

一般社団法人 企業アクセシビリティ・コンソーシアム

ACEフォーラム 2018



*Accessibility
Consortium of
Enterprises*





ACEフォーラム 2018

日時：2018年12月10日(月) 14:30～17:15 (開場12:45)

会場：清水建設株式会社 本社2F シミズホール

プログラム

14:30 開会挨拶

ACE 代表理事 下野 雅承
(日本アイ・ビー・エム株式会社 取締役副会長)

14:40 来賓挨拶

文部科学省 大臣官房審議官 森 晃憲 氏

14:45 基調講演

東京大学 先端技術研究センター准教授
バリアフリー支援室長 熊谷 晋一郎 氏

16:05 ACEアワード2018 事例紹介／表彰式

16:55 ACE活動報告

17:10 閉会挨拶

ACE理事 宮本 洋一
(清水建設株式会社 代表取締役会長)



Contents

開会挨拶	1
基調講演	2
ACEアワード2018	14
コラム	16
閉会挨拶	18
ACEの活動について	20
ACE組織体制(第6期)	21

開会の挨拶



一般社団法人 企業アクセシビリティ・コンソーシアム代表理事
日本アイ・ビー・エム株式会社 取締役副会長

下野 雅承

本日は、たくさんの方々にお集まりいただき感謝いたします。官公庁から約70名、メディア、一般企業、大学など多岐にわたる組織から200名近い方に参加いただきました。われわれ企業アクセシビリティ・コンソーシアム(以下、ACE)の活動も第6期目を迎え、業種や規模も異なるまさにダイバーシティを体現する企業33社に参画いただいております。

冒頭のご挨拶として4つ、お話しさせていただきます。

まず1つ目は、今後はより当事者の方々と交流できる機会をこの33社の中で作っていきたいと考えています。

2つ目は、ビジネスに貢献できる事例についてです。最近の新聞報道などで、障がい者の法定雇用率2.4%をいかに達成するかなど数字の話をよく目にしますが、それ以上に一人ひとりが輝いて、その企業で本当にビジネスに貢献している事例をもっと作っていくことに注力したいと考えています。

3つ目は、活動をACEの外側にさらに広げていくことです。これまで会員企業33社で、さまざまな取り組みや議論を行ってきました。最近では、共同でインターンシップ・プログラムの実施やキャリアセミナーを開催したり、あるいは文科省のプラットフォーム事業と連携するなど、ACEの中だけではな

く、外側の組織や学生さんたちとの活動を行ってきました。これをさらに広げていきたいと思っております。

4つ目は、フォーカスする対象についてです。今年、テレビ局が非常に熱心に発達障害がある方々に関する番組を放送され、私もいくつか拝見しました。われわれの当初の活動は、身体障害がある方にフォーカスが当たっていましたが、これからは、社会的に非常に関心が高い発達障害に関しても活動の幅を広げていきたいと考えています。

本日は、長丁場となりますが、多くの皆様と交流させていただき、このプログラムを来年以降もさらに発展させていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。



当事者研究と組織文化： 組織と個人の学習可能性を最大化するために

東京大学 先端科学技術研究センター准教授
バリアフリー支援室長

熊谷 晋一郎 様



大変貴重な機会をいただき、誠にありがとうございます。今日は、当事者研究という比較的新しい取り組みについてご紹介いたします。タイトルの「当事者研究と組織文化」には、当事者同士が集う場所、そして経験を分かち合う場の必要性、あるいはロールモデルが必要という想いが込められています。当事者同士が触れ合うことなく、支援者に包囲されるような形で孤立していくのではなく、当事者同士が繋がっていくモデルというものが今喫緊の課題として求められています。

当事者研究の話に入る前に、障害とはいったい何なのか。障害の「社会モデル」というキーワードでお話をいたします。

障害の社会モデル

こちらは私が3歳の頃の膝立ちや立つ練習をしている写真です。

1970年代: 健常者に近づかなくては
社会で生きていられない



私が生まれた1977年当時、障害を持った子供が生まれるとどういふふうに関りの大人達がアプローチしたかと言うと、少しでも健常者に近づけようとなりました。それが良いことだと思われていたのです。

そしてこちらが小児科医としての仕事をしている今の私の様子です。

一所懸命、1日6時間ぐらゐ毎日リハビリしてゐました。寝ているかりハビリをしてゐるかご飯を食べ

1980年代以降: 社会が変わることで
等身大の自分のままで生きていける



るかそれで1日24時間が終わってしまうような、そうした暮らしをしていたわけですが、ついに健常者になることはありませんでした。

私の障害は脳性麻痺です。脳性麻痺に限らず世の中にはどれだけ医療的に介入しても健常者にならない障害はたくさんあるわけですね。当時、そうした人に残されている方法は、それでもなお、どこまでも頑張っけて健常者に近づけさせようという「医学モデル」という考え方でした。

そうではなくて、むしろこの障害を持った身体のままでもいいではないか。それこそが多様なのではないか。むしろ変わってもらうべきは環境の方なのではないか、社会の方なのではないか。あるいは今日のテーマに即して言うなら、職場という社会環境の方なのではないか。こうした考え方が1980年代から出てきました。

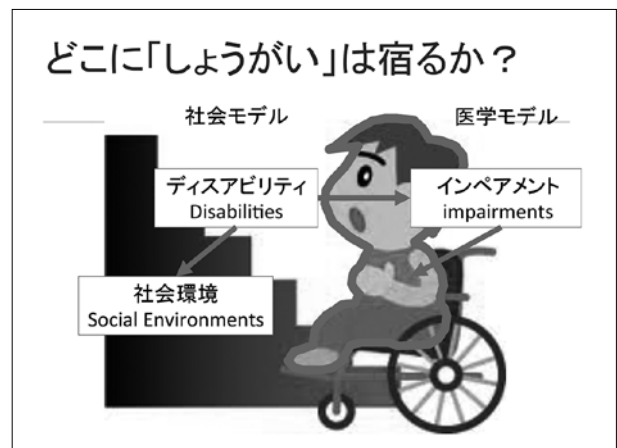
病院での仕事は失敗が許されないけれども、試行錯誤の末、今の私はこんな風に手術室に入り、あるいは診察や救急車で運ばれてくる急患の対応を行っています。私自身が健常者のようには動けないけれども周りのスタッフや職場の環境が私に歩み寄ってくれることで、失敗の許されない仕事をこなせているのです。

障害についての考え方は、1980年前後にガラリと変わりました。70年代までの「医学モデル」と呼ばれるものは、いわゆる障がい者の皮膚の内側に障害

が宿っているという考え方です。皮膚の内側ですから、その人の体の中に障害があるので、それを取り除くためには、リハビリや治療で本人の心や体を変えなければいけないと考えられていました。それに対して80年代以降、「社会モデル」という考え方が主流になってきました。

社会モデルをこちらの階段のイラストで説明します。社会のあらゆる建物や道具、社会制度は、健常者向けにデザインされています。イラスト中の階段は、健常者向けにデザインされた社会環境の象徴です。そうした多数派である健常者向けの社会環境と、少数派との間に生じる齟齬を障害とみなす考え方、これが社会モデルです。医学モデルでは障害は皮膚の内側にあると考えますが、社会モデルは皮膚の外側にあると考えます。

日本語で障害と言うとひとつの単語になってしまいますけれども、医学モデルで障害をとらえた時の障害は、「インペアメント〈機能障害〉」と表現することが一般的です。



それに対して社会モデル、すなわち環境と本人との間に発生する齟齬。これを障害だとみなす概念は「ディスアビリティ〈障害〉」と表現します。80年代からインペアメントを減らすことより、むしろディスアビリティを減らすことが至上命題なのだと変わってきました。ただしここで注意しなくてはならないことがあります。私は、医学も専門なので少し補足

しますと、医学と医学モデルはまるで違うものだということです。社会モデルというのは医学を否定しませんが、医学モデルは否定します。

環境を障がい者に合わせるか、障がい者の側を環境に合わせるか、あるいはそれを足し合わせるか。個人か、環境か、どちらがどれだけ歩み寄るかというその割合によって幾通りもディスアビリティを減らす方法があります。

社会モデルではどちらも否定はしません。つまり個人の側を医学によって変化させること自体を否定はしません。だけれどもそれだけになったらいけないよと言っているわけです。社会環境の側も変わりますよ、個人の側も変われる範囲で変わりますよ。これが社会モデルの考え方です。重要なのは変われる範囲でという点です。当然個人の側にも変われる範囲には限界があります。私は1日6時間15年間リハビリをしたけれど、ついに歩けるようになれませんでした。これが私の体の限界です。同じく環境の側にも全ての建物に大型のエレベーターを5台設置するというのは無理ですね。それは予算的な制約です。このように環境の側にも可変性には上限があるわけです。環境および個人、双方の可変性の限界を考慮に入れて相互が歩み寄らしようという極めて常識的な考え方が社会モデルであるとぜひ覚えて帰ってください。

それに対して医学モデルは何かというと、100%個人の変化で対応しようという考え方です。それは、医学とは相容れないものです。医学は80年代に自分たちの限界を認めました。治せないものは治せないということを論文で発表しました。医学は決して医学モデルを主張しません。何でもかんでも医学でクリアできると医学は主張していませんから。

医学モデルは、全ての障害の問題は本人個人の側の変化で対応すべきという考え方で、今では誰も採用していません。医学を専門にしている人ですら医学で全ての問題が取り除けるとは思っていないのです。

障害については、これからは社会モデルで考えて

いきましょう。すなわち個人の側が環境に近づこうと100%努力するのではなくて、過剰な負担を本人にかけないというものです。ここで言う負担は時間的なものもあれば、経済的なものもあり、エネルギー上の負担もあるでしょう。一方で環境の側も過剰な負担にならない範囲で変わらしましょう。こうした考え方が社会モデルです。これを合理的配慮と言います。

合理的とはどういうことかと言うと、双方の可変性の限界を考慮に入れた上で双方が納得できる着地点を見つける。歩み寄れる範囲を探し出していくプロセス。これが合理的配慮です。

多数派の空気とスティグマ

さて、社会環境という言葉は私は、階段というアイコンを使って説明してきました。しかし、社会環境というのは階段のように目に見えて手で触れられるものばかりではありません。むしろ本日のテーマとして皆さんにお話しします発達障害や精神障害がある方々の就労問題を考えた時には、もちろん建物の設計基準ですとか照明の状態ですとか音響環境ですとか、そうした物理的な環境も重要ではありますが、それと同等かそれ以上に重要な社会環境があります。それは、人々が作り出している常識や価値観と言った目に見えない空気なようなもので、それに私たちは縛られています。

そして障害がある人に対してネガティブな態度やネガティブな価値観を持ってしまう空気の事を特に「スティグマ」という言葉で表現します。

スティグマは、発達障害や精神障害がある人の仕事を考える上で重要なキーワードです。前述した通り、世の中には見えやすい障害と比較的見えにくい障害があります。例えば、私は見えやすいですね。見たら分かるでしょうと言わんばかりの体をしております。つまり車椅子に乗っていますし、手が曲がっていますし、なんだか足も不自由そうだと。私

はある意味ではサボれる訳です。黙っていても体がメッセージをほとばしり出しています。極端な言い方をすると、とりあえず勇気を出して飛び込んでしまえば、モーゼのように社会が動いてくれる・・・、そこまで上手くいきませんが、私の体は黙っていてもメッセージを発しているわけです。

もちろん迎い風もあります。排除しようという圧力もすごく強く働くわけです。だけれども、そこで踏ん張れば切り開かれていきます。

こうした見えやすい障害以外にも、例えば自閉スペクトラム症は、発達障害の中でも特に注目されている障害のうちの一つです。自閉スペクトラム症は、一体どういう状況なのかパッと分からないですよ。黙っていたらおそらく他の人とあまり区別がつかず、配慮を提供することができなくなる事もしばしば起きるわけです。黙っていたらメッセージがほとばしり出ない障害も世の中にはあるわけです。

こうした見えにくい障害に対する合理的配慮、あるいはニーズ、こうしたものを言語化、見える化するためのテクニックが当事者研究と呼ばれるものです。ですから見えやすい障害においてはあまり当事者研究が必要とされてきませんでした。もう見えているので後は運動すれば十分でした。しかし、見えにくい障害の場合は、まずもって運動しようにも何が自分のニーズなのか、あるいはどこまで頑張ればいいのか、自分の可変性はどこに引かれるのか、社会の側が変わってほしいと思ってもどこを変えたらいいのかわかりませんでした。こうした状況に置かれている人たちが立ち上げたのが当事者研究です。

環境というものには大きく分けて物的な環境と人的な環境があります。精神発達の障害がある方にとって社会参加を阻むのは、物理的環境のみならず、人的環境です。

それは、人々が無意識に受け入れてしまっている慣習や規則そして価値観です。あるいはコミュニケーション・スタイルなどがハードルとして立ちはだかります。

ここで、一例を挙げて考えてみたいと思います。発達障害が今非常に注目されています。今日は自閉スペクトラム症という発達障害を具体例として何度か取り上げます。略して、ASD (Autism Spectrum Disorder) と呼ばれるこの発達障害の定義は、社会的コミュニケーションと社会的相互作用における持続的な欠損とされています。簡単に言うと、人付き合いが苦手ということです。そしてこのASDに関しては、ここ約30年間で50倍近く診断される人の数が増えていると調査結果がある一方、実はそれほど増えていないのではという報告もあります。

では、何が起きているのかと言うと、かつては健常者だった人たちが、この30年間で急速に障がい者扱いされるようになってきたということです。

例えばコミュニケーションが苦手な人、黙々と言われた通りの仕事をこなせる人は、かつては理想的な労働者だったかもしれません。製造業中心の労働環境においては適応可能な個人だったのでしょう。けれども今やそうした仕事は、機械が代行してくれるようになってきました。そうすると残された人間



に求められる人間らしい能力の基準が変わるわけでは、今後AIがさらに発展すると機械にできないとする範囲も変わってくるかもしれませんね。その時代その時代で機械にできない能力を、人間は求められるようになり続けます。それと同時に、機械でできる仕事しかできない人たちが、障がい者としてあぶり出されてきたのが、ここ約100年間の障がい者の歴史だったわけです。ASDもおそらくそうした社会のトレンドの変化、何が人間に求められるのかの変化を反映しているのではないかと多くの研究者が推測しています。

それを裏付けるようなことがあります。最近、「コミュ障」や「アスペ」という言葉が、大学で授業していると学生さんの口から出てくるんですね。「僕、コミュ障なので」とか「アスペなので」という言葉が、とてもカジュアルに使われています。実際2010年代から日本語でコミュ障とかアスペという言葉の検索数が、非常に増えてきています。若者あるいは職場で奮闘している現役世代を中心に、自分がコミュ障なのではないかという不安が大衆化しています。もしかしたら、それと先ほどの見かけ上のASDの増加は、無関係じゃないかもしれません。ASDは、非常に問題含みの概念だと思っています。

なぜかと言うと、先ほど言ったように皮膚の内側にコミュニケーション障害という特徴があるというふうに考えがちだからです。インペアメントとしてコミュニケーション障害が脳みその中や皮膚の内側にあるというふうに考えられる傾向があるわけです。でも考えてみてください。コミュニケーション障害が皮膚の内側に発生するわけがありません。

私の今日の介助者は、Tさんという方です。私とTさんが例えば、何かの行き違いでケンカをしたとします。それは、私とTさんの間にミスコミュニケーションが起きているわけです。私の中に起きているわけでもないし、Tさんの中に起きているわけでもありません。私とTさんの間に発生しています。私にとってTさんというのは、人的環境です。私の皮

膚の外側にある人的環境。人的環境と、私との間に発生するのは、何だったのかと言うと、インペアメントではありませんね。ディスアビリティです。

すなわち、コミュニケーション障害というのは、徹頭徹尾ディスアビリティであるということです。論理的に考えて、インペアメントではありえない。これまでのASD研究はあたかもインペアメントであるかのようにコミュニケーション障害を取り扱ってきたけれども、それだけでは、問題が解決しません。フェアではありません。こうした批判が当事者の中から出てきたわけです。これは、海外でも同様でした。

コミュニケーション障害をインペアメントだとみなすことで本人にスティグマ、レッテルを貼ってしまうことが起きています。

医学モデルでは、障害というものを純粹に取り除くべき本人の体にある特徴だと考えます。ですから障害のある人に対するネガティブな態度を引き起こすわけですね。80年代に医学モデルが否定されたわけですがけれども、発達障害の現場では、80年代を既に30年以上過ぎた今でも医学モデル的な考え方が残っていることに大きな問題意識を持っています。

他の研究も紹介しましょう。アメリカのオークスとソロモンという人類学者が、ASDというのはコミュニケーション障害があるわけではないのだということを別のやり方で示しました。ASDの人たちの日常生活を観察したわけです。そうしたところコミュニケーション障害があるわけではなく、むしろ独自のコミュニケーション・スタイルがそこにはあったと。

つまり、健常者という多数派が慣れ親しんでいるコミュニケーション・スタイルではない別のコミュニケーション・スタイルがそこに自然発生していた、ということを経験しました。

例えば、目と目を合わせてコミュニケーションを取ることは失礼な行為です、とか、あるいは、感情の強さはちょっと抑えめにするのがポライトですか。

いわゆる多数派が当たり前だと思っているコミュニケーション・スタイルとは少し異なるものが独自にASDのコミュニティの人たちによって開発されていたことを示したわけです。これはまさに建物で言うところのバリアフリー・デザインと同じですね。ASDの人にとって快適なコミュニケーション・デザインは、目には見えないです。建物の方が設計図に落とし込めて分かりやすいですけど、コミュニケーションもやはりデザインなわけですね。目には見えないけれど、知らず知らずのうちに多数派向けにデザインされています。ですからASDの人にとってはそこには参加できない状況になっていたのです。

逆にある一定のデザインを持っているオルタナティブなコミュニケーション空間があれば、そこには参加できるということを示したわけです。

ここからがASDの問題点ですけども、ASDは何故スティグマが残り続けているかと言うと、インペアメントとディスアビリティが上手く分離できていないからではないか。例えば、耳が聞こえない人が職場でコミュニケーション障害を経験しますね。その時、インペアメントというのは耳が聞こえないことです。それは皮膚の内側にある特徴ですから。けれどもコミュニケーション障害はディスアビリティです。周りの人が手話ができるようになれば消失するからです。このように環境の側が変われば、たちどころに改善するものがディスアビリティです。環境がどんなに変わっても相変わらず本人の体の特徴として残り続けるのがインペアメントです。ですから、聴覚障害では耳が聞こえないインペアメントとコミュニケーションができないディスアビリティがきちんと区別され、そして対応策も思い描きやすくなっているわけです。

ところがASDにおいては残念ながらコミュニケーション障害という文言が診断基準の中に書き込まれてしまっています。インペアメントを表現するための文章の中にコミュニケーション障害というディスアビリティが書き込まれてしまっていると、医学モデル的なことが起きてしまうわけです。

これを分離することが、私たちの当事者研究の最

初のミッションになりました。

特に見えにくい障害においては80年代の医学モデルの考え方がいまだに残っています。医学モデル的な考え方は、基本的にはインペアメントを取り除くべきものだとみなしますので、どうしてもインペアメントを持っている人に対してネガティブなレッテルが貼られやすくなるわけです。

その特徴を持っていない方が良いという人々の考え方がスティグマです。実はスティグマは障害だけに起きることではなく、LGBT、ジェンダー、あるいはエスニック・マイノリティ、依存症などさまざまな少数派的な特徴に対して、その特徴はない方が良いというネガティブなレッテルが貼られる現象が起きるのです。今、世界中の研究者がスティグマをととても重要なものだと認識し、研究しています。なぜスティグマが重要かと言うと、実際スティグマが貼り付けられた属性を持つ人は、例えば仕事や住居を見つけることが困難になったり、あるいは困った時に「助けて」と言いづらくなったり、周りの人に援助を求める態度が失われやすくなることが示されているからです。当然、就労の現場でもこのスティグマという問題はネガティブな影響を与えます。

スティグマに関して、もう一つ覚えておいていただきたいのは本人もまたスティグマを持つことがあるということです。公的スティグマと自己スティグマという言葉があります。公的スティグマは、障がい者以外の人、つまり健常者が障がい者に対して持つスティグマです。それに対して障がい者も障がい者に対してスティグマを持つことがあります。つまり、自分を恥ずかしいと思ったり、等身大の自分の障害を受け入れにくくなったり、同じ障害を持っている人を憎んだり、こういうような形で露わになってくるのが自己スティグマです。自己スティグマがあると合理的配慮を周りに対して求めようと思っても、こんな価値のない自分にそんな権利なんて無いと思いがちになってしまいます。あるいは仲間と一緒に繋がろうと思ってもどこかで自分と同じ障害

を持った仲間のことを受け入れられなくなりがちです。自己スティグマがあると配慮を受けづらくなったり、仲間と繋がりづらくなったりということが起きるわけです。

ですからこのスティグマを減らすにはどうしたらいいのかが今非常に大きな問題になっています。

さまざまな属性がありますけれども、どんな属性に特にスティグマが貼られやすいかという研究があります。例えば、努力や意志の力でその属性を克服できると間違って信じられている属性はスティグマが貼られやすいのです。これをスティグマの帰属理論といいます。

代表例がいくつかあります。「薬物依存症」は自分の意志が弱いからなるものだとか勘違いされやすいものです。ですから世界的に、スティグマが貼られやすいということがわかっています。また、肥満ですね。私も人の事は言えないのですが、肥満もまた本人の意志の弱さの表れだと誤解されやすいものです。実際は体質やさまざまな要因が影響するにもかかわらず、欧米圏では就職の面接で落とされるなど、肥満に対するスティグマが非常に大きな問題となっています。ですから自分で克服できると間違って信じられる属性ほど、スティグマを負いやすいという知識は重要です。

ここで先ほどの見えにくい障害の話に戻ってみましょう。

うつ病や発達障害は見えにくいので、それはあなたのワガママなのではないのか、もうちょっと努力できるんじゃないのという風な目に晒されやすいですね。見えやすい障害と見えにくい障害は努力や自分のコントロールで乗り越えられるかどうかという信憑性の点でも周囲の見方が変わってくるわけです。

見えにくい障害の方がそうした意味でスティグマが貼られやすいというデータもすでに論文として出ています。私は見えやすい障害とはまた別の見えにくい障害の就労支援を考える上で、人々が持っているこの公的スティグマというものを少しでも減らそ

うとすることが重要だと考えています。

見えにくい障害だからスティグマが貼られるのであれば、それを見えやすくするというのが、ひとつのソリューションになりますね。

本日、ASDの人がどんな風に世界が見えているのかを体験していただくシミュレータを用意しました。ヘッドマウント・ディスプレイを被ると、ASDの方がどのような光景を見ているかが体験できます。

例えば学生食堂など人が多く騒音がある場所の映像では、ちらつきやコントラストの増強などが体験できます。こんなふうに普段から見えているのであれば、人混みに入るのは大変だとか、わがままな新入社員だと思っていただけでも蛍光灯の光が眩しかっただけなのかとか、そういうことに気付くわけです。もう一つ非常に重要なのは、周りの公的スティグマだけではなく、本人の自己スティグマも緩和するソリューションであるということです。周りの人はこう見えてなかったのかと、よく当事者の方がこのシミュレータ体験をすると話されます。つまり、てっきりみんなこんな風に見えていると思っていた。ポイントは、調子の良い時と悪い時で見え方が違うということです。調子の良い時に当事者の方がシミュレータ体験をすると、健常者と自分の見え方の違いというものに初めて気付くのです。

それによって努力不足なのではなくて、正當に周りに配慮を要求していいことだったのだと理解できるのです。

ただ、このシミュレータさえあれば、スティグマが減るかと言うとそんなことはないのです。例えば統合失調症のシミュレータはすでに世の中にあります。統合失調症では聞こえないはずの音が聞こえる幻聴という現象があります。この幻聴を体験することができるシミュレータを使う実験が行われました。シミュレータを使う前と後で、統合失調症に対するスティグマが増えたか減ったかを調べる研究がなされました。

その結果残念なことが分かったわけです。スティグマのパラメーターはいくつかあり、例えば共感や

敬意、「頑張ってるっしょいますね、尊敬します」というものですね。共感や敬意は確かにシミュレータによって改善します。

けれどもSocial Distance、社会的距離と翻訳されますが、これもスティグマの1パラメーターです。社会的距離とは何かというと、「でもあなたとは一緒には仕事をしたくない、あなたには至近距離に来てほしくない、私の賃貸物件を貸したくない、一緒に部屋に住みたくない」というものです。

すなわち「多様性は認めるけれども近くに来ないで」というパターンの結果をもたらしました。これがシミュレータの限界だと統合失調症で報告されたわけです。これは非常に重要な問題でさらに先行研究を見てみますとシミュレータのこういうデメリットを克服するための方法は、今のところ当事者の語りを聞くこと以外にないということでした。当事者がどんなふうに自分を経験しているのかということを知り、これとシミュレータを合わせることで初めてスティグマが全般的に減るのだということが報告されています。

そこで、私たちは当事者の語りとシミュレータとを足し合わせたプログラムを作りました。まだ予備的な結果ですが、私たちが開発したスティグマを減らすためのプログラムに参加する前と後で、スティグマが減っているというデータを得たところです。

ご関心のある企業の方を対象に、こうしたシミュレータのプログラムを準備していますので、コンタクトを取っていただければと思います。

見えにくい障害において周囲の公的スティグマを減らすために重要なことは、あの人困った人だなあという状態ではなく、あの人自身が困っている人だったのだという気づきを周りの人が持つことです。

困った人ではなく困っている人へと認識を変化させること。これをイギリスの研究者は、ノーマライジング・アプローチと呼んでいます。そうしたアプローチが公的なスティグマを減らす上では非常に重要です。

私たちのプログラムは、企業風土の中にこうした公的スティグマが蔓延しないように介入するという、パラダイムシフトに取り組んでいます。

組織と個人の成長

少し難しい話が続いたので私の就労体験をお話しましょう。私は小児科医として仕事をしています。なかなか大変な仕事で特に研修医時代は苦労しました。一番苦労したのは、針を刺して患者さんから血を抜く採血です。特に小児科は小さな赤ちゃんからも採血をするので失敗するんですね。私の同級生も同じくらい失敗していました。皆さん、親御さんになったつもりで想像してみてください。研修医が採血するというだけでもうナーバスですよ。ウチの可愛い子の採血担当が何でこんなヒョッコなんだと。しかも何回も失敗したら許せませんよね。当然です。ただ、教育病院なのでそこはちょっと勘弁してください、ご協力くださいと上司が頭を下げて何とかトレーニングをさせてもらえるわけです。

でもさらにその皆さんのお子さんを担当している研修医が車椅子に座っていたらどうでしょうか？ 不自由そうな手付きをしていたらどうでしょう？ もっとイライラしますよね。当然だと思います。研修1年目は、毎朝、赤ちゃんの採血を親御さんの前でするのですけれど、当然ものすごいアウェイ感です。睨みを利かせています、腕組みをして。そういう状態で採血するので、手が震えます。案の定失敗するわけです。何度も担当医を交代してくれと言われて、しょぼんとしながら交代させられたのが1年目でした。

それでもなんとかしさがみついて、「一人で採血できるようになるぞ」と思い仕事の帰り道に100円ショップに寄ってさまざまなものを買って、一人で採血できるための独特な道具を作りました。でもなんか、小汚い道具なんですよ、自分で作ったので。ガムテープとか使っているし、モーターとかウィーンって音がしているし。一人で採血できるセットで

何度も事前に練習しました。いい先輩に恵まれ、「何本でも刺していいぞ」と、スタッフの詰所で100本ぐらい血を抜きました。「よし、これならイケる」と思って、翌日採血にチャレンジするわけですが、昨日よりもアウェイ感が高まっているわけです。ただでさえ車椅子の研修医でアウェイなのに小汚い道具を持った研修医にバージョンアップしているからです。それは何だ、不潔なんじゃないか、という風な目がチクチクと刺さってくるわけです。そうするとアウェイ感がさらに増して案の定失敗してしまいます。そしてまた100円ショップに行きバージョンアップする、さらに小汚さをバージョンアップさせた箱を持って採血に望む。一年目はこういう経験をしていました。これは私にとってはもう思い出すだけで背筋が凍る一年間でしたね。

転機が訪れたのは、病院が変わることができた時です。そこは、一年目にも増して忙しい病院でした。それほど忙しくない病院でもできなかったのだから、忙しい病院に行ったらもっとできないだろうと思い、これで無理だったら辞めるつもりでいました。そしたらですね、忙しい病院はいいですね。猫の手も借りたい、障がい者の手も借りたいほどの忙しさなんです。早くこの熊谷という新人を一人前にしなければ私の当直の回数は減らないじゃないか。だからどんな人でも鍛え上げていきます。オールマイティになる必要はない。チームワークで取り組めばいい、そういうことが自然と身についている現場でした。圧倒的な仕事量を前に、全ての人にとって自分一人では無理という状況になっているわけです。ある意味全ての人にとって障害があり、助け合わないと無理なんです。

初日から、「熊谷、お前はとりあえず採血千本ノックだ!」と言われ、外来に貼り付くことになりました。そうしたら、どこからともなく赤ん坊が次々に運ばれてくるんですね。とにかく刺せ刺せ刺せと言われて、私は、一年目は一回も成功したことがなかったので、いやそんな無理ですと手が震えていたんですけど、その時、当時の本当に心の底から

尊敬している上司が耳元で言ったんです。ちなみにこの上司はその病院で一番採血が上手でした。どんな赤ちゃんでも採血できるラストホープと呼ばれていました。その上司が「勘を信じて、ブスッと行きなさい、ブスッと」という風に言ったわけです。その後の言葉が非常に印象的で、「失敗したら私が責任を取る」と言ってくれたんです。私は採血の工夫とか採血のコツに関する本を山ほど読んできました。それでも上手いかなかったんだけど、この神様のような“ゴッドハンド”を持っている先生が「勘だ」、そしてなおかつ「失敗したら私が責任を取る」と言ってくれた瞬間にふっと体の力が抜けて、初めて採血の針がすうっと入ったんですね。

それ以来私は採血での失敗は少なくなっていきました。ですからリーダーシップというのは非常に重要だと思いました。ちなみにこれが今私が採血をやる方法です。ちょっとドラキュラみたいですよ。

口で注射器を咥えてチューっと吸っているわけです。こういう採血の仕方を目の当たりにしたら、これはこれでアウェイ感高まるのではないかと皆さん思われるかもしれませんが、周りの親御さんも引くんじゃないかと思われるかもしれませんが、このやり方をエレガントにやるとそうでもないんですね。私が「採血します」と言うと、看護師さんが何も慌てない素振りで、「はい先生」と言って採血注射器を私の口にくわえさせるわけです。他の看護師さんが赤ちゃんを押さえ、私はシュッと注射針を刺して、そ

研修医時代の経験



目的への
強いコミットメント
+
手段の
柔軟な選択

して赤ちゃんは泣きません。ものの数秒で採血が完了します。親御さんも「何かおかしいな」とは思うわけですが、赤ちゃんも泣いてないし安全に採血が終わっています。特にクレームを入れるポイントが無いというわけですね。

教科書通りのやり方ではないけれども、安全に仕事をこなすミッションにコミットし、仕事を自分なりのスタイルで行えるようになったのです。

当事者研究の成果

この私の経験は一つの示唆があると思っています。

今、世界の就労支援のパラダイムが大きく変わってきています。先ほど障害のパラダイムが80年代に医学モデルから社会モデルに変わったと話をしました。就労支援のパラダイムは【Train and Place】トレイン&プレイス型から、【Place and Support】プレイス&サポート型に変わってきているのです。

トレイン&プレイスは、現場に出る前に十分に訓練をし、ある基準を満たしてから現場に配置します。プレイス&サポートは、最小限のアセスメントとトレーニングにして、むしろ現場に配置した後のオン・ザ・ジョブに大量の資源を投入する方法です。お金の使い方や人の使い方の配分を変えたわけですね。

入る前ではなく、入った後に投資するようになったのです。同じ額の投資をして、どちらの方が就労定着率や本人の満足度、精神疾患の再発率が高いかという調査が世界中で行われています。答えは明確。トレイン&プレイスの時代は終わりました。プレイス&サポートの時代が始まったのです。

ですから、就労する前に仕上げるという発想はあまりコスト・ベネフィットが良くありません。事前のトレーニングでは、その間に自信をどんどん失っていくこと、そして現場に出なければわからないことの方が多からずです。汎用化できる能力が事前に身につくわけがないという当たり前のことが、障がい者就労でも確認されたのが、この約10年間に起き

たことです。

ところが、特に精神科領域では、未だにトレイン&プレイスが残っています。イギリスの研究者がこれほど確証もあるのに、相変わらず何故トレイン&プレイスが続けているのかを調べました。誰が邪魔しているか。それは障がい者本人ではありませんでした。家族でもなかった、そして就職先の企業でもなかったのです。それは誰だったかという支援者だったんですね。例えばそれには医者も含まれません。障害がある人をサポートする支援者の悲観主義が邪魔をしていたのです。

まだあなたには早い、具合が悪くなるのではないかという悲観主義が就労支援の妨げになっていたということをイギリスの論文は報告をしています。さらに面白いのは、その悲観主義に介入するプログラムを開発したんですね。支援者の悲観主義を楽観主義に変換させる介入をしたわけです。そうしたところ、本人に介入するよりもはるかに効率が良かったということが分かったのです。

高信頼性組織と呼ばれる救急医療や原子力潜水艦など、失敗が重大事故につながって人の命が失われるような組織に関する研究が、最近、障がい者の就労支援にも応用できる部分があるのではないかと注目されています。絶対に失敗が許されない組織で、少しでも組織の学習能力を高め、失敗を減らすための条件を研究したのが高信頼性組織研究です。この研究は、組織に必要な3つの条件を教えてください。条件その1は、「センスメイキング」。今、現場で起きていることは何なのか、その解釈の枠組みを「物語」という語で表現させていただきますが、この物語を随時アップデートし続けられる状況。つまり想定外のことが起き、失敗した時に物語をアップデートせずにはそれは例外だとして無視するのではなく、物語の側をアップデートしていくのがセンスメイキングです。

条件その2は、「集合的マインドフルネス」です。

私たちの意識は想定外を無視しがちです。そんな

ことはまあ例外でしょうと。特に物語に固執して更新が止まると、想定外を受けいれにくくなります。マインドフルネスは、想定外をきちんとキャッチする状況を仲間と一緒に、つまり職場の人全員が持つということです。

そして、条件3は【Just Culture】ジャスト・カルチャーです。

これは、失敗した原因を個人に帰属させない文化のことです。常に失敗の原因は、個人ではなく、組織という構造の中にあるという考え方です。失敗を減らしたければ、失敗した個人を罰しないこと。失敗を個人に帰属させて罰してしまうと、人は失敗を隠すようになりますね。失敗というのは組織にとって唯一の学習資源です。物語をアップデートさせるために必須です。隠されてしまったら組織の学習能力は停止します。当然、個人の学習能力も停止します。個人と組織の学習を最大化するには、ジャスト・カルチャーが常に重要であると言われているわけです。これは、高信頼性組織の問題だけではないと考えます。ありとあらゆる組織、そして障がい者就労の現場でも極めてこの3条件は重要だと思うのです。

実際私がしばしば参照している障がい者就労の先進地域のひとつがやはりイギリスなのですけれども、障がい者就労の現場に原子力潜水艦や航空機産業の専門家などが入ってきているんですね。つまり、高信頼性組織のノウハウを障がい者就労に応用しようという動きが盛んに行われています。

それからもう一つ。個人のレベルで見ても、失敗した時に私たちはくよくよしますね。くよくよすること自体は悪いことではないですが、くよくよするスタイルには2種類あると言われています。「ルミネーション〈反芻〉」と「リフレクション〈省察〉」です。ルミネーションは、誰が悪かったのか、自分なのか、他人なのか、上司なのか、部下なのか、犯人探しをするような発想でくよくよ考えるスタイルです。それに対してリフレクション・スタイルは、自然現象と同じように分析します。自然現象には犯人

がないですね。物理法則に従って自然現象が起きるので別に犯人はいません。特定の個人が何かしたわけではないのです。それを人間がかかわる現象にも適用するような振り返り方をリフレクションと呼びます。ルミネーションではなくてリフレクションで失敗を捉え直し続けるというのが高信頼性組織においても非常に重要です。

想定外や失敗が起きた時にジャスト・カルチャーの方に行くというのが、組織が向上するためにも、個人が成長する上でも必要で、おそらく私の経験やエビデンスを通じて思うのは障がい者就労においてもポイントになるだろうと思うわけです。障がい者就労は、組織を犠牲にして行うものではなく、すべての組織、すべての社員にとって、重要な組織変革の条件なのではないかと思うわけです。その一つの提案として、組織の中にこうしたジャスト・カルチャーですとか、高信頼性組織の条件を導入する時、具体的な方法論の一つとして私は当事者研究も候補になるのではと考えています。

私たちのデータでは、当事者研究をやった人はやってない人よりもリフレクションの割合が高いということも分かっています。当事者研究は、その名前が象徴するように、研究という言葉を非常に重要視しています。

先ほどの高信頼性組織の三条件を思いだしていただきたいのですが、この三つを要約すると、まさに「研究的態度」がキーワードになるんですね。想定外のことが起きた時に、それを説明することができるものへと、信念体系をアップデートし続ける態度は、研究と呼ぶにふさわしいものです。この研究的な態度をすべての組織のメンバーが持つことが重要です。それを具体的に実施するための一つの方法として当事者研究があると思います。

当事者研究はどのようなことをやるかということ、まずは「自分は研究者なのだ」という態度を持ち、自分の身に起きたさまざまな失敗や苦勞を価値中立的に振り返ります。そしてそれを仲間とシェアをすることで、苦勞のメカニズムやパターン、自分がどういう風に生きてきたのか、そしてこれから生きてい

くのかという物語を共同制作していくことが当事者研究です。

この自分の物語は非常に重要です。専門用語では、自伝的記憶と呼びます。これは、コミュニケーション能力、将来の展望力、新しいアイデアを生み出す想像力と関連していることも分かっています。これは従来、ASDの方々が不得意だとされてきたものなんですね。

ところが私たちの臨床研究によると当事者研究に参加したASDの方は、自分と似た経験をもつ当事者同士で経験を分かち合うことを通じて各々の自伝的記憶を構築し、その結果、この三つの能力が向上する可能性があるということが示されつつあります。当事者研究をマニュアル化して、プログラムとして提供できる準備も整っています。

今徐々に一部の企業の方、特に人事の方を中心に、当事者研究を職場で導入してみたいとおっしゃっていただける方が増えてきています。ぜひ、ご関心があればお声がけいただければと思います。

障害理解から相互理解へ

最後に一つ宣伝させてください。

ここまでの話は、障害がある人を健常者が理解するというものが中心でした。けれども、相互理解がやはり大事だろうと考えています。同じ研究室にいる、ASDの診断を持つ研究員の綾屋さんは、ソーシャル・マジョリティ研究という取り組みを最近始めました。むしろ謎なのは健常者の方で、障がい者から健常者を理解する取り組みも必要なのではということです。発達障害がある方に集まっていただいて、「健常者のこういうところが分からないよね」という意見を集めました。健常者のメカニズムを科学読本のような感じで明らかにする書籍を2018年12月に「ソーシャルマジョリティ研究」として出版しました。これもぜひおすすめですよ。

上司がよく、新入社員に向かって、「普通に考えてそれ失礼だろう？」と言うことがありますね。この普通とは、いったい何なのか。私たちは一体どういう行動に従って普通というものを定義しているのかを理解するための教材として使うことができると思っております。

ご清聴ありがとうございました。



講師プロフィール ● 熊谷晋一郎 くまがや・しんいちろう
東京大学先端科学 技術研究センター 当事者研究分野 准教授、小児科医。

1977年、山口県生まれ。新生児仮死の後遺症で、脳性マヒに。以後車椅子生活となる。

東京大学医学部医学科卒業後、千葉西病院小児科、埼玉医科大学小児心臓科での勤務、東京大学大学院医学系研究科博士課程での研究生生活を経て、現職。専門は小児科学、当事者研究。日本発達神経科学学会理事。

主な著作に、『リハビリの夜』（医学書院、2009年）、『発達障害当事者研究』共著、医学書院、2008年）、『つながりの作法』（共著、NHK出版、2010年）、『痛みの哲学』（共著、青土社、2013年）など。

ACEアワード 2018 グランプリ発表

基調講演に続き、ACEアワードの発表が行われました。

ACEアワードは、ACEの目指す「企業の成長に資する新たな障がい者雇用モデルの確立」の観点から、そのモデルとなる事例の募集、発掘を行い表彰するものです。会員企業各社からの推薦を受け、厳正な審査のもと、今年度は、下記の5名の方がロールモデルとして選定・入賞し、その中から特に顕著な業績をあげた2名の方にグランプリと特別賞が授与されました。



前列向かって左より、遠藤さん、馬場さん、林さん、菊武さん、松村さん、
後列向かって左より、野崎監事、宮本理事、下野代表理事

ACEアワード グランプリ

積水ハウス株式会社 ^{はやし としあき} 林 俊明さん

大阪南シャームゾン支店 設計課所属
設計課のチームリーダーとして設計業務、チームメンバーの育成に励む

1級建築士を目指し、障害のハンディを乗り越え、4年がかりで合格。また1級施工管理技士の資格も取得し、施工現場での効率・施工方法等の知識を踏まえ、設計業務に従事しています。当時は制度化されていなかった「地域勤務職」から「総合職」への転換に挑戦し見事合格。現在、部下3名が抱える案件の進捗管理や作業時間の管理を行い、後進の育成にも日々尽力している点などが高く評価されました。



グランプリを受賞された積水ハウス株式会社の林 俊明さんは、スピーチの中で「障害は個性だと日頃言われたりもしますが、私にとって障害は障害でしかありません。皆さんが思っている以上に障害があることは苦しいことであって、心にも辛いものを抱えてしまいます。ただその中で、辛い時に支えてくれた同僚の存在が今の私を作ってくれました。私も誰かの支えになれるよう今後も努力を惜しまないつもりです」と涙で声を詰まらせながらお話しされたのがとても印象的でした。

ACEアワード 特別賞

KDDI株式会社 ^{きくたけ ゆみこ} 菊武 由美子 さん
広域量販統括部でスタッフ管理を担当

音声機能障害、国の指定難病である高安動脈炎がありながらも、専門知識が乏しい営業担当者や代理店と円滑にコミュニケーションを取り課題解決を図るために、自らコーチングやカウンセリングの学校に通い、3つの民間コーチング資格とカウンセリングのプロ資格を取得。同じ境遇の人を励ましたいと、口唇口蓋裂をテーマにした絵本「神様のプレゼント」を出版する等、社会的活動にも積極的にチャレンジしている点が評価されました。



ACEアワード入賞

株式会社JALサンライト ^{えんどう まさよし} 遠藤 正義 さん
JALグループ社員が航空機を利用する制度の管理や運用に関わる業務のチームリーダー

30代の時に徐々に視力が衰え、15年ほど前に重度障害となり、光を感じる程度の視力になりましたが、音声読み上げソフトなどの補助具を活用して業務に従事。本年10月には、ミャンマー福祉担当大臣の視察を受け、自身が健常者と同じように働いていることが紹介されました。



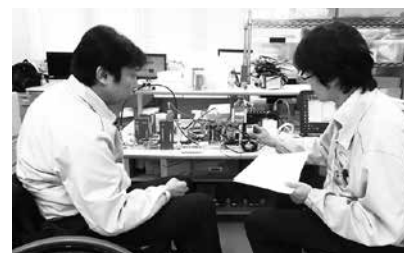
株式会社JTBデータサービス ^{ばば さなえ} 馬場 早苗 さん
JTB 教育旅行名古屋支店で営業推進課に所属

聴覚障害がありながらも、筆談やパソコンの画面での文字データのコミュニケーションを駆使し、お客様のニーズに即した企画を設計し多くの実績をあげました。



株式会社堀場エステック ^{まつむら よしのぶ} 松村 喜慶 さん
流体計測制御装置メーカーの生産技術部にて主力製品群の量産設備等の設計を担当

高いスキルと経験を活かしておよそ30種もの設備設計を担い、品質安定・向上、生産性向上・省人化といった成果をあげました。



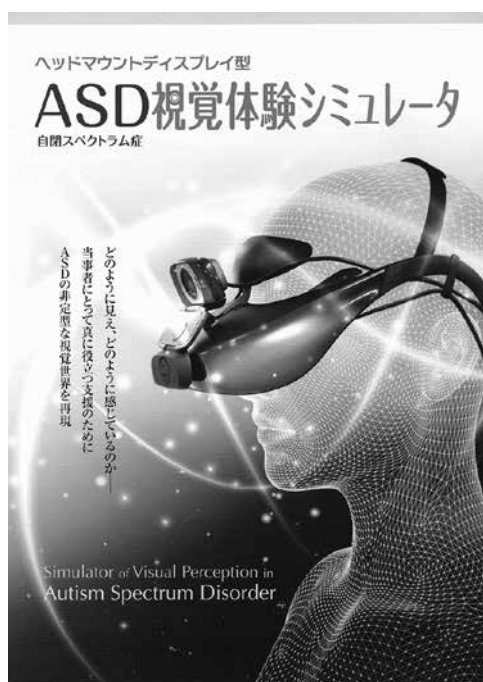
ASD(自閉スペクトラム症)の非定型な視覚世界を体験 ASD視覚体験シミュレータを相互理解に活用

一般社団法人企業アクセシビリティ・コンソーシアム(ACE)では、会員企業による定例会を実施し、各活動内容の報告を共有、障がい者雇用関連の勉強会を行っています。2019年1月16日に開催した定例会では、株式会社LITALICO LITALICO研究所 チーフリサーチャーの本間 美穂 様にASD(自閉スペクトラム症)の視覚世界についてご講演いただき、その世界を見せるASD視覚体験シミュレータの体験会を行いました。

(ASD視覚体験シミュレータは、2018年12月10日に開催された「ACEフォーラム2018」でも展示、体験会が行われました。)



発達障害の1つであるASDは、これまで対人コミュニケーションに難しさがあるものと考えられてきました。しかし、最近の研究では、感覚過敏や鈍麻が原因で、社会性の困難さを抱えているとされています。視覚や聴覚のコントラストが強調されパニック症状が起きる、感覚過敏の場合は人との接触を避けるため人との距離を置くなどです。コミュニケーション以前に触覚、視覚、聴覚、嗅覚、味覚などさまざまな感覚で困難が存在しています。



ASD当事者の方々に協力いただき開発したのがASD視覚体験シミュレータです。これは、普段ASDの方々がどのような世界を見ているか、その視覚体験を実装しています。

例えば、砂嵐のような細かい散らつきがある、明るさが強調されものすごく眩しくなる、無彩色化されモノクロ映像に見える、輪郭がぼやけるなどです。これは常にこう見えるのではなく、不安が強くなった時、生理的状态が不安定の時、過度の緊張感が高まった時などに強く現れます。落ち着いた状態では発生しにくいとされています。

どのような環境要因で生じるのか、輝度、動きの激しさなどこれまで主観的に経験されていたものを数値化し、例えばこの数値まで動きが早くなる場面ではモノクロ映像になりがちなどの関係性が分かってきました。それをシミュレータにしたのです。

代表的な3つの例をご紹介します。

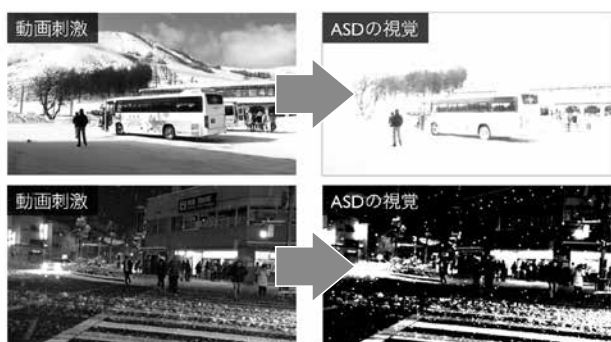
1つ目は、輝度によるコントラストの強調です。スキー場など一面の白銀の世界では、誰でも眩しく見えますが、少しすると目が慣れてきます。ASDの方は、これがいつまでたっても慣れてきません。こうした状況が日常的に起こりやすいのです。ASDの方は、瞳



孔の黒目の部分が大きいため、黒目で明暗を調整するのが難しく、また眼球レンズの収縮率も低く、眩しい状態が眩しいまま絞りきれないのではないかとの研究が進んでいます。

2つ目は、動きが激しいとモノクロ化され不鮮明になるものです。駅のホームで、高速で電車が入ってくると色が消えぼやけてきます。「黄色い線の内側でお待ちください」のアナウンスの黄色い線が認識できなくなります。ASDの方は、視野の中心ではなく周辺視野からの情報に強く依存していることがわかってきており、敏感な周辺視野に含まれる不鮮明な信号が顕在化するのではと考えられています。

3つ目は、動きと音量の変化により無数の点が現れるものです。例えば、雪が降っている交差点では、走行する車、行き交う人の動きや音により、砂嵐のような光る点が発生します。これは、偏頭痛を患っている方にも見られる症状で、同様の脳活動が起こっているのではないかと推察されます。



情報通信研究機構 長井主任研究員の承諾のもと、CREST認知ミラーリングのホームページ (<http://cognitive-mirroring.org>) より引用

ASDの方がショッピング・センターに行きたがらないとしたら、それは対人コミュニケーションが苦手なのではなく、目がチカチカして疲れるから行きたくないのかもしれない。

このASD視覚体験シミュレータは、このように周囲の者が疑似体験することで、ASD当事者の困難を

理解することができます。一方、当事者の方が疑似体験し、これまで自分の見えている世界が特別なものだと思っていなかったが、特殊な見え方をしていたのだという発見につながるケースがありました。これまで「辛い」と思っていたことを「辛い」と言っているのだと確認することができるようになったのです。職場に置き換えると、眩しいからサングラスをする、聴覚過敏だからイヤホンをするなどの対応や環境作りの必要性を周囲の方々が理解し実践することができます。このシミュレータを相互理解に役立てるため、企業や教育関係者などへの体験会を実施しています。

講演後、ACEのメンバーもASDの方々が見ている世界をシミュレータで体験しました。ヘッドマウントディスプレイは、上下左右前後どこを向いても映像が見られるため、没入感があり、より当事者の困難な世界を体験することができました。

体験後の参加者より、「これは仕事に支障があるレベルということがよく分かった。周りの社員が配慮すべきと実感した」「仕事だけではなく、日常生活でもケアすべき」「書面で読んだだけでは分からなかった困難さが理解できた」との声が聞かれました。今後のACEでの活動にも役立てていきます。



株式会社LITALICO

障がい者の就労支援・定着支援や、発達障害の特性のある子どものソーシャルスキル・学習支援の事業等を行っています。ASD視覚体験シミュレータは、情報通信研究機構 長井 志江 主任研究員、東京大学先端科学技術研究センター 熊谷 晋一郎 准教授との共同研究によって開発され、株式会社LITALICOの協力を得て一般の方を対象としたASD知覚体験ワークショップで公開されています。

閉会の挨拶

ACE理事 清水建設株式会社 代表取締役会長
宮本 洋一

本日はお忙しいところ、お集まりいただきまして、本当にありがとうございました。

ACEが社団法人として歩み始めてから5年が経過し、今年は特に障がい者雇用に注目が集まった1年だったと感じています。4月に障がい者雇用の法定雇用率が引き上げられ、国や地方の自治体、都道府県などの教育委員会、そして民間企業と、それぞれの場において、さらなる努力が求められるようになりました。障害のある人を、今後さらに多く採用していくにはどうすれば良いのか、さまざまな方法を考えるとともにその推進にもっと多くの力を注がなければなりません。

しかし、ACEの活動は、決して法定雇用率の達成だけを目的とした障がい者雇用の推進ではありません。障害というダイバーシティーを生かした新たな価値の創造と、企業風土の変革を目指しています。そして、企業の成長に資する障がい者雇用モデルの確立を目的としています。

本年も各企業で活躍されている皆さんをACEアワードとして表彰を行いました。受賞された皆さんには、改めてお祝いを申し上げます。本当におめでとうございます。皆さんは、さまざまな面でロールモデルとしての立場になられ、注目を集めることとなり大変だと思いますが、今後の益々のご活躍を期待しています。

受賞式の話の中でもありましたが、総合職への転換の実現などが会社の制度として定着してきたことは、非常に大きいことだと思います。

一方、今年度はACEとして初めて、障害のある学生のインターンシップ・プログラムの受け入れに挑戦し、また、発達障害についての勉強会を開催するなど視野と間口を広げる活動にも重点を置きました。10月には、IBM天城ホームステッドで一泊二日のオフサイトミーティングを実施し、代表の下野さん



と私も参加しました。ACE会員の皆さんが、今後のACEについて熱く語り合う姿を拝見して、大変頼もしく感じたところです。

ACEの活動は、短期的には成果が見えにくい面があると思います。会員の皆さんは、自分の会社の業務が忙しい中、手弁当で熱意を持って、活動を行っていただいています。それぞれの会社の経営層の皆様には、会員の活動になお一層のご理解とご協力をお願いいたします。

こうした活動を行っている企業コンソーシアムがあることをさらに多くの皆様に知っていただき、ご参加いただくことで、現在の障がい者雇用の考え方を変えていくことにつながればと思っています。

そして、本日は、熊谷先生に基調講演をしていただきまして、本当にありがとうございました。改めて御礼を申し上げます。当事者研究は、障害のある



人たちの問題点や困りごとについて、ご本人たちだからこそできる研究開発だと実感しました。社会は、障害のある方たちを助けてあげるという考え方から、全ての人々が共に助け合い一緒に生きていくという考え方によって変わってきており、共に成長していくという構図に変えていかなければなりません。障害のある方々のニーズや知見を取り入れ発展させることにより、新たなビジネスモデルを作っていくポジティブな発想ができれば、障がい者雇用推進の社会から真のインクルーシブな社会の実現につながっていくと考えます。

私は、建設会社にいるので、どうしても建物など

のインフラ側で何とかできないだろうかと思ってしまいがちです。実際は、そうした物的環境も大切ですが、もっと大切なのは、その人がどう思うか、どう考えるか、どういう風にしていこうかといった人的環境の方がより大切であるというお話を伺い、大変勉強になりました。今後、産学官で協力し合い、障害のある方たちの能力が発揮でき、すべての人々が共助で生きていく世界を実現していくことを目指す中で、ACEが更に飛躍することを祈念し、ご挨拶とさせていただきます。本日は長時間にわたりACEフォーラム並びに、ACEアワードにご参加いただき誠にありがとうございました。

コラム 音声ナビゲーション・システム

ACEフォーラムの会場となった清水建設株式会社 本社ビルには、音声ナビゲーション・システムが導入されています。視覚障がい者や車椅子利用者がスマートフォンを利用してスムーズに館内を移動できるよう支援するシステムです。2017年に東京都中央区の日本橋地区で実証実験が行われ、国内では初めて清水建設本社ロビーにて本格稼働が開始されました。

ACEフォーラム当日も、来場者の多くが体験されていました。屋外では、GPSにより正確な位置情報がつかめます。しかし、屋内ではビルの階層もあり難しいため、ビーコンという小さな機器を天井や床下に設置し、そこからの信号で自分の現在位置を特定します。例えば、あと何歩で階段があります、どちら側に手すりがあります、あと何歩でエレベーター・ホールへ出ますといった情報をスマートフォンを通じて伝えられるようになりました。

また、清水建設本社ロビーに展示されている同社の歴史資料の説明を音声で聞くことができます。

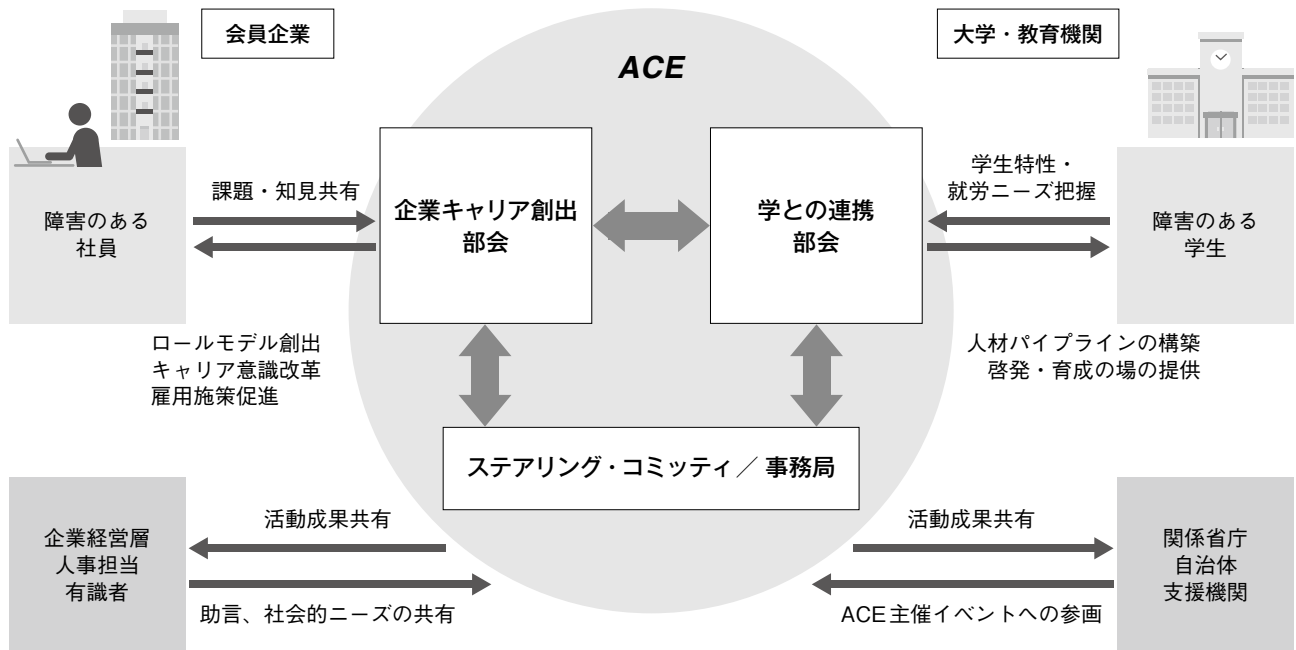
こちらにもビーコンからの位置情報をキャッチし、展示の前に立つと自動的に説明の音声スマートフォンより再生されます。

このシステムは、外国語対応もされており、空港や観光施設などに導入すれば、多くの効果が期待できます。



ACEの活動について

ACEの活動は2カ月に1度の定例会と任意の部会活動によって構成されています。また年1回、ACEフォーラムを開催し、年間の成果を発表するとともに、会員各社で活躍する障害のある社員、障害のある社員の活躍を支援する取り組み事例を表彰しています。



ACE入会には現会員企業からの推薦が必要となります。またACEでは各社の人事施策を検証および表彰する選考の際に、各社の社員の個人プロフィールなども取り扱います。このため、会員企業が安心して積極的な議論を行えるように、厳しい入会基準(社外秘)を設け、新規会員企業の入会については理事会の承認事項としています。入会についてはACE事務局(e-mail: hq@j-ace.net)またはACE会員企業にお問い合わせください。

ACEに関する情報は、ホームページ、facebookページも合わせてご参照ください。

ACE ホームページ

<https://www.j-ace.net/>

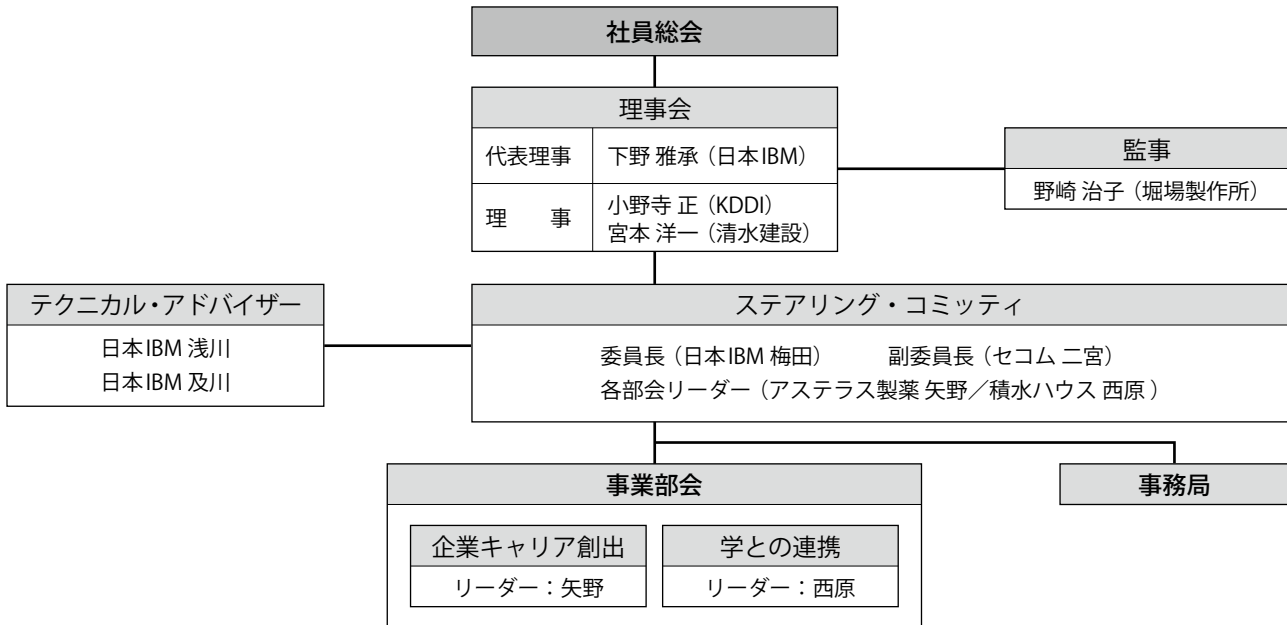
ACE facebookページ

<https://www.facebook.com/ACEforJapan/>



ACE組織体制(第6期)

- 総会：年1回
- ステアリング・コミッティ：随時
- 理事会：年2回
- 定例会：年6回(オフサイトミーティングを含む)
- 部会：随時



会員企業

第6期会員企業 33社(50音順)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 株式会社 IHI | 株式会社ニチレイフーズ |
| アサヒビール株式会社 | 日産自動車株式会社 |
| アステラス製薬株式会社 | 日本アイ・ビー・エム株式会社 |
| キャノンマーケティングジャパン株式会社 | 日本航空株式会社 |
| KDDI 株式会社 | 日本通運株式会社 |
| 株式会社神戸製鋼所 | 株式会社博報堂 DY ホールディングス |
| 清水建設株式会社 | パナソニック株式会社 |
| 株式会社JTB | 株式会社パレスホテル |
| 株式会社JVCケンウッド | 富士ゼロックス株式会社 |
| 積水ハウス株式会社 | ブルームバークL.P. |
| セコム株式会社 | 株式会社ブリヂストン |
| 全日本空輸株式会社 | 株式会社堀場製作所 |
| 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 | 明治安田生命保険相互会社 |
| 株式会社大和証券グループ本社 | ヤマトホールディングス株式会社 |
| 中外製薬株式会社 | 株式会社 LIXIL |
| TOTO株式会社 | 株式会社りそなホールディングス |
| 凸版印刷株式会社 | |

