

# こころの健康

## 第 65 号

令和 4 年 11 月  
愛知県精神保健福祉協会  
(愛知県東大手庁舎)  
名古屋市中区三の丸三丁目 2 番 1 号  
電話 (052) 962-5377 内線 550

### ■ 巻頭言 ■

## 当院のコロナ対応とコロナ禍において考えたこと

愛知県精神保健福祉協会 理事

高 木 宏

(愛知県精神医療センター 院長)

令和 2 年 1 月コロナウイルスが確認されて以来、全世界的なコロナウイルスのパンデミックとなり、現在も収束していません。日本では同年 2 月ダイヤモンドプリンセス号内でのクラスター発生にはじまり、現在はコロナウイルス発症者数の第 7 波の最中にあります。まだ収束が見えない中ですが、これまでの当院におけるコロナウイルス対応を振り返り、コロナ禍で浮き彫りとなった精神科医療の問題点についても考察したいと思います。

当院のコロナ関連の出来事は、令和 2 年 2 月 6 日、当院の DPAT が DPAT 事務局の要請によりダイヤモンドプリンセス号に派遣されたことに始まります。2 月 9 日には外出泊禁止、面会禁止の措置を取り、2 週間後には入館口を 2 か所に制限し、患者、職員に入館時の検温と体調報告を義務づけ、多職種によるコロナ対策本部会議を設置し毎週開催しました。マスク等の感染防御品の入手困難が報告されると、職員総出で、手作りマスクの材料となるキッチンペーパーなどの確保も行いました。対策会議はその後毎日行うようになり、状況報告とそれに基づく新たな対策をとっていきました。3 月 12 日からは愛精協の要請で、夜間休日の発熱者対応を開始しました。その為開放病棟を閉鎖病棟に変更し、患者さんの転棟を進め一病棟の半分を新

型コロナ対応病棟に変更しました。クラスター発生防止のため入院後 2 週間の個室対応等の制限を忌避して在院患者数が急速に減っていったことで可能となったことでした。4 月には、感染状況などに応じたトリアージと対応方法を確定しました。7 月には愛知県内で唯一の精神障害者コロナ陽性患者の受け入れ医療機関となり現在に至っています。令和 2 年 7 月から本年 6 月末現在で、実陽性患者 111 人、疑い患者 99 人(延べ患者数 1541 人)の患者を受け入れました。幸いにして今のところ院内クラスターは発生していません。

当院がこのようにコロナ陽性患者等の対応を比較的早期からできたのは、当院 DPAT がクラスター対応を実体験したことで危機感をもって病院一丸となれたこと、長期入院者の退院促進や短期入院をめざす医療を日々行ってきたことにより早期の対応病床の確保ができたことだと思います。しかし診療報酬上、単科精神科病院が経営安定には 90% 以上の病床稼働率が必要といわれる収益性の低い精神科医療の現状では、民間病院においてはコロナ患者が発生してもゾーニングを行うこともままならない状態だと思います。危機の際には弱いところにしわ寄せがいくとされています。それがコロナ禍においても如実に表れたのだらうと考えます。

## 障害とは、自立とは —当事者研究の視点にコロナ禍状況も踏まえて—

日時：令和3年11月11日（木）13時30分～15時

講師：東京大学先端科学技術研究センター准教授

東京大学バリアフリー支援室長

熊谷 晋一郎 氏



本日は1時間ほどのお時間をいただきまして、「障害とは、自立とは—当事者研究の視点にコロナ禍状況も踏まえて—」というタイトルでお話をさせていただきます。

今日お話をしようと思っているのは、こちらの3つのテーマです。

1. 総障害者化
2. 困難の分布の変化
3. 分断か連帯か

### 1 総障害者化

まず1つ目の「総障害者化」というテーマから始めてみたいと思います。

皆さん、障害の社会モデルという考え方をご存じでしょうか。身体障害、精神障害、発達障害、いろいろな障害がありますが、現在

では障害の考え方は、基本的には社会モデルの考え方で捉えることが一般的とされています。少し、社会モデルという考え方を説明してみようと思います。

#### 障害の社会モデル

- 建物・道具・制度・慣習・言語・価値観などの社会環境は、多数派とされる人々の身体機能にカスタマイズされている。
- 障害とは、多数派とは異なる身体の中「に」存在する特徴を意味しない。
- 多数派とは異なる身体をもつ人々と、多数派にカスタマイズされた社会環境との「間」の生じるミスマッチのことを、障害と定義する。

#### 障害者権利条約前文

「障害（disability）が機能障害（impairment）のある人と態度及び環境に関する障壁との相互作用であって、機能障害のある人が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げるものから生ずることを認め…」

まず私たちが住むこの社会、建物、道具、社会制度、慣習、あるいは目に見えない言語や価値観など、こういったさまざまな要素が社会環境を形づくっているわけです。残念ながら多数派といいますが、一部の人にとってはこれら社会環境は使い勝手がよいのですけれども、私も車いすに座っていますが、車いすに乗っていると、例えば建物でも、エレベーターがなければうまく移動できなかったり、いろいろな文房具などの道具も、私の手では操作しづらかったりという形で、少数派とされる人々にとっては使い勝手が悪いデザインにしばしばなっているわけです。もちろんだいぶよくなるはなってきましたけれども、まだまだそういった傾向はあると思います。

そういう状況を踏まえたときに、障害って何なんだろうということなのですが、例えば階段を上ることができない私の足、私の体の中に障害が宿っているんだ、私の体の中に障害はあるんだという考え方が古い考え方なのです。こういう古い障害についての考え方のことを障害の個人モデル、個人の中に障害が存在しているという考え方が古い考え方です。

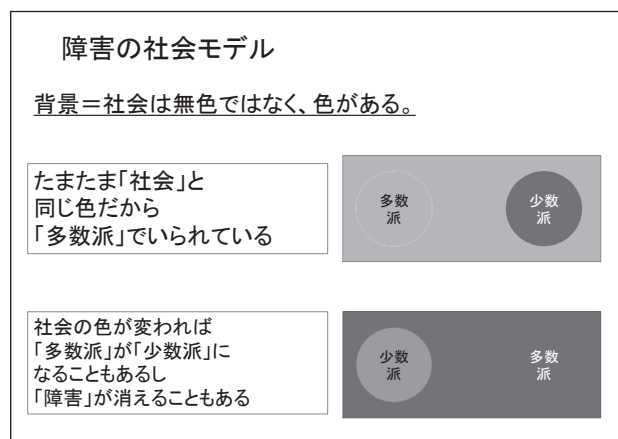
そうではなくて、現代的な考え方はどのような考え方かという、多数派に使い勝手がよいようにデザインされている社会環境と、私の気持ちや体との「間」に生じるミスマッチ、環境と私との間に生じる相性の悪さを障害と考えましょうという、これが社会モデルの考え方になります。

皆さんもご存じの「障害者権利条約」という画期的な条約が、日本政府も批准したものと存在しているのですが、この中にも、障害というのは本人の中にあるのではなくて、環境や人々の態度、人々の態度というのも環境の一種かもしれませんが、人的、物的な環境との相互作用、間に生じる相性の悪さのことなんだという考え方が条約にも書き込まれています。ですから、その間に生じるミスマッチを減らすことが、障害に対するアプローチとなるわけです。

このことは、何も医学のアプローチを否定するものではありません。もしも、本人の心や体の状況が医学的な治療によって、本人やそのご家族に負担をかけることなく変化できる部分があるならば、本人が変化するという選択肢も残されているわけです。例えば、私も幼少期から一生懸命リハビリをして、健常な体に近づくように努力してきたのですが、世の中にはやはりどんなに治療や努力をしても、平均的な多数派の心や体に近づけない多様性というものも存在しています。そのことは悪いことではありません。そうした場合に、それでも無理して多数派向けの社会環境に頑張って適応しようと

するのではなくて、では社会環境の側を変えましょうという、そういう柔軟な考え方を採用したのが社会モデルの考え方になります。

そもそも社会モデルの考え方というのは、社会というのは決して無色透明な存在ではなくて、一部の人にとって都合がいいようにデザインされた、いわば色が付いているものなんだ、バイアスがかかっているものなんだというふうな、そういう考え方が背景にはあります。こちらは色で表しているのですが、たまたま今の社会と同じ色でいられる、体がマッチしている人は、偶然ラッキーなことに多数派でいられると。ただ、例えばコロナのように急激に社会の色が変わったわけですが、社会の環境ががらりと変われば、昨日まで多数派だった人が少数派に変わることもありますし、逆に昨日まで少数派だった人が多数派側になることもあるわけです。社会が変われば誰が障害者なのか、誰が少数派なのかも変わるという考え方が、社会モデルの考え方になるわけです。



そんな中で、社会モデルの考え方を踏まえて現在私たちの目の前に広がっているコロナ禍というものを捉えたときに、私は障害という現象が、社会モデルに基づけばみんなのものになった、普遍化したというふうに考えております。コロナによって社会環境が急速に変化したことで、一人一人の体や心は急には変化しなくとも、突然社会環境とのミスマッチ、すなわちこれが障害です。社会モデルに基づく障害の定義は、



本人の体のコンディションではなくて mismatches のことでしたので、障害が生じることがあるわけですね。そういう意味では、現在だいたいニューノーマルといいますか、新しい日常に皆さんなじんできたところもあるかもしれませんが、それでも多くの人にとって、まだまだ新しい社会環境と折り合いがつかない、 mismatches を起こしているという方は、むしろ多数派なのではないでしょうか。そういう意味で、障害がみんなのものになった、普遍化したというふうには考えられないのかなと思います。

### 障害の普遍化

- 社会環境の急速な変化によって、たとえ身体が変化しなくとも、突然、社会環境との mismatches = 障害が生じることがある。
- COVID-19によって、障害が普遍化した。

そんなことをつらつらと考えていたら、昨年ある論文を見つけました。この論文のタイトルは「COVID-19 as social disability」、日本語で言うと「社会的な障害としてのコロナ」です。「ああ、まさに」という感じで、コロナという

のはみんなを障害者にしたんだということが書かれていました。

少し字が小さくて恐縮ですが、この論文の中では「障害者権利条約」の各条項を振り返りながら、例えば第19条では「自立して生活し、コミュニティに包摂されること」が述べられているのですが、いまや狭い意味での障害者でなくとも、コミュニティの一員として自分自身のことを感じにくく、ステイホーム、家庭の中に閉じこもって、閉じ込められてしまって、コミュニティの一員にはなりづらいという状況が、多くの人によって経験されているのではないかと思います。

ほかにも第21条では「情報へのアクセス」というものが大事なんだと書いてありますが、その背景には視覚障害や聴覚障害の方々が、手話や点字といったメディアが十分保障されていないので、情報にアクセスできていないという問題意識があるわけですが、いまや目が見えて耳が聞こえている人ですら、コロナやワクチンの効果などに関し、何を信じていいのかわからない、信頼のおける情報へのアクセスというものが、十分に保障されていないと実感する人は多いのではないのでしょうか。

- 閉じ込められ、孤立し、周囲の環境や家族とのつながり、交流がないことは、COVID-19の経験の側面であり、国連障害者権利条約の第19条「自立して生活し、コミュニティに包摂されること」でも強調されています。COVID-19の経験は、施設に住んでいて「外に出る」ことができないことや、地域に住んでいても地域社会から離れていると感じることがどのようなことなのかを感じさせてくれます。
- 孤立感や孤独感、一部の障害者にとっての共通経験です。また、十分な情報を得られるかどうか、つまり良い情報にアクセスできるかどうかは、COVID-19のもっと大きな課題でした。国連障害者権利条約第21条「情報へのアクセス」に関するものですが、COVID-19の大流行により、一般の人々は、必ずしも明確ではなく、理解できない情報を受け取るという困難を経験しています。これは、利用しやすい形式（手話、字幕、読みやすい文書、点字）で提供されることがほとんどない公衆衛生情報に対処しなければならない一部の障害者の日常的な経験と同様です。
- また、COVID-19のために「異質な存在」と偏見を持たれる人がいるという報告もあります。国連障害者権利条約の第5条は、「平等と無差別」に関するものです。COVID-19の出現により、COVID-19に関連性が強いと誤解されることで、国籍や年齢などの属性によって差別される可能性があることが示されました。COVID-19により、感染に対する不安や、接触したと思われる人々への恐怖やスティグマが生じたのかもしれない。その結果、COVID-19とは無関係であることが明らかな大多数のアジア人というグループ全体に対する偏見が生まれたのかもしれない。チリ政府によるCOVID-19から回復した人に「解放証明書」を発行するという最近の計画も、病気を分断要因として利用している例です。これは、一部の障害者の体験を象徴しているのかもしれない。
- COVID-19の有無にかかわらず、医療へのアクセスは困難になっており、これは「健康への権利」を記述した国連障害者権利条約の第25条に関連しています。COVID-19により、医療サービスを受ける人に優先順位がつけられ、既往の健康状態に基づいて個人に「価値」概念が付けられ、優先順位の低い患者はサービスがキャンセルされたり、延期されたり、中断されたりしています。これらの課題は、アクセス可能なサービスが限られていること、個人のニーズに対する理解が不十分であること、適切な機器がないことなどにより、障害者がヘルスケアにアクセスする際の障壁を典型的に示しています。
- 教育、労働、雇用の機会やアクセスの低下は、それぞれ第24条と第27条の焦点です。COVID-19の経験は、生きる意味の喪失、参加機会の喪失、収入の喪失、給付金で生活しているが社会貢献できない、コミュニティの独立した価値ある一員としてのアイデンティティの喪失、そしておそらくアクセシビリティの欠如により遠隔地で仕事や勉強ができないという経験についての洞察を与えてくれます。しかし、現在では、代替的な仕事や教育の形態が可能であり、効果的であることが社会的に理解されてきており、その結果、障害者のチャンスが増え、将来的には機会の均等化が図られるのかもしれない。

それから第5条には「平等と無差別」という項目がありますが、これもいまやコロナに感染しやすいという偏見を向けられやすい職業であるとか、あるいはエスニシティであるとか、そういった差別や偏見が多くの人、狭い意味での障害者以外の人々にも向けられやすくなっています。

第25条には「健康への権利」というものが記載されていますが、これも多くの人にとって不安材料になっているのではないのでしょうか。

最後に、教育、雇用、労働の機会へのアクセスというのは24条、27条に書いてありますけれども、これも多くの人々が今まっとうな教育が受けられているのだろうか、まっとうな労働環境にあるのだろうかという不安を抱えていることかと思っています。

「障害者権利条約」は、狭い意味での障害者が置かれている状況に配慮した形での文章なのですが、これも、いまや狭い意味での障害者でなくとも、この条項それぞれに思い当たる節を感じている人が多いのではないかと、そういった論文になっています。まさに障害者、障害の普遍化というものが今起きているのではないかと、私の考えと一致した論文ということになります。

以上、1つ目の話題をお話しさせていただきました。コロナによって、特に社会モデルに基づいて考えますと、みんなが大なり小なり障害者になっている状況があるのではないかと、お話をさせていただきました。

## 2 困難の分布の変化

2点目にお話をしたいのは、とはいえ、困難というもの、障害というものは全員に対して均等に生じているわけではなさそうだと。むしろ困難の格差、かつてより困難だった人が、コロナでより一層困難になっている場面ですとか、逆に困難が減っている場面ですとか、その両方

の分布が変化しているのではないかと。そこを少し顕微鏡の倍率を上げて丁寧に見ていく必要があるだろうと。「総障害者化」という、いわばざっくりとした捉え方だけではなくて、少しこまごまと、それぞれの人々のコロナによる困難の変化を見ていきたいと思いますという話をさせていただきます。

私自身もコロナによって困難、すなわち環境とのミスマッチが、障害を軽減した部分があれば、逆に以前よりもより一層障害が大きくなってしまった部分もあるかなと思っています。今日は主に障害が増えてしまった部分についてお話をしようと思っているのですが、最初に簡単に、むしろ障害が減った面についても紹介しておこうと思います。

### 個人的な困難の変化

#### 障害の軽減

- ・移動しなくても良くなった
- ・階段があつて行きにくかった憧れの飲食店がお弁当の販売を始めた

#### 障害の増大

- ・介助関係

1つは、何とんでも移動しなくてもよくなったというのは、私にとってはとても大きな出来事でした。少し寂しい気持ちもあります。今日もこうやってオンラインで皆さんの前に立たせていただいているというのは、ちょっと寂しい気持ちもあるし、申し訳ない気持ちもあります。私にとってその一方で、車いすでの移動というのはそれほど簡単なことではなく、ずいぶん公共交通機関もよくなってきたので楽にはなったのですが、おそらくほかの人よりも大変な部分はあるかなと思っています。特に新幹線の中で車いすに乗って座っていると、何倍にも揺れが大きくなったりして、移動中仕事はほとんどできなくて、酔ってしまうというのでしょうか、

そんな感じで移動はそれほど快適ではありません。そういう意味では、移動しなくてよくなったというのはすごく大きなよい変化でした。

ほかにも、どんどん宅配サービスというものが充実してきました。あるいは、店頭でお弁当を販売するお店も増えてきました。これまでは階段があってなかなか行きにくかったあこがれの飲食店が、お弁当を届けてくれたり店先で販売してくれたりということで、それを楽しむことができるようになった。ちょっとした縁日気分のような、そういうよさもありました。

こういうよかった面も確かにあります。障害が減った面もあるのですが、今日はむしろ障害が増えてしまった部分について、少し深掘りして紹介をしておこうと思います。特に私は、自分一人では洋服を着替えることもできませんし、お風呂に入ることやトイレに行くことも一人ではできない。そういった障害を持っておりますので、常に介助関係、私の身の回りのお世話をしてくれる人が、ほぼ24時間必要です。そういった人のことを介助者とか支援者と呼ぶこともありますが、こういった介助者との人間関係に関しては、コロナによって、より難しくなってきたかなというふうに感じています。とはいえ、感染も少しおさまりを見せているので、これから話すことは少し改善傾向にはありますけれども、前のようにはいきません。

この介助者との人間関係を説明する前に、少しだけ話を遠回りをして説明をしてみたいと思います。

先ほど尾崎先生からも少しだけご紹介をいただきましたが、私は障害者として自立するっていったいどういうことなんだろうということを、長年考えてきました。人々は「自立」という言葉を聞くと、人に頼らず自分一人でいろいろなことができるようになったり仕事ができるようになったり、頼らないということが自立なんだ、依存しないことが自立なんだというふうに、あ

たかも依存と自立を対義語のように捉えている人がまだまだ多いのかなと思っています。

しかし、もしその考え方を採用してしまうと、先ほども言いましたように、私は依存して初めて生きていけるわけです。たくさんの人に、洋服を着替えさせてもらったりトイレに運んでもらったりすることで、ようやく生活や仕事ができるわけです。そういう私の存在というのは、じゃあ自立していないんだろうかというふうに思ってしまうわけです。でも、どうも何か違う気がするなとずっと思ってきました。

というのも、そもそも冷静に考えてみると、狭い意味での障害者でなくとも、およそあらゆる人間というものは、実は膨大な人や物に依存して生きているんじゃないかなと思うからです。

例えば、皆さんが毎日食べるお米は誰がつくったのか、皆さんが今着ている洋服は誰が縫ったのか、皆さんがこちらの会場にお越しになる際に利用した公共交通機関は誰が動かしてくれているのか。そんなことを振り返ってみただけだと分かると思うのですが、膨大な自分以外の人の支えによって、その人たちに依存することによって、私たちは日々暮らしているわけです。そういう意味で、人間というのはほかの動物に比べても依存がお家芸といえますか、例えばサバンナに行くと、いろいろな動物がいますけれども、1対1のタイマン勝負でけんかして勝てる動物って、人間にとってはほとんどいないと思うのです。人間というのは、たった1人だとすごく弱い動物なわけですが、一方で、人間という種全体としてはすごく強い種、よいか悪いかは別にして、地球上で一番強い種として存在しているわけです。

その謎というのがどこから来ているかということ、おそらく1つには、1人だと非常に弱いけれども、お互いの相互依存、お互いに頼り合っ



得意技であると言ええるわけです。ですから、依存の反対語を自立だと捉えてしまうと、人間のよさを無視した自立というものになってしまうのではないかと感じてきました。

では、依存の反対語ではない自立っていったい何なんだろう。これが長年の私のテーマだったわけです。その疑問に対する答えのヒントとなる経験が、こちらの写真にお示ししている経験です。

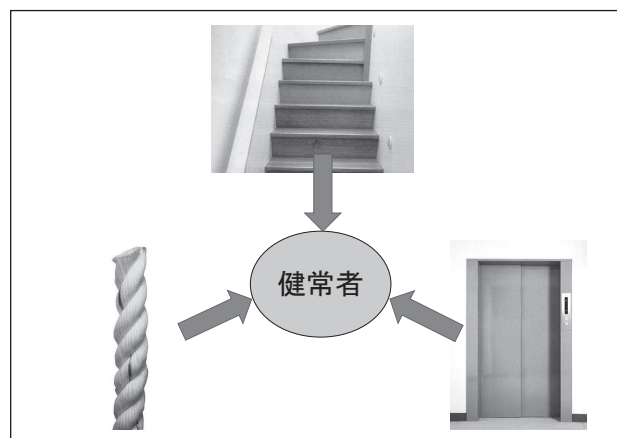


これは2011年の3月11日、10年以上前ですが、東日本大震災が起きたときに撮影した私の様子です。あの日、私は6階建ての建物の5階にいて、仕事をしていました。けれども、これまで経験したことのないような大きな揺れでしたから、早く逃げなければ建物が倒壊してしまうのではないか、火災が起きてしまうのではないかと思って、慌てて逃げようと思いました。それで、いつも使っているエレベーターのところまで車いすで移動をして、そして1階に下りるための下向きのボタンを押したのですが、ボタンのランプが点灯しなかったのです。なぜかという、エレベーターの安全装置が作動してしまって、自動で止まってしまっていたからです。ああ、これで逃げ遅れてしまうというふうに、万事休すという感じで頭がぼーっとなって真っ白になったのですが、幸い同じフロアにいた同僚が、困っている私に気が付いてくれました。私が乗っている車いすは重さが200キロ近くあります。本当は車いす

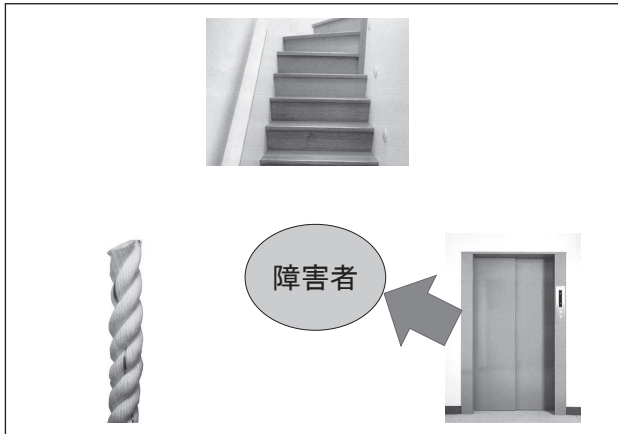
ごと避難したかったのですが、そこは諦めて、車いすを置き去りにして、私の体だけをこうやって担いで、階段を使って避難をしている様子です。非常にありがたかったのですが、私自身その建物の中で、避難するのが一番遅れてしまったということがありました。

そのときに、私は改めて健常者と狭い意味での障害者との違いを知ることになりました。あの日、あの建物には、たくさんの健常者と、私のような少数の障害者がいました。地震が起きた瞬間、目的は一緒でした。いち早くこの建物から逃げなければいけないという目標は、その瞬間皆共有していました。しかし、その目的を達成するための依存先、頼れる社会資源の数が、両者の間では違ったというわけです。

健常者の場合はエレベーターに依存して避難することもできましたし、階段に依存して避難することもできたわけです。体力があればロープやはしごを使って、そちらに依存して逃げることもできたでしょう。今お示ししているスライドは、矢印が3本描かれています。これは依存できる社会資源が3つあることを表しています。



それに対して、私のような障害者はどうだったかということ、エレベーターには依存できたけれども、階段やロープ、はしごには依存できない、少なくとも一人では依存できないという状況があったわけです。ですから、矢印は1本しか描かれていません。



すなわち、依存できる先、依存先の数が、健常者と障害者では異なっていたというわけです。なぜ異なっているのかは、先ほどの社会モデルの考え方を思い出していただければ、たちどころに分かるのではないかと思います。なぜなら、社会環境そのものが、道具であれ設備であれ建物であれ制度であれ、多数派、健常者向けにデザインされているので、健常者のほうが概ね依存先の数が多い、障害者のほうが少ないという社会環境の中に、私たちが住んでいるからです。

もう1つ見比べていただきたいのが矢印の太さです。この矢印の太さは、依存度の深さを表していると思ってください。矢印が細い状況というのは、その依存先にあまり支配されていない状況を表しています。あなた以外にも代りはいくらでもいるんだからねと強気に構えられる、エレベーターなしでも階段があるしロープやはしごもあるから、エレベーターには支配されないという状況が細い矢印で描かれています。それに対して太い矢印というのは、エレベーターに裏切られてしまったら、私はもうおしまいだという状況を表しています。エレベーターに支配されている状況です。

この矢印の本数と太さの関係に着目してみると、依存先の数が多いければ矢印は細くなりますし、依存先が少なくなれば矢印は太くなるという、おおよそ反比例の関係にあるということに、私は気付かされたわけです。

人間関係でも同じだと思います。自分を支えてくれる人が1人しかいなければ、例えば、私は家族しか介助をしてくれない状況に18歳まであったのですけれども、そのときにはやはり家族の顔色をうかがわなければ、家族は決して悪意はないのですけれども、しかし忙しそうでしたし、たまには機嫌が悪かったり腰痛だったりのわけで、そういった相手の顔色やコンディションを考えながら、悪気はなくてもそこに支配されてしまうという状況があったのを思い出します。

ですから、18歳で私が一人暮らしをしたときに、一人暮らしといっても家族から離れてアパートを借りて生活を始めたときに、先輩の障害者が私に「熊谷、とにかく介助者は30人以上確保しなさい。そうでないと第二の親になってしまうよ」というアドバイスをくれたのです。これもまた介助者という依存先を広くキープしておくということが、自立のためには大切だという教えだったと思います。

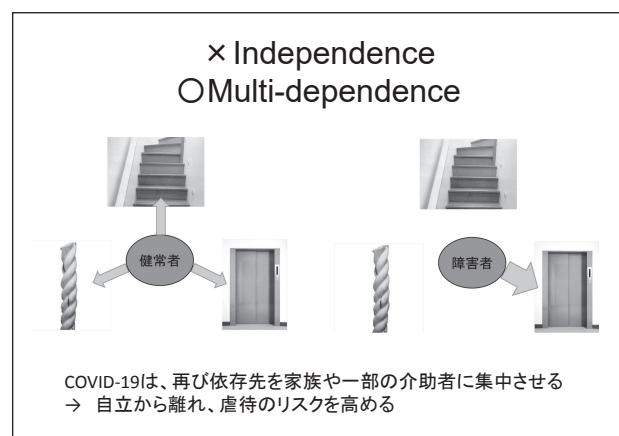
この2つのスライドを見比べたときに、じゃあどちらが自立している状況かというふうに言いますと、自立というのはおそらく必要条件として、1つにはいろいろな選択肢から選ぶことができるということ、もう1つは自分以外のものから支配されない、支配される割合が低いということ、この2つの必要条件があるかなと思います。矢印の本数が多いというのは言い換えれば選択肢が多いということの意味ですし、矢印が細いというのは自分以外から支配されないということの意味とすれば、矢印の本数が多くて細いこちらの状態が自立という状態になるのではないかというのが私の考えだったわけです。すなわち、依存の反対語なんてとんでもないということです。依存が多ければ多いほど自立しているというのが、私が東日本大震災で得た教訓だったわけです。

つつい私たちは、障害者のほうが自立して



いない、障害者のほうが依存しているというような言葉を使いがちですけれども、少なくとも矢印の本数で見ると逆です。より依存しているのは、矢印の本数が多い健常者のほうだということがここから分かります。にもかかわらず、私たちがついつい「あの人が依存しているね」というふうに表現してしまうのはなぜかという、本数ではなく太さに着目しがちだからです。確かに太さに着目すると、障害者のほうが依存しているというのは当たっているかもしれませんが、ただ、もしここまでの議論が正しいならば、障害者は依存しているよね、じゃあどうしたら自立支援になるのかという、なけなしの依存先を奪うのが障害者の自立支援ではないということが分かります。むしろ矢印の本数を増やすという意味で、もっと依存のネットワークを豊かにする、これが障害者の自立支援だということが見えてくると思います。少し話が長くなりましたが、最も重要なポイントでしたので、ご容赦ください。

「自立」は、英語では「independence」という言葉で表現することが多いのですけれども、「dependence」と「in」という2つの成分が合体した言葉ですが、「dependence」というのは「依存」と訳されます。「in」というのはその反対語という意味ですから、英語でも依存の反対語のようにして自立というものがイメージされているのですけれども、ここまでのお話を聞いた皆さんは、independenceが自立というのはちょっとおかしいなと思っていただけたんじゃないかと思います。むしろ依存先の数が多い、言ってみればマルチな依存先、「multi dependence」という言葉のほうが、自立の翻訳としては正しいのではないかなというのが、私の考えになります。



ちょっと遠回りしたのですけれども、この考え方に基づいてコロナの影響というものを再び考えますと、今はだいぶ改善したのですけれども、コロナによってステイホームということが規範化され、それに従わなくてはいけなくなり、なおかつ、不特定多数の介助者との関係をキープすることが、感染症対策としては好ましくないと言われることが多かったわけです。その結果、再びかつてのように、依存先が家族や一部の介助者に集中してしまう、依存先の数が少なくなってしまうという事態が、私の身の回りでも起きてしまいました。このことは自立から離れてしまって、そしてもう1つ、やはり虐待や暴力のリスクも、依存先の少なさから来ると私は考えているのです。なぜなら、悪気がなくても、先ほど言いましたように、依存先が少なければ相手から支配される度が増してしまいますし、相手の側、介助者のほうもやはり全ての介助の負担が自分一人にのしかかってくると、家族であれ介助者であれ負担が強くなってしまいうわけです。当然ストレスが強く、いらいらもするでしょう。睡眠不足になったり、腰痛になったりするかもしれません。そういった依存先の少ない人間関係においては、どちらも悪気がなくても、暴力的なリスクがどうしても高まってしまおうと言えると思います。

さて、そういうコロナの状況というのは、依存先の集中、自立の反対の状態を引き起こしてしまったわけです。そんな中で、果たしてどう

やって自立した生活を守り抜くのかということが、私のような介助者に支えてもらいながら生活をしている障害者にとっては、切実な問題になったわけです。このたび、皆さん障害者の多くが苦勞していたのですけれども、私はぜひ1人のある先輩障害者に、どんなふうにして乗り越えたらいいのかというのを聞きたくて、インタビューをしたのです。その先輩というのが小山内美智子さんという、私と同じ脳性まひという身体障害を持っている大先輩です。

スライド提供: 綾屋紗月

**小山内美智子氏**

➤ **札幌いちご会(1977年発足)**

- ・「施設から地域へ」という流れが日本にも到来
- ・障害をもつ当事者自身が実践に取り組む

**「第1回いちご会合宿」4日間のアパートでの居住実験**

実際に札幌市内にアパートを借り受け、重度の脳性麻痺を抱えながら地域で暮らす居住実験を試み、安心して暮らす条件を探る

データをとって検証  
→実際のリスクを明らかにし、解決策もさまざま検討した上で社会に発信

・批判一辺倒ではない当事者運動の基本スタイル  
・エンパワメントの根本理念




写真: 札幌いちご会提供




写真: 札幌いちご会提供

小山内さんについて少しだけ紹介すると、札幌にお住まいで、障害者はかつては大規模な施設に入所させられて、なかなか地域に出られないという状況が主流だったのですけれども、1977年に札幌で「いちご会」という当事者団体を設立し、施設から地域へという実験を試みてみた方です。例えば、有名なところだと「いちご会合宿」という、4日間アパートを借りて居住実験をすると。右側に小山内さんから提供いただいたそのときの写真が掲載されていますが、足で調理をしたり、そういうふうな実験を試みた方です。

当初から小山内さんは「エイ、エイ、オー」という感じの運動の進め方ではなくて、実験と検証を繰り返すような運動のアプローチを取ってきました。そして、実際のリスクを明らかにし、解決策もさまざま検討した上で、政府ですとか社会に発信するというアプローチ、実は当

事者研究のルーツの一つでもあるのですけれども、そういうアプローチを行ってきました。批判一辺倒ではない当事者運動の基本スタイルを守り抜いてきた方で、エンパワメントの根本理念を体現しているような、そういった尊敬する先輩のお一人です。

今回のコロナは当初北海道を直撃いたしましたけれども、小山内さんはいったいどのようなアプローチでそこに向き合ったんだろうというふうに興味を持ちまして、インタビューを行ったわけです。3月に行ったインタビューで少し古いですが、まず小山内さんが開口一番におっしゃった言葉は、こういう言葉でした。「43年間障害者運動をやってきましたが、今までで一番難しい運動です」。このコロナにおいて生き延びるといふ重度障害者にとっての運動は、43年間の豊富な小山内さんの経験の中でも、最も難しいとおっしゃったのです。

**43年間、障害者運動やってきましたが、いままでで一番難しい運動です。**

2021年3月16日: 小山内美智子インタビュー

とはいえ、「札幌いちご会」は初動が早かったわけです。2月29日に緊急事態宣言が出て、すぐさま介助者から「ケアのマニュアルが欲しい。防護するものが欲しい」という意見が出ました。そして、3月後半にはマニュアルをつくり、そのマニュアルに基づいて支援を途切れなく行ってもらい、同時にアンケートを取った。防護服を着てどこまでケアできるかについて実験をし、7月には動画を撮って周知をさせたりもした。さすが小山内さんという、実験実証型のアプローチを取られているということに、改

めて尊敬の気持ちを持ちました。

### 札幌いちご会における初動

2月29日には、北海道で緊急事態宣言が出た。「ケアのマニュアルがほしい」「防護するものが欲しい」という意見がヘルパーから出て、マニュアルが決まったのが3月後半。「コートを袋に入れてください」「家に着いたときに必ず手洗いがいをしてください」「タオルとかシーツを取り替えてください」など、具体的なマニュアルを作りました。その後、ヘルパーたちにアンケートをとりました。防護服を着てどこまでケアできるかについて実験し、7月には動画を取ったりしました。

助成金をとって、石鹸、マスクなどを他の団体に寄付したり。あと、最初はホテルを借りて、自衛隊の医療従事者から協力を得て、ホテルで障害者介助について教えるといったことをしたかったけど、状況が許さなかった。

私の意見ですが、マニュアルをつくるのは難しい。人によって、場面によって違う。デジタルが弱い人もいるし、一人暮らしのヘルパー、家族と暮らしているヘルパー、色んな状況の人がいる。

2021年3月16日：小山内美智子インタビュー

そのほか、小山内さんがおっしゃったことで非常に印象的だったのが、マニュアルをつくるのは非常に難しい作業だったということです。オンラインでマニュアルをつくるほかにないわけですけれども、デジタルが弱い人もいるし、一人暮らしのヘルパーさん、家族と暮らしているヘルパーさん、いろいろな状況の人がいるので、画一的なマニュアルをつくるのは難しかったと。障害者側の多様性だけでなく、介助者側の多様性という問題にも取り組んでこられたということが、ここから見て取れます。

### ステイ・ホームによる子どもたちの変化

(以前は)外に出たら、「おばさんこんにちは」って、子どもが声かけてくれてたんですよ。「どうして歩けないの」ってきいてくれるの。

でも、こないだ2、3歳の子どもに会ったら、お化けでも見るような顔で。障害者があまり外を歩かなくなったから。子どもたちが、「お化けきたー」って。子どもが障害者のことを忘れちゃって、危険なんですよ。最近、感じるんですよ。地域で生きるって言っても、ずっと部屋の中に居たら、施設にいるようなものなんですよ。

2021年3月16日：小山内美智子インタビュー

そのほか、小山内さんから述べられた事柄の中で特に印象的だったものを幾つか紹介しますと、ステイホームによって、子どもたちの振る舞いや価値観が変わってしまったように感じるということもおっしゃっていました。以前は小山内さんはじめ札幌の障害者たちは、臆することなく地域社会の中にどんどん出て行って、そして人目に触れるということが基本だったわけですけれども、そういう時期には「おばさんこんにちは、どうして歩けないの？」と、気さくに子どもに声をかけられるのが普通だった。ところが、ステイホームで地域に、外に、まちの中に出ない時期が長引いた後に久しぶりに外に出ると、2～3歳の子どもがおばけでも見るよ

## 子ども、青年、若年成人への影響

Benner, A.D., & Mistry, R.S. (2020). Child Development During the COVID-19 Pandemic Through a Life Course Theory Lens. *Child Development Perspectives*, 14(4), 236-243.

- ・アジアや北米の若者を対象にしたパンデミック(SARS、H1N1など)の最中や直後に実施された調査では、直接被害を受けたり、パンデミック関連のストレス要因をより多く経験したりした学齢期の子ども、青年、若年成人では、精神的不調(不安、抑うつ、心的外傷後ストレス障害[PTSD]など)が報告されている。
- ・中国での限定的な研究では、一部の学齢期の子ども、青年、若年成人の心理的問題やPTSD症状の高まりが示唆されている。
- ・北米の13歳から18歳の子どもを対象とした研究では、パンデミックに関連した社会的距離をとる特定の動機(例:病気や判断を避けるため、友人からそうするように言われたため)が、不安や抑うつ症状の高まりと関連している。
- ・イタリアの青年を対象とした研究で、COVID-19パンデミックに関連した教育上の悪影響に対する青年の不安が明らかになった。
- ・中国とイタリアでは、COVID-19に伴う高校卒業のタイミングや大学進学の意味決定に関連して、抑うつ症状や不安を伴う教育上の悩みが、高学年になるほど大きくなる可能性がある。
- ・学校の閉鎖により、教育者、カウンセラー、スクールソーシャルワーカーなど、子どもや青年のメンタルヘルス支援の主要なソースがなくなってしまった。
- ・COVID19の経済的要因やパンデミック特有の要因は、親のストレスを増大させ、夫婦関係、親子関係、兄弟関係など、家族間の関係の質を低下させ、ひいては子どもや青年の幸福にも影響を与える。
- ・今回のパンデミックで経済的な困難や外出禁止が長引くと、親密なパートナーからの暴力や子どもへの虐待が増加する可能性がある。
- ・肉親以外の人間関係が1つでもあれば、子どもの機能に対するストレスの影響を和らげることができる(Prime et al., 2020)。
- ・9.11の後、母親の受容レベルが9.11以前よりも高く、9.11以後は出来事について母子で話し合うことが、子どものPTSD症状の軽減と関連していた。イタリアでCOVID-19パンデミックの初期段階に発表された研究によると、ほとんどの青年がパンデミックについて時々または頻りに両親と話したことがある。また、アメリカの青少年を対象とした研究によると、パンデミック中に家にいることに満足している人は、不安や抑うつ症状の報告が少ないことが示されている。

(★)



うな顔で、「おばけ来た」と言ったということなのです。地域で生きるといっても、ずっと部屋の中にいたら施設にいるようなものなんですよという小山内さんの言葉が印象的でした。

また少し字が小さくて恐縮ですがけれども、この小山内さんの言葉の中に、子どもの変化、若い人たちの変化というものが述べられていましたけれども、さまざまなこの間の研究で、コロナというものが子どもや青年に対して、さまざまな心理的な影響や身体的な影響を与えているということが報告されています。(★)

これらの研究の中でも、特に私の目が止まったのは下から2つ目なのですけれども、肉親以外の人間関係が1つでもあれば、子どものストレスの影響が和らぐ可能性があるという報告もされていました。これは先ほどの依存先の話とも通じる、狭い意味での障害者だけではなくて、子どもにとっても家族以外の依存先、人間関係の依存先が複数あるということは、このコロナにおけるレジリエンスといいますか、ストレスをはじき返す力につながるということがここから見て取れます。

再び小山内さんの話に戻りますけれども、小山内さんの活動の中で、もう1つ非常に昔から有名な活動が「介助研究会」というものなのですけれども、障害者にとっても介助者にとっても「よりよい介助のあり方」とはどのようなのかを、ひざを突き合わせて研究する会です。この介助研究会でも、コロナにおいてどのよう

な介助が望ましいのかを、かなり早い段階で議論してきました。こちらに示した8つの項目は、この介助研究会が自分たちの経験を取りまとめて研究して、そして自分たちだけでは、自助努力ではクリアできない政策的な課題に関して、札幌市に提出した要望書の内容です。

特に、私も非常にリアリティーを感じるのが、入院先の医療者に理解がない、入院中の障害者のために介助者のノウハウを看護師が理解すべき、看護師が介助に慣れるまで介助者が病院に行けるようにすべきといった下から3つの内容は、非常に共感できることが多いなと思いました。

と言いますのも、私は先ほど尾崎先生からご紹介いただいたとおり、少し前に急性胆嚢炎という病気を患いまして、コロナ禍での緊急入院をしました。2018年以降、重度障害者が入院する際には、特例として介助者が付き添えるというルールがあるのですけれども、コロナ体制ではそのルールもいったん凍結している病院がほとんどです。ですから、介助者が付き添えない状況で病院生活を送らざるを得なかったわけです。これは非常に、やはり不安な状況でした。病院というのは、基本的には患者さんとスタッフの人数比で言うと、圧倒的に患者さんのほうが病棟の中では多いという状況、特に夜勤帯ではそういう人数比になります。障害者側からすれば、依存先の数もおそらく人数比に関わるので、依存先が少ない状況に置かれるわけです。そういうニーズトリアージといいますか、不要不急のニーズというものは後回しにされざるを得ないという中で、大変心細い入院生活を送ったということがございました。これはとても大切な、今後考えなくてはいけないポイントかなと思っています。

以上、ちょっと長めに小山内さんの活動と問題意識を共有させていただきまして、介助者との人間関係、支援者との人間関係に、コロナが

#### 介助研究会が札幌市に提出した要望書の内容 (抜粋)

- ・介助者不足が深刻。
- ・自衛隊などに助けを受けられるようにしてほしい。
- ・介助者に危険手当などの保障を付けるべき。
- ・家族介助が増えており負担が強くなっている。
- ・入院先の医療者に理解がない。
- ・入院中の障害者のために介助者のノウハウを看護師が理解すべき。
- ・看護師が介助に慣れるまで介助者が病院に行けるようにする。
- ・市が方針を出さなければ現場の対応がばらつく。

2021年3月16日：小山内美智子インタビュー

どういう影響を与えているのかということを紹介させていただきました。

ほかにも、私は先ほどもご紹介いただいたように、バリアフリー支援室というところを兼任しています。この支援室というのはどういう部署かといいますと、大学の中にも私と同様、障害を持っている研究者、あるいは学生さんもたくさん在籍しているのですが、そういう障害のある学生や教職員をサポートするのがバリアフリー支援室というところなんです。そこで大学のさまざまな障害のある学生さんから、コロナでどういった苦勞をしているのかということ聞き取る機会があるわけです。それについて、ほんの少しですけれども紹介しておきたいと思います。

大学は遠隔授業、リモート授業にとって代わったわけです。今は徐々に実験や実習などで対面の機会も増えてきていますけれども、特に当初は一気に遠隔授業に変わりました。そうすると、先ほどと同様で、遠隔授業になったおかげで楽に授業に参加できるようになった学生さんもいれば、逆に参加することが難しくなった学生さんもいるということが分かるようになってきました。

#### 遠隔授業によって小さくなるのが期待されるアクセシビリティ格差

- 様々な理由で教室へのアクセスが困難な学生  
運動障害、社交不安障害、広場恐怖、感覚過敏、静養中など
- 様々な理由で情報の取捨選択が困難な学生  
選択的聴取の困難、不注意など
- 様々な理由で長時間の着座が困難な学生  
腰痛、多動、過活動膀胱、過敏性腸症候群など

#### 遠隔授業によって大きくなるのが危惧されるアクセシビリティ格差

- 各講義形式が多岐にわたるため、それに対応した支援の設計が必要  
聴覚障害のある学生への語学の授業など
- 技術の向上だけでなく、教員の意識の向上が重要  
講義内容の事前共有、情報保障への配慮など

例えば、楽になった方というのがどういう方だったかということ、私と同様、移動に困難がある運動障害の方や、社交不安障害などでみんなのいる場所に入るのがちょっとつらい、感覚過敏で教室で集中するのが難しい、そういった方々

は楽になったとおっしゃっていました。

その一方で、聴覚障害のある学生さんは、なかなかオンラインだと情報がうまく取れないということも新たな問題として出てきましたし、さらに時期によっても変わってきて、少し長期化してくると、当初は目新しく、むしろ遠隔授業に参加がしやすくなったと言っていた学生さんが、だんだん当たり前になってくると集中力を維持するのが非常に大変だということで、集中することに多大な努力を必要とする学生さんが、遠隔授業でかなり苦勞されているということも報告されています。

そのほか、1回目の緊急事態宣言の際に、発達障害のある方々がどういう困りごとを抱えていたり不安を抱えているかということも、私の同僚であります、ご自身も発達障害の診断を持つ研究者の綾屋（あやや）さんが、定期的な当事者研究ミーティングの中でお調べになっておられます。こちらにはその一端をご紹介しますけれども、今また、もう一度同じことを調査すればまた状況が変わっているかと思いますが、特にコロナ禍では、感覚過敏の問題というのはコロンプスの卵というか、聞いてみて初めて気が付いた部分だったなと思いました。マスクの感覚が嫌いだというふうなこともおっしゃっていました。

以上、2つ目のトピックについてお話をさせていただきました。こんなふうに総障害者化が起きているとはいえ、もう少し倍率を上げて一人一人の困難を観察してみると、ある部分の困難はむしろ深刻化しており、別の部分の困難はむしろ緩和しているというふうな、分布が変化しているということが見て取れました。これら一つ一つに、丁寧に私たちは対応していく必要があるだろうと考えています。

# 1年前の発達障害のある人々の不安・困りごと

**最近の不安・困りごと** 第167回 2020.4.6. おとももじてWEBミーティング

**新型コロナの影響**

<p><b>見通しが立たない</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いつ自宅待機になるか不安</li> <li>・なかなか見えてこない周りの不安な様子を見てしまうと書き込まれる早く終わってほしい</li> <li>・普段マスクをするが、ストックがなくなってきて不安</li> </ul>	<p><b>やるべきことができない</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・やりたいことを後回し</li> <li>・コロナですます美容院にいけない</li> <li>・家の賃貸の契約更新、火災保険の手続きができていない</li> <li>・延期はするべきかどうか、コロナを判断が難しい</li> </ul>	<p><b>感覚過敏の問題</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マスクの感覚が嫌い(イヤホンも同様)</li> <li>・代わりにストールで代用していたがさすがに人の目が厳しくなってきた</li> <li>・大きめなマスクでゆတ်と着用している</li> <li>・外に出るのが気持ち悪い</li> <li>・手足がどろどろしてしまふ</li> <li>・水に濡れるのが苦手で、手洗い重視と言われているのに洗えず、コロナの対策と反してしまふ</li> </ul>	<p><b>「適切な距離」がわからない</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナにおける対処法が書かれていない状況を知ると「ソーシャル・ディスタンス」と読んだら増えちゃう</li> <li>⇒ 分かんないといけないと思いつつ、</li> <li>⇒ パラソルがなくていい</li> <li>⇒ 自分自身がちゃんとできているか考え続けてしまふ</li> <li>・距離を空けてはいるが、人の匂いの方がわからない</li> </ul>
<p><b>飲酒量の増加</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレスからか酒が増えている</li> </ul>	<p><b>「不要不急」がわからない</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・不要不急のラインがわからない</li> <li>「数割されるのでは？」と不安が増す</li> </ul>	<p><b>生活ベースの乱れ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染者が出て来ない→外出が止まり、1か月間ヘルパー無しで生活をまわす</li> <li>・自力だと家事が終わらないうちから逆に切り切れて掃除機に拍車をかける</li> </ul>	<p><b>「ハイ」になっている</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いつかと同じ引きさまでいいが、非常事態でハイになっている</li> <li>⇒ 震災の時のような高揚感</li> <li>⇒ 買い物でマスクで追加増えが止まらない</li> <li>⇒ 布マスクの手作りにはまり「手芸ハイ」</li> <li>⇒ 風呂に入れないのは変わらず、もっとひどい</li> </ul>
<p><b>感染源になる不安</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マスクづくりにハマっているが、それを人にあげると加害者になるのではないかと不安</li> </ul>	<p><b>オンライン化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今日はWEBが上手くいかず不安</li> </ul>	<p><b>居場所がない</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・イベントの予定が中止</li> <li>・オンラインで参加できるが、直接、人と会って話したい、つらいという声</li> <li>・だんだんモチベーションが下がっている</li> </ul>	<p><b>「ハイ」になっている</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いつかと同じ引きさまでいいが、非常事態でハイになっている</li> <li>⇒ 買い物でマスクで追加増えが止まらない</li> <li>⇒ 布マスクの手作りにはまり「手芸ハイ」</li> <li>⇒ 風呂に入れないのは変わらず、もっとひどい</li> </ul>
<p><b>在宅ワークの良し悪し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・完全在宅でストレス減</li> <li>⇒ 集中し続けるのが難しい</li> </ul>	<p><b>「不要不急」がわからない</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・不要不急のラインがわからない</li> <li>「数割されるのでは？」と不安が増す</li> </ul>	<p><b>生活ベースの乱れ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染者が出て来ない→外出が止まり、1か月間ヘルパー無しで生活をまわす</li> <li>・自力だと家事が終わらないうちから逆に切り切れて掃除機に拍車をかける</li> </ul>	<p><b>「ハイ」になっている</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いつかと同じ引きさまでいいが、非常事態でハイになっている</li> <li>⇒ 震災の時のような高揚感</li> <li>⇒ 買い物でマスクで追加増えが止まらない</li> <li>⇒ 布マスクの手作りにはまり「手芸ハイ」</li> <li>⇒ 風呂に入れないのは変わらず、もっとひどい</li> </ul>

**障害・特徴とのつきあい方**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・発達障害をどう受けとめてよいかわからない</li> <li>・自分を受け入れていない</li> <li>・どう扱ってよいかわからず困っている</li> <li>・最近忘れ物がひどく、毎日困っている</li> <li>・診断をうけてないが行動がダメなのか?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最近、発達障害の診断で悩ま</li> <li>・周りにはたくさんあるが、これまで気づいてなかった</li> <li>・気づいてても上手く言えないので困っている</li> <li>・疲れる、困りに気づくにくい/慣れるまでやってしまう</li> <li>・感も感じられにくい/ひらめく/と結論的に何もできてない</li> <li>・時間守れないので、約束をしないようにしている</li> <li>・おつくり/難しいと考え過ぎてしまふ</li> <li>⇒ 結果的に先延ばしでやらずに逃げ切ってしまう</li> <li>⇒ 自分の特徴がまだわかってない、わかるようにしたほうがいいのか?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周りが気になって緊張しやすい</li> <li>・人と程よい距離を取りたい</li> <li>・距離をとっていると「仲良くしないのね」と思われることがたまにあるので不安</li> <li>・1月の新しい人間関係をこなせるか不安</li> <li>・春一番の風が強く、音に敏感なので不安</li> </ul>
--	---	---

### 3 分断か連帯か

最後に、こちらは少し問いかけのような形になりますが、こういった状況では、私たちの社会は分断か連帯かという分岐点に立たされている。総障害者化ということは、みんながある意味では余裕がなくなっている状況、限られた資源をめぐって奪い合うような状況になりがちだったりします。そうすれば、人のことなんて知ったことかという形で分断のほうにいくでしょうし、逆に総障害者化ということは、みんなが苦勞を共有している、その程度の差はあれ、共有しているとも言えるわけです。共通経験のほうにみんなが注目すれば、もしかすると連帯のきっかけにもなるかもしれないわけです。私たちはいったいどちらに注目してどっちの道を歩むのか。もちろん私個人としては連帯のほうを望んでいるわけですが、今はどちらかというと、分断のほうにいついてしまっているのかもしれないという悲しい気持ちもあるわけです。私もまだ答えを持っていませんが、どうやったら分断ではなく連帯のほうにいけるのかということをお話提記として、最後にお話をしておこうと思います。

### コロナ禍における身体障害者

パンデミック時には、医療機関へのアクセスの低下など、日常生活機能へのさまざまな影響が指摘されています。また、社会的・生活的習慣の変化、気分の変化、身体活動の低下なども指摘されています。

Lebrasseur, A., Fortin-Bédard, N., Lettre, J., Bussièrès, E.L., Best, K., Boucher, N., Hotton, M., Beaulieu-Bonneau, S., Mercier, C., Lamontagne, M.E., & François Routhier, F. (2021). Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review. *Disability Health Journal*, 14(1), 101014.

先ほども少し紹介したとおり、私たちのような身体障害者は、コロナ禍において、特に医療機関へのアクセスが非常に困難になってきています。あと、気分の変化、身体活動の低下による腰痛、体の不調、心身の不調も身体障害者にとっては切実な問題になってきています。

そんな中、これはWorld Independent Living Center Network といって、多くのさまざまな障害者からなる自立を目指す、先ほど申し上げたような意味での自立を目指す国際的なネットワークが、かなり早い段階、2020年の4月の段階で、障害を理由とした命の選別を許さない、医療へのアクセシビリティ、医療を使うことが障害を理由に妨げられることがないように取り



## World Independent Living Center Networkの声明 2020年4月

<https://www.dpi-japan.org/wp-content/uploads/2020/04/dd6f08a059a5eaf2ffc819696c2759de-1.pdf>

## 1. 障害を理由とした命の選別を許さない

すでに、いくつかの国では、障害者は救命救急、人工呼吸器等の重症患者の治療対象にならないというガイドラインを策定していたり、高齢者が装着している人工呼吸器を外して、より若く治療効果のある人に付け直すということが起きている。これは障害を理由とした命の選別である。どのような障害があっても、命の価値は同じである。障害理由とした命の選別は決して行われてはならない。

## 2. 必要な医療を平等に提供されること

障害者が感染した場合、障害を理由として差別されることなく平等に必要な医療を受けられ、命が尊重されること。また、診察、検査、治療の過程において、PA や支援者、通訳者など、障害に応じて必要な人員を確保し、彼らの感染防止策を提供(保障)した上で、同伴も認められること。

## 3. 必要な情報をアクセシブルな方法で提供されること

聴覚障害者、視覚障害者、盲ろう者、知的・発達障害者等が必要な情報を得られるように、アクセシブルな方法(手話、字幕、点字印刷、音声対応、わかりやすい形の情報提供)で情報提供がされるように配慮すること。

## 4. 地域で自立した生活を継続し、感染の予防措置がとれるように、介助サービスや支援を継続して受けられるようにすること

障害者が生活するためには、介助サービス等の支援を継続して受けることが不可欠である。画一的で配慮のない外出制限を行うなどして、介助者や支援者が障害者の家にいけないこと、介助サービスの提供を打ち切ることがないように必要な措置を講ずること。さらに、障害者、介助者の感染予防のために PPE・パーソナル・プロテクティブ・イクイップメント(マスク、アルコール、手袋など)を配給すること。

## 5. 経済的な支援の実施・継続・拡大または新たな救済措置が貧困層の障害者にも行き届くようにすること

障害者の8割は貧困層であり、より一層経済的なダメージを受けやすい立場にある。経済的な支援が障害者にも差別なく行き届くように必要な措置を講ずること。とりわけインターネットなどの情報へのアクセスが困難な障害者とその家族等に対し、合理的配慮を徹底した情報提供と受給手続き等の簡素化を行い、誰一人取り残さないインクルーシブな経済措置を講ずること。

## 6. 情報が不可欠であるため、障害者の声が常にさまざまな緊急委員会で考慮に入れられ、予防策についても障害者団体等と常に相談するよう要望する。

障害のある人々をラベルを付、差別する、または隔離する措置ではなく、真にインクルーシブな対策を講ずること。

組んでほしいということ、各国政府を対象に声明として述べたということがニュースとして注目されました。

## Editorial:

## Redefining vulnerability in the era of COVID-19.

The Lancet. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *Lancet*. 2020 Apr 4;395(10230):1089.

「COVID-19に対応する際に、政策立案者は健康の不平等を深めてしまうリスクを考慮すべきです。脆弱なグループをちゃんと特定しないと、このパンデミックの影響はさらに壊滅的なものになります。WHOのガイダンスに従う必要はあるものの、誰に対しても適用できる万能モデルは、適切なものではありません。各国は、最もリスクの高い人々を公正にサポートするために、社会の中のどのグループが脆弱であるかを、継続的に評価する必要があります。」

こちらは『Lancet』という雑誌からの抜粋ですけれども、この分断といいますか、不平等を深めてしまうリスクというものを、常にCOVID対策をする際には、政策立案者は検討しなくてはならないということが書かれています。多数派向けの感染症対策ではなくて、社会の中のどのグループがこのコロナによってより脆弱な状況に置かれるのかを、継続的にモニタリングしなければ、ひいては多数派も含めて健康被害を受けてしまうんだと、一蓮托生である

ということ述べているわけです。ですから、分断か連帯かということを申し上げましたけれども、分断のほうを選べば、感染症対策としてはうまくいかないんだということがここに述べられているわけです。

障害のある人の権利に関する条約  
第25条 健康

<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/adhoc8/convention131015.html#ARTICLE25>

締約国は、障害のある人が障害に基づく差別なしに到達可能な最高水準の健康を享受する権利を有することを認める。締約国は、障害のある人がエンターを考慮した保健サービス(保健に關連するリハビリテーションを含む。)にアクセスすることを確保するための平等の適切な措置をとる。締約国は、特に、次のことを行う。

- 障害のある人に対し、他の者に提供されるものと同一の範囲、質及び水準の無償の又は負担可能な費用の保健サービス(性及び年齢に關する保健サービス、並びに地域社会の公衆衛生計画を含む。)を提供すること。
- 障害のある人が特にその障害のために必要とする保健サービスを提供すること。当該保健サービスには、適切な場合には早期発見及び早期介入(早期治療)が含まれるとともに、二次障害(新たに出現する障害)、特に子ども及び高齢者の二次障害を最小にし及び予防するためのサービスが含まれる。
- 当該保健サービスを、障害のある人自身が属する地域社会(農村を含む。)に可能な限り近く提供すること。
- 保健の専門家に対し、他の者と同一の質の医療(ケア)(特に、十分な説明に基づく自由な同意に基づいたもの)を障害のある人に提供するよう要請すること。このため、締約国は、特に、**障害のある人の人権、尊厳、自決及び身体的・精神的完全性を尊重する権利が高められるように、公約及び私的の保健部門のために個人情報を共有し及び保護する権利を尊重する**。
- 健康保険及び国内法において生命保険が認められている場合には生命保険が障害のある人に対して公正かつ適当な方法で提供されるものとし、これらの**保険の提供に当たり障害のある人に対する差別を禁止**すること。
- ヘルス・ケア若しくは保健サービス又は食料若しくは飲料の提供が障害に基づいて**差別的に拒否されることを防止**すること。

これも先ほどご紹介した「障害者権利条約」の第25条ですけれども、障害のある人となない人が分断されて、障害のある人が医療を受けられないという状況が、まだまだ残念ながらいろいろ理由で存在しています。それを是正するとはいけない。むしろ、障害のある人がそうでない人に比べ、コロナに対してより脆弱な状況に置かれがちである十分な理由が、十分な根拠

がございます。先ほどの『Lancet』のコメントにもありましたけれども、むしろそういう意味では率先して、後回しにされるどころか、優先して医療へのアクセスを保障しなくてはならないということを確認するべきだと考えています。

### WHO ‘Disability & Health’ 障害者の健康格差

- 重度の精神障害を持つ人々は、先進国では35%~50%、途上国では76%~85%が無治療。
- 障害を持つ女性は、障害のない女性と比べ、乳がんや子宮頸がんの検診を受けていない。
- 知的障害を持つ糖尿病患者は体重管理をしていない傾向がある。
- 障害者は性教育から排除されやすい。
- 褥瘡、尿路感染、骨粗鬆症、疼痛は、二次障害として予測可能で対処可能なものである。
- 統合失調症患者の糖尿病合併率は15%（一般人口では2-3%）。
- 発達障害者の中には40代以降から早期老化の兆候を示すものがある。
- 障害者は、喫煙、偏った食事、運動不足など、健康リスクにつながる行動パターンを持ちやすい。
- イギリスでの調査では、精神疾患と知的障害をもつ人の生命予後が悪いことが示された。

World Health Organization & World Bank. (2011). World report on disability 2011.

残念ながら、先ほどの『Lancet』に書いてある、より脆弱な人がより優先されるべきだという考え方は現実のものにはなっていません。重度の精神障害を持つ方々が十分な医療を受けられていない、障害を持つ女性は乳がんや子宮頸がんの検診を受けられていない。例えば、マンモグラフィーという乳がん検診の機械がありますけれども、車いす対応になっているマンモグラフィーの機械はほとんどの病院に導入されていません。知的障害を持つ糖尿病の患者さんの体重管理を十分にしていないなど、さまざまな面で脆弱な人が、よりそういった医療や健康から排除されているのが実態としてあります。

### WHO ‘Disability & Health’ 障害者の健康格差が生じる4つの理由

#### 1. 経済コストの高さ

保健サービスと交通にかかる費用の高さは、障害者が低所得国に必要な医療を受けられない2つの理由

障害を持たない人々の32~33%、障害を持つ人々の51~53%が必要な医療費を支払うことができない。

#### 2. サービスの利用可能性の制限

そもそも障害者のための適切なサービスが欠如していることは、医療アクセスの重大な障壁。

インドのワタル、ブラジルのブラジリアとタミル・ナドゥ州の研究では、経済コストの問題の次に、その地域におけるサービスの不足が医療施設を使用する上で大きな障壁であることが分かった。

#### 3. 物理的障壁

建物(病院、保健センター)、アクセス不能な医療機器、表示の不備、出入口の狭さ、内部の段差、不十分なトイレ、アクセス不能な駐車場は、医療施設の障壁を生み出す。

運動困難な女性は、起立を前提としたマンモグラフィー装置にアクセスできず、乳癌および子宮頸癌のスクリーニングを受けることができないことが多い。

#### 4. 保健医療従事者の不十分なスキルと知識

障害を持つ人々は、医療提供者のスキルが不十分だと感じる頻度が2倍以上であり、不適切な扱いを受けたと感じる頻度が4倍、治療を拒否されたと感じる頻度が3倍である。

World Health Organization & World Bank. (2011). World report on disability 2011.

なぜ障害を持っている人々が、より健康格差

の厳しい状況に置かれてしまうのかに関して、WHOは4つの理由を挙げています。中でも特に日本の状況に関して切実なのは、3つ目と4つ目かもしれません。物理的な障壁がまだまだある。マンモグラフィーが車いす対応になっていない、診察台ですとかMRIへのアクセスが保たれていないなどです。それから、保健医療従事者の不十分なスキルと知識ということも、障害を持っている人たちがどういったニーズを持っているのか、どういった困難を抱えているのかに関して、十分な知識を持っていないということも指摘されているところです。

また、分断ということに関して、もう1つだけぜひ。また少し横文字が出てしまって恐縮なのですが、分断ということ意識的に抵抗するために説明をしておこうと思います。

### スティグマ

権力の下で、ラベリング・ステレオタイプ・分離・社会的ステータスの喪失・差別が共起する現象

Link, B., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology, 27, 363-385

1. 公的スティグマ
2. 自己スティグマ
3. 構造的スティグマ

※帰属理論: 本人の努力や心がけて変えることができると誤って信じられている属性は、スティグマを負いやすい(自己責任論とスティグマの深い関連)

例: 依存症、生活習慣病、肥満、生活保護、見えにくい障害...

Weiner, B., Perry, R.P., and Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. Journal of personality and social psychology, 55, 738-748.

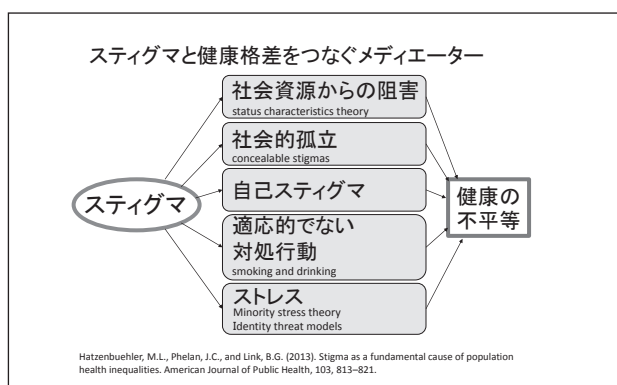
簡単に言えば一部の属性、例えば障害者という属性、LGBTという属性、いろいろなカテゴリー・属性というものが私たち存在していますけれども、それら一部の属性を持っている人たちに対する偏見ですとか差別のことをスティグマと言います。このスティグマには、公的スティグマという、健常者が障害者に対して持つスティグマ、つまり、当事者ではない人が当事者に対して持つスティグマ、男性が女性に対して持つスティグマ、そういった公的スティグマと呼ばれるものですとか、障害者自身が障害者を恥ず

かしいと思ってしまうたり、さげすんでしまったりしてしまう自己スティグマ、そして、これまで述べてきたように、法律や制度が多数派向けになっていることによって生じる構造的スティグマ、この3つが分類として存在しています。

その中でも、特にどのようなカテゴリー・属性がスティグマを向けられやすいかという研究の中で、ちょっと難しい言葉ですが、帰属理論という理論があります。例えば依存症、生活習慣病、肥満、あるいは一部の精神障害。世の中に誤解が広まっています、自己責任でしょう、本人の努力不足でしょう、あるいはわがままだからでしょうという誤解が広まっている属性は、スティグマを負いやすいということが知られています。ここに自己責任論とスティグマの深い関連があるということです。

コロナに関しても、一時期そういうことがございました。コロナに感染してしまった人たちがメディアなどで謝罪をするとか、本人が感染症対策を十分していなかったせいなんじゃないかとか、そういった帰属理論に基づく感染者へのスティグマというものが流布していました。どんなに気を付けていてもコロナにかかるときはかかるということを、私たちは忘れてはいけません。

このスティグマというのは非常に厄介で、社会資源、依存先を本人から奪うだけではなくて、孤立、自己スティグマ、ストレスなどを与え、ひいては健康の不平等につながってしまうということが知られています。



このスティグマに関連して、悲しいデータもがございます。以前から差別されていた有色人種の子どもや低所得者層の家族、非正規の労働者など、こういう以前からスティグマを受けられていた人々ほど、コロナによってより深刻な健康状態に追いやられているということを示すデータがさまざまに報告されています。

### COVID-19における子どもの健康格差

Benner, A.D., & Mistry, R.S. (2020). Child Development During the COVID-19 Pandemic Through a Life Course Theory Lens. *Child Development Perspectives*, 14(4), 236-243.

- COVID-19は、すでに社会から疎外され、パンデミック前の生活で大きなストレスに直面していた子どもたち(例えば、有色人種の子どもや家族、低所得者層の家族、非正規労働者や混血の家族)にとっては、特に大きな影響を与える混乱を招く可能性がある。
- COVID-19の階層化効果は、死亡率や失業率、さらには人種や経済に沿った教育格差の拡大にもすでにはっきりと現れている。
- COVID-19は障害のある子どもや貧困の中で生活している子どもなど、弱い立場にある子どもたちの学業成績に大きな影響を与えている。
- COVID-19/パンデミックに関連する心理的課題に与える影響は、資源の豊富な家庭よりも低SES家庭に多いことが示唆されている。
- トランプ大統領をはじめとする米国の政府関係者が、コロナウイルスに関する不正確な情報を流し、「武漢」や「中国のウイルス」などと人種差別的な表現をしたことが、外国人恐怖症や反中国感情、アジア系アメリカ人への差別を引き起こしたが、差別を直接または身をもって体験すること、子どもや青年の幸福との間に負の関連があることを示す十分な証拠がある。
- 中国系アメリカ人の親とその10歳から18歳の子ども間で、COVID-19に関連した直接的および副次的な差別の報告(オンライン、対面など)とシンフォビアの認識が高レベルであり、親と若者の精神的不調(全般的な不安、うつ病の症状など)と一貫した関連があることがわかった。

分断ということに抵抗するためには、私たちはわが身を振り返って、スティグマというものを担ってしまっていないか、自分たちの中に一部の人に対する差別心がないだろうかということをチェックしなければ、ひいてはみんながこの感染症に立ち向かえなくなるということですから。そのようなことを十分に医学教育のプログラムに組み込まなくてはいけない、連帯に向けた医学というものを徹底しなくてはならないという問題意識を持っている医療者たちもいます。

### 障害を意識した医学教育 disability conscious medical education

- COVID-19は、構造的な人種差別、年齢差別、性別差別、階級差別、能力差別が障害者(PWD)の医療格差につながっているという危機的状況を露呈している。
- 初期の研究ではこのような格差が明らかになっているが、このパンデミックがPWDに与える影響についてはまだ完全にはわかっていない。
- 過去20年間、多くの医学部が障害者への対応能力向上のための研修を実施してきたが、差別や不公平は依然として残っており、その結果、障害者コミュニティ全体が医学に対して不信感を抱いている。
- 障害者が経験する医療格差は、単に個人の偏見の問題ではなく、医療専門職の文化的転換を必要とする構造的・制度的問題であるため、障害者への対応能力向上研修では不十分である。
- 障害は、社会階級、人種、年齢、性別、性自認、地理的条件など、他の不利な条件とともに経験される多様性の一形態であることを認識した上で、インターセクショナルな運動から得られた洞察に基づいて、障害を意識した医学教育、トレーニング、実践の変革が必要である。
- 障害を意識した医療は、障害者と障害者正義の原則を利用して、規範、伝統、制度を批判し、患者が受けるべき敬意、恩恵、正義をより完全に実現する。

Doerbrich, A., Quiricich, M., and Lunsford, C. (2020). COVID-19 and the need for disability conscious medical education, training, and practice. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach*, 13, 393-404.

これは最後のスライドになります。障害を意識した医学教育というものをうたっている



disability conscious medical education ということが言われていますけれども、ここまで述べてきたスティグマ、健康格差の問題、そしてそれを是正し連帯へと導く障害者正義の原則、こういうものを意識しながら医療活動に従事する。そういった医療者を今後育てていかなければ、このコロナに立ち向かうことはできないだろうという研究を最後に紹介させていただきました。

私からの話題提供は以上で終わります。ご清聴いただきまして誠にありがとうございました。

### 【質疑応答】

○司会：事前にご質問をいただいているものが1つあります。対人コミュニケーションが苦手という精神障害者もいらっしゃいますが、コロナ禍になり、オンラインでのコミュニケーションツールが徐々に浸透している中、コミュニケーションが苦手な方は、ますます俗世から取り残されるような感覚に陥ることもあるかもしれません。そういった方々に対する働きかけなどについて、ご教示いただければ幸いですというご質問がありました。

○講師：実は私たちも今、そのテーマはとても関心を持っているテーマです。まだ十分に、これが正解ですよとは言いつらい状況にありますが、さまざまな当事者活動がオンラインに移行して、その中で安心・安全に自分たちもコミュニケーションを継続できるようなオンラインの活用方法というものが、いろいろな当事者団体で模索されていると聞いています。

一方では、オンラインで目が合わなくなったので楽だという自閉スペクトラム症の方もいらっしゃれば、逆にオンラインで文脈というか、やはり同じ場を共有していれば、本人の周りの文脈も共有できますので、それでうまくコミュニケーションが取れていたんだけど、そういう文脈がごそっと抜け落ちてしまうので、コ

ミュネーションが難しくなったという方もいらっしゃるって、同じ診断名でも、オンラインで楽になった方もいれば、むしろ難しくなったという方もいらっしゃいます。

逆に、依存症の自助グループなど、以前から匿名性を大事にし、一期一会のミーティングを大切にしてきた当事者たちからは、むしろオンラインで楽になったというお話を聞くこともありますし、もう少し共同体的にコミュニケーションを育むことを大事にしていたグループからは、先ほども言いましたように、背景となる共通経験や文脈が消えてしまうので、コミュニケーションが困難になったというお話も聞いています。

そんな中でその会の目的、コミュニケーションの目的や、本人の一人一人の特性ごとに、オンラインの活用方法をアレンジする必要があるだろうと考えています。文脈の情報を大事にするミーティングなどでは、私たちは自己紹介の時間を、以前対面だったときよりも3倍ぐらいまで引き延ばして、かなり過剰なほど、冒頭で自己紹介をお互いにし合う時間を設けたりしています。

そんなふうに、おそらく目的と特性との掛け合わせで、オンラインの活用方法をデザインしていく必要があるのかなというのが、コミュニケーションに関する私の今の考えということになるかなと思っています。

ひとまず、それほど役に立たなかったかもしれませんが、以上のようなコメントになります。

○司会：ありがとうございました。私のほうから1つ伺いたいと思うのですが、昔の医学モデルというのが約20年ぐらい前だと思うのですが、先生がおっしゃっていたように、障害の捉え方として環境との相互作用で障害が障害でなくなるし、逆に重くもなるという、環境という概念が示されて、援助観ががらっと変わったというのを覚えています。

そのときに、新しいモデルの言い方として、

当時「生活モデル」という言い方だったように思うのですが、今日の先生のお話では「社会モデル」という言葉でありました。生活モデルと社会モデルは同じ意味なのか、それともさらに生活モデルから進んだ概念なのかというのが、ちょっと言葉の問題ですけれども確認させていただきたいです。

○講師：時期としては、おそらく社会モデルのほうが古いかなと思います。生活モデルというのは、どちらかというところ折衷的なモデルで、医学モデルと社会モデルの両方の視点を入れましょうという要素が強いかと思います。

これも例外はあるので、ちょっと乱暴なまとめかもしれませんが、どちらかというところ当事者ではなく、ソーシャルワーカーが使いがちな言葉が生活モデルかなと思います。当事者といってもいろいろな当事者がいるので、十把一絡げにはできませんが、生活モデルという考え方に批判的な当事者は少なくないと思います。そういう当事者たちは、今でも社会モデルという言葉をも基本的には使うことが多くて、やはり基本的には責任の所在を社会に置くということを強調するという意味で、そこが少しトーンダウンしてしまうところで、生活モデルに対して若干折衷的であるという批判がなされることが多いかなと思っています。

おそらく1990年代ぐらいまでは、生活モデルというのが割とよく使われていたのですけれども、ソーシャルワークの世界でもよく第4期と言われますが、もう一度今、若干社会モデルに揺り戻しが来ているような印象があります。エンパワメントアプローチですとかナラティブアプローチといった、徹底して当事者の視点から、中庸というよりは権力勾配というか、実際に権力の格差があることを踏まえて、バランスを取るのではなく、徹底して当事者に寄り添うというソーシャルワークが最近の主流になってきているのかなという印象がございまして。ソーシャ

ルワークの国際組織などでも、社会正義という言葉がソーシャルワーカーのミッションの1つとして掲げられるようになって、そんな中でたぶん社会モデルという言葉も、古くからあるんだけれどもその真価が再認識されているように、ちょっとこれは全員が全員というわけではないのかもしれませんが、私の周囲では感じるところがあります。以上です。

○司会：ありがとうございました。もう1つ、愛知県精神保健福祉センターの藤城所長から質問と聞いておりますので、お願いします。

○藤城所長：愛知県精神保健福祉センターの藤城と申します。本当に貴重なご講演、ありがとうございました。本当に示唆に富む内容だったと思います。

以前から私は、先生のmulti-dependenceというのは素晴らしい考え方だなと感じています。愛知県に限らず精神保健福祉センターは、自殺対策とかひきこもり対策とか依存症対策などを行っているところなのですが、こういった対策の対象になる方という言い方が適切かどうかはちょっと私も思うことがあるのですけれども、とりあえずそういった対象になる方というのは、人に頼ることがとても苦手じゃないかなという印象を持っています。先生がおっしゃったように、こういった方々が依存先が増えると本当にいいんじゃないかなといつも思うのですけれども、やはりなかなかそういうところの難しさを感じています。

先生が今まで、当事者研究とかいろいろなご実践の中で得られたご経験の中から、何かご助言とかございましたらお聞かせいただくとありがたいなと思います。よろしく願いいたします。

○講師：本日は触れなかったのですが、この依存先を広げることが大切だというアイデアをいただいたもう1つのルーツとしては、依存症の当事者の自助グループに教えていただい

た部分が結構大きいかなと思っています。

私は依存症って、以前は何かに依存し過ぎる状態を依存症と言うのかなと勘違いをしていたのですけれども、当事者の方が教えてくださったのは、いやいや、むしろ逆ですと。私たちは依存できないんですとおっしゃったのです。

まさに今おっしゃったとおりで、ある方は虐待などが原因で人間不信に陥り、人に依存できなくなった。だから消去法で、アルコールなどの物質であるとか、あるいは言うことを聞く目下の人、物扱いすることができるような他者であるとか、あるいはカリスマ視できるような他者ですとか、あるいは自分自身ですとか、そういった限られたものにしか依存できない状態を消去法で依存症と言うんですよと。対等で身近な存在、友人ですとか家族ですとか、そういうところに対して傷を負った結果、依存できなくなった。その代償的な自分助けとして依存症があるんですよと教わって、ああ、そうだったのかと。依存できない病だったんだと教わって、理由は違えど重度の障害者とそこでは似ているんだなと思ったのをよく覚えています。それ以来、長年の人間不信やトラウマなどが原因で、楽観的に人に依存することができない人々がどんなふうにして依存先を広げていくのかを、依存症の自助グループの方々から私は教わってきたというか、ヒントをいただいていたところがあります。

そして、やはり彼らが工夫しているのは、ネットワークを張り巡らしている点かなと思います。ある方はSNSだったら人に依存できるとか、しばしば限られた依存先に対しては、スプリットした形でしか、少し激しい形でしか依存を表

現できないかもしれないけれども、それでも貴重な依存先だったりするわけです。ある方はSNSが唯一の依存先だったり、ある方は主治医には依存できたり、ある方はキーパーソンにだけなら依存できたり、そういったいろいろなルートで依存先の候補をご本人に投げかけて、支援者自身は共依存しない。つまり、自分だけに依存させるというのが共依存だとすると、あなたの依存先は私だけですよと、私は絶対に裏切りませんよみたいな状態は相手を無力化することにつながる。私で言えばエレベーター化するというか、支援者が依存先を独占してしまうと、それによって相手を支配してしまうことになるので、それを周到に避けながら、全力で支援はするけど複数で支援するというのをすごく大事にやっておられる。今日お話ししたとおり、やはり1対1で支援しないということですかね。複数のルート、角度からいろいろな人がいろいろな方法で一斉に支援する、その中から本人が安全だと思えるものを選び取っていけるような、そういう支援の仕方が意識的に行われているなという印象がございます。

それでうまくいくかどうかというのは本当に難しいところだなと思います。長年の人間不信、ある依存症の先輩が、やはり孤立していた時期と同じぐらいの年数がかかるとおっしゃっていて、支援者が燃え尽きないためには長いスパンで、依存先を広げるには依存先がなかった時期と同じぐらいの年数がかかるぐらいの腹のくくり方で、チームで対処していく必要があるだろうとおっしゃっていました。私からはそんなところかなと思います。



## ■ トピックス ■

# 犬山病院におけるピアスタッフ配置の試み

医療法人桜桂会 犬山病院院長  
高 沢 悟 氏

## 第1部 導入の経過について

ピアスタッフ（当院では、ピアサポーター、ピアワーカーは職種、そういった専門職の人をピアスタッフと呼んでいます）を配置することは、私が以前から取り組みたいと思っていたことの一つでした。シェアード・デシジョン・メイキング（SDM：Shared Decision Making）が注目され、インフォームド・コンセントが常識となった今でも、精神科医療、特に非同意入院や精神科救急を担う精神科病院の現場では上記のことは、（少なくとも当院では）徹底して行われているとは言えません。限られた時間で様々な業務をこなさなくてはならない日常診療では、十分説明を尽くし、相手の価値観や希望を聞いたうえで治療方針の決定を行うことは難しく、理念と現実との乖離を感じざるを得ません。

そこで、ご自分がこころの病の経験を持ち、かつ支援者として関わりたいという意思を持ったピアサポーター（ワーカー）の方が病院にいれば、不安や緊張で余裕のない患者さんを多少とも安心させ、落ち着いて自分がどうしたいかを述べやすくできるのではないかと考えていました。私は、精神科医になって間もない頃、病院・地域精神医学会という学会に参加しました。そこで当事者として学会活動に携わる方、発言する方に出会い、友人となる方もいて、彼らのパワーと存在の重みに圧倒された経験を持ちました。ピア活動、当事者運動の歴史などについては、成書もありますし、より適切なレヴェアがいると思いますのでここでは触れませんが、精神科医療における最近のパラダイムシフトと考えられているのが、一つは発達障害

への注目とそれによる疾病概念の再構築、もう一つが当事者研究や当事者活動の隆盛だと思います。そして後者は、医療サービスを受ける当事者が、自分はどういった（医療）サービスを受けたいのか、専門家と協働で治療を進めるうえでどういったやり方をすればよいのか、という一般の医療であればいかなれば当たり前の前提を、精神科医療の中でどう実現してゆくのかという問題に大きな変化をもたらすものと考えます。

医療よりは福祉の領域でピアサポートが定着していたので、知り合いの伝手をたどり、ピアスタッフとして病院で働いていただける方を探しました。ピアで精神保健福祉士の資格を持っている村山文彦（むらやまふみひこ）さんにお声をかけ、2019年4月から当院ピアスタッフ第1号として勤務していただきました。所属は医療社会事業部（ワーカー室）でした。

どうしても今までにない職種ですし、一人職場になってしまうので、どういったサポートが必要かなど考え、メンター制度を利用したサポート体制など導入しましたが、多くの苦労をおかけしたと思います。幸運だったのが、増川ねてるさんと縁ができたことでした。同じ犬山市の、ともこころのクリニックの高木友徳先生から、WRAPやピア活動を一緒にやって行きませんか、と声をかけていただき、2019年6月からWRAPを始めました。来院は月1—2回という頻度でしたがピアスタッフが複数いたことが、大きな意味があったと感じています。その後、村山さんの要望もあり、当事者活動で知り合いだった亀沖昌睦（かめおきまさよし）さ

んにピア同士のピアサポートも兼ねて、2020年4月より非常勤で勤務をお願いしました。そして、現在では、常勤で後藤章仁（ごとうあきひと）さん、非常勤で紅一点の鶴飼絢心（うかいひろみ）さんと上記3名の5人体制となりました。業務もデイケア、リワーク、デイケアの音楽療法、急性期病棟の作業療法、心理教育プログラム、WRAP（外来と急性期病棟）、福祉施設のピアミーティングなど、様々な場面で活躍していただいています。もう一つ、ピアスタッフの方をお願いしているのが、ピアミーティングを基盤にしたピア発信のプロジェクトです。現在は「クライシス・プラン」の作成に取り組んでいます。そのために、多職種の職員にピアの方が個別にインタビューして、それぞれの精神科医療・福祉観とピアスタッフへの認識などを聞き取り、意識調査をしています。それらを参考に、医療側からではなくピアの側から、ピア目線での「クライシス・プラン」の構築を進め、最終的にはクライシス・アプリを作ろうということになっています。

さて、職員の方の変化はどうでしょう。当初は緊張感も強く、看護師さんの一部は「何か監視されているようだ」とか「患者さんが自分も退院できる、と性急に思ってしまい不調になる」といった反発もありました。また、大変失礼でしたが、ピアスタッフと障害者雇用の違いさえ



写真1

当院ピアスタッフの顔ぶれ（医療社会事業室にて）。左から鶴飼絢心さん、後藤章仁さん、村山文彦さん、亀沖昌睦さん、増川ねてるさん。

理解していない職員の方もおられました。でも、村山さんはじめ皆さんに踏ん張って頂いたお蔭で、今ではピアスタッフが一緒に働くことは日常的になりつつあります。もちろん、調子が悪くなることもあるし、合理的配慮といわれる勤務の調整なども必要な時もありますが、それは「健常者」といわれる私たちも同じ事です。基本、それぞれ助け合って協力しながら、良い職場にしてゆけばいいと考えています。

ピアサポーターとピアスタッフは両立が難しい、と言われていました。当事者性が専門性でもあるピアサポーターは原理的に支援者と被支援者という単純な関係性からははみ出すものです。それこそがピアたる所以だからです。一方ピアスタッフはその専門職につけた職場での「業種名」です。「看護師」と同じです。同じ職場で働くサービスの提供者なのです。ピアスタッフは、ピアサポートを専門とする同僚であり、ここでのピアは我々職員同士です。ピアの方の大変さ、辛さは、この二重性にあるようです。また一方で、ピアの方がいつも言うのは「ピア同士の会話は、本当にホッとします。これはピアじゃないスタッフとでは得られないもの」という感覚です。ある意味、精神科病院はこの異種性、異文化を内包できるかが問われていると言えます。

第2部で、トークニズム（Tokenism）の話が出てきます。これは村山さんから教えてもらった言葉ですが、ピアサポーターを目立つところに導入することで、見せかけの平等主義を作り出すことを指します。差別撤廃を表面的に行っているが、実のところ差別は潜在し、ピアの実在性を精神医療に取り込み搾取しているということが起こりえます。先に挙げたピアスタッフの導入に対する反発、「監視されている」「患者さんが（希望をもつことで）急に主張するようになる」、これらのことを当たり前のこととして受容して行けるかどうか、医療側の専門

職に課せられた今後の課題だと言えそうです。

## 第2部 ピアスタッフからの意見など

今回、犬山病院でのピアスタッフの紹介をするにあたって、私が思いついた下記の質問をピアの方に投げかけて、ミーティングを行いました。その内容をもとにざっと纏めたものをお伝えします。本当は色々な議論があり、ここに書ききれなかった貴重な意見が沢山あったことをお断りしておきます。

- Q1) なぜ精神科病院にピアスタッフが必要だと思いますか。
- Q2) 精神科病院とノーマライゼーション、特にSDM（シェアード・デシジョン・メイキング）の可能性について。
- Q3) ピアスタッフの難しさ、支援者と被支援者という関係を超えることができるか。
- Q4) リカバリーとアドボカシー（権利擁護）についてどう考えているか。

精神科病院は周囲から見るとそこでどういったことが行われているのか見えにくい機関です。医療の場自体がとても個人的で閉鎖的な性質を持っているということも思います。そこにピアスタッフがいれば、医療を受ける側のピアの立場から、患者さんを安心させたり、声を上げやすくできると思います。難しく言う



写真2

ピアスタッフとケースワーカーによる、困りごと窓口。常時行っています。

と権利擁護ですが、単純に同じ立場にいるスタッフがいることで、当事者の自己開示がし易くなるだろうと思っています。

精神科病院では、患者さんの治療などがとてもシステムチックになされている印象があります。患者さんたちはある意味戸惑い、混乱して自分でもどうしたいかがすぐに自覚できない状態であるように思います。例えば時間で与薬が行われている時も、患者さんによっては「飲まないわけではないが、今は飲みたくない。もう少し時間が欲しい」と感じることもあるように思います。その時、「業務だから」「医師から指示が出ているから」という感じで物事が進んでしまうと、患者さんの感覚や主張は取り残されてゆく。そういう時に少し待つてほしいことを代弁したり、気持ちを伝えるのを手伝ったりすることができたら、と思っています。（拒薬といっても、病気を認めていないのか、服薬の説明に納得できていないからなのか、今飲みたくないだけなのか、その理由は様々だと思います）

そして、ピアスタッフがいることで、患者さんの本音が言える病院、そういったことが口コミで伝われば、病院の評価にもつながって、医療の質・量ともよくなると思います。

病棟やデイケアなどで患者さんと話していると、「普通の生活をしたい」「人とのコミュニケーションができない」という人によく出会う。普

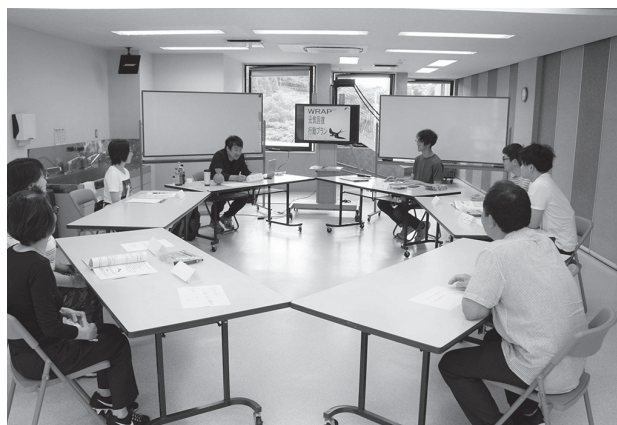


写真3

WRAP（外来）で開催。精神科救急病棟でも行っています。中央が増川ねてるさん。



通の生活とは、自由に外出すること、自分の意志で、納得しながら物事を決めてゆくことでしょうか。

精神科の治療では、医療の基本的なインフォームド・コンセントが十分できない状況があって、治療について協働することがなかなか難しい。現在外来で、患者さんと医師、ピアスタッフとで治療方針を決めてゆくような診療に加わっていますが、時間はかかるけれど、自分の経験を語ることで患者さんがより自分の受けたい治療や希望を話しやすくなればいいのではと思う。それで何かに開かれてゆくようになって一石を投げられれば、と感じる。

医療の専門職の方と話し合っていると、本当ならスタッフがすべきことがうまく流れていないと感じることがある。やはりそこには自分の役割（＝専門性）の壁があったり、他の専門職に遠慮していたりする関係性の問題を感じます。そこでピアスタッフがいるとそういったニッチを埋めるというか、患者さん側の発想から動ける。そこでピアスタッフを生かせるのではと思う。一方「苦しさ」、自己矛盾している感覚が常にあって、ほかの専門職の人が担っていることを自分たちがやっていたはいけないのではないかという思いもある。自分がピアスタッフと言われることに、ある種の「後ろめたさ」を感じ、何か仲間を裏切っているような気持ちになる。プロフェッショナルとして患者さんの代弁者となる仕事だと思うが、まだ、どういったことをすればいいのか自分でも周囲もわかっていないように思う。

当たり前のことだが「権利擁護」といわれるととても大仰なことのような印象。業務的には

精神保健福祉士の方が専門職として権利擁護に関わって仕事をしているが、何か業務的な冷たさを感じる時もある。ピアワーカー、ピアスタッフのできるアドヴォカシーは少し違ったものではないかと感じる。あまりうまく言えないが。障害を持っているとそれだけで何か区別されたり、前提が違くと捉えられたりする。職場にも暗黙の差別のようなものがある気がする。そこに分け入って、サポートしたり代弁することができたらと思う。一方、ピアスタッフが、どんな患者さんのことも理解できるわけではないし、それぞれのピアスタッフにもそれぞれの価値観がある。ピアがみんな同じではないし、すべての患者さんをわかるとか共感できるわけでもない。その部分を皆には分かっているほしい。

最近トークニズムという言葉で『こころの元気+』という雑誌で知った(トークニズム：見かけ上、公正に見せようとするために、社会で不平等に扱われているグループにアドバンテージを与えるふりをする)。そこで「ショーケースに入った当事者」という表現があり、なるほどと感じた。折角のピア活動が、いつの間にか医療の専門職に埋もれてしまって、本来の当事者性、生きたピアサポートが失われてしまうことへ警鐘を鳴らしている言葉だと思う。

以上、当院でのピアスタッフ配置についてご紹介しました。私たちもまだまだ手探りで、精神科病院でのピアスタッフの活躍の仕方を模索している状態です。リカバリーがはやり言葉のように広がっています。「ユーザー中心の多種職協働」が本当にできるのか、今後も試行錯誤をしてゆこうと考えています。

## 愛知県精神保健福祉協会会長奨励賞 受賞団体紹介

### ひきこもりを考える会 ゲートキーパー「おじぎ草」(岡崎市)

#### 〈会の立ち上げと活動への思い〉

私たち「おじぎ草」は、辛さを抱える人が安心して話せる場所が必要だと感じて2016年に岡崎市で会を立ち上げました。メンバーはひきこもり当事者家族と支援者、関心のある方で構成されています。

活動の目的は、障がいの有無に関係なく、ひきこもりの状態で悩んでいる方やご家族、関係者の方に寄り添い、関りを通して孤立を防ぎ、各々の人生をどのように充実させていくかを共に考えることです。

活動内容は①ご家族の方が安心して集い話すことができ、情報を得る場を毎月開く ②思うように外に出られずにいる方が、何となく立ち寄ることのできる場所を毎月(夜の部は不定期で)開く ③多くの方に『ひきこもり』について知っていただけるように、ポスターによるギャラリ展示を定期的に行うことの3つを主とし、

他に皆さんからの要望に応じて④交流会、⑤講演会、⑥訪問や電話・メール相談などを行っています。

内閣府が行った一部の調査で、長期化・高齢化が表面化したひきこもりですが、すぐに解決できる方法はなく、特効薬があるわけでもありません。個々の状態も様々で、理解が難しいことから現状把握が難しく、支援も十分ではありません。そのため「おじぎ草」では、他団体や行政機関とのつながりを大切に、必要に応じて連携して活動をしています。話をするだけでも気持ちが楽になることがあります。おじぎ草では、関りを通して伴走型の活動をしています。

#### ※活動PR動画

(<https://youtu.be/l4W2R8uOqvM>)

また詳細はHP (<http://ojigisou.okazaki-city.jp/>) をご覧ください。

### 知多南部地域自立支援協議会 精神障害啓発チーム (知多郡南知多町・美浜町・武豊町)

知多南部地域自立支援協議会・精神障害者地域生活部会の中で10年後の将来を見据えて何が課題かを検討しました。「障害理解・啓発」が課題の中の一つとして挙がりました。愛知県の学校(小中学校)現場では「福祉実践教室」のカリキュラムが組まれていましたが、その中に精神障害がありませんでした。啓発する団体もなかったため、自分たちで『精神障害啓発チーム』を結成することになり、当事者・家族・保健所・保健センター・大学教員・福祉サービス事業所で構成されました。

「自分たちは助けてほしいわけではない」、「当たり前」に地域で暮らす地域住民として認めてほ

しい」、「自分たちにもできることがたくさんあり、病気になったからと言って不幸ではない、むしろいろいろな経験値がある」などいろいろな意見が出されました。

思考錯誤で話し合いを重ねながら現在の形(当事者・家族・関係者からの語り、シンポジウム)で定着してきています。

語りやシンポジウムで自分たちのことを語ることでの反動もありましたが、振り返りや話し合いを繰り返してきました。ファシリテーターも最初は関係者がしていましたが、当事者の方がされる回もあります。シンポジウムには必ず、啓発を受ける方たちの代表(学生さんや先生な

ど)に参加してもらい、一つのテーマをいっしょに話し合います。テーマについては、「自分が病気になったら人に打ち明けられますか」、「普通の生活とは?」などで行っています。最近ではコロナ禍で行動制限がある息苦しさが、精神病を患って入院させられた時や退院後の生活で感じた閉そく感に共通するものが多いということ

で、「コロナ禍を生きる」という題材も上げています。

いまでは、中学生、高校生、大学生、民生委員などの方たちに啓発しています。活動をしていく中で、当事者を含めチーム全体が力をつけていくことをとてもうれしく感じています。

## ■令和4年度「定期総会」報告■

令和4年度定期総会が6月24日(金)オンラインにて開催されました。協会諸事業、令和3年度決算報告及び令和4年度予算(案)について協議され、それぞれ承認されました。

なお、新役員は次のように承認されました。

### ◆令和4年度新任役員◆

(50音順・敬称略)

#### 〈顧問〉

飯田 靖 愛知県教育委員会教育長  
木下 靖治 (社福)愛知県社会福祉協議会副会長  
平松 修 名古屋市健康福祉局長

#### 〈常務理事〉

栗木 晴久 愛知県教育委員会学習教育部長  
船橋 克明 (公社)愛知県医師会理事

#### 〈理事〉

杉原 忠司 名古屋市健康福祉局健康部長  
角田 玉青 愛知県精神保健福祉センター  
企画支援課長  
本田 靖 愛知県県民文化局社会活動推進課長  
柘田 勝 名古屋市教育委員会事務局指導部長  
松原 史朗 名古屋市健康福祉局医監  
(名古屋市保健所長)  
森田恵美子 (公社)愛知県看護協会常務理事

## ■令和3年度 精神保健福祉協会事業報告■

### 1 精神保健福祉普及啓発事業

こころの健康を考える講演会(オンライン開催)

開催日 令和3年11月11日(木)

### 2 会議の開催

◇総会・理事会

開催日 令和3年6月4日(金)

(オンライン開催)

◇広報研修部会

開催日 令和3年7月2日(金)

(オンライン開催)

開催日 令和4年2月21日(月)

(オンライン開催)

◇精神保健福祉基金審査委員会

開催日 令和3年9月16日(木)

(オンライン開催)

開催日 令和4年1月31日(月)

(オンライン開催)

◇協会長表彰選考会

開催日 令和3年9月17日(金)

(オンライン開催)

◇総務部会

開催日 令和4年3月(書面開催)

◇常務理事会

開催日 令和4年3月18日(金)

(オンライン開催)

◇協会長奨励賞表彰選考会

開催日 令和4年3月18日(金)

(オンライン開催)



## 令和3年度収支決算

(単位千円)

収入の部		支出の部	
会費	1,132	一般管理費	945
県委託料	210	事業費	399
市委託料	105	予備費	0
繰越金	401	繰越金	504
雑収入	0		
計	1,848	計	1,848

## 令和4年度収支予算

(単位千円)

収入の部		支出の部	
会費	1,135	一般管理費	1,074
県委託料	210	事業費	521
市委託料	105	予備費	360
繰越金	504		
雑収入	1		
計	1,955	計	1,955

**令和3年度 精神保健福祉協会長表彰を受けられた方** (50音順・敬称略)

影山 久美子 (看護師)  
 小塚 薫 (前断酒会会長)  
 榊原 和浩 (精神保健福祉士)  
 佐々木 由美子 (看護師)  
 長野 友里 (公認心理師)  
 中山 幸治 (看護師)  
 橋本 靖 (精神保健福祉相談員)  
 日比野 恒司 (薬剤師)  
 平野 哲則 (看護師)

**会員募集のお知らせ**

当協会では、広く会員を募集しています。

年会費：個人会員 (1,000円)

団体会員 (15,000円)

賛助会員 (50,000円)

納入方法：ゆうちょ銀行振込用紙をお送りします。

お問合せは事務局までお願いします。

協会ホームページにて「こころの健康コラム」を掲載しています。ぜひごらんください。

<http://aichi-mental.jp/>



**精神保健福祉基金のご案内**

当協会では、篤志家からの寄付による「愛知県精神保健福祉協会精神保健福祉基金」を設置し、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加の促進を図るための事業を行っています。

**1 貸付事業**

精神障害者を対象とする障害福祉サービス事業所等を運営する者に対して、必要な資金を無利子で貸し付けています。

\*貸付の対象者……主として精神障害者を対象とするグループホーム、小規模作業所等を運営する者

\*貸付の種類……①運営資金 — 施設の運営に要する費用

②整備資金 — 施設の創設、改造、修理等に要する費用

\*貸付額……1口10万円で、限度額は15口（150万円）まで

\*貸付利子……無利子

\*償還方法……1年据え置きで、以後4年以内に一時償還または分割償還

\*受付期間……毎年度8月末日までに協議書を提出（令和4年度受付は終了しました）

**2 奨励賞事業**

精神障害者の自立や社会参加に向けた活動をしている個人やグループ等に対して奨励金を交付しています。

\*対象者……愛知県内で、精神障害者の自立や社会参加に向けて1年以上10年未満の活動を行っている個人、グループ及び団体

\*賞金額……10万円

\*応募期間……9月1日から12月28日まで

\*応募方法……所定の応募申込書、参考資料を協会事務局に提出

\*授賞式……総会（6月予定）に併せ実施

お問合せは愛知県精神保健福祉協会事務局へ 電話：(052) 962-5377 内線550



事務局 〒460-0001  
名古屋市中区三の丸3-2-1  
愛知県東大手庁舎  
愛知県精神保健福祉協会  
TEL 052-962-5377（内550）  
FAX 052-962-5375