

職リハネットワーク 2005.3 No.56

目 次

【視点・論点】

発達障害者の就労支援に期待すること	内山 登紀夫	3
-------------------	--------	---

【特集1／発達障害についての理解と支援】

1 発達障害者支援法の概要	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 企画課	5
2 発達障害の診断とその課題	原 仁	8
3 ADHDへの理解と関係機関における支援について	市川 宏伸	13
4 高機能自閉症、アスペルガー症候群、自閉症スペクトラムの概念と支援の課題	東條 吉邦	17
5 学習障害を持つ人の就労に関わる課題と対応	神山 忠	22
6 よこはま・自閉症支援室の取り組み	柴田 珠里	27
7 職業リハビリテーションからみた発達障害青年の移行支援の課題	望月 葉子	33

【特集2／第12回職業リハビリテーション研究発表会】

1 第12回職業リハビリテーション研究発表会の概要	障害者職業総合センター 企画部 企画調整室	37
2 特別講演(要旨) 精神障害者の職業的自立と関係機関の役割	田中 英樹	39
3 パネル・ディスカッション(要旨) 障害のある人の福祉的就労と一般雇用	佐藤 宏・富岡 貴生・野田恵理子・今井 俊幸・佐藤 伸司	50
4 ワークショップ(要旨) 医療リハと職業リハとの連携をすすめるために	徳弘 昭博・三輪 隆子・生方 克之・中村 雅子・田谷 勝夫・古澤 一成	61

【トレンド】

障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律案の概要	厚生労働省 職業安定局 高齢・障害者雇用対策部 障害者雇用対策課	73
--------------------------------	----------------------------------	----

【職業センターだより】

発達障害者の職業リハビリテーション支援技法の開発について	障害者職業総合センター 職業センター 企画課	76
------------------------------	------------------------	----

【海外情報】

韓国障碍人雇用促進公団 (KEPAD) 国際シンポジウム及びKEPADソウル支社視察について	吉岡 治	79
--	------	----

【研究会・学会レポート】

1 日本職業リハビリテーション学会第32回大会	上田 典之	84
2 第28回日本高次脳機能障害学会	田谷 勝夫	85
3 日本特殊教育学会第42回大会	岡田 伸一	86

【図書紹介】

「精神障害をもつ人たちのワーキングライフ -IPS:チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド-」	相澤 欽一	88
---	-------	----

発達障害者の就労支援に期待すること

大妻女子大学、よこはま発達クリニック 内山 登紀夫

発達障害者支援法がもうすぐ施行される。発達障害の早期発見や早期介入、国及び地方公共団体の責務の明確化、学校教育における発達障害の支援、発達障害の人の就労の支援、発達障害者支援センターの指定などがうたわれている。この法律でいう発達障害とは自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥／多動性障害、学習障害が中核である。これらの障害はいわゆる三障害（知的、精神、身体障害）の狭間にあって、そもそも障害者としての支援の必要性そのものが国から正規には認識されていなかった。これらの障害が障害と認識され、支援の必要性を国が認めたということで、一歩前進だと素直に喜びたい。これらの障害のことを「軽度発達障害」と呼ぶ人がいるが、実際には「重度」のハンディキャップを持つ人やインテンスなケアが必要な人もいて、「軽度発達障害」という言い方で括らないほうが良い。

筆者は発達障害専門のクリニックで臨床をしているが、最近発達障害の成人の受診者が急速に増えている。その多くはアスペルガー症候群あるいは高機能自閉症の人たちである。その人たちの多くが就労していない、あるいは過去に就労しようとして失敗していることが多い。彼ら、彼女らの多くは過去に就労支援機関に相談している。ハローワークは当然だが、障害者向けの就労支援機関に相談してきた人が少ない。そこで本人や家族からきく就労支援の専門家の評判はまちまちであって、なるほどと感心する支援をしている専門家（機関）もあれば、首をかしげざるを得ない助言をしている専門家（機関）もある。

本誌の読者である就労支援の専門家をお願いしたいことの一つは、診断特性を支援に活かして欲しいということだ。アスペルガー症候群の人は社会性、コミュニケーション、イメージーションの障害が定義上必ずあるし、不注意やプランニングの障害もあることが多い。コミュニケーションは普通にとれるように見えても、実際には言語理解の障害が見た目よりも強い。職業カウンセラーに会ってきたというので、どんな話をしてきたのかと問うと要領を得ないことが多い。クライアントに説明しているときに図表や文章などの視覚支援を使って説明している職業カウンセラーはそれほど多くないように思う。釈迦に説法を承知で言えば、職業カウンセラーはクライアントの診断特性を常に意識した支援の方略

を考えて欲しい。

実際に就労に繋がらない人をどう支援するかも大きな課題であろう。これも機関や個々の職業カウンセラーによってかなり対応に差があるように思う。「就労は無理です」の一言で帰されたという人もあれば、就労以外の方法について親身に説明されたという人もいる。就労以外の日中の過ごし方についてのプランを練ったり、適切な支援プログラムの必要性を行政などにアピールしていくことも就労支援の専門家に期待したい。なぜなら成人のアスペルガー症候群の人のニーズをもっとも把握していると思うからだ。

発達障害者支援法では早期発見や学校教育を重視している。発達障害の領域では子どもを中心に、あるいは子どもだけを見ている専門家が圧倒的に多い。発達障害は生涯にわたる障害であるから成人期の発達障害の人がどのように生活しているか、どのように仕事をしているか（あるいはしていないか）に関する情報から子どもの支援の専門家が学ぶことは多いはずである。

就労援助の専門家は就労援助の領域に留まることなく発達障害の支援全体について声をあげてもらいたい。

発達障害者支援法の概要

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 企画課

1 発達障害について

わが国において、「発達障害」という用語が行政施策の中で使われたのは、自閉症等発達障害の方々への支援の拠点である「自閉症・発達障害支援センター」からである。平成16年5月に改正された「障害者基本法」においては、「障害者とは、身体障害、知的障害又は精神障害があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」とされ、付帯決議において、「てんかん及び自閉症その他の発達障害を有する者並びに難病に起因する身体又は精神上の障害を有する者であって、継続的に生活上の支障があるものは、この法律の障害者の範囲に含まれるものである」とされた。

現在、発達障害については、

- ・既存の障害者福祉法の対象に正面からはなっていないこと
- ・障害としての認識が必ずしも一般的ではなく、その発見や適切な対応が遅れがちであること
- ・この分野に関する専門家が少なく、きちんとした対応が取りにくい

といった課題があり、発達障害者やその家族は地域での支援がなく大きな不安を抱えているといった状況がある。

2 発達障害者支援法案の審議

超党派の議員により、発達障害者に対する支援のあり方について検討し、その充実を図るための立法、施策提言等を行うことを目的とし

て「発達障害の支援を考える議員連盟」が平成16年5月19日に設立され、発達障害者支援法案は議員立法として第161回臨時国会期間中の11月22日に提出され、11月24日に衆議院内閣委員会で審議、採決、11月25日に衆議院本会議で可決し、12月1日参議院内閣委員会で審議、採決、12月3日参議院本会議で可決された。

3 発達障害者支援法の概要について

発達障害者支援法の概略は以下のとおりである。

(1) 目的

この法律は、「発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与すること」を目的としている。

(2) 定義

この法律において、「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定め

るもの」とされ、「発達障害者」とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、「発達障害児」とは、発達障害者のうち18歳未満のものとされている。

(3) 国及び地方公共団体の責務

- ① 国及び地方公共団体は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害の早期発見のため必要な措置を講じるものとする。
- ② 国及び地方公共団体は、発達障害児に対し、発達障害の症状の発現後できるだけ早期に、その者の状況に応じて適切に、就学前の発達支援、学校における発達支援その他の発達支援が行われるとともに、発達障害者に対する就労、地域における生活等に関する支援及び発達障害者の家族に対する支援が行われるよう、必要な措置を講じるものとする。
- ③ 発達障害者の支援等の施策が講じられるに当たっては、発達障害者及び発達障害児の保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）の意思ができる限り尊重されなければならないものとする。
- ④ 国及び地方公共団体は、発達障害者の支援等の施策を講じるに当たっては、医療、保健、福祉、教育及び労働に関する業務を担当する部局の相互の緊密な連携を確保するとともに、犯罪等により発達障害者が被害を受けること等を防止するため、これらの部局と消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関との必要な協力体制の整備を行うものとされている。

(4) 国民の責務

国民は、発達障害者の福祉について理解を深めるとともに、社会連帯の理念に基づき、発達障害者が社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

(5) 児童の発達障害の早期発見等

市町村は、母子保健法による1歳6か月児健康診査及び3歳児健康診査等を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。また、市町村は、児童に発達障害の疑いがある場合には、適切に支援を行うため、当該児童についての継続的な相談を行うよう努めるとともに、必要に応じ、当該児童が早期に医学的又は心理学的判定を受けることができるよう、当該児童の保護者に対し、発達障害者支援センター、都道府県が確保した医療機関その他の機関を紹介、又は助言を行うものとする。

(6) 早期の発達支援

市町村は、発達障害児が早期の発達支援を受けることができるよう、発達障害児の保護者に対し、その相談に応じ、センター等を紹介し、又は助言を行い、その他適切な措置を講じるものとする。

(7) 保 育

市町村は、保育の実施に当たっては、発達障害児の健全な発達が他の児童と共に生活することを通じて図られるよう適切な配慮をするものとする。

(8) 教 育

国及び地方公共団体は、発達障害児がその障害の状態に応じ、十分な教育を受けられるようにするため、適切な教育的支援、支援体制の整備その他必要な措置を講じるものとする。大学及び高等専門学校は、発達障害者の障害の状態に応じ、適切な教育上の配慮をするものとする。

(9) 就労の支援

都道府県は、発達障害者の就労を支援するため必要な体制の整備に努めるとともに、公共職業安定所、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、社会福祉協議会、教育委員会その他の関係機関及び民間団体相互の連携を確保しつつ、発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保に努めなければならないものとする。また、都道府県及び市町村は、

必要に応じ、発達障害者が就労のための準備を適切に行えるようにするための支援が学校において行われるよう必要な措置を講じるものとする。

(10) 地域での生活支援、権利擁護及び家族への支援

市町村は、発達障害者が、その希望に応じて、地域において自立した生活を営むことができるようにするため、発達障害者に対し、社会生活への適応のために必要な訓練を受ける機会の確保、共同生活を営むべき住居その他の地域において生活を営むべき住居の確保その他必要な支援に努めなければならないものとする。

国及び地方公共団体は、発達障害者が、その発達障害のために差別されること等権利利益を害されることがないようにするため、権利擁護のために必要な支援を行うものとする。

都道府県及び市町村は、発達障害児の保護者が適切な監護をすることができるようにすること等を通じて発達障害者の福祉の増進に寄与するため、児童相談所等関係機関と連携を図りつつ、発達障害者の家族に対し、相談及び助言その他の支援を適切に行うよう努めなければならないものとする。

(11) 発達障害者支援センター等

都道府県知事は、相談支援、発達支援、就労支援などの業務を、社会福祉法人その他の政令で定める法人であって当該業務を適正かつ確実に行うことができると認めて指定した者（「発達障害者支援センター」）に行わせ、又は自ら行うことができるものとする。

(12) 専門的な医療機関の確保等

都道府県は、専門的に発達障害の診断及び発達支援を行うことができると認める病院又は診療所を確保しなければならないものとする。

(13) その他

その他、民間団体への支援、国民に対する普

及及び啓発、医療又は保健の業務に従事する者に対する知識の普及及び啓発、専門的知識を有する人材の確保等、国の調査研究を定めている。

施行期日は、平成17年4月1日から施行するものとされ、また、施行3年後の見直し規定を置いている。

4 発達障害者支援の施策について

発達障害者支援法の成立を受け、17年度予算案に以下の事業を盛り込んでいる。

(1) 発達障害者支援体制整備事業

発達障害者の乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、都道府県・指定都市に発達障害の検討委員会を設置するとともに、圏域において個別支援計画の作成等、支援の体制整備をモデル的に実施する。事業の実施にあたっては、文部科学省の実施する「特別支援教育推進体制モデル事業」と協働して実施する。

(2) 自閉症・発達障害支援センター運営事業

「自閉症・発達障害支援センター」は、発達障害支援法により「発達障害者支援センター」として、各都道府県・指定都市における相談・支援の中心的役割を担うことになる。また、支援センターの対象も従来の広汎性発達障害に加えて学習障害や注意欠陥多動性障害などに拡大する。

(3) 発達障害にかかる専門家の確保

医療、保健、福祉などの分野における発達障害にかかる専門的知識を有する人材の確保は重要であり、国においては、国立秩父学園において、各都道府県・政令市の発達障害の分野の指導的役割を担う行政や保健や福祉の職員の養成研修や発達障害者支援センター職員の研修を実施する予定である。

発達障害の診断とその課題

横浜市中部地域療育センター 原 仁

発達障害者支援法（以下支援法）における発達障害の定義をみると、従来の発達障害概念の一部が「発達障害」として取り上げられているに過ぎない。支援法の定義は従来の概念からすると「軽度」発達障害として議論されてきた状態像が相当する。用語は同じでも概念の範囲が異なるので混乱は必至である。

支援法の発達障害は、法的に位置付けられてきた従来の障害（知的、身体、精神障害）の枠組みの外にあるが、しかし支援が必要な「障害」者をどのように定義するか議論の中で採用された行政用語と理解しておこう。

1 発達障害概念の広がり

a) 発達障害とは何か？

発達障害（Developmental Disabilities）という用語がこの世に始めて登場したのは1970年であった。米国連邦議会の法律（PL91-517）の中に記載されている。最初は行政用語であった。精神遅滞（知的障害）をモデルとして作られた発達障害という用語が、やがて、精神遅滞と同等の支援が必要な状態を包括する概念として、その内容を拡大させながら変容してきたという経緯がある。

米国における発達障害の概念に含まれる状態像として、精神遅滞（知的障害）、脳性麻痺（身体障害）、自閉症、てんかん、感覚障害（盲ろう）、失読症（学習障害の一部）、慢性疾患（健康障害）などが挙げられている（PL95-602）。これらすべてを統合して概念化することは難し

いが、1）知的障害と同等の支援が必要、2）発達期に出現し一生涯の支援が必要、3）中途障害と比べて特別な配慮が必要、と3つの「必要」がその条件となろう。

b) 我が国への発達障害概念の導入

後述する医学領域へのこの概念の導入とほぼ同時期の1980年代に、我が国へ発達障害という考え方が紹介された。当時は精神薄弱に替わる適切な用語を探す時期でもあった。結局、精神薄弱は、診断名としては精神遅滞へ、障害名としては知的（発達）障害へと変更されるのであるが、知的障害とその関連障害を包括する学際的概念として、発達障害は研究者間で注目されるようになっていた。我が国では行政用語としてではなく、多領域の専門家が参集する際のキーワードとして受け入れられたのである。

例示するなら、1966年に設立された日本精神薄弱研究協会が母体となって発展してきた研究者の団体が、1992年に日本発達障害学会と名称を変更して今日に至っている。この学会は、教育、医学、福祉、労働などの多領域の専門家が所属し、その学際性が最大の特徴である。なお、発達障害の概念の成立およびその問題点は別に拙論で述べているので参照されたい（原；2004a）。

c) 発達障害を診断する前提

発達障害の原因を医学的に特定する検査は極めて限られている。ダウン症候群は第21染色体の、レット症候群はX染色体の一部の異常である。また、X染色体の異常に基づいて概念化さ

れた脆弱X症候群などがある。しかし、発生の原因が必ずしも発達障害の診断を意味しない。現在の考え方からすると、発達障害は原因で特定されるのではなく、症状で規定される症状記述的状态像となる。例えば、ダウン症候群の10%程度は自閉症と診断できる。

ある時点での症状を的確に把握すれば、その状態像の経過（転帰・予後）を予測することが可能かという問題が発生する。現在の精神医学の診断体系は原因によって規定されているのではなく、症状によって概念化されているからである。つまり、理論的に言えば、症状が変われば診断も変わる。しかし、「診断」の語源をたどれば、断じて変わらないものというギリシャ語に至るといふ。一般に臨床医学に求められる診断の意味からすると、そう度々変わってもらっては困る。また、発達障害の診断だけが特殊と言いつつ放って終わりにもできない。

出来る限り予後を予測し、対処の仕方を適切に示し、一般常識の範囲で変わらない診断を目指さなければならない。そうならば、横断的状态像だけで発達障害を規定する現在のDSMやICD（WHOが策定した疾病統計分類）の考え方を初診時点で直ちに適用するのに慎重にならざるを得ない。最初の診察で発達障害を疑うことは可能でも、診断するためには経過の観察が必要となるからだ。一人ひとり異なる経過を示す発達の問題をある用語（診断名）で括る作業がすなわち診断である。なによりも診断は発達障害のある人にとって有用でなければ意味がない（杉山,原; 2003）。

結局、発達障害の診断には、その概念に熟知しかつ経験を積んだ専門医（多くの場合、発達障害を専門とする児童精神科医か小児神経科医）でなければ困難となる。特に、周産期から乳幼児期の発育と発達を的確に聴取し、それを解釈する技術が必須である。本来の医学は、一定の学習をするなら、だれでも同じような結論（診断）に至ることが求められる。しかし、発達障害の医療はまだまだ職人芸の世界なのかもしれない。

2 「軽度」発達障害の診断概念

発達障害が医学の診断概念として導入されたのは、米国精神医学会の診断基準であるDSM-III-R（Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder, 3rd Ed. Revised, 1987）からである。その定義を表1に示す。

DSM-III-Rの特徴は、診断を並列して示したのではなく、いくつかの上位概念でまとめ、階層的に理解しようとした点にある。その中のひとつが発達障害の概念であった（図1）。しかし、現在使用されているDSM-IV-TR（2000）では、以前のように並列の診断体系に戻っている。従って、発達障害という用語（概念）はDSM-IV（1994）以降使われていない。死亡統計のための分類から発したICDが並列方式なので、それとの整合性を優先したためであろう。

DSM-III-Rの発達障害の定義（表1）には、従来の概念と異なった、「軽度」発達障害を意識した部分（下線は著者）がある。発達障害は一生涯不変でありそのため支援が必要とする基本

表1 発達障害とは？（DSM-III-R）

発達障害の本質的な性質は、主たる障害が認知、言語、運動、または社会的技能の獲得において存在することである。（中略）この障害の経過は、慢性の傾向があり、障害のいくつかの兆候は安定した形で成人期まで持続する。しかし、多くの軽症型では、適応あるいは完全な回復が生じうる。

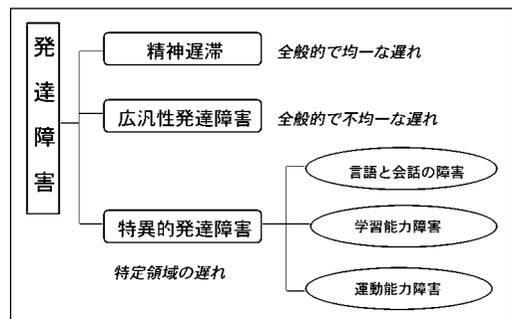


図1 DSM-III-Rにおける発達障害分類

概念と矛盾するかのようにも受け取れる文言である。

a) 高機能自閉症 (HFA; High-functioning Autism)

この概念に相当する診断名はない。すなわち、DSM-IV-TRでは自閉性障害、ICD-10では自閉症または小児自閉症であって、知的障害のない状態（通常IQ>70）を意味する。図1で言えば、広汎性発達障害の一部である。

自閉症の原型は1943年にレオ・カナーが報告した11例の状態像にさかのぼる。カナーの記載を整理して広汎性発達障害とした現在の理解では、1) 社会性（対人関係）の質的障害、2) コミュニケーション（言語性、非言語性を問わない意味理解の障害）の質的障害、3) 執着性、同一性、常同性の特徴（イメージの障害との考えあり）の3つの基本症状が存在し、かつ発達障害と理解できるものが自閉症である。

高機能自閉症とアスペルガー症候群との異同が議論されている。アスペルガー症候群は、カナーの自閉症の報告とほぼ同時期（1944）に、ハンス・アスペルガーが報告した論文に基づく。アスペルガーは4例の児童を幼児期から確認できた性格異常（自閉性精神病質）者として報告しているが、1981年、英国の自閉症研究者であり臨床家でもあったローナ・ウイングが知的障害のない自閉的な発達障害としてこの症候群を整理した。いわばアスペルガー症候群をウイングが再発見したといえる論文である。この研究を契機として、アスペルガー症候群は性格異常から発達障害と理解されるようになった。現在の診断基準からすると、前述の3つの基本症状の内、第2のコミュニケーション障害が比較的軽い（言語発達におおよそ遅れは認められない）状態像を指している。

しかし、高機能自閉症とアスペルガー症候群を質的に区別する要因はなく、程度の差に過ぎないという意見が有力になりつつある。そのこともあって、自閉症スペクトラム概念が生まれた。つまり、自閉症とその近縁の発達障害を区

別することは難しく、障害としては連続的状态像と理解すべしという考えである。ここで著者の私見を述べさせてもらえば、「超」高機能自閉症がアスペルガー症候群となろう（原;2002）。

b) 注意欠陥多動性障害 (ADHD; Attention-Deficit Hyperactivity Disorder)

多動児は多動が顕著だから障害と見なされるのではなく、注意障害が潜在するが故に多動となるという仮説が採用されてこの概念が生まれた。DSM-III（1980）の中に最初に登場した診断概念は注意欠陥障害であった。この際に提案された3つの基本症状、すなわち不注意、衝動性、多動は、改定を重ねた末の現在のDSM-IV-TR（2000）においても変わらず、ADHD診断の根幹をなす。

しかし、現在のADHDの症状理解は注意障害に基づくというより、自己制御の障害と考えられるようになった。不注意はその障害の一部、結果と説明されている（パークリーR;2003）。

最近の研究に基づけば、ADHDは脳障害というより脳発達の遅延が主体とされ、その約80%は親から子へ伝わる特性と表現できる。実際は一人のADHDと診断できる子どもがいると、その親の3人から4人に一人はやはりADHDの特性を持っている。ADHDの子どもの親の面接でそのことはよく体験することだ。もし、ADHDの子どものに複数のきょうだいがいるとすると、3人に一人程度はやはりADHDと診断できる。

ADHDの大部分が家族性とするなら、約3分の1は自然治癒するという状況も理解できよう。脳の成熟の過程が順調ならば症状は消失するのである。また、男女比が4対1から9対1程度と男性優位であることも脳の成熟の特性と症状発現の差異とすると矛盾しない。ADHDの特性は存在しても、女性と生まれることが症状発現を抑制し、逆に男性として生まれることが症状を顕在化させる。

ADHDの予後にも注目が集まっている。自己制御の障害とするなら、成人のADHDの問題行動の多くが説明される。つまり、アルコール中

毒、薬物依存、ギャンブル狂、常習的カード破産などのリスクが高い状態像が大人になったADHDである。分かっている、今そこにある魅力に勝てないのがADHDの特性ともいえる。

ADHDは犯罪あるいは非社会的行為のリスクのマーカーである。正確に言えば、ADHDそのものではなくて、ADHDの10-20%程度に合併するという反抗挑戦性障害（ODD; Oppositional Defiant Disorder）の症状（表2）が合併すると要注意である。具体的には、8歳前後に、お金の執着しだして種々の問題を起こす、あるいは生物（昆虫や小動物など）への残虐な行為があるADHDはODD合併例となる可能性が極めて高い。なお、ADHDは生物学的基盤の上に発生するが、ODDへの進展にはいくぶんかの環境要因の関与も示唆されている。

なお、ADHDの理解と対応に関する詳細は別に述べているので参照されたい（原; 2003a）。

c) 学習障害 (LD; Learning Disabilities)

まず文部省（現文部科学省）が1999年に発表

表2 反抗挑戦性障害 (DSM-IV) の特徴

●かんしゃく	●すべて他人のせいにする
●おとなと口論	●過敏
●おとなの要求や規則通りへの反抗	●怒り
●故意にいらだたせる	●意地悪

注：上記特徴を4項目以上満たす場合に診断する

表3 学習障害の定義 (1999)

学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を差すものである。

学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない。

した教育の定義を示す（表3）。この定義は米国のいくつかあるLD関連団体が合同で検討した結果（いわゆるNJCLD定義）を踏襲したものである。その意味で我が国は米国流のLD概念を教育の中に導入すると公式に宣言した国のひとつとなった。

このLD定義で注目されるのは、知的障害がないにもかかわらずの部分であるが、現実には軽度精神遅滞とLDの状態像を区別するのは困難である。LDと認識されている多くの例は軽度遅滞から境界域の知能段階にある。むしろ強調されるべきは、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する、の6つの学習領域に著しい困難を持つとする部分になると考える。

聞く、話すは口頭言語、読む、書くは書字言語、計算と推論は数学的思考とまとめられる。言語に関わる部分は、いわば乳幼児の言語獲得の発達の順序に添って記述されている能力である。1歳前後の赤ちゃんは聞いて理解し、1歳半から2歳になると片言を話だし、4-5歳から文字を読み、そして6歳になって文字を書くのである。この順序性はLDの症状を理解する上で重要である（図2）。

医学の領域でLDに相当する状態像が注目された時期は19世紀にまでさかのぼる。知的遅れはないにもかかわらず、読み書きに顕著な困難を示す状態をディスレクシア（読み困難）と表現していた。LDの原型がディスレクシアである。

その後のLD概念の拡張に伴って、医学のLD

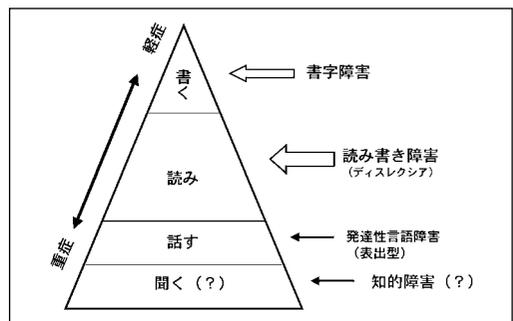


図2 言語性学習障害の重症度

(Learning Disorders) もその範囲を拡大していった。DSM-III-Rでは、図1の特異的発達障害の一部と位置付けられたのが学習能力障害 (Academic skills disorders) である。この障害概念には、読み、書き、計算の障害が含まれていた。その後のDSM-IV (1994) とDSM-IV-TR (2000) では、計算の障害が算数の障害に拡張されているが、聞く、話す、の障害は含まれていない。

医学のLDも教育のLDもその操作的判定の根拠を「個人外差」におく。すなわち、知能と学業成績の乖離によって定義しようとしている。その考え方への批判は多くあるが、ここではその詳細には触れない。なにより、臨床的にLDを診断しようとする、我が国においては、知能検査は可能でも、だれもが認める学業成績評価法が確立していないことが障壁となる。学業成績の評価をどうやって病院で実施するのだろうか？結局、病院でLDと診断してもらおうという発想そのものが無理といえる。あえていうなら、病院でのLD診断は、総合的に考えて、多分そうだろうという「みなし診断」に過ぎないのだ。

最後に第3の考え方を紹介しておこう。「個人内差」によるLD判断 (診断ではない) である。医学的には、微細で軽微な (部分的) 脳機能不全、心理学的には、認知能力のアンバランス、そして教育的には、特異な学習困難という3つの個人内差の存在を一定の評価に基づいて、それぞれの専門家が「あり」と判断するならば、その状態をLDとするという判断基準である。LDのある児童生徒を支援するためにモデル事業化された際に設定された「専門家チーム一校内委員会」の考え方で具体化された判断のための基準でもある (原; 2004b)。

おわりに

文部科学省が2002年2-3月にかけて行った全国調査に基づいて算出した、特別支援教育の対象となる児童生徒は6.3%という数値が注目を集めている。この領域の専門家は、現状と照らし合わせて当然との感を深めている。一般論で言えば、確かにこの数値は衝撃的であろう。3つの「軽度」発達障害の概念の特徴を紹介した後、追加して強調しておきたいのはHFA、ADHDそしてLDと思われる3つの概念の重なり合いである。例えば、高機能自閉症と思われる (正確な診断ではない) 状態の割合0.8%の半分は、ADHDと思われる2.5%に含まれている。すなわち、「軽度」発達障害は別々に認められるというより、重複して存在する場合がかなり存在するという事実である (原; 2003b)。

文 献

- 原仁：発達障害の概念. JL NEWS No. 55-DEC. 2004a.
- 杉山登志郎, 原仁：特別支援教育のための精神・神経医学. 学研, 2003.
- 原仁：行動の問題の理解と支援—特別支援教育の立場から—. LD研究11; 82-89. 2002.
- ラッセル・A・バークリー：ADHDの理論と診断—過去・現在・未来—. 発達障害研究. 24; 357-376, 2003.
- 原仁：ADHDの理解と対応. 東京小児科医会報. 22 (2); 15-21, 2003a.
- 原仁：学習障害. 小児科臨床. 57 (増刊号); 1509-1516, 2004b.
- 原仁：注意欠陥多動性障害 (AD/HD) と特別支援教育. 精神科. 3; 259-263, 2003b.

ADHDへの理解と 関係機関における支援について

東京都立梅ヶ丘病院 市川 宏伸

1 はじめに

興味のあることには集中可能だが、嫌いなことや、よく分からないことにはほとんど関心を示さず、落ち着きのない子どもが以前から知られていた。多くは小学校卒業までには他児との区別がつかないまでに落ち着いて、目立たなくなるとされていたが、最近は青年期以降も症状を残して、行為障害や反社会的行動に至る場合も見受けられる。不注意、多動・衝動性を中心的症状とするこれらの子どもを、児童青年精神科では、注意欠陥多動性障害（ADHD：Attention Deficit/Hyperactivity Disorder：米国精神医学会の診断）や多動性障害（Hyperkinetic Disorder：WHOの診断）としている。子どもの精神科の専門病院である筆者の勤務する病院でこの診断をうける患者さんは、平成10年頃から増加して12年には外来初診者の25%に達したが、最近では15%を占めている。これが、一般人口における増加を反映しているのか否かについては、さらに検討が必要である。

2 ADHDとは

不注意（落ち着きのなさ）には、注意の持続時間の短さ、注意の方向性の変化、注意の不足に基づく過ちなどがあげられる。多動は、学校での離席など（移動性の多動）と、「手足をモジモジしたりキョロキョロする」など（非移動性の多動）に分けられる。衝動性としては、低年齢では「順番が待てない」、「他人の行動に割り込む」、「過度のおしゃべりが目立つ」などがあ

げられる。これ以外にも、極端な不器用さなどが認められることもある。不注意のみが目立つものを不注意優勢型（25～30%）、多動・衝動性のみが目立つものを多動・衝動性優勢型（15～20%）、両方が目立つものを混合型（50～60%）と呼んでいる。

歴史的には、欧米では70年ほど前から“多動”の子どもが知られており、1930年代には脳の器質的障害を念頭において多動症候群という診断が行なわれた。1960年代には小児神経科を中心に、「落ち着きを欠いて、手先が不器用で、集中力・持続力が乏しく、学業が知的水準に比べて低く、行動異常を生じやすい」子どもをMBD（Minimal Brain Dysfunction：微細脳機能不全あるいはMinimal Brain Damage：微細脳損傷）と呼んだ。微細な神経学的異常（soft neurological sign：ソフトサイン）以外に積極的な診断基準がなかったため、最近ではあまり使われない。教育界では、本人の努力不足と関係なく、知的水準に比べて極端に学力が劣ったり、科目間のバラツキがみられる子どもをLD（Learning Disability：学習障害）と呼んでいる。神経心理学的知見に基づいて、1960年代頃から使われている概念であるが、これらのうち、授業に集中できなかったり、落ち着きを欠くなど、行動上の問題を抱える子どもはADHDと重なっている。医学の世界でも、学習能力の正常な習得パターンが発達早期から損なわれている子どもを学習障害と呼んでいるが、この場合は意味が狭くなっている。「書けるが読めない」、「読めるが書けない」、「算

数操作を行なうことのみが困難である」などの特徴をもつ子どもを対象としている。

似た症状を一時的に示すため、鑑別を必要とする診断には、正常範囲内の多動（就学後、学期が進むにつれて落ち着く）、常同運動障害（中・重度精神遅滞をとまなう小児が多動や注意に大きな問題を持ち、しばしば常同行動を示す）、知的能力の高い自閉性障害（多動や不注意は類似するが、独特のコミュニケーション・パターンが異なる）、行為障害（反復し持続する反社会的、攻撃的、反抗的パターンを示し、衝動性の亢進は類似しているが不注意は目立たない：ADHDと合併する場合は併記する）、そう病、うつ病、不安性障害などがあげられる。

症状は幼少児期から出現しているが、典型例を除くと就学前の診断は難しい場合もある。国により異なるが、有病率は学齢期の3～5%（米国の学童）、男女比は4～9：1で男子に多いと報告されている。最初に報告された症例は脳炎後遺症であったし、極端な栄養障害、頭部外傷後遺症、一酸化炭素・鉛の慢性中毒など生後に罹患した脳の機能障害が原因と考えられる症例がある。低体重出生、新生児仮死、重症黄疸など周産期の異常がなんらかの関与をしているとされる場合もある。家族的賦因や染色体異常などの遺伝的検討も米国を中心に進んでいるが、原因の特定できないものも多い。

以前より、中枢神経刺激薬が多動や集中力の改善に一時的に有効であることが知られており、現在も第一選択薬となっている。覚醒・睡眠の障害に基づく多動や集中力を、昼間の覚醒水準を引き上げることで改善しようとする仮説に基づいている。国内で臨床的に使用されるのはメチルフェニデート（商品名：リタリン）が大部分である。覚醒作用があるため、睡眠前に服用すると、不眠を招くこともあり、通常は朝1回または朝と昼の2回に服用する（5～20mg/日）。効果は数時間持続し、朝1回投与して、午前と午後で違いがある場合は有効と判断できる。コナーズやADHD-RSなどの評価表が使われ、得

点の増減で有効性を評価する。長期間継続して投薬すると効果が減弱するが、漫然と増量すると過鎮静をきたす場合もある。週末や長期休暇など、学校の休みには休薬日を設定して効力の低下を防ぐ。副作用としては、食欲の低下、衝動性の亢進、チック症状の悪化などが知られており、必要に応じて減量または薬物の変更を行なう。思春期以降では、幻覚・妄想などの精神症状の発現が報告されているため、注意して投与する必要がある。メチルフェニデートによる症状の著明な改善は30%、軽度の改善を含めると70%近くに有効である。しかし、「薬物への反応性を服薬前に知ることが難しい」、「厚生省がこの薬のADHDへの使用を認めていない」、「弱い覚醒作用があるため、違法な使用が懸念される」などの課題がある。中枢神経刺激薬の他に、脳代謝改善薬や抗うつ薬も使われるが、効果の発現が緩徐で弱いのが難点である。朝1回投与すると12時間有効な徐放薬が欧米では発売されており、国内でも治験が行なわれている。これ以外にも、覚醒作用を持たない薬物の治験も始まっている。衝動性が亢進している場合は、脳波異常も改善するカルバマゼピン（商品名：テグレトール）などの気分安定薬が使用される。興奮が激しい場合は、リスパダール（商品名：リスパダール）などの抗精神病薬も用いられる。チック症状をとまなう時は、抗うつ薬や抗精神病薬が使われる。

3 ADHD児の抱える問題

年齢があがるにつれて、多動は表面的に目立たなくなるが、特定の興味のあることを除けば、集中力の欠如や持続力の不足は続く。知的な遅れはほとんどないのに学業成績は悪いのが特徴で、「能力があるのに努力を怠るため成績が悪い」とされ、家人からも学校の先生からも叱られることが少なくない。社会的常識も不十分のため、注意や遠慮が不足して、良好な対人関係を築くことは苦手である。小学校高学年以上では、相手の気持ちが理解できないため、集団か

ら外れて“いじめ”の対象になることもある。叱られてもその意味がうまく理解できないため、同じ失敗を反復し、次第に自己評価は低下する。そのため、混合型や多動・衝動性優勢型では、挫折感や劣等感が強まり、衝動性が亢進することも珍しくない。小学校高学年以降では、衝動的に興奮して、授業が途中で中断されることもある。多くは大勢の生徒が居る環境で生じており、少人数の静かな環境では落ち着いている子どもが多い。このことから、ADHDでは、情報処理が苦手であることが推察される。不注意優勢型では、皆と同じに出来ないことで落ち込んでしまい、不登校になる子どももある。

ADHD児では、症状が存在するために新たな能力の獲得に失敗することが多く、正常な自我の発達が妨げられている。このため、自己評価の低下、自信喪失、自己卑下、引っ込み思案などの心理的特徴があげられる。知的水準の高さと並行しない患児の行動に対して、家人が叱責したり罰を与えると、自尊心を傷つけ、自信喪失を促進させてしまう。家人には、障害の本質をよく理解してもらい、自尊心を回復し、自己評価を高めるような環境の整備に努めてもらう必要がある。知的水準からは説明できない学力不振があるため、学校の先生からも叱られ、結果として“反抗的”となることもある。学校の先生にも患児の障害をよく理解してもらい、適切な環境を作ってもらうことが重要である。言葉の理解や表現力、相手の気持ちを思いやる能力に欠ける面があることも考慮すべきである。短く、分かりやすく、簡単に指示を行うこと、行動は状況により大きく異なることなどを前提として対応する必要がある。ADHD児の教育については、中央教育審議会の中に特別支援教育に関する専門部会を設置し、文部科学省が教育現場での対応を検討している段階であり、これから教育内容についての指針が示される予定である。

予後については、以前は楽観視されていたが、最近は行為障害の併発や移行も指摘されている。

症状のうち、多動は思春期までには目立たなくなり、不注意は大人になっても持続すると考えられている。多くの子どもは、自分なりに不注意を克服する手法を身に付けて対応していると推定されている。衝動性の予後については、一人一人が大きく異なっており、外見的に分からなくなってしまう子どもから、他児を怪我させてしまう者までいる。この衝動性が、社会的予後を大きく左右する。一部は、他人の基本的な権利を平気で踏みにじる行為障害に関連すると考えられる。「人や動物に対して攻撃を加える」、「所有物を破壊する」、「嘘をついたり窃盗を行う」、「規則違反を繰り返す」などが中心症状である。ADHDの症状のいくつかは、7歳までには生じることになっているが、周囲が気付かず成人になってしまうこともある。これらの中には、対人関係に悩んだり、衝動性の高さゆえに社会生活を続けられない者もいる。一部は、精神科を受診するが、医師が幼少時の症状に着目しないと、他の精神障害（統合失調症、気分障害、人格障害など）と誤診されることもある。

ドーパミンを初めとする脳内アミンなど、生理活性物質の異常が多動や集中力の欠如に関係していると指摘されているが、現時点でははっきりとした原因は分かっていない。学童期までの一義的な治療は、対応の変更や環境の調整である。中枢神経刺激薬を中心とした薬物療法は重要な補助手段である。薬物により集中力の高まっている間に、良い働き掛けを行うことが大切である。興奮した時も、集団から離れれば落ち着くし、一人になって落ち着いてから訊ねられれば、その時の気持ちを説明してくれる。身近な者からは“誉められ”、友達からは“さすがだなあ”と思われる場面が増えるように、周囲がお膳立てをする必要がある。

4 発達障害者支援法とADHD

従来の発達障害への支援は、知的障害中心であり、その程度で援助の内容も決められていた。教育を例にとると、知的障害の程度で、通常

(普通)学級、心身障害児(特殊)学級、養護学校(知的障害)に分けられており、これに情緒障害児学級、言語障害児学級などが用意されていた。この5～6年、教育界で話題になったのは、知的水準には大きな問題はないが、極端に学業成績が悪かったり、行動上の問題を抱えていたり、対人関係に問題を持つ子どもたちであった。平成13年の文部科学省の報告では、これらの問題を持つ子どもは通常学級の6.3%であり、特別支援教育の対象者とされた。これにこれまでの特殊学級在籍者を加えると、全体で約7.5%に上るとされる。6.3%のうち、教員から見てもなんらかの行動上の問題を抱える子ども(判定には、ADHD-RSを使用)は3%弱であった。

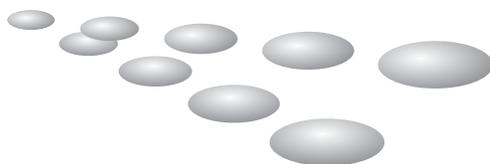
知的障害が目立たない発達障害児への援助を考慮するために、議員立法として作られたのが「発達障害者支援法」である。広汎性発達障害、学習障害と並んで、代表的なものとして、ADHDも取上げられている。その中では、早期発見・支援、社会参加、「発達障害支援センター」の設置、障害の普及・啓発などが謳われている。法そのものは理念法であり、実施については実定法が必要である。7歳までには症状が出現するとすれば、1.5才や3才時健診では判定は困難かもしれない。これまで、全く日の当たらなかった発達障害に、新たな焦点を当てた点

で、この法律の意義は大きい。

5 おわりに

ADHDも、症状の程度が重く、社会生活に困る者から、活発に活動し他人より多くの業績を残す者まで幅が広い。症状が一番華々しいのは、就学後までであり、その後対応がうまく行かないと、多くの問題を抱えることとなる。逆に思春期以降をうまく乗り越えたと、エジソン、坂本竜馬、ダ・ヴィンチなどのように、偉大な業績を残す人もあるとされる。学齢期を過ぎて就労するとしても、自分の置かれている状況、相手の気持ちを理解できないため、周囲との軋轢を生みやすく、人間関係の葛藤の中で辞めてしまうことがある。

何らかの職業技術を身に付けることは、本人の自信に繋がり、衝動性の亢進も防ぐ効果がある。本来は生長過程で獲得されているべき社会的スキルが、何らかの理由で獲得されていないため、対応が分からないことに繋がっている。常識や社会規範は、周囲が分かりやすく、説明してあげ、対処法まで伝えるのが重要である。特に、衝動性の増大は、周囲との関係を悪くするものであり、どれだけ防げるかは大切な点である。年少時からの意味ある対応で、学童期後半以降の行動上の問題の出現を少しでも軽減することが大切である。



高機能自閉症、アスペルガー症候群、 自閉症スペクトラムの概念と支援の課題

茨城大学教育学部教授 東條 吉邦

LDは学習障害であり、ADHDは注意欠陥多動性障害であるということは、教育界をはじめ一般にも知られるようになってきた。しかし、高機能自閉症、アスペルガー症候群、自閉症スペクトラム、そして広汎性発達障害に関しては、その概念や用法について混乱がみられる。

本稿では、これらの概念の違いや用語について解説するとともに、支援の課題、特に青年期における課題について述べる。

1 自閉症 (autism; autistic disorder)

自閉症は、発達のいくつかの領域における重く広範な障害によって特徴づけられる症候群であり、中枢神経系の何らかの機能不全に起因すると考えられている。WHOのICD-10や米国精神医学会のDSM-IVといった国際的な診断基準では、自閉症とそれに類する障害のグループを、広汎性発達障害と呼んでいる。なお、自閉性障害、小児自閉症、早期幼児自閉症といった用語は、自閉症と同義語である。

自閉症の国際的な診断基準では、3歳以前に発症し、(1)相互的対人関係(社会性)の質的異常、(2)コミュニケーションの質的異常、(3)幅が狭く反復的・常同的な行動・興味・活動などの様式、の3つの領域の全てにおいて、顕著な障害が認められることが必須条件とされている。

また自閉症では、知的障害、てんかん、感覚の特異性(過敏や鈍感)、自傷、学習障害、多動、不注意などの症状を伴う場合も少なくない。

2 高機能自閉症

自閉症のうち、知能検査の結果、IQが70以上の場合には知的な遅れがないと判断され、高機能自閉症と呼ばれることがあるが、DSM-IVなどの国際的な診断基準には、高機能自閉症という用語はない。IQ70以上ではなく、IQ85以上を高機能自閉症と呼ぶ場合もある(図1)。英語では、high-functioning autismであり、略語として、HFAと表記されることが多い。

高機能という言葉は、誤解を招きやすい用語である。高機能自閉症者としての自伝を書いたことで知られるテンプル・グランディン女史は、会社を経営する傍ら大学で教鞭をとる天才であり、まさに『高機能』である。しかし逆に、知的的には、かなり低い水準(例えば、40人学級のうち、下から2番目の知能指数)であっても高機能とされるケースもある。それはなぜか?

図1に示すように、統計学的には、同一年齢集団のうち、2%強がIQ70以下の知能指数を示す。国際的な基準では、このうち適応機能の欠陥や不全がある場合、知的障害と定義される。

知的障害の出現頻度は1%程度とされており、統計学的にみれば、40人学級では、IQ70以下の知能指数を示すのは、1人いるかどうかであり、学業成績や知能指数からみて、下から2番目が3番目であっても、高機能とされるのである。つまり、普通学級に在籍し、高機能自閉症と診断されてはいても、その知能水準や学業水準は様々であり、支援の目標や方法も大きく異なってくる。したがって、高機能自閉症という用語

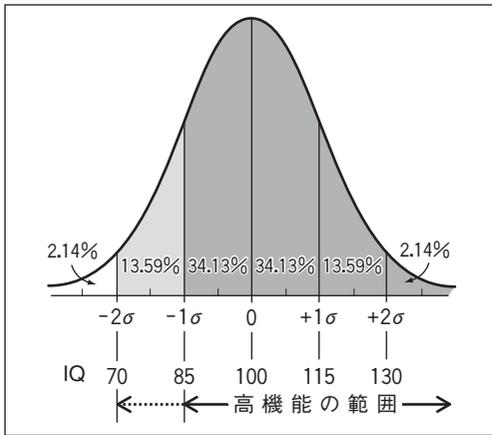


図1 IQの分布

に惑わされず、その個人の能力やスキルを正確にアセスメントする必要がある。

3 アスペルガー症候群 (Asperger syndrome)

アスペルガー症候群はICD-10の用語であり、DSM-IVではアスペルガー障害と呼ばれ、ASと略記される。(A) 相互的対人関係の質的異常、(B) 幅が狭く反復的・常同的な行動・興味・活動などの様式、の2つの領域での顕著な障害が認められる一方、認知や言語の発達には問題が少ないことが診断の必須条件とされている。

知能指数はIQ70以上の症例が多いが、それ以下であっても、アスペルガー症候群と診断されている場合もある。IQの値が低め(70~95)の場合、アスペルガー症候群では、その障害の特徴(低い社会性、活動や興味の幅の狭さ)のため、知能指数が同水準の人より、学校や会社などの集団での適応状態は非常に悪くなる。

アスペルガー症候群では、感覚の特異性(過敏や鈍感)、発達性協調運動障害(手先の不器用さや動作のぎこちなさ)、多動、不注意などの症状を伴う場合も多く、家庭内での日常生活にも困難が生じやすい。成人では、気分障害や解離性障害を伴うこともある。一方、過読症(ハイパーレキシア)があったり、非常に高い知能指数を示す人もおり、近年、そうしたアスペルガ

ー症候群の当事者が執筆した自伝や支援に関する優れた書籍が数多く出版されている。

このように、高機能自閉症と同様、アスペルガー症候群においても、その能力や状態は非常に多様である。

4 高機能自閉症とアスペルガー症候群の違い

この2つの障害に共通するのは、対人関係の発達の領域と興味・関心・行動のレパートリーの発達の領域に重大な問題がみられることである。一方、言語発達の領域については、高機能自閉症のみに、幼児期に重大な問題がある。このことから、アスペルガー症候群は「言葉のある自閉症」ともいわれる。しかし、年長になるにつれて、急速に言語が発達していく高機能自閉症の事例が多く、青年期に達すると、この2つの障害の臨床像には、ほとんど差異が認められなくなるとされている。

しかしながら、アスペルガー症候群には、前述のように、発達性協調運動障害が伴うことが多く、いわゆる非言語性学習障害の臨床像と重なる部分が多い。つまり、高機能自閉症では脳の左半球の関与が強い言語面の障害が目立つのに対し、アスペルガー症候群では、右半球の関与が強い非言語面の障害が目立つことが多いという特徴がある。したがって、「自閉症は視覚優位なので、視覚的な構造化が支援方法の基本」とされているが、アスペルガー症候群では、文字や文章などの言語手段による指示やコミュニケーションが適切な支援方法となることが多い。

なお、音声言語のもつ感情的側面の情報処理には、脳の右半球の関与が強いので、アスペルガー症候群では、書き言葉と比較して、話し言葉の理解や表出は苦手と考えられる。

5 広汎性発達障害と自閉症スペクトラム

DSM-IVにおいて広汎性発達障害には、自閉性障害(自閉症)、レット障害、小児期崩壊性障

害、アスペルガー障害、及び特定不能の広汎性発達障害（非定型自閉症を含む）の5つの障害のカテゴリーが含まれている。これらの障害の共通項は、「対人関係の発達」と「興味・関心・行動のレパトリーの発達」の2領域に幼児期から重大な問題が認められることである。

しかし、広汎性発達障害という用語からは、この2領域の障害であることがイメージしにくく、広範な、つまり「幅広い発達障害」あるいは「発達障害全体」といった印象が生じやすい。そのため、この用語は、学習障害や注意欠陥多動性障害をも含む広い範囲の障害を指すものとして誤解されやすい。

また、上述の5つの障害カテゴリーは、それぞれ別個の診断基準がDSM-IVでは示されているものの、それらのカテゴリー同士の厳密な鑑別診断は難しく、また、健常とアスペルガー症候群の区別もつきにくい。「自閉的だが自閉症ではない」という発言も、よく耳にする。

これらの難点を解消するため、自閉症スペクトラム（autistic spectrum）という概念が、イギリスのウィング博士によって提起された。自閉症スペクトラムの概念によれば、自閉症、アスペルガー症候群、非定型自閉症はそれぞれ別個の障害ではなく、連続体であり、さらに、自閉症の特質と似た困難を抱える健常児者へも連続性があるとする概念で、日本語に直訳すれば「自閉性の連続体」となる。

最近では、自閉症スペクトラム障害（autism spectrum disorder）という用語も使用され、ASDと略記される。また、高機能自閉症スペクトラム障害あるいは高機能広汎性発達障害という用語も、自閉症、アスペルガー症候群、非定型自閉症のうち、知的障害のない場合に使用されている（なお、レット障害と小児期崩壊性障害では、一般に知能面の障害が重く、高機能に該当することはない）。

我が国では、自閉症スペクトラム障害児者と関わりのある医師、教師、保母、心理職、福祉関係者、研究者、保護者などが参加して、平成

14年に「日本自閉症スペクトラム学会」が設立されている。

6 自閉症スペクトラムに関する研究の状況

(1) 有病率の増加

自閉症はその存在が1943年に始めて報告され、当初は稀少な障害と考えられていた。その後、自閉症の有病率は1万人当たり4人程度とされ、DSM-IVでは、自閉性障害の有病率は、1万人当たり2～5人との記載がある。しかし最近では、この10～20倍の有病率を報告する研究が増加し、自閉症スペクトラム全体の有病率は100人当たり1人以上という報告もある。近年の、こうした有病率の急増は、自閉症の概念の拡大だけでは説明しきれないとされているが、増加の原因は未だ不明である。

(2) 原因や本質が未解明

自閉症の原因論は、この半世紀の間に、二転三転した。当初の「精神分裂病の早期発症説」や「親の不適切な育児説」などは1960年代に否定され、70年代には「認知・言語障害説」が台頭した。しかし80年代の後半には、社会性の障害は、認知や言語の障害に起因するものでないことが明らかにされ、「心の理論障害仮説」が主張された。しかし、この仮説でも自閉症の本質は説明できないことが明らかになってきた。

また、当初は遺伝要因の関与が主張されていたが、70年代に否定的な研究が増えた。しかしその後、高機能自閉症やアスペルガー症候群では、遺伝要因の関与が大きいという報告が増加し、遺伝子解析による研究が進められている。

中枢神経系の機能不全の部位や障害の機序に関しても、確定的な証拠は得られていないが、大脳辺縁系の扁桃体に何らかの問題があるとする仮説や、小脳障害仮説などが提起され、脳に関する研究の今後の成果が期待されている。

(3) 支援の在り方、支援方法を巡って

このように、自閉症の原因論や本質論が二転三転したため、支援の方法論も極端に変遷した。短期的には効果が認められる薬剤、治療技法、教育方法などは数多く開発されたが、長期的に有効な支援方法の確証は今後の課題である。

なお、1970年代に多用された遊戯療法や絶対受容的な心理療法には問題があることは周知となったが、80年代から90年代に広く行われていた言語訓練や認知訓練も、そのやり方によっては、指示待ちの傾向を助長したり、不安感を高めて行動障害を増長するといった欠点も明らかになってきた。

(4) 自閉症の窓としての高機能群の研究

1980年代以降、高機能自閉症やアスペルガー症候群の人の手記が相次いで出版され、彼らの抱えている困難は、基本的には知的障害のある自閉症の人と同様であることが判ってきた。手記には、対人接触が苦手なこと、言語能力が高くても会話が成立し難いこと、強い恐怖感や不安感に襲われやすいこと、感覚の過敏性の問題などが詳細に書かれている。彼らは言葉のない自閉症児者に代わって、自閉症の内面の世界を明らかにする窓的な存在となっており、彼らの言葉に耳を傾けることは、自閉症の謎を解く鍵の一つとなるだけでなく、支援の課題を検討する上で有力な手がかりとなっている。

7 支援の課題、特に青年期における課題

上述のように、自閉症スペクトラムの人々は、知的障害の有無にかかわらず、強い恐怖感や不安感、感覚過敏といった困難を抱えていることも多く、障害の特性に基づいた支援や配慮が重要な課題である。

しかし、一人一人の能力や状態の違いも非常に大きい。そのため、個人のニーズに応じた個別の支援や配慮が不可欠であり、また、併存する様々な症状に対応した支援も必要であるが、本稿では、多くの当事者に共通する特性に応じ

た支援・配慮の原則を示す。

支援の基本は、当事者を変えようとする働きかけにあるのではない。まず、当事者の生活している環境を変え、当事者の困難を減らすように働きかけていくことが支援の基本となる。英国自閉症協会も、支援の基本としてSPELL (Structure：構造化、Positive：肯定的接近 [ほめる等]、Empathy：共感、Low arousal：低い刺激 [低い覚醒・低い興奮]、Links：連携) を提唱している。

次に示す支援や配慮の原則は、近年の自閉症研究の成果とアスペルガー症候群の当事者による提言を参考にまとめたものである。

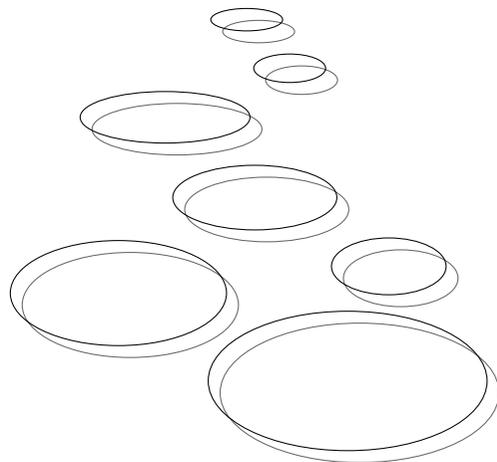
- ① 聴覚や触覚が過敏な場合、大きな音や身体接触によって不安感が増大し、パニックになりやすい。支援に際しては、これらの生理学的な特性に配慮する必要がある。学校や職場では、一般に静かでシンプルな環境の設定が望ましい。
- ② パニック、自傷、攻撃行動などのきっかけとして、感覚の特異性や過去経験のフラッシュバックなどに由来する強い恐怖感や不安感が基底に存在する場合も多く、当事者にとって見通しを持つことができ、安心のできる環境を用意することが先決である。
- ③ 大声による指示は侵入感が強く（侵略や侵害と受け取られることが多く）、不安感が増大し、指示を忌避したり、指示者を攻撃する場合も少なくない。指示は、文字や図にして、紙に書くなどの方法で伝えることが有効な場合が多い。
- ④ 自閉症の特性に配慮せずに集団に入れることで、問題が拡大する場合もある。特に「いじめ」や「からかい」に頻繁に遭うと、恐怖や不安を増大させ、自我の形成に悪影響を与える。
- ⑤ 対人関係を十分に観察した上で、社会的スキルを指導する。指示に従った行動ができることで満足せず、本人の自発性・能動性を高めるための工夫が大切である。社会に出てか

ら不適応になることも多いため、見かけ上の「できていること」に惑わされないようにしたい。

- ⑥ 高機能自閉症やアスペルガー症候群では、欠けている部分を、知的能力の高さで補うことで、あまり問題がないように見える場合がある。しかし、過重な精神的負担から二次的な障害を起こす場合も少なくないため、特に思春期からは、心理的な支援が不可欠である。
- ⑦ 青年期からの就労に向けての支援は、2つの方向がある。知的能力が非常に高い場合や高度な専門的スキルが習得可能なケースでは、研究者や専門職への進路がある。この場合、競争的な就職試験では面接の通過が難しいので、縁故採用的な入職ができれば望ましい。当事者のテンプル・グランディン女史も、そうした入職方法を勧めている。一方、知的能

力が普通か低めの場合は、例えば、漢字が得意であったり、地名を憶えるなどの記憶力が優れていたとしても、競争的な状況では、大学院に残ったり、一般企業に就職することは難しい。このようなケースでは、早期からの社会的スキル、言語スキル、他者の感情や表情を識別するスキル、作業を正確にこなすスキルなどの習得の支援や体力作りの支援をはじめ、ジョブコーチによる支援も視野に入れる必要がある。

- ⑧ 学校、職場、施設などにおいては、構造化が効果的とされているが、単にパーティションで仕切ったり、一斉に行動するための道具として視覚シンボルなどを使用するのではなく、個人の能力の正確な評価を行なった上で、ニーズに応じた環境を整備することが肝要である。



学習障害を持つ人の就労に関わる 課題と対応

岐阜市立岐阜養護学校 神山 忠

●学習障害って

学習障害とひとことで言っても様々です。読む、聞く、話す、書く、計算する、推論することなどが苦手な障害です。そして、それらの苦手な点が、一つの場合や複数の場合もあります。

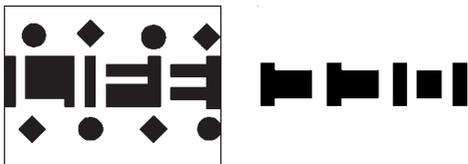
このようなことを聞いても、なかなか実感として湧かないのではないのでしょうか。見た目は変らないし、普段は普通に生活しているので理解してもらえない障害でもあります。

しかし、実際、当の本人は生きづらさを感じながら生活しています。これはもう物心がついてからずっといろいろなところで感じ続けていることです。

そこで、私の場合を知っていただき、少しでも生きづらさを分かってもらえたら学習障害の人たちの就労に役立つのではないのでしょうか。

●読字障害の私の場合

《はじめに疑似体験をしてもらおうことにします》



最初に文章を見たときには、紙の白地がベースとなり、そこに黒い模様が散らばっている状態に見えます。

ちょうど白いキャンパスの上に、黒ごまや黒大豆をばらまいたように見えます。

文字だ！文字だから！と言い聞かせて、そのごまや大豆を凝視し分析するが、上下左右のごまや大豆が邪魔をしてきます。

上の左の図が正に、黒ごまや黒大豆がばらまかれている状態です。しかし、上下を隠せば、必要な情報だけを見出すことができます。(LIFEと書かれています。)

右の図も白と黒のどちらに目がいくかでココロと読めるか読めないかが分かってきます。

このように、文字を文字として見つけ出すのに一つ目のハードルがあります。

(^.^)y-~~~ ちょっといづく①

★実際に小学校のときにあった思い出★

読書の時間のことです。「神山くん、まだこんなところ?!」突然後ろから先生の声がしました。

周囲の友達も一斉に私を見ました。私は、一文字一文字を見つけながら、意味を理解するまで進まずに読んでいました。その結果、40分近くをかけてまだ4行目を指で押さえていました。

先生の声聞いた周囲の友達も「エー、うそやろー」と私を覗き込みました。私は、それまで目印として必死で押さえていた指を静かに離し、机の下でぐっと握りしめました。そして、何とか見えていた文字もプールの底に書かれた文字のようにぼやけていきました。次の瞬間、机の上に大粒の涙が…。

この時、もう本なんか読まないぞっと心に決めました。

もし、このときに先生が、「神山くん、主人公

の気持ちを大切にしながら一文字一文字読んでいったんだね。」と言ってくれていたら違う人生が待っていたのかも……。

《文字は音の記号》

(拾い読みができて意味につながらない)

きょうはてんきがいいので
そとでたいいくをします。

このような文章があった場合、私は、ぶつぶつの拾い読みではありますが、音声には可能です。しかし、意味は分かりません。

つまり、一つ一つの文字は音の記号であり、意味を持つものと捉えることができません。「自分で読んだ音声を目で聞いて理解すれば」と思われますが、それができないのです。

自分でも仕組みはよく分かりませんが、推測すると、文字を目で追うことに、神経が集中します。それに加え、目で追った文字を声に変換するのに必死になっています。

その状態で、自分の声を聞くことは困難です。ましてや聞いた音声をもとに頭の中でイメージ化することは不可能です。

何度も読んで、文章を暗記し、目で追わなくてもよくなり、自分の声を聞く余裕が出てきたから、やっと頭でイメージ化でき、初めて意味が理解できるのです。

そこで私が取った作戦は、かたまりで区切り理解していく方法です。

- ①This is a pen.
- ②This is a pen.

上の①のような英文をぱっと見て読みとることができる人はどのくらいいますか？

ぱっと見ただけで、即、理解できる人はそれほど多くないと思います。

「ティー、エッチ、アイ、エス……」と拾い読むことは可能ですが、即、英文として理解するのは難しいですよ。(日本語って①の表記ですよ。)

これと同じように日本語もまとまりを見つけ区切って理解するようにしています。

「きょう／は／てんき／が／いい／ので／
そと／で／たいいく／を／します／。」

しかし、なかなか正しい位置で区切ることが出来ません。でも、この方法を見つけてからは何度も読んで暗記しなくても文を理解できるようになりました。

(^.^)y~~~~ ちょっといづく②

★実際に小学校のときにあった思い出★
先生から

「たいことばちをもってきて。」

と、お遣いのメモをもらいました。先生は、きっと勉強が出来ない、理解が遅い私に、クラスの子に認めてもらえる場を作ってやろうと気を使ってくれたことでしょう。

しかし、私は混乱しました。文の前から順に、意味のある言葉を見つけて区切っていくと次のようになってしまいました。

「鯛 言葉 血 を 持ってきて。」
と 言われても……。

しばらくその場に立って考えていると、「何ぐずぐずしとるの！本当に役に立たん子やね！」と、しかられました。

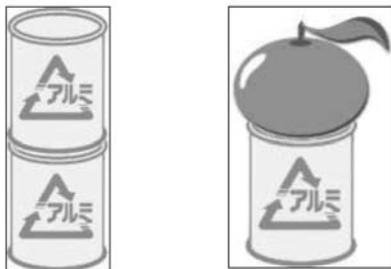
その時、「やっぱり何をやっても、ぐずな俺。生きていて意味があるのかな?!」って思いました。でも、用務員のおじさんは私を必要としてくれました。授業中抜け出して遊びに行くと、「おっ、また来てくれたか。わし一人じゃあそこ直せんで、一緒に行こめー。」と言い修理に出かけました。そして、「本当、助かったわ！お前が来てくれるでこも何とかなったわ！」と言ってもらえました。自己有用感を唯一感じる瞬間でした。

その後、用務員さんと約束をして、少しずつ授業中は抜け出さなくなりました。

《混合文だと助かります》

あるみかんのうえにあるみかんもって行って。

この文を読んで意味がすぐに理解できますか？混乱しますよね。



でも、次のように

アルミ缶の上に アルミ缶 持って行って。

アルミ缶の上に 在る蜜柑 持って行って。

私が頭が悪いから、周囲は気を使ってひらがなばかりにしてくれますが、それがかえって混乱してしまいます。

音読は出来ないけれど、文字からその文字が持つ意味をイメージにして、頭に浮かべ理解することが出来ます。ですから、文字のまとまりが分かりやすいように、ひらがな、カタカナ、漢字などが混じった文だと早く理解できます。

(^.^)y-~~~ ちょっといづく③

★実際に小学校のときにあった思い出★

教科書を読むために自分なりに赤鉛筆で区切りをつけていました。

しかし、なかなか正しくきるところが見つけれられません。特に小学校の教科書は「えん足」「きょう力」などのように習った漢字だけ漢字表記になるので、まとまり（切るところ）がなかなか見つけられませんでした。

当然、教科書は赤鉛筆の印がいつばいついて、消したりするのでくしゃくしゃになったり破れたりしていました。

それを見た先生は、「何、大切な教科書を粗末にしとるんや！もっと大事にせんかーっ！」と言い、私の教科書を取り上げてそれで頭を叩く。

さて問題です。教科書を大切にしていらないのは誰でしょう？私でしょうか？それとも、先生でしょうか？

《定規やスリットを使えば大丈夫！》

縦書きは今でも苦手です。でも横書きは、定規や隙間の空いた厚紙を当てることで少しは読めるようになってきました。



文字の上下を隠して、指で左右を隠すことで赤鉛筆を使わなくても文字、文字のまとまりを見つけて理解できるようになりました。（と言っても他の人に比べれば、3倍も4倍も時間はかかるのですが）

しかし、縦書きの文字はどうしても読めません。意味もなかなか分かりません。困るのは、新聞、駅の柱にある駅名、あと寿司屋のお品書きやレンタルビデオの背に書いてあるタイトルなどです。そんな時は、首を右に倒して読むようにしています。

(^.^)y-~~~ ちょっといづく④

★実際に中学校のときにあった思い出★

国語の時間、本読みがありました。私は、つまりつまりで読めませんでした。そして、教室の前に呼ばれて、みんなの前でチョークで角刈りの頭に×と書かれました。

みんなの前でつまりつまり読むことでさえ十分すぎるくらい恥ずかしい思いをしているのに、それに加えて、「努力が足りない！10回読んで

メなら100回読んで来い！100回でダメなら1000回読んで来い！」と言われて頭に×。この時は、「こんな俺が、生きていく意味ってあるのかな？」って真剣に思いました。

実際前の日には、本読みだけで3時間ほど時間をかけて頑張ったのに、あんな言われ方と仕打ちは辛かったです。おそらく、学級の誰よりも時間をかけて練習したと思うのに……。

もし先生が前日に、「明日、本読みがあるで、ここからここを当てるで、これだけでいいで、練習頑張ってこいよ！」と言ってくれていれば、落ち込まずにすんだのに……。

《口頭での教育と実物があることで》

字が読めないことで、辛い体験をしてきた私にある転機が訪れました。それは自衛隊に入隊した時のことです。

自衛隊は秘密保持の意味もあり文章は少なかったです。その代わりに口頭での説明と実物がありました。

銃の操作を習う時には、必ず銃が手元にあり、口頭で言われたことを即、見たり触ったりして頭にイメージを作りやすかったです。

それまで、「自分は、勉強が出来ないバカだ。」と思っていたのですが、「自分に合った学習の仕方が見つければ、自分も勉強ができる。」と思え自信が出てきました。

そして、自衛隊に勤務しながら、夜間の大学に通いました。大学では、やはり文章が多く出てきました。私は、何としても教師になって、勉強が出来ないことで辛い思いをしている生徒たちを救いたいと思い頑張りました。



私のとった作戦は、講義をカセットに録音する。黒板は写真に写す。それを、通学の電車の中や、訓練の合間に聞いたり見たりして学習する方法です。

何とか教員免許も取れ、自衛隊を除隊しました。そして、教員採用試験も3回かかりました

が、今こうして養護学校の先生として勤務しています。

●学習障害の人が抱えている問題

私の場合を考えても次のような課題を持っています。

- ①字が読めないなどの直接的障害
- ②バカにされないためにいつも緊張状態にある
- ③小さいころから感じてきた劣等感
- ④障害が理解されないことによる二次的障害

① は、いろいろな作戦をその人なりに持っていると思います。私ならば、定規やカセットなどです。それが許される環境だと助かります。一律に規則だからと規制されると困ります。だって、それは、足が不自由な人の杖や車椅子と同じだから。視力が弱い人に「眼鏡やコンタクトは駄目」と言うようなものです。もし、作戦がもてていない人がいたら、そばにいる人に手助けしてもらえれば難く乗り切れます。

② は、バカにされないためとか、人に迷惑をかけないためという思いなどで、いつも気を張っています。時としてそれは、切れやすいことにつながります。ピンと張り詰めた精神状態でいつも過ごしていると、些細なことでもトラブルに発展することもあります。また、被害妄想に陥ることもあります。そこで、一人になる場や逆にみんなと楽しく息を抜ける場があると助かります。

③ は、②と関連しますが、自分は生まれてきて良かったのか？生きていていいのか？生きていく価値はあるのか？と言った気持ちを抱いて生活してきました。そこでより自己有用感を感じられる体験や、自己有能感が発揮できる場が見つかるとうごく力を発揮できます。時として、他の人よりも優れた能力を発揮することもあります。

④ は、見た目に分からない障害なので、「怠けている」「努力不足」として見られることが多

いです。それが一番辛いです。人一倍努力しているのに結果が出ないと努力も認めてもらえないのが悲しいです。人それぞれ見え方、感じ方、考え方が違って当たり前。お互いの良いところを認め合って、支えあえる職場や社会になるといいですね。

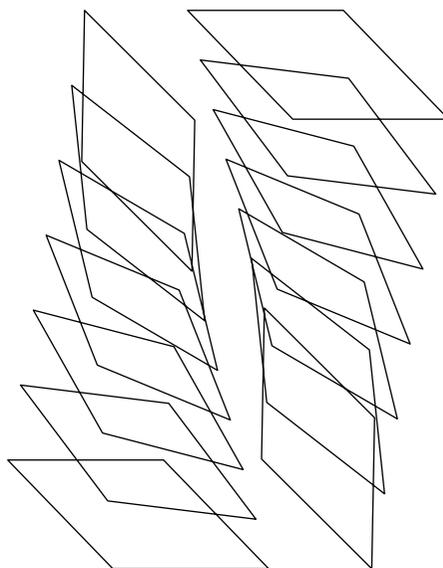
(^.^)y~~~~ ちょっといっぱい⑤

★私の職歴は……★

- ・小学校4年生から高校3年生まで新聞配達
(チラシの折込、集金含む)

- ・高校時代の長期休みに土木作業員、ガードマン、郵便配達など
- ・高校卒業後 陸上自衛隊に入隊(4年間)
- ・授産所のボランティア(1年間)
- ・中学校の臨時教員(1年間)
- ・中学校の教員(11年間)
- ・養護学校の教員(5年目)

毎日4時間睡眠で駆け抜けてきました。そんな中でも、趣味を持つようにしてから、心にゆとりが出てきたように思います。



よこはま・自閉症支援室の取り組み

社会福祉法人横浜やまびこの里 よこはま・自閉症支援室 柴田 珠里

はじめに

「よこはま・自閉症支援室」は、国の「自閉症・発達障害支援センター事業」と横浜市「知的障害者相談支援事業」を根拠として「社会福祉法人横浜やまびこの里」に付置され、成人期の自閉症・発達障害を専門とする相談支援機関である。2002（平成14）年7月に開所し、横浜市在住・在勤の自閉症および発達障害のある人、支援関係者に対する相談支援（生活相談、心理相談、就労相談）を実施している。

本稿では、自閉症を含む発達障害のある人の成人期の支援ニーズを明らかにすることを目的に、①「よこはま・自閉症支援室」の役割・機能、②就労相談の現状、③就労支援の取り組みについて概観する。

1 「よこはま・自閉症支援室」の役割・機能

(1) 「社会福祉法人横浜やまびこの里」の組織

「社会福祉法人横浜やまびこの里」（以下「当法人」という。）は、横浜市自閉症児者親の会が母体となり、1989（平成元）年に設立された自閉症に特化したサービスを行う法人である。横浜市内に通所更生施設2ヶ所（東やまた工房、ポルト能見台）、通所更生施設分場2ヶ所（YOU、まるんワークス）、入所更生施設1ヶ所（東やまたレジデンス）、グループホーム6ヶ所、地域作業所2ヶ所を運営し、当法人に所属する利用者に対し、自閉症・発達障害に特化したケアと地域生活支援を実施している。

また、1995（平成7）年より、総合的支援機関として「仲町台センター」を設置し、当法人内外の自閉症・発達障害のある人に対する相談支援、就労支援、ガイドヘルプ派遣、また自閉症・発達障害に関する広報啓発活動を実施している。表1に、仲町台センターの主な事業内容

表1 仲町台センターの主な事業内容

相談課	「よこはま・自閉症支援室」 （自閉症・発達障害支援センター事業／横浜市知的障害者相談支援事業） 「自立生活アシスタント」 （横浜市知的障害者自立生活アシスタント派遣事業）
就労支援課	横浜市障害者地域作業所「ワークアシスト仲町台」 職場適応援助者（ジョブコーチ）事業「協力機関型ジョブコーチ」
地域支援課	「企画研修」 ・広報啓発……自閉症関連書籍の販売など ・教育研修事業……自閉症関連セミナー、ジョブコーチ養成セミナーなど 「ヘルパーセンターやまびこ」18歳以上、自閉症者に特化したガイドヘルパー派遣事業

を示す。

(2) 横浜市相談支援体制における位置づけ

横浜市では、対象年齢ごとに3つの事業に分け、自閉症・発達障害のある人の相談・療育・指導・支援を実施している。表2に、横浜市における自閉症・発達障害に関する相談支援体制を示す。乳幼児期から小学校期（0～13歳未満）では、横浜市の「総合通園センター事業」ならびに「学童期支援事業前期」として「横浜市総合リハビリテーションセンター」「横浜市地域療育センター」を中心に相談・診療・療育・指導などを実施している。中高校期（13～18歳未満）では、横浜市の「学童期支援事業後期」として「小児療育相談センター」が相談・診療・療育・指導などを実施している。また18歳以上の成人期では、横浜市の「自閉症・発達障害支援センター」として、支援室が相談支援、就労支援、コンサルテーション、情報提供や啓発活動などを実施している。

(3) 主な支援内容

支援室では、ソーシャルワーカー1名、心理担当2名、就労支援担当1名の計4名を配置し、本人、家族、ケースワーカー、関係者を含めたチームアプローチの手法により、さまざまな課題の解決に努めている。具体的・直接的な支援活動よりも、コンサルテーションやネットワーク機能を重視し、自閉症・発達障害に特化した専門相談機関として、自閉症・発達障害の特性を理解する「身近な相談者」や「身近な援助チ

ーム」の育成を図っている。主な相談支援の内容は、①生活相談、②心理相談、③就労相談の3つである。

① 生活相談

生活相談では、家庭内での課題を中心に面談や訪問を実施し、課題の整理、障害特性に応じた助言を行う。また、近隣の医療機関や福祉施設などの社会資源や福祉制度に関する情報提供を実施する。

② 心理相談

心理相談では、家庭・学校・職場などでの不適応行動（自傷・他害などの社会行動上の課題、ひきこもりや在宅など）を中心に面談や訪問を実施し、本人プロフィールの整理、課題となる行動の機能評価、対応方法の助言などを行う。また医療機関などで実施した診断や心理検査の結果を基に、本人プロフィールの整理、日常生活への活かし方、対応方法の助言などを行う。

③ 就労相談

就労相談では、就労を希望する本人、家族および関係者に対し、障害者雇用に関する一般的な情報提供を行う。ジョブコーチの手法を用いた就労支援を希望する本人や事業所に対しては、面談や訪問を実施し、本人のプロフィールや支援課題を把握した上で、個別の支援計画を作成し、サービスの調整を実施する。また事業所に対しては、受け入れや雇用管理に関する配慮事項について助言を行い、各種助成制度についての情報提供や職場適応援助者（ジョブコーチ）

表2 横浜市相談支援体制

	対 象	乳幼児期～学童期 (0～13歳未満)	中高校生期 (13～18歳未満)	成人期 (18歳～)
総合リハビリテーションセンター（1カ所） 地域療育センター（6カ所）	障害児者全般	相談・診療・通園		
小児療育センター (1カ所)	障害児者全般		相談・診療・指導	
よこはま・自閉症支援室 (1カ所)	自閉症・発達障害に特化			相談・就労支援・啓発活動

事業などの活用に向けてサービスの調整を実施する。

2 「よこはま・自閉症支援室」における就労相談の現状

ここでは、平成14年7月から16年9月までに就労相談に来談した横浜市在住・在勤の自閉症・発達障害のある本人（男性32名84%、女性6名16%）の基礎情報を報告し、自閉症・発達障害のある人の就労上の支援課題について概観する。

(1) 性別・年齢

図1に、来談者の年齢分布を示す。20歳未満6名、21～25歳7名、26～30歳9名、31～35歳13名、36～40歳3名であり、26歳以上の来談者が半数以上を占めた。学校卒業後、一旦社会に

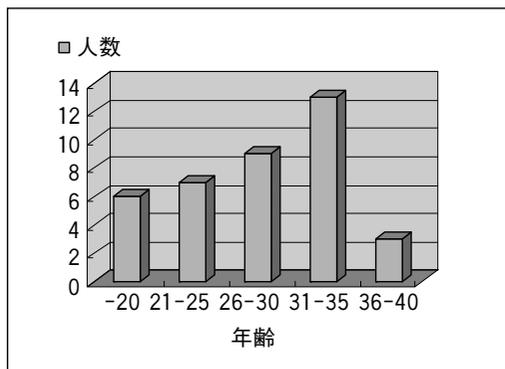


図1 相談ケースの年齢分布

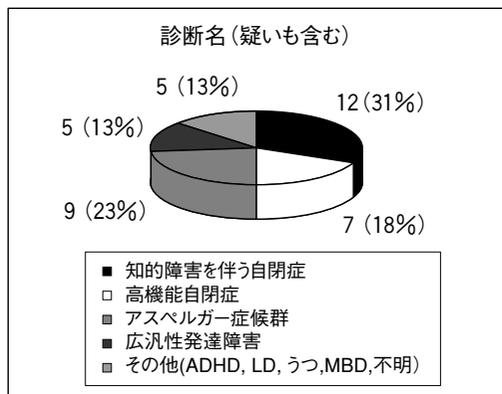


図2 相談ケースの診断名

出た後に職場での不適応や離職経験を繰り返し、診断や福祉サービスにつながる例が多いことがうかがえる。

(2) 診断名・障害者手帳の有無

図2に、来談者の障害種別あるいは診断名を示す。知的障害を伴う自閉症12名（31%）、高機能自閉症7名（18%）、アスペルガー症候群9名（23%）、広汎性発達障害5名（13%）、その他5名（13%）であった。

また初回の来談後、障害者手帳を取得した来談者は30名（79%）、未取得の来談者は8名（21%）であった。手帳取得の主な理由は、事業所に対して障害を開示した上で、障害特性を踏まえた職務の選定、職場環境の調整を目指すことであった。また未取得の来談者には、現行の手帳制度には該当しないケース、本人・家族が障害の開示や取得を希望しないケースが含まれていた。

図3に、取得手帳の種類を示す。療育手帳が26名（68%）、精神障害者保健福祉手帳3名（8%）、身体障害者手帳1名（3%）だった。療育手帳の等級は、A1・1名、A2・2名、B1・4名、B2・19名であった。横浜市では、知的障害を伴わない場合でも田中ビネー検査IQ91以下であれば、自閉症や発達障害の程度が考慮され、療育手帳が交付されるケースがある。来談者の69%が知的ボーダーラインあるいは知的

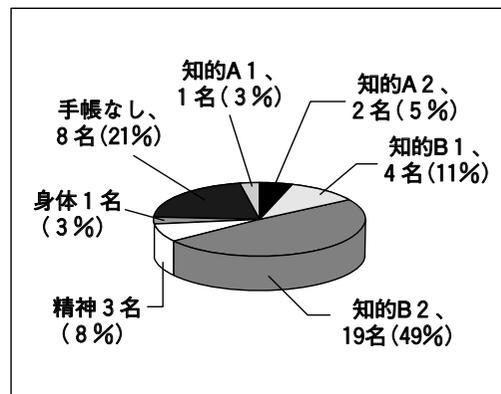


図3 取得手帳の種類

障害を伴わない自閉症・発達障害のある人であり、「高機能広汎性発達障害」のグループであることがうかがえる。

(3) 特殊教育や障害児者福祉サービスの利用経験・最終学歴・就労経験の有無

特殊教育や障害児者福祉サービス（療育指導、通級指導、個別支援級や養護学校、福祉施設など）の利用経験のある来談者は14名（37%）、利用経験のない来談者は24名（63%）であった。通常学級、通常教育を経た来談者が過半数を占めている。

また図4に、最終学歴を示す。養護学校9名（23%）、中学校1名（3%）、高校5名（13%）、技術提携校・サポート校3名（8%）、専門学校6名（16%）、職業訓練校2名（5%）、大学9名（24%）、不明3名（8%）であった。来談者の多くは、特殊教育や福祉サービスの利用経験が少なく、「高機能広汎性発達障害」のある人に対するサービスの不足がうかがえる。また、知的障害を伴わない「高機能広汎性発達障害」の場合、学力偏重になりがちな学校教育の時期に課題が発見されにくく、サービスにつながりにくい。「高機能広汎性発達障害の捉えにくさ」に起因する問題がうかがえる。

また就労経験のある来談者は28名（74%）、未経験者は10名（26%）であった。就労経験者の多くは、初回の来談の前に、離転職を繰り返していた。就労継続には、作業自体の遂行能力

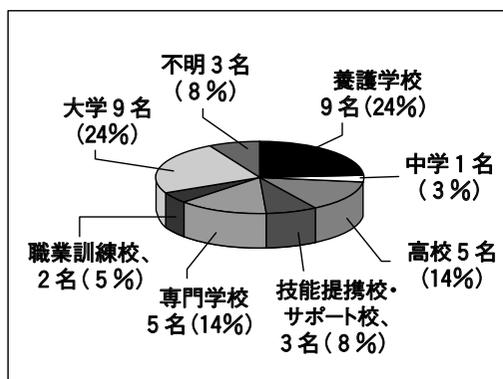


図4 来談者の最終学歴

に加え、コミュニケーション、対人関係、社会的スキルが重要な要素となる。多くの場合、作業能力のみではなく、コミュニケーションや社会行動面での課題が明確になり、離職に至っていた。就労の失敗が繰り返されることで、本人が「障害」に気づき、福祉サービスにつながるターニングポイントになっていることがうかがえる。

(4) 就労上の支援課題

来談者の基礎情報から想定される自閉症・発達障害のある人の就労上の支援課題には、①「適職」のイメージづくり、②事業所への本人情報の提供、③本人に合わせて職務を調整する支援（ジョブマッチング）、④コミュニケーションや社会行動面の課題に対する支援、⑤継続的な支援、⑥関係者を巻き込んだケースワークが上げられる。

自閉症および発達障害のある人は、職業に関する興味や経験、イメージが限定されていることから、本人の作業能力以上の仕事、適応しにくい職場環境を選びがちである。本人の職業適性や障害特性に合った職業選択のためには、支援者だけではなく、本人が障害特性を理解し、ジョブマッチングを丁寧に進めていく必要がある。

支援室では、本人面談を通じて、本人のプロフィールを整理し、利用可能なサービスについて情報提供するだけでなく、求職活動での同行支援、職場での直接支援も実施する。「来談」は本人や家族が「障害」や「課題」に気づききっかけであり、就労相談および個別的就労支援は「障害受容」と「自己理解」のプロセスであり、初めて支援を受け入れる経験になっている。また関係機関に対しては、面談で得られたプロフィール情報をもとに、捉えにくい障害特性への配慮についての情報共有を図っている。

3 「よこはま・自閉症支援室」における就労支援の取り組み

ここでは、平成16年4月～9月末までの就労

相談の実績を報告し、自閉症・発達障害支援センターにおける就労支援担当の支援内容を概観する。

(1) 就労相談

来談者26名のうち12名（46%）は、就労に関する一般的な情報提供や職業ガイダンス、あるいは支援者や事業所など関係者からの相談であった。本人に対する相談は9件（33%）、家族に対する相談は13件（48%）、関係者からの相談は9件であった。

(2) 個別的就労支援

来談者のうち、支援室に利用登録し、ジョブコーチの手法を用いた個別的就労支援を実施した者は、14名（54%）であった。図5に、ジョブコーチの手法を用いた就労支援の流れを示す。

就労支援では、支援室就労支援担当による職場に出向いての作業支援や従業員との調整など直接的な支援に加え、仲町台センター就労支援

課（作業所「ワークアシスト仲町台」・協力機関型ジョブコーチ2名）との連携により、個々の支援課題に応じた直接的な支援を実施した。

またケースワークやチームアプローチの手法により、関係機関（障害者職業センター、リハビリテーションセンター、ハローワーク、区役所、作業所、大学カウンセリングセンター、医療機関など）と連携し、サービスの調整を行った。

(3) 各種サービスの利用状況

適職の選定や職域の拡大を目指し、2名がトライアル雇用や神奈川県就労促進事業を含む実習助成金を活用した。6名が職場適応援助者（ジョブコーチ）事業を活用し、就職前後の支援を行った。また就労生活や自立生活を支える福祉サービスとして、8名が横浜市知的障害者自立生活アシスタント派遣事業、1名が精神障害者生活支援事業、3名が支援費サービス（移動介護、グループホームなど）を活用した。

(4) 就労支援担当による主な支援内容

前述の就労上の課題に配慮し、支援室就労支援担当として、①本人・家族面談、②求職活動での同行支援、③職場での支援、④事業所との調整、⑤ケース会議の開催を実施している。

本人面談や家族面談では、求職活動の際に関係者のニーズや意向を把握し、進捗状況の報告や情報共有を心がけている。また本人と一緒に、アルバイトや実習での状況を振り返り、本人にとっての「適職」、より安心できる「職場環境」についてのイメージを共有する。就職後の面談では、職場や家庭での様子を聞き取り、就労意欲や心境の変化等についての状況把握に努めている。

求職活動での同行支援では、ハローワークへの手続きや障害者合同面接会に同行し、本人と一緒に適職を探す支援を行う。職場での支援では、職場を訪問し、本人に合った職務の組み立てや作業自立にむけての直接的な支援を行う。また事業所との調整では、本人の障害特性やプロフィールを伝え、本人に合った職場環境や採

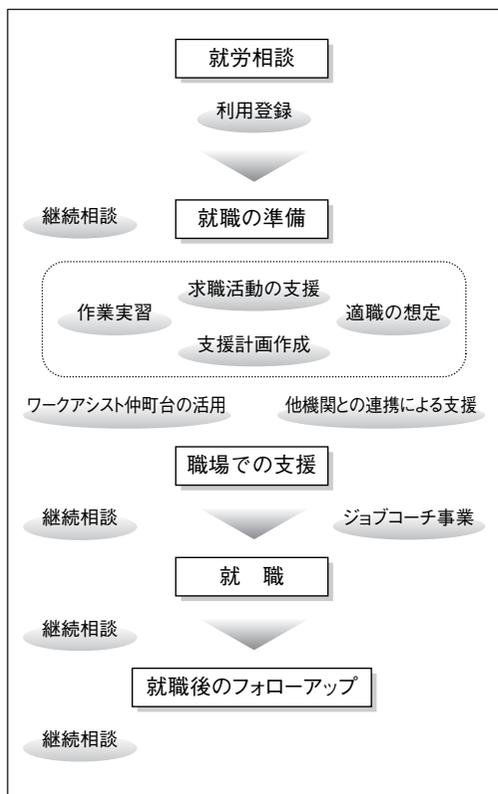


図5 支援室・就労支援の流れ

用条件、活用する制度を検討する。また職場での支援を開始後には、本人の障害特性を踏まえた職務再設計の提案や従業員サポートの依頼などを行う。またケース会議では、障害者職業センターや区役所のケースワーカー、グループホーム職員等と現況や今後の方針についての情報共有を図る。

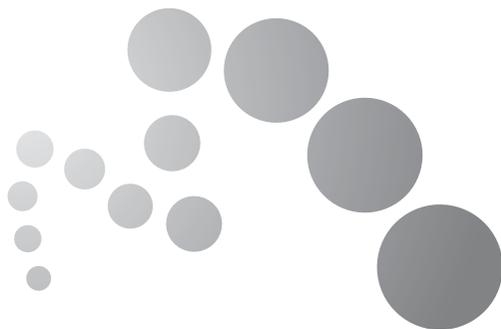
4 まとめ

本稿では、横浜市の相談支援体制における「よこはま・自閉症支援室」の役割・機能、支援室就労相談の概況にみる自閉症・発達障害のある人の支援ニーズ、支援室における就労支援の取り組みについて概観した。

就労相談来談者のプロフィールからは、学歴が高く、教科学習上の課題が少ないこと、特殊教育や福祉サービスの利用経験がないことから、本人や家族が「障害」に気づきにくいことがうかがえた。また、本人が障害特性を踏まえた「適職」を自ら選ぶことは難しく、また適切な支援を受けられないままに就労の機会を逃し、離転職を繰り返している可能性が高いことがわかった。また就労以外にも家事・余暇・社会生活・金銭管理など生活全般において何らかの支援を必要とするケースが多い。今後は、知的障

害を伴わない「高機能広汎性発達障害」のある人が利用しやすい相談事業や支援事業、福祉サービスなどの整備・発展が望まれる。

また自閉症・発達障害支援センターの就労支援担当には、障害特性を踏まえた直接的な支援の技術とともに、ケースワークやチームアプローチの手法が重要であることがわかった。現在自閉症・発達障害支援センターは全国に22ヶ所（平成17年1月現在）設置されているが、就労支援担当は1ヶ所につき1名のみの配置である。全国的な実践が進むにつれ、自閉症・発達障害支援センターの就労支援担当の役割は、より直接的な支援からより間接的な支援へ、ジョブコーチからコンサルタントあるいはコーディネーター的な役割が中心となるであろう。このような就労支援担当者の実務には、支援全体を見渡し、支援計画の作成や実施、モニタリングといったケースワークの視点、本人・家族を中心に身近な支援者を集結した援助チームを結成し、より効果的なサービス提供を目指すチームアプローチの視点が役立ちそうである。今後も支援内容を精査しながら、自閉症・発達障害支援センターの就労支援担当者の役割・機能について明らかにしていく必要があるだろう。



職業リハビリテーションからみた 発達障害青年の移行支援の課題

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構

障害者職業総合センター主任研究員 望月 葉子

1 はじめに

発達障害者支援法が成立し、特別支援教育が実施されつつある現在、教育や医療・福祉の分野では、対象となる子どもたちへの具体的な支援策が検討され始めている。こうした新たなシステムによるサービスを利用して学齢期を過ぎた発達障害青年たちが職業の世界に移行する時期は、そう遠くない将来に予定されるだろう。このような個人の特性に相応した教育支援においては、通常教育からの移行に際して職業リハビリテーション・サービスの利用を提案することが期待される。

しかし、現時点で職業リハビリテーション・サービスの利用可能性を検討する青年たちは、制度化された（今後制度化される）サービスとは無縁の学校時代を過ごしてきた。彼らは、学業達成や学校生活への適応などには不全感を持ちつつも、そして、自らの障害に気づいていたとしても、あえて障害に向きあうことなく（あるいは回避して）、学校を卒業した経験を持っていることが多い。つまり、労働の分野における支援の課題やサービスの利用可能性は、このような対象者の職業への移行支援をめぐって検討されることが必要となる。

2 職業リハビリテーションを利用した 青年たちが教えてくれること

(1) 発達障害に対する理解をめぐって

軽度発達障害というときの「軽度」は、“知的障害はない”という意味に使われる場合と、“知

的障害はあったとしても軽度である”と使われる場合がある。例えば、知的障害と区別して使われる学習障害では“知的障害はない”とされるが、注意欠陥多動性障害では、診断基準に知的障害の合併の有無は明記されていない。また、知的障害を合併することが多いとされる広汎性発達障害では、合併しない場合に特に「高機能自閉症」と呼んで区別することがある。一方、知的障害の場合の「軽度」は「中・重度ではない」ということになる。ただし、学習障害の場合には、“特定の学習能力の障害をもたらす中枢神経系の機能障害は、当然知的発達に影響する”という見方もある。

発達障害は、その定義から診断の時期は原則として18歳未満となる。そして、“早期発見と適切な診断を行い、適切な対応と環境調整を行うことにより改善が期待できる”とされているように問題が改善される場合には、教育的リハビリテーションの延長上に「一般扱い」の求職活動における支援が必要となる。一方で、問題が深刻になる、もしくは別の問題を引き起こす場合もある。いずれの場合でも、成長とともに症状が変わっていくことになるのだが、“知的発達に顕著な遅れはない”点が強調されることが多い。そして、学齢期には確かに知的障害がないという状況であったとしても、職業選択の時点では状態像が変化し、青年期にいたり知的障害が顕在化する事例がある。加えて、二次的障害を誘発する事例もある。このような事例の場合、彼らの障害特性がどのように説明されるのかに

については、本人や家族の障害に対する見方と関連が深い。

(2) 職業選択における希望と現実

……「気づく」学齢期／「向きあう」青年期……

通常教育を卒業した発達障害青年の場合、【通常教育を卒業した】故に【障害ではない】つまり【健常である】という思いを支えに卒業後の進路を考えたいという希望が強い。そして、これまでは“特別な支援ニーズに対応する体制が整っていなかった”ために希望が充足されない状況があったと受けとめられていた。今後は、“ニーズに寄りそう”ことを中心に支援策を講じることになるだろうから、この思いは変わらずに持ち続けられることになると考えられる。

このようなニーズを背景とすれば、学校時代の経験を通して「障害に気づく」ことがあったとしても、「頑張って学校を卒業した」ことから、障害を否認したいという気持ちを強く持つことが多い。この場合、挫折体験（初職入職困難）や喪失体験（離転職／一般扱いとしての正規職員という地位の喪失）があったとしても、引き続き「一般扱いで就職する」希望にこだわることになる。結果として、「自分に適した仕事があるのではないか」という思いを持ち続ける。「障害に向きあう」ことは、自分の存在そのものを否定されるほどに、この上もなく重い意味を持つからである。しかし、希望と現実が乖離している場合、高校中退であれ高卒であれ、さらなる上級学校卒であれ、教育歴とは別に、職業選択は障害理解の問題を避けて通ることのできない場面となる。つきつけられた厳しい現実を否認しきることが難しい場合には、様々な経験を通して「自分の特性に相応した支援を選択する」ことになるのだが、挫折や喪失の体験から立ち直るために、まずは深刻な体験を総括してフィードバックする相談活動が必要となることもまた多い。

しかし、教育年限は長期化しており、障害の有無にかかわらず、青年の職業自立を先送りする傾向を強めている。学校に長く在籍し続ける

ことが当たり前となった現代社会は、また、学校卒業と同時に雇用機会を保障することに困難の大きい社会でもある。したがって、フリーターやニートの中に紛れ込んでしまえば、発達障害青年が力不足であったとしても、就職して失敗するまでは、あるいは失敗したとしても、目立たないだけの外的条件は十分に整っているといえる。このような状況は、ハンディキャップを背景とした未熟練の若者の職業選択に、とりわけ大きな影響を及ぼすことになる。

(3) 職業リハビリテーションの利用可能性

……職業選択で重視されること／

重視すべきこと……

一般に、職業選択に際しては、その仕事が「できるかどうか」ではなく、「興味を持てる仕事」「好きな仕事」「得意なことを生かせる仕事」というキーワードで語られることが多い。これらが「できる仕事」であれば、それは「長く続く仕事」であり「向いている仕事」といえるだろう。しかし、こうした図式は、障害の有無にかかわらず、成立しがたい現実がある。就業可能性は、仕事が「できるかどうか」に加えて「その仕事に求人があるかどうか」が重要となるからである。

したがって、発達障害青年の職業選択に際しても、就業可能性に基づいて検討することが必要となる。就業可能性には、希望もさることながら的確な特性理解が求められる。「適職とは何か」は、旧くて新しいテーマであるが、就業可能性という視点で体験的に彼らの障害理解を促す支援こそ、職業リハビリテーション・サービスの利用可能性を左右する「鍵」となるといえるだろう。

問題となるのは、的確な特性理解の支援を、「いつ」「どこで」「誰が」「どのように」行うか、である。的確な特性理解と職業準備の支援が十分でないままに学校を卒業した青年たちにとって、希望と現実をつきあわせる過程こそが受け入れがたい苦しい場面となることが多い。その結果、支援機関から離れ、“立ちすくみ”や“引

きこもり”などが起こった場合、関係機関並びに関係者が実状を的確に把握できない状況もおこる。

(4) 職業リハビリテーションを利用した

職業生活設計が選択されるまで

職業リハビリテーションを利用して求職活動をする際には、障害に対する理解を適正化することが重要になる。また、障害受容に関連して「できないことをできないとうけとめる」という課題や「働く生活を受け入れる」「労働習慣を身につける」など、職業準備の課題を達成することが求められる。しかし、通常教育を卒業した場合、「就職できなかった」あるいは「就職はしたが継続できなかった」「離転職を頻繁に繰り返すことになった」としても、その背景に障害特性を想定することは最後の選択になることが一般的である。このような経験によって就労準備の困難を増大させることになった事例は、障害者本人並びに関係者に障害理解を支援することが必要であったことを指摘している。

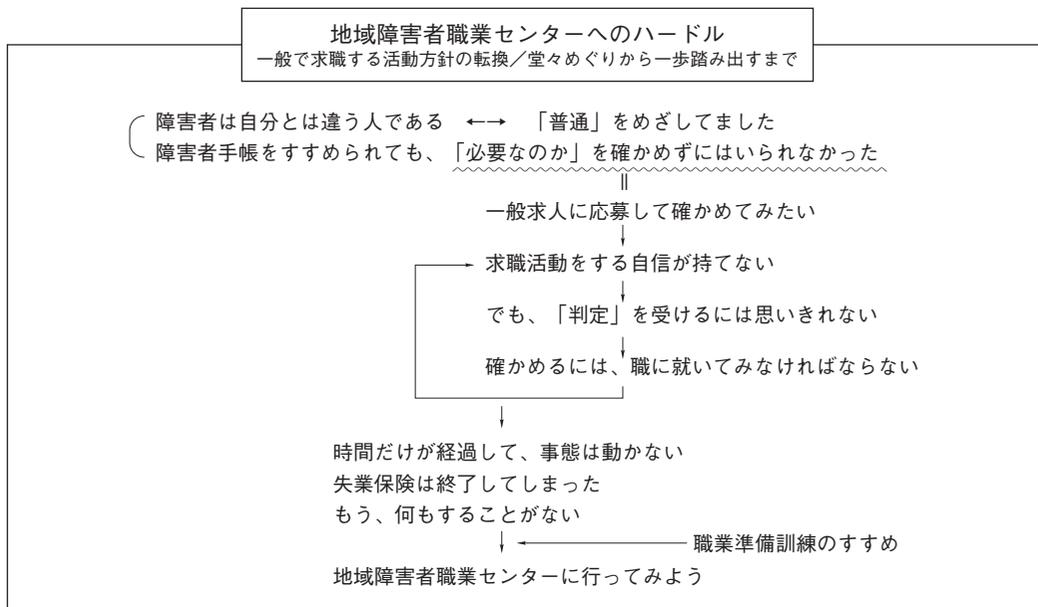
現実には、通常教育を卒業した事例の多くが障害受容と職業準備の課題をあわせもつこと、これらの課題は通常教育の中ではとりあげられ

てこなかったこと、などが指摘できる。この延長上に職業選択があるとすれば、自己理解と障害理解の深化のために、また職業準備のために、青年期に再評価が必要になる。しかし、このような再評価の体制が整備されたとしても、職業リハビリテーションを利用した職業生活設計を選択することへのハードルは高い現実がある。

3 移行支援の課題

もともと、発達障害が成長に伴って状態像が変化する障害であるという理解において、当事者の希望と現実のギャップが大きいことは、すでに述べた。このことは、職業選択に際して再評価が必要であること、すなわち的確な診断が必要となることを意味している。そのうえで、同じ障害名を診断されたとしても、障害特性は極めて多様であり、対応もまた一様でないという問題があることにも注意が必要である。

連続しているという意味で使われる「スペクトラム」という特徴からは、例えば、自閉症の3つの要素（社会性の問題・コミュニケーションの問題・想像力の問題）をもつことは共通していても、その現れ方は多様である。自閉性障



(障害者職業総合センター、2000)

害にもさまざまあって、見た目には違う症状のように見えても自閉症として連続しているのだ、という考え方である。加えて、知的障害を合わせもつ事例もあれば、もたない事例もあるが、それは連続しているという現実もある。

このように、極めて多様な項目において広範囲に分布する特性を視野に入れる必要がある。これは、移行支援のための課題や配慮事項を検討するうえで、①職場に適應するうえでの問題、②作業条件の配慮、③指示理解に関する配慮、④環境整備の課題、⑤家族との連携、⑥関係機関との連携などについて、個別に課題の検討が求められることを意味する。このような特性の把握とそれに基づく配慮や支援の課題を明らかにすることの必要性を踏まえ、以下に、今後構築が求められる移行支援システムにおける連携の課題をまとめた。

最後に、特性理解の支援を、「一般扱いの求職活動における離転職の後で」「不安と緊張と絶望の中で疲れ切った状況で」「職業リハビリテーション機関で」はじめて行う場合、利用者にとっ

て、希望と現実をつきあわせる過程こそが受け入れがたい苦しい場面となることを強調しておきたい。この過程では、長期にわたるカウンセリングを必要とすることが多くなることは言うまでもない。

【文 献】

障害者職業総合センター 2000 調査研究報告書No38 「学習障害」を主訴とする者の就労支援の課題に関する研究（その1）－職業リハビリテーションの支援を利用した事例に基づく検討－

障害者職業総合センター 2001 調査研究報告書No42 知的障害者の学校から職業への移行課題に関する研究－通常教育に在籍した事例をめぐる検討－

障害者職業総合センター 2004 調査研究報告書No56 「学習障害」を主訴とする者の就労支援の課題に関する研究（その2）－青年期における状態像の詳細区分に基づく検討－

移行支援システムの構築のために

- ① 利用者・保護者のニーズや主観的評価を把握していること
客観的評価に基づいて特性を理解していること
- ② 主観的評価と客観的評価のギャップを把握していること
適正な特性理解を共有するうえの課題が明確になっていること
- ③ 連携に関わる支援者間で利用者の適正な特性理解を共有していること
連携関係者の支援目標の認識にギャップがないこと
- ④ 利用者・保護者に繰り返しフィードバックをしていること

第12回職業リハビリテーション 研究発表会の概要

障害者職業総合センター 企画部 企画調整室

1 はじめに

当機構では、職業リハビリテーションに関する研究や実践経験の成果などを広く周知するとともに、関係者相互の交流を行うことを目的に「職業リハビリテーション研究発表会」を毎年開催している。

12回目を迎えた今年度は、平成16年11月30日（火）・12月1日（水）の2日間、千葉市内の海外職業訓練協会（OVTA）と障害者職業総合センターを会場に、研究発表のほか、①増加してきている精神障害者の職業的自立の課題と関係機関の役割をテーマとする特別講演、②障害のある人の多様な職業的自立とその実現に向けての支援のあり方を探求するパネル・ディスカッション、③高次脳機能障害や精神障害者に対する就労支援における医療リハと職業リハとの連携のあり方に関し、会場参加者による自由な討論を行うワークショップを盛り込み開催した。参加者は企業や職業安定機関、医療、福祉、教育等の障害者の職業リハビリテーションに関わる方々773名であった。

2 研究発表会

(1) 1日目の午前、最近の職業リハビリテーションに関する基本的な知識や情報をわかりやすく解説する基礎講座として、「高次脳機能障害者の基礎と職業問題」と「軽度発達障害者の学校から職業への移行」という2つのテーマで実施した。

午後からは、当機構の征矢紀臣理事長によ



基礎講座

る開会の挨拶の後、長崎ウエスレヤン大学現代社会学部教授田中英樹氏を講師に迎え、特別講演（演題：精神障害者の職業的自立と関係機関の役割）が行われた。続いて「障害のある人の福祉的就労と一般雇用」というテーマで、職業能力開発総合大学校福祉工学科教授佐藤宏氏を司会に、福祉施設、企業及び障害者職業センターからの4名のパネリストによりパネル・ディスカッションが行われた。午後の会場のシンポジウムホールは参加者の熱気に包まれた。



特別講演



パネル・ディスカッション

(2) 2日目は会場を障害者職業総合センターに移し、研究発表（口頭発表45題、ポスター発表18題）及びワークショップを行った。口頭発表は、10の分科会に分かれ、「障害者雇用支援ネットワークの形成と情報の共有」「福祉的就労から一般雇用への移行」「企業における雇用の場の拡大」「学校から職場への移行」「ジョブコーチ」「精神障害者」等、関係機関における就労支援の実践報告、企業からの事例や提言等、多種にわたる機関から幅広い内容の研究発表が行われた。「ジョブコーチ」等の4分科会では240名を超える参加希望者があり、今回は急遽アリーナを分科会及びポスター発表会場として設営した。ポスター発表は、前年と比べ発表件数も増え、就労支援機関、企業のほか当機構研究員による発表が行われ、活発な意見交換が行われた。

今回新たに設定したワークショップは、高次脳機能障害や精神障害など医療リハとの連携が重要視されるようになった状況を踏まえ企画したものであるが、医療・保健機関からの参加者が大幅に増加し、医療リハに携わる関係者の職リハに対するニーズの高まりが窺えた。



口頭発表



ポスター発表



ワークショップ

3 最後に

研究発表会では、例年参加者の方にアンケート調査を行っているが、今回も多くの方から回答をいただいた。各プログラムの中で、参考になったとの回答が最も多かったものは、研究発表会の中心をなす「口頭発表」が97%、次いで職リハの基礎知識を解説した「基礎講座」及び医療リハと職リハの連携に関わる「ワークショップ」が92%であった。

特別講演、パネル・ディスカッション、ワークショップについての要約をこの後に掲載している。それらのレジュメ、口頭発表、ポスター発表の概要は「第12回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集」として、障害者職業総合センターホームページ (<http://www.nivr.jeed.or.jp>) においても紹介しているので、詳しくご覧になりたい方はホームページのご利用をお願いしたい。

当機構では職業リハビリテーション研究発表会の更なる発展と充実のために今後とも努めていきたいと考えていますので、関係機関の方々のご意見、ご要望等お寄せください。

特別講演(要旨)

精神障害者の職業的自立と関係機関の役割

長崎ウエスレヤン大学現代社会学部教授 田中 英樹

はじめに

精神障害者の職業的自立とその支援というのは最も遅れており、最も重要であり、かつ最も難しい課題だと私自身は認識しています。その背景や根拠には様々な要因があります。例えば、精神障害者の見方、精神障害者の援助観、一般就労を中心とした職業支援に関わるプログラム開発や技術的課題、環境としての無理解や偏見、厚生施策と労働施策との乖離、企業の求める論理、法定雇用率など制度上の壁などです。ここでは、主に地域ネットワークの課題、チームアプローチ、職業的自立に関して関係機関がどのように連携を強めていく必要があるかを焦点に、私自身の体験や各地域の実践事例も踏まえてお話をしたいと思います。

1 職業的自立の捉え方と対応の変遷

30年以上前に私どもが就労援助の仕事をはじめた頃は、精神障害者の障害特性が職業的自立を妨げる大きな要因ではないかと現場レベルでしばしば議論されてきました。例えば、気を遣いすぎることによって疲れてしまうことや、服薬による負荷、夜眠れず朝起きるのが辛い、人が悪口を言っているようにどうしても聴こえる等、そういう疾病や障害特性で私たちは精神障害者を見ていました。一般就労を希望する精神障害者は以前から沢山いましたが、精神病院に長く入院していれば体力が相当落ちているし、労働習慣は全くなり、対人的なストレスに対する耐性も全然ない。そのためトレーニングの必要性

があるのですが、幾ら実際にトレーニングしても、だから働けるという状態にはなかなか結びつかない。一方で、復職の人たちは結構企業に迎えられる。川崎の精神保健活動はそれこそ昭和30年代後半ぐらいから重化学工業を支える産業精神保健として出発した街です。企業が中心となり、日本で初めて精神障害者の社会復帰の専門施設を作ったという経過があります。ですから、復職の人たちはある意味で大変恵まれており、リハビリ出勤制度、例えばならし出勤や通院日の保障等、非常にうまくいく事例を目の当たりにしていました。

しかし、なかなかうまくいかない事例も沢山ありました。特に困難に感じたのは、新しい職場の開発、開拓の仕事です。当時、小さな企業を1軒1軒回って「精神障害者を使っていただけはないか」と話をするわけですが、障害者本人が望んだ職場がなかなか得られない。また、私たちから見ても、この人に対してこの職場だと相当きついだらうなという仕事しか確保できなかった思いがあります。

その頃は精神障害者が仕事を得るということに関していろいろな意見がございました。特に精神医療は、これは今も意見としてあるわけですが、精神障害者を私たちは障害者であるという認識をあまりしていなかった時代です。どちらかというと、病者、患者という認識でしかなかったと言ってもいいです。したがって、私たちの仕事は、その患者さんの疾病管理、再発防止、再入院を何とか地域でくい止めることが中

心でした。そういう立場から見ますと、働くということは、最もストレスフルな環境に患者さんを置くことにしかすぎないと言われていました。著名な精神科医は「働くことは病気の療養にとってはマイナスの影響しかない」とまで言い切っていました。福祉の関係者、研究者の間でも、「精神障害者を働かせるということがいかに残酷か」ということを真顔で言われたこともあります。「社会の最底辺の、低賃金の、泥と油と汗にまみれたような仕事しか提供できない。そういった仕事が本当に有意義なのか、人間的なのか」というように私などは突きつけられたことがあります。カール・マルクスが“疎外された労働”という概念をずっと前に明らかにしていましたが、まさに“疎外された労働”ではないかとさえ言われたことがありました。

しかし、現実には多くの精神障害者が誰からの何の援助もなしに、就職に挑戦していました。川崎リハができた頃は、言ってみればまだゲリラ的な就労支援の段階で、そのゲリラ的な就労支援がある程度できるようになってきた反面、一方で就労への挑戦に足踏みする人々も出てきました。そして地域に小規模作業所が沢山できてきました。あるいは、今日の精神科デイケアというものが沢山のできてきたわけです。こういったデイケアや小規模作業所は、それはそれで精神障害者の自立支援にとっては欠かせないサービスであることは間違いないのです。しかし、就労、職業的自立の観点から見ますと、その複線コースが用意されたと言っても過言ではありません。実際にもっと働きたいという障害者がいても、人生の目標を一段低くしていただいて、小規模作業所あたりからスタートしてはどうか、そういったことが特に保健・医療関係者の中では当たり前のこととして認識されてきたのではないかと思います。

国際障害者年に端を発してさまざまな施策が精神障害の領域にも広がりました。特に画期的なのは、労働分野から精神障害者の職業的自立に関して様々な施策が次々と打ち出されたこと

です。地域障害者職業センターをはじめ、公設の精神障害者リハビリテーションセンターなど様々な関係者たちが熱心に議論するようになりました。そして、職業リハビリテーションのプログラムが次々と開発され、施設外就労訓練、短時間就労、職場体験実習、グループ就労などの試みが実践的にも広がってきました。そういう意味では、明るい見通しが出てきた。これも間違いない事実だと思います。

しかし、90年代に入ってバブル経済が崩壊して、景気の好調なときには最後に雇われる障害者が、不景気のときには真っ先に首を切られ、大企業で復職した人たちが肩たたきに遭い、たくさんの方が職内状態に戻ってきたわけです。そういう意味では、複線として用意された福祉的就労の場が、ある意味で、精神障害者にとって働くことへの1つの防波堤として必要な社会支援であることは間違いないと思います。

2 精神障害者の職業的自立の理念と現実

1) 現 況

さて、今日の現実はどうでしょうか。「障害者雇用実態調査」(2004. 10. 18厚生労働省)によると、精神障害者の雇用者数は圧倒的に少なく、かつ雇用が続けられるか不安を抱いていると報告されています。

厚労省の雇用実態調査を見ますと、身体障害者は369,000人雇用されており、知的障害者は114,000人が雇用されていますが、精神障害者の雇用は13,000人と発表されており、多くの精神障害者(44.4%)が「調子が悪いときに休みを取りやすくしてほしい」という要望を出しています。精神障害者保健福祉手帳を取得している人は約33万人に上っており、少なくない人たちが現に障害者手帳を取得しているわけです。しかし、就労の形態でいいますと、一般就労で仕事をしている人たちは採用前雇用の38,000人を除くとわずか13,000人。それから、福祉的な就労の場である作業所。現在、精神障害者を主たる対象とした小規模作業所が全国で1,900か所、

ほぼ35,000人が作業所に通っている計算になります。それから、社会復帰施設の中では授産施設という施設があり、約1万人が利用しております。それに、自営的な仕事を含めると、実態としては5万人ぐらいの障害者が複線としての福祉的就労の場で現実には働いているという状況にあります。

2) 職業的自立の理念

職業的自立に関する理念がだんだん浸透してきたのも事実です。特に障害者本人、また、我々支援する人々にとってもこの理念の普及は非常に重要だと思います。労働は、確かに“疎外された労働”と言えるかもしれません。しかし、同時に労働は障害者にとっても生きる上で最も必要な基本的な権利であり、憲法27条や障害者の権利宣言（1975年）で明示されている通りであります。障害者は、働くことによって直接には生計の手段、収入の獲得、そして個性を發揮し、自己実現や自己効力化を増し、さらに社会的役割を実現します。社会の側からこの働くということを考えたときには、それは社会統合を促進するというか、スティグマを軽減します。より具体的には、所得税の収入の増加や社会保障費全体の軽減にもつながるといふ社会効果もあり、雇用という施策の重要性はいわば論をまたない段階に来ていることも事実だろうと思います。したがって、今後我々が、少なくとも働きたいと思っている障害者が働けるという状況を確認するためには、実際にどんな取り組みが必要なのかということを実際に考える段階に来ていることは間違いないと思います。そこで、次に精神障害者の職業的自立を支援する関係機関の現状と課題を見ていきましょう。

3 支援する関係機関の現状と課題

1) 保健・医療機関

代表的には精神科病院、精神科診療所があります。精神科病院は、直接的にはまだ働くということについて十分な、働けることに焦点づけた治療をやっているわけでは決してありません。

ただ、病院の中で最近増えてきたのには、院内SST（ソーシャル・スキルズ・トレーニング）があります。しかし、私は、社会生活技能訓練は本来、病院の中で実施すべきではないと思っています。むしろそれは地域に出て、地域の中でトレーニングをすることに意味も効果もあるのであって、病院の中で実施することは、結果として退院の日を先延ばしする、そういう役割しか果たさないのではないかといつも懐疑的に思っています。

また精神科の診療所や医療機関を中心に、デイケアが急速に増えました。先の障害者プランで1,000か所を目標にしましたが、現在1,100か所ぐらいになっているかと思います。先日、東京で日本デイケア学会があり、就労支援目的の精神科デイケアの分科会がありました。非常に関心やニーズが高く、会場は入りきれない状況でした。そういうことにチャレンジしたいという医療関係者がすごく増えているなど感じました。実際そういったデイケアでは、社会適応訓練事業やジョブガイダンス事業などにリンクしてやっています。そういう試みが増えてきたのも事実です。可能性として、これからの挑戦がまだまだ精神科デイケアにはあるという思いも新たにしました。

2) 社会復帰施設・小規模作業所などの福祉施設・福祉機関

社会復帰施設・小規模作業所の状況はどうかといいますと、授産施設は現実にはほとんど一般就労に結びつかず、平均工賃は精神障害者の授産施設で、現在12,000円ぐらいにしかありません。授産施設を利用している1%に満たない人しか現実には一般雇用で結びついていないのです。セルフ協の調べを見ますと、授産施設を利用している精神障害者で、「授産施設を出て企業で働きたい」と答えた人は64.5%。つまり、3人に2人は一般企業で働きたいという希望を持っています。小規模作業所は、1,900か所ありますけれども、「作業」の名のない作業所も含めると、一般就労を意識した援助を行っていない

い作業所が、東京コロニーの調査を見ますと、47%に及んでいるそうです。私は、社会復帰施設、あるいは小規模作業所も、働きたいという人がいるのであれば、就労支援というものを目標といいますか、意識していくかどうかが、大きなポイントになるのではないかと思います。実際に就労型・事業型の小規模作業所も増えてきました。例えば作業所が喫茶店や物品販売を始めるとか、有限・株式会社にするとか、そういった従来の福祉的という枠に入らないような試みもあちこちで行われるようになりました。しかし、多くの施設は、職業に関してはまだまだ前段階のトレーニングに随分力を入れていますが。特に精神障害者の場合は、働くということの動機づけが極めて弱いとか、職業準備性のために様々なトレーニングを段階的に積まなければ一般雇用結びつかないという経験主義や仮説的な議論の中で、施設での訓練が日々行われているのが実態であります。

社会復帰施設の中でも、新しい試みで、特に職場開拓を沢山やるような施設が生まれてきたのも事実です。例えば熊本のあかね荘という施設は、就労への動機づけを高めるきちんとした援助がなされるだけではなくて、地域でのネットワークで職場開拓を効率よく進めていく、そういった取り組みが現にできています。

3) 職業リハビリテーション・雇用関係機関

ハローワークが1つの代表的な機関だと思えます。ハローワークを通じて精神障害者が就職した件数は、15年度で2,493件。精神障害者のジョブガイダンス事業を使ったのが145施設で832人となっています。また、トライアル雇用で257人が実際に雇用の機会を得て、継続雇用に移行した人が157人と載っています。90年代以降、非常勤ではありますが、精神障害者担当の職業相談員が各ハローワークに配置されてきましたし、精神障害者のジョブカウンセラーも沢山生まれてきました。そういう意味では、公的機関もかなり意識して精神障害者の就労に取り組んできたのも実態であります。実際には、地域障

害者職業センターのほうもさらになじみ深いかなという感じがします。障害者職業カウンセラーは、全国で273人がこの分野で仕事をしているそうですけれども、特に近年では、ジョブコーチ、職場適応援助者事業で精神障害者を実際に雇用し支援しているのが238人となっていますし、精神障害者の職場復帰支援（リワーク）事業など、新しい事業も試みられています。

そうした経過の中で特に注目したいのは、障害者の就業・生活支援センターだろうと思えます。障害者の職業的な支援と生活支援を一体的に行い、雇用の促進・安定を図っていく、いわば地域就労支援の拠点となるような施設です。実際、全国75センターで就職した精神障害者はまだ110人と聞いていますから、本当にこれからのだろうと思えます。

しかし、多くの保健・医療関係者にとって、そうした職リハに関わる雇用関係の援助機関が地域でどの程度本当に精神障害者に役に立っているのか、あるいは、我々と一緒にネットワークを組んでいるのかということで見ますと、あまり見えてこないという声もしばしば聞きます。

4) 行 政

精神障害者のサービスに関しては、精神保健福祉センターや保健所がその中心的な役割を担ってきたわけですが、最近、一部福祉的なサービスに関しては、市町村に業務移管されています。通院医療費公費負担や手帳制度の窓口がその代表ですが、市町村も精神障害者の地域での自立ということに対してきちんとコミットすることが最近では明らかになってきました。熱心な市町村は、積極的に精神障害者の小規模作業所や授産施設に対して様々な援助をしています。仕事の斡旋や、業務委託の強化等が見られるようになりました。そういう意味では、行政も結構熱心にやってきたかなと思うのです。

保健所では社会適応援助事業（社適）を使って援助することが多いのですが、保健所の少ない職員で就労援助するというのは大変で、個別援助の延長でしか対応できません。私の経験で

すと、例えば1人就職するとそのフォローが必要となり、対象者が増えると個別の面接では対応できず、集団ミーティングのような形でフォローしました。それでも月1回では追いつかず、最低2週間に1回は必要でした。一方で、新しい職場開拓をしなければいけない。職場開拓というのは口で言うほど簡単ではなく、足を棒のようにして回ってやっと成果が出るかどうかですから、個人がやることの限界はいつもその時点で感じていました。やはり組織的な対応をしていかないとうまくいかないのだということが、明らかになってきたのではないかと思います。

さて、肝心是企业ですけれども、やはり長く精神障害者の雇用イメージは非常に悪いものがありました。生産性が低下する、手間がかかるのではないかと漠然とした偏見みたいなものを企業では払拭しておりませんでした。我々は熱心に精神障害者にリハビリテーションに励んでもらいたいということで、施設でも、作業所でもやりますけれども、現実是一般就労に結びつかず、社会的通所みたいな現象が一方で起こってきます。また当時は労働省を中心に、障害者雇用の制度を次々とつくってきたわけですが、それらの制度を利用できる精神障害者が、現場の感覚で見ますと極めて少ない、ハードルが高いというような状況もありました。つまり、授産施設や小規模作業所に代表される保護的なシステムをつくって別の道を用意するか、あるいは労働分野の人たちがいろいろな新しい制度、システムをつくってきたのですけれども、それに合った選ばれた人しか利用できないかという、何ともやりきれない気持ちが当時はあったと思います。

昨年10月、厚労省が今後の障害者保健福祉施策について、改革のグランドデザインを発表しました。国のビジョンにしては斬新だと率直に思いました。応益負担の導入や全体としての税の抑制基調はかなり問題ですが、評価できる側面もあります。その中で特に施設のあり方に関して、継続的就労タイプ、それから就労移行

支援タイプ、そしてデイ・アクティビティ・タイプという3つのタイプを発表しています。この機能に着目した3つの施設類型も、ある意味では非常に理解しやすいものだと思います。しかし、現実の小規模作業所や精神障害者の授産施設の現状を見ますと、この3類型にどのように当てはまるのか、今のところはまだ距離感があるという印象も拭いきれません。何といっても、個々の施設がその内部でいくら改革をしたとしても、初めから限界がついているわけです。福祉の現場でいうと、バリアフリー住宅というのがもてはやされますし、現にそういう設計は盛んで、確かに家はバリアフリーになる。しかし、家に着くまでは階段や坂道の連続で、一体だれが住めるのかと思いました。職業的な支援ということも、このバリアフリーと同じように、1つの施設、1つの機関だけが内部で改革すれば何とかなるという現状ではないと思うからです。

実際、働くということの主要な政策は労働部局がやるわけですけれども、ハローワークは国の行政機関ですから、地域でとらえた場合に、保健・医療・福祉・労働というのが縦系列のままになっており、別々の現状、縦割りの支援のままに置かれているのが事実です。地域の障害者のニーズはここからここまでが福祉で、途中が医療で、こっちが労働というニーズではないわけです。1人の中に多様なニーズを持っているわけですから、地域における窓口の一元化ができていない現在、それはある意味でとても不便な話ということになります。

4 地域ネットワークとチームアプローチ

1) 地域ネットワーク

これからの精神障害者の職業的自立の促進には、特に多職種から成るチームアプローチをどう展開するかということと、地域ネットワークをそれぞれの地域でどのように構築するか。そして、そのためにさまざまな人材育成を図るとか、人的な配置基準をきちんと整備して

いく。特に施設などは建物基準というのがとてもうるさいのですけれども、人員配置基準というのはあまりうるさくないのです。私は、建物があるから施設ではなくて、人員配置をきちんとする、そのことが基本にならなければいけないと思います。そして、地域ネットワークに関しては、地域の中核となるべきコーディネート機関をそれぞれの地域で明確にしていく。そして、その実施機関としてさまざまな関係機関を位置づけるということが大事だと思います。

地域ネットワークを概念整理しますと、「地域を舞台として展開される異質で関連性のある人的・物的資源の有機的結びつきとその作動態様」(田中：2001)ということになります。詳しくは省かせて頂きますが、地域における就労支援ネットワークの構築は、まさに今の焦眉の課題になっています。就労支援というのは、1施設、1個人、1機関で自己完結できるほど簡単なものではないということです。そして、この就労に関するネットワークを広げることが今までの保健・医療中心のネットワークをさらに広げていくといえますか、全く新しいレベルの社会的ネットワークを確立していく大きなきっかけになると思います。

地域ネットワークの役割は、まずは、ホームページの活用や情報誌の発行などで就労に関する情報をお互いにきちんと発信し、共有する。そして、精神障害者の働ける場をそれぞれの地域で確保する。職場や仕事の開拓や実習の場の確保などを共同受注、共同事業を興しながらお互いにあるものを相互活用することで、このネットワークというのは明らかにその役割を發揮すると思います。

なお、ここで地域ネットワークの特性を紹介しておきます。

○地域ネットワークの特性

① 発した起点者が誰であるかによっては、作りやすい場合とそうでない場合との振幅が激しい。

- ② 横並びの緩やかな組織原理をその生命としている。それゆえ現実原則からは矛盾を内包しやすい。そこに加わる構成員が純粹に個人の資格でない限り、階層的な組織原理に身を置いた者たちで構成されるからである。この多中心性を認識しないといつでもネットワークは構成員の属性が影響して変質・破綻しやすい。
- ③ 構造は、柔軟性や開放性を持つ。ネットワーク構成員は決められた制限や基準から拘束されることなく、自由な参加意志でいつでも加わることができる。
- ④ 起点者の意図とその後の構成員の課題共有という持続性や同心円的な広がりを期待する方向性と強度(関係の強さ)に左右される。この方向性と強度は、目的とその共有によって生じる関係の流れを形成する。地域ネットワークは水平的な結びつきであるという意味で、構成員の固有性を尊重した形で形成され、その延長において構成員各自の適切な役割期待に応えたときに最も効果を發揮する。
- ⑤ 相互作用的で発展的なものであり、複数の行為者が存在するときに限って生じることができる特性である「創発特性」がある。

しかし現実のネットワークは、上の5つに書きましたけれども、なかなか難しいですね。ネットワークはすばらしいというのはいろいろな人が言うのですけれども、現実にはネットワークを構成するとなると、歪んだネットワークになる場合が結構多いからです。ネットワークは、誰が発したかという起点者によって、つくりやすい場合とつくりにくい場合という性格をまず帯びる、振幅が激しいということです。それから、ネットワークは、組織論で言えば水平の組織ということになるのですけれども、実際にネットワークを構成する人たちというのは垂直の組織、現在の組織に身を置いた人たちで構成されますから、ネットワーク自体が変質しやすい

という特性もあります。それから、ネットワークは、構造的に言いますと、システムと違ってやや当てにならない、参加するもしないも自由というようなところがあります。他にも大事なものは、5点目に書いた創発特性です。ネットワークというものは、組むことによって生じるプラスアルファです。このネットワークを就労の部分できちんとつくっていくと、それは大変な強みになると思います。

○地域ネットワークの事例

札幌の白石区に「ヨベルの家」という小規模作業所がありますけれども、ここは商店街・町内会の人たちが中心になってつくった作業所です。人口13,000人ぐらいの北海道の浦河にある「ベテルの家」の実践を見て、自分たちの町でも何かできるのではと考え、そうしてヨベルの家が生まれたそうです。

これはある種偶然かもしれませんが、福祉関係者の中でも、企業家の集まりのメンバーになっている人もいます。例えば東京の「JHC板橋」は中小企業家同友会と連携して、いろいろな仕事や職場の斡旋を図っていますし、そういうところに積極的に働きかけるというのが、私はネットワークをつくる上で大事だと思います。

しかし、もっと大事なものは、個人間のネットワークは異動したらおしまいです。個人間のインフォーマルなネットワークにとどめていたら成長しないと思います。何らかの形でトップに働きかけ、ネットワークをシステムとしてきちんと確立させていく。それがとても大事だと思います。そういう意味では、関係機関の地域ネットワークは、知的障害者のほうが先輩として、いろいろな地域の実践を積み重ねてきたという感じがします。

世田谷区立通所授産施設の「すきっぷ」は、知的障害者の授産施設として前から注目されている施設で、クリーニングと印刷で定員が40名だと思います。「全員が一般就労を目指す」、こ

れがこの施設のモットーです。私はすばらしいと思います。そのために、授産施設と就労センターがいわば一体化してこの課題に挑戦している。施設の利用期限は、精神障害者の多くの施設とは全く異なり、明確に期限があり、最高で3年、平均すると1年半ぐらいたそうです。施設の開設から6年間で一般就労した人たちは117名、つまり2週間に1人が一般就労している計算になります。

授産施設をやることで、利用者の特性など見えてくるものが沢山あると言われます。そこに施設の持っている有利さもあるのだろうと思います。仮に就職しても、調子を崩し、また戻ってくるという人たちもいますから、施設が戻って来られる場所としての役割はあるのだろうと思います。しかし、この施設は、施設の内部だけで改革したからどうにかなったというものでは決してないと思います。世田谷区役所がかなり力を入れており、区役所が優先受注し、随意契約で年間1,500万この施設に委託しています。職員も施設の基準プラス5名の職員を加算配置しています。それから、世田谷区は独自の実習手当金制度を持っています。働いたら1時間300円の手当を出します。ですから、協力事業所で体験実習ができるのです。さらに、とても進んでいると思うのは、職場開拓でスターバックスコーヒー30店舗に就職しています。それから、ユニクロ。チェーン店の企業がとても多いことです。チェーン展開していますから、1店舗開拓してそこで成功すると、チェーン店全部に広がる。また、ユニクロなどは契約社員がとても多い。環境的に見ると就職しやすく、社員がみんな若く、教育力、共感力が非常に高いと思います。

この「すきっぷ」では、世田谷区で雇用のための研究会を組織していて、何十社という企業が勉強会に参加しています。世田谷区の障害者雇用促進協会というフォーマルな協会もあり、ここには精神障害者のNPO法人の障害者支援情報センター、商工会議所、青年会議所、工業振興会、商店街連合会、区役所、就業・生活

支援センター、地域障害者職業センター、ハローワークや、小規模作業所、授産施設が参加して、ネットワークが確立しています。これは大きな強みだと思います。私は、「すきっぷ」の実践を見て、精神障害のところも可能性として相当いろいろなことができるなと確信しています。現にそういう取り組みが始まっています。

もう1つ、全国的に実践として評価されるのが、和歌山県田辺市のやおき福祉会の「紀南障害者就業・生活支援センター」ではないかと思えます。ここは精神障害者が主対象になっていますし、短時間就労をうまく使い、1日3時間ぐらいの短時間就労から始めています。そして、仲間によるワーカーズクラブの育成があるとか、事業所を核とした関係機関の就労支援ネットワークがきちんとつくられています。就労にもいろいろな工夫があり、ペア就労とか、グループ就労はかなり取り入れられておりますし、カウンセリングをやるのはピアカウンセラーで、ピアカウンセリングによるピアサポートがあります。そういう意味では、このやおき福祉会の取り組みも、今の時点ではトップランナーをついているのではないかと思います。

大阪は連合大阪を中心に障害者雇用支援ネットワークをつくっておりますし、ここでは関西の経営者協会とも連携を強めています。あるいは、沖縄の「ふれあいセンター」、ここでは総合的な就労支援に取り組んでいまして、納得のいく社会参加をスローガンに、第一に働くということを掲げて頑張っています。今のところ、沖縄のふれあいセンターは全員が一般企業に行くという成功をまだしていませんけれども、沖縄全体が非常に厳しい雇用情勢にあり、その中で、働くことを納得のいく社会参加の第一に掲げているということ自体、私は尊敬に値するのではないかと思います。

スワンベーカーリーはクロネコヤマトがかなり支援していますし、民間補助団体であるヤマト福祉財団が補助する就労支援の例というのが今各地に見られるようになりました。ですから、

全国ネットの大きな企業体が支援を始めると、いろいろな可能性が広がる、これも間違いないだろうと思います。

それと、現場レベルでは仕事中心のセルフグループの育成や支援ということも始まっています。世田谷区や文京区では仕事ミーティングを始めていますし、ほかの作業所あるいは授産施設が中心になって仕事探しクラブを始めましたとか、ワーカーズクラブをやっていますとか、そういう例があちこちから報告されるようになりました。

その中でおもしろいのは、この職業リハの領域にもコンシューマースタッフの人たちが少しずつ出てきたということです。一番大きなきっかけづくりは、障害者の生活支援センターだったと思います。ここでピアカウンセラーという肩書きを持った障害者が次々と生まれ、名刺にちゃんと「ピアカウンセラー」とか「就労ピアカウンセラー」と書いてあるのです。就労の状況の中でコーチ役をしているのですね。アメリカのビレッジというところにライフコーチアドバイザーという人がいるのですけれども、それは障害者本人ですね。ACTチームでは「リカヴァリ・スペシャリスト」という人たちが障害者本人です。就労の場所でそういうアドバイザーをするピアカウンセラー、こういう人たちが日本でも出てきました。それから、ピアヘルパーは沢山育成していますし、中には、ピア精神保健福祉士も出ています。名刺にちゃんと「精神保健福祉士」と書いている障害者の人たちも何人も出てきました。特に有名になったのは、北海道札幌の「すみれ会共同作業所」ですね。ここは、職員が全員、精神障害者本人です。ほとんどの人が精神保健福祉士、私と同じ国家資格を取得しています。先ほど言いました「ベテルの家」は、障害者の仕事興しといえますか、起業ですね。もう1億円以上昆布を売り上げ、地域になくてはならない企業として成長していますし、大阪では、労働者の派遣事業として障害者がかかわっていますし、いろいろな実践が地

域では広がってきたという感じがします。

ソフト面の支援体制ということと言えますと、このように、地域にある支援機関が、水平の組織としてまとまってどう支援できるか。その支援の中に、関係しないであろうと思われる地域の住民もどう支援の一員として入ってこられるか。これが特に課題ではないかと思えます。不動産屋、食堂、隣人、町内会とか、いろいろな人たちが精神障害者の地域での自立支援の中にこれからどうコミットできるか。そこが非常に大事ではないかと思えます。

そうした中で、滋賀県では、社会的事業所の経営戦略会議という、いわば企業ネットワーク組織を立ち上げようという動きがあります。この中では、就労支援チームを特に重視しているという感じがします。全国的には、ACTが注目を浴びているのはご承知かと思えます。これは、アメリカのウィスコンシン州で始まったアサーティブ・コミュニティ・トリートメントですね。このプログラムに関しては、就労のケアチーム、支援チームというところでいいますと、世界的にはかなりスペシフィックなチームがつけられています。ACTそれ自体はベーシックなチームといいますが、ジェネリックな支援チームが基本なのですけれども、その中で、スペシャリスト支援チームがアメリカだけでなく、ニュージーランドやイギリスなど、海外では随分つくられているなという感じがしました。

2) チームアプローチ

次にチームアプローチについても付言しておきます。チームアプローチとは、「共通する目標のもとに複数の人の知恵と力を結集する総合的な援助の布陣であり、問題解決の手法である」(田中：2002)と概念整理できます。その目的は、「利用者の自己決定の行使を支え、ケア判断の客観化やケアのパッケージ化により、サービスの質と効率性を確保し、ケアの安定性と継続性を図ること」にあります。また原則は、①利用者主導の提案型援助、②チームメンバー相互

は独立と協働、③共通の価値観と目標を確認しあいながら調整に置かれています。

チームアプローチで言いますと、恐らく二層のチームアプローチが必要かなと思います。1つは、最もベーシックな、ジェネラリスト支援チームとして、地域生活支援センターであるとか、障害者就労・生活支援センターであるとか、そういった拠点施設をまず確保して、そこでどのように関係機関が持ち寄ってチームをつくるか。これが大事だと思います。

ACTチームの場合は、普通10名以上から15名程度のスタッフが1チームをつくるわけですが、この10名以上の異なった職種の人々がチームをつくる場合に、どうしても日本では1つの機関だけでそれをやろうと考えます。しかし1つの機関でやる必要はないと思います。どこかの機関がヘゲモニーをとって全部ひとり占めしてということは弊害が多いだけです。今、このACTチームに最も関心を寄せているのは実は医療機関なのです。医療機関は社会的入院ということで、7万人を越すベッドの削減が国から示されており、いわば経営死活問題となっています。その中で、どう医療のウイングを広げたら良いか、一生懸命考えているわけです。ACTでそれがもし実現できるのであれば、地域全体がベッドだと思えばいいと考えるわけです。確かにACTは壁のない病棟から始まりましたから、恐らく声を上げてくる医療機関がこれから増えてくるのではないかと思います。

しかし、その医療機関の医療というのは何なのか。例えば就労支援もACTはやるわけですが、医療というのが絶対的な価値として先に出発してチームをつくりますから、どうしてもそのチームリーダーは医者がやらざるを得ない。そして、医者判断・意見が優先されていくわけです。その医者というのは、精神障害者の就労にたけているところか、作業所も、授産施設も、地域障害者職業センターも、ハローワークにすら行ったことがない医者が沢山います。よくわからないけれども、あそこに行つてはど

うかというように平気で言う人がいます。そういう人たちがACTをつくってどうなるのか。日本版ACTというのはこれから注目していかざるを得ないと思います。いろいろな機関がありますが、どの機関が全部を占めるということでなくて、それぞれの機関が小出しをする、いわばスタッフを持ち出して、そしてみんなでACTチームをつくる。その一部は、例えば医療サービスであれば診療報酬で請求すればいいし、職業支援的なサービスとしてやるのであれば、それは雇用促進法に基づく助成金でやるなど、いろいろな制度をうまく使って支援する。そういう上下のない、対等な、横並びのケアチームというものを今からつくる必要があるのではないかと思います。

最近、ベッカーとドレイクの本で、特にIPS（インディビジュアル・プレイスメント・アンド・サポート）と言われるアメリカの新しい実践について詳しく紹介した本が翻訳されて出版されました。我々が今やっている現モデルというのは、「トレイン・プレイス」モデルと言われるものですね。私が若い頃やっていたのは、モデルも何もありません。いってみれば、「ノントレイン・プレイス」モデルというのでしょうか。トレーニングも何もなく、本人任せで、ただ就労にがむしゃらに挑戦するというタイプでしかなかったわけです。それから今、施設での訓練を経て、病気のある程度開示しながらの就労、これがメインルートです。サブルートももちろんあり、先ほど言いました福祉的就労支援で、デイケアも含めて、社会的な通所支援ということをしきりと複線として確保する。これが我々の原モデルです。

しかし、ニューモデルは明らかに「プレイス・トレイン」モデルに変わります。これは、特にチャールズ・ラップたちが提唱したストレングスモデルの考え方に基づくと、精神障害者の見方が大転換しているのです。精神障害のある人に対して、最初に私が言ったような見方はなくなっています。可能性とか、潜在とか、

希望とか、夢とか、いろいろなものを持っている豊かな特性が逆に今は出てきていますから、実際の就労の場における支援というのがどれだけ大事か、そのために就労支援チームが大事ということです。そして、その就労というのは、あくまでも個別の丁寧なケアプログラムを立てながら行っていきます。機械的に何かがあって、そこに段階的に設定して次の段階に引き上がるという話ではないのです。非常に個別ケアが基本なのだということが明らかにされています。私はそれを丁寧にやるためには、就労支援チームの中にもう1つスペシャリストの支援チームがやはり必要だと思います。そして、このスペシャリスト支援チームは、地域障害者職業センターや、精神保健福祉センター、これらがやはり拠点となってスペシャリスト支援チームをつくる必要があるのではないかと考えています。

○海外の状況

韓国では就労支援はどこの施設も重視しています。そして、我々がやった実践より非常に進んでおり、企業ときちんとタイアップし、職場訪問など、フォローができています。精神障害者は施設を半年も利用しないで就職していくのです。それを見て我々は何をやっていたのだろうかと思いました。決して、韓国は経済が豊かで日本がそうではないということではないのです。韓国も非常に不況が激しくて、大学を卒業しても就職できない人が随分いて、その中でも精神障害者の社会福祉施設がきちんと就職させているという事実は、ただ不景気だからできないという言いわけはもうできないという感じがしました。

イタリアのトリエステにはコーポラティーバー・ソシアルという、就労を中心とした社会協同組合があり、これは北イタリアだとほとんどあります。トリエステで見た就労の場はまさに本格的です。あらゆる業種、恐らく何十という業種が街の中にありまして、精神障害者は、最初は研修生という位置づけでそこに入り、研修

の期間は訓練手当が支給され、一定の研修を経たら社員になれるのです。そして社員は、やがて選挙で理事や経営者になれます。これはすごいなと思いました。街の中では一般の企業が職業教育をやっていますから、100人以上の精神障害者が職業教育を得ることができますし、いろいろな意味で社会の仕組みとしてこういうのがあるといいなという感じがしました。

イタリアではたしか人口の6%が障害者だということです。刑務所の受刑者も障害者に数えていますし、社会的疎外者という人たちも障害者になっています。6%の半分の3%が何らかの具体的な援助を必要とする人々と位置づけているそうです。我が国でももう6%は障害者だと私は思っています。身体障害者は351万人と国の統計で発表されましたし、知的障害者は46万人、精神障害者は258万人ですから、累計で655万人です。それに高次脳機能障害、発達障害、

難病やユニークフェイス障害など、全部入れますと、日本の国民のうち16人に1人ぐらい、七百万十万人は障害者だということになります。ですから、我々の技術的なレベルでの課題も多々ありますけれども、同時に、政策レベルでも施策を前進させることがとても大事だなと思います。

5 おわりに

精神障害者もやっと雇用促進法の改正に向けて、実雇用率への算入がほぼ改正点に入ってくると思います。精神障害者も働けるということを社会的に認知する大きなきっかけ、弾みになることは間違いないと思います。そういう情勢の中で、この第12回職業リハビリテーション研究発表会が精神障害の分野に関する講演として私を招いてくれたことに深く感謝します。



特集2 第12回職業リハビリテーション研究発表会

パネル・ディスカッション(要旨)

障害のある人の福祉的就労と一般雇用

司会者：職業能力開発総合大学校 福祉工学科教授

パネリスト：(社福) 唐池学園 通所授産施設貴志園施設長

(社福) 水戸市社会福祉事業団 水戸市障害者就業・生活支援センター所長

株式会社バロー 取締役企業設計統括本部長

大阪障害者職業センター 主任障害者職業カウンセラー

佐藤 宏

富岡 貴生

野田恵理子

今井 俊幸

佐藤 伸司

○司会(佐藤) このパネル・ディスカッションは、「障害のある人の福祉的就労と一般雇用」というテーマになっています。福祉的就労と一般雇用との結びつきの問題については、近年、新しい動きが出てきているのではないかと思います。

1つは、国の障害者基本計画が平成14年12月に出ましたが、それを受ける形で、厚生労働省から障害者雇用対策基本方針が昨年15年3月に出ています。その内容をみると、障害のある方の重度化や高齢化の進展等を踏まえて、雇用部門と福祉部門などの関係機関が密接に連携し、障害者が雇用・福祉の両分野間を円滑に移行できるようにするとの方針が出されています。

ただ、そのためには、現場でどういうことが起きていて、何が問題になっているのかという現実を踏まえて対策を進めていく必要があると思います。そういう意味で、本日、4人の方にパネリストとしておいでいただいたわけです。はじめにこの方々から、それぞれ問題提起をしていただき、それを踏まえて、フロアの方々の質疑等も含めて議論を進めていきたいと考えております。

一番最初に富岡さんをお願いしたいと思います。富岡さんは、神奈川県綾瀬市にあります知的障害者通所授産施設、今日では社会就労センターという呼び方のほうが一般的になってきていますが、その貴志園という施設の施設長をなさっています。富岡さんは、障害のある方を

一般就労の場へ送り出す立場にあります。そういう観点から、施設の現状や、障害者の就労をめぐる、一般就労への移行の問題等についてお話していただこうと存じます。

2番目には、水戸市障害者就業・生活支援センター所長の野田恵理子さんをお願いしたいと思います。障害者就業・生活支援センターは、平成10年の障害者雇用促進法の改正で制度化された施設ですが、地域レベルで、就労上の支援とあわせて、職業生活を維持する上で必要な日常生活や社会生活への支援を同時に行う機関として設けられています。障害のある方を送り出す側と、これを受ける企業の間立つ機関の1つということになると思いますので、そういう立場からのお話をお願いしたいと思います。

3番目は、株式会社バローの取締役企業設計統括本部長をなさっておられる今井俊幸さんです。(株)バローは、本拠が岐阜県多治見市にあり、スーパーマーケット、ショッピングセンター、ホームセンターなど手広く事業を展開されている企業と伺っています。近年、特に障害者雇用に大変力を入れておられ、雇用率が既に1.8%に達し、それを上回る段階までできていると伺っています。障害者を受け入れる企業の立場で、企業としての理念や、受け入れに当たっての仕組み、課題についてお話をいただきたいと思います。

最後に、大阪障害者職業センター主任カウンセラーの佐藤さんは、障害者ご本人、あるいは

企業といった、障害者雇用に関わるさまざまな関係機関とのコーディネーター役を果たしておられます。障害者職業センターは、また、ジョブコーチの派遣や、職業準備支援事業などのサービスを展開している機関でもありますので、その立場から、障害者の就労サービス全体を見渡したお話をいただきたいと思っております。

○富岡 知的障害者授産施設貴志園の富岡と申します。本日はよろしく申し上げます。本日は貴志園で行っている就労支援の実践と福祉的就労、そして利用者の特徴をお話したいと思えます。

はじめに貴志園は、知的障害のある方で、働いてお金を稼いでいろいろと楽しみたい方、働くことを通してお友達とふれあいを楽しみたい方、働く技術を学びたい方、就職したい方などが利用している福祉的就労施設です。入所は30名、通所が34名、合計64名の方が利用しています。

作業内容は3つの部門に分かれており、1つは下請け部門、2つ目に自主製品部門、3つ目に施設外受注作業部門があります。貴志園は働く場所ですので利用者へ賃金を支払います。作業の受注の確保にはとても苦労していますが、賃金の確保に向けて努力しています。その中の施設外受注作業は、利用者数名と非常勤職員が直接企業に出向いて作業を行っています。協力してくれている企業は、1つは農協でのトマトの梱包作業、もう1つは日立製作所で空調関係機械の部品の梱包作業です。企業内で作業を行うことで、施設内での授産活動では経験できない多くのことを学んでいます。今後は、施設外受注作業を増やしていきたいと考えております。

利用者のプロフィールとしては、入所依頼のほとんどが精神面、パーソナリティ面、行動面で課題の多い精神障害重複知的障害者で、入所30名のうち60%が精神科受診者で、情緒精神面で細やかな対応をしなければならない利用者が著しく増加しつつあります。主体を占めるこれらの利用者は、ある程度作業能力があっても、

家族変動や対人関係、居住環境によっては不安定になりやすい利用者であり、そのパーソナリティの特徴を言えば、自我面が未成熟、傷つきやすく、対人関係に対して影響を受けやすいという特徴があります。職業能力が高くても、手厚い精神的ケアを必要としています。

入退所の状況として、年間平均2～3人の方が在宅やグループホームなどへ移行しております。就労状況については開設から現在までの年間平均就職率は4.48%です。平成10年以降長引く不況のためか、また重度化した利用者の状況などから一般就労率は低下しており、神奈川障害者職業センターとの連携や園独自の職場開拓など、就労支援には力を入れているものの、厳しい状況であります。

施設入所の利用目的は、多くが家庭での養育困難、精神科病院からの移行者、失業等により住む場所を失い保護された方など、社会環境において不適応を起こしている方の利用が多く、精神的に不安定な方への情緒面のサポートを必要として、まずは心の安定を図ることを目的として利用される方が多くいます。「現状の生活から抜け出して、早く安心したい」と訴えられる方がほとんどです。

自立に向けた支援としては、不安定な状況を改善し、自信を回復していくための支援が求められますが、まずは家族関係の調整を行い、続いて対人関係の持ち方を学びます。利用者の生育歴をたどって本人を理解することを援助の基礎とします。支援者と利用者の良好な関係から信頼関係が構築され、自信を回復していきます。気持ちが安定してきますと、将来のことを考える余裕が生まれてきます。就職したい、アパート・グループホームで生活したい、結婚したいなど、私たちは利用者の希望が実現できるよう進めています。

続いて、職業訓練についてですが、利用者の中には、就職を目指している利用者と、福祉的就労の場としている方がいます。後者の方は、日中作業の場として利用しており、工賃は平均

で月額2万円となっております。

就労支援では、仕事に対する態度の育成を行い、施設外受注作業、実習など、就労に向けた支援を行っております。施設外受注作業では施設内の授産活動では経験できない体験が持てるのが大きなメリットかと思えます。会社に働きに行くという利用者を意欲的にします。また、常に職員が付き添っているため、会社でのトラブルに迅速に対応ができ、利用者にとっても安心できる状況となっております。企業側にとっても障害理解にもつながり、そのまま就職ということもたまにですがあります。

事例を紹介します。勤め先は塗装会社。作業内容は、塗装部品の引っかけ・取り外し。うちの施設から4名の方が利用し、半年間施設外受注外作業を行いました。結果、集団就職という形になったのですが、会社の事業縮小が決まり、中止となりました。

就労支援につきましては、園独自の職場開拓というものを行っております。貴志園の作業環境でなら働くことが可能だが企業となると難しい方が多く、本園の環境に近い状況にすることで就労できないかと企業の方にお話をさせていただき職場開拓を進めています。

その中で短時間の就労と複数の利用者の組み合わせによる就労について職場開拓を進めてきました。

事例としては、養鶏場での卵の選別・箱入れ作業に就いた方がいます。対人緊張が強く、自発的なコミュニケーションが難しい、年齢的・体力的に長時間働くことが難しいという方で、企業と調整した結果、週5回午前中のみパート雇用で働くことが可能となりました。

続きまして、本園は、神奈川県障害者職業センターとの協力機関型ジョブコーチとして登録しております。ジョブコーチとして登録することで就労支援の技術が習得できるという大きなメリットがあります。職業センターに登録している利用者の他に、年間2人から3人の貴志園利用者の方の就労支援も一緒にしております。

連携して行うことで、就労と生活場面での具体的な支援が可能となっております。事例としては、車のシート加工で就職した方がいます。この方も対人緊張が強く、自発的なコミュニケーションが難しい。職業センターと本園で協議を行い、生活面の支援の方法も考えながら、就労支援を行い、結果、実習先での評価はとてよかったです。会社内の人間関係が合わなかったことから、就労意欲が低下してしまい、就労には結びつかなかったケースがございます。

就労後の定着支援としましては、障害者雇用企業訪問相談をしております。本園の利用者の就労後の定着支援のほか、そこで働く障害者向けに出張の生活相談を行っております。

事例は、特例子会社の梱包作業に就いた方がいます。就職して10年、その間、福祉サービスの利用が全くない方で、本人及び家族ともに将来のことについて、どこに相談していいかわからなかったという方です。そこで、福祉事務所ケースワーカーと連携してグループホームの見学などを行い、入居することになり、就労と日常生活の両面を見ていくことができたケースです。相談を行っていくことで、本園の利用者がそこに就職することにもつながりました。バックアップしてくれるところがあると、とても安心だと企業側からも言っていたら、うれしく思っております。

最後に、神奈川県綾瀬市では、知的障害者の3施設が協力して、市単独事業による知的障害者相談室を市役所に開設し、日常生活相談・福祉サービス等に関する初期相談から専門的な相談対応機関への紹介、ケアマネジメントによる支援計画の作成等を行っております。単独では難しいということから行っております。

ここでの相談や本園の就労支援を行う中で感じることは、就労の領域と生活の領域の互いの支援を必要としている方が多くおられることです。情緒精神面での支援を必要としている方の就労支援は、日常生活相談なくして就労は難し

く、定着も難しい。就労と生活の具体的な連携をどのように進めていくかは今後の課題として考えております。

また、新規利用者の重度化に伴い、授産受注作業が追いつかない状況にも陥っております。貴志園から出た利用者と同じぐらいのレベルの方がうちに入ってきてくれないと授産活動が回っていかない現状も課題として感じております。○司会 貴志園さんは、精神的な症状を持った重い方を対象にされていて、活動状況も非常に多岐にわたっているかと思えます。

次は、水戸市障害者就業・生活支援センター所長の野田さんをお願いいたします。

○野田 水戸市社会福祉事業団は、昭和62年に水戸市の委託を受けて事業を開始し、現在、身体障害、知的障害、老人関係の施設運営等の事業を17部門展開しております。また、身体障害者通所授産施設を1カ所、知的障害者通所授産施設を2カ所、障害者福祉ワークス事業として2カ所、合計5施設を就労訓練の場として運営し、市町村の生活支援事業、県の知的障害者生活支援事業、国の障害者就業生活支援事業の3つの相談支援事業も行っております。スタッフは、市町村生活支援事業の相談員が2名、県の知的障害者生活支援事業の生活支援ワーカーが1名、国の障害者就業生活支援の就業支援ワーカーが2名、合計5名のスタッフが一体化して支援活動を行っております。

国の就業生活支援事業には、現在、106名の方が登録をされていて、うち一般就労者が58名、基礎訓練中の方が17名、在宅で就労活動中の方が25名、知的障害者能力開発モデル事業の販売実務科で勉強中の方が6名いらっしゃいます。

また、県の知的障害者生活支援事業では、一般就労の生活支援に現在51名が登録されており、今年度は、11月末現在で26名の方が新規に就労されました。

支援の基本姿勢は利用者主体であること。クライアントと支援センターのスタッフが、真の対等性に立って、本人の希望する人生を傍らか

らサポートする姿勢を基本に置いています。また、プライバシーの保護のもと、情報の共有化を図り1人のワーカーだけが問題を抱え込まないよう、どのスタッフも同じような対応ができるようにスタッフのチームワークの確立を基本姿勢に置いています。

職業的自立支援の進め方は、利用者に「きちんとプライバシーを守りますよ。その中で必要が生じた場合には、各関係機関と必要最小限の情報を紹介させていただきますよ」ときちんと説明した上で、利用者からあらかじめ同意書をもって支援を開始しています。

次に、関係機関、特にハローワーク及び職業センターとの連携については、障害者就業・生活支援センターに相談に来られて登録をすると同時にハローワークにも登録をしていただきます。また、障害者職業センターに職業評価を依頼する際には、支援センターからハローワークに連絡をし、ハローワークは職業センターへ職業評価の依頼をします。評価結果については、支援センターから職業センターに情報提供を依頼するという三位一体のシステムをとっています。また必要に応じ、本人、保護者、関係機関、企業等を交えたケア会議を随時開催しています。

養護学校在学中の支援については、卒業後、就労に結びつく可能性が高い職場実習の場合、在学中のジョブサポートとして就業支援ワーカーがサポートしています。養護学校からのニーズが結構高く、在学中に支援を行うことで、卒業後のアフターケアがスムーズにできるようになりました。

併設施設等との連携についてですが、水戸市社会福祉事業団は精神障害者関係の施設を運営していないため、他法人の精神障害者の通所授産施設や知的障害者の小規模作業所、小規模通所授産施設と提携し基礎訓練を行っています。また、提携施設に在籍中の方で一般就労を希望している方がいらっしゃる場合は、提携施設と協力し就労につなげております。

次に、本人の就労意欲を引き出すには、希望

する仕事を本人自身の力で見つける。基礎訓練の必要があった場合でも、本人自身が施設を見学し希望する施設を選ぶようにしています。私たちは本人の成長過程に寄り添って、必要な失敗経験も許容し自分の力で歩いていけるよう手助けをしたいと思います。

今後の課題として、1つは重度者の雇用の実現のために何ができるか。現在、ある養護学校の親の会では、一般企業の弁当の配達を保護者がジョブサポート役になって障害者の子どもと一緒に働くという試みを模索しています。

2つ目は、障害者雇用企業の方への障害の理解を推し進めること。障害の特性の理解がないと、単にわがままだと言って誤解されてしまうこともあるので、職場訪問の際に、障害の特性や対応の仕方などの説明をしています。また、雇用支援者研修の一環として、障害のあるなしにかかわらず人間をどう理解するか、人間を温かく見つめる目を養うためにカウンセリングセミナーなども開催しながら、真のノーマライゼーションを目指しているところです。

○司会 次は、株式会社バローの今井さんをお願いいたします。

○今井 株式会社バローの今井と申します。当社は1958年に設立し店舗数はスーパーマーケットを中心にホームセンターやペットショップ等小売業の店舗を121店舗、岐阜県を中心とした中部圏の各県に展開しています。従業員は、社員が1,200名余、パート、アルバイトの方が8,000人位、全体としては9,000人位の従業員がいます。その中で2002年には、身体障害者19名、知的障害8名、合計27名、雇用率はちょうど1%位でした。現在は身体障害者33名、知的障害者53名、合計86名、雇用率は1.9%です。

障害者雇用について根本的に、「社会の役に立ち、人々の役に立つ会社が存在していける」、「企業は社会の中にある」ということを非常に強く思っています。子どもやお年寄り、男性も女性もいる。健常者、障害者と言われる人、いろいろな人が集まって、日本という社会を形成し

ている。それらの人々に会社に入ってもらい、価値観や考え方をつくり上げていく。世の中の考え方と自分たちの考え方が一致している会社というのは、やはり社会の中で普通の会社だというふうな認識を受けて存続していけるのではないかと考え企業を運営しています。

具体的な取り組みについては、1つは仕組みづくりです。120店舗それぞれが独立採算を目指し、どの店長にも黒字経営を求めています。しかしそれでは、労働力として生産性がよくない障害者の方を雇いたがらないというような傾向がありましたので、まず最初に、社内支援金制度をつくりました。独立採算という厳しい経営管理のもとで働いている店長の精神的なものを和らげるため障害者を雇用するお店には支援金を本部から出していくという制度をつくりました。

もう1つは、何年何月までに何人採用するのだという目標をきちんと定めて会社として管理していることです。その仕組みがうまく機能していくように、なぜ障害者採用が必要なのか本部と店長のコミュニケーションを強化してきました。また、企業の経営方針を決める会議の中でも、単に雇用率の問題ではなく、社会の中における企業の立場を考えたときに、障害者の方も一緒になって働ける職場づくり、それが本当の意味で社会の役に立つことなのだという事を発言しながら、企業風土をつくっていきようになりました。

もう1つは、どうしてもこの仕事をやり遂げるんだということで、障害者採用の担当者を決めたことです。

そして4つ目に、自己完結では何もできないので、外部機関のお力を借りながら採用活動をやっています。職業安定所には障害者専用の求人票を出すとか、職業センターのいろいろなサービスを受けるとか、障害者の合同企業面接会へは積極的に参加しています。ジョブコーチ制度、あるいはトライアル雇用制度といった制度もいろいろ活用しながら進めていきました。養

護学校なども訪問し、実習などもできる限り受け入れ、網を大きく張って採用活動を進めていったので、2年はかかりましたが現在の雇用率になることができたということです。

今後の課題としては、障害者の方の労働環境の整備です。採用することをまず優先して考えていたので、設備面であまりいい設備でないのが改善していきたいという課題が1つ。

そして2番目に障害者の方の個別能力開発支援の積極的な取り組み。能力の開発や教育仕組みをつくり上げていきたいと思います。

3番目にあまり障害者雇用率の低い小売りの同業他社も雇いたくないわけではなく、いろいろ取り組みをやっている中で、業界の発展ということも踏まえて、我々の事例を広めていきたいと思います。

○司会 それでは、最後に大阪障害者職業センターの佐藤さんをお願いします。

○佐藤（伸） 大阪障害者職業センターにおける最近の利用者の状況ですが、少しずつではありますが精神障害者や高次脳機能障害者など従来は就職困難度が高いと言われていた方々の利用が増えてきています。また、ジョブコーチ支援事業を利用する方も急増しています。

この背景には、就職を希望する障害者が増えてきていることもありますし、例えば大阪では、昨年度に精神障害者の職業自立啓発事業や高次脳機能障害者の支援モデル事業などが実施され、これらを通じて徐々にではありますが障害の社会的認知が進み、医療機関や福祉機関の方々の就労支援への関心が高まっている状況があると思います。また障害者就業・生活支援センターの設置数が増えたことやトライアル雇用など制度の充実も影響していると思います。

一方企業側の状況ですが、障害者の雇用促進と定着に関する企業からの相談も非常に多くなっています。

この背景には、法改正により今年4月から除外率が段階的に縮小され、これまで以上に障害者を雇用しなければならない企業側の事情や

CSR（企業の社会的責任）活動の活発化といったこともあると思います。従来は業績のみで評価されていた企業も、社会貢献や環境問題への取り組み、法令遵守などが評価尺度の重要な要素となり、誠実な企業が社会から評価される時代になってきたということです。また行政の障害者雇用率達成指導の強化も影響していると思います。

このような状況の中で大阪障害者職業センターでは、職業準備支援事業、精神障害者職場復帰支援事業、ジョブコーチ支援事業などを実施しています。特にジョブコーチ支援事業については、協力機関型ジョブコーチと言って福祉法人などの職員の方にジョブコーチとして活動していただく制度があるのですが、この協力機関型ジョブコーチを徐々に増やしながら地域全体を支援できる体制を整備しています。

企業へのサポートとしては、地域職業リハビリテーション推進フォーラムや人事担当者向けの雇用管理サポート講座を定期的に開催し、障害者雇用に関する情報を発信・提供し、これらを契機として個別サポートに移行していく形を進めています。

従来の企業支援は一人ひとりの障害特性を正しく理解してもらい職場定着に繋げていくといった個別支援が中心だったのですが、例えば障害者雇用率を達成するためには20名の新規雇用が必要である企業に対しては、雇用計画作成の段階から社内啓発、職務開発、人材の確保、個々の職場定着といった一連のプロセスをトータルにサポートすることが必要となります。大阪障害者職業センターでは各種のサービスを組み合わせたトータルサポートに取り組んでいます。また障害者職業センターは各都道府県に1ヵ所ずつ設置されていますので、例えば大阪の本社に対しては大阪障害者職業センターが雇用計画作成や職務開発に関する支援を行い、実際に障害者を受け入れる他府県の工場や支社・営業所に対してはジョブコーチ支援事業などを活用してその地域を担当する地域障害者職業セン

ターが支援を行うといった取り組みも行っていきます。

また、地域において就労支援を展開していくためには支援スタッフの育成が重要です。大阪障害者職業センターでは、3年前から就労支援の経験の浅い関係機関の職員を対象に地域就業支援基礎講座という研修会を開催しています。また協力機関型ジョブコーチの育成では、定期的にケースカンファレンスなどを行いジョブコーチ集団全体の力を高めていくよう心がけています。また、大阪はセミナーや研修会が多い地域でもありますので、講師派遣の依頼にもできる限り協力させていただいています。

最後に、個人の意思を尊重した支援に関してですが、そのためにはまず障害者ご本人が希望する支援の内容や企業・職種の選択肢を広げていくことが必要だと思います。このためには、各就労支援機関が独自性を発揮しつつ連携しながら利用者ニーズに添えていける地域の職業リハビリテーション体制を構築していくことが大切だと思います。

また、障害者の受け入れ企業を拡大していくことが重要で、そのためには我々就労支援機関が企業に対して体系的な支援を行い、従来のような障害者の就職をお願いするというスタンスに加えて、企業の相談者、サポーターといった立場で接していくことも必要ではないかと思えます。

○司会 パネリストの方々からお話を伺いました。フロアの質問等を受る前に、発表の中で言い落とした点等がありましたら、つけ加えていただいたらと思いますが富岡さん、何かございますか。

○富岡 定着支援には、職場内でのことと職場外でのことの2つの問題を抱えている方が結構多く、職場内での相談の中に、友達がない、楽しみもないということをよく聞きます。余暇の充実や友達のことを一緒に踏まえて、就労ということを考えていけないといけないということを強く感じています。また、私のところは授

産施設ということで、下請作業や自主製品の作業もあります。就職をするということは、施設の作業自体の歯車が狂ってしまうと同時に、アフターフォローのために、施設の職員を外に出すということで本体の中の人員も減ってしまう。いいことなのだけれども、大変な部分もあります。

○司会 野田さんはいかがでございますか。

○野田 大阪の佐藤さんからお話があったように、私どもの支援センターでも、精神障害、高次脳機能障害の方がふえています。精神の方は、地域生活支援センターに登録なさっている方から私どもの支援センターのほうに登録をしたいという申し出があり、現在106名中12名が精神障害の方の登録で、全体の中で8.8%ですが、一般就労している方は12名中1名だけです。雇用率に反映されないので、早急に制度化されることを願っております。今、課題としては、公的機関の支援だけではなくて、地域を巻き込んだセーフティネットづくりに来年はぜひ具体的に取り組みたいと考えています。

○司会 今井さん、いかがでしょうか。

○今井 個人の能力開発を1つの課題としてとらえていることについて、もう少し補足説明をさせていただきたいのですが、健全者も障害者もその区別なく、人間には長所と短所がある。仕事面でも障害者に限ったことではなく、健全者も得手不得手がある。企業の能力開発の中で今一番考えていかなければいけないと思っているのは、社員が持っている長所をいかに生かして利益を生み出す仕事を会社の中でつくり上げるかがこれからの企業の人材開発と能力開発の面では重要だと思っています。

○司会 佐藤さん、いかがですか。

○佐藤（伸） 企業支援と人材育成について補足します。企業の担当者の方から、ハローワークに求人を出しているが応募者が少ない、応募があってもマッチしないといった相談を受けます。

特定のスキルを持った人材や障害が軽度の人材を確保したい意向が企業側に強く、このため

知的障害者などの雇用が進まない状況があると思います。このような場合は、実際に色々現場は見学させてもらい「この仕事はこうすれば知的障害者も十分従事できますよ」といったアドバイスもさせていただきます。

人材育成に関してですが、大阪では相当数の協力機関型ジョブコーチを配置しています。大阪では配置型ジョブコーチ、協力機関型ジョブコーチともにジョブコーチチームという形で定期的なケースカンファレンスや情報交換に加え、経験の豊富なジョブコーチが経験の浅いジョブコーチをサポートしながら全体的なレベルアップを図っています。協力機関型ジョブコーチは比較的若い方が多く、将来、所属する法人、施設で就労支援のリーダーとなっていられることを念頭に置いています。地域全体の就労支援スタッフの底上げを支援機関間の連携でやっていくことは重要なことだと思います。

○司会 それぞれパネリストの方から内容のあるお話をいただきました。フロアからご質問等があればお受けしたいと思います。

○参加者 4人のパネリストの方のお話を伺っていて、結局、コミュニケーション、あるいは意思疎通の方法がとても重要であるという気がします。重度の方というのは本来の言いたいことと実際にこちらが受けとめるものとの間にギャップがあるために、意思疎通がスムーズにできないとやはり難しいのかなと思いました。今井さんに、雇用主側の立場として何かお話がございましたら、お伺いしたいと思います。

○司会 職場の中、あるいは就労を支援するに当たって、本人の意思をどのようにくみ出していくのか、コミュニケーションの問題が非常に大事ではないかというご質問だと思うのですが、最初に今井さんにお話しただけから、他のパネリストからも就労を支援する立場でそれぞれの工夫なりお考えについてお話しただけだと思います。

○今井 職場の中というのは、1人で働くわけではないのでいろいろな人がいます。ましてや、

私どもは小売業ですので、お客様相手という仕事にもなり、意思疎通の能力は非常に重要になるわけです。そのあたりが全く無理という方は今現在採用できていないわけですが、我々のお店にはパートタイマーの40歳、50歳の女性の従業員が多く、その中にはとても世話好きの人が必ずどこのお店にもいて、この人は今こういうことが言いたいのだという、通訳的な役割ができる人が何か月かの中で必ず生まれてきます。意思疎通の手段で障害がある方も、やはり時間をかけてその職場の中になじんでいくということが非常に大事ではないでしょうか。スムーズなコミュニケーションができないからといってあきらめずに、時間をかけるということがポイントではないかと考えております。

○司会 職場の中で直接指導なさっているのはパートの方たちが多くと理解してよろしいでしょうか。

○今井 はい。

○司会 いったん職場に入ってしまうと、おのずとでき上がっていくものがあるということですね。

○今井 まずそこだと思います。

○司会 なるほど。ありがとうございます。

それでは、就労支援の立場でそれぞれ一言ずつおっしゃっていただけるとありがたいのですが。野田さん、よろしいですか。

○野田 私どものように相談支援機関ですと、突然お会いして、たった1回だけでその方の本心をくみ取るのは非常に難しいです。「就労したい」という言葉とは違って、悩みや話を聞いてほしいという方もいらっしゃいます。うちのスタッフの中には臨床心理を専門に学んできた者もおりますので、そこもタイアップをして、就労ではない方には専門のスタッフによる長く地道なカウンセリングをお願いしました。もしかしたら、言葉とか行動に表れてこない裏側の部分をくみ取っていくというのは、両者の信頼関係とスタッフの経験によるのではないかと思います。

あとは、相談に来られる方とともに寄り添う気持ちが大前提にあるということが、一番安心感を持って心を開いていただけるのではないかと思います。

○司会 ありがとうございます。富岡さん、施設の中で重い方もいらっしゃると思いますが、いかがですか。

○富岡 知的障害者で一番大きな問題は、コミュニケーション能力に障害があることです。中軽度の方は外見上障害があるようにみえず、普通に話ができるので、話の内容を理解していると思いがちですが、よく相手の話を聞いていると、話にまとまりがなかったりなどして、会話の能力に幼さを感じるがよくあります。また、育っていく過程の中で、いじめや虐待を受けたりして、対人緊張であったり、対人不信で自信を失くしてしまう方が多くいます。私は「二次的障害」と呼んでいるのですが、そういった方との意思疎通を図るには、そういう背景を十分理解した上で、支援者が寄り添って一緒に考えていくしかないと感じています。支援者は自分の技術の向上を常に考えながら日々勉強して、利用者が何を訴えたいのかを常に考えながらコミュニケーションを図っていくことがとても大事だと感じています。

また、年に1回支援計画を作成していて、就労希望でない方も、今年度はどのような目標でやっていこうかというように希望を確認し、工夫しながら、なるべく本人の意思を確認できる場をつくっています。

○司会 職業センターは障害者のカウンセリングが主な仕事の1つであると思いますが、佐藤さん、いかがでしょうか。

○佐藤（伸） 例えば意思の確認ということでは、紹介された仕事を気に入っているかどうか、なかなか把握できない方もいらっしゃるのですが、職場実習やジョブコーチ支援という中で徐々に確認していきます。私どもセンターの場合、センター内の訓練だけではなく、事務系職種からサービス業、製造業まで幾つかの企業に協力を

いただいて、ご本人の希望も考えながら、最低2カ所ぐらい職場実習を経験をしていただき、実際の仕事を体験する場を提供して、ご本人の意向を確認していく方法をとっています。

職場内のコミュニケーションということでは、ジョブコーチがコミュニケーションツール、例えば言葉の力があまり高くない方について、いろいろなカードを使ってコミュニケーションをとる方法などをつくり出しているようです。職場内での問題は、ジョブコーチがご本人のニーズに応じてきめ細かく対応できる状況にあると思います。

○司会 職場の中でジョブコーチが意思疎通を図るためのツールを工夫されている例があるということですね。今後、機会があればそういう内容についてもご紹介いただければと思います。

それぞれの立場で、今どのような形で対応されているかについてお話がありました。時間はありませんが、できるだけ大勢の方々からご質問を受けたいと思いますのでお願いします。

○参加者 作業療法士をしていて、職業リハについて勉強しているところです。高次脳という言葉がここ数年脚光を浴びてきた中で、支援拠点の障害者サービスがいろいろできてきて、利用する側もよくわかりません。回復期、急性期、その後、社会に向けていくとき、脳血管障害も含めてサービスをどうつなげていくかということがまず1点です。

もう1点は、高次脳障害者への対応の今後の展開として、脳卒中系の高次脳と頭部外傷の高次脳とを分けて展開していくのかということです。ある報告では、頭部外傷のほうを中心に、ということ聞いたので実際のお話を聞けたらと思います。

○司会 佐藤さんいかがでしょうか。

○佐藤（伸） 1点目ですが、昨年、一昨年と、所沢の身障りハセンターを中核として、幾つかの拠点病院、施設でモデル事業が行われました。この2年間で、症状の状況や全体的な当事者側のニーズが把握され、就労支援ニーズも多く出

てきている状況です。また、拠点病院において障害受容からある程度のスキルを身につけるといふ部分の院内リハをされていたと聞いています。今年は大阪府ではその後継的な事業として、生活支援と就労支援をやっているという形になっているようです。

私どものセンターも高次脳機能障害の方が利用されています。我々の立場からすると、企業を開拓して、そこでの職場定着のための支援ということが我々が担う1つの領域だと思うのですが、その前の生活面のスキルの習得などに対応できる医療機関や福祉機関などが少ないと感じています。また、高次脳機能障害の方で、身体・知的・精神のくくりの中に入らない方がいらっしやったり、ご本人にマッチしたサービスができる体制がとりにくいということも1つの実態です。

それほど多くはありませんが、ジョブコーチ支援を活用していただいて、職場定着を図った事例も出ています。記憶障害の方の場合で、メモリーノートを使う技術を訓練の場面で身につけていただき、ジョブコーチ支援では例えば、顔を覚えるにくいということで、一緒に働く方の写真を撮って、いつでも確認できるようなカードを作ったり、ご本人がわかりやすい仕事の指示書を何度も作り直したり、そういったツールを使いながら定着をしていった例もあります。そういう部分では私どものセンターを活用していただけるのではないかと思います。これからという部分もありますが、実際に就職まで至った例も少しずつ増えているというのが現状だと思います。

2番目の質問は、医学的なことであまり詳しくないので、その点についてはお答えが難しいです。

○司会 高次脳機能障害は、これまでの身体・知的・精神といった3分類ではうまく対応できないことが大きな課題になってきている分野だと思います。厚生労働省のほうでも、社会保障審議会の障害部会で、福祉サービスを、知的・

身体・精神を1つにした総合的なサービス法体系に持っていかうという検討もなされていると聞いていますが、境界領域に当たる人たちがうまく対応できることになるかどうかは何とも言えません。大きな問題だろうと思います。

○参加者 大阪府で精神障害者の施設の職員をしております。最近、新しい利用者がどんどん増え続けているのですが、スタッフが少なく、利用者への細かい対応や協力先の事業所との調整など、厳しい状況にあります。私も手探りの中でやらせていただいている中で、自分自身のスキルアップをしたいと思い今回参加しました。実際にジョブコーチを派遣していただく手続や、ジョブコーチの資格や研修制度、登録の経路などをお伺いできたらと思います。

○司会 それでは、職業センターが行っているジョブコーチ制度については佐藤さん、富岡さんからは、ジョブコーチの立場、あるいは施設の立場から、ジョブコーチの実態についてお話しいただけますでしょうか。

○佐藤（伸） ジョブコーチの制度自体は、平成14年5月の法改正の際に、国の行う事業として法律に明記されています。ジョブコーチには、配置型ジョブコーチと協力機関型ジョブコーチの2種類があり、配置型というのは、私どものセンターの職員ですが、私どもだけでは十分対応できない部分もあるので、福祉法人などの職員の方に協力機関型ジョブコーチという形でジョブコーチの活動をしていただいています。資格制度はなく、総合センターと私どもの地域センターで所定の研修を受けていただくと、ジョブコーチとして活動ができるのです。ただ、誰でも研修を受けられるわけではなく、一定の就労支援の経験がある、私どもとも連携関係があるということをお願いしています。

また、ジョブコーチは雇用前の実習から、雇用された後も派遣できますので、最寄りのハローワークや私どものセンターに直接お問い合わせいただければ、必要に応じて利用していただけると思います。

○司会 ありがとうございます。富岡さん、いかがでしょうか。

○富岡 精神障害の方と一緒に寄り添って考えるということは、大変ですが、とても大事なことだと思います。その中で、スタッフには限りがあり、その辺の大変さも私は十分わかります。

うちの施設からは、2名の職員を派遣しています。さまざまな人間模様や出来事を直に感じないと就労支援は理解できないと思うからです。当然スタッフ不足になってしまうということもありますが、そこで学んできた就労支援のノウハウを生かしていくことにより、うちの施設にとっても非常に役立ち、ようやく結果が出てきているところです。

○司会 ありがとうございます。

予算、スタッフの制約がある中で、さきほど野田さんからジョブサポートという形でジョブコーチとうまく連携をとっているという話がありましたが、これについて補足していただけますか。

○野田 障害者就業・生活支援センターの就業支援ワーカーは、職場開拓とジョブコーチ的な活動ができます。必要に応じてワーカーが出向いたり柔軟な活動ができるので、両者の協力関係ができればと思います。

○司会 どうもありがとうございます。時間

の都合上あとお1人だけ質問をお受けしたいと思います。

○参加者 ろう学校に勤務しております。コミュニケーションの問題で手話通訳が必要になることもありますが、ろう学校の生徒が利用できるのかどうか教えてください。

○野田 できます。うちでは枠を設けておりません。全国で同じような取り組みをしているかどうかはわかりませんが、うちの支援センターにはワークス事業の施設があり、特殊学校、ろう学校も受け入れています。手話ができなくても筆記などで大体通じるんですよね。そういう中で、清掃活動や喫茶店で受け入れました。ジョブコーチとして、もし依頼があれば外へも出向き、頼まれれば何でもやりたいという姿勢のもとで動いております。

○司会 このパネル・ディスカッションでは関係機関及び企業の方を含めて4人の方にお集まりいただいたわけですが、それぞれの分野の連携というのは昔から言われていることではありますけれども、各分野それぞれ日々の営みの中で、連携への努力を続けていくことが大事だと感じています。

以上で、一応の締めにしたいと思います。本日はありがとうございます。



特集2 第12回職業リハビリテーション研究発表会

ワークショップ(要旨)

医療リハと職業リハとの連携をすすめるために

コーディネーター：吉備高原医療リハビリテーションセンター 院長代理	徳弘 昭博
メインコメンテーター：国立身体障害者リハビリテーションセンター 神経内科医長	三輪 隆子
神奈川リハビリテーション病院 メディカルソーシャルワーカー	生方 克之
長野障害者職業センター 主任障害者職業カウンセラー	中村 雅子
障害者職業総合センター 主任研究員	田谷 勝夫
吉備高原医療リハビリテーションセンター リハビリテーション科 部長	古澤 一成

(コーディネーター) 最初に、コーディネーターの徳弘から各コメンテーターからいただいた意見と私の意見を集約したものをお示しし、その上で私の問題提起をしたいと思います。

連携を進めるためには、①医療リハと職業リハとの互いに関する知識についてと、②連携の重点をどこに置くのかという問題を解決したい。医療側には医療制度の問題がある。入院期間の短縮、機能分化、患者の流れが著しく変貌し、医療リハから職業リハの流れとしては、どちらかという、阻害的な方向にある。次に職業リハの対象となる患者さんは医療の中で非常にマイノリティであることも認識していただきたい。これらから医療の採算性が重視されるようになり、現場の医療者は職業復帰を考える余裕がなくなりつつある。つまり、大多数の医療の対象者は高齢者であり、職業リハの対象者は極めて少数である。営業採算性の点からも、職業対象者を扱う医療機関は特殊で限られてくる、というわけです。

つぎに職業リハ側の問題点です。私は医療側におりますので、少し偏りがあるかもしれませんが、1番目は職業リハの制度自体がほとんど医療リハ側に知られていないこと。2番目はどのような障害の方が職業リハの対象になるのかという、医療側の知識がないこと。こういうことを前提に、連携の重点をどこに置くかを探る

ことから始める必要があります。

医療側において対象者が非常にマイノリティである資料として、平成15年の1年間に、我々の吉備高原医療リハビリテーションセンターを含む全国22の労災病院で初回のリハを終了した脳血管障害の方の年齢分布を示します。全体で2,846人、うち40歳以下の方はわずか1.4%しかない。次に60歳以下の群をみると、社会的自立群で職業復帰が確定していない方は26人、家庭内自立で無職の方は149人、これらの方が職業復帰アプローチの対象となる可能性があると仮定して、これらは60歳以下の群の34%ですが、全体としては6%です。したがって一般の医療の重点は高齢者に置かれているというのが現状といえます。

次に吉備リハを除く急性期病院の入院者460人をみてみると、発症から3日以内の入院者は85%です。労災病院に専門的なリハを望んでおられる方がいらっしゃいますが、発症後2週間目以降の入院の方は9%にすぎない。入院期間も短縮され約4分の3の方は2カ月以内に退院します。3カ月以上入院されている方は10%しかいない。大多数の方が職業復帰へのアプローチを受けることなしに退院している状況が推察されます。

これらから、医療者側には職業復帰に対する知識がほとんどないし、興味をもつ余地がない

というのが実情でしょう。一般就労と福祉的就労の区別もつかないし、どのような状態が職業リハの対象になるかという知識がない。また、これらの情報が医療のほうに与えられてこなかったということも事実であります。職業復帰に関して専門知識を持つ病院では、職業リハへの道をつけることは可能であると思いますが、大多数は就労予備群として無職の状態で社会復帰することになる。運のよい人は情報を得て、ハローワークなどにアプローチしていくことができる、というのが現状でしょう。

まず連携のポイントはどこにおくのが妥当か見当をつける必要があります。そこで今回のワークショップは、どこで連携する、何を連携する、だれがするの、などについて見当をつけたい。できれば今後連携を進めていくためには何をすべきかの結論をこの場で得たいと思います。

それでは、最初に医療側から三輪隆子先生にご発表いただきます。三輪先生は1995年から国立身体障害者リハビリテーションセンターの神経内科医長としてご活躍中です。

(三輪) まず、高次脳機能障害についてはっきりさせておきたいのですが、私がこれから説明する対象となる方は、高次脳機能障害支援モデル事業で規定されています注意障害、記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの障害を主症状とする方です。私たちはこういう方たちの高次脳訓練プログラムを実施しております。条件は、ご本人やご家族が就労を希望されること、日常生活や移動は自立して、ある一定以上の就労につけることができるだろうという方を対象としております。

目標としては、個々の高次脳機能障害の改善や代償手段を獲得すること、自分の障害に気づけるよう障害認識を向上させるプログラムを充実させること。それから、就労に耐える基礎体力をつけること。もう1点、長期にわたってリハビリテーションを受けていく本人を支えてい

くご家族に対し障害の理解や社会的なサービスの受け方等について教育することにも力を入れています。

実際のプログラムでは、臨床心理士や医療ソーシャルワーカー（以下「MSW」という。）など異職種が互いに連携をし、できるだけ就労環境に近い訓練環境を作るようにしています。朝から晩までスケジュールが入って、いろいろな人とコミュニケーションをとらなければいけないプログラムにしています。職業リハについての知識をここで提供したり、それを利用したり、アクセスするための方法を提供したりしております。

平成13年4月からモデル事業によって高次脳訓練プログラムをしてきたんですが、平成16年3月までの3年間にモデル事業の診断基準を満たす患者さんは97名おりました。そのうち発症、受傷時に就労していた患者さんは60名。そのうちプログラムを実施した人が16名、うち8名が復職になりました。現在試験出社中の方が1名、障害者職業総合センターの高次脳機能障害者向けのプログラムを利用し復職が1名、地域障害者職業センターのジョブコーチ支援事業を利用し復職の方が1名、地域障害者職業センターで職業評価を受けハローワークの紹介により再就職の方が1名、残り4名のうち1名は障害を認められず訓練途中でお辞めになり、3名は離職しました。この3名のうち1名は主婦として家庭に復帰、2名は職業訓練が必要であろうと判断されましたが身体障害者手帳を持っていないため、1名は東京都の高次脳機能障害者向けの就労支援プログラムに移行、もう1名は現在在宅です。このように、高次脳機能障害の病院でも適正な訓練をすれば、半分ぐらいの方は職に至ることができますが、やはり職業リハとの連携が必要です。

職業リハへの移行に関しては、地域障害者職業センターの利用、または障害者職業総合センターでの訓練ということが大きな柱になっておりますが、できれば若い方は職業能力開発校で

の職業訓練によって再就労につなげられると思います。ただ、現状では身体障害者手帳がないとなかなか利用できないことが一番の問題になっております。

職業リハに移行していく問題点として、以下の4点を指摘させていただきます。まず、医療スタッフが職業リハへの移行が必要と判断しても、本人、ご家族がそれをためらうことが比較的多くあります。それから病院と職業センターと情報交換が必要なのですが、それをうまくしていく場が設けにくい。それから、身障手帳の有無により、障害度はほとんど同じでも利用できるサービスが異なるのは大きな問題だと思います。もう1点、先ほど8名復職したと申しましたが、8名の方は離職をしています。高次脳機能障害の方は環境への適応が非常に困難なために、復職してもまた離職したということも多く見られます。離職したことはモデル事業をしていたのでつかむことができましたが、普通は本人、ご家族が躊躇してしまいつかめないことが多い。高次脳機能障害は見えない障害なので、職場でも知られたくないという気持ちが強いのですが、見えてしまってもサービスを利用することでいい方向に行くのだ、という情報提供をしていくことが必要でしょう。

一方、職業センターでは、ご本人が利用の必要性を感じていないと利用の意識が低いということで返すのではなく、障害認識が低いということを認識していただき、情報提供していただけるとありがたい。

(コーディネーター) 次は昭和58年から神奈川県総合リハビリテーションセンターに勤務され、現在神奈川リハビリテーション病院相談科で地域支援センター兼高次脳機能障害支援コーディネーターを担当しておられる生方先生にお願いします。

(生方) 私はソーシャルワーカーをしておりますので福祉職の立場から考えてみたいと思います。

まず医療リハの中では、不足していると思う

のが、1つは病院のソーシャルワーカーが職業リハについての認識や情報を十分にもっていない点です。現状で言いますと、入院患者さんに退院していただくための準備に全力を注いでおり、重度の障害の方たちへのケアに労力がとられ、職業リハの対象になる方のケアが薄くなりやすい状況にあります。

もう1つは、MSW自体が職業的なリハに関する知識を十分に持っていない傾向があります。例えば、どういう段階で職業リハにつないでいくかということがわからずに、就労を支える土台の力がまだのうちに障害者職業センターなどへの紹介を行なうことになります。そのために、職業センターから支援の段階にはない、と言われることが起きているのかもしれない。

MSWの立場から言いますと、一般病院では職業リハ(評価を含め)まで担うのは難しいのが現状なので、職業リハサイドに病院の機能を知っていただくことも連携には必要なと思います。

あと、職業リハからは医療との連携の話題が出されやすいのですが、1つは、職業リハ段階以前の状態であった場合などには、更生施設の社会生活訓練などの社会的リハ活用ですとか、規則的な生活習慣の形成のために在宅福祉支援としての地域作業所利用などへのつなぎも行なっていたきたいと思います。

医療リハと職業リハの連携という点で強調したいことは、職業リハから医療サイドへの帰結情報がもっと必要ではないかなということです。病院スタッフが治療後にその方がどうなったか教えていただく機会は一般的にはほとんどありません。医療リハサイドに職業リハのことをわかってほしいと言われても情報がなく、職業リハの効果などを実感として医療スタッフは知ることができません。

あとは医療リハ、職業リハの両方に守備範囲の狭さという課題があります。病院の時間的な守備範囲の狭さ、職業リハでは就労というニーズを中心にした支援の狭さがあると思います。

共通に考えなければいけないことは、その方の支援というものをどう組み立てていくかということだと思います。

高次脳機能障害の支援課題の1つは制度的な狭間問題、あとニーズと適性に応じた支援があまり存在していないという問題があります。諸問題を解決していくためには連携を強めていくことが必要です。

話はちょっと変わりますが、高次脳機能障害者やそのほかの障害者の就労支援を考えていく場合、いろいろな段階があると思います。診断から始まって、例えば家族支援、職場開拓とかマッチング、職場内での二次的な不応の予防ですとか、そういったものがうまくかみ合わされないと、就労支援がうまくいかない。それらは、医療リハの部分、社会リハや障害福祉分野の部分、職業リハの部分などから形成されていると思います。

ただし、現状は医療リハから職業リハへ行き、就職したけれど、ドロップアウトしてしまい失敗経験だけを持ちながらそのまま在宅生活になっている方や、就労以前に活用していた障害福祉の支援にも戻れずそのままになっている方もおります。

連携という場合に、医療リハから職業リハに一方通行に流れて行くイメージですが、例えば脳外傷者の例を見ますと、8割ぐらいの方は医療機関とずっとつながっています。職リハ支援が行なわれている方でも医療機関とのかかわりはある方が多いと思います。そこでそのつながりをもっと職業リハサイドが有効に生かし、支援の結果を主治医に伝えることや、ドロップアウト後の支援について病院のソーシャルワーカーにも相談しておく必要があると思います。そのようなコミュニケーションの中で顔を合わせた支援の連携や、支援のプランも生まれてくると思います。

現状はボタンタッチ式の連携です。情報がないとボタンタッチできないまま次の支援がスタートしていき、ボタンが途中で落ちてしまうと、

それで支援が終わってしまう傾向にあります。

私個人的には、医療リハと職業リハのスタッフが本人の充実感・生きがいの再獲得、家庭・地域生活の安定がベースになるという認識をしっかり持って、それを支えるための就労支援を協力して行なうということが必要だと思います。支援の形は、リレー方式ではなくラグビー方式でなくてはならないと思います。

医療リハと職業リハの連携のために、現状でも必要なことは、医療リハスタッフ（特にソーシャルワーカー）と職業リハスタッフがそれぞれの支援段階を分担しながらも自分が支援のマネジメントを行なっているという意識を持つことだと思います。自分がマネジメントを行なうためには、その方の全体の状況や展望も考えて必要な支援につなげることへの責任感も生じてきます。医療リハや職業リハを通じてその方の支援を行なっているという意識が持てれば、MSWであれば、復職支援などでも就労関係のことは職業センターなどに助言を求めてみる。障害者職業センターであれば、年金、労災など諸制度について不得手な部分は得手とするMSWに聞いてみる。そういう関係が生まれてくると思います。このようなインフォーマルな連携の積み重ねが連携のための1つの可能性になるのではないかと思います。

繰り返しになりますが、連携のためにはお互いに顔を合わせる事が大切です。機関相互で対象者の支援を考えるというのは電話だけでなく、顔を合わせて話し合いをしていくことがとても大切だと思います。

最後に、今、私は高次脳機能障害の支援コーディネーターをしておりますが、今後高次脳機能障害者の就労支援で必要となる施策としては、職業リハと医療リハの両方をつなげやすい立場にいて、社会リハ、地域生活支援などを含め、循環的な支援を中長期にマネジメントする人材が必要だと思います。

(コーディネーター) 続きまして、中村雅子先生

の発表をお受けしたいと思います。中村先生は長野センターの主任障害者職業カウンセラーをされています。

(中村) 私からは、長野県における医療リハと職業リハの連携の状況を通じて、連携上の課題、ポイントについてお話をさせていただきます。

まずは、長野県での障害者の就労支援の現状ですが、長野県では平成16年5月から10の圏域ごとに無料職業紹介を各地方事務所で行うようになりました。また、10月からは圏域ごとに障害者の情報支援センターを設置して、就業と生活の支援ワーカーを置いております。このような流れの中で高次脳機能障害の方についても障害の内容、対応の仕方、関係機関との連携の仕方について十分理解していただく必要性が高くなっております。

今年度、長野県主催で、高次脳機能障害研修を実施しております。4つの拠点病院を中心に、医療、保健、福祉機関の方に様々な情報提供を行っています。長野センターにおいても研修に3回ほど参加しております。

研修の効果は、当センターの側から申しますと、医療情報の提供の仕方、収集についてのお願いを効率的・組織的に説明を行うことが可能になったという点です。今後、精神障害につきましても、こういった方法で職業リハの利用の仕方を周知していきたいと思っております。

長野センターにおける医療機関との連携の現状は、特に高次脳機能障害に関しては、なるべく医療情報を収集するように心がけています。長野センターに来所した時点で高次脳機能障害が疑われるけれど、医療との関わりがない方については、逆に、医療機関を紹介して、センターへの情報提供について依頼しながら進める場合もあります。

また、復職に向けた支援については、医療機関とセンターとの役割分担が非常に重要になりますので、両者が一緒になって事業所に情報提供するように心がけております。その際には、事前に本人や家族の方に、どこまで情報を提供

するかについての了解を得ておりますし、事業所に対しましても、今後可能な支援を伝えて、復帰に向けて考えるということをお願いしております。

医療機関との連携は、昨年度は高次脳の方が新規で10名、今年度12月半ばの段階で15名という状況です。計25名の方は、先ほどの高次脳機能研修のときの拠点となった病院からいらしている方が68%を占めています。医療機関との連携のきっかけは、主にケースを通じた連携になっておりますけれども、今年度行った高次脳機能障害の研修がきっかけになって対応を始めた方も3名ほどいらっしゃいます。対応窓口につきましては、ドクター、ケースワーカー、OT、ST、臨床心理士などさまざまです。ケースによって窓口が異なる場合はなるべく一本化していただくようお願いしています。

連携の体制につきましては、先ほどの拠点病院を中心として、組織対組織という体制が整備されつつあります。

なお、各医療機関が長野センターに求める役割については、具体的な復職や就職に向けた支援をしてほしいというニーズがふえております。

25名の方のその後の状況は、評価のみで終わった方が2名。評価後、長野センターの準備支援事業や障害者職業総合センターの職業準備訓練などを受けた方が6名、継続して相談中の方が5名、就職した方が3名、復職した方が2名、他の方が7名です。就職あるいは復職した方々は、障害者職業総合センターのアセスメントコースや職場復帰支援プログラム、長野センターのジョブコーチ支援事業などを利用しています。

これらの状況の中で、連携上の課題として感じている点を3点ほど述べます。

1点目は、感情のコントロールや行動面に課題を有するケースへの継続的な支援やフォローの体制が不十分ではないかと感じております。記憶障害は軽度ではあっても、感情コントロールなどで課題を有する方が就職して半年で離職

しています。このような方への支援策は職業リハサイドのみでは十分ではないと感じております。

2点目は、情報提供の問題です。当センターの場合、連携が非常に深いA病院からはご本人の了解のもと、医療情報の提供が行われ医学的検査結果のほか生活面などの具体的なエピソードも交えて記載されています。それ以外の医療機関については、医療情報の提供はいただけるようになってきましたが、医療サイドの職業リハに対する考え方が十分記入されていないといったことも多くあります。

3点目は、役割分担の問題です。ご本人の障害の認知を深めるという面で、障害を受容するための説明やカウンセリングを長野センターでやってほしいとか、本人のニーズはないのだけれども、職業準備支援事業の活用が有効なので説得してほしいなど、障害認識を深める部分の働きかけが医療サイドで十分行われていないために苦慮するケースもあります。

以上のことを踏まえまして、連携を深めるための留意点を3点ほどお話しします。

1番目は、個別ではなく組織的に理解を深めるということ。長野県の場合は高次脳機能障害研修がありましたので、長野センターもそれに便乗させていただき組織的な形で理解を深めることができました。

2点目は、具体的な面については、業務を進めながらお互いの役割について確認し合うという段階が必要ではないかと考えます。医療機関については、医療情報の提供、収集といった点でのかわりではなくて、継続した線、あるいは面で関わっていただくことが非常に重要だと思います。

3点目は、お互いの機関ができることとできないことがありますので、明確に伝え合うこと、相手への要望を具体的に伝えていくことで連携を深めていけるのではないかと思います。

(コーディネーター) 次は、田谷勝夫先生にご発

表をお願いします。田谷先生は障害者職業総合センターの心理特性主任研究員としてご活躍中です。

(田谷) それでは、今の中村さんの話を受けて、連携の現状と課題について、特に高次脳機能障害者の問題に絞ったお話をしたいと思います。

障害者職業総合センターを利用される高次脳機能障害者の方は、地域障害者職業センターを介して来られます。そこで地域センターを利用する高次脳機能障害者は実際どれぐらいいて、医療機関との連携はどうなっているか、そういうことを調べようと思い、今年1月にアンケート調査を行いました。

まず利用状況について、高次脳機能障害者の利用者数や年齢、手帳の状況、地域センターを利用するときにご一緒に来て、どんな希望をもち、どうしてその地域センターを知ったのか、地域センターを利用したときにどんな医療情報・職業情報があつたか、その辺をお聞きしました。

もう1つは、医療との連携。地域センターが高次脳機能障害者を支援するときの連携のきっかけ、連携の頻度、医療機関からの要望、連携状況など、職業カウンセラーから意見を聞きました。

結果は、平成15年度1年間に全国の地域センターを利用されている高次脳機能障害者は359名でした。各県別に見たときに、北海道、関東、中部、中国、北九州が多い。厚生労働省が行っている高次脳機能障害支援モデル事業を実施している県と一致しているように思います。

359名中、詳しいデータがあつた230名について見ると、利用者は圧倒的に男性が多い。年齢分布では20代が一番多いですが、30代、40代、50代もかなり利用されている。手帳に関しては、身体障害者手帳は146名の方が持っている。精神障害者手帳も24名の方が持っています。持っていない人も49名おり、療育手帳は1名だけいます。

高次脳機能障害に至った原因は、脳血管障害

の方と脳外傷の方でほとんどを占めます。外傷の場合は交通事故を原因とする人が多い。脳血管障害の場合には、出血性の障害が多く硬塞の方は非常に少ない。

地域センターを利用するに至った経緯は、医療機関からのケースが一番多いですが、熱心な家族の方が調べて直接利用する人も結構いらっしゃいます。

利用の目的は、就職の相談が一番多く次が復職相談。あと、職業評価、職業相談となっています。

病院の紹介で地域センターを利用された方は63名います。これらの方は圧倒的にMSWからの紹介が多い。次がドクター。あとOT、STなどからの紹介です。

では、初めて地域センターに行くときに、その紹介した人が一緒についてきてくれたかということですが、一緒に来られるソーシャルワーカーの方は結構多いのに対して、ほかの職種の方はなかなか同行されないということでした。

次は、地域センターを利用するときに、どういうレベルの人が来ているのかということ、入院期間6カ月以上1年以内に入院した人が一番多い。2年以上入院した人というのはほとんどいません。3カ月未満入院の人も少ない。この辺は病院だけで完結する職業リハというものもあるわけです。

次に、発症してから地域センターに来るまでの期間は、一番多いのが1年以上2年以内。ただし、ここでちょっと特徴的なのは、5年以上10年ぐらいの人ですね。非常に長くかかって、ようやく職リハに来たという人。あと10年以上の人も多い。これが連携の問題点になると思います。

次に地域センターでの支援内容としては、ほとんどの人がまず職業評価を受けています。次に、ワークトレーニング、OA講習、ジョブコーチなどの支援を受けています。

利用後の転帰は、就職できた方が230名中78名、34%。これは多いか少ないか、評価は難し

いです。

支援内容と転帰については、6種類の支援を組み合わせで行っている人は、100%仕事につきました。支援数と就職とは非常に高い相関があり、幅広い支援をすると、それだけ仕事につきやすいということだと思います。

次に、職業カウンセラーが医療機関との連携についてどのように思っているかですが、連携のきっかけはケースを通してが多く96%。連携の担当者として病院側の担当者は不特定というのが56%。連携相手はケースワーカーが51%。連携の現状については、最小限度の連携という回答が50%。求められる役割分担としては、具体的な就労支援活動が医療機関から求められている、という状況でした。

医療機関との連携の課題については、地域センターの存在や役割、機能について、医療機関側に十分に理解してもらっていないこと。次に、理解はあるが、利用するタイミングとか障害程度の認識にずれがあること。障害について本人や家族が理解していないこと。そのため医療側で職業前段階での支援をしておいてほしい、という意見がありました。

カウンセラーが医療機関に対して望んでいることは、まずは、窓口の一本化。それから、本人、家族に対する障害の十分な説明、あとは、医療機関として高次脳機能障害者への役割遂行。それと、就労支援を医療機関として一緒にできるところはやってほしいという意見もありました。その他はケース会議に参加していただき共通理解を持ちたい、地域センターの機能の理解促進、システム作り、身体障害者手帳の取得などでした。

(コーディネーター) それでは、最後に古澤一成先生、お願いします。古澤先生は、平成11年4月から吉備高原医療リハビリテーションセンターのリハビリテーション科副部長を務められ、平成12年からはリハビリテーション科の部長としてご活躍中です。

(古澤) 吉備高原医療リハセンターは、中途障害の肢体不自由者を主な対象としてリハビリの医療を行っておりますので、その分野での医療リハと職業リハの連携上の問題及び対策ということでお話させていただきますが、両者の連携という問題は、高次脳も肢体不自由もあらゆる分野で共通することと思います。

今回、連携の現状や問題点を把握する目的で、職業リハ側、医療側の代表者に両者の連携に関する調査をいたしました。その結果、最終的な結論として、相互理解不足が一番の問題であり、それに対する何らかのアプローチが必要であることがわかりました。

調査では、職業リハ側の代表として、吉備高原職業リハセンターの職業評価や訓練を担当されている職員の方を選びました。一方、医療側の代表としては、職業リハに最も精通しているであろう方と言うことで、岡山県のMSWの協会に属して一般病院に勤務する方を対象としました。それから、職業リハセンターに入所の申請を出した方にも調査しました。なお、今回の調査は、一般論としてお聞きし、回答いただいたものです。

まず、職業リハ側に対する調査です。35例の方に調査を依頼しまして、15例の方から回答していただきました。

職業リハ側の結果をまとめてみますと、①両者の連携は「よい」または「非常によい」とする回答が40%を占めました。②医療側の窓口として、理想的な職種はMSWと医師を考えていますが、実際には様々な職種がその役割を担っています。③医療と職業リハとの連携上の問題は、「医療側のみにある」とした方が6割で、その中には「職業リハの対象者や制度を理解していない」という回答が多くを占めました。④「両者あるいは職業リハ側に問題がある」とする方は少なく、職業リハ側にも現状に対する認識が不足している可能性が示唆されました。⑤今後の対策としては医療側への要望が多くを占め、職業リハ側からの具体的な対策案は少ないという

結果でした。

今度は、職業リハを受ける方に対する調査の結果を1つだけお示しします。

平成14年4月から平成15年9月における職業リハセンターの入所申請者189名に「職業リハセンターを知った経緯」というのを聞いております。183名から回答がありまして、回収率97%。最も多いのは職業安定所、49%、あと、学校、友人・知人。病院でというのは非常に少なく4%、7例しかありません。この結果から見ても、医療と職業リハとの連携というのは決して満足のいく状態ではないことが推測されるわけです。

次に、医療側への調査結果です。今回、その代表としてMSWを選びました。一般病院に勤務する100例のMSWに調査をお願いし、77例の方から回答を得ています。

MSWの調査の結果をまとめますと、①約9割の方が医療の窓口となるべき職種はMSWであると考えています。②職業リハへの援助を行ったことのある方は16%で、それらの多くが職業リハの制度、対象者に対する理解が不十分だったと感じていました。③職業リハへの援助を行ったことのない方は、医療制度、システムの問題、MSW自身の知識不足、職業リハ側の問題を理由としてあげていました。④今後の対策としては、職業リハの医療側への広報活動、制度の整備、MSWの知識・技術の向上、MSWを介した職業リハとの連携があげられています。

最後に、医療リハと職業リハとの連携上の問題と対策について述べさせていただきます。まず、医療についてですが、一般病院の在院日数の短縮化により、長期間の治療を要する疾患においては、個々の医療機関でリハを完結することが困難となりました。それ自体はやむを得ないこととしても、依然として、そのような患者が社会復帰するまでのシステムがないことが大きな問題です。当然、それは職業リハとの連携にも影響を及ぼし、医療者における職業リハへの無関心と、それに伴う理解不足を生じていま

す。職業リハの側も、職業リハに対する医療者の認識やその根底にある医療制度、システムなどを理解していないために、医療側への要望は持ちながら積極的なアプローチをしていない現状があります。

これらへの対策として、まず、職業リハに精通した医療機関が医療側の窓口となって相互理解を促すような努力が必要です。職業リハに対しては、医療制度、システムの現状や医療側が何を求めているのかを情報提供すること、医療においては、このような医療機関が中心となり病院間の連携をとって長期の治療を要する患者が社会復帰するまでのシステムをつくること、また、そのことを通じて職業リハの啓蒙を行うことが主な内容となるでしょう。

(コーディネーター) ありがとうございます。各コメントーターの意見をまとめてみますと、情報の交換不足があるということ。医療側は職業リハの制度を知らない、職業リハ側の方も今の医療状況について敏感になってほしい。この2つをつなぐキーパーソンとしてMSWの重要性がある。それから、連携はやはりポイントを決めてするということですね。

では、3つの点に限ってフロアの方からご意見いただいて、ディスカッションしたいと思います。

最初に、医療側と職業側の情報交換、広報活動の不足ということに関して、フロアからご意見、コメントございましたら受けたいと思いますが、いかがでしょうか。

(参加者) 私はソーシャルワーカーのほかケアマネジャーもしています。ちょっとお聞きしたいのですが、ケアマネジャーが諦めている、本当は「諦めているいの？」という事例がいっぱいあるのではないかと思うのですが、皆さん方の中で、そういうケアマネジャーに対する働きもされていらっしゃる方がいらっしゃったら教えてください。

(コーディネーター) それは、医療のスタッフの

中での職業リハの教育ということですね。

(参加者) はい、そうです。

(コーディネーター) コメントーターの方の中でお答えできる先生はいらっしゃいますか。

(三輪) 私たち医療の場合ですと、病院の医療を終了させて社会の中の居場所を見つけていくという目標において、そこで安住してしまうところがあると思うんです。その方が職業に対してどの程度能力があるのか、見分けていくことをしていかないといけない。逆に、職業復帰に躍起になるあまり、復職はしたけれど、精神的にストレスを感じて、日常生活がかえってうまくいなくなるというケースもありますので、その辺のふり分けをきっちりしていくことが医療の務めだと思います。ただ、高次脳機能障害に対してはそれが非常にしにくい。ケアマネジャーに渡してしまうという形ではなくて、医療側がケアマネジャーのところに行ってつないでいく意識というのが必要だとは感じています。

(コーディネーター) この問題を整理するとしたら、医療者の方の知識をどうやって改善していくかということになるかと思います。介護保険ができたばかりに医療が複雑になる。お年寄りには非常にメリットなんですけど、若い人にとっては逆に作用することがあるということで、アラームを鳴らしていただけるということですね。ほかにいかがでしょうか。

(参加者) 医療側として、職リハの適用がわかってないというお話をこうべをたれて聞いていたのですが、医療から職業リハにいいタイミングでストライクを投げていくというのは結構難しいことなんですね。もし明文化できるのであれば、こういう人が職業リハの対象であるということ、我々にもわかりやすくご教授いただけるとありがたいと思います。

(コーディネーター) 田谷先生、いかがですか。

(田谷) 数字とかで出すことはできないのですが、経験的に、今まで障害者職業総合センターを利用されている方の障害特性や、利用後、

就労に結びついたかどうかのエビデンスデータがありますので、支援をして効率よく仕事に結びつける人はどういう人かというデータは出せます。研究報告書などを読んでもらえればわかると思います。私が担当した研究報告書にも、どういうケースだったら仕事につけているか、基本的な数値の情報は入っています。

(参加者) やはり難しいと思うんですね。迷ったときに、ご本人さんが遠くへ出かけていかなかったも、何らかの形で情報提供していける相談ルートがあるといい。できればそういう情報提供にもお金がつくとありがたいのですが、そういったことが補完的にできないと難しいのではないかと私は個人的に思っていました。(コーディネーター) ご指摘は、医療に働く者として理解できます。

(田谷) 基本的にどなたでも相談は受ける。ただし、相談を受けた中で、例えば「まだちょっと早いんじゃないですか」という話はあると思いますので、その辺は各対応の方が自分がそういうケースを経験していくと、できていくかと思えます。カウンセラーもスキルをアップしている段階ですので、徐々にうまくいくと思えます。(コーディネーター) この問題は、連携を進めていく上ではある程度大事なポイントだと思うんですね。そういうことで、生方先生はいかがでしょうか。

(生方) 私どもの経験では、復職を段階で考える場合などには、単に高次脳機能障害の重症度だけでなく、体力や注意障害などの基本的な体力や認知機能の基礎的な部分がまだ変動している方は、復職を急がないことが大切だと考えています。30分ぐらいでも集中できない、非常に疲れてしまうという方はまだ早いと思います。ただ、一番大切なのは、障害の自己認識がどの程度できているか、対人的なスキルをある程度お持ちになっているかが仕事を続ける上などではとても大切になると思います。そのためどんな支援プログラムをつくったらいいかということが重要なのです。医療段階で例えばその方が

今の状態のまま復職したときに起こり得るだろう職務遂行上の問題と対人関係上の問題について予測を立てて対応(どのような支援につながるか)していくことが大切です。本人と家族と一緒に支援計画を図式化して作ることも大切です。その中で現状の自分には何が課題かを本人がある程度理解ができるようになることもあります。そのような過程を通じてもうそろそろ就労支援に入っているという判断をしていたりします。(コーディネーター) その判断がずれて適切だと思っても、だめだというケースがございますか。あまりないですか。

(生方) そうですね。話は変わってしまうかもしれませんが、障害者職業センターとある程度コミュニケーションがとれてくると、職業センターからもざっくばらんにおっしゃっていただける。こちらも早いかと思うと、「ちょっと早いかもしれないけど、そろそろどうですか」と言う、「早い」と言われることがあります。それで我々のほうでもまだ何を担わなくてはいけないということがはっきりしてきます。移行支援がどうであったかを支援者がフィードバックを受けるためにも移行後の話し合いはとても必要なことです。

(コーディネーター) ヒューマンコンタクトができたなら、大体連携は促進されるということですね。これは共通の問題だと思います。

(中村) 今、生方先生がおっしゃったように、障害の認識がどの程度進んでいるのかというのがすごく重要になるかと思えます。それから、いろいろな制度の利用や手帳のことに關しては、一応1年半というのがありますので、その辺も1つの目安にはなるのかなと思います。特に復職支援の場合は事業所との調整もかかわってきますし、時間がかかるということで、長野では少なくとも復職される半年ぐらい前からは、復職支援にかかるケースについては情報提供いただきたいという話はしています。

(コーディネーター) こういってお話は聞くと納得するのですが、いざこの方という問題

が起こることが多い。医療側に職業リハの制度、あるいは対象者ということについてぜひとも広報活動をやってください。連携を促進するためには広報活動が必要だというのを1つの結論にしたいと思います。

では、次に、連携を促進するためのMSWというのがキーワードで出てきましたが、MSWの立場からご意見、ご質問があったらお願いします。なかったら、生方先生は「支援」ということをキーワードにお話ししていただきましたけれども、病院のMSWは採算性などいろいろな制約を受けています。その点についてアドバイスしていただけますか。

(生方) 私もMSWをやっております、退院後の支援までの案内ができないで終わっている方が多くいらっしゃいます。私がぜひお願いしたい点としましては、一つは手帳や年金の件の確認を退院後に行なうということです。年金は1年半後に必ず家族や本人から1本電話をもらうように入院中にメモなどで書いてお渡しします。そうするとその方が1年半後に今何をされているのかわかります。仕事が順調かどうかも確認できます。ですから、我々は退院したら終わりではなくて、常にその方の人生、社会参加ということをどこかの時点でとらえなくてはいけないという意識を持つことが必要だと思います。向こうから声をかけてもらう種をしっかりと蒔いておくことです。そのときに我々はその段階で、現状の段階で必要な支援は何かを考える習慣をつけていくことが必要だと思います。

あとは、ワーカーも職リハにつないだら結果を聞いてください。自分から聞かないと返ってこないです。例えば職業センターに紹介したときに、結果を聞く習慣をなるべくつけていただきたいと思います。電話したときに、「ところで、あの人はどうですか」と一言聞けば、「そういえば、そのままになっちゃっている」とかがわかります。「その後来ないから」という場合は、在宅で埋もれてしまったりする場合があります。そうすると、その方の支援というの

をまた始めるきっかけがつかれます。常にターニングポイントとして自分が動くという意識を持つ必要があります。当然、ワーカーだけでなくその方の周りにそういう視点の人間が増えることが大切です。

(コーディネーター) ありがとうございます。病院から出て終わりではなく、職業リハが成功した後、もしドロップアウトしてもどうするかという指導ができるためにMSWが働くつもりでおりますということです。

(参加者) 職リハと医療リハとその間に身体障害者更生施設があります。ケースワーカーやMSWはかなり煩雑で、MSW自身が連携をとっていると、高次脳機能障害になっちゃっているというように多さなんですね。そのMSWの次のバトンタッチを、長期化するケースについては、身体障害者更生施設のケースワーカーにバトンタッチしてもいいのかなど。そのつなぎを1年半の間は経済的な問題がありますので、傷病手当金はとらせてやりたいと思います。そうなりますと、本人は「体が治ったから仕事につくんだ」と言いますが、先生は「まだ運転しちゃいけません」と言っている。仕事の現場に行かれないときに、身体障害者の更生施設は手帳がなくても門戸を開いているはずで、そのあたり、福祉の現場をお使いになることは、この話題の中からは漏れているようで、話題に入れていただきたい。

(コーディネーター) いかがでしょうか。

(生方) ご指摘のとおりだと思います。実際、医療リハから職業リハに行く方はそんなに多くはないと思います。特に若年の方は社会リハの場所が主に身体障害者更生施設になっており、そこをうまく活用していくことが必要だと思います。我々の病院でも、更生施設のほうが職リハ機関よりも身近なつながりがあります。更生施設と職リハにはつながりがあるのかというと、ここも医療リハと同じように意外とないのです。ですから、医療リハと職業リハの問題だけではなく、社会リハと職業リハの問題も当然あると

いうことです。

あと、職業リハ機関に行った方たちについて、まだ早いと職リハの方が判断したときに、身障更生施設を紹介するケースというのは皆さんおありでしょうか？

例えば職リハサイドから「この方はまだ早い」といって医療に返すのではなくて、返していただいてもいいのですけれども、この方は身体障害者更生施設で社会生活能力を高める訓練をしたほうが良いとお返すする機会もまずないということが現状の問題です。

(コーディネーター) ありがとうございます。残念ながら時間が来てしまいましたので、そろそろ結論を出さなければいけません。

もう一遍繰り返しますと、決定的な情報不足がお互いにあるというのは認識する。それから、どこの段階でだれが何をするのかという議論は本日のこのワークショップでは出ませんでした。恐らくディスカッションする時間があっても、

この問題は結論が出ないと思いますが、その必要性があるということは認識しなければいけない。

それから、お互いの相互理解を進めるにおいても、どこの病院でもリハをしているわけではなくて、それなりの拠点となる医療側の病院があるだろうという結論ですね。重点を置くべき病院があることになると思います。

それからもう1つ。次に何を論ずべきかということについては、「相互理解に関すること」にすればいいのではないかと思います。連携の最初の段階で相互理解ができていないということが明らかになっているわけですから、次には「相互理解」についてディスカッションすることを提案したいと思います。

それでは終わりたいと思います。各コメントーターの先生に拍手で終わりたいと思います。

