医療・福祉・雇用の各般の支援が必要である。

特に、職業の場面を考えてみると、記憶の障害は、職場でスケジュールの管理ができなかったり、伝票の転記ができなかったり、仕事を構成する基本的行動に大きな支障をもたらすことになる。注意や遂行機能の障害についても、仕事は最も複合的な行動であるから、一つ一つの進行を点検したり、計画立てられ順序立てられた必要動作を円滑に遂行したりしていく上で重大な支障をきたしかねない。また、

職場はいろいろな対人関係の集積であり、社会的行動障害は職場における適応的行動にも影響を及ぼす。こうしたことから、高次脳機能障害は、職業リハビリテーションにとって、きわめて大きな課題であると言える。

このようなことから、職業の分野では、いち早く1993（平成5）年に障害者職業総合センターにおいて研究雑誌『職リハネットワーク』（1993年10月号）で特集を組むことをはじめ、研究の分野を中心に取組が始められた。また、1998（平成10）年には、同障害者職業総合センター内で先端的リハビリテーションを実施している職業センターでは、利用者の中に高次脳機能障害を有する方が増えてきたことに対応して、「高次脳機能障害者のための効果的な支援方法（構想）」（実践報告書No. 4）をまとめ、翌年度から同センターで「高次脳機能障害者職場復帰プログラム」の開始や職業準備訓練への受入などの、具体的な支援の取組も行うようになった。

他方、2000（平成12）年には、運輸省において「今後の自賠責保険のあり方に係る懇談会後遺障害部会」において、脳外傷による高次脳機能障害を同保険上の後遺障害として認定すべき旨の報告が取りまとめられ（2000年6月）、自賠責保険審議会の意見に基づき、「高次脳機能障害認定システム確立検討委員会」の検討と報告（2000年12月）を経て、翌年1月から認定が開始される（この取扱いについては、2003（平成15）年の労災保険の高次脳機能障害の認定基準の見直しに伴い、さらに見直しが行われている）など、社会的関心の広がりが見られることとなった。

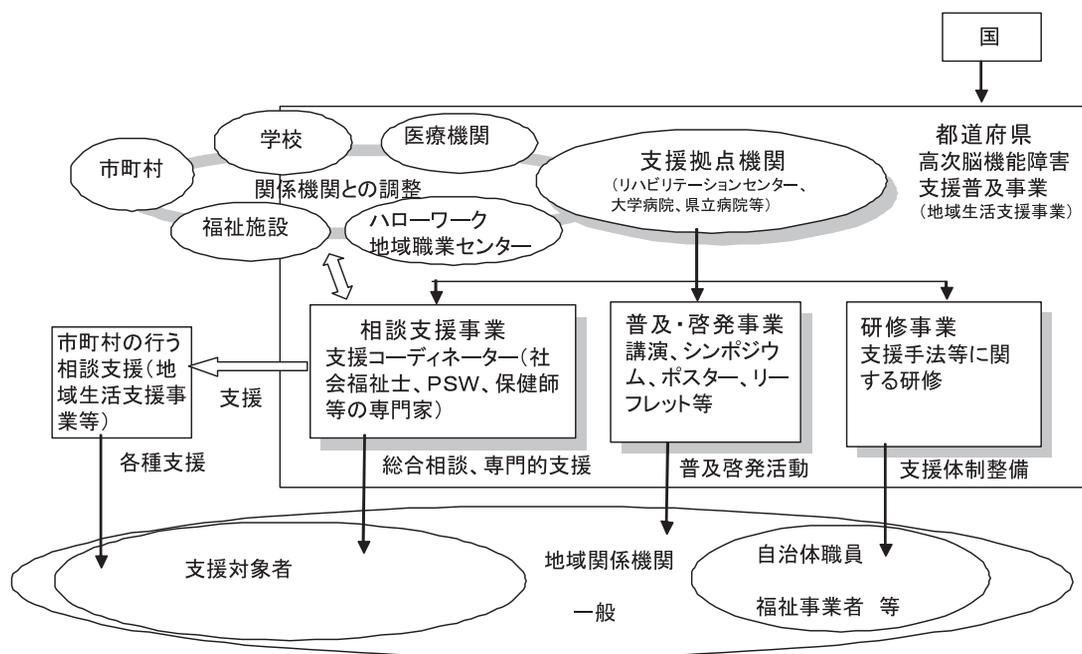
こうした中、1999（平成11）年には、東京都（東京都高次脳機能障害者実態調査研究会）が東京都下の状況を把握するため「高次脳機能障害者実態調査」を実施し、その結果を公表し、これがマスコミ等にも取り上げられるなどして、本障害について本格的取組の必要性に対する認識がさらに高まった。

以上の動きを踏まえ、国においても厚生労働省障害保健福祉部の主導により、2001（平成13）年4月から、国立身体障害者リハビリテーションセンターを中核として全国12か所（15の自治体）の地方拠点病院が連携し、診断基準、機能回復訓練や社会復帰支援等の訓練プログラム、社会復帰・生活・介護支援プログラム等標準的な評価基準と支援プログラムの確立を目的とする「高次脳機能障害支援モデル事業実施」（2001～05年度）が実施されることとなった。これにより、高次脳機能障害者の診断から、医療リハビリテーションや社会リハビリテーションの具体的なサービスを提供し、社会復帰へとつなげていくための総合的かつ本格的な取組が始まった。

また、2006（平成18）年度からは、上記モデル事業の成果を踏まえて、地方支援拠点機関を中心として、関係機関とのネットワークによる専門的な相談支援や、普及・啓発、研修などの事業を実施する「高次脳機能障害者支援普及事業」が行われることとなり、2006（平成18）年10月からは障害者自立支援法における都道府県が行う専門的な相談支援事業（地域生活支援事業）に位置づけられて、全国にその取組が広がりつつあるところである（2007年10月現在27都道府県で実施されている）。

（イ）雇用対策における取組の蓄積

この間、雇用対策の面でも、研究、就業支援（職業指導・職業紹介、職業訓練等）の両面で、取組の蓄積が図られてきている。



*資料出所：厚生労働省「高次脳機能障害支援普及事業実施要綱（都道府県実施分）」より作成

図 序-7 高次脳機能障害支援普及事業の概要

まず、研究・開発においては、高次脳機能障害者の職業上の実態・課題を明らかにする研究と支援技法の開発研究の両面の取組が進められてきた。前者については、障害者職業総合センターにおいて、1997（平成9）年に「地域障害者職業センターの業務統計上『その他』に分類されている障害者の就業上の課題」の中で、高次脳機能障害者についての課題が明らかにされて以降、障害特性や支援技法、就業定着に関して種々な研究が続けられてきている。また、後者については、2000（平成12）年以降開発・体系化が進められてきている「トータルパッケージ」の中で、職業評価や訓練、代償手段の獲得等のための具体的支援技法の開発が行われている。併せて、先に触れた障害者職業総合センターの職業センターにおいても、これらの研究と一体になりながら職業準備訓練や職場復帰について実践的事例の蓄積が進められてきた。

また、機構が運営し、障害者の職業評価・職業訓練を実施している国立職業リハビリテーションセンター及び国立吉備高原職業リハビリテーションセンター（以下「広域障害者職業センター」という。）においても、2002（平成14）年度から、職域開発科を新設し、この中で高次脳機能障害者に対する職業訓練を開始した。この場合、高次脳機能障害者に対しては、「職業的な知識・技能の付与」だけでなく、「社会生活技能」や「代償手段の獲得」等にも配慮した訓練が実施されており、さらに国立職業リハビリテーションセンターにおいては代償手段の工夫としてPDA（Personal Digital Assistant）の開発などにも取り組まれてきた。

さらに、各都道府県に設置された地域障害者職業センターにおいても、総合センター・広域センターの知見を活用した高次脳機能障害者に対する職業評価、職業準備訓練等の支援に努められてきたが、特

に2002（平成14）年より導入されたジョブコーチ支援を活用して、障害者本人への支援と同時に、事業主に対する障害理解や受入のための諸環境の整備についても支援を強化してきている。

（ウ）医療・社会リハと職業リハを含めたネットワーク構築の必要性

以上のように、医療・社会リハビリテーションを中心とする「高次脳機能障害支援モデル事業」等の取組が進められるのと並行して、職業リハビリテーションの分野でも取組が積み重ねられ、両者の相乗効果も生まれてきているが、課題もある。以下、「高次脳機能障害者の雇用促進等に対する支援のあり方に関する研究」（障害者職業総合センター、2007、調査研究報告書No.79）により見ていく。

まず、相乗効果として、「高次脳機能障害モデル事業」が中央及び一部の地域で開始されたことにより地域において高次脳機能障害に対する認識が高まり、地域関係機関の連携が進むという効果が生まれ、その結果、総合センター職業センターや地域障害者職業センターの利用者の増加、医療機関を経由しての来所の増加などがみられている。しかし、反面、同モデル事業開始前と後では、職業センターの利用者増加は約2.2倍になっているものの、地域障害者職業センターの増加は1.35倍にとどまり、かつ、来所者の増加はモデル事業実施地域を中心とする特定の地域に偏っている等の傾向が見られ、高次脳機能障害に対する認識高揚等の効果をさらに全国的に広げていくことが求められる状況にある。また、地域障害者職業センターへの医療機関からの経由の来所も確かに増加しているが、同研究の中で実施した医療機関に対する調査によると、依然として「連携はない」とするものが51.1%と半数を超え、連携して支援を行う頻度についても、モデル事業で中核的役割を果たしたリハビリテーションセンター等では「増えている」というものが58.3%あるものの、全体を通してみると「変化なし」が70.5%と依

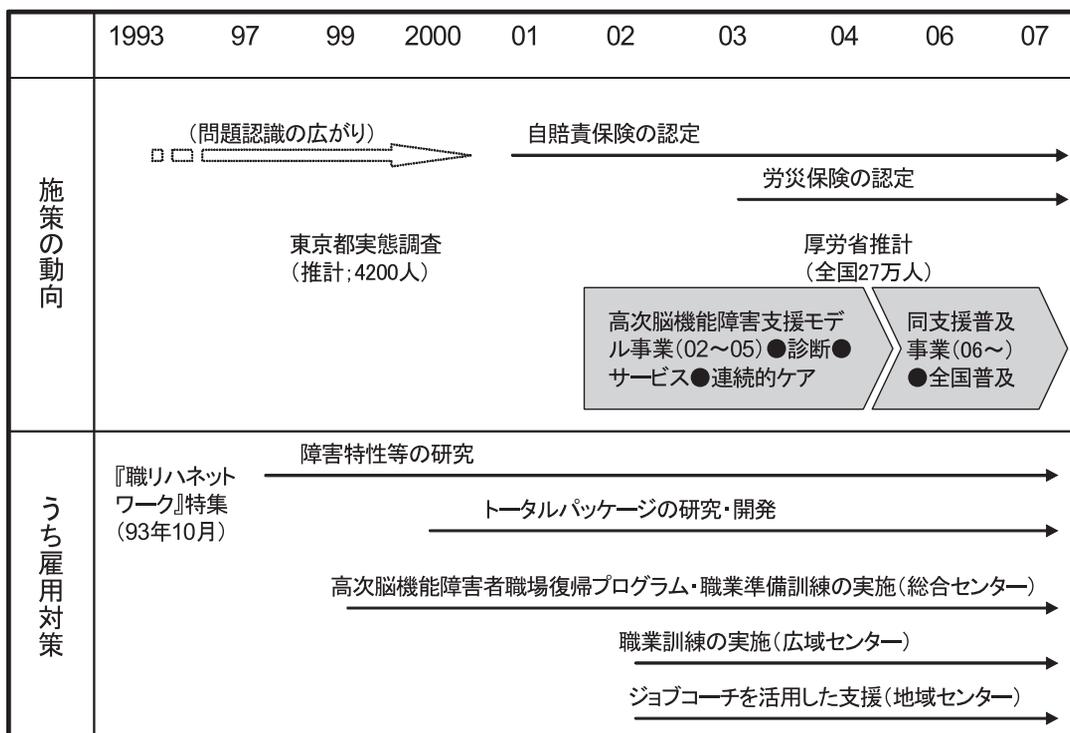


図 序 - 8 高次脳機能障害関係施策の動向

然として圧倒的多数を占めている。

先述のように、障害者自立支援法に伴い、「高次脳機能障害者支援普及事業」が都道府県の行う専門的な相談支援事業に位置づけられ、全国的に取組を広げていくための基盤整備が行われているところであるが、今後こうした高次脳機能障害に対する認識高揚と地域関係機関の連携の取組を全国的に広げていくとともに、その中で医療・社会リハビリテーションと職業リハビリテーションの両者の具体的な連携・結合を進めていくことが重要な課題となっている。

(3) 精神障害者に対する支援

ア 精神障害者の現状

精神障害者の問題は、社会的に大きな関心を集める問題となっている。内閣府「2007（平成19）年版障害者白書」によれば、精神障害者の数は大幅に増加しており、在宅者（通院患者）と施設入所者を合わせた数（推定数）は、2005年をはじめて300万人を超えたとされる。

精神障害者のうち、在宅者は3年前に比べ19.5%増の267.5万人、施設入所者数は同2.3%増の35.3万人となっている。在宅者の疾患別で最も多いのは、躁うつ病を含む「気分（感情）障害」で89.6万人となり、次いで「神経症性障害等」の58.0万人、「統合失調症等」55.8万人となっている。3年前との比較では、「気分（感情）障害」が30.8%増となり、「神経症性障害等」（17.4%）、「統合失調症等」（5.1%）よりその伸びが大きくなっている。

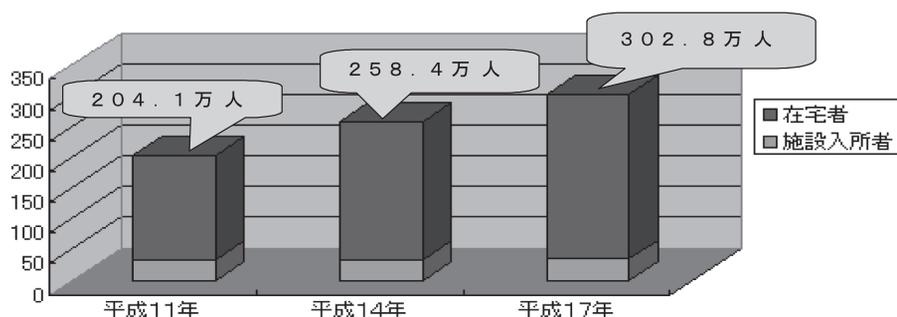


図 序-9 精神障害者数の増加

* 資料出所：「2007年版障害者白書」

表 序-1 精神疾患の種類別構成

(万人)

	平成11	平成14	平成17
統合失調症等	45.3	53.1	55.8
気分障害(躁うつ病含む)	41.6	68.5	89.6
神経症性障害等	41.7	49.4	58.0
アルツハイマー病	1.9	7.0	14.7
てんかん	22.7	25.1	26.6
その他	17.7	21.3	24.5
合計	170.0	223.9	267.5

* 資料出所：「2007年版障害者白書」

イ 支援施策の動向

(ア) 精神障害者の福祉施策の進展

精神障害者に対する支援の重要性の高まりに対応して、保健・福祉対策の分野では、昭和62年以降法改正が相次いで行われ、支援が大きく進展してきている。

まず、1987（昭和62）年の「精神衛生法（1950年制定）」から「精神保健法」への改正に伴い、法律の目的に精神障害者の社会復帰の促進が加えられ、「病院から施設へ」の考え方が明らかになるとともに、1993（平成5）年改正では「施設から地域社会へ」の流れが明らかにされた。さらに、1995（平成7）年には、「精神保健福祉法」に改正され、精神障害者の生活上の障害にも対応していくため、精神保健の支援とともに福祉の支援も行っていくこととされた。

このような変化の背景には、1993（平成5）年の「障害者基本法」において「この法律において『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。」との規定がおかれ、精神障害者も福祉施策の対象であることが明示されたことが大きな要因となっている。

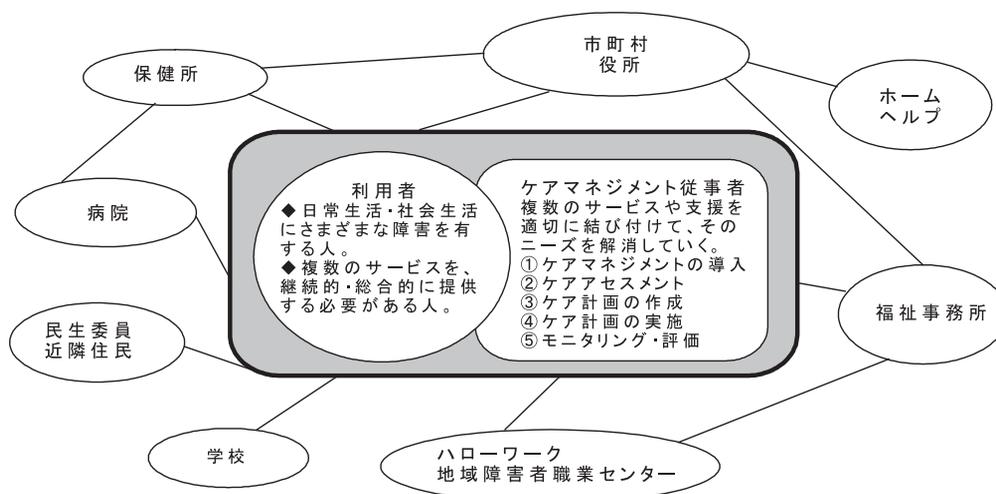
これを踏まえた具体的な福祉施策の進展を見ていくと、次のとおりである。まず、1995（平成7）年の精神保健福祉法改正では、精神障害者保健福祉手帳制度が設けられるとともに、社会復帰施設4類型の法定化等が行われた。また、1995（平成7）年の「障害者プラン」の提案を受け、翌1996（平成8）年より、「地域生活支援センター」を設置し、精神障害者地域生活支援事業がはじめられ、こうした精神障害者の生活上の相談に乗り、その社会復帰を支援する専門職として、1997（平成9）年、精神保健福祉士の制度も設けられた。他方、1999（平成11）年、保健所と市町村の業務分担の見直し及び精神障害者居宅生活支援事業の創設（2002年からスタート）が行われ、市町村は、①手帳（法§45）、医療費（法§32）、②精神障害者の福祉サービス利用の相談（法§49）、③居宅生活支援事業（法§50の3の2）の業務を行うこととされた。さらに、2000（平成12）年、社会福祉法の改正により、「利用者本位のサービス」「地域福祉の推進」がうたわれた。

(イ) 障害者本人のニーズに基づいた支援の新しい潮流

上記のような施策・事業の充実に取り組まれる一方で、さまざまな困難を有する精神障害者が、これらのサービスを適切に利用し、かつ、本人の目標にしたがって自立と社会参加が果たせるようにしていくにはどうしたらいいかが課題になっている。このため、本人のニーズを中心として、サービス機関や担当者が適切な連携（ネットワーク）の下に支援を進めていくための手法である「ケアマネジメント」や本人の多様な生活ニーズの実現を図りつつ就労支援を進めていく一つの手法である「IPS（Individual Placement and Support）」の取組が注目されているところである。

まず、ケアマネジメントは、さまざまな支援や資源の利用を必要とする障害者に対して、サービスを適切に結び付ける支援の方法である。それは、「利用者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて

調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法」ともいえるが、こうした地域関係機関の有機的連携による支援はあらゆる障害者に確保されるべきものであることから、1995（平成7）年、「障害者ケアガイドライン検討委員会」がスタートした。その後、検討は、身体・知的・精神の障害ごとに進められ、1998（平成10）年に、まず精神障害者についてのケアガイドラインが公表された。同ガイドラインは、「ケアマネジメント」の目的・理念と、地域において関係機関がこれを実施していくためのシステム作りを示し、同年より試行や養成研修等による体制整備推進事業が実施されることとなった。（なお、障害者全般のケアガイドラインについても、2002（平成14）年に、身体・知的・精神の3障害統合の検討会により「障害者ケアガイドライン」が作成され、2003（平成15）年より「障害者ケアマネジメント体制支援事業」が本格実施されることとなった。）



*資料出所：厚生省労働科学特別研究事業「精神障害者ケアガイドライン」（一部改変）

図 序-10 精神障害者ケアマネジメントの概要

また、IPSは、精神障害者の「働きたい」というニーズを出発点として、本人の興味や強みに応じて、支援を行うものである。IPSは、1990年代からアメリカで精神障害者の就労支援について発展してきたもので、従来の就労支援が、どちらかといえば、①就労に困難をもたらす要因や「できないこと」に着目し、②就労に必要な事前訓練を重視し（Train-then-place）、③職場の確保は事業主の都合を優先して進められてきたのに対し、①「できること」に着目し、②就労してからの訓練を重視し（Place-then-train）、③本人の興味や強みに合わせた職場の開拓を目指すところに特色がある。従来のような制約的な要因にとらわれることがともすれば就労機会からの排除にもつながりかねなかった側面もあるところ、IPSでは障害者の可能性を信じ、本人の希望やニーズを尊重した支援に発想を転換させるものであり、かつ、このことによって現実的にも従来以上の就労機会につなげることができるという実践報告も蓄積されてきているところである。

さらに、これらの取組を進めたものもある。ケアマネジメントについて、上述の「ケアガイドライン」

では個々の障害者に対する各社会的サービスのあつ旋により、地域関係機関が連携し合うものを基本的形態として想定しているが、より包括的な支援を目指して、多職種チームにより、医療・保健・福祉・就労等のあらゆるサービスを訪問によって提供するとともに、IPSの考え方に則って医療と生活と就労を一貫して支援する「包括型地域生活支援（Assertive Community Treatment, ACT）」の取組が始められており、重い精神障害を抱えた方に対して、家族支援や事業主支援を含めた対応が可能なものとして、注目されているところとなっている。

(ウ) 雇用対策における本格的取組

精神障害者の自立と社会参加への促進に向けた機運の高まりの中で、精神障害者の問題は雇用の分野においても大きな課題となり、1995（平成7）年の「障害者プラン」において、精神障害者の雇用促進について「雇用実態等を踏まえ、雇用率制度の適用のあり方を検討する」とされた。

これを受け雇用対策面でも精神障害者対策の充実に取り組むことになった。2002（平成14）年には、「障害者雇用促進法」が改正され、法律の中に精神障害者の定義規定を設け、精神障害者も同法の対象であることが明確にされた。併せて、この法改正において、地域において保健福祉行政と労働行政が連携して支援を行うことができるよう「障害者就業・生活支援センター」の設置が進められることとされた。

また、2004（平成16）年にも「障害者雇用促進法」が改正され、平成18年4月より、①精神障害者を実雇用率に算入すること、②精神障害者については短時間労働者（週20時間以上30時間未満）の雇用を0.5カウントとして算定することとされるとともに、平成17年10月より、③精神障害者について、就職支援と復職支援（リワーク事業）に取り組む「精神障害者の雇用の段階に応じた体系的支援（精神障害者総合雇用支援）」を地域障害者職業センターで実施していくこと等の施策が打ち出されたところである。

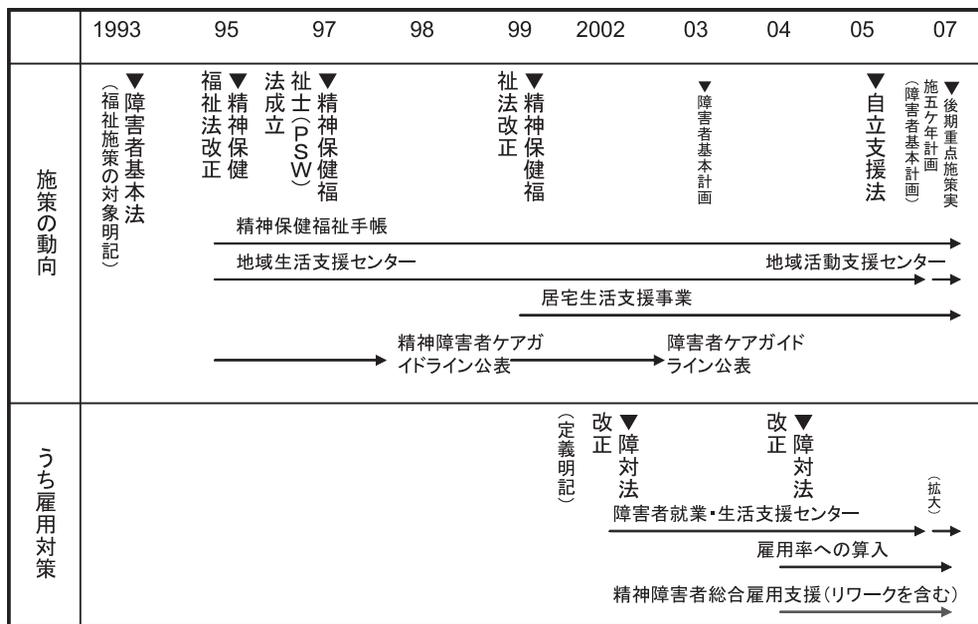


図 序-11 精神障害関係施策の動向

さらに、2007（平成19）年12月には、障害者基本計画の後期5年間に係る「重点施策実施5ケ年計画」が策定され、精神障害者の雇用について数値目標（56人以上企業で雇用される精神障害者を2007年の0.4万人から2013年には1.5万人に）が示されることとなり、その雇用促進が極めて大きな課題となってきた。

このような動きの中で、雇用支援体制の充実も重要な課題となっている。就業を希望する精神障害者は、ハローワークにおける職業紹介とともに、地域障害者職業センターにおける精神障害者自立支援カリキュラム（講習）、ジョブコーチ、リワーク支援など多様なサービスを受けることが可能となっているが、ハローワークにおける精神障害者の職業紹介状況をみると、新規求職申込件数では、平成13年度に5,386件であったものが18年度には18,918年に、就職件数では、13年度1,629件だったものが18年度には6,739件と大幅に増加しており、特にここ2～3年はいずれも対前年比30～40%の高い伸びを示している。また、地域障害者職業センターにおいても精神障害者の利用者が増加し、支援のための職業リハビリテーション計画を策定した件数は18年度には4,478件と対前年比56.0%の伸びとなっている。

しかしながら、精神障害者の就業支援はハローワークや地域障害者職業センターだけでは十分でなく、障害者就業・生活支援センターはもちろん、その他医療・保健・福祉を含めた地域のあらゆる関係機関の連携の下に、地域一体となって展開していくことが求められている。

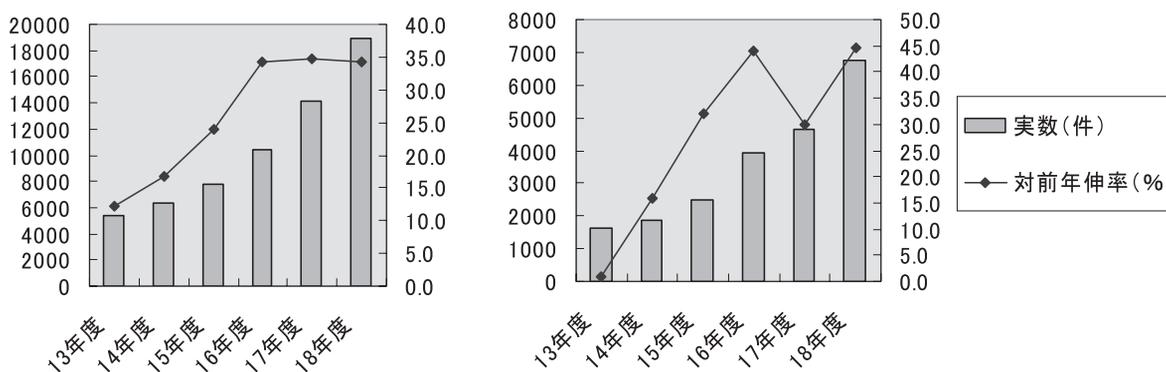


図 序-12 精神障害者の職業紹介状況（ハローワークにおける取扱状況）

3 医療等と雇用の連携の現状と課題

今日の障害者の就業支援、とりわけ難病患者や高次脳機能障害者、精神障害者といった継続した医療的ケアが欠かせない方々の就業支援においては、医療リハビリテーションから社会リハビリテーション、職業リハビリテーションに至る一貫した支援が重要である。しかしながら、現実にはこれらの各領域のリハビリテーションは、地域においては医療・保健・福祉・労働のそれぞれの領域の、さまざまな機関・専門職により担われている。

そこで、本研究においては、まず、さまざまな地域関係機関がどのような就業支援を行い、関係機関とどのように連携しているかの現状を明らかにすることとし、このため「継続して医療的ケアを必要と

する人の就業を支える地域支援システムの課題に関する調査」を実施することとした。そして、次に、こうした実態を踏まえて、これらの就業支援を進めていくにはどうしたらいいか、その課題と対応策を検討していくこととした。

(1) 調査に基づく現状

ア 医療・保健・福祉機関の就業支援実施状況

この「継続して医療的ケアを必要とする人の就業を支える地域支援システムの課題に関する調査」は、障害者職業総合センターが、難病患者、高次脳機能障害者、精神障害者等を支援している医療・保健・福祉機関等の機関・施設を対象として、平成17年11月～18年1月の間に行ったものである(2,328機関・施設から回答が寄せられた)。その結果について、詳細は第2章に記載することとしているが、ここでは、機関・施設を「医療機関」「保健所」「福祉施設」「精神保健センター」「難病相談・支援センター(以下、本項において「難病センター」という。)」 「団体」のタイプ別の就業支援の実施状況についてのみ簡単にみておくこととする。

まず、それぞれの機関・施設に対して、対象疾患・障害ごとに「就業支援を実施しているかどうか」を尋ねた結果についてみてみよう。なお、ここで、精神障害については、神経症圏、統合失調症圏、気分障害圏、その他の別に調べているが、ここでは統合失調症圏にこれを代表させて、これのみをみていく。また、難病についても、神経難病、その他の特定疾患、その他の難病について調べているが、神経難病についてのみをみていくこととする。

各対象疾患・障害ごとに、何らかの形で「就業支援を実施している」とする機関の割合(当該疾患・障害を「支援対象ではない」とする機関・施設を除いたもの)は、精神障害(統合失調症圏)については、医療機関47.5%、保健所67.5%、福祉施設(授産施設、作業所、地域生活支援センターを含む)73.3%、精神保健センター64.6%、団体(患者会、NPOその他の団体を含む)40.3%となり、調査の対象とした障害種別の中では最も多くの機関・施設で就業支援が行われていた(図序-13)。高次脳機能障害については、福祉施設42.9%、団体40.5%と比較的高くなっているが、医療機関(24.9%)、保健所(12.6%)等では低くなっている。難病(神経難病)については、難病センター56.5%、団体43.3%は比較的高く、

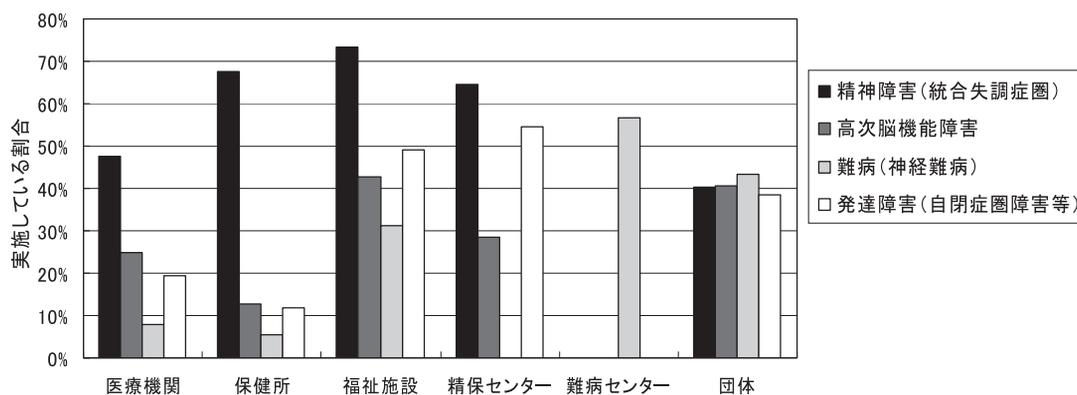


図 序-13 就業支援を実施している機関の割合

福祉施設も31.3%あるものの、医療機関（7.9%）、保健所（5.3%）はきわめて低くなっている。発達障害（自閉症圏障害等）については、精神保健センター 54.5%、福祉施設49.1%、団体38.5%となっているが、医療機関（19.4%）、保健所（11.8%）は低い。

次に、それぞれの機関・施設に対して、就業支援業務の位置づけについてみてみよう（図序-14）。その結果は、難病センターについては、「公式業務として明文化されている」というものが半数に及ぶが、その他の機関・施設では「公式業務として明文化されている」というものはごく少数であるというのが現状である。

すなわち、医療機関については、「公式業務として明文化されている」というものが8.8%で、「生活支援等の一環として実施」というものが34.4%である（それ以外の56.8%は、「例外的に実施」か「全く行っていない」というものである）。保健所、福祉施設、精神保健センターについては、「公式業務として明文化されている」というものが20%強で、「生活支援等の一環として実施」というものが30%程度である（それ以外の50%弱は、「例外的に実施」か「全く行っていない」というものである）。団体については、「公式業務として明文化されている」というものが17.2%で、「生活支援等の一環として実施」というものが13.9%である（それ以外の68.9%は、「例外的に実施」か「全く行っていない」というものである）。

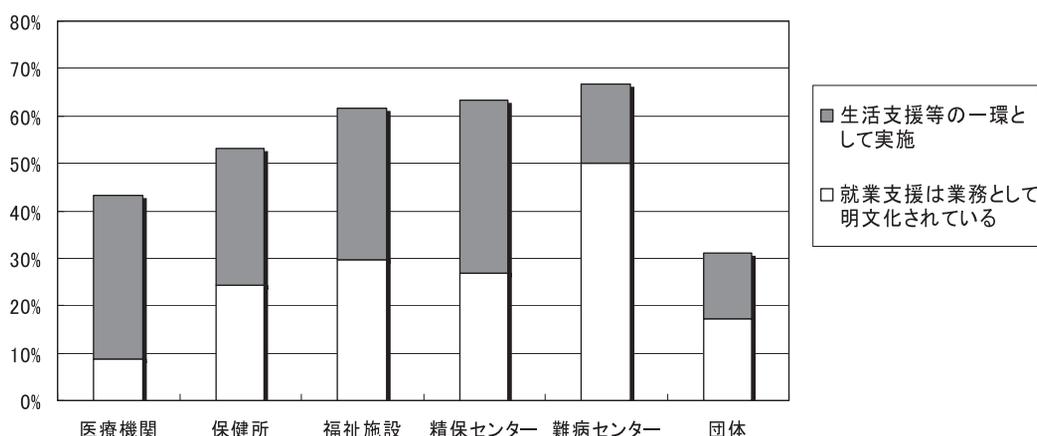


図 序-14 就業支援業務の位置づけ

イ 就業支援を担う専門職

次に、それぞれの機関・施設において、就業支援業務を担当している者はどんな人なのかについても尋ねた結果についてみておこう（図序-15）。ここで注意が必要なことは、機関・施設の職種構成はまちまちなことである。このため、ここでは各職種について当該職種が「施設内にはいない」場合を除くこととした。したがって、以下は「施設内に当該職種がある」場合について、それぞれの職種が「主に担当する」のか、「就業支援に関わることがある」のか、「就業支援には関わらない」のかをみていくことになる。

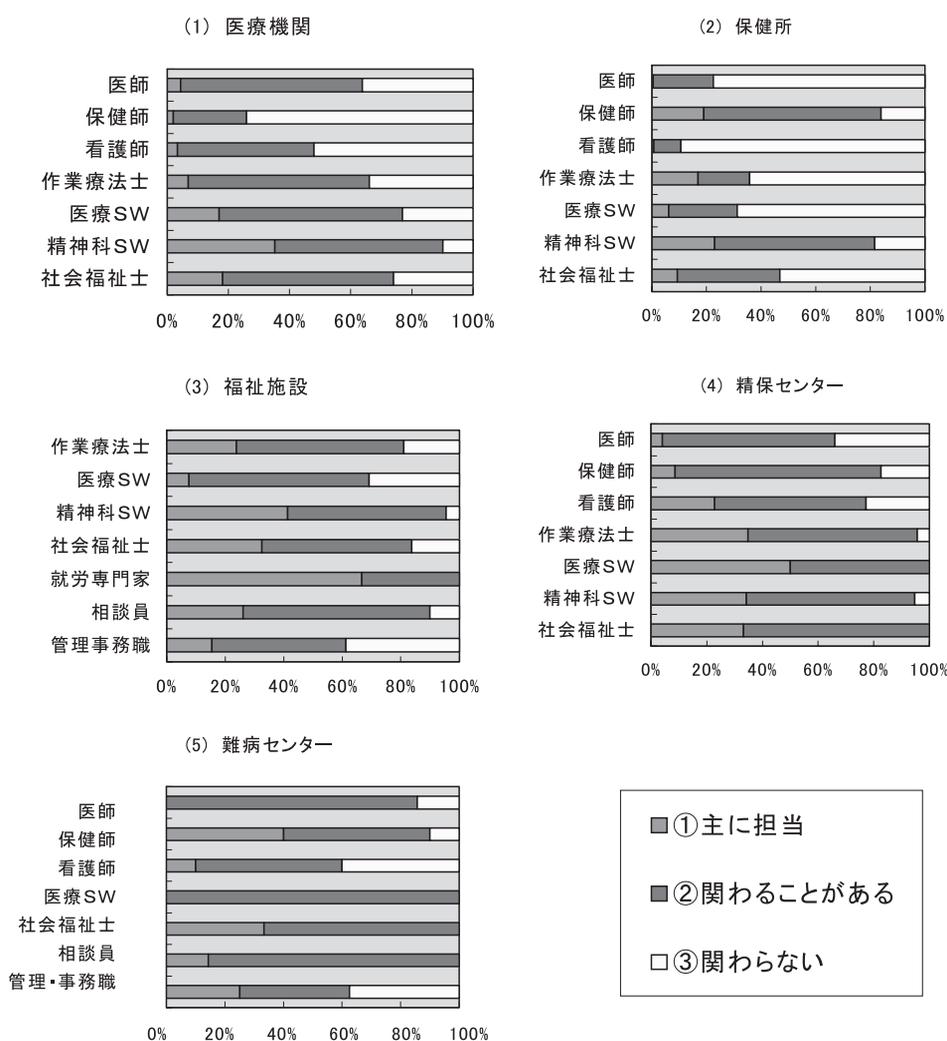


図 序-15 機関の種類ごとの就業支援担当
(施設内にある場合の、主要な職種ごとの関与の状況)

まず、医療機関や精神保健センターについては、「精神科ソーシャルワーカー」「医療ソーシャルワーカー」「社会福祉士」「作業療法士」が関わることが多い。「主に担当」「関わることもある」をあわせるとこれらの者はほとんど関わっている。また、これらの機関には医師も勤務しているが、これらの機関においては医師も「主に担当」と「関わることもある」を合わせると半数以上が関わっている。保健所については、「保健師」が最も関わるが多く、次いで「精神科ソーシャルワーカー」となっており、「社会福祉士」「作業療法士」「医療ソーシャルワーカー」はむしろ少ない。

福祉施設については、「精神科ソーシャルワーカー」「社会福祉士」「作業療法士」「医療ソーシャルワーカー」が多い。また、一部（授産施設作業所においては1～3割、精神障害者地域生活支援センターにおいては半数程度）の機関・施設には「就労支援専門家」「相談員」の職種が設けられており、これらの職種が設けられているところではこれらの者が就労支援に関わるが多くなっている。難病センターについては、「社会福祉士」「保健師」のほか、「相談員」「事務・管理職」とするものが多い。難病

センターにおいては、「相談員」は半数程度の機関・施設に配置されているが、「就労支援専門家」が配置されている機関・施設はなく、福祉施設と比べ未整備な状態にある。

ウ 就業支援をめぐる課題

次に、就業支援業務の実際の状況についてみてみよう（図序-16）。就業支援を行っている場合（「公式な業務として明文化されている」「明文化されていないが、生活支援等の一環として行っている」「公式な業務ではないが、例外的・個別に行っている」とした機関・施設）について、その実際の状況を見てみると、「日常業務としてスムーズに実施されている」という回答は、機関・施設の種類を問わずほとんどみられない。むしろ、どの機関・施設も大半は「個別に試行錯誤や研究をしながら実施している」というもので、医療機関においては79.5%、団体においては72.1%、福祉施設においては64.8%、精神保健センターにおいては62.8%、難病センター及び保健所においてはそれぞれ52.3%、51.5%となり、いずれの機関でも困難を感じながら就業支援を実施している様子が見えてくる。

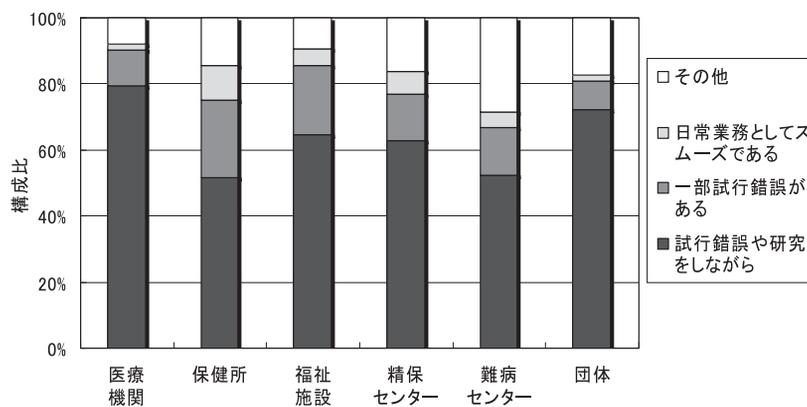


図 序-16 就業支援業務実施上の問題

次に、これらの機関が、ハローワークや障害者職業センター等の「雇用支援サービス機関」のどこと、どれくらい連携しているかをみてみよう（図序-17）。

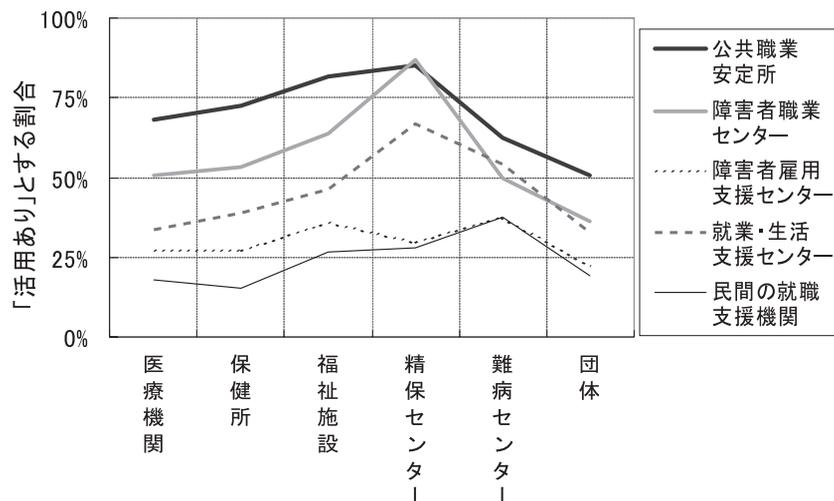


図 序-17 雇用支援サービス機関との連携

これらの「雇用支援サービス機関」を活用したことがあるという割合をみると、次のとおりである。

- ① 「ハローワーク」についてはその割合が最も高い。精神保健センター 85.2%、福祉施設81.7%と、これらの機関・施設では8割を超えている。保健所（72.6%）、医療機関（68.2%）でも約7割となっている。難病センター（62.5%）、団体（50.7%）ではやや低いが、5割を超えている。
- ② 次いで高いのが、「障害者職業センター」である。精神保健センターでは87.0%に達し、福祉施設（63.8%）、保健所（53.5%）、医療機関（50.5%）、難病センター（50.0%）でも5割を超えているが、団体（36.1%）はやや低い。
- ③ 障害者就業・生活支援センターについては、精神保健センター（66.7%）、難病センター（54.2%）で5割を超えているが、福祉施設（46.3%）、保健所（39.1%）、医療機関（33.7%）、団体（32.7%）はやや低くなっている。

しかし、「雇用支援サービス機関」の活用割合が、一定認められるといっても安心できるものではない。むしろ、具体的な就職支援に必要な求人の確保、個々の障害者に適した事業所の検討、就職後の定着指導のために、これら「雇用支援サービス機関」の利用は必須であり、その点を踏まえると活用実績のないことの方が課題だとさえいえよう。医療・保健・福祉の機関・施設で、障害者の就労ニーズが認められ、これに対する支援が必要となったとき、如何に速やかに、円滑に「雇用支援サービス機関」と一体になった連携による支援ができるようにするのが課題である。とりわけ、前項で見たように、医療・保健・福祉の機関において就業支援を担当しているのが、医療・保健・福祉の分野の専門職であることを考慮すると、これらの者に「雇用支援サービス機関」のサービスメニューが周知され、気軽にそのサービスが活用されていくような環境条件を整えることが求められる。

（2）今後の課題

ア 現状と課題の整理

これまで述べてきたことを整理しながら、課題をみていこう。

まず、障害者対策の方向として、障害者が自立し、地域社会で普通の生活が送れることが目標とされており、そのために地域において必要なサービス体制が講じていく必要がある。この場合、「本人のニーズ」に基づく支援が基本であり、これを中心としたサービスを提供していくことが必要である。また、本人の生活ニーズは通常（就業は特に）多面的であることから、「医療リハビリテーション」「社会リハビリテーション」「職業リハビリテーション」の関係機関（多機関・多職種）が連携して、サービスを提供していくことが不可避となる。したがって、ケアマネジメントの手法等により関係機関が連携を取りつつ、それぞれの制度に位置づけられているサービスを一貫して提供していくことが必要である。

また、障害毎の施策には、それぞれの歴史や状況に差があるが、本研究の対象とする難病、高次脳機能障害、精神障害について、その到達点と現在の課題を整理すると、次の通りである。

- ① 難病については、近年、医療における地域ネットワークの形成や福祉施策の充実が進み、次の段階として支援の拠点として「難病相談・支援センター」の設置が進められ、各種の相談・支援の取組が始められているところであるが、就業支援については、まだ取組がほとんど進んでいない

状況にある。

- ② 高次脳機能障害については、新しい障害として社会的関心も高まり、医療・福祉分野を中心とした診断基準作成、生活支援プログラムの開発及びこれらの普及の取組が組織的に始まっている。また、雇用についても、それ以前から、別途支援技法の開発やこれに基づく支援が行われてきているが、「医療及び社会リハビリテーション」における取組と「職業リハビリテーション」における取組の連結が課題となっているところである。
- ③ 精神障害については、身体障害・知的障害施策との総合化の中で、近年急速な施策の整備が進んでおり、医療から社会への移行が進められるとともに、介護等給付やケアマネジメントなど福祉施策が充実され、また、障害者雇用促進法における雇用率への算入も行われるようになってきている。これらの動きを踏まえ、「医療リハビリテーション」「社会リハビリテーション」「職業リハビリテーション」の各分野の対応が進められているが、しかし、医療・福祉・雇用の関係機関の具体的連携の形成はまだその途上である。

さらに、本研究の中で実施した地域の医療機関、福祉機関その他関係機関に対する調査を基に、就業支援の状況を見てみると、次の通りである。

- ① 就業支援を行っている医療機関、福祉機関等もみられるようになってきているが、その位置づけは「生活支援の一環で行っている」という機関が多く、特に、就業支援の技術・ノウハウについては不十分であり、大半が「試行錯誤でやっている」という状況である。
- ② 関係機関における就業支援を担当する者は、医師、保健師、医療SW、精神科SW、作業療法士等様々な専門職となっており、本人のニーズに基づく支援、特に就業支援のような多面的な支援については、多機関・多職種による協働が不可欠である。

イ 本研究の進め方

以上の状況の中で、本研究は難病、高次脳機能障害、精神障害を対象としながら、「医療等と雇用との連携による就業支援のあり方」を検討しようとするものである。

その場合、二つの留意すべきことが考えられる。

ひとつには、これら3つの障害に対する対策は、最近になって対策が整備されはじめた新しい課題であり、障害毎に対策の整備状況に相違（特に、難病や高次脳機能脳障害の就業支援についてはこれから本格的に取り組もうとしている段階にあるといっても過言でない状況）があり、このため、難病や高次脳機能脳障害の就業支援については、あるべき就業支援について、提案や試行をしながら、トライアルをしながら、検討していく必要がある。

二つ目は、医療・福祉・雇用等の関係機関の連携についても、それぞれが異なった制度に立脚し、サービス内容も障害によって様々であり、互いに関係機関の機能や位置づけについて必ずしも十分な理解を共有していないということである。医療については病院や診療所、保健については保健所や市町村保健センター等、福祉は福祉施設、生活支援センター（地域活動支援センター）や福祉事務所等、雇用はハローワーク、地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センター等と、サービス提供機関が

異なる。このために障害者にとってサービスを利用しにくい状況、また、関係機関が連携を取っていない状況がある。ケアマネジメントの取組も始まっているが、まだまだ不十分である。障害者の地域での生活支援・就業支援のためには医療・福祉・雇用等のサービスが連携して包括的に提供されることが前提であるが、その前提が十分機能していない場合にはあるべき就業支援やその連携方法について、提案や試行をしながら検討していく必要がある。

このような状況の中で、医療等と雇用との連携による就業支援あり方を考えるためには、第1ステップで新たな就業支援や連携の試行を行いながら、第2ステップでその望ましいあり方・課題を探っていくという、二つのステップを同時に越えていく必要があるのであろう。このため、本研究の中では、次のように、必要な場合「支援モデル事業」実施しながら、検討していくことが必要であると考えられる(図序-18)。

- ① 難病に関しては、難病がある人の就業支援について、未だその手法やこれに取り組む体制の確立が整っているとはいいがたい。このため、第1ステップとして、難病相談・支援センターに参画していただいた「難病就業支援モデル事業」を新たに実施し、就業に係る支援ノウハウの開発と難病相談・支援センターの業務展開や就業支援機関との連携のためのノウハウを蓄積しつつ、これに基づき第2ステップの検討を行う必要がある。
- ② 高次脳機能障害に関しても、医療・福祉分野において国の支援事業がモデル的に始まったところである。こうした中で、医療・福祉機関と就業支援機関との連携がこれからの課題になってくる。そこで本研究では、第1ステップとして、医療・福祉分野を中心として行われている国の「高次脳機能障害支援普及事業」実施地域において、就業支援機関との連携のための「高次脳機能障害就業支援モデル事業」を実施し、高次脳機能障害者に対する効果的支援のノウハウを蓄積しつつ、第2ステップの検討をする必要がある。
- ③ 精神障害に関しては、全国において既に多様な取組が行われているので、第1ステップとして新たなモデル事業を行う必要はないが、第2ステップとして既存の支援がどのように行われ、どん

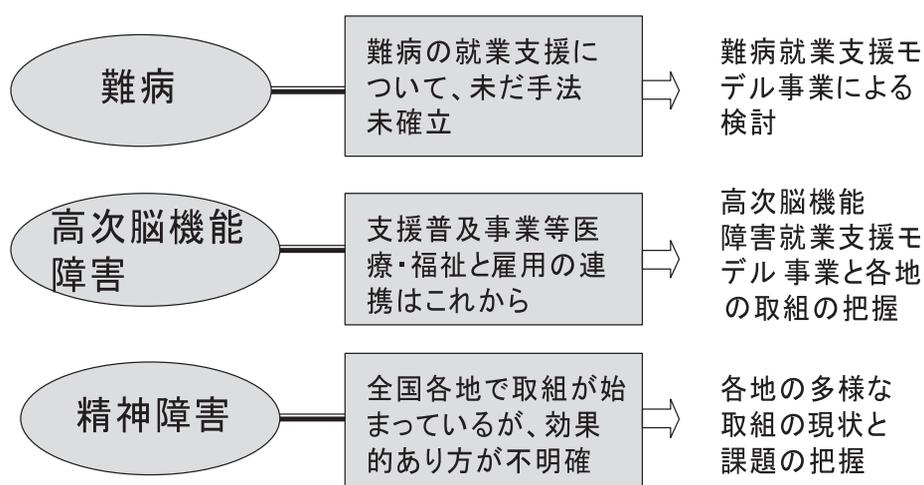


図 序-18 本研究実施に向けての課題

な課題を有しているのかの検討を行う必要がある。このため、就職に至るまでのサポートについては、支援機関毎にいくつかのタイプにわけながらヒアリング等により状況調査を行うとともに、就職後のサポートについては企業に対するヒアリングを行うことにより、いろいろな支援の現状・課題を整理するとともに、今後の支援の取組について参考となる知見を得ることが適当であろう。

また、これらの検討とあいまって、関係機関の連携及びいろいろな分野の専門職の協働を円滑にしていく条件整備として次のことについて検討する必要がある。

- ④ 関係機関の連携のあり方（「就業できる」という前提にたった関係機関の連携のあり方）
- ⑤ 個々の障害者についての情報の共有を進める情報ツールのあり方

参考文献

《全体》

1. 伊藤欣士：「障害者雇用の制度と実務」，社団法人雇用問題研究会（1993）
2. 厚生労働省：今後の障害保健福祉施策の在り方について，「関係三審議会合同企画部会中間報告」，厚生労働省（1997）
3. 厚生労働省：今後の障害保健福祉施策について，「改革のグランドデザイン案」，厚生労働省（2004）
4. 障害者職業総合センター：継続して医療的ケアを必要とする人の就業を支える地域支援システムの課題に関する調査，「資料シリーズNo.37」，障害者職業総合センター（2007）

《難病関係》

5. 難病の雇用管理のための調査・研究会：「難病のある人の雇用管理・就業支援ガイドライン」，社団法人雇用問題研究会（2007）
6. 難病の雇用管理のための調査・研究会：「難病（特定疾患）を理解するために～事業主のためのQ&A～」，社団法人雇用問題研究会（2007）
7. 障害者職業総合センター：難病等慢性疾患者の就労実態と就労支援の課題，「調査研究報告書No.30」，障害者職業総合センター（1998）
8. 木村 格：地域支援ネットワークと多職種における神経難病へのケア，「緩和ケアVol.14増刊」，青海社（2004）
9. 木村 格他：特定疾患の地域支援体制の構築に関する研究，「厚生労働科学研究費難治性疾患克服研究事業報告書」，厚生労働省（2005）
10. 今井尚志他：特定疾患患者の自立支援体制の確立に関する研究，「厚生労働科学研究費難治性疾患克服研究事業報告書」，厚生労働省（2006）

《高次脳機能障害関係》

11. 障害者職業総合センター：「職リハネットワークNo.22」，障害者職業総合センター（1993）
12. 障害者職業総合センター：高次脳機能障害者のための効果的な支援方法，「実践報告書No.4」，障害者職業総合センター（1999）
13. 障害者職業総合センター：高次脳機能障害者の雇用促進等に対する支援のあり方に関する研究，「調査研究報告書No.79」，障害者職業総合センター（2007）
14. 中島八十一、寺島彰他：「高次脳機能障害ハンドブック－診断・評価から自立支援まで－」，医学書院（2006）
15. 千葉リハビリテーションセンター他：「高次脳機能障害支援普及事業平成18年度事業報告書」，（2007）

《精神障害関係》

16. 内閣府：「障害者白書」, 内閣府（2007）
17. 厚生労働省：「障害者雇用問題研究会報告書－障害者の就業機会拡大を目指して－」, 厚生労働省（2004）
18. 厚生労働省：「精神障害者の雇用の促進等に関する研究会報告書；精神障害者の雇用を進めるために－雇用支援策の充実と雇用率の適用－」, 厚生労働省（2004）
19. 高橋清久、伊藤順一郎他：精神障害者の地域生活支援のあり方に関する研究, 「精神障害者ケアガイドライン」, 厚生労働科学特別研究事業報告書（2004）
20. 伊藤順一郎, 大島 徹, 西尾雅明：日本における包括型地域支援プログラム（ACT）の展開の可能性, 「病院・地域精神医学45巻4号」, 日本病院・地域精神医学会（2003）
21. 野中 猛：「精神障害リハビリテーション論」, 岩崎学術出版社（2006）
22. 野中 猛：「図説ケアマネジメント」, 中央法規出版（1997）