

ISSN 2434-5024

第7巻1号

VOL.7 NO.1

国際リハビリテーション学

Journal of International Rehabilitation

巻頭言

世界と地域をつなぐ国際リハビリテーション

高橋 恵里

研究論文

【資料】カンボジアにおけるリハビリテーション提供状況：プノンペン施設の調査

山口佳小里, Ung SAMBATH, 河野眞, 町田宗仁, 佐々木由理, 児玉知子

第8回学術大会（宮城）抄録集

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

告知：第9回学術大会（東京）

大会テーマ「グローバルヘルスにおけるリハビリテーションの挑戦」

大会長：石井清志

国際リハビリテーション研究会

2025年2月

巻頭言

世界と地域をつなぐ国際リハビリテーション

福島県立医科大学 保健科学部 理学療法学科
高橋 恵里

国際リハビリテーションは、国や地域の違いによる、リハビリテーションサービスの格差や不平等を是正することを目的とした、国境を越えたリハビリテーションと定義されています（国際リハビリテーション学，羊土社，2016）。

また、国際リハビリテーション学の隣接領域には、医学，工学，社会福祉学，教育学，社会学，経済学，開発学，文化人類学，地域研究，障害学などが挙げられており，広範囲に渡る学問分野であることがわかります。リハビリテーションそのものが対象者の生活や人生に直結しているため，生活・価値観・環境が大きく異なる異文化での国際リハビリテーションの実践には発見や驚きが多く，非常に興味深い分野です。

今年度開催された国際リハビリテーション研究会第8回学術大会は，初の地方都市での対面開催となりました。当学術大会では，中低所得国と国内の地方における支援に役立つ知識や技術の双方向活用をメインテーマとしました。リハビリテーションサービスの格差や不平等は，国内にもあります。当学術大会において，社会資源や働き手が少ない地域で，我々支援者がコミュニティーに入り活動を展開していく方法や社会的交流を生み出す方法に，中低所得国と国内の地方では共通点が多くあることが議論されました。私たちが世界中の様々な国や地域で培ってきた知識や経験を国内で活かすことができる可能性と，国内の様々な地域における実践を世界中の地域で活かすことができる可能性も実感することができました。

国際リハビリテーション学は，現状ではまだ学術的な知見が不足しているものの，今後，発展が期待される学問分野だと考えます。当該分野に関する研究や実践は，世界各国のみならず国内でも参考になり活用されることでしょう。本誌を通して，国際リハビリテーション学の知見が蓄積されていくことを期待します。

国際リハビリテーション学 (第7巻1号)

Journal of International Rehabilitation (Vol.7 No.1)

目次

巻頭言	高橋 恵里
研究論文	
【資料】カンボジアにおけるリハビリテーション提供状況：プノンペンの施設調査 Initial Analysis of Situation of Rehabilitation Service provision in Cambodia: Facility Survey in Phnom Penh 山口佳小里, Ung SAMBATH, 河野眞, 町田宗仁, 佐々木由理, 児玉知子	1
第8回学術大会抄録	14
【メインシンポジウム1】 「宮城県から海外へ、海外から宮城県へ ～宮城県内に拠点を置く団体による実践～」	
【メインシンポジウム2】 「国内の様々な地域と中低所得国の地域を結ぶ経験の共有～ 日本でも海外でも役立つ知識と技術～」	
【特別セッション1】 「東日本大震災と他国での災害における支援の経験」	
【特別セッション2】 「地域と世界を結ぶ、福島県 JICA 二本松訓練所と JICA 海外協力隊マラウイ現地より」	
【一般演題】	
第8回学術大会概要および、運営組織概要・協力者一覧	32
第9回学術大会ポスター	33
投稿規定	34
投稿用紙	38
編集後記・編集委員一覧	39

【資料】

カンボジアにおけるリハビリテーション提供状況：プノンペンの施設調査

Initial Analysis of Situation of Rehabilitation Service provision in Cambodia: Facility Survey in Phnom Penh

山口佳小里¹⁾, Ung SAMBATH²⁾, 河野眞³⁾,
町田宗仁⁴⁾, 佐々木由理⁴⁾, 児玉知子⁴⁾

要旨

リハビリテーション（以下、リハ）ニーズが世界的に増加しているが、特に中低所得国を中心に提供体制の構築は十分でない。効果的な国際協力には状況分析が不可欠である。カンボジアのリハ提供状況を概観することを目的とし調査を実施した。プノンペンでリハを提供している国立病院、国立リハセンター、民間のクリニックを訪問し、管理者にインタビューを行った。この研究には個人情報含まれず、各施設の長から同意を得て実施した。3施設において、リハ費用、所属する従事者の種類（理学療法士、義肢装具士）、人数が異なっていた。リハサービス提供に関して、国立病院は急性期から回復期を対象に1週間程度、他の2施設は回復期を中心に数カ月間であった。腰痛が対象疾患として多く、国立病院・センターにおいては、高齢者へのリハ提供は行われていなかった。

適切なリハ提供のため、関連する医療・保健システムの整備や、関連専門職の養成が重要である。

キーワード：カンボジア、都市部、ヘルスシステム、サービス提供、リハビリテーション労働力

1) 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

2) Disability Action Council, Cambodia

3) 国際医療福祉大学, 小田原保健医療学部

International University of Health and Welfare, School of Health Sciences at Odawara

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

#Email: yamaguchi.k.aa@niph.go.jp 受付日 2024年9月17日/受理日 2025年1月24日

1. 諸言

高齢化ならびに非感染性疾患への疫学的移行に伴い、リハビリテーションのニーズは世界的に増大している¹⁾。Ciezaら¹⁾によると、世界の3人に1人がリハビリテーションの恩恵を受けられる健康状態にある可能性が示唆されており、今後さらにニーズが増大するといわれている。一方で中低所得国を中心に、現在のニーズにさえ十分対応できていない。これを背景として、世界保健機構 (World Health Organization: WHO) は2017年に“Rehabilitation 2030”を発足し、リハビリテーション提供体制強化のための取り組みを進めている²⁾。Rehabilitation 2030においては、新たな戦略的アプローチとして、①すべての人々が人生のすべての段階を通じてリハビリテーションを利用できること、②リハビリテーションを強化するために、リハビリテーションをあらゆるレベルの医療に統合すること、③リハビリテーションは必要不可欠な保健サービスであり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage: UHC) を達成するために極めて重要であることを強調している^{2,3)}。具体的には、システム強化に向けて、リーダーシップとガバナンス (Leadership and governance)、ファイナンス (Financing)、サービス提供 (Service delivery)、労働力 (Workforce)、情報システム (Information systems)、支援機器 (Assistive technology)、緊急時の対応 (Emergencies) の7つの領域において、ガイドラインやツールの開発、各国におけるリハビリテーションのための保健システム強化の実践的な支援等を行っている^{2,3)}。

アジア諸国においてもリハビリテーションニーズは増加すると推計されている³⁾。WHOが開発したツールである“WHO Rehabilitation Needs Estimator⁴⁾”による

と、東南アジア地域・西大西洋地域は他の地域と同様に、リハビリテーションを必要としている可能性のある原因として、筋骨格系疾患の割合が高く、また年齢が高くなるほどニーズが増大している。一方で、リハビリテーション専門職の数は多くのアジア諸国において非常に少なく、今後増大するニーズに対応するため、労働力強化の取り組みが必要である³⁾。

カンボジアは、人口1,700万人、65歳以上高齢者割合5.8%、出生時平均余命70年、合計特殊出生率2.3、一人当たりGDP約1,760米ドル、GDPにおける保健医療支出割合7.5%である (合計特殊出生率、医療費支出割合は2021年時点のデータ、その他はいずれも2022年時点のデータ)⁵⁾。経済的な困難に直面することなく、すべての人が必要な時に必要な場所で必要な保健医療を受けられるようにするための各国の能力を測る指標である、UHC指数は2021年で58 (世界全体68) である⁶⁾。また、疾病構造は他の国々と同様に非感染性疾患が増加しており、死因における非感染性疾患の割合は2002年の34%から、2008年には47%に増加している⁷⁾。また、非感染性疾患の中で最も多いのは心血管疾患であり (感染性疾患を含む全死亡に対して2002年14%、2008年21%)⁷⁾、リハビリテーションニーズの高さの一端を垣間見ることができる。

カンボジアの公的医療保険制度として、公務員および正規雇用労働者を対象としたNational Social Security Fund (NSSF) と、貧困層を対象としたHealth Equity Fund (HEF) があるが、経済的課題、制度の未成熟さ、保険料徴収システムが未確立であること等により十分普及しておらず、国民全体におけるカバー率はそれぞれ24.8%と16.8%に留まり⁸⁾、これが医療へのアクセスを困難にしている^{9,10)}。国内に81の医療行政地区が設けられており、公立の

保健医療機関は、8つの国立病院、24の州病院、61のリファラル病院(郡病院)、1,085の保健センターからなる(2013年時点)⁷⁾。また、認可を受けた民間の医療機関は全国で5,501施設となっている(2012年時点)⁷⁾。

医療従事者数に関して、人口1,000人あたりの医師数は0.2人(2019年時点)であり、ベトナム11.9人の0.02倍、ラオス1.8人の0.11倍と少ない。また、理学療法士数においても235人(人口1000人あたり換算で0.01人)でベトナム4,839人の0.05倍、ラオス1,072人の0.22倍と少ない^{5,11)}。

障害統計に関するワシントングループの設問(short version)¹²⁾を用いた調査によると、カンボジア人口の9.5%が何らかの困難を、2.1%は重大な困難を有しており、それにより生活機能が損なわれていることが報告されている¹³⁾。一方で、障害のある児・者のリハビリテーションを含むサービスへのアクセスに障壁があることが報告されている^{13,14)}。さらには、リハビリテーションの不足による拘縮の発生やQOLの低さ等、健康上の損失等に関する報告もなされている¹⁵⁻¹⁷⁾。カンボジアにおけるリハビリテーションシステムを強化することは喫緊の課題である。

リハビリテーション体制整備を進めるためには、適切な現状分析が不可欠である。本研究は、カンボジアのリハビリテーションサービス提供に着目し、予備調査としてその状況を概観することを目的として実施した。結果をもって将来的な状況分析調査における妥当な指標の検討等に役立てる。

2. 方法

2.1 設定

2023年12月18日から20日にかけて、カンボジアプノンペンにあるリハビリテーション提供機関・施設を訪問し、管理者に対し

てインタビューを実施し回答を得た(管理者は国立病院においてはリハビリテーション部門長、国立リハビリテーションセンター、民間クリニックにおいては施設の長)。なお、プノンペンはカンボジアの首都であり、その人口は全人口の1割強である⁹⁾。インタビューの時間は1施設につき概ね1時間程度であった。なおインタビュー形式は、後述の調査内容に関する構造化面接(自由回答含む)とした。

2.2 対象施設

機能の違いを鑑みて、国立、民間の下記の3つの施設を対象とした。特にカンボジアにおいては、公的な保険制度が公的医療機関でのみ適用されるなどにより、他の多くのアジア諸国と同様に、公民の格差が大きいことから、民間の機関も対象に含めた。また、対象施設のリクルートは研究協力者の紹介により行った。

(1) 国立病院:カンボジアで最も大きな病院の1つである Calmette hospital (以下、国立病院)を対象とした。三次医療に相当し、救急医療を含む高度な医療が提供される^{7,9)}。

(2) 国立リハビリテーションセンター:カンボジア国内に11か所ある国立のリハビリテーションセンターのうち、プノンペン内に位置する National Physical Rehabilitation Centre, Phnom Penh (以下、国立リハセンター)を対象とした。国内の多くのリハビリテーションセンター同様、国際NGOや海外の政府機関の支援を得て運営してきたが、現在は国際NGOによる活動は行われていない^{7,11)}。

(3) 民間クリニック:リハビリテーション提供を主な目的としている民間クリニックである Physiocam clinic (以下、民間クリニック)を対象とした。なお、クリニック代表は海外留学経験のある理学療法士で、国立

の病院にも勤務している（このような兼業は現在カンボジアでは合法であり、一般的にみられる）。

2.3 調査内容

リハビリテーション状況分析のためのツールとして WHO が開発した標準化されたツールである **Template for rehabilitation information collection: TRIC**（リハビリテーション情報収集のためのテンプレート）¹⁸⁾、**Guidance on the analysis and use of routine health information systems: rehabilitation module**（ルーチン・ヘルス・インフォメーション・システム・リハビリテーション・モジュールマニュアル）¹⁹⁾を参考に、リハビリテーションの労働力とサービス提供に関する指標について、施設から収集できる項目を選定した。項目は、一般的な情報（病床数、患者数、待機期間、費用、専門職数、記録、情報システム）とリハビリテーションサービス関連（提供方法、提供時間・頻度、対象病期、介入、対象患者・グループ）からなる 29 項目とした。

本研究は個人が特定される情報を収集するものではないが、インタビュー対象者である機関・施設の管理者に、本研究の趣旨について事前に文書で説明し、同意を得た上で実施した。

3. 結果

結果を表 1、表 2 に示す。施設で情報を収集していない等の理由で回答のなかった設問に関しては、回答なし（「-」）として表中に記載した。

一般情報において、特に 3 施設で異なっていた点として、リハビリテーション費用、従事者が挙げられる。リハビリテーション費用に関しては、国立病院においては入院・外来治療費に含まれておりリハビリテーション料としての支払いは不要であった。国

立リハセンターにおいては、利用者の費用負担はなし、民間クリニックにおいては、単位制でリハビリテーション料を徴収していた（30 分 1 単位）。従事者に関して、理学療法士はいずれの施設にも所属していた一方、義肢装具士は国立リハセンターにのみ所属していた。

リハビリテーションサービスについて、提供方法は、国立リハセンターにおいては外来（通所）のみであった。かつては国際 NGO 等の支援のもと、併設する寮を活用した入所での提供や地域でのリハビリテーション（Community-based rehabilitation）を行っていたが、NGO の撤退に伴い、施設での通所サービスのみにも縮小された。理由は理学療法士の不足であった。対象となる病期と提供期間は施設により異なり、国立病院は急性期～回復期、他の 2 施設は回復期～慢性期（特に回復期）が中心であった。提供期間は、国立病院で最も短く約 1 週間程度であった。ただし国立病院において、慢性期の腰痛等の患者のリハビリテーションも実施していた。国立リハセンターにおいては、他の 2 つと異なり、障害のある児を対象とした就学のためのリハビリテーションや、かつての職業リハビリテーションの実施など、対象者の社会参加に資するプログラムを実施していた。また国立リハセンターでのみ、義肢装具や福祉機器（車椅子）の提供を行っていた。具体的な提供量（2016 年度）は、義肢（456 件）、装具（1,031 件）、車椅子ならびに他の支援機器（483 件）、歩行補助具（894 件）であった。国立リハセンターならびに民間クリニックにおいては一般的には作業療法の範疇と考えられる手指操作訓練を、理学療法士により実施していた。特筆すべき点として、国立の 2 施設において、高齢者に対するリハビリテーションは“通常提供しないもの”として、実施されていなかった。他の機関との連携という

表1：一般情報

	国立病院	国立リハセンター	民間クリニック
管轄	保健省 ¹⁾	保健省 ¹⁾ (2023年まではMoSVY ²⁾)	—
病床数	370床 (約半数がリハ受療)	0床 (外来のみ)	10床
リハ患者・利用者数	データなし	2023年度登録者814人 うち新規利用者178人	入院5人、外来20人／日 ※外来は治療のみの患者を含む
リハ待機期間	待機なし	待機なし	待機なし
リハ費用(支払い)	不要	不要	必要
財源	国民保険 ³⁾	国の予算。 海外からの資金 ⁴⁾	私費または民間保険 ⁵⁾
圏域	ブノンペンならびに 近隣地域 ⁶⁾	ブノンペンならびに 近隣地域	—
従事者数			
- 医師	—	0人	5人(外科医, 精神科医, 内科医)
- 看護師	—	0人	30人
- 理学療法士	16人	4人	9人
- 義肢装具士	0人	2人(義肢装具助手が7人)	0人(求人中)
- その他 ⁷⁾	0人	0人	0人
記録	—	—	電子ならびに 紙媒体のカルテ
記録の頻度	—	—	毎日
記録している情報	—	—	リハ計画, プログラム, 治療内容
行政等へのデータ提出	—	—	提出なし

※リハ：リハビリテーション。施設で情報を収集していない等の理由で回答のなかったものや、何らかの理由で質問を行わなかった項目については「—」で示す

1)Ministry of Health: MoH

2)Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation: MOSVY (社会問題・退役軍人・青少年リハビリテーション省)

3)リハは入院治療費・外来治療費に包括される。2種類の国民保険があるが、加入者は人口の30%程度

4)現在の主な資金提供元：MoSVY, Persons with Disability Fundation, その他海外のNGO, 政府機関

5)民間保険の範囲。リハや入院費は保険の種類等によってはカバーされる。国内に2種類の民間保険あり。患者の約10%が加入

6)患者の60%が近隣地域。通院困難な患者には自宅での運動プログラムの提供、県立病院(通常理学療法士がいる)の紹介を行う。

7)作業療法士, 言語聴覚士, リハ医を含む。いずれも国内での養成なし

点では、国立の施設間、民間の施設間でネットワークがあり、紹介が行われていた。

いずれの施設においてもリハビリテーションを受療するための待機期間はなかったが、国立病院においては、いずれかの診療科を受診するための多くの患者が敷地内のあらゆる場所で待機していた。また、リハビリテーションは一般にほとんど知られてい

ないということであった。

4. 考察

3 施設においてそれぞれ異なる機能を有していた一方、共通する点もあった。以下、特徴的であった結果について考察する。

リハビリテーションの費用に関して、国立病院では入院治療費、外来治療費に包括

表2：リハビリテーションサービス

	国立病院	国立リハセンター	民間クリニック
提供方法	入院、外来、訪問	外来	入院、外来、訪問
提供回数	外来：3～5日（回）／週 一週間以降は州立病院、 またはリハセンターへ紹介	PT：1週間に2回を奨励 PO：2回（評価の1～2週間後に） ※PO修理の場合：1日	患者と担当者による 平均1日2セッション
1回あたりの平均時間	30分	40分（初回のみ1時間）	30～60分
提供期間	約1週間	脳卒中：モニタリングを含め6カ月程度 子供：3～6カ月（後、数年ごとにモニタリング）	脊髄損傷：約10カ月 脳卒中：数週間～数カ月
対象となる病期	急性期、急性期後（回復期）	急性期後（回復期） 慢性期（モニタリング）	急性期後（回復期） 患者によっては慢性期
対象の年齢	15歳以上から高齢者まで ※15歳未満は小児病院。高齢者は一般的にリハを受けない	子供から高齢者までの全年齢	子供から高齢者までの全年齢 ※子供の患者は全体の3%程度
対象疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・筋骨格系障害（骨折、腰痛等） ・神経疾患（脳卒中、認知症等） ・心疾患 ・その他（糖尿病による切断、疼痛） <p>※最も多いのは腰痛 ※脳卒中入院患者が多い。リハ提供は一部のみ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・筋骨格系障害（骨折、腰痛等） ・神経疾患（脳卒中、認知症等） ・感覚障害（聴覚・視覚障害等） ・その他（糖尿病による切断） <p>※歩行困難な多くの高齢者に車椅子を提供。PTプログラムの提供なし</p> <p>※PTの主な対象： 切断、脳卒中、ポリオ、脳性麻痺、 重度変形関節症（車椅子提供：介護負担軽減）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・筋骨格系障害（骨折、腰痛等） ・神経疾患（脳卒中、認知症等） ・精神疾患（高齢のうつ病の診療） ・慢性呼吸器疾患 ・心疾患 ・その他（フレイル） <p>※最も多いのは腰痛（疾患由来でない） ※高齢の多発性硬化症、神経疾患、心疾患患者が増加</p>
介入	<p>①評価、②機能回復訓練、③教育・相談</p> <p>①介入前のみ実施 ②主として物理療法（温熱・電気・牽引療法） ③腰痛患者への適切な動作指導</p> <p>※入院患者にベッドサイドリハを提供 ※リハ終了は医師が決定する（回復したら終了）</p>	<p>①個別リハプランの作成、②評価、③機能回復訓練、④教育・相談、⑤環境調整、⑥福祉機器の提供・訓練</p> <p>②介入前後に実施 ③④児を対象とした就学プログラムあり</p> <p>※PO適応の利用者：PTとPOが協働 ※ベグボードなどを使用した手指機能訓練あり</p>	<p>①個別リハプランの作成、②評価、③機能回復訓練、④教育・相談、⑤環境調整、⑥福祉機器の提供・訓練</p> <p>①個別目標設定（短期および長期目標） ②介入前後に実施 ④外来患者向け在宅プログラム ⑤在宅環境</p> <p>※PT、医師、看護師によるチームアプローチ ※ベグボードなどを使用した手指機能訓練あり</p>
処方・紹介	<p>・入院・外来リハともに医師の処方箋が必要</p> <p>※何らかの理由で病院受診した者のうち、医師が処方箋を出した者がリハの対象となる</p>	<p>・リハセンターを知っている病院やコミュニティからの紹介 ・治療（リハ以外）のために病院を紹介（必要な場合）</p> <p>※紹介時、リハの適応を判断するためのスクリーニングを実施</p>	<p>・急性期病院からの紹介（発症後1～2週間） ・他病院（私立病院）への紹介</p> <p>※ブノンペン内の民間病院ならびにタイの民間病院とのネットワークがある</p>
その他	<p>【処方について】</p> <p>・処方箋が出されるか否かは個々の医師の裁量次第であり、いずれの科の医師も処方可能であるが、主に海外で研修を受けた医師等、リハをよく知っている医師のみが処方箋を出す。 ・一般の人々に理学療法士は知られていない。</p>	<p>【国際NGOの活動について】</p> <p>・かつては海外のNGO活動があった（～2018年） ・CBR (Community-based Rehabilitation) ならびに職業リハを提供していた ※職業リハは現在 veteran international Cambodia で提供</p>	

国立リハセンター：国立リハビリテーションセンター、リハ：リハビリテーション、PT：Physical Therapist（理学療法士）、PO：Prosthetist and Orthotist（義士装具士）

されていた一方、民間クリニックでは単位制が適用されていた。日本の医療保険においてもリハビリテーションは単位制（出来高払い）を適用している²⁰⁾。包括される場合、リハビリテーションの提供量にかかわらず、費用が一定であることから、リハビリテーションが提供されないことも含めて、必要な患者に対して、必要な量が提供されないリスクを含む。

国立病院において、リハビリテーションの実施には医師の処方箋が必要であるにも関わらず、処方箋が出されるか否かは個々の医師の裁量次第であり、留学経験がある等、そのほとんどがリハビリテーションに関する知識を持つ医師によるという状況であった。今後、特に脳血管疾患など、急性期から回復期のリハビリテーションが予後に大きな影響を与える疾患が増加する可能性を鑑みると、状況の改善が必要である。カンボジアにおいては、そもそもリハビリテーションに限らず専門医が少なく、専門医に比して一般開業医の数は11倍となっており⁷⁾、専門医の不足がリハビリテーション処方の少なさに影響している可能性がある。医師の専門性向上に加えて、診断名や患者の機能的状態など、リハビリテーション適応のための基準を定めること等が対応として考えられる。

三次医療を担うべき国立病院において、慢性期の腰痛の患者が遠方からも受診している状況があった。患者の受診経路に関して、本来は各地域の保健センターが第一の窓口であり、リハビリテーションサービスはリファラル病院（州病院・郡病院）で提供することとされている。このシステムに則ると、慢性疼痛を対象としたリハビリテーションは患者の居住地域に該当するリファラル病院で提供されると考えられる。しかし、慢性疼痛患者が遠方から三次医療を担う、首都にある国立の病院を受診している

という現状から鑑みると、このリファラルシステムが十分機能していないことが影響している可能性がある⁷⁾。各施設が十分に機能を発揮し、システムが十分機能するよう、改善される必要がある。

リハビリテーション受療のための待機期間がなかったことの理由として、リハビリテーションが一般に知られていないこと、地理的・経済的な理由でアクセスできていないことが考えられる。さらに、カンボジアにおいては、医療の質の低さが信頼の低下に繋がっているとする報告もある^{7, 14)}。これらについて専門職種や一般住民への啓発等を通じて改善することが求められる。

特に国立リハセンターにおいて、従事者の不足があった。現在、カンボジアにおける理学療法士、義肢装具士の養成校は公立の医療技術学校が1校あるのみである⁷⁾。定員を増やす等、量的な増強に加えて、労働力全体の強化の取り組みが求められる。例えば、国家試験は医師、薬剤師、歯科医師、看護師に関して卒業前試験として既に導入されているが、理学療法士、義肢装具士に関しては未導入で、卒業することで理学療法士、義肢装具士として働くことが可能である（公立の機関で働く場合は、試験を受ける必要がある）⁷⁾。国家試験は従事者の能力の標準化や社会ニーズにあった能力を備える等、労働力の調整においても重要であることから、保健省内に関連する委員会を設置するなどして、体制を整備することが肝要である。また、給与の高い民間の施設で働く医療従事者が多い点⁷⁾についても何らかの対策が必要であるかもしれない。

国立の病院・センターにおいて“高齢者には通常リハビリテーションは実施しない”という認識が持たれていた。これは、かつての“リハビリテーションは障害のある児・者など一部の特定のグループに対して提供されるもの”という認識³⁾や、カンボジアにお

いては未だ65歳以上高齢者割合(2022年)が5.8%⁹⁾と高くなく、高齢化に対する認識や備えが十分でないことが影響しているかもしれない。高齢者の加齢や疾患による機能低下を防ぎ、可能な限り自立を維持する上でリハビリテーションは重要であり、本邦においても高齢化に伴ってリハビリテーションが拡大した経緯がある^{20,21)}。カンボジアにおいても、障害を有する者は高齢者において多く、視覚障害など多いものでは、60歳以上の高齢者において障害を有する割合は30%を超えると報告されている¹³⁾。特に国立の機関は、中低所得層へのサービス提供において重要であると考えられることから、システムの強化に加えて、従事者が高齢者および高齢社会におけるリハビリテーションの重要性を認識する等の意識改革が必要であるかもしれない。

上述のように、カンボジアにおいてリハビリテーション提供を充実させるためには、システムの構築・強化が重要である。カンボジアでは、歴史的に内戦によって負傷した人々等を対象として、国際NGOや海外の政府機関の支援を得て、福祉系の省庁のもとでリハビリテーションが導入・発展してきた⁷⁾。今日では、保健システムにおけるリハビリテーション強化の一環として、リハビリテーションのガバナンスが社会問題・退役軍人・青少年リハビリテーション省から保健省に移管された²²⁾。保健医療におけるリハビリテーションのみならず、かつて国立リハビリテーションセンターで提供されていた職業的リハビリテーションやCBRを今後どのように提供するか等、効果的・効率的なシステムを構築するために、財源の確保も含め、多方面にわたる調整・整備が必要である。

労働力の強化については、例えば本邦の日本理学療法士協会がカンボジア理学療法協会(1994年設立)との連携の下で専門職

人材育成支援を行っている²³⁻²⁵⁾。カンボジアにおけるリハビリテーションを充実させるために、労働力の強化やシステムの強化など、多面的な支援が行われることが肝要である。

本研究の限界

本研究では、カンボジアプノンペンにおける、属性の異なる3つの施設：国立病院、国立リハビリテーションセンター、民間クリニックを対象に調査を実施した。ただし、同一の属性に関して対象が一施設のみであり、結果が属性を代表しているとは限らない。また、都市部であるプノンペンを対象地域としたため、カンボジア内の異なる地域においては、同一属性の施設であっても異なる特徴をもつ可能性がある。

今後はさらに別の属性を持つ機関・施設(保健センター、州病院・郡病院などのリファラル病院、民間病院等)に対象を広げ、さらに地域間格差を鑑みて、カンボジア全土で調査を行う必要がある。それにより、カンボジア全体のリハビリテーションサービス提供の特徴を明らかにすることが可能となる。

利益相反(COI)に関する記載

本研究・活動に関して、報告すべき利益相反はない。

謝辞

調査にご協力いただいた Suon Sokhom 氏、Chap Sarun 氏に心より感謝申し上げます。本研究は厚生労働科学研究費補助金(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)「ASEAN等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究(23BA1003)」の助成を受けて実施した成果の一部である。

引用文献

- [1] Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, et al. 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):2006-2017.
- [2] WHO. Rehabilitation 2030 initiative. 2017. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030> (accessed 2024-8-31)
- [3] 山口佳小里, 三浦宏子, 児玉知子. リハビリテーションに関する国際動向とASEAN 諸国の現状. *保健医療科学*. 2023;73(3): 214-224
- [4] WHO. WHO Rehabilitation Need Estimator. <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/> (accessed 2024-8-31)
- [5] World Bank. World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/> (accessed 2024-8-31)
- [6] WHO. Universal health coverage (UHC) service coverage index. <https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD> (accessed 2024-8-31)
- [7] Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. The Kingdom of Cambodia Health System Review. 2015. <https://apo.who.int/publications/i/item/9789290616917> (accessed 2024-8-31)
- [8] Kolesar RJ, Pheakdey S, Jacobs B, Chan N, Yok S, et al. Expanding social health protection in Cambodia: An assessment of the current coverage potential and gaps, and social equity considerations. *International Social Security Review*. 2020;73: 35-63
- [9] 経済産業省. 医療国際展開カントリーレポートカンボジア編. 2021. https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryou/downloadfiles/pdf/countryreport_Cambodia.pdf (accessed 2024-8-31)
- [10] Kwon S, Keo L. Social health protection in Cambodia: Challenges of policy design and implementation. *International Social Security Review*. 72(2):97-111.
- [11] ERIA: Economic Research Institute for ASEAN and East Asia. ERIA Research Project Report 2020 No.5: Pioneering an Integrated Rehabilitation System and Human Resource Development to Improve Rehabilitation Services. 2020. <https://test-www-eria-org.azurewebsites.net/publications/pioneering-an-integrated-rehabilitation-system-and-human-resource-development-to-improve-rehabilitation-services-in-cambodia-lao-peoples-democratic-republic-and-viet-nam> (accessed 2024-8-31)
- [12] Madans JH, Loeb ME, Altman BM. Measuring disability and

- monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the work of the Washington Group on Disability Statistics. *BMC Public Health*. 2011 May 31;11 Suppl 4(Suppl 4):S4.
- [13] WHO. Health care utilization of persons with disabilities in Cambodia: Based on the Cambodia demographic and health survey 2014. 2017. <https://iris.who.int/handle/10665/259426> (accessed 2024-8-28)
- [14] Kleinitz P, Walji F, Vichetra K, Nimul O, Mannava P. Barriers to and facilitators of health services for people with disabilities in Cambodia. *Health Policy and Health Finance Knowledge Hub Working Paper Series*. Melbourne, Australia: The Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne; 2012.
- [15] Uy K, Heang O, Keo V, Kim YJ, Gollogly J, et al. Surgical Management of Patients with Snakebite-Related Musculoskeletal Complication-A Single Institution Experience in Cambodia. *World J Surg*. 2022 Jan;46(1):54-60
- [16] Still MEH, Venturini S, Vycheth I, Nang S, Vuthy D, et al. Predictive Factors of Spine Surgery Complications at a Major Government Hospital in Cambodia. *World Neurosurg*. 2019 Feb;122:e1172-e1180.
- [17] Ström H, Kreuter M, Rosberg S. Quality of life in parents/caretakers of children with cerebral palsy in Kampong Cham, Cambodia. *J Trop Pediatr*. 2012 Aug;58(4):303-6.
- [18] WHO. Template for rehabilitation information collection. 2019. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330956/9789241516013-eng.pdf?sequence=1>. (accessed 2024-8-31)
- [19] WHO. Guidance on the analysis and use of routine health information systems: rehabilitation module. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354390/9789240050242-eng.pdf?sequence=1>. (accessed 2024-8-31)
- [20] Yamaguchi K, Nakanishi Y, Tangcharoensathien V, Kono M, Nishioka Y, et al. Rehabilitation services and related health databases, Japan. *Bull World Health Organ*. 2022 Nov 1;100(11):699-708.
- [21] Yamaguchi K, Makihara Y, Kono M. Rehabilitation professionals for the aging society in Japan: their scopes of work and related health policies and systems. *Hoken Iryou Kagaku*. 2022;71(1):35-44.

- [22] Jody-Anne Mills.
Rehabilitation 2030: The vision and the implementation. 国際リハビリテーション学. 2023;6(1):1-12
- [23] 公益社団法人日本理学療法士協会. カンボジアにおける非感染性疾患に対するリハビリテーション専門職人材育成の展開事業：令和4年度医療技術等国際展開推進事業 web 報告書.
https://kyokuhp.ncgm.go.jp/activity/open/R4webPDF/16_R4_Nihonrigakuryouhousikyokai.pdf. (accessed 2024-8-28)
- [24] 公益社団法人日本理学療法士協会. 協会間の事業.
<https://www.japanpt.or.jp/pt/international/cooperation/>. (accessed 2024-8-28)
- [25] 公益社団法人日本理学療法士協会. JPTA-JICA 海外協力隊連携派遣長期派遣隊員募集（カンボジア）について.
https://www.japanpt.or.jp/info/20240725_998.html. (accessed 2024-8-28)

Abstract : Rehabilitation needs have globally increased because of demographic and epidemiological transitions. World Health Organization (WHO) launched the “Rehabilitation 2030” initiative to strengthen systems for rehabilitation, especially in low and middle-income countries. Analyses of the situation of targeted countries are essential for effective international support or collaboration. This study aims to overview the rehabilitation service provision situation in Cambodia.

We visited and interviewed the directors at three different types of facilities: a national hospital rehabilitation department, a national rehabilitation center, and a private rehabilitation clinic in Phnom Penh. We designed questionnaires according to the standardized guidelines developed by WHO. This study did not contain personal information, and we obtained consent from the facilities.

Payment for rehabilitation and workforce were different among the three facilities. The national hospital, national rehabilitation center, and private clinic hired 16, 4, and 9 Physical Therapists (PT), respectively. Only the center had 2 Prosthetists and Orthotics (PO). PT and PO were the only rehabilitation professionals domestically trained. The national hospital focused on acute and post-acute stage and provided rehabilitation for around one week, while the others focused on post-acute and chronic stage and provided rehabilitation for several months depending on the clients’ condition. Regarding rehabilitation programs, physiotherapy such as thermotherapy, exercise, and activities for hand manipulation were provided. Major causal disease for rehabilitation was low back pain. The two public facilities didn’t provide rehabilitation for older people. The center previously provided vocational rehabilitation and community-based rehabilitation.

The three facilities worked differently, although there were some common characteristics. Developing the health systems is necessary to deliver essential rehabilitation services at appropriate clinical stages for all people who need rehabilitation. Furthermore, workforce development is required.

Key Words : Cambodia, urban area, health system, service delivery, rehabilitation workforce

国際リハビリテーション研究会
第8回学術大会 抄録集

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～

国際リハビリテーション研究会



国際リハビリテーション研究会第8回学術大会 プログラム			
「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～」			
時間	開始	終了	尺
	9:00	9:30	0:30
	9:30	9:35	0:05
9:35	11:05	1:30	<p>【メインシンポジウム1】 宮城県から海外へ、海外から宮城県へ ～宮城県内に拠点を置く団体による実践～</p> <p>講師 :伊東秀晃(いろどりの丘, 東松島市) :星英次(JOCA東北, 岩沼市) :菊地義仁(ゆらリズム, 仙台市) 座長 :高橋恵里(福島県立医科大学)</p>
11:05	11:10	0:05	休憩
11:10	12:10	1:00	<p>【特別セッション1】 東日本大震災と他国での災害における支援の経験</p> <p>講師 :橋本大吾(一般社団法人 リぶらす) :林寿恵(阿蘇温泉病院) 座長 :古川雅一(仙台医健・スポーツ専門学校)</p>
12:10	12:15	0:05	休憩
12:15	13:00	0:45	<p>【一般演題セッション】</p> <p>①JICA海外協力隊における理学療法士案件の傾向と期待される活動 :濱田光佑(愛知医療学院短期大学 リハビリテーション学科 理学療法専攻)</p> <p>②宮城県理学療法士会 国際交流・支援等委員会の活動と展望 :成田徹平(東北大学病院リハビリテーション部、宮城県理学療法士会国際交流・支援等委員会)</p> <p>③理学療法を学ぶ学生がカンボジアの医療に対して抱いた印象～カンボジアスタディツアーに参加して :中村光沙(福島県立医科大学保健科学部理学療法学科)</p> <p>④モンゴル国の都市部と地方部の地域在住高齢者における運動習慣と移動能力の比較 :高橋恵里(福島県立医科大学保健科学部理学療法学科) 座長 :道願正歩(慶應義塾大学)</p>
13:00	13:05	0:05	休憩
13:05	14:05	1:00	<p>【特別セッション2】 地域と世界を結ぶ、福島県 JICA二本松訓練所とJICA海外協力隊マラウイ現地より</p> <p>講師 :家亀志伸(JICA二本松訓練所) :鷹嘴紺(JICA海外協力隊、マラウイ) 座長 :三田村徳(東北医科薬科大学病院)</p>
14:05	14:10	0:05	休憩
14:10	15:40	1:30	<p>【メインシンポジウム2】 国内の様々な地域と中低所得国の地域を結ぶ経験の共有 ～日本でも海外でも役立つ知識と技術～</p> <p>講師 :小泉裕一(東京都神津島村保健センター) :中村賢二(生活リハビリサポートいな) :福崎聖子(JICA海外協力隊、ベトナム) 座長 :勝田茜(佛教大学)</p>
15:40	15:50	0:10	閉会式

いろどりの丘の実践
—健康長寿なコミュニティづくりと汎用可能なモデルの構築—

伊東 秀晃
(いろどりの丘)

「医療が無くなってしまい困っている」。2011年、私たちが宮城県東松島市を訪れた際に、東日本大震災で被災した住民の方々から言われた言葉である。市内の野蒜地区には4つの医療機関があったが、津波によって全て流されてしまった。この地区に「病院を建ててほしい」という要望を受け、私が所属する北原グループは、この東日本大震災にて甚大な被害を受けた東北地方沿岸部にて、持続可能な社会のあり方を探るべく活動を始めた。

2012年、市内に整備された235世帯程の応急仮設住宅地の一角に、僅か10坪の仮設クリニック「北原ライフサポートクリニック東松島」を開設した。市内でも人的・物的被害の大きかった地区の1つでもある野蒜地区に住んでいた方々の多くが、避難所の次に生活することになった臨時住宅地である。私たちはここを拠点に、診療や訪問看護、訪問リハビリテーションなどの“医療”に加えて、地域に出向きヘルスケア事業を始めた。

それから10年間の調査と活動を経て、2021年に複合施設「いろどりの丘」を開設した。いろどりの丘とは、「ブルーゾーン」にインスピレーションを得て設計した、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融合した「365日人が集う心のよりどころ」である。

ブルーゾーンとは、イタリアのサルディーニュ島やギリシャのイカリア島、コスタリカのニコジャ半島など「人々が人生を楽しみながら元気に長生きする、5つの興味深い地域」のことである。100歳以上になっても自立的に暮らす高齢者が多いこれらの地域では、独自の食生活や文化・伝統を大切にしながら暮らしを実践しているが、このブルーゾーンが語られる中に“医療（病院）”という言葉が、あまり出てこないことは興味深い。

私たちは、人や自然、社会とのつながりが保持された健康長寿なコミュニティづくりと運営体系のモデリングにより、他の人口減少地域や被災地、或いは、今後、高齢社会に直面する諸外国に対する汎用性を持つことが、これからの社会が迎える局面において役立つのではないかと考えている。

いろどりの丘を開設してから今年で4年目となるが、試行を繰り返しながら実践と経験を積み重ねてきた。例えば、結婚式や音楽コンサート、映画鑑賞会などの文化活動、脳卒中や癌発症後の方の療養・リハビリテーション、小学生の職場体験から大学生のインターン受け入れ、異業種の企業研修や医療者研修などの教育事業、また、それらに並行するように地産地消とエコロジカルに着目した独自の食事メニューの開発などである。いろどりの丘での実践は、日本に住まう私たちに本来似合っている医療のあり方を模索していく中で、「医療が無くなってしまい困っている」への本質的な課題に対して、持続かつ汎用可能な解決策への足がかりを掴むための原動力となっている。

JOCA 東北の実践

星 英次
(JOCA 東北)

青年海外協力隊事業（JICA 海外協力隊）は来年で 60 周年を迎えるが、この間の世界情勢と共に私達を取巻く日本社会の状況も大きく様変わりしてきている。しかし、今でも、帰国した直後の派遣隊員の多くが、教えることより学ぶことの方が多かったと口にしてしている。このことは、住民と同じ目線で暮らし、彼らの課題や考え方などを洞察し、その上で地域や職場での課題に対してチャレンジする体験を通して、個人としての人格形成に深く繋がっていると解釈できる。

1983 年に設立した当法人（公益社団法人青年海外協力協会：JOCA）は途上国での経験を日本社会の課題解決にも繋げることを目的に、2005 年頃から独自に国内協力隊と称して、地方自治体の地域活性化に寄与する活動を行ってきていた。そのような中、東日本大震災が発災し、更なる国内協力隊活動として、被災した複数の自治体での被災者支援活動に取り組んでいたが、岩沼市との関係においては、岩沼市在住の帰国隊員からの支援依頼の一報から、その後続く、緊急避難所での生活支援活動、仮設住宅での被災者見守り事業、そして、防災集団移転先（玉浦西集団移転地）でのコミュニティ再生事業に繋がっている。このコミュニティ再生事業は 2023 年度で終了しているが、被災から 13 年間を通じた住民との支援活動で得た貴重な知見や経験は、現在、能登半島震災で JOCA が行っている被災者支援活動に受け継がれている。

震災復興から一段落した 2014 年は、人口減少と東京一極集中による地方自治体の消滅を危惧する増田レポートが大きな社会課題への提起となり、これの対応として政府による新たな地方創生事業の創設へと繋がった。このような流れの中で、東日本大震災からの協力関係を活かし、「被災地を元気にする、日本を元気にする、世界を元気にする」をベースにして「元気な岩沼」をコンセプトとする地方創生プロジェクトを提案し、その実現に向けて 2015 年 8 月に岩沼市まち・ひと・しごと創生に関する協定を締結している。

また、岩沼市では 2015 年 10 月に第 1 次岩沼市まち・ひと・しごと創生総合戦略を策定し、岩沼で生まれ・育ち・生きる（括弧）「地産地生」のまちづくりを掲げて、関連する施策を展開しており、この施策を反映させる形で、市営住宅跡地に、2021 年 3 月に拠点 JOCA 東北がオープンしている。

ここでは、年齢や障害のあるなし、或いは国籍に関係なく、一緒に暮らす「ごちゃまぜ」をテーマにさまざまなサービスを提供している。コアビジネスとしては、高齢・障害者の福祉事業の他、保育園、温泉、レストラン、スポーツジムの運営を行っており、多くの方々が訪れている。

また、これまで取り組んできた経験を JAPAN WAY と称して、JICA 研修事業（2023 年度青年研修タイ障がい者支援）や草の根技術協力事業（インドネシア国パル市集団移転先でのより災害に強いコミュニティ形成事業）を通して、開発途上国での開発課題にも貢献している。

音楽で健康もいきがいも：音楽リハビリの普及と JICA を通じた国際協力

菊地 義仁
(ゆらリズム)

株式会社ゆらリズムは、2011年に介護保険制度における通所施設である「音楽リハビリデイサービス ゆらリズム南光台店」を立ち上げ、2016年からは障害児施設である放課後等デイサービスを3ヶ所設立し現在に至る。

高齢者における介護予防やフレイル予防において運動は欠かせないファクターであるが、大半の高齢者にとって運動はつらいものであり、積極的・意欲的に行う方は少数である。ゆらリズムでは「音楽」をキーワードにし、単に運動をするのではなく、音楽を取り入れた運動（リラクゼーションヨガ・リズム運動）を提供しており、ご利用者にとって楽しくそして継続的にできる環境を提供している。また、音楽活動そのものを介護予防・フレイル予防に結び付けていることが特徴的である。高齢者施設での音楽活動はカラオケをしたりピアノやギターが得意な職員や外部の先生を呼び、ご利用者は歌を歌ったり手拍子をする施設がほとんどではないだろうか。ゆらリズムではご利用者自らが実際に楽器を演奏するメソッドを開発し、主体的な音楽活動を提供している。楽器演奏経験がない方がすぐに楽器演奏ができてしまうため誰もが驚く。ご利用者は様々な楽器を担当し、いわばオーケストラの一員となるのだ。80歳を過ぎて音楽が趣味になる方も多く、音楽リハビリは社会参加や生きがいづくりに寄与していると言っても過言ではない。音楽活動が楽しいがために運動も積極的になるという好循環が我々が開発した音楽リハビリであると考えている。

2013年から定期開催している音楽リハビリを2日間で学ぶ「音楽リハビリ指導員養成講座」の修了生は400名を超え、全国各地で施設職員や音楽教室経営者などが音楽リハビリを実施している。また、ゆらリズムでは自治体や地域包括支援センターが行う健康教室や介護予防教室の講師派遣も行っている。

そんな中、JICA（国際協力機構）日系社会研修が2014年からスタートする。現在までにブラジルから36名をはじめ、キューバ・メキシコ・ボリビア・アルゼンチンから全43名を受け入れた。本研修後に現地デイサービスを開業した方や施設で展開している方、地域の高齢者にプログラムを提供している方など多岐にわたる。

また、2020年には宮城県が提案自治体となった JICA 草の根技術協力事業（地域活性化特別枠）が開始され、「ブラジルサンパウロ市における音楽リハビリを活用した介護予防モデル構築」というプロジェクト目標に向かって3年間事業を行ってきた。サンパウロ大学老年学部がカウンターパートとなり、先生役のトレーナー・現地高齢者に対してアクティビティを実施するインストラクターを育成、インストラクターは高齢者に対してアクティビティを実施するモデルを構築した。

ブラジルをはじめ中南米の国々は介護予防・フレイル予防という概念が日本よりも希薄であるが、我々の音楽リハビリメソッドは JICA の各事業を通じてその考え方を浸透させる一助になり得るのではないかと確信している。

リハ職ならではの条件不利地域における価値創造の考え方

小泉 裕一

(東京都神津島村保健センター)

筆者は2012年6月から2014年6月まで青年海外協力隊員としてモンゴルの首都ウランバートルの急性期病院で活動をし、2016年6月から東京都神津島村役場保健センターで勤務をしている。現在の活動は“誰も取り残さない保健活動”をコンセプトに、子どもから高齢者まで全ライフステージの健康支援を行っている。

今回のシンポジウムのテーマである“地域と中低所得の地域を結ぶ経験”を紐解いていくと、理学療法のような専門的な技術だけではなく、経営的な視点が欠かせない。ここで言う経営の定義は、岩尾(2024)の「価値創造という究極の目的に向かい、中間目標と手段の本質・意義・有効性を問い直し、究極の目的の実現を妨げる対立を解消して、豊かな共同体を創り上げること」に基づいたもので、全ての間人で行う営みが経営で成り立っているという前提に立つ。

神津島村保健センターに赴任した時に用意されていたのはデスクとパソコンだけで、当時の上長からは、“あとは頼んだ”という言葉だけが残された。人が来るということだけ決まっておきあとは何も決まっていない。これはまさにモンゴルに赴任した瞬間と全く一緒であった。とにもかくにも、自分で何か事を起こしていかなければ進めないというこの状況は、開発途上国のみならず、制度が整っていない日本の離島をはじめとした条件不利地域ではよくあることである。条件不利地域は、整備された都市とは比較にならない程、人、物、金、あらゆるものが足りず、不十分な環境下におかれている。そこでまず必要なことは、自分が地域の当事者となり事を起こせるかどうかである。

“自分で事を起こす”ということは、新たな経営的な営みを開始することと同義であるが、経営には様々な要件がある。今回のシンポジウムでは、“地域資源をどのように生かすか”、代表的な経営理論である、野中らの知識創造理論に基づき、リハ職の視点で考えてみたい。知識創造理論は経営活動の根幹にある、新たな知識を生み出していくためのプロセスに関する理論である。ないことをネガティブに捉えるのか、少ない資源でもあることをポジティブに捉えるのか、まずはここが分岐点となる。日本と比較するとモンゴルでは足りないことだらけであったが故に、あるものを生かすという活動が当たり前であった。ここで言う資源は有形、無形問わない。地域に眠る暗黙知をいかに掘り出せるかということが重要になるが、リハ職ならではの地域資源の捉え方を考えていく必要がある。

モンゴル、神津島村での実践的な経験からは、ICFのような個人、家族、環境を繋ぎアプローチをする力、また、あらゆる障害をポジティブに昇華していく態度は他の職種にはないリハ職ならではの強みであると感じており、本シンポジウムを通して、資源の少ない地域においてリハ職だからこそできる価値創造について追及していく。

「地域で無理なく持続できる関わりへ
～海外での活動を経て変化した地域把握とニーズ・人への関わり～」

中村 賢二
(生活リハビリサポートいな)

2003年～2006年にかけてパキスタン・イスラマバード国立障害者病院（NIRM）にて、作業療法部門の開設及び、アウトリーチでの活動を行った。現地では日本国内の急性期病院で体験したものとは全く異なる文化・宗教・地域・対象疾患像の中で活動を行う日々を送り、帰国後は赴任前と同じ地域で永らく活動する機会を得た。帰国後はリハ職としてだけでなく、全く異なる社会の中で活動した自分の経験を再度国内で活かしていくという意味で、地域活動者としてのアイデンティティの再確立を無我夢中で行う日々であったと感じる。新たな事業所を開設して10年が経たここで、海外活動を経て自分自身が変化する中で、地域への関わりが変化することについて考えたい。

外部者である我々が、いわゆる中低所得国での関わりを行う際には、自分の背景との違いを感じることに加え、現地社会内外の格差や差異を強く感じることが多い。こうした活動を経て日本国内で活動を行う際、地域の特徴や利用できる制度の過不足・対象者のニーズ・自分自身のポジションを以前より明確に感じられることは、国際リハ経験の特徴の一つと言える。

中低所得国での関わりでは、利用できる資源や制度が限られることも多く、現地でより既存の資源を利用した、持続的に行われる活動や仕組みづくりが必要になる。加えて、限られた資源の中で当該地域の当事者のニーズに対し関わる必要性から、よりニーズを明確に把握する必要が生じる。

しかし一方、国内での活動においても、特に都市部以外では、利用できる資源や、そこに至るアクセスの格差が生じやすく、無理なく持続的に利用できる資源の活用や、より対象者のニーズに沿った関わりが基本的に重要であり、中低所得国での状況に類似する面がある。

今回長野県のひとつの中山間地にて、働く世代の病後の社会参加の場に関わった経緯を共有する。この中で、地域状況とニーズの整理や、対象地域で特徴的となる課題の明確化および事業化の流れを振り返る。それぞれの地域で異なるニーズへの対応の一事例として共有したい。

国外を中心とした異文化での活動の中では、文化や宗教、生活の歴史へ向き合うことも多く、より多面的に対象となる人や地域を知ることにつながる。こうした経験を経て、国内で再び活動を始めると特に強く感じるのは、それ以前とは地域の文化・宗教・歴史への向き合い方が大きく異なることである。シンポジウムの参加者とこのことについても意見交換ができれば有意義と考えている。

文化と価値観の違いを超えて ～ベトナムの協力隊活動で見つけた日本の訪問臨床との共通点～

福崎 聖子

(ハノイリハビリテーション病院、JICA 海外協力隊/ベトナム社会主義共和国/短期隊員)

【はじめに】私は、JICA 海外協力隊としてベトナムに赴任中で、2022年5月から2024年5月までは山間部のソンラ省リハビリテーション病院で、2024年7月からは首都のハノイリハビリテーション病院で、言語聴覚士（ST）として活動してきた。日常生活はもちろん、臨床の現場でも、文化や価値観の違いにしばしば直面する。違いに直面する中で、私はそこに日本で経験した訪問臨床との共通点があることに気がついた。本発表では、ベトナムで直面した“違い”と日本の訪問臨床との“共通点”をお話し、その核となるものについて考察したい。

【日本との違い】ベトナムでは、入院患者の保清、食事、吸引などのケアは家族が担う。当然、清潔や医学的管理のレベルは日本と大きく異なる。STの体制や介入にも、言語聴覚療法を体系的に学んだSTがほとんどいない、嚥下障害の有無にかかわらず頸部への低周波刺激が行われるなど、様々な違いがある。

中でも、活動上の課題となるのは、考え方や物事の進め方の違いである。ベトナムでは、長期的視点や計画的に物事を進めることに馴染みが薄く、目的や目標を持った介入が難しい。一方、電気刺激など、その場で効果が体感できる介入は好まれる。都市部から離れたソンラ省ではハノイに比べてその傾向が強く、記憶障害に効く薬や機器を求める家族がいたり、訓練する側にも、声が出る、単語が言えるといった見える効果に重きを置き、非言語を含めた意思疎通能力など、見えにくい点には関心が乏しい同僚がいたりした。

【訪問臨床との共通点】ベトナムで直面する違いに衝撃を受けながらも、私は既視感を覚えていた。日本の在宅ケアでは、ベトナムの病院同様、家族がケアの中心を担い、家庭ごとにケアのレベルや衛生基準が異なる。また、価値観、介護環境、経済状況等により、やり方や考え方は様々で、一般的な価値観とは異なる価値観を持つ家庭もある。そのような状況下で、相手を否定せず、その家庭の状況や価値観を理解し、医療職としての見解を伝えつつ、共に考え、彼らの選択をサポートすることが、訪問臨床の現場であった。こちらの考えをおしつけるのではなく、相手を理解し、共に考える姿勢は、ベトナムでの活動においても同様に求められる。これが、日本の訪問臨床との大きな共通点である。

【共通点の核となるもの】日本の訪問臨床でもベトナムでの活動でも、私は「通りすがりの専門職」にすぎない。訪問STは患者の人生に一時的に関わるだけで、最終的な舵取りは利用者や家族が行う。同様に、私のベトナムでの活動も一時的に関わるだけで、その病院の舵取りをするのは現地のベトナム人である。だからこそ、価値観や手法が違うとき、相手を否定せずに理解し、共に考え、彼らの意思決定を支える姿勢が求められる。この姿勢こそが、異なる文化や価値観の中で活動する際に共通して役立つ知識と技術の核心ではないかと私は考える。

東日本大震災の最大被災地での地域リハビリテーションの実践について

橋本 大吾

(一般社団法人 りぶらす)

私は、被災地のリハビリテーション支援に専念するため2011年12月、宮城県石巻市に移住した。現地では仮設住宅の入居者や在宅被災者を対象に支援活動を行い、並行してボランティアの募集や受け入れなどのマネジメントを担っていた。その後、活動の継続性と柔軟性を高めるため、2013年に起業した。以来、地域リハビリテーションの実践を続けている。

石巻市は、東日本大震災において最大の被災地であり、死者・行方不明者数が最大で、浸水面積が最も広がった地域である。最大時には、市民の約20%が仮設住宅や民間賃貸住宅に転居を余儀なくされ、孤立や孤独感を抱える人が多く生じた。現地の行政や医療、介護施設も被災して、支援リソースは限られていたため、地域外からの支援者と協働しながら被災者支援を続けてきた。

実際の支援活動では、仮設住宅においては入居者と住宅環境のミスマッチが課題となり、バリアフリー化の調査を実施した。また、孤立や孤独を防ぐためのコミュニティづくりや生活不活発病の予防にも力を入れてきた。さらに、次の災害に備えるためにリハ職を対象としたスタディーツアーを現地で開催し、学生ボランティアの受け入れも行ってきた。

起業後の2013年には、初めにデイサービスを開所した。ここでは、介護保険対象者だけではなく障害のある方も利用できるようにした。私たちの活動エリアでは、高齢者よりも障害者がリハビリテーション専門職と関われる機会が少なく、また利用できる社会保障サービスも少ないという課題があり、この場合は「リハ難民」の受け皿の一つとなっている。また、デイサービスでは介護保険法の目的である自立支援を目指し、介護サービスを使わないでも生活できるよう「介護からの卒業」も実践し、これまでに30名以上の方が卒業を果たした。さらに、ソーシャルキャピタルの醸成による社会的孤立の予防を目的として、健康づくりを担う住民の育成も行ってきた。これまでに200名以上の方を育成し、現在は企業と協働しながら宮城県内での活動を展開している。

産業革命以降続いてきた世界人口の増加は、これから新たなフェーズに移行していく。日本は世界で最も早く高齢化を迎える国であり、2008年をピークに人口が減少に転じた。この国で有益なモデルが出来れば、国内外の課題解決に貢献できる可能性があると考え活動を展開してきた。日本の人口は、都市部への流入が続いており、次の災害に備えた防災・減災の重要性が高まっている。加えて、地球温暖化による、気候変動や食料安全保障の問題も深刻化しており、地方の持続可能性をどう確保するかも喫緊の課題である。そのような中、日本においてリハビリテーション専門職は、多様な方が共生する社会の実現に向けて、さらに貢献できる可能性があると考えている。私たちは、日本で最も多い介護保険サービスであるデイサービスを拠点に、人や食料品などが循環し、また他業界と協働しながら地域の持続可能性を高めていくための実践を進めている。

パキスタン地震での被災、支援経験そして日本での活動展開

林 寿恵
(阿蘇温泉病院)

【はじめに】私は昭和生まれの団塊世代の子供世代である。熊本県出身にて台風や火山は慣れているが、阪神・淡路大震災はニュース程度の知見であり、地震災害や復興までの見通しなど知らず JOCV 赴任先で地震被災者となった。その時のただただ必死に活動した記録と帰国後に『災害時のリハビリテーションは有用だ!』との思いが、東日本大震災、九州豪雨災害、熊本地震、そして JRAT の活動へと繋がったと思っており、その記録をお伝えする。【経過と活動内容】2005年4月 H16-3 理学療法士隊員としてパキスタンイスラム共和国へ派遣され、翌月に北西部辺境州 マンセーラ県 障害者学校へ赴任。同年10月にカシミール地方(パキスタン、インドの国境付近)を震源地とするパキスタン大地震が発生(M7.6)し被災した。被災後に首都イスラマバードに避難。先輩隊員の活動先であった PIMS 小児科病院には被災地から多くの被災児がヘリコプターで運ばれていたため、ボランティア活動を志願し、活動した。しかしボランティアの受付体制や活動内容など決まっておらず、毎日ウロウロしてキーパーソンを自分で探し、活動を続ける綱渡り方法であった。その後、赴任活動先(被災地)に戻り、NGO 国境なき医師団(MSF)で地元ボランティアとして活動。MSFにはフランス人PTがリハビリテーション活動を行っており、地元パキスタン人を現地活動スタッフとして雇っていたため、私は現地語を話し、パキスタン人へ指導ができる日本人PTとして一緒に活動する機会を得た。MSF 撤退後も地元 NGO などに出向き帰国までの間、赴任先とは別にボランティアとして活動した。2008年2月に帰国し、災害時のリハビリテーションの重要性を細々ではあるが、学会などを通じ発表していた。日本はシステム的に災害対応できるとこの時は信じていたため、支援必要対象地域は海外であった。2011年3月に東日本大震災が発生した。日本理学療法士協会より気仙沼へ派遣され、日本も災害対応弱者地域であると痛感し、さらに災害時のリハビリテーション活動の重要性を強くすることとなった。2012年7月に所属先が豪雨災害のため浸水被害を受け、地元で避難所支援活動を行い、2016年4月には熊本地震が発生し、またも所属先圏域が震源にて被災した。避難所支援活動を通じて日本の受援の大変さを痛感し、災害発生から復興までの見通しと支援、受援の仕組みが課題と考える。JRAT 熊本事務局になぜか入り、2018年7月の西日本豪雨災害、2020年7月にはコロナ禍での熊本南部豪雨災害の災害派遣を経験し、2024年1月の能登半島地震ではLスタッフとしてロジ派遣となった。【現在】パキстанは地震被災後に大規模洪水被害が2回もあるなど、災害における国際的受援経験の国となった。私は海外での被災地支援は、現状難しく渡航、派遣体制は取っていない。日本で JRAT 熊本事務局、Lスタッフとしてロジ派遣されることが多い。しかし、自ら被災したことが2回もあり受援、支援両方の視点で災害対応と準備を行っており、熊本県理学療法士協会では、災害対策理事として活動中である。【今後の課題】災害の内容や程度、国の情勢に応じて支援体制は異なる。日本でも同様であり、どのような体制、内容でも対応できる応用力を身に付ける必要がある。また厚い層での支援(支援期間が未定の事が多い)ができるよう多くの支援人材の育成、支援のネットワーク(災害支援は他職種、多専門チームの集まりであるため)構築が課題と考えている。

地域と世界を結ぶ福島県 JICA 二本松訓練所

家亀 志伸

(JICA 二本松青年海外協力隊訓練所 国内協力員)

人生なんてきっかけひとつ。

2024 年度の JICA 海外協力隊の募集スローガンです。前まで青年海外協力隊や日系社会ボランティアなど様々な呼び名のあったボランティアを総称して JICA 海外協力隊と呼びます。

青年海外協力隊 (JOCV: Japan Overseas Cooperation Volunteers) は、開発途上国への技術協力のため 1965 年に日本国政府の事業として発足し、ラオスに初めての隊員 5 名が派遣されました。1974 年に国際協力事業団 (JICA: Japan International Cooperation Agency、現国際協力機構) が発足し、JOCV をはじめとするボランティア事業は、JICA の大きな柱として歴史を繋いできました。これまでに約 5.7 万人のボランティアが派遣されています。

JICA 海外協力隊は、派遣国の方々と共に暮らし、課題解決に向けて共に活動するため、語学、安全・健康管理、異文化理解、活動手法等の訓練を行い、必要最低限の知識や能力・適性を持って派遣する準備を要します。現在この派遣前訓練は、長野県の駒ヶ根訓練所と福島県の二本松訓練所の 2 箇所で行っています。

駒ヶ根訓練所は 1979 年の開設から 45 周年を迎え、二本松訓練所も 1994 年の開設から 30 周年を迎えます。この間、訓練の内容や日数等も変化・進化を続け、2020 年度以降の COVID-19 による影響で、ここ数年は目まぐるしく変化してきました。現在の派遣前訓練は、73 日×年 3 回の合宿形式で行われています。

駒ヶ根訓練所も二本松訓練所も美しい自然に囲まれ、どちらも近くに素晴らしい山々があります。お互いに訓練所のある都市同士として、駒ヶ根市と二本松市は 2000 年に友好都市協定を締結しました。どちらの市も、JOCV を支援し、国際交流を発展させるために行政と市民が一体となり、様々な分野での交流を進めてくださっています。駒ヶ根では市政 70 周年の式典にて JICA の理事長が特別講演をするほどに親しく長い関係性があります。二本松では、訓練所の開設を契機に「にほんまつ地球市民の会」が設立され、毎隊次の入所時のお出迎えや交流イベント等、とても温かいご支援をいただいています。今後も地域に根ざした訓練所として、国際理解教育の拠点となり、市民の方々に広く国際協力の理解や参加を促進する役割を担うことでしょう。

実は、2011 年の東日本大震災の折には、約 4 ヶ月半、二本松訓練所が避難所として機能しました。原発事故の影響で遠い街から避難してきた方々が訓練所内でひとつのコミュニティとして助け合って暮らし、派遣前/待機中の隊員や OB/OG もボランティアとして支援しました。

訓練所の様子、訓練の目的や現状、地域の方々との交流等について知っていただき、JICA 海外協力隊と訓練所について理解を深めていただけると幸いです。

マラウイでの活動紹介

鷹觜 紺

(2023 年度 4 次隊、マラウイ派遣、理学療法士)

2023 年 4 次隊で 2024 年 4 月からマラウイに理学療法士として派遣されています。マラウイは、アフリカ大陸の南東に位置し、モザンビーク、ザンビア、タンザニアに囲まれている内陸国です。1971 年からマラウイに隊員が派遣されており、2023 年の時点で総勢 1,854 名の隊員がマラウイで活動しています。さらにマラウイと日本は、今年外交 60 周年を迎えます。今回の発表では、マラウイとはどういったところかをお伝えするとともに、現時点での私の活動、今後の展望などをお話ししていきたいと考えています。

私の任地は、首都のリロングウェから北にバスで 5-6 時間離れた、ムジンバ県のムズズというところ です。標高が 1,200m のため、湖沿いや南部と比べ比較的涼しいのが特徴です。配属先は、ムズズセン トラル病院で、国内にある大きい 3 病院のうちの 1 つです。大きく分けて入院病棟、外来部門(眼科、 婦人科も含む)、検査科、理学療法科があり、私は理学療法科に所属しています。主に、入院・外来患 者さんのリハビリを行なっています。

要請内容は、①成人患者・小児患者に対する理学療法の実施、②それに関する同僚への知識、技術面 での助言、③理学療法科における 5S の促進と業務改善の提案と実施、④学生の知識、技術向上のため のワークショップや勉強会の実施となっています。6 月から任地に赴任し、3 ヶ月活動してきた中で見 えてきた課題が何点かあります。それは、①患者さんのリハ時間が決まっていない、②療法士自身の体 力を使うようなリハはしない、リハビリ中に患者さんをあまり観察しない、③入院患者の記録用紙・記 入場所が定まっていなく経過が追えない、前回の記録が探し出せない、④療法士の数が患者さんに対し て圧倒的に足りないことが課題ではないかと考えています。①、③、④に対しては、業務効率の改善、 ②知識の共有、技術向上が必要であると感じています。数ヶ月生活してきて、マラウイアンはあまり時 間を気にして生活していないような印象を受けます。そのため、業務の効率を上げるための活動には相 当な時間を要さなければ、定着しないのではないかと考え、まずは業務効率の改善のための活動を行う 計画を立てました。それと並行して、同僚やインターン生、学生に対する知識や技術の共有を行う勉強 会を開催できるよう準備していくつもりです。

日本と異なる文化を持つ地で、自分が活動することの大変さを痛感しています。言語の壁も大きいで すが、マラウイアンが何を求めているのか、どんなことに手を付けていいのか、これからも話し合いを 行いながら、独りよがりの活動にならないように任期を全うしてきたいと思っています。

JICA 海外協力隊における理学療法士案件の傾向と期待される活動

◎濱田光佑¹⁾、寺村晃²⁾、田中裕二³⁾、勝田茜⁴⁾

- 1) 愛知医療学院短期大学 リハビリテーション学科 理学療法学専攻
- 2) 大阪保健医療大学保健医療学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻
- 3) D & I 株式会社 療育センターエコルド
- 4) 佛教大学 保健医療技術学部 作業療法学科

【はじめに】JICA 海外協力隊における理学療法士（以下、PT）の累計派遣者数は624名（2023年時点）に達しており、途上国における高い需要を示している。一方で、被支援国のリハビリ養成校や、PT 以外のリハビリ職種の要請案件も増加し、被支援国を取り巻く環境も急速に変化している。質の高い国際協力を継続するためには、PT ボランティアの立ち位置や被支援国の大局的なニーズを理解することが重要である。

【目的】本研究の目的は、JICA 海外協力隊の PT に対する要請概要をもとに、要請国のニーズと JICA 海外協力隊の PT に求められている活動を明らかにすることである。

【方法】2021 年から 2023 年度までの JICA 海外協力隊の PT 募集における一般案件 81 件を対象とした。データは JICA からの許諾を得て、ホームページに公開されている情報を抽出し、要請国・機関、要請概要（要請理由・背景、予定される活動内容）、資格等条件（経験年数、語学レベル、学歴等）を集計した。また、要請概要については、KH Coder による Text mining を行った。なお、大阪大学人間科学研究科・共生学系研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】地域別要請数はアジア 28 件、中南米地域 20 件、アフリカ地域 13 件、中央アジア・コーカサス地域 10 件、大洋州地域 9 件、中近東地域 1 件であった。応募条件として、語学能力は全ての案件で選定基準に英語が適応された。語学レベルは、JICA が定める 4 段階の基準（A が最も基準が高い）で、レベル D が 51 件、レベル C が 26 件、レベル B が 2 件であった。経験年数は 2 年以上が 13 件、3 年以上が 42 件、5 年・10 年以上が 26 件であった。また、大卒以上の学歴を求めるものが 28 件であった。KH Coder の結果から、媒介中心性が高い語句として「資格」、「経験」、「少ない」が抽出された。サブグラフ検出では業務の改善と提案、理学療法の提供、量的支援の必要性を中心とした 13 のグループが生成された。

【考察】 JICA 海外協力隊の要請国は主にアジア・中南米地域であり、依然として量的な支援が求められている。また、PT の要請条件として、語学能力よりも学位や経験年数が重視される傾向があり、専門職としての知識・技術に加えて、医療先進国の一員として要請国の課題を俯瞰的に洞察し改善する能力が求められる。

宮城県理学療法士会 国際交流・支援等委員会の活動と展望

◎成田徹平¹⁾、三田村徳²⁾、古川雅一³⁾、菊池真美子⁴⁾、庄司剛仁⁵⁾、菅原美波⁶⁾

1) 東北大学病院リハビリテーション部

2) 東北医科薬科大学病院リハビリテーション部

3) 仙台医健・スポーツ専門学校

4) JICA 東北市民参加協力課

5) 石巻健育会病院

6) 仙台市健康福祉局地域包括ケア推進課

【はじめに】一般社団法人宮城県理学療法士会(以下、MPTA)において、2021年5月に国際交流・支援等委員会が常設委員会として独立した。国際協力は、日本理学療法士協会の事業にも位置付けられている。県士会としての取り組みを報告することは、よりよい国際協力を検討する上で役に立つ。

【目的】MPTAの国際交流・支援等委員会のこれまでの活動を紹介し、これからの展望を報告することとした。

【方法】MPTAの国際交流・支援等委員会の活動について、MPTAが発行している報告書等の資料を中心に情報を収集し、整理した。

【結果】当委員会活動の対象は、MPTAや学生、各国際支援団体、在日外国人、留学生と多岐に渡る。目的は、異文化・多文化の相互理解を深め、グローバルヘルスへの貢献や国際・地域社会の安定を目指すこととしており、活動目標・方針として①海外理学療法士や外国人との国際交流②在日・在留外国人や外国人材への支援③多様化する社会へ柔軟に対応することとしている。これまでの活動として、2020年にwebアンケート調査を行い、活動の糸口を見出した後、2021年「海外活動とその後の多様なキャリア」元JICA海外協力隊を講師に迎え、講演と座談会を実施。2022年9月「国際交流のミリョクと語学のキホン」、12月「スポーツ活動と国際活動経験」各現場の実践などに至る経緯や必要なスキル、知識などをご講演いただき、若手理学療法士のキャリアや今後の活動へのきっかけづくり、挑戦し続ける大切さを学んだ。2023年「整形外科・スポーツ理学療法の実践と臨床留学までの歩み」アメリカ留学の経験から国際活動の新たな選択肢を見出した。また日本理学療法士協会国際事業として「グローバル社会における理学療法士の活躍に資する事例紹介」にて、国際的な活動や運営についても活動報告した。

【考察】グローバリゼーションが進んできているなかで、MPTAにおける海外・国際分野の活動は遅れをとっていた。しかし当委員会の活動により国際展開は確かに進んできている。今後の展望として、World Physiotherapy学会、アジアを中心とした予防・ヘルスケア事業、外国人診療や外国人材への支援など課題が残されているなかで、今後も活動を続けていく。

【倫理的配慮】本研究は文献研究のため、倫理審査の対象とはならない。

理学療法を学ぶ学生がカンボジアの医療に対して抱いた印象～カンボジアスタディーツアーに参加して

◎中村光沙¹⁾、高橋恵里¹⁾

1) 福島県立医科大学 保健科学部 理学療法学科

【はじめに】理学療法を学ぶ学生が自国と異なる環境の医療やリハビリテーションの現状を知ること、職業観の醸成、医療福祉制度の再考、人間的な成長に役立つとされている。現在、医療福祉やリハビリテーションの領域で中低所得国におけるいくつかのスタディーツアーが開催されているが、スタディーツアーへの参加者がどのような印象を持つのかについては明らかにされていない。

【目的】カンボジアスタディーツアーへの参加者がカンボジアの医療に対して抱いた印象を明らかにすることとした。

【方法】対象者は、株式会社 Kitahara Medical Strategies International によるカンボジアスタディーツアーに参加した理学療法学生 8 名とした。スタディーツアーは 2024 年 3 月に 6 日間の日程で開催された。スタディーツアーではカンボジア国内の医療機関 4 施設などで見学をした。アンケート調査は 2024 年 8 月に Google フォームを用いて行った。質問は、ツアー参加時の学年、最も印象に残った施設とその理由、日本とカンボジアの医療の違いについて印象に残った点、日本の医療の良いところ、カンボジアの医療の良いところとした。

【結果】7 名から回答が得られた（回答率 87.5%）。ツアー参加時の学年は 1 年 3 名、2 年 1 名、3 年 3 名、4 年 1 名であった。最も印象に残った施設は、National Pediatric Hospital 3 件、Sunrise Japan Hospital 2 件であった。最も印象に残った理由は、日本との衛生面や設備面の差に驚いたため、日本との差を実感したためなどが挙げられた。日本とカンボジアの医療の違いとしては、家族の関与 4 件、保険制度 2 件、国民性 2 件などが回答された。日本の良いところとしては一定の医療水準、良い衛生状態、保険制度が挙げられた。カンボジアの良いところは、家族の支援、海外から技術を取り入れる障壁の低さ、経済状況に合わせた負担額の変更などが挙げられた。

【考察】医療現場の見学においては、自国との差を強く感じる現場が印象深いことが分かった。参加者は日本とカンボジアの差を認識し、家族の関わりがカンボジアの良いところと認識していた。

【倫理的配慮】本研究にあたり、対象に目的、方法、データの扱いなどに関して十分な説明を行い、学会発表をすることについて同意を得た。

モンゴル国の都市部と地方部の地域在住高齢者における運動習慣と移動能力の比較

◎高橋恵里¹⁾、Yanjinsuren BATBAYAR²⁾、Ganbaatar NAMUUN²⁾、Dambadarjaa BATLKHAM²⁾、Khadbaatar ARIUNAA²⁾、Bayartai MUNKH-ERDENE²⁾、齋藤崇志³⁾、大森圭貢⁴⁾、小笠原牧¹⁾、河村晃依⁵⁾、曾根稔雅¹⁾、柴喜崇¹⁾、遠藤康裕¹⁾

- 1) 福島県立医科大学保健科学部理学療法学科
- 2) モンゴル国立医科大学看護学部理学療法学科
- 3) 国立障害者リハビリテーションセンター
- 4) 湘南医療大学保健医療学部リハビリテーション学科
- 5) 北里大学医療衛生学部リハビリテーション学科

【はじめに】モンゴル国における高齢化率は、今後50年間で現在の約4.5%から約20%まで増加すると予想されており、日本国同様にフレイル高齢者が急増することが想定される。都市部と地方部では生活習慣や環境が異なることから運動習慣や移動能力に違いがあることが予想されるものの、その違いは明らかにされていない。

【目的】モンゴル国における都市部と地方部の地域在住高齢者の運動習慣と移動能力の違いを明らかにすることとした。

【方法】研究デザインは横断研究とした。モンゴル国のウランバートル市（都市）とドントゴビ県マンドルゴビ市（地方）において、2024年8月の高齢者生活機能測定会に参加した地域在住高齢者72名を対象とした。データ欠損者を除外し66名（都市33名、地方33名）を分析対象とした。調査項目は運動習慣とし、質問紙により現在の運動習慣と定期的な運動の継続について5件法で調べた。測定項目は、身長、体重、5回立ち座りテスト（以下、SS-5）、10m歩行時間（快適・最大）、Timed Up and Go Test（以下、TUG）とした。都市と地方の2群に分け、群間比較には正規性の有無に応じて対応のないt検定もしくはMann-Whitney U検定、またはカイ二乗検定を用いた。統計処理にはIBM SPSS Statistics Ver. 29を使用し有意水準を5%とした。

【結果】2群間において、年齢（平均：都市72.1歳、地方72.3歳）、性別（女性：都市26名、地方26名）、身長、体重に有意差はなかった。現在運動習慣があるのは、都市28名（84%）、地方17名（51%）で分布に有意な偏りがみられた。SS-5は都市で有意に短く（中央値：都市11.0秒、地方13.0秒）、10m歩行時間は快適・最大ともに都市で有意に短かった（快適・中央値：都市7.6秒、地方9.1秒、最大・中央値：都市5.7秒、地方6.6秒）。TUGには有意差がなかった（中央値：都市6.7秒、地方6.9秒）。

【考察】モンゴル国では都市部と比較して地方部の地域在住高齢者の運動習慣が少なく、下肢筋力が低く、歩行速度が遅い可能性が示された。本研究は対象者数が少なく一地域について調査したものであるため、国全体の違いを知るためには更なる検討が必要である。

【倫理的配慮】本研究は福島県立医科大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

学術大会概要

大会名 国際リハビリテーション研究会 第8回学術大会

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（福島県立医科大学）

会 期 2024年11月17日（日）9:30～15:50

会 場 いろどりの丘（宮城県東松島市野蒜ヶ丘2丁目25-2）

学術大会学会運営組織

実行委員長

勝田 茜 佛教大学

実行委員

石井 清志	薬ゼミ情報教育センター
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
知脇 希	帝京平成大学
津 玄德	福岡リハビリテーション専門学校
道願 正歩	慶應義塾大学
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
山口 佳小里	国立保健医療科学院

国際リハビリテーション研究会

第8回学術大会 抄録集

発 行 者：国際リハビリテーション研究会 Home Page：https://int-rehabil.jp E - m a i l：jsir.office@int-rehabil.jp
--

国際リハビリテーション研究会 第9回学術大会

大会長：石井清志（薬ゼミ情報教育センター）
開催日：2025年12月14日（日） 場所：東京都内

グローバルヘルス
におけるリハビリテーションの挑戦

記念すべき第10回大会の1つ手前の第9回目です。10回大会に向けて活気のある学術大会になるように努めてまいります。皆様、日程のご調整をお願いいたします！懇親会もあります！



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	①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、ブラインド査読とは、その名の通り著者や査読者を匿名にして査読を行う方法です。

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 (Discussion)		結果についての考察や評価を記載する。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）	おわりに、結論	本研究・活動から明らかになったことを

(Conclusion)		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。
本文中記載例：川住ら[1]は、〇〇と報告している。…高齢化率が上昇すると予測されている[2]。

<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。

なお、この規定は2021年8月6日より実施される。

なお、本規定は2022年6月1日に改定され、同年7月25日より実施される。

なお、本規定は2023年6月6日に改定され、同年6月6日より実施される。

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人間健康科学研究科
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	株式会社コーエイリサーチ&コンサルティング
勝田 茜	佛教大学
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
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
知脇 希	帝京平成大学
渡邊 雅行	医療法人社団重仁 佐々木病院

(敬称略)

編集後記

この度は国際リハビリテーション学第7巻1号をお手に取りいただき、誠にありがとうございました。新型コロナウイルスのパンデミックが落ち着き、対面での事業や学会が再開されるようになってから、しばらくたちます。インタラクティブな意見交換の有難さを感じるとともに、開催地となった宮城県での開催は、東北全体においても国際リハビリテーションのインパクトを与えるきっかけになったものと思います。

今回の投稿論文は、カンボジアにおけるリハビリテーション提供状況についてでした。プノンペンの施設の管理者へのインタビュー調査を通じて、適切なりハビリテーションの提供にむけた提言がなされています。現在日本では、外国人労働者が増加の一途を辿っておりますが、カンボジアからの来日者も着実に増えています。リハビリテーションを軸に、国境をこえて学びあう中で、必要なりハビリテーションニーズを、適宜適切に提供できる社会になれるように多くのステークホルダーらと協力していきたいと思っております。皆様からのご意見や投稿を、心から楽しみにしております。

(伊藤 智典 公益社団法人 日本理学療法士協会)

国際リハビリテーション学 第7巻1号
Journal of International Rehabilitation, VOL.7 NO.1
(ISSN 2434-5024)

2025年2月 発行

発行者: 国際リハビリテーション研究会

住所: 〒960-8516

福島県福島市栄町10-6

福島県立医科大学保健科学部理学療法学科内

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

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

