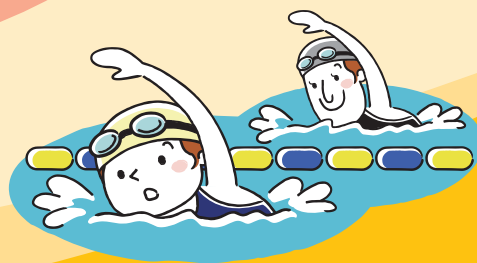


障害のある人への
配慮を工夫した
スポーツ施設
利用マニュアル



障害のある人への配慮を工夫した スポーツ施設利用マニュアル

も

く

じ

はじめに	障害のある人とスポーツ	1	DVD
------	-------------	---	-----

第1章	障害の分類と概要	3	DVD
-----	----------	---	-----

1 障害の分類	4
2 肢体不自由	5
3 視覚障害	11
4 聴覚障害	13
5 知的障害	15
6 精神障害	16
7 発達障害	18

第2章	施設利用時の配慮とポイント	19	DVD
-----	---------------	----	-----

1 施設内外の配慮とポイント	20
駐車場	20
更衣室・シャワー	20
トイレ	21
点字ブロック	21
入口から受付	21
2 障害別の配慮とポイント	22
①肢体不自由（車いす）	22
②視覚障害	24
③聴覚障害	26
④知的障害	28
⑤精神障害	29

第3章	誰もが楽しめる障害者スポーツの紹介	31	DVD
-----	-------------------	----	-----

イベントを行うための工夫	34
--------------	----

参考文献	35
------	----

障害のある人とスポーツ

日本福祉大学 スポーツ科学部 学部長 藤田 紀昭

2020年、東京でのパラリンピック開催が決定してから6年がたとうとしています。パラリンピック本番まであと1年。この間、障害のある人がスポーツをする環境は改善されたでしょうか？これまでもスポーツをやっていて、より高いレベルを目指そうとする人に対しては合宿や海外遠征など様々な面で支援が行われるようになり、競技環境は改善されたといえるでしょう。

一方でスポーツ庁の調査によれば障害のある成人の週1回以上のスポーツ実施率は2013年が18.2%、2015年が19.2%、2017年が20.8%と微増しているものの大きな変化がみられるまでには至っていないようです。地域での障害者スポーツの振興予算が増加するなどの改善がみられるもののその効果が十分に上がっているとまでは言えません。大きな原因の一つに障害のある人にスポーツに関する必要な情報が行き届いていないことがあげられます。障害のある人のスポーツ指導ができる指導者の不足、教員や理学療法士、作業療法士など実際に障害のある人をスポーツに導けるチャンスのある人たちの知識や経験不足、地域のスポーツクラブやスポーツ施設スタッフのなど障害のある人を受け入れる側の知識や情報不足などがその要因として考えられます。

現在、スロープや点字ブロックの敷設、多目的トイレの設置など公共のスポーツ施設のバリアフリー化は急速に進んでいます。しかしながら、そこにいる施設の管理スタッフやスポーツ指導者に障害のある人を受け入れる資質がなければ障害のある人がその施設を利用することは困難になることが推測できます。「けがをしては困るから」とか、「床が傷つくから」などの理由から障害者のスポーツ施設利用が拒否されることは今でも起こっているのです。しかし、逆もまた然りです。車いす利用者には少々移動が難しい施設でもスタッフの工夫で障害のある人が気持ちよく施設を利用することも可能です。

このマニュアルは地域のスポーツ指導者や、スポーツ施設等のスタッフ、地域のスポーツクラブ関係者、そして障害のある人自身に対して障害のある人がスポーツをする際に必要なちょっとした工夫や配慮について知っていただき、障害のある人が体を動かすことやスポーツすることの楽しさを味わう機会が増えることを願って作成されたものです。ここに記載された配慮や工夫は障害のある人はもとより体の機能が衰えつつある高齢者や発達

の途上にある子どもたちにも援用できるものです。

本冊子の1章では肢体不自由や聴覚障害、視覚障害、知的障害や精神障害など各種障害の内容や特徴について説明してあります。医学的な詳しい説明というよりはスポーツを行う際に知っておくことが必要と思われることをコンパクトにまとめてあります。2章の1では障害のある人がスポーツ施設に到着してから活動を始めまでに知っておくといと思われる配慮や工夫について時系列的にまとめてあります。2章の2では1章で紹介したそれぞれの障害のある人がスポーツを行うときに必要な配慮や工夫についてまとめてあります。3章では障害のある人が楽しめるスポーツの具体事例を少しだけ紹介しています。実際のスポーツの現場では様々なスポーツを様々な障害のある人が楽しむことになります。また障害のある人とない人が一緒にスポーツを楽しむ機会も増えてくるでしょう。本冊子に書かれたことをヒントにして障害のある人に関わる皆さんがその人に合った方法で配慮や工夫を行うことが大切です。

本冊子がスポーツ施設やスポーツクラブの指導者やスタッフの不安をいくばくかでも解消し、障害のある人のスポーツ実施の機会を提供することに役立てられ、ひいてはすべての人々の健康で生きがいある生活に貢献できれば幸いです。



第1章

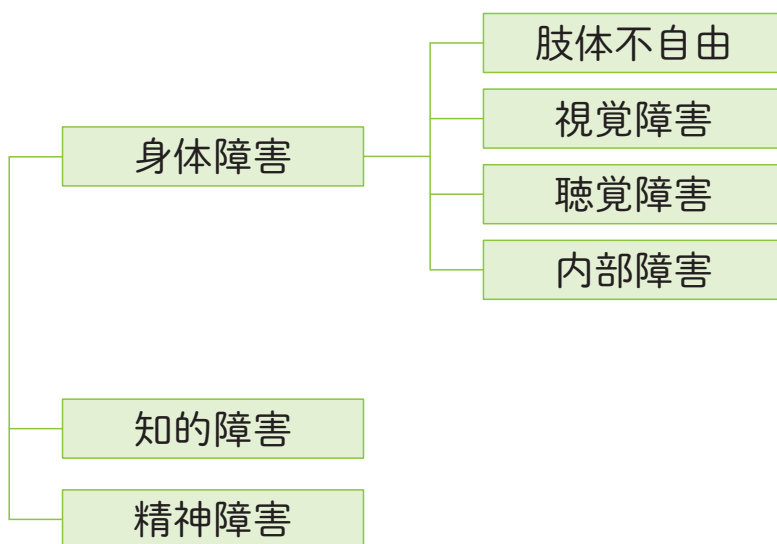
障害の分類と概要



障害の分類

障害者基本法では、「障害者」について『身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。』と、定義されています。

また、障害者自立支援法では、「障害者」とは、『身体障害者福祉法第四条に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者のうち十八歳以上である者及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五条に規定する精神障害者（知的障害者福祉法にいう知的障害者を除く。以下「精神障害者」という。）のうち十八歳以上である者をいう。』とし、「障害児」については、『「障害児」とは、児童福祉法第四条第二項に規定する障害児及び精神障害者のうち十八歳未満である者をいう。』としています。



障害の分類

※（公財）日本障がい者スポーツ協会「新版 障がい者スポーツ指導教本 初級・中級」から一部改変

肢体不自由

障害者を対象にしたスポーツを行うとき、障害の分類とその概要を知っておくことは大切です。障害は、大きく身体障害・知的障害・精神障害の三つに分けられ、これを「三障害」といっています。そして、身体障害は身体機能の面から肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、内部障害の四つに区分されます。

ここで扱う「肢体不自由」は、その発生原因にかかわらず、上肢や下肢、体幹に永続的な運動機能障害があることを指します。また、身体運動の違いによって脊髄損傷、切断・欠損、中枢神経障害、その他の機能障害の四つに区分されます。

基本的には、障害名が同じでも障害の部位や程度など身体状況（麻痺、切断、筋力状況）に個人差があり、スポーツを行う際には、その内容を考慮することが必要です。そして、日常生活やスポーツ活動を補助する車いす・装具・杖などの特性についての知識と理解も必要になってきます。

肢体不自由者のスポーツ活動は、リハビリテーションを目的として健康と身体機能の維持・向上のために行う人も多いようです。一方、競技スポーツを志向する場合は、個人の身体機能の状態によっては大きな効果が得られます。さらに他者との交流を通して、やる気、活気、自尊心の高まりなどの心理的効果もあります。しかし、スポーツ活動を行ったことで障害の程度がさらに重度化してはいけません。ここでは、肢体不自由の四つの分類ごとにその概要とスポーツを実施するときの注意点についてみていきます。

● 脊髄損傷

1. 受傷の原因について

脊髄損傷は、転落や交通事故などで脊椎や脊髄に損傷を受けて、対麻痺や四肢麻痺など運動機能の障害が現れるものです。受傷の特徴は、20歳～30歳と60歳前後の2つのピークがあります。男性の方が女性に比べて5倍以上の受傷数を示しています。受傷の原因は、60歳以下の若年層では交通事故（37.5%）が圧倒的に多く、転落（32.6%）、スポーツ（8.2%）、転倒（5.9%）の順になっています。一方で、61歳以上の高齢者では転落（42.7%）、交通事項（29.1%）、転倒（11.1%）の順です。

2. 障害の内容・程度について

脊髄損傷によって起こる障害は、自律神経障害といわれ四肢の運動・知覚障害や膀胱直腸障害があります。また、頸髄を損傷した場合、上下肢の運動麻痺以外にも横隔膜機能の障害による呼吸機能障害を伴うことがあります。そして、下位胸椎から上位腰椎を損傷した場合、腹筋から下肢に麻痺が起こります。脊髄の運動中枢は、脊髄の位置によって制御される筋が決まっているので、損傷の（程度）で麻痺する部位が決まってきます。障害の程度を評価するのに、もっとも良く用いられているのはASIA機能障害スケールといわれるものです。この分類は受傷者の基本的情報なので麻痺の予後を予測するためにとても参考になります。

● ASIA 機能障害スケール

A	完全 損傷高位以下の運動・知覚機能お完全麻痺
B	不完全 運動機能は完全麻痺で（S4, S5 髄節を含めた）損傷高位以下の知覚機能のみ残存
C	不完全 運動機能は保たれて、損傷高位以下の主要筋群の少なくとも半分以上の筋力が MMT で3未満
D	不完全、運動機能は保たれて、損傷高位以下の主要筋群の少なくとも半分以上の筋力が MMT で3以上
E	性状 運動・知覚機能ともに性状

3. 注意しないといけないこと

知覚麻痺を含む運動麻痺は、損傷した部位と程度によって、現れる症状は決まっています。自律神経は、神経系のなかでも意識に上ることなく自動的に内臓機能を調節しています。例えば、血圧の維持、消化管の運動、末梢の血流調節、心拍数の調節、膀胱からの排尿、発汗を含めた体温調節などです。これらの機能は、命を守るために大切な働きです。

脊髄はこの自律神経の働きを伝える重要な役割を担っているので、脊髄を損傷すると自律神経機能に障害が起こります。例えば、頸髄損傷者は麻痺領域に刺激を与えると反射が起こり血圧が上昇して頭痛、発汗、顔面紅潮などが起こります。寝ていて急に起き上がるとめまいや気を失うような感覚になる起立性低血圧を起こすこともあります。これは健常者でも起こりますが、脊髄を損傷したことで末梢血管に自律神経異常がある人では起こり易いのです。また、体温調節に必要な皮膚の血流や発汗の調節も自律神経の作用です。脊髄損傷者は体温の調節機能が低下するので、炎天下や冷所でのスポーツでは十分な注意を払う必要があります。さらに膀胱や直腸も自律神経の支配を受けているので、排尿や排泄障害が起こります。このような場合、手圧排尿、自己導尿、収尿器を使用する方法で排尿管理を行います。

次に注意すべきことは、褥瘡、尿路感染症、痙性といった症状です。褥瘡は、身体と車いすやベッドなどの支持面といった、良く接触する箇所の血流の流れが悪くなって、周辺の組織が壊死する症状です。特に骨が突出しているところで、尾骨部、坐骨部、踵などによく現れます。また、知覚麻痺を伴っているので本人の自覚症状がなく、かつ見えにくい部位で起こるために見逃され易いです。予防が大切で支持面の圧力を分散するクッションの利用や身体を移動（体位転換）することで、同じ部位の接触回数を減らす方法が有効です。さらに、低たんぱく血症、貧血などの低栄養状態も褥瘡が起こりやすい要因のひとつといわれています。褥瘡が分かったら、褥瘡部位の感染を予防する処置を行う必要があります。

脊損者で、比較的多いのは尿路感染症で、排尿障害や尿道カテーテルの使用によって起こるものです。予防として、適切な排尿やカテーテルを清潔に管理することが大切です。発熱があったら、すぐに医師の治療を受ける必要があります。

触覚や温度（寒さ）などの皮膚刺激や膀胱に尿が溜まるといった刺激によって下肢の筋肉に痙攣が起こる症状を痙性いいます。重篤な状況に陥ることは稀ですが、症状によっては神経ブロックや筋弛緩剤による治療をします。このような脳血管障害や筋・神経疾患などでは、飲み込みの障害（嚥下障害）を伴っていることがあり、特に水泳を行う場合には医師と相談することを勧めます。

● 切断、欠損

1. 受傷の原因について

切断は、何かの原因によって四肢の一部が切り離された状態をいいます。その原因は、交通事故や労災事故などの外傷、動脈硬化による血行障害、糖尿病、悪性腫瘍、感染症などがあります。

2. 障害の内容・程度について

これには、先天的に四肢の形成が障害された場合と生後（後天的）の事故などによって四肢を失うなどの場合があり形態的な障害によって、制約や制限など運動障害が起こる場合をいいます。そして、上肢では肩関節切断、上腕切断、肘関節切断、前腕切断、手関節切断、部分的手切断、下肢では股関節切断、大腿切断、膝関節切断、下腿切断、足関節切断、部分的足関節切断というように切断部位により分類されます。

3. 注意しないといけないこと

スポーツを行う場合、肘関節や膝関節の機能が残存しているかどうかは重要なことです。下腿切断の断端に十分な支持性があれば、種目によっては義足をつけて健常者と変わ

らないパフォーマンスを発揮することが可能です。最近、走り幅跳びのパラリンピック選手が、オリンピック記録に近い記録を出しています。しかし、スポーツ仕様の義足の機能の一般性や倫理については多くの検討が必要です。また四肢を切断した場合、切断した部位があるように感じる幻肢や痛みを感じる幻肢痛が問題になることがあります。さらに、義肢を使用してスポーツをする場合、日常生活より大きな負担が断端部にかかるので、断端部の皮膚の状態に注意して、少しでも循環不全の症状があれば直ちに処置する必要があります。

● 中枢神経障害

中枢神経障害では、脳性麻痺、脳血管障害などは脳機能に何らかの障害があり麻痺などの症状が現れます。以下、脳性麻痺と脳血管障害について説明します。

● 脳性麻痺

1. 受傷の原因について

脳性麻痺は妊娠から生後4週までの間に、何かの原因で脳の損傷を受けることで引き起こされた運動や姿勢の異常を指します。その原因としては風疹などの体内感染が良く知られていて、妊娠中の原因としては周産期仮死、分娩時の外傷などがあり、出産後の原因としては脳炎・髄膜炎があげられます。発症は出生児1,000人あたり2人程度といわれています。近年の周産期医療の発達によって減少しつつありますが、大幅な減少には至っていません。

2. 障害の内容・程度について

脳性麻痺の運動障害は、程度の軽いものから、補装具、松葉杖、車いすなどの補助具が必要になるものまで幅があります。主なものは、痙直型、アトニーゼ型、運動失調型、混合型の四つです。話す筋肉の制御に障害があり話していることが理解しにくい場合や、斜視、また、脳の非運動野が損傷を受けて、知的障害、聴覚障害、けいれんなど、別の障害がみられることがあります。

3. 注意しないといけないこと

スポーツを行うとき、注意すべきこととして、けいれんとてんかんがあります。脳浮腫や脳機能障害の原因となって、けいれんを繰り返す場合には、抗けいれん薬ですぐに治療する必要があります。また、てんかん発作の起こることもあります。突然、スポーツを行っている最中に意識を失うことは大変危険です。抗てんかん薬を常時服用している人は

飲み忘れに注意することが大切です。また過労、睡眠不足、気候や時差、過度の緊張など環境が変化したとき、発作が起こりやすくなるので、それらに注意してなるべくリラックスできるようにしなければいけません。

● 脳血管障害

1. 受傷の原因について

脳血管障害は、脳血管の病理学的変化、灌流圧の変化あるいは血漿、血球成分の変化などによって、脳に一過性もしくは持続性の虚血または出血が生じたものといわれます。その分類には、NINDS-IIIが良く用いられます。

● NINDS-III分類

A	無症候性
B	局所性脳機能障がい 1. 一過性脳虚血発作 2. 脳卒中 1) 脳梗塞 2) 脳内出血 3) クモ膜下出血 4) 脳動静脈奇形に伴う頭蓋内出血
C	血管性痴呆
D	高血圧性脳症

無症候性脳血管障害は、血管性の脳実質病巣による神経症状がなく、脳卒中の既往もみられません。画像診断（MRIやCTなど）の結果、梗塞巣や出血巣などの血管性の脳実質病変がみられる状態をいいます。脳ドッグなどで発見される場合が多いようです。局所性脳機能障害には、一過性脳虚血発作（TIA）と脳卒中があります。TIAは、症状持続が1時間未満であることを除けば脳卒中とよく似ています。TIAの持続時間は5分未満といわれています。場合によって、一過性の脱力感や筋力の低下、めまいやふらつきなどが起こることもあります。

脳卒中は、脳梗塞や脳内出血、クモ膜下出血や脳動静脈奇形によって起こる頭蓋内出血の四つに分類されます。そして、脳梗塞はアテローム血栓性脳塞栓、心源性脳梗塞、ラクナ梗塞、その他の脳梗塞の4種類に分けられます。脳内出血の主な原因は高血圧ですが、血液疾患（白血病、血小板減少性紫斑病）も原因となる場合があります。クモ膜下出血は外傷性を除くと脳動脈瘤の破裂によるものが多いようです。

2. 障害の内容・程度について

脳血管障害によって引き起こされる障害は、運動障害、知覚障害、知的障害、情動障害、高次脳機能障害があります。①運動障害は、通常どちらか一方の側の上下肢の麻痺（片麻痺）として発症しますが、脳幹部に血管障害がある場合は両側の麻痺が起こり、小脳にそれがある場合は運動失調を引き起こします。②知覚障害は運動障害と同側に起こります。自覚的なしびれ感だけの場合から、まったく感じない知覚脱出まで程度はさまざまです。視床部の出血後には、しびれ感が強く耐えられない痛み（視床痛）を感じる場合があります。③知的障害は脳卒中中の病巣が小さい場合でも起こることがあり、記憶障害や認知症に進行する場合があります。④情動障害は、脳卒中後にうつ状態に陥りやすいことが知られています。⑤高次脳機能障害は、失語症や失行症、記憶障害や注意障害、遂行機能障害などがあります。失語症、失行症などは一見周りからみて分かり難く、スポーツをする場合、大切な機能に関わるため注意を必要とします。

3. 注意しないといけないこと

スポーツを行う場合、高血圧、不整脈などの脳卒中の原因となる症状の十分なコントロールが必要であり、症状によって運動負荷を調節することが大切です。また麻痺の程度や状態に応じて適切な運動を選択し、活動中の転倒などのアクシデントを予防する手段を講じることが必要です。

● その他の機能障害

上記の脊髄損傷・切断、欠損・中枢神経障害に当てはまらないものに、筋疾患による進行性の筋力低下などの症状が現れる進行性筋ジストロフィーなどがあります。



視覚障害

● 視覚障害とは

視覚障害とは、なんらかの原因で目からの情報入手が妨げられることにより、日常生活や社会生活に相当な困難や支障をきたしている状態で、医師による治療行為や眼鏡やコンタクトレンズを用いた矯正によっても改善が見込めないことを示します。

● 視覚障害の原因と種類

1. 視覚障害の原因

視覚障害になった時期により、先天的、後天的に分類されます。

先天的	網膜色素変性症、先天性白内障、網膜芽細胞腫、未熟児網膜症、原因不明など
後天的	緑内障、糖尿病網膜症、網膜色素変性症、黄斑変性、レーベル遺伝性視神経病（レーベル病）、網膜剥離、脳腫瘍・脳梗塞など

2. 視覚障害の種類

視覚障害には、見える程度によって「盲」と「弱視（ロービジョン）」に分けられます。盲とは「見えない」状態で、弱視は「見えにくい」状態を示しています。視覚障害には見えない人ばかりではなく見えにくい人（弱視）も数多くいます。弱視は、眼鏡やコンタクトレンズにより矯正された両眼の視力の和が0.3未満を示します。視力が低いだけでなく、下表のような見えにくさが複数あったりします。

視野障害	視野狭窄：中心部分しか見えません。 視野欠損：視野の一部が欠けて見えません。 中心暗点：視野の真ん中がぼんやりとしか見えません。
光覚障害	夜盲：明るさが不足すると全く見えなくなります 羞明（しゅうめい）：強い光に敏感でまぶしく感じて見えなくなります。
色覚障害	一定の色や物の境界線がわかりづらいことがあります。 全く色を判別できない人もいます。
視界不明瞭・不安定	混濁：視界が混濁して霧がかかったような状態 眼球震盪：眼球が常に揺らされているような状態が続き視界が安定しません。

● 視覚障害の程度と等級

身体障害者手帳が交付される基準として身体障害者福祉法により視覚障害の程度と等級が設けられています。

● 視覚障害者の障害程度等級表

障害者程度等級	判定基準
1 級	両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）の和が 0.01 以下のもの
2 級	1 両眼の視力の和が 0.02 以上 0.04 以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が 95 パーセント以上のもの
3 級	1 両眼の視力の和が 0.05 以上 0.08 以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が 90 パーセント以上のもの
4 級	1 両眼の視力の和が 0.09 以上 0.12 以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内のもの
5 級	1 両眼の視力の和が 0.13 以上 0.2 以下のもの 2 両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの
6 級	一眼の視力が 0.02 以下、他眼の視力が 0.6 以下のもので、両眼の視力の和が 0.2 を超えるもの

（身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号「身体障害者障害程度等級表」より）

視能率とは、視野の障害程度を示す基準で、視力が全くない場合は 0%、機能に異常がなければ 100% で表すものを示します。



正常な見え方



ぼやける



視野の中心部しか見えない



視野の周辺部しか見えない

見えにくさの例

聴覚障害

● 聴覚障害の原因と種類

1. 聴覚障害の原因

聴覚障害になった時期により、先天的、後天的に分類されます。

先天的	聴覚組織の奇形、妊娠中のウイルス感染（特に風疹）などで聴覚系統がおかされた場合
後天的	突発性疾患、薬の副作用、頭部外傷、高齢化などによって聴覚組織に損傷を受けた場合

2. 聴覚障害の種類

聴覚障害になった部位により、伝音性難聴、感音性難聴、混合性難聴に分類されます。

伝音性難聴	外耳、中耳の障害による難聴音が伝わりにくくなっただけなので、補聴器などで音を大きくすれば、比較的良好に聞こえるようになります。治療によって症状が改善される場合もあります。
感音性難聴	内耳、聴神経、脳の障害による難聴（老人性難聴も感音性難聴の一種です。）音が歪んだり響いたりしていて、言葉の明瞭度が悪い。補聴器などで音を大きくして伝えるだけではうまく聞こえません。補聴器の音質や音の出し方を細かく調整する必要があります。
混合性難聴	伝音性難聴と感音性難聴の両方の原因をもつ難聴

3. 聴覚障害者とは

聞こえの不自由な人を聴覚障害者と言いますが、聴覚障害の原因や種類、聞こえの程度が様々なため、聴覚障害者を分類し定義することは非常に難しいです。

● 聞こえの程度の分類

1. 聞こえの程度

聞こえの程度は、オーディオメーターという測定器を使って検査します。聴力レベルは、音の強さを示すデシベル（dB）という単位を使います。正常聴力の場合は、0dB程度であり、難聴の程度が強くなるほどこの値が大きくなります。通常30dB以上が「軽度難聴」、50dB以上が「中度難聴」、70dB以上が「高度難聴」、100dB以上が「ろう」とされます。

2. 身体障害者福祉法における聴覚障害者の程度等級

日本では、聴力レベル70dB以上から身体障害者手帳の交付ができます。手帳交付を受けている聴覚障害者は、全国で約36万人とみられています。しかし、国連の世界保健機構（WHO）では41dBから補聴器の装用が推奨されるとされており、この基準に基づくと600万人にのぼるとみられます。聴覚障害のみの場合は、最も重度なものでも障害者程度等級は2級までとなります。ろう（あ）者は、聴覚障害に言語障害等が加わると^{（注）}、1級に認定される場合があります。

● 聴覚障害者の障害程度等級表

障害者程度等級	判定基準
2級	両耳の聴力レベルがそれぞれ 100dB 以上のもの（両耳全ろう）
3級	両耳の聴力レベルが 90dB 以上のもの （耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの）
4級	1. 両耳の聴力レベルが 80dB 以上のもの （耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの） 2. 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が 50% 以下のもの
5級	1. 両耳の聴力レベルが 70dB 以上のもの （40cm 以上の距離で発声された会話語を理解し得ないもの） 2. 一側耳の聴力レベルが 90dB 以上、他側耳の聴力レベルが 50dB 以上のもの

注

- 1) 同一の等級について二つの重複する障害がある場合は、1級上の級とする。ただし、二つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは、該当等級とする。
- 2) 異なる等級について二つ以上の重複する障害がある場合については障害の程度を勘案して、当該等級より上の級とすることができる。
（身体障害者福祉法施行規則別表第5号「身体障害者障害程度等級表」より）

知的障害

● 知的障害の原因と種類

知的障害については、個別法による定義規定はありませんが、知的機能の障害が発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、記憶、推理、判断などの知的機能の障害が、全体的に遅れた状態にとどまり、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とします。

知的障害の程度に関しては、重度とそれ以外の程度区分についての基準が示されており、児童相談所または知的障害者更生相談所において判定が行われています。

● 知的障害者の障害程度等級表

障害者程度等級	判定基準
重度（A）	1. 知能指数（IQ）がおおむね 35 以下であって、次のいずれかに該当する者 ・ 食事、着脱衣、排便および洗面など日常生活の介助を必要とする。 ・ 異食、興奮などの問題行動がみられる。 2. 知能指数がおおむね 50 以下であって、盲、ろうあ、肢体不自由を有する者
重度以外のもの（B）	上記以外の者

1. 知的障害の程度別の分類

知的障害は、症状の程度により「最重度」「重度」「中等度」「軽度」の4段階に分類されています。厚生労働省の基準では、IQの値と、「日常生活能力水準」の両方を考慮し、以下のように分類しています。

※日常生活能力（自律機能、運動機能、意志交換、探索操作、移動、生活文化、職業等）の到達水準が総合的に同年齢の日常生活能力水準のa,b,c,dのいずれかに該当するもの。

生活能力 IQ	a	b	c	d
I (IQ ~20)	最重度知的障害			
II (IQ21~35)	重度知的障害			
III (IQ36~50)	中度知的障害			
IV (IQ51~70)	軽度知的障害			

程度別判定の導き方

2. 併存する疾患

原因疾患の病因により、精神的、身体的疾患の合併がみられます。併存の多い精神疾患は、自閉症スペクトラム障害（ASD）や注意欠如・多動性障害（ADHD）などです。

※詳しくは、p18に記載しています。

精神障害

● 精神障害の原因と種類

精神障害とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律において、『統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。』と定められています。

一定の精神障害の状態にあることを認定して精神障害者保健福祉手帳を交付することにより、各種の支援策を講じやすくし、精神障害者の社会復帰、自立及び社会参加の促進を図っています。手帳の有効期限は、交付日から2年が経過する日の属する月の末日となっています。2年ごとに、障害等級に定める精神障害の状態にあることについて、都道府県知事の認定を受けなければなりません。

1. 障害の程度及び判定基準

精神障害者保健福祉手帳の等級は、1級から3級まであります。

● 精神障害者の障害程度等級表

障害者程度等級	判定基準
1 級	精神障害であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの（概ね障害年金1級に相当）
2 級	精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの（概ね障害年金2級に相当）
3 級	精神障害であって、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの（概ね障害年金3級に相当）

2. 主な障害の種類

(1) 統合失調症

統合失調症は、幻覚や妄想という症状が特徴的な精神疾患です。精神科領域の代表的な疾患で、慢性の経過をたどりやすく、その間に幻覚や妄想が強くなる急性期が出現します。真の原因は不明ですが、遺伝、性格、環境、ストレス、ホルモンなどが複合的に関与

しているといわれています。

急性期の症状として、幻聴（例：人が自分の悪口をいっている）や体感幻覚（例：コンピュータで操られ身体がビリビリする）、被害妄想（例：盗聴器がしかけられている）、作為体験（例：自分が他人から操られてしまう）、思考伝播（例：自分の考えが他人にわかってしまう）といったものがあげられます。急性期の多くは病識が希薄なため、精神科受診の遅れや治療中断の大きな要因となっています。

慢性期においては、表面的な精神症状は目立たなくなりますが、コミュニケーションスキルの乏しさや就労問題といった生活上の困難に直面します。

（2）うつ病

うつ病は、精神的ストレスや身体的ストレスが重なることなど、様々な理由から脳の機能障害が起きている状態です。うつ病の分類方法の代表的なものとして、原因からみて外因性あるいは身体因性、内因性、心因性などで分ける場合があります。身体因性うつ病とは、アルツハイマー型認知症のような脳の病気、甲状腺機能低下症のような体の病気、副腎皮質ステロイドなどの薬剤がうつ状態の原因となっている場合をいいます。内因性うつ病というのは典型的なうつ病であり、心因性うつ病は、性格や環境がうつ状態に強く関係している場合です。

精神障害にはその他にも、パニック障害やアルコール依存症、薬物依存症などがあります。



発達障害

発達障害は、発達障害者支援法において、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などこれに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」と定義されています。症状は発達障害の種類によって異なりますが、言語や知的な発達が遅れたり、コミュニケーションや社会性などに問題が起きたりします。

1. 自閉症

3歳位までに現れます。主な特徴としては、他人との社会的関係の形成の困難さ、言葉の発達の遅れ、興味や関心が狭く特定のものにこだわるなどがあります。このうち、知的発達の遅れを伴わないものを高機能自閉症といいます。また、知的発達の遅れを伴わず、かつ自閉症の特徴のうち言葉の発達の遅れを伴わないものをアスペルガー症候群といいます。

2. アスペルガー症候群

アスペルガー症候群は、知的障害を伴わない自閉症のことであり、高機能自閉症と呼ばれることもあります。主な特徴は、表情や身振り、声の抑揚、姿勢などが独特であり、親しい友人関係を築けない、慣習的な暗黙のルールが分からない、会話で、冗談や比喻・皮肉が分からない、興味の対象が独特で変わっている（特殊な物の収集癖があるなど）が挙げられます。

3. 自閉症スペクトラム障害

現在の国際的診断基準の診断カテゴリーである広汎性発達障害とほぼ同じ群を指しており、自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害が含まれます。症状の強さに従って、いくつかの診断名に分類されますが、本質的には同じ1つの障害単位と考えられています。ペクトラムの意味は「連続体」です。特徴は、相互的な対人関係の障害、コミュニケーションの障害、興味や行動の偏り（こだわり）の3つが挙げられます。

4. 注意欠如・多動性障害(ADHD)

年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力、多動性、衝動性を特徴とする行動の障害で、社会的な活動や学業等に支障をきたすものです。また、通常7歳前に現れ、その状態が続きます。

5. 学習障害 (LD)

基本的に全般的な知的発達に遅れはないものの、聞く、話す、読む、書く、計算する、又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指します。

第2章

施設利用時の 配慮とポイント



施設内外の配慮とポイント

● 駐車場

大型バスの停留場と車いす使用者の乗り降りのスペースの確保があることが望めます。また駐車場からのアクセスの利便性、通路の整備と雨や雪への対応策として屋根や壁があることが望めます。そして、車いす使用者用のために広めの駐車スペースの確保が大切です。車いす使用者用スペースの明示のためのコーンを置くと、それを移動させるために車を降りる必要があるのでやめましょう。



駐車場

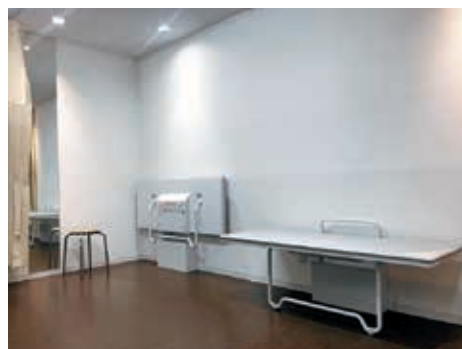
● 更衣室・シャワー

更衣室は、車いす使用者のスペースの確保と床面の特性を考慮すべきです。競技用車いすは、一般用の車いすに比べて幅が広いです。また、介助が必要な人や車いすの人の更衣には、長いすがあると良いでしょう。

扉は横引きもしくは蛇腹式であることが必要です。また、鍵は簡易なものにすることです。



標識（点字）



長いす（更衣室）



シャワー室

● トイレ

車いすの人が利用できるスペースを確保しましょう。一般のトイレでも、入口が広ければ、車いすで使えます。

車いす使用者用は、レバー式の手洗いを設置して、便房の広さを確保し、物置台や開閉の簡単なごみ入れを用意しましょう。

視覚障害のある人へは、スタッフが一緒に案内して、場所や内部の状況を確認しましょう。

また、オストメイト設備があると良いでしょう。オストメイト^{*}がトイレを利用する際は、腹部に取り付けたパウチを洗浄するための設備が必要になります。

^{*}腹部に人工肛門や人工膀胱を造設した人を、オストメイトと言います。



オストメイト設備

● 点字ブロック

点字ブロックの上には何も置かないようにしましょう。音声案内がない場合、入口が分からないことがあるので、困っていたら声をかけて一緒に入るようにしましょう。室内に点字ブロックがない場合、必要な時だけおいて使用する「歩行誘導ソフトマット」などがあります。



歩行誘導ソフトマット

● 入口から受付

入口には、音声案内や触知図面がついた施設案内図の設置があると良いでしょう。入ってすぐに室内シューズが必要な場合は、いすを用意しましょう。また、義足の人や片麻痺の人は、立ったまま靴を脱ぐことが難しいです。靴べらがあると便利です。車いす利用者の場合は、雑巾を用意してタイヤを拭くと良いでしょう。



くつべら

障害別の配慮とポイント

① 肢体不自由

障害のある人が安心して日常生活やスポーツ活動をしていくなかで、障壁となる段差などを取り除いて行こうという考え方が広まり、障害のない状態をさして「バリアフリー」という言葉が使われてきました。しかし、最近は障害者のためにという発想ではなく、子どもや高齢者を含めた多くの人たちが安全にかつ快適な環境を創っていこうという考え方に変わりつつあって、「ユニバーサルデザイン」という言葉が使われるようになってきました。

さまざまな症状をもつ肢体不自由者（車いす使用者）が安全かつ快適な施設環境を準備するうえで必要なことを見ていきます。

● 導線の確保

施設内の導線は直線的でかつ単純であることが原則です。そして特別な介助なしで移動ができるようにしましょう。壁などで手が触れる高さの部分にはものを貼らないことも大切です。また、危険物の除去 柱の突出が無い事が原則です。止むを得ない場合は、カバーして安全を確保することが必要です。通路などの溝蓋は、車いすのタイヤが挟まらないよう配慮することが必要です。

● 段差や手すりの工夫

段差がないことが原則です。どうしても解消できない場合は、車いすの通行可能な高さにすることが大切です。そして、取り外しが可能なスロープの設置も考えましょう。

階段は、安全確保や視覚障害者誘導のため手摺りを設置しましょう。

安全に移動するために柱の突出などには、カバーをしたり危険物は除去しておきます。



● 記入のサポート

脳性まひや脳血管疾患などの後遺症のため、震えがあり字が書けない方がいます。本人に確認し希望があれば代筆のお手伝いをしましょう。また、手元で書きやすいよう、バインダーを用意しておきましょう。



● 車いすの種類

車いすには、電動型と手動型（自走用・介助用）があります。電動車いすにおいても、手動に切り替えて介助用として使用してもらえるように側部に電動と手動のレバーがついています。



電動型（電動車いす）



手動型（車いす）

● 車いす使用者への支援

段差をのぼる場合

介助者は、車いすの背もたれ部位にある手押しハンドルなどをしっかり持ち、まず車いすのキャスター（前輪）を持ち上げて段の上に乗せ、次に駆動輪を段の上に乗せます。

この時、キャスターをあげる際には必ず車いす使用者に対して声かけをしてから行う必要があります。



坂道（スロープ）を下る場合

車いすに乗っている人の身体が、坂道の上を向くようにします。介助者は、後ろを確認しながらゆっくりと坂道を下ります。



障害別の配慮とポイント

② 視覚障害

厚生労働省によると2016年度末時点の視覚障害の認定者数は合計337,997人で、その内訳は1級111,272人（32.9%）、2級100,356人（29.7%）、3級25,039人（7.4%）、4級27,062人（8.0%）、5級47,412人（14.0%）、6級26,856人（7.9%）となっており、1級と2級の認定者割合が多い傾向にあります。

● 視覚障害者とのコミュニケーション

視覚障害者で困っている様子の人がいたら、「何かお困りではないですか?」「何かお手伝いすることはありますか?」など一声かけてみましょう。

誘導や介助する際の留意事項

(1) 声をかける（挨拶）の留意点

正面に立って「こんにちは。〇〇です。」といったように、挨拶と自分が誰なのかを自己紹介します。これによって、誰から話しかけられているのか分かります。



注

急に大きな声を出したり、触ったり、引っ張ったりしないようにしましょう。

(2) 誘導する際の留意点

視覚障害の方は、普段白杖を使用したり、盲導犬を伴ったりして移動しています。障害の程度によって、助けを借りずに歩ける人もいます。

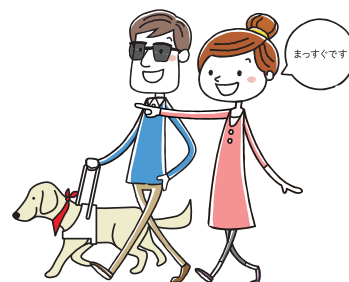
基本的な歩き方は、視覚障害者が肘を曲げて介助者の右肘を持ってもらい、介助者が半歩前になります。介助者は自然な形で手をまっすぐに下げ、腕をなるべく動かさないで歩きます。一緒に歩きながら周囲の状況や障害物を知らせることが重要です。もし、段差がある場合はどのくらいの段差が何段あるか、また階段を使用する



際は一度手前で止まり「上り」か「下り」かを知らせ、誘導者が1段早く進むように移動します。いすに案内する際には、座る前にそのいすの背もたれや座面に手を添えて確認してから座ってもらうようにすると良いでしょう。狭い入り口などは視覚障害者が壁に当たらないよう、一列になってゆっくりと歩きます。

注 視覚障害者が安心して歩きやすい姿勢をとるようにしましょう。

盲導犬を伴っている場合の誘導方法は、視覚障害者がハーネス（盲導犬が体につける白い胴輪と使用者が持つハンドルのこと）を持っていない側に位置し、「まっすぐです」「〇m進んだら左に曲がります」など方向の指示を口頭で行います。



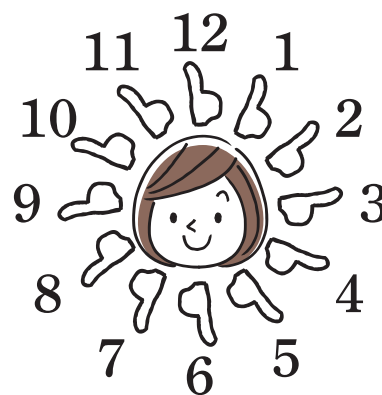
注 盲導犬のハーネスをつかんで誘導（向きをかえたり）しないこと、また盲導犬の頭をなでたり食べ物を与えないようにしましょう。

（3）説明する際の留意点

言葉は早口になりすぎないように、はっきりと発音しましょう。本人を中心として右、左、前、後といった具体的な言葉を用い、それに距離を付けて「右に5m進むと出口があります」といったように説明すると良いでしょう。

注 「あれ」「そこ」「こっち」といった指示語は使わないようにしましょう。

説明方法に「クロックポジション」という時計の文字盤を応用した位置の示し方があります。例えば、テーブルの上で手をまっすぐ前に伸ばした位置が12時、手前が6時となります。テーブルに何がどれだけおいてあるかといったテーブル上（全体）のクロックポジションと、1つのお皿にどのように盛り付けられているかといったお皿の中の（一部に限定した）クロックポジションとしてどちらも説明ができます。



障害別の配慮とポイント

③ 聴覚障害

現行の障害者制度では、法的認定を受けている聴覚障害者は限定されています。約33万8000人、一方、聴力レベル70dB未満も含む軽度・中等度の難聴者や高齢者も含むと、約600万人～800万人(総人口の約5%)はいると言われています。

● 聴覚障害者とのコミュニケーション

聴覚障害者のコミュニケーション方法は人それぞれの特徴があり、障害の程度や内容によっても違います。多くの聴覚障害者は、手話や口話、筆記、ときには音声といったコミュニケーション手段をいろいろな場面や相手に応じて使い分けたり、併用したりすることにより、総合的にコミュニケーションを行っています。

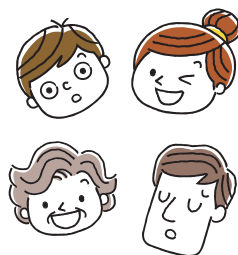
1. 相手と顔を見合わせる

聴覚障害者は「聴覚」の代わりに「視覚」を活用して話をします。必ず相手の視線を捉えて話しましょう。相手の視野からはずれてしまうと話ができません。口形がはっきり見えるようにします。暗い所ではよく見えず、逆光になるとまぶしくて見つらくなることがあります。



2. 表情をつける

聴覚障害者は、表情も併せて見えています。その時の会話内容に合わせた表情をつけます。分かった時のうなずきや、分からない時の表情がないと通じているのか、いないのかが分からなくて不安になります。



3. 口形も一緒に付ける

聴覚障害者の中には、手話を見る時に口形も見て判断する人も多いため、口を閉じたままでなく口形も一緒に付けます。例えば、「春」と「暖かい」や「秋」と「涼しい」は同じ手話になります。



4. 指文字はゆっくり、はっきり表す

指文字を練習している間は、ついスピードを求めがちだが、あまり早いと読み取れません。また、早く表すことにより、一つ一つの形がくずれてしまいます。相手が読み取れるように、ゆっくり、はっきり表します。聴覚障害者の中には、指文字を使わない人がいることも理解しましょう。

5. 数字の手話表現は、間違えやすいので筆談もまじえる

位が大きくなればなるほど間違いやすいです。正確を期するためにも、手話で表すだけでなく、紙に書いてお互いに確認するようにします。



6. 話の内容が通じているかどうか確認しながら話す

健聴者同士でも、話の取り違えはよくあります。相手の表情をよくみて、話が正しく通じているかどうか確認しながら話しましょう。



7. 話がわからなかった時には、必ず聞き返す

黙っていると相手はわかっているものと思い、話がどんどん進んでしまう。わからなかった時には、はっきり「わからない」と意思表示をして、もう一度話てもらいます。わかったふりをして大きな誤解をまねかないように気をつけましょう。



8. 実物や模型なども利用する

必要書類の提出や、何かを持ってきてもらう時、また、仕事の説明をする時など、実物を見てもらうと分かりやすくなります。絵を描いて説明する方法もあります。

● アプリケーションの利用

聴覚障害者と健聴者のコミュニケーションをサポートします。



● UDトーク



- ・日本語音声認識エンジンを使って、声を文字化します。
2～5人での複数利用が可能です。

● ことえら



- ・音声認識で声を文字化します。
- ・複数台の端末を接続してチャットも可。



障害別の配慮とポイント

④ 知的障害

● 知的障害者とのコミュニケーション

1. 特徴や状態の把握

知的障害といっても、声かけの仕方や状態などはそれぞれ異なります。特徴・状態・理解力を事前に確認するようにしましょう。

また、環境に慣れるまで時間がかかる人もいます。無理に運動を進めず、まずは本人がやってみたいものから始めると良いでしょう。慣れてきたら、目的にあった運動プログラムを提供しましょう。

2. 声かけの仕方

指導者のいうことと同じ言葉を返す「おうむ返し」をする人がいます。分かりやすい絵や文字を使って状態を確認するなどの配慮をしましょう。また、ゆっくり、丁寧に具体的な言葉かけを心がけましょう。

3. 屋外での指導法

広い場所や屋外で運動を行う際は、常に目の届く範囲を心がけたり、介助者と一緒に行動すると良いでしょう。

4. 本人の意思確認

指導者や支援者がいる場合でも、意思の確認は必ず本人に行いましょう。

5. 説明のポイント

その時間でやることをあらかじめ言葉や絵で説明し、先の見通しがもてるように配慮しましょう。



(例：体操を示した絵)

障害別の配慮とポイント

⑤ 精神障害

精神障害は、脳の働きの変化によって、感情や行動などに著しいかたよりが見られる状態のことです。統合失調症やうつ病、躁うつ病、てんかんなどが挙げられます。適切な治療を受け、周囲の配慮があれば、症状をコントロールでき、安定した生活を送ることができます。

● 本人のペースでゆっくりと

新しい環境や初対面の人と話をすることには慣れておらず、必要以上に緊張したり気にすることがあります。本人のペースでゆっくり運動を行いましょう。また、困っている様子に気づいたら早めに声をかけることも大切です。

1. まずは軽めの運動から

最初は、軽めにできる運動、個人でできる運動を行いましょう。慣れてきたら、運動量を増やしたり数人で行うスポーツへ進めていけると良いでしょう。

2. 体調管理に注意

日によって体調が変化することがあります。本人に確認しながら、運動量はその都度調整しましょう。

3. 耳を傾けて

自分の伝えたいことをうまく伝えられなかったり、つじつまが合わないことを話すことがあります。それでも、まずは相手の話を聞くことが大切です。

4. 指示や投薬を守る

医師からの指示や投薬スケジュールをしっかりと守ることが大切です。病状をコントロールした上で、スポーツを楽しみましょう。

● 主な障害者に関係するマーク



● 障害者のための国際シンボルマーク

障害者が利用できる建物、施設であることを明確に表すための世界共通のシンボルマークです。

※このマークは「すべての障害者を対象」としたものです。特に車椅子を利用する障害者を限定し、使用されるものではありません。



● 盲人のための国際シンボルマーク

世界盲人連合で1984年に制定された盲人のための世界共通のマークです。視覚障害者の安全やバリアフリーに考慮された建物、設備、機器などに付けられています。



● 身体障害者標識（身体障害者マーク）

肢体不自由であることを理由に免許に条件を付されている方が運転する車に表示するマークで、マークの表示については、努力義務となっています。



● 聴覚障害者標識（聴覚障害者マーク）

聴覚障害であることを理由に免許に条件を付されている方が運転する車に表示するマークで、マークの表示については、義務となっています。



● 耳マーク

聞こえが不自由なことを表すと同時に、聞こえない人・聞こえにくい人への配慮を表すマークでもあります。



● オストメイト／オストメイト用設備マーク

オストメイトとは、がんなどで人工肛門・人工膀胱を造設している排泄機能に障害のある障害者のことをいいます。

このマークはオストメイトである事と、オストメイトの為の設備（オストメイト対応のトイレ）があることを表しています。



● ほじょ犬マーク

身体障害者補助犬法の啓発のためのマークです。身体障害者補助犬とは、盲導犬、介助犬、聴導犬のことを言います。公共の施設や交通機関、デパートやスーパー、ホテル、レストランなどの民間施設でも、身体障害者補助犬を同伴するのを受け入れる義務があります。



● 「白杖SOSシグナル」普及啓発シンボルマーク

白杖を頭上50cm程度に掲げてSOSのシグナルを示している視覚に障害のある人を見かけたら、進んで声をかけて支援しようという「白杖SOSシグナル」運動の普及啓発シンボルマークです。

※視覚に障害のある人が危険に遭遇しそうな場合は、SOSのシグナルを示していなくても、声をかけてサポートをしてください。



● ヘルプマーク

ヘルプマークは、「義足や人工関節を使用している方、内部障害や難病の方、または妊娠初期の方など、外見から分からなくても援助や配慮を必要としている方々が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせることで、援助を得やすくなるよう、作成したマーク」です。

第3章

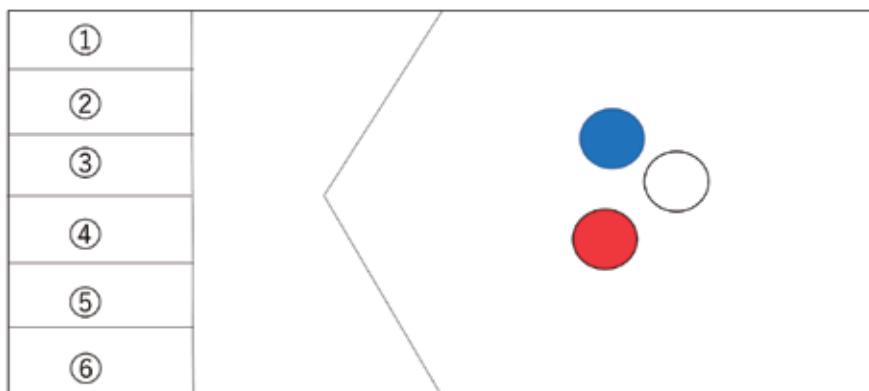
誰もが楽しめる 障害者スポーツの紹介



誰もが楽しめる障害者スポーツの紹介

● ボッチャ

ボッチャは、ヨーロッパで生まれた重度脳性麻痺者もしくは同程度の四肢重度機能障害者のために考案されたスポーツで、パラリンピックの正式種目です。ジャックボール（目標球）と呼ばれる白いボールに、赤・青のそれぞれ6球ずつのボールをいかに近づけるかを競います。的も弾いて移動させることができます。団体戦・ペア戦・個人戦があり、団体戦は、3人1組で対戦します。チームで話し合いながら戦略を考えることにより、自然にコミュニケーションが生まれます。



ボッチャコート

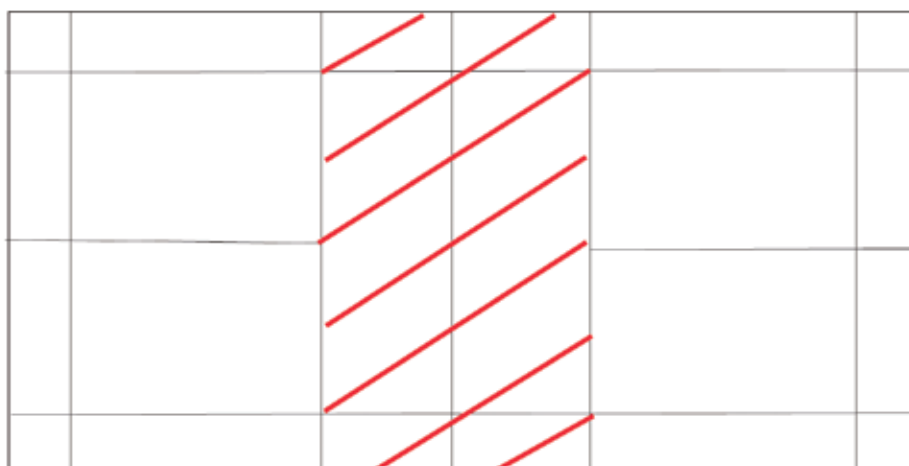


ボッチャ交流会の様子

近年では、企業や地域のスポーツクラブで取り入れられ、老若男女、誰でも楽しむことができるスポーツとして広がりを見せています。

● パラバドミントン

パラバドミントンは、上肢や下肢に障害のある立位クラスと車いすのクラスがあります。立位クラスのダブルスはバドミントンと同じルールで、車いすは狭いコートで行います。近年では、地域で行われるバドミントン大会に車いすクラスを設置し、障害のない人が車いすに乗って障害のある人と一緒に参加するなど、障害の有無にかかわらず誰もが楽しめるスポーツとして注目されています。



バドミントンコート

車いすクラスは、赤の斜線部分はアウト（シングルスは半面で行う）

美浜町 町内バドミントン大会



パラバドミントン体験会の様子



美浜町民バドミントン大会の様子

美浜町で行われている町民バドミントン大会は、バドミントンを通して体力の向上と新睦を図り、健康な町づくりに寄与することを目的として、年に3回実施されています。

2019年2月、美浜町、美浜町体育協会、日本福祉大学等が連携し、初めて「車いす部門」を設け、6組12名の参加がありました。

イベントを行うための工夫

● 企画

1. 場所

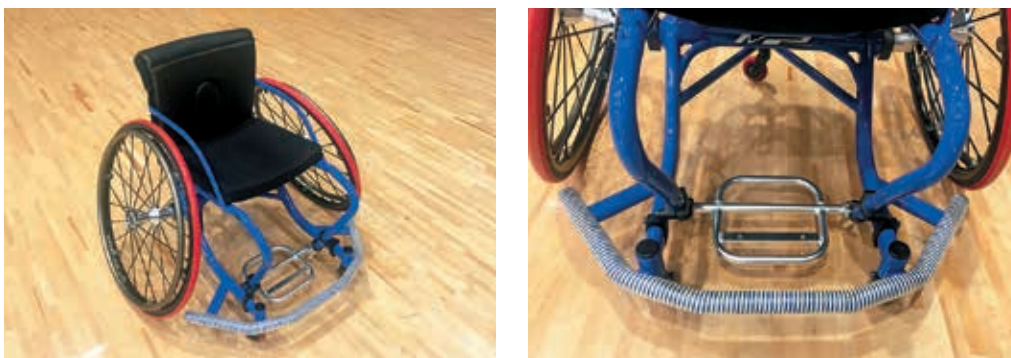
参加対象者に車いす使用者が多い場合は、車いす用のトイレの確保、エレベーター、スロープなどが設置されているかも事前の確認が必要です。また、「動線」を確認しておく、当日の混乱のリスクを下げることができます。

2. 参加規模と参加対象者

障害者の参加数に加え、視覚障害や重度の身体障害の人が参加するイベントであれば、ボランティアなどの確保も重要です。参加者の情報を事前に確認しておくといいでしょう。

3. 初めて開催するスポーツ施設への事前説明

初めて障害者スポーツイベントを開催する際は、必ず事前説明を行いましょう。スポーツ用車いすを使用する場合は、特に注意が必要です。かつては、体育館を車いすバスケットボールの練習や大会で使用すると傷がつくといった指摘がありましたが、最近の競技用車いすは、傷がつきにくい工夫がされています。



車いすのバンパー部分

車いすには、「バンパー」が取り付けられており、床が傷つかないようにしています。

◆ 参考文献 ◆

- ・厚生労働省（2018）『視覚障害の認定基準に関する検討会報告書』
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/1-1_1.pdf
（参照日：2018.1.13）
- ・厚生労働省『みんなのメンタルヘルス』
https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/promotion_4.html（参照日：2018.11.03）
- ・国際視覚障害者援護協会編（2009）『イラストでわかる視覚障害者へのサポート』読書工房
- ・齊藤まゆみ編（2018）『教養としてのアダプテッド体育・スポーツ学』大修館書店.
- ・身体障害者福祉法施行規則別表第5号「身体障害者障害程度等級表」
- ・全難聴・全要研合同テキスト委員会（2000）『要約筆記奉仕員養成講座（基礎課程）テキスト』
- ・田中暢子ほか（2018）『実践で学ぶ！学生の社会貢献』成文堂.
- ・聴覚障害サポートハンドブック・乳幼児編（2005）『「お子さんの耳がきこえない」と言われたら』全国早期支援研究協議会.
- ・東京都オリンピック・パラリンピック準備局，（公財）東京都障害者スポーツ協会（2016）『障害者のスポーツ施設利用促進マニュアル』
- ・内閣府（2017）「障害者に関係するマークの一例」『平成 29 年版障害者白書』pp226-248
- ・日本障がい者スポーツ協会『新版 障がい者スポーツ指導教本 初級・中級』ぎょうせい.
- ・藤原進一郎（2006）『障害のある人々のスポーツ 総論』日本障害者スポーツ指導者協議会，pp.61-65, 113-114, 117-119.
- ・藤田紀昭・齊藤まゆみ（2017）『これからのインクルーシブ体育・スポーツー障害のある子どもたちと一緒に楽しむための指導』ぎょうせい.

スポーツ庁委託事業 平成30年度「障害者スポーツ推進プロジェクト」 (地域の課題に対応した障害者スポーツの実施環境の整備事業)

実行委員会委員（敬称略）

清水 照久（美浜町社会福祉協議会 事務局長）
木村 泰三（美浜町体育協会 会長）
谷 信夫（美浜町スポーツ推進委員会 委員長）
吉田 文久（みはまスポーツクラブ 会長）
大河原裕貴（社会福祉法人名古屋市総合リハビリテーション事業団 主任）
前川 信親（東海北陸車いすバスケットボール連盟 会長）
吉岡 孝行（株式会社トウチュウ 総務人事部長）
藤田 紀昭（日本福祉大学スポーツ科学部 学部長）
小林 寛和（日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科 学科長）
磯貝 尚美（美浜町総務部企画課 課長）
竹内 与七（美浜町教育部学校教育課 課長）
高橋ふじ美（美浜町厚生部福祉課 課長）
宮崎 典人（美浜町厚生部健康・子育て課 課長）
小島 康資（美浜町産業建設部産業課 課長）

執筆者（敬称略）

藤田 紀昭（日本福祉大学スポーツ科学部 学部長）※実行委員会委員
荒木 雅信（日本福祉大学スポーツ科学部 教授）
三井 利仁（日本福祉大学スポーツ科学部 准教授）
安藤佳代子（日本福祉大学スポーツ科学部 助教）
兒玉 友（日本福祉大学スポーツ科学部 助教）

事務局（敬称略）

谷川 雅啓（美浜町教育部生涯学習課 課長）
磯部 利彦（美浜町教育部生涯学習課 係長）
内田 俊也（美浜町教育部生涯学習課 主事）
田中 里於（美浜町教育部生涯学習課 主事）

