



# 第13回職業リハビリテーション研究発表会概要

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調査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。

13回目を迎えた今年度は、平成17年11月29日（火）と30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発達障害者の就労支援のあり方についての特別講演、②精神障害者の就労支援ネットワークに関するパネル・ディスカッション、③「発達障害者の職業リハビリテーションと関係機関の役割」と、昨年に続き、「医療リハと職業リハの相互理解の促進」をテーマとする2つの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859名であった。

## 2. 研究発表会

(1) 1日目の午前は、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ために、「高次脳機能障害の基礎と職業問題」と、「精神障害の基礎と職業問題」という2つの基礎講座を実施した。

午後からは、当機構の征矢紀臣理事長による開会の挨拶の後、社団法人日本自閉症協会会長、東京都発達障害者支援センター長石井哲夫氏を講師に迎え、特別講演（演題：発達障害者への就労支援のあり方—高機能広汎性

発達障害（HPDD）を中心に—）が行われた。続いて行われたパネル・ディスカッション「精神障害者支援ネットワークの現場と今後の展望」においては、日本福祉大学社会福祉学部教授野中猛氏を司会に、産業医、事業所、障害者団体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活発な討論が展開された。会場をほぼ埋め尽くした参加者は熱心に聞き入っていた。

(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58題、ポスター発表18題）及びワークショップ（2テーマ）を行った。口頭発表は、前回より福祉、医療、



基礎講座



特別講演



パネル・ディスカッション

企業、教育の関係者からの発表が増加し、10の分科会に分かれ、「精神障害」「知的障害・発達障害」「高次脳機能障害」「職業リハビリテーション支援プログラム」「障害者雇用に関する制度、政策等」「障害者の就労をめぐる意識等と社会的資源のあり方等」など、多種にわたる機関から幅広い内容の発表が行われた。今回は精神障害者関係の分科会を2会場設ける等、発表者、参加者ともにこの分野における関心の高まりが窺えた。

今回のワークショップでは、平成17年4月1日から、発達障害者支援法が施行されたことに伴い、各地での取り組みが始まった発達障害者への支援に関するものと、前回実施した医療リハと職業リハの連携について、さらに相互理解を深める方策を探るためのものとの2テーマを企画した。

発達障害に関するワークショップは300名を超える参加者となったほか、医療機関からの参加者が今回は110名に達し、医療機関における職リハへの関心が高まってきていることが窺えた。

### 3. 最後に

研究発表会におけるアンケート調査については、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のは、「口頭発表」が98%、次いで「基礎講座」が95%、「パネル・ディスカッション」と「ワークショップ」が93%であった。参加者が自ら発表し、議論に加わったプログラムの満足度が高い結果となった。

以上述べた特別講演、パネル・ディスカシ



口頭発表



ポスター発表



ワークショップ

ョン、ワークショップ、口頭発表及びポスター発表の概要は、本誌に記載している他「第13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、ダウンロードもできるようにしているので、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。

また、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るので、関係機関の方々のご意見、ご要望等をお寄せいただきたい。



特別講演(要旨)

## 発達障害者への就労支援のあり方

### —高機能広汎性発達障害 (HPDD) を中心に—

社団法人日本自閉症協会 会長  
東京都発達障害者支援センター (トスカ) センター長 石井 哲夫

発達障害者の就労支援について、大変関係の深い皆様がお集まりくださっているということで、これから自閉症を始めとした発達障害者の就労が少しでも進んでいくことを願ってやみません。

私が自閉症者の援助にかかわりだしてからもう40年以上になります。一貫して自閉症にかかわってきたのは、今では、不十分ながら知的障害の中に入れられた自閉症という障害も認められましたし、また、学習障害、あるいはADHD(注意欠陥多動性障害)など、障害名も明示されてきたわけですが、まだその内容についての社会的理解がなかなか進まないようです。

「発達障害者支援法」という大変重要な法律が本年4月から施行され、その整備のための実施要綱の検討が始められているところです。これからの福祉は、早期発見、早期療育となる発達支援と、就労支援の強化が大変重要だろうと思います。特にこの就労支援については、発達障害者、特に自閉症者は、言動が誤解されやすく就労できないというような状況が多発しているわけですから、まず基本的に、自閉症を中心としてなぜ支援ができにくいかということから、そしてのぞまれる就労支援のほうに話を進めていきたいと思います。

自閉症概念は発達障害者支援法の中に、やっと自閉症ということで一本化されましたが、従来は知的障害者の福祉法の中で対応されてきました。また教育においても、これまでは知的障害児を中心とする特殊教育の中で対応されてい

ますので、福祉・教育関係者においても自閉症をわかる人が極めて少なく、また知的発達の遅れを伴わない学習障害、注意欠陥多動性障害も、障害としては理解されがたい状況にありました。長年、これらの障害が、身体障害、知的障害、精神障害という3障害に対応する福祉法のはざまにあり、いわゆる谷間の障害としてなかなか手がつけられなかったという実情から、発達障害ネットという組織をつくって、これから改善していこうという動きもあります。

そのような状況の中で、具体的な事実即して確実に成果を上げていくような方策をとっていただくために一番大事なことは、現場にかかわっている人たちが、模索し、試行錯誤してきた実際の支援の事例を重要視して、そこから学ぶことが求められてくるということで、臨床的対応から制度、政策の展開というものを行っていただきたいということです。

一般的には知的障害者や精神障害者、もちろん身体障害者にしても、人とのコミュニケーションがある程度できることが前提にあることから、社会参加を求めることができるわけですが、自閉症の人たちの場合、基本的な社会化の機能がうまく働かず、人との関係を結び、人を通して社会のことがらを受け入れていくことができないということから、なかなかうまくいかないのです。そのため、人間としての機能を育てていくこと、言ってみれば、発達支援というのは育ての支援であるし、その育ての支援ということも、今後はリハビリテーションという言葉で

まとめられていくことになろうかと思います。それは、今までの「リハビリテーション」には含まれなかった「人間関係の成立が困難」、「人の考えていることや抱いている感情が読み取れない、共感できない」、「集団同化が生じにくい」といった、人間として生まれながら、人間として必要な、かなり核心的な機能が生じてこない人に対して、どうしたらこれを生じさせることができるかという育ての概念というものをリハビリテーションの中に早く確立しなければならぬと思っています。

自閉症の障害特性において、アメリカの精神医学会の診断基準であるDSM-IVの中では、対人的相互反応における質的な障害、コミュニケーションの質的な障害、行動、興味、及び活動の限局の3点を挙げており、イギリスのローナ・ウィングは、言語の発達の障害、コミュニケーションの障害、想像の障害という3つの障害を挙げて自閉症を説明しています。このことを受けて私たちがとりあげなければならないことは、障害という概念に入れるだけではなく、多少異なる脳の働きがそれなりに発達して機能的に変化していく過程において、心理的にどのような変化が生じてくるのか、また、これが社会的に行動化する場合にどのような変化がもたらされてくるのかを、もう少しきちんと追求しなければならないということです。

援助ということについて最初に考えたことは、まず第1には、本人に対して自己認知を求めているということです。自分が今どういうことをしているのか、自分のしていることが人にどういうふうに分けられているのかを何とかわかってもらうことです。これらの人たちは、人に対して防衛的であったり、感覚的なレベルでのこだわりが強かったりします。話しているうちにふっとこだわりがとれてしまったり、考えていることが飛躍したりと気が変わりやすく、また、ちょっとした言葉で傷ついてパニックを起こしたりします。それから一生懸命したにもかかわらず時間に関わらず間に合わなかったりすると、自閉症

の人は誰にも向けられない腹立ちで当たり散らすというようなこともあります。そうしたことが知的発達の遅れがなくても自閉症の人は、人に向かうと暴力になり、物に向かうと破壊行為になり、反社会的行動が生じやすいというようなことも感じさせられるところです。そういった場合に、私たちはその人に対して、ただお説教するとか、丁寧に説明するというだけでなく、もっと具体的にその場面を再現して、そこで感じてもらうというようなロールプレイングの方法を導入することが有効だと考えています。

そして基本的に、人間同士と一緒に生活していくときに何よりも大切なことは、信頼関係を取り結ぶということです。そのためには、人間の言動についての適切な理解がどうやったらできるのか、いろいろな場を共有してわかってもらうということを根気よく繰り返すのですが、注意しなければならないのは、この人たちは、自分に圧力を加えたり非難したりする者に対しては決して心を許さず、むしろそれに対しては激しく攻撃的になるというようなところがあるということです。これもまた社会での生きにくさをもたらしていることになるわけです。

ですから、私どもとしては、こういう障害のある方々の言動をできるだけ多くの人にわかっていただいて、その人たちが親を中心に輪を結んで、発達障害、特に自閉症のような人間関係のできにくい人に対する人間関係網をつくって、より改善していく努力をすることが必要だと考えています。

ところが親子関係がうまくいかないということもあります。例えば、親がアスペルガー症候群であるとか、子どものほうが高機能自閉症であるとか、あるいはADHDであるとかによって、家族という形をつくってはいるけれども、実は家族という機能を働かせていない場合があります。家庭は、外で働く場合の安全基地であり、心を許し、憩いができ、また人間が寄り添ってコミュニケーションを行い、自分の考えを安定

させていくというこの家族の機能が全くなければ、逆に、家族の中で親子関係の対立が厳しくて、家庭内暴力が絶えず行われていくというような状況が生じてくるわけです。

発達障害者支援センターを始めて、相談が山のように押し寄せてくる中で、とにかく本人や家族の話聴いていくというだけでも、張りつめた緊張の強い家庭内の状況が少しは緩和されていくことも多いわけです。地域における家庭生活の支援、家族支援にもっと力を入れないと地域生活は困難になります。ですから、どうしたらお互いが力になれるか、介護保険のような保険制度の中にある、いわゆるホームヘルプサービス、ショートステイ、ガイドヘルプとか、あるいは一時的な避難が出来るようなシェルターなどといった施設を検討していくことも今後の課題だと思います。

自閉症の人たちとの長いおつき合いにおいて、生活の軌跡を追っていく中で一番大事であると思うことは、親子関係の気持ちの通い合い、信頼関係があるかないかということです。これは、大人になったときの生活の仕方と大変関係があるということです。親子関係がうまくできない場合には、どうしても孤独になって社会的な機関に頼らなければならなくなります。

とにかく今、私たちが努力していることは、何とかこの発達障害のある人たちに就労の場を確保したいということですが、残念ながら今の日本の経済状況、あるいは企業の状況から言うと、この人たちが働く場所というものが極めて狭まってきています。発達障害、特に自閉症の人たちで、働いている人の話を聞くと、「まじめに一生懸命やっているのに、自分のちょっとした言葉遣いや態度によって周辺の仲間からボイコットされることがあり、大変つらい」という話をよく聞きます。仲間に入れてもらうために、その人たちの言葉をまねてそれをメモに書いて暗記して言おうとしたり、一緒に笑うときにはできるだけ笑うようにしたり、自分たちにはわからないことであってもそれが必要ならやろう

としているけれどももうまくいかない、というような話を聞くと、これはもう社会の問題であって、就労支援という狭い枠ではおさまりに切れない問題なのだと感じさせられます。

地域生活支援、就労支援、教育の場合もそうだと思いますが、一方においては競争社会で能力のある者が突出することはやむを得ないことです。他方において、障害者を受け入れて、ノーマライゼーションの道を進めていこうというような考え方についての実践は大変遅れています。私たちは大変すぐれた理念を持って、口にはそれぞれが共生社会というようなことを言ったり書いたりするわけですが、現実にはなかなか改善されないでいるという状況に置かれているわけです。

私が何とか皆さんにわかっていたいただきたいことは、このような雇用の枠を広げていく場合に、自閉症などの発達障害とは何かということを理解し、対応できる人材が1人でも多く増えていくことが必要だということです。発達障害の場合、二次的障害を併発させていることがあって、それを専門医でも理解することは困難だし、ましてや一般の企業の中において、それを理解して受け入れるということは非常に難しいことです。ですから、特に専門的医療との関係というものを重要視して、発達障害のわかる医師が多くなって、こうした就労支援にも加わっていくことが必要だと思いますし、我々のような発達障害者支援センターの者とともに実践をしていくような態勢を整えていくことで、少しでもわかりにくい障害の人たちの支援が進むのではないかと考えています。

ある人が、発達障害を知って、障害者理解、あるいは障害者支援のコベルニクス的転換というような言い方をしました。どういうことかという、怠けているとか、自分勝手であるとか、気まぐれであるとか、人との和がとれないとか、職業生活においてマイナスの要素をたくさん持っている人を就労させるためには、今までの考え方を180度変えていかなければならないとい

うことです。まず雇用においては、その人全体についての大きな受けとめ方と、もう一つは専門的な受けとめ方ができるようにすることを求めたいのです。その大きな受けとめ方の中には、障害の性質によって、現実の生活に閉塞状態が生じないようにするための配慮、特に理解者を継続的に準備していくことが必要になるだろうと思っています。

こういう例があります。ある会社で自閉症の人を雇い入れたところ、その方は、ワープロを打つ仕事を与えられて一生懸命行ったのですが、一番大事なごく普通の生活の仕方がわからなかった。例えば、昼食の時間がずれるとか、遅れてくるとか、早く帰るということをその人はだれへの相談もなく自分で決めてしまいました。いくら障害者といっても、そういう勝手を振る舞いをする者と仲間にはなれないということで、同じ部署の方々から批判されましたが、上司の方がかばってくれたことで何回も危機的な場面を避けてきました。しかし、たまたま不幸なことに、その上司の方が転勤してかばってくれる人がいなくなってしまったところ、すぐにトラブルを起こして居づらくなりやめてしまいました。今日ではどこへも就職せずに、文筆家になろうということで、回顧録のようなものを書いているそうです。確かに自閉症の人は、ある特定の才能をどんどん伸ばしていく人もいて、それなりに道をきわめた方もいらっしゃいますが、その根底には、興味があることだけを追求してしまうとか、自分中心であって人のことがわからないということが、周りから疎外されたりする致命的な原因になっていることがあるわけです。

最後に、私の経験から皆さんに訴えたいことは、発達障害の人たちの特性というのは、人間的な幼さと純粹さを持っているということです。人間的な幼さとは何かと言うと、要するに社会化されていない非社会的な側面が幼さですし、またそれは裏を返すと、社会的に揉まれていないから純粹であるということになります。

しかしながら、アスペルガー障害のように、言語と認知の能力が大変伸びてきますと、それなりに直線的な思考をし、直線的な興味の追求をすることによって、時には大変な事件となる場合もあります。犯罪は決して許されるものではありませんが、犯罪者の中にアスペルガー症候群の人を見かけると、この人の家庭はどうだったのだろうか、社会、例えば学校などが、この人やその家族にどういうふうに対応してきたのだろうかと考えてしまいます。自閉症の人が生い立ちの過程において周囲からの迫害を受けてきたあげく、社会に突き出されていき、しかもそれが犯罪という形になってあらわれてしまうということは、これは本人だけの問題とは言いがたい社会の問題であり、社会の犯罪というふうにも考えられないこともないわけです。そういう点では、就労する機会をいろいろな場に広げていていただけるということが、こうした自閉症の人たちの社会参加ということ、ノーマライゼーションを進めていく大変重要なことになるわけです。

私なりに今まで考えてきたことは、自閉症の人の幼さというものを否定しないでむしろ受けとめてやってほしいと訴えたいことなのです。後になって失敗したことに対してとがめ立てをするより、前もっていろいろなことを教えてあげるほうがより有効です。そのためには、就労の場面でどういうことが起きるのか、どんな手順でどう考えたらいいのか、トラブルに対してはだれに相談してどのようにしたらいいのか、ということをしちんと教えていく就労準備態勢をとるべきではないかと思います。

あるアスペルガー症候群の若い女性ですが、職場で笑顔を絶やさないように、鏡に向かって微笑む練習をするというような、けなげな努力をしている人もいます。あるADHDの人は、約束が守れなかったり忘れ物が多いために、一つ一つのことを忘れまいとメモに書くようにするという努力をしています。また自閉症のある人は、一遍に幾つも言われることは大変苦痛であ

るので、1つずつ順序立てて言ってほしいと頼んだということです。これで全てうまくいくというものではありませんが、障害の内容を人に知らせたり、自分で補う努力をしてほしいのです。

このような自分の障害を認知して努力している人たちに対して周囲の人たちが不当な圧力を加えるということは、障害をもつ人に大変な苦痛を与えるということにもなります。だから障害というものをきちんと理解できるような雇用マニュアルというものも考えていかなければならないだろうと思いますし、その人の労働量を評価してあげて、儀式的なことや時間がかかることについては、大目に見られるような職場というものも、ぜひ準備してあげていただきたいなと思います。

そして、自分の衝動を統制できないで大声でわめいたり、あるいは子どもっぽいような仕草で泣いたりするような場合も、「少し気を休めてみなさい」などといった優しい声かけで、本人の態度がかなり変わってくるということもあるわけです。結局、発達障害、特に自閉症の人が求めているのは、「自分を理解してくれる人」、「自分に好意を持ってくれる人」なのではないでしょうか。また、仕事をする本人を支えてくれる家族も大切です。しかし、本人の気持ちを支えてくれる家族がいればいいのですが、そうでない場合には家族援助とか、あるいはグループホームのような形でそうした援助をするような場をつくるとか、あるいは施設の共同作業のような形の中で安定した就労ができるようにするとか、いろいろな配慮というものを個別的にすることが必要だと思っています。

「発達障害」を「発達しない障害」というふうに見るのではなく、「発達する障害」なのだという

ふう理解していただきたいのです。前と比べてみると、こういうことがわかるようになったとか、こういうことができるようになったという驚きを感じている人たちが周囲にいます。私が長年つきあっているこの障害をもつ人たちは、長く時間をかけて私を信頼してくれています。なぜ彼らが私を受け入れてくれるかという、私が理解者であり、私の言い方が客観的だからです。だから、何か訴えてきたら、私たちがその人の見方になって話をしていけば、必ずその人たちは、何かの機会に私から言われたことを思い出して、自分のものにしていけるのです。

この道は大変遠い道ですし、私はよく、知的障害と比べて、この人たちに対しては、支援の中身も簡単に整理できるものではないということをお願いしてきました。自閉症という障害は、極めて重篤で人間関係の成立が困難な障害であるということを理解していただきたいと思えますし、その人間関係というものは私たちにとって異質ではあっても、共存できない障害ではないのです。根気よく、大事にして関わっていけば、必ず相手の認知の中に、私たちの存在というものがきちんと位置づけられるはずです。

最後に、私の方から提示したいことは、新しく登場した自閉症を始めとする発達障害の内容について、どうぞよくご理解をいただいて、そして、これから先にその人たちの社会参加の場が増えるように、就労支援の方法について皆さん方のお知恵を出していただいて、その道を広げていただきたいということです。

私としては、大事なお話をさせていただく機会を得たことを大変うれしく、ありがたく思います。どうもありがとうございました。



パネル・ディスカッション(要旨)

## 精神障害者支援ネットワークの現状と今後の展望

司会者：日本福祉大学社会福祉学部 教授

パネリスト：富士電機システムズ株式会社 東京地区総務部健康管理センター 所長（産業医）

有限会社大場製作所 代表取締役

財団法人全国精神障害者家族会連合会 ハートピアきつれ川 次長

福岡障害者職業センター 所長

野中 猛

堀川 直人

大場 俊孝

桶谷 肇

井口 修一

【野中】 来年から精神障害をもつ方々に対する就労支援がいつそう広がることを期待して、今回このパネルディスカッションが開催されることとなりました。

WHOでも、人類が最も苦勞する病気の第1位としてうつ病が焦点となり、就労支援の場においてもリワーク事業、職場復帰のテーマが注目されています。精神障害、心の病、さまざまな呼び方がございますけれども、ハンディを持った方々が仕事を続けていくことをどう支援するか、その実際的な方法をみんなが求めているということだと思います。その実際的な方法の中でも、特にネットワーク。医療保健側の人が一人大張っても、雇用側が一人大張っても、あるいはハローワークや障害者職業カウンセラーが一人大張っても、障害を持った方々の就労というのは完成できない。完成するためには、チームワーク。それぞれの人たちがネットワークを持って、みんなで支えないとうまくいかない。現実にはこのネットワークをどうつくるかというところに一番のテーマがあるかと思います。本日は、このネットワークを最終的にどんなふうにつくり上げていったら良いかというところに焦点が当たったディスカッションができれば良いと思っています。

さて、私のほうからパネリストをご紹介します。

最初のパネリストは堀川直人先生です。先生は産業医科大学をご卒業の後に、富士電機株式

会社に入社され、産業医ではありますが、ほとんど一社員として働いているので現場からの視点で臨んでいただけたと思います。特にうつ病の職場復帰支援の諸問題についてご紹介していただけたらと伺っております。

次に、大場俊孝先生をご紹介します。先生は有限会社大場製作所代表取締役社長ということで、企業の側から、精神障害を持った方々がどのように仕事に就いて、それをどう支援したらいいのか、あるいは、そこに至る支援のネットワークをどうつくってきたかということについてお話をさせていただくと伺っています。また、大場先生は、最近、全国精神障害者就労支援事業所連合会の理事長に就任されました。いわゆる社会適応訓練事業の職親会の会長になっていらっしゃいます。

次は、桶谷肇先生ですが、先生は精神保健福祉施設ハートピアきつれ川という精神障害者社会復帰施設で活動をしておられますが、全家連（全国精神障害者家族会連合会）がこのハートピアきつれ川を設立しています。そこでの精神障害を持った方々の就労支援に関するさまざまな問題についてご紹介していただきます。

それから、最後に、井口修一先生、先生は福岡障害者職業センターの所長として勤務しておられます。地域障害者職業センター、雇用を支援する側から見た精神障害の諸問題、ネットワークの現状について、ある意味では総合的にお話をさせていただくということになっております。

まず、最初のパネリストの堀川先生、よろしく  
お願いいたします。

**【堀川】** 私は現場の一専属産業医にしか過ぎませんが、この場にお呼びいただきましてありがとうございます。今日は、主にうつ病の方の現状と職場復帰支援問題を中心に、簡単にお話をさせていただきます。

一定の規模を抱えておる事業所では、産業医を専任しなければいけなくなっております。産業医の業務は多岐にわたっており、メンタルヘルスの問題ばかりではなく、健康診断やその事後措置、その他たくさんの仕事の1つとして今の仕事をやっております。私は会社専属の産業医ですが、社員に限り診察をすることもありますので、社員の主治医となることもあります。また、健康管理センターの管理職でもありますので、三足のわらじを履いて、その時々には振舞いを変えながら仕事をしております。

長期病欠者の現状ですが、長期病欠者を1カ月以上とした場合、精神疾患の方が占める割合が約40%で、右肩上がりが増えております。全体の長欠者は減っております。これは弊社だけではなく同業他社を見ても似たような感じです。今月何人休んでいるのかという数で見ると、7割前後はメンタルの方が占めており、他社においては9割というような会社も実在しております。具体的な病名はうつ病、抑うつ状態という方が圧倒的に多いです。

そのような状況の中で、リハビリ出勤という復帰支援をやらせていただいております。実際に治療が進んで主治医が復職のOKを出して、かつ、私の目から見ても、これは職場に戻しても大丈夫というような判断を下したときに初めてリハビリ出勤を行います。場合によっては、やはり無理だということで、治療継続というケースもあります。リハビリ出勤の扱いというのは非常に難しいですが、私のところでは正式な復帰とはせず、病欠や休職の扱いにしております。この背景は、職場側の理解の問題とか、賃金の問題があります。出勤練習しているときに

賃金を払うということ、これは会社側よりも、職場の他のメンバーの理解が得られないことが多いです。ですから、ある一定期間きちっと働けるまでは、復帰にしておりません。かなり復帰のハードルは高いです。

そこで、病欠という形をとりながら、大体3ステップぐらい、始めは3時間、それから午後の2～3時間プラスして、3段階ぐらいに分けてやっております。この前にステップ・ゼロとして、健康管理センターに決まった時間に通うというのがあります。うつ病の方は、午前中調子が悪いことが多いので、朝から来られない人は治療が不十分だと思いますので基本的にリハビリ出勤にはさせません。

復職後、リハビリ出勤は1カ月を目途に終えるのですが、順調にいった場合でも、1～2週間おきに体調を伺い、仕事のレベルアップ等の調整をしていきます。ですから、相当頻繁に会いますし、産業保健スタッフとしても手間がかかりますが、ここが一番大事なところだろうと思っています。最初の復帰後1カ月間というのは、結構ダウンが多いです。こここのところは特に慎重に見ております。半年ぐらいたつと、結構元の仕事に近いことになっていける方も多いですが、やはり1年ぐらい見ないとわからないです。

恵まれている環境というのは、やはり休職期間の長さです。最長で病欠6カ月に休職3年の3年6カ月の休職期間がある。年次有給休暇は24日で、他に病気療養に使える休暇が30日あります。健康保険組合の傷病手当金も、法定給付プラス10%、給付期間も3年間傷病手当金がもらえます。ですから、治療を急ぐ必要はない恵まれた環境にあります。

職場復帰は、新しい仕事を覚えるのも、人間関係をつくるのも大変なので、基本的には現職復帰をお願いしております。ただ、元の職場へ戻るのが良いのかどうかということもありますので、必ずしも絶対戻すことではないと思っております。ある程度の企業であれば、こういっ

たサポートができますけれども、特にうつ病はなかなか職場訓練をするような場所がないので、公的なサポートがもうちょっと身近にできればと思っています。

**【野中】** ありがとうございます。リワーク、職場復帰としては、大変理想的に進んでおられると感じます。引き続きまして、大場先生、よろしく申し上げます。

**【大場】** 当社の取り組みは、統合失調症の方々をメインにした訓練から雇用まで積極的に取り組んでおります。

まず、第1点目は、啓発的な研修会とか映像、機関紙等で、精神障害者の方々が働ける実態を社会にもっとPRしていく必要があるのではないのかなと思います。当社では新聞や機関紙にも、本人の了解の上、全部実名で行います。これまで、人権尊重の立場から、なかなかこういった場面に登場できなかった実態があったと思いますが、ある程度積極的に出ていけば、社会に働ける実態がある程度は理解されるのではないのでしょうか。

2点目は、地域単位で顔の見える支援ネットワーク会議を定期的開催していく必要があると思います。私どもの住む地域では、16年1月から管内の精神障害者の就労支援ネットワーク会議というのを、2カ月に1回の割合で定期的に行っています。このように、行政が積極的にかかわるべきであり、地域のリーダーシップ、主導権をとって、民間に協力を要請をしていくというのが望ましいと思っています。やはり民間主導だけでは、行政が何よりも消極的になってしまいますので、官民一体となる地域ぐるみの支援活動が必要だと思います。我々のような事業主、専門に支援する人、保健師、ハローワーク、そのような関係が、やはり地域で顔がよく見えた状態で連携していくというのが大事なのではないかなと思います。

3点目は、就労支援センターを各地域に設置するか地域に準備訓練のための職員を1人配置する。訓練すれば働けるようになる人は、全国

にたくさんいるのですが、それを専門に支援するスタッフ、準備訓練する機関が大きく不足している実態があると思います。特に精神障害者の場合はある程度の準備訓練をしてから、その人の能力を発揮できるようにして送り出し、そしてかかわってあげるということが非常に大切ではないかと思います。それから、就労支援の研修会には、企業と医療機関の参加が非常に少ない。これは、関心がないだけでは済まされませんので、大きな課題であると思います。今後は、企業が多く集まる場での働きかけも非常に重要でありますし、私どもを含めた関係機関及び行政が強力に働きかける必要があるのではないかなと思います。

最後になりますけれども、保健師とのかかわりが精神障害者の場合はキーワードだと私は思います。精神の場合は毎日の服薬、定期的な通院があり、病気と向き合いながら生活し、働き続けなければいけませんので、保健師とのかかわりは非常に重要であると思います。

保健所単位かハローワーク単位のような地域でのきちんとした就労支援のネットワークを構築して、それをもとに定期的に支援していく。それから、企業へ出る前の準備訓練をきちんとするようになれば、もっともっと精神に障害を持つ方々の就労が進むのではないのかと私は思っています。

**【野中】** ありがとうございます。具体的に、保健所かハローワーク単位の小さな単位でそういうネットワークをつくったほうがいいのではないかな。特に、入り口のところに焦点を当てたご提案でした。引き続きまして、桶谷さんから、今度は精神障害者の社会復帰施設の立場からご発言いただきます。

**【桶谷】** ハートピアきつれ川を設置運営している全家連というのは、統合失調症や長期化したうつの患者さんを抱える家族でつくっている1,700ある家族会の全国組織で1960年に設立されました。1994年には精神障害者社会復帰促進センターに指定されています。社会復帰促進のた

めの啓発、広報活動、訓練及び指導方法の開発、調査研究や研修会等の事業を行っています。『ぜんかれん』という月刊誌をごらんになっている方も大勢いらっしゃるのではないかなと思います。

促進センターの指定を受けて、その事業の一環として、1996年に栃木県さくら市に精神保健福祉施設ハートピアきつれ川を設置しています。このハートピアきつれ川は、精神障害者の就労訓練の場として、また、家族の保養や研修施設を目的としてつくられました。大きな特徴は、温泉付きのホテルを運営し、その中で障害者能力開発事業を実施し、通所・入所の授産施設と生活支援センター、グループホームが配置されていることで、パートの職員を入れて57名ほどの職員体制でやっていますが、そのうち障害者の方は、正規職員が1名、パートの方が9名という状況になっています。パートと言っても、ほとんどフルタイムで働いている方ばかりです。統合失調症の方がほとんどですが、中にはうつの方、てんかんの方がおり、ホテルの運営には欠かせない存在になっています。

ハートピアの現状は、ホテル部門では年間平均12,000人ぐらいの宿泊客がおり、平均稼働率が42～3%で、経営状況はなかなか厳しいところがありますが、何とか赤字を出さずにここ数年はやっております。そのほかに、日帰り客が平均で33,000人ぐらい。このホテル部門で障害者能力開発事業という職業訓練を実施してきて、定員22名、2年間のプログラムとなっています。ここでは、工賃として訓練手当を時給500円出しています。そのほかに、社会適応訓練事業が10名で、時給550円です。パートが9人で、この人たちは、その働きぶりに応じて750～850円の時給となっています。

福祉部門では、入所授産施設が定員30名、通所授産施設で定員20名ということですが、今は定員を下回っている状況です。時給は300円出しています。能力開発事業の受講生は時給500円ですので、大体月に2～3万ぐらいの工

賃、多い人で4万ぐらいです。生活支援センターは、登録者が約110人。グループホームは1単位6名、10月から2単位、4人増えて、定員が10人となっています。

社会復帰施設を併設するホテルで障害者能力開発訓練事業をやっているというのは世界的にも珍しい試みです。また、精神障害者を対象にした職業訓練としては、全国で初めての事業です。現在でも3カ所しかなく、他は名古屋と、今年6月から愛媛にできたという状況で、非常に精神障害者の職業訓練は遅れていると思います。ホテルでは実際にこの能力開発事業の受講生も働いており、日帰り客や宿泊客には障害者の人たちの働きぶりを目にする事ができますから、そういった意味で、啓発活動としての意義も大きいと思っております。

ハートピアきつれ川は今まではどちらかというとハートピアの中で働ける人を養成するシステムになっていたかと思います。2年前から就労支援活動にもっと力を入れようということで、外部就労に力を入れています。ハローワークや障害者職業センター、保健所、最近では障害者能力開発委託訓練という3カ月の事業も始まっています。職業訓練校との連携も始まりました。まだまだネットワークという意味では、十分な状況ではないのですが、近隣の事業所の受け入れや協力は非常に良いと思っています。

一方、全国組織、全家連としての立場から、精神障害者の就労支援は非常に大きな転換点を迎えたと思っております。この6月の障害者雇用促進法の改正は、非常に大きな期待を持つ改正ですけれども、時代的な変化も感じるところがあります。1つは、特に統合失調症に関しては、うつもそうですけれども、従来よりも副作用が少ない新薬が出てきて、それが定着しているという状況があります。リハビリテーションなどの活動とこの薬物治療の垣根が非常に低くなってきたと言われていています。それから、精神保健福祉施策の変化もあると思います。自立支援法が成立して、就労というのが大きな柱

になっているかと思えます。

就労支援で大事なのは障害特性に応じた支援ということで、やはり体調に波がありますので、就職させるだけではなくて、就労を継続するためのサポートが必要だということを強く感じています。そのためには、事業所任せにするのではなくて、関係機関が連携して働くことを支援する活動を丁寧に行っていく必要があると思っています。平成18年度の障害者雇用施策関係予算を見ますと、ハローワークで実施する地域障害者就労支援事業が予算化され、今年度10カ所が、来年度は47カ所になるということで、こういったものが広がっていくと良いと思います。

**【野中】** ありがとうございます。ハートピアさつれ川でも、そこでパート仕事を訓練するのではなくて、一般事業所への就労を支援しようという方向に動き始めたということですね。全家連がそういう方向に動き始めると、やはり強い力になっていくかと思えます。最後に、井口先生、お願いいたします。

**【井口】** 私がこれからご報告する内容は、大きく分けて3つございます。1つは支援内容、2つ目が支援の現状、3つ目はネットワークについてですが、主に2番と3番、支援の現状と、私どもの立場から見たネットワークについてお話をしたいと思います。

支援の内容は、精神障害者の方を対象に、職業リハビリテーション計画あるいは個別支援計画によって継続的に支援をさせていただいているものは3つございます。1つは職業準備支援（自立支援）、2つ目がジョブコーチ支援、3つ目が、全国6カ所、福岡もその1つですが、昨年の下半期から始めたリワーク職場復帰支援でございます。

それから、主な関係機関ですが、自立支援とジョブコーチ支援というのは、ハローワークをはじめ、病院・クリニック、保健福祉機関・施設等で、リワークの方は、病院・クリニック、企業の産業医の先生、保健師の方等々が中心になっています。

さて、支援の現状ですが、職業準備支援自立支援というのは、私ども福岡では平成12年度の下半期から始めており、今年度の上半期までで合計42名の方が終了され、うち86%が統合失調症の方という現状です。それから、就職率を見ますと70%（支援終了後、今年の10月までに就職した方はすべて就職と計上）で、就職者のうち58%の方が障害をオープンにして就職をされています。また、自立支援を終了した方のうち、ジョブコーチ支援に移行した方が32%。就職者の就職の時期は、自立支援を受け、終了してから、ほとんどの方が1年以内に就職をされ、半数以上は3カ月以内に就職をされています。

次に、ジョブコーチ支援についてです。福岡の場合は、平成15・16年度の2年間で、約250人の方に支援をさせていただき、そのうちの精神障害者の方は全体の約1割程度です。ジョブコーチ支援終了後の定着率は、福岡の場合、全体では約8割の定着率ですが、精神障害者は全体より下がり、65%ぐらいの定着率になっている。それから、支援の傾向については、当機構障害者職業総合センター研究部門の研究によれば、期間を経るに従って、職務遂行人間関係、コミュニケーションの支援は減少し、基本的な労働習慣や不安等の軽減の支援は増加する傾向があるということが言えるようです。

それから、3つ目がリワーク支援、職場復帰支援です。昨年度の下半期から今年の10月末までに9名、そのうち4名が終了して職場復帰をされています。うつ病の方で休職回数が2回目以上の方がほとんどです。それから、リワーク支援開始時点での休職期間は短い人で4カ月、長い人で2年半でその方は既に円滑に職場復帰をされています。

支援方法の広がり度で1点だけ強調したいのは、セルフマネジメントへの支援が非常に大事だということを、改めてリワークをやりながら感じたところです。ここで言うセルフマネジメントというのは、自分の課題になっている行動に対して、自分自身の行動によって望ましい行動に

変えたり、あるいは望ましい行動を維持したりということをしております。職場に行っても何か支援をしようと全てがうまくいくということではなく、その前後、就職前、それから職場適応中であっても、セルフマネジメントをいかに支援していくかというのが非常に大事であり、きちんと支援しなければいけないと改めて思っております。

それから、私ども全国の地域障害者職業センターでは、今年10月から精神障害者総合雇用支援を始めております。雇用促進、就職のための支援はもとより、職場に適応するための雇用継続支援、それから、リワークという職場復帰支援、いろんな段階での支援をやるようになったということと、もう1つは、事業主に対してもきちんと助言、援助、調整をさせていただくということの一つのセールスポイントとしてやっていきたいと考えております。

さて、私どものセンターから見たネットワークは、関係機関との連携関係として、お互いのことをよく知っていて、何かあればお互いに協力を頼むという環境は幅広く構築できているのではないかと思いますし、もう1つは、直接的な支援ではなしに、ネットワークを少しお手伝いするという意味で、例えばジョブコーチ養成研修や就業支援基礎講座などを実施して、地域のネットワークの方々にいろんな技術情報を提供したり、研修をしたりというふうなバックアップにも努めているということがございます。県内の状況を私から見ますと、県内全域のネットワーク、お互いのことは知っていて、何かあれば相談できるという意味では、概ねその基盤は構築されているし、それは都道府県レベルの行政機関や団体がこれまで主導をされてきた成果ではないかと思います。ただ、やはりネットワークの範囲は、労働市場圏域、保健福祉圏域、市町村というような形で動くのが望ましいと思われ、そういう意味での地域ネットワークというのがかなり広がっているし、多様化しているということがございます。こういうネットワー

クは、市町村レベルの行政機関、施設、団体が水平的な関係で協力をしながらやっているというところだと思います。

ネットワークの課題としては、1つは、今申し上げた労働市場圏域や保健福祉圏域の地域ネットワークを拡充するということがあると思いますし、このネットワークに技術情報の提供とか人材育成などのバックアップは、もしかしたら私どもでできるのではないかという気がしておりますし、行政は、そういうところに対して、いろんなバックアップができるのではないかという気がしております。こういうふうな市町村レベルなり労働市場圏域のネットワークに、関係機関だけではなく、企業や市民にうまく参画をしていただくことで、ネットワークはさらに拡充されていくという気がしております。

新しい動向として2つの事例をご紹介しますと思いますが、1つは、地域障害者就労支援事業で、今年度からハローワークが中心となって始めたもの。もう1つは、福岡県大牟田市の大牟田市障害者協議会、これは市内の障害者施設、障害者団体などの26団体が加入しているNPO法人です。三障害統合、身体も知的も精神もいろんな団体が統合されているということと、どちらかというと民間施設、団体が主導して、行政がバックアップ、例えば、県や市から事業委託をしたり、私どもも技術情報を提供したり、個別支援計画の策定の援助をさせていただいております。そういうところが総合相談をしたりとか、生活支援をしたり、就労支援をされたり、あるいは、障害者雇用事業所、これは市のほうから請け負った事業をやるために障害者を雇用している、そういう事業所を運営したりされておりますが、こういった新しい動き、これは全国でも他にもたくさん事例があるとは思いますが、こういう動きを我々も注目しなければいけないし、その中で我々はどういう役割を果たすかというのを考えなければいけないと思っております。

**【野中】** ありがとうございます。井口さんから総合的な理論と実践のお話がありました。準

備の段階、定着の段階、そして職場復帰の段階、それぞれに対するアプローチがご紹介されたわけですね。セルフマネジメントをどう強化するかというのは比較的新しい考え方ですね。それから、ネットワークそのものをつくるのではなくて、ネットワークを支援するハローワークというのも新しい考えであろうと感じました。

早速ですが、まずパネリストの方にもう一度お返ししたいと思います。連携にも段階があって、情報の交換をするだけという段階から、ネットワークになると、もう少し有機的な連携というところに入って行くと思います。そういう連携とかネットワークがどうあるべきなのか、どんな工夫を今後必要とするのかについて、パネリストのご意見を伺いたいと思います。また、今回、精神障害者が雇用率の算定に入るわけですが、一体どんな影響があるのかご感想をお持ちでしたらお伺いしたい。まず、堀川先生、いかがでございましょうか。

**【堀川】** 私のところは対象者が主に在職のうつ病の方が多いので、連携と言われますと幅が狭くなりますが、一番のメインは医療機関との連携となってきます。うつ病の方でうまく復帰できていない方の多くは、実は適切な治療をされていないというケースがかなり多いのが実情ですね。これは精神科に行っているのにちゃんと治療がされていないことが結構あり、そこを我々が見抜いてセカンドオピニオンをもらいに行ったりするというような意味で、医療機関との連携が1つ。

それとリワークのための施設、特にうつ病を対象にしたリワークの施設ができ上がってきていただけると、非常にありがたいです。そういうものがないために、我々が社内でいろいろ工夫しながらやってきておりましたので、これが広がっていただけると、我々としても、会社として扱うもう一歩前の段階として非常にありがたいなと思います。

法令改正の問題ですけれども、現状、私どもの社内では、今のところ大きな変化は起きてい

ないように思います。

**【野中】** 医療との連携は、うつ病に限らず、統合失調症の方でもかなり重要になってきます。引き続きまして、大場さん、いかがでございましょうか。

**【大場】** ネットワークに関しては、平成15年に提案して、それに保健所が参加してくれて、2カ月に1回実施しております。これからの課題は、地域でどのように準備訓練をしたらいいのかということだと思います。都市部と、私のような郡部では、社会資源が全く違い、保健所、ハローワークはありますが他はありません。ですから、隣の市から障害者就業支援センターとか地域生活支援センターのスタッフに積極的にネットワークにかかわってもらいますし、あとは、障害者職業センターとか県の精神保健センターがかかわってくれます。これから精神障害者の方々の就労を高めていくためには、やはり事前の準備訓練、私は宮城障害者職業センターでやっている実習も受けていますけれども、あれだけ準備訓練をすれば、就職率は高まると思います。それが地域にあるかないかによっても、かなり違うと思います。

それから、雇用率算定の話ですが、大企業は在職精神障害者とうつ病対策で目いっぱいだと、よく聞いております。その中でも特例子会社を持っているところは、新たに精神の雇用に取り組もうという声をあちこちで聞いておりますので、うまく対応してくれるのかなと感じております。しかし、中小企業の場合は関心がまだまだ低いという感じがします。現在、就労している精神障害者の方々の実態を見ますと、小さい環境で働く人が圧倒的に多いですね。ですから、この雇用率は従業員56人以上が対象になるから、それをクリアしない小さな会社はどうなるのかという不安はあります。その辺が、これから雇用を増やす上では問題にならないのかという感じはしております。

**【野中】** ありがとうございます。では、桶谷さん、お願いします。

**【桶谷】** ハートピアは、特に能力開発訓練事業をやっていることもあって、利用者は全国から来られます。栃木県内の方が半分弱ぐらい、遠方の方、関東近県からの利用者もいて、ネットワークといった場合に、なかなか難しい課題があると思います。

まず、栃木県内のことで言いますと、今まであまり関係機関との連携というのはなかったのですが、一昨年ぐらいから外部の事業所に就職させようということで動き始めたこともあって、まずはハローワークの方々とのおつき合いが濃厚になっています。月に1回とか、2カ月に1回とか、面接訓練ということでハローワークに数名で出かけて行って、面接の練習をさせてもらっています。次に障害者職業センターです。職業評価をやっていただいて、その後、ジョブコーチを派遣していただいたり、そういう形で連携ができてくると思っています。

こういったハローワークや障害者職業センターのような就労支援の専門機関との連携があって、もう1つ、社会適応訓練事業を結構ハートピアでやっており、これは保健所との連携になるわけですけれども、その保健所の関係の社会適応訓練事業と就労関係のトライアル雇用とか委託訓練とか、こういうものとの連携はなかなかできていない。そこが課題だと思っています。

それから、事業所との連携・協力は、良いと思います。それは、ハートピアのホテルは、啓発活動の役割を担っており、ハートピアの利用者の方であれば受け入れてもいいという感じがあります。

遠方から利用されている方は、自分の出身地で就労することに今取り組んでいるのですが、どこにそのお願いをしたらいいのか、なかなか明確ではなくて、その地域地域の状況に応じながらということになります。ハローワークなりどこかにつなげば、その地域の関係機関との連携ができてというふうになると、我々も2年間の訓練を経て地元に戻すということがやりやすくなるので、そういうふうな状況をつくってい

きたいと思っています。

雇用率の影響は、まだ具体的には出ていないと思いますが、関心の高まりをすごく感じています。

**【野中】** ありがとうございます。桶谷さんから、核となるような場所やネットワークが欲しいという話でした。それから、社会適応訓練事業と、各種雇用事業との連携がもう一つうまくいかない。そこをどううまく連携するかということも、我々は課題として持っていますね。最後に、井口さん、お願いします。

**【井口】** 連携とネットワークの違いを私なりにお話ししたいと思います。ネットワークという言葉は非常によく使いますが、深く考えたことのない言葉の一つであります。連携というのは、当然、自分たちの機関の利用者が、自分たちで提供できないサービス・支援があるときに、提供できる機関にお願いをするというのが連携なのかという気がしていますが、ネットワークはそれとは違うだろうと。もっと機能的なものじゃないかという気はします。

それから、制度改正の影響ですが、まだ顕在化されたものはあまりないように思います。まだまだ障害をオープンにしてという人が少ないこともあるでしょうし、なおかつ、手帳所持者というのもまた限定されるでしょう。リワーク支援を受けた方9名のうち手帳を持っていたのは1名だけです。そんな状況の中で、障害者として確認するということが、やはり企業としても大変だという問題があるのではないかと。そこは時間がかかるのではないかと考えております。

**【野中】** ありがとうございます。連携とかネットワークという言葉だけがちょっと躍りすぎて、実際に使っているお互いの意味が違うこともよくありますので、もう少し違う言葉を使って具体的な話を進めていくのがコツかもしれません。

では井口さんから、もう少しネットワークの就労支援事業の今後のあり方、あるいはこういう点は注意したほうがいいのかといった点をお教え下さい。経験の上から何かござい

ますか。

**【井口】** 先ほどご紹介したハローワークがまず先導して、チームアプローチをしていくという取り組みが今年度から始まったというのも1つの方法でしょう。民間の施設や団体がなかなか動きがないというところには、そういうことで始めることが非常に効果的な場合もあるでしょう。それから、民間の施設、団体が主導しているいろいろな動きがもう既にある、どんどん動いているというところは、行政がいかにバックアップするかという役割があるのではないかと思いますし、他にもいろいろな形態があると思いますが、それは多様化を認めていくという方向で良いのではないかと私は思っています。

連携とネットワークの違いは、先ほどちょっと言いませんでしたが、連携は、やはり自分たちの利用者のためだけに何か他にお願いするときに連携という言葉をよく使っている気がします。ネットワークは、地域の障害のある方で何か支援を求めていらっしゃる場合に、いろいろな機関がうまく機能的に効率的にかかわる仕組みだと思っています。その方法というのは、いろいろなやり方が地域によってあるのではないかと。それをそれぞれの地域で模索するというのが大事だと思っています。

**【野中】** 今お話されたのは、地域によって形態を変えてもいいのではないかと。この地域は行政主導型、この地域はリハビリテーション施設型、この地域は社会復帰施設型、この地域はNPO型、いろいろなネットワークがあってもいいのではないかと、こういうご意見ですよ。これが正しいと思うのですが、今までは、予算がこう決まっているからこうしなくては使えませんという形で、結局、形だけの事業になることが多かったですね。今度はその地域でどんな形をつくったらいいかということ、委員会か、協議会か、とりあえず核となる人が集まって始まるわけですね。井口さん、いかがですか。

**【井口】** そうですね。昨年の職業リハビリテーション研究発表会で田中教授がいろいろネット

ワークについてお話をされていて、起点者がいろいろなパターンがあり、その場合の特徴とか、幾つかお話をされているようですし、それから、ネットワークはその開放性とか柔軟性が非常に大事だというふうなことも言われていますが、いずれにしても、今言われたように、始めをどうするかというのは、何か関係者が当然協議する必要があると思います。

**【野中】** そこはちょっと面白そうな展開になりそうですね。

次に、リワークのところはここ近年注目されています。うつ病とリワーク、そこにも地域のネットワークがあると、企業としてもやりやすいし、一方で、医療機関の方からも進みが早いというので、このリワークを企業の外、医療機関の外に設定できないかどうかということについてはどうでしょうか。どんな形が考えられるのでしょうか。

**【堀川】** 現在、私どものところでは、リワークというシステム、社会的なシステムを利用しないこともありまして、まずは会社に出社する以前に、通勤練習とか、生活パターンの確立とか、そういうレベルから始めなければいけないわけです。これは治療がきちんと行われているということが前提です。我々からすると、自主的に図書館や公民館に通ってもらったり、近所の駅まで来てもらったりという出勤練習前のゼロ段階のところをやってくれるところが、現状ではなかなかない。そういうところが身近にあれば、我々としても、その次の段階をスムーズに持っていけるのではないかと考えております。

**【野中】** 堀川先生のおっしゃっているゼロ段階を企業外につくらないと、企業としてもかなりつらいということですね。

**【堀川】** そうですね。それと、私の会社には産業保健スタッフが相当いますので、かなり手助けできますけれども、世の中で働く9割の方は、中小企業で働いているわけですから、そういうスタッフを持っていないわけです。さらに、それよりもプラス・アルファのところもまた民間

あるいは公共のリワークシステムの中でやっていかなければいけないので、もうちょっとさらにプラス・アルファ、ハイレベルのところも、先々はやってもらわないといけないのかなと思っております。

**【野中】** こうなると、診療報酬で行われている精神科デイケアというのがあり、これが今ちょっと縮小されるのではないかという戦々恐々たる時期に入っていますが、ここが統合失調症だけ焦点を当てるのではなくて、リワークにも焦点を当てるという生き延び方が実はあるという発想も良いと思います。

大場さんはリワークに関してはいかがですか。リワークというよりも、大場さんの立場でいくと、調子が悪くなったときに相談できるネットワークとか、ちょっと休む際のお手伝いが企業の外にあるとやりやすいのではないかというお話でしたね。

**【大場】** そうですね。リワークに限らないですけども、うちの相談窓口というのは、保健所の担当保健師です。雇用している当事者で体調を崩した方がいて、私はすぐに保健所に電話しました。そうしたら、保健所の保健師がすぐに行動を起こしてくれ、さらに市の担当保健師やハローワークの担当の方も動いてくれました。その方は社会適応訓練からトライアルを使って雇用した統合失調症の方ですが、2週間で復帰できました。復帰する時にも、ハローワークの担当の方が職場に来て立ち会ってくれました。何かあるとすぐ対応してくれるという面が、このネットワークの延長線上にありますので、私ら企業としては、頑張れる要素にもなっていると思います。

**【野中】** 具合が悪くなったときに、保健婦さんもハローワークも一緒になって手伝ってくれた、このネットワークはどうやってうまくできたのですか。

**【大場】** 平成14年に厚生労働省の精神障害者自立啓発事業がスタートし、東北・北海道地区ブロックセミナーが宮城で、私が実行委員長にな

ってやりました。そのときの合い言葉が、各地域でネットワークをつくって定期的に活動していきましょうというタイトルでした。そこで、自分の住む地域の保健所の保健師に働きかけて、ハローワークに働きかけて、それが今でも続いているということです。

**【野中】** 大変参考になるお話でした。これまで何度も事業や制度で地域ネットワークづくりをしにかけてきたのですよね。しかし、全部立ち消えになってしまう。そこで生き残るのは、たまたま核となる人がそこにいるかどうか、その地域ネットワークが存続する大きなポイントになるのではないかと思います。

桶谷さん、どうでしょうか。全国に訓練を終えた障害を持った人を送るわけですね。そういうときに、どこの地域だとやりやすいとか、ここに送るのは大変だとか。そうすると、地域ネットワークをどういうふうに外側から刺激していくのかとか、そんなお話が何かございますか。

**【桶谷】** 実際に我々としては、利用者の地元に戻して、そこで仕事を見つけて働き続ける支援を用意するという、そういう必要性にかられて動き始めたのです。ですから、職員は近県に出かけて関係機関と利用者をつなぐ活動を行っています。ただ、遠隔地は費用面からも難しく、地元の信頼できる人につないで、その人からさらに支援機関につないでもらうというような形でやっていくしかないかなと思っています。

これは全家連がやっている施設ですから、全国的なネットワークがあり、多少できるかなとは思いますが、なかなか難しいですね。ただ、これはハートピアならではの事情ですが。多くの授産施設等では、地元のネットワークというのがそれなりにあると思いますし、何よりも知的障害の人たちを中心につくられてきているネットワークとどううまくつながっていくかということが、精神障害の分野から見れば重要なことかなと思います。

**【野中】** ありがとうございます。

まだ議論を続けていたのですが時間が来て

しました。この法律改正にあたって、来年から精神障害を持つ方々の就労状況というのは変わり得る可能性が大きいと思います。そういう時にこのパネルディスカッションができてよかったと思います。今回得られたアイデアは、次のようにまとまるかもしれません。

まず1つは、地域によって形態が異なるネットワークをつくる可能性がかなり出てきた。事業としても、都道府県ごとにお金のつくネットワークがつくれそうだという点です。しかも、それは少し柔軟な形でやれそう。これを生かすも殺すもその地域次第というところがあるかと思います。その際に、全国から見てどこが窓口なのかを明らかにしていただきたいものです。

2番目には、セカンドオピニオン体制というものがどうも必要になってきている。日本中のあらゆるお医者さんや社会復帰施設が、雇用の問題についてすべて有能だということはありませんので、その地域で障害者の雇用に関して適切な助言がいただける人が誰なのか、そこからどのように助言をしてもらう体制をつくるのか。これは現実的な話だと思います。

3番目には、リワークをしていく職場復帰の問題はさらに増え、最終的には復職問題が残ってきます。そうすると、復職に関しても、すべて企業に任せるとか、産業精神保健の場面に任

せるというのでは無理があって、その企業に戻す前のゼロ段階支援ということネットワークの中で準備しておく必要があるかと思います。

4番目には、顔の見えるネットワークにしていく。今度の事業でも、大きなネットワークが一つの県に一つあったとしても、各地域に顔の見える小さなネットワークをどうつくるかというのが課題になってくると思います。それをやるにしても、最も重要なのは、核となる人、熱心な人、本気になる人、続けてそこにいられる人、3年で異動しない人、そんな核となる人という存在がやはり重要だろうと思われます。

5番目には、やはり障害者自身のセルフケア能力を伸ばしていく、そういうことを支援する場、服薬の問題、ストレス対処法、それから、ハローワークの使い方、保健師の選び方、医者を選定の仕方、そういうことが障害者自身でできるようにセルフケア能力を伸ばすような場面、これをつくるのが重要なのではないかと思います。いずれもとても重要な話で、何とか現実を持って来れそうなアイデアが今日は出たと思います。

長時間ご清聴いただきまして、大変ありがとうございます。それから、パネリストの4人の先生方、大変貴重なお話を、ありがとうございました。





ワークショップ I (要旨)

## 発達障害者の職業リハビリテーションと 関係機関の役割

コーディネーター：大妻女子大学人間関係学部 教授・よこはま発達クリニック 院長

メインコメンテーター：障害者職業総合センター職業センター センター長

社会福祉法人電機神奈川福祉センター 常務理事

千葉県発達障害者支援センター センター長

東京都立あきる野学園養護学校 主幹

内山登紀夫

佐藤 修一

志賀 利一

與那嶺泰雄

原 智彦

【内山】 本年4月に発達障害者支援法が施行され、その結果、発達障害者の就労支援を充実させることが非常に強く求められている現状にあります。今日はコメンテーターとして、発達障害者の職業リハビリテーションにかかわる機関から4人の方においでいただき、各組織の現状や就職に至るための課題についてご発言をいただくことになっていますが、その前に、発達障害者支援法の中で大きなテーマとなっているアスペルガー症候群、あるいは高機能自閉症といった発達障害について、簡単に説明させていただきます。

1943年にカナーが自閉症の概念を発表し、翌年、アスペルガーが「小児期の自閉的精神病質」という論文を発表します。しかし、アスペルガーの論文は注目されず、自閉症といえばカナーの論文にでてくるような重度の自閉症を意味した時代が続きました。1960年代から70年代までは、自閉症というと、例えば、66年のロッターの研究では1万人に4.5人とされたように、非常に少ない障害、非常にまれな障害だったわけです。

79年には、イギリスのウイングという精神科医とグールドという心理学者の2人が、自閉症概念が狭すぎるのではないかといった反省から、「キャンバーウェル・スタディ」という研究を行い、自閉症と診断された子ども以外の社会性障害のある子どもたちにも明らかに自閉症の特性

が見られることがわかってきました。80年になって、やっとAPA、アメリカの精神医学会が「DSM-Ⅲ」の中でPDD（広汎性発達障害）という概念を発表し、ここで正式に自閉症が発達障害の中に組み込まれました。

そして、81年にウイングがアスペルガー症候群の概念を紹介します。研究者というのは、非常にピュアな診断基準に沿って厳密に診断して研究するわけですが、ウイングたちは、研究者とは違った視点から臨床的に見ていったわけです。よく誤解されるのですが、ウイングは、アスペルガー症候群を自閉症と区別しているわけではなくて、自閉症と連続しており、クリアな境界はないことを最初から強く示唆しています。そして、三つの概念である社会性、イマジネーション、コミュニケーション障害は、カナーのタイプとアスペルガーのタイプ両方にあり、それを全部含めて「自閉症スペクトラム」と言いましょう、ということ提唱したわけです。

ウイングのクリニックでアスペルガーと診断された人の過去の診断名を調べたら、何と30以上ありました。いろいろな診断名が雑多についているということです。逆に言うと、ウイングのアスペルガー症候群の概念というのはかなり広いということです。今、ウイングたちは、100人に1人ぐらい自閉症スペクトラムはいるということをよく言っていますが、1万人に4.5人の時代から随分広がってきたということです。

では、各コメンテーターの方にそれぞれの組織で行っている業務についてご説明いただきます。まず、高齢・障害者雇用支援機構の佐藤先生からお話しいただきます。

**【佐藤】** 私が所属している機構の障害者関係の業務を簡単に説明させていただきます。

まず、障害者職業センターの設置と運営ということ。各都道府県に地域障害者職業センターが置かれていて、リハビリテーション、相談、評価、準備支援等を行っています。平成16年度の利用者は、知的障害者が1万4,000人と大部分で、身体障害者、精神障害者、その他の障害者の順となっています。発達障害者は近年非常に増加しつつあるというのが現状です。

障害者職業総合センターで行っている研究、技法開発、研修の中で、私が今所属しております職業センターでは、現在、精神障害者、高次脳機能障害者、それから発達障害者に関する職業リハビリテーション技法開発を行っています。

本日のテーマであります発達障害については、職業センターで16年度に有識者会議を開催し、地域における連携体制の確立、学校卒業予定者のニーズの把握、発達障害者支援センターのコーディネート機能、支援技法の確立、啓発と関係機関への情報提供という5点の職業リハビリテーションの課題を整理したところです。

また、Q & A形式のガイドブックをつくり、ハローワーク、発達障害者支援センター、就業生活支援、それから、私どもの地域障害者職業センターに配布しました。内容は、発達障害とはどのような障害で、どのような配慮が必要かというものです。今は障害者職業総合センター研究部門のホームページにPDFでアップロードしてありますので、必要な方はダウンロードをお願いしたいと思います。

17年度からは、発達障害に関する支援技法の開発を行っています。対象の障害は、知的障害を伴わない自閉症、アスペルガー症候群、それから、ADHD（注意欠陥多動性障害）、LD（学習障害）に限定し、内容は、就職前の個別的な

アセスメントと就業にあたっての環境整備です。

**【内山】** ありがとうございます。次に、電機神奈川福祉センターの志賀先生からご説明いただきます。

**【志賀】** 私たちの施設は、定員50名の療育手帳を持たれる知的障害の方の授産施設です。平成13年度以降の約5年間の入所者は99名で、退所者は59名です。退所者のうち、就労者が43名で、それ以外が16名です。就労者43名のうち、既に7名の方は離職されており、そのうち、4名の方は再入所されているというような状況です。

私たちの現場では、特にここ数年、企業等への就労と福祉や教育の現場との較差がどんどん広がってなかなかこの差が縮まらないような気がします。もちろん、企業の方でも委託訓練等で体験的な就業の経験ができる場があったり、障害特性に配慮した雇用管理の方法やジョブコーチ等の外部の人的な支援を使ったりして、なるべくこの幅を狭めようとしている努力があるようにも思えますし、施設の方でも、いわゆる職業能力あるいは適性の評価をきっちりしたり、準備訓練、作業学習を丁寧にやるといった話をされていますが、なかなか狭くなっていないのが現状です。

実態としては、例えば、毎日働くという基礎的な働く習慣がない、知的障害者向きの仕事だなどと思う職場に出せる人がいない、十何キロの荷物を上げ下ろしする体力がない等、働く障害者自身の力が落ちているように思います。ですから、従来型のいわゆる昔ながらの作業所や授産施設のように、とにかく一日働いて、低いながらそれなりの賃金をもらうといった場所が逆に必要で、軽作業で週30時間程度働ける能力を持つということが非常に大切だということを最近痛感しています。

私たちの職場に来る方は、短くて2～3ヶ月、長くて1年半程度で就職が決まります。大体2～3ヶ月で就職できるかどうかかわかります。ところが、最近、2年以上かかって就労される

自閉症の方が何名か出てきました。1人は、養護学校で1年間に100日ぐらいしか出席できなかった方で、もう1人も、養護学校で大声を出して先生やほかの生徒を突き飛ばしたりとか行動上の問題が激しい方です。2人とも、授産施設の作業をやっているときは比較的安定していますが、何らかのきっかけで暴れたりということがありました。

学校との比較ではありませんが、私たちの施設では、集団のプログラムではなくて手作業の仕事が中心で、一人でできる活動が常にあります。マイペースで休憩時間も取れたりできる中で、2～3年の長いスパンで安定した生活をしていくうちに、企業に就労できるレベルに落ち着いてきた人がここ数年何人かできてきたというのが新しい発見でした。こういった、日課が安定していて自分のペースで仕事ができる環境というのは、作業や通所がある程度できる人の就労にとっては、大きな役割があったのではないかなと感じています。

**【内山】** ありがとうございます。次に、千葉県発達障害者支援センターの與那嶺先生に支援センターについての解説をしていただきたいと思っています。

**【與那嶺】** 発達障害者支援センターは、平成14年10月に国の事業として全国12カ所に設置されました。これまで制度のはざままで支援が届かなかった高機能アスペルガーの方々を何とか支援していこうというのがこの事業ができた一番の根拠だと思います。現在では、全国で23カ所できていると思いますが、平成19年度までには、都道府県、政令市に少なくとも1カ所ずつは設置していこうというところです。

事業の中身については、発達支援、相談支援、就労支援と、普及・啓発・研修活動という四本柱の設定になっています。スタッフについては正職、社会福祉、心理を含めて4人という枠の中で、運営費については大体2,500万円弱という形で運営されています。

課題としては、東京都の人口1,200万人に対し

て1カ所とか、佐賀とか鳥取あたりだと、6～70万人ぐらいに対して1カ所といった人口比の問題、あとは、北海道で言うと、函館のセンターから道北の方へ行くには、泊まりがけでなければ支援ができないというような地理的な問題など、その辺のバランスもこれからの課題のかなと感じています。

千葉県でも同じような形でやっていて、私も就労支援の担当ということで相談を受けています。相談に来られる方のほとんどが高機能アスペルガーの方で、相談の概要は、どういうところでどのような支援をしているかという情報の部分と、事業所の面接に同行してほしいとか、職業の適性検査を受けたいけれどもどうすればいいかという訓練の部分と、就労だけではなくて手帳とか医療機関の情報とか、日常の活動場所はどこがいいかなどさまざまな相談に対応している状況です。

相談を受けていて感じることは、体力的な部分などの作業スキルというよりも、どうも高機能アスペルガーの方は、きちっと通えるか、精神的に安定していただけるかといった精神的な部分での弱さというか、就労前の段階に課題があるという方が多いということです。と同時に、アスペルガー、高機能だけで見ていると、精神的な疾患かもしれないという部分もあって、医療的な視点も必要ではないかと感じています。

すぐに就労という形につながる方はごくまれで、日常の生活、活動の場をどこに置くかという支援のほうにどうしても重点が置かれてきます。そうなると、福祉的な就労に際してどうしても問題になってくるのが手帳の部分です。なかなかそこまでもつながらない方は、精神のほうのデイケアやフリースペースといったところに週に3日とか半日ぐらい通いながら自分の居場所を見つけるというような形の支援になることもあります。

就労支援機関との連携については、メインには職業センターのほうでインテーク面接の同席から職業評価まで含めて連携をとらせていただ

いています。あとは、県の障害者の職業訓練コーディネーターという方との連携もとっているのですが、パソコンの訓練を受けている発達障害の方への訓練の中身や支援の仕方について、直接出向いて行ってアドバイスをするというようなこともしています。

今後については、機関との連携において、支援センターでかかわらせていただいたケースを職業センターで開発しているプログラムの中できちっとした評価やトレーニングをしていただきながら、就労につなげられるようにしていきたいということです。これからそのプログラムが確立されれば、支援センターとして連携しながらうまく活用していけるのではないかと期待しているところです。

**【内山】** 最後に、養護学校のお立場から、原先生をお願いします。

**【原】** 都立あきる野学園は、東京のちょうど西、山梨県、埼玉県に隣接する地域にあります。平成9年に開校して今年で9年目を迎えるわけですが、児童・生徒の在校数が開校時の2倍になってきています。高等部卒業段階の進路状況は、肢体不自由部門と知的障害部門を合わせて約3割、知的障害部門だけですと約4割の方々が、開校以来一般企業に就職しています。そういう中で、高等部段階での進路指導を中心に仕事をしています。

高等部段階における支援の実際について、職業教育の充実という授業改善の部分と、「個別の教育支援計画」によるネットワークの構築という2点から養護学校の現状についてお話ししたいと思います。

職業教育の中核となる作業学習では、「見通しを持った知識・技能の習得」を目指し、4つの作業班が編成されています。平成12年頃から、企業の方々に作業学習の助言者として学校に来ていただいて、特に、パソコンを使った職域についてのアドバイスをたくさん受けました。東京都は、平成17年度より知的障害養護学校23校に企業等アドバイザーを各校2名ずつ配置して

います。学校の教員だけで授業づくりをするのではなく、実際の就労現場の方々からアドバイスをいただきながら授業を改善していくという動きが本格化してきているわけですが、こうした取り組みが養護学校の中で進んできているように思います。小集団のグループをつくることであるとか、教材の工夫として視覚的な手がかりを多用したり、1日体験等の短期の就業体験を取り入れたりといった工夫が各学校で始まってきています。こうした授業の改善を行う中で、一人一人に対する配慮等をしっかりと引き出して、支援方法を開発していくことが学校の役割だろうと思いますし、それを次の支援機関に引き継ぐことが大切だと考えています。

その方策として、高等部在学中と卒業後3年の概ね6年間、本人を支えるネットワークを構築するためのツールとなる「個別の教育支援計画」の一部である「個別移行支援計画」を開発し、活用し始めてきています。平成17年度までに、すべての盲・ろう・養護学校に在籍する児童・生徒の「個別の教育支援計画」を策定するよう準備が進んできていて、学校と地域生活の両方の充実をめざした個別支援計画が立てられるようになってきました。

就職に向けての支援、進路指導がどのように行われているかという具体的な事例としては、報告、連絡、相談等のコミュニケーションの面に課題がある方に対してスケジュール表を活用したり、学級の中でプラス評価をしていながら本人の意欲や力を引き出すという取り組みをしました。また家庭でも同じような取り組みをしていただきました。その一方で、実習先の企業では、報告、連絡、相談に関するせりふカードを活用しながら、ジョブコーチにも入っていただいて、本人の様子を見ていただくと同時に会社側への支援もしていただきました。こうした各機関の支援を受けて現在安定して働いている方がいます。

他の事例では、自己流の手順で仕事をしてしまうとか、場面に適した言葉遣いや報告が困難

であった方に対して、写真等を多用して具体的な指示書をつくりました。表情・言葉カードも作って学校と家庭では効果を上げましたが、実際の就業現場では、忙しくてこうしたカードを見る余裕がなかったので、こちらもジョブコーチの支援を受け今安定して働いています。

2つの事例から、学齢期において卒業後に支援を受ける関係機関、関係者としてしっかりと出会うこと、そのためには一人一人に合わせたノウハウを開発して、それを次の中心的な支援機関、または事業所の方々に引き継ぐコーディネートを学校がしっかりと行っていくことが、卒業後の安定した就労につながると考えています。そうしたネットワークをつくるためにも、一人一人の支援計画である「個別移行支援計画」というものを活用していきたいと考えています。

**【内山】** ありがとうございます。では、次の話題に行ってください。では、次の話題に行ってください。では、次の話題に行ってください。

発達障害者支援法が今年の4月から施行されました。いろいろな批判もありますが、我々専門家、親の会の方たち、事業者の方たちがそれぞれうまく連携して、この法律を実のあるものにしていきたいと思っています。

いろいろな領域や地域によってかなり支援法の影響は違うと思います。支援法ができてこういったいいことがありましたという報告をもらうこともあるし、全然変わっていませんというような苦情もよく聞かれます。それぞれの先生方に、支援法ができたことにより今までと比較してどういう変化があったとか、変化の兆しみたいなこと、あるいは、こういうふうに変えたほうがいいのではないかとこの点があればお聞きしたいと思います。

今度は原先生からお伺いしたいと思います。よろしくお祈りします。

**【原】** ちょうど今、教育の分野では特別支援教育体制が進んできています。各養護学校には地域支援部というような分掌組織があり、あきる野学園の場合には相談支援室ができていますが、地域の小中学校と連携しながら、特別な

ニーズのある方々を支援するという役割を担う分掌ができてきました。そして、地域の小中学校とのつながりが深くなりつつある中で、特別支援教育コーディネーターというものが小中学校や養護学校にも配置されるようになりました。

それから、各小中学校のほうから、発達障害に関する先生方の研修会ということで、相談支援室または地域支援部の先生方が呼ばれることが多くなったように思います。また、巡回相談という形で、小中学校の担任の先生方の相談にのったり、支援機関を紹介するというようなことも始まってきています。いずれにせよ、発達障害者支援法ができたことによって、教員の意識、関心が高くなっていることは確かだと思います。

また、高等部段階からの入学者については、入学相談という事前の相談があるのですが、広汎性発達障害である、LDである、自閉症であるといったお医者さんの診断を受けているという方々の数が増えてきているように思います。そういう意味では、発達障害に関する社会全体の理解が以前よりは進んできているというのが実感としてあります。

**【内山】** 次に、與那嶺先生お願いします。

**【與那嶺】** まず、支援の対象にLD、ADHDが含まれてきたことがこの4月から大きく変わったということと、新聞やいろいろなメディアを通じて発達障害のことが啓発されていますので、もしかしたら自分もそうなのではないかという方に対して医療機関の情報を提供するというような相談内容の変化もあります。

行政のほうでは、第10条の中の「都道府県、地域障害者職業センター、公共職業安定所などと連携をしながら、就労の機会の確保に努めなければいけない」という条文はかなり大きな意味があり、労働局の方から就労に関する連絡会を持ちましょうという働きかけがあったり、行政の意識や認識がかなり強くなってきたと感じています。

学校教育のほうでは、10条の2の中に「都道

府県、市町村は必要に応じ、発達障害者の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ずるものとする」とあり、学校教育の段階から就労の視点を個別支援計画の中に入れて考え、社会に移行するということが書いてあるので、その辺はすごく画期的でこれから大きく期待されるのかなと感じています。

具体的な事業としては、今年度から3年間の事業ですが、発達障害者支援体制整備事業や県域体制整備事業ということで、都道府県の中である県域を指定してコーディネーターを配置し、そのコーディネーターがライフステージの中で特別支援計画、プログラムをつくって全県に発信していくような体制整備事業も始まりましたので、その辺の成果がこれからできて発達障害者の支援が大きく変わってくるのかなというように感じています。

**【内山】** ありがとうございます。では、志賀先生、お願いします。

**【志賀】** まず1点目は、LD、ADHDの問題です。質問でもあるのですが、成人期になって、知的な障害を持たない純粋なLD、ADHDの方が、私たちの就労支援の現場や福祉の現場でサービスを必要とするのか、また、どういうサービスを必要とするのか、ぜひ触れていただきたいと思っています。

発達障害者支援法については、やはり発達障害が非常に有名になり、これから福祉施設等の勉強会をやっていかななくてはならないとか、連携してやっていきたいと思いますというように言っただけになったことは、私たちにとっては非常にありがたい、非常に心強いことだと思っております。

逆に、発達障害が有名になったために生じた混乱としては、自閉症を捉える枠が非常に広いこともあり、青年期・成人期になってから自分が自閉症あるいは発達障害だと気付いたという方が、相談に来られることが増えたことが原因で生じるものです。このような方の多くは、従

来の知的障害者精神障害の施設サービスにはマッチしないため、私たちの就労支援の現場に紹介されるのです。ところがその中には、優先順位としては明らかに睡眠時間の安定など精神科医療等との連携を大切にしなければならない状況の方もいるのです。診断としては確かに発達障害なのですが、知的能力が比較的高い発達障害の人のニーズを、知的障害者の支援を中心にしている福祉関係者は把握できない場合があります。知的な障害が無い、あるいは軽易な発達障害者向けの相談・ガイダンスができる専門機関の不足が、私たち就労支援の現場で混乱してしまう2点目の問題です。

**【内山】** では、佐藤先生、お願いします。

**【佐藤】** 関係機関との連絡会議については、どの地域センターでも開催しているのではないかと思います。全国的な組織ですので、地域によって温度差があるように思います。

それから、機構の研修の中で発達障害の時間をつくっています。

また、法の制定以前からその人数が増えているわけですが、ことに、高学歴の方がハローワークから紹介されて来られています。従来の知的障害を伴う方の職域と高学歴の方の職域がはっきりと分かれているため、従来対象としていなかった職種や、今後の技法開発も含めて考えていく必要があるのかなと思っています。

**【内山】** ありがとうございます。ここで幾つか突っ込んでみたいと思います。

先ほど志賀先生から、ピュアなLD、ADHDの人の就労支援が必要かどうかという質問がありました。まず、ピュアなLDの人はそんなに日本にはいないのではないかと思います。日本では、多分LDの範囲がすごく広いと思うのですが、例えば、小学校のときに集中的にアセスメントを受けてLDと診断された人たちが、大人になって再評価するとアスペルガーでもない中機能から軽度知的障害を伴う自閉症となるケースもあります。

診断の問題は突き詰めればいろいろあると思

いますが、まだその診断に関しては非常に混乱があるというのが日本の精神科医療の現状ではないかということです。病院によって全く診断が違ふということがまだまだあり得る状況から、皆さんにご迷惑をかけているのではないかと思います。

発達障害者支援法に関しては、割とポジティブな反応があちこちで見られているということではよかったと思います。

では、私から志賀先生に質問です。先ほど志賀先生のほうから、2～3ヶ月見れば就職できるかどうか分かるという人が何割かいらっしゃるということでしたが、それは、志賀先生のところに来たからわかるのか、例えば、学校でもわかろうと思えばわかるのか、それとも、わからないのかという問題です。

もう1つは原先生に質問です。学校ではいろいろな変化があるが作業所では同じことをずっと繰り返すというように、学校と作業所ではやるのが全然違いますね。移行支援ではその辺はどういうふう認識されているのかお聞きしたいと思います。

**【志賀】** 職場との相性などもありますが、長くても2～3ヶ月、ほとんどの人は比較的もつと短期間でまず大丈夫だろうという自信が持てます。会ったその日にわかる人もいます。これについては、学校で長年進路指導をやられて一般就労者をたくさん支援している先生方の意見と、個人的にはほとんど変わりがなくずれることはありません。

**【内山】** では、原先生、お願いします。

**【原】** 学校と進路先では大きく環境が異なります。そこで、移行支援計画をつくっていくときに、やはり一番大事にしていたのが、いかに専門機関または支援機関の方を本人のまわりに集めていくかという部分だったわけです。医療の部分においても、やはり主治医の先生方などにアドバイスをいただくということを大事にしています。そういうことをぜひ次の支援計画や事業所に伝えていきたいと思っています。

そういう中で、10年ほど前に比べて、随分学校現場でも一人一人への配慮、または、教室環境だけではなくて、支援方法も含めた構造化が進んできているかとは思っています。

**【内山】** ありがとうございます。

では、今度はジョブコーチについて伺います。皆さんいろいろな機関でかかわっておられる中で、それぞれのあり方が違うと思います。ジョブコーチという名前もいろいろな使われ方をされているようですし、ジョブコーチをやっている方たちの資質というか、受けた教育とか、年齢とか、経験とかも随分違うという印象があります。おそらくジョブコーチの人の待遇も、その人が属している機関によってかなり違うだろうと思います。

最近ジョブコーチ制度に変更があったということですが、その点について、まず佐藤先生からご説明いただいて、各先生方にもお話を伺いたいと思います。

**【佐藤】** ジョブコーチについては、いろいろな機関で、いろいろな名前で、多様な事業が行われていますが、機構が行っている事業について説明します。

機構が行っているジョブコーチは、職場適応援助者という法律上の用語を持っています。16年度中に新たに支援を開始した対象者が2,960人で、1人あたりの支援日数が一定の期間中17日ぐらいです。定着率が6カ月後で83%というのが実態です。

この職場適応援助者の制度は、10月1日から大きな変更があり、企業が障害者を雇用してその人に合わせて援助者を置くと、給料の一部を補てんするという新たな職場適応援助者助成金の制度ができました。そして、今まで行っていた協力機関型と呼ばれるものも助成金制度に新たに移りました。納付金会計になると、今までよりは金額の総額の上限が緩くなり、より大規模な数でできるということだと思います。詳しいことは機構のホームページ等に載せています。

**【内山】** どうもありがとうございます。

そのように制度が変わったということですが、ジョブコーチのあり方、あるいは有効性について、そのジョブコーチと協力する立場にある原先生からまず伺いたいと思います。

**【原】** 移行支援の部分において、ジョブコーチは私たち学校現場の者にとって大変助かっているというのが現状です。特に事業所の皆さんもジョブコーチについての理解が深まっています。最近では事業所のほうから、卒業後にジョブコーチが活用できるのかどうかという質問を受けることも多くなってきました。実際の就労に入ったときに安定して働けるかということがやはり一番問われますので、そういう意味では、学校卒業後にそうした制度やサービスを使えるというのは、企業、事業所の方にとっても安心材料になるのだらうと思います。そういう意味で、学校在学中に支援機関の紹介を兼ねて、一緒に事業所訪問をしていただくとか、引き継ぎの工夫をしているところです。

あとは、ご本人への支援として、中学校段階から高等部に入ってくる生徒さんの中に、小学校、中学校時代にいじめを受けたり、不登校の経験がある方が意外と多いので、支援者との良好な人間関係、いわゆる、学校の担任の先生だけではなくて、進路の先生や事業担当者とも同じように良好な関係が持てるといった、対人関係の部分がかっちり育ってくると、ジョブコーチの方への引き継ぎ、または、事業所の担当者の方への引き継ぎというもうまくつながると思います。小学校、中学校時代の負の経験をいかに解消して、自分自身に対する自信を持ってもらえるかどうか高等部段階の大事な役割だろうと思っています。いい制度ですから、なおのこと有効に使えるようにするためには、生徒本人の自分の得意なところを自信を持って伸ばせるように、教育の責任という役割があるように思います。

**【内山】** ありがとうございます。

私は精神科医なのでうまくいっていない人を中心に診ることが多く、ネガティブに考えてし

まいがちなわけですが、そういう心の傷が就労に差し支えるというケースはたくさんあると感じています。1つは、いじめの問題で、もう1つは、親・教師の問題です。親御さんや教師が普通になることを求めすぎることが大きな傷になって、対人関係が難しくなっていることも結構多いわけです。

では、今度は志賀先生、お願いします。

**【志賀】** いわゆる職場適応援助者事業は私たちの職場では全くやっていないのですが、自治体によっては単独のジョブコーチ事業を行っているところもあります。職場に人的な支援をするということ、職場と障害を持たれている本人、あるいは家族との中間に立つ存在があるということは、今までの知的障害、あるいは発達障害の人の就労件数がどんどん増えている現状からすると、非常に有効であったと考えられます。

今回のテーマである自閉症の方の典型的な例としては、ある自閉症の方が特別養護老人ホームのリネン関係の仕事に就かれました。仕事自体は非常にまじめなのですが、リネンしたものを各部屋に配りに行くときに、そこに入居するお客さんや入居されている方と長話をしたりしてトラブルになるといったことがありました。そういう時にやはり発達障害のことを理解しているジョブコーチがいれば、むやみに注意したり叱ったりするのではなく、職場と調整して、部屋に配りに行く時間をなるべくお客さんが来ない時間に変えたりといった配慮ができるわけですから、まさに発達障害を理解している支援者が、実際にその職場に行って一緒にやってみないと気がつかないことであって、制度としても非常に有効なものだと思います。

一方、ジョブコーチとして仕事をしている職員の立場からすると、最近新しい悩みができています。職場との連携、家族・本人の支援をするという中間の立場にいますので、場合によっては、ご家族なり本人なりに、離職をしないためにはこういった努力をしたほうがいい、こういったことが今課題になっていますという

ことを、ジョブコーチが口伝えでわかりやすく丁寧の説明することがあるわけですが、本来は障害者を支援する立場の人間がそういう注意をするのはおかしいと、福祉施設の職員の方とか福祉事務所等の方から批判があったり、また、企業の方が直接障害者に注意したり指導したりする前に、最初にまずジョブコーチを呼びつけて叱るという、怒られる役割がだんだん定着してきたというように、中間に立っているがゆえ、新しい職種であるがゆえの悩みを抱えているというのが現状です

**【内山】** ジョブコーチには叱られ役という役割もあるんですね。

では、與那嶺先生、支援センターとジョブコーチの関係についてはどうですか。

**【與那嶺】** ある1つのケースにかかわったときに、企業としてはジョブコーチに入ってもらいながら一生懸命やっている。しかし、保護者からは障害特性をもっと理解してほしいと一方的に要求されてくる中で、お互いの揚げ足取りになってしまっとうまくいかないということがあったわけです。そのように、大人としてのコミュニケーションがとれていない中でどう整理していくかという状況のときにジョブコーチに求められるのが、具体的な支援について伝える能力、調整する能力だと思いますし、それと同時に、ご本人だけでなく保護者に対する支援やカウンセリングを行うということも結構求められてくるのかなとは感じています。

**【内山】** ありがとうございます。

私自身の経験でいくと、この人は就労できそうかできそうじゃないかと悩んだときに、職業現場にいるジョブコーチの人から意見を聞くことはとても役に立っています。

今、ジョブコーチが有名になって、親御さんとしては、あるいは、学校の先生もそうですが、就職は無理だとか、家から出ることさえ難しいという人でも、ジョブコーチがつけば何とかするのではないかとジョブコーチにかける期待が非常に強い状況になっていると思います。

ただ、それでもやはり就労は難しいという場合には、逆に、期待が落胆に変わり、落胆が非難に変わり、「何だ、ジョブコーチでも何もできないのか」というふうに言われてしまうことも多くて、ジョブコーチの有効性はもちろんですが、やはり限界についてもきちっとアピールしていく必要があるのではないかなと考えています。

アスペルガー、高機能自閉症と一口に言っても、その人の行動特徴はさまざまで、やはり就労が無理な人はいます。そういう人に関しては、就労以外の場の確保というのも必要になってくるだろうし、すべての人が就労だけが目標ではないということも言えるのではないかと少し考えていたところですが、今後、高機能自閉症、あるいはアスペルガー症候群の人に対する職業リハビリテーションはどうあるべきかといった課題について話を聞いていきたいと思います。

原先生、知的障害の判定も含めてどうでしょうか。

**【原】** 高機能自閉症の方、アスペルガー症候群の方で手帳取得が難しかったという経験を持つ方の場合、事業所、企業の方々からすると、助成金を使えるかどうかということ、または、雇用率にカウントできるかどうかというのが非常に大事なことになってきますので、高等部段階では、ほとんどの養護学校が就職希望の方については地域障害者職業センターでの知的障害判定、それから、知的障害の重度判定等のサービスを受けることを勧めています。

知的障害の判定で今後考慮していただきたい部分は、ご本人の得意な部分、不得意な部分のバランスが大きく違いますので、そうした部分からIQを単純に使うのではなく、ご本人への支援の困難さ、または、ご本人の生きづらさみたいなのところにもっと重点を置いた判定が必要だということです。それが結果的には事業所支援や本人への支援にもつながると思っています。

そして、学校においても事業所や関係機関に、きちんと支援方法や本人の生きづらさ、または

支援の難しさなどの情報をしっかりと伝えていくことが、最も大事な役割ではないかと思っています。

**【内山】** ありがとうございます。

やはり学校が一番パワーがあると思います。教員の資質という面でも、マンパワーの数という意味でも。だから、これからもっと役割を担っていただけるといいなと思います。

では、與那嶺先生、どうでしょうか。

**【與那嶺】** もちろん学校も含めて、ハローワーク、職業センター、発達障害者支援センターにしても、その連携が必要なのは明らかですが、適正なアセスメントや訓練をしたのに就労ができないでそこで止まってしまったときに、ご本人たちの働ける能力に合わせて実習の内容・プログラムを変えていき、働くイメージをつけてもらうというような機能を持った中間的な役割を果たせる施設があると、もう少しその先の就労につながる確率も高くなっていくのかなと思っています。

**【内山】** 去年見学した海外の就労支援場面では、その人は重度の人ですが、ジョブコーチがマンツーマンについて1日2時間仕事をした後、あとはグループホームに帰ってずっとパソコンでゲームをしているといった就労支援形態もありました。そういう意味では、日本の場合はフレキシビリティが乏しいのかなという印象も受けました。

では、志賀先生、お願いします。

**【志賀】** 雇用の現場では、法令による最低賃金以上で雇用せざるを得ないという負担がかかっている以上は、やはりある程度の働く力、労働力が得られる方が対象になるというのはやむを得ないと思うわけですね。

その中で、発達障害の問題を考えると、やはり一番大きいのが、療育手帳や精神障害者保健福祉手帳が取れない方が、最低賃金プラス・アルファの雇用環境で働くためには、どうしても手厚い支援や配慮が必要となるということです。現行のいわゆる雇用率制度の中でどう

いうふうに発達障害の方を当てはめるかというのが、やはり一番大きい課題だと思っています。どの人に手帳を出すべきか、どこで線を引くのかというイメージが曖昧だし、発達障害の問題を現行の就労支援あるいは雇用のルールに乗せるにはまだまだハードルが高いという認識でいます。

**【内山】** そうですね。手帳の問題は、特に高機能自閉症に関してはこれから多少混乱が生じるのではないかなと思っています。

では、佐藤先生、どうでしょうか。

**【佐藤】** 1点は、直接事業所に対する情報提供が必要だと思います。やはり具体的なものを出さないと障害特性の理解だけでは難しいので、就業なり定着の事例収集とわかりやすい形での提供が必要です。

もう1点は、リハビリテーションにかかわる職員が、これも障害特性の知識だけではなく、相談の現場できちんと特性に対応した相談ができるようになることと、どういう支援でどういう結果を導いたというような支援の事例の蓄積が必要かなということです。これからいろいろな課題が山積みされているので、まだまだ頑張っていかなければいけないなと思っています。

**【内山】** 例えば、国立大学の大学院を卒業して高い給料をもらっている人でも、実際に会って診断してみるとアスペルガーだという人もいます。ではその人に手帳が必要かとなると、診断と実際に必要な支援というのはやはりイコールではないと思います。ヘルプのニーズがあるかないかといったことをうまく評価して、必要な支援の程度を決定するシステムがまだうまく機能していないわけです。

また、知的障害の手帳に関しても、出す側としてはやはりIQを一番信用するわけですね。医者意見よりもデータを優先する。そちらが大事だと。そういったことも今後のさらなる課題になっていくだろうと思っています。

では、よろしければ、フロアからご質問を受けたいと思います。

**【参加者】** ジョブコーチが企業と本人と家族の間で苦勞をされているというようなお話があったのですが、アスペルガーの方の職場での問題というのは、コミュニケーションの問題が多いように思います。その場合に、すべてジョブコーチひとりに任せておけばよいという問題ではないと思うわけです。ですから、ジョブコーチの手を離れて職場の中でやっていけるような状態にまでもっていくには、やはり本人の指導だけではなく、管理者も含めて会社側の方たちにも雇用の仕方というものを指導していく必要があるのではないかとと思うのですが、その辺のジョブコーチの雇用者側へのアプローチの仕方というのはどのようにお考えでしょうか。

**【内山】** では、志賀先生と佐藤先生にお聞きしましょうか。

**【志賀】** 例えば、相性が悪いということであれば担当者を代えたり、または配置転換をしたりというように、企業のほうでも人事管理面での配慮ができると思いますし、実際やっていると思います。

また、企業としては、何らかの利潤を上げるのが目的で、障害者を使ってもマイナスにならないようにするにはどうしていくかということですから、その辺の考え方というのはジョブコーチの範囲を超えてしまうわけで、どういうふうに障害者雇用をしていこうとか、そういう風土をどうやってつくっていくかということについては、一人の支援、一つの支援だけではなくていろいろ考えていただきたいと言うしかないし、逆に、本人、ご家族のほうには、あまり引きずらないで離職をされたほうが良いという話をすることもあります。そういった面では、やはり就労がすべてではない。企業にすべてを求めてはいけません。企業には企業の別の問題がある。そういう割り切り方もあるという話をさせていただいています。

**【佐藤】** 我々が重視している点は、ジョブコーチのサポートから事業所でのサポートにうまく切りかえていくということが非常に重要なこと

だと考えています。なるべく早い時期から段階的に取り込み、一緒に話をしていく、あるいは一定の作業を振っていくということで、事業所とジョブコーチの間でだんだんフェーディングしていけるよう努めています。

それから、個々のジョブコーチの性格や行動パターンの違いである程度結果にばらつきが出てしまうということもあると思いますので、きちんと対応できるように研修をしていきたいと思っていますし、また、新たにできる企業内の職場適応援助者が、これからどう拡大して、どういう仕事をしていくかということが、今後の課題かなと思います。

**【内山】** どうもありがとうございます。では、あと1問だけ手短にお願ひします。

**【参加者】** 大阪障害者職業センターでは、昨年より、在職精神障害者の方の職場復帰支援という、いわゆる通所リワーク事業を立ち上げてまして、その利用者の中には認知機能検査などの結果からPDDの特徴が窺われる方もいます。そこで難しいのは、ではすぐにご本人にそれをフィードバックできるかということと、あるいは、復職への支援をどういうふうにしていくかということですね。実際のところ、在職者の方に復職支援をするにあたっては、やはりご本人に自分自身の疾病や障害の理解を促すということがポイントになるかと思います。このあたりのいわゆるジョブコーチの対象にならないような在職の方々の問題についてご意見を願ひします。

**【内山】** 私のクリニックにも何人かそういう方はいらっしゃいます。職場において、いろいろな意味でトラブルが顕在化している人と、顕在化はしていないけれども本人だけが非常に悩んでいるという2通りあると思います。顕在化していればジョブコーチなどの支援はしやすいわけですが、職場にカミングアウトしていなくて本人だけが悩んでいる場合は、非常に辛い思いをしていると思います。

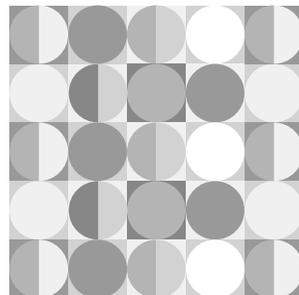
そういった場合には、本人とのカウンセリン

---

グを続けていく中で告知をして、自己認知・自己評価を促していくことが大事だと思います。自己認知と他者認知は結構違うことが多いので、そのあたりを面接の中でフィードバックしていくということをしていきますが、ただ、実際にそういう方は仕事が続かなくなる人が多いので、

あまり復職を焦らないようにという言い方をしていることが多いです。

では、皆さん、ご清聴ありがとうございました。佐藤先生、志賀先生、與那嶺先生、原先生、どうもありがとうございました。これで、このセッションを閉じます。





ワークショップⅡ(要旨)

## 医療リハと職業リハの相互理解の促進

## —高次脳機能障害者のリハビリテーション—

コーディネーター：国立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：相澤病院リハビリテーション科 統括医長・総合リハビリテーションセンター長

原 寛美

障害者職業総合センター 主任研究員

田谷 勝夫

国立職業リハビリテーションセンター 職域開発課長

水口 雅弘

社会福祉法人旭川荘 高次脳機能障害拠点事業準備室長

後藤 祐之

【徳弘】 昨年の第12回職業リハビリテーション研究発表会では「医療リハと職業リハとの連携をすすめるために」のテーマで、まず連携のポイントの見当をつけるためにワークショップが開かれました。そして、次は何をすべきか継続的に連携を論じることはできないだろうかということで、今回、「医療リハと職業リハの相互理解の促進」のテーマでこのワークショップが開かれたわけです。もちろん今後も継続的な努力が必要だろうし、社会、医療の情勢が変化していく中でそれに応じて連携の形も変わっていくだろうと思われ、一回、二回で終わるものではないと思っています。

今回は、各コメンテーターの先生方や会場の皆さんのご意見を集約して、次に何をなすべきかということを経験にできればと思っています。これで終わってしまうのではなく次に何をなすべきかと考え、現状を認識して次につなげることがこのワークショップの大きな仕事になるかと思っています。

それでは、各先生方のお話に移りたいと思います。最初は原寛美先生です。原先生は松本市にあります相澤病院の総合リハビリテーションセンターのセンター長、リハビリテーション科の統括医長をされておられます。急性期から職業リハへ至るまでの流れをつくっておられるので、非常に参考になるかと思っています。

【原】 日頃より職業リハにかかわる皆様には私どもの患者さんに対する多大な援助等をいただきましてこの場でお礼を申し上げたいと思います。

長野県松本市は北アルプスを臨む山岳都市で、私どもの病院は市内の中心地にあります。救急医療をやっていこうということで屋上にヘリポートがあり、急性期病院、地域医療支援病院という特性を持っています。したがって、急性期から在宅まで一貫してフォローアップが可能なわけです。その中で、比較的若年の高次脳機能障害の方の復職までのフォローアップをしていくという仕事をしています。そして、高次脳機能障害の急性期における見落としを絶対にしないで就労まで援助しよう、私たちの仕事は就労させることが使命なのだという高い職業意識を持っていこうといった位置づけをしています。

そのほかには、在宅リハビリテーションのシステムをつくっています。また、急性期医療に関係する一般病院ではありますけれども、職業リハとの連携事例は年々増加していて情報交換も日常化してきています。そして、職業リハからのフィードバックをもとに、次の事例をこうすればいいのだというノウハウを培ってきています。

しかしながら、現状では、本当にノウハウが確立されているかというとまだまだ模索をして

いる途上で、その原因は、医学教育の研修カリキュラム、あるいはリハビリテーションのスタッフ、PT、OT、STの教育カリキュラムの中に職業リハというキーワードがないことにあると思います。このあたりは一番大きなポイントではないかなと思います。

こうした中で、高次脳機能障害リハビリテーションを通じて、社会的再統合と認知機能の冗長性を援助する視点から、より一層連携のモデルを作っていく必要性があると思っています。そして、職業リハを通じて復職をした症例の一例一例をフィードバックして、情報提示をして、道筋を示していくといったプロセスが求められているのかなと思います。私は、高次脳機能障害の方に対する援助のプロセスというのは、あたかもベルシャ絨毯を織り上げていくような緻密で繊細な作業ではないかなということを常日頃言っていて、そういったことを「高次脳機能障害ポケットマニュアル」という形で出版させていただきました。

現在、私どもは高次脳機能障害の長野県独自のモデル事業において窓口業務を開始していて、長野障害者職業センターから医学アドバイザーの委嘱を受けて、医療的な評価が十分でないケースの再評価をするといった機能を持っています。そういったことを通じてかなり職業リハビリテーションとの関係づくりがなされました。そして、私どもの病院で評価等のリハビリテーションを行って、その後地域の病院に帰すとか、作業所に紹介する、または再度職業リハビリテーション、あるいは障害者職業総合センターに依頼するといった道筋をつくってきました。

高次脳機能障害について社会的行動障害といった言葉が使われますが、これは医療機関の適切な診断やリハビリテーションが行われていないことが最も大きな原因ではないかと考えています。そして、ストレス因子が高じて適応障害を起こしているのではないかと考えています。このあたりの適切な診断をして、リハビリテーションを行って、

就労に対して適切な援助を行えば、このストレス因子はかなり軽減されて適応障害というのは改善されるのではないかと考えています。ですから、医学的リハ、診断、認知のリハビリ、患者・家族との意思確認、雇用側への働きかけ、職業リハビリテーションとの連携を適切に行い、就労を援助していく。そうすれば就労後に認知機能もさらに改善するという位置づけをすべきである。つまり就労はゴールではなく、一つのステップとして考え援助することが必要であると考えています。

復職に至った症例です。40歳代で、くも膜下出血、術後に血管攣縮によって左の側頭葉から頭頂葉にかけて大きな梗塞をした方ですが、失語症とゲルストマン症候群という症状がありました。8カ月後に改善の経過を確認してから、長野障害者職業センターで3カ月間職業リハを受けて、1年7カ月後に復職されました。復職後に認知機能も改善され、まさに就労を経てその後改善をするという認知機能の回復性を示したケースだということになるわけです。

このようなケースでは、医療関係者は最初にCTの画像を見ただけで絶対に復職できないと考えてしまうものですが、私たちリハのスタッフはこういった症例に当たるほど、何とかしよう、復職させるにはどうしようかと考える。それが私たちのやりがいなわけです。そして、障害者職業センターのほうへこういうケースを1例でも2例でも出して援助をしていくのが医療リハと職業リハの関係づくりで、そういった成功によってさらに関係づくりが強固になっていくのではないのでしょうか。また、このようなケースをモデルにして、こうすればこれだけ重度な失語症、ゲルストマン症候群の方でも就労できるのだということをアピールしていくことが大切ではないかと考えています。

**【徳弘】** ありがとうございます。次の田谷勝夫先生は、現在、障害者職業総合センターの心理特性の研究者として活躍されています。では、お願いします。

**【田谷】** 去年のこのワークショップに際して、私は地域障害者職業センターの障害者職業カウンセラーたちが、医療機関に対してどんな意見を持っているかという調査をしました。医療機関は地域センターのことをよくわかっていないというような意見が多かったわけですが、逆に、医療機関側は地域センターをどう見ているかという意見も必要だろうということで、今回は全国の主な医療機関に対して、地域センターとの連携がどうなっているかという調査を行いましたので、その結果の一部を紹介したいと思います。

アンケート調査は、今年の10月に、厚生労働省の施設設置基準により総合リハビリテーションという基準を満たす病院398ヶ所、大学病院97ヶ所、それと労災病院34ヶ所の合計529ヶ所に対して行いました。

質問内容は、病院の属性として、「リハビリテーション専門医という資格を持ったドクターやPT・OT・Psy・ST・MSWはそれぞれ何人いますか」、「過去1年間での高次脳機能障害者の利用者はどれくらいいますか」、「高次脳機能障害者に対応できますか」、「できるとすればどういう対応ができますか」、そして、「病院を退院した後、次にどういうところに紹介しますか」、つまり、さらに病院につなげるのか、あるいは福祉機関につなげるのか、あるいは就労支援機関につなげるのか、それがそれぞれどのくらいの頻度であるのか、ということを知りました。

次に、地域障害者職業センターとの連携について、「地域センターとの連携の現状はどうなっていますか」、「その場合、どのような役割分担になっていますか」、「情報のフィードバックのやりとりはどのようにしていますか」、「個人情報提供の仕方はどうですか」、「地域センターからはどのようなことを求められていますか」、ということを知りました。

結果については、529ヶ所のうち272ヶ所から回答があり、回収率51%ということで、こういうアンケートとしてはかなり高いと思います。

この病院の情報はぜひ欲しいと思うところには、こちらから電話をしてご協力をお願いをするというような手間暇をかけて半数の病院から結果を得ることができました。

それぞれの職員数については、272ヶ所の病院全体で、リハ専門医が397名（1病院平均1.4人）、PTが3,718名（平均13.7人）、OTが2,558名（平均9.4人）、STが1,028名（平均3.8人）、MSWが828名（平均3.0人）、Psyが132名（平均0.5人）でした。

就労支援まで行っているところは31ヶ所（11.4%）で、ほとんどが評価と訓練までという病院です。就労支援までやっているという施設の中で一番多いのは、リハセンターに所属する施設です。

「次にどういうところに紹介しますか」という質問では、医療機関からさらに次の医療機関、あるいは福祉機関に紹介される方は結構いても、就労支援機関まで紹介される方は少ないことがわかりました。

「地域センターとの連携の現状はどうなっていますか」という質問については、まず、十分な協力体制で連携しているというところは18ヶ所で7%しかありませんでした。最小限の連携はとっているというのが9%、ケースの紹介程度というのが31%、全くないというのが51%です。連携がとれているというのは16%程度ですから、まだまだ現状としては医療機関と地域センターがうまくやっているととは思えないということです。ただ、その中で連携がとれているのはリハセンターが多く、地域センターに紹介したケースについて情報のフィードバックもかなりあるようです。

連携をしていない理由については、さすがに地域センターの存在を知らないというところは少なかったものの、「役割機能がわからない」、「地理的に遠くて利用しにくい」、あるいは「障害が重くて地域センターを利用するようなケースがない」などがあり、自由意見においても、圧倒的に多いのが「情報提供不足」という意見

でした。つまり地域センターがどんなことをやっているかわからないので、詳しくアピールして知らせてほしいということです。ですから、役割機能を知っていれば、利用あるいは連携したいという意思があることがわかります。

一方、地域センターの存在もその役割機能も知っているところはどうかというと、「地域センターの人員配置が足りない」、「担当者が替わると連携がとれなくなってしまう」など、これは当機構の組織上の問題ですが、周りからはそんなふうに見られているということがわかりました。また、比較的連携がとれているリハセンターからは、「より突っ込んで連携を強化したい」とか、「成功事例をもっと詳しくアピールすべき」とか、連携があるがゆえの意見がありました。

現在、モデル事業がいよいよ5年目の最終年度を迎えますが、そのモデル事業の今年の目標は、高次脳機能障害の評価と訓練プログラムを全国の病院に普及させるためにはどうしたらいいかということです。そこでポイントとなるのは各拠点機関に支援コーディネーターという人を配置して、病院を退院した後の行き先がなくなるないように適切な場所に結びつけるということです。

このモデル事業を実施しているリハセンターの多くは高次脳機能障害者の取り組みに対しても非常に意欲が高いし、一貫した支援をしたいという姿勢が強く、地域センターなどの使える資源はうまく活用するという意識があります。また、各拠点病院に連絡協議会があり、その中に既に委員として地域センターの主任カウンセラーを配置しているということもあって、そこで連携がうまくいく。そういうものが連携には必要だろうということですね。

まとめとして、今までのデータから言えることを幾つか絞ると、まず、医療機関では就労支援まではあまりやっていないけれども、リハセンターでは結構やっているということ。病院から次に結びつけるときに、医療や福祉には結構

結びつけるのですが、就労支援機関まではなかなかいっていないということ。地域センターとの連携に関しては、あまり連携がないというのが現状だということですが、ただし、リハビリテーションセンターについては十分な協力体制を持っているという意見が多く、地域センターのほうとしてもそういう熱心なリハセンターに対してはフィードバックもかなり密に詳しく行っているということです。したがって、これから連携を進めるためには、まずは医療機関に対して地域センターの役割機能を広く知らせるとともに、一旦連携するケースがあらわれたら、そのケースを通して密な連絡を取り合うということが大切だろうと思いました。

**【徳弘】** ありがとうございます。次は、国立職業リハビリテーションセンターの職域開発課長でいらっしゃいます水口雅弘先生です。

**【水口】** 私どものセンターは、国立身体障害者リハビリテーションセンターと連携して、障害者に対して職業訓練を通じて就労支援を行っている職業訓練施設です。受け入れている障害者の方も従来は身体障害者だけでしたが、知的障害者、精神障害者、あるいは高次脳機能障害者と現在枠を拡大して、関係機関とも連携した就労支援を行っています。今後は医療機関との連携が非常に重要なテーマになると思います。

昨年度も「医療リハと職業リハ」という同じテーマでワークショップが行われましたが、医療機関、職業リハサイド双方においての情報提供不足、あるいは情報交換不足によって相互理解が十分されていないという問題が提起されました。こういった問題をどのように解消したらいいかということで、職業リハから医療リハサイドへの帰結情報をもっとしっかりやってほしいとか、お互いの役割を確認し合うとか、インフォーマルな連携を積み重ねていくことが大事だという提案がされたわけです。

こうした議論を踏まえて、まず最初に、医療機関と職業リハの連携を深めるために職業リハが医療機関に求めることをお話しし、2番目に、

連携を深めるためにどのようにすればいいか、3番目に、当センターの職業訓練、就労支援の現状についてポイントとなるところを紹介し、あわせて最後に医療機関との連携に関する課題を中心に述べて締めくくりたいと考えています。

まず、相互理解を深めるために医療機関に求めることは、医療情報についてわかりやすい情報提供をしてほしいということで、同時に、職業リハサイドも与えられた情報提供についてきちんと理解していく力、あるいは質問していく力を身につけることが重要ではないでしょうか。医療機関と職業リハの接する機会が少ないために、何か問題が起きたときに医療機関に相談をするとか、あるいは情報を提供していただくということはあっても、それは一時的なものになってしまうということが現状のように思います。より連携を深めて支援をしていくためには、医療機関は、職業リハへ就労支援を移行すれば役割が終わってしまうという発想ではなく、就労支援を協力して行っていくという体制をとることが重要ではないかと思っています。そうすることによって情報交換の機会も多くなり、双方の理解不足も解消されると考えています。

もう一つ、情報交換不足の背景にある問題の一つとして、医療と職業リハに共通する言語が少ないという実態もあるのではないかと思います。共通に理解できていると思っている単語も、実は捉え方が双方において食い違っていたりして、なかなかうまく情報が伝わらないということも起きているのではないのでしょうか。また、文書だけの情報交換は必要最少限に抑えて、できるだけ対象者の方も含めてお互いに顔を合わせて話し合いながら、情報交流を進めていくことが大事になっていくのではないかと考えています。

昨年度、当センターにおきまして、高次脳機能障害あるいは精神障害者に対する取り組みについて紹介する場として、関係機関の方を対象に見学会を実施しました。たくさんの方に集まっただけで、非常に有益な情報交換ができた

中で、初めて当センターの事業を知ったという意見が多く、取り組みのPRとか、周知についてまだまだ努力不足というのを痛感したところです。また、医療機関と事業所との接点が少ないのではないかという意見もあり、やはり就労現場を知っていただくということが何よりも大事なことで、これによってどういう方であれば就労につながっていくのか、お互いに共通の理解として持てるかと考えています。

私たちが就労に向けた職業訓練において一番心がけていることは、やはり実際の事業所の仕事についてまず知ることに、必要に応じて実際に障害者が就労している現場を見ていくということで、そういう中で、どういう職務内容であればその方が仕事に就けるかを絶えず検討していくということです。そして、一定の訓練をしたところで職場実習を組んで、事業所の方も交えて検討していただくように努めています。したがって、私たちは本人と就労現場、あるいは就労現場と医療機関との橋渡しとなって、双方の理解を深めていけるよう努めていかなくてはならないと思っています。また、ケース検討会や研修会等への参加を呼びかけることによって、連携のきっかけや広がりにもなると考えています。

当センターの現状ですが、現在は入所ルートや対象者の拡大で、同じ敷地内にある国立身体障害者リハビリテーションセンターを経由する入所ルートと、同センターを利用しないで直接通所し、利用できる2つの入所ルートがあります。対象者は、知的障害者、精神障害者、身体障害者で、高次脳機能障害者の場合は、現時点では国立身体障害者リハビリテーションセンターを経由する入所者になっています。現在は国立身体障害者リハビリテーションセンターからの入所者に加えて、近隣地域から知的障害者、精神障害者の入所希望者が増えています。高次脳機能障害者については手帳の所持者を対象としています。また、身体障害者の中には精神的に不安定な要素をあわせ持っている方、高次脳

機能障害の要素をあわせ持っている方も非常に増加しています。

高次脳機能障害者に対する取り組みについては、技能訓練のほかに障害の理解を促進させる、あるいは代償手段を身につける訓練であるとか、職業生活指導、職場実習を含む就職支援などを盛り込んだカリキュラムで支援を行っています。

精神障害者に対する取り組みについても、同様に単なる技能訓練だけではなく、障害の特性に配慮して、グループ指導や相談を通じて障害の理解の促進を図るといった職業生活指導を取り入れながら訓練を行っています。

医療機関との連携については、必要に応じて主治医と相談をさせていただく場合もありますし、当センターが委嘱している専門医から助言をいただきながら支援を行うケースもあります。このように、地域からの利用者が非常に増えてきたということで、これに伴って地域の医療機関との連携を強化していくことが当面の課題になっています。

最後に、身辺処理の援助が必要な障害者に対しては、介助者をつけて職業訓練を行い、就職支援を行うことについて、医療機関との連携を図りながら、受け入れを拡充していくことを検討しているところです。こういった点も医療機関との連携というテーマにおいては当センターの課題になっていくものと考えています。

**【徳弘】** ありがとうございます。それでは、最後に後藤祐之先生です。後藤先生は現在、社会福祉法人旭川荘・高次脳機能障害拠点事業準備室長をされています。

**【後藤】** 私からは医療リハビリテーションと職業リハビリテーションとの親しみ感をどうやって作っていくかという話をさせていただきたいと思います。

最初に、今日の話提供のポイントですが、医療リハビリテーションと職業リハビリテーションとの接触機会の今後の動向について、次に、連携とか相互理解と言われている双方に仕事の仕方の違いがどれほどあるかということについ

てお話しします。それを踏まえた上で、この異なる文化が相互に理解、交流するための具体的な提案をさせていただきたいと思っています。

私は今、高次脳機能障害支援モデル事業の支援コーディネーターという仕事をしています。高次脳機能障害の方の機能回復訓練とか社会復帰とか就労支援も含めたいろんなサービスを試行的に提供して支援体制を確立するという事業の中でコーディネーターをしています。

岡山では、私が所属している「のぞみ寮」という身体障害者の更生施設と、医療機関の拠点である川崎医科大学附属病院との両者間で日常的に連携を行っています。福祉サービスから就労支援、車の運転に関すること、自宅での生活のこと、年金のこととか、いろいろな相談があって、サービスの交差点に立っているという立場にあります。

そういう交差点の真ん中で、医療リハと職業リハとの接触機会はこれからどうなっていくだろうかということを考えてみると、今後の動向として3つの点が挙げられると思います。まず、1点目は、職業リハニーズの分散化が地域の中で起こってくるだろうということです。急性期の治療が終わった後のリハビリテーションを集中的に行う回復期リハビリテーションを持つ病院が非常に増えています。これまでは職業リハニーズが発生する医療機関は岡山でもわりと限定されていたのですが、回復期リハの病院が増えてくると、それらの病院に職業リハニーズが分散化される傾向がでてくるわけです。

また、今、医療の世界ではいかに短い期間で治療効果を上げるかということが求められていますが、治療が短期化すれば、本来職業リハニーズを持っている方が早目に治療を終えて家に帰ってしまうため、職業リハニーズを発見することが非常に難しくなってくる。これは職業リハ機関サイドからすると、そういう分散化して街の中に紛れてしまったニーズをこれからどうやって見つけていくかという大きな問題でもあります。

2点目は、回復期のリハでは、家庭復帰ができるように、ADLの自立を目標にしていますので、リハ目標を達成した後に、これまでなら更生施設を使っていたような人も、そのまま就労支援に移行するということが起こってきます。ですから、回復期リハを持っている医療機関と就労支援機関との接触機会は、今後、徐々に増えてくるといえる気がしています。

3点目は、精神障害者の就労支援です。障害者雇用促進法が改正されて、精神障害者の方がいわゆる見なしカウントされるようになったことで、精神科医療機関と職業リハサービス機関との接触機会が増えてきます。

医療機関と職業リハ機関との接触機会が増えると、それだけお互いによく理解しないといけなわけですが、医療機関と職業リハ機関を比べてみると、いろいろな面でかなり違いがあります。

機関の数は、医療機関の方が圧倒的に多いわけですから、職業リハ機関はいろいろな医療機関を一人で相手にしなければいけない立場にあります。

窓口については、医療機関は医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士など多職種でチームを構成しているので、ケースによって窓口が違ってきます。逆に、職業リハ機関ではカウンセラーとか職業訓練指導員が窓口になっていて、地域のセンターでは担当ケースの窓口は一人に絞られることが多いです。

仕事の間については、病院は当然院内の仕事が中心で、病院のスタッフは地域に出て活動することはなかなか難しいのですが、職業リハは、逆に地域に出て活動することが多く、外に出やすい立場であると言えます。

相談の受理に関しては、医療では来院した患者さんはすべて受け付けますが、職業リハでは、ニーズを聞きとった上で一般就労のニーズに応じます。

対象者は、回復期リハの病院では60代、70代、

80代の高齢者の方が非常に多いです。それに対して職業リハは大体20代から30代の人が多く、40歳～50歳の方を目の前にしたときに、医療サイドで見ると非常に若い人ということになりますし、職業リハではちょっと年齢が高目に見えてしまうというように、年齢の見え方が医療と職業リハでは全然違います。

判断様式は、医療ではもちろん医師がサービスを統制しているのですが、比較的OT、ST、ケースワーカーレベルでどんどん判断をして動くことが多いように見えます。職業リハでは、比較的細かいことまで主任カウンセラーを含めて組織内協議に及ぶことが多い。それだけある意味、慎重であるとも言えるし、即断即決が少ない、時間がかかるという言い方もできると思います。

最後にコミュニケーション様式と窓口営業時間です。これが結構大きな違いだと感じている点です。職業リハでは、5時以降の時間で関係機関と関係づくりをする風土があります。言うなれば、一杯飲みながらということ。これは多分窓口営業時間と関係があって、医療のほうは、病院に入院患者さんがいるので24時間動いていますが、職業リハはオンとオフがはっきりしていて、一定時間は窓口を閉めることが可能であることから、こういうコミュニケーション様式ができるのかなという感じがします。

では、これだけ違う両者がどうやって親しみ感を作っていくかです。まず、最初の提案としては、きめ細かなあいさつをしましょうということです。ここで言うあいさつは「おはようございます」とか「こんにちは」という社会的な儀礼としてのあいさつではなくて、ケースの経過報告や帰趨についての連絡をしましょう、ということです。また、医療機関とでは患者さんの受け方の風土が全然違いますので、極力ゼロ回答を減らすということがお付き合いする上で必要になってくるかなと思います。

それから、散在化したニーズを発見していくために、地域内の医療機関を職業リハ機関が回

ってニーズを拾い上げていく取り組みが必要であると思います。それによって対面で話ができるという効果もあります。

次に、医療機関での窓口が一定していないことの問題として、どうしてもコミュニケーションの行き違いが生じるので、窓口を決めてもらうように遠慮せずをお願いしていったらいいと思います。

それから、医療機関の場合は、9時から5時のフォーマルなコミュニケーションのチャンネルに限定されることが多いですが、職業リハサイドは、フォーマルなコミュニケーションと5時以降のインフォーマルなコミュニケーションチャンネルを持っていますので、インフォーマルな場にぜひ招いて、日頃フォーマルな場ではなかなかできない話をゆっくり時間をかけてやってもいいかなと思います。また、机を挟んで話しているだけではなく、何か一つの作業を一緒にやることを通して、近い関係に、親しい関係になるということもあると思います。

あとは、窓口の営業時間は職業リハと医療リハとは違いますが、必要があれば少し骨を折って、医療側の窓口の営業時間に合わせて動いてみると、医療と接触する機会が増えてくるのではないかと思います。

このように、医療リハと職業リハを比べてみると、文化、風土、仕事の仕方、スタイルの違いは大きいですが、お互いの違いを了解した上で動いてみることで、少しでも距離を縮めていくことができればと思っています。

**【徳弘】** ありがとうございます。医療リハビリテーションと職業リハビリテーションは異なる文化で、その異文化のコミュニケーションの方法論をとらねばいけないというご指摘には多くの方が同感されていると思います。

では、これからディスカッションを始めていきたいと思います。大きく分けると3つのフェーズの問題点が相互理解のために提示されたと思います。一つは医療側にある問題点、もう一つは職業リハ側にある問題点、それから、その

間の取り組みに関する問題点です。

医療リハの問題点として指摘されたのは、医療者の意識です。いわゆるリハの帰結としての社会的なアウトカムへの認識がないとか、医学教育の中で職業リハというものがないとか、長い間フォローアップして成果につなげるという、「長く見る」という視点がなくなることですね。それから、経営のプレッシャーというものもあると思いますが、医療側の問題点についてご意見がありましたらお願いします。

**【参加者】** 回復期リハビリ病棟で看護師をしています。受け持っている患者さんが、回復期リハビリ病棟に來られて6カ月リハビリをしてある程度回復したので、退院、職場復帰ということになったのですが、患者さんの意見を十分聞かないで職場を限定してしまったために、これから職場復帰に向けて職業訓練を受けるにあたって、ご家族の協力が得られないような状況にあります。

職業リハビリ訓練を受ける場合、そこで宿泊して訓練を受けられるのか、通所であれば交通手段はどうか、また、職場復帰した場合、どの程度仕事ができるかという訓練の達成度を確認しながら指導するというような、フォローの仕方の知識がないのでうまくアドバイスすることができないのです。ですから、そういうことでもうまくいっているという事例と、その回復期リハビリ病棟での6カ月間のリハビリ生活の中で、職業訓練をしてくれる人が病院の中に入ってきてくれるような制度があれば教えてください。

**【徳弘】** 後藤先生いかがですか。

**【後藤】** 私も支援コーディネーターの仕事において、入院中の方が職場復帰したいのだけれどどうすればいいだろうかという相談を医療機関から受けたことがあります。地元の岡山障害者職業センターに相談したところ、もともと勤めていた会社で試しに働いてみて、会社にとっては評価の機会、ご本人にとっては訓練の機会となる職場実習を計画していただき職場復帰に結

びつきました。職場復帰の相談については、ぜひ地元の職業センター、就労支援機関でご相談いただけたらと思います。

次に、病院に入院治療中の方が職業訓練校で職業訓練を受けるのは、まだ早期の就職が見込めないということになるので、制度的にはできないと思います。ただ、ある一定の程度まで回復した後に、これからどういう取り組みをやるかということであれば、病院のほうから就労支援機関に出かけるなり、あるいは職業センターさんから病院に出張していただくなりして、将来に向けての相談を行うことは可能です。

**【徳弘】** 我々も問題点として十分に意識しているところですが、職業リハというのは、身の自立をしていないといけなく、正式には身体障害者手帳を取得していなければいけないということがあるようです。そのことは医療側からしたら一つの問題だなという気はしています。

ほかに医療の原先生、お願いします。

**【原】** 一言コメントするなら、日本は入院も入所も長過ぎると思います。私どもの病院は急性期病院ですが、復職の例はすべて通院でやっています。通院とか通所のシステムをもっとも取り入れる中で、今のお話のようなケースが救われる事例は、たくさんあるのではないかと考えています。

**【徳弘】** これもひとつの問題提起ですね。コメントーターの先生方からそういうことに関する意見や解説はありますか。

**【田谷】** 病院の入院期間が短くなるという傾向はこれからどんどん加速すると思われます。高次脳機能障害の場合には、非常に長い期間かわらなければいけないということがあるのですが、ただ、それは入院期間が短くなったからといってできないものではなくて、むしろ通院をすれば、入院するよりもいろいろな刺激も多く活性化があっていいと思います。病院側としても退院したらおしまいというのではなく、退院した後もきちんと見ていくという意識があれば別に入院でなくてもよいのではないのでしょうか。

**【徳弘】** それでは、医療中の問題点について職業リハ側からの指摘や意見はありますか。

**【参加者】** 高知障害者職業センターでは、最近、医療機関から、脳血管障害の方などでとてもその状態では働けないという方が来所されることがあるので、病院のほうに、もう少しリハビリはできないでしょうかというお話をすると、医療リハは終わってしまったので、あとは家庭で時間をかけてやってもらうしかない、という言い方をされてしまうことがあります。ただ、時間をかけていくと、1年、2年単位で回復が見られるので、医療リハのほうでももう少し長くできないかなとは思っています。病院によって対応がまちまちだったりするので、その辺の病院側の考え方を教えていただければありがたいと思います。

**【徳弘】** これは、職業リハ側から問題が提起された、医療の現状についての情報がなかなか入ってこないということに関係することです。では、原先生、お願いします。

**【原】** 脳の可塑性という言葉がありまして、脳卒中の方などの回復、まさに可塑性を援助するプロセスには終わりはないわけです。特に重要なのは、患者さんにとっては退院してからが始まりなのだということです。リハはそういう意識を持ってやっていかないといけないわけですが、通院の中でいかに患者さんを回復させていくか、在宅でどう回復させていくか、復職させてどう回復させていくか、そういったことが医学教育ではまだなされていないし、リハビリテーションの中にもそういった考え方がまだまだ根づいていないわけです。例えば、脳卒中の方で麻痺が治らないといったときに、患者さんは治らないということを論されるために病院に来ているわけではないので、治すためにはどうしたらいいかとアドバイスするのが私たちの仕事なのです。そういったあたりで、まだまだ日本のリハの教育そのものを変えていかないといけないなと考えています。

**【徳弘】** ありがとうございます。我々のよう

なりハセンターでしたら、その方をずっとフォローアップしていくことができるのですが、なかなかそういう病院がないというのが現実だろうと思います。しかし、たくさんある病院の中には、患者さんと相性の良い病院が必ずあるはずですから、そういうところを探すしかないという気はしています。医療側としてはまことに歯がゆい思いをしています。

では、次の方どうぞ。

**【参加者】** 私の勤める病院は、千葉県の高齢化が非常に進んだ過疎地域にあり、病院数もそう多くはないのですが、その中で地域の支援病院として第三次救急という位置づけで業務を行っています。そこで、地方の病院の立場からお話を伺いたいと思います。

私どもでもリハビリテーションには大分力を入れておりまして、回復期リハビリテーション病院も設置しました。その中には社会復帰、職業復帰をしたいと望む方もかなりいらっしゃいます。ただ、そこで問題になるのが、千葉県ではこんなに立派な施設があるわけですが、職業リハにつながりそうな人を、千葉県といっても房総半島の先端の地域から切り離してそこにつなげることが困難な事例が非常に多いということです。そうしたときに、例えば、地方でも生かせるような職業リハのノウハウというものを伝授していただくような制度や支援などをお考えいただくとか、そういったことについてのご意見がありましたらお願いします。

**【田谷】** 障害者職業総合センターでは、医療とか福祉とか職業リハ関連職種の人が就労支援に関してうまく連携できるようにするために、職業リハビリテーション実践セミナーという研修を開催しています。それに参加してもらって、いろいろなノウハウを見つけてもらうというのがまず今できることになると思います。将来的には、地域ごとにはできるようになればいいのですが、まずはそこからということになると思います。

**【参加者】** そういう情報というのは中央で留め

ずに、病院だけではなく、地方のハローワークや行政機関に対してもそういったアピールや研修会をぜひ位置づけていただいて、それで地域が活性化できるような試みをしていただければありがたいなと思います。

**【徳弘】** 直ちにどうにかなるというものではありませんが大事なことですな。

水口先生、何かご意見はありませんか。

**【水口】** 我々職業リハサイドとしても、医療機関や関係機関に対して研修の機会をつくったり、就労現場を見る機会をつくったりとか、こちらからどんどん働きかけて仕掛けていかないと、待っているだけではなかなかそういう輪が地方にも広がっていかないのかなという気はしています。そういう意味で、もう一度取り組みの努力はしていかないといけないとは思っています。

**【徳弘】** こういう場でそういう要望を伝えるということは非常に大事なことだと思います。それでは、次の方どうぞ。

**【参加者】** 先ほど、相澤病院では、短期入院にして通院でリハを行っているケースが多いというお話がありましたが、まだ日本全国の多くの病院では通院リハというのはほとんどやられていないと思います。非常に多職種の方々がかわっていかねばならないし、医療点数に反映しない方々、例えば、臨床心理士とか、あるいは、職業リハの関係の方々は病院には何の利益ももたらさないことから、そういった事業はほとんどの病院ではやっていただけないのではないのでしょうか。そこがまず大きなネックになるかなと思いますので、相澤病院ではその点をどういうふうに克服されているのか、お伺いしたいと思います。

それからもう一つ、水口先生に質問です。国立職業リハセンターは、更生訓練所や病院もあり大変すばらしい機関だということで、今年の春に見学をさせていただき、懇切丁寧に国立リハの機構、支援体制について説明していただきました。しかし、その後、その更生訓練所を見学して生の職員さんの声を聞いたところ、病院

と更生訓練所と戦リハセンターとの連携があまりうまくいっていないのではないかという感想を持ちました。それについてお話しいただければと思います。

**【原】** 通院リハというシステムができていけば、もっと多くの方たちがリハビリテーションの利益を受けられる状況になるのではないのでしょうか。それから、私たちは仕事をしている中で、それが病院経営にとってマイナスになると感じたことは全くありません。他府県から高次脳機能障害リハを受けるために通院されている方たちに対して、メールや電話などで長い時間をかけてアドバイスをしていくということこそ専門職の仕事だと思いますし、復職に至ったときの達成感こそがリハのスタッフの喜びであり、まさに病院の宝だと思っています。

**【水口】** 意外にも内部の足元について耳の痛いお話を受けたわけですが、確かに、同じ敷地の中にありながら、内部への働きかけがある意味不足していると思います。組織的に連携するという面でもう少し努力をしないといけないという点についてこれから十分考えていきたいと思っています。

**【徳弘】** ありがとうございます。医療リハ側、職業リハ側それぞれの問題点については議論が尽きないと思いますが、一番大事な取り組みということで先生方のコメントを総合すると、やはりお互いの接する機会を増やさなくてはいけない。一例でもいいから経験を通して連携を積み重ねていく。それから、親しみ感の醸成。そういうことが非常に大事になろうかと思っています。

それでは、次にお互いの交流、接する機会ということで先生方から一言ずつご意見をいただきたいと思います。原先生、お願いします。

**【原】** 今回この幕張に来るのは初めてで、こんなに大きな立派な組織があるのだということを改めて感じました。私の病院からも多くの患者さんがここでお世話になっていますが、ここに患者さんが来るには大きな決心が必要だったのではないかと思います。そのためにも、こうい

うところまで来て頑張ってやっ払いこうというケースをつくっていくシステムづくりを、医療側としてももっともってやっ払いいかないといけないのかなと思いました。それから、間を埋める支援コーディネーターといった役割の専門職の方がもっと増えれば、やはり変わってくるのかなということを感じました。

**【田谷】** 今回アンケートを行って感じたことです。回収率を上げるためにまずメールを出したわけですが、メールでは病院側があけてくれないのです。結局、病院へ電話してリハの担当者の方に趣旨を理解していただいたところ、快く協力してくださるといったことがありました。ですから、直接話をして声を聞くとそれなりにわかってくれるということもありますので、そういうところから始めないといけないなという感じがします。

**【水口】** 職業リハの場合もそうですが、各機関、各部門の全体をコーディネートするような人材、あるいは組織といったものをつくっていく必要があると思っています。

**【後藤】** フロアの方からの質問を聞いていて、お互いの距離はまだまだ遠いという感じがしました。ですから、職業リハサイドとしては、県内の医療機関、特にリハを中心にやっているとこを回って、まずは病院側が持っているニーズを一つ一つ拾い上げるところから行動を起こしていったらいいなと思っています。

**【徳弘】** ありがとうございます。フロアからはどうですか。

**【参加者】** 茨城障害者職業センターでは、最近、高次脳機能障害の件で病院側からご連絡をいただくことが多くなり、それが一つのきっかけとなってお付き合いが始まった病院もあります。そうした中で、私たちのほうから病院へ向いてケース会議を行い、経過や状況の説明だけではなく、お互いが持っているリハの時間をどう使うとか、職業リハの中での取り組みを医療リハの中でもやれないだろうか、といった提案なども積極的に行って、それを導入してい

---

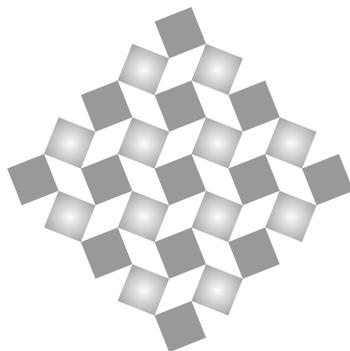
ただけることができたなら、顔を合わせる機会も、その中身を確認する機会も増えて、私たちの持っているノウハウを通所リハの中で利用していただくということももっと進んでくるのではないかと感じています。

**【徳弘】** すばらしい提言だと思います。ありがとうございました。

各先生方、フロアからのご意見を総合すると、職業リハと医療リハは異なる文化であるという認識が必要だろう、少なくともお互いを啓蒙していく継続が必要だろう、それから、接する機

会を増やすことが必須条件だろう、というお話ができました。

そういうことから考えると、お互いの理解を促進するために職業リハ側から何ができるか、医療リハ側から何ができるかという具体論を今後継続していけば、よりお互いに近づいていくのではないかと思います。それを今日のワークショップの結論にして終わりたいと思います。熱心な討議をしていただいたフロアの方々、コメントーターの先生方、どうもありがとうございました。



# 障害者自立支援法における相談支援事業 及び就労支援事業の概要、 並びに職業リハビリテーションとの連携について

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 企画課

## はじめに

障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みである障害者自立支援法は、平成17年10月31日に衆議院本会議で成立し11月7日に公布された。18年4月から施行される。今回、障害者自立支援法における福祉分野の相談支援事業及び就労支援事業が職業リハビリテーションとどのように地域で連携していくかを概観する。

## 1. 相談支援事業について

### (1) 障害者プラン相談支援体制

平成8年の障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～においては、保健福祉サービス体系について、市町村域・複数市町村を含む広域圏域・都道府県域の各圏域ごとの機能分担を明確にし、各種のサービスを面的、計画的に整備することとされていた。相談支援体制について、各都道府県は、当該都道府県内のすべての地域について、身体障害者（児）、知的障害者（児）及び精神障害者に共通の圏域として、障害保健福祉圏域を設置することとし、市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業、精神障害者地域生活支援事業を障害保健福祉圏域内（概ね人口30万人当たり）に概ね二か所ずつ配置を図るものであった。

### (2) 支援費制度と相談支援体制

支援費制度においては身体障害者福祉法及び知的障害者福祉法に相談支援事業が位置づけられた。例えば、「知的障害者相談支援事業」とは、地域の知的障害者の福祉に関する各般の問題につき、主として居宅における日常生活を営む18歳以上の知的障害者又はその介護を行うものからの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うなどとされ、市町村障害者生活支援事業や障害児（者）地域療育等支援事業の全国的配置が継続された。

### (3) 障害者自立支援法における相談支援体制

障害者自立支援法においては、市町村の責務として「障害者等の福祉に関し、必要な情報の提供を行い、並びに相談に応じ、必要な調査及び指導を行い、並びにこれに付随する業務を行うこと。」（法第2条第1項第2号）とされている。また、「この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の供与のすべてを行うことをいい、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。」（法第5条第17項）とされ、具体的には、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じること、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村や障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与することなどを行うものとされている。

障害者自立支援法においては、このような相談支援事業をはじめとする地域の相談支援体制

の整備を以下の観点から図る予定である。

### ①市町村への一元化

身体障害を対象とした市町村障害者生活支援事業、知的障害や障害児を対象とした障害児(者)地域療育等支援事業、精神障害者を対象とした精神障害者地域生活支援センターは、市町村や都道府県・指定都市等異なる実施主体とされていたが、障害者自立支援法の相談支援においては、一般的な相談は市町村に一元化するものであり、障害種別を超えてワンストップで相談を受け止めることが期待されている。

### ②都道府県におけるバックアップ体制

都道府県においては、障害者就業・生活支援センター、発達障害者支援センター、障害児の療育支援など広域的に取り組むべきもの、専門的な相談支援を行うものとされている。また、都道府県の相談支援は市町村をバックアップする機能をもつと言える。

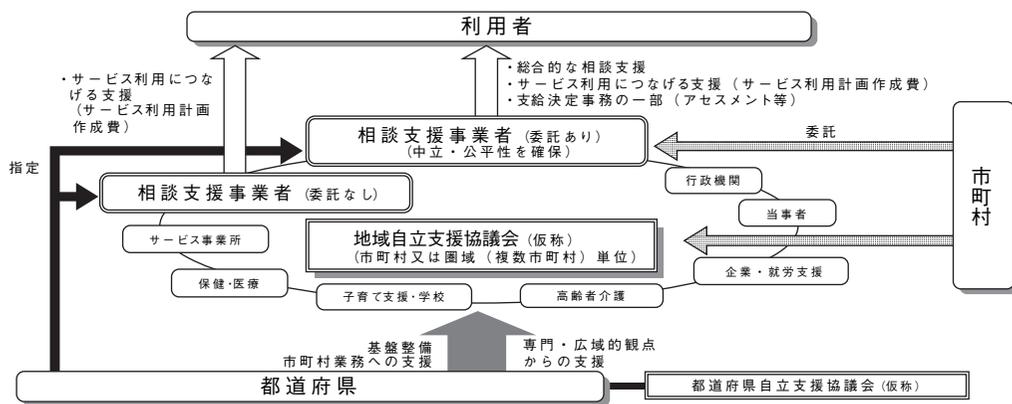
### ③地域における連携体制

地域において相談支援事業を適切に実施していくために、市町村は「地域自立支援協議会(仮称)」を設置し、雇用を含めた地域の関係機関によるネットワークの構築を図ることとしている。

## 地域における相談支援体制について

(市町村が相談支援事業者に委託して行う場合)

- 地域において相談支援事業を適切に実施していくため、市町村は「地域自立支援協議会(仮称)」を設置し、次のような機能を確保。実施に当たり、個別ケースの調整会議を開くなど、多様なかたちを想定。
  - ・ 中立・公平性を確保する観点から、相談支援事業の運営評価等を実施
  - ・ 具体的な困難事例への対応のあり方について指導・助言
  - ・ 地域の関係機関によるネットワークを構築



## 2. 就労支援事業について

障害者自立支援法においては、就労支援の抜本的強化を図ることとしている。そのため、現在多岐にわたっている施設体系についてその機能に着目して再編するものである。現在の施設は、その施設の種別・目的にかかわらず、利用している障害者にあまり差がないという実態があり、本来、障害者が施設での訓練等を経て一

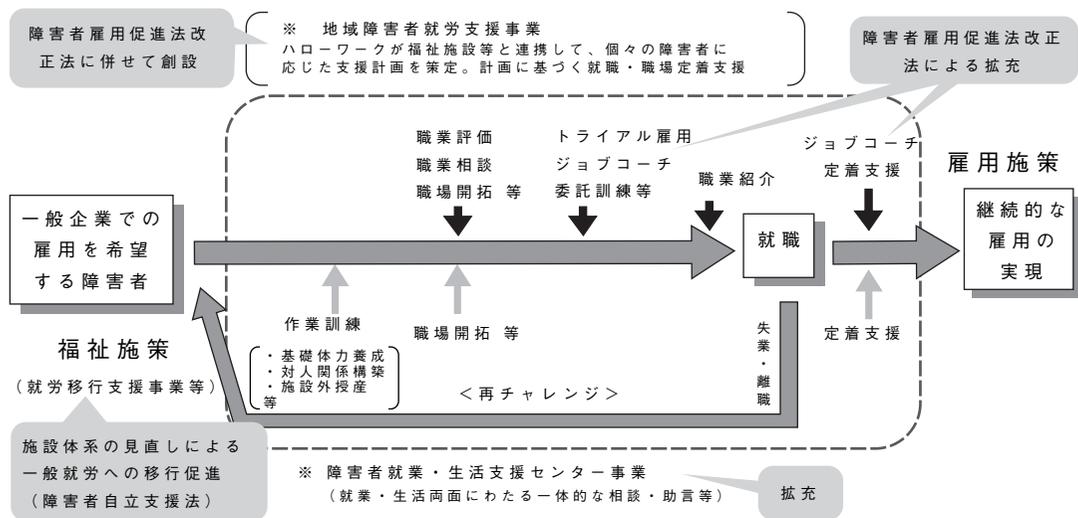
般就労をしていくはずの施設で「滞留」が生じている。いわば施設の本来の目的・原点に戻ることが求められている。就労に関して言えば、障害者のニーズや適性に合わせて、働く意欲と能力を育み雇用などへつなげていくために、新たに就労移行支援事業や就労継続支援事業(雇用型・非雇用型)を行う予定である。

	就労移行支援	就労継続支援	
		(雇用型)	(非雇用型)
給付の種類	訓練等給付		
利用者	一般企業への雇用又は在宅就労等が見込まれる障害者であって、下記の条件に該当する者 ① 一般企業への就労を希望する者 ② 技術を習得し、在宅で就労等を希望する者	雇用契約に基づく就労が可能と見込まれる障害者であって、下記の条件に該当する者 ① 就労移行支援事業により、一般企業の雇用に結びつかなかった者 ② 盲・聾養護学校を卒業して雇用に結びつかなかった者 ③ 一般企業を離職した者又は就労経験のある者	就労の機会を通じて、生産活動に係る知識及び能力の向上が期待される障害者であって、下記の条件に該当する者 ① 就労移行支援事業により、一般企業の雇用に結びつかなかった者 ② 一般企業等での就労経験のある者で、年齢や体力の面から雇用されることが困難な者 ③ ①・②以外の者であって、一定の年齢に達している者
サービス内容	一般企業の雇用に向けた移行支援等	雇用に基づく就労機会の提供や一般企業の雇用にに向けた支援等	一定の賃金水準に基づく継続した就労機会の提供、OJTの実施、雇用形態への移行支援等
利用期限	制度上、期限の定めあり	制度上、期限の定めなし	
夜間の生活の場	地域の社会資源の状況から通所が困難であるなど、一定の条件に該当する場合に、入所施設の利用可。	※ 経過的な措置について、検討。	

また、福祉と雇用など関係機関がネットワークを構築し、障害者のニーズと適性に合った就労支援を実施していくこととしている。その際、

関係機関が集まりサービス調整会議などを開催し、個別支援計画を作成して共通理解の元でチームでアプローチして行く視点が重要である。

### 雇用と福祉のネットワークによる就労支援



## アスペルガー症候群を理解してもらうために

国立職業リハビリテーションセンター  
インテリアデザイン科 平成17年8月入所 宮脇 貴

今私は職リハで技能を身につけこれを活かした就職を目指して訓練中です。

自分でも20歳ごろから他の人と違うと感じていたし、周りから変と見られていたでしょう。2年前に「広汎性発達障害」と診断され、やっと世間が追いついてきたという印象です。

以前就職活動をするためにハローワークを訪ねた時に担当者に「アスペルガー」を理解してもらうため次のメモを用意しました。障害を理解してもらうための努力や工夫としてご覧ください。

### [宮脇メモ]

#### コミュニケーションの障害

①一人の相手に対して、複数の要件を同時に伝えることができない（文書でなら可能）。

〈具体例〉

先日、ハローワークへ提出する診断書を取りに主治医を訪ねたときのこと。こちら側が述べるべき要件は、「おかげさまで障害者手帳を取得できました」というお礼と、「現在求職活動中でストレスが溜まっているため、精神的に不安定な状態にあります」という現状報告と、「ハローワークへ提出する診断書を新たに書いていただきたい」という要求の3点ということになります。文書でなら表現できると思うのですが、実際の場面では、会話を上手くコントロールできずに「お礼」の部分が欠落してしまいました。また、他の要件も中途半端な説明に終わってしまいました。

②複数の相手に対して、会話の中でイニシアチブを取って自分の意見を主張できない（会議形式でなら可能）。

③仕事以外の日常会話で、相手のレベルに応じた話題を提供できない。

〈具体例〉

例えば、私と母親と妹の三人で映画の「マトリックス」を観たと仮定します。「キアヌはかっこよかったよね」とか、「あのアクションシーンはCGなんだろうか、ワイヤーアクションなんだろうか」というレベルの話は三人で共有できます。

次に、「エグザイルと呼ばれていた亡霊兄弟は、アプリケーションを手動削除した時に削除しきれなかったダイナミック・リンク・ライブラリのことだよ」とか、「エージェントのスミスは、一般保護違反によって同一メモリアドレス内に異なるプログラムコードが上書きされたことによって変異したんだよ」というレベルになると、母親はついてこれず、妹と二人きりの話題になります。

その次に、「あの映画はアクションの形態を取っているけど、実は哲学映画で、真のテーマはデカルトのコギト・エルゴ・スンにあるんだよ。デカルトの思想は禅の思想に通じているから、二作目以降では東洋思想のリ・インカーネーションがテーマになるんだよ」というレベルになると、妹もついてこれなくなります。

若かった頃に、「マトリックスどう思う？」

ときかれましたら、正直に「あの映画は哲学映画で……」と応えていたと思います。その結果、「アイツは偉ぶっている」とか「アイツの話は硬すぎる」と受け取られて、周囲と調和できなかったでしょう。

反対に、自分よりレベルの高い人と話す時は、相手の方がこちらのレベルに合わせてくれるので、スムーズに会話できます。大学院の研究室が最も居心地が良かったのは、このためです。

今では、相手のレベルを察知してからそれに応じて話すように心がけていますが、初対面の人に対してはレベルを察知するのが精一杯で、自分から話を切り出していくことはできません。また、初対面の人が複数同時に存在する場合にはパニックに陥り沈黙してしまいます。

## 社会的な障害

- ①突発的な事態に即応できない（非社会的、自然環境的な事象には即応可能）。

〈具体例〉

突然のスケジュール変更やアポ無しで初対面の人と会わなければならなくなった場合など、パニックに陥ります。

- ②未体験の事柄への対応に苦痛を覚える。

〈具体例〉

経験したことのない事務手続きや、初対面の人との面談などに強いストレスを感じます。

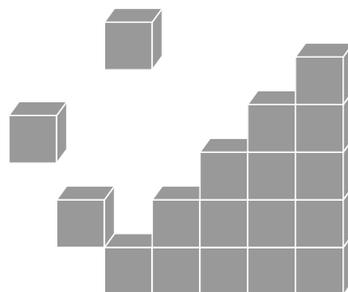
- ③曖昧が苦手でこだわりが強い。

〈具体例〉

仕事に対する具体的な指示や指定がない場合は、自動的にクリエイティビティとオリジナリティを優先してしまいます。

## 『宮脇貴さんのプロフィール』

45歳、武蔵野美術大学（建築学科）～大学院を経て環境アセスの調査員やリゾート開発の企画や設計の仕事に従事した。最近10年はフリーのライターや原稿入力の内職、小説サークルの活動をしている。精神障害者保健福祉手帳3級取得。



# 英国における発達障害者に対する 職業リハビリテーションの現状について

—雇用年金省、英国自閉症協会（NAS）の取り組みを中心に—

障害者職業総合センター職業センター 企画課 中島 純一

## 1. はじめに

平成16年12月に成立した「発達障害者支援法」を契機に、その支援のあり方について、各領域で検討が進められている。

こうした動向を踏まえ、当センターでは、昨年度開催した有識者検討会議をもとに、「発達障害者のワークシステム・サポートプログラム」を今年度より開始し、職業リハビリテーション支援技法の開発を進めている。

昨年10月に、当センターの支援技法開発に資する趣旨で、英国の発達障害者に対する職業リハビリテーションの現状を視察した。

以下に、雇用年金省、英国自閉症協会（NAS）を中心に報告する。

## 2. 英国の障害者雇用施策等の概要

英国の障害者雇用施策の概要について、雇用年金省障害者等対策戦略グループ(DWP Disadvantaged Groups Division)を視察し、聴取した。



<DWP Disadvantaged Groups Division>

英国の障害者雇用対策の動向としては、下記3点が挙げられる。

### (1) 障害者差別禁止法(Disability Discrimination Act: DDA)の導入後の雇用情勢の変化

日本同様、英国は法定雇用率に基づく割当雇用制度が設けられていたが、努力義務であったため実質的に機能せず、1970年代より割当雇用制度の廃止論が浮上してきた。

これを踏まえDDAが1995年に導入され、その有効性が数度にわたり、雇用年金省及び障害者権利委員会(Disability Rights Commission)で検証されている。

障害者の就業率については、就労可能人口に占める就業者数の推移をみると、1998年に約43%であったものが、2005年に約47%を超え、微増傾向にはある。しかし、就業率の上昇は好況が続く経済情勢や、各種雇用支援サービスの充実も要因として否定できず、DDAの影響か否かを推定することは難しいとされている。

また、就職時に障害を理由とした差別を受けた等で係争した事例は、2002年から5,000件前後で推移しており、訴えが認められたケースは2004年では約5%である。この割合は性や人種による差別での訴訟よりも高い状況にあるとのことだった。

これらの情勢から、DDAの導入を雇用率上昇の要因として特定はできないが、国民全般に障害者の権利意識を啓発する機能は果たしている状況にある。

## (2) 障害者の雇用支援サービスと各種手当支給の一体的運営

ブレア政権が標榜する「第三の道」の基本的理念の背景には、福祉政策の手厚い英国が行財政改革に至った財政的な事情がある。

ブレア政権は、これまでの福祉政策と経済政策は共通の理念をもたず、相矛盾する政策運営を選択したために、それぞれの政策目的を達せなかったとしている。そのため、政府は個人及び社会の責任を明確化した上で「働ける人々には仕事を、働けない人々には保障を」、そして働ける人々については「自らを支援する人々（個人）を、（社会は）支援する」という理念を掲げ、福祉政策と経済政策の統合を目指している。

この戦略の一つとして、国の雇用施策部門と年金等の福祉施策部門を統合し、新たに雇用年金省を発足させ、その下部組織に、各種雇用施策の実施と年金等の支給を行う、ジョブセンタープラス（jobcentreplus）を設立した。

## (3) ジョブセンタープラスを中心とする雇用支援サービスの充実

現在、障害者の職業リハビリテーションは、ブレア政権により、20年のスパンの長期目標を定められている。その計画に基づき、短期目標を段階的に設定し、各雇用支援サービスが実施されている。

英国の雇用支援サービスは、次の2つが挙げられ、ジョブセンタープラスで実施されている。

### ① ニューディール（New Deal for Disabled People）

第一次が既に終了し、現在第二次のプログラムが2001年から英国全土で開始されている。

従来就業困難者と見られた福祉手当受給者に対して、官民の機関が政府との契約のもと支援を行い、就職に至った場合に、事業運営費が支給される。

### ② ワークパスプログラム（WorkPath Programmes） イ Access to Work

就職する際に、障害が業務遂行に影響する場合には、職場環境を整備し、業務遂行を容易にするもの。聴覚障害者に対して、手話通訳者を派遣する等。要件を満たせば、原則政府が全額出資する。

### ロ Work Preparation

ジョブセンタープラスに登録した障害者に対する職業評価及び職業準備訓練のプログラム。期間は12週間が原則。

ジョブセンタープラスの障害者雇用アドバイザー（Disability Employment Adviser）が職業評価を担当。評価結果に基づき、以降の職業準備訓練は、必要に応じ外部の専門機関により実施（発達障害であれば、後述するプロスペクツ等の就労支援機関が受託）。職業準備訓練において、職場実習等の支援も実施。

### ハ WORKSTEP

障害者雇用アドバイザーの決定に基づきなされる、雇用者・被雇用者に対するサービス。援助付き雇用等も実施。

以上のロ、ハについては、外部の専門機関に委託する場合、雇用年金省及び外部の中立機関で、その成果を厳密にチェックしつつ、施策目標の達成を目指している。

政府においては、発達障害者の職業リハビリテーションサービスについては、上述の「ロ Work Preparation」等において、ジョブセンタープラス等のノウハウを活用しつつ、その支援の成果を施策の反映に努めているとのことであった。

## 3. 英国自閉症協会（NAS）の取り組みについて

英国自閉症協会（以下「NAS」という。）は、1962年に自閉症児・者を有する両親と専門家が設立して以来、約40数年にわたり、医療・教育・福祉・労働の各領域にわたり、各国に先駆けて先進的な活動を展開してきた。

以下にNASの(1)組織体制・事業内容、及び(2)就労支援の実際を中心に報告したい。

### (1) 組織体制・事業内容

#### ① 組織体制

現在の会員数は、12,695名であり、これに対しNAS全体で1,497名もの正職員を有している（2004年3月現在）。

特徴としては、組織全体を運営するマネジメント部門と、当事者の意見を吸い上げマネ

ジメメント部門をチェックするガバナンス部門を明確に切り分けており、両者の緊張関係を保つことで、大規模な組織体制を円滑に運営している。また、当事者団体では珍しく、CEOを17年前より設けており、それぞれの組

織の状況に合わせ（過去の目標は組織拡大、現在は大規模な組織体制の運営が主眼）人材を招聘している。

この組織体制のもと、全国で3カ所の本部の指示に基づき、運営がなされている。

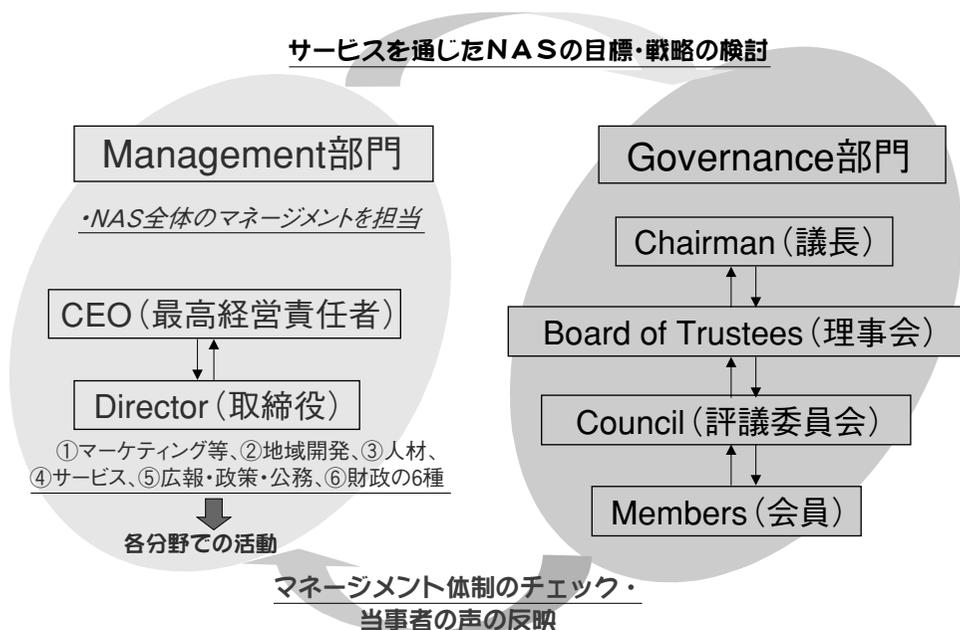


図1 英国自閉症協会 (NAS) の組織体制等

## ② 事業内容

マネージメント部門に、マーケティング・資金調達、地域開発、人材、サービス、広報・政策・公務、財政の各6種のDirectorを配置し、下記の事業展開がなされている（主要な活動のみ記載）。

### イ 医療分野

- 発達障害のチームによる早期診断体制の整備のため、DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication disorders) 等に係る発達心理士等専門職への研修

### ロ 教育分野

- 4歳～19歳までの自閉症スペクトラムに特化した6カ所の学校、1カ所の専門学校の運営
- 就学前児童のための幼稚園の運営

### ハ 福祉分野

- 3カ所の自閉症成人施設の運営

### ニ 労働分野

- 4カ所のプロスペクツの運営

### ホ 広報、啓発・権利擁護活動

- 全国の支援機関をカバーするHP(PARIS)の運営
- 各領域への公的機関への研修（障害者雇用アドバイザー等）、出版活動

以上に加え、英国政府へ具体的な政策提言を数多く行っている。

## (2) 就労支援の実際

### ① プロスペクツ (Prospects)の沿革

NASの就労支援は、4カ所のプロスペクツが主体となり、1994年より実施している。プロスペクツとは、聖ジョージ病院 (St Georges

Hospital) のハウリン教授 (Howlin.P) らの協力のもと、障害者雇用に協力する雇用主連盟である「全国障害者に関する雇用者フォーラム (UK Employment Forum on Disability)」との連携により設立した、就労支援サービスである。

また2004年より政府からWork Preparationの委託を受け、ジョブセンタープラスの対象者の支援も開始している。

## ② プロスペクツの対象者・就職状況等

対象者は、一般就労への希望が比較的多い高機能自閉症、アスペルガー症候群が中心である。事業開始より現在まで、250人が事業の対象となり、就職率は約67%であった。

また、1995年に就職した19名を例にとると、現在まで継続している事例が11名であり、約60%弱の定着率を示している。

就職先は、官庁、小売業、倉庫・在庫管理業、造園業、IT関連、金融業、航空業等多岐に渡っており、ゴールドマンサックスや英国航空等の大企業への就職者も多い。

なお、対象者が担当する職務は、対人接触以外の業務の急な変化が少ない定型業務が主である。

## ③ プログラムの目標

目標は下記のとおりである。

- イ 高機能自閉症、アスペルガー症候群の障害特性を個々のケースに応じ、把握する
- ロ 言語もしくは非言語のいずれの有効なコミュニケーションの習得
- ハ 感情のコントロールの習得
- ニ 求職活動のスキルの習得

## ④ プログラムの概要

<対象者への支援>

NASの支援理念であるSPELL (①Structure<構造化：明確で一貫性のある環境>、②Positive<ポジティブ：肯定的な対応と適切な期待>、③Empathy<共感：対象者が有する独特な理解方法への共感>、④Low Arousal<興奮させない：ストレスを招く感覚刺激の低減>、⑤Links<リンク：家族や地域資源との連携>)を基本に、12～18週間のプログラム

## ● 専門職である「雇用コンサルタント」が、以下の12～18週間のプログラムを実施

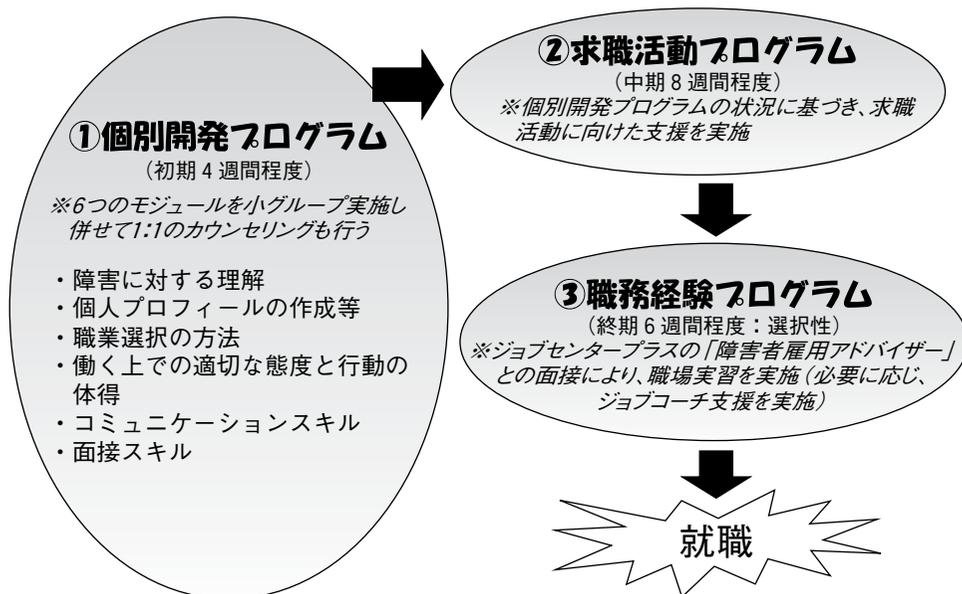


図2 プロスペクツのプログラム概要

を、実施している。また、プロスペクツには就労支援の専門職として「雇用コンサルタント (Employment Consultant)」が配置されており、下記のプログラムを個々の特性に応じ、段階的に実施している。

#### <事業主への支援>

就職予定企業に対するサポートは、日本のジョブコーチ支援と類似している。就職前の段階から、経営・現場両サイドと積極的に何度もミーティングを行い、対象者の障害特性・行動の特徴等への理解を求め、併せて無理のない職場環境を構築していく。

しかし、個々の対象者ごとに、まさに”オーダーメイド方式”の対応が必要であり、それぞれの企業で介入のタイミングも異なることや、企業担当者との関係作りの難しさを指摘されていた。

#### <アセスメントの重要性>

担当者が事業主支援の難しさを指摘したすぐ後に、対象者への初期のアセスメントが何よりも重要であることを、繰り返し熱意を込めて語っていたことが印象に残った。

初期アセスメントが不十分な中で、職場実習やジョブコーチに移行すると、対象者・事業主双方に負担がかかる。円滑な職場適応を目指すためには、初期に数週間の時間をかけ、アセスメントを的確に行うことが重要とのことだった。

次にこの施設内のアセスメントを土台にして、職場実習に移行する。光や音の環境から

影響される感覚特性の問題や、コミュニケーションは言うに及ばずだが、職場実習に移行すると、対象者をとりまく環境は、変化を余儀なくされる。ここでも初期のアセスメントが機能するが、その後もアセスメントを継続的に行い、対象者の状態像の変化を蓄積していくことが重要とのことだった。

アセスメントのポイントは、行動観察や対象者の思考・認知のモニタリングを基本に、**①対人対応のスキル、②感覚刺激の特異性の有無、③本人の思考方法、④二次障害の有無、⑤本人の希望の整理、⑥家族の支援状況等の**評価とのことであった。

プロスペクツのプログラムは当センターの「発達障害者のワークシステム・サポートプログラム」の趣旨・内容と類似しており、互いの支援方法について有益な議論ができたことは望外の喜びであった。

今回の渡英の成果をもとに、各地域で発達障害者の職業リハビリテーションサービスに携わる支援者の皆様に、少しでも有益となる情報をご提供できるよう、今後も技法開発に尽力してまいりたい。

また、今回の海外研修の詳細については、別途報告書を作成しており、さらに「発達障害者のワークシステム・サポートプログラム」の実践報告書も今年度作成予定である。これらも併せてご覧いただければ、幸甚である。

## 日本精神障害者リハビリテーション 学会第13回大阪大会

日本精神障害者リハビリテーション学会第13回大阪大会が平成17年12月3日（土）、4日（日）、大阪府堺市にある大阪府立大学中<sup>なかもず</sup>百舌鳥キャンパスにて開催された。

今回は「なにわともあれ語り合おう ～やったらええやん！リハビリテーション」という「なにわ」に引っ掛けた大会テーマのもと、当事者、家族、支援者、医療・福祉関係者等、千人を超える参加者を得て、基調講演、ランチョンセミナー、シンポジウム、ワークショップ、一般演題の発表、ポスターセッション、交流会が行われた。

特に一般演題では、当機構職員の3題を含む76題の多方面にわたる発表があり、各地での熱心な取組みが窺われた。

開会式に引き続き、大会長である三野善央氏（大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科精神保健学教授）による「根拠に基づく実践（Evidence Based Practice, EBP）と精神科リハビリテーション」と題した基調講演があった。

この中で三野氏は、現場におけるEBPの有り様について、①心理療法、精神療法の効果が不明確である、②精神障害者のケアマネジメントやACT（Assertive Community Treatment, 包括型地域生活支援）には社会資源の質・量の格差に注意を要する、③作業療法では観察研究の段階であると指摘。エビデンスの信頼していい階層と構造を示しながら、①臨床決断はエビデンスだけでは決まらず、価値観や社会資源によっても変化する、②エビデンスと個人の価値観が矛盾する時は臨床決断として個人の価値観を尊重する（EBPの二大原則）と述べた。そしてその課題として、①研究成果までに時間を要する、②研究者が少ない、③研究者の質の問題をあげ、それらを克服するためにはエビデンスの必要な領域を設定し、研究プロトコル（計画）を作成し、

研究施設（者）を集め、当事者、家族にも参加してもらおう等、現場における働きかけの有効性とそのサービスを日常的に評価する必要性を述べた。

ランチョンセミナーでは、中込和幸氏（鳥取大学医学部統合内科医学講座）による統合失調症の認知機能障害の特徴と機能獲得能力の関係について、内野俊郎氏（久留米大学医学部精神神経科学教室）による精神科リハビリテーションと薬物療法の役割について、それぞれ講義があり、精神障害者を支援していく上で必要な知識、理解を深められるわかりやすい説明があった。

シンポジウムでは、グランドデザインを基にした障害者の暮らしとそれを支えるリハビリテーションのあり方や、退院の可能性について、厚生労働省、生活・自立支援センター、当事者、病院等から活動状況と今後の課題について発表があった。

なかでも当事者からは、健常者の考える「障害者の自立」のあり方や考え方への疑問、障害者自立支援法における生き難さについての切実な訴えは、真の当事者主体の支援の難しさを感じさせるものであった。また精神障害者の脱病院を促進するための移行先（働く場など）、生活サポート、医療継続のための戻る場所と繋がりを確保し、「自立と共生」の社会を地域にどのように実現するのか、精神障害者のリハビリテーションが果たす役割を改めて考える機会となった。

今回の企画には、本大会に先立つ学会主催の研修セミナー、当事者によるコンサート、シンポジウム、展示コーナーなど、趣向を凝らした沢山のイベントも盛込まれ、二日目の冬型寒波到来を忘れさせる雰囲気の中に、大会は終了した。

なお、次期大会は平成18年11月23日、24日、富山県にて開催が予定されている。

障害者職業総合センター 研究員  
内木場雅子

## 編 集 後 記

この冬は稀にみる豪雪となり、積雪に慣れた地域の方々もそれぞれの生活を守るため連日雪と戦っておられたことと存じます。

平成17年度は発達障害者支援法の施行や障害者の雇用の促進等に関する法律の改正がなされるとともに、障害者自立支援法が成立するなど、読者の皆様の現場においても大きな転換が図られる年であったと思われます。精神障害者への就労支援については、障害者の雇用の促進等に関する法律の改正により、精神障害者を雇用率の算定対象にするなどの雇用対策強化が図られ、地域障害者職業センターにおいては精神障害者の総合雇用支援が導入されることとなりました。そこで本号ではうつ・気分障害のある者の職業リハビリテーションと第13回職業リハビリテーション研究発表会を特集いたしました。うつ病者への職場復帰支援についてはこれまで様々な取り組みを行ってきましたが、今後は目に見える取り組みが求められるようになります。豪雪に立ち向かう時の根気強さと地域の連携が期待される所です。