

# REHABILITATION

# — 2030 —

## a call for action

リハビリテーション 2030 行動の呼びかけ

February 6–7 2017

2017年2月6日–7日

Executive Boardroom, WHO Headquarters

### MEETING REPORT



国立障害者リハビリテーションセンター

## 目次

|  |    |
|--|----|
| 会議報告書                                      | 1  |
| 謝辞   | 1  |
| 会議の概略                                      | 2  |
| 「リハビリテーション 2030」会議出席者数                     | 4  |
| 1. 行動の呼びかけ                                 | 5  |
| 2. 初めに                                     | 7  |
| 3. リハビリテーション：当事者からの体験に基づく提言                | 10 |
| 4. 21 世紀のリハビリテーション                         | 16 |
| 5. 医療制度におけるリハビリテーションの実施：WHO 参加国・地域からの重要な教訓 | 22 |
| 6. 医療制度におけるリハビリテーションの強化：WHO における現在の提言からの学び | 24 |
| 7. リハビリテーションに対する意識を高める                     | 28 |
| 8. WHO の戦略におけるリハビリテーション                    | 30 |
| 付記 A 参加者名簿                                 | 33 |
| 付記 B 議事次第                                  | 50 |
| 付記 C 行動の呼びかけ フランス語                         | 53 |
| 付記 C 行動の呼びかけ スペイン語                         | 55 |
| 付記 C 行動の呼びかけ ロシア語                          | 57 |
| 付記 D インフォグラフィック                            | 59 |
| 付記 E 重要なリンクと関連情報                           | 60 |
| 基本概念                                       | 61 |
| 背景資料                                       | 63 |
| リハビリテーション：21 世紀の健康の鍵                       | 63 |
| リハビリテーションの規模拡大の必要性                         | 69 |
| 医療情報システムとリハビリテーション                         | 78 |
| 行動の呼びかけ                                    | 83 |

本書は 2017 年に世界保健機関（WHO）により「REHABILITATION 2030 a call for action」と題して発行された。

© World Health Organization, Geneva 2017

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

この日本語訳は公定訳ではない。国立障害者リハビリテーションセンター（埼玉県所沢市並木 4-1）は、WHO により本書の翻訳権を与えられており、日本語訳に関する一切の責任を負うものとする。英語版が正式であり、英語版と日本語版との間に不一致があった場合は、英語版に拘束力がある。

© 国立障害者リハビリテーションセンター 2021 年

Licence: CC BY-NC-SA 3.0

## Meeting Report

会議報告書

### 謝辞

本書はWHO(世界保健機関)によって組織された「リハビリテーション 2030: 行動の呼びかけ」会議の報告書である。

WHOとして、会議の参加者であるWHO参加国・地域の代表、国連機関、政府および非政府組織、ジャーナル編集者、学術団体、研究機関およびWHO協力センターに心から感謝の意を表す。

### 講演者および座長

講演者、パネリスト、座長の方々は会議を通してその専門的知識と深い見識を示して頂いた。発言順にお名前を申し上げる: Etienne Krug (Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO), Oleg Chestnov (Cluster for Noncommunicable Diseases and Mental Health, WHO), Dorcus Makgato (Minister of Health and Wellness, Botswana), Rajitha Senaratne (Minister of Health and Indigenous Medicine, Sri Lanka), Phouthone Moungpak (Deputy Minister of Health, Lao People's Democratic Republic), Ritu Sadana, Gopal Mitra, Cheat Sokha, Alarcos Cieza (Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO), Somnath Chatterji (Department for Information, Evidence and Research, WHO), David McDaid (London School of Economics, United Kingdom), Anneke Schmider (Department for Information, Evidence and Research, WHO), Linamara Battistella (University of São Paulo Medical School, Brazil), Gwynnyth Llewellyn (University of Sydney, Australia), Ximena Neculhueque Zapata (Director of Rehabilitation, Ministry of Health, Chile), Carlos Pinto (Deputy National Director, SENADIS, Ministry of Social Development, Chile), Gundula Rossbach (President, German Statutory Pension Insurance Scheme), Joachin

Breuer (Director General, German Social Accident Insurance), Darshan Punchi (Parliamentary Secretary of Health, Pakistan), Herminigildo Valle (Undersecretary of Health, Department of Health, Philippines), Gerold Stucki (University of Lucerne, Switzerland), Nhan Tran (Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO), Dan Chisholm (Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO), Chapal Khasnabis (Global Cooperation on Assistive Technology, WHO), Jan Monsbakken (Rehabilitation International), Karsten Dreinhöfer (Chair, Global Alliance for Musculoskeletal Health), Emma Stokes (World Confederation of Physical Therapy), Karen Heinicke-Motsch (CBM), Christoph Gutenbrunner (Department of Rehabilitation Medicine, University of Hannover, Germany), Allen Foster (London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom), Joel Block (Osteoarthritis and Cartilage journal, United States of America), Laragh Gollooly (Bulletin of the World Health Organization), John Beard (Department of Ageing and Life Course, WHO), Jan Ties Boerma (Department of Health Statistics and Informatics, WHO), Ed Kelley (Department of Service Delivery and Safety, WHO), and Shekhar Saxena (Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO).

### WHO 事務局

WHO 事務局の以下のメンバーが会議を組織し調整を行った: Chris Black, Laure Cartillier, Helene Dufays, Louisa Djerroud, Kaloyan Kamenov, Lindsay Lee, Elanie Marks, Jody-Anne Mills, Marieke van Regteren, Altena, Laura Sminkey, Tamitza Toroyan and Judith van der Veen.

### 財政的援助

「リハビリテーション 2030」会議はCBMとAssociazione Italiana Amici di Raoul Follereaul (AFO)の財政的援助の元に開催された。

## 会議の概略

非感染性疾患と傷害の有病率及び高齢人口の増加に伴い、リハビリテーションに対する大変大きく継続的で満たされていないニーズが、かつてない程に増大している。しかし世界の多くの地域で、リハビリテーションの提供能力は限られているか、存在すらせず、人々の要求に適切に応えることができていない。

生活機能を最大限に高めるという目的に基づき、リハビリテーションは健康状態をできるだけ自立した状態に維持しようとする人々が、教育を受け、経済活動に参加し、人生における有意義な役割を果たそうとすることを支援する。したがって、身近に、しかも経済的に利用可能なリハビリテーションがあるということは、持続可能な開発目標（Sustainable Development Goal: SDG）3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」を実現するための基本的な要素である。

リハビリテーションを高めるためには、さらに認識を深め、推進し、リハビリテーションの人材と基盤への投資を行い、指導者とガバナンス構造の改善が必要である。このような、満たされていないニーズの大きさと広がり、全ての関係者の歩調の合った協調された世界的な行動が、可及的速やかに必要とされているということを意味している。

### 目的

1. リハビリテーションの増大するニーズに対する注意を喚起する。
2. 持続可能な開発目標（SDGs）を達成する上でのリハビリテーションの役割を強調する。
3. 医療制度におけるリハビリテーションの強化に向けた、歩調の合った協調された世界的な行動を要請する。



## 成果物

「リハビリテーション 2030: 行動の呼びかけ」

現在および将来の世代のニーズに合わせて、医療制度におけるリハビリテーションの強化の必要性への認識を高める。

リハビリテーション指針に関与する様々な関係者の役割を強調する。

WHO の方針と SDG3 の達成におけるリハビリテーションの重要性を喧伝する。

チリ、ドイツ、パキスタン、フィリピンの例を示して、それぞれの国にリハビリテーション サービスを根付かせる取り組みに光を当てる。

## この報告書の内容

この報告書は様々なセッションにおける重要なメッセージを時系列的に要約したものである。フランス語、スペイン語及びロシア語に訳された「行動の呼びかけ」、議題、参加者名簿、医療制度におけるリハビリテーションのインフォグラフィックは付記にある。根拠となる論文と基本概念、ビデオ“21 世紀のリハビリテーション” はオンラインで入手できる。[\(http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/\)](http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/)

# 「リハビリテーション2030」会議出席者数

全出席者数

208

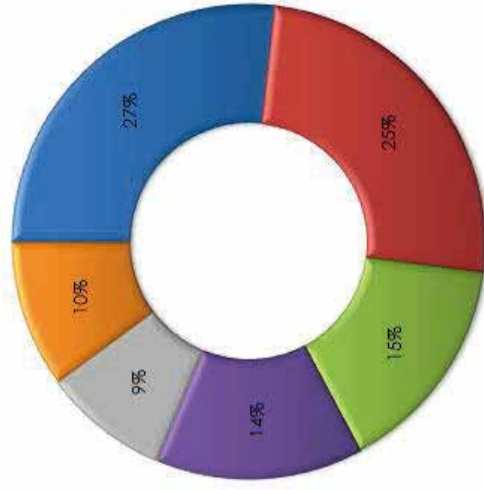


## WHO 各地域からの代表者



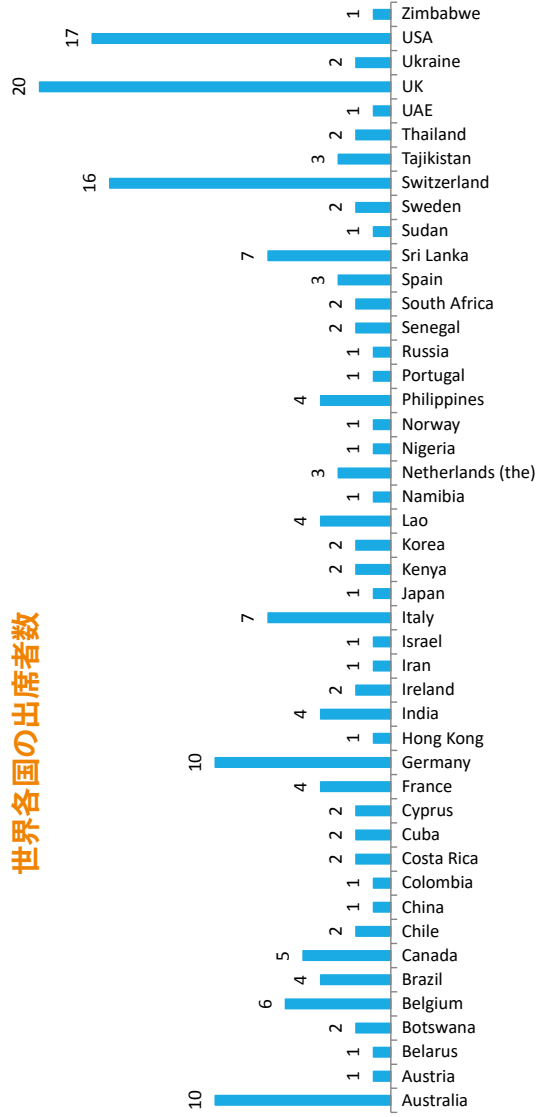
- ヨーロッパ: 46%
- 東地中海地域: 4%
- 東南アジア: 9%
- アメリカ大陸: 19%
- 西太平洋地域: 15%
- アフリカ: 7%

## 出席関係機関内訳



- 政府機関: 27%
- WHO: 15%
- リハビリテーション専門家組織: 9%
- 学術団体: 25%
- 特定条件の組織: 14%
- その他: 10%

## 世界各国の出席者数



# 1. 行動の呼びかけ

## 「リハビリテーション 2030」会議出席者は次の項目を承認した：

- A. 世界中で、とりわけ低及び中所得国においてリハビリテーションのニーズが満たされていない。
- B. リハビリテーション サービスに対する必要性は、世界的な高齢化や疾病と外傷の後遺症を抱えながら生きる人々の増大といった健康や人口動態の傾向からして今後とも増大し続ける。
- C. SDG3：「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」および目標 3.8：「すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的な医療へのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル ヘルス カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）（注）を達成する。」ためには、リハビリテーション サービスへのアクセスを拡大する必要がある。
- D. リハビリテーションは予防、健康増進、治療と苦痛の軽減に加え、医療に引き続いて必須とされるものの一部であり、それゆえ、医療制度に統合されるべき必須の構成要素である。
- E. リハビリテーションは、様々な健康状態にある人々と生涯にわたる障害を経験している人々の医療のすべてのレベルにおいて意味を持つ。それ故、リハビリテーションは障害者を含めあらゆる種類のリハビリテーション利用者とは密接な関係にある。
- F. リハビリテーションは人類の資産への投資であり、健康、経済、社会の発展に貢献する。
- G. リハビリテーションの役割は高齢化と健康に対する世界戦略と行動計画（2016 – 2020）、精神保健行動計画（2013-2020）、人々を中心に置く統合された医療サービスの枠組みを効果的に実施する為の道具であり、支援機器国際協力（Global Cooperation on Assistive Technology: GATE）提言への取り組みに貢献する役割も担う。
- H. 各国のリハビリテーションの強化と拡大に対する障壁を列挙する。
  - i. 政府にとって他の課題に比べ優先順位が低い。
  - ii. 国家及び地方自治体のレベルにおいてリハビリテーションの方針と計画が欠如している。
  - iii. リハビリテーションを取り仕切る保健省と社会省との間の協調が不十分である。
  - iv. 財源が欠如、または不足している。
  - v. リハビリテーションニーズに対するエビデンスが不足している。
  - vi. リハビリテーション専門職の数と技能が不十分である。
  - vii. リハビリテーションの施設と機材がない。
  - viii. 医療制度に組み込まれていない。
- I. WHO 参加国・地域及び事務局、他の国連機関 リハビリテーション利用者団体、サービス提供者、財政出資機関、専門家組織、研究機関、非政府機関、国際機関等の関係者による速やかな、足並みをそろえた世界的行動がリハビリテーションの質を高めるために必要である。

## 上記を考慮し、参加者は、次の 10 の分野において努力することを約束した：

1. 地域、国内、国際レベルでのリハビリテーションの強いリーダーシップと政策的支援の構築。
2. 緊急事態への備えと対応を含む国家的、世界的なリハビリテーションの計画と実施の強化。
3. 人々のニーズに効果的かつ効率的に対応するための、リハビリテーションの保健分野へのさらなる統合と連携の強化。
4. リハビリテーションのユニバーサル ヘルス カバレッジへの編入。

（注）全ての人が基礎的保健サービスを必要な時に負担可能な費用で享受できること。

5. 地方や遠隔地に住む人々を含むすべての人々に対し支援機器を含め良質なリハビリテーション サービスが公平に得られるような包括的なリハビリテーション サービスの提供モデルの構築。
6. 各国の状況に見合う、強力な学際的リハビリテーション専門職の育成と、全ての健康に関わる人材の教育においてリハビリテーションの概念を推進すること。
7. 適切な仕組みを通じたリハビリテーションに対する予算措置の拡大。
8. 国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF）を利用した生活機能に関する情報とシステムレベルのリハビリテーションのデータを含む医療情報システムを強化するためのリハビリテーションに関する情報収集。
9. リハビリテーションに関する研究能力を高め、リハビリテーションに関する強固なエビデンスがさらに広く得られるようにすること。
10. リハビリテーションにおけるネットワークと協力関係を、とりわけ低、中、高所得国間において確立し強化すること。



## 2. 初めに

健康と人口動態の劇的な変化は 21 世紀の特徴である。人々の寿命は延びたが、生活機能と福祉に影響を与える障害のある慢性的状態を抱えて生きることとなった。60 歳以上の人口は、2050 年までに倍増すると予想され、その一方では非感染性疾患の有病率は直近の 10 年間で 18% 増加した。医療制度はこれらの新たに浮上した課題に対応するという責務に直面している。そして医療政策は、これらの疾患による死亡率を下げるということのみならず、生活機能を上げることも射程にいれるということも強調されるようになった。SDG3—あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する—では健康寿命の延伸、すなわち長く生き、よりよく暮らすことの重要性を明確に述べている。

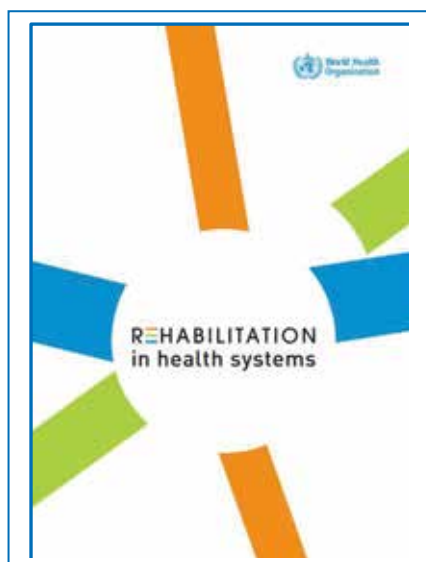
リハビリテーションは生活機能を最大限にする介入と、環境との相互作用で、さまざまな健康状態にある個人の障害を軽減するということがセットになっている。健康状態は疾病（急性、慢性）、変調、傷害または外傷のことを言う。健康状態には妊娠、加齢、ストレス、先天異常、遺伝的体質のような状態も含まれることがある。

「リハビリテーション 2030」会議は、医療政策関係者、臨床家、利用者、出資者、学術団体や開発者等の関係者が集まり、リハビリテーションサービスを拡大し、深刻で満たされていないニーズについて取り扱う行動計画に協同して参画する貴重な機会となった。

「リハビリテーション 2030」は新たに出版された「医療制度におけるリハビリテーション」を開始する理想的な土台を提供した。その出版物においては国々におけるリハビリテーションの拡張、拡大を提案している。Dr Oleg Chestnov (Cluster for



Noncommunicable Diseases and Mental Health, WHO) は開会の辞において参加者に対し、この文書の概説を述べた。提案の導入例は会議の中で WHO 地域の国々から発表された。(5章参照)



開会にあたり Dr Etienne Krug (Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO) と Dr Chestnov は、会議の開催を長い間待ち望んでいたと述べた。

**「私たちの希望は、この会議が、各国においてリハビリテーション サービスが全ての必要とする人々に行き渡ること保証するような計画を確固たるものにするのを促進するものとなることです。この野心的な目的が達成できるかどうかは、ここにお集まりの皆様方全員が支援して下さいることにかかっております。」**

—Dr Etienne Krug

Dr Chestnov は、リハビリテーションが多分野による戦略を必要とし、その拡充は健康と人口動態の傾向に対応することのみならず、医学と支援機器の進歩による恩恵を最大限にすることであると強調した。博士はさらに緊急時におけるリハビリテー

ションの大きなニーズがあることを強調した。Dr Chestnov は、リハビリテーション サービスの満たされていないニーズに対処することなしには SDGs を達成することは事実上不可能であると述べた。



**「リハビリテーションは、今日我が組織の主たる戦略的課題であります。SDGs はそれに対処することなしには事実上達成不可能です。」**

—Dr Oleg Chestnov

各国政府の基調講演 (Honorable Ms Dorcas Makgato, Minister of Health and Wellness, Botswana, Honorable Dr Rajitha Senarathne, Minister of Health and Indigenous Medicine, Sri Lanka, and Honorable Dr Phouthone Mounpak, Deputy Minister of Health, Lao People's Democratic Republicを含む)では、医療制度にリハビリテーションを統合することの重要性がさらに強調された。全体を通して直面する課題のいくつかが強調され、それぞれの国におけるニーズと優先順位に従って、どのように対処されるべきかが強調された。



「たとえ私がリハビリテーション サービスが受けられますと言ったとしても、問題はそれが適切なものであるかどうかで、答えはノーです。このことは私たちにリハビリテーションを国家的成長計画（政策）の中に組み込む必要があるということを示唆しています。」

—Honorable Ms Dorcas Makgato



「保健省は、我が国の機能的制約を持ちながら生活している人々の満たされていないニーズに応えるためには長い道のりがあることを承知しています。ラオスはリハビリテーションをこのシステムに取り込み強化する必要があることを認識しております。」

—Honorable Dr Phouthone Mounpak



「効率的なリハビリテーションを行うためには適切な計画が必要です。そうするためにはリハビリテーションに関する情報を収集し、処理し、管理する医療情報システムが必要です。」

—Honorable Dr Rajitha Senaratne

### 3. リハビリテーション：当事者からの体験に基づく提言

#### 3.1 リハビリテーションはパッケージ

—Dr Ritu Sadana



私の好きなことの一つにサイクリングがあります。カリフォルニアに住んでいた10代の頃、ロードレースとそしてもちろんツール・ド・フランスが大好きでした。その後、サイクリングを通じて夫のJacquesと知り合い、デンマークに住み、その後子供たちと一緒にする楽しみとなりました。2013年夏の写真をいくつかご覧に入れましょう。私のお気に入り、息子のJacques-Kabirと撮ったものです。Provenceにある小さな村であるCrestetにたどり着いたときの彼のにっこりした顔が特に好きです。私は49歳で、彼は14歳でした。

それから2-3週間後のことです。土曜の午後、家のすぐ近くに一人で自転車に乗って出かけました。青い空、さんさんと輝く太陽が思い出されます。そして奈落の底に突き落とされました。

考えてみて下さい。2週間後私は頸と脚を装具で固定され、たくさんの管の入った状態で目が覚めました。それは現実でした。この写真は2013年の10月のものです。その時私はよい知らせを聞かされました。時速90kmでとばす車にはねられた事故から生還したのだと。しかし同時に頸の骨が折れ、腰が潰され、動脈が詰まり、ヘルメットをしていたにもかかわらず私の頭蓋骨の一部が失われるという深刻な怪我を負ったとも聞かされました。その時点までに、不安定な背骨に2個の固定具を入れるなどのいくつかの手術を受けていました。それでも麻痺の残る可能性がありました。私は今後、第一腰椎骨を取り去る手術を受ける必要があり、今で

も認知機能の低下に関して検査を受けています。さてその時、夫から、母がカリフォルニアを飛んで、こちらへ飛行機でやってくる途上にあると告げられて、ああ、これってとても大変なことに違いないということを知りました。

しかし、3年経った今、私の身体は修復され、リハビリテーションを受けながら、したいと思うたくさんことができ、仕事に復帰することもできました。

今日に至るまで多くの人々に、WHOも含めて「Ritu、君は奇跡だ」といわれます。でも、正直言って、私が生きながらえたのは、素晴らしい救急医療と外傷治療のおかげです。しかし私が再び私自身を取り戻したのは、ひとえにリハビリテーションのおかげです。

**「正直言って、私が生きながらえたのは、素晴らしい救急医療と外傷治療のおかげです、しかし私が再び私自身を取り戻したのは、ひとえにリハビリテーションのおかげです。」**

まず私が最初に言いたいことは、リハビリテーションは奇跡ではないということです。それはパッケージです。リハビリテーション専門職に出会ったのはそのときが初めてでした。信頼できる関係性を構築するための彼らの励まし、技能、能力は、私ができるかとも思っていた以上のところへ私を後押ししてくれました。Nathalie Jaros先生は、Clinique La Lignière クリニックの理学療法士ですが、この場に参加してくれました。彼女の温水治療とマッサージは私が痛みをコントロールする助けとなり、私の幸福感全体の役に立ちました。一連の関節を整え、動きをよくし、筋力強化、バランス獲得を促進する訓練も役に立ちました。私は様々な機器を使いました。中にはエクササイズ用の弾性バンドや、大きな赤いバランスボールや、表面がでこぼこした様々なものなどのローテクのものもありました。

医療保険は必須です。それがなければ私には支払うことができないでしょう。更に、たとえば理学療法を受ける時間、家と職場の環境調整なども必要です。WHOは私にモバイルデスクをくれました。そのため私は座った状態でも立った状態でも仕事をすることができます。明らかにそこには保険が必要です。しかし保険が確実

に実行されるようにするのは人々です。WHOのDirector of Staff Health and Wellbeing ServicesのDr Caroline Crossは早い時期に私の夫とリハビリテーション病院に関して話し合い、また私の上司であるDr John Beardと協力して、私が勤務時間中に理学療法に行ってもよいという正式な同意を得られるようにしてくれました。私は今日においてもこの恩恵を受けています。

私がきわめて重要な援助を、家族から、友人から、同僚から受けているかとても語り尽くすことはできません。

このパッケージにはさらに2つの要素があります。すなわち、どんな前進も喜ぶこと、そして意欲を失わず諦めないことです。私はとある親友のアドバイス「もう1回やってみましょう」に従ってきました。そうすればすでに10%前に進んだことになるのです。

私が次に言いたいことは、リハビリテーションの結果としての新しい自分です。もちろんそれは基本であり、最初は我が家へ外出するところから始まりました。そして自分でできることが増え、自信も増しました。そして幸いなことに家庭に戻ることができました。しかし常に周りの人々の支援を受けてきました。例えば私の妹は退院した最初の1週間、私の手助けをするために米国から空路やってきてくれました。そして私の50歳の誕生日を祝ってくれました。これらの写真は私のここ数年間の経過です。もしも私がリハビリテーションを1年で止めていたならば、私はたぶん未だにロボットのようにしか動けず、人混みの中では居心地が悪く、仕事に戻ることはなかったでしょう。私には未だに制約があります。私は走れないし、飛び上がることもできないし、重たいものを持ち上げることもできません。私は頸と腰をねじることにも制限があります。

今、継続しているリハビリテーションのおかげで、私にできることに目を向け、最適化し、できるようになったことを維持しています。そして慢性的な痛みにも対処できています。中には慢性的な頸と腰の痛みの為に麻薬や他の薬を使うようになってしまった人々がいて、依存症になる人の数も増えていることを知っています。私はそれとは違う道を選び、私は支援を受けていることに感謝しています。

**「私の言うことは本当です。リハビリテーションは私に第2の人生を与えてくれました。まさに生きるに値する第2の人生です。」**

3つめに私が言いたいことは、リハビリテーションは私の日常生活の一部であり、私の周りにあるものだということです。リハビリテーションと健康増進の間には強い結びつきがあるように思います。私には一人でできることがいくつかあります。例えばエアロバイクに乗ること等です。退院してすぐに始めました。しかし家族と一緒に歩きます。半年過ぎてスノウシュー歩きを勧められました。100m歩いただけで悲鳴を上げました。しかし今ではスノウシュー歩きは私の楽しみです。それは私の背中の深部筋を鍛え、私を地域の文化に溶け込ませてくれました。スライドのように、夫は私と一緒にスノウシューを履き、私の83歳になる父は自分でも試してみようとカリフォルニアからやってきました。

4つめに、そして最後に私が言いたいことは、リハビリテーションとは計り知れない巨大な影響力と価値を持っているということです。2013年の12月に戻ってみましょう。私は退院して家に戻ってきたばかりでした。頸には硬い固定具が着いていました。痩せて、弱っていました。私の娘のGitanjaliが作ったクリスマスカードを見て下さい。彼女はそのとき12歳で次のように書いてくれました。「お母さん、クリスマス、おめでとう。サンタさんがリハビリテーションというプレゼントを1月7日に持ってくるからね。それまで頑張ってるね。」…実際の処、CTの結果、骨はついていて硬い頸装具は外すことが可能で、積極的な理学療法が始められるという時期でした。それから長い時間が経ちました。私の夫、子供たち、その他の多くの私を支えてくれた人々がここに来てくれていることは意義深いものです。

最後に、リハビリテーションは大いなる見返りを伴う、やるだけの価値のある投資であるということを皆様にご理解いただけたなら幸いです。私の言うことは本当です。リハビリテーションは私に第2の人生を与えてくれました。まさに生きるに値する第2の人生です。

## 3.2 誤解の克服

—Mr Gopal Mitra



私が盲目となったのは、20年近く前の私がまだ20代後半だった時のことです。リハビリテーションの定義を障害のある人々や、障害を負う恐れのある人々が最善の生活機能を獲得できるようにする一連のサービスであるとして、教育や労働や地域社会への参加に寄与するものであるとするならば、私がリハビリテーションによって十分に社会復帰したことは明らかで、それは紛れもない事実です。しかし、人生の道のりが常にそうであるように、リハビリテーションの道のりは浮き沈みの激しい戦いでした。私は、爆発によって突然盲目となりました。全身に200針を縫う傷を負った私は、その二週間後に集中治療室で目覚め、再び視力を回復する可能性はとても低いと告げられました。

私の家は、インドの小さな町の下位中流階級の家庭で、私の怪我のことを知った家族は大変大きなショックを受けました。幸運にも私はその爆発で命が助かったものの、私自身や家族が必要とした心理社会的カウンセリングを探すのに大変苦労しました。私は、リハビリテーションを受けることができ、幸運でした。同じ境遇にあったインドの同胞たちよりもずっと恵まれていましたが、そのほとんどを自分自身で手配しなければなりません。リハビリテーションについての認知が全く欠如していることを私は知りました。医師や眼科医でさえ、視力を回復することができない人々にどのようなサービスが用意されているのかわかりません。私が怪我を負った時代にはまだインターネットもGoogleもあ

りませんでした。私は、必要なサービスや支援を試行錯誤で探しました。友人や障害のある人々を介して見つけました。当初、私は、サービスが全く存在していない故郷の町に送り返されました。そして、こうしたサービスは完全に都会中心であると知りました。こうした現状は変えなければならないと私は思います。ご存知のように、リハビリテーションサービスを必要とする多くの人々が（ほとんどではないにせよ）田舎で暮らしています。リハビリテーションサービスは、あらゆる場所で、実際に人々が暮らしている地域社会で利用可能である必要があるのです。

私が取り上げたい2つ目のポイントはリハビリテーションサービスの質についてです。私は、盲人や視覚障害者のリハビリテーションを担うある機関に送られました。2週間の移動のトレーニングの後、私は激しい背中痛みを発症しました。私に合ったサイズの白杖がなかったため、私には短すぎる杖が与えられて、それでなんとか間に合わせるように言われたのでした。また同じ機関で、軍から退役せざるをえないが今後の職業の選択肢としてはどのようなものがあるか尋ねました。その担当者がこれまで何をしてきたのかと尋ねるので、陸軍少佐として複雑な作戦や後方支援などの計画を行っていたと答えました。すると彼は、過去は全て忘れろと言い、「あなたは盲目なのです。あなたにあるのは2つのリハビリテーション職業コースの短いリストだけです。籠を編む仕事と電話交換手の仕事だけです。」と言い放ったのです。私は怒り震え、そのようなアドバイスを他の視覚障害者に二度とできないように、籠を一つ編んで彼を叩き込んでやりたいと思いました。多くのケースでリハビリテーションサービスは、籠を編む仕事と蝋燭作りが一般的であった1950年代から更新されていません。サービスは、利用できるだけでなく、質の高いものにしなければなりません。

私は、制度的障壁にも遭遇しました。私が地区リハビリテーションセンターを訪れると、私にとっては必要不可欠である補装具を受け取るには障害証明書

が必要だと告げられました。ところが証明書の発行を求めて病院を訪れると、証明書の発行を受けるには、長期的な障害であることの確認のために5年間待たなければならないと告げられました。私の右目は義眼だったので、取り出してその担当者に渡して、「これが本物の目に戻るのか」と言ってやりました。一時的に機能的制約のある人々はどうなるでしょうか？彼らには同様にリハビリテーションを受ける資格があるのではないのでしょうか？現在の政策では、人々が必要とするリハビリテーションを受けることが阻まれるようになっていきます。これは変えなければなりません。

**「一時的に機能的制約のある人々はどうなるでしょうか？彼らには同様にリハビリテーションを受ける資格があるのではないのでしょうか？現在の政策では、人々が必要とするリハビリテーションを受けることが阻まれるようになっていきます。これは変えなければなりません。」**

私は幸運にも適切なリハビリテーションを受けることができました。コンピュータの研修であれ、移動のトレーニングであれ、そこでは盲人・視覚障害者協会や障害者機関が主要な役割を果たしました。リハビリテーションの全体構造の一環として、私たちはこうした機関が政府や制度全体によって確実に支えられるようにしなければなりません。

最後に自己負担の問題についても取り組まなければなりません。障害のあるほとんどの人々は貧しい生活を送っています。私の場合、リハビリテーションにかかる費用は、私の所属機関と私自身とで分担して賄うことができましたが、多くの人々はこれを賄うことができません。こうしたことは、国連児童基金 (UNICEF) での仕事でも毎日目にします。制度や仕組みを設立して、自己負担が最小限になるようにしなければなりません。現在の自己負担はあまりにも高すぎます。

**「リハビリテーションは極めて重要です。それは人生に変化をもたらすものであり、世界中で強化しなければなりません。」**

**「私たちが本当に確実に誰も置き去りにしないことを望むであれば、リハビリテーションは極めて重要です。」**

こうした提言に取り組んでいる WHO に祝意を示したいと思います。リハビリテーションは極めて重要です。それは人生に変化をもたらすものであり、世界中で強化しなければなりません。SDGs では誰も置き去りにしないと表明されています。「ほとんど誰も置き去りにしない」ではありません。私たちが本当に確実に誰も置き去りにしないことを望むであれば、リハビリテーションは極めて重要です。質の高いリハビリテーションが、一時的な機能制約のある人を含めた、障害のあるありとあらゆる人にとって利用できるものでなければならないのです。

### 3.3 人生を変えるリハビリテーション サービスの利用における課題

—Ms Cheat Sokha



私はカンボジア出身の Cheat Sokha で、14 歳から対まひです。

傷害を負った当時、私は家族とタイとの国境近くの小さな村に住んでいました。カンボジアは 10 年以上にわたる内戦を経験していました。

1985 年のある晩、私は隣の村からの砲撃を耳にしました。一発の砲弾が私たちの家の敷地内に落ちました。私は、突然倒れて、腰から下に感覚がないことに気づきました。破片の一つが私の背骨に当たって、脊髄に損傷を負ったのです。

当時、カンボジアでは脊髄損傷 (spinal cord injury: SCI) の治療法もリハビリテーションも存在せず、脊髄損傷は認知もされておらず、当初、私は、その治療を受けることが全くありませんでした。すぐに私は、褥瘡を起こして、状態が悪化しました。家族は私のために治療を求めて、タイとの国境の反対側の難民キャンプに私を運んでくれました。それは違法行為であると同時に、国境沿いには地雷が埋められ、軍隊が展開されており、とても危険な行為でもありました。

私が最初のリハビリテーションを受けて、それがどういものであるのかを知ったのは難民キャンプでのことでした。このリハビリテーションを私に提供してくれたのは NGO のハンディキャップ イン

ターナショナルと国際赤十字委員会 (International Committee of the Red Cross: ICRC) でした。

リハビリテーションを受ける間に私の状況は好転しました。当初の褥瘡は完治して、その予防法も学びました。また、私は、動き方や服の着替え方やベッドから車椅子への移動の仕方や車椅子での移動法も学びました。

脊髄損傷は誰にとっても大きな試練ですが、カンボジアのように貧しい国では特にそうです。

リハビリテーションを受ける前には、将来が全く見えませんでした。私は、常に絶望して、塞ぎ込んでいて、勉強や仕事といったことができるとは一切信じていませんでした。私の人生は困難なものになると常に感じていました。

リハビリテーションは、将来を見ることを教えてくれて、私を別人に変えました。リハビリテーションで私は、脊髄損傷のある人が実際に働くことができることを学びました。リハビリテーションセンターで私は、脊髄損傷のある人々や手足を切断した人々がワークショップで働いている姿を目撃しました。

**「リハビリテーションは、将来を見ることを教えてくれて、私を別人に変えました。リハビリテーションで私は、脊髄損傷のある人が実際に働くことができることを学びました。」**

2012 年に私は、ピア サポートの提供を行う SCI Association of Cambodia を設立する機会を得ました。以来、私は、脊髄損傷のあるカンボジアの人々と仕事をしています。

脊髄損傷のある人の家族は、しばしば愛する人が歩けるようになるように治療やリハビリテーションを求めます。そしてこの経験から多くの家族は、再び歩くことはできないことを知り、家族の重荷になると考えます。家族は、懸命に働き続けて、医療サービスからうける治療や薬局へ支払うお金を稼がなければならないのです。



カンボジアでは、脊髄損傷のある多くの人々は家庭で生活していて、外出することも、働くこともなく、地域や社会から隔離されているように思えます。

田舎に行くと、リハビリテーションを受けなかった人々に出会います。こうした人々は、褥瘡や排尿器系の問題や発熱やこわばった関節の拘縮などの脊髄損傷の合併症や自立していないことで苦しい生活を送っています。後日、こうした人々の家族は、ほとんどの場合、褥瘡が原因で亡くなったとお話になります。しかし、こうした人々はうつ病が原因で亡くなるのです。諦めて、どうなっても良いと考えてしまふのです。多くの人々が受傷から2年以内に亡くなってしまいます。

**「田舎に行くと、リハビリテーションを受けなかった人々に出会います。こうした人々は、褥瘡などの脊髄損傷の合併症や自立していないことで苦しい生活を送っています。多くの人々が受傷から2年以内に亡くなってしまいます。」**

しかし、質の良いリハビリテーションは、これを変えることができ、私は実際にこうした変化を見てきました。質の良いリハビリテーションを受ければ、こうした人々も理解して、自分自身の世話をする方法や自立する方法や脊髄損傷後の人生を調整する方法を知ります。こうした人々も再び社会参加することができ、職業訓練を受けて、職業を得て、お金を稼いで、家族の中や地域社会の中で認められるようになるのです。そして、こうした人々はより長い人生を送ります。

カンボジアでは、脊髄損傷後に人々がどのように生活するかは、個々の家族によって変わります。家族が十分な支援を行うかや、家族にお金があるかによるのです。こうしたことであってはなりません。

CRPD<sup>1</sup>の第26条項には、リハビリテーションは人としての権利であり、締約国は人々が質の高いリハビリテーションを利用することができるように保護し、促進させ、保証しなければならないと謳われて

います。現時点は、これは必ずしも実現されているとは言えません。2030年までには、リハビリテーションを必要としている人が誰も置き去りにされていないことを願います。

---

<sup>1</sup>Convention on the Rights of Persons with Disabilities  
(障害者の権利に関する条約)

## 4. 21世紀のリハビリテーション

### 4.1 世界的な目標という観点からのリハビリテーション

—Ms Cheat Sokha Dr Alarcos Cieza, Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO



Dr Cieza は、21 世紀という時代と持続可能な発展という目標においてリハビリテーションが特に重要である理由の概要を提供した。同医師の発表の基となっている Rehabilitation: key for health in the 21st century と題された「リハビリテーション 2030」の背景報告書は以下の URL からアクセスすることができる。

(<http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>).

#### リハビリテーションとは何か？

リハビリテーションとは、ある健康状態にある個人がその環境との相互作用において障害を低減して、生活機能を最適化するように設計された一連の介入である。

「ある健康状態」とは、疾患（急性または慢性）、障害、傷害、外傷を指す。また、ある健康状態には、妊娠や加齢やストレスや先天性異常や遺伝的素因も含まれることがある。

#### リハビリテーションサービスは誰のためのもの？

リハビリテーションサービスは、少数派の観点から見れば、ある（全てのタイプの）健康状態にある人々が利用することが可能であり、障害のある人々のためだけのものではない。

#### なぜ「リハビリテーション 2030」なのか？

リハビリテーションは、the WHO Global Disability Action Plan 2014–2021 における主要目的であるが、持続可能な発展という目標の時代の今日、リハビリテーションをより幅広い文脈で捉えるようにする必要がある。リハビリテーションサービスは、SDG3 の「あらゆる年齢のすべての人々の健康な生活を確保し、福祉を促進する」という目標の達成に必要である。リハビリテーション 2030 は、深化する人々のニーズに応える準備を 2030 年までに行えるように、リハビリテーションの規模を拡大する対応について諸国の行動を呼びかける。

#### なぜ医療制度なのか？

リハビリテーションは、学際的であり、医療セクターとその他のセクター（例えば教育や労働）の両方からの専門職を活用する。リハビリテーションサービスを効果的に規模拡大するには、これらのセクター間の強力な協力が必要となる。しかしながら、リハビリテーションは一連の治療や生涯に渡ってあらゆるレベル（一次、二次、三次）の健康状態にある人々が必要とする健康戦略であることから、医療制度がリハビリテーションサービスの強化において世話人的役割を果たすべきである。

#### ユニバーサルヘルスカバレッジにおいてリハビリテーションはどのように調和するのか？

WHO の定義によれば、リハビリテーションは、良質な医療サービスの一つであり、ユニバーサルヘルスカバレッジに含めるべきである。これはつまり、全ての個人が財政的苦境に陥ることを恐れることなく、良質なリハビリテーションサービスを利用できるべきであるということの意味している。

「ユニバーサルヘルスカバレッジは、財政的苦境に苦しむことなく、必要な医療サービスを全ての個人の地域社会が受けることを意味する。これには、健康増進から予防、治療、リハビリテーションおよび緩和ケアに至るあらゆる基本的かつ良質な医療サービスが含まれる。」

## 4.2 リハビリテーションの規模拡大の必要性

—Dr Somnath Chatterji, from the Department for Information, Evidence and Research, WHO



Dr Chatterji は、The need to scale up rehabilitation と題された「リハビリテーション 2030」の背景報告書 (<http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>) に詳述された知見を解説し、リハビリテーションのニーズの評価の作成に関連する課題を解説した。

### データはリハビリテーションの世界的なニーズについて何を示しているのか？

リハビリテーションについての世界的なニーズとサービスの利用可能性の間には明白な不一致が存在している。しかしながらそのデータは非常に限定的であり、リハビリテーションサービスにおけるギャップの大きさについての結論は、諸国におけるサービスを必要としている人々の人数やサービス提供可能な特殊なリハビリテーション専門職の人数について入手可能なデータから引き出されたものである。とはいえ、入手可能なデータは、実際のギャップを過小評価したものである可能性が高く、施設や人口調査で収集されるデータでは、満たされていないニーズは利用可能な限定的な情報源で示されるものよりも大きいことが示されるであろう。

### リハビリテーションの世界的なニーズを評価する現在の方法はどのようなものか？

リハビリテーションの世界的なニーズを評価する

には 2 つの方法が存在している。The need to scale up rehabilitation と題された背景報告書において使用された分析法では、疾患の疫学、その有病率および人口全体における重症度の分布に基づいた評価が提供されている。この方法はトップダウン法と呼ばれ、複数の制限が存在している。もう一つの方法である、より理想的なボトムアップ法では、潜在する健康状態に依存しない一般住民における個人の能力に基づいたリハビリテーションのニーズが評価され、この情報は、人口調査や管理データを介して収集される。パフォーマンス<sup>[1]</sup>を（人々が生活する環境に基づいて）評価する the Model Disability Survey などの人口調査は、疫学データよりも正確なリハビリテーションのニーズ評価を行うことができる。

### リハビリテーションのニーズの測定における課題とは？

リハビリテーションのニーズ評価の主要課題の一つは、測定されるものにおける変動性である。収集されるデータの多くは、障害を測定するが、リハビリテーションはパフォーマンスの向上を目指す（障害に加えて環境をターゲットとする）ことから障害の測定のみではリハビリテーションのニーズを完全に捉えることはできない。従って、ニーズの評価を正確で比較可能なデータに基づいたものにするには、リハビリテーションのニーズの評価にどのデータを用いるかについての合意が必要である。

### 医療制度におけるリハビリテーションの強化における将来の方向性はどのようなものか？

医療情報システムにリハビリテーション情報を含めることを開始することが、医療制度におけるリハビリテーションの強化の重要なステップとなる。データは、医療施設（長期介護施設を含む）と一般住民の両方から必要となる。これは、長期介護、臨床診療における患者報告アウトカムおよび一般住民調査

[1] Performance, according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), describes what people do in their current environment, and so brings in aspect of a person's involvement in life situations.

において共通の一連のデータ収集項目をも打ち入ることによって達成することができる。こうした情報が、様々な状況における真のリハビリテーションのニーズを提供することになるであろう。情報と通信技術の利用可能性は、(実際の生活環境における体験を人々が報告できるようにする) より効率的で効果的なデータ収集を促進する可能性がある。しかし、医療制度における情報の統合は、医療制度がリハビリテーションの提供を行い、医療分野外で提供される医療以外の介入の取りまとめの責任を負うことによって初めて可能となる。

### 4.3 リハビリテーション サービスを提供しないことのコスト

—Dr David McDaid, London School of Economics, United Kingdom

Dr McDaid は、リハビリテーションのコスト効率に関するエビデンスの入手可能性の概要を提供し、リハビリテーションを提供しないことのコストを確認することの難しさを強調した。

#### リハビリテーションへの投資についての経済的論証は存在するのか？

様々な健康状態や状況への、様々なリハビリテーションの投資効果を実証するエビデンス基盤が存在する。用いられる方法は異なるが、研究は主として高所得国からのものである。リハビリテーションへの投資に関して経済的に論証するには、制度のおかれる状況の理解が特に重要となる。

#### リハビリテーションへの投資効果はどのように定量化されるか？

投資効果は金銭のみを基準に定量化されるのではなく、例えば、生活の質の向上や教育や仕事への参加の拡大によって実現される。

一般的に政策立案者は、直接的コスト（医学的管理に関連する費用の節約など）に最も大きな関心を寄せるが、リハビリテーションの費用対効果は、間接的（長期的介護の必要性の低減など）となる場合もある。

#### 誰がリハビリテーションへの投資の恩恵を受けるのか？

リハビリテーションは医療制度に影響を及ぼすのみならず、教育や労働などの他のセクターにもインパクトをもたらす。従って、リハビリテーションへの投資の論証は、これらのセクターにおいても行う必要がある。個人やその家族も健康や社会的結果の改善の恩恵を受ける。

#### リハビリテーションを提供しないことのコストを立証することの難しさとは？

リハビリテーションを提供しないことのコストを立証するには、比較の基準となるもの、つまり、リハビリテーションなしの場合、リハビリテーションの質が低い場合、あるいは介入期間や介入の開始時点が異なる場合が必要とされる。現時点では研究間で比較基準が一定ではない。

コストの測定方法にも、介入期間と介入結果が重要なインパクトを及ぼす。リハビリテーションを提供しないことに関連するコストは、数週間や数ヶ月間や数年間に渡って、様々なセクターや個人や家族が被る場合がある。

もう一つの難しさは、リハビリテーションの規定要因（あるいはその定義）が必ずしも明確でないことにある。リハビリテーション介入についての費用対効果の研究によっては、リハビリテーションの規定要因を特定していない。

#### リハビリテーションについての費用対効果研究の例：

- Howard-Wilsher S, Irvine L, Fan H, Shakespeare T, Suhrck M, Horton S, et al. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disabil Health J* 2016;9:11–25
- Oldridge NB, Pakosh, MT, Thomas, RJ. Cardiac rehabilitation in low- and middle-income countries: a review on cost and cost-effectiveness. *Int Health* 2016;8:77–82
- Lewin GF, Alfonso HS, Alan JJ. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical Interventions in Ageing*; 1 Oct 2013
- Farag et al. Economic evaluation of a falls prevention exercise program among people with Parkinson's disease. *Movement Disorders*; 23 Sept 2015
- Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, Bassett P, Sephton K. Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities. A multicentre cohort analysis of a national clinical dataset. *BMJ Open* 2016;6:e010238.

## 4.4 医療情報システムにおけるリハビリテーションのデータの改善

—Ms Anneke Schmitter, Department for Information, Evidence and Research, WHO

Ms Schmitter は、医療情報システムにリハビリテーションと生活機能の情報を含めることの必要性とその統合の成功の鍵となるものについて論じた。この発表の基となっている Health information systems and rehabilitation と題されたリハビリテーション 2030 の背景報告書は、以下の URL からアクセスすることができる。

<http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>

### 医療情報システムにリハビリテーションと生活機能の情報を含めることが何故重要なのか？

医療情報システム内のデータは、医療の政策や管理及び臨床治療における決定の根拠となる。他の戦略的資金供給の意思決定において、リハビリテーション サービスについての収支を増額し、財源の配分に関する意思決定を行うには、リハビリテーションと生活機能についての情報を含めることが重要である。また、リハビリテーション サービスへの投資の論証には、こうした情報が必要である。

行動の呼びかけの最初の 5 つのポイント（第 8 章を

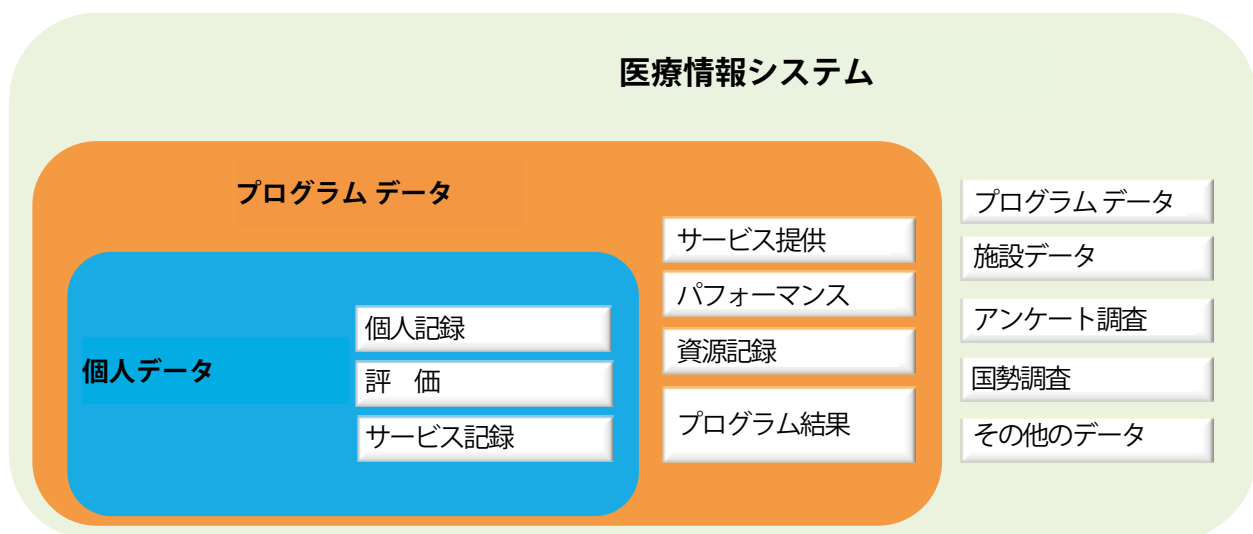
参照）の成功には、特に国の医療や人口動態プロファイルが推移する際に、医療制度がリハビリテーションと生活機能についての確固とした情報にアクセスできることが求められる。

### どんな情報を収集すべきか？

リハビリテーションと生活機能について必要とされる広さと厚さの情報を得るためには、医療情報システムには個人データ、プログラムや施設のデータ、そしてアンケート調査や国勢調査からの人口データが含まれるべきである。

### 国はどのようにすれば効率的にリハビリテーションと生活機能について情報を統合できるか？

可能な限り、リハビリテーションと生活機能についての情報は、既存のより広い医療情報システムに統合すべきである。多重情報源、多方法、多目的、そしてテクノロジーに対応した近代のデータシステムにより、データの一層の効率的収集や管理や活用が確保される。データ統合の効率は、個人記録の改善（記録方法と記録内容と利用法のより優れた基準）、データの共有、管理、結合によって大きく促進される。



リハビリテーションと生活機能の情報は、個人レベル、プログラム レベルおよび人口レベルにおいて様々な情報源から得ることができる。これらの情報は、総合的に医療情報システム内で必要とされるリハビリテーションの全体像を提供し、政策や財政的な意思決定の指針となる。



“Global trends in health and ageing require a major scaling up of rehabilitation services in countries around the world.”

「健康と加齢における世界的傾向からすると、世界中の国々におけるリハビリテーションサービスの大規模な拡充が求められている」

-Rehabilitation in health systems

— 医療制度におけるリハビリテーション



“In many parts of the world, rehabilitation services are often provided only at selected levels of the health system.”

「世界の多くの地域では、リハビリテーションサービスはしばしば医療制度の特定レベルにおいてのみ提供される」

-Rehabilitation in health systems

— 医療制度におけるリハビリテーション



## 5. 医療制度におけるリハビリテーションの実施：WHO 参加国・地域からの重要な教訓

「リハビリテーション 2030 会議」は、Rehabilitation in health system ([http://www.who.int/disabilities/rehabilitation\\_health\\_systems/en/](http://www.who.int/disabilities/rehabilitation_health_systems/en/)) に着手する機会を提供した。

本資料には、発展途上で資源不足にある国々におけるリハビリテーションサービスの増強にむけた重要な提言が含まれている。

チリ、ドイツ、フィリピンおよびパキスタンの代表は、それぞれの国の医療制度においてリハビリテーションがどのように統合され、強化されているかの事例を発表した。

### チリ

—Dr Ximena Neculhueque Zapata, Director of Rehabilitation, Ministry of Health

—Mr Carlos Pinto, Deputy National Director, SENADIS, Ministry of Social Development

Dr Zapata および Mr Pinto は、提言 B「リハビリテーションを医療制度の一次、二次、三次レベルのそれぞれに統合する」と、提言 D「地域社会と病院の両方のリハビリテーションサービスを利用できるようにする」について、チリにおける状況を述べた。リハビリテーションは、地域社会と病院の両方の環境において、全治療レベルに渡って必要とされている。

### 「健康状態に関わらず、一連の治療に渡ってリハビリテーションを実施することが目標である」

—Dr Ximena Neculhueque Zapata

チリではこの目標の達成に、以下に留意する必要がある。

- ・視覚と聴覚における専門職を含むリハビリテーション専門職の研修の実施
- ・リハビリテーションの情報収集および管理の改善

- ・多部門関係の最適化

### ドイツ

—Ms Gundula Rossbach, President, German Statutory Pension Insurance Scheme

—Dr Joachin Breuer, Director General, German Social Accident Insurance

Ms Rossbach と Dr Breuer は、提言 F「財源がリハビリテーションサービスに割り当てられることを保証すること」、提言 G「健康保険が存在する、または利用可能になる場合、リハビリテーションが含まれること保証する」について、ドイツにおける状況について述べた。

リハビリテーションの費用対効果はドイツで職場復帰の状況ではめざましく、この効果は今後何年も増加することが予想されている。

### リハビリテーションは投資であるが、時間がかかる。

—Dr Joachin Breuer

リハビリテーション（特に職場復帰）の利用を保証するために、ドイツでは、

- ・リハビリテーションを回復の重要な部分と見なし、健康状態に合わせて実施している。
- ・リハビリテーションを投資と認識して資金が供給される。
- ・職場復帰のリハビリテーションが保険で負担され、雇用主には負担金がある。

### パキスタン

—Dr Darshan Punchi, Parliamentary Secretary of Health

Dr Punchi は、提言 C「多分野のリハビリテーションの人材の利用を保証すること」と支援技術の優良実践宣言「支援機器が必要な人に手に入るようにする資金と調達制度化」、「支援機器が供給された使用者に適切なトレーニングを保証すること」について、パキスタンにおける状況を述べた。



リハビリテーションは多くの専門領域にわたる（理学療法士のみでは成立しない）。リハビリテーション専門職の人数と種類を増やすために、パキスタンでは、

- 地区レベルでより多くのリハビリテーションのポストを作っている。
- 様々なリハビリテーション領域の大学での雇用を増やしている。
- リハビリテーション専門職を養成するために民間部門と公的部門の両方を使用している。

適切な支援機器の利用は、生活機能の最適化には極めて重要であることがある。パキスタンは国際的な政治レベルと国内の両方で支援機器を手に入れやすくするために取り組んでいる。たとえば、パキスタンは、

- WHO の議題に支援技術を含めることを強く働きかけた。
- 全国で支援機器の利用を可能とするための枠組みを開発した。
- 支援技術に関して地方でワークショップを実施している。

**「リハビリテーションが医療サービスの不可欠な構成要素であるという理解が明らかに不足しています」**

—Dr Darshun Punchi

## フィリピン

—Dr Herminigildo Valle, Undersecretary of Health, Department of Health

Valle 博士は、提言 A 「リハビリテーションを医療制度に組み込む」と提言 E 「病院が複雑なニーズを持つ入院患者のための専門のリハビリテーションユニットを含むようにする」について、フィリピンにおける状況を述べた。

リハビリテーションはフィリピンの保健課題に含まれており、医療の予算の一部は、現在都市施設に集中するリハビリテーション サービスの拡大に割り振られている。優先事項には次が含まれる。

- リハビリテーション部門が二次および三次医療施設に含まれるようにしている。
- リハビリテーション サービスをプライマリヘルスケアパッケージに統合する基準を設定している。

**「国の開発計画には、実施される予定の国の能力評価後に、身体的および心理社会的リハビリテーション サービスのアップグレードを含めました。」**

—Dr Herminigildo Valle

## 6. 医療制度におけるリハビリテーションの強化：WHO における現在の提言からの学び

### 6.1 医療政策と医療制度研究のための同盟 (Alliance for Health Policy and Systems Research: AHPSR)

—Dr Nhan Tran, Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO



#### AHPSR とは？

AHPSR は、医療制度を強化するための知識の生成、普及、使用を促進するための協力組織である。政策と制度の研究を適用した各種の介入の統合に力を注いでいる。

#### AHPSR からの重要なメッセージ

多くの場合、入力と出力に基づいて結果と影響を予測できるという誤った仮定がある。実際には、システムの準備状況、変化の機会、政治的意思、競合する利益、国の状況などの要因がすべて、研究が持つ影響力を決定する。その結果、複雑な問題に対する単一の解決策は滅多にない。これはエビデンスの根本的な重要性を疑うものではなく、エビデンスを制度的に利用すべきであることを意味している。

ある学習医療システムは、指導力、動機及び患者の体験を促進する文化を通じて、洞察、エビデンス、体験を収集する。これは、研究が医療制度（政府機関にリンクされた研究機関）に組み込まれている場合に最もよく起こる。このようにして、健康に関する意思決定者は、研究が意思決定のニーズに関連す

るように研究を導く。

#### リハビリテーションの結論

リハビリテーションが医療制度に正しく統合されていることを確実にするには、重要な知識（リハビリテーションの費用対効果など）を生成するだけでなく、調査結果が最大の影響を与えることを保証するために実施省との強いつながりが必要である。



物事はすべて繋がっている。各システムの構成要素は相互に作用し、他と繋がっている。

### 6.2 精神医療改善プログラム (Programme for Improving Mental Health Care: PRIME) :

—Dr Dan Chisholm, Department for Mental Health and Substance Abuse, WHO



#### PRIME とは？

PRIME は、資源が不足した環境での精神医療サービスの拡大に焦点を当てた研究コンソーシアムである。研究では、プライマリヘルスケアに統合できる精神医療介入のパッケージを開発している。精神医療の分野は、リハビリテーション分野と非常によく似た課題に直面しており（資金不足、人的資源不足、ガバナンスの弱さ、断片化された非効率的なサービス提供など）、そこから教訓を引き出す貴重な分野となっている。

### PRIME からの重要なメッセージ

PRIME 医療パッケージは、実現可能な費用対効果の研究、実装科学、及び地方自治体や地域のパートナーとの協力関係に基づいており、焦点を絞る個所と、さまざまな状況でそれを適用する方法を指示する。医療パッケージの良好な実現は、1) 状況分析、フォーカスグループ、変革の理論のワークショップ、サービス計画と原価計算を含む形成段階、2) 実装段階、及び 3) 規模拡大段階の 3 段階のアプローチによって裏打ちされる。資源計画は PRIME にとって重要であることが判明している。人的資源のニーズと医療サービス費用の高まりは、実装と規模拡大が実現可能かつ持続可能とするために考慮される必要がある。

PRIME アプローチの基本は、あらゆるレベル；医療機関、施設、地域社会で関わることである。パッケージには、これらの各レベルへの介入が含まれる。たとえば、医療機関レベルでの収容能力の構築と医療情報システム、施設レベルでの診断と治療、地域社会レベルでの家族支援と生計支援、さらに、パッケージは治療だけでなく、気づき、検出、回復、活動可能化にも及ぶ。

### リハビリテーションの結論

リハビリテーションの費用対効果の研究は、推し進められ、既存の研究と共に規模拡大に資するために利用する必要がある。リハビリテーションの介入パッケージは、サービスの利用と質を拡張するための効果的なメカニズムかもしれないが、包括的な状況分析に基づいて社会実装される必要がある。

### 6.3 支援技術に関する世界的協力 (Global Cooperation on Assistive Technology: GATE) :

— Mr Chapal Khasnabis, Global Cooperation on Assistive Technology, WHO



### GATE とは？

取組んでいる政策とサービス提供モデル、すなわち、優先製品を定義することと要員向けの訓練パッケージを開発すること、により高品質で手頃な価格の支援技術のアクセシビリティを拡大するための世界的協力組織。

### GATE からの重要なメッセージ

GATE 提言は、医療介入が予防的、促進的、および治癒的であるだけでなく、リハビリテーションおよび支援技術を含むべきであるという考えに基づいている。医療のこれらの要素を強化することの重要性は、人口の高齢化（支援技術使用者のほぼ 75% が 60 歳以上）や非感染性疾患の有病率の上昇という状況において、これまで以上に重要である。支援技術は、障害のある人だけでなく、生活機能に制約のある人すべてのためのものである。

低所得国および中所得国では、現在の調達プロセスでは、エンドユーザーが支援製品を手に入れることができないほどコストが高くなっている。この障壁に対処することは、支援技術を「医療機器」の領域から外し、設計者、製造業者、販売業者の間で相互に有益な協力関係の活用を意味する。

## リハビリテーションの結論

質の高い支援技術へのアクセスは、人々の生活機能を改善するための基本であり、リハビリテーション提供者は、そのような製品の適切な提供と使用を確保する役割を担っている。

GATEの詳細については、[http://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_technology/phi\\_gate/en/](http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/phi_gate/en/)を参照。



**“Very few people really know about rehabilitation and it is our obligation to make sure that everyone is aware of its importance.”**

「リハビリテーションについて本当に知っている人はほとんどいません。  
その重要性を皆に気づいてもらうことは私たちの義務です。」

—Jan Monsbakken, President of Rehabilitation International

## 7. リハビリテーションに対する意識を高める

リハビリテーション関係者の様々なグループが、その立場と強みをいかに活用して、政策立案者、市民社会、および民間部門の間にリハビリテーションに対する意識を高めることができるかを決めるために集まった。関係者の各グループの全声明および、または発表は、「リハビリテーション 2030 会議」の Web サイト (<http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>) にある。

### 23 条件特定の組織

### 9 リハビリテーション専門家組織

### 17 国際機関および非政府組織

### 12 医学部に従事するリハビリテーション専門職

### 11 公衆衛生に従事する研究者と専門職

### 16 ジャーナルの編集者

### すべての関係者のグループからの意識を高めるための重要なテーマ：

- ・関係者グループ間およびグループ内での協力的行動の重要性。
- ・エビデンスの生成と利用を通じてリハビリテーションのニーズを実際に説明する必要性（特にリハビリテーション介入の効果とリハビリテーションを提供し損なうことで生じる費用）。
- ・利用者グループ（障害者を含む）と関わり合う必要性。
- ・持続可能な開発目標（SDGs）の達成に向けたリハビリテーションの貢献を促進すること。
- ・アプローチ、用語及び政策を統一することの価値。

医師（専門医とプライマリケア医の両方）と他の医療専門職を教育し、人々を中心に置く統合された医療を推進し、リハビリテーションを医療ガイドラインに統合することにより、医療界の意識を高める。

—Professor Karsten Dreinhofer representing condition-specific organizations

医療専門職と利用者 / 患者 / 来談者の間の連携は、参画の協調的モデルとして、様々な背景を持つ関係者との世界的リハビリテーション共同体の作成を通じて達成される可能性がある。

—Dr Emma Stokes representing rehabilitation professional organizations

リハビリテーションにおける世界的な優先順位についての認識を高めるために、重要なギャップを強調し、リハビリテーション、支援技術、アクセシビリティ、ユニバーサルヘルスカバレッジ、および障害者の権利に関する条約（CRPD）の世界的な枠組みと SDGs の間に繋がりを作る必要がある。

—Ms Karen Heinicke-Motsch representing international and nongovernmental organizations

エビデンスを提供して論文を書くだけでは不十分である。これらは、政策立案者や実施者を含むさまざまな対象者への明確なメッセージに翻訳されなければならない。

—Prof Allen Foster representing researchers and professionals working in public health

政策立案者の意識を高めるために、生活機能に関する情報を医療制度内のデータ収集メカニズムに取り入れる必要がある。これは、支払い計画と資金調達に役立つ

—Dr Christoph Gutenbrunner representing rehabilitation professionals working in medical faculties

世界がエビデンスに基づいた意思決定に移行するにつれ、ランダム化比較試験が常に最も適切な研究形態であるとは限らないことを認識することが重要である。ジャーナルは、他の形のエビデンスをより広く見られる。コンテンツを一般の人向けの要約やさまざまな言語に翻訳することで、より幅広いユーザーがより広域な情報を取得できるようになる。

—Prof Joel Bock representing editors of journals

**“Rehabilitation, above all, is a person-centered strategy to address an individual’s needs, which are beyond specific organizations, beyond specializations and beyond specific groups. The spirit of collaboration that we hear in the statements from different stakeholders needs to be maintained in our Call for Action.”**

「とりわけ、リハビリテーションは、特定の組織、専門分野、特定のグループを超えた、個人のニーズに対処するための、人を中心とした戦略です。さまざまな関係者からの声明で聞いている協働の精神は、私たちの『行動の呼びかけ』でも維持する必要があります。」

— Dr Alarcos Cieza, Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO

## 8. WHO 戦略におけるリハビリテーション

リハビリテーションは分野横断的な医療サービスであり、WHO の多くの作業分野に関連しています。WHO の会報の編集長である Laragh Golligly 博士が議長を務めるパネルディスカッションには、5 つの異なる部門の部門長が参加し、リハビリテーションが自分の仕事の領域とどのように関連しているかについて議論した。

### 8.1 部門長からのメッセージ

#### サービス提供と安全の部門

—Dr Ed Kelley, Director

サービス提供と安全の部門の主要な役割の 1 つは、医療における統合と人々中心主義の問題に取り組むことである。これには、人々のニーズに合わせた方向にモデルを変えることが含まれる。これが成功し、サービス提供が真にニーズに沿って形成される場合、リハビリテーションは医療サービス提供のモデルに完全に統合されるに違いない。

#### 精神保健と薬物乱用の部門

—Dr Shekhar Saxena, Director

多肢にわたる精神と発達に障害のある人々を、最適に機能させるにはリハビリテーションが不可欠である。

しかし、心理社会的リハビリテーションは、これら

の障害だけでなく、身体障害を含むあらゆる障害を持つ人々にも必要である。

精神保健と薬物乱用の部門は、いくつかの行動計画（自閉症、てんかん、認知症など）を中心に活動しており、リハビリテーションに関する明確な領域がある。したがって、この部門には、「リハビリテーション 2030」の課題を推進する責任がある。

#### 加齢とライフコースの部門

—Dr John Beard, Director

健康的な加齢の概念化とは、高齢者が大切にしていることを実行する能力を維持することである。これは、人の本質的な能力と彼らが住んでいる環境の両方によって達成される。この部門は、個人の寿命全体にわたる能力の時間的変化に影響を与えるべく、病気ではなく生活機能に焦点を当てた医療への統合的アプローチを強く推進する。

リハビリテーションのねらいは、健康的な加齢について、加齢とライフコースの部門で設定された枠組みとその戦略的方向性と明確に一致している。





## 健康統計情報部門

—Dr Jan Ties Boerma, Director



健康統計情報部門は、SDGs だけでなく国際疾病分類 (ICD)、国際生活機能分類 (ICF) その他を含む WHO 分類ファミリーに基づいた健康状態の測定および死亡率の監視問題に取り組んでいる。実際の有病率（および生活機能）の情報格差と、サービスへのアクセスとサービスの適応範囲に関するデータの不足があることは明らかである。これは、一部には比較可能なデータの欠如と欠落が原因である。

ICF は約 15 年間使用されており、障害測定に関する考え方を変更した概念的な枠組みを提供している。ただし、その完全な実装にはまだ道半ばである。今日、WHO の部門全体にわたって、異なった分野の仕事、および加齢と精神保健に関する全国調査および研究が統合されつつある。

## 非感染性疾患、障害、暴力、傷害防止の管理部門

—Dr Etienne Krug, Director

リハビリテーションは、脳卒中、癌、糖尿病、眼疾患の問題、聴覚の問題から、怪我や暴力に至るまで、この部門でカバーされているすべての状態の人々にとって非常に重要である。この部門は長い間障害に重点を置いており、リハビリテーションにはそれほど重点を置いていなかったが、「リハビリテーション 2030」はこのバランスの変化を示している。WHO 参加国・地域、開発パートナー、その他の関係者と協力してリハビリテーション サービスを拡大するために大いに力を注いでいく。

## 8.2 会場からの質問とコメントの要約

**Q：**認知症、知的障害、内反足など、特定の疾患に対するリハビリテーションへの WHO の取り組みに関して、いくつかの質問があった。

**A：**部門長らは、特定の疾患の管理により適切に対処するためにすべきことがたくさんあることを認めたが、医療への統合的アプローチを強調した。Dr Etienne Krug 博士は、WHO の能力により、個々のリハビリテーション疾患に対処する能力は限られているが、政治的意志を生み出し、分野横断的な医療サービスとしてリハビリテーションを拡大するためのツールと知識の開発に注力することを強調した。

**Q：**リハビリテーションを含む医療の統合モデルをどのようにして実現できるか？

**A：**Ed Kelley 博士は、リハビリテーションを統合的かつ人々中心の医療に含めるための鍵となるいくつかのことを指摘した。まず、結果の測定には、このアプローチの価値を評価できる患者報告の結果を含める必要がある。第 2 に、医療専門職だけでなくリハビリテーション提供者も含む学際的なチームの推進が必要である。最後に、統合されたアプローチは、簡単に扱うことができる強力な医療ネットワークと紹介システムに依存している。

**Q：**非感染性疾患の予防におけるリハビリテーションの役割は WHO の活動に反映されているか？

**A：**現在、非感染性疾患に関連したリハビリテーションの予防的役割は無視されている。しかし、非感染性疾患の予防に関する事業は拡大されており、リハビリテーションもそのアプローチの一部となるであろう。Ed Kelley 博士は、たとえば、脳卒中の予防ではリハビリテーションの有効性を示す心強い数字があると指摘した。これらの状態の予防において、リハビリテーションが果たす役割への認識を高める影響力があると思われる。

**Q:**特に低中所得国において、比較可能な有病率データの差を埋めるために何が行われているか？

**A:** Jan Ties Boerman 博士は、公平性が SDGs の中心にあり、有病率データの収集は、収集されたデータ、管理データ、臨床データのいずれであっても、医療情報システムの中核的かつ日常的なものであると回答した。WHO にとって、ICF は統計で生活機能の情報を取得するための基幹である。ICF に基づくツールの例には、WHODAS 2.0 (WHO 障害評価面接基準 2.0) およびモデル障害調査が含まれる。有病率 (および生活機能) に関する情報収集へのアプローチを簡素化および標準化することは、この情報が健康統計に含まれるようにするための鍵である。電子医療記録を使用すると、これらのデータの収集がさらに容易になり、データ収集とコーディングのためのスタッフの処理能力が限られている状況で特に役立つ。

**Q:**リハビリテーションを幼児発達の提言にどのように統合できるか？

**A:** John Beard 博士は、ライフコースアプローチを推進すること、幼児期の発達は人の能力を構築することであるのに対し、高齢者医療はこれらの能力をできるだけ長く維持することであると認識することが重要であると答えた。彼は参加者に、WHO 内外の行動を動機づけるために、参加者に幼児期の発達にリハビリテーションを含めるように発言し、推奨するよう促した。

## 付記A 参加者名簿

Dr Roberto Aguilar Tassara, Direccion de Servicios Medicos e Apoyo Tecnico, Centro Nacional de Rehabilitacion (CENARE), Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica

Email: [raguilart@ccss.sa.cr](mailto:raguilart@ccss.sa.cr)

Dr Michael Angastiniotis, Medical Advisor, Thalassaemia International Federation, Cyprus

Email: [thalassaemia@cytanet.com.cy](mailto:thalassaemia@cytanet.com.cy)

H.E. Mr Ravinatha Aryasinha, Permanent Representative of Sri Lanka to the United Nations Office in Geneva, Geneva

Email: [mission@lankamission.org](mailto:mission@lankamission.org)

Mr Srinivasan Balasubramanian, Chief Executive, Enhance Head Neck Rehabilitation, India

Email: [docsrinivasan@gmail.com](mailto:docsrinivasan@gmail.com)

Professor Moon Suk Bang, Editor-In-Chief, Annals of Rehabilitation Medicine and Seoul National University, Republic of Korea (the)

Email: [msbang@snu.ac.kr](mailto:msbang@snu.ac.kr)

Professor Linamara Rizzo Battistella, University of São Paulo Medical School and São Paulo State Secretary for the Rights of the Person with Disability, São Paulo, Brazil

Email: [linamara@usp.br](mailto:linamara@usp.br)

Dr Mauri Beer, Director General, ALYN Hospital Pediatric Rehabilitation Center, Israel

Email: [maurit@alyn.org](mailto:maurit@alyn.org)

Professor Jerome Bickenbach, Disability Policy Unit Head, Swiss Paraplegic Research (SPF), Switzerland

Email: [jerome.bickenbach@paraplegie.ch](mailto:jerome.bickenbach@paraplegie.ch)

Professor Anita Björklund, Editor-In-Chief, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Sweden

Email: [anita.bjorklund@ju.se](mailto:anita.bjorklund@ju.se)

Professor Joel Block, Editor-In-Chief, Osteoarthritis and Cartilage Journal and Osteoarthritis Research Society International (OARSI), the United States of America

Email: [jblock@rush.edu](mailto:jblock@rush.edu)

Dr Oksana Bochkarova, Chief Doctor, Khmelnytsky Regional Hospital for Veterans of War, Ukraine

Email: [oksluste@yahoo.com](mailto:oksluste@yahoo.com)

Ms Marieke Boersma, Senior Consultant, Community Based Rehabilitation, Light for the World, Austria

Email: [m.boersma@light-for-the-world.org](mailto:m.boersma@light-for-the-world.org)

Dr Loharjun Bootsakorn, Deputy Director, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI), and WHO Collaborating Centre for Training in Medical Rehabilitation and Prosthetics, Thailand

Email: [bloharjun@gmail.com](mailto:bloharjun@gmail.com)

Mr Geoff Bowen, Counsellor, DFAT Permanent Mission, Geneva

Email: [Geoff.Bowan@dfat.gov.au](mailto:Geoff.Bowan@dfat.gov.au)

Ms Laurence Boymond, Institutional Partnership Officer, Handicap International Federation, Switzerland

Email: [LBOYMOND@Handicap-International.ch](mailto:LBOYMOND@Handicap-International.ch)

Dr Joachim Breuer, Director General, German Social Accident Insurance (DGUV) and President of ISSA, Germany

Email: [joachim.breuer@dguv.de](mailto:joachim.breuer@dguv.de)

Assoc. Professor Andrew Briggs, Foundation Fellow, Global Alliance for Musculoskeletal Health and School of Physiotherapy and Exercise Science Faculty of Health Sciences, Curtin University, Australia

Email: [A.Briggs@curtin.edu.au](mailto:A.Briggs@curtin.edu.au)

Dr Ritchard Brown, Secretary-General, World Federation of Chiropractic, Canada

Email: [rbrown@wfc.org](mailto:rbrown@wfc.org)

Professor John Buckley, Executive Officer and Past-Chair, International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, the United Kingdom

Email: [j.buckley@chester.ac.uk](mailto:j.buckley@chester.ac.uk) [globalcardiacrehab@gmail.com](mailto:globalcardiacrehab@gmail.com)

Ms Beth Capper, Director of Operations, Global Clubfoot Initiative, the United Kingdom

Email: [Beth.Capper@globalclubfoot.org](mailto:Beth.Capper@globalclubfoot.org)

Dr Alain Chatelin, Member of the Executive Committee, International Cerebral Palsy Society, France

Email: [alain@chatelin.fr](mailto:alain@chatelin.fr)

Mr Matthieu Chatelin, Patient representative and member of the board, Les Amis de La Fondation Motrice, La Fondation Motrice, France

Email: [matthieu@chatelin.fr](mailto:matthieu@chatelin.fr)

Professor Jackie Clark, Co-Founder, Coalition for Global Hearing Health, University of Texas, the United States of America

Email: [jclark@utdallas.edu](mailto:jclark@utdallas.edu)

Professor Stephanie Clarke, Head of Neuropsychology and Neurorehabilitation, Faculty of Biology and Medicine, University of Lausanne, Switzerland

Email: [Stephanie.Clarke@chuv.ch](mailto:Stephanie.Clarke@chuv.ch)

Ms Bettina Cleavenger, Head of Division IVb 5, "Benefit Legislation relating to Rehabilitation," Federal Ministry of Labour and Social Affairs, Germany

Email: [IVb5@bmas.bund.de](mailto:IVb5@bmas.bund.de)

Dr Michaela Coenen, Chair for Public Health and Health Services Research, Institute for Public Health and Health Services Research, Ludwig-Maximilians-University (LMU), Germany

Email: [michaela.coenen@med.lmu.de](mailto:michaela.coenen@med.lmu.de)

Professor Angela Colantonio, Director, Rehabilitation Sciences Institute, University of Toronto, Canada

Email: [angela.colantonio@utoronto.ca](mailto:angela.colantonio@utoronto.ca)

Mr David Constatine, Founder and Director, Motivation, the United Kingdom

Email: [Constantine@motivation.org.uk](mailto:Constantine@motivation.org.uk)

Dr Pierre Côté, Member of the Research Council, World Federation of Chiropractic and University of Ontario Institute of Technology, Canada

Email: [Pierre.Cote@uoit.ca](mailto:Pierre.Cote@uoit.ca)

Dr Suvapan Daranee, Director, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI) and WHO Collaborating Centre for Training in Medical Rehabilitation and Prosthetics, Thailand

Email: [daraneenu@yahoo.com](mailto:daraneenu@yahoo.com)

Dr Walter de Groote, Rehabilitation Physician, International Disability and Development Consortium (IDDC), Belgium

Email: [wouter.de.groote@telenet.be](mailto:wouter.de.groote@telenet.be)

Professor Paul Dendale, President-elect, European Association of Preventive Cardiology, Belgium

Email: [paul.dendale@jessazh.be](mailto:paul.dendale@jessazh.be)

Mr Max Deneu, Director of Operations, ICRC MoveAbility Foundation, Switzerland

Email: [mdeneu@icrc.org](mailto:mdeneu@icrc.org)

Dr Anne Derke Rose, Global Alliance for Musculoskeletal Health of the Bone and Joint Decade, Germany

Email: [anne.d.rose@arcor.de](mailto:anne.d.rose@arcor.de)

Dr Odilia Brigido de Sousa, Coordinator-General for Health of Persons with Disabilities, Ministry of Health, Brazil

Email: [odilia.sousa@saude.gov.br](mailto:odilia.sousa@saude.gov.br)

Professor Anne Deutsch, Research Scientist, Rehabilitation Institute of Chicago, RTI International and Northwestern University, the United States of America

Email: [adeutsch@ric.org](mailto:adeutsch@ric.org)

Ms Catalina Devandas, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Costa Rica

Email: [cdevandas@sr-disability.org](mailto:cdevandas@sr-disability.org)

Dr W.D.C.U. Dias, Deputy Director, Rheumatology and Rehabilitation Hospital, Sri Lanka

Email: [waligamage1974@gmail.com](mailto:waligamage1974@gmail.com)

Dr D. Ranjith Dissanayake, Medical Officer in Charge, Katugahahena Hospital, Sri Lanka

Email: [docranjith@gmail.com](mailto:docranjith@gmail.com)

Professor Karsten Dreinhöfer, Chair, Global Alliance for Musculoskeletal Health of the Bone and Joint Decade (G-Musc), Germany

Email: [karsten.dreinhoefen@charite.de](mailto:karsten.dreinhoefen@charite.de)

Mr Antony Duttine, Consultant, International Centre for Evidence in Disability (ICED), London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), the United Kingdom  
Email: [antduittine@gmail.com](mailto:antduittine@gmail.com)

Ms Michelle Eduarte, Attache, Department of Health, Philippines (the)  
Email: [Michelle.eduarte@gmail.com](mailto:Michelle.eduarte@gmail.com)

Ms Sue Eitel, Founder and Rehabilitation Specialist, Eitel Global LLC, the United States of America  
Email: [eitelglobal@gmail.com](mailto:eitelglobal@gmail.com)

Dr Androulla Eleftheriou, Member of the Board of Directors, International Alliance of Patients' Organizations (IAPO) and Executive Director of Thalassaemia International Federation, Cyprus  
Email: [thalassaemia@cytanet.com.cy](mailto:thalassaemia@cytanet.com.cy)

Dr Henry Falk, Consultant to Office of Noncommunicable Disease, Injury and Environmental Health, Center for Disease Control, the United States of America  
Email: [hxf1@cdc.gov](mailto:hxf1@cdc.gov)

Professor Peter Feys, Coordinator, Rehabilitation Sciences and Physiotherapy, Universiteit Hasselt (UHasselt) and President of Rehabilitation in MS (RIMS), Belgium  
Email: [peter.feys@uhasselt.be](mailto:peter.feys@uhasselt.be)

Dr Tchaurea Fleury, Senior Human Rights Advisor, International Disability Alliance, Switzerland  
Email: [tfleury@ida-secretariat.org](mailto:tfleury@ida-secretariat.org)

Professor Allen Foster, Co-Director, International Centre for Evidence in Disability (ICED), London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), the United Kingdom  
Email: [Allen.Foster@lshtm.ac.uk](mailto:Allen.Foster@lshtm.ac.uk)

Mr Bernard Franck, Technical Director TEAM Project, World Education, Lao People's Democratic Republic (the)  
Email: [bernard\\_franck@la.worlded.org](mailto:bernard_franck@la.worlded.org)

Dr Lucilla Frattura, Director, WHO-FIC Collaborating Center for Italy, Italy  
Email: [lucilla.frattura@regione.fvg.it](mailto:lucilla.frattura@regione.fvg.it)

Dr Emma Friesen, Rehabilitation Engineer and Independent Researcher, Australian Rehabilitation and Assistive Technology Association (ARATA), Australia  
Email: [emma.friesen@uqconnect.edu.au](mailto:emma.friesen@uqconnect.edu.au)

Professor Walter Frontera, Professor and Chair, Department of PM&R and Medical Director of Rehabilitation Services, University of Puerto Rico and Editor-In-Chief, The American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, the United States of America  
Email: [walter.frontera@vanderbilt.edu](mailto:walter.frontera@vanderbilt.edu)

Dr Pratima Devi Gajraj Singh, Consultant, Ministry of Health and Medical Services, Fiji  
Email: [pratima.gajraj@gmail.com](mailto:pratima.gajraj@gmail.com)

Ms Priscille Geiser, Chair, International Disability and Development Consortium (IDDC), France  
Email: [pgeiser@handicap-international.org](mailto:pgeiser@handicap-international.org)

Ms Hortensia Gimeno, NIHR Clinical Research Fellow, Kings College London, the United Kingdom  
Email: [ht.gimeno@gmail.com](mailto:ht.gimeno@gmail.com) [hortensia.gimeno@kcl.ac.uk](mailto:hortensia.gimeno@kcl.ac.uk)

Assoc. Professor, Francesca Gimigliano, Secretary, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) and Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli," Italy  
Email: [francescagimigliano@gmail.com](mailto:francescagimigliano@gmail.com) [secretary@isprm.org](mailto:secretary@isprm.org)

Ms Juliana Gomes, Second Secretary, Permanent Mission of Brazil to the UN Office in Geneva, Geneva  
Email: [juliana.gomes@itamaraty.gov.br](mailto:juliana.gomes@itamaraty.gov.br)

Professor Dr Christoph Gutenbrunner, Head of Department of Rehabilitation Medicine and Coordination Centre for Rehabilitation Research, Hanover Medical School, Germany  
Email: [Gutenbrunner.Christoph@mh-hannover.de](mailto:Gutenbrunner.Christoph@mh-hannover.de)

Ms Helen Hamilton, Policy Advisor, Sightsavers, the United Kingdom  
Email: [hhamilton@sightsavers.org](mailto:hhamilton@sightsavers.org)

Dr Larry Hamm, Editor-In-Chief, Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, the United States of America  
Email: [lfhamm@gwu.edu](mailto:lfhamm@gwu.edu)

Professor Rajiv Hanspal, President, International Society of Prosthetics and Orthotics (ISPO), the United Kingdom  
Email: [rsh@hanspals.co.uk](mailto:rsh@hanspals.co.uk)

Ms Karen Heinicke-Motsch, Senior Adviser Community Based Rehabilitation, CBM and Community Based Inclusive Development, International Development and Disability Consortium, Germany/ the United States of America  
Email: [kheinickemotsch@cbmus.org](mailto:kheinickemotsch@cbmus.org)

Professor Hermie Hermens, Editor-In-Chief, The Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation and Director, Telemedicine, Roessingh Research & Development, Netherlands (the)  
Email: [h.hermens@rrd.nl](mailto:h.hermens@rrd.nl)

Dr María Luisa Toro Hernández, Instructor and Researcher, Department of Physical Therapy and Department of Medicine, Center for Innovation in Disability, CES University, Colombia  
Email: [mhtoro@ces.edu.co](mailto:mhtoro@ces.edu.co)

Dr Kol Hero, Director of Preventive Medicine Department, Ministry of Health, Cambodia  
Email: [khero@online.com.kh](mailto:khero@online.com.kh)

Dr Frances Hughes, CEO, International Council of Nurses, Switzerland  
Email: [hughes@icn.ch](mailto:hughes@icn.ch)

Professor Gabriel Ivbijaro, President, World Federation for Mental Health, the United Kingdom

Email: [gabriel.ivbijaro@gmail.com](mailto:gabriel.ivbijaro@gmail.com)

Dr Mohammad Taghi Joghataei, Advisor to the Minister on Rehabilitation, Ministry of Health and Medical Education, Iran (the Islamic Republic of)

Email: [a.joghataei@gmail.com](mailto:a.joghataei@gmail.com) [mt.joghataei@yahoo.com](mailto:mt.joghataei@yahoo.com)

Ms Krithika Kandavel, Research and Training Coordinator, International Society of Wheelchair Professionals (ISWP) and University of Pittsburgh, the United States of America

Email: [krithikak@pitt.edu](mailto:krithikak@pitt.edu)

Professor John Kanis, President, International Osteoporosis Foundation, Switzerland

Email: [info@iofbonehealth.org](mailto:info@iofbonehealth.org) [w.j.pontefract@sheffield.ac.uk](mailto:w.j.pontefract@sheffield.ac.uk)

Dr Aziza Khodzhaeva, Head of Child and Teenagers Protection Unit, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, Tajikistan

Email: [moh2009@mail.ru](mailto:moh2009@mail.ru)

Dr Wanho Kim, Director, Ministry of Health and Welfare, National Rehabilitation Center, Republic of Korea (the)

Email: [whykim@nrc.go.kr](mailto:whykim@nrc.go.kr)

Mrs Iryna Kireyeva, Head of the Department of the Medical examination and Rehabilitation, Ministry of Health of the Republic of Belarus, Belarus

Email: [ovs@belcmt.by](mailto:ovs@belcmt.by)

Professor Friedbert Kohler, President-elect, International Society of Prosthetics and Orthotics (ISPO), Australia

Email: [Friedbert.Kohler@sswahs.nsw.gov.au](mailto:Friedbert.Kohler@sswahs.nsw.gov.au)

Mr Jonathon Kruger, CEO, World Confederation for Physical Therapy (WCPT), the United Kingdom

Email: [Jkruger@wcpt.org](mailto:Jkruger@wcpt.org)

Dr Kenji Kuno, Senior Advisor on Disability, Japan International Cooperation Agency (JICA), Japan

Email: [Kuno.Kenji@jica.go.jp](mailto:Kuno.Kenji@jica.go.jp)

Mrs Mafusa Lafir, Second Secretary, Permanent Mission of Sri Lanka to the United Nations Office in Geneva, Geneva

Email: [mafusa.lafir@mfa.gov.lk](mailto:mafusa.lafir@mfa.gov.lk)

Dr Jorge Lains, President, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), Portugal

Email: [presidentjorgelains@isprm.org](mailto:presidentjorgelains@isprm.org)

Assoc. Professor Mike Landry, Chief, Duke Doctor of Physical Therapy Division, Duke University, the United States of America

Email: [mike.landry@duke.edu](mailto:mike.landry@duke.edu)

Dr Linda Lawrence, Ophthalmologist, Member of the International Council of Ophthalmology and American Academy of Ophthalmology, the United States of America



Email: [lmLawrencemd@gmail.com](mailto:lmLawrencemd@gmail.com)

Mr Richard Ledger, Executive Director, World Federation of Occupational Therapists (WFOT), the United Kingdom

Email: [admin@wfot.org.au](mailto:admin@wfot.org.au)

Dr Matilde Leonardi, Head Neurology, Public Health, Disability Unit, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Italy

Email: [matilde.leonardi@istituto-besta.it](mailto:matilde.leonardi@istituto-besta.it)

Professor Leonard S.W. Li, Advisor, WHO Collaborating Center, Hong Kong Society of Rehabilitation (HKSR), President, World Federation for Neurorehabilitation (WFNR) and Vice-President, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), Hong Kong

Email: [lswli@hku.hk](mailto:lswli@hku.hk)

Ms Graziella Lippolis, Technical Resources Division, Focal Point and Rehabilitation Technical Advisor, Handicap International Federation, Belgium

Email: [Graziella.Lippolis@handicap.be](mailto:Graziella.Lippolis@handicap.be)

Mr Antonio Lissoni, Vice-President, Italian Association Amici di Raoul Follereau (AIFO), Italy

Email: [Antonio.lissoni@fastwebnet.it](mailto:Antonio.lissoni@fastwebnet.it)

Professor Gwynnyth Llewellyn, Head, WHO Collaborating Centre for Health Workforce Development in Rehabilitation and Long Term Care, University of Sydney, Australia

Email: [gwynnyth.llewellyn@sydney.edu.au](mailto:gwynnyth.llewellyn@sydney.edu.au)

Dr Soraya Maart, Head of Division, Division of Physiotherapy, Department of Health and Rehabilitation Sciences, University of Cape Town, South Africa

Email: [Soraya.Maart@uct.ac.za](mailto:Soraya.Maart@uct.ac.za)

Professor Malcolm (Mac) MacLachlan, Director, Centre for Global Health, Trinity College, Dublin, Ireland

Email: [mlachlan@tcd.ie](mailto:mlachlan@tcd.ie)

Ms Islay Mactaggart, Research Fellow, International Centre for Evidence in Disability (ICED), London School of Hygiene and Tropical Medicine, the United Kingdom

Email: [Islay.Mactaggart@lshtm.ac.uk](mailto:Islay.Mactaggart@lshtm.ac.uk)

Professor Richard Madden, Director, National Centre for Classification in Health, University of Sydney, Australia

Email: [richard.madden@sydney.edu.au](mailto:richard.madden@sydney.edu.au)

Honorable Ms Dorcas K. Makgato, Minister of Health and Wellness, Ministry of Health, Botswana

Email: [cmonageng@gov.bw](mailto:cmonageng@gov.bw)

Ms Ariane Mangar, Director, Disabilities and Rehabilitation Services, Ministry of Public Health, Guyana

Email: [rehab.director.gy@gmail.com](mailto:rehab.director.gy@gmail.com)

Ms. Elena D. Maningat, First Secretary, Department of Health, Philippines (the)

Email: [edmaningat@gmail.com](mailto:edmaningat@gmail.com)

Mr Khampheth Manivong, Director of Rehabilitation Center, Ministry of Public Health, Lao People's Democratic Republic (the)

Email: [kmanivong@cmrlao.org](mailto:kmanivong@cmrlao.org) [khamphethm@gmail.com](mailto:khamphethm@gmail.com)

Dr Esperanza Martinez, Head of Health, International Committee of the Red Cross (ICRC), Switzerland

Email: [emartinez@icrc.org](mailto:emartinez@icrc.org)

Dr Seynabou Mbow, Médecin, Division de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles, Ministry of Health and Social Action, Senegal

Email: [zeynambow@gmail.com](mailto:zeynambow@gmail.com)

Assoc. Professor David McDaid, Research Fellow in Health Policy and Health Economics, London School of Economics and Political Science, the United Kingdom

Email: [d.mcdaid@lse.ac.uk](mailto:d.mcdaid@lse.ac.uk)

Dr Lemmietta McNeilly, Chief Staff Officer, Speech-Language Pathology, American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), the United States of America

Email: [LMcNeilly@asha.org](mailto:LMcNeilly@asha.org)

Ms Marjolein Meande-Balthussen, Inclusive Child Development (ICD) Advisor, CBM, Ghana/Netherlands (the)

Email: [Marjolein.Meande-Baltussen@cbm.org](mailto:Marjolein.Meande-Baltussen@cbm.org)

Professor James Middleton, Chair, ISCoS External Relations Committee, International Spinal Cord Society (ISCoS), Australia

Email: [james.middleton@sydney.edu.au](mailto:james.middleton@sydney.edu.au)

Mr Gopal Mitra, Programme Specialist, Children with Disabilities, UN International Children's Emergency Fund (UNICEF), the United States of America

Email: [gmitra@unicef.org](mailto:gmitra@unicef.org)

Mr Jan Monsbakken, Immediate Past President, Rehabilitation International, Norway

Email: [jan.monsbakken@sanitetskvinnene.no](mailto:jan.monsbakken@sanitetskvinnene.no)

Mrs Rebecca Morton Doherty, Senior Advocacy Manager, Union for International Cancer Control (UICC), Switzerland

Email: [morton-doherty@uicc.org](mailto:morton-doherty@uicc.org)

Professor Dave Muller, Editor-In-Chief, Disability and Rehabilitation Journal and University of Suffolk, the United Kingdom

Email: [davemuller01@btinternet.com](mailto:davemuller01@btinternet.com)

Honorable Dr Phouthone Muongpak, Deputy Minister of Health, Ministry of Public Health, Lao People's Democratic Republic (the)

Email: [m.phouthone@yahoo.com](mailto:m.phouthone@yahoo.com)

Mrs Milka Mushimba, Acting Deputy Director, Division Disability Prevention and Rehabilitation, Ministry of Health and Social Services, Namibia

Email: [milkamushimba@gmail.com](mailto:milkamushimba@gmail.com) [ipulamushimba@gmail.com](mailto:ipulamushimba@gmail.com)

Dr Ximena Neculhueque Zapata, Director of Rehabilitation, Ministry of Health, Chile

Email: [xneculhueque@minsal.cl](mailto:xneculhueque@minsal.cl)

Professor Stefano Negrini, Director, Cochrane Rehabilitation, Chief Editor, European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine and University of Brescia, Italy

Email: [stefano.negrini@unibs.it](mailto:stefano.negrini@unibs.it)

Dr Stephanie Nixon, Director, International Centre for Disability and Rehabilitation (ICDR), University of Toronto, Canada

Email: [stephanie.nixon@utoronto.ca](mailto:stephanie.nixon@utoronto.ca)

Mrs Cecilia Nleya, Deputy Director Rehabilitation Services, Ministry of Health and Child Care, Zimbabwe

Email: [kondonleya@gmail.com](mailto:kondonleya@gmail.com)

Dr Canice Nolan, Minister Counselor, Health and Food Safety, the European External Action Service (EEAS), Geneva, Switzerland

Email: [Canice.NOLAN@eeas.europa.eu](mailto:Canice.NOLAN@eeas.europa.eu)

Dr Boya Nugraha, Senior Researcher, Department of Rehabilitation Medicine, Hannover Medical School, Germany

Email: [Nugraha.Boya@mh-hannover.de](mailto:Nugraha.Boya@mh-hannover.de)

Mrs Arwa Almardi Jubara Omer, Head of Psychological Care and Rehabilitation Department, Federal Ministry of Health, Sudan

Email: [arwa\\_3030@hotmail.com](mailto:arwa_3030@hotmail.com)

Dr Mayowa Ojo Owolabi, Regional Vice President, World Federation for Neurorehabilitation (WFNR) and Director, Center for Genomic and Precision Medicine, College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria

Email: [mayowaowolabi@yahoo.com](mailto:mayowaowolabi@yahoo.com)

Ms Francesca Ortali, Head of Project Office, Italian Association Amici di Raoul Follereau (AIFO), Italy

Email: [francesca.ortali@aifo.it](mailto:francesca.ortali@aifo.it)

Professor Tamara Ownsworth, Executive Editor, Neuropsychological Rehabilitation Journal and Griffith University, Australia

Email: [t.ownsworth@griffith.edu.au](mailto:t.ownsworth@griffith.edu.au)

Ms Marilyn Pattison, President, World Federation of Occupational Therapists (WFOT), Australia

Email: [admin@wfot.org.au](mailto:admin@wfot.org.au)

Dr Georgina Peacock, Director, Division of Human Development and Disability, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Center for Disease Control, the United States of America

Email: [ghn3@cdc.gov](mailto:ghn3@cdc.gov)

Professor Jon Pearlman, Director, International Society of Wheelchair Professionals (ISWP), the United States of America

Email: [jpearlman@pitt.edu](mailto:jpearlman@pitt.edu)

Assoc. Professor Dr Bouathep Phoumin, Vice-Dean, Faculty of Medical technology, University of Health Science, Ministry of Public Health, Lao People's Democratic Republic (the)

Email: [bouathep@hotmail.com](mailto:bouathep@hotmail.com)

Mr Carlos Pinto, Deputy National Director, Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), Gobierno de Chile

Email: [cpinto@senadis.cl](mailto:cpinto@senadis.cl)

Dr Wesley Pryor, Senior Technical Advisor, Nossal Institute of Global Health, Australia

Email: [wesley.pryor@unimelb.edu.au](mailto:wesley.pryor@unimelb.edu.au)

Dr Darshan Punchi, Parliamentary Secretary of Health, Ministry of National Health Services, Pakistan

Email: [darshanpunchi@gmail.com](mailto:darshanpunchi@gmail.com)

Professor Zhuoying Qiu, Co-chair, WHO Family International Classification Collaborating Center China and Director, China Key Laboratory of Classification, Evaluation and Rehabilitation (Sport) of Intellectual and Developmental Disability, Zhengzhou University, China

Email: [qiubenjiaimin@foxmail.com](mailto:qiubenjiaimin@foxmail.com)

Mr. Kurbanov Quadratullo, Head of the Department of Social Protection, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, Republic of Tajikistan (the)

Email: [kfarhangy@mail.ru](mailto:kfarhangy@mail.ru)

Ms Gaboelwe Rammekwa, Head of the Rehabilitation and Mental health Division, Ministry of Health, Botswana

Email: [grammekwa@gov.bw](mailto:grammekwa@gov.bw)

Mr Vinicius Ramos, International Cooperation and Research Support Officer, Physical and Rehabilitation Medicine Institute, University of Sao Paulo Medical School General Hospital (IMREA HCFMUSP), Brazil

Email: [vinicius.ramos@hc.fm.usp.br](mailto:vinicius.ramos@hc.fm.usp.br)

Ms Zahra Aly Rashid, Low Vision Consultant, Kenya

Email: [alyzahra@gmail.com](mailto:alyzahra@gmail.com)

Mr Thierry Regenass, Executive Director, the ICRC MoveAbility Foundation, Switzerland

Email: [tregenass@icrc.org](mailto:tregenass@icrc.org)

Mr Martín Remón Miranzo, Consejero (asuntos de sanidad y trabajo), Representación Permanente de España ante la Oficina de Naciones Unidas en Ginebra, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Spain

Email: [martin.remon@ties.itu.int](mailto:martin.remon@ties.itu.int)

Assoc. Professor Lorie Richards, Editor-In-Chief, The American Journal of Occupational Therapy and Chair of the Department of Occupational Therapy, The University of Utah, the United States of America

Email: [lorie.richards@hsc.utah.edu](mailto:lorie.richards@hsc.utah.edu)

Professor Leocadio Rodríguez Mañas, Geriatrician, Jefe de Servicio de Geriatría, Geriatrics Service, Hospital Universitario De Getafe, Servicio Madrileño De Salud (SERMAS), Spain

Email: [leocadio.rodriguez@salud.madrid.org](mailto:leocadio.rodriguez@salud.madrid.org)

Dr Belkis Romeu, Health Attaché, Permanent Mission of Cuba, Geneva

Email: [politica4ginebra@missioncuba.ch](mailto:politica4ginebra@missioncuba.ch)

Ms Gundula Roßbach, Direktorin bei der Deutschen, Deutsche Rentenversicherung Bund, Germany

Email: [gundula.rossbach@drv-bund.de](mailto:gundula.rossbach@drv-bund.de) [Gabriele.Take-Cisse@drv-bund.de](mailto:Gabriele.Take-Cisse@drv-bund.de)

Professor Paula Rushton, School of Rehabilitation, University of Montreal, Canada

Email: [paula.rushton@umontreal.ca](mailto:paula.rushton@umontreal.ca)

Dr Carla Sabariego, Chair for Public Health and Health Services Research, Institute for Public Health and Health Services Research, Ludwig-Maximilians-University (LMU), Germany

Email: [Carla.Sabariego@med.uni-muenchen.de](mailto:Carla.Sabariego@med.uni-muenchen.de)

Dr Shaukat Sadikot, President, International Diabetes Federation, India

Email: [Shaukat.Sadikot@idf.org](mailto:Shaukat.Sadikot@idf.org)

Dr Daniel Nyamongo Sagwe, Head of Physiotherapy and Rehabilitation, Rehabilitative Sciences Department, Jomo Kenyatta University of Agriculture and Technology (JKUAT), Kenya

Email: [dnyamongo@jkuat.ac.ke](mailto:dnyamongo@jkuat.ac.ke)

Dr. Yamilé Sánchez, Teaching Vice-Director of the "Julio Díaz" Hospital, National Rehabilitation Center of Cuba

Email: [yamiguichard@gmail.com](mailto:yamiguichard@gmail.com)

Honorable Dr Rajitha Senarathne, Minister of Health and Indigenous Medicine, Sri Lanka

Email: [sdrsujatha@gmail.com](mailto:sdrsujatha@gmail.com)

Dr Sujatha Senarathne, Private Secretary to the Hon. Minister of Health, Nutrition and Indigenous Medicine,

Sri Lanka

Email: [sdrsujatha@gmail.com](mailto:sdrsujatha@gmail.com)

Mr Mostafa Seraj, Director of Social Welfare, Ministry of Health and Medical Education, Iran (the Islamic Republic of)

Email: [mt.joghataei@yahoo.com](mailto:mt.joghataei@yahoo.com)

Ms Nicky Seymour, Service Development Manager, Motivation Charitable Trust, the United Kingdom  
Email: [seymour@motivationafrica.org.za](mailto:seymour@motivationafrica.org.za)

Professor Raad Shakir, President, World Federation of Neurology, the United Kingdom  
Email: [raad.shakir@wfneurology.org](mailto:raad.shakir@wfneurology.org)

Professor Shajila Singh, Director and Head of Department, Department of Health and Rehabilitation Sciences, University of Cape Town, South Africa  
Email: [shajila.singh@uct.ac.za](mailto:shajila.singh@uct.ac.za)

Ms Cheat Sokha, Executive Director, Spinal Cord Injury Association of Cambodia (SCIAC), Cambodia  
Email: [sokhacheati@gmail.com](mailto:sokhacheati@gmail.com)

Professor Katharina Stibrant Sunnerhagen, Professor of Rehabilitation Medicine, World Stroke Organisation, Sweden  
Email: [Katharina.Sunnerhagen@neuro.gu.se](mailto:Katharina.Sunnerhagen@neuro.gu.se)

Dr Emma Stokes, President, World Confederation for Physical Therapy (WCPT), Ireland  
Email: [president@wcpt.org](mailto:president@wcpt.org)

Dr Vasyl Strilka, Chief Specialist, Division of Medical Rehabilitation, Palliative and Hospice care, Medical Department, Ministry of Health of Ukraine, Ukraine  
Email: [strikav@gmail.com](mailto:strikav@gmail.com)

Professor Gerold Stucki, Director, Swiss Paraplegic Research (SPF), Chair and Professor of Department of Health Sciences and Health Policy, University of Lucerne, Switzerland  
Email: [gerold.stucki@paraplegie.ch](mailto:gerold.stucki@paraplegie.ch)

Dr S. Subasinghe, Advisor to the Hon. Minister of Health, Nutrition and Indigenous Medicine, Sri Lanka  
Email: [drsuba@hotmail.com](mailto:drsuba@hotmail.com)

Ms Kate Swaffer, Founder, Chair and CEO, Dementia Alliance International, Australia  
Email: [kateswaffer@infodai.org](mailto:kateswaffer@infodai.org)

Professor George Tavartkiladze, General Secretary, International Society of Audiology (ISA) and the National Research Centre for Audiology and Hearing Rehabilitation, Russia Federation (the)  
Email: [gtavartkiladze@gmail.com](mailto:gtavartkiladze@gmail.com)

Dr Safietou Thiam, Secrétaire Exécutif du Conseil National de Lutte contre le SIDA Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Senegal  
Email: [sthiam@cns-senegal.org](mailto:sthiam@cns-senegal.org)

Dr Maya Thomas, Editor-In-Chief, Disability, CBR and Inclusive Development Journal, India  
Email: [editor.dcid@gmail.com](mailto:editor.dcid@gmail.com)

Professor Dr Murali Thyloth, Bangalore President Elect, World Association for Psychosocial Rehabilitation and Head of the Department of Psychiatry, Ramaiah Medical College, India

Email: [muralithyloth@gmail.com](mailto:muralithyloth@gmail.com)

Dr Jose Tormos, Research Director, Institut Guttman, Spain

Email: [jmtormos@guttmann.com](mailto:jmtormos@guttmann.com)

Mr Johannes Trimmel, Director of Advocacy, The International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB), the United Kingdom

Email: [jtrimmel@iapb.org](mailto:jtrimmel@iapb.org)

Mr Stefan Trömel, Senior Disability Specialist, Gender, Equality and Diversity Branch, International Labor Organization (ILO), Geneva

Email: [tromel@ilo.org](mailto:tromel@ilo.org)

Ms Isabelle Urseau, Technical Resources Division, Head of the Rehabilitation Technical Unit, Handicap International Federation, France

Email: [iurseau@handicap-international.org](mailto:iurseau@handicap-international.org)

Dr Herminigildo Valle, Undersecretary of Health, Department of Health, Philippines (the)

Email: [usecvalle.ofim.doh@gmail.com](mailto:usecvalle.ofim.doh@gmail.com)

Professor J. M. van Laar, Editor-In-Chief, Rheumatology (Oxford, England) Journal, Netherlands (the)

Email: [editorial@rheumatology.org.uk](mailto:editorial@rheumatology.org.uk)

Professor Dr Geert Verheyden, Editor, Physiotherapy Research International Journal and Research Lead, KU Leuven, Belgium

Email: [geert.verheyden@kuleuven.be](mailto:geert.verheyden@kuleuven.be)

Mr Lindsley Jeremiah Villarante, Senior Health Program Officer, Health Policy Development and Planning Bureau, Department of Health, Philippines (the)

Email: [ljdvillarante@gmail.com](mailto:ljdvillarante@gmail.com)

Ms Laura Vicente de Torres, Observer, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Italy

Email: [laura.vicentedetorres@istituto-besta.it](mailto:laura.vicentedetorres@istituto-besta.it)

Dr Sandra Willis, Policy Advisor, United Arab Emirates

Email: [Sandra.Willis@tec.gov.ae](mailto:Sandra.Willis@tec.gov.ae)

Dr Jill Winegardner, Lead Psychologist, Oliver Zangwill Centre, the United Kingdom

Email: [jwinegardner7@gmail.com](mailto:jwinegardner7@gmail.com)

Ms Christiane Wiskow, Health Services Sector Specialist, UN International Labor Organization (ILO), Geneva

Email: [wiskow@ilo.org](mailto:wiskow@ilo.org)

Professor David Wood, President, the World Heart Federation, the United Kingdom

Email: [d.wood@imperial.ac.uk](mailto:d.wood@imperial.ac.uk)

Mr Marc Wortmann, Executive Director, Alzheimer's Disease International, the United Kingdom

Email: [m.wortmann@alz.co.uk](mailto:m.wortmann@alz.co.uk)

Dr Sam Wu, Treasurer, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), the United States of America/Switzerland

Email: [samshwu@hotmail.com](mailto:samshwu@hotmail.com) [treasurer@isprm.org](mailto:treasurer@isprm.org)

Professor Jean Jacques Wyndaele, President, International Spinal Cord Society (ISCoS), Belgium

Email: [wyndaelejj@skynet.be](mailto:wyndaelejj@skynet.be)

Mr Marc Zlot, Physical Rehabilitation Program Coordinator, International Committee of the Red Cross (ICRC), Switzerland

Email: [mzlot@icrc.org](mailto:mzlot@icrc.org)

## WHO SECRETARIAT

Dr John Beard, Director, Department of Ageing and Life Course

Email: [beardj@who.int](mailto:beardj@who.int)

Dr Jan Ties Boerma, Director, Department of Health Statistics and Informatics

Email: [boeremat@who.int](mailto:boeremat@who.int)

Dr Shelly Chadha, Technical Officer, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation Department

Email: [chadhas@who.int](mailto:chadhas@who.int)

Dr Somnath Chatterji, Scientist, Information, Evidence and Research Department

Email: [chatterjis@who.int](mailto:chatterjis@who.int)

Dr Oleg Chestnov, Assistant Director-General, World Health Organization

Email: [chestnovo@who.int](mailto:chestnovo@who.int)

Dr Dan Chisholm, Health Systems Advisor, Department of Mental Health and Substance Abuse

Email: [chisholmd@who.int](mailto:chisholmd@who.int)

Dr Alarcos Cieza, Coordinator, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation Department

Email: [ciezaa@who.int](mailto:ciezaa@who.int)

Dr Vivath Chou, Technical Officer, Disability and Rehabilitation, Office of the WHO Representative in Cambodia

Email: [chouv@who.int](mailto:chouv@who.int)

Dr Paloma Cuchi, Representative, Office of the WHO Representative in Chile

Email: [cuchipa@who.int](mailto:cuchipa@who.int)

Dr Juliet Fleischl, Representative, Office of the WHO Representative in Lao People's Democratic Republic

Email: [FleischlJ@who.int](mailto:FleischlJ@who.int)

Mr Loic Garcon, Technical Officer, WHO Centre for Health Development (Kobe)



Email: [garconl@who.int](mailto:garconl@who.int)

Dr Laragh Gollogly, Editor, WHO Bulletin

Email: [golloglyl@who.int](mailto:golloglyl@who.int)

Dr Robert Jakob, Medical Officer, Department for Information, Evidence and Research

Email: [jakobr@who.int](mailto:jakobr@who.int)

Dr Walter Johnson, Medical Officer, Service Delivery and Safety Department, Services Organization and Clinical Interventions

Email: [johnsonw@who.int](mailto:johnsonw@who.int)

Dr Kaloyan Kamenov, Consultant, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation Department

Email: [kamenovk@who.int](mailto:kamenovk@who.int)

Dr Edward Kelley, Director, Department Service Delivery and Safety

Email: [kelleye@who.int](mailto:kelleye@who.int)

Dévora Kestel, Unit Chief, Mental Health and Substance Use

Email: [kesteld@paho.org](mailto:kesteld@paho.org)

Mr Chapal Khasnabis, Programme Manager, Global Cooperation on Assistive Technology (GATE)

Email: [khasnabisc@who.int](mailto:khasnabisc@who.int)

Ms Pauline Kleinitz, Consultant, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation Department

Email: [Pauline.Kleinitz@med.lmu.de](mailto:Pauline.Kleinitz@med.lmu.de)

Dr Ivo Kocur, Medical Officer, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation Department

Email: [kocuri@who.int](mailto:kocuri@who.int)

Mr Nenad Kostanjsek, Technical Officer, Department for Information, Evidence and Research

Email: [kostanjsekn@who.int](mailto:kostanjsekn@who.int)

Dr Etienne Krug, Director, Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention

Email: [kruge@who.int](mailto:kruge@who.int)

Dr Jacob Kumaresan, Representative, Office of the WHO Representative in Sri Lanka

Email: [kumaresanja@who.int](mailto:kumaresanja@who.int)

Ms Lindsay Lee, Technical Officer, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation Department

Email: [leel@who.int](mailto:leel@who.int)

Ms Elanie Marks, Consultant, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation Department

Email: [markse@who.int](mailto:markse@who.int)

Dr Maryam Mallick, Contractor, Office of the WHO Representative in Pakistan  
Email: [mallickm@who.int](mailto:mallickm@who.int)

Dr Silvio Mariotti, Medical Officer, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation  
Department  
Email: [mariottis@who.int](mailto:mariottis@who.int)

Ms Jody-Anne Mills, Technical Officer, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation  
Email: [millsj@who.int](mailto:millsj@who.int)

Mr Satish Mishra, Technical Officer (NCD), Office of the WHO Representative in Tajikistan  
Email: [mishras@who.int](mailto:mishras@who.int)

Dr Patanjali Dev Nayar, Regional Advisor, WHO Regional Office for South-East Asia  
Email: [nayarp@who.int](mailto:nayarp@who.int)

Dr Molly Meri Robinson Nicol, Technical Officer, Department for Information, Evidence and Research  
Email: [robinsonm@who.int](mailto:robinsonm@who.int)

Dr Ritu Sadana, Lead Specialist, Department of Ageing and Life Course  
Email: [sadanar@who.int](mailto:sadanar@who.int)

Dr Hala Ali Sakr, Technical Officer, Violence, Injuries and Disabilities, WHO Regional Office for the  
Eastern Mediterranean  
Email: [Sakrha@who.int](mailto:Sakrha@who.int)

Dr Shekhar Saxena, Director, Department of Mental Health and Substance Use  
Email: [saxenas@who.int](mailto:saxenas@who.int)

Ms Anneke Schmitter, Technical Officer, Information, Evidence and Research Department  
Email: [schmittera@who.int](mailto:schmittera@who.int)

Dr Agnès Soucat, Director, Department of Health Systems Governance and Financing  
Email: [soucata@who.int](mailto:soucata@who.int)

Mrs Emma Tebbutt, Technical Officer, Public Health, Innovation and Intellectual Property  
Email: [tebbutte@who.int](mailto:tebbutte@who.int)

Dr Tamitza Toroyan, Science Advisor, Management NCDs, Disability, Violence & Injury Prevention  
(NVI) Department  
Email: [toroyant@who.int](mailto:toroyant@who.int)

Dr Nhan Tran, Manager, Alliance for Health Policy and Systems Research  
Email: [trann@who.int](mailto:trann@who.int)

Ms Judith van der Veen, Technical Officer, Blindness Deafness Prevention, Disability and  
Rehabilitation Department  
Email: [vanderveenj@who.int](mailto:vanderveenj@who.int)

Ms Marieke van Regteren Altena, Consultant, Blindness Deafness Prevention, Disability and Rehabilitation Department  
Email: [vanregterenaltenam@who.int](mailto:vanregterenaltenam@who.int)

## 付記 B 議事次第

### WHO 執行委員会室

1 日目：2017 年 2 月 6 日

08:00 受付

09:00 歓迎の辞

**Moderator:** Dr Etienne Krug, Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO

**Welcome and opening remarks:** Dr Oleg Chestnov, Cluster for Noncommunicable Diseases and Mental Health, WHO

**Video:** Rehabilitation: Key for Health in the 21<sup>st</sup> Century

09:15 基調講演

Honorable Ms Dorcas Makgato, Minister of Health and Wellness, Botswana  
Honorable Dr Rajitha Senaratne, Minister of Health and Indigenous Medicine, Sri Lanka  
Honorable Dr Phouthone Mouangpak, Deputy Minister of Health, Lao People's Democratic Republic

09:40 個々人の感謝表明

Dr Ritu Sadana  
Mr Gopal Mitra  
Ms Cheat Sokha

10:00 発表 - リハビリテーション：21 世紀における健康のための重要なこと

**Moderator:** Dr Alarcos Cieza, Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO

**Rehabilitation in the context of the global agenda:**

Dr Alarcos Cieza

**The need to scale up rehabilitation:**

Dr Somnath Chatterji, Department for Information, Evidence and Research, WHO

**The costs of failing to provide rehabilitation services:**

Dr David McDaid, London School of Economics, United Kingdom

**Improving data for rehabilitation in health information systems:**

Ms Anneke Schmider, Department for Information, Evidence and Research, WHO

11:00 コーヒー

11:30 パネルディスカッション - 医療制度の中のリハビリテーション：WHO 提言の各国での実装

**Moderators:** Professor Linamara Battistella, University of São Paulo Medical School, Brazil  
Professor Gwynnyth Llewellyn, University of Sydney, Australia

**Government representatives Chile:**

Dr Ximena Neculhueque Zapata, Director Rehabilitation, Ministry of Health

Mr Carlos Pinto, Deputy National Director, SENADIS, Ministry of Social Development

**Government representatives Germany:**

Ms Gundula Rossbach, President, German Statutory Pension Insurance Scheme  
Dr Joachin Breuer, Director General, German Social Accident Insurance

**Government representative Pakistan:**

Dr Darshan PUNCHI, Parliamentary Secretary of Health

**Government representative Philippines:**

Dr Herminigildo Valle, Undersecretary of Health, Department of Health

12:30 昼食

14:00 発表 - 医療制度の中のリハビリテーション：現在の提言から学ぶ

**Moderator:** Professor Gerold Stucki, University of Lucerne, Switzerland

**Alliance for Health Policy and Systems Research:**

Dr Nhan Tran, Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO

**Programme for Improving Mental Health Care (PRIME):**

Dr Dan Chisholm, Department for Mental Health and Substance Abuse, WHO

**Global Cooperation on Assistive Technology (GATE):**

Mr Chapal Khasnabis, Global Cooperation on Assistive Technology, WHO

15:30 コーヒー

16:00 パネルディスカッション - リハビリテーションの必要性に対する認識の向上

**Moderator:** Mr Jan Monsbakken, Rehabilitation International

Professor Karsten Dreinhofer, Chair, Global Alliance for Musculoskeletal Health, representing condition-specific organizations

Emma Stokes, World Confederation of Physical Therapy, representing rehabilitation professional organizations

Ms Karen Heinicke-Motsch, CBM, representing international and nongovernmental organizations

Professor Christoph Gutenbrunner, Department of Rehabilitation Medicine, University of Hannover, Germany, representing rehabilitation professionals working in medical faculties

Professor Allen Foster, London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom, representing researchers and professionals working in public health

Professor Joel Block, Osteoarthritis and Cartilage, representing editors of scientific journals

17:30 WHO カフェテリアでのレセプション

## 2 日目：2017 年 2 月 7 日

09:00 パネルディスカッション -WHO 戦略の文脈におけるリハビリテーション

**Moderator:** Dr Laragh Gollongly, Bulletin of the World Health Organization

Dr John Beard, Department of Ageing and Life Course, WHO

Dr Jan Ties Boerma, Department of Health Statistics and Informatics, WHO

Dr Ed Kelley, Department Service Delivery and Safety, WHO

Dr Etienne Krug, Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO

Dr Shekhar Saxena, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO

10:15 コーヒー

10:45 発表と声明 - 世界的なリーダーシップと行動の呼びかけ

**Moderator:** Dr Etienne Krug, Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO

**WHO areas of action in rehabilitation:** Dr Alarcos Cieza, Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO

*This session will focus on the political commitment of stakeholders to strengthen rehabilitation and includes statements from the floor.*

12:00 「リハビリテーション 2030」 会議の閉会

## 付記 C 行動の呼びかけ

### フランス語

#### Les participants à la réunion Réadaptation 2030 : un appel à l'action reconnaissent ce qui suit :

- A. Les besoins non satisfaits en matière de réadaptation sont substantiels à travers le monde, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- B. Compte tenu des tendances démographiques et sanitaires mondiales, telles que le vieillissement de la population et le nombre croissant de personnes vivant avec les conséquences d'une maladie ou d'un traumatisme, la demande en services de réadaptation continuera à augmenter.
- C. Un meilleur accès aux services de réadaptation est nécessaire pour « [p]ermettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » (Objectif de développement durable, ODD 3) et d'atteindre la cible 3.8 des ODD, à savoir : « [f]aire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ».
- D. La réadaptation est un élément fondamental du continuum de soins, au même titre que la prévention, la promotion, le traitement et les soins palliatifs. Elle devrait par conséquent être considérée comme une composante essentielle des services de santé intégrés.
- E. La réadaptation est utile pour répondre aux besoins de personnes atteintes de divers problèmes de santé ou d'un handicap, tout au long de la vie et à tous les niveaux de soins. Ainsi, des partenariats de la réadaptation devraient engager tous les types d'utilisateurs des services de la réadaptation, y compris les personnes ayant un handicap.
- F. Elle constitue un investissement dans le capital humain qui contribue au développement sanitaire, économique et social.
- G. La réadaptation est un instrument pour la mise en oeuvre efficace de la *Stratégie et [du] plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020, du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 et du Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne*, et elle contribue aux efforts de l'initiative de coopération mondiale relative aux technologies d'assistance (GATE).
- H. Parmi les obstacles actuels au renforcement et à l'extension de la réadaptation dans les pays figurent notamment :
  - i. une importance insuffisante accordée par les gouvernements face à des priorités concurrentes;
  - ii. l'absence de politiques et d'une planification de la réadaptation aux niveaux national et infranational;
  - iii. lorsque le ministère de la Santé et celui des Affaires sociales sont tous deux impliqués dans la réadaptation, une coordination limitée entre ces deux entités;
  - iv. un financement inexistant ou inadéquat ;
  - v. le manque de données factuelles relatives aux besoins satisfaits et non satisfaits en matière de réadaptation;
  - vi. un nombre insuffisant de professionnels de la réadaptation et des compétences inadéquates;
  - vii. l'absence de centres et d'équipement de réadaptation; et

viii. le manque d'intégration dans les systèmes de santé.

I. Il est urgent que toutes les parties intéressées, y compris les États membres et le Secrétariat de l'OMS, d'autres organismes des Nations Unies, des organisations représentant des groupes d'utilisateurs de services de réadaptation et des prestataires de services de réadaptation, des organismes de financement, les organisations professionnelles, des instituts de recherche, et les organisations internationales et non-gouvernementales, mènent une action mondiale concertée en vue de renforcer la qualité de la réadaptation.

**À la lumière de ce qui précède, les participants s'engagent à oeuvrer vers la réalisation des objectifs suivants:**

1. Créer un leadership et un soutien politique fort en faveur de la réadaptation aux niveaux mondial, national et infranational.
2. Renforcer la planification et la mise en oeuvre de la réadaptation aux niveaux national et infranational y compris dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence.
3. Améliorer l'intégration des services de réadaptation dans le secteur de la santé, et le renforcement des liens intersectoriels, afin de répondre de manière efficace et efficiente aux besoins de la population.
4. Inclure la réadaptation dans la couverture sanitaire universelle.
5. Élaborer des modèles de prestation de services de réadaptation complets visant à parvenir progressivement à un accès équitable à des services de qualité, y compris aux produits d'assistance, pour toute la population y compris ceux des régions rurales et éloignées.
6. Constituer un effectif de professionnels de la réadaptation solide et multidisciplinaire, adapté au contexte national, et promouvoir l'inclusion des notions liées à la réadaptation dans l'ensemble de la formation des personnels de santé.
7. Étendre le financement de la réadaptation par le biais de mécanismes appropriés.
8. Collecter des informations liées à la réadaptation en vue d'améliorer les systèmes d'informations sanitaires en incluant les données relatives à la réadaptation au niveau systémique et les informations relatives au fonctionnement basées sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).
9. Développer les capacités de recherche et assurer la disponibilité à plus grande échelle de données factuelles solides en faveur de la réadaptation.
10. Créer et renforcer des réseaux et des partenariats dans le domaine de la réadaptation, en particulier entre pays à revenu faible et intermédiaire et pays à revenu élevé.



## 付記 C 行動の呼びかけ

### スペイン語

#### Los participantes de la reunión Rehabilitación 2030: un llamado a la acción reconocen lo siguiente:

- A. La cantidad de necesidades insatisfechas de rehabilitación en todo el mundo, y especialmente en países con ingresos bajos y medios, es profunda.
- B. La demanda de servicios de rehabilitación seguirá aumentando a la luz de las tendencias globales demográficas y de salud, incluida la población envejecida y la creciente cantidad de personas que viven con las consecuencias de enfermedades y lesiones.
- C. Se requiere un mayor acceso a los servicios de rehabilitación para “Garantizar vidas saludables y fomentar el bienestar para todos en todas las edades” (Objetivo de Desarrollo Sustentable (ODS) 3) y para alcanzar el Objetivo ODS 3.8 “Lograr una cobertura universal de salud, incluida la protección de riesgos financieros, el acceso a servicios médicos básicos de calidad y el acceso a medicinas y vacunas básicas seguras, efectivas, de calidad y asequibles para todos.”
- D. La rehabilitación es una parte fundamental del espectro de la atención, junto con prevención, promoción, tratamiento y paliación, y por lo tanto debe ser considerada un componente fundamental de los servicios de salud integrados.
- E. La rehabilitación es relevante a las necesidades de la gente con muchas afecciones de salud y las personas que experimentan discapacidad durante el transcurso de la vida y en todos los niveles de la atención médica. Por consiguiente, las asociaciones de rehabilitación deben considerar a todos los usuarios de rehabilitación, incluidas las personas con discapacidad.
- F. La rehabilitación es una inversión en capital humano que contribuye al desarrollo económico, social y de la salud.
- G. El rol de la rehabilitación es fundamental para una efectiva implementación de la *Estrategia global y plan de acción sobre envejecimiento y salud (2016–2020)*, el *Plan de acción sobre salud mental (2013–2020)* y el *Marco sobre servicios de salud integrados centrados en las personas*, y como aporte a los esfuerzos de la iniciativa Cooperación mundial sobre tecnologías de apoyo (GATE, por sus siglas en inglés).
- H. Los obstáculos actuales para fortalecer y ampliar la rehabilitación en los países incluyen los siguientes:
  - i. escasa priorización por parte del gobierno entre las prioridades contrapuestas;
  - ii. ausencia de políticas y planificación de rehabilitación en el ámbito nacional y subnacional;
  - iii. cuando ambos ministerios de salud y asuntos sociales están implicados en la rehabilitación, existe coordinación limitada entre ellos;
  - iv. financiación inexistente o inadecuada;
  - v. escasez de evidencia de las necesidades de rehabilitación satisfechas e insatisfechas;
  - vi. cantidades y habilidades insuficientes de profesionales de rehabilitación;
  - vii. ausencia de instalaciones y equipos de rehabilitación; y
  - viii. falta de integración en los sistemas de salud.
- I. Existe una necesidad imperiosa de acción global coordinada por parte de todas las partes interesadas relevantes, incluidos los Estados Miembros y la Secretaría de la OMS, otras agencias de las Naciones Unidas, grupos de usuarios y proveedores de servicios de rehabilitación, organismos de financiación, organizaciones profesionales, organizaciones

de investigación, y organizaciones internacionales y no gubernamentales para ampliar la rehabilitación de calidad.

**A la luz de lo antedicho, los participantes se comprometen a trabajar en pro de las siguientes diez áreas de acción:**

1. Crear liderazgo fuerte y apoyo político respecto de la rehabilitación en el ámbito subnacional, nacional e internacional.
2. Fortalecer la planificación e implementación de rehabilitación en el ámbito nacional y subnacional, incluso dentro de la preparación y respuesta ante emergencias.
3. Mejorar la integración de la rehabilitación en el sector de la salud y fortalecer las relaciones intersectoriales para satisfacer de forma efectiva y eficiente las necesidades de la población.
4. Incorporar la rehabilitación en la Cobertura Universal de Salud.
5. Construir modelos de prestación de servicios de rehabilitación integrales para lograr progresivamente el acceso equitativo a servicios de calidad, incluidos productos de asistencia, para toda la población, incluidos los de las zonas rurales y remotas.
6. Desarrollar una fuerte fuerza de trabajo multidisciplinaria de rehabilitación que sea adecuada para el contexto del país, y promover conceptos de rehabilitación en la educación de la fuerza de trabajo de salud.
7. Ampliar la financiación para rehabilitación a través de mecanismos adecuados.
8. Recopilar información relevante a la rehabilitación para mejorar los sistemas de información de salud, incluidos los datos de rehabilitación a nivel del sistema y la información sobre funcionamiento que utiliza la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (ICF).
9. Desarrollar capacidad de investigación y ampliar la disponibilidad de evidencia sólida para rehabilitación.
10. Establecer y fortalecer redes y asociaciones en rehabilitación, especialmente en países con ingresos bajos, medios y altos.

## 付記 C 行動の呼びかけ

### ロシア語

#### Участники встречи «Реабилитация 2030: призыв к действиям» признают следующее:

- A. Масштабы неудовлетворенной потребности в реабилитационных услугах во всем мире, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, огромны.
- B. Вследствие глобальных тенденций в области здравоохранения и демографических изменений, таких как старение населения и увеличение числа людей, живущих с последствиями заболеваний и травм, спрос на реабилитационные услуги будет продолжать расти.
- C. Для достижения Целей в области устойчивого развития (ЦУР), а именно «обеспечения здорового образа жизни и содействия благополучию для всех в любом возрасте» (ЦУР 3) и «обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе защиты от финансовых рисков, доступак качественным основным медико-санитарным услугам и доступа к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех» (ЦУР 3.8), необходимо расширить доступ к реабилитационным услугам.
- D. Реабилитационные услуги являются неотъемлемой частью охраны здоровья наряду с профилактикой, пропагандой здорового образа жизни, лечением и паллиативной помощью и должны рассматриваться в качестве ключевого компонента комплексного медицинского обслуживания.
- E. В реабилитационных услугах нуждаются люди всех возрастов, имеющие самые различные заболевания и формы инвалидности. Потребность в таких услугах ощущается на всех уровнях системы здравоохранения. Таким образом, реабилитационные услуги должны быть доступны всем нуждающимся, в том числе людям с ограниченными физическими возможностями.
- F. Реабилитационные услуги – это инвестиции в человеческий капитал, способствующие улучшению здоровья людей и экономическому и социальному развитию.
- G. Реабилитационные услуги очень важны для эффективного осуществления *Глобальной стратегии и плана действий по проблемам старения и здоровья на 2016–2020 гг., Плана действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг. и Рамочной программы по комплексным социально ориентированным медицинским услугам*, а также для реализации инициативы «Глобальное сотрудничество в области ассистивных технологий» (Global Cooperation on Assistive Technology, GATE).
- H. Текущие барьеры на пути развития и расширения доступа к реабилитационным услугам, с которыми сталкиваются страны, включают:
  - i. недостаточное внимание со стороны правительств, которые ставят во главу угла другие приоритеты;
  - ii. отсутствие политики и планирования в области оказания реабилитационных услуг на национальном и субнациональном уровнях;
  - iii. в странах, где сектор реабилитационных услуг регулируется как министерством здравоохранения, так и министерством социального обеспечения, – недостаточная координация между этими ведомствами;
  - iv. отсутствие или ограниченность финансирования;
  - v. недостаток данных об удовлетворенных и неудовлетворенных потребностях в реабилитации;
  - vi. недостаточное количество и ограниченность навыков специалистов в области реабилитации;

- vii. отсутствие реабилитационных средств и оборудования; а также
- viii. недостаточная интеграция в систему здравоохранения.

I. Существует острая необходимость в принятии согласованных глобальных действий по расширению доступа к качественным услугам реабилитации всеми заинтересованными сторонами, включая государства-члены и Секретариат ВОЗ, другие учреждения системы ООН, объединения потребителей и поставщиков реабилитационных услуг, финансирующие ведомства, профессиональные организации, научно-исследовательские заведения, а также неправительственные и международные организации.

**В свете вышеизложенного, участники обязуются осуществлять работу по перечисленным ниже десяти направлениям:**

1. Создание эффективных механизмов координации и поддержки усилий по расширению доступа к реабилитационным услугам на субнациональном, национальном и глобальном уровнях.
2. Совершенствование планирования в области оказания реабилитационных услуг на национальном и субнациональном уровнях, в том числе в рамках подготовки к чрезвычайным ситуациям и реагирования на них.
3. Усиление интеграции реабилитационных услуг в систему здравоохранения и укрепление межсекторных связей, чтобы эффективно удовлетворять потребности населения.
4. Обеспечение всеобщего доступа к реабилитационным услугам.
5. Построение моделей комплексной поставки реабилитационных услуг для постепенного обеспечения равного доступа к качественным услугам, в том числе ассистивным технологиям, для всех людей, в том числе проживающих в сельских и отдаленных районах.
6. Создание крупного многопрофильного контингента специалистов в области реабилитации с учетом специфики каждой страны, а также пропаганда концепции реабилитации на всех уровнях обучения работников сферы здравоохранения.
7. Расширение финансирования реабилитационных услуг через соответствующие механизмы.
8. Сбор информации, имеющей отношение к оказанию реабилитационных услуг, для совершенствования информационных систем сферы здравоохранения, включая общие данные по реабилитации и функционированию с использованием «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ).
9. Нарращивание исследовательского потенциала и расширение доступности надежных данных по реабилитации.
10. Создание и укрепление сетей и партнерств в области оказания реабилитационных услуг, особенно между странами с низким, средним и высоким уровнем доходов.

# Recommendations for strengthening **REHABILITATION** in health systems

|   |  |   |
|---|--|---|
|  <p>Ministry of Health</p> <p>Integrate rehabilitation into the health system</p>              |  <p>Integrate rehabilitation services into and between primary, secondary and tertiary levels of health systems</p> |  <p>Ensure the availability of a multi-disciplinary rehabilitation workforce</p>   |
|  <p>Ensure both community and hospital rehabilitation services are available</p>             |  <p>Ensure hospitals include specialized rehabilitation units for inpatients with complex needs</p>               |  <p>Implement financing and procurement policies that ensure assistive products are available to everyone who needs them</p> |
|  <p>Ensure adequate training is offered to users to whom assistive products are provided</p> |  <p>Ensure financial resources are allocated to rehabilitation services</p>                                       |  <p>Where health insurance exists or is to become available, ensure rehabilitation services are covered</p>                  |

 World Health Organization

## 付記E 重要なリンクと関連情報

WHO Rehabilitation webpage

<http://www.who.int/disabilities/care/en/>

Rehabilitation 2030: A Call for Action webpage

<http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>

Rehabilitation in health systems webpage

[http://www.who.int/disabilities/rehabilitation\\_health\\_systems/en/](http://www.who.int/disabilities/rehabilitation_health_systems/en/)

Rehabilitation in the 21<sup>st</sup> century video

<https://www.youtube.com/watch?v=a8uaRziXruc>

Global Cooperation on Assistive Technology (GATE)

[http://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_technology/phi\\_gate/en/](http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/phi_gate/en/)

WHO Rehabilitation email: [rehabilitation@who.int](mailto:rehabilitation@who.int)

### Key WHO action plans relevant to rehabilitation

WHO global disability action plan 2014-2021

<http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>

WHO Framework on integrated and people-centred health services

<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>

Workforce 2030

<http://who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>

Global strategy and action plan on ageing and health

<http://who.int/ageing/global-strategy/en/>

# REHABILITATION

## 2030

a call for action

## Concept note

### 基本概念

#### 背景

世界中でリハビリテーションの必要性がますます高まり、満たされていないニーズが増えている。これは、特に低中所得国で深刻である<sup>1,2,3</sup>。非感染性疾患の有病率の増加、高齢化、緊急事態へのアクセスの改善、外傷、そして医療はリハビリテーションサービスの需要の増加をもたらしている<sup>1,4</sup>。

さらに、適切に訓練されたリハビリテーション提供者へのアクセスは、支援機器の開発と可用性の大幅な増加の恩恵を十分に得るために必要である。

しかし、世界の多くの地域では、リハビリテーションを提供する能力は限られているか、存在せず、人々のニーズに適切に対応できていない。

リハビリテーションは、生活機能を最適化することを目的として、健康状態に問題のある人を可能な限り自立させ、教育に参加し、経済活動に参加し、有意義な人生の役割を果たすよう支援する。したがって、アクセス可能で手頃な価格のリハビリテーションを利用できることは、持続可能な開発目標（SDG）3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」を達成する上で基本的な役割を果たす<sup>5</sup>。

リハビリテーションの規模拡大への障壁は、気づきと権利擁護の高まり、リハビリテーションの労働力とインフラへの投資の増加、リーダーシップとガバナンス構造の改善の必要性を示している<sup>1,2</sup>。リハビリテーションのエビデンスの不足は、特にシステムレベルの観点から、技術指導と政策立案の開発への課題を提示している。満たされていないリハビリテーションのニーズの規模と範囲は、すべての関係者による組織的かつ協調的な世界的行動が急務であることを示している。リハビリテーションコミュニティは、リハビリテーションを必要とするすべての人が利用できるという共通のビジョンのもとに結ばれているが、このビジョンの実現には、多大な投資、技術的な手法と支援が利用できること、そして重要なことに強い政治的意志が必要である。

WHOの世界障害行動計画 2014–2021<sup>2</sup>は、リハビリテーションの強化と拡大を目標としたWHO、WHO参加国・地域とパートナー向けの行動を提示している。SDGs（持続可能な開発目標）と公平性とユニバーサルヘルスカバレッジの強調は、2030年までに健康的な生活を確保し、福祉を促進するために必須なステップとして、この目標の達成に向けてリハビリテーションと幅広い医療コミュニティを動員する絶好の機会を提供する。

「リハビリテーション 2030：行動の呼びかけ」に関する会議に関係者が集まることは、組織的行動の戦略的方向性を議論し、全ての人々の、生涯にわたる、連続的な医療に関連する健康戦略として、リハビリテーションの知名度を高めるための共同公約を確立する貴重な機会となる。

1 World Health Organization and The World Bank, *World report on disability*. 2011, Geneva, Switzerland: WHO Press.

2 World Health Organization (2015). *WHO global disability action plan 2014–2015. Better health for all people with a disability*. WHO Press: Geneva, Switzerland.

3 Department for International Development, *Disability, poverty and development*. 2000: London, United Kingdom.

4 World Health Organization, *World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDGs, 2016*, Geneva, Switzerland: WHO Press.

5 United Nations. *Sustainable Development Knowledge Platform. Sustainable Development Goals*. 2015 [cited 2016 14 April]; Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>

## 参加者

「リハビリテーション 2030：行動の呼びかけ」会議の参加者は、政府関係者、WHO、その他の国連機関、リハビリテーション サービス利用者グループとリハビリテーション提供者を代表する組織、資金提供機関、主要な専門家組織、研究機関、関連する国際および非政府組織を結び付けるだろう。

## 会議の目的

1. 増大しつつあるリハビリテーションのニーズに注目を集めること。
2. SDGs の達成におけるリハビリテーションの役割を強調すること。
3. 医療制度の中のリハビリテーションの強化に向けて、組織的かつ協調的な世界的行動を求めること。

## 日付と場所

2017年2月6～7日

スイスのジュネーブにある WHO 本部の執行委員会室。



# Rehabilitation: key for health in the 21<sup>st</sup> century

リハビリテーション：21世紀の健康の鍵

## 重要なメッセージ

- あらゆる年齢のすべての人々の健康な生活を確保し、福祉を促進するという持続可能な開発目標（SDG）3を達成するためには、人口の医療ニーズの全範囲に取り組み、予防、健康増進、治療、および支援とともに、リハビリテーションが不可欠である。
- リハビリテーションは高齢者に重要な役割を果たし、転倒や入院のリスクを減らし、人々をより長く自立させる。
- 非感染性疾患やその他の慢性疾患を抱えて暮らしている人がこれまで以上に増えている。医療制度は、障害、傷害、または健康状態の急性または慢性に如何に関わらず、生活機能を最適化するサービスの提供体制を用意する必要がある。
- リハビリテーションの効用は、保健セクターを超えて実現される。リハビリテーションは、医療費を削減し、教育への参加と有益な雇用を可能にする。
- リハビリテーションは、国の医療計画と予算に統合されなければならない。現在の疫学的傾向、人口動態の変化、および医療へのアクセスの拡大により、リハビリテーション サービスの拡大は、21世紀の医療制度にとって必須となっている。
- リハビリテーション サービスを拡大し、深刻で満たされていないニーズに対応するには、協調的かつ確固とした行動が必要である。

## 初めに

次に示すような人の健康と人口統計プロファイルの劇的な変化が21世紀を特徴づけている<sup>(1)</sup>。人々は長生きし、生活機能と幸福に影響を与える慢性疾患と共存しながら生きようになった<sup>(2)</sup>。医療制度は、新たな課題に対応する責任を負っている。医療政策は、死亡率を低下させることに加えて、生活機能の向上を目的とするサービスにますます重点が置かれている。SDG3 – あらゆる年齢のすべての人々の健康な生活を確保し、福祉を促進する – は、健康かつ長生きという意味の健康寿命を延伸することの重要性を明確にしている。リハビリテーションは、生活機能と健康寿命を最適化するための鍵であり、医療制度が、人口の変化するニーズに応え、SDG3を達成するためにリハビリテーション サービスを提供することが不可欠である。

## リハビリテーションとは？

リハビリテーションとは、環境との相互作用において、健康状態に問題のある人の生活機能を最適化し、障害を減らすように設計された一連の介入である。健康状態とは、疾病（急性、慢性）、変調、傷害または外傷を指す。健康状態には、妊娠、加齢、ストレス、先天異常、遺伝的素因などの他の状況も含むことがある<sup>(4)</sup>。リハビリテーションは、運動、視覚、または認知などの生活機能に何らかの制約が生じる健康状態の人が必要とする場合がある。リハビリテーションは、機能障害、活動制限、参加制限、および生活機能に影響を与える個人的および環境的要因（支援技術を含む）に対処する介入によって特徴付けられる。リハビリテーションは、高度に人間中心の健康戦略であり、治療は、元にある健康状態だけでなく、利用者の目標や好みにも対応する。

## 21 世紀にリハビリテーションが重要な理由

21 世紀には、世界は新たな課題に直面する：慢性疾患や併発疾患の増加を伴う人口の急激な高齢化<sup>(5)</sup>。60 歳以上の人口は 2050 年までに 2 倍になると予測されており、一方、非感染性疾患の有病率はすでに、過去 10 年間で 18% 増加した。慢性疾患は、人口の早期死亡のかなりの部分の原因となっているが、多くの障害の原因にもなっている<sup>(1,2)</sup>。リハビリテーションは、例えば、運動、認知、呼吸、視覚、コミュニケーションにおける加齢および慢性疾患に起因する生活機能の制約を予防し、最小に抑える上で重要な役割を果たす。人々の生活機能における制約に対処することは、健康問題による健康上、社会的、経済的影響を最小限に抑え、幸福を改善するのに役立つ<sup>(4)</sup>。

しかし、リハビリテーションは、高齢者や慢性疾患のある人々に重要であるだけでなく、リハビリテーション利用者の大部分を占め、多くの国でリハビリテーション サービスを必要とする最大のグループである子供にも重要である。たとえば、チャドの人口の 48% と東ティモールの人口の 42% は 0 ～ 14 歳である<sup>(6)</sup>。子供の死亡率は低下しているが、生き残るすべての子供が無事健康な大人になるわけではない<sup>(7,8)</sup>。神経障害、先天性障害、知的障害、外傷など、さまざまな健康状態の子供の発達転帰を最適化する初期の介入は、教育への参加、地域社会の活動、将来の仕事能力に影響を与える可能性がある。

医療へのアクセスが向上し、より多くの人々が外傷や病気を生き延びるようになるにつれて、リハビリテーションはますます重要になる。また、リハビリテーションは、外傷または病気の後の生活機能の短期的または長期的障害や制約を経験する人々の医療の重要な側面を構成するため<sup>(9-11)</sup>、それへのアクセスは、救急、外傷、および医療の必要性に応じて増加させる必要がある。医療制度にリハビリテーションを統合し、サービスへの早期アクセスを確保することで、他の医療介入に最適な結果を確実にする助けになり、個人の健康と幸福を低下させ、医療制度に負担をかける進行中の合併症のリスクを軽減できる可能性がある<sup>(12)</sup>。

リハビリテーションの需要が高まっている一方で、世界の多くの地域でリハビリテーションを提供する能力は、既存のニーズを満たしていない。アフリカの南部の国々を対象としたいくつかの研究では、必要なリハビリテーションを受けている人はわずか 26% であることが示されている<sup>(13-16)</sup>。他の国で、リハビリテーションのニーズが満たされていないことを示す信頼できる全国調査があるわけではないが、事例報告からは、この数字は多くの中低所得国の状況を反映していることを示唆している。

## リハビリテーションに関する誤解への対処

リハビリテーションについて広く信じられている誤解のいくつかは、人々の健康への潜在的な効果を損なうものである。

❌ **誤解：**リハビリテーションは障害を持つ人のみが対象である（CRPD<sup>1</sup>で定義）

✅ **事実：**生活機能が制約されている健康状態、それが急性または慢性疾患であっても、病気や外傷がある人であっても、リハビリテーションが必要である。

重度で長期にわたる身体的、精神的、知的、または感覚障害のある人は、他のリハビリテーションの利用者よりも集中的かつ長期間参加することで、リハビリテーションから大きな利益を得ることができる可能性がある。しかしながら、リハビリテーションは生活機能を制約する健康状態のある人なら誰にでも必要である。急性疾患または外傷（やけどや筋骨格の傷害など）の後に、あるいは慢性疾患（糖尿病、心不全、腰痛など）がある場合や、手術後の回復を容易にするために、リハビリテーションを利用する可能性がある。その幅広い適応を考えると、リハビリテーションは医療制度に統合され、それを必要とする人々が利用できるようにする必要がある。

リハビリテーションは障害者だけでなくすべての人を対象としているが、障害者の権利に関する条約（CRPD）を遵守するには、WHO 参加国・地域は、障害者がリハビリテーションサービスに確実にアクセスできるようにする必要がある。これには、サービスが提供される物理的環境を修正することや、リハビリテーションの情報にさまざまな形式でアクセスできるようにすることが含まれる。

❌ **誤解：**リハビリテーションは、運動選手のための非常に専門的なサービスまたは外傷後の職場復帰サービスにすぎない

✅ **事実：**リハビリテーションは、人々の生涯にわたる幅広いニーズに対応する。

リハビリテーションは、スポーツでよく知られている。スポーツは、プロの運動選手をそれぞれのプロの競技に戻すために不可欠であると認識されている。職場復帰のリハビリテーションも、社会的および経済的に大きなメリットがあると認識されている。これらの両分野のリハビリテーションは疑いなく価値があるが、それはリハビリテーションとリハビリテーション利用者の真の範囲のほんの一部にすぎない。

❌ **誤解：**リハビリテーションは、投資や人的資源の競合する需要に比べると、無視できる贅沢な医療サービスである。

✅ **事実：**リハビリテーションは医療の中核的な要素であり、手術などの他の医療介入から得られる最良の結果を達成し、維持するためにしばしば必要とされる。

リハビリテーションは、最低限の医療サービスに比べ、高価で贅沢な余分なものであるという誤った信念は、医療制度の資金調達と開発においてリハビリテーションが過小評価され続けてきたことを意味する。リハビリテーションは病気の転帰を最適化するのに重要な役割を果たすが、この分野の進歩は、医療関連の他の領域の進歩に比べ、後塵を拝している。1978年のアルマアタ宣言以来、リハビリテーションはプライマリヘルスケアの中核要素として認識されてきたが、プライマリケアにおけるその存在感は比較的貧弱である。リハビリテーションが生活機能と幸福の向上にもたらす重要な貢献、および他の医療介入の有効性に対するその重要性を認めることが、この認識の格差を是正するために根本的に重要である。

<sup>1</sup> The Convention on the Rights of Persons with Disabilities defines Persons with Disabilities as those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which, in interaction with various barriers, may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.

## リハビリテーションをさまざまなケアモデルに統合する

WHO Framework on Integrated People-centred Care（人々を中心に置く統合された医療に関する WHO フレームワーク）は、疾患ではなく人々を医療提供の中心に置く。その性質上、リハビリテーションは個人のニーズと優先事項に対応し、一連の医療全体にわたって、かつ生涯を通じて、生活機能の制約を対象としている。そのため、人を中心に置く統合された医療に国が移行するにつれて、質の高いリハビリテーションがサービス提供モデルに組み込まれることが不可欠である。

人口の高齢化に伴い、医療の長期モデルの重要性が増している。すべての医療サービス（健康増進、予防、治療、リハビリテーション、緩和）は、長期にわたる医療においてそれぞれ一定の役割を果たすが、人々をより長く生かすだけでなく、よりよく生かすために生活機能を最適化するという点において、リハビリテーションはほぼまちがいなくそれらの中心にあると言える。したがって、リハビリテーションを長期ケアの政策とサービスの提供に統合する取り組みを強化する必要がある。

## リハビリテーションの健康、社会、経済的利益

リハビリテーションは、利用者とその家族だけでなく保健やその他の部門（社会、教育、労働など）に利益をもたらす。保健部門では、リハビリテーションは入院期間の短縮、再入院の減少、および費用がかかり潜在的に致命的な合併症の予防に有益であることがわかっており<sup>(12)</sup>、長期の入院と健康上の合併症に関連する負の社会的リスクと健康リスクの緩和に役立つ。

特に、集中的で高度に専門化されたリハビリテーションを必要とする複雑な状況下では、保健や他のセクターでの目に見えるコスト削減は、短期ではなく長期で実現できる。リハビリテーションが個人の生活上の自立を改善させ、仕事や他の役割を再び果たせる能力を高めることが出来た時、社会サービスや個人または家族が負う継続的な医療とサポートに関連するコストを削減できる<sup>(17)</sup>。リハビリテーションの長期的な効果は、人が有益な雇用または教育に戻ることができたり、またはリハビリテーションがもたらした自立の程度を確認できたときに、見えるものである<sup>(18)</sup>。高齢者の場合、リハビリテーションの効果は、安全性と自立を高め、転倒のリスクを減らし、病院および老人ホームへの入院を減少させることで示されてきた<sup>(19)</sup>。

支援機器は、安全性、生活機能のレベル、および自立に大きな影響を与える可能性がある。そのような機器開発と使用できる機器の最近の成長の恩恵を十分に実感するには<sup>(18)</sup>、製品の使用の評価、処方、および訓練に熟練した提供者へのアクセスが必要である。

## リハビリテーションを強化するための医療制度の準備

すべての人のリハビリテーションのニーズに効果的に応えるために、国は、状況の評価、計画、実施、評価の体系的なプロセスを実行する必要がある。リハビリテーションは、国の医療計画と予算に統合され、ユニバーサルヘルス カバレッジの目標に向かって進む必要がある。効果的なリハビリテーション制度の実装には、以下が必要である。

- 保健省における強力なリーダーシップとガバナンス、および他の関連セクターとの効果的な調整メカニズム、
- リハビリテーション サービスへの適切な資金割当て、
- 医療制度のさまざまなレベルにわたる紹介システム及び地域と病院ベースのサービス間の紹介システムを含む、効率的なサービス提供モデル、
- 学際的なリハビリテーション専門職の力が利用可能なこと、
- 医療情報システムへのリハビリテーションデータの統合、および
- 手頃な価格の支援機器が利用可能なこと。

政治的意志は、リハビリテーション計画の開発と実施を成功させるための基本であり、効果的な推進、信頼できるエビデンスへのアクセス、特に費用対効果に関連するものへのアクセスによって高められる。リハビリテーションを拡大するために必要な知識、ツール、資源（人的および財政的）へのアクセスを可能にすることは、すべての関係者の共同責任である。

### 研究の優先事項

リハビリテーションの既存のエビデンスと現実の深刻なギャップは、研究に対するサポートが大いに必要であることを示している。システムレベルのリハビリテーション研究と低所得国からの研究は著しく不足している。WHO（2017）の「医療制度におけるリハビリテーション」に含まれる研究の優先事項の中で、特にリハビリテーションの政策と計画に関連するのは、次の研究である。

- リハビリテーションの費用対効果を明らかにする。
- リハビリテーションへのアクセスに対する促進要因と障壁要因を特定する。
- リハビリテーションの効果の標準化された測定を可能にする。

投資の増加に加えて、低中所得国でのリハビリテーション研究の能力構築と国際協力の強化に焦点を合わせる必要がある。

### リハビリテーションのための提唱

リハビリテーションのニーズが高まっているにも関わらず、その役割と満たされていないニーズの大きさについての認識が欠けている。これは、リハビリテーション部門の発展に大きな課題をもたらし、21世紀の人口のニーズに取り組むための基本であるとしてリハビリテーションサービスを提唱する緊急の必要性がある。<sup>(5)</sup> リハビリテーション利用者、提供者、市民社会は、リハビリテーションの推進を強化する上で果たすべき特に重要な役割がある。

### 前進する方法

人口の高齢化と病気に負荷をかける慢性疾患や外傷の増加<sup>(1)</sup>は、医療制度が21世紀に独特の課題に直面していることを意味する。生活機能の向上に焦点を当てるリハビリテーション<sup>(21)</sup>は、この医療危機への対応に重要な役割を果たす。特に、医療へのアクセスが拡大し、人々がより高度な救急、外傷、および治療の恩恵を受けるにつれて、リハビリテーションはそれに比例して重要になる。それは、外傷または病気の後に生活機能の短期または長期の障害および制約を経験するか、または他の新たな制約を受けるリスクがある人々のためには、リハビリテーションは必要不可欠である。しかし、世界の多くの地域では、医療制度に人々が必要とするリハビリテーションサービスを提供する能力がない<sup>(18)</sup>。そして、リハビリテーションの規模を拡大するには、リハビリテーションのニーズを訴え続け、リハビリテーション計画と政策を開発・統合し、これらを効果的に実装して、必要とするすべての人々が利用できるように、関係者が専門性の垣根を越えて連携して関与する必要がある。

**この背景資料は、WHOが「リハビリテーション2030: 行動の呼びかけ」に関する会議のために作成した。**

## 参考文献

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1545–602.
2. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults-present status and future trends. *The Lancet*. 2015;385(9967):563-75.
3. Richards NC, Gouda HN, Durham J, Rampatige R, Rodney A, Whittaker M. Disability, noncommunicable diseases and health information. *Bull World Health Organ*. 2016;94:230-2.
4. Resolution WHA66.10. Follow-up to the political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2013.
5. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehab Med* 2017; 49.
6. The World Bank. Population ages 0–14 (% of total). 2016 (<http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.0014.TO.ZS>, accessed 22 December 2016).
7. Grantham-McGregor S et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007;369(9555):60–70.
8. Global Health Observatory (GHO) data. Under five mortality. Geneva: World Health Organization; 2016 ([http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/mortality\\_under\\_five\\_text/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/), accessed 22 December 2016).
9. Fleury AM, Salih SA, Peel NM. Rehabilitation of the older vascular amputee: a review of the literature. *Geriatr Gerontol Int*. 2013;13(2):264–73.
10. Proctor F. Rehabilitation of the burn patient. *Indian J. Plast Surg*. 2010;43(suppl):S101–13.
11. Nas K, Yazmalar L, Sah V, Aydin A, Ones K. Rehabilitation of spinal cord injuries. *World J Orthop*. 2015;6(1):8–16.
12. Stucki G, Stier-Jarmer M, Grill E, Melvin J. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disabil Rehabil*. 2009;27(7-8):353–9.
13. Living conditions among persons with disability Survey. Key findings report. Ministry of Health & Child Care, Zimbabwe; 2013 ([https://www.unicef.org/zimbabwe/National\\_Survey\\_on\\_Disability\\_2013\(1\).pdf](https://www.unicef.org/zimbabwe/National_Survey_on_Disability_2013(1).pdf), accessed 22 December 2016).
14. Kamaleri Y, Eide AH. Living conditions among people with disabilities in Lesotho. A national representative study. SINTEF Technology and Society. Global Health and Welfare. Oslo, Norway; 2011 (p. 98) (<https://www.sintef.no/publikasjon/Download/?pubid=SINTEF+A17239>, accessed 22 December 2016).
15. Eide AH, Kamaleri Y. Living conditions among people with disabilities in Mozambique: A national representative study. SINTEF Rapport. Oslo, Norway; 2009 (<https://www.sintef.no/en/search/?Flow=publications>, accessed 22 December 2016).
16. Loeb M, Eide AH. Living conditions among people with activity limitations in Malawi: A national representative study. SINTEF Rapport. Oslo, Norway; 2004 (p 164) (<https://www.sintef.no/en/search/?Flow=publications>, accessed 22 December 2016).
17. Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, Bassett P, Sephton K. Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities: a multicentre cohort analysis of a national clinical dataset. *BMJ Open*. 2016; 6(2).
18. World Health Organization, The World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011.
19. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Avis S, Gooberman-Hill R, Horwood J et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008;371(9614):725–35.
20. Global Cooperation on Assistive Technology (GATE). Geneva: World Health Organization; 2016 ([http://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_technology/phi\\_gate/en/](http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/phi_gate/en/), accessed 22 December 2016).
21. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.

# The need to scale up rehabilitation

リハビリテーションの規模拡大の必要性

## 重要なメッセージ

- ライフコース全体を通して、生活機能の制約を引き起こす健康状態のある人は、リハビリテーションの恩恵を受けることができる。
- 急性および寛解状態、および軽度の障害に関連する状態を除くと、世界的に、障害生存年数（YLDs）の74%は、リハビリテーションが有効な健康状態と考えられる。
- すべてのYLDsの15%は、重度の障害に関連している。リハビリテーションは、これらの条件で生活している人々のための基本的な治療介入である。
- 重度の障害者の有病率と関連YLDsの絶対数の両方が、過去10年間で劇的に増加している。今日、重度の障害に関連する健康状態の有病率は、2005年と比較して1億8,300万人近く増加している。
- リハビリテーションの必要性は、世界中で、特に低中所得国で高まり続けている。リハビリテーションサービスの需要はすでに実際に提供されているサービス量を上回っており、大きな満たされていないニーズが残っている。
- 医師、看護師、熟練リハビリテーション専門職の現在の労働力は、ほとんどの国、特にアフリカ、東地中海、東南アジア地域の住民のニーズに応えるにはまったく不十分である。作業療法士、理学療法士、リハビリテーション医、言語療法士、義肢装具士の数は、必要な数からはほど遠い。
- 高所得国の労働力は低所得国および中所得国の数倍であるが、リハビリテーションサービスの利用率は低いままである。
- リハビリテーションを強化し、世界の満たされていないニーズに対処するには、包括的な戦略が必要である。

## 世界的なリハビリテーションの必要性

2015年の世界疾病負担調査（GBD）<sup>(1)</sup>は、現在の期間におけるすべての疾患および外傷の最も信頼の高い世界的、地域的および国家的疫学エビデンスの出典であるが、世界のYLDsの総数の74%は、リハビリテーションが有効な健康状態であるとしている。これらの状態には、非感染性疾患、筋骨格系の状態（腰痛など）、母体および周産期の状態、栄養不足および外傷、ならびに特定の感染症などの、慢性期における無視できない障害が含まれる。さらに、世界中のYLDsの総数の15%は、てんかん、多発性硬化症、癌などが引き起こす重度の障害に関連する健康状態が原因で発生している。

これらの条件の有病率および関連する YLDs の絶対数は、過去 10 年間で劇的に増加した。今日の重度障害に関連する健康状態の有病率は、2005 年と比較して 1 億 8,300 万人、すなわち 23% 増加した。これらの障害による YLDs の数は、2005 年より 1700 万以上増えている（表 1）。

### 障害のある健康状態のグループ：方法論

1. GBD 2004 は、約 500 の障害のある健康状態（病気、外傷、および関連する後遺症）について、0.0～1.0 の重症度の重みを設定した。すべての健康状態は 7 つのクラスにグループ化され、クラス I および II は、0.12 未満の軽度の障害、クラス III、IV および V は 0.12 から 0.5 の重症度の障害、クラス VI および VII は 0.5 を超える重症度の障害を表す。<sup>(2)</sup>
2. この論文で示した、リハビリテーションが必要な健康状態の YLDs と有病率データを計算するために、2004 GBD のクラス I および II の健康状態の最高の重み付けがしきい値とされたが、2015 年のしきい値 0.149 が使われ、この値を下回るすべての健康状態は除外された。
3. リハビリテーションが基本的であると見なすことができる健康状態の YLDs と有病率データを計算するために、2004 GBD のクラス VI および VII の健康状態の最低の重み付けがしきい値として使用されたが、それらの 2015 年のしきい値は 0.54 で、この値を超えるすべての疾病が含まれていた。これらは、2005 年と 2015 年の間の有病率推定値と YLDs の変化として計算されたものに基づいている。

リハビリテーションの目的は生活機能を最適化することであり、将来の人口は生活機能においてますます制約を経験し、これらの制約を受けながら長生きするため、リハビリテーションの世界的な必要性は増加すると予測される<sup>(3)</sup>。平均寿命が伸び、重い障害を持つ人の生存率も上昇していることは、慢性疾患の有病率が上がっていることと相まって、生活機能が制約されることによる健康への負担が世界的に増加することを意味する。人口の高齢化とそれに伴う疾患を複数抱える患者の増加は、機能障害のある高齢者の絶対数を増加させるが、有病率の大幅な減少がない限り、障害を抱えて過ごす期間が長くなる<sup>(4)</sup>。

ライフコース全体を通して、生活機能の制約を受ける健康状態の人は、リハビリテーションの恩恵を受けることができる。研究により、リハビリテーションは、がん、心血管、慢性呼吸器疾患のある人々の人生の多くの領域で生活機能を改善することが示されている<sup>(5-7)</sup>。リハビリテーションは、脳血管、神経、および精神疾患や、<sup>(8-10)</sup> その他多くの非感染性疾患や傷害のある人々にも良い結果をもたらす<sup>(10,11)</sup>。HIV / AIDS やマラリアなどの感染症の場合、リハビリテーションは生活機能の制約に対処するのに有益である可能性がある<sup>(13,14)</sup>。リハビリテーションはまた、障害のある人の臨床転帰および生活機能と生活の質の向上の改善に非常に効果的であることが示されている<sup>(15)</sup>。



表 1. 重度の障害に関連する健康状態の世界的な有病率と YLDs (2005–2015)

| 健康状態      | 2005 年の<br>有病率 (千) | 2015 年の<br>有病率 (千) | 有病率の変化率、<br>2005 ~ 2015 年 | 2005 年の<br>YLDs (千) | 2015 年の<br>YLDs (千) | 2005 ~ 2015 年<br>の YLDs の変化率 |
|-----------|--------------------|--------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|
| HIV / エイズ | 30 794.0           | 37 277.4           | 21.1                      | 4 086.1             | 3 989.9             | -2.4                         |
| 癌         | 62 673.8           | 90 497.5           | 44.4                      | 6 271.7             | 8 569.3             | 36.6                         |
| 虚血性脳卒中    | 20 467.3           | 24 929.0           | 21.8                      | 2 999.9             | 3 659.9             | 22.0                         |
| パーキンソン病   | 4 706.2            | 6 193.3            | 31.6                      | 561.3               | 737.8               | 31.4                         |
| てんかん      | 21 033.1           | 23 414.5           | 11.3                      | 6 715.9             | 6 286.8             | -6.4                         |
| 多発性硬化症    | 1 689.7            | 2 012.0            | 19.1                      | 562.1               | 667.5               | 18.8                         |
| 統合失調症     | 19 563.1           | 23 383.0           | 19.5                      | 12 572.1            | 15 020.5            | 19.5                         |
| アルコール使用障害 | 57 132.2           | 63 469.5           | 11.1                      | 5 690.4             | 6 321.3             | 11.1                         |
| オピオイド使用障害 | 13 579.6           | 16,746.4           | 23.3                      | 5653.5              | 6 969.6             | 23.3                         |
| 大鬱病性障害    | 183 433.9          | 216 046.9          | 17.8                      | 37 544.7            | 44 224.4            | 17.8                         |
| 慢性腎臓病     | 254 121.6          | 322 510.6          | 26.9                      | 6 602.7             | 8 172.7             | 23.8                         |
| 関節リウマチ    | 19 779.4           | 24 491.2           | 23.8                      | 4 674.3             | 5 777.8             | 23.6                         |
| 痛風        | 33 387.2           | 42 214.2           | 26.4                      | 1 063.1             | 1 342.8             | 26.3                         |
| 乾癬        | 67 753.3           | 79 699.7           | 17.6                      | 5 478.8             | 6 438.3             | 17.5                         |
| <b>合計</b> | <b>790 114.4</b>   | <b>972 885.2</b>   | <b>23.1</b>               | <b>100 476.6</b>    | <b>118 178.6</b>    | <b>17.6</b>                  |

注：この表は、2015 年の GBD 障害の重み付けに応じて、重度の障害に関連する健康状態の 2005 年から 2015 年までの有病率と YLDs の比率を比較している。リハビリテーションの恩恵を受ける可能性のある健康状態のみが表示されている。急性治療が必要な急性状態（アフリカのトリパノソーマ症など）は表示されていない。また、有病率と YLDs が利用できない後遺症（外傷性脳損傷や脊髄損傷など）も表示されていない。

有病率は、病気のある人の数を指す。YLDs とは、障害生存年数を指す。

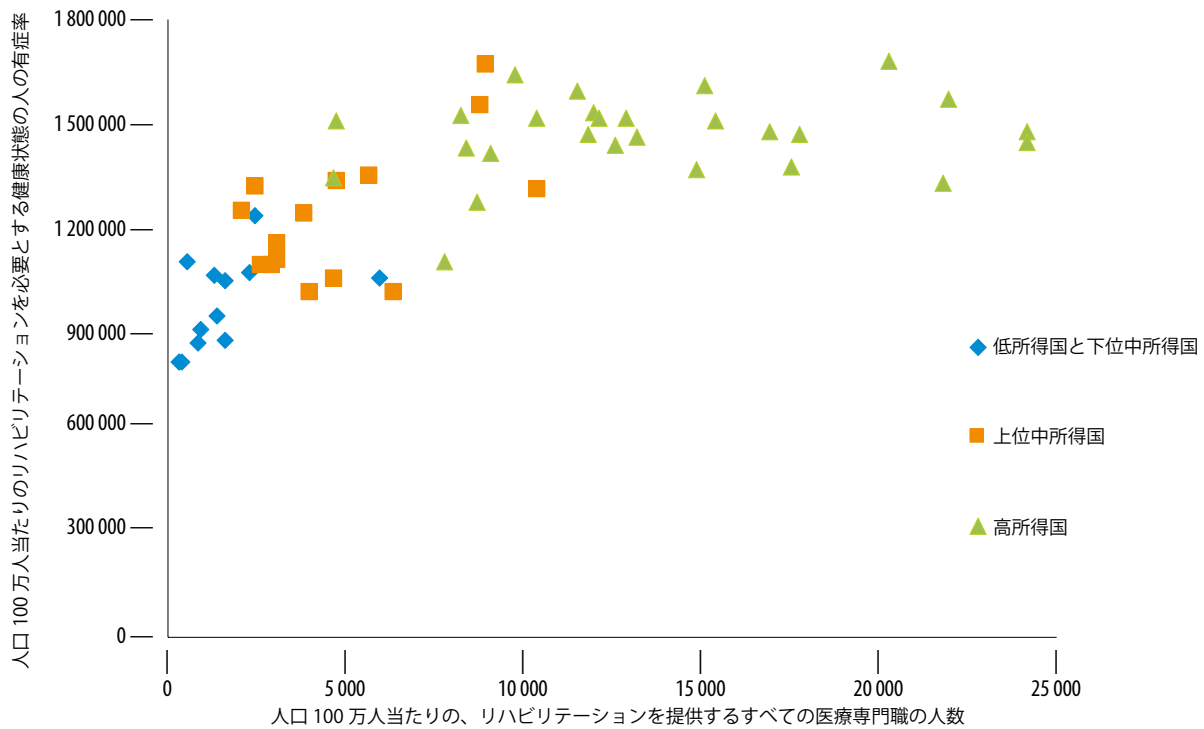
出典：GBD 2015 <sup>(1)</sup>

### リハビリテーションのニーズを満たすことができるか？

リハビリテーションが提供されている水準を示す代理指標としては、リハビリテーション専門職の人数だけでなく、それら専門職が不足している地域では、リハビリテーション サービスを提供する医療専門職（医師、看護師、助産師等）も含めた人数が使える。研究 <sup>(16)</sup> によると、リハビリテーションの需要は供給可能な範囲をはるかに上回っており、特に低所得国と下位中所得国で顕著である。

リハビリテーションの恩恵を受ける可能性のある疾患・障害の有症率（上述のように YLDs の 74% の原因）と、利用可能な医療専門職の数との関係を、データが入手可能な国について、図 1a（リハビリテーション サービスを提供するすべての専門職の人数）と図 1b（リハビリテーションの専門職のみの人数）に示す。低所得国と下位中所得国の人々はリハビリテーション サービスへのアクセスが悪く、これらの国の多くではリハビリテーション専門職の密度は人口 100 万人当たり 10 人以下であることが多く、リハビリテーション サービスを提供できる他の医療従事者の数も非常に少ないのが現状である。例えばアフリカでは、医師、看護師、助産師の総数は人口 100 万人当たり 890 人である。東南アジアでは人口 100 万人あたり 1,900 人で、東地中海地域では人口 100 万人当たり 2,210 人である。リハビリテーションを提供するすべての医療専門職の密度は、適切なサービスを提供するために必要な基準値をはるかに下回っている。WHO 報告書 2006 <sup>(17)</sup> によると、人口 100 万人当たりの医療専門職が 2,300 人未満の国では、「ミレニアム開発目標」で優先事項とされているプライマリヘルスケアの介入でさえ、十分に保険でカバーされていないのが普通である。

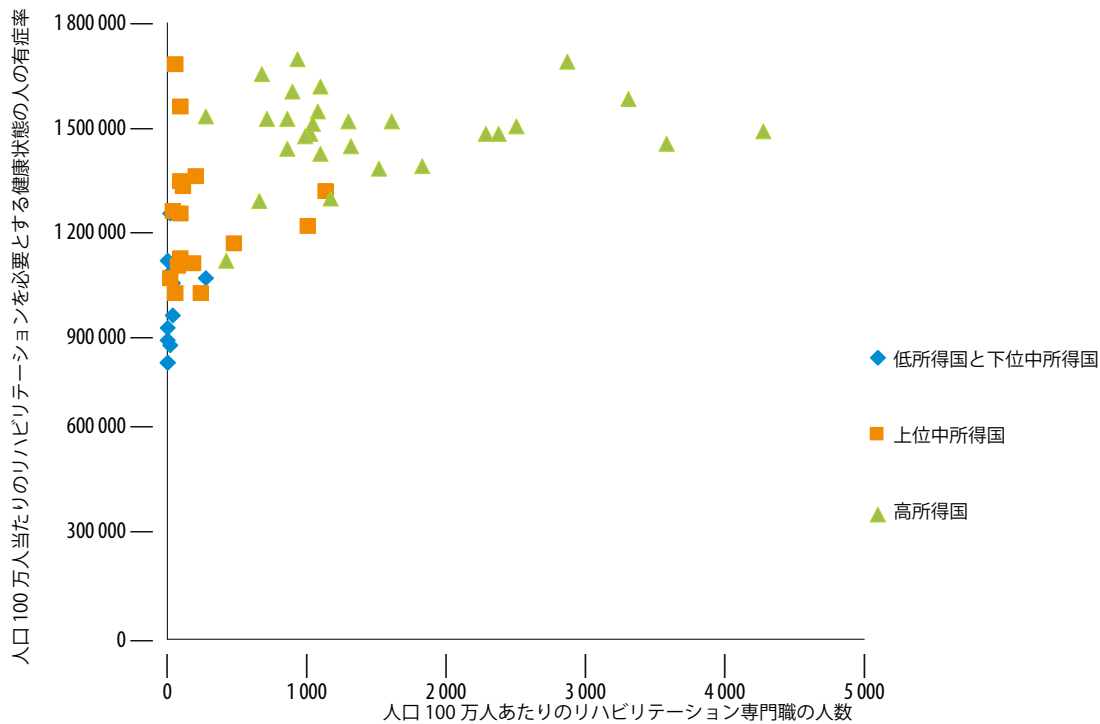
図 1a. 低所得と下位中所得の 12 カ国、上位中所得の 16 カ国、高所得の 31 カ国についての、リハビリテーションが必要な健康状態の有症率と、リハビリテーションサービスを提供できる全医療専門職の人口 100 万人当たりの人数との比較。



注:この表は、2015 年の GBD 障害の重み付けに応注:リハビリテーション サービスを提供できる医療専門職には、医師、看護師、助産師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士等がある。

出典: WHO's Global Atlas of the Health Workforce<sup>(18)</sup>, 国際義肢装具協会 (ISPO), 世界理学療法連盟 (WCPT), 世界作業療法士連盟 (WFOT), 経済協力開発機構 (OECD).

図 1b. 低所得と下位中所得の 12 カ国、上位中所得の 16 カ国、高所得の 31 カ国における人口 100 万人当たりのリハビリテーションが必要な健康状態の有症率とリハビリテーション専門職の密度との比較

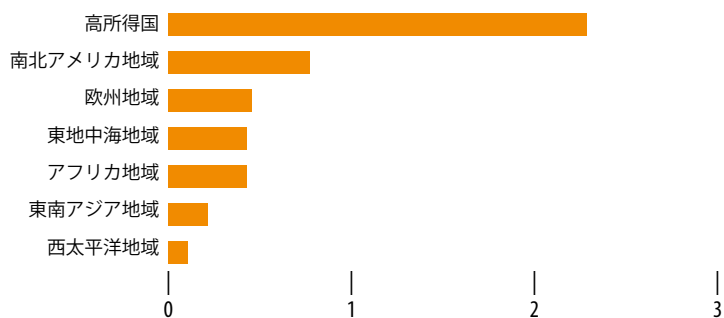


注:リハビリテーション専門職には、理学療法士、作業療法士、義肢装具士が含まれる。

出典: WHO's Global Atlas of Health Workforce<sup>(18)</sup>, 国際義肢装具協会 (ISPO), 世界理学療法連盟 (WCPT), 世界作業療法士連盟 (WFOT), 経済協力開発機構 (OECD)

リハビリテーションのニーズが満たされていない状態は、専門的なリハビリテーションサービスのあらゆる分野に見られる。例えば、WHO の義肢装具基準<sup>(19)</sup>によると、全住民のニーズを満たすためには、人口 100 万人当たり、少なくとも 5 人の義肢装具士が必要である。国際義肢装具協会 (ISPO) のデータによると、高所得国であっても、資格のある義肢装具士、技術者、技能者の数は、必要最低限の人数に達していない。アフリカ、東南アジア、西太平洋地域では、臨床にたずさわっている義肢・装具の専門職の数は、必要数の 10 分の 1 未満である (図 2 参照)。

図 2. 地域別人口 100 万人当たりの義肢装具士の人数 (140 カ国のデータ)



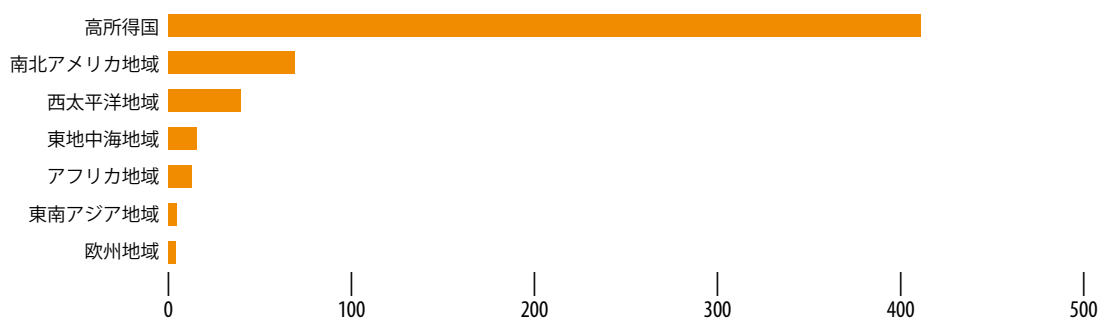
注：高所得国とは、世界銀行が推計した 2015 年の 1 人当たりの国民総所得 (GNI) が 12,475 米ドル以上の国を指す。この図のそれ以外のデータは、低・中所得国のみの集計。

義肢・装具に対するすべてのニーズを満たすためには、人口 100 万人あたり少なくとも 5 人の専門職が必要である

出典：国際義肢装具協会 (ISPO)

世界作業療法士連盟 (WFOT) は、人口 100 万人当たりの作業療法士の最低数は 750 人とすべきとしている。世界 71 カ国のデータによると、高所得国でさえも、資格のある作業療法士の数は、この最低人数を大きく割り込んでいる (図 3)。

図 3. 地域別人口 100 万人当たりの作業療法士の人数 (79 カ国のデータ)



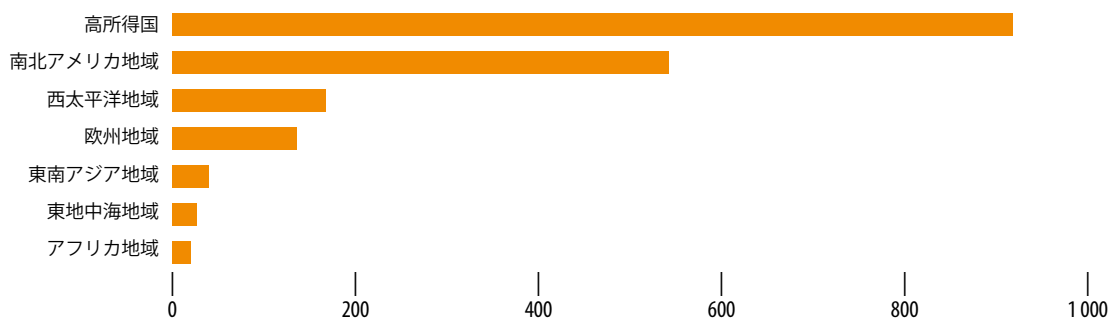
注：高所得国とは、世界銀行が推計した 2015 年の 1 人当たりの国民総所得が 12,475 米ドル以上の国を指す。この図のそれ以外のデータは、低・中所得国のみの集計。

作業療法に対するすべてのニーズに対応するには、人口 100 万人あたり少なくとも 750 人の作業療法士が必要である

出典：世界作業療法士連盟 (WFOT)

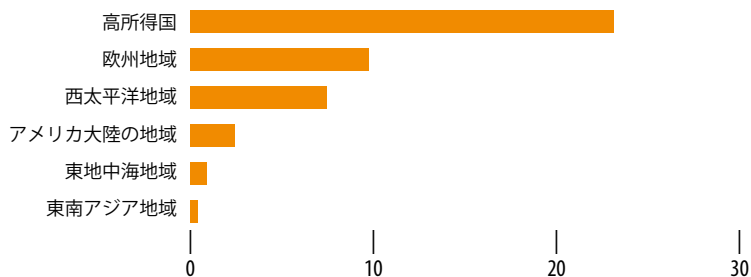
理学療法士、リハビリテーション科医、あるいは言語療法士については、世界的に推奨あるいは合意された最低人数はないが、特に低・中所得国では、これらの専門職の不足が深刻であることは明らかである。図 4、5、6 はそれぞれ、世界の各地域における理学療法士とリハビリテーション科医と言語療法士の密度を示している。理学療法による介入を必要とする健康状態の人が多数いるにもかかわらず、アフリカ、東南アジア、東地中海地域では、人口 100 万人当たりの有資格者の数は 30 人を割っている（図 4）。ここでも、低所得国の有資格者の密度が最も低い傾向がある。サハラ以南のアフリカや東南アジア地域の多くの国では、人口 100 万人当たりの理学療法士は 10 人未満であり、何百万人もの人々が、最大限の自立と健康と幸福を達成することが容易ではない状況にある。アフリカ地域ではリハビリテーション科医の密度に関するデータはなく、東地中海地域と東南アジア地域では人口 100 万人あたり 1 人未満となっている。言語療法士については、現在入手できるデータからは、高所得国、中所得国、低所得国の間で巨大な格差がある（図 6）。アフリカ地域の低所得国の中には、全人口に対して言語療法士がいない国もあるが、アメリカ合衆国やオーストラリアなどの高所得国では、人口 100 万人当たり 300 人以上の言語療法士がいる。

図 4. 地域別人口 100 万人当たりの理学療法士の人数（107 カ国のデータ）



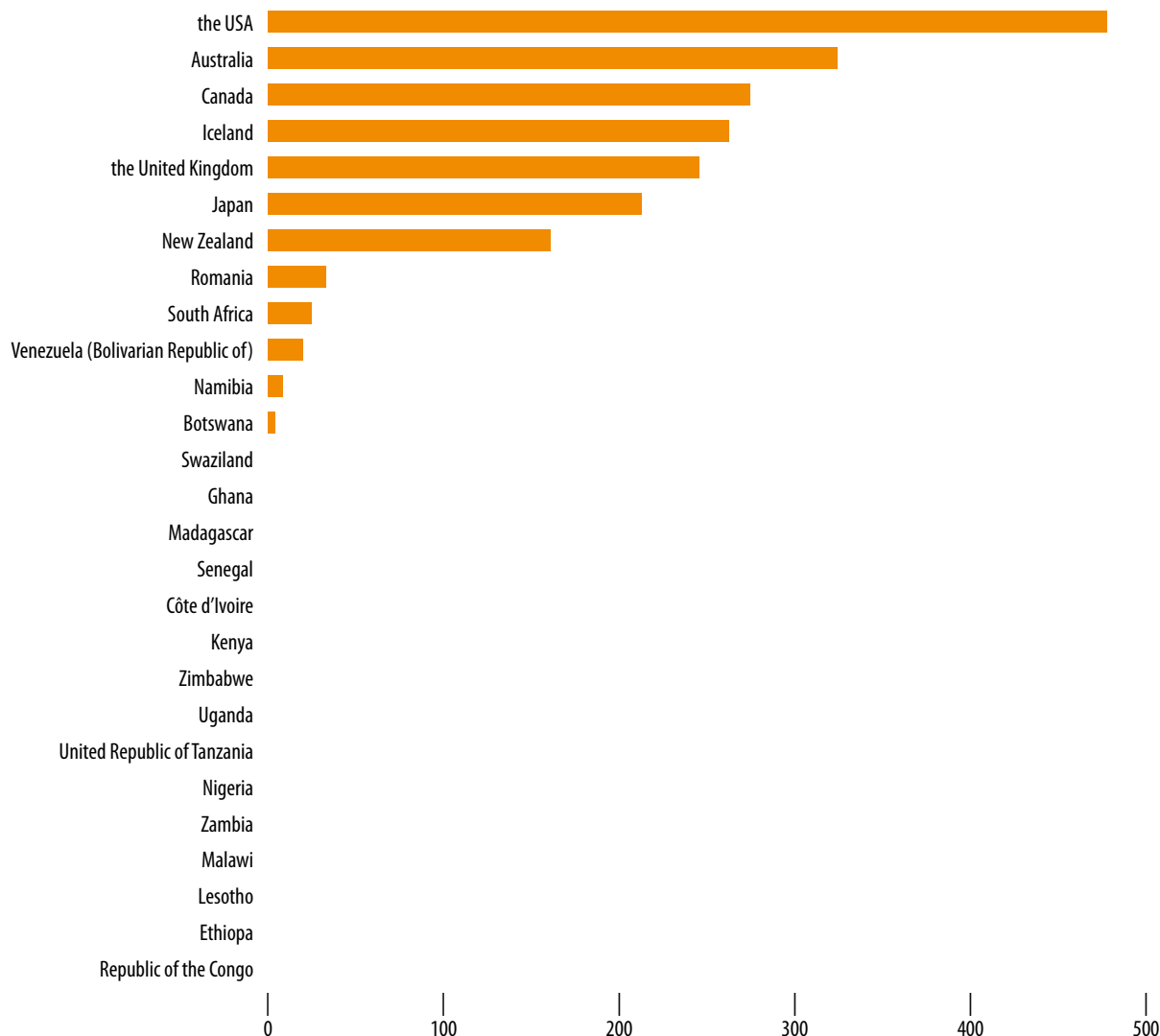
注：高所得国とは、世界銀行が推計した 2015 年の 1 人当たりの国民総所得が 12,475 米ドル以上の国を指す。この図のそれ以外のデータは、低・中所得国のみの集計。  
出所：世界理学療法連盟 (WCPT) と経済協力開発機構 (OECD)

図 5. 地域別人口 100 万人当たりの理学・リハビリテーション科の医師の人数（48 カ国のデータ）



注：高所得国とは、世界銀行が推計した 2015 年の 1 人当たりの国民総所得が 12,475 米ドル以上の国を指す。この図のそれ以外のデータは、低・中所得国のみの集計。  
アフリカ地域のデータはない。  
出典：国際リハビリテーション医学会 (ISPRM)

図6.27 各国における人口 100 万人当たりの言語療法士の人数



出典：国際音声言語医学会 (IALP) と Fagan JJ & Jacobs M 2009<sup>(20)</sup>

高所得国の労働人口密度は低・中所得国の数倍である。しかし、高所得国であっても、リハビリテーションサービスの利用率は比較的低い場合がある。中央ヨーロッパ諸国の研究では、一次、二次、三次と地域医療におけるリハビリテーションの利用が一般的に不足していることが示されている<sup>(21)</sup>。最近のヨーロッパの調査では、心不全患者の 20% 未満が心臓リハビリテーションを利用していることが明らかになっている<sup>(22)</sup>。アメリカ合衆国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、韓国でも、心臓リハビリテーションや脳卒中後のリハビリテーションの利用が不十分であることが示されている<sup>(23-26)</sup>。女性や 65 歳以上の方は、リハビリテーションプログラムを完了する可能性が低い<sup>(27)</sup>。高所得国でもリハビリテーションの利用率が低い理由としては、特に地方在住者にとってはアクセシビリティの欠如や交通の便の悪さ、サービスの費用、待ち時間の長さ、認知度の低さなどが挙げられる<sup>(21,22)</sup>。プログラムの問題点としては、施設の不適切な利用、インフラ資源（機器、スペース、ベッド）の不足、資金不足などが利用率の低さを説明できる<sup>(21,25)</sup>。医療制度レベルでは、主な障壁としては、資金不足、国内の法律やガイドライン、ないし情報システムの欠如や不十分さなどが挙げられる<sup>(22,25)</sup>。

WHO の Global Atlas of the Health Workforce <sup>(18)</sup> は一般的な保健医療従事者に関する包括的な情報を提供しているが、リハビリテーション従事者に関するデータは貧弱であり、欠損していたり不完全で断片的なものが多い。これらのデータの中には、規制当局や政府の省庁などの権威ある情報源に基づいているものもあるが、多くの場合、リハビリテーション関連の医療専門職の数は、回答者の知識や経験に基づく推定値に過ぎない。このようにエビデンスが不足していると、ガイドラインの作成や政策の推奨が困難になり、リハビリテーションのニーズに合わせた計画の策定を妨げる結果になるのが普通である。この WHO の論文で提示されたデータは、資格のある専門職が世界的に不足しており、その結果、リハビリテーションのニーズが満たされていないままであることを明らかにしている。リハビリテーションのニーズが満たされなければ、人々の生活機能レベルが最適化されるはずがなく、日々の活動に十分に参加できなかつたり、健康状態がさらに悪化したりする可能性がある <sup>(28-30)</sup>。リハビリテーションのニーズがこれほどまで満たされていない現状は、緊急に行動する必要性が明らかであることを知らせる信号である。

### リハビリテーションの拡大に向けた今後の段階

第 66 回 WHO 総会決議 WHA66.9 では、「リハビリテーション、ハビリテーション、支援技術、支援・援助サービス、地域リハビリテーションの強化と拡大」のために、すべての関係者による協調的な世界的行動計画が承認された <sup>(31)</sup>。行動のための重要な作業領域は、リハビリテーションのための行動への共同コミットメント文書に記載されており、2017 年の WHO の「リハビリテーション 2030：行動の呼びかけ」に関する会議のすべての参加者によって採択されることとなっている。この背景資料のために実施された調査では、以下のことが示された：

- 現状の人口統計学的、疫学的、栄養学的な推移に加え、急性期医療の改善と生存率の向上により、リハビリテーションの必要性は、今後数十年間、増加すると予測される。
- 比較的良質なデータには、一般医療職と、リハビリテーション専門職のみに限定した、実際に必要な人数が示されている。このようなデータは、リハビリテーションに関してエビデンスに基づいた政策を立てるために殊に重要である。
- リハビリテーションの需要を満たすために今後必要となる人口 100 万人当たりの医療専門職の数を推定し、予測する研究が必要である。
- 高所得国では効率的なリハビリテーション ケアのモデルが必要であり、リハビリテーション サービスが十分に利用されていない原因を特定するための研究がさらに必要である。
- リハビリテーションのための持続可能な労働力の開発と維持に向けて取り組むために、専門家組織と開発機関と市民社会による世界規模の行動が必要である。

**この背景資料は、WHO が「リハビリテーション 2030：  
行動の呼びかけ」に関する会議のために作成した。**

## 参考文献

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545–602.
2. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. World Health Organization, The World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization, 2011.
4. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults-present status and future trends. *The Lancet*. 2015;385(9967):563–75.
5. Dalal HM, Doherty P, Taylor RS. 2015. Cardiac rehabilitation. *BMJ*. 2015;351:h5000.
6. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD003793.
7. Scott DA, Mills M, Black A, Cantwell M, Campbell A, Cardwell CR et al. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(3):CD007730.
8. Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD007256.
9. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility after stroke. Major update. *Stroke*. 2014;45(10):e202.
10. Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD003080.
11. Williams RM, Westmorland MG, Lin CA, Schmuck G, Creen M. Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2007;29(8):607–24.
12. Kim H, Colantonio A. Effectiveness of rehabilitation in enhancing community integration after acute traumatic brain injury: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2010;64(5):709–19.
13. O'Brien KK, Ibáñez-Carrasco F, Solomon P, Harding R, Cattaneo J, Chegwiddden W et al. Advancing research and practice in HIV and rehabilitation: a framework of research priorities in HIV, disability and rehabilitation. *BMC Infect Dis*. 2014;14(1):1.
14. Bangirana P, Allebeck P, Boivin MJ, John CC, Page C, Ehnvall A et al. Cognition, behaviour and academic skills after cognitive rehabilitation in Ugandan children surviving severe malaria: a randomised trial. *BMC Neurol*. 2011;11(1):1.
15. Lemmi V, Gibson L, Blanchet K, Kuper H. Community-based rehabilitation for people with disabilities in low-and middle-income countries: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 2015;11.15.
16. Gupta N, Castillo-Labord C, Landry MD. 2011. Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11(1):1.
17. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
18. World Health Organization. Global atlas of the health workforce (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en&showonly=HWF>, accessed 30.12.2016).
19. Standards for prosthetics and orthotics. Geneva: World Health Organization, 2016 (in press).
20. Fagan JJ, Jacobs M. Survey of ENT services in Africa: Need for a comprehensive intervention. *Global Health Action*. 2009;2:1–7.
21. Eldar R et al. Rehabilitation medicine in countries of central/eastern Europe. *Disabil Rehabil*. 2008;30:134–41.
22. Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Zwisler AD, Piepoli MF, Benzer W, Schmid JP et al. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17:410–18.
23. McNaughton H, McRae A, Green G, Abernethy G, Gommans J. Stroke rehabilitation services in New Zealand: a survey of service configuration, capacity and guideline adherence. *N Z Med J*. 2014;127(1402):10–9.
24. Stephens MB. Cardiac rehabilitation. *Am Fam Physician*. 2009;80(9):955–9.
25. Grace SL, Turk-Adawi K, Santiago de Araujo Pio C, Alter DA. Ensuring cardiac rehabilitation access for the majority of those in need: a call to action for Canada. *Canadian J Cardiol*. 2016;32(10S2):S358–S64.
26. Chang WH, Shin YI, Lee SG, Oh GJ, Lim YS, Kim YH. Characteristics of inpatient care and rehabilitation for acute first-ever stroke patients. *Yonsei Med J*. 2015;56(1):262–70.
27. Harrison WN, Wardle SA. Factors affecting the uptake of cardiac rehabilitation services in a rural locality. *Public Health*. 2005;119(11):1016–22.
28. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *J Rehabil Med*. 2007;45:S16–47.
29. Neri MT, Kroll T. Understanding the consequences of access barriers to health care: experiences of adults with disabilities. *Disabil Rehabil*. 2003;25:85–96.
30. Hatano T, Kubo SI, Shimo Y, Nishioka K, Hattori N. Unmet needs of patients with Parkinson's disease: interview survey of patients and caregivers. *J Int Med Res*. 2009;37(3):717–26.
31. WHO global disability action plan 2014–21: Better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization, 2015 (<http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>, accessed 30 December 2016).

# Health information systems and rehabilitation

医療情報システムとリハビリテーション

## 重要なメッセージ

- 医療情報システム（Health information systems: HIS）は、健康状態の指標、健康の決定要因、および医療制度に関連する情報の収集、標準化、コード化、および管理を通じて、医療政策、健康管理、および臨床ケアにおける意思決定を支えるものである。
- 信頼性が高くかつ包括的に情報を収集するために国の HIS の収容能力を向上させることは、国内的にも国際的にも、医療制度を強化するために極めて重要である。
- WHO は、各国の HIS 強化を支援するために、国別 HIS の枠組みと規格、および世界的に使える 100 の中核的な健康指標の参照リストを開発した。リハビリテーションの情報ニーズを捉えるために、この枠組みをさらに拡大することも可能である。
- 生活機能に関する情報を HIS に含めることは、医療制度におけるリハビリテーションの強化に不可欠である。WHO の国際生活機能分類 (ICF) で導入された生活機能とは、人生のあらゆる側面での経験に健康状態（外傷、疾病、加齢）が与える影響のことを指す。
- 生活機能に関する情報だけでなく、リハビリテーションサービスの提供と資金調達のすべての側面に関するシステムレベルの情報が必要である。これに含まれるものとして、リハビリテーションへのインプット（例：政策、資金調達、人的資源、インフラストラクチャー）とアウトプット（例：サービスの可用性、品質）および結果（例：サービスの保険適応、利用率）がある。
- WHO の「リハビリテーション 2030: 行動の呼びかけ」に関する会議では、ICF を使用して、システムレベルのリハビリテーションのデータや生活機能に関する情報を含めることで、HIS を強化することを関係者に呼びかけている。

## 医療情報システム (HIS)

HIS は、健康状態の指標、健康の決定要因、および医療制度に関連する情報を収集し、標準化し、コード化し、管理するために使用される。この種の情報は、政策立案者が問題を特定し、エビデンスに基づいた解決策を用いて対応し、資源を効果的に配分するために必要であり、また、計画担当者がより効果的なサービスを設計するために必要であり、管理者がこれらのサービスを監視および評価するために必要であり、さらに、臨床家が高品質でエビデンスに基づいたケアを提供するために必要である<sup>(1)</sup>。したがって、HIS は、医療政策と管理、および臨床医療における健康と健康関連の意思決定を支える。

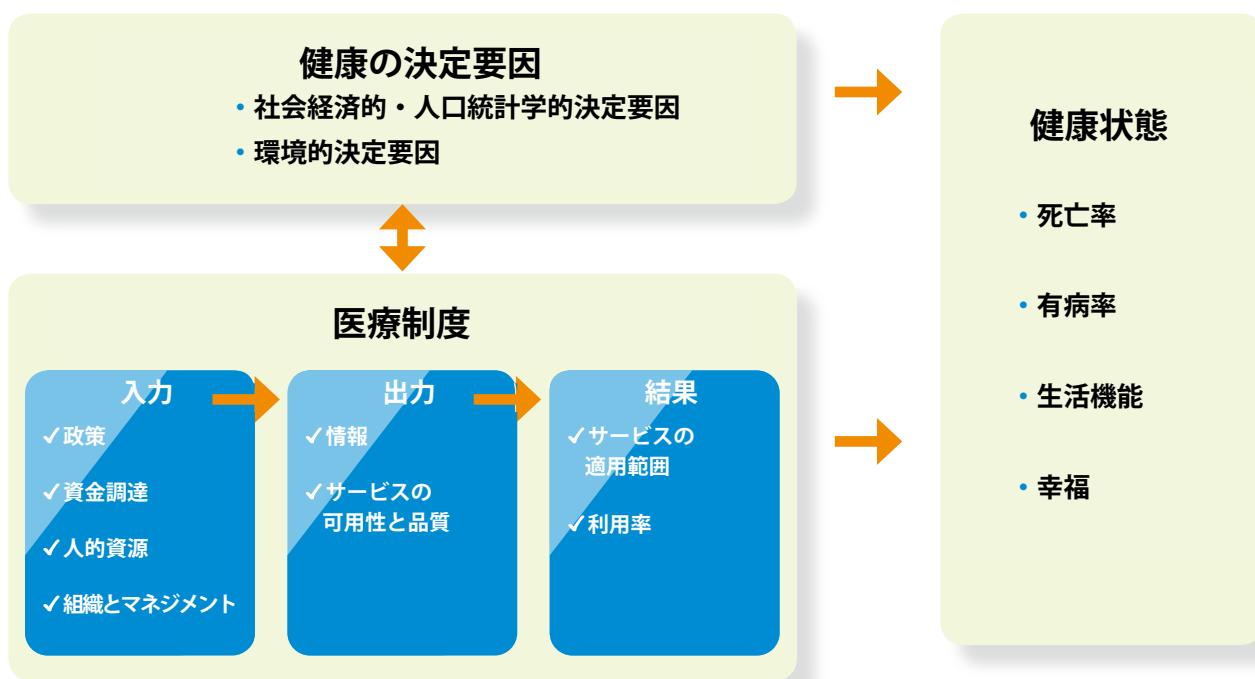


低 中所得国では、堅牢で効果的な HIS がなく、データ収集と分析に投資する余裕がないことが多い<sup>(2)</sup>。HIS があつたとし、データが古くなっていたり、不完全なことがある。その結果、医療制度のあらゆるレベルの意思決定者にとって、問題やニーズを特定したり、資源を最適に配分したり、エビデンスに基づいたサービスを提供したりするために必要な情報がないことがある。これは、政策立案者、医療専門職、研究者が知っていることと、住民の健康を改善するために知っておくべきこととの間に重大なギャップを生じることになる可能性がある<sup>(3)</sup>。さらに、国の HIS が弱くて必要なデータが不足していると、持続可能な開発目標 (SDG) 3「あらゆる年齢のすべての人々の健康な生活を確保し、福祉を促進する」の達成状況を監視する上での主要な問題となる<sup>(4)</sup>。

### 医療情報とデータ収集源

WHO は、各国の HIS 強化を支援するために、国別 HIS の枠組みと規格<sup>(1)</sup>、およびこの枠組に沿った 100 の中核的な健康指標の参照リストを世界的に使えるものとして作成した<sup>(5)</sup>。この枠組では、HIS の測定の 3 つの領域、すなわち、健康状態、医療制度、健康の決定要因、が認識されている (図 1)。

図 1 : Framework and standards for country health information systems, second edition. Geneva: World Health Organization, 2012, ジュネーブ : WHO, 2012) で提示された図 3 に基づく医療情報システムの測定領域。



これらの領域をカバーする関連データは、住民調査情報源 (国勢調査、住民登録、家計調査、その他の住民調査) と、保健機関やその他の機関の情報源 (個人の診療記録、サービス記録、資源記録) から生成される。保健調査も、意思決定に不可欠な情報源である。

これらの情報のすべてが医療制度内で収集されているわけではないので、国の HIS が他の政府機関の統計局 (例: 生命統計) や、社会・労働・教育省 (社会経済情報) と連携して上述と同様なデータを収集できることが重要である。

## リハビリテーション関連情報

国家レベルの HIS における健康状態情報は、一般的には、3つの指標に焦点が当てられている。すなわち、平均寿命や様々な健康状態の個人の生存率を示す指標である死亡率と、人口における健康状態の分布を示す指標である有病率と、医療サービスの利用率である。最近では、人口の高齢化などの人口動態の変化と、非感染性疾患の有病率の増加の疫学的傾向とから、健康状態の指標の範囲を広げて生活機能に関連するものを含めるべきだという要望がある<sup>(6,7,8)</sup>。生活機能とは、WHOの国際生活機能分類 (International classification of functioning, disability and health: ICF)<sup>(9)</sup> で導入された用語で、健康状態 (外傷、疾病、加齢) が個人の人生の中での経験に与える影響をすべての次元において特定するためのものである。ICFは、データの比較可能性のために、高い完成度で国際的に標準化された表現とコーディングシステムを提供する。ICFに従った生活機能に関する情報には、身体機能および構造に関する情報のほか、活動および参加に関する情報が含まれる。ICFには、また、生活機能に影響を与える可能性のある環境因子も含まれている。

リハビリテーションの目標は、障害、外傷、急性または慢性疾患を考慮して生活機能を最適化することであるため、生活機能に関する情報は、医療制度の全てのレベルでのリハビリテーションについての意思決定に不可欠である。

- 利用者のレベルでは、生活機能に関する情報は、リハビリテーションと医療の連続性 (サービス提供レベル [一次、二次、三次] と治療段階 [急性期、亜急性期、慢性期]) の中で、目標設定と結果評価の指針となる。
- 施設やプログラムのレベルでは、利用者の生活機能に関する情報を集約することで、臨床結果の監視やサービス計画の改善、質の保証に役立てることができる。
- 政策のレベルでは、生活機能に関する診療情報を集約することで、政策立案者は医療とリハビリテーション サービス提供を計画し、その効果を監視するためのエビデンスの供給源が得られる。

生活機能は医療制度内のリハビリテーションの成功の影響を示す指標として極めて重要であるが、リハビリテーションの意思決定のために国の HIS が収集する必要がある情報はそれだけではない。サービス提供と資金調達に関する情報は、リハビリテーションに関する臨床的、経営的、政策的な意思決定に必要である。必要な情報は、以下のように分類できる。

- インプット (例: リハビリテーションに対する現在の総支出、自己負担金、リハビリテーション専門職の密度と分布)。
- アウトプット (例: リハビリテーション サービスの利用率、必要不可欠な支援機器の利用可能性)。
- 結果 (例: 脊髄損傷や外傷性脳損傷などの特定の健康状態の人に対するリハビリテーション サービスの保険適応、必要不可欠な支援機器の保険適応)。

さらに、人口のレベルでのリハビリテーションのニーズと、それに対応したリハビリテーション介入の必要な範囲とを、その有効性の詳細情報と共に完全に把握するためには、生活機能の低下の社会経済的、人口統計学的、遺伝的、ならびに行動学的な決定要因に関する情報も体系的に収集しなければならない。

## 将来への期待

国家レベルの HIS はリハビリテーション関連の情報を適切に統合していないことがあまりにも多い。これはあらゆるレベルでの意思決定を妨げており、世界中でリハビリテーション サービスを強化するための障害の一つとなっている。WHO の「リハビリテーション 2030：行動の呼びかけ」会議で、リハビリテーションを強化するための重要な行動として要請されたのは、リハビリテーションに関連する情報を収集することであり、これによって、システムレベルのリハビリテーションデータや ICF の生活機能に関する情報を含めた医療情報システムを強化することであった。この行動の呼びかけに対応するためにすべき作業はたくさんあるが、これまで国の HIS が利用してきた既存のデータ収集源の多くは、リハビリテーションの情報ニーズを満たすために容易に変更するか拡張することが可能なので、楽観的に将来を見ることが出来る。

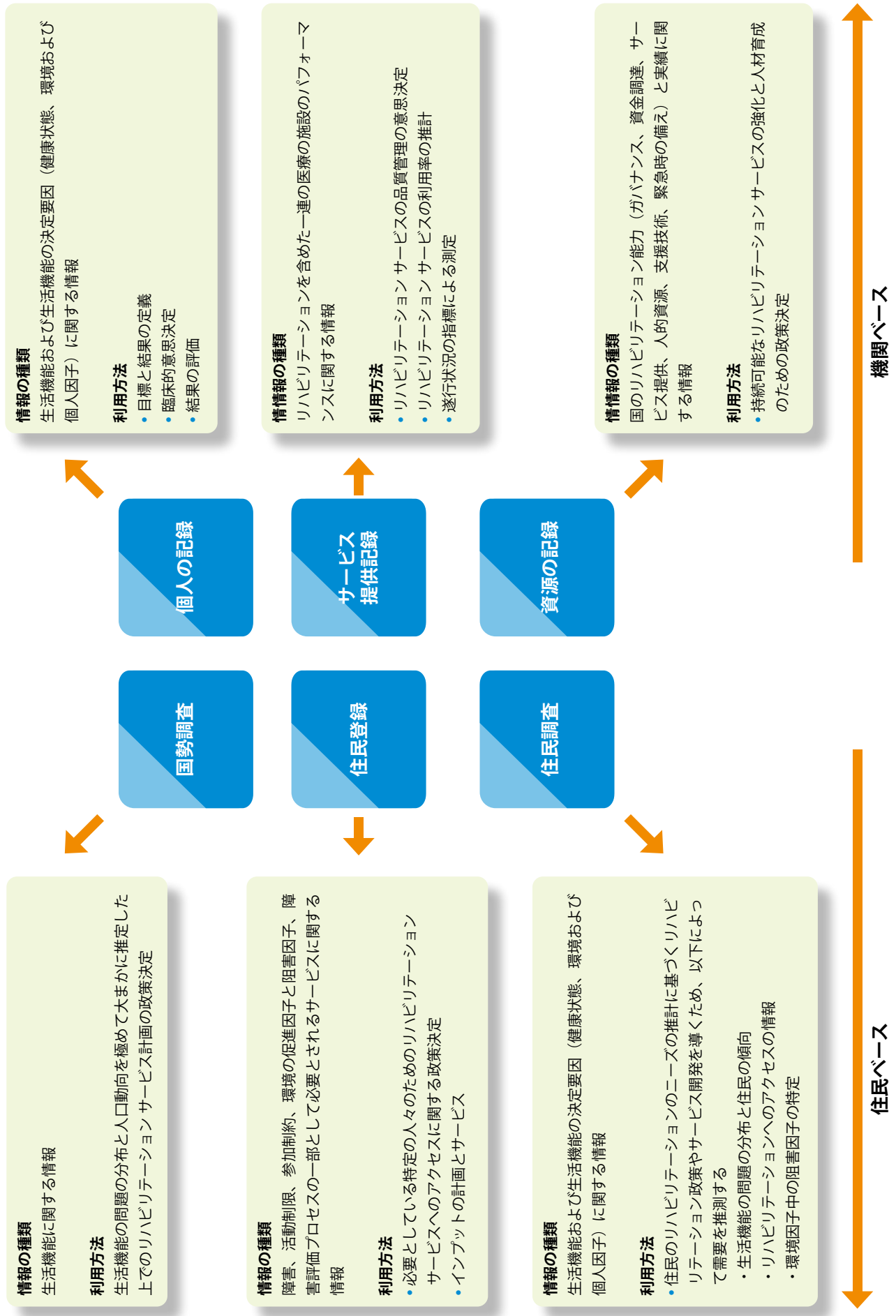
図 2 は、以前からある 6 つの HIS のデータ収集源によって収集される可能性のあるリハビリテーションに関連した情報の種類を示すとともに、すべてのレベルでリハビリテーションを強化し、意思決定を改善するために、この情報がどのように使えるかを提案している。いくつかの例では、上述の修正や強化はすでに実施されているが、これらのデータは十分に活用されていないことが多い。他の方法で既存のデータ収集源を修正したり強化したりすることが可能であることは確実であり、検討してテストする必要がある。最終的な目標は、広く医療制度と、中でもリハビリテーション サービスを強化するために、リハビリテーション関連の情報を含めて、どのようにして各国の HIS を充実させるかについて、具体的な指針を作ることである。

## 参考文献

1. Framework and standards for country health information systems. Second edition. Geneva: World Health Organization, 2012.
2. Upadhaya N, Jordans MJ, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Hanlon C et al. Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis. Intern J Mental Health Sys. 2016;10:60.
3. Heeks R. Health information systems: Failure, success and improvisation. Intern J Med Informatics. 2006;75(2):125-37.
4. World Health Statistics 2016. Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization, 2016.
5. 2015 Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization, 2015.
6. Bradley SM, Rumsfeld JS, Ho PM. Incorporating health status in routine care to improve health care value: the VA patient reported health status assessment (PROST) system. JAMA. 2016;316(5):487-8.
7. World Health Organization. The global strategy and action plan on ageing and health 2016-2020 (<http://who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>, accessed 15 January 2017).
8. Stucki G, Bickenbach J, Melvin J. Strengthening rehabilitation in health systems worldwide by integrating information on functioning in national health information systems. Am J Phy Med & Rehabil. 2016,Dec 15.

**この背景資料は、WHO が「リハビリテーション 2030: 行動の呼びかけ」に関する会議のために作成した。**

図 2. 意思決定とリハビリテーション強化のためのデータ収集源と情報



# REHABILITATION

## 2030

### a call for action

#### Call for action

行動の呼びかけ

#### リハビリテーション 2030 会議出席者は次の項目を承認した：

- A. 世界中で、とりわけ低及び中所得国においてリハビリテーションのニーズが満たされていない。
- B. リハビリテーション サービスに対する必要性は、世界的な高齢化や疾病と外傷の後遺症を抱えながら生きる人々の増大といった健康や人口動態の傾向からして今後とも増大し続ける。
- C. SDG3：「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」および目標 3.8：「すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的な医療へのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサルヘルズカバレッジ（UHC）を達成する。」ためには、リハビリテーション サービスへのアクセスを拡大する必要がある。
- D. リハビリテーションは予防、健康増進、治療と苦痛の軽減に加え、医療に引き続いて必須とされるものの一部であり、それゆえ、医療制度に統合されるべき必須の構成要素である。
- E. リハビリテーションは、様々な健康状態にある人々と生涯にわたる障害を経験している人々の医療のすべてのレベルにおいて意味を持つ。それ故、リハビリテーションは障害者を含めあらゆる種類のリハビリテーション利用者とは密接な関係にある。
- F. リハビリテーションは人類の資産への投資であり、健康、経済、社会の発展に貢献する。
- G. リハビリテーションの役割は高齢化と健康に対する世界戦略と行動計画（2016 – 2020）、精神保健行動計画（2013-2020）、人々を中心に置く統合された医療サービスの枠組みを効果的に実施する為の道具であり、支援機器国際協力（GATE）提言への取り組みに貢献する役割も担う。
- H. 各国のリハビリテーションの強化と拡大に対する障壁を列挙する。
  - i. 政府にとって他の課題に比べ優先順位が低い。
  - ii. 国家及び地方自治体のレベルにおいてリハビリテーションの方針と計画が欠如している。
  - iii. リハビリテーションを取り仕切る保健省と社会省との間の協調が不十分である。
  - iv. 財源が欠如、または不足している。
  - v. リハビリテーションニーズに対するエビデンスが不足している。
  - vi. リハビリテーション専門職の数と技能が不十分である。
  - vii. リハビリテーションの施設と機材がない。
  - viii. 医療制度に組み込まれていない。

- I. WHO 参加国・地域及び事務局、他の国連機関 リハビリテーション利用者団体、サービス提供者、財政出資機関、専門家組織、研究機関、非政府機関、国際機関等の関係者による速やかな、足並みをそろえた世界的行動がリハビリテーションの質を高めるために必要である。

**上記を考慮し、参加者は、次の 10 の分野において努力することを約束した：**

- 1 地域、国内、国際レベルでのリハビリテーションの強いリーダーシップと政策的支援の構築。
- 2 緊急事態への備えと対応を含む国家的、世界的なリハビリテーションの計画と実施の強化。
- 3 人々のニーズに効果的かつ効率的に対応するための、リハビリテーションの保健分野へのさらなる統合と連携の強化。
- 4 リハビリテーションのユニバーサルヘルス カバレッジへの編入。
- 5 地方や遠隔地に住む人々を含むすべての人々に対し支援機器を含め良質なリハビリテーション サービスが公平に得られるような包括的なリハビリテーション サービスの提供モデルの構築。
- 6 各国の状況に見合う、強力な学際的リハビリテーション専門職の育成と、全ての健康に関わる人材の教育においてリハビリテーションの概念を推進すること。
- 7 適切な仕組みを通じたリハビリテーションに対する予算措置の拡大。
- 8 国際生活機能分類（ICF）を利用した生活機能に関する情報とシステムレベルのリハビリテーションのデータを含む医療情報システムを強化するためのリハビリテーションに関する情報収集。
- 9 リハビリテーションに関する研究能力を高め、リハビリテーションに関する強固なエビデンスがさらに広く得られるようにすること。
- 10 リハビリテーションにおけるネットワークと協力関係を、とりわけ低、中、高所得国間において確立し強化すること。