

精神障害*者をめぐる制度と政策（一）

—日本とアメリカの就労支援の視座から—

宇野木 康子

要 旨

本論文では、日本における精神障害者の制度および政策の変遷を概観することにより、制度や政策および雇用政策の問題点を明らかにする。また、アメリカの障害者をめぐる法制度や施策を概観することで日本の雇用政策の指標とし、現在置かれている日本の福祉政策、精神障害者の就労支援方法を考察しようとするものである。

第1章は、日本の制度がもたらした精神障害者への処遇と就労支援政策について述べる。精神障害者への制度は社会隔離という「偏見」「差別」という政策から始まり、100年を経過した現在、「障害者」として地域生活、就労に視点を置いた政策に移行している。その流れの中での問題点を明らかにする。第2章は、アメリカの障害者をめぐる法制度と政策について概観し、精神障害者の脱施設化政策や福祉改革政策を経て、精神障害者への就労支援につながっていることを述べる。第3章は、日本とアメリカの精神障害者をめぐる制度と施策の相違を述べる。それを受け、第4章では、アメリカの福祉政策から日本が学ぶべきことについて論述する。

*現在は「害」を「がい」と表現されることが多いが、ここでは法的に用いられている用語として「障害」を用いる。

目次

はじめに

- I 日本の法制度がもたらした精神障害者への処遇と就労支援政策
 - 1 精神障害者の法制度がもたらした処遇の変遷
 - 1) 私宅監置から病院への隔離・収容政策への移行
 - 2) 精神病院増設政策による入院中心主義へ
 - 3) 「障害者」としての社会参加政策への移行
 - 4) 障害者自立支援法による地域生活・就労支援政策への転換
 - 2 精神障害者への雇用・就労支援政策と雇用の実情
 - 1) 精神障害者への雇用・就労支援政策
 - (1) 社会復帰施設の法定化
 - (2) 精神障害者の雇用への視点
 - (3) 「入院医療」から「地域生活」へ
 - (4) 精神障害者の「自立」と「就労」
 - 2) 障害者自立支援法が生み出した就労政策と利用者負担
 - 3 精神障害者への制度や政策から見える問題点
 - 1) 「障害者」としての政策の遅れ
 - 2) 雇用対象者としての政策の遅れ
 - 3) 法制度の複雑性
 - 4) 財政問題
 - (1) ACT導入の中止：コスト問題への誤った情報
 - (2) 小規模作業所への補助金問題
 - 4 就労を困難にしている要因
 - 1) 疾患由来による「障害」
 - 2) 偏見・差別
 - 3) 就労環境の不備
 - 5 精神障害者の資格制限
- II アメリカの障害者をめぐる法制度と政策

以下は次号掲載

- 1 精神障害者の脱施設化政策
 - 2 1996年の福祉改革にみる社会福祉制度
 - 1) 「福祉から就労へ」
 - 2) 貧困問題と地域差
 - 3) 「小さな政府に向けて」
 - 4) 福祉受給者向け雇用プログラム
 - 5) 福祉改革による変化
 - 6) 福祉改革がもたらした問題
 - 3 アメリカの障害者をめぐる法制度
 - 1) リハビリテーション法
 - 2) ADA (Americans With Disabilities Act of 1990)
- Ⅲ 日本とアメリカの精神障害者をめぐる制度と施策の相違
- 1 アメリカと日本の「障害者」の定義の違い
 - 1) アメリカ
 - 2) 日本
 - 2 精神障害者をめぐる日本とアメリカの制度・施策の相違
- Ⅳ アメリカの福祉政策から日本が学ぶべきこと
おわりに

はじめに

わが国では、精神障害者への処遇を「病者」として行ってきた経緯があり、「障害者」としての歴史は浅い。そのために精神障害者の「就労」の視点はスッポリと抜け落ちてしまった。しかし、日本で精神保健福祉改革を打ち出したのは2003（平成15）年であり、やっと“入院医療中心から地域中心への転換”への政策を歩み出したのである。そこで欧米に比べて日本では、精神障害者への「就労」の視点がおくれている要因は何か、重度の精神障害者への支援で、アメリカで成果をあげている包括型地域生活支援 (Assertive Community Treatment:ACT)¹⁾と個別的な就労支援 (Individual

Placement and Support:IPS)²⁾ が日本では試行的な取り組み段階で止まっている要因は何か、アメリカの政策から現在の日本で学ぶべきことは何か、を明らかにしたいと考える。

それらを考えるに当たっては、これまでの日本の精神障害者（病者）についての制度や政策の変遷を理解し、そこにどのような問題があるかを明確にしておく必要がある。そして、財政的問題などからグローバル的に行われている福祉再編の中の1つとして、アメリカで1996年に行われた「福祉から就労へ」の変革がある。日本においても「福祉から就労へ」の政策が行われ始めた現在、アメリカの障害者をめぐる制度や政策はどのような法制度の下で福祉改革を行い、それが精神障害者の地域生活支援および就労支援にどのようなにつながっているのかを考える必要がある。

I 日本の法制度がもたらした精神障害者への処遇と就労支援政策

1 精神障害者の法制度がもたらす処遇の変遷

日本の精神障害者の処遇を遡ると、そこには日本の制度や政策が大きな影響を及ぼしている。そして、それら精神障害者への政策は現在の制度の遅れと深く関係し、偏見・差別を生むとともに、「就労」を見落とす結果に繋がってきている。わが国で精神障害者を「障害者」として認めたのは、1993（平成5）年の障害者基本法である。それまでは「障害者」としてではなく、「病者」として長い隔離収容政策が行われてきており、これは法制度との関わりが深い。筆者は、精神障害者の法制度と処遇から考えて、現在を第4期の転換期と捉えている。精神障害者を取り巻く法制度は、「精神病者監護法」から「精神保健福祉法」までに3つのパラダイムシフトを経て、現在の障害者としての制度・施策へと移行している。そして現在、「自立」「就労」の対象者となった精神障害者にとっては、地域生活に就労が加わった第4期の転換期と捉えることができる。これらの変遷は、精神障害者の「就労」および「就労支援」「地域生活支援」の遅れの要因を理解するためには重要である。そこで、ここでは今までの精神障害者の処遇を施策から概観する。

1) 私宅監置から病院への隔離・収容政策への移行

第1期の転換期は、治安対策から病院への隔離・収容政策の時期である。精神病者の法制度は、1900（明治33）年公布の「精神病者監護法」では精神病者の私宅監置が法的に認められていた。法の主旨としては、私宅監置を公認することにより入院医療を補うことと、精神病者の社会隔離による社会治安対策であり、法的内容も医療や人権への規定ではなく収容に関するものであった。

私宅監置の実情の悲惨さから、1909（明治42）年に呉秀三らにより「各府県に精神病院を設置すべき旨」の建議が出され、精神病者の収容施設の設置の勧奨が行われた。1917（大正6）年の精神病患者全国一斉調査報告では、私宅監置を含めて約6万人は医療の枠外という実情である³⁾とともに、当時の精神病院数は全国で公立18カ所、民間精神病院37カ所⁴⁾と少なかった。また、現在のように薬物療法も進んでいなかったために病状も安定せず、治安対策処置としての考えのもとでは、精神病患者に対応する関係行政機関は警察のみであった。つまり、この頃の精神病患者は「病者」というよりは「社会に危害を加える者」という考えであり、入院に際しては警察の許可を要するとともに親族の中から監護義務者が選任されていた。これらの事から、この時期は精神病患者への適切な医療体制がなく、社会から隔絶する処遇であったことが理解できる。

上記のような状況を踏まえ、1919（大正8）年公布の「精神病院法」により精神病院の設立が公認され病院数が増えはじめた。精神病院法は医療と保護のための法律という性格をもっており、この法律により国の責任が明確にされた。この法律では、「主務大臣が都道府県に精神病院の設置を命じることができる（第1条）とし、精神病院の所要経費の6分の1ないし2分の1の補助（第3条）を行うとともに、都道府県精神病院に代わる施設として代用病院の規定をもうけて（第7条）、精神病患者であって身寄りのない者、犯罪傾向の著しい者、療養の途のないものを入院せしめる（第2条）こと」とした⁵⁾。だが、この時期は精神病患者監護法も存続しており牢座敷に精神病

者を拘束することも法的に認められていた。

2) 精神病院増設政策による入院中心主義へ

第2期の転換期は、「精神衛生法」により病院への隔離・収容政策が行なわれた(1950(昭和25)年～1986(昭和61)年)期間である。精神病患者私宅監置法により行われている私宅監置の実態を調査し、国にその悲惨さを意見書として提出した呉秀三は、私宅監置法に代えて官公立精神病院の設置を定める精神病院法の制定を主張した。1919(大正8)年に「精神病院法」が制定され、精神病院法の第1条に「道府県に精神病院の設置を命ずることができる」とした。しかし精神病院の設置は遅々と進まなかった⁶⁾。

1950(昭和25)年公布の「精神衛生法」は、法の目的に精神病患者(この時期は障害者としての法的定めがないので「病者」と表現する)の医療と保護が明記された。「精神衛生法」以前の日本の病床は約3万床で、病床の増加はこの法の制定以後に増加している。さらに「1954(昭和29)年に第6次精神衛生法改正があり、覚せい剤等の慢性中毒者で精神症状のない者も、精神衛生法の対象とされ、国立のみならず、営利を目的としない精神病院及び精神病院以外の病院における精神病室の設置と運営に要する経費の1/2を国庫金融金庫の補助金としたため、民間病院及び病床が急増した⁷⁾。

1950(昭和25)年の統計では、入院患者数は1万3000人、精神病院数が133カ所であった。だが、法制定5年経過した1954(昭和29)年の調査でも精神病患者を入院させるだけの病床数は1割ほどしかなく、私宅監置が行われていた。その為、病床数を35万床とするために同年、精神衛生法の一部改正を行い、非営利法人立の民間病院への国庫補助による整備拡張が行われた。また、1960(昭和35)年には医療金融公庫が発足し、精神病院設立への優先的な融資が行われた。このことは精神病院設立への政策に拍車をかける結果⁸⁾となり、この民間病院増設が現在の日本の精神病院の多さの要因となっている。

また、1958(昭和33)年には医療法施行令第4条による精神病院の設置

の特例が認められた。それは、一般医療に比して医師数は3分の1、看護婦数は3分の2でよいというものであり、これは精神病患者への入院待遇への公的な処遇差別である。このような病院の増設と不当な処遇での病院主義の体系は、この「精神衛生法」の時期に体系作られたといえよう。

アメリカやイギリス、スウェーデンなどの欧米では、1950年代からの薬物療法の導入により脱施設化政策が行われていくなかに、日本は他国とは逆の病院収容への政策が中心に行われるという、地域環境整備が遅れる政策を行ったのである。しかし、このような入院中心の精神医療の実体は社会防衛であるとの批判が高まり、それを現した事件として1964年（昭和39）年のライシャワー事件がある。

この事件は、当時の在日アメリカ大使のライシャワー氏が、静岡県沼津市在住の精神分裂病（現：統合失調症）の少年に刺されて負傷した事件である。当日の朝日新聞では、24日午後零時5分頃、東京都港区赤坂葵町二、アメリカ大使館本館ロビー前で、ライシャワー大使が車に乗ろうとしたとたん、ロビーのドアの陰で待ち受けていた男が持っていた刃渡り16センチの切り出しナイフで右モモを刺した。大使は虎ノ門病院に運ばれ3週間の傷で入院となった。男は19歳の少年で、「両目が悪いため就職もできない。アメリカの方針が悪いため」と口走っていた。また、この少年は1月20日のアメリカ放火事件も起こしたと話しており、精神衛生法により措置入院になったが、病名は「重い破瓜型精神分裂病」であり、心身喪失状態での行為とされ不起訴処分となった、とある⁹⁾。だが、この事件により治安重視の法改正になったことを学者も述べている。因みに、1964年の日本の精神病床は8万であったが、現在34万といわれる病床の確保を都道府県や民間に押しつける政策への一端にもなったといわれている。

少年は破瓜型精神分裂病（20歳前後に徐々に発病し、活発だった人が、口数が少なくなり閉じこもりがちになる。表情も乏しくなり慢性の経過をたどる）であったが治療を受けておらず、心身喪失状態での行為とされ不起訴処分となった。この事件で地域在住の精神病患者に対する施策が未整備であるこ

とが問題となり、1965（昭和40）年に精神衛生法の一部改正が行われた。

この精神衛生法の改正内容としては、保健所を第一線機関と位置づけ、精神衛生相談員を配置し、精神衛生相談や訪問指導が規定された。また保健所の技術指導援助機関として各都道府県に精神衛生センターを設置し、関係職員秘密保持の規定がおかれた。また、精神病者の通院治療費の2分の1を国が負担するという通院医療公費負担制度も新設された。だが、法改正により地域ケアへの施策が進められている裏側で、我が国においては医療金融公庫法の施行により病院設立がしやすい状況になっていった。それにより精神病院が急速に病床数を伸ばし、わが国の精神医療は入院医療中心主義へと移行し、措置入院制度（自傷他害のおそれがある精神障害者を、知事（保健所）の命令で強制的に入院させる制度）が採用された。この事は外国の脱施設化政策とは逆方向の政策であり、わが国の精神障害者施策の脱施設化を遅らせる大きな要因になったと考えられる。

ライシャワー事件を契機に、日本政府は1967（昭和42）年11月～1968（昭和43）年2月までの3ヶ月間クラーク氏を日本に滞在させ、8都市（東京、横浜、仙台、松本、名古屋、津、京都、大阪）、15精神病院、7精神発達遅滞施設、5精神衛生センター及び児童相談所、5大学クリニック、多数の保護作業所や中間施設、政府機関の訪問調査を要請した。その報告として、クラーク氏は日本における地域精神衛生活動の評価を行い、勧告（クラーク勧告）を行った。このクラーク氏の報告内容で地域精神衛生サービスの項目では、「精神的欠陥者への広範なアフターケア・サービスが発展していないように見える」とある。また、精神病院の項目では、「精神病院は規模が小さく、多くが私立経営で、患者の多くが分裂病で長期在院者である。病棟は満員で必要以上に閉鎖されており、束縛方法として長期間独房監禁に閉じ込められていた患者が多い。」と報告¹⁰⁾している。そこで、それらの問題に対して、慢性患者の存在確認のための年齢と入院期間調査を行うこと、欧米での失敗を日本でも繰り返す危険性の示唆、地域精神衛生活動への計画的教育の必要性、社会精神医学への理解の欠如等を報告し、精神保健体制改革の勧告

を行った。だが、クラーク報告の精神保健体制改革のための勧告の一部が実現したのは、それから20年後の1987（昭和62）年の精神保健法への改正の時である。この日本の現状の問題点と解決への勧告を先延ばしにしたことは、日本における精神障害者政策の遅れの大きな要因と考えることができよう。

1981年（昭和56）年3月、クラーク勧告を受け入れないままの政府に、全国精神衛生センター長会が厚生省に要望書を提出した。要望書は法制度の不備の是正であった。その内容は、「精神病者（障害者）の治療過程では、病者（障害者）の生活を成り立たせ、保障し、福祉の立場、生活指導、社会性を身につける「生活科」という考え方が必要である。地域性をもった総合的かつ密着した援助機能を実現可能とするためには、直接サービスの提供の基礎を学区単位の規模とする。受益者側の自主的な選択、利用を中心とすることが原則。社会復帰システムには、通院医療、「労働」の場・生活の場などの確保、精神病院・精神科診療所の役割と機能、就労条件の改善および安定化の制度の整備である」¹¹⁾ というものであった。今から30年近く前のことであるが、すでに、この時点で精神障害者の「就労」という視点が出てきており、政策の必要性を政府に提言している実情が窺える。

その後も、1984（昭和59）年の宇都宮病院事件¹²⁾の問題を端に、1985（昭和60）年に国連NGOの国際法律家協会（International Commission of Jurists：ICJ）および国際医療職専門委員会（Illinois Council of health-System Pharmacists：IChP）の合同調査団による、わが国の精神保健についての第3回の合同調査が行われ、結論と勧告を行っている。この報告では、入院手続き中及び入院中の患者の法的保護の不十分さ、長期入院処遇の優位、地域内での処遇、地域内での社会復帰の相対的不足に特徴付けられるケアシステムの問題点が挙げられている¹³⁾。この報告は、1985（昭和60）年7月31日に日本政府のコメントとともにジュネーブで公表され、8月21日に開催された国連の「差別防止と少数者保護の小委員会」において、日本政府当局は精神衛生法の改正を約束した。

わが国は、1965（昭和40）年の精神衛生法の一部改正において保健所を第一線機関と位置づけ、地域ケアを意識しはじめてはいるが、実際には入院中心主義を長く行っており、その処遇は刑務所よりも悪い状況で、治療の対象というよりは拘束の対象者であったといえよう。

3) 「障害者」としての社会参加政策への移行

第3期の転換期は、「精神保健法」から「精神保健福祉法」に政策移行してからの約17年（1987（昭和62）年～2003年（平成15）年）であろうと考える。この期間は「精神障害者」としての承認と、それに伴う地域福祉政策および脱施設化政策の導入期であり、「精神保健法」「精神保健福祉法」による医療、保健、福祉の統合的対応への移行期と考えることができる。

その後は任意入院が大きな割合を占めるようになった¹⁴⁾。また、各都道府県に精神医療審査会が設置され、患者の人権保護の枠組みが作られた。それにより地域に根ざしたケアを発展させること、それには十分な資源が必要であることの認識が少しずつ広まり始めた。

1984（昭和59）年の宇都宮病院事件を契機に精神障害者対策に見直しが行われ、1987（昭和62）年に「精神衛生法」は「精神保健法」に改正されるとともに、法律の目的に精神障害者の福祉の増進が謳われた。この法律で改正されたのは、任意入院制度、精神医療審査会制度の導入、入院時の告知制度などである。この法は国民の精神保健の向上、精神障害者の人権擁護、社会復帰の促進を改正の柱にしたものであり、社会復帰施設を法的に定め、精神障害者の社会復帰政策を目指すものとされた。また、精神障害者社会復帰施設（援護寮・福祉ホーム）の法定化がなされ、やっと保健福祉を導入した政策となった。

1988（昭和63）年、国際法律家協会（ICJ）および国際医療専門委員会（ICHP）の合同調査団の2回目の調査が行われた。そこでは精神保健法への改正はなされたが、30万人以上の入院患者の日常的な状況に変化がないことや、人権保護のための資源とサービスが欠落していることの指摘がなさ

れた¹⁵⁾。そして、精神保健法への改正が行われて5年目である1992（平成4）年の3回目の調査では、厚生省（現：厚生労働省）精神保健課、専門家団体、精神科医、弁護士などの努力により少しずつ地域ケアへの改善がなされていることを評価しながらも、精神保健サービスでの改革の提言を行った。また、政府は法29条による措置入院が減少した為に、1988（昭和63）年から精神保健サービスに対する支出を著しく削減している。だが、この削減した財源が精神保健制度で絶対に必要とされているリハビリテーションや地域ケアに再投資されておらず、この事に対して合同調査団は、地域の資源を活性化し、十分な予算上の保障を与えることにより、より柔軟で調整されたメンタルヘルスカケアを促進することを勧告している¹⁶⁾。これらを踏まえ、1993（平成5）年、精神保健法の一部改正が施行され「社会復帰施設から地域社会へ」の動きが始まった¹⁷⁾。

これらを受け1993（平成5）年に障害者基本法が改正された際、定義に「精神障害者」が加えられ、精神障害者は法的に「障害者」として認められた。それまでの精神障害者は「障害者」としての制度での対策はなされておらず、「病者」としての対応だけであった。障害者基本法に精神障害者が加わった事により、1993（平成5）年の障害者基本法制定時における付帯条項3には、「精神障害者が法律の対象であることを明定したことに鑑み、精神障害者のための施策がその障害者のための施策と均衡を欠くことのないよう、特に社会復帰及び福祉面の施策の推進につとめること。」と書かれている。これは精神障害者にとっては福祉への政策対応を明確にした法律であり、社会参加への道を大きく開く転機となった。

以上のように、わが国では1968（昭和43）年のクラーク勧告と、1985（昭和60）年～1992（平成4）年までの間に3回行われた国際法律家委員会（ICJ）と国際医療職専門委員会（ICHP）の合同での調査と勧告が、精神障害者への政策に大きな影響を与えている事が理解できる。そして、1993（平成5）年の精神保健法の一部改正により、国は「社会復帰施設から地域社会へ」と統合的ケアを視点とした政策を打ち出してきた。それには1981（昭和56）

年の「国際障害者年」、1983（昭和58）年から1992（平成4）年までの「国連・障害者の十年」の活動が大きな影響をもたらしていることは明らかである。

そして1995（平成7）年に「精神保健法」は「精神保健福祉士法」と改正され、目的に「自立と社会参加の促進のための援助」という考え方が加えられた。精神障害者の地域社会における自立と社会参加が謳われ、そこには社会復帰施設の規定がおかれ、社会適応訓練事業（通所リハビリ）を法定化することにより、精神障害者の社会復帰が図れるようにした。さらに通院公費負担は、医療保険を優先し本人負担は5%とすることにより、本人の医療負担の軽減を図った。

厚生労働省（旧：厚生省）は、1995（平成7）年の精神保健福祉法制定に際して精神保健と精神障害者福祉の整理を行った。まず、対象者の範囲を、①健常者、②精神疾患を有する者、③精神障害があるため長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者という3群に分けた。そして②の精神疾患を有する者を、精神保健施策による予防、治療、医学的リハビリテーションの対象にし、③の障害があることで生活への制限がある者を、精神障害者福祉法の施策により社会復帰の促進と社会参加の促進のための援助の対象とした。そして精神障害者を援助するために、1998（平成10）年に精神保健福祉士法が施行され、精神障害者への施策は保健と福祉の2本立てとなった。

なお、精神障害者は「精神病者」から「精神障害者」に法的に承認されたことにより、社会福祉政策の対象となった。このことは精神障害者にとっては意義ある転換ではあるが、精神障害者への差別化政策は支援費制度まで続いた。2000（平成12）年の社会福祉法の改正による「利用者本位のサービス」「地域福祉の推進」が謳われ、それに伴い2003（平成15）年に支援費制度が施行され、行政サービスの内容決定を「措置制度」から障害者自らがサービスを選択する「契約」方式に移行した。それは「措置」から「契約」へと自己責任のもとにサービスを選択する制度であるが、この制度の中の対象者には精神障害者は入っていない。

4) 障害者自立支援法による地域生活・就労支援政策への転換

日本が精神障害者への地域生活支援および就労支援を具体的に検討し始めたのは2003（平成15）年である。厚生労働省が2003（平成15）年5月15日に発表した精神保健福祉対策本部中間報告において、やっと精神障害者の「入院医療から地域中心医療への転換」の構図を打ち出した。ここでは「受け入れ条件が整えば退院可能」な72,000人の早期退院と社会復帰を図ることを提示し、地域生活の支援については、住居（公営住宅、民間住居への入居）確保の支援、グループホームや福祉ホームの充実の検討、ホームヘルプサービスの充実の検討を打ち出した。雇用については、雇用支援を進めるとともに雇用の機会を増やしていくことを挙げている。その内容は、納付金に基づく助成金の効果的活用、相談支援事業の充実、雇用率の検討である。また、2003（平成15）年6月からジョブコーチ支援事業を開始したが、この時期の精神障害者のジョブコーチ支援に関する全国レベルでの実態調査はなく、具体的支援内容については明らかになっていない。

だが、この頃の政府は精神障害者の地域医療および就労を考えた制度の導入を検討しており、2003（平成15）年からACTの試行的事業を行った¹⁸⁾ ¹⁹⁾。しかし財政状況の悪化等を理由とし、2008（平成20）年には試行的事業を終了している。

2005（平成17）年10月1日の「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」（平成17年法律第81号）により、障害者雇用納付金制度において職場適応援助者助成金が創設された。これにより職場適応援助者助成金の支給を受けて、法改正後は「配置型ジョブコーチ」は「地域センター型ジョブコーチ」へ、協力機関型は第1ジョブコーチ（福祉型）と第2ジョブコーチ（事業所型）となった（ジョブコーチについての詳細は第4章第3節で述べる）。

2005（平成17）年10月の「障害者自立支援法」の成立に伴い精神障害者もサービス利用者の対象に加えられた。2006（平成18）年4月の一部施行、10月の全面施行により、精神障害者も「障害者」として社会の一員として就

労により賃金を得るという状況へと変化し、そこには精神障害者を取り巻く法律と就労が加わった生活環境の変化がみられる。障害者自立支援法では、障害者施策を3障害一元化とし、利用者本位のサービス体系に再編した。そして就労支援を強化し、支給決定を透明化・明確化するとともに安定的な財源の確保を図るという施策が打ち出された。また、3障害の一元化では、精神障害者に加え、市町村に実施主体を一元化し、都道府県はバックアップする体制となった。また利用者本位のサービス体制では、33種類の施設体系を6つの事業に再編し、「地域生活支援」「就労支援」のための事業やサービスを創設した。就労支援の抜本的強化では就労支援事業の創設がなされ、支給決定の透明化・明確化では障害者程度区分を導入するとともに審査会の意見聴取など支給決定プロセスの透明化を図ることとなった。また、安定的な財源の確保のために国の負担を1/2とし、費用負担の責任の強化を図るとともに利用者は応益負担への変更がなされた^{20) 21)}。

ここから窺えるように約100年を経て、「社会に危害を与える者」として精神障害者を收容する政策から「地域生活」、「自立」、「就労」という社会の一員として社会に参加する政策へと変化している。しかし、精神障害者の「働きたい」との意識の高まりが右肩上がりに伸びている傍ら、雇用条件の改善は亀の歩みである。

2 精神障害者への雇用・就労支援政策と雇用の実情

わが国の今までの精神障害者への制度や政策から窺えるように、精神障害者への地域生活支援および就労支援政策は端緒についたばかりと言っても過言ではあるまい。これからの精神障害者の就労を考えるにあたっては、わが国で就労支援の視点が向けられてから今までにどのような就労の形態があり、いつ頃どのような制度および政策の中で行われたか、そこでの問題点は何か、を明らかにし、これからの支援に何が求められているかを明確にすることが重要である。ここでは、これらの点について述べる。

1) 精神障害者への雇用・就労支援政策

(1) 社会復帰施設の法定化

精神障害者の就労の視点は、1995（平成7）年の精神保健福祉法改正で、精神障害者保健福祉手帳制度が設けられ、社会復帰施設4類型（援護寮、ショートステイ、福祉工場、授産施設、福祉ホーム、精神障害者地域生活支援センター）が法定化されたことにより政策的な病院以外での生活の芽生えが見え始めた。同年、旧労働省と日本障害者雇用促進協会により事業主や精神障害者の就業・生活支援に関わる関係諸機関の人々への活用雇用啓発資料として「精神障害者雇用管理マニュアル」が作成された。そして1996（平成8）年より「地域生活支援センター」を設置し精神障害者地域生活支援事業が開始された。また、1997（平成9）年に精神保健福祉士の制度が設けられ、精神障害者の社会参加の手助けを担うこととなった。だが、まだこの頃は、社会への復帰というよりも病院から施設に生活が移るという政策であった。

現在、精神保健福祉士は精神障害者の多方面における支援を担う重要な役割に位置づけられてきており、財団法人社会福祉振興・試験センター調べによると2009年10月30日現在の国家試験合格者は44,384人で、医療機関、司法施設、生活支援施設、福祉行政機関等で活躍している。今後は、ますます在宅医療や福祉サービスの調整、住居の確保や日常生活上の能力の向上のための訓練等における支援が要求されると考える。さらには地域生活および就労支援を視点に置いた援助への期待も大きく、居住支援及び就職に向けた相談・求職活動・職業生活上での環境調整等の就労支援にも力を入れることが期待されている。

精神保健福祉法（障害者自立支援法以前）時代の精神障害者の就労に関する社会的資源は、福祉工場、授産施設、小規模作業所がある。福祉工場は、働く意欲や能力をもつにもかかわらず、一般企業に雇用されることが困難な障害者に就労の場を提供するもので、従業員として「雇用契約」を結び、自立を目指していく施設である。雇用契約ということで、最低賃金法や労働基

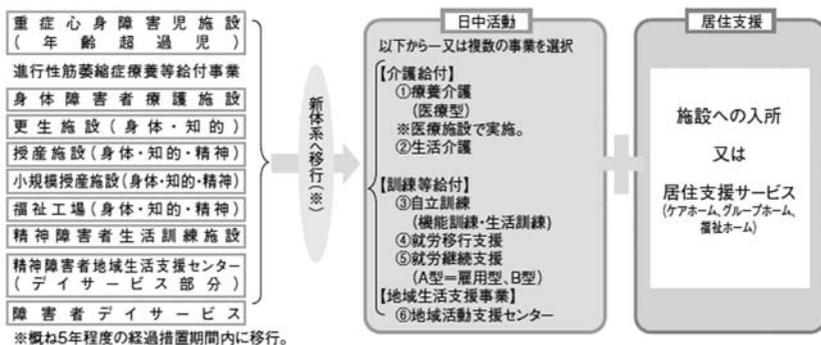
準法などの法律が適用され、一般労働者と同じように生活と権利が保障される。しかし「障害者自立支援法」の実施で「福祉工場」は障害者の“福祉施設”としての一割負担が適用になっている。

授産施設は、それまで身体障害者更生援護施設（身体障害者授産施設、身体障害者福祉工場等）、知的障害者援護施設（知的障害者授産施設、知的障害者福祉工場等）、精神障害者社会復帰施設（精神障害者授産施設、精神障害者福祉工場等）など、障害種別ごとに複雑に分かれていた施設・事業体系が、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）により障害の種別に関わらず必要とするサービスを利用できる事業体系に再編され、「就労支援のための事業」や「地域生活支援の事業」等が創設された。「就労支援のための事業」には、一般企業等への就労に向けて一定期間必要な訓練を行う「就労移行支援事業」や一般企業等での就労が困難な人に働く場を提供するとともに必要な訓練を行う「就労継続支援事業（A型、B型）」が設けられ、雇用施策と連携して事業を実施するようになった。だが就労継続支援事業B型は就労移行支援事業を利用したもの、つまり一般就労などへの移行に向けて事業所や企業で作業や実習などの職探しを行ったが、就職につながらなかった人を対象にした事業である。しかし雇用契約を結ばない事業で就労までは至らないが活動の場が欲しいと望む人が多いことなどを考慮した場合、利用対象の基準を見直すことも必要ではないかと考える。

小規模作業所（精神障害者就労促進事業）は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、一般企業に就労をすることが困難な在宅の精神障害者に共同作業の場を設け、作業を通して技能訓練や生活指導等を行う施設である。精神障害者就労促進事業は、小規模共同作業所に対して運営費等を補助する事業であったが、障害者自立支援法の成立に伴い都道府県の単独事業となった。

この背景としては、支援費制度による福祉サービスへの政府予算のオーバーが、社会福祉基礎構造改革により福祉サービスを「措置」から「契約」へと変換させ、一機に障害者自立支援法の制定に向かわせ、利用者1割負担

を打ち出した。この政府の予算削減は「作業所」への補助金削減へとつながる契機となり、「作業所」は都道府県の補助金により運営されることとなった。この補助金減額による作業所の運営困難の問題が指摘されている。障害者にとっての地域生活での「よりどころ」となってきた作業所は通所施設とした事業収入の算出方法により、1割の利用料が発生する状況となった。また利用者負担も日額計算となり欠席すれば施設への利用料は入らないことになる。この事は、作業所の存続問題につながる障害者にとっては大きな問題なのである。



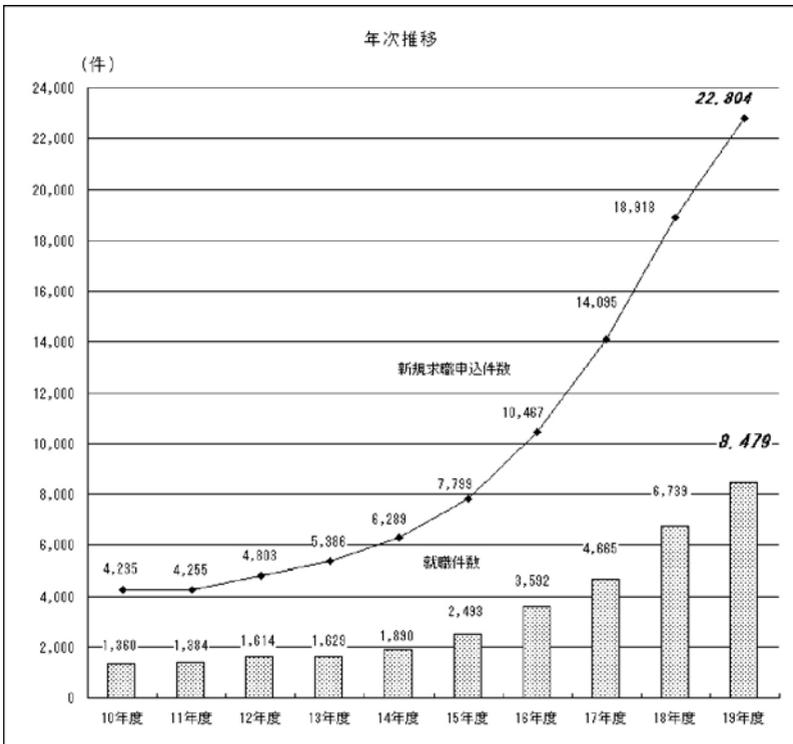
出典：内閣府『障害者白書平成21年度版』資料

図表 2：障害者自立支援法による福祉サービスの体系移行

また、精神障害者の就労促進を推進している傍らでの負担金問題は再検討を望む声も多く、「障害者自立支援法」では既存の障害者福祉施設を機能に応じて、2006（平成18）年10月から5年かけて新しい事業体系へ移行する計画で、厚生労働省は「福祉工場」を雇用型の就労支援事業への移行を想定していた。しかし2010年1月の厚生労働省の「基本合意文書」では、「障害者自立支援法」の廃止を遅くとも2013（平成25）年8月までには行う内容の文書を提示した。このことにより現法で行われている制度の変更が考えられる。

(2) 精神障害者の雇用への視点

1997（平成9）年の「障害者の雇用の促進等に関する法律」（以下「障害者雇用促進法」で表す）の一部改正では、精神障害者に対する雇用対策の拡充が図られ、1998（平成10）年に社会適応訓練を利用し就職した者に対する助成金の支給を行った。そして1999（平成11）年に医療機関等と連携したジョブガイダンス事業が実施され、少しずつ就労を視野においた政策へと変わっている。しかし、まだこの時期の精神障害者への就労支援政策は萌芽の時期といってよいほど未熟なものであり、精神障害者の就労件数は1,300人台と少ない（図表3）。



出典：厚生労働省発表資料（2008/5/16）：精神障害者の「就職件数及び新規求職申込件数の推移」

図表3：精神障害者の「就職件数及び新規求職申込件数の推移」

1999（平成11）年、保健所と市町村の業務分担の見直し及び精神障害者居宅生活支援事業の創設（2002年からスタート）が行われ、市町村は手帳、医療費、精神障害者の福祉サービス利用の相談、居宅生活支援事業の業務を行うこととなった。さらに2000（平成12）年の社会福祉法の改正により「利用者本位のサービス」「地域福祉の推進」が謳われた。

また、厚生労働省は「精神障害者の雇用の促進等に関する研究会」を1999（平成11）年7月から2001（平成13）年8月にかけてと、2002（平成14）年7月から2004（平成16）年5月にかけて2回行い、それぞれに報告書をまとめている。1回目の報告書は2001（平成13）年8月の「精神障害者に対する雇用支援施策の充実強化について」であり、2回目は2004（平成16）年5月の「精神障害者の雇用を進めるために一雇用支援策の充実と雇用率の適用一」である。そこでは精神障害者を雇用している事業所にアンケート調査を行い、精神障害者の雇用の現状（精神障害者の職場での能力について、職場遂行面で配慮していること、健康管理面で配慮していること、雇用時に利用した制度、勤務状況など）を報告²²⁾している。

その報告で①「職場遂行で問題あり」とされるのは、「とっさの事態への判断力」「動作の機敏さ」「職場遂行の能率」「指示に対する理解力」が挙げられているが、これらは精神障害者の「障害」の部分として現れる項目であり、これらへの配慮が必要ということになる。②「職場適応面」では6割以上の事業主に問題ないと評価されているが、「精神的なタフさ」で問題があると評価されている。これは「ストレス脆弱性」という特性からくるものであり「ストレス耐性」をつけていく必要があるが、環境に慣れ仕事を覚えていくことで少しずつ改善されることが期待される。できるだけストレスのかからない環境を提供する配慮が必要となる。

また「継続して医療ケアを必要とする人の就業を支える地域支援システムの課題に関する調査」²³⁾で利用した制度は、特定求職者雇用開発助成金制度（39.9%）、職業安定所の職業紹介（23.3%）、職場適応訓練制度（22%）、障害者緊急雇用安定プロジェクト（現・障害者試行雇用事業）（20.2%）、重度

障害者介助等助成金制度（19.3%）、精神障害者社会適応訓練事業（17.9%）などが挙げられており、障害者本人への援助制度および事業主への援助制度の双方が活用されている。仕事の業種は「軽作業」が最も多く、内訳はパート66.4%、臨時雇い51.4%、正社員37.1%である。次いで「製造業」であるが、ここでは正社員（32.8%）がパート（15.7%）を上回っている。仕事の仕方は「障害者と非障害との混在環境での作業」の形態が正社員・パート・臨時のすべてにおいて多い。労働時間は6時間以上～8時間以下が多い。これらの調査からみれば、精神に障害がある人でも労働環境を調整することにより非障害者と同じ環境の中で長時間の仕事ができることが窺える。つまり障害者が働きやすい環境づくりと障害者に応じた合理的配慮が必要と思われる。

（3）「入院医療」から「地域生活」へ

2002（平成14）年の社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告書²⁴は、国は「入院医療中心」から「地域生活中心」へという施策を打ちだし、他国に遅れながらも精神保健福祉施策への転換を図り、「隔離から福祉へ」「福祉から就労へ」を示した。さらに同年「障害者雇用促進法」で用語の意義が整理され、精神障害者への「障害者」の定義規定が正式になされた。それに伴い障害者雇用促進法に基づく障害者就業・生活支援センターが設置されることとなった。これは障害者の職業的自立を図るため、就業及びこれに伴う日常生活又は社会生活上の指導、助言、その他の指導を行うことにより、障害者の雇用の促進及び職業の安定を図ることを目的したものである。

2003（平成15）年には「新障害者基本計画」や「重点施策実施5か年計画」を受け、厚生労働省は「障害者雇用対策基本方針」を策定したが、その内容は「①障害者雇用率制度の達成指導の強化、②事業主に対する援助・指導の充実等、③障害者の雇用の維持、解雇の防止と再就職対策の強化、④重度障害者の雇用・就労場の確保、⑤精神障害者の雇用対策の推進、⑥多様な雇用・就労形態の促進、⑦障害者雇用に関する啓発・広報、⑧研究開発等の推進、⑨関係機関との連携、⑩国際交流、国際協力の推進、などに重点を置いて

た施策の展開を図っていくとした」²⁵⁾。

また精神障害者の雇用対策の推進では、①福祉、医療部門との連携の下に障害者就業・生活支援センターを活用して職場適応援助者（ジョブコーチ）による人的支援を行うこと、②職業リハビリテーションの措置の的確な実施に努めるとともに各種助成措置の活用も図りつつ雇用の促進及び継続を図ること、③事業主・医療・福祉関係者等に対しても周知啓発を推進すること、④障害者雇用率の適用について対象とするための検討を行うこと、⑤採用後精神障害者についても支援施策の推進を図ることが挙げられている。さらに2003（平成15）年には、ノーマライゼーションの理念に基づき身体および知的障害の分野において支援費制度が導入され「措置」から「契約」へと大きな変革が行われた。だが三障害者の中で精神障害者は制度の対象外とされ、障害別の制度が浮き彫りとされた。

（4）精神障害者の「自立」と「就労」

2005（平成17）年2月21日の国会に上程された障害者雇用促進法の改正案の概要²⁶⁾には、精神障害者に対する雇用対策を充実強化するため、雇用されている精神障害者について、障害者雇用率制度上、身体障害者又は知的障害者を雇い入れたとみなすとともに、障害者雇用納付金制度等の額の算定対象に加えること（障害者雇用率1.8%は変わらない）とある。この法律は2006（平成18）年4月1日から施行され、障害福祉施策との連携及び助成金に関する部分は2005（平成17）年10月1日から施行されている。また障害者自立支援法では障害者の生活支援と就労支援の連携が位置づけられた。そこには今まで就労が難しいとされてきた精神障害者である統合失調症者の「自立」・「就労」が明確に打ち出されているが、どのようにすれば就労につながるのか、地域移行後の生活支援をどのようにするか、など大きな問題を抱えての取り組みとなった。

2006（平成18）年度より、障害を持つすべての人々が必要とするサービスの利用ができるよう施設や事業の再編がなされ、区市町村が一元的にサー

ビス提供する障害者自立支援法が施行された。その事により精神保健福祉法において「精神障害者社会復帰施設」「精神障害者居宅支援事業」に位置付けられてきた精神障害者の福祉サービスは、原則として新たな三障害共通のサービス体系に組み込まれることとなった。

2009（平成21）年2月の厚生労働省の「障害者雇用対策基本方針（案）」においては、福祉・保健・医療・教育等の関連機関が連携しながら障害の種類や程度に応じたりハビリテーションを実施していくことを挙げた。さらに精神障害者の雇用対策では、精神障害者を雇用義務の対象とするための環境整備を掲げている。厚生労働省の22年版障害者白書²⁷⁾によると、精神障害者の民間企業（56人以上規模の企業で法定雇用率1.8%）に雇用されている数は7,710.5人（短時間労働者は、その1人をもって0.5人として雇用率にカウントされる）で、法定雇用率達成企業割合は45.5%で前年（44.9%）よりわずかではあるが増加している。身体障害者268,266人、知的障害者56,835人からすれば比較にならない程の数ではあるが、就労支援政策を講じたことによる精神障害者の就労数は年々増加しており、2003（平成15）年からの就職件数は年間に約1,000人、求職件数は年間に約3,000人ずつの増加となっている。しかし精神障害者の就労ニーズの割合に比して実際の就労割合は低い。また、就労できる業種も限られているのが実情である。

これら精神障害者への制度・政策の変化は、イギリスやアメリカなど諸外国のノーマライゼーション思想の普及や国内外の自立支援運動による人権活動による影響、1980年代～1990年代にオランダ、スウェーデンなどがイギリスに先立って行った福祉改革における就労を基礎とする考え、給付から就労への方向変換、就労した人々を対象とする給付への転換などが、グローバル化のもと日本にも影響を与えたと考える。これら西北欧での金銭給付を受ける条件としての職業訓練、ワークファーストモデル（働ける人は先ずは働く）のやり方は、現在の日本の福祉就労の原点となっている²⁸⁾。

だが西村²⁹⁾は、障害者の「自立」に対する考えとして「その人が成長すること、自己実現すること」を助ける社会システムとして行おうとするのが

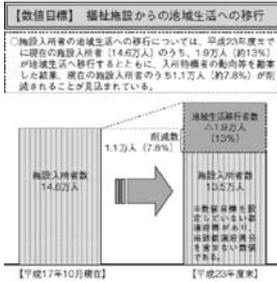
社会保障であるという考えがあるとし、自立支援論の可能性を追求するにあたっては看護哲学や生命倫理学におけるケア論の有益性を評価しており、ケアを社会的システムとして行おうとすることが社会保障であると述べている。そして「重度障害者の自立は、社会的制度や他人の支援を得て、その能力の可能性を最大限に実現することであり、経済的自立にいたることがなくとも、重度障害者の自立は不可能だと言ってしまうのではなく、なお自立の可能性はあるか否かは社会の側の努力にかかっていると考えるべきではないか」³⁰⁾と述べている。

精神障害者の「自立」「地域生活」「就労」を考えるにあたっては、北海道浦河の“べてるの家”や東京都板橋区の“JHC板橋”の、当事者たちの地域に根付いた「自立」「地域生活」への活動³¹⁾が大いに参考となる。“JHC板橋”および“べてるの家”の双方とも、障害者を取り巻く社会がコミュニティケアを考えた地域福祉を作りあげている。我々は、他人に依存しないという意味での「自立」を障害者に望むのではなく、障害者が障害者の持っている力を引き出せる援助（エンパワーメント）を行うとともに、その力を発揮できる環境を作ることが重要と考える。これからの障害者の「Independence（自立）」を考える場合、「自立」を「autonomy（自律）」としての意味を持つような援助の方法を考えることにより、障害を持ちながらも自分の持つ力を活かした生活または就労という形がとれるのではあるまいか。

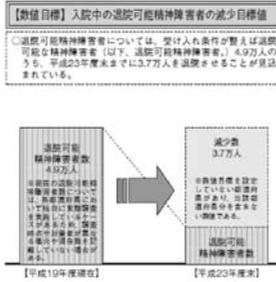
2) 障害者自立支援法が生み出した就労政策と利用者負担

2006（平成18）年度から本格的に運用がなされた障害者自立支援法は、「地域生活支援」と「就労支援」の課題に対応するための体系として精神障害者の地域移行および就労の推進が進められてきた（図4-1～3）。しかし、この法制度は精神障害者への2方向性のベクトルとして表れている（図5）。1つは病院での社会的入院から地域生活へ移行し自立を促す契機となった。だが反面ではその制度を利用することによる利用料の負担金が精神障害者を苦しめる形となって表れている。

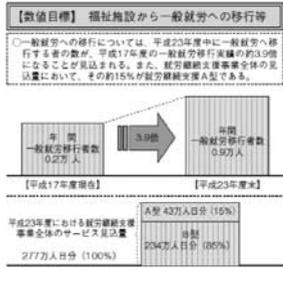
また、精神障害者の就労形態は図6に示すように、一般就労、雇用型就労、福祉的就労、在宅型就労がある。この中で雇用型就労と福祉的就労は障害者自立支援法により利用料の対象となった。そして事業所に対しては雇用率達成を求めるとともに、各種の助成金を提示して障害者の雇用・就労支援を行っている。しかし障害者自立支援法による応益負担金（1割の利用料）は、障害者自身と家族の生活を不安にさせる要因となっている。本来ならば福祉サービスを利用することで自立・自活への道に近づくべき制度が、逆に障害者貧困推進法ともいうべき方向に向かってしまっているのは皮肉なことである。



図表 4 - 1



図表 4 - 2



図表 4 - 3

出典：内閣府『障害者白書平成21年度版』p89

図表 4：障害者自立支援法による政策



図表 5：障害者制度の2方向性バクトル

概要 就労 の種類	対象者	就労場所	内容
一般就労	・一般雇用が可能な人	民間企業、国、地方公共団体など	・民間企業、国、地方公共団体などで働く。 ・正社員、パートタイマー、アルバイト、契約社員、嘱託社員、派遣社員などがあるが、労働基準法第9条に該当すれば、労働基準法上は労働者として扱われる。但し、派遣社員については、雇用関係（派遣元と労働者）と指揮命令関係（派遣元と労働者）が違う。
雇用型就労	・就労移行支援を利用したが企業などの雇用に結びつかなかった人 ・盲・ろう・養護学校に行ったが企業などの雇用に結びつかなかった人 ・就労経験があるが現在雇用関係がない人	就労継続支援A型事業所（雇用型）	・一般企業での雇用が困難な人に、雇用契約に基づく就労の機会を提供するとともに、就労に必要な知識や能力が高まった人には一般就労に向けての支援を行う。
福祉的就労	・支援があれば一般雇用が可能な人	①福祉工場（H23.3.31まで運営が認められている） ②就労継続支援B型事業所（非雇用型）	①福祉工場は「障害者自立支援法」の実施で障害者の「福祉施設」としての割負担が適用となった ②就労移行支援事業を利用したがさまざまな事由により就労に結びつかなかった人に就労や生産活動の機会を提供するとともに、一般就労に必要な知識・能力が高まった人に移行に向けた支援を行う。
在宅型就労	・自宅や家族経営など保護的環境の下での就労が可能な人	①内職 ②自営（農林業を含む） ③家族従業者	・一般雇用または保護的雇用としての在宅型の仕事

図表6：精神障害者の就労形態

実際、障害者らは福祉サービス利用の原則1割負担を障害者がするのは違憲であるとし、応益負担から応能負担への転換などを訴え、2008（平成20）年10月31日の第1次全国一斉提訴以降、全国14の地裁で原告71人と100人以上の弁護団が訴訟を起こしていた。その訴訟に対し、2010（平成22）年1月7日に厚生労働省は、原告者、弁護団に基本合意文書を出した。そこで国は、遅くとも2013（平成25）年8月までには障害者自立支援法を廃止し、障害者の基本的人権に基づいた新たな総合的福祉法制を実施する旨を表明し、障害者制度改革のために障害者制度改革推進本部を設置することとした。

精神障害者を病院施設から地域に生活拠点を移し自立させることを目的とするのであれば、まずは障害があっても地域で暮らせるよう環境を整備すべきである。その視点からすれば、今回の政府の対応は障害者の地域生活および就労への道に一步近づいたと考えられる。しかし先にも述べたように、精

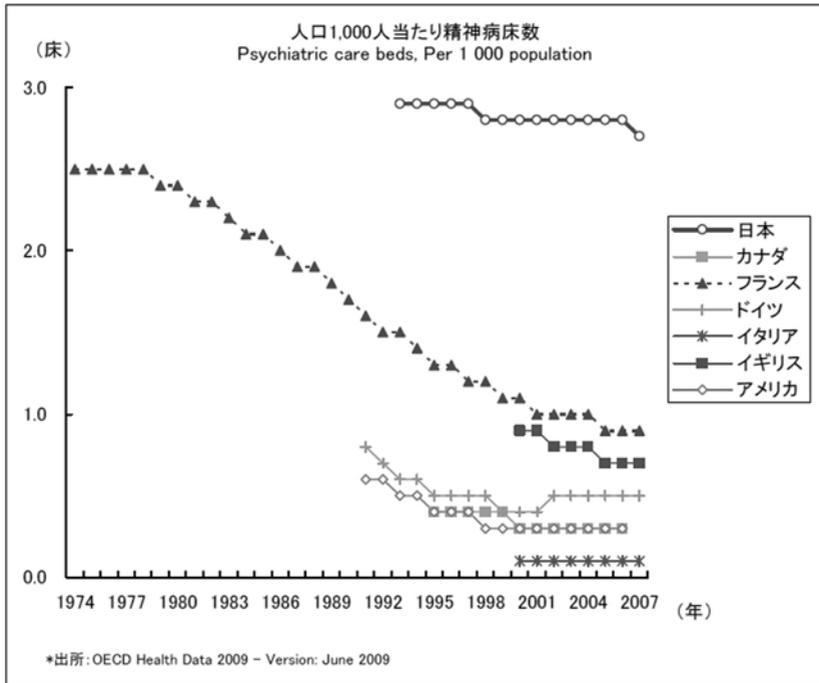
精神障害者が地域で就労をして自立するためには障害者が理解し活用しやすい法制度の整備が必要である。そのためにはニーズへの対応が1つの窓口でできる仕組みが必要であるとともに、就労支援の専門職の配置が必要である。そして専門職の育成制度の整備が必要であるとする。

3 精神障害者への制度や政策から見える問題点

精神障害者の「就労」を考えるにあたっては、政府の雇用政策の中で精神障害者への問題点を明確にすることにより、今後の就労支援を考える際の指標になると考える。精神障害者への雇用および就労支援政策からは、①「障害者」としての政策の遅れ、②雇用対象者としての政策の遅れ、③精神障害者に係る法制度の複雑性、④財政問題（ACT導入の中止、補助金の削減など）が挙げられる。ここではこの4点についてまとめる。

1) 「障害者」としての政策の遅れ

精神障害者への雇用および就労支援の遅れの1つに、精神障害者への「障害者」としての容認の遅れが挙げられる。精神障害者は、1993年の障害者基本法で障害者と認められるまでは「病者」であり、国の政策も医療的な対応のみで、社会の中では厄介者の扱いであった。障害者としての対応の遅れは、その後の社会参加や地域生活への遅れを引き起こす大きな要因につながり、雇用および就労支援政策への遅れを招いた要因の1つと考えることができる。



出典：前田由美子「医療関連データの国際比較—「OECD Health Data 2009」より—」日医総研リサーチエッセイ, No.55, p15の図を参考。www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=422 (2010.1.10閲覧)

図表 7：世界からみた日本の精神病床数

また、日本の精神病院の多さも医療問題、地域医療、障害者の社会参加の遅れにつながっている。その入院医療主義は今なお健在で、図7に示すように世界からみても病床数の多さが際立っている。病院設置特例政策により急増した民間病院は、50年経った現在の日本においてその活用方法を見直す時期となっているにも関わらず、「医療主義」を主張している状況にある。

2) 雇用対象者としての政策の遅れ

国は、障害者の「地域生活」・「主体性」・「自立」などの文言を掲げて福祉政策を行っており、社会の中で「就労」をしながら「主体的」に、そして

「自立」した生活をしていく事を提唱している。渡邊³²⁾は、この「主体概念」を権利主体・生活主体という個人的側面と、社会の主体形成という福祉意識の醸成の側面から捉え、実体概念化しつつある地域福祉は、地域住民の意識形成や主体論という地域福祉の主体形成の視点を重視して実体化することであり、自治・住民参加の作業であると述べている。また、荒川は「生活者とは、自分自身の生活全体を自分で把握している主体者である。自らのライフ・スタイルを独自に獲得し保持するために、さまざまな社会経験や日常の営みをダイナミックに実現することを意味している。」³³⁾と述べ、生活者とは自分の生活を自分で作り上げていくことであると表現している。

だが国は、永い間、精神障害者を雇用対象者としては見てこなかった。精神障害者が実雇用率に加えられたのは2005（平成17）年の障害者雇用促進法の改正（平成17年法律第81号）によってであり、2006（平成18）年4月からの施行からである。これらの雇用率の問題は精神障害者を雇用の対象としてこなかった証であり、このことは精神障害者が働く機会の妨げとなってきたと考える。

さらにACTおよびIPSの制度化が見送られていることは、障害者の一般就労への門を狭めているものと考えられる。日本は欧米に比べて精神科の地域医療・福祉は遅れており、病院入院を主な対処方法としている現実がある。国は精神障害者の入院数を減らし地域ケアに移行させる計画を立ててはいるが、精神病院の病床率は他国とは比較にならないほど多い。日本における入院医療から地域医療への転換、そして自立にむけての就労への意識づけと援助政策を実現化しなければ、日本の精神障害者の地域医療・福祉および就労への転換は難しいであろう。他国に類を見ないほどの病院の多さは大きな課題である。

3) 法制度の複雑性

精神障害者の就労を考えるにあたっては、その病気、障害、地域生活、就労のそれぞれに関する法律が絡まっている。精神障害者への法的施策として

大きな核となるものには精神保健福祉士法がある。精神疾患を有する者には精神保健による予防、治療、医学的リハビリテーションを対象とした施策が行われ、障害があることで生活への制限がある者には精神障害者福祉による社会復帰の促進と社会参加促進の施策を行っている。また、地域生活および就労支援に関しては障害者自立支援法によるサービス仕分けが行われ、そのサービスは利用することで利用料が発生する。それは就労に関しても同じであり、自立支援給付対象施設であれば1割の利用料が発生する仕組みとなっている。そして就労支援には「障害者の雇用の促進等に関する法律」も関わっている。つまり精神障害者が地域生活および就労を実現するためには4つの法制度を上手く活用しなければならないことになる。だが精神障害者の中には、このような制度が十分に理解できずに活用していない人も多い。

なお障害者自立支援法の下に、「生活モデル」であることを強調した障害者ケアマネジメントが実施されている。そこで福祉サービスを受ける場合の支給決定の各段階は、①障害者の心身の状況のアセスメント、②障害者程度の区分、③サービス利用の意向確認、④訓練や就労の評価のモニタリング、⑤支給決定、という流れである。しかし就労支援に視点を置いた場合、ケアマネジメントの利用ができるのは就労移行支援³⁴⁾と就労継続支援（A型（雇用型）、B型（非雇用型））³⁵⁾である。対象となるのは就労移行支援事業を利用したが企業への雇用に結びつかなかった者や就職活動を行ったが就労に至らなかった者、雇用契約がある継続支援A型などが対象となっている。2010（平成22）年1月の厚生労働省の「基本合意文書」では障害者自立支援法の廃止を明言しているためにサービスなどの検討や変更が考えられる。精神障害者が就労につながるよう、また幅広い利用ができるものとする必要があると考える。

政策として地域生活および就労での自立を促すのであれば、そこには障害があることから発する社会的障害（不利）があってはならず、就労保障ということを実際に考えるべきである。「自立」とは自分自身のことを自分で選択し決定できることであるが、それが「障害がある」ということで「自立」

の障害になってはならないはずである。現在、精神障害者への就労保障がなされているかを考えれば、「自立」という言葉がひとり歩きしているだけで実際に就労できる保障ができていないと考える。

4) 財政問題

(1) ACT導入の中止：コスト問題への誤った情報

厚生労働省はACTの導入を検討するにあたり、2003（平成15）年度から千葉県市川市の国府台地区（国府台病院がある）で厚労省試行事業ACT-Jが取り組まれた。この時期、厚生労働省は全国5箇所です行的モデル事業を展開する計画を立てていた。しかし小泉政権での社会保障費大幅抑制にて財務省はこの計画を中止し、研究事業としてのACT-Jは2008年春で終わった。その後はNPO法人リカバリーサポートセンターACTIPSに引き継がれ、訪問看護ステーションを活用した独立事業として行われている。

ACTはコストが掛かると言われてきたことや、日本での精神病院の多さ、入院医療中心に行ってきた医療体制などが、ACT導入を阻む要因となっているようである。だがACT-Jの研究からは、精神病院への入院の回避、入院日数の短縮などで有効的な結果が報告されている。また、ACT-Jに賛同した医師が、2006年に京都にACT-Kを立ち上げ日本版ACTを展開している。そこではACTは精神病院よりもはるかに低コストで、統合失調症の人が入院した場合、入院医療費に比べるとACT-Kは約56%のコストしか掛からない事を述べている³⁶⁾³⁷⁾。日本の精神科医療費は一般医療費に比べると、入院医療費が外来医療費の3倍の割合となっている（図8）。これは在宅医療の報酬が低く、入院医療の報酬が高いということに加え、精神科への社会的入院患者の多さという日本の医療がもたらしているものであろう。

今後は精神科の社会的入院の減少を促進させるとともに、地域での統合した支援体制を確立することが重要であろう。そしてACT方式への正しいコスト認識を浸透させていき制度化につなげることが重要である。

一般診療医療費 (250,468億円)	入院	入院外
	48.9% (122,543億円)	51.1% (127,925億円)
精神科医療費 (19,369億円)	入院	入院外 25.0%
	75.0% (14,535億円)	(4,834億円)

注1：一般診療医療費、精神科医療費については、平成18年度国民医療費によるほか、薬局調剤医療費、入院時食事療養費等を含まない。

注2：精神科医療費については、「精神及び行動の障害」に係るもの（精神遅滞を含み、てんかん、アルツハイマー病は含まない）。

出典：21年度『障害者白書』p122（資：厚生労働省）

図表8：入院医療と入院外医療の医療費割合

(2) 小規模作業所への補助金問題

厚生労働省は、小規模作業所が障害者に大きな役割を果たしていることは認めながらも、福祉政策上では位置づけをしてこなかった。しかし1987（昭和62）年に「精神衛生法」を一部改正し「精神保健法」を制定（精神衛生法等の一部を改正する法律 昭和62・9・26・法律98号）した際、初めて国の法律上に作業所などの設置と、それに対する公的助成金について規定した。そして2001年度、作業所が社会福祉法人格を取得して安定した運営ができるように小規模通所授産施設を創設し、年間1,100万円の補助金を付けた。そのことにより多くの作業所が小規模通所授産施設へと移行した。だが法人格取得に必要な基本財産が1,000万円と作業所にすれば高額であり、その財源がない作業所は法人格をもたないままとなったが、障害者の地域での居場所となる作業所はその後も増え続けた。

2005（平成17）年の「障害者自立支援法」にともなう制度の改正で、2006（平成18）年度の事業者の規制緩和（NPO・民間企業の参入・法人資産要件の緩和）政策により、社会福祉事業の第2種事業における日中の活動を支える事業については、従来社会福祉法人資格が必要であったNPO法人でも事業資格を持てるようになった。小規模作業所に交付されていた補助金が削減される中、地域活動支援センターに移行した作業所に対しては機能強化を目的とした補助金を交付することとし、5年の間に地域活動支援セン

ターもしくは自立支援給付の制度への移行を示した。その後、小規模作業所への国庫補助金については2006（平成19）年度予算で全部廃止された。さらに追い討ちをかけるような県や市町村からの補助金が減らされるという2重の補助金削減は、小規模作業所の運営を苦しめる結果になっている。

病院から地域生活への移行を進める政策の中で、精神障害者のすべてが一般就労に就けるわけではなく、地域での居場所や自分の能力に応じた就労活動のできる場所が必要である。精神ユーザー・アンケート³⁸⁾でも、小規模作業所と地域生活支援センターの利用度が圧倒的に多いとの報告がなされている。小規模作業所は障害者にとっては地域での居場所的役割を担っている点も考慮し、就労活動の中の1つに位置づけることも必要であろうと考える。

4 就労を困難にしている要因

精神障害者の就労を困難にしている要因は、①疾患由来による障害からくるもの（社会常識や社会性の不足、コミュニケーション能力低下など）、②偏見・差別、③就労環境の不備（指導者、就労形態）からくるものがある。今後は、この要因への対策を視野にいたした支援が必要であり、社会参加として就労への意欲を見せる精神障害者が健常者とともに地域で働くことのできる環境を整備し、就労支援のシステムを構築すべきである。そこで、ここでは精神障害者の就労を困難にしている要因を3つに分けて整理する。

1) 疾患由来による「障害」

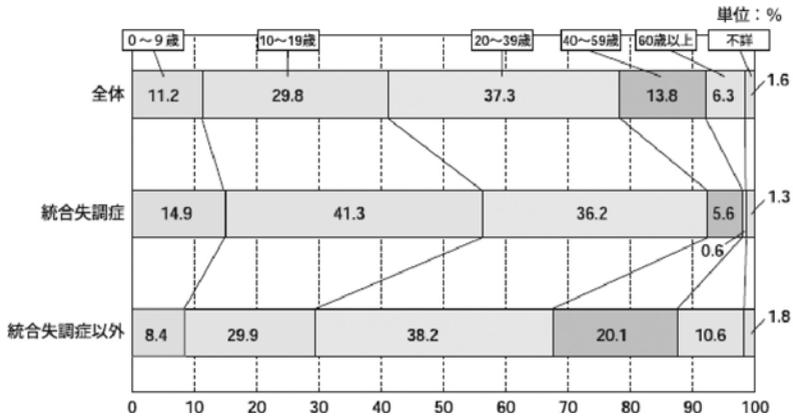
就労を困難にしている要因の1つめは、疾患由来による「障害」である。精神障害者は、「障害者」の認定を受けるまでは「病者」であり、それは社会的に非難を受ける存在でしかなかった。それは精神疾患からくる「病的」部分と「障害」部分の双方を持ち合わせていること、医学的問題からする症状改善の遅れ、完治の難しさ、障害部分への対応の難しさ、偏見、差別など多くの要因が重なった結果である。精神障害者の「障害（Disability）」と

は何か、そして、それはどのように精神障害者の就労の不利につながるの
であろうか。「障害 (Disability)」とは、その本人が社会で生活してく中で「生
きにくい」と感じたときに発生するものではないのだろうか。現在、障害は
「個人モデル」から「社会モデル」へと転換し、障害の原因は社会にあると
いう理論になっている。

星加は、障害を「個人モデル」から「社会モデル」にパラダイムシフトし
た意義は、障害問題の焦点を Impairments (機能障害) から Disability (障害)
に移行させたことにある、と述べている³⁹⁾。それは従来「障害 (Disability)」
の原因は身体的・精神的・知的における機能不全と捉えられていたからであ
る。そして、それらは本人に直接「障害」という形で現れ、社会においては
不利益を被るものとされてきた経緯がある。

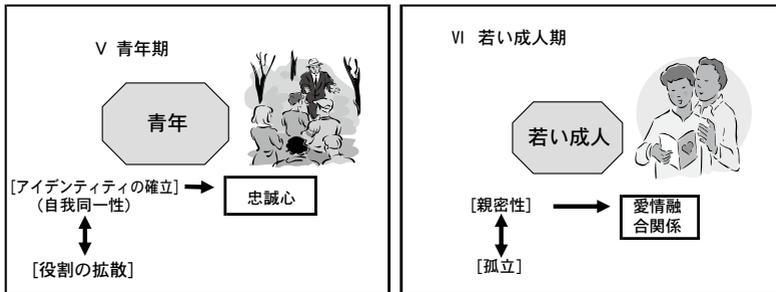
この構図を精神障害者に例えて考えるならば、精神障害者は図9に示すよ
うに10代～30代までの間の発症が多く、特に統合失調は10代までの発症が
56.2%と多い。この時期をエリクソンのライクサイクル (8段階) から考え
るならば、図表10の「V青年期」と「VI若い成人期」にあたる。「V青年期」
は家族と幼年期を構成した要素との関係を修正し、成人としてのアイデン
ティティを形成し始め、成人世界での大人としての居場所を獲得する時期で
ある。また「VI若い成人期」は成人への過渡期から始まるが、この時期は最
も大きいエネルギーの大人の時代であり、最も大きい否定およびストレスの
間に存在している時期である。そして情熱と野心、家族、地域団体、および
社会の要求により最も強い衝撃が与えられる時代でもある。

この発症の時から長期の入院生活を継続したとすれば、社会生活に必要な
多くの知識を習得する時間を奪われてしまう形となる。その事は社会常識や
社会性の不足、コミュニケーション能力低下など、社会生活や就労に必要と
されるスキルが獲得できない状況に置かれることとなり、就労を困難にする
要因となることが考えられる。



出典：内閣府『障害者白書平成21年度版』付録図表2-13

図表9：統合失調症の発症年齢



出典：西川隆蔵・大石史博 編『人格発達心理学』ナカニシヤ出版、2004年pp.103-116を参考に筆者が作成。

図表10：エリクソンのライフサイクル（VとVIの発達段階の図示化）

2) 偏見・差別

2つめの要因は、偏見・差別である。精神疾患の中でも統合失調症は、幻覚や妄想が症状として出現することにより、昔から「きちがい」「頭が狂っている」という厳しい表現をされてきた。このような状況は現代においては過去の事かというところでもない。まだ病気への理解に乏しい人は、以前の格子のある病院内にいる患者のイメージを根強く持ち続け、差別感情を露骨

に出すこともある。まさにこのような状況こそが「障害」である。自分だけはこの病気にはならないという感情がそういう言動を発するのであろう。しかし、統合失調症の発病率は1,000人中110人といわれている⁴⁰⁾。つまり10人に1人が罹る疾患である。ましてやストレス社会と言われる現代においては社会病理ともいえよう。統合失調症は“ストレス脆弱性”といわれており、現在のようなストレス社会においては他人事ではないはずである。第1章のICFの所でふれたように「障害」の言葉には二つの視点があるが、このような中傷的な言動こそが障害となり精神障害者に社会的不利益をもたらすのである。

障害者自立支援法は障害者の地域生活および就労を促しているが、精神障害者の就労環境は良いとはいえない。2006年に行われた“当事者による当事者を対象としたアンケート”⁴¹⁾からは、図8に示すように、887人中、正規の職場任務者は45名(5.1%)で、そのうち1/3は精神障害者であることを隠して仕事に就いている。また、パート・アルバイトをしている人は91名(10.3%)で、やはり1/3は病気を隠している。

また、記述式回答⁴²⁾の中には「働きたい」という希望が多くあるも、「病気、障害への理解のある事業所が少ない」「病気を隠さないで働きたい」「働く権利はあると思うが、病気を理解しない、理解しようとしていない企業が多い」「就労環境が整っていない」「社会が怖くて働けない」などの意見がある。「働きたい」との希望をもっている人が働ける環境を作ること、障害があっても「労働の権利」が認められる環境を作ることが社会の役割であると考え。そのためには障害のある人への差別・偏見をしない社会づくりが必要であろう。

3) 就労環境の不備

3つめの要因は、就労環境の不備(指導者、就労形態)である。国の政策は精神障害者の就労を促進しているが、精神障害者が一般就労できる環境にあるかという点、現在の環境は精神障害者には厳しいといえよう。偏見・差

別が要因となり精神障害者が安心して働けないことに加え、障害者への専門的指導者不足が要因として考えられる。そして精神障害者を受け入れる就労形態の不備がある。指導者についての詳細は第3章のジョブコーチ制度の検討で述べるが、働きたいと希望する精神障害者への就労支援ができる専門職の数の不足は、雇用側となる企業および障害者の不安要因となっている。2009年のジョブコーチ配置数は970人で、内訳は地域センター型304人、第1号（福祉施設型）614人、第2号（事業所型）52人である。また、2008年度（平成19年10月～平成20年9月）のジョブコーチ実施数は3,064人であるが、その中での精神障害者への実施割合は607人（19.8%）である。精神障害者の新規求職申込は平成15年度から急速に増加し20年度では28,483人である。これらのニーズへの対応と政策に準じて一般就労を希望する精神障害者が増えている状況の中での指導者の不足は、本当に精神障害者が一般就労できる環境とは言い難い。

また、ジョブコーチに関する調査研究⁴³⁾で、アンケートに回答のあった988事業所（回収率32.4%）のうち、第2号職場適応援助者の助成金制度を知っている事業所は1/3であった。アンケートの回収率が3割で、その内の3割しか第2号職場適応援助者制度を知らない。さらにこの制度を利用したことがない事業所は96.2%を占めていた。障害者の雇用を行っていない事業所には必要性がなかったというのもあろうが、この数値から見れば、この制度の周知が徹底していないことが窺える。そして、この結果が現在数（2009年3月現在52名）に映し出されているものと考えられる。障害者の雇用を考えるにあたっては事業所内での指導者の役割は非常に大きく、一般就労における障害者への指導者の理解は大変に重要なものとする。それはこの研究報告にも表れており、障害者への配慮等でジョブコーチの効果があつたことを約84.1%の事業所が示している。さらに2005（平成18）年度4月～9月までのジョブコーチ事業終了者の1年後の定着率は454人（81.9%）と高い率を示している。これらのデータからもジョブコーチの有効性が認められ、現在は就労環境の不備の状況にあるといえよう。

就労するに当たっては、障害者本人が「やりたい」と思う仕事に就けることは重要なキーワードである。「好きこそ物の上手なれ」という諺があるように、障害があっても、そこに支援があれば仕事ができる環境こそが就労への道につながるのではあるまいか。そして実際に働く環境に、いかに慣れて適応できるかが重要なキーワードとなるはずである。その手助けの役割を担うのがジョブコーチであろう。

そして就労形態の問題も要因であろう。そこには就労できる場所の確保と賃金の問題がある。就労できる場所については、就労形態が多様でニーズにあった就労先があることが条件的には必要となってくる。図表11に見るように精神障害者の就労先で多いのは福祉的就労で、福祉工場や作業所、家事手伝いなど自活できる収入につながる職業には就いていない。さらに正規職員・パート・アルバイトに就いている人の収入を見ると、10万円以下の人が殆どであり、自活できる金額をもらっている人は一握りもないのが実情である。「障害」が影響するところも大きいかもしれないが、欧米などで取り組まれており、日本でも試行的事業が行われた「個別的な就労支援 (Individual Placement and Support: IPS)」方式で一般就労を目指した援助を行うことで、障害者および企業側も就労へのハードルが低くなるのではないかと考える。

5 精神障害者の資格制限

精神障害者は、地域生活および就労に係る資格にいくつもの制限が課せられてきた経緯がある。以前に比べると障害者基本法や障害者の権利条約（日本でも批准を検討中）などにおいて障害者への制限の見直しなどが行われてきており、以下に紹介するものなどが改正されている。

「障害者等に係る欠格事由の適正化等を図るための関係法律の整備に関する法律」の船員法（昭和二十二年法律第百号）（第一条関係）は、（安全及び衛生）第八十一条を2002（平成14）年、下記のように改正した。ここでは精神障害者を名指して職種の制限を行っていたが、改正後は作業能力の部分

項目	人数	%	職種	月収
1) 正規の職員・社員として勤務。職場では病気を隠している。	14	1.60%	工業内作業員、新聞配達、精神障害者協同作業指導員、縫製、ビル施設管理、運転手	・3万円～25万円 ・10万円以上の回答が多い。
2) 正規の職員・社員として勤務。職場では病気をオープンにしている。	31	3.50%	食品関係、ポスティング、日払いアルバイト、看護師、作業所職員、ホームヘルパー、弁当屋の厨房、発泡スチロール関係、水産加工従業員、郵便配達、団体職員、薬剤師	・5,000円～30万円 ・5～10万円の回答が多い。
3) パート、アルバイトとして勤務。職場では病気を隠している。	29	3.30%	清掃、スーパー店員、建築工事、塾非常勤講師、飲食店ホール係、チラシ投函、食品会社パート、ガードマン、新聞配達、運送業、介護職	・8,000円～16万円まで。 ・金額にばらつきあり。
4) パート、アルバイトとして勤務。職場では病気をオープンにしている。	62	7%	事務、工場勤務、団体職員、福祉相談員、軽作業、作業所職員、新聞配達、バナナ運び、農業従事者、清掃、地域生活支援センター職員、店員、家具職人、ピアヘルパー、配食サービス、コンピュータスタッフ、ハウスクリーニング、講師、チラシ配布、自動車整備補助、喫茶店店員、パソコン事務、病院売店職員、介護職、布団製造販売	・500円～10万円まで。 ・金額にばらつきあり。
5) 社会適応訓練中（職親）である。	37	4.20%		
6) 家事・家業を中心にやっている、又は手伝っている。	54	6.10%	自営業：農業	・金額はばらつきがあり、小遣い程度から10万円程度まで。
7) 福祉工場・授産施設・作業所等々に通所（入所）している。	334	37.70%		
8) 病院等のデイケアに通っている。	164	18.30%		
9) 患者会活動やボランティア活動等、社会活動をしている。	85	9.60%		
10) 何もせず家にいることが多い。	87	9.80%		
11) 施設入所中で、施設日課を送っている。	27	3%		
12) 入院中である。	11	1.20%		
13) その他	55	6.20%	・作業所から職親へに移行準備中 ・就労支援に通い中 ・勉強中 ・生活保護受給中 ・作業所 ・保健所デイケアに通所し放送大学通学 ・主婦 ・地域生活支援センター利用 ・病気休職中 ・通信大学で勉強中 ・作業所ボランティア ・保健所の仕事 ・自助グループ活動 ・月1回市のデイケアへ ・作業所 ・年金生活 ・家業の雑用 ・家事手伝い ・家族の介護 ・事務所手伝い	

出典：NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会(2006)「2006年精神医療ユーザー・アンケート——ユーザー1,000人の人の現状・声（調査・報告書）——」NPO法人ウエンディ、pp.22～23のデータ「精神障害を持つ人のここ3ヶ月の生活状況（調査実施期間：2006年7月17日～8月31日）」を筆者が一覧表として加筆・修正したものである。

図表11：精神障害を持つ人の生活状況

に絞った制限に変わっている（除外率設定業種を第4章で掲載している）。

<p>(改正前) 3項 船舶所有者は、伝染病、精神病又は国土交通省令の定める労働のために病勢の増悪するおそれのある疾病にかかった船員を作業に従事させてはならない。</p>		<p>(改正後) 3項 船舶所有者は、次に掲げる船員を作業に従事させてはならない。 一 伝染病にかかった船員 二 心身の障害により作業を適正に行うことができない船員として国土交通省令で定めるもの 三 前二号に掲げるもののほか、労働に従事することによって病勢の増悪するおそれのある疾病として国土交通省令で定めるものにかかった船員</p>
---	---	--

また2003（平成15）年度は、障害者に係る欠格条項見直しに伴う教育、就業環境等の整備に関する取り組みの中で、①職場適応援助者（ジョブコーチ）事業の実施、②事業主が障害者を雇用することに伴う、助成金や障害者雇用調整金及び報奨金の月額単価引き上げ、③障害者雇用の事業主に対しての、短期間の障害者の試用雇用（トライアル雇用）や障害者試用雇用事業（トライアル雇用事業）の実施、④雇用率制度における除外率の引き下げ、除外職員制度の原則廃止・縮小などを行った。

2006（平成19）年度の障害者基本計画に基づく「重点施策実施5か年計画」では、就業環境についての取り組みとして、知的障害者、精神障害者等の職場適応を容易にするための職場適応援助者（ジョブコーチ）事業を実施している。2006（平成19）年2月の「公営住宅法施行令」改正では、知的障害者、精神障害者も単身で公営住宅に入居できる制度になった。また同年の精神障害者の雇用対策強化を柱にした改正障害者雇用促進法は、従業員の1.8%を身体・知的障害者とする現行の法定雇用率の算定対象に、新たに精神障害者を加え、うつ病や統合失調症も対象とした。さらに長時間働けない状態に配慮し、週20時間以上30時間未満の短時間労働も0.5人分として雇用率にカウントすることとした。これらから見ても精神障害者への資格制限が身近で、しかも生活に直結している部分で行われていることが見て取れる。

（以下は次号に掲載）

脚注

- 1) Assertive Community Treatment of persons with server mental Illness. Leonard I. Stein & Alberto B. Santos. 1998, p.116
- 2) Tom Burns, Jocelyn Catty, Sarah White, Thomas Becker, Marsha Koletsi, Angelo Fioritti, Wulf Rossler, Toma Tomov, Joose van Busschbach, Durk Wiersma, Christoph Lauber for the EQOLISE Group, The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support, Schizophrenia Bulletin Advance Access published April 21, 2008, pp.1-10
- 3) 精神保健福祉研究会（監修）（2003）『我が国の精神保健福祉—精神保健福祉ハンドブック—平成14年版』、太陽美術、p.565
- 4) 清水順三郎他（2002）『新版看護学全書 36巻 精神看護学2』、メジカルフレンド社、p.9
- 5) 全国精神保健福祉相談員会（編）（2002）『市町村時代の精神保健福祉業務必携』、中央法規、pp.7-8
- 6) 風祭 元「精神病院制定と呉秀三」精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編集『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規、平成12年、pp.45-47
- 7) 加藤正明「精神衛生の制定からの10年」精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編集『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規、平成12年、pp.49-51
- 8) 全国精神保健福祉相談員会編『市町村時代の精神保健福祉業務必携』中央法規、2002年、pp.8-13（その政策により、1960（昭和35）年には506ヵ所であった病院が、1965（昭和40）年には1,068ヵ所へと5年間で倍増した。そして、病床数もその後増床していき、1965（昭和40）年の16万4,000床が、1980（昭和55）年には30万床と増加していった。）
- 9) 1964年3月24日朝日新聞夕刊より

- 10) D.H. Clark, WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC, November 1967-February 1968, 30 May 1968
- 11) 伊藤克彦・川田誉音・水野信義 編著『心の障害と精神保健福祉』ミネルヴァ書房2000年、p.14
- 12) 柏倉秀克 (2009)『障害者に対する支援と障害者自立支援制度』kumip.41 (1984 (昭和59) 年に宇都宮病院でおきた事件で、患者に対する暴行、不正入院、無資格診療などにより職員が逮捕された事件である。同病院では3年間に200人を超える不審死があり、その内2件は職員が関与していた。)
- 13) 国際法律家協会編『精神障害患者の人権』明石書店、1996年、pp.166-173
- 14) 「入院形態別入院患者数の推移」は、平成元年のデータでは、任意入院152,536人、措置入院15,042人、医療保護入院165,685人、その他13,137人である。平成17年6月末のデータでは、任意入院202,231人、措置入院2,276人、医療保護入院118,069人、その他1,759人である。出典：平成20年6月19日 第4回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 参考資料3 p.20参照。(2009.10.14閲覧)
- 15) 岡村正幸 (1999)『戦後精神保健行政と精神病者の生活—精神福祉序論—』法律文化社、pp.78-81 (そこでの勧告は、①国、都道府県、地方自治体レベルでの400以上の差別的法規の撤退要求 ②厚生省から出された法律やガイドラインは治療プログラムを明確にし、患者の労働の搾取を禁止すること ③隔離と身体拘束に関する規則は都道府県レベルで義務づけ実施すること ④インフォームドコンセントのガイドライン作成 ⑤コミュニケーションに関する諸権利を記した文書を患者に与える、等の人権問題についての指摘がなされた。)
- 16) 岡村正幸 (1999)『戦後精神保健行政と精神病者の生活—精神福祉序論—』法律文化社、pp.79-83 (①他の疾患、障害者に比べて保険点数

評価と福祉援助金における差別による資源不足、②30%の入院患者は十分な施設があれば地域ケアができるので、可能な限り独立して地域内で生活できるようにすること、③「精神障害者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための一連の原則」の1の4項に従い、精神病患者に対するあらゆる形態の差別を禁止する法的根拠を設ける、④精神保健の専門家の不足、⑤任意入院患者が閉鎖病棟に入れられている、⑥精神医療審査会制度の改変、⑦隔離が広範に使用されている。必要でない限りは開放病棟で治療を受けられるようにすること事、⑧保護義務者制度から後見人制度へ、⑨入院が絶対的に必要とされない限り、サポートのある地域ケアに移される事、などの指摘がなされている。）

- 17) 精神保健法の一部改正では、栄養士等の5資格の絶対的欠格事由を相対的欠格事項事由に改正し、保護義務者制度については「保護者」と改名し、権利規定や支援規定を設けた。また、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）を法定化し社会福祉事業として位置づけし、精神障害者社会復帰促進センターの創設（啓発広報・研究開発）などが行われた。
- 18) 西尾雅明他「ACT-Jにおける就労支援」分担研究報告書『重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成17年度－平成19年度 総合研究報告書』、国立精神・神経センター精神保健研究所、2008年
- 19) 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『新たな地域精神保健福祉の動向－日本におけるACT（包括地域生活支援）プログラムでの取組み－』資料シリーズNo.31、2005年3月
- 20) 障害者福祉研究会 編集『逐条解説 障害者支援法』中央法規、平成19年、pp.10－62
- 21) 岡崎伸郎・岩尾俊一郎 編『「障害者自立支援法」時代を生き抜くために』批評社、2006年、pp.153－170
- 22) 高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター『継続して医療

- ケアを必要とする人の就業を支える地域支援システムの課題に関する調査』資料シリーズNo37、2007年3月、pp.261-274
- 23) 高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター『継続して医療ケアを必要とする人の就業を支える地域支援システムの課題に関する調査』資料シリーズNo37、2007年3月、pp.261-274
- 24) 第10回社会保障審議会障害者部会精神障害分会資料 2002年9月25日
- 25) 厚生労働省発表（平成15年3月27日）の報道発表資料にある障害者雇用対策基本方針の策定についての引用である。
- 26) 厚生労働省発表（平成17年2月10日（木））：厚生労働省においては、「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」を作成し、同法律案の国会提出について閣議に付議し、閣議決定がなされた同法律案の概要である。
- 27) 厚生労働省『平成22年版 障害者白書』厚生労働省、平成22年、p.59
- 28) Jane Lewis and Rebecca Surender ed., *Welfare State Change: Towards a Third Way?* Oxford University Press, 2004, p.5
- 29) 西村淳「日本の社会保障の歴史と自立支援」菊池馨香編著『自立支援と社会保障』、日本加除出版、2008年、p.21
- 30) 西村淳「日本の社会保障の歴史と自立支援」菊池馨香編著『自立支援と社会保障』、日本加除出版、2008年、p.22
- 31) 筆者は、熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科博士前期課程論文「精神障害者のコミュニティケア」pp.100-123において、東京都板橋区の「JHC板橋」および北海道浦河の「べてるの家」の活動を实地調査して論文に掲載している。
- 32) 渡邊洋一『コミュニティケア研究—知的障害者をめぐるコミュニティケアからコミュニティ・ソーシャルワークの展望—』相川書房、2000年、p.22
- 33) 荒川 寛「PSWの役割と課題—精神障害者の社会参加と生活支援の視点—」『社会福祉研究 第84号』財団法人鉄道弘済会、2002年、p.51

- 34) 一般就労等（企業等への就労、在宅での就労・起業）を希望し、知識・能力の向上、実習、職場探し等を通じ、適性にあった職場への就労等が見込まれる65歳未満の人を対象に、事業所内や企業における作業や実習、適性にあった職場探し、就労後の職場定着のための支援等を行うもので、利用期間24か月以内である。
- 35) A型（雇成型）は雇用契約を結ぶもので、① 就労移行支援を利用したものの企業等の雇用に結びつかなかった人、② 盲・ろう・養護学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった人、③ 就労経験のある人で、現在雇用関係がない人が対象である。通所により、雇用契約に基づく就労機会を提供し、一般就労に必要な知識・能力が高まった場合は、一般就労への移行に向けた必要な支援・指導等を行う。B型（非雇成型）は雇用契約を結ばないもので、① 就労経験がある人で、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった人、② 就労移行支援を利用した結果、企業等または就労継続支援（A型）の雇用に結びつかなかった人、③ ①、②に該当しない人で、50歳に達している人、または試行の結果、企業等の雇用、就労移行支援や就労継続支援（A型）の利用が困難と判断された人が対象である。通所により、就労や生産活動の機会を提供し、一般企業等での就労に必要な知識・能力が高まった場合は、一般就労への移行に向けた必要な支援・指導等を行う。
- 36) 大熊一夫『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』岩波新書、2009年、p.225
- 37) 高木俊介『ACT-Kの挑戦—ACTがひらく精神医療・福祉の未来—』批評社、2008年、pp.106-117
- 38) NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会「2006年精神医療ユーザー・アンケート——ユーザー1000人の人の現状・声（調査・報告書）——」NPO法人ウエンディ、2006年、p.17（障害者自立支援法が施行された年度であり、法制度によるサービスが十分に浸透していないこと

もあろうがユーザーデータに挙げてある新制度での利用人数が少ないことが示されており、そのことは小規模作業所、地域生活支援センターを活用している者が多いことにつながっているとの解釈がなされている。)

- 39) 星加良司『障害とは何か』生活書院、2007年、P.38
- 40) 蟻塚亮二『統合失調症とのつきあい方』大月書店、2007年、p.33
- 41) 全国精神障害者ネットワーク協議会「2006年精神医療ユーザー・アンケート：ユーザー1000人の人の現状・声（調査・報告書）」、NPO法人ウエンディ、2006年、p.22
- 42) 全国精神障害者ネットワーク協議会「2006年精神医療ユーザー・アンケート：ユーザー1000人の人の現状・声（調査・報告書）」、NPO法人ウエンディ、2006年、pp.37～50
- 43) 高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター『ジョブコーチ等による事業主支援のニーズと実態に関する研究』2008年、調査研究報告書No.86

参考・引用文献

1. Assertive Community Treatment of persons with server mental Illness. Leonard I. Stein ε Alberto B. Santos. 1998, p.116
2. Tom Burns, Jocelyn Catty, Sarah White, Thomas Becker, Marsha Koletsi, Angelo Fioritti, Wulf Rossler, Toma Tomov, Joose van Busschbach, Durk Wiersma, Christoph Lauber for the EQOLISE Group, The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support, Schizophrenia Bulletin Advance Access published April 21, 2008, page 1-10
3. 精神保健福祉研究会（監修）『我が国の精神保健福祉—精神保健福祉ハンドブッカー平成14年版』、太陽美術、2003年

4. 清水順三郎他『新版看護学全書 36巻 精神看護学2』メジカルフレンド社、2002年
5. 全国精神保健福祉相談員会（編）『市町村時代の精神保健福祉業務必携』中央法規、2002年
6. 風祭 元「精神病院制定と呉秀三」精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編集『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規、平成12年
7. 加藤正明「精神衛生の制定からの10年」精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編集『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規、平成12年
8. Alan Rosen, FRANZCP, MB, BS; Kim T.Mueser, PhD; Maree Teeson, PhD, *Assertive community treatment - Issues from scientific and clinical literature with implications for practice*, Journal of Rehabilitation Research & Development Volume 44, Number, 6, 2007, pages 813-826
9. アンソニー・ギデンス（著）/佐和隆光[訳]（2003）『第三の道』日本経済新聞、2003年
10. 荒川 寛「PSWの役割と課題—精神障害者の社会参加と生活支援の視点—」『社会福祉研究 第84号』、財団法人鉄道弘済会、2002年、p.51
11. 蟻塚亮二（2007）『統合失調症とのつきあい方』大月書店
12. 奥野英子/結城俊哉（編著）『生活支援の障害福祉学』明石書店、2007年
13. 岡村正幸『戦後精神保健行政と精神病者の生活—精神福祉序論—』法律文化社、1999年
14. 岡部耕典『障害者自立支援法とケアの自律』明石書店、2006年
15. 岡崎伸郎『精神保健・医療・福祉の根本問題』批評社、2009年
16. 大熊一夫『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』岩波新書、2009年
17. 大阪障害者雇用支援ネットワーク（編）『障害のある人の雇用・就労支援Q&A』中央法規、2005年

18. 柏倉秀克『障害者に対する支援と障害者自立支援制度』、kumi、2009年
19. 京極高宣『障害者自立支援法の課題』中央法規、2008年
20. 久保紘章・長山恵一・岩崎晋也（編著）『精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド』日本評論社、2002年
21. 高齢・障害者雇用支援機構（編）『障害者雇用ガイドブック 平成19年版』雇用問題研究会、2007年
22. 障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編集委員会編集『障害者相談支援従事者初任者研修テキスト』中央法規、2008年
23. 清水順三郎他『新版看護学全書 36巻 精神看護学2』メジカルフレンド社、2002年
24. 新宮一成・角谷慶子（編）『精神の病理とわたしたちの人生』ミネルヴァ書房、2002年
25. 新宮一成・角谷慶子（編）『精神障害とこれからの社会』ミネルヴァ書房、2002年
26. 新保祐元『精神障害者の自立支援活動』中央法規、2006年
27. 野中猛・松為信雄 編『精神障害者のための就労支援ガイドブック』金剛出版、2006年
28. 全国精神保健福祉相談員会（編）『市町村時代の精神保健福祉業務必携』中央法規、2002年
29. 精神保健福祉研究会『わが国の精神保健福祉 平成14年度版』精神保健福祉研究会、2002年
30. 精神保健福祉研究会（監修）『我が国の精神保健福祉—精神保健福祉ハンドブッカー平成14年版』太陽美術、2003年
31. 星加良司『障害とは何か』生活書院、2007年
32. 全国精神障害者ネットワーク協議会「2006年精神医療ユーザー・アンケート：ユーザー1000人の人の現状・声（調査・報告書）」、NPO法人ウエンディ、2006年

33. 高橋保『雇用の政策と法—改訂版』ミネルヴァ書房、2008年
34. 高木俊介『ACT-Kの挑戦—ACTがひらく精神医療・福祉の未来—』批評社、2008年
35. 遠山真也「障害者の就労問題と就労保障」『季刊社会保障研究』第44巻 第2号（2009年9月号）、pp.161-170
36. 長瀬修・川島聡『障害者の権利条約—国連作業部会草案—』明石書店、2004年
37. 内閣府『障害者白書 平成21年版』2004年
38. 西村淳「日本の社会保障の歴史と自立支援」菊池馨香編著『自立支援と社会保障』日本加除出版、2008年
39. 日本社会保障法学会編「「自立」を問う社会保障の将来像」『社会保障法』第22号、法律文化社、2007年
40. 八重田 淳「専門職養成の現状と課題」奥野英子・結城俊哉（編著）『生活支援の障害福祉学』明石書店、2007年
41. 樋口美雄、S・ジゲール、労働政策研究・研修機構（編）『地域の雇用戦略—7カ国の経験に学ぶ“地方の取り組み”』日本経済新聞社、2005年
42. 山手茂・園田恭一・米林喜男（編）『保健・医療・福祉の研究・教育・実践』東信堂、2007年
43. 渡邊洋一『コミュニティケア研究—知的障害者をめぐるコミュニティケアからコミュニティ・ソーシャルワークの展望—』相川書房、2002年

System and policy for mentally disabled* people (I)**— From employment assistant perspective in Japan and the States —****Yasuko Unoki**

Abstract

This thesis reviews the transition of system and policies towards mentally disabled people in Japan, then makes clear point issues in the system, policies and employment policies in particular. This thesis also reviews the legal system and policy measurements in the United States, used as indicative reference of employment policy to examine job assistant mechanism for mentally disabled people in the current Japanese welfare policy.

The first chapter describes treatments and job assistant policies for mentally disabled people resulted from current Japanese system. System for mentally disabled people started with social isolation, “prejudice” and “discrimination” policies. Over the time of 100 years, the system is transitioning to policies with perspective of community life and employment for the disabled. This chapter shows problem issues of this transition. The second chapter describes the legal system and policy applied to disabled people in the United State. The system in the United States had gone through deinstitutionalization policy and welfare reform policy to employment assistance. The third chapter describes the differences in systems and policy measurements between Japan and the United States. The fourth chapter discusses what Japan should learn from the United States ‘welfare policy.

*In present disabled is written in が^い, hiragana rather than 害, kanji character. However, in this thesis we use disabled in kanji which being used in legal terms.