

国際セミナー報告書

## 障害者の健康増進とスポーツ



2013年3月2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）

この報告書の内容は当センターのホームページに掲載しています。  
<http://www.rehab.go.jp/whoclbc/japanese/houkokusyo.html>

## プログラム

日 時 2013年3月2日(土) 12:30~17:30

場 所 国立障害者リハビリテーションセンター本館講堂

総合司会 加藤誠志 国立障害者リハビリテーションセンター研究所長

12:30 開会挨拶 江藤文夫 国立障害者リハビリテーションセンター総長

12:40 ~ 基調講演

「WHO 障害に関する世界報告書—健康増進とスポーツについて」

Pauline Kleinitz WHO西太平洋地域事務局テクニカルオフィサー

(休 憩)

13:30~

1 「タイにおける障害がある人々の健康増進の政策と現状」

Wachara Riewpaiboon タイ障害者健康増進研究所長

2 「国のスポーツプログラムへの参加を通じた障害がある人々のQOL」

Horst Strohkendl 元ケルン大学准教授

3 「韓国における障害者スポーツの発展のための韓国パラリンピック委員会の役割と行動計画」

Cho Hyang-Hyun 韓国障害者スポーツセンターd'ground 事務局長

韓国パラリンピック委員会

4 「障害がある人々のスポーツに関する政策」

君島淳二 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課

自立振興支援室長

5 「現在の日本の障がい者スポーツに対する取り組み」

中森邦男 公益財団法人 日本障害者スポーツ協会指導部長、

日本パラリンピック委員会事務局長

6 「横浜市総合リハビリテーションセンターと横浜ラポールにおける健康増進とスポーツに関する取り組み」

小池純子 社会福祉法人 横浜市リハビリテーション事業団

横浜市総合リハビリテーションセンター長

7 「国立障害者リハビリテーションセンターにおける障害の健康増進とスポーツ支援の  
取り組み」

飛松好子 国立障害者リハビリテーションセンター健康増進センター長

(休 憩)

16:20～ 会場との質疑応答、ディスカッション

司会 緒方 徹 国立障害者リハビリテーションセンター  
研究所運動機能系障害研究部長

17:30 閉会挨拶 中村耕三 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 江藤文夫



閉会挨拶 中村耕三



総合司会 加藤誠志



発表 中森邦男



発表 チョ ヒャンヒュン (通訳ミン イースク)



ディスカッション



## 目 次

開会挨拶	1
WHO 障害に関する世界報告書—健康増進とスポーツについて Pauline Kleinitz	5
タイにおける障害がある人々の健康増進の政策と現状 Wachara Riewpaiboon	19
国のスポーツプログラムへの参加を通じた障害がある人々の QOL Horst Strohkendl	25
韓国における障害者スポーツの発展のための韓国パラリンピック委員会の役割と行動計画 Cho Hyang-Hyun	31
障害がある人々のスポーツに関する政策 君島 淳二	34
現在の日本の障がい者スポーツに対する取り組み 中森 邦男	38
横浜市総合リハビリテーションセンターと横浜ラポールにおける健康増進とスポーツに関する取り組み 小池 純子	45
国立障害者リハビリテーションセンターにおける障害者の健康増進とスポーツ支援の取り組み 飛松 好子	52
パネルディスカッション	63
閉会挨拶	82



## 開会挨拶

江藤 文夫

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。ただいま御紹介いただきました、国立障害者リハビリテーションセンター総長の江藤でございます。

本日は、当センターでのセミナーに御参加いただきまして、まことにありがとうございます。

当センターでは、1995 年以来、障害の予防とリハビリテーションに関するWHOの指定研究協力センターとして活動してまいりました。そして、近年は毎年国際セミナーを開催してまいりました。本日は、「障害者の健康増進とスポーツ」をテーマといたしましてセミナーを企画しております。

WHOが立ち上がったのは1948年でございますけれども、WHOでは健康を、身体的、精神的、社会的に良好な状態で、単に病気や虚弱がないだけではないと定義しております。良好な健康は、いろいろな活動に参加する必要条件です。また、1978年のアルマ・アータ宣言では、健康への取り組みとして、予防、治療、リハビリテーション、そして健康増進、ヘルスプロモーションですね、この4つを柱として強調しました。障害に関する世界報告書が2011年にWHOと世界銀行によって刊行されておりますが、その中で、障害のある人々は二次的な障害のリスクが高く、予防や健康増進のための取り組みが不足していると指摘されております。

我が国における障害のある人々に関する調査では、一般の人々に比べてスポーツや運動を行っている人の割合が少ないということが示されています。障害を持って就労あるいは就学といった社会参加を継続していても、運動する機会が乏しい人々では体力低下あるいは耐久性の低下に陥るリスクが大きくなります。また、障害のある人々に関する私どものデータでも肥満傾向にあることが示唆されております。そこで、障害のあるなしにかかわらず、長期的な生活習慣病の予防を含めて、健康増進のため運動習慣の必要性が認識されております。

また、スポーツを楽しむということは、すべての人々にとって生活の質を高める可能性のある活動であり、また障害のある人々がスポーツにアクセスできる機会をふやす取り組

みが広がりつつあります。

今回のセミナーでは、障害のある人々の健康状態とスポーツを含めた健康増進に対するWHOの活動と考え方について御紹介していただき、さらに、我が国を含めて、ヨーロッパからはドイツ、アジアからはタイ、韓国での取り組みについて報告していただき、健康増進とスポーツに関する問題と今後の取り組みについて考えていきたいと思ひます。

できるだけ多くの皆様に議論にも参加していただき、実り多いセミナーとなりますよう、最後まで熱心な御参加をよろしくお願ひいたします。

それでは、これからセミナーに移りたいと思ひます。

簡単ですけれども、開会のごあいさつをさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

# 基 調 講 演



# WHO障害に関する世界報告書

## －健康増進とスポーツについて－

ポーライン・クレイニッツ

WHO西太平洋地域事務局 障害とリハビリテーション テクニカルオフィサー

皆様、こんにちは。私をここにお招きいただきまして、感謝しております。特に国立リハビリテーションセンターの皆様には、この素晴らしいセミナーを組織するだけでなく、私を招待していただき、そしてこんなに大勢の方が集う場所を提供していただき、障害に関する重要なテーマの話し合いをみんなで持つことができる機会に感謝します。

スポーツというのは、障害者の健康維持のため、また地域の人々の障害に対する見方を変えていくためにも重要な役割を果たすと思います。WHO、世界保健機関は、スポーツがよりインクルーシブで障害がある人もない人も一緒にできることを望んでいます。ただ、まだまだしなくてはならないことが多くあります。

きょうの私の報告では、WHOの障害に関する世界報告書ののっとお話しします。これは 2011 年に世界銀行とともにまとめたものです。世界報告書は、スポーツと障害、特にインクルーシブスポーツ、そしてスポーツの促進に大きく役立つツールだと思います。最初にこの世界報告書についてお話しし、その後で皆様に関係することをお話ししたいと思います。

世界報告書は、世界の障害者の大きなギャップについて書いています。障害者は大体何人いるのか、どのようなニーズがあるのか、バリアを克服していくにはどのような取り組みができるかということが書かれています。また、これは障害者の権利条約をどのように実行していくのかについても示しています。権利条約は世界報告書の枠組みを作るのに役立ちました。また障害を理解し、人権という観点からスポーツにも障害者が一緒に参加できるようにする我々の仕事の根拠となるものです。

この報告書は、数年かけて世界の 70 カ国以上からの執筆者により作成されました。調査、編集のすべてのプロセスに障害当事者がかかわってつくられた報告書です。障害分野でどのようなことをする場合でも、障害当事者、障害者の代表団体がかかわっていることが重要です。ですから、インクルーシブスポーツのことを話すときには、この世界報告書が非常に役立つと思います。

この報告書の内容を簡単に御説明しましょう。

実は、以前、WHOは推定障害比率は世界人口の10%と発表していましたが、より詳しく調査をし、高齢者なども含め、軽度の学習障害もすべて含まれるような調査を行った結果、世界人口の15%が何らかの障害を持っているのではないかとわかりました。

世界人口の15%というのは、どのようなことを考える場合でも非常に大きなパーセンテージと言えるでしょう。人口の高齢化、慢性疾患、交通事故や災害などのために障害者の数はどんどんふえているという現状があります西太平洋地域でも特に日本は高齢者人口が非常に多いので、同じような状況があると思います。

また、障害というものは、すべての人たちが同じように差別を受けるわけではなく、より弱い立場の人々、例えば障害者の中で考えても貧困にある人、高齢者や女性は非常に不利な立場にあるという現状がわかります。

そして、どのような社会でもさまざまなバリアが存在することが報告書に書かれています。ここに挙げましたバリアというのは、きちんと理解し、このようなことがないことを確認し、スポーツであっても、どのような生活の側面でも、あらゆる活動に障害者がインクルージョンできるようにするためには、このバリアを理解しなければなりません。不十分な政策や基準、否定的な態度、サービス提供の欠如、サービス提供における問題、資金の不足、アクセスしやすさの欠如、相談や関与の欠如、そしてデータや証拠の欠如といったバリアがあります。

ただ、これらのバリアはすべて克服することができます。きょうは多分たくさんの効果的な方策を皆さんが持っていらっしゃるので、そういうことをみんなでシェアしたいと思います。

障害のある人とそうでない人と比較して健康状態が良くないという状態があります。これは認識しなければならない重要なことで江藤総長が先程話したとおりです。障害がある人が障害がない人より健康状態が良くないということはやはりスポーツなどが非常に重要だということです。健康増進のためにスポーツの果たす役割は非常に大きいと思います。そこには大きなニーズがあります。そして、障害者が健康増進プログラムに優先的に含まれる必要があるということも言えるでしょう。また、教育達成率が低いということもあります。また、経済活動への参加も低く、したがって貧困率が高い。また、依存の状態が高く、参加の機会が少ないという状況が見受けられます。

障害者の健康状態そのものが問題になるのではなくて、健康問題を持っている障害者に社会がどのような扱いをするかということが問題になるわけです。例えば、スポーツの分野においても、健康状態が悪いからスポーツに参加できないということではないのです。幾らでもスポーツをアクセシブルにしたり、新しいスポーツを生み出すことだってできます。どのような機能障害を持っていてもアクセスできるようなスポーツをつくることができます。ただ、そのような状態を持っていると参加できないという否定的な態度がバリアになっているのです。

これは、障害に関する世界報告書の内容の概要です。ごらんのように、1章、2章は障害全般に対するいろいろなデータです。3章からは、保健、医療、リハビリテーション、支援と介助、可能性を与える環境、教育、仕事と雇用、そして最後の章で今後の進むべき方向性を示しています。各項目にいろいろな提言が述べられています。

この報告書のサマリーが日本語に翻訳されているのですが、近々日本語完全版が出されることを期待しております。

これから各章の大事なところ、特に健康、医療、リハビリテーションなどに関連する章について御説明したいと思います。そして、特に提言について皆さんと考えていきたいと思えます。

障害について詳しく説明する必要はないと思うのですが、障害というのは非常に複雑な状況で、世界の各国でアプローチや定義が一定ではないためにデータの比較が非常に難しいという状況があります。

しかし、障害に関する統計は、今後向上させていき、比較可能にしていく必要があります。国際生活機能分類（ICF）又はICFDHというのはWHOが作成した非常に重要なツールで、環境が重要な影響を及ぼしているということが、これを使用することでわかってきます。ですので、ICFのようなツールを使用していくことを私たちは進めています。

きょうは特に保健と医療が重要なテーマとなっていると思えます。

この世界報告書が健康、保健に関して述べていることは、障害者も一般の人たちと同じような医療ニーズがある。しかも二次的な疾患あるいは合併症を持っている。例えば脊髄損傷の方たちは褥瘡や尿路感染などの二次的な疾患がありますし、統合失調症と糖尿病には関連性があります。また、障害者は暴力の被害を受けるリスクも高くなります。ですから、障害者の保健、医療の問題というのは非常に重要です。また、一般の人たちと同

じように障害者も医療的ニーズを持っているわけです。ただ、障害の方に目が行き過ぎて、一般的な医療ニーズを見落とすということがあります。ですから、健康、医療の促進に関連して、活動あるいは栄養状況などを話すときに障害者は忘れられてしまう、そのようなプログラムが行われたときも障害者は省かれてしまっているという状況があります。また、さまざまな障害者がアクセスできるフォーマットになっていないということも多くあります。ですので、覚えておかなければならないことは、障害者もほかの人たちと同じように医療的ニーズがあるということです。

また、医療に対して情報も提供していかなければなりません。障害者は、医療提供者の技術と不十分な可能性が一般の人の2倍以上ある、また医療の提供を拒否される傾向が3倍近くある、また不適切な扱いを受ける可能性が4倍あるということがわかりました。これは本当にショッキングな情報でして、医療提供者たちは、私たちは十分に障害者にケアを提供していないということはなかなか認めにくい事実ですけれども、事実こういうことが起きています。また、医療機関へのアクセスができない、交通機関が十分でない、移動が難しいというような問題も起きて、ヘルスケアにアクセスできないということがあります。日本にはこのようなことはないと思いますがこれが世界の現況です。

また、政策、法律も重要です。スポーツや健康促進も同じです。障害者の権利条約を批准した場合、障害者も一般と平等に保険制度、健康増進のさまざまなプログラムにアクセスできるようにすると法律的に決められるのですけれども、実際にそれが実現するというを見ていなければなりません。資金には常に注意を払う必要があります。資金の問題はしばしばバリアとなるからです。十分な資金を投入し、また合理的な配慮をしてアクセスできるようにしなければなりません。また、人材の教育、研修も大事です。医療、健康の専門家、教師なども障害者に対する十分な理解をまだ持っていないという状況があります。このような専門家こそが障害をきちんと理解する必要があります。世界報告書の調査からわかったことの1つとして、CBR（地域に根ざしたリハビリテーション）が健康増進に非常に大きく役立つということもわかりました。このようなさまざまな解決方法をすべて導入し、アクセシブルな環境をつくっていくのが重要です。

次に進もうと思ったのですけれども、その前に、皆さんの中でCBRを御存じの方はいらっしゃるでしょうか。余りいらっしゃらないでしょうか。CBRというのは、生活のあらゆる分野、保健だけではなく、教育、生計、社会的エンパワメントなど、あらゆる生活の面に当てはまることですので、保健、健康増進という分野においても、CBRは特に低

所得、中所得の国においては非常に有効な方法と言えるでしょう。このCBRの5つの分野の中の保健に関する分野の中には、スポーツの重要性がきちんと書かれています。CBRアプローチはスポーツを非常に重要であると認めています。ですので、これを皆さんも念頭に置かれるといいと思います。

リハビリテーションですけれども、リハビリテーションというのはいい投資と言えるでしょう。人間の能力を形成し、参加を促進していく方法です。参加を促進する、特にスポーツの分野でも参加を促進するためには、リハビリテーションが重要な方法です。多くの障害者の機能を最高にいいレベルに維持し、引き上げ、そして生活の質まで向上させるために、リハビリテーションとスポーツを通して参加を促進するという方法があります。ただ、残念ながら、多くの国ではリハビリテーションの格差が大きく、まだまだ多くの取り組みが必要な国があります。また、リハビリテーションがある国でも大きな大都市に集中していて、農村部には行き渡っていないという状況が見受けられます。また、リハビリテーション専門スタッフも非常に限られている国が多いです。日本のように高所得の国でも、非常に高いレベルの複雑な障害者のニーズにこたえていくリハビリテーション専門家を育成していくのが大きな課題でしょう。さまざまな複雑な機能を持っている障害者でもスポーツに参加できるようにするために、多くの専門家の育成が大事です。

また、リハビリテーションにおけるバリアへの対処として、良い政策、法律調整メカニズム作りを促進することが非常に重要です。

また、十分な資金がそこに投入されていることも重要です。各部門に十分な資金が行き渡るように分配する方法も見ていかなければなりません。

多くの国では、中堅レベルの従事者を育成しなくてはなりません。例えばセラピストの数が農村部に圧倒的に不足しているという状況があります。そのような場合には、先ほど申し上げましたCBRのスタッフがその部分を埋めていくというような解決方法を柔軟に考えていく必要があります。

サービス提供においても、一般の保健・医療制度の中に障害部門を統合していく必要があります。これは省庁も横断的に取り組んでいく必要があります。例えば福祉省には健康に関する事柄が含まれていない国があります。の健康、福祉、あらゆる省庁が横断的に連携して障害の問題に取り組んでいくことが重要だと思います。

また、福祉機器も最近是非常に大きな役割を果たしています。特にスポーツにアクセスする場合でも福祉機器が非常に重要になってくると思います。何も最先端の技術である必

要はないのです。これまでにある福祉機器が大きな都市部だけではなくて農村部にまで行き渡るだけで随分な改善になります。

また、すべての取り組みを研究と実証で裏づけていかなければなりません。政策、法律、資金源を模索するときに、調査、研究などが非常に重要になります。

次に、援助と支援についてお話しします。

介助と支援というのは、治療以外で人々が自立し社会に参加する手助け援助という意味です。

これはスポーツにおいては、例えばボランティアとかさまざまなプログラムを通して障害者の参加を促すことが大切で、こうした支援があるということがインクルージョンを進めるのに欠かすことができません。例えば、個人的なパーソナルアシスタント、手話通訳などの養成も非常に大切です。それがなければ、学校に行ったり、仕事に就いたりスポーツに参加したり、コミュニティで生活したりすることはできません。問題としては、これまでの障害問題の解決として施設的解決、つまり分離して生活する、施設に入れてしまうということが行われていました。それは障害者のニーズとか権利とか自立といったものを考えることなく解決策を決められていたわけです。また、サービスの質という問題もあります。適切な支援がなければ障害者は社会に参加することができず、孤立してしまうのです。

この解決策としましては、まず政策を決めたり計画を立てたりするときに、脱施設化、施設から出るということを考えなければなりません。コミュニティにインクルージョンしていくことが大切です。障害を持った人たちが自分のことを決める自立した生活ができる、そして人権がきちんとある、自分のことについて自決権があるということが大切です。また、サービスを利用するときに利用価格を改善することも大切です。また、政府、民間が協力してサポートの能力を高めていくことが大切です。こうしたことはスポーツの分野についても同じです。支援、介助が必要になります。きょうの講演では、私たちはこの問題をスポーツ、健康増進の分野でも考えていかなければなりません。政府のサービスシステムというのは非常に大きな傘のようなものになっていますけれども、その中でスポーツ、健康増進というものも考えていかなければなりません。

特にスポーツ、健康増進と関係しているのは、環境を整えていくということです。物理的、そして態度的なものを考えなければなりません。

物理的、社会的、態度的環境は、可能性を与えるものにも妨げるものにもなります。も

し公共の建物や交通へのアクセスができなければ、障害者は、医療、教育、雇用、またスポーツ、何も参加することができません。ですから、環境を整えるということが非常に大切です。

この世界報告書の中ではっきりと示しているのは、政策、法律、そうしたものが大切なのですが、たとえ法律があったとしても、それが遵守されていないという現状があります。また、一般社会の理解、認識が低いということも問題です。

例えば、今は携帯電話、Eメールやインターネットが非常に重要になっていますが、ホームページ自身がアクセスできないような形で提供されているものがあります。新しい通信技術が生まれたときには、それがアクセシブルでないことが多いわけです。それによって障害者がデジタルデバイトといわれる格差苦しむことになります。情報や通信機器から取り残されてしまうと、人々は社会から孤立してしまうことになります。

また、もう一つの問題として、社会の否定的な態度そのものがバリアをつくるということがあります。

その解決策としては、まず法律や政策、基準などをつくっていくことが大切です。そして、つくられた法律や基準をきちんと守っていくコンプライアンスが大切です。例えばユニバーサルデザインというものがありますが、その原則を守ることが大切です。デザイナーや建築家、技術者たちが研修を通じてきちんとこうしたユニバーサルデザインのことを知り、理解を深めていくことが大切です。そして障害者自身が設計、開発などにかかわっていくことが不可欠です。アクセスがきちんとできるかどうかを監督すること、モニタリングすることに障害者がかかわることが重要です。

教育というのは学校教育ですけれども、非常に重要です。これは、インクルージョン、特にスポーツにおけるインクルージョンを進めていくのには非常に重要な役割を果たします。また、理解を深めるためにも大切です。

けれども、世界報告書の中には、教育は重要であるにもかかわらず、障害がある子供たちが多くの国で学校から排除されてしまっているという現状があるということが明らかにされています。また、障害を持つ子供たちは障害のない子供に比べて就学率が低く、就学期間も短い、それを深く見ていくと就学率は障害の種別によって異なるということもわかりました。教育システムやリーダーシップの問題がありますけれども、学校がきちんと障害児のインクルーシブ教育を支えられないという状況があるという問題があります。今、インクルーシブ教育は望ましいものとされていますけれども、教育の成果の決定的な証拠

は出ていません。教育というのは子供たちが障害に対する考え方を持っていく、育てていくのに非常に重要な場です。子供たちが障害を持つ子供たちと一般校にともに通い、彼らと交わりを持ち、スポーツをともに楽しむことによって理解を深めることができます。また、障害者だけの特別なスポーツをつくることもとても大切です。

次に、解決策を考えるとすれば、現在の問題点は、高いレベルの、例えば法律とか政策があります。けれども、教育方法として学習者中心のアプローチをするという解決法が考えられます。また、教師の理解を深めるということも考えられます。また、教育システムが子供たちのニーズに合わせて柔軟に対応できる形にする。子供たちが教育システムに合わせるのではなく、教育システムが子供のニーズに合わせて合わせるということが重要になります。しかし、子供たちをインクルージョンするときにはほかの支援も必要になります。例えば特別支援教育の教師とかアシスタント、またさまざまなセラピーも必要になってきます。また、インクルージョン教育をするときには、教師の努力、向上も大切です。否定的な態度をなくしていくためにそうした理解を深めることが大切なのです。

最後のテーマになりますけれども、生計と雇用についてお話しします。

障害を持つ人たちがきちんと仕事を持つということは非常に大切なことです。しかし、残念なことに、一般の人たちが障害を見たときには、障害があるから働けないと思ってしまいがちです。皆さんも御存じだと思うのですが、それは正しいことではありません。そして、WHOもこうした誤解を解くためにいろいろな活動をしていますけれども、まだなかなかうまくいっていません。けれども、障害者は働けないのと同じことではないということを理解することが大切です。

障害者は経済活動に参加しにくいということを申し上げましたが、それは障害の種別によっても違いますし、性別によっても異なります。雇用に障害があるということは、障害者が貧困にさらされる危険が高いということになります。また、身体的なバリアや交通機関が使えないことによって障害者が職場に通うことができない、そして仕事につけないということがあります。また、ここでも否定的な態度というのが大きな問題です。

これについての解決策としても、やはり法律や規則を定めることによって誤解などを解いていくことが大切です。

最後に、報告書では今後のために9つの分野横断的な提言をしています。この提言と今後の活動としてインクルージョンを進めていくのにどのようなかわりがあるかということについて話したいと思います。

最初の提言は、すべてのメインストリームの政策や制度、サービスへのアクセスを可能にする。これはスポーツや健康増進に関しても同じです。

私たちはよくツイントラック・アプローチという言い方をするのですけれども、2つのトラックと言うときには、メインストリームのトラック、既存のプログラム、障害のない人たちが使っている一般のサービスに障害者を入れていくということ、もう一つのトラックは障害者のための特別なプログラムをつくるということです。

例えば健康増進プログラムとしていろいろな活動が行われています。WHOでも、世界の人たちのための健康増進というのが大きな活動になっています。こうした一般の人たちのプログラムは、世界の国々の事情に合わせて、その国に合ったプログラムを提供するようにしています。ある国でそのプログラムをするときに障害者の団体がこの健康増進プログラムに参加することができるのが大切です。プログラムのデザイン自体に、そしてプログラムの実施に障害者団体を含めるということです。

例えばオーストラリアの場合、私はオーストラリア出身ですけれども、さまざまなスポーツのためのプログラムが提供されています。子供たちがさまざまなスポーツ、例えばサッカーとかクリケットとかに参加するためのプログラムがあります。オーストラリアでは今、こうした一般の子供たちのプログラムに障害を持っている子供たちが参加できるようにするということが大きな方針となっています。例えば地域のコーチ、そしてプログラムを実施している人たちが障害に関する情報を持ち、どのようにすればインクルーシブなプログラムができるのかを理解するという方向になっています。

また、世界報告書では、もう一つのアプローチとして、障害者のための特別なプログラムを提供するというにも触れています。一人一人のニーズ、一人一人の障害に合わせたプログラムをつくることによって彼らの機能や能力を高めることができると考えるわけです。

これを私たちはツイントラック・アプローチと呼んで進めています。これによって地域にアプローチすることができます。プログラムの中には国レベルのものとか大きなプログラムはありますが、地域社会におけるプログラムとして地域にも利益をもたらすことができます。

3つ目の提言は、効果的な障害者戦略や行動計画をつくるということですが、障害者のための行動計画を国家計画の中に入れていくということです。これは非常に重要で意義のあることになります。

こうしたプログラムをつくる際には、デザインと評価に障害者当事者がかかわることが大切です。また障害者団体がプログラムの開発に中心的にかかわっていくことが大切です。

また、人材の開発も重要な課題になります。例えば保健の専門家、コミュニティで活動しているワーカーたちが障害者がスポーツ活動に参加するのにどんなことが必要なのかを理解することが必要です。

7番目の提言は、一般社会の障害に関する認識や理解を高めるとあるのですが、否定的な態度を変えろというのは非常に大きな役割をします。ロンドンでパラリンピックが開かれましたけれども、こうしたパラリンピックの動きがある、そしていろいろな試合が開催され、それを一般の人たちが見ることが障害者に対する態度が大きく変わる機会になります。

また、データを集めて証拠として示せるものを収集していくことが大切です。例えば、WHOでは質の高い研究をしたり分析をすることに力を入れています。ぜひこうしたデータ収集や研究というエリアについて皆さんにも一緒に力を入れていただきたいと思います。力を合わせて進めていくことが大切です。

最後に、スポーツと健康増進に関してわかったことについてお話ししたいと思います。

スポーツにおけるインクルージョンを進めていくことは、人権そのものを進めることになります。また、健康の促進にもなりますし、生活の質の向上にもなります。また、スポーツを通して一般社会における態度を変えることもできます。

先ほど申しましたツイントラック・アプローチ、メインストリームとして一般のプログラムに入れることと特別なプログラムをつくること、このことが大きな力を持ってきます。

また、それぞれのプログラムは国に合わせて進めることが大切です。国ごとの事情を考えなければなりません。

また、プログラムをつくる時、実施するとき、すべてにおいて障害者がかかわらなければなりません。それによって一般社会の人たちの理解もより深まっていきます。

私たちの世界報告書の中では、太平洋で行われている幾つかの事例について紹介しています。WHOでは太平洋で健康増進プログラムというものをやっています。人々がもっとエクササイズする、スポーツにかかわっていくためのプログラムです。こうしたプログラムをするときには障害者も積極的に入ることができるようにしています。オーストラリアには AusAID という助成団体がありますけれども、その AusAID がスポーツ委員会に助

成するとき、彼らが太平洋で活動する、スポーツを促進するときには必ず障害者も含めるようにという方針を出しています。また、WHOでは健康な都市計画というものをやっています。これによって都市に住んでいる人たちがさまざまなエクササイズとか体を使うためのイベントができる、そのときには高齢者や障害者が参加することができるようにという方針を出しています。

このようにさまざまな活動が行われていますので、これからほかのプレゼンターの方々の話を聞きますけれども、これで私はもっと知見を広めていくことができると期待しています。私もこれからもほかの国から、ほかの事例から学んでいきたいと思っていますので、こうしたセミナーを開くというのはとても意味のあることだと思います。お互いに関係があることでありながらも、異なった国で活動しているのを学び合うことが多いからです。

これで私の話は終わります。御清聴ありがとうございました。

障害者のスポーツ、健康増進の分野で活動なさっている皆様の働きに感謝申し上げます。そして、このセミナーを企画してくださった方々に感謝申し上げます。ありがとうございました。



# 発 表



## タイにおける障害がある人々の健康増進の政策と現状

ワチャラ・リュウパイブーン

タイ障害者健康増進研究所長

皆さん、こんにちは。本日はタイの経験についてお話しすることができることを大変喜んでおります。

まずタイの障害の状況ということでお話ししたいと思います。

タイ全国障害調査が行われまして、2002年から2007年までの間に障害者数は168万人から174万人にふえました。人口に対する比率は2.7%と安定しております。

障害者の約70%は主に北東部の農村部に住んでいて、60歳以上の人たちが50%です。

その数ですけれども、2002年には60歳以上が56%、2007年には58%と、60歳以上の人が増えております。運動機能障害を持っている人たちが多いわけですが、次に視覚障害、その3分の1が両方の障害がある人達です。

約3%は0～14歳の子供です。障害別の順位としては、学習障害、知的障害、聴覚障害、運動障害、となっています。そのうち44.5%は学校に入学していないか、ほとんど教育を受けたことがありません。

障害がある人々の約40%は生産年齢人口ですけれども、90%以上が教育の機会が全くない、あるいはごくわずかしか与えられていないということで、約50%は雇用の機会もないわけです。平均所得は障害のない人の3分の1ぐらいにしかありません。実際に農業部門において働いている人が職を持っている人のほとんどです。

障害者特別福祉給付を受けることができる障害者カードに登録している人は110万人です。

法律による権利保護とQOLの向上ということでお話をしてみたいと思います。

1991年に障害者リハビリテーション法というものが施行され、次に新しい法律、“障害者のエンパワメント推進とQOL向上に関する法律”がつくられました。CRPD、すなわち国連障害者の権利に関する条約2006年に準じた内容になっております。

この法律に基づきまして、国家が、障害者のQOL向上をエンパワメントするための事務局、そして資金、そして5カ年戦略、行動計画というものがつくられました。そしてさまざまな実施が行われました。これは地方分権的な形で行われているわけです。各地方の

の行動計画と資金計画にもとづいています。ここでは、情報に対するアクセス、差別廃止、公共の空間の確保、建物に対しての権利、基本的なサービス、健康、教育、職業、社会的なサポートサービス、個人的なサービス、手話通訳等です。6つの障害ごとの市民グループとタイ障害委員会が関与しています。

しかしながら、具体的に健康増進ということは書かれていません。一般的な健康や、医療のリハビリテーションや福祉機器についてふれられているだけです。1980年にICIDHで障害の内容が定義づけられました。CBRですけれどもプライマリヘルスケアの中に含まれていました。この時は医療、そして教育、職業、社会的なリハビリテーションがCBRを構成しています。そして、このコミュニティベースのリハビリテーションですけれども、非常に重要です。特に農村地域に住んでいる人たちにとりまして、このCBRの実施ということが極めて重要で、これは保健省によって1982年に実施されています。また、マニュアルがありますし、農村地域においてはボランティアがトレーニングを受けて実施しています。CBRの実施後、最初の20年間は、健康増進に関しては具体的なアクションがない、QOLに関しても余り向上がないということになっております。

ICF、国際生活機能分類は、2001年に発行されたわけですがこれは非常に重要です。このICFに関しましては、個人的な能力、この中には活動と参画する、そして環境要因が重要になってきます。2001年に発行されたわけですが、20年の最後には、タイにおいてのCBR、コミュニティベースド・リハビリテーションプログラムが評価されるようになりました。つまり、環境要因、こういった態度、身体的なバリアがあるのかということがより考えられるようになりました。そしてもっと平等な機会を障害がある人々にもたらずにはどうしたらいいか、個人的なヘルスケアに対するアクセスよりも自助グループを形成することへの直接的サポートの方が戦略的に行われました。

新しいCBRマトリックスですが、新たにエンパワメントのコンポーネントが追加されてきました。個人又は組織によって行われる健康増進の考え方は非常に重要です。活発に、アクティブに、積極的に参画するということです。個人個人の能力に関しましては、機能的な能力、そして個人のポテンシャルをフルに生かしていく、開花されるということです。また、健康増進知識に関するアクセスやチョイスをふやすこと、またそういった設備に対してアクセスを持つ。これは個人的だけではなく、社会的な問題でもあるという位置づけをしております。

このCBRマトリックスで非常に重要なことは、保健に関しまして、特にリハビリテー

ションと福祉機器の技術増進の2つが強調されたことです。またエンパワメントという要素が含まれたということです。その結果、自助グループがつくられました。そして、教育や生活、社会的な分野において平等な機会を提供するということが同時に強化されていきました。

ICFや新しいCBRマトリックスに関しまして、健康促進をするということが障害がある人々に関する運動と同時に実施されるようになりました。

これは、エンパワメントや人の介入という観点から言うと 1986 年の健康づくりのためのオタワ憲章や 1997 年の 21 世紀に向けた指導的健康増進のジャカルタ宣言、2005 年の健康づくりのためのバンコク憲章との一致を図っていったわけです。ですから、健康に対する投資が必要であり、また予算も非常に限られておりました。しかし、オタワ憲章に基づいて重要なことが起こりました。健康の促進というのは、リハビリテーションではなく、実際に健康維持を常に行っていくということです。そして、ヘルシーなライフスタイルと良好な状況を保つということです。また、ニーズを十分に満たす環境、社会を整備する。健康というのは、個人的、社会的な日々日常のリソースだということです。単なる機会だけではないわけです。ですから、ここで重要なことは、健康というのはいろいろな部門にまたがって提供されていかななくてはなりません。

障害がある人々にとってリハビリテーションというのは出発点で、機能訓練が一番最初の個人的なエンパワメントということになります。福祉機器も適切なものが提供される必要があります。また、自助グループがエンゲージメント、エンパワメントを増進するわけです。そして社会的支援サービスは自立や社会的生活を向上させるのに必要です。障害がある人々の健康の増進ということは具体的に明文化されていなくても、できるだけ長期間にわたって自立的で健康な生活を保つことが理想となっています。そして、そのために運動を行ったり、バランスのいい食事をとったり福祉機器のメンテナンスをしっかりと行うことは健康増進に関しまして、二次的な合併症を防ぐためにも重要になってきます。自助グループは健康増進運動を進める中でさらに深く市民生活に関与し、最終的に支持を得るわけです。また、慢性的な痛みのリスクや鬱病のリスクなど、さまざまな共通の健康リスクを軽減する必要があります。

自閉症とか知的障害やの上半身に機能障害がある人々にとって口腔衛生の向上が不可欠です。そうでなければ社会的な活動への参画が難しくなってしまうからです。

また、高い血中コレステロール値、高体重、高肥満度指数はメタボリック症候群のような健康におけるリスクが高くなります。また、車いすの利用者では、麻痺や神経因性膀胱がある人は逆に骨粗鬆症、褥瘡、関節炎、腱炎、慢性腎臓病、うつ病などのリスクがあります。

ですから、健康促進はリハビリテーションにおいて必要です。

また、個人的な能力や健康の情報に対するアクセスだけではなく、平等の機会が必要になってくるわけです。人間として必要なさまざまな情報、平和、居住、教育、食べ物、安定した生態系、社会的資源、社会正義、に対するアクセスが必要になってきます。革新的なサービスモデルが必要になってきます。

タイにおきましては、疾病予防を含む健康増進が予防プログラムとして考えられています。健康補償パッケージは福祉システムとして無料で提供されています。非常に多くの便益を個人にも社会にももたらすわけです。かつては一般的な税収入を財源として提供されてきたわけですが、その後、供給重視から需要重視の資金繰りに変わりました。いわゆるシンタックスと言われる罪悪税、たばこかアルコールなどの課税による罪悪税収から賄われるようになってきました。これは、保健省、そして国民医療保険庁が 2001 年から、国民皆保険制度によって、より需要を重視した資金繰りとして一般税収入を財源とする個人的な健康増進プログラムを無料でタイ国民に提供、その後、タイ保健振興財団が 2001 年から罪悪税ということで提供するようになりました。農村地域においては地域の病院での地域保健システムがあり、大体 5000 人の人たちが 10~12 ぐらいのヘルスセンターでカバーされているわけです。こちらはいわゆるヘルスカバレッジのスキームと言われるもので、国民医療保険庁が提供しております疾病予防のプログラムです。残念ながら皆保険の予算はこの制度が実施されてから減少してきています。

また、ここではどれぐらいの人口比率かということがわかりますけれども、国民医療費と予防・促進関連支出がわかるわけです。

皆保険制度では国民医療費は 17~19% となっています。

少し戻りますけれども、タイにおいてユニバーサルヘルスカバレッジのポリシーが導入される前に、タイ保健振興財団というものがつくられました。このタイ保健振興財団はタイ健康増進基金は首相が理事長を務める政府機関により運営されている独自公共機関です。たばこ、アルコールなどに対する追加税 2% が基金のために拠出されるようにしました。目的は、市民社会のエンパワメントを強化し、市民の快適な暮らしを促進することです。

そして、広範囲な地域社会、市民社会運動など、さまざまな問題にも取り組んでいるわけです。その結果、予算が非常に増大したわけです。2002年度の1兆5920億パーツから、2009年の2兆8590億パーツにまでふえました。

ここで重要なことは、社会において、たばこ、アルコールとか交通事故を防止しよう、肥満を防止しよう、生活習慣病を防止しよう、こういったさまざまな広範囲な地域社会、市民社会運動に広がったということです。HIV・エイズの予防とかも含まれています。市民社会運動に広がっていったわけです。特に弱い立場の人たちに対しての保護が重視されています。

障害者の健康増進に関しましては、特に2005年に非常に重要なプログラムがつくられました。障害者の健康増進プログラムというものです。これはタイ健康増進基金健康システム研究とシリントンリハビリテーションセンターが協力してできました。このネットワークによって活発な社会活動、最初の5年間はキャパシティビルディングや自助グループを増進するといったことが中心でした。これはネットワークによってエンパワーされています。また、リハビリテーションサービスや福祉機器といったものもあります。障害者の組織やコミュニティレベルや政策レベルのいろいろな連携、またネットワークが行われています。リハビリテーションを健康増進という観点から位置づけております。そして、個人のためにネットワークに重点を置き、健康増進のためのリハビリテーションを行っています。様々なレベルで変化がおきてくるでしょう。リハビリテーションは障害がある人、ない人の健康増進の一部であるという考え方です。そのために2000万~3000万パーツが計上されています。その健康効果のイニシアチブの中には幾つかのパッケージがつくられまして、保健省により提供されております。障害に関する調査も行われておりまして、その調査結果を活用して、この3年間は障害の社会への参画やヘルスリスクや健康増進のバリアに関する研究がおこなわれています。

いろいろなことが行われているわけですが、オリエンテーション、モビリティトレーニング、これは視覚障害者のためのものです。ほかにも、ヘルスケアに関しまして、障害を持った人たちに対して、例えば口腔ケアの推進やコミュニティの中でも手話通訳の人たちを提供するとか、ヘルスプロモーションパッケージを障害者に対して提供する。ほかにも、健康増進パッケージ、例えばBIKE4WEといって障害の有無に関わらず自転車で外出できる活動やリーダーシップを障害者の中で育てていくといったことも含まれています。また、障害がある人もない人もみんな一緒になって活動に参加するといったことです。また、

家庭やコミュニティを修正していくことによりまして、障害者にとってよりふさわしい環境を提供するといったものも入っています。

また、イネープリング・ファニチャーと言っておりますが、障害者に最も適した家具をデザインし、提供する、そして社会的な活動に参加してもらう、こういったものも含まれております。また、学校での保健の教育で子供たちが健康増進に関する指導を受けるといふこと、そして地域社会で学習できる機会をふやすために、障害を持つ子供たちにとっての代替手段の用意をすとか、機能的な結果だけではなく、もっと学習機会をふやし、社会に積極的に参画する、活動に参加するということが重要になってきます。社会参加、さらなる学習機会や所得機会、障害者のQOLの向上です。

この図は視覚障害者の歩行訓練です。

また、障害者の口腔衛生の改善、フッ素消毒とか、障害を持つ子供たちの活動といったことです。

御清聴ありがとうございました。

# 国のスポーツプログラムへの参加を通じた障害がある人々のQOL

ホルスト・ストローケンデル

元ケルン大学准教授

参加者の皆様、このようにお話しする機会を与えてくださって、本当にありがとうございます。

私のテーマは、国のスポーツプログラムへの参加を通じた障害がある人々の生活の質の向上です。

世界保健機関WHO及び国際生活機能分類ICFが障害についてふれたいと思います。また、科学者であるアロン・アントノフスキーが健康生成論”という健康プログラムを考えました。重要なことは生きているという実感を持てることだと書いています。

## 1. 脊髄損傷のリハビリテーション

車いすスポーツの歴史的意味はさまざまな経験をもたらしました。特に脊髄損傷のリハにとって、車いすスポーツは非常に重要な意味があります。車いすスポーツは、脊髄損傷の現代の治療法として、身体調整訓練として利用されています。

また、車いすスポーツへの参加は、病院と社会とのギャップを埋める役割を果たしています。これは非常に重要なポイントです。健全な生活を送るためには、病院だけではなく、社会との橋渡しが必要です。

また、リハビリテーション分野ではよく知られていないかもしれませんが、アメリカ人のティム・ニューゲントという人類学者は、車いすスポーツについて、近代のリハビリテーションにとってどのように重要かということを行っています。

まず彼が言っていることは、障害というのは不幸な出来事ではなく、人生における挑戦の機会であると言っています。

また、障害を負った人は無能力なのではなく、身体的な障害を乗り越えることで成長できると言っています。つまり、精神的、知的な価値が障害されたわけではありません。体や目など機能が障害されたとしても、それを乗り越えて人としての精神的、知的な価値は成長していけると言っています。

また、アスリートとしての自己決定をすること、自分で生きる機会を広げ自分の生活

の質を向上させていく機会をとらえていくということが重要です。

ロンドンのパラリンピックこれらの経験の良い例です。スポーツへの参加が有益であるということを社会に実証したことで大成功でした。

パトリックアンダーソンは最高の車いすバスケの選手です。ピストリウス選手、この人たちは、スポーツへの参加によってどのようなことができるかということを示してくれた良いモデルです。

ただ、考えなければならないことは、このようなエリート選手、認知度が高い選手がいるからといって、裾野のスポーツ参加者が多いということになるでしょうか。エリート選手がいるからといって、スター性のある選手がいるからといって、必ずしも裾野が広いということにはなりません。金メダリストには専門のトレーニングが必要ですが全てのスポーツ参加者に同様のトレーニングをすることはできません。

## 2. 原点に戻ること。現実に欠けていること。

まず歴史をさかのぼって、原点を考えます。ルドウィン・グットマン氏、非常に有名ですね。もう一人はドイツ車椅子スポーツ連盟の初代会長です。実は彼は元々は農民だったのですけれども、脊髄損傷のリハビリテーションを受けてスポーツに参加できるようになり、自分のこの経験から車いすスポーツ協会の会長になり、多くの人たちが自分と同じようにスポーツに参加できるようにとすることで運動を続けた人です。

ストック・マンデビル精神がパラリンピック精神によって継承されています。1940年代に車いす競技活動が脊髄損傷のリハビリテーションの手段として始まりました。車いすスポーツリハビリテーションの大きな目的としては、障害者も社会にインテグレーションできること、そして障害者に対する世間の認識を変えること、障害を持っている人たちでもスポーツで多くのことを達成し、スポーツを楽しむことができるということを知らしめるのが国際ストック・マンデビル大会でした。ただ、現在のイギリスの多くのリハビリテーション病院では、この元々の目的が忘れられています。ですから、イギリスではせつかくの車いすスポーツは病院では導入されていない、そして裾野の広いスポーツになっていないという現状があります。多くの国で同じように少数のエリートスポーツとなってしまうと、幅広く多くの脊髄損傷者の人が楽しめるものにはなっていません。

### 3. 脊髄損傷のリハビリテーションにおいて行われるチャレンジとその意義

脊髄損傷に対する取組みは70年前に始まったばかりです。

脊髄損傷のリハビリテーションの課題として、脊髄損傷は命にかかわる機能障害です。そして重大な身体機能の喪失と、身体のイメージまでが破壊され身体ケアと日常生活が非常に大変になります。しかし、もっと重要なのは自尊心や社会的認知をなくし、人生における意味の喪失にもつながります。アントノフスキーが言った言葉があります。生きている意義を感じるということが非常に重要です。そして、脊髄損傷者の家族や友人も大きな苦しみを持つことがあります。したがって、課題をきちんと確認し、これらの課題への対処の方法を認識し、もっと多くの人たちが車いすスポーツを楽しめるようにしていく必要があります。

また、精神的な適応プロセスも見ていかなければなりません。脊髄損傷者は楽しく運動する技術・ゲームを学ぶ必要があります。それはエリートスポーツではありませんが余り運動能力のない人、特別秀でた能力がない人でも楽しめるということをみんなにわかってもらわなければなりません。また、ピアカウンセラーの役割が大きいです。自分が車いすを使っている人は運動を楽しめるようになった経験がありモデルとしての役割を果たせるようになります。そしてドイツでは家族と一般のインストラクターと一緒に研修プログラムを受けることができます。これは後でもう少しお話ししましょう。このような研修コースから、さまざまな地域で多くのプログラムが立ち上げられるというような効果が生まれることが期待できます。家族は地域のプログラムに参加するでしょう。

### 4. 心理的な適応プロセスを通じた指導

エリカ・シューハートのらせんモデルです。8つの段階がらせん状になって、障害がある人が障害を乗り越えて、新たな自己を開拓し、新しい力を得ていくプロセスです。これは下から読み上げていただく必要があるのですが、重要なのは、ここに攻撃という段階があります。これは魂が泣くことです。障害がある人にアプローチするのは時間がかかります。残念なのは最近では入院期間が短いのでスポーツについて知る機会が提供されないのです。彼らがスポーツや他の活動から学びとることができるのだと再考することです。（図のレベル7）

私どもの最初の会長ヘルベルト・クラーは、連帯（図のレベル8）が重要であると。

そして車いすスポーツ連盟を立ち上げて、このような機会がふえるように働きかけました。

電動車いすホッケーです。これは連帯とインクルージョンが重要です。体のさまざまな機能を使って気持ちが高揚していく体験ができます。さまざまな精神的なプラスの効果期待できます。スポーツが情緒を養い社会に有益な活動であると理解しなくてはいけないのです。

日本でつくられたスポーツですけれども、風船バレーボールです。これは何も勝ち負けを問うような競技ではなく、多くの人たちが一緒に楽しむという連帯感を味わうためのスポーツとしてとてもよい方法です。

1つのよい促進方法として、有名なアスリートでもピアカウンセラーになるということがあります。この写真の人は私の生徒の一人ですが金メダルを獲得した人ですけれども、現在、ハンブルクのリハビリテーションセンターで働いています。リクルートの仕事をしています。カウンセラーにもトレーニングが必要です。心理的適応プロセスを知る必要があります。先程も言ったように余り急いでここにたどりつかない、機が熟してくるのを待たなければいけないということを彼女はよくわかっています。ポジティブな人間関係を築くこと。障害がある人同士の方がいない人同士よりやりやすいのです。また、自分の障害を持つ経験から、必ず乗り越えていく力があるという人々の力を信じるのが大事です。日本語で根性ということばがありますよね。また、ピアカウンセラーとなる障害者は、個人は独自の感情の変化を待つことを知っていなければなりません。また、最終的には新たな希望や夢を持てるように励ましていきます。このようなロールモデルになるような人を見ることで多くの障害者は新たな希望を持つでしょう。



図 心理学的再適応過程に関するシューハートのらせんモデル

1. 不確定な状態
2. 確信
3. 攻撃性
4. 交渉
5. 抑うつ状態
6. 受容
7. 活動性
8. 連帯

5. 国レベルでの人材リクルートについてドイツの経験から

- a) ドイツでは、運動機能のトレーニングコースというのが初心者と家族を対象にして2日～6日間のコースで行われています。一般人のインストラクター、このインストラクターは障害のある人と障害のない人の混合チームですけれども、このようなイン

ストラクターからさまざまな個人スポーツあるいはチームスポーツなどの活動を知ります。そして、この6日間ぐらいのコースの中での日常生活から経験を交換しお互いの友情と連帯感がはぐくまれていきます。

b) コミュニティレベル自助グループを国家的に創設していくことの重要性

この地域レベルでの自助グループにおいては、家族や友人たちがさまざまな、例えば週1回ぐらいのペースでスポーツ活動を計画していくことが進められます。ドイツの場合、公立学校の体育館などが夜間に開放され、このような自助グループが使えるようになっています。日本ではどのようになっているのでしょうか。大体無料で借りられるようになっています。日本は国立リハビリテーションセンターがありますし、厚生労働省ともいい関係を持っていらっしゃると思いますので、このようなプログラムは立ち上げられるのではないのでしょうか。先ほど申し上げましたように、一般の人たちがインストラクターとなるような研修プログラムを提供すること、そしてこの人たちがこのような自助グループを指導していくことです。

c) 一般の人々、障害がある人々、障害のない人々がインストラクターになるための研修プログラム

大体180時間ぐらいの研修プログラムを行っています。

このようなインストラクターたちは、初心者心理的な問題についてよく知っています。そして、初心者が初めて接触するときには病院のリハビリテーションスタッフと密接に連携して行います。個人的な密接ないい関係をつくっていく中で障害者がこのようなプログラムにスムーズに参加できるようになる。ただ単に呼びかければいいだけではなく、このような一般のインストラクターのマンツーマンのケアが大事です。ソーシャルインテグレーションは広報だけによって行われるのではないのです。地域の中で活動できるこのようなプログラムに参加する機会を提供するという事は非常にプラスが大きい活動です。

この写真は、ドイツのインストラクターのトレーニングプログラムを修了した人たちの写真です。

ありがとうございます。

## 韓国における障害者スポーツの発展の ための韓国パラリック委員会の役割と行動計画

チョ・ヒャンヒュン

韓国障害者スポーツセンターd'ground 事務局長

韓国パラリンピック委員会

皆さん、こんにちは。私は、韓国パラリンピック委員会事務局長のチョ・ヒャンヒュンと申します。まず、江藤総長にここにお招きいただきましたことに感謝申し上げます。

今日は、韓国における障害者スポーツの現状についてお話しします。また、障害者スポーツセンターについても御紹介いたします。

まず韓国の障害者スポーツの現状についてお話しいたします。

韓国には 220 万人の障害者が登録されています。この 220 万人の障害者のうち約 1 万 3000 人の人たちが国のアスリートとして登録されています。

このグラフにかかれていますが、夏期の種目として水泳、ゴールボールなど 30 種目あります。冬季の種目として 5 種目、アイススレッジホッケー、車いすカーリング、クロスカントリーなどが用意されています。

これは障害者スポーツへの政府の支援額を示しています。2005 年には 500 万ドルほどの支援にすぎませんでしたが、2012 年には 8 倍の 4000 万ドルにふえています。

政府の中で障害者スポーツを管轄する部署がかわりました。保健福祉省から文化スポーツ観光省に 2005 年に移管されました。

韓国パラリンピック委員会が、国民体育振興法第 34 条によって 2006 年に設立されました。日本パラリンピック委員会とは友好関係にあります。

この表からもわかりますように、パラリンピック委員会の中には 1 事務局 8 部署があり、73 人のスタッフが働いています。

パラリンピック委員会は 16 の州や省などの地方レベルのスポーツ委員会と活動しており、41 の関連するスポーツ連盟を支援しています。

パラリンピック委員会の主な業務について御説明いたします。

パラリンピック委員会は幾つもの国と国際協力を進めていくために覚え書きや基本合意書を結んでいます。覚え書きを交した国としてベトナム、シンガポール、フィリピンなど

があります。また、基本合意書としてヨーロッパの国々やアジア諸国とも結んでおります。アジアで言うと、日本、タイなどと結んでおります。

次に、障害者のためにつくられた韓国スポーツトレーニングセンターを御紹介します。

韓国の障害者スポーツトレーニングセンターは 2009 年に設立されました。これは仁川にありまして、ソウルから 50 km の距離にあります。ナショナルチームのトレーニングだけでなく、地域レベルのさまざまな団体のトレーニングにも活用されています。また、多くの施設が完備されております。

ここでさまざまなスポーツイベントが行われているのですけれども、どのようなことが行われているか御紹介します。バドミントン、陸上競技、サッカー、車いすラグビー、バレーボール、バスケットボール、テニス、ゴールボール、水泳、柔道、卓球、フェンシングが行われております。また、アーチェリー、陸上競技場、車いすテニス、などの施設を現在工事中です。ナショナルチームのトレーニングがこの施設で行われています。

また、さまざまなトレーニングのプログラムが行われていますし、スポーツメディカルの施設、またレストランもあります。保健室、フィットネスルームなども完備されております。例えば試合中に負傷が発生したとき、またトレーニング中に負傷したときには、ここで理学療法を受けることもできます。

また、レクリエーションとしてコンピュータの部屋やカラオケルーム、映画館、図書館などもあります。ここで選手たちはストレスを解消することができるようになっています。

先月は日本パラリンピック委員会の方々がここを訪問しました。

次に、ビジョンと戦略についてお話しします。

まずスポーツのインフラの強化、人材の拡大、そしてスポーツ科学の手法を導入するというを行っています。また、パラリンピック運動の普及活動を行っています。

また、ゴールとして国際大会でのトップ 10 を目指すということを挙げています。例えばパラリンピックなどでトップ 10 を目指すということです。

2018 年には平昌で冬季パラリンピック開催を予定しています。

次に、ナショナルチームについてお話しします。

ナショナルチームのアスリートを支援するとともに、パラリンピックなどの国際的な大会への参加を支援しています。また、国際的な大会を韓国で開くことも行っています。

現在のところ、冬季オリンピックのスポーツ種目の施設がありません。そこで、今後冬季スポーツの施設を計画しています。アイススレッジ、ホッケー、車いすカーリングやス

ピードスケートの施設などの建設を計画しています。

私たちは冬季スポーツの選手の数が少ないので、夏季スポーツの選手から選抜することを考えています。例えば射撃の選手をバイアスロンの選手にスカウトして育てるというようなことです。

韓国には、現在、実業団の冬季スポーツチームが2つしかありません。

夏季スポーツについては12種目の実業団チームがあります。こうした実業団チームについて、冬季についても夏季のスポーツについてもふやしていきたいと考えています。

そして、私たちは、スポーツ科学システムを支援しています。これによって競争力を高めることができると考えています。また、私たちの団体には41のスポーツ連盟が加盟して、こうした団体の能力開発・強化を支援しています。

日本パラリンピック委員会は既にオリンピックの経験がありますので、日本パラリンピック委員会との協力関係を持ちながら2018年の平昌冬季パラリンピック成功に向けて努力しています。また、ほかの国のパラリンピック委員会ともよい関係を築いていきたいと考えています。

私たちにはドリーム計画というプロジェクトがあります。これは、経験のない人々を招いて冬季スポーツの種目を経験してもらうものです。国際的な関係を強めていくために、ドリーム計画のようなプロジェクトを実施しています。

障害者スポーツの外部との連携、また一般社会との連携を広めていくために、有名人のアスリート計画というものも考えています。

ありがとうございます。

## 障害がある人々のスポーツに関する政策

君島 淳二

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課 自立振興支援室長

皆さん、お疲れさまでございます。君島と申します。よろしくお願いたします。

私は、日本の障害者スポーツがどのように発展してきたかということと、現状どういう問題があるかということを中心に簡単に御説明したいと思います。

まず、日本の障害者スポーツの発展は、御存じのとおり、1964年の東京オリンピック、このときにパラリンピックも開かれましたが、それがきっかけとなっております。

翌年から毎年国民体育大会も開かれておりまして、全国身体障害者スポーツ大会も同様に実施してまいりました。御存じのとおり都道府県が持ち回りでやっておりますので、障害者スポーツ大会も各県が実施してきたということでございます。2001年からは、身体障害だけではなく、知的障害者の全国大会と統合いたしまして現在に至っております。

予算のことを申し上げますと、国の負担分は5500万円ということで毎年やっています。定額によって行われております。この金額は国の負担分でございますが、残りの多くは各県が負担しております。国だけで各県のスポーツ大会が実施できているわけではありません。

それから、この全国障害者スポーツ大会は、開会式・閉会式に皇室の御臨席を賜っております。このことが無形の支援として今日の国民的広がりにつながっていると思っております。大変ありがたいことだと思っております。

それから、この大会に出場する選手を選ばなくては行けませんので、都道府県・指定都市では、そのための予選会を兼ねて県・市レベルの大会を開催しております。これが結果的に障害者スポーツの普及につながっていると考えております。

したがって、日本の障害者スポーツは国と地方自治体が共同して進めてきたという経緯がございます。

もう一つ、その一端を示す事実といたしまして、1972年から身体障害者福祉センターという建物を都道府県・指定都市単位で整備してまいりました。これが今日の障害者スポーツの広がりを支えていると思っております。

この身体障害者福祉センターといいますのは、障害者の方々からの相談、生活訓練、機

能回復訓練といったものを行っておりまして、スポーツ・レクリエーションの拠点ともなっております。また、ボランティアや障害別の団体の活動などの拠点にもなっております。体育館とかプール、訓練室、相談室、研修室、ところによっては宿泊室、食堂などもあるところがございます。

昔の話ですが、2700m<sup>2</sup>以上で国の補助金が3分の1ということで、現在はその整備は終わっているわけですが、先ほど申し上げましたように、全国の障害者スポーツ大会は国と地方自治体が共同でやってきた、その支え手として県においてはこのような拠点があったということがもう一つの特徴と言えらると思います。

障害者スポーツも非常に種目が多いので、きょうは代表的なスポーツを取り上げて話をしたいと思っております。

1981年、これは国際障害者年が始まったときですが、大分県におきまして車いすマラソン大会がスタートいたしました。これが我が国の障害者スポーツをもう一つ支えてきた大きな大会でございます。重度障害者の施設である「太陽の家」が中心となって普及してきました。この施設は障害者の雇用の全国モデルともなりました。皆さんよく御存じだと思います。

このほか、1974年からは、日本車椅子バスケットボール選手権大会、これは内閣総理大臣杯の争奪戦でございます。

また、1988年からは、全国車いす駅伝競走大会——これは京都府で行われておりますが——なども確実に歴史を刻んできております。

そして、これらの大会が国からの資金援助なしに行われているという事実を知っていたきたい。企業からの資金援助があるということです。

平成25年度の障害者スポーツの関係予算を表にして持ってまいりました。

これが先ほどの全国障害者スポーツ大会の5500万円です。実は国が直接出している経費はこの部分だけでございまして、残りは日本障害者スポーツ協会に対しまして、普及啓発に係る経費、情報収集、アンチドーピングなどの経費を補助しております。

また、パラリンピックや先ほどお話がありました国際大会のようなものに対する経費は同じようにスポーツ協会に対して支出しております。選手の育成強化事業はこの部分でございまして、5億8000万ほどでございます。

きょうは、先ほど御説明しました大分の国際車いすマラソン大会について少し見て行きたいと思っております。

先に表をごらんください。大分の国際車いすマラソン大会は 32 年続いておりますので、その参加選手の平均年齢を調べまして、ここに表示しました。

ここにクラスがあります。T51 から 52、53、54 とありますが、一番重い方が T51 でございます。4 段階ございます。

その段階ごとに 32 年間の平均年齢を持ってまいりました。

これが参加全選手のグラフでございます。見ておわかりのとおり、回を追うごとに平均年齢が高くなってきております。特に T51 という一番重いクラスですが、このように平均年齢に差があります。これは恐らく重い障害を持った参加者が毎年違うという結果によっているのだと思います。逆に軽い方、T54 この線ですが、回を追うごとに徐々に年齢が上がってきていることがわかります。恐らく参加の選手がほぼ同じように毎年来て、毎年歳をとっているということだろうと思います。

これを海外の選手と日本の選手で比較しました。

海外の選手だけの平均を持ってまいりました。そうしますと、海外からいらっしゃった選手方はフルでもハーフでも大体毎年 1 つずつ年齢を刻んでいるように見えます。恐らくこれは同じ選手だろうと。平均年齢も、大体でございますが、35~40 歳ぐらいのところではほぼ同じように毎年のように動いているということです。それから、一番若い方は最高年齢者のように余りカーブしておりません。恐らく一番若い選手は毎年のようにかわっているということだろうと思います。年齢の高い選手は大体同じ選手が出てきているということだろうと思います。

これが海外から来ていただいている選手ですが、次のグラフと見比べていただきたいと思ひます。

これが日本の選手だけを同じようにグラフにしたものでございます。一目でわかると思ひますが、日本選手の平均年齢の下が 40 歳、当初から 40 歳ぐらいでした。平均年齢がずっと上がっておりますが、45~55 歳、最近では 60 歳ぐらいというところに日本選手の平均年齢が出ております。それと、最高年齢のところを見ますと、ハーフでもフルでも毎年のように刻まれる。つまり最高年齢者は大体同じ人が出て、先ほどの海外選手のように途中で交代がない。

日本選手の場合は同じ人がずっと出ているということです。

それと、最年少のところを見ますと、最高年齢と違って全く動いておりません。毎年のように新しい選手も入ってきてはいるのですが、最少年齢と最高年齢の差が開くばか

りでございます、平均年齢を下げるだけの要素になっていない。つまり、毎年入ってくる年齢の若い人の人数が限られているために平均年齢は上がる一方ということでございます。

全体では、先ほど申し上げましたように上昇傾向が見られる。それから、T51 というような重い人は、出場選手が少ないことがあって各回ごとの平均年齢の差が非常にある。

海外選手は、各回ごとの平均年齢の緩やかな上昇傾向が見られる。おおむね 25～35 歳の年齢層に集中している。それから、フル、ハーフともに最高年齢者の交代が見られる。それから、若い選手が継続的に出てきているということが言えると思います。

反面、国内選手ですが、確実に海外選手と平均年齢が 10 歳違います。35～40 歳、フル、ハーフとも同一人物がずっと出場している。若い年齢も常に輩出されているが、平均年齢を下げるほどの人数ではないということだと思います。

これをまとめますと、国と県あるいは競技団体が日本の障害者スポーツを一緒に支えてきたのですが、そろそろ競技ごとの世代交代、若いアスリートをどのように発掘するかということが問題になってきているということです。そのためには、先ほど各県ごとに身体障害者福祉センターがあるということを申し上げましたが、身近な練習場所がなかなか確保できないということも問題としてあります。それから、コーチ、コーディネーター、審判、サポーターなどの支援者も引き続き確保していかなくてはならないだろうということです。我が国自体が人口の高齢化が進んでおりますが障害の分野でも確実にアスリートが高齢化してきており、若い選手をどのように発掘するかということがこれからの課題だと思っております。

どうも御清聴ありがとうございました。

## 現在の日本の障がい者スポーツに関する取り組み

中森 邦男

公益財団法人 日本障害者スポーツ協会指導部長、

日本パラリンピック委員会事務局長

皆さん、こんにちは。日本障害者スポーツ協会の中森といいます。本日この場で発表できることを光栄に思っております。よろしくお願ひしたいと思ひます。

簡単に1分ほど自己紹介させてください。

1974年に体育大学を卒業して、障がい者スポーツの世界に入りました。障がい者スポーツセンターで、約29年仕事をしてきました。指導員（インストラクター）として障がいのある人へのスポーツ指導、競技組織の設立や運営といったことを行ってきました。その後、現在まで約10年間JPC（日本パラリンピック委員会）を中心とした業務を担当しております。

専門は水泳で、障がい者への水泳指導を仕事として、またボランティアとして行ってきました。現在も水泳指導のボランティアとして関わっています。今まで指導した障がいは、脳性まひ、知的障がい、視覚障がい、切断、脊髄損傷、脳血管障がいなど、ほとんどの障がいのある人への水泳指導を経験しています。

日本の統括団体である障がい者の水泳連盟にも一応かかわりを持っています。ボランティアとして、日本選手権開催、強化合宿や国際大会参加など多くの取り組みをずっと行ってきました。

国際大会の参加では、パラリンピックには、夏、冬合わせて9回、その他の大会には8回。昨年のロンドンパラリンピックには日本選手団の団長で参加しました。

続いて、パラリンピックの発展経過を説明します。パラリンピックの1回大会からずっと経過を追って、リハビリテーションスポーツから競技スポーツ、エリートスポーツとパラリンピックは発展してきました。この中で、日本では1964年の東京パラリンピックが障がい者スポーツの発展のきっかけとなりました。2つ目は、1974年に大阪市に障害者スポーツセンターが設立されて、地域の在宅で障がいを持っている人たちのスポーツへの参加が始まりました。1998年の長野パラリンピックでは日本パラリンピック委員会が

設立されて、対象が全障がいを含むことになりました。現在の日本障害者スポーツ協会（J S A D）は、身体障がい、知的障がい、精神障がいを対象にしています。すべての障がいを含んだ中で日本を統括する立場で、スポーツの取り組みをしているところです。

日本における障がい者スポーツの発展という意味では、東京パラリンピックは非常に大きなきっかけになりました。日本身体障害者スポーツ協会が翌年の 1965 年に設立されたこと、同年に全国身体障害者スポーツ大会の開催が始まり、以後、毎年都道府県を変えて、国民体育大会の後開催され、日本の障がい者スポーツの振興につながったといえます。

東京パラリンピックは、世界 22 カ国から 370 人の選手が集まり、5 日間開催され、参加選手は脊髄損傷などの車いす選手が中心でした。第 2 部大会は国内大会を実施し、車いすの選手以外の切断、視覚障がい者や聴覚障がい者の選手も参加しました。この 2 部大会が翌年からの全国身体障害者スポーツ大会の原型になりました。

知的障がい者の全国大会は 91 年からゆうあいピックの名称で始まり、2000 年には、身体障がいと知的障がいの全国大会が統合され、全国障害者スポーツ大会として参加されるようになりました。2008 年にはこの大会に、精神障がいの方が参加しました。このような発展をしながら、全国大会に参加しながら障がいを持っている人たちのスポーツ参加が広まったということになります。

障がい者スポーツセンターの設立。これは、当時障がいのある方が一般のスポーツ施設が使えないという状況の中で、障がい者が利用しやすい専用のスポーツセンターをつくりましょうということで、大阪で初めてつくられました。

このスライドは、東京のスポーツセンターものですが、陸上競技場のトラック、室内プール、体育館、その中のポーツ用の車いす、トレーニングルーム、宿泊施設、会議室、テニスコートやアーチェリー場が設置されています。障がい者が安心してスポーツに参加できるようにスポーツ施設にはスポーツ指導員が配置され、スポーツ導入の支援を行います。現在全国に、特に大都市を中心に障がい者スポーツセンターが広がっており、この中で障がいのある人がスポーツに親しんでいるという状況です。

これは、先ほど韓国の K P C の報告でもありましたが、日本でも県レベルの障がい者スポーツ協会の状況ですが、ほとんどの県に県立の障がい者のスポーツ協会があり、地域の障がい者スポーツ振興の体制がとられています。

これは障がい者スポーツ指導者の県レベルの組織です。ここも全国の9割ぐらいに設立され、地域のスポーツ振興を担うということになります。

続いて1998年の長野パラリンピックをきっかけに、日本パラリンピック委員会が設立されて選手強化の仕組みがようやく整いました。あわせて、翌年の1999年に日本身体障害者スポーツ協会は、身体障がい者のみならず、全ての障がいを対象とした日本障害者スポーツ協会に生まれ変わったことです。

現在、パラリンピック委員会の加盟団体は、パラリンピック、知的障がい、デフリンピック、その他を含め多くのスポーツ団体の種類があります。団体としては62の団体が活動しているという状況です。

パラリンピックの実施競技は、日本国内に全スポーツの競技団体があります。聴覚障がい者、デフリンピックのスポーツ、ID（知的障がい者のスポーツ）があります。その他のスポーツもあります。

続いて、2004年アテネ大会以降、日本の障がい者スポーツは、選手強化事業についてようやくいろいろな取り組みができたということになります。

一つ目は、競技団体に対する強化助成。内容は、協会から先ほどの62の団体に対し、強化費として資金を出し、それぞれが国際大会に参加したり、強化合宿をしたりという形がとられました。

二つ目は、障がい者スポーツの医科学情報サポート。こういう科学的な取り組みがようやく始まったのがこの時期になります。

スポーツ協会はこのような体制をとっています。医学、技術、科学の専門委員会によるサポート。続いて県レベルの障がい者スポーツ協会や指導者協議会、障がい者スポーツセンターと連携をとっています。一般のスポーツでは、日本アンチ・ドーピング機構、日本スポーツ仲裁機構と日体育協会に我々は加盟しております。JOC（日本オリンピック委員会）とは連携をとっています。

パラリンピックなどのエリートスポーツを含め全て、まず協会に登録することになりますが、パラリンピック等の競技スポーツはJPCに加盟して、ここから強化費を出して強化を進めるという流れになります。

簡単に経過を説明しますと、2003年ぐらいまで我々がやっていたのは、パラリンピッ

クの参加が中心です。デフリンピックもそうですが、総合大会への参加を中心にやってきました。アテネパラリンピック以降、強化事業がふえてきました。科学的な取り組み、国際役員の養成。2006年からはより科学的な取り組みが進化してきたと言えると思います。そして、2008年、2009年と、先ほど厚生労働省の君島さんから話があった国からの助成が結構ふえてきたという状況になります。それでさらに細かい事業が加わり、現在も継続しています。それ以外の取り組みとしては、スポーツ医の資格制度、トレーナーの資格制度やコーチの資格制度をつくり、ドーピング、障がい者の健康や選手強化をサポートする人材養成に取り組んできております。

予算は、2008年北京のパラリンピック以前は、独立行政法人からの公的な資金、障がい者スポーツ支援基金というところからの資金で強化を行っていました。徐々にこの資金が少なくなる中で、厚生労働省にお願いして、国庫補助事業としてパラリンピック等の派遣費がここに加わりました。2009年には、この国庫補助事業に選手競技事業が追加され、2012年に大きく増額されました。さらに障がい者スポーツの国庫補助事業が増額されるように頑張っていきたいと思っているところです。

パラリンピック委員会の活動の状況ですが、まず国際障がい者スポーツ組織に加盟して、障がい者スポーツの振興を国際レベルでも連携して進めていきたいと思っております。アジアパラリンピック委員会は国際パラリンピック委員会の地域委員会で、この中でも日本も連携して、連動していくということと、アジアの中で日本はリーダーシップをとりながら、遅れている国に対して支援体制をとっていきたいと思っております。

JPCの事業で一番重要なものは、やはりパラリンピックです。この世界に入ってこの仕事して、やはりパラリンピックでいい成績を上げるというのが一番の目標になるかと思っております。そのために何をしていくか。それ以外にデフリンピックがあつたり、知的障がい者のグローバルゲームがあつたり、アジアレベルで言うとアジアパラゲームズ、アジアユースパラゲームズというものがあります。こういう総合大会に我々が中心で派遣するというようにしています。

次に、競技団体に対する強化費は今年度、5億5000万ぐらいが競技団体に配分されています。その内訳は、強化合宿や国際大会への参加になります。61の団体に対して強化費助成をしています。

今、韓国のチョさんから説明がありましたように、障がい者スポーツの世界でも科学

的な取り組みが非常に重要です。J P C 現在、7つの医科学の分野で強化スタッフの委員会を構成し、そのメンバーのリーダーが集まって強化委員会を編成し、選手に対する科学的な取り組み、支援をしているところです。

韓国には大きく遅れましたが、2008年の北京パラリンピックから報奨金制度が始まり、パラリンピックの金メダリストに日本円で100万円、銀が70万円、銅が50万円。日本もようやく始まったという状況です。参考にオリンピックでは金、銀、銅それぞれ、300万、200万、100万です。パラリンピックはオリンピックの1/3程度になっています。

続いて、ロンドンの結果を見ていろいろ分析した内容を説明したいと思います。

これは日本選手団の今までの成績です。これを見てわかるように、ロンドンパラリンピックのメダル数は、ちょっと少ないですね。最近の6大会を見てみると、92年のバルセロナパラリンピックから、金メダルは2004年のアテネパラリンピックで17個に増え、北京パラリンピック、ロンドンパラリンピックでは金メダル5個と数を落としているという状況です。先ほど説明させていただいた競技団体に対する強化費助成はアテネのときの10倍ぐらいに増えているのです。強化費が10倍に増えたけれども、メダル獲得数は減少したという状況です。

この表はロンドンパラリンピックの結果で、いい部分と悪い部分。

いい部分は、パラリンピック夏冬の大会を通し、日本選手団で初めて団体競技で金メダルをゴールボール女子が獲得しました。それまではバンクーバーのスレッジホッケーの2位、銀メダル、それ以前は女子の車椅子バスケットボール、ゴールボールの銅メダルでした。その中で初めて団体競技で金を取った。歴史的な快挙です。

二つ目は、I D（知的障害者）選手のパラリンピック参加はそう多くないですが、日本人で初の金メダリストが生まれたということです。

あと、車いすテニスのシングルス連覇、2大会連続の金メダル、これが大きな成果かと思えます。

ネガティブな部分で一番大きいことは、陸上が前回より7つ減らした。北京パラリンピックで12個のメダルを取った陸上競技は5つに減った。同様に自転車は6つのメダルが1つになった。これは大きいです。アーチェリーはメダルも取れなかった。今までメダルを取れなかった競技でメダルを取った団体はないという状況です。

メダルを獲得した競技の過去4大会の成績を比較すると、個人競技では、2004年のア

テネ大会が一番いい成績であったのが陸上競技、水泳、ロンドンパラリンピックが1番悪い成績であったのが陸上競技、自転車、アーチェリーとなります。

団体競技は反対に、ロンドンが一番成績が良かった競技が2競技あります。一番悪いの競技は、これまで続けて参加してきた、車椅子バスケットボール女子とシッティングバレーボール男子は予選会で敗退しました。強化費がふえた分、団体競技は海外遠征をしたり合宿の回数をふやしたり、結構団体としてのチームでの強化ができることで成績が上がったということが言えると思います。

ここで一番残念なのは、ウィルチェアバスケットボールの女子ですけれども、予選会で中国とオーストラリアと日本と3カ国参加して、2回ずつ当たり、4試合しました。日本はオーストラリアに2勝して、中国に2敗しました。オーストラリアは中国に2勝して、日本に2敗しました。要は2勝2敗で並んだのです。この3チームの得失点差で日本は3番目でパラリンピック出場を逃すことになりました。ロンドンパラリンピックでの結果は、オーストラリアチームは銀メダルを取った。だから、日本チームが出ればメダル争いに加わったということで、非常に残念です。力があるのに予選で負けたという状況になったということです。

これは、日本のロンドンオリンピックの成績は、金メダルで11位、総メダルで7位ぐらいに入っております。パラリンピックは、金メダルで24位、総メダルでも23位ぐらいです。オリンピックの科学的な支援があれば、将来的、潜在的にはメダル獲得数を増やすことができると思っているところです。

パラリンピックのメダル獲得は、アテネパラリンピックには135カ国が参加しました。この中で上位5カ国が金メダルを占める割合は34%。これがロンドンの場合は164カ国で45%、すごく割合が高くなっています。これはどういうことかということ、上位の国がメダルの独占を進めてきたということになります。

これは、同じように2012年を中心に、2008年中国、2010年カナダ、2012年英国、2014年ロシア、2016年ブラジルのパラリンピックの開催国の成績です。4回前の大会と比較すると、メダルの獲得数は、23%から38%に増やしている。要は、強化を進めれば、進めるほどどんどん成績は上がっているという状況です。

次に選手のパフォーマンスを向上させるためにどうしたらいいかを図式化しています。パラリンピックを中心としたところで、いい成績を上げるために、選手の環境の問題、日常の強化の問題、それプラス科学的な取り組み、国際大会への参加と、それぞれ目的を明

確にしながら強化を進めるというのが大事と思います。

最後にこれからの課題ですけれども、選手は基盤である社会、練習環境、強化資金、支援スタッフの順位があるかなと思っております。競技団体も同じように、拠点とか組織力、次に資金、あと人材、最後に我々協会は、一番目にはやはりお金が欲しいと思っています。資金があって、基盤を整備して、関係するスタッフの体制を強力にしていく、こういうことで進めていきたいと思っています。きょうも発表のありました厚生労働省が我々の所管なので、仲よく連携を深めながら日本の障がい者スポーツの発展に努めていきたいと思えます。

これで終わります。ありがとうございました。

## 横浜市総合リハビリテーションセンターと 横浜ラポールにおける健康増進とスポーツに関する取り組み

小池 純子

社会福祉法人 横浜市リハビリテーション事業団  
横浜市総合リハビリテーションセンター長

横浜市総合リハビリテーションセンターの小池です。こんにちは。よろしくお願ひします。

きょうは、障害者の健康増進とスポーツに関する取り組みの横浜市の状況について皆さんに御紹介したいと思います。

横浜市の概要について御紹介いたします。

東京の隣にある地方自治体ですが、日本で一番大きい大都市で、370万人近い人口を抱えていますけれども、高齢化の問題は横浜市でも避けて通れない問題で、65歳以上の高齢者は20%近くに達しており、年間の出生数は3万人ちょっとという状況です。身体障害者の手帳を持っている方は9万人と少しですが、知的障害、精神障害を加えますと多分10数万人になりますので、先ほどタイのパーセンテージがありましたので簡単に計算してみたのですが、知的も精神も含めると3~4%ぐらいになるのかなと思います。

御紹介します横浜市総合リハビリテーションセンター、YRCと略しますが、横浜ラポールは、市の北部にある施設です。

その施設の概要と事業について御紹介いたします。

総合リハビリテーションセンターの方は、地域リハビリテーション部、医療部、発達支援部あるいは自立支援部などから成っておりまして、対象とする障害者については、日本では急性期のリハ、回復期のリハなどというような医療制度になっておりますけれども、リハセンターは生活期・維持期、慢性期の障害者が地域で生活する上での医療的なリハサービスとか相談、支援やお家に伺っての支援、福祉機器の提供、それから福祉部門として子どもの集団療育、成人の自立訓練や就労移行の事業を行っています。

中心となる仕事は、慢性期の在宅障害者のADL、QOLの向上を目指したサービス、ライフステージに即した総合的な支援を行うということが1つと、小児期、発達期に生じる障害に対して、小児の時期だけでなく、成人期に向けても一貫したサービスを提供する

ことです。市に幾つか子どもの療育センターがあるのですが、リハセンターはその中核センターになっています。そして福祉機器を含めた最先端のリハサービスの導入ということが役割になっています。

横浜ラポールの紹介です。

ラポールは障害者のスポーツ文化センターということで、先ほどの国の施策では身体障害者福祉センターA型ということで整備されたのだと思います。

施設の内容としては、スポーツ関係ではアリーナとかプールのような施設があり、そちらの利用者は年間 26 万人。文化の施設もありまして、おもちゃ図書館やシアターや創作工房、料理や陶芸などができるものを備えており、そちらの利用者は年間 16 万人です。これの特徴は、一応障害者のスポーツ文化センターと銘打っていますが、一般の市民の方も利用できますので、利用者数には、障害者も、障害者の介助者も、一般の市民も含まれていて、統合的に利用する施設となっています。

ラポールの事業の概要です。スポーツ事業といたしましては、スポーツに関するレクリエーションとかリハスポーツ事業、スポーツのイベントなどを行うほか、地域の支援事業を行っています。

本日紹介いたしますのは、リハセンターとラポールが共同して行っている取り組みのうち、ここに書きました3項目、スポーツ活動の継続の効果がどうであるかということ、それからスポーツ活動の普及への取り組み、それから新たなスポーツ活動の開発、この3点について紹介いたします。

スポーツ活動の継続の効果について。これは、スポーツ活動を継続している慢性期の脳卒中者の体力とQOLが5年間でどのように変化したかを、脳卒中でラポール等を利用され、あるいはスポーツ活動をされている方、スポーツ活動をされていない方々を対象として調査いたしました。

基本的にラポールでは年に1回体力測定会を実施しています。対象は慢性期の脳卒中者です。今回この研究の対象にしましたのは、2006年と2011年、2回体力測定会に参加された方です。同じ方です。縦断的研究ということを重視しまして、2回参加された方です。脳卒中、片麻痺の方ですが、全体の対象としては45名と、余り大きな対象のサイズにはなりません。この45名の方の5年間の変化を調査いたしました。

45名の方のプロフィールですが、調査時の平均年齢は68歳。脳卒中発症後の平均期間は11.7年。スポーツ活動について見ますと、スポーツ活動を継続されている方が35名、

日常的にスポーツ活動を行っていない方が 10 名でした。

体力に関する調査項目といたしましては、6 分間歩行距離、10m 歩行速度の最大歩行速度・快適歩行速度、非麻痺側の握力、反復横移動、この 5 項目を調査いたしました。

QOL に関しましては、SF-36 健康関連 QOL の指標としてよく用いられております指標を使用しました。

そのほかにインタビューを行い、外出頻度などを聞き取っております。

その測定結果の①です。

まず対象全体 45 名を、スポーツを継続している 35 名、スポーツを継続していない 10 名について、2006 年、2011 年と、5 年フォローアップの結果を比較しました。

それぞれの評価項目ですが、5 年たちますと、スポーツを続けている方もスポーツをやっていない方も低下しています。6 分間に歩ける距離は減り、握力も低下しています。このアスタリスクのついているのは有意差があったところで、6 分間歩行距離、非継続群では 10m 歩行の最大速度、それから継続群でも握力等は有意に低下しています。ただ、スポーツを継続している群では、有意差はないのですが、10m 歩行のスピード等は 5 年たっても維持されているか、あるいは若干改善するような傾向が見られました。

測定結果の②、次はスポーツ継続群だけについて、年齢別に見ています。70 歳未満の若干若い群と、70 歳以上の高齢群について、5 年の変化を見ました。

これに関しましても、やはり 5 年たちますとどの項目も記録が低下しております。アスタリスクがついているのは有意に低下した、有意差があったということを示すものですが、70 歳未満のスポーツ継続群、若干年齢の若い群では、6 分間歩行距離とか 10m 歩行速度、反復横移動などについては低下しておりません。有意差は統計学上得られておりませんが、体力的には維持されているのではないかという結果が出ております。

次に、6 分間歩行距離につきまして、通常の国民の健康老人のデータ、文部科学省の体力テストのデータと比較しました。このブルーが健康老人の変化で、健康な老人であっても、年齢が 60 歳から 70 代に行くと 6 分間歩行距離は直線的に低下しています。今回の調査対象のスポーツ継続群ですが、同じ年齢のところでは当てはめてみますと、これは 2011 年のデータですが、5 年たって、低下はしていますけれども、健康老人に比べて、脳卒中であるからより低下したとは言えないということが分かると思います。

次に、SF-36、QOL について見ました。

最初のグラフは、対象全体 45 名について測定結果を示したものです。全体の 45 名に

つきましても、2006年と2011年での比較で変化はありません。この折れ線は、日本の健常人の50代の方、60代の方、70代の方の平均を示しているところですが、PF、身体機能以外は、脳卒中者だからといって同じ年代の健常者と比べて有意な差があるとは言えません。

次に、スポーツ継続群のSF-36のスコアの変化です。2006年が薄いオレンジ、2011年が濃いオレンジですが、各下位項目での変化を見ますと、有意な変化があったのは、VT、活力というところで、5年たつてスポーツを継続している群は活力という下位項目でスコアが5%の有意差を持って向上している結果が得られました。

次にスポーツを継続していない群です。10名と少ないのですが、薄いブルーと濃いブルーで5年間の変化を見ますと、スポーツを行っていない群では、RE、日常役割機能の精神の部分でもって、5年たつとスコアが低下した、精神面での日常役割の機能がちょっと低下してしまったというデータが得られております。

この調査のまとめですが、60歳以上では健常者でも体力は直線的に低下しておりますが、スポーツを継続している脳卒中の方では、年齢の若い群では体力が維持・改善している傾向がありました。

また、脳卒中者のQOLについて見ますと、身体的側面の下位項目が標準値より低いという結果が出ています。

脳卒中者のスポーツ継続群では、VT、活力について増加、非継続群では、日常的役割機能の精神面が低下しているという結果が出ました。

即ち、スポーツ活動などへの定期的な参加はQOLの精神的側面を向上させる因子と考えられると言えます。

次に、スポーツ活動普及への取り組みについて御紹介します。

ラポールでは、次のような目的あるいは内容で地域支援事業を行っています。スポーツを通して障害者のQOL向上とノーマライゼーション社会の実現を図ることを目的として、特に、ラポールの施設そのものに通所されなくても、身近な地域で障害者がスポーツを楽しむ環境を整備する、それから障害者自身が自立した活動を継続する、そういったことをお手伝いする目的で地域支援事業を行っています。

地域支援事業の年間の実施回数と参加人数です。2000年、平成12年からこの事業を開始いたしました。棒グラフが参加人数で、折れ線が実施回数ですが、毎年、毎日1回は横浜市のどこかで支援事業を行っているというような形になって、事業としては継続が

できています。

その地域支援事業の内容と参加者の内訳について紹介いたします。

支援事業の内容は、リハスポーツ教室等、直接的にラポールの職員が参加者にリハスポーツのいろいろなプログラムを提供するようなことが実施内容のプログラムの半分を占めているのですが、特に注目すべきは、障害者自身が自主的な活動ができるように相談に乗ったり支援を行ったりする事業が3分の1を占めているところが特徴かと思います。これは、ラポールの職員が直接出向かなくても、地域で障害者自身のスポーツが根づくようにという目的で行っているものです。

参加者の内訳は、身体障害者が半数を占めておりますが、それ以外に、障害者の地域でのスポーツを支援するボランティアさんや介助者あるいはスタッフ等の方へのレクチャーとかトレーニングといったことも含めてということで、支援者の方々の参加も、40%ぐらいですか、一定の割合を占めています。

スポーツ活動普及への取り組みの成果についてまとめます。

慢性期あるいは生活期の成人片麻痺を中心とする自主的なスポーツ環境の構築ができていると思われまます。

そういう片麻痺の方を通して、地域のさまざまな組織が連携して地域へのスポーツ活動を推進しているということが言えます。

最後に、地域にスポーツ活動を普及するためのさまざまなノウハウが蓄積されていますので、今後はそれを一層展開するとともに、地域に適切なインストラクターとか支援者をふやしていき、またプログラムなどをふやしていく努力が今後求められると思います。

リハセンターとラポールが行っています新たなスポーツ活動の開発です。

ここでは、肢体不自由児者のアウトドアスポーツを推進しようということで、アクセスディンギーというオーストラリアで開発された小型ヨットによるセイリングプログラムの開発について紹介します。

実際は、新たなスポーツとしては、個人的な競技では、そりとかスキーとか、そういった障害に合った機器の開発、あるいはアスペルガー症候群のような精神発達障害の方々への集団のスポーツなど、さまざまなものを開発していますけれども、これは典型的な例なので、紹介したいと思います。

主な取り組み。新しいスポーツを開発するときには、私たちは大体つぎのような流れで取り組みます。地域でスポーツをやっている団体、NPOなどがあれば、そういったとこ

ろと連携をとる。

そして、支援してくれるスタッフの研修、障害の特性とか介助法などについての研修を行う。

それから、使用するさまざまなデバイス、スポーツ用の機器について障害に合わせ改造する。

今回はアクセスディンギー用の姿勢保持のシートの開発と、操帆、帆を操るジョイスティックの改良を行いました。

また、アクセスディンギーを実際に楽しむ環境として、ヨットハーバーの環境整備も行っていきます。

まずNPOとの協働については、セイリングに関するさまざまな道具とか技術をNPOさんは持っておられます。私たちは障害者への対応に専門性があるということで、協働いたしました。最終的には、ラポール等がかかわらなくても、地域でNPOさんを中心に定期的な乗船会ができるように支援いたしました。

これは支援スタッフの研修をやっているところです。脳卒中の片麻痺とか脊髄損傷、脳性麻痺、あるいは切断者などの障害特性や介助法、車いすの操作法などについてレクチャーしています。

これは、アクセスディンギーに乗せるさまざまなデバイスを開発したというところですが、アクセスディンギーはスリングシートなので、姿勢保持が難しい重度の障害の方には姿勢を安定するためのデバイスが必要で、シンプルな構造のデルタシートというのをつくりました。

これは船に装着したところです。

また、手に障害がある方については、帆の操作が自分でできるように、ジョイスティックのハンドルの部分を改造いたしました。

こういうものを利用して競技会に参加するような方々も出ています。

最後に、ヨットを使うヨットハーバーの整備、マリーナの整備ですけれども、これは一般の方々も使うヨットハーバーなので、障害者専用に変更してしまうわけにはいきません。それで、ヨットに安全に乗せるためのリフトを開発して、設置しました。

まずリフトの支柱の部分をヨットハーバーの桟橋に立てているところです。これは普段は片づけてあって、乗船会のときだけ持ってくるものです。

それで実際にハンガーとスリングシートで吊って安全におろしているところですけれど

も、棧橋よりもヨットの方が下にありますので、介助が非常に大変です。安全で介助が楽だということで、環境の整備もあわせて行いました。

我々は、障害者の方々が地域で健康な生活を享受できるように、横浜ラポールとリハセンターで、地域の公的な機関あるいはNPO、教育や医療、障害者スポーツやスポーツ団体と協力して支援を行っています。

最終的に皆さんが笑顔で社会に参加してくれるということが私たちの喜びです。

御清聴ありがとうございました。

## 国立障害者リハビリテーションセンターに おける障害者の健康増進とスポーツ支援の取り組み

飛松 好子

国立障害者リハビリテーションセンター 健康増進センター長

健康増進センターの飛松でございます。「国立障害者リハビリテーションセンターにおける障害者の健康増進とスポーツ支援の取り組み」ということでお話いたします。

構成としてはこの4つ、バックグラウンドとして日本の状態を言い、健康寿命という概念を障害者の健康増進の中でどのようにとらえていくかということと、実践と、それから健康増進センターのもう一つの柱であるところのスポーツの支援についてお話ししたいと思います。

これは一般的な話でございまして、65歳以上を高齢者と呼ぶと定義されておまして高齢社会とは何かということで、65歳以上の方が人口に占める割合によって高齢化社会、高齢社会、超高齢社会と定義されておりますが、日本では2007年に超高齢社会になりまして、すなわち5人に1人は65歳以上という人口構成になっております。

国際的に比較いたしましても日本に匹敵する国はないということで、超高齢社会としては日本が一番高齢者の占める割合が多い。

なおかつ、人口ピラミッドがもうこのような釣り鐘型になっておまして、この青い高齢者を水色の生産年齢が支えるという形になっております。

これは人口ピラミッドの推移でございまして、真ん中が2005年で、右側が2055年なので、ますますやせ細っていくということは、人口がどんどん減って行って、なおかつ超高齢社会は継続するという予想に立っております。

その中で、日本は2055年には、生産人口1.3人で1人の高齢者を支えるという状況になっているということです。

これは日本だけの傾向ではなくて、欧米諸国も同じような傾向ですし、アジアにおいても同じような傾向をたどっておりまして、もちろん日本の高齢化の進行というのはすさまじいものがあるのですが、同じようによその国でもそういうことが進行しつつあるということで、これは日本だけの問題ではないととらえることができるかと思えます。

これは、高齢者の中で要介護と呼ばれるケアを受けるというように認定される人の数で、これもだんだん増していく傾向にあります。これはケアのグレードですが、グレードの割合としてはそんなに大差ないと思いますが、全体の数としてふえつつあるということになります。

そういうケアが必要になった人々の原因は何かということで、これは男性と女性ですが、脳血管障害とか認知症、それから骨関節疾患、転倒、これらは整形外科的な運動器の問題ですが、そういったたぐいのことでケアが必要になっていくということです。

そういう中で、健康寿命という概念がございまして、これもまたWHOが提唱したもので、日本の定義は、ここに書いてある、介護を受けたり寝た切りになったりせずに、自立して健康に生活できる期間ということで、それを健康寿命と言いましょ。そういたしますと、平均寿命に対して健康寿命がありまして、健康寿命が尽きると平均寿命が尽きるまでの間は何らかの介護が必要になるという時期です。

そういたしますと、社会経済的にはなるべく健康寿命を延伸したいと思うわけです。これが各国の健康寿命で、日本は健康寿命も長いのですが、平均寿命も長いので、そういう意味では、健康寿命が尽きた後の期間もまた長いということになります。

こういう中で、日本としては、健康寿命を延伸するという意味で、政府は「健康日本21」というキャンペーンを張りまして、健康寿命を延伸するためにはどのようなことをしなくてはならないかというようなことでキャンペーンを張る。それから、例えばスマートライフプロジェクトということがありまして、適度な運動をなさ、適切な食生活をして、禁煙をなさ。また、健康増進法というアクトをつくりまして、国民の健康増進を図るということになっているわけです。

今までの話は健常者の取り組みでありまして、では障害者の健康増進はどのように考えたらいいのだろうかということで、そもそも健康とは何かという話になりまして、どなたかの発表の中にあつたWHOが定義した健康の概念があるのですが、障害者の健康をどのように考えるのか。例えばもう歩けないではないかとか、ディペンデントで自立していないではないかというようなことになってしまうわけです。

しかしながら、これまでの話にもあつたように、障害者でも、後でデータをお示ししますが、肥満の問題、生活習慣病、それからロコモといったたぐいのものが一般的なものとして出てきておりますし、それらによって彼らの自立したレベルが落ちていく、そしてそこに何か健康に障害を与えるようなイベントが発生、例えば脳血管障害を生じるとか、そ

ういったことによって機能が低下していくというようなことが考えられます。

それから、これはたしかタイの先生もおっしゃっていましたが、障害に固有の健康を妨げるもの、障害に固有の合併症と呼ばれるものがある。例えば脊髄損傷では褥瘡とか拘縮とか骨折、尿路感染、腎機能低下というようなことが起こってきますし、脳卒中であれば再発ということも警戒しなければならないし、視力障害の方ですと原疾患の悪化とか廃用、肥満といったことが起こってくるというようなことです。ということは、障害者においても、健康を維持する、あるいは障害のレベルを維持するということが重要だということが言えると思われます。

また、ロコモということを行いました、これはロコモティブ・シンドロームという概念でして、日本においてこのように超高齢社会が進行しまして、これから寝た切りになって、要介護になっていく人々をどうやって予防するかということで、その予備軍を早くとらえて、早く対策を立てようという形でロコモティブ・シンドロームというものが提唱されたわけですが、これは、運動器の障害によって寝た切りになる可能性がある方々をロコモティブ・シンドローム、ロコモと呼んで対策を立てます。

そういたしますと、では障害者のロコモというのは一体何なのだとすると、歩行障害という意味では、障害のある方の多くが歩けないとか車いすを使っているということですが、その障害のある方の固有の移動方式が運動器の障害によって損なわれていく、それを障害者のロコモと呼ぼうということで、例えば車いすの方であれば、肩とか肘とか手関節が痛くて今までの移動ができないというようなことを訴えられる方が多くなってきている。そういう方々はロコモに属するという形になります。

そういたしますと、先ほど来の、障害者がお年を召してきて機能が落ちていくということに対して、あるいは障害者であっても肥満とか生活習慣病といったものを発症してくるということで、何らかの対策が必要になるということであって、これを障害者の健康に関する問題と考えることができます。

このようにざっと見てきたわけですが、障害のある方になぜ健康づくりが大事かということで、それぞれの障害別に見れば、肢体不自由の方であれば移動や運動に障害がありますので、移動や活動の制限因子になる。それから、視覚障害は一応運動器については問題ないだろうと思われても、白杖歩行とか、また歩行に介助が要となると、どうしても移動とか活動に制限が起こってくる。それから、知的障害者であれば、情報の欠落とか、生活に介助が必要になる、また生活が消極的になっていく。また、ここにはお示ししません

でしたが、聴覚障害の方であれば、やはり同じような情報の欠落とか、あるいは安全性の問題みたいなことで活動性が落ちていくということで、結果的には慢性的な運動不足になり、そこに過食とか生活習慣の不良ということで、健常者と同じように、日本ではメタボと呼んでおりますが、メタボリックシンドロームとか生活習慣病、それからロコモというようなことが発症してきて、健康寿命の短縮につながってくるということで、健常者の健康寿命の延伸と同時に、障害者に対してもそういうことが必要であるということになるかと思えます。

障害者の健康寿命をどのように考えるかということで、これは私が考えたのですが、障害の程度に応じた機能を維持する期間を障害者の健康寿命と呼ぼうということで、その期間を維持することが障害者の健康寿命に延伸になるということになります。

次に、健康増進センターについてお話ししますと、健康増進センターは、2010年10月に国立リハビリテーションセンターの中に新設されました。

健康増進センターの目的としては、障害者の健康増進と、もう一つ、スポーツ支援事業を掲げまして、障害者の健康づくりやQOLの向上に貢献する各種プログラムの研究開発を行いたいということです。

先ほど横浜市リハビリテーションセンターの小池純子先生が御発表になりまして、また、横浜だけではなくて、日本で既に先進的にこのようなことを行っている、あるいは行いつつある地方のリハセンターが幾つかあるわけですが、そういうところからこれまでのノウハウを教えていただきまして、またネットワークづくりをやりまして、こういったことを普及させていこうというのが健康増進のあり方です。

健康増進センターの理念は、これはICFのモデルですが、そのモデルのうちの健康ということと、特に参加のところですね。そういうことを通じて、健康にも留意しますし、同時に参加ということ、要するに障害者の生活、QOLを高めるということが健康増進センターの一番大きな目的で、それを可能とするために健康増進とスポーツという2つの目的があると理解していただければよいと思えます。

国リハとしてはこの全体をカバーしまして、病院や自立支援局においては機能障害に対する活動を高めるようなリハビリ、いわゆるメディカル・リハビリテーション、あるいはボケーショナル・リハビリテーションということで全体をカバーしておりますが、健康増進センターとしては、主に障害者の生活に着目して、そのQOLを高めるということが目的です。

健康増進事業でどういうことをするのかということで、1つは、実態の把握から始めましょう。それから、予防や生活習慣改善のプログラムを開発しましょう。それから、当事者の参加を促して、また当事者が参加するための環境整備を促進していきましようということなんです。

具体的には、障害者の検診、障害者の人間ドック、保健指導、それから二次障害予防プログラムの開発ということ。それから、センターの中に自立支援局がありますので、その利用者の健康管理及び健康づくりを支援しましょう。それから、そういう支援プログラムを開発しましょう。それから、啓蒙活動をしましょう。それから、障害者がどのような生活習慣病を抱えているかということ、あるいはそれをどのように予防していくかということの調査・研究をしましょう。それから、介護者のためのプログラムも開発しましょうということになっております。

これは、自立支援局において、就労移行支援、ボケーショナルトレーニングのために2011年に入所された方々76名を対象といたしました。年齢分布としてはこのような感じで、20代～30代を中心として、結構年の行った方もいるという状況です。

それらの方の原疾患ですが、脊髄損傷の方とか脳血管障害の方、切断の方、脳性麻痺の方、それから脳の外傷の方で、脳血管障害の方は原疾患で高血圧やら何やらを抱えているということがありますが、脊損とか脳性麻痺、外傷による切断の方や脳外傷の方というのは、基本的に内臓器に関しては健康という方々です。

そういう方々に検診をいたしますとどういうことが見られたかということ、まず、58人の障害のある方のうち、23人ですから3分の1以上、半分近くの方が肥満ということが明らかになりました。

それから、この人たちのいろいろな検査をいたしますと、血圧の異常を示す方が76人中半数近くの31人、それから脂質の異常が17人、血糖値の異常が3人、尿酸の異常が12人ということで、健康状態としては余りよろしくないという実態が明らかになりました——

これは何か対策を立てなければいけないだろうということで、運動介入をすることにいたしました。

その運動介入というのは、このリハビリテーション体育病院の人たちが中心になってやりまして、健康増進センターとしてやったのですが、対象としては、高次脳機能障害、脳の損傷によるものですが、それから視覚障害の方、それから肢体不自由の方々と、21人

の男性、たまたま男性だったのですが、大体 38 歳を平均としたそういう人々に集団運動指導というものをやりました。

そのときには、こういう運動介入と、栄養指導、保健指導、生活指導というような3つの組み合わせでやりますとどうなったかといいますと――

3カ月の介入なのですが、体重が有意に減りました。体脂肪率も落ち、BMI も落ちました。基本的には体重が減って、BMI が減ったという状態で、要するに介入をすれば先ほど言ったような検査の異常値がよくなっていくということがわかったということで、介入の効果があるということです。

こういったことはここだけでやっているのではなく、来年度については、先ほどの横浜市リハとか、今会場に来ていただいておりますが、千葉県リハセンターとか、そういう先進的にやっているところと一緒にやってみて、結果を出して、それを全国に普及していくということを考えております。

次に、もう一つの課題であるところのスポーツ支援ということで、先ほどスポ協の中森さんから、日本の障害者スポーツの競技スポーツがあのように発展してきたということ、そしてスポ協がだんだん発展してきたということの発表をいただきました。

国リハとしてはどのようにやっていくかということですが、まず 2010 年に健康増進スポーツ外来というものを発足いたしました。これは、障害者の健康増進、体育活動の促進をしよう。要するに、近隣にお住まい、あるいは外来に通ってこられる障害のある方の原疾患に対する経過観察やら障害の悪化の予防に加えて、積極的に健康増進を図って運動してもらおうというのが1つの目的です。

もう一つはアスリートの支援ということで、スポーツ障害の治療とか、遠征に行くときのいろいろな相談やら何やら、それから当センターでトレーニングを受け入れますというような練習環境の提供、それからドーピング相談。当医にスポーツファーマシストがおりますので、その方を中心に、ドーピングに関して、こんな薬を飲んでいいのかとか、そういったたぐいの相談に乗るといようなことを目的として開設いたしました。

具体的にこのスポーツ支援に関してどのようなことをやっていくかということで、大きな目的としては、障害者のQOLの向上のために障害者スポーツプログラムを提供し、環境を整備して、障害特性を生かしたプログラムの開発をしたり、用具の開発をしたり、行く行くはそういうことを中心にやる組織もつくっていきこうということで、障害者スポーツの普及と競技力の向上を支援しましょうということです。

具体的に既にやったことは、メディカルチェックをやる。先ほど厚生労働省の君島さんから、アスリートのメディカルチェックに予算を配分したと。その予算は私たちがもらいまして、その予算を使ってメディカルチェックをしたということです。まずはそういう健康面の支援です。それからトレーニング環境の提供及び整備ということで、なかなか練習場がない、あるいは合宿できないということがありまして、先ほどの中森さんの話でも、日本全国に障害者がスポーツをできるところがあるのですが、合宿するというようなことになるに限られてくるので、ここでできることはいたしましょうということです。それから、スポーツをどのように支援していくかということ。それから、そういうことのためには、実態はどうなんだというようなことが必要になりまして、調査。それから開発。それから人材の養成ということで、研修会等を開きまして、障害者の健康増進とスポーツということで啓蒙活動をしていく。専門家に対する啓蒙活動、あるいは知識の普及を図っていくことを目的にしております。

これはウィルチェアラグビーの選手ですが、ここで合宿をしまして、それを利用してどのように検診活動をいたします。採血をしたり、血圧をはかったり。

これは体脂肪をはかっているわけですが、こんなことをいたします。

そして、結果を返すというのが非常に大事です。まずチーム全体に医師が、あなた方はこんなものですよということで、単にデータを返すだけではなくて、合宿をいたしますと御飯を食べますので、栄養士が食生活に関するアドバイスをするとか、医師・保健師が健康に対する啓蒙を図るといようなことを集団でやり、また個別にその方がどういう状態かといようなことをして注意を喚起するということで、今回はデータは出しませんが、半年後に同じようなことをいたしますと検査値がよくなっている。要するに、その間にアスリート自身が自覚を持って自分の食生活なり生活を改善するといようなことがあって、これは健康管理、自覚を促す、そしてそのことによって競技力が高まっていく、あるいは練習方法が無理のないものになっていくといようなことにつながっていくわけです。

このようなことをいたしまして、練習環境を提供いたしまして、それが原因かどうかは知りませんが、ゴールボールが金メダルを取り、ウィルチェアラグビーがパラリンピックで4位になるなど、よい成果を上げました。それから、メディカルチェックや栄養指導によって健康維持への自覚とかそういうものができたということで、今後こういったことがルーチン化されて、アスリートにとっては、メディカルチェックを受けて自分の健康を把握することを義務化、全国化していくことが必要なのではないかと考えております。

駆け足ではございましたが、健康増進センターの2つの目的、健康増進とスポーツ支援、そしてその上位の目標として障害者のQOLの向上ということをお話いたしました。

御清聴ありがとうございました。



ディスカッション



●緒方 御紹介にあずかりました、国立障害者リハビリテーションセンターの緒方です。

きょうは、昼過ぎからいろいろな面での健康増進とスポーツというトピックスで話が進んでまいりました。私も多くのことを勉強させていただきました。

これから1時間ほど質疑応答の時間をいただいていますので、前半30分ほどは演者の方々の間でのディスカッションということにして、フロアからの質問は後半の30分でお受けしたいと思います。恐らく皆さん多くの質問をお持ちだと思いますので、せっかくの機会ですので、活発な討議をお願いしたいと思います。

まず、討議のスタートとして私から演者の皆さんに質問したいことがあります。きょう1日聞かせていただいて改めて認識したことですけれども、障害者のスポーツと一言で言っても、最後の講演にあった障害者の健康寿命を維持するためのスポーツ、ヘルスプロモーションのプログラムの一部としてのスポーツ、レクリエーションとしてのスポーツ、競技会にアスリートとして参加するスポーツ、そして最後はパラリンピックとしてのスポーツと、スポーツという言葉の中に余りにも多くのレンジが含まれているところを一体どのように考えればいいのかということをお聞きしたいと思います。

最初にクレイニッツ先生に、ツイントラックがいい、メインストリームとスペシフィックのものとそれぞれ大事にしていった方がいいという非常に印象的な整理をしていただいたように思うのですが、その辺、演者の方で、アスレチックなスポーツとヘルスプロモーションとしてのスポーツを我々ほどのようにリンクさせ、どのように区別して考えていったらいいのかということについてコメントいただける方がいらっしゃいましたらお願いしたいのですが、いかがでしょうか。

クレイニッツさんはこの点についてはどう思われますか。ツイントラックという意味のことをもう少し説明していただくと助かります。

●クレイニッツ 私がツイントラックアプローチという話をしたときには、さまざまなスポーツがありますけれども、地域レベルのスポーツとエリートの選手たちのレベルのスポーツがあります。もあります。同様に健康増進ということを考えると塩分摂取量を減らすこと、喫煙を減らすことはすべての人々を対象に行えます。

ツイントラックということをお申しますと、すべてのプログラム、地域のプログラムであろうと、学校の中のスポーツプログラムであろうと、あるいはもう少し高いレベルのエリ

ートスポーツであっても、すべてのレベルのスポーツに障害者が参加できるようになっていなければいけない、そしてそれぞれのプログラムが障害者にも手を差し伸べる形になっていなければならない、それがツイントラックの1つの側面です。

もう一つの側面としては、障害に特化したアプローチも必要であるということです。地域レベルでは、例えば、きょうはいろいろな方からたくさんのお話を聞きましたが、いろいろな地域のプログラムをもっと障害者にアクセシブルにして、障害者も包括していかなければいけない、参加をふやさなければいけないという話がありました。また、パラリンピックなど、韓国のすばらしいスポーツ施設の話などもありましたけれども、本当に優秀な選手のための施設も障害者のためのものがなくてははいけません。

ですから、ツイントラックというのは、健康増進からエリートのスポーツに至るまで、すべてのレベルにおいて障害がある人もない人もアクセスできるような形になっていなければならないと思います。ですから、ツイントラックというのは、あらゆるレベルで当てはまる概念です。特に地域の中では大事です。すべての人たちが障害者も含めて健康維持、健康増進の機会があるようにしなければなりません。これは、一般の人たちの健康増進プログラムの中に障害者が参加できる必要もありますし、また障害者に特化したものもなくてははいけないと思います。

●緒方 ストローケンデルさんはいかがでしょう。

●ストローケンデル だれが地域のプログラムを行っているのか、例えば既存のものであれば、だれか本当に熱意のある人、そしてある程度力のある人、エネルギーのある人、そして知識のある人が地域のプログラムを組織していくわけです。こういう地域のプログラムというのは政府からの指示で行われるのではなくて、こういう熱心な人たちが行うのです。ですから私は障害者の家族と訓練プログラムをすすめるのです。家族こそが障害がある人よく生きることに最も関心をもっているのです。また、突然障害を負ったような人たちというのは社会から孤立してしまっている人たちもいますけれども、こういう人たちがもう一度社会に入っていけるようになるためには人間関係によるのです。プロである必要はなく家族のメンバーにリクルーターとなる人をつくりたいのです。その意味で、私が先ほど話しましたように、リハビリテーションにはリハビリのプロが必要ですが地域レベルでは一般の人たちがたくさん活動にかかわっていくことが大事だと思います。

●緒方 コミュニティベースのアプローチが大事だということだったのですが、タイのリウパイブーン先生は、コミュニティレベルで今一番活用を期待するプロバイダ、そういうのを支援するサポーターとして、タイではどういう方たちの頑張りを期待したいという印象でしょうか。

●リウパイブーン 最初の質問についてですが健康というのは生活そのものに非常に密接しています。ですから、いろいろな場面で健康増進ということが行えると思います。まずは家庭において、地域の中、学校、あるいは社会のさまざまな行事の中でも健康増進ということが行えると思います。また、パラリンピックのような大きな特別な行事もあります。人々の積極的な態度や機会を促進することに役立つでしょう。当然そういうところでも健康増進につながっていくわけです。また、学校教育の中で健康教育、体操あるいは体力増進のようなものを指導していくことも大事です。

2番目の質問については健康といいますとさまざまなサービス提供のことを考えます。ですから、健康増進といいますと、まず地域が場所を提供するのが大事です。みんなが集まることができる場所を提供する。そんなに豪華な設備を準備する必要はないのです。1つか2つの健康増進のための器具、道具などがあれば十分ではないかと思います。もし、そのコミュニティがインクルーシブなら、障害がある人もスペースや設備の面も全ての人々にとってアクセスし易くなっている必要があります。大学に関しても同様に考慮されていなくてはなりません。

●緒方 アクセスのところがすごく大事だということもあると思うのです。

小池先生は日本の社会の中で非常にサクセスフルな事業をされていると思うのですが、経験の中で、ここのプレイヤーをすごく大事にしていってほしいという、家族であったり、同じ障害者のピアであったり、いろいろなモデルがあると思うのですが、NPOのお話もあったと思うのですが、病院の施設外でどういう人たちを活用しようと心がけていってほしいというのを聞かせていただいてもいいですか。

●小池 なかなか難しい質問ですね。私たちが地域にかかわるときは、つまり健康増進だけでなく、さまざまな障害者に対するサポートの事業をやっているわけですが、ど

れだけ中間ユーザーというのでしょうか、市民を巻き込んでいけるかがポイントになります。リハセンターやラポールが直接サービスを提供できる障害者の方々は限られているので、リハセンターあるいはラポールと障害者の間に介在してくれるボランティアであったり介助者であったり関係機関であったり、そういったものをどう支援して私たちのサービスがより広く障害者の市民あるいは一般市民に届くようにするかということが、リハセンターあるいはラポールの仕事のやり方です。その中にはNPOも含まれますし、公的なパブリックヘルスセンターのようなものも巻き込んでいたり、介護保険であれば介護保険事業所等を巻き込んで、いかに支援できる人をふやしていった裾野を広げるかというのがサービス提供をするときのやり方です。必ずしも直接来所される方だけをターゲットにしているわけではないというのが作戦なのですが、それで答えになっているのでしょうか。

●緒方 ありがとうございます。

今、コミュニティベースドでどうやってインクルージョンをしていくのかというお話をいただいたのですが、プログラムに参加し続けていただくというのも簡単ではないと思うのです。どのようなレベルにおいても、レクリエーションスポーツでも、ヘルスプロモーションでもいいのですが、そういったものを参加者にずっと維持してもらうことについて、皆さんいろいろな工夫をされて、いろいろな御意見があると思うのですが、維持するポイントありますか、ここを大事にしないと維持できないということについてコメントをいただけますでしょうか。

●ストローケンデル 専門家たち、例えば病院の専門家、医療スタッフが地域レベルのボランティアと連携すること。ドイツの障害者スポーツ連盟では、ボランティアと連携してクラブ制度を設けています。コストも非常に安いです。そして大勢の人にサービスを提供することができます。この一般の人たちのボランティアのサポートのためには、一般の人たちにちょっとした研修を提供して、最低限のリハビリテーションの知識、障害者スポーツの知識を持って、専門家と連携して、研修を受けたボランティアたちが個人的なさまざまなつながりの中で多くの人にサービスを提供していきます。病院を退院した人たちが多くいますね。病院を退院した後孤立してしまっていて、何も情報がない、そしてうつ状態になる。自分でその状態から立ち直って、さまざまなサービスに自分から入っていくということはなかなか難しいです。そこで地域の一般のボランティアの活用が重要なわけです。

●リュウパイブーン タイの経験から言うと、地域行政と中央政府の連携も大事だと思います。政府、そして各地方行政がきちんと連携できれば、地域にもっと多くのサービスが届くと思います。また、医療専門家だけでは障害者に対してきちんとした適切なサービスが届かない可能性があります。ですので、障害者当事者団体や自助グループのかかわりも非常に重要だと思います。行政、そして障害者当事者団体との連携により地域において健康増進が安定的に実施されると思います。

●緒方 ほかの方、いかがでしょう。

●飛松 スポーツというのは障害のある方にとって非常に大事だと思うのです。センターの病院において体育というものがあるのですが、そこで、最初、障害を受け入れられていない場合には他人も見えないので、相手の障害を省みずに強いボールを投げてみたりというようなことが起こる。それが、自分の障害がわかってくる、あるいは将来について前向きになってくると人に対する配慮ができるようになって、相手が受けとめられるボールを出すというようなことがゲームの中で見られて、そういう変化を見ていくと、その人が成長しているということが傍目によくわかる。そのように障害になったときからスポーツに触れていれば、それがその人のその後の生活においてもなじんでいくのではないかと思います。ところが日本では、体育という人材のあるリハセンターやリハ病棟が非常に少ない、あるいはない、しかも資格制度がないので、それに対しては病院がサービスするという形で、収入にはつながらないということがあります。ですから、障害者がスポーツになじんでいくためには、メディカルリハビリテーションの段階からスポーツを導入していく、あるいはそういう人材を育成していくということが、日本においてはまず大事だと。

次に、ストローケンデル先生がおっしゃるような、コミュニティにおいてそういうことをサポートしてくれる人材を育てていくということが大事なのではないかと思います。地域におけるそういう人材として、日本では、先ほどの中森さんの所属する日本障害者スポーツ協会です。スポーツ指導員というものを育成しているのです。そういう人々がそれに当たるのかなと思います。

●ストローケンデル つけ加えますと、スポーツを楽しむということがありますけれども、

スポーツの基本はやはり楽しむことです。体の機能をフルに使って楽しむわけです。ですから、週に1回だけだとしても、そこでの感情的な、成功したという感動、お互いに対する結びつき、友情、こういうのも非常に重要です。これはレクリエーションレベルで良いのです。プロスポーツレベルと同様にする必要はありません。本当に地域レベルでも、この中から優秀な選手が出てくるかもしれないですけれども、そうでなくても、ただ単に社会的な友達とのつながり、そしてその中でちょっとした、勝ったという満足感とか、ほかの人からのアドバイスで上達した、自分では気づかないことでもほかからのアドバイスで気づくということがあります。

●クレイニッツ 私も少しつけ加えたいと思います。障害がある人々にとってスポーツが大事な理由は幾つもあります。例えば社会的なインクルージョンのためのスポーツ。ただ、障害者自身がスポーツの重要性を認識していないということがあるかもしれません。一般の人たちよりも障害がある人々は健康のためにもスポーツが非常に重要だ、そしてスポーツを通して参加の機会がふえるということにも気づいてもらう必要があると思います。ですから、我々は障害のある人々にとってのスポーツの重要性をもっと啓発しなくてはいけないのです。こういうことは、障害がある人にサービスを提供する団体なども、もしかしたらこういうリハビリテーションセンターなども行えるのです。ただ、大勢の障害者はこういうリハビリテーションセンターに来ることがないので、地域の中で医者あるいは地域の中のさまざまな役割を果たしているような人たちが、スポーツのよい面、スポーツの効果を障害者に伝えていくこと、そして障害者がスポーツに参加するように促すことが重要ではないかと思います。

●緒方 ありがとうございます。

リハビリテーションのスポーツがフィジカルなヘルスのよさだけではなくて、エモーショナルな、社会参加という意味での大きなプロモーションの一部であるということを通じて強調されたと思うのですけれども、ちょうどそういう話が出たところで、最初のオープニングリマークのところでも、データを集めること、リサーチすることも重要だというお話が出たと思うのですけれども、そうすると、そういうメンタルな、エモーショナルな部分の変化も積極的にデータをとっていくことが障害者スポーツにおいては重要になりそうかどうかということでしょうか。なかなかデータをとりにくい分野だと思うのですけれども、ど

ういうデータをとれそうかとか、どういう工夫が今後必要なのか、あるいは行政の側から見てどういうデータを出してくるとオーガナイズする側としては動きやすいというような、どうやってデータをとり、活用していくかという部分についてコメントをいただければと思います。

●君島 先ほど私は、大分の車いすマラソンを例にとって、年齢について検証してみました。そのときに、T51 からT54 があってクラス分けをしている、そしてT51の方が重いと申しあげました。私は、地域でのスポーツということを考えてときに、障害者のスポーツは平等な社会をつくる基本だと思っております。なぜならば、クラス分けがあるからです。参考に申し上げますと、この前のロンドンパラリンピックは、競技の名前から言うと20競技でした。ところが、種目は503もあるのです。もちろん、これは、水泳で言えば100m、200mという距離の違いもありますが、障害者スポーツは、それに加えて障害の程度でクラス分けをして競っているのです。こんな平等な世界をつくろうとしている取り組みなのです。ですから、恐らく健康な人のスポーツよりもよほど平等です。例えば、私は今56歳ですが、56歳の人が野球をやりたいと言って入れてくれるチームはおそらくないでしょう。おまえは足が遅いのだろう、おまえはヒットが打てないのだろうと言って、チームには参加させてもらえないと思います。ところが、障害者のスポーツは、先ほど申しあげましたように、程度によるクラス分けなのです。年齢制限もないのです。これはとても平等な社会をつくっていると思っております。

今、データのお話が出ました。こういう大きな大会には世界中から鍛え上げた人たちが集まります。実はそこで競技だけをやって終わってしまっています。そういう大会の場で参加者に協力してもらって、先ほど飛松先生や小池先生がおっしゃっていたような基本的な体力測定をやれば、あっという間に100人、200人のデータが集まるのです。そういうことに最近気がついて、とてももったいないことをしていたな、全くデータが蓄積されていなかったな、ということに私自身気がついたのです。ですから、私は先ほど年齢のことしか申しあげられなかった。なぜならば、体力とかそういうことについて選手たちのデータを持ち合わせていないからです。実際にそういうクラス分けをしてやっているということに着目すれば、大会や、試合の場面でいろいろなデータがとれるはずですが、もう少し障害者スポーツの選手達の実態がわかれば、見る人や支える人たちの理解を早めるのではないかと思っております。

●緒方　そういう意味では、一般のパラリンピックスポーツを見る側の視点に立っても、この人があるクラスでどれぐらいの期待ぐあいがわかるということも重要だということだと思います。確かにパラリンピックではクラス分けが理解の第一歩であることは言うまでもないことです。

そのほか、データについて、ストローケンデル先生などはいかがでしょう。

●ストローケンデル　まず、その国でスポーツを選手としてやっている障害者の数がどれぐらいあるかを知りたいと思います。その数は非常に少ないと思います。例えば韓国の方が数を示していらっしやいましたが、障害者全体の1%にも満たない数の人たちがスポーツをしているということですので、それは非常に少ないと思います。私の質問は、こうしたスポーツにかかわる障害者の数をどうすれば増やしていくことができるかということです。エリートなレベル、国際的な活躍をする選手となると非常に限られた数になりますけれども、レクリエーションレベルとかコミュニティレベルでのスポーツの普及が非常に大切だと思います。ドイツにはオリンピックスポーツ連盟があり、2700万人もの人たちがそこにかかわっているのですけれども、99%のクラブはボランティアの人が運営しているのです。1%の人たちが専門家としてかかわっています。つまり、99%の人がボランティアで、それは非常に大きな数だと言えます。例えば病院を退院した人とかコミュニティのプログラムの参加者を対象にできます。けれども、コミュニティレベルで始めた人たちが訓練を積んでいくことによってエリートレベルに上がっていくことができるわけです。ですから、まず始めなければならないのは、定期的に運動する人たちのプログラムをふやしていくこと、そうした中からエリートの人たちを育成していくということが大切です。

●クレイニッツ　データとエビデンスが重要だということをおこななければいけないのは、まずデータを集めるときには目的がはっきりしていなければいけないということです。データを集めるときの大事な目的というのは、研究をするときには地域社会における参加をふやすということが大きな目的だと思いますけれども、まずプログラムをどの範囲に広げていくかということを考えなければいけません。そのときにはデータを示さなければいけないのですけれども、例えばリサーチにおいて、その人の幸福度にどのような影響を与えたのか、健康にどのような影響を与えたのかというデータを集めるのは非常に大切

なことですけれども、逆に言うと、最大限のインパクトを与えるためにもあるプログラムをしたときにどれだけ多くの人に参加したのかというプログラム自体のデータを集めていくことも大切だと思います。

●緒方 確かにデータだけを気にしていると、全体像がどうだったのかというところを見落としがちになるのが重要なポイントではないかと思います。

そのほか、データについて。小池先生、5年間の追跡データというのは非常に貴重なデータだと思うのですが、それをやっていく上での試行錯誤みたいなものはあったのでしょうか。

●小池 何かプログラムを実施したときは前後でアンケート等をとるという仕事に対する基本的なやり方があります。例えばリハセンターで何か事業を始めるときは、その基礎データをとって、やった成果はどうだったのか見ます。まずは、お金を出してくれる市に言いわけというか、予算をもらうためには一定のデータを出していかなければいけない差し迫った動機があります。例えばプログラムが有効かどうかというところ、安くはないお金をかけてラポールの設備を維持したり、ラポールのスタッフが地域支援に出ていく人件費に、予算を投入してどれだけ効果があったのかという部分です。また、そのような立場とは別に、私たちは、障害者になるべく機能を維持して生活できているかということにプログラムがどのように寄与できているか、何か仕事をするときには常にその視点に立って始めるので、できるだけ基本的なデータとその結果はとるようにしています。データをとるときには目的と対象者の規定をきちんとしなければいけないので、ラポールのような施設を対象とすると、大きなサンプルサイズの調査をするのは逆になかなか難しいです。今回も非常に小さいサンプルなので、それは実態を反映しているのかと常に言われてしまいます。障害者手帳を持っている9万人、視覚障害、聴覚障害も含まれていますが、その全部のデータをとろうとすると、いろいろな難しさがある。何の目的でとるかはともかくとして、例えば、健康増進について、コミュニティのプログラムに参加して満足かどうかというデータをとろうとすると、いろいろな障壁があります。個人情報の問題とか、何でそれをやらなければいけないのかをうまく利用者さんに説明してやっていくという問題もあります。どうしてもデータサイズが一定のサービスを利用されている方に限られてしまいがちです。確かにパラリンピックの選手団のデータをとるというのは1つのアプローチと

してはやりやすいと思います。我々の仕事の基本的姿勢として、ベースのデータをとって継続的に再評価し、繰り返すのを基本としています。

●緒方 ありがとうございます。

そのほか、データについて。実際に現場で働く方々にとってみると、忙しい中で、設備もなく、それぞれの障害もばらばらで、そういう中で何かを積み上げていくにはどうしようかという悩みは常にあると思うので、そういう質問もさせていただきました。

ちょうど後半の 30 分に差しかかっておりますので、ここでフロアの方々から、特にトピックスを選ばずに御質問をいただければと思います。通訳が入っておりますので、もちろん日本語でやっていただいて結構ですけれども、いかがでございましょうか。

●松尾 佐賀大学医学部から来ました松尾清美といます。

これまでの内容は、オリンピックの選手やパラリンピックの選手の話と、ここで挙がっている障害者の健康増進という話が少し混同しているような感じがします。私はテニスで国際大会などに出場した経験から言うと、引退した後の健康維持が非常に重要だと思っています。オリンピックやパラリンピックを目指す人たちが、引退後も競技者レベルで競技を続けていくと負荷が大き過ぎて、これほど害なことはない。だから引退があるのだと思いますけれども、これは老化ということとの兼ね合いですが、競技選手終了後の健康維持のために、運動量と栄養と食事、この辺のバランスをいかに指導していくか、いかに選手たちに伝えていくかということが大切だと思います。これは小池先生のデータにもありました。飛松先生のデータにも出ていましたけれども、一般の障害を持った人たちの運動量と栄養と摂取量、この辺のバランスをいかにしっかり伝達していくかということが大事であると思います。このように考えると、子供のときから、障害者、健常者関係なく、運動と食事、そして栄養との関係をしっかり伝達していくことが必要と思われれます。例え、中途障害を得てからも、食事や生活活動は続く訳ですし、筋肉量と活動量によって必要なエネルギー量や栄養のとり方が大切だと理解できるようにしたいものです。そういうことを障害のあるなしに関係なく、小さいときからのカリキュラムというか教育方法をしっかりとつくっていくことが重要ではないかと感じていますが、先生方、いかがですか。

●緒方 いかがでしょうか。運動と健康そのものの教育まで関連した御質問ではないかと思えますけれども。

●ストローケンデル エリート選手たちは健康を気にしない人が多いです。勝利ということに集中していて、そこで成功するために何でもやるのです。車いすのラグビーには20年間の歴史がありますけれども、多くの選手たちがスポーツを始めてすぐに去ってしまうことが多いのです。四肢マヒの人たちにとってはとても激しい運動です。ですから、スポーツというのは非常に体にいいけれども、やり過ぎると危険性があるわけです。

●飛松 何もしていないので何ですが、そういうことで、やはりトップアスリートの健康管理というのは非常に大事ではないかと思えます。そして、適正なトレーニングで体を壊さないということで、健康増進の延長としてアスリートの健康も増進したいと思います。

ここで一言言いたいのですが、パラリンピックの選手をどのように考えるかというときに、健康増進の延長にはない、あれは違うものだと考えた方がいいのではないかと思います。ではパラリンピックのトップアスリートを否定するかというと、そういうわけではなくて、彼らはみんなの目標というかあこがれですし、彼らの存在が一般の人々にとっても障害者を認知するということと非常に大きな役割を果たしていると思えますし、基本的に健常者が行えることはすべて障害者も行えないといけない、健常者が遊ぶのだったら障害者も遊ぶ、楽しむ、あるいは競い合う場が保証されてしかるべきだと思うので、パラリンピックの効用もそうだけれども、障害者自身にとっても障害者の権利としてなければならない。そして、それを支援するシステムや管理するシステムは必要なのだろうと私は思っております。

●緒方 ありがとうございます。

それでは、ほかにフロアから御質問がございましたら、挙手をお願いします。——真ん中の方、どうぞ。

●金田 滋賀県にありますびわこ成蹊スポーツ大学の金田と申します。

厚生労働省は、長野パラリンピックの後に、障害者スポーツの理念ということで、「リハビリテーション」という言葉を抜いたわけです。だから、2001年からの全国大会にも

そういう言葉は全くない。健康増進とリハビリテーションというのは違うのでしょうかけれども、まずそういう日本の現状がある。

そこでストローケンデル先生にお尋ねしたいのですけれども、私が知っているドイツ障害者スポーツ連盟というのは、仕事が大きく3つあるというわけです。3つの円をかくのです。1つは競技スポーツ、1つは障害者スポーツ、もう一つはリハビリテーション。この3つの輪の重なった真ん中にドイツ障害者スポーツ連盟と書いてあるのです。これを均等にやりますということをやっていたと思うのです。それを今やっているかどうかというのが1つ。

それで、その障害者スポーツ連盟のリハビリテーションと言っているものと、私が知っているのではドイツスポーツセラピー連盟というのがあるのです。そのドイツスポーツセラピー連盟と、あとは理学療法と、この3つ、簡単なところでいいのですが、違いを教えてくださいいただければと。

もう一つは、クレイニッツ先生に、ほかの国で健康増進ということで一生懸命やっているとところがあったら教えていただきたいということで、よろしくお願いします。

●ストローケンデル 非常に複雑な質問だと思います。確かにドイツには障害者スポーツ連盟というものがあります。そして、健康保険でサポートされています。そして、今や生活習慣病、例えば心臓病による障害などでそれが大体 75%ぐらいを占めるわけです。こういった人たちはスポーツよりも健康に関心があります。残念ながら、どのようにして従来の障害者がエリートレベルの競技に参加できるのか、その辺のデータがないのですけれども、私の印象では、重度な障害をもつ人よりも生活習慣病の人や健康に関心があるという人の方がスポーツに入りやすいと思います。若い人たちが潜在的にアスリートになる可能性は余りないのです。中途障害の人々をリクルートするのは難しいのです。というのは、心理的なバリアがあるのです。不安を除くためには時間が必要です。クラブに行って、だれかがグループに入るように障害がある人達をサポートしなければなりません。これは非常に難しい。特に一般のスポーツは難しいです。つまり、一般のスポーツというのは子供の頃からリクルートされるのですから。しかし、我々は大人や年齢が上の人をリクルートしていてそれは心理的には異なる問題があります。

もう一つの質問はスポーツセラピーです。スポーツセラピーとか理学療法がありドイツでは専門家の資格制度が充実しています。こういった人たちは生活習慣病に対してのサポ

ートをするリハビリテーションセンターで雇用されています。

脊髄損傷を対象にしたリハビリテーションセンターにはあまりいません。リハビリテーションセンターというのはスポーツセラピーよりも理学療法を好むということがあります。

それから、脊髄損傷の人は病院の入院期間がとても短いという問題があり、スポーツに接することが難しいのです。退院後、我々が行っている運動訓練コースがあります。一定の心理的な過程を経たのちに障害を受け入れるのです。家族もこの運動訓練コースに参加してもらいます。

私は、子供たちに対するプログラを 1981 年からスタートしたのですが、これが成功して、今、子供と青少年を対象にして 100 グループがあります。ドイツ全土にわたって広がっています。そのうち 90%のプログラムは、運動訓練プログラムに親が積極的に参加してくれたから実現したわけです。

こういったメソッド、こういったアクションをぜひほかの国にも広げていきたいと思えます。様々な障害のある大人についても同様に考えています。

これでお答えになったかどうかわからないのですけれども。

●緒方 クレイニッツ先生、スポーツでの取り組みで特徴的な国など御存じでしたら、御紹介いただけますでしょうか。

●ストローケンデル もう一つ例を挙げますと、私の息子は2年前、ウガンダの国代表のバスケットボール選手と会いました。彼はウガンダで車いすバスケットボールを見たことがあると言ったので我々はウガンダでワークショップを始めたのです。そのときにで、ウガンダのパラリンピック委員会は 2016 年のブラジルパラリンピックバスケットボールに参加できるんだと言いました。私は今後 10 年間、国際競技大会のことを聞かないだろうと言いました。2013 年の8月にウガンダに戻って、何とかコーチとかレフェリー、そういったもののプログラムをつくって国際的なレベルにまでふやしていきたいと思ったのです。ですから、10 年間、まず国家レベルで育成して、それから国際レベルにということ、こういった競技スポーツを推進したいと思えます。

●緒方 ほかにフロアの方で御質問はいかがでしょう。せっかくの機会ですので、迷って

いたら手を挙げた方がいいのではないかと思います。——一番後ろの列の方。

●中川 きょうはありがとうございます。神奈川の湘南国際マラソンというマラソン大会をやっております中川と申します。

車いすの部というのをしているのですが、先日そこに参加したいと言ってこられた障害者の方がいらっしやいまして、ただ競技用の車いすを持っていない、練習方法もわからないという形で、どのようにしたらいいかという問い合わせが1件ありました。それで私も興味を持ちまして、きょうここに来させていただいたのですが、そういった障害を持った方がこれからスポーツをしていこうという段階で何かお力になればと思ってインターネットとかを調べてみたのですが、なかなかたどり着かずに、結局、横浜のラポールさんにお電話させていただいて、御相談いただいて解決したのですが、海外とか日本で障害を持った方々がこれからスポーツを目指そうとしたときの入り口になっていくところがあったらいいなと思ったのです。もしあるのであれば教えていただきたいと思って、また海外でそういうものがあるのであれば、それもお伺いできればと思いました。よろしく願いいたします。

●緒方 ありがとうございます。確かに障害者スポーツを始める上で、道具の問題も、場所の問題もありますし、もちろん指導してくれる人の問題もありますので、一般の人がはっとある日やろうと思ったときにどうしようというのは多分多くの方の疑問ではないかと思えますけれども、まず日本のことについて、どなたかスピーカーの先生からコメントをいただきたいのですけれども。

●君島 ありがとうございます。

まず反省から始めます。窓口はございません。この国立障害者リハビリテーションセンターを思い浮かべていただければよいし、横浜ラポールの隣にある横浜市総合リハビリテーションセンターを思い浮かべればよろしいのですが、結局、病院に入院されて治療していく過程でリハビリテーションを行う、その延長線上でたまたまスポーツに明るい指導員にめぐり会えればスポーツの方向に行くかもしれない、めぐり会わなければそのまま退院したかもしれない、というのが我が国の今も続いている現状だと思います。

それはたまたま入院したということがあったからですが、では入院しなければきつかけがないのかということになってしまいます。これは全く個人的な話ですが、メタボリックシンドロームの例もありますように、今、国民全体が健康ブームです。民間のアスレチッククラブが駅ごとにあるような世の中になりました。皆さんも通っておられる方がいらっしゃると思います。私は、何で障害者があるそのアスレチッククラブに入れいいのかがよくわからない、というところから出発すべきだと思っています。学校の体育を終わってしまう、あるいはクラブ活動を終わってしまうとスポーツや健康維持から遠ざかってしまうことが問題なのではないかと思っています。お金を払ってわざわざ屋内でローラーの上を走っているみたいなことになるのは意味があるのかという意見もありますが、私は、あのような場所が障害者の方にも提供されて、バリアフリーになって、さらにはユニバーサルになれば、非常によいインパクトになるのではないかと思っています。行政レベルでやるとどうしても福祉になってしまうのです。きょうの皆さんのお話の中にあつたように、福祉ではないと思っていますので、一人の人間としての健康維持の延長線上にあるスポーツということであれば、もう少し民間の企業さんもこの方向に進んでいただければありがたいのかなと思っています。

●小池 国の方が相談窓口はないと言い切られたので、後に継ぐ言葉がないのですけれども、例えば受傷した後に医学的なりハビリテーションを受けるのは期間が限られていることもあり、自分の住んでいる地域ではなくて、障害に対応する専門のリハビリテーション機関に入院・入所するということは比較的現実的かなと思うのです。しかし、スポーツは日常のいろいろな活動の中の1つなので、わざわざ遠いところに行くということはありません。近場で何か体を動かして楽しむということができないとなりません。国リハはともかくとして、我々、横浜リハとラポールがどのぐらいノウハウを皆さんに提供できるかは控えめに言って未知数ですが、例えば技術的なこと、車いすはこうやったら借りられるよとか、こういうのを使えばいいんじゃないとか、トレーニング方法はこういうのがあるよということはお伝えできるのです。ではそれを近場のどこでやればいいのかということになると、ここに参加してスポーツに興味を持っていらっしゃる皆さんが地域で、例えば市のスポーツセンターでそういう集まりができないかというようなことをそれぞれの地域で始めていただくことが、障害者の方あるいは市民がスポーツを日常の延長として楽しめる、継続できる第一歩なのではないかと思っています。技術的なことをお伝えするのは国リハもや

ってくれるでしょうし、横浜もお手伝いできることがあれば技術的な支援はしたいと思えますけれども、身近なところにそういうものをつくらないと、スポーツとか健康増進に関しては難しいと思います。なので、皆さんがきょうのいろいろな考え方とか知見をそれぞれのお住まいのところに持ち帰って、そこで広げる核になっていただけたらうれしいと思います。

●緒方 ありがとうございます。海外の視点で、ドイツのお話をお聞きしてもよろしいでしょうか。

●ストローケンデル 個人個人がスポーツに参画する機会に関してですけれども、ハイテクな車いすは 60 万円ぐらいかかるのです。6000 ユーロとかなり高価であるということです。ただ、国家レベルでそういった資金を調達して、あるいは民間企業とかを財源にして、国家でそういったハイテク車いすを提供することはできるのではないのでしょうか。ある企業が製作している車いすでモチベーションというのがあります。自分の国の市場で入手できる部品で車いすを作っています。エリートスポーツと比較する必要はないと思うのです。エリートスポーツには長い伝統があって、1 週間に 30 時間トレーニングする、それと同じことをまねする必要はないわけです。途上国に関しても、そんなことはフォローできない。こういったハイテクな車いすを供与しても、半年後に壊れてしまったらもう修理できないとか、そういったこともあるわけです。ですから、参加ということに関しては、エリートモデルをモデルにするということではだめです。実際にスポーツとかレクリエーションとかのアクティビティをコミュニティでやるということに関して、自由にエンジョイできるような形で個々やっていくべきだと思います。

●緒方 ドイツにおける最初のアクセス、スポーツをしたいと思った人が情報を得るためのシステムは整備されているのですか。

●ストローケンデル はい。私はドイツで車いすラグビーに従事しています。でラグビー 40 人のラグビーの選手がいるのですけれども、10 人は女性です。新人が入ってきたら、私がその面倒を見ます。大体半年ぐらいかかってコンタクトして、何度も何度も来て、や

りたいやりたいと言って、私が最初にコンタクトを受けて、車いすラグビーの個々のトレーニングでグループのレベルにまで上げてあげる。クラブには2つのグループがあります。1つのグループは初心者向け、もう一つのグループは実際に競争に参加するというグループで分けます。

毎年、地域の最大のラグビートーナメントをやります。イースターの1週間前、50ぐらいのチームが参加していきまして、非常に盛んです。なぜ、50もあるかというのの初心者から上級者までのレベルに応じて4つのグループに分けているからです。たくさんチームがいても、次々新しいチームが入ってきて、一番下からはい上がっていくわけです。こういう方法で、皆さんに、どんどん参加して、どんどん上に上がろうよということを奨励できます。

大事なことは、リクルートすること。新人が入ってきたり、だれかの紹介で入ってきたというときが大事です。子供からではなくて、実際に人生の悲劇があって、その後に障害を受け入れた人たちが我々のところにはやってくるのです。そこで新しい機会をということでやってくる。一人ではできない、だれかのアシストが必要だということでやってくるわけですから、きちんとフォローする必要があります。私が強調したいのは、だからこそパラリンピックは社会に大きなメッセージを投げかけるのです。つまり、アスリートはこんなことができるのだ、本当に楽しめるのだ、エンジョイできるのだということ、そういうすばらしい機会があるということを示すわけです。1週間に5回もトレーニングをするアスリート。つまり、だれかがいるし、スタートしてもう無理だとすぐにあきらめてしまう人がいるとしたら、いやいやあきらめちゃだめだよと言って、もし厳しかったら、レクリエーションレベルなどのその人に合った別の機会を提供します。

●緒方 ほかのスピーカーの方でコメントがありましたら、お願いします。

●飛松 窓口がないと言われてしまうと私も困るのですが、窓口はあちらこちらにあるような気がします。リハセンターとか障害者スポーツセンターとか、ちょっと電話でもしてくれば、だれかが何か、あっちに行ったらよいとかこっちに行ったらよいということは言ってくれるのではないかと思います。

それから、確かにスポーツ用具は高いですが、私の知っている人だと、先輩が貸してや

るから来いみたいな形で誘ったと。どういう経緯かという、と、脊髓損傷になって、かなり暗い人生をずっと歩んでいて、心配した車いす屋さんがその子を車いすバスケットに誘い、連れ出して、車いすを貸してちょっと体を動かすのを覚えさせたら、時間はかかりましたが、本人もだんだん乗ってきた。今、ここの職リハに入所してビュンビュンぶっ飛ばしている子ですが、そのようにきっかけはどこにでも転がっているかなと。うまくつないでやれば、組織立ってなくても、ちょうどピアカウンセリングみたいに仲間同士で盛り上がっていくということもあるし、それはとてもよいことではないかと思います。

ただ、障害を知らない人が突然障害のある方を引っ張り込んでしまうといろいろなことが起こるので、先ほどのヨットにもありましたけれども、どうやって安全に乗せるかとか、どうやって安全におろすかみたいなことに非常に気を遣って、それからスタッフの教育もしてというようにやっているのです、その辺を押さえて障害者の方をスポーツに引っ張り込んでいただければいいのではないかと思います。

●緒方 ありがとうございます。

●君島 誤解されているようですが、私は、スポーツはメディカルでもないし、ウェルフェアでもないという意味で申し上げているのです。メディカルのところに行かなければスポーツのことがわからない、ウェルフェアのところに行かなければスポーツがわからないということ自体が非常に閉鎖的ではないかということです。純粋にスポーツをやりたいという人はお医者さんの顔も見たくないし、偉い人の顔は見たくないわけで、純粋に楽しみたいという人が行く窓口がないという意味です。もっと開かれたスポーツ環境をつくり上げないとだめだと思います。さらには飛松先生が最後におっしゃったピアだと思いのです。スポーツをやっていた経験、先ほどの質問の方も自分はやっていたと。自分はやっていたという人がまさに窓口なのではないかと。それをどうやってコーディネートするのか、その点を我々が支援しなければいけないという意味で申し上げました。

●緒方 ありがとうございます。

●松尾 障害者スポーツ協会の中に、健常者のスポーツと同様にスポーツ団体があります。

さっきのマラソン用車いすを借りる話は、障害者陸上連盟に連絡すれば、それぞれの地域でマラソン用の車いすを貸し出してくれるのではないのでしょうか。私がやっているテニスも、私は九州から来ましたけれども、九州でテニスをやりたいという人がいれば、九州車いすテニス協会の人から情報伝達したり、その取り扱いの仕方まで伝えてくれると思います。今、ピアカウンセリングと言っていたきましたが、そういう競技をやっている皆さんたちは自分たちの経験を踏まえて必ずや伝えてくれると思いますので、そのことを補足させていただきたいと思います。

●緒方 ありがとうございます。中森さんも喜んでいると思います。

大変活発な議論をいただいておりますが、時間の関係もございますので、もしフロアからございましたら、あと1つだけ質問を受けたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

●ストローケンデル 今のピアカウンセリングの話に1つつけ加えたいことがあります。

心理的な問題、があります。きちんと教育を受けたアスリートよりも良いプロモーターはいません。自分が障害経験を持っている方がピアカウンセリングの教育を受けて自分自身の立場ではなく、相手の身になる訓練がなされなくてはならず、自然とピアカウンセリングができるというものではないのです。研修が非常に大事です。

●緒方 ありがとうございます。

これでディスカッションをまとめたいと思います。なかなかこうした会をまとめるというのも難しいところだと思いますけれども、きょうの議論を通じまして、やはりコミュニティベースという言葉が繰り返しあったと思います。それからピアカウンセリングだったり、パーソナルリレーションシップだったりということで、そういうところが障害者におけるスポーツの1つのキーワードになってくるのかなと感じました。それから、スポーツというのは、全体の健康のパラメータをよくするというのももちろん重要ですが、それ以上にメンタルの面とか社会参加、そういうフレームワークの中でとらえるべきだということがスピーカーの方々から強調されたことではないかと思います。

拙い司会で大変恐縮でしたが、これで討議を終えたいと思います。スピーカーの皆様、本当にきょうはありがとうございました。

## 閉会挨拶

中村 耕三

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長

御紹介いただきました中村でございます。閉会に当たりまして、一言ごあいさつを申し上げます。本日は、国際セミナー「障害者の健康増進とスポーツ」に御参加くださいました皆様に心から御礼を申し上げます。

このセミナーは、開会のときに当センター江藤総長から話がありましたように、WHOの指定研究センターとしての国際セミナーでありまして、海外と日本における障害者の健康増進とスポーツに関する、その現状と取り組みを御報告いただきました。

日本では、昭和 36 年、東京オリンピックが開かれる直前に制定されましたスポーツ振興法が、平成 23 年に改正され、スポーツ基本法になりました。その中で、スポーツを通じて豊かな生活を営むことが人々の権利であること、そして人々が生涯にわたってその適正や健康状態に応じてスポーツを行うことができるようにするというのが、スポーツに関する基本理念の中に書かれております。そして、その理念の中に、障害者が自主的に、そしてまた積極的にスポーツを行うことができるよう、障害の種類や程度に応じて必要な配慮をしつつ推進がされなければならないとされております。

本日のセミナーにおきましては、障害のある人のスポーツの参加のために各国で取り上げられております対策あるいは地域での取り組みについて御紹介をいただきました。一方、健康増進という観点から、障害のある方には障害の増悪や機能の低下、合併症といったことがありますので、健常者の健康増進とは異なるアプローチが必要であるという御指摘もありました。国立障害者リハビリテーションセンターにおきましても、飛松センター長からお話しさせていただきましたように、2010 年にセンターを設置いたしまして、その努力を開始したところでありまして、本日はその成果が出ていることについてお話をさせていただきました。

このように、本日お話しいただきましたことは多方面にわたりまして、それだけ、本日のこのテーマについて包括的な理解につながり、今後の障害のある方の健康増進、スポーツ活動の推進について大変意義のある内容であったと、私自身、感謝いたしているところであります。

皆様とともに、今後一層、障害のある方の健康増進、スポーツへの参加、取り組みについて進めてまいりたいと思っております。

本日は、皆様、御参加くださりまして、まことにありがとうございました。

これにて閉会とさせていただきます。