

第43回

総合リハビリテーション研究大会

コロナ危機下での障害のある人
ー総合リハビリテーションの視点からー

報告書

公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

目 次

総合リハビリテーション研究大会の経緯と本大会の趣旨について

実行委員長 松井 亮輔 -----3

基調講演「国連と障害の観点から取り組む 2030 年アジェンダ

ーポストコロナ世界と障害の視点からの社会改革へー」

伊東 亜紀子 -----5

パネル 1「コロナ危機と障害者：その暮らし方がどうかわったか」

コーディネーター 藤井 克徳 ----- 14

パネル 2「コロナ危機とリハビリテーション」

コーディネーター 大川 弥生 ----- 29

対話とディスカッション（パネル 1・2 のパネリストによる） ----- 43

総合リハビリテーションのあり方に関する検討会 中間報告

伊藤 利之 ----- 56

<資料>

開催要項・プログラム ----- 58

総合リハビリテーション研究大会の経緯と本大会の趣旨について

第43回総合リハビリテーション研究大会実行委員長 松井 亮輔
(日本障害者リハビリテーション協会 副会長)

このたびはリモート方式ではあっても、関係者の皆様から積極的なご協力をえて、この大会を開催できたこと、そして全国から多くの方々にご参加いただけたこと、大変うれしく思います。

本大会の趣旨についてお話す前に、この大会にはじめて参加される方も少なくないと思われるので、本大会が開催されることになった経緯についてかいつまんでご説明させていただきます。

1. 総合リハビリテーション研究大会の経緯

いまから 56 年ほど前になりますが、1965 年に日本ではじめて「リハビリテーション」をテーマとする国際会議である、「国際リハビリテーション協会 (RI) 汎太平洋リハビリテーション会議 (現・RI アジア太平洋地域会議)」が東京で開催されました。そして、その準備をするための国内組織として、現・日本障害者リハビリテーション協会の前身である、日本肢体不自由者リハビリテーション協会が 1964 年に設立されました。ご承知のように、同年は前回の東京オリンピックおよび東京パラリンピックが開催された年でもあります。その東京パラリンピックに参加した日本選手のほとんどが、病院や施設で生活していたのに対し、海外から参加した選手のほとんどが職業をもつ社会人であったことは、多くの関係者が、日本の障害者施策の後進性を自覚する大きなきっかけとなりました。

その意味では、その翌年の 1965 年に汎太平洋リハビリテーション会議が開催されたのは、タイミングとしてとてもよかったといえます。

その会議のメインテーマは「リハビリテーションの具体的実践」で、分科会のテーマを見ると医学から職業までを含む、総合的なサービス体系であることが分かります。この大会を契機として、国内でそれまで使われてきた「更生」(もとのよい状態にもどる、という意味)に代わり、「リハビリテーション」が広く使われるようになってきたように思われます。

- ・1977 年に、本大会は「リハビリテーション交流セミナー」として、首都圏在住の各分野のリハビリテーション関係者から構成される 10 数名の有志により始められました。

- ・1980 年の第 4 回交流セミナー以降、日本障害者リハビリテーション協会 (以下、リハ協) が主催団体になっています。

- ・そして、1991 年には「総合リハビリテーション研究大会」に名称が変更されました。それ以降、原則として、首都圏と地方、持ち回りで開催 (首都圏で 23 回、地方で 19 回)。しかし、参加者が限られていたこと、また、地方での開催で期待された、その後各地での継続的な開催にはつながらなかったことなどで、本大会が意図した「総合リハビリテーション」の国内普及は、これまでのところ十分達成されていません。

2. 本大会の趣旨

- ・コロナ危機で昨年の大会は中止され、今回はじめてリモート方式で開催することにしましたもので

す。従来の対面方式では参加者は、主として開催地関係者に限られていたのが、今回は全国どこからでも参加できるという意味で、従来以上の参加者の広がり、ひいては「総合リハ」のさらなる国内普及につながることを、私たちこれまで本大会に関わってきた関係者としては期待させていただいています。

・本大会ならではのユニークな企画は、基調講演として、国連で障害者権利条約事務局を担当されている伊東亜紀子さんに大会テーマにそった国連での取り組みなどについてお話しいただけることです。権利条約を批准した各国代表者などから構成される「締約国会議」（毎年 6 月にニューヨークの国連本部で開催）の事務局を担当されていることから、権利条約をめぐる各国の動き等についてもお話をうかがえるものと思われます。

また、障害当事者を中心とした、パネル 1「コロナ危機と障害者：その暮らし方がどう変わったか」、そしてリハ専門家を中心とした、パネル 2「コロナ危機とリハビリテーション」に続いて、両パネルのコーディネーターによる対話が行われますが、その対話からコロナ危機下およびその後の総合リハビリテーションをめぐる障害当事者とリハ専門家との関わりのあり方について多くのヒントが得られることを期待させていただきます。

本大会の最後のプログラムになりますが、横浜市リハビリテーション事業団顧問の伊藤利之先生を委員長として、「総合リハビリテーションのあり方に関する検討会」が設立され、今年初めから全体で 7 回にわたりオンライン会議で検討が行われてきました。本大会では、伊藤先生にその中間報告をしていただきます。今後の本大会のあり方を考えるうえで極めて貴重なご提言をいただけるものと期待させていただきます。

次回の大会は、横浜市総合リハビリテーションセンターの高岡徹センター長を実行委員長として来年 9 月 30 日～10 月 1 日に開催されますので、その大会にもぜひご参加くださるようお願い申し上げます。

基調講演

国連と障害の観点から取り組む 2030 年アジェンダ ーポストコロナ世界と障害の視点からの社会改革へー

伊東 亜紀子

(国連経済社会局 国連障害プログラム/
障害者権利条約事務局チーフ)

おはようございます。このたび、総合リハビリテーション研究大会に参加する機会をいただきありがとうございます。

医療、教育、そして数多くの分野で障害のある方々の人権を擁護し、完全な社会参加を可能にするために、リハビリテーションの専門家の皆様は最前線でご努力をなさっていらっしゃいます。リハビリテーションが、障害のある人を含むすべての人たちの社会参加を目指す国連の目的に沿って、長いあいだ取り組まれてきたことに深い敬意を持ち、感謝の意を国連としても表したいと存じます。このような会議に参加させていただけることで、障害政策の枠組みに携わる私たちに、障害者のエンパワメント、インクルージョンに関して新たな学びが可能になると存じます。

国連でも、国際リハビリテーション医学会（International Society of Physical and Rehabilitation Medicine - ISPRM）というリハビリテーション医学の専門家のネットワークと協働する機会がありました。その研究大会でも、持続可能な開発目標（SDGs）や障害者権利条約など国連のグローバルな枠組みに関して、リハビリテーション医学における専門的な貢献、そして地域社会のメンバー、そしてリーダーとしての貢献を考え、地道に努力をなさっている専門家の方が増えているようです。これからぜひそのような専門家の方々が、私たちと一緒に国連の仕事に携わってくださることが、障害者のインクルージョンに具体的な成果をもたらすことは確かです。

新型コロナウイルスの感染拡大が始まってから 1 年半以上たちましたが、国連は、SDGs の実施の取り組み、監視、評価などに関する研究プログラム、その他エビデンスと経験に基づいて、ポストコロナの中で、これからどのように、障害者の観点をさまざまなグローバルな政策に組み入れていくか、大変重要な時期にあります。

リハビリテーションの専門家の皆様、研究者の方々、それを支える方々は、ご自身の知識、経験、研究を通して、障害者のインクルージョンについてモニタリングと評価をできる立場におられ、そのうえで、新しい政策や、その実施のための提案をできる立場にもおられますので、そのような重要な立場をフルに使っていただいて、地域社会だけでなくグローバルなレベルでのリーダーシップも取っていただければと切に願っております。特に若いリハビリテーションの専門家の方々には、障害者のエンパワメントとインクルージョンのために不可欠な条件でありツールであるリハビリテーションについて、最先端のテクノロジーも活用しながら、さまざまな知見にとどまらず、実際のリーダーシップをとっていただき、日本の国際社会への貢献の一翼を担っていただけることをぜひお願いしたいと存じます。

障害者のインクルージョンのために、そして、ポストコロナにおける社会変革を障害の視点からもたらすために、皆様のリーダーシップを、地域社会、国際社会においてどのように結実させ

ていただけるのか。その大きな課題のために、私たちの国連システムがどのようにお役に立てるのか。これからお話しする内容が、そうした議論に結び付くのであれば幸いです。

本日の講演では、そのような国連の今の状況について、いくつか皆様に情報を共有させていただきます。国連の障害と開発に関する初めての主要報告書（フラッグシップレポート）として、「障害と開発に関する報告書（UN Flagship Report on Disability and Development）」が、2018年12月に国連の事務総長名で総会に提出され、現在このアップデートの作業が行われていますが、これに関する情報をお伝えします。また2019年に、国連の事務総長が、国連組織内の政策や、さまざまな行動計画に、どうやって障害の観点を含めていくかを考えるために、「国連障害インクルーシブ戦略」という戦略を作ったのですけれども、そのことに関する現況を簡単に申し上げます。さらに、現在から年末にかけて予定されているイベントの話、最後にリハビリテーションの専門家の皆様方にぜひ考えていただきたいことを少し提示させていただきます。

国連の障害に関する取り組み

まず国連の障害に関する取り組みについて、背景をお話しさせていただきます。国連憲章に掲げられた、国際社会の平和と発展という目的は、経済、社会、開発、人権保障の促進によって担保されるということでもあります。その中で、この30年のあいだに、開発、人権、安全保障、平和のプロセスなど、すべてにおける障害者の参加や、障害という視点から国際社会の発展に寄与していくことについて、政策的な枠組みを確立してきました。

「障害者に関する世界行動計画」、「障害者の機会均等化に関する基準規則」、「障害者権利条約」などの国際規範は、国際社会において、特にSDGsを実施するにあたって大変大きな力であると考えられています。このことは、21世紀の国際社会に徐々に根付いていると思われます。この中で、障害者の権利実現というのは、普遍的な人権に依拠していますが、無差別、平等、障害者のエンパワメント、障害者のリーダーシップは、国連の元々の目的である「すべての人のため」に必要であるという認識ははっきりしています。この目的は、1990年代から2015年まで、社会開発、平等、女性のエンパワメント、人間の居住環境と都市開発、防災など、いろいろな分野における国際会議において、開発アジェンダとして議論され、ミレニアム開発目標（MDGs）など国際的な規範の枠組ができてきたわけです。そして、万人のための開発を目指して、国連総会で、2015年9月に、持続可能な開発のための2030アジェンダと、持続可能な開発目標（SDGs）が採択されました。

その目標を実現するために、国際社会、各国政府は、世界が直面するさまざまな課題に取り組んできましたし、現在のポストコロナの状況においても、これらの国際規範の中で、どのように障害者の権利や観点に結び付けていけるか、模索を続けています。2030年の開発アジェンダは、人々、地球、その繁栄のために、具体的な行動計画を提示しています。ここでは障害のある人もない人も誰一人取り残されないことが明確にされています。その中にある、169のターゲットと232の指標を含む、17の持続可能な開発目標が、SDGsです。皆さんご存じのように、貧困・飢餓の終焉、健康と教育のシステムの改善、都市の持続可能性の向上、気候変動への取り組み、海と森林保護を含む広範囲にわたる変革が求められています。現在開かれている国連総会の第三委員会で、障害に関する議論も始まるところですが、そこでは、SDGsを達成するためには、障害者の参加が中心的な課題であり、またそれにとどまらず、障害者のリーダーシップということも

含まれています。このことは、開発アジェンダにただ文言として含まれるというだけではなく、その実施、モニタリング、また具体的なプログラムにおいても、障害の観点がすべて組み入れられていくように、総会での議論が進むと考えられます。

持続的可能な開発目標（SDGs）と障害者権利条約

皆さんもご存知のように、2006年12月に、日本障害フォーラム（JDF）や、日本障害者リハビリテーション協会を含む日本の関係団体の力強い取り組みもあって、障害者権利条約が採択されました。条約の中には、障害者の社会参加、障害のインクルージョンという視点から、すべての人のための社会や開発のために新たな枠組みが定められました。これは国際法的枠組みです。これとSDGsとの関わりについては、2013年に閣僚レベルによる「持続可能な開発に関する障害と開発に関する総会会議」が開かれ、その中で具体的な枠組みの基礎ができ、総会でもさまざまな議論を重ねながら、宣言などにも盛り込まれ、現在は、障害者権利条約は182か国が批准していますし、締約国は条約における障害者の権利を法的に履行する義務を負っているので、締約国の増加によってSDGsの実施においても普遍的に障害者の権利の認識がしっかりと根付いてきています。SDGsの目標実施のプロセスに参加する中で、障害を分野横断的に位置づけていきながら、すべてのプログラムに具体的に組み入れていくことが、今現在も第三委員会で話し合われます。もし皆さまで興味のある方がいらしたら、国連のウェブサイトをご覧いただければ、国連総会第三委員会——人道、人権を扱う委員会ですけれども、その中で10月の全般にわたって、障害に関することが含まれてきています。国連総会では、10月の中旬ぐらいから決議に関する議論が始まると思いますが、その中では、今申し上げましたようにすでに十分堅固になってきたSDGsと権利条約の関係を踏まえ、権利条約に基づいたSDGsの実施について、新たなアプローチを求めていくことが、大変重要になってきています。そうした中で、リハビリテーションは、やはり、障害のあるすべての方の人権擁護の具体化のための必要不可欠なツールでありますので、専門家の方々が、ぜひ新しいアプローチに関して、具体的な提案をしていただければ素晴らしいと思います。

障害に関わる国際的なリーダーシップ

国連加盟国と障害分野のリーダーシップに関しては、「国連・障害者の十年（1983～1992）」について覚えていらっしゃる方もおられると思います。国連の障害と開発に関する政策のリーダーシップをとってきたフィリピンが、この十年の後ろ盾でもありましたが、日本のリハビリテーション専門家の方々も大変活躍なさいました。私自身は、まだ80年代には障害に関する国連の仕事はしていませんでしたが、日本の貢献が障害をグローバル・アジェンダに組み入れるために重要な役割を果たしたことは記録を見れば明らかです。障害者世界行動計画、障害者機会均等基準規則、そして障害者権利条約の採択を経て、障害と開発の連繫を、2013年以来、さらに具体化し、持続可能な開発目標、モニタリングの実施、メインストリーミング、主流化の方向づけをしていくために、総会の決議を通して、フィリピンなど途上国がリーダーシップを発揮してきました。

障害者権利条約において中心的役割を話してきたのは、メキシコ（メキシコは、ご存知のように障害者権利条約を提唱した国です）、ニュージーランド、スウェーデン、ヨルダン、エクアドル、コスタリカ、ハンガリーなどですが、障害者権利条約に関する推進国（Group of Friends of the CPRD）として、これに、プラスNGOグループという非公式な活動も通じて、フィリピンや、

G77 という開発途上国のグループ、中国とともに、グローバル・アジェンダによる障害者インクルージョンとメインストリーム化に、随分活発な動きをもたらしています。もともとあった国連・障害者の十年の流れ、そして障害を開発に位置づけるという流れから、1990 年代後半に、人権の観点をさらに組み込んでいきます。その後、2006 年に採択された障害者権利条約、ミレニアム開発目標（MDGs）、SDGs という流れにつながるのですが、障害者権利条約によって、障害を社会開発の中に組み込むだけではなく、障害者のインクルージョン自体が目的であり、インクルージョン自体が SDGs 全体にインパクトを与えるということが共通認識となり、締約国会議などの場に多くのリーダーが一堂に会し、国際的な枠組みを作っているわけです。

その中で、私が所属している国連経済社会局と言いますのは、国連システムの障害問題に対するフォーカルポイントで、多国間交渉の事務局としてグローバルな課題に携わり、専門的知識を世界的なネットワークの中でマネジメントし、貢献をしていくために、多くの専門家の方々とともに、拠点を作っています。もちろんリハビリテーションの専門家の方々と以前からネットワークを作っていますが、今は、リハビリテーションの重要性を、国内的政策だけではなくて、リハビリテーションから見た世界的な権利条約の実施、そして SDGs の実施に関して、もう少し踏み込んで、具体的に考える時期が来ているのではないかと考えています。

障害者権利条約を推進する国連の取り組み

障害者権利条約の、国別の実施やモニタリングに関しては、「障害者権利委員会」と「締約国会議」という 2 つのメカニズムがあります。障害者権利委員会は、国連の人権保障システムの中にあり、ジュネーブにあります国連高等弁務官事務局が担当しております。締約国会議は、ニューヨークにあります、私たちの国連経済社会局が事務局を担当しており、毎年ニューヨークの本部で開催されています。

今年の締約国会議は対面とオンラインのハイブリッドで開催されました。締約国会議の中で、障害者権利委員会の委員を選ぶ選挙も行われ、この選挙は対面の会議で行いましたが、そのほかのほとんどのプログラムは、今日の研究大会のように Zoom を使ってやりました。国連には、女性差別撤廃条約や、子どもの権利条約など、ほかにも人権条約があり、それぞれ条約体と呼ばれる委員会がありますが、その中でも、障害者権利委員会は、権利条約の実施に関する経験と、新たなアイデアを共有したり、各国政府、国連システム、専門家のネットワーク、そして障害者のコミュニティの代表の方より踏み込んだ議論のためのフォーラムとなっています。

締約国会議は、毎年、45 か国以上の大臣級の参加をいただいています。参加者は、対面で行われていたときにはだいたい 1,400 人以上で、ソーシャルメディアを通じてのヒットが 4,100 万あり、800 以上の市民団体の参加をいただいております。この数が毎年増えておりまして、障害者とグローバル・アジェンダをめぐる国連加盟国、研究機関、企業など、実務的ネットワークと政治的ネットワーク、そして研究家のネットワークが交差する、大変おもしろい場となっています。その中で、障害者権利条約の実施に関する、立法事項についてのハイレベルパネルもありますが、これらの議論の中でも、いつも障害と開発に関することが、1 つの大きなインパクトをもった分野になっています。いかにして障害者権利条約から開発問題をとらえて、そこに新たな視点を提供しうるか、そして具体的にそれをモニタリングシステムなどにどのように反映していけるかなど、緊急かつ具体的なテーマがどんどん生まれています。サイドイベントも毎回 100 以上開かれ、その中でも、本当にいろいろな研究者の方々が、貴重な研究を共有していたりします。ここで、

ぜひ日本の知見、経験を共有していただき、例えば日本のリハビリテーション専門家の方々が有益なネットワークを協働するような可能性を模索いただければ、それも素晴らしいと思います。

昨年 2020 年は、通常 6 月に開催される締約国会議が 12 月に開催され、今年は 6 月に開催しましたので、半年ごとに開いた形でした。この中で苦労したことは、対面とバーチャルなプラットフォームを駆使して、新しいレベルのインクルージョンとアクセシビリティを作ることでした。私もテクノロジーについて新たに勉強しましたが、なかなかまだ自分の中でも使えていないところがあります。そのようなインクルージョンとアクセシビリティの達成のために、私たちはハードルを高くしながら、全体会での一般討議を必ず対面でやり、残りの 2 日間にわたるラウンドテーブル・ディスカッション（円卓討議）や、国連システムのインタラクティブ・ディスカッション（双方向討議）はバーチャルでやるというふうに、プログラムをしっかりと作りました。いろいろなバーチャルツールについては、多分、日本の方がレベルが高いかもしれませんが、私たちも、普段は参加が難しい途上国の専門家も含めて、全てのプログラムをそういうツールを駆使して行うことに成功しました。国連の場合、6 か国語の公用語があり、また国連の中でのいろいろな制約や、技術面でも難しいところがあり、はじめは不安があったんですが、そのような中で何とか、ある一定の会議を全ての人にアクセスできるようにして、しかもそれに関してトレーニングなども適宜行えるようにしました。もちろん不備なところは多かったのですが、これからもそのようなインクルージョンを、政策としてだけではなく、自分たちのやる 1 つ 1 つの小さな研究会でも、イベントでも、ミーティングでも大切にして、なるべくコストもかけずに、なるべく全ての人がアクセスするためのツールを——今後も改良されていくとは思いますが、なるべく早く駆使していこうという考えを共有することになりました。それが今の国連加盟国における障害分野のリーダーシップを支えるうえで大切だと思っていますし、私たちも私たちに、専門家の方々に助けていただくというアプローチが大事だと思っています。

地域とグローバルの関わり

国連総会や、今お話しした締約国会議や、国連人間居住会議など、いろいろな大きな会議のフォローアップが、2030 年アジェンダの一部として進んでいます。ひとつ大事だと思うのは、そのように分野別に SDGs が実施されて行く中で、それらの実施面での成功例や問題点の認識と共有を、もっと地域社会レベルでもやっていくことだと思います。国連レベルでは SDGs の自発的国家レビューが 2019 年から行われています。これを通じて、各国が SDGs の実施のために取り組みを発表し、共有し、議論が行われます。ここでは国連アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）の、アジア太平洋障害者の十年における、「アジア太平洋障害者の『権利を実現する』インチョン戦略」で発表された 10 の目標のように、地域とグローバルの関わり、これからの地域社会との関わりなどを、有機的につなげていくことが必要ではないかと思っています。

障害と開発に関する報告書 2018

次に、国連の障害に関する主要報告書であり、障害と開発に関する初めての包括的な報告書である、「障害と開発に関する報告書 2018」についてお話ししたいと思います。私たちの国連経済社会局には、障害と開発に関わるいろんな問題について分析を行って、皆さんのような、ステークホルダーネットワークとのパートナーシップを促進して、グローバル・アジェンダに障害を取り入れ、国際規範とその実施の枠組を支えて、新しい地域プラットフォームを構築するという目

的があります。そのために、この報告書は、障害と開発に関する国際的な枠組みを強化して、国内施策に展開するためのエビデンス、データの全般の基盤を構築するために、3年間かけて作りました。これは世界で初めて、事務総長自ら発表したのですが、持続可能な開発目標（SDGs）を初めて障害の観点から調査した研究成果です。

国連では、この報告書を、いろんな研究者と国連との協働関係の基盤として、新しい知識、ネットワークというように位置づけて、エビデンスをしっかりと固めていくことに力を注いでいく、というのはじめての試みに成功しました。この報告書には、障害者の方の大半は、SDGsの目標において大変不利な立場にあるということ。参加が困難な立場にあり、コロナ禍の状況では特にそうですが、意思決定過程や政治参加を通じて貢献しているのに、過小評価されていること。貧困に陥る率が高く、教育、保健、サービス、雇用へのアクセスの欠如が、さらに社会的な排除につながっていること。障害のある子どもや女性をはじめ、障害者の中でも最も取り残されがちな人々のために緊急に対策を講じることが必要であること。学校教育、ヘルスケア、職場、余暇、レクリエーション、スポーツを含む、すべての領域への障害者のアクセスを確保するために、さらなる変革を求めることが述べられています。また報告書には、都市、農村地域も障害の視点を含め、輸送、インフラ、情報、通信技術についても、アクセシビリティの改善、実施に基づいて、障害者の権利と平等な機会を確保するために、具体的な行動が求められることが述べられています。好事例についても述べられていて、例えば88%の国が子どもの権利について含めることを保障する政策、法律を有しています。66%の国が障害のある生徒を含むカリキュラムを持っていて、53%は障害のある子どもたちの教育のデータ収集のシステムを何らかの形で持っています。その一方で、全ての専門家のネットワークと国連が提携して、具体的なレベルで、グローバル・アジェンダに障害に関することを含めることが、最重要の課題として求められています。例えば具体的な提案としては、グローバルなアクセシビリティの文化（culture of accessibility）の担い手として、私たちが、世界の中で、国連としても、専門家のネットワークとしても、それぞれ自分たちの持ち場の中で、意識改革に努めていくという考え方を、前面に出しています。

この障害と開発に関する報告書は、去年の第75回国連総会決議の75/154ですが、今から2年後の第78回に、アップデートされたバージョンが出されることになっています。現在その準備をしています、皆様のご協力をぜひお願いします。

国連障害インクルージョン戦略（UNDIS）

次に、国連障害インクルージョン戦略（UN Disability Inclusion Strategy - UNDIS）についてお話しします。2019年6月の障害者権利条約締約国会議で、グテーレス事務総長が、国連システムにおけるインクルージョン戦略の立ち上げを発表しました。これは、国連の政策的なコミットメントというだけではなくて、障害の観点を、国連のプログラムや現場でのパフォーマンス（実行・実践）の中に包摂することを主眼としています。この戦略は、「ジェンダー平等と女性のエンパワメントのための国連全システムにおける行動プラン（United Nations System-Wide Action Plan on Gender Equality and the Empowerment of Women - Gender SWAP）」という、女性の平等の観点から国連のパフォーマンスをモニタリング・評価する枠組みと同じレベルで扱われています。

このインクルージョン戦略の実施に関しては、国連事務局だけでなく、すべての国連機関が参加して、しかも事務総長室に障害インクルージョン戦略担当の部署があり、そこが中心になって、

世界中の国連の事務所、そしてフィールドオフィスからの報告を基に、毎年、事務総長報告書として国連総会に提出することになっています。

先日このインクルージョン戦略の国連事務総長付きの実施担当官と話をしておりましたが、現在国連総会に提出されている報告書によると、具体的にいろんな指標がすでに設定されていて、その指標に基づいて、世界中のフィールドオフィスからも情報が集まっております。皆様ももしご興味があれば、インクルージョン戦略の報告書が国連のホームページに公表されていますのでご覧ください。

リハビリテーション専門職への期待

このように、世界中の国連のオフィスが権利条約の実施に中心的な役割を果たさなければなりません。SDGs を実施しながら、障害者権利条約を実施していくわけですが、そこでリハビリテーションとの関係について考えてみますと、リハビリテーションは障害者権利条約の中に含まれていますので、リハビリテーションの専門的な技術、知識、経験が、どのように障害者の方々の社会参加やいろんな施策立案に貢献できるか、そこに大きな意味があります。国際リハビリテーション医学会（ISPRM）のイベントで障害者権利条約の実施に関して議論をしましたが、リハビリテーションに関わっている専門家、実務家、その他サポートする側にある方々は、障害者の権利を守るための最前線にいらっしゃいます。そのような方々が積極的に声を出して、社会施策などに提言をしていくことは大きなインパクトがあるのではないのでしょうか。このようなインクルージョン政策を進めるにあたって、国連のすべてのオフィスは、もちろん知識もないし経験もありません。リハビリテーションの政策や実務についても、国によってさまざまなレベルがあると思います。そのような中で、日本のリハビリテーション専門家のネットワークや、一人一人の方が、国連にお力をお貸しいただければ、大変ありがといて考えております。

繰り返しになりますが、皆様の専門的知識や経験が、障害者の方々のインクルージョンのための力になります。カントリーチームだけではなく、国連の地域委員会、民間部門などと新しいパートナーシップを作っていただき、そして障害者のエンパワメントのために、もっと包括的な制度を提唱していただければと思います。リハビリテーションだけの施策ではなく、リハビリテーションをサポートして盛り上げていける政策的な環境やネットワーク的なリソースなど、いろいろなものをどうやって組み合わせて、日本を含むいろいろな国々のリハビリテーションを通じて、障害者の権利の擁護や、SDGs に結び付けていただけるかが、やはり大きな課題になるのではないかと考えております。

いろいろな知的・人的そしてさまざまなリソースを活用しながら、リハビリテーション専門家がリーダーシップをとって、地域社会やグローバルレベルで活躍していただき、アクセシビリティに関する地域的努力、アクセシビリティを促進するカルチャーの担い手として、新しい社会的運動のようなものを皆様のお力で牽引していただく。そしてデータ、統計、モニタリングに関しても、障害者のインクルージョンに関する SDGs のデータの収集、分析、支援をお考えいただくことはできますでしょうか。最近では平和維持と政治的ミッションに、障害者のインクルージョンをメインストリーム化（主流化）する機会が出てきています。それに関してもやはりリハビリテーションの専門家の方々が、困難な平和維持や政治的ミッションに関して、具体的にどのようにしていけば、インクルージョンが可能になるか、国連からも、具体的なレベルで、また皆様にご相談させていただくかもしれません。

そのためにもファンド（基金）を作る必要があったのですが、今のところは「国連障害者の権利パートナーシップ（United Nations Partnership on the Rights of Persons with Disabilities - UNPRPD）」というところで、カントリーレベルでの権利条約、SDGs の実施支援のために、2011 年から、国連開発計画（UNDP）のマルチパートナー信託基金が作られています。今まではオーストラリア、フィンランド、メキシコ、ノルウェー、スウェーデン、スペイン、オーストラリア、キプロスなど 39 カ国、それと 3 つの地域、8 つのグローバルイニシアチブがとられていて、国連のシステムが協働でプログラムを実施しています。このファンドで行えるいろいろな社会的プログラムがありますので、カントリーチームが、リハビリテーションのプログラムのための資金を要請した場合、皆様のサポートや、皆様との連携が得られれば幸いです。

国際障害者デーのイベントなど

最後に情報提供をさせていただきますが、12 月 3 日の国際障害者デーに、今年も国際的イベントや、国内における障害者権利条約に沿っての SDGs 実施、モニタリングに障害を組み入れるための技術的知識・情報など好事例を促進するために、私たちも国連のチャンネルを通じていろいろな情報の共有や、イベントを協働でやっていきます。できましたら皆様も専門家のネットワークとして、ぜひスピーカーなどとして参加いただいたり、日本であるイベントを紹介したり、サイドイベントをしていただければ、ポストコロナにおける障害と開発の主流化に大きなインパクトを与えることが出来ると思います。

障害者と SDGs のチェックリストを後ほど文書として共有したいと思います。

最後に

最後に、まとめです。障害者が平等と完全参加の下に、私たち国連が目指す経済、社会、文化的権利を完全に行使していくのは、社会正義や人権擁護などの観点からだけではなく、私たちの共通する未来への投資だということです。障害をもつ個人と社会の両方について、知識や経験、そして新たな実務的ネットワークを取り込みながら、エンパワメントを促進し、2030 年持続可能なアジェンダの枠組みの中で、平和と発展を促進する方策を模索する、その大きな一端を担っているという認識を共有したいと思います。2021 年 10 月時点で世界中で新型コロナウイルスの感染拡大による破壊的な影響がまだ続いていますが、このような危機に際して、障害者の平等と完全社会参加の理念の下で、障害をもった方々のエンパワメントを進めつつ、同時に、高齢者、障害者、そして社会的弱者といわれる方の身体的・精神的な損失、経済・社会・文化活動からの孤立による悪影響を緩和することも、両輪で進めていかなければいけない状況だと思っています。そのためには、国のレベルや、グローバルレベルだけでは難しいことが多くあり、地域社会のネットワークの機能性と機動性を保ちながら、それらを最大限に活用していく必要があると思います。地域レベルでの好事例をいただきながら、私たちがグローバルレベルで皆様の知見、経験を基に、新たな政策の枠組みを提言していくことも考えています。今日の研究大会でも皆様と対面でお話することができませんが、障害のある方も、いろんな側面での社会参加や、ご自身のネットワーク作りや、リーダーシップを発揮しながら社会変革に携わっていくことができにくくなっています。前例のない状況です。

コロナ危機のために、生活に必要なことすらも欠いている状況が社会で実際に起こっている中で、どのようなことができるのか。まだ緊急事態にいらっしゃる方と、ある程度社会参加への準

備ができている方も含めて、すべての方が次の回復レベルに進んでいくために、それぞれ地域社会で実践していらっしゃる取り組みがあるかと思いますので、そうした好事例についても、ぜひ教えていただければと思います。

このような現在のプロセスですが、やはり新しい基準や規範を設定しながら、必要なパートナーシップやネットワークをどんどん作っていった、将来の危機的な状況に対する防波堤を構築する必要があります。そのために制度を強化したり、国際社会が SDGs に向けてよりよい取り組みを構築したりしながら、それらがすべて障害者権利条約の実施に結びついた形でできるように考えていかなければいけないと思います。障害者の方の権利、視点、ウェルビーイングというものが、主流化されなければいけないと思います。障害のあるすべての方々が、今の状況の中でも意思決定プロセスにおいて、十分な発言権をもって、経済的、社会的、政治的、文化的な生活に参加することができること、これからの進歩による恩恵を平等に受けることができることが、世界的レベルで求められていくと思います。

これからの SDGs の推進は、社会的弱者のインクルージョンと、障害者の完全な社会参加を基本としながら、コロナウイルス危機以後のガバナンスや、経済社会的な体制について、新たなパラダイムを目指す世界構築に挑むことになっていくと思いますので、その中でぜひ日本のリハビリテーション専門家のネットワークの皆様方の経験、知見をぜひ、十二分に発揮いただければと存じます。皆さまどうぞよろしくお願いいたします。今日の私の共有したい情報とお話はここで終わらせていただきます。

パネル1

「コロナ危機と障害者：その暮らし方がどうかわったか」

パネリスト	藤原 久美子 (DPI 女性障害者ネットワーク 代表)
	後藤 強 (社会福祉法人ゆたか福社会 理事・法人本部長)
	久松 三二 (一般財団法人全日本ろうあ連盟 事務局長)
	家平 悟 (障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会 事務局次長)
	篠原 三恵子 (NPO 法人筋痛性脳脊髄炎の会 理事長)
コーディネーター	藤井 克徳 (NPO 法人日本障害者協議会 代表)

藤井／まず最初に国連の伊東亜紀子さんの話はよかったですね。私も勉強になりました。今年は国際障害者年からちょうど 40 年目、また、メキシコ大統領が障害者権利条約を提唱してからちょうど 20 年目の節目にあたります。それらと重ねて聞くと、今日の話はとても意義深く、午後の部も含めた全体の基調になると思います。

さて、パネル1のテーマは「コロナ危機と障害者：暮らし方がどう変わったか」です。コロナ問題というのは、障害分野からするといくつかの捉え方があると思います。

元々障害者個人に関しましても、基礎疾患や障害のために、例えば手洗いがしにくいとか、いろいろなものに触らざるをえないなどの点で、とても影響を受けやすいという点があります。

一方で、コロナウイルスというのは、世界中で共通のウイルスなのですが、障害分野だけを見ても、各国で影響や課題の起こり方はまちまちです。この点を詳しく見ていくと、ある意味では、障害分野における平時の政策や、支援内容などについて、国際比較ができるということにもなりそうです。

また今年は、東日本大震災の発生から 10 年です。コロナが完全なる自然災害かどうかは議論があるかもしれませんが、あの震災のときの教訓が、一体このコロナ危機で生かされているんだろうかということも、考えさせられます。

このように、このコロナ問題と障害分野というのは、いろんな面で深掘りができるテーマだと思います。

午後からのパネル2では、専門家の方々が登壇しますが、このパネル1では、それに先立って、障害当事者あるいは当事者に近い立場で活動しているメンバーで議論をしていきます。論点は3つあります。1つは、それぞれパネリストご自身の、あるいはご自身が関わっている団体で感じているコロナに関わる危機の内容や実態です。2つ目は、その実態から考えて看過できない問題点です。3つ目は、それらを踏まえた提言です。1時間半という短い時間なので、これらをすべて深掘りすることは難しいですが、そのエキスを語っていただき、また参加者の皆さんも、それを聞きとっていただければいいのではないかと思います。

パネルの進め方ですが、まず、今申し上げた論点のうち、実態と問題点の2つについて、前段の発言の中でお話しいたします。3つ目の提言については、短い時間になりますが、後半の部分で、今日の各自の発言のまとめと合わせてお話しいたします。おおよそこうした進め方を念頭に置きながら、あとは時間の範囲で自由に進めていければと思います。ではトップバッターには、藤原さん、お願いします。

藤原/DPI 女性障害者ネットワーク、略して「女性ネット」といいますが、私はそちらで代表をしております。私たち女性ネットは、1986年に、優生保護法の撤廃と、障害女性の自立促進そしてエンパワメントを目指して発足しました。現在では、女性であり障害者であることによる複合差別の解消に向けて、国内外へ発信したり、政策提言等を行っています。

さて複合差別とは何でしょうか。人にはさまざまな背景があると思います。ただ障害者というだけではなくて、例えば外国人であるとか、性的マイノリティであるとか、さまざまな困難があるわけです。そうした複数の困難が、単に1+1ではなくて、複合的に幾重にも重なって、困難が増幅していく、そういうことを、複合差別と言います。

私たちは女性であり障害者であるということの困難に取り組んでいます。女性だから差別されたとか、障害者だから差別されたとか、なかなかはっきり分けづらいものがあります。また、データもすごく乏しいです。そのため、その困難さがなかなか可視化されないという課題がありまして、2011年にアンケート調査を行いました。その結果を、「障害のある女性の生活の困難－複合差別実態調査報告書」という冊子にまとめ、2012年に発行しました。

ここで明らかになったことは、障害女性の多くが、何らかの性的被害を受けているということです。その背景には、経済力が低いことであるとか、介助を受ける側であることなど、弱い立場に置かれていることもあります。また、女性としての扱いを受けず、それゆえに、例えば、子どもを産み育てることを否定されがちだということもあります。その一方で、家事や育児など、女性がよく負いがちな、家族のケア役割を期待されているという状況も分かりました。

昨年、第1回目の非常事態宣言が出されたときに、障害女性たちの状況がさらに悪化するだろうことを懸念しまして、4月30日に要望書を提出しました。今日の資料にもありますとおり、総理大臣宛などに出したのですが、要望事項としては、まずDVなどへの対応に障害のある人も盛り込んでほしいということや、次に福祉サービスに関すること、そして医療、また性と生殖に関わるサービスはコロナ禍であっても差別なく受けられるようにすること、さらに、そのためにも情報はアクセシブルであること、最後に、政策議論の場に複合差別の視点を持った障害女性を参加させることを求めました。

実際に私たちに寄せられた声には、パートナーが感染予防に協力的でないために、自分や介助者に感染するんじゃないかという不安を感じている、というものがありました。これもDVなわけですね。多分、もっと深刻なDVというのは、恐らく、こんなふうに声にも上がってこないで、密室化しているということが想像されます。

そのほか、介助サービスが制限されて、お米を買いに行くこともできなかったという視覚障害者の声もありました。このように、介助者派遣の一部停止など、サービス利用を制限される深刻な事態は、障害種別を超えてありました。この要望書の後半には、当事者からの声を実際に載せています。

長引くコロナ禍で、困難のあり方もいろいろ変化していると思われますので、現在も、女性ネットのホームページで、こうした声を募集しています。ぜひ課題提言につなげていきたいと思っていますので、ご協力よろしくお願いします。

それから、私自身の体験ですけれども、私のような視覚障害者の場合、周囲の音だけでなく、風やいろんなものを感じ、空間認知しながら歩いているわけですが、マスクをしていることで、道に迷いやすくなったりします。レジも自動化が進んだり、アクリル板があつたりと、いろんな

障壁があり、特に女性の場合は日常的な買い物が多いですから、本当に困ってしまうことがあります。

トリアージの問題についても要望書を出しましたので、今回の資料に入れさせていただいています。もともと ALS の方などは、女性の人工呼吸器装着率が低いのです。女性はケア役割があることで、自分は世話をされる側じゃなくて「する側」という意識があり、しかも自分の命の価値を低く見てしまう傾向もあるので、こういったときに、自分は優先的に医療や支援を受けるという、そういう思いになれないところがあります。トリアージの問題については、障害者は皆、危機感を覚えています。さらに女性であり障害者である人にとっては、すごく切羽詰まった状況だということです。簡単ですが以上です。

藤井／今、とても大事なことを、言われました。複合差別という点が、今度のコロナでも如実に出ていたということですね。藤原さん、コロナとの関係での複合的差別というのは国際的なデータはあるのですか？

藤原／データというのが本当に乏しいんですよね。障害者のデータは、障害種別ごとのものがほとんどです。そこまではあるのですが、さらにそれを男女別にしたクロス集計が、特に日本にはありません。世界的には、例えば障害者権利条約では第 6 条に「障害のある女性」という複合差別を認識したのがありますので、今後、そうしたデータも出てくるかと思いますが、今のところはほとんどない状況です。

藤井／まず国内で、統計上きちんと実態を把握すべきというご提案です。今、権利条約第 6 条という話がありました。複合差別、最近では交差的差別という観点があって、とても大事なものです。「併せ持つ差別」であり、かけ算的に差別の度合いが増していくという、そういうイメージでとらえられたらいいですね。次に、後藤強さん、お願いします。

後藤／障害福祉現場からの報告として発言をさせていただきます。私が勤める法人は、愛知県名古屋市中心に、障害者の作業所、グループホーム、生活施設等を運営しています。利用されている方々は全体で約 700 名、職員が 600 名という規模です。昨年 2 月から現在まで、事業所内でクラスターが合計 7 回発生し、利用者・職員あわせて 80 名あまりが感染をしました。今日はその経験をもとに、障害福祉現場における感染対策の現状と課題について、4 点ぐらいにわたり発言したいと思います。

まず 1 点目は、障害のある人はやはり感染症に対して高いリスクにさらされていることです。感染症予防には手洗いの励行、マスクの着用、人と人との密な接触を避けるなどの行動変容が求められます。私たちの事業所の利用者には、意識的にそうした予防策を講じることが難しい方が少なくありません。また、食事やトイレ、移動などで常に他者による密着した介助が必要な方も多いです。生活施設、グループホームなどは、家庭と違って集団での生活の場となっていること、そして高齢の方に比べると、外出や社会参加の機会が多いことも、感染リスクを高める原因となっていると思います。基礎疾患を持っている人が多く、感染した際に重症化しやすいのも重要な点だと思います。

次に 2 点目は、感染症に関する脆弱な検査体制で、現場の不安と混乱が増幅している点です。

感染が発生して一番困惑したことは、保健所の機能不全と行政検査体制の弱さです。同じ名古屋市といっても、その時々感染状況、保健所によって、対応はまちまちです。すぐに全員を対象に検査が行われたケースでは、感染の広がり状況がすぐにわかり、どこに対策を絞ればいいのか明確になって、早期に収束までもっていくことができましたが、一方、検査が大幅に遅れたり、検査対象が限定されたケースでは、二次感染が広がったり、収束までに長い期間がかかりました。国は「高齢者施設等」といった表現で、感染が発生した障害者施設でも広範囲に検査を行うよう都道府県に指示を出しています。しかし、実際の対応は各自治体に委ねているため、最初は高齢者施設等の「等」の中に障害者施設が含まれていることをなかなか自治体に理解してもらえない、そんな状況もありました。特に感染が爆発的に増えた第3波以降では、事業者内で感染が発生しても保健所からなかなか連絡が来ないようになり、その間、高い検査費用を自己負担し、民間の検査機関で自主検査をし、自己防衛せざるを得ないという状況が、半分当たり前になってきています。やはり感染症の際に必要な保健所の体制や機能を本当に強化していただきたいと思っています。

3点目は、感染しても入院や宿泊施設で療養できずに、二次感染、三次感染の例が増えているということです。私たちの所でも、感染者が入院できたのは医療体制にまだ余裕があった今年の2月ごろだけで、それ以降は、症状のいかんにかかわらず、利用者の方は全員、自宅やグループホーム、入所施設での待機となりました。心配していた通り、そこでは二次感染が発生しています。障害の重い人の入院や宿泊療養には確かに大きな困難が伴います。家族の側からも、子どもが感染しても、一人で入院や宿泊施設の利用ができないのではないかと不安が当初から出されていました。また、親が感染して入院した場合、濃厚接触者となった子どものケアはどうするのかという不安は、依然として強く残っています。これらの家族の不安を解消するためには、普段の様子をよく知った家族や職員が付き添える特例や、そのための特別なルールを設ける必要があると思います。この1年、合理的配慮を求めて多くの団体が要望を出していますが、ほとんど顧みてもらえていないのが実情です。特に医療崩壊による自宅放置が当たり前となった昨今の状況下では、こうした要望がかなえられる見込みは、ほぼ絶望的になってるんじゃないかと思っています。

最後の4点目は、感染拡大が長引く中、少なくない障害福祉事業所が運営の危機に直面していることです。しかし、時間がなくなりましたので、またあとで話す時間があれば、話したいと思います。簡単ですが、以上障害福祉現場からの報告とさせていただきます。

藤井／一つだけ伺いたいのですが、ゆたか福祉会では、障害のある人たちを支援している事業は、ほとんどが通所型や訪問系だと思いますが、コロナ危機下で、公費のお金の払い方が、日額、出来高払いとなっていることで、経営上の圧迫はどんなふうに感じていますか？

後藤／4点目でそれを言おうと思っていたのですが、時間がありませんでした。2006年に障害者自立支援法ができて、報酬が日額制になりましたが、特に今回のコロナ危機では、通所系、訪問系の事業所では、利用者の方も感染を心配されて利用控えをされます。あるいは訪問系では非常に深刻で、利用される方も、職員の側も、ヘルパーさんが入ることによって感染のリスクが非常に高まるという不安から、利用率が激減しておりまして、いつまでこの状態が続くのかということで、経営を直撃している事業所も非常に多いんじゃないかと思っています。

藤井／コロナウイルスは、冒頭に言いましたとおり、日本中・世界中共通だけれども、どうも政策のあり方によって、問題の起こり方が違うことは、かなりはっきりしてきていますよね。

次は、全日本ろうあ連盟の久松さんです。久松さんは、日本障害フォーラム（JDF）の幹事会議長の立場でもあります。よろしくお願いします。

久松／この場でお話する機会をいただき、ありがとうございます。私がお話をするテーマは、全てのきこえない人、きこえにくい人を排除しないために、ということです。これを念頭においてお話したいと思います。

新型コロナウイルス感染症が拡大しまして、私たち全日本ろうあ連盟はどのように対応してきたかと申しますと、このウイルスについて、誰も経験したことがない、情報がない、どう対応していいかわからないという状況の中で、さまざまな関係者から情報を収集しながら、地域の状況を確認し、整理、分析を行いました。また、東京、大阪など多くの自治体における対応の問題、国の状況についても、情報を収集し、整理してきました。国ではさまざまな助成金がありましたが、そうした助成金の情報についても収集、整理しました。さらに、活動するには費用がかかりますので、助成団体とも交渉をしました。

そうした中で、ろうあ連盟として新型コロナウイルス危機管理対策本部を立ち上げました。全国手話通訳問題研究会、日本手話通訳士協会の2団体にも協力いただいて、本部体制を作りました。こうした体制を作ることについては、2011年の東日本大震災の救援活動のためにネットワークを作った経験がありましたので、これが大きな支えとなったと思います。

対策本部の中にチームを設けました。医療支援チーム、教育支援チーム、生活支援チーム、法律チーム、地域支援チームで、それぞれろうあ連盟の役員が入り、手分けをして運営していきました。大切なことは、それぞれの分野の専門家と関わりを作りながら、支援体制のネットワークを組んだということです。例えば医療支援では、医療に関わっている専門家の方々と連携をします。法律チームでは弁護士などの法律の専門家、生活チームでは精神保健福祉士のような専門家とそれぞれ関りを作りました。

社会資源に関しては、地域格差がどうしてもあります。社会資源が乏しいところの格差をどのように埋めて、十分な支援ができるよう取り組むのか考え、それぞれのチームで支援をしました。

インターネット、フェイスブック、ツイッターなどを通じて、情報を発信しました。重要なことは、全ての皆さんに正しい情報を伝達することです。そのために、音声や文字だけではなく、手話言語による動画もたくさん含めて発信しました。

医療支援チームでは医療の専門家と一緒に活動してまいりましたが、特にコロナウイルスに感染した方々に正しい知識や情報を提供しなければならず、これが大きな課題になりました。また手話通訳者や要約筆記者など、各地域の現場の支援者も感染することを避けたいという思いがあります。その方々が安心して活動するためにはどうしたらいいかと考え、タブレットなどを活用した遠隔による手話通訳の仕組みを作り、また、対面で通訳をする場合には、フェイスシールドなどを使って行うなどの方法を取りました。

地域格差に関しては、自治体の首長が記者会見などの情報発信をする場合、必ず隣に手話通訳がつくようにと、全国で情報保障を求める働きかけを重ねた結果、全ての都道府県の首長の記者会見には手話通訳がつくようになりました。

医療崩壊を防ぐための仕組みとして、医療のネットワークを作ることはとても大切だと思います。全国の地域格差の問題をなくすために、まず日本医師会にご相談しました。聞こえない人が手話通訳を伴って来たときに、医療現場ではそれを拒むことがあるようです。そうしたことのないようにサポートをしてほしいと医師会にお願いした結果、全国の医師会支部に、利用拒否をしないよう通達していただきました。この成果はとても大きかったと思います。自治体に対してもさまざまな要望を提出しました。大人に対する支援と同様、子どもへの支援も必要です。学校が閉鎖になってしまい、タブレットを通して遠隔で学ぶ状況も増えてきましたが、その際、聞こえない子どもたちが、字幕や手話がない、情報保障がないという状況で、自宅で遠隔授業を受ける例が多くありました。文部科学省と交渉し、タブレット等で学習する場合には、聞こえない子どもが排除されないように、字幕付与を国としても積極的にバックアップしてほしいと要望しました。全て対応できたというわけではないのですが、県によっては、聞こえない子どもへの情報保障の予算が付いたところもあります。意思疎通支援のための自治体の負担額にも地域格差があり、手話通訳などの派遣がなかなかできないところもあります。国の費用でそれをまかなうようにという交渉もしました。その回答をもらうことができたのは非常に大きな成果だったと思います。

今後、新しい生活様式にどう向き合っていくか。今、オンラインシステムを使って私はお話をしています。対面で読み取り通訳がいます。そして字幕もついています。その状況の中で皆様とお話ができるわけです。さまざまな障害をもつ方々が、Zoomのようなオンラインシステムを使えるようにするために、Zoomの日本支社と話をしたことがあります。こうしたシステムが使える人、使えない人、また、使いにくいと感じている人、さまざまな状況があることを情報提供しました。全ての人が参加できるようなオンラインシステムを構築してほしいとお話ししたところ、アメリカ本社にも伝え、私たち当事者の声も含めてシステムを作りたいという回答を頂きました。オンラインを使った仕組みは、私たちの生活にどう影響し、どう変えていくのか、将来のことはまだ想像できませんが、どのような形であれ、ICTの進歩に私たちが取り残されないで対応できる、そうした仕組みを作ることが必要だと思います。全ての聞こえない人、また、聞こえにくい人が排除されないための社会を作ることを念頭に置いて、そのためにはどう対応していくことが必要なのか、どう取り組んでいるのか、大切なのは何かをお話しさせていただきました。以上、ありがとうございました。

藤井／今のお話は、お分かりのように、大前提として排除をしないということ、そこから始まるんだというのが大きなポイントだと思います。さて次は、家平さん、お願いします。

家平／私からは、まず私自身の生活が変わったこと、私たちの団体の中でもいろいろな声があがっていること、そうした生活実態について、調査結果も踏まえてお話ししたいと思います。

私は頸髄損傷の障害があります。NPOで勤務しております。肺の障害もありますので、コロナに感染したら本当に命が危ないという危機感があり、職場の理解もあって、今は在宅勤務をしています。職場では職場介助者に支援を受けながら働き、土日や朝晩は、ヘルパーを利用していました。職場介助者は、2年くらい前まで介助者助成金を受けていたのですが、今は、職場単独でアルバイト等を雇ってもらい支援してもらっています。コロナで在宅勤務になってからは、家に来てもらって在宅で支援を受けていますので、なんとかなっています。

ただ、これまで土日などに障害者団体の活動をするときには、移動支援を使っていたのですが、今は在宅で Zoom などを使うようになり、支援者が横にいて助けてもらうようになりましたので、移動支援はなかなか使えないことになります。そこをどうにかしたいと思っていたところ、昨年 3 月に通知が出て、移動支援についても柔軟に、在宅でも使ってもいいということになりました。自治体の障害福祉課に問い合わせると、その点について調整してもらえ、給付を得ることはできました。しかし本当は、障害福祉課の窓口で、そのような柔軟な対応ができることを把握して、いろいろな人に知らせることが必要だと思うのですが、実際は、そのような積極的な対応はなく、申し出てきた人には対応するという形で、日本の福祉の申請主義の問題点を、このコロナ危機の中でも感じました。だから、声が大きい人、知っている人には対応するけれど、知らない人はそのままになってしまいます。

コロナ危機の中で、私たちは在宅で生活をし、ホームヘルパーを使います。しかしホームヘルパーの体制が、福祉制度の中でも特に脆弱だと思います。そうした脆弱な体制の中、支援をする側についても、濃厚接触者や、感染者が出た場合、誰がどう対応するのか明確に決まっていません。また PCR 検査を定期的に行ってほしいという希望もあるのですが、厚労省などと話し合いをしても、居宅サービスについては、一人一人の対応でクラスターが起らないからということと言って、検査をしない状態が続いています。福祉全体に言えますが、そのように安全性が確保されないことで、居宅サービスを使い続ける体制自体が困難になっている状況があると思います。

そうした脆弱な基盤は、福祉の介護職の非常勤化に現れています。非正規職員の比率を見ると、介護職員（施設等）が約 40%、訪問介護員が約 70%、女性では訪問介護員の非正規職員が 95% ということになっており、非常に高い。バイトなどの不安定な働き方で支えるしかないということがはっきりしています。このように福祉を支える人の処遇が、平常時から不安定なことから、今のような非常時には、なおさら対応ができないという問題が非常に色濃く出ているなと思っています。サービスの時間を超えたらもうできないよとか、まん延防止措置や緊急事態宣言が出されると、都道府県をまたいでヘルパーを派遣できないよとか、サービスを利用できない実態が広がっているという声が、私たちの仲間からも聞こえてきます。

次に、私たちが実施した調査（障全協「コロナ禍による障害者・家族への影響調査」）について触れます。去年の第 2 波のときに行った調査（2020 年 7 月 1 日～10 月 31 日）で、1,502 名から回答をいただきました。

「困っていること」については、「感染予防・対策（20%）」、「外出の自粛（20%）」という回答が一番多いんですけども、これを、回答者が障害者本人か家族かで比較してみますと、本人の回答では、「医療品不足」「生活必需品確保」「体力低下・障害の重度化」が多く、少ないサービスを使っている中で、緊急時の買い出しなどにも困っているということが分かります。一方、家族については、「感染予防・対策」とか、「サービス利用減・利用できなくなった」ことによって、家族や障害者本人の「メンタル／気持ちのコントロール」が心配だという声が上がっています。サービスが減ることによっての不安が広がっているのが分かってきます。

コロナ前の平時に家族の調査をした際には（「障害者家族の暮らしと健康調査（2019 年）」）、家族介護の限界を感じているという人が 66% いました。今回の調査で、「家庭で感染者が出た場合、介助を代わってくれる人はいますか」という問いに対して、76% の人が、代わってくれる人は「いない」と答えています。平時の調査結果と比べても、問題が深刻化している状況があると思います。

最後に自由記述に挙げられた声を紹介しますと、「緊急時でのショートステイでの対応をお願いしたいところですが、受け入れてもらえない状況のようで、日頃は私か息子(障害者)のどちらかが感染したら2人で死のうなあが口癖になってます」というものがありました。先の見えない、長期化しているコロナ危機の中で、そんなふうを考えてしまわざるを得ない状況があることを踏まえると、根本的に、平時の障害福祉サービスをしっかりとっていくことが非常に大事だと考えます。

藤井／家族で感染者が出た場合に、介助を代わってくれる人がいない人が、8割近い76%ですか。具体的には、そうした問題で、どのように困っているのでしょうか。

家平／なんとか感染を防ぐために、本当に皆さん、どこにも出かけていないんですけども、もし感染した場合に、どこが見てくれるかというあてがないのです。病院に行っても、障害者の場合、入院させてもらえないという実態があって、入院調整するにあたって、DNARですか、延命措置（心肺蘇生措置）の希望の有無の確認をしてくださいという、本当に命の尊厳みたいなところまで踏み込んだ対応が進められた事例があること自体が問題だと思います。

藤井／先ほど藤原さんがおっしゃっていた、女性障害者プラスコロナという、幾重もの複合障害、複合差別の話もありましたが、今の話もかなりリアルな例ですね。いずれにしても、国がこういう状況を把握していないということが、一つ、大きな問題点で、団体が懸命に、個別の事例を、今集めているというところが実態なのかなと思います。では次は、篠原さん、お待たせしました。

篠原／本日はこのような機会をいただきありがとうございます。まず、この筋痛性脳脊髄炎という病気をご存じの方はほとんどいらっしゃらないと思いますので、当会で制作したショート動画をまず見ていただきたいと思います。では、動画をよろしく願いいたします。

<以下、動画音声>

5月12日はME/CFSの国際啓発デーです。新型コロナウイルス感染症の後遺症としてME/CFSを発症する方が増加しており、世界的に注目を集めています。

ME/CFSは、脳や中枢神経に影響を及ぼす、神経免疫系の難病で、多くの方はウイルス感染後に発症します。治療法も確立しておらず、厚労省の調査で3割の方が寝たきりに近いことが分かっています。

労作後の消耗と呼ばれる、最も特徴的な症状は、ちょっとした活動や簡単な知的作業後に急激に体が衰弱し、症状が悪化し、回復に極端に時間がかかることです。その他に、睡眠障害、思考力、集中力低下、起立不耐症、光、音、化学物質への過敏症などがあります。

ME/CFSを発症したかもしれない方は、当法人で翻訳したカナダの診断基準をご覧ください。

現在、国立精神・神経医療研究センターにおいて研究が行われており、血液検査で客観的に診断できることを示す論文も発表されました。

ME/CFSも、指定難病まであと一步のところまで来ました。詳しくはNPO法人筋痛性脳脊髄炎の会のホームページをご覧ください。

<以上、動画音声>

ありがとうございました。動画にもありましたように、今日は病名については **ME/CFS** というふうに呼ばさせていただきます。日本では、長い間、慢性疲労症候群と呼ばれてきました。また、一般の検査では異常が見つからないため、ただの疲労の病気、または怠けていると思われてきました。実際には、**WHO** で神経系疾患と分類されている神経難病で、厚生労働省の調査で 3 割が寝たきりに近いことが明らかになっています。まだ指定難病にもなっておらず、障害者総合支援法の対象でもなく、また、身体障害者手帳の取得が非常に困難なため、他の人と平等に社会参加する権利、そして必要な介護や医療を受ける権利、選挙権を行使する権利、教育を受ける権利などが保障されていません。この **ME/CFS** という病気は、世界中で集団発生を繰り返してきており、歴史的にウイルス性の疾患の流行後に起きています。2003 年の **SARS** の流行のときには、27%が **ME/CFS** の診断基準を満たしたという例があります。こうしたこれまでの科学的エビデンスを基にすると、新型コロナ感染症の、全感染者の約 1 割が **ME/CFS** を発症すると推計され、日本でも 17 万人以上の患者が新たに生まれる可能性があります。

昨年 7 月には、アメリカの国立アレルギー感染症研究所のファウチ博士が、コロナ後に長引く症状は筋痛性脳脊髄炎に似ていると発言して、コロナ後に **ME/CFS** を発症する可能性が世界に知られるようになりました。**ME/CFS** のコミュニティでは、昨年の 3 月頃より、必ずこのパンデミックによって **ME/CFS** の集団発生が起きるであろうと大騒ぎになっていました。当会では、その情報をいち早くキャッチして、海外の報道を翻訳してホームページで公開し、**WEB** 上でもアンケートを 2 回実施。そして、昨年 5 月には研究を求めて厚労省へ要望書を提出しました。また、今年の通常国会には国会請願も提出し、衆参両議院で採択されています。昨年のアンケート調査によって、日本でもコロナ後に **ME/CFS** を発症したことを確認しました。そして、今年のアンケートによって、コロナ後に **ME/CFS** のような症状が続いている人の 74%が仕事や学校に戻れず、33%の方が身の回りのことすらできず、25%の方が寝たきりに近いことが分かりました。

そして、国に望むことで一番多かったのが「社会保障」、次に「治療薬の開発」でした。「今は貯蓄で暮らしているけれども、これが尽きたら自殺するつもり」というような悲痛な声もアンケートに寄せられました。後遺症は、男性よりも女性が多く、年代別では 40 代、30 代、50 代、20 代の順に多く、一つの家族の中で、例えばご夫婦とか親子、きょうだいでかかっているという声も多く寄せられました。私たちは、新しくコロナ後に **ME/CFS** を発症した多くの患者さんを守るために、全力を尽くして国に要望してきましたが、なかなか国のほうではこの事実を認めようとせず、対策を取ろうというところまでいっていません。一方、アメリカでは、コロナ感染症の後遺症に関する 150 億円規模の研究プロジェクトを開始すると発表しています。恐らく、今日この話を聞いてくださっている方々の中にも、コロナの後遺症として **ME/CFS** を発症する可能性があるということを、聞いたことがある方はほとんどいらっしゃると思います。ですから、どうぞこのことを多くの方に広めていただきたいと思います。とにかく、感染者が増えれば増えるほど、この **ME/CFS** の患者さんも増えますので、これからどのぐらいの患者さんが発症するか分かりません。このような状況ですので、このことを知った方に、これからの私たちの活動を支援していただきたいと思います。本日はありがとうございました。

藤井／この **ME/CFS**（筋痛性脳脊髄炎）には、今お話しをうかがうと、2 つの問題があると思います。1 つは、既に **ME/CFS** になった方が感染リスクをどう回避するのかということ、もう 1 つ

は、すでに感染した方にどういう不利益があるのかということです。今日、篠原さんは、もっぱら後遺症の問題について警鐘を鳴らすお話をされていましたが、筋痛性脳脊髄炎のある方が感染した場合の状況について、ご紹介いただける事例はありますか。

篠原／私自身は、コロナの後遺症としての ME/CFS のことしか体力的に取り組めませんので、日本でのそうした事例については分からないのですが、イギリスなどでは、コロナに感染した半分の人はそれほどでもなかったけれども、半分の人は非常に重症化して、入院した方もいるというような報告が出ています。

私自身の状況についてですが、私は化学物質過敏症が激しいため、ワクチンも打てず、そして、もし感染しても治療を受けることができません。私は今、4 つの介護事業所から重度訪問介護を受けて生活していますけれども、うち 3 つの事業所で感染者や濃厚接触者が出ています。ですから、常に感染のリスクはあり、もし感染したら生命の危険があるというリスクのある中で暮らしており、去年の 3 月からほとんど外出をしていないという状況です。

藤井／今の篠原さんの例を聞いても、大変厳しい、戦々恐々という状態がひしひしと伝わってきます。谷間の障害という言い方をしますが、従来の、身体、知的、精神という分類だけではなく、弱視や難聴、難病、発達障害などで手帳を取りづらい、でも生活はしづらい、という障害の状況があります。その 1 つに、この ME/CFS も入ってくるわけですが、もともと政策上の基盤が弱い中で、コロナのような問題が起きてくると、幾重にも被害が重なっていきます。

一つ補足しておきますが、精神障害の分野は、今、大きな問題になっています。典型的なのは、精神科病院での問題で、地域で暮らしている精神障害のある方も大変なのですが、先だって、日本精神科病院協会が緊急会見をしたように、いったん精神科病院で感染が始まると、一般の感染者よりも数倍の被害が出るということです。沖縄県のうるま記念病院では、8 月中旬過ぎに大きく報じられたとおり、同病院だけでも 170 人ほど感染したうち、69 人が死亡したということです。〔事務局注：200 人感染、71 人死亡という数字がその後報じられています〕

この報道を聞く限りでは、2 つの問題が見えてくるんです。1 つは、今言ったように 170 人の感染者であって、なぜ 69 人も犠牲になるのかということです。どうやらこれは、病院の構造問題にも関わってきます。閉鎖病棟という中では、炎が迫ってきたり、煙が迫ってきたりして、逃げようと思っても、表から鍵が掛けられている、そんなイメージなんではないでしょうか。大部屋でもあるでしょうし、そのように構造上、感染が広がりやすい状況があるのではないのでしょうか。もう 1 点の問題は、うるま記念病院は、懸命に地元の自治体病院を含めて、感染症対応を求める SOS を出すわけです。しかし、暗に、あるいは露骨に、精神科病院から来た方はちょっとお受けできないということで、診療拒否にもあってしまったということです。このあたりも、問題点として象徴的かもしれません。これに近い問題は都内にもありますし、普遍化して見てもいいのではないのでしょうか。知的障害者の施設でも、同じようなことが起こっていると報じられています。

そのようなことで、各パネリストからそれぞれの体験や情報を、出していただきましたが、これらはほんの氷山の一角だと思うんです。しかし一角ではあるけれども、そうした問題は、日本列島、どこでも起こりうるということが、感じられると思います。

大事なことは、現状を知り、確認したうえで、ではどうするのか、ということではないでしょうか。残りの時間はわずかですが、それぞれのパネリストから、これまでの発表を聞いたうえで、

今後への提言を含む最後のまとめの発言をいただこうと思います。今度は順番を変えて篠原さんからお願いします。

篠原／今、非常に大きな危機感を覚えています。20 万人以上の新しい患者さんが生まれようとしている中で、今感染者が増えているために、後遺症のことまで手が回らないことは分かりますけれども、国には本当に多くのことをしていただきたいと思っています。まずは実態調査が必要です。コロナ後に ME/CFS の患者さんが出るということについて、大規模な実態調査をしていただきたい。コロナの後に ME/CFS が発症するメカニズムなど関連の研究をお願いしたい。それから、この病気は、もともと診療してくださる医者さまが非常に少なく、従来の患者さんですら、診療・診断が受けられない状況です。ですから、診療体制を急ピッチで整えていただきたいと思っています。それから、コロナ後の後遺症として、ME/CFS を発症する可能性があることを、医療関係者だけではなくて、一般の国民に対しても福祉関係者に対しても啓発活動をしていただきたいと思っています。

そして、アンケート調査の中でも出てきましたように、職を失う人が非常に多く、患者さんたちからは、自殺するというような声が Twitter などでは流れているんです。そうしたことを防ぐために社会保障の問題をきちっとしていただきたい。それから、かかったら大変な病気ですので、PCR 検査は、介護者の人は 1 週間に 1 回とか、私たち患者ももっとできるとか、きちっとやっていただきたいと思っています。今日、皆さんのお話を聞いて、本当に、障害者の置かれている状況や危機感を改めて感じました。こうしていろんな障害者の方々の話を聞くことができましたので、連帯して訴えていくことも大切だと感じました。今日はありがとうございました。

藤井／私からも、リハビリテーションの専門家の皆さんに、この ME/CFS の現実を改めて知っていただくとともに、今日を皮切りに、ぜひまた勉強してほしいことを申し加えておきます。では次に、家平さんお願いします。

家平／リハビリテーションに関わる参加者も多いということで、一つ二つ、最後に発言させていただきます。障害者の場合、入院するためにも、平常時からハードルがあるのですが、これまで、入院時のヘルパー派遣ということで、日頃支援してくれているヘルパーのサービスが、病院でも一部使えるという状況を、障害者福祉では作ってきています。しかしコロナになってそれがシャットアウトされてしまいました。基本は病院で診てもらうことは大事なのですが、障害が非常に重くてコミュニケーションが難しい場合のやりとりだとか、例えば、ご飯を食べるときに、日常から支援を受けている慣れた介助者やったらスムーズにご飯を食べれるんやけど、入院して初めて対応する看護師さんだけではご飯を食べさせることができない状況になって、しかしコロナだから慣れた介助者が入れないということで、そのまま退院するまで、ご飯が全然食べれずに、帰ってきたらすぐ食べれた、というような事例もありました。やはりリハビリとか、生活に戻っていくための障害福祉を、家族も含めて、医療機関と一緒にやっていく体制が必要なのにも関わらず、コロナでそれをシャットアウトするということが問題です。そうした体制が、リハビリの観点からも必要なんだということを、併せて考えていく必要があると思います。

福祉制度が本当に脆弱で、問題点も多いです。私は、自立支援法訴訟の違憲訴訟で、71 名の原告の一人として闘いました。2010 年に国と和解をして基本合意が結ばれ、その後、新しい法制度

を作るための骨格提言がまとめられました。この骨格提言には、すべての人の人権を保障するための障害福祉の提案がされています。障害者福祉施策の充実が憲法等に基づく基本的人権の行使を支援するものであることが述べられ、家族依存の脱却をする法律が提言されています。これを実現することこそが、コロナ禍の、またポストコロナの世界を作っていく土台になると思っていますので、また皆さんと一緒に学びながら、基本合意・骨格提言の実現に取り組んでいけたらと思います。

藤井／基本合意文書は、政府と交わした公文書で、おそらく、永遠に輝き続けますので、ぜひご覧になってほしいという提案です。今言われたことで大事な点は、リハビリテーションの総合性というときに、医療、教育、職業、社会という領域別の総合は当たり前であり、それ以上の総合性が求められています。その一つが、専門家と障害者、あるいは患者との総合性ということです。それを障害者主体に実現する、となったときに、今のお話のように、入院時に家族などの支援が本当に必要であれば認めてもいいはずなのに、外部の人は入れませんということで、本当にいいのかどうか、深い吟味が必要です。とても大事な点を、今、おっしゃったと思います。次は、久松さんお願いします。

久松／今回のコロナウイルスまん延に関して思ったことや課題を整理したいと思います。冒頭に、ネットワークを作る大切さということをお話ししました。東日本大震災のような大きな災害が起きたときに、日本障害フォーラムという大きな団体が動いて支援をしました。このことは大きな成果があり、また国に対しての交渉や要望もできたと思います。しかし、今回のコロナウイルスに対しては、全日本ろうあ連盟として動きましたが、日本障害フォーラムとしてはなかなか対応ができなかったことは、大きな課題かなと思います。

また、国に対して要望や交渉をするときに、ワクチン担当大臣も含め、七つの省庁に対して行いました。国の行政は縦割りになっていますので、一つの省庁に意見を出しても、その情報が他の省庁にも流れて対応をしてもらえるわけではないのです。それぞれ、一つ一つに赴いて、またはオンラインなどの方法で、交渉の場を作っていかなければならず、非常に時間も労力もかかります。

専門家とのかかわりをどのように作っていくか、これも非常に大きな課題だと思います。総合リハビリテーションのあり方というテーマを考えると、専門家と当事者団体の関わり方は重要です。また専門家と切り離して支援体制を作っていくのは難しいだろうと思います。特に医療に関わる支援については、専門家との関わりが非常に大切です。そこで支援体制を作った経験を、全国に発信していくことも大切だと思います。問題解決のためにネットワークを作るということを繰り返しお話ししました。今までの経験からお話しできることは、過去の災害支援のときに私たちはネットワークを作って活動しましたが、そのことを踏まえながら、今回のコロナウイルスに対応するネットワークや支援体制を、条件が悪い中でどうやって作っていくのか、整理する必要があるだろうと思います。私たちは今回、生活支援や法律支援などさまざまなチームを作り、すべての人を排除しないという考え方のもとに活動しました。ただ、インターネットを活用して支援を行ったため、インターネットが使える人の範囲に支援が限られてしまったのは反省点です。インターネットを使わない、使えない人はまだたくさんいます。高齢者や障害者の中にはインターネットが使える環境にない人も多くいます。これからは、オンラインの仕組みを使った

テレワークなども増えていくだろうと思いますが、それが進めば進むほど、障害者が取り残されてしまう状況が生まれます。これが喫緊の課題と思っていますし、また取り残されてしまう状況を作らないためにも、ネットワークを作ることは大切だと思います。

総合リハビリテーションという、非常に大切なテーマで議論をさせていただきました。さまざまな障害者団体が、ともに活動をしていくわけですが、今回の藤原さんの発言は非常に勉強になりました。知らないことについては、どうしても想像で語ることが多くなってしまいます。どう解決したらいいかを考えるときに、当事者の声を聞くことがとても大事であると、勉強になったと思います。これからも当事者の声をできるだけ皆さんに伝えていくことと、そして、問題解決のために、専門家と一緒にネットワークを作る関係づくりをしていくことを、改めて提言したいと思います。

藤井／貴重な話がたくさん盛り込まれていましたね。では後藤さん、お願いします。

後藤／2点お話ししたいと思います。1点目は、国や行政に対してですが、これまでの障害分野の感染症対策は、どちらかという、当事者や事業所の自助努力を基調に、現場の実態や要求に突き動かされるような形で、少しずつ施策を積み重ねてきたのが実情ではないかと思っています。それは、非常時ゆえの対応ということではなく、恐らく、この分野に関する国や行政の、平時からの姿勢の反映でもあるのではないかと感じています。障害者権利条約を批准した国として恥ずかしくないような、障害のある人に対して安心、安全な医療や暮らしを保障していく施策を望みたいと思います。具体的には、1つはPCR検査体制も含めた、保健所や医療機能の抜本的な強化です。2つ目は、障害者への合理的な配慮を伴う治療や療養体制の確立です。3つ目は、感染症流行下においても安定した運営が見通せるような、事業者に対する支援です。こうしたことを求めていると思います。

次に2点目は、社会に対してということになると思いますが、私たちが感染発生を繰り返した中で、一番苦しかったことは、特に初期のころになりますが、地域から非常に理不尽な差別や取り扱いを受けたという経験です。感染が発生していない事業所の職員にも、同じ法人の関係者というだけで、病院の受診が断られたり、「あなたたちみたいなものがあるから感染が収まらないんだ」というような声が投げかけられたこともありました。感染を防ぐためには、確かにソーシャルディスタンスを保つことが必要ですけれども、そのことが、意図せず他の誰かを差別したり排除することにつながるケースもあるのではないかと思います。コロナが収束したとしても、そのような対立や心理的なディスタンスが強く残るようではいけないと思っています。

そもそもコロナというのは、自分の事業所や法人だけが頑張れば防げるというものではないわけで、やはり、地域全体でリスクを共有しながら、また共有する体制を作りながら、それぞれが自分の責任を果たしていくことが大事なんじゃないでしょうか。久松さんが、ネットワークということを言われましたけれど、そのようなネットワークを、今、地域の中にどう作っていくのが、私たちに問われているんじゃないかなと、強く思っています。

藤井／とても大事なことが入っていましたね。それでは、藤原さん、お願いします。

藤原／さっき伝えられなかったことですが、介助者不足はすごく大きいですね。私は普段、事業

所でコーディネーターをしているんですが、性被害を防ぐためにも、女性の利用者に女性の介助者を派遣するのはとても大切です。ですが女性の介助者は、家族のケアを担うことが多く、結婚や出産で抜けてしまうと、24時間の派遣が必要な利用者に対して、泊まりで対応できる介助者が見つからないという問題が、平常時から大きかったのですが、このコロナ禍で、介助者が濃厚接触者になったなど、さらに大変なことになっていたんですね。そういった面でも、平常時から問題や、複合差別を解消していくことが、要望書にも書いたとおり、大切だと思います。

もう1つ、私たちが行った、エンパワメント支援の取り組みについてもご紹介したいと思います。昨年ですが、アメリカの財団から助成金をいただいて、Zoomを使ったオンラインのシステムを使えるお試し会というのを、私たちのネットワークの人たちに行いました。今日も皆さんはZoomでつながっていますので、その恩恵を感じていらっしゃると思いますが、女性の中にはそもそもITに苦手意識を持っている方も結構多いですし、障害によってはなかなか利用が難しい方もいて、逆に格差が出てしまうということが懸念されていました。そうした中で、気軽にオンラインの会を試してもらい取り組みをしたことで、情報が得られることの素晴らしさを感じたとか、今度はぜひ自分がホストになって会を開きたいとか、そういうエンパワメントされた心強い声も聞けたんですね。

災害というのは、確かに弱い人たちに一番襲いかかるという面があると思うんですけども、そこから単に元どおりなるということではなくて、支援の方法によっては、これをバネにより強い存在になっていくということもあり得ると思うんですね。ですので、その場に留め置くのではなく、こういったエンパワメント支援という、支援のあり方について、国にも、自治体にも、知っていただきたいと思います。

藤井／このパネル1は、このあと行われる専門家によるパネル2との連続企画です。そのあとのコーディネーター同士の対話にもつながっていきますので、この場ですべての結論は出ないと思いますが、中間的なコメントを2つ申し上げます。

発言の中にもありましたが、この間、総理大臣ご自身が旗を振って、自助、共助、公助という国家の政策・理念を訴えたわけですね。一つ一つの言葉自体の問題もさることながら、その順番も、公的な応援が一番あとになっています。自助というのは、自己責任とか、もっと厳しく言うと、自業自得なんていうことをイメージする人もいるぐらいの言葉だと思います。自宅療養なんかも、そこにつながってくる要素がなくはない。まして障害者政策が、ずっと後回しになっているというの、陰に陽に、そういう自助という政策基調と全く関係ないのかどうか。やはりそういうベースが、緊急時にも現れてくるのではないかな。実際に起こっている現象に加えて、そうした水面下の政策基調についても、この機会に合わせて見ることも大事なのかなと思います。

もう1つは、差別という問題です。1つは障害をもった人たちに対する差別です。先ほども発言しましたが、精神科病院にいる人たちが、医療現場からも診てもらいにくいというの、それに近い問題です。また、感染者やその家族に対する差別もあります。それから、医療従事者およびその家族に対する差別、そして、ワクチンを打っていない人に対する差別もあります。私たちは差別に関しては敏感です。この差別の問題に対しては、改めて深い連帯が求められるとともに、差別を受けやすい私たちこそ、この問題について警鐘を鳴らす役割があるんじゃないでしょうか。

基調講演で伊東さんが、リハビリテーションというのは一つの運動とおっしゃっていましたが、その視点をこれからどう持つのか。リハビリテーションは従来の枠を出てもう一歩前に進みまし

ようということかと思いますが、そのことは、今申し上げた、自助論などという大きな政策上の問題や、社会的な差別の問題などの視点ともつながってくると私は思うんです。これから午後の部でどんなふうに議論が展開されるか、見守っていきたいと思っています。これで、このパネルを終わります。

パネル 2

「コロナ危機とリハビリテーション」

パネリスト 高岡 徹 (横浜市総合リハビリテーションセンター センター長)
 丹羽 真一 (福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座 特任教授)
 松矢 勝宏 (東京学芸大学 名誉教授)
 吉川 一義 (金沢大学人間社会研究域学校教育系 教授)
 矢本 聡 (東日本国際大学健康福祉学部 教授)

コーディネーター 大川 弥生 (元(独)国立長寿医療研究センター生活機能賦活研究部長)

大川／午前中のパネル 1 は当事者の方を中心とした議論でしたが、パネル 2 は専門家の議論で進めていきます。総合リハビリテーションの各分野の専門家がこのコロナ危機においてどう考え、対応するのか、今回の論点についてスライドを用いてまず簡単に説明しておきます。

この総合リハ研究大会では、これまでセミナー等も含め WHO の国際生活機能分類 (ICF) の研修会などをやってまいりましたが、この ICF を用いて説明します。ICF は「生きることの全体像」についての「共通言語」すなわち当事者及び専門家の共通の考え方として、人のとらえ方の枠組みを示しています。なお ICF の、前身の ICIDH からの改定作業は、10 年ほどの国際的議論がされましたが、これには、3 分の 1 ずつの、研究者、専門家、当事者が関与していただいています。専門家だけで作ったものではありません。

図は ICF の基本となる人のとらえ方を示す生活機能モデルです。高さとして中央の段で、右から「参加」、「活動」、「心身機能」とあります。これは本人の状態、右側の「参加」は、家庭や社会における役割、楽しみ、権利の享受などの社会的な状況です。真ん中の「活動」は、その「参加」を実行するための生活行為です。「心身機能」は生物学的な状況です。これらの 3 つのレベルは、障害というマイナス面だけではなく、生活機能としてプラス面も見るのが、ICF の大きな特徴です。そして、この生活機能・障害に影響するものとして、上の段の「健康状態」、下段の「環境因子」と「個人因子」があります。「健康状態」は病気・ケガに限らず、加齢、妊娠、ストレスなども含みます。今回のコロナウイルスによる感染症、合併症は、「健康状態」の問題です。今回はこの健康状態ではなく、「生活機能・障害」、その中でも特に一番右の「参加」を重視して議論していく予定です。

コロナ危機におけるいろいろな問題には、左下の「環境因子」として人の生活機能に作用するものが多くあります。コロナを予防する、拡大を防ぐ目的のために、午前中のお話しにもあったように、さまざまな物的な、人的な、社会やサービス提供、そして制度的な問題等が生じています。「健康状態」としてのコロナウイルスの影響だけでなく、「環境因子」としてどのように人に影響しているかを重視することも、総合リハとしては非常に有用な観点です。

「医学モデル」では、「健康状態」から「心身機能」に問題が生じ、それが生活行為「活動」へ、そして「参加」レベルに影響を及ぼすと考えます。もちろん、コロナウイルス感染症という健康状態からの、この医学モデルの経路としての影響も大事です。しかし、このコロナ危機という状況は、これは午前中の藤井さんのお話しにもありましたように災害の時も同様に、「環境因子」から「生活機能」に影響があります。そして「参加」の状態から、「活動」や「心身機能」に、医学

モデルとは逆方向の影響も起きますのです。

このときに重視したいことは、生活機能の3つのレベルの内、人間として最も大事なものは、「参加」という社会的な状態ということです。これがさまざまに阻害されているというのが、コロナ危機の状態です。それがコロナがおさまったあとにどうなるのか、どう対応すべきかということも、今の段階から考えておく必要があるかと思います。

パネル2では、コロナ危機においてどのようなリハビリテーションサービスを行うかということ、サービスの在り方だけでなく、コロナ危機が当事者の方々の生活、生活機能にどのように影響をしていて、専門家はそれに対してどう関与すべきかということ論じていきます。そしてもう一つ、現在のコロナ危機での問題から、平常時の総合リハのあり方を反省し、今後、どうすべきかということも論じていきたいと思っています。

ではまず、高岡先生からお話いただきます。皆さんがリハビリテーションといえば最初に思い浮かべられるであろう、リハビリテーション医療の観点からお話いただきます。よろしくお願いします。

高岡／横浜市総合リハビリテーションセンターの高岡です。よろしくお願いします。

スライドは、先週までの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の国内新規感染者数の推移のグラフです。第5波のあと、感染者の急激な減少により、一昨日、緊急事態宣言が解除されました。とはいえ、数値的には昨年と比べてもまだウォッチが必要な状況です。こうした中で、8月、9月にオリンピック、パラリンピックが開催され、よくできたなと思っているのですが、個人的には非常に感動もしましたし、良かったなと思っています。第6波も予想される中、今後どのように推移していくのか注意が必要です。本日は、次に示すような3点から述べていきたいと思っています。

1点目は、COVID-19患者のリハビリテーション治療ということです。一つには、肺炎などになった患者に対する呼吸リハビリテーションというものが行われました。これはICUなどで実施されますが、非常にリスクが高い治療になっています。さらに、セラピストや医師も含め、手間や人手が非常に必要でした。もう一つは、COVID-19の肺炎などが治ったあとの筋力低下などに対するリハビリテーション治療として、いわゆる廃用症候群などの治療に準ずる治療が行われています。また、昨年は急性期病院からリハビリテーション病院への転院がなかなかスムーズにできなかった問題があって、そのために急性期病院のベッドが埋まってしまい、新しい感染症の患者が入院できない事態が生じていました。今はかなり解消していると思います。さらに、先ほど午前中のお話にもありましたが、疲れやすいなどの後遺症が残っている患者さんに対しての有効な対応方法は、今のところ確立したものはございません。

2点目は、患者・職員の感染予防、拡大予防についてです。スタンダード・プリコーションと呼ばれる標準的な感染予防策として、手洗い、マスク、手袋などの個人防護具の使用や、こまめな消毒、常時の換気などの徹底がなされました。また、リハビリテーションのいわゆる訓練を行うことに関しては、訓練時間やスペースの見直し、すなわち時間や空間を開けるという対応をしましたし、集団訓練を中断することも行われました。その結果として、いわゆる訓練の枠が減ってしまうという状況が生じています。また、外来や入院での診察、訓練を行うときの感染や体調のチェックはもちろん、入院用の食堂スペースも工夫して、間隔を開ける、仕切りを入れるといったことを行いました。

また、入院患者にかなり影響があったのは、家族などの面会の制限を行ったことです。こうした制限が行われたのは、医療だけではないと思いますが、現在も、多少制限は緩めたとしても、続けられていると思います。

患者と職員のワクチン接種に関しては、先月われわれのところでも、障害のある方向けの、専用の集団接種を横浜市と当センターで行いました。通常の集団接種会場ではなかなか難しい障害のある方や、かかりつけ医がいないという方も、大勢いらっしゃるということが分かりました。

手洗いの話は先ほどもしましたが、これは当センターで行った調査です。片麻痺の患者さんに手洗いをしていただいて、その前後で麻痺のないほうの手の細菌培養を行ったものです。スライドの一番左が、手を洗う前の培養結果ですが、白い点々になっているところが細菌培養されたところです。普通に「手を洗ってください」と言って洗っていただいたあと、培養してみると、小さいコロニー（細菌の集団）が増えていました。つまり、手を洗って細菌を広げてしまったのではないかという結果が出ましたので、改めて手洗いの指導を行った結果が、右側のスライドです。一番右側は、ほぼ細菌のコロニーがないという状況で、効果があったなという結果が得られました。つまり、手は洗えばいいというものではないことが、はっきりしていると思います。

改めてお話しておきたいのは、リハビリテーション医療というのは、非常にリスクが高いということです。いろいろな意味でリスクがあります。麻痺があるということももちろんありますし、合併症として、例えば糖尿病などはコロナ感染症の悪化を加速させるリスクにもなります。また、患者とセラピストが密接、密着して一定の訓練の時間を過ごすということもありますし、先ほど見ていただいたとおり、患者さんが手洗いや、マスクの装着ができない、あるいはうまくできないということもあります。医師やセラピストは、ミツバチの絵で示したように、病院施設内をいろいろ飛び回るわけです。そうすると、きれいにしていればいいのですが、場合によっては、細菌やウイルスを患者さんから患者さんへうつして回ってしまうリスクもあるということです。さらに、総合病院はともかくとして、リハビリテーションの専門病院には感染症の専門家がいらないということが、恐らくほとんどだと思います。リハビリテーションの患者さん、あるいは環境は、感染しやすい状態にあり、一度感染してしまうと広がりやすい状況があるということです。

そのような状況で、昨年から発生した問題の一部を挙げたいと思います。患者や職員の方が感染したことは、ポツポツとあちらこちらであったと思います。クラスターが発生してしまった病院も、実際はかなり多く、全国的に起きていると思います。また、家族が面会できないことや、試験外出や外泊ができないことがあり、その結果として、家族へのご指導ができないという状況がありました。さらに、感染が心配で外来に来られないのでキャンセルしますとか、入院はしたくないという患者さんも、結構いらっしゃいました。COVID-19の問題は、今日は元気でも、数日経って検査をしたら陽性になってしまう患者さんがいらっしゃることで、そうになると、さかのぼって濃厚接触者の特定などをしなければならず、なかなか大変でした。早期に退院したいという患者さんや、不安・不穏になる患者さんがいらっしゃる。入院していた患者さんがどんな状態なのか分からないままに退院してきてしまって、それを受け入れたご家族が困ってしまうという状況も、意外と聞きます。われわれのところでは、今までもやっていたことではありますが、計画的な家族指導を行っておりまして、必要なときには家族に来てもらうことを継続していました。それでも不十分な場合は、当センターであれば、在宅リハビリテーションのサービスを用いて退院後に訪問してご指導をする、あるいは動作の定着を図るということを行いました。十分なトレ

ーニングをしないまま帰ってしまい、そのために機能改善が得られなかった、あるいは参加の達成ができなかったという患者さんもいらっしゃったからです。

3 点目は、診療や事業の継続です。職員やその家族が感染することもあります。今は幼稚園や保育園が休園になってしまうことが結構ありまして、そうすると、若い職員などは休まなければいけない状況が生じています。子どもも親も感染していないのに、職員が休み、人員が足りなくなるような事態は、今後も生ずる危険性が非常にあると思っています。つまり、普段から人的な余裕がないということが、問題としては挙げられます。COVID-19 から患者や職員を守るため、診療や事業を縮小したり中止したりすることが、果たして正解だったのか。中止してしまうことは、患者や職員へのデメリットも非常に大きいと思っていますので、過剰な制限や中止などはなかったのか、振り返ったり反省したりすることが必要だと思っています。

リハビリテーションというのは、不要不急では絶対にはないと思っていますけれども、やはり、リスクとベネフィットのバランスを考えることが大切で、いかに工夫や対策を取ることができるかがポイントになってくると思います。

これまでいろいろと行ってきた工夫の一部をこちらに挙げさせていただきました。感染予防策を継続、実施していくこと、また、遠隔リハビリテーションというものを、少しトライアル的に行ったり、社内ではオンラインの会議やセミナーなどを実施していくことで、人と接する機会を少なくする対応をしてまいりました。

われわれのセンターでは、スポーツ文化施設がすぐ隣に併設されているのですが、そちらも昨年、最初の緊急事態宣言のころから、施設利用をかなり長期間休止していました。これは、医療機関よりも不特定多数の方が自由に利用できる点や、スポーツを集団で行うこと、更衣室などの環境が非常に3密を生じやすい状況になっていることなどから、やむを得なかったかなとは感じています。再開後は、人数制限や利用時間の制限、あるいは、グループや教室の実施を慎重に行うなどして、継続的に実施するようにしています。休止していた期間中、YouTube などを使って動画を作成し配信することにもトライしました。障害者スポーツの紹介や、ストレッチの仕方、あるいは食事の作り方などを配信したのですが、今までわれわれの施設を利用されていた方には有効だったかなと思っています。

幸い、当センターもスポーツ施設も、個別の感染はありましたが、クラスターは生じておりません。繰り返しになりますが、感染をコントロールしながら、いかにして診療や事業を継続するかが重要です。そのためには、さまざまな工夫や対策を考えることが求められます。また一方で、新たな事業を検討し、あるいは確立していくこと、事業の無駄をなくしていくこと、効率化を図ること、さらには感染症対策を改めて見直していくという点では、またとない機会となったという側面もありました。

最後に、初めに松井先生からもご紹介いただきましたが、来年の第44回研究大会について、少しお知らせをさせていただきます。日程はちょうど1年後の来年9月30日金曜日と10月1日土曜日の2日間を予定しています。場所は、われわれのセンターの隣にあります、横浜ラポールです。まだまだ予断を許さない状況ではありますが、今のところ、現地開催を予定しております。実行委員長は私、事務局長は大場純一が担当をさせていただきます。本来は昨年実施する予定で、パラリンピックの直後に、障害者スポーツをメインテーマにしたプログラム準備しておりましたが、来年のテーマについては、現在検討中です。開催することとなりましたら、ご参加をいただきたいと思います。ご清聴ありがとうございます。

大川／ありがとうございました。高岡先生のお話は、リハ医療に限らず他のリハビリテーションサービスの中でもいろいろと生かしていただけたことがあったと思います。では次に精神障害の領域を主として、丹羽先生、よろしくお願いします。

丹羽／私は、精神障害のリハビリテーションへの、コロナ禍の影響ということで、お話をします。COI は特にありません。精神障害の方のリハビリテーションは、先ほど来、話に出ていますように、参加を促進ための一つ的手段として行われているもので、例えば、B 型の事業所であるとか、デイケアであるとか、あるいは、多機能の事業所であるとか、いろいろな性質ものがございます。具体的にこのコロナ禍でどうなっているのかを明らかにするため、懇意にさせていただいている、東京、埼玉、福島にあるそうした施設にアンケートをお願いし、いくつかの点に関しての状況を教えていただきました。それをまとめてお話しいたします。

ここにこの一覧がございしますが、13 か所ぐらいの施設にお願いしました。就労継続支援 B 型事業所、それからデイケアが多く、東京の調布、福島の二本松、それから埼玉の松戸、流山にある施設です。

どんなところかというイメージをもつていただくために、写真でご紹介します。これは調布にあるクッキングハウスというところで、一般の人たちも飲食に使用できるようになっています。これは二本松にあるコーヒータ임で、喫茶店の入口の様子です。これは流山にある多機能事業所で、マーレという名前の施設です。かなり洒落た感じになっています。これも同じ系列の B 型施設で、TERRA というお店です。これは会津若松にあります、ほっとハウスが経営している B 型の事業所です。こうしたところに通っておられる当事者の方々が、コロナ禍でどんな状況になっているかを調べました。

どんな内容のアンケートをお願いしたかと言いますと、まず、参加メンバーさんの中でコロナワクチン接種の状況はどうか。それから、コロナパンデミックの影響が事業に対してあるか、もし影響がない場合はどういう要因によるか、影響があるという場合は、いつごろからそれが明確になったか、それは経営面に現れたか、そして経営面に影響が現れたという場合は、経営維持のためにどんな対策をしたか、ということを伺いました。

回答について見ますと、まず、メンバーさんのワクチン接種の状況については、施設によってバラバラで、1 割ぐらいから 9 割ぐらいの方が接種されているということですが、多いのは 4 割程度であるかと思います。なおこの調査を行ったのは、7 月ぐらいです。最近の調査ですと、高齢者の方も入れると 5～6 割といったところだと聞いていますが、若い人たちだけだと、割合がうんと下がるということだと思っています。通っておられる方々の年代は、20 代から 50 代ぐらいだと思いますが、多いのは 30 代、40 代かなというふうに思います。その意味では、4 割程度というのは、だいたい平均的なんじゃないかと思って見ていました。接種を拒否される方は、一般にはたくさんいらっしゃいますけれども、メンバーさんたちの中でもおられました。どのくらいの方がどんな理由でということ伺いましたが、アレルギーをたくさん持っているからとか、副反応が怖いとか、中には、やりたくないからとか、ご家族が反対しているからという答えがありました。各施設、1 ないし数名おられるようです。副反応が怖いという答えが多いというのは、一般的な状況と同じなんだろうなと思っていました。

次に、パンデミックの影響がありますかという、漠然とした問いかけについては、大いにある、

ある程度ある、ほとんどない、などの答えを選択していただいたのですが、13施設のうち7施設が、大いにあると答え、4施設が、ある程度あるという答えでした。ないと答えたのは、生活介護の事業所だけで、これはリハビリ関係の施設の中では、少し特殊な性質を持っているのかと思いますけれど、やはり多くの施設は影響を受けているということだと思います。

影響がないと答えられた生活介護事業所に、その要因を聞きました。すると、「工夫をしたから」という端的なお答えがあり、その工夫の内容は、一般的な予防ということと、利用者が1人暮らしをされている重度の精神障害の方が大半だという施設なので、食事プログラム等を対面にせず、密にならないようにして活動を継続したとのことでした。近隣に住んでいる利用者の方が多いということで、徒歩の方は通常どおり通い、通所困難な場合は訪問で対応し、また、訪問看護ステーションとの連携をより密にしたということです。

参加メンバーさんへの影響はいつごろ出たのかという質問については、当然、去年の春ぐらいから、つまり感染拡大が始まってすぐというところが多いのですが、事業内容への影響が出た時期については施設によってまちまちで、去年の春から最近まで続いている、ということだと思います。

参加メンバーさんへの具体的な影響の例については、メンバーさんの中には、作業所自体が密だと言って休みがちの人もおられる。あるいは、徒歩で通える近隣の方はいいののですが、バスなどを利用する方は時間調整が必要であった方もいらっしゃいます。要するに、2部制です。また、飲食を伴うプログラムをやめたことで、ナイトケアを利用している人たちが特に困ったということがあります。それから、人数制限をして、密にならないようにしたこと、人との関わりが少し薄くなって、コミュニケーションが取りづらくなったという人がいました。さらに、生活リズムを付けることに影響が出たという方もおられ、メンバーさんへの影響は、そういった生活上、利用上の問題ということでした。

事業内容への影響ということについては、深刻な問題がいくつもありますけれど、1つは、工賃の要である仕事が、コロナのせいで中止になってしまったこと。それから、店舗にお客さんを入れているわけですが、そのお客さんが減ってしまったこと。3つ目は、県を越えることができなくなったため、場所によっては、近隣の県から通っておられる方が来られなくなってしまったということもありました。4つ目には、企業からの仕事が激減して、工賃が大幅に下がってしまい、通所日数が減ってしまったこと。次に、今までは不安やストレスもなく行えていた地域や事業所内の交流活動を自粛せざるをえなくなったこと。つまり地域との交流がうまくできなくなったということです。それから、通所者の通所日数が減ったので、それに伴って事業所に入る福祉サービス費が減少して、経営の影響を受けたというのが具体的な例です。

経営を維持するための工夫の例としては、就労継続支援B型で作っているクッキーの納品先が閉鎖になってしまい、注文販売に切り替えたということがありました。これはいろんなところがやっтерることだと思います。それから、去年の春にはメンバーさんの不安が強く、休む人がいたのだけど、事業所としてはむしろ継続して開くことによって、だんだん安心して通うことができるメンバーさんが増えてきたということもありました。次に、一時期、午前中の短時間のみ事業所を開き、午後は在宅で作業することとし、その場合にZoomなどを活用するなどの工夫もありました。さらには、消毒や換気などの一般的な予防対策を行うことで安心感を与えるよう努めたということです。そのほか、いくつかの種目では公的な資金を得ることができるようになっていましたから、それらを最大限活用したというお話もありました。

ということで、精神障害のリハビリテーションでも、コロナ禍の影響は、今述べたような形で出ているわけですが、その中にあっても、経営を維持していく工夫を凝らすことで、なんとか乗り越えられているというのが現状かなと思います。先ほど大川先生が示された ICF のモデルで見た場合に、やはり環境因子の影響は、結構大きかったわけですね。健康因子というのが直接「参加」に影響したということは、あまりないわけです。しかし、心理的な意味で、密が怖いといったようなことで来られなかった方がおられた場合、むしろ事業を継続することによって、だんだんとメンバーさんが安心感を持つようになり、全体の活動が継続できるようになったということだと思われました。私からは以上です。ご清聴ありがとうございました。

大川／パネル 1 で、コーディネーターの藤井さんから、精神科病院でのコロナによる死亡例の問題が提起されましたが、何かコメントがありますでしょうか。

丹羽／沖縄の病院のお話がクローズアップされる前にも、コロナ禍の最初のころから、精神科病院に入院していらっしゃる方がコロナに罹患する例はありましたし、その方々が、コロナ感染症としての入院を拒否され、転院できないという問題は、あちこちで起きていました。医療従事者の中にも、一種の偏見を持っている人がいるということだと思われれます。沖縄の病院は、高齢者の方を扱っていらっしゃるところで、施設の中の状況は、私はよく分からないんですけども、想像してみると、閉鎖環境の中で少し密な状況があったのかなというふうに思いました。東日本大震災のときにも、福島の高齢者施設から転院を余儀なくされた方の多くが、どういう状況に置かれたか、その後明らかになってきましたが、これと同じような性質の出来事と思います。普段からの待遇の改善を考えないといけないという、一つの警鐘的な意味もあるんだろうと思って見ていました。

大川／どうもありがとうございました。では次に、松矢先生、お願いします。

松矢／「コロナ危機と特別支援教育と地域通所支援事業の事例から考える」というタイトルで、私が関係してきたリハビリテーションの領域から 2 つ、話題を提供しようと思っています。

私の経歴については、特別支援教育の教員養成を 30 年、それから、重複もありますが、社会福祉士などの福祉従事者の養成を 25 年ぐらいやっております、教育領域と福祉領域を共に考えてきました。それから、今日は国際障害者年の話題も最初に出ましたけれども、私は知的障害の親の会と深く関係を持っております、全国手をつなぐ親の会の長期行動計画の作成にあたっては、教育学や心理学の先生は多いけれど、就労や社会参加の領域を担当する先生がいないので、君は若いからその領域をやれということで、その担当になって苦労しました。それが勉強になりまして、雇用促進関係にも推薦され、日本障害者雇用促進協会——今の高齢・障害・求職者雇用支援機構の広報誌の編集委員や職業リハビリテーション専門委員会委員の委嘱を受けたり、また、厚生労働省の労働政策審議会障害者雇用分科会の委員も務めてきました。そして何より、ネットワークの形成ということでは、国連・障害者の十年が終わった 1993 年に、東京学芸大学に進路指導研究会を発足させまして、進路指導の先生や、企業の障害者雇用支援者、ハローワーク等の機関、あるいは作業所等の福祉関係の職員の方々と一緒に勉強し、そういうことから、東京都教育庁のいろんな研究会の委員にもなりました。そこで、進路指導とか、職業教育の改善とか、そ

れから障害者雇用促進法が改正され知的障害者の雇用義務化が始まりましたので、東京都立養護学校高等部卒業生の就職率を上げるための就業促進の研究をやりなさいということから、その研究委員を委嘱され、あるいは個別の教育支援計画の検討等の委員にもなりました。また一方で、東京都の障害者福祉の審議会ですけれども、障害者施策推進協議会の専門部会長として、2 期から 4 期まで 9 年間、東京都の障害者福祉についても勉強しなければならない立場にありました。そんなことが背景で、今日の話題提供になります。

先ほど大川先生からもお話があった、国際生活機能分類（ICF）のモデルですが、コロナ危機というのは、特に社会生活に対する阻害的な環境因子であると指摘したいです。

そこで、コロナ危機にあっても可能となる支援のあり方や実践はあるのでしょうか？ という問いかけに対し、私は今、社会福祉法人森の会という、東京都東久留米市にある法人の理事長をしていますし、また、東京都の就業促進のネットワークづくりにも深く関係してきましたので、そうしたネットワークづくりがどのようにコロナ危機の中で効果を発揮したのか、あるいは、何か問題点があったのか、ということについて、具体的な 2 事例を通じて、お話ししたいと思います。

まず 1 つ目の事例については、東京都教育庁指導部特別支援教育指導課による、特別支援学校就労委員会就労支援部会というのがありまして、ここに、企業の障害者支援を長くしていた職員や OB の方、あるいは心理関係の専門家などが参加して、就労支援の就職率を上げるための研究会ができました。1990 年代の終わりから文部省の研究助成も入り、就業促進の研究にもつながりました。

都立特別支援学校を 5 ブロックに分けて、経験のある企業等の障害者雇用支援者の OB 等を嘱託アドバイザーとして配置し、進路指導の先生たちと一緒に実習先や就職先を開拓しました。もちろん、その過程で、関係機関や支援者のネットワークも強化されていきました。

その結果、一番多い例では、特別支援学校の知的障害高等部卒業生の就職率が、2011 年度より 40%台に上昇し、2019 年度（2020 年 3 月）には 49.8%の実績となり、2 人に 1 人就職するところまでになっております。全卒業生数は 1,609 人です。次年度（2021 年 3 月）にはどうなったかといいますと、全卒業生が減って 1,592 人のうち、48.9%の就職率ですから、0.9%減ということです。昨年 4 月から 5 月までは全く学校が休校でしたので、進路指導の先生たちの仕事が始まらない、実習のお願いもできないという状況がありましたから、多分、相当影響を受けるだろうと思っていました。実際には、秋から実習等の取り組みが始まりましたが、結果として就職率はそれほど落ち込みませんでした。今年の 3 月から障害者の法定雇用率が 2.2%から 2.3%に上がりましたので、6 月までは新卒扱いになりますから、就職先が決まっていなかった生徒たちもその後就職できたのではないかという声も聞きますので、それほど大きな影響はなかったんだろうと考えています。

障害者雇用に関わる企業と、ハローワーク等の関係機関、支援団体等、就労支援センター、そういったところのネットワークがここ 10 年くらいで確立できています。東京都教育委員会、教育庁と東京労働局が連携して、企業セミナーというのをやっています。労働局は雇用率が振るわない企業を全部把握していますので、企業セミナーに参加しなさいと言ったら、雇用率を達成していない企業はやはり行かざるを得ません。それで参加すると、進路指導の先生が懇切丁寧にご案内してくれ、障害のある生徒はこんなふうに働いてくれるのかと理解でき、このような就職率の上昇に大きく効果を発揮したと思います。そのために、コロナ危機でもそれほど大きな影響が

なかったのだと言えます。ネットワークの強化が非常に重要だということが、最初の事例の結論です。

次に 2 番目の事例です。今までは企業就労の話でしたが、福祉進路を選ぶ生徒たちもいます。障害の重い生徒たちはどうかということもあるんです。私は東京都の審議会に参加しまして、やはり教育と福祉と言うのは、なかなか縦割りで、卒業生のことについて両方で協力してやるという体制にはありません。そういうことを実感しています。ここ数年来の 3 月末日時点で進路が未決定だった人の推移を知的障害特別支援学校見てみますと、在宅あるいは進路が未決定であった人が、2017 年度が特別支援学校卒業生 1,551 名中 41 名。2018 年度になりますと、在宅あるいは進路未決定者が 57 名。このときが、東京都の特別支援学校高等部の在籍者で知的障害のある生徒が一番多く、1,634 名です。これ以降、卒業生の数はだんだん減っていき、2019 年度には、就職率が 49.8%まで上がりましたが、未決定者は 62 名。そして 2020 年度（今年の 3 月）にはさらに増えて 78 名でした。卒業生は減っているのだけれども、在宅あるいは進路未決定者は増えているということです。

進路未決定者の就職の課題もあるのですが、福祉進路を開拓するのは大変難しいということ、特に肢体不自由の進路指導の先生から聞きます。重症心身関係の入所施設、療育施設、通所事業もほぼ満杯です。それから生活介護の施設もほぼ満杯状態で、新しく卒業生を入れる余地がないという状況が続いております。ですから、東京都福祉局では、東京都教育庁と同じように障害の重い人たちの就労先の拡充ということをやってほしいというのが、私の実感でございます。

これは、今私が理事長をしております、社会福祉法人森の会の 2 つの事業所です。東久留米市の大門と米沢の地区にあります。B 型を中心とする作業所「バオバブ」と、通所生活介護の事業所「プラタナス」です。私ども森の会は、1975 年の設立当初から、利用者とともに、「障がいを超え共に生き共に働く」という理念を掲げてやってまいりました。設立当初から利用者が職員とクルーを組み、資源回収をすることで、産業社会、地域社会の皆さんに貢献したいという考えで実践してきました。より障害の重い利用者を受け入れる必要から、企業やさまざまな事業所・団体から、簡易作業の受注なども増やしてきました。通所生活介護事業のプラタナスを開始するにあたって、私たちの理念は変わらずに、作業所のバオバブと同じように働くことを大切にして、日課では午前中は作業活動、午後は健康と生きる力を増進する生きがいの活動工夫してきました。市民の皆様に使って喜んでいただける自主製品づくりは、生産的、生きがいの文化的活動と言えます。これからも利用者と職員が協働し地域貢献をしていきたいと、そういう実践をしている事業所でございます。

コロナ危機と緊急事態宣言が私たちに与えた影響についてですが、私たちは、資源回収を行うために、利用者が職員と一緒にクルーを組んで、回収車で回るわけですが、元々障害者福祉は、利用者と職員の密接な関係の中で営まれるのですけれども、緊急事態宣言は私たちの活動を強く拘束しました。金曜日には障害のより重い人たちも含めて、全員が回収車で資源回収に回りますが、回収車の中は過密で、夏にエアコンを入れれば密閉状態になります。しかし回収を中止すれば事業所の経営が成り立ちません。ですから、コロナ危機にどう対応するか、私たちは活動の原点を問われました。

コロナウイルスに感染しないで健康を守るためには、マスクをする、石鹸でよく手を洗って、アルコール液で消毒する、規則正しい生活をし、体温を測り、体調の変化に早く気づく、体調の変化に気づいたら通所を自粛する、保護者にもこれらの点について協力を求める、ということが

必要です。でも基本的な課題は、障害のある利用者が自発的、主体的にこれらの諸点を励行してくれるかどうかです。コロナ危機で彼らの日常生活に大きな変化が起きました。土日には余暇活動の場が使用できず、日ごろの憂さを発散できなくなりました。非常に元気がなくなりました。よく、利用者と職員はミーティングをしています。結局、唯一の楽しみは、平日の通所で仲間と交流し、みんなと一緒に活動することなんだ、だから、毎日通所できるように健康管理するということが大切なんだ、という気持ちに、彼らはなってくれました。一方、職員のほうでは、日課の一部にパーティや楽しい内容のプログラムを用意することで、支援者としての彼らの健康を自己管理できるような動機づけをしました。憂さを晴らして元気になろう！ というわけです。

それを図に表してみました。縦軸の赤い部分は、障害のある利用者本人の主体的体験としての障害です。「障害があっても頑張りたい」気持ち、これは上に行くベクトルです。それから、「インペアメントに由来する生活のしづらさや困り感など」は、下のほうに働くベクトルです。それから、「コロナ危機からくる阻害的な環境因子」も、下に働くベクトルです。それをきちっと支援していくというのが、横軸のところに書いてあるとおり、「利用者（個人と集団）本人の希望にそった支援計画の作成と見直し。コロナ危機においては、マスク着用・体温測定・手洗い等の健康支援と日課のあり方等の工夫、利用者本人・保護者との協力による法人運営の吟味、および地域連携との協力」ということです。こうしたことで、利用者の「やるぞ」という気持ちを上昇させていくことができましたし、「利用者と支援者（職員）による共感と協働」ということで、お互いに頑張っていこうという関係の中で、とにかくぎりぎりの綱渡りのなところですけども、今日までコロナ感染者を出さずにやってきました。

B型作業所のバオバブの利用者の状況については、全体として、加齢化が進んでいます。障害の状況は、愛の手帳で2度、3度の方が非常に多いです。

朝の会では、希望者がリードして、「1 安全運転」「2 最後まで仕事を頑張ります」などの標語を全員で唱和します。この標語の中に「3 みんなで予防インフルエンザ(コロナウイルス)」というのがありますが、これはコロナの前から唱和しています。そして「4 いざ手洗い」というのは、ちゃんとアルコール消毒までやるということです。

資源回収作業の様子も写真で示します。

受注作業として野菜を封入する袋折りや、チラシの封入作業などを行っています。

また、アルミ缶つぶしやペットボトルキャップの選別などの作業もしています。

生活介護のプラタナスの活動状況については、出勤率が98.9%という高さです。みんな来たいということで来てくださいます。身体障害者手帳と愛の手帳の重い等級の方が大きな比率を占めています。

作業の状況を写真で示します。(自主制作の紙すきハガキづくりや刺繍作業、受注作業のキムチ用袋折りなど)

バオバブではサマーパーティもやりました。こういう、楽しいことを月に1回ぐらいは入れています。食べることが大好きなので、ポップコーン、ハンバーグ、かき氷など、いろいろなものを出します。サイコロや輪投げなどのゲームもやります。

プラタナスのほうでもいろいろなイベントの工夫をしています。オンライントラベルということで、みんなで海外や国内の旅行を楽しむということをしたり、イチゴ狩りもやりました。いつもは一泊旅行をしていたのですが、それができないので、旅行会社との協力で施設内でセットしてイチゴ狩りをやりました。それから、夏祭りも楽しく行っています。以上でございます。

大川／どうもありがとうございました。では、最後の吉川先生、よろしくお願いします。

吉川／本日報告いたします話題は、ある学校からの協力要請を受けまして、本日の座長の大川先生、パネリストの矢本先生と、共同研究としてやってきているものです。まず私のほうから報告をし、矢本さんからは、ディスカッションの時間に発言をします。

昨年4月に臨時休校要請が出されまして、学校は休校となり、長いところでは3か月間に及びました。その後学校は再開されたのですが、行動の不活発や不登校など、気がかりな児童・生徒が増えたことにより、相談を受けたということです。この問題について、共同して取り組むということで開始いたしました。

まず、生活の変化と活動性を把握するための質問紙調査を行いました。この結果について報告いたします。調査の対象者は、まず金沢市内の小学4年から中学3年生504名です。次に、特別支援学校小学部から高等部の生徒440名です。回答率はいずれも70%以上でした。なお、小中学生については、本人評価による回答、保護者評価による回答、特別支援学校については、保護者評価による回答を得ました。調査項目は、疲れやすさを感じていたかどうか、その後の状態は怎么样了か、ということを問い、こういう観点を軸に、休校前、学校再開後、1年後の3つの時点での活動状況について尋ねました。さらに併せて、休校前、学校再開後、1年後の時点での、スポーツや体を動かすような趣味、家庭での役割など、活動状況について聞きました。

休校前に比べて疲れやすいと感じましたか？ という問いに対しては、疲れやすさを感じたとの回答は小中学生に多く、特別支援学校の児童・生徒には少ないという結果が出ました。調査を開始する前、休校の影響は、特別支援学校の児童・生徒に多くみられるのではないかと予想をしていたのですが、意外な結果となりました。

それぞれ学年、学部ごとの結果を見ると、疲れやすさを感じた児童・生徒は、小学4年から中学1年にかけて増加し、中学3年にかけて減少しました。特別支援学校の児童・生徒では、小学部から高等部にかけて漸増しています。

疲れやすさについて、その後の状態がどうなったのかということについては、疲れやすさの状態は、3つのパターンに分類することができました。1つ目は、休校前に比べて疲れやすさを感じ、その後も未回復であるという「未回復群」。次に、疲れやすさを感じたけれどもその後回復したという「回復群」。3つ目に、疲れやすさを感じることはなかったという「疲れなし群」。この3つです。このうち、疲れを感じなかった「疲れなし群」や、疲れを感じたものの回復した「回復群」が多いことがわかりました。しかし、学校再開後1年たっても、未回復である小学生中学生が一定数いるということは、看過できないことであると思いました。

他方、特別支援学校の児童・生徒では、「未回復群」が少ない結果となりました。

これらの結果を受けて、まず、3つのパターンのうち「未回復群」について、この間の家庭での活動状況を見てみますと、小中学校と特別支援学校ともに、休校前から学校再開後には、外でよく動く、家の中でよく動く、そういう活発さが減少しており、座ることが多い、ときどき横になる、ほとんど横になるなど、不活発さが増加していました。その傾向は1年後も継続していました。

次に「回復群」の結果を見ますと、小中学生は、学校再開後に、「未回復群」類似の傾向を示したのですが、家の中でよく動くという活発さが増加していることが分かります。

他方、特別支援学校の児童・生徒は、家の中でよく動くという活発さが減ったという結果が見られるのですが、ほとんど横になるという不活発さも減っている結果です。

「疲れなし群」の結果を見ますと、小中学生と特別支援学校生ともに、学校再開後に外でよく動くという活発さは減少したのですが、家の中でよく動くという活発さは見られました。他方、座ることが多い、ときどき横になる、ほとんど横になるという不活発さについては少なく、ほとんど変化はみられませんでした。

特別支援学校の児童・生徒について、スポーツや体を動かす趣味の実施状況の、休校前と1年後の変化を見てみますと、「未回復群」と「回復群」では活発さが減少していきまして、あまりしない、ほとんどしないなど、不活発さが増加していきまして。他方、同じ特別支援学校の児童・生徒の中でも、「疲れなし群」では、休校前と1年後でほとんど変化がなく、休校前の活動性は一定維持されていたと思われます。各群に共通して、休校前から特別支援学校の児童・生徒は、あまりしない、ほとんどしないというふうに回答したものの割合が比較的高く、その割合が若干増加していることがわかります。

最後にまとめに入りたいと思います。

まず今回の調査から見てきた課題について述べます。疲れやすさを感じたのは、小中学生に多く、特別支援学校には見られなかったことが分かりました。休校前の活動性が低かったことから、行動制限の影響が弱くて、疲れを感じることも少なかったと言えます。これより、教育においては児童・生徒を理解することはとても大事なことです。改めて学校教育に関しても、学校内だけではなくて、家庭での過ごし方や、そうした活動性に目を向けて、生活全般を見据えた支援が必要なのではないかと思われました。これまで、人が育つ生活の場として、「家庭生活」、「学校・就労生活」、「余暇・第三の場」が重視されてきました。一般に学齢期にはこのように多様な活動の場があります。しかし、重要なことは、これらの場において、本人がやりがいを持って行える活動や、本人が目標を見出して、実行し、判断し、努力しながら、目標に接近すること、目指していることを実現していくことです。この過程を通して、子どもたちは学び、そして満足感を感じて、次の学びへの主体的な活動や展開が期待されるものと思われます。今回の調査結果を通じて、活動が低下した児童・生徒には、このようなプロセスがうまく進んでいないことが予想されます。この点を支援していくことの必要性を感じています。今後の取り組みとして、低い活動性が続いている児童・生徒を支援するには、次のようなことに留意することが必要と考えています。

まず、成長上、必要な支援や、本人が「こうしたい」という思いの実現に向けて、各専門領域の知識をまず活用するという。そのためには、支援の目標設定が重要であり、この過程を支えることから始めることです。連携体制は、保護者と学校を中核として、必要に応じて他の専門領域を加えた拡大チームで対応していくことです。支援の実践においては、本人と家族を含めた専門家との「協働企画・実施・評価」のプロセスを踏むことがとても重要であると考えています。

また今回の調査から、一時的であれ、活動性が下がった小中学生が少なからずいたことが分かりました。

学校での全体的な指導として、学校での保健指導など、まずは専門家による「活動性と生活機能」についての適正な知識の提供を行い、これらを踏まえて、児童・生徒たちが自らの生活を振り返り、自らが実践していくためのワークショップ等を開くことを予定しています。

最後になりますが、このような支援を進めるにあたり、まず目標設定していくプロセスを支え

ていくことが必要ですし、その後の支援において、本人とその生活をどう理解するかカギになると思っています。そのうえで、家族や異なる専門家間の理解も得て、連携が濃厚になっていくと思われます。しかし、これらのことが支援の壁となることも感じています。この点を含めてこのあとのディスカッションで矢本さんにご発言をお願いしたいと思っています。

大川／ありがとうございました。では、吉川先生と共同演者である矢本さんからご発言をお願いします。

矢本／これまでの総合リハ研究大会でも災害を取り上げ、それに対してどのように平時から生活を組み立てていくのかを討議してきましたが、今回のコロナ禍というものも、やはり災害ととらえていいのだろうと考えています。このパネルディスカッションをご覧の方で、スマホをお持ちの方は、「内科学会 生活不活発病」とひいてみてください。アプリがあって、コンパクトに、災害時の生活不活発病について書かれています。その内容を見て、コロナも災害と同じようなことが課題になっているということを自分自身痛感しました。大川先生が書かれたものですが、とても役に立つと思います。

そのうえで、吉川先生発表の研究について、誤解していただきたくないことを、ひとつお話ししようと思います。疲れやすさを調べる目的で、「活動性」を指標として使いました。吉川先生の報告の中でも、家の中でよく動いていたか、外で動いていたか、あるいはスポーツしていたか、趣味をしていたか、という聞き方がされていました。しかし、これをそのまま受け取って、では災害のときあるいは今後コロナが再拡大して再び活動性が制限されるという事態になったときに、活動性をあげるために、「体操をやればいい」とか、「家の中でできるスポーツを探せばいい」とか、そのように考えられてしまうとそれは本意ではありません。今回のコロナでは生活機能のうち「活動」レベルが制限されたことは確かです。ですが、今回の調査を通して私たちが考えたことは、確かに活動は制限されたけれども、その原因は子どもたちの「参加」が制約されたことではないかということです。大川先生も、『動かない』と人は病む（講談社現代新書）で述べられていますが、本のサブタイトルは人は体を動かさないと病むですが、体を動かさない理由として参加レベルの制約を考えることが大事です。つまり、今回のコロナ禍で、子どもたちは活動の場や機会を失われたことによって、生き生きと暮らすという、ICFでの「参加」レベルが制約を受けてはいなかったかという視点を忘れてはいけないかと思います。

繰り返しになりますが災害のときにも、どのように参加のレベルを向上させるか、制約を生まないかということから、日々の活動性の低下予防を考えていくことが大事だということです。また今回の調査で、活動が制限されたことで疲れやすくなった子どもたちは、コロナ前の平時には問題が現れていなかったものの、参加レベルとの関連も踏まえて、活動性として十分でなかったところがあるのかもしれませんが。もう一度、子どもたちの普段の生活を、活動性を切り口に、参加レベルを向上させるような、そのような視点から見直すことが必要なのではないかと考えています。

大川／ありがとうございました。あと5分しかありませんが、ディスカッションとしてこれだけは議論したいということがあればお願いします。

ないようですので、私から追加させていただきます。最後の吉川先生の研究には歴史がありま

して、2007 年の 3 月 25 日に能登半島地震が起き、私は生活機能低下予防に向けた関与を発災後すぐから開始しました。その中で、子どもたちについて、それ以前から特別支援教育に関して議論する機会をもっていた吉川先生たち金沢大の方、そして県の教育委員会の方から、地震時の問題点、それから明らかになった平常時の課題などを具体的事例も検討し、いろいろなディスカッションをしていました。その前提があったので、今回のコロナ危機に際しても、生活不活発病が子どもでも起きるのではないか、生活機能の状態を見るべきではないかということで、お声をかけていただいたものです。

一方、矢本さんは現在の大学の前任の仙台市の行政としていらしたときに、主に就学前のお子さんの支援に ICF をどう活用するかで関与させていただいたところ、東日本大震災が起き、災害との関係で検討をしたという経過もあります。このように総合リハというのは、さまざまな専門家がいろいろな場面、機会と一緒に取り組み、それぞれの専門的立場から議論し、話し合いながら作っていきます。そして、その平常時の取り組みやつながりが、災害やコロナ危機という非常時の対応を考えると生かされる、という事例ではないかと思い、3 人の関係の歴史をご紹介します。

矢本さんが示していただいたとおり、コロナという状況で、一人一人のお子さん、またそれ以外の成人の方、お年を召した方、すでに生活機能低下のある方々、そして全ての国民の、「参加」レベルの、いろいろな役割や、楽しさや、権利というものが、どう変わったかという観点、そしてそれが、参加から活動に影響し、さらには心身機能にも影響するということを、念頭に置いて対応する必要があります。このことをコロナ危機の特別な時期のこととしてでなく、平常時についても、考える機会にすることが望まれていると思います。

では、これでパネル 2 は終わらせていただきます。ありがとうございました。

共同コーディネーター

藤井 克徳 (NPO 法人日本障害者協議会 代表)

大川 弥生 (元(独)国立長寿医療研究センター生活機能賦活研究部長)

藤井／私と大川先生で進めてまいります。よろしくお願いします。途中、パネリストの皆さんにもちょっただけ登場してもらおうと思っています。後半のほうでは、できれば、大川先生に語ってもらおうと思うのですが、この時期にポストコロナをどう考えるか、まだまだ現在進行形だと思うのですが、今までの状態は決して好ましかったわけではないですから。元に戻ればいいのか復元と言うことではなさそうです。新たな絵柄が必要になるのではないのでしょうか。時間の範囲で考えてみようと思っています。

まず、私と大川先生で、今日の2つのセッションを受けて、コロナ問題の捉え方について、それぞれ述べてみようと思っています。この問題ではこれまでずっと話し合ってきましたので、およそ共通理解があるかと思いますが、これ以降のセッションをより有効にしていくための、共通のベースにもなるかと思っています。

では私から申し上げます。このコロナ問題、正式に言うと新型コロナウイルス感染問題ですが、これをどうとらえるか、イラストを作ってきましたので、ちょっとご覧いただきます。[イラストの投影]

これまでも、いろんな課題はあったのだけれど、表からみるとまあまあ平穏な海に見えていたということなんですね。[次のスライド]

しかし、コロナというのは、大きな引き潮のような作用で、一気に潮が引いてしまった。そうしましたら、前からあった問題や課題が、いっぺんに露呈してしまった、こんなイメージではないでしょうか。確かに天災、自然災害という要素はあるのだけれども、それにしては、同じ世界共通のウイルスではあっても、各国で起こり方がまちまちです。これには何か要因があるわけですね。その要因を3つ述べたいと思います。

1つは、政策上の問題があるのではないのでしょうか。

2つ目には、政治の問題が少なくないのではないのでしょうか。政治というのは、特定の政党や、今の政府がということより、一般化して考えてみたいと思います。

3つ目に、社会的な視点があるのではないのでしょうか。

まず政策的な面で何が問題かという、例えば公衆衛生政策の軽視ということがあります。今日はグラフは準備していませんが、1992年に保健所の数がピークだったんですね。公衆衛生政策は、保健所が基礎となるわけですが、今回のコロナ感染拡大により、保健所の業務が急迫して機能が麻痺してしまいました。保健所の数を見ていくと30年前がピークで852箇所ありました。去年の1月の時点で、469か所にまで減ってしまいました。約45%ぐらい減じたということですね。もう感染症の課題は終わったんじゃないかと考えられ、財源上の理由や行革政策のやり玉にあげられたのです。また、経済のグローバル化によって、どんどん労賃の安いものを選ばれ、もともとは日本で作っていた衛生製品の製造までも、海外に任せてしまう。それで去年は、マスクもPCRの検査キットも手に入らないということになってしまった。さらには都市一極集中の問題もあります。これも政策誘導したわけですね。その結果、特に東京や、関西圏では大阪あたり

が感染源になってしまいました。都市一局集中には効率化という側面もありますね。政策に関する 4 つ目の問題は、障害関連の制度についてです。障害者自立支援法と、これを引き継いだ障害者総合支援法以降、障害者の事業所の報酬は、すべて日額払いとなっています。医療であれば、出来高払いという考え方もありうると思うんです。しかし福祉は、生活の隙間を作らないために、その人を四六時中応援していく必要があります。それなのに、来た日だけ、来た時間だけ報酬を支払うというこの方式で、いいのだろうかということです。このことは今回のコロナ危機でも大きな課題になっています。これまでも、例えば近年の風水害や、頻発する地震などの災害が起こるたびに、この日額払いの問題が顕在化してきます。政策面での、一貫した課題となっているわけです。

次に、政治の問題についてです。例えば、先ほど吉川先生もおっしゃったように、学校の一斉休校の問題がありましたが、あれでよかったんだろうか。あるいは、GoTo キャンペーンはどうだったのか。総括もないまま進んでいるのは、政治の責任が重いのではないのでしょうか。感染の第 1 波、2 波、3 波などのそれぞれで、中間的な検証があっても良かったのではないか。あるいは、専門家会議というのは、本当に独立していなくていいのだろうか。そうしたことも、政治の問題ではないのでしょうか。

最後に、社会的な視点についてです。午前中にも話が出ましたが、差別、偏見の問題があります。医療従事者に対してもそうですが、精神障害者が一般医療から排除されるという問題も起きています。これは丹羽先生もおっしゃっていましたね。政策上の観点、政治上の観点、そして社会的な観点が、コロナウイルスという問題にもう 1 枚上乗せされているというのが、この問題の捉え方です。ウイルスへの対応は、今の科学では限界があるわけですが、これに加えて、今申し上げた政策的、政治的、社会的な視点というのが、人為的な問題としてあるわけで、この人為的な部分は、軽減するとか、なくすとかいう考え方が、リハビリテーションの視点から見ても、とても大事なのではないかと私はこんなふうにコロナ問題を捉えています。

大川先生は、どんなふうに捉えていらっしゃるのでしょうか。

大川／藤井さんのおっしゃった、政策や政治など広い観点でどう考えていくのかは、これからまた議論していくことになるかと思います。一方で、今まで私自身がやってきた研究や実践から考えることですが、一人一人の人間の丁寧な見方の集合体としてきちんと分析をしたうえで、きちんとした施策提言をする必要があるし、施策を組んでいただく必要があると思います。印象で思ったことが正しいとは限らないことがあるので、コロナ禍というのは、コロナというウイルスの特徴であるとか予防法であるとか、さまざまなことについての特徴はきちんととらえて対応する必要があると思います。

そのようなコロナウイルスに関する特有のこともあります。一方で、午前中に藤井さんから、東日本大震災から 10 年たったというお話がありましたが、まさにコロナ危機というのは、災害と同じ面があると思っております。災害時の施策も含め多くの方が 2004 年の中越地震のときから、災害に関する課題を本格的に捉えだしたと思います。私はその 2004 年以来災害に生活機能低下予防という観点から関与していますが、毎回の災害のたびにゼロスタートになっているのではないかと懸念しています。ゼロスタートどころか、極端に言えばマイナススタートというところすらあるんですね。なんとなく定型化されたり、スローガン的にだけなって、災害が起きたときだけに、わっとアドレナリンが出るという感じになっているような。それではいけないのでは

ないでしょうか。やはり被災された人に対しての責任としても、その時点で反省したことは改善策を考え、次の同様の時にも備え、平常時の改善もしていく。そうすれば災害時の対応、また予防策もレベルアップさせていける。そういうことを、一人一人の事例にそって検討し、その集合体として分析して、きちんと施策なりをつなげられるようにやっていくのが、私共、専門家としては大事ななことかと思っています。

先ほどの藤井さんが出していただいた絵ですが、非常に魅力的な良い絵だと思いました。その絵について、具体的な支援を個別的にも行う専門家の観点から見ますと、こういう見方もできると提案させていただきます。水が引かなくても、水面の下を見る目を持つことは大事なのではないかと思います。ですから、今回、水が引いてやっと分かったのであれば、その後は、穏やかそうな水面に戻っても、実は本来見るべきものがあることを肝に命じたい。水の中のゴミもそうですし、それだけではなく、実は可愛い魚やいろんな生物など、もっといい方向に持って行くことができるはずのものもある。

しかし、例えばこれまでの災害の時など、一度水が引いた後を見ていたにもかかわらず、それを活かすことすら、やっていなかったのではないかと。私は、災害というのは平常時の問題が如実に現れるのだと、2004年から言い続けていますが、毎回そういう状況になっているように思います。

水が引かなくても見る目を持つというときに、今日のお話を聞いていて思ったことですが、専門家の対応としては、平常時にはさまざまなサービスが提供されます。そのサービスを提供している時間には一生懸命やるけれども、そこでほとんど終結してしまう。しかし当事者にとってのそれ以外の時間についてはどうなのか、当事者にとっての1日という時間、1週間、1年、一生という時間のくらしを考えて、専門家は、目の前の当事者に何をすべきかということにもっと知恵を絞らなければいけないと、反省すべきだと思います。いつも平常時ばかりとは限りません。大きな災害があれば、例えば、一緒に住んでいるご家族が病気になるときもあります。何かが起きたとき、こういうときにはこうするというのを、平時からきちんと考えておかないといけないと思います。それは、まずは一人一人に対する個別的な対応でもそうです。そしてシステムとしては本来どうあるべきかを、例えば、病院、施設、地域、コミュニティであるとか、いろんな意味で、提言していくことが必要なのではないかと思います。

ですから今回の魅力的な絵からいいますと、水が引いて実はきれいではないことが見えてきました。それをぜひ今回こそは、きちんと活かして、次のために具体的な対策を取ることが大事かと思っています。今後の対策に向けて、平時のやり方を再考する、もう一度考え直す機会としてとらえるべきだと思います。そして、水が引かなくとも、水面の下を見れる眼を持つ。そう思いいますが、いかがでしょうか。

藤井／全く私も異議はございません。穏やかな海をちゃんと見破る、きちんと海の底を透徹して見る視点、これをどう持つか。それは今伺っていると、「一人を大事にする」という視点が備わっていれば、いわば、下のほうを見る特別な眼鏡みたいなもので見えてくるんだよ、というふうに聞こえてきて、まさしくそのとおりの思いでした。

ここからは、今日の午前・午後のテーマを踏まえて議論しますが、おっしゃるとおり今度のコロナ危機においては、総合リハビリテーションという観点で言うならば、かなり分断させられてしまったなと感じています。「分断」と「総合」とは、相反する概念なんですよ。午前中の議論

にもあったように、医療、教育、職業、社会という、リハビリテーション領域の「総合」だけではなく、専門家と当事者との総合という視点もあるわけです。今までは、障害のある子どもが入院したら、お母さんが、「この子は私でなければ食事をしにくい」ということで、病院に看病に行き、病院も「どうぞ」と認めることで、うまく食事ができていたのですが、今回は、家族の面会ができなかったことで、入院したお子さんが食事をずっととらなかったということもありました。これは病院のスタッフが悪いのではなくて、コロナということでマニュアルができあがって、外部からウイルスを持ち込ませないという、正論での対応を行っていたのです。そのほか、今までは障害福祉課に行くと「はい、わかりました」と対応してくれていたのに、今は、「これはうちの課の担当ではない」ということでほかの課に回されてしまうなど、一気に縦割り行政の問題が露呈しました。一人の人間を大事にしようという観点があれば、コロナに負けない「総合」が担保されるのではないかと思います。いざコロナの問題が起きると、こうした分断が、現場ではわりとそのまま受け入れられてしまったのではないのでしょうか。もう少し「総合」という観点から、いい意味で抵抗していくことが、現場にあってもいいのではないかなと思うんです。「総合」が分断されやすい現場の構えという点で、大川先生、いかがでしょうか。

大川／まずコロナに関しては、去年の2月、3月、4月ぐらいでしたら、それがいかなるものかよく分からないし、どう対応していけばよいか、またどう予防していくのか、また多数の人の中で何をどのように優先順位をつけるべきかも分からなかった。コロナウイルスは命を脅かすものであることは確実なので、生命、病気面への対応が中心にあらゆることを考え、行動していたのではないのでしょうか。その中で、例えば親御さんと一緒だと食事していたお子さんの食事、そして食事だけでなくいろいろな生活全般が、考えるべきこと対応すべきことの優先順位として低くなってしまった。どう対応すべきかわからないコロナウイルスへの対策を取りながら、それと同時にどう日々を生活していくかを考え対応すること、それが両立できなかった。行政の窓口も安全確実な範囲で大丈夫なことが優先され、それ以外の不確実なことはやめておこう、となる。限られたコロナ対策の情報・知識、また対応能力の中で、仕方なかった面はあるでしょう。その後、だんだんとコロナ対策が分かってきたことがあっても、「コロナ」という言葉を出せば何となくみんな引き下がるようなところもあって、優先順位が低いままということもあるのではないのでしょうか。現場としては非常に大変でしたから、そういうふうになってしまった面もあるかなという感じがします。

総合リハということについては、パネル2では、「環境因子」から直接「生活機能」に作用することを重視して申し上げました。医学モデルとしての病気に対する治療や予防対策は、社会的な環境を重視することと、相反したり、対立するモデルでは全くなく、これらを一緒に総合的に考えるという意味では、非常にいい機会になるのではないかと思います。

分断されているという危機意識は私も持っていますけれども、最近はずっと前からかなり分断されていて、コロナ危機ではそれが露呈しただけかもしれません。一人の当事者へのサービスは単に複数のサービスの集合体で、本人にどのように効果を生むため関与していくのか希薄（になっていました）。医学モデルと社会や環境を重視するということを対立モデルとして考えるのではなくて、平時から、社会的な影響を重視する場合も医学モデル的な病気の治療や予防も一緒に考えていくし、一方医療の場面では、生活というものをもっときちんと考えて対応することが必要であると、コロナ危機がそれを考えるいい機会にできればなと私は思っています。

なお、高岡先生がおっしゃったことですが、感染症の専門家がいらないから十分な対策ができなかったというのは、医療の中でも大事なことなんです。感染症というのは、割と古い病気なのかなという意識があった。医療的なことについては、基礎的な知識、サービスとして、もっと備えることを考えておくべきだと思いました。

藤井／大川先生に、少し伺いたいのですが、感染症自体の病原体は、まさに医学モデルで個人を冒してしましますが、これに対しては、ワクチンや、あるいは治療薬を開発する必要があります。同時に感染症は目に見えず、怖いものであるだけに、社会生活の面でも過度な制限をかけてしまい、それがやむを得ないとも受け止められて、結果として、社会的な障壁を作りだし、人々の態度にまで影響し、社会参加が制限されてしまうという、特異な面があると思うのですが、いかがでしょうか。

大川／まず、いわゆる社会モデルにしても、他のモデルにしても、同じ言葉で論じていても、人や学派によって、中身の理解が違っている場合があるので、正確に使っていく必要があると思います。

私自身、先ほどはあえて何々モデルという言い方で申し上げましたが、物事を対立的に論じるためにあえてそのように言うことはあるかとは思いますが、何モデルかということには、かえってこだわらないほうがいいと思います。ICFはそういう対立関係ではなくて、相互作用的に考えましょうということで、それぞれの方々が、それぞれのモデルで、いろいろと問題意識を持ちながら考えていらしたことを否定するというのではなく、それらの知恵を出し合って、新しいモデルを作っていくことが大事かと思います。

結論から申し上げますと、感染症における人の障害を捉える場合のモデルというのは、私は特殊ではないと思います。むしろ普遍化するヒントを持っているもので、特別というよりは、そこから何を学んで、普遍的なモデルを作るのかという観点で捉えるほうがいいのではないかと思います。

藤井／私もそこはぼんやりと捉えているので、だいたいいいかと思います。少し戻るかもしれませんが、今日の1つのポイントは、先ほどから話しが出ているように、ちょうど今年は東日本大震災から10年ということです。データが出ているように、東日本大震災における全住民の死亡率は、岩手、宮城、福島沿岸地域の33自治体で、0.78%という数字です。これに対して障害者の死亡率は、1.43%となっています。手帳を持っている方の死亡者を報道機関等が調べたデータですが、国は公式に発表していません。つまり障害者の死亡率が全住民の2倍だったと、こんなことになっているんですね。2倍というのは承服できない数字です。そこには、単に天災というより人災ということが重なっているのではないかと懸念するわけです。その点は、今日のテーマに関しても、同じようなことが言えるのではないのでしょうか。やはり障害を持った人に不利益が集中しやすいのではないかと。そう考えていくと、やはり、帰結する方向性としては、今の現象だけを考えるのではなく、やはり平時のあり方が問われてくるのではないのでしょうか。平時に障害者の置かれている状況が、非常時になると、一気に悪化し、そこにしわ寄せがいつてしまうのではないかと。大川先生が携わっておられる分野で、特に、平時からここが脆弱でなかったかということとして、具体的にどんなことが挙げられますか？

大川／一言でいえば、先ほども申し上げたように、自分が担当するサービスの内容、それを提供する時間帯のことだけが、ほとんどの関心領域、対応する領域になっていることが、まざまざと分かったことだと思います。

総合リハビリテーションと言った場合、最近はいろんな職種、サービスがどんどん増えていています。その中で、これらの複数のものが横のつながりを持つ集合体として、一人一人の当事者のためにベストのことができるのか問われます。それはさまざまなときに、災害やコロナ対策が必要なときなどです。単なる工夫だけではなく、システムとしても、具体的専門的技術としても、もっと深める必要があると思っています。

先ほど、災害の時の死亡率の例が出たものですから、ちょっとお話をさせて下さい。藤井さんが、東日本大震災の死亡率のことをおっしゃっていて、私はどうしても自分できちんとしたデータを見ないと、なんとなくその可能性はあるだろうとは思っていても十分に納得できないところがありましたが、実はちょうど 10 年ということもあり、いわゆる災害関連死と言われている方への発災直後の対応の仕方についての、個々の被災者のご家族と専門家の非常に貴重な記録を見せていただく機会がありました。分析しましたら、専門家によるいろいろなサービスが、災害のときにきちんと提供されなかったところの問題点が明らかになりました。平時だったらそんなことはあり得ないのに、どうして起きてしまったのか、それは専門家としては、非常にショッキングでした。10 年たってやっと分かったとことであり、婉曲な言い方をしていますが、やはり技術というのは平時だけではなく、非常事態のときに、きちんとした対応がすぐにとできるまで高めておく必要があります。そこまでの能力を身につけるべきだと思っています。

藤井／私たちは東日本大震災の際に、福島県南相馬市の精神障害者を除く障害者と、岩手県陸前高田市の全ての障害者を訪問調査しました。陸前高田では今日のパネリストの後藤さんがリーダーとして頑張ってくれました。驚いたことは、震災のとき誰が迎えに来てくれたかと聞いたら、それは市役所職員、警察、消防士ではありません。こうした方々は、市の全体の救出や避難にかかわって、走り回っていたわけです。迎えに来てくれたのは、家族が 10 数%、自分が通っていないところ、通っているところも含めて福祉施設職員が 10 数%です。いざ何かあったら、それしかないんだということになるわけです。そのことを非難するというのではなく、それを前提に対策を組まなくちゃいけない。それがあのときに得た 1 つの教訓でした。こうした課題については、その後政府では対応が行なわれず、国会も「検証しなければならない」としながら、今なお公的な検証はなされていません。

「平時」と言ったときに、震災でしたらイメージができますが、感染症における「平時」は、イメージがわからない面もあります。ただ、事業所職員の非正規を減らすなどを含むマンパワーの充実や、日額払いの問題など、そうした部分は十分に平時から備えられると思います。あるいは、縦割り行政の弊害とか、自治体間格差の問題などは、平時から取り組みができることです。感染症問題は、自然災害とかなり共通項が多いことを踏まえ、そうした平時からの問題について、丹念に考えていなければいけないと思っていました。

ではこのへんで、午前中のパネル 1 のパネリストの方々から、一言ずついただくということでよろしいでしょうか。まず藤原さん、お願いします。

藤原／私たちが実施した調査で聞き取った声の中には、「何も変わらない」というものもありました。というのは、普段から外出もできてないし、誰ともつながっていなかったから、ということです。これは先ほどの藤井さんのイラストのイメージだと、おそらく、潮が引いても見えない人たち、さらにその下の砂を掘っていかないと見えてこない人たちだと思うんです。それを見ていく新たな視点としては、やはりジェンダーの視点だとか、当事者参画とか、そういったところがすごく大事なのかなと思いました。障害福祉の中には、そうした視点がどうしても欠けていると思います。ありがとうございました。

後藤／ポストコロナということも含めて、災害に備えることが、これから一層大事になると思います。新しい感染症も起きるのではないかと言われていますし、南海トラフ地震や、毎年のように起こる豪雨災害などが、日常的に障害のある人たちや、支援事業所の人たちに降りかかってくるのではないのでしょうか。われわれも、こういう事態になって、BCPや、災害への備えについて、急ごしらえで対策をとっていますが、そもそも日常の中にそうした災害時への対応を組み込んでいく余裕が、われわれの中にはないんですね。毎日をどう回していくのが精いっぱい、やらなくてはならないことへの人員も予算もほとんどない状況の中で、立ち向かっていかなければなりません。ポストコロナを考えたときに、災害に備えた対応を日常の平時の業務の中にしっかり組み込んでいくことが大切ではないかと感じています。

家平／福祉も医療も余裕がなく、ここまでする必要があるという水準が低く設定され、人員配置も非常に少なく平常時でもいっぱいいっぱいやっている中で、緊急事態になってしまい、とても手が回らない。それで障害のある人が置いていかれてしまう、ということがあるんじゃないかと思います。例えば、僕は肺炎で入院したことも何度もあるため、今回のコロナでも、ほんまに命の危険を感じるのほとんど自宅にいます。肺炎で2〜3週間入院したときは、最初は人工呼吸器をつけて、退院に向けてリハビリも入ってもらったり、足の関節を和らげたりもしてもらいますが、その後、退院してから、日常生活にどのように戻って行けるのが課題です。僕みたいに重度の頸損の人が、近くの病院に入院するというときに、ストレッチャーのままお風呂に入れるような設備がない場合もあれば、退院後に、医療から日頃の生活に戻るための支援が全くないということもあるんです。ほとんどの病院はそういう体制もなく、一方で福祉の現場でも、いっぱいいっぱいやっているから対応ができません。私達の知り合いでも、グループホームで感染者が出たら、通所施設を閉じて、感染者の支援をしなければいけないということがありました。そうした中で、医療や福祉にかかわる人が、患者や障害者の人権をどこまで守っていけるのか。権利条約やICFの視点に立って、ここまでは必要だという水準を上げていく必要があります。低い水準では緊急時にますます対応ができなくなり、そのしわ寄せが弱いところに来るということだと思います。その意味でも、十分な人の配置などをしていくことが、医療・福祉の現場では必要ではないかと思います。

篠原／体力がないために、途中で申し訳ないのですがお昼寝をしながら聞いていて、今は頭も朦朧としている状況です。私たちの病気や、難病のある人は、元々外部との接触がほとんどない人もいます。私は病歴が30年を超すのですが、ずっと引きこもりのような状態で生きてきました。患者さん同士で冗談みたいに、「やっとなんか私たちの気持ちが分かるようになった、私たちのよ

うに、外部と接触することがないとはどういうことなのか、やっと少し分かってもらえたね」と話し合ったりします。体力がなく、難病を抱えて、何十年も孤立して生きている人の気持ちが、みなさんに分かってもらえたのかな、とパンデミックが始まって思いました。これからどうなっていくのでしょうか。体力がなくて声を上げられないということは、今のこの情報化時代に、存在しないのと同じようなことなんです。患者会もいつつぶれてもおかしくない状態ですが、こんなふうに声を上げられない人たちがいるということを、今日は多くの方に聞いていただけたので、よかったなと思います。これからも、コロナが終わって、みんなが再び活動できるようになっても、私たちは同じように生きていくということを、そんなふうに生きている人もいるんだということを、記憶に留め、気にかけていただきたいと思います。

藤井／先ほど吉川先生が、子どもを例として、疲れやすいという話を、生活不活発病という観点からされていましたが、その点と ME/CFS との関係では、どのような印象を持たれましたか？

篠原／そこで言われている疲れやすさと、私たちの言っている、疲れというか、体の衰弱ですよ、それとは、まったく質も何もかも違うレベルの話です。私たちはただ疲れているわけではなく、動けないほどのことです。例えば患者さん同士だと、これから電話をしてもいいですかとか、今日具合は大丈夫ですかとか、電話一つかけるのにも気を遣うような、それほどの状態が、10 年も 20 年も 30 年も続くということです。ですからまったく次元が違う話です。

藤井／午前中のパネル 1 については、この辺にしますが、大川先生のほうは、いかがですか。

大川／パネル 1 で久松さんが、総合リハ研究大会だからと何度も強調しながら論じていただいたのは非常に印象に残っています。総合リハだからという観点で、当事者の方が分析をしていただくことは、この総合リハ研究大会としてとてもいい方向性かと感じました。

あと、取り残されないという表現がありましたが、専門家は一生懸命やっているつもりでも、取り残している部分がないかなと、平穏そうな水辺に立っていても考える必要があるなと思いました。

藤井／パネル 2 で僕が大変関心を持って聞いたのは、まず高岡先生の、手洗いも大事だということを、科学的に見るとどうなのかという話です。手洗いの科学的検証というのは、多少、蓄積があるんでしょうかね。

それから、丹羽先生が、途中ふれられていましたが、精神障害者の問題について、例えば病院の構造とか、あるいは長期入院が偏見を助長して、一般診療科のスタッフにまで広がっていくこととか、そうしたところに精神科病院の責任もなくはないのではないかなという課題ですね。やはりこれは、繰り返しになりますけれど、平時から改良が求められることだと思いますが、今回もいみじくも、報道されている病院でのクラスター発生などを含め、いろんな問題が露呈してしまったというあたりについて、もう少し丹羽先生からコメントいただけないでしょうか。

高岡／手洗いに関しては、保健衛生的には、昔から調査されていて、親指の汚れがなかなか落ちていないなどということはわかっていることです。なので、こういう洗い方をしましょうという

ことについては、いろいろなところに貼り出されています。

ただ今回は、我々のセンターに、片麻痺の方が結構いらっしゃいますので、本当に洗えているのかなというところからやってみたら、結果的にかなり深刻というか、衝撃的な絵面になってしまいましたので、これはまずいなと考え、作業療法士や看護師が、手洗いの仕方を再指導したところです。

今日は比較的、いい例をお出ししましたが、なかなか、今回の指導だけではうまくいかない方もいらっしゃるので、もう少し改良が必要なのところもあるかと思っています。

藤井／そうすると、たとえば片麻痺だけじゃなくて、両手に麻痺があっても手洗いは困難だし、ましてや知的障害者の方や、そもそも手の動作がなかなかない人であったり、精神障害者の方など、日常生活と手洗いが結びつかない部分がある場合には、手洗いというのはかなり難しいという前提で対処するのでしょうか。

高岡／難しい点はあると思います。ただアルコール消毒はかなり普及してきましたので、それをきちんとやれば大丈夫ということもあるかもしれません。今回の研究では、手洗い+アルコールという形を併用してしまったので、本来は、もう少しいろんな種類に分けてやってみるべきだと思います。片麻痺の方も、麻痺してるほうの手はもっと落とせていないと思うんですけども、麻痺が重ければあまりそちらは使わないから影響は少ないかなと思うので、すべてきれいにしないといけないかどうかは、ちょっとまた別の問題かなと感じています。

丹羽／精神科病院の閉鎖性という問題については、ずっと指摘されていて、かなり開放化という方向への努力はなされていると思うんです。治療の必要性から言って、閉鎖の病棟というのか、あるいは、保護室と言われるような閉鎖された個室といいますか、そういうものを、どうしても残さざるをえないということはあるんですけども、それこそ丁寧に治療をするという考え方から言うと、開放されたところを増やしていくことも、それにふさわしい色んな治療プログラムを作っていくことも、必要だと思われます。しかしそういう方向には残念ながら至っていません。いつまでも入院が必要というわけではないですから、開放化というのは、早期に退院を目指さなければいけないということとつながっているわけですね。そのためには、地域で生活できる状況を整えていくようにしないといけません。それがないために、「治療の必要上、閉鎖性が必要だ」という対応が、全体に広がってしまう結果になっていると思うんですね。ですから、閉鎖性の問題というのは、できるだけ早期に退院してもらい、地域で生活できるようにしていく動きと一連の問題として捉えていかないといけません。そういう全体としての治療の流れを考えて進めていく必要があると思います。これは1つ1つの病院の構造の問題ではなくて、治療の流れ、全体の問題ということになりますから、地域での生活を支える仕組みといったことも含めて、充実させていかないといけないんだろうと感じています。

それとは別に、先ほど議論されていた中で、藤井さんがやはり言われていましたが、「総合」というけれど、災害があると「分断」されやすいという、そういう我々の持っているシステムにおける脆弱性みたいなものがあるわけですね。それを変えていかないといけないと思うのです。例えば、県を超えて移動してはいけないといったとき。私が発表スライドで示したように、隣の県から来る人に、休んでくださいといった対応をしてしまうことがあるわけです。それは結局、

個々の患者さんのことを中心に考えないで、まず問題が起こらないように、その施設を経営している者の身を守ることを先に考えてしまうということではないでしょうか。一人一人の患者さんを大切にするためには、ある程度「冒険」しないとイケないこともあると思うのです。でも、そうしないことが、「分断」をみすみす許してしまうことになるのではないかと思います。「分断」と「総合」の問題は、精神科での経験からいうと、そういうところにも理由があるのかなと考えていました。言ってみれば、自主規制みたいなやつですよ。先ほど高岡先生も言われていましたが、リハビリに不要不急はあり得ないという話だと思います。個々の患者さんを大切にするという考え方は、ある程度冒険しないと守れないという中で、それをシステムとして保障しようとしたときに、どうすれば分断を生まないことにつながるのか、そんなことを思って聞いていました。「総合」と「分断」の問題についての自分の意見はそんなところですよ。

藤井／貴重なご意見です。「人権を守る」というとき、一歩超える、一歩踏み出すということがどうしても必要です。その時に、感染症という目に見えない怖い存在があるわけで、兼ね合いはもちろんあるんだけど、構えとしては、一歩それを超えることが実践には求められます。「人権を守る」ためには、絶えず、そういう視点が要るんじゃないかという点では全く同感です。

大川／高岡先生の話に関連したことで、ICFに関係した話をしておきます。ICFの基本概念としての生活機能モデルについてこれまで述べてきました。このような基本概念のもとに、分類項目がありますが、その中の「活動」（生活行為）の9つの章の中に「5章セルフケア」があります。セルフケアというと、日本で通常使うとき、対応するときには、排泄、食事、入浴、整容、更衣ですが、ICFで非常に画期的で重要だと思っていることは、「健康に注意する」という項目がセルフケアという最も基本的なものの中に入っていることです。手を洗って感染を予防すること、家平さんの場合は、部屋の温度の調整だとか、自分の体調、健康を守るための行為を、セルフケアとして、必要最低限重要なものだということで位置づけているのです。

自分の健康管理をご本人が必要と思うときに、適切な方法ですぐにやれることはとても大事なことになるので、これに関することが平常時からの専門家の対応としては不十分だったのが、今回のコロナ危機から学ぶべき1つの重要なことだと思います。例えばマスクの装着を考えてみると、風邪をひいてマスクをつける必要がある場合でも、今までの平常時には、「はい、マスクつけてあげましょう」という感じで、家族や、通院先の人がつけてくれていた。でも、コロナ予防では、例えば通所施設で一斉に全員がマスクをつける。一日中つけていて、何かのときにマスクが外れたら、ずれたら、どうするか。食事のときはずして、またつける。たとえば知的障害のある方の場合など、自分でどうやっていいか分からないこともあります。運動機能の障害、視覚障害などそれぞれ難しい点があって指導すべき点や、配慮すべきことがあるでしょう。専門家からすると、あえてこういう表現をしますが、「やってあげる」ほうが、その場としては楽なことがあります。でも多数の人に、一日という単位の中で、また今後年単位で続くかもしれないコロナ対策のなかで、マスク、手洗い、注意すべき行動など衛生面も含め、自分の健康を自分でいかに守るか、他者への悪影響を及ぼさないかという点での対応として考えていくと、不十分ではなかったかと思っています。

先ほど申し上げた東日本大震災10年後の調査でも、災害初期のときに、障害のある方々が、障害が悪化したり、亡くなったりしているデータがありますが、こうしたことを一つ一つ丁寧に見

ますと、同じように平常時の本人自身による健康管理能力の向上に向けての専門家の対応が不十分だった面が結構あるということが明らかになりました。ですから専門家は、この機会に、ご自分の患者さんの健康の管理に関しての支援内容、本人自身の能力の向上を十分におこなっているかをもう一度チェックしてください。お一人お一人の当事者の方も、自分の健康をどういうふうにするのかということについて、もちろん必要なときには支援者の手を借りるわけですが、そのときはどう説明すべきなのかということも含めて、この機会に考えていただくといいのかなと思います。

松矢／高岡先生や大川先生もおっしゃっていたように、われわれ専門家にとって、コロナの感染が発生していない「平時」の心がけがとても大切です。私たちの施設では、インフルエンザの流行に対応して、「みんなで予防 インフルエンザ いざ手洗い」と貼り出してありました。コロナになって、それはコロナ感染予防用になったのですが、利用者の皆さんには、すでにそのことが日常生活習慣として定着していました。資料の中で、「共感と協働」ということをお示ししましたが、生活介護の利用者で障害の重い方の中にはどうしてもマスクを外してしまう人もいます。そういうときに、職員が「マスクをしましょうね」と働きかけるのは、やはり共感関係があって、初めて受け入れてくれるのだと思います。それは日ごろの専門家のサービスのあり方に関わってくるので、そういうところの努力が、総合リハではとても大切だと思っています。もう一つ申し上げたいのは、私は日本障害者協議会（JD）の代表推薦の協議員として、政策委員会のメールを拝見しているのですが、その政策委員である篠原さんに、今日 Zoom でお会いできたのはうれしいことです。難病の方々が政策委員会に入ったことで、医療モデルや社会モデルなどといった議論を超えて、総合リハということを考えやすくしてくださっているのだと思います。

大川／藤井さんが、自助、共助、公助ということをおっしゃっていました。これについてはさまざまな意図があって発言される場合もあるのでしょうけれど、「自助」というのは、やはり自分自身の判断で、自分で必要性を感じたときに、自分の好きなときにやれるための能力を、身につけていただくことでもあり、それを支援するということは、専門家として考える必要があるかと思っています。その向上させるための支援が不十分なまま、やってあげることで終わっていることは、反省すべきことかと思っています。

矢本／このパネルの最初のほうで、大川先生が、今回のコロナを通して、それぞれの場所で、自分の場所を見るので精一杯だったという話をされていたかと思っています。分断という話も出ていました。今回、吉川先生と大川先生と一緒にいった調査の結果から、特別支援学校の子供たちの様子を見ると、やはり学校は学校の中でどうするか、放課後はそれぞれのサービス提供の場でどうするか、それ以外は家庭でどうするかというふうに、それぞれの担当者がバラバラに考えていたということが分かってきます。

そもそも、障害のある子どもたちが、不活発な生活をしていたのではないかと考察されますので、やはり普段から、その子にとってどういうものが生き生きとした生活なのかという視点を持ち、学校も、サービス提供事業所も、家族も、本人も加えてですが、そのための共通の目標に向かってどんな活動をやっていくのか。そのことがきちんと出来ていれば、今回のコロナ危機における活動の制限、参加の制約があったとしても、もしかしたらここまでの影響は出なかったのか

もしも、それぞれのところが、その目標に基づいた工夫ができたのではないかと思います。それを妨げているのは、まずは自分の担当のところだけをやるという意識ではないでしょうか。人員の問題とかいろいろあるんでしょうけれど、本人を中心として、本人が生き生きとした生活をするために、一緒に考えられるような共通のものの見方、考え方を普段から持っているということが大事なんじゃないかと思いました。

藤井／大川先生、一言、最後にいかがですか。

大川／専門家の結論として申し上げたいと思います。

1 つは、今日は議論がされませんでしたけど、実はリハビリテーションというのは、何かが起きて、それに対して後療法的に対応するだけではなく、実はコロナ感染、また予防のためのさまざまな変化によって新たに障害、生活機能低下を生む危険性があり、それによって障害が進行する危険性がある中で、予防という観点も重要だということで考えていただければと思います。

2 点目として、総合リハというものは、例えば今回のようなコロナ危機や、災害時には必ず分断されるものではなく、日頃からのネットワークとして、本人の生活・人生を中心としての役割分担や目的がはっきりしていれば、逆にこんなに強いチームで、こんなに効果をあげたということがむしろ立証される。これはこれまでの災害等や個人のレベルの非常事態でも何度も経験してきました。今回のコロナをめぐる経験の中で、いかに強い、真の当事者中心の総合リハビリテーションチームを作るのかというのを、考えていければと思います。

最初の藤井さんが示された絵に戻り、一見平穏そうな海の中、水面の下を見通す目を持って、海の中のマイナスだけではなく、プラスを見つけさらにもっと引き出すことができるような力を持ちたいと思います。

藤井／「自助」に関することについてですが、私たちが言っているのは、「自助」はあくまでも他者から強要されるものではないということです。今の「自助」というのは、「自助」しなさいと言われてるのに近い。これは具合が悪い。今後の問題としては、そろそろポストコロナということを見ると、家平さんが言われたように、特に人権保障というのは、余裕とか、逆にいうと、効率だけではない部分があります。データでは表せない部分です。データで表せないといったときに、余裕をどう科学化させるのか。これは、問われてくる問題で、リハビリテーション関係者を含めて考えていく必要があります。

大川先生がおっしゃった、透徹した目。藤原さんが言われた、本当のニーズや実態は潜っていて、かなり精度の高い水中メガネを用意しないと見るができないということ。こうしたことを、リハビリテーション関係者は心して欲しいですし、また今後ともこのような対話が行えればいいと思います。

最後に、アルベール・カミュの「ペスト」(1947)の最終段落を朗読していただきます。コロナ危機は現在進行形ですが、こんなことも書いてあったということを共有して、今日は終わろうと思います。

ペスト菌は
決して死ぬことも

消滅することもないものであり、
数十年の間、
家具や下着類のなかに
眠りつつ生存することができ、
部屋や穴倉やトランクや
ハンカチや、反古のなかに、
しんぼう強く待ち続けていて、
そしておそらくはいつか、
人類に不幸と教訓をもたらすために、
ペストが再びその鼠どもを呼びさまし、
どこかの幸福な都市に
彼らを死なせに差し向ける日が
来るであろうということを。
アルベール・カミュ作／宮崎嶺雄訳
『ペスト』（新潮文庫刊）

藤井／これで終わります。どうもありがとうございました。

大川／ありがとうございました。

総合リハビリテーションのあり方 検討委員会：中間報告

—事例検討を中心に—

伊藤 利之（横浜市リハビリテーション事業団 顧問）

1. 検討の趣旨

総合リハビリテーション（以下、総合リハ）は、障害のある人の自立と社会参加を促進するための方法であり、それを効果的かつ適切に遂行するには、当事者を含む多分野にまたがる関係機関の連携が必要不可欠である。

今回は、総合的なリハの提供を目的に開設されたリハセンターの事例を通して、分野間の連携がどこまで実現しているか、あらためてサービスの実態を検証し、当面の課題と今後のあり方を検討した。

2. 検討方法

- （１）協力施設と事例数：国立障害者リハビリセンター ４例、千葉県千葉リハビリセンター ３例、横浜市総合リハセンター ４例、東京のリハ専門病院 １例
- （２）事例報告と提案書の作成：2021 年 2 月～5 月、各センターの総長・センター長と計 4 回のオンライン会議を開催、事例に基づいて現状を確認、課題を整理し、総合リハのあり方検討会に向けた提案書を作成した。
- （３）総合リハのあり方検討会：2021 年 6 月～9 月に 3 回のオンライン会議を開催。
- （４）検討委員：飯塚真理 国立障害者リハビリセンター、家平 悟 障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会、伊藤利之 横浜市リハ事業団、菊地尚久 千葉県千葉リハビリセンター、栗原 久 フィールド・サポート em.、佐々木貞子 DPI 女性障害者ネットワーク、佐藤弘行 千葉県立袖ヶ浦特別支援学校、高岡 徹 横浜市総合リハセンター、飛松好来 国立障害者リハビリセンター、渡邊慎一 横浜市総合リハセンター

3. 検討結果（中間報告：事例検討を中心に）

（１）リハセンターの特徴

- ・主対象者：重度障害（頸髄損傷など）、重複障害（肢体＋高次脳機能障害など）、高次脳機能障害などが目立つ。
- ・対象年齢・利用期間：～60 歳が多い／比較的長期間の利用／入院 2～3 ヶ月、自立支援 3～6 ヶ月、就労支援 6～12 ヶ月。
- ・施設利用率：障害者支援施設の利用は減少傾向だが、就労支援の利用率は比較的高く、高次脳機能障害の合併&頸髄損傷などが多い。
- ・内部の連携：部門間の障壁はあるものの SW を要に恒常的連携体制ができている。

（２）事例検討のまとめ

1) 総合的なリハ施設の必要性

- ・総合リハの実現には医療と福祉のサービスを同時に提供できる体制が求められ、とくに中途障害に対してはリハセンターなどの総合的な施設機能が有効である。
- ・高次脳機能障害、頸髄損傷、多肢切断、進行性難病、重症心身障害児など、若年の重度・重複障害に対して必要度が高い。
- ・医療・療育から教育・社会・職業に至る部門間には法制度の縦割りの壁があり、各部門間において定期的な情報交流・共有の場を設けることが必須条件である。
- ・各リハ部門の活動が相互に垣間見える環境設定（見学やビデオによる紹介）は効果的で、リハ計画の具体化やゴール達成への意欲に繋がっている。

2) 地域における継続的リハシステム

- ・先天障害児について、医療→療育→教育→社会参加の継続性は整備されてきたが、行政の下支えや現場の連携だけでは不十分で、親の発信力に依存している点は否めない。
- ・医療→回復期リハの継続的アプローチの枠組みは整ってきた。しかし、生活期以後のリハに関しては、当事者・家族・CMなどの個人的力量に委ねられている。
- ・介護保険下のデイケア・デイサービスでは圧倒的に高齢者が多い。そのため高齢者向けプログラムが中心となっており若年障害者からの希望は限られている。
- ・とくに医療機関においては、障害者の「自立支援」「権利擁護」「合理的配慮」のあり方について、より一層の理解が必要である。

3) 社会参加・就労支援

- ・就労支援サービスの利用は、比較的若年の頸髄損傷、多肢切断、軽～中度の高次脳機能障害などでニーズが高まっている。
- ・職業リハにおいては、ADL 自立を前提とした現状を打破し、介助が必要な人でも参加できる環境整備が急務である。今後は、就労困難とされた障害者の実態や、独自の就労支援策を講じている先進的な自治体の施策などを注視していく必要がある。
- ・医学的リハと職業リハの連携は重要性を増しているが、地域において両者を繋ぐ社会基盤は未だ脆弱である。
- ・スポーツ・文化活動への参加ニーズが高まっており、これらを社会参加機会の一つとして位置づけることは重要である。そのためにも、インクルーシブな施設整備の拡充と積極的な技術支援が望まれている。
- ・自己決定や合理的配慮を保障することは重要であり、行政・教育機関、企業、市民への一層の啓発が求められる。その環境醸成には他者との情報交流の場が求められている。

第43回 総合リハビリテーション研究大会

コロナ危機下での障害のある人
ー総合リハビリテーションの視点からー

日 時 2021年10月2日(土)9:30～17:00 オンライン開催(Zoomウェビナー)

参加費 1,500円

情報保障 手話通訳、要約筆記、テキストデータ(視覚障害・読字障害等のある方)

主 催 公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

後援

内閣府、厚生労働省、文部科学省、国土交通省、経済産業省、(福)全国社会福祉協議会、(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構、日本障害フォーラム、(公社)日本リハビリテーション医学会、(公社)日本理学療法士協会、(一社)日本作業療法士協会、(一社)日本言語聴覚士協会、全日本特別支援教育研究連盟、(公社)日本社会福祉士会、(公社)日本精神保健福祉士協会、(公社)日本介護福祉士会 (順不同)

生涯学習

日本作業療法士協会生涯教育制度ポイント
日本言語聴覚士協会生涯学習ポイント

大会主旨

昨年度は開催が延期された本大会では、本年は「コロナ危機」をテーマに、障害者権利条約などに基づく国際的な動向も踏まえながら、障害当事者の方々の暮らし方へのインパクト、ならびに、リハビリテーション分野の専門職の方々による対応などについて話し合います。ポストコロナに向けて、障害当事者の方々のニーズにより適切にこたえ得る、総合リハビリテーションのあり方について、次に繋がる一定の方向性が見いだせることを願っています。

大会プログラム (順不同・敬称略)

第1部

9:30～9:40	主催者あいさつ 日本障害者リハビリテーション協会会長 炭谷 茂
9:40～10:00	本大会の経緯と趣旨について 実行委員長 松井亮輔 日本障害者リハビリテーション協会副会長
10:00～10:50	基調講演 国連と障害の観点から取り組む2030年アジェンダ 伊東亜紀子 国連経済社会局 障害者権利条約事務局チーフ
11:00～12:30	パネル1 「コロナ危機と障害者：その暮らし方がどう変わったか」 パネリスト 藤原久美子 DPI 女性障害者ネットワーク 代表 後藤 強 社会福祉法人ゆたか福祉会 理事・法人本部長 久松 三二 一般財団法人全日本ろうあ連盟 事務局長 家平 悟 障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会 事務局次長 篠原三恵子 NPO 法人筋痛性脳脊髄炎の会 理事長 コーディネーター 藤井克徳 NPO 法人日本障害者協議会 代表
12:30～13:30	昼休み

第2部

13:30～15:00	パネル2「コロナ危機とリハビリテーション」 パネリスト 高岡 徹 横浜市総合リハビリテーションセンター センター長 丹羽真一 福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座 特任教授 松矢勝宏 東京学芸大学 名誉教授 吉川一義 金沢大学人間社会研究域学校教育系 教授 矢本 聡 東日本国際大学健康福祉学部 教授 コーディネーター 大川弥生 元（独）国立長寿医療研究センター生活機能賦活研究部長
15:10～16:25	対話とディスカッション（パネル1・2のパネリストによる） 共同コーディネーター 藤井克徳 大川弥生
16:30～16:55	総合リハビリテーションのあり方に関する検討会 中間報告 伊藤利之 横浜市リハビリテーション事業団 顧問
16:55～17:00	閉会あいさつ 日本障害者リハビリテーション協会常務理事 君島淳二

お申込み

研究大会ホームページから：<http://www.normanet.ne.jp/~rehab/>

1. ウェブフォームでお申込みください（Googleフォームを利用）
 2. または、申込み用紙（申込必要事項）に記載のうえ、E-mailにてお申込みください。
- ※上記方法でのお申込みが困難な場合は下記事務局までお問い合わせください。



参加費：1,500円

大会参加費は、お申込み後に下記方法でご送金ください。

1) リハ協ストアからの決済（クレジットカード、コンビニ払い等）

※大会ホームページでお申し込み時にご案内します。

2) 銀行振込

ゆうちょ銀行 ○一九店（ゼロイチキュー）
当座預金 611720
□座名 総合リハビリテーション研究大会

3) 郵便振替

振替口座番号 00180-4-611720
□座名 総合リハビリテーション研究大会

申込締切：9月24日（金）

- ◆ウェビナー画面に、手話通訳、要約筆記が表示されます。（どなたでもご覧いただけます）
- ◆視覚障害・読字障害などのある方でご希望の方に、資料のテキストデータをお送りします。

お申込み先
・
お問合せ先

公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
「第43回総合リハビリテーション研究大会事務局」
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1
TEL：03-5273-0601 FAX：03-5292-7630
URL：<http://www.normanet.ne.jp/~rehab/> EMail：rehab@dinf.ne.jp

東京都民共済生活協同組合 助成事業

公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

〒162-0052 東京都新宿区戸山 1-22-1

TEL: 03-5273-0601 FAX: 03-5273-1523

東京都民共済生活協同組合 助成事業