

チリ国
身体障害者リハビリテーションプロジェクト
実施協議調査団報告書

平成 12 年 8 月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

チリ共和国は、弱者救済を目的とした社会福祉政策を重視し、身体障害者福祉制度の改善に努力していますが、全国唯一の国立小児身体障害者リハビリテーション病院であるペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所は、施設・医療技術共に立ち遅れてます。

このことから、チリ共和国厚生省は当初、西暦 2000 年を目処に新リハビリテーション病院の建設を計画し、身体障害者医療のサービスと技術の向上をめざし、身体障害者医療の充実を図ろうとしていましたが、チリ共和国の国家予算がアジア経済危機の影響で大きな打撃を受けたため、新病院の建設は据え置きとなりました。

しかしながら、チリ共和国厚生省は、身体障害者医療の充実の重要性から、1998 年に同病院を National Institute に昇格させ、医療サービスとともに調査研究機能も担わせ、より総合的なリハビリテーション病院に位置づけました。

このような背景からチリ共和国政府は、将来建設が予定される新病院での活動を念頭においた身体障害者リハビリテーション対策を既存施設で実施すべく、同研究所の医療面・管理面での運営を向上させることを目的としたプロジェクト方式技術協力を我が国に要請しました。

これを受け、国際協力事業団は 1999 年 9 月に事前調査団、2000 年 1 月に短期調査員を派遣し、実施段階におけるプロジェクトの枠組みを協議してきました。これらの結果を踏まえ、今般、国立身体障害者リハビリテーションセンター 中村隆一総長を団長とする実施協議調査団を 2000 年 7 月 9 日より 7 月 22 日の日程で派遣しました。

本報告書は、同調査団の調査結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にご協力頂きました関係各位に対し、深甚なる謝意を表しますとともに、今後ともご指導、御鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

平成 12 年 8 月

国際協力事業団

医療協力部長 遠藤 明

目 次

序 文

1 .実施協議調査団派遣	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団の構成	2
1 - 3 調査日程	3
1 - 4 主要面談者	4
2 .総 括	6
2 - 1 はじめに	6
2 - 2 首都圏東部衛生局内の病院連携における PACNRI の位置づけ	6
2 - 3 小児のリハビリテーション医療 / 療育の歴史的展開からみた PACNRI の現状	7
2 - 4 今後2年間のガイドライン	8
3 .プロジェクト実施体制	11
3 - 1 チリ側実施体制	11
3 - 2 日本側実施体制	12
3 - 3 合同運営委員会	13
3 - 4 実行委員会	13
4 .プロジェクト実施計画	14
4 - 1 プロジェクトの要約	14
4 - 2 各成果別の課題	15
4 - 3 各成果別の活動	19
4 - 4 5 か年計画	21
4 - 5 初年度活動計画	23

附属資料

討議議事録 (Record of Discussion: R / D) 英文版	27
討議議事録 (R / D) 西文版	39
暫定実施計画 (Tentative Schedule of Implementation: TSI) 英文版	51

暫定実施計画(TSI)西文版.....	53
PDM(Project Design Matrix)	55
要請書(和文翻訳版).....	57
各専門職種の指導科目	95
事前調査団の質問票に対するチリ側回答	105

1.実施協議調査団派遣

1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

チリ共和国(以下、「チリ」と記す)は弱者救済を目的とした社会福祉政策を重視し、身体障害者福祉制度の改善に努力しており、全国唯一の国立小児身体障害者リハビリテーション病院であるペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所(以下、PACNRI)は施設・医療技術共に立ち遅れていることから、同病院の医療面・管理面での運営を向上させることを目的としたプロジェクト方式技術協力を要請してきた。

本要請を受けて、1999年9月事前調査団を派遣、チリの要請内容を確認するとともに保健医療状況およびPACNRIの現状を調査し、我が方の協力の可能性を検討した。その結果、PACNRIにおけるリハビリテーションサービスの管理および手法を改善することを目的とし、リハビリテーションサービスプログラム(評価、治療および社会支援)および臨床登録システムの改善、治療技術の改善、臨床研修の促進、PACNRIの施設を利用してチリ国内のリハビリテーション従事者の技能改善等を行うプロジェクトの実施が可能との結論を得た。これを受けて2000年1月短期調査員を派遣し、プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)案を策定した。

前述の要請内容および調査結果を踏まえ、今般、実施協議調査団を派遣し、以下の内容でプロジェクトを実施すべく協議を行い、日本側チリ側双方で合意を形成し、これを討議議事録(Record of Discussion: R / D)に盛り込んで、署名交換を行う。

また、調査日程後半においてプロジェクトの実実施計画の詳細について調査、協議のうえ双方で合意を形成し、暫定実施計画(Tentative Schedule of Implementation : TSI)を作成して署名交換を行う。

(1)プロジェクト目標 : PACNRIにおけるリハビリテーションサービスの管理および手法を改善する。

(2)協力内容 : プロジェクト目標の達成に必要な課題(成果)に必要な下記の活動を行う。

1) 専門家派遣 : 臨床登録システム開発、評価、治療技術、社会支援に関する助言・指導の実施

2) 研修員受入れ : 上記各分野に関し年間2～3名程度の本邦研修を実施

3) 機材供与 : 機器等約1億5千万円

(3)協力期間 : 2000年8月1日より2005年7月31日まで

1 - 2 調査団の構成

(1) 総括

国立身体障害者リハビリテーションセンター 総長
中村 隆一
Dr. Ryuichi Nakamura (Leader)
President, National Rehabilitation Center for the Disabled

(2) リハビリテーション行政

国立身体障害者リハビリテーションセンター学院 学院長
矢野 英雄
Dr. Hideo Yano (Administration of Rehabilitation)
Director, College of National Rehabilitation Center for the Disabled

(3) リハビリテーション医学

国立身体障害者リハビリテーションセンター 医療相談開発部長
長岡 正範
Dr. Masanori Nagaoka (Rehabilitation Medicine)
Director, Department of Medical Social Work & Psychology,
Hospital of National Rehabilitation Center for the Disabled

(4) リハビリテーション教育

国立身体障害者リハビリテーションセンター 国際協力専門官
服部 兼敏
Dr. Kanetoshi Hattori (Rehabilitation Education)
International Cooperation Specialist,
National Rehabilitation Center for the Disabled

(5) 協力計画

国際協力事業団 医療協力部 医療協力第二課 課長代理
中野 勉
Mr. Tsutomu Nakano (Cooperation Planning)
Deputy Director, Second Medical Cooperation Division,
Medical Cooperation Department, Japan International Cooperation Agency

(6) 業務調整 / 通訳

財団法人日本国際協力センター研修監理部

小松 陽子

Ms. Yoko Komatsu (Coordinator / Interpreter)

Training Coordinator, Japan International Cooperation Center

1 - 3 調査日程

日順	月日	曜日	移動および業務	中村団長、長岡団員
1	7月9日	日	移動 成田12:00発(JL006) ニューヨーク11:20着	同 左
2	7月10日	月	移動 ニューヨーク 23:15(LA531)発 サンチャゴ11:10着 JICA事務所打合せ、大使館表敬	同 左
3	7月11日	火	チリ側関係者表敬(厚生省、国際協力庁、首都圏東部衛生局等) PACNRI視察および打合せ	同 左
4	7月12日	水	PACNRI視察各科打合せ R/D案の協議	同 左
5	7月13日	木	R/D案の協議 TELETON視察	同 左
6	7月14日	金	R/D署名 (団長および長岡団員は署名後、帰国)	移動 (LA530) サンチャゴ20:25発
7	7月15日	土	資料整理 団内打合せ	ニューヨーク8:45着 (JL005)13:30発
8	7月16日	日	資料整理 団内打合せ	成田 16:15着
9	7月17日	月	PACNRI打合せ、各科要望聴取	
10	7月18日	火	PACNRI打合せ、各科要望聴取	
11	7月19日	水	暫定実施計画(TSI)作成、調査団署名 当面派遣予定の専門家要請書についても署名とりつけ	
12	7月20日	木	JICA事務所、日本大使館報告 移動 サンチャゴ20:25発(LA530)	
13	7月21日	金	ニューヨーク8:45着 ニューヨーク13:30発	
14	7月22日	土	帰国 成田16:15着(JL005)	

1 - 4 主要面談者

(1) チリ側関係者

1) 国際協力庁 (AGCI)

Mr. Bernardino Sanhueza	長官代行
Ms. Maria Eugenia Morga	援助調整室長
Mr. Arturo Vergara Moreno	アジア太平洋プログラムコーディネーター

2) 厚生省

Dr. Ernesto Behnke G.	次官
Dr. Maria Soledad Barria	次官代行
Dr. Eugenio Montecinos Jara	国際協力室長
Mr. Jose Miguel Huerta	国際協力室日本協力担当

3) 首都圏東部衛生局 (SSMO)

Dr. Pedro Garcia	局長
------------------	----

4) ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所 (PACNRI)

Dr. Patricia Mendez Zamorano	所長
Ms. Macarena Amador Vega	管理部長
Mr. Hernan Soto Peral	言語療法士 / SSMO 国際協力コーディネーター
Mr. Rodrigo Morales F.	言語療法士
Ms. Maria Angelica Gutierrez	言語療法士
Dr. Patricia Martinez Millar	理学療法医
Ms. Rebeca Martinez Vicuna	看護婦主任
Ms. Patricia Miranda Munoz	理学療法士
Ms. Natasha Obereuter Aburo	理学療法士
Mr. Jorge Lopez Tamaya	作業療法士 / 義肢装具士
Mr. Francisco Olmos Gonzalez	作業療法士
Ms. Jessica Menay Santos	心理学者
Ms. Soledad Astorga	ソーシャルワーカー

(2) 日本側関係者

1) 在チリ日本大使館

成田 右文	特命全権大使
實井 正樹	一等書記官

2) JICA チリ事務所

村上 正博

吉田 英之

小林 としみ

3) JICA 青年海外協力隊員

桜井 佐和子

福田 弘和

岩瀬 慶美

所長

所員

所員

作業療法士

義肢補装具作製士

国立高齢者医療センター看護婦

2. 総 括

2 - 1 はじめに

2000年7月14日、PACNRIにおいてチリ国身体障害者リハビリテーションプロジェクト実施協議調査団団長とチリ側関係者との間でR / Dの署名が行われ、本プロジェクトが実施に移される運びとなった。これまでの事前調査団報告等によって、R / Dの主要事項およびPDMは検討がなされ、今回の調査では、それらの確認と一部修正、今後のプロジェクト進行にかかわる細部の設定を行った。更に、これからの技術移転と関連して、計画・プログラムの決定に必要な情報を収集して、帰国後の検討材料とした。

以下に掲げるのは、今後のプロジェクト推進のための前提となるモデルおよびガイドラインである。

2 - 2 首都圏東部衛生局内の病院連携におけるPACNRIの位置づけ

プロジェクト実施機関であるPACNRIはチリ厚生省の地方機関である首都圏東部衛生局(SSMO)の配下にあり、そこにはエル・サルヴァドル総合病院、カルヴォ・マケンナ小児病院、脳外科研究所、老人病院、広域患者対象東部総合病院、PACNRIの6医療機関が属している(図-1)。これらの医療機関の間でPACNRIがどのように位置づけられているかを分析するには、患児(人口学的属性、疾病・障害、機能的状態などの特性で定義)のフローについて比較的長期にわたるデータが必要となろう。

また、退院後あるいは通院終了後の状況についての資料も必要である。この点に関しては、リハビリテーション医療の帰結としての日常生活における自立という目標が、いつ・どこで達成されるのか、チリにおける障害児の全フローをとらえ、その過程でPACNRIの位置づけを行うことが最終目標となろう(図-2)。

現在、PACNRIは、医療機関としては、小児整形外科病院から小児リハビリテーション病院へと転換を図っている過程にある。具体的には他医療機関で手術を受けた後、リハビリテーション目的でPACNRIに入院している。しかし、入院期間は1～2か月から、長くて6か月とすると、骨関節疾患や運動器の外傷性損傷などに対する整形外科的手術後が入院児の主要な対象と推定される。

PACNRIから提供されている資料(5,000例)によれば、1歳未満:3.6%、1～5歳:29.2%、6～14歳:51.5%、15歳以上:15.7%であり、男女比は約48:52で差はない。入院:外来=32:68で外来での対応が多くなっている。身体障害の原因別では、先天異常:45.6%、脳性麻痺:23.4%、発達障害:15.7%とされているが、具体的な疾患/障害像は不明である。しかし、約85%が

発達障害 / 先天異常であること、年齢分布等からみて、対象児は我が国の肢体不自由児施設とあまり相違はないと思える。ただし、入院期間から見る限り、我が国の療育の現状とはかなりかけ離れている。これらの児童が外来でリハビリテーション治療を受けている可能性が大きい。その実態(対象児、通所期間・頻度)を早期に知ることが、今後の支援方式の設定に影響する面が多々ある。例えば、通所のための交通手段、巡回バスの必要性の有無などである。

2 - 3 小児のリハビリテーション医療 / 療育の歴史的展開からみた PACNRI の現状

我が国における療育は、故高木憲次先生によってドイツから導入された方式であり、比較的初期から整形外科的治療と学校教育との統合を意図していた。1960年代後半には小児神経学も導入され、発達医学としての概念、モデルを利用する方向へと転換が図られた。すなわち、発達のアプローチの導入である(図 - 3)。1960年代前半までは、ポリオによる変形や運動障害、慢性骨髄炎、先天性股関節脱臼などの整形外科的疾患・障害による入所児童が多く、脳性麻痺やその他の先天異常には医学的関心はあまり多くなかった。1970年代になるとアメリカ合衆国からの物理医学とリハビリテーションの影響も強くなり、機能指向的な考えが中心になり、装具等の利用と代償機能の獲得を強調したリハビリテーション的アプローチが一部の年長児には用いられるようになった(図 - 3)(現在、我が国の成人のリハビリテーション医療はリハビリテーション的アプローチをとることが多い)。

PACNRI ではリハビリテーション部門におけるサービスのうち、社会サービス(55.6%)と理学療法(51.2%)は過半数の児童が受け、作業療法や言語療法、心理のサービスはそれぞれ25%前後である。理学療法の内容は電気治療(低周波)と温熱(ジアテルミーなど)であり、これらに一部の運動療法が加えられ、古典的な理学療法の立場にあるといえよう。また各種の装具や移動用機器の利用の状況をみると、現在ではリハビリテーション的アプローチが主流になっていると推定できる。PACNRI が対象とする児童の大多数が脳性麻痺、その他の先天性障害であるとすれば、将来は発達のアプローチの導入に向けてスタッフの教育を行う必要がある。ただし、出発点としての現状を否定するのではなく、現状でも対応できる疾患 / 障害、発達のアプローチを要する疾患 / 障害とを理解してもらうことから始めるべきであろう。

障害原因となる疾患と障害範囲との組み合わせからリハビリテーション医療の対象は4群に分けられている(図 - 4)。群と群は局所の障害であり、治療によって回復する。末梢運動器の整形外科的障害はこの群に属し、理学療法を中心とした対応がなされてきた。PACNRI が最近まで小児整形外科の医療施設であったのなら、理学療法サービスが多かったこともうなずける。しかし、対象児が脳性麻痺などのように群あるいは群に属するようになっている現状では、複数専門職の interdisciplinary approach が必要とされるように思える。PACNRI スタッフとの検討からは multidisciplinary という発言はあるものの、interdisciplinary の言葉は聞かれなかった。

複数専門職による学際的アプローチとその統合を図るチーム・マネジメントはいまだ導入されていないと考える。

アプローチの相違は、当然のことながら、治療経過の評価などに用いる尺度の違いとして現れる。更に、リハビリテーションの管理過程にも大きく影響する。あまり発達尺度が利用されていない現状では、interdisciplinary なチームアプローチを前提にして、これからの計画・プログラムを進めるのは危険であろう。そのための前提となる教育が重視される。

2 - 4 今後 2 年間のガイドライン

我々の出発点として、現状を肯定することが必要である。すなわち、

- (1) 伝統的な物理医学に義肢・装具、作業療法などの専門職が加わり、多くの専門分野にわたるアプローチがとられている施設であり、スタッフはこれをリハビリテーションと理解している。
- (2) 個々の臓器とその機能の改善あるいは代償機能の獲得を目的として治療を行っているのであり、発達の視点から異常発達の予防、正常発達の促進という視点はない。

以上の前提に立って、

- (3) PACNRI が利用している各種のテスト、尺度、評価表などについて資料の収集・整理を行い、専門職間のアプローチを前提としているモデルを理解する。
- (4) 個人別のプログラムの設定は、病理指向的・機能指向的のいずれであるのか、相違に注意する。
- (5) 個別の具体的場面におけるアドバイスには全経過に影響する点は少ないはずである。例えば、嚥下訓練の指導、それが食事摂取(嚥下)を目的とする限り、CSS を通じて発語の訓練を、知的発達と目標の拡大を図る場合は別である(統合が必要)。

上記の点について整理できたら、以下に移る。

- ・発達尺度の導入。
- ・ケースに応じてプログラム、アプローチの選択を指導。

当初に必要とされるのは、リーダーとなるスタッフ(医師、一部専門職種リーダー)に物理医学ではなく、リハビリテーション医学、更に障害児教育から職業リハビリテーションに至るまで療育の諸側面を理解してもらうことである。我が国の複数施設における見学・意見交換等を通じて、障害児リハビリテーションあるいは療育、発達のアプローチ・学際的アプローチとその管理についての知識を得て、今後のプロジェクト推進の先頭に立って頂くことを期待したい。その過程において、必要とされるデータベース、登録システムの具体的事項の検討も進めることが可能であろう。

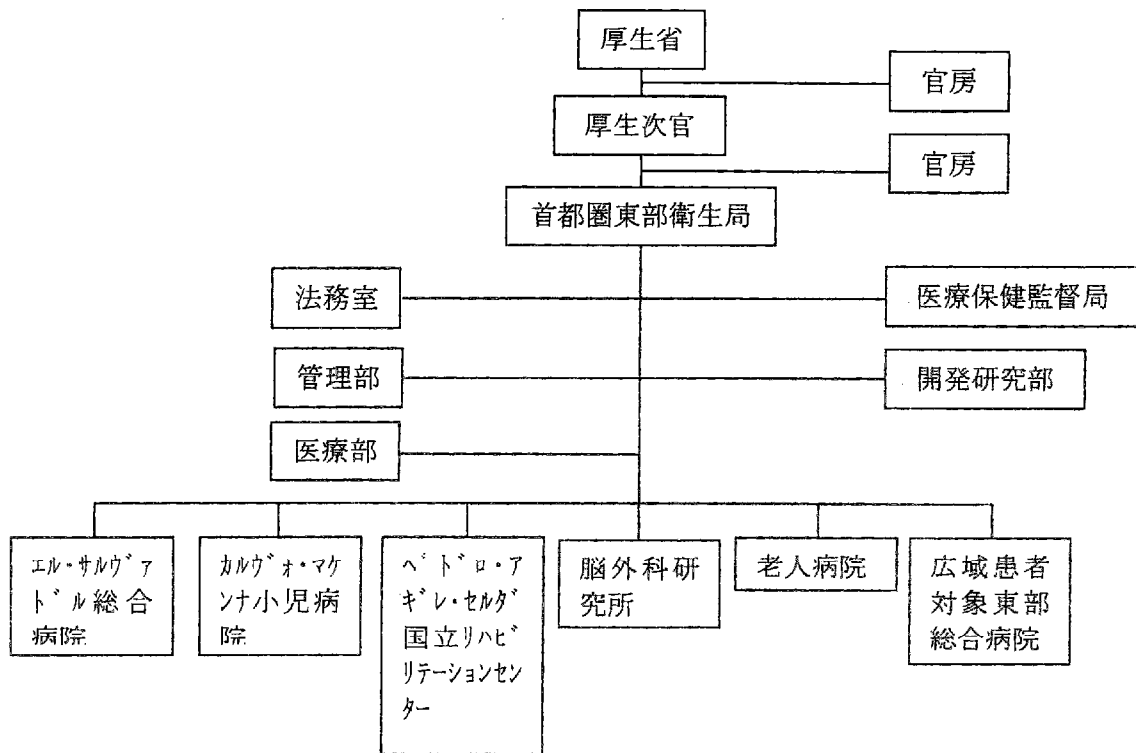


図-1 プロジェクトの組織と医療機関連携

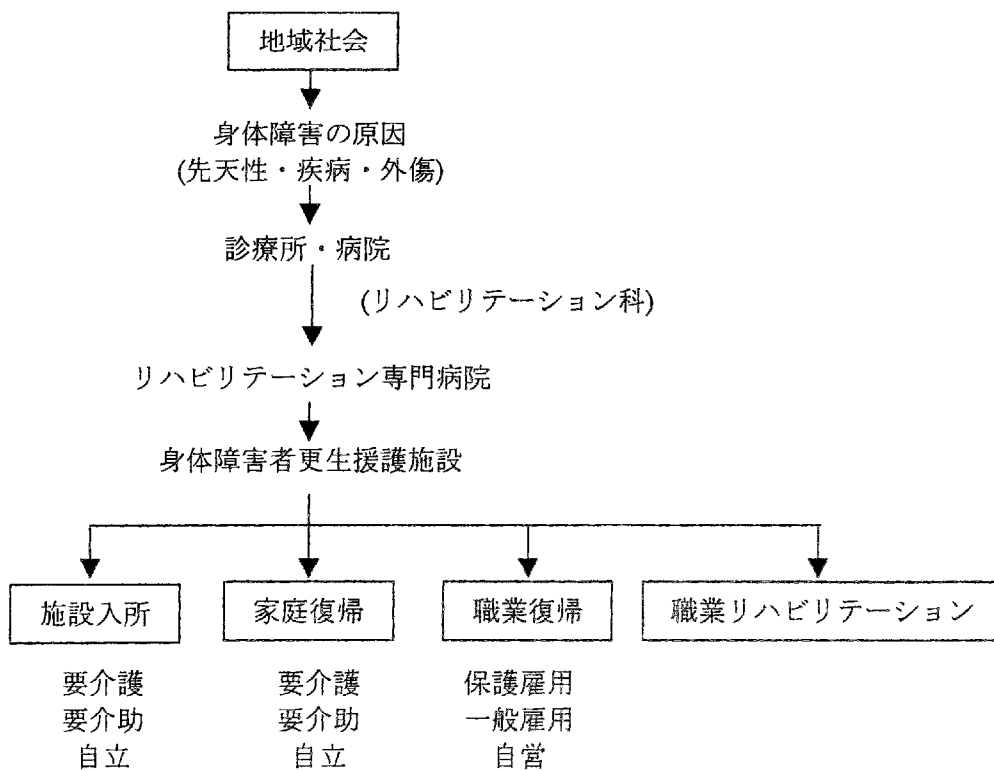


図-2 発症からリハビリテーション終了までの過程

理論的根拠	生体力学的アプローチ	発達のアプローチ	リハビリテーション的アプローチ
現象の見方	運動学 (機能・解剖)	発達原理 (記載学)	自立度
問題点	関節可動域 (ROM) 筋力 協調運動 耐久性	動作パターン 知覚・運動発達レベル 知的発達レベル 社会成熟度	目的動作の遂行能力 自助具の必要性 介助の必要性
方法	ROM拡大 筋力強化 協調運動の改善 ↓ 課題、装具	発達レベルの向上 ↓ 課題	補装具 自助具 環境調整 ↓ 援助
目標	回復 代償	向上	依存度の減少 自立

図-3 リハビリテーション医療における3とおりのアプローチ

	障害範囲	病理過程	傷病例	治療目的	専門職とチーム・アプローチ
I群	局所	可逆的	捻挫、腱鞘炎 など	疼痛・腫瘍の除去 可動域の拡大、筋力強化	理学療法中心
II群	局所	可逆的	骨折など	医学的治療・管理	少数の専門職のチーム・アプローチ
III群	局所 全身	非可逆的	切断、脊損 脳卒中など	局所症状への対応 能力低下への対応 環境・社会的対応	複数の専門職のチーム・アプローチ
IV群	全身	非可逆的 (進行性)	慢性進行性疾患 (筋ジストロフィー、 多発性硬化症など)	最適能力の維持 環境・社会的対応	複数の専門職のチーム・アプローチ

(Partridge 1980, 一部改変)

図-4 病理過程と障害範囲に基づいた分類とリハビリテーション

3 .プロジェクト実施体制

3 - 1 チリ側実施体制

本プロジェクトの運営・実施統括責任者はチリ厚生省首都圏東部衛生局局長であり、プロジェクト活動の技術面を中心とした日常の業務管理責任者が PACNRI 院長となる予定である。

プロジェクトに必要な人材の新規配置、新たなプロジェクト活動に係る予算確保については PACNRI、SSMO が権限を有しており、プロジェクトの活動計画策定にあたっては今後同局を交えた調整を要すると予想される。

チリ厚生省と PACNRI の組織図と所掌業務については事前調査報告書で説明のとおりであり、また PACNRI 内のプロジェクト実施体制も大きな変更はないが、念のため各協力分野における C / P 配置図を以下に記す。

部門	氏名	職名
(総括)	Dr. Patricia Mendez Zamorano	Director
Phisiatry	Dr. Patricia Martinezu Milla	
Nutrition	Ms. Irma Cubillos Cuadra	
Nursery	Ms. Rebeca Martinez Vicuna Ms. Marisol Rojas Vasquez Ms. Pabla Pena Pedraza	Nurse supervisor Nurse Nurse
Speech Therapy	Mr. Hernan Soto Peral Mr. Rodrigo Morales Ms. Angelica Gutierrez	ST Chief Speech therapist Speech therapist
Physical Therapy	Ms. Patricia Miranda Munoz Ms. Isabel Soza Leyton Ms. Marta Villalon Ms. Natasha Oberreuter Aburto Mr. Rodorigo Hidalgo Soler	PT Chief Physiotherapist Physiotherapist Physiotherapist Physiotherapist
Occupational Therapy	Mr. Jorge Lopez Tamaya Ms. Silvana Navarrete Oyarzo Mr. Francisco Olmos Gonzalez	OT Chief Occupational therapist Occupational therapist
Psychology	Ms. Jessica Menay Santos	
Social Service	Ms. M. Soledad Astorga Lagos Ms. Marcela Garcia Fernandez	Social service Chief Social worker
Orthopedic workshop	Mr. Jorge Lopez Tamaya Mr. Richard Ibacache Mena Mr. Luis Jara Gallardo	Orthopedic workshop Chief orthotic technitian orthotic technitian
orthopedic Surgery	Dr. Claudio Alegria Carranza Dr. Veronica Abdala Hirane Dr. Eduardo Tamblay	Surgery Chief M.D. Surgeon M.D. Surgeon

なお、プロジェクト運営管理部門を担当する C / P としては Administration 部門の Administrative Subdirector である Ms. Macarena Amador Vega も配置されているが、実体上、日本側業務調整の C / P となるのは言語療法士 Hernan Soto 氏である旨 PACNRI 側から言明されている。

3 - 2 日本側実施体制

(1) 実施概要と組織編成

日本が実施する内容は 我が国へチリ専門家を招へいして行う小児リハビリテーションの技術教育、 我が国から長期および短期の専門家をチリへ派遣して行う技術移転、 チリ PACNRI への機器供与の 3 項目である。

1) 我が国へのチリ専門家の招へい

日本においてチリ専門家が効果的な研修を受けることができるよう各種のリハビリ関連施設を連携したネットワークを形成する。このネットワークは、成人の総合的リハビリを実施する国立身体障害者リハビリテーションセンター、都道府県の代表的リハビリ施設等と重度心身障害児施設、脳性麻痺、二分脊椎症、四肢切断、先天性障害児等の理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、言語療法士 (ST) の活動を実施する小児整形外科関連リハビリ施設、障害児の通所サービスを実施する施設、重度のメディカルケアを行う小児病院等、障害児のリハビリに関係する特色ある施設を連携するものである。

2) チリへの我が国専門家の派遣

チリへ派遣した我が国のリハビリ関連技術の専門家の技術移転を実効あるものとするため専門家を派遣する。原則としてチリが希望する専門職種のもを派遣する。現在の時点で想定される派遣専門家は、神経内科医、リハビリ専門医、小児整形外科医師、リハビリ病院のマネジメントの専門家、地域医療の調査の専門家および PT、OT、ST、ケースワーカー、PO 等のリハビリ関連のコ・メディカル・スタッフである。これら職種のもを選定して必要に応じて順次 5 年間のプロジェクト期間中に派遣する体制を整備する。

3) 機器の供与

機器提供は、原則として PACNRI が実際に使用し、PACNRI のリハビリテーションサービスの改善に実効あるものを選定して供与する。小児リハビリおよび入院中の看護、身体障害児の療育指導、ケアに必要な一般的機器、専門職の特定のリハビリに必要な機器、各種の個別専門的、研究的リハビリに必要な機器の順序で提供する。各機器を提供する時期は毎年 7 月から 8 月頃派遣する専門家が現地でチリ PACNRI 専門家と協議して最終決定する。その詳細は現在および今後行う調査を勘案して検討する。

3 - 3 合同運営委員会

当該年度活動レビュー、次年度計画策定を行うため日本・チリ側が協議する場である。

当面想定される実施時期は日本の予算計画策定の都合上9、10月頃が望ましいとしてチリ側に説明。その他の役割として、3 - 4の実行委員会で処理が困難な課題を協議する場と位置づけている。チリ側からはPACNRI所長のほかに国際協力庁、厚生省国際協力室、SSMOの代表者の出席を想定。日本側からはプロジェクトのチーフアドバイザー、調整員、専門家代表1名のほかJICA事務所代表者が主な構成要員となるが、必要に応じ日本からの調査団が加わって対応することも考えられる。

3 - 4 実行委員会

プロジェクトの活動計画のモニタリング、その他日常業務の課題解決のために設置した。

PACNRIでは部門間の計画の調整が必ずしも十分でないことが以前より指摘されており、プロジェクト内のコミュニケーションの促進には本実行委員会の存在は不可欠である。

4 .プロジェクト実施計画

4 - 1 プロジェクトの要約

(1)上位目標

チリの身体障害者の生活の質が改善される。

(2)プロジェクト目標

PACNRI におけるリハビリテーションサービスが改善される。

(3)成果

- 1) 医療情報システムが確立する。
- 2) リハビリテーションプログラムが改善される。
- 3) 臨床研究が促進される。
- 4) リハビリテーション治療技術が改善される。
- 5) チリのリハビリテーション人材の水準が改善される。

(4)活動

- 1) - 1 臨床指標を用いたデータベース構築を行う。
- 1) - 2 データベース使用についてユーザー教育を行う。
- 2) - 1 入院、外来および地域リハビリテーションの患者の治療システムを策定する。
- 2) - 2 入院、外来および地域リハビリテーションの患者の新治療システムを実施する。
- 2) - 3 入院、外来および地域リハビリテーションの患者の新治療システムを評価する。
- 3) - 1 ドキュメントセンターの設置を行う。
- 3) - 2 研究方法について PACNRI のスタッフの訓練を行う。
- 3) - 3 リハビリテーションにおける主要研究テーマの同定および選択を行う。
- 4) - 1 新治療技術について PACNRI のスタッフの訓練を行う。
- 4) - 2 リハビリテーションの評価、診断、および治療に係る技術を再設計する。
- 5) - 1 リハビリテーション分野で、関連組織と協力して研修機会の創出を図る。
- 5) - 2 研修プログラムの設計および実施を行う。

4 - 2 各成果別の課題

(1) リハビリテーションサービスプログラムおよび臨床登録システム

リハビリテーションのサービスには、技術を用いて障害者にサービスすることのほか、その国が保有するサービスに何があるか、その情報を障害者に提供するサービスがある。

臨床登録システムは具体的には、PACNRI の治療における初期、中間、最終評価という経過を記録するデータベースのほかに、患者個人情報、地域における障害者の登録情報など様々なレベルのものが考えられる。

一方、現状では次項の治療技術にみるように PACNRI 自体の技術レベルの問題があること（特に手術対象患者以外の障害者に対する対応手段が現時点では少なく、体系化されていない）地域連携の具体的な構想が明らかでないなどの問題点がある。したがって、当面の2年間に行われる技術移転、それと同時に進められる調査結果を吟味してそれぞれの内容を定義していく必要がある。5年後に最終的なリハビリテーションサービスプログラムがどのような形で実現できたか、臨床登録システムがどのレベルのものまで包括化できたかにより本プロジェクトの効果を評価することができるであろう。

SSMO は、PACNRI を第四種医療機関から第二種医療機関へ格上げし、PACNRI の整形外科の手術を全面的に廃止して OT や ST のスタッフを充実強化している。また、チリ文部省は PACNRI において NGO が行ってきた障害児の教育事業を正式に学校として認定した。これらのチリの PACNRI に求める医療サービスの内容を観察するとここ2～3年ごとに変化しており政策的一連の傾向を表していると想定される。

しかし、現状では詳細が不明であるが、サービスプログラムは物理療法依存のものと療育を含めたリハビリのものが共存しており、いずれの方向に進みたいのか PACNRI が求める方向に対して協力する必要がある。

臨床登録システムは、各専門職が有するデータの共有化、データ処理に基づいて行う入院患者の管理のソフト面の整備、リハビリ評価尺度、テストバッテリーの整理から始める必要がある。5年後に完成された臨床登録システムの内容が本プロジェクトの一つの評価となる。

総合的リハビリテーション医療の確立は病院管理の効率化とかかわり、本プロジェクトの達成度を評価する主要な尺度となるもので、専門職種間の協力体制、ケース会議、チームミーティングの日常化等のリハビリ関係者の行動観察から PACNRI 病院における体系的リハビリ実施能力を評価するとなる。

現状ではプログラムの内容を構成する個別のリハビリ技術そのものの点検がないため具体的実施内容を詳しく述べることは難しい。

5か年計画の当面2年間は、PACNRI のリハビリ専門家の技術指導が中心で、これに必要な機器を提供し、機器と関連する技術指導から具体的に進め、中間評価会議を経て新たに検討

するのが妥当である。

(2)リハビリテーション治療技術の改善

リハビリテーション治療技術改善は本プロジェクトの中心的課題である。PACNRIの現状、課題を考えるうえで、PACNRIのこれまでの変遷を簡単に振り返っておくことが必要と考える。

1)PACNRIの役割の変遷

1920年にペニャロレーン療養所として設立された当初は、呼吸器疾患の専門病院であった。1940年代にポリオ後遺症患者の増加に伴って呼吸器疾患から運動器疾患の患者中心の病院へと移行してきた。1970年に手術室が整備され対象疾患の種類も多様となった。

1997年最初に訪問した際には、ごく最近改装された手術室があり、院長(整形外科医)を中心とした回診が行われていた。

その後、大きな変化が生じている。第一には1998年にチリ医療制度のなかでの本病院の位置づけが変わりInstituteと名称も変更されたことである。第二に、SSMO圏内の病院間の連携が提唱されてPACNRIの役割がこれによって規定されてきていることである。特に、第一の変更は、病院の国家保健基金(FONASA)内での評価あるいは職員定数上の改善をもたらした。

2)現状

患者受診のルート

資料によると、患者は公立・私立の病院からの紹介、特殊学校からの紹介であり、あるいは患者家族が希望して受診する場合もある。

まず、ソーシャルワーカーの面接を受け家族や経済状況が把握された後に、医師や訓練専門家に回される。そこで外来あるいは入院対応の必要性が判断される。

訓練の進めかた

PT、OTもそれぞれの簡単な評価表を記載して訓練に入る。訓練方法は、装具や器具を用いたものが中心であり、脳性麻痺などの筋緊張や姿勢のコントロールといった点の注意はあまり行われていない様子である。

回診あるいはケース会議自体は、1997年に一度見学しただけであるが、内容は整形外科の後療法的な印象が強い。異なる領域の訓練士間の連携などは実際にどの程度行われているかは不明である。

退院後の行き先

退院には

- a 入院の終了(入院期間の終了、外来へ)

- b 訓練の終了(定期的な医師の管理を受けることはある)
- c PACNRI からの退院(訓練による目標を達成し、その後は社会に委ねる)
- d PACNRI からの年齢による退院

などがある。

NGO 団体もいくつかサンチャゴ市内に存在している。患者が現実にはどのようなサービスを利用できるのかの情報が乏しいことが一つの問題である。

域内の病院間連携

SSMO 圏内ではカルボ・マッケーナ小児総合病院との連携が最も大きいと考えられる。整形外科的手術をカルボ・マッケーナで行い術後早期に PACNRI での訓練を開始し、定期的にカルボ・マッケーナの整形外科医が状況をチェックする体制がとられている。しかし、PACNRI は依然として手術の後療法を行うことがその役割の中心であり、手術対象患者以外の障害児のリハビリテーションをどのような役割分担で行っていかうとするかの全体的なシエマが提示されていない。これは実は、障害児の実態が正確に把握されていないことに関係があると考えられる。

関連する制度との関係

PACNRI の問題に関連して、病院活動の経済的裏づけである医療保険制度(FONASA、ISAPRE)の問題、障害者問題に影響力の強い障害者基金(FONADIS)、障害者認定にかかわる障害認定委員会(COMPIN)の仕組みを理解しておく必要がある。

(3) リハビリテーションサービス改善のための臨床研究促進

1) 現 状

具体的には臨床研究についての活動は説明を受けていない。各専門職がどのような研究報告(学会誌、学術集会における発表など)をこれまでに行っているかの調査が必要であろう。次に、各人の関心領域とそれに関連する基礎知識レベルがどの程度であるかの調査も必要である。

(4) リハビリテーション従事者の技能改善

1) 各専門職の教育について

卒前教育について

チリのリハビリテーション関連職種の卒前教育について、シラバス、インターネット等の公開されているチリ大学、カトリカ大学、バルパライソ大学、マジョール大学のカリキュラムを調査した。コ・メディカルの教育年限は、1995年よりの改革によりそれぞれ1年延長され現在の教育体系となっている。ただし薬剤、特殊教育教員、児童指導員、保育士

など PACNRI に在籍していない専門職は調査対象から外した(附属資料 参照)。

後期中等教育のレベルが比較上問題となるが、日本・チリの専門家の教育年限には以下のような違いがある。

日本・チリの専門職の卒前教育年限の比較

職種	日 本	チ リ
医師	高卒後 6 年	高卒後 7 年
歯科医師	高卒後 6 年	高卒後 7 年
栄養士	高卒後 4 年	高卒後 5 年
看護師	高卒後 3 年ないし 4 年	高卒後 5 年
作業療法	高卒後 3 年ないし 4 年	高卒後 5 年
理学療法	高卒後 3 年ないし 4 年	高卒後 5 年
言語療法	高卒後 3 年ないし大卒後 2 年	高卒後 5 年
心理	高卒後 4 年	高卒後 5 年
ソーシャルワーク	高卒後 4 年	高卒後 5 年
義肢装具士	高卒後 3 年	教育プログラム無し

カリキュラム内容を理学療法を例として日本(4 年制大学)とチリを比較する。制度の違いが大きく単純な比較はできないが、日本の基礎科目が 22 科目以上で専門科目数は 35 科目以上で合計 57 科目以上、チリは全科目数が 45 科目である。更に指導内容に踏み込んで調査を行う必要がある。

卒後教育について

現地調査を通じて、PACNRI のスタッフが参加していることを確認できた学会は「スペイン・南アメリカ言語療法学会」のみであった。この学会の会長は、マジョール大学言語療法学科長の Maria Eliana Gallegos であり、彼女はかつて PACNRI の ST であったとの紹介を受けた。他の専門領域にかかわる学術団体、職能団体については今後調査し、実態を明らかにする必要がある。学術雑誌への投稿や学術集会における発表、学術集会への出席、研修会への参加についても具体的に調査する必要がある。雑誌への投稿や学術集会における発表についてはリストの雛型をつけて照会中である。

臨床経験

PACNRI の専門職員の臨床経験(疾患別、障害別)および関与した内容について調査を進める必要がある。

専門領域の教科書、教材等

一部心理学領域では、米国における典型的な心理測定の教科書である Psychological Testing (Anastasy) の翻訳があることを確認している。各専門領域の教科書、教材等の調査を行い、専門技術教育の水準や内容を把握する必要がある。

まとめ

以上の検討から以下の諸点を調査する必要がある。 専門職が参加している国内・国際学会の有無、 学会参加、発表頻度、 各領域の専門学術誌、あるいは商業誌の有無、雑誌への投稿・寄稿の資料、および 臨床経験。

4 - 3 各成果別の活動

(1) リハビリテーションサービスプログラムおよび臨床登録システム

PACNRI における当面のリハビリテーションサービスには、入院患者の健康管理に関する看護サービス、移動を支援する義肢・装具の製作のサービス、OT、PT、ST が行う訓練のサービス、ケースワーカーが行うファミリーケアのサービス、入所者の教育支援のサービス等がある。

5 か年計画の当面 2 年間は、提供が決まったリハビリ技術関連の尺度および機器を使ったりリハビリテーションサービスの実施内容を観察し、個別のリハビリ技術が一定の水準に達したもののからリハビリテーションサービスのプログラムを製作する可能性を検討する。

(2) リハビリテーション治療技術の改善

1) 実施方法

リハビリテーション治療技術の改善について、PACNRI の訓練技術やリハビリテーションを行ううえで必要な管理システムの確立、PACNRI の地域における役割、チリにおいて障害者の置かれている状況についての公衆衛生的な調査に分けて実施方法を述べる。

訓練技術

装具や物理療法が中心に行われているリハビリテーション的アプローチをとる現状から、発達の視点をもった訓練手技を PACNRI スタッフに獲得してもらう。このことは対象疾患・障害に応じた治療手段のレパートリーを増し、リハビリテーション専門病院としての能力を向上させるためである。このためには PACNRI スタッフの日本国内での研修とその後の帰国時期にあわせた日本側短期専門家のチリへの派遣、チリでの研修会の開催などが技術移転の方法としては望ましい。

リハビリテーション医療の確立

患者の入院、外来での対応、診断、治療・訓練方針の決定、治療・訓練、その評価など一連のシステムを確立する。病院内の学校のかかわりについても考慮する必要がある。

SSMO 圏内での病院連携のあり方の検討

次項と関連するが、そのなかで SSMO 圏内の病院間の連携、更には障害児援助協会 (TELETON) との関係についても検討する。

チリ国内の障害児問題の把握

障害児を受け入れる社会的なサービス(施設)が存在するのか、家庭での受入れがどの程度行われているか。

COMPIN の仕組み、医療保険制度(FONASA・ISAPRE)の仕組み、FONADIS の関心などを調査して PACNRI の障害児に対するリハビリテーション医療はどのようにあるべきかを検討することが重要であろう。

(3) リハビリテーション改善のための臨床研究促進

本プロジェクトで行われる技術移転あるいはこれに関連する調査すべてが臨床研究の対象になる。例えば、ボバース法の導入について考えれば、1人の訓練士がその技術を獲得すること、その過程自体が研究となろう。地域のサービスの種類に関する調査もこれは疫学的な内容であるが臨床研究であろう。したがって、チリと日本の各々の専門家が自らかかわる分野について研究として目的意識をもって対応する必要がある。

1) 技術移転

PT、OT、ST、医師が研修する際に、その目的、目標、結果の評価、問題点の把握などを確認することが望ましい。

2) 調査

調査項目を明らかにして、チリ側スタッフあるいは関係者の参加を求めて調査を行う。チリ側・日本側とが綿密な連絡を継続的にもつことが大切であろう。

(4) リハビリテーション従事者の技能改善

1) 知識・新技術の導入のために

テキストの利用

新技術の導入にかかわり海外からの教科書の導入を推進する。

ビデオ等の利用

治療介入にかかわる新たな技法を導入するために、ビデオ教材を利用した学習の場を提供することが勧められる。

インターネットの利用

先端情報を系統的に収集し、業務に役立てることができるようインターネットシステムを設置することが勧められる。

教材の作成と実地訓練

チリのニーズに合わせた教材の開発を行い、この教材を用いて PACNRI の職員による実地訓練の機会を整備し、先進技術のチリ全体への普及を図るよう努める。

2) 専門職としての地位向上・プライドのために

学術集会、研究集会参加への支援

チリ内外の学術集会、研究集会への PACNRI 職員の参加を推進する。またこのような機会に PACNRI の職員が学術発表を行えるようにするために PACNRI における臨床研究を促進し、発表技術の向上を図ることが勧められる。

各種の統計手法の教育と統計処理用パッケージの使用法の教育

数年後を目途として日常的にあがってくるデータを処理し、科学的な結論を導きだせるように各種の統計手法を教育するとともに、この統計処理が行えるように統計処理用ソフトウェアの使用について訓練を行うことが勧められる。

仮説検証のための問題設定、抽象的概念から操作的定義までの理解を促進させる。

測定可能な変数を用いて問題を把握し、これらの変数を手続きにしたがって操作することで結論を導出したり、仮説を検証したりする習慣を身につけるように訓練を行う。

4 - 4 5 年計画

(1) 計画の方針に関して

- 1) チリが希望するチリにおける PACNRI の役割が必ずしも明快でない状況にあっては、R / D で決められた内容を状況に応じて柔軟に実施する。
- 2) 5 年計画を前半に 2 年間と後半 3 年間に区分して、前半 2 年間は今回求められた技術者の教育と器材の提供、器材を扱う技術者の教育に専心する。
- 3) 前半 2 年間はチリ PACNRI が物理療法と療育のリハビリのいずれに踏み足を置くのか、PACNRI に入所および通院する障害児の実地調査、更に PACNRI 周辺地域調査、スタッフの教育体制と技術水準等の正確な資料を調べて慎重な検討が必要である。また、PACNRI が障害児教育から職業教育へリハビリのゴールに向かうのか、その可能性はあるのか、あるいはその意向はあるのか等についても調査と検討が必要である。
- 4) 5 年計画の後期 3 年間は、前半の 2 年間で終了する時点で検討する。そのうえで予断を排し、2 年間の実績と今後の調査結果から再検討する。

(2) プロジェクト方式技術協力の具体的実施体制について

プロジェクト方式技術協力の掲げられた 3 項目 我が国へチリ専門家を招へいして行う小児リハビリテーションの技術教育、 我が国から長期および短期の専門家をチリへ派遣して行う技術移転、 チリ PACNRI 病院への機器提供の具体的実施は以下の点について留意して実施する。

- 1) 我が国へのチリ専門家の招へい

5年間のプロジェクト期間中に毎年度約3名のチリ専門家を招へいする。
当面2年間の各年度3名、合計6名のチリ専門家を招へいし、候補者を予定して体制を整える。
我が国の小児リハビリ関係機関と連携を取って、複数の協力機関のネットワークを編成する。
ネットワークに加わった我が国の小児リハビリ関係機関の簡略な特徴を記述した資料を各機関の承認を得て制作、これをチリ PACNRI へ事前に送付する体制を整える。
チリ PACNRI の推薦で招へいが確定した専門家に、我が国で研修希望の内容を確認する体制をとる。
チリ PACNRI の専門家の受入機関が決定したとき、受入機関と調整して研修プログラムを作成する体制を整える。
研修プログラムは研修目標、研修課題、研修内容を受入機関と協議して決める体制を取る。
研修評価を研修プログラムに組みこむ。研修評価は、研修開始時期、中間、研修終了時に実施体制の整備。
研修期間中の安全な生活環境と良好な精神生活の維持により、研修を実効あるものとする。

2)チリへの我が国専門家の派遣

5年間のプロジェクト期間中に毎年度約4名程度の派遣を予定する。
当面2年間では、初年度4名、次年度4名程度の派遣の準備をする。
派遣メンバーは当面2年間は日本側のプロジェクト実施に必要なを認める専門家を候補として準備する。
状況に応じてチリから特定専門家の派遣要請があるときは、これを考慮する。
当面2年間は、チリ PACNRI の状況の把握を中核に専門家派遣を考慮する。
派遣する専門家は、チリでの技術移転の内容、実施した成果等を帰国報告以外に必要なに応じて日本国国内委員会で報告し、今後の技術移転に生かす。

3)機器の提供

機器選定は、各年度夏季の専門家派遣時に最終的に決める。
機器選定は、原則としてチリから希望したものを検討の対象とする。
機器選定の優先順位は原則として次に順位で決定する。
順位1位：チリ PACNRI が現在保有すべきであるが保有していないもの。
順位2位：チリ PACNRI が現在保有して使用しているが、性能が不良のもの、耐用年数が経過したもの、類似の機能のもので実際は機能が大幅に異なるもの。

順位 3 位：研究および試行のため希望するもの。

機器選定に必要な専門家研修の必要が生じたときは、原則として研修を実施する。

機器の搬入、設置等は日本・チリ技術協定に基づき、実働できるまでは JICA がチリと協議してこれを保障する。

機器購入の総額決定は JICA が行う。

4 - 5 初年度活動計画

(1) PACNRI リハビリテーション関連職種専門家の日本国での研修

方針として指導的立場にある専門家および病院管理にかかわる指導者を招いて研修を行う。

(2) 短期および長期専門家のチリ PACNRI への派遣

(3) 器材の提供

供与した器材の設置と使用方法に関する支援を行い、供与器材が実質上使用される配慮を行い、実用が難しいものは初年度は除外する。

(4) 器材関連のリハビリ技術の指導

新しい機器、Measure、Tool 等を使うときは、これまでに PACNRI では実施されていなかったリハビリ技術の一部を形成すると理解されるので、これを新しいリハビリテーションプログラム形成の一環となるかどうか点検する。

(5) 実施しているリハビリ内容のコンピューター登録の支援。

(6) リハビリテーションサービスの評価に関する技術の支援。

(7) 小児リハビリ、神経内科、整形外科の短期派遣専門家メンバーを PACNRI へ派遣して、関連器材の選定およびその使用に関する指導。

(8) 病院管理、地域医療調査のメンバーを派遣して PACNRI 周辺地域のキリスト教会組織、親の会、その他 NGO の活動状況の調査、および SSMO および PACNRI の本プロジェクト実施に関する意向の調査。

