



SSKU 特定非営利活動法人

【季刊】2026-6

日本せきずい基金ニュース



事務局から

脊髄損傷再生医療の最前線

— 第25回日本再生医療学会総会報告と Walk Again 2026開催のお知らせ —

本年も例年通り、脊髄損傷研究と臨床の最新動向を共有するシンポジウム「Walk Again 2026」を、2026年10月31日(土)に開催することが決まりました。会場は秋葉原コンベンションホールを予定していますが、詳細については現在プログラムや講演者の調整を進めており、9月の会報でご案内予定です。

ここでは、3月に聴講してきました「日本再生医療学会総会」の中から、特に脊髄損傷に関連する最新動向についてご報告します。



学会テーマは「希望の光を失わせない」

「第25回日本再生医療学会総会」が神戸にて3月19日20日と開催されました。今回の会長は、世界に先駆けてヒトiPS細胞由来網膜色素上皮細胞(RPE)移植医療を実現し、現在はスタートアップ企業VC Cell Therapyの代表取締役社長の高橋政代先生です。

学会では、再生医療に関する基礎研究、臨床研究、開発、さらに産業化に向けた取り組みまで多岐にわたる発

表が行われました。長らく基礎研究の段階にあった再生医療で、臨床を見据えた研究が増えつつあり、社会実装へ向かっていることが強く印象づけられました。

脊髄損傷に対する再生医療の進展は

脊髄損傷の再生医療としては、昨年発表された臨床研究「亜急性期脊髄損傷に対するiPS細胞由来神経前駆細胞を用いた再生医療」(注*1)を受け、慶應義塾大学医学部整形外科の名越慈人先生から「慢性期脊髄損傷に対する細胞移植の医師主導治験」の準備状況が共有されました。

慢性期脊髄損傷では、損傷部位の周囲に形成されるグリア瘢痕(注*2)が神経再生を阻害する重要な要因のひとつと考えられています。今回紹介された研究では、このグリア瘢痕の性質を変化させる可能性のあるiPS細胞をマウスに移植し、リハビリテーションを併用することで運動機能の優位な改善が認められたと報告されました。こうした成果が今後計画されている臨床試験でも、反映されていくものと考えられます。

近年、脊髄損傷後の機能回復には、脊髄のみならず脳を含めた神経ネットワークの再編が重要であることが明らかになってきました。この視点から、再生医療と並行して、経頭蓋磁気刺激(TMS)や脊髄硬膜外電気刺激

🔍 目次

<事務局から>

脊髄損傷再生医療の最前線—第25回日本再生医療学会総会報告と Walk Again 2026 開催のお知らせ— p.1~2

<プレスリリース>

頸髄損傷患者に対する日本での「横隔膜ペーシング」植え込み～症例報告 p.3

<プレスリリース>

非侵襲的な脊髄刺激により、対麻痺のある脊髄損傷者の歩行制御が回復 p.4~5

<ドリームキャッチャー>

脊髄損傷後の新しい人生—「行ける」から「楽しめる」社会へ—河上 崇陽… p.6~7

<事務局から>

理事長ご挨拶 p.8

事務局から

(EES)などで神経回路を刺激、調整するニューロモデュレーション(注*3)の重要性が高まっており、症例が多く紹介されていました。今後の再生医療は単独治療でなく

- ① 細胞移植
- ② 神経刺激治療法
- ③ リハビリテーション

を組み合わせた、コンビネーション治療「脳脊髄一体型再生医療」が主流になっていくものと示唆されました。

また現在、急性期治療では特に麻痺回復の予測の困難さが課題になっており、損傷の時期や程度など、個々の状態に応じた最適な治療効果を評価するためのバイオマーカー(注4)の必要性が議論されていました。今後の臨床開発を進める上では、急性期だけでなく慢性期でもその必要性は高まってくると考えられます。

全体に「慢性期だから改善は難しい」という従来の考え方から、「慢性期でも改善できる可能性がある」という方向へ、研究が大きく変化している流れを感じました。

再生医療の社会実装に向けた取り組みも

日本再生医療学会では、AMED(内閣府の国立研究

開発法人日本医療研究開発機構Japan Agency for Medical Research and Development)が進める「再生医療ナショナルコンソーシアム事業」を通じて、臨床研究および臨床開発における技術的・事務的課題の解決と再生医療の実用化への基盤整理を進めてきており、再生医療の産業としての社会実装も期待されています。

今回の学会は、学会25年目にして初めて企業が主催する形で開催されたことが特徴的でした。再生医療におけるアカデミアと産業界の連携が一層進んでいることを象徴する学会でした。



再生医療が、実際の医療として私たち脊髄損傷者に届くまでにはなお時間が必要ですが、今回の学会は、その歩みが確実に前進していることを感じさせるものでした。今後も本会報では、脊髄損傷研究の最新動向をお伝えしていきます。



用語ガイド

*1 臨床研究「亜急性期脊髄損傷に対するiPS細胞由来神経前駆細胞を用いた再生医療」

2025年に発表された臨床研究で、亜急性期脊髄完全損傷の患者4名に200万個の神経前区細胞を移植し1年間の経過観察を行った結果、4症例全てに安全性および有効性が認められた。

*2 グリア瘢痕

脊髄損傷後、時間の経過とともに損傷部周囲に形成されるかさぶたのような組織。損傷により切れてしまった神経軸索(神経細胞同士を繋げるケーブルのような働きをする)が再び伸びて(再生して)元のように繋がろうとするのを壁となって阻止してしまうため、神経の再生を妨げる要因のひとつとされる。



損傷部にグリア瘢痕が形成され神経の再生を阻害する・イメージ

*3 ニューロモデュレーション

経頭蓋磁器刺激(TMS)や脊髄硬膜外電気刺(EES)などの外部からの非侵襲的刺激により神経活動を変化させる治療法。神経回路の可逆性(新しいルート)を誘導する目的で、運動麻痺のリハビリテーション分野で応用が広がっている。



経頭蓋磁器刺激TMS・イメージ

*4 バイオマーカー

細胞や組織レベルで体内がどのような状態にあるかを客観的に評価する指標のこと。再生医療の効果を高めるため、個別に異なる脊髄の損傷程度により、移植時期の決定や治療の有効性を予測できるバイオマーカーの研究が進められている。

Diaphragm pacing implantation in Japan for a patient with cervical spinal cord injury

頸髄損傷患者に対する日本での「横隔膜ペーシング」植込み～症例報告

Kazuya Yokota, MD, PhD, b5

外傷性の頸髄損傷(SCI)は、呼吸不全を引き起こし、永久的な人工呼吸器管理を必要とすることが多い。横隔神経ペーシング(DP)は、脊髄損傷(SCI)や中枢性低換気症候群(CCHS)に伴う無呼吸の患者に対し、横隔膜ペーシングシステムを埋め込み横隔膜を電気刺激することで呼吸を補助する治療法である。米国では50~60年前から、日本製も2000年から使用されており、複数の研究で頸髄損傷患者の呼吸機能をサポートする効果が示されている。

日本では2019年に保険適用となり、2020年から臨床適用が開始された。日本脊髄障害医学会の「適正使用指針」で、包括的なガイドラインを作成し、適応や手技、医療機関の要件が示されたが、普及はいまだ限定的である。本症例は、日本で公的医療保険の適応下で横隔膜ペーシングが行われた初めての頸髄損傷患者と考えられる。

●24歳男性の症例

陸上自衛隊勤務中の交通事故により、四肢麻痺、呼吸障害、そして重度の意識障害を呈して救急搬送された。既往歴に基礎疾患はなかった。

救急部へ搬送直後に気管挿管が行われ、人工呼吸器管理が開始された。身体診察では、上下肢ともに完全弛緩性麻痺を認めた。X線およびCT検査では、C2-C3椎間での脱臼性頸髄損傷と、軸椎の両側の椎弓峡部骨折(ハンゲマン骨折 type II)を認めた。C2-C3左側の椎間関節は脱臼し、C2の上関節突起はC3の外側塊上に乗上げていた。一方、右側C2-C3の椎間関節は亜脱臼していた。MRIでは、脊髄損傷の主要病変がC2-C3椎間板レベルに存在することが確認された。神経学的所見および画像所見から、ASIA Impairment Scale グレードAの頸髄損傷と診断した。

●**受傷翌日** ハローベストによる頸椎外固定を実施。2kgの牽引を行ったが、脱臼の十分な整復は得られなかった。受傷7日後、全身麻酔下で透視を用いた整復に成功し、その後気管切開を施行した。

●**受傷3週後** 後方頸椎固定術を行った。

●**受傷8週後** わずかな自発呼吸が認められたため、人工呼吸器離脱の試みを開始し、経口摂取の訓練を開始した。

●**受傷3か月後** 自発呼吸は機械的補助なしではCO₂排出などのガス交換能を維持するには不十分であり、最終的な人工呼吸器離脱は困難と判断された。

●**受傷4か月後** 上下肢にわずかな随意運動がみられ、以後、四肢の筋力は徐々に回復した。

●**受傷1年後** ASIA motor score(上肢+下肢)は34点で、ASIA Impairment ScaleはグレードCまで改善していた。一方、頸椎MRIでは、C2-C3の損傷中心部に大きな空洞を認め、脊髄実質はわずかに残存するのみであった。横隔神経刺激検査により、刺激によって横隔膜の収縮が増強することを確認したため、横隔膜ペーシング植込みを行う方針とした。

●**受傷1.5年(80週)後** 横隔膜ペーシング植込みが行われた。4本の電極を横隔膜に留置(左右に2本ずつ)し、刺激により横隔膜が収縮することを確認した。これらの電極は皮下トンネルで外部のパルスジェネレーターへ接続され、横隔膜刺激による呼吸を可能とした。

植込み前後で呼吸機能検査を行ったところ、植込み後には肺活量(VC)、%VC、1回換気量などの呼吸機能が著明に改善した。

●**植込み14週後** 人工呼吸器からの離脱が達成。

●**植込み19週後** 気管切開孔は完全に閉鎖された。

人工呼吸器離脱後、2年間のフォローアップ期間を通じて再挿管されることはなかった。

(翻訳と要約はChatGPT、当基金による)

人工呼吸器からの一時的な離脱を可能にする「横隔膜ペーシング」治療

横隔膜に植え込まれた電極に体外式のペースメーカーから電気刺激が送られ、横隔膜が収縮することで呼吸補助を行う治療。陽圧式の人工呼吸器とは異なり生理的な呼吸と同様の陰圧での呼吸が可能になる。ペースメーカーは小型で外出も容易。人工呼吸器からの一時的な離脱の他、完全離脱が可能となるケースも報告され、QOLの向上・生存期間の延長も期待される。

<治療の流れ>

1. 適応診断
- ⇒ 2. 横隔膜神経電動検査(横隔膜が電気刺激により収縮することを確認)
- ⇒ 3. 電極植込み手術(腹腔鏡で横隔膜上に電極を植込む)
- ⇒ 4. 初期設定(電気刺激を状態に合わせて設定)
- ⇒ 5. コンディショニング(横隔膜を回復させるためのトレーニング)
- ⇒ 6. 定期チェック



USCIジャパン株式会社

脳から脊髄への信号をコンピュータで橋渡しする人工神経接続システムで、脊髄損傷者が自分の意思で脚を動かし、歩行機能を回復した報告です。

Noninvasive closed-loop spinal stimulation restores leg stepping control in humans with paraplegia

非侵襲的な閉ループ脊髄刺激により、 対麻痺のある脊髄損傷者の脚の歩行制御が回復する

英国科学雑誌 Brain DOI:10.1093/brain/awaf230 URL:https://doi.org/10.1093/brain/awaf230

概要

脊髄損傷による歩行障害は、脳から脚への命令がうまく届かなくなることで起こります。東京都医学総合研究所 脳機能再建プロジェクトでは、運動指令を含む生体信号を、コンピュータを介して、損傷していない神経に指令を送ることを実現する人工神経接続システムを開発しています。田添歳樹首席研究員と西村幸男プロジェクトリーダー（前職：生理学研究所 准教授、兼職：新潟大学客員教授）、相模女子大学の笹田周作教授（前職：生理学研究所 博士研究員）、千葉県千葉リハビリテーションセンターの村山尊司リハビリテーション治療部長、福島県立医科大学の宇川義一名誉教授らの共同研究グループは、人工神経接続システムを用いて、手の筋肉の動きで操作できる非侵襲的（手術を伴わない）な脊髄刺激法を用いることで、脊髄損傷で歩けなくなった人が再び自分の意思で脚を動かせるようにすることに成功しました。この方法では、腰付近の脊髄に磁気刺激を与えることで、運動麻痺の残る脚に「歩くような動き」を引き出すことができます。さらに、この刺激法を何度も繰り返し行うことで、筋の反応や脚の動きがだんだん良くなることも明らかになりました。この方法は、脊髄損傷によって途切れた経路を迂回して、残っている神経回路を活性化させる仕組みです。手術をせずにできるため、安全性が高く、将来の歩行機能リハビリテーションに大きな可能性を秘めています。

研究の背景

脊髄が損傷すると、脳から脚を動かす命令がうまく伝わらなくなり、下半身麻痺（対麻痺）になります。しかし、脚の筋を動かす神経の集まった脊髄の部分（腰髄）に損傷がなければ、脳とその部分を再びつなげることで、麻痺した脚を自分の意思で動かせる可能性があります。そのための最も効果的な方法の1つが、「コンピュータ・インターフェイス」という装置で脳の意味を読み取り電気刺激として脊髄に伝えるものです。（図1）

コンピュータを介して、損傷した部分を迂回し、脳の命令を脚の神経回路に届ける動物実験や人を対象とした臨床研究では、腕や脚の運動機能を再建できることを我々や他の国のグループが報告しています。ただし、これまでは脳や脊髄に電極を埋め込む外科手術が必要な「侵襲的な方法」に限られ、広く実用化するには課題があります。より多くの人に向けた「手術の必要のない（非侵襲的な）人工神経接続の方法」が求められています。



図1.コンピュータ・インターフェイスは損傷を迂回して運動指令を残っている神経へ伝達し、脚の運動をコントロールする。

研究の方法と成果

脊髄損傷の受傷後半年または1年以上が経過し、通常のリハビリテーション法では機能回復が見込まれない慢性期の方を対象に行われました。

脊髄損傷の影響のない手の筋肉の信号（筋電図）を皮膚上に貼り付けた無線の筋電図センサーで記録し、コンピュータを介して、磁気刺激装置を起動させるパルス信号に変換。磁気刺激は、コイルに発生する磁場変化によって体表面から痛みなく脳・脊髄・末梢神経・筋肉などを活動させられる技術です。今回は、脚を動かす神経の集まった腰髄を狙って腰の位置を背中側から磁気刺激を行いました。対象者がベッド上で横向きの姿勢で横たわり、両脚を天井から吊るした足置きに固定した状態で測定されました（図2）。麻痺のため自力では両脚を動かすことが困難でしたが、手の筋収縮をリズムカルに繰り返すと、コンピュータ・インターフェイスを介してこれに連動した磁気刺激が腰髄の神経の働きを促すことで、左右の脚がまるで歩いている時のようなステップ運動を開始することが分かりました。また、手の筋収縮の強さやリズムを調整することで、ステップ運動の歩幅やリズムをコントロールすることが可能でした。外科手術を必要としない方法でも、コンピュータ・インターフェイスが脳からの指令を腰髄へ伝える「人工神経迂回路」として機能し、麻痺の残る両脚の運動をコントロールできることが証明されたこととなります。

さらに、人工神経接続システムを介した磁気刺激によるステップ運動の繰り返して脚の運動機能が高まること

も明らかとなりました。脊髄の損傷が磁気刺激を与える腰髄よりも高い位置にある頸髄損傷や胸髄損傷の方では、人工神経接続システムにより生み出されるステップ運動が測定を繰り返すごとに大きくなっていくことが示されました。それだけでなく、測定前は自力ではわずかにしか動かすことのできなかった両脚が、測定の繰り返し後では、人工神経接続システムが無い状態でも大きく動かせるように本来の運動機能が改善していることが明らかとなりました。本来の下肢運動機能の改善は、測定前に少しでも脚を動かすことのできた、いわゆる「不全麻痺」の方に限られていたことから、人工神経接続システムを介した腰髄への磁気刺激は、脊髄損傷後もわずかに残った脳と腰髄を繋ぐ神経の働きを強化し、運動機能の改善を導いた可能性があります。

この研究成果が社会に与える影響

最も重要な成果は、手術をすることなく、神経の働きを模倣した「コンピュータ・インターフェイス」で損傷されていない脊髄を刺激することによって、慢性的に麻痺の残った両脚の歩行動作のコントロールが回復したことです。

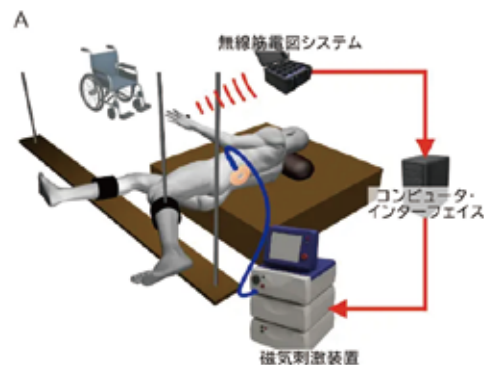


図2.脳から指令を腰髄へ送る人工神経迂回路を構築することで、麻痺の残る両脚で歩くようなステップ運動を行った。

これまでの同様の方法では、外科手術で電極を体内に埋め込む必要がありましたが、今回の脊髄刺激は、身体に負担が少なく、安全性が高いと考えられています。そのため、外科手術ができない人やそれを望まない人にも適用できる、新しい非侵襲的なリハビリテーション法となる可能性が示されています。

*本研究の主な助成事業 本研究は、東京都の施策推進のための特別研究として実施され、JST 戦略的創造研究推進事業 さきがけ、文部科学省研究補助金 JSPS KAKENHI、Wings for Life Spinal Cord Research Foundation の支援を受けて行われました。

AD



退院からわずか3週間後、私はヨーロッパの街中のカフェにいた。車いすで、一人で。



脊髄を損傷したとき、多くの人々が直面するのは「以前のように社会に出ていけるのだろうか」という不安です。私もそうでした。2026年3月、私は台湾・花蓮市の慈済大学で長期介護ケア学科の大学院生・学部生を対象に講演する機会をいただきました。事故後の体験と社会を変えるための視点について話したその内容は、脊髄損傷後の新しい人生を考えるうえでの、何らかのヒントになることと思います。今まさに回復の途中にいる方、そして支える家族の方にも、この文章が届けば幸いです。

1. キャリアの転換点としての脊髄損傷

私のキャリアは、常に動き続けるものでした。行政組織と製薬企業の双方で合計20年以上を過ごし、食料・農業・農村政策や医療・健康分野に携わってきました。東京や大阪、様々な拠点を飛び回り、人と会い、議論し、プロジェクトに関与しました。会食は週3回、国内外への旅行はシーズンごと——それが当たり前の日常でした。

しかし2022年の夏、長崎県の五島列島での休暇中に事故が起きました。頸髄損傷。その瞬間から、四肢に麻痺のある車いすユーザーとしての人生が始まりました。アクティブに追いかけてきたキャリアも、日々の外出も、当たり前だと思っていた食事の時間も、街中のぶらぶら歩きも、すべてが一瞬にして変わってしまいました。人里離れた療養先のベッドの上で、文字通り身動きの取れない日々。昨日まで当たり前のように、国内外を問わず出会ったばかりの人たちと酒を酌み交わし、友人と喉が枯れるまで語り合っていた世界が、鈍いガラス越しの光のように遠のいていきました。痛みも、身体の不自由さも、もちろんあった。しかし何より怖かったのは、「もう社会の中に自分の居場所はないのかもしれない」という感覚でした。

絶望の淵で私を少しずつ目覚めさせたのは、大学時代のゼミの仲間が仕事を通じて世に発信していたメッセージでした。戦後間もない頃の政治家が学生に語っていた「運命は拓くものである」ということば——どうなるだろうかと人に問いかけるのではなく、自らの手で運命の扉をこじ開けるほかに道はない。その言葉が、止まっていた私の時計を再び動かしました。ベッドの上で動けない時間が長ければ長いほど、人は「どうせ無理だ」という方向へ流され



受傷10ヶ月後のリハビリ室で

やすい。しかし、どんな状況でも選択肢はあるはずだ。その確信が、退院後の行動のすべての土台になっています。退院に向けて、私が自分に問いかけたのは「どうすれば以前のように社会に出られるか」だけではありません。もっと根本的な問いです。「障害給付を受けながら自宅で暮らす」ので

はなく、積極的に人々と関わり、社会の中に居場所を持ち続けるためには、何が必要なのか。その問いが、現在の活動の出発点になっています。

今の私は、立位がとれず、座位も安定せず、指は動かない。車いすの移乗にも人の手がいる。それでも、現在も飲食チェーン企業でデジタルトランスフォーメーション(DX)を担当しながら、週2回は出社し、月に2回は東京へ出張、年に1回は海外へも出かけています。退院後すぐに東京出張をこなし、その3週間後にはヨーロッパへ旅行した経験から言えば、「思ったより、どこへでも行ける」——そう実感しています。しかし同時に、「それでも越えられない壁がある」とも痛感してきました。

2. 思ったより、どこへでも行ける

事故後の活動の幅は、当初の想像を大きく超えるものでした。日本の新幹線にはベッドにも転換できる多目的室があり、横になって休むことができます。また、多くの鉄道やバスの新型車両には通常の座席を撤去した車いす専用スペースが設けられています。飛行機も国内線なら航空会社に必要なサポートを事前に連絡すれば、確実に乗ることができます。海外でも、たとえばヨーロッパの長距離鉄道はホームと列車の段差が大きいものの、車いす専用の昇降機を備えた車両もありました。スペインや台湾では新しく整備された地下鉄での対応が進んでおり、車いすのまま乗ることができました。もちろん、台北駅で地下にある台湾鉄道や台湾高铁のホームへ車いすで向かうには、その場で幾人かの駅員の伝言ゲームを乗り越えなければならない場面もありましたが、それでも不可能ではありませんでした。

バリアフリー化が進んだ現代において、「どこかへ行く」という行為そのものは、少なくとも日本国内やいわゆる先進国であれば、かつてほど困難ではなくなっています。交通機関、商業施設や大手ホテルのアクセシビリティ、公共施設の整備——これらは着実に前進しています。入院中、「車いす



ANAエコノミークラスで



新幹線の専用スペースで

になったら大半の場所への旅行は無理だ」と半ば諦めていた自分にとって、この現実には驚きでした。バリアフリーという言葉が示す社会インフラの整備は、着実に進んでいる。それは事実です。

しかし、「行けること」と「楽しめること」は、同じではありません。そのことを、私は日々の生活の中で何度も実感してきました。アクセスできる場所に辿り着くことと、そこで他の人と対等に、心から楽しめることの間には、まだ埋まっていない大きな溝があります。

3. それでも「40cmの壁 & 1メートルの距離」

会食に誘われると、車いすユーザーである私はまずチェックリストが頭に浮かびます。店の入口に段差はないか、入口の扉の幅は車いすの横幅より広いか。2階以上の店ならば、エレベーターはあるか。店内の客席間の通路の幅は十分か。テーブルの高さと、その下に横桟はないか。カウンター席は十分に膝が入る深さがあるか、ハイカウンターになっていないか。スタッフは対応してくれるか——。その一つひとつは、健常者の方にはなかなか気づきにくいポイントのようです。しかし車いすを使用する私にとっては、外出を決断する前に必ず確認しなければならない項目です。

なかでも強調したいのが、「40cmの壁」と「1メートルの距離」という二つの問題です。まず「40cmの壁」について。多くのテーブルは1本脚であったり、ファミリーレストランにあるような固定の座席になっていたり、さらに焼肉店やお好み焼き屋のようにテーブルの下にガス管や柱が迫っていることも少なくありません。そのためテーブルの下に膝が十分に入らず、私の身体とテーブルの間には常に40cm以上の距離が生じます。テーブルの上の料理を自分で取ることができない。同席者をお願いするほかない。大の大人が自分で食事を取れないことの恥ずかしさは、慣れた今でも消えることはありません。しかもお願いする以上、相手の動きを待つことになる。熱いものを熱いうちに食べたい、ただそれだけのことが叶わず、人に頼めばどうしても料理が冷めてから口にするようになる。その小さな悲しさが、食卓のたびに静かに積み重なっていきます。食事は本来「一緒に楽しむ」ものであるはずなのに、40cmという物理的な距離が、その「一緒に」をひっそりと阻んでいるのです。



2025年東京メトロ内で元同僚と

もう一つは「1メートルの距離」、つまり会話の問題です。東京の地下鉄内であつての同僚と偶然再会し、お互いが次の訪問先へ向かう前のほんの二駅の間でも、懐かしくて話がはずんだときのことです。車いすに座る私と目の前に立っている相手とは、向かい合ったままではどうしても1メートル以上離れた状態になります。相手は私の膝の引っ張り分だけ遠くに立つことになるからです。車内の騒音の中では、相手の話す内容の半分も聞き取れない。会話しているようで、心底から一緒に楽しめていない。そのじれったさは、どこか宴席でグラス越しに外を眺めているような感覚に似ていました。立つ位置を少しずつしてほしいとお願いしようとした瞬間、乗り換えのアナウンスが流れた。もう時間だった。相手に悪意はまったくありません。ただ、車いすユーザーと話した経験がないだけなのです。

これらは設備の問題ではありません。人と人との交流のラストワンマイル——どれだけ物理的にアクセスできる場所に辿り着いたとしても、そこで他の人と本当の意味でつながれるか、という問い

です。ユニバーサルデザインが「誰でも使いやすい」ことを目指すものだとすれば、インクルーシブデザインはさらに一步踏み込んで、「誰もが社会に参加でき、受容される」ことを目指します。建物の段差をなくすだけでは解決できない、関係性そのものの設計の問題だと、私は考えています。

4. 当事者が社会に出ることで、社会は変わる

人の認識など、そう簡単には変わるわけではないし、毎日とてつもなく多くの挫折があるわけです。それでも、私たちは前を向くしかないので。「理想と現実には差がある。でも、だからこそ立ち止まってはいけない」と自分に言い聞かせながら。その実践として大切にしているのが、当事者自身が社会に出ることです。職場に、街に、車いすで姿を現し、自分の存在と必要としていることを行動で示す。そして「どうすれば一緒に楽しめるか」を周囲と共有していく。障害のある人の問題を「他人の問題」から「私たちの共通の課題」へと転換していくのは、啓発キャンペーンだけではなく、当事者が日常の中に姿を現し続けることで少しずつ起きていく変化だと思っています。

2025年、自宅マンションの管理組合で防災計画について議論したときのことで。高層階の車いすユーザーや足腰の弱い高齢者が、災害のとき急な階段をどうやって避難するのか。一台80万円の階段昇降機の導入をめぐる管理組合の議論に、私は当事者として参加しました。最終的に購入が決まったのは、費用対効果の問題だけではなかったと思っています。当事者が議論の場で声を上げたことで、ある車いすユーザーの「一部の人の話」が、誰もが高齢になれば直面する「全住戸の共通課題」として受け止められるようになったからです。小さな出来事に見えるかもしれませんが、私にとっては「社会に出ることの意味」を体感した象徴的な経験でした。

インクルーシブデザインは、コストではなく価値の創造です。車いすユーザーが入れる飲食店には、ベビーカーを押す親も、大きな荷物を持った人も入りやすくなります。声をかけやすい空気のある職場は、すべての人にとって働きやすい環境になります。「弱い立場の人のための配慮」は、実はすべての人が恩恵を受ける「共助の仕組み」へと変わっていく。発信できる立場にある当事者として、私は声を上げ続けることを自分の使命と考えています。

なお、移動の自由を得るには、腕のいい、目利きでき、見立てを立てられる重度訪問介護事業所を持つことも大切です。

今、療養施設にてリハビリの途中にいる方へ。 支えている家族の方へ。

「思ったより、どこへでも行ける」——これは、私が経験から得た本当のことです。完璧ではない。壁もある。恥ずかしさも、悲しさも、じれったさも、まだ消えていない。それでも社会はゆっくり、確実に変わっています。私もまだ途中です。一步踏み出すことへの不安は、誰もが抱えている。それでも、ともに社会に出ていきましょう。あなたが姿を現すことが、次の誰かの背中を押します。

河上 崇陽(かわかみ たかあき)

東京大学法学部卒。農林水産省や製薬業界を経て、現在は外食・食品製造会社のデジタル責任者(CDO)としてDX推進に従事。日本せきずい基金 副理事長。



理事長ご挨拶

去る本年4月28日、日本せきずい基金の初代理事長、故・大瀨眞さんのお別れの会を開催いたしました。当日は多方面から多数のご参会を賜り、大瀨さんが築き上げた功績の大きさを改めて痛感するとともに、その志を継ぐ責任の重さに身が引き締まる思いです。

私、菅原崇は本年1月、大瀨初代理事長の遺志を継承すべく、二代目理事長に就任いたしました。大瀨前理事長が最期まで案じていた「全国の脊髄損傷治療拠点病院の環境整備と経営難の解消」、そして私と最後に約束した「車椅子利用者の移動の自由を様々な制限から守り抜くこと」を果たすため、弁護士としての職責も果たしながら全力を尽くす所存です。

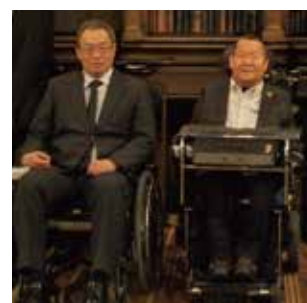
また、今後せきずい基金は、「脊髄損傷ナショナル・データベース(JSCF-NDB)」の構築を目指し、邁進してまいります。情報を集約し、格差をなくすことで、治療と支援の未来を切り拓きます。

「脊髄損傷は治る。そして、誰一人として取り残さない。」

この夢を胸に、皆様と共に歩みを進めて参ります。今後とも、変わらぬご指導・ご鞭撻を賜りますよう、何卒よろしくお願ひ申し上げます。



お別れ会



(左)菅原新理事長(右)大瀨前理事長

2026年6月

特定非営利活動法人 日本せきずい基金理事長 菅原 崇

会報「日本せきずい基金」購読の登録、中止、情報変更のお願い

会報「日本せきずい基金ニュース」の購読の登録、中止、情報の変更・削除については、

1. メール(jscf@jscf.org)
2. FAX(03-6421-1693)
3. 会報の受け取り拒否(返送)

のいずれかでお願ひします。

*必ず、郵便番号・会員番号(封筒のお名前の下に記入された番号)・お名前の記入をお願ひします。

*電話による変更・削除は常時事務局にはおりませんのでお断り致します。

封筒に赤字で「受け取り拒否」と書き、フルネームの署名か捺印の上、ポストに投函(返送)していただいても、郵送の受け取りを中止できます。

会報「日本せきずい基金ニュース」は当ホームページからでもダウンロードできます。郵送での受け取りが不要な方は是非、削除のご連絡をお願ひします。

新規ご購入の申込み、
登録情報の変更・ご購入の中止は
こちらから→jscf@jscf.org



We Ask You

日本せきずい基金の活動は
皆様の任意のカンパで支えられています

● 寄付の受付口座

郵便振替 記号 00140-2 番号 63307
銀行振込 みずほ銀行 多摩支店 普通1197435
楽天銀行 サンバ支店 普通7001247
口座名義はいずれも「ニホンセキズイキキン」です。

発行人 障害者団体定期刊行物協会

〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷3-1-17
ヴェルドゥーラ祖師谷102

編集人 特定非営利活動法人 日本せきずい基金・事務局

〒158-0097 東京都世田谷区用賀4-5-21 第一小林ビル402号室
TEL 03-6421-1683 FAX 03-6421-1693
E-mail jscf@jscf.org HP <https://www.jscf.org/>

*この会報は日本せきずい基金のホームページから、無償でダウンロードできます。 頒価 100円

★資料頒布が不要な方は事務局までお知らせください。