

ISSN 2434-5024

第6巻1号

VOL.6 NO.1

国際リハビリテーション学

Journal of International Rehabilitation

巻頭言

「国際リハビリテーション学」のアカデミックスコープ

山口佳小里

特別寄稿

Rehabilitation 2030: The vision and the implementation

Jody-Anne Mills

国立障害者リハビリテーションセンターにおける国際協力

芳賀信彦

国立保健医療科学院の国際協力：政策立案者・担当者を対象とした人材育成

曾根智史

研究論文

【資料】ミャンマーにおける医学的リハビリテーション提供の現状

Phyo Thant Maw, 山口佳小里, 大塚進, 佐々木由理, 平野恭平, 河野眞

第7回学術大会（東京）抄録集

知る・気づく・考える リハビリテーション 2030

～中・低所得国におけるリハビリテーション普及への貢献～

大会長：山口佳小里

告知：第8回学術大会（宮城）

大会テーマ「国際リハビリテーションにおける地域共創～海外と国内の経験を共有し

よう～」

大会長：高橋恵里

国際リハビリテーション研究会

2024年2月

巻頭言

「国際リハビリテーション学」のアカデミックスコープ

国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
山口佳小里

本誌「国際リハビリテーション学」は、今回で第6巻、第4巻からは投稿論文の掲載も始まり、海外での調査や実践、国内での国際協力教育等に関する報告が掲載されています。発行元である国際リハビリテーション研究会は、国際リハビリテーション学の学問としての確立を目的に定めており、本誌はこのための重要なツールの1つだろうと思います。

さて、国際リハビリテーション研究会は、「国際性という文脈を帯びた場におけるリハビリテーション」の実践と探究を目的とした団体です。そして、リハビリテーション、介護、福祉、障害と開発における国際協力や国内の海外ルーツを持つ方を対象とした活動などをスコープに含み、いわゆるリハ専門職だけでなく、開発学・人類学・社会学・地域研究を専門とする方や、障害をお持ちの方の研究会への関与が期待されています（研究会 web ページより）。「国際性という文脈」と「広義のリハビリテーション」を核とする研究会であり、このような研究会の特徴に対応するものが「国際リハビリテーション学」の範疇と言えるのかもしれない。

今年度の第7回国際リハビリテーション研究会学術大会は、WHOのイニシアティブである「Rehabilitation 2030」をテーマに開催しました。WHOリハビリテーション部門のMills氏からご講義いただき、Rehabilitation 2030がどのようなものであるか理解を深めるとともに、これが主に保健・医療にフォーカスしたリハビリテーション普及の取り組みであることを確認しました。本誌に、第7回大会の抄録集ならびに特別寄稿を掲載しておりますので、詳細については是非そちらをご覧ください。

グローバルな動向にも広くアンテナを張り、キャッチアップしながら研究会の活動が展開され、また、学術誌に関連領域の知見が蓄積され続けることで、国際リハビリテーション学が多彩な色をもった学問として形作られることを期待しています。

国際リハビリテーション学 (第6巻1号)

Journal of International Rehabilitation (Vol.6 No.1)

目次

巻頭言	山口佳小里
特別寄稿	
Rehabilitation 2030: The vision and the implementation	
	Jody-Anne Mills..... 1
国立障害者リハビリテーションセンターにおける国際協力 International Cooperation from the Standpoint of the National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities	
	芳賀信彦..... 13
国立保健医療科学院の国際協力：政策立案者・担当者を対象とした人材育成 International cooperation of National Institute of Public Health	
	曾根智史..... 19
研究論文	
【資料】ミャンマーにおける医学的リハビリテーション提供の現状 Current Situation of Medical Rehabilitation Services Provision in Myanmar	
	Phyo Thant Maw, 山口佳小里, 大塚進, 佐々木由理, 平野恭平, 河野眞 27
第7回学術大会抄録	37
【メインシンポジウム 1】Rehabilitation 2030 と国の機関による国際協力	
【メインシンポジウム 2】社会的課題に対応した国際協力実践	
【特別セッション 1】PT 協会、OT 協会、ST 協会の国際事業の紹介 ~国際活動の入り口として~	
【特別セッション 2】国外経験の国内活動への活かし方	
【ランチタイムセッション】「A/T Bank」	
【一般演題】	
第7回学術大会概要および、運営組織概要・協力者一覧	60

第 8 回学術大会ポスター	61
投稿規定	61
投稿用紙	67
編集後記・編集委員一覧	68

特別寄稿

2023年11月に開催された国際リハビリテーション研究会第7回学術大会のオープニングシンポジウムの講義について、講義内容を元にした原稿を寄稿いただきました。どうぞご覧ください。

【特別寄稿】

Rehabilitation 2030: The vision and the implementation

Jody-Anne Mills

WHO Western Pacific Regional Office

Title

Good morning, ladies and gentlemen. It's a privilege to be able to speak to you today about rehabilitation 2030 at the 7th Conference of the Japanese Society of International Rehabilitation. I'm a technical officer at the WHO Western Pacific Regional Office and I'm responsible for the agendas of rehabilitation and assistive technology as well as disability and long-term care. I'm fairly new to the region. I only started in the Western Pacific earlier this year. I've been with WHO for approaching 9 years now and this has given me the opportunity to witness and actually participate in the establishment of rehabilitation 2030. From my perspective, rehabilitation 2030 is several things. It's a vision. It's a call for action and it's a set of tools and resources for strengthening rehabilitation in health systems, and that's why I've titled this presentation, the vision and the implementation. But perhaps the best way to convey both of these things is through telling you the story of rehabilitation 2030, looking at its impact at the global, regional and

national level, and then finally introducing you to some of the tools and approaches that we use for implementing rehabilitation 2030 in the region.

The Rehabilitation 2030 journey so far: Global

Rehabilitation 2030 was launched in 2017 and this was the first high-level event dedicated to rehabilitation that the World Health Organization had held. It was significant for several reasons. Firstly, it brought together a really diverse range of stakeholders, including multiple different rehabilitation disciplines together as one rehabilitation community and this gave us a critical mass or a collective power that we've never had before. Secondly, it signaled a political will that had previously been dormant. Rehabilitation 2030 provided a platform for leaders to vocalize the importance of rehabilitation to openly acknowledge the level of unmet needs and to commit to taking action. And finally, and perhaps most critically, rehabilitation 2030 shifted rehabilitation from being a disability issue and a service

only for persons with disabilities to be an issue of universal health coverage and the service relevant to the whole population. And why was there such a notable shift? Well, for one, it gave ministries of health a specific mandate to integrate rehabilitation into the health system, whereas previously in many countries, this responsibility had been diffused across a number of different ministries, or been completely absent, creating a political environment that wasn't really conducive to advancement. Another reason the shift needed to happen is because it elevated the relevance of rehabilitation to population health. As a service only for persons with disabilities, rehabilitation could, wrongly as it was, be dismissed as a service for only a small minority of the population and as such, was poorly prioritized, especially in the face of competing demands for budget and for policy space. But as a core component

of universal health coverage and as a service relevant to people young and old, with long-term or temporary impairment, and with any type of health condition, rehabilitation could become a serious element of discussions around how we manage the crisis of noncommunicable diseases, how we address the challenges of rapidly aging populations and how we respond to those affected by emergencies.

Call for action

The main output of the rehab 2030 meeting in 2017 was a call for action¹⁾ and this identified 10 priority areas that needed to be addressed if we were really going to advance the agenda. I won't go through each of these points in detail, but it is available online if you'd like to see it. But broadly, these actions speak to what we refer to as the building blocks of the health system. This is leadership and governance, information systems,



Call for action



workforce, assistive technology and service delivery. And they also make explicit reference to emergencies, which has only grown in relevance since this call for action was launched. Participants at the meeting made statements of support for this call for action, and they've since convened 2 more Rehabilitation 2030 meetings, one in 2019 and the other earlier this year in July, and they continue to push for further action across all of these different areas.

2017-2020-2023

Since that launch, we've seen several milestones achieved, but there are two recent ones that I wanted to flag. In May this year, the World Health Assembly endorsed a resolution on strengthening rehabilitation in health systems, and this was an official request from Member States to WHO and civil society to address unmet needs for rehabilitation through a system-strengthening approach. It's really important to us WHO that we have these resolutions because they give us our mandate or our green light to provide technical support to countries and to develop different technical products or global goods on this topic. And of course, the resolution was another very powerful demonstration of the growing political support for rehabilitation that we have been seeing. The other major milestone I wanted to share was the launch of the World Rehabilitation Alliance, which followed the third Global Rehabilitation

2030 meeting. This is an international advocacy body for rehabilitation and it promotes key messages related to workforce, primary healthcare, research, and emergencies, and it's filling the need for a really strong, harmonized communication platform that organizations from around the world can really participate in.

The Rehabilitation 2030 journey so far: Regional

Since Rehabilitation 2030 was launched within our Region, 5 low and middle income countries have launched national rehabilitation strategic plans, many for the first time. These are quite significant because they bring important visibility to rehabilitation within ministries of health, and when they're supported by strong implementation mechanisms, they can be very powerful vehicles for advancement. In 2019, the Western Pacific Regional Framework for Rehabilitation was published, and this was another first for our region. It defines key pillars of action and it defines a pathway or a road map that governments, civil society and WHO can take to really expand access to rehabilitation in the region. While COVID-19 has been a bit disruptive to the realization of this framework in recent years, it still continues to be our primary reference document for how we work with countries. I'm also excited to share that we have a new area of work emerging in the Pacific where we have been funded by

the New Zealand Government to explore a regional supply chain and resource facility for more cost-efficient and effective procurement of assistive technology. This is just kicking off, but it's a nice demonstration of a multi-country cooperative effort to address a challenge at a regional level.

The Rehabilitation 2030 journey so far: Countries

I've had to select just a few countries to demonstrate some of the progress we're seeing at a national level. Cambodia is in the process of an important shift; The governance of rehabilitation is shifting from the Ministry of Social Affairs to the Ministry of Health. And this is a really good opportunity to improve the integration of rehabilitation into health services and it also signals the shift in thinking of rehabilitation being a disability issue to being an issue of universal health coverage. Mongolia has created a strong policy space for rehabilitation, and while they're still facing many challenges related to things such as workforce, information systems and service delivery, the legislative stage is set with rehabilitation interventions including assistive technology included in essential packages of care right down to the primary care level. In the Solomon Islands, rehabilitation has a dedicated focal point in the Ministry of Health and they've also allocated a specific budget for the implementation of their rehabilitation

activities. These two things: technical capacity in the Ministry of Health and an allocated budget, are to very critical enablers for actually moving rehabilitation forward in the country.

Rehabilitation needs in the Western Pacific

I'd like to just briefly turn our focus to what the rehabilitation needs in the Western Pacific region are. The figures I'm presenting in this slide and from the rehabilitation needs estimator which uses global burden of disease data to give us an indication of how many people might benefit from rehabilitation and the various different health conditions that contribute towards these needs. They show that one in three people could benefit from rehabilitation in the region, which is a huge proportion of the population and equates to about 610 million people. Interestingly, a lot of those people are affected by lower back pain, (about 130,000,000) and lower back pain along with other musculoskeletal conditions constitute a large portion of rehabilitation needs. We also see a lot of rehabilitation needs stemming from sensory impairment (vision and hearing impairments) as well as neurological disorders and noncommunicable diseases. But what I really wanted to flag through this graph is not only the diversity of rehabilitation needs, but also the strong correlation we see with aging. This is a really strong correlation, and it has very

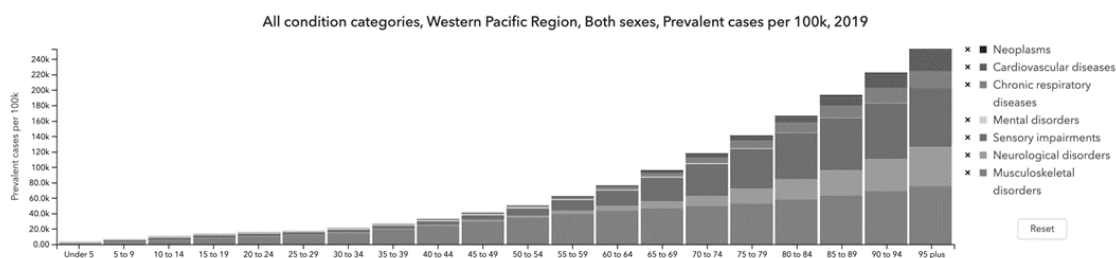
significant implications for the ministries that are having to respond to rapidly aging populations, such as Japan. We're going to be seeing a big swell in rehabilitation demand in the coming years and decades, yet many countries in our region are still struggling to address even basic rehabilitation needs with their existing demographic profiles, which is quite a concern. I also wanted to flag that the distribution of needs that we see in this graph doesn't correlate with the composition of services or with service utilization in countries. Yes, we typically see a concentration of rehabilitation services addressing mobility or physical impairments, but many needs associated with vision and hearing are going unmet, as are those associated with neurological conditions, cancers and mental disorders. The factors is that drive development of some services more than others actually rarely correspond to epidemiological profiles in countries, but tend to align more with things like funding flows and

can reflect quite a narrow conceptualization of what rehabilitation is, and all that it can encompass.

Addressing unmet needs for rehabilitation

The scale and scope of unmet needs in our region are significant and we have a really long way to go. But what gives me some hope is that we're better positioned to address these unmet needs than we ever have been before. We have a deeper understanding of the challenges that we face. We have a stronger body of stakeholders that are united under a common vision or a shared vision for rehabilitation, and we now have this growing suite of technical tools and guidance to help us conduct health system strengthening interventions in countries. WHO just recently launched many of these during the Rehab 2030 meeting that some of you may have attended in July this year. I'm excited to introduce you to some of these. However, I also want to

Rehabilitation needs in the Western Pacific



emphasize that it takes more than just technical products and tools to be effective in countries; it takes a particular approach, and it relies on some quite specific preconditions.

Preconditions

For health systems strengthening to be effective, there needs to be a certain level of political awareness and willingness, which is often underpinned by strong advocacy. It's important that there's a level of stability. It can be very challenging to advance the agenda in the context of political turmoil or deep economic crisis, or in the context of emergencies. And of course, we can't wait for perfect conditions, these never exist, but we do need to be reflective of whether the sociopolitical environment is actually going to enable meaningful progress.

Resources are another precondition for systems strengthening. There needs to be a commitment of investment from governments and a willingness to progressively expand this moving forward. We also need to have human resources or technical capacity to move the work forward and in some contexts... in many in fact, this is still very nascent, and we often have to supplement or bolster that capacity with some external support.

And finally, continuity is aligned with our point on stability and many of our initiatives will have to penetrate through many different political cycles and through different levels of the government

from central to provincial down to the local level. Too often we see a concentration of investment or activity at the central level with inadequate efforts to ensure that these are actually filtering all the way down through the different levels of government, particularly into the community level where we know a lot of very important decisions get made.

Laying the foundation for a context-specific approach

The approach to systems strengthening actually mirrors the rehabilitation cycle in many ways. Any rehabilitation providers will probably recognize the steps in this cycle. It begins with assessment - really ensuring that we understand the situation before undertaking a process of goal setting or prioritization of objectives. This is really where contextualization comes through most strongly, because what's important or meaningful in one country or context may not be in another. After action or more importantly, through the course of action, we want to be measuring and evaluating the level of change and the effectiveness of interventions and reporting on these regularly. Just like the rehabilitation cycle looks much the same whether you are a PRM Doctor, a physiotherapist, or an occupational therapist, this approach to health systems strengthening will look very much the same regardless of whether we're wanting to address financing, information systems,

Laying the foundation for a context-specific approach



workforce or service delivery. It's really just a mechanism to ensure that we're moving forward in a way that is really meaningful to the country.

Health systems strengthening interventions

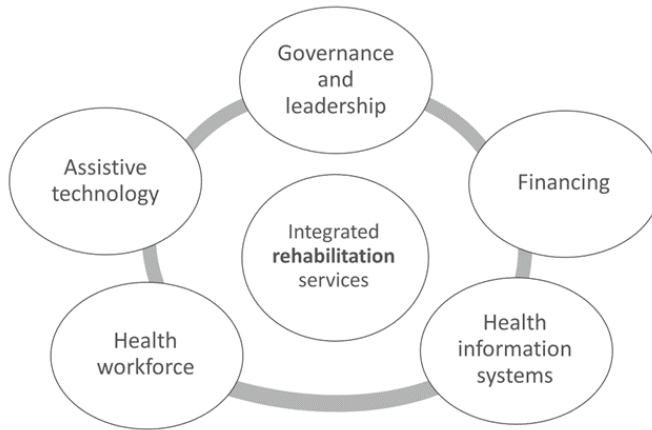
We refer to health system building blocks and this is quite a useful concept, but the reality is that these building blocks are actually not distinct entities. They are actually highly interdependent and related to each other. While we might focus our efforts on one of them, and we very often do, we have to be conscious and aware of their relationships to each other and what's going on across those different building blocks. I could spend a week and speaking about health systems strengthening for any of these areas, but considering time I'm just going to give you a few examples of the different health systems strengthening interventions that

we typically use in countries and introduce you to some of the WHO products that can support this work.

Health systems strengthening interventions: GOVERNANCE AND LEADERSHIP

Strengthening governance and leadership for rehabilitation obviously starts with building political will and expanding the awareness of what rehabilitation is and all that it encompasses. But ultimately, for governments to lead, they need to have adequate technical capacity to advance the rehabilitation objectives. And one of the ways that we can establish this is through building ownership of a national strategic plan and having the government really lead in its development and monitoring, using the *Rehabilitation in health systems guide for action*¹. This is both a guide and a methodology for

Health systems-strengthening interventions



- Work in a way that recognizes the interconnectedness within the system
- Requires coordination among different stakeholders
- Fundings should incentivize a systems-based approach

strategic planning that really puts governments at the centre, beginning with that situation assessment and then using the findings of this to inform the development of a national strategic plan, establishing and monitoring and evaluation framework and then building mechanisms to support the implementation of the recommendations.

Health systems strengthening interventions: FINANCING

When it comes to strengthening rehabilitation in health financing, the focus will vary depending on the context. But in general, we're trying to achieve 3 things: 1) We're trying to increase public health revenue for rehabilitation—expanding the proportion of public health budget that's actually allocated to rehabilitation activities; 2) we want to include rehabilitation and essential packages of care, such as packages for

noncommunicable diseases, and 3) we want to, in some situations, leverage different types of insurance to expand financial protection for rehabilitation. This could be using things like accidental injury insurance or return to work insurance to increase the pool of revenue that we have to invest in rehabilitation and ensure more people can access it. *Rehabilitation in health financing*²⁾ was a product that was launched at the Rehabilitation 2030 meeting earlier this year. It's a product that brings financing experts and rehabilitation experts together onto the same page about how to move forward with rehab and financing. It addresses revenue collection, pooling and purchasing and has several case studies from different countries, so it's a useful resource for building understanding, framing policy dialogues and learning from different countries experiences.

Health systems strengthening interventions: INFORMATION SYSTEMS

You may have heard that saying that what isn't measured doesn't matter, and it's true that one of the biggest barriers we face in both advocacy and our technical health systems strengthening work is a lack of robust data for rehabilitation. We need this data to communicate rehabilitation needs and unmet needs to guide decision-making and service design for quality improvement and for forward planning. Unfortunately, rehabilitation is rarely included in health information systems collection and reporting, and when it is, we notice that it occupies a very, very small amount of real estate. Of course, health information comes from a very wide range of sources and is collected at different intervals so strengthening rehabilitation in health information systems actually requires specific efforts across a range of different sources. Notably, though, we really want rehabilitation to be included in routine health information systems, and we now have some nice guidance and tools to support this. Another one³⁾ that was launched this year, includes a list of different indicators that can be considered by countries for inclusion in their routine facility reporting. What's really nice about this resource is that in addition to this list of indicators, there's a lot of guidance around how the data that comes from those indicators can actually be

interpreted and used to guide decision making. There's also now a rehab module that can be integrated in DHIS2 software, which several countries are using for facility reporting in our region. And finally, to emphasize, we want to see rehabilitation included in data collection on patient satisfaction as well as in surveys and censuses that collect information on needs, coverage and quality of care. And of course, we desperately need more high quality policy and health systems research on rehabilitation.

Health systems strengthening interventions: WORKFORCE

Workforce challenges are holding many countries back from addressing unmet needs, but often we see these challenges oversimplified or misconstrued as supply issues. And, of course, inadequate supply is a challenge in pretty much every country in our region. But we also see a lack of jobs for rehabilitation workers in hospitals at all levels of the health system. We see inadequate regulation and recognition of rehabilitation professionals by ministries of health. We see professions without adequate avenues for progression or specialization and feeling like they aren't prioritized or valued relative to other health occupations. And all of these have to be addressed if we want to recruit, retain and support a strong rehabilitation workforce. The other area that's important when addressing

workforce needs and countries is what we call optimization, and this is basically the organization of disciplines and the allocation of tasks that enable a health system to make the best use of the workforce that it currently has. So, as well as efforts to expand and strengthen the workforce, we also want to be helping countries maximize how they can address immediate needs by optimizing their existing workforce. WHO now have two different technical resources to assist countries in workforce development. The first is the *Rehabilitation Competency Framework*⁴⁾, or RCF, and this is a reference document or a starting point to help countries, services or universities, for example, develop their own context-specific competency frameworks, standards or curriculum. And the second tool is yet another one that we launched earlier this year called the *Guide for Rehabilitation Workforce Evaluation*⁵⁾. This uses labor market analysis and competency analysis to help countries take a deep dive into the situation of their rehabilitation workforce and identify more detailed actions that they can take. So far, this has been used in Poland, Rwanda, Nepal, Pakistan, and Tajikistan, and Laos is planning to implement this in 2024.

Health systems strengthening interventions: ASSISTIVE TECHNOLOGY

Assistive products are routinely used in

rehabilitation and help to optimize functioning, and when they're not readily available, they can have a very profound impact on people's lives. But expanding access to assistive technology is not simply a matter of acquiring more products. It actually requires or involves building efficient systems of procurement and distribution, negotiating costs, establishing regulatory standards and specifications for products, and of course, equipping the workforce to safely provide those products to people. WHO is often working with countries to establish priority lists of products which are the starting point for having them integrated into national mechanisms of procurements in the same way as essential medicines lists⁶⁾. We also help countries work and established their assistive technology needs through things like household surveys, and to train their workforce to deliver assistive products.

Health systems strengthening interventions: SERVICE DELIVERY

In many ways, improved service delivery occurs through the cumulation of efforts to strengthen rehabilitation across all of the building blocks where I already talked about. However, usually explicit efforts are needed to ensure that rehabilitation is integrated into all levels of care and importantly, that it's available to people with a wide range of different needs; there's an evident gap in many countries for rehabilitation that

addresses communication, cognition and self-care needs. And historically, many of the efforts to develop rehabilitation services have focused on physical or mobility-related rehabilitation, which has left gaps for large portions of the population.

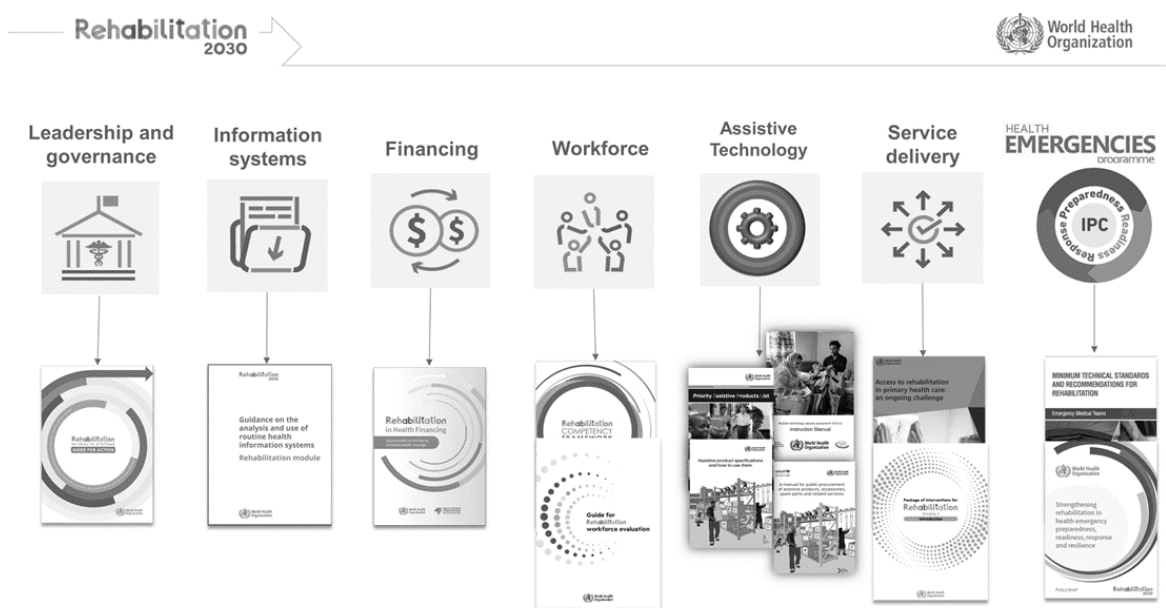
Disease area-specific modules

WHO launched what I think will be a very widely utilized resource⁷⁾. This is a package of interventions for rehabilitation, or the PIR, which is a list of essential evidence-based interventions for rehabilitation in the context of 20 different health conditions. One of the primary objectives of this tool is to help countries integrate rehabilitation into essential packages of care. But it actually has multiple different applications, many of which we're still diving into and exploring. But one of the nice things about this product is that it demonstrates what

rehabilitation is, what it encompasses, and all of the different products and people that are involved in providing rehabilitation services.

Health systems strengthening interventions: EMERGENCIES

Emergencies is a hugely relevant topic at this time, and I don't have time to go into it in depth, but I can say that our efforts so far have really focused on drawing attention to the fact that rehabilitation needs to be included in emergency preparedness and response from the outset and not, as we sadly often witness, something that can be left as an afterthought or offloaded onto others without some serious implications for how patient outcomes. WHO has published a couple of different technical resources to support emergency preparedness and response, such as the *minimum technical standards and recommendations for*



*emergency medical teams for rehabilitation*⁸⁾ and more. More recently, the guidance on *strengthening rehabilitation and health emergency preparedness, readiness and response*⁹⁾, was published, and work is underway to develop a practical toolkit to support the recommendations within that brief.

I wouldn't blame you if at this point you're feeling very overwhelmed. I've spoken about quite a large number of different products across different building blocks and emergencies. I'd encourage you to explore the WHO rehabilitation web page to take a closer

look at all of these. The dedicated pages to each product and you can digest the information a little bit more at your own pace, but of course please do feel free to reach out to me if you've got any questions about these areas of work or specific products, or if you'd like to discuss how we're working in countries.

Thank you

I'd like to thank you again for giving me this opportunity and I wish you all the best for the remainder of the conference. Thank you.

Reference: URL of publications

- 1) WHO. Health systems-strengthening interventions GOVERNANCE AND LEADERSHIP (2019). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>
- 2) WHO. Rehabilitation in health financing (2024). <https://www.who.int/activities/integrating-rehabilitation-into-health-systems/financing>
- 3) WHO. Guidance on the analysis and use of routine health information systems: Rehabilitation module (2022). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050242>
- 4) WHO. Rehabilitation Competency Framework (2021). <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/rehabilitation-competency-framework>
- 5) WHO. Guide for Rehabilitation Workforce Evaluation (2023). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071674>
- 6) WHO. Priority Assistive Products List (2016). <https://www.who.int/publications/i/item/priority-assistive-products-list>
- 7) WHO. Package of interventions for rehabilitation (2023) <https://www.who.int/activities/integrating-rehabilitation-into-health-systems/service-delivery/package-of-interventions-for-rehabilitation>
- 8) WHO. Minimum technical standards and recommendations for rehabilitation (2016). <https://www.who.int/publications/i/item/emergency-medical-teams>
- 9) WHO. Strengthening rehabilitation in health emergency preparedness, readiness, response and resilience (2023). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073432>

※本原稿は、ご講演内容をアプリケーションを使用して書き起こしたものになります。そのため、スピーチを適切に反映できていない箇所がある可能性があります点、ご了承ください。

【特別寄稿】

国立障害者リハビリテーションセンターにおける国際協力
International Cooperation from the Standpoint of the National Rehabilitation
Center for Persons with Disabilities

芳賀信彦 Nobuhiko Haga

国立障害者リハビリテーションセンター

National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities

要旨

国立障害者リハビリテーションセンター（国リハ）は1979年の設立後早期より、多様な国際協力活動を行ってきた。JICAのプロジェクトとしては2015年まで中国、南米、東南アジア等の障害者リハビリテーションの向上に貢献してきた。2011年には中国、韓国の国立リハビリテーションセンターと、障害がある人々のリハビリテーション技術向上を目的として協定を締結した。また海外よりの視察・見学や研修員も数多く受け入れてきた。1995年に国リハは、WHOより国内で唯一の「障害の予防とリハに関する協力センター」の認定を受け、「協力事項」と「行動計画」に従い、関連する報告書の作成、国際セミナーの開催、マニュアルの作成と公開、などを行ってきた。筆者の私見では、今後国リハの国際貢献は、リハビリテーションのリソースに恵まれない国々に「日本の強み」を提供することを重視すべきと考えている。

Abstract:

National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities (NRCD) has carried out various activities on international cooperation since its establishment in 1979. NRCD has contributed to JICA Projects to advance rehabilitation for persons with disabilities in China, South America, Southeast Asia, etc. until 2015. In 2011, NRCD concluded agreement of collaboration with the national rehabilitation centers of China and Korea to improve rehabilitation for persons with disabilities. Also, NRCS has accepted many visitors and trainees from overseas. In 1995, NRCD was designated as WHO Collaborating Centre for Disability Prevention and Rehabilitation, and has conducted making reporting documents, holding international seminars, preparing and publishing rehabilitation manuals, etc. following Terms of Reference and Work Plan. In my opinion, international cooperation of NRCD should focus on providing nations lacking sufficient rehabilitation resources with Japan's strengths in future.

キーワード：国際協力、JICAプロジェクト、日中韓3か国連携事業、WHO協力センター
Key words: international cooperation, JICA project, collaboration between Japan, China and Korea, WHO Collaborating Centre

はじめに

筆者は 1994 年から静岡県立こども病院に整形外科責任者として、その後 2006 年から東京大学にリハビリテーション部門の責任者として勤務した。この間、海外の小児整形外科医やリハビリテーション関係者の訪問を受けるなど、国際的な交流を行ってきた。特に 2008 年に国立障害者リハビリテーションセンター（以下、国リハ）の紹介を受けて、JICA（国際協力機構）によるウズベキスタン国立リハビリテーションセンターのプロジェクトに参画したのは貴重な経験であった。同センターの手術部門を含む各部門の医療機器の更新について技術参与として関わったもので、中央アジアにおけるリハビリテーションの体制と国際協力の現場を体感することができた。2021 年に筆者は国リハに赴任して現在に至っている。国リハには病院、自立支援局、研究所、学院、管理部、企画・情報部の 6 部門があり、企画・情報部の中にある国際協力室が多様な国際活動を担当している。ここでは国リハにおける国際協力の歴史と現状を紹介する。

JICA プロジェクトへの協力

国リハは設立後早い時期から JICA のプロジェクトに協力をしてきた（表 1）。補装

具製作技術研修は 1981 年から 2010 年の長期間に渡り集団研修として行われ、アジア太平洋地域を中心に 39 カ国から 128 人の義肢装具製作技術者が参加した。国リハは中国との関係性も強く、1985 年から中国リハビリテーション研究センターの設立に関わってきた。同センターは現在かなり大きな施設になっている。2008 年からは中国中西部地域のリハビリテーション人材育成プロジェクトも行った。南米のプロジェクトも多く、チリ、ペルー、コロンビアで活動した。コロンビアでは地雷による下肢切断を中心とした障害者総合リハビリテーション体制の強化プロジェクトに参画した。東南アジアでは、タイ、ベトナム、ミャンマーの活動に協力した。ミャンマーについては、リハビリテーション評価のプロジェクトと、聾者の社会参加促進のプロジェクトに参画した。北アフリカのリビアに対する義肢支援プロジェクトは、リビア国内情勢の悪化によって途中で打ち切りとなった。

日中韓 3 国連携事業

2011 年に国リハは中国のリハビリテーション研究センター、韓国の国立ハビリテーションセンターとの間に連携協定を結んだ。この連携は 4 つの活動概要を目的とし



図 1：シンポジウム参加の様子

ており、研究者およびリハビリテーション専門職員の技術交流、共同研究、講義・講演・シンポジウム等の実施、学術情報の交換を実施している。毎年若手から中堅のスタッフが各施設を訪問しているが、この数年はコロナ禍のためオンラインでの交流を行っている。またシンポジウムやセミナーの開催も行われており、2023年9月に韓国で行われた国際シンポジウムにわれわれと中国リハビリテーション研究センターのスタッフが参加をし、韓国の国立リハビリテーションセンターを見学した後にシンポジウムに参加した（図1）。

海外からの訪問者・研修者

2021年までにアジアを中心に約160か国から11,000人以上が国リハを訪問した。これは年間平均約260人に相当する。また同じ期間に約60か国から775人が国リハで様々な研修を受けた。この中には帰国後、あるいはその後、様々な形で、現地等でリハビリテーションの活動に関わっているスタッフもいる。例えば2021年に研修を行ったパシャイ・モハメッド氏は、自分自身が脊髄損傷を受傷したことにより、母国イランの障害がある人々の生活向上のための支援を行う意思を持ち、在住している日本でNPOを設立、それを通じて日本とイランの障害者をつなぐ活動を行っている。イランの脊髄損傷や他の障害のある人々に車いすやベッドを贈ったり、日本のリハビリテーション専門家をイランに招聘しての研修会、イランのリハビリテーション従事者の日本での研修等を行っており、イランでNGOを立ち上げ、現地での活動展開も始めている。

最近では、2023年11月にカリブ海の島国であるバルバドスのハンフリー国民強

化・高齢者問題大臣が国リハを訪問、視察した。同国でも高齢化と障害者に対するリハビリテーションが問題になっており、さまざまな情報交換を行った。

WHO 協力センター

国リハは1995年に国内で唯一の「障害の予防とリハビリテーションに関する協力センター」として世界保健機関(World Health Organization : WHO) の認定を受けた。WHO 協力センターとは、WHO のプログラムを支援する活動を行うために事務局長によって指定された機関である。4年ごとに協力事項に対する行動計画を立てており、2020年に始まった現在の行動計画は、障害がある人々の健康増進に関する知識や資源の開発、災害時の障害がある人々の避難の受け入れ手順に関する開発、地域のリハビリテーション人材育成に関する手引きの開発、障害がある人々の総合的リハビリテーションに関する情報提供、リハビリテーション障害支援技術に関するWHOの政策・方針の普及、の5つから構成されている。

最近の成果として、「日本における支援機器支給システムに関する報告書」と「障害インクルーシブ防災・日本の経験」を2020年に発行しWHOへ報告した。またWHOによるRehabilitation 2030: a call for actionのmeeting reportを日本語に翻訳し、「リハビリテーション2030 行動の呼びかけ」会議報告書として2021年にホームページに公開した。

また、WHO 協力センターとしてセミナー等を開催しており、2007年以降はほぼ毎年行っている（表2）。毎回異なるテーマを設定しているが、最近の10年間は高齢化や、障害者の健康増進がテーマになることが多

表1 JICA プロジェクトへの協力

実施期間	対象国	プロジェクト名	目的
1981年～ 2010年	開発途上国	補装具製作技術研修	講義と製作実習を通じ、自国で入手できる材料を使用して義肢装具の製作ができるように研修を行い、その内容を帰国後に伝達、普及すること
1985年～ 1993年	中国	中国リハビリテーション研究センター設立プロジェクト	同センターの設立と関連技術の援助
2000年～ 2005年	チリ	チリ国身体障害者リハビリテーションプロジェクト	国立リハビリテーション病院におけるリハビリテーションサービスの向上と利用者の社会参加促進
2002年～ 2007年	タイ	アジア太平洋障害者センタープロジェクト	アジア太平洋地域の障害者の社会参加を促進するための拠点設立と、障害者のエンパワメントとバリアフリー社会の実現
2005年	ベルー	ベルー国立リハビリテーションセンター再建プロジェクト	同センターの移転拡充
2008年～ 2012年	コロンビア	地雷被災者を中心とした障害者統合リハビリテーション体制強化プロジェクト	地雷被災者を含む障害者がある人々のリハビリテーションの質の向上
2008年～ 2013年	中国	中国中西部地区リハビリテーション人材養成プロジェクト	中国中央に蓄積された技術や知見を中西部の3つの地域（重慶市、陝西省、広西チワン族自治区）に普及すること
2008年～ 2013年	ミャンマー	ミャンマーリハビリテーション強化プロジェクト	障害がある人々が受けられる基本的な医療サービスの機会の拡大、サービス提供者の技術の向上
2010年～ 2013年	ベトナム	ベトナム南部地域医療リハビリテーション強化プロジェクト	ベトナム南部地域の中核病院におけるリハビリテーション医療技術と他病院への指導能力向上
2011年～ 2014年	ミャンマー	ミャンマー社会福祉行政官育成（ろう者の社会参加促進）プロジェクト フェーズII	行政官の育成と手話指導者の指導能力および手話支援サービスの向上
2012年～ 2015年	チリ	第三国研修「身体障害者リハビリテーション・自立支援における人材育成」プロジェクト	「チリ国身体障害者リハビリテーションプロジェクト」の成果を中南米諸国に普及すること
2013年～ 2014年	リビア	リビア義手義足支援	義肢製作技術者に対する技術研修と、リハビリテーションに従事する医師・理学療法士への研修プログラムを通じたリハビリテーションの向上

表2 WHO 協力センターとしてのセミナー等開催実績

開催年	開催名称	テーマ
1997	WHO 国際セミナー	アジア・西太平洋地域における障害予防とリハビリテーション
1999	WHO シンポジウム	身体障害のある人々の統合性合併症の臨床疫学
2003	WHO 指定研究協力センターセミナー	高度情報社会環境下の共生社会の構築
2007	WHO 指定研究協力センターセミナー	障害者権利条約とインクルーシブ・ソサエティの実現
2008	WHO 指定研究協力センターセミナー	発達障害の理解と就労支援 -自閉症スペクトラムを中心として-
2009	WHO 指定研究協力センターセミナー	高等教育における障害学生に対する生活・学習支援
2010	WHO 指定研究協力センターセミナー	共生社会と国際協力を考える
2011	国際セミナー	障害者の QOL 向上のためのオーストラリアン・プロダクツ-アジアにおける研究開発、適合の現状とこれから-
2012	国際セミナー	大規模災害と障害者支援
2013	国際セミナー	障害者の健康増進とスポーツ
2014	国際セミナー	高齢者のもつ運動機能障害 -高齢期に生じる障害と障害者の高齢化-
2016	国際セミナー	障害者の移動支援を考える -人的支援等のソフト面を中心に-
2017	国際セミナー	西太平洋地域の各国におけるリハビリテーションの発展と課題 -WHO 障害に関する世界報告書-
2018	国際セミナー	高齢化社会とリハビリテーション -誰もが必要なりハビリテーションを受けられるようにするために-
2019	国際セミナー	リハビリテーションにおける多職種連携と人材育成
2021	国際セミナー	リハビリテーションと COVID-19
2022	国際セミナー	障害がある人々が健康を維持するための取組み -身体活動を通じた疾病予防と健康増進-
2023	国際セミナー	誰もが必要な支援技術・支援機器を利用できるようにするために

い。2021年以降はコロナ禍もあり、オンラインで開催している。

リハビリテーションマニュアルの発行

国リハでは政府開発援助（Official Development Assistance、ODA）の事業としてリハビリテーションマニュアルを制作・発行している。今までに38のマニュアルを制作し、アジア太平洋地域の約30ヶ国に配布するとともに、ホームページに掲載してきた。最近では2023年に「Manual for Using ICT and Teaching its Effective Use（ICT機器活用の教え方・使い方に関するマニュアル）」を発行した。

おわりに

最後に、今後国リハが国際貢献をどのように進めていくべきか、について考えてみたい。筆者は、充分なりハビリテーションリソースのない国々に対して日本の強みを提供することが、国リハのミッションであると考えている。日本の強みというのは何かというと、リハビリテーション専門職が少なくとも人数的には十分に満たされていること、リハビリテーション医療が医療保険システムの中に組み込まれていること、震災とか津波という災害の経験を持っているということ、そして日本が世界に先んじて高齢化が進んでいるということである。読者の皆様には、今後も国リハのホームページ等で発信される成果物やセミナー等への参加を通じて、国リハの国際協力活動を見守っていただきたい。

利益相反（COI）に関する記載

本論文について、他者との利益相反はない。

【特別寄稿】

「Rehabilitation 2030 と国の機関による国際協力」

国立保健医療科学院の国際協力：政策立案者・担当者を対象とした人材育成

曾根智史 Tomofumi Sone

国立保健医療科学院 National Institute of Public Health

要旨

国立保健医療科学院は、厚生労働省直轄の試験研究機関であり、2002年に埼玉県和光市に設立された。保健医療、生活衛生、社会福祉に関する養成訓練と調査研究を本務とし、約80名の研究者が所属している。

国際関係の養成訓練は、JICA（国際協力機構）と実施しているものが3件、WPRO（WHO西太平洋地域事務局）と実施しているものが1件である。

JICA研修には、保健衛生管理研修、UHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）に関する研修、保健衛生政策向上研修がある。

WHO/WPROとは、2005～2018年度にかけて、2012年度を除く毎年度、域内の政策担当者に対して、NCD（非感染性疾患）に関するワークショップを共催してきた。また2023年9月には、高齢化政策に関するワークショップを共催した。これらWHO/WPROとのワークショップは、WHO研究協力センターとしての活動でもある。

今後もJICA、WHO等の国際（協力）機関とともに、中低所得国でNCD、UHC、高齢化等の政策を担う人材の育成を推進していく所存である。

Abstract

The National Institute of Public Health (NIPH) is a research institute under the Ministry of Health, Labour and Welfare, and was established in 2002 in Wako City, Saitama. Its main mission is to provide training and conduct research related to health, hygiene and social welfare.

NIPH currently conducts three international training programs with the Japan International Cooperation Agency (JICA) and one with the WHO Western Pacific Regional Office (WPRO). Topics of JICA co-organized training programs are health systems management, universal health coverage (UHC), and health policy development. With WHO/WPRO, NIPH has conducted workshops on non-communicable diseases (NCDs) control and prevention for member states in the region every year from FY 2005-2018, except for FY 2012. In September 2023, NIPH conducted a workshop on aging policy with WHO/WPRO. These workshops are identified as activities of a designated WHO Collaborating Center.

NIPH will continue to contribute to human resources development in low- and middle-income countries on NCDs, UHC and ageing with JICA, WHO and other international (cooperative) organizations.

国立保健医療科学院の歴史

簡単に当院の歴史、概要を説明させていただきます。2002年に設立された厚生労働省直轄の試験研究機関です。歴史的には1938年に設立された国立公衆衛生院と1949年に設立された国立医療・病院管理研究所等が統合し、埼玉県和光市に移転したものです。

国立公衆衛生院の発足は日本の保健所の始まりと時をほぼ同じくしています。1937年に東京の今の聖路加国際大学の近くに都市保健館が、さらに所沢に農村保健館という形で、現在の行政保健所の原型が作られました。そこをフィールドとして公衆衛生従事者の教育訓練を行う機関として、1938年にロックフェラー財団の財政援助を受けて現在の港区白金台の地に発足しました。



もう1つのルーツは国立医療・病院管理研究所ですが、これは戦後まもなく、GHQ (General Head Quarters) の指示によって、日本の医療の近代化を目指すために病院管理研修所として発足しました。国立保健医療科学院に統合再編されるまでに、3万人以上の病院長、事務部長、看護部長の研修を実施しました。

国立保健医療科学院の概要

当院は新しく発足して20年余りになりますけれども、トレーニングとリサーチを

History of NIPH, Japan

- Established on April 1, 2002
- Under the Ministry of Health, Labour and Welfare
- Former National Institute of Public Health (est. 1938), National Institute of Health Services Management (est. 1949), and Department of Oral Science in National Institute of Infectious Diseases merged and relocated.

National Institute of Public Health, JAPAN
3

Outline of NIPH, Japan

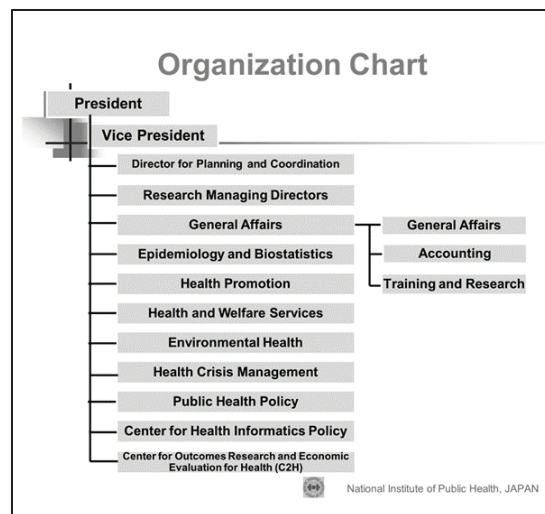
- The mission of NIPH is training of personnel of public health, environmental health and social welfare, and research on these areas.
- 6 Research Managing Directors, 8 research departments/centers and 1 admin. department
- 115 full-time workers (President and Vice president, 82 researchers, 31 admin. officers)

National Institute of Public Health, JAPAN
6

車の両輪としています。Public Health、Environmental Health、Social Welfare も含めた人材育成と研究を行っています。8つの研究部・センターと6人の統括研究官からなります。研究者は80名ほどで、約4割は女性です。

組織図 (Organization Chart)

当院の組織図です。大会長の山口先生は、医療・福祉サービス研究部に所属しています。その他にも3名の理学療法士の資格者が当院で働いています。どこで働いているかといいますと、保健医療経済評価研究センターという医薬品・医療機器の費用対効果分析を行っている部署にいます。同時に、彼らはリハビリテーション等の費用対効果分析も研究として行っています。当院はこれに限らず、multidisciplinaryな組織で、



様々な職種や専門性を持った人がお互いに協力しながら研修や研究を行うというところが特徴です。

研修の概要

研修について簡単に申し上げますと、長いもの、短いもの、国際と3種類あり、特に国内については日本の保健所や県庁等に勤める保健医療福祉の行政従事者を主な対象としています。コロナ前は年間約2000人の研修生が修了していましたが、コロナで一時減りまして、現在は年間1500名程度で回復基調にあります。2002年に発足してから約5万5000人の修了生を出しています。国際については後ほど説明しますが、JICAやWHOがスポンサーのコースを共同で行っています。

当院の長いコースでは、保健所長をトレーニングするコースを長年やっています。臨床医から保健所長になる方も多いのですが、その場合は当院の3か月の研修を受けて、保健所長の資格要件を満たすことになっており、全国の保健所には当院の修了生が数多く活躍しています。

短期研修はそれぞれの専門性やトピックに基づいて実施しており、現在年間40数コースを開講しています。研修テーマは、公衆衛生看護であったり、疫学・統計であったり、あるいは食品衛生、水道、HIV-AIDS、

たばこ対策、児童虐待防止や生活習慣病対策に関する研修なども実施しています。

機関誌

2ヶ月に1回、機関誌を発行しています。「保健医療科学: Journal of the National Institute of Public Health」で、年度の最初には English Edition ということで、日本の活動を英文で紹介する特集号にしています。日本の制度は、なかなか英語で説明したものが少ないので、私どもとしては英語での発信が必要と考え、数年前から始めています。



国際協力

私どもの国際協力ですが、JICAと一緒にやっている研修が3つあります。Health Systems Management コース。これは3週間のコースで、公衆衛生院時代からやっています。それから Universal Health Coverage コースと Health Policy Development コースがそれぞれ2週間です。Health Systems Management コースは、中低所得国の中堅行政官を対象にしています。UHC コースは、各国のUHC担当行政官を対象としています。また Health Policy Development は高位の部長・局長級の、いわゆるポリシーメイキングに関わる方のコースとして実施しています。ハイライトでお示したコースでは、リハビリテーショ

Overview of training activities

- Several long courses (2 months - 3 years)
- Over 40 short courses
- For public health personnel of local governments
- Approximately 1500 trainees annually
- More than 55,000 graduates since 2002
- All courses are free of charge.
- Several JICA and WHO-sponsored courses for international participants
- Online, In-person, and Mixed courses


 National Institute of Public Health, JAPAN

International collaboration

with JICA (Japan International Cooperation Agency)

- **Health Systems Management course (3 weeks)** for middle managers of national government
- **Universal Health Coverage course (2 weeks)** for in-charge officers of UHC section
- **Health Policy Development course (2 weeks)** for high-ranking officers of national/local government

■: Session on Rehabilitation is included in the program.

 National Institute of Public Health, JAPAN

ン等について、大会長の山口先生が提供する講義が含まれています。


当院も WHO Collaborating Centre (WHOCC)に認定されています。3件認定されておりまして、1つは Integrated People-Centred Service Delivery で、いわゆる広い意味での地域保健福祉です。私とその代表窓口を務めています。その他に水道に関する WHOCC、それから当院ではタバコの煙の成分を中立的な立場で分析する部署があり、WHOCC に指定されています。リハ

International collaboration


WHO Collaborating Centre (WHOCC)

- **Integrated People-Centred Service Delivery**
- **Community Water Supply and Sanitation**
- **Tobacco Testing and Research**


■: Rehabilitation would be included.

 National Institute of Public Health, JAPAN

WHO/WPRO-NIPH
NCDs (Non-Communicable Diseases) Control Workshop
(FY 2005-2011, 2013-2018)



2005-2011
Saitama method
•Health checkup
•Exercise
•Diet control




2013-2018
Regional workshop on strengthening
Leadership and Advocacy for the
Prevention and Control of
Noncommunicable Diseases
(LeAd-NCD)

WHO Collaborating Centre for Integrated People-Centred Service Delivery, JPN-50

The following two outputs are expected by WHO.

- 1) Equitable, integrated, people-centred service delivery systems will be developed and public health approaches will be strengthened in each country.
- 2) Patient safety and quality of services, as well as patient empowerment, will be improved by the state within the framework of UHC.

NIPH has contributed to activities of WHO by co-hosting training courses on hospital quality and patient safety management (2014-2019), and by participating in expert meetings and dispatching experts to member states at the request of WHO/WPRO.



WHO/WPRO reported NIPH's training course on the Web

ビリテーションに関しては、Integrated People-Centred Service Delivery に含まれます。「リハビリテーション 2030」に関する会議が本年 7 月に WHO のジュネーブ本部で開かれるというお知らせが来ましたので、山口先生に行っていただきました。

対象者中心の統合的サービス提供に関する WHO コラボレーティングセンター, JPN-50

Integrated People-Centred Service Delivery についてはいわゆる狭義の公衆衛生だけではなく、医療として、医療安全や病院管理的な要素も含まれていまして、これは旧国立医療・病院管理研究所の流れをくむものですが、それらに関する人材育成も行っていました。

WHO/WPRO-科学院 NCDs コントロールワークショップ

NCD に関する WHO/WPRO のワークショップも 2005 年からですから、随分長い間やっております、2018 年で一旦終わりました。最初の頃は、ワークショップに来た行政官の方に NCD 対策を実際に個人で体験してもらおうということで、食事を記録したり、毎朝運動したり、健康診断を受けたりしました。自ら体験して、自国の政策に生か

Field trip at 5th LeAd-NCD in 2017

> Nishitokyo City

- A health-supporting city with population of about 200 000
- Using community volunteers comprising retired local residents, the city embarked on a citywide exercise programme, called “Shaki-shaki” exercise, which were devised by municipal staff.
- The municipal facilities showed importance of accessible, available, safe, affordable, culturally acceptable and socially attractive exercise and sports facilities that promote community participation in physical activity programmes.



してもらおうというコンセプトです。2013年からは、今度はリーダーシップやアドボカシーを中心として毎年テーマを決め、企業や自治体など様々な所に見学に行きました。

2017年第5回 LeAd-NCD ワークショップ 現場視察

2017年に行った5回目のLeAd-NCDワークショップです。この時は、西東京市に行き、高齢者の市民の方々が率先してシャキシャキ体操という運動を広めているということで、その状況を見せていただきました。市民の方と一緒に体操し、その後一緒にグループワークを行い、交流を深めました。

シルバーからゴールドへ：地域包括ケアを 始めるための能力開発ワークショップ (2023.9.25-29 科学院における WPRO と の共催ワークショップ)

本年9月25日から29日にかけて、WPRO西太平洋地域事務局と共催で高齢者に関するワークショップを行ないました。Turning silver to gold, Capacity building workshop for starting community based integrated care というタイトルです。日本の地域包括支援センター等を見学して、日本のシステムを学び、お互いのディスカッションによって、自分たちの国に持ち帰るいくつかのヒントを見つけるという構成でした。ブルネイ、カンボジア、中国に加え、クックアイランドやパラオ、バヌアツといった島嶼国、さらにマレーシア、モンゴル、ベトナム、フィリピン等の政策担当者が参加しました。5日間のワークショップでしたが、リハビリテーションについても触れています

実はJICAの研修として10年ぐらい前に高齢化対策を4～5年続けてやったことがあるのですが、その時はあまり皆さんピン

Turning Silver into Gold: Capacity-building Workshop for Starting Community-based Integrated Care (25-29 September 2023 at NIPH)



Turning Silver into Gold: Capacity-building Workshop for Starting Community-based Integrated Care
25-29 September 2023, Saitama, Japan



とこなかったらしくて参加者があまり集まらず、参加国も固定化したので、その時は一旦終わりにになりました。今回やってみると、参加したいという国が多くなっていて、やはり中低所得国においても高齢化にどう取り組んだらいいのか、政策に対するニーズが高まっていると感じました。

ここからは、私見になりますが、ここ 20 年ほどずっと、私個人としても JICA の仕事でフィリピンに行ったり中国に行ったりしましたし、国際研修も実際に立案・実施に関わってきました、最近少し変化しているなということを肌で感じております。まず研修参加者が **highly educated & well mannered** の方が増えたと思います。さらにポリシーサポートに対するニーズが高まっている、つまり具体的な政策支援をしてほしいというニーズの高まりですね。

それからプログラム内容に関する要求のレベルがとても上がってきています。つまり「総論はよくわかっているからもういい。細かい、具体的なことを教えて欲しい」というニーズがとてもあります。例えば UHC のコースですと、レセプト審査の現場を見に行きます。「こういうふうに審査しているのか」と。もちろん、それをそのまま自分の国に持って帰るわけではないのですが、こういうプロセスを経て、日本は国民皆保険制度を維持しているのかという **detail** を知りたいという熱意を感じます。

また、いいところだけではなくて、問題点や過去に失敗したことも教えてほしいというニーズもかなりあります。特に失敗を教えてくださいと言われると、こちらも少し困ってしまいますが、例えば、「高齢者医療を無料にしたらこんなことがありました」ということを伝えたりします。

それから、昔の参加者は「お金がないからうちはできないよ」と言われる方が少なくなかったのですが、最近はお金がないからできないとはあまり言われません。アフリカのある国の副大臣が研修に来られたことがあるのですが、その方が、「お金がないからできないと言う人は、お金があってもできないのよ」とおっしゃっていて、なるほどな、と思いました。資金が十分でない中で、どう工夫してやっていくかということに、今、ポリシーメーカーの関心が移っていると思います。

研修という枠組みの中で、いわば一つ釜の飯を1週間、2週間と一緒に食べることで、お互いにとことんディスカッションして、同じ課題や悩みなどを共有することはとても貴重な機会で、大切なことだと感じています。もちろん2〜3日の国際会議等で会ってディスカッションすることもいいのですが、それ以上にやはり生活を共にしながら研修することの良さがあると思います。彼らは本当にずっとディスカッションしています。コーヒープレイクでも、紅茶を飲み、お菓子をつまみながら熱心にディスカッションしている姿を見て、日本が提供できるものは一体何だろうか、と考えることもしばしばです。

私ども国立保健医療科学院の国際協力は、やはり **human resources development**、特にポリシーメーカーや政府の行政官に対するもので、いわゆる政策人材を育てていくのが科学院の国際貢献であると思います。内容は政策開発であったり、実施であったり、評価であったり様々です。私どもが特に重視しているのがフィールドビジットです。日本の各地域には、様々な活動をされてい

る方が数多くおられます。そういう方々のところに行って、実際にその現場の人、地域の人と触れあって話をする事から、参加者は多くを学びます。実際、私が思いもつかなかったようなことを学んで帰られています。また、日本はなぜこういうことを実施したのか、現状だけではなくて過去のことも知りたいとよく言われます。そこから、ヒントや新しいアイデアを得て、自国の政策に少しでも生かしていただければいいのではないかと思います。

研修をオーガナイズするのは科学院の研究者です。研究者が研修プログラムをオーガナイズする利点があると思います。もともと科学院では研究と研修は車の両輪であり、両方きちんとやることをモットーとしてきました。研究成果をもとに研究者が研修プログラムを立案・実施して学ぶ、それから研修を実施することによって、さらにその研究に付加価値をつけるということを私たちは目指しています。当院は国内研修も数多く実施していますが、私は、国内研修と国際研修は等価だと思っています。両方大切です。国内研修の延長上に国際研修があり、国際研修の延長上に国内研修がある。両方やってそれぞれを活かしていくことが大切だと思っています。

最後になりますが、人材育成においては、常に敬意を持って研修参加者から学ぶ姿勢を持ち続けていくことが大切だと考えています。

以上で私の発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

研究論文

【資料】

ミャンマーにおける医学的リハビリテーション提供の現状

Current Situation of Medical Rehabilitation Services Provision in Myanmar

Phyo Thant Maw^{1)#}, 山口佳小里²⁾, 大塚進³⁾,

佐々木由理⁴⁾, 平野恭平¹⁾, 河野眞⁵⁾

Phyo Thant Maw^{1)#}, Kaori YAMAGUCHI²⁾, Susumu OTSUKA³⁾,

Yuri SASAKI⁴⁾, Kyohei HIRANO¹⁾, Makoto KONO⁵⁾

要旨

近い将来、他のアジア諸国と同様にミャンマーにおいても高齢化や疾病構造の変化により、リハビリテーションニーズの増大が見込まれる。そこで、関連する既存資料を収集し、リハビリテーション提供の現状について整理した。

ミャンマーではユニバーサルヘルスカバレッジは未達成であるが、公的医療施設において無料で提供されるサービスにリハビリテーションも含まれる。従事者は理学療法士が最も多く、その他にリハビリテーション医師、義肢装具士が国内で養成されている。病床数 100 床以上の病院では病床数に応じた理学療法士の配置基準が設けられている。近年の動向として、リハビリテーションの強化のための計画が 2019 年に発出され、特に、アクセスの増加、労働力の強化、支援機器へのアクセスの拡大に重点が置かれている。

社会においてリハビリテーションの重要性が認識され、普及・強化が目指されている。今後の進捗を注視していく必要がある。

キーワード：ミャンマー，リハビリテーション，制度，理学療法，医療サービス

1) 医療法人大那 だいなリハビリクリニック リハビリテーション部

Daina Medical Corporation, Daina Rehabilitation Clinic, Section of Rehabilitation

2) 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部

National Institute of Public Health, Department of Health and Welfare Services

3) 特定非営利活動法人 Rehab-Care for ASIA

Nonprofit Organization, Rehab-Care for ASIA

4) 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部

National Institute of Public Health, Department of Public Health Policy

5) 国際医療福祉大学 小田原保健医療学部 作業療法学科

International University of Health and Welfare, School of Health Sciences at Odawara,
Department of Occupational Therapy

#Email: phyothantmaw@gmail.com 受付日 2023 年 9 月 25 日 / 受理日 2024 年 1 月 29 日

1. 緒言

近年、高齢化や感染性疾患から非感染性疾患への疾病構造の変化に伴い、将来的なリハビリテーションニーズ増大が世界的な課題となっている¹⁾。これに備えるため、世界保健機関(World Health Organization, 以下、WHO)では特に中低所得国におけるリハビリテーションの潜在的あるいは未対応のニーズに対する取り組みの推進-Rehabilitation 2030を進めている²⁾。

アジア諸国においては今後急速に高齢化が進行すると予測されている³⁾。ミャンマーでも同様に将来的な高齢化が見込まれており⁴⁾、また、ミャンマーにおける死亡要因ならびに入院患者に占める心血管疾患、慢性呼吸器疾患、癌等の非感染性疾患の割合は近年増加していることから⁵⁾⁶⁾、ミャンマーにおいて今後リハビリテーションニーズが増大することが考えられる。

このようなリハビリテーションニーズ増大への対応を検討する際の基礎情報として、本稿ではミャンマーにおけるリハビリテーション提供の現状を明らかにすることを目

的とする。また本報告が、当該分野における国際協力支援を検討する際のの一助となることを期待する。

2. 方法

ミャンマーにおけるリハビリテーションの提供状況に関連する、既存資料の収集・分析を行った。先行研究や行政資料等において、本テーマに関連するものを対象とした。なお、ミャンマー語・英語・日本語で記載された資料を対象とした。得られた資料から、ミャンマーにおける、保健医療制度、リハビリテーションサービスの提供体制、リハビリテーション専門職の養成に関する情報を収集・整理した。なお、本調査はインターネット上に公開された資料のみを対象としており、倫理審査の対象とはならない。

3. 結果

対象資料は、学術論文(7件)、ミャンマーの行政資料(4件)、日本の行政資料(2件)、国際機関の資料(12件)、その他報告書など(4件)の計29件であった。以下、

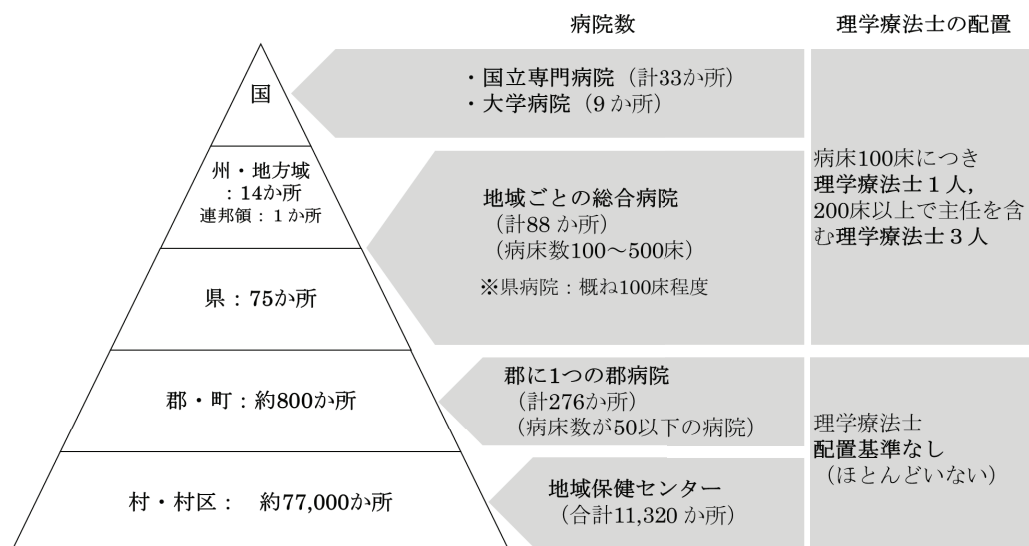


図1: ミャンマーにおける行政区分と施設・理学療法士の配置

データ 11), 16), 21) を元に筆者が作成。国(連邦領): Union Territory, 州・地方域: State・Region, 県: District, 郡: Township, 町: Town, 区: Ward, 村区: Village Tracts, 村: Village

主としてミャンマーのリハビリテーションを担う理学療法・理学療法士に焦点を当てながら、収集した情報をテーマごとに整理する。

3. 1 ミャンマーの概要

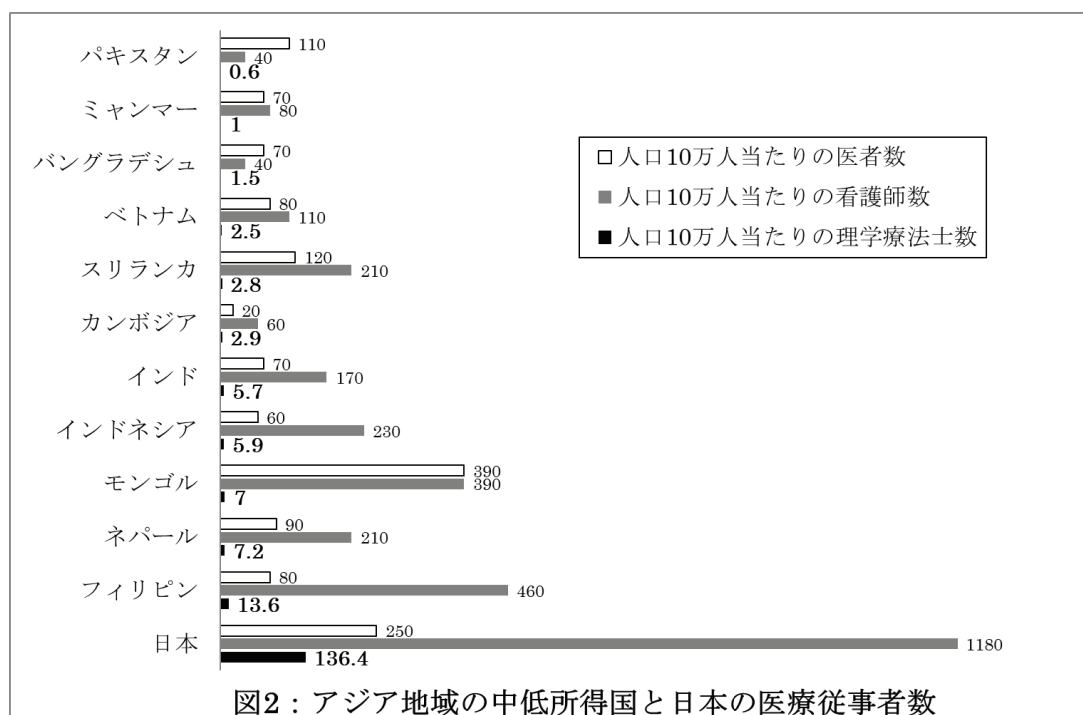
2014 年に実施された最新の国勢調査によると、ミャンマーは、総人口 5,149 万人、65 歳以上の高齢者人口 290 万人（高齢化率 5.8%）で、平均寿命は 66.8 歳（男性 63.9 歳、女性 69.9 歳）である⁷⁾。また、宗教ごとの人口比は、仏教が 87.9%で最も多い⁸⁾。経済状況については、2022 年時点において、GDP:594 億米ドル、一人当たり GDP:1095.7 米ドル、年間 GDP 成長率：3.0%であり、いずれも 2019 年の値から低下している⁹⁾。保健医療の状況に関して、す

べての人が、必要なときに支払い可能な費用で適切な医療サービスを受けられる状態を指す、Universal Health Coverage(以下、UHC)は未達成で、2021 年時点で UHC 指数は 52(2019 年時点で 60)である¹⁰⁾。なお、行政の区分は、国(連邦領):Union Territory, 州・地方域:State・Region, 県: District, 郡: Township, 町: Town, 区: Ward, 村区:Village Tracts, 村:Village から成る¹¹⁾。

(図 1)

3. 2 ミャンマーの保健医療制度

1951 年に、公立の医療施設に国民が自己負担なく診療を受けることができるシステムが整備された¹²⁾¹³⁾。公費を財源とするこのシステムは、現在も適用されており、公立の医療施設の診療の一部が無料で受けられ



データ 19), 30) (医師・看護師数は人口 1,000 人ごとの人数, 理学療法士数は人口 1 万人ごとの人数)を参考に筆者が作成。理学療法士数については、いずれの国も 2022 年時点の値, 医師数・看護師数については、ベトナム 2016 年, 日本・モンゴル 2018 年, ミャンマー・パキスタン 2019 年, ネパール・インドネシア・インド・スリランカ・ Bangladesh 2020 年の値, フィリピンについては医師数 2020 年・看護師数 2019 年の値, カンボジアについては医師数 2014 年, 看護師数 2019 年の値を引用している。

る。しかし、検査、一部の薬剤、入院費等は制度の適用範囲外で、患者負担となるため、特に農村部の世帯において、生活費における医療費支出負担が大きいことが課題となっている¹⁴⁾。

ミャンマーの保健医療行政は、保健省-国レベル、州・地方域保健局-州・地方域レベル、県保健局-県レベルで行われている¹⁵⁾。国立専門病院・大学病院では、高次専門医療の提供や医療従事者の教育を担っている。州・地方域ごとの中核医療機関である総合病院、医師数名が常駐している郡病院、医師・助産師・ヘルスワーカー等が配置されている地域保健センターがある¹⁷⁾ (図 1)。

民間の医療施設は全国で約 6,000 か所ある。多くは医師 1 名の診療所で、都市部に集中しており、提供されるサービスは公的医療保険が適用されない。

その他、ハーブなどを使って治療を行う伝統医療病院や国内外の NGO などが実施する地域保健活動がある¹⁸⁾。

医療従事者数について、図 2 に示す¹⁹⁾。

3. 3 ミャンマーのリハビリテーションサービスの提供体制

3. 3. 1 リハビリテーションに関する法律・制度と近年の動向

リハビリテーションはミャンマーの公立の医療施設において提供されるサービスに含まれる²⁰⁾。また、今後想定されるミャンマー社会の高齢化を踏まえて、高齢者に対するリハビリテーションが進められている²⁰⁾。専門職の配置基準に関しては、病床数 100 床以上の医療機関において理学療法士の配置基準が設けられている²¹⁾。(図 1) 近年の動向として、2019 年 9 月、ミャンマー政府は WHO 等の支援を受け、保健・スポーツ省と社会福祉・救済復興省の合同でリハビリテーション国家計画 (2019-2023) を発出した²²⁾。その中で、リハビリテーシ

ンへのアクセスの拡大、支援機器へのアクセスの増加、リハビリテーション労働力の強化と拡大、ヘルスサービスへのリハビリテーションの統合等を目標に定められている。

3. 3. 2 リハビリテーション提供施設・従事者と提供内容

ミャンマーにおいては、作業療法士、言語聴覚士の養成は行われておらず、リハビリテーション医師、理学療法士、義肢装具士がリハビリテーションに従事している²³⁾。ミャンマーの理学療法士の有資格者は約 2,000 人とされているが、国外や他の職種への流失があるため、国内における理学療法士数は約 1,000 人程度である。このうち国立病院における現職者が約 350 人 (2018 年時点) である²⁴⁾。そのほか、民間病院・診療所、福祉施設や NGO 施設 (障害児・者、高齢者施設等) に勤務している者が約 500 人いる。行政区ごとの理学療法士の配置を図 1 に示す。

ミャンマーのリハビリテーション医療の現場では、日常生活動作 (Activities of Daily Living, 以下, ADL) の評価・訓練はあまり行われておらず、理学療法士による疼痛軽減のための物理療法や起立・歩行訓練など基礎的動作訓練が主に行われている。理学療法士から指導を受けた患者家族がリハビリテーションプログラムを行うことも多い²¹⁾。

リハビリテーションが十分普及していない地域においては、社会保障省や保健省が主体の Community-Based Rehabilitation (CBR) の取り組みが 1990 年代から行われており、この中で医学的なリハビリテーションも提供されている²⁵⁾。CBR 専門の養成コースを修了した理学療法士とリハビリテーション医師を中心として、当該地域の看護師・ボランティア・地域住民を対象とし

た講習会, 家庭訪問, 障害のある者ならびに家族への指導・医療機関の紹介などを実施している。

3. 4 リハビリテーション専門職の養成

ミャンマーのリハビリテーションは, 1953 年のヤンゴン総合病院に理学療法科開設に始まった。専門職の養成は, 1960 年にヤンゴン総合病院内で理学療法技術者の養成 (2 年制) が開始され, 専門学校を経て 4 年制大学での教育が開始された (ヤンゴン医療技術大学: 1993 年, マンダレー医療技術大学: 2000 年, Military Institute of Nursing and Paramedical Sciences (軍立校): 2002 年)。いずれも現在の定員は, 1 学年 50 人程度である。ヤンゴン医療技術大学の理学療法士養成カリキュラムを表 1 に示す²⁶⁾。ミャンマーの理学療法士は国家試験を経て取得する資格ではなく, 実質的に養成校卒業が資格とみなされる。なお, ミャンマー理学療法士協会が 2013 年に設立されている。

他の専門職の養成に関して, 義肢装具士は現在大学で養成されており (ヤンゴン医療技術大学義肢装具科の 1 校)²⁷⁾, 理学療法士と同様に, 養成校を卒業することで有資格者とみなされる。義肢装具士の多くが国立リハビリテーション病院または装具工場のある病院 (マンダレー整形病院など国内約 5 か所) で勤務している。リハビリテーション医師は 215 人いる (2018 時点)²⁸⁾。現在では, 医科大学を卒業した医師が 3 年間研修し, 専門医の試験に合格することが必要である。作業療法士・言語聴覚士に関して, 現在国外でこれらの資格を取得した理学療法士が数名いるが, 国内における養成は行われておらず, 今後の課題である。

4. 考察

結果から, リハビリテーション専門職の量

表1: ヤンゴン医療技術大学 理学療法士養成カリキュラム

学年	1年次
期間	40週
科目	国語 英語 化学 物理学 数学 植物学 動物学 個人及び専門能力の開発, 研究手法, 患者安全 多職種間連携教育 アーリー・エクスポージャー 選択科目 (基礎コンピュータ技術, 救急医学, など) その他 (バラエティーション, スポーツなど)
計(単位)	1400時間 (31単位)
学年	2年次
期間	40週
科目	身体運動学 解剖学 生理学 生化学 病理学 (一般) 個人及び専門能力の開発, 研究手法, 患者安全 多職種間連携教育 アーリー・エクスポージャー 選択科目 (理学療法業務, 歩行分析, 姿勢評価) その他 (バラエティーション, スポーツなど)
計(単位)	1400時間 (36単位)
学年	3年次
期間	40週
科目	運動療法(学) 電気療法 一般医学 一般外科 臨床実習 個人及び専門能力の開発, 研究手法, 患者安全 選択科目 (心理学, 多職種間連携教育) 研究課題 その他 (バラエティーション, スポーツなど)
計(単位)	1400時間 (40単位)
学年	4年次
期間	40週
科目	リウマチ学 外傷・整形学 小児学・高齢学 神経学とリハビリテーション 臨床実習 個人及び専門能力の開発, 研究手法, 患者安全 研究課題 その他 (バラエティーション, スポーツなど)
計(単位)	1400時間 (40単位)
総計	5600時間 (147単位)

掲載データ²⁶⁾を参考に筆者が作成。

アーリー・エクスポージャーは早期体験学習を指す。

的な不足と偏在の可能性が考えられる。ミャンマーでは他の国と比較して人口 10 万人あたりの理学療法士の数が少ない。また、県より小さいレベルの病院や保健センターには理学療法士の配置基準がなく、不在である可能性が考えられる。CBR の取り組みも行われているが、未だリハビリテーションの普及は十分ではない。これらのことから、地域によってはリハビリテーションが必要な者に届いていない可能性がある。これに対して、他の保健医療サービスと併せて、UHC を達成するための何らかの制度構築が重要であると考えられる。

また、リハビリテーションが質的に不足している可能性も考えられる。ミャンマーにおいては、現状では主たる専門職は理学療法士のみで、他のリハビリテーション専門職が養成されていない。また、例えば養成カリキュラムに ADL が含まれておらず、実践においても ADL の評価・訓練が行われていないなど、提供されているサービスの内容に偏りがある可能性がある。本邦を始め、高齢化先進国におけるリハビリテーションニーズとして、高齢者の自立支援が挙げられる。ミャンマーにおいても今後高齢化社会を迎えることを鑑みると、ADL 等の向上に資するリハビリテーションの提供が重要となる可能性がある。

5. 結語

本調査により、ミャンマーにおけるリハビリテーションの提供状況を整理することができた。公的医療施設制度の範囲内でリハビリテーションも提供されているが、地域によっては十分提供できていない可能性がある。労働力に関しては、職種が限られており、量的・質的に不足している可能性がある。

近年の動向として、将来的な高齢化を見据え、高齢者を対象としたリハビリテーシ

ョンが進められている。また、リハビリテーション強化のための計画が 2019 年に発出され、特に、アクセスの増加、労働力の強化、支援機器へのアクセスの拡大に重点が置かれている。社会においてリハビリテーションの重要性が認識され、普及・強化のための計画が進められている。一方、保健医療体制の発展には、政治・経済の安定が不可欠である。今回参照したデータは政変前のものを含んでおり、政変によりサービス提供状況は変化している可能性もある²⁹⁾。今後、計画がどのように進むか、国内情勢と合わせ、注視していく必要がある。

利益相反(COI)に関する記載

本研究に関して、報告すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021 Dec 19;396(10267):2006-17. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0) PMID: 33275908
- 2) Rehabilitation 2030 Initiative. Geneva: World Health Organization. 2017. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>, (accessed 2023-06-26).
- 3) United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects 2022*. <https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.de>

- sa.pdf/files/wpp2022_summary_of_results.pdf, (accessed 2023-05-29).
- 4) HelpAge International. The Situation of Older Persons in Myanmar: Results from the 2012 Survey of Older Persons. 2013. <https://reliefweb.int/attachments/5dfd81d6-7ef5-3726-812d-36f5669c4817/situation%20of%20older%20persons%20in%20Myanmar.pdf> (accessed 2023-05-29).
 - 5) The World Bank. Cause of death, by non-communicable diseases (% of total) - Myanmar.2020. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.NCOM.ZS?locations=MM> (accessed 2023-05-30).
 - 6) Swe EE, Htet KKK, Thekkur P, Aung LL, Aye LL et al. Increasing trends in admissions due to non-communicable diseases over 2012 to 2017: findings from three large cities in Myanmar. *Trop Med Health*. 2020 Apr 24;48:24. doi: 10.1186/s41182-020-00209-8. PMID: 32346355; PMCID: PMC7181486.
 - 7) The 2014 Myanmar Population and Housing Census. The Union Report. Census Report Volume 2. Department of Population Ministry of Immigration and Population May 2015. <https://reliefweb.int/attachments/1dbae13c-9090-3785-ac92-5d0220ae8af9/Census%20Main%20Report%20%28UNION%29%20-%20ENGLISH.pdf>, (accessed 2023-06-01).
 - 8) The 2014 Myanmar Population and Housing Census. Census Report Volume 2-C The Union Report: Religion. Department of Population. Ministry of Labour, Immigration and Population, Myanmar July 2016. https://myanmar.unfpa.org/sites/default/files/public/UNION_2C_Religion_EN.pdf, (accessed 2023-06-01).
 - 9) The World Bank. Data. <https://data.worldbank.org/country/Myanmar>, (accessed 2023-06-01).
 - 10) The World Bank. UHC service Coverage index-Myanmar. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.SRVS.CV.XD?locations=MM>, (accessed 2023-06-05).
 - 11) The Republic of the Union of Myanmar Ministry of Labour Department of Labour. HANDBOOK ON HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT INDICATORS 2020-2021. 2020-2021-eng. <https://myanmar.gov.mm/documents/20143/0/2020-2021+eng.pdf/3441ff79-1854-2deb-0659-a57fb8c3b4a0?t=1674805463240> (accessed 2023-06-05).
 - 12) Than Tun Sein, Phone Myint, Nilar Tin, Htay Win, San San Aye et al. The Republic of the Union of Myanmar Health System Review. Health Systems in Transition. 2014, vol.4, no.3, p.33. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1246931/retrieve>, (accessed 2023-06-08).
 - 13) Social Security Board Ministry of Labour. 2012 年社会保障法(၂၀၁၂ ခုနှစ် လူမှုဝန်ထမ်းရေးဥပဒေ). p.12-24. <https://www.ssb.gov.mm/portal/laws>, (accessed 2023-06-04).

- 14) Khaing IK, Malik A, Oo M, Hamajima N. Health care expenditure of households in magway, myanmar. Nagoya J Med Sci. 2015 Feb;77(1-2):203-12. PMID: 25797985; PMCID: PMC4361522.
- 15) 厚生労働省. 第5章 “東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 (ミャンマー)” 2015年 海外情勢報告 (本文)
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/16/dl/t5-06.pdf>, (参照 2023-06-07).
- 16) Ministry of Health. Department of medical Services. 2021 August.
http://www.doms.gov.mm/wp-content/uploads/2022/11/Health-Facilities_Aug-2021-2.jpg, (accessed 2023-06-10).
- 17) 厚生労働省. 第5章 東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 (ミャンマー) . 2017年 海外情勢報告.
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/18/>, (参照 2023-07-01).
- 18) Latt NN, Myat Cho S, Htun NM, Yu Mon Saw, Myint MN et al. Healthcare in Myanmar. Nagoya J Med Sci. 2016 May;78(2):123-34. PMID: 27303099; PMCID: PMC4885812.
- 19) Health at a Glance: Asia/Pacific 2022 measuring progress towards universal health coverage.
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2022_c7467f62-en, (accessed 2023-07-13).
- 20) Ministry of Health. The Republic of the Union of Myanmar. Health in Myanmar 2014.
https://themimu.info/sites/themimu.info/files/documents/Report_Health_in_Myanmar_2014_MOH.pdf, (accessed 2023-06-11).
- 21) 独立行政法人国際協力機構. 人間開発部. ミャンマー連邦 リハビリテーション強化プロジェクト 事前調査報告書.
<https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/11900404.pdf>, (参照 2023-07-13).
- 22) WHO Myanmar Newsletter Special. Rehabilitation- a core health service. 2019-11-15.
<https://www.who.int/docs/default-source/searo/myanmar/factsheet-rehabilitation.pdf>, (accessed 2023-06-21).
- 23) Research conducted in collaboration with the University of Public Health, Yangon, Myanmar Commissioned by the International Committee of the Red Cross. The Impact of physical rehabilitation on the lives of persons with physical impairments in Myanmar: Research Report August 2017. p.2-3.
<https://www.lshtm.ac.uk/media/23466>, (accessed 2023-06-25).
- 24) 第2回アジアリハビリテーションフォーラム. 福岡発、アジアのリハビリが変わる. p.34.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/rika/34/Suppl.9/34_S9_1/_pdf, (参照 2023-06-30).
- 25) United Nation Development Program, Myanmar.
<https://www.undp.org/myanmar> (accessed 2023-07-13).
- 26) University of Medical Technology. Department of Physiotherapy.

- <http://www.umty.gov.mm/Physiotherapy/content/page/undergraduate-course>, (accessed 2023-07-21).
- 27) Thanda Aye, Khin Saw Oo, Myo Thuzar Khin, Tsugumi Kuramoto-Ahuja, Hitoshi Maruyama. Current Situation of Myanmar Rehabilitation Team and Its Educational Relationship with Japan. *Journal of Asian Rehabilitation Science*, vol.1 no.1 April 2018 ISSN 2434-07058
- 28) Myanmar Society of Rehabilitation Medicine.
<https://www.mmacentral.org/societies/rehabilitation-medicine-society/> (accessed 2023-07-16).
- 29) Han SM, Lwin KS, Swe KT, Gilmour S, Nomura S. Military coup during COVID-19 pandemic and health crisis in Myanmar. *BMJ Glob Health*. 2021 Apr;6(4):e005801. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005801. PMID: 33836997; PMCID: PMC8042586.
- 30) World Physiotherapy. Membership. <https://world.physio/membership/profession-profile>, (accessed 2023-07-13).

Abstract : Demand for rehabilitation services will increase in Myanmar due to the demographic transition towards an aging population and epidemiological transition from communicable to noncommunicable diseases as well as in other countries. We describe the current situation of rehabilitation services provision focusing on medical services based on collected relevant materials. Although Myanmar has not achieved universal health coverage, there is a national health service delivery system. The system enables people to receive essential medical treatments including rehabilitation at public hospitals free of charge. Rehabilitation professionals consist of physiotherapists (PT), which is the largest workforce, rehabilitation doctors, and prosthetists & orthotists (PO). Although those professionals are developed inside Myanmar, the amount number seems too small to meet needs. Physiotherapist staffing standards are regulated for provincial and prefectural hospitals with at least 1 physiotherapist for 100 beds. Currently, rehabilitation for older adults has been promoted in response to the future aging society of Myanmar. In 2019, the central government launched a national plan for strengthening rehabilitation focusing on increasing access to services, strengthening the rehabilitation workforce, and expanding access to assistive products. Importance of rehabilitation is recognized and the governmental plan to strengthen and promote rehabilitation is launched. Progress of the situation should be carefully observed.

Key Words : Myanmar, Rehabilitation, Policy and System, Physiotherapy, Medical Services

国際リハビリテーション研究会

第7回学術大会

抄録集

知る・気づく・考える“リハビリテーション 2030”

～中・低所得国におけるリハビリテーション普及への貢献～



国際リハビリテーション研究会 第7回学術大会
プログラム

時間			第1会場 (教室4・2)	第2会場 (アクティビティスペース)
開始	終了	尺		
9:30	10:00	0:30	開場・受付	
10:00	10:05	0:05	開会式	
10:05	11:25	1:20	<p>【メインシンポジウム】</p> <p>「Rehabilitation 2030と国の機関による国際協力」</p> <p>演者</p> <ul style="list-style-type: none"> : Jody-Anne Mills (Technical Officer, Rehabilitation Programme, Department of NCD, WHO) : 芳賀信彦 (国立障害者リハビリテーションセンター 総長) : 曾根智史 (国立保健医療科学院 院長) <p>座長</p> <ul style="list-style-type: none"> : 山口佳小里 (国立保健医療科学院) 	
11:25	11:35	0:10	休憩	
11:35	12:35	1:00	<p>【特別セッション1】</p> <p>「PT協会、OT協会、ST協会の国際事業の紹介 ～国際活動の入り口として～」</p> <p>演者</p> <ul style="list-style-type: none"> : 伊藤智典 (日本理学療法士協会) : 高橋香代子 (日本作業療法士協会) : 立石雅子 (日本語聴覚士協会) <p>座長</p> <ul style="list-style-type: none"> : 齋藤崇志 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所) 	<p>【一般演題セッション1】</p> <p>①ペルー障害児スポーツプロジェクト～現地調査を実施して～</p> <ul style="list-style-type: none"> : 松本侑己 (独立行政法人 国立病院機構 別府医療センター リハビリテーション科) <p>②ペルー障害児スポーツプロジェクト～本邦研修の報告～</p> <ul style="list-style-type: none"> : 西崎武文 (独立行政法人 国立病院機構 西別府病院 リハビリテーション科) <p>③ペルー障害児スポーツプロジェクト ～アクティブチャイルドプログラムを使用して～</p> <ul style="list-style-type: none"> : 津崎千佳 (独立行政法人 国立病院機構 宮崎東病院 リハビリテーション科) <p>④「タイ国自治体ネットワークによるコミュニティベース統合型高齢者ケア事業」認知症カフェ普及 事例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> : 鈴木知世 (国際教養大学 国際教養学部 4年) <p>座長: 古川雅一 (仙台医健・スポーツ専門学校)</p>
12:35	12:45	0:10	休憩	
12:45	13:25	0:40	<p>【ランチタイムセッション】</p> <p>「A/T Bank」</p> <p>話題提供者</p> <ul style="list-style-type: none"> : 中村賢二 (生活リハビリサポートいな) <p>座長</p> <ul style="list-style-type: none"> : 石井清志 (国際医療福祉大学) 	
13:25	13:35	0:10	休憩	
13:35	14:35	1:00	<p>【一般演題セッション2】</p> <p>①マンパワー不足の改善に向けたCI療法導入の提案 ～ドミニカ共和国での実践～: 森裕美 (株式会社mediVR)</p> <p>②脳卒中片麻痺を呈した特定技能外国人に対して 回復期リハビリテーション病棟で就労支援を実施した事例</p> <ul style="list-style-type: none"> : 道願正歩 (東京湾岸リハビリテーション病院) <p>③ネパール地震緊急医療支援におけるリハビリテーション活動</p> <ul style="list-style-type: none"> : 西嶋望 (西宮市社会福祉事業団 いずみ園) <p>④ミャンマー連邦共和国における作業療法普及の可能性</p> <ul style="list-style-type: none"> : Phyo Thant Maw (医療法人大那 だいなリハビクリニック リハビリテーション部) <p>座長: 車井元樹 (国際医療福祉大学成田病院)</p>	<p>【特別セッション2】</p> <p>「国外経験の国内活動への活かし方」</p> <p>演者</p> <ul style="list-style-type: none"> : 亀田 佳一氏 (医療法人社団北原国際病院グループ) : 川野晃裕氏 (リニエ訪問看護ステーション キッズ世田谷) <p>座長: 高橋恵里 (福島県立医科大学 保健科学部)</p>
14:35	14:45	0:10	休憩	
14:45	16:15	1:30	<p>【メインシンポジウム2】</p> <p>「社会的課題に対応した国際協力実践」</p> <p>演者</p> <ul style="list-style-type: none"> : 亀田 佳一 (医療法人社団北原国際病院グループ) : 大室和也 (AAR Japan 難民を助ける会) : 千葉寿夫 (株式会社コーエイリサーチ&コンサルティング) : 奥井利幸 (野毛坂グローバル) <p>座長</p> <ul style="list-style-type: none"> : 勝田茜 (姫路獨協大学) 	
16:15	16:25	0:10	休憩	
16:25	17:25	1:00	<p>【クロージングシンポジウム】</p> <p>「Rehabilitation 2030への貢献: 私たちの"始めの一歩"を考えよう」 (総括)</p> <p>話題提供者</p> <ul style="list-style-type: none"> : 山口佳小里 (国立保健医療科学院) <p>指定発言者</p> <ul style="list-style-type: none"> : 河野眞 (国際医療福祉大学) : 大室和也 (AAR Japan 難民を助ける会) : 三田村徳 (東北医科薬科大学病院) <p>司会</p> <ul style="list-style-type: none"> : 勝田茜 (姫路獨協大学) 	
17:25	17:30	0:05	閉会式	

Rehabilitation 2030: The vision and the implementation

Jody-Anne Mills

(Technical Officer, Rehabilitation Programme, WHO)

Abstract

Rehabilitation 2030 was launched in 2017 with a call to action for governments, development partners and civil society to meet the profound unmet need for rehabilitation worldwide. Areas for action concern all elements of the health system, from governance and financing to information systems, workforce, and service delivery, among others. Rehabilitation 2030 represented a significant shift in how rehabilitation is conceptualized, moving it from being a service for persons with disabilities, to being a core component of universal health coverage – a service that should be available for all who need it. The WHO rehabilitation needs estimator indicates that approximately 2.4 billion, or 1 in 3 people would benefit from rehabilitation. Some of these people rely strongly on rehabilitation to be able to participate in education, work, recreation and important life roles. Despite this massive need, most countries still lack the capacity to meet even basic rehabilitation needs within their populations. This presentation will examine the historical context and barriers that countries have experienced in advancing the rehabilitation agenda to date, celebrate the milestones that have been achieved since rehabilitation 2030 was launched, and present some of the technical tools WHO have recently developed to better equip countries to expand access to quality rehabilitation services, where and when they are needed.

国立障害者リハビリテーションセンターにおける国際協力
International Cooperation from the Standpoint of National Rehabilitation Center
for Persons with Disabilities

芳賀 信彦

(国立障害者リハビリテーションセンター 総長)

演者は 2021 年に国立障害者リハビリテーションセンター（国リハ）に異動するまで、小児専門病院と大学病院にそれぞれ 15 年程度勤務していた。この間、海外の小児整形外科医、リハビリテーション科医やリハビリテーション専門職と様々な形で交流してきた。2008 年には JICA のウズベキスタン国立リハビリテーションセンター支援プロジェクトに技術参与として協力した。

国リハは 6 つの部門で構成され、企画・情報部の中にある国際協力室が国際協力に関わる業務を担っている。国リハは 1979 年の設立後早期より JICA のプロジェクトに関わり、2015 年頃まで中国、コロンビア、チリ、ミャンマーなどの障害者リハビリテーションの向上に貢献してきた。2011 年には中国リハビリテーション研究センター、韓国国立リハビリテーションセンターと、障害がある人々のリハビリテーション技術を向上させることを目的として、協力及び交流に関する協定を締結した。また海外よりの視察・見学や研修員を積極的に受け入れ、2021 年までの合計で、視察・見学者は約 160 ヶ国より 11,000 人以上、研修員は約 60 ヶ国より約 800 人となった。研修員の中には、研修後に母国の障害者リハビリテーションに貢献している者も多い。

1995 年に国リハは、国内で唯一の「障害の予防とリハビリテーションに関する指定研究協力センター」として WHO 指定研究協力センターの指定を受け、4 年毎に更新される「協力事項」と「行動計画」に従い、様々な活動を行ってきた。関連する報告書の作成、国際セミナーの開催、リハビリテーションマニュアルの作成と公開、などである。国際セミナーは毎年行われ、近年のキーワードとしては障害者の健康増進、高齢化とリハビリテーション、が挙げられる。リハビリテーションマニュアルは現在までに 38 項目について発行し、アジア太平洋地区の各国に送付している。この他に WHO 関連資料として『リハビリテーション 2030 行動の呼びかけ』会議報告書を和訳して公開している。

国リハにおける国際貢献は今後も継続するが、今後のプランとして演者は個人的に、リハビリテーションリソースに恵まれない国々に「日本の強み」を提供することを重視すべきと考えている。リハビリテーションに関する「日本の強み」としては、リハビリテーション関連専門職が多いこと、医療保険制度にリハビリテーション医療が含まれていること、地震や津波などの災害の経験があること、世界に先んじて人口の高齢化が進んでいること、などが考えられる。

国立保健医療科学院における国際協力について
—政策立案者, 行政官の人材育成を中心として—

曾根 智史

(国立保健医療科学院 院長)

国立保健医療科学院（以下、科学院）は、厚生労働省直轄の試験研究機関であり、2002年に国立公衆衛生院、国立医療・病院管理研究所、国立感染症研究所の口腔科学部が統合され、埼玉県和光市に設置された。現在、6統括研究官、6研究部・2センター、総務部の体制で、研究職の定員は約80名である。保健医療、生活衛生、社会福祉に関する養成訓練と調査研究を本務としており、研修と研究をいわば車の両輪として実施しているところが特徴である。

国内の研修は、主として、公衆衛生に携わる地方自治体の職員を対象としている。長期の研修と短期研修を合わせると、年間1500名以上の受講生を受け入れている。

国際関係の研修は、JICA（国際協力機構）と実施しているものが3研修、WPRO（WHO 西太平洋地域事務局）と実施しているワークショップが1件である。

JICA研修は、国レベルの担当者を対象としたUHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）に関する研修、中堅行政官を対象とした保健衛生管理研修、部長・局長級の行政官を対象とした保健衛生政策向上研修がある。

WPROとは、2005～2018年度にかけて（2012年度を除く）毎年、域内の政策担当者に対して、NCD（非感染性疾患）、いわゆる生活習慣病政策に関するワークショップを共同で実施した。科学院は、主に会場・受入れの準備、講義の一部・実地見学を担当した。特に2013年度以降の6回は、リーダーシップとアドボカシーに注目し、各回テーマを決めて、政策の実践に役立つ内容とした。

2023年9月には、WPROとの共催で、高齢化政策に関するワークショップ（TURNING SILVER INTO GOLD: Capacity building workshop for starting Community-Based Integrated Care）を開催した。本ワークショップでは、埼玉県内の地域包括ケアセンターや在宅医療拠点等のわが国の現場での取組みに関する実地見学を行った。

これらのWPROとの共同ワークショップは、科学院に3つあるWHO研究協力センターのうち「WHO Collaborating Centre for Integrated People-Centred Service Delivery」としての活動でもあり、域内の高齢化政策に関与する人材の育成や政策の推進に貢献するものと考えられる。

今後もJICA、WHO/WPRO等の国際（協力）機関とともに、NCD、UHC、高齢化等に関する政策を担う、低中開発国の政策立案者・行政官の人材育成を推進していきたい。

持続可能な医療を世界に -北原グループの目指す医療の海外展開-

亀田 佳一
(北原国際病院)

私が所属する北原グループは東京都で脳と心臓の疾患に予防、救急医療からリハビリ、在宅フォローまで一貫した医療を提供し、東京都で上位3位に入る脳卒中患者への治療実績を持つ病院でありながら、病院の枠を越えて挑戦を続ける病院で、様々な事業に取り組んでいます。ここに入職したことで、私は海外事業や新規事業立ち上げなど、様々な事業に携わり、他病院ではできない貴重な経験をしてきました。その1つが本講演タイトルにもある医療の海外展開です。

当グループが医療の海外展開で目指しているのは持続可能な医療を途上国に構築することです。そのために現地の方々が自立して医療を提供できる能力を身につけること、無理なく持続できるようなビジネスとして成立させることに注力しています。2016年に開設したカンボジアの **Sunrise Japan Hospital** では、開院前の1年間、日本でカンボジア人医療者に教育を行い、開院後も日本人が現地で継続して教育を続けています。また、病院は臨床能力だけでは運営できないため、臨床以外に施設管理や事務、経営について教育を行っています。今では、カンボジア人スタッフが成長したため、現地の日本人の数は半数になり、現地の方を対象とした外資系病院でありながら経営面で黒字転換しており、日本医療輸出の成功モデルとして日本政府からも国内外に紹介されるようになっています。

カンボジア進出時には東アジア・アセアン経済研究センター、経済産業省の支援を受けました。その後、ベトナム、タイへの進出時にも経済産業省の支援を受けました。資金的な支援だけでなく、政府の支援を受けることで、進出先の国で信頼できるパートナーを得ることに支援いただいています。

私がここ10年ほど海外事業に関わって感じるのは日本の急速な没落です。経済が30年間停滞している日本は、医療においても優位性を失いかけています。今後は世界の中での日本の立ち位置を客観視し、日本が世界に向けて提供できる価値を見つめ直す必要があります。そして現状、日本のアドバンテージと言えるのは世界一の高齢国家であることと、脳神経外科のガラパゴス的進化だと考えています。現在、東南アジアは急速な経済成長中で、近い将来、今の日本と同等の経済力を持つようになる反面、高齢化が進み日本と同様の課題に直面すると言われていています。既に直面している高齢化問題の解決方法を生み出し、それを世界に輸出することこそ日本が世界に貢献すべきことではないでしょうか。本講演では、私たちの海外事業とそれらの事業を経験することで得た私の私見についてお話をさせていただきます。海外で医療をしたいと考えているセラピストの皆様が「これからの日本医療の海外展開」について考えるきっかけの1つになれば幸いです。

NGOによる国際協力の実践

大室 和也

(AAR Japan 難民を助ける会)

NGOによる国際協力の実践について、私が所属するAAR Japanの例を中心に紹介する。NGOとは、非政府組織（Non-Governmental Organization）の略称であり、国際支援の世界においては、国家機関や国連機関と異なり、民間が組織する支援団体のことをNGOと呼ぶ。NGOの特徴は、長期的な活動を柔軟に実施することや、活動の財源が寄付であることなどと言える。

AAR Japanは、1979年にインドシナ難民を支援する目的で日本にて設立され、以来44年間で、60を超える国や地域の人々を支援してきた。現在は、難民や障がい者が直面する課題への対応、災害の被災者への緊急支援などを17カ国で展開している。

特に、障がい者の課題解決や生活の質向上を目指す活動として、カンボジアやミャンマー、パキスタンなどでのインクルーシブ教育事業、ラオスでの生計向上事業、ウクライナでの人道支援、ウガンダでの地雷被害者支援などを実施している。多方面へのアクセシビリティが確保されていない障がい者を支援対象とする事業では、当人や関係者の能力強化（人材育成）、周囲の人々への啓発、物理的アクセシビリティの確保、社会制度へのアプローチなどが重要な構成要素となる。

ここで、人材育成と社会制度へのアプローチについて、カンボジアの例を紹介する。カンボジアでは、障がいのある児童が、地元の通常学校で適切に学べる環境を整備する事業（インクルーシブ教育事業）を実施している。そこで人材育成の対象とするのは、学校管理職や教員、教育行政職員、地域行政の関係者である。それぞれの課題に合わせた研修を実施するとともに、受講生が後に講師となって研修を実施することを目標にした講師養成研修も行う。受講生が知識や技能を身に付けることだけでなく、持続的な研修運営や、実践までのフォローアップの観点でも活動を組み立てる必要がある。なお、現地スタッフの育成も大変重要である。

また、同事業における制度面へのアプローチの成果としては、インクルーシブ教育に関する国家戦略の作成過程に参加し、AARが把握している現場の課題を行政文書に残したこと、AARが作成したインクルーシブ教育チェックリストについて政府承認を得たことなどがある。行政への丁寧な報告や相談に基づいた信頼関係の構築と行政職員の巻き込みを行ったことが一つの要因である。事業を実施する国や地域により、事業実施時の配慮すべきポイントは異なる。そのため、そこに住む人々の課題意識や意見をベースに、共に事業を形成し実行する姿勢や体制が極めて重要である。

モンゴルにおける障害者権利条約の実現と JICA 技術協力プロジェクトの役割

千葉 寿夫

(株式会社コーエイリサーチ&コンサルティング)

モンゴルでは、JICA 技術協力プロジェクト「ウランバートル市における障害者の社会参加促進プロジェクト（2016年～2020年、以下 DPUB1）」、「障害者就労支援制度構築プロジェクト（2021年～2025年、以下 DPUB2）」が実施されている。DPUB1 は幅広く活動を実施し障害者の社会参加全般を押し進めるもので、DPUB2 は障害者の就労に特化した取り組みである。筆者は、両プロジェクトに業務主任として参加し、プロジェクト運営から活動実施・管理などを担当した。

DPUB1 は、人材育成として障害者団体と行政機関の能力強化が図られ、活動として障害者白書の作成、物理・情報アクセスバリエーション対策、障害理解の促進などが実施された。DPUB2 では、人材育成としてジョブコーチと企業啓発人材の育成が図られ、活動として障害者に対する就労支援サービスの提供、企業に対する障害者雇用啓発が実施された。

筆者が担当した JICA 技術協力プロジェクトでは、人材育成と複数の活動がセットで実施されている。育成された人材が、活動を実施し、継続することが理想と考えている。また継続するために「制度の構築」が求められている。DPUB1 でも DPUB2 でも、この制度構築を見据えた人材育成と活動が重要であった。

物理アクセスバリエーションを事例に取ると、プロジェクト開始当時、様々な課題が指摘されていた。しかし DPUB で調査し、問題を整理してみると「建築管理制度」に問題が集約されていることがわかった。そこで、建築管理制度と管理方法、また法制度や建築基準の見直しを行い、物理アクセスバリエーションの向上に貢献することができた。

DPUB2 でも同様である。まず課題の把握と整理を行い、どの課題をどのように解決するか、関係者全員で整理する。今回は、職業紹介、企業啓発、行政支援プログラム、障害者の能力強化の4つに整理し、それぞれ対策を講じた。すべての課題をプロジェクトで解決するのではなく、職業紹介所、職業訓練機関、地方自治体、NGO などと連携し、解決に当たる。結果として、ジョブコーチ就労支援制度を構築し、企業啓発活動を強化することができ、現在、障害者の就労が徐々にではあるが促進されている。

この2つのプロジェクト経験から、技術協力プロジェクトで成果を出し、持続性を確保するためには、人材、知識、制度、予算の4つが重要と考えている。特に予算は重要であり、予算規模、確保、使用に至るまで、行政機関と綿密に協議し予算確保に努める。また予算が足りない場合の対策も検討する。さらに企業や NGO と連携し、彼らにメリットが生じるような支援策や制度を準備し、共同して課題解決に当たり、金銭的負担が利益になるように努めている。すべてが上手く行く訳では無いが、このような対策によりモンゴルでは一定の成果が出ているものと信じている。本事例が何かの参考になれば幸いである。

タイの高齢分野の国際協力実践について

奥井 利幸
(野毛坂グローバル)

世界的に高齢化がすすむなか、タイは特にその速度が速い。平均寿命の伸びもあり、今後さらに要介護高齢者が増えることが見込まれる。一方で、生活保護、年金、介護保険などの公的制度が不十分ななか、国の政策として、保健ボランティア、高齢者ケアボランティア、ケアギバーなど「研修を受けた」ボランティアなど地域コミュニティによる高齢者介護が重要としている。日本型の社会的保障システムとは異なる「タイ型地域包括ケア制度」の確立を目指して各地域では様々な取り組みを模索している。タイにおける高齢者ケア制度をまとめ、そのうえで、神奈川県湯河原町、NGO 野毛坂グローバルがタイで実施する「タイ国の「自治体ネットワーク」によるコミュニティベース統合型高齢者ケアの普及モデル構築と人材循環プロジェクト（略称：スマート&ストロング プロジェクト）」を事例として報告する。

タイにおける高齢者ケア制度は、1) 元気な高齢者を対象 2) 何らかの支援が必要な高齢者を対象 3) 介護が必要な高齢者を対象 と分類され取り組みがなされている。それぞれの活動の担い手はボランティアが中心であり、1) は高齢者クラブ、2) は保健ボランティアや高齢者ケアボランティア、3) はケアギバーがあたる。特に、3) に関しては日本の介護保険に似た制度である「コミュニティベース高齢者ケアシステム」に則っている。これは、ケアマネージャーが作成したケアプランに基づき、有償ボランティアであるケアギバーが介護サービスを提供する公的システムである。ケアギバーは70時間の研修を受講することが必須であり、420時間の介護士研修をうけたものも少なくはない。

スマート&ストロング プロジェクトでは、タイの自治体をネットワーク化し、各取り組みを相互に学ぶことを目的としたプロジェクトである。従来の開発協力プロジェクトでは、事前に目的とターゲットを設定して、モデル事業を実施し、その成果を他地域に普及するアプローチがとられることが多かった。達成すべき事項が明確である反面、地域の創意工夫の余地が少なく、オーナーシップの醸成や、予算的、人的持続可能性に課題があることもある。同プロジェクトでは、達成すべき目的を設定せずに、またヒト、モノ、カネも投入しないユニークなマネジメントを行っている。

同プロジェクトは、参加自治体が、プロジェクト開始時の9自治体から26自治体に拡大している。地域の創意工夫、主体性、普及の容易さなど多くの利点があり、デイケアセンターの設立、認知症カフェの実施など成果が発現している。一方で、当該アプローチはネットワーク各自治体がある程度の能力と予算を持つ際にのみ有効と思われる。

理学療法と国際事業

伊藤 智典

(公益社団法人 日本理学療法士協会)

グローバル化が進んでいる。人、物、金、情報などが国境をこえて移動し、地球規模で影響が発生している。海外の大企業が日本に進出していること、スマートフォンの爆発的な海外展開、日本企業の他国での工場の設置、海外映画の視聴や日本のアニメーションの海外への展開、為替レートや TPP で輸出入の議論など、様々なものがある。ヘルスケア領域では感染症、ワクチンや薬剤、医療器材、食文化、さらにはヘルステックに関連するデバイスやシステム、アプリなど健康に影響するものも国境を越えている現状がある。

地球規模課題に取り組むため国連総会で定められた SDGs には 17 のゴールがあるが、そのうちゴール 3 は「**Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages**」である。このゴールを達成するため、ターゲットと指標が示されており、ユニバーサルヘルスカバレッジの達成が含まれている。また、ユニバーサルヘルスカバレッジは、「**It covers the full continuum of essential health services, from health promotion to prevention, treatment, rehabilitation and palliative care.**」で、ここにリハビリテーションが含まれている。リハビリテーションは横断的な課題であることから、SDGs においてはこのゴール 3 のみならず、多くのゴールにリハビリテーションが関連している。それら課題に対応するためには、パートナーシップワークが必須であることから、ゴール 17 にその重要性がうたわれている。

インド、アフリカの爆発的な人口増というグローバルトレンドがある一方、日本に目を向けると少子高齢社会で、生産労働人口の減少がすすんでいる。日本政府では、少子高齢社会に伴う、経済成長の低下を防ぐために様々な取り組みがなされているが、2040 年時点で建設・土木や介護など 7 職種で担い手が不足することが予測されているが、今年の 6 月に開催された外国人材の受け入れ・共生に関する関係閣僚会議においては様々な意見交換がなされた。リハビリテーション専門職、理学療法士が国内外で活躍できる社会はどのようなものか。

本講演ではグローバル化やパートナーシップワーク、SDGs にも触れながら、理学療法士がどのような場所で活躍するか、またこれらの現状をふまえてどのような国際事業、活動があるかについて報告したいと考える。

日本作業療法士協会国際部による国際化事業について

高橋 香代子

(一般社団法人 日本作業療法士協会)

日本作業療法士協会国際部は、「国際的作業療法士」の育成に注力しています。国際的作業療法士は、国際社会及び地域の多様性と多文化を認識・尊重し、そして作業療法に関する国際的課題解決のための情報力と発信力を持つ人材であると考えています。本日は、国際部が会員に提供する研修会、助成金制度、国際交流事業についてご紹介します。

国際部では年に2回、オンライン研修会「英語で発表セミナー (2023/10/22)」と「グローバル人材育成セミナー (2023/12/17)」を開催しています。「英語で発表セミナー」は、国際学会や海外の施設へこれから行ってみよう、演題登録に向けた抄録作成をしたい等、海外への足掛かりとして準備を進めたいという方の参加を推奨しています。「グローバル人材育成セミナー」は、海外で就労したり、グローバルに活動している作業療法士・JICA海外協力隊経験者にご講演をいただくなど、作業療法士の国際的な活動方法について情報提供しています。

そして、会員の国際学会参加や国際交流の支援を推進することを目的とした「海外研修助成制度」では、海外で開催される学会における作業療法に関連する研究発表や海外の作業療法に関連する臨床(教育)施設への訪問希望者を募集し、決定すれば費用の一部を補助しています。創設以降、6名の国際学会発表と5名の施設訪問を支援しました。

最後に、国際交流の主要事業として、「アジア作業療法協会交流会」と「日本-台湾作業療法ジョイントシンポジウム」があります。

「アジア作業療法協会交流会」は、隔年で開催している国際交流・情報交換イベントです。香港、韓国、フィリピン、シンガポール、台湾、日本の6協会が参加します。毎回テーマを決めて、各国・地域が抱える課題・現状について発表をしています。過去には各国・地域の作業療法事情、養成教育・卒後教育、学術活動、精神障害、女性作業療法士への支援、コロナ禍における取組みなどの発表がありました。

また、台湾作業療法協会と協力し、2017年から2年ごとに互いの国で「日本-台湾作業療法ジョイントシンポジウム」を開催しています。COVID-19の影響により延期されたこともありましたが、これまでに4回(2017年桃園市、2019年福岡市、2022年台北市、2023年宜野湾市)開催してきました。両協会から多くの作業療法士が参加して交流を深めています。2022年12月には台湾作業療法協会と学術交流協定の締結が実現し、会員間の交流をさらに促進していくための検討を進めています。

「海外の作業療法士と交流したい」「海外で作業療法を展開してみたい」「途上国で国際協力に参加したい」などの興味・関心がある反面、「語学が難しいので私には無理」「国際協力・国際交流への参加への方法がわからない」と不安に思っている方も多いと思います。ぜひ、本会国際部が企画・運営する事業に参加してみてください。一步を踏み出す、新しい発見があるかもしれません。

言語聴覚士協会の現状と方向性について

立石 雅子

(一般社団法人 日本言語聴覚士協会)

国際リハビリテーション研究会から協会の国際事業の紹介をしてほしいというご依頼がありました。理学療法士、作業療法士と並んでのご依頼でしたので協会がお引き受けすることになりました。しかし本協会には国際事業と呼べるものがないという問題があります。

このことを正直にお伝えした上で、折角の機会ですので、言語聴覚士と国際関係の活動をめぐる現状を整理してお話しさせていただきたいと思います。

理学療法士や作業療法士に遅れること 32 年、1997 年に言語聴覚士の国家資格は制定されました。そして言語聴覚士協会が活動を始めたのは 2000 年のことです。2009 年には一般社団法人となりました。設立から 20 年以上経過しているものの、その間、協会の役員の目はほぼ内部の組織づくりに向けられていたといっても過言ではありません。

さて、協会では関係省庁に言語聴覚士を外国人の在留資格「医療」の基準に入れていただくよう働きかけを始めました。留学して日本で言語聴覚士の資格を取得した海外の人は、日本でそのまま言語聴覚士として働くことはできないのです。最近まで本協会ではその事実を知りませんでした。これも協会の活動が内向きであったことを示す一例でしょう。

現在、協会では会員数の多い団体の一つとして IALP* の会議に出席する、APSSLH* などアジアの組織との関係性を構築する、など対外的な活動を徐々に増やそうとしています。

組織としての活動がそのような状況ですから、海外との関係性を作るという点はかなりの部分、個人に任されてきました。1960 年代、まだ国内での教育が始まっていない時期に海外で言語聴覚療法の学問を修めた人々は先駆者としてこの領域を支えてきました。自身が国際的な学協会でも重要な役割を果たすだけでなく、国際学会での英語による発表や論文作成の指導を通して若い方々を激励し育てることも積極的に行っています。

また国際協力機構 (JICA) を通して海外に出る人もいます。派遣先には言語聴覚士という職種が明確に確立されていない国もあります。異なる文化や考え方を十分理解し、臨床を通して言語聴覚療法の知識や技能を伝えることは容易ではありませんが挑戦を続けています。

今回、国際的な関係性を作ったさまざまな人に伺った話をまとめ、協会が会員を支援するために何ができるか、その方向性についてもお話させていただきたいと思います。

*IALP : International Association of Communication Sciences and Disorders

*APSSLH : Asia Pacific Society of Speech, Language and Hearing

世界における超高齢社会の最先端
- いろどりの丘：人口減少社会における持続可能な社会の実現を目指して -

亀田 佳一
(北原国際病院)

医療の海外展開と地域医療には、現在の医療資源、人材、将来予測される社会的変化など多くの違いがあります。医療の海外展開は基本的に、日本に既に存在している医療を、それを持たない国に持ちこんで広めるといふ取り組みが多いように思います。私が所属する北原グループの海外事業もそうでした。東南アジアなど経済的に成長していく国に、現地にはない必要なモノを持ちこめば、ニーズを掴みやすくビジネスとして成り立つ可能性も高いと思います。一方、日本の地方は場所にもよりますが、途上国と比較すれば十分とはいえないまでも環境が整っているところがほとんどです。しかし、経済的な成長が望めず、さらに進む高齢化や人口減少を考慮すると、足りないものを持ちこんでも持続させることは難しく、これまでにない新たな解決策を考えなければなりません。どの国も経験したことのない世界一の高齢国家となった日本は独自に解決方法を生み出さなければならないのです。では、どうやって生み出すか。海外で医療や文化、社会を経験してきた皆さんの経験や知識がその鍵になるかもしれません。

例えば、イタリアのサルディーニャ島、コスタリカなど 100 歳以上になっても自立して生活している高齢者が非常に多い地域はブルーゾーンと呼ばれていますが、ここには高度医療を提供できる病院はありません。共通して見られるのは、自然豊かな環境の中で、バランスのよい食事をとり、日々役割を持って労働し、社会的なつながりが強い小さなコミュニティの中で生活をしているということです。ブルーゾーンの住民がなぜ健康長寿でいられるのか科学的に証明されていませんが、この話を聞くと健康長寿に医療は必要なのか疑問に思ってしまうます。私たちは、このような日本ではあまり知られていない情報や知識を持ち寄ることで世界一の高齢社会が直面する課題の解決策を創り出すことができるかもしれないと考えています。

私が所属する北原グループは東日本大震災で津波の被害にあった宮城県東松島市に、人口減少社会においても持続可能な社会の実現を目指して複合施設「いろどりの丘」を開設しました。いろどりの丘はカフェ、お風呂、岩盤浴、ホテル、多目的ルーム、クリニックや介護施設が一体となった施設です。ここを拠点にコミュニティを作り人工的にブルーゾーンを作れないかと取り組んでいます。海外で医療支援する方々は、以前の私も含め、日本の医療の方が優れているという思い込みがあるかもしれませんが、もしかしたら医療途上国で日本の課題を解決する鍵が見つかるかもしれません。

国内でのマネジメント業務に活かされる青年海外協力隊での経験

川野 晃裕

(リニエ訪問看護ステーションキッズ世田谷)

リハビリテーション専門職が国際協力に携わる事業・業務形態はいくつか存在するが、その中でも青年海外協力隊（現 JICA 海外協力隊）は、長年主な派遣手段の一つになっており、筆者も元隊員の 1 人である。

筆者は大学卒業後、国内で 5 年間理学療法士として、主に小児リハビリテーション分野に携わった。その後、2018 年 10 月からウズベキスタン共和国の国立小児リハビリテーションセンターに派遣された。ウズベキスタンは World Physiotherapy 非加盟国で、リハビリテーションに関する知識・技術とにもとても不足している。赴任先での主な活動として、国内全域から入院してくる子どもたちを対象に、看護師とともに運動療法に関わった。活動の最中、2020 年 3 月に COVID-19 により、JICA 初となる全隊員撤退(帰国)を経験した。本来 2 年間の任国での活動は、1 年半で帰国となり、活動自体は中途半端な形で終了した。

その後は、現在所属する訪問看護ステーションにて勤務している。当事業所では、出生後 NICU などを経て自宅に退院する医療的ケア児、支援学級に在籍し学校の授業や対人関係に困難さを抱える神経発達症児など多岐にわたり訪問を行っている。国内でも病院・通所施設へのアクセスが難しい家庭、現行の制度では十分な支援の対象とならず育児負担が大きいと感じている家庭などが存在し、そのような家庭を支援することは国際リハにおける CBR にも類似している。当事業所でも CBR のように家族間のコミュニティ作りや他施設との連携方法などを現在進めている。

また、昨年 4 月から管理職となり、事業所の経営・業務整備・人材育成などに携わっているが、隊員での経験は大きい。多くの隊員は活動先にて業務整備や人材育成などのマネジメントを行う。筆者は活動当初、現地スタッフへ一方的に自分の考えを押しつけ、活動がうまく進まなかった。さまざまな人種や言語、信仰宗教が交わる異国の地で生活・活動をする中で、リハビリテーションにおいても価値観や倫理観、死生観の違いが大きく影響していることを実感した。活動を進める中でも「相手を理解する」「物事を俯瞰し多角的に捉える」ことを意識したことで、現地スタッフから少しずつ受け入れてもらえることが増えた。それまでマネジメント経験のなかった筆者が得た学びは、現在の役職においても大切にしている。

また、家族やプライベートを大切に、男性・女性の役割が明確に分かれる任国の価値観にふれる中で、近年日本でも議論されている「ワークライフバランス」「男性の育児」も考える機会が多くあり、こちらも現在のマネジメントに活かされている。

このように私の現在の活動と国際協力・国際リハの経験がどのように結びついているか、なぜ考え方が変化したかをシンポジウムにて紹介し、みなさんと意見交換できたら嬉しい。

～ひきだしとつながり A/T bank～

中村 賢二

(生活リハビリサポートいな)

国内外を問わず、毎日の活動現場のアプローチで迷うことは多いのではないのでしょうか。

「自分の関わりは、その場の環境やとりまく人間関係、歴史や文化、相手の経済性や教育背景に適したものだったのだろうか？そして人と人のつながりや広がりには自分は関わっていたのだろうか？」と自問自答した経験は多くの方におありだと思います。

素朴にそんな想いに寄り添いたいと適正技術バンク (Appropriate Technology:以下 ATbank) を始め数年が経ちました。適正という敷居が高くなってしまいかもかもしれませんが、文化や社会背景、環境や経済状況が多様な国際協力の現場では、皆さんのどんな体験もきっとどこかの・だれかの参考になるはずと考えております。大切なのは場面・場面で選ぶことができる引き出しやつながりの多様さではないかと。多様な社会・多様な文化環境の中で活動する国際リハ場面では特に、ある時自分としては失敗した、今ひとつだったと思う体験も、実はどこかの誰かのいつかには、適正に必要な情報になるかもしれません。大切なのは経験の共有と考えます。

また通信状況の変化の中で様々な ICT や、造形に関わる技術が安価に変化しつつある 3D プリンターなど、アナログ一辺倒だった以前の国際リハも場面によって変化しています。こうした体験共有やチャレンジ、うまく行かなかったことなども含め様々なアプローチを蓄積する必要があります。

今回、今までのツールをより使いやすく変更し、また SNS でのやり取りを増やすことで、皆さんの毎日の多様性をより共有しやすくしました。実際の共有ツールに触れながら、気軽に参加していただき、今後の多くの人のいろいろな気づきや繋がりが生まれるスタートとなることを期待しております。AT アイデア共有やチャレンジのスタートの時間にしましょう。

これから国際協力に関わる人たち、そして我々自身の身近なツールとして充実していくと良いですね。ご協力よろしく願致します。

ペルー障害児スポーツプロジェクト ～現地調査を実施して～

◎松本 侑己¹⁾²⁾, 津崎 千佳²⁾³⁾, 西崎 武文²⁾⁴⁾, 広田 美江¹⁾²⁾

- 1) 独立行政法人 国立病院機構 別府医療センター リハビリテーション科
- 2) 公益社団法人 大分県理学療法士協会 国際活動推進委員会
- 3) 独立行政法人 国立病院機構 宮崎東病院 リハビリテーション科
- 4) 独立行政法人 国立病院機構 西別府病院 リハビリテーション科

【はじめに】

大分県理学療法士協会では、国際協力機構（以下：JICA）草の根技術協力事業として、ペルーにおける障害児スポーツ指導力強化および普及促進プロジェクトを実施している。今回、日本・ペルー友好国立障害者リハビリテーションセンター（以下：INR）で現地調査を実施したので報告する。

【背景】

2013年よりシニア海外ボランティアおよび短期青年海外協力隊によって継続された「ペルー障害者スポーツ事業」は、今日まで受け継がれている。INRにおける障害児スポーツの現状や課題を確認した上で、日本とペルーの協力体制の具体的内容及び留意点を明確にすることを目的とした現地調査を実施した。

【方法】

現地調査は、大分県理学療法士協会の理学療法士4名と現地通訳1名にて実施した。調査期間は、2023年2月6日～2023年2月9日。場所：INR（リマ市チョリジョス地区）。対象：INRの医師2名と理学療法士4名。対象部門：精神運動発達障害部、知的障害・社会適応障害部、脊髄損傷部。実施内容：ウェルカムセレモニー、施設見学、リハビリテーション見学、障害児スポーツ見学、医師、理学療法士、患者および家族を対象としたインタビューを行った。

【結果】

現在は3部門中、精神運動発達障害部、知的障害・社会適応障害部の2部門でスポーツを実施していた。精神運動発達障害部において、最も多かった疾患は自閉症であり、年齢：3～10歳、年間対象者：320名、1グループ：12名、実施時間：2時間、週：1回、1セッション：6回、追加セッションは4ヶ月待ちの状態であった。知的障害・社会適応障害部で、最も多かった疾患は精神発達遅滞、年齢：10～37歳、年間対象者：300名、1グループ：6名、実施時間：2時間、週：3回、1セッション：20回、追加セッションは待機の状態であった。また、地元であるチョリジョス地区からの通院が多かった。家族へのインタビューでは、児の就職について不安があるとの声も聞かれた。スポーツ内容は、バスケットやサッカーのドリブル、ステップ練習で、ゲームは行われていなかった。理学療法は、6～8セッションを一つの治療としていた。

【結論】

スポーツの部分的な個人動作練習は行われていたが、集団で行うトレーニングや練習試合は、行われていなかった。今後は、今回の現地調査を基に、障害児スポーツの運営・指導能力向上を目標に、2023年5月14日から大分県を拠点とした訪日研修を実施する予定である。

ペルー障害児スポーツプロジェクト ～アクティブチャイルドプログラムを使用して～

◎津崎 千佳¹⁾²⁾， 松本 侑己²⁾³⁾， 西崎 武文²⁾⁴⁾， 広田 美江²⁾³⁾

- 1) 独立行政法人 国立病院機構 宮崎東病院 リハビリテーション科
- 2) 公益社団法人 大分県理学療法士協会 国際活動推進委員会
- 3) 独立行政法人 国立病院機構 別府医療センター リハビリテーション科
- 4) 独立行政法人 国立病院機構 西別府病院 リハビリテーション科

【COI 開示】

演題発表に関連し、発表者らに開示すべき COI 関係にある企業等はありません。

【はじめに】

我々は、大分県理学療法士協会を提案団体として、2022 年から日本・ペルー友好国立障害者リハビリテーションセンター（以下、INR）を対象に、国際協力機構（JICA）草の根技術協力事業「ペルー障害児スポーツプロジェクト」を実施している。INR における現状の課題を明らかにするため、自己および他者採点方式による指導技術評価シート（以下、評価シート）を作成しなければならなかった。しかし、COVID-19 パンデミックにより現地の状況が停滞する中、初めての国際活動で評価シートを作成することは容易ではなかった。今回、公益財団法人日本スポーツ協会が開発したアクティブチャイルドプログラム（以下、ACP）を基に評価シートを作成することで、INR における障害児スポーツの安全管理や指導者の評価が可能となった。この取り組みを通して、ACP は健常の子供たちだけでなく障害児や開発途上国での運動指導にも実用的であり、今後の活動にも十分応用できるものであるため、作成に至るまでのプロセスと評価シートおよび ACP の内容をここに紹介する。

【方法】

2022 年 9 月～11 月の間、日本側理学療法士 2 名を中心にペルー側医師 1 名および理学療法士 1 名と協働して評価シートを作成した。内容は、大項目に「安全管理」と「理学療法」の 2 つを設定し、それぞれ ACP 指導者向けの「安全管理チェックリスト」と「指導者と保護者のためのチェックリスト」を参考に作成した。

【結果および考察】

ACP は子どもが発達段階に応じて身につけていく動きのプログラムとして、日本の医療機関・教育現場からスポーツ少年団、プロスポーツチームまで実際の指導現場で積極的に活用されている。内容は指導者向けと家庭向けに分かれており、前者は動きの観察評価、発達段階の特徴や指導のノウハウ等、後者は親子でできる運動遊びを中心としている。今回、指導者向けの各チェックリストを参考にすることで評価シート作成のヒントが得られ、特に安全管理やコミュニケーション技術の項目では評価すべき視点を抑えることができた。しかし、ACP はあくまでも運動プログラムの一環であるため、医学的評価やスポーツ技術評価の項目については工夫する必要がある。

【まとめ】

ACP は運動プログラムだけでなく評価シート作成にも応用が効くものであり、開発途上国の子どもや障害児の運動を行う際には非常に役立つツールである。

ペルー障害児スポーツプロジェクト～本邦研修の報告～

◎西崎 武文¹⁾²⁾, 津崎 千佳²⁾³⁾, 松本 侑己²⁾⁴⁾, 広田 美江²⁾⁴⁾

- 1) 独立行政法人 国立病院機構 西別府病院 リハビリテーション科
- 2) 公益社団法人 大分県理学療法士協会 国際活動推進委員会
- 3) 独立行政法人 国立病院機構 宮崎東病院 リハビリテーション科
- 4) 独立行政法人 国立病院機構 別府医療センター リハビリテーション科

【背景】

日本・ペルー友好国立障害者リハビリテーションセンター(以下:INR)をカウンターパートとした「ペルー障害者スポーツ事業」は、2013年よりシニア海外ボランティアおよび短期青年海外協力隊にて今日まで協力体制が継続されてきた。2022年からは公益社団法人大分県理学療法士協会が受け入れ団体となり「ペルーにおける障害児スポーツ指導力強化および普及促進プロジェクト」を行っている。COVID-19 パンデミックの影響で本邦研修の実施が危ぶまれたが、時期の変更を経てなんとか実施することができた。今回は研修内容と研修を受けた INR スタッフが立案したアクションプラン、アンケート結果を中心に報告する。

【目的】

本邦研修の地である大分県には、「太陽の家」をはじめとして、障害児・者のスポーツに関わる施設や団体がある。本邦研修の目的は、研修を通して障害児スポーツの実施方法や啓蒙活動の方法を学び、INR の医師・理学療法士の障害児スポーツの運営能力と指導能力が向上することであった。また、最終的にはペルー国内での活動の指針となるアクションプランを立案することであった。

【活動の内容】

INR の医師 2 名、理学療法士 4 名が来日し、大分県別府市および大分市内で 2023 年 5 月 14 日から 30 日までの 17 日間の研修を行った。研修の内容は急性期病院、回復期病院での日本の医療研修、太陽の家をはじめとした障害者に関連する施設での障害児・者スポーツ研修、障害者スポーツ大会の見学、シンポジウム、日本の文化に関する研修であった。体調不良など大きな問題もなく、予定していた 17 日間の研修を実施することができた。研修の最後には INR スタッフがアクションプランを作成し、本邦研修で学んだスポーツの実施に向けたスケジュールや実施内容の発表を行った。研修後のアンケートでは研修内容や日程、時間配分などに対して良好な回答が得られた反面、COVID-19 パンデミックの影響のためと理解はできたが、施設や学校での障害児スポーツの見学が出来なかったことが残念であったとの意見も挙がった。

【今後の取り組み】

今後は動画を用いた技術指導、ルールブック作成などの支援を行い INR スタッフの現地での取り組みを活性化し、更なる指導力強化を目指す予定である。

【倫理的配慮】

発表にあたり関係施設の承諾を得た。また、患者および施設利用者に対し、個人が特定されないよう配慮を行った。

「タイ国自治体ネットワークによるコミュニティベース統合型高齢者ケア事業」
認知症カフェ普及：事例報告

◎鈴木 知世¹⁾， 山口 佳小里²⁾， 沖浦 文彦³⁾

1) 国際教養大学 国際教養学部 4年

2) 国立保健医療科学院

3) 東京都市大学

【背景】

近年急速な高齢化が進むタイでは、各地域の特徴や資源に即した高齢者ケアの体制構築が求められる。認知症ケアは特に地域ぐるみの理解と支え合いが重要である。JICA 草の根技術協力事業「タイ国の自治体ネットワークによるコミュニティベース統合型高齢者ケア普及プロジェクト」では、日本の自治体とタイの複数自治体をネットワーク化し、各地の取り組みを相互に学び合うことにより、「コミュニティベース統合型高齢者ケア」の優良事例を各地に適合した形で普及する活動を実施する。その事例として、タイでの認知症カフェ普及に取り組む。

【目的】

同事業において具体的に普及が進んでいる活動事例「認知症カフェ」の普及経緯を明らかにする。

【方法】

事業計画・報告書の調査を行い、認知症カフェ普及の経緯を整理した。

【倫理的配慮】

当発表は事業計画・報告書を基に調査する事例整理であり、倫理的配慮が求められる対象が存在しないため、該当しない。

【結果】

同事業では、タイ各地の自治体をネットワークすることで、相互の学びあいによる活動の普及を実施している。認知症カフェにおいては、まず自治体 A に対して日本の現地視察・研修を実施し、認知症カフェや認知症サポーター養成講座などの事例を学ぶ機会が促された。その知見をもとに、自治体 A では、認知症カフェを計 9 回実施、また改善してきた。その経験がネットワークの枠組みにより、相互の訪問、オンライン会議、助言などを通じて自治体 B・C との学びあいの機会となり、自治体 B・C もそれぞれ独自に認知症カフェを実施した。また、同事業のネットワークに加盟する自治体数は 26 か所に拡大しており、これに伴い認知症カフェの取り組みも他の自治体に広がりつつある。

【考察】

自治体のネットワークのメカニズムは、認知症カフェの普及に有効であったと考えられる。その理由として、1) 援助機関はネットワークを構築する支援やそれによる学び合いを促進する活動が主であった、2) 必要予算は各自治体が手当を行なった、3) 中央政府主体ではなかった、4) 多くの関係機関のネットワークにより相互訪問や研修参加機会が多く作れた、ことによる高いオーナーシップの醸成とそれによる主体的な創意工夫ができたためであると考えられる。

マンパワー不足の改善に向けた CI 療法導入の提案
 -ドミニカ共和国での実践-

◎森 裕美¹⁾²⁾, 中尾 学人³⁾⁴⁾

- 1) 株式会社 mediVR
- 2) 独立行政法人 国際協力機構 JICA 海外協力隊
- 3) 札幌医科大学大学院 保健医療学研究科
- 4) 札幌医学技術福祉歯科専門学校 理学療法士科

【背景・目的】

独立行政法人国際協力機構青年海外協力隊として、ドミニカ共和国のリハビリセンターで活動した。当リハビリセンターは新型コロナウイルスの影響を受けて片麻痺を始めとした対象者が急増し、1人の作業療法士(OT)が多数の対象者を同時に対応している状況である。積極的な治療介入が必要である一方で、十分な治療ができておらずマンパワー不足が課題となっている。マンパワー不足の補完ができる治療法の一つとして CI 療法(Constraint-induced movement therapy 以下、CI 療法)がある。この手法のうち、自己管理型 CI 療法は、OT が適切な難易度調節を施したうえで訓練を導入することで、内的動機付けの強化やセルフモニタリング精度の向上効果が認められ、麻痺手の使用頻度に好影響を与える可能性があるとされている。また、対象者が自立して環境設定を行うため、マンパワーの補完が期待できるとされ、急性期から慢性期までの対象者に対して一定の成果が得られるとする報告が多数ある。そこで、本研究の目的は、CI 療法を通じた一対複数による介入システムの構築を図るために、対象者を一人に限定し、CI 療法による治療効果の検証を実施することとした。本研究は倫理的指針に従い、研究参加者の権利とプライバシーを尊重した。

【方法】

中等度脳卒中片麻痺者 1 名に対し Daly ら 1)の報告に倣い、Fugl-Meyer Assessment(FMA)の上肢項目において 30~49 点の対象者を中等度脳卒中の包含基準として設けた。CI 療法の適応基準は、「手関節が 20 度以上随意的に伸展できる」、「母指を含む 3 本指の中手指節間関節と近位指節間関節が 10 度以上伸展できる」とする。内容は Takebayashi ら 2)の手法を参考にし、CI 療法に準じた課題指向型アプローチと Transfer package を実施し、1日 300 回から 600 回を目安に実施した 3)。介入前後の麻痺側上肢の機能と日常生活内の使用頻度を観察するため、FMA に加え、Motor Activity Log (MAL)の麻痺側使用頻度 (AOU) および動作の質(QOM)を用いた。介入期間は 2 週間とした。

【結果】

介入前後で上肢 FMA が 35(中等度)から 50(軽度)へ、MAL が AOU0 から 3、QOM0 から 3 へ改善し、麻痺手を使用した食事や洗顔が可能となった。

【考察】

自己管理型 CI 療法の介入前後で、FMA や AOU、QOM に改善が認められた。このことから、CI 療法は、マンパワー不足が課題となっている当リハビリセンターにおいて、対象者の自立度を向上させる有用な手法の一つになりうる可能性がある。

脳卒中片麻痺を呈した特定技能外国人に対して
回復期リハビリテーション病棟で就労支援を実施した事例

◎道願 正歩¹⁾²⁾，山本 真生¹⁾³⁾，奥山 航平¹⁾⁴⁾，坂田 祥子¹⁾，山田 健¹⁾

- 1) 東京湾岸リハビリテーション病院 リハビリテーション部
- 2) 東京都立大学大学院 人間健康科学研究科 作業療法科学域
- 3) 神奈川県立保健福祉大学大学院 保健福祉学研究科
- 4) 慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室

【はじめに】

日本在留外国人は令和4年末時点で307万人であり、年々増加している現状である(法務省, 2023)。それに伴い、日本の医療サービスを受ける外国人も増えており、臨床現場において様々な文化・習慣を考慮した支援が求められる。今回、脳卒中片麻痺を呈した特定技能ビザで在日中のネパール人に対する就労支援の経験を報告する。症例に口頭と書面で説明を行い、同意を得ている。

【症例紹介】

症例は、右被殻出血を発症した40代後半のネパール人男性である。回復期リハビリテーション病棟入院時(発症後41病日)、左上下肢の重度運動麻痺・注意機能障害を呈していた。言語理解がネパール語では問題ないが、日本語では1割程度であった。ADLは中等度介助を要し、移動手段は車椅子であった。病前は、カレー屋で調理業務に従事し、日本語を使用して日常生活を送っていた。また、ヒन्दゥー教を信仰しており、トイレ動作を左手で行うなどの生活規範があった。Canadian occupational performance measure (COPM)にて「仕事」の重要性は10/10、遂行度・満足度はともに1/10であった。特定技能ビザで在日しており、復職可能な業務はカレー屋の調理業務のみであった。よって、復職の必要性が高いと考えられ、カレー屋の調理業務に従事することを作業療法目標とした。初期では、言語制限や信仰を考慮した上で目標設定を行い、ADL訓練を中心に行った。言語制限に対しては、翻訳アプリやネパール語表記の掲示物を使用し、作業療法の実施および動作の定着を図った。歩行による移動でADLが修正自立となったため、作業療法では就労に重点を置き介入を実施した。就労において必要性かつ実現可能性の高い作業をチームで抽出し、作業の評価・訓練を実施した。

【結果】

退院時、実用的な屋外歩行が可能となった。「掃除」、「調理」が実施可能となり、COPMでは遂行度・満足度ともに10/10となった。また、外来リハビリによる就労支援に加え、「調理」、「電車利用」についての社会適応プログラムを作成し、家族とともに訓練を継続する運びとなった。

【考察】

症例に対して、文化的背景などの患者特性を考慮した作業療法、多職種および家族を含めたチームアプローチによる就労支援が有効であったと考えられる。臨床現場における特定技能外国人への支援方法について、今後さらなる検討が必要と考える。

ネパール地震緊急医療支援におけるリハビリテーション活動

◎西嶋 望¹⁾

1)西宮市社会福祉事業団 いずみ園

【はじめに】

2015年発生したネパール地震では国内外から多くの理学療法士が緊急医療支援で活動した。理学療法士として活動した緊急医療支援について報告する。

【災害状況】

2015年4月25日11時56分首都カトマンズの北西77km付近を震源とする地震(M7.8)が発生した。更には5月12日12時51分カトマンズ北東76km付近で余震(M7.3)が起こった。建物の倒壊、土砂災害、山岳地域の雪崩等により死者約9,000名、負傷者約23,000名に被害が及んだ。震災直後から現地ネパールをはじめ各国の理学療法士が多数活動に参加した。演者は当時カトマンズに滞在中に被災した。JICAボランティア当時に構築していたネットワークを駆使して被災状況を調査し日本に情報を発信した。カトマンズのトリブヴァン大学ティーチングホスピタル(以下TUTHとする)は建物の一部が日本の支援で建てられた病院である。震災直後TUTHはダメージが小さかったため病院機能が維持でき多くのけが人が搬送、治療が行われた。TUTHでは震災発生1週間後の時点で手術を受け、リハビリテーションを必要とする患者が350名待機している状態となった。特定非営利活動法人アムダ(以下AMDAとする)はこのような状況から理学療法士の派遣を決定した。

【活動】

演者は5月10日よりTUTHに派遣、活動を開始した。上下肢骨折や下肢切断患者のリハビリテーションに加えて震災前からの外来通院者が対象だった。TUTHの理学療法士、およびベルギーの理学療法士と理学療法業務を行いながら、どこにどのような入院患者がいるのか把握することから開始した。日ごとに被災患者の対象疾患は脊髄損傷が増加。歩行補助具・車いすなど各患者の移動方法の獲得ができれば退院・転院が進められた。他の国際NGOの理学療法士とも各患者の情報収集と共有を行い、後日フォローアップへと繋げることができた。近隣の病院やリハビリテーションセンター等にも多くの患者が転送されたが、病床数を超える医療機関が多かった。現地の理学療法士に加え、各国の理学療法士が連携して支援が行われた。

【考察】

ネパール地震では患者と医療機関にとって病院機能を維持・継続するため、リハビリテーションは重要な役割を果たした。

【倫理的配慮】

本報告では個人が特定される情報は含まない。写真の使用について学術研究のために使用することを撮影時に対象者に口頭で説明し同意を得た。また本報告にあたりAMDAの許可を得ている。

ミャンマー連邦共和国における作業療法普及の可能性

◎Phyo Thant Maw¹⁾, 大塚 進²⁾, 菅原 洋子³⁾

1) 医療法人大那 だいなリハビリクリニックリハビリテーション部

2) NPO 法人 ReCA

3) フリーランス

【はじめに】

WHO は中・低所得国のリハビリテーション（以下リハ）進展のため Rehabilitation2030 に取り組んでいるが、リハ専門職（とくに作業療法士）の不足・不存在の課題がある。

【目的】

中・低所得国の一つであるミャンマー連邦共和国（以下ミャンマー）における作業療法関連の歴史と現状を総括しその普及の可能性を探る。

【方法】

諸資料・文献等およびリハ関係者からの聞き取り情報等を集約・整理・考察した。倫理的配慮を要する情報は使用していない。

【結果】

ミャンマーでは、1959年には国立リハビリテーション病院が開院。1964年には理学療法士の養成が始まった。作業療法も導入され、短期の講習が行われたが作業療法士養成には至らなかった。しかし、1956年インドへ半年の研修へ2名を派遣、国立リハ病院内には作業療法室が開設され看護師を国外の作業療法研修へ派遣する等、導入・養成開始への機運はあり1975年には理学療法士が英国の大学作業療法学科に留学し作業療法士養成が始まる予定だったが実現していない。この時期ミャンマーはビルマ社会主義計画党政権による統制経済や鎖国的政策により様々な面で停滞しており経済的な制約が大きかったと思われる。

1990年代以降は理学療法士の教育水準等の向上が見られ、日本からの支援も始まり2008～13年のJICAによるリハ強化プロジェクトには作業療法士の長・短期専門家が複数派遣され、その後さらに作業療法士の長・短期ボランティアが3名派遣された。2014・15年には日本の大学院作業療法分野修士課程へ理学療法士2名が留学し2年後修了・帰国した。また、タイ国へも理学療法士を作業療法や言語療法の研修に派遣。さらに、2017・18年理学療法士2名が日本の大学(作業療法学科)に入学。既に日本の作業療法士資格を取得している。英国の協力もあり2022年頃には大学での作業療法学科が設立予定であったがコロナ禍や軍のクーデターによる社会の混乱により実現していない。作業療法は精神障害領域も重要である。ミャンマーの精神医療は総合的な精神病院が2か所、精神科専門医師も約200名と脆弱であるが、病院内作業が実施されており専門職への期待は高い。

【考察】

中・低所得国における作業療法普及の阻害要因として理解不足・財政制約等があるがミャンマーにおいては関係者の理解・意欲は黎明期からあったと推察され、社会・経済が安定し養成が始まれば普及が進むと思われる。

第7回学術大会

学術大会概要および、運営組織

学術大会概要

大会名 国際リハビリテーション研究会 第7回学術大会

テーマ 「知る・気づく・考える “リハビリテーション 2030”」
～中・低所得国におけるリハビリテーション普及への貢献～

大会長 山口 佳小里（国立保健医療科学院）

会 期 2023年11月19日（日）10:00～17:30

会 場 聖心女子大学4号館 聖心グローバルプラザ
（東京都渋谷区広尾 4-2-24）

学術大会学会運営組織

実行委員長

高橋 恵里 福島県立医科大学

実行委員

石井 清志 国際医療福祉大学
大西 海斗 株式会社コーエイリサーチ&コンサルティング
勝田 茜 姫路獨協大学
川野 晃裕 リニエ訪問看護ステーション キッズ世田谷
車井 元樹 国際医療福祉大学成田病院
河野 眞 国際医療福祉大学
齋藤 崇志 国立障害者リハビリテーションセンター研究所
庄司 剛仁 石巻健育会病院
道願 正歩 東京湾岸リハビリテーション病院
古川 雅一 仙台医健・スポーツ専門学校
三田村 徳 東北医科薬科大学病院



国際リハビリテーション研究会 第8回学術大会

国際リハビリテーションにおける地域共創

～海外と国内の経験を共有しよう～

2024年11月17日(日)

開催場所: いろどりの丘 宮城県東松島市野蒜ヶ丘2丁目25番2

本学術大会は、国際リハビリテーション研究会学術大会として初めて対面で地方開催される大会です。

日本国内の地方では、私たち国際リハビリテーション研究会が活動の対象としてきた中低所得国と類似する課題を抱えていることがあります。

都市部と地方の格差、東日本大震災などの災害からの復興、資源が十分ではない環境での地域づくりなど、さまざまな挑戦をしている現場で、その活動の様子を肌で感じながら、これまでの経験を国内から海外へ、海外から国内へと相互に活かす方法を一緒に考えましょう。

JSIR home page <https://int-rehabil.jp/>

JSIR Facebook <https://www.facebook.com/pages/category/Nonpro>



国際リハビリテーション学 投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、国際リハビリテーション研究会の学術誌として国際リハビリテーション学およびその関連領域における研究と実践を公表し、国際リハビリテーション学を発展させることを目的とする。

2. 投稿資格

筆頭著者は、国際リハビリテーション研究会会員に限る。

3. 研究の倫理性

研究に当たって、ヒトを対象とした研究では、世界医師会によるヘルシンキ宣言や厚生労働省による医学研究に関する指針など当該研究の該当する倫理指針を遵守し、著者の所属機関などの研究倫理委員会（またはそれに相当する倫理審査にかわる組織）による承認を得た上で研究を行うものとする。当該研究が倫理的配慮を必要とする場合は、論文内に倫理審査委員会名および承認番号（または承認年月日）を必ず記載し、さらに必要に応じて、研究を実施した国の倫理基準に従い、本人あるいは保証人から同意を得た旨を記載する。

4. 使用言語

投稿原稿は日本語または、英語で作成すること。

5. 原稿の種類

種類	内容	本文の文字数
総説 Review Article	国際リハビリテーションに関する研究・調査論文の文献考察を行い、著者自身の考察を加えて論評しているもの。	12,000 字以内
原著 Original Article	国際リハビリテーションに関する独創的な研究論文。	12,000 字以内
報告 Report	原著には該当しないが、国際リハビリテーションにおいて価値のある研究および実践的な活動をまとめたもの。	12,000 字以内
資料 Information	上記のいずれにも当てはまらないが、国際リハビリテーションにおいて有用な情報や資料となりうると判断されるもの。	12,000 字以内

※本文の文字数には引用文献、図、表、写真を含む。

6. 原稿の構成

頁	内容	詳細
1 頁	著者等の情報	① 全ての著者名と所属機関の名称（日本語と英語の両方を記載） 所属が教育機関の場合、大学名、学部名、学科名まで記載する。それ以外の場合は所属施設の名称、所属部署名まで記載する。
		② 投稿責任者の連絡先（メールアドレスと電話番号）
2 頁	表紙	② 原稿の種類
		②論文タイトル（日本語）
		③論文タイトル（英語）
		④日本語要旨（400 字以内）
		⑤英語要旨（300 語以内）
		⑥日本語キーワード：5 語以内
		⑦英語キーワード：5 語以内
3 頁以降	本文	※「7. 執筆要領」を参照の上、規定に沿って執筆すること

※1 頁目の著者情報は査読時には削除し匿名化した上で査読を行う。

7. 執筆要領

- 1) 原稿レイアウトは A4 サイズ・横書き・縦 40 行×横 40 字とする。和文のフォントは MS 明朝、英文及び数字のフォントは半角・Century とし、いずれもサイズは 10.5 ポイントとする。日本語の句点は全角のピリオド（.）読点は全角のカンマ（,）とする。英語の句点は半角のピリオドと半角の空白（.）読点は半角のカンマと半角の空白（,）とする。
- 2) 原稿には査読の便宜のために、各頁の左余白に行番号を付ける。頁番号は各頁の下中央に入れる。
- 3) 原稿は著者情報、表紙、本文の順に作成する。（詳細は「6. 原稿の構成」参照）
- 4) 本文は原則として下表に示す構成とし、それぞれに見出しを設けて記述する。

項目	その他の項目例	内容
1. 緒言 (Introduction)	はじめに	研究や活動の背景と目的を明確に記載する。
2. 方法 (Method)	研究方法、方法と対象	研究や活動の方法を記載する。研究倫理面については、配慮の必要性の有無を含め、本項目に記載する。
3. 結果 (Results)	研究結果、活動結果	研究や活動の結果を記載する。客観的事実としての結果を本項目に記載し、著者らの分析や意見は考察に記載する。
4. 考察		結果についての考察や評価を記載する。

(Discussion)		研究の限界や活動の特殊性は本項目に記載する。
5. 結語 (※省略しても良い) (Conclusion)	おわりに、結論	本研究・活動から明らかになったことを簡潔に記載する。
利益相反 (COI) について		COI について、その有無も含めて明記する。
謝辞 (※省略しても良い)		助成のある場合は明示する。
引用文献		本執筆要領の 10) 11) 及び記載例に倣って記載する。

- 5) 本文の「章」に相当する見出しは「1.」「2.」・・・、「節」に相当する見出しは「1.1」「1.2」・・・、「項」に相当する見出しは「1.1.1」「1.1.2」・・・のように記載する。さらに小さい見出しが必要な場合は順に「(1)」「(2)」のように記載する。章・節・項・目の見出しおよび本文中の数字は半角のアラビア数字とする。
- 6) 英文要旨は、英語に関して十分な知識をもつ専門家にチェックを受けることが望ましく、英語として不十分な場合、査読において再チェックを求めることがある。
- 7) 年号は原則として西暦を使用し、外国語・外国人名・地名は原語もしくはカタカナ（最初は原綴りを併記）で書く。略語は本文中の最初に出たところでフルネームを入れる。
- 8) 数字は半角のアラビア数字として、度量衡単位は CGS 単位とする。
- 9) 図表写真について
- ・本文とは別に全ての図表写真データを記載した「図表写真ファイル」を Word 等のドキュメント形式で作成する。
 - ・図表ファイルは 1 頁に 1 点の記載とし一連番号をつける。各データのタイトルや説明は、図と写真の場合はその下部中央、表の場合は上部中央に記載する。
 - ・図表写真のタイトルで使用するフォントは MS 明朝とし、英文及び数字のフォントは半角・Century とする。フォントサイズは 10.5 ポイントとする。
 - ・図表中で使用するフォントは MS 明朝とし、英文及び数字のフォントは半角・Century とする。掲載時の原稿は 2 段組になることを考慮し、文字サイズと線幅を設定する。
 - ・挿入希望位置は本文中に朱筆する。
 - ・Word 等のドキュメント形式で「図表ファイル」を作成する際に画像化し貼付したデータ (jpg、gif、png、xlsx、pptx、pdf 等の拡張子を有するファイル) がある場合には、投稿時に画像化前のデータを提出する。
 - ・色は白黒かつ、十分な解像度が得られているものとし、十分な解像度が得られていない場合には、データの再提出を依頼する場合がある。
 - ・図表写真は 1 点につき 400 字相当とみなす。
 - ・いずれの原稿の種類においても、挿入可能な図表写真は 6 点以内とする。
- 10) 文献リストは引用文献のみとする。文献著者は 5 名までを記載し、6 名以上は「他」として記載する。
- 11) 本文中の該当箇所に、引用順に[1][2]...の通し番号をつけ、文末に番号順に掲載する。

<雑誌の場合>

著者名.論文名.誌名.出版年,巻数,号数,はじめのページ-おわりのページ.

- 1)川住隆一,佐藤彩子,岡澤慎一.応答的環境下における超重症児の不随意的微小運動と心拍数の変化について.特殊教育学研究.2008,vol.46,no.2,p.81-92.
- 2)Galya Frank. Life histories in occupational therapy clinical practice. American Journal Occupational Therapy.1996,vol.50,no.4,p.251-264.

<図書の場合>

著者名.“章の見出し”.書名.編者名.版表示,出版社,出版年,はじめのページ-おわりのページ.

- 3)菅原和孝.“コミュニケーションとしての身体”.身体と文化.菅原和孝・野村雅一編.第2版,大修館書店,1996,p.22-28.
- 4)Joshua S. Goldstein. “International relations and everyday life”. Occupational Science –the evolving discipline-. Ruth Zemke, Florence Clark, ed. Second edition, F. A. Davis. 1996. p.13-21.

<ウェブサイトの場合>

著者名.“ウェブページの題名”.ウェブサイトの名称.更新日付.入手先,(入手日付).

- 5)坂本和夫編.“パルスレーザーアブレーションにおけるドロップレットフリー薄膜の作製技術”. J-STORE.2005-11-01. http://jstore.jst.go.jp/cgi-bin/techeye/detail.cgi?techeye_id=32, (参照 2006-06-23).
- 6)“Grants.gov Application Guide SF424 (R&R)”. U.S. Department of Health and Human Services. http://grants1.nih.gov/grants/funding/424/SF424_RR_Guide_General.pdf, (accessed 2006-07-01) .

8. 原稿の送付

- 1) 投稿は電子メールによる送付のみとする。
- 2) 投稿は以下のデータファイルを編集委員会に送付する。
 - ①投稿用紙 1部 (著者全員の自筆署名があるものを PDF にて送付)
 - ②原稿ファイル 1部 (Word 等のドキュメントファイル形式) ※「6. 原稿の構成」を参照
 - ③図表ファイル 1部 (Word 等のドキュメントファイル形式) ※「7. 執筆要領」を参照
 - ④図表ファイルに画像化し貼付したデータの基となるデータファイル
(ファイル形式 : jpg、gif、png、xlsx、pptx、pdf 等の拡張子を有するファイル)

9. 投稿先

投稿原稿は、下記のメールアドレスに添付メールにて送付する。

学術誌「国際リハビリテーション学」編集委員会

メールアドレス : journal.jsir@gmail.com

10. 採否について

投稿原稿の採否は査読委員の意見を参考に編集委員会で審議し決定する。

11. 校正について

著者校正は原則として1回のみとし、校正の際の大幅な変更は認めない。

12. 著作権について

掲載論文の著作権は国際リハビリテーション研究会に帰属するものとし、掲載後は本会の承諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。

13. 別刷の進呈について

各論文の筆頭著者に掲載誌3冊を進呈する。

14. 利益相反（COI）に関する記載について

利益相反（COI）については、原稿本文中の「引用文献」の前に明記すること。

記載例（無）：「本論文について、他者との利益相反はない。」

記載例（有）：「本論文の研究資金（使用した機材）は〇〇から提供を受けた。」

15. その他

掲載料は無料とする。

この規定は2021年8月6日より発効する。

【附則】

1. 2022年6月1日に一部改正、同年7月25日より実施する。
2. 2023年6月6日に一部改正実施する。

学術誌「国際リハビリテーション学」投稿用紙

編集委員会 御中

下記の論文を「国際リハビリテーション学」に投稿いたします。なお、本論文は、他誌に掲載済み、あるいは掲載予定でないことを誓約します。投稿するにあたり、共著者も投稿することに同意し、その内容に責任をもつことを承諾します。

「国際リハビリテーション学」に掲載後の論文等の著作権は、国際リハビリテーション研究会に帰属することに同意いたします。

1. 投稿原稿について

投稿日	年 月 日
原稿の種類	<input type="checkbox"/> ①総説 <input type="checkbox"/> ②原著 <input type="checkbox"/> ③報告 <input type="checkbox"/> ④資料
論文タイトル（日本語）	
論文タイトル（英語）	

2. 著者について

	氏名	署名（自筆）	会員種別
筆頭著者			会員
共著者 1			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
共著者 2			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
共著者 3			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
共著者 4			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
共著者 5			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員

※共著者の記載欄が足りない場合は、追加してください。

※全ての執筆者から自筆署名のうえ、PDF データに変換してください。

3. 投稿責任者の連絡先

氏名（ふりがな）	
職種	
所属	
連絡先	[電話番号]
	[メールアドレス]

以上

編集委員

有田久仁子	東京都立大学大学院
石井清志	薬ゼミ情報教育センター
伊藤智典	日本理学療法士協会
大西海斗	コーエイ・リサーチ&コンサルティング
勝田 茜	姫路獨協大学
車井元樹	国際医療福祉大学成田病院
河野 眞	国際医療福祉大学
高橋恵里	福島県立医科大学
寺村 晃	大阪保健医療大学
古川雅一	仙台医健・スポーツ専門学校
村瀬順二	名古屋市療養サービス事業団
山口佳小里	国立保健医療科学院
山本啓太	AAR Japan [難民を助ける会]

(敬称略)

編集協力者

岩下夏岐	総合研究大学院大学
大澤 諭樹彦	浴風会 老健くぬぎ

(敬称略)

編集後記

学術誌第6巻1号をお読みいただき、誠にありがとうございます。2023年は、新型コロナウイルスが感染症法上5類に移行され、あらためて日常生活のありがたさと、その日常生活を支援するリハビリテーションの意義を再確認する年となりました。今回の投稿論文は、ミャンマーにおけるリハビリテーションの動向とこれからの展望について、貴重なお報告を頂きました。また、第7回学術大会でご登壇いただいた先生方からの寄稿頂き、新しいセクションが加わりました。学術大会抄録のセクションでは、演題一つ一つからの気づきが多く、示唆に富む内容となっております。論文の執筆者の皆様および学術大会にご参加の皆様へ深く感謝申し上げます。私のように残念ながら学会に参加できなかったという方も、本号から益々活発になる国際リハビリテーションの息吹を感じていただけたのではないのでしょうか。今後も会員の方一人一人の現場からの生き生きとした情報を共有し、研究論文の掲載を通じて分野の発展をけん引する学術誌を目指してまいります。皆様からの率直なお意見や投稿を心よりお待ちしております！

(有田 久仁子/東京都立大学大学院)

国際リハビリテーション学 第6巻1号
Journal of International Rehabilitation, VOL.6 NO.1
(ISSN 2434-5024)

2024年2月 発行

発行者：国際リハビリテーション研究会

Website: <https://int-rehabil.jp>

E-mail: jsir.office@int-rehabil.jp

