

国際セミナー報告書

高齢化社会とリハビリテーション

—誰もが必要なリハビリテーションを受けられるようにするために—



2018年2月18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 2018年2月18日(日) 13:30～17:00

場 所 東京国際フォーラム ホールD7

総合司会 堤 裕俊 国立障害者リハビリテーションセンター企画・情報部長

13:30 開会挨拶 飛松 好子 国立障害者リハビリテーションセンター総長

13:40～ 基調講演

「WHO Rehabilitation 2030」

Darryl Barrett WHO西太平洋地域事務局テクニカルリード

14:20～ 発表

1 リハビリテーションと高齢者 -オーストラリアの視点から-

Ian Cameron シドニー大学 ジョンウォルッシュ・リハビリテーション研究センター 教授

2 カンボジアの高齢化政策

Kol Hero カンボジア保健省予防医療部 部長

3 地域包括ケア時代に向けた千葉リハビリテーションセンターの役割

吉永 勝訓 千葉県千葉リハビリテーションセンター センター長

4 障がい者の加齢と健康維持・増進

緒方 徹 国立障害者リハビリテーションセンター病院

障害者健康増進・運動医科学支援センター長

(休 憩)

16:05～ ディスカッション・質疑応答

司会 山田 英樹 国立障害者リハビリテーションセンター企画統括官

16:55 閉会挨拶 飯島 節 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 飛松 好子



総合司会 堤 裕俊



ダリル・バレット氏



コル・ヒーロー氏



イアン・キャメロン氏



吉永 勝訓氏



緒方 徹氏



ディスカッション司会 山田 英樹



ディスカッション



閉会挨拶 飯島 節

目 次

開会挨拶	1
基調講演	
WHOリハビリテーション2030 Darryl Barrett	2
発表	
リハビリテーションと高齢者-オーストラリアの視点から- Ian Cameron	14
カンボジアの高齢政策 Kol Hero	20
地域包括ケア時代に向けた千葉リハビリテーションセンターの役割 吉永 勝訓	26
障がい者の加齢と健康維持・増進 緒方 徹	33
(休 憩)	
ディスカッション・質疑応答	42
閉会挨拶	58

開会挨拶

飛松 好子

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

飛松でございます。2月のこの寒い日に、このセミナーにお集まりいただきました皆様
に感謝申し上げます。

国立障害者リハビリテーションセンターは、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に指定されております。WHOの、障害の予防とリハビリテ
ーションに関するさまざまな活動の一翼を担い、また、海外からの見学や研修を受け入れ
ることを通じて、日本のリハビリテーションについて海外へ情報発信をしております。

そのような活動の1つとして、毎年開催しているこの国際セミナーがあります。ことし
のテーマは、高齢化社会とリハビリテーションです。日本は人口の27%以上が65歳以上
という超高齢社会です。これは日本だけでの問題だけではなく、ほとんど全ての国で高齢
化が進んでいます。日本では制度は違えども、いわゆる高齢者もいわゆる障害者も必要な
リハビリテーションを受けることができます。また、総合支援法の改正により、難病の方
も障害者対象であった福祉サービスを受けられるようになっています。

しかし、世界にはさまざまな国があり、必ずしもリハビリテーションの恩恵を誰もが受
けられるわけではありません。世界的な傾向としての社会の高齢化を迎えて、WHOのリ
ハビリテーションの概念も変わってきています。すなわち、リハビリテーションとは、障
害を有する人たちだけのものではなく、生活機能を制限するあらゆる状態を持った人たち
のためのものであり、人生のさまざまな場面で必要とされ、治療と一体化したものである、
というふうに宣言されております。

本セミナーでは、アジア太平洋地域と日本において、特に高齢化の側面からリハビリテ
ーションがどのように取り組まれているのか、WHO、オーストラリア、カンボジア、日
本から発表を行い、リハビリテーションを必要としている誰もがサービスを受けられるよ
うにするための課題について考えたいと思っております。

本日ご参加いただいている皆様にとって、実りの多いセミナーになることを願っており
ます。

WHOリハビリテーション 2030

Darryl Barrett

ダリル・バレット

WHO 西太平洋地域事務局

障害とリハビリテーションテクニカルリード



〔略歴〕

- 1996年 作業療法士資格取得
- 2007年 法学士
- 2008年 ハンディキャップ・インターナショナル 中東地域事務所
技術ユニット 地域マネージャー兼コーディネーター
- 2010年 国際法修士
- 2011年 豪州外務省（DFAT）（旧オーストラリア国際開発（AusAID））
障害インクルーシブ開発専門官
- 2015年 オーストラリア人権委員会障害者差別アドバイザー
- 2016年 現職

〔講演要旨〕

医療が進歩したお陰で、病気やケガから生還できる可能性が高くなりました。これは同時に、人々が何らかの後遺症の障害とともに、長く生きていくということをも意味しています。高齢化社会における問題や生活習慣病等の慢性疾患が増えることによって、リハビリテーションサービスには、慢性疾患や障害とともに長く生きる人々の健康や生活の質を高めることに取り組んでいくことが求められます。

こうした問題に対し、WHOでは、リハビリテーションサービスや支援機器技術、地域に根ざしたリハビリテーションを強化し拡大することを通じて、各国の支援を行っています。

リハビリテーションはまた、ユニバーサルヘルスカバレッジとして、人々が金銭的な心配なしに質の高い保健医療サービスにアクセスできることをめざすWHOの世界的取り組みとも関わりがあります。リハビリを導入することは、ケガや病気からの回復を助け、二次的、あるいは関連して起こる障害を予防し、人々が社会参加し、生産的で意義ある役割を果たして生活する助けとなります。このように、リハビリテーションが身近に、手ごろな値段で利用できるようになることで広がる可能性は”SDG 3”（持続可能な開発目標）がめざす「全ての人、全ての年齢の人に、健康で幸せな生活を」を達成する土台となります。

西太平洋地域では、国によってリハビリテーションへの取り組みや理解が異なることから、リハビリテーションサービスを提供する規模は各国まちまちです。例えば、リハビリテーションのための予算の優先度が十分でない、割り当て額が不明瞭、また、リハビリテーションがユニバーサルヘルスカバレッジだという理解に欠けていること、あるいは、リハビリテーションは万人の助けとなる一連のケアだと見なされず、高所得の国のための「高価な」または「ぜいたくな」サービスと認識されていることなどがあります。

この発表では、ユニバーサルヘルスカバレッジとしてのリハビリテーションを概観し、WHOが、この地域において全ての人々のリハビリテーションを強化するためにどのように各国を支援しているかをお話しします。

WHOリハビリテーション 2030

ダリル・バレット

WHO西太平洋地域事務局 障害とリハビリテーションテクニカルリード

皆様、こんにちは。 Good afternoon ladies and gentlemen.

WHO指定研究協力センターである国立障害者リハビリテーションセンターは、日本や西太平洋地域においてリハビリテーションの振興を図り、更なる発展を担うリーダーであると申し上げたいと思います。

本日はおもに、「リハビリテーション 2030」についてお話しし、それが我々の地域における今後の保健医療の優先課題としてどのような意味を持つのかお伝えしたいと思います。

リハビリテーションとは、保健医療戦略において非常に重要であり、心身に不自由を感じている人にとっては必要不可欠なものです。リハビリテーションサービスを利用している人々は、それによって学校や仕事、社会活動に参加できるようになるのです。

リハビリテーションとは、障害や疾患がある人々が、それぞれの環境の中で障害を軽減し、最適な機能の状態にするための介入であるとWHOは認識をしています。慢性疾患や障害がある人々の寿命が延び、人口の高齢化が進んでいます。また、西太平洋地域では障害の有病率も増加しております。リハビリテーションサービスのための保障制度が不十分であることを懸念しており、早急に対応することが求められています。

「障害に関する世界報告書」における勧告により「WHO障害に関する世界行動計画 2014-2021」～障害のある全ての人のより良い健康のために～(GDAP)が策定されました。

WHOは現在、加盟国にこの行動計画の目的2・リハビリテーション・ハビリテーション・支援機器・援助・サポートサービス・CBRの強化と拡大の実行を推奨しています。これらの活動は障害者権利条約にも包含されており、加盟国政府に対して、障害のある人々が社会に参加し最大限に活動できる環境を整えるようリハビリテーションサービスを強化することを求めています。特に権利条約では、障害がある人々や機能に制限のある人々が質の高い、適切なリハビリテーションサービスを受けることができるようにするために、リハビリテーション従事者の人材育成と支援機器を利用できるように

することを奨励しているのです。

リハビリテーションは、人々が保健医療を受けられるようにするためのプライマリヘルスケアを定義づけた 1978 年のアルマ・アタ宣言において保健医療の重要な構成要素となっています。健康とは身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であり、単に病気・病弱ではない、ということではありません。今年で、アルマ・アタ宣言が発表されてから 40 年が経ちました。各国が経験しているリハビリテーションにおける制約に今取り組むときです。そうすることが、「持続可能な開発のためのアジェンダ 2030」(SDGs)の実現にもつながります。

SDGs の核心は“平等”です。貧困削減を進めることや、平等な機会を作り、開発の持続を確実にするのです。SDGs は全ての人々が参加できて、誰一人取り残されない世界を目指しています。リハビリテーションを強化することによって全ての人々が取り残されないようにするのです。

取り残される人々とは、障害を含む健康状態によって自分の思っている行動ができないということです。勉強、仕事、セルフケア、約束ごとなどできることが限られてしまうのです。リハビリテーションは、個々人の機能的能力を向上させ、その環境における障壁を軽減して自立と参加を進めるのです。

「持続可能な開発のためのアジェンダ 2030」を通して加盟国は“全ての年代の全ての人に健康と福祉を“という誓約を立てました。その中核となるのが「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」UHC です。必要なヘルスケアはお金の問題や不当な負担無く利用できるべき、というのが本質であり、障害のある人にはとでも重要な内容です。

慢性疾患や障害のある高齢者の満たされていない健康に関するニーズに対応することで、リハビリテーションサービスの強化がUHCの前進につながります。全ての人々が継続利用でき無理なく受けられるリハビリテーションサービスは「持続可能な開発のためのアジェンダ 2030」を実現するための基本です。

加盟国は日々、障害のある人がリハビリテーションサービスを利用できるよう活動しています。とても大事な活動です。更にGDAP、アジェンダ 2030、SDGs、UHCに伴ってまず優先して集中すべきは、リハビリテーションの現状と今後の健康問題を把握することです。まずこの地域内でのリハビリテーションの格差を把握しなければ、どれも成し遂げられるものではありません。

リハビリテーションサービスが不足している現状の詳細を確認することが、基本的な医療サービスの礎となりUHCを前進させSDGsの成功につながります。

その鍵となるチャレンジ、「リハビリテーション 2030」について説明しましょう。

リハビリテーション 2030

2017年2月、WHOはリハビリテーションの専門家と政策担当者をジュネーブに招集し、リハビリテーションのニーズに対応されていない現状を参加者に喚起し、対策について話し合いました。

議会には46カ国から208名が参加し、WHOと保健医療や開発に関わる団体の双方から現状についての説明がされました。「リハビリテーション 2030」はWHOが設立された1958年から初めて、リハビリテーションが議題になった会議でした。WHO設立から60年、初めてリハビリテーションについての会議が行われたのです。

この会議には、政府の代表者、医療の専門家、市民団体、リハビリテーション団体、障害者団体が参加をしました。会議では、政府とリハビリテーションの関係者が協力し、人口推移、寿命や継続的なケアなどに関わる21世紀の健康課題に取り組む保健医療戦略としてリハビリテーションを位置づける誓約をしました。

非感染性疾患や怪我の有病率の上昇と人口の高齢化により、これまでにないレベルでリハビリテーションの問題は深刻です。世界の様々な場所でリハビリテーションサービスの提供は不十分であり、そもそもリハビリテーションの無いところがあったり、リハビリテーションを必要とする人々に対しての適切な対処ができていないのです。

リハビリテーションを広める事にバリア（障壁）があり、社会に認識を広める事とリハビリテーションを必要とする人々の権利擁護が必要です。リハビリテーションの専門家育成やインフラへの投資、リーダーシップの推進、政策構造などの問題を更に浮き彫りにします。この重要な問題に対しての早急な対応がリハビリテーション関係者には求められています。

「リハビリテーション 2030」の目標はストレートです。

第一はリハビリテーションの必要性が増していることに注目を集めるための活動をする事。

第二はSDGsを実現するためにリハビリテーションの役割を強調すること。

第三はリハビリテーション医療制度を強化するよう共同の国際活動を求めて行くこと。

この会議で明確な課題がいくつか議論されました。リハビリテーションサービスを開発していくことへのサポートも大事ですが、まず人々が健康でより良好な状態でいられることをサポートすることが優先です。とりわけ、リハビリテーションへのニーズが充足されていない事は世界中で確認されており、特に中・低所得の国々においてはもっと深いところまで現状の把握をする必要があります。

人口の高齢化や病気・怪我を抱える人々の増加を含む人口動態を踏まえ、また国際保健の観点か

らもリハビリテーションサービスの必要性は増えていくでしょう。

先程お話ししましたが、リハビリテーションは、予防・増進・治療・緩和の継続的ケアの一部ですの
で、統合的な医療サービスの重要な構成要素であるということを理解しなくてはいけないのです。

リハビリテーションは、人生においてまたあらゆるレベルの医療において障害を経験している人や
様々な健康状態の人に関係しています。したがって、リハビリテーションは障害のある人を含む全て
の利用者に対応すべきなのです。それは人的資本への投資であり、健康・経済・社会的発展に貢献す
ることになります。なぜなら、リハビリテーションは機能の改善と参加を目的とするからです。

リハビリテーションは「高齢化と健康に関する世界戦略と行動計画 2016-2020」、「メンタルヘルスに
関する行動計画 2013-2020」、「利用者中心の包括的医療サービスに関するフレームワーク」、「支援機器
に関する世界連携（GATE）」等を効果的に実行するための役割もあります。

リハビリテーションの強化・拡大へのバリア（障壁）には以下の事があります。

- i) 政府において優先順位を争う事項の中で後回しにされること。
- ii) 国、地方自治体の両方においてリハビリテーションの政策、計画が欠如していること。
- iii) リハビリテーションを管轄している保健省と社会省の協力が限られていること。
- iv) そもそもリハビリテーションが存在しない、資金が不十分であること。
- v) リハビリテーションに対してのニーズを満たしているのか、いないのか、根拠が不足していること。
- vi) リハビリテーションの専門家が不足していること。また、知識も不足していること。
- vii) リハビリテーションの施設や設備が整っていないこと。
- viii) リハビリテーションが医療システムに統合されていないこと。

差し迫ったニーズに対しての行動が求められているのは、出資に関係している全てのメンバーです。
WHO加盟国・WHO事務局・国連関係機関・リハビリテーション利用者の団体・サービス提供者・資
金調達機関・専門家の団体・研究機関・NGOや国際的な組織などを含みます。この世界規模の問題
について会議ではリハビリテーションを前進、強化させるための以下、10項目の行動計画を合意しま
した。それらは

(1) 地方・国・国際レベルの強固なリーダーシップと行政によるリハビリテーションサポート
を構築すること。

(2) 緊急時の備えと対応方法を含めた国・地方レベルのリハビリテーション強化・推進の計画を立

てること。

(3) リハビリテーションを保健医療部門と統合することを進め、国民のニーズに合わせた能率的で効果的な対応をとれるようリハビリテーションと保健医療をリンクさせること。

(4) UHCを組み込んだリハビリテーションを行うこと。

(5) 地方・田舎を含めた全ての人々に対して、福祉機器や品質の良いサービスを誰でも利用できるようなモデルとなる総合的なリハビリテーションを構築すること。

(6) その国の状況に合わせて、保健医療の人材育成の中に多職種連携リハビリテーションサービスの概念を組み込むこと。

(7) 適切な手段でリハビリテーションのための投資の拡大を行うこと。

(8) リハビリテーションに関係する医療情報システムを強化するため、システムレベルのリハビリテーション情報とICFに基づいた情報の収集をすること。

(9) リハビリテーションに関する研究を進め、確実なエビデンスを把握すること。

(10) 低・中額所得の国と、高額所得の国との間で、リハビリテーションにおけるパートナーシップやネットワークを確立し、強化に努めること。

以上、10項目です。そんなに膨大ではありません。

我々、西太平洋地域に「リハビリテーション2030」はどう関係してくるのでしょうか。

WHO西太平洋地域氏事務局から皆さんに知っておいていただきたいことが2つあります。まず第一に、リハビリテーションが必要不可欠な医療サービスということを発信しておりますが、リハビリテーションとは全ての人のためにあるもので、障害のある人に限られたものではありません。

すべての年代の人と身体と心の健康のために、リハビリテーションが必要不可欠な医療として確立できるよう、我々は加盟国と協力してサポートします。

我々はまた、支援機器を必要としている全ての人ができるようになるようGATEイニシアチブを推進するためにWHO本部のメンバーとも一緒に活動しています。

今年、WHO西太平洋地域事務局では新しい地域行動計画を作成中です。地域の計画というのはWHOでは初となり、「リハビリテーション2030」の成果を描き、この地域における健康とリハビリテーションの活動を進めるものです。

今年10月、加盟国から支持を得るために、マニラでWHO地域委員会議が開かれます。我々は地域行動計画作成の過程にいます。それぞれの国と計画の導入について模索し、相談する予定です。こ

の計画は、我々がすでに存在を確認している問題に対してのプランです。2015年に行われた加盟国の調査結果や、GDAPを実行するための国の対応力について確認をする予定です。

地域の発展

西太平洋地域の行動計画は、挑戦無くして遂行はできません。西太平洋地域は文化的、言語学的に多様な地域です。北・西は中国、モンゴルから南はニュージーランド、東はフレンチポリネシアまであります。その中でも、ある国は急激に社会・経済が発展してきているものの、地理的に孤立しているところは、持続可能な発展を遂げるために日々、奮闘しています。この地域の中には、先進国、低・中額所得から変わりつつある国、発展途上にある小さな島国などがあります。その中で、医療システムには解決しなければならない、挑戦がいくつかあります。

新たな病への対策、高齢化する人口など、このままでは世界で最も不幸な地域になる傾向があります。我々は地域の中で、すべての人々へのリハビリテーションサービスの提供を実現するための取り組みに関する問題を共有します。これらは、WHO西太平洋地域事務局、加盟諸国・開発パートナー・医療、福祉を利用している当事者から示された、または課せられた問題です。

リハビリテーションはUHCに不可欠なものとWHOでは認識をしています。それは、基本的なケアとして医療サービスに含まれておらず、病気や怪我が原因となる健康状態への必要な介入としても位置付けられていません。病気や怪我を予防し、死亡率を減少させる取り組みは、慢性疾患・循環器の疾患・糖尿病・精神疾患に対して有効です。しかし、この介入は“リハビリテーションサービスの強化”や“支援機器へのアクセス”を十分には行えていません。国の健康問題の課題を見てもリハビリテーションは優先順位が低かったり、放置されていたりする国が、西太平洋地域にはまだ多数あります。例えば、仕事をするため、学業のため、活動をするための支援機器は、必要としている10人に対して、1人しか利用できずにいる現状があります。人の寿命が延びるということは、教育・仕事・自身の健康ケア・社会活動に参加することが難しい人が増えるということなのです。これらのリハビリテーションサービス等は、裕福な家庭・コミュニティー・国などへの貢献に限定されており、リハビリテーションの整っていない国にとって必要不可欠な医療サービスであるとは、考えられていませんでした。これは重大な懸念事項であり、いつか私たちの暮らしにも必ず影響してきます。我々もいつか、障害や不自由を直接感じることもあるかもしれません。

以下の問題は西太平洋地域におけるリハビリテーションサービスの懸念事項として挙がっていました。

リハビリテーションサービスの質が高くはなく、限定されており、全ての人が利用できるものではない

人々が健康でよく生きるためにリハビリテーションが重要であることは、リハビリテーションコミュニティや障害のある人の間ではよく知られていますが、医療システム立案者が必ずしも知っているとは限りません。これは懸念すべき問題であり、西太平洋地域の多くの国々での弱いリハビリテーションサービスの現状に関係しています。太平洋地域にある国では、リハビリテーションサービスは赤字を生みますが、政府は挑戦し続けています。

たとえ、CBRに賛同しない試みが地域にあって、健康に関することより他の開発のことが話題になっても、CBRは障害のある人がサービスを利用できるようにする手段として選ばれています。

大切なのはCBRが統合された医療システムに導入され、コミュニティが第三次医療機関からの紹介を受け入れ、十分な人員による有資格者であるリハビリテーションの専門家がCBRをサポートすることが求められています。しかし現在いくつかの国はそのような専門家が非常に限られているのが現状です。

非感染性疾患の増加

非感染性疾患NCDの増加は西太平洋地域ではよく知られています。とりわけ、太平洋の島国では糖尿病と循環器疾患の患者数が多く、失明・脳卒中・切断という結果につながります。大多数の太平洋の島国では、14%以上の人々が糖尿病を持っており、その中でもマーシャル諸島は最も割合が高く29%となっています。現在、アジアはそれより低い割合であると示されています。NCDに関連した機能障害も見られます。医療・社会福祉サービスにおけるNCDに関わる需要は高まっています。また、機能的な低下は生産性の減少に結びつき、家族の貧困化をもたらします。もし、国が医療を超えて国民の健康と安心をサポートすることを目標とするならば、まず健康管理と身体の機能に対するケアを結びつけることが大切です。NCDであり、身体の機能に障害がある人々の機能回復のために必要な健康増進・予防・治療・ヘルスケアサービスが利用できることは必須です。例えば、糖尿病は進行すると潰瘍となり、最終的に切断という処置によって身体の機能に大きく影響を及ぼします。進行しているNCDの治療をするためにヘルスケアを利用する際でも、そのヘルスケアシステムの中でインフラ基盤が整備されていないといった物理的な障害に直面する事態となることも考えられます。もし、切断をしたことで生活上できることが限定されたり、全くできなくなったりした場合、患者は健康を維持するための、経済的負担に直面することになるでしょう。それは家族やコミュニティの

メンバーを巻き込むことになり、NCDと切断の影響も重なって更に何もできない状況に陥ります。もちろん、NCDを予防する努力は続けるべきなので、患者はヘルスケアを利用しようとはしますが、利用先でも活動が難しいことを実感することになります。たとえ現在NCDを患っていても、予測できる未来があっても、努力にもかかわらず予防しきれない範囲の病気があっても、予防は疑う余地なく大事なことで、西太平洋地域でリハビリテーションが十分でない状況は、患者とその家族が、健康と安心を取り残されること無く手に入れるために挑戦していることを意味します。

高齢化による基本的能力の低下、疾病や怪我の予防と障壁を乗り越えるために求められる

リハビリテーションサービス

高齢者の健康状態の問題は西太平洋地域で差し迫った問題であり、2010年の統計では西太平洋地域内の60歳以上の人口が2億3500万人全体の13%を占めています。高齢者の健康に関する問題を紐解くための挑戦があります。まず1つ目に、高齢化が進む人口に対する健康問題を対策するシステムを構築するのを低所得国、中所得の国々は、高所得の国と比較すると短期間で行わなければなりません。高齢者の比率は他の年代の人より急速に増加しています。寿命が延び、出産率が下がったことが原因と予想されます。オーストラリア・日本・ニュージーランドでは、高齢者の割合が7%から14%になるのに35年から50年かかりました。他の国では30年経たないうちに同じような状況になりました。そして2つ目に、怪我や疾患を予防するリハビリテーションと高齢者の怪我や疾患の経緯、結果の記録の管理を含むヘルスケアサービスが更に必要とされるでしょう。西太平洋地域で高齢者の病気を記録したのを見ると循環器の疾患、癌、呼吸器の疾患、不測の怪我などがあります。これは身体機能に困難を抱えている人、または障害のある人々の増加につながるのです。とりわけ女性において増えているのです。これは女性が男性より寿命が長いことと関係していると予想されます。3つ目に身体的な制限、とりわけ移動に制限がある人々、つまり高齢で移動に制限のある人たちはヘルスケアを利用しに行くことができません。誰にとっても使いやすい設計にすることや、合理的な配慮がない社会基盤の中では高齢で移動に制限のある人はリハビリテーションを利用することができないのです。

深刻なリハビリテーションの人材不足について

世界的にリハビリテーションの人材は多種多様です。リハビリテーションサービスの専門家の範囲とは、専門医・リハビリテーション看護師・理学療法士・作業療法士・言語療法士・心理専門職・ソーシャルワーカー・義肢装具士・健康管理・CBRワーカーなどです。西太平洋地域の多くの国では

いくつかの職種のリハビリテーション従事者が健康医療従事者と同一の扱いをされています。専門知識に格差がある場合でも同様です。リハビリテーションの人材は限られていて、まだその定義もあまり認知されておらず、リハビリテーションサービスの発展を遅らせています。西太平洋地域のほとんどの国で理学療法士の数が少しずつ増えてきました。ある国では国内の全医療システムの中で理学療法士が2人しかいません。このリハビリテーションの人材不足は患者の怪我や病気から回復や、病院からの家庭復帰を遅らせることとなります。これは機能制限の多い患者がリハビリテーションサービスを利用できず、共に暮らす家族の健康状態にも影響を及ぼすこととなります。

質の良い適切な支援機器は全ての国において利用できるわけではありません

支援機器はリハビリテーションの介入において大切なものです。多くのリハビリテーション利用者は家・仕事・社会活動の手助けとなる支援機器を処方されるでしょう。西太平洋地域内の所得の高い国では支援機器の供給について法律を制定し、供給の管理、規制をする機関が設けられたところがありますが、少しの国のみです。組織的な方法で供給している国も限られています。特定の支援機器の標準があるのも少数の国のみです。別の中所得の国々では法律文書で支援機器に関して記述しており、5つの国では必要不可欠な支援機器についての合意書を持っているとの報告がありました。高所得の国ではより広い範囲の支援機器の利用に対応する複雑な供給システムがあるように思われます。

他の支援機器の供給に関する問題は調達方法です。とりわけ問題があるのは太平洋地域の島国です。相対的に人口の少ない地域が広範囲に分散しています。これはリハビリテーションの人材育成がまだ開発中の段階であり、支援機器を必要としている人々に適切に処方・提供できていないという問題と深く関連しています。糖尿病が原因で切断や視力を失う人々にとって支援機器の供給問題は太平洋の島国で暮らす人々の健康と福祉のためにとっても重要なことなのです。障害のある人で支援機器を利用できない人は発展の機会から排除されて取り残されます。もし支援機器が利用できれば、家族のある人、仕事のある人、学校へ行く人、投票に参加する人など、障害のある人々は地域に大きく貢献することができます。

支援機器を必要とする国は増加しています。しかし、質が良く、安全で手ごろな機器を供給する水準は不十分です。現存の資金調達方法は広がるニーズに適切に対応していません。支援機器は障害や病気の健康状態にある人にとって必要不可欠なものです。

残念ながら、リハビリテーションサービスに関する統一的なデータは収集されていない、もしくは政策や計画の情報として利用されていない

リハビリテーションサービス供給に関するデータの問題は西太平洋地域だけの問題ではありません。誰がリハビリテーションサービスを必要としているか、そして誰がそのサービスを受け取れたのかが分かる国際的なデータから大きな課題が見えてきます。西太平洋地域のすべての国々が、リハビリテーションサービスのデータを収集しているわけではありません。太平洋地域と低・中所得の国々はリハビリテーションサービスに関するデータが限られたものしかありません。

西太平洋地域において、行政からの情報を反映させたデータは限られています。また、台風や地震などの災害により人々の健康が危機にさらされている機関に収集したデータが他の機関に散在しており、この地域のデータ収集メカニズムには依然として正確なものではありません。いくつかの国では、リハビリテーションサービスのデータは医療のデータを収集する仕組みから外れています。この分かれた収集方法はリハビリテーションサービスと医療処置の結果の情報を限られたものにし、医療システムとしてはリハビリテーションサービスの効果をデータで表すことができないものとしています。

緊急時の健康危機に際して、リハビリテーションサービスの介入は優先事項であることや、障害のある人の問題への対応について考慮されません

人々が健康の危機にさらされているとき、命を失う悲劇は障害につながるような怪我を負ったり病気になることと併せて起きます。機能に制限のある人や障害のある人はさらに健康悪化することがあります。障害のある人や機能制限を経験したことがある人は、健康の危機に先立って必要な栄養を摂取するために、または暴力や怪我、病気から逃れて安全な場所に留まるために行動しなくてはなりません。家族や介助してくれる人がいなかったり、障害に対するサポートがない場合、安全な場所に移動することや、1人で動くことができなくなります。緊急時の健康危機に対する準備は西太平洋地域の国々にとって重要な問題です。自然災害、人間が作り出した災害、感染症の流行、紛争が起こりやすい地域であることを認識しなければいけません。全ての人のための健康と福祉を実現するための重要な取り組みが西太平洋地域で行われているのです。

明確な取り組みがされている間、WHOは“西太平洋地域のリハビリテーションに関する行動計画”の開発を含んで、加盟諸国と協力して取り組んでまいります。

3月中に“西太平洋地域のリハビリテーションに関する行動計画”の案文を作成します。そして10月のWHO地域会議で承認を得るための発表をいたします。

リハビリテーションで働く全ての人、医療部門やそれ以外の部門で働く人にとっても。それは西太平洋地域で歴史的な瞬間となるでしょう。我々の統計データが発表され、様々な問題も公となり、問題の優先順位も言及され、我々の仕事も注目されます。

そして繰り返し行動を呼びかけます。西太平洋地域の持続可能なリハビリテーションのサポートを皆様に奨励します。話し合いの場が設けられたとき、行動計画に対する皆様の意見を歓迎します。そして、全ての人のためのリハビリテーションサービスの強化・発展のため、今後も引き続き、仕事を継続してください。

発表

リハビリテーションと高齢者 –オーストラリアの視点から–



Ian Cameron

イアン・キャメロン
シドニー大学 リハビリテーション医学教授
ジョン・ウォルシュ リハビリテーション研究センター所長

〔略歴〕

シドニー大学 リハビリテーション医学教授
ジョン・ウォルシュ リハビリテーション研究センター所長
高齢者や障害を持つ人々に関する臨床医研究者
オーストラリア国立健康医療研究会議フェロー

〔発表要旨〕

多くの高所得の国と同じく、オーストラリアでも急速に高齢化が進んでいます。わが国では、これまで施設中心の高齢者サービスに傾注してきました。

これらは、病院でのリハビリサービスと、老人ホームのケアにおいて実施されてきましたが、ここ何十年か、オーストラリア政府の方針としては、特に「自宅で歳を重ねる」ことを推奨しています。これは、高齢者のための地域に根ざした施設や、これまで行われていた病院でのリハビリテーションではないサービスの拡充を推進していくということです。

こうした展開は、公的資金と自己負担が混在するという状況において形成されてきました。つまり、「受益者負担」というコンセプトがよく定着している一方で、金銭的に豊かではない高齢者のための「セーフティーネット」も受容されているということです。

私の発表では、オーストラリアにおけるリハビリテーションサービスの構造と機能について振り返り、WHOによって推奨されるサービスと関連づけて検証していきます。

リハビリテーションと高齢者 ―オーストラリアの視点から―

イアン・キャメロン

シドニー大学 リハビリテーション医学教授

ジョン・ウォルシュ リハビリテーション研究センター所長

ご紹介ありがとうございます。また、飛松先生や国立障害者リハビリテーションセンターの皆様、ご招待いただきまして本当にありがとうございます。わたくしは残念ながら日本語を話すことができません。通訳者とは話をしました。きつとうまく訳してくれると思います。「リハビリテーションと高齢者―オーストラリアの視点から―」ということでお話をいたします。

こちらのスライドをご覧ください。写真です。2人の人がいます。すばらしい老後を迎えています。とても大きな羊の牧場を持っていて、80歳代で仕事を続けています。これは高齢者のためのリハビリテーション、歳をとるといふことのゴールだと思います。しかし誰もがこれを実現できるわけではありません。

こちらはわたくしの話のを要約したスライドです。ご存知の通り、世界は高齢化が進んでいます。重要なのは自分の地域で年を重ねていくということです。高齢者のためのリハビリテーションを考えると、日本とオーストラリアは共通点もあれば相違点もあります。

オーストラリアでは利用者負担とそしてセーフティネットという原則があります。リハビリテーションというのは、不可欠な保健医療サービスと考えられています。つまりオーストラリアは、バレット氏の概説にもあったWHOが推奨する基準をほぼ満たしています。しかし一方では議論もあります。どのような議論があるか少しご紹介したいと思います。このスライドに写っている女性、C夫人の例を挙げて、その議論について詳しくお話ししましょう。

このスライドは増加する高齢者と減少する若年層を示しています。世界のほとんどの地域で高齢者のほうが若年層を上回っている。2015年までに、オーストラリアや日本のように高所得の国では、すでに高齢者の人口はすべての子供の人口を上回っています。

これは比較を示しています。日本とオーストラリアの比較です。幾つか違いを見てみましょう。日本は人口がずっと多い、オーストラリアの約6倍となっています。しかし1人あたりのGDPと医療費、

出生時平均寿命が驚くほど似ているのです。

日本はオーストラリアより、人口1千人に対する病床数が多く、また入院期間も長くなっています。しかしながら、高齢者のための長期療養施設にある病床数はほとんどオーストラリアと同じです。また一番下にありますように、体重過多、肥満ということを見ますと、オーストラリアのほうがずっと大きい数字です。これはもちろん健康関連の問題にも関連してきます。

こちらのスライドはオーストラリアの保険医療システムと高齢者ケアシステムの重要な事項を要約したものです。保健医療サービスは州政府が所管しており、高齢者サービスは連邦政府が所管してきたため、州政府と連邦政府に対立が生じることがあります。

オーストラリアは高齢者について「住み慣れた環境で歳をとる」、という考え方があります。そして、障害がある若い人々については1980年代からこの考え方がとられるようになり、また利用者負担の原則というのは1990年代から実施されています。オーストラリアは国民皆保険の制度があります。「メディケア」と呼ばれています。それは国民が強く支持しているものです。しかし、メディケアは高齢者のためのケアサービスを対象としていません。経済状況に応じて利用者自身で支払うこととなります。

「住み慣れた環境で歳をとる」ということの意味についてお話します。

少し長い引用となりますが、こちらはオーストラリア地域における「住み慣れた環境で歳をとる」というのはどういうことかについて調査した結果です。最も大切なのは、高齢者自身が自分で住む場所を選ぶということ。通常は自宅になるかと思いますが、高齢者施設ではなく自分の選んだ場所に住み、医療サービスは訪問をしてくるということです。また、こちらの農家の人ですけれども、男性が亡くなるまでそれを実現しています。妻は認知症で、夫が亡くなった後にケア付きの住宅に移りました。

こちらのスライドは医療費セーフティネットについて示しています。オーストラリアで最初の女性首相となったジュリア・ギリアード氏が最終的にまとめあげ、実行に至りました。

オーストラリアで高齢者が施設に移るとき、基本的にはケアの費用を賄うために自宅を売ります。オーストラリアには介護保険制度がありません。

それでは国際的な視点から考えてみましょう。時間もないことは承知していますので、このセクションは非常に要約した形で進めます。こちらに、このセミナーにも関係する文書があります。国連、WHOから発行されたもので一部は障害者権利条約に関する重要な文書です。高齢者と若年層どちらにも平等に適応されます。

WHOが発表した「障害に関する世界報告書」もここ数年、かなり浸透しつつあります。その内容に

はリハビリテーションも含まれており、国際生活機能分類 ICF を反映したものとなっています。また、多職種連携アプローチ、とりわけ高齢者に関連する成功した事例などが記されています。また、転倒防止、脳卒中後の社会復帰の例などもあります。

「高齢化と健康に関する世界報告書」はその中で、住み慣れた環境で歳をとることを支援する、またリハビリテーションの有効性を示しています。保健・医療システムそして介護保険システムの開発を支援する内容となっています。そして、その人の本来備わっている能力の最適化を図るという概念、これは歳をとってもその能力を最大限に保つということにつながり、もし何らかの理由で良い作用が能力に影響した場合、機能が回復することも望めると記しています。これはこの表の“曲線 B”に関係します。

先程、バレット氏の発表にありました「リハビリテーション 2030」イニシアチブにはリハビリテーションと医療システムについていくつか推奨事項があります。保健医療システムについてのものです。4つの推奨事項のうち3つをオーストラリアはきちんと維持することができています。ただ、4番目、地域と病院の両方におけるリハサービスについて、広く利用できることという点については、対応できていません。

4つの推奨事項に対して、オーストラリアがまだ不十分だと私が思っているのは、財務的な財源を割り当てるということです。適切なリハビリ提供のための財源の確保、割り当てということですが。

リハビリテーションの概念については先程もお話がありましたが、WHOが出しているものがあります。その定義はこの数年間で進化しており、WHOはリハビリテーションの目的を定義しています。

リハビリテーションの目的は従来のリハビリテーションの目的より範囲が広いものになっています。

それでは、高齢者のリハビリテーションにどう適用するかということを経験談で考えてみましょう。高齢者のためのリハビリテーションを計画するときいくつかの要素を踏まえたうえで考えなければいけません。こちらのスライドのポイント C、ラインを引きました部分は若い人のリハビリテーションと比較して高齢者のためのリハビリテーションに必要な要素の部分です。その高齢者は、発症前に障害があったのか、また、保健医療システムによってもっとひどくなったのか、つまり、医原性の障害を最小限にする。家族との連絡、ほかのサービス提供者との連絡・調整についてもより大きなニーズがあります。

ケーススタディとしてお話を最後にしたいと思います。C夫人です。若いころの写真が左、1929年生まれです。ことし 89 歳になります。ここで話すのは、階段の上段からの転落、それによる頭部裂傷、起き上がれなくなりました。ですから転倒関連の障害となります。頸椎の亜脱臼と左足首の骨折の診断が遅れました。この図をつかって、C夫人と医療専門家の視点から考えたリハビリテーション計画につ

いて説明します。

このスライドは理学療法専門家である Steiner 氏が 2002 年に発表した図です。これは転倒によるさまざまな怪我を負った状況での健康状態です。C 夫人はてんかん、難聴、リウマチ性多発筋痛を患ってきました。せん妄の症状もありました。ICF の分類に従って、身体の構造機能の問題を考えていきます。頸椎の固定術をしています。左の足首の骨折がありました。そして活動の制限としては、トイレに行くなどの排泄動作に制限が生まれました。そして、自分はいつ帰れるのだろうかということを C 夫人は気にしていました。

我々が身体の構造と機能の問題を考えると ICF を使います。C 夫人は首の怪我に頸椎後方固定術をしていました。左の足首も骨折しています。動くのに制限のある彼女にとってトイレに行くことが重要であり、いつになったら自宅で生活ができるようになるのか不明でした。

以上の状況を C 夫人の個人としての観点から考えると、C 夫人は疾患によって自信を失っていたと思います。しかし高い教育を受けた夫の積極的なサポートがありました。夫婦は高齢者向けの住宅に住んでいたため設備も整っていたのです。

医療としてリハビリテーションチームは、まず C 夫人の首と足首を固定しました。また、聴覚についても対応を考える必要がありました。身体の機能を担当するチームは移動、セルフケア、日常の活動に関するプログラムに重点を置き、目標は C 夫人を自宅で生活ができるようにすることと設定しました。

3 週間のリハビリテーションプログラム後、C 夫人は 1 人で動くことができるようになり、自分でできるセルフケアも増えました。せん妄を繰り返すこともなくなり、夫と自宅へ帰ることができたのです。歩行プログラムを提案しましたが C 夫人は必要ないと言いました。聴覚検査については同意が得られ、現在は補聴器を利用されています。

車を運転することはできませんが、夫のサポートでこれまで通りに教会へ通っていらっしゃいます。

そろそろまとめのコメントとなります。当初、怪我の診断が遅れた C 夫人でしたが、リハビリテーションサービスは良い効果を出すことができました。しかしオーストラリア人として問題とするのは、もし彼女がリハビリテーションサービスを利用するための資金が十分でなかったり、シドニーから離れた場所に住んでいたら、このような良い結果は出なかったということがあります。

オーストラリアでは、都市部から離れてしまうと医療や高齢者のためのサービスを受けることが難しくなります。

リハビリテーションサービスが扱うのは人です。しかし時には、リハビリテーションのシステムを扱わなくてはならない場合もあります。

最後にこの発表に協力して下さった Gwynnyth Llewellyn 教授にお礼を申し上げます。
有難うございました。

カンボジアの高齢化政策

Kol Hero

コル・ヒーロー

カンボジア保健省 予防医療部部長



〔略歴〕

1995年 カンボジア保健科学大学医学・薬学部卒(医学部)
1998年 フィリピン大学公衆衛生学部疫学課修士
2005年 カンボジアパンハサストラ大学運営学修士
2005年 ドイツ財務・運営ビジネス学校 国際病院運営修士
1992年～1998年 カンボジア コンポンスプー市病院医師
1998年～2001年 カンボジア保健省病院部規程・倫理室長
2001年～2016年 同省予防医療部副部長
2017年～現在 同省予防医療部長

〔発表要旨〕

カンボジア王国政府は、高齢化社会に向けた政策として「ナショナル・エイジングポリシー2017～2030」遂行のため、必要な支援と環境整備を行ってきました。この政策は、フン・セン首相によって2017年8月17日に採択、2018年1月18日に施行されました。

政策の最終目標は、とりわけ高齢者福祉を充実させ、高齢者が自由に尊厳を保って社会参加できるように支援することです。そのためには、市民社会や国中に広がる高齢者ネットワーク、仲間を開拓していくことと同様に、公的私的にわたる部分での協力が求められます。

高齢者の問題に取り組む際は、実行の段階においても、基本原則として考慮すべきことがあります。クメール族の文化や慣習に特徴づけられる高齢者の地位に十分な注意を払うこと、全てのプランとプログラムに高齢人口を主流派として取り込み、彼らに関係のある決定事項のプランニングには高齢者が参加する権利を全面的に承認すること、民族性や宗教、健康状態、学歴、経済状況などからくる高齢者間の格差や多様性に気を配る必要があります。また、高齢の女性には特に注意を払う必要があります。なぜなら、彼女らは高齢男性より人口が多く、より強い差別を受け、貧困や夫に先立たれた、放置されるなどの可能性のため社会的により弱い立場におかれている可能性があるからです。ほかにも、高齢者関連の新しい国際的、地域的取組みも考えに入れなければなりません。

政策の構想は、高齢者の平等権と機会を保障し、カンボジアにおける高齢者の権利と生活の質を継続的に高め、向上させることです。それには2つの目標があり、まず、高齢者が望めば、家庭や地域、経済、社会、宗教、政治的活動において、彼らの自由と尊厳を守りながら完全に社会参加できることを担保すること、2つめは、若い人たちに、高齢になってもより生産的、健康的、活動的で品格のある生活を送ることができるような知識を学べるよう保障することです。

そのための9つの戦略的方針があります。経済的保障、健康と福祉、住居や施設環境の整備、高齢者が社会で生活するための環境整備、高齢者どうしの交流と高齢者があらゆる面での可能性を実現できるようにする取り組み、世代間交流、高齢者虐待や暴力の問題、非常時対応、若い世代の準備などです。

カンボジアの高齢化政策

コル・ヒーロー

カンボジア保健省予防医療部 部長

きょうはこのような機会をいただきましてお話しできることを非常に光栄に思っております。カンボジアの高齢化政策に関してお話をさせていただきます。

まず飛松総長、WHO指定研究協力センターである国立障害者リハビリテーションセンター、WHO事務局、ゲストスピーカーの方々にお礼を申し上げます。本日このセミナーに参加させていただきありがとうございます。

カンボジアでは近年、高齢化に関する国家政策を作成しました。残念なことにカンボジアではリハビリテーションが医療システムに組み込まれておらず、とりわけ持続可能な開発目標についてはWHOが推奨するような水準に至っておりません。まず、リハビリテーションはやはり国家としての医療システムの中に一体化していくべきだと思っております。現在、カンボジアはリハビリテーションサービスが含まれる医療システムを構築している段階であります。そして将来的には良い療法士（セラピスト）がいてほしいという希望があります。

カンボジアの高齢化政策ですが、以前は保健省と担当が分かれていました。しかし現在は、開発パートナーや資金を援助しているドナーのほとんどが撤退しようとしています。彼らはリハビリテーションに関して、社会省と保健省で取り組むことを希望しています。両省庁で協力して取り組まなければなりません。そして本日私が発表させていただく内容ですが、なぜカンボジアで高齢化対策が重要なのか、その背景についてお話をします。そしてカンボジアにおける高齢化の現実のお話、それから高齢化に関する政策、ビジョン、ゴール、戦略的目的、それから体制の仕組みに関して実行するためにはどういったことが必要なのか、それから健康と福祉に関する優先順位、それから現在私たちが作業を進めておりますカンボジア国家高齢者健康行動計画草案に関して、政府それから開発協力国の国際的なサポートをもって、この計画を仕上げたいと思っております。そして、今後への道のりの話をさせていただきます。

カンボジアでは人々は通常家族と一緒に暮らしております。ですので、両親あるいは祖父母そして子供たち、孫たちと大家族で暮らしております。ただ、近頃は大家族から核家族へと家族構成の変化

が始まりました。ですが、カンボジアにおける高齢者の割合は、他のアジア諸国よりも低い状況です。なぜかという、カンボジアでは内戦もありましたし、過去に約 30 年間続いた紛争の間に命を落とす方たちが多かったからです。また、1980 年代から 1990 年代に地雷の犠牲となった人々が高齢になっています。このような経緯がありました。現在、カンボジアの平均年齢が高くなってきました。高齢者の割合は今後 15 年、20 年の間に増え続けるだろうと思っております。

現在、去年の 8 月に採択されたカンボジア国の高齢者に関する政策 2017-2030 の行動計画についてさまざまな省庁間で調整を進めて、従来のやり方に頼ってきた人々のために今後数カ月以内に最終化して実効展開していこうと思っております。経済財務省荷よりつくられたセーフティネットがあり高齢者は支援を受けています。そしてナショナルセーフティネットを構築しようとしております。そして社会保護政策枠組みの中で、高齢者を含む社会的弱者のための社会的保護システムというものを 2017 年から 2030 年の間で構築しようとしているところです。これは、ナショナルセーフティネットの枠組みの中で考えているものです。

そして次のスライドですが、こちらはカンボジアでの高齢者人口の増加と予測に関する表です。60 歳以上の人々は 2000 年に 5.6%でしたが、2013 年に 7.6%になりました。予測では 2050 年には 17% にまで増加するとされておりますので、カンボジア政府としましても、高齢者人口に対応するための政策に取り組んでいるところです。カンボジアの高齢者に関してですが、高齢者はやはり勉強すべき年齢のときに、なかなか教育を受けられなかったという状況がありますので、全く教育を受けていない人が 2000 年には約 68%でした。でも、今となつては、その数字は下がってきており、2014 年時点で 40.5%となっております。ただ、男性、女性でのジェンダーギャップというものがあつて、やはり女性は男性よりも教育を受けていないという状況があります。

こちらはキーとなる要因の 3 番目ですが、なぜ政府が高齢化対策に集中して取り組む必要があるかという、高齢者を世話する家庭が減少しているからです。1998 年には 15.5%だった割合が 2030 年には 9.3%となります。昔は一家が一緒に暮らす生活でしたが、経済が発展し、若者が都市部に出て仕事をするようになると、残された高齢者はひとりで独居を余儀なくならざるを得ません。

そしてこの次のスライドですが、これは高齢化政策開始の日の式典が行われました。首相がおりまして、そしてリハビリテーション委員会そして政策の議長もこちらの式典に参加しております。それでは高齢化に関する政策のビジョンとゴールですが、ビジョンとしてはカンボジアの高齢者がほかの人々と平等の権利と機会を持ち、継続的に生活の質が向上し、強化させることです。そしてゴールとしては、まず 2 つありますが、高齢者が望む限り家庭、地域、経済、社会、宗教的また政治的な活動に自

由に、尊厳を持って完全参加ができるようにするというものであります。

そして2つ目の目的は、若い年齢の人々がより生産的、健康的、行動的で、全ての世代で尊厳ある人生を送れるように知識を得ることができるようにするという事です。9つの戦略のなかで我々が優先しているのが特に1~5の戦略です。

まず1つ目、経済的な安定を確保するということが最も最優先事項です。そして2つ目は健康と福祉です。これは保健省と社会省でメインとなる取り組みです。3つ目は住居の整備、4つ目が環境の整備、5つ目は高齢者のつながり・活動の維持、6つ目は世代間の交流、7つ目は高齢者への暴力や虐待の問題、8つ目は緊急時の備え、9つ目は次世代への準備です。そして高齢化に関する国家政策における優先すべき課題を5つ、関係者する団体・省庁と協議のうえ選定しました。

優先順位1としては経済的保障ということになります。これは経済省が担当しております。優先順位2に関しては、健康と福祉ということで、私ども保健省、そして社会問題省が担当しております。優先順位3、居住環境、4、環境整備そして5、高齢者同士の交流というふうに優先順位が置かれております。

それぞれ省庁は組織化された仕組みで様々な業務をおこなっています。カンボジア王室政府がその中核となります。社会省がリーダーとなって他省庁を指導しています。

そしてそれぞれの省庁に国務大臣が配置され、国務次官がそれらを指導しています。それからそれぞれカンボジア国家高齢者委員会のメンバーが担当をしており、そして社会問題・退役軍人・青年更生省が担当するところもあります。しかし、メンバーとしては、保健省を含んで15省あります。社会問題・退役軍人・青年更生省のみならず、経済産業省、労働省、厚生省、健康省、宗教それから社会発展、スポーツ省、計画省、情報省など、それからパブリックアフェア、それから国家に関する15の省がそれぞれの活動を担当しております。

優先順位2に関して、健康と福祉とその戦略的目的ですが、幾つかの方向性というものを設定いたしました。活動行動計画を使い、そして実際方針として立てられたものを実行に移していこうというものです。そして国全体で展開していこうと思っております。活動の内容としては、第一が健康的に歳をとるための促進と予防医学を広めること、第二が質の高い医療サービスの確保とそれを利用できるシステムを定着させること、第三に高齢者が必要とする条件を満たした長期型ケアを整備することと、医療従事者を育成することです。これは最も重要です。この行動計画についてはまず3年と考えております。3年と決めたのは、我々には次の行動計画のために更なる修正が必要だからです。

戦略に関してですが、健やかに年をとることと疾病予防のためのライフコースアプローチ、生涯ア

アプローチの紹介です。保健省がほかの省庁機関と協力をし、そして運動、衛生、食育を通して健康に年をとるためにどのように準備したらいいか、指導者研修を行ったりしています。そしてほかの問題に関しては、高齢者の健康問題に関連して、どのように予防すべきかあるいは啓発をしていくべきか、そして地方自治の中の投資計画に含んでいくか、NGOとの連携強化をしていくかということ、それから世界的ネットワーク、地域のネットワークとの連携構築、つまり私が今回日本に来て、日本の状況を学んでいるようなことを促進しております。

そして戦略、次のページですが、保健医療センターにおいて高齢者向けの健康相談を整備するということを考えています。つまり、保健医療センターの職員が、高齢者の健康問題に関する相談にどう答えていけばいいのかということの研修を行っております。さらには、どのように健康問題に関する検査をするときへの対応能力の強化をしております。カンボジアでは、まだまだシステム上改善しなくてはいけないことが非常にたくさんあります。

それから次の戦略としては、孤立あるいは弱い立場の高齢者を把握するための国内の統計調査システムをつくるということがあります。実際きちんと活動に関してモニタリングをしていき、確実に実行されているかということを確認していきます。時間が限られておりますので、少しスライドに関しましてはのちほどご覧いただきたいと思います。

それからまた別の戦略ですが、高齢者に質の高い医療サービスを提供するための保健医療機関の整備、紹介やフォローアップを含むという活動もあります。リハビリテーションや高齢化に関して、きちんとした質の高い医療サービスを提供していくためのものです。医療ケア従事者に、機器への知識を深めてトレーニングをしてもらう必要があります。そこから更にいろいろな人にその知識を広めてほしいのです。そして検査、診断、治療を含めて国立病院に高齢者のための総合的な保健医療サービスを整備するというものもまた別の戦略として考えております。それから高齢者の総合的な医療サービスを提供するために、十分な入院病床を確保するという。そして低所得で医療費を払えない高齢者に対し、必要であれば無料の医療サービス、経済的支援の範囲を広げるということも、行動計画として考えております。そのようなサービスの利用者にはIDが交付されます。今後構築される医療システムの中で医療ケアサービスを受けることができるようにするためです。

それでは今後への道のりですが、まず行動計画をまとめる必要があります。ほかの省庁とのコンセンサスをまとめてとっていく必要があります。そして継続して体制を強化していく必要があると考えております。そしてWHO、NGO、IOなどの中でも、やはり人材の能力強化をしていくということが非常に重要です。

人材育成計画が一番の優先事項と考えております。なぜなら先ほどの Barrett 氏からもお話がありました。理学療法士が国内に 2 名しかいない国があるとのこと。幸いカンボジアにすでに若干名の療法士がいますが、今後もリハビリテーションの専門家を増やし、供給を拡大してまいります。そして財政の調整や配分というのも非常に重要です。カンボジアとしては、やはりリハビリテーションそれからヘルスケアシステムに対して割ける財源が限られております。うまく配分していくことが重要です。

それから国地域の連携、協力というのも非常に重要ですので、好事例を共有し、そしてほかの国あるいは日本から多くのことを学んでいきたいと思っております。

こちらで、私のプレゼンを終了いたします。ご清聴ありがとうございました。

地域包括ケア時代に向けた千葉リハビリテーションセンターの役割



吉永 勝訓

千葉県千葉リハビリテーションセンター センター長

〔略歴〕

1980年 千葉大学医学部卒業 医師免許取得

1988年 千葉大学大学院医学研究科修了 医学博士

1988年 Royal Perth Rehabilitation Hospital

(オーストラリア) に1年間留学

1999年 千葉大学医学部附属病院リハビリテーション部助教授

2001年 同部長

2005年 現職

〔発表要旨〕

千葉県千葉リハビリテーションセンターは千葉県が1981年に設置し、主に身体障害児・者に対して医療と福祉の立場からのリハビリテーションを提供する機関であり、現在は小児期からの重度障害児・者への療育や脳卒中、脳外傷、脊髄損傷などの成人・高齢者へのリハビリテーションを中心に提供しています。

一方、当センターは国の提唱により2002年から千葉県においても実施している、自治体主導の地域リハビリテーション支援体制整備推進事業において、県の中心的役割を担っており、県内の9つの二次保健医療圏域に1カ所ずつ設けられた広域支援センターの活動をサポートすると共に、地域リハビリテーション推進のための独自の活動も行っています。

わが国では、地域リハビリテーションの定義として現在、「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるように、保健・医療・福祉・介護および地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力しあって行う活動のすべてをいう」が用いられています。この概念は厚生労働省が高齢者対策の一つとして、2025年にその実現を目指し強力で推進している“地域包括ケアシステム”の理念と酷似しています。そのため、千葉県の地域リハビリテーションの展開においても、現在は地域包括ケアシステムの構築を意識した展開となっています。

地域包括ケア時代に向けた千葉リハビリテーションセンターの役割

吉永勝訓

千葉県千葉リハビリテーションセンター センター長

皆さんこんにちは。ご紹介いただきました千葉県千葉リハビリテーションセンターの吉永と申します。きょうは飛松総長からお話をいただきまして、どうもありがとうございます。飛松さんからは、私ども公立のリハビリテーションセンターが、高齢化社会に向けて、公立のリハビリテーションセンターが果たしている役割あるいは考えていることを少し話してほしいというお話をいただきました。

題が「地域包括ケア時代に向けた千葉リハビリテーションセンターの役割」ということですが、日本人の方はご承知のように、我が国では現在 2025 年に向けて地域包括ケアシステムをつくるということで、皆が同じ方向を向いておりますので、こういう題名にさせていただきましたが、これは高齢化社会に向けた当センターの役割とほぼ同義語だというふうにお考えください。

このグラフは、日本の人口の高齢化を示すデータです。先ほどオーストラリア、カンボジアの方からの高齢化率の話がございましたが、我が国ではもう現在 65 歳人口が 27%になっております。この黄色い部分が 65 歳以上の高齢人口ですが、よく見ていただきますと、この 2000 年あたりから本当に数的に大分多い数字になってきていて、先ほど申し上げた 2025 年には第二次世界大戦後のベビーブームに生まれた世代が後期高齢者、75 歳以上になるという大変な時代を迎えるということで、我が国はどの国でもかつて経験しないような高齢化が進行しているということで、地域包括ケアシステムを国をあげて築こうとしているという現状でございます。

今お話しした 2000 年、高齢化が顕著になり始めた 2000 年に、国が幾つかの施策、手を打ちました。まず最初は介護保険スタートしたのが 2000 年でございます。それから私たちは医療の現場で働いておりますけれども、現在では非常にポピュラーになってまいりました回復期リハビリテーション病棟というシステムの導入が行われたのが 2000 年です。

実は私は 1980 年代からリハビリテーションの医者をしておりまして、20 世紀のリハビリテーションは日本でも障害児、障害者というのが中心だったわけなんですが、この回復期リハビリテーション病棟というのができたために、高齢者を対象としたリハビリテーションという意識が、医療関係者あるいは国民の間にも高まってきたというふうに思われます。

3 つ目には、地域リハビリテーションを各都道府県で推進しなさいというお話が国から各都道府県に対して提示されました。ということで、リハビリテーションが高齢者対策の重要な鍵になるのが 2000 年という年であったと思います。

地域包括ケアシステムですが、団塊の世代、戦後のベビーブームの方たちが 2025 年には 75 歳になりますので、重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、医療や介護そして予防生活支援が一体的に提供されるシステムというのを実現していこうということです。

このシステムが提唱されたとき、キーワードは国から発せられたのは「高齢者」だったのですが、現在は、先ほどの Barrett 先生のお話の影響もあったのかもしれないんですけども、障害者やあるいは社会的弱者も含む「ソーシャルインクルージョン」という概念が、この地域包括ケアシステムの中にも国としては明確に位置づけ始めたというふうに理解しております。

これからが千葉リハビリテーションセンターのご紹介です。1981 年にできました。私たちのスローガンは「誰もが街で暮らすために」ということになっております。

千葉県はどこにあるか、私たちのセンターの場所を紹介させていただきます。東京都の東側に千葉県がございます、千葉県の県庁所在地が千葉市ですが、私たちの千葉リハビリテーションセンターは千葉市にございます。ちなみに千葉県の人口は 622 万人で、高齢化率は全国では現在 27% ぐらいですが、千葉県は若干低い 26% ぐらいです。

千葉リハセンターは、1981 年に千葉県が身体障害児や障害者を対象に設置した総合リハビリテーションセンターでありまして、医療、福祉それから職業リハという立場からリハビリテーションを提供しております。資金的な援助を千葉県からも受けております。

医療の部分と福祉の部分いろいろなものがコンバインしてつながったセンターですけれども、医療部門としましては成人が 110 床それから小児部門で 132 床ございます。成人のほうは主に脳卒中それから頭部外傷、脊髄損傷、切断といった疾患を扱っております。

小児のほうは脳性麻痺それから重症心身障害児・者あるいは小児脳外傷などのお子さん、そしてその方たちが成長して大人になった大体 30 代 40 代ぐらいの方まで、この小児病棟のほうに入っております。

それから福祉の部門といたしましては、小児の幾つか福祉的なサポートする場所、特に通園施設を数年前から開設しております。また成人のほうでは、障害者支援施設、「更生園」という名前の障害者支援施設を持っております。

また県の設置したセンターですから、県の行政からいろいろな事業が委託されます。特に中心になるのは、きょうのお話の地域リハビリテーションの支援体制整備事業ということになります。そういったことをやる部門ですとか、その他幾つかの部門を持っております。きょうは高齢化社会に向けて千葉リハセンターが何をしているかということで、3つのポイントに焦点を当ててお話をしたいと思います。

まず最初は、成人の回復期のリハビリテーションにおける高齢化の問題です。このグラフは左側のグラフが全国のいわゆる回復期リハビリテーション病棟にどんな患者さんが入っているかということで、この病棟は先ほど申し上げたように、国が寝たきり老人を予防するためにつくった病棟ですので、寝たきりになりやすい患者さん、すなわち、CVAというのは脳卒中でございますが、の患者さんとか、老人の骨折の方が全国的には非常に多く入っていて、HBDというのが高次脳機能障害を伴った人がどれだけいるかという絵ですが、いずれにしましても全国的にはこういうふうに脳卒中と骨折が多いのですが、私どもの千葉リハセンターの場合は、脳卒中が半分を超えておまして、特に高次脳機能障害を伴った脳卒中の方そしてブレインインジュリー、traumatic brain injury、脳外傷の方、この方たちはほとんど高次脳機能障害を伴っておりますが、こういった方がかなり多く入っています。また脊髄損傷の方が約20%いらっしゃいます。

先ほどオーストラリアのご発表がありましたけれども、オーストラリアでは州ごとにいわゆる Spinal cord injury center、脊損センターが設けられているというふうに理解しておりますが、日本では全国的にそういった脊損の専門機関は3カ所か4カ所ぐらいしかありません。各地域の普通のリハビリ病院、脊髄損傷の方が入院しています。私たちのセンターは公立の病院であり、こちらの左側の回復期の病棟はほとんどプライベート、民間の病院でございます。公立の病院といたしましては、民間の病院では取り扱いにくい、そういう脊髄損傷とか高次脳機能障害の方をたくさん受け入れているという側面がございます。

特に脊髄損傷につきましては、これは欧米の方はご存じないかもわからないのですが、欧米では脊髄損傷と申しますと、若い方がとても多いです。交通事故とかスポーツによってなる方が多いのですが、実は日本人には首の病気が多くて、そのために日本では非常に高齢者の脊髄損傷が多くなっております。

私どもがずっと続けております疫学調査では、2015年の段階で脊髄損傷の6割が高齢者、65歳以上になっております。しかもこの方たちがほとんど頸髄損傷の四肢麻痺の方、quadriplegiaの方で、非常に軽微な外傷、例えば酔っ払って転んだり、あるいは自転車で転倒したりという非常に軽いけが

で非常に重度な四肢麻痺になる方。2年ほど前に有名な政治家の方も自転車で転んで頸髄損傷にられましたけれども、そういったことがたくさん起きております。

それで高齢者の四肢麻痺の方は、私どもの病院のデータでは、65歳以下の方に比べて内科的な合併症が非常に高かったり、それからDVTと申しまして深部静脈血栓症ですね。非常に放っておくと危ない状態になりますし、深部静脈血栓症の治療歴のある患者さんが多くなっています。またFIM、Function Independence Measure という、その方の日常生活の達成度を点数であらわす方法があり、入院から退院の間の何点上がったかというFIM利得ですとか、それを入院日数で割ったFIM効率が低い傾向がございます。

また、非常に核家族化が進んでおまして、高齢の患者さんですと高齢のパートナーの方しかおうちにいないということで、なかなか自宅に帰れなくて、施設に入所したりする人の割合が高い傾向がございます。

こういった問題に対しまして、私どもの公立としてのリハビリテーションセンターとしては、こういうふえ続ける高齢脊髄損傷者に対するリハビリテーションの手法とか、対策を考え、積極的に導入していく必要があるととらえております。なかなかこれは難しい問題もあるんですが、日本の教科書でも、よくリハビリテーションの教科書では欧米からの知識が入ってきていますので、高齢の頸髄損傷に対してどうどうマネジメントするかということがなかなか明確に書いてございません。そういったものを私どもが開発して発信していく必要があるだろうということを考えております。

2つ目の問題は、小児部門における在宅支援への取り組みということです。私どもの半分のアクティビティは脳性麻痺ですとか重度障害児に対するアクティビティですが、非常にこの分野重度化が進んでおります。昔だったら長く生きられなかったお子さん、あるいは生まれてすぐ亡くなられたお子さんたちが人工呼吸器とか経管栄養の発達によって、長く生きることができるようになってきている。一方で、軽い患者さんはノーマライゼーションが進んでおりますので、私どものような専門の小児の施設はどんどん重度化しております。

その中で、うちでも人工呼吸器は現在30台動いているような状況です。10年ほど前までは私どもを含めてそういう患者さんを受け入れて、長く大人になるまでそこで生活していただくという手法だったのですが、こういう患者さんはどんどんふえておりますので、そういう収容型の考え方では成り立たなくなってきました。この分野でも在宅、おうちで生活していただいてそれを支援するという方向に変わってきております。

また、もう1つの問題は、昔だったらいらっしゃらなかった重度の障害児が高年齢化するとともに、

その親御さんが高齢化していく。親御さんたちは非常に献身的にお子さんたちをお世話するわけなんです。そういう方たち自身が高齢化するということで、面倒を見られなくなってくるんです。そういったことに対するサポートに力を入れてきていて、特に地域の関係者へのいろいろな研修事業というのに力を入れています。

私どもで行っている研修の例ですが、成人期の施設職員の研修会、あまり普通の成人の障害者施設の方も重度の障害児には慣れていないので、そういう方たちに重度障害者に対するいろいろな知識や技術を楽しむ。

また、学校の先生方、障害を持ったお子さんたちが通う学校の先生方も、人工呼吸器の取扱いとかにあまり慣れていませんので、そういった教員に対しての研修会を実施する。

また、地域にいきますと、高齢者に行っている訪問看護さんたちが、同じ方たちがやはり重度の障害児のおうちに行くわけですので、訪問看護の方たちもそういう重度障害を持った方にあまり慣れてない場合があって、人工呼吸器とかの管理とかそういうケアについて研修会をかなり積極的にやっております。

3つ目の取り組みが、地域リハビリテーション事業の展開です。千葉県では2001年から地域リハビリテーションの支援体制の整備事業が始まりました。現在は千葉リハビリテーションセンターがセンター・オブ・ザ・センターになっておりまして、千葉県内の9つのエリアに地域に1つずつ広域支援センターというものを設けさせていただいて、コミュニケーションをとりながら活動を進めております。

我が国における地域リハビリテーションの定義でございますが、障害のある子供とか成人・高齢者とその家族が、先ほどCameron先生でもその地域でというか、お年寄りが住んでいるところというのがありましたけれども、住み慣れたところで一生安全にその人らしく生き生きとした生活をしていただく。そのためには保健・医療・福祉・介護などあるいは地域住民が皆協力し合って、そういう活動を行っていかなくてははいけない。これは実は地域包括ケアの理念とほとんど一緒、酷似しております。ですから、私どもは以前から地域リハビリテーションの事業をやっておりましたけれども、地域包括ケアという提案が国から出てからは、現在はそれを整合性するような活動に展開を少しずつ変えているところがございます。

千葉県の中で、これはセンター・オブ・ザ・センター、私どものセンターで、9つのサテライトが指定されているということです。やっていることはここに書いたようなことなんです。私どもの千葉リハセンターがこの中で特にやっているのは、県との協力によってこの地域リハビリテーション事業

の推進、これは1つは私ども経験したことを県にフィードバックする、すなわち、県の地域リハビリテーション事業への政策提言ということもやっております。

2つ目が、県内9カ所のサテライトである公益支援センターの活動を支援するということです。

3つ目が、新たな地域リハビリテーション活動の提案そしてそれをやってみるということで、例えば県内の小学校をうちのスタッフが訪問して、そういう地域リハビリテーションの概念とかそれから少し活動を啓蒙するということ、それから、我が国では2011年に東日本で非常に大きな地震があって以来、災害リハビリテーションというのが全国的に組織化されておまして、千葉県でもそういう団体を私どもでつくりましたけれども、そういったものの組織化と事務局を担当しております。

また、各地域で多職種連携会議の促進ですね。そういうものをやっています。この多職種連携会議の例といたしましては、2013年に私どもが千葉市に頼まれてやったことです。地域である事例、患者さんたちをお世話する場合に、多職種の方たちが集まっている共同でお世話するわけなんです。僕らはリハビリテーションに携わっていますので多職種共同というのは非常になれているんですが、地域の方たちに集まっていただいて議論していただくと、こんな近くにそういう薬剤師さんがいたんだ、こんなところにPTの方がいたんだということがあまりよくわかっていなくて、あまり地域のコミュニケーションというのがとれていないということがありますので、こういう会をしかけて、地域でいろいろな多職種が集まって議論していただくということを、プロモートするようなことをしております。

ということで、最後まとめでございますが、私たちの自治体、パブリックの千葉リハセンターがやっている高齢者に向けた役割としては、今お話ししたとおり、民間の病院では対応が難しい高齢の患者に対する医学的リハビリテーションの提供。2番目としては重症心身障害者の高齢化、そして親の高齢化に関連して在宅支援をする取り組みの推進。3つ目が地域リハビリテーション支援体制事業の推進。そしてやはり私どもは障害児者という視点でやってきたんですけれども、高齢者も含めていろいろな方たちを含めたソーシャルインクルージョンの視点を含めた、私ども独自のセンターとしての新たな事業を創造することも、私たちの使命だろうというふうに考えております。

以上で発表を終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。

障がい者の加齢と健康維持・増進



緒方 徹

国立障害者リハビリテーションセンター病院
障害者健康増進・運動医科学支援センター長、
再生医療リハビリテーション室室長（併任）

〔略歴〕

- 1995年 東京大学医学部医学科卒業
- 2004年 東京大学医学系大学院 外科学専攻 医学博士修了
- 1995年 東京大学医学部附属病院 初期研修医
- 1997年 三井記念病院 整形外科
- 1998年 都立墨東病院 救命救急センター
- 2000年 JR 東京総合病院 整形外科
- 2000年 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所
流動研究員
- 2006年 東京大学医学部附属病院 整形外科 助手
- 2007年 国立障害者リハビリテーションセンター研究所主任研究官
- 2009年～2014年 同 運動機能系障害研究部 部長
- 2014年 同 病院 障害者健康増進・運動医科学支援センター長
- 2016年 同 病院 再生医療リハビリテーション室室長（併任）
現在に至る

〔発表要旨〕

医療・福祉の充実にともない障害を持ちながら生活する人口は世界的に増加傾向にあり、このことは障がい者の高齢化を意味している。脊髄損傷者の死因に関する各国のデータを見ても余命の延長とともに循環器疾患、がん疾患が死因となる割合が増加しており、健常者と同様に障がい者にとっても生活習慣病に対する予防が健康寿命延伸のために重要であることを示唆している。また、活動量の低下に伴う低体力や肥満の問題は慢性期の障がい者における生活習慣病の危険因子であり、対応が必要となっている。これに対し、国立障害者リハビリテーションセンターではリハビリテーション体育の視点を発展させ、障がい者における健康増進の支援を目標に掲げ、競技スポーツ支援だけでなく、体力づくり・肥満に対する運動・栄養・生活指導に取り組んでいる。日本において高齢者の運動機能低下については介護予防の観点から地域での取り組みが進められているものの、障害を持ちながら中高年期を迎えたケースを受け入れるにあたっては、身体的、精神的、社会的側面から留意すべき点がある。導入の段階で適切な評価を行い、必要な専門職が介入しながら地域資源につなげていくネットワークづくりが今後の課題となっている。

障がい者の加齢と健康維持・増進

緒方 徹

国立障害者リハビリテーションセンター病院

障害者健康増進・運動医科学支援センター長、再生医療リハビリテーション室室長（併任）

国立障害者リハビリテーションセンターの緒方と申します。主催の1人でありますので、きょう海外そして国内からお越しいただきました演者の方々に、厚く御礼を申し上げたいと思います。

私自身は、病院で整形外科として普段は働いております。我々の病院、慢性期の障害者の方をフォローアップしていることが多いのですが、きょうはその一端からそのテーマについて、お話をしたいと思います。

どういふ話かと申しますと、先週もそういう患者さんが来たのですけれども、50歳の女性が子供の頃から両足に障害があつて、両手に杖をつきながら何とか変形した足を使いながら歩いていた。ところが、最近足が痛くて歩けなくなってきた。歩けないと外出の機会が減って、体力が落ちるし、冬場でインフルエンザになって寝込んでいたらもっと悪くなった。だんだん歩けなくなってくるのだけどうしたらいいでしょうという質問がくるわけですね。

今からその人のももとの障害を取り除くことはできませんし、足の痛みを取り除くことにもなかなか限界がある。安全ということを考えて、もう十分歩いたから車いすの中心の生活にしましょう、そういうふうにお勧めすることは1つの提案だと思ひますが、果たしてこの後20年恐らく生きていくその人にとって、その提案が妥当なのかどうか、それだけでいいのかということに疑問が残ります。きょうはそういう話を我々の取り組みを通じて、その背景と問題についてお話をしたいと思ひます。

今日本の医療政策は、病気の時期を急性期、回復期、維持期または生活期に分けますが、この維持期というのが医療の進歩とともに大変長くなっています。脳卒中になつた後20年生きることは決して珍しくありません。

そういった加齢の中で、もとの疾患とは異なる病気、生活習慣病などが起きてくる。あるいは障害を持った体で動いているなかで、代償動作が加齢現象を加速させて、症状が早く出てきて機能低下を招いてしまうということが起きております。したがって、もとの障害を取り除けないまでも、そういったさらなる障害を予防して生活の質を維持していくということが障害者にとっての生活の質を維持

することにつながるのではないかと思います。

脊髄損傷を例にとって少し背景のデータを紹介します。これは日本を含め、きょうのゲストスピーカーの皆さんの国の脊髄損傷の発生年齢分布になっています。カンボジアもオーストラリアも、大体30代から40代ぐらいが年齢の中心になります。日本は、先ほど吉永先生のお話にもあったように、現在は60代中心ですが、20年前は30代が中心の波がありました。こういった30歳、40歳の脊髄損傷の方たちがその後20年生きていくということで、これは日本に限らず恐らく世界的に起きる傾向だろうというふうに思います。

ではこういった脊髄損傷の方は、どのように最後亡くなるのかということ調べたフィンランドの調査を紹介したいと思います。これはフィンランドの30年間の1,640例という大きな症例数を追跡調査をして、その中で亡くなった419例を解析しておりますが、死因の上位に上がってくるのは脳血管障害と心筋梗塞ということで、血管に関するものです。かつては感染症が多かったのですが、医療技術が進んでくると、健常者と同じような死因が障害者にとっても上位に上がってくるということが見てとれます。

さらにもう1つ別の紹介をしますと、これは脊髄損傷に限らずいろいろな肢体不自由者のフォローアップ調査ですが、3.5年の間隔をおいて、新たにどういう健康の問題が起きますかということ調査したアメリカの論文です。

これを調査してみますと、新規に起きてくる問題としては、関節炎、高血圧、がんということで、これも健常者と同じであります。ただ好発年齢は50代、60代ということで、少し早い段階から出てくる。そしてリスク因子として最も挙げられているのはBMI、つまり肥満の問題であります。これらのことから障害を持ちながら10年以上生きていくと、生活習慣病が問題、つまり肥満の問題であります。これらのことから、障害を持ちながら10年以上生きていくと、だんだん生活習慣病が問題になってくるということが浮き彫りになってまいります。

このグラフは我々のセンターと連携している施設での障害者全体の体重をグラフにしたものであります。一番上は全体を示しておりますが、肥満、やせそれぞれあるのですが、全体の4割が正常の範囲外であります。これだけ見るとそんなに正常な健常者の集団とかけ離れているわけではないのですが、下に各施設の状況を示しております。

これを見てみると、非常に肥満の多い施設もあれば、非常にやせすぎが多い施設もあるということで、これはそれぞれの施設で扱っている疾患に特徴があって、やはり病気によってその体型とかにも大きく影響が出てくるということが見てとれます。なので、肥満も問題ですが、やせすぎも大きな問

題である可能性があります。

では当事者の人たちはこういった体調の変化をどう感じているのかということで、これは我々のセンターで行っている、障害者に対しての人間ドックというものの中で行ったアンケートの集計結果です。

ちょっと字が小さいのですが、最近1年間で日常生活動作の中で不安を感じるようになった、低下を感じるものは何ですかという質問をします。そうしますと、圧倒的に多く集まってくるのは移動や車いすの異常動作、また階段を上れる人は階段の上り下りということで、移動機能に関する不安というものが、やはり高齢を迎えた障害者にとって大きな問題になっているというのが浮き彫りになります。

これまで肢体不自由の問題を中心に取り上げてきましたが、さまざまな障害、視覚障害であれ聴覚障害であれ、知的障害であれ、さまざまな理由で運動機能の低下というものは問題になってまいります。運動機能が制限されると活動性が制限される。活動性が制限されると今度は肥満になってしまったり、やせ過ぎになってしまう。これがまたさらなる移動機能の低下を招くという、ある種の負のスパイラルというのが予想されます。こういった中で、合併症の発症リスクが高まっていくということがありますので、このスパイラルに対して何らかの対策を打つということが必要になってまいります。

我々国立障害者リハビリテーションセンターでは、数年前から、病院の外来を使って障害者の健康増進外来というのを設置しております。主なターゲットとしては、外来に来ている主に肢体不自由を持つ方で、体重増加が問題になっている、そしてちゃんと本人も問題だと思っている方を主な対象として、外来でのリスクの評価と運動と栄養指導といったものを中心に介入を行っています。

リスクの管理というのは非常に重要で、今の運動、パラリンピックに代表されるのですが、障害者が運動することはいいことだということに対して、誰も否定はしないのですけれども、やはり一定のリスクがあるということは重々承知をしていなければいけない。特に循環器系の血圧の問題、あるいは運動することによって骨や関節を傷めないかというアセスメントをしっかりとした上で運動に導入することを心がけております。また、どのような経緯でその人がこのプログラムに参加するようになったかということも重要です。

大きく2つに分けることができ、1つは冒頭の事例にも述べたように、体のどこかの場所の機能が著しく落ちてきたことがきっかけになっている人、それからもう1つは、全身的な疲労感だったり、体重増加といった身体的な問題が、全身的な問題が起きている方があります。

それぞれにいろいろなパターンがあるわけですが、多く見られるものとして、病気で数週間寝込んだ、

あるいは褥瘡ができて入院して安静を強いられたということを契機に体力が落ちる方、また装具が合わなくなってきたのにそれを使い続けている方もいます。

一方、環境の要因としては、仕事をしていた障害者の方がリタイアをする。それから配偶者や支援をしてきていた両親、家族と死別するといったことも、大きな体調の変化のきっかけになることがわかります。こういった介入できるポイントがあればそこを是正していきますし、その中で身体機能に着目したり、生活習慣へのアドバイスをしていくというアプローチをとっていきます。

身体機能は主に運動療法になります。障害者の運動というどうしても「障害者スポーツ」という言葉がよく使われるのですけれども、そこまで高いアクティビティでなくても、体重コントロールや体力を維持するという目的でのリハビリテーションスポーツということが、やはりこれから重要になってくるのではないかなと思います。それぞれの人の目的をやはり把握して、目的に応じて安全な運動を適切に処方するということがポイントになってまいります。

ここでは、脊髄損傷者の肥満に対してどういう取り組みをしているかというスライドを1つ示します。これも脊髄損傷の方を運動に導入すると、皆さん大体バスケットボールをやってみたいということをおっしゃるわけなのですが、バスケットボールはそんなに長い時間プレーすることは素人にはできなくて、あつという間に疲れてしまいます。もちろん体重を減らそうと思うと、やらなければいけないことは健常者であっても障害者であっても、有酸素運動をしないと体重は減りません。したがって、一見地味ではあるのですけれども、下半身が使えなくても使えるような有酸素運動の運動、あるいは、麻痺している領域を上手に使うといったことをして、基礎代謝を向上して、ちゃんと体重を減らすようなそういうアプローチをした上で、その上でちゃんとやれた人はゲームをして遊ぶということで、目的をしっかり把握した上でプログラムを決めるということをやっております。どの程度の運動を処方するかということも重要であります。これは健常者のスポーツでも、どれぐらいの運動をやらせるかというのは賛否両論いろいろありますが、我々の施設では一般に「ニコニコ・ペース」といって、1時間にこにこ笑いながら続けられるペースということで、そんなに強い負荷ではない、比較的楽な負荷の量で行っております。一般的にいうと心拍数で行くと100拍、110拍というぐらいまでしか上げないということをやっております。

1つの理由は、それまで運動してこられなかった方が大多数なので、急に大変なことをすると続けることが難しいということがありますし、リスク管理の問題もあります。物足りないと思った方に、様子を見ながら徐々に上げていくということを心がけております。

そして運動とともに重要となるのが食事の指導です。たくさん運動をしてたくさん食べられてしま

っては体重コントロールにはなかなかできない。しかしまた、食事というのも、きょうはあまりお時間もなくて話せないのですけれども、障害があると、それを正しく理解してそして正しい食事生活を送るということはかなりの支援を要することだなということを実際支援してみるとわかってまいります。

こうした取り組みにどういう効果があるのかということを示さなければいけない。そういうときに障がい分野で問題になるのは、どういうふうに分類するのかということで、障がいというのは非常に多岐にわたる。常に多岐にわたるので、細かく分けると1つずつの n が少なくなっていったって、なかなかデータにならないという問題があります。

ですので、我々の施設では、あまり細かく分けないということを考えていまして、身体がメインの場合は大ざっぱに立位がとれるか、車いすのままか、そして身体以外であれば知的障害か、高齢者か、そして身体障害がある場合は視覚障害や高次脳機能障害があるかどうかというさらに大ざっぱに分けながら、統計をとっております。

こちらのほうは我々のほうで3カ月間の運動と栄養介入を行った47例の簡単なデータを示します。肢体障害の立位と車いすの方においては、統計的に有意に体重が、これは体重のデータですが、体重が減っていることが見てとれますが、なかなか高次脳機能障害であったり、視覚の障害の方だとそんなに減っていないというのが、これもまた現実的なところであります。

同じデータをどの程度の時間体育館、我々のところで過ごして運動したかという目で見えていくと、1週間当たりに150分以上運動した人は、それ以下の人に比べて、体重の減少量が多かったというデータがわかりました。たくさん運動するとたくさん体重が減るということで、一見当たり前と言えば当たり前ですし、週150分そもそもやらせればそれは減るんじゃないのというふうにお思いの方もいるかもしれません。

しかし、注意しなければいけないのは、こういった障害の方、体育館に来る以外はほとんど動いていないということもあります。ですので、この150分というのが1週間の活動的な時間のほぼ全てである方が多いということを考えると、やはり、こういった運動プログラムも大事ですけれども、日常生活の中でどの程度動いているかということとあわせて考える必要があると思います。

したがって、運動介入の効果というのをあるかないかというデータで言うと、ある程度イエス、あるとっていいと思います。ただし、十分な強度と頻度を確保しないとこれは得られないということですね。

それから、対象をどのように選ぶか。今のデータは肥満がある人もない人も入れているんですけれ

ども、肥満がある人だけに絞ったほうが当然肥満に対する効果を得られるといこともあります。ですので、その辺は十分考えてから始めないといけない。

また、体重だけが効果の指標かというところでもないといこともあります。こちらのほうは、障害者の自立度、日常生活を評価する **Functional Independence Measure**、F I Mの検査項目であります。こちらをひととおり見ていると、大体障害を持った人の日常生活の自立度がわかるというのですが、これをできる、できないで評価をしないで、大体障害者で一人暮らしをしている方は自立はしているんですけども、不安を持っている方というのが多いんですね。ですので、その不安を聞き取る。不安を聞き取って介入前にこのF I Mの項目の中でどれぐらいの項目に不安を感じていますかという聞き方をしてみたことがあります。そうすると、かなりの方が、いろいろなものに不安を感じている。介入していくとその不安がなくなるということがわかりました。

中には食事や排泄といったものの不安が、こういった運動指導や栄養指導していくことでなくなっていくということで、できるできないで切ってしまうと、この方たち皆、もともとできるということになってしまうんですけども、そのできる質がよくなるということは今後図っていかなければならないかなというふうに考えています。

きょうも何度かリハビリテーションを障害者と高齢者とインクルーシブにしていくというのがもちろん世の中の流れでありまして、それはそうあるべきだと思うのですが、何でこれを今日特別に分けて話をしたのかというと、こういった問題を持った方、高齢者の制度を使える方もいるので、お勧めはするんですけども、大体断られるということがあります。

その最大の理由は、年齢だというふうに思います。先ほど言ったように障害で体の機能の低下が始まるのは50代、60代の方が圧倒的に多くあります。今、日本の介護保険の介護予防政策で施設を利用されている方が70代後半や80歳ということで、なかなかそういったところに60歳の人に行きませんかという、仮に使えたとしても、あそこにはちょっと行きたくないという方がほとんどです。

またそもそも、利用できる施設がアクセスができないということもあったり、また当事者受ける側も、また支援する側も、セラピストのほうも普段そういうものに慣れていないと、双方に心理的なバリアがあるということになるので、理論的には今後こういったものがインクルーシブに進むことが望まれますけれども、すぐにできるかということでないということを重々承知しておくことが必要であると思います。

先ほど体重や採血のデータ、体重の話をしましたけれども、体重のデータなどは客観的に測れるので、こういう障害者の健康増進の指標として重要ですけども、それが最終的なゴールではないとい

うことも強調しておきたいと思います。やはり、あくまでも先ほどいった負のサイクルをとめることが大事なので、体重が減ることも大事ですけれども、移動機能であったり、活動量が上がっていくということが大事だというふうに思っています。最終的には障害者の方が社会参加のレベルを上げていくということではありますが、ここで大事なのは客観的な指標と主観的な指標のバランスがとれていることが大事かなと思います。障害者の方がどんなにハッピーであっても、客観的に体重が減っていない、客観的に数字が悪くなっていくというのは、やはりサステナブルではないのではないかなと思いますし、どんなにデータがよくなっても、社会参加につながらなければそれはそれで不十分なのかなと思いますので、その辺を見ながら進めていく必要があります。

したがって、実際どのようにプログラムを組んでいくのか、どこでどういうふうにやるかということを見ると、考えなければいけない要素はたくさんあります。またいろいろな施設があつて、非常にファシリティもマンパワーもそろっている施設もあれば、そうでない地域もあります。ですので、それぞれの場所とそこに住んでいる当事者を対象に、誰を対象にこういったヘルスプロモーションを考えるのか、そして何を目的にその人に提供するのか。結構この2つは大事です。

その地域の誰がそれを提供するのか。どうやってその効果を評価するのかということも十分事前に考えながら、こういったプログラムを各地域で展開していくというのが、今後望まれる必要があるというふうに思っております。

ちょっと字が小さくて申しわけないのですが、我々の健康増進センターでは、我々の取り組みをなるべく一般化しようというふうに考えておまして、さまざまな施設それぞれのファシリティやマンパワーのレベルに応じて、どういった始め方をすればいいかということに参考になるようなマニュアルを今つくろうと思っていて、これを今後ウェブで公開等々しようと思っております。

このタイプA、B、Cとありますが、イメージとしてはあまり大がかりなことが難しいような施設、それから、マンパワーも機器もいっぱいあるので、少しハイリスクな人たちも対象にできるということから少し区別して、簡単にできる内容から少し踏み込んだ内容まで、そういったものを紹介しながら、人材の育成も含めて進めていければなというふうに思います。

難しいことはいろいろありますけれども、とにかく始めることが大事で、始めるにはそんなに大がかりなものは必要ないというふうに思います。先ほども言ったように、安全管理という意味で、やはり血圧計が絶対必要です。それから、効果を見るという意味で、一番手頃に客観的にはかれるのは体重計でありますので、やはり車いすで乗れる体重計というのが必須だと思いますが、これがあれば十分できると思います。あとは強度をしっかりとる、ある程度散歩をしている施設は結構多いんですけれ

ども、どれぐらいの強度でやっているのかということをちょっと変えるだけでも、十分活動量の維持になると思いますので、心拍数いちいち全部モニターすることはないんですけども、100 拍ぐらい上げるぐらいのそういった運動を心がけるといっただけでも、大分変わるかなと思います。

ポイントとしては、安全管理はもちろんなのですが、効果を狙うための一番は、定期的な実践でいるサポートに注力をするということだと思います。これは障害があると、スケジュール管理も移動もかなり本人だけではできないこともありますので、こういったものを支援していくとうまくいくのではないかなというふうに思っています。

最後のスライドになりますが、やはり繰り返しになりますけれども、本人の主観的な健康と周りから見た客観的な健康がうまくかみ合いながら、この運動機能と活動的生活というのを回していくことが、こういった加齢によるさまざまな合併症の予防になるのではないかなと思います。

そして、最後大事なのは、こういったものを続けていくと、単に健康維持していく単に数値を維持していただくけど、ご本人も飽きてくるし、そもそも私そういうことにあまり執着しないんですとおっしゃる方も多いですね。ですので、何のためにやっていくのかというと、そういう健康維持を通じて、その人の社会生活が次のステップに 1 個いく、あるいは次に何かができるようになるということを中心に考えながら、提案していくことが重要だろうというふうに思っております。

ご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

●司会進行（山田） 司会進行をさせていただき山田と申します。どうぞよろしく申し上げます。演者の先生方大変ありがとうございました。きょうはリハビリテーションというのは、障害者のためだけというものではなくて、高齢者を含めて生活機能に制約がある全ての人たちのためのものということで、共通理解を得られていると思うのですが、リハビリテーションといいますと、個人が生活機能をなるべく制限がなくその人らしく生きていくためということで、非常に重要なものだというのが一番大事だろうと思っておりますけれども、国の力といいますか、国力にもかかわることではないかと、あらゆる人が生活機能に制限なく活躍していけるということがその国の力にもかかわるものなのではないかと思うわけですが、そういった中でリハビリテーションというものが、その国の政策の中でどの辺に位置づけられているかと、優先順位がどのぐらいあるかということというのは、やはりその国の成熟度にかかわるような問題ではないかというような感想を持ちました。

それで、これから先生方にいろいろとまたご議論をいただきたいのですが、私のほうから2つほどポイントといいますか、テーマをお示しさせていただきまして、そのポイントを中心にそれぞれ改めてコメント、ご意見をちょうだいできればと思っております。

1つは、高齢化の側面からということで、リハビリテーションにおいてどのような取り組みが重要となるかというあたりをひとつポイントとして、ご意見を改めていただければと思います。2つ目は、ほかの先生方の講演内容に関するコメントとか質問意見、そういったものがありましたらお聞かせいただければと思ひまして、2つのポイント、2つともということでもなくてもいいですし、1つだけでもいいですし、あるいは、このポイントにかかわらずどうしても言いたいことがあるということであれば、そういったことでも構いませんが、主にこの2つのポイントを中心にご意見、コメントをお聞かせいただければと思います。では、講演いただいた順番でBarrettさんからお願いできますでしょうか。

●ダリル ありがとうございます。非常におもしろい2つの質問からはじまりましたね。まず、ひとつ目のご質問ですが、これは重要なことで、以前キャメロンさんと、共通の言葉を使うことも大切なのではないかと、という話をしたことがあります。WHOでも課題として言っているのは、1つの組織なのに同じことをしゃべるのに違う言葉、違う話し方、

違う説明の仕方をよくすることがあるねということだったんです。同僚と高齢化やその対策、計画について話をしていると彼らは障害について私と同じ理解をしていないことがあるのです。また感染性疾患、非感染性疾患についても双方の障害の概念の理解が異なります。障害のある人のためのリハビリテーションの概念や言葉は統一であるべきです。昨晚、我々が話しをしていたのは、機能と参加の話でした。共通の言葉を使用することは大切です。そして今回の発表はどれも興味深いものでした。特段私の心に響いたのは、コル先生の発表です。それは私自身がカンボジアに住んでいたからだと思います。カンボジア政府のように、様々な医療の問題に対して取り組むなかで高齢化についても同じように対策を考えていることは、素晴らしいことだと思います。我々が知るように、カンボジアには様々な歴史があり、内戦もありました。内戦で使用された地雷、地雷による被害を被った人の切断・怪我などがあります。

我々がカンボジアのことを考えるとき、高齢化の事はまず思い浮かべないでしょう。

そして政府は、高齢化と健康的に歳をとる事に関する行動計画を進めていくことに取り組んでいます。今後のカンボジアの高齢化に対する取組への道筋を興味深く見守りたいと思います。カンボジアは発展の途中にある国ですが、意味のある挑戦をしています。この挑戦を西太平洋地域全体でサポートしなくてはなりません。わたくしは今後もカンボジアの挑戦を見守って行きたいと思っております。

●司会進行（山田） 今、カンボジアのことに関してもいろいろとコメントをいただきました。本来、順番はCameronさんからなのですが、せっかくカンボジアの話も出たところでございますので、ちょっと順番はかわって恐縮ですが、Kolさんからここでコメントいただけますでしょうか。先ほど私大事なことを言い忘れたのですけれども、各先生方とりあえず3分～4分ぐらいでコメントをちょうだいできればと思っております。よろしくをお願いします。ではKolさんお願いできますか。

●コル わかりました。Barrettさん、カンボジアのリハビリテーションへの取り組みについてコメントして下さり、ありがとうございます。発表でも申し上げましたが、カンボジアのリハビリテーションをサポートしているのは国際団体と保健省のみです。なぜなら内戦中や内戦が終わってから、様々な活動が困難な状況となりました。知識のある人々が内戦で殺されてしまったからです。復興はまだ続いております、内戦が終わってからほ

ば 30 年が経ちました。内戦の被害者に関する問題と、現在は非感染性疾患の問題もあるのです。生活習慣病などの非感染性疾患はWHOでも優先事項とされていて近年、社会経済水準が低い国と中所得の国にシフトしてきており、それらの国々では健康寿命が短くなると見込まれています。カンボジア政府は人口に関する国全体の問題として高齢化を考えています。そのため指針をしっかりと考えました。全て行動あるのみです。WHOの指針に沿ってフォーメーションを組み、共に活動し、範囲を広げ、近隣国から学びながら協力して国を動かして行きたいと思います。いつか来るその日のために。ありがとうございます。

●司会進行（山田） 順番がかわって申しわけありません、Cameron さんお願いできますか。

●キャメロン ありがとうございます。取り組みについてまずは話をしましょう。わたくしが強調したいのは、機能の改善は可能であるということを確認する必要があるということです。高齢者の障害はある程度可逆的なものです。リハビリテーションサービスに従事している人はこのことを理解していますが、一般社会ではあまり知られていません。また、少なくともオーストラリアでは高齢者自身もそのことを知りません。母の話です。動くのに障害があります。もうほとんど階段の上り下りというのもできないのです。もし母が階段を上ることができたら、いつでも家族に会いに行くことができるようになります。歩行訓練、筋肉とバランス強化トレーニングや、機能訓練が必要であることを母に説得しましたが、本人がその必要はないと思っているようです。そのような母が階段を上れるようになるのは難しいことです。これは個人レベルの例で、より広い社会の問題ではありません。本日の発表に反映されているのが、全く異なる国や文化・社会でも似たような問題を抱えているということがあります。高齢化について話をするときは共通の議題になります。とりわけ後天的な障害や長期にわたって障害がある高齢者について話をするときです。システムとサービスでこのような高齢者を手助けできるということは、よく理解されています。そうです、ユニバーサルなアプローチです。

●司会進行（山田） ありがとうございます。では吉永さんお願いできますか。

●吉永 はい、高齢化とリハビリテーションがどのようなポイントになるかというお話ですけれども、4つほど問題を提起したいと思います。日本では相当高齢化が進んでいる中で、最後まで元気でいてあまり障害を持った期間を長くしないで、寿命を終えるということで、「ピンピンコロリ」という言葉があるんですが、そのために必要ないわゆる介護予防といいますが障害予防のために、リハビリテーションで何ができるかという問題が1つあるのかなというふうに思います。それから2つ目は、認知症の患者さんですね。身体障害をもつ患者さんでも、高齢者になりますと認知機能の落ちた方が増えて来て、その患者さんへの対応というのが、なかなか難しくなっています。また病院を離れて、地域での他職種の会議なんかに入りますと、やはり認知症を持った患者さんをどう地域で支えていくかという問題が非常に大きい問題になっています。その辺でリハビリテーションがどう解決の手法を提供できるかという話が2つ目ですね。3つ目は、これは病院で経験している話ですけれども、高齢の患者さんは日本では国のほうも施設とか療養型の長期入院できる病院にはできるだけ入れないで、自宅に帰そうとしております。しかし高齢の患者さんは、特に日本みたいに核家族が進んでまいりますと、家族も高齢であるために家族のサポートを受けるのが難しい家庭というのがふえてまいりますので、そのときにどういう考え方をしていくかという問題です。それから、私も地域包括ケアとか地域リハビリテーションのお話をしたときに、キーワードとして「住民」という言葉があるのですが、私たちがいど関係者あるいは福祉の方たちが、お世話する人たちだけ、行政だけではなくて、一般の住民の方たちをどう巻き込んでいくか、皆で支えていくといったときに、いかに住民の協力を得ていくか、が重要な課題と考えます。全国を地域リハのことで回って感じるのは、地方のほうに行きますと、割と地域に対する思い入れというのが住民の方かなり持っているところが多いんですが、都会ではなかなかそれが難しい部分もありまして、いわゆる地域づくりといいますが、地域で皆を支えていくというような雰囲気はどう醸し出すかという戦略がもっともっと必要なのではないかと考えております。以上です。

●司会進行（山田） ありがとうございます。特に地域包括ケアというシステムの中で、地域の力とか住民の力をどんなふうに使ってといいますが、そういった観点でのご指摘かと思えます。どうもありがとうございます。では最後になりますが、緒方さんお願いします。

●緒方　そうですね。お話では障害者の健康増進というお話をしたのですが、一般的な健常者を含めた高齢者ということでお話をさせていただくと、意外に重要なのは、予防的なリハビリ、リハビリテーションの予防的な側面が大事なかなというふうに思っています。体の機能はじりじりと下がってくる方もいますが、多くの方はイベントがやはりあって、それは転倒であったり、脳血管障害の発症であったり、大きなイベントを迎えて大きく破綻していく、これを予防する、落ちてしまった機能を戻すことはもちろんリハビリの重要なポイントなんです。この次のイベントをどう予防するか、そもそも最初のイベントをどれだけ予防するかということはどう考えていくのかということが、やはり社会的なコストの面からも重要だというふうに思います。そうなったときに、そこまでリハビリテーションに含めるのかどうかと、それを医療でやるのか、どういうフレームワークでやるのかというところは、社会によってそれぞれ違うかなというふうに思いますが、高齢者も一発のイベントで全部悪くなる方はいないのですね。なので、要介護になった人がさらに悪くなるというフェーズが必ずあります。これをどう防ぐのが大事だと思います。そのためには、やはり病院で全部はできないので、地域でその人の健康状態をチェックするヘルスマネジャー、日本ですとケアマネジャーという職種になったり、国によってはヘルスセンター、保健所というところがキーになるのかなと思うので、その人材をどう育成するのかなというのが、私自身は大事だと思っています。

●司会進行（山田）　ありがとうございます。予防という観点あるいは地域の力をどう使っていくかという観点でお話をいただいたと思います。ひとつご意見をいただきましたけれども、まもなく会場の皆様からご質問を受けたいと思うのですが、その前に1つだけ、すみません司会からで申し訳ないのですが、特に Barrett さんにお伺いしたい点がございまして、それはリハビリテーションは皆のものということで、経済力にかかわらずという視点が1つ大事なところがあるんだろうと思います。ですから、お金持ちは当然いろいろな選択肢があるかと思いますが、お金がない人の場合なかなか難しいということが、どの国でも起こり得ることなのだろうと思いますけれども、それをそれぞれの国がどのぐらい政策の優先順位を上げて、公的なお金も使って、リハビリテーションというものを誰でも受けられるようにするというふうに、その国の政策の優先順位を変えさせるとか、お金をちゃんとそこにつぎ込むようにするとかいうようなことを各国に普及することが1つのWHOとしての使命でもあろうかと思うんですけれども、その辺どんなふ

うに各国の政策の優先順位を上げさせるというような取り組みを今後されていくのか、今も既にされていると思いますけれども、どんなふうに取り組んでいかれるのか、その辺をお聞かせ願えればと思います。

●ダリル 簡単なお質問です。我々はいつも、経済的に余裕の無い人々がどうすればリハビリテーションを利用することができるようになるかという課題で奮闘しています。日本やオーストラリアのような裕福な国でも必要なヘルスケアを受けられるだけの経済状況の人々がいます。特に医療システムに奮闘している国ではそのような状況です。太平洋地域のいくつかの国々では医療に関する予算は非常に限定されています。予防に関する予算に対して、リハビリテーションはどのくらいの予算があると思いますか。多くの国にとって、既に予防ということは、もちろんいろいろな理由からやっていますが、しかしコストが必要です。リハビリテーションはコストがかかります。リハビリテーションのための資金調達と障害の予防・健康増進対策のバランスをとりながら同時に遂行することは簡単ではありません。WHOとして今やっていることは、こういうことをユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）でやろうとしています。

UHCは私たちに本当に必要不可欠なものとは何か思い出させてくれます。経済的な問題に関係なく、必要としている人々が品質の良いヘルスケアを利用することができるように、医療サービスを促進させることを概念としています。現時点では西太平洋地域にいくつかの国はリハビリテーションをUHCに含んでいません。UHCは医療的介入で終わってしまう、増進そして介入そして医療がある、そこをもっと考えなければいけません。国としてリハビリテーションシステムなどを構築するための資金を調達するよう言っているではありません。我々は幅広く、UHCの推進を始めましょう、ということをお申しております。

それと平行して持続可能な開発目標のためにも活動をいたします。すべての年代の全ての人の参加、健康と福祉、それがSDGというものです。とりわけゴール3の内容です。

もし実現をしたいのであればリハビリテーションが必要です。もしリハビリテーションサービスがなければ、障害がある人、慢性的な機能障害がある人、慢性疾患がある人、歳をとって心身の機能に制限が出てきた人などは社会から取り残されてしまいます。そうです、我々には大きなアドボカシーのための努力が必要なのです。

●司会進行（山田） ありがとうございます。日本でも、吉永さんの講演に出てきましたけれども、2000年に介護保険制度をスタートさせたということで、それは若いうちから財政的な面で保険料を皆で出し合って、それで介護サービスを提供していこうと、そういう制度なわけです。ですから財政面のシステムをつくって、それでメニューの中には介護予防というものもありますけれども、やはり高齢化がどんどん急速に日本の場合進行しておりますので、制度としてはつくったけれども財政的な問題ですとか、あるいは介護の担い手の問題とか、さまざまな課題があるかと思います。ですから、財政負担の面でもより所得の高い人には負担を大きくしてもらおうとか、そういったことでいろいろな財政面あるいは担い手の問題もバランスをとりながら、制度を常時修正していくということが必要なんだろうと思います。そういった意味では、日本は急速な高齢化の中でそういうシステムをつくって、修正をされていてということですので、そういったものももし参考になるのであればほかの国にでも参考にさせていただくことがあろうかと思います。それでは、ここで一旦会場の方からの質問をお受けしたいと思いますけれども、どなたでも構いませんが、ご質問のある方は手を挙げてお願いできますでしょうか。いかがでしょうか。どうぞ。

●伊藤 すみません。すばらしい講演をありがとうございました。私は日本理学療法士協会の伊藤と申します。本日はどうぞよろしくお願いいたします。ちょっと英語で話します。我々は公共の人々の利益のためということで仕事をしております。Barrett氏にお聞きしたいのですが、リハビリの専門職組織の役割はどのようなものでしょうか。私たちがやっていることは政府に対するアドボカシー、あるいは地方政府に対するもの、あるいは人材開発ということです。研究、教育、また臨床としての実践の質などに関する事業も行うわけです。去年より、我々は国際活動を拡大しています。特にアジア地域において我々はどうのように貢献できるのか、来年も高齢化ということについて取り組んでいこうとなってますが、それが我々の協会のほうのメインピックになります。リハビリテーション、高齢化社会ということで、どういうことが必要と感じられていますでしょうか。リハビリテーションの専門職組織、特に全国レベルの組織に対して、皆様の期待値はどのようなところでしょうか。

●ダリル 伊藤様ありがとうございます。そしてここに来ていただいてありがとうございます

います。素晴らしいご質問です。専門家の団体というのは極めて重要なものです。

我々がリハビリについて国あるいは地方のレベルで進めようとするときには非常に大事なことです。理学療法士協会として、我々は何を期待されているのか、ということですね。全国の理学療法士の協会としていろいろなことができると思います。個人レベル、療法士個人レベルで仕事をスタートさせる時またキャリアを通じて、リハビリテーションのリーダーとして信頼を得、ヘルスケアにおける序列において、理学療法士としての場所を確保するのに苦心しているのは伊藤さんもよくご存知でしょう。信頼・自信とは、専門家としての能力開発とトレーニング、臨床ガイドライン・参考文献・患者や専門家に関する基準の開発を通じて生まれるものです。アドボカシーは専門職団体の大きな役割です。

理学療法士・言語療法士は障害のある人や高齢者等、そのサービスを利用する人々には広く認知されています。ヘルスケアを決める際や行う際に、理学療法士や作業療法士の声は明確反映されるのです。例えば私の仕事の例ですと、太平洋地域の国の中には全く専門家の組織がないところもあります。ですから、理学療法士とは何という認識ということが非常に限定的でよくわかってもらえていない。いくつかの国では理学療法を認知させることとアドボカシーの推進が始まったばかりです。また、カンボジアのようにそういう協会が設定された国もあります。ですので、そういうことはわかっているけれども、さらにセラピストの信頼を構築する努力は必要です。そして、臨床ガイドラインと基準づくりを始めている最中です。その先にアドボカシーを行うことになります。これは国レベルの本当に広域な話です。地域レベルですと、もっとしっかりとしたリハビリテーションの団体が確立されている、日本のような国を参考にすることもありますが、日本が近隣の国の成長を手助けすることもできます。リハビリテーション専門職の団体を設立するための準備をサポートするなど、我々が彼らの成長のためにできることは、確実にいろいろあります。

●司会進行（山田） ご質問の方よろしいですか。ほかにご質問のある方いらっしゃいますか。どうぞ。

●中村 国立障害者リハビリテーションセンターで義肢装具士をしております中村と申します。ちょっとアシスティブ・テクノロジーの進歩について高齢者との関係を質問させていただきます。現在技術がとても進歩してきて、例えば私義足をつくっていますけれども、コンピュータが内蔵されていて、転びにくい義足の部品とかが開発されています。

そういった部品、もちろん値段も高いのですけれども、そうした部品を高齢者に適用すべきかどうか、今すごく悩んでいます。もちろんそれを使えば転倒のリスクは減って安全に歩けることができるでしょう。でもある人は、そんな高い部品を高齢者に使うのはもったいない、極端な話そういう発言をする人がいます。それについてどういうふうに考えていらっしゃるのか、特に海外の先生方にお聞きしたいのですが。

●司会進行（山田） それでは Cameron さん。

●キャメロン 中村様、私のほうからコメントをさせていただきます。わたくしはまた、健康医療を研究する仕事をしておりまして、よく医療経済学者と一緒に仕事をします。中村さんの悩みは本質的には医療経済に関わる問題です。高齢者が先進的な支援機器を使用することでより高い生活の質を得ることができるようになるのです。そしてオーストラリアでは、医療に係る経費は1年間につき4万オーストラリアドル以下で可能です。ですので、経済的な議論というのもできると思います。オーストラリアにおいてもこのようなアプローチが有り得ると思います。オーストラリアの現在の制度では、一般的な補装具は利用できますが、先進的なものはほとんどの場合、利用できません。先進的な補装具を利用できるのは労働災害を認められた人か、裕福な人のみです。

●司会進行（山田） ご質問の方。

●中村 補装具全体もそうなのですが、例えば装具でも軽い人だと装具を使うと体がなまってしまふから使うなという医療者もいたり、そういうまだ変な誤解があったりするんですね。そういう認識自体を変えていくべきかなと思っているのですけれども、どうでしょうか。

●司会進行（山田） 何かコメントございますか。

●キャメロン それは、支援機器を利用することができる人にも専門家の中には推奨しないことがあるということでしょうか。

●中村 そこら辺の適用の見極めが、というかスタンダードが確立されていない部分があるのではないかと考えているんですけども。私としては積極的に活用すべきだとは思っています。

●キャメロン はい、そうですね。明確なガイドラインがないのだらうと思います。研究者の立場から考えますと、先進的な支援機器を利用するにはそんなにコストがかかるものではないことを示すことが大切だと思います。現在のところ、その根拠を効果的に示す要素が足りていない機器もあります。ですので、必ずしも全てのものに適用できるかというやはりきちんと評価をして、それぞれのケースに合わせて判断すべきではないかと思います。

●司会進行（山田） よろしいですか。

●中村 この分野はシステムテクノロジーではなくて、費用対効果といういまちはつきりしていないという部分が多いというのはとても認識して同感します。

●司会進行（山田） ありがとうございます。まだもう少し何か。

●キャメロン はい。そのとおりだと思います。私も同意いたします。

●司会進行（山田） ありがとうございます。それではどうぞ。

●飛松 今の質問を一般化すると、高齢者のリハビリテーションと高齢に至る前の障害者のリハビリテーションの目的が、目指すところが少しずれるのではないかと。その辺の整合性はどうやったらつけられるのかというのが問題なんじゃないか。具体的にいいますと、若い障害者がここにいた場合には、その人がいかに自立して生活できるかということを目指してリハビリテーションをするわけなんですけど、高齢の方であればいかに安楽に余生を過ごしていただくかということが目的になるのだというふうに理解すると、その辺を今目の前にいる方に、どちらを目指すのかというところで、コンフリクトがあるような気がするんですけども、その辺はよその国ではいかがなんでしょうか。

●キャメロン はい。コメントさせていただきたいと思います。やはりそれぞれリハビリテーションの目的というのは、それぞれの年代によって違うと思います。資金を費やした額に対する効果の割合ですが、残りの人生が 40~50 年残っている若い人の自立のための資金と高齢者で残りの人生が若者より短い人が有意義に生きるための資金では話の内容が異なります。私たちがちょうど行った調査の結果をご紹介しますと思うのですが、オーストラリアの介護施設に住んでいて股関節を骨折した人の話ですが、通常の規則ですとリハビリテーションプログラムを受けることができない人でした。わたくしたちはその人に骨折後、1 ヶ月間多専門的なリハビリテーションプログラムを受けてもらう臨床的試みを行いました。介護施設で通常のケアを受けた人と、多専門的リハビリテーションプログラムを受けた人の機能を比較して、多専門的リハビリテーションの効果を示しました。でも 12 カ月後ではあまり有意差が出なかったのです。それだけの努力をした後にそれが果たして価値があるものなのかという疑問があります。さきほど中村さんにお話した、医療経済の話で、資金を費やす価値が無いと判断します。それは私にとって非常に受け入れるには厳しい結果でした。なぜかという、少なくとも最小レベルのリハビリテーションはそういった人たちに、特にオーストラリアのような高所得の社会では提供しなければいけないと思っているのに、それが今現在では提供できていないからです。

●ダリル 先ほどの用語の問題に戻ります。私の役割ではそこまでそれだけ重要なかわからないのですが、言葉は重要です。この用語をどこで誰が使うかという文脈によってかなり重要度は変わってくると思います。例えば障害がある若い方そして高齢者の方というのは、それぞれまたカテゴリのようなものがあるんですね。大きなグループの中で。65 歳以上の人と 30 歳代の人が同じ目的でリハビリテーションに参加したとします。私はさきほど発表で聞いた、ぴんぴんころりが気に入ったのですが、65 歳以上の人でも 30 歳代の人でも、リハビリテーションにおいて年齢は比較をするものではありません。目的は全く同じなのです。例えば障害というコンセプトが、まだきちんと明確化を WHO の中でもされていないという状況であると、障害がある人か高齢者で機能不全があるかについてどうしても年齢で線を引いてしまうということになると思うんです。そうすると、リハビリテーションのやはり核となっていること、リハビリテーションはあくまでも人中心です。健康状態ではありません。何を人生の中でやっていきたいのか、そのためにどういったサポートがリハビリテーションでできるのかということが重要なわけです。1 つ 1 つ非常に

個人的なプロセスだと思っております。

●司会進行（山田） ありがとうございます。ご質問の方よろしいですか。ほかに会場の皆さんからご質問ございますでしょうか。どうぞ。

●井上 貴重なご講演をいただきましてありがとうございます。国立障害者リハビリテーションセンターの井上と申します。緒方先生のほうから、予防はリハビリテーションに入るんだらうかとか、あと吉永先生のほうから「ピンピンコロリ」という話も出てきたかと思うんですけども、少しそのリハビリテーションというものの範囲というか、そういうものをWHOのきょうの議論の中でどういうふうを考えればいいのかという質問なんですけれども、少しきょうはあまり出ていないんですけども、日本の高齢化の中で非常に注目のある1つのパーツは介護保険という中での介護を必要とする人の対応、それが大体高齢 65 歳以上の4分の1の人数で、その残りの4分の3というのが実は大事なんではないかという議論が今非常に活発にやられていまして、例えば 65 歳以上のリタイアした人がやりやすい仕事をつくっていくとか、あとはコミュニティで高齢者の方々が役割を持って行って、高齢者を支えるとか子供を支えるとか、高齢者の役割をどういうふうにしていくとか、それもある意味予防という観点になるのかなと思うんですけども、1つはそういうものをやはり含めたリハビリテーションという考え方でよろしいのかどうかというのが1つです。もう1つ、ちょっと質問があるのですが、東南アジアの国でやはり日本の位置づけというのがどういうふうなものなのかというのが、僕らも知らない部分がありますので、ぜひカンボジアの Hero さんに、日本のカンボジアの中での役割、現状とどういうふうなものをこれから期待されているのかという、ちょっと申しわけないんですけども、その2点をいただければと思います。

●司会進行（山田） では Kol さんからお願いできますか。

●コル ありがとうございます。ご質問いただきまして。発表でもお話ししましたが、患者の加齢や病気のケアについて、開発されている国から学びたいと思っています。そして学ぶことにより私たちがやっていることを進めていき、そしてカンボジアはやはり高齢化

社会に突入しておりますし、今でなくても将来的にそうなりますので、どのように日本の社会が医療ケアシステムを構築してきたのかということを知りたいと思っております。そしてコミュニティでの訪問看護も大切です。オーストラリアやWHO、WHOのコラボレーションセンターから学び、ケアシステムを供給していきたいです。そして日本の医療保険についても高齢者のリハビリテーションにおいてどのように活用できるのかを知りたいです。

●司会進行（山田） ありがとうございます。1点目の質問のリハビリテーションと予防ということに関して、Barrett さんいかがでしょうか。何かコメントいただけますでしょうか。

●ダリル もしかしたら私以外の方がお答えしたほうがいいのではないかなと思うんですが、リハビリテーションそれから予防というのは非常に興味深いんですけども、リハビリテーションを予防の方法であるとは思いつかばないでしょう。そしてやはりこのような高齢化というトピックを使うと、予防的な要素を強調するのに、非常によいのではないかと思います。安心して歳をとること、健康に活動し続けることについては、実際に高齢化の観点から見たほうが障害の観点から見ると理解しやすいのではないかと思います。なぜなら世界中、私たちが障害について考えるとき、例えば車いすの人、視覚に障害のある人、切断をした人などを、いまだに、イメージをするのです。昔ながらの型にはまった考え方やイメージしか持っていないのです。高齢化については、毎日少しずつ歳をとる我々全員に関係することです。誰もいつかは直面することと我々は理解しています。筋力の強化・維持またはバランスと協調、心の安定、安心して暮らせる環境を作ること、住み慣れた場所で歳をとること、支援機器を支給すること、社会と交流すること。これらは全て健康維持、安心して歳をとるための予防策です。型にはまった障害のイメージではなく、高齢化の観点から理解したほうがだいぶ分かりやすいですね。他の方の意見も聞きたいです。

●司会進行（山田） ありがとうございます。Cameron さんはリハビリテーションと予防に関して何かコメントございますか。

●キャメロン はい、コメントいたします。わたくしは公衆衛生部門の担当としてもこのセミナーに参加しておりますが、昔ながらの公衆衛生部門はリハビリテーションを第二、もしくは第三の防止策として捉えています。何か起きてしまったことに対しての結果を避けるためにできることというのがリハビリテーションです。

●司会進行（山田） ご質問の方よろしいですか。会場の方ほかに何かご質問のある方いらっしゃいますか。では緒方さんどうぞ。

●緒方 今「リハビリテーション」という言葉で、Barrett さんも言葉の統一がすごく大事だということをおっしゃっていて、この分野で働いていて「リハビリテーション」という言葉が非常に多くの意味を持ち過ぎていて、話していても何のリハビリの話をしているのかがときどき不明瞭なままになってしまうという感覚があります。特にメディカルなリハビリテーション、それからコミュニティベースなリハビリテーション、大分目指しているものもノウハウも、リソースも違うと思うんですが、WHOの中で今後リハビリテーションという言葉の前に少しタームをつけて、何か分類するというような方向性、可能性はどうかかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

●ダリル 私の担当しているこの地域、ここでいろいろな文言の定義を決めるところにはいないのですけれども、でもジュネーブで行われた「リハビリテーション 2030」という会議で新しくリハビリテーションの定義が定められました。会議では、環境との関係で一定の健康状態にある人々の障害の影響を最小化し、最大限に最適な活動をすることに焦点を当てました。それは環境との相互作用ということで、非常にICF（国際生活機能分類）と、関係しています。また、障害者の権利条約にも関係してきます。これらは環境が健康状態に及ぼす作用を見据えているからです。健康状態とは病気や怪我のある状態のときも含まれます。妊娠しているとき、加齢の症状があるときも含まれます。様々な異なる範囲を含むのです。WHOはリハビリテーションに関する雇用状況を例として見ていくつもりはありません。なぜならリハビリテーションで仕事をすることで従事者は常にその定義と関係しているからです。我々がWHOとして注視しているのは健康です。その過程をサポートすることと、医療制度を発展させることに注力しています。そのリハビリテーションというのは、例えば国によっては社会省によって実施されています。雇用政策とし

での職業リハビリテーションとは対照的に、医療システムの中で行う介入と同じタイプのものです。

●司会進行（山田） どうもありがとうございます。よろしいですか。

●緒方 そうですね。国際という視点からするとやはり分け過ぎない方がいいのかなと今お話を聞きながら思いました。ただ、ドメスティックにはもうちょっと気をつけたほうがいいのか、日本についてはちょっとそういうふうを考えています。

●司会進行（山田） ほかに会場の方でご質問のある方いらっしゃいますか。ではあと数分時間があるものですから、司会からで申しわけないんですが、Ko1さんにちょっとお聞きしたいんですけども、保健省ほか関係の省庁でたくさんで今いろいろ連携してリハビリテーションについて考えていらっしゃるというお話だったかと思えますけれども、政策の優先順位とか、予算をより多く配分してもらおうとか、そういった面でどんなご苦労があたりかというところをお聞かせいただければと思います。ちなみに、日本では厚生労働省ほかいろいろな省庁がありますが、予算はそれぞれ縦割りで、省庁が持っている分はなかなかふえないということになっていまして、例えば厚生労働省で何か新しい予算をつけて何か仕事をしようとする、じゃあ自分のところをまず減らしてそれをあてるというような、そんなようなことになっていまして、高齢化がすごく進んでいるからすぐ厚生労働省の予算をふやしてくれといっても、そう簡単にはふえないというそんな形になっておりますけれども、カンボジアではそういった政策の優先順位みたいなことで、すごく大事なことがあったらここに予算をたくさんあてようとか、そういうような意思決定をしたりすることができるものなのかどうか、その辺をお聞かせ願えますか。

●コル ありがとうございます。貴重なご質問です。現在、カンボジアは3つの省庁で高齢者のケアについて取り組んでいまして、リハビリテーションセクターとなっています。保健省と福祉省はすでに身体の活動機能については取組みを行っていますが、人の生活に関わる事に関してはまだ不十分です。今は国の政府を通してソーシャルセーフネットとか、あるいはソーシャルプロテクション、保護といういろいろな政策がとられようとしています。以前のカンボジア政府の優先順位は、まず母親と子供、そして感染性疾患でした。こ

の優先順位に沿った取り組みはすでに行われています。それから今は生活習慣病を防ぐ、あるいはコントロールすることの重要性も言われているので、これとリハビリテーションは非常に深くリンクしていますね。さらにカンボジアの政府が今考えているのが、非感染性疾患です。これも実はリハビリテーションと深くリンクするものでございます。最近保健省で、ある政策決定をしました。今年中旬には、計画を立てようと試みており、法案提出できるように計画を立てています。その件についてはまた来年も会議をします。我々に休んでいる暇はありません。省庁での計画、医療セクターの構築などやるべきことがあります。なぜなら身体の活動において苦しんでいる人々がリハビリテーションを必要としているからです。しかしもっと詳細をつめる必要があります。日本政府からカンボジアの人々へ援助、支援や知識をいただければ大変うれしく思います。ありがとうございました。

●司会進行（山田） どうもありがとうございました。日本では先ほど申し上げたように、省庁でそれぞれ縦割りになっておりますので、何か新しい政策をしようとする、自分のところの予算をまずやりくりして持ってこいというのが1つの基本パターンでありますので、なかなか難しい面もあるのですけれども、そういった中でもなるべくその政策の優先順位の高さというものをアピールして、予算も獲得して、新しい政策もしていくということが大事なんだろうと思います。すみません。予定の時間を若干過ぎておりまして、大変恐縮です。会場の方からどうしてもというのがあればお受けしますけれども、特にならなければ、先生方本当にありがとうございました。特に海外からお越しの先生方には、質問がたくさんあって大変申しわけありませんでした。貴重なご意見をいただきました。ありがとうございます。日本の先生方もありがとうございます。では、ここでディスカッションを終わらせていただきます。ありがとうございました。

閉会挨拶

飯島 節

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長

閉会に当たりまして一言ご挨拶申し上げます。本日は、国立障害者リハビリテーションセンター主催の国際セミナーにご参集賜りまして、まことにありがとうございました。セミナーの中でも何度も出てまいりましたように、我が国は高齢化率 27%という超高齢社会に今既になっております。今後もさらにこの高齢化が進むことが予想されておりまして、2050 年ごろには 40%になるだろうと言われております。

中でも、今後はより高齢の高齢者、いわゆる 75 歳以上の後期高齢者が増加すると言われていまして、いずれは後期高齢者だけで 25%、人口の 4 分の 1 が 75 歳以上の高齢者という人類が全く経験したことのない社会を迎えると予想されております。一体それにどう対応していったらいいのかということが大きな課題なわけです。1 つ幸いなことは最近の高齢者は昔の高齢者に比べるとずっと元気になっていることです。

かつて、我が国では、60 歳になると還暦と申しまして、全ての社会活動からリタイアするのが一般的であったわけですが、今では 65 歳を過ぎてもまだ元気な方が多くて、学会を中心にして高齢者の定義を変えていこうとしています。現在は 65 歳以上を一般に高齢者と呼んでいますが、それを 75 歳以上にしようという提案が行われているところです。

また、社会の動きとしては、1 つは年金の財政的な問題がございますが、年金支給開始年齢をおくらせる、それにあわせてより高齢になっても働き続けられるような社会をつくっていこうということが試みられているわけです。

こうした世界で最も高齢化が進んでいる我が国の取り組みというのは、世界各国から注目されているところだと思います。中でも、我が国の高齢化の特徴というのは、高齢化の進み方が非常に速いということです。いわゆる高齢化率が 7%から 14%になる、高齢化社会から高齢社会になるまでの時間というのが、我が国はたった 27 年間だったわけですが、ヨーロッパの国々、例えばフランスなどでは 100 年以上かかって 7%から 14%になっています。

ですが、今後は実はアジアの国々では、例えば韓国とかシンガポールとかいった国々で

は、我が国よりももっと速いスピードで高齢化が進むと言われていました。いろいろな将来の予測、特に経済の予測なんていうのはほとんど当たらない、当てにならないのが普通ですけれども、人口動態の予測というのはこれは実は非常に当たる、ほとんど外れないというふうに言われておりました、現在はまだまだあまり高齢化が進んでいないカンボジアのような国々でも、確実に高齢化が進んでいくと思います。

世界レベルの高齢化という課題、特にアジア太平洋地域で最も高齢化が進んでいくだろうと考えられておりますので、そうした重要な課題の解決のために本日の国際セミナーが多少でも寄与できたら、幸いと考えております。

本日は演者の皆様方、また参加の皆様方、まことにありがとうございました。来年以降もこの国際セミナーは続けていく予定でございますので、引き続きご参加、また国立障害者リハビリテーションセンターの事業へのご支援を賜りたいと思います。

以上、簡単ではございますが、閉会の挨拶とかえさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。