

国際セミナー報告書

障害がある人々が健康を維持するための取組み —身体活動を通じた疾病予防と健康増進—



2022年2月19日（土）

国立障害者リハビリテーションセンター

(障害の予防とリハビリテーションに関するWHO指定研究協力センター)

プログラム

日 時： 2022年2月19日（土）13:30～16:00、Zoom 開催

- 13:30-13:35 **事務連絡**（通訳音声切り替え、字幕切り替え方法について）
- 13:35-13:40 **開会挨拶**
森 浩一、国立障害者リハビリテーションセンター 総長
- 13:40-14:00 **発表1 基調講演 「障害者インクルーシブ医療に向けて」**
発表者：座光寺 正裕
WHO 西太平洋地域事務局 テクニカルオフィサー、フィリピン
- 14:00-14:20 **発表2 「障害者インクルーシブ医療サービスと情報」**
発表者：キャシー・ボーン
メルボルン大学 グローバルヘルス・人口学部 准教授、オーストラリア
- 14:20-14:40 **発表3 「タイにおける障害者の健康増進 ―地域に根ざしたリハビリテーションから学んだこと―**
発表者：シリナート・トンシリ
マハサラカム大学 医学部副学部長 准教授、タイ
- 14:40-14:50 **休憩**
- 14:50-15:10 **発表4 「はじめよう！フィリピンにおける障害者の健康的なライフスタイルのための取り組み」**
発表者：フランシス・アン・カルロス
フィリピン大学フィリピン総合病院 リハビリテーション部 コンサルタント、フィリピン
- 15:10-15:30 **発表5 「日常生活に運動を取り入れることは疾病予防と健康づくりを推進する ―健康づくりプログラムの開発と実践について―**
発表者：樋口 幸治
国立障害者リハビリテーションセンター 障害者健康増進・運動医科学支援センター 運動療法士長
- 15:30-15:55 **ディスカッション、一般参加者からの質疑応答**
司会：富安 幸志
国立障害者リハビリテーションセンター 障害者健康増進・運動医科学支援センター長
- 15:55-16:00 **閉会挨拶**
芳賀 信彦、国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長

目次

開会挨拶	1
森 浩一、国立障害者リハビリテーションセンター 総長	
発表1 基調講演	3
「障害者インクルーシブ医療に向けて」	
発表者：座光寺 正裕	
WHO 西太平洋地域事務局 テクニカルオフィサー、フィリピン	
発表2	5
「障害者インクルーシブ医療サービスと情報」	
発表者：キャシー・ボーン	
メルボルン大学 グローバルヘルス・人口学部 准教授、オーストラリア	
発表3	9
「タイにおける障害者の健康増進 —地域に根ざしたリハビリテーションから学んだこと—」	
発表者：シリナート・トンシリ	
マハサラカム大学 医学部副学部長 准教授、タイ	
発表4	12
「はじめよう！フィリピンにおける障害者の健康的なライフスタイルのための取り組み」	
発表者：フランシス・アン・カルロス	
フィリピン大学フィリピン総合病院 リハビリテーション部 コンサルタント、フィリピン	
発表5	15
「日常生活に運動を取り入れることは疾病予防と健康づくりを推進する —健康づくりプログラムの開発と実践について—」	
発表者：樋口 幸治	
国立障害者リハビリテーションセンター 障害者健康増進・運動医科学支援センター 運動療法士長	
ディスカッション、一般参加者からの質疑応答	19
司会：富安 幸志	
国立障害者リハビリテーションセンター 障害者健康増進・運動医科学支援センター長	
閉会挨拶	26
芳賀 信彦、国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長	

開会挨拶

森 浩一

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

皆さん、こんにちは。

国立障害者リハビリテーションセンターの国際セミナーにおいでいただきまして、どうもありがとうございます。当センターはWHOの指定研究協力センターとなっております、その活動の1つとして、毎年障害者あるいは障害とリハビリテーションに関連するテーマで国際セミナーを開催しております。

今年度のテーマは「障害がある人々が健康を維持するための取組み」です。副題を「身体活動を通じた疾病予防と健康増進」としています。西太平洋・アジア地域の5人の専門家の方々に、それぞれの切り口で障害者の健康増進の取組についてお話をさせていただきます。

講演のタイトルをあらかじめ御覧になった方はお気づきになったかと思いますが、「インクルーシブ (Inclusive)」という単語が出てきます。これは障害の有無にかかわらず一緒に参加できるようにするというのですが、日本では障害者権利条約の批准に際してようやく世間から注目されるようになってきた概念です。

障害者のスポーツは東京パラリンピックの開催もあって日本社会でようやく知られるようになってきましたが、東京に引き続き北京オリンピックに際しましてもパラリンピックは別日程となっております、まだインクルーシブにはなっていないということが言えるわけです。パリ大会では同じ日程で開催されるということを知っております。

また一方で、オリンピックやパラリンピックに出るような選手は、ドーピングは論外ですが、自分の体の限界まで鍛えて競技に挑むということで、常にけがと隣り合わせになっております。こういう状態を運動が健康維持に役立っていると言えるかということ、少し議論のあるところだろうと思います。

本日のセミナーは、そのようなトップレベルのアスリートについての話ではなく、普通の障害者が運動や活動を増やすことによって健康増進ができるということについてのお話になります。障害者にとっては運動だけではなく保健サービスへのアクセスにも障壁があるということがありまして、まだまだインクルーシブな環境が十分ではないというのが、世界及びこの西太平洋地域の現状だと思っておりますので、本日はこれについての分析と提案が聞けるものと思います。

最初の基調講演は、佐久総合病院で地域医療を担当されまして、現在はWHO西太平洋地域事務局のテクニカル・オフィサーであり、また COVID-19 についての論文も書いておられる座光寺正裕医師の「障害者インクルーシブ医療に向けて」です。世界の障害者が直面している保健医療サービスへのアクセスの障壁についてWHOの分析と取組を紹介させていただきます。

2番目の講演は、障害者とジェンダーの保健の公平さや差別について研究してこられたオーストラリア・メルボルン大学のCathy Vaughan (キャシー・ボーン) 准教授で、「障害者インクルーシブ医療サービスと情報」について講演させていただきます。

3番目には、地域コミュニティーの中での障害者の健康や活動の増進に取り組んでおられるタイのマハサラカム大学医学部副学部長である Sirinart Tongsir (シリナート・トンシリ) 准教授に、「タイにおける障害者の健康増進—地域に根ざしたリハビリテーションから学んだこと—」という題名で講演をしていただきます。

短い休憩を挟んで4番目には、フィリピン大学フィリピン総合病院リハビリテーション部のコンサルタントである Frances Ann Carlos (フランシス・アン・カルロス) 医師に、「はじめよう!フィリピンにおける障害者の健康的なライフスタイルのための取り組み」と題して、フィリピンの障害者の運動習慣の現状とそれへの取組を紹介していただきます。

5番目は、私どものセンターからの発表です。当センターは国内では珍しく運動療法士が病院で働いていて、個々の障害の特性に合わせた運動メニューをつくってリハビリテーションと健康増進に関わっております。その取組の一部を当センター病院の障害者健康増進・運動医科学支援センターの運動療法士長である樋口幸治より、「日常生活に運動を取り入れることは疾病予防と健康づくりを推進する—健康づくりプログラムの開発と実践について—」と題して、紹介させていただきます。

大変盛り沢山の内容ですが、最後に時間が許せば、講師全員で総合討論をしていただく予定になっております。参加されている皆様におかれましては、ぜひ最後までじっくりお聞きください。障害の有無にかかわらずインクルーシブな環境ができて、身体活動を通して健康増進をするために本日のセミナーが何らかのアイデアを提供することになれば、主催している私どもとしても大変うれしく思います。

障害者インクルーシブ医療に向けて

座光寺 正裕

WHO 西太平洋地域事務局 テクニカルオフィサー、フィリピン

こんにちは。この重要で興味深いセミナーを開催していただき、森総長に感謝いたします。

本日は、WHO が来年 2023 年までの達成目標としている、3つの 10 億人目標について簡単に説明することから始めたいと思います。私たちは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの恩恵を受ける人の数を 10 億人の増やす、健康上の緊急事態からよりよく保護される人の数を 10 億人の増やすことを目指しています。これらは COVID-19 の前に決定されました。障害者をこれらの目標に含めることの重要性は誰もが疑うことはできません。そして、より良い健康と幸福を享受する人の数を 10 億人の増やすことを目指しており、この点は、今日のセミナーのメインピックであるかと思います。

私たちは、世界中で 10 億人以上の人々に何らかの障害があると推定しています。これは、全人口の 7 人に 1 人に相当します。必ずしも障害のある人が障害のない人と健康上のニーズが異なるということではありません。私を含むすべての人が、人生のある時点で何らかの障害の状態を経験するでしょう。

私は 7 歳の女の子の父親でもあり、彼女には脳性麻痺があります。私がインドで働いていたとき、COVID-19 感染拡大に直面しました。彼女の学校はロックダウンのため閉鎖された施設のひとつでした。そして、彼女はこの 2 年間、十分な教育の機会を得られないまま自宅で過ごしています。これは、障害のある人々の脆弱性を表しています。まさにこれは、すべての人々が医療サービスや他のサービスを楽しむ状態にすることについて、私たちが常に考え続ける理由です。

西太平洋地域だけでなく世界中で、障害のある人々は障害のない人々よりも健康状態が悪く、肥満、喫煙、運動不足の発生率が高いと報告される傾向があります。彼らはヘルスケアまたは他の社会的サービスにアクセスするとき、幅広い態度的、身体的および体系的なバリアに直面します。

ヘルスケアを例にして考えてみたいと思います。自分自身が利用できるサービスを知っていますか。それを仲間から聞くことができますか。家から出ることができますか。サービスのために支払うお金を持っていますか、支払う余裕がありますか。住んでいる場所からサービスを受ける場所への移動援助がありますか。そして、その施設には、障害者が施設に入るための設備や支援が備わっていますか。障害のある人々はこのようなさまざまな種類のバリアに直面します。

また、2021 年 11 月から 12 月に実施された、93 か国の基本的な医療サービスの中断に関する調査のひとつを共有したいと思います。ご覧のとおり、プライマリ・ケア、リハビリテーション・サービス、コミュニティ・ケアが最も頻繁に中断されました。COVID-19 のために提供されませんでした。これらは他の医療サービスと比較して、より大きく影響を受けたサービスでした。

少し話を変え、WHO が加盟国をどのように支援しようとしているのかについてお話ししたいと思います。一つには、私たちは、国などの健康プログラムの構成要素として、障害インクルージョンを継続して推進しています。2 つ目は、最新のエビデンスを提供することです。もちろん、本日はお会いしているような専門家のサポートを受けて、これらのフロントランナーとの協力において、私たちは、エビデンスを生成、分析し、医療セクターおよび社会全体の障害インクルージョンに関連する推奨事

項を作成しました。また、他の国際機関と協力し、国連の障害者インクルージョン戦略に取り組みます。

ご存じかもしれませんが、今年、WHOは障害と健康に関する世界報告書を作成することになっています。西太平洋地域でも今年5月か6月に地域協議を行いたいと考えており、参加とご協力をお願いします。より多くの人々が健康とその他の社会サービスにアクセスできるよう取り組みます。

西太平洋地域について触れたいと思います。この地域には4つの優先分野があります。1：健康の安全、2：非感染性疾患と高齢化、3：気候変動、4：手が届かないところへ届けるということです。これらは、障害インクルージョンと密接に関連しています。非感染性疾患と高齢化は、障害のある人と脆弱な人にも関連します。障害のある人に届けられなければ、健康の安全を達成することはできません。障害のある人は、気候変動の影響も非常に受けやすいです。

つまり、この地域の加盟国で私たちが目指していることは、すべての人々を含めることなしには達成できません。誰もが生活の中である種の障害を経験することを考えれば、障害者を包摂する社会は、私たち全員を包摂する社会です。それが、この地域の将来に向けて私たちが思い描いている社会です。最近発表されたリハビリテーションに関する地域フレームワークが1つあります。これは、優先事項と取り組みに関するもので、サービスの可用性、品質ガバナンス、資金調達、労働力、データ調査、加盟国およびWHOのアクションポイントについて示しています。

さて、医療サービスをより障害インクルーシブにするための実用的なツールキットを紹介したいと思います。この後、キャシー・ボーン先生もこれについてももう少し深く話されるかもしれません。こういったツールが障害インクルーシブに関する各地域の取り組みに役立つことを願っています。

ここで話を終わりますが、もう一度、この素晴らしい機会をいただいたことを感謝申し上げます。字幕作成や、言語通訳の方々のご支援にも感謝しています。このセミナーに多くの人々が参加できるよう非常に多くの舞台裏の方々が関わっていることは驚くべきことです。この後、4カ国の専門家やフロントランナーから素晴らしい経験や教訓を聞くのを楽しみにしています。ありがとうございました。

障害者インクルーシブ医療サービスと情報

キャシー・ボーン

メルボルン大学 グローバルヘルス・人口学部 准教授、オーストラリア

ご紹介ありがとうございます。まず、私がいるオーストラリアの地域の慣習に従い、地域の長老たちに感謝を申し上げることから始めたいと思います。私は本日、クリン族のウルンディエリの人々の土地から参加しています。彼らは私が住んでいる土地の伝統的な所有者です。彼らの長老たちに敬意を表したいと思います。

スライドを共有します。私がこの発表でお伝えしたいことは、先ほど座光寺先生が触れていただいたことにも関係します。なぜ、医療サービスと健康増進プログラムに障害者を含める必要があるのでしょうか。それは、座光寺先生が言ったとおり、障害のある人は、障害のない人と同じ理由で医療サービスへのアクセスを必要としているからです。

障害のある人は小児期の予防接種にアクセスする必要があります。COVIDの予防接種にアクセスする必要があります。これは現時点で非常に重要なことですが、COVIDの予防接種プログラムに障害のある人を確実に含めることが、多くの国で大きな課題となっています。障害のある人は避妊と家族計画にアクセスする必要があります。障害のある若者は性的健康の促進と教育プログラムにアクセスする必要があります。障害のある高齢者は、非感染性疾患を予防し、発症したときは治療するための情報やサービスにアクセスする必要があります。

障害のある人々はまた、誰もとと同じように、通常の病気の治療を必要としています。そして重要なことに、障害のある人は、障害のない人と同じように、緩和ケアを受ける必要があります。ですから、医療サービスが包括的であるべき最初の理由は、障害のある人々が障害のない人々とまったく同じ健康ニーズを持っているから、ということです。障害のある人々は、更なる医療サービスを必要とし、医療にアクセスするための更なる理由があるかもしれません。そして、それらは彼らの障害に関連しているかもしれません。

例えば、非感染性疾患と障害の間には非常に強い関連があることがわかっています。障害のある人は、予防サービスへのアクセスが提供されていない場合があるため、非感染性疾患を発症または発症する可能性が高くなります。したがって、例えば、障害のある女性が、障害のない女性に提供されるような検査を受けられなかった場合、乳がん、または子宮頸がんを発症する確率が高まる可能性があります。

障害のある人が、運動や食事に関する情報が得られない場合、脳卒中や心臓病を発症する可能性が高くなります。運動機能障害がある場合、運動することが妨げられます。したがって、肥満や他の非感染性疾患のリスクを軽減するために、障害があっても運動できるよう包括的な方法を考えることが重要です。

その逆に、心臓病や虚血性心疾患に伴う運動制限、脳卒中の後遺症、糖尿病に伴う切断など、多くの非感染性疾患による影響が障害につながる可能性があります。多くの理由から障害と他の健康状態との間に強い関連があり、障害のある人々は更なる医療サービスを必要としています。

この非常に明確な医療サービスの必要性にもかかわらず、障害のある人々は医療サービスに対するさまざまな重大なバリアに直面しています。これらのバリアには、態度的バリア、物理的バリア、コミュニケーションのバリア、および経済的バリアが含まれます。最初の態度的バリアについてお話しします。態度的バリアは時に驚くべきものです。医療従事者は医療サービスを提供することについて非常に前向きです。彼らは健康増進と健康に関する情報の普及に情熱を注いでいます。しかし、障害者に対して、誤った情報や無知に基づく偏見を持っていることがあります。

例えば、私は性と生殖に関する健康（リプロダクティブ・ヘルス）サービス事業者と頻繁に協力してきましたが、彼らの中には、障害のある女性は婦人科サービスの必要がなく、家族計画サービスの必要もないと考えている人がいて、障害のある女性が妊娠して子供を産むことができ、他の女性と同じ出産前および出産後のケアのニーズがあることに、非常に驚かれる場合があります。障害のある人々が無性であるというその認識は完全な誤りであり、こういったことが医療サービスに対する主要なバリアとなっています。

健康に関するサービスの事業者も時に、障害者に対する行動において非常に差別的である場合があります。障害者もサービスを利用できるようにするための合理的配慮を怠ることがあります。ですから、私の意見としては、障害のある人々が医療サービスや情報にアクセスできるようにするためには、態度的バリアについて取り組むことが非常に重要です。

物理的バリアも取り組むべき重要な課題です。座光寺先生もおっしゃっていましたが、まずは医療サービスにアクセスするための移動手段があるかということです。医療サービスにアクセス可能な交通機関があるか、その医療サービスは利用できる場所にあるか。建物の前に到着したとき、玄関を通り抜けることができるか。つまり、スロープのことであり、ドアの幅に関することであり、また、戸口に靴の山がないことです。これらは移動障害のある人々が建物に入る時に妨げとなるものです。また、他の物理的なバリアとしてしばしば忘れられることがあります。利用可能なトイレがあるかということです。

西太平洋地域では医療サービスを利用する際に多くの場合、非常に長い待ち時間が発生します。医療サービス事業所に到着し、医療従事者や臨床医に診てもらうために1~2時間、場合によってはそれ以上待たなければならない場合があります。その場所に多目的トイレがない場合、また、家を出てから家に帰るまでの道中でもトイレに行けないことがわかっている場合、それは実際に医療サービスにアクセスするうえでの主なバリアになる可能性があります。

医療サービスへのアクセスにおける他の物理的バリアとしては、でこぼこの路面や段差があげられます。視覚障害のある人々にとっては、段差や階段の縁が判断できない場合があります。

また、コミュニケーションに関するバリアが生じることがあります。聴覚障害者や難聴者は医療サービス事業者との必要な情報のやり取りが難しい場合があります。したがって、医療サービス事業者にとっては、サービスや情報を提供する場合に、例えば、コミュニケーション手段があるのか、手話通訳者など代わりに伝達してくれる人がいるのかを検討することも重要です。

医療サービスの看板についても同様です。暗く、照明が不十分な場合、視覚障害のある人は、必要な情報を得ることが難しい場合があります。また、私たちの医療サービスは時に混沌としていることがあります。騒々しさ、たくさん明るいライト、慌ただしい人々がいる環境である場合、過度の刺激を苦手とする人々にとってアクセスが困難となる可能性があります。例えば、自閉症スペクトラム等がある人は、それらの刺激によって、その環境にいることが非常に困難になることがあります。

そして、これも重要なことに、西太平洋地域全域で、経済的バリアにより障害のある人々が医療サービスにアクセスすることが妨げられています。障害と貧困の間には強い関連があります。障害のある人が医療費支給制度や健康保険制度といった経済的支援を伴う社会保障を受けられない場合、サービスにアクセスする際のバリアになる可能性があります。場合によっては、深刻な状況に至るまで

健康に関するサポートがなされない可能性があります。これらは西太平洋地域全体における医療サービスに対する主なバリアです。

では、私たちはどう対応すべきでしょうか。座光寺先生が紹介したツールキットからは多くの情報が得られますが、ここでは、障害のある人々に医療サービスを提供するための2つの方法について触れたいと思います。WHOが医療サービスを提供するために推奨しているものですが、ツイントラック（二本立て）アプローチといえるものです。

まず、障害者に特化した取り組みが適切である場合があります。それは、障害のある人々のほうからサービスにアクセスしてもらうことを期待するのではなく、提供者側がコミュニティを訪れ、障害のある人々にサービスを提供しようとするアウトリーチサービスのようなものが考えられます。例えば、障害のある人々に特定のコミュニケーションを提供することにより、障害のある人々が、例えば小児期の予防接種やCOVIDの予防接種を確実に受けられるようにする取り組みが考えられます。

それに加えて、すべての医療サービスは誰もが利用できる必要があります。ですから、障害者に特化したプロジェクトを行うだけでは十分でなく、すべてのサービスに障害のある人々もアクセスできるようにすることが必要です。これら2つの方法により、障害のある人々が障害のない人々と平等に医療サービスや情報にアクセスできるようになります。このことは、西太平洋地域の国々が署名している障害者権利条約の第25条に準拠するでしょう。政府は障害のある人々の医療へのアクセスを確保することを約束しています。

それでは、私たちはどこから始めるべきでしょうか。私たちが協力してきた医療サービス事業者の中には、例えば、「30年前に建てられたこの建物はスロープがなく、アクセスしにくく、どうしたらよいかわからない」と思っていることがあります。建物の改修は費用が高額になります。しかし、実際に始めるべき最も重要な取り組みは、態度の変容です。地域社会には素晴らしい障害者団体があり、それらの団体と協力することで態度的バリアに対処できるかもしれません。

障害のある人々自身が素晴らしいトレーナーになるように訓練されることもあります。私たちのフィリピンでの取り組みとして、医療従事者に提供するトレーニングをすべて、障害のある女性たちと共同で提供したことがあります。彼女たちには、自らが受けた差別や偏見についての話をしてもらいました。それらの話は、医療従事者の態度を変えるのに非常に有効的でした。障害のある女性が話をするまで、医療従事者の間には多くの偏見が存在すると言っても、彼らは自分たちが差別的である場合があることに気づいておらず、またはそれを全く信じていませんでした。

このように、障害者と協力してこれら否定的な態度や差別に対処するだけでなく、障害者と協力して、医療従事者が必要とする知識やスキルがどのようなものであるべきかを特定します。これは、医療従事者が障害に関するトレーニングをまったく受けていないことが多く、障害のある人に質の高いケアを提供できないことがあるからです。私の仕事の多くは性と生殖に関する健康（リプロダクティブ・ヘルス）に関するものですが、性と生殖の健康サービスを提供する医療従事者のなかには、例えば、車椅子の女性や、重度の運動機能障害がある人に対するサービス提供方法を知らないことがあります。

しかし、実際には、例えば脊柱側弯症が著しい人の内部検査を行うためのスキルなど、医療従事者に提供できる非常に実用的なスキルは存在するのです。

障害のある人々は、医療サービスの政策と実践を評価する専門家としても重要です。なぜなら、彼らは政策と実践について、修正の必要性などの洞察を提供できる生きた経験を持つからです。それは、サービスを利用するうえでの経済的バリアに関連しているものかもしれません。また、ある国では、障害者を識別するためのカード等があり、これにより、優先的にサービスへアクセスできるものですが、実際にはそうになっていないという場合があるかもしれません。それらは、必要なサービスや情報に実際にアクセスしようとする際にバリアが存在していることを示しています。

ですから、態度の変容から始めることは、先に触れた他のすべてのバリアを改善することに効果があります。態度の変容があれば、障害者がヘルスケアにアクセスする権利が認識され、支持されることに真剣に取り組むこと、障害インクルーシブに向かうことに繋がるからです。

次のステップとして、容易かつ費用負担少なく実行できることは、物理的バリアに対応することです。これは人々が考えるほど高価ではありません。確かに新しい建物を建設するときは、運動障害、感覚障害、知的障害、または、多くの騒音や刺激が苦手な人々等を考慮し、ユニバーサルデザインの原則に従って、誰もが利用できる施設やサービスの設計を図る必要があります。これらは設計に関係することです。

しかし、改修という方法をとることも可能です。すべてが安価で簡単に改修できるわけではありませんが、スロープや手すりを設置することや、トイレにも手すりを設置し、座面の高さを調整するスツールを置くなどして使いやすくすることができます。また、診療所では検査用の椅子を高さ調節可能なものにするなどで、例えば、車椅子を使用している人や運動障害のある人がその椅子に座って健康状態を調べることができるようになります。

医療施設の物理的バリアの有無を特定する最良の方法は、さまざまな種類の障害のある人々と一緒に建物の監査を行うことです。車椅子で通行できるか、視覚障害のある方も移動がしやすいかなどを、障害者と施設管理者と一緒に確認することです。座光寺先生が言及したツールキットでは、チェックリストの例を示しており、3~4人の障害者がサービス利用を通して、サービスを利用する上でのバリアの有無を確認することができます。受付カウンターは高すぎないか、警備員の態度が入室を妨げてはいないか、トイレの座面付近に手すりがあるかなどを確認します。比較的安価に実行できる実用的なことがたくさんあり、これらを通して物理的バリアに対応することができます。

コミュニケーションのバリアについて考えてみます。あなたが利用している情報資料は、さまざまな形式で利用できるものでしょうか。写真付きでわかりやすい言葉で作成されるなど、聞くこと、話すこと、読むこと、書くこと、理解することが困難な人々が利用できるようになっているでしょうか。これを考えるとき、手話通訳者や他のコミュニケーション専門家と取り組むことが必要で、障害者団体とのパートナーシップが重要です。

あなたが使用する健康増進キャンペーンの写真についても考えてみてください。それらには障害者の画像が含まれていますか。人口について考えるとき、そこに障害者は含まれていますか。医療施設のスタッフが話すとき、そのサービスを利用するすべての人々が意味を理解できるよう、専門用語の多い複雑な言葉ではなく、明確に話すことができているでしょうか。

これは座光寺先生が紹介したツールキットです。今回の発表スライドを作成したときはまだWebサイトは利用できませんでしたが、現在は利用できますので是非ご覧になってください。インクルーシブな健康情報システム、リハビリサービス、そしてこれは西太平洋地域にとって重要なことですが、緊急時の医療サービスに関する情報をチェックできます。以上で発表を終わります。このようなセミナーを開催して下さった皆様、本当にありがとうございました。

タイにおける障害者の健康増進 —地域に根ざしたリハビリテーションから学んだこと—

シリナート・トンシリ

マハサラカム大学 医学部副学部長 准教授、タイ

国立障害者リハビリテーションセンター（NRCD）の方々にご招待をいただきましたこと感謝申し上げます。自己紹介させていただきます。シリナート・トンシリと申します。長い名前ですので、略してシリと呼んでください。私は医師であり、物理療法とリハビリテーションを専門としています。現在はタイ北東部、バンコクから1時間のところにあるマハサラカム大学医学部に勤務しています。バンコクからは離れているように見えますが、私のいる場所は地域社会に近接しています。そのため地域に住む障害者から多くのことを学ぶことができます。座光寺先生とキャシー・ボーン先生の発表を聞いて、多くのことを学びました。私の発表は座光寺先生とボーン先生がおっしゃった内容に沿っていると思います。

私の発表は、「タイにおける障害者の健康増進—地域に根ざしたリハビリテーションから学んだこと—」についてです。今回の発表では、私たちの経験を共有することだけでなく、これらの問題についても懸念を表明したいと思います。

まず、健康増進の定義と障害者が受けるメリットについてお話したいと思います。これは、前の発表者の方々もお話をされたとおりのことで、聴講された方もご存じのことと思います。しかし、ここでもう一度、健康増進の運用上の定義についてお話したいと思います。

タイで地域に根ざしたリハビリテーション事業を実施した際にわかったことをお伝えしたいと思います。障害者の健康増進プログラムを実施する際に、私たちが何を行うべきか、何に留意するべきか、そして次のステップのために必要なことは何かを理解することに繋がると思います。

健康増進の定義は、個人が自分の健康を管理または改善できる能力を構築すること、です。そして、障害者の健康増進の利点として最も重要なことは、二次的障害を防ぐことです。例えば糖尿病、肥満、高血圧などの合併症です。なぜなら、二次的障害や合併症を発症すると、障害者とその家族に大きな負担となるからです。これを防ぐための取り組みの価値はあると思います。

私たちは5年前の2017年に、CBRプログラムを開始しました。その際、地域の状況、障害者の暮らし方、地域が障害者に提供しているサービスを知りたいと思いました。また、国際生活機能分類（International Classification of Functioning: ICF）に基づいて、障害者のデータも収集したいと考えました。

私たちは地域団体と連携してCBRプログラムを発展させたいと考えています。医療部門との連携からはじめ、社会福祉部門とも協力していきたいと考えています。そして、一緒に機能することができるかどうか確認したいと思います。当時、私たちはタイの、5つの州の地区と協力していました。研究プロジェクトとして実施可能で管理しやすかったからです。

私たちの取り組みは、主にタイの健康増進財団とコレクティブ・チェンジ財団から資金提供を受けています。私はICFのフレームワークが、障害に係る重要な概念だと思います。ICFは、障害は身

体機能と環境要因の相互作用であることを示しています。これを理解することは非常に重要です。この理解がなければ、人々は、障害のある人は自分と家族だけで生活を管理しなければならないと考えるかもしれません。

建築設備、政策、サービス提供者の態度など、環境要因も非常に重要であることを強調したいと思います。これは地域の組織に情報を広めるべき最も重要なことだと思います。地域社会は最初にこのことを知らなければなりません。

私たちが ICF フレームワークに基づくデータ収集を開始する際、現場に出てデータ収集を開始する前にまずワークショップやミーティングを開催しました。サービス事業者と障害者の間の相互理解を促進するためのワークショップです。これらワークショップは、スタッフと障害者が一緒に働くための集まりです。このワークショップにより、障害者に対するスタッフの態度を向上させることができました。また、サービス事業者に対する障害者の態度を改善することにも繋がりました。

これらの活動のなかで、対話や障害者ロールプレイなどの演習を行い、コミュニケーションや態度が改善されました。このときたくさんのお話を学び、とても良い機会となりました。今では多くの人が友達になっています。

ワークショップやミーティングを通して障害者が直面する困難を理解した上で、ICF データ収集を開始しました。どのようなアンケートを行ってデータを収集し分析したか、ということですが、まずアンケートの質問のひとつに、基礎疾患またはその健康状態について尋ねたものがありました。回答から、障害者の 36% が高血圧症、糖尿病、脳卒中、心臓病を患っていることが分かりました。

興味深い点は、10%の方が基礎疾患があるかどうかを知らないと回答したことです。そして 39%の方は基礎疾患がないと回答しています。これらから、私はこのデータは正しくないかもしれないと考えています。なぜなら、もし彼らが検査を受けたことがない場合、医療施設に行ったことがない場合、基礎疾患の有無を知ることはできないからです。基礎疾患の調査を行う上では、このことを考慮する必要があります。

日常生活動作 (ADL) の困難に関するデータを紹介します。彼らのほとんどは、洗濯、着替え、食事動作、排尿、排便に問題はないと言っています。しかし、一定の割合の方はそれらを行うことに困難があると回答しています。運動をしていないというデータはありませんが、この日常生活動作の困難に関するデータは、身体活動の欠如、そして健康増進の欠如を示唆しています。

生活の質を改善するために何が必要であるか、そのニーズを尋ねた質問については、障害者からは歩行補助杖、松葉杖、車椅子などの支援用具が必要との回答がありました。その他、雇用、毎月の金銭手当という回答がありました。これらは、日常生活を送る上での基本的な支援が必要とされていることを示しています。まずこのニーズが満たされ、次のステップとして健康増進サービスへ進める必要があります。

私たちのプロジェクトでは次に、データを分析してから分析結果を地域コミュニティに提供することを行いました。彼らのほとんどは既に私たちのワークショップに参加し、必要な態度や知識を習得していました。彼らはデータの分析結果を得て、生活の質を改善するための体系的なプログラムを始めることができました。このプログラムが障害者のニーズを満たすことに繋がることを願っています。

このプロジェクトから学んだことは、最初に対応すべきは、障害者の基本的なニーズを満たすことであり、基本的ニーズへの対応はそれ自体が健康増進にも関係するという事です。ヘルスケアへのアクセスは、合併症の予防という観点から、健康増進においても重要なことのひとつです。

二つ目は、障害者が自分の健康を管理する力を確立する必要があるということ、あるいは障害者自身が健康を管理するためには、障害者の能力だけでなく、医療事業者や社会サービス事業者の能力も同様に向上させる必要があるということです。

そして3つ目は、健康増進の対応を怠ると、本来予防可能な合併症を発症する可能性が増加するということです。

では、何をすべきでしょうか。タイでは、2017年にエンパワーメント法が施行されました。この法律により、障害者サービスセンターの設立が推奨され、現在、約2,500のセンターがあります。これらのセンターは、障害者の生活の質を促進する責務があり、CBRマトリックスに沿って、複数の組織からサービスを提供しています。

障害インクルーシブについて触れておきたいと思います。本日紹介されたツールキットはとても重要で興味深いと思います。私たちが行っているミーティングでも次回はツールキットを紹介したいと思います。サービス事業者の態度の変容を促進するためには、私たちは共通の目標に向かう必要があります。障害者の対応について、医療部門に関してだけでなく、保健に関するすべての社会的決定要因に関して考える必要があります。それは、障害のある人にも、ない人にも同様に影響を与えるものです。障害者の対応に関して複数の部門と同じ目標をもつことができれば、サービスを同じ方向に向けることができます。

まとめです。障害者の健康増進を促進するためには、障害者側とサービス事業者側の両方を考慮に入れる必要があります。また、障害者のニーズを満たすため、全体的なケアを提供するためには、障害者サービスセンターが主となりサービスを調整する必要があります。サービス事業者側は、スタッフの能力向上、建物の改修、サービス内容の改良を優先させるべきです。障害者側としては、自らの権利を実現するべきです。彼らは社会的な力をつけ、健康促進についても自分で決定できるようになる必要があります。しかしもちろん、まずは基本的なニーズが最初に満たされるべきです。

障害者の場合、障害者団体がサービス事業者と共同し、支援やサービスを受けられるよう調整する必要があります。したがって、健康増進を促進するためには、保健だけでなく、保健に関するすべての社会的要素を改善する必要があります。

ここで発表を終えます。障害者とその家族に感謝します。彼らから多くのことを学ぶ機会を頂きました。5つの州の同僚、健康増進財団やコレクティブ・チェンジ財団など資金提供機関、マハサラカム大学医学部、Dr. Wachara Riewpaiboon、そして日本のNRCDに感謝します。ご不明な点がございましたらメールでお問い合わせください。ありがとうございました。

はじめよう！フィリピンにおける障害者の健康的な ライフスタイルのための取り組み

フランシス・アン・カルロス

フィリピン大学フィリピン総合病院 リハビリテーション部 コンサルタント、フィリピン

みなさん、こんにちは。このセミナーを主催し、招待してくださった森総長と国立障害者リハビリテーションセンターの皆様、ありがとうございます。

私の発表では、先ほど座光寺先生、ボーン先生、トンシリ先生がお話された政策について、フィリピンではどのように取り組まれているかご紹介したいと思います。

私は 2019 年に、スパルタンレースという障害物レースに障害者のチームが参加していることを知りました。その時私は、彼らはどのように活動を始めたのか、どうすれば他の障害者ももっと活動的になれるだろう、と思いました。その後、チームの 2 人のメンバー、視覚障害マラソンランナーのアガ氏と、切断手術を受けた登山家のモン氏に会う機会がありました。私が「身体を使った活動に参加したいと思っている他の障害者にメッセージはありますか」と聞いてみたところ、アガ氏はこう答えました「今、はじめよう」と。モン氏とアガ氏は、フィリピンで 144 万人を超える障害者のうちの 2 人です。フィリピンでは、障害者 5 人の内、1 人は 0～14 歳、3 人は 15～64 歳の労働年齢層、1 人は 65 歳以上の割合です。

2016 年の全国障害者調査によると、15 歳以上の障害者の内、ほぼ半数が中程度レベルの障害で、約 12%が重度障害です。2019 年の WHO の UNDP（国際連合開発計画）の報告によると、フィリピンでは、癌、心臓病、糖尿病、脳卒中、慢性呼吸器疾患などの非感染性疾患が全死亡原因の 68%を占めています。また、非感染性疾患による若年死亡は、主に不健康な生活様式、特に喫煙、不健康な食生活、運動不足、およびアルコールの不適切な摂取が原因とされています。

フィリピンにおいて、運動不足は、非感染性疾患を引き起こす主要な危険因子のひとつとされています。2015 年には、成人の 43%が運動不足と推定されています。同じ報告書では、不健康な生活様式の改善に向けた費用効果の高い対策を推奨しています。減塩、その次に身体活動に効果があることが分かっており、15 年間で 58,000 人の命を救うとされています。

障害のある成人は非感染性疾患を患う可能性が 3 倍高く、有酸素運動がこれらの慢性疾患の影響を軽減するのに役立つことを考えると、本日の議論は非常にタイムリーです。この発表では、障害者に関し、個人レベルから国の支援まで、さまざまなレベルを見ていきます。個人レベルとしては、先にトンシリ先生が述べたように、障害者は人それぞれ異なるということを私たちは認識しなければなりません。彼らは身体的活動するための異なる動機を持っています。例えば、興味があるから、退屈だから、挑戦したいからなどの理由が挙げられています。また、より動けるようになり全体的に健康を改善させたいと言う人もいます。

また、最も一般的な理由のひとつに、学んだ知識を他の人と共有し、コミュニティに貢献したかったからと言う人もいます。彼らは自分自身の進歩や変化を確認するためにさまざまな方法を用いています。例えば、ある障害者は、体重や BMI 値の変化は測定しないが、代わりに、健康状態が改善されたという主観的な感覚を重視していると話していました。

別の人は、自分の個人記録に挑戦するのが好きだと話していました。障害のある人も興味や能力が異なります。さまざまなことを試し、何がうまくいくかを見ることで、アクティブなライフスタイルを実現できます。ある障害者は「私たちもできます。ただ、方法が違うだけです」と言っていました。よい事例としてジュリアスが挙げられます。彼女はパートナーのレアと一緒にダンススポーツを追求しました。このように個人レベルとして大事なことは、どこから始めるか、ということです。「いつの日かね」と言っているよりも「今日を第1日目にしよう」ということが大切です。

リハビリテーション医であり、障害者の一人でもあるリガヤ先生の場合、それは3つの簡単なステップから始まりました。最初に、彼女は開始日を決めました。第二に、フィットネスのコーチを見つけ、ズームを介して自宅で運動しました。そして第三に、水分補給しやすいよう水筒を購入しました。

おそらく最も重要な要素は、エンパワーメントと「できる」という個人の信念です。そして、ロールモデルを見つけ、インスピレーションを受けることもよい影響があります。例えば、アニエバス氏は、股関節離断があるカナダのアスリートであるテリーフォックス氏からインスピレーションを受けました。インターネットを使えば簡単に世界中からロールモデルを見つけることができます。

次に、ソーシャルサポートについてお話しします。フィリピン人の家族は結びつきが強いことで知られています。積極的な親もいれば、保守的な親もありますが、重要なのは親を巻き込むことです。集団による身体活動の機会は、子供と絆を深めながら親も一緒に健康になる絶好の機会です。集団による身体活動は、地域社会と支援グループの形成を促進します。同じ関心を持つ障害のある人と障害のない人が集まる場所になります。それは最終的に支援の輪を広げることに繋がります。

このような活動は他の組織と連携することで幅広い支援に繋がります。例えば、Tapak Outdoorsという地元の靴会社は障害者支援活動に力を入れており、脚の切断手術を受けた人はカスタマイズされた靴を注文することができます。Nomad Terra Crawlersは、山を愛する友人グループにすぎませんでしたが、彼らは「障害のある人も一緒に登れないか」と考え、視覚障害のある友人1人を誘いました。そのハイキングが成功した後、最終的には切断手術を受けた人も参加するまでに至りました。そのグループは成長し、より多くの支援を得ました。彼らの最初のメッセージは「障害があってもできるということを世界に示す」ことです。そして、最終的には、障害者の自立を目標としています。

これらの関係を築く上で最も重要な要素は「信頼」です。身体活動に挑戦する障害者は、私たちが彼らの力を尊重しているかどうか、適度な後押しとともに適度な期待感を持っているかどうかを見ています。

保健医療分野についてお話しします。保健医療の専門家は障害のある患者の身体活動を促進する上で主要な役割を果たしています。障害のある成人の場合、医師が勧めると身体活動を行う割合が82%高くなります。医師等の保健医療の専門家は、次の5つのステップを使用して、障害のある成人の身体活動を増やすことができると考えられます。まず、身体活動のガイドラインはすべての人を対象としていることを認識する。次に、身体活動レベルについて確認する。直面するバリアについて話し合う。活動の選択肢を示す。そして、利用できるプログラムを紹介する、ということです。

フィリピン保健省は、2010年に身体活動に関するガイドラインを作成しました。日常生活やレクリエーション活動など、さまざまな形態の身体活動に関するものですが、障害者に向けられたガイドラインは含まれていません。私が勤務するフィリピン総合病院を含むいくつかの機関は、啓発活動に積極的に取り組んでいます。一例として、フィリピンのミンダナオ島のリハビリテーション医学部があります。そこでは、定期的にフォーラムや、障害者のグループ活動を通じた啓発活動が行なわれています。

フィリピンリハビリテーション医学アカデミー (The Philippine Academy of Rehabilitation Medicine: PARM) には、PARM M. O. V. E. として知られるプログラムもあります。M. O. V. E. は Making Ourselves Vigilant to Exercise (運動に意識を向けよう) の頭文字をとったものです。この活動は 10 年以上も継続されており、障害の有無に関わらず、身体活動とその啓発を行う機会となっています。

全国レベルでの取り組みについてお話しします。フィリピンでは 1992 年に制定された「障害者のマグナカルタ」政策により、国のレクリエーションセンターやスポーツセンターの無料利用、政府による障害者スポーツや身体トレーニングの提供がなされています。

また、全国障害者評議会が、障害者の権利擁護のための政府機関としての主要な役割を果たしています。何年にもわたって、フィリピンの障害者スポーツサミットや、障害のある学生のためのスポーツクリニックなどの組織と連携し、障害者の身体活動を促進する活動を行っています。

また、フィリピン障害者スポーツ協会が、10 月に開催されるアジアパラ競技大会の準備をしています。

これらの取り組みは障害者にはどのような影響を与えたのか。彼らは、身体活動を行うことで健康と自信が向上したと話します。身体活動を行う障害者は、知識とスキルを障害者コミュニティと共有しています。彼らの多くは、友人や隣人など障害のない人にも身体活動することを勧めています。

また、COVID-19 パンデミックを乗り越えるのに役立ったという人もいました。身体活動を促進した要因として、最も挙げられたもののひとつはテクノロジーでした。特にこのパンデミックに適応するうえでテクノロジーは有効でした。これにより、人との繋がりが容易になり、Zoom でのグループ運動や、先述の Normad Terra Crawlers が提供するヴァーチャル活動への参加が可能となりました。これらのテクノロジーにより、障害のある人もない人も運動への意識が高まっています。

障害者の健康増進に取り組む地域社会、政府機関、組織の数は増えています。しかし、障害者の基本的ニーズへの対応の隔たり、設備や環境面の問題、財源の不足、政策実施における隔たり、といったバリアが依然として存在します。2016 年の全国障害者調査の結果に見られるように、ほぼ半数の人が、移動手段、人と交流するための場所への移動に支障があると回答しました。また、重度障害がある人の 30% が地域の改善が必要と回答しました。19% は見るための支援機器を必要とし、16% は自宅改修が必要と回答しました。

今後もさまざまな組織、部門、機関との連携を継続する必要があります。また、全国での啓発活動を通じて身体活動を促進する必要があります。より多くのデータを収集する必要があります。エビデンスに基づいた政策立案を継続する必要があります。また、障害のある人は皆同じではなく、人それぞれ異なるということに留意する必要があります。

障害者が利用できる環境の提供、財政支援、テクノロジーの活用など、障害インクルーシブに対応し、障害者のニーズを満たす施策を強化する必要があります。最後に、START now (今、はじめよう) ということを覚えていてください。START の S は Self-belief and Social support (自信、社会的支援)、T は Try different things (さまざまなことへの挑戦)、A は find Activities that you enjoy (楽しい活動の発見)、R は Resources that are available (利用可能な資源)、T は just Take that first step (最初の一步を踏み出す) を表しています。

多くの方のご支援に感謝しています。また、本セミナーの開催に感謝申し上げます。ありがとうございました。

日常生活に運動を取り入れることは疾病予防と健康づくりを推進する ー健康づくりプログラムの開発と実践についてー

樋口 幸治

国立障害者リハビリテーションセンター 障害者健康増進・運動医科学支援センター 運動療法士長

よろしくお願ひいたします。まず御登壇いただいた先生方のすばらしいご発表に感謝いたします。本日、私からは日常生活に運動を取り入れるために、現状とその効果を中心に進めたいと思います。

自己紹介をしたいと思います。私は日本の中でも非常に珍しい、障害者の方たちに対して運動やスポーツ・レクリエーションを通してリハビリテーションや健康づくりを行っている運動療法士という職業をやっております。

今日の発表内容は、日本の障害者の健康に関する現状、定期的な運動がもたらす効果、運動づくりプログラムの試案、運動種目の活用と工夫の紹介について御報告したいと思います。

次のスライドをお願いします。まず日本の障害者の健康に関する状況を報告いたします。この報告は、埼玉県総合リハビリテーションセンター、横浜市総合リハビリテーションセンター、千葉県千葉リハビリテーションセンター、国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局、湘南アフタケア協会の協力を得て行っております。また参加していただいた障害がある方々にお礼を申し上げます。

次のスライドをお願いします。施設を利用する障害者 1145 名のBMIを測定しました。その結果、対象の約 40%が肥満か痩身かという状況にありました。この中から 1047 名の性別が分かる方について男性・女性に分けてみると、男性で 43.8%、女性で 25.4%と健常者の肥満の割合を大きく上回っていました。

次のスライドをお願いします。これは脊髄障害のある方の運動の有無とBMIの関係をグラフに示しております。ブルーのバーが運動・スポーツを実施している群、オレンジのバーが運動・スポーツを行っていない群に。20代から70代まで10歳ごとに分類しています。運動を行っていないと50歳代をピークに体重の増加が認められました。この結果から考えられることは、年齢を重ねるごとに生活習慣病の健康被害が予測されます。その一方で、定期的な運動やスポーツの実施が体重を安定させているということが分かりました。つまり定期的に運動やスポーツを行わないと健康被害が拡大するだろうと考えています。そして予防の第一歩として、体重を定期的に測れる環境が非常に少ない状況ですが、体重測定を定期的に行っていくことが重要かと思ひます。

次のスライドをお願いします。これは脊髄損傷のある方 100 名に対して、生活習慣病に関する検査を行いました。表に示すとおり、地域で生活する脊髄損傷者の多くの方たちが生活習慣病への罹患リスクが非常に高いことが分かりました。

次のスライドをお願いします。これらの状況を踏まえて、定期的な運動がもたらす効果を協力施設とともにモデル事業としてトライアルいたしました。

次のスライドをお願いします。このスライドの訂正を1つお願いします。運動プログラムの時間の

記載が「1時間20分」と記載されていますが、これは「1回20分以上」へ訂正をお願いします。

この介入プログラムは、運動プログラム、栄養プログラム、生活プログラムの3つに分かれております。運動プログラムを中心として、運動の頻度は週1回以上、1回の時間が20分以上、運動の強さは最大酸素摂取量の約50%に相当するニコニコペース運動という有酸素運動、または同様な運動の強さで全身状態がややきつい程度の運動を行うこととしております。そして個人の障害特性に合わせてトレーニング方法を決定し、集団ではリズム体操やレクリエーションなどを取り入れております。栄養プログラムでは、食生活の意識向上を個別に行いながら、教室・セミナー形式で情報の共有を行っています。生活プログラムでは、生活行動への意識向上、定期的な体重測定を個別に行いながら、教室・セミナー形式で情報共有を行っています。これを3カ月間行いました。

次のスライドをお願いします。このスライドは、結果になります。まず身体計測項目の変化を障害ごとに分類しております。外傷性脳損傷、視覚障害、車椅子を利用する肢体不自由者、立位で移動が可能な肢体不自由者、知的・発達障害の5つのグループに分類しております。白いバーが介入前、黒いバーが介入後になっております。BMIと内臓脂肪レベルをスライドに提示しておりますが、障害によって効果が大きく異なることが分かりました。

次のスライドをお願いします。これは介入前後の血清脂質の変化を示しております。同様の5つのグループで中性脂肪とHDLコレステロールを提示しています。これも身体組成項目と同様に障害によって効果が異なることが分かりました。

次のスライドをお願いします。この研究に参加していただいた方の中から、運動時間が明確な方たちの分析を行っています。運動時間と身体組成・血清脂質の改善についてスライドに提示をしています。週150分以上の有酸素運動を実践したグループでは、体重で約2kg、体脂肪率で約1%、中性脂肪で約40mg/dlの改善が認められております。週150分以上の有酸素運動が疾病予防には有効ではないかと考えております。

次のスライドをお願いします。このスライドはこのモデル事業に参加していただいた方たちの生活習慣アンケート調査の結果を示しています。アンケートの結果から、日常生活動作の不安が大きく軽減し、主観的健康状態の向上が認められました。そして活動的な生活時間の増加、また社会参加への増加が認められました。この結果から我々は、運動・レクリエーションが日常生活での活動機能低下予防のきっかけにつながると考えております。さらに、この研究に協力していただいた方たちが地域で自主的なスポーツ活動を行うようになり、日々、楽しい表情を見せていただいていることが非常にうれしい結果となっています。

次のスライドをお願いします。このスライドは視覚障害者に対して運動プログラムを行った後に、アンケート調査を行った結果になります。「運動介入プログラムに望む改善はありますか」という問いに対して、運動介入を行っている他の視覚障害者との交流機会を求める意見が57.9%と最も高い結果を得ました。視覚障害者が在宅で取り組める運動プログラムの積極的な提供は活動的な生活様式の維持につながることが期待されますが、一方で、同じ障害を持つ人同士の交流を望んでいる視覚障害者が多く、運動での交流がピアサポートにもなり得る可能性があるのではないかと考えております。

次のスライドをお願いします。次はこれらの結果を基にして健康づくりプログラムの試案を行ってみました。

次のスライドをお願いします。集団プログラムの一例です。集団で、楽しく・交流しながら、なおかつ個人に適した運動の量・質を確保することで、同じ目標に向かって楽しみながら取り組むことができるのではないかと考えております。運動強度、運動時間、内容はスライドに示すとおりです。

次のスライドをお願いします。これは個人プログラムの一例です。個人プログラムでは個別の保健

指導や小集団での栄養教育、またスライドの右の上段に四角で囲んでおります有酸素運動とその下に3枚の写真を提示しておりますが、筋力トレーニングを合わせた総合的なプログラムが有効ではないかと考えております。

次のスライドをお願いします。次は障害特性に合わせた運動種目の活用と工夫について御紹介いたします。

次のスライドをお願いします。例えば、上肢、下肢、体幹に麻痺のある方たちに対して全身運動を行う場合に、上肢の残存筋力や機能に合わせた負荷の調整を行いながら下肢の麻痺したところにも連続した低刺激（電気を活用した筋収縮刺激）を与えることで全身運動が可能になるのではないかと考えております。実際にこの運動を行うことで全身循環の改善や血圧の安定性が得られております。

次のスライドをお願いします。この種目はルールと道具の工夫を行う一例になります。電動車椅子を利用する方に対して、対象者の残存機能と対象者の意向や希望を勘案し、できる種目を開発しております。写真に示すとおり、これは呼吸気を使ってビリヤードを行っている種目を開発しております。

次のスライドをお願いします。これは健康増進とともに機能へのアプローチも行っております。左のスライドはネットの下に球を転がして行う卓球になります。これは日本で行われている視覚障害者のサウンドテーブルテニスの改良になります。車椅子の方と平行棒内で立位が取れる方の体力向上に活用しています。また右の写真は小さな卓球台を準備し、呼吸気を使って行う卓球で、呼吸機能の改善にも活用しております。

次のスライドをお願いします。このスライドは集団で行うゲームスポーツの特性を生かしながら種目の工夫を行っております。左のスライドは頸髄損傷者で、上肢の機能向上と車椅子を操作する能力の向上を勘案し、大きなボールを使った手で打つサッカーを行っております。右のスライドは上肢の機能に制限がありビリヤードのキューを使えない方たちに対して、直接、手で行ってもらうことで、狭いところでの車椅子操作と手指機能の向上等を狙っております。

次のスライドをお願いします。このスライドは障害特性に合わせた運動指導時の留意点を示しております。高次脳機能障害、視覚障害、肢体不自由を例に、障害の特性、運動介入の一例、運動介入に必要な専門的な配慮の項目を記載しております。例えば、視覚障害では、その特性として見えない、見えにくい、周りの状況が分からない、それによる恐怖心を得ることがあります。運動介入の一例としては、環境等の情報提供を詳しく行い、安心して行動できる、または自分で操作できる方法を習得していただいています。そして専門的な配慮としては、原因疾患、合併症、服薬、視機能レベル、環境認知レベルを考慮しております。

次のスライドをお願いします。その運動指導時の留意点を勘案し、視覚障害者が自宅でできる運動プログラムを提示したいと思います。ストレッチ運動、踏み台昇降運動やその場ステップでの有酸素運動、また片足立ちなどのバランストレーニング、スクワットなどの筋力トレーニングを一つのプログラムとしております。この留意点としては、ストレッチマットやジョイントマットを利用することで自分の位置や方向を把握し、1人でも安全に運動を実施することができるように配慮しております。

次のスライドをお願いします。次のスライドでは1人ではなく、ペアでできる運動プログラムを提示しています。その場でのウォーキングやガイド、タンDEMでのウォーキングを提示しています。これらはタオルやポールを使ってペアでタイミングよく活動することで、運動不足を楽しく解消できる内容としています。またタオルは筋力トレーニングにも活用でき、ポールは右下の写真のように視覚障害者が主体的にリズムをつくれる運動として配慮しています。

次のスライドをお願いします。これらのことから考えると、運動を日常生活の中に組み込むことで活動的な生活を獲得することが可能になります。また、軽中強度の有酸素運動で健康づくりに取り組

むことで生活習慣病予防等の解消につながると思います。また、筋力トレーニングで移動や活動機能の維持、日常生活動作や活動機能低下予防にもつながります。そして、レクリエーションやスポーツを併せて行うことで、楽しく健康づくりと活動機能維持を実践できると考えます。ただし、運動を始める前には医師や運動の専門家に相談することが必要ではないでしょうか。

次のスライドをお願いします。これらの取組から今後の課題を提示したいと思います。障害特性によって運動による効果はそれぞれ異なります。そのため障害別の運動に関するスタンダード・プログラムの作成が必要だと考えております。また、健康づくりに関する啓発活動を国内・国外へ展開し、障害者の健康づくりを知っていただくということも重要です。また、これまでの先生方のご発表にもありましたように、障害者が1人で健康づくりを行うのは非常に困難な状況にあります。健康づくりを行うための拠点づくりや専門職の連携、サポーターの配置等、また、IT技術の活用などの環境整備は必要不可欠ではないでしょうか。日本の状況も含めて、これらの専門家の育成と育成システムの構築はまだ未成熟なため、障害者の健康づくりに関わる専門家の育成が急務だと思います。

最後に、日本では障害者が健康づくりにアクセスするには非常に高いバリアがまだ存在します。そのため障害者の状況に沿った健康づくりを国や地方自治体が支えられる施策が必要だと考えております。以上になります。御清聴ありがとうございました。

ディスカッション・質疑応答

司会：富安 幸志

国立障害者リハビリテーションセンター 障害者健康増進・運動医科学支援センター長

●司会（富安） 御紹介にあずかりました富安幸志と申します。内科医をしております。2022年の国際セミナーに御講演いただいた先生方、また御参加いただいた先生方、ありがとうございます。今回の御講演は時間通り、むしろ時間よりも早く進行しておりまして、ディスカッションの時間が約25分ありますので、できましたら実りの多いディスカッションにしていければと考えております。

まずWHOの座光寺先生からは、障害者がヘルスサービスにアクセスする過程におけるバリアについて、インクルージョン政策を含むWHOのアプローチについてお話をいただきました。またボーン先生には、医療サービスは健常者と同じものであるべき、さらに障害者はプラスアルファがあるべきということ、さらにその医療サービスのバリアについて多くの提言をいただきました。トンシリ先生にはタイにおける地域に根差したリハビリテーションから学んだことということで、特に障害者のクオリティ・オブ・ライフに必要な提言と2007年からの障害者サービスセンターについて詳しく教えていただきました。これについては私も個人的に非常に興味がありまして、もともと伺いたいと思っておりました。さらにフィリピンのカルロス先生からは障害者へのサポートを多面的かつ具体的に実例を挙げて御紹介いただき、運動の必要性や、さらにテクノロジーを含む多くの手段があることを提言いただきました。それから日本の樋口先生には運動療法士としての具体的なデータと経験を踏まえ、今後の課題も含めて御紹介いただきました。

今からはオンラインで御参加いただいている視聴者の方々とともに活発なディスカッションをしていただければと思っております。今のところオンライン上には御質問は届いておりませんので、まず私のほうから先生方皆さんに順番にお答えいただきたい質問を用意いたしました。今回の身体活動を通じた疾病予防と健康増進に関しましては非常に幅広くいろいろな提言をいただきましたが、特にタイのトンシリ先生とフィリピンのカルロス先生からは私たちが日本で学ばなければいけないことも含めて多くいただきました。まずはもう少し幅広い話題になりますが、医学や公衆衛生の進歩により私たちの寿命は世界的に延びており、特に日本では少子化もあり障害者をサポートする側の年齢も上がってきています。さらに障害者も医学や公衆衛生学の進歩で高齢化しています。

一方でテクノロジーは発展し、遠隔でのテレリハビリテーションや体調をモニターできる腕時計型のデバイスの発達などもあり、身近なものになってきています。こういう現状から将来のリハビリを含む疾病予防と健康増進に対する考え方ということがございましたら御発言いただきたいと思っております。まずWHOの座光寺先生、よろしくお願ひします。

●座光寺 ありがとうございます。大変よいご質問だと思います。どのような情報を提供できるかわかりませんがお答えしたいと思います。私は体重15キログラムの脳性まひのある娘の父親ですが、一日中彼女を抱えていることは容易ではありません。毎日ひどい腰痛に悩まされています。こういったことから思うのは、人口の高齢化が進む中、支援技術を地域全体に高めていくことが重要であるということです。

支援技術によって高齢者の介護だけでなく、障害者が自らの喜びのために行う活動の幅が広がることに繋がると思っています。私の日本の友人ですが、彼は自力で歩くことはできませんが、支援技術を活用して登山したことがありました。そのような事例は、私たちが期待を持てる一例だと思ひます。質問の答えになっていないかもしれませんが、以上です。

●司会（富安） ありがとうございます。では、メルボルン大学のボーン先生お願ひします。

●ボーン 特に高齢者にとって、ウェアラブル技術には多くの可能性があると思います。高齢者の介護をする場合は介護者のこともサポートしますし、座光寺先生が指摘された介護者の重要性についても、そのとおりだと思います。

ウェアラブル技術もできることに限度があると思いますが、家庭内で利用できるサービスやアウトリーチ型サービスと組み合わせることで、高齢者の利便に役立てることができるでしょう。ウェアラブル技術がプライバシーの侵害につながらないことも大事です。高齢者の安全を確保しつつ、高齢者を子供のように扱わないことが必要です。私の親は高齢で単身生活しているためウェアラブル装置を身に着けています。彼が転倒した場合にアラートが表示されるようにしたいと考えています。そういったことは彼と私たちにとって大きな安心感につながります。ウェアラブル技術は確かに有用で、進化し続けると思います。

●司会（富安） ありがとうございます。それでは次にトンシリ先生、お願いします。

●トンシリ テクノロジーが障害者や高齢者を世話する家族などの介護者の助けになるということは非常に興味深いことだと思います。高度なテクノロジーの開発にはまだまだ制限があります。基本的な補助用具を手に入れた時、障害のある人の機能に応じて用具を適応させなければなりません。そして、この適応は地域で行われます。テクノロジーは素晴らしいアイデアだと思いますが、これらの技術の安全性と手頃さを裏付けるために、ますます多くの研究が行われるべきだと思います。

手頃かどうかということ考えたとき、地域で暮らす高齢者のためには、テクノロジーだけではなく、サービスも求められます。いわゆる、ケアマネジャーや介護者により提供される介護サービスです。これらは今後も進化してくると思います。

●司会（富安） ありがとうございます。次はフィリピンのカルロス先生お願いします。

●カルロス 残念ながらフィリピンでは支援機器にアクセスできるのは5~15%の人だけで、まだまだ限定的です。私たちは遠隔リハビリテーションを優先して広めようとしており、遠隔による相談、理学療法、作業療法、その他サービスの提供に取り組んでいます。現在、これらの取り組みは進展し、手頃な価格で提供されるようになりました。トンシリ先生も述べていましたが、手頃かどうかということは重要です。工学部やリハビリテーション医学部と協力して、障害者や高齢者が何らかの身体活動を行っているときに、バイタルサインなどを観察できる装置の開発に取り組んでいます。現時点ではまだ開発段階です。

●司会（富安） ありがとうございます。では日本の樋口先生はいかがでしょう。

●樋口 今までできなかった運動を行なえる選択肢の一つとしては考えられるのではないかと思います。障害のある方たちのデバイスへの受入れと提供する側の技術力との兼ね合いが非常に重要ではないかと思います。基本的には予防につながる目的で行うのか、治療で行うのか、生活で行うのかということで大きな違いが出てくるのではないかと思います。日本でも障害のある方々が活用できるデバイスはまだ普及していないので、先生方が言われているように安価で入手できるなど検討が必要だと思います。

●司会（富安） ありがとうございます。私も値段のことが一番の制限になると考えております。

話が少し脱線しますが、車椅子でさえも高くて購入できないということから、以前TEDで Amos Winter 先生が 200 ドルという安価でできるという木製の車椅子の紹介をされました。日本、まあどこの国でもそうでしょうけれども、ある程度は慈善団体が寄附したり、ある程度は公共施設が用意したりしていますが、全員に行き渡ることだけでも難しいのに、さらにウェアラブル端末をとというのはもちろん難しいと思っています。ただ将来性に関してはボーン先生もおっしゃいましたけれども、諦めてはいけないと考えております。ありがとうございます。

先生方同士で御質問はないでしょうか。樋口先生、よろしく申し上げます。

●樋口 先生方にお伺いしたいのですが、それぞれの先生が関わる専門職のスキルアップに関して、障害者に対するスキルアップや知識力アップのセミナー、また個別の取組について御発表いただいたと思いますが、実際に行われているカリキュラム等がありましたら、ぜひ教えていただければと思います。

●司会（富安） 何先生に申し上げますか。皆さんですか。では座光寺先生、お願いします。

●座光寺 ご質問ありがとうございます。残念ながら共有できる具体的な例が手元にありません。おそらく、具体的な例を提供するのは専門家の方が適していると思います。

●司会（富安） ボーン先生、お願いします。

●ボーン オーストラリアの例がいくつかありますが、他の地域に必ずしも役立つとは限りません。重要なことはカリキュラムやコースが地域の状況に適しているかどうかだと思います。カルロス先生がフィリピンの例について多くの情報をお持ちだと思いますが、フィリピンの同僚と取り組んだ一例をお示ししますと、障害のある人々がデラサール大学やフィリピン大学の研究者と共同して、医療従事者の能力開発のプログラムを構築したことがありました。また、交通機関のアクセシビリティを高めるために、交通機関のスタッフ向けのトレーニングを共同で実施した例もあります。

他の発表者に質問したいのですが、どのようにすると医療従事者、建築家、教育者などの専門家と障害者団体などが一緒になった取り組みを上げられるのでしょうか。皆様の発表からわかったことでもあります。障害者団体は未開発の巨大な資源です。障害のある人から話を聞き、学ぶためのスキルを開発する必要があります。そのための講座などがあるかどうか疑問に思いますし、ない場合は、開発を検討する必要があるかもしれません。

●司会（富安） ありがとうございます。タイのトンシリ先生、お願いします。

●トンシリ 障害のある人の身体活動について私は限られた知見しか持っていませんが、発表でお示したように、医療サービス部門向けに開発したワークショップがあります。参加者として最初は医療部門のスタッフのみを募集し、生活の質を向上させる方法を検討しようと思いました。次第に医療部門のスタッフだけでは十分でないことがわかり、更なる向上のためにユニバーサルデザインの考え方を取り入れることにしました。

障害のある人の機能を改善したり、転倒のリスクを軽減したりするために、実際にどのように施設を建設するか、また、どのように家を改修するか、ということを考えるようになりました。そのため、大学の建築学部を訪れ、彼から多くのことを学びました。彼ら建築家は空間を見て、美しいかどうか、色は大丈夫か、換気はよいかを見ますが、人のことは見ません。

一方、医療部門のスタッフは患者を見ますが、環境は気にしません。だからこそ、私たちは一緒

に座って話し、学ぶことができるよう、医療部門と建築部門、そして地域の組織からも参加者を募集するトレーニングコースを開発しました。彼らは一緒に座って同じことを学びます。それはとても素晴らしいことです。ユニバーサルデザインコンセプトの研修コースが増え、健康増進にも組み込むことができます。本日の皆様の発表を参考にして、次回のワークショップでは障害のある人の運動を取り上げようと思います。

●司会（富安） ありがとうございます。それでは同じ質問ですが、カルロス先生、お願いします。

●カルロス ヴォーン先生に同意します。カリキュラムやコースはそれぞれの国の状況、障害者の個性と関心に応じたものである必要があります。推奨できる特定のカリキュラムやコースはないのですが、さまざまな障害の障害者団体、サポートグループが非常に重要であり、障害者がグループ活動を行うことや、Zoomを通じた活動であったとしても、モチベーションを維持させることができます。そして、このパンデミックが終息したとき、彼らは実際に対面で会って活動することを楽しみにしています。

一方、能力開発に関するボーン先生の質問については、残念ながらフィリピンはまだ研究を行っている最中です。インフラの面だけでなく、病院が十分にインクルーシブであるかどうか、例えば聴覚障害のある人に対応する場合に手話を理解できるスタッフはいるか、などです。インフラの面だけでなく、能力開発面の研究がなされています。現時点では地域のニーズに関するデータ収集が続いています。

●司会（富安） ありがとうございます。カルロス先生の御発表の中でハイキングの写真があったと思うのですが、ああいう活動には身体活動に対するリスク、要するに具合が悪くなったときのために医師や看護師は同行するのでしょうか。

●カルロス 私が紹介した活動については、最初は視覚障害のある友人を招待したいという友人同士のグループから始まりました。そのようにして始まった活動に、その後、医療関係者が加わるようになったのです。彼らのトレッキングには、医師、医学生、看護師が参加するものがあります。公式的な組織ではなく、私的な組織ですが、障害者をよりよくガイドできるよう、トレッキングを実施する前にはシミュレーションを行うなどして、事前に彼ら自身がトレーニングを行い準備しています。

●司会（富安） ありがとうございます。今、1つチャットが来ていまして、それを読んでおります。「樋口先生とカルロス先生に質問です。障害を持つ人ほど運動をしたほうがよく、運動が重要であるということは理解していますが、社会参加を通して運動の機会を得る場合もあれば、運動の機会を逃して就労等の社会参加につながる場合もあるかと思えます。社会参加の促進と運動促進ではどちらを優先するべきと考えるのでしょうか」ということです。カルロス先生からよろしいでしょうか。

●カルロス 社会参加が最初だと思います。私たちの経験の例では、最初は興味を持つことから始まり、何が起きているのかを見たいと思います。レースを完走する必要や、運動プログラムを完遂する必要はありません。フィリピンはかなり社交的なコミュニティのため、他の人が楽しんでいるのを見ると、それによって励まされることに繋がります。たとえその人に障害があったとしても、健常者が運動しようと励まされる場合もあるのです。障害者が他の人に参加を勧めるのです。ですから、社会参加は、身体活動を奨励するための最初のステップになると思います。

●司会（富安） ありがとうございます。樋口先生はいかがですか。

●樋口 私も同感で、まず孤立させないということが一番重要な因子だと思っています。そこから本人の希望に合わせて体力が必要な方たちには必要な体力を、先ほど質問に出ましたけれども、それがデバイスで解消できるのであればデバイスを活用する、支援者の援助も使うなど、一番重要なのは社会や地域生活から孤立させないことだと思います。

●司会（富安） ありがとうございます。御発表なされた先生方から何か追加のコメントや御発言はございますか。

それでは私が前から、そして今日伺って、もう少し聞きたいと思っておりますところが、多分日本の障害者に関わっている方も何人かは同意見かと思うんですけども、トンシリ先生がワークショップを立ち上げ、2007年にサービスセンターをつくったと、その辺のことを御苦労があったということを含めて教えていただきたいのですが。

●トンシリ ごめんなさい、今の質問をもう一度お願いできますか。

●司会（富安） 2007年にワークショップを立ち上げて、さらにサービスセンターを利用することを促進されてきたと伺いましたが、それに関して立ち上げ方や御苦労、今後どういうふうには持続していくのかというところを伺えればと思います。

●トンシリ ありがとうございます。先ほども申したかもしれませんが、以前は私自身も細分化されたサービスの観点から考えていました。社会部門や地域組織は障害者を支援しますが、私は医者なので、医療面のみを扱っていました。病気を患っている方には「病気なのね。病院に行って」と病院に行くように勧め、そして、病院に来られたら医療を提供していました。自宅の改修となれば、「それは私の専門ではでないので、地元の別の組織に行って」と言うだけでした。

これでは障害者は組織間を行ったり来たりしなければならず、混乱します。また、ほとんどの人は貧しいため、施設を行き来する余裕がありません。ですので、私が学んだ総合的ケアの重要性をもっと広めるべきであり、それが私の仕事だと思っています。私たちは同じ方向を見なければなりません。私たちには皆それぞれの専門分野があります。それぞれの専門性を発揮する必要があると同時に、私たちは異なる専門性を同じ方向に導かなければなりません。そのため、私たちは一緒に座って、お互いにコミュニケーションを取り、障害のある人も含めコミュニケーションを取らなければなりません。そうすることで困難を和らげることができると思います。しかしながら、将来は別の困難にも直面するでしょう。予算の問題です。資金集めや障害者と協力するための予算が問題となるでしょう。予算編成の方針はまだ統一的なものになっておらず、今後の課題となると思います。

●司会（富安） ありがとうございます。運動なり physical activity を導入するということと、またそれをこれからの長い人生にわたって継続していつてもらうということが大切だと思うのですが、そういうことへのアドバイスや知見はございますでしょうか。多くの先生に伺いたいのですけれども、まずトンシリ先生からお願いします。

●トンシリ 身体活動と運動を区別する必要があると思います。最初のうちは身体活動がより重要だと思います。週150分の身体活動、それが最初の目標だと思います。仮に私が障害者に「運動を始めなさい」と言ったとき、彼らは「私は歩けないのに、どうやって運動するの」と思うかもしれません。そのため、彼らが理解できるよう、体の一部を動かしましょうというように説明すると思います。そうすることで、それほど難しいことではなく、来年のオリンピックに向けてトレーニ

ングするのではなく、ちょっとした身体活動であると彼らに思ってもらえると思います。

そして、身体活動を楽しく、充実させることも大切だと思います。また、カルロス先生が紹介した例にもありましたが、Zoomのようなテクノロジーを使用することは非常に重要です。同僚とも共有したいと思います。ありがとうございました。

●司会（富安） ありがとうございます。カルロス先生も一言お願いします。

●カルロス 継続に関して、私たちの国の主な課題のひとつとして、健康について社会がどのように取り組むかということが挙げられると思います。個人の身体活動よりも他の事項への取り組みが優先されると、身体活動を継続することは難しくなるでしょう。したがって、健康への社会的取り組みがまず必要です。そして第二に、トンシリ先生が述べたように、身体活動は楽しめるものでなくてはなりません。また、テクノロジーの活用も可能です。私が知る障害者の何人かは、パンデミックのためにトレーニングをやめてしまい、一度は運動をする機会を失いましたが、その後、オンラインでグループでの運動を行うことになり再開することができました。ありがとうございました。

●司会（富安） ありがとうございます。時間も迫ってきましたが、ボーン先生、一言お願いします。

●ボーン トンシリ先生やカルロス先生がおっしゃったことに同意します。運動が楽しくあることは大切です。特に心血管の健康にとって、楽しめる運動は非常に重要です。家の中で運動をする機会もあります。体を動かして洗濯物を干したり、パートナーの料理を手伝ったり、庭仕事をしたりすることです。

運動は人々に喜びを与えるだけでなく、人々が家庭生活や地域生活に参加し貢献することに繋がります。そのことから満足感や誇りを得ることに繋がるでしょう。人々がコミュニティの一員になり地域に貢献できるよう、身体機能を見ることができ理学療法士やその他の関連する医療専門家と取り組むことが必要です。

西太平洋地域では関連する医療専門家が大幅に不足しています。ですから、この地域の政府や私たちが提唱する必要があるのは、障害に特化した専門家のトレーニングを増やすことです。ありがとうございました。

●司会（富安） ありがとうございました。座光寺先生、最後に一言お願いします。

●座光寺 どうもありがとうございました。発表者の皆様のおっしゃるとおりだと思います。分散された保健サービス、医療従事者にある偏見、医療従事者数の格差、これらすべてが私たちが一緒に取り組まなければならない課題だと思います。これはまだ公式決定ではありませんが、できれば2023年に、西太平洋地域の医療従事者のための行動フレームワークを作成することを目指しています。

これら重要な障害インクルージョンを、あらゆる職種の医療従事者のカリキュラムに統合できればと思います。特にプライマリケアサービスを提供する場合は必要だと思います。このような機会と貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。

●司会（富安） ありがとうございました。今回の重要なテーマについて御参加いただいた全ての皆様、チャットで御参加いただいた皆様、それから本日の演者の先生方には貴重な御意見をいただき、それから突飛な質問にもお答えいただきましてありがとうございました。大変勉強になりました。視

聴者の方々にも感謝申し上げます。これでディスカッションを終わりたいと思います。ありがとうございました。

閉会挨拶

芳賀 信彦

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長

皆様、本日は「障害がある人々が健康を維持するための取組み」に参加いただきまして、ありがとうございました。講師を務められた座光寺先生、ボーン先生、トンシリ先生、カルロス先生、樋口先生、それからディスカッションを進行していただいた富安先生、ありがとうございました。

実は本日の国際セミナーのテーマは本来 2020 年に取り上げる予定でしたが、新型コロナウイルス感染症のパンデミックのために中止となり、2021 年は「リハビリテーションと COVID-19」のテーマでウェブ開催をいたしました。今回、障害者の健康維持という重要なテーマについてセミナーを開催できたことは本当によかったと思っております。

本日、先生方の御講演を聞きまして、私が感じたことを一つだけコメントさせていただきます。実際の障害者に身体活動の重要性を認識してもらい、運動を進めるというためには、それらが障害者の二次的な障害、あるいは non-communicable diseases の予防に効果があるということをしっかりと説明する必要があると思います。カルロス先生はエビデンスということコメントされておりました。そのためにはトンシリ先生がデータ収集についてコメントされておりましたように、我々が科学者として、あるいはリハビリテーション関係者としてエビデンスを構築していく必要があると思いますし、場合によってはWHOなどの国際的な組織が中心となって取り組んでいくべきテーマかと思っております。

実は日本では、日本学術会議が 2014 年に「超高齢社会における運動器の健康」という提言を行い、その中で一般の高齢者に関する記述に加え「国は、運動器障害者の身体活動低下による健康障害を予防するための体制を構築すべきである。これには、障害者の健康チェック体制の整備、健診施設・医療施設のバリアフリー化の推進、障害者を対象とした運動・スポーツ指導者の能力開発、運動施設へのアクセスの改善などが含まれるべきである。」と述べています。本日の発表でもありましたように、運動器障害だけではなく視覚障害・精神障害・知的障害などでも身体活動が少なく二次的障害リスクが高いことが知られています。日本では国連の障害者権利条約を受けて、2016 年に障害者差別解消法が施行されました。その中には社会の中にあるさまざまなバリアに対する配慮が求められております。しかし COVID-19 の影響もあり、障害者の身体活動への取組はまだ十分とは言えません。本日のセミナーが日本のみならず国際的な障害者の健康増進につながることを期待して、本日のセミナーを閉じさせていただきたいと思っております。本日はどうもありがとうございました。