

国際セミナー2023 報告書

誰もが必要な支援技術・支援機器を
利用できるようにするために



2023年2月26日（日）

国立障害者リハビリテーションセンター

(障害の予防とリハビリテーションに関するWHO指定研究協力センター)

プログラム

日時： 2023年2月26日（日）14:00～16:40（日本時間）、オンライン開催（Zoom）

- 14:00-14:05 **事務連絡**（通訳音声切り替え、字幕切り替え方法の案内）
- 14:05-14:10 **開会挨拶**
森 浩一、国立障害者リハビリテーションセンター 総長
- 14:10-14:30 **発表1 基調講演 「アクションを呼び起こす『支援機器グローバルレポート』」**
カイリー・シェー OAM
WHO 医薬品・健康機器部支援機器アクセスチーム チームリード、スイス
- 14:30-14:50 **発表2 「支援機器へのアクセスの改善 -フィリピンの経験から-」**
ポール・マッシュー・ジャオ
デ・ラ・サール医科保健科学院 リハビリテーション部 助教授、フィリピン
- 14:50-15:10 **発表3 「インドにおける義肢装具サービスと教育の現状」**
アラタトラン・パトラ
国立運動障害研究所 講師（装具学）、インド
- 15:10-15:30 **発表4 「インドネシアにおける義肢装具へのアクセス -現在の課題-」**
クリスタ・アドリアン・テンゲス
ファトマワティ総合病院 リハビリテーション専門医、インドネシア
- 15:30-15:50 **発表5 「フィジーにおける障害のある子どもたちへの移動機器サービス提供」**
スロニ・ペレラ
フランク・ヒルトン・オーガニゼーション（フィジー） 最高経営責任者、フィジー
- 15:50-16:10 **発表6 「日本における支援機器と支給制度」**
山崎 伸也
国立障害者リハビリテーションセンター 支援機器イノベーション情報・支援室
支援機器評価専門官、日本
- 16:10-16:35 **ディスカッション、一般参加者からの質疑応答**
司会：井上 剛伸
国立障害者リハビリテーションセンター 研究所 福祉機器開発部長、日本
- 16:35-16:40 **閉会挨拶**
芳賀 信彦、国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長

目次

開会挨拶	1
森 浩一、国立障害者リハビリテーションセンター 総長	
発表1 基調講演	3
「アクションを呼び起こす『支援機器グローバルレポート』」	
カイリー・シェー OAM	
WHO 医薬品・健康機器部支援機器アクセスチーム チームリード、スイス	
発表2	8
「支援機器へのアクセスの改善 –フィリピンの経験から–」	
ポール・マシュー・ジャオ	
デ・ラ・サール医科保健科学院 リハビリテーション部 助教授、フィリピン	
発表3	11
「インドにおける義肢装具サービスと教育の現状」	
アラタトラン・パトラ	
国立運動障害研究所 講師（装具学）、インド	
発表4	15
「インドネシアにおける義肢装具へのアクセス –現在の課題–」	
クリスタ・アドリアン・テンゲス	
ファトマワティ総合病院 リハビリテーション専門医、インドネシア	
発表5	18
「フィジーにおける障害のある子どもたちへの移動機器サービス提供」	
スロニ・ペレラ	
フランク・ヒルトン・オーガニゼーション（フィジー） 最高経営責任者、フィジー	
発表6	22
「日本における支援機器と支給制度」	
山崎 伸也	
国立障害者リハビリテーションセンター 支援機器イノベーション情報・支援室 支援機器評価 専門官、日本	
ディスカッション、一般参加者からの質疑応答	26
司会：井上 剛伸	
国立障害者リハビリテーションセンター 研究所 福祉機器開発部長、日本	
閉会挨拶	33
芳賀 信彦、国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長	

開会挨拶

森 浩一

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

皆さん、こんにちは。国立障害者リハビリテーションセンターのセミナーに御参加いただきありがとうございます。

当センターは WHO 指定研究協力センターの活動の一つとして、毎年、障害とリハビリテーションに関連するテーマで国際セミナーを開催しています。今年度のテーマは「誰もが必要な支援技術・支援機器を利用できるようにするために」です。WHO が 2017 年に開催した「リハビリテーション 2030：行動への呼びかけ」という会議の報告書があり、日本語版は当センターのホームページからダウンロードできます。この報告書では、2030 年までに遠隔地の人々も含めて、全ての人々が質の高い支援技術を享受できるように取り組むことを呼びかけています。

ここでの支援技術というのは、支援機器とそれを使う技術やシステム、供給制度、サービスを含みます。具体的には補聴器や眼鏡、車椅子や義足、段差解消のためのスロープや手すりといった、よく知られている製品や設備、あるいはスマホのアプリで手順を教えてくれたり、言いたいことを文字や絵を選択して示すと音声化してくれるものなど、様々なものが含まれます。支援技術によって、様々な障害や高齢などで、生活や社会参加が不自由になったり疎外されたりしている人々に、一般の人々と同じ場で同じ時間を共有するインクルージョン社会への参加を促すことができます。また、生活の質を上げることもできます。インクルージョン社会の実現は、日本も批准している障害者権利条約でも要請されています。

昨年（2022 年）には WHO とユニセフが支援技術についての国際報告書を発行し、支援技術の利用は人権であり、その要求は高まっているが、必要な人々に十分に届いていないとしています。また、ほとんどの人が高齢になると支援技術が必要になる可能性があることにも言及していて、質の高い支援技術がより多くの人々に届くようになるためのロードマップを示しています。

この目的を達成するためには障害のある人だけでなく、障害がない人々の意識も変えて社会のシステムを変革していく必要があります。実現への努力や工夫は、各国でそれぞれの状況に合わせて実施する必要があります。本日のセミナーは、この流れに沿ったものです。2022 年の支援技術についての報告書は 120 ページ以上もある分厚いものですが、本日の国際セミナーでは、この報告書を凝縮したかのような内容が午後の半日で聞けるものと期待しています。

御講演いただくのは、WHO と太平洋・アジア地域からお招きした 6 人の専門家です。最初の基調講演では、WHO 専門官の Kylie Shae 氏から支援技術についての国際報告書作成の経緯と、それが提案している内容や実際の取組についてお話しいただき、その後、5 人の支援技術や支援機器の専門家の方々に、それぞれの国での具体的な支援技術・支援機器へのアクセスの現状と課題、方向性についてお話しいただくことになっております。発表者の経歴と講演内容の概要は、プログラム冊子に掲載されていますので参照してください。

セミナーの最後には参加者の皆様から質問を受ける時間を設けております。これについては Q&A から入れていただくと、後でまとめてお答えすることになります。参加されている皆様におかれまし

ては、ぜひ最後までじっくりお聞きになって、質の高い支援技術の普及に向けて国際社会が目指すべき方向と、各国における具体的な現状と課題と取組について理解を深め、何らかのアイデアを得ていただくことができれば、主催している者として大変うれしく思います。

ここに令和 4 年度国立障害者リハビリテーションセンター国際セミナー、「誰もが必要な支援技術・支援機器を利用できるようにするために」を開催いたします。

アクションを呼び起こす『支援機器グローバルレポート』

カイリー・シェー OAM

WHO 医薬品・健康機器部支援機器アクセスチーム チームリード、スイス

このような国際セミナーに参加する機会を与えていただき、本当にありがとうございます。世界保健機関（WHO）の支援機器アクセス・チームを代表してお話しできることを光栄に思います。招待にとっても感謝しています。

スライドをご覧いただきたいと思います。「支援機器グローバルレポート」のハイライトと、WHOの支援機器チームの主な活動をご紹介します。この報告書は長いのですが、要約報告書があり、これは現在ウェブサイトに掲載されています。もし、もっと短いレポートをお望みの方がいらっしゃいましたら、ぜひ、このウェブサイトをご覧ください。また、近々、読みやすいバージョンや音声バージョンも作成する予定です。このような進展があれば、GATE コミュニティを通じてお知らせしていきます。

まず、「誰が支援技術を使うのか」ということを考えるとき、私たちはどのようなことを考えているのかについて少しお話しします。私たちの多くは、特に専門家である場合、支援技術は目の見えな人、歩けない人、話せない人など、障害のある人が使うものだという考えから出発すると思います。しかし、実際には、支援技術を使用する人々の多様性は非常に大きいのです。このスライドにあるように、あらゆる文化圏、あらゆる年齢層、さまざまなタイプの障害を持つ人たちがいます。また、このセミナーに参加されている方の中にも、支援技術を使用している方がたくさんいらっしゃると思いますが、もしかしたら、そのことについて考えてもいないかもしれません。私はコンタクトレンズを使用しています。コンタクトレンズがなければ、私は教育を受けることができなかつたでしょうし、高校や大学に行くことも、今のような役割を果たすこともできなかつたでしょう。そして、皆さんの中にも、自分自身や、支援技術を使う友人や家族について、同じような例を思い浮かべることができる人が多いのではないのでしょうか。私たちは皆違います。支援技術を使用する人にとって、私たちのニーズは、健康状態、能力、障害、目標、背景、社会的支援、経済状態、個人の好みなど、多くの要因の非常に複雑な相互作用で成り立っています。

WHOとしては、支援機器は、保健システムを通じて提供されるべき4つの医療関連製品の1つであると捉えています。だからといって、支援機器や支援技術が他の分野、たとえば教育や生活などを通じて提供されるべきではないというわけではありません。しかし、WHOの中では、支援機器は、医薬品、ワクチン、医療機器、支援技術の中に含まれています。支援機器とは、人の機能を維持または向上させるための機器です。支援機器はユニバーサル・ヘルス・カバレッジの一部であり、プロモーション、予防、治療、リハビリテーション、緩和ケアなど、医療のあらゆる場面で必要とされています。また、支援技術は、障害のある人にとって医療をより公平なものにし、医療システムに障害のある人を取り込むのに役立ちます。

支援技術について語る時、私たちは、個々のニーズに基づいて適切な機器を個人に適合させることができるようにするエコシステムについて話しているのです。つまり、支援技術とは、人々が支援機器にアクセスするために必要なシステムやサービスを組織化したものなのです。

そして、2018 年の WHO 総会での「支援技術に関する決議」によって義務付けられた「支援機器グローバルレポート」に至ります。このテーマに関する最初の WHO 総会決議です。そして、この決議によるマンダートの 1 つが、WHO に対して、世界的に支援技術の状況や状態を把握できるように、グローバルレポートを作成するようという要請でした。この報告書の序文には、WHO の事務局長とユニセフの事務局長が署名しており、この言葉に名前が記されています：「支援技術へのアクセスは、今、かつてないほど注目されるべきものです。支援技術へのアクセスとは、教育、労働への参加、自立、そして尊厳ある老後を可能にすることです。そして、障害者権利条約を実現し、持続可能な開発目標を達成するための前提条件でもあるのです。それは人生を変えるものなのです。」

グローバルレポートの作成にあたり重要なことは、グローバルコミュニティとして、支援技術のニーズ、自分や家族のために支援技術を利用しようとしている人々の経験、さらに「このニーズを実現するための各国の能力」を理解できるように、必要なデータをよりよく収集することです。WHO の支援機器チームは、当時、この分野で非常に長いキャリアを持つチャパル・カスナビス (Chapal Khasnabis) がリーダーを務めていました。チャパルは、必要なデータを収集し、ツールを開発する作業を指揮しました。私たちは、各国の支援技術提供能力を把握するために、各国の支援技術アセスメントを開発しました。これは、支援技術を必要としている人、そのニーズが満たされている人、支援技術にアクセスした人の経験などを世帯レベルで理解することができる、人口ベースの世帯調査です。また、国のシステム準備のための 10 の進捗指標を作成しました。

そこで、迅速な支援技術評価について考えてみると、つまりこれは世帯調査なのですが、2019 年から 2021 年の間のグローバルレポートでは、30 万人以上の回答者、各国で訓練を受けた 1700 人近くの調査員、28 言語、35 カ国が回答し、そのうちの 29 カ国が、国別または地域別の調査を実施しました。地図上では参加したさまざまな国の位置がわかります。

このデータから、私たちは、支援技術に対するニーズが、これまで推定されてきたよりもはるかに大きいことを理解することができました。現在、少なくとも 25 億人の人々が支援技術を必要としており、それが 35 億人にまで拡大すると推定しています。各国の高齢化に伴い、人口に占める高齢者の割合が増え、非伝染性疾患の状況やそれがもたらす影響など、慢性的な健康状態に関する問題が発生しています。

データが伝えるいくつかの見出しを紹介します。支援技術へのアクセスには、世界的に大きな不公平が見られます。調査対象者のうち、必要な支援技術にアクセスできた人は 3% という国もあります。一方、高所得国の中には、90% の人が必要な支援技術にアクセスしている国もあります。つまり、住んでいる場所によって、大きな格差があることがわかります。

もう 1 つの非常に重要な統計は、支援技術を使う人の最大のグループは高齢者であるということです。60 歳以上の 3 人に 2 人が、少なくとも 1 つの支援機器を必要としているのです。しかし、私たちの提供するシステムの多くは、リハビリテーション・サービスを通じて障害のある人々を対象としています。そのため、高齢者はこうしたサービスを利用することができず、こうした機器も利用できないことが非常に多いのです。しかし、この機器によって、高齢者がどのように年を重ねることができるかが大きく変わります。

特にリハビリテーションの文脈で考える場合、もう 1 つの重要な要素は、.....このセミナーに参加しているほとんどの人が、支援技術を必要とする人が支援技術にアクセスするためのサポートを受けべきだと言うでしょう、つまり、自分に合った機器を見つけ、自分のニーズを満たす方法を学び、その機器を効果的に使う方法を学び、フォローアップサポートを受けることができる。しかし、今回の調査では、支援技術にアクセスしている人の 67% 以上が、個人商店または個人診療所を通じてアクセスし、自分で代金を支払っていると報告しています。ですから、多くの人が独自に機器にアクセスしていることは分かっていますし、その機器が彼らにとってどれだけ効果的であるかについては、おそらく問題があることも分かっているのです。ですから、私たちは別の方法を考える必要があ

るのです。

人々が挙げたバリアは、高額であること、サポートがないこと、機器の入手が困難であることです。このスライドにある写真は、目の不自由な少女の写真です。写真では見えませんが、彼女が持っている白杖は、彼女には短すぎるのです。彼女は今、13歳です。だから、白い杖は地面にもつかない。しかし、彼女はマーシャル諸島に住んでいるため、新しい白杖を手に入れることができず、供給がないのです。つまり、供給が少ないということは、多くの国の多くの人々にとって大きな問題なのです。

そこで、3種類のデータツールを開発したことをお話ししました。ひとつは世帯調査です。もう1つは、カントリーキャパシティを見るものです。そしてもうひとつは、指標を見るものです。さまざまな国の政府と協力して実施したカントリーキャパシティと、グローバルレポートのために70カ国が回答した指標を比較すると、支援技術へのアクセスをサポートするために必要なシステムにおいて、どこにギャップがあるのかがわかります。人々が支援技術にアクセスするためには、適切な政策環境が必要であること、良質で手頃な価格の機器が国内で入手できること、すべての人のニーズを満たす提供体制が整っていること、そして機器を提供するための訓練を受けた人材が必要なが分かっています。そして、私たちが目にする最大の弱点は、グローバルレポートでも報告されていますが、サービスの提供、提供システム、そして人材のトレーニングにあります。多くの国では、支援技術へのアクセスをサポートするための法律が進められています。また、機器へのアクセスも進んでいます。しかし、最も大きなギャップは、人材育成と提供システムの確保、そして必要とするすべての人に手を差し伸べることにあります。

それでは、支援技術へのアクセスを強化するという観点から、いくつかの重要なメッセージと考えるべきことを説明します。WHOのキーメッセージは「統合」です。私たちは健康分野に特化しています。保健システムの強化について考えています。しかし、この統合の原則は、他のセクターにも当てはまります。保健の観点から、3層、国によっては5層のサービスについて考えてみると、プライマリー・ヘルス/コミュニティヘルスは、人々のヘルスケアの最前線に位置するため、ここで初めて支援技術の必要性を認識し、3次レベルのサービスに紹介されるのではなく、そこでニーズを満たすことができます。そこで、プライマリー・ヘルスケアのレベルでは、プライマリヘルスケアサービスにいる間に、視力検査を行い、簡単な支援機器をその場で提供することができるのでしょうか。老眼鏡や拡大鏡も、プライマリー・ヘルスケアで提供することができます。簡単な歩行補助具も同様です。「転倒の危険性」があり、足元が不安定になり始めた高齢者には、歩行補助具を提供し、その使い方のトレーニングをプライマリー・ヘルス・レベルで行い、支援技術を利用するために他のセンターへ紹介することはありません。もちろん、より複雑な機器については、2次、3次レベルのサービスも考える必要があり、より高度なトレーニングを受けたスタッフが必要であったり、より多くのリソースが必要であったりします。しかし、私たちが伝えたいのは、支援技術、ニーズの特定、そして提供のプロセスを、一次医療レベルでどのように始められるかについて、真剣に考えようということです。

もう1つは、皆様の地域と非常に関係があると思いますが、危機の際に支援技術の必要性が高まるという事実です。それでもなお、支援技術という点の対応はいつも後回しにされています。私たちは、危機が発生した後、常にこのニーズに応えようと奔走していますが、国際社会としてうまく機能しているとは言えません。この分野は、もっとよく考え、もっと準備する必要があります。

また、支援技術に投資することは、社会的にも経済的にも理にかなっています。もし、あなたが自分の仕事の中でこれを主張する必要があるのなら、グローバルレポートには、それを示すデータがあります。

支援技術の可能性を高めるための環境についても忘れてはなりません。このスライドは、この女性が車椅子を効果的に使うためにはスロープが必要であるというシンプルなメッセージを示しています。そして、スロープがうまく使われるためには、車椅子が必要です。この2つは密接に関係してい

ます。私たちは、人々が支援技術を使用する環境について考えなければなりません、その両方が一致することで、より良い結果が得られることがわかっています。

グローバルレポートには 10 の提言があります。サマリーレポートには、これらの内容が記載されています。この分野で働く人たちにとって、自分たちの仕事はこれらのさまざまな提言の中でどのような貢献をしているのかを確認するのに便利なものです。

WHO が何をしているのか、数枚のスライドで紹介したいと思います。私たちは、皆様からのご意見をお待ちしておりますし、これらのツールを共有できることを嬉しく思っています。私たちが行っていることは、すべてオンラインで利用可能です。これらは無料のリソースで、加盟国の支援技術へのアクセス強化のために用意されているものです。

2016 年のグローバルレポートの前に開発した主要なものうちの 1 つが、最初の優先支援機器リストです。これは、必須医薬品リストや必須医療機器リストと並行して作成されたリストです。このリストでは、グローバルなプロセスから、政府がユニバーサル・ヘルス・カバレッジを通じて利用できるようにする必要があると思われる 50 の機器を、政府向けに強調しています。このリストは 2016 年に作成されたものです。このリストは、各国が自国のニーズに合わせてアレンジしていくという考え方です。政府のシステムによる支援技術へのアクセスが非常に限られている国では、このリストよりもはるかに少ないリストしかありませんが、このリストを基に作成されています。また、このリストに掲載されているよりもはるかに多くの機器を保有している国もあります。ですから、これは出発点であり、それぞれの国に合わせて変えることができます。私たちは現在、第 2 弾の支援機器リストを作成中です。おそらく 50 以上の機器を掲載する予定です。しかし、これもまた、各国の事情に合わせた調整が必要です。また、この分野での経験が少ない国での機器調達をサポートするために、「公共調達のためのマニュアル」と、「支援機器リスト」の 26 機器に対応した「支援機器仕様書」を作成しました。輸入にまだ強くなく、支援技術の提供に関する独自のガイドラインがない国にとって、これらのツールは非常に有用です。

また、ガイドンス文書の作成も行っています。義肢・装具の基準があります。この基準では、各国がそれぞれの基準に照らして、義肢装具サービスの強さを評価できるようになっています。また、4 月末にはメキシコで開催される ISPO 会議で、第 2 次車椅子提供ガイドラインを発表する予定です。このガイドラインを発表できることをとても楽しみにしています。

人材という点では、先ほどお話ししたプライマリー・ヘルスケアのレベルをサポートするオンライン・トレーニング・ツールを開発するために、非常に熱心に取り組んでいます。それぞれの機器に合わせたシンプルな評価プロセスで適切な機器を選び、その機器をその人にフィットさせ、使い方を教え、そして、フォローアップの際に考えるべきことは何かという 4 つのステップに、シンプルな支援機器の提供プロセスを絞り込んでいます。そして、私たちは、一次医療レベルで安全に提供できる、支援機器リストのさまざまな機器ごとのオンラインプラットフォームを開発しました。老眼鏡、拡大鏡、ピルボックス、簡単なコミュニケーション補助具、歩行補助具、スロープ、ポータブルスロープ、トランスファーボードなど、この種の機器について、私たちはこのトレーニングを開発しました。ぜひご覧いただき、意識付けやスタッフのトレーニングにお役立てください。

緊急時について、これは非常に重要な分野であり、私自身、WHO での職務の中でもっと多くのことに取り組みたいと考えています。支援技術に関する統合的な対応を強化するために、WHO がどのような対応をとることができるかを体系的に検討しています。WHO は常に深刻な緊急事態に対応しており、私たちが提供する保健用品とともに支援機器を確実に配備する機会があります。

ウクライナの倉庫で WHO の事務局長が、私たちのチームを通じてウクライナの東部戦線全域の保健施設に提供した機器を見ているのがご覧いただけます。私たちは現在、シリアとトルコの地震に再び対応していますが、私たちの対応はシリアに重点を置いています。そして、すべてのグレード 3 の緊急事態に対応できるようにしたいと思います。また、自国での対応を強化したいパートナーとも連携していきたいと考えています。

このスライドには、今お話ししたすべての機器へのリンクが掲載されていますので、ご覧になってください。私が言いたいのは、支援技術へのアクセスを強化するために必要な作業の幅広さを過小評価してはいけないということです。このような取り組みは、この問題を議論し、さまざまな分野について考え、専門知識を共有するために人々を集めるものです。まもなく、さまざまな国でこの仕事に取り組んでいる素晴らしいスピーカーから話を聞くこととなりますが、私自身も彼らの話を聞くのをとても楽しみにしています。ありがとうございました。

支援機器へのアクセスの改善 –フィリピンの経験から–

ポール・マシュー・ジャオ

デ・ラ・サール医科保健科学院 リハビリテーション部 助教授、フィリピン

みなさん、こんにちは。支援技術へのアクセスを向上させるために私たちの国で達成したことを皆さんにお伝えできることを嬉しく思っています。私のビデオを共有します。

フィリピンでは、さまざまなセクターが協力して、支援技術へのアクセスを向上させていますが、その経験を皆さんと共有できることをうれしく思います。

まず、フィリピンの環境について概観し、わが国の支援技術へのアクセスに影響を与える要因を明らかにします。続いて、過去 10 年間に達成された改善の概要を説明します。最後に、国際社会で互いに支え合うための、今後の方向性を展望します。

まず、私の国であるフィリピンについて簡単に紹介します。フィリピンについて、甘いマンゴーが採れるとか、美しいビーチでリラックスできるとか、友人から絶賛されているのを聞いたことがあるかもしれません。次の休暇には、ぜひフィリピンを訪れて、この魅力を堪能してください。

私たちは東南アジアに位置しています。私たちは 7,000 以上の島々からなる群島です。また、地図には、医療へのアクセスを難しくする要因となっているさまざまな山脈が描かれています。行政的には、住民の言語や地域文化の違いがあり、さまざまな地域に分かれています。

最新の国勢調査では、フィリピン人口は約 1 億 1,000 万人です。フィリピン人 1,000 人に対し、16 人が何らかの障害を抱えています。アシストテクノロジー機器は、彼らの生活の質を向上させるのに役立ちます。しかし、地理的なバリア、経済的な問題、医療従事者の不足などの要因が、支援技術へのアクセスを困難にしています。

このような課題から、フィリピン社会のさまざまなセクターが、国内の支援技術へのアクセスを向上させるための改革を推進するようになりました。次のスライドでは、過去 10 年間に達成された改善について説明します。

主な改善点は、大きく 3 つのポイントに分けることができます。保健政策の変更により、政府の資源をより効率的に福祉機器へのアクセス改善に振り向けることができました。保健教育および保健トレーニングのための人的資源の拡大により、支援機器の提供に関わる有資格の医療専門家の数が改善されました。また、政府と民間のパートナーシップの拡大により、支援技術研究が活発化しました。

これらは、私たちが保健政策の分野で達成した改善の一部です。ここ数十年、フィリピンには政府運営の健康保険制度があります。これがフィリピン健康保険会社（または PhilHealth）です。フィリピン健康保険会社（PhilHealth）は、国民健康保険プログラムを運営する政府所有・管理の企業です。PhilHealth は、医療関連費用を補助しています。ここ数年、補助器具も含めて対象を拡大しています。現在、補助器具の提供を目的とした PhilHealth のパッケージは 3 つあります。ZMORPH パッケージ、拡大 ZMORPH パッケージ、障害児パッケージです。

ZMORPH (Z Benefits for Mobility, Orthosis, Rehabilitation, Prosthesis Help) パッケージは、最初に展開されたパッケージです。これは最初のパッケージで、下腿切断の人工関節の提供のみ

を対象としていました。数年後、このパッケージは、大腿義足、義手、装具など、他のデバイスを含むように拡張されました。

しかし、この 2 つのパッケージは、ほとんどが成人年齢層を対象としていました。小児人口のニーズに対応するため、PhilHealth は障害児パッケージを開発しました。これは、聴覚、視覚、移動、発達障害のある子供たちに支援機器を提供することを目的としたパッケージのセットです。また、PhilHealth のパッケージには、支援機器を使用するためのトレーニングを支援するセラピーセッションの助成も含まれています。

これらは、教育や保健の人材育成の分野で達成された改善点です。保健政策の分野での改善だけでなく、保健人材の状況も改善されました。フィリピンでは最近、初の「義肢装具士学校」が開校しました。これは、義肢装具士の資格取得を目指す学生に、大学レベルの教育を提供することを目的としています。フィリピン義肢装具学校は、東洋大学ラモン・マグサイサイ記念医療センターによって運営されています。この試みは、日本財団とカンボジア・トラストの支援により実現したものです。技術職業訓練の分野では、フィリピン政府が技術教育技能開発庁 (TESDA) を通じて、義肢装具士、装具士、車椅子サービス員の訓練プログラムを最近発表しました。

理学療法や作業療法など、すでに確立された教育プログラムに、車椅子サービスの提供や、補助器具の製作における 3D プリンターの使用などのコースが加わり、学生のトレーニングの機会が拡大されました。これは、私が大学で担当した講座のスナップショットです。OT の学生が 3D スキャンや 3D プリントを行うためのトレーニングをしている様子が見られます。

これらは、研究開発の分野で達成した改善点です。研究の分野では、過去 10 年間、政府と民間の間でさまざまな提携が行われました。科学技術省をはじめとする各機関は、研究支援に積極的に取り組んでいます。これらは、支援技術の研究に焦点を当てた、より顕著なパートナーシップの一部に過ぎません。

SIBOL は、科学技術省が支援するフィリピン大学 (州立大学) のプログラムです。SIBOL とは、Surgical Innovations and Biotechnology Laboratory の頭文字をとったものです。フィリピン語で「シボル」は「成長」や「芽を出す」という意味もあり、詩的な意味でプログラムの名前にふさわしく、国内のバイオテクノロジー革新の拡大に寄与しています。

また、私たちの科学技術省は、私立大学と提携し、支援技術の研究を推進しています。そのひとつが、デ・ラ・サール大学バイオメディカル・エンジニアリング・アンド・ヘルス・テクノロジー研究所とのパートナーシップです。このパートナーシップによって現在までに生み出されたプロジェクトのいくつかを紹介します。これらのプロジェクトの中には、支援機器の開発に焦点を当てたものもあります。

アガペイ計画は、生物医学技術研究所にあるプロジェクトの 1 つです。このプロジェクトは、科学技術省-フィリピン保健研究開発評議会から資金援助を受けています。DLSU-IBEHT は、フィリピン大学-フィリピン総合病院、リハビリテーション医学科の医師と協力して、着用可能なロボット外骨格を開発しました。

最後に、フィリピンの経験から、支援技術の発展に関する将来の方向性を導くと思われる重要なポイントをいくつか紹介させてください。今後数年間は、このような強力な官民協力のイノベーションが見られるでしょう。政府と民間部門の強力なパートナーシップは、同国における支援技術へのアクセス向上の重要な要因となっています。このようなパートナーシップにより、両セクターは互いの弱点をサポートし、強みを相乗効果で発揮することができます。

フィリピンの経験では、政府や支援技術アクセスに向けた多様な活動は、非政府組織の支援による恩恵を受けました。例えば、PhilHealth の支援機器提供のためのパッケージは、非政府組織である Physicians For Peace, Philippines によって大きくサポートされています。フィリピンリハビリテーション医学アカデミーやフィリピン義肢装具士協会のような専門組織のメンバーも、支援技術へのアクセスを改善するために、他の政府や多様な団体に参加しています。

学術界もまた、パートナーシップを築くための豊富な資源です。政府および民間の教育機関の教員は、支援技術の提供を目的とした国主催のさまざまなイベントで、定期的に技術専門家として活躍しています。

国際的なパートナーシップも、フィリピンにおける支援機器のアクセシビリティの向上に寄与しています。例えば、PhilHealth 障害児パッケージは、UNICEF の支援を受けて開発されました。地元の非政府組織による支援技術プロジェクトも、日本財団、カンボジア・トラスト、マハベール・フィリピン財団、末日聖徒チャリティーズなどの国際組織の支援を受けました。

フィリピンの経験から学べる重要な教訓は、支援技術へのアクセスを改善するためには、公共部門と民間部門、そして地域と海外のパートナー間の強力なパートナーシップが重要な役割を果たすということです。

皆様のご清聴に感謝申し上げます。ご質問や詳細な情報が必要な場合はご連絡ください。

発表を終えたいと思います。ありがとうございました。

インドにおける義肢装具サービスと教育の現状

アラタトラン・パトラ

国立運動障害研究所 講師（装具学）、インド

皆さん、こんにちは。インドにおける義肢・装具のサービスや教育の現状についてお話する機会を与えてくださった、国立障害者リハビリテーションセンターに心から感謝いたします。

義肢、装具、補助具を利用することは、社会的インクルージョンのプロセスを仲介し、身体障害や機能制限のあるすべての人々の生活の質を向上させることができます。これにより、健康で生産的、自立した尊厳のある生活を送り、教育、労働市場、社会生活に参加することができるようになります。義肢装具技術は、一般人とそれを必要とする人々との間のギャップを軽減するために重要な役割を果たします。

国連障害者権利条約（UNCRPD）と持続可能な開発目標（SDGs）は、誰もが国の発展に貢献できるインクルーシブな社会の実現を目指した世界的な取り組みです。しかし、インドでは、技術的に適切な義肢、装具、支援技術の認知度の不足により、望ましい目標の達成には至っていません。

インド政府は、「義肢・装具を含む支援技術・機器へのアクセスを改善するためのアプローチ」を確保するためにあらゆる努力を払っており、誰もが十分にアクセスできるようにする必要があります。

2011年の国勢調査によると、インドには2680万人の障害者がおり、そのうち20%にあたる540万人に運動器に障害者がいます。さらに、何らかの補助具を必要とする高齢者も1億3,800万人います。したがって、インドにおける支援機器の潜在的な需要は、1億4,400万人程度と考えられます。SDGsの2030年アジェンダを達成するためには、これらのデバイスがすべての人にとってアクセスしやすく、手頃な価格で購入できるようにする必要があります。

インドにおける人工関節の歴史は、紀元前3500年から1800年まで遡り、サンスクリット語で書かれた「ヴェーダ書」に最初の人工関節の記録が残されているそうです。しかし、インドで初めて義肢の臨床が行われたのは、1944年にプネーにある軍隊医科大学で、Artificial Limb Centreという名称で設立されました。しかし、義肢、装具、補助具の普及は都市部が中心であり、農村部には普及していないのが現状です。

インドで最初に義肢装具のトレーニングプログラムが始まったのは1963年で、サーティフィケートコースとしてスタートしました。それ以来、教育レベルは博士号レベルまで進んでいます。しかし、義肢装具を必要とするすべての人に義肢装具サービスを提供するためには、まだまだ課題があります。

ここでは、インドにおける義肢・装具サービスの時系列的な発展を簡単に紹介します。

1944: インド陸軍のプネーに最初の義肢センターが設立され、2つの世界大戦の戦死者に義肢を提供。

1950: デリーのサフダルジュン病院（政府系医科大学）が義肢・装具センターが開設された。

1955: ムンバイのAll India Institute of Physical Medicine and Rehabilitationが、インド西部の義肢装具のニーズに応えるため開設された。

- 1960: チェンナイの政府総合病院が、義肢装具のサービスを提供するセンターが開設された。
- 1970: キリスト教の病院である Saint Marthas センターが開設された。
- 1972: インド政府がカーンプルに義肢・装具の製造会社、義肢製作会社 (ALIMCO: Artificial Limbs Manufacturing Corporation of India) が設立された。ALIMCO は現在、部品の製造だけでなく、サービスも提供している。
- 1975: 非政府組織 Bhagwan Mahaveer Viklang Sahayata Samiti が「ジャイプール義肢」の提供を開始し、農村部でのキャンプを実施した。
- 1976-1978: インド政府が、3つの国立研究所を設立（コルカタに NILD、カッタックに SVNIRTAR、そしてニューデリーに PDUNIPPD）。これらの研究所は、当初はサービスを提供し、その後トレーニングプログラムを開始した。
- 1985: 義肢装具センターのある地区に、11の地域リソースセンターが設立された。
- 1990: 全国で約310の DDRC（地域障害リハビリテーションセンター）が設立。
- 2000: インド政府障害者自立支援課によって、訓練とサービスの両方を提供する複合型地域センター（CRC）の構想が持ち上がった。当初は9つの CRC がスタートし、現在では各州に19の CRC があります。しかし、CRC がない州もまだ9つある。

現在のインドの義肢・装具サービスに関する医療制度は、組織化されサービスプロバイダーが深刻なほどに不足しています。これは、ほとんどのサービスが医療システムではなく、社会セクターによって提供されているためです。義肢装具サービスの場合、主な提供形態はキャンプです。サービスの95%はキャンプを通じて提供され、センターを通じて提供されるのはわずか5%です。インド政府は、義肢、装具、補助具のほとんどを、キャンプやセンターで無償で提供しています。お金を払っているのは一部の人たちだけです。しかし、私たちがフォローアップケアや修理メンテナンスを行えるのは、センターを通じてサービスを受ける人のうち5%に限られます。キャンプでサービスを受ける95%の人たちは、キャンプ方式ではフォローアップのシステムがないため、私たちが提供した機器を使っているか、何か問題があるのかわからないのです。

インド政府は、障害者のエンパワメントを約束しています。これを支援するために、一定の障害があり、すべての収入源から得られる月収が22,500ルピー以下のインド国民であれば、年齢にかかわらず、15,000ルピーまでの義肢、装具、補助具を無料で提供します。過去3年間、同じ目的のために援助を受けていないことが条件となります。ただし、12歳以下の子どもについては、最低1年間の援助が必要です。月収が22,501ルピーから30,000ルピーの人は、義肢、装具、補助具の50%の費用が免除されます。

インドは、CSR（企業の社会的責任）を法律で定められた一部の企業に対して義務付けている唯一の国です。つまり、これらの企業は過去3年間の平均純利益の2%を社会福祉活動に使わなければならないのです。このCSRの取り組みは、持続可能な開発目標と官民パートナーシップを促進し、インドを変革することを目的としています。一部の障害者は、CSR資金からハイエンドの義肢装具を入手することで、この取り組みの恩恵を受けています。このほかにも、一部の州政府の社会保障基金や、自己負担に応じて自己資金を支払う民間クリニックなど、義肢装具の資金源はさまざまです。

インドにおける義肢装具サービス提供者は、以下の通りです。

- ・インド政府および州政府傘下の組織
- ・非政府組織(NGO)
- ・コーポレート部門（企業）
- ・義肢装具士（インドリハビリテーション協会が認定した教育機関のコースを修了し、各都市でクリニックを開設している人たち）

インド政府および州政府の義肢装具サービスは、2つの省によって提供されています。

- ・障害者権利向上省と社会正義・権利向上省

・インド政府保健家族福祉省

州政府の中には、義肢装具サービスを提供する独自の省庁を持つところもあります。これらの省庁は、Social Justice、Social Welfare、Differently-Abled など、異なる名称を持っている場合があります。

インド政府障害者自立支援課傘下の 9 つの国立研究所のうち、7 つが義肢装具サービスを提供しています。

Artificial Limbs Manufacturing Corporation of India (ALIMCO) は、義肢装具デバイスの部品製造会社です。インド政府のもと、キャンプを通じて義肢装具サービスを提供する地域センターがあります。インド政府によって設立された 19 の複合地域センター (CRC) が義肢装具センターを有しています。2 つの地域センターは、2 つの国立研究所の下にあります。

インド政府が設立した 325 の DDRC (地域障害リハビリテーションセンター) のうち義肢装具サービスを提供しているのは 29 のみです。

インド政府保健家族福祉省のもと、以下の機関が義肢装具サービスを提供しています: All India Institute of Physical Medicine and Rehabilitation, Mumbai、All India Institute of Medical Sciences (AIIMS)、インド政府管轄の 6 つの政府医学校。また、鉄道病院には 2 つの義肢装具センターがあります。

タミル・ナードゥ州政府は、障害者部門に 38 の義肢装具センター、保健家族福祉部門に 7 つのセンターを運営しています。オディシャ州政府は、社会保障局のもとで 19 のセンターを運営している。また、28 の州政府が運営する医科大学では、義肢装具のサービスを提供しています。

84 の NGO (非政府組織) が、インド政府の障害者権利向上局から資金を得ています。これらの NGO は、障害者に無料でサービスを提供しています。

インドで義肢装具サービスを提供している企業は、多国籍企業やインド企業を含めて 19 社ほどあります。

インドには 189 の義肢装具クリニックがあり、資格を持った義肢装具クリニシャンによる義肢・装具サービスを提供しています。しかし、義肢装具の正式な資格を持たずに義肢装具を製作している無資格者も 3,000 人おり、彼らも患者にサービスを提供していますが、彼らを止めることはできません。障害者にサービスを提供した場合、彼らは国から訴追される可能性があります。しかし、彼らは「障害者 “以外”」にしかサービスを提供しないと主張しています。ですから、彼らに対して何のアクションも起こせません。これが、資格のない人がサービスを提供していることの問題点です。

統計庁が実施した第 76 次「障害者調査」(2018 年 7 月～12 月)によると、政府から何らかの援助を受けた障害者は 21.8%、非政府組織から援助を受けた障害者は 1.8%しかいません。

ほとんどの受益者 (95%) がキャンプを通じて補助器具を受け取り、センターを通じて受け取ったのはわずか (5%) です。同様に、ほとんどの資金 (95%) がキャンプの活動に利用され、センターの活動に利用されたのはわずかな額 (5%) でした。

インドリハビリテーション評議会 (RCI) は、国会法に基づいて設立された法定機関です。1986 年に登録団体として設立され、1993 年 6 月 22 日に法定団体となりました。RCI に与えられた任務は、障害者へのサービスを規制・監視し、シラバスを標準化し、義肢装具士を含むリハビリテーションや特別教育の分野で働くすべての資格ある専門家や人員の中央リハビリテーション登録簿を維持することです。また、この法律は、障害者にサービスを提供する無資格者に対する罰則を規定しています。しかし、教育は効果的に規制されていますが、13 億 8000 万人の人口を抱える大国において、サービスを規制することは非常に困難です。

インドにおける義肢装具の分野は、年々進化しています。1963 年に 1 年から 1 年半の最初のサーティフィケートコースが導入されました。1972 年には 2 年半から 3 年のディプロマコースが提供されました。1986 年にインドリハビリテーション評議会 (RCI) が設立された後、ディプロマコースは 2 年半で統一されるようになりました。1984 年には、義肢装具学で最初の学士号プログラムが開始さ

れ、これは3年半のコースでした。その後、2003年に4年半に延長されました。2006年には、RCIが2年間の修士課程を開始しました。

インドにおける義肢装具士教育の現状は、以下の通りです。大学院のプログラムを提供する機関は7つあり、総受容人数は78人です。しかし、2022-2023年に入学した学生は46名のみでした。学部課程では、17の教育機関があり、総受容定員は420名です。しかし、2022-2023年に入学した学生はわずか220人でした。ディプロマコースの場合、3つの研究機関があり、総受容人数は75名です。しかし、2022-2023年に入学した学生は10名のみです。

インドリハビリテーション評議会(RCI)に登録されている義肢装具士の専門家の数は以下の通りです。サーティフィケート保持者422名、ディプロマ保持者115名、学士号保持者1,302名、修士号保持者121名です。学士課程を修了した2,430人のうち、RCIに登録されているのは1,300人だけです。残りは登録していないか、他の職業に転職しています。

RCIに提出された報告書によると、インドでは義肢装具士の人材に大きな格差があります。インドには6,612のブロックがあり、それぞれのブロックの人口は20万人です。各ブロックに2人の義肢装具が必要だとすると、合計で13,224人の義肢装具が必要です。しかし、私たちはこの数字の10%しか持っていません。つまり、9割のブロックには義肢装具がないのです。

インドにおける義肢装具の課題と解決策をいくつか挙げます：

適切で安価な技術や機器。世界的に認知されている教育 義肢装具の教育を提供する17の機関のうち、ISPOに認められているのは1つだけです。他の機関も同様に認定を受ける必要があります。

現在、義肢装具教育は社会正義・権力強化省の管轄になっていますが、他の学問分野と統合できるように、教育省の管轄にすべきです。国家は国民に対して責任を持ち、適切な社会保障プログラムを提供すべきです。切断と補装具の解決、麻痺と装具の解決は、単なるリハビリテーションの問題ではなく、健康問題として考慮されるべきです。すべての地区が義肢装具センターを持つか、地区リハビリテーションセンターに併設されるべきです。

1995年にインドで初めて障害に関する法律が制定され、その後2016年にRPWDs法が制定されて以来、障害者分野は大きく発展してきました。法律、社会的包摂、アクセシビリティに対するさまざまな想像を通じて、障害者は、以前は自分の能力を超えていると見られていた職業や目標を達成しました。しかし、障害者の生活環境とアクセスを向上させるためにテクノロジーを効果的に使用すれば、まだまだ改善の余地があります。これは、UNCRPDやSDGsといったグローバルな取り組みの目標を実現することにもつながります。また、インドは高齢化社会に直面しており、義肢、装具、支援技術へのアクセス向上が求められています。ご清聴ありがとうございました。

インドネシアにおける義肢装具へのアクセス —現在の課題—

クリスタ・アドリアン・テンゲス

ファトマワティ総合病院 リハビリテーション専門医、インドネシア

皆さま、こんにちは。発表を始めようと思います。17,000 の島々からなる国に住むのはどんな気分か、考えたことがありますか？例を挙げますと、私はここジャカルタに住んでいます。妹はマナドに住んでいます。甥っ子が誕生日を迎えると、いつも誕生日会に出席するように言われます。私はどうするかというと、空港まで1時間、交通状況によっては2時間かかることもあります。そして、3時間のフライトと1時間のフライトで、彼らのところに到着します。だから、6時間かかり、交通費は400~500USドルくらいかかってります。そのため現地に行くのに苦労しています。ただそれは必ずしもネガティブなことではありませんし、ポジティブに捉えると、いつでも探検できる場所があるということです。

そこで、皆さんと共有したいのは、「ここインドネシアで、障害者が義肢や義足を利用するために、現在直面している課題は何なのか」ということです。

ご存知のように、WHO は世界人口の16%が重大な障害を経験していると発表しています。また、私たちは義肢は機能や自立を向上させるために重要であることを認識しています。インドネシアの国家開発計画は、生活、予算、実施、モニタリング、評価のあらゆる面で障害者の参加性を高めるというWHOのアクションプランと一致しています。障害者が支援機器にアクセスするのは簡単なことではありませんが、障害者の社会参加に向けて改善することは非常に重要です。臨床医だけでなく、私たち全員がこのことに注意を払わなければなりません。

それぞれの国には、それぞれの苦労があります。インドネシア全土から切断患者を受け入れている国立病院の整形外科に勤務するリハビリテーション医であり、臨床医としての私の視点から、5つのギャップを紹介したいと思います。

1つ目は、データ収集です。私たちの国の基本的な健康データセットは5年ごとに収集されます。そして、障害に関する国家報告書では、2018年の人口に基づいて行われましたが、12%、つまり約3000万人の国民が障害とともに暮らしています。しかし、残念ながら、このデータでは、障害の種類、歩行障害なのか、その他の障害なのかが特定されていません。ですから、データが非常に不足しており、ニーズと需要のミスマッチが起きています。どれだけの切断患者が義肢装具を必要としているのか、計算できないこととなります。これが、今、私たちが直面している最初のギャップです。

もう一つは、人的資源の不足です。義肢装具士、作業療法士、理学療法士が一体となったリハビリテーションチームが、義肢装具の機能を向上させるために必要なのです。これが、2023年に現役の専門職が何人働いているかを示す数字です。特に義肢装具士は、全人口から見て0.66%のニーズしか満たしていません。しかも、その多くは主要都市が中心です。

3つ目は、主要都市へのアクセスです。先ほども触れましたが、アクセス自体は可能かもしれませんが、時間がかかり、費用も法外に高いのです。です。私の友人の一人（医師）がインドネシアの東部にあるピアックに勤務しています。彼女には、義肢を必要とする患者がいます。義肢を作るには、義肢を作ることができる一番近い施設を紹介しなければなりません。この場合、それはここマナドに

なります。だから、患者さんが義肢を手に入れようとすると、ジャヤプラまで飛行機で行かなければならず、130ドル近くかかってしまう。そして、ジャヤプラからマナドまで飛行機で移動し、宿泊費（1日20ドル程度）は別として、260ドル程度かかる。このように、患者さんが義肢を手に入れるのに、どれだけの費用がかかるか想像がつかずね。船などの安い交通機関を利用できるかもしれませんが、数日から数週間はかかります。

4つ目のギャップは、高額な義肢です。義肢が比較的高価であることは皆さんご存知だと思います。インドネシアで義肢装具を作るために必要な材料のほとんどが、まだ輸入されていることもポイントのひとつです。民間保険で全額カバーできるものもありますが、国民保険では装具の10%から15%しかカバーできず、しかも長時間の手続きが必要です。また、2019年のデータでは、持続可能な仕事に就いている障害者は25.6%に過ぎないとされています。そして、そのほとんどが非常に低い経済状態にあるのです。

5つ目のギャップは、情報の不足です。完璧なフィット感と良質な義肢は、プロが扱う必要があることを、誰もが知っているわけではありません。実際、私たちの日常では、適切な義肢装具の資格を満たしていないにもかかわらず、安価でメディアで宣伝される義肢装具を作る職人さんがたくさんいます。例えば、事故に遭った後、自分で義肢を作ったことで世間からかなり評判になったこの方がいます。彼は木で義肢を作ったのです。そして、メディアはその話を大々的に報じたのです。だから彼は、義肢を必要とする人たちのために、たくさんの義肢を作ったのです。もちろん、それは善意であり、私たちは本当に感謝していますが、基本的なバイオメカニクスや基礎医学の知識がないまま善意で作ったものです。様々な医学的問題を抱えた人、例えば糖尿病患者がそのような義肢を使用した場合、将来どのような結果になるかは想像がつかず。私の周りにも、下腿切断の患者さんが何人もいますが、低品質の義肢を装着してマメができたり、怪我をしたりして、結局、高位切断で再度切断しなければならなくなったりしています。

では、この差を縮めるためにはどうしたらいいのでしょうか。ここでは、私たちが継続的にしている取り組みを紹介します。データ収集の問題については、現在、保健省が統合医療記録システムを構築中で、後にすべての政府病院で使用される予定です。患者さんの診断に基づき、より具体的なデータ収集ができるようになることを期待しています。しかし、もちろん、技術的リテラシーや、遠隔地ではインターネットの普及率が限られているなどの課題もあるでしょう。そして、第二段階として、現在、より具体的なデータ収集が行われています。もちろん、データを収集する担当者を再教育し、特定のデータを収集する方法を知ってもらうことが課題です。

人材不足の課題については、現在、大学は卒業生を増やすために入学者数を増やし始めています。しかし、その反面、講師の数を増やす必要が出てきます。そして2つ目は、医療従事者の均等な分配が必要です。問題は、誰もが他の都市に行きたがるわけではないことです。また、ある地域に移っても、施設は限られています。だから、そのニーズにも対応できないのです。そして3つ目は、契約上の取り決めがあることです。最近では、いくつかの機関が契約付きの奨学金を提供しています。卒業後、主要都市ではなく、自分の職業を必要としている他の都市に配置されることを望まなければならないのです。課題としては、官僚制度が複雑で、奨学金に関する情報の発信が不十分なことがあります。

また、主要都市に行くためのギャップを埋めるために、最近ではトランススラウェシやトランスジャワなど、政府によって設けられた新しい州間移動手段や島間移動手段があります。しかし、運賃がまだ高いことや、政府の補助金とニーズが合わないことが課題です。2つ目は、遠隔地への施設配備です。これについては、マルチセクターの連携が課題です。

そして、高額な補装具の問題に対するギャップを縮めるために、まず、現地生産に取り組んでいます。しかし、課題は技術と資源のギャップです。次に、輸入関税の引き下げです。担当者の誰かが聞いてくれるといいんですけどね。しかし、もちろん、マルチセクターでの検討や評価も必要です。ニュースで知ったのですが、財務省が「障害者が必要とする物品に対する免税率や輸入関税の政策や

規則がある」と言っていたため、私たちは良い知らせを待っているところです。

また、私たちの患者さんを本当に助けてくれるもののひとつに、チャリティープロジェクトがあります。インドネシアにはたくさんのチャリティープロジェクトがありますが、私はこの2つの機関についてよく知っているので、この2つだけを紹介します。それは、北スマトラのシアンタール、Pusat Rehabilitasi Harapan Jaya です。2022年、彼らは41個の義肢を患者に無償で提供しました。そして、私たちの病院と連携しているYBM PLNも、義肢を必要とする16人の患者に10個の義肢を提供し、その数は今も増え続けています。

そしてもちろん、公共の場での情報が少ない分、ソーシャルメディアによる教育や直接教育がより頻繁かつ集中的に行われているいると考えています。

課題や解決策について、一緒に考えることができれば、より有益になると思います。ありがとうございました。

フィジーにおける障害のある子どもたちへの移動機器サービス提供

スロニ・ペレラ

フランク・ヒルトン・オーガニゼーション（フィジー） 最高経営責任者、フィジー

こんにちは。私はフィジー諸島にいますので、まず、この土地の先祖の所有者と、フィジーの多様なコミュニティの中で世代を超えてつながっている人々の先祖に敬意を表し、謝辞を述べたいと思います。また、私の前に知識を共有してくれた講演者の方々、特に、モチベーション・オーストラリア在職中にフランク・ヒルトン機構での移動機器サービスの立ち上げに尽力してくれた Kylie Shae さんに謝意を表します。

私は正確な国レベルの視点を皆様に提供することができません。また、私は決して支援技術の専門家ではありません。したがって、私のプレゼンテーションは、主にフランク・ヒルトン機構の小児用移動機器サービスに焦点を当てます。しかし、私たちが活動している風景や背景について、より広い視野で見ていただけるよう努めたいと思います。

フィジー諸島は、南太平洋に浮かぶ 330 の島々から構成されています。ニュージーランドとオーストラリアの西側に位置しています。このうち、人が住んでいるのは 100 島です。総人口は 85 万人近く、そのうち 45 万人近くが都市部に、39 万人が農村部、遠隔地、海洋地帯に住んでいます。男性と女性の人口はほぼ同数です。そして、フィジーの平均寿命は、1990 年の 65 歳から 2017 年には 70 歳近くまで伸びています。

フィジーは若い人口が増加しています。3 歳以上の 13%から 15%が障害者と認定されています。フィジーは中所得国ですが、フィジー人の 28%が貧困ライン以下で生活しており、大多数がインフォーマルな職場で働いています。

残念ながら、フィジーは世界で最も非感染性疾患（NCD）の発生率が高い国の一つであり、NCD の危機に直面しています。NCD（NCD に関連した障害）の割合が高まっていることから、フィジーでは支援技術への普遍的なアクセスが非常に重要です。NCD の死亡率だけでも 78%近くあります。そして、フィジーはラグビーに関してはおそらく 1 位ですが、残念ながら、糖尿病関連の死亡率も世界 1 位です。

障害児について言えば、フィジーでは 2 歳から 17 歳までの子どもの 8.8%が、少なくとも 1 つの機能的な困難を抱えていると報告されています。早期発見には限界があり、多くの場合、子どもたちは 6 歳前後で特別教育システムに引き入れられます。しかし、主要な 3 つの島に特別教育制度がある学校があります。15 校の小学校レベルの特別支援学校と 2 つの職業訓練センターがあり、約 1,000 人の障害のある子どもたちに教育支援を提供しています。

フィジーは障害者権利条約（CRPD）と子どもの権利条約（CRC）を批准しています。CRPD と CRC には、障害のある子どもたちがすべての子どもたちと同じ機会を得る権利を示す特定の条項が含まれています。障害者法もあります。特別支援教育およびインクルーシブ教育に関する方針があります。リハビリテーション政策（草案）があります。そして、幼児開発政策（草案）もあります。

フランク・ヒルトン・オーガニゼーションは、フィジーで唯一の早期介入サービスプロバイダーです。私たちは 1960 年代から存在する慈善団体です。私たちは介護施設としてスタートしました。

そして近年、発育期にある障害のある子どもたちや家族へのサービスのギャップを埋めるために、早期介入サービスに手を広げました。そして現在、外来部門にはさまざまなサービスがあり、そのひとつが小児用移動機器です。

私たちは、「育成ケアフレームワーク」に基づき、質の高い教育へのアクセス、良好な健康状態へのアクセス、栄養、子どもの保護と安全、養育者のスキルと能力の向上といった主要な柱を優先して取り組んでいます。

その他の戦略的な柱について少しお話しますと、私たちはエビデンスに基づいたサービス提供をしています。私たちは慈善団体ですが、サービスは権利であることを強調しています。サービスは必要なときに提供されるもので、必ずしも可能なときに提供されるものではありません。もうひとつの重要な柱は能力開発です。フィジーでは、子どもや障害者のためのサービスを継続するための人材やスキルが不足しているためです。そしてもちろん、私たちの活動に関する知識を共有し、私たちの活動の持続可能性を確保するために、私たちは協力的なパートナーシップとセクターのコラボレーションを3つ目の柱として考えています。

私たちのサービス提供のアプローチは、協調的、学際的、多部門的、平等的、家族中心、文化的対応です。

また、フィジーにおける支援技術について、表にはたくさんの支援技術が示されています。しかし、フィジーの視点から見ると、私たちは極めて限られています。どちらかという慈善事業の観点から見たもので、フィジーでは現在、支援技術の必要性が認識されていません。機器リストもありません。アクセシビリティは非常に低いです。アクセスは、主にユーザーが支払うか、慈善団体の寄付によって行われます。入手しやすい価格帯も限られています。ここでも、主にCSOや慈善団体を通しての利用となっています。適応性に限界がある。そして、品質もまた、利用可能性とアクセスに依存しています。

フランク・ヒルトン・オーガニゼーションでは、その他の支援技術サービスに関して、言語病理学部門では AAC（ローテク機器）を使用しています。また、聴覚部門では、補聴器や難聴の子どもたちのための FM システムを提供しています。これらのサービスはすべて無料です。

より広い視野で、フィジーにおける移動機器サービスがどのように行われているかを見てみると、主に市民団体を通じて機器を調達したり、外部機関を通じて寄付を受けたりしています。義肢装具サービスがあり、これは国立のリハビリテーション病院で行われています。また、医薬品はフィジー・ファーマシューティカル・アンド・バイオメディカル・サービスを通じて提供されることが多いのですが、補助器具の調達は行っていないと聞いています。このリハビリテーション病院では、市民団体や宗教団体からの寄付によって機器を調達しています。臨床医と技術者の両方に対して、外部機関を通じて現任訓練が行われています。一部の病院では、臨床医と技師が中級レベルのトレーニングを受けています。また、車椅子の基本的なフィッティングは、主に成人を対象に行われています。フランク・ヒルトン・オーガニゼーションでは、中級レベルの移動機器の装着について、主に国民健康保険制度や学校、地域から紹介を受けます。つまり、フランク・ヒルトン・オーガニゼーションにおける小児用移動機器は、フィジーの障害のある子どもたちの移動の権利、教育、社会、宗教活動への完全な参加とインクルージョンを実現するために提供されているのです。

数字で見ると、過去3年間で、フィジーの主要4地域に約170人のクライアントがおり、男女の割合はほぼ同じです。繰り返しになりますが、クライアントには一切費用がかかりません。そして、機器は毎年行っている資金集め活動によって、組織が調達しています。機器のコストは、調達を始めてから過去5年間で約175,000ドルです。

私たちは、WHOの8ステップ車椅子デリバリー（評価、処方、資金調達と発注、機器の準備、装着、ユーザートレーニング、フォローアップ）に従っています。

基本的な移動手段から中級レベルの移動手段、姿勢サポート機器まであります。約9種類の機器があり、CLASP、Wheelchairs for Kids、Motivation Australia を通じて機器を調達しています。ま

た、フィジオネット UK から機器を調達しています。先ほど申し上げたように、費用はかなり幅があります。そして、サービス開始から5年間で約17万4千フィジードルを投資しています。

これが、私たちが扱っている機器の一部です。小さな機器は、Motivation Australia の機器だと思いますが、6カ月以上のお子さんもこの機器に装着することが可能です。

人材について、チームには中級レベルのトレーニングを受けた7人がいます。理学療法士3名、地域リハビリテーション支援員2名、車椅子技術者2名です。これらの素晴らしい人材が、中央支部と西部支部に集約されたオフィスを通じてサービスを提供するとともに、地域社会に出向いて、サポートを必要とする障害のある子どもたちを探しています。

ここでは、子どもたちのアセスメントや、移動機器のフォローアップやメンテナンスの様子をご覧いただけます。また、左の写真は、ほとんどの場合、地形がどのように見えるかを示しています。

では、サービス提供の際に直面するいくつかの課題についてお話ししましょう。繰り返しになりますが、特定、スクリーニング、紹介が課題です。ほとんどの親は、子どもが学校に通う年齢になるまで、私たちのところに子どもを連れてくるのを待ちます。また、ほとんどの保健師は、子どもが学校に通うようになるまで、その子を連れてきて、私たちに紹介するのを待ちます。ですから、紹介が来るのはかなり遅いのです。アセスメントを行う際、入手できる機器に限りがあるため、入手できる機器に合わせて処方箋を調整する必要があることもあります。繰り返しになりますが、資金調達と発注です。私たちは資金調達活動を行い、実際に機器を調達するための資金を調達しています。アクセシビリティの問題もあり、実際に在宅の子どもたちに車椅子を提供していますが、アクセシビリティが非常に悪いため、通常は車椅子は自宅に置かれたままです。

今回も機器の準備では、フィジー全土から寄せられる紹介を2人の技術者で対応することになりました。フィッティングは、在庫状況次第。そして、時には2~3カ月も待たされることもあります。また、ほとんどの場合、最初にアセスメントを受けたときから子どもが成長しているため、再アセスメントを行う必要があります。そして、フォローアップとメンテナンス。私たちの小さなチームは、フィジー全土で活動しています。3カ月から6カ月のフォローアップを、すべての子どもたちに対して行うことは、非常に困難です。この写真の1つは、技術者が椅子を肩に担いで、椅子を必要とする子どもの家まで運んでいるところです。また、右側の写真では、家が高床式で、椅子が家の中に入っているのがわかります。ですから、アクセシビリティが悪いため、私たちの願いどおりに、その子が成果を達成できるのだろうかとも考えられます。

そして、インドネシアの発表者が話してくれたように、地理的な課題もあります。写真を見ていただくと、はるか水平線上に、コミュニティを訪問するために私たちの車が停車した場所があります。ですから、移動機器を受け取った子どもや人が、自分の家の壁の外で実際に使える可能性は非常に低いのです。

右の写真は、昨日か一昨日、あるいは数日前に、私のチームがある島へ車椅子のフォローアップに出かけたときに撮ったものです。これらの写真は、都市部でのアクセスを示していますが、私たちのコミュニティのほとんどがインフォーマルな居住区に住んでいることを理解してください。また、私たちにはバリアがあります。交通機関もなければ、バリアフリーの交通機関もありません。また、ほとんどの場合、学校さえもアクセスできません。そのため、家庭で使う車椅子と、学校で使う車椅子を用意しなければならないこともあります。

繰り返しになりますが、現場でのサービスプロバイダーとしての経験に基づく私たちの提言は、「支援機器グローバルレポート」と一致しています。しかし、1つだけ付け加えるとすれば、支援技術を国民皆保険に組み込むためには、多くの提唱と政治的意志が必要である、ということです。私たちには、大きなエビデンスギャップ、データギャップがあります。私たちは、現場で起きている問題の大きさを知らないで、何に備えるべきかを理解する必要があります。ですから、データとエビデンスに基づく政策への投資は極めて重要です。支援技術へのアクセスを改善することは絶対に重要であり、市民社会に任せるだけでなく、他分野が連携して行う必要があります。医療、教育、労働、社

会分野のすべてが参加する必要があります。また、機器の現地調達も重要です。今のところ、国内で購入できる機器がありません。移動器具や補聴器が必要ですが、国内では手に入らないので、輸入する必要があります。持続可能なサービスを実現するためには、労働力のキャパシティとスキルが非常に重要なのです。現在、私たちは家族中心のアプローチに取り組んでいる組織ですが、機器の提供のほとんどは、受け取る側と提供する側というアプローチになっています。機器を使う人たちが、彼らにも私たちにも適した政策を見極め、立案してくれることが必要なのです。フィジーでは、環境整備とアクセシビリティへの投資が大きな課題となっています。また、私たちの国家的な取り組みを支援するために、国際企業による技術的・経済的援助が必要です。そしてまた、スティグマと闘うために、人々の意識を高める必要があります。

しかし、すべてが悲観的なものではありません。すべてが欠落しているわけではありません。多くのチャンスがあるのです。そして、やはり笑顔があればこそ、やりがいを感じることができます。

この子どもは、都市部の集落に住んでいました。しかし、家庭内にも学校内にも移動機器がないため、学校に通うことができませんでした。彼女は6カ月で髄膜炎にかかり、下肢に麻痺がありました。7歳のとき、父親がアセスメントに連れてきてくれて、車椅子を提供しました。しかし、3カ月後のフォローアップでは、その椅子がひどい状態になっていました。バリアフリーの交通機関がないため、家から椅子を持ち出してタクシーの幌にくくりつけ、学校まで持っていかなければならなかったからです。理想的な状況とは言えませんが、彼女にとってはベストな選択だったと思います。そして、彼女は学校への出席率も非常に高いのです。

このように、フィジーの現状を少しはお伝えできたでしょうか。このような機会を与えてくださった国立障害者リハビリテーションセンターに、改めてお礼を申し上げたいと思います。また、何か質問があれば、いつでも私に声をかけてください。

日本における支援機器と支給制度

山崎 伸也

国立障害者リハビリテーションセンター 支援機器イノベーション情報・支援室
支援機器評価専門官、日本

本日はこのような機会をいただきありがとうございます。支援機器評価専門官の山崎と申します。よろしくお願いたします。世の中にはいろいろな支援機器が存在していますが、本日はこの支援機器を活用するための日本の制度について紹介していきます。

支援機器は障害者を支援する機器ではありますが、今回、日本の制度を考える上で障害者だけではなく、心身の機能が低下し、日常生活を営むのに支障を来す老人も含めた形で考え、日常生活上の便宜を図るための用具や補装具を対象として整理しました。それがここに示しているものですが、装具の種目として定義されているものとして、義肢、装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子、補聴器、眼鏡、重度障害者用意思伝達装置等があります。日常生活上の便宜を図る用具としては、介護・訓練支援用具、自立生活支援用具、在宅療養等支援用具、情報・意思疎通支援用具、排泄管理支援用具、居宅生活動作補助用具があります。また、その他支援機器として、最近の IT 機器や 3D プリンターなどがこの中に含まれると考えています。

日本では支援機器を必要とする方に届けるための法律が幾つも定められております。それぞれの法律の下で制度ができています。ここでは支援機器に関する 6 つの法律と、その目的について紹介します。

労働者災害補償保険法は、労働者の業務上の事由、または通勤による労働者の傷病等に対して必要な保険給付を行い、併せて非労働者の社会復帰促進等の事業を行う制度が定められており、労働者の社会復帰の促進、当該労働者及び遺族の援護、労働者の安全及び衛生の確保等を図り、もって労働者の福祉の促進に寄与することを目的としています。

自賠責保険は自動車の人身事故のみが対象で、加害者が負うべき経済的な負担を補填することにより、基本的な対人賠償を確保することを目的としているものです。

健康保険法は日本における医療保険制度が定められており、国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的としているものです。

介護保険法は加齢により病気等が原因で要介護状態になった人を対象としているもので、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的としているものです。

障害者総合支援法は障害者手帳を取得されている方が対象で、障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し、安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的としているものです。

自治体による独自の助成制度は障害者手帳の取得にかかわらず、それぞれの自治体が必要と考え独自に定めた制度で、自動車改造費の助成や難聴児の教育、言語及び生活適応訓練の促進に寄与するなどを目的としているものです。

それぞれの法律で扱える支援機器を定義しています。労働者災害補償保険法では義肢等補装具、健康保険法では治療用装具、介護保険法では福祉用具などがあります。法律の下にそれぞれの支援機器

を取り扱う制度がつくられております。労働者災害補償保険法で扱う労働者災害補償保険制度、自賠責保険で扱う自賠責保険制度、健康保険法で扱う医療保険制度、介護保険法で扱う介護保険制度、障害者総合支援法で扱う補装具と日常生活用具を、障害者総合支援法の制度とここでは定めておきます。自治体による独自の助成制度は、そのまま自治体による独自の助成制度として話を進めてまいります。

それでは、支援機器と支給制度の関係について説明していきます。まず、支援機器と支給制度は1対1の関係にはなっておりません。支給制度は制度の目的によって適応する対象が異なるため、一つの支援機器に対して複数の支援制度が存在しています。例えば、受傷した原因が労務中のけがが疾病によるものかによって変わってきます。リハビリのための訓練機器なのか、日常生活のために必要な機器なのかによっても変わってきます。一つの支援機器に対して複数の制度があることで、ユーザーは支援機器を使うために、どの支給制度で手続きしなければいけないかを判断しなければなりません。

次に、具体的な例を挙げて説明していきます。まず、義足を例にとって説明していきます。義足を扱える制度は4つあります。4つのうち、どの制度が適用になるかを考えていきます。義足が必要になった要因が労務中の災害であれば、労働者災害補償保険制度が適用になります。労務中ではなく自動車事故に巻き込まれた場合であれば、自賠責保険制度が対象になります。労働者災害補償保険制度も自賠責保険制度も該当しない、けがや疾病により切断になり、歩行訓練のために義足が必要になったのであれば、医療保険制度が適用になります。歩行訓練も終わり、2本目以降の日常生活を送るために義足が必要であれば、障害者総合支援法が適用になります。義足が必要になった原因や、製作する義足が1本目なのか2本目以降なのかによっても、使える制度が変わってきます。

次は車椅子の例です。こちらは先ほどの義足とは異なり、医療保険制度が介護保険制度に変わっております。車椅子を扱う制度は4つあります。車椅子が必要になった原因が労務中の災害であれば、労働者災害補償保険法が適用になります。労務中ではなく、自動車事故等に巻き込まれた場合には、自賠責保険制度が適用になります。労働者災害補償保険制度には該当せず、医師に障害固定の診断を受け、障害者手帳の取得があれば、障害者総合支援法の制度が適用になります。また、障害者総合支援制度や障害者総合支援法の制度に適用にならない方が65歳以上で、加齢による病気等が原因で要介護状態になった方であれば、介護保険制度が適用になります。

次に歩行補助杖の例です。歩行補助杖を扱う制度は、先ほどの車椅子と同じ4つあります。歩行補助杖が必要になった原因が労務中の災害であれば、労働者災害補償保険制度が適用になります。労務中でないときに自動車事故に巻き込まれた場合には、自賠責保険制度が適用になります。労働者災害補償保険制度は適用にならず、医師に障害固定の診断を受け、障害者手帳を取得されている方であれば、障害者総合支援法の制度が適用になります。労働者災害補償保険制度や障害者総合支援法の制度の適用にならない方で、65歳以上の加齢による病気等が原因で要介護になった方であれば、介護保険制度が適用になります。

同じように補聴器の例ですけれども、こちらは先ほどの歩行補助杖の例とは違い、介護保険制度がなくなり、自治体による独自の助成制度に変わっております。補聴器を扱う制度は歩行補助杖と同じ4つあります。補聴器が必要になった原因が労務中の災害であれば、労働者災害補償保険制度が適用になります。労務中でなく自動車事故に巻き込まれた場合であれば、自賠責保険制度が適用になります。労働者災害補償保険制度に該当せず、医師に障害固定の診断を受け、障害者手帳の取得をされている方であれば、障害者総合支援法の制度が適用になります。身体障害者手帳の交付対象とならない方でも、軽・中程度難聴の18歳未満や高齢者に補聴器用の助成が受けられる自治体もあります。

最後にスマートスピーカーの例を見てみます。スマートスピーカーは、音声で家電製品の電源のオン・オフなどの操作ができ、健常者のみならず障害者でも有効活用できるものです。取り扱える制度はありませんので、こちらを使う場合には自費購入が必要になります。同様に自費で購入が必要になるものもたくさんあり、リハビリの段階で3Dプリンターを使って試作した便利グッズなども制度の対象にはなりません。

以上、5つの例を示しましたが、ユーザーは必要な支援機器が決まれば、支援機器が必要になった原因、支援機器を使用する目的などから使用可能な制度を探し手続をします。これらの制度には制度間の優先があります。その順番は図に示したとおりです。労働者災害補償保険制度が一番優先され、自賠責保険制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者総合支援法の制度、自治体による独自の助成制度、そして、その制度には含まれないもの場合には自費の順番になります。ほとんどのユーザーは、障害を負って支援機器が必要となってから、病院のスタッフなどに手続について聞き、制度を勉強して手続をしております。

ユーザーが支援機器についての情報を得る流れは、下腿義足を例に時系列で紹介していきます。疾病により切断になった時点から始まり、訓練のための義足を製作し、リハビリを行います。その後、病院を退院し、社会復帰してから2本目の義足を製作するところまでを示しています。

支援機器として1本目の義足を製作する制度は、切断原因が疾病ですから医療保険制度が適用になります。義足を製作するときにはユーザーは病院に入院しているため、ユーザーの周りには医師や医療スタッフがいますので、随時、必要なことは説明を受けることができます。ユーザーは、分からないことがあれば、いつでも聞ける状態になっています。ところが、2本目の義足製作は労務中の事故ではありませんし、日常生活を送るために必要な支援機器ですから、障害者総合支援法の制度が適用になります。この時点では病院も退院していますから、ユーザーの周りには次の手続について教えてくれる人もいません。そのため、自ら何をするのかを考え申請し、義足の製作を開始しなければなりません。

ユーザーにとって1本目と2本目の義足を製作するときの違いは、2本目の義足になると手続を指導してくれる人がいなくなることで、義足の製作を開始するきっかけが、1本目のときは医師の診察から始まりますが、ユーザーが自ら必要な窓口に出かけていき、申請して製作を開始しなければいけないということです。そして、使う制度が異なるために、必要な手続も変わってきます。

手続が一番戸惑うところが、制度によって申請窓口が異なることです。制度を利用し、支援機器を入手するためには、その申請方法を理解して覚えておくことが重要です。

それぞれの制度の窓口を紹介します。医療保険制度を使うときには、かかりつけの医療機関、障害者総合支援法の制度を使うときには市町村、介護保険制度を使うときには居宅介護支援事業者、労働者災害補償保険制度を使うときには労働局、自費で購入するときには、直接、事業者にお願いする形になります。ユーザーは自分に支援機器が必要になったときに、どこに聞けばよいのか知っておく必要があります。

課題です。支援機器と制度、支援機器が必要となった原因により使える制度が異なります。制度により支給または貸与と支援機器の提供方法が異なってきます。複数の制度で同じ支援機器を取り扱っている場合もあります。手続の流れになりますと、制度には制度を利用する優先順位があり、利用者はどの制度が使えるかを把握しておく必要があります。医療から福祉へ異なる制度へ移行する場合には、利用者に携わる人が替わり、利用者を取り巻く環境が変わる可能性があります。支援機器を扱う制度が医療から福祉へ変わることで、申請の窓口や手続方法が変わってきます。そして、制度が使えない支援機器もあります。新しく開発された支援機器は、全て制度が使えるわけではありません。3Dプリンターなどで製作したものは一般に販売されているものではありませんので、制度に取り入れられていない場合もよくあります。

まとめになりますが、日本の支援機器のための支給制度は、細かいところまで手が届くよう、細かく制度が分かれています。そのため、支援機器を必要とするユーザーは自分が使う制度を理解し、手続を進めていく必要があります。しかし、制度によって手続が変わることもあります。頻度もそれほど多くないということで、ユーザーにとって手続は難しいものとなっています。支援機器を必要とするユーザーがスムーズな手続を行えるよう、必要な情報を入手できる環境を整えることが必要になります。ユーザーにとって制度全体を理解することは大変ですが、今、私のいる部署も情報を提供することを業務として行っているところです。制度について幾つかの情報提供の場を設けていますが、

さらなる情報提供が必要になってくると考えております。

以上、私の発表になります。御清聴ありがとうございました。

ディスカッション・質疑応答

司会：井上 剛伸

国立障害者リハビリテーションセンター 研究所 福祉機器開発部長、日本

●司会（井上） それでは、ディスカッションを進めさせていただきます。御発表いただいた皆様、本当に貴重な情報量の多い御発表をいただきまして、誠にありがとうございました。御参加されている方々もたくさんの情報が入ってきましたので、少しリラックスしていただいて、いろいろな意見交換、ディスカッションをしていただけるといいかなと思っております。基本的には質疑応答を進めていきたいと思っておりますので、御質問、御意見等がございましたら、ぜひお願いいたします。特にトピックを絞るということは考えておりませんが、今回のセミナーの大きなテーマである支援機器へのアクセスというところを世界規模で、特に今日は東アジアの国の方々がいらっしゃいますので、そういうところを中心に進めていくということで、御意見、御質問などをいただければと思っております。

最初にフロアから御質問があればと思っていたのですが、今のところ特にいただいていませんので、ディスカッションを聞いていただきながら気がついたことがあれば、本当に気軽に質問していただければと思っております。フロアから質問が出るのを待つということもございますけれども、今日は環境や文化など、いろいろな違いのある国々から御発表いただいておりますので、もし何かスピーカーの方の間で疑問に思ったことや、こういうことを聞いてみたいということがあれば、ぜひお話しいただきたいと思っております。

ではKylieさん、よろしくお願ひいたします。

●Kylie Shae OAM この本当に興味深く、とても有益なウェビナーを改めてありがとうございます。この地域のさまざまな国からの視点を聞くことができ、とてもよかったです。ご登壇いただいた方々にお聞きしたいことがあります。皆さんのプレゼンテーションに共通していたのは、「サイロイズム」とでも呼ぶべきものでした。皆さんも触れていますね。私たちが見ている支援技術は、障害の種類や年齢、政府系か民間系か非政府系か、慈善事業系かリハビリ系か医療系か社会福祉系かによって、システムごとにバラバラになっています。このように、人々にとっての主要なニーズが分かれています。私たちが直面する最大の障壁のひとつであると私は考えています。これは問題だと思います。このセクターをまとめるために、あなたの国では実際に何ができるのでしょうか。何をしなければならぬのでしょうか。

WHOでの私の役割として、国連レベルで皆さんの声を上げることに一役買うことができます。「サイロイズムを打破し、支援技術の提供を統合することで、ユーザーがどこに行くか、誰に相談するか、必要な機器の資金をどう調達するかで混乱しないようにするためには、どのような解決策があるか」、皆さんから何かご意見があれば、お聞かせください。

●司会（井上） ありがとうございます。非常に貴重なポイントを指摘いただいているかと思えます。WHOでもシステム思考ということで、そういうところに非常に問題意識を持たれていると思っております。

おります。それでは、お1人ずつ発表の順番でお話しただけであればと思いますけれども、最初に Paul Matthew Jiao さんからお願いします。

●Paul Matthew Jiao 改めましてこのような機会をいただき、ありがとうございます。私は、サイロイズムについて、2つのポイントから考えてみたいと思います。1つは、サービス提供者の視点からのサイロイズム、もう1つは、支援技術を必要としている人の視点からのサイロイズムです。

サービス提供者の立場からすると、サービス提供者同士が連携せず、自分たちだけで動いてしまうサイロイズムが発生することがあります。例えば、脳性麻痺の患者さんがいる場合、この患者さんには移動のための支援技術が絶対に必要です。また、作業療法や理学療法などの継続的なリハビリテーションも必要でしょう。そして、もちろん、ご家族が必要とするソーシャルサービスも必要です。しかし、ここで起こりうるのは、これらすべてのサービス提供者が互いに話をしないことです。そのため、彼らの努力は効率化されないかもしれません。しかし、例えば大学病院の中に、リハビリの専門医、PT、OT、CPO、車椅子の専門家などのチームがあれば、チームアプローチを採用することができるのです。

また、ある国に確立されたシステムがある場合、それを考慮することもできます。日本の国立障害者リハビリテーションセンターで研修を受けたとき、病院があり、その病院が社会復帰施設と連携しているという、非常に優れたシステムがあることを知りました。また、研修が必要な人のための寮も用意されています。これは、私たちも検討できることのひとつだと思います。各国がそのようなものを持つことができれば、起こっているサイロイズムに対抗することができると思うのです。

さて、支援技術を必要とする人の立場からすると、どこに行けばいいのかがわからないということが、ひとつの問題だと思います。例えば、民間の医者に行けばいいのか、病院に行けばいいのか、社会福祉事務所に行けばいいのかがわからない。私たちの国では、マラサキットセンターを設立することで、この問題に対処してきたと思います。マラサキットセンターとは、ワンストップショップのことで、政府の病院に併設されています。例えば、私が患者として義足を必要としている場合、政府の病院に行き、そこでリハビリテーションの専門家に診てもらい、PT、OT、CPOと一緒に評価することができます。マラサキットセンターは、さまざまな政府基金やドナーを通じて、私が必要とする支援技術を利用できるドナーや基金を紹介してくれます。このようなことも検討できるのではないのでしょうか。これが、現時点での私の考えです。ありがとうございました。

●司会（井上） ありがとうございます。やはり縦割りでサイロの中にはまり込んでしまうという問題点と、ワンストップでそれに対応して連携するという貴重な御意見だったと思います。続きまして、Aratatan Patra さんからお願いします。

●Aratatan Patra 私たちが直面している課題のひとつは、義肢・装具・補助具のサービスをどのように医療システムに統合するかということです。私たちは、健康問題を、発熱や何らかの疾病を持つ人々のものと考えがちです。切断や脳性麻痺、その他の障害を持つ人々について、私たちは彼らを別個に分類し、彼らのニーズを無視します。これを変える必要があります。医師と同じように、すべての地区病院に義肢・装具・補助具の専門家を配置する必要があります。この専門家は、他の医療従事者と協力して、これらの機器を必要とする人々のケアを提供することになります。そうすることで、すべての人が適切なサービスを受けられるようになるのです。

インドでは、義肢・装具・補助具を医療システムの一部として認識していないことが問題のひとつです。医療というより、社会的な問題として扱っているのです。しかし、障害者にも他の人と同じように健康上のニーズがあることを理解する必要があります。ポリオ、切断、その他のどのような症状であっても、質の高い義肢・装具・補助具を利用する資格があります。そのため、すべての地区とブロックの病院に義肢装具サービスを設置し、義肢装具を提供できる訓練を受けた専門家を配置する

必要があるのです。また、インドでは新しい取り組みですが、「National Commission for Allied Health Professionals」に義肢装具の専門家を加えるよう提唱する必要があります。そうすれば、義肢装具サービスを医療システムに組み込むことができ、多くの人々の生活を向上させることができるはずです。以上です。ありがとうございました。

●司会（井上） ありがとうございます。Kylieさんが手を挙げていらっしゃるかと思いますが、何かコメントがございますか。

●Kylie Shae OAM Patraさんに同意します。もちろん、支援技術の必要性は医療システムの中で取り組むべきものです。そして、WHOは、保健セクターが支援技術のリード役となると考えています。保健システムや労働力全体で、さまざまな方法でこのニーズに応えることができる強さと能力を持っています。しかし、今回の講演された皆さまだけでなく、参加者の皆さまにも考えていただきたいのは、「プライマリー・ヘルスをいかにして結集させるか」という課題です。つまり、新しい地区病院を設立するのであれば、義肢・装具について考える必要があるというのは、非常に良い指摘です。また、車椅子の供給についても考える必要があります。これらは専門分野であり、特別な訓練を受けた人が必要です。例えば、一般開業医に手術をさせることはありませんし、地域密着型のリハビリ職の人に義肢を提供することはありません。彼らはそのためのスキルやトレーニングを受けていないのです。しかし、世界的に見れば、その必要性は明らかです。学位以上の資格を持つ専門家だけに頼っているのは、支援技術の必要性を満たすことはできません。

そこで私たちは、「このニーズをサポートするために、プライマリー・ヘルスやコミュニティヘルスの担当者は何ができるのか」を考えなければなりません。すべての支援技術に、専門的な医療従事者が必要なわけではありません。車椅子のタイヤを膨らませるのに専門家は必要ありませんし、義足を使用している人が水ぶくれになったことを特定するのに専門家は必要ありません。飛行機で5時間かかる島に住んでいるために、年1回の検診で判断するようなことは避けたいのです。私たちは、プライマリー・ヘルス・ワークフォースがこれに賛同し、私たちをサポートし、サポートされる必要があります。なぜなら、医療従事者を結集してサポートすることなしに、このニーズに応えることができるとは思えないからです。ありがとうございました。

●司会（井上） ありがとうございます。続きましてTengesさん、お願いします。

●Christa Adriane Tenges ありがとうございます。Jiao先生がおっしゃった、すべてのチームにおけるコラボレーションについて、私も本当に同感です。そして、私が本当に心を動かされるのは、Kylieさんからの質問、「プライマリー・ヘルスケアを結集する」というものです。これは簡単なことではありませんが。

実は、私は大学で講師も務めています。そのため、遠隔地に配置された開業医に対して、継続的な再教育を行います。初めて患者を診るとき、他の施設に患者を送る必要はありませんが、そこですべてが処理できることを確認するために、最初のアセスメントを行うことができます。私たちのプログラムでは、後期課程の学生や卒業間近の学生が、遠隔地に数カ月間派遣され、患者に何らかの評価を与え、その後に戻って、その地域で実際に何が起きているかを確認する授業を行っています。それが、私がこの問題に加えることができることだと思います。

●司会（井上） ありがとうございました。プライマリーケアと開業医の教育という指摘をいただいたかと思います。続きましてPereraさん、お願いします。

●Sureni Perera フィジーは複雑な制約の中で生きているため、コメントできません。機器、供

給、人材に大きな格差があり、大きな課題を抱えているため、確立されたシステムもありません。また、フィジーでは、医療の優先順位が非常に高いため、支援技術について話すことができません。このギャップを埋め、トンネルの先に光を見出すために私が言えることは、サービス提供の観点からの強力なアドボカシーです。必要性を訴えるだけでなく、証拠やデータによって必要性を定量化したり実証したりするための技術的支援を検討し、調査を行い、必要性をマップ化し、実際に政府に大きな必要性があること（そしてこれからもあること）を示すことができます。また、実際にどのようなシステムがあるのかを示すために、外部機関の技術支援を仰ぐこともあります。しかし、今のところ、サービス提供の観点から言えることは、私たちにとって最も重要なことは、私たちのサービスが品質と基準に合致していることを確認し、可能な限り提供し続けること、そして、特にフィジーで非感染性疾患が増加していることから、支援技術の必要性を強く主張し続けるということです。

●**司会（井上）** ありがとうございます。やはり利用者の方も含めてだと思いますけれども、支援技術の認識を進めていくことは非常に重要なポイントだと思います。Jiao さんが手を挙げていらっしゃると思いますけれども、御発言があればと思います。

●**Paul Matthew Jiao** ありがとうございます。支援技術提供のためのプライマリー・ケアの結集について、少し考えを付け加えたいと思います。数年前、私はユニセフと NGO と協力して、在宅リハビリのオプショントレーニングを開発し、村のスタッフを活用しました。また、自治体や町の保健担当者を活用し、村人たちのトレーニングを支援しました。しかし、このプロジェクトはユニセフの管轄であったため、子どもたちだけに焦点を当てたものでした。しかし、このようなプロジェクトを、今度は子どもだけでなく、支援技術の提供を必要とする大人も含めて開発することができれば、プライマリー・ケアを結集して、支援技術の提供をよりよく支援することができるようになると思うのです。ありがとうございます。

●**司会（井上）** ありがとうございます。それでは、山崎さんからどうぞ。

●**山崎伸也** 先ほど義足などの紹介をしましたが、装具を例にとった場合、装具を製作して、本当に合ったものが造られたとします。その方が退院して日常生活を送り始めたときに、その後、装具が不適合を起こす場合があります。そのときに、装具の不適合をチェックしてくれる人が周りにいないため、本人も装具が不適合になり歩き方がおかしくなっていると判断することができません。それを見してくれる人もいないという環境で、だんだん障害が悪くなっていってしまう場合があり、今、そのような問題として出てきています。こういうときのサポートとして専門家によって発見できないか、在宅医療などで見られないかグループで検証していこうという動きも出ています。制度と制度のつながりができていくことが今のところ必要だと思いますが、よい方法はまだ日本でも試行錯誤している状況です。

●**司会（井上）** ありがとうございます。非常に貴重な御意見がいろいろ出されたと思っております。もう一つ、今回のセミナーの中で、WHO がグローバルレポートを発行されたことは非常に大きいのではないかと思います。こういうものがこの分野のアクセスなり、支援機器をもっと広めていくというところで、今後のインパクトといったところで、御発表の方々から何か御意見があればいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。Perera さん、何か御意見があればお願いします。

●**Sureni Perera** 私からは特にございません。ありがとうございます。

●**司会（井上）** ありがとうございます。グローバルレポートだけではなくて、Perera さんのスラ

イドの中で「5 つの“P”を表す輪」が示されていたかと思えますけれども、ああいうところも WHO の大きな流れの中でのことかと思っております。山崎さんから何かございますか。

●山崎伸也 今、思いつくことはありません。

●司会 (井上) ありがとうございます。そうしましたら、少し私からお話しさせていただくと、支援機器の分野というのは、ずっとなかなか日が当たっていない部分でもあります。やはり ICF (国際生活機能分類) の中に福祉支援機器がしっかりと位置づけられたことで、私はすごく大きな衝撃を受けて、そこからいろいろな流れの中で、世界規模で支援機器をこれからしっかりと進めていくというところが進められてきました。今日、いろいろお話を伺っていて、群島があったりインドは非常に広がったり、いろいろな状況の中で、それぞれの解決策を今進められているところが非常に印象に残りました。

ただ、やはりアクセスということを考えてときに、環境の問題、インフラの問題、人材の問題、アドボカシーの認知度の問題、そういう取り組むべきものは共通な部分がありますので、グローバルレポートは一つのきっかけにはなると思いますが、各国で協力しながら進めていくというところは共通点があったと思っております。

Q&A が3つ入っています。これは皆さんのところで読めていますよね。Kylie さん、何かコメントはございますか。

●Kylie Shae OAM 「プライマリー・ヘルスケアを強化するためにはどうすればいいか」という点では、簡単には解決できないのです。ワクチン接種率の向上、非伝染性疾患とその医療への取り組み、HIV など、さまざまな問題がありますが、誰もがプライマリー・ヘルスケアを通じてこれらの問題に取り組んでほしいと願っています。ですから、「プライマリー・ヘルスケアは医療サービスの最前線であり、そのための設備を整え、プライマリー・ヘルスケアにもっと投資する必要がある」と、政府全体で対応する必要があるのです。

WHO は、持続可能な開発目標の目標番号 3「すべての人に健康的な生活を」を達成するために、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、プライマリー・ヘルスケアレベルでの能力構築、資源強化、労働力増加に重点を置いています。

私の専門分野である支援技術に関して言えば、もちろん、プライマリー・ヘルスケアレベルでの能力を高めることを望みます。しかし、それは一度にすべてをやろうとすることではありません。私たちは現在、多くの国々と協力しています。ネパールもそのひとつで、WHO の国の事務局と私たちの地域事務局が協力してパイロットを立ち上げている最中です。このほかにも、初等医療制度に支援技術を導入するために、何かできることはないかと考えている国々があります。そこで、私の考えとおすすりは、「シンプルに始める」です。紹介と識別だけから始めるのです。一次医療レベルの人材に、その能力、知識、意識を身につけさせて、一次医療機関への来院時に、簡単な補助具が必要かどうかを判断するのに役立つような質問をするのです。

エジプトでは、つい最近、驚くべき事例を目にしました。エジプト政府は、全国的な国民皆保険の強化を検討しています。エジプトでは、3 つの州を試験的に運営しています。私たちは、そのうちの 1 つの州を訪れ、1 次、2 次、3 次のレベルを見学しました。プライマリーセンターでは、高齢者がプライマリーヘルスケアセンターの入り口で、「転倒リスク」を簡単にチェックされ、転倒の危険性があることを認識されるのを目撃しました。その人たちは、大きな「F」(「fall (転倒)」の意) が付けられた。会議の参加者のラベルのようなものを受け取ります。そして、施設にいる間、ずっと担当者をつけて、安全を確認するようにしました。そして、本当に必要な人には、その施設の車椅子が与えられました。しかし、検査や医師との面談を終え、プライマリーヘルスセンターで必要な作業をすべて終わると、玄関まで連れて行かれ、その場を立ち去りました。その人はまだ「転倒リス

ク」があるのですが、それを支えるためにプライマリーヘルスセンターでは何も受けていないのです。すでにスクリーニングは済んでいるのですから、次のステップは、その場にいたアシスタントを訓練して、その人に必要な歩行補助具の簡単な評価と使い方の指導に時間を割かせることです。

そこで、WHO がお手伝いしたいことがあります。そこで、私たちは TAP (Training in Assistive Products) というオンライントレーニングを開発しました。これは、一次医療従事者を対象としています。また、「このシステムを導入するために、プライマリー・ヘルスケアレベルに必要なリソースは何か」を理解することにも取り組んでいます。私たちはツールやリソースを提供していますが、各国や保健省がこのシステムを優先する必要があります。そのためには、あなた方のような人たちが、「これはわが国における優先事項だ」と言ってくれることが必要なのです。そうすることで、コストを削減することができるのです。もし、医療システムにおいて、早期に「転倒リスク」があることを認識し、フォームにチェックを入れるだけでなく、実際にその人とその家族に、転ばないために必要なリソースを提供するなど、さまざまな機器群に対応できれば、自宅で誰かが転ぶことによる股関節骨折を防ぐことができるのです。ありがとうございました。

●司会 (井上) ありがとうございました。ほかにございますか。

●Aratatron Patra よろしいでしょうか。

●司会 (井上) お願いいたします。

●Aratatron Patra ICMR (インド医学研究評議会) は優先支援機器リストを作成していますが、そのプロセスに義肢装具の専門家を巻き込んでいません。なぜなら、義肢装具の専門家は、運動器障害者、整形外科医、神経障害者のための義肢、装具、その他の移動リハビリのための補助具の評価、処方、設計、製作、装着、トレーニングの専門家であるからです。これらの機器は、インドの障害者や高齢者のモビリティ、機能、生活の質を向上させるために不可欠なものです。義肢装具の専門家は、4年半の学位コースを持ち、より大きな役割を担っています。NLEAP のプロセスから義肢装具専門家を排除することは、国内の支援機器・サービスの水準と質を損なうものです。何百万人もの障害者や高齢者の生活に大きな影響を与えるこのような重要な文書が、義肢装具臨床医/専門家に相談も関与もせず作成されることは受け入れがたいことです。私たちの協会は、この除外に強く反対し、リストの作成に際して義肢装具の専門家に相談することを要求します。そうでなければ、リストはこれらの機器を使用する人々の実際のニーズや好みを反映しないことになります。ありがとうございました。

●Kylie Shae OAM ありがとうございました。早速ですが、回答させていただきます。現在進行中の支援機器リストのプロセスは知っていますし、ICMR がリードしていることも理解していますが…。また、計画には間違いなく協議が行われていることも承知しています。WHO では、まずカントリーオフィスが主導し、次にリージョナルオフィス、そして本部でサポートするということを、皆さんもご存知のはずです。よく、私たちは本部だから、その国で何が起きているのかわかると思われがちです。その逆で、国から何が必要なかが伝わり、私たちが対応するのです。しかし、私は、協議が行われるように会話することはできます。そして、私の理解では、間違いなく協議が行われるでしょう。これは長いプロセスです。コメントありがとうございました。

●司会 (井上) Kylie Shae さん、Patra さん、ありがとうございました。チャットのほうに Christa Adriane Tenges さんからは、プライベートな機関と協力しているような病院の活用というコメントもいただいていますし、あとは縦割りに関するファンディングの問題の御指摘もいただいて

います。御発表の方からも幾つかコメントをいただいておりますが、この辺りは時間の関係で割愛させていただきます。

最後に Kylieさんから何かコメントがあれば、短くお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

●**Kylie Shae OAM** このセミナーが始まる前に、私たちの間で、私より先に支援技術チームのリーダーを務めていたチャパル・カスナビスの偉大な功績を称える良い機会だと話し合っていました。1月末にチャパルが退職したため、私は2月初旬にこの役割に就いたばかりです。彼はこの分野で絶大なインスピレーションを与えてくれました。このセミナーに参加している皆さんの中には、彼に会ったことがある人、会ったことがない人でも、彼が長年にわたってこの問題について発表するのを見たことがある人がたくさんいると思います。彼は、WHOの先頭に立ち、私たちの組織を動かして、皆さんと一緒にこの問題に取り組んでいます。

私たちは、支援技術へのアクセスを強化するために、この分野のすべての人々の努力を支援し、応援しています。私たちは、その課題を理解しています。特にリハビリテーション職が、人々が日常的に必要な機器にアクセスできるようにするために行っている大きな仕事に感謝しています。そして、各国政府が耳を傾けていることを確認し、障害者やその代表組織、すべての人々の協会を含む関係者がテーブルを囲み、解決に向けて努力することが、各国の支持者やリーダーとしての皆さんの役割なのではないでしょうか。

チャパルと彼のリーダーシップの話に戻りますが、彼は多くの人にインスピレーションを与え、多くの人をまとめました。なぜなら、協力しなければ、私たちは多くを達成できないからです。サイロイズム（縦割り主義）に関する私たちの会話は、まさにこのことを浮き彫りにしています。私たちはサイロを壊す必要があります。パートナー同士を結びつける必要があるのです。適切な人々がテーブルを囲み、解決策を検討することで、前進し、1つまたは複数の支援機器を必要とする25億人の人々へのアクセスを増やすことができます。

このフォーラムを開催してくださった国立リハビリテーションセンターの皆様、本当にありがとうございました。

●**司会（井上）** ありがとうございました。APL、50品目の重点リストをつくる会議に出席させていただいたときに、電動車椅子が50品目に入るかどうかという当落線上に乗ったのです。そのときに、Chapalが電動車椅子が世界中で使えるようになる世界、それが試金石というお話をされて、私はすごく感動したのですが、それが一步一步前に進んでいって、具体的な取組につながってきているのだと、私自身も今日のセミナーで感じたところです。いろいろな協力ということもありましたけれども、東アジア、もしくは西太平洋地域ということで区切られていますが、そういうところの協力も、これからどんどん進めていく必要があると思いました。

今日は非常に貴重なディスカッションをさせていただいたと思っております。発表の皆様、オーディエンスの皆様、心より感謝申し上げます。ありがとうございました。

閉会挨拶

芳賀 信彦

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長

皆様、本日は国際セミナー「誰もが必要な支援技術・支援機器を利用できるようにするために」に参加していただき、誠にありがとうございました。特に発表していただいた6名の方々に心から感謝申し上げます。

Kylie Shae 先生が話されていたように、昨年5月にWHOとユニセフは“Global Report on Assistive Technology”をリリースし、支援技術へのアクセスの問題が指摘されておりました。さらに、昨年12月にWHOは“Global Report on Health Equity for Persons with Disabilities”をリリースし、この中にも支援機器へのアクセスの問題が多く記載されています。このような中でタイムリーに本会議を行うことができたのは、非常に有意義であったと思います。

本日の発表の中で、先ほどお話のあったサイロ化の問題以外にも支援機器にかかるコストの問題、特に島国におけるトランスポーターの問題、それから支援機器に関わる専門家の育成、教育の問題などがディスカッションされてきたところです。本日の議論が、全ての障害者における支援機器・支援技術のアクセスに改善をもたらすことを期待して、今後も皆様と協力していければと思います。本日はどうもありがとうございました。