

CBRの概要とアジアでの実践

中西 由起子

I はじめに

70年代のおわりから開発途上国を中心に、従来の施設中心のリハビリテーションではサービスの恩恵を受けられなかった障害者に対する革新的アプローチとして community-based rehabilitation (地域に根ざしたリハビリテーション, 以下 CBR と略す) が話題になってきた。実際、国連では1982年に採択された「障害者に関する世界行動計画」、アジア太平洋障害者の十年 (1993~2002年) の行動計画「アジェンダ・フォア・アクション」においても、その採用を推進している。

しかしその名称が実態に先行して有名になるにつれ、自分たちの都合のよいような解釈での試行例が目立ってきた。一方先進国においても、開発を推進する NGO が CBR の流行に乗り遅れまいと、CBR プロジェクトに対して途上国の草の根レベルの人々の運営の意欲をそぐような過度の援助を競って行い始めた。

本稿では、CBR の概念を踏まえて、アジアを中心にその発展の実情と展望を考察する。

II CBR の概念

1. CBR の成り立ち

開発途上国では人口の70%以上が農村に居住

するため、大都市中心の医療やリハビリテーションのサービス制度では、地方の障害者にまで恩恵は届かなかった。WHO の推定では、途上国の障害者の2~3%しかリハビリテーション・サービスを受けているにすぎないとしている¹⁾。

過去30年貧困の撲滅を目標に進められた社会開発は、黒人の公民権運動、消費者運動、女性の社会参加、社会的弱者の自助運動のかたちで発展してきた。CBR もその流れに沿い²⁾、世界の各地でさまざまに試み始められた。1976年に WHO は PHC (プライマリー・ヘルス・ケア)³⁾ に基づいた新政策として CBR を採択し、CBR の手引書「地域での障害者の訓練」を発行した。同じ頃メキシコで地域ケアを実践したデビッド・ワーナーは「医者はいないところで」を出版し、インドネシアのハンドヨ・チャンドラクスマは村落の脳性マヒ児の巡回指導を始めた。CBR は、WHO の1978年のアルマ・アタの会議で採択された「2000年までに万人に健康を」を目的とする PHC 政策の一環として、新たな障害者施策を模索する開発途上国を中心に世界で注目されるに至った。

途上国の政府にとっては、すでに採用を始めた PHC の一環として CBR は推進しやすかった。CBR は、社会参加の機会に恵まれなかった障害者の70%に当たる農村に居住する人々を、草の根の運動の例にもれず、サービスの対象者

としてのみでなく実践者として発展してきた。

2. CBRの定義

1981年のWHOリハビリテーション専門家会議において初めてCBRが定義されて以来、いろいろな解釈が生まれてきた。そのためCBRの生みの親、育ての親である国連のWHO、UNESCO、ILOが合同で、「CBRとは、地域開発におけるすべての障害者のためのリハビリテーション、機会の均等、社会への統合のための戦略である。CBRは障害者自身、家族、地域社会の共同の運動、そして適当な保健、教育、職業、社会サービスによって実施される」と定義した⁴⁾。

まず地域レベルでCBRサービスの受け手が自己の生活上の政策決定に平等に参加する権利を保障しての参加奨励と、村の活性化、村おこしに通じる意識変革が基盤となる。

リハビリテーションのみからCBRを考えることは、医療的側面の重視といえる。しかしながら、大半のCBRプロジェクトにおいて最優先のニーズが医療や治療のための訓練であったり、CBRの情報の入手可能な立場にいるのがまず医療関係者であったり、さらに名称にR（リハビリテーション）がつくため、医療中心のリハビリテーションのアプローチとの印象をもたれている。CBRの多面的な性格への理解が欠如していて、医療の一分野とみなされることも多い。そのため、別の呼び名をつけようとの動きが80年代の終わりから出てきた。例えばILOは職業的自立をめざした草の根のプロジェクトをCBRと呼ばれることを好まず、CIP（地域統合プログラム）とした。しかしCBRという名があまりに浸透してきたがために、現時点までではどの団体の提唱する名前も代案として使用され

るには至っていない。

最初に述べたように、従来の施設に根ざしたアプローチ（institution-based rehabilitation、以下IBRと略す）では何年たっても障害者のリハビリテーション・ニーズに対応できなかった。ハンドヨのように「CBRはIBRと対立するものでなければ、それを補完するものでもない⁵⁾」という意見もあるが、IBRのアンチテーゼとしてCBRが提案された経緯がある。パドマニ・メンディスなどのCBRの実践指導に立ち会ってみると、CBRを始めるにあたってまずワーカーが集まったりコーディネーターが事務をとるオフィス兼集会場の建物を欲しがったり、CBRがある程度発展してくると母親を指導したり器材をおいたりする小規模センターをもちたがったりする地域の人を見る。CBRの精神は小規模施設化することでたやすく崩れる。サービスを提供する際には施設は必要ではなく、必要となるのはリファール（照会）の時である。CBRは反施設のアプローチであることを明確化させることは、後述するようなIBRに近いアプローチとCBRを混同する危険を回避するためにも、重要である。

3. CBRの目的

CBRは以下のような目的をもつ。

(1) 障害者の生活の質の向上

障害者が自分の生まれ育った地域社会で学習、職業訓練、労働、家庭生活、社会参加ができるように、リハビリテーションを初めとする各種サービスを提供する。そのためには、①インフラストラクチャーを含む地域社会の資源、社会サービス、保健、教育、住宅、交通などの一般的なサービスへのアクセス、②リファールによる専門的なりハビリ、訓練、相談事業へ

のアクセス、③ CBR ワーカーを初めとするサービス従事者のトレーニング・プログラムへのアクセスが保証されなければならない。

(2) 経済的で実行しやすいリハビリ技術の取得

適正な知識や技術を地域社会に移転することによって、地域にある材料で補装具、自助具を製作し、自宅でリハビリを行うことが可能になる。訓練を受けて CBR ワーカーや障害者の家族が技術を持つという上から下への技能伝達だけではなく、地域社会の人々が障害者を援助するのに最適な方法を話し合いながら模索していくことで、地域の中で技術交流が行われることも重要である。

(3) 地域社会の意識の向上

障害者の家族のみならず、障害者問題と関わりのなかった地域社会の人々が CBR に参加することで、従来の障害者への偏見がなくなっていく。障害者自身の参加を重要視しているため、障害をもたない人々が障害者との直接的な交流によって正しい障害者観を育み、地域社会の態度が変わっていく。

(4) 障害者のエンパワーメント

地域社会が障害者を受け入れるべく変化するのに比例して、地域参加によって障害者も自信をもって自己の問題に関し発言し、地域の問題にも意見を述べ、責任をもった行動を行うようになる。障害者の自助団体の結成は、そのよい手段である。

III CBR の実践

1. 推進のための政策

CBR を国の政策として採用する際に、地域から国に至る各レベルで先ず障害者に関する総合的、統合的政策を立案することが必要である。

その際留意しなければならないことは、①社会開発と経済開発のバランス、②障害者の政策決定への参加の奨励、③各種分野が統合された政策および計画の必要性の認識、④サービス提供のための制度、組織の構築、⑤資源の活用のため、組織間および政治の各レベルでの協力、⑥孤立化しサービスの面で遅れている農村社会のニーズの把握である。

しかし、CBR を政策の一部として取り上げる国が増えてはいるものの、その推進体制はいまだ不備で、統合的・総合的政策の立案までには至っていない。例えばマレーシアでは WHO のアプローチをまねて CBR が始まり、国民統一社会開発省社会福祉局は予算をつけて全州での推進をはかっている。しかし担当する各地のスタッフに CBR についての正しい知識がないために、地域にリハビリテーション・サービスを提供できる出張所を置く小施設化や、専門家の障害者宅訪問というアウトリーチ・サービスが大半となっている。提供されるサービスは医療リハビリテーションが中心である。

2. CBR を支える機構

CBR の発展のためには、以下のような機構が必要である。

(1) 障害者問題中央委員会

総合的政策を提言、調整、監督する国の委員会は、関係省庁をはじめ、NGO、特に障害者自身の団体の代表をも含む構成を取るべきである。委員会は CBR の発展を軸とする、総合的な障害者に関する施策の発展に不可欠である。

(2) リファーマル・システム

図 1 に記された 3 段階がサービス・ネットワークを形成し、連携してすべてのリハビリテーションを可能とすべきである。このシステムは

既存のセンターや施設と協力して作られなければならない⁶⁾。

(3) 障害者の自助団体

関心をもつ人々の積極的参加がCBRにとって必須であるなら、障害当事者のCBRの立案、サービスの提供、評価が重要となってくる。障害者は自分たちの団体を結成し、発言し、問題の解決案を示して行くことが求められている。リファールルの効率化、障害者問題委員会の強化のため、自助団体の結成は国、県、地域のレベルで必要である。

3. 実施方法

一般的にCBRは次のような段階を経て実施されてきた。

①村長、行政や地域団体の代表、障害者によるCBR委員会を地域で結成し、方針、プログラム、実施方法、評価について決定する。

②定期的奉仕が可能なCBRワーカーの募集⁷⁾、選考、図解されたCBRの手引書⁸⁾を参考とした専門家による訓練を行う。訓練はマニュアルに基づき、その使用方法に精通することが最初の目標となる。最初から長期の訓練を実施する

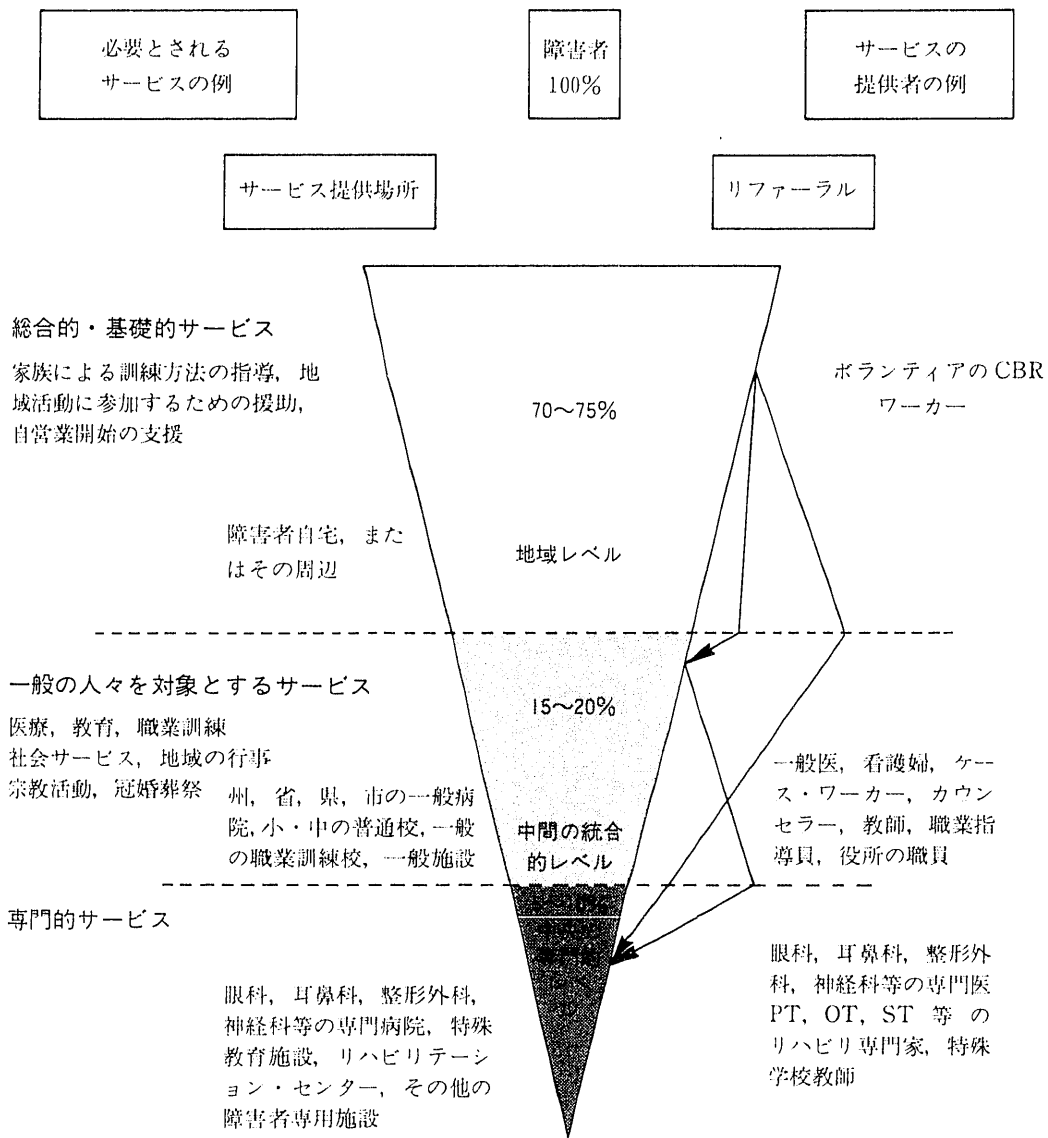


図1 CBRのリファールル制度

より、仕事の合間に以下の④の他に⑤や⑥の指導もできるような訓練を行った方がよい。

③障害者の調査を実施する。必ずしも正確な数は必要ではない。とりあえずどの程度のニーズに対応しなければならないかという情報把握と、CBRを開始するというPRを兼ねての調査である。サービスを始めて効果が出てくれば、家の中に隠れていた障害者やその家族がサービスを求めて連絡を取ってくる。

④家庭訪問によるリハビリを行うために、家族にマニュアルに基づいて必要な知識や技術を指導する。CBRの最も基本的な資源として家族を利用していくことは安易であるとの批判もある⁹⁾。しかし障害者のことを最も心配しているのは家族であるので、リハビリを提供しやすいようにCBRは障害者の家庭環境にも配慮せねばならない。

⑤地域で手に入る技術、材料を使い、補装具、自助具を製作する。

⑥正しい障害者観や障害予防の知識を育てるために、啓蒙キャンペーンを行う。

⑦評価およびフォローアップを行う。評価する項目には、①政府のやる気やNGOの支援、地域の参与、参加団体の責任を含むCBRの運営の方法、②リファーマル、障害予防や医療リハビリテーション、教育、雇用などに及ぶサービスの提供の制度、③障害者のADL等の機能、教育、職業、社会活動などの技能的観点の3つが含まれていなければならない。

4. WHOのマニュアル

CBRにとってマニュアルは重要な出発点になりうる。WHOのマニュアルは障害をもつ人々や地域社会のエンパワメントの源となる知識と技能を得るために途上国の障害者、家族、

そして地域社会のために用意された、入手可能な唯一の本といえる。国連ウィーン事務所、UNDP、UNESCO、UNICEFとWHOなどいくつかの国連の機関が制作にあたり、WHOによって出版された。

小冊子が1セットになっている。その小冊子の一つひとつが、障害をもつ個人および家族にあてられ、障害から生じた問題を克服する簡単な訓練方法を教えて、地域社会の人たちに知識と技能を提供する。分析したニーズに基づいて、例えば視覚障害者の部分では、お母さんに視覚障害の赤ん坊の扱い方、刺激の与え方、成長のさせ方について、障害をもつ年長の子どもや大人に関しては環境適応訓練やトイレに始まり調理をするまでの技術訓練の情報が提供される。

途上国、先進国を問わず一般的な7つの障害、つまり視覚障害、コミュニケーションに問題のある聴覚・言語障害、移動障害、ハンセン病、分裂病などの精神障害、知恵遅れ、発作による障害に分けられている。障害児の栄養不足の割合は障害がない子より高いので、すべての障害に関して、母親が赤ん坊に母乳をあたえることから始めている。普通の発育を促すための早期療法、家族と地域社会を対象としての教育の重要性と教育を受ける方法、障害をもつ女性には家事をこなしてできるだけ自立する方法、家で所得を得るプロジェクトなど、全てを網羅して、厚いマニュアルができあがった。

CBRに従事する人がセット全部を必要とするわけではない。家族にとっても小冊子2、3冊を使うだけで十分な情報が得られる。CBRワーカーが一人ひとりのリハビリテーション・ニーズを把握して、必要な小冊子を選んで障害者または家族に渡す。たとえ障害者本人に渡した場合でも、家族を巻き込むようにする。

移動障害者の訓練用小冊子では、最初に動きに問題がある人には障害がある可能性があることと、どういうトラブルがあるかの説明の後、小冊子の使い方、訓練の際の心得、家族が行う訓練方法と続く。訓練は、寝たきりにさせないために、障害者を運んでいく簡単な方法から始め、家族に手押し車の作り方を指導する。平行棒や歩行器、松葉杖の作り方も指導している。

家族を対象とした小冊子から成るパートに加え、LS（ローカル・スーパーバイザー）と呼ばれる CBR ワーカー用のパートと、地域リハビリテーション委員会、保育園と小学校の先生や、障害をもつ人々のみをそれぞれ対象としたパートがある。例えば地域リハビリテーション委員会用の小冊子では、障害をもつ人々のニーズに地域社会で対処するために、障害者の仕事を見つけるのに何をせねばならないかの項目をあげ、障害をもつ大人の所得創出の方法を教えている。

5. アジアでの CBR アプローチの採用例

WHO, ILO, UNICEF, UNDP(国連開発計画), ESCAP (国連アジア太平洋経済社会委員会)などの国連の団体は、国連障害者の十年の概念にも一致する CBR を、理論的、技術的、資金的に援助してきた。CBR は費用の点でも、施設の建設や運営より少額ですむとの利点があったので、NGO の途上国でのサービス・プログラムの中でも数多く試みられた。その結果、アジアの国の大半で CBR と名づけられたプロジェクトが実施されている (表 1)。

しかしながら、活動を支援する国連機関や NGO が一つの障害に対する知識や技術しかもたなかったり¹⁰⁾、そのサービスの対象を一定の年齢層に限っていたり¹¹⁾、地域改革を目的とし

ているのに団体から派遣されたスタッフや医療専門家が地域社会の力を信用せず運営を任せなかったり弊害があった。それ故、表 1 には種々の理由で村興しのように地域の活性化にまで至らないものも多く含まれている。それらは、特定グループのための地域レベル・サービスに終始し、本来の CBR に発展することができない。

保健婦や PT, 看護助手, PT 助手などが障害者の自宅や村の公共施設に直接行き訓練を行う専門家による在宅サービスは、アウトリーチ活動と呼ばれている。この場合も、地域の人々は知識や技術が得られず、参加の機会が奪われるので、CBR が意図する地域自体の意識の改革は難しくなる。

6. CBR の成功例

10年以上の CBR 実践の歴史をもち、インフラストラクチャーを含む地元の資源を活用し、障害者の社会サービスや保健、教育などの一般むけサービスの利用を可能にし、必要ならばリファーマルによる専門的なりハビリテーション、訓練、相談事業へのアクセスも保障しているような成功例は、アジアにいくつかある。

インドネシアのハンドヨによるジャワ島のソロ(スラカルタ)市を中心とする CBR プロジェクトは、その一例である。ユニセフが支援するため子どものみを対象が限定されたが、ネパールのバクタプールプロジェクトの成果もすばらしく、子どもの成長にともなって大人もサービスを受けられるように発展していくものと期待している。WHO のアプローチを使った成功例と名高いのは、フィリピンのバコロッドの CBR である。

(1) バコロッドの CBR

全国障害者委員会(政府の障害問題調整機関、

表1 アジアでの CBR の実践状況

国名	実施場所	実施主体	内容
東アジア			
韓国	ソウル市他2か所 北原州郡	保健社会問題省の指導で、韓国リハビリテーション協会 長老派医療センター	1985年にまずソウルの貧困地帯で開始された。WHOのアプローチをモデルとする。 PHCネットワークを利用して1987年に始まる。移動チームの家庭訪問や地域リハビリテーション・センターでの医療診断、理学・作業療法などを行っている。
中国	広東、山東、吉林、四川、内 蒙古を含む6省	公共保健省	1986年に広東の都市を中心にパイロット・プロジェクトが実施され、他の5州に広がる。WHOのマニュアルをもとに、プライマリー・ヘルス・ケアのワーカーが、精神障害者も対象として行う。
香港		香港リハビリテーション協会	Jin Hua街での都市型 CBR は成功している。WHOの方式に従い、1987年に都市型の CBR として実施される。1990年には2番目のプロジェクトが開始された。
東南アジア			
フィリピン	ネグロス・オキシデンタル県 バコロッド市などの10市町村 マニラ市他 カビテ、イロイロ、ゼンボア ンガ ラグナとダバオ セブ島のサンニコラスのバラ ンガイ ソルソゴン、グバット	ネグロス・オキシデンタル・ リハビリテーション協会 社会福祉開発省 保健省 障害者リハビリテーション十 字架協会機関 HACI (障害者の頼みの綱は キリスト) 地域に根ざした障害者開発プ ログラム	1981年に WHO のマニュアルを使って、フィリピン総合病院と障害者に関する全国委員会 (現 NCWDP) の指導で始まる。各種の障害者が対象。 ILO の指導のもとボランティアが障害者に自営業の運営など所得創出プロジェクトを始める手伝いをする。 1991年に既存の政府の保健サービス制度に統合化した試験プログラムを開始。 ラグナの場合は、6つの農村で15人のスタッフとボランティアが貧困者や障害者の家族の教育や予防を含むリハビリテーションを実施している。 1993年にバコロッドで研修を受けた障害者が始めた。 ハンセン病者を含むあらゆる障害者の医療、保健、教育、雇用を中心とした活動をしている。
タイ	ナコンラチャシマ県、ピサノ ローク県 コーラット県、ウドンタニ県 バンコク・クrontイ・スラム ナコンパノム バンチェン ノンカイ・ブンピサイ	公共保健省 タイ障害児協会 セイブ・ザ・チルドレン セイブ・ザ・チルドレン CBM メリノール・レイミッション アリー	1983年に WHO のマニュアルが翻訳され、そのパイロット・プロジェクトとして始まった。 1985年にコーラットの身体障害児を対象に始まる。公共保健省のプライマリー・ヘルスケアの制度を利用。各種障害者のカウンセリングと訓練。 オランダの援助で実施されている。
マレーシア	トレンガヌ州バツラキット、 ランカウィ、ポート・ディク ソン、メラカ他、69か所 タロック・インタン クアラ・トレンガヌ ラワング サバ・ベルナン ペラ州	福祉省 ベタニア・ホーム マレーシア盲人協会 マレーシアン・ケア マレーシア地域社会教育協会 サルタン・イドリス・シャー 障害者協会	1983年にパドマニ・メンディイスが CBR 訓練コースで教え、バツラキットで始めたものが、広がった。 プログラム・デサと名づけている。 1985年より農村の障害者を対象に始まった。
インドネシア	東ジャワ、南スマトラ他4か 所 ジャワ島中心部	社会問題省社会問題局 インドネシア障害児療護協会 (YPAC)	1979年より LBK (ロカビナカリア、地域で障害者が働ける雑貨店) を作ったり、ILO が指導して MRU (モバイル・リハビリテーション・ユニット、移動リハビリテーション・チーム) が直接障害者に職業指導を行うアウト・チーム型。 1978年にスラカルタ (ソロ) 市で始められ、周辺の地域に広がっていった。
ブルネイ		文化青年スポーツ省	リハビリテーションのセラピストが、地域のヘルス・ワーカーの協力で実施。

国名	実施場所	実施主体	内容
インドシナ			
ベトナム	ホーチミン市, ティエン・ギアン, ハイフン, ビン・ブ, ファなど ソントイ	保健省児童保健保護研究所 労働社会問題障害者省	スウェーデンのレッド・バナナ (セイブ・ザ・チルドレン) の援助で, 1987年に南から始まり, 北へと発展。メンディス博士が初めから指導にあたり, WHO の方式そのままで行う。 ユニセフの指導で1988年に始まる。いまのところ子どものための医療リハが中心。
ラオス	全国17州のうち13州 (ルアン・プラバン他)	国立医療リハビリテーション・センター	1978年より WHO の指導で計画が練られた。PT の役割を中心に果たすリハビリテーション・セラピストによる家庭訪問に重点をおく独自の方法。
カンボジア	プルサット州バカン郡	ユニセフ USAID	ノルウェーのレッド・バナナの援助で子どもを対象に始まったが, 活動の規模は小さい。 BIRCH (バカン統合リハビリテーション・児童保健) プロジェクトの一部として。すべての種類の障害者を対象とする。
南アジア			
パキスタン	パンジャブ イスラマバード, カラチ, ギルギット ベジャワール カラチのバルディア町 (スラム) ラホール・グルバーク (スラム)	マリア・アデレイド・ハンセン病センター パキスタン精神薄弱児福祉協会 (アミン・マクタブ)	ユニセフの指導で始まる。 ILO の援助で, 各地1か所にユニットを建設して障害者に職業指導。 知的障害児対象の特殊教育, 物理療法などを実施。 1976年にポリオやCPの人にサービスを始める。 特殊教育校のアウトリーチ・プログラム
ネパール	カトマンズ バクタプール ロータート バラ郡 バグラ ダン郡 カプレ郡 キルティプール	ネパール障害者協会 (NDA) ネパール盲人福祉協会 (NAWB) バクタプール CBR 委員会 NAWB ネパール盲人福祉協会 (NAWB) セイブ・ザ・チルドレン NAWB NAWB キルティプール CBR 委員会	ESCAP の援助で1988年に始まる。 CBM の援助で視覚障害者を対象としている。 1986年にユニセフの指導で始まる。各種の障害児が対象。世界盲人連合 (WBU) の援助で, 視覚障害者の歩行訓練, 農業技術訓練, 総合教育を目的とする。 東京ヘレンケラー協会の援助で, 1989年より始まる。視覚障害者を対象。 子どもを対象とし, 小規模。 南アジア協力会の援助で視覚障害者を対象としている。 ヘレン・ケラー・インターナショナルの援助で実施され, 視覚障害者を対象としている。 ユニセフの援助で, 各種の障害者を対象としている。
バングラデシュ	キシオルゴニ郡バイラブ・タナ ファリドプールの8タナ ナルシンディの4つの村 タンガイル郡	バングラデシュ全国盲人協会 視覚障害者向上フェローシップ BPKS (バングラデシュ障害者福祉協会) と VHSS (ボランティア保健サービス協会) ABC	1993年に15人の視覚障害者を対象に。 CBM の援助で医療と職業訓練。 カナダの ICACBR の資金で1992年に。 障害児者の職業訓練が中心。
インド	ケララ州 南インドのアンドラ・プラデ イシ カルナタカ州 マハラシュトラ州 デリーの東, 北, 中央部の10村	アーティック・スマタマングル地区の委員会 セバ・イン・アクション セバダム・トラスト アマー・ジョティ研究リハビリテーション・センター	WHO の方式を使い, 成功している。 セイブ・ザ・チルドレンの援助で子どもを対象に1977年より始まる。 1985年に22の村の子どもを対象に始められた。 ハンセン病者対象の職業訓練と雇用。 アクション・エイドの協力で実施している。
スリランカ	アヌラダプラ, ハンバントタ, カルタラ, マヌラ, クラナガラ ベルワラ, クルネガラ	サルボダヤ	ユニセフの支援で, 保健省, 社会サービス省, 教育省の協力で, 1983年にアヌラダプラで始まる。WHO のマニュアルを使用。 IHAP (国際人的援助プログラム) の援助で, WHO の方式を用い, あらゆる障害者を対象に1984年に開始。
ブータン	西部	レプロシー・ミッション	ハンセン病者に, 職業指導と医療を行う。

現在のNCWDP)がWHOからCBRの情報を入手し、農村の障害者にもリハビリテーションの機会を広げようと、1981年にネグロス・オクシデンタル県で試験的なプロジェクトを始めた。

そのとき協力をしたのが、VRHD(ハンディキャップ者と障害者のリハビリテーション・ボランティア)で、そのメンバーを入れて、中間の統合的なサービスと中央レベルの専門的サービスの両方を提供するネグロス・オクシデンタル・リハビリテーション・センターが1981年に県庁所在地バコロッド市にできた。NORFI(ネグロス・オクシデンタル・リハビリテーション協会)はリハビリテーション・センターの運営を通してCBRを支援する機関として設立された。

移動、視覚、聴覚、言語、学習能力における問題、発作、手や足の感覚喪失、異常な行動の8の障害をもつ人々がまずプロジェクトで対象とされた。彼らは障害が重く、身辺介助ができなかったり、他者との交流ができないがために、地域社会で孤立していた。その大半は子どもであった。

各バラングイ・キャプテン(村長)の協力で地域からボランティアが選ばれ、大部分は障害児の母親であった。国立フィリピン総合病院リハビリテーション医学部と全国障害者委員会のリハビリ専門家がマニラからきて、選ばれた人々をLS(ローカル・スーパーバイザー)と名づけられたCBRワーカーとして1週間訓練した。

訓練後も、LSはWHOのマニュアルの勉強会を週1回2か月にわたって続けた。家族による障害者の訓練がしやすいように、スケジューラを立てられた。LSにはまず3人の障害者が

割り当てられ、彼らの経歴、病歴を記したカード作りに取りかかった。LSによって発見された問題がある程度解決し、状態が向上したと評価された障害者の訓練は終了され、LSは自分の地域の別の障害者を担当した。

2年間の実地経験を経てLSの成績は向上し、各人が担当する障害者は10人になった。毎月交通費も出るようになり、報賞も与えられた。LSは毎日1~2時間、家事の合間をぬって障害者の家を訪問し、障害者の訓練に当たる家族を指導し、元気づけ、監督した。効果を疑問視していた地域の人々の信頼も増した。

プロジェクトの成否は地域の資源をいかに活用できるかにかかっていたので、集中的な情報キャンペーン、啓蒙キャンペーン、資金作りが始められ、LSによりバラングイでの話合いが進められた。政府や民間団体との協力と調整に力が入れられ、リファーマルによってそれらのサービスは利用されるようになった。

バコロッド市での5年間の試験期間を経て、プロジェクトは1982年にはタリサイ、1985年にはバゴ、バリアドリッド、ラ・カルロタ、カバンカラン、ポンテベドラの市町村に拡大した。

現在は、4都市(バコロッド、バゴ、カディズ、ラ・カルロタ)と6町村(タリサイ、バリアドリッド、プルパンダン、ポンテベドラ、カバンカラン、ヒニガラン)の184のバラングイに219人のLSが働く¹²⁾。LSの90%はプライマリー・ヘルス・ケアのワーカーであり、かつ母親クラブや青年会、宗教団体、地域組織の会長などの草の根のリーダーである。LSの監督と調整にあたる中間レベル監督者(ILS)として助産婦等が訓練され、毎月100ペソの交通費が支給されている。1993年度だけでも、1,643人の障害者が新たにサービス対象者として加わった。

WHOのマニュアルは引き続き使用されているが、最近ではデビッド・ワーナーのマニュアルも補完的に使われている。

NORFIは現在図2の運営体制で、医療的評価、理学療法、作業療法、言語療法、社会的サービス、心理学的サービス、補装具製作、歯科サービスなどを提供する。理事でもあるカメイヨ医師が毎日3～4時間無給で診察を行い、現場でCBRの指導もする。県と市から補助金を受けている。

CBRの発展に付随して、種々のサービスや活動が派生していった。

- ①地域に根ざした職業リハビリテーション・プログラム(CBVRP) — 障害者、重度障害者の家族とLSが対象。アヒルの飼育。

- ②地域に根ざした統合的生計プログラム(CBILF) — きのこと栽培、養鶏、牧畜、養魚場管理。

- ③プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) — 予防注射、家族計画、早期治療、漢方薬、救急法。IMPACT (国連主導で作られた障害予防のための国際的 NGO) の活動に協力して、そのプログラムの実施を CBR の中であわせて行っている。

- ④福祉機器の製作 — 地域で手にはいる材料を使用。村に根ざした適切機器の店 (VBAAS) では、HI (ハンディキャップ・インターナショナル) のボランティアより訓練を受けた障害者が車椅子や義足を製作。

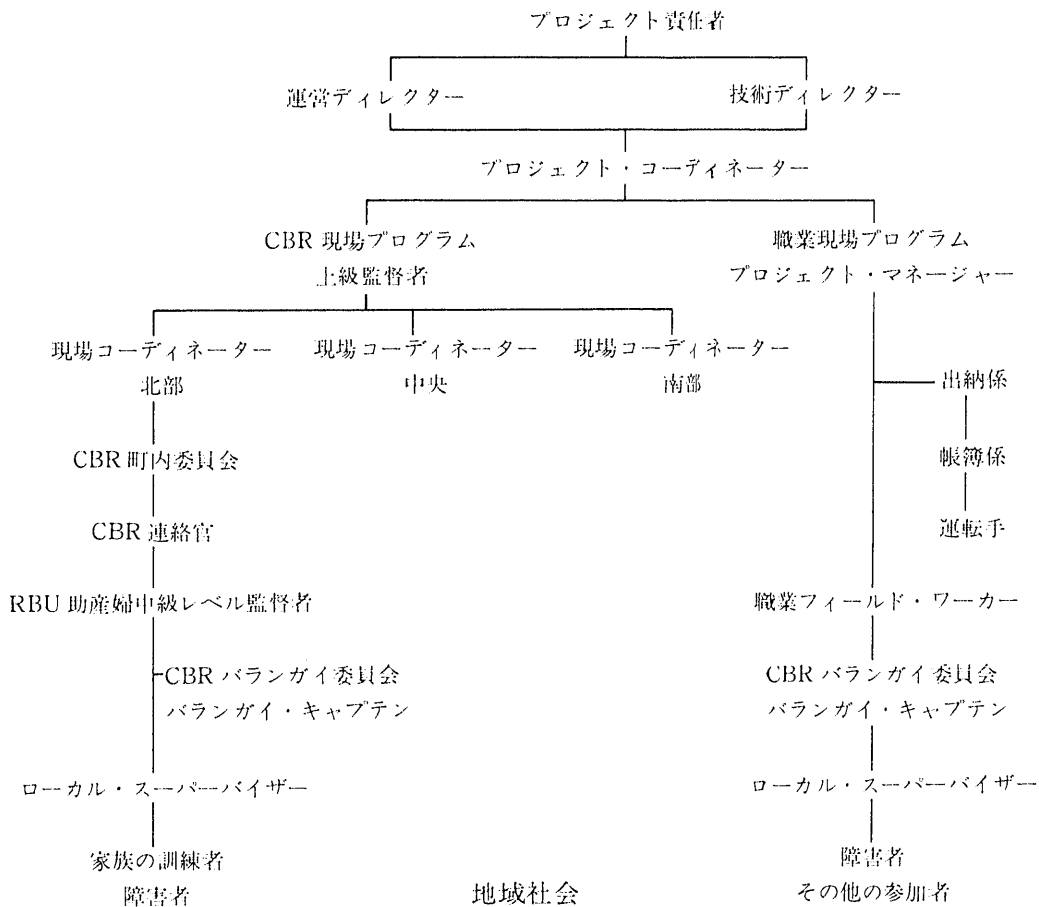


図2 NORFIのサービス提供体制

- ⑤家族、障害者とLSとの月例会—討論、研究、簡単な福祉機器製作の実演。
- ⑥障害者団体の結成 (ADP-N) —ネグロス障害者協会は、種々の障害者による自助組織。政治運動、レクリエーション活動などを行う。ここが中心となって1992年に障害者の全国団体KAMPI (フィリピン障害者連合) が誕生した。
- ⑦特殊教育 (SPED) —一般の小学校と士官学校が併設されている敷地に公立の特殊教育センターを作らせ、視覚障害、聴覚障害、知的障害の児童と障害のない児童との交流教育を推進。

国内の援助団体の他に WHO 西太平洋地区事務所、リライン協会 (Stichting Lilaine Fonds オランダの NGO)、HI (1991年より2人の障害者のスタッフのブレイスと義足の製造訓練)、庭野平和財団、CIDA、CBM (Christoffel Blinden-

mn Mission)、HPI (Hilton/Perkins International)、HKI (Helen Keller International、ビタミンA欠乏予防のMATAプロジェクト)の援助などがある。

バコロッドのCBRでの各種活動や援助団体との関係については、図3を参照してほしい。

(2) ソロの CBR

1978年にYPAC (インドネシア障害児ケア協会) が着手したCBRは、授産所兼3か月間のリハビリを行うロカビナカリヤ (LBK、全国に179か所) と、移動リハビリテーション・ユニット (MRU、27州に28ユニット)、5~10名の障害者の共同事業 (KUP、27州に4,040) から成る (図4)。LBKでは、ボランティアのワーカーが訪問調査、職業訓練、ガイダンス、識字教育、啓蒙活動を行って、障害者が制服縫製、手工芸、鶏やあひるの飼育、ラジオや自転車の修理、床屋、小物店、下請けの自営業を始めることを目

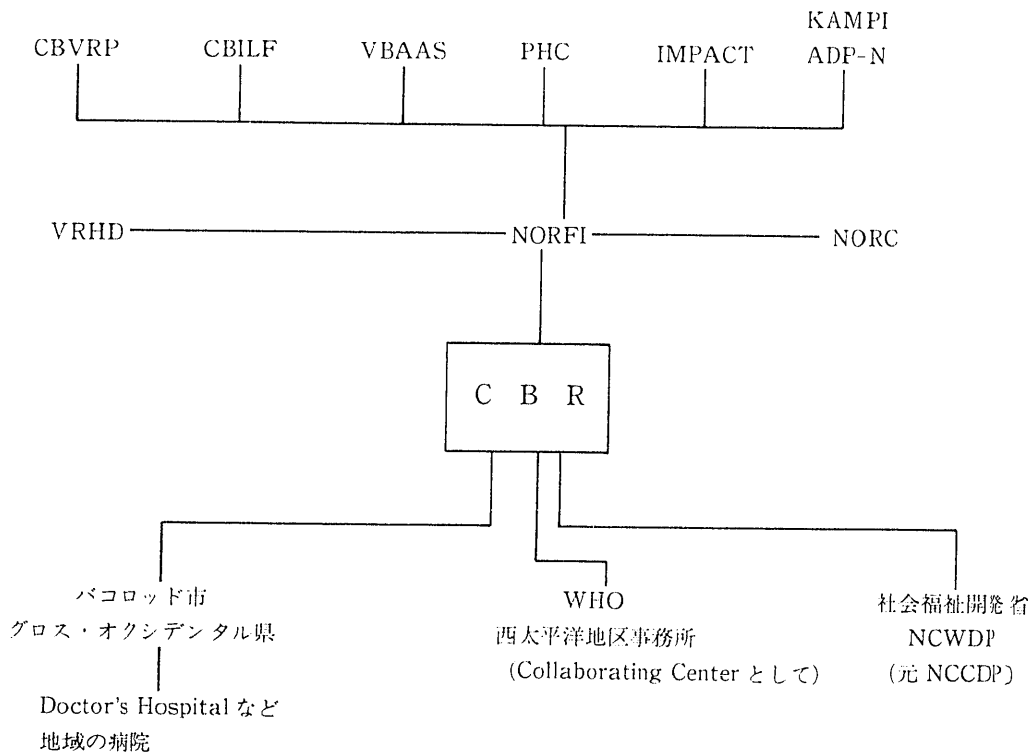


図3 NORFIのCBR実施協力体制

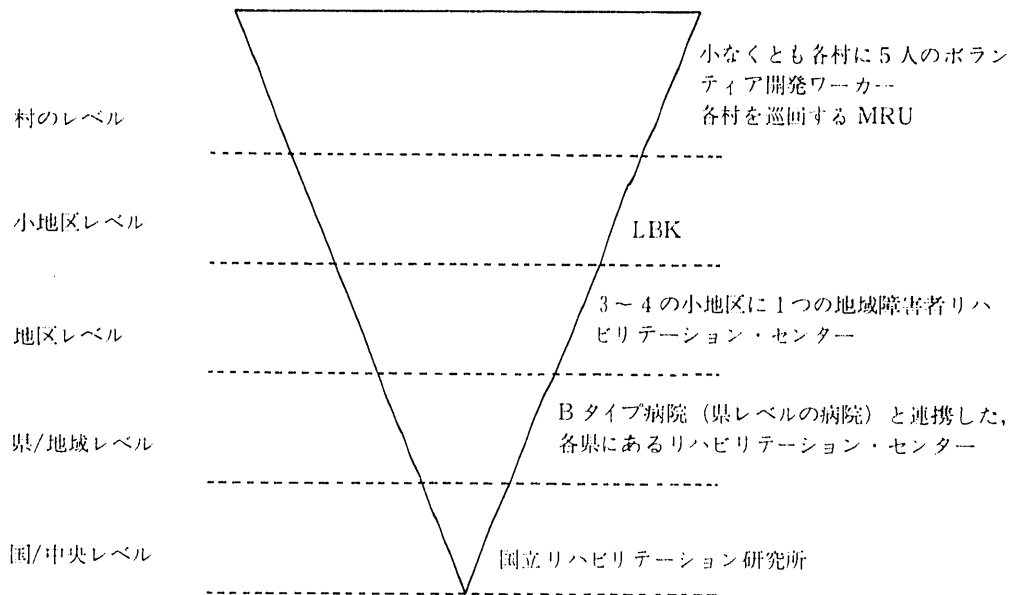


図4 インドネシア・ソロのCBRリファーマル制度

的としている。MRUは専門家チームによる技術援助を目的に、バスに専門家が乗り、農村をまわる。CBRのボランティア(カダール)となるのは、PKK(家庭福祉運動)である。LBKや施設でリハビリテーションを終えた障害者の就労のためには、小規模共同作業所であるKPUが作られた。

運営に当たっているのは民間の団体であるが、すでにこのCBRのやり方が政府の福祉政策として採用されている。そのため多くの障害者がサービスの恩恵を受けることは可能になった。しかし官製の婦人団体としての性格の強いPKKのメンバーを初めとする人たちが業務としてサービスを提供するため、他のCBRプロジェクトと比べてコミュニティの熱気に乏しいとの弊害も指摘される。

7. CBRと名づけられたその他のプロジェクト

既存の施設や団体が、その職員を各家庭におくり訓練や相談、情報提供に当たらせるアウトリーチ型が、途上国のCBRには圧倒的に多い。

例えば1986年7月に設立されたタイのFHC(タイ障害児協会)のCBRは、ナコンラチャシマ県、次いでウドンタニ県の県公衆衛生部、郡公衆衛生部、地方病院と連携し、15歳以下の障害児を重点に作成したリハビリテーション計画にもとづいている。FHCの担当者が家庭訪問を行い、機能回復訓練、発達訓練のほかに、リファーマルとして中央病院に送った子どもの状態や治療の結果を知らせ、家庭で訓練を継続するように家族にも訓練を受けさせている。

CBRと名づけられながら、一定の障害のみを対象とするプロジェクトもある。南アジアには視覚障害者対象のCBRプロジェクトが多く、地域で生計を立てさせる職業援助プログラムがその中心となっている¹³⁾。

1978年にバングラディッシュに障害予防、教育やリハビリテーションの援助、教師やコミュニティ・ワーカーの訓練、社会啓発を目的としてつくられたABC(盲児援助会, Assistance for Blind Children)は、1988年にCBRプログラムを始めた。ABCのフィールド・スタッフがタン

ガイル郡の2か所の農村の216人の視覚障害の若者をそれぞれの自宅で訓練し、事業を始めるための少額の貸付を行った。ローンは1年以内に分割で返却された。1990年にはミメンシン郡、カジプール郡、ダッカ郡の3タナ(村)で、1993年にはタンガイルの2タナで行われた。

IV 結 び

1. CBR と自立生活運動

CBRはリハビリの体制が不十分な途上国で有効なアプローチである¹⁴⁾。しかし先進国でも、CBRのアプローチは有効である。介助者やホームヘルパーの派遣や交通機関や建築物の利用を求めるアクセス要求運動や権利擁護運動をと

して、自立生活センターは地域で障害者のみでなく社会的弱者全般を対象とする相談事業、援助活動も行い、地域社会を活性化していることが、その有効性を証明している。CBRは、先進国の障害者の自立生活運動の概念に共通する。

その活動をCBRと比較してみると、CBRでは障害者を含む地域が提供するサービスのうち医療や保健のサービスが突出している(図5参照)。CBRはリハビリテーションや障害予防の活動から始まるので、プロジェクトを開始したばかりのところでは特にそれが顕著である。しかし、10年以上の歴史をもつフィリピンのバコロッドやインドネシアのソロのプロジェクトでは、雇用や経済面での支援サービスの量が医療・保健サービスの量に接近し、自立生活の図

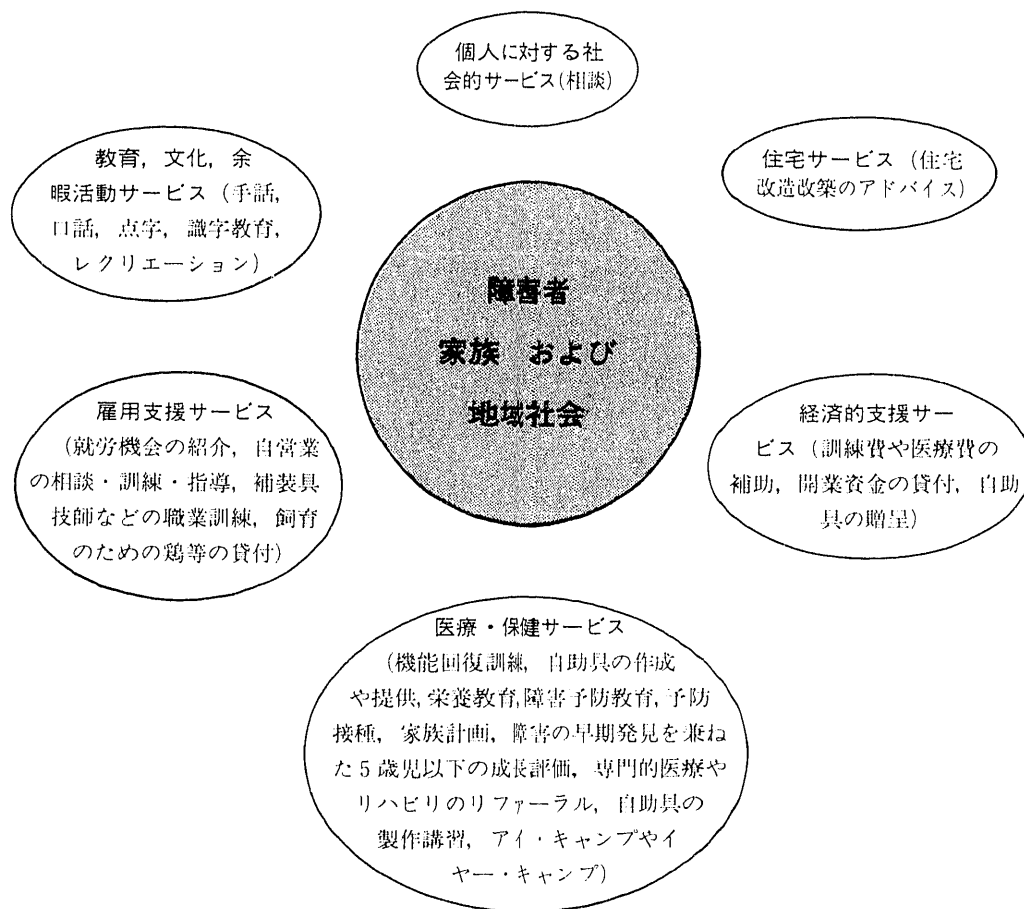


図5 CBRのサービス形態

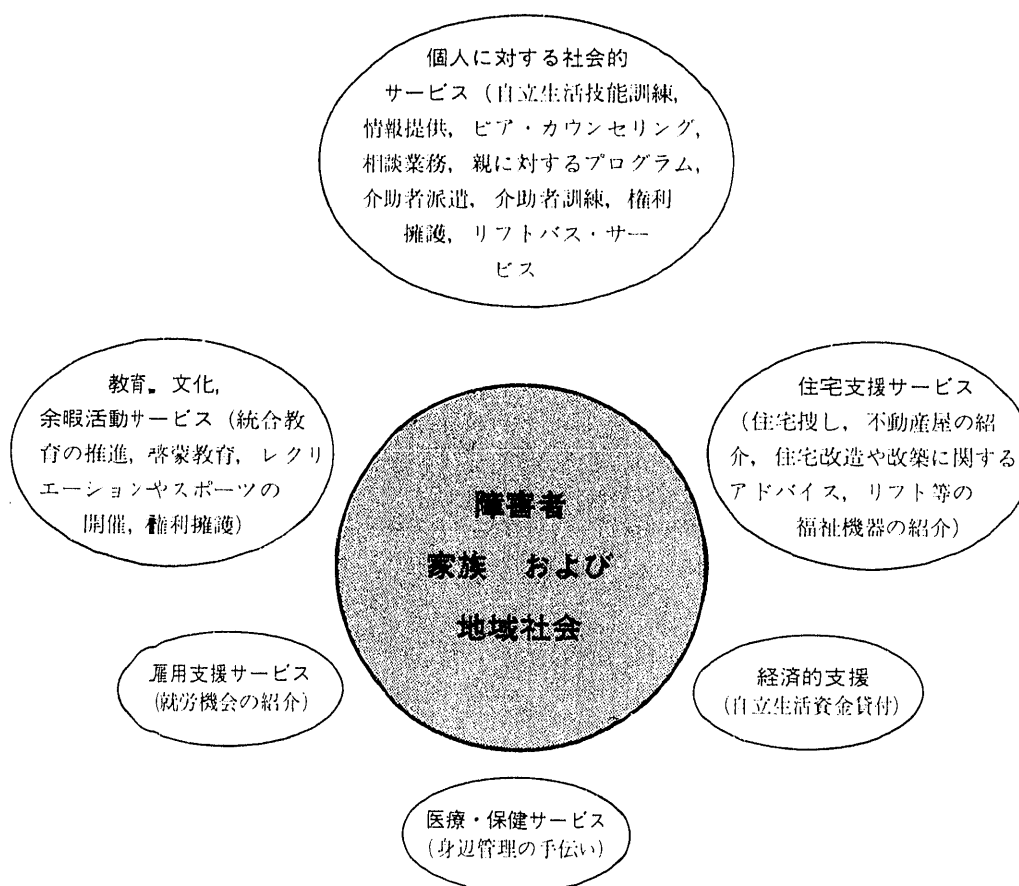


図6 自立生活センターのサービス形態

と近くなっている。

自立生活運動では、障害者自身がイニシアティブをとる。途上国でそれができないのは、障害者が教育や訓練を受ける機会に乏しく、意識も高まっていないので、障害者やその家族を含めた地域社会全体が CBR を推進していかなければならないからである。先進国では障害者も教育の機会に恵まれ、権利意識も強く、地域を動かして行ける力をもっているため、自立生活運動が成り立つ。

それ故、自立生活センターが提供するサービスでは、個人に対する社会的サービスや教育・文化・余暇活動サービス、住宅支援サービスが中心となっている(図6参照)。医療、保健、雇用、経済的なサービスはすでに公共機関や専門

的な NGO が提供しているため、障害者への物理的、精神的支援に力が注がれている。

2. CBR の展望

CBR は消費者主導の社会の動きに合わせて自然発生的に生まれた運動が、リハビリテーションの分野で体現化されたものとする。その先はサービスの提供者が主役となる自立生活運動である(図7)。実際フィリピンではバコロッドの CBR から生まれた障害者団体であるネグロス障害者協会が、日本の自立生活センターの哲学を勉強すべくスウェーデンと日本の自立生活センターの援助でセミナーを開催し、現在の経済的に限られた状況の中で独自の自立生活運動を試みている。

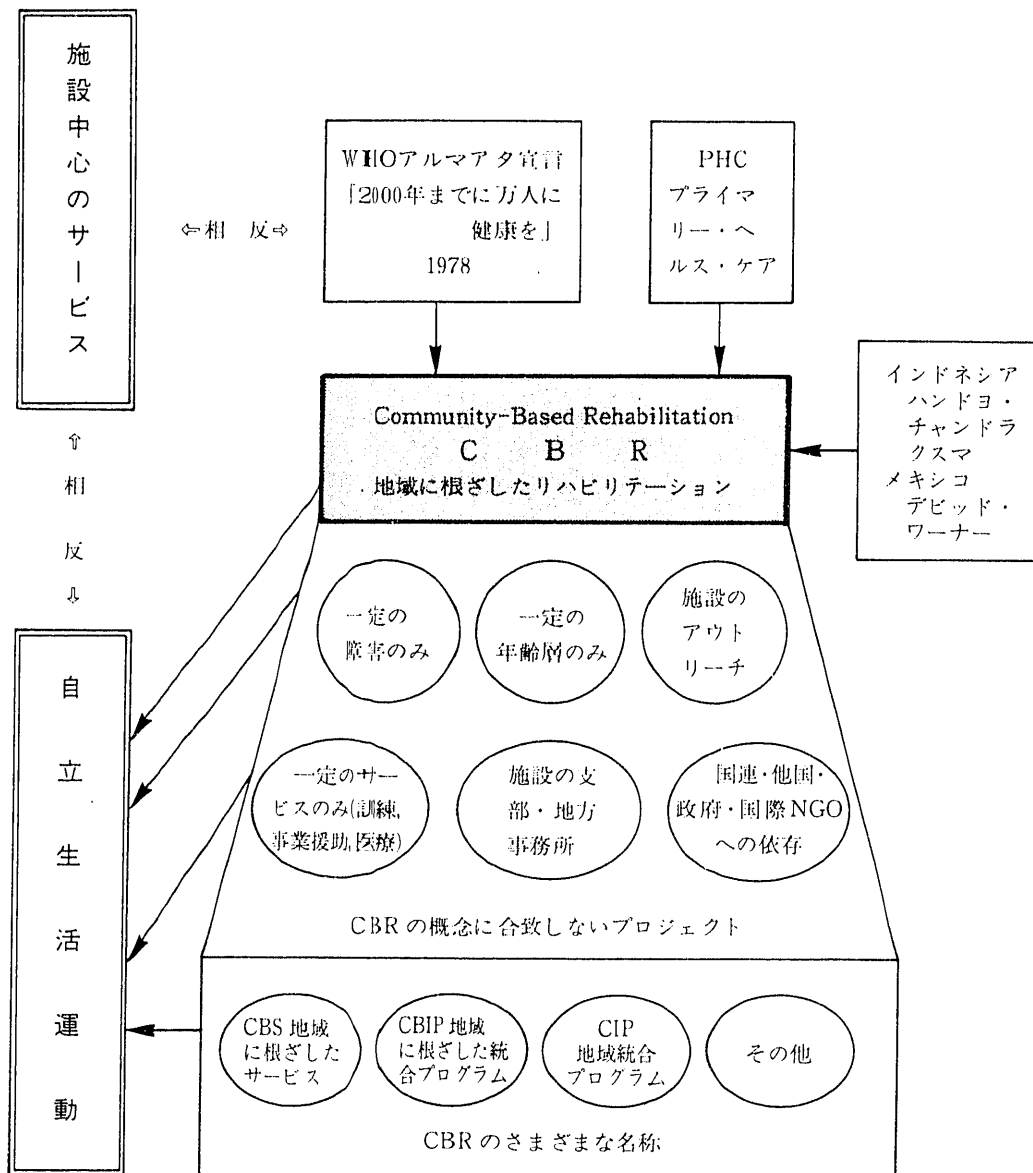


図7 CBRの展望

わが国でいわれている地域リハは、専門家主導のサービスを在宅訪問等の手段で草の根レベルに直結させているだけで、本来の意味でのCBRとは異なる。専門家が地域を主体とする活動に参加していくには、自立生活運動との密接な連携をとることが必要である。しかしその場合に専門家が自立生活運動の一端を担うのではなく、地域の人々を支援していく体制づくりに徹すべきである。現行の訪問看護やホームヘルパーなどの医療や福祉面でのアウトリーチ

活動は、その一例であろう。

CBRの今までの評価においては、ADLなど測定しやすい機能障害者の機能面での進歩のみが強調されていた。そのため、障害者の自立につながるCBRの成果にまで研究が及ぶことは少なかった¹⁵⁾。CBRが医療中心で進む限り、先進国の医療が高度に専門化されて患者との接点を失ったように、長期的な地域社会の発展への効果は目に見えている。

医療従事者が自己の技術や知識を惜しみなく

地域の人々に分け与えると同時に、彼ら自身が地域社会の一員として障害者の地域社会への統合を促進する種々のプロジェクトへ参加していくことが望ましい。また地域での最終的決定権はサービスの受益者、強いていえば障害者にあることを認識しておかねばならない。

注

- 1) Helander, E. et al. (1989), *Training in the Community for People with Disabilities*, World Health Organization, Geneva, p. 13
- 2) 「CBR 制度では、地域でのサービス設立の奨励と後半の段階でのサービスのリファーマル制度との連携によって、下からの開発を始めようと試みている」(Helander, E. (1992), *Prejudice and Dignity*, United Nations Development Program, New York, p. 92)
- 3) 「PHC の思想が革命的・革命的であるのは、これまで医療サービスの単なる受け取り手・対象だった「その人自身」が、サービスの主体・主権者になるという発想やパラダイムの変換が行われたところにある」(本田徹 (1994), *BON PARTAGE 公正な分配*, 68号, 1994年5月, シェア・国際保健協力市民の会, p. 3)
- 4) *CBR for and with People with Disabilities : 1994 Joint Position Paper*, ILO, UNESCO, WHO
- 5) *ICACBR Update*. Vol. 1.2, Sept. 1993, p. 2, International Center for the Advancement of Community Based Rehabilitation, Kingston (Canada).
- 6) Helander (1992). op. cit. p. 129
- 7) Helander (1992). op. cit. p. 125
ヘランダーは「ローカル・スーパーバイザー (WHO による CBR ワーカーの呼称) は、十分にやる気があり、読み書きができなければならない。」と規定している。
- 8) アジアの CBR の大半は、スリランカのパドマニ・メンディスを著者の一人とする WHO のマニュアル「地域における障害者の訓練」を自国語に訳して参照している。デビッド・ワナーはアメリカ人で、ハンドヨのように独自の発想に基づいてメキシコで CBR のプロジェクトを成功させた。彼の CBR のテキスト「医師のいない所」は、ネパールやバキスタンでは WHO のマニュアル以上に良く知られている。
- 9) 貧しく食べることも大変な家族にとっては、子どものリハビリテーションにかかる余裕がなく、たとえ余裕があっても親はセラピストのような目で子どもを見られず過保護などの問題が起きるので、家族による訓練はキチンとした支援体制がない限り難しいとの意見がある。(Coleridge, P. (1993) *Disability, Liberation, and Development*. Oxfam, Oxford, UK, pp. 87-88)
- 10) ABU, CBM などの視覚障害者対象のプログラムに多い。
- 11) レッド・バナナを含むセイブ・ザ・チルドレンや UNICEF は、ベトナムなどを例外として障害児のみを対象とする。
- 12) 1989年には108のバランガイに154人の LS が働いていたが、1992年には112のバランガイの134人の LS が3,307人のクライアントのケアに当たった。NORFIの1993年度の活動報告では、184のバランガイの219人の LS が4,155の障害者をケアしたように、著しい発展を上げている。
- 13) 南アジアでは視覚障害者を対象とする教育や訓練がその他の障害者教育に比べて早くに始まったために、歴史もある規模の大きな視覚障害者団体が多く存在する。後発の視覚障害以外の障害者団体はいまだ弱体であることが多いため、国際 NGO のカウンター・パートとなりうる信頼性に欠ける。それ故、CBR の分野で視覚障害者対象のプロジェクトが目立つのである。
- 14) 香港のようなかなり近代化された医療や社会福祉サービスを備えた国においても、1987年に第1期のプロジェクト、1990年に第2のプロジェクトを開始し CBR を推進しようとしている。香港政府保険福祉部リハビリテーション・コミッショナーの Allan Chow によると病院や障害者の自助団体の協力を得て、公立病院に作られた4か所の患者資源センター

での患者やその介護者へのカウンセリングと、病院の保険専門家のチームによる慢性疾患の人や障害者を訪問してのケアや教育プログラムを2本の柱としている。これはCBRではなく、日本の訪問看護や訪問教育と同質の地域レベルの活動である。

- 15) カナダのクイーンズ大学にある国際CBR振興センター (International Center for the Advancement of Community Based Rehabilitation) は、自立生活運動との比較を中心にCBRの研究を進めている。

参考文献

- ILO, UNESCO and WHO 1994 *CBR for and with People with Disabilities: 1994 Joint Position Paper*
- ICTA - AHRTAG (Appropriate Health Resource & Technologies Action Group Ltd.) 1986 *Appropriate Technical Aids for Disabled People: Ways and Means for Their Production in the Third World*, ICTA Information Center
- International Centre for the Advancement of Community Based Rehabilitation 1994 *ICACBR Update*, Vol.1 No.2.1, Queen's University
- UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP). 1989 *Community-based Disability Prevention and Rehabilitation: Guidelines for Planning and Management*, ESCAP
- 岡 由起子 1990 「機会の平等化におけるCBRの役割—アジアの途上国を例として」『リハビリテーション研究』 No. 64
- 久野健二 1994 『インドネシア・ソロ市CBR開発・訓練センターに対する技術協力第二次派遣報告書』 国際医療技術交流財団/日本理学療法士協会国際渉外部
- Coleridge, Peter. 1993 *Disability, Liberation, and Development*, Oxfam
- Zhao, Tizun. and Kwok, Joseph. 1994 "Development of Community-based Rehabilitation: Evaluation Research Guidelines", Paper presented at Manila Conference: Campaign '94 on the Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, Regional NGO Network for Promotion of Asian and Pacific Decade of Disabled Persons
- Sopapon, Samanya. 1994 「FHCのCBR」『チャーム・サンボン』 No. 34
- WHO Collaborating Center for Rehabilitation 1994 *Year-end Comprehensive Report*, WHO Collaborating Center for Rehabilitation,
- WHO Rehabilitation Unit. 1987 "Progress report on community based rehabilitation" Geneva
- WHO Regional Office for the Western Pacific. 1988 *Regional Medium-term Program: Rehabilitation*, WHO
- _____. 1991 *Report: Intercountry Workshop on Planning and Management of Community-based Rehabilitation Programmes*, WHO
- Choudhury, Monsur A. and Boem, Martin W. 1993 *Blindness Programs in Bangladesh: A Mapping Report*, Helen Keller International
- Chow, Allan. 1994 "Community-Based Rehabilitation in Hong Kong" Paper presented at the Manila Conference: Campaign '94 on the Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, Manila
- Thorburn, J. and Marfo, Kofi. 1990 *Practical Approaches to Childhood Disability in Developing Countries: Insights from Experiences and Research Project*, Memorial University of New Finland
- 中西由起子 1993 「CBRの現状と展望」『理学療法学』 Vol. 20 No. 7
- _____. 1993 「インタビュー—WHOのCBRマニュアルの著者パドマニ・メンディス氏」『障害者の福祉』 Vol. 13 No. 9
- _____. 1994 「地域に根ざしたリハビリテーション」小島蓉子・奥野英子編『新・社会リハビリテーション』誠信書房
- Nakanishi, Yukiko O. 1992 "Disabled Persons' Participation in Community Develop-

- ment," *RAN Journal Rehabilitation Action Network for Asia and the Pacific* Vol. 1 No. 1
- _____. 1993 "Empowerment through Life with Family: Key Role of the Family as Promoter of Equalization of Opportunities," *Handicaps' Digest*, Handicaps Welfare Association
- Negros Occidental Rehabilitation Foundation, Inc. (NORFI) 1993 *Year-end Comprehensive Report*, NORFI
- Helendar, Einar. 1992 *Prejudice and Dignity: An Introduction to Community-Based Rehabilitation*, UNDP,
- Helander, E., Mendis, P., Nelson, G. and Goerd, A. 1989 *Training Disabled People in the Community*. WHO
- 本田 徹 1994 『BON PARTAGE 公正な分配』 No. 68
- Momm, Willi. and Konig, Andreas. 1989 *From Community-Based Rehabilitation to Community-Integration Programmes: Experiences and Reflections on the New Concept of Service Provision for Disabled People*. ILO
- 山本正義 1993 『インドネシア CBR 技術協力派遣報告書』 国際医療技術交流財団/日本理学療法士協会国際渉外部
- Regional Committee, South Asian Region CBR Network 1994 *CBR Frontline Digest*, Vol. 1 No. 1
- Rehabilitation International/UNICEF Technical Support Program. 1993 *One in Ten*. Vol. 8 No. 1-No. 4 Vol. 9 No. 1-No. 2
- Werner, David. 1977 *Where There Is No Doctor*, The Hesperian Foundation
- _____. 1987 *Disabled Village Children*, The Hesperian Foundation
- (なかにし・ゆきこ アジア・ディスアビリティ・インスティテート代表)