

ドイツにおけるリハビリテーションスポーツ 指導者の養成制度と活用システム

— 精神障害者支援システムに着目して —

奥 田 睦 子

目 次

- I. はじめに
- II. 研究の方法
- III. ドイツにおける障害者スポーツ指導者養成制度の概要
 - III. 1 モジュール形式によるリハビリテーションスポーツ指導者養成システム
 - III. 2 講習時間と講習内容
 - III. 3 ライセンスの申請・更新と受講対象者(受講資格)
 - III. 4 リハビリテーションスポーツ指導者数の推移と領域別割合
- IV. 障害者スポーツ指導者養成システムと活用システムにおけるドイツの特徴
 - IV. 1 養成システムの特徴
 - IV. 2 活用システムの特徴
- V. まとめと今後の課題

I. はじめに

ドイツにおいて、地域における障害者のスポーツ参加をサポートするシステムとして日本と大きく異なるのは、障害者が地域のスポーツクラブ(以下、地域クラブと表記する)でスポーツを行う場合に、それが医師の処方箋に基づくものであり、かつ、リハビリテーションスポーツ専門指導者から指導を受けること等の条件を満たすことで、医療保険が適用される制度を有していることである。ドイツにおいて障害者スポーツは、その目的に応じてリハビリテーションスポーツ(Rehabilitationssport)、予防スポーツ(Präventionsport)、生涯スポーツ(Breitensport)、競技スポーツ(Leistungssport)の4領域に分類さ

れる。このうち、リハビリテーションスポーツと予防スポーツについて処方箋があるが、予防スポーツについては2009年にカテゴリー化されたものであり年数が経っていないことや指導者が非常に少ないこと、保険適用についてその適用回数が少ないこと等から、処方箋に基づいた障害者のスポーツ参加については、リハビリテーションスポーツの方に多く見られる。障害者のリハビリテーションスポーツの意義について、ドイツ障害者スポーツ連盟(Deutscher Behinderten Sportverband: 以下、DBSと表記)が発行しているリーフレット『ドイツ障害者スポーツ連盟－運動のある生活』(『DBS-Bewegungs Leben』)によれば、以下のように書かれている。

リハビリテーションスポーツは医師によって処方され、グループで行われる。医師によるケアと専門的な教育を受けた指導者によって、持続性、身体協調性、柔軟性がスポーツやスポーツ的な遊びによって促進される。リハビリテーションスポーツはグループで行うことが大きな役割を果たしている。なぜなら、スポーツを行うことと並んで、他者との交流、共同体での体験がリハビリテーションの過程を肯定的にすることの助けにつながるからである。リハビリテーションスポーツは、健康に対する自己責任感を高めさせたり自信を起こさせたりし、病気や事故によって生じた心理的社会的にネガティブなことに対して、より良く克服することの助けにつながる。また、様々なことに対してやる気を起こさせてくれるものである(筆者訳『DBS-Bewegungs Leben』)。

また、リハビリテーションスポーツへの医療保険の適用に関する法的根拠は、社会保障に関する一連の法制度が示された社会法典(Sozialgesetzbuch: 以下、SGBと表記) IX編§44(3)Nr 3 に示されているが¹⁾、この中でリハビリテーションスポーツの位置づけについては、医療的リハビリテーションおよび労働参加のためのサービスを補足するものと明記されている。法的には、リハビリテーションスポーツは、医師による医療行為を補足するものとして位置づけられている。このようなDBSのリーフレットおよび社会法典における記述を踏まえると、障害者にとっての地域のスポーツクラブにおいてリハビリテーションスポーツを実施することの意義は、リハビリテーションの分類の中でも、特に社会的リハビリテーションの目的である社会生活力を高めることにあると考えられる。榮は、社会生活力とは「障害者が自分の障害を理解し、自分を肯定しながら、社会生活のなかで福祉サービスや人間関係を活用し、主体的に自分らしい生活を営むことができる力」と定義した上で、障害者の社会生活力

を高めるプログラムは、施設内で完結できるものではなく、生活拠点がある地域で実践学習をすることが望ましいことを指摘している(柴, 2008)。ドイツにおける障害者が地域クラブでリハビリテーションスポーツを行うことができるしくみは、障害者が社会資源である地域のスポーツクラブに参加することによって、スポーツを手段とした身体への働きかけやスポーツを行うこと自体の楽しさが享受できると共に、そこに参加している仲間との人間関係を活用しながら自信を取り戻し、自ら主体的な生活を営むことができるという社会生活力が高まることを目的としたしくみであることから、まさに宋が述べている生活拠点がある地域での実践学習を可能にしているしくみであると言えよう。

ところで、日本における精神障害者の数は約323万人と推定されており(平成20年患者調査より推計)、そのうち精神科病院の入院患者は約33万人、在宅患者は約290万人であると言われている(『社会福祉の動向2013』)。精神障害者の約9割が在宅患者ということになる。精神障害者施策は、1987年に精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進を中心とする法改正がなされて精神保健法となって以降、1995年の精神障害者の社会復帰に向けた保健福祉施策の充実に力を入れていくことを目的とした精神保健福祉法への改正、1999年に社会復帰施設として地域生活支援センターの創設等がなされるなど、社会復帰・社会参加に向けて必要な福祉サービスを拡充する方向で進められてきた。この流れは、2005年に成立した障害者自立支援法において新しい障害者福祉サービス体系がスタートした際に再編はあったが、堅持されている。精神障害者の暮らしを支える施策として、適切な医療サービスが受けられるだけでなく、疾患・障害の特性から社会復帰・社会参加に向けた福祉サービスも同時に受けられる制度づくりがなされてきたことがわかる。しかしながら、サービスが提供されている場所に目を向けた場合、障害者自立支援法の制定時に就労移行支援や就労継続支援、地域活動支援センター等に再編されたが、精神障害者社会復帰施設は社会福祉法の第二種社会福祉事業に位置づいていたことから(他の障害は第一種社会福祉事業)、設置運営母体が医療法人である割合が半数以上を占める施設種別であった。そのため、医療色が非常に濃く「医療内福祉」であることが問題視されている(清水, 2008)。精神障害者への支援施策として、医療サービスのみならず福祉サービスを拡充してきた背

景には、精神障害者の社会復帰・社会参加の促進が目的としてある。したがって、精神障害者が必要な医療サービスを活用しつつも、地域における生活が可能となるために福祉サービスが位置づいているという意味では、「医療内福祉」はそのベクトルの向きが地域に向くというよりは医療に向いているということになり、必ずしも望ましいことではないだろう。

このような精神障害者の医療福祉施策の現状において、冒頭に述べた障害者が地域クラブでリハビリテーションスポーツが行えるドイツのしくみは、医療や福祉の施設・機関内における取り組みで完結せず、障害者の生活拠点にある地域クラブも含まれたしくみである。したがって、このしくみの詳細を明らかにすることは、日本における精神障害者のスポーツを通じた社会復帰・社会参加に向けた取り組みを構築する上で一助になり得ると考えられる。

筆者は拙稿において、医療保険の適用が受けられるリハビリテーションスポーツの内容や障害の範囲、回数、スポーツ内容、障害者が地域クラブに参加した際に保険者から支払われる一回当たり金額、障害者の開業医受診から処方箋に沿った地域クラブでのリハビリテーションスポーツの提供およびそれに基づいて医療保険者から地域クラブに支払われる医療保険金の支払いの流れ等について明らかにしてきた(奥田2009, 2010)。リハビリテーションスポーツの内容としては、軽い体操、陸上、水泳、グループで行う運動遊び、その他のスポーツもリハビリテーションスポーツの目的にふさわしければ可能である。その他のスポーツとして、2013年10月に開催された第13回全国障害者スポーツ大会において、精神障害者のオープン競技として実施されたフットサル(第1回精神障害者フットサル大会)や、フットサルにルール形態に近いサッカー、2013年11月に開催された障害者スポーツ指導者全国研修会において精神障害者スポーツに関する実技講習で取り上げられた卓球についても、認められている。すなわち、ケガを負う危険性が高いものや費用が高額になるもの等を除いて、対象者のニーズに合わせて様々なスポーツが実施できるのである。また、この制度の特徴としてリハビリテーションスポーツに医療保険の適用が受けられることが挙げられるが、このための指導者の要件として、DBSや各州の障害者スポーツ連盟によって養成されている練習指導者B(ÜbungsleiterB)³⁾のライセンスを有することが要件となっている。このよう

に地域クラブにおける専門指導者によるスポーツ指導が医療保険の適用条件であることによって、障害者が地域クラブで質の高いスポーツ指導を全額自己負担せずに受けられると共に、地域クラブにとっても障害者に対応できる専門的指導者の配置とそれに伴って発生する指導謝金等の費用負担の軽減とを同時に満たすことが可能となっていた(奥田2012)。日本においても、障害者が地域でスポーツを行う際に障害特性に合わせて指導できる指導者として(公財)日本障害者スポーツ協会が養成している障害者スポーツ指導員の存在が考えられるが、障害者スポーツ指導員が指導することを要件として、医療保険のような公的しくみからその費用が支払われる制度は無い。ドイツでは、1974年に先述の通りリハビリテーションスポーツが社会保障の一部として法的にSGBに位置づけられ、1981年から実際に運用がなされている。この制度は、現在まで約30年以上の歴史を有していることになる。日本とドイツでは歴史や文化が異なることから、日本においてすぐにドイツと同様の制度を構築することは不可能であろう。しかしながら、医療保険からの費用が支払われるほどの専門性の高い指導者がどのようにして養成されているのかということや、養成された指導者が地域で活用されていくしくみについて明らかにしていくことは、今後の地域における精神障害者スポーツの推進において有用であると考えられる。そこで本稿では、ドイツにおけるリハビリテーションスポーツ指導者養成制度とその活用システムを明らかにすることを目的とする。

II. 研究の方法

ドイツの医療保険を活用された地域クラブでのリハビリテーションスポーツに関わる制度の詳細について、日本に紹介されているものは非常に少ない。先行研究として金田と安井・千賀らの研究があるが、金田の研究は障害者スポーツについて障害領域別の障害者スポーツの現状と課題とを把握しながら大学として進めていくべき教育の方向や課題を検討するといった観点からの研究であり、その一部としてドイツの障害者スポーツ制度が紹介されているものである(金田, 2004)。安井・千賀らの研究は、余暇・スポーツを切り口としながらインクルージョン教育を模索する観点からの研究である(安井・千

賀ら, 2012)。それゆえ, どちらの先行研究においても指導者養成制度について触れられてはいるが, 本稿でとりあげる指導者養成制度とその活用システムとは異なった観点からの研究であるため, 本研究において必要な情報が十分に提供されているわけではない。そこで, これらの先行研究で明らかになっている事柄も踏まえつつ, 関係機関からリハビリテーションスポーツ指導者養成制度とその活用システムに関わる一次資料を収集し, それらを基にリハビリテーションスポーツ指導者養成制度とその活用システムを明らかにすることとした。情報収集に際しては, 下記の機関を訪問し資料提供を受けると共に, 関係者へのヒアリングも行った。

1) 資料収集先

ドイツ障害者スポーツ連盟 (DBS)

ノルトラインヴェストファーレン州障害者スポーツ連盟

(Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen e. V.: 以下, BSNWと表記)
ヘッセン州障害者リハビリテーションスポーツ連盟

(Hessischer Behinderten-und Rehabilitations-Sportverband e. V.: 以下, HBRS
と表記)

ラインランド・プファルツ州障害者リハビリテーションスポーツ連盟

(Behinderten-und Rehabilitationssport-Verband Rheinland-Pfalz e. V.: 以下,
BSV Rheinland-Pfalzと表記)

2) 対応者名(役職)

DBS : Holger Wölk氏(スポーツ推進課長代理)

Ralf Kuckuck氏(DBSアカデミー広報, プロジェクトマネージャー)

BSNW : Herbert Kaul氏(マネジメント課長)

HBRS : Thomas Porkein氏(事務局長)

BSV Rheinland-Pfalz : Olaf Röttig氏(事務局長)

Ⅲ. ドイツにおける障害者スポーツ指導者養成制度の概要

ドイツにおける障害者スポーツ指導者養成制度について, 指導者養成システム, 講習時間と講習内容, ライセンスの申請・更新, 受講対象者(受講条

件)、指導者数の順に述べていく。

Ⅲ. 1 モジュール形式によるリハビリテーションスポーツ指導者養成システム

ドイツにおけるリハビリテーションスポーツ指導者の養成制度に関する概要は、DBSが毎年発行している*Lehrgangspan*(教育課程プラン)および*Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e. V.*(ドイツ障害者スポーツ連盟における指導のためのガイドライン)に記載されている。図1は、これらの2つの資料を基に、DBSが認定する障害者スポーツ指導者の養成システムについてまとめたものである。

ここでは、特にリハビリテーションスポーツ指導者の資格取得について述べていく。

先に述べたように、障害者のリハビリテーションスポーツが医療保険適用となるためには、指導者ライセンスとしてリハビリテーションスポーツ指導者ライセンス第2段階(Bライセンス)が必要となる。予防スポーツ、生涯スポーツ、競技スポーツにも第2段階ライセンス(Bライセンス)があるが、内容はそれらとは異なっておりリハビリテーションスポーツに特化したライセンスが必要である。このライセンスを取得するためには、はじめに障害者と障害を持つ人のスポーツについての基礎的内容を学習し(Block10)、次に専門分化された6領域(Block30~Block80)、すなわち、整形外科系(Block30)、内科系(Block40)、感覚系(Block50)、神経系(Block60)、知的障害(Block70)、精神障害(Block80)の中から必要な領域を学習しそのブロックの単位を修得すると、修得したブロックの指導者ライセンスが取得できるしくみとなっている。いわゆる、モジュール形式のシステムである。6領域において、それぞれ取り扱われる代表的な障害・疾病は、次の通りである。

整形外科系の部

切断、変形性関節症、関節の損傷、人工関節、強直性脊椎炎、骨粗鬆症、
脊髄損傷、癌

内科系の部

喘息／アレルギー、糖尿病、心臓-循環器系疾患、腎臓疾患、先天性冠状

動脈閉塞症

感覚系の部

視覚障害, 聴覚障害

神経系の部

脳原性運動障害, てんかん, 多発性硬化症, パーキンソン病, 小児麻痺,
対麻痺, 二分脊椎, 脳卒中

知的障害の部

学習障害, 知的障害, 注意欠陥障害, 特異的読字障害, 発達障害

精神障害の部

神経症, 鬱病, パーソナリティ障害, 身体表現性障害, 依存症, 統合失調
症, 発作性疾患, 自閉症スペクトラム

Ⅲ. 2 講習時間と講習内容

リハビリテーションスポーツ指導者の資格取得に際して必要な単位数は、基礎的内容として90単位、専門分化された内容として90～120単位である。精神障害者のリハビリテーションスポーツ指導者のライセンスを取得する場合は、障害者と障害を持った人のスポーツについての基礎的内容90単位と、精神障害に特化した内容90単位の合計180単位が必要となる。1単位は45分であることから、基礎的内容と専門領域に特化した内容とで合わせて135時間の講習を受けることになる。これらのカリキュラムを2年以内に修了すればよい。

講習内容については、基礎的学習内容は、教授方法、生物学／医学、トレーニングと運動学、スポーツ組織と管理、障害の種類、心理学と社会学、スポーツ実技(例：体操、運動遊び、陸上、水泳)、栄養、指導見学、実習、(講習の)成果のチェックから構成されている。専門的学習内容については基礎的学習内容をさらに発展させた、教授方法、医学的基礎、スポーツ実技、トレーニングと運動学、心理学と社会学、スポーツ組織と管理、栄養学、実習と指導見学、(講習の)成果のチェック、自宅学習およびファーストエイド(応急手当)から構成されている。発展的内容の具体例として、精神障害者のリハビリテーションスポーツ指導者資格(Block80)では、医学的基礎として、

ライセンス第3段階 (A ライセンス)	リハビリテーションスポーツ指導者					予防スポーツ指導者	生業入スポーツ指導者	競技スポーツ指導者 Block300 90単位 トレーナーA
	(主な内容)	(主な内容)	(主な内容)	(主な内容)	(主な内容)			
痛 骨髄損傷 骨粗鬆症 強直性脊椎炎 人工関節 関節の損傷 変形性関節症 切断 Block300 90単位	(主な内容) 脳卒中 二分脊椎症 対麻痺 小児麻痺 パーキンソン病 多発性硬化症 てんかん 脳性運動障害 Block400 90単位	(主な内容) 腎臓疾患 先天性冠状動脈閉塞症 心臓-腎臓器系疾患 糖尿病 喘息/アレルギー Block400 120単位	(主な内容) 特異的認知障害 重複障害 注意欠陥障害 学習障害 知的障害 Block70 90単位	(主な内容) 自閉症スペクトラム 発作性疾患 統合失調症 身体表現性障害 依存症 パーソナリティ障害 鬱病 神経症 Block80 90単位	(主な内容) Block90 90単位 障害を持つ人の 予防指導者B Block200 60単位	練習指導者B Block400 60単位 トレーナーB	Block100 30LE 練習指導者C Block300 30LE トレーナーC	
ライセンス第1段階 (C ライセンス) 基礎	(整形外科系) Block300 90単位	(内科系) Block450 90単位	(聴覚系) Block50 90単位	(神経系) Block60 90単位	(知的障害) Block70 90単位	(精神障害) Block80 90単位	Block100 30LE 練習指導者C Block300 30LE トレーナーC	
ライセンス第1段階 (C ライセンス) 基礎	Block100 90LE 障害と障害を持った人のスポーツについての基礎 (内容: 教授方法、生物学/医学、トレーニングの運動学、スポーツ組織と管理、障害の種類、心理学と社会学、実際のスポーツ例(例えば、体操、運動遊び、陸上、水泳)、栄養、授業の見学、実習(教える練習)、成果のフィードバック)	Block100 90LE 練習指導者C Block300 30LE トレーナーC	Block100 90LE 練習指導者C Block300 30LE トレーナーC	Block100 90LE 練習指導者C Block300 30LE トレーナーC	Block100 90LE 練習指導者C Block300 30LE トレーナーC	Block100 90LE 練習指導者C Block300 30LE トレーナーC	Block100 90LE 練習指導者C Block300 30LE トレーナーC	

(出所) DBSが発行する *Lehrgangsanplan 2013* および *Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e. V.* を基に筆者作成。

図 1 障害者スポーツの専門的指導者の養成システム

神経症、鬱病、パーソナリティ障害(自己愛性パーソナリティ障害、境界性人格障害)、精神身体症(Psychosomatische Störungen)、依存症(アルコール中毒、薬物中毒、錠剤中毒、遊戯中毒、過食症)、統合失調症、発作性疾患、自閉症候群等について、原因や発症している時の症状、分類が10単位分取り扱われる。スポーツ実技では、基礎的学習内容に加えて、スポーツ身体感覚を養うものやリラックスに関するもの、心理-運動法(Psychomotorik)が18単位分取り扱われる。このように、該当する疾病・障害に応じた内容が発展的内容として取り扱われる。なお、ファーストエイドについては、通常の教育課程では提供されるものではなく他で受講しその受講証明書を示す。2年以内に行ったものである必要がある。ファーストエイドは16単位分あり、スポーツ実技の18単位に次ぐ時間数の多さである。

理学療法士や体育教師等の特殊な教育課程の枠で既に資格取得をしている者に対しては、講習時間が短いコンパクトコースが準備されている(Kompaktausbildungen)。例えば、理学療法士であれば、基礎的学習内容が36単位、ブロック30(整形外科系)が16単位、ブロック40(内科系)が60単位、ブロック60(神経系)が16単位である。医学的専門知識に関する部分が少なく、教育的、方法的専門知識を中心的に学ぶことでリハビリテーションスポーツのライセンス取得が可能である。他にも、受講者が既に大学の教育課程等において関連科目を修了している場合には修了証明書を提出することによって特定の内容について免除される場合もある。

Ⅲ. 3 ライセンスの申請・更新と受講対象者(受講資格)

指導者養成の成果を持って修了した後に、州あるいは専門連盟⁴⁾の会員であるクラブから州あるいは専門連盟に、該当するライセンスの申請をすることができる。

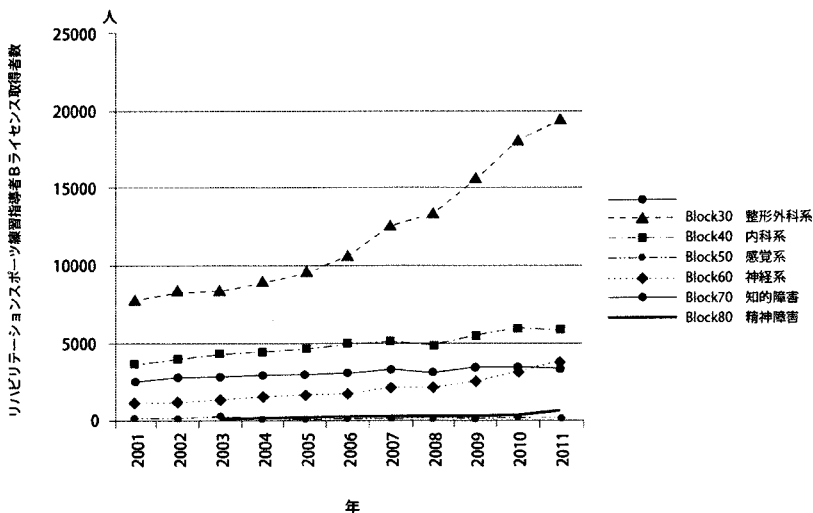
ライセンスは、更新制となっている。リハビリテーションスポーツ指導者の学習は、ライセンスを取得した後も終了したわけではなく、4年後(内科系については2年後)にはライセンスの更新が必要となる。その時までには、継続養成の講習単位が15単位必要となる。有効期限内に継続養成の単位が取得できない場合には、ライセンスは失効する。

受講対象者(受講資格)は、この養成過程に興味があり18歳以上でスポーツクラブの会員であること。かつ、慢性疾患者や障害者を含むスポーツクラブで、それらの人々に対してスポーツ指導を行いたい人である。

Ⅲ. 4 リハビリテーションスポーツ指導者数の推移と領域別割合

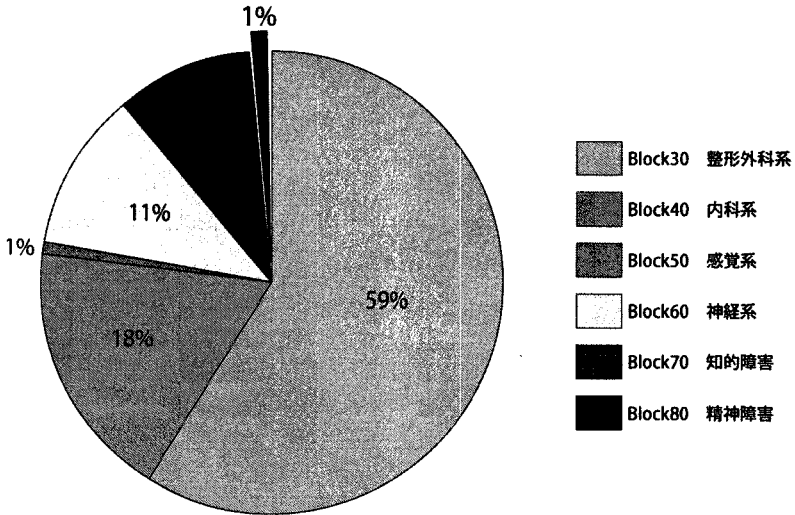
図2は、2001年から2011年までのリハビリテーションスポーツ指導者数の推移を示したものである。

整形外科系の指導者が最も右肩上がりが増えてきている。これは、高齢化に伴って腰痛や膝痛等の症状を持つ人や癌患者が増えていることに起因する。精神障害者の指導者数についてみると、2010年度から2011年度においてわずかに増えているが、6領域の指導者の中で感覚系について少ない。2011年度の6領域中の精神障害者のリハビリテーションスポーツ指導者の割合は、1%にとどまっている(図3)。しかしながら、ドイツでは近年、鬱病患者が増えていることから、精神障害者に対応するリハビリテーションスポーツ指導者の数が急増していることが指摘されている。また、2013年から、神経系



(出所) Uebungsleiterstatistik im DBS2011より筆者作成。

図2 2001年度から2011年度までのリハビリテーションスポーツ指導者数の推移



(出所)Uebungsleiterstatistik im DBS2011より筆者作成。

図3 2011年度のDBS リハビリテーションスポーツ練習指導者のブロック別構成割合

(Block70)において認知症についても対応していることから今後増加する可能性も指摘されている(田中2013, Ralf Kuckkuck2013, 2014年3月31日DBSのHolger Wölk氏へのヒアリングより)。

IV. 障害者スポーツ指導者養成システムと活用システムにおけるドイツの特徴

IV. 1 養成システムの特徴

リハビリテーションスポーツ指導者の養成制度に関して、ここでは、Ⅲで明らかとなった障害者スポーツ指導者養成制度と日本のそれとを比較することを通して、ドイツの障害者スポーツ指導者養成制度の特徴を考察する。

日本において、何らかの競技種目に特化した障害者スポーツの指導者ではなく、障害者全般に対するスポーツ指導者養成制度としては、(公財)日本障害者スポーツ協会(以下、日障協と表記)による障害者スポーツ指導員(初級・

中級・上級)、障害者スポーツトレーナーが挙げられる。講習時間数で見ると、日障協が養成している上級障害者スポーツ指導員が126時間以上(初級資格取得講習18時間以上+中級資格取得講習56時間以上+上級資格取得講習52時間)の講習時間が必要であることから、ドイツにおける内科系を除いたリハビリテーションスポーツ指導者ライセンス取得に必要な135時間の講習時間と比較的近い⁵⁾。

初級障害者スポーツ指導員は基準カリキュラムにおける講習時間は18時間以上が必要であるが、そのうち、各障害の主な特性を学び、その特性に配慮しながら安全にスポーツを実施させるために必要な最小限の知識を学ぶ講義については5時間が割り当てられている。しかしながら、5時間のうち精神障害については、わずかに30分以上(身体障害2時間以上、知的障害2時間以上)となっている。中級障害者スポーツ指導員の基準カリキュラムにおいては56時間以上の講習時間が必要である。そのうち、障害の種類や特性を学びより専門的な指導ができるような知識を学ぶ講義については11時間が割り当てられているが、精神障害については2時間以上(身体障害6時間以上、知的障害3時間以上)である。上級障害者スポーツ指導員の基準カリキュラムに障害各論は含まれていないことから、精神障害に特化して学ぶ時間については、初級と中級を合わせても2時間30分程度にとどまる。これに対してドイツでは、精神障害に特化した講習時間が67.5時間(90単位、1単位=45分)であることから、専門領域を明確化した指導者養成がなされていることがわかる。

障害者へのスポーツ指導を行うための最も一般的な指導者として養成されている障害者スポーツ指導員(初級)が日本では18時間以上の講習を受けた者に対して、ドイツでは135時間以上の講習時間が求められておりその差は100時間以上である。さらに、135時間以上の講習時間と言っても認められるライセンスは受講した専門領域のみ有効であることを考慮に入れると、障害者スポーツ指導者の専門性は日本とドイツとでは大きく異なると言えよう。ドイツでは、リハビリテーションスポーツに医療保険が適用されることが要因としては大きいと思われるが、障害者へのスポーツ指導を行う際の最も一般的な指導者が、モジュール形式の講習形態によって障害領域別に専門分化された養成がなされるところに特徴がある。

日本において、最も講習時間の長い上級障害者スポーツ指導員の役割は、日本障害者スポーツ協会障害者スポーツ指導者資格認定規程によると、県レベルのリーダーとして、指導現場では障害者スポーツの高度な専門的知識を有し、指導技術と豊富な経験に基づいた指導と指導員を取りまとめる指導的な立場になる者(日本障害者スポーツ協会障害者スポーツ指導者資格認定規程1. 障害者スポーツ指導員資格認定規程第2条(3))であり、管理的な立場にある。むしろ、初級障害者スポーツ指導員や中級障害者スポーツ指導員に対して、地域における障害者へのスポーツ指導の役割を担うことが期待されている。同規程では、初級障害者スポーツ指導員は、地域で活動する18歳以上の指導者で、主に初めてスポーツに参加する障害者に対し、スポーツの喜びや楽しさを重視したスポーツ導入を支援する者。また、障害の基本内容を理解し、スポーツの導入にある必要な基本的知識・技術を身につけ、実践にあたっては、健康や安全管理を重視した指導ができる者(日本障害者スポーツ協会障害者スポーツ指導者資格認定規程1. 障害者スポーツ指導員資格認定規程第2条(1))、中級障害者スポーツ指導員は、地域における障害者スポーツのリーダーとしての役割を持ち、指導現場では、十分な知識、技術と経験に基づいた指導ができ、指導員の模範となる者(日本障害者スポーツ協会障害者スポーツ指導者資格認定規程1. 障害者スポーツ指導員資格認定規程第2条(2))とされている。

一方、ドイツでは障害者のスポーツ参加の目的ごとに指導者資格が分かれている。そして、リハビリテーションスポーツ、生涯スポーツ、予防スポーツは州レベルの障害者スポーツ連盟が主として講習会を担うが、競技スポーツについては、連邦のドイツ障害者スポーツ連盟が担っている。

また、日本において障害者スポーツ指導者で最も多いのが初級障害者スポーツ指導員である。初級(18,841人)、中級(2,395人)、上級(688人)の全障害者スポーツ指導員のうちに、初級障害者スポーツ指導員が占める割合は約86%である(『2012年度 公益財団法人日本障害者スポーツ協会公認障害者スポーツ指導員実態調査結果』2011年12月31日時点)。一方、ドイツにおいて障害者スポーツ指導者で最も多いのはリハビリテーションスポーツ指導者であり、リハビリテーションスポーツ指導者(33,282人)、予防スポーツ指導者(12

人)、生涯スポーツ指導者C(22人)、生涯スポーツ指導者B(0人)のうち、リハビリテーションスポーツ指導者が占める割合は約99.9%である(DBSにおける練習指導者についての2011年度の統計『Jahresstatistik 2011 über die Übungsleiterausbildung im DBS』。2011年12月31日時点)。

IV. 2 活用システムの特徴

養成された指導者が、実際に障害者にスポーツ指導を行う機会があることが重要である。ドイツでは、このことに寄与するしくみとして、養成講習会の受講対象者(受講資格)とライセンス申請の方法に特徴がある。養成講習会の受講に際して、基本的には地域クラブの会員であることが求められており、また、ライセンス申請においても地域クラブから州等の障害者スポーツ連盟に申請するしくみとなっている。すなわち、地域クラブが基点となっている。日本では、初級障害者スポーツ指導者を受講する際の条件としては、受講年度の4月1日現在で18歳以上の者であるという年齢制限のみである。また、講習会終了後の資格認定手続きは、個人あるいは県の障害者スポーツ協会を通じて(公財)日本障害者スポーツ協会の会長宛てに申請をする。いずれも、実際にスポーツ指導を行う場の一つとして想定されている地域クラブを経由していない。ドイツにおいて、受講資格およびライセンス申請のいずれも地域クラブが基点となっている背景には、同国における戦前からのスポーツ参加のあり方や、リハビリテーションスポーツの対象範囲の拡大の歴史が関係している。ドイツでは、戦前からスポーツ参加の場が地域クラブであり、戦傷者が戦後も同じように国の責任において地域クラブでスポーツを行うようにしていくことが戦傷者から求められた。また、リハビリテーションスポーツの対象として公平や平等思想のもと、戦傷のみならず薬害による障害や事故等による障害、慢性疾患患者まで含めていくことが市民や労働組合から持ち上がり、DBSが主導して地域クラブでリハビリテーションスポーツが行われる流れができあがっていった(2010年11月3日、BSNWのHerbert Kaul氏へのヒアリングより)。さらに、リハビリテーションスポーツの有資格者による指導は医療保険の適用となる制度が確立したことで、クラブ内に該当する障害を持つ人が参加している(あるいは参加することが予想される)場合に、地

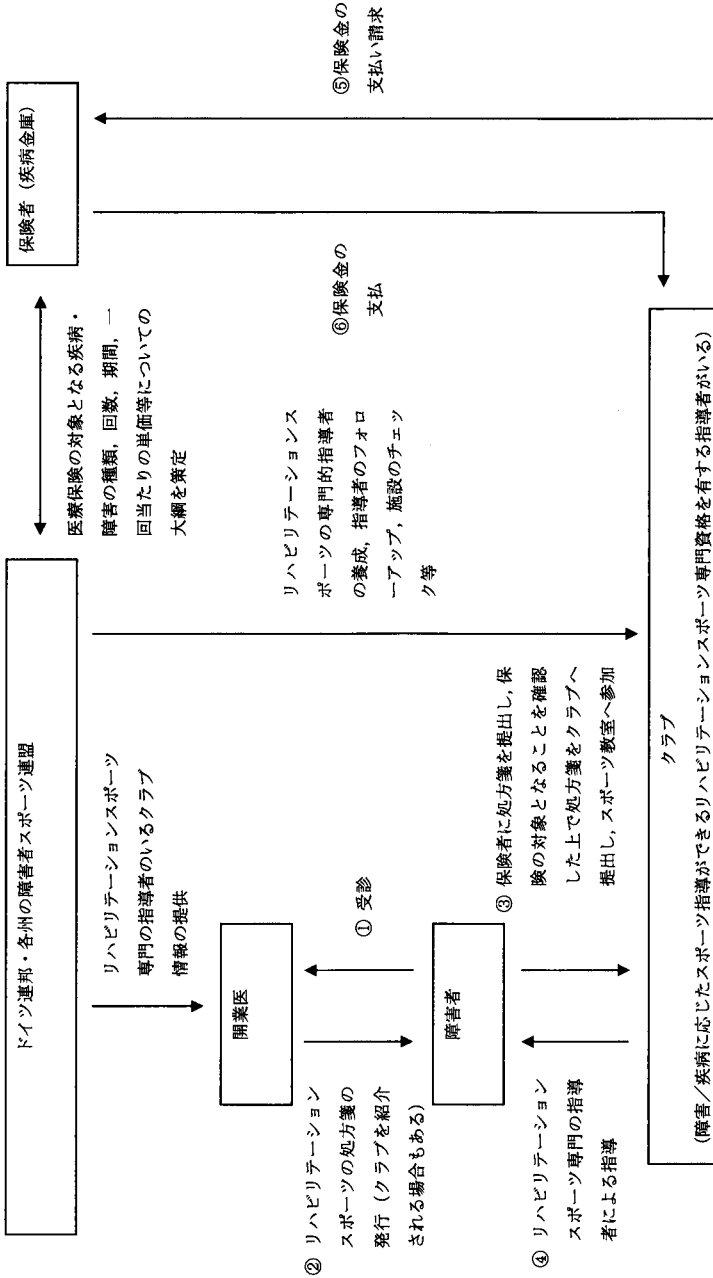
域クラブにとっての必要性からクラブ会員やクラブスタッフに指導者ライセンス取得に向けた講習会参加を依頼するケースも生じた。ドイツでは、このような歴史的、社会的背景を経たことによって、障害者スポーツ指導者の活用システムの特徴として、指導者が資格を取得してから活動の場を探すのではなく活動の場が先にあり、資格の取得と活動の場が地域クラブを基点としたしくみとなっていることが挙げられる。

V. まとめと今後の課題

本稿では、ドイツにおけるリハビリテーションスポーツ指導者養成制度とその活用システムを明らかにすることを目的とした。その結果、リハビリテーションスポーツ指導者は、モジュール形式の講習形態によって障害領域別に専門分化した養成がなされていることが明らかとなった。活用システムにおいては、養成講習会の受講条件の一つとして地域クラブの会員であること、また、ライセンスの申請は地域クラブから州の障害者スポーツ連盟や専門連盟に行うしくみとなっており、地域クラブが基点として行われていた。このことによって、指導者が資格を取得してから活動の場を探すのではなく活動の場が先にあるということが明らかとなった。

今後の課題として、このようなリハビリテーションスポーツ指導者養成制度が、どのような経緯で形成されてきたのかということをはっきりさせる必要がある。このことを行うためには、リハビリテーションスポーツに関わる組織間の関係性を明らかにしていくことが求められる。図4は、障害者(疾病患者含む)が開業医を受診してリハビリテーションスポーツの処方箋を受け取った後、医療保険制度が適用されてクラブに医療保険が支払われるという制度の一連の流れについて示したものである。

障害者は開業医を受診し①、医師によってリハビリテーションスポーツが有効である判断されると、リハビリテーションスポーツに関する処方箋が出される。その際に、患者が居住あるいは職場の近くで患者に必要なリハビリテーションスポーツを指導できる指導者が存在するクラブが紹介される場合もある②。紹介されなかった場合には、DBSや州障害者スポーツ連盟に



(出所) 筆者作成。

図4 医療保険制度を活用した障害者の地域スポーツクラブへの参加システム

問い合わせることでクラブを紹介してもらうことが可能である。障害者は、自分の加入している疾病金庫に処方箋を郵送し、保険適用であることを証明してもらった後、医師による処方箋を該当するクラブに提出することによって③、一般的な障害であれば、18カ月以内に50回まで1回あたり45～60分間、原則的には無料で障害や疾病の状態に合ったスポーツ指導を専門指導者から受けることができる④。ドイツにおけるスポーツクラブの多くが地域住民を対象とした会員制の事業型非営利組織であるため、クラブを支える会費として年会費が必要なクラブも多いが、リハビリテーションスポーツの処方箋に基づく参加者は年会費も不要である⁶⁾。スポーツクラブは、リハビリテーションスポーツを提供した人数や処方した内容等が書かれた医療保険の請求書を提出することで⑤、保険者である疾病金庫からクラブに保険金が支払われる⑥。障害者が加入している疾病金庫は一方所ではなく複数あることから、スポーツクラブは疾病金庫ごとに請求書を提出しなければならず、事務作業量が膨大とのことであった(2008年11月3日および2010年11月9日、HBRISのThomas Porkein氏へのヒアリングより)。ドイツにおける医療保険制度は2009年11月以降、日本と同様の全国民がいずれかの保険に加入する皆保険制度となっている。しかしながら、公的保険に加入せずにその代わりとして民間保険に加入することでもよく⁷⁾、また、公的保険への加入においても保険者の選択・移動が可能である⁸⁾。したがって、障害者の加入する保険者が非常に多岐にわたると共に変更もあり得るため、事務の煩雑さは容易に想像できる。医療保険の対象となる疾病・障害の種類、回数、期間、一回当たりの単価等については、DBSと各保険者との間で議論に基づいて定められた大綱(Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011)に示されている。リハビリテーションスポーツに医療保険が適用されることの法的根拠についてはSGBIX編に示されているが、実際の運用は大綱に沿ってなされる。大綱は、1981年に最初に策定されて以来、社会変化と共に1999年、2003年、2011年と3回改訂がなされている(2011年9月23日、BVS Rheinland-PfalzのOlaf Röttig氏へのヒアリングより)。リハビリテーションスポーツ指導者養成制度は、障害者スポーツの推進機関であるDBSのみならず医療保険と密接な関わりを持つことから、DBSと保険者であ

る疾病金庫との間でこの大綱がどのようにして合意形成されてきたのかということについて明らかにしていくことが、すなわち、リハビリテーションスポーツ指導者養成制度が、どのような経緯で形成されてきたのかということを明らかにすることにつながっていくと考えられる。

注

- 1) Ⅸ編は、リハビリテーションと障害者の社会参加 (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) に関する事柄が書かれている。
- 2) 2013年10月に精神障害者スポーツに関する国際会議が初めて行われた。それに先立って、田中らが参加各国の精神障害者スポーツへの取り組みの状況を調査したもののによると、イタリアとイギリスにおいて国内で精神障害者のフットサルの全国大会が行われていることが明らかとなった (田中 2013)。また、この会議の後で行われた各国の代表者との間で、精神障害者のフットサルの国際大会開催を目指すことが確認された。
- 3) 指導者ライセンス制度は、基礎段階 (Grundlagen)、第1段階 (1. Lizenzstufe)、第2段階 (2. Lizenzstufe)、第3段階 (3. Lizenzstufe) の各段階を一つずつ上がるごとに、ライセンスがより上級なものになっていくしくみとなっている。第1段階がCライセンス、第2段階がBライセンス、第3段階がAライセンスである。練習指導者Bとは、第2段階のライセンスを所有していることを意味している。
- 4) ドイツ連邦は16州から成り立っている。州ごとの障害者スポーツ連盟については基本的には1つの州に1つの連盟であるが、Baden-Württemberg州はBadenとWürttembergの2つの連盟に分かれている。また、専門連盟については、車椅子スポーツ連盟 (Deutscher Rollstuhl-Sportverband e. V.) と聴覚障害者スポーツ連盟 (Deutscher Schwerhörigen Sportverband) がある。ライセンスの申請は各州連盟と車椅子スポーツ連盟が受けつけている。
- 5) 上級障害者スポーツ指導員の講習会の受講資格を得るためには、初級障害者スポーツ指導員として2年以上の活動経験 (80時間<10日以上>を有した上で講習会を受講して中級障害者スポーツ指導員資格取得を取得し、その上で、中級障害者スポーツ指導員として3年以上の活動経験 (120時間<15日以上>)が必要となる。上級障害者スポーツ指導員の講習会の受講資格を取得するために必要な活動経験は、合計すると200時間<25日以上>であり多くの活動経験を必要とする。しかしながら、活動経験の内容についての定めは特に無いことから、特定の障害に特化した指導であるとは限らない。
- 6) 年会費は不要であるにも関わらず、実際には事業型非営利組織であるスポーツクラブの運営にとって必要不可欠な財源であることを認識しており、自主的に支払う参

加者が多いそうである。

- 7) 全加入者の約1割が、公的保険の代わりに民間保険に加入している。
- 8) ノルトラインヴェストファーレン州では上記のような手続きの流れであったが、ヘッセン州ではスポーツクラブが個々に疾病金庫に保険金を直接請求するのではなく、一旦HBRにリハビリテーションスポーツに関する医療保険の請求書を提出し、HBRが各クラブの請求書を集約した後HBRが疾病金庫ごとに請求書を提出する手順をとる。州によって手続きの流れは異なるが、支払われる保険金の額に違いは無い(2010年11月9日、HBR, Thomas Porkein氏へのヒアリング調査より)。

引用・参考文献

DBS-Bewegungs Leben.

Lehrgangspan2013.

Ralf Kuckuck, 2013, International Symposium on Sport for People with mental health problems, Tokyo, 2013.10.05, 発表資料.

Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e. V.

奥田睦子, 2009, 事業型非営利組織としての総合型地域スポーツクラブへの障害者の参加の社会的しくみの検討—ドイツにおける医療保険制度の活用に着目して—, 金沢大学経済学経営学系論集30(1)291-311.

奥田睦子, 2010, ドイツにおける障害者の地域スポーツ活動への参加を支える社会的制度とその倫理に関する一考察, 金沢大学経済学経営学系論集31(1)161-181.

奥田睦子, 2012, 総合型地域スポーツクラブへの障害者受け入れのためのクラブマネジメーター—専門的指導者の配置と財源の両立—, 金沢大学経済学経営学系論集

金田安正, 2004, 本学における障害者スポーツの課題と試み, びわこ成蹊スポーツ大学研究紀要 創刊号59-72.

社会福祉の動向編集委員会編, 2013, 精神障害者の福祉, 社会福祉の動向2013, p. 207.

清水由香, 2008, 精神障害者社会復帰施設(生活訓練施設, 授産施設): なぜ増えないのか, 小澤温編『よくわかる障害者福祉第4版』, pp. 72-73.

栄セツ子, 2008, 社会生活力の理念と実際, 小澤 温編『よくわかる障害者福祉第4版』, pp. 116-117.

田中暢子, 2013, 精神障害者スポーツ推進システムに関する国際比較研究, 平成25年度～27年度科学研究費補助金「基盤研究(C)」1年次研究報告書.

安井友康・千賀愛・山本理人, 2012, 障害児者の教育と余暇・スポーツ—ドイツの実践に学ぶインクルージョンと地域形成—, 明石書店, pp. 74-85.