特別講演

Community-based Rehabilitation*

Antonio O. Periquet, MD**

リハビリテーションの意味と現状

1981年に国際連合により宣言された国際障害者年の中で明らかにされた驚異的事実の一つは、各国人口の10%が精神障害者または身体障害者であると推定されることであった。この状況は、多くの人々がリハビリテーション・サービスへのアクセスを持たない開発途上国で特に深刻である。障害の発見や処置は遅れ、最初はごく軽度の能力低下(disability)しかなくとも、二次的機能障害(impairment)を起こし、ついには重度で永続的な能力低下の状態に陥る者も多い。

開発途上国の国民の大多数は田舎に住んでいる。したがって、それに応じた頻度で障害者が田舎で見られることになるが、しかし、田舎における保健ケア機関のレベルを考えに入れるならば、それよりも高率で見られるかもしれない。一方、リハビリテーションの専門機関やセンターは大都市に集中している。その存在は、それを利用できる経済的余裕のあるものにとっては非常に価値あるものだけでも、地理的条件や経済状況のために基本的に最低限の保健ケアに対するアクセスすらない者にとって、リハビリテーション機関は何の意味も持たない。

リハビリテーション・センターの建設と運営には多額の費用がかかるものである。高度技術による設備が必要だが、電力供給が不規則であったり、全くないような地域において、それらの多くは単に場違いだけでなく、むしろ設置することが馬鹿げてさえいる。部品の確保は困難なことも多い。維持と補修の能力はしばしば劣悪である。これらのセンターは高度な訓練を受けた専門家が必要だけでも、彼らは都市で職がなかったとしても田舎へ行こうとはしない。彼らは、給

料が高くて労働条件のよい先進国にあこがれている。リハビリテーション・センターにおける入院サービスの質は高いのだが、外来での経過観察の質は低い。なぜなら、交通手段は限られているし、通院による出費がかさむからである。

リハビリテーションの変革

状況は変革を要求している。Community-based Rehabilitation (CBR) が、その変革をもたらす。

CBRとは「コミュニティの資源に依拠して、コミュニティ・レベルで対処するアプローチである」と世界保健機関(WHO)は定義している。そして、このコミュニティの中には、機能障害、能力低下、社会的不利(handicap)のある者自身、彼らの家族と、そのコミュニティ全体が含まれるものである。それは、世界保健機関が提唱しているプライマリー・ヘルス・ケアの構成要素である。

CBRの原点は、1978年にアルマ・アタというロシアの無名の街で行われた国際会議に求められる。この会議は、「今後10年間における各国政府と世界保健機関の主要目標は、西暦2,000年までに世界中のすべての人間を社会的・経済的に生産的な生活を営めるような健康状態に到達させることである」という決議を実現させる手段がプライマリー・ヘルス・ケアであることを確認した。

障害における
リハビリテーションの実際

障害に関連する分野では、2つのプログラム領域が考えられる。

- 1) 機能障害を予防する対策の促進

* 1989年6月1日、仙台市・仙台市泉文化創造センターにて講演

** Republic of Philippines Department of Health Office of the Secretary

もし機能障害が予防されれば、能力低下は発生しないし、時間も費用もかかるリハビリテーションも必要ないであろう。

2) リハビリテーション・サービスの供給

能力低下は常に予防できるものではない。能力低下が生じた時、その犠牲者を正常または最大限の高い機能レベルの状態まで回復させるために、リハビリテーション・サービスが必要になる。

1. リハビリテーション第1レベル：CBR

能力低下の性質と複雑さに応じてリハビリテーションには相互に連係しあう3つのレベルがあり、CBRはその中の第1段を構成するものである。プライマリー・ヘルス・ケアの精神では、CBRは、地域ワーカー、障害者の家族、地方機関、そして障害者の家庭で行われるサービスの組織を包括している。キー・パーソンは、身体、視覚、聴覚、精神の4つの障害領域で、リハビリテーションの簡単で基本的な技術を習得しているコミュニティの一員である。彼は「地域指導者(local supervisor: LS)」と呼ばれる。訓練が終了すると、彼は自分の担当地域の障害者家庭へ行き、障害者の家族がリハビリテーションを行えるように彼らを指導していく。

2. リハビリテーション第2レベル(中間レベル)

次のレベルは中間レベルであり、保健関連分野の教育は受けているけれども、障害と特に関係したことのない人々を活用するものである。それは、一般医家、看護婦、助産婦、教師、ソーシャル・ワーカーと補助的ワーカーである。彼らはCBRよりも高いレベルのケアを行うための障害(能力低下)予防とリハビリテーションに関する特別の課程を受けている。このレベルは、CBRにとって第一の紹介先であり、CBRを監視し指導する責任をも有している。

3. リハビリテーション第3次レベル

3次レベルは、高度に専門化されたレベルであり、リハビリテーション・センター、リハビリテーション医学、特殊教育、職業リハビリテーションと社会サービスの施設により構成される。このレベルは、研修、複雑な症例に対するサービス、研究に関する最高の資源である。CBRは施設に依拠したサービスに代わることを意図するものではなく、むしろ、それらを補完するものであり、施設サービスを求めて集まる1次・2次レベルの患者達による3次レベル機関の混雑を緩和さ

せるものである。

CBRの効用

CBRが正しく組織され運営されれば、それはリハビリテーションを必要としている人々の基本的ニーズを低価で満たすものになる。完全ではないにしても専門的訓練を受けたリハビリテーション従事者による簡単で基本的なサービスの提供は、彼ら自身とコミュニティの人々との強固な社会的きずなにより補われるものである。

田舎で通常のリハビリテーション・サービスを提供する際に最もよくみられる束縛を、CBRは効果的に解決してくれる。その束縛とは、以下のものである。

- 1) 地理的障害。人口は各地域ごとに密集しているが、各々の地域は相互に大変離れており、それをつなぐ道路も通信手段も劣悪である。島や山岳地帯に住む者もいる。
- 2) コミュニティごとに障害のパターンが異なる。
- 3) 社会、経済および文化的要因がコミュニティでさまざまである。

CBRの成否は、関係政府機関と非政府組織とを連携させるような統合的で包括的な構造の確立にかかっている。コミュニティがCBRのプログラムを自分自身のものであると考えることができるように、コミュニティ自身にも政策設定、意志決定、プログラムの遂行と評価の過程に参加する機会が与えられるべきである。このことが成功の確率を上げる。

リハビリテーション実践 のためのマニュアル

地域指導が実践上の参考にできるように、WHOは「コミュニティにおける障害者の訓練」というマニュアルを作成した。このマニュアルには、障害者や家族を訓練するうえで用いられる簡単で基本的なリハビリテーション処置の方法に関する詳細な指導が示されている。このマニュアルで対象にしている障害は、神経、筋骨格、視覚、聴覚、コミュニケーション、それに精神の各領域である。

このマニュアルは5冊子からなる。

- 1) 冊子1: <全般的情報> マニュアル使用方法、用語の定義、予防のレベル、障害の種類。
- 2) 冊子2: <身体障害> コミュニケーション障害、能力低下予防、簡単なリハビリテーシ

ョン技術。

- 3) 冊子3: <精神障害> 正常小児発達パターン, 一般的な行動および情緒上の問題, 精神発達遅滞の予防, 早期発見と処置。
- 4) 冊子4: <プロジェクト管理> CBRs 設置に関する情報, 紹介網の確立, プロジェクトの資金。
- 5) 冊子5: <補遺> 用語集

フィリピンにおける CBR の実際

フィリピンでの CBR は以下の3相で展開されている。

1. 第1相: プロジェクトの立案, 場所の選択, 地域指導者の選択, 社会的準備

CBR プロジェクト委員会は, プロジェクトの立案, 実施, 監視, 評価を担当するための組織である。そして, プロジェクトの場所の選択は, それを引き受けるコミュニティ自身の興味と熱意をもとになされる。また, 地域指導者の選択は, 彼ら自身のプロジェクトに対する関与の程度や1日2~3時間以上を障害者とともに働こうという気持ちをもとになされる。彼らは, 自分が働くコミュニティの住民でなければならない。

社会的準備は CBR の重要な要素であり, それが受け入れられるための道を開くものである。プロジェクトをコミュニティに導入し, 受け入れを高めて活発な参加を促すための活動が組織される。徹底的な情報キャンペーンが展開され, それは集会, 新聞, ラジオ, テレビ, 折り込み, さらに印刷物の配布によりなされる。コミュニティの発展に対するこのプロジェクトの意義が強調される。

この段階で紹介のためのシステムが確立される。その連結には2つの構成要素がある。

- ①垂直: 2次あるいは中間レベルおよび3次あるいは施設レベルに対して。
- ②水平: 特殊教育, 職業リハビリテーションや社会サービスのような医療以外の領域に対して。

2. 第2相: 地域指導者の訓練

1) 訓練

訓練は理想的にはリハビリテーション医学の専門家により行われる。フィリピンでは, それはリハビリテーション専門医, 理学療法士, 作業療法士, 言語療法士からなるリハビリテーション医学科のスタッフによ

るワークショップで行われた。他の参加者は, 小児科医, 精神科医, 特殊教育教師, さらに他の関連領域の者であった。訓練方法は, 講義, 実演, 役割演技法である。授業ではマニュアルの使用が強調される。

2) 実際

訓練が終了すると, 地域指導者には担当の障害者が与えられる。第1相でコミュニティにおいて障害者の住んでいる場所が調べられている。退院後の経過観察を CBR 担当者が行えるように, 病院との打ち合わせもなされる。

まず地域指導者が患者にリハビリテーションの処置を行い, それと同時に, 指導者は患者の家族に方法を教えていく。最終的には, 地域指導者の監督のもとで家族が実際のリハビリテーション過程を受け持つのである。

地域指導者は以下の書類に記入することが求められる。

1) 症例経歴書

障害者の名前, 能力低下の種類, 性質, 程度が含まれる。これは最初の訪問の際に地域指導者により記入される。

2) 訓練マニュアル使用書

マニュアルのどの部分を地域指導者が使ったか明らかにし, マニュアルの有効性や使いやすさを評価する。

3) 経過報告書

予め定められている尺度に基づいて経過を記載する。

3. 第3相: 監視と評価

この相の目標は以下のものである。

①プロジェクト実施の評価

②他の領域への紹介を要する患者の同定

③特殊なニーズの決定

プログラム調整者による地域指導者とのフィード・バックのための会が持たれる。問題は議論され, ニーズは分析され, それらにより将来の計画と訓練の基盤が作られる。

CBR 実施に伴う問題と結果の評価

CBR 実施に伴う問題で多かったのは以下の通りである。

- ①紹介のニーズを支える2次および3次サービスの不足または欠如
- ②いくつかの機関における障害とリハビリテーションに関する情報不足, それに伴う優先度の低さ

③初期段階では地域指導者に対する信頼が確立していなかったために、家族の協力を得ることの困難さ

④地域指導者の役割に対する誤解

⑤リハビリテーション従事者を集めることの困難さ

1985年に、結果の評価が別個の調査グループにより行われ、139人の障害者が聞き取り調査をされた。以下の項目が評価された。

1) 身体的パフォーマンス

以前は食事摂取で完全または部分的に介助を受けていた障害患者の2/3が完全に自立した。10人中6人が整容の点で改善し、2/3がトイレや入浴活動で完全または部分的に自立した。大部分の者がトランスファー活動で改善し、4人中3人で移動能力が改善した。階段を上ったり、坂道・勾配を通るような身体の上方移動の活動でもパフォーマンスは改善した。

2) 社会的技能

10人中7人が、他人の言うことを理解したり、他人に理解されたりする点での改善を示した。10人の子供のうち6人が他の子供と遊べるようになったし、大多数でコミュニティ活動への参加が促進された。しかし、介助のもとで学校へ通えた者は1/3にすぎなかった。

3) 自己に関する価値観

2/3が他人との相互理解の能力を改善させた。2/3以上は他人が自分のことをどう思っているかを心配しなくなった。しかし、大部分の者は他人と一緒に自分自身のことを笑えるようにはならなかった。

4) 自立

2/3が終日の付き添いを必要としなくなった。しかし、2/3以上の者がある場所から別の場所への移動時に介助を要した。45%の者は自分のしたいことをする点で改善し、同時に、2/3の者は自分の能力が人に知られることを何とも思わなくなった。

5) 発達課題

10人の子供のうち7人が学校へ行きたいと希望するようになった。45%以上の者が将来に対する計画を持つようになった。しかし、仕事に出たいという意図を示した者は20%にすぎなかった。

6) 社会への統合

47%の者が市場へ行くようになったり、行く回数が増えた。48%の者が学校へもっと定期的に通うようになった。医師や歯科医への受診回数が増えた。10人中7人以上の者が文化活動にもっと参加するようになったし、友人や親戚を訪ねる回数も増えた。

障害者の中では13～19歳までの年齢層が最も多かった。移動の問題が最も多い障害であり、それに視覚障害、重複障害、精神発達遅滞、聴覚と言語の障害が続いた。

CBRSは低価の介入システムであり、紹介とサービス提供に関する各機関の協調の概念とリハビリテーション活動に対するコミュニティのボランティア精神の概念を利用したものであると調査は結論付けた。それは障害（能力低下）予防とリハビリテーションの概念を草の根レベルまで引き下げることがある程度までは実現可能であるということを示してくれた。

障害（能力低下）予防とリハビリテーションの実施にとってCBRSは簡単で費用面でも効果的な方法であり、リハビリテーション・サービスに対するアクセスが少ないか欠如している田舎において特にCBRSはふさわしい存在なのだということが結論である。CBRは障害者を改善させ、それにより家族の関心と熱意は保たれた。フィリピン総合病院の地域リハビリテーション医と訓練チームによる評価では、能力低下を生む機能障害の自然回復過程からでは説明しがたいほどの有意かつ確実な機能的パフォーマンスの改善が示された。

CBRの将来

日本のような先進国に対してもCBRは重要な示唆を与えるものである。最良のケアを受けるためには、最も高価で複雑な技術や処置を利用しなければならないという哲学が現在広く受け入れられているが、CBRはこの哲学に対して疑問を投げかけるものである。「サービスの適正レベル」、すなわち、「資源利用の階層性はニーズの階層性に根ざすのが最良である」という原理をCBRは説くものである。この原理はリハビリテーション分野で進行している人員不足に対する解決策を提供するものであり、「自分でやれ（do it yourself）」を求める声の高まりと、自助のためのリハビリテーション機器の進歩にも応えるものである。専門外の人、素人、コミュニティ・ワーカーや家族が本当に問題を解決できるようになれるのであり、また、マニュアルで期待した以上に彼らがリハビリテーション・プログラムの技術面を行うことができたということをCBRは実証した。家族とコミュニティは率先して障害者のニーズを評価し、きわめて精巧にまた創造的に障害者と付き合っていけるように他の家族を援助するようになった。しかし、今後はCBRの弱点を技術面だけでなく社会展望の面からも分析していく必要がある。

他の関連プログラムと同様に、CBRは有能なコミュニティの育成、知識の神秘性の剥奪、情報へのアクセスの簡易化を目指すものである。CBRは3次レベルの施設ケアと特殊サービスを補完するような自助の状況を作り出すものであり、それによって、3次レベルがリハビリテーションのより複雑な問題に専念できるように解放するものである。

CBRは障害者のためにこれまで未踏であった領域へ

浸透しようとするものである。それは、単に機能と責務の発展によって効率的で効果的なプログラムの施行を計るだけでなく、実現可能な方法でリハビリテーション・サービスをコミュニティのレベルまで広範に到達させることを目指すものである。それは資金、人員、時間の問題に対する一つの解決をもたらしている。それは特に田舎における障害（能力低下）予防とリハビリテーションに対する最も論理的な戦略なのである。

脊椎脊髄ジャーナル

Spine & Spinal Cord

Vol.3 No.1 1990年1月 発行

〔特集〕 脊髄損傷の合併症・随伴症

脊髄損傷における痙性と筋痙攣について…大阪労災病院リハ診療科 川村次郎・他
脊髄損傷者の自律神経障害……………産業医大リハ医学 井上和宏・他
褥瘡……………九州労災病院リハ診療科 吉村 理・他
異所性骨化……………水俣市立湯の児病院リハセンター 浅 山 滉
脊髄損傷に伴う疼痛……………神奈川リハ病院リハ医学科 大橋正洋・他

1990年 1部定価 ¥1,957(税込み) 年ぎめ予約購読料 ¥22,248(税込み)

- ◇編集顧問 小野啓郎, 宮崎一興, 豊倉康夫, 長島親男
- ◇編集委員 萬年 徹, 高橋 昭, 田代邦雄, 土田正義, 小柳知彦, 近藤厚生, 大橋正洋, 吉村 理, 河合伸也, 金田清志, 平林 洸, 辻 陽雄, 小山素麿, 矢田賢三, 角家 暁, 白馬 明
- ◇編集幹事 服部孝道, 渡部恒夫, 三井公彦

三輪書店

〒113 東京都文京区白山2-30-3 ☎03-816-7796 FAX03-816-7756 振替東京8-255208