

同志社大学

2014 年度 卒業論文

論題：阪神・淡路大震災の被災障害者が経験したディスアビリティ
は被災地社会の何によってもたらされたのか
——ICF を用いた、被災障害者のドキュメント分析から——

社会学部社会学科

学籍番号：19111078

氏 名：辻井 峻

指導教員：立木 茂雄

(本文の総文字数：31,053 字)

要旨

論題：阪神・淡路大震災の被災障害者が経験したディスアビリティは被災地社会の何によってもたらされたのか
——ICF を用いた、被災障害者のドキュメント分析から——

学籍番号 19111078

氏 名 辻井 峻

日本では長い歴史において地震の被害に悩まされ、その度に「復旧・復興」の必要性が論じられてきた。他の諸地域に比べてその数が多いことから様々な分野から被災地研究や被災者研究がなされてきた。

しかし被災障害者と被災地について医療分野や福祉分野から論じられた論文の数が多い一方で社会学から両者の関係性を具体的な指標を用いて調査された論文はほとんどなく、両者の関係性が環境的要因や個人的な要因から調査・研究されてきたとは言い難い。

本論文の目的は、被災障害者が被災地社会において経験しうる困難は、果たして被災地社会のどのような特異性によって招かれているのかを明らかにすることである。環境的要因や個人的要因、その他能力に関する指標に WHO が発表した ICF(国際生活機能分類)を用いて、被災障害者が経験する困難・不安・活動の制限について、被災地社会の何が原因にあたるのかを検討し、明らかにする。また、社会に原因があることを明らかにすることを通じて、今後起こりうる震災などによって生まれる、被災障害者に対して理解の手を差しのべる一助になることを期待する。

キーワード：被災障害者, ICF, ディスアビリティ

目次

はじめに	1
1 「障害」とは	2
1.1 「ディスアビリティ理論」における「障害」者	
(1)障害の個人化から社会化	
(2)「障害」者の不利益	
1.2 ICIDH(国際障害分類)と ICF(国際生活機能分類)	
1.3 ICIDH と ICF に対する批判	
2 災害時における社会	6
2.1 日本と地震	
2.2 復興・復旧の時間的推移	
2.3 被災地社会研究	
2.4 ICF を用いた被災地社会研究	
3 調査概要	9
3.1 調査方法	
(1)調査対象	
(2)調査方法	
(3)調査用具	
4 調査結果と分析	11
4.1 障害種別による分類	
4.2 各フェーズの障害種別 ICF ラベル結果・分析	
4.3 一般社会における障害者のディスアビリティ	
4.4 被災障害者の ICF ラベルに関するまとめ	
おわりに	27

謝辞

参考文献

参考 URL

はじめに

日本は全世界の諸地域に比べて比較的震災が多い地域である。近年でも 2011 年 3 月 11 日の東日本大震災や新潟県中越沖地震、1995 年 1 月 17 日の阪神・淡路大震災など規模の大きな地震が頻繁に起こる地域である。その地域の特性上、被災からの「復旧・復興」がその度になされてきたし、復興についての研究はほかの地域よりも進んできた。だが、具体的な指標を用いて行われた、被災障害者と被災地社会についての社会研究はほとんど見られず、被災障害者については医療分野・福祉分野からの研究が数を占めていた。また、復興についての研究も多くの場合が一般的、つまりマイノリティとしての被災障害者を対象にしたものが少なく、多くは健常者を想定したものが多かった。

被災障害者と被災地社会を社会学の分野から論じる上で、障害者が普段の生活で困難を抱えるときにその困難の原因はどこにあるのかをまずは理解しないと行けない。障害学では、障害者は身体器官の能力不全(機能障害・インペアメント)を有し、社会の中で活動が制限されることや、行動そのものができなかつたりすること(能力障害・ディスアビリティ)の存在について指摘している。イギリスで 1970 年代に提唱された「ディスアビリティ理論」では「個人モデル」と「社会モデル」が挙げられており、後者の社会モデルではディスアビリティは心身機能の不全によって起こるものではなく、心身機能の不全を持った障害者が生活しにくい社会構造そのものがディスアビリティを生んでいるという理論枠組みである。

そこで本論文では、このディスアビリティ社会モデルの理論構造を利用して、一般社会とは違う被災地社会で、どのような社会構造の特異性や被災地社会の特質が、被災障害者のディスアビリティを生み出しているのかを調査・分析する。

その方法として筆者は、都市直下型で多数の被災者を生んだ阪神・淡路大震災を調査の軸に置き、その大震災下の被災障害者を調査対象とした。当時の被災障害者本人らの記述を集めるため多くの 1 次資料、2 次資料をあたり被災障害者が実際に経験した困難についての記述を集めた。そのうえで被災障害者がどのようなことに困難を感じ、被災地社会のどのような環境がその困難を生んだのかを、ICF という能力・環境指標をラベル付けし可視化した。また、一般社会における障害者のあらゆるディスアビリティと比較し、この作業を通じて、被災地社会のどのような構造や特質が、被災障害者のディスアビリティを生み出しているのかを明らかにする。

本論文の構成は以下のとおりである。まず第 1 章では、「障害」についての考え方を「ディスアビリティ理論」によって紹介し、障害者が普段の生活で感じる困難の原因は個人の心身機能の障害そのものによってではなく、機能の障害を持つと暮らしにくくなる社会構造にあることを指摘する。また、調査用具として使用した ICF についても紹介する。続く第 2 章では震災と社会について論じ、被災地社会についての研究を紹介するとともに被災地社会の特異性や時間の連続性について紹介する。第 3 章・第 4 章では実際に筆者が行った阪神・淡路大震災の被災障害者についてのドキュメント分析の調査概要及び結果・分析を述べる。以上の構成で被災地社会における被災障害者のディスアビリティと、一般社会における障害者のディスアビリティとで比較して被災地社会のどのような特性によってディスアビリティが生み出されるのかについて検証する。

1 「障害」とは

1.1 「ディスアビリティ理論」における「障害」者

(1) 障害の個人化から社会化

障害学にはディスアビリティ理論という考え方があり、そのディスアビリティ理論には障害の捉え方として、「ディスアビリティ個人モデル」と「ディスアビリティ社会モデル」の2つの考え方が存在する。まずは障害という言葉について基礎知識を見ていきたい。広辞苑第6版によれば、「障害」とは一般的には個人的な原因や社会環境により心や身体などの機能が不完全にしか働かず活動自体に何らかの制限があることとされる。これら障害を持つ人々のことを「障害者」として、社会的に位置づけている。一般的に「障害」を持つということは健常者ではなく「障害者」であるということ、心身機能に何らかの機能不全があり、健常者と同等の能力を有していないために何らかの手助けを要しながら生活をするということである。

一般的に「障害」には2つの捉え方がある。たとえば、失明して目が見えない障害者がいたとする。彼は「目が見えない」という障害を持っている。この障害によって「本を読むことができない」、そして「道を歩くことができない」。ここで、「目が見えない」と「本を読むことができない」・「道を歩くことができない」の両者はともに障害であると言える。だが、イギリスで1970年代から活発になった「ディスアビリティ理論」においてはそうではない。前者の「目が見えない」を「機能障害(インペアメント)」と呼び、後者を「能力障害(ディスアビリティ)」と呼んだ。身体の構造的・機能的疾患及び異常を機能障害(インペアメント)と呼び、その機能障害によってもたらされる行動の制限を能力障害(ディスアビリティ)と呼んだのだ。そして能力障害によって社会的地位を得ることができない、つまり、働くことができないことや、社会的認知可能な地位などを有することができないこと、一般的な水準での生活を送ることができないことなどを「社会的不利益(ハンディキャップ)」と呼んだ(星加良司 2007)。

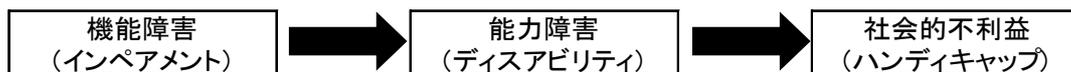


図1 ディスアビリティ個人モデル図式

図1を見てわかるとおり、この図式ではディスアビリティにまつわる諸問題を解決するという事は、直結してインペアメント、つまり障害者本人の持つ機能障害を改善することであった。身体の機能を改善もしくは治療し、能力を高めていくことがディスアビリティへの対処であり、機能を補うための処世は障害者本人が行うなど、ディスアビリティに関する問題が障害者本人の個人的要因に還元、もしくは責任が障害者本人に課されていくような考え方であった。こうした認識もしくは理論的枠組みを「ディスアビリティ個人モデル」という。

一方で、こうした社会的不利益は個人に因るものでないといった見方もある。こういった考え方のモデルを「ディスアビリティ社会モデル」という。この考え方は主に障害者本人らによる障害者団体などによって提唱された。インペアメントがディスアビリティを生

産しているのではなく、インペアメントを持つ人が社会で生活していく際に、ディスアビリティを障害者本人に感じさせる社会構造そのものがディスアビリティを生産しているとする考え方である。ディスアビリティに関する諸問題の責任を障害者個人やインペアメントそのものなどではなく社会にあるとするこの考え方は、イギリスにおけるこれまでの障害学の認識を変え、「障害」が「ディスアビリティ社会モデル」と「ディスアビリティ個人モデル」の双方の見方から論じられるようになり、発展していった(星加 2007)。

1970年代のイギリス障害学に端を発するこの2つのモデルは世界の障害学において普及している。現代日本では、身体障害者福祉法や知的障害者福祉法などの法律によって、身体障害者・知的障害者・精神障害者が「障害者」として国内の法的・社会的の立場として明記されており、障害者の対称的存在としての「健常者」はそれら心身に障害のない人を指す言葉として認知されている。日本国内で生活する人々が障害を持ったとき、全国市町村役場の障害福祉課にて障害者手帳が発行される。その障害者手帳に明記される障害等級によって、障害者は様々な福祉サービスを受けることができ、健常者と同レベルの水準で生活を送ることができるようになっている。全国市町村役場などの地方公共団体は、様々な公共政策・施策・公共サービスを投じ、障害者にとって暮らしやすい社会を目指している。

(2) 「障害」者の不利益

ディスアビリティは個人モデルと社会モデルの双方で障害者にとって「不利益」として認識されている。障害者団体やWHOにおけるディスアビリティの定義はおおむね「不利益」・「活動の制約」など、立場に差異こそはあるがディスアビリティの性質に関して一致している。ここでの立場の差異とは障害者団体が社会モデル的で、WHOが個人モデル的であるという意味である。

個人モデルではディスアビリティ解消はインペアメントの治療によって解消されるとしている一方で社会モデルでは社会の在り方に責任があると考えられている。その裏側では双方ともにディスアビリティを否定的に、「不利益」として認識しているという共通点が存在している。不利益としてのディスアビリティは社会のあらゆる場所で垣間見ることができる。障害者が経験するあらゆる不利益を、たとえば駅の利用に関しての移動や、買い物、就職、暮らしに関連する様々な活動など、社会的場面・社会的状況におけるあらゆる不利益がディスアビリティとして考えられている(星加 2007)。

つまり障害者は先天的もしくは後天的に身体に障害を抱えることで、個人の努力でインペアメントを治療しない限り、もしくはインペアメントを克服・完治、第3者の助けを借りてインペアメントを軽減しない限り健常者と同じように日々の暮らしを不自由なく送ることができないという不利益がある。もしくはインペアメントを抱える障害者が暮らしにくく、健常者にとってのみ暮らしやすいという社会で、福祉や法などの現行で施行されている社会制度が変わらない限り障害者にとっての不利益はなくならないということである。こうしたディスアビリティを不利益として考える認識は個人モデルと社会モデル双方で一致している。

このようにディスアビリティを論じる2つのモデルをこの章では紹介したが、こうした理論モデルの一方で「障害」に関する世界的認識・世界的障害指標がWHOから「ICIDH」

と「ICF」という枠組みで発表されている。次節では世界認識としての「障害」指標を紹介すると共に、社会モデルと個人モデルに関する認識をもう少し深めていきたいと思う。そして ICIDH と ICF の特徴を紹介するとともに、本論文の調査で使用するツールとして両指標の利点と挙げられる批判についても紹介したいと思う。

1.2 ICIDH(国際障害分類)と ICF(国際生活機能分類)

前節で述べた「インペアメント」・「ディスアビリティ」・「ハンディキャップ」に関して WHO(世界保健機関)は ICIDH と ICF という指標を発表している。

1980 年に発表された ICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)での社会的不利(ハンディキャップ)は、機能・形態障害による能力障害から誘発されるといった一方向的な解釈がなされていた。障害(機能障害・能力障害を含む)そのものがマイナス(社会的不利)を生んでいるとした考えで、障害そのものを改善すれば社会的不利が解消されるという考え方に立脚していた。一方で 2001 年に発表された ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)とは、人間個人のすべての行動に関して、それらの行動と行動が制限される要因とが相互作用することを規定し、さまざまな社会的不利や健康状態を分類化したものである。障害者だけでなくすべての人を対象にしていることも ICF の特徴であり、行動を制限するものが能力障害などの個人的要因によるものなのか、社会における設備・制度不足などの環境要因によるもののかなど様々な分類がなされている。

ICIDH は前節で述べた「ディスアビリティ個人モデル」の考え方にかかなり近いものであり様々な障害はどのようなインペアメントを持ち、どのようなディスアビリティを誘発させ、ハンディキャップとしてどのようなものが考えられるかなどがまとめられている。その一方で ICF に関しては環境要因や個人要因を示した分、インペアメント、ディスアビリティ、ハンディキャップの順に進むような一方向的な障害者解釈から脱することができている。ディスアビリティに関して多角的に、また健康状態に関しても多方面から考察することができる指標となっている。

ICF には 6 つの用語分類があり、「健康状態」、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」、「環境因子」、「個人因子」から構成されている。(1)「健康状態」とは疾病や偏重、けが、妊娠など人が普段から関係するような心身の状態まで含まれた広い概念となっている。脳性麻痺や自閉症などはここに含まれる。(2)「心身機能・構造」とは心身機能の問題や身体構造の問題などが含まれ、感覚に関する特徴や体の構造などが含まれる。(3)「活動」とは行動で「している行動」や「できる行動」などが含まれる。(4)「参加」とは通学、家庭への参加、社会への参加、通勤など社会的活動が属するグループである。(5)「環境因子」は道路構造や階段段差、交通機関、福祉機器などの物的環境や、身の回りの他者の態度や他者の意識などの人的環境、社会制度的環境などが属している。この環境によって障害は様々な捉え方ができる点で大きく ICIDH とは異なる。最後に(6)「個人因子」であるがそれは年齢や国籍、性別、価値観など個性に関する分類である。これら 6 つのグループに属する要因がさまざまに組み合わせられて、人の障害や健康状態を多層的・相互作用的に考えることができる指標である。

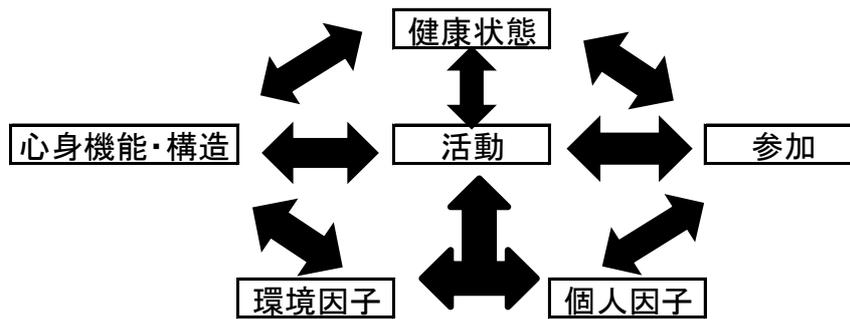


図2 ICFにおける構成要素間の相互作用

出典：厚生労働省(2004)，国際生活機能分類をもとより作成

こうした双方の特徴により、2001年のWHO総会において、障害者の生活機能と障害分類に関してマイナス面による分類(ICIDH)から、環境因子などを加味し、生活機能などのプラス面による分類(ICF)を採択した。ICFは2001年に採択された際にICIDHの改訂版であるとされ、さまざまな行動や能力に関して分類化できるという点で、ICIDHの上位互換と考えられ、あらゆる社会における障害者の社会的不利を可視化することができる。

1.3 ICIDHとICFに対する批判

ICIDHに関してはICFに改定されたことから、包括的な障害研究をする場合や障害者と社会の関連について研究をする場合において一方向的で個人に責任が由来する指標であるとして不十分であるという批判がある。その一方でICFに対してもこのような批判がある。それはICFにおける環境要因の項目に関して、社会的不利益(ハンディキャップ)の発生に生物学的・医学的な意味での身体の関与を示していることから、医療モデルと社会モデルの統合ではなく医療モデルと個人モデルの統合でしかないというものである。これはつまり医療モデルと社会モデルを統合してしまったことで双方どちらも不完全にたらしめているという指摘である(星加2007)。

それに加えて星加はさらに3つ批判点を挙げている。第1に、ICFでは能力障害(ディスアビリティ)の生成過程に関して、ディスアビリティに対する「社会的価値」や、否定性を付与する社会構造に焦点があてられていないこと。第2にICFがICIDHを継承して発展したものであるから、インペアメントが解剖学的・生理学的に定義されているということ。星加は、インペアメントは社会との関連で否定性の意味づけがなされた上で、その否定性そのものは人間の行動が制限される社会構造の末に成り立ったものであるにもかかわらず生理学的・解剖学的な解釈がインペアメントに対してなされてしまっている点に関して不完全であると指摘している。つまりディスアビリティに関してだけでなくインペアメントに対しても「環境因子」との関連で意味づけられるべきであるということである。第3にICFでは個人の自己抑制など内的過程を経た障害者の行動の制限に関して完全には扱われていないことについての指摘である。

だが、社会モデルと医療モデルの統合により双方不完全なモデルになっているのではないかという指摘に関して「医療」という観点でICFを見ればそうであるかもしれないが、社会的観点からICFを見た場合、インペアメント(機能障害) - ディスアビリティ(能力障

害) - ハンディキャップ(社会的不利益)のこの3つの成り立ちに関する考え方、また環境的要因や個人的要因を付け加えたこの指標は、身体問題 - 社会構造を考えるうえでかなり有用であると感じられる。また、星加の3つの批判・指摘についても紹介したが、本論文で筆者が実際に行った調査に関してはインペアメントについてはほとんど示さないため無視をするわけではないが、本論文でのICFの使い方についてはこの指摘はほとんど関係ない。星加の1つ目と3つ目の指摘について、ディスアビリティに関して社会構造が無視されているのではないかという点に関してだが、その点に関しては細心の注意を払ってこの論文ではICFを使用したいと思う。また、内的過程を経て生まれたディスアビリティについても注意を払って本論文では分析を進めたいと思う。

ICFの使い方や見方などは次章以降で述べるとして、今節で社会の中での障害者を考察する指標として一方向的なICIDHよりもあらゆる要因の相互作用を考察することができるICFが有効であり、被災障害者と被災地社会の関係性について、課題や問題点を明らかにするという点で可能性があることを述べた。その上で、次の章では一般的な社会と対照的である被災地社会について見ていきたいと思う。一般社会における障害者のディスアビリティと、対である被災地社会における障害者のディスアビリティを比較するうえで避けでは通れない被災地についての基礎知識を次章で述べることにする。

2 災害時における社会

2.1 日本と地震

前章まで述べた障害という話題と打って変わってこの章では日本社会において他の諸地域とはより密接に関連がある災害、主に震災について紹介する。被災地社会と被災障害者に関するテーマを論じる上で震災と被災地について少し見ていこうと思う。

日本社会においては長い歴史で「地震」に悩まされてきた。気象庁では1年間の地震発生回数を世界と日本で比較しているデータを公表している。世界で発生した地震のM(マグニチュード)別発生回数と日本で発生した地震のマグニチュード別発生回数が以下のよう

表 1 1年間の平均地震発生回数(世界)

マグニチュード	回数(1年間の平均)
M8.0以上	1
M7.0~M7.9	17
M6.0~M6.9	134
M5.0~M5.9	1,319
M4.0~M4.9	13,000(推定)
M3.0~M3.9	130,000(推定)

表 2 1年間の平均地震発生回数(日本周辺)

マグニチュード	回数(1年間の平均)
M8.0以上	0.2
M7.0~M7.9	3
M6.0~M6.9	14
M5.0~M5.9	140
M4.0~M4.9	約900
M3.0~M3.9	約3,800

出典：気象庁データをもとに作成

この表では世界で発生している地震のおおよそ10分の1が日本周辺域で発生していることが示されている。いかに日本および周辺地域では地震の発生回数が多く、日本が長い歴史の中で世界の諸地域に比べていかに地震に悩まされてきたかがわかる。壊滅的な損害状況に陥ってもその度に復興・復旧がなされてきたとも言える。

この100年で世界では大型の地震が発生してきたし、日本でも都市直下型や沖型などで大きな地震が発生してきた。戦前の関東大震災や最近では阪神・淡路大震災、東日本大震災などがそうである。都市化が進んだ現代日本におけるもっとも大きな被害があったのは1995年1月17日に発災した阪神・淡路大震災であるといえる。この大型でなおかつ都市直下型地震であった阪神・淡路大震災は「災害」研究の大きな転換点であった。それは「復興・復旧」や「災害」を社会的に分析することができ、その上、それを時間的なフェーズで追って調査することができたからだ。

社会や経済が元通りになり、再び盛んになっていく過程を調査するということは「復旧・復興」を再定義することができ、壊滅した都市に生活する被災者にとって「なにが」再建すれば「復興・復興」したと言えるのかを明確にすることができた。現在の東日本大震災の復興調査においても、阪神・淡路大震災の復興過程における定義や考え方が正しいのかどうかや新定義の提唱、復興過程比較などが行われており、東日本大震災で被災した東北3県が復興完了した際には震災防災学・災害社会学における「復旧・復興」の定義はより厚みを持つことになるだろう。

2.2 復興・復旧の時間的推移

「復興」の指標に関して「復興3層モデル」というものがある。これは都市計画にのっとり都市を復興させていく「都市再建」、その生活基盤の上に成り立っていたモノや金の流通に関する「経済再建」、そして人と人との関係や生活や暮らし向きの復興も指す「生活再建」の3つのことを言う。この3層の再建が完了したときに復興政策は完了したと言われる。

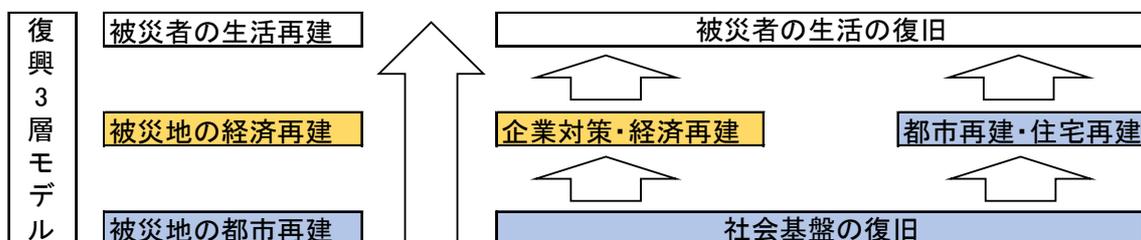


図3 復興3層モデルの簡略図

出典：復興の教科書(2014)、「復興のモデル」をもとに作成

被災地において復興・復旧が進んでいく過程におおよその時間的経過の指標がある。被災して10時間までは「失見当期」と呼ばれ被災者は何が起きたのか、何が起きるのが分からない状況期であると言う期間を指す。10時間から100時間の期間を「被災地社会成立期」と呼ばれ、被災者が状況を理解し、客観性を持って状況を見ることができるようになり、独自の秩序が被災地コミュニティに生まれてくる時期である。発災から100時間～1,000時間を「災害ユートピア期」と呼び、年齢や性別や国籍やステータスなどの身分に関係なく被災者同士が強いきずなを持って助け合い生きていく時期のことを指す。ライフラインが復旧し、仮設住宅の建設も進むにつれて協同生活が個人生活に戻っていく1,000～10,000時間を「復旧・復興期」と呼び、日常性を取り戻しつつ被災前と変わった

環境の中で日常性を取り戻していく時期のことを指す。そして約 100,000 時間を過ぎたころに復旧・復興が完了したおおよその目安となる（林春男 2003）。

表 3 被災地社会の時間的推移

時間対数軸	各フェーズ	補足
10^0	発災	
$10^0 \sim 10^1$	失見当期	何が起きたのかわからず自力で生き延びないといけない
$10^1 \sim 10^2$	被災地社会成立期	命を救う活動が中心
$10^2 \sim 10^3$	災害ユートピア期	助け合い・徐々に生活支の支障が改善されていく
$10^3 \sim 10^4$	復旧・復興期	社会のストック再建・人生と生活の再建
$10^4 \sim 10^5$	復興完了	

出典：林春男『いのちを守る震災防災学』（2003）をもとに作成

地震などの災害が発災した被災地では「10 の対数」の時間尺度で被災地の環境や復興に関するイベント、被災者個人の生活レベル、心理状況などがおおよそ推移していくということが阪神・淡路大震災やその後の大きな地震などの災害、東日本大震災についてわかっている（復興の教科書 2014）。

2.3 被災地社会研究

日本という国土の地理的要因から日本の周辺地域ではこれまで数多くの震災を経験し、その度に復旧・復興の過程を繰り返し、被災地社会の研究が他の諸地域よりも数多くなされてきた。前節でも紹介したが被災地社会はおおよそ 10 時間という時間の区切りの対数軸で変動している。被災地は復興までに 12 年弱がかかるとされているが、その期間をひとくくりにして「被災地社会」と呼ぶことはやはりニュアンスのズレを感じる。被災地研究はこの時間の節目ごとに、被災者心理・被災地社会調査は 10 時間の対数軸で行うことが実態把握をするうえで十分に理解しておかないといけないことがわかる。被災地を取り巻く社会は大きな 10 の対数時間軸で変わっていくので復興までの全時間をひとまとめにしては語るができないのである。

前節までに繰り返し述べたのだが、日本という社会は非常に特別な状況にあると言える。まず 1 つ目の理由に世界と比べてかなりの頻度で地震が起きる地域が日本周辺であるということ。これは世界でも類に見ない地域であると言える。2 つ目の理由に日本の諸地域は出自を限らず人が多く集まる場所であるということ。広いとは言えない国内面積で居住可能域が数多くあるということは「社会」が数多く存在しているということである。3 つ目の理由に日本国内にはバランスよく都市部や山域部、海域部がありそれぞれの地域に人が住んでいるということ。最後に日本が世界で先進国のグループに属しているということ。以上を踏まえて、日本にはあらゆる「社会」の種類が実在していて、それらは様々な背景と環境で日々動き続けているということから被災地社会を調査・研究するということが一重に単なる社会調査で終わらないということが言える。

2.4 ICF を用いた被災地社会研究

これまで地震などの被災と社会に関して、多くの被災地研究が行われ、被災者心理に関する論文や復興政策に関する研究論文が福祉、経済、医療など様々な分野から論じられてきたが ICF などの能力・環境指標を用いて障害者を対象にした被災地社会研究はほとんどなされてこなかった。日本という社会で震災がたびたび発災することから多くの研究材料が揃うことが幸か不幸か被災研究が多数なされあらゆる学者や機関によって数多く論じられている。もちろん障害者と被災地の関係性についても、東日本大震災に関しては高齢者や障害者の被災者・負傷者が多かったことから CiNii や Google Scholar などで論文の掲載数は多い。

障害者と被災者についての関係性についての研究はこれまでに数多くなされているし、もちろん障害者と社会の関係性、被災地社会と障害者の関係性についての研究はなされていることから論文掲載数も比例してかなり多い。だが、それら発表・掲載される論文は医療分野や福祉分野から述べられた論文が多く、被災地社会の中での障害者の立ち位置や課題を述べた論文というものは前者と比較して数は少ない。JDF(東日本大震災被災障害者支援本部)では仮設住宅を定期的に訪ね被災障害者の生活などの調査報告をまとめている。岩手・福島・宮城の東北3県にまたがって災害と障害者について活動報告を不定期でまとめ、障害者支援を行っている。だが、やはり障害者のディスアビリティを誘発させているものは社会の何なのかなどが具体的な指標を用いての研究成果や調査報告は乏しく、被災地社会の環境と障害者のディスアビリティについて相互作用的に論じられている論文はほとんどない。

『障害とは何か』の中でインペアメントやディスアビリティは社会が生成するという指摘がなされている。筆者はその点に関して同意する。その上で本調査では実際に被災障害者は発災後に、被災地社会のどの要因によりディスアビリティがもたらされ、通常社会において想定されうる障害者のディスアビリティについて比較検討していこうと思う。

ICF は医療分野では生きてきた「障害」に関する指標である一方で社会を論じる指標としてはその可能性をまだ開けていないように感じた。次章では実際に筆者が行った ICF を用いた被災者研究についてと、それに伴い先に述べた被災地社会の理論的解釈や障害者研究についての理論的解釈とともに説明する。

3 調査概要

3.1 調査方法

(1) 調査対象

障害者の被災者の数が多数出たケースとして、なおかつデータとして記述が得られる災害として、日本国内では 1995 年 1 月 17 日に発災した阪神・淡路大震災を採用した。その理由の第 1 に阪神・淡路大震災は近年大型の都市直下型大震災として被災者や負傷者が多く生まれたこと、第 2 に復興が完了したことから比較的文献からの記述が得やすかったということ、第 3 に都市直下型ということからかなりの被害により多くのディスアビリティが露見したことから調査対象にあげた。

阪神・淡路大震災に関する記述を得る方法として 2014 年 5 月中旬から 7 月初旬まで 20 数回に渡り、兵庫県神戸市中央区 HAT 神戸にある「人と防災未来センター」を訪ね、資

料採集にあたった。2003年に完成した当該施設の5階にある資料室には、「社会経済的な諸機能が高度に集積する大都市を直撃した直下型地震である阪神・淡路大震災の教訓を後世に残し、震災とその復興過程から得られた知識や知恵を世界に情報発信することによって、世界の災害対策に生かそう」という考えがある。その理念の元に、多くの文献や当時の生の記述が多数保管されている。書籍や文献などの多くの2次資料だけでなく、身体障害者や精神障害者、高齢者、健常者、ボランティア団体などから得た多くの被災者視点の記述や1次資料が多数残されていることから本調査では人と防災未来センターに足を運ぶに至った。

阪神・淡路大震災の被災障害者についての記述を収集するにあたって、約20冊の文献・書籍から被災障害者が発災直後から復興完了までの時間軸の中で「何に困ったのか」についての記述を集めた。ドキュメンタリー調の文献から災害支援団体の記述、多くのデータは被災障害者の手記や主観的記述が載っているものに絞り収集した。のべ人数で259人(各時間軸で集められた記述の総数)、発災直後から復興完了までの時系列を追って記述を得られたものは25人分集まった。それらすべて身体もしくは精神に何らかの障害が認められた被災障害者によるものである。

(2) 調査方法

本調査では、被災障害者の困ったことを10の対数時間軸で進む被災地社会の各フェーズで別々に収集し、その過程で挙げられた、「困ったこと」に関連するディスアビリティを検討した。それらディスアビリティにICFによってラベル付けし、被災障害者のディスアビリティを可視化した。

調査の過程で、前節で紹介した調査対象についてできるだけ詳細に記述を得た。その記述とは震災が起きて10時間の対数軸で区切られる各フェーズの中でその被災障害者は「被災してどのようなことに困ったのか。」ということである。たとえば四肢に障害を持っていて、車いすに乗って生活している障害者が存在したとする。その障害者が実際に大型の震災の被災者となった時、多くの場合で車いすの移動が困難になる。この場合、困ったことは「車いすでの移動が困難であった。」ということになる。実際にこの困ったことと相互関係に挙げられるディスアビリティというのは「自力で移動ができないこと」であると言える。このような被災障害者の困ったことを各時間フェーズの中で挙げられるものをリストアップしていき、その困ったことに関連するディスアビリティをラベル付けしていった。

それらラベル付けされたディスアビリティについて、一般社会で想定されうる障害者のディスアビリティと比較検討していった。困ったことに関連するディスアビリティのラベル付けの方法に関しては次節で詳しく説明する。

一般社会において想定されうるディスアビリティについては2005年から2013年度までの『障害者施策総合調査』(内閣府 2005-1)・『障害者の社会参加推進等に関する国際比較調査』(内閣府 2013)や『障害のある人を理解し、接するためのガイドブック』(名古屋市ホームページ 2012)を参照し、一般社会で考えられうるディスアビリティを網羅的に把握し、表を作成した。そしてこの一般社会における障害者のディスアビリティを参照して、被災地社会の各フェーズにおける障害者のディスアビリティはどのようなものを示すのか、どのような社会構造がそのディスアビリティを生み出しているのかを分析・検証していく。

(3) 調査用具

本調査では主な調査用具に ICF を用いた。被災障害者から得た「困ったこと」についての記述に関連するディスアビリティにラベル付けしていく際には、ICF の能力に関する記号を付していく。

そこで ICF の使い方について紹介する。ICF ではアルファベットと数字の組み合わせによって能力や健康に関する事柄など約 1,400 の項目が詳細に分類されている。様々な状態や能力がアルファベットと 3 桁もしくは 4 桁の数字によって分類された ICF をラベルとして被災障害者の「困ったこと」に関連するディスアビリティに付していく。

だが、たとえば「活動と参加」グループ(d4—)に属している「移動」に関する項目について、ICF では「歩行」(d450)、「歩行以外での移動」(d455)、「様々な場所での移動」(d460)、「道具を用いての移動」(d465)と 4 つ中分類されており、さらに「歩行」に関して「短距離歩行」(d4500)や「長距離歩行」(d4501)、「様々な地面での移動」(d4502)、「障害物を避けての移動」(d4503)など小分類がなされている。本来は小分類で分類し調査・分析した方が緻密でより良いデータが得られるかもしれない。だが、本調査ではリストアップされた「困ったこと」に関して詳細分類できるほどの量を得られなかったことや、入手した記述を小分類するには足りない情報に関して筆者の主観が入り込んでしまうことや、無理やり分類しデータが客観性に乏しくなってしまうようにアルファベットと 1 桁もしくは 2 桁の数字でラベル付けすることにした。また、特別補足が必要な場合は随時記載していく。

ここで改めて ICF はディスアビリティそのものを表す指標ではないということに注意しておく。前節で例に出した「車いすで移動することが困難であった」のは「自力で移動できないこと」がディスアビリティである。このディスアビリティに関連する能力は「移動」能力であり、それらをラベルによる分類をするために ICF の「活動と参加：“移動”(d4—)」という能力指標をラベルとして使用していることを注意しておきたい。

4 調査結果と分析

4.1 障害種別による分類

ICF ラベルを付けるにあたって、障害者の障害種別を分類した。阪神・淡路大震災における今回の調査では集めた記述の中に身体の機能に障害が見受けられるが、障害種別が明確に記載されていないケースが多く見られた。その場合は大分類としての「身体障害」とした。小分類として麻痺や脊髄損傷、骨粗しょう症など骨格機能不全などが原因で手足に不自由を持つなどを「肢体不自由」、「視覚障害」、「聴覚障害」、知的障害などを「精神障害」とし、神経機能や発達障害をもつ養護児童、内部に疾患を持つも特定の障害種別が明記されていなかったもの、オストメイトで自力排便ができないなどは「内部障害」とカテゴリー分類を行い集まった記述に id を振った。その上で ICF をラベル付し、どのようなディスアビリティが見られるのか確認した。

阪神・淡路大震災の 10 の対数時間軸における各フェーズでの障害種類別の記述は以下の表の数だけ集まった。以下の記述数に関しては、母集団や母集団の実数値に関連性はなく、筆者の収集した記述総数に関する紹介に過ぎないため細かな説明は省略する。

表 4 障害種別記述数

時間軸	身体障害	肢体不自由	視覚	聴覚	内部	精神障害	合計
0-10	6	23	14	9	14	15	81
10-100	9	10	9	5	16	12	61
100-1,000	10	17	12	4	18	7	68
1,000-100,000	6	8	14	3	4	14	49
合計	31	58	49	21	52	48	259

阪神・淡路大震災の被災障害者の「困ったこと」について発災直後から 100,000 時間までの範囲でのべ 259 個の記述を得ることができた。「失見当期」・「被災地社会成立期」・「災害ユートピア期」までは被災者支援や調査が頻繁に行われていたため比較的記述数が多いが時間が経過していくにつれて調査や被災者支援が少なくなっていく(それらはもちろんそれ自体がなくなっているわけではなく被災者自身の被災体験の克服や復興の経過によってのものである)ので復旧・復興期では記述自体が少なかった。

これら 259 個の記述に ICF でラベルづけをした。ICF で示されている能力を、被災障害者が実際に「困ったこと」に関連したディスアビリティ(健常者であれば発揮できる能力)に付けていく。(四肢不自由の障害者が被災時に移動に困難があったとするなら、ディスアビリティは「移動できない」ということであり、それに関連する ICF ラベルの、「移動」能力含む「運動」を記号であらわした「d4」を付ける、というように。)

本調査・分析で使用した ICF は「d2(一般的な課題と要求)」・「d4(運動)」・「d5(自己管理)」・「d6(家庭生活)」・「d8(主要な生活場面)」・「e1(生産物と技術)」・「e2(自然環境と、環境に対して人間がもたらした変化)」・「e3(支援と関係)」・「e4(態度)」・「e5(サービス、制度、政策)」であり、具体的な能力・状態については以下を見ていただきたい。

使用した ICF カテゴリーを詳しく見ておく。まずは d 群の「活動と参加」についてざっと見ていこう。「d2(一般的な課題と要求)」に関して、1 つまたは複数の課題を調整・遂行させる能力、日課を調整・遂行させる能力、ストレスを抑制しながら課題を遂行させる能力などが含まれる。交通渋滞の中で車を運転することなどはこのカテゴリーに含まれる。「d4(運動)」に関しては姿勢の変換や維持する能力、モノの運搬や移動・操作する能力、歩行や移動する能力、交通機関や手段を利用しての移動能力などが含まれる。「d5(自己管理・セルフケア)」に関して、自分の体を洗う能力や排泄能力、更衣、飲食、健康注意能力などが含まれる。「d6(家庭生活)」に関して、必需品の入手や家事家庭用品の援助などの能力が含まれる。「d8(主要な生活場面)」は家計や仕事などの能力についてである。d 群に関しては以下の図 4 も参考してもらいたい。

続いて e 群の「環境因子」であるが小分類が多いのでだいたいどのような能力かわかるように示すが細かな説明は省略したいと思う。「e1(生産物と用具)」は日々の飲食物や様々な道具・用具・資産などの環境を指す。「e2(自然環境と、人間がもたらした変化)」は地理や人口、動植物、気候、自然もしくは人的災害、日照や時間的变化などの環境を指す。「e3(支援と関係)」は家族や親族、友人、知人、隣人、同僚、他人などのコミュニティや人付き合いに関する環境を指す。「e4(態度)」は「e3」で挙げた人々のプラスもしくはマイナスの態度などを指す。最後に「e5(サービス、制度、政策)」は司法・行政・団体・企業などが行う社会におけるさまざまなサービス環境を指す。

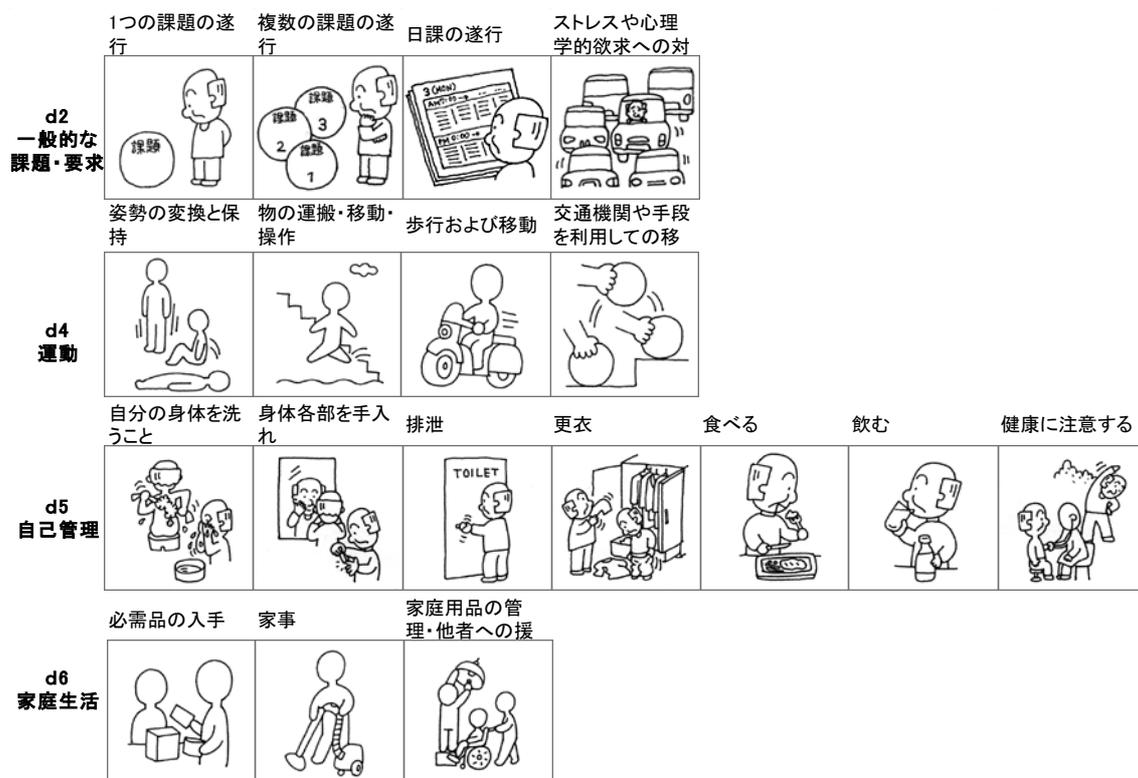


図4 本調査で使用した主なd群ラベル一覧

出典：国際医療福祉大学『ICF illustration library』より作成

以上のラベルを259個の記述に振り分けたものが表5である。ラベル別の合計を見るとどこか突出して多いことはないが、d8・e2・e3のラベルを付するディスアビリティは今回の調査ではとても数が少なかった。

表5 全記述に関するICFラベル

	身体障害	肢体不自由	視覚障害	聴覚障害	内部障害	精神障害	合計
d2(一般的な課題と要求)	1	2	6	1	8	10	28
d4(運動・移動)	5	20	11	2	3	0	41
d5(セルフケア)	10	5	7	0	16	9	47
d6(家庭生活)	7	8	2	1	4	6	28
d8(主要な生活場面)	0	1	0	0	1	3	5
e1(生產品と用具)	1	10	5	2	16	7	41
e2(環境と変化)	0	0	2	0	1	0	3
e3(支援と関係)	2	1	2	0	0	1	6
e4(態度)	1	8	9	2	2	9	31
e5(サービス・制度・政策)	3	4	5	13	1	3	29
合計	30	59	49	21	52	48	259

次に見ておきたいのはそれぞれ被災障害者何人分の調査から259個の記述を得たのかである。本調査では合計149人分のドキュメント分析からのべ259人分に及ぶ記述を得た。精神障害者と肢体不自由の障害者の人数が多く、記述も多く得た。だが、内部障害をもつ

被災障害者や聾啞などの聴覚障害者、視覚障害者については人数に対して倍近くの記述を得ることもできた。

表 6 障害種別調査対象者数

調査対象数	身体障害	肢体不自由	視覚障害	聴覚障害	内部障害	精神障害	合計
	24	36	19	11	22	37	149

4.2 各フェーズの障害種別 ICF ラベル結果・分析

発災から 10 時間(失見当期)、10 時間から 100 時間(被災地社会成立期)、100 時間から 1,000 時間(災害ユートピア期)、1,000 時間から 100,000 時間(復旧・復興期)における 259 の記述に関連した ICF ラベルと障害種別に関する結果を見ていきたいと思う。今回の調査では 1,000 時間から 10,000 時間(復旧・復興期)における記述と 10,000 時間から 100,000 時間(復興完了まで)における被災障害者の記述数が集まらなかったこと、内容が似たようなものになってしまっていたことから復旧・復興期と復興完了までの期間に関しては併せて分析を行った。

まずは失見当期から見ていきたい。

表 7 失見当期(発災直後から 10 時間)の障害種別 ICF ラベル

	身体障害	肢体不自由	視覚障害	聴覚障害	内部障害	精神障害	合計
d2(一般的な課題と要求)	1	0	4	1	1	2	9
d4(運動・移動)	2	12	2	1	3	0	20
d5(セルフケア)	1	0	2	0	3	3	9
d6(家庭生活)	2	1	0	0	1	3	7
d8(主要な生活場面)	0	1	0	0	0	1	2
e1(生產品と用具)	0	6	2	1	4	4	17
e2(環境と変化)	0	0	0	0	1	0	1
e3(支援と関係)	0	1	0	0	0	0	1
e4(態度)	0	2	1	0	0	0	3
e5(サービス・制度・政策)	0	0	3	6	1	2	12
合計	6	23	14	9	14	15	81

発災直後から 10 時間までの失見当期に多く見られたのが肢体不自由の被災障害者について(1)倒壊した家から出る際、ガラスが散在しており、足が不自由なため這って出るわけにもいかなかった、(2)倒壊した家からの自力脱出が困難だった、(3)激しい揺れのため座ることができなかった、(4)ガラスの散乱によりタイヤのパンクの恐れから自力脱出が困難だった、(5)自転車が多く逃げるのが困難だった、(6)家から自力で出られなかったなど、d4(運動)に関連するディスアビリティが多かった。

また、(1)電気が止まり、電動ベッドが起動せず自力脱出ができなかった、(2)エレベーターが作動せず、火事に対応できなかった、(3)停電していたためシャッターが開かなかった、(4)電気が止まって何も見えなくなり身動きが取れなかったなど、e1(生產品と用具)に関してディスアビリティが集中した。移動能力などのディスアビリティとインフラなどが停止して行動できない環境などが、失見当期下の肢体不自由の障害者に降りかかったということである。

視覚障害者に関して、(1)盲導犬も怯えてしまい機能しなかった、(2)神経過敏になっていて得体のしれない怯えに襲われた、(3)足の感じ方が違った。、(4)勝手が違ったなど、d2(一般的な課題と要求)に集まった。震災が発災した直後の失見当期で「目が見えない」という機能障害を持つ視覚障害者にとっては特に何が起こったかわからないことが他の障害者よりも顕著であったことが伺える。耳から得る情報による恐怖がストレスになったことに加えて、道路のひび割れなど普段の日常生活で覚えていた道の感じなどがすべて変わってしまったことなど、被災状況(環境)がこのディスアビリティを誘発したのではないかと考えられる。

聴覚障害者の困ったこと、ディスアビリティに関連する ICF で e5(サービス、制度、政策)が集中したのは、被災状況に関して手話通訳者が周囲に不足していたことや、テレビでのテロップが詳細を併記していなかったこと、視覚から得る状況だけでは公共のサービスや配給などの情報収集について他の被災者に遅れを取ったことなどが挙げられる。

内部障害者・精神障害者に関しては「e1(生產品と用具)」にディスアビリティが集中した。まずは精神障害者についてだがその多くは避難時に普段服用している薬を持ち出すことができなかったことや、避難後、服用している薬の入手が困難であったこと、普段服用している薬の種類が多いため記憶していなかったことなどが記述として挙げられた。

次に内部障害者についてだが、排泄器官に障害を持つ障害者による記述が多く、その多くはストーマ(人工膀胱もしくは人工肛門)などの排泄用具・器具が損失したことなどであった。もしくは避難時にストーマなどの器具を持ち出していくことが困難であったことや、保管に細心の注意を払わないといけないストーマ器具の持つ特質など、道具に関する要因がディスアビリティを誘った。後述でも触れるがオストメイトと呼ばれる排泄器官に障害を持った人々は発災直後から被災地が日常性を取り戻すまでに何度もストーマの入手・保管および排泄機会において悩まされ続けたことがわかった。

以上では失見当期に関して被災障害者の ICF ラベルについて検証してきたが、失見当期においては健常者と障害者で困ったことに差異のないもの、または、身体もしくは身体器官の障害がほとんど関係していないものが多かった。被災障害者から得たその差異のない場合の記述(本調査では表 7 における記述に対応する ICF ラベルの数が 1 つや 2 つにあたるもの)の多くは、被災後すぐに近所の住民や同居する家族による助けを受けた被災障害者が多かった。その一方で健常者のそれとは違う困ったことを記述した被災障害者の多くは自力生活・自宅生活を日常で送っており、自力脱出や自力避難を経験した被災障害者であったことがわかった。

ICF ラベル別にみると、d4、e1、e5 に偏った。阪神・淡路大震災という未曾有の経済が集中する都市の直下型地震で身体障害者の移送などの行政対応が遅れたもしくは十分になされなかったことや、自身の身体機能を補っているような普段使っていた道具を喪失・損壊してしまったこと、また、その入手が困難だったことなどが主たる原因として考えられる。加えて、行政サービスや緊急対応の情報などが一般的になっていた、つまり障害者に、特に視覚や聴覚に機能障害を持つ障害者に配慮されていなかったことなども原因に考えられる。実際に被災障害者の記述からはそれらに関する不満なども多く見られた。次に被災地社会成立期について見ていこうと思う。

表 8 被災地社会成立期(発災後 10 時間から 100 時間)の障害種別 ICF ラベル

	身体障害	肢体不自由	視覚障害	聴覚障害	内部障害	精神障害	合計
d2(一般的な課題と要求)	0	0	2	0	3	1	6
d4(運動・移動)	2	2	1	1	0	0	6
d5(セルフケア)	3	3	1	0	8	1	16
d6(家庭生活)	1	1	0	0	0	1	3
d8(主要な生活場面)	0	0	0	0	0	0	0
e1(生產品と用具)	0	1	1	0	5	3	10
e2(環境と変化)	0	0	0	0	0	0	0
e3(支援と関係)	1	0	0	0	0	0	1
e4(態度)	0	2	4	1	0	5	12
e5(サービス・制度・政策)	2	1	0	3	0	1	7
合計	9	10	9	5	16	12	61

被災地社会成立期においては ICF ラベルがあまり集中することなかった。もちろん母集団を想定していない記述抽出の為、偏っているだけであるかもしれないので特徴を失見当期の時同様に見ていきたいと思う。

被災地社会成立期においては d2(一般的な課題と要求)、d5(自己管理)、また失見当期同様に e1(生產品と用具)に集中した。

内部障害者における一般的な課題と要求の d2 に関してだが、集まった記述では、ストーリーの取り換えなど、用具に関する不安・ストレスでパニックになったという記述が 1 つ、残り 2 つは被災下での生活不安や親族の安否などでのストレスによるものであった。自己管理の d5 であるが、(1)集団生活で蓄尿袋の装着が困難だった、(2)飲料が少ないために尿が濃くなる心配があった、(3)避難先で洗腸の場に困った(時間・匂い・処理方法など)、(4)避難所での洗腸ができなかった、(5)自然排便に切り替え、知人の家のトイレを渡り歩いて生活をした、(6)トイレの使用時間を気にしたなど、避難所での生活困難や集団生活における周囲の視線を気にした末のディスアビリティが多く見られた。内部障害者に関して、普通の避難者にと比べて一見して同じような生活を送っているものの、また、健常者と見た目から違いは変わらないものの、「排泄」という人にとって大切な生理的行動が制限される環境やストレスを被災地社会が生み出していたことが分かった。

だが、今回の調査で明らかになった点で、この被災地社会成立期において最も注目すべき点は e4 のラベルを振られた、他者からの視線や態度が招いた被災障害者のディスアビリティであると筆者は考える。

視覚障害者や精神障害者、肢体不自由者、聴覚障害者から得られた記述に関する e4(態度)だが、被災地社会成立期においては多くの被災者が避難所での生活を強いられ、その避難所での生活が始まった時期にあたる。毎日昼夜を問わず避難所には被災者が訪れパーソナルスペースはほとんどなく、多くの人とわずかながらの救援物資があわただしく行き来している時期であった。この時期、多くの被災障害者は健常者や他者の視線や態度に気を配りながら生活していたという記述が多く見られた。ときにはその彼らの目線が被災障害者にディスアビリティを生んでしまっていたのである。

視覚障害者について、盲導犬を連れての避難所への入所を断られ寒空の野外生活を余儀なくされたり、倒壊間近の被災した家屋での生活を強いられたりして、また、避難所

では配給情報や生活情報の多くが掲示板で告知されるために被災し避難してきた視覚障害者は生活物資の調達や生活拠点の点で大きな後れをほかの避難者より取らざるを得なかった。また、聴覚障害者について、当時は携帯電話も現代ほど普及していなかった時代、少ない固定回線電話や公衆電話が重宝されていた時代である。そんななか避難所に用意された固定電話に関して、聴覚障害者は耳が聞こえないために FAX を利用しなければならない。その状況で多くの避難者同様に電話の使用を待ち続けたが、非常識な避難者による順番の横入りなどに手話が通じないため文句も言えないどころか、FAX を使用すると時間がかかるため冷遇されたという記述があった。こうした他者の態度は多くの被災障害者にとってディスアビリティになったに違いない。

精神障害者における e4 ついて、精神疾患により寝られないためほかの避難者と生活スタイルが違うことから煙たがられてしまったり、冷たい扱いを幾度も受けてしまったり、外や廊下での生活を余儀なくされたりした。肢体不自由者にとっては物と人にあふれかえる避難所での生活はほかの被災障害者よりも冷たい扱いを受けていたかもしれない。多くの肢体不自由の障害者は車いすを使用して移動しているため、避難所ではどうしてもスペースを取ってしまう。移動をするにもスペースが必要であるし、後から来た避難者から邪魔者扱いを受けてしまう。毎日昼夜を問わず多くの避難者が訪れる避難所ではその肢体不自由者はやはり冷たい扱いを受けていたようだ。また、ほかの避難者に遅れて避難所へやってきた車いすを使用する肢体不自由者は入所を断られたなどの記述もあった。そうした出来事を事前に察知した肢体不自由障害者は避難所へ避難することすらも躊躇った。

被災地社会成立期について以上までに見てきたように、避難所ではほかの避難者と生活をするということが大前提にある。そうした前提が多くの被災障害者にとって避難所への避難を躊躇わせてしまうことがこのフェーズにおける記述では多々見られた。それは普段の生活では用具や手段があることで生活ができていた被災障害者にとって、避難所ではそれら生活のためのツールが不足している状況(e1)や、使用を制限されてしまう環境、自己管理ができない障壁(d5)がたくさんあった。また、それらツールを使用する際にほかの被災者・避難者から煙たがられたことや、入所を拒否されたこと、避難所内で冷たい扱いを受けたことなど(e4)が多くのディスアビリティを生んだ。それら多くの要因が被災障害者にとって不安やパニックを生んでしまい、日常できていた行動までも制限されてしまったこと(d2)が被災地社会成立期における結果・分析から明らかになった。

続いて失見当期に続いて多くの記述を得られた災害ユートピア期について見ていこうと思う。一般的に災害ユートピア期では助け合いの精神が顕著になり、社会機能の回復と共に生活支障が改善されていく時期である。このことを踏まえて災害ユートピア期における被災障害者の記述を見ていきたい。

表9 災害ユートピア期(発災後100時間から1,000時間)の障害種別ICFラベル

	身体障害	肢体不自由	視覚障害	聴覚障害	内部障害	精神障害	合計
d2(一般的な課題と要求)	0	2	0	0	3	2	7
d4(運動・移動)	0	3	2	0	0	0	5
d5(セルフケア)	4	2	4	0	4	3	17
d6(家庭生活)	3	4	2	1	3	0	13
d8(主要な生活場面)	0	0	0	0	1	0	1
e1(生產品と用具)	0	3	2	1	6	0	12
e2(環境と変化)	0	0	0	0	0	0	0
e3(支援と関係)	1	0	1	0	0	0	2
e4(態度)	0	2	1	1	1	2	7
e5(サービス・制度・政策)	1	2	0	1	0	0	4
合計	9	18	12	4	18	7	68

100時間から1,000時間というのはだいたい発災から4日目から1ヶ月が過ぎたころである。阪神・淡路大震災の被災した各場所では早かれ遅かれは確かにあったが、仮設道が作られ、振替輸送という形でバスや電車を利用することができつつあった時期である。

ラベル別にみるとd5(自己管理)、d6(家庭生活)、e1(生產品と用具)が多く、続いてd2(一般的な課題と要求)とe4(態度)が多かった。まずはそれらを見ていき、また、失見当期、被災地社会成立期と同様に、数はなかったが被災地社会とディスアビリティを見る上で興味深いケースは併せて紹介し分析していきたいと思う。

まずはd5について見てみたい。視覚障害者においてはトイレに関する記述が多かった。視覚障害者の多くは「メンタルマップ」と呼ばれる地図が頭の中にある。それはどのようなものがどこにあり、階段や段差はここからだいたい何歩先にあり、どういったものごとに気を付けて歩かないといけないかなどを記憶している。避難所での生活ではそのメンタルマップは効果を発揮しなかったことが記述からうかがえる。

(1)トイレの場所・どんなものかを知らずに利用できなかった、(2)夜中に迷惑になるのでトイレに行けなかった、(3)避難先の学校のトイレにて手を借りなければならなかったことなど、トイレまでの道筋は覚えていても、めまぐるしく人とモノが行き来する避難所ではそのメンタルマップ上に置かれる人や物が毎時間変わってしまうからである。肢体不自由の障害者に関しても同様に車いすで移動するうえで避難所での経路が確保されていなかったことや、銭湯に入ることができなかったこと、障害者用トイレの不確保などで排泄や風呂に関して困ったことの記述が多かった。避難所の人とモノが往来する避難所がこれらディスアビリティを生んだと考えられる。精神障害者に関しては避難所の風呂や銭湯では人が多くパニックを起こすために入浴できなかったという記述もあった。その一方で内部障害者に関しては銭湯の風呂ではオストメイトが断られていたことや、支給されたストーマが合わずにトイレの失敗が重なるなどの記述も見られた。被災地社会の人とモノがあふれる環境が、普段できていた自己管理をできなくさせていたことが明らかになった。

次にd6であるが、障害種別に関係なく、多くの被災障害者が多くの一般被災者と同様に、インフラが止まったことで生活に難が生じていたり、住居が見つからなかったりなどが記述で見られた。実際に阪神・淡路大震災の被災地では地域で電気や電話の復旧が早かったが、上下水道・ガスの復旧が前2つに比べて遅れたためこのようなディスアビリティとなった。インフラの復旧は健康状態にかかわらず多くの人にとってディスアビリティとなるのが、特に被災地社会においては代替物資も乏しいため顕著になった。

続いて e1 についても見ていく。前フェーズに続いて被災障害者の生活を補佐する補助機器不足に関する記述がこのフェーズでも見られた。肢体不自由障害者の車いすやマット、普段服用している薬の不足、聴覚障害者の補聴器不足、内部障害者でストーマを使用するオストメイトらに関する用具不足、食糧不足などが挙げられた。また、実際にツールなどの物資が手元に支給されたが合わなかったという記述もあった。このことから健常者にとっての衣食の物資は多く被災地に届くのだが被災障害者に向けての補助機器支援が十分に なされていなかった地域・避難所があったことがうかがえる。

実際に、灘区の避難所で生活していた肢体不自由の障害者の記述では、輸送機関が滞っているため本当に器具やツールが欲しい場合、県外に避難するのが手っ取り早く、行政の発表と現地とで大きく差異があったため違和感を持ったという記述がある。また、薬や特定のツールに関しては神戸や芦屋ではなく、尼崎や大阪市に行くほうがそこにすべての救援物資が集まっていたことからすぐに支給されるという記述もあった(日本障害者リハビリテーション協会 1996)。

災害ユートピア期では前フェーズの被災地社会成立期同様に障害者向けの被災者支援グッズはやはり足りていなかったし、支援ツールが実際に支給されていてもその被災障害者にあったものではなかったという記述から、不十分であったことが明らかになった。

そして最後に d2 と e4 に関して「遠慮」や「躊躇い」、「我慢」などの感情がストレスとなり精神的にしんどさなどを感じる被災障害者が多く見られた。また、それらと同様に他者からの視線や態度によって避難所から出る被災障害者、避難所に行かない被災障害者、廃屋で生活する被災障害者などの記述も見られた。

一般的には助け合いの精神により生活が徐々に上向きになり、余震からの恐怖から解放されて徐々に自分自身の生活を取り戻していく時期である災害ユートピア期であるが、多くの被災障害者はツールの入手や他者の視線や態度、避難所での生活における困難が身に降りかかっている時期であったことが明らかになった。

最後に復旧・復興期から復興完了までのフェーズを見ていきたい。

表 10 復興完了まで(発災後 1,000 時間から 100,000 時間)の障害種別 ICF ラベル

	身体障害	肢体不自由	視覚障害	聴覚障害	内部障害	精神障害	合計
d2(一般的な課題と要求)	0	0	0	0	0	1	5 6
d4(運動・移動)	1	3	6	0	0	0	10
d5(セルフケア)	2	0	0	0	0	1	5
d6(家庭生活)	1	2	0	0	0	0	5
d8(主要な生活場面)	0	0	0	0	0	0	2 2
e1(生產品と用具)	1	0	0	0	0	1	2
e2(環境と変化)	0	0	2	0	0	0	2
e3(支援と関係)	0	0	1	0	0	0	2
e4(態度)	1	2	3	0	0	1	9
e5(サービス・制度・政策)	0	1	2	3	0	0	6
合計	6	8	14	3	4	14	49

最後の復旧・復興期に関するラベル検証であるが、この時期に多く見られた肢体不自由者と視覚障害者による d4(運動)を見ていく。

視覚障害者から得られた記述のすべてに町が以前と姿を変えたために今まで通りに歩く

ことができないというものであった。駅やバス停の構造そのものが変わっていたり、バスの停留場所が変わってしまっていたりと震災前と同様には移動ができなかったなどである。これは視覚障害者が先に述べた「メンタルマップ」が影響している。記憶している脳内の地図を、震災前と震災後で現実の町が変わってしまったことにより、更新しなければいけなくなったということである。この歩道や道路が変わっていく転換期は一転して肢体不自由者にもディスアビリティを生んでしまった。工事中における車いす利用者の移動は段差との戦いであったことが明らかになった。

こういった街の変化や住居の変化は人付き合いの変化にも及び、異なる生活に耐えられなかった(d2)と述べる人や、衣食住で初物だとパニックになった(d2)と述べる人、人付き合いがしにくくなった(e3)などの被災障害者の記述があった。そして発災から1年、2年と時が経ていくと多くの被災障害者は仮設住宅へ入居をしていくが、(1)仮設住宅がバリアフリーでなかった、(2)トイレが汲み取り式であったため我慢が強いられた、(3)新しい家が見つからない、(4)通いなれた病院が遠くなってしまい通院できなくなったなど、新生活でd5(自己管理)、d6(家庭生活)に関する被災障害者の記述がみられた。

その他には視覚障害者について聴覚からの情報が生活の上で必須となるのだが、復旧・復興の再開工事の騒音で生活に困った(e2)という記述もあり、経済的に困った(d8)や、肢体不自由者で仮設住宅では盲導犬と暮らすことができなかった(e4)などが見られた。仮設住宅における被災障害者向けへの配慮がなされていなかった地域があったことが伺える。

最後にe5(サービス)であるが、(1)夫が避難先にて心不全で亡くなった際に、避難先が指定外であり地震で死亡したことにはできないと言われた、(2)細かな地域の被災状況が分からず困った、(3)メディアで手話の解説がなかったため補助金申請の手続きが困難だったなど、行政に対する不満の記述も見られた。

復旧・復興期における被災障害者の困ったことに関して、障害種別ごとの記述において大差がなくなっており、それは前フェーズまでの救援物資不足や他者の態度・視線に対する不安が解消してきていることで被災障害者が震災前の水準での生活に徐々に戻りつつあったからではないかと推測される。大差がなくなりつつあった一方で障害種別関係なく被災障害者の多くは仮設住宅に対する不満や、行政の対応に対する不満、新生活に対する不安などが増えだした。それは、震災後のパニックが落ち着き、社会が機能したことによって生まれ変わった新たな社会に対する不安の現れであると筆者は考える。

以上までに被災地社会各4フェーズにおける被災障害者のディスアビリティの結果を紹介・分析してきたが、一般社会における障害者のディスアビリティを次節では分析し、その比較検討について述べるとする。

4.3 一般社会における障害者のディスアビリティ

前節までの被災障害者のディスアビリティではなく、今節では一般社会における障害者のディスアビリティをいくつか紹介する。愛知県名古屋市の市のホームページで『障害のある人を理解し、接するためのガイドブック』(名古屋市2006)を配布している。公共交通機関やレストラン、病院などの公共機関、レジャー施設、スーパーや百貨店などでの障害者が実生活で困ることがまとめられている。それを参照し表11を作成した。まずはそちらを見ていただきたい。

表 11 一般社会における障害者が困ること

視覚障害	<p>(1)尋ねたいことがあっても駅員の居場所が分からなくて困る。</p> <p>(2)料理の量が分からない。</p> <p>(3)料理の中にアレルギーの元となる材料が使われているかどうか分からない。</p> <p>(4)料理の中に食べられないものが入っていても、口に入れるまで分からない。</p> <p>(5)店内の移動や欲しい商品の選定が難しい。</p>
聴覚障害	<p>(1)災害時など、電車やバスの遅れの状況が分からず、立ち往生してしまう。</p> <p>(2)医師、看護師、検査技師の説明、指示がわからない。</p> <p>(3)順番を待っている時に名前を呼ばれても聞こえず、後回しにされる。</p> <p>(4)商品について詳しい情報が聞けなくて困る。</p>
肢体不自由	<p>(1)車いす使用者用駐車スペースに一般の車が駐車してあったり、柵があったりして駐車できない。</p> <p>(2)歩道上に止めてある自転車が邪魔で、車いすで通れないことがある。</p> <p>(3)座席に座れず立たないといけない。</p> <p>(4)お店の入口に段差があり、車いすでは入ることができない。</p> <p>(5)料理をはさむためのトングが固いのでうまくはさめない。</p> <p>(6)皿やトレイを持ったまま移動することが困難。</p> <p>(7)ナイフやフォークが重いため、うまく使えないことがある。</p> <p>(8)扉が手開きだと自力で開けない。</p> <p>(9)通路に十分な幅がないと通れない。</p> <p>(10)位置が高い、重いと感じるなど欲しい商品が取りづらいことがある。</p> <p>(11)お釣りを渡されるとき、うまく受け取れないことがある。</p> <p>(12)カートからレジ台に買い物かごをうまく乗せられない。</p> <p>(13)試着したくても衣服の着脱が困難である。</p>
精神障害	<p>(1)バスやタクシーの乗降時に、人より手間取ることがある。</p> <p>(2)大声で注意されパニックになる。</p> <p>(3)ラッシュ時の人混みで不安になる。</p> <p>(4)にわかりにくい表示や横文字が使っていると、間違えやすい。</p> <p>(5)行政機関の窓口表示やパンフレットが分かりづらい。</p> <p>(6)一人で施設を利用するとき、トラブルがないにもかかわらず来場を拒否されることがある。</p> <p>(7)マニュアル通りの内容を早口で説明されると理解できない。</p>
内部障害	<p>(1)呼吸器障害のある場合、携帯用酸素ボンベに対して歩きたばこが火器となり危険。</p> <p>(2)内部障害は外見からは分かりにくいいため、優先席に座っていると注意を受けることがある。</p>

	(3)携帯電話を公共交通機関や公共の場所で使用されると生命の危険にさらされることがある。
--	--

出典：名古屋市ホームページ『障害のある人を理解し、接するためのガイドブック』をもとに作成

もちろん日常生活における全ての障害者の困ったことを網羅しているわけではないが、一般的に、おおよその考えられうる範囲の障害者の困ったことをリスト化した。

以上のケースに ICF ラベルを付すと以下の表 12 になる。前節までに紹介した被災地社会におけるディスアビリティと、次に示す一般社会におけるディスアビリティにおいて決定的な違いが見られたので以下の表を見ていただきたい。

表 12 一般社会における障害者が困ることに関連する ICF

視覚障害	e5	(1)尋ねたいことがあっても駅員の居場所が分からなくて困る。
	e5	(2)料理の量が分からない。
	e5	(3)料理の中にアレルギーの元となる材料が使われているかどうか分からない。
	d5・e5	(4)料理の中に食べられないものが入っていても、口に入れるまで分からない。
	d4・d6	(5)店内の移動や欲しい商品の選定が難しい。
聴覚障害	d4	(1)電車やバスの遅れの状況が分からず、立ち往生してしまう。
	e5	(2)医師、看護師、検査技師の説明、指示がわからない。
	e5	(3)順番を待っている時に名前を呼ばれても聞こえず、後回しにされる。
	e5	(4)商品について詳しい情報が聞けなくて困る。
肢体不自由	d4	(1)車いす使用者用駐車スペースに一般の車が駐車してあったり、柵があったりして駐車できない。
	d4	(2)歩道上に止めてある自転車が邪魔で、車いすで通れないことがある。
	d4	(3)座席に座れず立たないといけない。
	e2	(4)お店の入口に段差があり、車いすでは入ることができない。
	d4	(5)料理をはさむためのトングが固いのでうまくはさめない。
	d4	(6)皿やトレイを持ったまま移動することが困難。
	d5	(7)ナイフやフォークが重いため、うまく使えないことがある。
	d2	(8)扉が手開きだと自力で開けない。
	d4	(9)通路に十分な幅がないと通れない。
	e2	(10)位置が高い、重いと感じるなど欲しい商品が取りづらいことがある。
	d4	(11)お釣りを渡されるとき、うまく受け取れないことがある。
	d4	(12)カートからレジ台に買い物かごをうまく乗せられない。

	d5	(13)試着したくても衣服の着脱が困難である。
精神障害	d4	(1)バスやタクシーの乗降時に、人より手間取ることがある。
	e4	(2)大声で注意されパニックになる。
	d2	(3)ラッシュ時の人混みで不安になる。
	d2	(4)わかりにくい表示や横文字が使っていると、間違えやすい。
	d2	(5)行政機関の窓口表示やパンフレットが分かりづらい。
	e5	(6)一人で施設を利用するとき、トラブルがないにもかかわらず来場を拒否されることがある。
	d2	(7)マニュアル通りの内容を早口で説明されると理解できない。
内部障害	e4	(1)呼吸器障害のある場合、携帯用酸素ボンベに対して歩きたばこが火器となり危険。
	e4	(2)内部障害は外見からは分かりにくいいため、優先席に座っていると注意を受けることがある。
	e4	(3)携帯電話を公共交通機関や公共の場所で使用されると生命の危険にさらされることがある。

以上のように ICF ラベルを付して、一般社会と被災地社会における障害者のディスアビリティについて比較をすることで、いくつか被災地社会の特異性について明らかにできたことがある。

まず 1 つ目に、物資の不足という点で差異が見られた。一般社会においても e5 の企業やお店などのサービス不足によるディスアビリティや、d4 の移動や運動に関するディスアビリティ、他者の態度に関する e4 のディスアビリティが被災地社会と同様に見られる。また、ストレスやパニックなどの d2 なども一般社会では見られうるのであるが、被災地社会と決定的な違いが見られたのが、一般社会は「物資が不足している」という環境ではないために e1 が圧倒的に被災地社会に目立った特徴であったということが明らかになった。

もちろん一般社会においても障害者が必要とする生活補助機器や薬などのツールが不足するときもあるのだが、取り寄せることもできるし、被災地社会とは違ってパニックではない社会なので比較的容易に、かつ迅速に調達することができる。被災地社会と一般社会においてはそこがディスアビリティにおける差異である。

2 つ目に、「メンタルマップ」の機能的差異である。一般社会では視覚障害者は通いなれた道や過ごしなれた空間において生活するために頭の中に記憶したメンタルマップが機能し、「ここは何もないから大丈夫」や「ここから数歩先にトイレなどがある」といった情報を利用することができる。もちろん初めて利用する空間においてはもちろんそうではないが何度か利用することでメンタルマップは機能した。一方で被災地社会においてはそうではなかった。震災発災直後にはいつもの空間、道が物にあふれかえり身動きできなかつたし、避難所では毎日昼夜を問わず人とモノの行き来でメンタルマップを作ることができなかつた。復旧・復興期ではめまぐるしく変わる都市再興で新しい生活を送る際に日々変わる街の姿に何度もメンタルマップを更新しないとイケなかつたなどが挙げられる。被災地

社会ではメンタルマップの機能不全を治さないといけなかったし、更新の必要性を頻繁に迫られたのである。

3 つ目に他者の態度である。一般社会においてもそうであるのかもしれないが、命の危険性を帯びた被災地社会においては特段、周囲の人に、それはとりわけ被災障害者に対して冷たい態度がとられたのではないだろうか。通常の世界では、人々は命の危険性に駆られていないのでやさしくしたり無関心な態度はとったりしても冷たくすることは比較的少ないのではないだろうか。

最後に、行政が機能しているかどうかということである。被災地社会では発災から復興まで行政が十分に機能しないことで被災障害者は様々な公的な支援を受けることが遅くなってしまい、行政が完全に機能するまで生活が困難になってしまったのである。もちろん行政が機能しないということは健常者にとっても同様に公的な支援を受けることができないのであるが、健常者に比べて被災障害者は支援がないと生活を同水準で送れないために被られるディスアビリティは健常者のそれと比べて大きなものになってしまうという点で被災障害者は被災地社会において非常に弱い存在になってしまうのである。

4.4 被災障害者の ICF ラベルに関するまとめ

ここまで被災地社会における被災障害者のディスアビリティと、一般社会における障害者のディスアビリティについて ICF によって可視化させ比較検証をしてきた。被災地社会における各フェーズの ICF ラベルを図示したいと思う。縦に割合、横にラベル別でグラフを作成したので以下の表 13 と図 5 を見ていただきたい。

表 13 各フェーズにおけるラベル別の度数分布

	0-10	10-100	100-1k	1k-	計
d2一般的な課題と要求	9 (32)	6 (21)	7 (25)	6 (21)	28 (100)
d4運動・移動	20 (49)	6 (15)	5 (12)	10 (24)	41 (100)
d5セルフケア	9 (19)	16 (34)	17 (36)	5 (11)	47 (100)
d6家庭生活	7 (25)	3 (11)	13 (46)	5 (18)	28 (100)
d8生活領域	2 (40)	0 (0)	1 (20)	2 (40)	5 (100)
e1生產品と用具	17 (41)	10 (24)	12 (29)	2 (5)	41 (100)
e2環境と変化	1 (20)	0 (0)	0 (0)	2 (40)	3 (100)
e3支援と関係	1 (17)	1 (17)	2 (33)	2 (33)	6 (100)
e4態度	3 (10)	12 (39)	7 (23)	9 (29)	31 (100)
e5サービス・制度・政策	12 (41)	7 (24)	4 (14)	6 (21)	29 (100)

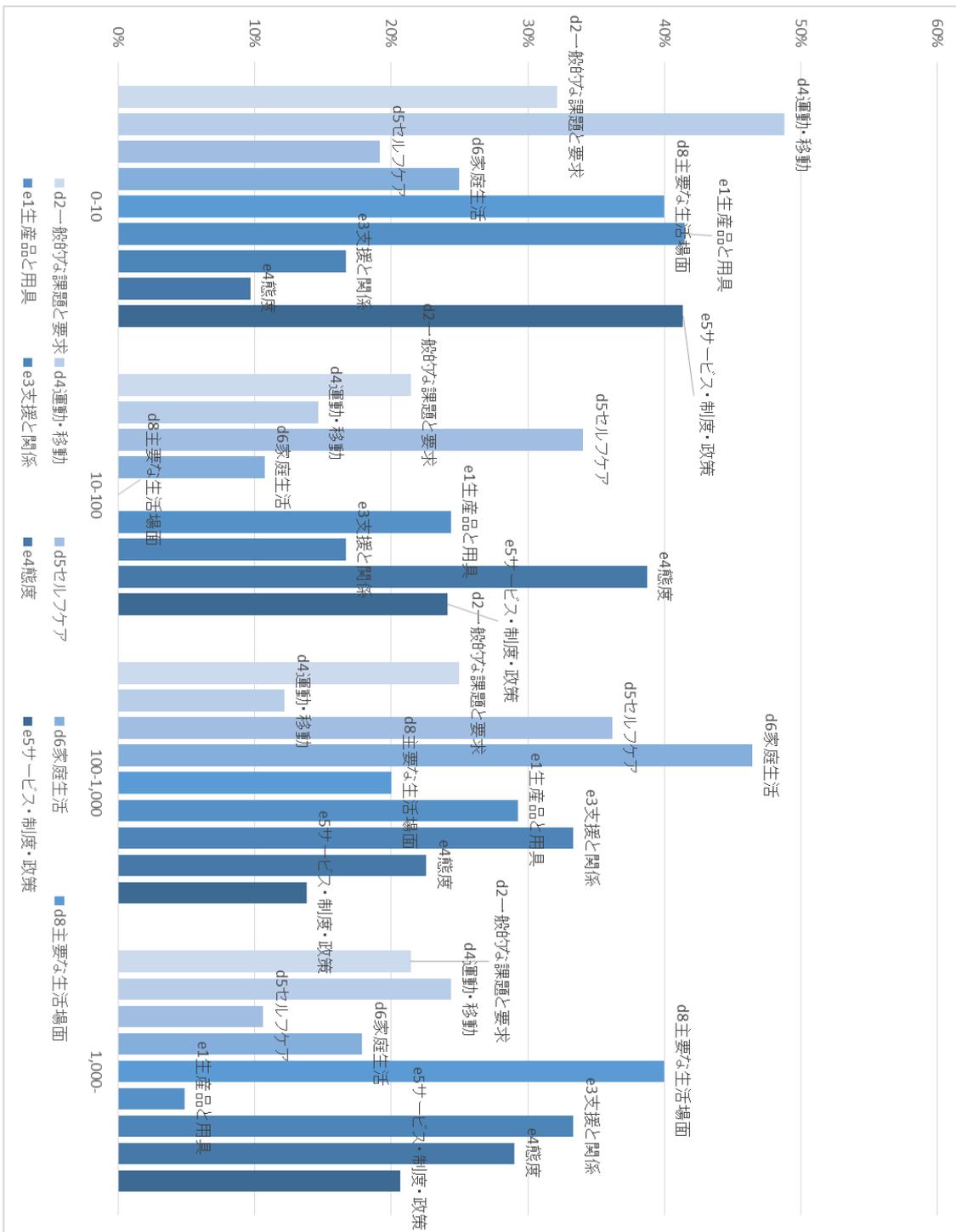


図5 各フェーズにおけるラベル別全体に占める割合

まず各時間で、d2 に関しては同水準の割合を記録した。被災障害者にとって不安やパニックなどのストレスがほぼ全時間の記述で見受けられたことに一致している。ほとんどのラベルにおいて増減はあるものの時間軸が復興完了に向けて進むにつれて減少していった。その一方で e3、e4 などは時間軸が進むにつれて割合が増加傾向にあった。それはやはり都市再建が進むにつれて住宅や建築物の変わりゆく環境に適応が遅れた被災障害者がいて、

その変わりゆく環境の中で変わりゆく人付き合いの輪になかなか慣れなかったこと(e3)、そしてそれら周囲の人々の被災障害者に対する態度(e4)などから、このような傾向が見られた。

失見当期では d4 の「運動・移動」ラベルが大きな割合を示し、被災地社会成立期では d5 の「セルフケア」・e4 の「態度」が大きな割合を示した。続く災害ユートピア期では d6 の「家庭生活」、復旧・復興期では d8 の「主要な生活場面」と e3「支援と関係」が大きな割合を示した。

このような新たな人付き合いや新たな生活が始まる、つまり第2の人生を形成し、その人生を歩むことが復旧・復興である。その新たな人生に対して被災障害者は困っていること・我慢していることを抱えながら生活していたことが今回の調査では明らかになった。

発災から10時間までは、阪神・淡路大震災という未曾有の都市直下型地震で身体障害者の避難所への移送などの行政対応が遅れたもしくは十分になされなかったことや、被災障害者が使用していた補助機器が喪失・損壊してしまったこと、加えて、行政サービスや緊急対応の情報が、視覚や聴覚に障害を持つ障害者に配慮されていなかったことなどが問題になっていた。

続く被災地社会成立期では避難所ではほかの避難者と生活をするということが多くの被災障害者にとって避難所への避難を躊躇わせてしまったり、避難所での生活で、補助機器が使用を制限されてしまう環境や、自己管理ができない障壁がたくさんあったことが問題に挙げた。補助機器を使用する際に他の被災者・避難者から煙たがられたことや、入所を拒否されたこと、避難所内で冷たい扱いを受けたことなどが被災障害者にとって多くのディスアビリティを生み、被災障害者にとってのストレスが多く生まれた時間であった。

災害ユートピア期では多くの被災者が助け合い生きていく一方で、多くの被災障害者は補助機器の入手や、他者の冷たい視線や態度、避難所での生活における困難が身に降りかかっている時期であったことが記述に多くあった。最後に復旧・復興期においては、補助機器の不足が解消されたり、他者の冷たい視線や態度がなくなってきたりしたことで、障害種別間で困ったことの差異はなくなってきてはいた。だが、その一方で障害種別関係なく被災障害者の多くは仮設住宅に対する不満や、行政の対応に対する不満、新生活に対する不安など、新たな社会に対する不満が多かった。

一般社会と対比した際に、「他者の冷たい視線や態度」、「震災前後で変わる街・人・モノ」、「被災地の物資および資源不足」、「行政の機能不全」のこの4要素が阪神・淡路大震災における被災障害者が経験したディスアビリティ、それは一般社会では滅多に感じなかったディスアビリティを生み出したことがわかった。これら4要素は解決しなければならない課題であり、解消しない限り災害が起きるたびに被災障害者は同じディスアビリティを享受し続けてしまうだろう。行政や社会の認識が変わらない限り、ディスアビリティは再生産されてしまうのである。

以上までに見てきたように20年前の阪神・淡路大震災の記録・記述から今後、大型地震が発災した時に解消しなければならない課題が見えてきた。それは2011年3月11日の東日本大震災の被災地が現在復旧・復興期を迎えていることから、現在進行形で「私たちの社会」が解決しなければいけない課題であるかもしれない。

おわりに

本調査では、阪神・淡路大震災の被災障害者についての記述を集めドキュメント分析を行い、ICF ラベルを付すことで被災障害者のディスアビリティを可視化させ、一体どのような被災地社会の構造や特異性がディスアビリティを生んでいたのかについて明らかにしてきた。「他者の冷たい視線や態度」、「震災前後で変わる街・人・モノ」、「被災地の物資および資源不足」、「行政の機能不全」の4要素が、被災地社会における特異性であると指摘し、一般社会における障害者のディスアビリティとはまた違うディスアビリティを生み出していたことを示した。

しかし、被災地社会と障害者のディスアビリティを調査するうえで、いくつか課題が残った。まず第1に一般社会におけるディスアビリティをより網羅的に、より実証的に検証しないといけないということだ。本調査では注意を払って一般社会における障害者のディスアビリティのリストを作成したが実際に障害者から量的にかつ質的な調査を行い作成したものではない。もちろん完璧なリストを作ることはできないということは自明であるが、より緻密で詳細なリストを作らなければならないということである。第2に本調査で使用したICFであるが、第1章で紹介した通り、前身であるICIDHの特徴を引き継いだため、インペアメントもまた社会構造の中で作り出されたという指摘を無視している指標であるという批判がある。より高次の指標が完成した際にはもう1度本調査の調査手法を見直さないといけないだろう。最後に本調査で抽出した記述が母集団についての想定を無視したことである。種別に偏りがあったり記述内容に偏りがあったりしたのはそのためである。もちろん20年前の出来事で多くの被災障害者は被災者の状態を脱しているため、記述収集について偏りなく行うことはかなり難しいため今回の調査手法は不完全ではあるが間違っていたとは思わない。今日以降に行われる被災地と被災障害者についての調査では以上3つについて注意を払って行ってほしい。

本調査で浮き彫りになった課題は今後の日本および世界で起こりうるすべての災害に共通である。調査する前の筆者の予想通りの結果になったがデータを通して明らかにできた点でこの課題は解決しなければならない社会問題である。行政の対応や周囲の人たちの態度を見直し、常に社会の在り方を再検討しなければいけない。それは特別、障害者に目を向けるべきであるということではない。社会や行政の最小単位は「人」である。少しでも多くの「人」が被災障害者に目を向ける余裕を持つことができれば、障害者を理解することが可能になり、社会や態度は少しずつ改善されていくはずである。そうなることができれば自ずと障害者の、また、被災障害者のディスアビリティは改善されていくことになるだろう。本調査が被災地で生活する全ての障害者が経験するディスアビリティ解消の1つのツールになれば幸いである。

謝辞

本論文を執筆するにあたり、大変多くの方々にご協力を頂きました。お仕事のお忙しい中、本調査のために時間を割き協力してくださった神戸市人と防災未来センター職員の方々、当該センター資料室の森口芳隆様には大変お世話になりました。何度もお伺いさせていただきまして、ご迷惑をおかけした節や、筆者自身の勉強不足が故に何度もご質問させていただきその度にお答えして頂いたこと、本当にありがとうございました。

そしてお忙しい中でも多く時間を割き、たくさんの助言・提言をくださった立木茂雄先生、研究室の松川杏寧さんに心より感謝いたします。

参考文献

- 紫陽花まき, 2009, 『阪神大震災・聴覚障害を持つ主婦の体験』株式会社文芸社, 18-22, 38. 46.
- 土木学会関西支部共同研究グループ, 1996, 『ワークショップ高齢者・障害者に配慮した社会基盤整備資料集 土木学会関西支部共同研究グループ 「高齢者に配慮した社会基盤整備」 』土木学会関西支部共同研究グループ, 38-39.
- 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所, 2007, 『ICF 及び ICF-CY の活用 試みから実践へ 特別支援教育を中心に』ジアース教育新社.
- 阪神・淡路大震災社会福祉復興記念事業実行委員会, 2005, 『その時、福祉現場は——～大震災時、民間福祉関係者からの提言～』兵庫県社会福祉協議会, 144-145.
- 林春男, 2003, 『いのちを守る震災防災学』岩波書店.
- 星加良司, 2007, 『障害とは何か——ディスアビリティの社会理論に向けて』生活書院.
- 兵庫県南部地震障害者救援本部, 1996, 『KSK シンポジウム 障害者のくらしの再生は見てきたか? ——～震災2年目を前にして～』関西障害者定期刊行物協会, 3-9, 32.
- 兵庫県南部地震障害者救援本部, 1997, 『KSK 活動の記録 兵庫県南部地震障害者救援本部』関西障害者定期刊行物協会, 49-56.
- 近畿ブロック身体障害者施設長・身体障害者更生相談所長協議会, 1997, 『阪神・淡路大震災 記録・提言集 (平成7年1月17日から7月16日半年間のまとめ)』近畿ブロック身体障害者施設長・身体障害者更生相談所長協議会, 293-314.
- 日本オストミー協会兵庫県センター, 2000, 『震災一周年記念誌 オストメイトはその時・・・——大震災・その証言と教訓』(社)日本オストミー協会兵庫県センター, 26-53.
- 日本地域福祉学会阪神・淡路大震災地域福祉研究委員会, 1996, 『阪神・淡路大震災と地域福祉—日本地域福祉学会「阪神・淡路大震災地域福祉研究委員会」研究報告書—』日本地域福祉学会阪神・淡路大震災地域福祉研究委員会, 48, 113.
- 新宿区障害者団体連絡協議会, 1997, 『シンポジウム 障害者と防災 —阪神・淡路大震災から学ぶ— 報告書』新宿区障害者団体連絡協議会, 8-49.
- 社会福祉法人 日本盲人福祉委員会, 1996, 『阪神大震災被災地における視覚障害者避難調査報告書』社会福祉法人 日本盲人福祉委員会, 24-30, 312-314.
- 社会福祉法人 三田谷治療教育院, 1995, 『震災の記録』社会福祉法人三田谷治療教育院, 2-40.

社会福祉法人 全国社会福祉協議会, 1996, 『障害のある人への災害支援 災害時の障害者援護に関する検討委員会 報告書』社会福祉法人 全国社会福祉協議会, 9-10.

社会福祉・医療事業団 長寿社会福祉部, 1995, 『阪神・淡路大震災 社会福祉関係者による救援活動の記録[2] - 兵庫県内のボランティア、社会福祉協会、福祉施設、障害者支援センターの取り組み - 』社会福祉・医療事業団 長寿社会福祉部, 351-422.

特定非営利活動法人 兵庫障害者センター, 2010, 『大震災から 15 年 障害者支援作りへの課題報告集』特定非営利活動法人 兵庫障害者センター, 20, 48-49.

特定非営利活動法人 神戸愛ライト協会, 2005, 『視覚障害被災者の 10 年 - 阪神淡路大震災メモリアルイベントの記録 - 』特定非営利活動法人 神戸愛ライト協会, 13-36.

財団法人 日本障害者リハビリテーション協会, 1996, 『ノーマライゼーション障害者の福祉 1996 年 9 月号』財団法人 日本障害者リハビリテーション協会, 13-27.

全国老人福祉問題研究会本部, 1996, 『月刊ゆたかなくらし 阪神淡路大震災から 1 年 9 6 年 3 月号』萌文社, 13-14.

編集発行不明, 2005, 『阪神・淡路大震災あれから 10 年——そして未来へ「負けへんで」 vol12』, 38, 47, 168.

編集発行不明, 2001, 『KSJKS ゆめごよみ風便り【ゆめ・風・十億円基金】被災地障害センター発足 5 周年記念シンポジウム その時障害者は… - 震災と障害者 - 報告集』, 26-31, 39.

参考 URL

復興の教科書, (2014 年 11 月 21 日取得,
<http://fukko.org/>)

JDF 東日本大震災被災障害者総合支援本部, (2014 年 12 月 8 日取得,
<http://www.dinf.ne.jp/doc/JDF/index.html>).

気象庁, 「知識・解説」, (2014 年 11 月 21 日取得,
<http://www.jma.go.jp/jma/kishou/known/faq/>).

国際医療福祉大学, ICF illustration library,(2014 年 12 月 8 日取得,
http://www.icfillustration.com/icfil_jpn/).

厚生労働省, 「国際生活機能分類 - 国際障害分類改訂版 - 」, (2014 年 12 月 1 日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>).

名古屋市, 「障害者 - 『障害のある人を理解し、接するためのガイドブック』」(2014 年 12 月 12 日取得,
<http://www.city.nagoya.jp/kurashi/category/22-2-0-0-0-0-0-0-0-0.html>).

内閣府, 「平成 17 年(2005 年)度障害者施策総合調査 (「生活環境」「情報・コミュニケーション)」」(2014 年 12 月 12 日取得,
<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/index.html>).

内閣府, 「平成 18 年(2006 年)度障害者施策総合調査 (「雇用・就業)」」(2014 年 12 月 12 日取得,
<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h18sougo.html>).

内閣府, 「平成 19 年(2007 年)度障害者施策総合調査 (「生活支援」「保健・医療)」」(201

4年12月12日取得,

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/19sougo/sougo-h19.html>).

内閣府,「平成20年(2008年)度障害者施策総合調査 (「教育・育成」)」(2014年12月12日取得,

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h20sougo/sougo.html>).

内閣府,「平成21年(2009年)度障害者施策総合調査 (「啓発・広報」「国際協力」)」(2014年12月12日取得,

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h21sougo/sougo.html>).

内閣府,「平成25年(2013年)度障害者の社会参加推進等に関する国際比較調査 (国内モニタリング)」(2014年12月12日取得,

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h25kokusai/index-w.html>).

謝辞

本論文を執筆するにあたり、大変多くの方々にご協力を頂きました。お仕事のお忙しい中、本調査のために時間を割き協力してくださった神戸市人と防災未来センター職員の方々、当該センター資料室の森口芳隆様には大変お世話になりました。何度もお伺いさせていただきまして、ご迷惑をおかけした節や、筆者自身の勉強不足が故に何度もご質問させていただきその度にお答えして頂いたこと、本当にありがとうございました。

そしてお忙しい中でも多く時間を割き、たくさんの助言・提言をくださった立木茂雄先生、研究室の松川安寧さんに心より感謝いたします。

[注]

参考文献

- 紫陽花まき, 2009, 『阪神大震災・聴覚障害を持つ主婦の体験』株式会社文芸社, 18-22, 38. 46.
- 土木学会関西支部共同研究グループ, 1996, 『ワークショップ高齢者・障害者に配慮した社会基盤整備資料集 土木学会関西支部共同研究グループ 「高齢者に配慮した社会基盤整備」 』土木学会関西支部共同研究グループ, 38-39.
- 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所, 2007, 『ICF 及び ICF-CY の活用 試みから実践へ 特別支援教育を中心に』ジヤース教育新社.
- 阪神・淡路大震災社会福祉復興記念事業実行委員会, 2005, 『その時、福祉現場は——～大震災時、民間福祉関係者からの提言～』兵庫県社会福祉協議会, 144-145.
- 林春男, 2003, 『いのちを守る震災防災学』岩波書店.
- 星加良司, 2007, 『障害とは何か——ディスアビリティの社会理論に向けて』生活書院.
- 兵庫県南部地震障害者救援本部, 1996, 『KSK シンポジウム 障害者のくらしの再生は 見えてきたか? ——～震災2年目を前にして～』関西障害者定期刊行物協会, 3-9, 32.
- 兵庫県南部地震障害者救援本部, 1997, 『KSK 活動の記録 兵庫県南部地震障害者救援本部』関西障害者定期刊行物協会, 49-56.
- 近畿ブロック身体障害者施設長・身体障害者更生相談所長協議会, 1997, 『阪神・淡路大震災 記録・提言集 (平成7年1月17日から7月16日半年間のまとめ)』近畿ブロック身体障害者施設長・身体障害者更生相談所長協議会, 293-314.
- 日本オストミー協会兵庫県センター, 2000, 『震災一周年記念誌 オストメイトはその時・・・——大震災・その証言と教訓』(社)日本オストミー協会兵庫県センター, 26-53.
- 日本地域福祉学会阪神・淡路大震災地域福祉研究委員会, 1996, 『阪神・淡路大震災と地域福祉—日本地域福祉学会「阪神・淡路大震災地域福祉研究委員会」研究報告書—』日本地域福祉学会阪神・淡路大震災地域福祉研究委員会, 48, 113.
- 新宿区障害者団体連絡協議会, 1997, 『シンポジウム 障害者と防災 —阪神・淡路大震災から学ぶ— 報告書』新宿区障害者団体連絡協議会, 8-49.

社会福祉法人 日本盲人福祉委員会, 1996, 『阪神大震災被災地における視覚障害者避難調査報告書』社会福祉法人 日本盲人福祉委員会, 24-30, 312-314.

社会福祉法人 三田谷治療教育院, 1995, 『震災の記録』社会福祉法人三田谷治療教育院, 2-40.

社会福祉法人 全国社会福祉協議会, 1996, 『障害のある人への災害支援 災害時の障害者援護に関する検討委員会 報告書』社会福祉法人 全国社会福祉協議会, 9-10.

社会福祉・医療事業団 長寿社会福祉部, 1995, 『阪神・淡路大震災 社会福祉関係者による救援活動の記録[2] - 兵庫県内のボランティア、社会福祉協会、福祉施設、障害者支援センターの取り組み - 』社会福祉・医療事業団 長寿社会福祉部, 351-422.

特定非営利活動法人 兵庫障害者センター, 2010, 『大震災から 15 年 障害者支援作りへの課題報告集』特定非営利活動法人 兵庫障害者センター, 20, 48-49.

特定非営利活動法人 神戸愛ライト協会, 2005, 『視覚障害被災者の 10 年 - 阪神淡路大震災メモリアルイベントの記録 - 』特定非営利活動法人 神戸愛ライト協会, 13-36.

財団法人 日本障害者リハビリテーション協会, 1996, 『ノーマライゼーション障害者の福祉 1996 年 9 月号』財団法人 日本障害者リハビリテーション協会, 13-27.

全国老人福祉問題研究会本部, 1996, 『月刊ゆたかなくらし 阪神淡路大震災から 1 年 9 6 年 3 月号』萌文社, 13-14.

編集発行不明, 2005, 『阪神・淡路大震災あれから 10 年——そして未来へ「負けへんで」 vol2』, 38, 47, 168.

編集発行不明, 2001, 『KSKS ゆめごよみ風便り【ゆめ・風・十億円基金】被災地障害センター発足 5 周年記念シンポジウム その時障害者は… - 震災と障害者 - 報告集』, 26-31, 39.

参考 URL

復興の教科書, (2014 年 11 月 21 日取得,
<http://fukko.org/>)

JDF 東日本大震災被災障害者総合支援本部, (2014 年 12 月 8 日取得,
<http://www.dinf.ne.jp/doc/JDF/index.html>).

気象庁, 「知識・解説」, (2014 年 11 月 21 日取得,
<http://www.jma.go.jp/jma/kishou/known/faq/>).

国際医療福祉大学, ICF illustration library,(2014 年 12 月 8 日取得,
http://www.icfillustration.com/icfil_jpn/).

厚生労働省, 「国際生活機能分類 - 国際障害分類改訂版 - 」, (2014 年 12 月 1 日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>).

名古屋市, 「障害者 - 『障害のある人を理解し、接するためのガイドブック』」(2014 年 12 月 12 日取得,
<http://www.city.nagoya.jp/kurashi/category/22-2-0-0-0-0-0-0-0-0-0.html>).

内閣府, 「平成 17 年(2005 年)度障害者施策総合調査 (「生活環境」「情報・コミュニケーション)」」(2014 年 12 月 12 日取得,
<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/index.html>).

内閣府,「平成 18 年(2006 年)度障害者施策総合調査 (「雇用・就業」)」(2014 年 12 月 12 日取得,

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h18sougo.html>).

内閣府,「平成 19 年(2007 年)度障害者施策総合調査 (「生活支援」「保健・医療」)」(2014 年 12 月 12 日取得,

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/19sougo/sougo-h19.html>).

内閣府,「平成 20 年(2008 年)度障害者施策総合調査 (「教育・育成」)」(2014 年 12 月 12 日取得,

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h20sougo/sougo.html>).

内閣府,「平成 21 年(2009 年)度障害者施策総合調査 (「啓発・広報」「国際協力」)」(2014 年 12 月 12 日取得,

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h21sougo/sougo.html>).

内閣府,「平成 25 年(2013 年)度障害者の社会参加推進等に関する国際比較調査 (国内モニタリング)」(2014 年 12 月 12 日取得,

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h25kokusai/index-w.html>).