

# 国連開発政策の許で進展する発展途上国の

コミュニティー・ベースド

## 地域に根ざしたリハビリテーション

—その構造と展開—

小島 蓉子

わが国はその経済発展と世界の世論に支えられて、近年急激に海外開発援助(ODA)に公・私あげて関心を示し始めている。事実、わが国の周囲を見わたすとアジア太平洋圏域には、国民の生存を自国責任で維持し切れないほど国家財政に苦しむ国々が多い。

ESCAP(国連アジア太平洋経済社会委員会)が管轄するこの圏域では日本、オーストラリアなどは先進工業国の先頭群を行くものの、40か国が発展途上国である。国連は1人あたりのGNP(国民総生産)が100ドル以下で、識字率などを考慮して発展が著しく後れていると認められる国々を後開発途上国(LDC)と称しているが、われわれの圏域には、そのLDCが11か国もある。とりわけブータン、バングラディッシュ、モルジブ、ネパールなどは、最低位クラスのLDCとなっている。こうした貧しさをかかえたわれわれの圏域に世界中の障害者の60%が生きているという事実によっても、これからのリハビリテーション政策はアジアの底辺に向ってそのサービスの浸透を図らなければならないという急務が理解させられるのである<sup>(1)</sup>。

発展途上国の殆どの主産業は農業であり、社会保障も社会福祉資源も未発達であるから、障害者らは種族集団や家族の相互扶助に頼って生きている。心・身の障害をもって生きる人々が、家族の情愛の中で生かされている場合は好ましいケースである。しかし、前近代的な生活の中

は容赦なく自然淘汰の原理が入り込むし、迷信もあり、余計に手のかかる人への怒りなどが直接的に表現されるので、障害者の生活は貧しさに加えての発展途上国故の困難も予測される。

そこで発展途上国での心身の障害者がいかなる環境と問題の中に生活しているかを考えてみることから始めることとしよう。

### I 発展途上国の援助提供にかかわる諸問題

#### 1 地域に見る諸問題

##### 1) 対象者の分散化

アジアの発展途上国の殆どどの住民は、山間や河に沿った村や離島の村落に住んでいて、未だ大都市への集中をしていない。山間僻地には交通、通信網も未発達で、情報が伝わらないと共に、リハビリテーション専門家のチームが1か所にあっても少数者しか利用できず、巡回サービスを試みても高い経費の割に利用者は少に。人口は過疎で集落の分散した発展途上国の農村地帯ではサービスの効率は想像に絶する悪さである。そのために、貧しい政府そのものが、保健やリハビリテーションからは顔をそむけてしまうのである。

##### 2) 障害者人口分布の不均等性

障害者の数や、障害の種類、問題の深さなどが、どこの村でも均等の分散をしているわけではない上、住民保健調査のような間接サービスには地方

自治体の予算がまわらないので、国が援助を計画しようとしても見通しがつきにくい。

### 3) 専門家人力の不足

発展途上国でのリハビリテーション専門職者は数えるほどしか居ない。しかもこれらその国での希少な専門家はよい仕事があり、働く条件の整備された中央政府のある大都市に集中する傾向がある。そして仕事、生活にも不便な農村地帯で住民のリハビリテーション援助に当る専門家などは、全くといっていいほど不在である。

### 4) リハビリテーション技術

高度の理論と訓練の中で生まれる今日のリハビリテーション技術の殆んどは、先進工業国で開発され、法律と学問によって体系化された。だが生産性に貧しい国では社会条件や下部構造インフラストラクチャーが不備であるために、技術が生かされないという壁に阻まれる。故にリハビリテーションのための医学、社会福祉学、教育、工学、などは何れも未開発のまま、である。

### 5) 補助具、自助具の不足

自助具、補装具などの開発は普通、都市の病院や研究所でなされ、先進国からの機器の輸入業者も都市に集中している。発展途上国での機器は未だ貴重品で障害者生活の実用には供されて居らず、多くの障害者は、不自由なまま、制限されたままの生活を余儀なくされている。

### 6) 民間団体の援助能力の限界

政府の行うサービスに補完的な役割を果す民間団体(NGO)が発展途上国にも無いわけではないが、民間団体の援助は一部の有力者のデモンストレーションになりがちで、未だ多くの一般障害者を潤すだけの財源にも乏しい。

### 7) リハビリテーションにまで手がまわら

#### ない発展途上国の社会福祉政策の限界

発展途上国は満たされない住民ニーズの塊りである。大量貧困、飢餓、民衆教育の欠如、水利・

道路・治安の問題など、政府予算は一国の発展のために優先される問題の順に使われていく。弱者の求めるリハビリテーション政策には収入部門が伴わないので、最も後廻しの政策順位に追いやられてしまうのである。

## 2 施設におけるリハビリテーションの限界

発展途上国には自国のやり方に自信をもつ医学や社会福祉実践が発展していないため、発展途上国にある少数のリハビリテーション施設は、時に外国や宗教組織の援助に頼ったり、施設のあり方も外国そのもののコピーに陥ってしまっている所が多い。施設別の措置費の仕組みをもっている国も少なく、施設があったとしても極めて少人数の障害者が消極的に長期滞在する所となっている。

また、発展途上国の施設の運営は、一般に経営に柔軟性がなく、一度入所すると施設に入れたまま、外界の人間関係から完全に隔離してしまう傾向があり、それではリハビリテーションの意図に反してしまうことに終る。

かように八方、手のつけようもない大量貧困の中の障害者の生存を考える時、「世界人権宣言」を採択した国連は、アウトサイダーでは居られない。貧困と無力な障害者の存在との悪循環を断ち切るためにも、人の生存にとって最も基本的な保健問題を扱うWHO(世界保健機構)から、1970年代には発展途上国の人権問題へのメスが入られた。

## II WHOの介入とCBRの発生

発展途上国の人々の保健福祉問題を憂慮してきたWHOは、以上のような発展途上国の医療問題、地域問題の把握に立って、人々の生存を守る政策の実施にふみ切らねばならなくなった。

1977年、WHOの世界保健会議(World Health Assembly)は、WHA30.43決議を公けにした。その決議は次のように述べている。

「各国政府とWHO(国際保健機構)とが、今後10年単位で達成すべき課題の目標は、2000年までに世界中のすべての人々に一定水準の保健を維持させるように努めることである。それによって人々に社会的、経済的に生産的な人生を得せしめるものである」としたのである。そしてプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)に関するアルマ・アタ国際会議(Alma-Ata International Conference)がソ連のアルマ・アタで1978年に開催された。

アルマ・アタ会議は、PHCを地域における主要な健康問題とし、それに続く、促進的、予防的、治療的、そしてリハビリテーション的なサービスをPHCに継続して完全に実施されるべきことを申し合せた。

WHOはその会議を受け、次の2つの方策から、障害の予防とリハビリテーションに連結するPHCアプローチを取り上げることにしたのである。

その第1は、“インペアメント(欠損・機能不全)の軽減を通じての障害の予防”である。この方策は保健部門の人々ばかりでなく、親、家族員及び有資格の専門職員のスーパービジョンのもとで初期に問題を発見すべく訓練を受けたコミュニティー・ワーカーを巻き込んで行うものであること。もしもインペアメントがすでに発生してしまったものであるならば、それが生涯にわたる能力損傷(disability)という第2次原因に転化しないよう、予防しながら能力損傷を最少限に喰い止めるように障害拡大予防に努めることである。

第2が、“スーパービジョンまたは移送(referral)の適切なシステムを作り、少い資源をフルに活用するリハビリテーションを供給する。また、地域の人材を少数の専門家<sup>で</sup>訓練しスーパービジョンで生かすコミュニティ・ベースド(地域に根ざした)援助システムを作り上げることである。

発展途上国での障害原因を分類すると、(1)栄

養失調、(2)伝染病後遺症、(3)親の養護の失敗、(4)事故となる。これらの問題の結果が損傷や機能不全に陥ちいることは、何れも“予防しうる”ことであるとする。予防とは障害の発生及び、リハビリテーションへのニーズを最少限に喰い止める努力である。予防せずして放任した不自由の結果を後で正常へと戻そうとしても、それは障害者自身にとっても、また援助をする側にとっても経費と時間のかかる至難の業になる。

しかし、予防の強調ということは、リハビリテーションの重要性をいささかも否定することではないとWHOは説く。障害の発生は必ずしも予防可能だと言い切れない。だが、リハビリテーションを早期に、かつ効果的に行うことは、第二次障害の発生を予防し、また生産的生活に対して障害者の可能性を建て直すことにもなるのである。

かような議論を重ねて、WHOは、障害の予防とリハビリテーションの開拓的なアプローチを導入した。それがコミュニティベースド・リハビリテーション(CBR=地域に根ざしたリハビリテーション)と呼ばれる方策で、この新しい概念は、発展途上国に焦点を当てたものであり、WHOの“HFA(2000年までを目標にした万人の保健=Health for All by the Year 2000)”という戦略の方法となったのである。

### III CBRの原則と構造

#### 1 定義

CBRとはWHOが生み出した用語で、その定義において、「CBRとは、機能障害者、能力障害者及び社会的に不利を蒙った人々自身、及びその人々の家族と、地域全体を含む地域<sup>コミュニティ</sup>の諸資源を用いてリハビリテーションを実施し、かつ障害者の援助システムを創造するために、あらゆるコミ

コミュニティのレベルが試みる諸方策を統合して行う草の根からの障害問題への挑戦である」としている。

## 2 原則

地域に根づいたリハビリテーション・サービス（C・B・R・S）の精神は、平等（equality）、連帯（solidarity）及び統合（integration）である。

### 1) 平等

1948年に国連で採択された「世界人権宣言」は、障害の有無に関係なく、すべての人々が社会サービス、社会保障、及び全人類の経済的、社会的及び文化的権利の実現のために対等なアクセス（利用可能性）への権利を持つことを肯定したのである。

だから障害者に平等で基本的な権利を提供することは、単に人道的な配慮からではなく、むしろ、社会経済的原則に基づくものである。これらの権利を享受することは、人間の尊厳と自信を心の中に育て、生産的な構えを助長し、個人の能力を拡大させることを以て障害者が自らの属する国家の発展にも貢献するのだと見ていることである。

### 2) 連帯

連帯とは領ち合うこと（sharing）である。人間は、お互いに支え合う責任をもっている。この原則は、社会成員の誰かが援助を必要としている場合に殊に重要性を増す。

資源を領ち合う行為は、一家族内の自発的行為に始るが、発展途上国の大家族の中では殆ど相互援助が今でも行われていると考えられる。

先進工業国でも、発展途上国でも、共にニーズをもつ集団と他の集団との間で資源の流用のための工夫がなされる。それが社会保障の原理に立つ障害手当、失業手当金、老令年金などである。

### 3) 統合

障害者は、社会の一般の人々が競合する社会・経済活動の中に参加しようとしても、時に拒否されるということが起る。統合が達成されるには本人が一般の人々に互して生活していこうとする前向の心をもつと共に、社会一般の人々が障害者も自らのニーズを達成し、人生の目標を求める権利主体であると認めることから出発しよう。障害者に平等な機会を提供すれば障害者の大多数は自律して課題を達成し、またそれらによって社会の発展にも十分寄与しうる人々であるとWHOも確信している。

## 3 CBRのパラダイム

地域に根ざしたリハビリテーション・サービス（C・B・R・S）は応用性のあるリハビリテーション供給網である。WHOは、ヘルス・ケアが行われる様々の社会活動機能レベルの中にリハビリテーションを位置づけ、異なる領域同志の移送と交互作用を展開する一連の援助ネットワークのパラダイムを提示した。（図1参照）

ヘルス・ケアの段階には、基礎地域のレベル、次が一般（中程度）サポートのレベル、そして、専門サービスのレベルがある。

では、その第1から説明してみよう。基礎地域は、障害者自身と、家族員と、コミュニティ・ワーカーで構成される。このレベルは既存の地域機関と、地域の中で機能している政府、非政府（NGO）の組織を含んでいる。基本的なりハビリテーション援助は家庭や障害者が生活する場といった自然的な環境の中で提供される。

地域の中に見出されるボランティア・ワーカーを、WHOでは“地域スーパーバイザー（Local Supervisor）”と呼んでいる。これらの人々は地元で採用され、初歩的で簡単なリハビリテーションの技術とその応用について訓練を受けたコミュニティのボランティア・ワーカーである。地方ス

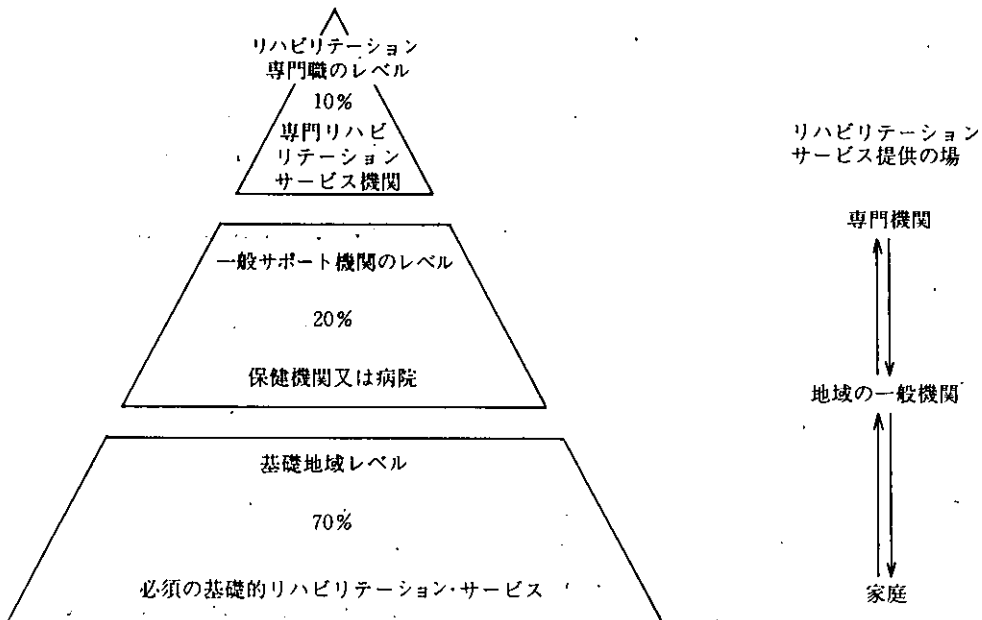
図1 地域リハビリテーションの組織モデル

ヘルス・ケアのレベル	資 源	課 題
専門サービスレベル	医学的リハビリテーション 職業リハビリテーション 特殊教育 ソーシャル・サービス	地域に刺激を与える調査研究事業 専門サービスの強化 専門スタッフの育成
一般的(中程度)サポートレベル	現存する一般サービス 保健関係者—医師 看護婦、補助職員、 ソーシャルワーカー、 教師など	関連機関の職員へのリハビリテーション教育 リハビリテーション・ワーカーのスーパービジョン 地域スーパーバイザーへの移送 事業の計画化 事業の運営
基礎地域レベル	家族/障害者自身	リハビリテーション家族訓練員の養成 ケースの発見、評価、動機づけ、指示、スーパービジョン、後指導 支援協力活動
	地域リハビリテーション・ワーカー 地域スーパーバイザー	
	地域援助活動 市民の援助組織	

WHOモデル82135の応用

コミュニティ・ベースド

図2 地域に根ざしたリハビリテーションプログラムの実施状況



- (注) 1. 発展途上国では専門リハビリテーション機関にのみ依存しなくてもCBRによる住民参加と移送により、すべての人々に基礎的リハビリテーションを分配できるというWHO提案の模式化  
 2. %は問題解決のなされた実績

スーパーバイザーは戸別訪問によって障害者のケース発見を行い、障害者の所在を確認すると共に、いかなる種類のリハビリテーション・サービスを必要としているかを識別する。障害の判定（アセスメント）が行われた後、地方スーパーバイザーは、「手引書」<sup>(2)</sup>を参考に、家族の中で在宅でリハビリテーション訓練に携われる家族員を訓練者として訓練し、その家族訓練員が在宅で障害者にリハビリテーション訓練を与えるようにさせる。その地方スーパーバイザーが、障害者を在宅で訓練する家族訓練員の活動状況を評価し、更に必要ならば一層の訓練を受けさせることもある。

第2の一般(中程度)サポートレベルは、高度の専門的技術をもった専門職者が介入するが、リハビリテーションが行われる場はリハビリテーション専門機関のみに限定しない一般の保健機関や病院などである。それらは地域レベルでの実践よりは更に専門化された社会資源としてのレベルを指す。もつとも中間レベルのサービスは障害者だけを対象に行われているものではなく、地域住民の中の普通の病人にあることに注目したい。医師、看護婦、助産婦、教師、ソーシャルワーカー及び補助職員に対して、CBR計画が障害予防とリハビリテーションのためのオリエンテーションと訓練を与えるので、一般の医療担当者が障害児・者の実態に直面した際、次はいかなる処置をすべきかの判断がつき、初期手当の後、より適切な機関に移すべきとの判断によって、効果的な移送も可能となるのである。その結果、基礎地域レベル活動への支援機能は高まるのである。

「図1」でみるような3層モデルの頂点に立つ専門サービスは医学的リハビリテーション、特殊教育、職業リハビリテーション、及びソーシャルサービスによって構成される。このレベルで提供されるサービスは、特別な対応を必要とする高度の措置、訓練及び調査研究活動であり、それらはリ

ハビリテーションの専門知識と技術によって行われるもので最も専門性の高い資源とされる。

質と量は異にはするが、殆どの発展途上国にも、専門サービスのレベルは海外からの援助などで見出すことができる、だがその存在は稀れである。一方基礎地域と一般サポートレベルの実態が未だ形成されていないということは発展途上国でよく見受けられる現象である。

その故にWHOでは発展途上国にCBRSを設立普及させることに最高の優先順位を与えて援助してきたのである。障害者のリハビリテーションのための基本的ニーズは、専門訓練としては先進国の専門職の修学年限の半分にも満たない地元のワーカーによって行われている。専門性は必ずしも高いとは言えないが地元ワーカーは自らが働いている地域の人々を良く知り、基礎的な人脈によって専門性を埋め合させるので、それがCBRの成功要因であろうかと、これまでの経験から推測されている。

たしかに、CBRを実施してみると「図2」が示すように、地域に発生した障害問題の7割が準専門者の指導による市民により、2割が一般医療機関の中で効率よく処理されると報告されている。

#### IV CBRの政策課題と実践指針

WHOの実践計画は発展途上国にあっては1970年代、HFA(万人への保健)戦略を最優先課題とするという方向で再編成され、すべてWHOの人的・物的資源は、HFAに向けられた。この戦略は、障害の予防とリハビリテーションにおけるWHO計画の基盤を形成するようになった。このCBRの課題は次の点にある。

##### 1. 政府・非政府(NGO)機関の機能のコーディネーション

CBRSを効果的に実施するには、国家及び地

方レベルの政府・非政府機関のすべてを組織化し、連絡調整して、統合的に発展させなければならない。障害問題の大きさと巾の広さを知れば、経済的には貧しい政府機関もCBRS方式の導入がいかに国民福祉対策として適格な戦略であるかを理解し、それに着手すべく決断をするようになるにちがいない。各国政府はCBRSの効果的な導入を確保するために、CBRSの計画と方針決定にかかわる審議会のような国家的な組織を整備する必要にせまられる。保健、教育、雇用、社会福祉サービスのような現存の地域システムはCBRSへの支援のために、すべて動員される。

一方、非政府民間機関も、この計画の立案、運営、モニタリング、及び評価においての重要な役割を果たすので民間機関の活動とプログラムはCBRSの枠組の中に統合されるべきである。これら民間機関は、情報を提供して他の民間機関が活発に参加するのを促すには殊に効果的な存在となる。

## 2. 地域住民の参加

計画と援助の提供におけるCBRSの成功の度合いは、すべての過程にかかわる地域住民の関心をいかに動員するかにかかっている。地方のニーズに見合うプログラムの見通しは、地方住民の参加によって高められよう。

CBRSに対する助言組織にあっても、その構成員は、障害者団体、政府、民間機関、市民団体などの代表から構成されるべきであろう。助言組織は方針、計画の運営、執行、評価についてかわるから、その機能を追行する地域住民は常々その内部にいて機能することが望ましい。

地域住民参加の前程は、予防とリハビリテーションという障害者問題についての理解を普及させる情報ネットワークの非公式で効果的な操作チャンネルを作ることにある。それを通じて他の住民の参加が活発化するからである。

## 3. 人材養成・開発

CBRSにかかわる様々の人材は訓練され開発される必要がある<sup>(3)</sup>。人材の中には、障害者家族の人々、地域スーパーバイザー、初等・中等学校の教師、コミュニティ・リーダーや看護婦、職業訓練インストラクター、リハビリテーションセンター及び地方リハビリテーション施設付の医師や専門家などが含まれる。

これらの人材のための育成訓練は継続的になされ、ある一定期間おきにはプロモーションや他の訓練への移転なども考えられるべきである。

殊に基礎地域レベルで障害者や家族の訓練指導に直接当たる地方スーパーバイザーの訓練には特に関心が払われるべきで、少なくとも1ヶ月間の特別訓練を与えることが大切であるとWHOは見ている。

## 4. 教材開発

CBRS概念を普及させるには、WHOが開発した「地域の中での障害者の訓練<sup>(2)</sup>」というタイトルの手引書（マニュアル）を使って、実際に応用をさせることが確実な道であろう。CBRS実践の要である手引書が作られた目的には次のことがある。

- (1) 発展途上国の障害者のリハビリテーションのための新しい政策とアプローチのモデルを、地方コミュニティの指導者が実践する際の方針策定とプランニングのための手引として提示する。
- (2) コミュニティ・レベルでのリハビリテーションのあり方、地方スーパーバイザーの業務効果の評価、及び地域末端で児童や家庭の教育に当る教師にリハビリテーションを知らせ、他者を導く上の指針を提示する。
- (3) 家族員または障害者自身がコミュニティ・レベルで実践するリハビリテーション訓練のため

に、具体的なやり方を示す訓練の一式(パッケージ)を提示する。これは次のような行動障害の個別の扱い方についての手引ともなる。

- ① 移動上の不自由
- ② 言語障害
- ③ 視覚、聴覚の困難
- ④ 学習障害
- ⑤ 異常行動

そして指示事項の最後には、評価票が入れられ、訓練期間中に障害者が示した進歩の状況がその評価票に記録されるようになっている。

一方すべての障害に共通するプログラムが、個人訓練の一式の中でも論じられている。それらは、母乳による養育、遊び活動、学習指導、社会活動、農村女性の毎日の課題、及び就労者の場合では業務上の助言などである。

- (4) 国家が地域のニーズに合わせて作る国家単位の手引書の基礎資料を提示する。
- (5) この手引書の有効性をユーザーである当事国や当事者の側から評価する様式を提示する。

これら5つの目的のもとに、32領域の訓練を一式として盛り込むこの指導書はCBRSの概念と実施内容の詳細を提示し、次の5方面の利用者の便宜に供されている。

- 1) 政策づくりにたずさわる計画者、企画者のために

この手引書はプログラミングと計画づくりをする企画者に情報を提供している。

- 2) コミュニティ・ワーカーまたは“地方スーパーバイザー”のために

地方スーパーバイザーが、いかに様々な障害を見分け、障害者の訓練ニーズをどう測定するか、そしていかに適切な訓練の一式を選んで用いるかなどを地方スーパーバイザー向けに教示する。移送の際の指示も盛り込まれているほか、一枚の評価シートも含まれている。

- 3) コミュニティ・リーダーのために

この指針は、コミュニティにおける訓練の目的を要約し、完全参加と平等の基本理念に基づいて障害者に提供されるコミュニティ・サービスとは何かをも論じ、地域のリーダーと共に生活する地域の障害者の早期社会参加を奨励している。

- 4) 教師たちへのガイド

一般の地域の中にある学校の中で障害児を受け入れて教育するための指示が述べられる。

## 5. 移送システムとネットワーク

WHOによって概念づけられたリハビリテーション・モデルは、基本的には援助の供給をタテ、ヨコの双方から支援するように企画された移送システムなのである。かようなネットワークの存在は、障害の程度に応じた援助を患者に提供すると同時に、特別な重度あるいは重複の障害に対してのリハビリテーションを行うことも、可能にするというわけである。

## 6. 財政構造と地域財源の限界を克服する組合方式のとり入れ

国家全体でCBRSを導入する上での切実な問題は経費を維持させることである。限られた財源を最大限に用いても、財源が不足しがちな発展途上国では、援助供給は可能な限り既存の制度(その水準がどこであれ)を利用して行うべきだと考える。また障害者が必要とする自助具、補装具については地元の素材を生かし、耐久性があり簡単に修理できるデザインとモデルを研究することに優先順位を与えるべきである。

ボランティアズムの精神がたとえその地域にいくら高くても善意にのみ頼ることに限界がある。ある程度やる気を引き出す工夫(インセンティブ)がなされる必要がある。つまり、草の根を支える地域スーパーバイザーには、報酬が与えられてし



かるべきである。

経常費を削減することはできないので、必要経費は、国と地方自治体とで出し合うのが望ましい。しかし貧困にあえぐコミュニティで地方負担を賄い切れない場合は、国がすべての経費を負担する覚悟をしなければならないであろう。

民間の資源からの募金も有力な手段で、国によっては、募金キャンペーンが時々行われることもある。個人や地方機関からの寄付や補助金を仰ぐことも必要である。一方地域スーパーバイザーを常時賄うには、自助的な共同組合を設立するのが望ましい。例えば、コーポラティブ（生活共同組合）は、C B R S の財政を恒常的に住民が支え、それを継続的になさしめる方法の一つでもある。

## V 評価

C B R を実施している国々での成功、失敗を調査して1979年には「評価の手引」が完成された。しかし、C B R S にもひとつ解決しなければならない問題がある。それは、地域でのC B R S の受入れ能力の問題である。C B R を強化・拡大するには、必ずそれを支える下部構造（インフラストラクチャー）と財政問題がかかわる。

C B R S がその地域で受け入れられ、根づくか否かには、次のような問題が解決されなければならないことを、実践のフィードバックの結果は物語っている。

- ① 地域の人々の無知、文盲及び貧困などに基づく偏見によって障害者援助の気運が悪化され、障害者の家族、近隣の人、友人の間に訓練者を見出して、訓練する上の妨げになること。
- ② 地域スーパーバイザーの訓練が不徹底にしか行われないうこと。
- ③ ある地域レベルでは地域スーパーバイザーへの専門者のスーパービジョンが不完全であること。

④ 地域スーパーバイザーに他のなすべきことが手一杯あってC B R S の仕事に打ち込めなかったこと。

⑤ 記録作成の責任をもつ地方スーパーバイザーが不熱心だったり、能力がなかったりした場合、クライアントの進捗状況を測定して記録に止めることがおそれになり、それによって正しい評価ができなくなってしまうこと。

⑥ 一般サービスまたは支持サービス・レベルからの支援や専門的助言が不十分であること。

C B R S の将来は、こうした諸問題を乗り越えて、地域レベルで継続的な実践努力をつみ重ねていく必要がある<sup>(4)</sup>。

## VI アジア発展途上国におけるC B R の実践例

WHOの構想に基づき、今日アジア発展途上国のいくつかでは実験的なC B R が展開されている。本章ではその成果をいくつかの国をとりあげて考察してみたい。

### 1 フィリピンでのC B R の実験

貧困と児童期の障害との関係が、殊に農村と都市のスラムに強いというユニセフ調査の結果に基づき、フィリピンでは、障害者に関するフィリピン国家委員会(N C C D P)が組織され、“障害児に関する地域に根づいたシステム網の開発”という実験的なC B R プロジェクトを1982年5月より1983年12月までの1年6ヶ月にわたり、ユニセフからの補助金を受けて行った<sup>(5)</sup>。

#### 1) 実験地区とそれにかかわった人々

N C C D P は、ルソン島に1,278人の人口をもつバラス地区、ヴィサヤで7,439人をかかえるグインバル地区を実験地区とし、126,050人の住民をもつミンダナオ島のダバオ地区を比較コント

ロール・グループとすることに決めた。  
パイロット・プロジェクトにおいて、幼児期に障害の拡大を予防する訓練の実施者として、家族とコミュニティ・ワーカーが訓練され、早期療育のかたわら、困難なケースには現存する社会資源を活用することから始めた。このCBR計画への参加は、全部で20の自治体(バラングイ)と、その中で働く94人の地域スーパーバイザー達で、134,697人の住民の中の853人の障害児がターゲットであった。

### 2) プロジェクトの目的

フィリピンでは障害児や成人の国レベルの実態調査は行われておらず、CBRは、その基礎データの作成土台から着手した。

- ① 実験地区の障害児の数と障害の種類を明らかにする。
  - ② 1983年6月までの1年間に、実験地区の障害児の障害の軽減につとめる。
  - ③ 実験計画の終る時まで、身体、精神、感覚の障害にかかわる社会資源を調査、評価して、予防、早期治療及び措置にかかわる「フィリピンCBRの手引」を完成させる。
  - ④ このCBR計画に組み込む現存システム及びネットワークを明確化させる。
  - ⑤ 現存するコミュニティ・プログラムの中に、より多くの障害者事業や活動を統合する。
- という具体的な目標が立てられた。

### 3) 実験計画の進展段階

実験事業としてのCBRは次の段階を経過して目的に達するよう計画された。

第1段階：最も一般的な児童の障害に対する予防と早期療育と、リハビリテーションの「手引書」(マニュアル)を編集し、出版する。

第2段階：「手引書」を用いて、児童期の障害への予防、早期療育、及びリハビリテーションを行う地域スーパーバイザーと呼ばれるコミュニ

ティ・ワーカーと家族員の集団に訓練を実施し、草の根水準で障害の拡大予防に当らせる。運営は、町村開発委員会のような地方自治体の実験計画運営当局が責任をもつ。

第3段階：家庭レベルでの家族員と地域スーパーバイザーとがリハビリテーション訓練を行うが、対応し切れないケースについては保健、教育、社会福祉、労働機関からなる地域の専門機関に移送し、第2次水準の障害の拡大予防に努める。その段階でのCBRを担当するのはNCCDPによって任命されたプロジェクト管理者(PMS)である。

第4段階：国のレベルでこの計画をモニタリングし、評価し、その結果を報告書にまとめる。

### 4) CBRの実験を阻んだ諸要素

ユニセフとフィリピン政府の指導で実施したCBR実験であっても、次のような問題に直面して、計画の進行は困難に直面した。

それらは、① 高い専門技術の対応を必要とする難しいケースを移送しようとしても、対応能力の豊かな機関は貧しい地域の中には存在しない。② 障害者を移送しても、一般病院や社会機関そのものが、リハビリテーション援助についての知識と経験をもっていないという社会資源側の問題がある。③ 計画は非常勤職員の集団によって支えられることがよくあるが、非常勤では仕事が中途半端になるので、計画にはフルタイムの指導者が必要である。④ 機関や行政のレベルにCBRの情報は届きやすい。しかし障害児の生活の実際を支える家庭や、貧しい両親には情報が届かない。また障害の予防上、大きな役割を果たす栄養改善や精神衛生知識は、貧困家庭に未だ普及していない。などが計画の進行を拒む要因となった。

### 5) CBR実験事業の成果

これらの諸問題に阻まれながらも、フィリピンのCBRは次のような成果を上げた。①「手

引書』が一般家庭に配付されたが、それは訓練に用いられるというよりも移送機関の紹介に役立つた。②『手引書』は一般市民に分るように作られたが、ある部分は画や漫画で解決した方がよいという声もあがった。③親が子どもの障害を無視していたために、障害児の登録がなされていない。そうした家庭に医療スタッフが巡回し、障害児の発見・登録を促したので効果的である。④ C B R 計画を理解させるのに実験地区の集会所が用いられたが、住民の関心を高めるには各戸訪問とメディア利用のキャンペーンが有効であることをダバオの実践が明らかにした。⑤親が働いている家庭では、障害児に身近な人の訓練が役に立つ。⑥訓練は障害児の親でなくても関心をもつ身近な人々でも有効である。⑦移送システムの中に加えられることにより、リハビリテーション科のない一般病院などが、かえって障害予防の必要性に覚めるようになった。⑧1年半の実験だったが、障害児の数は、10%から5%へと改善された。⑨ C B R が障害児への援助サブシステムを生むようになった。例えばバラス地区では市長が、障害者の作業所作りを提唱し、ダバオ地区では高校生達、自らの住む自治体の援助と社会活動する組織に加わり、ボランティア活動を始めようになった。それぞれの実験地域でもこのパイロット事業の成果を、実験期間が終っても、自力で継続させる方向で、組織が続行しているケースが多い。

## 2 インドネシアでの C B R の実験

インドネシアは主産業を農業とする発展途上国であるが、リハビリテーション界にあっては、目指すべき国である。<sup>6)</sup> 西欧流の医療供給システムに依存せず、プライマリー・ヘルスケアの完全実施を基盤にして、C B R を達成しようとしている。また、ハンドヨ博士という地道な土着の実践的な

指導者をもっていることが、おそらくインドネシアの C B R の地盤の手堅さに反映しているものと考えられる。

### 1) プライマリーヘルスケア ( P H C ) からの出発

1978年、ソ連のアルマ・アタで行われた P H C の国際会議では、保健と経済発展の関係が新たに見直された。そこでは旧植民地から独立した発展途上国は、産業構造を自力で作れなかったために、西欧型の社会保障、医療、保健制度を作り上げることは財政的にも不可能であった。将来とるべき道としては高度に金のかかる病院と高度の技術に依存しようとするのではなく、住民自身が保健活動の主体になり、健康改善への自助努力を行い、それを政府が支えるべきだとの考え方が有力である。

インドネシアは、まず P H C にとり組んだ。発育観察 ( 体重増加の定期的チェック ) 、予防接種の普及、母乳栄養の促進と離乳食の改善、清潔な水の供給などから成る P H C の課題を実施することで、低いコストで多くの児童に恩恵をもたらすことができた。

アルマ・アタ宣言の中で、C P H は「 P H C とは、地域の主要な健康問題に対して利用可能な医療資源に支えられた、自助努力によってなされる保健活動で、それには健康増進、予防、治療、リハビリテーションのすべてが含まれる」と定義づけられた。かように、C B R は地域に根づいた P H C の延長線上にある。

### 2) C B R の原則

インドネシアの C B R の代表的実践例は、中部ジャワのバンジャルヌガラ県であるとされるが、そこは豊かであったからではない。それとは対照的に貧しく、保健衛生面でも低い農村地帯であった。しかし1972年に P H C を村をあげて実行するように決議し、「全員参加」を合言葉に、母子保

健、家族計画、栄養指導、予防接種等の事業を進めてきた。

それと同じ理念を障害予防に応用して実験するのがCBRプログラムである。インドネシアにおけるCBRの理論的・政策的頭脳であるハンドヨ博士は、これまでの行政機関及び非政府機関を否定はしないが、CBRはそれと別のネットワークであり、それによって地域の活性化を図る方法であると考えている。

草の根から、万人に利益をもたらす健康と障害児の早期療育の組織を作り、その実行の中心メンバーに、保健センターの職員、ソーシャルワーカー、ボランティア、障害児のいる家庭の家族員などを考えている。

障害児の早期発見の方法にはPHCが進める定期的な「体重測定」の機会が利用され、そこで問題が発見されれば、訓練を受けた家族やボランティアが「手引書」に示される訓練を行う。もし専門医の介入が必要ならば移送により、専門的な地域の病院や施設が利用される。

CBRの実践に当たっての原則は

- (1) 地域の人々や組織を巻き込んで行う
- (2) 障害者個人をリハビリテーションの対象としながらも、リハビリテーションサービスをもたらすことの利益を、障害者をめぐる地域住民全体に広く還元する。(例えば地域センターの機能を解放しての保健教育や、プライマリー・ヘルスケアの実施など)
- (3) 地域の文化・生活水準に合致した方法と人材を通して行うこと
- (4) 地域の既存の計画や資源を活用し、それを実施することのために特別な経済負担を住民や地域行政にかけるのを避ける。そのため、自主的な労働奉仕などを歓迎すること
- (5) 医療、保健、家族計画、教育、福祉などに関するあらゆる活動や社会資源を動員、調整して

実施すること

- (6) CBRの目的を達成するためのキーパーソンとして、地域の第一線で実践する人々(はだしのヘルスワーカーまたは、はだしのリハビリテーションワーカー)は、地元民に信望の厚い普通の住民である。潜在的に能力のある彼/彼女らを見出し、訓練して実践者に登用するなど、社会人教育をCBRの付随計画とすること

### 3) CBRの実施内容

以上のような原則に立つCBRは、少数の専門家が多数のクライアントに、地元で育成した準専門職を媒介として、リハビリテーションへの機会を提供することである。そのプログラムは、①家庭でできる機能訓練、②その土地で調達できる素材を使った自助具の開発と利用、③その地域の児童と同等の教育を住民手づくりの塾のようなものを作って不就学の障害児に提供すること、④働くことのできる障害者には、地場産業について働くことができるよう訓練し、雇用、準雇用が可能となるよう保護職場を運営させること、⑤障害者の自助グループを組織化させ、教養向上、スポーツ、音楽、演劇、絵画などを通しての社会活動を活発化させる、などのプログラムが含まれる。

インドネシアは今、脱農業化の波の中で加速するモータリゼーション、大都市への人口流入も始まっており、それと共に人生の途上で障害者となる人々も増加している。

社会変動と共にCBRは農村型から都会型へと移行する将来も予測されることであろう。

### おわりに

「2000年までを目標にした万人の人の保健」(HFA)のWHOのスローガンのもとに、CBRは、今やインド、ラオス、マレーシア、パキスタン、タイ、フィジー、ブータン、ネパール、モルジブ、バングラデッシュなどに波及し、WHOの

「手引書」は、各国の実験を通じてその国の言葉で編集され直すようになった。

発展途上国の草の根の医療、福祉教育と家庭でできるリハビリテーション技術訓練は、住民の保健に対する関心を通して、識字率を高める必要性を発展途上国の人々に認識させたことも副次的な成果であった。

ひるがえって、わが国の地域一般の人々の老人や障害者のケアやリハビリテーションへのかかわりの薄さを考えると、残念ながら、WHOがテコ入れした発展途上国の水準には到底達していない

いことに気づかせられる。CBR的発想は、専門機関のみに依存しがちなわが国に住民参加を呼びかけ、福祉を社会化するために、かえって必要な福祉能力付与の政策となろう。

本論文はアジアの発展途上国を中心に扱ったので、同筆者の「大都市の地域に根ざしたリハビリテーション」<sup>17)</sup>(『リハビリテーション研究』第64号)も併せて読んでいただければ幸いである。

尚、本論文は平成元年、文部省からの科学研究費によって支援された研究の基礎編であることを付記します。

(こじま ようこ)

### 参考文献

1. 岡 由起子「アジアの後発開発途上国の障害行政」『障害者の福祉』第10巻、第1号、日本障害者リハビリテーション協会、1990.
2. WHO、Training Disabled People in the Community : A Manual on Community-Based Rehabilitation for Developing Countries, 1983
3. Mendis, P. "Concepts, Issues and Methodology in the Development and Implementation of Community-Based Rehabilitation" ( Technical paper presented at the National Training Workshop for the Development of Community-Based Disability Prevention and Rehabilitation Programmes ) Maldives, 1989
4. 「コミュニティ・ベースド・リハビリテーション」『第16回リハビリテーション世界会議報告書』日本障害者リハビリテーション協会、1989. pp. 121-134.
5. Antonio, O. Periquet, Community-Based Rehabilitation Service : The Experience of Bacalod, Philippines and the Asia and Pacific Region, World Rehabilitation Fund, 1984.
6. 「子どもと家庭—特集 C B R の研究会議」第24巻第10号、日本児童問題調査会、1968
7. 小島蓉子「大都市の地域に根ざしたリハビリテーション—都市の福祉対応能力の強化のための C B R の視点と戦略—」『リハビリテーション研究』No.64. 日本障害者リハビリテーション協会、1990. pp. 2-7.