

国際セミナー報告書

西太平洋地域の各国における  
リハビリテーションの発展と課題  
－WHO障害に関する世界報告書－



2017年2月18日（土）

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）

この報告書は、当センターホームページに掲載しています。  
<http://www.rehab.go.jp/whoclbc/japanese/seminararc.html>

## プログラム

日 時 2017年2月18日(土) 12:30~17:00

場 所 東京国際フォーラム ホールD7

総合司会 島村 力夫 国立障害者リハビリテーションセンター企画・情報部長

12:30 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

12:40~ 基調講演

Me Again - 西太平洋地域におけるリハビリテーション -

Darryl Barrett 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

13:15~ 発表

1 障害にとらわれずに生きる取り組み

Josephine R. Bundoc フィリピン大学総合病院リハビリテーション部  
コンサルタント、Walking Free プログラム責任者

2 “セルフマネジメントプログラム”が香港のリハビリテーションにもたらしたもの

Peter King-Kong Poon 香港リハビリテーション協会副会長

3 中国におけるリハビリテーション施設の発展と中国リハビリテーション研究センターの取り組み

Limin Liao 中国リハビリテーション研究センター泌尿器科部長

(休 憩)

4 韓国における障害とリハビリテーション

-健康に関連するリハビリテーションに重点を置いて-

Boram Lee 韓国国立リハビリテーションセンター保健・リハビリテーション部門  
医療長

5 横浜市における在宅リハビリテーション:今までの30年、これからの10年

高岡 徹 横浜市総合リハビリテーションセンター副センター長

6 今日の日本社会と障害者のリハビリテーション

飛松 好子 国立障害者リハビリテーションセンター総長

(休 憩)

15:55～ ディスカッション・質疑応答

司会 小出 顕生 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 島村 力夫



ディスカッション司会 小出 顕生



ディスカッション



閉会挨拶 飯島 節



## 目 次

開会挨拶	1
Me Again - 西太平洋地域におけるリハビリテーション - Darryl Barrett	5
障害にとらわれずに生きる取り組み Josephine R.Bundoc	19
“セルフマネジメントプログラム”が香港のリハビリテーションにもたらしたもの Peter King-Kong Poon	25
中国におけるリハビリテーション施設の発展と 中国リハビリテーション研究センターの取り組み Limin Liao	33
(休 憩)	
韓国における障害とリハビリテーション －健康に関連するリハビリテーションに重点を置いて－ Boram Lee	38
横浜市における在宅リハビリテーション:今までの30年、これからの10年 高岡 徹	44
今日の日本社会と障害者のリハビリテーション 飛松 好子	50
ディスカッション・質疑応答	57
閉会挨拶	82



## 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

こんにちは。本日はお寒い中、今はそれほど寒くはないと思うのですが、休日にもかかわらずお集まりいただきましてありがとうございます。

本セミナーは国立障害者リハビリテーションセンターが障害の予防とリハビリテーションにかかわるWHOコラボレーションセンターとして主催するものです。今回は、2011年にWHOから発表された障害に関する世界報告書（World Report on Disability）をテーマといたしました。

この報告書は、障害のある人々に関する世界的視野に立った分析と提言を行うことを目的として発行されたものです。そしてまたこの報告書は国連の障害者権利条約（2008年発行）の実施を促進することを目的としています。世界報告書の中で、リハビリテーションは障害のある人々が教育・労働・市民としての生活に参加するために重要であり、リハビリテーションによって障害のある人々とその家族が社会で生きる力をつけることになると述べています。

このたびは、WHO西太平洋地域事務局のテクニカルリードのダリル・バレット氏に、WHOが考えるリハビリテーションについて包括的なご講演をいただきます。その他、韓国、中国、香港、フィリピンから、障害の予防とリハにかかわっている専門家をお呼びし、それぞれの国、地域での取り組みについてお話をいただきます。日本からは横浜市と国立障害者リハビリテーションセンターが日本に関して発表いたします。

ご存じのように、西太平洋地域の国々や地域において障害の予防とリハビリテーションを取り巻く環境はそれぞれの国・地域によって全くといっていいほど異なります。島国と大陸、山と海といった自然環境の違い、寒暖といった気候の違い、経済状況の違い等が異なることは確かなのですが、それぞれの国が障害の予防とリハビリテーションに取り組み、課題を抱えていることも確かです。

このセミナーにおいて、それぞれの国・地域でのリハビリテーションにかかわる方々による自国、地域におけるリハビリテーションの取り組みについてご講演いただき、ディスカッションを通じて、障害のある人々が必要なリハビリテーションにアクセスできるよう

にするための方策を探ります。ご参加いただきました皆様方の日ごろの活動を考える上で  
実りある会となりますことを期待しております。本日はどうかよろしく申し上げます。

# 基 調 講 演



## Me Again - 西太平洋地域におけるリハビリテーション -



**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

2010年 国際法修士

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

2011年 豪州外務省(DFAT)(旧オーストラリア国際開発庁(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

〔発表要旨〕

障害はしばしばリハビリテーションと結びつけられます。障害のある多くの人々は、社会や身体機能の制限におけるバリアに立ち向かうためリハビリテーションを必要とします。これは年配者や一時的なけが人、慢性的な持病を抱えた人も同様です。障害者に限らず健常者も、リハビリテーションや支援機器の恩恵を広く受けているのです。しかしながら、西太平洋地域では、リハビリテーションに対するニーズが未だ十分に満たされていない現状があります。

保健省は、特に障害者をはじめとする全ての国民に対するリハビリテーションの質の向上における中心機関です。WHO 西太平洋地域事務局は、一貫したケアの中の1体系としてのリハビリテーションを含めた、より包括的で利用しやすい国民中心の健康増進事業の構築をサポートしています。本講演では全ての人に対しての、そして全ての人的一生を通じた健康戦略として、リハビリテーションの重要性をお話いたします。

## Me Again—西太平洋地域におけるリハビリテーション—

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。もう「おはようございます」ではないということは時間的にわかっておりますので、「こんにちは」という日本語を使わせていただきました。

本日、皆様の前でこのような話をする機会をいただきまして、感謝申し上げます。飛松総長を初め、また同僚の皆さん、こういった場を設けていただきまして、リハビリテーションに関して話ができることは光栄でございます。

またさらに、西太平洋地域のWHO協力センターからも多くの方々が来てくださいました。そしてそういった協力センターから協力をいただかないことには実現できない多くの作業があるということなのでありがたく思っております。

本日は通訳を介して行うということでございます。それでもし早く話し過ぎるような傾向にありましたら、それを言っていただければと思います。

私は、前回日本に来てから20年ぶりの来日となりました。前はロンドンに行く前のストップオーバーで日本に立ち寄ったということだったんですが、オーストラリアからロンドンに行きまして、作業療法士としていろいろな業務を行ってまいりました。日本にいて、かつては空港だけにしかいなかったわけですが、多くのオーストラリア人というのがワーキングホリデーなどを利用いたしまして、イギリスで仕事をしたりということを行います。私は初めての海外旅行が日本経由で行ったということで、そのイギリスでの作業療法士としてまだまだ駆け出しという形で仕事したわけです。

そこから20年たって、初めてまた今回来日することができて非常にうれしく思っております。

私はもともと作業療法士としてオーストラリアで仕事してまいりました。その後、同じようにセラピストとしてロンドンで仕事してまいりました。その中でも、多くの障害を持つ方々、特にその心理社会的な復帰を目指す、犯罪を行った人たちに対する支援なども行ってまいりました。小児科ややけどを負った子どもの支援において、人間工学であったり、法医学の現場、また地域の病院や、私立病院などでも働いてまいりました。そして、オーストラリア政府関連機関での政策策定の場にもかかわってまいりました。直近は、WHO

西太平洋地域事務局で仕事をしています。

なぜこういった話をするかという、このリハビリテーションといった場合には非常に幅広い範囲を網羅するということが必要になるからです。例えば、身体的な障害を持つという人たちがいればある特定のリハビリテーションをするということになるわけですが、リハビリテーションといった場合には機能的な制限がある人たち、そしてそういった人たちは何かしらの健康を害したことによってそういった制限を強いられるということになるわけです。

それでは私が日々はどういった仕事しているかということですが、この地図を見させていただきたいと思います。これは私の所属しておりますオフィスです。このオフィスから日本を初め、韓国、マレーシア等々の政府に対して、医療制度というのを、障害がある人たちに対してどうすればサービスが充実できるかというようなアドバイス、助言などを出しているという仕事をしているわけです。

本日、私は臨床家という立場で話をするわけではなく、また政策策定者の立場で話をするわけでもございません。また、専門家という立場でもございません。私たちは恐らく何かしらの形でいろいろな人たちに影響を及ぼすという意味で何かしらの専門家であるというふうに思うからです。リハビリテーションのサービスにかかわる場合、専門家の役割というのがあるわけです。これはリハビリテーション、そして医師というのがそれぞれ個人の専門分野において特化してサービスを提供するわけです。ですから障害がある人たち、もしくは健康を害した人たちに対してそういった専門的な知見に立ってサービスを提供していくわけです。

私自身リハビリテーションの分野にはかなり長きにわたってかかわってまいりました。そこで学んだのは、あまり深刻に考えすぎないことが大事だということです。実際、リハビリテーションを考えた場合、皆さんはよくこういったトイレに補助フレームをつけたりとか、こういったつかみ棒を使ったり、もしくは靴下をうまくはくためのこういった器具を使ったりということを思い描くかもしれません。これは別にネガティブな意味で用意したスライドではありません。ただ、リハビリテーション、こういった分野に携わる従事者というのは、やはり何かしらの障害がある人たちに対してのサービスを提供する役割を担っておりますから、リハビリテーションの専門家としてどうした価値を提供しているかということをごきちん認識することが重要だというふうに思っております。学生で作業療法士を始めますと、こういったことが非常に重要である、そしてサービスを提供

することがキャリアの中で重要であるということに気づいていくわけです。

大学に行ったときに、先生が、なぜこういったことを勉強することにしたのかと聞いたのです。作業療法士になって人々の手助けになりたいといったような非常にすばらしい理由を持っていたのです。ですが、私はそのときは余りはっきりした理由がなかったわけなんです。大学にいた数年間というのは、先生もそんなに私のような者には目を向けなかったかもしれません。それからいろいろと勉強していく中で、リハビリテーションがいかに重要なものであって、多くの人たちに社会参加を促す上で重要な役割を担っているかということに気づくようになっていきました。

このリハビリテーションの専門家もしくは政策策定者などは、リハビリテーションというものが非常にプラス面における変革をもたらすということを余り認識していないというのがポイントではないかと思っています。それで、私の本日の発表はこの変化ということに目を向けていきたいと思います。やはりこういった人たちにサービスを提供していくというのはいかに変革をもたらす人になるかということだと思うのです。何かある状況によって自分が不自由な思いをするということに対して、いかに変化をもたらして積極的になってもらうかということでもあると思います。環境の改善ということもそうです。例えばスポーツにかかわるということを通して、障害があっても人生を変えることができるということを教えていくという立場になるのではないかと思っています。

ということで、私たちリハビリテーションの専門家としては、人々の人生、生活を大きく変えていく、そのきっかけを提供することができる立場にあるわけで、これは非常に大きな意味を持っていると思います。医療制度の中ではこれが特に重要な役割となってくると考えています。

やはり多くの患者さんそしてリハビリテーションのユーザーなどは、こういった変革をもたらすきっかけを私たちが提供するということから本人たちも自信を取り戻すことができると考えています。皆さん自身が置かれた環境はいろいろな状況があると思いますが、“Me again”という言葉が意味することは、例えば障害をもつ、けがをする、こういったことを経験したときに、その状況に合わせて私たちの専門家がそれをサポートすることによってその本人たちの生活が充実したものになります。そのお手伝いをしていくのです。

またさらに、自分が誰なのかということ、これは非常に個人的なことであります。要は完全に元通りに戻るとか、とびきりすばらしくなることを意味することではありません。

自分はこういった人間かという、自分も一個人であるということなんです。これがリハビリテーションを提供する側としても認識すべきことだと思っています。患者さんといろいろと接点を持つ、要は彼らのお宅にもおじゃまする機会があるわけです。そうしますと、患者さんの家族にも会ったりしていろいろな話をしていくことになります。そしてそういった経験ができていくというのは、私たち専門家としても非常にありがたいことだと思っています。

そして誇りに思っているいい仕事だと思っています。といいますのは、リハビリテーションというのは古代ギリシャ、古代ローマ時代にもさかのぼるわけです。このときには運動を通してそのいろいろな状況を正そうとしてきたわけです。これは現代の私たちが、非感染性疾患の患者に行っている治療に等しい。ヒポクラテスなどもそうです。いろいろな病気というのを体を動かすことによって治していく、そして関節を動かしていくことによって治すということがその根底にあったわけです。理学療法士というのもやはりこういった古代にさかのぼっていくわけなので、やはりそれを理解しておく必要があると思っています。非常に将来を見越して前進してきた分野であるわけですがけれども、ここ最近になっていきなりあらわれたというわけではなく、古代からそういう考え方が存在していたということなんです。

そして中国、ヒンドゥー、そして日本人、そういったところでも昔から存在していたわけです。

私は、これをあまつ治療法(あんまと指圧をまぜた言葉)と呼んでいます。こういったような治療というのが当時も行われていたわけです。これがまさしく多くのリハビリテーションの基盤になっているのではないかと思います。体を動かしたり、また身体機能というのを維持する上での重要なものだと思います。

それではリハビリテーションの専門職としてこれまでどういう状況で、今、どこまで来たのか、そして障害のアイデンティティ、リハビリテーションとはどういうものか、そして西太平洋地域のリハビリテーションの状況という順序で話をしたいと思います。

リハビリテーションは、先ほど、日本でも、中国でも、ギリシャ・ローマ時代からもあったといいましたけれども、実はアメリカとスウェーデンで1900年代の初めごろ、理学療法が本格的に始まりました。オーストラリア、イギリス、ニュージーランドでも20世紀には広がってきました。作業療法についても20世紀の冒頭から始まりまして、医師、ソーシャルワーカー、看護師、精神科医などが力を合わせまして、特にこういう健康上の問題の

ある人たちの社会復帰のためにということで始まりました。それからさらに神経上の障害によって言語障害が起こるという認識が高まって、そして言語療法が始まりました。そして義肢と装具はエジプトの時代から中世、そして現代 20 世紀まで発展を続けています。

このように、みんな大昔、過去から起源があるわけですがけれども、リハビリテーションが専門職として大きく発展してきた要因はやはり第一次大戦、第二次大戦にあったと思います。戦場から復員兵士が帰ってきて、急性・慢性の病気を患ったり、負傷していた。家族も地域社会にも、ではこの人たちをかつてのように生活にまた復帰してもらうためにどうしたらいいのか手だてがわからなかった。現代のリハビリテーションの専門職の起源というのは戦争にあったと言えるでしょう。セルフケアができるように、参加ができるように、どういうふうに支援したらいいのかというところから始まりました。

それからポリオなどの病気の広がりももう一つ背景としてあります。理学療法士、装具士の価値というのがポリオ患者に対するサポートを契機に理解が広がったといえます。

ということで 20 世紀から復員軍人への対応、そして大きな病気の広がりという背景があったということを申し上げました。そしてリハビリテーションの専門職に対する理解が高まって、問題対応への意識の高まりも進んできました。

リハビリテーションというのは非常に前向きな戦略というふうに考えられると思います。患者さんや我々のサービスの利用者が、仕事、教育の場、あるいはセルフケアなどを通じて、もとの生活になるべく社会復帰ができるようにするというものですから、専門職としては自分たちが前向きな仕事をしている、前向きな考え方をする仕事なんだということを社会に訴えていくことが我々も必要だと思います。

そして、いろいろな制約のある人、障害のある人を支援するというだけではないと思います。やはり健康状態がいろいろあって、制約を受けることというのは誰でもあるわけですから、リハビリテーションの専門職というのは、この変革を促すためのプロセスの一部となり、その中でいろいろな人たちがもとの自分を取り戻していくための支援をするという位置づけを我々は自分たちの仕事として理解すべきだと思います。

持続可能な開発目標というのがありますが、やはりその中でも我々の役割はとても大切です。もうご存じだと思いますけれども、17 の国際的に合意された目標がありまして、教育、飢餓、経済成長、雇用、平和、安全、いろいろなテーマがあります。

持続可能な開発目標（SDGs）の中核になっているのは、まず平等という考えです。誰も取り残さない、包摂性という考えが大きなバックとしてあります。

そうなりますと、今取り残されている人たちは誰なんだろうと考える必要があります。開発、発展のプロセスの中に参加できない人たちは一体誰なのか、実は障害を持っている人たちだということはよくあります。障害や健康の条件のためにコミュニティーの中に入れない、コミュニティーとの相互交流中に入れないという問題を抱えているわけで、したがって取り残されているということはリハビリテーションの専門家としてここで出番がある、大きな役割を果たし得るわけです。

みんながSDGsのプロセスに入るために我々専門職はとても大きな役割があるんだということがこれでわかると思います。専門職も政策立案者もSDGsに合わせた一貫した形でやっていく必要があります。みんなが開発のために参加するんだと。リハビリテーションなしではこの思いの達成は無理だと。すなわちリハビリテーションがなければ取り残される人が出続けるわけだから、残るわけだから、このリハビリテーション専門職なしに、持続可能な開発目標達成は無理だというふうに皆考えているし、私もそう思います。

17の目標のうちの特に3番目というのは健康にかかわるものです。質の高い健康に皆がアクセスできるようにすることというのがあります。予防、健康の増進、緩和ケアなどもあります、これはみんなに関係のあるものです。

そしてリハビリテーションサービスという介入が必要であり、我々のような専門職が必要であります。必ずしも障害とかディスアビリティという言葉を使わなくても我々の存在は必要です。

例えばニセコかどこかにスキーにいったとき、そして捻挫をしたときに、自分が障害者になったとは思わないでしょうけれども、我々のようなリハビリ専門職の手伝いを借りるでしょう。

それからまた脳卒中になれば言語療法士の支援が必要になるでしょう。そして70歳以上になると転ぶことによって自宅の中での骨折のリスクは大きく高まります。そして病院に行く。また骨折するとそこから感染症になるリスクもとても高まります。ですから健康の維持、予防、治療という意味でこの目標は皆に関係あることであり、そしてリハビリテーションはやはり欠かせない要因なわけです。

それからまたリハビリテーションを今後も増進していくためには、やはりそれを保険制度の中の主流に位置づけていく必要があります。

そういった意味では、障害者の権利を増進する運動はとても大きな役割を果たしたと思います。実は1960年代にアメリカで公民権運動が高まりました。これもやはりとても大き

な役割を果たしたのです。「私は障害の故に皆と同じような社会参画ができない、もうたくさんだ」と声を上げたわけです。そして障害ある人が参画を確保するためにはリハビリの専門家が必要だということがわかりました。専門職に対する注目が高まりました。そして障害のある人が声を上げる、そして前に出てくるために専門職が欠かせないということがわかるようになりました。

かつては慈善、チャリティーというような位置づけもあったわけであります。障害のある人は特別な人で、特別な支援を必要とする人、周りから何かしてあげないと何もできない人という位置づけでした。でも医学的なモデルが変わって出てきました。何が普通なのかというその定義はさておきまして、普通のことができないから治す必要が出てきた人なんだというふうに考えるようになったわけです。環境要因、いろいろありますけれども。しかしそれをさらに一步進めて、人間の尊厳の問題である、権利の問題であるというふうにとらえられるようになっていきます。平等に参加が確保されなければいけないということで、障害に当たっては社会的なモデルというものが今度はまた出てきたわけです。

それからさらに、一人一人は皆違うんだというふうにとらえるようになりました。社会に参加ができないのは私の動きが変だから、私の言葉が変だからではなくって、参加できないような障害がその社会にあるからだという考え方にもなってきたわけであります。

そして障害者権利条約が国連で採択されました。これは国連にいろいろある人権条約の一番新しいものの一つですけれども、障害のある人も皆同じ権利を確保されなければいけないという考え方が根底にあります。そしてそこにギャップがあるならばリハビリテーションの専門家がそこに参加をして役割は果たし、そしてバリアを克服し、ギャップを乗り越えるための橋渡し役をしなければいけないという考え方であります。

そして社会モデルというのが出てきた。そしてバリアというのは物理的なバリアもありますし、あるいは法整備におけるバリアもあります。権利が認められないとか。あるいは政策上のバリア、障害というものもあります。法制度的なシステムがそもそも社会にないといった場合、それからまた資金、財源的なバリアというものもあります。追加的なコストがかかるといったような差別とかスティグマの要因になってしまうということもあります。これらのギャップを乗り越えていくための我々の役割がやはり欠かせないわけであります。

また障害というのはICFにおいて、医療的な観点から非常に明確になっているわけです。要は個人の持ち合わせる要素、環境、そして個人の健康状態というものがかみあって

成り立つわけです。ですから複雑な相互作用というものがあるわけです。また活動の制限だったり、またさらには参加の制約というものもあつたりするわけです。こういったものは必ずしも病気と直結しているわけではない、そういったさまざまな分野横断的にかかわってくるということが非常に複雑な要素になってくると思うわけです。

例えばこういったそれぞれのものを合体させますと、非常に困難な状況に立ち向かうこととなります。ただ単に病気だけの治療をすればいいというわけではないわけです。病気による影響というものもある一方で、その本人が生活をしたり、仕事をしたりする職場環境といったような影響もあるわけです。ひとりだけでは生活できないわけで、近隣の人やコミュニティーの関係もあるわけです。ですからこういった全ての状況というのが絡み合っただけで、こういった対処をしていくということが必要になってくるわけです。

私が今申し上げましたICFというモデルでありますけれども、これにはさまざまな環境因子、個人因子というのがあるわけで、それは障害者の権利条約においても触れられております。この条約の中に、リハビリテーションの専門家としてどうすればこういった治療目標に到達することができるか、またきちんとプロセスにのっかってそれを進めていくことができるかということが盛り込まれているのです。最終的にはこの条約というのは障害者の社会参加を促すためのものであって、参加の上での障壁をなくすということを実現しようとするのです。

そして治療目標というのを立てる場合は、通常そういった患者さんがその目標に到達するためには、例えばセルフケアに参加するとか、学校行事に参加するとか、いろいろなことがあり得るわけです。ですからリハビリテーションの専門家というのは、その本人に合わせて、この国連権利条約にも触れられているような目標というものが到達できるようにしなければなりません。

障害を持つということはどういうことか、ここでもう少し詳しく見たいと思います。障害というと、いわゆる障害がある人、もしくは障壁がある人たち、そして社会参加の制約のある人たちととらえられがちです。ですけれどもそれだけではないのです。人によっては、自分は障害者だという人もいるかもしれない。その一方で、障害者という定義ではなくても障害者と同じような経験をしている人たちもいるわけです。これはいろいろな個人的な理由というものですから、そこら辺は関係はないですけれども、ただ政策を立てる側のほうとしても、そうした人たちがいるんだということを理解しなければなりません。障害というのはみんながみんな手を挙げて、はい、私を障害者ですと言っている人たちだけ

ではないということです。そして、手を挙げて、はい、私は障害者ですというふうに言う人たちだけを見ていくと、もっといろいろなサービスを必要とする人たちを見落としてしまうということにもなるわけです。

ですから先ほど申し上げた点に戻りますけれども、リハビリテーションというのがやはり医療の戦略の中においてそのメイトームにならなければいけないと思うのです。要は全ての人たちに対してサービスが行き届くようにするということです。いろいろな人たちが何かしらの形で障害の経験をしているわけです。必ずしも手を挙げて障害者だという人だけのためのものではないということです。

先週、ジュネーブで会議がありまして、その会議の内容に少し触れたいと思います。

こちらのスライドを見ていただきますか。これはリハビリテーション 2030 と題した会議でした。行動への呼びかけをしたわけです。

WHOは現在リハビリテーションを誰にとっても健康戦略の主流にすべきだという考えで活動しております。予防や健康増進や治療や緩和ケアと同じく、リハビリテーションも全体の一環の中で必ず要素として含めるべきだという考え方です。

9か10ぐらいの側面を特に訴えております。

まず、リハビリテーションには満たされていないニーズが世界にあるということを認識しなければならない。特に低所得国、中所得国などでそうです。リハビリテーションへの需要は今後人口動態の変化とともにふえていくでしょう。その中には、つまり高齢化ということもありますし、それからまた病気やけがをしても長生きする人がふえる、またリハビリテーションというのは、医療制度全体の予防、増進、治療、それから痛みなどの緩和、これら一連の流れの中の一つである、不可分の一要素であるということを強く訴えています。

リハビリテーションはいろいろな、例えば健康状態のニーズにそれぞれ合ったものにする、それから人生の年齢に合わせてやらなければならない、そしてこの社会、経済的な開発に合わせてやらなければならない、そして国連加盟国、それから、その他の開発パートナー、地域での組織やNGOも含めてやらなければならないとしています。

そして9つの行動分野というものがこのように指摘されております。いろいろな提言なども入っております。現在こういうところが満たされていないので加盟国は特に力を入れるべきだといった提言も入っています。この詳しいところについては後から質疑応答の時間にお話できればと思います。

あと 30 秒だよというふうに言われて、先ほどとてもわくわくしましたけれども、WHOでも国際的なレベルで、それから地域レベルで今リハビリテーションについてはとても注目を集まり、議論が活発に行われています。医療制度において不可分の一部であり、みんなが利益をそこから得なければならない、そしてリハビリテーションがみんなの手に入るようにしなければならない、障害者も含めてみんなの手が届くものにならないといけないという議論が高まっていることを申し上げて終わりたいと思います。ありがとうございました。



# 発 表



## 障害にとらわれずに生きる取り組み



**Josephine R. Bundoc** (ジョセフィーヌ・ブンドック)

フィリピン大学総合病院リハビリテーション部

コンサルタント

Walking Free プログラム責任者

〔略歴〕

1977年～1981年

フィリピン大学ディリマン校 心理科学専攻

1981年～1985年

イースト大学ラモン・マグサイサイ記念医療センター  
(UERMMCI)

1987年～1989年

フィリピン大学総合病院 (UP-PGH) チーフレジデント

1991年～ フィリピン大学総合病院

准教授、コンサルタント、義肢装具部門長

同年～ イースト大学ラモン・マグサイサイ記念医療センター

教授、准教授、保健・リハビリテーション部門長

フィリピン義肢装具学校の創設にかかわる

フィリピン義肢装具学校国際諮問委員会委員

その他国際機関、政府機関等で活動中

〔発表要旨〕

障害のある人々の身体機能的な自立は、購入しやすい価格かつ適切で入手可能な補装具の供給によって達成されます。Physicians for Peace(団体)は「Walking Free」プログラムとして、地形学的課題、コスト、データ、専門家の研修、地域資源の利用やエンパワメントの6つの課題について10年間の指針を推し進めました。

はじめの5年間は義肢の供給という視点だけに焦点が当たっていたのですが、多種多様な障害の存在や、人権に基づくサービスの実施により、理学療法、作業療法、言語療法といった適切なリハビリテーションとあわせ、車いすや白杖、補聴器、装具へと供給を拡大した「Walking Free and Beyond」プログラムが生まれました。

また、障害のある人自身が積極的に実行計画に参画することで、「Walking Free」や「Walking Free and Beyond」の持続に向けた官民協力が可能になっています。

## 障害にとらわれずに生きる取り組み

ジョセフィーヌ・ブンドック

フィリピン大学総合病院リハビリテーション部 コンサルタント

皆様こんにちは。この Walking Free というプログラムですけれども、こちらは PHYSICIAN for PEACE とフィリピン大学総合病院の共同で行っているプログラムでございます。こちらは障害者、特に切断者に対して義肢、義足等を提供するものとなります。

それではまず今回、データから見てみたいと思います。こちらは 2005 年のものはありません。それで大体の予想についてお話ししたいと思います。まずは 42 万 5000 人が義肢装具を必要としている。そしてそのうち 34 万人が地方に暮らしている。そしてそのうちさらに 12 万 7,500 人が貧困に苦しんでいるということ、これがまさに私どもの Walking Free Program がターゲットにしている層となります。

この ICF の理念に根ざした Walking Free の道のりですけれども、こちらは 10 年計画となりまして 3 つの段階に分かれております。まず段階 1 におきましては評価です。これは、ステークホルダーの特定をします。協力の実効性に着目してください。また、解決策、変革、適合を提供することによって第二段階を実行したあと、阻害因子を分析してください。その後にはコミュニティの再統合や受益者の自立促進を確保することによって第 3 段階の持続性へと向かっていきます。

こちらが私どもこの Walking Free の戦略になります。まず第一段階の評価におきましては、事業とステークホルダーの評価の実施、第二段階である実行性のために、資源のネットワークや、附属の訓練所やサービスセンターの設立を推進します。そして段階 3 の持続可能性におきましては、官民協力をし、そしてインクルージョンと社会参加、地域が参加することを特に重要視しております。

評価ですけれども、こちらは island missions を通して実行されました。まず mission の一つめは、地域において切断者のスクリーニングを行います。そしてフィリピン大学総合病院の補装具製作部門へ採寸と採型の結果を持って行き、製作をしました。その後 mission2 において、地域で義肢の調整を行います。2005 年から 2007 年の間に私ども 1,031 名の切断者のスクリーニングを行いました。そのうち 946 名が今まで補装具を使ったことがないと答えました。その理由としましては高価であるということ、サービスが手

に入らない、そしてさらに多くの方が義肢の存在を知らないということを知りました。そしてサービス提供者は、機器や必要な部品は輸入されるが、それを提供できる技術者が限られている、そしてサービスが不十分であるということを言いました。

そしてさらに 85 名が補装具の交換を希望していました。その理由としましては、やはり質が悪い、体に合っていないということ、そしてサービス提供者としましては、資格もしくは正規の研修がなく、それこそ古いやり方で学ぶしかないということがありました。

そこで障害からの Walking Free の挑戦となりますけれども、これはまず一つはデータが必要であるということ、2 番目がコスト、3 点目が地形、こちらはやはりフィリピンというのは島国であります。そして 4 番目は現地調達ができない、そして 5 番目は専門職の研修がないことが問題でした。

私どものビジョンとしましては、地域への適用が可能で国際水準を満たすものを提供すること、そしてミッションは、特に辺境地域の人々が生活における歩行を通じて機能的に回復できるようにする、そしてゴールとしては購入しやすく適切で入手可能な補装具を提供するということになります。

そして、この PHYSICIAN for PEACE ですけれども、こちらはアメリカの NGO により設立されましたが、まずアメリカの NGO を通じまして世界の一流機器が給付されています。(米国の進んだ機器、21 世紀のテクノロジーを見せたかったのですが) 私たちはこんな疑問を持ちました。「これは手の届く値段か」「これはフィリピンの状況に合っているか」。そして 3 点目としましては海外研修のために人材を派遣するということができるということがあるんですけれども、ただフィリピンの人が海外に行ってしまうと、国に帰ってこないというような問題も出てきます。

そこでアメリカの PHYSICIAN for PEACE がどういうことをしたかといいますと、専門家がフィリピンに行きまして、例えば 2 カ月なり一定期間滞在しまして、さまざまな研修を行ってきました。もっと基金を増やし、周知させるために、切断手術を受けた人のためのウォーカソンや登山などのイベントを行ったのです。

そして 6 年間にわたりまして 45 のミッション、そして 2,352 の補装具をフィリピン全体に配布してきました。

ただ、私たちにはまだ幾つもの課題があります。まずは資金をどのように獲得していくかということ、2 点目は多くの災難に直面し、さまざまなプログラムがキャンセルになるということもありました。あともう一つは、例えばフィリピン大学総合病院のスタッフがこ

のチームに参加しているので、仕事を休んでチームに参加することができないということもありますし、そして現地でのロジスティクス、現地に行きづらいということ、送りづらいといったこともあるわけです。

私たちが実際に切断者に対して採寸・採型をし、義肢をつくったとしても、その後6カ月とか8カ月とかそれぐらい過ぎてからフィッティングを行うため、製作はうまくできるのですが、地域の中に修理ができる人がいないということがありました。

そこで私たちとしましては、ルソン島、ビサヤ島、ミンダナオ島で、地元における幾つかのサテライトセンターをつくりました。

そうすることによって草の根レベルの適用が可能になりました。またこのスキルを適用させたり、もしくはそのまま採用してもらおうということもできましたし、またその地域にある資材をクリエイティブな形で供給するというところを行いました。

こちらはこの大学におけるトレーニングの様子です。地元において何か資源があれば、この義足や補装具に対してどういったものが使えるかというようなことも私たちは調査研究を続けております。

そしてまた旧き伝統から解放していくということが大事なわけです。といいますのは、実際に義肢を使っている方たちが一番自分たちに何が必要か、どこが問題なのかということを理解しております。だから、私たちの訓練生の多くは実は切断者で今は義肢製作者です。彼らは、カウンセリングにも行きますし、我々には糖尿病により義肢を使う人に教育を行う義肢専門の看護師もいます。

そしてこのフィリピンの総合病院はフィリピンのあらゆる島々においてこの補装具を提供しております。そこにおきまして、スクリーニングのプロセスを容易にするために、Smart and an IT group of students in a University という電話会社とともに、携帯のネットワークによる補装具のスクリーニングというもの、ASCENT (Amputee Screening by Cellular Networking) と呼ばれておりますけれどもそうしたプログラムを行っております。

これはどういうものかといいますと、この障害のある人たちが、自分たちで携帯電話を活用してみずからスクリーニングをするということが出来るわけです。従来のスクリーニングのステップはこのように4つの段階を踏まえておりました。けれども私たちのASCENTを通じて、まず1点目としましては、訓練を受けたボランティアがデータを携帯電話に入力します。そしてそれを Walking Free のチームに対して送ります。それを見た Walking Free のチームがこの切断患者に係る最終判断をしまして、再度携帯電話を介して

フィードバックを送るわけです。これをこのやり方によりまして4つあったステップが2つで済むようになったわけです。

これがもう一つ重要なのは、Webにおきまして補装具、義肢といったものに関してウェブ登録ができるわけです。お陰で Philippine Health Insurance Corporation (PhiHealth) が、障害のある人たちに対して初めてのコンピュータプログラムである Z MORPH Package をつくれることになりました。

こちらは例えば18歳以上の人に対してこの下腿義足を提供するに当たりまして非常に活用されております。

2010年に創立された UERM PSPO は、Z パッケージと呼ばれておりますけれども、こちらを運用し、そしてサービス提供者に対してのトレーニングも提供しておりますし、ルールとガイドラインの実行について我々をサポートしてくれました。

Asian Institute of Management は、Walking Free プログラムに関する持続可能性について調査しました。そしてそのときに言われておりましたのは、やはり予算の配分です。国レベルから地方レベルへの予算配分が毎年の計画として行われる必要があるという結論に到達しました。

この持続可能性を実現させるためにはこの PhiHealth という社会保険加入による刺激策というものをつくりました。私どもは地方自治体を訪問し、地元のイノベーションそして保健・医療に関するワークショップを行いました。

義肢製作は、民間のドナーやスポンサーそして地方自治体によって行われております。今までは義足を得るためには534ドルかかったわけです。けれどもそれが今度 Phil Health (フィリピン健康福祉公社) に登録した場合、登録料は55ドルかかりますけれども、無料で提供されるということがあります。そうしますと今まで534ドルで1人しか得られなかったものが7人、8人に提供することが可能になるわけです。そこでやはりこのように官民協力が重要になります。保健省とNGOそして Phil Health の連携が大事になります。

そして私たちはまたミンダナオ島に2つ、ビサヤ島に1つ、このセンターをさらに開設いたしました。また私たちのミッションをスケールダウンすることができました。一番重要なのは、この中央で制作していたものを地域の製作所に移転したということです。そうすることによって資材が無駄になるということ、そして遅れるといったことを解決することができました。そしてまた製作するだけでなく修理も提供することが可能になったわけです。

そしてこの中で PhilHealth は Z MORPH プログラムをさらに拡大していております。つまり、それは上肢や下肢の義肢だけではなくて例えば脊椎装具や下肢装具を提供できるようになってきました。先ほど私たちのこのプログラムは 18 歳以上の人たちを対象といたしましたけれども、私たちのプログラムをもとにユニセフが今度は 18 歳以下の子供たちに向けてこうした同じようなプログラムを提供するようになりました。そしてそれが運動機脳障害のためのパッケージだけではなくて、聴覚障害、視覚障害、発達障害の子供たちに対してもこのリハビリテーションサービスが提供されるようになりました。

私たちは目標まで到達したと言えます。けれどもまだやはり多くの課題があります。

こちらが Walking Free の今後の 4 つの挑戦課題となります。まず 1 点目は Phil Health の会員登録数をもっとふやすということ、2 点目はコミュニティと地域やサービス提供者がこの Phil Health のことをもっと知ること、

さらにそれを利用することが大事になります。そしてまた保健・医療施設へのアクセスもまだ厳しい状況です。そして第 3 次ケアのレベルより 1 次レベルでのサービスをもっと見ていかなくてはならない。

そしてインクルージョンということを考えたときに、私たちのこの環境全体がアクセシブルではないと思っています。つまり教育とか労働の機会というものもまだ制限されております。

けれども、私たちはさらに前に進んでいたいと思っております。希望を失ってはいけな  
いと私たちはいつも言っております。四肢を失ったとしてもスピリットを失ったわけではないということを言っております。どうもありがとうございました。

## “セルフマネジメントプログラム”が 香港のリハビリテーションにもたらしたもの



**Peter King-Kong POON (ピーター・プーン)**  
香港リハビリテーション協会 副会長

### 〔略歴〕

- 1983年 香港理工大学 理学療法士資格取得
- 1998年 香港公開大学 保健医療経営 学士
- 2002年 イギリス・バーミンガム大学  
経営管理（公的支援）修士
- 1997年 香港リハビリテーション協会 上級理学療法士
- 2002年 慢性疾患のセルフマネジメントプログラム  
健康実行計画 実行委員長
- 2008年 香港リハビリテーション協会  
リハビリテーション部門長
- 2010年 香港理工大学リハビリテーション科学部  
准教授助手
- 2014年 現職

### 〔発表要旨〕

“リハビリテーション”は、障害者の最適な身体的、知覚的、知的、心理的、社会的機能水準の達成と保持、また障害者の自立と自己決定の達成を可能にしていく過程です（WHO）。一方、“セルフマネジメント”は、慢性疾患がある人々が、健康の保持・増進、病気の症状の把握、機能的あるいは精神的、または人間関係における不調のコントロール、治療計画の順守といった自己管理をすることです。

本発表では、香港リハビリテーション協会による慢性疾患がある人々に対する CBR（地域に根ざしたリハビリテーション）プログラムと“セルフマネジメント”の統合の過程をまとめています。2001年、香港で新しい概念として取り入れられたアメリカ式の慢性病患者セルフマネジメントプログラム（CDSMP）は、国内への啓発や国内事情への適合、法整備、ブラッシュアップを経て、最終的には、香港の現在の保健福祉の主流かつ特定疾患治療指針に欠かせないものになりました。このプログラムは、個々の健康状態、自己効力感、障害による社会的制限に対する影響が効果的であると証明されています。

## “セルフマネジメントプログラム”が 香港のリハビリテーションにもたらしたもの

ピーター・プーン

香港リハビリテーション協会 副会長

こんにちは。本日こちらに来ることができて非常にうれしく思っております。本日はお招きくださりまして感謝申し上げます。

リハビリテーションに関してということですが、今、WHOのDarrylの講演を聞き、いいコンセプトが数多く存在しているということを私自身も認識いたしました。私は過去20年間行ってまいりましたことと、セルフマネジメントプログラムが香港のリハビリテーションにもたらしたものであるということについて話をしたいと思います。

これはWHOの定義、コンセプトになっており、香港での活動の基盤になっております。これが多くの意味で私たちが将来リハビリテーションでなし得ることに関連しているのではないかと思うわけです。定義に関しては余り長々と話してもしょうがないのでこういうものがあるという紹介で終わりたいと思いますが、要は人々がリハビリテーションを受けるといことは、社会に復帰するためのものであるということ。そのときには身体的なことだけではなく、知的、心理的、社会的な機能水準を達成するということがかかわっているということです。

病院またはクリニックなどで、きちんとリハビリテーションが行われているかもしれませんが、けれども患者さんは、ある1日だけその病院やクリニックに行ってそれで終わりというのが、リハビリテーションではないのです。実際それだけであると患者はいつまでも患者のままである。そして入院患者は何か月、場合によっては何年間も病院にとどまるということになってしまうわけです。そういった意味で、1度や2度病院に来て終わりだというようなものではない、医療専門家も何が有効かわからなかったり、必要な資源が限られていたりします。セルフマネジメントのコンセプトはこのような状況の中で出てきたものです。そしてきちんとリハビリテーションというのが理解されていても、障害を持っていたとしても、それはただ単に医者に行ったり、PTやOTのところに行けばいいというだけの話ではないということです。

障害がある人とは人間です。人間として責任ある形で社会で自立し、そして自己決定が

できるような復帰というものを望みたいというのは当然なことです。そういう意味で自分自身がやることも数多く必要であります。だからセルフマネジメント、要は自分自身の管理をするかということが重要なわけです。ですから今回はセルフマネジメントという部分を強調した発表内容にしていきたいと思っています。

このセルフマネジメントというのは、自分自身が身体的、心理的、感情の管理をすることです。自分が家族の王様になって皆にですからこのような人としてそのコミュニティーに存在する上でのあらゆる側面を包含したものがセルフマネジメントになります。例えば自分に職場があればそこでの上司との関係もそうです、同僚との関係、こういったものも重要な役割を担うわけです。

リハビリテーションとセルフマネジメントの2つに共通するところというのは数多くあります。ただこの2つというのはやはり非常に密にかかわり合っているということです。リハビリテーションをする上でも、セルフマネジメントがないことには十分なりハビリテーションにつながりません。機能を取り戻す、例えば健康状態を取り戻す、また自分自身で意思決定をすることができる、参加することができて幸せ世あると感じる、そういったさまざまなことというのがリハビリテーションとセルフマネジメントの間には共通項として存在しているわけです。

そしてリハビリテーションをする際のさまざまなツールというものを考えた場合、その2つには共通性も多くあるわけです。もちろんその枠組みとしてのコンセプトはあります。ですが、それを実際の生活に落とし込んでいくということがセルフマネジメントリハビリテーションになってくるわけです。

こちらがWHOのDarrylが話した国際生活機能分類、ICFにおける図になっています。そしてセルフマネジメントというものを考えたとき、このICFの一部にセルフマネジメントを組み入れなければいけないと思うわけです。

私は香港リハビリテーション協会というところから参りました。60年前に設立されたものです。そして基本的には医療のモデルに基づいてつくられたわけです。そこから過去20年間にコミュニティーベースのモデルへ、そして社会的なモデルへという形に変わってきました。今後10年間は恐らく医学的モデルと社会的モデルが統合されていくのではないかと。社会的モデルの方が医学的モデルより重要であるとは言えません。患者さんが仕事をやめるということを経ずにリハビリテーションをできるということを希望するので、OTやPTは必要とされています。これは私が仕事をしているチームのメンバーです。どういふ

うなことをしているかということ、今の状態だけを見るのではなく、やはり未来を見通した形でさまざまなことをしようという考え方のもとに立っています。障害がある人たちは非常に強い人たちで、非常に能力も高い人たちも多いわけです。そういったところをうまく引き出せるようにしていくことが重要である。OT、PT、医師であろうと、ソーシャルワーカーであろうと、さまざまな形での介入をしていることによって、こういった人々が持っている能力というものを最大限引き出して、そして社会の一員で、彼ら自身がリハビリテーションプロセスの一部であり、我々のメンバーの一員であり、それが私たちがお手伝いをするベースにあると思っています。

香港以外でも中国本土でいろいろな活動を行っています。40年ぐらいにわたってCBRの活動をしています。例えば専門家の研修などを行ったり、またさらには地域に根差したリハビリテーションということで個人に対してサービス、お手伝いをするということもしております。もし皆さんご関心があれば、責任者のMonique是非もこの場にいるので、また後ほど質問いただければと思います。

次ですが、これがWHOの定義しているモデルになっています。これは枠組みですが非常に複雑です。障害がある人、慢性疾患がある人が良い健康状態になることを願います。この図の真ん中を見ていただきたいと思いますが、ここでは患者のみならず、医療のチームそしてコミュニティーの人々なども入ってくるわけです。

そして両側の○を見ていただきますと、右が医療系ケア、左がコミュニティーとなっています。政策であったりまたその労働の役割分担などがあることによって、病院は病院で、そしてコミュニティーはコミュニティーでということで独立していろいろな活動を行っていて、その間の連携がないというのが実情です。

患者さんが退院するとなったとします。そうなる和我々は患者さんがどのような状態になっているのかわからなくなります。これは医療の従事者がコミュニティーの状況を十分に理解していないということから起こり得るわけです。医療のケアを提供する側とコミュニティー側、この両方の間にはきちんとしたリンクがないことにはきちんとしたサービスを提供することができません。福祉なども考えていかなければいけないということをここでは申し上げたいわけです。政策があるからといって全てうまくいくかということそうではないということ、あくまでもこれは枠組みであるということです。

昨晚、講演者の皆でレストランで食事をした時に喫煙の話になりました。東京では公共の場での喫煙は禁止されていますよね。日本またアジアかの国もそうですけれども、そ

ういった喫煙に対してはいろいろな政策が導入されています。そして公共の場では余りたばこを吸わないようになってきたかもしれません。これはすばらしい戦略だと思うわけです。けれども、このような良い健康政策は、糖尿病、高血圧、脳卒中や他の非感染性疾患の予防に役立つのです。ですからもちろん政策はそれなりに重要であると思っています。ですが本人と医療従事者、政策、コミュニティー、そういったあらゆるところがつながらなければいけないというふうに思っております。そして次ですが、これはイギリスのモデルです。障害がある人や慢性疾患の人は全く同じレベルの保健・医療サービスを必要としているわけではないのです。70%の人たちというのは比較的安定した状態にいるということです。最低限のサポートがあれば大丈夫という人たちがかなり多い。そして自分で自分の面倒を見ることができるような人たちもあるわけです。ですから医師や看護師から適切な助言があればセルフマネジメントしていくことによって働いたり、自立した生活はできるというものです。セルフマネジメントを実践すると50%の保健・医療を節約できるのです。私が所属しております協会ですが、20年前からさまざまなプロジェクトを行っております。その一つがCRNという地域リハビリテーションネットワークです。現在6つのセンターを持っています。ソーシャルワーカー、PT、OT、看護師、その他の医療専門家がいます。そして学際的なアプローチをとっています。障害がある人や慢性疾患がある人が自ら力をつけることを支援するというものです。要はセルフマネジメントできる人たちになってもらうということです。

このCRNの活動というものは、まず個人のエンパワメント、そして次に集団としてのエンパワメントというものを実現しようとしているわけです。自分は障害があるのだ、疾患があるのだということを否定するのではなく、受け入れることが重要であるということです。自己受容というところから全てが始まるわけです。そこから今度は相互扶助という形で自己管理をしていく、セルフマネジメントしていくということになります。そして行政に対して声を出していくこと、そして最終的に政策や良い変化につながるということを示しています。そして社会に対してより多くの機会がこういった人たちにも提供されると思っています。

スライドの最後ですが、これは私たちのスローガンです。障害をある人が充実した人生を送ることができるように力をつける、これが私たちの組織のスローガンになっているのです。障害があっても満足した、充実した生活が送れるようにしましょうということです。先ほどはコンセプトをお示ししましたが、プログラムもいいものがあります。次はこ

れをどのようにして提供し、そして障害と向き合うかということを支援するというものです。そしてこの10年間はさまざまな人たちに対してトレーニングなども行っております。中国本土、マカオ、シンガポールでも行っています。

セルフマネジメントプログラムというのはもともとアメリカから来たわけです。スタンフォード大学が考えたもので、私もそこでトレーニングを受けました。そして何百といった多くの研究が行われました。セルフマネジメントがどういう影響を与えるかという研究です。

そうしますと、結果は非常に一貫していました。要はセルフマネジメントということを行っていくと、自分で自分自身の効果を高めることができる、そして自己評価した健康状態も改善していたということ、そして自分自身が強くなったと感じるという者たちもふえてきたわけです。

例えば糖尿病の患者を見ていくと、HbA1cの数値が大幅に下がるというのがセルフマネジメントのエビデンスになっています。そして運動などをするというのもそうですけれども、このように運動もよりしようという意欲につながったという人たちもふえてくるわけです。そして入院日数ですとか救急外来でくる数も減るといった効果が出ています。エビデンスがあるわけです。

香港は別のタイプのセルフマネジメントプログラムを行っていて、糖尿病、脳卒中、アルツハイマー、高血圧、パーキンソン病などに対してもあるわけです。やはり介入というのはそれぞれの疾患によって違ってまいります。けれども同じコンセプトのもとでさまざまな介入ができるということをここで示しています。要は多くの人たちにより習慣を身につけてもらいたいということです。そのためには知識だけではだめであって、技術、方法だけでもだめなわけです。やはり自分にはこれができるんだといったような、腑に落ちたという自信が必要になってくるわけです。それがいいことにはいい習慣化にはつながらないということです。

このセルフマネジメントのプログラムは当然知識や技術も重要です。ですがどうやって目標設定をするかということも重要です。これが例えば患者さんとしても重要になってくるわけです。リハビリテーションが終わって通院する患者さんについて、在宅、家に帰ることが目標ということでもいいわけです。そしてこういう仕事したいということでもいいわけです。そういった目標設定をまずするという、要は行動計画を立てていくということです。これは自分自身がやるべきことになってくるわけです。

このプログラムのいいところというのは、患者さんがリーダーとなってこういった計画をしていくということです。押しつけではなくて、医療専門職も患者さんと一緒になって進めるということです。そしてさまざまな形でいろいろな人たちがかかわってまいります。また組織もかかわることになります。

私たちはいろいろなリサーチなどにも協力しています。例えば糖尿病のプログラムに関するものです。こういったセルフマネジメントプログラムを導入したことによって非常に勇気づけられる結果が得られたのです。

ここは幾つか写真がありますが、この10年間行ってまいりましたさまざまな活動です。グループトレーニングも行ってまいりました。PowerPointなどを使って正式にやるわけではないのです。このように非常にカジュアルな環境の中で行うものが多いわけです。

またいろいろな地域に行ってこういったトレーニングを提供しています。この写真にはマカオの医療専門家のためのワークショップからの写真です。そしてこちらもマカオの写真です。リーダー研修です。香港でももちろん中国人の医師やこういったサービス提供者に対して行っています。

そして成都という中国の都市ですけれども、ここで大きな地震がありました。そういった災害にかかわる人たちに対しても研修なども行っています。例えばセラピスト研修などもその一つです。

また本土の政府などに対しても助言や研修などを行っております。そして中国国内のさまざまな省に対してCD SMPなどを実施しています。非常にシンプルなわかりやすい形で、ハイテクなどは一切使わずに、セルフマネジメントとは何かというトレーニングをするものです。この目的というのは医療制度とコミュニティーとの間の橋渡しをするということです。

そして最後は、まさにこのスライドで締めたいと思っています。セルフマネジメントというのは多くのこのパズルの失われた一つのかげらであるということです。ICFの考え方にも合っています。これをはめ込むことによって初めて全体像が形成されるということです。これによって初めてきちんとした人々のためになる実践につながるということです。

香港のリハビリテーション協会はまだまだ変化の途上であると思っています。WHOとの協力センターにも指定されています。そしてセルフマネジメントの認定研修パートナーにもなっています。

私の発表は以上となります。質問があればお受けいたしますけれども、後ほど質問があ

る場合にはEメールで送っていただければお返事したいと思います。

どうもありがとうございました。

## 中国におけるリハビリテーション施設の発展と 中国リハビリテーション研究センターの取り組み



**Limin Liao (リミン・リャオ)**

中国リハビリテーション研究センター 泌尿器科部長

〔略歴〕

- 1986年 中国人民解放軍第三軍医大学 医学士
- 1994年 中国人民解放軍総病院 医学修士
- 1998年 ドイツ アーヘン工科大学(RWTH) 医学博士
- 2002年 現職

〔発表要旨〕

中国にリハビリテーション医療が紹介されて以来、国、省、県、市、村に至るまで様々なレベルのリハビリテーション施設が作られてきました。しかし、中国においてリハビリテーションは比較的新しい概念で、施設を管理する政府の部局も統一されていません。水準の向上やモデル施設、経営面といった問題を克服するには多くの課題があります。中国のリハビリテーション施設は、リハビリテーションの需要の大きいものを中心に扱っており、大きく6種類に分けられます。現在、リハビリテーション施設の直面している強み、弱点、機会、脅威を内的・外的双方の要因により分析し、将来的の中国のリハビリテーション施設の発展のため、マクロ経済や施設経営の観点から提言します。

また、中国リハビリテーション研究センターは、国内初の総合的かつ国内の中核となるリハビリテーション施設として1988年10月28日に創設されました。当センターは、総合的なリハビリテーション医療の提供、体系的なリハビリテーション専門職の育成及びリハビリテーションにおける国際的な研究連携の構築において、中国のリハビリテーションの発展に多大なる貢献をしています。

## 中国におけるリハビリテーション施設の発展と 中国リハビリテーション研究センターの取り組み

リミン・リャオ

中国リハビリテーション研究センター 泌尿器科部長

こんにちは。ご招待いただきましてありがとうございます。飛松総長、それから国立障害者リハビリテーションセンターの多くの皆様方にお礼を申し上げたいと思います。私は泌尿器の医師であります。本日は中国におけるリハビリテーションの発展と中国リハビリテーション研究センターがどのような取り組みをしているかをご紹介しますと思います。

本日は3点をお話しします。国の背景について、戦略的分析、中国リハビリテーション研究センター（CRRC）がどのようにリハビリテーションの発展に貢献してきたかという内容です。

まず全体的な背景情報をお話ししたいと思います。現在中国では障害を持つ人の人口は8,500万人と言われております。それから高齢者の数は1億8,500万人であります。それから慢性疾患を持っていていろいろな治療やケアを必要とする人は2億7,000万人以上いると言われております。

政府の中にいろいろな部門がありますが、リハビリテーション関連の省庁はたくさんあります。中国障害者連合会（CDPF）、中国衛生部（MH）、これは保健省です。それから中国人的資源・社会保障部（MHRSS）、中国民政部（MCA）、中国教育部などです。こうしたいろいろな政府の省の中で特に一番大きな役割を果たしているのが衛生部、保健省ということになります。それから中国障害者連合会のもとにこの私が所属する中国リハビリテーション研究センターがあります。それが国立機関になります。それから省のレベルの機関が29、市のレベルで93の施設、それから県などさらに小さな自治体レベルで2,500カ所あります。

これがCDPFの傘下にあるところになります。それから保健省のほうにもたくさんリハビリテーション関係のいろいろな施設があります。総合病院が皆この統括下にあるというのがまずその理由ですけれども、まず全ての病院とか医療機関のリハビリテーション部門がこの傘下に入っております。それからまた労災の病院もあります。例えば広東労災リハビリテーションセンターというのが大変著名な機関としてあります。これは保健省

の傘下になります。それから民生部のもとにもリハビリテーション関係の組織、機関がありますし、それから教育部、すなわち文部省は特に特別支援教育関連のリハビリテーションのサービスをここで統括しております。それから民間にもいろいろなリハビリテーションの施設があります。質の高いサービスを行っているところも中にはあります。以上が現状の背景です。

それから戦略的な分析について次にお話をしたいと思います。現在いろいろと発展を遂げているというのが中国です。技術革新が始まり発展しまして、20年間でたちました。いろいろなリハビリテーション分野での進展も見られました。2015年時点で8,000カ所の施設がありました。それからさらに建設予定として1,500カ所あります。

それからサービスの3段階のネットワークができております、急性期、亜急性期、地域を拠点としたリハビリテーションのレベルです。それからリハビリテーションの制度として下に挙げたような組織になっております。まず総合病院のリハビリ部門、それから総合リハビリテーションセンター、特別専門リハビリテーションセンター、地域ベースのリハビリテーションセンター、それからコミュニティリハビリテーションセンター、家族によるリハビリテーションです。

それから、弱点として考えられる点についてですが、今、申し上げたようないろいろな進展はあるのですが、まだ課題はあります。やはり専門家が足りませんし、それからサービス体系がまだきちんと整っておりません。それから紹介システムがきちんとできていないし、いろいろな予算資源が全体的に足りないし、また偏りがあります。それから政府の規制制度、予算が足りないという面もあります。

ただチャンス、機会としてこういったところがあると思います。すなわち中央政府レベルでリハビリテーションの重要性を認識しているということです。それは経済、社会的に高度成長を遂げてきたということがあります。したがって社会においてリハビリテーションへの需要がどんどん高まっているのです。

中国政府が中心となりまして医療制度改革を行っているところです。その中でリハビリテーションへの注目度、それから力点も高まっています。それから課題といたしましては、ここに挙げましたが、経済的・社会的発展に伴ういろいろな健康の問題がふえている、それからリハビリに携わる人材が足りない、それから標準的な統一的な管理運営基準がない、それからいろいろな段階における医療機関の役割が明確でないという問題があります。

さて、私どものセンターの活動です。1988年に私たちのセンターが設立されました。

いろいろな国やいろいろな組織から支援を受けました。日本からも支援をいただきました。国立障害者リハビリセンターさんからも大変な支援をいただきました。私たちのセンターは中国初の最大規模のリハビリテーション施設として建設が始まりました。30年近く前にこのように機構が始まって建設が始まったわけです。

そこで、組織としてどういう構造になっているといたしますと、まず、北京博愛病院というものがあまして、ここはベッド数1,200床です。それから中国リハビリテーション医療研究所というものがあります。ここは基本的に基礎研究を行うところです。それから中国リハビリテーション工学研究所というものがあります。いろいろな工学上の課題への取り組みが行われております。それからリハビリテーション医療学校というものがあります。これは中国首都大学の一部門としてあります。それからソーシャルガイダンスセンターというものがあります。全国を対象としましていろいろなガイダンス、諮問とか指導とかをしているところです。30年前に建設工事が始まりまして、中国リハビリテーション研究センターは非常に包括的なセンターとして大きくなってまいりました。

私たちCRRCにはいろいろな任務があります。まず、最先端のリハビリテーション医療サービスを提供するということです。例えば障害者リハビリテーション、慢性疾患のリハビリテーション、高齢者への対応、それから包括的な医療ケアであります。

それから中国におけるリハビリテーションに係る人材育成という任務も担っております。そのためにいろいろな教育の提供も行っております。例えばそれは3つのレベルに分けられます。一番上が高等教育のレベル、高度な専門知識の提供、2番目はリハビリテーション治療の教育、それからOJT、在職者向けの研修教育であります。

高度な専門教育を行うに当たっては、各国からいろいろな支援を受けました。日本、香港、オーストラリア、ノルウェー、アメリカ、こういった国からいろいろな支援を受けています。

これは一つとても有名なプロジェクトです。皆さんもご存じでしょう。JICAと連携のものでありまして、長いこと日本政府からJICAを通じた支援をいただけてきました。第2段階です。それからこのOJT研修ということで、特に遠隔教育を始めました。大変革新的な人材育成の制度です。これに至ってはやはりJICAから支援をいただけています。

これで終わりたいと思いますけれども、教育制度の最後になりますが、まずアカデミックな学術的な教育も行っておりまして、その中には学部レベル、修士、博士、その後ポスト

ドクの段階というふうに分けております。これらは学術的な教育です。それからOJT、在職者向けの研修教育があります。特に遠隔教育の施設を使ったり、それから国際認定研修を行っております。

これは北京国際リハビリテーションフォーラムを初めて行ったときの写真です。恐らく多くの皆さんがご参加されたのではないのでしょうか。年次の会合です。ことしも北京で行います。このフォーラムですけれども、いろいろな組織、いろいろなリハビリテーション専門職の人がいろいろな国から集まって交流することができます。大変いい行事だと思っております。

私たちにとりましては国際協力が非常に重要で、例えば日本、ノルウェー、アメリカ、オーストラリア、香港、韓国などに行ってございまして、医療関係、教育分野、研究分野、情報分野、工学的分野、マネジメント、管理運営などの分野で国際協力が行われております。

発足してから30年たちましたけれども、リハビリテーション施設の建設、物理的な物をつくるというところは大体終わりました。それから人材育成、研究協力、国際的な医療活動、国際的な学术交流、こういうことを続けまして、中国におきましてリハビリテーションサービスの発展に大きく貢献してきております。

私たちの施設の全景です。最初にできたもので、すぐ近くに新しい施設をつくっております。ですから物理的にも施設という意味でも非常に私たちのCRRCCは大きくなってきてございまして、中国におけるリハビリテーションの発展に貢献してございます。皆様にもお礼を申し上げたいと思います。特に国立障害者リハビリテーションセンターにはこれまで30年にわたりまして多大なご協力をいただいたことにお礼を申し上げます。ありがとうございました。

韓国における障害とリハビリテーション  
ー健康に関連するリハビリテーションに重点を置いてー



**Boram Lee (ボラム・イ)**

韓国国立リハビリテーションセンター  
保健・リハビリテーション部門医療長

〔略歴〕

2001年～2006年 梨花女子大学校自然科学大学生物学専攻  
2006年～2010年 高麗大学校医科大学  
2010年～2015年 高麗大学病院 保健・リハビリテーション  
部門 研修医

2016年 現職

〔発表要旨〕

韓国ではここ数年、リハビリテーションサービスの拡大に向け非常に多くの取り組みがされてきました。特に、障害者の社会参加の推進のみならず生涯の健康維持についても触れられるなど、障害者に関する施策は大変充実したと思います。

これから韓国で急速に高齢化が進むにつれ、障害者のリハビリテーション及び健康管理に対する需要が増えていくでしょう。人口全体として高齢化が進みますので、障害者のうち65歳以上の人の割合も増えます。増加するニーズに対応するには、財政の見通しを立てることと同時に、慢性疾患に対する長期にわたる効果的なケアの手法を確立することが必要です。

## 韓国における障害とリハビリテーション —健康に関連するリハビリテーションに重点を置いて—

ボラム・イ

韓国国立リハビリテーションセンター 保健・リハビリテーション部門医療長

こんにちは。まずは、今回このようなすばらしい場で、発表の機会を与えてくださりありがとうございます。私はボラム・イと申します。韓国国立リハビリテーションセンターから参りました。私は医師として、今回健康に関連したリハビリテーションに関して、お話しさせていただきたいと思います。これは、近年大きな変化が生まれた分野でもございます。

まずは、簡単に韓国における障害についての概要をお話ししたいと思います。

こちらは、2014年全国障害者調査、そして2015年障害者白書から抜粋したデータとなります。まず、韓国における障害者人口ですけれども、2014年の全国障害者調査では270万人ほど出ております。障害がある人々の割合というのは、増えてきております。しかし、以前に較べていくらか増大は緩やかになっています。これは、外傷や交通事故が減ったことと、医学の進歩のお陰かと思えます。そしてまた障害がある人々の割合を見ますと、過去10年間でも大体1%ほど増えております。また、将来的にはもう少し増えていくのではないかと思われています。

障害がある人々の多くが、地域で暮らしておりまして、58%が男性となっています。そして43%が65歳以上という数字が出ています。つまり、超高齢社会ということです。そうした事実にも直面していかなければなりません。

さらに、障害がある人々の人口を詳細に見ていきたいと思えます。70歳代の方たちを見ますと、障害がある人々の割合は大体25%というふうになります。平均値と比べてみても非常に高くなっています。そして受障原因ですけれども、こちらは後天性の疾患というものが大きな原因となっております。そして障害種別を見ますと、身体障害というのは切断だったり、脊髄損傷、神経系障害だったりします。そしてまたこの脳損傷、視覚障害と続きます。

障害がある人々の生活を見ます。こちらは、日常生活動作の観点から見ますと、半数が要介助となっています。そして、そのうちの15%が介助の手が足りないということ

です。特に自閉症、脳損傷、知的障害がある人々が介助を必要としております。介助者のほとんどが家族です。

障害がある人々の社会経済的指標を見てみたいと思います。このように、平均収入、高等教育の卒業割合、就職率は、障害のある人の場合は、障害のない人より低く、半分位になっております。しかし、彼らのうち 75.3%が、障害のための追加費用が発生すると答えています。およそ平均で、16 万 4,000 ウォンとなっております。この追加費用の中には、医療費、交通費、介護費が含まれています。

障害のある人々の要望、ニーズですけれども、こちらも年とともに変わっていております。今でも、収入の確保に対するニーズが一番高いのですが、近年におきましては、医療保障のニーズも高まっております。これは、高齢化や慢性病の増加に起因しています。例えば、障害がある人々における高血圧症の割合は約 2 倍、糖尿病は約 3 倍になっています。これが障害者における大きな特徴といえます。

それでは、次に韓国における現在の状況を、リハビリテーションに焦点を当ててお話をしたいと思います。

まず、人的資源から見ていきます。これが現在の状況です。今現在、リハビリテーションの専門医というのは、1,609 名と言われております。そして、理学療法士がおよそ 3 万人ほど、作業療法士が 4,600 人、言語療法士やソーシャルワーカーなどがこのような数字になっています。人的資源は豊かです。

サービスの提供を見ますと、介護病院といった長期療養の病院で多くのサービスが提供されています。これが韓国における大きな特徴です。そしてこういったサービスの多くは、ソウルや京畿道で提供されています。京畿道はソウルのすぐそばにあります。だから幅広く提供されているというわけではなく、サービスが、ある特定の地域に集中しているといっている状況だと思いますし、それが問題にもなっております。

このサービスの提供ということに関してですけれども、公的医療リハビリテーションという観点から見ますと、全国で 6 つのエリアにおきまして、地方でのリハビリテーションセンターが存在しております。2019 年までには、あともう 1 エリア増える予定となっております。私たちは、将来的に、公的ヘルスケアリハビリテーションサービスの提供を、拡充させていきたいと考えています。これに沿って、地域のリハビリ施設に 18 の医療リハビリ施設を置きました。保健省は、よりよいサービス提供をめざし、リハビリ専門の病院として、認定病院を指定しています。その一つが、韓国国立リハビリテーションセンター

です。2011年以降は、10の病院が指定されています。

そして、よりよい品質のサービスを提供していくということが、大事になってきますので、そして、それに特化した病院というものを増やしていくことが、大事になります。そして、今こうした認可を受けている病院というのは10あります。

CBRは、韓国においても既に20年の歴史があります。最初始まったときはとても小さく始まりました。そして今年、2017年におきましては、全国のすべてのセンターでこのCBRプログラムを提供するということが、必須となりました。そして、254の地域健康センターに全てにおきまして、こうしたサービスが提供されております。これらは、National Health Promotion 基金によるもので、そしてまたどういったものが提供されているかというところ、健康増進、障害予防、リハビリテーション、家族支援プログラム、地域参加プログラムが提供されています。

こちらが、韓国において、患者が例えば事故とかに遭った場合、どのような順番をたどるかということの説明したものになります。まずは、外傷センター、または総合病院に送られます。そして、その後にリハビリテーションクリニックとか、認定リハビリテーション病院に送られます。その多くは、長期ケア施設といったところに送られていきます。彼らは1、2年そこに入院することになるかもしれません。中には、慢性疾患ケアの病院に行ったり、10の指定施設のうちのひとつや、地域の病院に行く人もいます。直接、そのまま帰る方も、いらっしゃいます。私たちは、こうした中で、ちゃんとした紹介システムというものが、あまりありませんので、効率的な紹介システムというものが、今後必要になってくるかと思えます。

次に、給付ですけれども、コストのほとんどは、国民健康保険によってカバーされております。けれども、障害がある人々の場合はこの医療保険の給付も受けております。これは、経済的な状況によって、低所得者に向けてのものとなっております。

そして、この国民健康保険ですけれども、こちらは、リハビリテーション療法に、年間およそ4億3,000万ドル給付されておりますし、補助具として、年間5,000万ドルというものが支払われております。長期ケアの保険もあります。これは、高齢者や障害がある人々に対する日本のモデルをまねたものとなります。そしてまた難治性疾患の人たち、そして人工内耳、こうしたことにも、この国民健康保険が給付されております。

次に、支援機器に関してですけれども、支援機器の支給というのは、1980年代に始まりました。これはベーシックなもの、例えば、義肢装具及び車椅子など、そういったものの

支給から始まりました。けれども、現在では家庭用品などを対象化しております。

そして、この支援機器に関してですけれども、そこには品質管理というものが重要だということになりました。そこで、リハビリテーションの支援機器の定義や、義肢の分類に関する規則が、作られました。その後は、標準、及び規格を定めた国際標準化機構の ISO9999 システムに則したりもしております。

問題としましては、基金がいくつもあるため、効率的な方法として、まさにふさわしい支援機器を、本当にそれを必要としている人に提供するという仕組みというものが、整っていなかったことです。そこで、私たちとしては、2009年に障害がある人々向けリハビリテーション補助具インフラ整備プロジェクトというものを導入しました。そして、2016年においては、障害者用補装具使用支援・促進法ができましたので、これにより、補装具の効率的な支給と、品質管理を強化することができるようになりました。

これは、この障害に関する法律と政策について、表したものになります。韓国において、どのように発展していったか、ということを表しています。障害とリハビリテーション。これは、本当に最近のものです。過去20年間のものとなります。現代のプランはやっと4つめのものです。まず、私たちは、障害がある人々の社会へのインクルージョンというものに焦点を当てました。そして、今では障害がある人々の権利に焦点を当てるようになりました。いくつかの大きな動き、法律の制定がありました。これは、介護保険法、差別禁止法、障害者の大きな助けとなる年金などにおいてもそうです。

ほかにもっと影響力があったのは、2011年に、障害がある人々に関しての法令が幾つかつくられたことです。今現在、この法律について大きな論点となっているのは、障害がある人々が医療サービスの支援を受ける権利の保障についてです。これは新しいもので、今年の年末に施行される予定となっております。私たちは、現在、より良いシステム構築のため、具体的な取り組みをしているところです。ですから、これは、新しい法律で、障害がある人々のための健康に関する最初の法律と言えます。こちらの目的というのが、障害がある人々に対する健康に関する権利の保障、ヘルスケアシステムの確立、及び医療へのアクセス保障のための支援についての事項を定めることとなっております。

障害のある人の健康問題全般を見ても、慢性疾患を患っている方の率が高くなっております。また、困難な状況にあり、健康状態も悪く、鬱状態を経験している方の割合も高くなっております。ですから、現在、何らかの健康管理が必要なのです。

障害のある人のヘルスケアにおける問題を見ても、そうしますと、初期段階での医

療リハビリテーションケアの効率の悪さが挙げられます。つまり不十分な慢性病対策と紹介システムの欠如、そうしたことがありますので、やはり効率的なケアマネジメントといったことが必要となってくると思います。

こちらが、保健医療管理提供システムの案ということになります。これは、今後将来的に築いていく予定となります。中央リハビリテーションセンターと、地方自治体のリハビリテーションセンターは、C B Rと連携している地域の健康支援センターの協力も得て、地域においてサービスを提供していきます。そうしたときに、例えば、重度の障害がある人々に対しては、専門リハビリテーション、主治医、健康診断、そうしたリハビリテーションサービスとも連携していくこととなります。また障害のある女性のために、例えば妊娠出産に対するサポート、そして定期的な健康診断やほかの健康管理システム、そうしたものも構築していく予定となっております。

この法令の中では、リハビリテーション支援とスポーツの必要性というものに触れられています。そのため、リハビリテーションセンターには、モデルとなり得るようなスポーツ施設があります。つまり、その人に合った運動プログラム、筋力向上と持久力を重視したプログラム、ゲーム性のあるプログラムといったものを提供しようとしています。現時点では、これらはとても成功しています。ですから、これを全国に広げていこうと思っています。

私の発表は以上となります。ご清聴をありがとうございました。またすぐ戻って来られることを祈っています。

## 横浜市における在宅リハビリテーション：今までの30年、これからの10年

### 高岡 徹

横浜市総合リハビリテーションセンター 副センター長

〔略歴〕

- 1987年 横浜市立大学医学部卒業
- 1989年 横浜市立大学医学部附属病院リハビリテーション科
- 1991年 神奈川県総合リハビリテーションセンター  
リハビリテーション科
- 2003年 横浜市立脳血管医療センターリハビリテーション科
- 2004年 横浜市障害者更生相談所所長
- 2014年 現職



〔発表要旨〕

【はじめに】

横浜市では、昭和 62 年の当センター設立以来、生活範囲が主として在宅に留まっている障害者に対して、生活の場を中心とした独自の在宅リハビリテーション・サービスを提供している。今回は、本サービスの紹介を行うとともに、現在までの利用者像の変遷などを振り返り、今後の課題を検討する。

【サービスの概要】

利用者・家族から在宅リハビリテーションの利用希望があった場合、日常的に対応している福祉保健センターや訪問看護ステーション、ケアマネジャー、医療機関などから当センターへ訪問依頼が寄せられる。日程調整などを行い、必要な職種を選定して依頼元の機関とともに訪問し、評価を実施した後、期間を限定してサービスを提供する。具体的な内容は、ADL 訓練・動作指導、機能維持訓練の指導、住環境整備（福祉用具導入や住宅改修）、社会参加支援などである。

【利用者の変遷】

在宅リハビリテーション・サービスの利用者数は漸増し、1999 年には年間約 1400 件の新規相談件数があった。しかし、2000 年の介護保険制度導入以降は減少傾向となり、年間 950 件台まで低下した。その後、障害者自立支援法の施行の 2006 年頃から再び増加に転じ、現在は年間 1200 ～1300 件程度で推移している。原因疾患は脳疾患や骨関節疾患の割合が低下し、神経筋疾患の割合が増加している。

【今後の課題】

国の保健福祉制度によって利用者の数や対象疾患が変化するのはやむを得ず、それらの変化に応じた対応を考えることが必要であった。比較的若い年齢層の利用者に対して、就労を含めた社会参加につながるような支援を心掛けることが重要である。神経筋疾患の症状の進行に合わせた適切なリハビリテーションの需要は今後も増加すると考える。

## 横浜市における在宅リハビリテーション :今までの30年、これからの10年

高岡 徹

横浜市総合リハビリテーションセンター 副センター長

横浜市総合リハビリテーションセンターの高岡です。どうぞよろしくお願いいたします。  
私は日本語で発表させていただきます。

これまで各国のリハビリテーションに関するすばらしいプレゼンテーションを聞かせていただき、とても刺激を受けております。また本日、このような発表の機会をいただきました国立障害者リハビリテーションセンターの飛松好子先生に感謝申し上げます。私は横浜という日本の一地方自治体における地域在宅リハビリテーションの取り組みを発表させていただきます。

横浜市はこの会場から電車で30分ほどの至近距離にある都市です。総人口は373万人で、日本では最も大きい市町村となります。65歳以上の方が総人口に占める割合は22.8%で、日本全体の高齢化率である26.7%と比べればまだ若い都市と言えます。身体障害のある方の数は統計上約10万人とされております。

初めに、日本におけるリハビリテーションを、代表的疾患である脳卒中を例にして解説したいと思います。まず発症後できる限り早期から、医療保険による入院リハビリテーションが実施されます。入院期間は個人差があり、回復期でのリハビリテーションを2カ月ないし3カ月、長期の患者は6カ月程度まで実施しています。発症から6カ月程度以降は慢性期として医療保険による通院または入院でのリハビリテーション、福祉制度による社会職業をリハビリテーションや在宅リハビリテーション、介護保険による通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションなどが行われます。我々の横浜市総合リハビリテーションは主に慢性期のこの部分、医療と福祉制度によるリハビリテーションを担当しています。

急性期、回復期、必要な患者はさらに私たちのセンターのような機関でのリハビリテーションを実施して、就労や日中活動などの社会参加につなげます。重要なことは、早期から一貫したリハビリテーションを提供することです。

横浜は近代的なビルが立ち並ぶ一方で、古い歴史のある建物や港がある都市です。本日

は、横浜市における在宅リハビリテーションシステムを紹介させていただいた後、過去 30 年間の変化と現状、今後の方向性を述べたいと思います。

横浜市では 1987 年の当センター設立以来、生活範囲が主として在宅にとどまっている障害者に対して、生活の場を中心に在宅リハビリテーションサービスを提供しています。当センターはことしでちょうど創立 30 周年を迎えます。このサービスは横浜市独自の事業であり、利用者の直接的な費用負担のない福祉サービスとして運営しています。

本事業にはスライドに示すようなソーシャルワーカー・保健師・理学療法士・作業療法士・エンジニアといった専任スタッフを配置しています。それ以外にも私のようなリハビリテーション医や建築士などが兼務で関与しています。

在宅リハビリテーションサービスの流れを示します。まず、利用者・家族から在宅リハビリテーションの希望があった場合に、日常的に対応している福祉保健センターや訪問看護ステーションあるいは医療機関などから当センターに訪問の依頼が寄せられます。

日程調整など行った後、必要な職種を選定して、依頼元の機関とともに訪問してサービスを提供しています。訪問では本人、家族、支援者からの希望や要望を徴収し、身体機能と精神機能の評価、自宅環境の評価などを行います。その上で、今回の目標と期間を設定してプログラムを立案し、実行します。

具体的には、1. 評価やリハビリテーション計画の立案、2. 機能訓練やADL訓練、介助者指導・支援、3. 福祉用具の相談・導入や住宅改修などの環境整備、4. 社会参加支援などのサービスを期間を限定して提供しています。

スライドは、環境整備の手段の一つとしてよく利用される段差解消機です。車椅子利用の方が楽に安全に外出できるようになりました。

左は階段昇降機、右は浴室に導入したリフトの例です。自宅での入浴時の家族の身体的な負担が軽減されました。

在宅では、利用者と家族に対して、医療機関や福祉保健センター、訪問看護などが日常的なサービスを行っています。我々はリハビリテーションの専門職として求められる対応や助言を地域機関の後方支援という立場で提供しています。

では次に設立以来 30 年間にどのような変化があったかについて見ていきます。

最もわかりやすい変化が在宅リハビリテーションサービスを受けた方の件数です。当センターが設立されてから訪問件数は増加をしていましたけれども、介護保険制度の導入以降減少傾向となりました。その後、時期的には障害者自立支援法の施行のころから再び増

加に転じていることがわかります。

もう一つの変化が対象疾患の変化です。左側の1999年度は脳卒中や脳外傷、脳炎、脳腫瘍などの疾患が43%と最も多かったです。次いで関節リウマチや変形性関節症などの骨関節疾患が17%でした。脊髄損傷や頸椎症性脊髄症などの脊髄疾患と神経筋疾患はそれぞれ10%でした。それが右側のほうの2015年度の統計では、脳疾患は減少し、そのかわりに神経筋疾患が34%と3倍以上に増加しています。また脳性麻痺などの小児疾患が18%と増加していることも注目されます。

利用者の年齢分布です。調査年度は先ほどのものと異なることをお許しください。平均年齢は60歳、中央値が65歳で、高齢者にやや偏っておりますが、年齢幅が広くて、若い利用者も多いことがわかります。

実際の支援内容です。屋内の移動、起居・移乗、排泄や入浴動作、いわゆるADLに関する支援が多いことがわかります。一方、外出支援やコミュニケーション機器に関する相談支援が最近増加している内容です。

タイトルでは今後の10年としましたけれども、実は10年にそれほど深い意味はございません。一地方都市としては国の医療福祉制度の変化に影響されることが多い分野なので、将来を見通すことはとても難しいと言わざるを得ません。したがって10年でも長いのではないかと思っています。しかし私自身の定年退職まで10年程度ありますので、それぐらいまでは責任を持って取り組もうと思って10年とさせていただきました。

先にお示ししたように、我々のサービスの利用者数はこの30年で増減を繰り返しています。その原因をまず考えたいと思います。

最初の増加は、第一に我々の在宅リハビリテーションサービスの認知度が向上したためと考えます。それに加えて、住環境整備に対する補助金の援助制度を横浜市として強化したことや、介護保険との相乗効果による住宅改修や介助・介護法の指導の要望が増加したことが考えられます。

次の時期の一転した利用者の減少にも介護保険が関係していると考えます。つまり、介護保険サービスの普及による社会資源の増加、簡易な改造や福祉用具レンタルが可能となったため、我々のサービスを受ける必要がなくなったということです。また民間事業者であるケアマネジャーが介護保険の範囲の中だけでケアプランを立案しているといったことも見られます。今回はお話ししませんでした。公的な福祉事務所の機能低下も明らかでした。

例えば、手すりの設置や段差の解消といった比較的専門性の低い簡易な住宅の改造や福祉用具レンタルといった定型的なサービスは民間事業者への技術移転が容易であったこと、そして利用しやすい仕組みになっているといった理由によって、介護保険サービスは急速に普及していきました。確かに私たちのサービスへの負の影響もありましたが、多くの高齢者や障害者にとっては好ましい変化だったという側面は確かにあると考えます。

このような民間主体でのサービスが充実すれば公的な立場でのリハビリテーションサービス提供は終了するというのが本来的には正しい方向だと考えます。一方、我々当事者の立場では仕事がなくなってしまうては困るという理由もあり、まだやるべきことはないかということを考えるわけです。そこで、民間サービスのレベル向上や、より専門的なサービスの提供、民間では手を出しにくいサービスの提供といったことを検討しました。

まず、1. 民間サービスの質の向上に関することです。今までは行っていなかった介護保険のケアマネジャーからの在宅リハビリテーションの依頼を直接受け付けるようにしました。介護保険のケアマネジャーにも門戸を開いて連携相手を拡大し、相談対応をするようにしたということです。2. より専門的なサービスを提供という点では、進行性疾患であるALSや筋ジストロフィーなどの神経筋疾患、高次脳機能障害、若年者や小児疾患といった対応が困難な疾患や障害を当センターが対象としていることを関係機関に対して改めてアピールしました。3. 民間では採算性の問題もあって手を出しにくいサービスである屋外移動の評価や訓練、障害者スポーツ、就労支援などにも力を入れています。

これらの結果として、対象者の変化と拡大、訪問件数の増加傾向という成果が得られています。今後しばらくはスライドに示すような方向性を継続したいと思っています。しかし既に就労支援については民間の事業所の参入が相次いでいる状況が出現しており、変化が速いと感じています。その時代時代で求められるものをいかに察知して提供できるかが課題となっています。

最後に、慢性期のリハビリテーションに期待される役割についてお話しし、まとめしたいと思います。

回復期のリハビリテーションでは、ADLの自立と自宅復帰が大きな目標となっています。また介護保険サービスは、生活環境を整え、安定した生活を送るための支援を継続することが主体となります。しかし、自立に向けて長期にわたる改善が期待できる患者や、就労などの社会参加につなげたい、特に若い障害者の方々では、回復期のリハビリテーションだけでは不十分あるいは介護保険では対応できないといった状況が出現する可能性が

あります。慢性期であっても必要とされる適切な時期にリハビリテーションを改めて提供することができる仕組みが必要です。

横浜は夜景もきれいな都市ですので、機会がございましたらぜひお出でいただきたいと思います。私の発表はこれで終わります。ご清聴をありがとうございました。

## 今日の日本社会と障害者のリハビリテーション



飛松 好子

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

〔略歴〕

1978年 東京大学医学部卒業  
1985年 国立障害者リハビリテーションセンター  
1998年 東北大学大学院  
2004年 広島大学大学院  
2008年 国立障害者リハビリテーションセンター  
2016年 現職

〔発表要旨〕

日本は人口の 27%以上が 65 歳以上の高齢者である超高齢社会である。障害者の年齢構成も高齢化し、身体障害者のおよそ 7 割が 65 歳以上である。一方少子化も進行し、就労人口は減少している。

保健医療面からは、健康寿命の延伸施策、地域包括ケアシステムによる高齢者のケアシステムの導入がなされた。

障害者に対しても高齢化する障害者の健康増進、健康寿命の延伸、職業リハビリテーションの充実が必要とされている。

急性期医療も高度化し、癌の慢性疾患化、高度救命救急センターの普及による多発重篤外傷の救命等が可能となり、それらの患者に対するリハビリテーション技術の開発も必要とされてきている。

講演では、現状の把握と、障害者リハビリテーション医療福祉が果たすべき役割について述べる。

## 今日の日本社会と障害者のリハビリテーション

飛松 好子

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

スライドは日本の人口の変化を示したものです。縦軸は人口の数でありまして、横軸は年代を示しています。2015年というものがターニングポイントでありました。その年以降日本の全体の人口は減っていきまして、同時に、労働人口、縦軸の赤い部分になりますが、それは減少していきます。また高齢者の割合、それは赤い点線で示されていますが、さらに増大してまいります。そして2060年には高齢者の割合は全体の40%近くとなり、すなわち2.5人に1人はお年寄りであるということになり、また4人に1人が75歳以上であるということが予想されています。

このスライドは高齢者でケアの必要な人々がふえているということを示しています。縦軸は人数であり、横軸は年代であります。日本においては介護保険制度というものがありまして、介護が必要であると認定された高齢者は介護サービスを受けることができます。そのグレードは7段階に分けられております。2001年に要介護と認定された人の数はおよそ300万人でありましたが、2012年においては5.5百万人というふうになっており、たったの11年間でその数はほぼ2倍となりました。

このような中において、政府は地域包括ケアシステムというモデルをつくりました。高齢者に対してであります、向かって右側であります、地域において高齢者は医療的健康増進そして介護サービスを受けることができ、その予算は医療保険、介護保険、そして福祉サービスによって裏打ちされています。

左側ですが、高齢者が病気になった場合には地域の急性期病院に入院し、そして治療後、リハビリテーションが必要になった者に関しては回復期病院と呼ばれる病院に移ってリハビリを受け、そしてその後再び地域に帰るということになっています。

今度は日本における障害者の話であります、およそ800万人の障害者がいると推計されていまして、およそ400万人が身体障害であり、知的障害者が75万人、そして精神障害者がおよそ3.2百万人というふうにいわれております。およそ人口の6%に障害があるといわれておりまして、そのうちの身体障害者に関しては、運動障害がおよそ半分を占め、また内部障害がおよそ4分の1を占めています。内部障害とは内部臓器に障害がある者で

ありまして、例えば膀胱直腸障害、腎不全、心臓の障害、呼吸器疾患等がそこに含まれます。スライドはその年代と身体障害者の数でありまして、この黄色い部分が運動障害であります。運動障害と内部障害が近年増えているということがわかります。

次のスライドは身体障害者の年齢の分布であります。2011年の統計であります。縦軸が数でありまして横軸が年代であります。およそ70%以上が65歳以上のいわゆる高齢者になっております。すなわち、身体障害者においても高齢化が進んでいるということになります。

このような方々に対するリハビリテーションですが、地域において比較的まれな障害、あるいは若い障害を負ったものに対しては、その後就労のための職業的リハビリテーションも見込まれるために、地域における包括的ケアではなく特別なリハビリテーションを受けるということが可能です。地域における、あるいは国立のリハビリテーションセンターや、リハビリテーションホスピタルに入院し、そしてそこで医学的なリハビリテーションそして職業的なリハビリテーションを受けることができます。そしてその障害の程度によって再び地域に帰り、そして職業を得るという者もいれば、障害の程度によっては療護施設に入るといった方もいます。

先に示したスライドのように、日本では就労人口が減っていくということにおいて、障害者の就労も非常に重要であります。これは障害者の就労の年代的な推移であります。縦軸が雇用されている障害者の数でありまして横軸が年代であります。雇用されている障害者の数は増加の傾向にあります。

どのような方が雇用されているかということですが、身体障害者のうちの20%が就労しております。その内訳は表に示すとおりであります。身体障害者のうちのおよそ7割が65歳上の高齢者であるということをかんがみると、就労年齢のおよそ3分の2は就労しているということになります。

次に、話は変わりますが、発達障害に関してであります。このスライドは、知的な障害がなく、しかし学習においてあるいは行動において著しい困難が認められるという教師が思った子供たちの割合でありまして、学校において6.5%の子供たちにそのような傾向があるということが最近の統計で明らかになっております。日本としてだんだん社会の成熟に従って、今まで余り焦点が当てられていなかった比較的軽い障害、あるいは障害と新たに認識され始めた、そういう障害に対して焦点が当てられつつあります。

例えばロービジョン、低視力者、高次脳機能障害者などはその例であります。また自閉

症スペクトラム障害、広汎性発達障害もまたその一つでありまして、早期発見と療育のために発達障害支援センターというものが地域にできまして、医療、福祉、教育、労働という省庁がネットワークをつくり、早く発見し、早くリハビリテーションを始めるというシステムがつくられつつあります。

国立障害者リハビリテーションセンターにおきましては、発達障害情報支援センターというものを置きまして、その機能としては、情報の収集と分析、その発信、それから啓発、調査研究といったことを行っております。

次に医療の発展が新しいリハビリテーションを必要としているということをお話ししたいと思います。

高度救命救急センターというものが各地につくられつつあります。このセンターでは普通の救命救急センター以上に非常に重度の救急疾患や、広範な火傷、熱傷、多発外傷、多発切断、あるいは急性の中毒といった人々の治療に当たります。このような人々で、以前においては救命することが難しいと考えられた人々が生き残ることによって、それらの人に対する新たなリハビリテーションというものが求められています。

また、悪性腫瘍においても同じことが言えます。過去においては悪性腫瘍は死が間近いと考えられていました。しかし現在では悪性腫瘍の治療は改善し、現在では悪性腫瘍は慢性疾患というふうにとらえることになってきております。スライドは悪性腫瘍の5年生存率を示したものでありまして、例えば胃がんに関しては77%、大腸がんに関しては78%、肺がんに関しては、一部ではありますが82.4%というように5年生存率は改善し、そしてその間その患者さんは社会において就労をし、生活を楽しむということができるようになってきておりまして、それを援助するがんリハビリテーションというものが発展してきております。

以上日本の今のリハビリテーションの状況をご報告いたしました。



## ディスカッション・質疑応答



●小出 皆様、お疲れさまです。これからディスカッションの時間を始めたいと思います。それで皆様もお聞きになってお疲れになる時間ではありますけれども、せっかく外国からこれだけの方に来ていただいておりますので、もう少しおつき合いいただければと思っております。

それで、このセッションにおきましては、最初各先生方から幾つか私で示したテーマでお話をいただいた後、会場にいる方々からのご質問に答える時間としたいと思います。せっかくの機会でございますので、できるだけ皆様の疑問あるいは知りたいことにお答えするような場になればと思っておりますので、皆様もこんなことを聞きたいということを考えておいていただければ幸いです。

それでは順にダリルさんから始めまして、コメントいただきたいと思いますが、コメントはこれまでの講演を総括する形で、主に3つのポイントから話していただければありがたいと思っております。すなわち、1つ目は高齢化にどのように立ち向かっていくのかということ、2つ目は支援機器をどのように普及させていくか、3つ目はほかの方の講演で特に興味深かった点、あるいはほかの方に対する質問、こういった3点について折りまぜながらコメントをいただければありがたいと思っております。

ただ、それぞれご専門も地域特性もありますので、この全てをカバーする必要もありません。私が示しましたこの3点のどれかに触れていただくという形で結構でございます。

それから前半の講演のときには非常にタイムキーパーの厳しい指導のもとで皆様には時間を厳格に守っていただきました。少し時間に余裕ができましたので、私は余り厳格なタイムキープはしませんので、3分～5分ぐらい、そのぐらいの見当でお話しいただければありがたいと思っております。

順番としては講演の順で、まずダリルさんからお願いしたいと思います。

●ダリル はい、ありがとうございます。それでは3分でお話をしたいと思います。

高齢化ということですが、これは非常に大きな質問です。高齢化に立ち向かう方法としては一つではありません。けれども、やはり私としては、リハビリテーションを予防としても見ていくべきだと思います。リハビリテーションというのは、全てに関して継続的なことだと思います。予防、実際にリハビリテーション、そういった中で提供していくことが大事です。つまり、リハビリテーションというのは、機能を改善させるということだと思います。機能が改善すれば、生活も改善されますから、リハビリテーションを予

防として考えることはできます。そしてまた、全体のプロセスとしましては、高齢になり退化していくというのはとても自然な流れです。そうした中、リハビリテーションで、それを遅らせるという意義があります。

そのために重要なのは、1つはガバナンスです。リハビリテーションというのは、この社会保障省とか、地域省とか、また保健省といったところで、それぞれ担当されております。どのようなメカニズムがあるとしても、リハビリテーションに対して提供するのであれば、このコーディネーションが必要です。それぞれの省庁との間でのコラボレーションというものが大事です。つまり、ガバナンスの強化、これが大事です。

そして、2点目としましては、やはり、私どもは、リハビリ専門職人口のギャップを埋めなければいけません。私たちの地域（西太平洋地域）において、リハビリテーションへのニーズというものは、非常に大きいです。全てのプレゼンを聞いていて、このサービスを提供するときには、人的資源を強化することが大事だと思いました。理学療法士とか、そうした専門家を強化する、ということだけではなく、ほかにも、例えば、ソーシャルワーカーたちが、自分が行っていることを理解して、さらに何ができるか、医師を含め、自分たちが何をできるかを考えることが大事です。

そしてまた、出費ということを考えなければいけません。多くは、ユーザーの人たちが自分たちで、自腹を切って払っています。やはり、そうした中で、とても高額な支援機器もありますので、やはり、全体的な制度をつくって、保険を提供する、給付金を提供する、そしてまた、それだけではなく、ユーザーレベルにおいても、どのようにカバーすることができるかを考えることが、大事だと思います。

次に、支援機器のことについてですけれども、支援機器は非常に重要なものです。これは、まさに薬が必要であるのと同じようなことです。ですから、政府としては、薬をどのように国民に提供しているか、というのと同じような形で、支援機器をどのように提供するかを考えるべきです。

私のこの眼鏡は、オーストラリアでは100ドルぐらいで買えます。それぐらい安く買えるわけです。けれども、例えば、私の足がうまく使えないというのであれば、車いすとか、何か移動するための手段が必要です。そういったことに関しましても、例えば、私が眼鏡を購入できるようなやり方で、車いすも、それぐらい簡単に、入手できるようにするべきだと思います。

そしてまた、地域ということを見た場合、太平洋諸国を見たときに、やはり、どのよう

に支援機器の価格を下げる可以降低か、ということが大事だと思います。もっと広域で考えて、例えば、多くの国でまとめて購入すれば、コストダウンできるかもしれません。また、こうした支援機器を提供できるような専門家を、どのように訓練していくかということも大事だと思います。

以上で次の方にマイクを渡したいと思います。

●小出 包括的なコメントをありがとうございました。それぞれ大事なポイントだと思います。

それでは続きまして、ブンドックさん、よろしくお願いします。

●ブンドック ありがとうございます。改めまして、皆様、こんにちは。

今、ダリルさんがおっしゃったことに加えまして、どのように高齢化を管理するか、ということを考えてみたいと思います。私たちは、家の環境、地域の環境というものを、全体的に考える必要があるかと思っています。私たちは、この家の中で、そして地域で、もっと機能的に、もっと自立することが可能だと思います。フィリピンにおいては、支援機器を使うより、介助者による支援が一般的です。この高齢者に対して、私たちはどのように支援できるか、そしてまた、その支援をする介助者に対してのケアをどのように提供するか、ということを考えていく必要があるかと思っています。

そして、この支援機器ということについてですけれども、私たちが、アクセスをどのように改善できるか、ということにしては、早期特定が挙げられると思います。つまり、支援機器を必要とする人は誰かというスクリーニングが、まず重要になります。そのスクリーニングをするためには、支援機器に対する意識が向上している、ということが大事です。支援機器がそこにあっても、アクセスされないということがあり得ます。多くの人が、それを知らないということが、あるわけです。それをどのように使うか、それ以上に、そういうものがあるということも知らないことが、あるわけです。あることを知らなければ、アクセスすることができませんし、利用されることも少なくなります。こうしたことを、改善することによって、支援機器へのアクセスも改善されると思います。ありがとうございます。

●小出 ありがとうございます。先ほどの講演とあわせまして、特に支援機器のことに

深くコメントいただきまして感謝しております。ありがとうございました。

それでは続きまして、ピーター、よろしくお願いいたします。

●ピーター 私自身も年をとっているわけです。あと数年たちましたら私も引退する予定です。高齢化ということを行ったときに、その価値というものを私たちは見落としているように思います。例えば仕事ができない、もう仕事しないから人に依存するようになるということ、それは違うと思います。年をとっていても活用されるべきだと思っています。私たちはもっと生産的だと思っています。いつ引退するかという話が出ているかと思えます。60歳なのか65歳なのか、それでは若過ぎると私は思います。ライフスパン全体を見ても、昔はもしかしたら70歳までが寿命だったかもしれませんが、今は90歳までになっているわけです。私たちはまずそうしたことも考慮すべきだと思います。

それについては香港でも議論がされています。例えば55歳の人既に引退するというのもありますが、55歳から75歳までをゴールデンエイジと呼んだりしています。中国だけでなく日本でもそうだと思いますけれども、金というのは非常に価値のあるものです。この55歳~75歳の人たちというのはとても生産的であり、そして価値があるというふうに考えています。ですからそのようにコンセプトを変えて、このグループの人が健康であり続けることができるかということ考えることが大事です。

つまり予防とかそれぞれの健康をどのように維持するか、どのようにサポートを提供するか。例えば脳卒中や糖尿病になったときとか健康の問題ができたときには十分な支援を提供するわけです。そうすることによって状況が悪化しないということ、それが大事なわけです。60歳のときに、医者から高血圧だから運動しなさいと言われて運動したら、55歳で仕事をしているときよりも健康になったりもするわけです。日本でも香港でも皆すごく仕事をします。だから私たちはより健康になれる、より生産的になることが可能なわけです。そうすることによって私たちはボランティアとして活躍したり、雇用されたり孫の世話をするといったことができると思います。私は特に高齢化を考えたときにはコンセプトということが非常に大事だと思います。最後の6カ月とか1年間のときはやはり高齢者に最もサポートが要る時期だと思います。私自身、保健関係の教授をしていた母が脳卒中になったときにどうしたらいいのか、地域でどんな資源があるのかということを知りませんでした。そこで新しいスタッフが来て、コーチしてくれたり、家族が自分の周りや地域で何が入手可能なのかということ、ガイダンスを提供することこれが非常に重要だと思

います。つまり地域への橋渡し、そして医療システムへの橋渡しです。

また、さまざまな支援機器についても話をしていきたいと思います。多くの人たちはそれを使いたくないというのです。例えば補聴器や歩行用杖等を使いたくないと。というのはこれは非常に強いスティグマというのが伴ってくるということからです。歩行用杖を使用しているということは歩けないというふうに思われてしまうということです。価値観を変えていかなくてははいけない。これが一つ目です。

またもう一つは、支援機器の評価をきちんとしていくことも必要なのではないのでしょうか。正しいものを入手するということです。お店にいったって気軽に買うようなことではうまく行きません。適合、評価、フォローアップが必要です。もっときちんとした形で使う場合の指導なども必要になるのではないかと。例えば足を切断してしまった場合には、いきなり今までの生活ができなくなるわけですから、突如義肢をつくるといってもそれがきちんと自分の足に合うものなのかどうか、評価とフォローアップをきちんとするということが重要だと思います。

●小出 また包括的なコメントをいただいて非常にありがたく思っております。特に冒頭のほうでお話がありました高齢者の定義の話、日本でも最近日本老年学会から、65歳から75歳を准高齢者としてはどうかというような提言があって、これ自体には賛否両論ございますけれども、やはりいろいろと時代の変化の中で新しい視点だと思います。その中で香港では55歳から75歳をゴールドエイジということで、オールドとゴールドをかけているんだと思いますけれども、非常にユニークな表現だと思いますので、いろいろなところで紹介させていただければと思います。どうもありがとうございました。

続きまして、リャオさん、よろしくお願ひします。

●リャオ どうもありがとうございます。高齢者の定義ということですが、私からは3つのコメントがあります。先ほどの発表者の方々がおっしゃるとおりだと思っております。

まず、一番重要なのは政府からの支援です。というのは、政府からの支援というのがそういういった高齢化の抱える問題というのを一番反映されるからです。例えば高齢者になって一つも病気がないということはないです。パーキンソン病や糖尿病を発症したりということがあるわけです。ですから政府から適切な政策、そして金銭的な支援というものがあれば、私たちのような専門家も、より詳細レベルでのそういういった高齢化プロセスというもの

をもっときちんと管理ができるようになるのではないかと考えています。

第二に、高齢化に関するマネジメントについて認識をもっと広めていくということも必要だと思います。それには二つの側面があります。まず教育の中での意識を広めるという活動です。例えば医師は病気を治療することしか知らない、糖尿病の患者が来た場合、その糖尿病を治すということはわかるわけです。けれどもその治療が終わってからはその患者さんはどうしたらいいのか、例えばリハビリはどうか、というところまでは見ていないわけです。でも糖尿病というのは慢性疾患です。

その一方で、脊髄損傷の患者さんの場合、リハビリテーションというのが非常に重要だということはわかるわけです。ただほかの慢性病の場合、例えば糖尿病、パーキンソン病等々、リハビリテーションと直結しにくい病気というのがあって、中国などではお医者さんもそういった患者さんはリハビリテーションが必要だということがわからないことが多いわけです。ですから私たちが、リハビリテーションの専門集団として、リハビリテーションがどういうものなのかというのを教えていく必要があるのではないかと。まず看護師や医師からそれを始める必要があると思っています。また一般の人たちの認識をもっと高めるといことです。一般公衆の人たちは要はセルフマネジメントがどういうものかというのをまだ十分わかっていないかもしれない。テレビや新聞もしくは何かしらの研修などをつくることによって、一般公衆の人に高齢者が抱えるそういった問題というのをもっと認識してもらうということに努めなければなりません。

第三に良い技術が必要です。事例ですけれども、泌尿器の問題というのは特に高齢者の中ではよくある問題です。中国では、3年ぐらい前は高齢化して失禁があったときに、特に解決すべき方法がわからないということがあったわけです。そういったときにはめったにお医者さんには行かないというような状況があったわけです。手術が必要だというときには来るわけですが、失禁といった問題だけではお医者さんには行かないというのが中国の状況だったわけです。けれども、今となってはそういった症状があったときに筋肉トレーニング、薬剤、ニューロモデュレーション治療等を行うことができます。病院に来るようになって、これが治るんだということがわかって、本人にとっても自信につながったということです。ですからこういうことをもっと意識として広めていくということが必要だと思います。

●小出 ありがとうございます。糖尿病や神経難病の予後、そういったリハビリテーシ

ョンはなかなか気づかれていないというようなこととか、尿失禁の問題などは、日本でも解決されつつありますけれどもやはり同様の問題意識が聞こえてくる問題ですし、またいろいろなプロフェッショナルとか一般公衆に対する啓発教育が必要だということ、これも日本でも現在同様の課題を持っていると思いましたので非常に参考になりました。どうもありがとうございました。

続きまして、イさん、よろしく申し上げます。

●イ まず、高齢化対策ということでございますが、これは簡単なことではない、というふうに思っています。私は、医師の立場で、その話をしたいと思っています。

身体活動をどうすれば維持できるか、ということではありますが、これは、できるだけ長く、自分たちで行動ができる方がいいわけで、そのためには、スポーツを行ったり、もしくは、日々の運動というのも、重要だと思います。こういった認識というのを、もっと一般の人たちに持ってもらおうということが、重要だと思います。

認知症の問題といったようなことを考えても、エクササイズをするのが重要だと思っています。運動するということ、要は、身体機能を使うと、実際に認知症が軽減されると証明されており、認知症予防にもつながるわけで、これは非常に重要だと思います。そういった意味で、ある程度の運動量を日々確保していくというのは、高齢になったときには重要だと思っています。また、その身体機能を維持するため、そして、認知機能を維持するためにも、筋肉を鍛えていくということも重要なのです。

2つ目の質問ですけれども、支援機器をいかに普及させるか、これは、非常に難しい課題だと思っています。というのは、いろいろな側面がかかわってくると思うからです。韓国のリハビリテーションセンターなどでは、これをどのようにしたらいいか、特に、アジアの文化として、韓国では、使わなくていいのであれば、支援機器などは使いたくないという考え方があるわけです。そういったものが、非常に難しい。したがって、教育も行っていくということは、重要だと思います。そういったものが必要なときには、どこに行ったらいいかというのもわからない、という人たちもまだまだ多いというのが、韓国の状況です。ですから、情報提供、そして教育という両方が必要だと思っています。

それから、やはり、政府がさらに政策をきちんと立てて、そしてお金も出すということです。そして、皆が、必要なサービスが受けられるようにする、ということです。支援機器は、非常に高価なものですから。我々は、CBRなども広めておりまして、例えば、支

支援機器の支給センターとCBRを、一箇所に統合するというのを、年末か来年ぐらいまでにやっていきたいと思っています。また、情報提供と教育活動も同時にやっていく。各地域にこのリハビリのセンターが確立されて、利用ガイダンスも行い、支援機器の利用が進むようにしていきたいと考えています。私からは以上です。

●小出 イさんも同様に貴重なコメントをありがとうございました。特に前半の高齢化ではエクササイズ等による身体機能の予防の重要性ということを強調されておりましたけれども、日本でも同じように予防対策、健康づくりということを強調されております。実際、ベースに人々にそういうことの必要性を理解してもらうことが大事ですので、やはり広い意味での啓発教育ということが大事なんだろうと感じました。

それから2点目の支援機器につきましても、いろいろと政府の役割の強調などのコメントいただきました。私ども日本の国立リハビリテーションセンターでも、厚生労働省とともに、日常生活支援機器をイノベーションしていくようなこと、あるいはそれぞれの供給について各地のインフォメーションを集めて情報交換していくこと、そういう機能を強めていくべきではないかという研究もしているところでございます。そういった意味でこちらをコメントの観点に入れていただいて非常に参考になりました。ありがとうございました。

それでは続きまして高岡先生、よろしく願いいたします。

●高岡 今、少しお話がありましたが、日本では健康寿命ということが注目されている言葉になっております。これは障害のある方にも十分当てはまることだと思っております。障害のある方の高齢化というのもやはり考えていかなければいけないところだと思っております。いかに障害のある方が長く活躍できるかということ、健常者と比べてより考えていかなくはないかと思っております。そのためには2次的な障害の予防、低下に対して改めてトレーニングが必要であればトレーニングをする、あるいは環境整備を適時行うことが一つは大事ではないかと考えています。

2つ目のアシスティブ・テクノロジーですが、確かにつけたくないという方は多いことは同様に思います。今私はトランスレーションマシンを耳につけておりますけれども、皆さんの目の前でつけているということは、いかにも英語ができないというのがバレているようなものなので、本当はこんなところにつけたくないなと思うのですが、このア

アシティブ・テクノロジーは重要だと考えております。

我々のセンターなどではアシティブ・テクノロジーの開発あるいは進歩に関与することを一つ重要な役割だと考えておりまして、それを先ほどお示したような地域リハビリテーションを通して地域に還元するということを積極的に行っていくシステムを一応つくっているつもりです。これからも支援機器ということに関しては積極的にかかわっていききたいと思っています。以上です。

●小出 高岡先生、日本の状況のご説明をありがとうございます。私がこれ以上日本の状況について説明するのは釈迦に説法で、英語に訳すのはちょっと難しいかもしれませんが、これ以上つけ加えることはありません。どうもありがとうございます。

続きまして飛松総長、よろしく申し上げます。

●飛松 はい。高齢化ということでありまして、昨年6月に日本の内閣は「日本1億総活躍プラン」を出しました。正式な英語名称は忘れましたが、私が勝手に訳しますと All one hundred million people should be active in Japan plan であります。その背景は、私が発表の中で申し上げたとおりであります。具体的な目標としては人口を維持する、すなわち人口を1億に維持し、そして出生率の向上を図り、そして健康寿命を延伸し、就労人口を増大しようというプランであります。要するに、就労人口に関して言えば、就労の年代以上に高齢者も健康寿命維持して働いてほしい、障害者、慢性疾患患者、がんの方、そういう人々も働こうというのがこの活躍という言葉に、アクティブという言葉に含まれているわけです。

この政府の出したプランに関して、障害者に対してはどうかということになりますと、障害者においても、先ほど高岡先生が述べたように、健康増進 (health promotion)、それから健康寿命の延伸 (healthy life expectancy elongation) ということが重要になりまして、国リハにおきましては2011年に健康増進センターをつくりまして、それを先取りする形でこれまで事業を進めてきました。しかしながらまだ不十分であり、いまだ啓発のレベルと実践を示してそれを情報発信するということに今はあります。それから障害者においても雇用率のアップということが大事でありまして、少しずつ雇用率は増加しているという状況にあります。

次にアシティブ・テクノロジーの話であります。今言ったような健康寿命の延伸や

雇用ということに関してもアシスティブ・テクノロジーの利用なしにはあり得ません。障害者が運動しようとしてもおいそれと運動することはできません。目が見えないとか体の一部しか動かないというようなことの中で、どうやったら運動し、体育ができるのかということはシステムと支援機器の助けが必要になります。また雇用においてもアシスティブ・テクノロジーによってその障害を補うことによって働ける、視覚障害があっても支援機器を使えばATを使いこなせるということが可能ですので、アシスティブ・テクノロジーのこれからの開発ということが重要になると思います。

次にそのアシスティブ・テクノロジーの支給ということですが、日本では支給制度は確立しております。介護保険それから自立支援法において支給あるいは借りることは可能であります。しかしながらその支給の適正化ということにおいて今問われておりました、例えば非常に高いものを支給するとなると、それは税金を使うわけですので、そのときにいかに必要な人に必要なものが支給されるかということを経済的な裏打ちをもって確立していくということが必要だと思っております。それから機器開発についても、開発しても使われないということがまた多々起こってくるわけでありまして、そのようなニーズとシーズのマッチングとか、価格の低価格化、それからローテクノロジーであっても有用なもの開発ということが今求められているのではないかと思います。

●小出 飛松総長には改めまして日本の状況、それから国リハの取り組みをご紹介いただきましてありがとうございます。

それでは冒頭に言いましたように、今日お集まりの皆様からの質問にお答えする時間としたいと思います。質問のほうは全体的な、包括的なことでもいいですし、あるいは個別のこと、あるいは個別の、今日いらっしゃっている方の国でどうなんですかといったものでも構いません。特に自由な立場からのご質問を歓迎したいと思いますのでよろしく願いいたします。質問がある方は手を挙げてください。それではどうぞ、お願いいたします。それで、最初に差し支えなければお名前と所属を教えてくださいたいと思います。

●中西 アジア・ディスアビリティ・インスティテートから参りました中西由起子と申します。アジアには興味があったものの、私は障害者の権利擁護運動にかかわっていたので実は今日の会議はつまらないかと危惧していました。しかし、冒頭のバレットさんのお話から社会モデルに基づいた展開でお話が聞けてとてもうれしく思いました。

それでお三方に質問があるんですが、まずバレットさんご自身がこのWHOの西太平洋地域を回られて社会モデルの考え方というのが、日本のような先進国ですとかなり教育が進んでいて、専門家の方でもこの話をしてわかってくださって、施策がかなり社会モデルに沿ったものにはなっているんですけども、西太平洋地域は途上国も多いと思いますので途上国だとどうなのかなということが1点です。

それから、香港のプーン氏がセルフマネジメントのお話をされていたのですが、写真等を拝見すると、専門家だけが参加しているのかなということで、いわゆるロールモデルとしての障害を持つ人たちの参加というのがそのセルフマネジメントの中であるのかどうかということが一つの質問です。

最後に、韓国のイさんの最初のご説明のときに、障害者の97%が地域に暮らしているという数字が出ましたが、日本でも身体障害者と言われている視覚障害とか聴覚障害の人に知的障害とか精神を加えると日本の率よりもかなり高いですが、この場合の障害というのは精神とか知的が入っているのか。以上お三方にご質問をさせていただきます。

●小出 どうもご質問をありがとうございます。それでは順に、ダリルさんからよろしくをお願いします。

●ダリル はい。中西さん、ありがとうございます。なるべく簡潔にお答えしたいと思います。

ピーターさんが、先ほど言ったことにも関わるとは思いますが、私は、社会モデルというものは、悪いものではないと思っておりますし、そして、それがいいとか悪いとかということではなく、社会モデルを、私たちがどう利用していくかだと思っています。と言いますのは、例えば、障害者権利条約を見たとき、それが、私たちを社会モデルに導こうとしているというのは、とても明白です。

私たちの提供するサービスを、最大限活用するには、そのことを理解しなければいけません。私たちは、この社会モデルということだけに縛られるのではなく、健康状態や障害だけに焦点に当てるのではなく、環境的バリアや障害者の社会参加ということについて考えなければいけません。

社会モデルは、他のモデル同様、特別な視点です。しかし、結局、参加や社会モデルを見る場合、健康問題は無視できません。私たちは、障害をどうケアするかという施設で働

いているので、個人に焦点を当てて、その人の健康状態に焦点を当てるということは、より簡単だと思います。しかし、私たちリハビリ専門職は、人々が、環境の中でどのような障壁に立ち向かっているか、ということを考える必要があります。

けれども、西太平洋地域においては、おっしゃるとおり、社会モデルの利用状況は全くそれぞれ変わります。例えば、社会モデルということを知っていても、それを実践に移していないという国もありますし、そして、また多くの国ではやはりこの障害というものは、健康状態のことをさすのだというふうに見なされているところがあります。

したがって、私たちは、まだ長い道のりがあると思います。保健施設、そして政府に、障害とはとても複雑なコンセプトであり、そして、単なる健康状態ということではない、ということ、理解してもらわなければいけません。

そして、中には、もう既に取組みを進めている国もあれば、まだこれから始めるというところもあります。

●小出 ピーターさんよろしくお願いします。

●ピーター はい。ではこの利用者の参加ということについてお話ししたいと思います。それがどのように使われているかということです。

セルフマネジメント全体の話ですが、20年前にスタンフォード大学で始まりました。それからピアで、仲間の間で行われるというものが提供されております。慢性疾患とか障害のある人たちがやはりそれをどのようにセルフマネジメントするかということをピアに、仲間に伝えるのに一番適していると思っています。そのようなピアのトレーニングパッケージもありますし、障害のある人たちもそうしたトレーニングを受けてそしてリーダーとなっている場合もあります。そしてまたそうしたときには、例えば看護師であったりセラピストだったり、そうしたヘルスケアの専門家も参加して当事者のパートナーとなってやっているとこの過去20年間の実績です。

私たちはピアリーダーといっていますが、心臓疾患や糖尿病などそれぞれ疾患のある人たちもトレーニングを受けて、そして今度はその者たちがリーダーとなってこのプログラムを自分たち独自で、もしくは他の人たちの手助けを受けて、パートナーとしながら提供していくことができると思います。実際にユーザーの方たちが積極的に参加しているということは多々あります。そしてまた香港におきましてはとても良いマネジメント

プログラムがあります。そのような中でフォローアップというものも大事になります。つまり、この組織の中で、ウォーキンググループとかスイミンググループといったものをつくることによって、その後もさまざまな運動等を継続して行われるようにと思っています。そして病院にいかなくてはならない場合、家族以外にも、これらの当事者リーダーが病院やクリニックに行って、サポートを続けることがあります。これがセルフマネジメントと自助をミックスしたもので、私たちはそうしたことにも取り組んでおります。

●小出 イさん、よろしくお願いします。

●イ この調査ですけれども、こちらは、登録されている障害者に対してのみ、行われたものというところがあり、低く見積もられているかと思います。例えば、知的障害や精神障害の方はほとんどが施設にいると思いますが、もしかすると、もれている人もいるかも知れません。なぜなら、登録されていない方もいるからです。知的障害に関しては、やはり意識というものがまだ低い、というところがあります。したがって、登録されていない知的障害の方が多い、ということがわかってきたので、この数値は低く見積もりすぎているということです。

●小出 よろしいでしょうか。それでは、ほかにご質問を、積極的にどうぞお願いします。

●見原 無所属の見原可奈子と申します。脳性まひの為、左半身、左手足に少し麻痺があります。また、ほとんど左目の視野がなく、右目の視力もないので、ぶつかってから、人に気づくので、心ない暴言をよく浴びせられます。まだ知名度は低いのですが、外部から分からないハンディを知らせる「ヘルプマーク」を、カバンに付けて外出しています。海外でも、「ヘルプマーク」のようなものがあるのか知りたいので、ご回答をよろしくお願いいたします。

●小出 いかがでしょうか。関連するお答えのある人、よろしくお願いします。

●ダリル ありがとうございます。非常にいいポイントを指摘していただいたと思います。やはり、これは、人々の障害に対する見方に関連しているのではないかと、思います。障

害者といった場合には、恐らく車いすであろう、目が見えないのだろう、と思いがちなんです。ですから、いいポイントを指摘していただきました。実際は、社会参加というのを促すということが重要で、障害というのは健康状態のことだ、という考え方を改めて、乗り越えてほしいのです。なぜなら、これは、単なる一つのイメージに過ぎないからです。いろいろな研究が行われています。いわゆる障害を持つ人たちのうち、大部分が、外から見えてわからない障害を持っている人たちだ、ということを示す調査結果があります。例えば知的障害もあれば、精神障害もある。しかし、一見して何も障害はないように見えるという人たちです。そういった方々というのは、実際は、非常に大きな数が存在していると思うわけです。

統計という観点では、障害を計測するとき、その統計の妥当性を評価するのは非常に難しいです。なぜなら、いろいろな専門用語を使ったり、いろいろな方法で、障害の度合いというのをはかったりするからです。その障害をどのように名づけるか、ということによっても印象が違うわけです。

特に、表立って障害だとわからない方々に関しては、やはり、多くの方々が、障害を持たない人と比べて、社会参加をする上で制約を感じているということが多いわけです。なぜなら、私たちは、健康状態というものを考えると、まず初めに、この人は、ほかの人とどこが違うのかということを探すからです。そして、本人のほうから、こういう理由によって参加しにくい状態です、と言ってもらわない限りは、外からはわからないということがあると思うのです。

●小出 彼女が持っていたように、目に見えない障害だけでも私にはありますという何か外の人にわかるようなシステムをお持ちの国、地域はないでしょうか。特にないようですね。よろしいでしょうか。

それではほかのご質問の方どうぞご遠慮なく。時間もまだ少しございますのでどうぞご遠慮なく言ってください。

●ピーター どなたも質問がないようですので、見た目にわからない障害について私の見解について述べさせていただきたいと思います。先ほどの質問に関連して、表立って障害がわからない方々に対してということですが、香港ではそういった人たちが何か自分は内部疾患を持っていますということを表明する方法というのは特にあるわけではないので、

私たちは注意を払わなくてはならないのです。

ただ、私たちが毎年行うキャンペーンがあるのです。香港の中心部で11月に行うのですが、バリアブレイカーといった名前でキャンペーンを行います。要は障壁をなくしましょうといったようなキャンペーンです。これは1日のイベントでして、午前中は、いろいろなグループを呼んでチーム分けをするんです。例えばIBMのグループだったり、金融機関から来たグループだったりということで、グループをつくるのです。あとは学生なども集めます。そして一つのグループは5人というふうにして、それぞれが違った障害を持つということを経験するのです。目が見えないとか、車いすに乗るとか、耳が聞こえないということも行います。そしてその状態で、公共交通機関に乗って買い物をしに行くとか、レストランに行って何か食べようとするということをして、障害を持っている人たちがどういうふうに感じているかということを経験してもらうというやり方をします。そして午後はまた集まって、感想をみんなで話し合います。これを体験するといかに障害を持った人たちが日々社会で大変な思いをしているかというのを理解することができるのです。そしてこれらの人々が推進者となっていきます。

ある医療コンサルタントがいて、彼に一つの場所から別の場所に行くときにどれぐらいかかりますか聞くと、30分あれば大丈夫だろうともともとっていたのです。その彼が車いすに乗らなければいけなくなって、30分で行けるだろうと思っていた地点が2時間かかったという経験があったのです。そしたら彼は、やはりこれは大変だ、車いすを使っている人たちは日々こういった大変な思いをしているのかと。いつもは来るが遅いとか言っているような人はこの体験をすると恐らくそういうことは言えなくなるだろうと言ったのです。

時間がかかるということで、障害を持っている人たちがお医者さんに行くだけでも大変なわけです。しかも香港というのは非常にせわしい町です。いろんな人たちが行き交う中を車いすで動かなければいけないというのは大変なはずなんです。ですから障害を持つ人たちの気持ちに立つことによって、より多くのことがわかるということが香港では行われています。

●小出 ピーターさん、興味深いお話をありがとうございました。ほかにご質問はいかがでしょうか。はい、どうぞ。

●中西 申しわけありません。中西由起子で、もう一つです。地域のリハビリテーションとか地域ケアのお話が特に香港とかフィリピンの先生方から先ほど出たんですが、私の場合はポリオでやはり呼吸がとても大変になったときに、まず初めに肺炎になってしまって、それから急に呼吸器をつけなければいけなくなりました。そのときに入院していて呼吸器をつけたその病院には在宅のための科がありまして、そこで私は地域に戻ったときの訪問看護とか訪問医療、訪問入浴、それから保健師さん、それから介助に入ってくれる人たち全員が、そこで会議をして、かなり体力もなく地域に戻ったのですが、地域の中でその生活をずっと支えてきてくれて、今は呼吸器は夜だけでいい生活をしています。そのような試みというのは、今、発表していただいた6カ国の先生の病院というかりハビリテーションセンターもしくは政府の中で、何か似たような取り組みでも構わないのですが、されているのでしょうか。

●小出 ありがとうございます。それではどなたかご紹介いただけますか。ではブンドックさん、お願いします。

●ブンドック 由起さん、ご質問どうもありがとうございました。私は、フィリピンから来ましたが、フィリピンでは、国立のリハビリテーションセンターが、あるわけではないです。ですから、今おっしゃったような状況は、例えば呼吸が大変だったということですが、私たちの場合には、まずはその3次ケアを行う、患者さんが行きやすい病院に、そういった患者さんが来ることになります。この3次ケアを行う病院では、リハビリテーションを提供しますし、呼吸器の方の初期治療も行います。また、投薬にともない、運動したり、いろいろな療法をしたりするわけです。それらの状況は、患者自身だけでなく介助者にも伝えられます。そして、他の医療的な問題がないという状況であれば、在宅に切りかえるということになるわけです。そうなった場合、家族に対しても、どのようなところを注意しなければいけないか、ということに対して教育をします。例えば、家でどういう運動をするのがいいのか、ということなどを教えます。そして、その場合には、私たちは、その地域の施設に行って、コミュニティーの中で、そういったサービスを提供する場所を紹介するというやり方をとっています。

●小出 ありがとうございます。よろしいでしょうか。それではほかにご質問は。

では私のほうから一つ質問をさせていただきたいと思います。

目に見えない障害という話が先ほど出ましたけれども、私どもの国リハでも自閉症を初めとした発達障害が大きな課題となっております。先ほど飛松総長のほうからのレクチャーでもありましたけれども、日本ではもともと障害であることは認識されていましてけれども、法律ができたのは10年前ということで、今、いろいろな取り組みを進めているところです。いわば新しい障害の概念の分野に属すると思います。

それで、やはり障害が見えないということ、それから関係する分野が医療だけではなくて、ソーシャルサービス、教育、あるいは地域活動、そういったものにまたがるということで、非常に関係者の間のコネクションが大事だということです。それで私どもはまだ必死に取り組んでいるところでお示しできるようなモデル、地域ごとには非常によく活動されているモデルもあるんですけども、我々もまだもがいている最中でございます。

そういった意味で、今までの話の中でやはり身体障害が中心の話がきょうは多かったと思いますが、こういう発達障害の問題について何かコメントいただけないでしょうか。ご指名で悪いんですが、リャオさん、中国の状況はいかがでしょうか。

●リャオ 発達障害ですか？

●小出 発達障害、例えば自閉症スペクトラム障害のようなケースです。

●リャオ 私自身は専門が泌尿器なものですから経験はございません。

●小出 こういうものはむちゃ振りといいますが、それではピーターさんよろしくお願ひいたします。

●ピーター 大変興味深いテーマだと思います。実は、私の妻も自閉症そして学習障害の人と働いた経験があるのです。新しい制度が、OTとSTを学校に配置しようという動きが進んでおります。自閉症とか学習障害を抱えている子供に、リハビリテーションに来なさい、あるいは評価のために来なさいというふうに言っていたんですけども、これはうまくいかないということで方向を変えようということになりました。子供に来てもらうのではなくてこちらから出ていく、学校へ行こうではないかと。普通学級、特別支援学級も

含めてです。2～3年前にこれを始めました。政府はこれの継続を決めています。こういうサポートをもっと拡大していこうということになりました。これはやはりコミュニティーにおけるリハビリの注視という流れと軌を一にしていると思います。大きなセンターでやるというだけではなく、やはりコミュニティーに専門家、自閉症専門のセラピストが出ていってサービスをしていこうという流れです。これが一つ、我々が香港でやっていることです。

●小出 ブンドックさんから。

●ブンドック まず、フィリピンでも、自閉症スペクトラム障害を見つけるというのが大変です。ですから、障害を持つ子どものパッケージが開発されたとき、私たちは、実際、自閉症スペクトラムのため、と呼べるようなリハビリプログラムを持ち合わせていませんでした。特に、パッケージでは、認知障害とか行動障害というところが対応の焦点となっています。

それから、新生児のスクリーニングプログラムというものを始めました。なるべく早く発見しようということです。予防接種を受けるときに、コミュニティーヘルスワーカーが、チェックリストでもって行動を見て、認知的な行動がこの子にはないだろうか、コミュニケーションに問題はないだろうかと見て、何か注意したほうがいいのではないかとというときに、レッドフラッグを立てます。

もし、問題がないとしても、学校やデイケアセンターに行った時、教師や職員もこのチェックリストを持っています。そして、なるべく早くスクリーニングをして見つけよう、ということです。

最初のスクリーニングでレッドフラッグが立って、そして専門医・小児科医などに紹介して、もっとより本格的な検査とか評価をして、自閉症スペクトラム障害が、それによって見つかるということがあります。一つのやり方として、うまく見つけて、適切に管理していくということに取り組んでいるところです。

●ピーター もう一言つけ加えます。私たちが始めているサービスですけれども、やはり普通学級でも学習障害や自閉症がある子どもが結構いることがあります。学校なども対応が難しくてよくわからない、それでいじめの対象になってしまうということがあります。

そこでそれに対応することを始めました。”ブロックの上の子ども達“というプログラムです。アメリカから習って、20年前ぐらいから始めたんですが、ボランティアのチームをつくって、コミュニティーに送り込むのです。人形劇を使って学習障害とはどういうことなのかということを知っていく。学習障害についてはこういう行動パターンが出る場合があります、自閉症の場合こういう行動が出る場合がありますということをみんなに知ってもらうということなんです。診断と治療だけではなく、社会の中にこういう障害があるということを住民、国民に知ってもらうということです。これがとても重要ではないかと思っています。

●小出 的確なコメントありがとうございます。全く私どもも同じようなつもりでいろいろなことをやっております。高岡先生、よろしくお願いします。

●高岡 日本においても、横浜でもやっていますし、他の都市でもやっていますが、乳幼児からの早期発見ということで、発達障害を早く見つけましょうということと、早期からの療育とっていますが、リハビリテーションをやろうというのが一つ柱になっております。また普通学級の学校に行っているお子さんの中にもいらっしゃるというお話がありましたが、横浜市でも我々のセンターから、教師の方に対するご指導ということも含めて、学校を回って少し対応をしていくということをやっています。

またさらに大きくなったときに就労支援という形でも、これは必ずしも私たちのセンターではないのですが、発達障害にかなり特化した就労支援をやっているというような場所があったりしているので、かなりそうした点では普及してきたのかなという気はします。

●小出 どうもありがとうございました。それでは飛松総長、お願いします。

●飛松 先ほどの発表の中では早期発見、早期療育ということ強調したのですが、それだけではなく、今高岡先生が言ったように、成人例での就労支援、それから見逃された青年期に達してしまった人々に対するリハビリテーションということも国リハでは取り組んでおりまして、乳幼児期の地域における早期発見、早期療育と、それからまだ十分ではない成人期における発達障害者に対する支援ということが日本としては行っているということと

ついでに、中国の名誉のために言いますが、昨年の12月に中国のリハビリテーションセンターに見学にいきまして、そのときに外来に発達障害外来、中国語で正確には何と云うか知らないのですが、それがありまして、そのユニットで日本と同じようにマンツーマンの心理的なアプローチが行われておりました。10年以上前につくられたということなので、中国においてもそのように取り組んでいるということをご報告します。どうもありがとうございました。

●小出 ほかにご質問はいかがでしょうか。それでは韓国の状況をイさん、お願いします。

●イ 発達障害というのは、メンタルヘルスケアに分類されます。ですので、例えば、自閉症とか発達障害の兆候が見えた場合は、精神科医に紹介するということがあります。そしてそこには、トレーニングのパッケージやプログラムがあります。私もそのプログラムのことについては、余りよくわからないのですが、そのように行われています。

そしてまた、国立の病院もあります。また、地域のセンターとか病院が連携をとってこのサービスを提供していると思います。ただ、職業支援とか就労支援ということについてはよくわかりませんが、メンタルヘルスケアの分野で担当していると思います。

●小出 それでは、どうぞ。

●中村 国立リハセンターで義肢装具士をしています中村と申します。情報アクセスの話について日本以外の4カ国の先生にお聞きしたいのですが、それぞれの国でいろいろな情報の伝達手段というのはかなり差があると思いますので、その事情を知りたいです。人々が病気やけがで障害を負ったときに、まず自分がどういう状態であるのかとか、将来どうなるのだろうかということが真っ先に不安に陥ると思うのです。それについてどう調べたいかというときに、日本ではインターネットの環境が大分整備されてきましたので自分で調べたりすることができます。それについてどうなのか。また、行政や志ある団体がいろいろな施策やアクションを起こしているときに、当事者にどうやってそういうことが知らせることができるのか、そういうこともとても重要な課題ではないかと思っています。インターネットはそのための強力な手段であるとは思いますが、逆にもろ刃の剣であって、例えば私どもは義足をつくったりしますが、ある患者さんは、「私の義足のリハの先生は

YouTube です」と言います。YouTube の絵を見て、それをまねて訓練をする、そんなふうに過剰な情報効果というのがあるのではないかと思って、そこら辺の事情についてどう考えてのか、ご意見を聞きしたいと思っています。

●小出 ありがとうございます。情報の問題も非常に今日的な課題だと思います。それではダリルさんお願いします。

●ダリル まさにそうだと思います。情報をどのように拡散させるかということは、非常に重要です。日本だけではなくて、アジアの多くの国において、インターネットというのは、よく利用され、使いやすく、信頼できるものです。けれども、この太平洋諸国を見ても、やはり状況は全然違います。そういうところだと、インターネットのアクセスに制限があります。ネットで、情報を拡散しようとするのは難しく、そこに課題が出てきます。

そして、またもう一つは、ネット上に、どのような情報があるのかということについて、これは良し悪しだと思います。といたしますのは、余りにも多くの情報があります。例えば、先ほどピーターさんも、セルフエンパワメントということ言っていました。

ソーシャルメディアとか、YouTube とかさまざまなメディアがあります。そこから、簡単にリハビリテーションに関しての情報を得られます。しかし、オープンなメディアだけに、間違った情報を、どのように止めるかということも難しくなります。

私たちが、何ができるかというのは、いかに、私たちの研究から私たちのコラボレーションから発信する情報を、よりアクセシブルにするかということそれが大事だと思います。悪い情報ではなくて、このように頼りになる情報があるということ、拡散することです。

●小出 では目が会いました。ピーターさん、お願いします。ブンドックさん。

●ブンドック それは本当に大事な点です。といたしますのは、やはり、患者が私たちのところに来て、そして補装具とか、そういったものの写真を持ってきて、こういったものが欲しい、と言ったりするわけです。でも、それは、実際にその人の活動レベルに沿うかという、そうではなかったりします。今、3Dプリンタというものも出てきて、補装具を作ることができます。これも非常に危険です。これが、誤った使われ方がされる可能性が

あるわけです。そうしたときに、では、この補装具をつくる専門家は要らないのではないか、誰でもつくれるではないか、と思われてしまうことは非常に危険です。したがって、情報は、正しい専門家から発信されるべきでありますし、そして、ちゃんとしたやり方で、拡散をすることが大事です。それによって、人々が補装具を手にしたとき適切な使い方ができると思います。

●ピーター 香港はこの点に関しては非常にひどい状況だともいえます。といいますのはいろんな情報がただで拡散されております。私たちはインターネットから、Web サイト、Web ページから離れようとしています。というのはコンピューターから離れて、どちらかというとアプリのほうを使ったりとか、コンピューターではなくてタブレットのほうに移動していたりもします。ですからいいアプリケーション、アプリをつくるということが大事ではないかと思えます。そのアプリを見ることによってもっと具体的になれると思えます。ですから香港ではそちらの方向に行っています。

私たちは今、てんかんについての新しいアプリをつくっています。てんかんのある人たちがそのアプリを得て、どうしたらいいかを知るわけです。そのアプリを私たちはセルフマネジメントでも活用するというを考えております。

何年か前のことですがけれども、私がイギリスに行ったとき、どのように情報を伝えるかについて学びました。健康に際する情報というものやはり専門家が発信すべきであるということが大事です。けれども患者にとって使われている言葉が難し過ぎるというようなこともありました。健康に関するリテラシーを高めるということが大事だと思います。

私どもは今インターネットから離れてアプリのほうに移り、そしてもっと適切な情報を出すことが大事です。あともう一つは、その人がちゃんと理解できるような言葉を発信するという、そしてこれをどのように読み取るか、そういったこともちゃんと考えて発信することも大事だと思います。

●リャオ 中国におきましては、そのような情報をどのように得るかについては2つプロセスがあります。一つはインターネットです。中国にはとても強力な Baidu という検索エンジンがありますので、そこに行って何かキーワードを入力すれば、いろいろな専門用語や知識を得ることができます。それから、モバイルからも獲得できます。中国におきましてはこのモバイルは非常に人気がありますし、よく使われております。そしてまた WeChat

というものも中国人の中でとてもよく使われております。さまざまな人たちと南であろうと、西であろうと、北であろうと、好きなところでチャットができるということです。ですから非常にモバイルというのはとても便利なわけです。ただ障害のある人たちはそういった知識を持っている方がまだ少なかったりもします。けれどもそのような高いテクノロジーというのは存在します。

●小出 それではせっかくですから韓国の状況は、イさん、いかがでしょうか。

●イ やはり、いい点、悪い点、両方あります。

いい点としては、インターネットというプラットフォームで一緒になれる、同じ仲間のグループとして、つながれるという点があります。ピアサポートグループのネットワークが、数多くあります。それは、非常に役立つものだと思います。しかし、同時に、WeWalkのような、ハイテクの情報も、そこで多く獲得します。ですから、WeWalkが営利的になれば、彼らもその情報に影響されます。

例えば、こういったものが売り出されるとか、そうした情報もやり取りされていますので、そうした情報を獲得したり、YouTube のビデオでも運動に関するいいものがあったりします。

けれども、悪い点としましては、やはり、誤ったソースから誤った情報を得てしまうということもあるわけです。時として、その情報を正すのは、非常に難しいのです。ですので、医師として、私は、患者にそうした教育もちゃんとしなければいけません。誤った情報を訂正する、ということもやっています。そうすることによって、私の仕事は倍になるというようなこともあります。しかし、これは大きな問題ではありません。ネットは、良い情報源であり、仲間が集まるプラットフォームとしてはいいと思います。

●小出 ありがとうございます。高岡先生、あるいはと飛松先生、追加のコメントがありましたらお願いします。なければ結構です。

●高岡 特にございませぬ。

●小出 それではそろそろ時間も参りましたので…。手が挙がりましたか。それではクエ

スチョンをどうぞ。

●トンプソン 今日はどうもありがとうございます。専門知識を共有していただいております。私は今OTを学んでいる学生として、WHOの地域事務局でダリルバレットさんに付いて勉強しております。バレット先生は、西太平洋地域、そしてアジアの国々を広くカバーしているのですが、講演者の方々に、例えば太平洋地域でこういうことをやっている、という経験があれば教えてくださいませんか。皆さんのプレゼンテーションの中で香港、韓国は良く取り組まれているとの事ですが、もし皆さんの団体が、太平洋地域などとともに関係する人材能力の養成などを行っている、ということがあれば教えていただきたいと思っております。リハビリテーションというのは、アジアでも国によって進み具合がまちまちだと思っておりますので、お願いします。

●小出 ピーターさんお願いします。

●ピーター 香港は非常に小さい地域です。ですから、小さなプロジェクトばかりなんです。ダリルさんと話をしている中で地域のネットワークの話がありまして、地域間でお互いにやっていることを共有し合ったりということをしている、という話でしたが、香港は、中国のプロジェクトなどを行っているところがあるわけですが、そこでは、トレーニングなどは行っております。これは特に本土向けということで20年、30年前から行っているという意味においては長い歴史があります。

あとは、セルフマネジメントというのがいかに重要か、というのをいろんなところで今話をしている最中です。中国本土にも参りました。スライドの中にもありましたけれども、そういったところで話をしたり、シンガポールにも行ってセルフマネジメントの重要性について話をしております。台湾にも行きました。またタイからのグループなどもおりまして、やはり言葉の問題があるということもあるので、簡単ではないです。私たちはオープンにいろいろなところでやっていこうと思っております。ですから、もしほかの地域などで、私たちが行っているようなことを知りたいということがあれば、良い経験もそうでない経験も共有していきたいと考えています。

●小出 私も補足をします。日本の厚生労働省で仕事をしたことがあるんですが、そのと

きにパシフィックの島嶼の国々を東京に集めて会議を行ったりとか、あるいは個別のリージョナルな協力をしたりしたこと、既にWPROの方々にご承知かと思いますが、そのような活動も日本で行っております。

それでは時間も来ましたので、非常に皆さん、活発にご質問を、あるいは講師の方々も丁寧にお答えいただきまして、実りある会議になったと思います。ここで今日ご講演いただいて、あとこのセッションの中でコメントをいただきました先生方に大きな拍手をお願いしたいと思います。

## 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

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加賜りまして、まことにありがとうございました。本日のセミナーの主題は、2011年にWHOが発表しましたWorld Report on Disabilityの普及を図るということでございました。ご承知のとおり、我が国は障害者権利条約を批准しておりますけれども、World Report on Disabilityの中でも権利条約の中でも障害の見方が変わってきた、いわゆる医学モデルから社会モデルへの転換が図られているわけでございます。

そうした中でリハビリテーションの役割というものも、従来のいわゆる身体機能に対する訓練だけではなくて、例えばアシスティブ・テクノロジーの導入を含めた環境への介入ということが求められるようになってまいりまして、非常に幅広い取り組みが求められるようになっております。本日の国際セミナーにおきましては、アジアの各国において、それぞれ歴史や文化が違う中で独自の取り組みをされているということがわかったかと思えます。

もう一つの課題といたしましては、我が国が直面している高齢化の問題でございます。我が国は高齢化率27%に達し、世界の歴史に前例のない超高齢社会に既に突入しているわけですが、高齢化という問題は我が国だけの問題ではなくて、アジアの国々、発展途上国も含めた国々の課題であるということはわかったかと思えます。その中で、我が国がこれからどういうふうに取り組んでいくかということが世界中から注目されているということで、我々はその責任を新たに自覚してところでございます。

国立障害者リハビリテーションセンターといたしましては、WHOのコラボレーティングセンターとして、この国際セミナーを来年も続けていくつもりでありますので、引き続き皆様には当センターの事業にご支援賜りますようお願い申し上げます。閉会の挨拶に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。