

国際セミナー報告書

リハビリテーションにおける 多職種連携と人材育成



2019年2月16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）

プログラム

日 時 2019 年 2 月 16 日（土）13：00～17：00

場 所 東京国際交流館プラザ平成 3 階 国際交流会議場

総合司会 伊沢 功次 国立障害者リハビリテーションセンター企画・情報部長

13:00 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

13:10～ 基調講演

西太平洋地域のリハビリテーション人材に関するWHOの支援

Darryl Barrett WHO西太平洋地域事務局テクニカルリード

14:00～ 発 表

1 フィジーにおけるリハビリテーション人材育成とサービス

Maria B. Waloki フィジー大学医学看護健康科学学科健康科学学校 学校長

2 マヒドン大学における義肢装具の国際教育と連携教育の取り組み

佐々木 一彦 マヒドン大学医学部義肢装具士学科講師

3 オーストラリアにおける多職種連携リハビリテーションと医療従事者の人材育成強化

Stephanie Short シドニー大学教授 医療システムにおけるリハビリテーション強化
に関する WHO 指定協力研究センター人材育成責任者

4 国際医療福祉大学における関連職種連携教育

城間 将江 国際医療福祉大学成田保健医療学部長

5 国立障害者リハビリテーションセンター学院における障害者支援のための人材育成

深津 玲子 国立障害者リハビリテーションセンター 学院長

（休 憩）

16:10～ 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 森 浩一 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



ダリル バレット氏



マリア B. ワロキ氏



佐々木 一彦氏



ステファニー ショート氏



城間 将江氏



深津 玲子氏



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 森 浩一

目 次

開会挨拶.....	1
西太平洋地域のリハビリテーション人材に関するWHOの支援.....	3
Darryl Barrett	
フィジーにおけるリハビリテーション人材育成とサービス.....	14
Maria B. Waloki	
マヒドン大学における義肢装具の国際教育と連携教育の取り組み.....	21
佐々木 一彦	
オーストラリアにおける多職種連携リハビリテーションと医療従事者の人材育成強化.....	27
Stephanie Short	
国際医療福祉大学における関連職種連携教育.....	34
城間 将江	
国立障害者リハビリテーションセンター学院における障害者支援のための人材育成.....	38
深津 玲子	
ディスカッション・質疑応答	43
閉会挨拶	59

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

どうも皆様ようこそおいでくださいました。

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の活動の1つとして、毎年国際セミナーを開催しております。ことは「リハビリテーションにおける人材育成と多職種連携」をテーマにして、WHO及び西太平洋地域のいくつかの国の専門家をお招きいたしまして、それぞれの国の現状についてご講演をいただきディスカッションを行う中で、多職種連携と人材育成について考えてみたいと思います。

WHOにおいては、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つ人たちのものであり、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。このようにリハビリテーションの対象は多様であり、また誰しも人生のどこかで必要となるものです。そしてその目的は生活機能の制限の克服であり、生活機能の再獲得です。そのためにはリハビリテーションは個人因子のみならず社会的因子もその介入の対象とせざるを得ません。そのためにも多職種による連携が必要となります。

本セミナーでは、アジア太平洋地域と日本において必要とされるリハビリテーションの人材育成がどのように行われているのか、各国からの報告と問題点の克服のためのどのような試みがなされているかを報告していただき、残された課題等について考えていきたいと思っております。

本年は、基調講演を Darryl Barrett WHO西太平洋地域事務局障害とリハビリテーションに関するテクニカルリードにお願いし、南太平洋にある島国のフィジー共和国から Maria B. Waloki 先生を、タイ王国首都バンコクにあるマヒドン大学で義肢装具士の育成に当たる佐々木一彦先生に、オーストラリアから Stephanie Short 先生を、日本の国際医療福祉大学の城間将江先生をお招きし、国立障害者リハビリテーションセンター学院長深津玲子を加えまして、それぞれのリハビリテーション分野の人材の育成における取り組みの

現状についてご報告をいただきます。

その後の講演ののちにディスカッションを行い、それらを含めて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期待しております。講師の先生方、どうかよろしくお願いします。

以上をもって開会の挨拶といたします。

西太平洋地域のリハビリテーション人材に関する WHO の支援



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と目の健康に関するテクニカルリード

〔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庁 (AusAID))
障害インクルージブ開発専門官

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〕

リハビリテーションとは、障害がある人々を含む全ての人々の保健医療戦略です。リハビリテーションは利用者とその家族に利益があり、医療を越えて社会・教育・労働などの分野へと拡大していくものです。リハビリテーションは入院期間を短縮し、再入院を減らし、コストの発生や死に至る可能性がある合併症を予防するなど、長期入院と合併症に伴う社会的および健康上のリスクを軽減する助けとなります。特に集中的かつ高度に専門化されたリハビリテーションを必要とする複雑な状況においては、短期的より長期的な対応が医療やその他の分野でのコスト削減を実現する可能性があります。しかしながら世界では、リハビリテーションを提供する医療人材が非常に限られており、リハビリテーションを必要としている人々や、その家族の生活に影響を与えています。

2018 年の西太平洋地域加盟国会議で承認された新しい「西太平洋地域におけるリハビリテーションフレームワーク」を通じて、WHO は医療従事者の人材育成強化をサポートしています。このフレームワークは各国のリハビリテーション人材育成状況の格差を理解する助けとなり、現在のニーズに取り組み、将来優先すべき課題への準備をする機会となります。

本講演では、「西太平洋地域におけるリハビリテーションフレームワーク」を概説し、西太平洋地域での具体的な取り組みについて紹介します。

西太平洋地域のリハビリテーション人材に関するWHOの支援

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と目の健康に関するテクニカルリード

おはようございます。日本語で覚えたのはこのぐらいですね。皆さんきょうはお越しくさいますしありがとうございます。そして本日は、国立障害者リハビリテーションセンターの皆様にお招きいただいたことを感謝します。

WHO西太平洋地域において、リハビリテーションの人材を開発していくこと、また人材を育成していくことは、ニーズが増加している現状に対応していくために必須のこととなっています。リハビリテーションの人材、この育成に関して考えるときに、WHOの観点からリハビリテーションとは何かということをまず理解したいと思います。

2017年にWHOは、この50年間で初めてリハビリテーションに関して世界的な会議を行いました。そこで私たちが採択しましたのが「リハビリテーション 2030 : Call for Action」です。会議では各国からの開発パートナーや研究者、リハビリテーションの利用者団体などが集まり、それぞれに分析したものを出し合って、今後15～20年の間に必要とされるものを明確にすることでリハビリテーションの改善を実現するための会議でした。

その会議では、10項目の課題が挙げられました。各国の開発パートナーや学会などの協力を得て達成させたい項目です。6番のところを見てください。「多職種連携リハビリテーションにおける人材育成」と書いてあります。そもそも人材への投資がなければ国々が今直面している健康医療の取り組みをすることができず、それは今後20～30年間続いてしまい、なかなか達成できないものになります。

この会議ではさらにWHOはリハビリテーションとは何かを明確にする必要がありました。多くの国では未だにリハビリテーションと障害が一緒に考えられているからです。

そしてWHOが定義するリハビリテーションとは、それぞれの健康状態で障害を軽減させ、最適な機能の状態にするための一連の介入である、としています。障害や疾患がある人の機能と個人にフォーカスするものです。

そして医療システムにおけるリハビリテーションの強化をどのように推進するか記したガイドラインを発行しました。医療システムにおいてはリハビリテーションが強固なものではないからです。そ

もそも医療システムに組み込ませなければ強化することもできません。リハビリテーションは主に医療の専門家によって提供されるので、医療システムにおけるリハビリテーションの強化が必要です。

また、リハビリテーションは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの一部と認識しています。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは必要とされる医療ケアを利用者に負担がかからないよう供給するために必要不可欠なものです。つまり医薬の供給や医療的な介入を費用の問題に関わらず実行することです。リハビリテーションは継続的な健康管理をするうえでとても重要なことです。例えばタバコを吸わない、過度な飲酒をしない、糖分を取りすぎないようにすることで、免疫力や、ワクチンの効果をあげることができ、手術や医療的な介入などの対応が必要となる状態への予防になるのです。次にリハビリテーションと緩和ケアですが、高齢または慢性疾患がある人がそれぞれに必要な医療的な介入をするために、リハビリテーションを継続的なケアとして強化することが重要です。それは医療システムの根幹に反映されます。

医療システムの強化についてお話をしていきたいと思います。私たちはこれまで長年にわたって、特に貧しい国において、この医療システムを立ち上げるお手伝いをしてきました。リハビリテーションは政策、リーダーシップ、財政など様々な分野が関係しています。特にリハビリテーションサービスの提供を強化することは、医療システムへの統合につながり、各国への働きかけとなるのです。

サービスの強化は、国それぞれの医療システムレベルに合わせて反映させるものです。いくつかの国ではコミュニティに重点を置いてリハビリテーションを行っていて、それをCBR（コミュニティ・ベースド・リハビリテーション）と呼んでいます。リハビリテーションはどのレベルの医療システムに反映しても、急性期から長期ケアまで、継続的なケアとして効果があります。どのような局面、段階でもリハビリテーションは有効なのです。

なぜこれが重要なのか。この西太平洋地域では医療システムにおいてリハビリテーションが重要であることの理解が足りない国があります。国によっては、保健省よりも社会省が提供しているリハビリテーションサービスが強固である国もあります。

そのような国がリハビリテーションを理解し、開発する助けとなる支援パッケージをWHOが開発しました。その4つのツールをここでご紹介したいと思います。1つ目は、その国のリハビリテーションの状況を分析するためのツールです。

2つ目はリハビリテーションの戦略的計画を開発するためのガイダンスです。各国のリハビリテーションの開発計画を見たいところですが、いろいろ上手くはいきません。リハビリテーションを開発するための戦略的な支援、が2つ目です。

そして3つ目のツールは指針の進行状況などを管理するモニタリングです。これはリハビリテーショ

ンに関する国際的なエビデンスが非常に限られていることと関係します。各国のリハビリテーションの状況を把握することができれば、我々はどのように医療システムを開発すべきかが見えてくるのです。

最後のツールは、必要とされるリハビリテーションによる介入での手助けです。リハビリテーションの介入パッケージとして私たちが重点を置いているのはこちらです。

基本的に私たちが行っているのは、例えば理学療法とか作業療法とかそのものを推奨しているというわけではなく、必要とされているリハビリテーションによる介入がどのようなものなのかにフォーカスしています。専門的な話ではなく、人々が必要とする健康状態を見ているのです。

オーストラリアの例ですが、リハビリテーションは専門分野でもその仕事他部門と重複する場合があります。作業療法や理学療法が分かりやすいのですが、臨床の環境によっては仕事が重複している場合があります。例えば作業療法士がハンドセラピーを行っている近所で理学療法士が同じハンドセラピーを行っている場合があります。何が言いたいかというと、専門職によってサービスが導き出されているということです。我々は何を必要とされているのか、それに対してどのようなリハビリテーションによる介入を提供する医療システムが可能なのか、後ほど詳しくお話しします。

WHOが開発したリハビリテーションによる介入パッケージによって、各国はどのようなレベルの医療システムで何を優先すべきかを理解することができるのです。

例えば、専門的な第三次医療機関での医療システムは、高度に専門化された多職種チームが最新の医療機器を使用するものです。私たちはそれぞれのレベルに必要なガイダンスを提供します。でも、それを郊外にある田舎のコミュニティ、地域で同じようなレベル再現できるかということそうではない。介入はそのコミュニティのレベルや背景を踏まえて行わなくてはならないのです。

WHOでは、医療システムのレベルを見極めて、サービスを提供しています。これは言語聴覚士によるセラピーや補装具などを提供することに注力しているのではなく、介入することを目的としているのです。

リハビリテーションにおいてどのような介入が必要とされているのか、その状況でどの分野の誰が何を提供するのがベストなのか、ということです。

それからもう1つWHOがサポートしているものがこちらです。WHOはGATE（グローバルコーポレーション・アシスティブ・テクノロジー）のイニシアチブに沿ってリハビリテーション人材の育成をサポートしています。GATEとは、必要としている人々に支援機器が提供できるようにするための取り組みでWHOが主導しています。

「障害に関する世界報告書」によると、車いす、眼鏡、松葉づえ、補聴器など、支援機器を必要とし

ている 10 人に 1 人しか利用ができていないという報告があります。WHO は医療システムに沿って支援機器を開発・強化できるように働きかけています。

その方法ですけれども、これはもともと 4 つのエリアからなっています。まずは政策の立案です。各国が理解していただきたいのは、彼らは松葉づえや車いすをチャリティー、寄付などに頼ることはできないということです。寄付は持続可能ではなく、また常にニーズに見合ったものであるとは限りません。WHO は、その調達の方法というものを模索しています。特に太平洋にある 6 つの国についてどのように支援機器が得られるかという研究を行っています。

人材についてですが、利用者がどのように支援機器を使うのかを理解している人が処方したり提供をする必要があります。そうしないと支援機器が目的に合わなかったり、それがまた怪我につながったりということがあるからです。また、メンテナンスができないということもあります。WHO では支援機器の提供は必要である、という知識的なことを含めたトレーニングを実施しています。

それから支援機器の提供へと進みます。私たちは主要な都市以外の場所への支援機器の提供について重要視しています。どのようにして大都市の郊外または地方都市で医療ケアを提供するかということです。オーストラリアのような国でもそれがまだ課題となっています。何とかして私たちはいい方法を模索しているところです。

またまとめといたしまして、この最初の 1 枚のスライドで内容を見ていきたいと思いますが、リハビリテーションとは健康戦略です。障害と一緒に考えるのではなく、日常の活動を可能にする身体機能のために行うものです。リハビリテーションは医療システムによって提供されることが重要であり、ベストです。そうすることで入院期間を短縮し、入退院や通院の繰り返しを減らします。もちろんリハビリテーションは、継続して提供されるべき医療サービスです。これはただ医療的な介入ということだけではなく利用者が社会の一員として復帰するために行われるものです。

ここまでは WHO が主導してきた世界的なリハビリテーションに関する活動をお話してきました。ここからは西太平洋地域についてお話ししていきたいと思います。

この西太平洋地域についてあまりご存じない方のためにですが、テリトリー、エリア、国、に分けると 34。そしてその 34 の中で 27 の独立した国家があります。我々は地域の担当者です。地域には日本やオーストラリア、ニュージーランドのような開発されている国もあります。また、カンボジアやソロモン諸島、フィジーなど、背景や医療の優先課題が異なる国もあります。この広い地域にある国々で、それぞれの状況に基づいたサポートをするようにしています。

なぜこれが重要なのかといいますと、世界の劇的な人口推移とそれに伴う健康問題があるからです。

まず高齢化社会が進んでいます。私たちの地域では以前から危惧されてきました。特に高所得の国、オーストラリアや日本、ニュージーランドでの問題だと言われてきました。しかし中所得の国、フィジーやカンボジアのような国では、近隣の高所得の国より早く高齢化が進んでいるということがあります。現状の医療システムでは今も今後も対応できません。ここはやはりリハビリテーションが検討されなければならない場面になります。しかしこういった地域においては、リハビリテーションの人材は軟弱なものです。そして高齢化が進んでいます。健康的に年を取るために各国でリハビリテーションへの取り組みを始めています。

それに加えて、太平洋地域においては、非感染性疾患の急激な増加が見られます。心疾患、糖尿病、呼吸器疾患、などの増加は、リハビリテーションの必要性が高まるということです。高齢化と非感染性疾患の増加というのは、つまり医療システムが向上してきているということに関係します。人は若くして死ぬことが減りました。それは非常にいいことです。ただ、人が長く生きていると、慢性疾患や機能障害などを経験します。医療システムが強化され、人が長く生きられるようになり、それに伴って健康への問題が出てきました。つまり、年齢に合ったリハビリテーションを利用して、健康管理できるような医療システムを構築していかなければいけません。

これは考えたときに非常に大きな課題です。というのは、WHOが活動を始めた 1948 年は死亡と伝染病をなくすために活動していたことを考えると、とても大きな挑戦です。WHOは今も結核やポリオを撲滅するために動いており、うまくいっています。しかし高齢化や非感染性疾患への挑戦に尽力しなければいけません。なぜなら、これらの事が問題視されてこなかったからです。WHOは 50 年経って、リハビリテーションの会議で話し合いを行うこととなったのです。

私たちはリハビリテーションを医療システムに統合する重要性を各国に訴えてきました。これが非常に重要です。というのは、我々が今わかっているのは現状で医療人材が不足しているということです。これは全ての国が直面している課題です。2030 年までにこれはより悪化すると予測されています。世界中で医療人材不足というのは、特に顕著になっていくと考えられています。リハビリテーションに関してはさらに人材が不足します。にもかかわらず、西太平洋地域では高齢化と非感染性疾患の増加により、リハビリテーションの要望が拡大します。

世界的な状況を見ていきたいと思います。義肢装具士はどの国でも不足しています。我々の地域でもそんなに大きな違いはありません。義肢装具士などの専門家不足ということが顕著に見られます。

皆さんにお見せしたいスライドがございます。作業療法士の割合それから理学療法士の割合ですが、ほかの地域に比べて西太平洋地域は、作業療法士が豊富ですが推奨される供給状況には至っていません。理学療法士も似たような状況です。西太平洋地域のほとんどの国に理学療法士はいます。これは

とても良いことですが、これらの国にそれ以外のリハビリテーション専門家は必ずしもいるというわけではありません。少し考えてみましょう。

トンガが1つの例になります。新卒者やオンライン求人などで状況は変わろうとしています、去年までトンガには理学療法士が2人しかいませんでした。トンガという1つの国で2人しか理学療法士がいなかったんですね。そしてサッカーのシーズンになると、ナショナルチームに1人理学療法士が同行したので、50%の人材がいなくなってしまったということです。病院の看護師、医師が半分になるという状況は容認できません。太平洋地域では特にリハビリテーションの専門家不足が深刻化しています。以前、太平洋にリハビリテーション医師が1人だけ、フィジーにいました。他の国でも、数える程度のリハビリテーション医師しかいませんでした。1つ例外がありまして、それがモンゴルです。モンゴルだけはリハビリテーション専門家よりリハビリテーション医師のほうが多いのです。

そして医療システムにおける医師の役割ですが、医師というのはいつも主導権を握ります。病院でも、保健省でも、政策を決めるときでも。ですから、大切なのはリハビリテーションとは何かということを理解している医師です。しかし多くの医療専門家は、リハビリテーションとは何かという理解がありません。私たちはリハビリテーションの効果を社会に認知してもらえよう、教育をするという役割もあるのです。

西太平洋地域におけるリハビリテーション人材の状況、2015年の調査結果のデータがこちらです。27カ国を対象に調査を行いました。そのうち24カ国から回答がありました。この中でリハビリテーション人材についての質問もしています。幾つか重要なポイントをご紹介しますと思います。

西太平洋地域のほとんどの国でリハビリテーション人材には限りがあり、特に中所得の国では深刻です。シンガポール、オーストラリア、日本など高所得の国では、リハビリテーション人材が豊富です。しかしこれらの国でもいまだに人材が不足しているエリアがあります。オーストラリアの郊外、田舎では人材確保の取り組みが必要です。

ご存知のとおり、リハビリテーション人材の問題は人員数だけではありません。発展することを考えるとそれに対する定員が問題になります。例えばトンガで、理学療法士が2人しかいなかったときがあるということを言いました。結局人材が限られてしまいますと、そこからの発展は望めず悪循環となります。

またアンケート調査で分かったことですが、リハビリテーションとは何かという知識がもっと必要です。私たちは医療システムにおいてもっとリハビリテーション人材に注目してもらえように働きかけなければいけません。保健省がすべきこととして考えられる項目に、必ずしもリハビリテーションが含まれているとは限りません。

内戦や地雷の被害を被った経験があるカンボジアでは、リハビリテーションは社会省により提供されてきました。しかしカンボジアは医療ケアは今後 20 年、地雷の被害者よりも高齢に関連した疾患や非感染性疾患、怪我などの健康問題が課題となってくるでしょう。人材はそれを見据えた体制にする必要があります。

各国からすべてのリハビリテーション分野において、難題や人材不足がありました。そしてそのような国は私たちに共有できるようなデータを持っていません。いくつかの国はリハビリテーションの専門家が国内にどれだけいるのか把握していません。国によっては例えば卒業生の数はわかるがその後、リハビリテーションの専門家として仕事をしている人数を把握していないケースもありました。つまり、リハビリを学んだ人たちでも、じゃあ卒業するとリハビリテーションの専門家としての仕事ができるかという、なかなか簡単には見つからないという状況なのです。

こちらは国別の理学療法士の人数比較です。西太平洋地域の国々で 1 万人に対する理学療法士の数を示したスライドをお見せしています。このスライドの情報はウェブサイトで見ることができます。

(WHO/Rehabilitation and Disability in the Western Pacific page29,30) ニュージーランド、オーストラリア、韓国などのように理学療法士の割合が高い国は多少減っても大丈夫です。これが太平洋でのリハビリテーション専門家で見てみると、モンゴルでは例外的に理学療法士よりもリハビリテーション医師のほうが数が多いという結果が出ています。専門家の配分に問題があります。

リハビリテーション人材をふやすために何をしているのかということも各国に聞きました。政府による雇用の拡大や奨学金制度の導入などいろいろな答えが出てきていました。すべての国に共通する課題は、リハビリテーションが医療人材育成政策に含まれていないことがあります。高所得の国ではリハビリテーションは医療人材育成の政策に含まれています。しかし中所得の国々ではめったに含まれることはなく、リハビリテーションが医療政策に含まれない原因にもなります。結果、雇用が生まれなければ予算の割り当てもなく、この状況に気づくこともありません。

それからもう 1 つおもしろかったのが、こちらです。リハビリテーションというのが専門職として魅力がある、興味深い仕事だというふうになかなか見られていなかったということがあります。新卒者やリハビリテーションの専門家が仕事において経験してきた思いです。最後の数分で WHO が今後何に焦点を絞っていこうかということをお話ししたいと思います。私たちの仕事は多く、これは 2030 年を 1 つのめどとして考えているんですけれども、持続可能な開発目標、SDGs に焦点を絞っており、具体的なターゲットについて目標達成をサポートしています。ターゲットのひとつが医療人材に関する支援であり、我々は大きな挑戦であることは理解しています。また、冒頭にお話ししました A Call for Action ですが、これも多職種連携リハビリテーションに関する提案・成果を示したもので

す。

こちらのスライドには2つのドキュメントがあります。医療人材育成に関するチャレンジや提案、不可欠な要素などを示したものです。1 つここで申し上げている鍵となるのは、能力、コンピテンシーです。つまりこのコンピテンシーというのは、我々が特定のサービスを提供しようとするときの能力ということになります。そこを見ればリハビリテーションがどのように前進し、開発されているのかを測ることができます。

WHOは2年ほど前から新たに取り組んでいることがあります。ステファニー教授の生徒さんもWHO本部でリハビリテーションにおける能力に関するフレームワークの開発に取り組んでいます。

通訳の方、専門用語が多くてすみません。WHOが伝えたいことは、例えば理学療法とか言語療法とか専門的なお話ではありません。お話したいことは、リハビリテーションによる介入を提供するために優秀で熟練した医療人材になるには何が必要か、ということです。これはリハビリテーションの専門家ということでもないんです。医療従事者がリハビリテーションの介入をできるように能力や技量を確立するということです。

以前は専門性が重視されていました。しかし、今はどのようなタイプの介入をするのかということに焦点を当てています。身体機能でも認知機能についてもバランスをとって取り組むことが必要です。

たとえ我々がほかのことに集中していても介入は必要とされています。コンピテンシー、能力について注力することで各国は今後求める姿に近づくことができるのです。なぜならコンピテンシー、能力は部門問わず、すべてのサービスに関わることからです。

いろいろな専門職などもこれまでお話をしましたけれども、1カ所の病院に行って、そこでは理学療法士がハンドセラピーをやったり、また別の町に行ってみると作業療法士がハンドセラピーをやっていたりします。しかし、特定のサービスということでは、同じようなコンピテンシー、能力を要することになります。リハビリテーションを提供するために必要な能力です。そして世界的なレベルではどうなっているのでしょうか。

リハビリテーションにおける能力に関するフレームワークを見てみましょう。世界は広いです。リハビリテーションによる介入をするとき、その国で必要とされているスキルをこのフレームワークで理解することができます。最終的にはそれぞれの国々に落とし込まれるということになります。例えばフィジーやカンボジアのような国は、特定の問題や、優先課題があります。そこで今いる人材を能力的に適応させることができます。プロジェクトのための人材ということです。進行中の優先課題です。

我々はリハビリテーションにおけるコンピテンシー、能力に関するフレームワークをスタートさせて

います。2020 年には完了させるつもりです。

2020 年までにフレームワークが完了するということは、医療人材が必要とされるスキルを身につけ、リハビリテーションを提供できるようになるということです。作業療法士や義肢装具士のスキルとして何が必要かという話をしているのではありません。リハビリテーションの介入をするために必要なスキルについてお話をしています。

ちょっと今何枚かスライドを飛ばしまして、1つ最後に申し上げたい重要なポイントといたしましては、昨年10月マニラで年次WHO地域ミーティングを行いました。そのミーティングは毎年行われていまして、各国の保健省がマニラに集まり健康に関する問題の優先順位について話し合います。

そこで、リハビリテーションにおける課題項目を提案のうえ決議し、西太平洋地域におけるリハビリテーションフレームワークに沿って承認を得ました。これはリハビリテーションにおける初めてのフレームワークであり、WHO本部レベルにおいても、そしてまた地域レベルでも適用できるものです。

このフレームワークは、加盟国が医療システムにおけるリハビリテーションを強化するためのガイドになります。そしてWHOは西太平洋地域の新しいディレクターを決めました。日本の方です。この地域のフレームワークは今後数週間以内に発表されます。そして医療システムにおけるリハビリテーションと人材育成の問題を解決するガイドになります。各国で人材の評価に関する取り組みをしてくれば、我々はより良い計画を立てることができます。

あと2分残りですね。フレームワークにおいて、あなたは何ができるのかを考えていただければと思います。各国で人材の評価に関する取り組みがあれば、我々はより良い計画を立てることができます。

また、各国は医療計画を進めるにあたり、広い範囲の人材をこの計画に含めてほしいと思います。また、リハビリテーションは、専門家でない方でもできることを示したい。多くの国において、以前はリハビリテーション人材が不足していました。多くの介入ですでにリハビリテーション専門家以外の人材がリハビリテーションを提供しています。優先事項であるリハビリテーションの介入を提供するための全ての医療人材を我々はサポートします。

また、西太平洋地域におけるリハビリテーション専門家のアソシエーションには限りがあるので、ネットワークの構築を目指します。自信を持った医療人材がリハビリテーションの強化継続を主導してくれるためにネットワークは不可欠です。そして、人材を育成する手段はそれぞれの国にあるはずです。

今、時間も制約がありますので、ここでまとめたいと思いますが、このスライドは恐らく皆さんも

入手できると思いますので、もしできなかつたらぜひ私のほうにご連絡をいただければ、皆さんのほうからの質問にもぜひ後ほどお答えさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

フィジーにおけるリハビリテーション人材育成とサービス

Maria B. Waloki



マリア・B・ワロキ

フィジー大学 医学看護健康科学科健康科学学校 学校長

〔略歴〕

1971-1973 年 フィジー医科学校 理学療法士

1983-1985 年 ニュージーランド・オタゴ技術専門学校理学療法学士

1994-1995 年 シドニー大学カンバーランド健康科学学科 健康科学修士

2001-2006 年 フィジー医科学校大学院公衆衛生学校

サービスマネメント学科修士

フィジー保健省 研修運営研究員

オタゴ大学大学院 健康情報科学修士

〔発表要旨〕

フィジーでリハビリテーションの人材育成とサービスが始まったのは 1960 年代です。理学療法士の育成は、太平洋諸島国の中心的なヘルスケア人材機関であるフィジー医科学校にて行われました。この育成は現在も理学療法学士になるための教育として継続されており、卒業・修了レベルのプログラムから 4 年制の学士課程になりました。

C B R (Community Based Rehabilitation) に従事するための人材 C R A (Community Rehabilitation Assistants) の育成は 1990 年代に Save the Children Fund (セーブ・ザ・チルドレン基金) として始まりました。これはイギリスのプロジェクトで、保健省の看護部と理学療法部に在籍する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が育成指導をしました。C B R の人材育成は現在もフィジー大学医学看護健康科学科健康科学学校で行われており、フィジーやその他の太平洋諸島国の人々に対して行われます。

療法士と C B R の人材育成は年月を経て、障害がある人の拡大するニーズに対応するリハビリテーションと C B R のモデルに変化していきました。しかしながらフィジー保健省保健医療サービス (MHMS) のモデルは治療に留まっています。リハビリテーションは主要な病院で MHMS の理学療法士によって C B R サービス無しで行われていました。現在の理学療法サービスは地域の病院にも拡大されており、MHMS リハビリテーションモデルのサービスが行われています。C B R (C R A) サービスについては、1996 年前後から C R A の育成が始まり、フィジーヘルスセンターで活動を行っていました。彼らの役割はコミュニティにいる障害がある乳児や児童のリスクを早期に発見し介入することでした。コミュニティのニーズを基本とするこの取り組みは、障害がある全ての人々にも拡大し、継続されています。

理学療法士の育成はフィジー国立大学で続いており、毎年 20 名の卒業生がいますが、ほとんどの学生がすぐには仕事を見つけることができません。C B R 人材育成が 2 年前に停止したことから、保健省が卒業生に仕事を提供しなくなりました。

フィジーにおけるリハビリテーション人材育成とサービスの問題は、理学療法士・C B R 従事者の卒業時に仕事を得られる機会に制限があり、雇用枠が限られていることです。このことがリハビリテーションサービスに直接、影響を与えています。

フィジーにおけるリハビリテーション人材育成とサービス

マリア・B・ワロキ

フィジー大学医学看護健康科学科健康科学学校 学校長

こんにちは。

初めに国立障害者リハビリテーションセンター総長の飛松先生、ご招待いただきありがとうございます。また、WHOのDarryl Barrett先生、このたびはフィジーからの参加を提案していただきありがとうございます。ご招待いただいたことに驚き、そして嬉しく思いました。20分ほどお時間をいただきました。ここで全てをお話することは難しいですが、貴重な時間です。全体像をカバーできればと思っております。フィジーにおけるリハビリテーションとそしてその人材教育、またリハビリテーションサービスの現状ということでお話をまいります。

こちらが概要です。フィジーにおけるリハビリテーション人材とサービスに関する資料をお見せしたいと思います。フィジー医科大学は理学療法士のトレーニングから始まりました。1960年代に始まりまして、現在はフィジー国立大学にて4年間の学士課程に広がっております。

そしてC B R（コミュニティ・ベースド・リハビリテーション）に従事する人材のトレーニングプログラムも同時に進んできました。リハビリテーションの人材、教育、サービスにおける問題についてお話しし、これらから今後について提案することができればと思います。

こちらの写真はフィジー諸島です。大変大きく見えるかと思いますが、世界の地図からすればほんのまち針の頭ぐらいの大きさしかありません。このように区域が分けられていまして人口は約91万8千人です。フィジーは人口が少しずつ増えていますが大多数は主島に住んでいる状況です。まず、人材育成ですけれども、理学療法の修了認定制度から始まっています。1960年代にフィジーではポリオが蔓延し、ニュージーランドの理学療法士たちがポリオ患者のためのリハビリテーションを支援するためにやってきたことから始まります。そしてフィジー医科大学において理学療法の教育が始まり、そこからさらにフィジー、また太平洋で人材育成が広がっていきました。

そして1996年になり、理学療法は修了認定が設けられ、スポーツの分野にも範囲が広がり、現在フィジーは世界のスポーツイベントにも参加しています。つまり、理学療法はスポーツとC B Rのために始まったのです。イギリスのSave the Children基金が保健省、Children Societyと協力してリハビリテーションの人材育成を始めました。特に障害がある乳幼児の特定と早期

の介入を目的としていました。なぜなら、肢体不自由または障害がある小児には、早期の診断や対応が不足していたということがあるからです。

フィジー国立大学においては、2010年に学士課程が設けられ、理学療法士の役割について考えられました。これにより障害がある人々のニーズを満たし、対応していこうということで、Interplast Australiaの協力により、家族や学生が参加する1週間の短期集中研修を行いました。また、理学療法士や臨床医が腱や血管の損傷、口唇裂の手術や骨接合術後のリハビリテーションのトレーニングをしに周辺地域からもやってきました。

フィジーでは糖尿病が増加し、足の血管障害がある人のためにメルボルン大学、シドニー大学の義肢装具士もやってきました。そして切断にまで至る人は減っていくでしょう。

また、理学療法士のトレーニングにはMotivation Australia、WHOがWSTP(Wheelchair Service Training Package)による車いすの包括的なトレーニングも協力しました。増加する脳卒中や糖尿病に対応するための適切な介入を目的としており、そのほかの組織、例えばモルモン教によるLDSチャリティーやシドニーのCPA(脳性麻痺協会)またMotivation Australiaという団体の協力もありました。彼らは車いすなどの支援機器の提供やCBRサービスを行いました。

理学療法士について、先ほどのバレット氏のお話に同意いたします。コンピテンシー、能力を養うためのトレーニング、リハビリテーションを必要としている人々のための介入について、それが理学療法士でも外来患者のための療法士でも、言語聴覚士であっても、分野に関係なくニーズに対応することこそが重要である、というお話です。

フィジーにおいては、理学療法士は就職が可能な職種です。そしてCBRのための1年間に及ぶ研修プログラムが導入されました。これは保健省のもとで行っています。もちろんイギリスのSave the Children基金とともに始まり、またフィジー医科大学の協力もありました。現在はフィジー国立大学があります。そしてCPA(脳性麻痺協会)と協力してコミュニティでのリハビリテーション人材育成の強化にも拡大されました。

ただ現在、2016年にこのトレーニングプログラムは停止されました。保健省が誰も雇用しなくなったのです。保健省が今後、トレーニングを再開するかはわかりません。国立リハビリテーション病院のリハビリテーション専門家とこの問題について話しをしたときも、再開については不明とのことでした。後ほど数字を出しますが、現在、卒業してもそのポジションにはわずかな空きしかない状況で、新卒者の興味が失われているということもあります。空席が出て誰も応募しないという事態です。フィジーにはこういった理学療法士やCBRの人材

育成に関してさまざまな問題があるということで、WHOの指定協力研究センターであるシドニー大学のDr. Michael Millington、Michelle Villeneuve氏、フィジー大学からはわたくし、そしてソロモン諸島国立大学のGoretti Pala氏が協力してアジアと太平洋におけるリハビリテーションサービスについて調査をしましたが、複雑で困難、解決不可能な問題であるという結果でした。なぜなら障害がある人々が必要としているサービスは明白であるのに、そもそもリハビリテーションが医療から切り離されているということがあります。しかし、こういったサービスを提供すべきか、優先順位は何であるか。どのようにそれを決めるのかということに関しては、不明瞭なままです。また、理学療法士、CBRのポジション数に制限がある。行き詰りました。どこかに移民する、あるいは亡くなる、そういったことでもなければその職が空くことはないため我々の大学を卒業しても就職先を見つけるのが非常に難しい状況があるわけです。

ここでDr. Michael Millingtonの言葉を使いたいと思いますけれども、「問題のある論理モデルがCBRを潰す」と表現されました。そしてそこにわたくしが「理学療法を停止へと追い込む」と追加したいと思います。というのは、次のパラグラフが、事実を示しています。コミュニティでは訓練が必要です。訓練は知識とスキルを与え、知識とスキルはエビデンスをもたらします。エビデンスが全てなのです。

そして最終的に教育であるということです。何のサービスのための教育なのか？そしてそのサービスが教育の結果を表し、そして最終的にガバナンスを表します。これが問題なのです。というのは、フィジー大学の学部長、学者ですが、その人がわたくしに「なぜ未だに理学療法士を育てるのか？」と質問されたことがあります。わたくしは何も答えませんでした。なぜなら明らかにリハビリテーションを必要としている人々は増加しているからであってそこで役に立てるのが理学療法士だからです。

これは2014年から現在までの理学療法士の数を示しています。5年間だけです。2014年の8人から増減はありながらも2018年には26人の卒業者がいました。正確には29人ですがフィジー在住の卒業生が26人です。フィジーの卒業者の数は減っているわけですが、地域内の数も含まれています。フィジーの卒業生がどのくらい雇用されているかを見てください。ゼロです。卒業してもリハビリテーションを提供する職業にはついていないというのが現状です。2019年、1年目から4年目まで82名の学生が入学してきました。我々の課程は4年間です。しかし2016年、CBRを学ぶ生徒がいなくなりました。授業が必要なくなったからです。資金は全て政府の予算です。もし政府が授業の再開を希望するならば、我々は承諾します。資金は彼らが出し

ます。これについてはもっと質問してもよい問題かと思います。

ここで、リハビリテーションサービスについてお話しします。

フィジーではリハビリテーションのサービスは、メインとなる病院の理学療法士による医療サービスと、コミュニティでのリハビリテーション支援を行うヘルスセンター、我々はコミュニティ・リハビリテーション従事者と呼びますが、これらは保健省が提供している医療サービスです。また、国立リハビリテーション病院がありまして、1人の理学療法士がいます。もう1つが、日本のJICAのボランティアの方です。3~4人の専門家チームが義肢装具部門にいます。また、糖尿病に関する拠点は3つあり、Suvaと、それからLautokaとLabasaにもあります。しかし、そこにはリハビリテーションの専門家はいません。拠点はあります。リハビリテーションに関する資金を調達できずに理学療法士やコミュニティ・リハビリテーション従事者を雇用することができるのでしょうか？

一方、もう1つの省庁が女性、子供、貧困緩和のための省庁なのですが、障害に関連することを管轄するのはこの省庁です。ここには障害がある人のための事務官がいますが専門家ではありません。訪問や支援の紹介をしています。これは非常に効果をもたらしております。なぜならDPO（Disabled People's Organizations 障害者団体）とも協力しており、また私もフィジー国立大学も協力しております。これらの人材をWSTPトレーニングサービスにも参加させています。WSTPは移動を支援する機器や車いすを調達できる資金を持っています。保健省には車いすを購入する資金はなく、病院で使用するスタンダードな整形外科用の機器しか購入することができません。

そして、NGO（非政府組織）があります。主に脊髄損傷協会です。彼らは、車いすや歩行を支援する機器など障害がある人々のための活動を統合もしています。また、Motivation Australiaによる脊髄損傷の人々のための排尿を管理するプロジェクトもあります。また、LDSチャリティー、PhysioNet UK、CPAシドニー、フィジー国立大学は機器を得るための寄付金を集う活動に協力をしています。支援機器の使用に関する研修も提供しております。

2018年、これらの活動は障害がある人の人権を尊重して実行されました。それはフィジーで障害者権利条約を批准したからです。そしてもちろん、我々は信仰に基づいた団体とも協力関係にあり、彼らはこの環境で移動に必要とされる機器を提供します。脊髄損傷協会だけが、この国で移動を支援する機器を提供していると言えるのではないのでしょうか。これは大きな功績です。

そしてヒルトン団体も人材の育成に協力をしています。二人の理学療法士、二人のリハビリ

テーション人材がいます。言語聴覚士や作業療法士も協力してくれるでしょう。

スライドでご覧いただいている通り、フィジーはいくつかの区域に分かれています。気づいていただきたいのが農村地帯の移動に関する問題です。こちらに示したものは理学療法士、C B R、コミュニティ・リハビリテーション従事者の数（2019年1月30日現在）です。フィジー全体の人口が90万人以上に対して理学療法士は58人です。理学療法士の数は人口が集中する3つの市街地で27人、西部が21人、北部で10人です。そのポジションは定員が43人、でも埋まっていません。空きが15人分あります。新卒者が空いているポジションで働いてくれるよう希望します。たとえ新卒者がすでに他で就職の予定があるとしても、2029年までには119人に増加させたいのです。わたくしにとってはこれでも足りないのですが。

とにかく、C R A（C B R従事者またはコミュニティ・リハビリテーション従事者）は18のポジションがあります。12のポジションが埋まっていますが、人材募集の広告を出したとしても応募がない、関心を持たないという状況があります。

では、今後どのようにしたらいいのか。ぜひディスカッションの中で皆さんのご意見やアドバイス、ご提案やご支援などもいただければと思っています。ここまでいろいろ尽力し、書類と向き合い、学んできたことを行ってみましたが、あまり上手く根付かせることができていません。失望感を感じております。

人材の育成については理学療法士、C R Aの育成を継続してまいります。必要とされている介入をするためにその役割に必要なスキルと能力、知識の習得、また、総合的なリハビリテーションを実現するためにシドニー大学と協力をしていきます。そしてフィジーだけでなく周辺地域でリハビリテーション従事者のオンライン教育もしていきたいと考えています。

リハビリテーションサービスについては、様々なレベルの介入、分野を越え多職種で連携されたサービスによる介入が必要です。我々はまた政府との連携についても懸命に模索しているところです。誰かがリーダーとなっていかなければいけない、それは省庁であるべきです。障害者権利条約を実現する責任は政府にあるのです。条約は保健省に言っています、「リハビリテーションは必要であり、その権利のためにはあなた方が動くべきだ」。

限りある資源しかない太平洋、フィジーのような国でも、もちろん人材育成の戦略とC B R、C B I D（Community Based Inclusive Development）を促進させることです。これは大きな挑戦です。しかし私たちは太平洋において、リハビリテーションの強化と開発を確立し、家族やコミュニティに権限を与えることができるはずです。

障害がある人々が必要としていることを。ご清聴ありがとうございました。

マヒドン大学における義肢装具の国際教育と連携教育の取り組み

佐々木 一彦

マヒドン大学医学部義肢装具士学科 講師



〔略歴〕

1995 年 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院義肢装具 学科卒業
1999 年 東京理科大学物理学卒業
2002 年 東京農工大学大学院 博士前期課程(工学)卒業
2005 年 東京農工大学大学院 博士後期課程(工学)卒業
1995 年～2008 年 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所
義肢装具技術研究部義肢装具士
2009 年～2011 年 神戸医療福祉専門学校義肢装具士科講師
2011 年～現在 現職

〔発表要旨〕

このたび、私の母校である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で講演できることを光栄に思っています。発表の前に、飛松好子先生に深く感謝の意を表します。

このセミナーでは、マヒドン大学医学部義肢装具学科の国際教育における私たちの取り組みについてご紹介したいと思います。

Sirindhorn School of Prosthetics and Orthotics(SSPO)は、2002年にタイ保健省の管轄下、タイ国立リハビリテーションセンターに設置されました。私たちのプログラムは、日本財団との支援と協力を通じて、タイで最初の義肢装具学士を取得できる大学としてスタートしました。2006年の第1期生の卒業に合わせて国際教育のベースを築くべく、SSPOの学士課程を保健省のタイ国立リハビリテーションセンターからマヒドン大学シリラート病院に移し、2007年から国際義肢装具協会(ISPO)及び世界保健機関(WHO)のガイドラインと一致するようにカリキュラムが調整され、2010年に義肢装具学士号のための国際プログラムが設置されました。

ISPOの教育最高水準(通称ISPOカテゴリー1)承認とWHOガイドラインの採択以来、SSPOの国際連携と国際教育は加速していきました。その例としては国際遠隔教育コース(ドイツNGOのヒューマンスタディーと連携)や先端プライベートクリニックの設置(スウェーデンのスカンジナビアン オルソペディック研究所と連携)、修士課程国際コースの設置が挙げられます。

SSPOはISPOグローバル教育ネットワーク(GEM)とASEAN大学ネットワーク健康増進ネットワーク(AUN-HPN)に加盟しており、これらの組織に参加することは、SSPOがリハビリテーション教育における国際ネットワークを維持するのに重要な役割を果たしております。

国際プログラムを成功させる重要な要素は、様々な文化や民族、学歴、宗教を受け入れ尊重しあうこととあります。これまでSSPOは文化の違いをお互いの利益として考えることによって、まとまったプログラムをつくりあげてきました。別々の国で育った教員と生徒たちは非常に独特で有益な視点をプログラムに提供してくれます。その例として、SSPOの評価システムでは、学生だけではなく各科目や教員たちも各学期に2回、学生によって評価されます。

SSPOは全ての生徒に我々は家族であり、SSPOは義肢装具教育の世界の中心的拠点であると鼓舞します。現在、SSPOは、ISPOやAUN-HPNメンバーより義肢装具におけるグローバルな能力開発のための理想的な場所として位置付けられるようになりました。

今後も国際的な遠隔教育と大学院教育の更なる充実を図り人的資源及び教育開発を進めて行く所存です。

マヒドン大学における義肢装具の国際教育と連携教育の取り組み

佐々木 一彦

マヒドン大学医学部 義肢装具学科講師

ご紹介ありがとうございました。私は日本人ですが、タイのマヒドン大学義肢装具学科で国際教育に8年ほど携わってきましたので、それについて話をさせていただきたいと思っています。

本日、話す内容は、タイの基本情報を最初に述べさせていただいて、マヒドン大学と義肢装具の国際的な背景をISPOというキーワードをもとにお話しさせていただきたいと思います。国際的な展開として、インターナショナルの遠隔教育を行っておりますので、そういったものも取り入れてお話しさせていただきます。最後に現状のインターナショナルの学生、卒業生の状況、最後に私なりに国際教育・国際連携のカギというスライドを紹介しながら話を進めていきたいと思っています。

まず、タイの基本情報ですが、参照として日本の基本情報を挙げております。日本の国土がこちらですけれどもタイの国土がこちらでバンコクがこちらになります。国土を比較しますと、大分タイのほうが大きく、人口はタイが日本の半分よりやや多い数です。身体障害者数は、日本の大体5分の1です。

タイの経済状況は、現在ではアッパーミドル・インカム・カントリーというふうに、中の高所得の国と呼ばれており、現在では発展途上国ではなく、ほぼ先進国に近い扱いとされております。

こういったタイの状況でマヒドン大学がありますが、マヒドン大学には6つのキャンパスがあります。そのうちバンコクには3つのキャンパスがありますが、バンコック・ノイ・キャンパスがきょうのお話のメインになる医学部のキャンパスです。マヒドン大学医学部はタイで最初にできた医療、医学の大学です。

医学部にはプラシット医学部長のもと5つの学科があり、医師のコースは6年で、これは日本と同じになると思います。タイ伝統医療4年コース、タイのトラディショナルマッサージやハーバルマッサージなどの4年コースの学科もございます。きょうのメインにな

るのは、こちらの義肢装具の4年コースとなります。そのほか医療教育技術の4年コースと看護師助手の1年コースがございます。これが医学部になります。

次に義肢装具学科の話になりますが、この緑に囲まれたビルが義肢装具学科の建物です。こちらはニサラット学科長です。一応義肢装具学科ですが、名前としては Sirindhorn School of Prosthetics & Orthotics (S S P O) という学校の名前がつけられております。少しややこしいですが、義肢装具学科=S S P Oとなっています。こういう名前になった背景については、後ほど説明させていただきます。

この施設の中には教育の場、スタンダードの臨床部門、2016年からは先端臨床部門があります。順を追って教育のほうから説明させていただきますと、教員が24名で、義肢装具士が22名おります。私含めてタンザニア、アメリカ人の義肢装具の教員がおり、私とアメリカのギャリー先生がここの PhD を持った義肢装具士。そのほか修士を持った義肢装具士12名と、学士を持った者が6名、靴の専門職員1名と足病専門装具士2名、医師1名からなっております。

次にクリニックですが、医師6名、義肢装具士8名、理学療法士1名、看護師2名、靴専門職員1名、技術者18名、合計36名のスタッフが義肢装具一般診療部門に常駐しております。

最後は先端義肢装具士外来 C E P O というんですけれども Center of Excellence in Prosthetic and Orthotics です。こちらはスウェーデンのスカンジナビアン研究所とマヒドン大学とのコラボレーションでできたプライベートのクリニックになります。こちらでは一般の義肢装具だけではなく犬や猫など動物の義肢装具、人工乳房、義眼、そういったコスメティックないろいろなものも扱うクリニックになっております。

こういった3つの特色を持つ義肢装具学科となっております。

次に義肢装具学科と国際教育の背景ということで、義肢装具学科ができた経緯についてお話しいたします。2002年にタイのシリントン国立リハビリテーションセンターの中に、日本財団の協力と私の恩師である田澤英二先生の指導のもと、初めて設置されました。名前は「シリントン義肢装具学校」となっておりますが、シリントンはタイの王妃様の名前です。タイの王妃様の公務が医療と福祉に携わる公務なので、タイの国立リハビリテーションセンターもシリントンという名前をいただいているという背景があり、本学科もシリントン義肢装具学校 (S S P O) と言われる由来があります。今回は義肢装具学科でいい

と思います。

4年後の2006年、シリントンセンターからマヒドン大学に移します。実は設置当時から国際義肢装具協会（ISPO）の最高教育レベル認証を目指すという戦略があり、ここで初めて国際カリキュラムに合うように施設を組みかえ、カリキュラムも変え、人材を整えることがスタートしました。

国際義肢装具協会の教育水準は、Category I～Category IIIまで大きく3つございます。Category IIIは、一番シンプルな義肢装具製作技術者、製作技術を学ぶ1年コースとされています。Category IIは准義肢装具士と言われ、3年程度で臨床医学と製作技術の教育を学ぶ教育カテゴリーです。Category Iが義肢装具士と言われるもので、根拠に基づく臨床実習、Evidence Based Practice がつけ加わったものです。主に信頼性の高いアウトカム評価の学習やリサーチ、研究の教育をつけ加えた教育カテゴリーになります。マヒドン大学義肢装具学科（SSPO）はこちらを目指す形となっております。2006年から3年間、施設を改造したり、人員を教育し、ようやく3年でCategory Iの認証を受けることができました。そして、2010年よりインターナショナルコースが開講したわけです。

ISPO Category Iの教育レベルを取得してから国際的な展開が始まったわけですが、まず最初に取り組んだのがアジア義肢装具学校連盟（APOS）との連携です。ASEAN諸国の義肢装具の学校、義肢装具カンボジア校、義肢装具スリランカ校、ベトナム、インドネシア、フィリピン、ミャンマーこういった学校との連携で教育コンテンツの共有やスタッフ交換等、国際教育連携をスタートさせたわけです。

国際的な展開の2番目は、遠隔教育とも言われている通信教育です。これはドイツのNGO（Human Study）とコラボレーションをして、このコースは中東・アフリカ・東南ヨーロッパの准義肢装具レベルをCategory Iの義肢装具レベルにアップグレードするためにできたプログラムです。これまで主に東南ヨーロッパの国々、中東、アフリカの方々が卒業していています。こちらは1期生の方たちの卒業セレモニーの写真です。

3番目は、国際義肢装具協会による義肢装具の教育者連絡協議会への参加です。この写真は9月にドイツで開催された会合ですが、37カ国より126名の代表者が参加し、主に教育内容の共有や学生交換交流、スタッフ交換等、研究のコラボレーション等が、こういった会を通してされます。

こういった国際連携を図る中で、これまでどういった学生が卒業していったかというこ

とをこれから説明したいと思います。こちら黒の帽子をかぶった学生たちは、実際にタイで勉強している学生たちの出身地です。アフリカから東南アジアがメインになりますが、日本からも来ております。次に、遠隔教育で受けている学生たちが東南ヨーロッパや中東・アフリカの学生で、こういった 23 カ国から現在学生がマヒドン大学義肢装具学科で講義を受けております。

卒業生の状況ですが、第 1 期生～第 14 期生（2018 年度）まで、これまで 281 名を輩出しています。年間約 30 名を輩出しています。ちなみに日本では義肢装具の学校が 10 校あり、毎年約 200 名を輩出しているのに対して、タイではこの程度を毎年輩出していることがこの表からわかると思います。

こちらが卒業生の就職先です。2017 年に調査したのですが、135 名のタイの卒業生からの回答、こちらが 45 名のインターナショナルの学生の就職先の概要です。タイの学生は、公的医療機関、病院の義肢装具室で働くのが約 5 割、2 割が義肢装具の学校でインターンをしたアシスタントレクチャーとして勤めたりする。これは、マヒドン大学（SSPO）義肢装具学科のことになります。ほかは民間企業が約 2 割、大学院に進む方も、留学もいます。

一方、インターナショナル 45 名の回答を見ますと、約 8 割が義肢装具の学校です。主に先ほど示しましたカンボジア、インドネシア、スリランカの教員たちが編入で入り、もとの学校に戻っていくという形が多いです。現在もそういう形です。さらにその国で Category I を目指します。

最後に国際教育・国際連携のカギです。話の順に追ったとおりですけれども、WHO の教育スタンダードに基づいた教育をとる、まず、Category I をとって、WHO スタンダードに準拠した教育施設を設置することが第一のキーワードだと思います。そして積極的に ASEAN 諸国の大学等のネットワークに参加することです。これは私の考察ですけれども、真摯に違った教育背景や文化、環境に育った背景を尊重しあう、そこまでががちに意識しあっているわけではなく、暗黙の了解でこういうことがなされているような感じがいたします。

最後のまとめになるんですが、こちらの動画を見れば私のプレゼンが全て凝縮された形になっていると思います。

（動画上映）

こちらはアメリカのギャリー先生です。こちらはダイレクター、ドクター・ニサラットです。こちらはクリニックですね。こちらはスタンダードクリニックです。スタンダードクリニックは、日本の30～40年前につくっていた殻構造義足とかそういったものが今でも頻繁につくられております。

彼はスーダンから来ているインターナショナルの学生です。国際赤十字のファンディングを得て本校で勉強をしています。現在、3年生です。

彼はセネガルから来ている学生で、同じく3年生です。

新入生歓迎会の様子です。

時間がオーバーしているのでちょっと飛ばします。

コモンクリニック。

(動画終了)

最後の動画はこのホームページからいつでも閲覧できるようになっております。どうもご清聴ありがとうございました。

オーストラリアにおける多職種連携リハビリテーションと 医療従事者の人材育成強化



Stephanie Short

ステファニー・ショート

シドニー大学（オーストラリア）教授
医療システムにおけるリハビリテーション強化に関する
WHO指定協力研究センター 人材育成責任者

〔略歴〕

1977 年 シドニー大学 健康科学科 理学療法学位
1983 年 ニューサウスウェルズ州大学 社会科学専攻
1984 年 ロンドン大学 医療社会学修士（経済）
1992 年 ニューサウスウェルズ州大学 社会科学 ph.D

〔発表要旨〕

WHOが2017年に発行した報告書「医療システムにおけるリハビリテーション」では、多職種連携のリハビリテーションとは2つ、もしくは2つ以上の専門分野から提供されるケアであると定義しました。WHO西太平洋地域事務局は2015年、加盟する国々に対し一般的ナリハビリテーションサービスの状況についてアンケート調査・分析を行いました。

調査の内容はリハビリテーションにおける多職種連携チームワーク・評価・ゴールの設定・退院計画・エンパワーメント・リハビリテーション利用者とその家族のためのトレーニング・職場または教育環境の改良状況に関する質問でした。この調査で集まった回答は、各国で多職種チームワークモデルを有した専門的リハビリテーション人材がどの程度あるかを示しています。

2017年発行の「西太平洋地域におけるリハビリテーションと障害に関する報告書」によると、リハビリテーション専門家の人数と専門性について、高中所得の国と、低所得の国でどちらも非常に不足している結果が報告されました。

日本やオーストラリアのような高所得の国にいる理学療法士の数は、利用者10,000人で考えると高中所得の国よりもおよそ100倍の人員がいます。

アジアにある85%の国々が多職種連携チームワークについて報告をしましたが、太平洋諸島国からはたった9%の国からしか報告がありませんでした。

さらに西太平洋地域でリハビリテーション専門家を「非常に魅力的」と評価した国はありませんでした。リハビリテーションは経済的、社会的な魅力が少ないものと受け取られており、このことがリハビリテーション専門家の人気と向上を難しいものにしています。

オーストラリアは多職種連携リハビリテーションサービスの提供と人材育成において、大きな進展を遂げました。しかしながら、リハビリテーション専門家の人員が不十分ないくつかの地域や区域もあります。

オーストラリアが挑戦しているのは、医療教育のカリキュラムに障害に関する授業を統合し、コミュニティレベルでも多職種連携のリハビリテーションサービスを可能にすることです。但し、オーストラリアはリハビリテーションの国家政策、戦略、計画がありません。

WHO西太平洋地域での調査結果全体から見えてくるのは、オーストラリアは「西太平洋地域におけるリハビリテーションフレームワーク」の目標を捉え、そこに向かって前進しているということです。医療システムにおけるリハビリテーションの強化に関するWHO指定協力研究センターは、オーストラリアや西太平洋地域の国々の活動を支援します。

オーストラリアにおける多職種連携リハビリテーションと 医療従事者の人材育成強化

ステファニー・ショート

シドニー大学教授 医療システムにおけるリハビリテーション強化に関する
WHO指定協力研究センター人材育成責任者

ありがとうございます。皆様こんにちは。まず初めに、飛松総長、国立障害者リハビリテーションセンターの皆様、本日お招きいただきましてありがとうございます。

私自身も国立障害者リハビリテーションセンターについてもっと学びたいと思っています。非常に高く技術的に洗練されていることと、日本においてリハビリテーションサービスのための新しいネットワークを設立していて、これは日本の医療システムにおいてリハビリテーションを強化するための、新しい地域におけるフレームワークと確実に一致するものであり、大変興味があります。

私のシドニー大学の同僚 Gwynnyth Llewelyn 教授は、医療システムにおけるリハビリテーション強化に関するWHO指定協力研究センターのディレクターです。彼女は本日、ここに来ることができずに残念でしたが、私は日本に来ることができて非常にラッキーだと思っています。本日はこの多職種連携リハビリテーションと医療人材の強化についてオーストラリアの状況をお話したいと思っています。

本日、発表する機会をくださった Darryl Barrett 氏にも感謝申し上げます。WHO西太平洋地域の同僚の方々にも感謝申し上げます。また、フィジーやタイでの活動など、国際的で協力的なアプローチに取り組んでいらっしゃることにいつも感銘を受けております。

本日はここに来ることができてうれしく思っております。というのは、シドニーから日本まで非常に遠かったのです。そしてシドニーは今、夏です。ですので今、東京の冬を楽しんでいます。また、オーストラリアの私の同僚は今、恐らく北海道でスノーボードをしていると思います。オーストラリアの夏から逃げて日本の冬を楽しんでいるのではないかと思います。

オーストラリアと日本ではさまざまな共通点があります。まず、私たちは高所得の国で、そして高齢化が進んでいます。また、世界で最も高い平均寿命を達成しています。活動的で教養のある女性が増えました。そして出生率が低く、今後の医療人材の確保が大きな課題となっています。

す。1つ、オーストラリアの問題は、特に看護師の高齢化が進んでいることです。皆さんの日本では医療従事者不足が深刻であると理解しています。特に医師の割合が看護師の割合と比較して低いと言われています。オーストラリアにおいては、Darryl Barrett 氏が言っていたように医療従事者の分布に偏りがあります。というのは、オーストラリアは国土が広いので、地方や田舎において医療人材を採用、確保することが難しく、海外から来た資格を持った医師、看護師、歯科医師に頼っているというのが実情です。

オーストラリアは「コモンウェルス」、すなわち連邦制です。6つの州と2つのテリトリーからなっています。そしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の概念に基づいたメディケア医療保険システムというのがあります。誰もが診察と医療サービスにアクセスすることができるようになっています。そこにはリハビリテーションも含まれます。

ここで私が強調したいのは、まず歳をとるということ、これはオーストラリアでは65歳以上を示しますけれども、住み慣れた環境で歳をとる、という理念があります。つまり、高齢者が自宅にいられるようにするという、そして自宅で地域の医療サービスを受けられるようにすることを優先しています。

また、長期的なケアや介護施設を利用する場合、ニーズの少ないケアもニーズが多いケアと同じように、例えば緩和ケアサービスなどを提供できるよう取り組んでいます。つまり継続した医療サービスや介入を高齢者が混乱することなく同じ場所で受けられるようにするという事です。

きょうはそのリハビリテーションにおける効果的な人材について話をしていきますけれども、これには医師、看護師また理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、も入っています。私自身は理学療法士です。WHOの“西太平洋地域におけるリハビリテーションフレームワーク”では、リハビリテーションサービスや介入に、より幅広い範囲の医療の専門家、心理学者やソーシャルワーカー、聴能訓練士、伝統医学の施術者そしてCBR（コミュニティ・ベースド・リハビリテーション）従事者が含まれています。

では、多職種連携リハビリテーションとはどういうことなのでしょう。サービスと提供には2つの基盤があります。ひとつはリハビリテーションの規律ということではなく、特定の知識、スキル、姿勢を持ち合わせた人材がいることです。2つ目はそれによってさまざまな分野におけるリハビリテーションのニーズに対応することです。

また、3つ目もあるのではないかと考えています。Mariaさんの発表を聞きましても、まず最初にそのスキルが身についている人材が必要だということがあります。また、共同で仕事をする

ための多職種連携における適切なスキルや姿勢が必要であると考えています。そしてそれらが備わった人材を採用することです。彼らを教育するというだけでは十分ではありません。フィジーやタイ、オーストラリアで行われているような適切なトレーニングだけではなく、保健省はリハビリテーション人材を維持するために、彼らに仕事の供給、安定した給与、社会的地位を与えることを検討する必要もあります。

リハビリテーションの価値について本日、私が話す必要はないのかもしれませんが、費用的に効果のあったオーストラリアでの話をします。ある病院で入院患者に毎日、理学療法ケアを行ったところ予定より早く退院することができ、費用が2.5割削減されたという結果があります。我々が注目しているのは、一部の西太平洋地域で、リハビリテーションサービスと、多職種連携によるリハビリテーションサービスを提供するための取り組みです。先ほども Darryl 氏から既に一部話がありましたけれども、私がここで強調したい事実はアジアにある85%の国々が多職種連携チームワークについてエビデンスを持っていますが、太平洋諸国は9%の国しかエビデンスを持っていません。ですので、太平洋諸国はアジアから学ぶことが多くあると言えます。

また、日本やオーストラリアなど高所得の国には理学療法士が多いということがあります。高所得の国にはリハビリテーションのポジションがたくさんあります。モンゴルもそうです。ここで申し上げなければいけないのが、我々オーストラリアはリハビリテーション医師の数に関するデータを持っていません。

西太平洋地域の、リハビリテーションサービスの提供状況をまとめました。ここで強調したいのは、この調査結果は各国で多職種連携チームワークによる専門的なリハビリテーションサービスが利用できるかどうかを示されているということです。サービスを提供するためには適切な医療専門家の採用と維持が必要です。大きな課題ですが、これは Darryl 氏からもお話がありました。私が理学療法士としても認識していることがあります。それはリハビリテーションの専門家というのは他の医療従事者と比較して、なかなか魅力的な仕事であるとは見られていないということです。

例えばラグビーのユニオンチームと一緒に仕事をしていたほうが、切断処置を受けた人や、片麻痺がある人と一緒に仕事をするよりも魅力があるという考え方があります。そして理学療法士や看護師、作業療法士などの職業イメージは医師の数にも影響します。

そして経済的な魅力が低いとも言われています。ですので、やはり経済的な側面から見ても、今後どのようにして我々が協力してステータス、そして経済的な魅力を改善していくことができるのかということを考えています。そうすることで私たちは初めて多職種連携のリハビリテーショ

ンサービスを提供することができるわけです。

また、西太平洋地域におけるリハビリテーションフレームワークの中で専門家や研究所、協会や団体のネットワークが重要である点を強調しています。

リハビリテーションのための人材や養成学校の強化には何が必要でしょうか。それがフィジー大学、シドニー大学、マヒドン大学、もちろん日本のNRC Dで仕事をしている理由にも関係します。また、リハビリテーション人材への政府からの奨学金が必要です。我々は卒業した方々を採用し、そして教育をします。悲劇的なのは我々は教育をすることはできますが、その榮譽ある仕事に良い報酬がないということです。私は理学療法士としてリハビリテーションの現場で仕事をしていました。私がリハビリテーションの仕事を選んだ理由というのは長期的な関係を患者さんや患者さんの家族と築くことができるからです。リハビリテーションという仕事で得るものや内発的報酬は本当に高いものだと思います。そしてこれはネットワークによって強化できると考えており、我々の生徒たちや同僚もリハビリテーションの仕事で得られるものについて意見交換や共有をすることができます。教育カリキュラムの中にリハビリテーションを織り込むこと、また、卒業をした人に仕事をする場所を提供することが必要なのです。そのスキルがある専門家を維持するためのインセンティブの支給や、また自国内で人材を確保できない場合は国際的な人材の採用により、十分に教育を受けたプロフェッショナルを獲得することが必要です。

オーストラリアは6つの州、2つのテリトリーからなっています。これは私の出身地、シドニーです。オーストラリアからの西太平洋地域におけるリハビリテーションの進展に関する報告です。ここで申し上げたいのは、チャレンジの成功例ではなく課題として考えなければならない点が3つあるということです。

まずは、オーストラリアにはユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）があります。政府と野党が合意したメディケアという医療保険システムがあり、皆公平にリハビリテーションサービスにアクセスできます。しかし、WHO西太平洋地域事務局は、オーストラリアにおいては、3つの課題があると報告しています。私たちは豊かな国です。そして寿命も長く、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）があります。それでもまだ課題があります。

1つ目の課題は教育者、私のような者ですね。そこでは医療専門家教育のカリキュラムに障害に関する授業を医学と同じように統合することです。多職種連携のリハビリテーションサービスは、病院レベルでアクセスできますけれども、しかしコミュニティーレベルでのサービス提供になると、州によっては資金調達の問題があります。多くのコミュニティーにおけるサービスは、メディケア医療保険システムによって保障されるものではないので、そこがまだ十分ではないとこ

ろがあります。取り組まなければならない問題です。

もう1つ、これは少し恥ずかしいのですが、オーストラリアはリハビリテーションの国家政策、戦略、計画がないということです。私たちのリハビリテーションサービスは病院レベルでは非常に充実しているにもかかわらず、リハビリテーションの国家政策、戦略、計画がありません。

これは私のオーストラリアの同僚であるリハビリテーション医師の Ian Cameron 氏のまとめです。彼が言っていたのは、私たちはこういった進捗をしなければならないと言っています。リハビリテーションを医学部カリキュラムの中に統合するためにまだやることがあると。作業療法、言語聴覚療法、理学療法のカリキュラムへの統合には成功しました。しかしもっと心理学、ソーシャルワーカーや他の分野などのカリキュラムにも織り込んでいくことが必要です。

これは、私は特に非常にわくわくしている部分でもあります、新しい概念、科学的概念です。文献として、私自身のリサーチの結果をシドニー大学の同僚と昨年発表をしました。これは関連医療連続体という概念です。皆さんにとっても新しい概念だと思います。アメリカのハーバード大学が定期発行している「ヘルス・アンド・ヒューマンライツ」で発表をしました。こちらはシドニー大学の作業療法士や他職種の同僚、それから障害がある同僚に協力をいただいて障害者の権利条約にコミットしているか研究をしました。そして、いいニュースとしては、リハビリテーションカウンセリングや、作業療法は、人権へのアプローチについてより強い関与があります。また、自治体の指針や尊厳、どのように生きたいのか、生きるうえでの優先順位を選択する権利を尊重しています。いいニュースというのは、この専門家たちが人権を大事にしていることであり、それによって教育カリキュラムの分析や倫理に関すること、またコンピテンシー、能力の基準を定めることができます。しかし、残念なニュースとしては、私自身もそうであります理学療法士、運動生理学そしてX線技師の方々は、あまり人権へのアプローチについて関与が少ないとしています。この連続体の最後は何が不足しているのでしょうか。いいニュースと悪いニュースがそこにあります。ここで欠けているものは、自治体の指針に対する関与が不足しているということです。そして利用者や患者さんたちが自分自身で決断をする権利を尊重することです。

数十年前、私はシドニー大学で理学療法士のトレーニングを受けていたときにとてもワクワクしました。私が初めての発表をした場は、国際障害者年（The International Year of Disabled Persons）で、内容は“障害がある人への総合的なアプローチとリハビリテーション”でした。

しかし、私たちは今の時点であってもまだ障害がある人や患者さんが医療の専門家と相談をし、自分で選択をする権利を尊重することが大切であることを論し続けています。

医療システムにおけるリハビリテーション強化に関する WHO 指定協力研究センターであるシドニー大学で、Gwynnyth Llewelyn 教授、同僚、Michelle Villeneuve さん、それから Michael Millington さん、それ以外の方々と一緒に協力しながら、医療人材育成の責任者であることを嬉しく思います。日本で同じくリハビリテーションに携わる仲間たちと、多職種連携の人材育成や専門職種間の研修を未来に向けて強化させていきます。本日はこのような機会に恵まれて光栄です。ご清聴ありがとうございました。

国際医療福祉大学における関連職種連携教育



城間将江

国際医療福祉大学成田保健医療学部長

〔略歴〕

学歴：1972 年 学士 琉球大学農学部

1983 年 修士 オレゴン大学大学院 言語病理学・聴能学

2000 年 博士 東京大学大学院医学系研究科 博士

職歴：1986-1996 年 東京医科大学耳鼻咽喉科学教室

1996-2015 年 国際医療福祉大学保健医療学部言語聴覚学科

2016 年-現在 国際医療福祉大学成田保健医療学部

〔発表要旨〕

医療・保健・福祉領域の現場において、専門家として多様なニーズを抱えた患者・利用者に接する際、関連する専門職とのチームケア・チームアプローチは不可欠である。

国際医療福祉大学（International University of Health and Welfare, 以下IUHW）は、「共に生きる社会」の実現を志す専門家を養成すべく、日本初の医療福祉の総合大学として1995年に開設された。2019年現在、全国で5キャンパスあり、医学部、薬学部、保健医療学部、看護学部、心理・医療福祉マネジメント学部など、計22学科を擁しており、学部課程から多職種連携教育を提供できる環境に恵まれている。IUHWでは近年の医療・福祉の専門家に求められる「チーム医療・チームケア」の理念を修得させるべく、WHOのICFを関連職種連携教育（IPE）のツールとして用い、体系的に教育している。

1年次には各学科単位で医療や福祉施設および療育・教育施設などを訪問し、自職・他職の現場について理解する。2年次には多職種連携の意義や各専門職の職務内容について講義を通して理解する。3年次には、学部・学科横断で小グループを編成し、仮想の患者・利用者についてグループ内で討論した上でケアプランを立案する演習を行う。この演習における能動的なグループ学習や自己学習を通して、学生は他職を専門とする人々とのコミュニケーションの取り方、問題解決能力、かつ論理的かつ倫理的な臨床推論能力などを修得すると考えられる。そして4年次には、キャンパス横断・学科横断でチームを編成し、本学の附属病院や関連施設を中心に各キャンパス近郊の医療・福祉施設に赴いて、指導教員の下で実際の患者・利用者を対象にIPE実習を行う。

卒業後どのフィールドで働くにせよ、本学の関連職種連携教育を通して、学生達が自職の立場から評価・治療・支援するだけでなく、関係する職種の思考過程が理解でき、チーム医療・チームケアに貢献できる人材となることを願っている。

国際医療福祉大学における関連職種連携教育

城間 将江

国際医療福祉大学成田保健医療学部長

皆様こんにちは。国際医療福祉大学の成田保健医療学部の城間将江と申します。どうぞよろしくお願いいたします。言語聴覚士でございますが、教務を担当しております立場から、本学における関連職種連携教育についてご紹介させていただきたいと思います。

飛松総長、森先生、本日はこのような機会をいただき、御礼申し上げます。

はじめに、本学の関連職種連携教育（I P E）について数分の動画にまとめましたので供覧させていただきたいと思います。

（ビデオ上映）

本日の講演内容は、国際医療福祉大学の概要、関連職種連携教育カリキュラム、関連職種連携実習の実際でございます。

国際医療福祉大学は、「共に生きる社会」を建学の精神として、1995年に栃木県大田原市に、看護、理学療法、作業療法、言語聴覚、放射線の5学科だけで開学しました。初代学長は、ハンセン病患者の人権の回復にご尽力された大谷藤郎先生でありました。現在では関東から九州の6キャンパス、24の学科を擁する医療福祉の総合大学に発展し、一昨年には医学部が加わりましたので、関連職種連携教育が充実したものになろうかと期待されます。実習施設としては、スライドに示しますように、6つの大学附属病院の他に、約40の保健福祉施設などがございますので、学生が関連職種連携実習するに当たっては恵まれた環境と言えます。

本学では、I P Eは、「共に生きる社会の実現」という建学の精神に基づき、社会の弱者と言われている、特に疾患を抱えている方々に対して専門的な知識と技術をもって、各職種がどのように協働してアプローチするか教育する目的で、2010年に開講されました。医学部とコメディカルとの連携の重要性が社会的にも認識され、I P Eを導入するのがトレンドだったこともあります。医療技術の高度化、複雑化、細分化で、医師だけでは対応し

きれない時代になってきたのです。特に、日本は超高齢化社会に突入し、多様なニーズを抱えた方々の健康の問題に対してチームで取り組むという医療のパラダイムシフトが起きている時代なので、学部学生に I P E の概念を浸透させる意義は大きいと考えられました。

カリキュラム構成については、1 年生は見学、2 年生、3 年生、4 年生と階層的なプログラムとなっております。1-3 年までは必修、4 年生の実習は選択でございます。1 年次は本学の関連施設にて多職種の働き方を見学し、自分なりに「連携」のあり方を考えてレポートにまとめます。2 年生は本学独自の「関連職連携論」の教科書をテキストとして、座学で本学関連職連携の理論を学習します。3 年生では他学科の学生と約 10 人の小グループを編成し問題解決型の学習で実践方法を学習します。大田原キャンパスでは 1 学年約 800 名ですので約 80 前後のチームが編成され、各チームに教員をチューターとして配置します。

学生は本学独自の「臨床推論」のテキストブックを参考に、予め提示された模擬事例について各専門職の立場から臨床推論を構築し、リハビリテーションの方針を設定するという課題になっていますが、教員は方向性を誤らないようにファシリテートするだけです。

I C F の概念は 1 年のときからリハビリテーション医学で学習しておりますので、それを活用して学習していくことになります。幾つかのキャンパスがありますので、キャンパスでは独自の「関連職種連携」というテキストを作成し、共通認識を持って学習することになっております。

4 年次では薬学科、看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線学科、医学検査学科、医療福祉マネジメント学科の学生でチーム編成し、本学の関連施設で実際に S V の元で一週間の実習を行います。チーム編成は同キャンパスの学生だけでなく、他キャンパスの学生が入る混成チームもあり、I C F の概念を各キャンパス間の共通認識として実習準備をします。

実習のカリキュラムは、スライドに示す三本柱の方針で運用し、S V は学生間のグループダイナミクスを発展させるよう方向性を示すだけで、実際は学生達が議論を重ねながら内容を深める、学習の過程を大事にすることで、チームビルディングが出来ていきます。すなわち、実習で他学の学生と協働することで、自職のアイデンティティを確立しやすくなり、職に対する責任感も生まれてくるという学習効果があると考えています。

一方で、価値観が異なり、かつ自身の専門職意識も未確立な中で議論しながら短期間で相互理解しようと努めるわけですから、当然、様々な葛藤や課題が生じることもあります。

例えば、強いリーダーが極性化していき、チームの合意なしに方向性を決めたり、他人任せで自己洞察もなく他人に追随するだけという学生がいたりします。チームづくりにおいては、Tuckman らのモデルで示されるように、組織づくりの発展段階では各ステージでいろいろな衝突があります。しかし、実習終了後は、「実習をやってよかった」、「自分の立ち位置がわかった」、「他職種と協働する上で自分の責任や役割が理解できた」などのコメントが寄せられ、衝突するのも学習の課程であり、その中で、相互理解・敬意、協調性、柔軟性などを習得したことがわかります。

教員としての課題もいくつかありますが、特に、演習でファシリテートする教員の均一性が担保できないことです。学生チームの数に対して十分な教員の数の確保が困難なため、医療やリハビリテーションの専門家でない教員の協力も必要で、予め教員に対して関連職種連携の講義を行う、実習マニュアルを作成するなどに対応中です。また、実習成果の評価も課題で、グループで実習しますので、個々の評価が困難なことがあります。学生は、評価を明確に提示しないと納得しませんので、見える化のための評価、また、自分が何を求められ、どのように評価されるかなど、学生も教員も共通認識を持つことができるよう、ループブックを作成しています。これらは未だ発展途上にあり、今後も教育スタッフの教育力の向上、方法論の開拓、確立が課題として挙げられます。

少し駆け足ですがけれども、国際医療福祉大学における関連職種連携教育の特徴をお話させていただきました。実際の現場では、予想以上に障壁に立ち向かわざるを得ない状況に遭遇するでしょうけれど、大学1年次から、多職種連携の必要性を学習することで、少しでも良い社会が構築できるような人材に育てほしいと願って教育しております。拙い話で失礼いたしました。

国立障害者リハビリテーションセンター学院における障害者支援のための人材育成

深津 玲子

国立障害者リハビリテーションセンター学院 学院長



〔略歴〕

1983 年	東北大学医学部卒業
1983 年 - 1998 年	東北大学医学部神経内科
1998 年 - 1999 年	東北大学医学部高次機能障害学
1998 年 - 1999 年	Baycrest Centre for Geriatric Care, Rotman Research Institute (Toronto, Canada)
1999 年 - 2006 年	独立行政法人国立病院機構宮城病院神経内科部長
2006 年 -	東北大学医学部高次脳機能障害科臨床教授
2006 年 - 2018 年	国立障害者リハビリテーションセンター 病院 臨床研究開発部 部長
2008 年 - 2017 年	国立障害者リハビリテーションセンター 発達障害情報センター長
2017 年 -	同 高次脳機能障害情報・支援センター長
2017 年 -	同 研究所 脳機能系障害研究部 部長
2018 年 -	同 病院 第三診療部 部長
2018 年 -	同 学院 学院長 現在に至る

〔発表要旨〕

国立障害者リハビリテーションセンター学院は障害者リハビリテーションにおいて先駆的・指導的役割を担う専門職の育成を目的にナショナルセンターの一部門として設置されています。その目的を果たすため、養成課程と研修課程を擁します。養成課程には6学科があり、1～3年をかけ、専門職を養成します。6学科は言語聴覚学科、義肢装具学科、視覚障害学科、手話通訳学科、リハビリテーション体育学科、児童指導員科です。研修課程は現在障害者支援に従事している様々な専門職を対象に先進的な知識と技術を付与し、障害者リハビリテーション分野において先導出来る人材を育成するため、2～4日間かけ、年間31件33回の研修会を開催しています。たとえば「盲ろう者向け通訳・介助員養成担当者研修会」「高次脳機能障害支援事業関係職員研修会」「補聴器適合判定医師研修会」「作業療法士研修会」「身体障害者補助犬訓練者研修会」「発達障害者支援センター職員研修会」等、医療、福祉、教育、その他多岐にわたる分野で障害者支援に携わる人を対象にしています。

WHOは2011年に発行したWorld Report on Disabilityで障害を次のように定義しています。「障害とは人間の状態の一部であり、ほとんど全ての人はその人生のある時点において一時的に、あるいは恒久的に正常な機能を喪失し、高齢期まで生存する人々は生活機能面で困難が増大することを経験する。」ではほとんど全ての人が経験する生活機能面の困難への支援にはどのようなものが必要であり、その支援を実行する人材を育成するにはどのような知識、技術の付与が必要なのか。当日はこの視点から既存の専門職資格を超えて、障害のある方に対する支援者の育成について述べたい。

国立障害者リハビリテーションセンター学院における 障害者支援のための人材育成

深津 玲子

国立障害者リハビリテーションセンター学院 学院長

国立障害者リハビリテーションセンターの深津でございます。Darryl Barrett 先生、Maria B. Waloki 先生、佐々木先生、Stephanie Short 先生、ようこそ日本においでくださいました。また、城間先生、よく成田からお越しくださいました。きょう先生方と一緒にこのセミナーに参加できて大変幸せです。

では早速始めさせていただきます。私からは「国立障害者リハビリテーションセンター学院における障害者支援のための人材育成」ということでお話をさせていただきます。

国立障害者リハビリテーションセンターには、障害者リハビリテーションを目的に福祉の現場である自立支援局、また医療の現場である病院、また障害者支援の研究を行う研究所と並んで学院が設置されています。国立障害者リハビリテーションセンター学院の始まりは、当センターの前身である国立聴力言語障害センターに、我が国初めての聴能言語専門職員の養成コースが設置された 1971 年にさかのぼります。

その後、1979 年に国立障害者リハビリテーションセンターに統合されるに伴い、障害者リハビリテーションにおいて先駆的、指導的役割を担いうる専門職の育成を目的に、当センターの一部門として運営されております。

学院には養成課程と研修課程の 2 つがございます。養成課程にはここに挙げたとおり 6 つの学科がございます。各学科の入学資格により、高卒あるいは大卒以上の学生が 1～3 年をかけてそれぞれの専門職となるべく学びます。

言語聴覚学科では言語聴覚士、いわゆる S T、義肢装具学科では義肢装具士、P O、また視覚障害学科では視覚障害者の生活訓練全般に対応する専門職ですが、資格としては歩行訓練士等、また手話通訳学科では手話通訳士、またリハビリテーション体育学科は障害者の健康体力維持を目的とした体育活動の広い意味での指導者ですが、資格としては健康運動指導士といったもの、また児童指導員科では、医療福祉教育現場における発達障害児

の支援にかかわる専門職、今、大変話題になっておりますが、児童福祉士であるとかあるいは児童指導員といった資格を目指して勉強しております。

もう1つの研修課程は、現在既に専門職である方を対象に、大体2～4日、今年度は1～6日、の日程で短期的に研修を実施し、最新の情報、先駆的な知識、技術の伝授を行っています。毎年、若干数は変わりますが、30～35件と年間30件を越える研修会が実施されています。

つまり、言うなれば養成課程では1～3年かけてまだ専門職になっていない卵をかえして、現場へ若いヒナを供給する立場です。また、研修課程では、既に臨床現場で活躍する方々に最新の情報等を付与するために数日間集まっていただいて、最新の情報を提供します。イラストはブロイラーではなく、皆さんに集まっていただくというイメージで使っております。そのような運用をしています。

では当学院で養成する専門職はどのように障害者支援にかかわっているのでしょうか。例えば言語聴覚学科で養成している言語聴覚士（ST）は、構音障害、吃音、失語症、ことばのおくれ、音声障害、聴覚障害、摂食・嚥下障害、高次脳機能障害と、非常に多岐にわたる症状に対応してリハビリテーションを行っています。したがって小さい赤ちゃんから高齢の方まであらゆる年齢層の方を対象といたします。

ここで言語聴覚士は障害当事者に対してリハビリテーションを提供する立場になります。障害当事者の障害の症状に応じて対応するという意味では、他の4学科が養成する義肢装具士あるいは歩行訓練士、障害者の健康運動体育活動の指導者、あるいは発達障害児の支援にかかわる専門職についても同様のことが言えます。

一方で、手話通訳士は、聴覚障害者と聴覚障害のない者との間でコミュニケーションが円滑、かつ確実にできるように仲介、伝達することが仕事です。聴覚障害のある方そのものに何らかの介入をするのではなく、聴覚障害者の方とともに、例えば市役所での手続、銀行での手続、あるいは会議、今日のようなセミナー、あるいは人生の中でのさまざまなイベント、病院での受診、あるいは災害時の避難所などで障害のある方が社会に対してコミュニケーションを行うために、そのそばに立ってアシストを行う専門職になります。したがって、その前に申し上げたリハビリテーションの専門職とは若干質が異なる面があります。

さて、WHOは2011年に発行したWorld Report on Disabilityで障害を次のように定義しています。

「障害とは人間の状態の一部であり、ほとんど全ての人はその人生のある時点において一時的に、あるいは恒久的に正常の機能を喪失し、高齢期まで生存する人々は生活機能面で困難が増大することを経験する」。

では「ほとんど全ての人が経験する生活機能面の困難」とはどのようなもので、どのような支援が必要でしょうか。生活機能面の困難として考えられる活動と参加の制限として、学ぶこと・学んだことの応用、コミュニケーション、移動・運動、セルフケア、家庭生活、職業生活などでの制限が挙げられます。

そしてここで重要なことは、障害当事者が何をしたいのかという意思決定になります。どこに行きたいのか、何をしたいのか、そういった意思の決定です。意思決定のためには情報が保障されなければなりません。例えば今日ここでこういうセミナーがあるという情報がその当事者の方に伝わらなければ、行きたいという意思も決定できないことになります。

また、その情報を得て「こうしたい」という意思決定をしたその先に、その意思をまた社会に対して伝達することが必要になります。そこにもまた、今日は手話通訳の方が来ていますけれども、こういった情報の保障及び意思伝達の過程で、手話通訳士のように、専門職が重要な役割を果たします。

近年は先ほど挙げました言語聴覚士も、失語症の方の意思疎通のための支援者を養成する事業を開始しています。ですから、何年後かわかりませんが、こういったセミナーの席で失語症の方のために失語症の方の隣に一緒にいて、彼らの理解しうるような形に内容をトランスレートする人が社会に出てくるだろうと考えています。こういった専門職において、意思決定のための支援は重要な仕事の1つとなってくるだろうと考えています。

つまり、障害者の支援とは、当事者に対するリハビリテーションの提供のみならず、社会とのコミュニケーションに対する意思疎通支援もきわめて重要となっていくだろうと思います。障害当事者の隣に立って社会との情報保障、また本人たちの意思決定を社会に円滑に伝えるといった働きが求められてくるだろうと思います。

さらに言えば、近年サービスを利用する人、つまり障害当事者がサービスをデザインするのに最適な人材という協働創造、コ・プロダクションの考え方が重視されるようになりました。これは研究、開発、政策決定のさまざまな分野で当事者が参加して協働することになります。

例えば近年、発展の著しいITやAIといった技術の開発、あるいはバリアフリー化す

るといったところでの政策決定者あるいは研究者との間に「障害当事者の方にこういうニーズがある」ということをともに伝えて、一緒につくっていく、コ・プロダクトするところにも専門職は非常に重要な立場になるだろうと思います。

これは今、ＪＲや、恐らく東京メトロの駅にも備えられている「コミュニケーション支援ボード」というものです。開発当時は外国人のためにつくられたものですが、これは失語症の方、あるいは自閉症の方の一部、そういったコミュニケーションに障害のある方にも非常に使えるということで、これはたまたま私もこの開発のときに少しアドバイスをさせていただきましたし、失語症の当事者の団体がこれに大きく協力しております。

今後は現在の養成課程と研修課程に加えて、現任の活力のある元気なアクティブな専門職を市民や政策決定者、サービス利用者、家族、サービス提供者が協働して、みんなのために役立つサービスを生み出すための重要な役割を担う専門職へと育成することも、当学院にとって必要な使命となるのではないかと考えて、これをどのように実現していけばいいのかということを今後考えていきたいと思っております。

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） 先生方プレゼンテーションをどうもありがとうございました。ここからはこれまでのプレゼンテーションをもとにディスカッションを始めさせていただきたいと思います。

まず私から2～3テーマをお示しいたしまして、それを中心にご発言をいただければと思います。お一人、3分から4分ぐらいでひとわりまずお話しいただきたいと思います。ディスカッションひととおり済んだところで、また会場の皆さんからご質問を受けつけたいと思っておりますので、お聞きになりたいことがあれば会場の皆さんも心づもりをお願いしたいと思います。

まず1つ目のテーマとしてお願いしたいのが、リハビリテーションの概念ですとか実態、実情といったことです。先ほどWHOのBarrett先生からお話がありましたように、リハビリテーションはユニバーサル・ヘルス・カバレッジの一部ということで、全ての人々のための継続的なケアということなんですけれども、依然として障害がある人への特別なサービスであると受け取られているというようなお話がございました。そこで、先生方の活動される国や地域では、実際どんな状況になっているのか、あるいはまた今後どうしていくのがいいというふうにお考えなのか、この辺について課題ですとか問題点それを乗り越えていくには何が必要かといったようなことをひとつお話しいただければというふうに思います。

それとの関連なんですけれども、お話の中で、複数の先生方から出ておりましたが、リハビリテーションの専門家の魅力ということがひとつ大きな話題になっていたんじゃないかと思います。経済的な魅力ですとか社会的な魅力ですとか、あるいはわくわく感といったようなものがあまりないんじゃないかというような問題の指摘もあったかと思います。全ての人々のために必要なはずのリハビリテーションということですが、その専門職の魅力ということが必ずしも十分ないということだと、人材育成を進めるに当たっても非常に大きな障害になるんじゃないかというふうにも思います。だからそれをどんなふうにしていくと、その魅力が出てくるのか、あるいはその魅力を持ってもらえるのかといったことも非常に大きな課題なんじゃないかと思います。

例えばですけれども、リハビリテーションというのはこういうことをするとこんな成果が出てくるというようなことが、もっと多くの人に理解をされると非常に意義とか魅力ということがいろいろな人に伝わるんじゃないかということがあるかもしれません。例えば重度の

障害を負った方でも、こういうリハビリテーションをするとここまで生活機能が回復しているいろいろなことができるようになるということを示すですとか、あるいはまたコスト効率の高い介入だというお話もありました。費用が 2.5 割削減されるというようなデータもあるというふうにショート先生からお話がありました。こういったリハビリテーションの効果みたいなことがはっきりとわかるように示されるといいとか、これは例えばという話ですけども、どんなことをしていけばリハビリテーションの専門家としての魅力ということがわかってもらえるのかということに関してもお考えをお聞かせいただければと思います。

最後に、ほかの先生方のプレゼンテーションをお聞きになって興味を持った点ですとか、先生同士でご質問などありましたら織り交ぜていただければと思います。

私、今幾つかお話しましたがけれども、別にこれを全て網羅していただく必要はございません。特に先生方それぞれ関心を持った点に関して、3分から4分程度でお話をいただければと思います。

それでは、ちょっとこの席の順で大変恐縮なんですけれども、では佐々木先生からお願いしてよろしいでしょうか。

●佐々木 ご指名ありがとうございます。非常に大きな概念の質問でちょっととまどっているんですけども、リハビリテーションの概念についてということに関してですけども、私はマヒドン大学で学生にケーススタディのプレゼンテーションを確認するとき、学生がフォーカスするのが、主に身体の障害のあるところ、疾患にフォーカスを当ててしまいます。

疾患ではなくて、リハビリテーションというのは包括した内容なので、リハビリテーションを受ける人間というのは生活を持っている人間で、その生活の中では家族があり、仕事があり、宗教、そういった内容も包括して、自分の家族やきょうだい、子供を意識して利用者に接するようにケーススタディを行ってくださいというふうには私のほうから、障害単体にこだわらないでくださいというふうに気をつけて教育しています。

2 番目の質問について、リハビリ専門家としての魅力をどういうふうにして伝えるかということに関してなんですけれども、私は、現在修士課程に 2017 年から移って、主に研究の指導をしているんですけども、私の研究を行うに当たってのリサーチ、インタレストというのがアフォードダブル、コストの低減させることです。先進国などで使われる材料やコンピュータライズされたハイコストなものにフォーカスを当てがちなんですけれども、その機能を補えるようなアフォードダブルなもの、それと同等に扱えるものの開発やあとはイメデ

イエイトプロバイディング、早期提供にフォーカスを当ててリサーチを行っています。

その教育の中での魅力に関する話なんですけれども、あるとき気づいたのが、これを学生に実際課題として提供したときに、学生自身で考えて私とまた違った視点で研究を進めていく過程が見られ、私自身だけでなく学生の開発したものが患者さんに提供される。患者さんはそのアウトカムを我々に提示してくれ、患者さんへの効果がよく出たとき、学生も私もハッピーな気分になる、患者さんもハッピーな気分になる、そういう共有ができること。要はそういった学生が私のまわりにたくさんいるので、私が実際行わなくても、学生たちが私のやる何十倍もの速度で広がっていく。そういうことを学生に教えることによって、学生はさらに後輩を教えてやっていく、その連鎖をやっていく魅力があるんだよということを話したことがあります。そういった魅力もあるよということは話したことがあります。

私の方からはそんな感じでよろしいでしょうか。ちょっとずれているかもしれません。すみません。

●司会進行（山田） ありがとうございます。

1点目に関してなんですけれども、私の説明が必ずしも十分でなかったかもしれないんですが、リハビリテーションというのが障害のある人たちへの特別なサービス、障害のある人たちだけのための何かサービスというような捉え方をされている国や地域もあるんじゃないかということがありますので、今先生がおっしゃったのは、いろいろな障害のある方がいて、その方が家庭環境を含めてどんな環境にいらっしゃるかということ踏まえてリハビリテーションをすべきだというようなお話をされたかと思うんですが、タイにおきましては、リハビリテーションといったときに障害のある人たちだけのサービスなのか、それとも障害のある人以外の全ての人々のという感じで受けとめられているのかどうなのか、その辺をちょっと私知りたかったんですね。

先ほど深津先生のほうからの話で、リハビリテーションというのは全ての人が生涯のある一時期から、あるいは恒久的か、どこかの時点でほぼ全ての人が必ず必要となるサービスなんだという話があったと思うんですけれども、タイではどんなふうに関係しているというのが、誰のためという感じで受けとめられているのかなというところが、もし一般的なタイの状況というものがあれば、教えていただけますか。

●佐々木 そういったフィロソフィー的な話になると恐らく前者、あまり自身が将来的にリ

ハビリテーションの恩恵を受けるというような形で教育は多分進められていないと思います。またその点ではおくられているかもしれないですね。

●司会進行（山田） ありがとうございます。

では Short 先生にお願いしたいんですけども、先ほどのお話の中では、私テーマとしてお話しした以外にも、1つ国としての戦略とか計画といったものが今オーストラリアでも必ずしも十分でないというようなお話もあったかと思うんです。その点も今後どういうふうというお考えもあれば、その辺を含めて聞かせいただければと思います・

●ショート 非常に難しい質問ですね。私もわかりません。Darryl さんわかりますか。すごくいい質問だと思います。

●ダリル 1つ、オーストラリアの課題として挙げられるのが、それは最初にまず連邦制度があるということです。そして6つの小さい国が1つにまとまっているような形ですので、医療システムにおいては、サービスの提供、資金の運用は、それぞれ州レベルで行われています。ですので、国レベルで何かをしたいときというのは、そういうことにはいかないわけです。しかし、その状況というのは、これから変わるかもしれません。高齢化社会というのがよりオーストラリアでも顕著になってきているからです。理学療法など、分野で区別するよりはむしろリハビリテーション専門家を統一したほうがリハビリテーションやメディカルは分かりやすくなります。これは変えることができるかもしれません。しかしもう1つ、オーストラリアは、州ごとに規制することを厳守します。そうすると、あまり国レベルでの政策は不要だというふうに考える方もいるかもしれません。州レベルで間に合っているのだからと。しかし、そういった状況がオーストラリアで考え直され、ひとつの国家として規制や法律などが統合されつつあります。しかしリハビリテーションに関しては時期がまだそこまで至っていないのだと思います。事実、今日これまで我々は発表や議論をしてきましたが、何を話してきたか、ということです。最初のリハビリテーションのコンセプトに関するご質問をいただき、そのご質問の内容自体が、まだ我々の道のりは長く人々の理解を得ていないんだと感じるものでした。しかし分かってはいたことです。

●ショート よろしいですか、はいありがとうございます。Darryl さん。

1つ追加したいと思います。James Middleton 教授という同僚がいるんですけども、シドニーとニューサウスウェールズ州で脊髄損傷の人々のためのサービス責任者をしていて、ロイヤル・ノースショア病院に勤務されています。彼が言っていたのはオーストラリアでリハビリテーションサービスを改善するのは利用者であり、むしろ障害がある人々ではなく、一般の医療サービス利用者が改善を司るということです。というのは、Darryl さんがおっしゃったとおり、皆さん高齢化していき、いろいろな身体機能に問題が出てきます。高齢化が進めばリハビリテーションサービスの需要も増えてきます。人々の教養や生活が豊かになればなるほど、健康で生きる権利や医療ケアの品質、リハビリテーションサービスに求めるものも増えてくるものです。

オーストラリアは利用者が医療を動かしてきたと言えます。今後のリハビリテーションサービスも利用者が必要なことを提案していくでしょう。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。それでは Waloki 先生いかがでしょうか。

●ワロキ まずリハビリテーションの概念、これはまず理学療法士を理解するということ、それからまた人材育成のための教育をするということ、それからまた障害がある人々との、そして障害がある人々の団体との関係性を確立する、そこでも教育を提供するということが重要だと思います。しかしながら私の理解、そしてまた私の同僚が言っていたんですけども、リハビリテーションというのは一連の生活とともにあるものです。例えば先天的に障害がある人々の生活において、もし身体の機能を失った場合にはそこに理学療法士がかかわるわけです。これは年をとってもずっとともにいくわけです。

フィジーでは、例えばスポーツ、それから予防、健康管理といったところでも理学療法士が仕事をする場は増加しています。なぜなら理学療法に関して言えば全身の運動に焦点を当てているからです。ほかに包括的なリハビリテーションを必要としている人々がいても、フィジーでは言語聴覚士、作業療法士、義肢装具士が不足しているためです。

フィジーでは障害がある人々はこのような問題のある医療モデルに対応していかなければならないのです。できることをやっていくしかないのです。

このような状況に適応できない場合、または適応するものすら無い場合は最悪です。包括的なリハビリテーションを誰でも利用できるとするならば、私たちは移動を支援する機器を求

めます。それだけではありませんが。しかし基本的な療法、言語や理学療法には改善の兆候が見えます。これはとてもよいことです。まだ十分に構築されておらずコーディネートも完備されてはいないのですが。

フィジーに形成外科医が来て手術をしてくれるようになりました。理学療法士は手術後の患者をケアできるスキルを身につけなければなりません。

これはそんなに大きな問題ではありませんが、課題としては手術後の患者に対応できるスキルに加えて、さらにそのスキルがある人材を教育、維持できる能力がある人が必要になります。やけどや他の理由で手術をした人々もいるのです。言語聴覚士にはそこまでできる人材は存在しません。

それからまた、メンタル、精神医学は改善が少し見られておりますが、しかしながらサービスの提供ということでは施設での医学的なアプローチになっています。それがリハビリテーションやコミュニティに拡大しつつはあるものの、私から言わせていただければ現場に生かされてはいない状況です。

彼らは非常に医学的で基本的なリハビリテーションを考えています。リハビリテーションとはその人の身体における機能を取り戻し、社会の一員として復帰させるためのものであるということを理解していないのです。

申し上げましたとおり、人々には権利があります。ここで話してきましたがその権利すら存在しない状況があるのです。リハビリテーションサービスを利用できる権利があっても資源の問題でそれが得られないといった状況も起こってくるわけです。

車いすはあります。どのような所に住んでいたとしても移動を支援する機器があれば、家庭にあるものでもいいです、その場所で移動をするために使用できるものがあればよいのです。そしてそれを外に持ち出して家庭だけではなく今度は教会にも行く、そのほかの場所にも行けるようになっていけばいいと。誰しもが何を選択するか、何を所有するか、何を必要とするかという権利を持っているのです。ただ選択肢が少ないのです。

先ほど申し上げましたように、例えば学士課程でのトレーニング、そこではさまざまなほかの療法士に能力、コンピテンシーを養っていくということをしています。理学療法士がその教育のもとで出かけていけばいろいろなニーズを満たしていくことができるというふうに思います。現在、リハビリテーション人材の主要な雇用者というのは保健省になっていますので、保健省でサービスが提供できていけばいいかなと思います。ありがとうございました。

●司会進行（山田） それでは城間先生お願いします。

●城間 リハビリテーションの概念あるいは定義というものが変わってきたという話が、飛松先生から冒頭にございましたし、Barrett 先生も同様な話がありました。これらのお話から、リハビリテーションの概念変化は社会的な背景・情勢によって異なることが理解できました。

かつては、リハビリテーションというと二次的治療（キュア）が目標でしたが、ケアに変わってきております。最近では予防医学という観点から、現機能の維持だけではなく、未然に障がいを防ぐとして、PTでもOTのようなリハビリテーション職でも、積極的に地域に関わり、予防的観点から介入しているなど感じることも多いです。しかしながら、フィジーのMaria先生の発表を拝聴すると、国の情勢によって、未だ未だリハビリテーションの捉え方が違うと改めて感じたところでございます。

●司会進行（山田） ありがとうございます。それでは深津先生お願いします。

●深津 リハビリテーションの概念というところですね。

●司会進行（山田） 深津先生には、リハビリテーションの概念とかその受けとめられ方と、それから先ほどの魅力を高めていくにはどうしたらいいかというあたりもぜひお願いしたいと思います。

●深津 リハビリテーションの概念としては、私のお話の中でもさせていただきましたとおり、私は非常に広く捉えております。

最初に医療として受ける医学的リハビリテーションと、あとは生活するというために行う例えば職業リハビリテーションかもしれないし、生活するための生活訓練という形のものかもしれないし、また、その先に社会との間で情報をとってくるとか、あるいは社会に対して自分の意思を伝達するといったところも広く含めてそうかなと思っているところと、そうしたら何か新しいものをつくらなければいけないのかということとそうでもなくて、私の話の中でも出させていただいたとおり、言葉の通じない外国人のために開発したものが実はそれ以外広く使えるであるとか、あとは皆さんご存じかどうか知らないんですけども、日本で売って

いるシャンプーとリンスの組み合わせの場合、シャンプーの蓋にだけ触るとわかるものがついていて、コンディショナーのほうは何もついていないので、視覚障害の方が触っただけでわかるようになっているのですが、実は私もそれを知ってから、目をつぶってシャワーを浴びていてもどっちかすぐわかるというように、何かの障害のある人だけにとっても役に立つものがあるということではなくて、これからどんどん高齢化社会になってくると、障害とエイジングのどこに境があるとかとか、いろいろな人が生きやすいようになっていくための方策がリハビリテーションの概念、というふうになってもいいのかなと思います。

あとは、うちの学院を受験してくださる方、受験生のいろいろな動機で、やはり必ず障害のある方のお役に立ちたいというのが第一であるんですけども、それはとてもよいことだとは思いますが、やはりリハビリテーションのプロフェッショナルとして、どういうプロフェッショナルになりたいのかということを私は非常に重要視して面接で必ず聞きます。やはり専門職、プロフェッショナルとしての特別なことはきっちり出していくことによって魅力というのが高まっていくのかなというふうには思います。

プロフェッショナルである以上は、必ず対価が得られるということ、経済的にそれでやっていけるんだ、仕事なんだというところもかっちり確保されるということが必要なのかなというふうには考えています。

●司会進行（山田） ありがとうございます。リハビリテーションというのが、障害のある人への特別なサービスということだけではなくて、ほとんど全ての人に必要なものなんだということがよく理解されていくということが必要だと思いますし、それによってリハビリテーションという専門家の魅力というものも、あるいは経済的な魅力とか社会的な魅力とか、そういったものもじわじわと上がっていくという、そういうことが大事なのかなと思いました。それと関連あるのかもしれませんが、Barrett 先生の話の中で、グローバル・コンピテンシー・フレームワークというのを言われましたけれども、その点もし差し支えなければ、もう一度どんな取り組みになるのかお聞かせいただければと思うんですが、いかがですか。

●ダリル ぜひお話をしたいと思います。

まず、このリハビリテーションの概念ということについてコメントできなかったのも、まずそれについてお話しさせていただきたいと思います。これはとても重要です。

多くの世界の国々、これは太平洋地域についてもそうですが、未だにリハビリテーショ

ンという障害者のためとを思い浮かべる人が多いと思います。リハビリテーションと障害は関連していますが同じではありません。

リハビリテーションとは何かを理解する、そのためには障害とは何であるかをまず理解しなければいけません。そしてここにいる一人一人がそれぞれ障害に関して異なる概念を持っているでしょう。非常に複雑で常に進化しているからです。ですから、ここで明確にしておきたいと思います。障害を理解するには2つの方法があります。全体を抱合するような障害の考え方です。

まず1つは、アイデンティティです。国連で条約が発表され、障害というアイデンティティが確立されました。これはつまり“私は障害がある人間です。自分を特定しています。私は障害がある人間であることを選択しました。”と言えることです。これは素晴らしいことであり、良いことです。それによって発言ができるようになります。障害がある人々の権利の実現や平等を得るためには必要なものです。そう、立派なことです。

しかしながら、障害を経験している人全員が“私は障害がある人間です”と言えるわけではないので、ここでもまた障害を経験することになります。我々にはアイデンティティがあり、また経験も存在するのです。重要なのは、アイデンティティと経験には違いがあるということです。

例えばオーストラリアでは、障害がある人への差別に関する法律があります。障害がある人々への差別を防ぐ法律です。その法律のもとでは、例えば数日間病気だった、あるいは1週間仕事に行けなかった。そういったときに3日間あるいは5日間病気だったということで、法的な措置をとることができるわけです。そしてオーストラリアの統計局では、少なくとも6か月間、障害を経験した人を障害がある人ということで統計をしています。オーストラリアは保健省と統計局、二つの省庁で障害の認識が異なっていますね。そして障害者の権利条約、こちらに関しては長期におよぶ機能的な障害、という言葉を使っているんです。私が言いたいのは、障害があるというアイデンティティを持った人、障害を経験した人、この違いを理解しなくてはいけないということです。そしてリハビリテーションはどちらもサポートします。しかし焦点は障害を経験した人です。もし背中に怪我を負ってしまって数日間仕事を休むことになり、理学療法によるリハビリテーションで仕事に復帰できた。それは障害がある人ではありません。高齢者の例が分かりやすいでしょう。高齢になると誰でも身体の機能が低下します。目は見えにくくなり、耳は聞こえづらくなり、動くことが難しくなってきます。そしてことあるご

とに高齢だからと差別されます。日常の様々な場面で障害という経験をするようになります。しかし“私は障害がある”とはおおよそ言いません。“私は歳をとったな”と言うでしょう。日本のような国にリハビリテーションとは人口全体のためのものであることを世界の皆が認知することを支援してほしいと願っています。これは障害がある人のお話ではありません。私はこの事を強調したいのです。

ごめんなさい。質問何でしたっけ。もう1回教えてください。

●司会進行（山田） WHOの活動についてです。

●ダリル わかりました。ありがとうございます。

我々がWHOで何をしているのかということですね。コンピテンシー、能力についてお話します。ちょっと戻りますが、リハビリテーションによる介入について。WHOによるリハビリテーションの介入はWHO本部で指揮をとっていて、まず21のさまざまな健康状態をリストアップしています。ここで言う健康状態の範囲というのは、人工股関節置換手術、または脳卒中、脳性まひなど21の病気による負担が伴う健康状態のことを言っています。そして人々の健康や安心をサポートするためには、最低限どのようなリハビリテーションが必要なのか、優先順位は何かを考えています。リストアップされた健康状態にある人々が身体の機能を取り戻すためには、どのようなリハビリテーション、どのようなサポートが必要なのかということです。

人によっては、例えば地域での場所の認識訓練を必要としている人もいるかもしれない。あるいは歩行、バランスの訓練や、乗り移りができるようにするための筋肉強化などさまざまです。介入というのはいろいろなタイプがあります。いろいろな形があります。私たちはどのようなサービスが必要とされているのか、ということには着目していません。この人は作業療法が必要なのか、この人には言語療法が必要なのか、そこではないのです。私たちの活動はひとつの積み重ねです。そこでの介入では、そこでのとるべき行動とは、その積み重ねなのです。

私たちが進めてきた様々な介入とは、全てそれぞれの人たちが機能を取り戻すためのお手伝いです。そしてその介入を可能にするコンピテンシー、能力やスキルを持った人材を育成する必要もあります。私たちは現在、リストアップされた21の健康状態にある人々それぞれに介入をすることができます。それぞれの介入に必要とされる人材が求め

られるスキルやコンピテンシーについてもリストを作らなければ、と考えています。

Jody さんといって、Short 先生の教え子なんですけれども、その方がコンピテンシー・フレームワークという枠組みの作成をサポートしています。彼女は専門家、国、医療分野を超えてどのようなコンピテンシー・フレームワークが存在するのか、そして国際的なフレームワークとなるとどのようなものができるのかという研究をしています。2020 年までには、さまざまな情報、技術的な審査、参考文献などがまとまり、21 の健康状態に対応する介入の基礎となるフレームワークができるでしょう。

例えばフィジーのような私たちが直接、活動をすることができる国でなら、そこではどのようなトレーニングをすればそれらの健康状態にある人々への介入をするための適切な能力を養うことができるのか、ということが活動を通して判明するはずです。その結果は大きな収穫になります。

●司会進行(山田) ではここで、会場の皆さんからも質問を受けつけたいと思いますので、質問のある方は手を挙げてお願いできますでしょうか。

●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いる中村と申します。

連携、人材育成というか、教育の問題をちょっと教えてほしいですけれども、きょう講演された先生は多分学校の先生だと思えますけれども、自分自身の経験から言うと、学校教育はやはり限界があって、やはり実際に働いてみると、現場で起こっていることというのは教科書にも載っていなかったりとか、その中で混沌としながら自分なりの答えを見つけ出して何とかかんとかやっていくんですけれども、そういったときに頼りになるのは、先輩の経験とか、そういう限られた情報のもと、学んでいくということをやっています。

願わくば、本当は何年か働いたらもう 1 回学びを得るチャンスがあれば、もう 1 回さらにステップアップができるんじゃないかと思っているんですが、なかなかそういうチャンスが少なく、実際に働いていると日々の仕事が忙しくて、朝から晩まで仕事に追われているとなかなかそういうエネルギーもなくなり、そのうちに自分の経験だけが頼りという狭い考えになってしまう。そうすると、多職種のことを理解する余裕もなく連携する気もなくなる。そういう悪循環が生まれているんじゃないかと思っています。なので、こういう状況を打破するにはどうしたらいいかなともしお考えがありましたら教えてください。

●司会進行（山田） すみません。どなたにでしょうか。

●中村 オーストラリアとタイの方で。

●司会進行（山田） では佐々木先生からよろしいですか。

●佐々木 臨床の限界点を総合したときに、教育の現場ではそういった、ちょっとかいつまんで。

●中村 要は、現場で働いていると、あのときもっと勉強しておけばよかったなという後悔みたいなことがたまにあったりするんですね。そのときに、本当はもっと学べるチャンスがいろいろあればいいかなと思うんですけども、そういうときにどうするかというと日本では例えば学会に行くとか、あるいは母校の先生に聞くとかでもいいんですけども、そういうチャンスがもっと頻繁にあればいいかなと思っているんです。タイはどうでしょう。学会とかでそういう情報交換とかはあったりするんでしょうか。

●佐々木 タイではタイ人のドメスティックのアソシエーションというかそういう会合があります。インターナショナルはないですね。主に我々はそのインターナショナルの会合に出向いて情報共有をするということを行っています。主にASEANの大学のネットワークに出たり、あとはISPOの教育協議会、先ほど紹介した中でのディスカッション、そういった中でネットワークが会議だけじゃなくて、人と人の間でもいろいろとできるので、そういった中で情報交換、情報提供を求めたりということがあります。

●中村 ほかの職種を知るという機会はあるんですか。

●佐々木 他の職種、実はマヒドン大学はそこは弱いところで、今ようやくことしからマルチディシプリナリー、インタープロフェッショナルな教育が始まって、その中で面白い話があります。さきほど紹介した中でも、タイのトラディショナルマッサージの学部が4年間コースであるんですけども、教員と学生をその学科から呼んで、PTもちろんOTも呼んで、こういうケースがありました、「じゃあチーム（義肢装具、理学、作業、トラディシ

ョナルマッサージチーム) でどういったアプローチにしますか。まずトラディショナルマッサージの人から、どういった形で **spasticity**、痙性を軽減させる手法がありますかと言ったとき、その改善手法のアイデアが出てくるんですね。私はそれにびっくりしたんですけれども。そういったタイのオリジナルなチームアプローチもあるんだなというふうな形で、非常に楽しく過ごさせていただいたということで、コメントさせていただいたことがありました。そんな形でよろしいですか。

●中村 オーストラリアはいかがでしょう。

●ショート ご質問ありがとうございます。今、ちょっといろいろと考えてみました。難しい質問ではあるんですけれども、どうやってお答えできるかしら。

まず1つ言えるのは、変化はまず雇用主から、雇用している側から生み出すべきだというふうに思います。ニュー・サウス・ウェールズ州では、結構前向きな変化が起きています。保健省が医療の専門家に対して、学生の教育、専門的な能力の開発、また研究などが行えるようにサポートしています。ニュー・サウス・ウェールズ州は今、人口が600万人なんですけれども、保健省が職員に行っている教育方法で、保健省の医療専門家にシドニー大学の学生の教育を担当せることが良い刺激となっている例があります。専門家として意欲を高めることにもつながりますし、人に教えるためには最新の情報を得ようとしています。ワークショップや会議で知識を促進することや、時間やコストを人材育成に費やすこともできるのです。興味がある人は研究プログラムに参加したり、また修士課程、PhDをとることもできるし、エネルギーと時間、モチベーションがあれば研究に参加することもできます。

これはここ5年間、コメディカルに関連する分野で始まったことですが、教育、専門家の育成、研究の場においていつも重視されているのが医薬です。この変化は保健省のコメディカル部門からワークショップへ、そして医師や看護師をサポートするために変わってきたものです。

私は大学で教えています。教育分野にいる私が医療の専門家と一緒に作業ができるということをすごく楽しいと思っています。でも私は、そのような良い変化は職場の雇用主から医療専門家へもたらすべきであると言わせていただきたいです。それが専門家の育成を発展させ、研究を有意義なものにすると考えています。

●中村 なぜフィジーを抜かしてしまったかという、実は私フィジーの義肢装具士とFacebookで友達であって、実はフィジーの義足とかフィジーの生活、人々の暮らしというのを実は教えてもらっているんです。

逆に言うと、そういうインターネットの端末があると、すごく距離が離れていても、お互いが何で悩んでいるかとか、どういうところが苦労しているかというのは実は情報を得ることが今できているんです。ですから、そういう電子媒体でありeラーニングでもいいんですけども、そういうのもうちちょっと学ぶ機会がもうちょっとあれば、こういうことが知りたいなというときに、例えばWHOのサイトに行くとeラーニングのソフトが載っていると、そういう環境がもっとできていいんじゃないかなと思っています。

タイの遠隔地の教育というのは、結構魅力的なシステムだなと思いましたので、コメントします。

●司会進行(山田)ありがとうございます。ほかに会場の方でご質問ありませんでしょうか。

それでは質問がないようですけども、もし先生方でその点もう一度発言したいということがございましたら、いかがでしょうか。どうぞ。

●ワロキ ちょっと最初のポイントに戻りたいと思います。リハビリテーション従事者の職業としての魅力ということですね。今現状では、やはり魅力的なものではないという考えが多くあります。フィジーにおいては多くの学生がプログラムにやってきます。特に男性が多いです。女性もいるんですけども、理由はスポーツ理学療法士になりたい生徒が多いのです。スポーツは華やかで魅力的な職場ということです。もちろん皆さんも同じように魅力のある男女と一緒に仕事をされてることと思います。まあとにかく、彼らにとってはそれに魅力を感じて、プログラムに参加しトレーニングをしているようです。

そして彼らの雇用ですけども、やはり雇用が限られているということがあります。特にラグビー、あとネットボール、そしてサッカーです。陸上競技の人気は今ひとつのようです。チームは理学療法士のスキルを必要としているので雇用をします。ただやはり経済的な報酬を得ることができないということで、やはりその人気下がってしまっているところがあります。

スポーツイベントというところでは、やはり国際的な競技に参加するということで世界を見ることができるということも魅力として考えられているのではないかと思います。あとは仕事をする者として1つコメントしますと、このフィジー国立大学においては、基本的なトレーニングというのは、実際コミュニティのリハビリテーションの現場に出て行くということを含めています。それだけではなく、Suva 周辺の病院や、部族エリア、また周辺諸国にある生徒の出身地などそれぞれの背景に基づいた現場でのトレーニングがたくさんされています。ただ、トレーニングと実際の現場というのはできることが違うということがあります。実際サービスの提供というのは、通常は省庁など国が行っていますが、やはりリハビリテーションへの予算や供給資源に限界があります。

これは我々にとって問題です。なぜなら口唇裂、口蓋裂や腱損傷などに対応するトレーニングを行い、さらに理学療法士の評価や管理の範囲を拡大したいと思っているのです。また、適切な人々に車いすを処方できるスキルと能力を育成する必要があります。それをサービスの中でやるということを考えたときに、最低限のものになっています。サービスではそこまでやらないということがあります。そして糖尿病ということになると専門領域になるわけです。そして専門領域の専門家というのが別にいるわけです。先ほど、糖尿病に対応する拠点についてお話ししましたが、どの段階の糖尿病でもそれは特別なケア部門となります。しかし、この部門には療法士がおらず、義肢装具士に依頼してデジタル・コンテンツ・キャストイング（DCC）やリジット・ドレッシング（RD）に対応できるよう技術を上げてもらっています。療法士は仕事範囲も拡大させているのです。この状況ではこのような方法になるのです。ですので、おっしゃっている問題というのは、本当に私自身も理解できます。正式な教育というところでは、まだ提供できていないということもあります。

今後それが可能になれば、と願っています。そのような教育を理学療法学科が2020年までに修了レベルで行えるよう大学の委員会にオファーしています。遅くとも来年度初めまでには。日本が、そしてまたほかの国においても、私たちフィジーと同じような問題に直面しているのかなというふうにお話を伺っていて感じました。ありがとうございました。

●司会進行（山田） このディスカッションの中でも、リハビリテーションの専門家の魅力というのがどういうふうになれば上がっていくのかというようなこともご議論いただきました。

た。それにはやはり国家の財政というのが多分どこの国も厳しくて、予算も限られているということもあるかもしれませんが、リハビリテーションをすることでどのような障害がこのぐらい軽減されていくとか、それによってできづらかったものができるようになるとか、あるいはコスト効率が高い介入なんだということもありましたけれども、むしろリハビリテーションを積極的に適切に行うことによって、費用が社会全体から見ると削減されていくんだとか、そういったことをやはりリハビリテーションにかかわる我々含めてじわりじわりと、少しずつかもしれませんが、社会に訴えていくということが、多分その国の政策の中での優先順位というものが上がっていくということにつながるのではないかというふうに私も思いました。

ほかにあるでしょうか。会場の皆さん、あるいは先生方で特にご発言がないようでしたら、ディスカッションの時間も大分予定した時間より 10 分程度延びて申しわけありませんでしたが、この辺でディスカッションを終わらせていただきたいと思います。

あ、すみません。Barrett 先生最後にどうぞお願いします。

●ダリル ちょっと簡単なコメントですけれども、日本において今非常にすばらしい時を迎えていると思います。WHO 西太平洋地域の事務局長に日本人の葛西建先生が就任されました。彼はリハビリテーションの非常に強いサポーターでいらっしゃいます。また彼は高齢化社会の問題とそれから非感染性疾患を優先課題リストの非常に高いレベルに上げていらっしゃいます。そして高齢化の問題がある国々で非感染性疾患がなく、健康に歳をとることへのサポートについても意識されていらっしゃいます。日本の皆さんにはWHO 西太平洋地域において、とても強い代表者がついているのです。今後のリハビリテーションにおける日本のリーダーシップに期待しております。ありがとうございました。

●司会進行（山田） ありがとうございました。ではこの辺でディスカッションは終わらせていただきたいと思います。どうもありがとうございます。

閉会挨拶

森 浩一

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、WHO西太平洋地域の国際セミナーにご参加いただきまして、誠にありがとうございます。WHOが定義するリハビリテーションが2017年に改定されたことは最初のBarrett氏の講演で述べられましたが、それを要約しますと、「それぞれの人の健康状態や置かれている環境の中で最適な機能の状態にし、障害を減らすために介入すること」であります。

「健康状態」というのは、病気や障害や手術などの治療後にさまざまな活動や参加の障害がある状態を指し、これに対応するリハビリテーションの種類には、医学的リハビリテーションや職業リハビリテーション、それから今回は触れられていませんが教育リハビリテーションや社会リハビリテーションがあり、多種類の専門的な介入が必要となります。先進国では、そのような専門的な介入の種類毎にそれぞれの専門職が発達してきています。

「それぞれの環境で」というのは、各国での社会的、政治的あるいは経済的な状況の中で、現実的にできること、あるいは必要とされていることを行うことです。

基調講演では、WHOがどのように世界でリハビリテーションを改善しようとしているのか説明され、リハビリテーション2030という活動計画で10の活動領域を設定して、世界のリハビリテーションを推進する計画が立てられている、と語られました。

その中の6番目が、今回のセミナーでテーマとなっている「多職種連携と人材育成」です。WHOでは、各国の現状の調査を行い、方針を立てて、各国で推進すべきガイドライン等の戦略を立てています。特に西太平洋地域では、リハビリテーションにかかわる専門家が非常に少ない国が多いこと、それに、政策的なサポートが圧倒的に足りない現状があることがわかりました。多くの国では多職種の連携をできるほどの職種がそもそもいないとか、養成するシステムがない国もあるようです。

一方で、理学療法士はどの国にもいることがわかりました。2番目に講演されたWaloki氏の国のフィジーでは、理学療法士の育成ができるようになっておりますが他の職種の

方々が少なく、理学療法士あるいはその他の職種の方が領域を超えてリハビリテーションを行う地域もあるということです。

理学療法士という職種は非常に魅力があり、学生がたくさん来るということが最後のディスカッションで話されましたが、就職後に困る点もあるようです。トンガでは理学療法士がたった2人しかおらず、サッカーシーズンになると、2人のうち1人がサッカーチームに同行してしまうと、病院の中に1人しか残らないという大変な状況も発生していました。

医療水準は西太平洋地域どの国でも向上してきています。そのため高齢化が進み、高齢化が進んだためにリハビリテーションのニーズが大きくなっているのですが、リハビリテーションが医療の進歩についていけない、という調査結果が出ています。

WHOとしては、これをどのように解決していくかということについて、リハビリテーションの枠組みを提唱し、リハビリテーションを多数の介入のセットとして概念化し、いろいろなレベルでの戦略的な計画を提供していくことに取り組んでいます。問題はそれを各国がいかに関政策として実現していくかということ、そして専門職の養成をどんなふうにしていくか、その専門職の養成ということに関して、それぞれの専門にわたって最低限どういうことが必要であるかを定義していくことが必要です。

その必要なことの名称としては、「コンピテンシー」という日本語としてはなじみがない言葉が使われるのですが、いろいろなリハビリテーションにスキルが必要であり、そのスキルを使える能力が「コンピテンシー」になります。さらには、このコンピテンシーの中には職種を超えて連携するという共通項もありますので、そういう教育が重要になってきます。

2番目のフィジーのWaloki氏の報告では、先ほど申したリハビリテーションを提供するための教育システムだけではなく、その職種が尊敬され、しかも働く場所があることが必要である点が強調されておりました。

3番目のマヒドン大学の佐々木氏の講演は、タイの義肢装具士養成についてでした。厳密にはタイは西太平洋地域の27カ国の国ではないのですが、マヒドン大学は西太平洋の国々だけではなくアフリカやヨーロッパの様々な国からも学生を受け入れて、教育をしてからその出身国に帰しているということでした。その受け入れ人数は、全学生の1割を少し超える位になっているそうです。教育水準としては、国際義肢装具士協会の基準のカテゴリー1を満たす人材を育成しておられます。これは世界どこにいても通用するという

レベルですが、このような国際的に通用する水準を満たす人材を養成する教育活動は、このような教育システムがない国にとっては非常にありがたいシステムです。

4 番目の講演は、シドニー大学の Short 教授の講演ですが、WHO の西太平洋地域の報告書から、その要点とオーストラリアの先進的な多職種連携と臨床教育の現状を紹介していただきました。

オーストラリアでは、入院中に患者中心のリハビリテーションを行うことで入院期間が短縮し、費用が 25% 削減されるという結果には大変驚きましたが、効果的なリハビリテーションを実現するために多くの職種がかかわっています。多職種が関わるということでは日本の現状に近いのですが、オーストラリアは連邦制のため、それぞれの州に独自の規制があり、連邦政府として主導しているものがはっきりしていません。それは最後のディスカッションにも出てきましたが、そのあたりが今課題になっているところのようです。

また、国際障害者権利条約にもありますが、リハビリテーションの中で人権の尊重と自己決定権の確保が重要になることも述べられました。現状では、リハビリテーション専門職の中でもこの障害者の人権の認識が必ずしも十分に行き渡っていないのではないかなというような指摘があり、職種を超えて専門職になった後でも教育する機会が必要と思われる。

5 番目の国際医療福祉大学成田保健医療学部学部長の城間氏の講演では、日本のリハビリテーション専門職の養成教育において、多職種連携を 2010 年から授業に取り込んでおられる事例を紹介していただきました。これは日本の中でもかなり先進的なことだと思いますが、最近はいくつかの大学でこのような試みが進んでいます。国際医療福祉大学では、1,500 人もの学生が毎年段階的に関連職種連携について、講義から演習実習を通して学習しているということでした。学部時代からこのような教育がされていますと、卒業してから医療現場に入って、ほかの職種との連携が今よりうまくいくようになるのではないかと思います。実は、一番この多職種との連携の教育がないのが医学部かもしれません。しかし、医者教育ではなかなかこのようなことがなくて最終的に全部を統括するつもりで卒業していく人が多いものですから、現場に出てから他の職種との間で軋轢が出やすいというのが、まだ日本の現状としてはあるように思われます。

最後に、私どもの施設の学院長の深津からの講演で、障害者支援のための専門職の養成教育と、卒業後の研修について紹介をさせていただきました。障害者の社会参加と QOL の向上には、多職種の連携だけではなく、当事者が参加した共同開発が重要であるという

指摘があります。これは近年障害者が自分たちを入れないで決断しないでほしいということが言われているため、リハビリテーション専門職の教育においても重要になってくることでしょう。

今回のセミナーのテイクホームメッセージとして一番大事なのは、WHOがリハビリテーション 2030 という方針を立てて推進しているということです。今回のセミナーではその中の第 6 番目のテーマである「リハビリテーションにおける多職種連携と人材育成」を中心に話されましたが、西太平洋地域の現状の報告と、今後どのように改善をしていくのか、それによってリハビリテーション 2030 の目標をいかに達成していくかということについて、皆さんもかなり具体的なイメージを共有できたのではないかと思います。

本日は、貴重な講演をいただきました演者の皆様方に心から感謝を申し上げます。またご参加いただいた皆様方、誠にありがとうございました。このセミナーが、今後の西太平洋地域あるいは世界におけるリハビリテーションをどのように進めていくべきかを考えたり行動したりするきっかけとなりましたならば、主催しました国立障害者リハビリテーションセンターの私どもとしては、大変うれしく存じます。

WHOの連携施設として、国立障害者リハビリテーションセンターでは、毎年この時期にリハビリテーションに関する国際セミナーを開催しております。これからもぜひご参加いただきますようお願い申し上げます。

これをもって閉会とさせていただきます。