

第2章 職業的困難を経験している理由および必要な配慮等

2.1 脳性まひ

重度の脳性まひは精神障害とならんで最も就職の難しい障害の1つである。また、中・軽度の脳性まひは障害等級と職業的困難度との乖離のめだつ障害の一典型としてあげられている。職業センターへの近年の来所者からみる限り、脳性まひの3～4級者は職業上の重度に相当し、5～6級の者でも職業につく上での困難が非常に大きいケースが少なくない。

脳性まひは、脳の中枢に問題があるため障害が全身的で、障害の部位が概ね特定される他の障害にはみられない重複障害の典型となっている。四肢まひ・上肢障害など運動障害を主症状としながらも、随伴症状として知能障害、言語障害、視覚や聴覚の障害、てんかんなどを合併することが多く、ほとんどの者に職業上重要な手の機能障害がある。一方、日常生活での動作を基準として定められる身体障害の等級は、脳性まひのように、種々の動作が慣れた場面で時間をかけてゆっくりやればできる場合、巧緻性、正確性、速さ(能率)といった職業上非常に重要な能力に障害があってもごく軽いものになる。

脳性まひには、2種のタイプがあり、およそ70%が痙直型(スパスティック型:冒されている部位の筋肉の緊張が強く運動がぎこちなかったり、早く動かすことができず、片まひも多い)、30%が不随意運動型(アテトーゼ型:手足を動かそうとすると不随意運動が起こり、思いどおりに動かせない。四肢まひが普通で言語障害も多い)であるが、痙直型を中心に知能障害を伴うケースが少なくない。脳性まひ者の約半分は精神薄弱(IQ 70未満)、4分の1は境界線級(IQ 70-89)、4分の1は平均(IQ 90-109)または平均以上(IQ 110以上)とのデータもある(注4-1)。

また、不随意運動、硬直など余計な負担があるので疲れやすく、ハンディが大きい上に、障害のある手をきたえたり無理に使うとこわれてしまう(2次障害)という問題もある(この点に関しては、次のようなコメントもよせられている:面接時に「5年間でもいいから、一般社会の職業生活を味わいたい」ということであれば、それなりの雇用機会を探し、5年単位で将来を見直すことにしよう、と指導しているし、20年～30年、できるだけ長く、少しずつでも働きたいということであれば、今できることであっても極力使わないようにして、保護的労働について長く能力を温存しようという方向で対処している。なお、情意面で問題の多い人が多いので(引込み思案、自信喪失、狭い世界で生きてきたための常識の不足など)、この点はよく指導して精神的なたくましさで勝負しようと話している)。

職業上重要なのが、目と手と言葉と知能と言われるが、四肢まひ・上肢障害・言語障害・知的遅れなどのある脳性まひは、等級の如何を問わず大変である。障害が全身的である上に、とくに殆どの者が手に障害があるため、事務的職業かコンピューター関連の職業につけるだけの知的能力がある者を除いては、一般就労がきわめて難しい。大卒レベルの能力のある者であれば四肢ま

ひや言語障害があっても情報処理など、コンピューター操作が中心で、あまりしゃべらない仕事などにつけば道は開けると考えられるが（但し、この点についても“知的に高く情報処理の仕事がしたいと希望しても、不随意運動でキーボードが押せない、一定の速さを保てないなど困難が大きい”という指摘もある）、普通の高卒が事務職で就職する場合は、上肢に障害があると日常のすべての仕事がワープロで処理できるものではなく、手書き作業があり、また言語障害があると電話の応対が難しい。事務的な作業が難しいから生産的な作業につけるかという上肢障害があり、また体力的にも肉体労働にはむかない。つける仕事は何もない状況である（注4-2）。

また痙直型で、職業センターに来る人には、知能があまり高くない人が多く、職种的には製造工程の職種を選ばざるを得ないが、片まひなどのある人が多く、製造工程の作業も難しいということで就職まで行かないケースが多い（養護学校に行っている人には、肢体不自由といいながら実態は精神薄弱の養護学校とかわらず、かつ身体的ハンディが加わっているケースが多い）。軽度精神薄弱や知的ボーダー層の持つ困難さについては、脳性まひに限らず多く指摘されているが、産業構造の変化に伴い、こうした層への単純労働的就職機会が減少しており、また、学習面での積み上げができていないための職業訓練への不適応、仕事は一生懸命すればできるのだが、精神的にも色々な目にあってきたので、自分はまだできるというプライドや、できると思っていたのができないひけめなどが混在して、精神的に安定的にやって行けず出勤しなくなるなど、うまく行っていないケースが多い。本人も親も知恵遅れとは思っておらず、親も一緒に迷ってしまったり、他罰的になっていたりして気力を失っているケースなど、難しい。

脳性まひについては、この他、一見した印象と現実の能力とのギャップから起る様々な困難、本人の力と希望する職業とのギャップの問題等でも、困難な問題に直面する場合が少なくない。たとえば：運動機能障害として比較的軽い等級がついていても、末端機能（手先など）の障害が見た目より重く（3～4級の者でも他の障害の1～2級なみ）、就職はしたが、仕事ができなくて定着できないケースが多い。車いすの人のように、障害の内容が第三者にわかりやすい場合、雇う側も能力の限界を知ってそれ以上の高いものは求めないのに対し、脳性まひの場合、過大評価されてあとでうまく行かないケースや、言語障害や体のつっぱりなどのために、“危ない”“不安定”の印象を与え、過小評価されるケースの両方があり、障害等級は軽くてもうまくいかないケースが多い。また、本人の力と希望する職業とのギャップの大きい人の就職も難しいが、たとえば脳性まひでは障害が全身的で肉体労働が難しい上、事務作業も、キーボード操作の難しさの他に、単にOA操作だけでは対応できない問題も多々ある。可能性はたえず最大限追求しなければいけないが、職務試行や訓練の中で、時間をかけてゆっくり希望を変えてもらうようにしているとの報告もあった。

なお、脳性まひ者の等級判定に関しては医師の診断内容にかなりの幅があり、現実の困難度との間の乖離を増幅しているケースが少なくないことも指摘されている。たとえば：障害等級は判

定した医師によってもかなりの幅があり、他地域で5級と判定された者が〇〇県にきて等級変更の申請で2級に判定されなおしたケースもあり、障害の範囲を幅広くとらえて判断されるかどうかで、障害に伴う支障が等級判定と乖離するケースが出現しうると考えられる。また、障害の判定時期がごく幼小児期に行われるのに対し、その後の発達過程における変化の個人差（体力等の落ち方の大きな子と、それほどでもない子など）が大きいことも、問題を大きくしている一因とみられる。より幅広い層の障害者に対応している公共職業安定所の担当官のコメントでは、脳性まひ者の職業的な困難度については障害等級では一概に言えない。同じ等級でも障害の内容やレベルにかなりの差があり、また何故一方の人が2級で、一方の人が4級なのか、診断した医師の判断基準の問題かどうかわからないが、理解できない例にも出会う。このため、就職指導は等級よりも面接の結果によっている。面接で一定の作業がこなせるかどうか、話せるか等が問題になるとのことである（注5）。

障害者職業センターのカウンセラーからは、脳性まひの3～4級までは重度とし、5～6級でかつ困難度の高い者については、精神薄弱者判定で行っているような判定機能をセンターに持たせることで対処することが適切であり、2級くらいの評価になっていればまだ支援がしやすいとの意見が多く出されている。

また、脳性まひ者の職域を開拓するためには、オールラウンドプレーヤーを求められる日本の仕事のやり方を部分的に修正し、彼らのできる仕事を集めて職務を再設計すること、および、職業を視点にいれた幼少時からの教育の早期実施が必要であるとの指摘があった。すなわち、今の日本の仕事の仕方を前提にしている限り、脳性まひ者のつける仕事を見出すことはきわめて難しい。彼等のために企業のシステムをつくりかえてもらえないものか。具体的には、今の日本の企業では一人の職員の行う仕事の範囲が多岐に渡っていて、それらをすべてこなせないからあなたは採用できないと言っている。これでは永遠に解決がない。一人の職員の行う仕事の範囲をせばめて、そのせばめた部分を集めて一人分の仕事にする、と言った職務の再設計をして、彼らのための仕事を作り出してほしい。これができるのは大企業だと思うので是非取り組んで欲しい（たとえば、人事、総務、庶務、経理、といった部署では、一度書式をパターンとしてセットできれば、毎年これに入力していくことで処理できる仕事も多いと思われるので、何か工夫ができるのではないか）。また、将来の職業をみこして学力をつけさせる教育を早い段階から取り組ませるようにならないと、明るい道が開けないとの意見もあった。

2.2 車いす使用者

車いす使用者の場合は、交通、建物などの環境面での整備が遅れていること（建物についてはビルがテナントビルで段差、階段、駐車場、通路の幅、トイレなどを障害者向けに改善できない

ことによる障害が大きい)、積雪地帯では車での移動も難しいこと、褥瘡、尿路感染など健康管理が難しいことなどが、困難を増幅している。車いす利用者の中でも脊髄損傷、腰椎損傷などは手の機能に支障がないので、環境さえ整えば解決が可能である。車いすに加えて手のまひもある頸椎損傷者や、自力通勤の無理な骨形成不全、重度筋ジストロフィーの場合は、前述の環境整備によってもまだ困難が大きく、在宅勤務の余地などを拡大する必要がある。

2.3 視覚障害

視覚障害では、全盲ないしこれに近い視覚障害者の場合、三療（はり、きゅう、マッサージ）以外に殆ど受け入れる職場がない（女性の場合は電話交換やテレホンポインターに多少就職しているが、男性の場合皆無である）。盲学校の教育は三療を前提として組まれてきたが、若干知的に問題があったり、学力がボーダーで全盲に近い人などで、三療の資格をとれなかった人、および三療を希望しない人（事故や糖尿病などで中途失明した人や、女の子で人の体にさわりたいくないというケースなど）の就職は非常に難しい。

弱視も障害者職業センターに来る人には学力の低い人が多く、また作業をカンでやっている部分も多く、能率が低いため、企業は重度精神薄弱も含め精神薄弱の方をむしろ選好する。OA講習などしているが、文書処理の一連の作業をこなしていく能力が求められるため、なかなか受け入れられない。

職業につく上で最も重要なのが目と手と知能なので、全盲でもよほど頭脳明晰で専門職としてたてるか、弱視でも学力があって公務員になれるなど、よほどのセールスポイントがないと難しいのが現状である。学力の低い障害者の働く場が、とくに製造関係の職種で減っている事も痛い。50年前にあった手作業や、小企業がなくなっている。勤め先が組織化された企業となると、通勤能力や社会性が求められ、障害者にはますます条件が厳しくなる。手づくりの、個性のある、人間でないとできないようなものを何かつくれるといいのだが、産業としてなりたつだけのものを見出すのも容易ではない。

視覚障害者の職域拡大のために、次のような工夫ができないものか。たとえば：

- ・目が見えないと何もできないと思いこんでいる人が多く、ビデオなどを事業所にもって行って見せても信用しない。公共職業安定所の職員や、障害者職業センターのカウンセラーにも全盲の人をおいて、事業主との折衝や、障害者の就職促進にあたらせれば、そうした先入観の除去に大いに寄与すると思われる。そのほか、住居の確保なども、なかなか貸してもらえないという問題があり、何らかの対策が必要である。扱ったケースで、電話による営業と企画を担当するという仕事が近々実現する予定の人もあり、もっと多くの職域を開拓できるはずである。

- ・先天性全盲の人の方が、幼少時から訓練されていて移動能力などもあるのに、危ないという先入観があるらしく、中途障害の弱視などに比べ、ずっと就職が難しい。先日もニュースで精神薄弱

で目も不自由な人が、鋸を使って工作をしていると伝えていた。コンピューター利用で配線図を作る作業をしているケースもある。また、郵政省から、無線の資格を弱視を含む視覚障害者に認めることができるかどうか質問されたことがあるが、この資格に必要とされる、記録をとる、機械のチェックをするといった作業は、音や光を用いて対応が可能であるし、記録もワープロを用いれば対応が可能である。このように、いろいろな可能性が広がっていると思われるが、盲学校の指導者は、従来の三療中心の職業指導しか経験がなく、また情報も知らないで、新たな可能性のあるところにはどんどん確認に行き、何がどの程度できるのか、できないのか、どんな工夫をすれば、新しい可能性が出てくるのか、もっと一般に情報を流さなければと思っている。

・弱視の場合は、学力があれば公務員とか、対人業務、あるいは、障害者職業センターの仕事なども話す部分が多く台帳と検査の時の観察ぐらいが書く作業なので、可能ではないか。センターの場合、全盲の場合は書く作業と観察部分を誰かが補助しなければならないので若干難しいかもしれない。サービス関係の職種では、学力があれば、観察（顔色、表情など）部分で限界はあるが、企業の産業カウンセラー、臨床心理士、精神病院のサイコセラピストなどはそれほど検査等もなく、話を聞くことが多いので、資格がとればあるいは可能かもしれない。電話によるカウンセリング（自治体がやっている命の電話など）が、仕事として確立されれば視覚障害があっても充分できると思われる（現在、多くの自治体はこの職務を無報酬の主婦ボランティアを使って行っている。1年くらい訓練したうえで交通費だけ支給してさせているが、現在無報酬で行われているこれらの仕事が、せめて非常勤職の時給でもいいから支給されるようになれば、視覚障害者の職域にできるのではないか）。

・なお、“視覚障害者からは相談を受けたことがない。障害者職業センターに相談にきても無理だと思っているためと思う。全盲で一般企業に就職できるのは、ヘルスキーパーその他、行政のブッシュがあってようやく実現しているのが現状ではないか”との意見もあった。

2.4 上肢障害

上肢障害が職業上の困難度をきわめて高くするものであることは脳性まひの項で繰返し指摘されたが、脳性まひ以外の原因による上肢障害の場合も、職種が限定されたり、4級くらいの人でも他の障害の2級くらいに相当するケースもあり、下肢に比べ難しい。

2.5 人工透析・腎臓

人工透析患者は週2～3回（1回5～6時間）の透析時間の確保と、一人あたりの医療費が月50万、年間600万円くらいかかるため、雇用する企業の健康保険組合の負担が大きく、このため

企業側が採用を見合わせるケースが少なくないことが最大の問題である。

透析のための医療費は、働かずに生活保護や年金で暮らす場合には国民健康保険が負担しており、本人の負担はない。しかし、いったん雇用されると、その透析のための医療費は、健康保険制度への加入を強制されない従業員4人以下の企業を除いては、各企業の健康保険組合が支払わなければならない、企業はかなり高額 of 追加的な保険料を負担しなければならない。このため、一般の中小企業ではそれだけの負担にはたえられないことから、企業が採用を希望しながら実現できなかったケース、現在は病状が透析までいっていないが、将来それが必要になる可能性があるということで、その時の負担を負い切れずとして採用をみあわせたケース、本人は国民健康保険のままでいいから就職したいと言い、企業も医療費の問題さえ解決すれば採用したいと考えたが、制度上これを実現する方法がなく断念したケースなど、医療費がネックになって採用されなかったケースが、今回の限られたヒアリングの中でも何例も報告されている。健康保険の企業側負担がなくなるだけでも人工透析者の雇用の機会をもっと拡大できるという意見が多かった。

透析時間については、地方では夜間透析が少ないことから通常の勤務が難しく、就職機会が制限されるとの指摘があったが、夜間（通常夕方3～9時あるいは夕方4時半～夜9時半など）や土日に透析をしている都市部の経験では、透析治療そのものが非常に疲れる治療のため、治療による疲労が翌日の午前中まで残り仕事になりにくい、加えて睡眠不足、休養がとれないことによる負担がかさなり、続かないという問題に直面している。このため透析時間は休んで無給で通院しているのが普通である。仕事につかず生活保護や年金で暮らす方法はあるが、就業して自立したいという意欲のある人が多く、また能力的に高い人も多い。したがってこの問題に関しては人工透析者に限らないが、内部障害者には短時間勤務の機会をもっと利用できるように、減収補填をするなど制度を整えること、種々の助成は期限つきのものが多いが、透析などは生涯続けなければならないので、必要な場合は助成を継続できるようにすること、また、透析者がグループとなって、たとえば企業内就労をし、互いに就業時間・業務をやりくりしたりする制度への助成、事業主への啓蒙（外見はふつうなので通院・治療や労働負荷への周囲の理解を得にくい。透析時間への理解が得にくい、事務労働の方が負担が少ないのだが、やむなく営業職につき、きめられた仕事をこなす中で時間のやりくりをし、透析時間を確保していたケースもある）、在宅勤務の余地の増加などの配慮をあわせて行えば、就業の機会をはるかに容易になると考えられる。

なお、腎臓に関しては、このほか透析にまで至らないレベルの障害の人が、働けないにもかかわらず年金の対象にもなっておらず、年金等の助成制度と働ける状態がかなり違っているケースが指摘されている。毎日働けず、病状もいつどうなるかわからない人で、本来は安静が必要と考えられるのに、生活できないので調子のいい時に肉体労働でもなんでもして稼ぎ、具合が悪くなったら寝込む生活を続けているケースに直面しているとのことである。これに比べるとペースメーカーをしている人などは、普通に働けるが重度になっており、アンバランスが激しい。中・軽度

者に対する同様の配慮が必要である。

なお、職种的には人工透析者、腎炎者とも、一般事務であれば能力的には支障がないので充分こなせる。

2.6 心臓、人工肛門等その他の内部障害

心臓、人工肛門等その他の内部障害についてみると、内部障害者のセンターへの来所は、職業講習への来所者が増えているとの報告もあったが、全体として必ずしも多くない。内部障害者向けの判定の手法や設備が障害者職業センターにあるわけではないので、主として医療機関と職業安定所が対応しているためと考えられる。このため、内部障害については、都内の職業安定所一所にもヒアリングを行った。

これによると内部障害者の問題点は人工透析・腎炎の項でほぼ出されているが、“8時間勤務ができない（通院、体力）”、“残業ができない”、“中小企業では人がいないので休んだり普通に働けない人だと仕事のやりくりがつかない”、“障害が目に見えないだけにどの程度仕事をしてもらっていいのかかわからず不安である”、“何か事故があった場合に、病身の者に無理をさせたのではないかとして企業が労災等の責任を追求されてはこまる”、“通院のため、病院の近くに職場をさがすとなると職場の範囲が限定される”、“健康保険の企業負担が大きい”などが原因で、能力的には問題がないが就職できない。中途障害で家族をかかえ、子供の教育など働かないといけない年齢の人が多いため、就業希望は強いが、職業安定所の業務統計でも就職率が全障害者中、最低となっている（表2）。厚生省の最近の「身体障害者実態調査」でも、働き盛りの年代を含めて内部障害による身体障害者が大幅に増大しており、一考を要する（表3）。

表2 障害の部位別、有効求職者・就職者及び就職率（平成3年度）

	計	視覚障害	聴覚・平衡・音声・言語 そしやく機能障害	肢体不自由	内部障害
有効求職者（人）	45,059	3,689	7,151	27,781	6,438
就職者数（件）	21,274	1,715	5,271	12,179	2,109
就職率（％）	47.2	46.5	73.7	43.8	32.8

（資料出所） 労働省「職業安定業務統計」

注1) 有効求職者は平成3年3月末。就職件数は平成3年4月から平成4年3月までの1年間に就職した者。

2) 就職率 = $\frac{\text{就職者数}}{\text{有効求職者数}} \times 100$

3) 「内部障害」は心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能等の障害。

表3 身体障害者の推移（千人、％）

	総数	視覚障害	聴覚言語障害	肢体不自由	内部障害
昭和55年	1,977	336	317	1,127	197
昭和62年	2,413	307	354	1,460	292
平成3年	2,722	353	358	1,553	458
3年／62年	12.8	15.0	1.1	6.4	56.8
〃（18～64歳）	3.5	13.3	0.0	△2.0	26.0

資料出所：厚生省「身体障害者実態調査」平成3年11月

（注）内部障害の平成3年／昭和62年間の年齢別増減率は

18～29才 0.0％、30～39才 4.4％、40～49才 6.7％、50～59才 16.3％、
60～64才 56.3％、65才以上 128.4％

内部障害者の雇用の促進のためには、健康保険の企業負担の問題の解決、中・軽度の者を含めて短時間勤務の可能性を広げる（雇用率へのカウント〈1/2カウントも考えられる〉）、減収補填、健康保険等の保険加入など）、在宅勤務等で主として対応可能であり、問題の所在は比較的明確といえる。なお、心臓障害者のケースで、万一の場合に連帯して直ちに受け入れる専門的な医療機関がないと訓練に受け入れるのも不安だったというセンターの担当者の声もあり、継続して雇用していく企業の不安をバックアップするには、こうした医療との連帯のあり方で視野にいたした支援体制も求められる。

また、在宅勤務のメリットについては“人工透析者は、週に何日か休まなければならない。心臓病患者で、機械装置が何百万もして、外出時に装着すると1～2時間しかもたない機械だったりすると、事業所にこれを用意させるのも困難である。こうした人々には在宅勤務（例えば写植、医療事務、ワープロといった仕事は在宅勤務が可能な職種である）がもっと利用できるようになれば職域が広がると思われる。在宅勤務は、内部障害以外にも、たとえば骨形成不全症の人で骨がもろく折れやすい、体が小さいということで運転免許がとれず、自力での通勤が困難なケース、重度筋ジストロフィーが更に進んで自力通勤が無理になったケースなどにも適用されれば、知的には高いので救われる”といった具体的な意見もみられた。

なお、内部障害者の継続雇用については理解を示す企業と冷淡な企業があるとのことである。また、後述するが内部障害については、肝臓、重度喘息、難病など、これまでの障害者の定義に入っていない病弱者の問題も存する。

2.7 聴覚障害

なお、身体障害中、聴覚障害については職種（職務内容に変化の少ない職種など）を選べば比較的就職が容易であるが、なかなか妥協しないために就職が困難だったり、周囲の助言をきき、いれず、誰かが転職したと聞くとすぐに離職して転職を希望するなど、客観状況を理解していないケースでは難しい。電話ができないことで事務労働につけなかったり、コミュニケーション面では、問題が多いことが指摘されている。

2.8 精神障害

精神障害については、①実際の職場環境の中に入れてみないとどんなことが起こるかわからず（評価ではやれそうに思われるのに、実際の雇用の場に行くと評価と異なる部分が出てきてうまく行かないケースが多い。医師の所見も単純作業で短時間の作業が望ましいという程度の情報しかもらえず、医療側でも先の読めないところがあるのだと思われる）、また、本人の状態の変化がありうるということで予測が立てにくく、状況を想定してルールを敷けないという点で最も対応が難しい（脳性まひや視覚障害は、たしかに就業上の困難は大きいですが、ルールは引けるので、精神障害よりは対応の可能性が高い）。②能力低下を来している場合が多く、有名大卒なども多いが、精神薄弱かボーダーレベルの知的能力になっているケースが多々あること。③発病前の自己像があるために職種のえり好みが強いのこと。④感受性の鋭い人が多いので人間関係などの点で職場適応力が低いこと。⑤薬の服用期間、入院期間の長い者には動作や感情の鈍磨、意欲低下、社会性の低下（バスの乗り方や、電話のかけ方もわからないなど）がみられること。⑥既述のように、他の障害者と異なり、一度ルールをひいても状況の変化により何度も軌道修正をしたり、頻繁に支えたりしていないといけないため、支援する側の労働負担が非常に大きいこと（通常の5倍くらいフォローが必要との意見もあった）。⑦授産施設など、福祉的な受け皿が少ないため、現状では、病院か就職かの選択しかないこと。⑧事業所側の理解がなかなか得られないこと（事業主は、たえず投薬の必要があり、病院にかかっていることから、はれものにさわるような気持ちで接しないといけないと考えており、種々の事件からくる先入観などがあって、なかなか理解が得られない）。⑨また、再発の可能性なし、波のある状態を前提とした就労を医療サイドは求めるのに対し、事業所や職業安定所は、コントロール可能な状態での就労を就職の条件とすること、などが困難を増幅している。

なお、精神科医の話では、事件の発生率は健常者に比べて決して多くはなく、障害者職業センターの扱った例でも事件は起こっていない。きちんと病院の管理下にあることを条件として就業機会を探すことにしており、この点を守れば世間一般が持っているような不安はあてはまらないということである。

精神障害者の全体像と障害者職業センターの位置づけについては、次のようなコメントがあった。3分の1説というのがあり、精神障害者の上位3分の1はほぼ回復して能力低下もさほどなく、服薬して病気のことを隠して社会生活、職業生活が可能な人で、教師や、タクシー運転手、調理士など様々な分野に就労している。この層は障害者職業センターにはこない。下の3分の1は社会生活不可能で、入院か通院、家庭生活、共同作業所が限界で、この層は医療レベルの対象と考えられる。まん中の3分の1が職業安定所や障害者職業センターに出入りしている層で、この層は、精神障害者であることが第三者に隠せず、かつ、能力低下があることが特徴である。

精神障害者の雇用も雇用率の算定に入れるか否かについては、“企業は助成がある障害者には手をのばすが、ない者には伸ばさないという点で、障害者の定義に入るかどうかは非常に重要である”として、雇われた場合に雇用率への算入を可能にする道をつけるべきという意見と、“対応の仕方がわからない面が多く、不安定さがつきまとうという点でまだかなり論議が必要と考えられる”という意見、“雇用率より先に短時間勤務が適用される必要がある（就業時間を少しずつ延ばして適応させること、体調の悪いときに容易に休めることが、定着上、重要なので）”との意見などがあった。

さらに精神障害者への対応については、身体障害者への対応を模して行われてきたこれまでの方法では対応できないのではないか、全く別枠の対応を考える方がよいかかもしれないとの意見もあった。たとえば：これまでの政策は、職場適応訓練にしても、助成金、雇用率にしても、すべて雇用を前提にして組み立てられている。しかし、彼らには雇用を約束しなくてよい就業形態つまり最低賃金や雇用予約というしほりを取り払ってよいというやり方（彼らは、状態がよいときは健常者と変わらない仕事をするが、悪くなると突然知恵遅れ患者になってしまうので、その時には解雇をしてもとがめられないなど）になっていないと、企業も負担が重すぎる。こういった雇用と保護就労の中間の形態を民間企業の中に生かしていく方法が必要ではないか。具体的には、職域開発援助事業を拡大して長期的継続的にできるようにする、あるいは厚生省の通院患者リハビリテーション事業（注6）の制度を厚くして長期にするやり方（両者が近よるが）が考えられる。職域開発援助事業では現在、企業には5万8000円が支給されるが、本人は無報酬である。これを改め、労働意欲のためにせめて1000円でも1500円でも本人にも支払われるようにする。企業への助成は全額を無期限に支給する必要はないかもしれないが、精神障害者がいる限り、永続的に必ずこれをサポートする人間が必要である（極端にゆれうごくので）。カウンセラーがすべてをカバーすることは不可能なので、サポートする人材を企業や地域で確保するため、何らかの助成の継続が必要になる。

現在多くの精神障害者は、生活保護を受けている（月8万くらい？）。働いて収入があるとすべて生活保護からさしひかれるので働かないという人もおり、制度的にも一考を要する。年老いた親との同居が多く、親がいなくなったら独居でアパート暮らしの生活保護→再発、再入院のくり

かえし→入院の長期化（20年～）というパターンが多い。独居は精神衛生上非常に悪いので、“やどかりの里”（埼玉県大宮市にある民間の複合施設で、患者の必要とするものを追求していった結果、居住、授産、社会復帰、精神保健ケア等の幅広い事業を行なっている。小規模社会法人である）のように精神障害者が支え合って居住できる、いこいの里を持てるという。

また、場面や環境変化への適応が難しいので、職域開発援助事業が導入され、カウンセラー等が共に現実の職場に同行し、ある程度長期にわたって共に働き、共に学ぶというプロセスを踏むようになれば改善できるケースもあるのではないかと期待しているという意見も出されていた。

2.9 精神薄弱

精神薄弱については、重度の者が難しいという意見、むしろ軽度の者が難しいという指摘、自閉、情緒障害、精神障害等との重複者が難しい、自立性なく家族の支援のない者が難しいといった指摘がそれぞれほぼ同数ずつあり、困難度の高い精神薄弱者にもいろいろなタイプの者があることがわかる。

軽度の精神薄弱が意外と難しい要因としては次のような指摘があった。

後述する知的ボーダー層まで含めてIQ 60～90（時に100）の層に共通した問題であるが、なんとかできるだろうと周囲からも考えられてしまって、学校でもその子に合わせた適切な教育がなされていない。また、その後の対策にあっても重度の精神薄弱に重点がおかれていて、軽度の者に十分な配慮がなされていないために、生育過程のみならず社会に出てからも不適応を起こしていることが指摘されている。たとえば：

- ・客観的作業能力、日常生活能力は、ある程度あるのだが、職業準備性に欠け、離転職をくりかえすケースは対応が非常に難しい。生育歴が影響していて一生懸命やってもほめられたことがない、成功経験がないことから、どうせやってもうまくいかない、生きていてもあまりおもしろくないという気持ちの人が多く、親は、18～20才になって就職させたいとオロオロしているが、本人は家でのんびりしていたいと考えるなど、職業リハビリテーション以前の教育段階での対応がもっと行われるべきだと思われるケースが多い。こうしたケースの親を対象に職業講話をしたところ、口コミで受講希望者が増え、幼児をかかえている親などが、これまで障害にばかり目が行っていたが、将来の職業や自立を考えた育て方をするうえで非常に参考になったと喜ばれ、また、小児精神科医からも参考になると言われた。本来教育リハビリテーションでなされるべきことが職業リハビリテーションに持ち込まれているケースが少なくないとの報告も寄せられている。
- ・また、精神薄弱にもかかわらず親が手帳をとりたがらず、このため種々の援助制度にのってこず、採用もされにくいケース、会話は成りたつが仕事がうまくできない、なぜ自分はこのような仕事につくのかといった気持ちの者、意志の疎通も作業もできるが、中途半端に物事を知っていてむしろ定着が困難というケースなどが最近多くなっている（重度の知恵遅れの人のほうが、他のこと

を考えずに言われたことを素直にやるのでむしろ定着できるという意見もあった)。

なお、重度の精神薄弱では作業能力が生産効率上ひきあわず、一般就労が難しいとの指摘が一方にあり、重度の評価にも幅がある。

2.10 身体障害と精神薄弱との重複

2.11 精神・心理障害と精神薄弱との重複

盲精薄、聾精薄、精神薄弱と脳性まひ・てんかん・上肢障害等との重複など、身体障害と精神薄弱との重複があるケースについては、現在、両方の障害を併せて総合的に等級を判定することが行われていない。このため、それぞれの障害がそれほど重くなく、等級的には軽いにかかわらず職業上の困難は大きく、重度といえる（この点は、後述する「身体障害者就業難易度調査」の結果にも顕著に示されている）。精神・心理障害と精神薄弱との重複の難しさも言うまでもない。

2.12 てんかん

てんかんについては、学力が高く社会性のある人は問題が少ない。学力が低い場合、てんかんがまだ雇用率の対象になっておらず、助成金だけなので企業の反応が鈍い。特に大企業では、助成金より雇用率の対象になるか否かが大きな問題で、雇用率の対象にならないからと言って、決まっていた話を断られた例がある。大企業あるいは中堅以上の企業に障害者の雇用を促進させようとする場合は、雇用率の算定対象にいれられることがもっとも効果大きい。なお、発作が頻繁な者（たとえば2カ月に1度を越える）については対応が難しく、安全面での不安もあって事業所も二の足を踏むとの報告もあった。

2.13 脳損傷

脳損傷（脳梗塞、脳卒中などの脳血管障害と、脳腫瘍および交通事故による頭部外傷を総称したもの）についても、現行の等級判定では機能・形態障害が中心となり、能力障害が軽く扱われていることの弊害が強く現れている。身体障害の面では、片まひや、ひどい言語障害などがある中・軽度の障害にはいるが、たとえば巧緻性に欠け、すべての動作がゆっくりとしかできなくても、大部分は身体障害とはならない。また、知能検査をするとIQは必ずしも低くならないが、種々の高次脳機能障害、たとえば、記憶障害（記銘力が失われていて会話は成立しているがその直後から聞いたことをすべて忘れてしまう）、言語葉に障害がある失語症（聞こえているが意味がわからない。声帯に異常はなく、声は出るがことばにならないなど。通常、読む、聞く、書く、言う、のいずれにも障害が出るため、コミュニケーションが成り立ちにくく、指示が正確に理解されていないため、一見わかっているようでわかっていない。しかもぼっぼっと忘れるため途中でやっている仕事が違ってくるなど）、あるいは失行（意図する動作ができない。たとえば一連の動作

が連続的にできなくなり、タバコを吸う場合、タバコをくわえると当然ライターに火をつけるという動作が続くはずであるが続かない。洋服を着ることができない。絵がかけない。ふつうに動作ができないなど)、失認（視覚、身体感覚、聴覚など感覚はあるが、わからない、判別できない。たとえば視覚的には全部とらえられているが、脳のレベルでは半分しか理解、認識していない。このため、目の前の物を取るように言われても机の上の半分の物しか取れない反側無視の例など）、注意力障害、判断障害を来している場合等も、現在の障害の定義外である。また、IQの低下のある場合も、中途障害による知能低下は18才未満に生じた発達の遅れによるものではないため、現在の障害の範疇にはいってこない。このため、知的能力がIQ 60~80くらいに低下して、両手両足の機能が健常者の70~80%、失語症、健忘症があるといった障害でも、いずれの障害者にも入らない。こうしたことのために、単純作業や授産施設で働くことにも無理があるようなケースでも障害者手帳がもらえず、何の助成も受けられないでいる。

このほかのケースでも、20代の若者で脳腫瘍の手術をうけ、発語、動作、歩行、手の動きなど、すべてがそんなにゆっくりできるものかと思うほど超スローモーションであっても身体障害者には該当せず、障害者手帳はもらえず、就職のための助成も使えない。施設に入れようにも手帳がないために入れられないというケースがあった。また事故による頭部外傷で身体機能には問題が出ず、昔のことは覚えていますが、新しいことが全く覚えられないというケースなども何の助成もできず、就職が非常に難しかった。

脳損傷については、高次脳機能障害、あるいは中途障害による知的障害という概念での障害者の定義の拡大が必要であり、精神薄弱判定に準じて脳損傷に伴う障害が障害者職業センターで判定できるようになれば、助成を得て救われる部分がかなりあると考えられる。

また、知能、耳、目、手など様々な障害が重なっているが、1つ1つをとると軽度になるため、就職は非常に難しいが、障害者手帳に該当しないという、心身両面からの軽度多重障害の問題への配慮もいうまでもなく必要である。雇用率算定に際し、障害者としてカウントしてもらい、種々の助成を受けられる、職場適応訓練の時間を障害者なみに与えてもらえるというようになれば、今少し、事業主側も、雇用の継続や採用を考慮する余地が高まると考えられる。

なお、脳血管障害者の場合、年齢的にも（40代以上など）不利が重なるケースも多く、また役職についていた者など、現実の能力と、かつての職務との落差が大きすぎるという、心理的な問題に直面するケースも少なくない。うまく行っているのは復職のケースで、この場合も、カウンセラーが本人の状況や能力を十分に把握し、本人の委託を受けて、どんな仕事ならばできるか、報酬をどうするかなど、企業側に提案するといった調整をすることが重要である。

また、脳血管障害者には、片まひが多いが、職種によっては、両手に軽度のマヒがあるケースよりも片手の機能の全廃した人の方が就職が困難である。片マヒは3~4級になるが、仕事の面では重度の取扱いになってくる。とくに利き手が使えなくなった場合、利き手交換といってもリハ

ビりに時間がかかり、かつなかなか同じような機能を獲得することは難しく、職種転換せざるを得ないケースが少なくない。働き盛りのホワイトカラーから生産工程の単純軽作業などへ行くケースなどが多く、気持の切換えも大変である。

2.14 精神病周辺領域の社会適応障害（精神障害の定義に入らない精神障害者及び周辺層）

現在、助成金の対象となる精神障害は分裂病と躁鬱病の回復者のみである。しかし、現実に医師から提出される意見書にはそれ以外の診断名が多く、このため、職業紹介の現場では精神障害の定義に入らない「その他」の障害者に分類されてしまう者が多い。医師の診断書に”分裂病”や”躁鬱病”の記述がないのは、書類が本人の目にもふれるので気を使って書かないのか、分裂病や躁鬱病が医学的に使われる用語と異なるのか、それとも別の病気なのか事情はよくわからない。職業安定所や障害者職業センターの担当者が直接医師と連絡を取って、分裂病か躁鬱病でないと助成の対象とはならないので事実がどうなのか、と確認できるとよいのだが、本人の同意を得ないと医師との連絡や病名の表現変更なども難しい。本人は病名を聞いているが、センターや職業安定所等には知られたくないと考えている場合も考えられ、プライバシーも絡んで互いにさわりにくい問題という形ですぎてきている。せっかく精神障害者が政策対象にいれられるようになってきたが、一つの盲点になっているように思われる。分裂病と躁鬱病が助成の対象となっていることを知らない医師も多いのではないかと、このため、実際には、そのいずれかに分類される患者が、そうした診断名でないために洩れてしまっているのではないとも思われる。一方、もし、その二つの病名以外の精神病患者が大勢いるのだとしたら、精神障害者の範囲を”精神科医の治療、加療を要する人”と言った具合に今少し広くとらえ直さないと、現実の精神障害回復者への助成が不可能な状況にある。

たとえば神経症として報告のあった、ある障害者職業センターの例でも、現在受け入れている準備訓練生73名中、10名は精神科とかかわっているが、精神障害の診断が出ているのは1名だけで、他は何の制度も使えない。IQなどの能力は高く、精神薄弱の保護も適用できないので苦しい。対人恐怖、自閉、パニックなど様々な症状が人によってあり、薬でおさえている。何らかのバックアップを制度的に設けられないかと現場の専門家は心をくんでいる（なお、援助は受けたいが、精神病患者としての判定は受けたくなく、就職するときはそのことを知らせずに就職したいという人もいるので、本人の希望に十分配慮する必要があることは言うまでもない）。

2.15 行動情緒障害等による社会適応障害

自閉症、不登校、学習障害、情緒障害、対人不適応、場面緘黙、微細脳損傷など、やはり現在の障害者の定義には含まれないが、何らかの要因で社会的不適応を起こしていて、職業上も困難

に直面している者が、非常に多くなってきている。こうした人々は、就職後も誰かがめんどろを見なければ仕事の継続が難しく、企業としては責任者を置く必要があるなど、負担が大きいのに何の助成もないということで採用を嫌がる。せめて金額が安くても助成金の対象となっていれば障害者職業センターとしても動きやすく、説得もしやすい。

行動情緒障害による社会適応障害の内訳は、既述のようにきわめて多様である。そのうちいくつかのものについてのコメントを紹介する。

2.15.1 自閉症

自閉症については、IQは低くないため、精神薄弱等の手帳がとれない（IQの低いケースについては後述）。GATB（労働省編、一般職業適性検査）などの能力もあるが、協調性は低く、適応指導などにも多くの時間をかけなければならない。ほんの些細なことで動揺し（注意されたのを首にすると言われたと思いきむなど）、翌日から出勤できなくなることが多く、出勤に同行して企業の担当者とはほんの少し話しあえば継続勤務できるのに、これをする体制が整っていないために、せっかく就職したのに続かず、多くの努力が振出しにもどってしまうケースが多い。

自閉症について支援上問題となる点は、①障害者の定義に入っていないために、年金もなく、また種々の助成が受けられないこと。②このため、育てるのも非常にたいへんで、経済的にも就職できたとしてせいぜい10万円前後の収入を得られる程度なのに何の補助もない（精神薄弱者の方が、12～13万円の収入を得て、6万円程度の年金をもらって充分自活している。10人位で費用を出しあって1人の援助者を依頼してサポートしてもらっているケースもあり、こうすれば親がサポートできない場合にも自立していける）。③加えて、就職後のフォローが重要で、しかも非常に手間がかかるという点で従来の職業リハビリテーションの間尺にあわないことである（たとえば従来の職業リハビリテーションでは、“訓練”してそのハードルが越えられれば“就職”というプロセスになっているが、自閉症の場合、訓練ではうまくいっても、現実の職場という形で場面が変わると、全く一からやり直さないといけない。就職当初3日くらいはカウンセラーと一緒に仕事をしないと、単に、事業主に“奇声を発することがあるが気にしないで”と言葉でいうだけでは、いざというとき、周囲の者がどう対応していいかわからない。カウンセラーと一緒にいて、大声を出しても仕事はしているから大丈夫ということを具体的に理解してもらう必要がある。また前述のように、些細なことで出勤できなくなりそうな時に一緒に出勤する〔電話では無理でうまくいかない〕といった、従来の職業リハビリテーションでは必ずしも十分に配慮できない種々の問題への対応が求められる）。

これらの問題に対処するには、自閉症者を障害者に含め、様々な援助を利用できるようにすることが必要である。そうすれば、現在、唯一、障害の種類を問わずに適用できる職域開発援助事業に加えて、職場適応訓練の対象にする、特定求職者雇用開発助成金等各種助成金の対象にする、

雇用率に算定する、訓練期間の延長といった、障害者の利用できる各種の助成措置を使い、企業の負担を軽減して充分売りこむことができるし、障害者職業センターの支援もやりやすい（具体的な例では、幼児期に自閉症といわれたが知的には全く問題がなく、大学も卒業しており、公務員試験などもがんばって学力試験は通るが、面接ですべて落ちてしまう。良い面も多々持っているが人との関わりが全くなく、社会的対応、マナーに欠け、臨機応変な会話ができず、自分勝手なふるまいが出てしまうなど、対応の難しいケースを現在もっている。ワープロ技術を使って印刷会社のオペレーターの仕事をしてみており、原稿をワープロ入力して校正に出すところまで行っている。様子を見ているが、早くもまあまあの線をいっている様子で、対人関係のあまりない職種には向いているのではないかと判断しているとの報告があった）。

また、場面変化への不適応については職域開発援助事業が有効と考えられるが、期限が限られている点で自閉症者の就業継続の支援に関しては問題が残る。すべてを職業リハビリテーションでカバーすることは難しいので、地域で人口〇〇人に1人というような形で障害者の生活をバックアップする人材を配置し、職業リハビリテーションの関係者が連帯して支援するという形がとれば、障害者のためにも、また経済効率上もはるかに状況を改善できる。あらゆる状況に対応できるやり方というのは求めようもないし、本人を変えることも難しい。少しずつでいいから、常時フォローができるという形に援助の形をかえれば、社会的に少ないコストで就業が継続でき、多くの努力が無駄にならずにすむという意見が出されている。

なお、障害者職業センターに来所する自閉症者は、今回のヒアリングでも、知的障害がなく、他の面での適応に大きな問題のあるケースが多く報告されている。しかし、自閉症にはかなりの幅がある。自閉症者全体の状況については、次のようなコメントが、寄せられている；

一部に職業生活可能な自閉症者がいるが（パターン化された作業は比類ない正確さでこなすので、集団行動のとれる者の場合、100～120%の戦力になりうる人が一部いる）、大部分は集団行動に馴じむのが難しく、また、なかには行動の抑制がきかない者もいる（何をするかわからない、勝手に走り出したり笑い出したり、指示どおりできない）。知恵遅れのあるケースも多い（90%）。

問題行動が多いので、自閉症者だけの施設に収容して就労する形を取っているものが多い。療育手帳をとらないと、施設に対して国や自治体からの補助金が出ず、運営できないので、手帳をとり、精神薄弱者施設として運営されている。しかし、精神薄弱者と一緒になると、問題行動の多い自閉症者が1人はいっただけで全体が混乱に陥るので、全く別の施設になっている。パニックを起こした時にはいる保護室がある。

10%か5%の自閉症者は、IQが高く、問題行動は起こさないが、コミュニケーションがとれないので職業生活は難しい者が多い。出会ったケースで東大の大学院まで進んだ人がいた。両親の知能が高く、恐らく、出産か受胎時に何らかのハンディを負ったものと思われる。数学に強く、暗

記に強いので、受験は通ったが、表現、状況判断などが弱く、会話も、オウム返しが多い（「今日何食べてきた？」ときくと「今日何食べてきた？」と答えるなど）。話すことを要求されない製造工はできるが、創造性や抽象能力を求められる研究者、人と話さなければならないサラリーマンなどは無理である。大卒の軽度自閉症者のケースでも、応用がきかないので在宅勤務も難しい。丸暗記で大学まで卒業できたのかもしれないが、仕事内容が変わると対応できず、印刷関係の仕事もやめた。精神薄弱者と同じような仕事を考えている。

2.15.2 不登校

現在の学校教育についていけないために、はみだしているとする、教育サイドだけの解決は無理な状況にあり、学校でもどこでも対応できない。卒業をすれば学校側が対応する体制は更になくなり、本人も就職したいと思っているが自信がない。社会に適應できるかどうか不安が強い。職業準備訓練に出てくることも必ずしも順調にはいかないケースも少なくない、といった状況で、行き場がなくて困っている人が多い。不登校の中でも、障害者職業センターに来所するケースでは、学力、知識、経験などが充分でなく、対人関係も含めて職業につくのが非常に難しいケースが多いが、何の助成対象にもならず、企業側も障害者を雇ったことにならないため、困難がさらに大きくなっている。IQが低めの時などは、就職のためにぜひ必要だからということで福祉とも相談し、療育手帳をもらって助成対象としたケースもあったが、このような対応はごく限られた例外的なケースで、一般には何の助成対象にもならない困難者である。社会的環境のために不利益を受けた人とすれば、そうした人もどこかが考慮しないといけない。

（備考 中には全く普通の高校生で進路も自分で決めて行ける者もいるが、殆どが上記のようなケースである）。

2.15.3 学習障害

・IQは高いが、一部、たとえば国語だけ、数学だけが全くできないといったタイプの人で、動作性の能力が低い場合など、就職は難しい。また、普通学級は出ているが理解力が低く、学校での問題をそのまま職場に持ちこんで、長続きしないケースなどがある。

2.15.4 緘黙（黙ってしまって全く話せない。幼少児期の療育相談などで指摘される者が多い）

学力はある者もあり、また遅れのある者もいる。緘黙の状況も人によって異なるが、引込み思案でとじこもりがちとなり、社会性も身につかず、コミュニケーションもとりにくいことから、対応の難しい障害者である。緘黙については、次のようなコメントが寄せられている。

・精神科医から場面緘黙、選択緘黙等の診断名はついてくるが精神病ではなく、能力的には普通の者が多い。しかし、しゃべる能力と社会性がない。“しゃべる能力がない”というのは心理的なもので家庭では普通に話している。たいていは小学校の2～3年までは外でもしゃべっていたが、何かのきっかけ（たとえばいじめなど）でしゃべらなくなり、そのままずっと黙ってしまう。黙っているとまわりが珍しがってあまり手を出さなくなるので自分なりの防御パターンになり、そのわくの中で生きていくことになる。以前は、転校や卒業を機に直ることが多く、18才までに消失する情緒障害といわれていたが、今は18才以上の人がかかるようになり、場面緘黙の期間が伸びてきた。就職しようにも面接で全くしゃべらないので落とされてしまい、学校を出ると行く場所がなく、在宅になってしまう。母子密着型、父親の影のほとんどない家庭、強さや自立性を充分育てていないという状況がチラチラと感じられる。社会と折り合っていくには、ある程度の我慢や多少の攻撃性が必要である。今までの子どもは父親からこれを学ぶことが多かったが、これが獲得できないために攻撃できない。攻撃できないから緘黙という防護の中にとじこもる。生きて行くためには自分の力でやらなければならないのだが、自分の力でやらないという弱さや依頼心が特徴である。母親自身、被害者意識が強く、問題解決能力に若干欠け、他罰的な（悪いのはおとうさんで、これこれが悪くて自分達は被害者だ云々）考え方をするケースが多い。核家族で手がたりず、父親がサラリーマン化して家庭滞在時間が減ってきた、というような社会構造の変化も、緘黙や登校拒否が非常に増えてきた背景にあるように思われる。今1つの緘黙のパターンとしては、能力の低い場合で、やはり防御のために黙りこむ。すべて緘黙で通しているうちに、中・高校になると学力もずっと落ちてくるケースである。

2.15.5 微細脳損傷

出産時あるいは妊娠時に原因があるのではないかと思われるが、IQは境界レベルより高いため療育手帳の対象にはならず、また脳病変による身体障害にも該当しない。行動面で落ち着きがなく不器用で、場面適応や対人適応にも問題があって職業上のハンディが大きいにかかわらず、助成制度も活用できず難しい。

2.15.6 過敏性神経性大腸炎・胃炎

1時間に2～3回下痢をし、時にはもらすこともあるので仕事が務まらない、心の病である。昔は家にウロウロしているだけだったのが、障害者職業センターなどができて外に出てくるように

なったのか、生活が豊かになり、さしたる苦勞もなく育っているために社会全体が軟弱になり、こうした傾向をもつ人が増えてきたのかわからないが、来所者が増えている。彼ら自身が強くならなければ、医療的な治療では解決しない。しかし、少しは鍛えなければと思って注意すると（ノラクラした職業生活で、欠勤だ遅刻だをやっているの、「少しは自覚しなくちゃ」とでも言う）、翌日ひどい下痢になる。自分に都合の悪いことを言われるとひどくなる。書物では、上司と合わない場合、配置転換とか、企業側も対処している例が報じられているが…。

2.15.7 その他の情緒障害

人によっては微細脳損傷などがあると考えられるが、IQは高いケースも多いので、現実には養護学校に在籍していたのに療育手帳等もとれず、就業上は大きな困難に直面している。

2.15.8 問題性格その他

問題性格その他の社会適応障害の例としては次のような事例が報告されている。

- ・怠ける、持続性がない、社会性や集中力等に欠け、対人関係が弱い、甘やかし、差別によって性格がひねくれてしまった、といった性格面で問題の多いケースは、家庭や環境の所産と考えられるが、能力は低くともコツコツやるといったタイプの者に比べはるかに難しい。盗癖、放浪癖、異性問題の激しい子、アルコール中毒、シンナー中毒なども非常に困難である。
- ・神経症なのか、知恵おくれなのか、性格なのか、よくわからず、成績は下だがなんとか高校まで行った。しかし、中退したり、卒業しても仕事につけないということで来所するケースが、定義外であって、かつ援助の仕方も充分にはわからず難しい。障害者としての援助に本人や家族が抵抗を感じる場合もあるし、相談される方も、話をきいて、障害者雇用をめぐる一般的な状況を説明して、本人や家族が選択するのを待つことになる。障害者として気持ちを切りかえ助成をうけたいとして来所するケースもあるが、障害者職業センターとしても、障害者ではなく、一般の方法で就職することも可能かも知れないと思われるケースもあり、判断に迷う。

2.16 知的ボーダー層

IQ 75程度以下だと療育手帳がとれるが、療育手帳の対象とならない75～90の人が障害者職業センターに来る。以前、これらの層は、建設業や技能職関係の単純労働につけたが、今日、単純労働の機会が減って知的な労働が増えているために、こうした知的ボーダー層が就労できにくい状況になっており、早急に対応が必要と思われる（IQ 75程度以下を精神薄弱としたのは昭和38年の発想であるが、今日では90以上ないと社会的対応ができないように思われる）。

能力的にドロップアウトして、どこの職場に行ってもやめさせられてしまう。職業的には女の子だとおそうざい屋さんやうどん屋さん、パン製造工など、男の子では機械・金属製造工、メッ

キ工などすべて製造工程で、この他では建設業の「左官」の「てこ」といわれる雑用係や、ブロック作業といった作業などである。精神薄弱として就職していれば周囲の者もこの子は障害者なのだからと思って高いものを要求しないが、ふつうに就職していると職場でバカにされる（「あんた、バカじゃないのか」といった具合に）。適当に利用されたり、残業を一身に押しつけられたり、いろいろなセールスに引っかかって何万円も取られたりしているが救済策は何もない。こうした層を受け入れる高校はいずれの地域にもあるので、一応高校卒の免状はもっている。職場に困って療育手帳をとったケースもあるが、とれなかった人たちには何の保護も与えられない。転職も多いが、30才過ぎてからは雇用先も少なくなってきて、職歴はズタズタである。前述したような職種でさえ、やめたときはもうあとがない。勤まっている子は社会性と勤労意欲があって、バカにされても黙って我慢してコツコツやる子である。しかし、多くはバカにされて怒り、トラブルも多くなっていくうちに性格的にもひがみっぽくなったり、怒りやすくなって不適応型になっていく（社会に出る前にすでに中学、高校でもいじめられている）。

また高校や専門学校、短大など、エスカレーター式の学校で学習面ではお客様で終わってきて、実際は精神薄弱に近い人が、いざ就職となると困って障害者職業センターへくるケースが結構ある。簿記、自動車の運転、ソロバンなど、内容の決まっていることについては何度も何度も訓練して資格をとっている人もいる。変化する状況で臨機応変に判断することは苦手だが、本人や家族の必死の努力で、かなりの能力を身につけている人もおり、障害者として認定が受けられれば、労働習慣や対人関係の訓練を障害者職業センターで受け、適応できるようになるケースが少なくない。こうした層も精神薄弱に含めて保護やサポートの対象にした方が救われるだろうとの指摘が多くあった。

2.17 現行法で規定されている以外の内部障害者

肝臓や重度ぜんそくなど、現行法で規定されている以外の病弱者の困難も大きい。

たとえば、通常出勤が不可能なくらい重いぜんそくでは、体力がなく、週3～4日しか働けず作業環境も制限される。

2.18 難病

難病者には、元気なうちにやれることをやろうという人が多い。病状が慢性化して続くのであるから、障害者として対処が必要であるが、現状では障害者の定義の中にはいない。すぐには病名が思い出せないような、あまり聞いたことのない、いろいろな病気が最近ある。病状が固定しているのか、進行するのか、医学的にまだ明らかでないケースも多く、本人の就業の希望は強いので医師の指示のもとに仕事をさがすが、就職は難しい。病気で手いっぱいでは就職までは無理という感じを受けるケースもある。難病の例としては：

- *強皮症（皮膚が堅くなり、関節が曲がらない）
- *進行性側索硬化症（人によって症状は様々。首筋の骨がずれて神経があたり、非常な痛みがある、リュウマチ様の症状がある、言語障害があるなど。手作業も若干遅い。運動制限があり、企画事務のような仕事ならばできる）。
- *シャルコマリー（筋萎縮）
- *レクリングハウゼン（エレファントマン、視力障害、知的障害を併発するケースもある）。
- *膠原病（リュウマチ、エリトマトーデスなど。痛みのコントロールが難しく、また体調によって休まないといけないのでフルタイムでは難しい。また薬の副作用（ムーンフェイス、だるい、太る、気分が悪い、精神不安定など）が出る。リュウマチは中年以降の女性を中心に多い。知的には障害がないので助成制度を活用できるようになれば、もっと雇用を促進しやすくなる。現状では、手の変形が出てきた場合に、何とか手帳の対象とするようにしている）。
- *筋ジストロフィーなど。

難病者には車いすになる人もいるので、その場合、通勤がもっとも問題になり、また手も不自由な人が多い。知的能力に問題はないので、電話番号、軽事務作業、判断・企画事務などは可能であるが…。

2.19 社会的ハンディキャップ

社会的ハンディキャップ（外見上の障害によりきわめて就業が困難であるにもかかわらず、適切な障害区分にランクされず援護されないものなど）の例としては：

- *小人症（機能障害はないため、障害者にはならない。1m未満などの場合、機具に届かない、あるいは印象などから、就業の困難なケースが多い。作業だけでなく、車の運転なども改造を施さないと難しいのに助成を受けられない）。
 - *白皮症（機能障害はないため障害者にはならない）。
 - *やけど（ケロイド等により面接でおちる。なお、やけどの場合、皮膚がひきつっているために体が曲げられないなど、スムーズに動かせない、身体障害者に該当しないぐらいは曲がるが、職業的には支障がでるといった、等級判定の面から、定義外の障害者となるケースもある）。
 - *奇型
 - *あざ
- 奇型、ケロイド、あざなど、容貌に問題のある者は在宅勤務を拡大できれば可能性が高まるのではないかと考えられる。

多くのこうした既存のワク内にあてはまらないケースは“その他”の障害者の中にいれられ、それぞれが数としてまとまった集団にならないためにすべての援護からもれてしまう悲劇が存在する。これを解決するためには、後述するように障害者職業センターに、雇用上の障害判定の権限を今少し幅広く与え、状況によって援護制度を適用できるようにしてほしいとの意見が強い。

また、東京のような地域では、精神薄弱者の障害者職業センターへの来所者は減ってきて、職業安定所でかなりの者が就職できるようになってきており、むしろ、“その他”に障害者雇用の重点が移ってきている。ILOは心理的障害、学習障害等をすでに障害者に含めている。日本は第159号条約を批准しているが、“その他”の障害者は助成金等の対象となる障害者の範囲に含まれていない。障害者職業センターへの来所者の動向からみてもさらなる対処が必要であるとの指摘もあった。