

就労支援と日常生活支援で支える精神障害者の生活

山村 りつ*

抄 録

私たちの生活はいくつかの場面に分かれている。その場面に着目し、障害者支援サービスを分類しているのが障害者総合支援法における住まいの場と日中活動の場という枠組みである。このうち前者は障害者の家の中での生活を支え継続的に提供され、一方で後者は就労支援サービスを経て最終的には一般就労が目指され、その実現をもって終了する。この、異なる側面をもつ2つの支援が併行的に配置されているのが現在の障害者サービス体系であるが、精神障害者の場合、それぞれのサービスにおいてその障害特性に応じた重要な要素があるだけでなく、それぞれの有機的な連携が重要となってくる。本稿では、この両者の制度を精神障害者の特性という点から必要な要素（理論）と現在の供給制度、その両者の関係からそれぞれの支援と制度を概観し、整理するとともに、その課題と今後の展望を示すものである。

キーワード：精神障害者，就労支援，日常生活支援，包括的支援，サービス供給体制

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.498-511.

I はじめに

障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）が施行されて約10年が経過した。当時の障害者政策は身体・知的・精神の三つの障害種別ごとに分かれて設定されていたが、この法律をきっかけに三障害統一のサービス給付体制が取られることとなり、それにより遅れているとされた精神障害者のケアをほかの障害種別と同様の水準とすることが同法の意義の一つとされた点でもあった。

しかし精神障害にはほかの障害とは異なる特性があり、単に同じ制度上に組み込むだけでは十分

な支援を得られないことも指摘された。特に、障害として法律上で定義されたのも遅くその社会的認識も低い精神障害者は、当時の障害者に関する法律、サービスそのほかのシステムにおいて、それまで想定されていなかった「ニューカマー」でもあった。結果、新しい制度の下で当事者や支援者による試行錯誤がみられ、その中で精神障害者独自の新たな課題が指摘されるようになった。

新たな課題の一つが、一般就労における困難である。就労支援は、精神障害者の支援において自立支援法によって大きな伸びをみせた領域の一つである。支援施設が増え、法施行当時は、就労数も順調に増えていった。しかし、一方で課題も明

* 日本大学法学部公共政策学科 専任講師

らかになった。完全なフルタイムでの勤務の難しさや、医療ケアとの両立も含めた休暇や休息の問題、疾患による就労状況の偏りも指摘された。なかでも、就労の継続の難しさは、就労支援が盛んになり一般就労する精神障害者が増えるなかで、重要な課題とされるようになった。

もう一つの課題が、地域生活の実現という点である。これも精神障害者に特有の課題として、社会的入院とそこからの脱出、すなわち地域生活への移行が目指されるようになったが、それは容易なことではなかった。その格闘をみることができるのが「居場所」支援といえるだろう。地域に生活の居を構えることができて、日中何もせず、家にこもって社会と関わることもない。そんな精神障害者の日中の活動の場として「居場所」を用意することが、障害者施策のなかで公に目指された時期もあった。

しかしながら、当たり前の社会生活を望む精神障害者にとって、ただ居る場所があるというだけでは満足できるものではなく、必然的に就労に向かおうとする力が働くことになる。地域生活の一部としての就労の意義が強調され、さらにそれに加えて社会的な背景も手伝って自立支援法は改変され、現在では地域生活と就労の実現が、精神障害者の尊厳ある生活のための車の両輪のようにとらえられるようになっていく。

しかし、長い間別々の支援として認識され提供されてきたこの二つの支援は、現在の制度の上でもまさしく両輪のように連携して提供できるものとは言い難い。二つを連携させた支援体制が一部で実施されるようになって日も浅く、その実現には制度上の課題も多い。

本稿ではこのような精神障害者の就労支援と地域生活のための支援制度を、それぞれに支援に必要な要素（理論）と現在の供給制度、その両者の関係から概観していく。

なお、現在、障害の記述については「障がい」あるいは「障碍」などの記述を用いる場合も多く、行政などによる公式な文書等でも「障がい」とする記述が散見されるようになっていく。そのような記述の変化が起きている背景は十分に理解した

うえで、あえて本稿では一貫して「障害」という記述を用いている。それは、記述が変わっても現実として障害が「害」のもつイメージと切り離されてはいないという状況に対する批判的認識と、また同時に、記述だけが変わってしまうことによりその背景にある意図や社会的状況が忘れられてしまうことへの危惧を示すものとして、意図的に用いるものであることを最初にお断りしておく。

II 障害者の生活と障害者サービス

障害者に限らず、人々の生活は家の中と外に大きく分けられる。一般的なイメージとして、家の中は休息をとり家族や個人としての時間を過ごす場であり、仕事や学校、友人とお茶をするなどの社会的な活動をするために家の外に出る。そしてその活動を終えてまた家に戻る。そこで、家の中の生活、つまりは家事やセルフケア（整容や清潔）のためのサービス（以下、「日常生活支援」とする）と、家の外での社会的活動のためのサービス（以下、「社会的活動支援」とする）が、障害者に対する社会サービスの体系の2本の柱となってくる。

日常生活支援のためのサービスはホームヘルプサービスなどが中心であり、これは生活を維持するため、家の中の活動を支援するものである。これらのサービスは、生活を維持するためのものであることもあり、基本的には期間などを定めずに継続的に利用することが前提となる。また、今回の記述では詳細は割愛するが、在宅での生活が困難な場合や、特に精神障害者の場合は医療的ケアを必要とする場合には、施設サービスや入院によるケアがサービスも含めた生活そのものにとって代わることになる。

一方で、社会的活動支援については、特に青年期以降に発症する例が多い精神障害者の場合、その失われた社会的活動の代表的な目標となるのが就労であり、就労支援（この場合は賃労働に限らない）が支援の目的となり、職業訓練などを基盤としたサービスとして形成されることになる。その場合、就労すなわち目標達成をもって支援は終

了するという認識が一般的になり、そのため就労支援サービスは、形式上は時限的なものとなる。ここで「形式上」とするのは、自立支援法（現・総合支援法）の一時期を除き、多くの社会的活動支援は「就労支援」を謳いながら現実にはほとんど一般就労に結びつくことなく、福祉的就労の場として、事実上は継続性を前提としたサービスになることが少なくないためである。

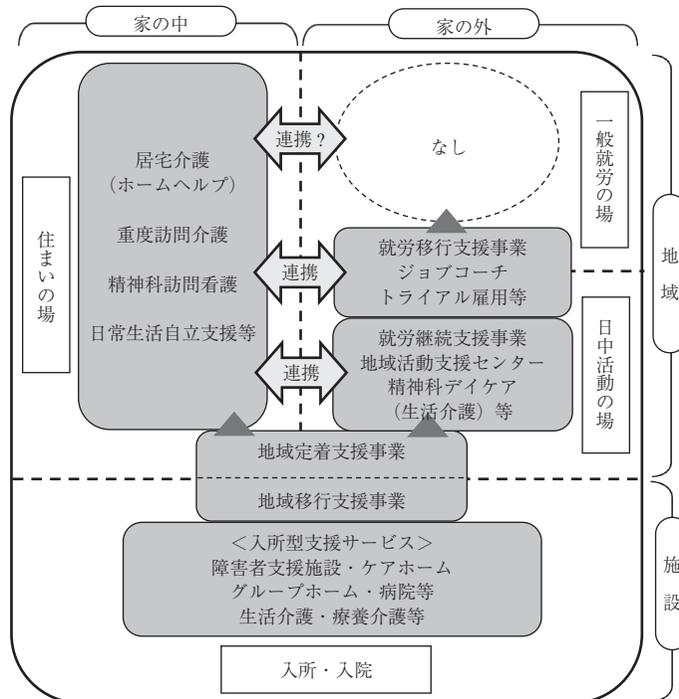
また、すぐに就労などに目標設定が向かないような場合には、かといって何もなければまったく家から出ることもなく孤立してしまう可能性もある。人間関係も含めて社会的な関係性に乏しくなっている精神障害者にとっては、どこか「出かける場所」やその理由を整える必要があり、結果的に、そこで何らかの活動をするを目的とするサービスも様々な形態で残されている。

障害者の生活は、このように家の中と外での活

動に分けて考えることができるが、現在の障害者サービスの基盤となっている総合支援法では、同様に「住まいの場」と「日中活動の場」という住み分けの基にサービス体系を整理している。

ところで、冒頭にも述べたように、人々の生活が家の中と外で構成されているという前提にたてば、少なくともこの体系によって生活全般を支えることができるように思われる。しかしながら、精神障害者の生活にはもう一つ重要な場面が存在する。それが、病院や入所施設などである。これらの施設での生活は、当然自宅のそれとは異なり、必要な支援も異なる。また、何よりも、そのような施設から自宅、すなわち地域生活に戻る段階で支援を必要とするのである。

特に1990年代後半頃から社会的入院が問題視されるようになる¹⁾、このような施設から自宅への移行にかかる集中的な支援が重視されるように



出所：筆者作成。

図1 障害者サービスの全体像

¹⁾ 精神科における社会的入院の記述じたいは1970年代もすでにみられているが、精神保健福祉領域の進展により1990年代後半より関連する論文や研究などが多くなっている。

なり、退院促進支援事業や現在の地域生活移行支援などの形で実施されるようになってきた。結果、現在の精神障害者に対する社会サービスは、概して図1に示されるようになってきたといえる。

図1をみてわかることは、施設から地域への移行と日中活動の場から一般就労の場への移行の、2つの移行がこれまで分断されていた障害者サービスをつないでいるということである。この、いずれも近年になって設定された新しいといえるサービスが、本稿での中心的テーマである。

Ⅲ 精神障害者の就労支援

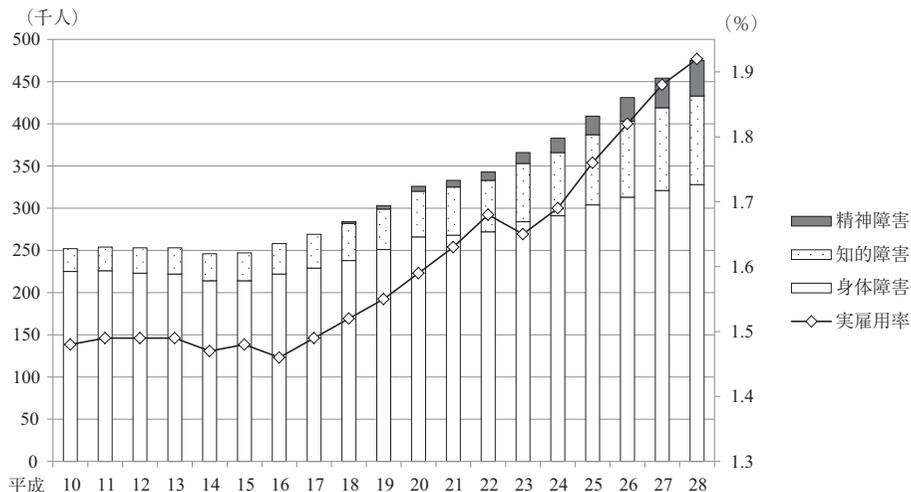
1 就労数の変化

ここ何年かの障害者の就労数の変化を見てみると、2005年頃を境に顕著に増加していることが分かる（図2参照）。2005年は障害者自立支援法（現・総合支援法）が施行された年であり、同法が一定の効果をもたらしたものと考えられる。また、その増加の対前年比を見ると、精神障害者が三障害の中でも高い伸び率を維持している（2007年当初の特に高い前年比率については、精神障害者の雇用率算定が始まったばかりであったことが影響していると考えられる）。このような

点から、日本における障害者の一般就労は進展しているといえることができるだろう。しかし、増加率こそ高い精神障害者であるが、その数では身体障害者・知的障害者には遠く及ばず、4万人を少し上回る程度となっている。

また別の側面から現在の状況を見てみると、雇用率達成企業の割合から、特に大規模企業において障害者雇用が進展していることが推察される。厚生労働省の報告によると、現在最も達成企業の割合が高いのは従業員数1000人以上の企業であり、2005年以前の状況と比べて達成割合の変化が最も大きいのも同様の従業員数規模の企業となっている（厚生労働省2017）。大きな企業が雇用率を達成するためには必要な障害者の就労数も必然的に多くなるため、それが就労数の顕著な増加という結果につながっていると考えることができる。

もちろん、これらのデータだけをみて障害者の就労は問題なく進んでいると言い切れるわけではない。例えば、近年指摘されているのが障害者の就労の継続の問題である。新規雇用数と同年の就労数の増加の差からすると、やはり一定数の離職者がいることが推定される。特に2016年以降については、精神障害者におけるその差は2～3千人程



出所：厚生労働省『障害者の雇用状況』（平成10～28年）より筆者作成。

図2 障害者の雇用数及び実雇用率の変遷

度となっており、離職者数が増えていることが懸念される。

2 精神障害者の就労上の課題

・スティグマとの闘い

精神障害者が就労における課題の一つがスティグマの存在である。スティグマは、もちろん、その社会生活全般において障害者の活動に困難を生じさせるものではあるが、対人的な環境が重要な要素となる就労場面においては、さらに影響の大きなものとなる。

スティグマとは一般的に恥辱感などとも説明されるが、その特徴の一つは、時には周囲の状況とは関係なく、その本人の主観的な感覚として生じるものであるという点である。つまり、人がスティグマを抱く要因には社会的背景やそれまでの個人の経験などもあるため、まったく根拠がないものとは言えないが、しかし仮に周囲の人がある個人を精神障害者であるということを全く気にしていなくても、その本人にとっては強いスティグマを感じることもあり、それが精神障害を隠そうとする行動や自身の障害に対する厳しい態度につながったりするのである。

同時に、精神障害者にとってスティグマは、それによって影響を受けた結果、実際の障害に関連する症状に影響することもあるという意味で、単に個人的な感覚という以上の重要な意味をもつ。スティグマを抱えながらもその場で働き続けることは、その個人にとって多大なストレスを抱えながら働くことを意味する。そして、そのストレスが障害の原因疾患の症状として現れ、ときに就労そのものをできなくさせるような事態にもなるのである（山村2011b）。

スティグマの問題は、本人の健康状態以外の部分にも存在する。精神障害に対するスティグマは直接的に、精神障害者に対する差別的行為へと発展する。それは、就職場面では採用の可否決定に影響を与え、就労してからは同僚との関係性に大きな影響を与える。東京都福祉保健局の障害者生

活調査²⁾によれば、「仕事をしていくうえで困ること」として挙げられた中に「人間関係（職場内でのいじめ）」が約30%となっている。また、同様の意味合いをもつものとして新宿区が行った同様の調査³⁾でも、「職場の人間関係」が約25%、「障害理解の不足」が約15%となっている（どちらも精神障害に限定した場合の値）。それが具体的にどのようなものであるかは述べられていないが、スティグマとなる属性のない人々にとっては、自己防衛的判断の結果として、スティグマの対象となる集団に対する嫌悪感や排他的な態度へとつながるものであり、少なからず職場の人間関係にも影響を与えることになると考えられる。

・就労継続における困難

自立支援法が施行されて精神障害者の雇用が増えるにつれ、明らかになった課題の一つが就労の継続である。就職に結びついて、それを維持継続することの困難が精神障害者にはあり、これは実践者の間では以前から指摘されている点でもあった。それが、自立支援法の施行により一般就労の数が増えることによりかえって浮き彫りになり、政府によっても認識されるようになったのである。

精神障害者が就労の継続において困難を抱える理由の一つは、その障害の特性によるものである。精神障害はその症状や疾患の状況が動揺することにその特徴の一つがある。そのため、長い目でみれば「安定」し、就労を含めた社会生活に何ら問題がないように思われる場合でも、定期的あるいは不定期にその状態が悪化する場合があるのである。そのような場合、一般的な労働場面にもある病気休暇などでは対応できず離職に至ることがあるのである。

この場合、一時的な休暇で対応できない理由はさまざまある。そもそも雇用形態が不安定でそのような対応を雇用主側が認めない場合や、必要な休暇が長すぎることもあるだろう。また、本来は休暇で済むところがそれを知らない、あるいは職場に気を遣うなどの理由で離職を選択する場合も

²⁾『平成25年度「障害者の生活実態」報告書』2014年（東京都福祉保健局）。

³⁾『新宿区障害者生活実態調査報告書』2017年3月（新宿区）。

考えられる。

また、このような休暇の必要性だけでなく、そもそも定期的な通院を要することや、フルタイムでの勤務が体力的に難しいなどの時間的制限による理由で正規雇用に就くことが難しく、責任ある仕事などに就く機会が低いことなども、精神障害者の雇用の安定性を低減させる原因となっていると考えられるのである。

ここで重要なのは、おそらく「どうしたら精神障害者が普通の就労（雇用）を継続できるのか」を考えることではなく、「精神障害者に適した働き方（雇用の仕方）」を考えることである。つまり、1年のうちに一定期間の長期休暇取得を認めることや、短時間労働であっても雇用契約を中断されないルールを作ることで、精神障害者が自分に合ったタイミングで必要な休息、すなわち中断をしながら、労働市場の一員であり続けられるような体制が求められているといえるだろう。

3 就労支援における方法論

ここからは、上述のような課題を抱える精神障害者の就労の支援において、どのような支援が求められているのかという点について、その方法論の観点から整理していきたい。

障害者の「就労支援」という領域は、社会福祉実践の一領域として特に第二次世界大戦後からさまざまな試行錯誤を経て発展してきた領域である。つまり、制度・政策としての側面と同時に、対人援助実践の側面についても理解しておく必要がある。

障害者の就労支援は、戦後の傷痍軍人などを対象として主に身体障害者の職業訓練として本格化する。それ以前も傷病者に対する生活のための支援はあったが、障害者は長い間保護の対象として認識され、労働力としての認識は乏しかった。しかしながら、大戦によって多くの身体障害者が生まれ、彼らに対する（職業）訓練はいずれの政府にとっても取り組むべき課題となったと考えられる。

一方で、主に知的障害者に対する教育や訓練は、1950年代に欧州で始まったノーマライゼー

ションの動きに端を発する。社会での当たり前前の生活を求める知的障害者（とその親）の運動は世界的に広まり、また医学の進歩などにより知的障害者自身の平均寿命も延びたことなどによって、知的障害者の中にも就労を望む声が増えていく。知的障害者の就労支援については、福祉サービスよりもむしろ教育サービスにおいて展開されてきた側面がある。先天的あるいは出生直後の要因によって知的障害を負った場合には、学校教育を通じて障害児教育の対象となり、特別支援学校（学級）における進路指導が最初の就労支援となる。

ここまでの発展における方法論では、就労支援は学校や訓練の場などで必要な技術を身につけ、その技術をもって一般就労へという流れが大前提としてあった。しかしながら、障害者福祉全体の流れとして障害者の権利やその認識の拡大が進む中で精神障害が「障害」として認められるようになったとき、そのような方法論は精神障害者にとっては必ずしも有効なものではなかった。

精神障害者の場合、その障害のために、身につけた知識や技術を場所や状況が違う場面で応用することが難しいとされる（Becker & Drake 2003 = 大島ほか訳2004）。そのため、特定の場所で訓練をして技術を身につけてから就労という *trained-to-placed* 方式の就労支援では、いざ実際の職場にいくと何もできないということが起こるのである。そこで考えられたのが、*placed-to-trained* 方式の就労支援であり、その代表的なものがアメリカで始まった援助付き雇用（Supported Employment）である（山村2011a）。これは、実際に働きながら、その就業を通して必要な訓練を行い、就労を実現していく手法である。実際の職場で行うため、支援の対象が障害者本人だけでなくその周囲の物的・人的環境なども含む点も特徴の一つである。この点はまた、従来の障害者雇用におけるリハビリテーションモデルに対し、障害を社会モデルの下でとらえ、環境との調整によって支援していくというソーシャルワークモデルともいえるものである。

この援助付き雇用は、その後アメリカでさらに

発展し、IPS (Individual Placement and Support) として、特に重度の精神障害者のための就労支援モデルとしてその地位を確立する (山村2011a)。IPSは、援助付き雇用の特徴に加えて完全に個別化された支援計画と就労前訓練の否定、就労支援と日常生活支援との連携がその特徴とされている (Becker & Drake 2003 = 大島ほか訳2004)。

これらの就労支援に関する方法論は、当然のことながら、精神障害者への支援実践を通じて明らかにされたその障害特性と必要な支援の要素についての知識の蓄積の中で構築されたものである。そこで明らかになった精神障害者の就労支援に求められるものとは、①実際の就労場面での訓練と支援、②完全に個別化された支援と就労、③日常生活支援との連携である。

①については既に上段で述べたとおりである。②については、障害とはそもそも個別的なものであるが、特に精神障害は環境要因からの影響を受けるため、何が障害であるのかがことさら個別的であり、支援においてもその点を十分に留意する必要があるということである。また③については、生活面でのストレスや乱れが職場での行動に影響を与え共倒れ的に就労を難しくしてしまうこともあるため、支援においても両者の有機的な連携が必要とされるのである。

4 支援サービスのための制度

精神障害者の就労に必要な支援が分かったところで、それではその支援をサービスとして供給するための制度はどのようなものとなっているのであろうか。

日本における障害者の就労支援サービスは、主に障害者総合支援法に基づく訓練等給付によって提供されている。この法律の前身である自立支援法ができる以前は、障害者の就労支援は主に授産施設と呼ばれる施設において提供されていた。しかし、授産施設を含むいわゆる福祉施設から一般就労への移行率は1%未満と低く (山村2011a)、その問題点を改善すべく新たに構築されたのが自立支援法であり、訓練等給付に含まれる就労移行支援事業であった。これらの事業は、時限的である

ことや年齢についての緩やかな規定はあるものの、市町村の窓口申請をして障害支援区分の認定を受ければ利用することができる。

障害者の就労と関わり深い制度としては、もう一つ、障害者雇用促進法がある。雇用促進法でも、職業訓練のほか雇用主に対する障害者雇用のための支援や助成金が提供されている。また、現在の精神障害者の就労支援において重要な役割を果たしている職場適応援助者 (ジョブコーチ) 事業 (以下、ジョブコーチ) も、同法によって規定されている事業である。そのほか、間接的な支援として、障害者の雇用率制度や雇用義務制度も、同法によって規定されている。

雇用促進法は、障害者の就労を促進することを目的とした法律ではあるが、その視点としては雇用主が障害者を雇用することを支援する (促進する) ものとなっている。その分、実際の労働とのつながりも強く、ジョブコーチのような実際の労働場面で支援を行う制度も実現することができたと考えることができる。

このように、日本の障害者就労支援のための制度体系の特徴の一つは、いわゆる福祉側と労働側が個別に発展している点にあるといえる (山村2011a)。福祉の側では支援施設は多くあったが一般就労に結びつく道筋が十分に用意されておらず、労働側の制度ではその窓口が限られることもあり支援の提供量が相対的に少なかった。しかしながら、自立支援法以降、障害者の就労支援の取り組みは大きく変化し、特に現在の精神障害者の就労支援の領域では、一つには自立支援法の就労支援事業と雇用促進法のジョブコーチを組み合わせて職場移行を行う施設などが増加し、もう一つには株式会社の形態を採り派遣や転職に関するノウハウを活用した事業所なども増加し、就労支援サービス自体が活況を呈しているといえる状態にある。

ただしここで、就労支援における方法論を踏まえて現在の支援制度をみても、いくつかの課題が指摘される。そのひとつがplaced-to-trained方式の支援の限界である。自立支援法によって就労数が増加した要因の一つが、実際の職場での支

援を実現する就労移行支援事業の実現であった。それに自立支援法以前からあったジョブコーチ制度を組み合わせた支援などが一般就労の実現に大きな役割を果たしたと考えられる。しかしながら、いずれも時限的である点はその課題だといえる。つまり、一定期間以上を経過した一般就労に対しては支援を提供するサービス体系がないのである。

日常生活支援との連携という点についても、そもそも一般就労中の支援がある時期からなくなるといえることは、連携も起こりえないと考えることができる。一般就労が継続しても就労における支援が継続される例外的な状況としては特例子会社などが考えられるが、その数が限られることや、その場合に就労の場は一般企業となるため、日常生活支援を提供する福祉領域の事業所との連携には福祉サービス同士の連携以上の困難があることが考えられる。

Ⅳ 精神障害者の日常生活支援

次に、障害者の日常生活支援について考えていきたい。ここでの日常生活支援には図1で示した住まいの場での支援と、日中活動の場での支援も含んでいる。

家の中と外という点でサービスを分類するのであれば、両者は分けて考えるのが適当とも考えられる。特に家の外での支援として就労支援と一緒にとらえることもできるだろう。しかしながら、障害者サービスにおいて日中活動の場での支援とされているものは、確かに物理的には家の外において提供されているかもしれないが、社会的にはまだ「ウチ」とどまっているのではないかと、という問題意識が筆者にはある。そこで、その詳細については後述することとして、ここではひとまず、住まいの場での支援と日中活動の場での支援の一部をまとめて日常生活支援として記述していく。

現在、さまざまな社会サービスが精神障害者の

在宅生活を支えているが、前述のとおりそこには大きく分けて二つのタイプの支援があると考えられることができる。一つは、移行と定着のための支援、すなわち精神科病院や入所施設からの退院・退所のタイミングで行われる支援と、二つ目は地域での生活を継続的に支えていくための支援であり、総合支援法の居宅介護などのホームヘルプサービスや地域日常生活支援センターによる支援や、精神科デイケアサービスなどを含む。両者は時期的にも内容的にも重なることも十分にありえる。

1 地域移行支援

精神障害者の地域への移行のための支援は、退院促進支援事業などの形で2000年代から行われてきたものである。この移行に焦点をおいた支援は、その少し前から高まった社会的入院への問題意識がその一因となっている。社会的入院とは、先進国と比べて極端に長いわが国の精神科入院日数⁴⁾の背景にある事象でもあり、既に入院による医療的ケアを必要としない状態でありながら、戻る場所がないという理由で何年、時には何十年も入院が継続されている状態を指している。そのような状況への対策として行われたのが退院促進支援事業でありこのような支援は、現在では、総合支援法における地域移行支援として実施されている。

地域移行支援は施設や病院から退所、退院する18歳以上の者を対象として行われ、地域への生活の移行にあたりさまざまな不安や課題に対する相談支援や、住宅の確保、関係機関との調整等を行う事業である。退所が決まると、それに向けて日中活動のための障害者サービスの体験利用や外泊体験を行いながら地域生活に必要な準備を整えていく。

精神障害者が、それまで生活していた施設や病院を出て地域で暮らそうとする際には、ただ住居やサービスを選んで決定するというだけでなく（それだけでも精神障害者にとっては困難を伴う

⁴⁾ OECDのHealth Care Utilisationによれば、先進国の多くが10日未満となっているところ、日本の2016年の値で269.9日（『医療施設（動態）調査・病院報告』）となっている。

ものであるが)、住居やそこでの電気や水道の契約に開始の手続き、行政的なものを含む住所の変更手続きに始まり、サービスの契約や利用のための打ち合わせや交通手段の確保など、とても一人では片づけきれない多くの「やらなければならないこと」がある。

また、精神障害者にとって退所・退院が難しくなる要因は、そういった手続きや事務的作業のほかにもいくつかある。その一つは、その発症時期の特徴や長期の入所・入院生活によって、生活そのものを維持する能力が失われていたり、そもそも持ち得ていない場合があるということである。つまり、家事やセルフケアなどを自分で行うことができない(と想定される)のである(松浦2016)。そのため、移行支援にはそういった側面での訓練や技術の習得、あるいは必要な支援サービスの利用を考えなければならなくなる。家族のいる家に戻るのであれば問題ない場合もあるが、精神障害者の場合にはその障害やそれに伴う過去の行為の影響で、家族の理解や協力を得られないケースも少なくない。

それに加えて、新生活への不安やストレスも、精神障害者にとっては大きな障壁となる。そしてその支えになるであろう人間関係も、施設や病院から地域への地理的移動によって希薄になる。地域移行支援は、そのような精神障害者の多重的なニーズに対応し、退所・退院までのプロセスを包括的に支援する支援サービスとなる。そして、当事者の退所・退院に伴い、地域定着支援へとサービスも移行していく。

2 生活を維持するための支援

精神障害者が施設や病院から出て地域で暮らすようになった際、さまざまな生活上の課題に対する支援として提供されるのが、障害者総合支援法によって規定される在宅生活のための支援サービスである。

精神障害者の場合、身体障害者などとは異なりおおむね身体的機能における課題はほとんどない。しかしながら、認知機能の障害により、複雑な(一般的に複雑と判断されるかどうかは別とし

て複数の行程を統合するような)作業を行ったり何かを管理したりすることや、また臨機応変に対応することなどに困難を生じる場合がある。そのため、家での生活介助や家事支援などを居宅介護(ホームヘルプ)サービスによって受ける。あるいは、社会福祉法において第二種社会福祉事業として規定される日常生活自立支援事業などで金銭の管理などのサービスを受ける場合もある。

ところで、精神障害者の生活の状況をイメージしてみた場合、家の中での活動のために必要とする支援はそれほど多くないことが分かる。前述したとおり、精神障害それ自体は脳の認知機能における障害であり、身体的には必ずしも機能障害を持たない場合も多い。生活における一つ一つの動作につききりで介助が必要なわけではないとなれば、居宅介護サービスの利用量も必ずしも多くは必要とせず、少しの支援で在宅生活を維持することは可能な場合も少なくないといえる。

一方で、それまで施設や病院にいた者や自宅にいても社会的に孤立してしまっている者などにとっては、「日中の活動」が必要となる。いわゆる家事などの個人の生活を支えるための活動ではない社会的な活動である。障害のない人々にとっては、それは仕事や学校に行くことにあたるが、そのような活動がないままでは自宅に引きこもり社会的に孤立してしまうことが考えられる。そこで、考えられたのがいわゆる「居場所支援」といわれるサービスで、日中活動の場の提供のためのサービスが法制度化された。

当初、このようなサービスはそこに行き活動に参加すること自体が目的とすることが想定されていた。つまり、障害のない者にとっての「仕事」のように、何かそこに理由や目的をもって行くための場所を提供することが、サービスの目的でもあったわけである。これらのサービスを提供してきた施設などは、現在では就労支援や何らかの訓練などの目的のための場所として、少なくとも制度上は位置づけられている。ただその場合、そこには何らかの到達目標があり、当然のことながら目的達成を以てサービスの終了が理論上は想定されるわけだが、実質的には「居場所支援」と同様

に家の外での「場」を永続的に提供するものとなっている。

3 日常生活支援における重要な要素

精神障害者は、その程度の差こそあれ、長い間多くの国で施設や病院に閉じ込められる生活を強要されてきた。その後、徐々に地域生活への移行が進められてきたが、その支援においてはさまざまな取り組みが試行錯誤されてきた。日本だけではないそれらの取り組みの中で、世界的なコンセンサスを得ている支援モデルの一つ挙げるのは難しいところがあるが、それらの取り組みに共通する考え方をここでいくつか挙げていきたい。

その一つは、多職種チームによる支援である。精神障害者の場合、そのニーズは生活介助だけではなく医療を含めた多様なニーズがあるという点がその理由である。医療・リハビリ・生活介助から就労支援まで、さまざまな要素における専門職がチームとなり、支援を提供する。利用者にとっての窓口となる担当者はいても、一人のケースについて多様な専門職がそれぞれに知識と経験をもって最善の方法を選択してくのである。

もう一つとして、生活全般における包括的な支援の提供という点もあげられる。これはチームによる支援に共通する点でもあるが、複数の異なる支援が個別に提供される状態は、精神障害者にとっては自分で管理したり対応したりすることが難しくなってくる。そのため、支援も生活全般にわたる包括的な視点で提供するということが、精神障害者の日常生活支援として重要な要素と考えられている。

最後に、個々の精神障害者に合わせた個別的な支援という点がある。これはほかの障害種別にも共通することであるが、精神障害の場合、その原因疾患によって引き起こされる症状や、それに伴う生活上の困難はその個人によってもさまざま、さらに環境的条件による個性が伴うと、その生活ニーズは非常に多様なものとなる。そのような精神障害者のニーズに対して、画一的な支援で対応しようとするには無理があると考えられるのである。

このような要素を含んだ支援としてよく知られているのが、包括的地域日常生活支援、いわゆるACT（Assertive Community Treatment）と呼ばれる支援モデルである。ACTサービスはアメリカで広く実践され、イギリスでも地域精神保健チームの形で提供されている。日本でもそのモデルに基づいて支援を提供する事業所がいくつかみられている。

4 日常生活支援のための制度

まずわが国の精神障害者に対する日常生活支援サービスを概観すると、その多くは総合支援法によって規定される障害者サービスとして提供されている。総合支援法ではいくつかの事業を規定し、事業者はその規定に基づいてサービス事業者の指定を得て事業を行う。利用者である障害者はそれらの事業の中から必要な支援を組み合わせる利用する。事業者の中には複数の事業を実施しているところもあれば、単一の事業のみを行うところもある。

障害者は自分でサービスを選び組み合わせるが、その前提として、利用にあたり障害支援区分の判定を受けなければならない。その判定により利用できるサービスの量的な上限が設定され、そのなかで支援を選んでサービス等利用計画を作成して、それに従ってサービスを利用する。また、サービス利用においてはその利用料の1割を負担することになっているため、それもサービス選択の上での重要な要件にはなるが、この利用料負担については所得に応じた負担上限額の設定や食費等の実費負担の減免制度などが用意されており、特に収入源のない障害者の場合には自己負担はほとんどなく利用できる場合も少なくない。

さらに、精神障害者の場合の日常生活支援において、もう一つ大きな役割を果たしているのが精神科訪問看護の制度だろう。これは福祉サービスではなく医療サービスである。必要な通院患者には担当医による処方箋が作成され、それに基づいて精神科の看護師や精神保健福祉士などが自宅を訪問する。医療の継続と服薬管理が重要となる精神障害者の生活においては、この制度の果たす役

割は小さくない。

ここで前段の日常生活支援に必要な要素について考えてみたい。前段で述べたような条件を満たしたサービスは、このようなサービス供給体制で実現することができるのか。

まず個別的な支援については、現在の制度でも個別のサービス等利用計画が立てられており、またサービスの組み合わせを本人の希望に沿って行うという点では、一定の個別性は確保できると考えることもできるかもしれない。問題は、そこまで多くの選択肢を用意できているかという点であるが、この点についてはまた別の課題としてここでは簡単に触れるにとどめる。

それに対して、チームによる支援や包括的な支援提供という点では難がある。チームによる支援については、まず福祉サービスの領域に医療やリハビリの専門家が入っていることはあまりない。これは、制度自体がそれらの領域における制度と切り離されていることが一因である。医療やリハビリは医療保険制度を介して提供されるのに対して、総合支援法はそれとは別個の制度として福祉サービスに特化されている。また、総合支援法におけるサービスの価格も医療点数と同様に点数化されているが、その水準は低く、医療やリハビリの専門家をチームの中に維持できるだけのものになっていない。

ただし、その当事者が医療やリハビリに係るサービスを利用していけば、ケース会議という形で関連する専門職が集まり、そこに医療専門家が入ることも考えられる。日本の制度の場合、ある機関や組織のなかにチームがあって活動することは難しいが、それぞれの機関に所属する専門職がケース会議を介して一時的なチームを形成することで対応していると考えられることができる。

また包括的な支援提供については、多くの事業を同時に実施する事業者があれば、そこが同じ経営主体内のサービスを包括的に提供することはできなくもない。しかしながら、ここでいう包括的支援とは、必ずしもすべての支援を一つの機関で提供するということを意味しない。

前述のACTサービスはその包括的支援を一つ

の特徴としているが、その役割はすべての直接的サービス供給を行うものではなく、利用者の生活を包括的にとらえた上でその全体のバランスをもって、それぞれの必要なサービスに利用者をつなげるというものである。ただ、それだけを聞くと、総合支援法におけるサービス等利用計画の作成と同様に思われるかもしれないが、この包括的支援とは単なるサービスの組み合わせを考えることではなく、もちろん特定の制度内のサービスのみに限られることでもない。時には障害者サービス以外のさまざまな社会資源を活用して、利用者自身が望む生活のあり様に向けて生活全体を視野に入れながら支援を行っていくものである。

なお、ACTは日本でも一部でそれを掲げたサービスが提供されている。そこで、現在の事業体系のなかで何をどう組み合わせれば包括的支援が提供できるのかという点について、現在までに筆者が確認できている例からみても、精神科訪問看護を軸に総合支援法やそれ以外の事業を組み合わせている例が多いように思われる。これは、ACTサービスの前提として、ACT自身は支援提供のための施設・設備をもたず（事務所などの施設はもつが）利用者の自宅で提供するサービスを基本としているためでもあるだろう。

V 2つの支援の関係と今後の展望

ここまで精神障害者に対する就労支援と日常生活支援を、その求められる要素と制度に着目しながらそれぞれに整理してきた。しかし、実際に精神障害者が安心し安定してその生活を送っていくためには、これらの個々のサービスが機能的に働くことだけでは不十分である。

これまで度々述べたように、精神障害者はその特性として、変化への対応に課題を抱える場合が多く、さまざまな要素や条件が複雑に関係した事象に対応することに困難がある。そのような精神障害者にとって、就労支援と日常生活支援がそれぞれにあるということもすでに、複雑さの第一歩である場合もある。そこで、日常生活支援の重要な要素として繰り返し述べたように、包

括的なサービス提供が鍵となる。その意味で、就労支援と日常生活支援も、やはり有機的な連携をもって提供されることが重要な意味をもつ。

かつて、精神障害者にとって就労は治療の妨げとなると考えられていた時代があった。就労は精神疾患が治ってから、症状が治まってから考えるものであって、それまではおとなしく治療に専念すべきだという考え方である。その場合、就労は身の回りのことができてから、自立してからと考えられ、2つのサービスが分断されていてもさほど問題はなかった。しかし、現在では就労に対するこのような考え方は誤りだとされている。

実際、現在でも、それまで順調に地域生活を送っていた当事者が、仕事を始めたり、その準備を進めるだけで体調を崩し、障害者サービスの利用もできなくなったり、時には入院を必要とするようなケースが無いわけではない。しかしながら重要なことは、その症状の良し悪しではなく、本人の意思と希望に基づいて生活を送ることであり、その結果として起きる困難には、それも含めて意義があるというのが現在の理解である。

結果、日常生活で支援を受けながら就労することが一般的に捉えられるようになってきた。

ただ、精神障害者の生活における就労の位置づけがそのように変化しても、就労支援と日常生活支援はそれぞれ別個のものとして提供されてきた。

これらは確かに、物理的には切り離されたものではあるかもしれない。しかしながら、精神障害の場合、ストレスや不安がその状態に影響を与えるという点で、それぞれの場面における状態が本人の体調に影響を与え、結果的にもう一方の場面における行動にも影響を与えることになる。また、異なる場面でそれぞれに提供されるサービスの統制をとり調整を図ることは精神障害者には難しいことであり、例えばそれぞれのサービス提供者が相反することを言ったりすれば、それだけで当事者の負担を大きくすることになる。このような点から、就労支援と日常生活支援の有機的な連携は重要なものとなる。

同様の観点から、精神障害者が一般就労に就いてからの支援についても考える必要がある。一般就労が安定し、集中的な支援の必要性がなくなっても、その職場内で自然なかたちで継続される支援が必要となる。これは援助付き雇用においてナチュラルサポートと呼ばれるもので、それが精神障害者の就労の継続を実現させる重要なカギとなる(松為・菊池2006)。それらは専門職によって提供されるものではないため、日常生活支援サービスとの連携を図るためには日常生活支援サービス側の工夫が必要になるだろう。また、その橋渡しをする役割として、安定した一般就労における「見守り型」の就労支援サービスを考えることも必要である。就労の継続という点でいえば、これまでの障害者サービスのようにならぬ今ある課題への対応ではなく、何かが起きたときのために備えるサービスが必要と考えられるからである。

そのような一歩引いた就労支援が、就労しながら利用する日常生活支援サービスと連携することができれば、当たり前前に働き当たり前前に地域で暮らす生活が精神障害者にも実現できる可能性が高まるのではないだろうか。

VI おわりに

今回、精神障害者の生活全体を支えているサービスを、就労場面と生活場面という2つの側面に分けながらとらえてきた。精神障害者は、わが国において障害者として認定された時期も遅く、多くの場面でそれまでの障害者に対する基本的な認識と根本的に異なる要素がある。その結果、現在の障害者サービスの供給体制では、十分に対応しきれていないと考えられる部分がいくつか指摘される。一方で、これまで障害とは認識されてこなかったさまざまな困難を抱える人々が、新たに障害者として認定されたり障害者サービスの利用を認められたりするようになってきている。このような流れのなかで、障害者サービスやその制度は、「障害」あるいは「障害者」という概念を根本的に転換させる必要がでてきているのかもしれない。

精神障害者の支援サービスに関わっていてよく聞かれることが、「精神障害者にとって生活しやすい状況はおそらくすべての人にとって生活しやすい状況だろう」ということである。つまり、精神障害者のニーズはそれだけ障害のない人々の生活上のニーズに近い部分があるということであり、「障害者の生活」としてではなく「私たちの生活」としての認識に基づいてその生活と支援のあり方を考える必要があるのではないだろうか。

参考文献

- Becker, D. R. & Drake, R. E. (2003) “*Working Life for People with Severe Mental Illness*” (=大島巖ほか訳 (2004)『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ—IPS：チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド』金剛出版)。
- 厚生労働省 (2017)『平成29年 障害者の雇用状況の集計結果』(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000187661.html>)。
- 松為信雄・菊池恵美子編 (2006)『職業リハビリテーション学—キャリア発達と社会参加に向けた就労支援体系』協同医書出版社。
- 松浦知和 (2016)「精神保健福祉士養成のあり方を考える：統合失調患者、高齢精神障害者の地域移行支援に関する考察を中心に」名寄市立大学社会福祉学科『研究紀要』5, pp.41-47。
- 山村りつ (2011a)『精神障害者のための効果的的就労支援モデルと制度—モデルに基づく制度のあり方』ミネルヴァ書房。
- (2011b)「当事者にとって精神障害を開示することの意味とは：就労上の課題に関するインタビュー調査の再考から」全国障害者問題研究会『障害者問題研究』39 (2), pp.66-74。

(やまむら・りつ)

Support for the Life of People with Psychiatric Disabilities in Their Employment and Daily Living

Ritsu YAMAMURA*

Abstract

This article is showing assessments and suggestions about systems for providing social services for people with psychiatric disabilities from a perspective of requirements for characteristics of psychiatric disabilities and relationship between them and providing systems: In Japan, services for people with disabilities are classified by place in which they are provided, “place for residence” and “place for daytime activity”. The former is providing for keeping daily-living of people with disabilities, and the latter is, eventually, for competitive work and closed. Those two types of service which have a different aspect each other is arranged side by side in structure of our social service system of people with disabilities. And then, in the case of psychiatric disabilities, those services should be made cooperate closely with others because of psychiatric disabilities’ characteristics, not to mention that each has to possessed all requirements of appropriate services for life of people with psychiatric disabilities. Can those services really are?

Keywords : People with Disabilities, Employment Support, Daily Living Support, Comprehensiveness of Support, Service Providing System

* Assistant Professor, Department of Public Policy and Affairs, College of Law, Nihon University