

国際セミナー2024 報告書

拡大するリハビリテーション・ニーズに対応するために  
残された課題を考える



2024年2月24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： 2024年2月24日（土）14:00～16:00、オンライン開催（Zoom）

14:00-14:05	<b>事務連絡</b>
14:05-14:10	<b>開会挨拶</b> 芳賀 信彦 (国立障害者リハビリテーションセンター 総長、日本)
14:10-14:30	<b>発表1 基調講演</b> 「リハビリテーション2030の取り組み ―各国における変革の過程―」 ポーリン・クライニッツ (世界保健機関 (WHO) 本部 非感染性疾患・リハビリテーション・障害部 リハビリテーション・テクニカル・アドバイザー)
14:30-14:50	<b>発表2</b> 「拡大するリハビリテーション・ニーズへの対応 ―オーストラリアからの報告―」 ナターシャ・レイトン (モナシュ大学 リハビリテーション・高齢化・自立生活 (RAIL) 研究センター 上級研究員、オーストラリア)
14:50-15:10	<b>発表3</b> 「インドネシアにおけるリハビリテーション・サービス」 レスタリア・アリアンティ (インドネシアリハビリテーション医科大学 講師)
15:10-15:30	<b>発表4</b> 「日本におけるリハビリテーションのアンメットニーズに応える」 芳賀 信彦 (国立障害者リハビリテーションセンター 総長、日本)
15:30-15:55	<b>ディスカッション、質疑応答</b> 司会：阿久根 徹 (国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長、日本)
15:55-16:00	<b>閉会挨拶</b> 阿久根 徹 (国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長、日本)

言語： 日本語、英語（同時通訳あり）

## 目次

開会挨拶	1
芳賀 信彦 (国立障害者リハビリテーションセンター 総長、日本)	
発表1 基調講演	2
「リハビリテーション 2030 の取り組み ―各国における変革の過程―」 ポーリン・クライニッツ (世界保健機関 (WHO) 本部 非感染性疾患・リハビリテーション・障害部 リハビリテーション・テクニカル・アドバイザー)	
発表2	17
「拡大するリハビリテーション・ニーズへの対応 ―オーストラリアからの報告―」 ナターシャ・レイトン (モナシュ大学 リハビリテーション・高齢化・自立生活 (RAIL) 研究センター 上級研究員、オーストラリア)	
発表3	42
「インドネシアにおけるリハビリテーション・サービス」 レスタリア・アリアンティ (インドネシアリハビリテーション医科大学 講師)	
発表4	53
「日本におけるリハビリテーションのアンメットニーズに応える」 芳賀 信彦 (国立障害者リハビリテーションセンター 総長、日本)	
ディスカッション、質疑応答	63
司会：阿久根 徹 (国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長、日本)	
閉会挨拶	66
阿久根 徹 (国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長、日本)	

## 開会挨拶

芳賀 信彦

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

皆様、本日は国際セミナー2024 に御参加いただきましてありがとうございます。この国際セミナーは、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である当センターが 2007 年から開催しているもので、2021 年からはコロナ禍の影響を受けたこともあり、オンライン形式になっています。

今回のテーマは、「拡大するリハビリテーション・ニーズに対応するために残された課題を考える」としました。2017 年に公表された WHO のリハビリテーション 2030 の中に、「The unmet rehabilitation need around the world, and especially in low- and middle-income countries, is profound.」という記載があります。私は、この「unmet rehabilitation need」という言葉を考えたときに、様々な状況が頭に浮かびました。これからの当センターの役割、そして日本のリハビリテーション医療や福祉の在り方を考える際に、日本の、そして世界の「unmet rehabilitation need」を深く理解することが必須であると見え、今回のテーマに使わせていただきました。

本日は私を含め 4 名が、それぞれの立場からテーマに関係した発表をします。ウェブで参加されている方を含め、活発な議論ができればと考えています。最後までよろしく願いいたします。

## リハビリテーション 2030 の取り組み —各国における変革の過程—

ポーリン・クライニッツ

世界保健機関（WHO）本部 非感染性疾患・リハビリテーション・障害部  
リハビリテーション・テクニカル・アドバイザー

芳賀先生、開会のご挨拶をありがとうございます。私はいつも日本の WHO 協力センターと WHO の活動に大変感銘を受けていますし、協力センターが WHO に提供してくださるサポートにとっても感謝しています。このようなセミナーに何年も参加してきましたので、また発表できることをうれしく思います。

今日は、リハビリテーション 2030 の取り組みと、WHO が各国と行っているアプローチや成果物についてお話しします。WHO が活動している中低所得国の多くでは、まだやるべきことがたくさんあります。



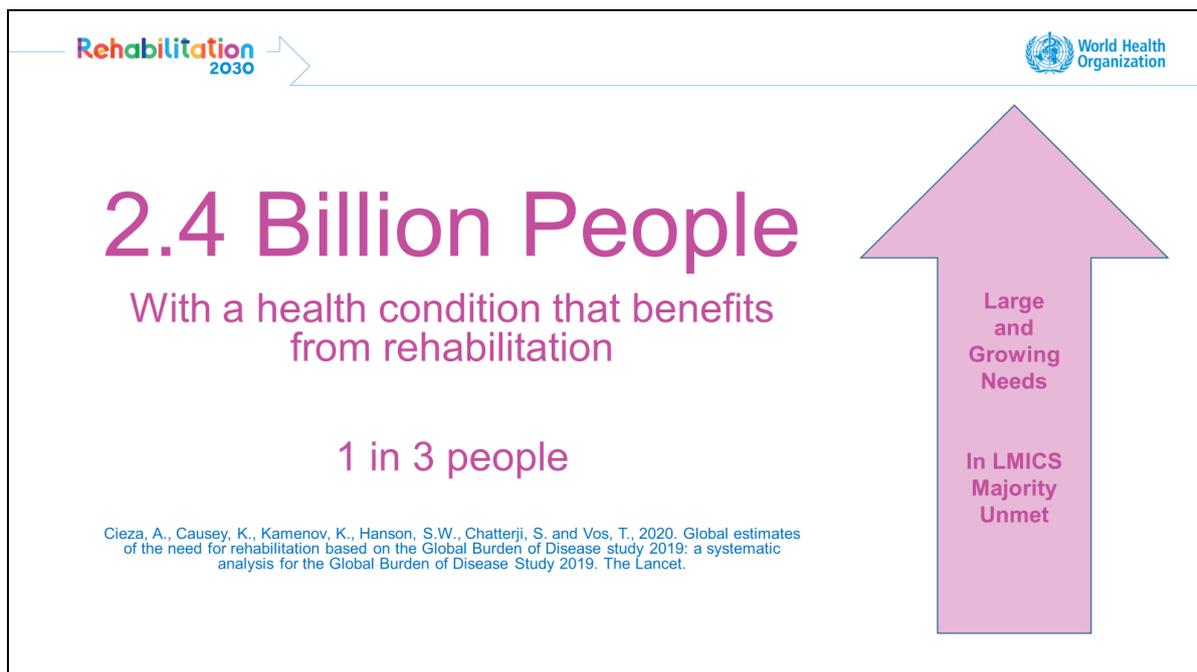
### Implementing Rehabilitation 2030: A transformative journey for countries

International Seminar 2024 on  
“Satisfy the Increasing Unmet Need for Rehabilitation”  
February 24, 2024

National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities, Japan  
WHO Collaborating Centre for Disability Prevention and Rehabilitation

Pauline Kleinitz, PhD  
Technical Advisor, Rehabilitation Programme  
World Health Organization  
[kleinitzp@who.int](mailto:kleinitzp@who.int)

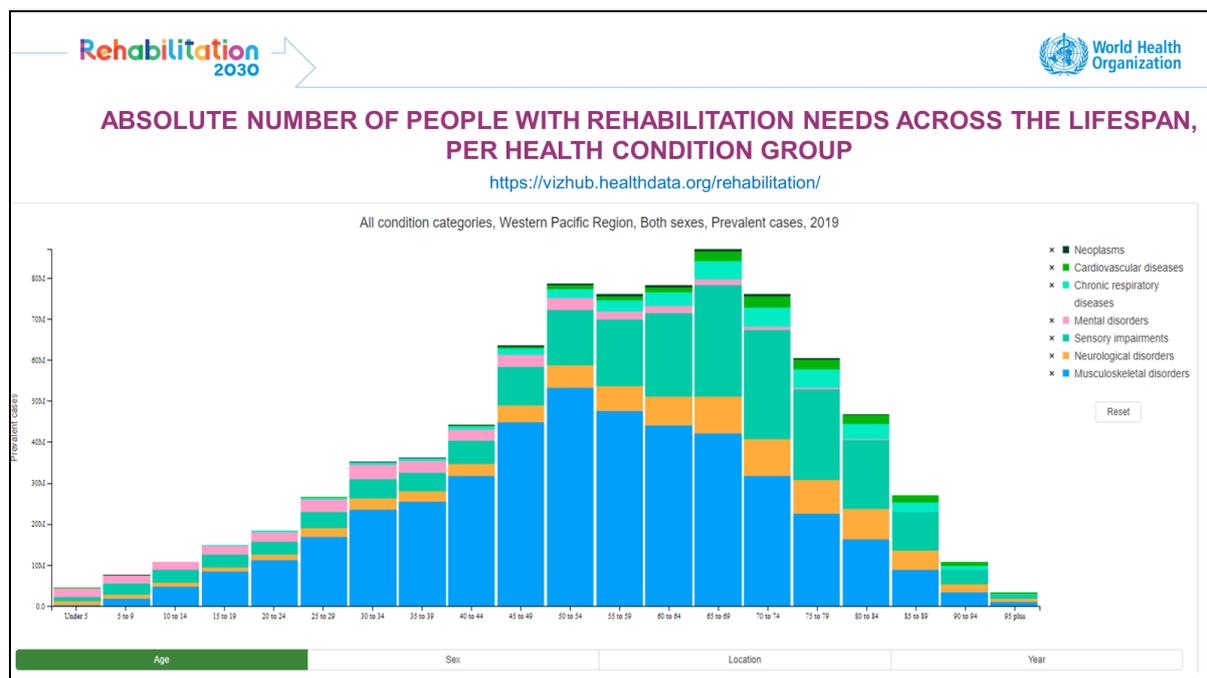
まず、2020年にWHOは他の機関とともに、データを調査した論文をランセット誌に発表しました。世界疾病負担データ（Global Burden of Disease Data）を用いて、世界の人々に存在するリハビリテーションのニーズは何かを検討しました。リハビリテーションの恩恵を受けやすい健康状態を特定することで、私たちは世界で24億人がリハビリテーションの恩恵を受けやすい健康状態にあることを推定することができました。これはほぼ人口3人に1人の割合で、非常に多くのニーズがあります。第一に人口の増加によってニーズが増加しています。次に、高齢化です。また、非伝染性疾患や慢性疾患の増加、国によっては交通事故や紛争による負傷もあります。私たちが見ているのは、ニーズは高まっているが、多くのニーズが満たされていないということです。私たちは、多くの国において、リハビリテーションのニーズの50%以上が満たされていないと推定しています。



世界疾病負荷データ (Global Burden of Disease data) を使って、私たちはリハビリテーション・ニーズを世界的にマッピングすることができました。このグラフは、実際の数字に基づいて、生涯におけるニーズを示しています。人口動態の傾向も考慮しています。世界的に見て、成人人口のリハビリテーション・ニーズが最も高いこと、そして一般的にリハビリテーション・ニーズの中で最も大きな割合を占めるのが青色で示す運動器の疾患であることがわかります。次に感覚、視覚、聴覚が 2 番目に多いグループです。一般的に、高齢になるにつれて、神経疾患や慢性呼吸器疾患、循環器疾患に対応するリハビリテーションの必要性が高まるのがわかります。このように非常に大きなニーズがあります。

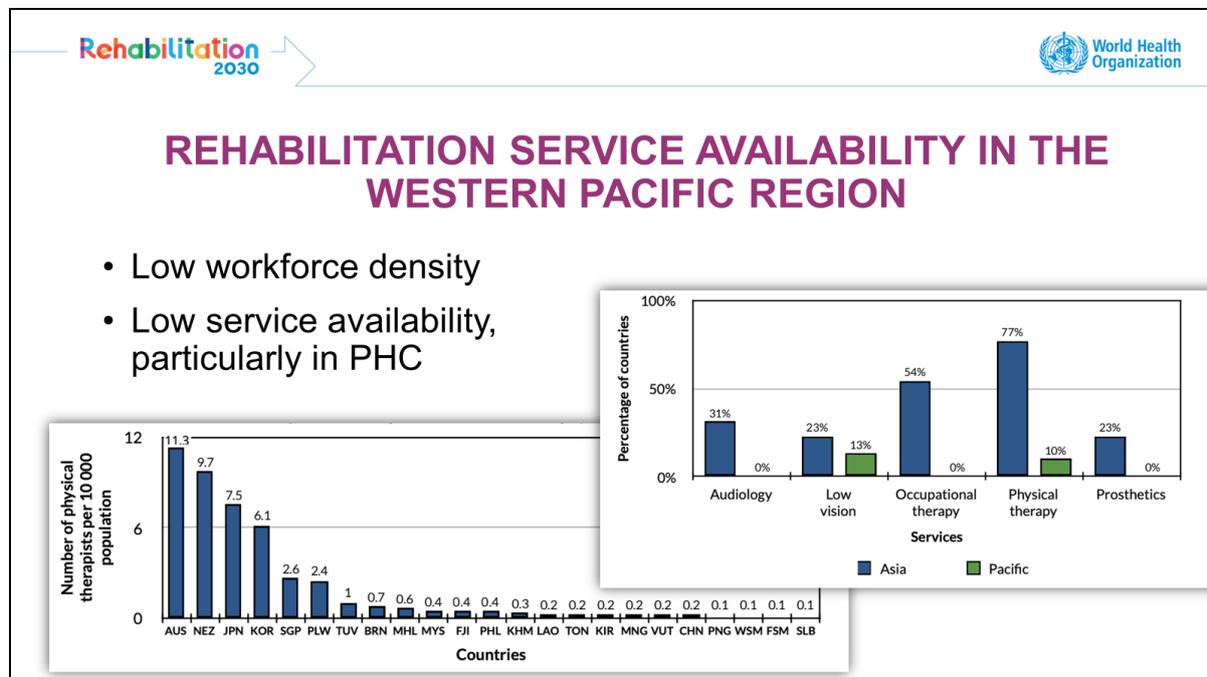
日本の WHO 協力センターは西太平洋地域事務局と非常に連携しています。このデータを見ると、非常によく似ていることがわかりますが、傾向、特に人口統計的傾向、高齢化率の違いがグラフに表れています。運動器と感覚器系の障害が優勢であることがわかりますが、年齢層は若干異なっています。

このグラフからわかることは、生涯を通じて多くのリハビリテーションの必要性があるということです。リハビリテーションのニーズがどの程度満たされていないのか、また効果的に満たされているのかを理解するのは難しいことですが、データを見ることでよりよく理解し、評価することができます。特にリハビリテーションのためにできる重要な方法のひとつは、サービスの可用性を見ることであり、特にプライマリーヘルスケアレベルのリハビリテーションの労働密度やサービスの可用性などを考慮に入れることです。なぜなら、プライマリーヘルスケアレベルでは、ニーズの多くを満たすことができるからです。

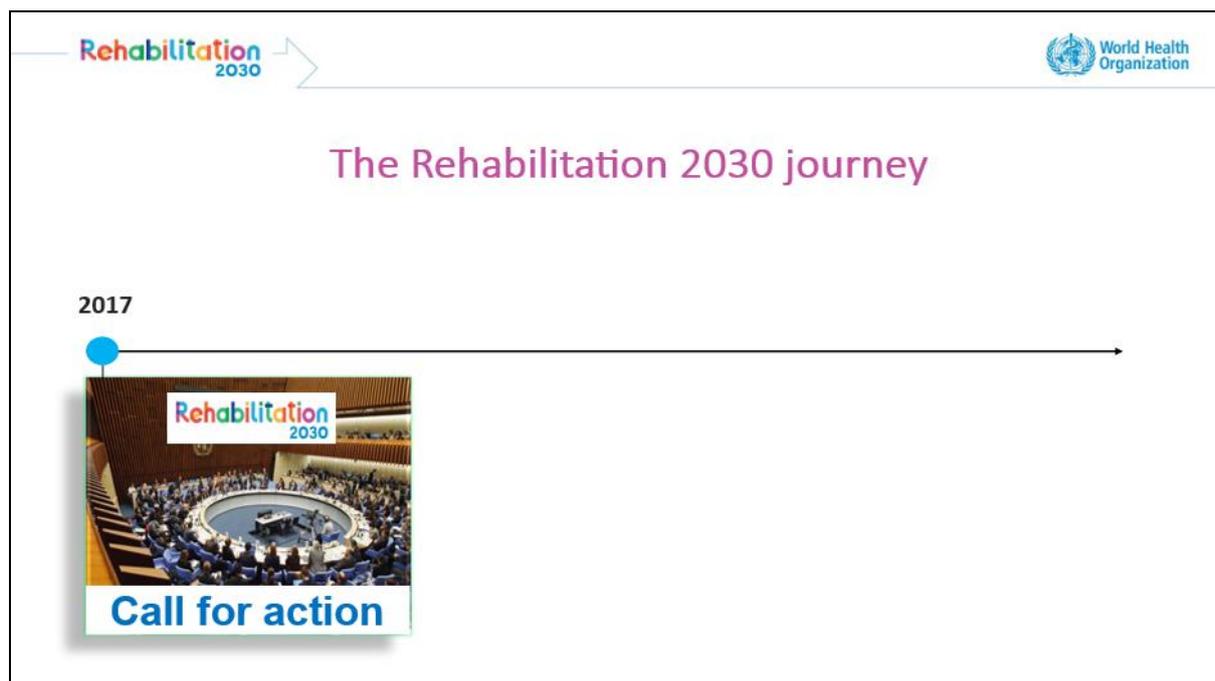


特に西太平洋のような地域では、世界的に見ても中低所得国には大きな差があります。このデータは 2016 年に西太平洋地域で行われたものですが、人口 1 万人当たりの理学療法レベルを見ると、オーストラリア、ニュージーランド、日本、韓国、シンガポールなど、高所得国の中でも違いがよくわかります。データやサービス体制に左右されることもありますが、人口 1 人当たりのリハビリテーション労働力が非常に高い高所得国と、低・中所得国との間には、非常に明確な傾向が見られます。西太平洋地域には、一人当たりのリハビリテーション労働者数が極端に少ない太平洋諸島の国々がたくさんあります。マレーシアやフィリピンのような国もグラフの中にもありますが、他の中所得国や低所得国と比べてもそれほど高くはありません。

さまざまな職種のリハビリテーションを実際に利用できるかを考えてみると、アジア諸国では理学療法が 77%、作業療法が 54%と、かなり多くなっています。太平洋諸島では、作業療法士、義肢装具士、聴覚療法士など、実際に訓練を受けた専門家やサービスが提供されていないことが多くあります。



アンメット・ニーズは非常に大きいと言えます。芳賀先生がおっしゃったように、リハビリテーション 2030 の取り組みは基本的にそれがきっかけとなり、2017 年に立ち上げられ、行動を呼びかけました。それは、主にリハビリテーションサービスに対する満たされていないニーズに対応するためでした。



リハビリテーション 2030 に付随する 2017 年の行動の呼びかけは、保健システムにおけるリハビリテーションの強化に本当に重点を置いています。そのメッセージは、リハビリテーションは必要不可欠な保健サービスであること、保健計画、保健財政、情報、研究にうまく統合される必要があること、そしてリハビリテーションを保健サービスとして位置づける必要があることを、保健セクターと医療提供者に明確にさせることでした。もちろん、リハビリテーションの対象となる人々は、保健サービスにアクセスする多くの人々であり、長期的な障害を持つ人々だけでなく、短期的な障害を持つ人々、手術や事故からの回復するような人々です。



私たちは、保健システム強化のアプローチが必要であることを知っており、このアジェンダを前進させるため、2017 年以降、WHO は多くの成果物を発表しました。これはごく一部の資料ですが、特徴は、計画、労働力、情報システム、支援技術の強化にあります。長年にわたり、私たちは多くの国で活動してきました。2017 年から現在までの間に起こったことは、もちろん COVID-19 のパンデミックです。そして昨年、WHO 総会で「保健システムにおけるリハビリテーション決議」を採択しました。WHO 総会は WHO の統治機関であり、基本的に世界中の保健大臣で構成されています。この決議が承認されたことで、各国におけるリハビリテーションへの取り組みに対する政治的なコミットメントが強化されました。2023 年には、世界リハビリテーション連盟が発足しました。



この決議には、リハビリテーション 2030 の取り組みと同じメッセージやアプローチが反映されています。私たちは、保健システムに焦点を当てたアプローチを導入し、保健システムを強化し、統合する方法について考えています。リーダーシップ、資金調達、サービス、支援技術、労働力、医療情報システムの研究、非常時の備えなどを取り上げています。この決議は、特に中低所得国において、アドボカシー活動や各国政府の政治的コミットメントを促進するための非常に重要なツールとなり得るものです。

**2023 WHA Strengthening Rehabilitation in Health Systems - Resolution**

**Requests Member States to:**

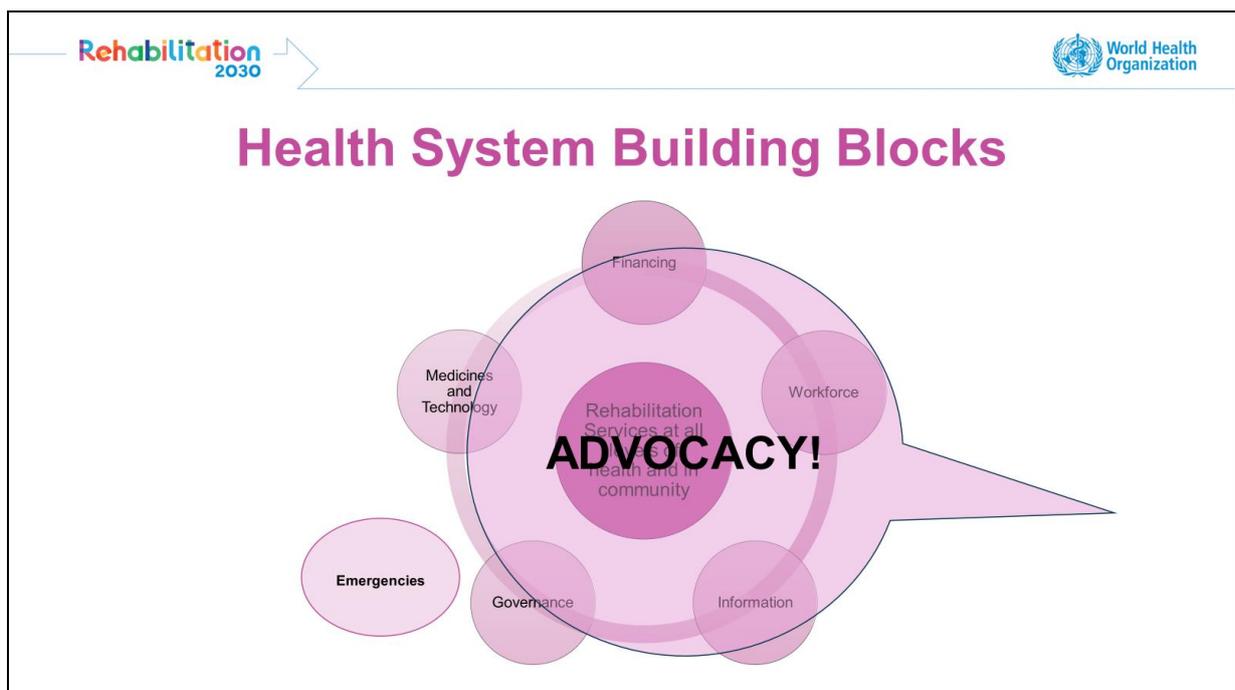
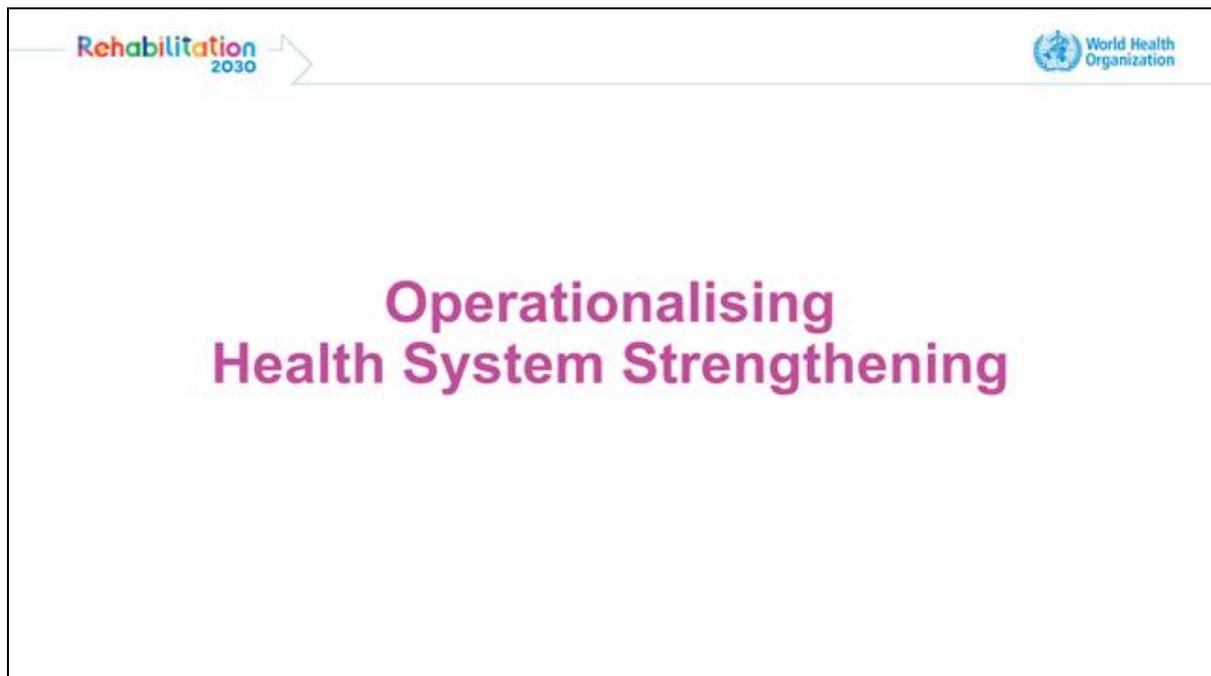
1. Raise awareness, lead, plan, coordinate rehab, including AT
2. Finance rehabilitation services
3. Develop rehab all levels of care and in community, including AT
4. Invest in AT, strengthen provision
5. Strengthen rehab workforce
6. Generate rehab info in health information systems
7. Undertake Health Policy Systems Research (HPSR)
8. Integrate into Emergency Preparedness and Response

**Also, makes requests to int org's, relevant agencies & WHO**

以上、WHO が歩んできた道のりのほんの一部をご紹介しましたが、WHO が実践している主なアプローチの一部をお伝えします。WHO は世界的な機関ですが、その活動の多くは中低所得国に焦点を当てています。リハビリテーションを支援しアンメット・ニーズに対応するため、私たちの活動は、保健システム強

化のアプローチを通じて行われてきました。保健システム強化のアプローチに詳しい人なら、WHO の保健システムのビルディング・ブロックをご存じでしょう。この 6 つの構成要素は、まさに保健システムの全体的な構成要素です。その 6 つの概念とは、財政、労働力、情報システム、ガバナンス、医薬品、技術であり、その中心にあるのはリハビリテーションサービスです。

保健システムのビルディング・ブロックは、私たちにとって重要な枠組みですが、WHO は非常事態分野でも多くのことを行っています。さらに、これらすべての分野において、私たちはアドボカシー活動にも力を入れています。WHO が必ずしもアドボカシーを主導する機関ではありませんが、私たちはアドボカシーを支援し、特に中低所得国の政府に対するアドボカシーを奨励しています。



2017年から7年近くにわたり、WHOが発表したさまざまな成果物やツールをご覧ください。リーダーシップ、ガバナンス、資金調達、情報システム、労働力、サービス提供などです。リハビリテーションの場合、私たちは支援技術に焦点を当てています。このビルディング・ブロックでは、リハビリテーションに非常に関連性の高い必須医薬品や医療製品も考慮されていますが、注目されるのは支援技術や非常事態です。

それぞれの分野について説明します。全部で7つの分野です。時間の関係で手短かに説明しますが、保健システムのさまざまな要素を対象とした特定の成果物がある一方で、本当に重要なのは、その成果物がサポートする戦略的アプローチを理解することです。



ガバナンスについて考えてみましょう。例えば、戦略的アプローチとして、私たちは保健省の能力開発を重要視しています。中低所得国の保健省の多くには、リハビリテーションや支援技術に特化したユニットや中心的な人材が存在せず、また存在しないことが多いのです。戦略的プランニングとは、つまり中長期的なプランニングのことです。目標は何か？優先課題は何か？自国で取り組むべき重要なことは何か？スクリーンに表示されている「行動指針」は、私たちが各国のリハビリテーション戦略計画策定を支援するために使用している重要な資料です。

私たちはまた、保健医療計画の他の分野にリハビリテーションを統合することを促進する必要があります。リハビリテーションの専門的な計画を立てることは非常に有益ですが、重要なのは、リハビリテーションと支援技術を他の計画に組み込むことです。例えば、国家保健戦略計画、NCD計画、眼科保健計画、精神保健計画など、保健計画全体にリハビリテーションを反映させることです。というのも、リハビリテーションの多くは、支援技術に関連したサービスも含めて、社会福祉省や社会福祉事業を通じて資金が提供されることがあるからです。非常に重要なことですが、リハビリテーションはさまざまな機関、さまざまなセクター、政府、民間、非営利団体など、さまざまなタイプの提供者にまたがって提供されていることを認識することです。また、各国の調整をサポートすることも重要です。

## Governance

### Strategic Approaches:

1. *Develop the capacity of MOH to lead rehabilitation*
2. *Support MOH develop rehabilitation policy/plans*
3. *Support integration of rehabilitation across relevant health and social services planning*
4. *Support cross-ministerial and multi-stakeholder coordination and collaboration for Rehab and AT*

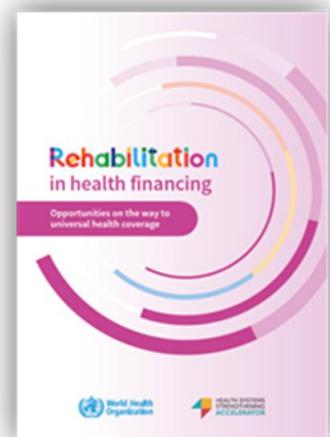


例えば、リハビリテーションのガバナンスに関して、私たちが優先順位をつけ、各国においてどのようなアプローチをとるか。資金調達については、最近発表した成果物をご覧いただければおわかりになると思いますが、中低所得国の保健省と共同で行っている戦略的アプローチがあります。多くの場合、出発点のひとつは、さまざまな資金源をマッピングし、支出を特定し、どのようなリハビリテーション費用があるかを理解することです。重要なのは、リハビリテーションを経常的な資金調達の機会に組み入れることであり、支援機器のリハビリテーションのための予算項目を設けることです。繰り返しになりますが、WHOにはこの作業をサポートするためのリソースがあります。

## Financing

### Strategic Approaches:

1. *Map sources of financing, identify expenditure and understand costs*
2. *Integrate rehabilitation into recurrent financing opportunities – create budget line items for rehab and AP*
3. *Define essential services and health benefit packages, inclusive of rehab and AP*



医療情報システムに関して、私たちはリハビリテーションを日常的な医療情報システムに統合することをサポートするリソースを持っています。私たちのアプローチは、既存のデータを意思決定に活用し、日常的なデータに統合することです。人口動態調査や施設評価などです。多くの研究が必要であり、特に政策に関連した研究や中低所得の状況に関連した研究が必要です。このような資源に恵まれない状況において、前進するための情報を提供できるようなエビデンスを生み出していかなければなりません。

**Rehabilitation 2030**

**World Health Organization**

## Health Information Systems

**Strategic Approaches:**

1. *Utilize existing rehabilitation information for decision making*
2. *Integrate and standardize rehabilitation into routine health facility reporting, collate nationally and report results*
3. *Integrate rehabilitation into other data opportunities*
4. *Collaborate for policy relevant research*

Rehabilitation is not a service for the few

Let People's Demands Guide the Setup, 2019

194 countries  
1.7B population  
60M people with disabilities

22% of population  
25% of population

**Rehabilitation 2030**

**Guidance on the analysis and use of routine health information systems**

**Rehabilitation module**

**World Health Organization**

労働力に関しては、すべてを詳細に説明することはしませんが、十分な訓練を受けた労働力を構築すること、エビデンスに基づいたリハビリテーションを提供するためのコンピテンシーを持たせること、そして専門職の構成を確認することです。リハ医学、リハ看護、理学療法、作業療法、言語療法、義肢装具などの主要な専門職があり、多くのサービスのバックボーンとなっています。私たちは、より多くの労働力を計画し、仕事を作り、配備の仕組みに取り組む必要があります。高所得国に見られるようなキャリア上の課題や問題は、低所得国や中所得国にも存在します。医療サービスに存在するヒエラルキーでは、医師はリーダーとして非常に重要な位置づけにあり、医療サービス内でのセラピストの位置をサポートし、キャリアアップや年功序列、専門化の機会を確保するという点で、かなり協動的で積極的なアプローチが必要になることが多くあります。本当に有能で優秀なセラピストによって、よく成熟した、非常に効果的な質の高いリハビリテーション・サービス・システムを実際に目にすることができます。中低所得国では、セラピストの能力開発支援に力を入れなければならないことが多くあります。

## Workforce

### Strategic Approaches:

1. *Train rehabilitation workforce in line with international standards, build the composition of professions trained*
2. *Regulate the rehabilitation workforce*
3. *Strengthen workforce planning – create job posts and engage with workforce deployment mechanisms*
4. *Develop career pathways, including through opportunities for seniority and specialization*



ナターシャも支援技術について話すと思いますが、この分野での私たちの活動を実際に支えているものはたくさんあり、私たちは WHO 本部の支援技術プログラムとも緊密に連携しています。私たちは支援機器の優先順位付け、資金調達、規制、調達の合理化、ヘルスケアへの統合を行う機会があります。また、支援機器の提供を、主に身体のリハビリテーションサービス、視覚、聴覚、精神、高齢者など分断するのではなく、統合されたサービスシステムを促進したいと考えています。

## Medicines and Assistive Technology

### Strategic Approaches:

1. *Prioritize assistive products for financing and provision – create Priority APLs, integrate across health financing mechanisms*
2. *Regulate assistive products for safety and quality*
3. *Streamline procurement, create specifications in line with standards*
4. *Integrate provision of AP in physical rehabilitation, vision, hearing and mental/cognitive care.*
5. *Explore local production, identify appropriate ways forward*



実際のリハビリテーションのサービスに関して、私たちのメッセージは、計画を立てること、分析計画をしっかりと立てること、医療に統合することです。最近、WHO はプライマリ・ヘルス・ケアを優先しています。ほとんどの中低所得国では、プライマリ・ヘルス・ケアが発達していません。プライマリ・ヘルス

・ケアといえば、地域社会のことであり、地域社会レベルのプライマリ・ヘルス・ケアの連続性を確保することです。リハビリテーションを臨床的・パスウェイや紹介システムに統合し、医療・福祉サービス、そして質の向上にも取り組んでいます。

重要な資料がたくさんあるのですが、このスライドの一番上の写真にある「リハビリテーション介入パッケージ」は、私たちが昨年発表した本当に重要な資料で、医療サービスの計画をサポートするのにとても役立ちます。もうひとつは、私たちが「基本的なリハビリテーションパッケージ」と呼んでいるものです。これはプライマリ・ヘルス・ケアを対象としたツールで、私たちがタスクシェアリングアプローチと呼んでいるものを支援するもので、既存のプライマリ・ヘルス・ケア従事者、医師や看護師が、最低限でもリハビリテーションの必要性を認識し、リハビリテーションのサービスを紹介し、リハビリテーションのサービスに制限があったり、アクセスに制限があったり、まったく利用できなかったりする場合であっても、安全で効果的な、しかし基本的なリハビリテーションのケアを提供できるようにするものです。基本的なリハビリテーションのケアとは、基本的に教育とアドバイスであることが多いでしょう。

**Rehabilitation 2030**

**World Health Organization**

## Rehabilitation Services

**Strategic Approaches:**

1. *Actively monitor, analyze, prioritize and plan services*
2. *Integrate across all level of healthcare.*
3. ***Prioritize rehabilitation in primary care. Trial and evaluate the appropriate organization of services in primary care including community delivery***
4. *Create continuums of care through integrating rehabilitation into clinical pathways, strengthen referral systems, including between health and social services*
5. *Improve quality of care, develop service standards, clinical practice guidelines and QI initiatives*

**Package of interventions for Rehabilitation Introduction**

**Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge**

**The Basic Rehabilitation Package - Clinical Resource (BRP-CR) Manual**  
Guidance on providing interventions for rehabilitation in primary health care settings

非常時の対応という点では、これまで多くの成果物を作成してきました。その多くは COVID に関連したものです。最近の報告書ではリハビリテーションを非常時の対応計画に組み込むことを発信しています。非常時の対応計画や調整のなかに、医療チームを備えることです。支援機器の備蓄などは実用的な方法です。

## Rehabilitation in Emergencies

**Strategic Approaches:**

1. *Integrate rehabilitation into emergency preparedness*
2. *Integrate rehabilitation into emergency response*
  - *Response plans and coordination mechanisms*
  - *Integration of rehabilitation into EMTs*
  - *Stockpiling of assistive products*

このように、6つの保健システムのビルディング・ブロックと非常事態の分野にわたって、私たちが各国で使っている重要なアプローチをいくつか紹介しました。昨年、世界リハビリテーション連盟が発足したことは非常に意義深く、リハビリテーション 2030 の決議をサポートしてくれるでしょう。

## Advocacy & Political Commitment

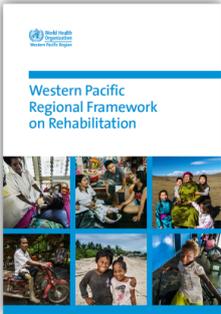
**ADVANCING THE REHABILITATION 2030 AGENDA THROUGH ADVOCACY**

私たちが成し遂げた進展は、非常に大きなものです。現在、50 カ国以上がこれら成果物の一部を導入しています。25 カ国が国家リハビリテーション戦略計画を策定しました。西太平洋地域では、10 カ国がリハビリテーション 2030 の活動を支援し、5 カ国がリハビリテーション戦略計画を策定しています。いくつかの国では、サービスの拡大という、重要なことが進められています。



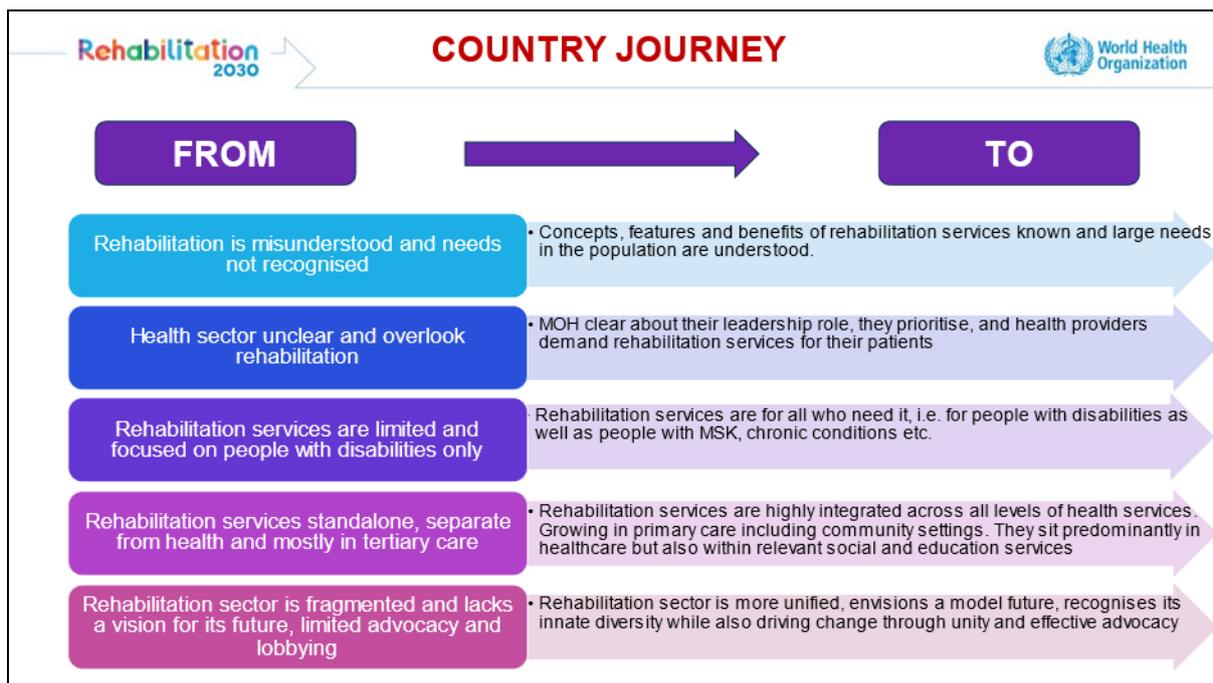
## Key country progress made since Rehab 2030 launched

- **Globally:**
  - 50+ countries undertaking Rehab2030 activities
  - 40 LMICs countries undertaken national rehabilitation situation assessments & 25 developed national rehabilitation strategic plans
  - 10+ countries undertaking targeted workforce activities
  - 3 countries generating rehabilitation information in their Routine Health Information Systems and 10+ countries preparing to do so
- **Western Pacific:**
  - 10+ countries undertaking Rehab2030 activities
  - 5 LMICs launched national rehabilitation strategic plans
  - WPRO undertaking multi-country initiative to expand access to assistive products in the Pacific



これが最後のスライドですが、各国がどのようにシフトしてきたか、その主な点を挙げてみたいと思います。私たちが発見したのは、リハビリテーション 2030 以前は、多くの国々がリハビリテーションを誤解していたということです。リハビリテーションの必要性を理解し、リハビリテーションを組織化する方法を理解するようになりました。さまざまな国家保健戦略計画やモニタリングの枠組みにおいて、リハビリテーションの必要性や優先順位がより明確に反映されるようになってきています。私たちは、リハビリテーションは障害者のためのものであると同時に、障害のない人たちや慢性疾患を持つ多くの人たちのためのものでもあるというメッセージを訴え続けなければなりません。

リハビリテーションは医療に統合され、プライマリ・ヘルス・ケアをターゲットにすることが多くなっていますが、教育現場や社会サービス現場でも提供されてきています。リハビリテーションのセクターを統合し、ビジョンを共有し、分断されないようにすることはとても重要です。私たちが各国で行っている活動の一環として、リハビリテーションのセクターをひとつにまとめ、地域間の問題に対処し、それぞれの国でより強力なサービスを構築するために協力する手助けをしています。



前向きな進歩・変化が起きていて、満たされていないニーズのいくつかに対処することはできていると思いますが、まだ取り組むべきことは多くあります。発表の機会をいただき、ありがとうございました。



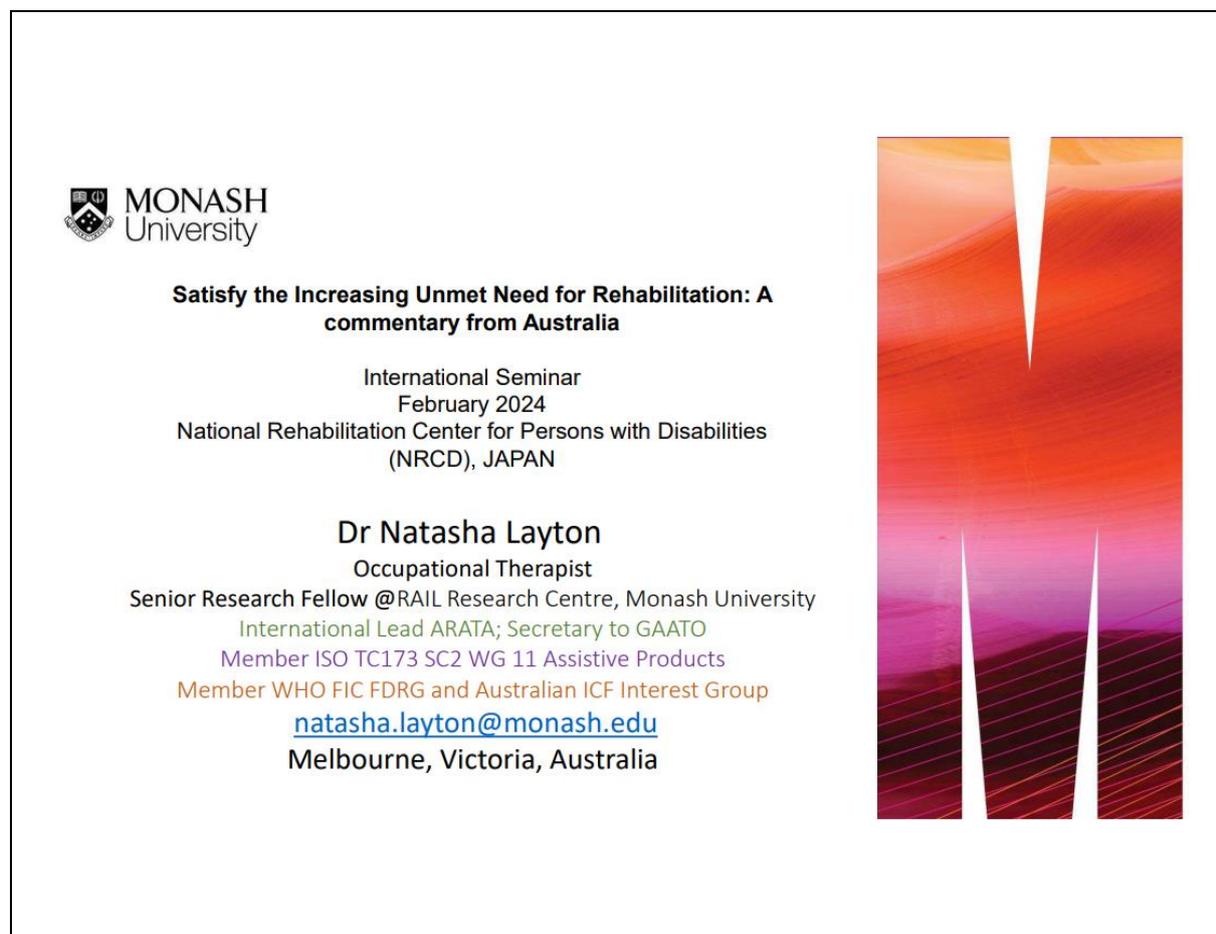
## 拡大するリハビリテーション・ニーズへの対応

### ーオーストラリアからの報告ー

ナターシャ・レイトン

モナシュ大学 リハビリテーション・高齢化・自立生活 (RAIL) 研究センター 上級研究員、  
オーストラリア

「拡大するリハビリテーション・ニーズへの対応ーオーストラリアからの報告ー」というテーマで講演する機会をいただき、ありがとうございます。私は、モナシュ大学の RAIL 研究センターの上級研究員です。また、オーストラリアの支援技術団体 ARATA のインターナショナルリードを担っています。国際支援機器関連団体連合 (GAATO) の幹事も務めています。また、世界保健機関 (WHO) の国際分類ファミリー、機能・障害レファレンス・グループ、オーストラリア ICF インタレスト・グループのメンバーでもあります。



 **MONASH**  
University

**Satisfy the Increasing Unmet Need for Rehabilitation: A  
commentary from Australia**

International Seminar  
February 2024  
National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities  
(NRCD), JAPAN

**Dr Natasha Layton**  
Occupational Therapist  
Senior Research Fellow @RAIL Research Centre, Monash University  
International Lead ARATA; Secretary to GAATO  
Member ISO TC173 SC2 WG 11 Assistive Products  
Member WHO FIC FDRG and Australian ICF Interest Group  
[natasha.layton@monash.edu](mailto:natasha.layton@monash.edu)  
Melbourne, Victoria, Australia

まず、オーストラリアの最初の民族であるアボリジニとトレス海峡諸島民に感謝し、先人たちであるク  
リン国のブヌロン族に敬意を表します。そして、今日さまざまな地域から参加されているすべての皆様に  
敬意を表します。



I acknowledge Aboriginal and Torres Strait  
Islander peoples as the First Peoples and  
Traditional Owners of Australia.

I am joining from the land of the Bunurong  
people of the Kulin Nation and I pay respects  
to their Elders past and present.

I extend that respect to all indigenous peoples  
joining us today from different lands.

**Acknowledgement of Country**



GAATO について簡単にご説明します。GAATO はここ 2、3 年の間に結成されたばかりです。嬉しいことに、日本リハビリテーション工学協会（RESJA）は GAATO の創設メンバーであり、その他にも世界各国の多くの支援技術団体が加盟しています。私たちは、支援技術を世界に拡大するために努力しています。



**Global Alliance of Assistive Technology Organizations**  
*A global alliance of non-profit Assistive Technology associations*



### GAATO Members



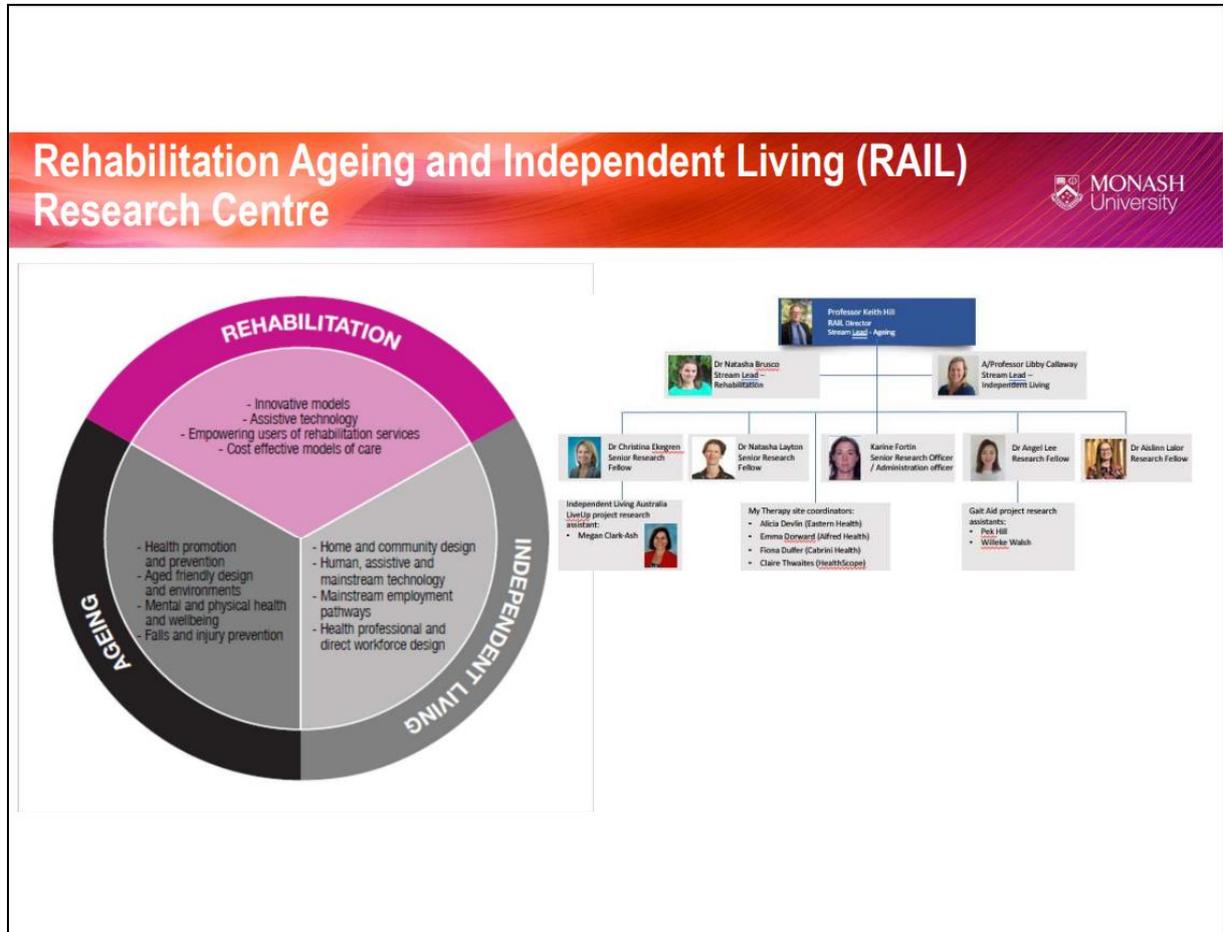
---

### Global Partnerships



[www.gaato.org](http://www.gaato.org)

もうひとつは、オーストラリアのビクトリア州にある私の研究センター、リハビリテーション・高齢化・自立生活研究センター (Rehabilitation, Aging and Independent Living Research Center) です。これは、私たちの非常に小さな研究チームの簡単な組織図と、私たちがリハビリテーション、高齢化、自立生活をカバーしており、これら3つの研究分野の間に多くの交わりがあることを伝える図です。



「拡大するリハビリテーション・ニーズへの対応ーオーストラリアからの報告ー」というテーマで、世界の加盟国として指針となるような、世界的なリハビリテーションの取り組みについて簡単に説明します。西太平洋地域の一部であるオーストラリアのリハビリテーションについて話し、オーストラリアの医療保険とリハビリテーションサービスの利用可能性についても言及します。主要なリハビリテーション戦略の役割や、オーストラリアで満たされていないニーズ（アンメット・ニーズ）を満たし、共有し、拡大することができる革新的なリハビリテーションプロジェクトの例を紹介します。

## Satisfy the Increasing Unmet Need for Rehabilitation: A commentary from Australia



### Agenda

1. Global rehabilitation initiatives provide guidance for member states around the world.
2. Rehabilitation within Australia as part of the Western Pacific Region.
3. Australia's health coverage and availability of rehabilitation services.
4. The role of key rehabilitation strategies such as remediation, compensation, use of personal support, adaptations to tasks and to the environment and assistive technology.
5. Examples of innovative rehabilitation projects to meet unmet need.



ポイント 1：世界中の加盟国にガイダンスを提供する世界的なリハビリテーションの取り組み。WHO はリハビリテーション 2030 という、リハビリテーションへのアクセスを拡大するための計画を提供してくれています。重要なのは、WHO リハビリテーション 2030 の取り組みへの招待を満場一致で受け入れた世界中のリハビリテーション専門誌の編集長からのメッセージです。これは、特に私のような作業療法士などの医療従事者、そして皆さんの多くにとって、リハビリテーションの本来の意味を示すときが訪れたという、非常に力強い合図です。

## 1. Global rehabilitation initiatives provide guidance for member states around the world



Rehabilitation: a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions, in interaction with their environments (*Rehabilitation 2030, WHO*)

*As editors-in-chief of rehabilitation journals, we unanimously accepted the invitation to participate in WHO's Rehabilitation 2030 meetings and we embrace the concept of **function** as WHO's third health indicator along with **mortality** and **morbidity***

**CITATION:** Heinemann AW, Feuerstein M, Frontera WR, et al. Rehabilitation is a Global Health Priority. BMC Health Services Research. 2020;20(1):143.

WHO は明確な指針を示しています。これは、WHO が提示したリハビリテーションのための介入策の一部を抜粋したものです。ここでは、薬理的介入、身体的介入、環境的介入、自己管理介入、そして治療的運動やテクニックとされています。OT として、私は特に支援機器に興味があるので、この話を進めていく中で、リハビリテーションの介入の例として支援機器を使うことにします。

右側に、リハビリテーションのための介入パッケージの内容の 1 ページを抜粋しました。そこには、包括的な評価を行い、介入の選択肢の 1 つとして、リハビリテーションのパッケージとして、とりわけ支援機器を導入する、と書かれています。

WHO Guidance





**PACKAGE OF INTERVENTIONS FOR REHABILITATION INFORMATION SHEET**

**Box 4. Overview of functioning interventions**

Intervention type	Intervention category	Example
Pharmacological	Medicines	Analgesics
Non-Pharmacological	Therapeutic techniques and procedures, exercises and training	Manual therapy, cognitive behavioural therapy, range of motion exercises, communication skills training
	Physical modalities	Neuromuscular electrical stimulation
	Assistive products	Provision and training in the use of assistive products for self-care
	Environmental modifications	Installation of ramps, lighting control
	Self-management interventions	Education and advice on self-directed training Carer and family training and support

**1.2 Content of the Package of interventions for rehabilitation in vision impairment**

Overview of the interventions for vision rehabilitation

Assessment*	Intervention†
<b>Vision</b> Comprehensive eye examination*	Referral to psychological support* Vision skills training* Provision and training in the use of assistive products for vision*
<b>Communication</b> Assessment of reading and writing*	Provision and training in the use of assistive products for reading and writing*
<b>Motor functions and mobility</b> Assessment of mobility*	Orientation and mobility training* Provision and training in the use of assistive products for mobility* Modification of the home environment*

\* See Annex 1 for definitions of assessments and measures.  
 † People with vision impairment from early childhood to low-achieved.

オーストラリアが利用している国際的な政策やガイドラインは他にもあります。左側は、WHO の国際分類で、機能障害と健康、そして ICHI（医療行為の国際分類）です。国連障害者権利条約があり、オーストラリアはこの条約に加盟しています。オーストラリアとニュージーランドは、ISO 9999 の支援機器の分類と用語を採用しています。オーストラリアは、WHO と UNICEF による支援機器グローバルレポートに非常に興味を持ち、貢献しています。これらは、リハビリテーションのアンメット・ニーズに対処するための指針となる文書の一部です。



ポイント 2：西太平洋地域の一部としてのオーストラリアでのリハビリテーション。ここでお見せるのは、GAATO が行ったグランドチャレンジへの取り組みのスクリーンショットです。支援技術の認識を妨げる要因を探りました。支援技術とは、車椅子、義肢装具、眼鏡など、機能を強化し、障害を軽減する機器や関連サービスのことで。

この Zoom 会議の様子はスクリーンでご覧いただけます。日本語の通訳もありました。参加者は 57 カ国から 300 人を超え、言語もさまざまでした。スライドの左に示す 6 つのグランドチャレンジについて考えました。1 番目に、支援機器、そしてより広くはリハビリテーションに対するアンメット・ニーズを測定しなければなりません。2 番目に、介入に何が必要かを文書化することです。それは支援機器だけではありません。適切な介入、適切な支援ソリューションのためには、ユーザー、医療従事者、支援技術提供者などのスキルや専門知識が必要なのです。私たちは、介入のすべての側面を文書化し、それを証明し、コストを計算し、資金を調達できるようにしなければなりません。単にその人が車いすを持って帰っただけではなく、6 ヶ月後には車いすを使えるようになっているのか、参加という成果は得られたのか、介入の

成果を測定しなければなりません。

4 番目、インパクトの測定。これは、より広範な成果を指しています。10 年以上にわたって、家族、地域社会、生活全体にどのような違いをもたらしたのか、支援技術のような介入がもたらす長期的で全体的な影響の価値を把握することです。5 番目の課題は、データを共有することです。介入を説明する際に同じ用語を使っていないと、その効果に関するデータを引き出すことができず、何もできないことがよくあります。6 番目は、情報に基づいた政策です。

**2. Rehabilitation within Australia as part of the Western Pacific Region**

MONASH University

**The 6 Grand Challenges**

- 1 Grand Challenge 1 MEASURE NEED
- 2 Grand Challenge 2 DOCUMENT INPUTS
- 3 Grand Challenge 3 MEASURE OUTCOMES
- 4 Grand Challenge 4 MEASURE IMPACT
- 5 Grand Challenge 5 SHARE DATA
- 6 Grand Challenge 6 INFORM POLICY

**GAAT**  
Global Alliance of Assistive Technology Organizations

Global Alliance of AT Organisations. GAATO AT Outcomes and Impact: A Global Grand Challenge; GAATO, Geneva, Switzerland, 2022. <https://www.gaato.org/resources>

The slide also includes a screenshot of a Google Docs document titled 'Assistive Product Need and Outcomes' and a video conference interface with participants like Anthony Warren, Rajeev Chappan, and others.

オーストラリアの医療保険とリハビリテーションサービスの可用性について。原則として、WHO はユニバーサル・ヘルス・カバレッジが、持続可能な開発目標 3 (SDG3) に取り組むための戦略的優先目標であることを明確に示しています。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの定義をボックス 1 に示しましたが、つまり、すべての人が経済的な困難を伴うことなく、質の高い医療サービスを受けられるということで、これが原則です。

現実には、オーストラリアにはユニバーサル・ヘルス・カバレッジはありません。図は、リハビリテーションが主に 4 つの提供形態に分かれていることを示しています。医療制度が限られているので、公的な病院に通い、公的なリハビリテーションを受けることができますが、いくつかの制限があります。リハビリテーションや補助器具、例えば切断した場合は義肢を利用することができますが、制限があります。

オーストラリアには、10 年前に導入された全国障害者保険制度による個人手当があり、必要となる支援技術、環境調整、治療や個人的なサポートなどの費用の援助を受けることができます。

オーストラリアでは、公的サービスに多くの課題があることから、現在でも大規模な慈善セクターがあります。多くの場合、慈善団体や非営利団体が人々のニーズに応えるためにリハビリテーションのようなサービスを提供しています。

### 3. Australia's health coverage and availability of rehabilitation services



**In principle...**

- The World Health Organization (WHO) Thirteenth General Programme of Work 2019–2023 defined the **achievement of UHC as a strategic priority goal to address SDG3.**
- SDG 3 specifically addresses health with the aim to “ensure healthy lives and promote well-being for all ages”.

**Box 1. Universal health coverage**  
“Universal health coverage (UHC) is defined as all people receiving quality health services that meet their needs without being exposed to financial hardship in paying for the services. UHC means every individual and community receive the full spectrum of care they need, from health promotion to prevention, treatment, rehabilitation, and palliative care.”

**In reality in Australia...**



Category	Description
Charitable provision	Services provided by charities.
Limited universal health coverage	Restricted public health services.
Personal allowances	Individual financial support for health services.
Program-specific coverage	Targeted health programs.

少し掘り下げてみましょう。昨年、モナシュ大学が多くの障害者団体と一緒に行った調査は、「支援技術の公平性調査」と呼ばれるもので、支援機器や住宅改修を提供する 109 の異なる政府助成制度があることがわかりました。そのうちのいくつかは、この組織図にリストアップされています。連邦政府、州政府、地方政府にまたがっており、教育、職業サービス、医療サービス、緩和サービスの内容が異なります。また、補償対象者か否か、事故や軍の活動による負傷かなど、場所、年齢、診断、障害の原因によってさまざまな種類のサービスがあります。現在オーストラリアでは、リハビリテーションサービスの公平な基準はありません。

**Different provision based on location, age, diagnosis & cause of impairment**

MONASH University

**ATFA**   
Assistive Technology for All

Inequitable AT provision across 109 government schemes

The Australian Assistive Technology Equity Studies:  
Improving access to assistive technology for people with disability who are not eligible for the NDIS

[https://assistivetechforall.org.au/wp-content/uploads/2022/10/Australian\\_AT\\_Equity\\_Studies\\_Report-final.pdf](https://assistivetechforall.org.au/wp-content/uploads/2022/10/Australian_AT_Equity_Studies_Report-final.pdf)

オーストラリアの人口は 2,500 万人です。左の緑色の枠の中に、65 歳以上と 65 歳未満の人口の内訳が示されています。65 歳未満の人は、2 つ以上の生活領域に影響を及ぼす永続的かつ重大な障害がある場合、全国障害者保険制度を利用することができます。65 歳以上の人は、一般的な高齢者介護サービスを受けることができます。

支援技術にどれくらいの金額が使われているかを見てみると、平均して全国障害者保険制度の対象者は年間 2,500 ドルの資金を受け取っていることがわかります。これに対して、My Aged Care Funding (高齢者ケア資金)を受けている人は、平均して年間 51 ドルの資金援助を受けています。私たちは、このことを「It's Time for Nationally Equitable Access to Assistive Technology and Home Modifications in Australia (オーストラリアにおける支援技術と住宅改修への全国的公平なアクセスを求める時)」という学術論文にまとめました。政府がアンメット・ニーズに注意を向け、他国との類似性を示し、カナダのような他国が考え出した解決策に目を向けることは、非常に力強いことだと感じています。

**Australia's population: 25 million**

**WILEY**

**ORIGINAL ARTICLE**

**It is time for nationally equitable access to assistive technology and home modifications in Australia: An equity benchmarking study**

Natasha Layton<sup>1,2</sup> | Natasha Brasco<sup>1</sup> | Libby Callaway<sup>1,2,3</sup> | Lauren Henley<sup>2</sup> | Rosalie H. Wang<sup>1</sup>

**Average annual spend on assistive technology for NDIS participants: \$2500**

**Average annual spend on assistive technology for Aged Care participants: \$51**

**PWD in Australia (all ages) = 4,370,300<sup>24</sup>**

- PWD (all ages) with access to NDIS = 466,619<sup>25</sup>
- PWD (all ages) with access to Aged Care (however services not fit for purpose for all of their AT/HM needs) = 1,300,627<sup>18</sup>
- PWD (all ages) currently not accessing Aged Care or NDIS = 2,603,054

**PWD under 65 years in Australia = 2,427,600<sup>24</sup>**

- PWD under 65 years, with access to NDIS = 450,038<sup>25</sup>
- PWD under 65 years, currently not accessing NDIS = 1,977,562

**PWD 65 years plus in Australia = 1,942,700<sup>24</sup>**

- PWD 65 years plus, ageing within the NDIS = 16,581<sup>25</sup>
- PWD 65 years plus, with access to Aged Care (however services not fit for purpose for all of their AT/HM needs) = 1,300,627
- PWD 65 years plus, currently not accessing Aged Care or NDIS = 625,492<sup>18</sup>

**MONASH University**

ポイント4：主要なリハビリテーション方法の役割。もう一度、リハビリテーション 2030 からの機能的介入を挙げましたが、右側にロジャー・スミスの IMPACT2 プロセスモデルを示しました。これは北米の作業療法士ロジャー・スミスのモデルで、まずその人の背景を考え、次にベースライン機能を考え、次に、どの介入アプローチを実施するかを検討します。そして、アウトカムを測定します。これがリハビリテーションサービスを提供する適切な方法であり、アンメット・ニーズを測定する方法なのです。

4. The role of key rehabilitation strategies such as remediation, compensation, use of personal support, adaptations to tasks and to the environment and assistive technology

PACKAGE OF INTERVENTIONS FOR REHABILITATION INFORMATION SHEET

**Box 4. Overview of functioning interventions**

Intervention type	Intervention category	Example
Pharmacological	Medicines	Analgesics
Non-Pharmacological	Therapeutic techniques and procedures, exercises and training	Manual therapy, cognitive behavioural therapy, range of motion exercises, communication skills training
	Physical modalities	Neuromuscular electrical stimulation
	Assistive products	Provision and training in the use of assistive products for self-care
	Environmental modifications	Installation of ramps, lighting control
	Self-management interventions	Education and advice on self-directed training Care and family training and support.

### The IMPACT2 Process Model

例を挙げてみましょう。ここでは、ガーデニングへの参加によるリハビリテーション方法をいくつか示しています。左側では、セラピストが装具を使用して障害を軽減しているのがわかります。左下は、膝をついたり屈んだりせず、立ったままガーデニングをしている人です。また、この左の写真では、環境が再設計されているのがわかります。これはガーデニング用に高くした台です。外側は舗装されているため、環境的な負荷は少なくなっています。

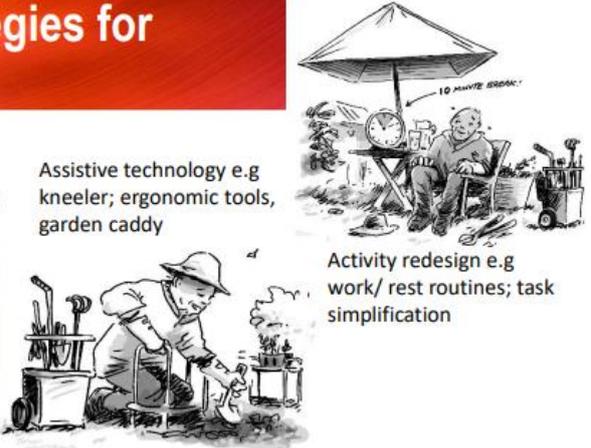
一番下には、パーソナル・アシスタンスを利用している人がいます。これは、1日の中でこの人が自分の体力と能力を管理し、庭を維持しながら家に住むことができるようにするための代替案です。右上はアクティビティの再設計の説明です。ここには、10分間の休憩を取るという時計があります。これは仕事と休息のルーティンであり、彼の周りには作業を簡素化するための小道具があります。真ん中の写真は、彼が支援機器を使っているところです。ガーデニング用の膝当て、手首の角度を変える人間工学的な道具、道具を運ぶためのガーデンキャディなどです。

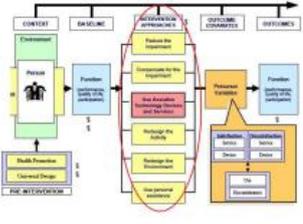
## Illustrated rehabilitation strategies for participation in gardening

**Reduce impairment e.g. splinting**



**Assistive technology e.g. kneeler; ergonomic tools, garden caddy**





**Activity redesign e.g. work/ rest routines; task simplification**



**Compensation strategies e.g. avoid joint use**



**Use personal assistance**



**Environment redesign e.g. raised garden**



アンメット・ニーズを満たすための革新的なリハビリテーション・プロジェクトには、どのような例があるのでしょうか。繰り返しになりますが、私はリハビリテーション 2030 のキーメッセージを掲げ、リハビリテーションは不可欠であり、高齢社会において重要な役割を果たしていると述べています。これまでに以上に多くの人々がリハビリテーションを必要としており、医療サービスはこれを提供するための設備を整える必要があります。リハビリテーションは医療部門を超え、国の医療計画や予算に組み込まれるべきです。

## 5. Examples of innovative rehabilitation projects to meet unmet need

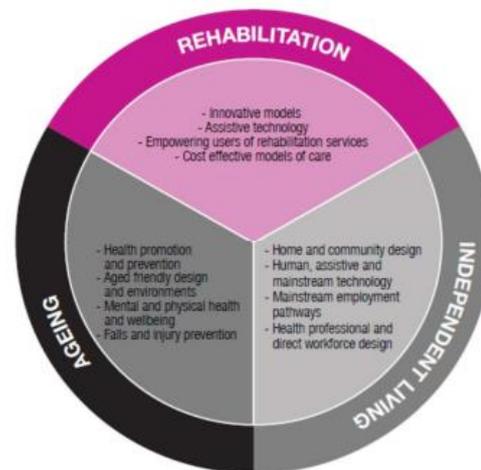


### REHABILITATION — 2030 — a call for action

#### Key messages

- Rehabilitation is essential, along with prevention, promotion, treatment and support, in addressing the full scope of health needs of a population and achieving Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.
- Rehabilitation plays an important role among older populations, reducing the risk of falls and hospital admissions, and keeping people independent for longer.
- More people than ever are living with noncommunicable diseases and other chronic conditions. Health systems need to be equipped to provide services that optimize functioning in light of impairments, injuries or health conditions, acute or chronic.
- The benefits of rehabilitation are realized beyond the health sector. Rehabilitation can reduce care costs and enable participation in education and gainful employment.
- Rehabilitation must be integrated into national health plans and budgets. Current epidemiological trends, demographic shifts and expanded access to health care make scaling up rehabilitation services imperative for health systems in the 21<sup>st</sup> century.
- Coordinated and concerted action is needed to scale up rehabilitation services and address the profound unmet needs that exist.

### Rehabilitation Ageing and Independent Living (RAIL) Research Centre



次のスライドで、RAIL 研究センターがこれらの各ポイントにどのように取り組んでいるかを説明します。私の同僚であるナターシャ・ブルスコ准教授は、自己管理を通じてリハビリテーションの成果を向上させるプロジェクトを行っています。マイ・セラピーは、通常の病院でのリハビリテーションに加えて、自主的な練習を通してリハビリテーションの量を増やすようにデザインされた自己管理型のセラピー・プログラムです。これが効果的な治療法であることを示す最近の大規模臨床試験の詳細について、QR コードを掲載しています。

## Improving Rehabilitation Outcomes Through Self-Management: My Therapy



My Therapy is a **self-directed therapy program** designed to **increase the dosage of rehabilitation through independent practice**, in addition to traditional hospital rehabilitation.

- A recent clinical trial across four Victorian (Australian) health services, has shown that My Therapy can increase the dosage of rehabilitation from one hour to one-and-a-half hours each day, can empower patients during their rehabilitation journey, and can provide families with a meaningful way to support their loved ones in rehabilitation.



**Contact:** Associate Professor Natasha Brusco  
[natasha.brusco@monash.edu](mailto:natasha.brusco@monash.edu)

**My Therapy Rehabilitation:**

<https://www.monash.edu/medicine/spahc/rail/my-therapy-rehab>

マイ・セラピーはまた、高齢者向け住宅、つまり老人ホームにおける研究対象にもなっています。オーストラリアの医療ネットワークであるイースタンヘルス (Eastern Health) の研究によると、高齢者介護施設でのリハビリテーションの実施率は58%にまで向上し、費用も入居者1人あたり1日6オーストラリアドルと非常に安価であることが実証されました。これはまた、リハビリテーションは急性期医療以外でもその恩恵が受けられるということを示しています。

## A feasibility study of self-practice of therapeutic activities via the My Therapy program, in the residential aged care setting



**My Therapy in Aged Care** is a self-management program that is individually tailored, and co-designed by Allied Health, the resident, and their family. My Therapy can be completed independently, or with the support of family or staff.

- Our study at Eastern Health successfully increased rehabilitation reach from 0% to 58% in one aged care wing and found that My Therapy was highly acceptable to residents and staff, safe, and low-cost (AUD\$6 per resident, per day).

**Contact:** Associate Professor Natasha Brusco, [natasha.brusco@monash.edu](mailto:natasha.brusco@monash.edu)



私の同僚であるエンジェル・リー先生は、身体活動を改善し、リスクを軽減するための身体活動プログラムを開発しました。オーストラリアでは、在宅介護を受けている高齢者が多く、誰かが自宅に来てサポートしているのですが、このグループは運動不足や転倒のリスクが高いという統計があります。このプログラムは、在宅介護サービス中に介護支援ワーカーがこのリハビリテーション・プログラムを実施できるように、利用者と共同でデザインされました。安全性と実現可能性が証明され、多くの利点があります。

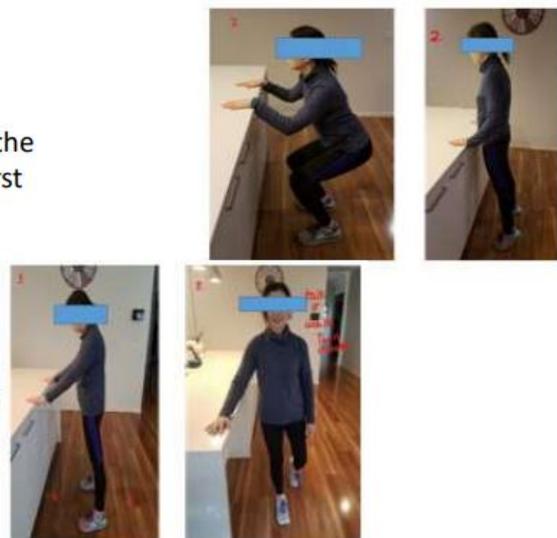
## Development of a scalable physical activity program for improving physical activity and reducing risk



Over 100,000 older Australians who receive home care have cognitive impairment or dementia. This group is at a high risk for physical inactivity and falls. We co-designed the "Safe Functional Home Exercise" program, first program for individuals with dementia.

- Care support workers administer this program during home care services.
- Proven to be safe and feasible, offering potential benefits in improving physical activity, functional ability and falls efficacy home care clients with dementia.

Contact: Dr Angel Lee, [angel.lee@monash.edu](mailto:angel.lee@monash.edu)



外傷性脳損傷者の加齢に関し、私の同僚であるクリスティーナ・エケグレン先生によって、ビデオを含む多くの当事者向けリソースが開発されました。QR コードからより多くの情報を得ることができます。

## Ageing with a traumatic brain injury consumer resources



There are limited resources to assist people who are ageing and have a traumatic brain injury (TBI), and their families. It is established that there are many health and care issues relevant to this population, and preventive healthcare strategies that can be put in place to assist healthy ageing. This project will develop a co-created, tailored educational resource with, and for, people with TBI and their caregivers with reference to ageing and traumatic brain injury. The project aim is to provide Australian injury funders with resources to assist older people and their families who have severe traumatic brain injuries.



**Brief project video summary:**

[https://www.youtube.com/watch?v=DMMEbBW4\\_ak](https://www.youtube.com/watch?v=DMMEbBW4_ak)

**Contact:** Dr Christina Ekegren, [christina.ekegren@monash.edu](mailto:christina.ekegren@monash.edu)



私たちの研究の 1 つは、政府資金による支援技術を使用しているオーストラリアの高齢者 24,000 人を対象とした縦断的研究です。私たちはこの試験を始めたばかりですが、これらの取り組みが機能低下を遅らせ、自宅での安全性と自立性を向上させたかどうか、非常に興味を持っています。

## Longitudinal Study: Use and effectiveness of government-funded assistive technology for older Australians



Mobility products, daily living equipment and self-care items can make a huge difference to safety, autonomy and independence at home.

- The Commonwealth Government provide many types of assistive products to older Australians through the national Goods, Equipment and Assistive Technology (GEAT) programme
- Longitudinal study over 2 years to evaluate long term outcomes for 24,000 older Australians.



**Contact:** Dr Natasha Layton, [natasha.layton@monash.edu](mailto:natasha.layton@monash.edu)

クリスティーナ・エケグレン先生は、病院環境における新しい身体活動に取り組んでいます。これは、リハビリテーションの領域では、罹患率や死亡率を超えて、機能が極めて重要であるという考えを改めて物語っています。

## Physical activity: A new 'vital sign' for hospital settings



Patients in hospital often don't move enough, which can lead to deconditioning and longer hospital stays. **Measuring a problem is the first step towards improving it.** However, there is currently no feasible way to measure physical activity in hospital settings.

- This multi-site, international project will develop a physical activity 'vital sign', to be embedded into routine reporting.
- Future research will **implement** the vital sign and **evaluate** its psychometric, prognostic and economic properties.



**Contact:** Dr Christina Ekegren, [christina.ekegren@monash.edu](mailto:christina.ekegren@monash.edu)

キース・ヒル教授とクリスティーナ・エケグレン先生によるその他のプログラムとして、ひとつは「アクティブ・エイジングのための正しい運動」プロジェクトで、もうひとつは地域コミュニティにおける身体活動に関するものです。キース教授は、様々な年代の方向けの運動公園を多く手がけています。

## Active Ageing



### ERAA: Exercise Right for Active Ageing

This independent evaluation aims to provide a 3-part analysis of the effectiveness of the **Exercise Right for Active Ageing (ERAA)** 12-week exercise program, delivered face-to-face or via telehealth to 7000 older Australians (aged 65 years and over) by Accredited Exercise Scientists (AESs) and Physiologists (AEPs). Program effectiveness = physical performance measures, physical activity levels, health status & cost-effectiveness.



**Contact:** Dr Christina Ekegren,  
[christina.ekegren@monash.edu](mailto:christina.ekegren@monash.edu)

### Changing the focus: Facilitating engagement in physical activity for people with dementia in a local community - A feasibility study

People with dementia have low levels of physical activity at time of diagnosis relative to older people without dementia; and their physical activity declines further post diagnosis. This project involves **evaluating a new approach to facilitate community physical activity engagement for people with mild dementia.**



**Contact:** Professor Keith Hill,  
[keith.hill@monash.edu](mailto:keith.hill@monash.edu)

介護者の健康と福祉も非常に重要です。私たちモナシュ大学が開発中の介護者の健康と福祉サービスの情報について、QRコードを掲載しております。

## Carer Health & Wellbeing Service: New co-designed service to support older carers



Carers of older individuals at home often face health and wellbeing challenges. To address this, we are testing the **Carer Health & Wellbeing Service**.

Aim: to support carers Australia-wide in maintaining their wellbeing and caregiving role long-term

- help informal carers of older people to improve their own health while continuing to care for loved ones.
- launching in Victoria, Australia
- Evaluation of effectiveness (including cost-effectiveness).

Contact: Dr Aislinn Lalor, [aislinn.lalor@monash.edu](mailto:aislinn.lalor@monash.edu)



ORIGINAL ARTICLE | [Open Access](#) |

### Who cares for the carer? Codesigning a carer health and wellbeing clinic for older care partners of older people in Australia

Natasha Layton OT, PhD, Aislinn Lalor OT, PhD, Susan Slatyer RN, PhD, Den-Ching A Lee PT, PhD, Christina Bryant MA (Clin Psych), Moira Watson PhD, Anjali Khushu FRACP ... [See all authors](#)

First published: 08 September 2023 | <https://doi.org/10.1111/hex.13863>



私たちの研究を効果的なものにするためには、知識を関係者と共有することも欠かせません。ここには、障害者のようなグループに対する支援技術やその他のリハビリテーション戦略の使用における好事例について、労働者や消費者、その他の実践者を訓練するためのリンクがいくつかあります。

## Knowledge Translation to scale interventions and enhance access

**Building capability of allied health professionals and consumers:  
A knowledge translation project using digital co-design**  
L. Callaway<sup>1,2,3</sup>, E. Boulton<sup>2</sup> & N. Layton<sup>1,3</sup>  
<sup>1</sup> Rehabilitation, Ageing and Independent Living Research Centre, Monash University, <sup>2</sup> Occupational Therapy Department, Monash University, <sup>3</sup> Australian Rehabilitation & Assistive Technology Association

Domains	Capabilities
Individual agency	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Understands disability and complex support needs</li> <li>2. Promotes independence and informed choice</li> <li>3. Works in partnership with the person to set and achieve goals</li> <li>4. Thinks flexibly and tailors interventions to the person</li> <li>5. Communicates effectively</li> <li>6. Works collaboratively with the person's supports</li> </ol>
Interprofessional practice	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Operates within scope of practice</li> <li>8. Collaborates interprofessionally</li> </ol>
Systems	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Navigates the National Disability Insurance Scheme</li> <li>10. Collaborates across service systems</li> </ol>
Quality, safety and ethics	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Acts ethically and resolves conflicts</li> <li>12. Promotes safety, quality and inclusion</li> </ol>

[www.myalliedhealthspace.org](http://www.myalliedhealthspace.org)  
<https://www.myhomespace.org>  
<https://www.mysupportspace.org>

Resources available via [www.myalliedhealthspace.org](http://www.myalliedhealthspace.org)

**For allied health professionals:**

Links to 88 allied health education resources

An online learning management system with 10 learning modules and a certificate of completion

**Checklists** to assess client needs and practice capabilities

**Map of the Framework capabilities** against the NDIS Quality and Safeguards Commission Practice Standards Quality Indicators

**Decision making flow chart** to help with supervision and delegation to the disability workforce

**30 video reflections** by people with lived experience of disability and allied health professionals from 10 disciplines

**55+ resources** including videos and quizzes to build capability to work with people with disability and complex support needs.

**For people with disability, their families and carers:**

Practical checklists

**Details on the wide range of allied health professionals** a person may choose to work with to achieve their goals and meet their individual needs

**Types of funded allied health supports** within the person's NDIS plan

**Explanation of features** of allied health professional services that are seen as important by the person

**Links to resources** including NDIS and other relevant websites

**Option to view information and checklists** in standard view or Easy Read

リハビリテーション利用者のエンパワーメントは、良い研究を行うために非常に重要であり、ここでは、障害がある人々やリハビリテーション利用者がどのように研究者となり、しばしば主任研究者としてプロジェクトに高いレベルで関与し、議論しています。このような機会をいただき、ありがとうございました。

## Rehabilitation user empowerment

**social sciences**

<https://doi.org/10.1080/17483107.2021.1897694>

*Article*  
**Inclusive Research in Health, Rehabilitation and Assistive Technology: Beyond the Binary of the 'Researcher' and the 'Researched'**  
 Natasha Layton <sup>1,2\*</sup>, Em Bould <sup>2,3</sup>, Ricky Buchanan <sup>3</sup>, Jonathon Bredin <sup>4</sup> and Libby Callaway <sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup> Rehabilitation, Ageing and Independent Living (RAIL) Research Centre, Monash University, Frankston, VIC 3199, Australia; libby.callaway@monash.edu  
<sup>2</sup> Occupational Therapy Department, Monash University, Frankston, VIC 3199, Australia; em.bould@monash.edu  
<sup>3</sup> Australia Technology Expert User and Disability Advocates, Melbourne, VIC 3000, Australia; rick@blackandwhite.com.au  
<sup>4</sup> Founder, Jonathon Bredin Inc., Melbourne, VIC 3100, Australia; bredin.jon@gmail.com  
<sup>5</sup> Correspondence: natasha.layton@monash.edu

➔

Co-design in research and authorship

**disabilities**

[doi.org/10.3390/disabilities1020010](https://doi.org/10.3390/disabilities1020010)

*Article*  
**Co-Design of Social Impact Domains with the Huntington's Disease Community**  
 Natasha Layton <sup>1,4\*</sup>, Natasha Brusco <sup>1,2</sup>, Tammy Gardner <sup>3</sup> and Libby Callaway <sup>1,4</sup>

### More information

Rehabilitation, Ageing and Independent Living (RAIL) Research Centre  
 E: [spahc.rail@monash.edu](mailto:spahc.rail@monash.edu)  
 Website: <https://www.monash.edu/medicine/spahc/rail>

Dr Natasha Layton  
 Occupational Therapist & Senior Research Fellow  
 Rehabilitation Ageing and Independent Living (RAIL) Research Centre  
[natasha.layton@monash.edu](mailto:natasha.layton@monash.edu)  
 Melbourne, Victoria, Australia

## インドネシアにおけるリハビリテーション・サービス

レスタリア・アリアンティ

インドネシアリハビリテーション医科大学 講師

ありがとうございます。最初に私の国について紹介したいと思います。インドネシアは多くの島々からなる大きな国で、人口は 2 億 7800 万人、38 の州からなる大きな国です。面積は 191 万 km<sup>2</sup>、島は約 1 万 7500 もあります。海岸線は 81,000km。インドネシア領土の約 62%は海と水であり、陸地面積は 191 万 km<sup>2</sup>、水域面積は 632 万 km<sup>2</sup>です。



## DEMOGRAFI

- The area of Indonesia is 1.905 million/km<sup>2</sup>
- Indonesia has around 17,500 islands, with a coastline of 81,000 km. Around 62% of Indonesia's territory is sea and water, the land area is 1.91 million km<sup>2</sup> while the water area is 6.32 million km<sup>2</sup>.

インドネシアにおけるリハビリテーションは、1947年にスハルソ教授によって開始されました。彼は、ジャワ島中部のスラカルタにセンターを設立し、聴覚障害、視覚障害、精神障害のある人々を対象としました。これはインドネシアのリハビリテーション分野における先駆的な取り組みでした。リハビリテーションセンターSOLOの負担を軽減するため、政府は予防医療の重要性を認識し、1973年にカリアディ病院スマランで予防サービスを試行しました。この試みは、患者の在院日数の短縮につながり、提供される医療サービス全体の改善につながったため、重要なマイルストーンとなりました。

## HISTORY

- Indonesia's rehabilitation services were initiated in 1947 by Prof. Dr. Suharso. He established a center in Surakarta dedicated to individuals with hearing, vision, and mental disorders. This was a pioneering effort in the field of rehabilitation in Indonesia.
- To alleviate the load on the Rehabilitation Centre SOLO, the government, recognizing the importance of preventive care, successfully trialed preventive services at Karyadi Hospital Semarang in 1973. This trial was a significant milestone as it led to a reduction in the length of stay for patients and improved the overall health services provided.

スハルト前大統領の時代の 1978 年、保健大臣の法令により、すべての政府病院に予防リハビリテーションユニット (Prevention Rehabilitation Unit: PRU) を設置することが決定されました。PRU は A、B、C の 3 つのタイプからなり、大きな病院である総合病院が A 型、B 型は 500 床程度、C 型は 100 床以下の病院を指します。PRU という名称は後に医療リハビリテーションユニット (Medical Rehabilitation Unit: MRU) に変更されました。保健省はリハビリテーション医療サービスの進歩に注目しています。

・ Through the Decree of the Minister of Health No.134/Yan.Kes/SK/IV/1978 during the PELITA II period, it was decided to establish PRUs in all government hospitals, which consists of A, B and C types. The term PRU was later changed to Medical Rehabilitation Unit (MRU). This condition shows that the government of the Minister of Health is paying attention to advancing Rehabilitation Medicine services.

リハビリテーション専門医 (Physical Medicine and Rehabilitation: PMR) の教育は 1984 年に始まり、1987 年に最初の学生が卒業しました。1987 年当時、教育センターは 2 つの大学だけでした。わが国では、専門医の養成は病院ではなく大学に基づいています。ジャカルタとスラバヤです。

現在では 6 つの大学がリハビリテーション専門医の教育を実施しています。ジャカルタ、スラバヤ、スマラン、バンドン、マナド、マランにあります。それらのほとんどはジャワ島にあり、ジャワ島の外では、マナドのみです。

過去 5 年間の卒業生数は約 80 人/年です。2023 年の今年、リハビリテーション専門医数は 1,076 人です。約 2 億人の人口と比較すると非常に少ないです。

## PMR EDUCATION

- Education for physical medicine and rehabilitation (PMR) specialis began in 1984 with the first graduates in 1987.
- In 1987, there were 2 universities as a Education Center :  
University of Indonesia (Jakarta) and Airlangga University (Surabaya)
- Until 2023 it develop to 6 universities: University of Indonesia (Jakarta), Airlangga University (Surabaya), Diponegoro University (Semarang), Padjajaran University (Bandung), Samratulangi University (Manado),and Brawijaya University (Malang)
- The number of graduates in the last 5 years are around 80 peoples / year
- In 2023 the number of PMR doctors are 1076

リハビリテーション専門医の分布は非常に限られています。ほとんどの医師はインドネシア西部にいます。東インドネシアにはほとんどいません。西インドネシアは東インドネシアに比べて交通の便が良いので、発展しやすい環境です。インドネシアのリハビリテーション専門医は数が足りないため東西の都市にまたがって働いている医師がいます。

## DISTRIBUTION OF PMR SPECIALIST



医療関連職種について、インドネシアの理学療法士は、1943年にリハビリテーションセンターが開設され、その数は16,500人ですが、言語療法士、作業療法士、義肢装具士、義肢装具士などの他の職種は2,000人ほどしかいません。

教育センターは非常に限られています。通常は、ソロ、パダン、スマトラ、ジャカルタ、バンドンとい

った大都市にしかありません。私立で非常に限られており、金銭的余裕がないと教育を受けられません。

卒業生の数はまだ需要よりかなり少ないです。さらに、分布は偏っていて、インドネシアの西部地域と主要都市に集中しています。西インドネシアは東インドネシアに比べてカバーしやすいからです。東インドネシアの地域をカバーするには船か飛行機を使わなければなりません。

## ALLIED HEALTH PROFESSIONAL

- The number of Physiotherapist are 16.527
- Speech therapis +/- 2000 (There are 4 educational institutions that have speech therapy departments, namely Solo, Padang, Jakarta, and Bandung.)
- Occupational therapist 2014
- Orthotic prosthetic +/- 2000
- The educational centre for allied health/therapist and others is very limited.
- The number of graduates is still significantly less than the demand. Furthermore, their distribution is uneven; they are predominantly located in the western regions of Indonesia and in the major cities.

The reason is that not all hospitals provide medical rehabilitation services that meet the standards set by the Ministry of Health. As a result, they are unable to cater to the needs of approximately 20 million people with disabilities.

病院の数について、政府病院は 2022 年時点で 3,072 あります。私立病院もありますが、インドネシアのすべての人が私立病院を利用できるわけではありません。東ジャワには 410 の病院があり、一般病院と特定の病気のための特別病院があります。西ジャワには 300、中央ジャワにも 300 あります。ほとんどの病院はジャワ島にあります。カリマンタン島とセレベス島は、距離や値段、地域的な条件から、病院の数は非常に少なく、カリマンタン島には 13 ユニットしかありません。

国民健康保険について、私たちは BPJS と呼んでいますが、リハビリテーションサービスも提供しているものの、すべてのサービスが保険でカバーされるわけではありません。おそらく医療と、理学療法、作業療法、言語療法などのセラピーがあるだけで、支援機器は十分ではありません。支援機器はごく一部、聴覚と視覚の問題をカバーするのみで、車いすやコミュニケーション機器のようなものはありません。義肢についても、簡単なものしかありません。

## HOSPITAL

- The number of hospitals are 3,072 (2022)
- East Java 410 units. This number consists of 328 general hospital and 82 special hospital for certain diseases
- West Java 399 units.
- Central Java 334 units
- North Kalimantan is the province with the fewest number of hospitals, namely 13 units. This is due to distance, affordability, and regional conditions.
- BPJS (national health insurance ) offers rehabilitation services, although these are currently available in only a few areas and come with a variety of supporting facilities.

包括的なリハビリテーションについては、わが国では新しい試みです。リハビリテーションサービスは病院を基盤としているので、病院以外の地域ではリハビリテーションを受ける余裕がありません。諸外国を見ると、包括的なリハビリテーションがあり、医療的な面だけでなく、職場復帰や社会的なサービスも含まれています。しかし、インドネシアにはリハビリテーションセンターが2つしかなく、それらは国防省が所管しています。ジャカルタとスラカルタにあります。リハビリテーションセンターのサービスは、特に障害を負った国軍兵士のためのものですが、医療以外の地域社会のニーズには対応できていません。職場復帰に重点が置かれ、サービスはわが国の国民すべてに行き渡るものではありません。

## COMPREHENSIVE REHABILITATION

- A comprehensive rehabilitation centre encompasses medical, vocational/return-to-work, and social services
- Indonesia has 2 rehabilitation centres owned by the Ministry of Defense : the Ministry of Defense Rehabilitation Centre in Jakarta and Surakarta.

Rehabilitation centre services are specifically for national army members who have disabilities due to their work but they are not able to accommodate the needs of the community ( accept the medical.)

リハビリテーションを終えて社会復帰する前に、特別支援学校が必要です。特別支援学校も非常に限られていて、2,300校しかありません。私立学校は、国民が高い学費を払わなければなりません。公立学校

では無料で教育を受けることができます。特別支援学校は公立もありますが、十分な教師がいないため、非常に限られています。教師は障害あるすべての生徒に公平に教え、学校の態勢を整えることが重要です。ほとんどの学校は、障害のある子供を受け入れることができません。学校の環境が安全ではないからです。

## SPECIAL NEED SCHOOLS

The number of special needs schools is 2329 and most of them are private schools.

- Inclusive schools are still very limited due to the lack of sufficient accompanying teachers and the readiness of schools to accept students with disabilities



私たちは、わが国の障害者について理解を深めようとしています。2020年の全国社会学調査によると、わが国には多くの障害者がいます。インドネシアには2,297万人の障害者がおり、人口の約10%あるいは15%の割合です。重度障害者は610万人です。その内訳は、身体障害が120万人、感覚器障害すなわち聴力、視力障害が307万人、精神障害が14万9000人、知的障害が170万人です。各州の予算はそれぞれ異なります。農業が盛んなど、豊かな県もありますが、障害者を支える資源を持っていない地域もあります。すべての地域でよいリハビリテーションを受けられるわけではありません。

## PEOPLE WITH DISABILITY

According to the National Socioeconomic Survey (2020),

- There are 22.97 million people (10%-15%) with disabilities in Indonesia.
- The largest group of functional difficulties in Indonesia, namely people with severe disabilities are 6.1 million people consisting of: 1.2 million people with physical limitations, 3.07 million people with sensory limitations, 149 thousand people with mental disabilities, and 1.7 million people with intellectual disabilities.

私たちの国の社会福祉には、障害者のためのプログラムもあります。ATENSI というプログラムを紹介し  
ます。ATENSI は、障害者、子ども、高齢者、災害被災者のためのプログラムです。障害者のための識字教  
育や補助具の援助もあります。しかし、医療とはリンクしていません。医療とリンクしていないため、患  
者に社会福祉を提供し、自信をつけさせたり、ADL を身につけさせたりすることは難しい状況です。誰に  
とっても役立つものとなるよう、医療との連携を大切にしなければなりません。2023 年の ATENSI が対象  
とした障害者は 51,000 人でしたが、実際には目標以上の 61,000 人に及びました。毎年、対象者は増加し  
ていますが、社会福祉の予算が限られているため、障害者のニーズを満たすことができていません。

## SOCIAL WELFARE

- The Ministry of Social Affairs has a training program for people with disabilities every year (2023).
- The target for 2023 is that the program includes 5 programs at the Directorate General of Social Rehabilitation, namely ATENSI for people with disabilities, children, the elderly, victims of disasters and emergencies, as well as special literacy for people with disabilities. assistance with disability aids;
- The ATENSI target for people with disabilities in 2023 are 51,200 people and the realization are 61,097 people or 119%.
- Every year the target is increasing, but it still has not been able to meet the needs of all people with disabilities due to limitations of budget.

地域に根ざしたリハビリテーション (Community Based Rehabilitation: CBR) は非常に重要です。CBR  
はすでに実施されていますが、インドネシアのすべての地域をカバーできていません。インドネシアの全  
地域をカバーできるように、中核となる方々のトレーニングが必要です。人々がどのように CBR プログ  
ラムに参加するのか、また、中核となる方々は障害者が地域で自立できるために、CBR プログラムがどの  
ような役割を果たすかを理解する必要があります。

インドネシアの政府や複数の政党が CBR の役割と機能に注視しています。というのも、政府がすべての  
障害者をカバーすることはできませんし、リハビリテーション・プログラムは非常に限られているからで  
す。CBR を推進することが望ましいと思います。支援機器は国民健康保険ではカバーできません。地域に  
根ざしたリハビリテーションは国の広い範囲をカバーできると思います。

## COMMUNITY BASE REHABILITATION (CBR )

- The CBR program is already running, but is not yet be able to cover all regions in Indonesia
- A lot set of training is needed for cadres so they can cover all regions in Indonesia
- Encourage society participation in CBR.
- The government and several parties in Indonesia are observing the role and function of CBR, so it could help to ease the burden on the government

すべての病院にリハビリテーションサービス施設があるわけではありません。インドネシア保健省は、病院がリハビリテーションサービスを提供するための最低基準を定めていますが、病院は人材不足、施設やインフラの問題から、最低基準のリハビリテーションサービスを提供する余裕はありません。政府によるリハビリテーションの規制は、インドネシア全土でまだ完全には実施されていません。インドネシアは国土が広く、同じ条件ではないため、政府の規制をすべての地域で実施できていません。

リハビリテーション・プログラムの予算を増やす必要があります。現状では、予算は治療のみに割り当てられ、リハビリテーションのためではありません。リハビリテーションは医療の一部です。しかし、質の高いリハビリテーションは十分に行われていません。人材やインフラ、設備が不十分であるため、地域のリハビリテーションサービスを向上させるためには、CBR の役割を高めることが必要です。

## SUMMARY

- Not every hospitals have rehabilitation service facilities
- Insufficient human resources
- Inadequate facilities and infrastructure
- The regulations made by the government could not yet to be fully implemented throughout Indonesia
- The budget to support the rehabilitation program, needs to be increased
- Increasing the role of CBR with it's cadres, in order to improve community-based rehabilitation service

最後に、防衛省のリハビリテーションセンターを紹介します。防衛省のリハビリテーションセンターでは、患者は自分でできる活動を行います。料理、自動車の作り方、コンピューターの作り方、武器の修理、ガーデニングや農業など、さまざまな活動をカバーしています。しかし、このセンターを利用できるのは軍関係者のみです。普通のリハビリテーション病院には、このような活動はなく、基本的には医療のみです。



防衛省のリハビリテーションセンターにはこのようなワークショップ、料理を行う、自動車を作る、コンピューターを作る、庭仕事や農業の活動ができる大きな敷地がありますが、多くの病院や公立病院には大きくありません。将来、政府が、軍関係者に限らず、すべての人のためにこのようなリハビリテーションを行うべきと考えることを願っています。以上です。ありがとうございました。



Thank you for watching

## 日本におけるリハビリテーションのアンメットニーズに応える

芳賀 信彦

国立障害者リハビリテーションセンター 総長、日本

よろしくお願ひいたします。先ほど来、出ているように、リハビリテーション 2030 のミーティングレポートの中には、世界中、とりわけ低及び中所得国において、リハビリテーションのニーズが満たされていない。リハビリテーション・ニーズに対するエビデンスが不足していることが、各国のリハビリテーションの強化と拡大に対する障壁の一つであると書かれています。こういうことを背景に、リハビリテーション・ニーズやアンメット・ニーズとは何であるのか、日本、そして我々のセンターの状況について考えてみたいと思います。

### *Satisfying the Unmet Needs for Rehabilitation in Japan*



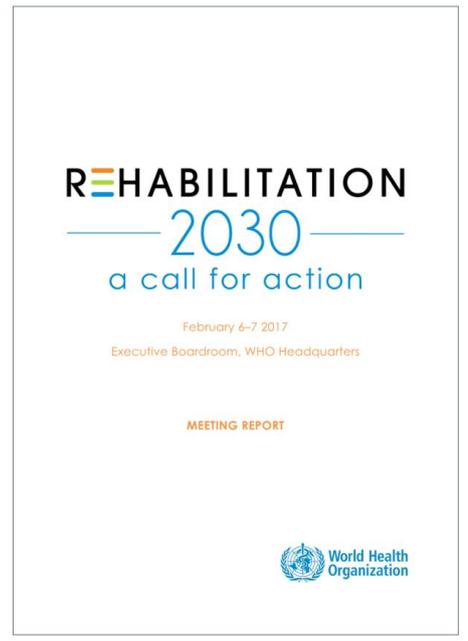
Nobuhiko Haga, M.D., Ph.D.

National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities

*In connection with this presentation, there is no COI to be disclosed with any companies.*

## Rehabilitation-2030- Meeting Report

- The *unmet rehabilitation need* around the world, and especially in low- and middle-income countries, is profound.
- Current barriers to strengthen and extend rehabilitation in countries include a dearth of evidence of met and *unmet rehabilitation needs*.



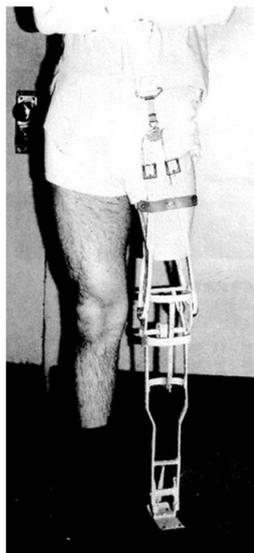
日本におけるリハビリテーション・ニーズの推移ですけれども、日本のリハビリテーションは、欧米に比べて約半世紀遅れて発展したと私は理解しています。写真の左側は第二次世界大戦中の脊髄損傷患者さんの装具と歩行器、右側は大腿切断の患者さんの当時の義足を示しております。

例えば、アメリカでは理学療法士としてメアリー・マクミランという人が現れ、1921年に理学療法士の協会が設立されたのに対して、日本で理学療法士協会が設立されたのは、45年遅れの1966年のことでした。

やがて戦争による障害が大きく減り、また交通事故、労働災害による障害も減ってきました。一方で人口の構成、人口ピラミッドが右側の図にあるように変化してきたということで、日本は世界に先んじて超高齢社会に入りました。それにより、例えば脊髄損傷は高齢者の転倒によるものが増え、下肢の切断に関しては末梢動脈疾患、あるいは糖尿病による切断が増加してきたという経緯があります。



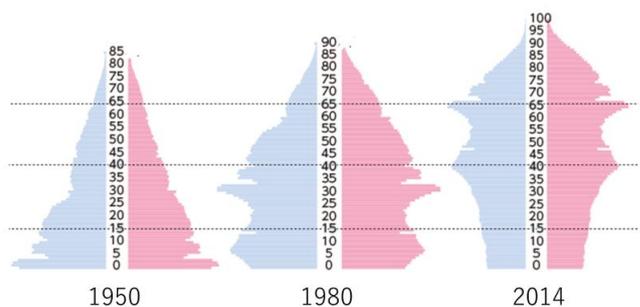
Brace & walker for spinal cord injury



Prosthesis for transfemoral amputation

Around World War II (1939-1945)

- ✓ Disappearance of combat injuries
- ✓ Decrease in traffic/occupational accidents
- ✓ Change in population pyramid



- ↑ Spinal cord injury from falling in the elderly
- ↑ Amputation from peripheral arterial disease and/or diabetes in the elderly

2000 年に入ると、リハビリテーション医療に係る保険制度が大きく変化しました。2000 年には回復期リハビリテーション病棟の制度が導入され、リハビリテーションの急性期、亜急性期、慢性期、それぞれに応じたリハビリテーションのシステムが確立され、2008 年には疾患別リハビリテーションという考え方が導入され、運動器・脳血管疾患、心大血管疾患、呼吸器疾患、廃用症候群、がん、認知症、摂食嚥下障害、視力障害といったカテゴリーに分けられました。

また、障害福祉サービスに関しては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律が 2005 年にでき、さらに 2013 年には難病の患者さんが、それまでの対象であった身体障害、精神障害、知的障害に加わるという出来事がありました。

## Governmental Insurance System for Medical Rehabilitation in Japan

2000: Rehabilitation ward for convalescent period patients  
-> phase-specific acute, subacute, and chronic rehabilitation system

2008: Rehabilitation for disease groups  
musculoskeletal, cerebrovascular, cardiovascular, and respiratory diseases  
deconditioning, cancer, dementia, dysphagia, and visual impairment

## Disability Welfare Services in Japan

2005: Act on the Comprehensive Support for the Daily and Social Life of PWD  
-> social participation of PWD\* in chronic phase  
\*Persons with intractable diseases were added to the previous subjects  
with physical, mental, and intellectual disabilities in 2013

こういう中で、国立障害者リハビリテーションセンターでは様々なリハビリテーション・ニーズへの対応をしてきました。我々のセンターは 1979 年に国立身体障害者リハビリテーションセンターとして所沢市というところに設立され、その敷地面積は 20 万平方メートルを超える大きなものです。センター内には幾つかの部門がありますが、病院と自立支援局 (Rehabilitation Services Bureau) というところが、障害を持った方々への対応をしています。

病院では機能的な自立を目指す医学的リハビリテーションを提供しています。自立支援局では、先ほどの障害者総合支援法に規定される障害者、あるいは知的障害のある児童が、その能力や適性に応じて自立した日常生活、あるいは社会生活を営むことができるように、必要な障害福祉サービスに関わる支援を行っています。



ズが高まり、高次脳機能障害、あるいは神経行動障害リハビリテーションのコースを自立支援局で開始いたしました。また、2011年からは高次脳機能障害情報・支援センターをつくり、情報発信などを行っています。

### Addressing New Categories of Disability in NRCD: #1

2006-: Rehabilitation course for neurobehavioral disorders in response to the increasing needs for cognitive rehabilitation after traumatic brain injury and cerebrovascular accidents



2011-: “Information and Support Center for Persons with Higher Brain Dysfunctions”



2番目は発達障害です。2008年に病院の中に児童精神科と発達障害診察室を設置し、また発達障害者のケアニーズが高まったため、発達障害情報・支援センターを開設しました。2012年からは、自立支援局で発達障害の成人を対象とした就労移行支援を開始しています。

### Addressing New Categories of Disability in NRCD: #2

2008-: “Dept. of Child and Adolescent Psychiatry” & “Section for Developmental Disorders”

2008-: “Information and Support Center for Persons with Developmental Disabilities” in response to the increasing needs of caring people with developmental disabilities

2012-: Employment transition support for adults with developmental disabilities



3つ目が先天性の上肢形成不全児への対応です。2011年から病院を中心に、先天性上肢形成不全児に対するチームアプローチを始めました。左下の動画は、運動用の義手をつけて学校の体育活動への参加へ向かっているところです。適応のある子供たちには筋電義手の導入をするために、右下の動画のようにエンジニアと協力して、おもちゃを使った筋電の導出をする練習をしています。2019年からは小児筋電義手の基礎研修会というものを行い、さらに21年からは専門職に向けた養成研修会を開催し、我々のノウハウを国内に広めるように努めております。

### Addressing New Categories of Disability in NRCD: #3

2011-: Team approach for children with congenital upper limb deficiency

2019-: "Training Session on Pediatric Myoelectric Protheses –Basic Course–"

2021-: "Training Session on Pediatric Myoelectric Protheses for Rehabilitation Professionals"



4 番目が吃音への対応です。病院での対応は歴史が古く、1979 年から耳鼻咽喉科医と言語聴覚士で吃音に関する診療を開始しました。2007 年には小児と成人の吃音専門外来へと発展し、さらに 2022 年からは、吃音に関する言語聴覚士に向けた研修会を開始しています。小児の吃音に関してはリックカムプログラムと呼ばれるもの、それから JSTART-DCM という要求-能力モデルというものに基づくアプローチをしています。

成人に対してはスピーチシャドーイングと呼び、インターネットの発話素材をスマートフォンで速度を下げた再生し、この音声を聞きながら、少し遅れて同じように発話し続けるという練習やグループ認知行動療法、あるいは遠隔対面治療などを行っています。

#### Addressing New Categories of Disability in NRCD: #4

1979-: Otolaryngologists & speech therapists started managing patients with stuttering

2007-: Specialty Outpatient Clinic for children and adults with stuttering

2022-: “Training Session for Speech Therapists on Clinical Approach for Infants with Stuttering”

“Training Session for Speech Therapists on Clinical Approach for Adults with Stuttering”

##### Approach for infants:

- ✓ Lidcombe Program - behavioral treatment for children (<6 years) who stutter
- ✓ JSTART-DCM – “Demands and Capacities Model” based approach

##### Approach for adults:

- ✓ Speech Shadowing
- ✓ Group CBT (Cognitive Behavior Therapy)
- ✓ Trial of Telemedicine

最後の5番目は障害者の運動に対する支援です。2011年に障害者健康増進・運動医科学支援センターというものを設立し、パラアスリートへの支援としてメディカルチェックやクラス分けに貢献し、さらに市民レベルでの障害者への健康増進として、成人病を意識した健康診断、スポーツ活動参加の必要性に関する教育、障害者のスポーツ活動支援などを行っています。

## Addressing New Categories of Disability in NRCD: #5

2011-: Center of Sports Science and Health Promotion

Support for Para-sports

- ✓ Medical checkup for para-athletes
- ✓ Support for disability sport classification

Health Promotion of PWD

- ✓ Comprehensive medical checkup to find noncommunicable diseases
- ✓ Education on the necessity of participating in sports activities
- ✓ Support for sport activities of PWD



日本におけるリハビリテーションの、現時点でのアンメット・ニーズを大きく2つに分けて考えました。1つ目の問題点は、地域や施設による医学的・社会的リハビリテーションの質の不均衡です。この不均衡に対応するために、我々はリハビリテーションや福祉専門職種の教育や育成を当センター内にある学院で行っており、ここに挙げる6つの教育をしています。また、多様な障害に対応するリハビリテーション科専門医を育成するために病院で教育を行い、さらにセンター外部のリハビリテーション福祉職に対する多くの研修プログラムを行っています。

## Currently Unmet Needs of Rehabilitation in Japan

Problem #1: Disparity in the quality of medical and social rehabilitation among areas and institutions

- Education & bringing-up of rehabilitation/welfare professionals
  - Our "College" has the following courses
  - ✓ Speech-Language-Hearing Therapy
  - ✓ Prosthetics and Orthotics
  - ✓ Rehabilitation Worker for Persons with Visual Disabilities
  - ✓ Sign Language Interpretation
  - ✓ Inclusive Physical Education
  - ✓ Support Worker for Children with Intellectual Disabilities
- Bringing-up of physiatrists who can deal with various disabilities
  - Our "Hospital" educates senior residents of rehabilitation medicine
- Various training programs for external rehabilitation/welfare professionals

2 つ目の問題は適切なリハビリテーション・サービスから取り残された障害者で、特に重複障害のある人々に対する十分なサービスが行えていないと考えています。重複障害には 2 つの種類があり、1 つ目が、あるときに同時に複数の障害を生じる障害者です。すなわち、外傷によって脊髄損傷による対麻痺と、外傷性脳損傷による認知障害を同時に被る。もう一つは既存の障害に新たな障害が加わるタイプです。例えば、脳血管障害による片麻痺の障害者が、糖尿病によって下肢切断を受けるといったようなことです。いずれのタイプであっても定期的なフォローアップと健康増進が必須であり、フォローアップ、あるいはマネジメントの適切なシステムの構築が必要であると考えます。

## Currently Unmet Needs of Rehabilitation in Japan

### Problem #2: PWD left behind from adequate rehabilitation services

#### Persons with multiple disabilities

- ✓ Persons who suffered from multiple disabilities at a time  
e.g. spinal cord injury (paraplegia) + traumatic brain injury (cognitive dysfunction)
- ✓ Persons who suffered from new disability in addition to existing disability  
e.g. cerebrovascular accident (hemiplegia) -> lower limb amputation (diabetes)

Both regular follow-up and health promotion are mandatory.  
Proper system for follow-up and management is needed.

さらに、加齢による障害の変化が加わると複雑な形になってきます。この患者さんは、先天性脊椎骨端異形成症という 2 型コラーゲンの異常による患者さんで、左側は子供のときですけれども、9 歳の頃には低身長、軽度の視覚障害、聴覚障害があり、9 歳のときには首の手術、11 歳で膝の手術、16 歳で股関節の手術を受けていました。その後、20 数年が経過し、35 歳のときには最終的な身長が 98 センチ、視覚障害、聴覚障害はゆっくりと進行し、30 代に入ってから下肢の関節と背中痛みがあり、屋外ではつえが必要となっており、さらに車椅子も必要となる可能性がある状態です。また、成人後、フルタイムの就労をしていましたが、それを継続することが困難になり、パートタイムの雇用へと変化しています。

このような患者さんには、さらに多職種によって統合されたリハビリテーション、福祉のアプローチが必要で、ここまでの体制は少なくとも日本では確立していないと考えており、今後、対応しなければいけないと考えています。

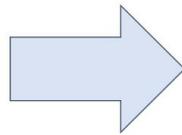
## Spondyloepiphyseal Dysplasia Congenita (type 2 collagenopathy), female



9yo

- short stature
- visual impairment (high myopia)  
->glasses
- hearing impairment  
->hearing aid

9yo: surgery for atlantoaxial subluxation  
11yo: surgery for left bowleg deformity  
16yo: surgery for right hip deformity



35yo

- short stature: BH 98cm
- visual impairment  
slowly progressive
- hearing impairment  
slowly progressive

30yo-: multiple joint and back pain  
cane necessary outdoors ->wheelchair?  
full-time -> part-time employment

以上になります。ありがとうございました。

*Thank you for your attention!!*

### Acknowledgements

Staff members in NRCD, especially  
Dr. Ishikawa & Speech Therapists (Mr. Hojo, Mr. Kakuta, Mr. Sakata, Ms. Sakai)  
@Specialty Clinic for Stuttering  
Occupational Therapist (Mr. Nakagawa) & Prosthetist/Orthotist (Mr. Nakamura, Ms. Yano)  
@Limb Malformation Clinic

## ディスカッション・質疑応答

司会：阿久根 徹

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長、日本

●司会（阿久根） 阿久根と申します。よろしく申し上げます。今回、国際セミナーのタイトルとしましては「拡大するリハビリテーション・ニーズに対応するために残された課題を考える」ということで、最初に WHO 本部からガイダンスと申しますか、どのようにリハビリテーション 2030 に取り組んでいくかというお話をされ、その後、オーストラリア、インドネシア、日本の各国からスピーカーの方に現状についてお話しいただきました。

開会の挨拶のときに芳賀総長からありましたけれども、これからのリハビリテーションを考えて進めていくためには、世界各国で満たされていないニーズ、あるいは拡大していくニーズをよく理解して、共に考えていくことが必要だという趣旨のお話を受けました。

今回、会場の方も含めて、あるいはスピーカーの方で、それぞれの国で違う状況の中で、様々なリハビリテーション・ニーズがあるというお話をいただいているのですが、その中で何か感じたことなどがあれば御発言いただきたいのですが、いかがでしょうか

●ポーリン・クライニッツ 発言よろしいですか。第一に、リハビリテーションのニーズが大きく異なるというのは、的確な意見だと思います。日本では、複雑な症状を持つ人々のニーズを満たすより包括的なサービスが必要とされているのに対し、インドネシアでは、リハビリテーションの医療や治療サービスが非常に限られており、実質的に何のサービスも受けられない人々がいるというのが現状です。私たちは明らかに異なる対応をしなければならないと思います。その国に合わせたアプローチが必要です。残念ながら一度にすべてのニーズに応えることはできないと認識する必要があると思います。インドネシアのような国では、非常に段階的なアプローチが必要です。インドネシアのような国は非常に巨大で、人口も多く、地理的にも複雑で、他の国とは異なるアプローチがしばしば必要になります。例えば、地域に根ざしたリハビリテーションや、地域に根ざしたインクルーシブ開発などです。そのようなものが出発点となることが多いです。より受け入れやすい環境を作るためのサポートも必要です。WHO は各国に合わせたアプローチ、段階的なアプローチ、そして優先順位をつける必要性を認識しています。

●レスタリア・アリアンティ 発言よろしいですか。私の国、インドネシアではリハビリテーションは非常に限られています。私はジャカルタ、特に大都市で働いていました。他の都市を回ってみると、リハビリテーションは非常に限られています。理学療法が医療に行き届いていない、そのような余裕がないのです。プライマリー・ヘルスケアの重要性やリハビリテーションについて、より多くの理解が必要であると思います。

●芳賀 ポーリンさんが言われましたように、リハビリテーション・ニーズの理解が国や地域によって異

なるわけですが、どのような状況であるにしても、その国における障害やリハビリテーションのデータ、情報を十分に把握していないと難しいと思うのです。

ポーリンさんはヘルスイノベーションシステムという話をされて、7つのテーマの中のヘルスイノベーションシステムにリハビリテーション、あるいは障害のデータを組み込むというお話をされたと思うのですが、これは非常に難しいことなので、例えば世界の中で、どういう国がこういうことを非常にうまくやっていて、モデルになり得るといえることがあれば教えていただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

●**レスタリア・アリアンティ** 日本などがプライマリー・ヘルス・ケアの枠組みでリハビリテーションを提供していることは知っています。

●**ポーリン・クライニッツ** データは課題です。優れたデータを持つことが重要です。また、ニーズとアンメット・ニーズを区別し、彼らが必要なサービスを受けているのか、そしてそのサービスは効果的なのか、そのサービスはすべての人にとって利用可能か、ということも重要です。

データの必要性についてのご指摘については、その通りです。明らかに高所得国の方が良いデータを持っているでしょう。オーストラリアや日本などは、データという点では良い仕事をしていると言えるでしょう。そのような国であっても、ギャップを認識し、より多くのデータを求めていることはよくあります。中低所得国にとって難しいのは、データがほとんどない場合、データを得るために多くの資源を投入しなければならないことです。データニーズは非常に重要ですが、一般的に、例えば中低所得国では、満たされていないニーズがたくさんあることがわかっているので、そのバランスを取る必要もあります。私たちは必ずしもそれを正確に数値化する必要はありません。なぜなら、私たちは急に供給を拡大することができませんし、急に需要を構築することもできないからです。各国の対応やアプローチは様々だと思います。例えば、ナターシャはオーストラリアについて意見があるかもしれません。私は、オーストラリアはかなりいい仕事をしていると思いますが、多くの国はこの分野でより取り組む必要があると思います。

●**ナターシャ・レイトン** ありがとうございます。このようなフォーラムで異なるアプローチを聞くのはとても興味深いと思います。より良くするための取り組みが様々な地域で行われています。例えば、歩行補助具に使う呼び名。杖と呼ばれることもある。ステッキと呼ばれることもある。移動器具と呼ばれることもある。ただでさえ、統一された用語が使われていないとなると、人々に移動補助具を与えることがどのように良いことなのか、その根拠をまとめることが非常に難しくなります。そこで、WHOの国際分類の専門用語を使い、IS09999のような標準化された語彙を使って翻訳すればいいのです。これは簡単なステップです。オーストラリアでも、統計局や保健福祉研究所が標準化された用語を使うようになればいいですね。私たちが同じ世界的な言語を話すために、より統一されたデータにするだけです。私は、WHOが支援技術や支援機器に関する国別能力評価を行っていることを高く評価しています。このような統一されたツールは、私たちにとって非常に貴重なものです。

●**司会 (阿久根)** ありがとうございます。私も1つ、今回、4名の方の御講演を聞いて感じたのですが、最初にWHOからリハビリテーションのサービスで恩恵を受ける人が世界で24億人いて、大体3人に1人というのが非常にインパクトの大きなスライドでした。

それで、日本は欧米から遅れてリハビリテーションのいろいろなサービスを充実させてきているのですが、残念ながら高齢者が非常に多く予算も限られている状況の中で、全ての人に全ての医療サービスを提供することがなかなか難しいし、福祉サービスでその部分に十分なコストがかけられるかという

と、それでもまだ足りない部分があります。結局、3人に1人というと、家族の中に1人、誰かリハビリテーションが必要な人がいて、それにどうやってアプローチしていくかというレベルの話なので、専門職の人材をたくさん養成して、リハビリテーションの医療や福祉の施設をどんどん拡充していくというのは、もちろん戦略的に正しい方向なのですが、それと別に3人に1人ぐらいのニーズがあるリハビリテーションに、どういうサービスを提供していけるのかというところを考えるべきだと思っています。

国の所得が高いか低いということは別にして、教育や助言などのプライマリーケアに関連するところは、どこの国でもできることなので、そういうところをもう少しお互いに協力してやっていくことが非常に有用なのかなと思いました。

もう一つは人が限られていますし、時間も限られていますしお金も限られているので、有限のリソースの中で、どういうバランスで高度で専門的なリハビリテーションの提供と、教育や助言のようなプライマリーケアのリハビリテーションを組み合わせしていくかという、最適化戦略を考えていくこともこれからの課題なのかなと感じました。以上です。

そうしましたら、そろそろ時間が迫ってまいりましたので、これでディスカッションは終了とさせていただきます。発表の皆様、会議に参加されている視聴者の皆様、心より感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

## 閉会挨拶

阿久根 徹

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長、日本

皆様、本日は国際セミナー「拡大するリハビリテーション・ニーズに対応するために残された課題を考える」に御参加いただき、どうもありがとうございました。特に発表していただいた4名の先生方々には心より感謝申し上げます。

今回のセミナーでは、最初に WHO 本部のポーリン・クライニッツ先生による基調講演があり、続いてナターシャ・レイトン先生からオーストラリアにおける報告、レスタリア・アリアンティ先生からのインドネシアにおける報告があり、最後に芳賀信彦先生より日本における報告が行われました。WHO のリハビリテーション 2030 における取組強化の方針、そして各国における様々な事情から生じている多くの異なる満たされないリハビリテーション・ニーズと課題について理解し共有することができ、大変有意義な会議であったと思います。

今後、解決が必要な課題は多く残されていますが、身体機能や日常生活活動、社会参加における制限や制約があって健康状態に問題があり、リハビリテーションを必要としている全ての人々に対して、適切で質の高いリハビリテーションサービスを提供することができるよう、お互いに協力して前進していくために、今回のセミナーがその一助となることを期待しています。本日はどうもありがとうございました。