

健康上の問題があるグレーゾーンの就業状態 — 2つの障害者福祉制度ボーダーラインからの探索 —

比較教育社会学コース 百瀬由璃絵

指導教員 三輪哲

1 はじめに

近年、「グレーゾーン」という言葉を耳にする機会が増えている。グレーゾーンの言葉は、白でも黒でもない曖昧な層や事象に対して焦点を当てたい場合に使用されることが多い⁽¹⁾。例えば、障害⁽²⁾があるとも障害がないとも言えない場合に度々用いられている⁽³⁾。

特に教育現場において、医師の診断がつかない子どもや障害児とはみなせない子どもに対して、グレーゾーンの言葉が用いられることが多い。通常教育において、不適応な行動が見られるものの医師の診断がつかない子ども（未受診を含む）が、「グレーゾーン」と呼ばれることが多い（矢野ら, 2015; 吉田, 2017 など）。一方で、通常教育の場では「発達障害」とみなされても、特別支援学校などでは「軽度知的障害者」として扱われる子どもたちが、特別支援の場で「グレーゾーン」としてカテゴリー化されることもある（堤, 2019）。教育現場では、グレーゾーンへの対応に悩む教師が多い。通常学級に在籍する発達障害の疑いがあるグレーゾーンへの支援方法に養護教諭らが不安を感じているとされ、通常教育でも特別支援に関する知識を有することが求められている。（矢野ら, 2015）。一方で、特別支援学校に転入する子どもたちの中には、通常学校での不適切な対応やいじめ、不登校を経験した結果、二次障害と呼ばれるような衝動的な攻撃性や精神神経的症状を伴う者も少なくない（堤, 2019）。そのため、特別支援学校においても、比較的中重度の知的障害児を主な教育対象としてきた教師の多くはグレーゾーンの転入に困難さや戸惑いを感じ、特別支援学校へのグレーゾーンの転入が適切であるか疑問が残るとされる。堀家（2012）は、特別支援学校側の過剰な反応により障害者手帳のない子どもたちへの排斥運動があったとし、通常教育からも特別支援教育からも排除される子どもがいることに警鐘を鳴らしている。

成人後においても、医療機関で発達障害の診断が定まらない「傾向がある」者や、発達障害と診断されても生活や職場への環境適応度によって発達障害であるか否かが変わる者が、「グレーゾーン」と呼ばれる（林ら, 2020）。グレーゾーンの言葉が使われていなくても、若者の就労支援の現場では、発達障害や精神疾患の診断がある（疑いがある）若者が、利用者全体の3割～5割弱を占めていることが指摘されている（宮本, 2015）。発達障害の診断がある人のうち9割以上、疑いのある人のうち8割以上が学生時代に困難を抱えており、「障害者手帳あり」より「疑いあり」のほうが困難の多い人の割合は大きいとされる。

グレーゾーンの言葉が教育現場をはじめ他方で用いられるさなか、障害児・者とは言えないグレーゾーンがどのような人たちであるのかはほとんど明らかにされていない。本稿では、日本社会においてグレーゾーンがどの程度おり、どのような特徴があるのか、日本全国

を調査対象とした公的統計データを用いて探索的に記述する。

2 先行研究

(1) グレーゾーンに関する研究

堤 (2019) は、インクルーシブ教育の展開を目指す国際動向とは逆方向に、「分離」を前提として通常学校から特別支援学校へのグレーゾーンの転入者が増加している国内状況を問題視したうえで、グレーゾーンの子どもの学校経験とそれを方向づける制度的・構造的条件について質的調査から解明することを試みている。そのうえで、インクルーシブ教育に向けて通常教育の場も特別支援教育の場も変革すべきとしている。

インクルーシブ教育 (inclusive education) とは、障害に限らず、人種、国籍、言語、宗教、虐待、いじめ、貧困といった多様な理由により社会的に周縁化されやすい子どもと、そうではない子どもとが地域の学校で共に学ぶ教育のことであり、エクスクルーシブ教育 (exclusive education) の対概念である。堤は、インクルーシブ教育とは、単に「分離か統合か」の議論ではなく、インクルーシブな社会 (inclusive society) に向けた学校教育の在り方、すなわちエクスクルーシブ教育の超克をめぐる本質的な議論であるとする。

インクルーシブ教育が単に教育現場においてのみで実現される課題ではなく、インクルーシブな社会に向けた議論であるとするならば、堤が質的調査で明らかにした特別支援学校に流れ込んだグレーゾーンの子どもの特徴を捉えるのみでは、インクルーシブ教育の転換へ向けた示唆を与えることは不十分ではないだろうか。矢野らや吉田の研究で指摘される通常学級に在籍するグレーゾーンなども含めて、グレーゾーンがどのような人たちかを明らかにする必要があると言える。

前述したとおり、グレーゾーンは子ども特有の論点ではなく、学校を卒業した後の就労支援の現場や職場でも論点になるため、学校教育が行われた後のグレーゾーンの状況も把握する必要があるだろう。インクルーシブ教育においても、「職業教育は生活教育と同じ比重で王座を占めるべきもの (伊藤, 1998)」とされており、就労は重要である。

先行研究において、グレーゾーンの特徴に関する研究が教育現場に限られた質的研究に多い点を踏まえると、日本社会において疑いはあっても障害児・者とは言えないグレーゾーンにどのくらいの人がいて、どのような人たちであるのか、量的に把握することが重要となる。

特に、堀家で述べられているとおり、障害者手帳があるか否かが「障害児・者」と言えるかどうかのボーダーラインになっていることが推測される。障害者手帳は、特別支援学校に転入する際の指針とされるだけではない。特別支援学校への転入時に障害者手帳の所持は義務付けられておらず、障害者手帳を所持する意義は学校を卒業した後にあり、どのように働くかという点に大きく関わっている。例えば堀家が指摘するように、どうかして就労の機会が欲しい軽度の子どもやその保護者が通常学校から特別支援学校へ転入を考えることは、法定雇用率をできるだけ軽度の障害者で満たしたい企業との利害が一致する。雇用政策として、従業員が 43.5 人以上の民間企業は、法定雇用率制度の対象である障害者を 1 人以

上雇用することが義務付けられている。対象となる障害者とは、精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・身体障害者手帳の所持者である。障害者手帳がある場合、障害者求人では企業の正規雇用や非正規雇用に採用されるだけでなく、福祉政策の一環である福祉的就労に就くことも可能となる。福祉的就労の給料が低いことは問題視されているが、手帳を持っているからと言って、一般的に通常学校の卒業者の進路とされる一般就労で働く選択肢がなくなるわけではない。単純に働き方の選択肢が増す。しかし、医師の診断により何かしらの障害があるとされても、障害者手帳がなければ、一般就労のみでの採用となる。

特別支援学校への転入や学校を卒業した後の就職において、障害者手帳の所持は1つのボーダーラインとして重要であるが、障害者手帳の所持状況に関する計量的な研究はほとんど進んでいない。

(2)障害者手帳に関する研究

障害者手帳がない者に着目した研究も少ないが、そもそも障害者の状況を計量的に捉えようとした研究も少ない。駒村・荒木(2018)はマクロ統計を用いて、身体障害者の高齢化に伴い、知的障害者や精神障害者の労働市場への参加が急増していることを示唆した。障害者雇用の義務化から40年を経て、国内の障害者の労働市場は大きな構造の変化にあった。山村(2019)は、東京都20区の自治体データを用いて、一般就労には、その他(発達障害や難病・内部障害など)・身体障害・精神障害・知的障害の順で多く、福祉的就労には、知的障害・精神障害・身体障害・その他の順で多いことが述べられた。山村の研究は障害者手帳のある者に着目しているが、障害者手帳がない者の状況はわからない。

全国調査を用いて障害者手帳があるか否かで比較した研究は、泉田・黒田(2019)が最初である。泉田・黒田は、国立社会保障・人口問題研究所の「生活と支えあいに関する調査、2017」の世帯票を用いて、障害者手帳所持者がいない世帯といる世帯の世帯主の有職割合の差異を示した。障害者手帳所持者がいない世帯と同様に、療育手帳所持者がいる世帯では、世帯主の有職割合が相対的に高かったことが述べられた。しかし、障害者手帳非所持内には、健康上の問題がある者となない者が混在し、障害者手帳がある場合も、等級の程度が軽い者と重い者が区別されていない。さらに、世帯状況の分析のため、個人状況がわからない。

泉田・黒田の研究の限界点である「障害者手帳非所持者内で健康上の問題がある者の困難が健康な者の影で見過ごされてしまう点」に着目した研究として、百瀬(2021)がある。百瀬は、主観的健康感、活動制限、抑うつ・不安障害の3項目から健康上の問題がある者を特定し、健康上の問題があるものの障害者手帳がない者を「グレーゾーン」と定義して、障害者手帳がない健康な者や障害者手帳のある等級が軽い障害者との比較をおこなっている。現在の就業状況に関しては、障害者手帳非所持内で異なり、健康上の問題がある者は求職中、健康な者は役員や正規雇用の割合が多かった。さらに、障害者手帳がある軽度障害者と重度障害者をわけて、就業傾向の相違が示されていた。

しかし、上述の先行研究においては、障害者の法定雇用率制度や福祉的就労の対象になるか否かに関わる障害者手帳所持ボーダーラインのみに着目しており、障害者の就労支援の

対象になるか否かに関わる自立支援給付受給ボーダーラインについては着目されていない。自立支援給付がある場合、行政区分や就労支援の現場では「障害者」とみなされる。他方で障害者手帳はないため、企業では一般就労で採用され、「障害者ではない者」として働くことになる。そのため、健康上の問題があるものの障害者手帳がないグレーゾーン内で分割し、相違を比較する必要があるだろう。先行研究では、データの限界から2つの障害者福祉制度ボーダーラインによる比較ができない。

さらに、障害者求人での雇用や福祉的就労に関する項目が調査に含まれていないため、多様な就業状態を含めた相違が先行研究ではまだ明らかにされていない。

また、障害者手帳の取得にはメリットとデメリットが混在するが、先行研究は障害者手帳をすでに所持した人に対する調査結果であり、障害者手帳非所持者が手帳を持たない理由は十分に説明されていない。障害者手帳の取得には、肯定的な感情の者もいる(水内・岩坪, 2019)。障害者手帳の所持には、公共交通機関の割引などのメリットがある。また、子どもの頃に保護者が申請した場合には、「障害者であるから手帳を取得している」という認識がない者もいる。だが、障害者手帳を持つことがスティグマ(stigma)になる者もいる。Pescosolido and Martin (2015)によると、スティグマ研究は21世紀に入ってから進められており、社会的距離(social distance)、伝統的偏見(traditional prejudice)、排他的感情(exclusionary sentiments)、否定的感情(negative affect)、治療の持ち越し(treatment carryover)、開示の持ち越し(disclosure carryover)、危険の認知(perceptions of dangerousness)などの多元的な要素が相互に関連してスティグマが生じている。例えば、障害者手帳の取得には、「友人・親類に変な人と思われる」「恥ずかしい」(山田, 1995)などの危険の認知や否定的感情が生じる。また、軽度障害者やその保護者は「なるべく一般扱いで」と、「職業リハビリテーションに対して否定的」(近藤・光真坊, 2006)であるように伝統的偏見があり、治療の持ち越しがされやすい。しかし、先行研究は障害者手帳がない者を調査しているわけではなく、全国を対象とした調査もない。そのため、先行研究のとおり、障害者手帳がスティグマであるため手帳を持たないのか、別の理由により所持していないのか全国調査のデータから考察する必要がある。

以上の点を踏まえて本稿では、日本社会におけるグレーゾーンの特徴を明らかにするために、全国を対象とした公的統計データを用いて、2つの障害者福祉制度ボーダーラインからグレーゾーン内での相違や障害者手帳がある軽度障害者との相違を比較しながら、多様な就業状態や障害者手帳を持たない理由を踏まえて記述する。

3 研究方法

(1) データ

本稿では、厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査), 2016」のデータを用いる。

このデータには4点の特色がある。第1の特色は、障害者福祉制度の利用者以外にも対象になっている点である。このデータは、調査員が調査区内の世帯を訪問し、調査趣旨を説明し

たうえて、在宅の「障害者手帳所持者」「医師から難病と診断された者」「慢性疾患などの長引く病気やけが等により日常生活のしづらさが生じている者」に該当するかを確認している。特に、3つ目の生活のしづらさが生じている者も対象になっている点が大きな特色である。具体的には、「眼鏡などを使っても、見えにくい」「いつも疲れているように感じたり、力が入らなかつたり、しびれ、痛みが続いたりする」「子どもの頃から対人関係がうまくいかない、一つのことを強いこだわりがありやめられない」などの13項目のどれかに該当する者が対象である。つまり、本人⁽⁴⁾や保護者によって健康上の問題が認識され、調査員という他者からも健康上の問題が認識されている者に調査時点から対象者が限定されている。第2に、障害者手帳と自立支援給付の双方の状況がわかり、2つの障害者福祉制度ボーダーラインからの比較が可能である。第3に、障害者の多様な就業状態が観察できる。2011年の前回調査も含め、障害者手帳の所持状況がわかる既存データで、一般就労・障害者求人・福祉的就労について詳細に尋ねられているのは本データのみである。第4に、障害者手帳がない者に対して、障害者手帳を持たない理由も尋ねられている。

以上のとおり、健康上の問題がある者を対象とした本データを用いることで、2つの障害者福祉制度ボーダーラインによる相違を比較しながら、多様な就業状態や障害者手帳を持たない理由を踏まえて記述することが可能となる。

(2)分析方法と変数

第1に、本データの全体における割合と、高齢者(60歳以上)、稼働年齢層(在学中を除く18歳以上～60歳未満)、子ども(18歳未満)についても割合を算出し、10カテゴリーに分類した2つの障害者福祉制度ボーダーラインとの関係を考察する⁽⁵⁾。まずは、2つの障害者福祉制度ボーダーラインにより、障害者手帳がない者が「非所持・未受給」と「非所持・受給」に区分され、この2つを加算した値が百瀬(2021)の「グレーゾーン」と類似する。次に、障害者手帳所持者内でも、等級により軽度障害と重度障害にわけた。障害者手帳の所持状況が不詳の者も本分析に含める。

第2に、グレーゾーンの特徴を記述するため、性別や生活のしづらさの発症年齢、生活保護の受給状況、医師の診断状況、障害者手帳を持たない理由を記述する。生活のしづらさ発症年齢については量的変数で尋ねられており、子どもの頃は小・中・高・大学に相当する年齢で区切り、その後は世代ごとで区切った。生活保護の受給状況は、本人・世帯が生活保護である場合や生活保護による医療扶助の利用がある場合である。医師の診断状況は、発達障害・高次脳機能障害・難病の診断を過去に受けたか否かについてで、一つでも診断されたことがない場合を示す「医師の診断ない・不明」を用いて主に考察する。

第3に、就業状態について、有職なのか無業であるのかについて考察し、どのような働き方をしているのかについても確認する⁽⁶⁾。就業状態の分析は、生活保護などの社会保障に結びついていない障害者手帳がない者の状況をみるため、生活保護受給者は分析から除く。さらに、男女別や生活のしづらさの発症年齢別にわけて相違を比較する。発症年齢は、特別支援学校に通っている世代である子どもの頃に発症(18歳未満)した場合と青年期以降に

発症（18歳以上～40歳未満）した場合でわけた⁽⁷⁾。

4 分析

(1) グレーゾーンの割合

第1に、2つの障害者福祉制度ボーダーラインから本データ全体、高齢者、稼働年齢層、子どもの関係を考察する（図1）。

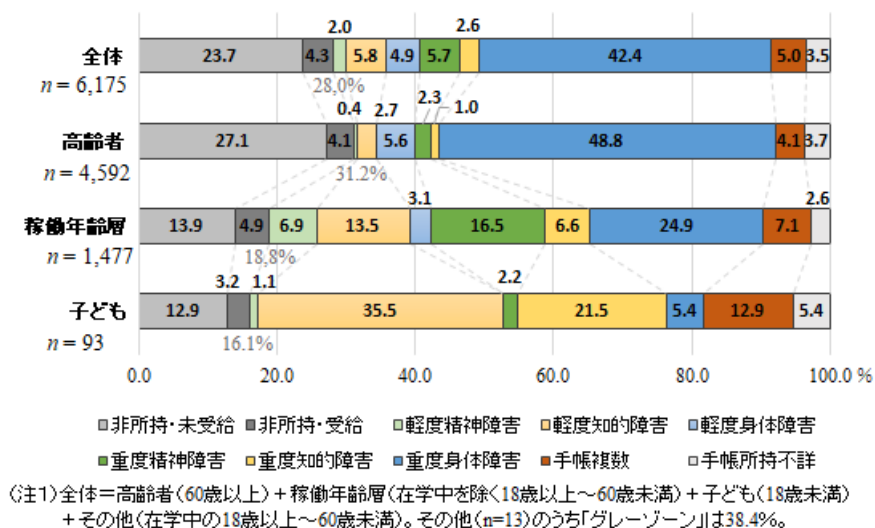


図1 2つの障害者福祉制度ボーダーライン

データ全体をみると、健康上の問題がある障害者手帳がないグレーゾーンは28.0%を占めていた。グレーゾーン内で「非所持・未受給」は23.7%、「非所持・受給」は4.3%であり、「非所持・未受給」のほうが「非所持・受給」よりも多いことが読み取れる。「軽度精神障害」は2.0%、「軽度知的障害」は5.8%、「軽度身体障害」は4.9%で、軽度障害者は12.7%を占めていた。つまり、グレーゾーン内で細分化した「非所持・未受給」は、軽度障害者の割合よりも多かった。「非所持・未受給」は「重度身体障害」(42.4%)の次に多く、自他ともに健康上の問題があるとされる者の中でグレーゾーンは一定数いることが確認された。

高齢者は、データ全体の74.4%(4592/6175人)を占めていた。高齢者に限定すると、グレーゾーンは31.2%を占めており、データ全体よりも割合が多かった。「重度身体障害」は48.8%で、全体よりも占める割合が増していた。「軽度身体障害」も5.6%で、高齢者に限定すると身体障害者手帳所持者が増加することが想定される。

稼働年齢層は、データ全体の23.9%(1477/6175人)を占めていた。稼働年齢層に限定すると、グレーゾーンは18.8%を占めており、データ全体や高齢者と比べると割合が少なくなっていた。しかし、それでもグレーゾーンは2割弱いることが確認された。グレーゾーン内では、「非所持・未受給」(13.9%)のほうが「非所持・受給」(4.9%)よりも多く、データ全体や高齢者と同様の結果を示している。「軽度精神障害」は6.9%、「軽度知的障害」

は 13.5%、「軽度身体障害」は 3.1%であった。データ全体や高齢者で多かった身体障害者手帳所持者の割合は縮小し、精神障害者保健福祉手帳所持者や療育手帳所持者の割合が増加している。

子どもは、データ全体の 1.5% (93/6175 人) を占めていた。子どもに限定するとグレーゾーンは 16.1%で、稼働年齢層のときよりも割合が少なくなっていたが、それでも 2 割弱いることが確認された。子どもの場合、過半数が療育手帳所持者で、「軽度知的障害」(35.5%)のほうが「重度知的障害」(21.5%)よりも多かった。

(2)性別

第 2 に、性別について確認する (図 2)。

データ全体をみると、グレーゾーンの割合は男性よりも女性のほうが多かった。一方で、男性のほうが軽度障害者の割合は多かった。データ全体と同様に、高齢者や稼働年齢層においても、女性のほうがグレーゾーンの割合は多く、男性のほうが軽度障害者の割合は多い傾向にあった。子どもは、グレーゾーンの割合にあまり差はなかった。

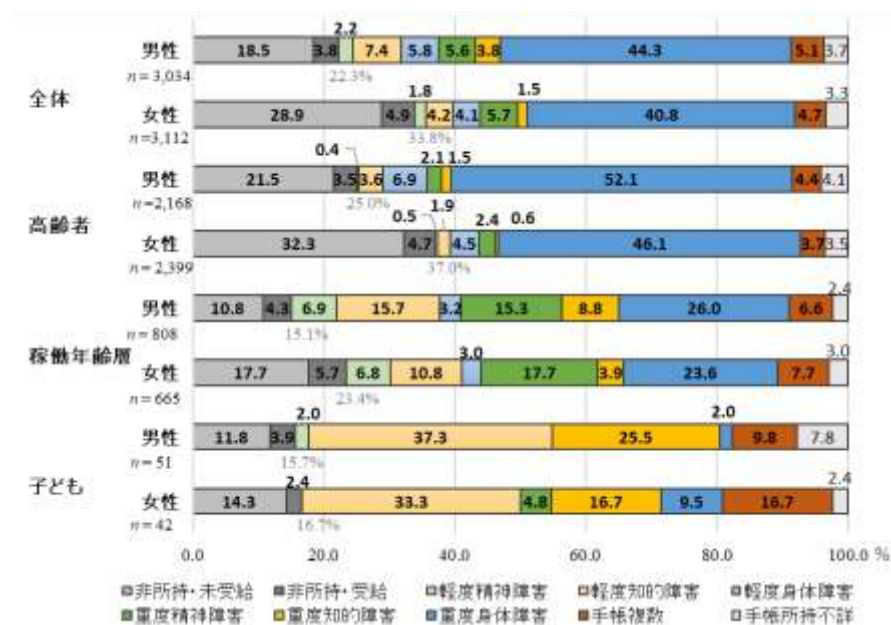


図 2 男女差

(3)生活のしづらさの発症年齢

第 3 に、生活のしづらさの発症年齢について確認する (図 3)。

データ全体でみると、グレーゾーンは概ね 60 歳以上に発症している割合が多く、身体障害者手帳所持者や「手帳所持不詳」も同様な結果であった。「手帳複数」は 60 歳以上の発症だけでなく、5 歳以下での発症割合も多い傾向にあった。同じく 5 歳以下での発症は療育手帳所持者に多く、精神障害者保健福祉手帳所持者は大学卒業後の 20 代後半での発症が多い

傾向にあった。高齢者では、精神障害者保健福祉手帳所持者以外はデータ全体と同様な傾向であった。「軽度精神障害」は40代での発症の割合が多く、「重度精神障害」は60歳以降での発症の割合が多かった。

しかし稼働年齢層をみると、グレーゾーンの「非所持・未受給」は40代での発症が多く、「非所持・受給」は30代での発症の割合が多かった。精神障害者保健福祉手帳所持者は、データ全体と同様に、大学卒業後の20代後半での発症が多い傾向にあった。子どもは、サンプル数が少ない。比較は難しいが、グレーゾーンは小学生の頃に多い傾向があり、「軽度知的障害」と「重度知的障害」に関しては5歳以下での発症が多いことが読み取れる。

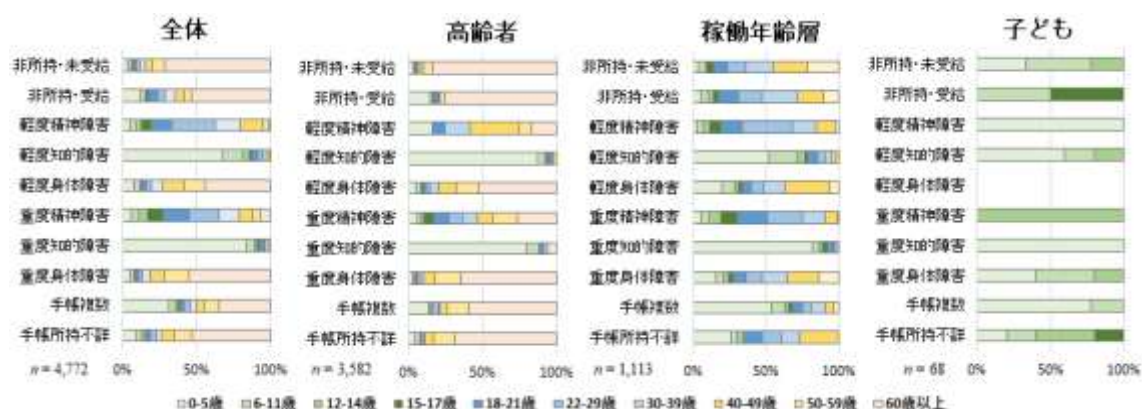


図3 生活のしづらさの発症年齢

(4) 医師の診断状況

第4に、発達障害・高次脳機能障害・難病などの医師の診断を受けたことがあるか否かについて確認する(図4)。

先に各診断状況をみる。発達障害(図左下)をみると、稼働年齢層の実数が高齢者の実数を上回っていた。一方で、高次脳機能障害(図右下)や難病(図右上)をみると、高齢者の実数が稼働年齢層の実数を上回っていた。高次脳機能障害や難病と診断されている子どもは少なかった。

次に、医師の診断状況(図左上)について「医師の診断がない・不明」をみると、データ全体で、グレーゾーンの割合は「重度身体障害」の次に多く、高齢者もデータ全体と類似していた。稼働年齢層において、「重度身体障害」やグレーゾーンの割合は、データ全体ときよりも割合は少なくなっていたが、精神障害者保健福祉手帳所持者の割合が多くなっていった。子どもにおいても、「重度身体障害」やグレーゾーンの割合はデータ全体ときよりも割合は少なくなっていた。一方で療育手帳所持者の割合が増えていた。

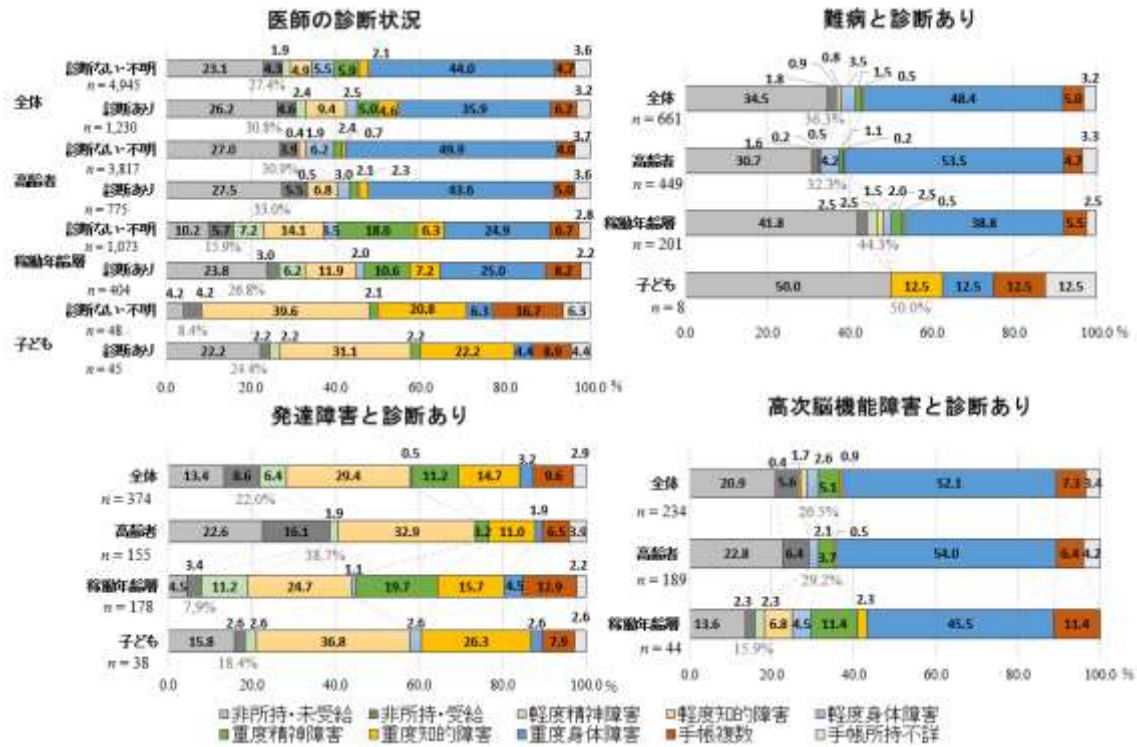


図4 医師の診断状況

(5) 障害者手帳を持たない理由

第5に、グレーゾーンがなぜ障害者手帳を持たないのかを確認する。手帳を持たない理由をみると、「障害の種類や程度が手帳の基準に当てはまらない」が、どの層においても5割前後であった（図5）。

手帳を持つことがスティグマになることに該当する項目である「手帳を持ちたくない」は、全体的に少ない傾向にあった。稼働年齢層のみ、ほかの層よりも割合が多かった。

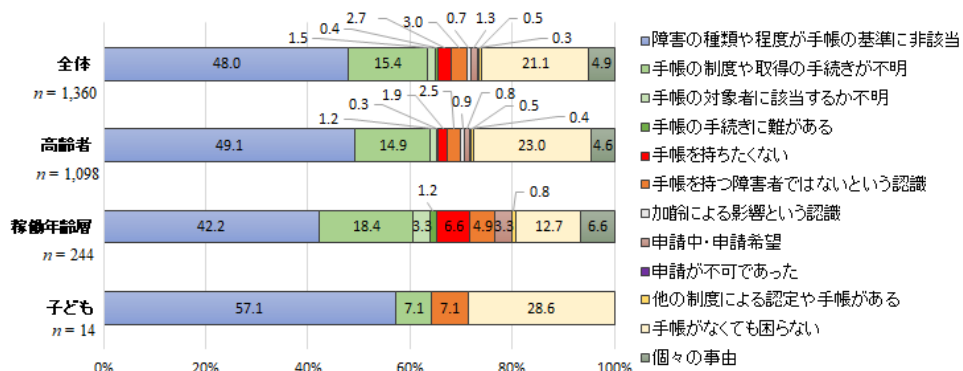


図5 障害者手帳を持たない理由

(6)生活保護の受給状況

第6に、生活保護の受給状況について確認する（図6）。

データ全体と高齢者においては、生活保護を受給しているグレーゾーンは2～3割で、「重度精神障害」の次に多い傾向にあったが、稼働年齢層は2割に満たない。グレーゾーン内の割合はデータ全体や高齢者のときと異なり、「非所持・受給」のほうが「非所持・未受給」の割合を上回っていた。さらに稼働年齢層では、精神障害者保健福祉手帳所持者の生活保護受給割合が多くなっていた。子どもは、親が生活保護を受給している場合のみとなるため相対的に生活保護受給者が少ない。

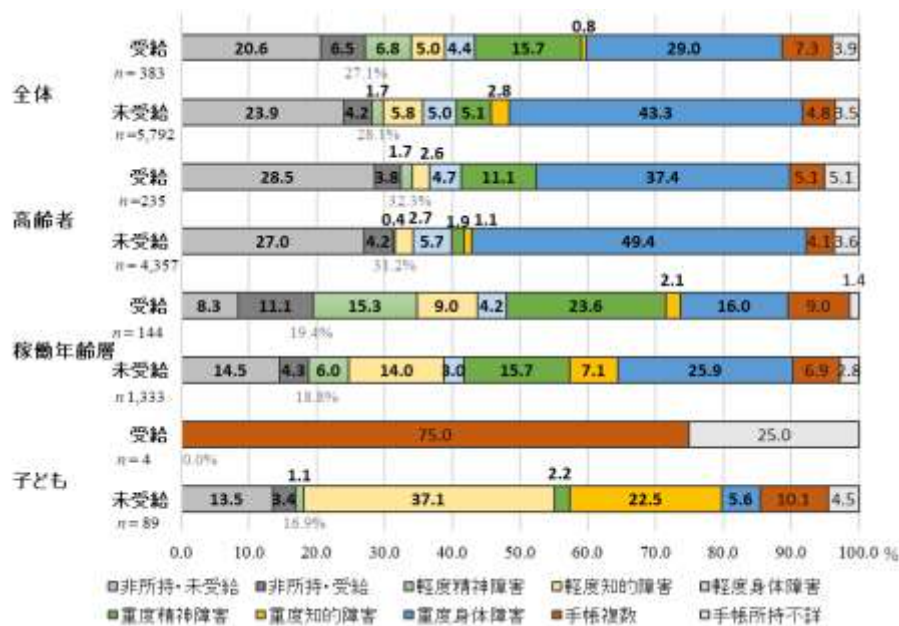


図6 生活保護の受給状況

(7)就業状態

第7に、就業状態について確認する（図7）。生活保護を除いた稼働年齢層の就業状態を確認してから、男女別、生活のしづらさの発症年齢別にわけて考察する。

グレーゾーンは、有職よりも無業の割合が多い傾向にあったが、軽度障害者は無業よりも有職の割合のほうが多い傾向にあった。

どのような仕事に就いているのかをみると、グレーゾーンは自営業の割合が多く、「非所持・受給」と「非所持・未受給」は同様な傾向にあった。「軽度精神障害」は就労継続支援A型の割合が多く、「軽度知的障害」は障害者求人の方非正規雇用の割合が多く、「軽度身体障害」は障害者求人の方正規雇用の割合が多かった。



図7 就業状態

次に男女別にみる（図8）。グレーゾーンは、図7と同様な結果であった。軽度障害者は男女差があり、有職よりも無業の割合が多かったのは、男性では「軽度身体障害」、女性では「軽度精神障害」であった。

どのような仕事に就いているのかをみると、グレーゾーンは男女ともに自営業の割合が多かった。「軽度精神障害」と「軽度知的障害」は、男女で傾向が異なっていた。男性は障害者求人の非正規雇用の割合が多く、女性は就労継続支援A型の割合が多かった。「軽度身体障害」は男女ともに障害者求人の正規雇用の割合が多かった。

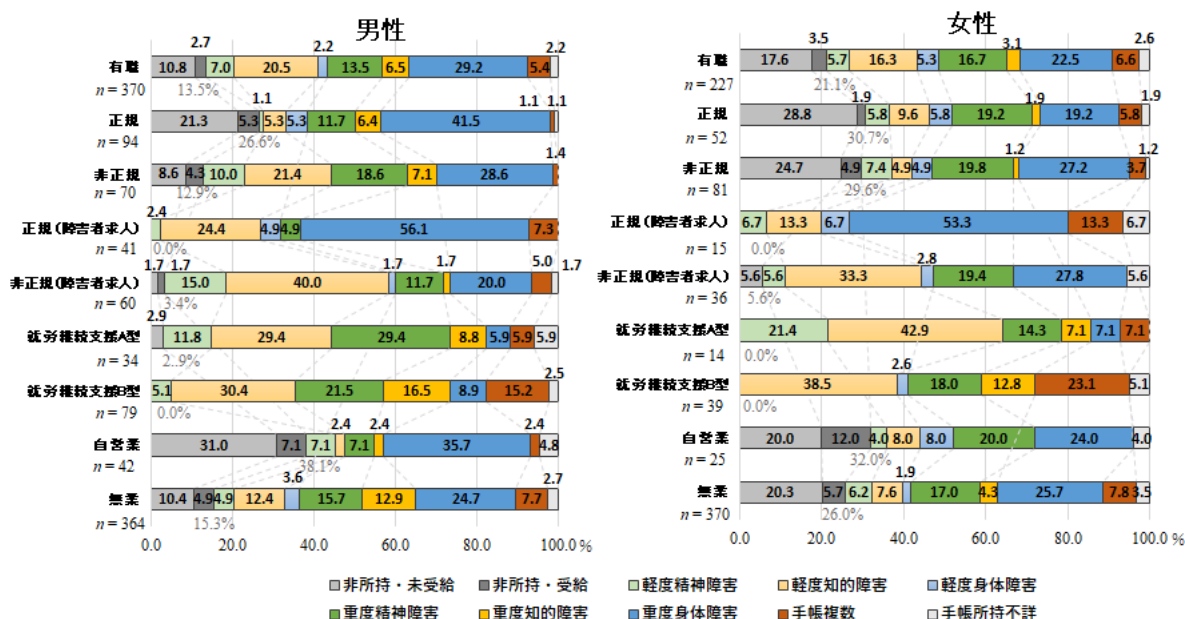


図8 男女別の就業状態

続いて、生活のしづらさの発症年齢別に就業状態をみると、グレーゾーンのうち「非所持・未受給」は、子どもの頃に発症している者が少ない可能性が高い。その傾向が図9に表れている。障害者手帳がある場合も、子どもの頃に発症した場合に精神障害者保健福祉手帳所持者が少なく、青年期以降に発症した場合は療育手帳所持者が少ない傾向が読み取れる。

就業状態を確認すると、青年期以降に発症した「非所持・未受給」は、無業よりも有職の割合が多い傾向にあった。どのような仕事に就いているのかをみると、青年期以降に発症した「非所持・未受給」や「非所持・受給」は正規雇用の割合が多かった。子どもの頃に発症した「非所持・未受給」は自営業の割合が多かった。

「軽度精神障害」は、図7と同様な結果であった。「軽度知的障害」は、子どもの頃に発症した場合は就労継続支援 A 型の割合が多く、青年期以降に発症した場合は障害者求人の正規雇用の割合が多かった。「軽度身体障害」は、子どもの頃に発症した場合は自営業の割合が多く、青年期以降に発症した場合は障害者求人の非正規雇用の割合が多かった。

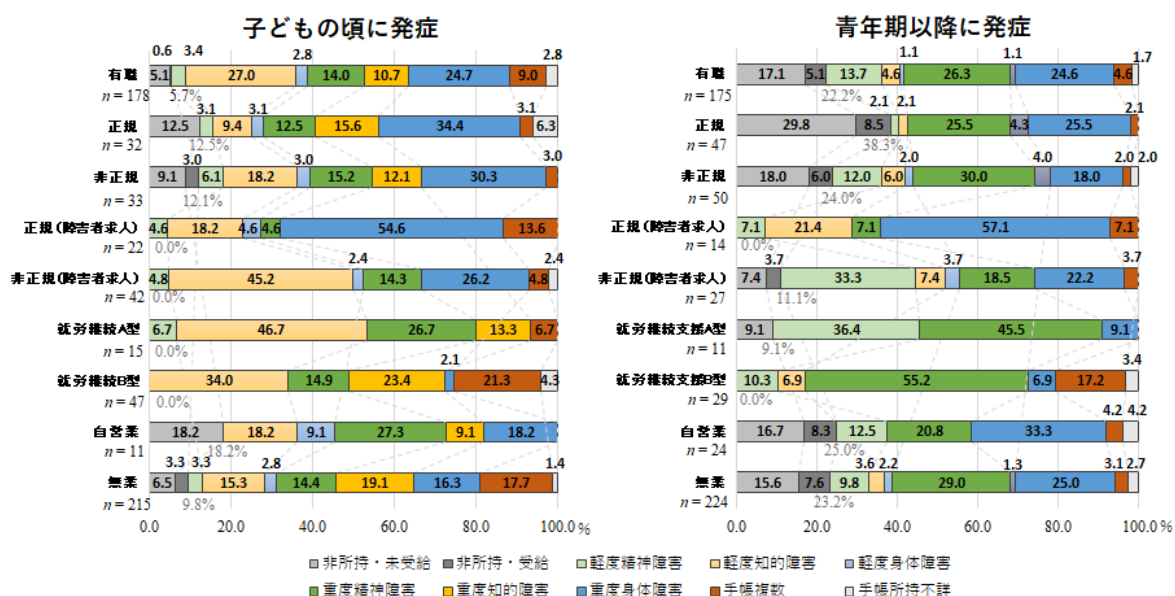


図9 生活のしづらさの発症年齢別の就業状態

5 結論

本稿では、日本社会におけるグレーゾーンの特徴を明らかにするために、2つの障害者福祉制度ボーダーラインによる相違を比較しながら、多様な就業状態や障害者手帳を持たない理由などを探索的に記述した。分析結果を総括すると、下記のとおり6つの示唆が得られた。

第1に、自他ともに健康上の問題があるグレーゾーンは、データ全体をはじめ、高齢者・稼働年齢層・子どものどの層においても2～3割いることが明らかとなった。このグレーゾーンの数や割合は、百瀬 (2021) よりも少ないことが判明した。これは、本データにセレクト

ジョンバイアスが生じていることが大きいと言える。百瀬の分析データにおける健康上の問題がある者とは、何らかの健康上の問題があると自己認識している個人であった。一方で本データでは、個人（代筆回答含む）が健康上の問題があると自己認識しているのみならず、調査員によっても健康上の問題があることが他者認識されている。そのため、本データのグレーゾーンの数や割合が過小になっていることが想定される。この違いが判明したことに加えて、グレーゾーン内で自立支援給付を受ける者はない者よりも数や割合が少ない傾向があったことが明らかとなった。つまり、障害者手帳所持ボーダーラインのみで分析したグレーゾーンの結果は、自立支援給付がない者の状況に偏る可能性が高いことが示唆された。

第2に、稼働年齢層において、2つの障害者手帳所持ボーダーラインによって相違が3つ確認された。まず、自立支援給付を受ける者は30代で生活のしづらさが発症しやすく、自立支援給付がない者は40代で発症しやすい傾向にあった。つまり、発症年数が早いほど障害者福祉制度に結びつきやすい可能性が示唆された。次に、青年期以降に発症した自立支援給付がない者は無業よりも有職の割合が多く、子どもの頃に発症した自立支援給付がない者は自営業の割合が多い傾向にあった。最後に、障害者手帳のある者や自立支援給付を受ける者は生活保護受給者と重なるが、自立支援給付がない者は社会保障・福祉の対象から外れやすいと言える。一方で、高齢者においてはグレーゾーン内での相違はなかった。つまり、障害者福祉制度を利用していなくても生活保護がある可能性が高く、社会保障・福祉の対象になっていることが想定される。

第3に、グレーゾーンの就業状態をみると、無業が多い傾向にあり、働いていても自営業で雇用に結びついていない傾向にあった。本稿では、先行研究よりも多様な就業状態を含めたうえでの傾向が確認された。だが、クロス集計による記述に留まっているため、メカニズムの解明などが今後は必要となる。働いていても不安定就労や雇用環境の問題があることも考慮するならば、より詳細な就業状況がわかるデータを用いた分析も必要であろう。

第4に、稼働年齢層や高齢者において、女性はグレーゾーンの割合が多く、男性は軽度障害者の割合が多い傾向が確認された。さらに、就業状態において、グレーゾーンは男女ともに自営業が多かった。一方で、軽度精神障害者と軽度知的障害者は男女で働き方に差異があった。特に女性では軽度精神障害者の場合には有職よりも無業の割合が多く、就労継続支援A型が多い傾向にあった。それに対して男性では、障害者求人の方非正規雇用が多い傾向にあった。健康上の問題がある女性は、障害者福祉制度の対象からこぼれやすく、労働市場からも排除されやすいのか、追加の分析が必要となる。

第5に、障害者手帳のある者は子どもの頃や青年期などの過去の時点で生活のしづらさを発症している傾向にあるが、グレーゾーンは自身の年齢に近い時点で発症している可能性が高かった。また就業状態を発症年齢別にみると、グレーゾーンは、青年期以降に発症すると正規雇用の割合が多い傾向にあった。軽度知的障害者は、子どもの頃に発症すると就労継続支援A型の割合が多く、青年期以降に発症すると障害者求人の正規雇用の割合が多い傾向にあった。軽度身体障害は、子どもの頃に発症すると自営業の割合が多く、青年期以降に発症すると障害者求人の非正規雇用の割合が多い傾向にあった。なぜこのような結果が

得られるのか、説明が急がれる。

第6に、相対的に医師の診断はない傾向にあったが、稼働年齢層や子どもの場合、グレーゾーンよりも軽度障害者のほうが医師の診断がない傾向にあった。また子どもや稼働年齢層には発達障害と診断された者が多く、高齢者には高次脳機能障害や難病と診断された者が多い傾向にあった。障害者手帳がない者が手帳を持たない理由をみると、「障害の種類や程度が手帳の基準に当てはまらない」がどの層においても5割前後であった。「手帳を持ちたくない」といった障害者手帳を持つことがスティグマになることを理由としている者は少なかった。この点を踏まえると、上記の3つの診断を受けている人ほど手帳の基準に当てはまらないと回答しているのかどうか、更なる分析が必要となる。

以上のとおり、本稿では2つの障害者福祉制度ボーダーラインから、グレーゾーン内での相違と、障害者手帳がある軽度障害者との相違が明らかになった。しかし、前述で述べたとおり、使用できるデータが少なく障害者手帳がない者に関する研究は進んでいない。グレーゾーンは不利な状況にあるのか、不利な状況にある場合はどのような不利益を被っているのか、今後の研究の進展が期待される。

[謝辞]

厚生労働省「平成28年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)」のデータの使用にあたり、筆者は東京大学社会科学研究所に籍を有しており、統計法33条の規定に基づき厚生労働省社会・援護局の承認を受けました。厚く御礼申し上げます。

注

- (1) 「グレーゾーン」の言葉の使用については、否定的な意見も存在する。吉田(2017)は「グレーゾーン」ではなく「自閉症スペクトラム(Autism Spectrum: AS)」に言葉を置き換えて使用すべきとする。ASとは、児童精神科医Wingが提唱した概念で、「人との関わりの障害」「社会的コミュニケーションの障害」「社会的イマジネーションの障害」の3つの行動特徴で規定され、3つの特徴を有する状態は、診断名(疾患名)ではなく脳タイプとされる。ASは必ずしも治療対象ではない。社会的、職業的、または他の重要な領域における機能に有害な障害を引き起こしている場合に診断される「自閉スペクトラム症(Autism Spectrum Disorder: ASD)」とは違うとされる。吉田はグレーゾーンをASに置き換えるべき理由として、以下の4点を挙げる。第1に、グレーゾーンは、黒と白のどちらでもないことを意味し、黒は自閉症・発達障害を指し、「黒」とする姿勢はスティグマの解消に寄与しない。第2に、支援者が評価(査定)する際に「発達障害っぽい」との曖昧さが許される危険性があり、具体的な支援を行えない。第3に、AS特性があると判断されれば具体的な提案ができるが、グレーゾーンと一括りにしてしまうことで支援者も保護者も支援の開始に踏み切れない危険性がある。第4に、「どちらでもない」という位置づけは自己理解を困難にする危険性がある。しかし、本稿では、以下の3点の理由から「AS」と呼ばずに「グレーゾーン」の言葉を用いる。

第1に、医師の判断と同様に、ASの専門家ではないかぎり判定は難しく、「発達障害っぽい」という曖昧な言葉が「グレーゾーン」の言葉に置き換えられた現状を踏まえると、「ASっぽい」との表現しかできない可能性が高い。第2に、グレーゾーンはASよりも広義な意味を指し、特定の障害に該当するか否かではなく、何らかの健康上の問題がある者を指す可能性も含んでいる。第3に、Pescosolido and Martin (2015) が指摘するように精神疾患はスティグマと密接に絡んできた歴史があり、どの言葉に置き換えられてもスティグマに感じる人がいるかもしれない。一方で、診断名により自己認識できたことで腑に落ちる人もいとされる。障害を黒、健康を白とする論調もあるが、人によっては障害が白、健康が黒である可能性を考慮して、本稿では「障害/健康」の2軸でわけられない者をグレーゾーンとみなし使用する。

- (2) 「障害」とは、病名を指す場合もあるが、適応環境による障壁を指す場合もある。
- (3) 年齢区分による曖昧さ（保坂，2010）などへの着目においてもグレーゾーンの言葉の使用が確認されるが、本稿では健康上の問題があるグレーゾーンにかぎり議論する。
- (4) 本データは0～105歳までが回答しており、本人回答は12～99歳までである。療育手帳や手帳を複数持っている場合に本人以外の回答が多い。
- (5) 「障害者手帳所持者」「障害者手帳非所持かつ自立支援給付等を受給している者」「障害者手帳非所持かつ自立支援給付等を受給していない者」「障害者手帳所持不詳」は、特定された状態でデータの提供を受けている。厚生労働省（2018）の結果で「障害者手帳所持不詳」は目次一覧表では使用されているが、集計結果からは除外されている。本稿では欠損として扱わずにカテゴリーの1つとして扱う。本稿では軽度障害に注目するため中程度の等級は以下のように重度とみなした。精神障害者保健福祉手帳3級、療育手帳「その他」、身体障害者手帳5・6級を軽度障害とし、精神障害者保健福祉手帳1・2級、療育手帳「重度」、身体障害者手帳1～4級を重度障害とした。「手帳複数」は、障害手帳の種類や等級に限らず2つ以上の障害者手帳がある場合である。
- (6) 福祉的就労には自立訓練や就労移行支援、地域活動支援センター、作業所なども含まれるが、本稿では障害者手帳非所持者に着目しており、障害者手帳非所持者は原則福祉的就労に就けないため、賃金労働の福祉就労のみを分析対象とした。「無業」には、賃金労働だけでなく福祉的就労全般に従事していない者を割り当てた。
- (7) 18歳未満は児童福祉法の対象であり、18歳以上は障害者総合支援法の対象となる。障害者も40歳から介護保険の加入対象である。以上の社会政策的観点を踏まえ、18歳未満と18歳以上40歳未満に発症年齢をわけた。

参考文献

- 林寧哲・OMgray 事務局, 2020, 『大人の発達障害グレーゾーンの人たち』講談社.
- 堀家由妃代, 2012, 「特別支援教育の動向と教育改革：その批判的検討」『佛教大学教育学部紀要』(11): 53-68.
- 保坂亨, 2010, 『いま、思春期を問い直す：グレーゾーンにたつ子どもたち』東京大学出版会.
- 伊藤隆二, 1998, 『全包括（インクルーシブ）教育の思想：社会的不利（ハンディキャップ）をなくす道』明石書店.
- 泉田信行・黒田有志弥, 2019, 「障害者手帳保有者の世帯の生活状況について」『社会保障研究』4(3): 311-322.
- 駒村康平・荒木宏子, 2018, 「障害者の人口構成の変化と雇用拡大への課題：特例子会社調査による実証研究」『社会保障研究』2(4): 484-497.
- 近藤隆司・光真坊浩史, 2006, 「高等学校における軽度発達障害をもつ生徒への就労支援の試み」『特殊教育学研究』44(1): 47-53.
- 厚生労働省, 2018, 「平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果」（2021 年 5 月 6 日取得,
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h28.pdf).
- 宮本みち子, 2015, 「若年無業者と地域若者サポートステーション事業」『季刊社会保障研究』51(1): 18-28.
- 水内豊和・岩坪夏穂, 2019, 「知的障害者における療育手帳の認識に関する研究」『LD 研究』28(1): 154-163.
- 百瀬由璃絵, 2021, 「健康状態と障害者手帳所持状況によるグレーゾーンの同定：生活と支えあいに関する調査 2017 の記述」『IPSS Working Paper series (J)』39.
- Pescosolido, Bernice A. and Jack K. Martin, 2015, “The Stigma Complex,” *Annual Review of Sociology*, 41: 87-116.
- 堤英俊, 2019, 『知的障害教育の場とグレーゾーンの子どもたち：インクルーシブ社会への教育学』東京大学出版会.
- 山村りつ, 2019, 「貧困の中の障害者／障害者の中の貧困：社会構造の壁と就労支援の意味」埋橋孝文・同志社大学社会福祉教育・研究支援センター編『貧困と就労自立支援再考：経済給付とサービス給付』法律文化社 98-117.
- 山田純子, 1995, 「軽度知的障害者に対する自己理解援助のプログラム」『職業リハビリテーション』8(0): 1-7.
- 矢野洋子・荒木みなみ・猪野善弘, 2015, 「発達障害の子どもへの支援に求められる養護教諭の役割(1)」『九州女子大学紀要』52(1): 57-66.
- 吉田友子, 2017, 「自閉スペクトラムと自閉スペクトラム症：『グレーゾーン』再考」『児童青年精神医学とその近接領域』58(4): 537-543.