

## 2. 1 難病（特定疾患）

### 1. 障害の特徴

難病は行政上の便宜のために設けられた分類であり、その特徴は疾病によって様々である。また、新たな治療法の開発により難病が難病でなくなることや、新たな難病が加えられることもある。「難病」あるいは「特定疾患」とは、厚生省の難病対策要綱によれば、次のように定義されている。

- ①原因が不明で、治療方法が未確立であり、かつ後遺症を残す恐れのない疾病、
- ②経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず、介護等にも著しく人手を要するため家族の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病。

平成9年現在で、国で治療に公費負担のある特定疾患に指定されている疾病は38種類であり、その他にも各都道府県で公費負担の受けられる疾患を含めると60種類程度がいわゆる難病の範囲に含まれる。これまで行政的には、1) 調査研究の推進、2) 医療施設の整備と要員の確保、3) 医療費の自己負担の解消、を骨子とした対策がとられてきている。難病の病気の内容としては、表2-1（慢性疾患等全体でまとめた）に示すように様々である。これらの難病は、現在の医学レベルや治療法の限界により完治が望めないため疾病が慢性化しており、可能な限り、疾病管理と社会参加を平行して進めることが適当と考えられる。

## 2. 職業につく（あるいは定着する）上で出会う困難な点、問題点

### (1) 疾病の悪化や再発を予防するための疾病管理の必要条件

難病者の就業の可能性は、疾病管理の立場から医師による総合的な判断が最優先される必要がある。職業生活を送っていく中で、医師の指示を無視して無理をした場合、疾病が再発して休業する必要がある可能性がある。この観点は難病者の職業リハビリテーションにあたって重要である。

現在の一般的な就業可能性についての見解によると、発症から1年以内に死亡する難病も5、6種類あり、病状が進行性で生活活動能力の低下を伴いつつ10年以内で死亡することが多い難病も3種類ある。このような難病では、現状では、疾病管理と職業生活の両立は非常に困難であるといわざるを得ない。しかし、半数以上の難病は、その重症度によっては、疾病管理上の必要条件（自己管理、通院・治療の保障、就労条件の制限など）が整えば、職業生活を制限する理由は医療の立場からはないといえる。いくつかの疾病については、症状によって重度判定をする基準が設けられており、その中で生活指導や就労の可能性が示されている。しかし、就労の可能性は、現在の一般的な職業生活による負担を想定して

決められていることが多い。そのため、通勤の負担や職務要件次第では、就労の可能性についての見直しの余地がある。必要以上に就労が制限されないように、主治医等と就労条件について連絡を密にするなどの注意が必要である。

## (2) 疾病による機能障害と能力低下の特性による職業のオキュペーションナルレベルでの制限事項

疾病管理の立場から就業が可能とされても、実際の職業に従事するにあたっては、様々な機能障害や能力低下と、個々の仕事に要求される要件との関係で、職業選択の制限が生じる。すなわち、特定の職務に就いた場合、障害が原因で、仕事効率の低下、自分自身への危険、同僚への危険、不特定多数の公衆への危険に直結するならば、その職務に就く必要要件を満たしていないことになる。この観点は従来からの障害者の職業上の困難性と共通している。

難病の機能障害と一般職業上の能力低下について、慢性疾患全体で、表2-2に整理した。多くの障害特性は従来の障害認定基準との共通性があり、障害者手帳の取得が可能な場合もある。一方、排尿機能障害、消化器症状、易疲労性、精神神経症状、皮膚の障害、自律神経障害、貧血症状、出血傾向、感染しやすさ、などの従来の障害認定基準には含まれていない機能障害による能力低下がみられる疾病がある。

作業強度の制限、労働時間制限、過労を避ける必要など、内部障害者と共通する能力低下がある一方、体調維持のために精神的ストレスの多い環境で働くことが禁止されている場合や、寒冷や高温、日光を避ける必要、高所での作業の禁止など、具体的な個々の職務要件にだけ関わってくる項目もある。また、突然、意識喪失する可能性がある疾病では自動車等の運転などが禁止されている。難病の大部分は感染の危険性が証明されておらず、言い換えれば他者への感染はないといえる。

また、発症年齢によっても表2-3のように様々であり、それぞれに職業上の困難性の課題は異なってくるであろう。例えば、10歳代後半から20歳代で発症するクローン病や潰瘍性大腸炎などは寛解期では一見ほとんど障害がないようにみえるため、就職活動で企業側に病名を知らせるべきかどうかは本人にとって大きな葛藤となるであろう。働き盛りでの発症であれば、配置転換のあり方が課題になるであろうし、退職時期が近づいた時期であれば早期退職のあり方が課題となるであろう。

## 3. 就職・定着促進のための配慮、支援策等

難病者の職場での配慮事項といっても、従来障害者への配慮事項と共通したものが多い。医療との密接な連携については、内部障害者に対する配慮と共通しており、また、個々の障害特性への配慮としては、表2-2に示した障害特性に応じた身体障害者への配慮の応用で十分対応できる面も多いであろう。しかし、それ以外に難病に特有の支援策も必要である。それらについて以下にまとめた。

## 事例2 アルコール性肝硬変

肝疾患のため、食後1時間休養する必要がある、体力が極端にない。1日3から4回服薬し、月二回の通院が必要である。服薬の副作用として、眠気、倦怠感、嘔吐、手足の硬直、頭がボーッとする、頻尿などがある。就労を継続できる体力がないことと共に、定期的な通院、服薬が必要な状況で、事業所の理解・配慮が望まれるのに、身障手帳の対象とならないため、援護制度の活用や事業所の理解・配慮を得ることが出来ない。病状が進行していて、就労に必要な体力を保持できなくなっている状態で、就労の対象者とは考えにくい。援護制度の対象となること、短時間労働（週20時間以上30時間未満）に対する援護制度の充実が望まれる。

## 引用文献

障害者職業総合センター：雇用事例にみる障害者と職業。資料シリーズ，16，1997.

## 参考文献

川村佐知子編：難病患者のケア。出版研，1993.

Cox, R. A. F., F. C. Edwards, and R. I. McCallum Eds. : Fitness for Work 2nd ed, Oxford University Press, 1995.

佐藤久夫：肝臓機能障害者のかかえるハンディキャップ。リハ研究，81，15-19，1994.

塩川優一編：難病必携 第6版。第一出版，1988. 川村佐知子編：難病患者のケア。出版研，1993.

重松逸造監修：難病への取組みと展望。日本公衆衛生協会，1989.

筒井末春編：現代の慢性疾患-Follow Up と生活指導のポイント。新興医学出版社，1991.

内部障害者保健管理研究会（代表：川久保清）：内部障害者の職業生活上の配慮事項に関する研究。平成7年度障害者雇用問題調査研究報告書，日本障害者雇用促進協会，1996.

西谷裕編：現代難病事典 改訂版。東山書房，1994.

橋本信也：難病の事典 厚生省特性疾患の治療・看護の手引き。小学館，1995.

村上由則：障害としての内部疾患。リハ研究，81，2-8，1994.

## 第3節 高機能自閉症

### 1. 障害の特徴

#### (1) 自閉症の定義

DSM-IVでは、広範性発達障害（Pervasive Developmental Disorders）の中に、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広範性発達障害と並んで自閉性障害（Autistic Disorder）が記されている。表3-1にその内容を示す。

表3-1 DSM-IVにおける自閉性障害

- 
- A. 以下の(1)、(2)、(3)から合計6つ（またはそれ以上）、うち少なくとも(1)から2つ、(2)と(3)から1つずつの項目を含む。
- (1)対人的相互反応における質的な障害で以下の少なくとも2つによって明らかになる。
- (a)目と目で見つめ合う、顔の表情、身体の姿勢、身ぶりなど、対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害
  - (b)発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗
  - (c)楽しみ、興味、成し遂げたものを他人と共有すること（例：興味あるものを見せる、もってくる、指さす）を自発的に求めることの欠如
  - (d)対人的又は情緒的相互性の欠如
- (2)以下のうち少なくとも1つによって示される意志伝達の質的な障害
- (a)話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如（身振りや物まねのような代わりの意思伝達の仕方により補おうという努力を伴わない）
  - (b)十分会話のある者では、他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害
  - (c)常同的で反復的な言語の使用または独特な言語
  - (d)発達水準に相応した、変化にとんだ自発的なごっこあそびや社会性を持った物まね遊びの欠如
- (3)行動、興味および活動の限定され、反復的で常同的な様式で、以下の少なくとも1つによって明らかになる
- (a)強度又は対象において異常なほど、常同的で限定された型の1つ又はいくつかの興味だけに熱中すること
  - (b)特定の、機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである
  - (c)常同的で反復的な衝動的運動（例えば、手や指をぱたぱたさせたりねじ曲げる、または複雑な全身の動き）
  - (d)物体の一部に持続的に熱中する
- B. 3歳以前に始まる、以下の領域の少なくとも1つにおける機能の遅れ又は異常
- (1)対人的相互作用
  - (2)対人的意志伝達に用いられる言語、または
  - (3)象徴的または想像的遊び
- C. この障害はレット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明されない
-

また、ICD-10においても、広範性発達障害に自閉症の関連障害が明記されており、小児自閉症は以下のように定義されている。

「3歳以前に現れる発達の異常又は障害の存在であり、相互的対人関係、コミュニケーション、限定された常同的な反復行動という3つの精神病理学上の領域のすべてにおける特徴的な機能の異常の存在である。このような特異的な診断特徴に加えて、恐怖症、睡眠と摂食の障害、かんしゃく発作、攻撃性といった、他の非特異的な問題を呈することがしばしばである。」

DSM-IVにしてもICD-10にしても、目があわないなどの、1) 社会的相互交渉の異常、話し言葉がなかったり、あってもオーム返しが多かったりする、2) コミュニケーションの異常、そして興味や活動が限局し、常同的で反復的なものになっている、3) 常同行動などがそのメインとなっている。

## (2) 自閉症の知的能力

自閉症という障害を世界で最初に発表した Kanner (1943) は自閉症の知能について、言葉のある子どもの語いの豊富さや、非常に優れた記憶能力等から高い知能を所持していると報告している。しかしながら、Rutter Lockyer (1985) がロンドンで63人の自閉症児の調査を行った結果、IQ50以下が40%、IQ50-70が30%となっており、また Lord, Schopler Revicki (1982) がノースカロライナ州で475人の自閉症集団を調査した結果、IQ70以上はわずか16%のみで、IQ80以上となるとわずか7%であったという。

このように、自閉症は精神発達遅滞を重複しているものが多いことが認められている。

しかし、その中でIQ値の高い自閉症者存在することも事実であり、大学で助教授として働いている自閉症者もいる (Grandin, 1986)。

## 2. 職業につく（あるいは定着する）上で困難な点、問題点及び就職・定着促進のための配慮、支援策等

ここで、高機能自閉症者の定義を調べてみると、IQが80以上であるとか、あるいは100以上であるとかの記載はどこにもなく、わが国では知的障害者としての療育手帳が取得できないでいる自閉症者が高機能と呼ばれているものと考えられる。

そして、その高機能と呼ばれている自閉症者には、重度の知的障害を重複している自閉症者と同様に、あるいは違った意味で様々な問題を抱えている。

内山 (1985) によると、高機能で言語的交流が可能な自閉症者の中に、抑鬱状態、神経症状、消化性潰瘍、円形脱毛、強迫症状、登校拒否、かんしゃく発作などの症状があり、言語発達が良好なことが精神症状の発言に促進的に働く場合さえあると報告している。

また、小林・岡村 (1990) は、就職した高機能自閉症者が職場に過剰適応しようと自ら無理をし極度の疲労状態の結果、精神症状を呈したケースを報告しており、彼らを精神科のデイケアのスポーツ活動

で観察したところ、他者への関心が乏しく、ルールに過度に厳格であり、対人関係が強く求められる状況では回避的行動が多いなどが現れている。

しかしながら、高機能の自閉症者は知的に高いが故に療育手帳を取得することができず、また精神障害でもないため、行政における雇用率の対象者とはなっておらず、また各種助成金制度も高機能自閉症者は対象外である。

### 3. 高機能自閉症者の事例

—— 高機能だがこだわりがあり、コミュニケーションに課題が残る自閉症者 ——

#### (1) 対象者の概要

ヨウヘイ（仮名）32歳 男性

3歳の時コミュニケーションがうまくとれないという理由で児童相談所で相談したところ、自閉症と診断される。しかし、学校の勉強はよくでき、小学校、中学校はトップクラスであった。高校も進学校を卒業し、有名私大商学部に入學し、4年で卒業。

大学卒業後コンピュータソフトのA社に入社したが、SEとしてノンバンクのB社に派遣されたところB社社員とトラブルをおこし、退職。その後、父の経営する学習塾の手伝いなどを行うが、父親から別の仕事を探すように言われ求職活動するもこの会社も断られる。現在、作業所に週1度通所しながら、求職活動中であるとのことであるが、旺盛な就労意欲は認められず、毎日関東圏内を電車でぐるぐるとまわっている状態である。

#### (2) 主 訴

能力は高く、32歳という年齢から考えて再度就職に向けてどのように活動したらよいかをN作業所で相談したところ、地域センターを紹介され来所。

#### (3) 行動および学習の状態

##### ① ことばの理解と表出

基本的なことばの理解能力はあるものと思われるが、表出言語が自分流になってしまい、機能が高い分だけ第三者に誤解を招く。

##### ② 特異行動

外出して歩く際にこだわりがあり、点字ブロックや境目のしきりなどは踏むことができないため下を見ながら妙な足の運びをする。

##### ③ 対人関係

質問に対して前置きが長く、的を絞った具体的な受け答えができない。

#### (4) 職業評価の結果と解釈

##### ① 知能検査結果

IQ : 116 (言語性 IQ : 120, 動作性 IQ : 110)

言語性 IQ と動作性 IQ の差は10であり、この差は統計的には有意ではない。しかしながら、図3-1に示されるように下位検査間に大きなバラツキを示している。

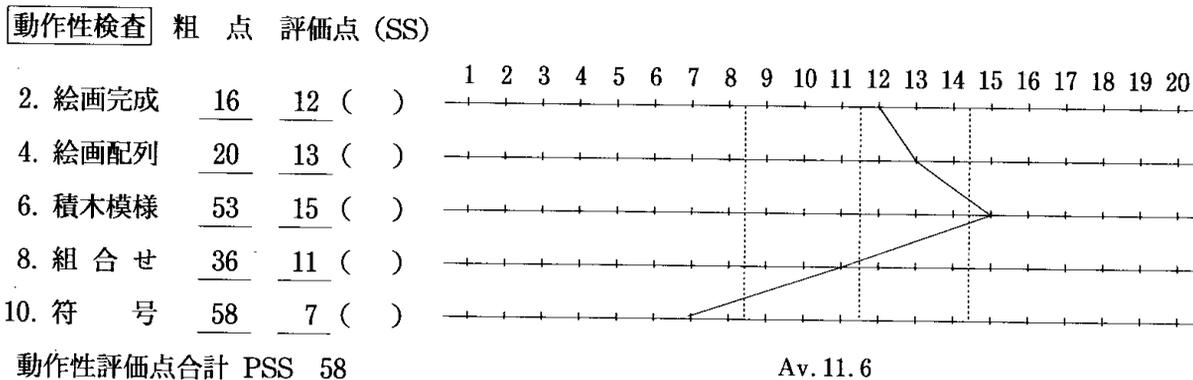
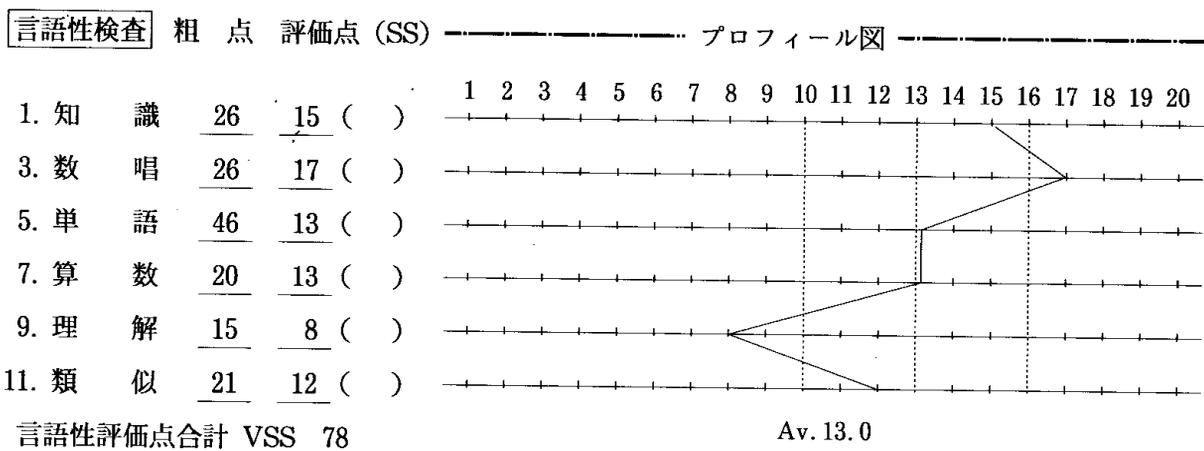
とりわけ、言語性では〈理解〉が弱く、一般的な社会常識が疎いことがうかがわれる。

言語性検査のプロフィール分析から、強いところとして、〈習得知識〉及び聴覚記憶、長期記憶等の〈記憶〉が、また弱いところとして〈言語表現〉〈言語的推理〉が抽出された。

**WAIS-R**

記録用紙

氏名 ヨウヘイ (仮名) 年齢 32 歳 障害名 自閉症



言語性評価点合計 VSS (78) VIQ (120) 動作性評価点合計 PSS (58) PIQ (110) 全検査評価点合計 (136) IQ (116)	観察
---	----

図3-1 ヨウヘイ (仮名) の WAIS-R プロフィール

動作性検査では、〈視覚的体制化〉能力の強さが抽出され、また両検査を通して「数唱」と「積木模様」が優位に高いといった〈自閉症サイン〉も認められた。

さらに、影響因として、〈初期環境の豊かさ〉〈学校での学習〉が強いが、〈過度な具体的思考〉の困難さも窺われた。

## ② その他の検査結果と解釈

### ア) GATB

下位検査間に波があり、最も高い〈書記〉と最も低い〈知的〉の間には50もの差が見られた。適性職業群としては簡易事務が基準を満たしており、デザイン・写真が基準をほぼ満たしているだけであった。

### イ) SCT, PF スタディ

文章的に一見まともに見えるが、よくみると自分流の判断で行うため、ずれが生じているところが見られた。

## (5) 今後の方針

作業能力は高いため、職種を選ばなければ就労の可能性はあるが、IQが高いことから療育手帳を取得することができず、障害者として認められない。よって、変わった性格の持ち主であると企業に敬遠される恐れがある。今後の方針としては、本ケースの障害そのものを改善することは難しいと考えられるため、受け入れ先の企業に対し、自閉症という障害の特性を伝えることが必要であろう。

とりわけ、企業主よりも一緒に働く同僚、上司に対し、本ケースのパーソナリティ及び行動特性を説明し、性格の偏りではなく自閉症という障害が故の言動、及び行動を理解してもらうことが望まれる。

## 引用文献

Grandin, T., Scariano, M. M.: Emergence: Labeled Autistic. Arena Press, 1986.

Kanner, L.: Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child, 2, 217-55, 1943.

小林隆二・岡村克巳: 成人期自閉症の運動技能と社会的技能における基本障害. 発達心理学と医学, 1, 367-377, 1990.

Lord, C., Schopler, E., Revicki, D.: Sex Differences in Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 12, 317-330, 1982.

Rutter, M., Hersov, L.: Child and Adolescent Psychiatry. : Modern Approaches, 2nd edn. Oxford Blackwell., 1985.

内山登紀夫: ハイファンクション; 知的障害を伴わない自閉症者の課題. 職リハネットワーク, 30, 23-26, 1995.

## 参考文献

American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV, 1994

(高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸訳: DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院. 1995).

Rutter, M.: Infantile autism other child psychoses. : Child psychiatry. Blackwell Scientific Publications, Oxford, pp. 717-47, 1977.

## 第4節 学習障害（微細脳損傷\*を含む）

「学習障害」は、もともと、軽度の認知障害の子どもを教育的に手厚く措置するために、ひとくくりにまとめる役割を果たす概念である。しかしながら、実際に使われている「学習障害」の概念は、医療、教育、臨床など、「学習障害」児への対応を行う立場によって見解が異なっている。現時点では、1) 関係者間で合意された定義がないこと、2) 教育措置をめぐり、障害カテゴリーとして位置づけることの是非が議論されている段階であること、3) 本人と保護者に「障害者ではない」という意識が強いこと、4) 学齢期の児童が圧倒的に多く、成人期の職業リハビリテーションの対象者が限定されていること、により問題の本質をとらえるうえで極めて制約が大きい状況である。

### 1. 障害の特徴

#### (1) 「学習障害」の範囲は関係者によりさまざまである。

主として医療関係者は、「読み」「書き」「計算」のいずれかに困難があるが知能に遅れはない、という最も狭義の「学習障害」の定義によっている（表4-1）。

表4-1 ICD-10とDSM-IVでの学習障害の位置

世界保健機関の ICD-10	アメリカ精神医学会の DSM-IV
精神遅滞	精神遅滞
心理的発達障害	
学習能力の特異的発達障害	学習障害
特異的読字障害	読字障害
特異的計算能力障害	算数障害
特異的書字障害	書字表出障害
混合性学習能力障害	特定不能の学習障害
その他の学習能力障害	
特定されない学習能力障害	
運動能力の特異的発達障害	運動能力障害（発達性調節運動障害）
言葉と言語の特異的発達障害	コミュニケーション障害
混合性特異的発達障害	
広汎性発達障害	広汎性発達障害
その他の心理的発達障害	
特定不能の心理的発達障害	

（資料出所：栗田，1996）

\*：「微細脳機能障害」もしくは「微細脳損傷」という診断名は、一時期、“中枢神経系に何らかの機能障害があると推定される”状態像に対して使われたことがあり、診断歴を聴取すると申告されることがある。しかし、中枢神経系の障害部位が特定できるわけではなく、診断があっても状態像と対応が不明確であるなどの問題点を指摘する見解があって、現在ではほとんど使われなくなっている。このため、診断する側も診断を受ける側も「学習障害」と読みかえることが多い。

文部省の定義では、「読み」「書き」「計算」の困難だけでなく、「聞く」「話す」「推論する」の困難がある場合をも含める。この場合は、知的発達遅滞を伴う可能性を認めており、この定義によればIQ値は正常域から「精神薄弱」域までの範囲に分布する。

### 文部省の定義

『学習障害とは、基本的には、全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論するなどの特定の能力の習得と使用に著しい困難を示す、さまざまな障害を指すものである。』

学習障害は、その背景として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、その障害に起因する学習上の特異な困難は、主として学齢期に顕在化するが、学齢期を過ぎるまで明らかにならないこともある。』

さらに、『学習障害は、視覚障害、聴覚障害、精神薄弱、情緒障害などの状態や、家庭、学校、地域社会などの環境的な要因が直接的な原因となるものではないが、そうした状態や要因とともに生じる可能性はある。また、行動の自己調整、対人関係などにおける問題が学習障害に伴う形で現われることもある。』。

教育並びに臨床の関係者の中で、さらに広い範囲を認める立場がある。こうした関係者は、運動能力障害（不器用）、注意欠陥多動障害を含める。そして、最も広い範囲を認める立場は、社会性に困難がある子どもをも含める。

表 4 - 2 学習上の障害を生じ得る状態

1. 発達障害	3) 反抗挑戦性障害
1) 特異的学習障害	8. 劣悪環境
2) 精神遅滞	1) 劣悪な教育環境
3) 広汎性発達障害	(含む不適切な授業方法・内容)
4) 発達性言語障害	2) 劣悪な社会経済環境
2. 感覚障害	3) 文化的剥奪環境
1) 聴力障害	4) 長期の欠席
2) 視覚障害	9. 薬物
3. 神経疾患	1) 抗けいれん剤
1) てんかん	2) 向精神薬
2) 変性疾患	3) アルコール
3) 脳腫瘍	4) シンナー・覚醒剤・麻薬
4. 精神疾患	10. 心身症
1) 躁うつ状態・病	1) 起立性調節障害
2) 精神分裂病	2) 過敏性腸症候群
5. 心因反応	11. 内分泌・代謝障害
1) 神経症状態	1) 甲状腺機能亢進症
2) 行動異常	2) 低血糖を反復する状態
6. 被虐待児症候群	12. その他
7. 崩壊性行動障害	1) 睡眠不足・睡眠時無呼吸症候群など
1) 注意欠陥多動障害	2) 非行
2) 行為障害	

(資料出所：宮本，1992；アンダーラインは筆者による)

確かに、学習上の問題は「学習障害」だけに生じるわけではない。そこで、学習上の問題を生じ得る状態をあげると、その範囲はかなり広範囲にわたる（表4-2）。極論をすれば、表4-2のいずれかに該当する場合であれば、学習上の「障害」を主訴とする対象者となりうることになる。

## (2) 発達にともなう変化

現在、「学習障害」児といわれている子どもを詳細に分類すると、読み障害児、書き障害児、算数障害児が診断される他に、言語発達遅滞児、運動能力障害児、多動児、寡動児、注意集中困難児、行動障害児、「精神薄弱」児、自閉的傾向児、神経症児、精神障害児がそれぞれ単独で、または重複して診断される。したがって、対応はそれぞれの特徴によって個別に行われることになり、「学習障害」児のために共通した教育プログラムがあるわけではない。

また、発達とともに遅れが改善される子ども、逆に遅れが深刻になる子ども、困難な領域が特定されるようになる子ども、遅れがさらに別の障害を引き起こす子どもがおり、障害は固定されない。例えば典型的な書き障害、計算障害、多動の子どもは、改善する例が報告されている一方で、青年期に至って知的発達遅滞が顕著になり、「精神薄弱」の診断が適用されるようになる子どももいる。他に精神疾患、心因反応、心身症等の診断が適用されるようになる子どももいる。

したがって、入職に際して制度的支援を利用する場合には、子どもの時の診断とは別に、再度の診断を欠くことができない。

## 2. 職業につく（あるいは定着する）上で出会う困難な点、問題点

### (1) 「学習障害」の青年の教育歴が示唆すること

通常教育を終えて新規学卒として就職しなかった場合、ないしは、就職はしたがうまくいかなかった場合、その時点で障害受容の問題に直面する「学習障害」の青年が多い。しかし、学校卒業までは「健全者である＝障害者ではない」を拠り所として成長した青年の場合、一度くらい就職に失敗しても、それで職業リハビリテーションの支援を利用することは考えがたい。また、就職を自立に結びつけて考えることは稀であるから、スケジュールが埋められることであれば、就職でなくとも、アルバイトでもよいと考えることに無理はない。同じ理由で、専門学校を選択したり、通信制教育を考えたりすることもある。どこかに所属して、何かをしていなければ、なかなか生きにくいという事情もあるかもしれない。もっとも、年若い者にとっては、それが職場でなくともそれほど困らない場合が多い。解決の目処の立たない問題の先送りであっても、次第に深刻さが増大する事態が予測されても、彼らにとってはとりあえずの時間稼ぎができるからである。

「学習障害」の青年にはこうした教育歴をもつ者が多い。学校時代には、本人に求められる努力の質

と量は、原則として個人に任される。達成できなくても、目標の修正をすればよいとされる。しかし、報酬をもらう仕事では、働きの質と量を問われる。ところが、企業側の配慮を必要としても、障害者としての支援は求めないという場合が多いのである。

こうした教育歴を持つ青年の中には、失敗経験を積み重ね、自立に前向きに取り組もうと考える場合に、職業リハビリテーションの支援をやむを得ない選択であると考えられるようになる青年もあるだろう。現実にこうした事例は少なからず存在するが、こうした手続きには、極めて周到に計画されたカウンセリングと極めて多大な時間を要するのが通常である。それでも、障害を受容できるのであれば、再出発を図ることができる。したがって問題となるのは、新規学卒に対する支援の利用がうまくいかず、さりとて、職業リハビリテーションの支援も利用できない場合であろう。つまり、職業リハビリテーションの支援を利用するという点に関する限り、障害受容の問題は大きな“障壁”となる。

## (2) 入職の態様

職業リハビリテーションとしての支援のあり方は、障害受容の問題と深く関連する。そこで、現行の“通常の職業自立のための支援措置”並びに“障害のある人を対象とした職業自立のための支援措置”をどのように利用したかによって、「学習障害」という障害を持つ職業問題を明らかにできるのではないかと考え、入職をめぐる 4つの移行の態様を示した（図4-1：障害者職業総合センター研究調査報告書 No.19, 1997）。

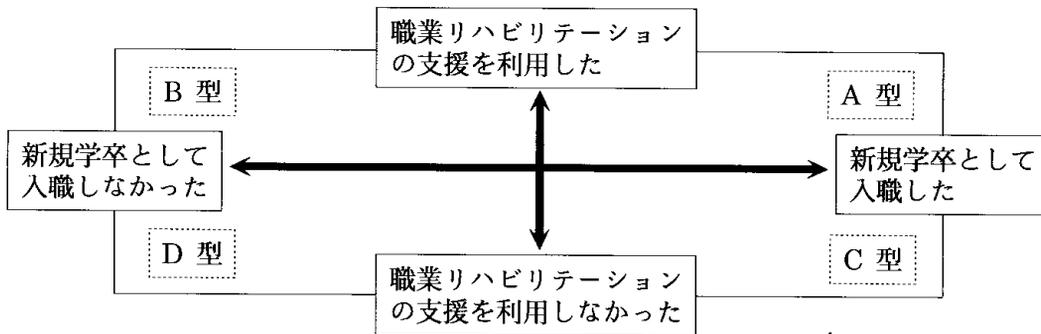


図4-1 入職に利用した制度に基づく対象者の類型

ここでは、職業自立のために利用する支援を変更する事例があることに注目しておきたい。つまり、類型間の移行が起こっており、職務遂行力と障害受容との関連で、C型からA型へ、D型からB型へと移行していくことが観察されている。

「学習障害」は、発達とともに状態像が変化していくことが指摘されているが、類型の移行はそれと対応するものである。つまり、青年期に至って再評価をした結果、職業リハビリテーションの支援の利用を選択した事例は、発達とともに遅れが深刻になった事例である。こうした事例は、子どもの時の障害が固定されないこと、したがって、入職に際して制度的支援を利用する場合には、子どもの時の

診断とは別に、再度の診断を欠くことができないことを再確認するものである。

### (3) 「学習障害」の青年の職業上の諸問題

「学習障害」の事例に基づく入職前並びに入職後の特徴については、『障害者職業総合センター調査研究報告書No.19「学習障害」のある者の職業上の諸問題に関する研究』（1997）の第Ⅱ部第1章「職務遂行能力について ー入職準備の過程にある事例が示唆することー」、同第2章「入職の態様が示唆すること」で個別に紹介した。いずれも、「学習障害」をひとくくりにして障害特徴を記述できるものではないことを示している。

したがって、現在のような定義の混乱のもとに診断された「学習障害」児が青年期に至った場合の職業リハビリテーションの対応もまた、それぞれの青年期の特徴によって個別に計画されなければならない。現時点では、「学習障害」の青年に対する職業リハビリテーションサービスのあり方をめぐり、「学習障害」の定義について合意のないままに雇用対策上特別なサービスが用意された障害カテゴリーとして新たに位置づけることは尚早であり、さらなる混乱を引き起こす可能性が憂慮される段階である。

しかし、研究協力者の障害特性を総括すると、軽度の「精神薄弱」者への対応を適用することの可能性が示唆される。つまり、職務遂行能力が低い（特に、不器用である）、作業態度が形成されていない、労働習慣が確立していない、手順の理解が遅い、場面が変わると対応できない、運転免許等の資格を持っている場合でも資格に見合った実力を発揮できない、などがあげられるのである。

また、職業リハビリテーションの成立を左右する要件として、「できない」ことを「できない」と受けとめるために、労働対価によって生活していくことを理解するために、計画的・系統的なカウンセリングが必要である。障害受容に関する問題については職業リハビリテーション機関の職業指導や職業相談で対応できる場合もあるが、当面は臨床的なカウンセリングが本人と保護者に必要になる事例も多い可能性がある。

## 3. 就職・定着促進のための配慮、支援策等

### (1) 就職のために：診断の際の配慮事項

青年期の「学習障害」者を詳細に診断する際、まず、狭義の「学習障害」、すなわち、知的発達に遅れない対象者で単独の読み障害、書き障害、算数障害のある場合を区別しなければならない。この場合は補助具の活用や工夫により、職業上の困難は解消される可能性が高く、雇用対策上の障害者に用意されたサービスを利用しなくても、通常の職業自立のための支援を利用して入職できる可能性があるからである。

その他に、「精神薄弱」、精神障害をそれぞれ単独で診断することになる。また、言語発達遅滞、運動

能力障害、注意障害、行動障害、広汎性発達障害（自閉症）、神経症、高次脳機能障害などを、単独または重複して診断することになる。

現行の職業リハビリテーションの支援との関連でみると、身体障害、「精神薄弱」、精神障害回復者等には法的に制度化された特別なサービスが用意されている。そこで、青年期に至ってこの障害に該当する者については、判定によりサービスを利用することが可能である。この時の判定はサービスが用意されているものを優先することが現実的であろう。

一方、言語発達遅滞、運動能力障害、注意障害、行動障害、広汎性発達障害、神経症、高次脳機能障害は、現在、職業リハビリテーション機関等でサービスのあり方が模索されており、当該障害者はこうしたサービスの対象となっている。したがって、これらの障害が診断される「学習障害」の青年の場合には、その障害としてのサービスを利用することになる。

## (2) 今後の検討課題

現行の職業リハビリテーションでは対応できない、あるいは対応しきれない問題も残されている。まず、全体的な知的発達のレベルが正常域以上の「学習障害」者で高次脳機能障害や広汎性発達障害などと同様の対応が求められる場合、次に、知的な遅滞が「精神薄弱」との境界域にあって「精神薄弱」判定を受けることができない場合、さらに、障害の受容にかかる長期にわたる臨床的なカウンセリングが必要となる場合である。これらについては、今後の検討が必要とされる課題である。

## 4. 地域センター利用者について

「学習障害」で地域センターを利用した事例の内、公開することに同意を得られた事例では、「バリエーション症候群」（脳の損傷部位の特定された障害）、「高機能自閉症」の他、「知的障害との境界」例（精神薄弱判定を検討した事例を含む）があげられていた。こうした例をみると、先に紹介した広範囲の「学習障害」、言い換えると「学習障害」を主訴とする利用者であることがわかる。

個別の対応を必要としているという所見が記載されているものが多く、現行の職業リハビリテーションの支援の中で、職業準備訓練、職務試行法、職域開発援助事業等の適用により長期的なリハビリテーション計画を持っている例が多かった。

なお、地域センターを利用した対象者ではあるが、障害受容の問題が職業リハビリテーションの支援の中心的な課題であった事例も含まれていることを付記しておきたい。

## 付 記

「学習障害」の概念をめぐる問題とその解明のための視点、わが国における「学習障害」児・者の概要、職業リハビリテーションの課題、「学習障害」の青年の職業上の諸問題に関する事例については、障害者職業総合センター調査研究報告書№19『「学習障害」のある者の職業上の諸問題に関する研究』（1997）を参照されたい。

## 引用文献

栗田広：児童精神医学からみた学習障害。教育と医学、44、8、26-32、1996。  
宮本信也：学習能力障害の診断と治療。発達障害医学の進歩、4、47-59、1992。

## 参考文献

- American Psychiatric Association : Diagnostics and statistical manual of mental disorders, 3rd ed., rev. American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association: Diagnostics and statistical manual of mental disorders, 4th edition. American Psychiatric Association, 1994.
- Hornsby, B. : Overcoming Dyslexia, 1984 (苧坂直行・苧坂満理子・藤原久子共訳: 読み書き障害の克服; ディスレクシア入門. 協同医書出版社, 1995).
- 星野仁彦・増子博文・橋本慎一・角田耕也・金子元久・熊代永・丹羽真一・八代祐子: 学習障害児にみられる二次的情緒障害の発症要因に関する検討。小児の精神と神経, 33, 2, 145-154, 1993.
- 石川憲彦: 医学は学習障害という概念や用語を使用すべきではない。児童青年精神医学とその近接領域 34, 5, 454-164, 1993.
- 伊藤隆二: 学習障害の診断と指導。伊藤隆二著作集3, 岩崎学術出版社, 1994.
- 木村進: 学習障害をめぐる諸問題1; 概念と教育のあり方。新教育心理学体系5, 「障害児の心理」, 中央法規, 1993.
- 国立特殊教育研究所: 教科学習に特異な困難を示す児童・生徒の類型化と指導法の研究。特別研究報告書, 1995.
- 熊谷恵子・大塚玲: アメリカ合衆国における学習障害児の判定基準とその実態。心身障害学研究, 17, 161-172, 1993.
- 栗田広: 学習障害を医学ではどうとらえるか。発達障害研究, 13, 3, 167-175, 1991.
- 栗田広: 発達障害; 総論。精神科治療学, 9, 6, 681-685, 1994.
- 栗田広: 学習障害概念とその課題; 児童精神科の立場から。発達障害研究, 17, 3, 188-195, 1995.
- 望月葉子・向後礼子: 「学習障害」のある青年の職業上の諸問題に関する考察; 職業的社会的化にかかる仕組みを検討する視点から。障害者職業総合センター研究紀要, 5, 8-29, 1996.
- 文部省: 「学習障害児等に対する指導について(中間報告)」。学習上の困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議, 1995.
- 森永良子: 学習障害児の定義・診断をめぐる課題。坂本龍生編著: 発達障害臨床学。学苑社, 1992.

- 森永良子：自閉症・学習障害研究の最新動向。自閉症・学習障害に迫る。コレール社，pp. 67, 1993.
- 長畑正道：学習障害と特異的発達障害および注意欠陥多動障害について；隣接する他の発達障害との関連を含めて。平成元年度文部省科学研究費補助金・重点領域研究「コミュニケーション障害児の診断と教育に関する研究」公開シンポジウム「学習障害の概念と具体的対策をめぐって」報告書，1-8, 1990.
- 中根晃：学習障害の精神医学。精神医学，34, 4, 348-364, 1992.
- 中根晃：LDの医学。LD研究と実践，1, 1・2, 3-21, 1993.
- 中根晃：自閉症と学習障害。臨床精神医学，24, 8, 1043-1051, 1995.
- 中野善達・佐藤至英編訳：障害児教育の研究法。田研出版，1995.
- 緒方明子：学習に困難を示す子どものニーズへの対応。国立特殊教育研究所研究紀要，23, 87-93, 1996.
- 大塚玲：学習障害の定義にかかわる諸問題と今後の課題。特殊教育学研究，30, 5, 29-40, 1993.
- 篠原吉徳：わが国における学習障害への取り組みについて。発達障害研究，13, 3, 197-202, 1991.
- 篠原吉徳：学習障害概念とその課題；教育の立場から。発達障害研究，17, 3, 196-203, 1995.
- 白瀧貞昭：「学習障害」の神経心理学的アプローチ。児童青年精神医学とその近接領域，34, 4, 340-346, 1993.
- 杉山登志郎：学習障害とはどのような障害か（その1）。思春期青年期精神医学，3, 2, 231-240, 1993.
- 杉山登志郎：学習障害とはどのような障害か（その2）。思春期青年期精神医学，4, 1, 99-107, 1994.
- 杉山登志郎：学習障害児の就学指導。教育と医学，44, 8, 69-75, 1996.
- 杉山登志郎・石井卓・小久保勲他：学習障害を主訴として来院した児童128名の診断学的検討。小児の精神と神経，32, 251-258, 1992.
- 館曉夫：労働行政における「精神薄弱」概念。発達障害研究，23-27, 14, 1, 1992.
- 上野一彦編：学習障害児の相談室。有斐閣選書，1987.
- 上野一彦：学習障害の概念・定義に関する考察。東京学芸大学紀要第1部門，42, 111-117.
- 上野一彦：学習障害（LD）の理解をめぐる今日的課題。児童精神医学とその近接領域，34, 5, 422-431, 1993.
- 上野一彦：学習障害概念とその課題；心理学の立場から。発達障害研究，17, 3, 173-179, 1995.
- World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research, World Health Organization, 1993.
- 全国学習障害児・者親の会連絡会：学習障害（LD）児・者の事態調査；いまLDたちはどうしているか。1991.