森壮也編『開発問題と福祉問題の相互接近－障害を中心に』調査研究報告書　アジア経済研究所　2006 年

第 7 章

地域に根ざしたリハビリテーション（CBR）の現状と展望

中西由起子

要約：

地域の資源を利用した持続可能なアプローチである CBR は，提唱されてから 30 余年となる。その脱施設化の概念は途上国では CBR として実践されてきたが，障害者自身の主体性は尊重されず，アウトリーチ型 CBR が主流である現在，CBR に否定的な障害者は多い。CBR は障害者の生活の質の向上，地域社会の意識の向上，障害者のエンパワーメントを目的とし，最近では貧困削減や障害者団体の役割が強調される。自立生活運動へのシフトが今後は求められる。

キーワード：

CBR　アウトリーチ　自立生活運動　障害者団体　エンパワーメント

はじめに

地域社会への障害者のエンパワーメントを目的とする，地域の資源を利用

した持続可能なアプローチである地域に根ざしたリハビリテーション（community-based rehabilitation，CBR)は，提唱されてから 30 余年となる。施設中心のリハビリテーションに代わる有効な方法として，規模はさまざまであるものの，ほとんど全ての途上国で実践されるまでになった。プライマリー・ヘルス・ケア(PHC)の方策に倣い，障害者ケアにおけるパラダイム・シフトを目指したが，実施者はその定義に原則的に同意しつつも都合のよいように解釈しかえって CBR を狭義の活動としてしまっている。小施設化の方向を取る CBR も存在する現在，エンパワーされた障害者による自立生活運動へと活動を転換させる動きがでてきた。

第 1 節 CBR の発展

1. 脱施設化に至る障害者ケアの概念

農村社会の一部では今でも残っているコミュニティでの相互扶助による福祉の提供によって，高齢者や障害者は地域の中で家族とともに生活をしている時代があった。しかしながら産業化が進み，農村の労働力が工場労働者として吸収されるとケアにあたる人材が地域社会から消え，施設収容の政策が導入された。

第一次，二次世界大戦により大量の障害者が誕生したことにより，リハビリテーションは専門化され，特に施設収容の政策にそって理学療法，作業療法，特殊教育，義肢・装具の関連分野への医療リハビリテーションの拡充が目立った。専門化された施設基盤のリハビリテーション[1]および特殊教育の効果と持続性に対する疑問が示されるようになったのは，1970 年代のことである。疑問視する人々の間からは，統合，メインストリーミング，インクルージョンなどの概念が提唱されるに至った[2]。この時代脱施設化の概念は，先進国アメリカ・カリフォルニアでの 1972 年の第一号の自立生活センター，国連経済社会理事会での 1975 年の「障害の防止と障害者のリハビリテーション」に関する決議[3]の採択などの形で具体化された。

2. CBR の登場

WHO はこのような流れを受けて，1976 年に PHC の中での実践を意図した CBR プログラムを採択し，同年にデビッド・ワーナーはメキシコでの経験を *Where There Is No Doctor* と題して出版し，施設ではなく地域での家族中心のリハビリテーションの実効性を証明した。

1978 年には WHO と UNICEF よって，「2000 年までに万人に健康を」というスローガンが採択され，PHC がその戦略の中心とされた。WHO は PHC のアプローチを障害分野でも活かすべく，1979 年に最初の CBR マニュアルとなる *Training in the Community for People with Disabilities* を発表し，CBR の試験的な取り組みが，途上国 9 ヶ国で 3 年計画によって開始された。

アジアでは 1978 年にインドネシアの ハンドヨ・チャンドラクスマ(Handojo Tjandrakusuma)が，ジャワ島でCP（脳性マヒ）の子供の自宅訪問を開始し，後にCBRへと発展する活動を始めた。メキシコ西部では 1981 年にデビッド・ワーナーがプロジェクト・プロヒモ（Project PROJlMO)と名づけた，CBRと並び称せられる地域主導のプログラムを開始し，その成果を*Disabled Village Children*[4] にまとめた。

1982 年に WHO による CBR 試験プロジェクト評価会議が開かれ，その結果をふまえて，CBR の有効性が広く認められることになるのである。

3. CBR の普及

以後，CBRマニュアルとその活動が急速に普及し始め，1983 年に国連で採択された障害者の 10 年（1983-1992）の行動計画「障害者に関する世界行動計画」の中で，勧告の一部としてCBRの実践が奨励された。

1980 年代後半になると，CBRプログラムが世界各地で実践されるようになった。その多くはWHOの定義を自由に解釈したさまざまな形態をとっていた[5]。また，障害分野での世界会議でもCBRの分科会が設けられるようになり，1988 年東京で行われた国際リハビリテーション協会(RI)の世界会議では分科会やポスト・コンフェレンス会議でCBRが取り上げられ，日本で初めてその名が

知られるようになった。

1989 年，WHOはCBRの実践をさらに普及するためにマニュアルを整備し，30 冊の障害問題別マニュアルと 4 冊の指導者用のガイドとして正式に発行した。簡易な言葉と多くの挿絵の使用など，マニュアルは専門知識をもたない地域の人々も理解できるよう工夫されている[6]。障害者用，教師用，スーパーバイザー（CBRコーディネーター）用，地域組織用，指導者用のガイドならびに，障害種別に分冊され，訓練を行なう際に必要な冊子だけを取り出せば良いようになっている。

1990 年代になるとCBRは各国で一段と多様な方法で実践されるようになる。CBRは，第 1 次「アジア太平洋障害者の 10 年（1993-2002）」の行動計画である「アジェンダ・フォア・アクション」での 12 課題の一つでもあった。CBRの実践はこの段階で，国や地方の経済的，社会的，文化的条件に応じて，また実施団体のミッションや規模に応じて，医療リハビリテーションを基盤とした，対象[7]や活動[8]を限定させた活動となることが多かった。CBRは単なる地域レベルでの医療リハビリテーションであるという概念上の誤解をさけるべく，1994 年にWHO，ILOそしてUNESCOは共同指針を発表した。

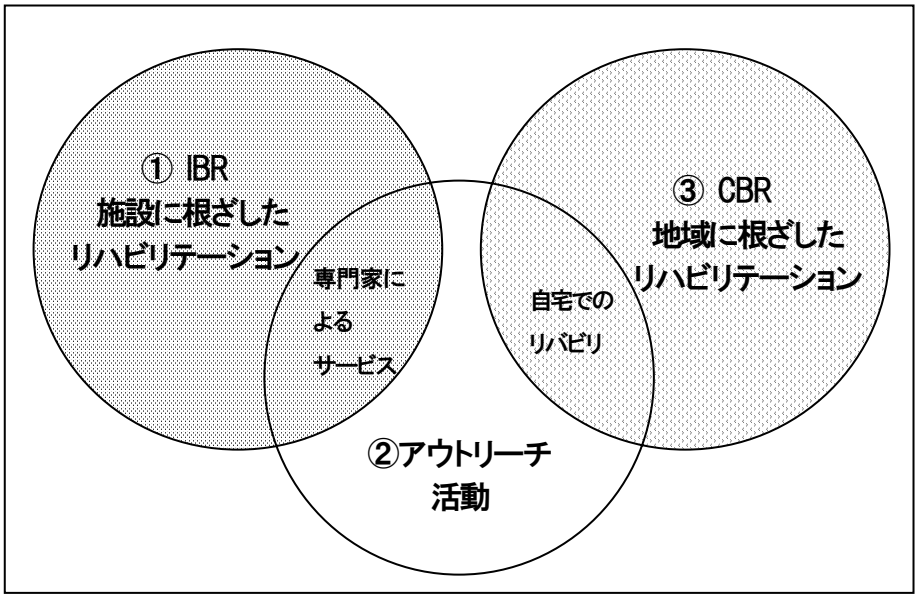
第 2 節　基本的アプローチからみた CBR の分析

1. 障害者支援の 3 つのアプローチ

障害者の支援には次の 3 つのアプローチが取られて来た（図 1）。

第 1 に，施設や施設入所などの方法で実施される施設中心型（Institution-based Rehabilitation，IBR)がある。IBR は従来から実践されている中央集権型アプローチの手法であり，障害者自身が施設まで出向いてサービスを受けるという形態をとる。これは医療モデルでのトップダウンのアプローチであり，一番下のレベルに位置する障害者は患者，援助対象，二流市民とされる。障害者自身の主体性，権利が尊重されることはない。医療モデルが障害者の生活全般にわたって使われる際の弊害は，常に指摘されるところである。

図1　基本的アプローチ



（出所）筆者作成。

1980 年代の初めでは障害者の 1～2%しか必要なサービスを受けられなかった IBR の欠陥を補うために，アウトリーチと CBR という 2 種類のアプローチが考え出された。ともに在宅での活動を重視する点からは目新しいものではないが，IBR とアウトリーチ，アウトリーチと CBR の間には図のような類似点がある。

第 2 のアウトリーチ型は，専門家が直接地域活動に出向く訪問型サービスである。IBR と比べると地域レベルでの活動となるために，これをもって CBR としている団体も多い。サービスの提供が障害者宅や近くの場所を借りて行われるので社会モデルの活動のように見える。しかし，専門家が専門施設から地域レベルに派遣され，自分たち自身でサービスを提供するので，IBR と同様医療モデルのサービスである。

第 3 は CBR である。CBR が世界に紹介され始めた 1980 年代の終わりには，

表 1　リハビリテーションと自立生活のパラダイムの比較

・項目	・リハビリテーション	・自立生活
・問題のありかた	・身体的欠陥 ・職業技能の欠如	・依存（専門家や親に）
・変化すべき内容	・個人	・環境 ・リハビリテーションの内容
・問題解決の手段	・専門家の介入 ・（医師，PT，OT，職業リハビリテーション・カウンセラー）	・ピア・カウンセリング ・権利擁護 ・自助 ・消費者コントロール（ニーズ中心） ・障壁の除去
・社会的位置づけ	・病人，患者	・当事者（消費者）
・管理者	・専門家	・当事者（消費者）
・ゴール（期待される成果）	・ADL の最大化 ・収入が得られる雇用	・自立生活

（出所）DeJong [1979] , p. 62.

今までの IBR のアプローチでは障害者のリハビリテーション・ニードに対応できないことが問題視されていた。IBR の限界と IL の有効性を示すために，米国では表 1 のように両者を対比させた。この対比で示された IL の理念はまさしく CBR で目指していたものであり，CBR でも IL の部分をそのまま使って対比による理念の明確化が試みられることもあった。最近では IBR へのリファーラル（照会）を成功条件の一つとする医療と関連したアプローチとの見方が一般的であるため，明確に IBR との対比を行わなくなっている。

2. アジアの CBR 実施状況の分析

アジアには CBR の成功例とされるフィリピン・バコロッドとインドネシ

ア・ソロの CBR があり，かつ政府や NGO が実施するさまざまな CBR が存在する。それぞれが CBR という名称を使って活動しているが，アウトリーチ型と判断できるものも含まれている。これらの中から典型的なものを，アウトリーチ型，センター型，政府主導型，NGO による限定型に分類し，アジアの例から CBR の実施状況を分析する。

（1）アウトリーチ型

アウトリーチ型では医療機関や医療専門家養成校による医療サービスの提供を中心とする小規模な活動が多いが，職業訓練でもアウトリーチ活動がみられる。

①インドネシア[9]

アジアで CBR として初めて実施されたのは，インドネシアで ILO が始めた雇用中心のプロジェクトである。ソロのリハビリテーション・センターでまず試みられ，79 年からの本格的プロジェクトは予定より延長され 1990 年に終了した。全国 27 のリハビリテーション・センターを活用すると同時に，移動リハビリテーション・ユニット（MRU）を創設し，MRU で派遣された専門家による公民館等での障害者への数週間から数ヵ月のミシン縫製や竹細工などの職業訓練，ボランティアの育成などを実施した。この形式は政府により障害者雇用政策となっていまでも継承されている。

②韓国

1992 年より国立リハビリテーション・センター病院が訓練した公立保健センターの看護婦等によるソウルなど数地区での CBR や，巡回リハビリテーション・サービス，障害者登録などを行う 160 カ所（1998 年現在）の CBR センターでは，医療中心の活動が行われている。ただしサービス対象者となる障害者はこれらを CBR としてではなく公的福祉の一部とみなしている。

（2）センター中心の CBR

コミュニティの障害者が，遠い，お金がかかるなどの理由で CBR のリファ

ーラル先となる専門機関を利用できないために，CBR プロジェクトに関わる団体が自分たちでセンターを建設している場合がある。次の 2 例は，センターがカバーする範囲での CBR プロジェクト同士が助けあい競いあって活動が活性化され，それが外部の関心をよび資金が集まり，さらに CBR の発展に結びついた例である。

①インドネシア

インドネシアのハンドヨ・チャンドラクスマが始めたソロのプロジェクトでは，ソロに建設された CBR 開発・訓練センターが中央レベルでの専門機関に当たる役割を担う。1978 年に遠隔地リハビリテーションとして訪問活動が始められ，正式には 1982 年に村落部の取り残されていた成人障害者も対象に開始された。ソロ近辺でのサービス提供のみでなく海外研修生への CBR 研修にも活動を広げたこともあった。国内の不況の影響を受けて活動は下火になっていたが，最近ではスマトラ沖地震の津波で被災したアチェにも出向き CBR を開始した。

②フィリピン

バコロッドでの西ネグロス・リハビリテーション協会（NORFI)のプロジェクトは 1981 年に西ネグロス県での試験的な医療を主とするプロジェクトから始まり，1990 年代初めにはすでに WHO 推薦の CBR モデルとなっていた。ネグロス島から専門施設のあるルソン島まで出向くことが困難である障害者のために，NORFI は中間レベル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西ネグロス・リハビリテーション・センターを建設し，地域レベルでは扱えない専門的ケアを提供している。活動は近隣の市町村に拡大し，サービスは所得創出，PHC，車椅子などの福祉機器製作，障害者団体の結成，障害児教，育政府機関や国際 NGO，国際機関，国内の医療や教育機関との連携にまで及んだ。最近のフィリピン経済の低迷に伴い規模が縮小されているものの，このように長期にわたり活動を継続している例はなく，モデルとして今でも見学者は多い。

（3）政府主導型[10]

政府がイニシアチブをとるプロジェクトでは，最低限の資源は確保されるためにプロジェクトが継続されていく保証はあるが，地域社会の参加は義務化され活動が形骸化される危険をもつ。障害者サービスの不備を補うために医療リハビリテーション部分に特化して実施されるケースが大半であるが，マレーシアでは障害児教育のギャップを埋めるためにCBRと称されたプロジェクトが実施されている。

①ベトナム

ベトナム政府は戦後健康を発展の前提条件としたが，保健専門家は不足し，特に戦争で傷を負ったり先天的障害を持つ人々のリハビリテーションの必要性が高かった。そのため 1983 年に児童健康保護研究所が中心となり始めたCBRは，医療リハビリテーションが中心となったので，身体障害者において最も著しい成果が出ている。保健省は2010年までに全国61省内の530地 区1300 村を，CBRのネットで網羅しようと計画したが，地域保健員の養成にはねずみ算式に人の動員と予算がかかること，地域保健員は無報酬であること，教授する医師やPTが少ないこと，リハ施設が少ないことから専門的リハ医療機関との連携が十分でないことから，計画の見直しが迫られている[11]。

②マレーシア

国家統一・社会開発省が全国に広めるCBRはマレー語でPDKと呼ばれ，1983年に始まった。早期療育プログラムを実施する公立センターによる運動訓練，学習，創作活動など，学校教育にかわる知的障害者へのサービスと見られている[12]。1997年には質的向上を目標に国家CBR調整委員会が設立された。PDKは家の中にいてどこにも行き場のなかった子どもたちに活動の場を与えた意味が大きいことは確かであるが，住民の参加意識やワーカーの資質などの問題をかかえる[13]。

（4）NGOによる限定的CBR

NGOによる活動では，プロジェクトは小規模にNGO が専門とする医療や，

障害児教育，職業訓練等の領域に片寄って展開され，内在する地域社会の意欲は引き出せてもそれを外部につなげて発展させていくことが難しい。

①ネパール

ネパールではNGOによる小規模なCBRが数多く見られ，1994 年には全国CBRネットワークが結成された。その大半は特定の障害を対象とする。18 のNGO（1997 年現在）がCBRを運営しているが，その一つであるネパール障害協会では 1988 年に特定地域の障害者の数やニードを戸別訪問によって調査し，リハビリテーション訓練，日常生活技能訓練を行い，家畜の飼育を主とする職業訓練によって自立を援助するという方式でCBRを開始した[14]。ネパール障害者協会は国内で初めて障害者のリハビリテーション・センターを始めたが，当時行き場のなかった視覚や知的障害者も収容した施設へとセンターを発展させた経歴から，アウトリーチに興味をもち着手したCBRを全障害対象としたこと[15]は良かったが，主たる活動は医療になっているためにCBRとしての発展が難しい。

②タイ

タイ・キリスト教盲人協会は視覚障害者のプラヤット(Prayat)が 1978 年に東北タイで建設した私立の盲学校を起点に，1987 年より農村の盲人のためにCBRを開始した。歩行訓練と職業支援，視覚障害児の就学の相談にものる形式であった。最も顕著な活動は，盲学校でのリソースを活用した統合教育準備校で視覚障害児が寮に居住しながら普通校での学習を目的とする点字等の教育である。リソースティーチャー（学校のリソースルームにいて，体育の際に視覚障害児に別のことを指導したり，試験の点訳等を行う）として教師を支援する職員もいる。せっかく統合教育を受けられる状態になった子供たちが自宅に帰りたがらない問題があり，家庭が貧しいことに加えて，設備の整った環境に居続けたいというIBRの施設と同様の問題がみられる[16]。

③バングラデシュ

ネパール，インド，フィリピンなどと同様，NGO による各種の CBR の活動

が活発な国の一つである。80 年代後半から 90 年代初めの早い段階で開始された CBR の大半は，盲児援助会(ABC)や視覚障害者向上フェローシップを例とする，視覚障害者対象の NGO によるに地域での経済的自立を目指した職業援助プログラムである。

ABC は障害予防，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，社会啓発の活動を行う，バングラデシュの障害分野では大きな NGO の一つである。CBR は 1988 年に始まり，農村の視覚障害の若者を ABC のフィールド・スタッフがそれぞれの自宅で訓練し，事業を始める少額のローンを貸付ける。乳牛のペアーの飼育，ナン（パンの一種）作りなどによってローンが返却できるように，指導も行う。ドナー団体も多くプロジェクトは成功しているが，他の障害も対象としてサービスを提供すれば，資金を効率的に使ってもっと多くの人に裨益できたはずである。

第 3 節　CBR の概念

アジアの現状から見えるように，CBR の実施・運営は多岐にわたる方法で行われ，地域の障害者へのケアであれば全て CBR であるというような風潮がうまれている。ここでは原点に戻って，CBR の概念を考察してみる。

1. CBR の定義

「開発」において，経済優先から徐々に教育，ジェンダー，人権などの「社会開発」にシフトしていったように，70 年代半ばから障害の分野も単なる医療優先から脱却を計るようになってきた。そのシフトを象徴しているのが，1982 年の「障害者に関する世界行動計画」におけるリハビリテーションの定義[17]である。リハビリテーションは期間を限った医療行為であると認めたことで，障害者はその生活を一生管理されるべきではなく，障害者の抱える社会的不利の克服は，地域社会が解決しなければならない政治的な問題であるとの認識が広まった。CBRは，その新しい定義に沿うべく，医療面でのリハビ

リテーションに焦点を当てるのでなく，地域の資源を統合させて社会問題を解決する手法として提唱された。

CBRの定義を最初に打ち出したのは，1981 年のWHOリハビリテーション専門家会議においてであった。委員会は，CBRを「障害者自身やその家族，その地域社会の中の既存の資源に入り込み，利用し，その上に構築されたアプローチ」として定義した。その後いろいろな解釈が生まれてきたので，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，そして保健，教育，職業，社会サービスによって実施される」[18]とした。しかし定義上の混乱は続き，WHOではCBRを見直す努力が必要になり，2003 年にCBRのこれまでの 25 年を検証する会議をヘルシンキで開催し，「すべての開発プログラムのなかに障害を含めるべきである」という同意を得た。2004 年にはWHOとILO, UNESCOとが再度共同でジョイント・ポジション・ペーパー発表した。CBRの定義と目的は 1994 年版と変わらないが，特長は，概念にこれまでの議論のプロセスから障害とリハビリテーションの概念，障害者の権利の強調，貧困削減，コミュニティによる受け入れ，障害者団体の役割が加わったことである。特に障害者の権利と貧困削減のための行動に重点が置かれている。

2. CBR の主たる目的

CBRの主たる目的は以下の4点にまとめられる[19]。

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，各種サービスを提供する。

適正技術の移転―CBRの実施のためには建物，器材，専門家が必要であるとの前提でCBRが立案されることがある。しかし，リハビリテーションを例にとっても，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。

地域社会は身につけた技術を地域の他の分野での問題の解決に応用できる。

地域社会の意識の向上―障害者の家族のみならず，地域の人々，障害者自身までをCBRに動員することにより，従来の障害者への偏見を無くし，正しい障害者観を育てる。また，自分たちで障害者問題を一つ一つ解決していくことによって自信がつき，地域社会がエンパワーされる。

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，意見を述べ，責任を持った行動をとり，地域社会と一緒に自分たちの問題を解決していくようになる。

第 4 節　実施体制

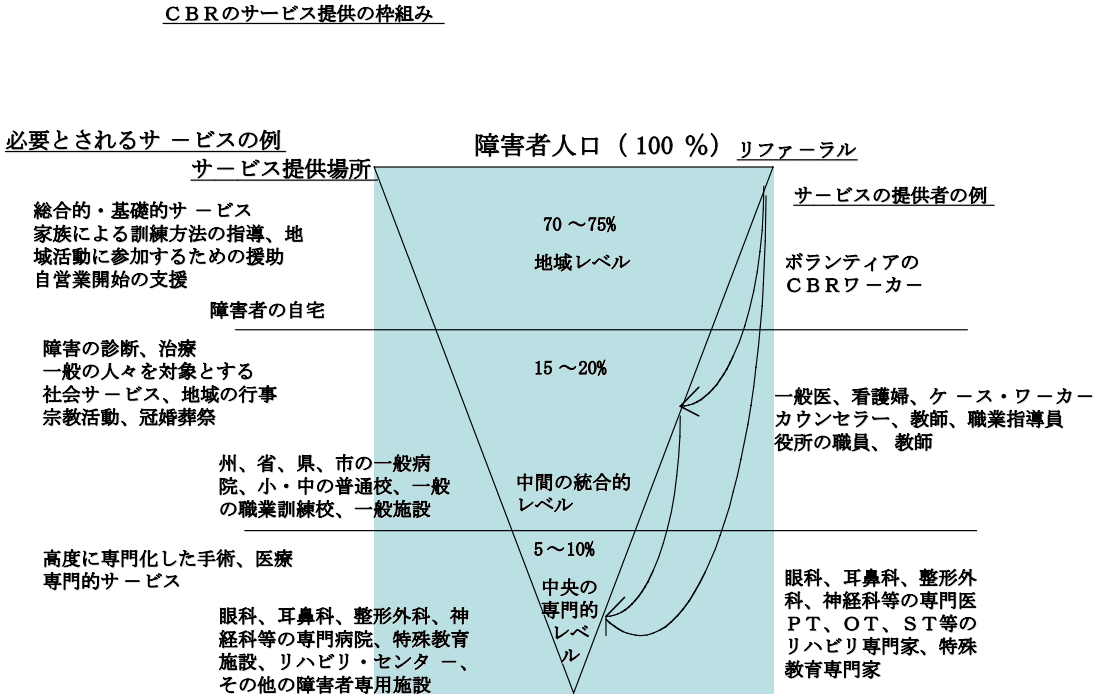
1. サービスの組織体制[20]

従来の IBR アプローチでは国でサービスの量や質，種類はトップダウン方式で決定されていた。CBR では先ず地域社会が決定し，実行する。彼らのイニシアチブを支え CBR を発展，強化するためには，3 段階で形成されたサービス・ネットワークへのアクセスが可能とならなければならない。図 2 で示されたようなボトッム・アップのアプローチであり，既存のセンターや施設の協力の下にリファーラルのシステムが機能しなければ発展・継続は不可能である。

地域社会で働く CBR ワーカーを支えるために，中間レベルには CBR マネージャーや CBR 監督者と呼ばれることもある CBR コーディネーターが任命される。その仕事は，広範な知識，経験が必要となる。

このレベルから中間および中央レベルにリファーラルが行われることになる。地域の技術や経験，設備では対応できない障害者はその他のレベルに託される。リファーラルのために，通常地域レベルの CBR 委員会が交通費，入院費，治療費，学費などの経費を計上している。照会先が公立の病院や訓練機関など場合は，国の政策で経費が無料となることが多い。ただ障害者にと

図２　CBR サービス提供の枠組み



（出所）筆者作成。

っては生活環境がかわるので，無料とはいえ余分な生活費がかかり，地域からの援助は必須である。

専門家は地域社会のレベルでは必要ない。中間レベル，中央レベルで CBR を支援する任務を有するが，専門家の数が足りない多くの途上国では中央レベルの委員会のメンバーとして CBR に関わり，中間レベルを支援している。

2.総合的 CBR プロジェクトの初め方

ここでは一般で活用されることが多いWHOが提唱する方法に基づいて，

CBRプロジェクトの開始からその進め方をみてみる[21]。

プロジェクト候補地の選択：新規に始める際には周囲の期待も多く，早急に有効性を証明しなければならないことが多いので，その場合にはボランティアの募集が難しいような小さな集落や，障害者宅訪問に半日も費やすような過疎地をさける等の工夫も必要であろう。

CBR委員会の設置：メンバーには，村長，行政や地域団体の代表などの地域の主要メンバーに加えて，障害者やその家族などサービス提供者，利用者の双方を含む。PHCワーカーにこの仕事を依頼している地域もある。しかし，往々にして彼らの仕事量は多くさらにCBRまでを管轄することが物理的に不可能である。それ故CBRのために新たにボランティアを募集し，訓練することが多い。

プロジェクトコーディネーターの任命：中間レベルにはCBRマネージャーやCBR監督者と呼ばれることもあるCBRコーディネーターが任命される。障害と適切なリハビリの方法の判断，中間レベルでの治療などのサービスの提供，専門的なレベルへのリファーラル，地域レベルのCBR委員会の計画づくりや実行への援助，CBRワーカーの活動の支援とモニタリング，CBRワーカーへの技術訓練，記録作りや報告の方法などの運営面での指導と，広範な知識，経験が必要となる。そのためマニュアルに基づいて研修が行われるが，手っ取り早くPHCワーカー，助産婦など既に障害分野での経験を持った人を選ぶ場合も見受けられる。

活動計画の策定：地域レベルの CBR 委員会が策定するが，参加型開発の例に倣って，その前に障害者を含めた地域の人々のニーズを把握するため，ワークショップを開催することが最近は奨励されている。

地域レベルのワーカーの選定：定期的奉仕が可能な CBR ワーカーを募集，選考する。

地域レベルワーカーの訓練：WHO などのイラストを多用した CBR のマニュアルに基づいて，専門家による訓練を行なう。WHO が進める方法では，訓練の最初はマニュアルの使用法を学ぶことである。ボランティアはフルタイムで

CBR の仕事をするわけではないので，最初から長期の訓練を実施するより，その人たちの仕事が終わった後や家事の合間に指導できるようなスケジュールが組まれる。徐々に知識と経験を増していくことで，CBR ワーカーは障害者や家族に信頼され，ボランティア活動の意義を見いだしていく。

自宅でのリハビリテーション活動の推進：家族は誰よりも障害者本人の自立を望んでいるために協力が得やすいとの前提にたって，家庭でリハビリができるように，CBR ワーカーが家族にマニュアルを渡し，それに基づいて必要な知識や技術を指導する。

地元での自助具の製作：何が必要なのか理解できれば，個人レベルの創意工夫によって自助具を作れるので，マニュアルで指示されたデザインに頼ることなく，ユニークな運動機器や車いすなどが使われている。障害児のためのおもちゃづくりや，各種の遊具のそろった遊び場づくりまで含む。

他の機関，団体との連携：リファーラル先としてのみでなく，総合的なサービスを提供する際のリソースとして専門知識，情報，経験をもつ他の機関や団体と協力関係を築いておくことは重要である。

障害者の自助団体の育成：CBR にとって障害者の意見は重要であるとの観点から，障害者自助グループの結成は奨励されている。しかし CBR ワーカーの指導で会合を開いても互いに問題を出しあうことに終止し，大半のプロジェクトでこの部分は成功していない。

その他の活動の推進：正しい障害者観や障害予防の知識を育てるための啓蒙キャンペーン，障害原因の予防，障害者の雇用。

CBR のモニタリングと評価：政府やＮＧＯの関与，地域の参加，医療のみでなく教育や雇用などにも及ぶサービスの提供の制度，障害者の機能回復度など観点が中心に行なわれる。障害者の参加までも含むモニタリングや評価はほとんどない。

第 5 節　現行の CBR の問題点

CBR の目的は明確であり，それを推進する体制のモデルも提示されているのに，障害者が望むような CBR はまだないと言える。

1. 障害者の参加の欠如

CBR での障害者の主体的な参加を奨励することはその当初から考えられていた。しかし運営全体で障害者がイニシアチブを取ることは，特に医療的なリハビリテーションから出発した CBR では達成されていない。自身が障害者であるデビッド・ワーナーは，プロジェクトの開始当初からスタッフに障害者を雇い CBR への参加の道を開いた。CBR への障害者の参加の重要性は，障害をもつ仲間の気持ちやニードの把握がすぐれていると言うことと，ロールモデルとしての役割の二つにある。

障害者の参加が進まない理由として，以下のことが考えられる。

専門家や行政担当者が障害者をサービスの受益者のみとみる：常に助けられる側の障害者が，積極的に意見を述べ有効な活動ができるとは見なされていなかった。専門家のこうした考え方が技術とともに地域社会の人々に引き継がれ，地域社会で障害者がなんらかの役割を担っていた状況に水を注すことにもなってしまった。

サービス供給がトップダウンの体制になっている：CBR の初期の段階では医療面にどうしても力が入れられるために，リハビリテーション専門家をトップとする技術移転のピラミッドが形成されてしまう。そして障害者はピラミッドの底辺に当然のことならが位置付けられる。

障害者団体育成のための努力が欠如している：CBR の中で障害をもつ人たちが CBR の立案，政策決定に積極的貢献していくには，障害者団体を作って民主的に声をあげていくことが第一条件である。しかしながら，専門家や行政がイニシアチブをとって始めた CBR プログラムでは障害者団体の育成がほとんど進まない。CBR の委員会や CBR ワーカーの中に障害者が不在であり，ロ

ールモデルがいないことが一因である。

CBR の目的がリハビリテーションに片寄る：CBR を始めるときには先ず機能訓練を通してのリハビリテーションにのみ目が行った。彼らの社会参加に必要な権利擁護活動やバリアーフリーな環境は後回しにされてきた。これでは，従来の IBR での目的としたことと全く変わらなくなってしまう。CBR の目的がリハビリテーション以外では何にあるのか，障害者を交えて再考していかねばならない。

2. CBR の日本の地域リハとの混同

日本では CBR が地域リハと混同されている。日本で言う「地域リハ」とは，保健婦，理学療法士，作業療法士等による訪問型リハビリテーションを指す。脱施設化の流れの中で起こってきた活動ではあるが，中心となるのはあくまでも医療従事者であり，病院を基盤としている。障害者は患者でしかなく，各人の機能に応じた最適な生活と社会への再統合をはかる医療リハと変わるところのないトップダウンのアプローチである。

そこに地域福祉の観点が加わっても，医療関係者が運営の主導権を握り，障害者の役割は，「治療されるべき人」，「ケアされるべき人」のニュアンスが強い。CBR の概念はむしろ障害当事者を中心とする自立生活運動の中に見ることができる。高い技術レベルの医療へのアクセスが比較的簡単であり，医療保険や介護保険，自立支援制度が設けられている現在，障害者は必要な情報がわかりやすく提供されれば自らの生き方を選択し，管理する自立生活が可能である。

専門家にとって今まで施設の中で実施してきたノウハウをそのまま使用できる地域リハは実施しやすい。そのため日本人専門家が途上国で CBR を実施する際に地域リハの概念を導入し，地域住民の参加を考慮しないプロジェクトとしてしまう危険がある。

第 6 節　CBR から IL へ

CBR を障害者のエンパワーメントにつなげるために，同じ脱 IBR の概念を有する自立生活（IL）運動との連携が提案されている。

1. IL の歴史

先進国では，CBRより早い時期に障害当事者によって自立生活（IL）運動が提唱された。これはアメリカのカリフォルニア大学バークレー校で学ぶエド・ロバーツを初めとする四肢マヒの障害者が大学で始めたプログラムであり，1972 年に自立生活センターが設立されたことで，IL運動は一気に発展していく。彼らが掲げたてILの哲学は[22]，

①障害者は「施設収容」ではなく「地域」で生活すべきである。

②障害者は，治療を受けるべき患者でもないし，保護される子供でも，崇拝されるべき神でもない。

③障害者は援助を管理すべき立場にある。

④障害者は，「障害」そのものよりも社会の「偏見」の犠牲者になっている。

施設型のリハビリテーションと対極のアプローチの採用，障害者によるサービス提供の奨励，自助団体の育成などを共通の事柄として，CBR と IL は共に医療モデルと対をなす共通の概念を抱く手法である。しかし，CBR では経済的自立の推進が重要活動となっていて，IL では自分のことをすべて自分で行うことを自立としている。介助者の手を借りても自己管理と自己選択ができることが IL であるとの教えは受け入れられ，途上国でも勿論障害者を救う「よき知らせ」として歓迎されている。

2. CBR への IL の統合の可能性

手法が世界に紹介され 20 年以上が経過するCBRが従来の医療モデルの枠をこえられないでいる現状を打破するために，ILとの連携を模索する人たちがいる[23]。DPIのアジア太平洋指導者養成セミナーでも過去 5，6 年にわたり，両者

を理想的アプローチとして議題に含めていた。実際にCBRで障害者の自助団体が育成され，リーダーが育っていけば，自分たちでサービスの創造，提供が可能になり, それが発展すれば先進国でのILセンターと同様に多くの障害者を自立に導けると見られていた。

しかしアウトリーチの活動をCBRと見なすのを当然とする現在，CBRに対して否定的な見解を占める障害者は多く，CBRはいらないとの極端な発言まで障害者当事者団体から飛び出すようになった[24]。しかしながら農村の障害者に対してCBR以外の手段を見出せない政府は，今CBRの中にILの概念を導入しその改善を図ろうとしている[25]。BMFの第 10 戦略では「CBRの考え方は，人権のアプローチを反映し，ピア・カウンセリングを含む自立生活の概念に基づき作られなければならない」として，両者の接近を説いている。

CBR が実施段階でサービス提供者や運営委員として障害者の参加を強調しても，CBR プログラムが結局専門家主導もしくは施設のアウトリーチ活動を中心とする医学モデルとして運営されている限り，IL に繋げることは不可能であると考えざるを得ない。CBR に IL の要素を持ってきても，意図した効果が期待できないであろうし，IL の概念が歪曲化される懸念もある。

IL の概念は医療モデルを否定し，社会モデルに立脚して発展してきたため，障害者のエンパワーメントに大いに寄与している。CBR は発展中の概念であるとしてさまざまなコンポーネントの参入を許容してきたが, IBR やその中の専門性を否定することで CBR への誤解はなくなることと思う。IBR のアンチテーゼとして CBR が解釈されることは必要である。

終わりに

社会開発の手段として脚光を浴びてきた CBR は今の混乱した現状が示すように, あまりにも多くの要素を抱えて整理がつかなくなっている。現行の CBR が真に社会モデルに立脚しない限り，障害者の主体性は無視される。解決の切り札として IL を取り入れることを試みようとしているが，障害者が主体的

に振舞えないところではILは解決策とはいえない。

〔注〕

[1] WHOはリハビリテーションを主要４分野（医療リハビリテーション，教育リハビリテーション，職業リハビリテーション，社会リハビリテーション）に分類した。

[2] Hammerman [2000], p. 214.

[3] 1970年代前半までの障害者に関するいくつかの決議・採択と，世界人権宣言，国際人権規約，児童権利宣言を踏襲したものであった。

[4] 現在では，*Training in the Community for People with Disabilities*とならんで世界でCBRのマニュアルとして使われている。

[5] 原因はCBRのR（リハビリテーション）ゆえに多くの人々が医療的アプローチを強調した戦略であると誤解しているからであるとしたIL0は,「地域統合プログラム（CIP)」とするよう提言したが，結局受け入れられなかった（Memon & Konig [1991], pp.16-18）。

[6] 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，聴覚・言語障害，移動障害，ハンセン病，精神障害，知的障害，発作による障害を取り上げる際にも，そのアセスメントにおいて「見ることが困難」,「話して聞くことまたは聞いて動くことが困難」,「動くことが困難」,「手または足に感覚がない」,「自分自身の身の回りのことをすることを学習することが困難」,「奇妙な行動を見せる」と表現している。

[7] ユニセフの支援するプロジェクトでは子供，WBU（世界盲人連合）では視覚障害者が対象とされた。

[8] ILOが支援するインドネシアやフィリピン，マラウィのプロジェクトでは，職業的自立を目指すために職業訓練や授産所，職業斡旋が中心となった。

[9] ILO [1985], pp. 52-54。

[10] バングラデシュ，カンボジア，ミャンマー，ネパール，フィリピン，スリランカ，タイ等では，政府はCBRを政策に組み込んでいても，CBRの実施に直接関与していない。

[11] 古澤［2001］，15ページ。

[12] 村上［2001］，28ページ。

[13] 中澤［2001］，4ページ。

[14] 渡邊［1999］。

[15] カウアー［2000］，52ページ。

[16] 二葉［2000］。

[17] リハビリテーションとは，身体的，精神的及びまたは社会的に最も適した機能水準の達成を可能できるようにし，各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目的とした，かつ，時間を限定したプロセ

スである。

[18] ILO, UNESCO & WHO [1994].

[19] 中西・久野［1997］，33〜34 ページ。

[20] 中西・久野［1997］，35〜38 ページ。

[21] ESCAP [1988], pp.36-46.

[22]中西正司［1991］，319 ページ。

[23] Mendis [2000].

[24] バングラデシュ障害者福祉協会(BPKS)事務局長サタール・デュラルの 2002 年 10 月のDPI（障害者インターナショナル）アジア太平洋ブロック総会での発言はその一例である。BPKSはPSID（障害者の開発への自己イニシアチブ）プログラムが成功し，多くが農村部に住む 3000 人をこす会員に①能力構築のための訓練コース，②医療照会，③自宅での障害予防や障害の軽減や矯正のためにセラピー，④移動とアクセスを高める福祉機器の支援，⑤学力向上のための教育支援，⑥社会経済的自立達成のためのIGA支援，⑦草の根のレベルでの団体や制度の開発の活動をしている（Bangladesh Protibandhi Kallyan Somity [2002])。これらの活動は，他のCBRでの活動と重複する点がおおい。

[25] 第２次アジア太平洋障害者の十年の行動計画「琵琶湖ミレニアム・フレームワーク」では，「障害者がCBRのイニシアチブを取る際に自己選択と自己管理ができることが必用である」（55 条）と「CBRの視点は人権のアプローチを反映させ，ピア・カウンセリングを含む自立生活の概念につくられねばならない」（第 10 戦略）と両者を関連づけている。

〔参考文献〕

〈日本語文献〉

石館ふみ［2000］「CBR の有効性ータイの障害者の暮らし」第 103 回アジア障害者問題研究会報告。

カウアー，ヤン［2000］「障害分野におけるスウェーデンの国際協力活動の現状と課題」（日本障害者リハビリテーション協会『国際シンポジウムー障害分野における国際協力の現状と課題−報告書』pp.47−55。

Chongkolnee, Chutimatavin et al.［1999］『国際協力ニーズ調査研究報告書−平成 10 年度タイにおけるコミュニティ・ベースド・リハビリテーションのニーズに関する調査』国立身体障害者リハビリテーションセンター。

中澤健［2001］「マレーシアの CBR 活動－公的 CBR と，ある NGO の実践から」（旭川荘アジア福祉文化研究センター『アジア福祉文化研究センター研究紀要』第 3 巻第 1 号）pp. 1-8。

中西正司［1991］「アメリカ自立生活運動に学ぶ」（八代英太・富安芳和編『ADA の衝撃』学苑社）pp.318−332.

中西由起子［1996］『アジアの障害者』現代書館。

――［2000］「アジア障害者 1　CBR（地域に根ざしたリハビリテーション）」（『福祉労働』2000 年夏号）。

中西由起子・久野研二［1997］『障害者の社会開発』明石書店。

日本障害者雇用促進協会［2000］『平成 11 年度障害者雇用促進国際協力事業報告書−国際シンポジウム及びニーズ調査結果』日本障害者雇用促進協会。

Hammerman, Susan［2000］「国際リハビリテーション」（中野善達監訳『障害とリハビリテーション大辞典』湘南出版）pp.213−216。

福山博［2000］「ネパールの視覚障害者の CBR と教育支援」第 110 回アジア障害者問題研究会報告。

二葉泰子［2000］第 113 回アジア障害者問題研究会報告。

古澤正道［2001］「ベトナム社会主義共和国の CBR」（JANNET 研修会『CBR キャパシティ・ビルディング・セミナー－地域参加型リハビリテーションの理解と実践−参考資料』）pp.14−15。

村上真也［2001］「マレーシアのリハビリテーションの現状－作業療法士としての関わりから」（旭川荘アジア福祉文化研究センター『アジア福祉文化研究センター研究紀要』第 3 巻第 1 号）pp.26−33。

李光文［1996］「地域福祉センターの障害者プログラム」第 57 回アジア障害者問題研究会報告。

渡邊雅行［1999］「ネパールの CBR」第 101 回アジア障害者問題研究会報告。

〈英語文献〉

Ashraf, Muhammad [1996] *Country Report,* JICA Group Training Course in Rehabilitation of Disabled Persons, Tokyo.

Bangladesh Protibandhi Kallyan Somity [2002] *One for All Newsletter*, Vol.3, No. 3.

DeJong, Gerben [1979] *The Movement for Independent Living: Origins, Ideology, and Implications for Disability Research*. Michigan: University Centers for International Rehabilitation, Michigan State University.

Dulmaa, Dashdondog [2000] *Country Paper,* JICA Specially Offered Training Course in Technical Aid for Visually Disabled Persons, Tokyo.

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP) [1988] *Community-based Disability Prevention and Rehabilitation: Guidelines for Planning and Management,* Bangkok: ESCAP.

Handicap International/National Center for Medical Rehabilitation [1999] *Bridging the Gap: Survey of Disabled Children & Adults,* Lao PDR: Handicap International.

IC Net (Thailand) Co. Ltd [2000] *Country Profile: Study on Persons with Disabilities*, Bangkok: IC Net (Thailand) Co. Ltd.

International Labour Office (ILO) [1985] *Vocational Rehabilitation of Disabled Persons,* Geneva: ILO.

ILO, WHO & UNESCO [1994] *CBR for and with People with Disabilities Joint Position Paper*, Geneva: ILO.

―― [2004] *Community Based Rehabilitation (CBR): A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities Joint Position Paper,* WHO: Geneva.

Lysack, C. et al. [1994] "Comparing the Origins and Ideologies of the Independent Living Movement and Community Based Rehabilitation" *International Journal of Rehabilitation Research*, Vol.17, No. 3, pp. 231-240.

Memon, Willi & Andreas Konig [1991] *From Community-Based Rehabilitation to Community-Integration Programmes: Experiences and Reflections on a New Concept of Service Provision for Disabled People*, Geneva: ILO.

Mendis, Padmani [2000] *The Relationship between Independent Living (IL) and Community-based Rehabilitation (CBR)*. JICA Leadership Training Seminar, Hanoi, May, 2000.

MOSALVA Task Force on Disability Issues [1996] *A National Strategy for MSALVA and NGOs of the Rehabilitation Sector on Disability Issues and the Rehabilitation and Integration of Disabled Persons in Cambodia: Summary Report (Draft)*, Phnom Penh: MOSALVA Task Force on Disability Issues.

Park, Il Byung [1998] *Country Report*, JICA Group Training Course in Mental Retardation, Tokyo.

Rajendra, K. R. [1998] "An Overview of CBR in Practice in India," in The Spastics Society of Tamil Nadu. ed., *Proceedings of the Workshop on "CBR Models and Training Viable for India,"* India: The Spastics Society of Tamil Nadu, pp. 49-54.

Tshering, Karma [2000] *Country Paper.* JICA Specially Offered Training Course in Technical Aid for Visually Disabled Persons, Tokyo.

Unitged Nations [1982] *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*, 37/52. 1/.

Werner, David [1987] *Disabled Village Children: A guide for Community Health Workers, Rehabilitation Workers, and Families*, Berkeley, CA: Hesperian Foundation.

Werner, David, Carl Thuman and Jane Maxwell [1977] *Where There Is No Doctor*, Berkeley, CA: Hesperian Foundation.

Werner, David. et al. [1997] *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival*, Palo Alto: Health Wrights,

WHO [1969] *WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation. Second Report (WHO Technical Report Series No*419*)*, Geneva: WHO.

—— [1986] *Training in the Community for People with Disabilities*, Geneva: WHO.