

I I S E フォーラム2023 セッションレポート

ヘルスケア

「誰一人取り残さない—情報アクセシビリティとデジタルヘルス」

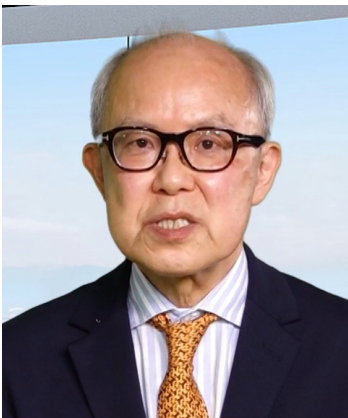
当セッションでは「誰一人取り残さない情報アクセシビリティとデジタルヘルス」として、情報化が進む世界において誰一人取り残さないという視点から議論しました。

登壇者は東京大学 先端科学技術研究センター 准教授 熊谷晋一郎氏、株式会社ユーディット 会長、同志社大学大学院 総合政策科学研究科 客員教授 関根千佳氏、東洋大学 名誉教授、国際社会経済研究所 研究アドバイザー 山田肇氏です。モデレータは国際社会経済研究所 調査研究部 主幹研究員の遊間和子が務めました。



情報アクセシビリティの意味と必要性

遊間：初めに、情報アクセシビリティの必要性について、山田さんからお話をお聞かせいただけますでしょうか。



東洋大学 名誉教授
国際社会経済研究所 研究アドバイザー
山田 肇 氏

山田：「国立競技場へのアクセス」というように、「アクセス」という言葉は広く使われています。この「アクセス」に、できることを意味する「アビリティ」という言葉をつないでできた名詞がアクセシビリティです。「目的の場所に出向き、目的の行為ができる」という意味になります。情報社会の今、情報アクセシビリティは社会生活を営むための基盤です。

情報には受信と発信があるため、その双方について、情報アクセシビリティが求められます。動画を視聴する、オンライン授業を受けるといった受信主体の行動についても、SNSで気持ちを伝える、リモートで働くといった発信主体の行動についても、情報アクセシビリティは必要不可欠です。情報社会で情報にアクセスできなければ、社会から疎外されてしまうことになるからです。

健康・医療・介護といったヘルスケアでは、情報アクセシビリティは必

須の要件になります。新型コロナウイルスを予防する正しい手洗いの手順を絵や画像だけで提供した場合、視覚で情報を取得できない人には伝わりません。しかし、「石鹸を用い、指と指の間まで、ていねいに」といったテキストが付いていれば伝わります。説明をテキストで付け加えるのは、視覚で情報が取得できない人の責任ではなく、正しい手洗いの方法を伝えようとした側の責任となります。

手が震えて、薬について詳しい説明が掲載されているページへのリンク、「こちら」をうまくクリックできない人がいるかもしれません。「こちら」の3文字ではなく、「詳しくはこちら」と7文字にすれば、クリックは容易になります。健康・医療・介護に関わるサービスの多くには替えがなく、利用せざるを得ないため、情報アクセシビリティがとても重要です。多様な人が利用するということを前提に、情報へのアクセスができるようにするのは、社会の側の責任となります。

デジタル化と当事者研究

遊間：熊谷さんは発達障害、子ども、依存症やアスリート等、様々な当事者研究を行っていらっしゃいますが、その中でデジタル化というものをどのように捉えていらっしゃるのでしょうか。



東京大学 先端科学技術研究センター
准教授
熊谷 晋一郎 氏

熊谷：まず、私が専門にしている当事者研究について、簡単に説明をさせていただきます。たとえば「産後うつ」という言葉がありますが、この「産後うつ」という言葉は、ある時期までは存在しない言葉でした。この言葉が存在しなかった時代に、女性たちは自分の辛い経験を「自分が我慢が足りないのかな」、「私がわがままだからかな」という形で解釈をせざるを得ませんでした。ところが「産後うつ」という言葉ができて初めて、「私だけに起きていることではないんだ」、「治療や支援を求めているんだ」と気づき、行動できるようになりました。

このように、言葉というものも、ある時代までは男性向けにカスタマイズされていました。言葉は、傾向としてマジョリティ向けにカスタマイズされてデザインされており、これは、建物がマジョリティ向けにカスタマイズされているのと同様です。

当事者研究は、マジョリティ、マイノリティの垣根を越えて「これまで経験はしているが、まだそれを表現する言葉が存在していない」ものに新たな言葉や表現手段を発見していくもので、言葉のユニバーサルデザインということもできるかもしれません。

新型コロナウイルスによりデジタル化が急速に進行し、社会が激変しました。その結果、多くの人たちがこれまでに経験したことのないモヤモヤとした経験を重ねています。そのような中で、デジタル化の経験を言語化する、表現化する試みが蓄積されてきました。その中でわかってきたのは、デジタル化によって、これまでできなかったことができるようになるポジティブな面もありますが、その一方で、デジタル化に適應できずに、「学校で授業に集中できない」「課題が上手く出せない」、「インフォーマルな情報にアクセスできない」といった新たな障壁も発生しています。

結論を導くのは時期尚早ですが、デジタル化はこれまでの世界に取って代わるのではなく、選択肢が増える、すなわち冗長な手段の拡張と捉えることが重要と感じています。

情報アクセシビリティの日本・海外の取り組み

遊間：関根さんは海外の事情についても詳しいですが、海外と日本を比べ、情報アクセシビリティの取り組みの違いはありますか。



株式会社ユーディット 会長
同志社大学大学院
総合政策科学研究科 客員教授
関根 千佳 氏

関根：国際的に見ると、情報社会のユニバーサルデザインは社会の大前提になっています。ユニバーサルデザイン（UD）は、「使えるかどうか」のアクセシビリティと、「使いやすいかどうか」のユーザビリティが揃って初めて成立します。中でもアクセシビリティはとても重要であり、様々な情報にアクセスする権利は、海外では人権として保障されています。

特に、医療や介護等の情報は、アクセスできないことで命に関わるものとして重視されています。SDGsの「誰一人取り残さない」という観点からも、良識ある企業はUD以外のものや情報を作らなくなってきています。

米国では、86年に成立したリハビリテーション法508条で、公的機関はアクセシブルなICT製品・サービスしか調達できなくなりました。それにより、公的機関で働いたり、学んだりする人のアクセスを保障し、インクルーシブな教育や就労の環境を作ってきました。この結果、ICTを開発する企業の側でも、UDが前提となりました。

また、障害を持つアメリカ人法（ADA）においても、公共建築や交通と同様に、情報へのアクセスは保障されています。このADA違反に関する訴訟は年間1万件以上、その中でも企業のWebサイト等情報環境に関するものだけで年間5000件を超えと言われています。企業は、自社の製品、サービス、情報がUDでないと言われることは存続にかかわるため、必死に改善を行っています。

ヘルスケアに関する情報は、特にアクセシビリティが重要です。例えば、新型コロナウイルスに関する情報を提示しているジョン・ホプキンス大学やメイヨークリニックのWebサイトは、とてもアクセシブルですし、CVSストア等の薬局のWebサイトやセルフ端末等も同様です。

EUでは、2019年に欧州アクセシビリティ法（EAA）が成立し、UDな情報機器やサービス以外は購入、販売、輸入もできなくなりました。EU各国は国内法の整備を進めており、10人以下の零細企業以外はUDが前提となっています。これらの動きは、日本の企業にとって非関税障壁とも言えます。

このように、世界は、インクルージョンを進めるために、あらゆるモノやサービス、情報インフラに関して、UD前提で構築することが30年ぐらい前から当たり前になっていますが、日本ではまだ手つかずの分野も多く、企業や行政の理解も十分ではありません。

医療における情報アクセシビリティ

遊間：熊谷さんは医師として医療機関で勤務されたご経験もお持ちですが、日本の医療現場でのデジタル化や情報アクセシビリティについてどうお感じになっているのでしょうか。

熊谷：医療現場でのアクセシビリティを考えるときには2つの観点が重要です。一つは「患者さんにとってのアクセシビリティ」、もう一つは「障害を持っている医療者にとってのアクセシビリティ」です。

前者に関しては、国内外ともに意識が高まってきています。「Social Determinants of Health」、「健康の社会的決定要因」という言葉がありますが、一部のマイノリティにとって、医療サービスというのはまだ十分にアクセシビリティが確保されていません。それによって、医療的な理由ではない、社会的な理由で健康に



国際社会経済研究所
調査研究部 主幹研究員
遊間 和子

格差が生じるという現状がエビデンスによって明らかになっています。

例えば、障害を持っている人がCTスキャンやMRIの検査をする場合、電動車椅子ではMRIの部屋にまず入れません。さらに、検査台への移動にも障壁が数多くあります。女性のマンモグラフィーでも、車椅子に対応した機器はほとんど常設されておらず、そういったことで、健康格差が発生します。

米国では、連邦政府に「アクセスボード」という機関があり、そこでは「公的な病院では、調達の段階からアクセシビリティに配慮した医療機器を導入しましょう」というガイドラインが発出されています。こういったことがまず重要となります。

後者に関しては、医療の現場は、患者として障害者を招き入れることには慣れていても、同僚として障害者を招き入れることは、まだ経験不足です。これは、私自身も障害を持つ医療者として医療現場に関わる中で感じています。聴覚に障害のある医師が問診をする場合は、どうしたらいいのか、あるいは私のような立場の医師が研修医をトレーニングする場合はどうしたらいいのか、数多くの障壁が残っています。海外では様々なガイドラインが出ていますが、解決しなければいけない課題は多いです。

キーワードとして、「医師・患者・コンコダンス効果」という言葉を挙げておきます。これは、障害のある医師と障害のある患者がペアを組んだときに患者の満足度が高くなる、あるいはLGBTの医師とLGBTの患者がペアを組んだときに、同程度の医療水準なら患者満足度が、ペアが一致していないときよりも満足度が高くなる効果のことです。この「医師・患者・コンコダンス効果」を根拠に、欧米を中心に、医療人材のダイバーシティが正当化されているのが最近のトレンドです。

米国で情報アクセシビリティが進んだ理由

遊間： 関根さん、米国において情報アクセシビリティが進んだことには理由があるのでしょうか。

関根： 米国がリハビリテーション508条やADAで作ろうとしたユニバーサルな情報社会は、就学や就労を分離しない、インクルーシブな社会です。企業では、ダイバーシティ&インクルージョンとも言われますが、多様な人々が共に学び、共に働く社会を目指しています。

例えば、障害のある子どもが、そうでない兄弟姉妹と同じ学校で学ぶことができ、能力があれば行きたい大学へ進学できる社会のことです。また、病気や怪我で障害を持った社員、加齢で情報受発信に困難を持った社員が、望む場所で働き続けられる社会です。

「分けない」ということは、とても大事であり、米国では、障害のある子どもが特別支援学校で学ぶ率は5%以下と言われています。また、特例子会社（事業主が障害者の雇用に特別の配慮をした子会社）の制度は、海外ではほとんど廃止されています。

途中で障害を持った場合、大学で障害者支援技術、アシスティブ・テクノロジーを使って、ICTを駆使する方法を学ぶことができます。職場や大学には、障害のある学生や社員がいて、共に学び働いています。病院、ホワイトハウス、GAFAでも多くの障害のある人たちが働いています。採用、昇進、研修では、必ずアクセシビリティが保証されます。建物と同様に、情報環境も初めからUDであれば、視覚や聴覚に障害があっても働くことに支障はほとんどありません。

残念ながら、日本では、長く続いた分離政策のため、障害のある子どもは特別支援学校へ、職員は特例子会社へ、という方針で社会が構成されてきました。インクルージョンとは反対の政策を取ってきたわけです。

このことが、2022年の国連の障害者権利条約の状況報告で「問題である」と厳しく指摘されました。アクセシビリティやユニバーサルデザインに関しても、日本の行政職員をはじめ、企業のアーキテクト、エンジニア、デザイナー、プログラマー等様々な人に対して「きちんと勉強しなさい」との指摘がされ、ほかの国に比べてUDが前提となっていないことが問題視されました。日本政府は、根本的な改善を行い、5年後の次の報告までに環境を変えていく必要があります。

日本でも、2021年に、ようやくバリアフリー法の対象に学校が入り、エレベーターやUDトイレの設置が進むようになりました。インクルーシブな教育に関しても、方向転換が行われ、能力のある障害学生が一般校へ行けるようになってきました。しかし、情報環境に関しては、まだ始まったばかりです。法律の枠組みはできたものの、508条やADAのように実効力のあるものにするには時間がかかりそうです。

日本の情報アクセシビリティの遅れと社会モデルの関係

遊間：山田さん、日本は障害者権利条約に批准したものの実態が追いついていないということですが、その点いかがでしょうか。

山田：障害者権利条約は、条約の履行状況について、定期的に報告するように締結国に求めています。日本は2022年に最初の報告を出し、8月に国際連合障害者権利委員会で審査が行われました。審査結果はすでに公表されていますが、障害者施策に対する厳しい批判が並んでおり、情報アクセシビリティ施策も改善が求められました。

最も大きなポイントは、日本の法制度が社会モデルに転換できていないという点です。権利条約の基盤は社会モデルですが、これは「障害者の社会参加を阻むのは社会の側に障壁があるからであり、社会の側が変革をしなければならない」という考え方です。冒頭に、情報アクセシビリティについて例示した際にも「これは障害を持つ人の責任ではなく、情報提供した側の責任だ」と説明しましたが、これが社会モデルの考え方です。

情報化社会になり、音声テキストに、テキストを音声に、日本語を英語に、というように、自由自在に変換できるようになりました。このような変換に対応できるように情報を提供すれば、障害者は情報にアクセスできるようになるのです。

審査報告には「Webサイト、テレビ、メディアサービス等について、法的拘束力のある基準を制定する必要がある」との指摘がありました。民間だけでなく、公共サービスについても、現状は情報アクセシビリティ対応は善意となっていますが、「義務にすべき」というのが今回の勧告です。

そもそも障害者権利条約の翻訳が不正確という指摘もありました。条約は英文が正本ですが、外務省が日本語訳を公定訳として提供しています。この公定訳でアクセシビリティが「利用の容易さ」と翻訳されています。もちろん、利用は容易のほうがいいに決まっていますが、そもそもたどり着けなければ利用もできません。アクセシビリティは、利用の容易さよりも優先される根本的な条件なのです。

高齢化が進む国として日本ができる貢献

遊間：今後、日本がどうすれば良いのか、また最も高齢化が進む国として、日本の経験を世界にどう貢献していくのか、最後に皆様からお伺いしたいと思います。

熊谷：先ほど「医師・患者・コンコダンス効果」という言葉をご紹介させていただきましたが、その延長線上にある概念として「共同創造」、英語では「コ・プロダクション」という概念があります。これは「サービスや製品を利用する人が、そのサービスや製品をデザインするのに最適な人材だ」という考え方の総称です。

この共同創造の適用範囲は非常に広く、例えば、医療サービスを患者がデザインする、教育サービスを教育を受けている子どもたちがデザインする、環境保全といった公的な営みを市民がデザインする等、様々な分野で共同創造の実践が広がっていています。情報アクセシビリティを考える上でも、この共同創造の観点は不可欠だと考えています。

具体例を挙げると、私が担当している架空の事例ですが、「識字障害の診断で文字が読めない」と私の外来にやってきた方がいらっしゃいました。ありとあらゆる手段でサポートを試みましたが、どうもうまいかない。そこで、専門家も到達できない、見逃している事実があるかもしれないとのことで、当事者研究と一緒にやってみました。その結果わかったことは、「勉強する」というシチュエーション自体が、過去にその子が学校で傷付いた経験を思い出させてしまうトラウマになっているということでした。勉強しようとすると、過去の嫌な記憶がフラッシュバックし、教科書を読むどころではなくなってしまうのです。このように、当事者でないと見えてこない様々なニーズや困難はまだたくさん眠っています。専門家も支援者も謙虚な姿勢に立ち、「私たちはまだ十分に知識を持っていない」という前提に立てば、自ずと共同創造というソリューションがその延長線上に立ち上がってくるものだと思います。そういった、まだ言語化されていない、専門知も届いていない領域が広大に眠っているという前提で、ぜひ情報アクセシビリティを今後も力強く推進できればと思っています。

関根：日本の場合、建築に関するバリアフリー法はありますが、残念ながら、情報のUDを義務付ける法律はまだ存在していません。昨年、情報コミュニケーションや情報アクセシビリティに関する法律が一部できましたが、海外のような「権利法」ではなく、権利が侵害されたときに訴えを起こせる仕組みになっていません。Webアクセシビリティに関しても、JIS規格を守っていればそれでいいと考える企業もまだ多くあります。UDは、できるだけ多くの人に幸せになってほしいということが前提ですので、是非、企業姿勢を表してほしいと思っています。

例えば、オムロンでは全盲になった知財部長の雇用を継続したことで、社内のイントラネット、社外のインターネットのアクセシビリティ、これがユーザビリティも含めて劇的に向上し、製品自身のユニバーサルデザインの推進にも貢献しています。

「ダイバーシティはイノベーションの源泉」という言葉が私たちのキーワードになっていますが、多様性のある社内から多様な顧客へのより幅広いサービスが生まれると思っています。

日本は世界一の高齢国家であり、成人人口の半分以上が加齢により移動や情報受発信に困難を感じるようになってきています。日本できちんと使えるUDの製品・サービスが開発できれば、世界中で歓迎されるはずです。日本の企業や行政が、自分たちの製品やサービスを使う人も、株主も、半数以上が軽度重複障害のある50歳以上かもしれないということを自覚してほしいです。それにより、日本の企業はものづくり、まちづくり、情報やサービスづくりのすべてにおいて、UDが前提になる、そんな国になっていけると考えています。

アクセシブルでユーザブルな製品・サービスを開発するノウハウを蓄積していくことで、日本の企業は世界中の人々を幸せにできるはずです。

山田：先ほど関根さんがお話しされたように、2000年代に米国で、2010年代に欧州で、情報アクセシビリティの義務化にかかわる基準が制定され、義務化が進んだことで、世界が大きく変わってきました。

皆さん方がお使いのスマートフォンやパソコンには、文字の大きさを変えたり、色を変えたりする機能が付いていますが、これは、欧米の企業が米国の調達基準や欧州の調達基準に対応するために付け加えた機能

となります。そういう意味で、我々日本人も欧米の調達基準に一種ただ乗りをしている状態です。

しかし、このような機能があるということと、その機能がちゃんと使えることは違います。スマホの字が小さすぎて読めないという高齢者が大勢いらっしゃいます。高齢の医師で、電子カルテがうまく操作できないという方もおられます。設定機能があっても、それを用いて自分の事情に合わせて設定できることも重要です。

日本はかゆいところに手が届く製品・サービスの開発が得意であり、その力を活かせば、競争力を持った製品・サービスを世界に提供できるはずで、ひとりひとりに合わせた設定ができ、それぞれにサービスが提供できる。そんな製品が生まれるように期待します。

ヘルスケアに関連する製品・サービスにおいても、「アクセシブルなデジタルヘルスしか調達しない」と政府が決めれば、開発は急速に進むはずで、公共調達での義務化は良いデジタル製品、ヘルスケア製品の開発につながり、世界への展開にも結び付いていくと思われます。

遊間：最後に、私からIISEで組織しておりますアクセシビリティ研究会についてご紹介させていただきます。

研究会では本日ご登壇いただいた山田さんを主査に産学のメンバーにお集まりいただき、調査研究活動を行っています。過去の報告書は弊社サイトで公開中です。また、2022年度は「パーソナライズ化を促進するデジタルヘルス」をテーマに調査研究を進めており、シンポジウムの開催も予定しております。

以上をもちまして、誰一人取り残さない情報、アクセシビリティとデジタルヘルスを終了させていただきます。最後までご清聴いただきましてありがとうございました。

