

主たる目的は、ヨーロッパ各国の低床バス運航経験等を収集・分析し、最も望ましい運用に関するガイドラインを取り纏めることであった。それによって、運航中の低床バスの更に効果的な運航要領を各国が得ることになり、その結果、アクセスビリティや安全性、快適さが改善され地域の交通サービスが一層魅力的なものとなる。障害者・高齢者の鉄道へのアクセスビリティの改善に関する取り組みは COST335 で行われた。

3.7. 欧州委員会共同研究センター

欧州委員会共同研究センターは、情報技術による福祉機器開発を推進してきた。特に VOICE プロジェクトでは音声認識の研究をサポートし、会話や会議、テレビ放送、電話などの音声をパソコンの画面に表示する研究プロジェクトに研究資金を提供している。

4. TIDE

本節では、EU で最近の 12 年間の障害福祉技術関連の研究プログラムの中心的存在であった TIDE について、概要、変遷、対象分野、助成スタイル、課題のついて述べる。

4.1. TIDE の概要

TIDE プログラムは、EU が 1991 年に創設した包括的研究開発助成制度で、①高齢者・障害者の生活の質 (Quality of life) の向上を目的とすると共に、②高齢者・障害者の自立と社会参加を支援するリハビリテーション技術に関する市場を活性化する目的も併せ持っており、ヨーロッパに単一市場を作るといって極めて現実的かつ具体的な目標も掲げている。

予算総額 102MECU (約 130 億円) が投じられ、2001 年には発展的に解消し現在は、後述するフレームワークプログラム(FP)の中で継承されている。

TIDE プログラムに対する正式な評価はまだ見あたらないが、2000 年 1 月に出された欧州委員会評価委員会の評価報告によれば、高齢者や障害者の一般社会への参加を社会的、経済的な面から支援するリハビリテーション技術の市場活性化を目指した TIDE の取り組みは概して効果的であったとされている。

4.2. TIDE プログラムの変遷

このプログラムは 1991 年から 1992 年をパイロット・フェーズ、1993 年から 1994 年をブリッジ・フェーズと位置付け、「障害者・高齢者のための技術開発計画」(“Technology Initiative for

the Disabled and Elderly people”) というタイトルで運用された。2つのフェーズにまたがる4年間の予算総額は60MECU (約78億円)であった。

1994年からは、同じTIDEという略称で呼ばれるもののその意味するところは“Telematics for the Integration of Disabled and older people in Europe” 「欧州高齢者・障害者統合のためのテレマティックス」と改められた。それに伴い、1995年以降はテレマティックスフェーズと位置付けられているところに特徴がある。狙いは支援技術のまとまった市場をヨーロッパに創出しようということであった。このフェーズは1997年までで、拠出額は総計42ECUE (約55億円)、推進課題は全体で55課題であった。

4.3. 助成の対象分野

助成の対象としてあげられている分野は次の通りである。

1) 前期 (1991年～1994年)

対象となったプロジェクトは21課題であった。分野は、制御技術、環境制御も含む、電動車いす、介護用ロボット、情報技術、統合システム技術 (スマート・ハウス、道案内システムなど)、製造技術 (CAD/CAM の応用等)。また、欧州のまとまった市場を演出した。予

算総額は60MECU (約78億円)であった。

パイロットフェーズ (1991年～1992年) においては、技術研究として、制御技術 (環境制御システム、電動車椅子、補助ロボット等)、コミュニケーション技術 (アラームシステム、補聴器等)、統合システム技術 (スマートハウス、ナビゲーションシステム等) などを実施した。また、規格・検査、法的・経済的要因 リハビリテーション技術の単一市場の創出 などの課題にも取り組んだ。

ブリッジフェーズ (1993年～1994年) は、リハビリテーション技術の単一市場を創出する為の技術の応用と促進を行った時期である。プロジェクトや研究対象分野として取り上げられたテーマは、技術と関連サービスへのアクセス、自宅や遠隔地におけるケア、運動や移動、機能回復、機能強化、マーケット 等であった。

2) 後期 (1995年～2000年)

狙いは支援技術の市場をヨーロッパに創出することであった。このフェーズは1997年までで、拠出額は総計42MECU (約55億円)、推進課題は全体で55課題であった。

この期間はテレマティックフェーズとよばれ、対象分野として取り上げたのは、情報とコミュニケーション技術へのアクセス、自立した生活、教育、勤労、余暇中の移動やトレーニング、自立した生活を支援するサービスの効率と効果を高めるコミュニケーションや情報システム、操作応用と制御技術、アセスメント、回復や強化に関する機能を支援する技術、等であった。

4.4. 助成方式の特徴

TIDE では研究開発の全ての段階において、企業や研究者およびユーザなどの参画が必要であり、さまざまな分野間の連携が求められる。従って多くのプロジェクトは一つの研究開発組織が担当するのではなく、複数の国からの複数の組織によって連携をとりつつ行われる。実際、2カ国以上の組織からなる研究団体であることが申請の条件である。

補助金の割合は、EU からの補助は研究計画の50%程度であり、残りの研究資金は研究参加者が負担する。

4.5. TIDE の評価と今後の課題

TIDE プログラムによる全てのプロジェクトは、2001年に終了したが、TIDE プロジェクト全体に対する正式

な評価はまだ出ていない。しかし、2000年1月に欧州委員会の評価委員会がTIDEのブリッジフェーズの評価報告を出している。それによると、高齢者や障害者の一般社会への参加を社会的、経済的な面から支援するリハビリテーション技術の市場活性化を目指したTIDEの取り組みは概して効果的であったとされている。また、科学技術をはじめ、リハビリテーション技術や支援ケア、さらに商品化など、様々な分野を調整していくというチャレンジに対する一般社会の認識を高めるものにも貢献したとしている。残された課題としては、TIDEの目標である高齢者や障害者の一般社会への参加支援を満足のいくレベルにすることである。そのため、情報やコミュニケーション技術だけではなく、道具や機械、組み立て等の技術開発に対してより精力的に取り組む必要がある。また、異分野のコーディネートやマーケティング活動を促進するには、プロジェクトやプログラムのモニタリングシステムに、技術の標準化に対するプロジェクトの貢献度などコーディネートやマーケティング活動の有効性をはっきりと評価できる体系を確立する必要がある。

5. 第6次フレームワークプログラム

この節では 2002 年から開始された第 6 次フレームワークプログラム (FP6) を紹介する。FP6 には 7 つの優先研究テーマ領域 (①ライフサイエンス、ゲノム学と健康のバイオテクノロジー、②情報社会技術、③ナノテクノロジー、④航空宇宙、⑤食品の品質と安全性、⑥持続可能な発展と地球環境の変化及びエコシステム、⑦欧州の知識主導型社会における市民と統治) が設定されており、その一つである「②情報社会技術」の中に福祉機器関連技術の施策が位置付けられている。最初に FP の概要を紹介し、次に 7 つの優先研究課題の概要を述べる。

5.1. フレームプログラムの概要

フレームプログラム(FP)は、EU 主管の共同研究開発プログラムであり、現在第 6 次フレームワークプログラムと呼ばれる 6 期目の計画 (2002 年～2006 年、総予算 175 億ユーロ) が進行中である。その狙いは EU の持続的な成長、産業競争力強化、雇用創出並びに、社会的変化へ対応して、研究開発を総合的に推進することにある。開始された時期は 1984 年である。このプログラムは欧州委員会が予め設定された分野等に助成金を出す制度であるが、

その範囲は、商品化・市場形成に至前段階の技術の研究開発であり、奨励する研究形態は、複数の国の研究機関や大学、企業などの参加による共同研究が対象になっている。

FP は発足以来原則として 4 年間を一つの期間として、期間の切り替わり時点で 1 年間重複をさせながら第 1 次、第 2 次・・・と計画を進めてきている。

FP6 の開始に先立ち、第 5 次までの FP の評価がなされ、加盟国と EU とが互いの政策を整合させ相乗効果を省実用に統合した EU らしい研究政策を確立する必要性が指摘された。これにより、FP6 の発足と共に「欧州研究領域 (European Research Area:ERA)」を創設した。この ERA の究極目標は欧州の研究共同体において EU 加盟国の研究開発力が調和の中で結集・統合され相乗効果を実現できるような「統一内部市場」を確立することである。

5.2. 7 つの優先研究課題

障害福祉関連の研究開発は、7 つの優先研究課題のなかの「情報社会技術」に位置付けられているが、7 つの優先研究課題について目的、テーマ分野、予算を紹介する。なお、説明文中の予算総額は FP6 の実施期間 2002 年～2006 年の各課題毎の予算合計である。

(1) ライフサイエンス、ゲノム学およびバイオテクノロジー

ヒトゲノム情報の研究をバイオ医学とバイオテクノロジーの分野に統合すること、また、産業界、ヘルスケア提供者、規制当局、学界等の参加を促進することを目的とする。テーマ分野としては、遺伝子表現、構造ゲノミクス、比較住民ゲノミクス、バイオ情報学、新治療法開発、新企業の研究支援等、より進んだゲノム学と健康への応用、並びに、がん・心臓病等、主要な疾病、対薬剤抵抗力への対策、貧困と伝染病などの分野である。予算総額は22億5500万ユーロが予定されている。

(2) 情報社会技術(IST)

欧州の知識主導社会政策に対する直接の貢献が目的である。コンピューターとネットワークを日常生活環境に統合するための将来技術についての中長期的テーマに重点を置く。すなわち、社会と経済の主要課題の応用研究としての信用と安全、科学やビジネスの複雑問題等の課題、ネットワーク、分散型サービス等、通信とコンピューティング及びソフトウェア技術に関する課題、マイクロシステムと部品・知識とインターフェース技術・将来のISTのための萌芽技術等に取り組む。予算規模は36億2500万ユ

ーロを予定している。

(3) ナノテクノロジーと科学、知能材料、新プロセスとデバイス

欧州の製造産業を資源多消費型から環境に優しい知識主導型に移行させるために必要な科学基盤の創出に対する貢献を目的としている。テーマ分野は、①ナノテクノロジーとナノサイエンス(生物学や各種工学分野での応用研究等)、②インテリジェント多機能素材(基礎的知識、製造と加工、材料開発の支援)、③新しい製造プロセスとデバイス(新プロセス、システム研究と防災等)であり、予算総額は13億ユーロを予定している。

(4) 航空宇宙

目的は、欧州の航空技術のレベルアップに寄与する研究及び欧州の宇宙戦略への貢献である。テーマ分野は、航空に関しては、欧州産業の競争力強化、航空機の安全性の向上であり、宇宙に関しては、ガリレオ、地上観測、衛星通信などがその対象である。予算総額10億7500万ユーロ。

(5) 食品の品質と安全性

この課題の目的は、欧州の消費者の健康に寄与する高品質で安全な食品と農業の生産技術へ寄与することである。食品関連疾病の疫学とアレルギー、健康に対する食品の影響、追跡可能性、

微量物質の検出と分析、健康食品・家畜飼料や環境汚染の健康への影響などが研究対象である。予算総額は6億8500万ユーロを予定している。

(6)持続可能な発展と地球環境の変化及びエコシステム

短長期的観点で欧州の持続可能な発展モデルの開発に必要な科学技術基盤構築を目的とするもので、持続可能なエネルギーシステム、持続可能な陸上と海上の輸送、地球環境の変化とエコシステム等を課題としている。予算総額は21億2000万ユーロである。

(7)欧州の知識主導型社会における市民と統治

目的は、社会科学関係の専門家を動員し欧州の知識主導社会の発展モデルの構築、及び、市民と制度機構との新しい関係の理解に必要な知識の増進にある。そのために取り組むべきテーマ分野として、知識主導型社会と社会的結束(知識の社会経済への影響、各種の発展過程)、並びに、市民と民主主義及び新形態の統治(責任範囲、紛争解決、新形態の市民権) などがある。予算総額2億2500万ユーロとなっている。

5.3. 情報社会技術における優先研究領域

情報社会技術領域 (IST と略称で呼

ばれる)にはその中での優先研究テーマ領域が 11 設定されており、その中の一つである「e-Inclusion」(電子参加支援)という領域が障害関連技術のテーマを扱うことになっている。すなわち、その研究領域の目的に、「障害者ならびに高齢者を“エンパワー”して、彼らが社会の中で自らの役割を十分に発揮し、また、自律的に活動できるようにするための知的システムを開発する」ということが謳われている。なお、「情報技術社会」というテーマ領域が、全ての人にとって役に立つ情報システムの開発を狙っており、企画書に services for all という表現が多数出てくることも一つの特徴と言える。これは、年齢、性別、国籍とうの違いはもとより、障害の有無などにより受けられるサービスが変わらない社会の実現を目標としていることの表れである。障害関連技術はそのような発想に基づくフレームワークの中に位置付けられている。1991年から始まったTIDEは、FP4 でトレインフォーマティクス応用として位置付けられ、FP5 では eAccessibility で取り扱われ、FP6 では eInclusion という研究領域で障害者関連研究が推進されてきている。

ISTには下記の11の課題が設けられている。

(1) 高信頼・安全なフレームワーク	情報通信システムとインフラのセキュリティの強化と利用の安心感の確保への挑戦。
(2) ネットワークシステムを活用したビジネスおよび政府	組織内ネットワーク、プロセスの統合、および資源の共有をサポートする情報通信技術の開発。
(3) 道路交通および航空機輸送の電子化安全対策 (eSafety)	安全で付加価値の高い知的な自動車交通および航空機輸送の統合的・広域的アプローチの開発。
(4) 電子化健康管理 (eHealth)	市民のユビキタス健康管理を実現するための知的な環境の開発と健康管理従事者の支援
(5) 文化遺産の学習と利用	ヨーロッパの知的資源と教育的資源へのアクセスの改善と、文化的体験や学習経験の出来る新しいメディアの開発。
(6) 携帯利用者・歩行者への応用	携帯利用者・歩行者のための新規応用・サービスの利用の促進と、新しい業務処理形態とビジネス連携のためのプラットフォームの創出。
(7) レジャー・エンタテインメントのためのクロスメディア・コンテンツ	コンテンツ作りの構想、取材、企画、制作の完全デジタル化
(8) 複雑な問題の解決のためのGRIDシステム	工業デザイン、生産、健康、ゲノム・製薬、環境、インフラ、エネルギー、経済、等、現在の技術で解決できていない複雑な問題を解決するためにGRIDの可能性を高める。
(9) 危機管理の高度化	オープンプラットフォームによる統合システムとコンポーネントを開発し、危機管理、民生用セキュリティ応用システム、環境管理の改善を行う。
(10) 電子化参加支援技術 (eInclusion)	障害者、高齢者のエンパワーのための知的システムを開発し、社会における役割の分担と自立を可能とする。eInclusion は、全てのヨーロッパ市民のための情報化社会の実現の核となるビルディングブロックと位置付けられる。
(11) 2010年の製造技術・サービス技術	サービスと生産を発展させるための連携による技術と方法を開発することにより、ヨーロッパの国際競争力を更に高める。

6. eInclude プログラム

FP6 で設定された eInclusion のトピックスは、FP5 および TIDE プログラムにおける障害者・高齢者の技術的

問題の取り組みの延長に位置付けられるものである。FP5 では e-Accessibility というドメインとして扱われた。

FP6 プロジェクトの実施課題の選定はまだ始まったばかりである。eInclusion の研究も間もなくその全貌が明らかになると思われる。ただし、FP5 のテーマのいくつかは 2003 年 6 月現在継続中である。

過去の活動の一つの成果はこの分野のヨーロッパの研究者達が互いに知り合える機会を提供したことである。FP6 でのチャレンジは、この分野での ERA 欧州研究領域を達成するためにこれらのチーム間の連携強化である。

6.1. eInclude プログラムの狙い

FP6 では、eInclusion によって実現したい社会を、「全ての人口統計上の全てのカテゴリーに入る市民（資料には“現役を退いた高齢者、家庭の女性、障害のある人、農業従事者、腕利きの商品相場師、失業者など”とある）が参加できることが保障される情報社会」としている。プログラム名の eInclusion は合成語であり日本語に翻訳しにくい用語ではあるが、e-Government（電子政府）や e-Education（電子教育）などで使われる電子を表す接頭字 e-がついているの

で、電子-Inclusion である。Inclusion は、include、すなわち「包含する、含み込む」から、「迎え入れる」あるいは「参加を支援する」ということであるので、上に挙げた社会を実現するための技術として、「電子参加支援」と訳すことにしておく。

FP6 の中で eInclusion を推進する狙いの一つは、「情報社会」構築のために必須な横断的課題を解決することにある。すなわち、全てのヨーロッパ人が平等にアクセス可能でかつ平等に参加可能な環境を実現することである。そのためにも、障害者・高齢者が社会での責任を十分に果たし、また彼らの自治の拡大につながるように、障害者・高齢者をエンパワーするような知的なシステムを開発する、という戦略のためである。

3つの重点目標（コア）が挙げられている：①誰もがインターネットを使えること、②誰もが知識ベース経済と知識ベース社会に貢献できること、③誰もがインターネットを通して行政サービスを受けることができ、また民主的な活動に参加できること。

これらのコアが、障害者・高齢者にとっても実現することがこのプログラムの目標になっている。

6.2. 具体的な課題

2003 年末時点で、eInclude プログラムで実施される具体的なテーマは設定されていないが、重点化の方向性は次の通りである。

1) 技術開発としては、福祉機器に組み込まれるべき高度インタフェース、低価格センサー、並びにロボットなどの研究開発、また、インターネットを障害者にとって一層使い勝手の良いものとするための情報モデルやウェブ・セマンティクスなどの研究開発を対象とする。

2) 障害者向け建築に関するものとして、統合的アプローチで取り上げる特別な要求をもっている障害者のための知的住宅の開発とデモンストレーション。

3) 身体障害、感覚器障害、知的障害等の障害者の日常の生活の質の強化・向上に関する福祉機器研究活動領域の研究チームのネットワークを強化、および、認知的要求や新しいマルチモーダルなインタフェースなど、中心的な製品やサービスの開発のための design for all 分野の研究チームなどの、研究チームのネットワーク作り。

7. EUの動向のまとめ

FP6 を見てみると、研究の統合化を

進め、効果的な研究開発を進めていくことへの意気込みが感じられる。すなわち、7つの研究重点分野を掲げ、欧州の研究開発プロジェクトの断片化を防ぐことにより、統合化された効果的な研究体制の確立を狙った取り組みになっている。

情報化社会実現のための技術は、EU内に競争力のある知識ベース社会を経済圏を構築し、教育、雇用を全てのヨーロッパ市民のためのサービスの提供と TIDE プログラムは、そのような流れのなかで、より大きな枠組みの目標設定の下で取り組まれている。そのための具体的な政策として、第1に統合型プロジェクトの推進、第2にネットワークによる総合化の推進を進めることになっている。前者に関しては、市民・企業・社会のニーズにこたえるために、個々の研究開発を統合し運営することにより、インパクトの大きな成果を達成できるような取り組みを進めることとなり、欧州の研究の国際的競争力を増すことにつなげようというものである。後者のネットワークは、これも欧州の研究の断片化を防ぎ、重点テーマを定め、研究組織間の連携を促進させるための施策である。

以上のように、約20年続いた TIDE プログラムも、FP6の「ヨーロッパ・

リサーチ・エリア(ERA)」構想の下に、大きな枠の中に位置付けられ、高齢者、障害者の課題を、ノーマライゼーションの一環として取り込まれる事となっているようである。高齢者・障害者に対する研究開発が、特別のものとしてではなく、「情報社会技術」、持続可能な成長、環境システム等、より、一般的な課題名の下で取り込まれ始めていることが特徴といえそうである。

8. NIDRR の組織と使命

国立障害リハビリテーション研究所 (National Institute on Disability and Rehabilitation Research: NIDRR、以下 NIDRR)は 1978 年に設立された研究所で、ワシントンに設置されている。NIDRR は、合衆国連邦政府教育省 (U.S. Department of Education)にある特殊教育リハビリテーションサービス局 (Office of Special Education and Rehabilitation Service: OSERS) の 3 つある部局の一つであり、他の Office of Special Education Programs (OSEP)、および Rehabilitation Services Administration (RSA)と連携を取りながら活動を行っている。

NIDRR の設置の目的は、社会参加する障害者の生活を向上させるための知識の創出・普及・振興を図ることであ

る。

NIDRR の紹介は多くの文献等で詳しく行われてきているので、ここではその概略を紹介する。

9. NIDRR の使命と機能

NIDRR の設置の目的は、社会参加する障害者の生活を向上させるための知識の創出・普及・振興を図ることである。そのために、障害者が社会参加・社会統合・雇用・生活の自立を達成するのを支援することに関する研究と関連の活動の包括的プログラムを企画・運営している。

主な機能は、障害リハビリテーション分野における研究開発の方針を決定し予算を配分することである。1998 年度には、年間予算約 1 億ドルを研究開発費、及び福祉機器の開発などの事業費として、大学・病院・州立リハビリテーションセンター・当事者組織など約 290 の組織に配分した。

NIDRR は 5 年ごとに長期計画を作成し、それに基づいて各年の研究計画を立て、研究成果を評価し、必要な修正を加える。障害には多様な分野が関わるため、リハビリテーション法は、NIDRR 所長を委員長とする「障害研究についての (省庁間) 調整委員会 (Integrancy Committee on

Disability Research: ICDR)」を組織し、長期計画の基本方針を決定することを定めている。

10. 重点化の方針

NIDRRの研究・調査の重点化の方向性を知るには、NIDRRが掲げている重点領域のリストから理解することができる。重点化の課題は以下の通りであった。

① 雇用促進効果 (Employment Outcome)

障害者の雇用促進に関して幅広く研究開発投資を行った。経済、連邦・州・地域の雇用問題、住宅、技術、教育、人間工学、労働環境など。29 課題を実施した。

②健康と機能 (Health and Function)

障害者の個別看護、サービス、支援へのチャレンジ。研究トピックスは、医療例はビリテーション、健康とウェルネスプログラム、出張サービス、短期および長期介助、システム研究、新しい今後の障害、などであった。

③アクセスと機能のための技術

バイオメディカルエンジニアリングと福祉機器の研究が、障害のある人が運動能力を最大限に発揮させたり、自宅での生活を可能にしたり、より高級の

職業に就労できたり、社会参加をし、社会に貢献できるようにする事に役立ってきた。NIDRRの研究は、電気通信や環境作りなど広いレンジの技術開発を、ユニバーサルデザインの実践も狙う。

④自立とコミュニティ形成

人々は、日常生活を通して、事故尿力を最大限に発揮して生活する権利を有する。たとえば、個人生活を営むこと、地域社会に入り込んで生活すること、社会的な役割を満たすこと、たとえば、結婚、親になること、

⑤障害研究関連

障害研究一般の高度化

⑥知識の普及・活用

⑦リハビリテーション研究・訓練等のテーマを実施した。

11. まとめ

米国の障害関係の研究開発は、クリントン政権下で確立された流れが基礎となり、NIDRRを中心として今でも継続されていることが明らかになった。

12. 参考文献

1. COST – European Cooperation in the field of Scientific and Technical Research,
<http://cost.cordis.lu/src/home.cfm>

2. PF6 Home: Sixth Framework
Programme,

<http://fp6.cordis.lu/fp6/home.cfm>

3. IST Priority – Work
Programme2003-2004,

<http://www.cordis.lu/ist>

4. 内外におけるリハビリテーション体育の動向

分担執筆者 藤本茂記

要旨

本研究の目的は、国内外におけるリハビリテーション体育（以下、リハ体育）の動向を調査することである。わが国のリハ体育は、専門家の養成及び教育機関、職能団体、資格制度において、未だ発展途上の段階にある。一方、欧米ではリハ体育関連領域における、教育体制の整備が進み、関係諸機関との連携がはじまっている。今後、わが国のリハ体育発展のためには、各専門職の主体的な取り組みが必要である。

1. リハビリテーション体育の定義とその変遷

1.1. リハビリテーション体育の定義

リハビリテーション体育（以下、リハ体育）は、身体機能の向上のみならず、生活習慣病・職業病対策、自由時間対策、精神・心理的援助を含む、心身の活動能力、健康の維持・増進、社会参加を図ることを目標とする広義の機能訓練を行う新たな分野として誕生した。

その源流には19世紀初期に体系化された医療的な体操や治療的な運動に端を発している。20世紀初期、この医療的な体操や運動は神経生理学的な法則を取り入れて後に独自の発展をとげた理学療法と心身の発育促進を目的として学校教育に導入された体育の二つに大きく分かれ

た。体育は、健常児のみならず、姿勢矯正や調整力向上を目標とする特殊教育の中でも行われた。他方、イギリスのストーク・マンデビル病院では、脊髄損傷者の治療・訓練としてスポーツを取り入れて効果をあげた。リハ体育は、体育、障害児体育、障害者スポーツの流れを汲みつつ発展してきた。

リハ体育の定義として、運動療法士のあり方に関する検討委員会報告書“リハ体育士（仮称）身分法の基本的な考え方”を引用する[1]。

1) リハ体育訓練

リハ体育訓練は、スポーツの原理に基づく各種の運動訓練及びこれらに必要な評価検査等の総称であり、

心身に障害のある者若しくはそのおそれのある者(小児や成人)に対し、心身の活動能力の改善及び維持、向上を目的として行われる。

2) リハ体育士

心身に障害のある者若しくはそのおそれのある者に対し、心身の活動能力の改善及び維持、向上を目的として、リハ体育訓練を行うことを業とする者を「リハ体育士」と定めるものとする。

しかし、現在のところ、リハ体育士は資格化された職種ではなく、あくまで医療・保健・福祉分野で心身に障害のある者若しくはそのおそれのある者(小児や成人)に対し、リハビリテーションのための運動及びスポーツの指導を専門とする者を総称して、呼ぶものである。

1.2. リハビリテーションへのスポーツの導入

1944年、ストック・マンデビル病院が開設された。病院長のグットマンは、戦傷による脊髄損傷で車いすを使用している下半身まひ者の療法のひとつとしてスポーツを取り入れた。この結果、余命2～3年であった脊髄損傷者を受傷から就労まで平均6.5ヶ月という成果をあげた[2,3]。この成果は世界各国に広まることとなり、わが国にはヨーロッパ、ことに

イギリスや西ドイツを視察した人たちによって、身体障害者の健康と福祉の増進にスポーツを普及させることの重要性が伝えられた。1964年、東京パラリンピックが開催されることになって、イギリスのストック・マンデビル病院の考え方や訓練方法が入ってきた。そのため、理学療法と並行して、スポーツの専門家による身体障害者の機能訓練が行われるようになり、理学療法とは区別されて「リハ体育」が行われるようになった。

1.3. わが国におけるリハ体育の歴史

現在、国が設置する身体障害者更生援護施設では、理学療法の意味において行われる運動療法とは異なる、全身体力回復増進のために行われる肉体的再調整及びレクリエーションを含める広義の運動療法が実施されている[4]。この広義の運動療法が、わが国におけるリハ体育のモデルとなった。この歴史的経緯を踏まえ、本稿では文献から引用する場合を除いて、広義の運動療法をリハ体育と統一して使用することとする。1950年、運動療法を施す部門が設けられ、更生施設において若年肢体不自由者に対し運動療法が実施された。1954年には、厚生省の通達“肢体不自由者更生施設における医学的更生並びに職業的更生における実施の指針について”が出されて、医学的・職業的更生

としての運動療法が実施された。この指針によって運動療法士が行う業務の内容が特定された。1957年、国立身体障害者更生指導所において初めて運動療法士の名称が採用され、1962年には、運動療法士の任用基準を「運動療法士は、大学において体育学を専攻した者、又はこれに準じる知識および経験を有する者で運動療法の実務経験一年以上のものとする」と決めた。ここに運動療法士の任用基準と修めるべき学問領域が特定された。

1966年、身障者審議会が厚生大臣宛の2つの答申を決議し、この答申を受けて運動療法士が障害者スポーツの振興に精力を注いだ。1971年、先に資格制度が整備された理学療法士との並びで、運動療法士の給与体系は行政職（一）から医療職（二）へ変更した。しかし、この給与体系は国立更生援護施設に限定的なものであった。1970年から1980年代にかけて、各地に障害者対応のスポーツ施設と専門の職員が配置されるようになった。国立箱根療養所（後に国立療養所箱根病院）や神奈川県総合リハビリテーションセンター、埼玉県総合リハビリテーションセンターがその代表施設である。1989年から1990年の間、国立身体障害者リハビリテーションセンター（以下、国立リハ）関係者により「リハ体育専門職員養成に関する委員会」が設置され、リハ体育専

門職養成に関する検討が行われた。その結果、1991年には国立リハ学院リハ体育専門職員養成課程（現在のリハ体育学科）が設置され、わが国におけるリハ体育専門職の養成が本格的にはじまった。2001年、わが国におけるリハ体育専門職の最初の職能団体として日本リハ体育士会が発足した。

2. リハ体育の位置づけと役割

2.1. はじめに

20世紀になってからの顕著な医科学の進歩による疾病構造の変化、具体的には、死亡激減にともなう慢性疾患や各種の障害者の増加と、この事実に対する人々の能力をいかによく発揮させるかという、人間に対する尊厳と、その対応の仕方が変化した。当初、医学的治療の手段として活用されることの多かった各種の身体活動、つまり運動競技や身体運動といわれるスポーツは、疾病構造の変化に伴って、二次的障害の予防、生活習慣病の予防、健康の維持・増進、趣味や生きがい、余暇活動として、その役割が変化してきた。本節では、リハビリテーション過程におけるリハ体育の役割と位置づけについて述べる。

2.2. リハ体育の役割と位置づけ

リハ体育は、障害者が受傷した後、社

会へ戻って本来の能力を発揮するまでの過程を、主な生活の場、訓練の段階、訓練の内容から4つの段階に分けてサービスを提供している。表3-1にリハビリテーション過程におけるリハ体育の役割と位置づけを示す[5]。

- 1) 1段階（基本的な身体運動の獲得を意図したスポーツ訓練の段階）：医学的リハに近い領域でのスポーツ訓練は、リハビリテーション病院などで行う。理学療法に引き続いて、あるいは並行して、疾患に対する治療的色彩の濃い体操や運動を通した訓練を行う。
- 2) 第2段階（スポーツ活動を手段として運動機能の向上を図る段階）：リハビリテーション病院から更生訓練施設に移行する段階では、各種のスポーツの特性を手段として機能の改善・向上を図る訓練を行う。さらにこの段階では、障害者が自発的、積極的に各種スポーツ活動に取り組むよう仕向けていくことも訓練指導の大きな目的である。
- 3) 第3段階（フィットネスの維持・向上の体得を意図した訓練の段階）：職業訓練を受ける障害者が多数いる更生訓練施設などでは、運動機能の維持・向上を意図しつつ、いろいろな種目のスポーツ活動を行う。運動の楽しさを追及することによって、生涯スポーツの

獲得を図りながら、積極的な自己健康管理（フィットネス）の方法を体得させることを目的とする。

- 4) 第4段階（スポーツ活動への参加を促進する段階）：地域社会で生活する障害者のスポーツ活動は、機能訓練としての意味あいよりは障害者が楽しみながら積極的にスポーツ活動を行うことであり、この段階でのスポーツ訓練の目的は、健康の維持・増進を図るとともに社会参加を促進し、生活の質の向上につなげていくことである。

3. わが国におけるリハ体育の動向

3.1. わが国におけるリハ体育専門職の動向

リハ体育の動向を知る上で、リハ体育専門職の動向を調べることにより、今後の課題や臨床現場におけるニーズを知ることができる。表3-2に1992年から2002までに養成されたリハ体育専門職の養成数の推移を就職分野別に示す[6]。

過去11年間に養成されたリハ体育専門職の養成数は98名であった。1992年から2002年までの全年度を通して、上位3位の就職先は、高齢者施設（14.3%）、身体障害者・児施設（13.3%）、知的障害者・児施設（12.2%）であった。高齢者施設及び身体障害者・児施設、知的障害者・児施設では、ほぼ毎年1ないし2名

が就職している。

図 3-1 は、リハ体育専門職が関与する障害者の種別を示したものである。

リハ体育専門職が関与する障害者の種別は、高齢者(20.4%)、障害児(15.3%)、障害者全般(12.2%)、身体障害者(12.2%)であった。

これらの点からも分かるように、わが国におけるリハ体育専門職は、養成数こそ少ないが非常に幅広い分野で活躍しており、特に高齢、身体障害、知的障害の各分野で求められている。

3.2. 職能団体の動向

日本リハ体育士会は会員数 65 名(2003 年)の保健・医療・福祉分野のリハ体育専門職などで構成される職能団体である。この団体は、わが国におけるリハ体育の総括団体であり、リハ体育の発展に寄与することを目的に 2001 年に設立された組織である[7]。専門的な組織として資格審査委員会、身分制度検討委員会、冊子編集委員会、研修教育部、広報委員会がある。図 3-2 に会員の勤務先を分野別に示す。会員の勤務先は、病院(35.9%)、高齢者施設(15.6%)、更生施設(9.4%)、障害者スポーツセンター(7.8%)、教育機関(6.2%)、障害児施設(4.7%)、生活施設(4.7%)、保健所・役所(3.1%)、障害者スポーツ協会(3.1%)、幼児施設

(3.1%)、職業訓練校(1.6%)、その他(4.7%)であった。図 3-3 は、会員が関わる障害者の種別を示したものである。障害者の種別は、身体障害者(45.3%)、高齢者(18.7%)、障害者全般(10.9%)、健常者(9.4%)、障害児(4.7%)、精神障害者(4.7%)、知的障害児(1.6%)、その他(4.7%)であった。

本調査結果は、リハ体育専門職全てを網羅したものではなく、あくまでも職能団体に所属する登録会員を調査した結果である。しかるに、会員の勤務先は多岐に亘ることから、今後、会員数の増加によって新たな団体の設立が期待される。

3.3. 養成機関(卒前教育)の動向

リハ体育専門職員の養成は、1991 年から国立リハ学院リハ体育学科(埼玉県所沢市)において行われている。リハ体育専門職の養成に必要な学習時間は、講義 1770 時間、実技 615 時間の合計 2385 時間である[8]。教育科目は、基礎科目、専門基礎科目、専門科目の 3 つに分類される。基礎科目は、リハビリテーション概論や社会福祉概論などの人文系科目と、統計学や運動解析学などの自然科学系科目から構成される。専門基礎科目は、解剖学や病理学、整形外科学などの医学系科目や理学療法・作業療法概論などのリハビリテーション医学関連科目から、専

門科目は運動学や指導方法論などの原論、各障害に対する運動処方、指導法からそれぞれ構成される。特に、専門科目は、実技重視の視点から実習を含む講義の授業形式がとられる。

臨床（指導）実習は内部実習として3週間、外部実習として2ヶ所の実習先で4週間の実習を行う。リハビリテーション病院、国立更生援護機関、高齢者や知的障害者の施設、障害者スポーツセンター等が主な実習先である。卒業研究は、2年間の学業の集大成として実施され、その内容は体力、指導方法、心理など幅広く、現場に即した研究を行っている。

リハ体育専門職の養成は、リハ体育学科を除いて、大学及び専門学校等でも行われておらず、類似の教育カリキュラムをもつ養成機関もない。今後、教育機関の拡充が必要である。

3.4. 現任者教育・卒後教育の動向

現在、職能団体では、独自あるいは共催で現任教育ないしは卒後教育として、各種研修を実施している[9,10]。前述の日本リハビリテーション体育士会が開催する教育講座は、現場のリハ体育専門職や行政官、研究者を講師として、現代医療・福祉の動向など、時代の流れを意識した情報や技術を学べる仕組みとなっている。

新人のリハ体育専門職に必要な研修会としては国立リハ学院リハ体育学科同窓会が主催する会員発表会が挙げられる[11]。リハビリテーションの理念、医学的知識、職場紹介、職場における業務の具体的な展開、出会う頻度の高い患者の疾患、具体的な事例検討など実務に役立つ発表・研修会となっている。

これらの研修について、関連学会・研究会などの現況や受講者のリハ体育専門職としての専門的力量的到達度を踏まえた講座編成など、取り組みは始まったばかりであり、研修内容、受講時期に加え、各研修相互の関連性について現場側からの意見が必要とされている。今後研修の基準策定が必要である。

3.5. 資格制度の動向

リハ体育専門職の資格化は、リハ体育訓練の質を保証するうえで欠くことのできない課題である。ここで資格制度の動向についての意見をみってみる。リハ体育専門職員の唯一の職能団体である日本リハ体育士会では、医療、保健、福祉分野のリハ体育士の資格は体育学を基礎とする包括的な制度であるという基本概念は共有し、資格の確立についても早期に実現しなければならないという認識で一致している。しかし、組織が設立して間もないこともあり、障害者の利益を守る実

効性のある資格をつくるために現在の法体系、縦割り行政の中でどのようにアプローチするかという点を模索する段階にある。

国立リハでは1994年から1996年の間、運動療法士のあり方に関する検討委員会を開催し、1997年に「運動療法士のあり方に関する検討委員会報告書」を作成している[1]。この報告書には、国家資格として高度の教育訓練を受けた質の高い専門職である“リハビリテーション体育士(仮称)”の本格的な養成が望まれるとして、“リハビリテーション体育士(仮称)”身分法の基本的な考え方が示されている。

2002年、リハ体育学科卒業生を対象に行われたアンケート調査では、問題点と思われる事項として80.0%の者が資格を挙げている[12]。

4. 諸外国におけるリハ体育の動向

リハ体育に関連する領域として、アメリカ及びヨーロッパについて調査した。その中から、Therapeutic Recreation(以下、TR)[13,14, 15,16], Adapted Physical Activity(以下、APA)[17,18], Sports Therapy(以下、スポーツセラピー)[17,19]を取り上げ、その動向について述べる。

4.1. TRの動向

National Therapeutic Recreation Society(以下、NTRS)の定義によれば、TRとは、身体的、知的、社会的、または情緒的に制約をもつ個人を対象として、個々人が各自にふさわしい余暇生活を発展、維持、実行できるように援助することをさす。TRの援助場面は、病院や医療関連施設をはじめ、地域における医療・福祉・保健領域関連施設や地域のスポーツ、文化・学習、生涯教育関連施設などで行われる。TRは、専門教育を受けた後、公認試験に合格した Certified Therapeutic Recreation Specialist(以下、CTRS)によって提供される。CTRSの資格を取得するためには、4年制の大学でTRを専攻したのち、最低360時間の実習を行い、年4回の認定試験に合格しなければならない。

National Council for Therapeutic Recreation Certification(以下、NCTRC)によれば、過去10年間に15,000人から18,000人程度がCTRSを取得している。また、CTRSの試験を受けようとする者は毎年1,500人から2,000人程度いるが、この数はCTRS試験受験者の数であるため、その内の合格者は年度によって若干異なる。一方、U.S Department of Laborは2000年、レクリエーションセラピスト(CTRSを持たない者を含む)の数を約29,

000人と報告している。

レクリエーションセラピストは、主に介護老人施設と病院に就労している。他の者は、長期滞在型施設及びコミュニティー・メンタル・ヘルス・センター、成人のデイケア・プログラム、刑務所、障害者のためのコミュニティー・プログラムおよび薬物乱用者のためのセンター等で働いている。

レクリエーションセラピストの今後の就労状況、給料平均、必要学歴、資格等に関して、前述のUS. Department of Laborは次のように報告している。2010年までにレクリエーションセラピストの就労数は、職業全体の平均就労数よりもゆったりと増加する。就職先に関しては、病院と老人介護施設では、就労数が減少する一方で、アシスタントリビング、外来精神患者、身体障害者リハビリテーションセンター、障害者へのサービスでは、レクリエーションセラピストの就労数は増加する。TR 学士号以上の学位を所持する者に就職の機会が多い。

このような予測の背景には、入院サービスの短縮化、提供するサービスの極端な省略化、管理職による医療スタッフの極端な節約化など、アメリカの医療の状況が影響しており、TR 関連団体は、その対象領域、専門家の処遇改善等に関して対応を迫られている。

4.2. APA研究の動向

APAとは、障害者及び病人、高齢者のような限定された状況にある人々の関心や能力に特別な配慮をした身体的活動やスポーツをさす。

ヨーロッパにおけるAPAの専門家養成として、European Master's Degree in APAが1991年から始まった。Leuven(ベルギー)が中心となりAmsterdam(オランダ)、Berlin(ドイツ)、Copenhagen(デンマーク)、Grenoble(フランス)、Lisbon(ポルトガル)、Brussels(ベルギー)、Loughborough(イギリス)、Newcastle(イギリス)の7カ国、9つの連携大学院制度としてスタートした。2003年には29の大学が加盟している。設立から12年を経て、約200名の専門家を輩出した。

教育プログラムは、フェーズ1からフェーズ5で構成される。フェーズ1は、基点大学での準備期間にあてられ、研究方法や病理学の予備的な知識を習得する。フェーズ2は、障害別の医学的知識・指導法及び障害者スポーツの歴史、マネジメントを、フェーズ3では、身体障害及び精神障害、呼吸器・心臓疾患・癌という3つの専門コースに分かれて学習する。フェーズ4とフェーズ5では、それぞれ実習・調査と修士論文を仕上げる。