

精神障害者の雇用・就業をめぐる現状と展望

倉知 延章
(九州産業大学教授)

わが国の精神障害者支援は医療中心に進められ、社会防衛の色合いが強かった。それが世界一の長期入院と精神科病床数となり、管理的医療による人権問題も内包していた。1980年代から福祉と雇用・就業支援策が進められているが、伝統的精神科医療モデルはすべてに影響を与えている。雇用・就業支援は、精神障害者を医療の対象としていたために取り組みが遅れ、1988年の障害者の雇用の促進等に関する法律と精神保健法の施行によって始められた。その後急速に進められ、1992年のILO第159号条約の批准を機に障害者雇用率制度への適用を除けば身体及び知的障害者とはほぼ同等となった。2006年に障害者雇用率制度に参入し、2018年からは精神障害者も雇用義務化され、身体及び知的障害者と同等となった。近年は精神障害者像が多様化し、さらに重度精神障害者も支援対象となってきた。また、企業に対する障害者雇用のさらなる促進が課せられ、今後は雇用・就業支援機関専門職が企業支援を積極的に行うことが必要となる。また、精神障害者像の多様化に伴い、精神科医療機関の診断技術の向上も求められる。

目次

- I はじめに
- II 精神障害者支援の歴史的経過
- III 精神障害者雇用・就業支援の歴史的経過
- IV 精神障害者雇用・就労の現状
- V 雇用・就業支援対象となる精神障害者像の広がり
- VI 障害者雇用促進法等の改正による影響
- VII 今後の展望

I はじめに

2013（平成25）年の通常国会において、障害者の雇用の促進等に関する法律が改正された。この改正では、精神障害者を法定雇用率の算定基礎に加えること、企業に対して、障害を理由とする差別的取り扱いを禁止することと合理的配慮の提供義務を課したことが大きな柱である。それに先立ち、政令によって2013（平成25）年4月か

ら法定雇用率を1.8%から2.0%に引き上げた。これらの動きが、精神障害者雇用状況にどのような影響をもたらすのか、歴史的な経過も踏まえて現状と展望について考察する。

II 精神障害者支援の歴史的経過

わが国は、1900（明治33）年の精神病者監護法制定以来、社会防衛、入院中心、民間病院中心、長期入院・社会的入院という負の歴史を背負ってきた。現在、そこからの脱皮を懸命に図っているところであるが、民間病院中心という足かせが、そのスピードを鈍らせている。国が責任をもって精神科病院を整備してこなかったつげまわってきているといえる。

さらに、精神障害者は「障害者」ではなく「患者」として位置づけられていたことで、医療中心の施策となり、福祉や雇用・就業支援の対象者と

して位置づけられていなかった。これが現在においても大きな影響を与えている。しかも、その精神科医療が人権上の問題を内包し、患者中心の医療となりえなかったことが複雑に絡み合い、現在の精神障害者支援に大きな影響を与えているといえよう。

精神病患者監護法では私宅監置制度が制定されていた。これは、精神病患者を保護し、社会に害の及ばないようにするために、医療には素人の監護義務者（後見人、配偶者、四親等以内の親族等）に私的に病者を隔離させ、警察に届け出て、行政の許可を得るものである。つまり、医療そのものが提供されていなかったといえる。その実態は悲惨なもので、当時東京帝国大学教授であった呉秀三氏は私宅監置の実態調査の報告で、「この国の十何万人の精神病患者は、実にこの病にかかった不幸のほかに、この国に生まれた不幸を重ねるものと言うべきである」と述べている。

精神病患者監護法制定から50年、1950（昭和25）年に精神衛生法が公布されたことでやっと私宅監置が廃止され、精神科病院における処遇が中心となった。しかし、その処遇は、治療して社会生活に戻すというのではなく、入院させることによって社会を防衛するという隔離のための強制入院であった。そのため、治療後の退院という道筋はほとんどなく、入院することで治療が終わるといったのが現実であった。

そのような状況から脱皮し、リハビリテーションやコミュニティケアに舵を切ろうとして1965（昭和40）年に精神衛生法が改正された。ところが、改正作業を進めているときにライシャワー事件が起きた。これは、精神疾患に罹っていた青年が米国のライシャワー駐日大使を路上で刺すという事件であった。これにより、「危険な精神障害者を社会に出すな」という風潮が強まり、保健所を地域の第一線機関として位置づけ、コミュニティケアを推進する予定であった法改正の内容は頓挫し、入院中心施策を続行させることとなった。

その結果、精神科病院・病床数の増加策が促進され、1966（昭和41）年には20万床、1975（昭和50）年には28万床、1985（昭和60）年には34万床となり、世界一精神科病床を有する国となっ

てしまったのである。同時に、公立病院を民間病院に代用させることができるという精神病院法が1919（大正8）年に制定されていたこともあり、民間病院の設置が進み、わが国の精神科病院の8割を占めるまでになった。これが、長期入院・社会的入院の促進、病床削減の足かせとなっているのである。

精神科病床の2005（平成17）年平均在院日数は327日（病院報告）で、一般病院全体平均38.7日、諸外国のアメリカ6.9日、イギリス57.9日、ドイツ22日、イタリア13.3日、フランス6.5日（2005年診断分類別精神及び行動の障害（OECD Health Date 2008）と比較するといかに長期入院であるかがわかる。なお、平均在院日数は、2012（平成24）年は292日にまで減ってきている。

長期入院は精神科病床数の増加を招き、人口1万に対するわが国の病床数は28床となっており、アメリカ・カナダ3、イタリア1、イギリス7、フランス10床（OECD Health Date 2007、アメリカ・カナダは2004年、その他の国は2005年のデータ）と比較すると、わが国の多さは突出している。これは、諸外国の精神科病院が公立病院であり、施策として病床数を削減し、コミュニティケアを積極的に進めていったのに対して、わが国は民間病院中心のために病床削減が施策として進めにくいという状況が大きく影響しているといえる。

収容型の長期入院が続くことと、医療法における精神科特例により、少ない看護等人員で医療に係わることから、管理的な援助、力で押さえる援助が台頭してきた。そして、1984（昭和59）年に発覚した宇都宮病院事件等の精神科病院不祥事が続出した。宇都宮病院事件は無資格者による医療行為、医療従事者による患者への暴行、人権侵害によって患者が死亡させられるという悲惨な事件であり、精神科病院の実態が社会に衝撃を与えた。

そのような中、1970（昭和45）年にリハビリテーション施設の設置が開始されたが、3施設のみにとどまり、コミュニティケアへの流れとはならなかった。

コミュニティケアへの流れを作り始めたのは、精神衛生法が改正されて1988（昭和63）年に施行された精神保健法であった。この法改正は宇都

宮病院事件等に代表される精神科病院内での人権侵害事件を防止し、コミュニティケアを促進させることが柱とされ、社会復帰の促進、精神障害者福祉の開始、人権に配慮した適正な医療及び保護が謳われた。そして、社会復帰施設として生活訓練施設、福祉ホーム、授産施設が法定化された。しかし財政的な援助が少なかったために、医療法人による設置が相次ぎ、従来の精神科医療モデルの延長としての福祉援助となってしまった。

1993（平成5）年には障害者基本法が制定され、はじめて精神障害者が「障害者」として明記された。また、国に障害者計画を策定することが義務付けられ、精神障害者に対する計画も策定されることとなった。さらに1995（平成7）年には精神保健法が改正されて精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という）となり、さらに社会復帰への道が進められた。

同年には障害者計画である「障害者に対する新長期計画」、「障害者プラン」が策定され、初めて精神障害者社会復帰施設の設置数値目標が出された。この計画は、2003（平成15）年に策定された「障害者基本計画」「新障害者プラン」へと引き継がれ、社会的入院患者33万人のうち7万2000人を10年間で退院させ、入院中心から地域へという流れが明確に打ち出された。しかし、障害者プランにより精神科デイケア施設は増加したが、退院者は増加しなかった。

2004（平成16）年には厚生労働省から「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が出され、病床数削減数値目標や社会復帰施設の再編が示された。さらに「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」が発表され、これが2006（平成18）年からの障害者自立支援法、その後の障害者総合支援法へとつながり、現在は、精神障害者福祉施策も身体及び知的障害者と差がなくなっている。

しかし懸案だった長期入院患者の退院促進はなかなか進まず、国は障害者基本計画における数値目標の設定、退院促進支援事業、地域移行・地域定着支援事業など様々な試みが行われたが改善されていない。歴史的な長期入院患者は高齢化が進み、現在では高齢者施策の中に組み込まれようと

している。

50歳代以下の精神障害者の置かれている状況は、一部を除いて短期入院または通院治療が多数を占め、多くの精神障害者は地域で生活するようになった。2010（平成22）年6月精神科病院に入院した患者の入院後1年間の月別推計退院率によると、入院期間3カ月以内の退院率は58.1%、1年以内の退院率は87.6%となっている（厚生労働省精神・障害保健課）。また、2011（平成23）年患者調査によると、精神疾患患者数320.1万人のうち、入院患者は約1割の32.3万人となっている。

精神疾患治療薬も次々と開発され、効果を上げ始めている。新たな問題は頻回入院であり、そのため、相談支援、日中活動の場の確保、就労支援などの地域生活支援を必要とする精神障害者が増えている。精神疾患も多様化し、さらに、重度精神障害者も地域で暮らし始めた。精神障害の範囲も、精神疾患だけでなく、発達障害、高次脳機能障害も含まれてきた。今後は、精神障害の多様化と障害程度の多様化に対応した支援が必要とされるであろう。

III 精神障害者雇用・就業支援の歴史的経過

1 雇用・就業支援なき時代（1970（昭和45）年代まで）

ILO（国際労働機関）は1955（昭和30）年に「障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する勧告第99号」勧告を採択し、職業リハビリテーションの対象者を「身体的、精神的、もしくは心理的な障害（impairment）のために、職業に就き、それを持続し、進歩する能力の減退している人」としており、精神障害者も対象であることが明記された。

しかしわが国では、「障害者（disabled person）」を「身体障害者」と捉えたことで、精神障害者を雇用・就業支援の対象とする制度はとられなかった。これが精神障害者など身体障害者以外の障害者に対する対策を遅らせた大きな一因といえよう。

このように、わが国では精神障害を疾患として捉えており、障害者としての雇用・就業対象ではなく医療の対象であるとされていた。

2 雇用・就業支援の準備期（1980（昭和55）～1987（昭和62）年）

1981（昭和56）年に国際障害者年を迎え、精神障害者の雇用・就業支援策にも光が見え始めてきた。1982（昭和57）年に国際障害者年推進本部が「障害者対策に関する長期計画」を決定し、初めて精神障害者に対する雇用・就業支援の検討が明記された。

1986（昭和61）年に旧労働省が初めて精神障害者雇用・就業支援策を制度化した。これは精神障害回復者等に対する職場適応訓練制度である。数多くある障害者雇用・就業支援策のうちの一つを精神障害者に適用したにすぎないのであるが、初めて公共職業安定所の障害者窓口が精神障害者を対象とすることになったことになる。

海外では、1983（昭和58）年にILOが第159号条約「職業リハビリテーション及び雇用（障害者）に関する条約」を採択した。ここには「すべての障害者を対象にすること」が明記されており、世界の趨勢は、精神障害者にも身体障害者等、他の障害者と同様の職業リハビリテーション対策を講じるというものであった。

3 雇用・就業支援の夜明け（1988（昭和63）年）

1988（昭和63）年には身体障害者雇用促進法が改正され、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」という）が施行された。この法律では、対象となる障害者を「身体又は精神に障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう」（条文は当時のまま）と規定し、初めて法律上で精神障害者を雇用・就業支援の対象とした。

この法律の施行により、精神障害者も公共職業安定所の障害者窓口において正式に障害者として求職登録され、職業相談、紹介を受けることができるようになった。晴れて障害者の仲間入りができたのである。

この年には精神衛生法も改正されて、精神保健法が施行された。精神保健法では、社会復帰の促進が大きな柱の一つとされ、精神障害者社会復帰施設（授産施設、生活訓練施設、福祉ホーム）が規定された。授産施設が設置されることで、福祉的就労や職業準備の訓練など、精神障害者の雇用・就業支援は大きく前進することが可能となった。

奇しくも、1988（昭和63）年という年は、旧労働省と旧厚生省がそれぞれ同時に法律を改正し、これを機に精神障害者の雇用・就業支援策が正式に開始され、進展するきっかけとなった。

4 雇用・就業支援の展開（1989（平成元）年～2005（平成7）年）

1992（平成4）年に、わが国はILO第159号条約「職業リハビリテーション及び雇用（障害者）に関する条約」を批准した。これに伴い、国内制度は大きく整備された。同年に障害者雇用促進法の一部改正が施行され、身体障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度を精神障害者にも適用することとなった。さらに同年は、特定求職者雇用開発助成金制度を精神障害者にも適用されることとなった。これで、精神障害者が身体障害者及び知的障害者に比べて整っていないものは、雇用率制度への参入だけとなった。

ILO第159号条約批准を境に、精神障害者雇用・就業支援策は大きく広がっていった。地域障害者職業センターでは1987（昭和62）年から職業準備訓練を順次開始し、1992（平成4）年には、実際の事業所の場を活用し、そこに支援者を派遣して職業準備訓練を個別で行う、「職域開発援助事業」を順次開始し、積極的に精神障害者の支援を行っていった。職域開発援助事業は2002（平成14）年に職場適応援助者（ジョブコーチ）事業へと発展して現在に至っており、精神障害者の雇用・就業支援に大きな成果を上げている。

同時にハローワークの精神障害者支援機能を少しずつ強化し始めた。1993（平成5）年に精神障害者職業相談員を配置し、2011（平成23）年からは精神障害者雇用トータルサポーターへと発展してきた。精神障害者雇用トータルサポーターは、

精神障害者等の求職者に対して精神症状に配慮したカウンセリングを行う等の支援を行い、また、事業主に対して精神障害者等の雇用に関する意識啓発や理解促進を行うこととなっている。

1998（平成10）年4月には精神障害者の範囲が拡大され、統合失調症、気分障害、てんかんにかかっている者に加え、新たに精神障害者保健福祉手帳（以下「精神保健福祉手帳」という）を所持している者も対象となった。厚生労働省としても精神障害者の雇用義務化と雇用率参入をめざしており、1999（平成11）年に「精神障害者の雇用の促進等に関する研究会」（岡上和雄座長）を発足させた。そして精神障害者雇用率参入を見据えて、精神障害者雇用促進環境を整えておくことと、雇用のノウハウを蓄積しておく必要があった。そのためか、この年から精神障害者に対する、または精神障害者に有効な雇用・就業支援策が増加している。以下に列記する。

1999（平成11）年

- 精神障害者自立支援事業（現在の精神障害者総合雇用支援の職業準備支援事業自立支援カリキュラム）（地域障害者職業センター）
- 障害者試行雇用（トライアル雇用）事業（ハローワーク）

2002（平成14）年

- 障害者就業・生活支援センター事業（2014（平成26）年1月現在で全国に319カ所設置）
- 職場適応援助者（ジョブコーチ）事業（地域障害者職業センター）
- 在職精神障害者に対する職場復帰支援プログラム（現在の精神障害者総合雇用支援の在職精神障害者職場復帰支援事業）（障害者職業総合センターで実施後に地域障害者職業センターで開始）

5 新たな雇用・就業支援時代（2006（平成18）年～現在）

2006（平成18）年は新たな雇用・就業支援時代の幕開けといえる。障害者雇用促進法が改正され、4月より精神障害者も雇用率制度に参入した。そしてもう一つ、障害者自立支援法（現在の障害者総合支援法）が施行され、施設体系が再編された

のである。障害者自立支援法の内容については詳細には触れないが、就労支援の抜本的強化が図られ、従来の授産施設、小規模作業所、福祉工場などで行われていた就労支援を、就労移行支援事業、就労継続支援事業A型、就労継続支援事業B型、地域活動支援センター事業に再編し、精神保健福祉法から障害者自立支援法に根拠法を移した。

企業就労への移行支援に特化した「就労移行支援事業」が規定された。これにより、企業就労に移行する者が確実に増えた。就労移行支援事業では2年以内に企業就労に移行させることとされ、施設内で訓練するだけでなく、企業の間を活用することが積極的に奨励されており、ジョブコーチ支援の方法論を取り入れている。

また、2013（平成25）年4月から、政令により障害者法定雇用率が2.0%となった。さらに同年6月、障害者雇用促進法が改正された。改正の柱は、法定雇用率の算定基礎の見直しと、障害者権利条約の批准に向けた内容（差別の禁止、合理的配慮の提供義務など）である。今までの法定雇用率の算定基礎となる障害者は、身体障害者及び知的障害者となっていたが、これに精神障害者を加えることとなった。つまり精神障害者の雇用義務化である。これにより、障害者法定雇用率がさらに上がることが確実となり、短期間に企業の負担が相次いで増すことになる。そこで、2018（平成30）年までは2.0%を維持し、さらに2023（平成35）年までは精神障害者を算定基礎としない計算式と算定基礎とした計算式の間で政令で定める率でよいこととなっている。正式に精神障害者を算定基礎とした障害者雇用率は2023（平成35）年以降である。

ただし、公共職業安定所が企業に対して行う雇用率達成指導には、今度の改正によって精神障害者が加わるようになる。これは精神障害者雇用には追い風になることが予想される。1976（昭和51）年に身体障害者雇用率制度が制定されて以来、42年かかって三障害が同じスタートラインにたつことができた。次に課題となるのは支援技術、支援モデルであろう。

IV 精神障害者雇用・就労の現状

「平成 25 年度障害者雇用状況」（厚生労働省職業安定局）によると、2013（平成 25）年 6 月時点での民間企業の障害者実雇用率は 1.76%であり、右肩上がりが続いている。従業員 50 人以上の民間企業に雇用されている障害者は 408,947.5 人で、2012（平成 24）年より 7.0%（26,584.0 人）の増加である。10 年前の 2003（平成 15）年に比べて 16 万 2 千人、5 年前の 2008（平成 20）年に比べて約 8 万 3 千人も増加しており、2002（平成 14）年から毎年増加し続けている。このように、企業による障害者雇用数の増加は著しいものがある。

しかしこの雇用障害者数 408,947.5 人の内訳を見ると、身体障害者 303,798.5 人（76.3%）、知的障害者 82,930.5 人（20.3%）、精神障害者 22,218.5 人（5.4%）となっている。精神障害者の割合が低いことから、精神障害者の雇用はまだ他障害者に比べて少ないことがわかる。それでも、身体障害者は対前年比 4.4%増、知的障害者は 11.0%増に対して、精神障害者は 33.8%増であり、精神障害者の伸び率が大きくなっている。雇用されている障害者の中で精神障害者の占める割合は少ないが、それでも統計を取り始めた 2006（平成 18）年の 2 千人から毎年増加している。今後さらに伸びていき、占める割合も少しずつであるが増えていくことが予想される。

一方、「平成 24 年度ハローワーク障害者職業紹介状況」を見ると、2012（平成 24）年度のハローワーク紹介による精神障害者就職件数は 23,861 件で過去最高（対前年度比 5,016 件（26.6%）増）となっており、知的障害者（16,030 件）を大きく上回っている。この増加率は特筆されるべき数字である。精神障害者の就職件数は年々増加しており、9 年前の 2003（平成 15）年度の 2,493 件、4 年前の 2008（平成 20）年度の 9,456 件、そして 2012（平成 24）年度の 23,861 件と、異常なほどの増加といえる。

しかし、異常なほどの就職件数の多さであるが、障害者雇用状況をみると、働いている障害者全体の中で精神障害者は 5.4%でしかない。このこと

から、精神障害者の離職率の高さがうかがわれ、精神障害者が抱えている課題は就職後の継続であることがわかる。雇用・就業支援機関の専門職が行うべき精神障害者支援の焦点は「就職すること」ではなく「就職して働き続けること」であるといえよう。

V 雇用・就業支援対象となる精神障害者像の広がり

精神障害者の就職件数が異常なほど大幅に伸びていることを前項で述べた。そこであらためて精神障害者像を見てみたい。障害者雇用促進法等では、障害者について「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）その他の心身の機能の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう。」と規定されている。精神障害者については、①精神保健福祉手帳の交付を受けている者、②手帳を保持していない場合は、統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）又はてんかんにかかっている者となっている。また、障害者実雇用率に算定される精神障害者は精神障害者保健福祉手帳所持者に限定されている。

精神障害者像については、医療・福祉・雇用就業ともに、統合失調症に罹っている者への対応が中心であった。この状態に変化が見え始めたのが 2000（平成 12）年に入ってからである。厚生労働省が 2002（平成 14）年 9 月に設置した「精神障害者の雇用の促進等に関する研究会」（高橋清久座長）において企業調査を実施したところ、企業で働く精神障害者の 94.3%は採用後の障害者であることがわかったのである。そして、精神障害者の 83%が気分障害（うつ病）であること、22%の人が休職中であったこともわかった。雇用・就業支援機関が考えていた精神障害者像は統合失調症に罹っている者であったが、企業が直面している精神障害者像は気分障害（うつ病）であったのである。これは衝撃的であった。このことから、採用後精神障害者の復職支援、気分障害（うつ病）に対する支援が課題として浮き彫りになったのである。

この頃から復職支援がクローズアップされ、2002（平成14）年から障害者職業センターにおいて「在職精神障害者に対する職場復帰支援プログラム（現・精神障害者総合雇用支援の在職精神障害者職場復帰支援事業）」が開始され、さらに民間の精神科医療機関においても、デイケアを中心にリワークプログラムが取り組まれ始めた。

このように、2000（平成12）年頃の雇用・就業支援対象としては、中軽度の統合失調症、復職支援対象としてうつ病という枠組みで精神障害者の雇用・就業支援が行われてきたといえよう。

様相が変わってきたのは2010（平成22）年前後からである。これは、障害者自立支援法が制定され、旧体系のほとんどの施設が新体系に移行したこと、精神障害者の就職件数が大幅に増加していくこととも歩調を合わせている。一つは発達障害の増加である。発達障害は認知機能など脳機能の障害であり、従来から雇用・就業支援は取り組まれていた。しかし、知的障害にも入らず、精神障害にも入らない「その他の障害者」として位置づけられてきた。

しかし、発達障害による生活しづらさからメンタル不調を起し、精神科医療機関に通院し、発達障害の診断または精神疾患の診断を受け、就労系障害福祉サービスを受ける者が増えてきた。また、メンタル不調を起さなくても、障害者雇用率に算定されるためには精神保健福祉手帳が必要になるため、手帳を取得する発達障害者も増えてきた。障害者基本法や障害者雇用促進法において発達障害が精神障害に位置づけられたことも影響しているといえよう。

さらに、うつ病の様相が激変してきた。30代以下の若者のうつ病が、従来のうつ病とは状態像が大きく変わり、新型うつ病、未熟型うつ病などといわれるようになった。「自己愛が強い」「他罰的」「対人関係がうまくとれない」「職場などの環境にうまく適応できない」「重い症状エピソードをもたない」「気分転換ができる」などが特徴で、専門家の間でも「うつ」か「なまけ」かわかりにくいといわれている。発達障害のように脳機能には障害がないが、職業生活場面で表れる言動や物事の考え方や捉え方などは発達障害と似通ってい

る。そのため、生活支援機関では新型うつ病も含めて「発達障害」と見立てる、精神科医療機関では、発達障害も含めて「新型うつ病」と見立てるケースが多く見られ、雇用・就業支援機関では混乱を招いているように思える。これに引きこもり等の社会不安障害を含めると、この領域の精神障害者は増加の一途をたどり、とてつもない数になるのではないかという危惧がある。現に障害者雇用に関する統計にもその様相が出始めている。

このような危惧を抱く要因として、就労移行支援事業などの小規模な障害福祉サービス事業所が増加し、利用者確保が経営に大きく影響を与えるために、どの事業所も利用者確保が課題となっているからである。特に就労移行支援事業は利用期限が決まっているために、常に新たな利用者を確保していかなければならない。また、就職者を多く出すと報酬単価が上がって経営にプラスとなるため、（離職もしやすいが）就職しやすい軽度障害者は歓迎される。それに当てはまるのが新型うつ病や軽度発達障害者である。これらの方々が精神科医療機関を受診し、精神保健福祉手帳を取得すれば、精神障害者はますます増加していくこととなる。精神科医療機関の診断技術の正確さが精神障害者数を大きく左右するように感じる。

現在、雇用・就業年齢にある統合失調症圏の精神障害者は大幅に減ってきている。しかし、今まで入院治療の対象としていた重度統合失調症者が、地域移行への政策誘導とその機運、ACT（Assertive Community Treatment、包括型地域生活支援）やアウトリーチ推進事業などの支援機関の出現、障害者自立支援法・総合支援法による地域生活支援機関の増加などにより、退院して地域生活を送るようになってきた。そして、先駆的な就労支援機関や医療機関が彼らに対する雇用・就業支援を始めた。まだ支援数は多くないが、重度の統合失調症者までが就労支援対象となっていており、対象の広がりを見せている。

これらに加え、脳血管疾患や頭部外傷による高次脳機能障害、てんかん、さらにはアルコールおよび薬物依存、境界性パーソナリティ障害等も精神保健福祉手帳を取得すれば対象となる。精神障害者は多様化し、広がりを見せ、対象者数も増加

の一途をたどっている。この多様化した精神障害者に、企業のみならず、雇用・就業支援機関の専門職が対応できるかである。専門職は職業生活上の障害、その障害を引き起こす機能的障害を理解し、適切な支援方法を身につけることがますます要請されることになる。「精神障害者に対する雇用・就業支援方法」というくくりで方法論を語れない時代になってきている。

VI 障害者雇用促進法等の改正による影響

2013（平成25）年の障害者雇用促進法改正の柱は、①法定雇用率算定基礎の見直しと、②障害者権利条約の批准に向けた内容（差別の禁止、合理的配慮の提供義務など）である。

1 法定雇用率算定基礎の見直し

2013（平成25）年の改正によって、2018（平成30）年から、法定雇用率算定基礎となる障害者に精神障害者が加わることとなった。つまり精神障害者の雇用義務化である。改正前の法定雇用率の算定基礎となる障害者は、身体障害者及び知的障害者となっていたが、これに精神障害者を加えて法定雇用率を算定することとなった。

法定雇用率の算定方法であるが、身体障害者である常用労働者の数+失業している身体障害者（求職者）の数+知的障害者である常用労働者の数+失業している知的障害者（求職者）の数を分子として、常用労働者数-除外率相当労働者数+失業者（求職者）数を分母として計算した数字を法定雇用率としているのである。今回の改正で、分子に精神障害者である常用労働者の数と失業している精神障害者（求職者）の数を加えることになる。なお、ここでいう精神障害者とは、精神保健福祉手帳所持者に限定される。

そうなると分子の数が大きくなり、必然的に法定雇用率が上がることになる。しかも注目したいのは、たとえ就職につながらずに常用労働者数にカウントされなくても、ハローワークに求職登録しておけば失業者としてカウントされるため、法定雇用率が上がることになることである。働くこ

とを希望する精神障害者が増えることで法定雇用率が上がるという仕組みに注目しておきたい。

このように、法定雇用率算定基礎の見直しは、精神障害者の雇用が促進されるという限定的なことではなく、法定雇用率が上がることに繋がるので、事業主はさらに障害者雇用を進める必要があり、障害者全体の雇用が促進されることになるのである。

法定雇用率の数字は、障害者雇用促進法ではなく政令によって定めることになっている。前回の改定は、知的障害者の雇用義務化により1997年に1.6%から1.8%となった。そして2013（平成25）年6月の障害者雇用促進法改正の前に法定雇用率の改定が16年ぶりに行われ、2013（平成25）年4月から法定雇用率が2.0%となったのである。さらに6月に障害者雇用促進法が改正されて精神障害者が算定基礎に含まれると、2018（平成30）年にまた法定雇用率が上がることになる。精神障害者の常用労働者数や求職者が年々増加している現状を見ると、大幅な上昇が見込まれる。そうなると短期間に企業の負担が相次いで増すことになる。そこで、精神障害者を算定基礎に加えることに伴う2018（平成30）年の法定雇用率の引上げ分については、本来の計算式で算定した率よりも低くすることを可能とすることとしている。つまり激変緩和措置がとられたのである。

そして、2023（平成35）年には本来の計算式で算定するので、また法定雇用率が上がることになるであろう。今後は5年ごとに法定雇用率が上昇することが見込まれ、精神障害者を含む、障害者全体と法定雇用率が適用される企業全体に大きな影響を与えることがわかる。

精神障害者に与える影響はもう一つある。それは、ハローワークが企業に対して行う雇用率達成指導への影響である。ハローワークは、法定雇用率未達成企業に対して、達成するための指導を行っているが、現在は身体障害者及び知的障害者を雇用するように指導している。しかし2018年からは、これに精神障害者も加わることになる。これは精神障害者雇用には大きな追い風となる。

2 障害者権利条約の批准に向けた内容（差別の禁止、合理的配慮の提供義務など）

2014（平成26）年に入り、わが国は障害者権利条約を批准した。障害者雇用促進法の改正は、批准するための環境を整える内容であった。

一つは障害を理由とする差別的取り扱いの禁止を企業に課したことである。具体的には、障害があるという理由で不採用にすることや賃金を低く設定することなどがこれにあたるといえる。誤解してはならないことは、障害のある人の「能力」を見ないで「障害」の有無や程度だけを見て採否や給与等を判断すること等を禁止したことである。

二つ目は、企業に合理的配慮義務が課せられたことである。企業は、過重負担となる場合を除き、障害特性に合わせた配慮をしなければならないこととなった。この二つの具体的な事例については、厚生労働省で指針を策定して示すこととなっており、現在作業を進めているところである。

しかし、指針が示されても、精神障害者像が多様化している今、企業だけで配慮策を講じることには限界がある。今後ますます、雇用・就業支援機関の専門職に対して企業支援の期待が高まり、専門職の専門性の向上がさらに求められることになるといえよう。

Ⅶ 今後の展望

障害者雇用促進法等の改正により、国は企業に対して障害者雇用に関する様々な義務を課すようになった。わが国の障害者雇用・就業支援策は、①企業への様々な義務を課すことと法令遵守のための指導、②障害者を雇用した企業への経済的負担の軽減、③雇用・就業支援機関による人的支援の3点といえる。

①と②は飴と鞭の関係である。ただし、①と②だけでは、精神障害者など多くの支援を要する障害者の雇用継続は難しいといわざるを得ない。雇用・就業支援機関による障害者に対する相談・就業準備支援・職場に適應するための支援・雇用への移行支援・就職後のフォローアップ支援などが

必要不可欠である。また、障害者だけではなく、障害者を雇用する企業に対しても、障害理解・可能な職務の発見や再設計・障害者へのかかわり方の支援など様々な支援が必要といえる。そのため、③の支援が重要となってくる。

①の比重が大きくなるほど、雇用・就業支援機関による企業への③の支援が障害者雇用とその継続に大きな影響を与えるといえよう。これからの雇用・就業支援機関は、多様化する精神障害者に適した支援を行う技術と共に、企業に対する支援の技術など、ますます質の高い支援ができるようにならなければいけなくなるであろう。法定雇用率が上がり、現在よりもさらに、より多くの支援を要する障害者が障害者雇用に参加するのは確実である。雇用・就業支援機関と障害者本人と企業とが一緒になって雇用とその継続を進めていく方法が必要となろう。

第二に、精神障害者の多様化に伴い、精神科医療機関の診断技術の精度を上げ、医学モデルでの診断と、さらに社会モデルでの生活のしづらさのアセスメントを加える必要がある。今の状況が続けば、精神障害者とそうでない者とのボーダレス時代が来るかもしれない。また、就労移行支援事業などの雇用・就業支援機関が新たな精神障害者の生産を促す存在となる可能性も否定できない。本当に心身の機能に障害があり、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をしっかりと支援していく体制をあらためて考える必要がある時期に来ているといえよう。

参考文献

- 相澤欽一（2007）『現場で使える精神障害者雇用支援ハンドブック』金剛出版。
- 片田珠美（2011）『一億総うつ社会』ちくま書房。
- 倉知延章（2013）「どうなる法定雇用率？」『こころの元気+2013.7』
- （2013）「精神障害領域における職業リハビリテーションと制度改革～精神障害者雇用をめぐる現状から分析する～」『職業リハビリテーション 第27巻 No.1』
- 厚生労働省職業安定局（2004）『精神障害者の雇用を進めるために～雇用支援施策の充実と雇用率の適用（精神障害者の雇用の促進等に関する研究会報告書）』。
- （2008）『障害者の一般就労を支える人材に関する研究会報告書』。

—— (2012) 『地域の就労支援の在り方に関する研究会報告書』.

高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター (2010) 『雇用対策上の精神障害者の認定のあり方に関する調査研究 資料シリーズ No. 52』.

中島聡 (2008) 『「心の傷」は言ったもん勝ち』新潮社.

日本精神保健福祉士養成校協会編 (2013) 『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版.

—— (2014) 『精神障害者の生活支援システム』, 中央法規出版.

『精神科臨床サービス』 Vol13. No. 2, 星和書店, 2013年.

くらし・のぶあき 九州産業大学国際文化学部臨床心理学科 (精神保健福祉コース) 教授。最近の主な著作に「精神障害領域における職業リハビリテーションと制度改革——精神障害者雇用をめぐる 現状から分析する」『職業リハビリテーション』第27巻 No.1。精神保健福祉、職業リハビリテーション専攻。