早期ダイアローグ（Early Dialogues）
～支援者の心配事を取り上げ、協働関係の構築を目指すアプローチ～

○越智 勇次（しょうがい者就業・生活支援センターアイリス　就労支援相談員）
後藤 智行（日本精神保健福祉士協会 発達障害プロジェクトチーム）

１　ダイアローグ（対話）実践

(1) 多種多様なダイアローグ

最近、精神保健福祉分野でフィンランド発祥のオープン・ダイアローグ（以下「OD」という。）が注目を集めている。ODはフィンランドの北極圏に近い西ラップランド地方にあるケロプダス病院で実践されている精神療法である。ODは統合失調症などの精神疾患に対して、世界最高水準の治療結果を出し注目されるようになった。

またODと同時期にアンティシペーション/フューチャー・ダイアローグ（以下「AD」という。）も注目されるようになった。ADは福祉や教育、企業や組織といった対人支援者間で発生した膠着している状況を解決するために開発されたネットワーク・ミーティングである。ADは多職種が関わっているケースで支援者が抱えた課題について語り、支援が膠着している状態の解決・解消を目的としたミーティング方法である。フィンランドに限らずノルウェーやイタリアからも良い実践の結果報告が上がってきており、日本でも2018年から本格的なトレーニングが開始されている。

(2) 第３のダイアローグ

ODとADが注目される中、少し遅れて日本に伝わったのが早期（アーリー）・ダイアローグ（以下「ED」という。）である。EDは、Tom Erik Arnkil氏 が開発した画期的なアプローチの１つである。従来の多くのアプローチがその対象を「クライエント」としているのに対し、EDの対象は「支援者自身」である。支援者自身が自分の支援の在り方について、心配事を感じた早期の段階でケースに関係する人々とダイアローグをすることを目的としている。その結果として、オープンな協力と協働の関係を構築することを目指している。フィンランドやノルウェーでは対人援助の現場だけでなく、行政や教育現場、警察官の日常業務の中にもEDが取り入れられ、良い結果が出ていると報告されている。

２　ED

(1) 早期におけるダイアローグ

EDは、教育や福祉の現場で必要となるearly open cooperation（①早期の②オープンな③協働関係）の構築ための方策として発展した。担当者がケースでクライエントの問題に気づき、更なる専門的な援助の必要性を感じた場合に、①早期に、②関係者とのオープンな対話によって、③協働関係、を構築することで更なる良い支援へと発展するために開発されたアプローチである。支援者の関わり方が、早期の「介入」から早期の「ダイアローグ」へ変容することを重要視している。しかし、こうした早期に心配事を抱えた状況は、多くの問題をはらんでいる。特に困難であるのは支援者が「クライエントの問題」について、その問題は家族（本人含む）の養育や、他の支援者の対応に関連があるのではないかと疑っている場合である。このような状況では、支援者が葛藤を抱え気持ちが揺れ動くことで、身動きがとれなくなることも珍しくない。

(2) 支援者の葛藤と経過

①自分が心配事を「取り上げる」と、関係者を怒らせ傷つける可能性がある。そして関係者との関係が悪化し、場合によっては、支援関係が断絶してしまうのではないかという心配を抱えている。

②自分が心配事を「取り上げない」と、問題は改善されず状態が悪化する可能性がある。そして関係者との関係が悪化し協働が困難になるのではないかという心配を抱えている。

①と②の葛藤を抱えた状態は、支援間における「関係性」と「支援介入の必要性」のジレンマに陥る。支援者自身が身動きが取れず不安や葛藤に苛まれている間に、事態は悪化する。支援者が行動を起こした時には既に関係は悪化し、協働関係が失われる経過を辿るかもしれない。

(3) 「Taking up one’s worries & Ask for help」

前項にある①②のような事態に陥るのを避け、支援の可能性を拓き、「early open cooperation」を構築しEDを導入するための「invitation（お誘い）」として考案されたのが、「Taking up one’s worries」である。これは、支援者が自分自身の「worry（心配、懸念、不安）」を取り上げることで、ダイアローグを始める一歩を踏み出すきっかけを創ることが目的である。このアプローチはシンプルであるが、支援者にとっては簡単なことではない。支援者自身が自分の心配事を取り上げ、その心配事を軽減するために、関係者（クライエントを含む）へ助けや協力を求めるといった姿勢が重要になる。このアプローチはクライエントや関係者を「問題あり」と断定する従来のやり方とは大きく異なっている。この姿勢は、従来の問題を見つけ出し「問題を指さしていた支援者自身の指」を180度転換し、「支援者が自身の心配事に指先を向ける」とも表現することができる。支援者としての「私の心配事」を取り上げることを

契機とし、心配事を軽減させるためのサポートをクライエントや関係者に求め、ネットワークミーティングへの参加を依頼する初動が大切である。「Taking up one's worries & Ask for help」は支援者のためのプロセスである。

３　障がい者就業・生活支援センターアイリスの実践

(1) 方法

筆者の勤務する施設は、京都府南部にある乙訓地域（２市１町）を支援の対象として活動している。利用登録者は約700名で半数が精神障害者である。スタッフ６名全員が精神保健福祉士であるのも特色である。当施設では、2018年頃からEDを導入し、スタッフ間のミーティングでダイアローグを行っている。2019年からは、「Taking up one's worries & Ask for help」を共有し、早期にスタッフ間の協働関係を築くことで、EDに取り組めるように業務日報を一部改訂した（図）。

記号：●助けてほしい　◎共有したい　○担当外ケース

氏名	記号	min　　max
詳細記入		

図　業務日誌

(2) スタッフへの効果

Antonovskyが作成した首尾一貫感覚（以下「SOC」という。）であるSOC13項目を山崎らが日本語に翻訳したもの[1]を使用し、当施設スタッフのストレス耐性の変化を測定した。SOCは、把握可能感・処理可能感・有意味感の３要素から構成されている。７件法で回答するようになっており、１点から７点（逆転項目の場合は７点から１点）として得点化する。SOCの結果を下記に記した（表）。

表　SOC点数の推移

	2017	2018	2019	増減
A	47	47	50	3
B	49	—	55	6
C	46	50	67	21
D	40	42	42	2
E	—	46	77	31
平均	45.5	46.3	58.2	12.6

※データなしは部署異動や育休によるもの

(3) 考察

日報改訂以前のミーティングは、連絡事項の共有を主軸に置いていた。しかし、改訂後はスタッフが積極的にケースについて自身の心配事を取り上げた結果、スタッフが行き詰まることが軽減している印象がある。些細な心配事でも話題に挙げ検討し、支援の在り方について点検することはスタッフの困難ケースの抱え込みを抑止していると考えられる。場合によっては、初回面談後すぐにEDを実施し支援者の抱えている心配事について共有し、応援を依頼する場合もあった。また、自分の担当以外のケースであっても、同僚として感じる「私の心配事」としてEDを始めることも有効である。他の支援者のケースについては触れ辛かったり、上司の介入を待つしかない状況が多かった以前と比べ、「私自身に指先を向ける」姿勢であれば幾分か対話的に協働関係を構築できる実感がある。

スタッフのSOCの結果は、ポイント幅はあるものの全員が増加した。スタッフから出た意見としてはEDの要素を取り入れたミーティングによって、「自分一人で解決しないといけないというプレッシャーが軽減した」や「他者からの批判を恐れず発言できるようになった」などの声があった。経験年数が浅いために言い辛いこと、反対に経験年数があるために相談できないといった各々の立場を取り払って、支援者としての「自分の心配事」について話しをはじめることがチームとしての早期の協働を可能にし、結果的にSOCが向上したと考える。

４　終わりに

EDの実践はスタッフ間のコミュニケーションのモードを変容させた。上司からの「指導モード」や先輩からの「助言モード」ではなく「対話モード」になった。対話モードによってスタッフの関係性はヒエラルキー（階層的な序列関係）からヘテラルキー（階層間の異質性の相互作用）へと変化したと感じている。相互作用的であり相補完的であるチームの状態は、利用者のニーズに適合しつつ関わり方や支援体制を変化させていける。その姿勢はクライエントにとって有益なだけでなく、支援者にとっても良い作用をもたらす。筆者は幸いにもTom氏から直接このアプローチを学ぶ機会に恵まれた。そして自身の現場でも同僚の理解と協力もあり実践することができ効果を実感している。最後にTom氏から頂いた言葉を紹介したい。「ダイアローグはsocial innovation（社会革新）を可能にする。」

【参考文献】

1）アーロン・アントノフスキー著, 山崎喜比古, 吉井清子監訳：健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム．有信堂高文社, 2001

【連絡先】

しょうがい者就業・生活支援センター アイリス

Tel:075-952-5180

就労困難性による障害認定・重度判定の課題と フランス・ドイツにおける取組との比較

○春名 由一郎（障害者職業総合センター　副統括研究員）
小澤 真・永嶋 麗子（障害者職業総合センター）、石田 真耶（元 障害者職業総合センター）

１　はじめに

障害者の雇用の促進等に関する法律第２条では「障害者」は「（略）～の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者」と定義され、職業リハビリテーション、障害者差別禁止・合理的配慮提供義務の対象となっている。その一方で、障害者雇用義務や調整金・納付制度の対象は同法第37条で「対象障害者」と呼ばれ、障害者手帳制度の対象者等に限定されている。

しかし、難病、読字障害等の学習障害、弱視、難聴、病弱、小人症等、長期の就労困難性が認められるが、障害者手帳制度の対象でない者の存在が従来から指摘されている。また、調整金・納付金制度による事業主の経済的負担の調整についても、近年就業、求職者が増加している精神障害者と雇用率ダブルカウントの対象となる重度身体障害者の雇用の負担の大きさを比較する議論もある。

このような障害認定と実際の就労困難性のズレの解決の参考として、フランスやドイツにおける就労困難性による障害認定・重度判定が注目されている。本稿では、これまでの我が国における就労困難性による障害認定・重度判定の検討課題を整理し、その参考となりうるフランス・ドイツの具体的な取組を明らかにした。

２　方法

障害者職業総合センターの1994年以降の調査研究報告書や資料シリーズから、就労困難性と障害認定・重度判定の関係、及びフランスやドイツ等の諸外国の障害認定・重度判定に関する研究成果から、主要な動向や議論を整理した。

３　結果

(1) 就労困難性と障害認定・重度判定の先行研究

障害者職業総合センターでは、このテーマは多くの研究の対象となり、知見が積み重ねられてきた。代表的な視点ごとに、その動向を整理する。

ア　障害種類・程度と就労困難性の関係

1994年の段階で、現場の職業リハビリテーション専門家からの指摘をまとめ、脳性麻痺、脳損傷、精神障害及びその周辺層、自閉症等などの行動情緒障害による社会適応障害、知的ボーダー層、知的障害と他の障害の重複者、てんかん、車いす使用者、視覚障害、上肢障害、内部障害、病弱者、社会的ハンディキャップ（小人症等）を特に職業的困難性が高いとしている。これらについて、障害種類・程度別の統計的調査等によりその詳細が明らかにされてきた。

(ｱ) 「その他」の障害

当時は雇用率制度の対象ではなかった障害についてその就労困難性を明確にする研究が蓄積されてきた。障害者手帳制度の対象範囲の広がりもあり現在では雇用率制度あるいは職業リハビリテーション等の対象となっているものも多いが、現在も雇用率の対象でない障害もある。

難病については、現在も障害者手帳制度の対象とならないが、症状の変動しやすさ等による特徴的な就労困難性が1997年以来、数度の実態調査により明確にされている。その他、難病による皮膚障害、免疫機能障害（HIVによるもの以外）、小人症等も現在は障害認定の対象でない。

一方、学習障害で、読み障害、書き障害、算数障害については、一般就業できる人が多いことで、障害者手帳制度や職業リハビリテーションの対象外になりやすいとの指摘もあった。

(ｲ) 障害種類・程度別の就労困難性の統計

2008年と2012年には、障害種類・程度別の就職率や職場定着率の統計分析を行い、おおむね障害等級との関係が強いことを認めながら、一部、雇用率のダブルカウントの影響等で重度障害者の方が就職率・職場定着率が高い状況も認められていた。

イ　障害者の最低賃金の減額許可との関係

2010年には、障害者の最低賃金の減額許可において、使用者からの申請に基づき労働基準監督署が事業場で個々の障害者の労働能率を他の労働者と比較して把握している状況等を調査し、その把握に用いられている様式例や活用状況、特に知的障害者に減額申請が多い状況や、特例子会社では減額申請がほとんどない状況等が明らになっている。

ウ　障害の医学モデルと社会モデルの統合

我が国の障害者法制度の基盤の一つであった1980年の国際障害分類（ICIDH）が2001年に国際生活機能分類(ICF)に改められたことを踏まえ、2005年には、就労困難性を実際の多様な職業場面での課題として個別に捉えるべきものとして、個人の機能障害だけでなく、実際に就く職業や就業状況、職場環境整備状況や地域の社会資源との相互作用として障害を捉え、さらに、就労困難性というネガティブな

捉え方だけでなく、障害者の職業能力を公正に評価する観点から「合理的配慮」（この考え方は米国では1990年から整備済）の考え方が重要であることを示している。

また、2008年に発効した障害者権利条約の「合理的配慮」概念を踏まえ、2011年には我が国の実態調査で、障害者の職業能力や就労困難性が各地域・職場での適切な支援・配慮の有無により大きく異なることを明らかにしている。

エ　職業リハビリテーションでのアセスメントとの関係

1990年代には障害者職業総合センターの職業評価研究としては「障害者用就職レディネス・チェックリスト（ERCD」の検証や精神障害者への応用が検討された。2000年代からは職種や障害の多様性に対応できるワークサンプルでの職業アセスメントの研究も継続されてきた。2006年には福祉的就労から雇用への移行の課題対応のために「就労移行支援のためのチェックリスト」が作成された。ジョブコーチ支援や地域関係機関の連携による就労支援が主流となった2009年には医療、福祉、教育等の関係機関の就労支援の実態調査により、これら関係機関の総合的な職業アセスメントにおいては、ケース会議や日常のコミュニケーションが中心的な重要性を有していることが示された。さらに、2014年には特に精神障害者の就労困難性の判断の精度を高めるためには就職前だけでなく就職後も含めた地域関係機関の連携による多角的アプローチが必要であるとされている。2017年の地域関係機関の調査では、就労困難性の的確な評価や支援実施のためには支援機関・職種の障害者就労支援の専門性が前提となることも示されている。

(2) 仏独の就労困難性による障害認定・重度判定

フランス、ドイツとも歴史的には医学的な障害認定が中心であったが、ドイツでは2000年、フランスでは2005年の大規模な法改正時に、医学的な障害認定では福祉制度の対象とならない場合でも、実際に就職活動や就業継続等での困難に基づいて障害認定し、支援対象とできるようにしている。また、事業主の経済的負担についても、医学的な障害認定ではなく実際の経済的負担の個別評価に基づくものとしている。いずれも専門的就労支援の一環として実施されるものである。これは、国際生活機能分類(ICF)の障害概念や障害者権利条約の国際的コンセンサスの形成と並行した制度の発展によるものである。

ア　福祉的障害認定と就労困難性による障害認定の関係

フランス、ドイツとも福祉目的で障害認定されている人は、そのまま雇用率制度の対象となるのであり、「就労困難性が低い」ことを理由に障害認定から外されることはない。就労困難性による障害認定は、従来の医学・福祉的観点からの「一般的生活条件」を前提とした障害認定では漏れてしまう特定の職種や就労条件や地域条件等の「個別条件」に応じて生じる就労困難性のある人を雇用支援の対象とするためのものである。したがって、これは、個人の属性としての障害認定ではなく、あくまでも、特定の条件を前提とした認定である。これにより、例えば「読字障害者が弁護士の仕事を行う場合」に就労困難性を踏まえた障害認定の対象となる場合がある。なお、フランス・ドイツとも福祉的な障害認定の範囲自体が我が国よりも広く、治療中のがん患者（数年間限定）等も福祉的な障害認定により雇用率制度の対象である。

イ　事業所の経済的負担の個別調整のための重度判定

フランス、ドイツとも、重度障害者雇用の最低賃金の減額許可制度はなく、公的な賃金補填によって最低賃金を維持する制度がある。就労困難性による重度判定とは、このような制度において、最低賃金未満の生産性であることや、事業主の過重な負担を個別に算定する取組のことである。

ウ　職業リハビリテーションのアセスメントの一環としての障害認定・重度判定

ドイツでは援護局による福祉的な障害認定を補完するかたちで、2000年から、より軽度の障害について雇用エージェンシーという障害者雇用支援機関において実際に就職や就業継続が困難である場合に雇用率制度の対象とできるようにしている。フランスでは2005年に地域の障害者サービスを医療、福祉、教育、労働等の専門分野を超えて一括する「MDPH（県障害者センター）」が創設され、医療や福祉分野だけでは対応できない個別事例について、就労支援者を含む多職種チームが総合的な支援計画を立案するのと合わせて「労働障害者認定」によって雇用率制度の対象とすることができるようにしている。

また、フランス、ドイツとも、事業主支援を担当する専門機関が職場での適切な職務配置や合理的配慮の実施を確認した上で、個々の障害者の生産低下や事業主の経済的負担を専門的に審査し、重度障害者の雇用を行う事業主を経済面から支える体制がとられている。

４　考察

我が国の就労困難性による障害認定・重度判定の課題は、「その他」の障害、重度障害者雇用の経済的負担、公正な能力評価、支援効果の高い職業アセスメントといった幅広い内容に関連している。

フランス・ドイツとも、2000年以降、個人と社会の相互作用による個別の支援ニーズそのものを障害と認める法制度の改革によって、我が国と同様の職業リハビリテーションサービスや事業主支援の一環として、これらの支援ニーズに対応できるようにしており、その具体的実務を調査することは、我が国の障害者雇用支援の多くの課題に対して有益と考えられる。

フランスにおける就労困難性による障害認定・重度判定の実務

○小澤 真（障害者職業総合センター　研究協力員）
春名 由一郎（障害者職業総合センター）

１　はじめに

フランスでは福祉制度の一律の障害認定の対象とはならない軽度の障害であっても「県障害者センター（MDPH）」が実際の就労困難性を踏まえ「障害労働者資格認定（RQTH）」を行うことにより障害者雇用率制度の対象になる。また重度障害者を雇用する事業主の経済的負担については「障害者職業参入基金管理運営協会（Agefiph）」による「重度障害認定（RLH）」を踏まえて雇用率カウントの優遇又は「障害労働者雇用支援金(AETH)」の対象となる。

このような就労困難性を踏まえた障害認定の制度は、障害者手帳制度の対象外でありながら就労困難性が認められる「障害者」への雇用支援のあり方、雇用企業の経済的負担の調整に適した障害重度の捉え方の観点から重要である。

本稿では、障害者手帳制度によらない就労困難性を踏まえた障害認定・重度判定を制度化しているフランスの具体的事例から、それが個別的に行われている認定実務の実際と課題を明らかにすることを目的とした。

２　方法

フランスにおける就労困難性を踏まえた障害認定・重度判定の現場実務については2018年度に現地の関係者に対するヒアリング調査により把握した。個別的状況に基づく認定の判断がなされていると思われる事例については、フランス各県のMDPHによるRQTHの認定事例については、2017年に実施された全国のMDPH職員に対する様々な想定事例へのRQTH承認の可否を問うアンケート調査（参考文献１）、及び、重度認定に関してはAgefiphホームページ上でRLHの好事例集（参考文献２）から情報を収集整理した。

３　結果

(1)「障害労働者資格認定（RQTH）」の対象と認定実務

参考文献１では様々な事例が掲載されている。車椅子使用者や多発性硬化症などではほぼ自動的にRQTHが承認されることや、産業医の診断が重視されるケースとそうでないケースが存在すること、また基本的に申請者に好意的な判断がなされることなどが示されていた。認定が個別的であり判断が難しいとされていた慢性疾患、学習障害の事例を以下に紹介する。

ア　慢性疾患の場合

必要な処置が労働時間中にある場合（事例は糖尿病）は88％のMDPHがRQTHを承認していた。この事例と対照的に必要な処置がない場合（疾患不明）は却下が95％となっていた。また、がんの治療のため５年前にRQTHを認定された場合、５年後の資格更新時に寛解状態であった事例では更新承認は21％にとどまっていた。却下の場合の理由としては、申請者に後遺症がなく、職務への影響がないことが多かった。一方、承認の場合の理由としては「申請者の雇用を保護するため」が挙げられていた。

イ　難読症の場合

10 年間勤務、近々昇進のため管理業務を負う予定の難読症患者の初回申請の事例では、RQTH 承認は 61％にのぼっており、その理由としては、労働状況の変化（昇進）による将来的な障害の可能性が考慮されていた。却下される場合、その理由は現在の職務への影響のないことであり、昇進後の問題については実際の昇進後に再認定を要すると考えられていた。

一方、難読症で特別支援の教育を受け５年前に取得したRQTH の更新にあたって、就業継続が見込まれる受付業務で職務に影響を及ぼさない、または将来的にも影響がないと判断される場合には、RQTH の承認は 35％にとどまっていた。ただし、RQTH の失効により失職のリスクがある場合には、それを考慮して承認されていた。

(2)「重度障害認定（RLH）」の対象と認定実務

RLHは2005年の法改正以降、申請数が大きく減少した。その後、福祉就労所からの移行者に対しては初回申請は無条件で認められ、３年後の更新から審査が行われることになった。また50歳以上の労働者については更新の必要がないこととされている。

真に重度障害者を雇用する企業の負担を調整するものとするため、個別にAgefiphが合理的配慮の提供等の前提条件を確認した上で実際の企業負担（生産性低下、同僚・上司等の負担等）を具体的に算定し、カウント上の優遇か資金援助かのどちらかを選ぶことができる制度となっている。

以下に、RLH は障害者本人の機能障害により重度判定を行うもののではなく、企業側の合理的配慮が尽くされていることを条件として企業規模などを含めた個別的状況に応じて判定し支援する制度であることを、多様な状況が発生しやすい慢性疾患の実例に即しつつ、また、小規模事業所の利用が多いことを紹介する。

ア　零細企業においてスキルを要する受付業務の継続事例

卵の梱包と発送を行う零細企業の受付担当者Ａ氏は企業にとって貴重な人材であるが、腎臓病のため 2004～2005年に数度にわたり休職、2006 年に腎臓移植を行い、最初は治療的に半日勤務で復帰、６ヵ月後フルタイムに戻った

が生産性は十分に回復できなかった。

この企業はこれまでA氏に投資しており、彼の雇用継続を必要としていたため企業の産業医はAgefiphにRLHを申請した。Agefiph は産業医が提出した検査分析結果を踏まえさらなる環境整備を企業に要請し、零細企業で配置転換が難しいことから当該受付業務の職務再設計も行った。それらを踏まえ、RLH は認可されA氏の給料の一部が負担された。

イ　確定診断前の慢性疾患発症時の就業継続支援事例

会計係であるB氏は 2014 年、筋肉の痛みにより歩行困難となり、医師からの勧めで休職した。企業の障害アドバイザーは職場復帰に向け、まずは RQTH を取得し Sameth（現在の Cap Emploi：県障害者職業センター）および産業医による職務分析と技術的解決策に取り組み、企業は環境整備に投資した。

しかし、復帰後、B氏は以前と同じリズムでのフルタイム勤務は無理であった。医師は治療的半日勤務を提案したが、本人希望によりフルタイムを維持しながら業務を軽減することが決定された。他の同僚よりも扱う案件が少なくなることによる生産性の低下を補うため、企業はRLHを申請した。Agefiph による審査でも十分な環境整備が確認され、十全な合理的配慮と生産性の低下の確認により速やかな重度認定に至った。これによりB氏は同僚と対等の立場を確保できた。

ウ　RLHに係る統計、その他の状況

2018 年の統計では、RLH の承認件数は、従業員数 20 名未満の企業が 62%を占めている。

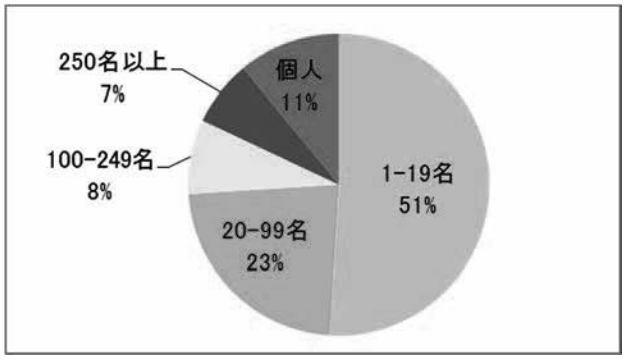

図　RLH認定企業の従業員数の分布（Agefiph, 2018）

4　考察

我が国では就労支援を開始する以前に客観的な障害認定があるという発想が根強い。しかしフランスにおける就労困難性を踏まえた障害認定・重度判定とは、むしろ地域関係機関が連携し総合的な職業リハビリテーションを行う中で関係者のコンセンサスとして明確にされるものであると言える。

(1)「状況依存」的な障害認定の必要性

国際生活機能分類（ICF）による障害の捉え方によると「障害」とは健康問題に関連した生活面での困難状況として広く捉えられ、それは個人と環境の相互作用によるものである。事例にも示されているように職業場面では同じ人であっても職種や働き方、事業所規模等の要因によって全く困難がないこともあれば大きな困難が生じる場合もある。

RQTH については、慢性疾患などにおいては後遺症が考慮され、労働時間中の効率が問題となる。難読症は職務内容によって就労困難性が大きく異なるため、RQTH 承認は MDPH における個別状況の確認が重要であり、MDPH 間での認定に一定のバラツキが生じていた。確定的な状況変化が見込まれる場合には「将来的な困難の可能性」についても配慮され好意的な認定が行われる。フランスでも一定以上の障害については MDPH の医師を中心とした第１段階での一般的認定が可能である。しかし一定未満の軽度の障害については第２段階として個別状況での困難性の確認による多職種チームによる障害認定が必要になる。

RLH については様々な障害が対象となりうるが、医学的基準による障害の軽重ではなく、状況依存的な企業コストの重大性が個別的なアセスメントを通して考慮される。事業主の個別状況を踏まえて経済的調整を行うものである。企業に最大限の合理的配慮が求められ、環境の標準化がなされていない場合には整備が要求される。

(2) 障害認定・重度判定の前提としての専門支援業務

我が国では障害認定・重度判定に必要な専門性は医学的なものと考えられ専門の医師が認定を行うが、フランスの RQTH は MDPH という医療・福祉・教育・労働等の分野を統合した総合的な障害者センターが支援計画の一環として就労支援の必要性に応じて認定を行う。MDPH が Agefiph や Cap Emploi といった機関と連携して職業リハビリテーションを行い、福祉制度上は障害認定がないが就労困難性が認められる「障害者」を地域関係機関のコンセンサスとして RQTH 認定を行うのである。年２回の全国規模の MDPH 研修会合等により評価の均てん化も進められている。

同様に RLH も障害者雇用ノウハウの少ない事業所による「障害者の生産性の低さ」や「企業負担」の訴えを単純に認めるものではない。RHL 申請に先だって合理的配慮の確実な実施が前提となり、Agefiph および Cap Emploi による障害者雇用企業における合理的配慮等による生産性向上の対策や職場環境整備の助成金の有効活用の確認が必要になる。それを前提とすることで RLH はとりわけポスト転換による環境改善が容易でない小規模事業所の障害者雇用継続を支えるものとなっていると言える。

【参考文献】

１：*Eclairer les pratiques d'attribution de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)*, ANSA, 2015.
２：« Centre de ressources » (Agefiph)：https://www.agefiph.fr/

ドイツにおける就労困難性による障害認定・重度判定の実務

○春名 由一郎（障害者職業総合センター　副統括研究員）
石田 真耶（元 障害者職業総合センター）、永嶋 麗子（障害者職業総合センター）

１　はじめに

就労困難性による障害認定・重度判定については我が国では長年検討課題となっており、近年の医学モデルと社会モデルを統合した障害概念の発展や障害者権利条約の要請を踏まえると、その実務は職業リハビリテーション実務と密接な関係で行われる必要があると考えられる。

近年、障害者雇用率制度を有するドイツ等における就労困難性を踏まえた障害認定や重度判定の制度化について、今後の制度整備の参考とすることが求められているが、従来、ドイツの職業リハビリテーション実務についての情報は不足している。

そこで、本発表では、ドイツの職業リハビリテーションや事業主支援の実務と「就労困難性による障害認定・重度判定」の実務の関係を明らかにすることを目的とした。

２　方法

ドイツにおける就労困難性を踏まえた障害認定・重度判定の現場実務については2018年に現地の関係者に対するヒアリング調査により把握した。法制度については、当センターの調査研究報告書・資料シリーズの他、インターネットで公開されている2019年時点の制度に関する最新情報から把握した。

３　結果

⑴　「同等認定」の対象と認定実務

ドイツでは福祉的な障害認定の対象とならない場合でも、健康状態に起因して、職種や職場、地域等の状況によって個別的に就労困難性が発生している場合、その支援ニーズを公正かつ的確に評価するために、「雇用エージェンシー（日本のハローワークと地域障害者職業センターを合わせた機関）」が実際の就労困難性を踏まえ「同等認定」を行うことにより障害者雇用率制度の対象になる。

ア　「同等認定」の対象となる就労困難性

ドイツでは福祉的な障害認定は、援護局の基準（援護医学の基本原則）により、医師の機能障害の鑑定書に基づく申請により審査され「障害の程度（GdB）」が０（障害なし）-100（最重度）として決定される。

ドイツでは「障害の程度」50以上が「重度障害」とされ障害者雇用率制度の対象となる。一方、「障害の程度」が30-40の場合は、実際に就労困難性が個別具体的に「雇用エージェンシー」で認められた場合に限って「同等認定」を受けて障害者雇用率制度の対象となる。

我が国で障害認定の対象となる障害の種類・程度はドイツではほぼ全て「重度障害」としてカバーされている。加えて、ドイツでは、がんや白血病の治療中（３～５年）や重症の難病（痛み、炎症等も含む）も「障害の程度」は50以上の「重度障害」である。

一方、「障害の程度」が30-40となる例には次がある。

- 自閉症スペクトラム障害（軽度の社会適応困難）
- 統合失調症（軽度の社会適応困難）
- 25歳以上の多動注意障害（多くの生活場面に影響）
- 軽度の脳損傷による脳機能障害
- 軽症のパーキンソン病
- １年以上の発作がないてんかん
- 吃音（重度、動きが同時にあり目立つ）
- 気管支ぜんそく（頻繁／重度の発作）
- 潰瘍性大腸炎・クローン病（頻繁に再発・持続、中度障害）
- 慢性肝炎（進行性、わずかな・緩やかな炎症）
- 乳房切除
- １型糖尿病（コントロール良好）
- ２型糖尿病（服薬とインスリン治療でコントロール可能）
- 貧血（ときおり輸血が必要等、中程度の影響）
- 免疫不全（異常な感染ではないが感染しやすい）
- 皮膚炎（広汎化、顔面）
- リウマチ性疾患（わずかな影響）
- 小人症（身長130～140㎝）

イ　「同等認定」の認定実務

「障害の程度」が30-40の場合、「雇用エージェンシー」等の職業リハビリテーションサービスの対象であるが、障害者雇用率制度等の対象となるためには、本人が「同等認定」の申請を行い審査を受ける必要がある。

審査は、実際の職業紹介や就労支援の現場担当者（雇用エージェンシー、ジョブセンター、統合専門サービス等）から次の事項の意見表明を受けて、雇用エージェンシー内の事務部門が行う。審査期間は２～３週間程度である。

(ｱ) 本人が具体的に希望している業務や求人内容と、それが本人に実際に適しているか。

(ｲ) 本人の障害と実際の次のような就労困難性の間の関係性が認められるか。そのデメリットは同等認定により調整可能か。

- 繰り返される欠勤
- 障害を理由とした業務能力の低下

・ストレス耐性の継続的な減少
・技術的支援の必要性
・同僚による支援が長期的に必要
・障害に関連して職種転換・転勤が必要
・障害に起因する雇用主からの解雇告知等

(2) 「仕事予算」の対象と判定実務

2018年施行の「連邦参加法」では、最重度の障害者の一般就業へのインクルージョン推進のための多様な雇用形態整備の一環として、重度障害者を雇用する企業の経済的負担を個別に評価し、最低賃金分の賃金補填と介助者等の人件費を保証する「仕事予算」が創設された。

ア 「仕事予算」の対象となる就労困難性

従来、福祉的作業所での就労の対象となるような、合理的配慮を踏まえても生産性が最低賃金に満たなかったり、配慮等に過重な負担が生じたりする重度障害者を企業が雇用する際の助成金が「仕事予算」である。その対象は次のような特別な重度障害者である。

・当該仕事の遂行のために継続的に特別な補助者が必要
・障害の結果として継続的に尋常でない出費をもたらす
・障害の結果として継続的に明らかに大幅に少ない労務提供
・知的・精神的障害／頻発する発作による重度障害
・障害により職業教育法による職業教育を未修了
・満50歳に達した重度障害者

ただし、個別の「仕事予算」の支給額は障害者個人の機能障害の程度等に基づくものではない。あくまでも、個別具体的な介助者の人件費、及び、最低賃金を保証する際の賃金費用補填の必要金額、そのものにより決定される。

イ 「仕事予算」の判定実務

「仕事予算」は、実際に一般雇用で働いている重度障害者の雇用を支えるために「統合局」で、次の条件を満たす場合に、認可、支給される。

・当該重度障害者は、地域で一般的な賃金で社会保険加入義務のある仕事に就いている。
・特別な支援や作業の削減にかかわらず、当該重度障害者の労働と賃金の間には経済的関係が認められる。
・当該重度障害者が外部の介助者なしに働く選択肢（職場づくり、継続訓練等）や、賃金に見合った作業成果を生むためのあらゆる可能性が試されている。
・事業所の規模、雇用率遵守状況、当該重度障害者の雇用期間や賃金調整の可能性を考慮（ただし、雇用主が単独で過重な負担を負うことは期待されない）

4 考察

我が国では就労支援を開始する以前に客観的な障害認定があるという発想がある。しかしドイツにおける就労困難性を踏まえた障害認定・重度判定とは、むしろ地域関係機関が連携し総合的な職業リハビリテーションを行う中で、実際の就職や就業継続の困難性や支援ニーズを明確にしたり、実際に重度障害者を最低賃金以上で雇用継続する際の個別具体的な経済的負担を実際に計算するものである。

(1) 「状況」依存的な障害認定の必要性

国際生活機能分類(ICF)による障害の捉え方によると「障害」とは健康問題に関連した生活面での困難状況として広く捉えられ、それは個人と環境の相互作用によるものである。しかし、ドイツでは「重度障害者」は医師による機能障害の医学的鑑定により認定され、特に相互作用は考慮されていない。その一方で、より軽症の障害者については医学的鑑定の段階で「障害の程度」の認定だけがあり、障害者雇用率制度等の雇用支援の対象とするかどうかは、「障害の程度」が 30-40 であることを前提に、実際の職種や働き方、地域等の個別的状況を踏まえて認定する仕組みとなっている。

また、重度障害者の一般就業継続を支えるための「仕事予算」の支給額についても、あくまで個別具体的な費用に基づくものとなっている。

(2) 障害認定・重度判定の前提としての専門支援業務

我が国では障害認定・重度判定に必要な専門性は医学的なものと考えられ専門の医師が認定を行うが、ドイツでは、「同等認定」は雇用エージェンシーという我が国のハローワークと地域障害者職業センターを合わせた機関が現場の支援者の意見表明を踏まえて行うものであり、また、「仕事予算」の認可は事業主支援や就労障害者の支援を担当している統合局が行うものであり、いずれも専門支援業務を前提として行われるものである。これにより、職業リハビリテーションの専門性の低い支援者による就労困難性や企業負担の過大評価を回避し、支援ニーズを適切に反映した就労困難性による障害認定・重度判定が可能となっていると考えられる。

重度障害者の福祉から雇用への移行の支援は、一般企業での「仕事予算」による雇用維持だけでなく、ドイツでは、ソーシャルファームである統合事業所の設立・普及、また、企業の障害者雇用ノウハウの普及促進を行う「企業ネットワーク統合」といった複合的な対策の一環として実施されているものである。

さらに、ドイツでは2018年施行の「連邦参加法」により地域の障害者支援制度の大改革が進められている。この中で地域の関係機関（医療、雇用、労災、年金、青少年、福祉、介護、等）が協力して個別の「参加計画」による統合的な申請・審査・給付等を行うことになっている。精神障害者のような医療、雇用、生活等の一体的支援が重要である障害者の就労支援において、この法改正は重要と考えられている。これによる「同等認定」や「仕事予算」に関する実務等への影響の確認は今後の課題である。

ドイツの障害認定基準

○佐渡 賢一（元 障害者職業総合センター　統括研究員）

１　はじめに

多くの国において障害の有無を判断する基準は唯一ではなく、様々な制度に付随して固有の基準が設けられている。本報告の対象であるドイツも同様で、例えば年金制度における障害年金受給資格認定は他の制度には適用されない。そのような事情はあるが、ドイツにおいて障害認定基準といえば、割当雇用制度における障害を認定するための基準を指すことが多い。この認定基準はしばしば関心を呼び、日本の基準と対比しつつ議論されることもある。

現在、その障害認定基準に改訂の動きがある。今回の改訂は本稿執筆時点ではまだ途上にあり、多分に流動性を残すが、これまで把握した範囲において報告を行い、認識の共有に資することとしたい。

２　割当雇用制度における障害認定基準

割当雇用制度は、障害があると認定された人を一定割合雇用することを求める制度であり、ドイツはしばしばこの制度を有する代表的な国とされている。この制度を規定した法律においては何をもって障害を有するとみなすか（障害の定義）、どこに障害の有無を判断する基準を求めるか（認定基準）が，記載されている。この規定に基づき、障害認定の基準を規定する命令が（現在は）労働社会省により制定されている。この基準については、総合センターにおいて当時の版の和訳が公表され、その後の枠組みの法規定化の経緯についても随時報告されてきた。これら過去の情報発信からも、ドイツの認定基準に寄せられていた関心がうかがえる。

沿革について再論しておくと、この基準は第一次大戦時に遡ることができるものであり、第二次大戦後はその系譜を引く基準が改定を経つつ連邦援護法（戦争被害者救済）と共通の基準として、割当雇用制度の障害認定に適用されてきた。心身における健康上の問題について、生活への影響に即して障害の程度が詳細に規定されている。

現行のような法規命令として定められたのは2007年前後のことである。それまでの認定基準の法的根拠が問題となり、連邦援護法、社会法典第９編の根拠規定（前者は命令制定の授権規定、後者は左記の命令を参照するとする規定と）[1)]が設けられ、それを受けて制定された援護医療命令の付属文書として、改めて位置づけられる事となった[2)]。この命令には認定基準改訂の手続きを定める条文もあり、専門家からなる諮問会合（Beirat）における審議を経ることとされる。2008年の命令制定後、５回の小規模な改訂を経て今日に至っている。

３　法体系の再編成と認定基準

ドイツが障害者権利条約の批准を契機に、条約実施のための行動計画を策定し、関連法体系も権利条約の趣旨に沿って計画的に改正することとした経緯については、「連邦参画法」（2016年12月成立）に関する最初の報告を行った折に概説している。その際、行動計画の検討事項に障害認定基準の改訂が含まれていることにも触れた。今回報告する動きは、その問題意識が具体的な動きとなって現れたものと捉えることもできる。

認定基準の前提となる障害の定義であるが、上記法体系の再編成を報告する中で法規レベルでは既に変更されたことにも触れていた。社会法典第９編のみならず、平等取扱法にも共通する再定義であって、かつて「ある人の身体的機能、知的能力又は精神状態が、６ヵ月以上にわたり、その年齢に典型的な状態とは異なる確率が高く、そのため社会生活への参画が侵害されている」状態をもって障害があることとされていたのが「身体的、知的、精神的あるいは感覚的な機能障害（Beeintrachtigungen）があり、態度や環境の障壁との相互作用により平等な社会参加が６か月にわたり高い確率で妨げられうる」となっている。

４　認定基準改正手続きの経緯と現状

定義が変わった以上認定基準も見直しの対象となると考えられ、今回の改訂はすでに報告してきた大規模な法体系再編成との整合性を確率するという意義が認められる。

だが、連邦参画法が成立後３年を経過しようとしているなか、認定基準改定の動きはこれまでにない慎重なものとなっている。

昨年（2018年）、労働社会省は命令改正案を通常の法令改正案の形式に即した形で公にした。その日付は８月末となっている。同年９月～10月にかけて、複数の当事者団体がこの案に対して意見書を公開した、その後労働社会省が本年（2019年）２月に「命令改正に関する情報提供と主な疑義への回答」と題する改正趣旨の説明を同省のウェブページで公開し、その後目立った動きもないまま本稿の執筆時期に至っている。改正案の存在を知ったときに漠然と想定していた進行とはかなり異なっており、法案を把握してから１年以内で法成立をみた「連邦参画法」の審議経過に照らしても、この停滞を意外に感じている。

５　改正案の概観

改正案発表後の経緯を考えると、公開されている改正案がどの程度最終案に反映されるかも流動的であり、現段階の案を詳細に紹介することはためらわれる。昨年８月の案に沿い、基本的な特徴を列挙するにとどめる。

現行の枠組みでは、認定基準は「援護医療命令」の付属文書と位置づけられる。「援護医療の基本原則」と題する大部の文書で、基準の適用に関する一般論、本体の基準、付随的な規定という構成になっている。

改正は、一般論部分、本体部分のいずれにも及んでいるが、本体の認定基準に関しては、すべての項目に改正が施されているのではない。視覚器官、耳と平衡器官、血液・免疫系の３項目が差し替えられ、最後に置かれた「支持器官と運動器官」に関する項目では、いくつかの中項目が削除され、新たにその後に追加された項目「筋肉・骨格及びその運動」で扱われるようになっている。項目数で判断すれば改正は数項目にとどまり、半数以上の項目が現行のまま温存されているのだから、部分的な改正ということになる[3)]。

なお、定義に新たに盛り込まれた「態度と環境の障壁との相互作用」の部分がどう改正案に反映されているかも関心の対象となろう。後述のとおり、この部分はICFの枠組みで考えることとされており、認定基準にICF（特に環境因子の影響）をどのように盛り込むかと、言い替えることができよう。この点については、一般論部分に「具体的な規定は、最大限に支援が果たされた環境下での行動・社会参加の制約の程度である」「ICFの考え方に沿い、標準的環境のもとで評価する」との規定がある。これにより、既述のとおり各論部分の改正が全面的ではなかったことも理由づけられることとなる。

以上のような改正案に対する当事者側の意見書は、必ずしもスタンスが一様とは言えないが、今回の改正により不利な扱いを受けるのではないかという懸念は広くうかがうことができる[4)]。これに対し、労働社会省の説明文書では、改正による不利な影響は生じないと理解を求めている。（理由として、技術進歩や生活環境の変化により、健康上の問題がもたらす行動や社会参加への制約が従来以上に大きくなるケースも勘案していることなどをあげている。）

６　問題意識（考察に替えて）

現段階の流動性に鑑み、論文では改正案のこれ以上の詳説は慎むこととし、以下の紙面は報告者の関心の所在を述べることに費やしたい。

改めてドイツ政府が自国の障害の考え方をどうとらえているかを確認すると、まず従来のモデルに関する記述によれば、ICFに沿っていると認識している。その上で認定基準の改正案の趣旨説明部分をみると、権利条約に適合するための今回の改正もまたICFの枠組みを前提として組み立てられている。つまり、ドイツにおいては権利条約の障害認識がICFを踏まえたものと考えられている。ちなみに、ドイツは自国の障害認定基準を社会医学モデルと称している。

ドイツの認識を踏まえ、日本における語法・認識を振り返ってしてみると、必ずしも一致しているとはいえない。日本において権利条約を機に障害のとらえ方が大きく転換したとする考えが（「国民への説明」が十分であるかは別として）当然のこととされているが、それは、「医学モデル」に「社会モデル」を対置させる形で描写されている（現行の障害者基本計画が典型的な例であるし、障害者白書でもしばしば「社会モデル」に言及している）。

他方、ICFとの間には微妙な距離感がうかがえる。有識者の論考でもICFを「医学的モデル」に追いやる否定的な姿勢を目にする。

かねてから、こうした語法が本当に世界共通のものなのかという問題意識を抱いている者として、ドイツで進行しつつある認定基準改定については、その内容への関心とともに、前提となる枠組の扱いを有識者がいかに取り扱うか、にも注視している。

【参考文献】

1)　ここまで記述したとおり、この時点では連邦援護法と共通に参照される認定基準とみなされていたが、2015年の法改正を経て、社会法典第９編にも「命令制定の授権」規定が置かれるようになった。従って，法的には両法の認定基準は別のものとなりうる。今回の改正案は連邦援護法に基づく命令であるが，これがなお両方共通の認定基準として扱われているのは、「社会法典第９編独自の認定基準が制定されていない場合は連邦援護法の基準を準用する」という付随的な規定(第241条５項)に基づく。

2)　この時の改正の特徴としてGdSという尺度が記載されるようになったことがあげられていたが、今次改正では改正案部分の尺度はGdBで統一されている旨注記されており、本体部分の改正案にGdB以外の尺度は現れてこない。

3)　一方で、影響を受ける当事者の範囲という観点に立てば、一部ではないと考えることもできる。すなわち、最後の項目は日本でいうところの身体障害の領域全体に及ぶものであるから、この項目に手を加える以上、影響の及ぶ範囲は、決して少ないとは言えない。

4)　その他１つだけ紹介しておくと、環境因子の働きや活動・参加への影響を画一的に評価することで、個々の事例を取り扱う際、現実との乖離が生じるのではないかと懸念する意見が印象に残った。

【連絡先】
佐渡 賢一
e-mail：RXG00154@nifty.com