

JANNET 研修会

---

CBR セミナー

# 「CBRの最近の動向について」

講師：マヤ・トーマス

報告書

2003 年 8 月 27 日（水）

会 場：早稲田大学国際会議場

共 催：JANNET（障害分野 NGO 連絡会）  
早稲田大学平山郁夫ボランティアセンター

## 目 次

はじめに	2
プログラム	3
■ 午前の部	
開会の挨拶	4
「CBR（地域に根ざしたリハビリテーション）の最近の動向について」 CBR アドバイザー マヤ・トーマス	6
質問	15
■ 午後の部 グループ ディスカッション	
1. 社会モデル	18
2. 持続性（サステイナビリティ）	19
3. コミュニティの参加	20
マヤ・トーマスからのコメント	21
質疑応答	24
閉会の挨拶	26
■ 参考文献：大阪フォーラム（2002年10月21日） 基調講演 「南アジアにおける CBR の政策・計画に関する課題」 マヤ・トーマス	27

はじめに

JANNETは、アジア太平洋地域を中心に障害分野で何らかの国際協力・交流事業を実施している日本のNGOの連絡会です。

当会では、研究会や研修会を開催し、CBR（Community Based Rehabilitation、地域に根ざしたリハビリテーション）を主なテーマにとりあげてきました。途上国の障害のある人の生活の質の向上のために実施されているCBRの重要性は認識されるものの、その目的を効果的に達成する上で、解決すべき課題が少なくないのが実情です。

今回、JANNETでは、CBRアドバイザーである、マヤ・トーマスさんが日本知的障害福祉連盟主催の国際会議のため来日された機会に、講師にお迎えし、CBRの最近の動向について話を伺うとともに、CBRの主な3つの課題についてグループに分かれて参加者とのディスカッションを行う、セミナーを開催いたしました。

このたびグループディスカッション要旨を含め、セミナーの内容を報告書にまとめましたので、関係者の皆様に広くご活用いただければ幸甚に存じます。

報告書の制作にあたって、テープ起こしは瀧本薫さん、編集は中谷桂子さんと池上悦子さんに多大なご協力をいただきましたこと、心から感謝申し上げます。

またセミナーを共催し、会場をご提供いただいた早稲田大学平山郁夫ボランティアセンターに対して、深くお礼申し上げます。

2004年9月7日

JANNET（障害分野NGO連絡会）

会長 松井亮輔

# プログラム

10時 あいさつ

10時15分から12時

講演「CBRの最近の動向」

講師：マヤ・トーマス（CBRアドバイザー、インド）

12時から13時15分 昼食

13時15分から16時 早稲田国際会議場 3階 会議室

グループディスカッション

① 社会モデル

② 持続性（サステナビリティ）

③ コミュニティの参加

質疑、ディスカッション

16時から16時30分 総括

.....

共 催：JANNET（障害分野 NGO 連絡会）

<http://www.normanet.ne.jp/~jannet/>

早稲田大学平山郁夫ボランティアセンター

<http://www.waseda.ac.jp/wavoc/event/cbrseminar.htm>

開催日時：2003年8月27日（水）午前10時から午後4時30分

場 所：早稲田大学国際会議場

（〒169-0051 新宿区西早稲田 1-20-14 TEL: 03-5286-1755）

参加者：約70名（障害分野の国際協力に携わるかまたは関心のある方、専門家、  
障害関連団体および行政関係者、学生など）

## CBR セミナー

### 開会の挨拶

沼田： 最初に田口順子 JANNET 研修研究委員長よりご挨拶申し上げます。

田口： 本日、マヤ・トーマス先生のご講演に多くの方がお集まりいただき本当にありがとうございます。松井会長がベトナムに出張中のため、代わって田口がご挨拶申し上げます。マヤ・トーマス先生につきましては、後ほど沼田さんの方からご紹介いただきますが、私は昨年のお阪でのアジア・太平洋障害者の十年の最終フォーラムでの基調講演を拝聴して、お目にかかるのは2度目です。マヤ・トーマス先生、本日は私どもの講演のためにお出でいただき真にありがとうございます。今回このような講演が JANNET 主催で実現できたことは、日本知的障害福祉連盟の沼田さんがご配慮くださり、労をお取りくださったお陰と心から感謝申し上げます。本日の講演会に、JICA の東京国際センターで現在研修中の8カ国、11名の知的障害福祉専門家コースの方々が出席してくださいました。ようこそお出でくださいました。心から歓迎の意を表して、拍手でお迎えしたいと思いますので皆様ご起立ください。私ども JANNET の会は各団体の集まりですが、このような講演会の催しには各団体の代表の方が出て参りまして、機能的に連携して動いております。円滑に会の開催準備ができましたのも、いつものことながら、日本障害者リハビリテーション協会の上野さんのご尽力によるものです。厚く御礼申し上げます。今回の通訳は山陰さんと加藤さんにお手伝いいただくことになっております。マヤ・トーマス先生を初め、皆様のご参加、講演会開催のためにご尽力、ご準備くださいました方々に心からの感謝の意を表しご挨拶に代えさせていただきます。ありがとうございました。

沼田： 田口委員長、ありがとうございました。それでは、この企画を立てました経緯と今日のスケジュールについてお話したいと思います。田口委員長から話がありましたように、マヤ・トーマスさんは、昨年の10月に開かれました大阪フォーラムで「南アジアのCBRの問題点」という内容の講演をされました。JANNET では、かなりの回数 CBR の研修に取り組んできましたが、障害分野に関わる者として、そして特に CBR の必要性を感じる者にとって、CBR というのは難しく、色々な問題があり、そしてその問題がはっきりしないなどの疑問点があったのですが、マヤ・トーマスさんの講演を聴いて、それが解決したという感がありました。問題を大變的確にまとめてくださいました。そうした経緯からこの企画を考えた訳です。今回は、皆様とご一緒に夫々の問題点についてこれからどのようにしていくのかを考えてみたいと思います。ただ、昨年のフォーラムに皆様に参加された訳ではありませんので、今回のセミナーではマヤ・トーマスさんに CBR の歴史的な経緯、変遷などをお話いた

だき、更に CBR は1つの概念であり、色々なプログラムがある訳ですので、夫々のプログラムについてご紹介いただき、CBR の理解を共有した上で問題点の方に移りたいと思います。そこまでが午前中のマヤ・トーマスさんの講演内容になります。昼食を挟みまして、皆様に3グループに分かれていただきます。夫々のグループが1つの問題点に対して、1時間45分間討論をしていただきます。その後、30分の休憩が入ります。休憩が長く感じられるかもしれませんが、グループによっては時間内に討論が終らないことがありますので、休憩を長くして、それをまた討論に使っていただくことも可能にしたいとの考えからです。最後の1時間は、再度皆様に集まっていただき、夫々のグループから討論の内容を発表していただきます。フロアーの方で討論の内容についてご意見をいただき、また、マヤ・トーマスさんの方からも色々ご提案をいただくということにします。そして、最後にマヤ・トーマスさんに今日の一日をまとめていただきます。では、マヤ・トーマスさんにご講演いただく前に、マヤ・トーマスさんのご経歴について少しお話させていただきます。マヤ・トーマスさんは大変美しいサリーを身につけていらっしゃいますが、インドの方です。お仕事は、アジア・アフリカ地域の CBR のコンサルタントです。コンサルタントとしてこうした地域の多くの CBR でプランニング、評価、研修事業等を実施されています。また、最近の活動としては、障害関係事業のキャパシティビルディングに関する活動、また、アジア・パシフィック・ディスアビリティ・ジャーナルの編集に携わられ、それから CBR 関係の多くの著書をお持ちです。それでは、ご講演願いますが、最後に15分から20分ほど質疑応答の時間を設けますのでそれまでメモを取るなどしてお待ちください。

## CBR(地域に根ざしたリハビリテーション)の 最近の動向について

講師     マヤ・トーマス(インド)  
             CBR アドバイザー

最初の数分間は皆様のお顔が良く見えますように立ってお話させていただきます。この度は JANNET にお招きいただき深く御礼申し上げます。また、本日、皆様と共に CBR について学び、様々な意見を共有できます機会を与えていただきましたことを心から感謝致します。このようなセミナーやワークショップにおきましては、お話するだけでなく、私自身も学ぶことができると思っております。まずは CBR の紹介から始めさせていただきます。その後、今後の CBR の課題についてお話させていただきます。午前中は、15年以上アジア・アフリカ地域で関わってきました私の経験に基づき、様々な CBR のプログラムのお話をさせていただきます。

皆様の中で何人の方が Community Based Rehabilitation(地域に根ざしたリハビリテーション)についてご存知ですか？かなり多くの方がご存知のようです。今日のトピックはその地域に根ざしたリハビリテーションです。開発途上国に住む障害者のリハビリテーションにおいて CBR は最も意味のある進展を成し遂げました。過去25年間、公的なプログラムとして推進されてきましたが、その前からも非公式な形で家族やコミュニティによって数多くの CBR が実践されてきました。1980年代に入り、CBR が WHO・ILO・UNICEF などの国連機関によって正式に推進されるようになりました。また、障害分野史上重要な出来事が CBR の発展に影響を与えてきました。例えば、1981年の国際障害者年、1983年から1992年までの国連・障害者の十年、1993年から2002年までのアジア太平洋障害者の十年などです。そして皆様もご存知のように、アジア太平洋障害者の十年は、2003年から2012年まで延長されることになりました。

CBR が推進されるようになった主な理由は何でしょうか。それは、1970年後半から80年初期にかけて途上国の地方に住む障害者にリハビリテーションサービスを提供するニーズが生じてきたためです。資源も資金も限られた途上国の地方の貧しいコミュニティに居住する多くの障害者にリハビリテーションサービスを提供しなければなりません。途上国では高価な施設を建設することは不可能で、そこで CBR が代替案として取り入れられるようになってきたのです。リハビリテーションの担い手を施設から家族やコミュニティに移そうという考えに基づき代替されました。担い手としての責任を家族やコミュニティに移行させることによりコストを削減できると考えたのです。高価な施設や高度な訓練を受けた職員、また福祉機器に依存する必要がない訳ですから、出費は削減されます。家族やコミュニティの人々に訓練をして、その地域で利用できるリソースを使い CBR を実践する、というものでした。

CBR が発展した背景と CBR が取り入れられ出した原因は、自立生活運動、通称 IL (Independent Living) のそれとは全く異なったものでした。皆様の中で何人の方が IL について

ご存知ですか？自立生活運動は北米諸国で第二次大戦直後に始まりました。その後、障害者たちは自決権が欲しいと主張してきました。その当時、つまり、1950、60年代から、北米諸国では質の高い、幅広いリハビリテーションサービスが提供されていました。障害者は質の高いリハビリテーションサービスを受けることが可能でしたので、そのリハビリテーションサービスが医療あるいは専門家に支配されたものではないかと疑問を持ち始めました。そこで障害者は、自分の権利をコントロールする権利が欲しい、また、自分のことや自分のプログラムについて決定を下すための権利を主張し始めました。自立生活運動は Self advocacy (セルフアドボカシー) や Self determination (自己決定) のために始まったのですが、CBR は途上国の障害者にサービスを提供できるようにするというニーズの下で生まれたのです。

CBR についての議論する場合には、CBR の生まれた背景を理解することが重要です。なぜ CBR が始まったのか、また、自立生活運動とはどう違うかということを知っておくことは大切なことです。1980年代になって CBR は国連および国際的な供与団体から盛んに奨励を受け、アジア、特に東南アジアの一部、アフリカにおいて数の上で素晴らしい発展を遂げました。80年代における CBR の展開は、医学モデルに基づいたサービスを提供するというものでした。理由は当時 WHO が CBR は PHC (プライマリーヘルスケア) システムの中に統合されるべきであると勧告したからです。

1980年に国際障害分類 (ICIDH) では impairment (機能障害)、disability (能力障害) handicapped (社会的不利) などの言葉は本質的に医学の範疇でした。1980年代の CBR は手術やセラピー、また補助具の提供をすることにより、個人が社会に適応できるようにするという医療的な外科的な介入が主でした。

しかし1990年代に入り、医療的な介入のみでは、また個人に焦点を当てているだけでは不十分だと認識されるようになってきました。包括的な介入が必要とされるようになり、医療的なことだけでなく教育、雇用、コミュニティの意識を高める、そして予防などのあらゆる側面からの介入が重要になってきました。一番重要な変化は、個人が孤立した状況から、個人とはその人が関係しているコミュニティや周りの環境の一部であるという認識が高まり、それが理解されるようになったということです。これが医療モデルから社会モデルへの移行です。

社会モデルの中では個人の障害に問題があるのではなく、その人を取り巻く社会に問題があると強調しています。また、社会モデルでは、コミュニティの中に変化をもたらし、状況を変えということのを特に強調しています。それはコミュニティの人たちの障害者に対する態度や意識が変化し、受け入れるようになったことを意味しています。それに加えて、インクルーシブな社会を作るように推進する、それは非障害者と同じ機会均等な社会ということです。インクルーシブな社会とは教育、雇用、アクセシビリティ、バリアフリーな環境が均等に機会として与えられている社会のことを言います。そして、勿論、その社会においては、障害者の権利も擁護されています。社会モデルへ移行したことは、今日、色々な形で反映されています。まず、第一に南アジア或いは東南アジア各国で障害者の権利を擁護する法律が施行されるようになってきました。第二に、先程障害の国際分類 (ICIDH) についてお話させていただきましたが、それが改訂されて、「機能的



な活動と参加のための」国際分類となりました。社会モデルが ICIDH の障害の分類に影響を与えた訳です。障害、いわゆるディスアビリティという言葉の代わりにアクティビティリミテーション、つまり行動が制限されているという言葉になりました。それからまたハンディキャップという言葉は、参加をすることが制限されているという言葉にとって代わられました。初期の段階において、ディスアビリティやハンディキャップという言葉は障害をもつ個人を指していると解釈されていたことが、ここでも分かります。しかし、現在は、個人が参加する際に制限されたり、制約されたりするのは、周りの環境によるものであると考えられるようになりました。

それから CBR の定義も変化してきました。以前、CBR はサービスを提供するだけの取り組みでしたが、現在は、CBR は地域開発の一部と定義づけられるようになりました。これは、WHO・UNESCO・ILO が共同で CBR についての見解を書いた文書(joint position paper)の中での新しい定義です。この文書は1994年に出ましたが、今また再度改定が行われようとしています。

もう1つの大きな進展として、国連の障害者の権利条約の制定作業があります。また大きな変化として、障害者組織(Organization of people of disabilities-DPO)の発展があります。自己主張する組織としてのDPOの増加というのは、多くの発展途上国において最近の新しい進展と言えるでしょう。

それからもう1つの大きな変化はコミュニティの CBR プログラムへの参加と CBR プログラムのオーナーシップという点が強調されてきたということです。ここでのコミュニティとは障害者、障害者をもつ家族、そしてそのコミュニティに住む人たちということを意味しています。

障害分野と CBR で起こってきた変化について手短かに述べてみますと、当初、こちらが障害者にサービスを提供する側で、障害者はそれを受け取る側であるという形で始まった考え方でした。そのようなアプローチですと、受益者は受動的にサービスを受ける側でしかありません。その考え方は、ゆっくりではありますが、90年代になると変わってきました。つまりサービスを提供する側は、受ける側の障害者はお客様であるという考え方になってきました。言い換えますと、サービスを利用するクライアント(お客様)とは、例えば飛行機やホテル、そのほかの組織のサービスを使う人の訳です。これと同様にサービスを利用する障害者も選択肢を持つべきであり、また様々な疑問を投げかけることもできるはずだという考え方です。

更に今後 CBR が変えようとしていることは、障害をもつ人、つまりサービスを利用する側の顧客が、同時に CBR の自己のプログラムの所有者となるということです。今日、私たちが目指す CBR の共通のゴールについて考えてみますと、1つ目は、以前として機能的に行動規制を受けている状態をできる限り改善していくというものです。この中には、医療的・外科的・セラピー(介入)・補助器具を使い、出来る限り本来の機能を回復させるということも含まれています。2つ目のゴールというのは、教育・雇用・バリアフリーな環境を整えるために、平等な機会と権利を実現していくということです。3つ目は、CBRプログラムへのコミュニティの参加とプログラムのオーナーシップということです。これらを CBR の共通のゴールと呼んでいる訳ですが、これらのゴールを達成するための実践方法は、その土地、その土地により大きな違いが出てくると思います。

CBR の C の部分、つまりコミュニティについては、各国違いがあり、また、同じ国の中でも地域

によって違いがありますので標準化することは難しいと思います。CBR の一部分において、例えば、リハビリテーションによる介入という部分においては、標準化することが可能かもしれません。ポリオで収縮してしまった筋を矯正する手術や理学療法や作業療法などは標準化できる対象かもしれません。しかしながら、C(コミュニティ)の部分は、その土地の文化・習慣・資源に大きく左右されますので、全世界共通の CBR モデルを持つということは不可能です。その他の点で指摘したいのは、冒頭で CBR と IL(自立生活運動)の違いに触れましたが、最近、徐々にではありますが、CBR が IL の原則を組み入れてきているということです。障害をもつ人たちの平等な機会と権利・参加・オーナーシップ、セルフアドボカシーなどの論点は皆、IL の原則でありましたが、現在は CBR の中にも組み込まれてきています。

今日、世界の様々な地域で実践されている CBR は、夫々違った方法で実践されています。ある事例においては、家庭を拠点としたサービスのみを行っています。あるプロジェクトにおいては、施設がアウトリーチ型のプログラムを開始しました。政府主導のプログラムもあれば非政府団体(NGO)主導のプログラムもあります。時には、地方で活動している小規模施設や病院などを CBR と呼ぶこともあります。何を言おうとしているかと言いますと、様々な人々が様々なプログラムを指して CBR と呼んでいます。それは大した問題ではありません。何よりも重要なことは、先程の共通のゴールをそこで達成することが出来るか、否かということです。

世界の様々な地域での新しい方法、また、新制度を使って成功した例をご紹介します。インド、また、バングラデシュやスリランカなどにおいてもそうだと思いますが、障害者、或いはその家族が組織している SHG(セルフヘルプグループ/自助団体)の素晴らしい事例があります。その多くが、地方にあり、しかも貧しいコミュニティで住民の多くが読み書きも出来ないようなところにありますが、グループということで、人を集めたり、共に行動を起こす計画を立て、地方政府に対して権利を要求したりできた訳です。相互に助け合い、マイクロクレジットで銀行のローンを組み協同で雇用プログラムを立ち上げました。

もう1つの例はバングラデシュですが、バングラデシュでは障害をもつ人たちは地方の遠隔地に住んでおり、サービスを受けに中央に出てくることができない訳です。ここで何が為されたかと言いますと、遠隔教育のための挿絵入りの手引書やたくさんの絵があるマニュアルを作成し、それを使用して障害者の両親を訓練したのです。両親が読み書きができなくても、絵を使って、家庭でどのように障害をもつ子供と接したらよいのか両親を教育することができる訳です。勿論、その場合、描かれている絵が、両親がすべきことを正確に表しているか確認することが大切です。そうでなければ、両親は全く違ったことを子供にしてしまうでしょう。

次はスリランカにおけるコミュニティ・ボランティアの例を挙げたいと思います。ボランティアが上手く活用されている数少ない国の1つがスリランカです。ここでもまた、地方の話になりますが、若い男性や女性たちを募り、プログラムに参加してもらい、訓練後、暫くすると実践に出て行きます。ボランティアのリクルートはその後継続的に続けられ、ボランティアは訓練を受け、暫くの間働き、そしてまた、実践に出て行きます。

次は、パキスタンとアフガニスタンでのプログラムです。女性のためのプログラムで、障害をもつ

女性、また障害児の母親のためのもので文化に則した内容でプログラムが慎重に組まれています。ここでは、男女別々のプログラムがあります。これらの多くの地域では、パルダ文化（パルダとはイスラム教で女性が被るベールのこと）を守ってきていますので、プログラムは女性だけのために組まれ、女性のワーカーが担当します。

CBRに参加するコミュニティや家族がCBRに貢献してくれている多くの事例があります。例として南インドの1つのプログラムを挙げます。コミュニティ、つまり両親、地方政府、コミュニティのリーダーたちが共に力を併せて障害児のための小さなデイケアセンターを設立しました。他の多くの地方においても職業訓練がアパレンティスシップ(徒弟の、見習いの身分)訓練という方法で実現しています。コミュニティには床屋、仕立屋、自動車修理などの技術を持った人が大勢住んでいます。彼等が障害をもつ人を訓練することに同意し、障害者を見習いとして引き受けてくれる訳です。コミュニティがプログラムや活動のためのスペースや建物を提供している例はたくさんあります。コミュニティプログラムを立ち上げる際の会合の費用や付随する必要経費などもコミュニティが負担します。コミュニティが外科手術の必要な子供や補助器具のためにお金を工面することもあります。このような場合にはコミュニティがお金を集めます。これらのプログラムが成功した背景にはいくつかの理由があります。どのようなものか挙げてみます。1番目は、両親やコミュニティリーダーたちが、障害についての高い意識と知識を持っているということです。公式の、或いは非公式のコミュニティリーダーたちが障害者問題に気づき、どのようにコミュニティがその問題に関わり、貢献できるかを探ることは大変重要なことです。2番目に、両親です。両親を気づかせ、やる気を起こしてもらい、障害児に対して現実的な期待を持たせる、決して非現実的な期待を抱かせないことが重要です。3番目には、可能な限り地方政府の支援を受けるということです。地方政府の支援を得るは、多くの国において容易なことではありませんが、これは欠くことの出来ないものであります。4番目は、コミュニティにおいて入手可能なリソースについてです。雇用を生み出すようなリソースや専門医への照会のためのリソースなどが挙げられます。これらのリソースが必ずしも入手可能という訳ではありませんが、もし可能であれば、プログラムを成功に導く一因になります。5番目は、訓練を受けたプログラムのスタッフです。技術・モチベーション・知識を持ったスタッフがコミュニティの障害者を担当するということも大変重要なことです。これまで、CBR が生まれた背景と現状についてお話してきましたので、これからは、将来はどうなっていくのか、ということについてお話させていただきます。

その前に 2 分間ほど休憩して、ストレッチをして、目を少し大きく開いていただき、次のラウンドを注意深く聞いていただける準備をしてください。

\* \*                      \* \*                      \* \*                      \* \*                      \* \*                      \* \*

時間通り 2 分以内に帰ってきてくださり、ありがとうございました。

これからお話しするいくつかの論点は CBR において欠くことのできない問題点であり、午後討論されるものでありますので、その前に少しストレッチをしておいていただいた方が良いと思った

のです。これまでの時間、CBR がどのように始まり、現状がどうであるかを皆様お聞きになり、ご質問がおありだと思います。質問がありますか？あるようですが、質問は後で受けさせていただきます。皆様に質問がおありになるように、CBRに関わる者は、CBRの全ての分野において質問を抱えている、ということを申し上げたかったのです。

CBR が確実に生き残り、成長していくためには、これからの数年間で多くの質問に対して答えなければなりません。1つは、今日まで CBR は多くの経験に基づいて成長してきました。しかし、これからは、CBR が機能しているということを証明するために、より多くのリサーチが必要になってきています。この実践に基づく証拠というのは、開発や医療の分野で取り入れられてきたことですが、CBR の分野にも当てはめられるようになりました。CBR が機能していると主張するならば、機能しているということを実証しなければなりません。この数年間、CBR に関する文献の数も増えてきました。もし皆様が研究者で、CBR の研究をしたいと望まれるとしたら、科学的な研究成果をあげるのは難しいでしょう。それにはいくつかの理由があります。CBR は人によって解釈が違いますので、プログラムを比較することは出来ません。結果を明確に定義づけるプログラムはありません。介入の結果、どのような期待ができるのかも明確ではありません。結果についての定義も、プログラムの成果を測定するような指標もありません。将来的には、学習・マネジメント・モニタリング・評価という点を特に重要視していかなければなりません。CBR とその成果について、定性的そして定量的の両面でのリサーチが必要になってきます。

次の問題は社会モデルについてです。これ自体も様々な問題を生み出しています。ここで皆様に質問したいと思います。「CBRの社会モデルはリハビリテーションの現実のニーズを無視しているでしょうか？」社会モデルを推奨している人たちの多くが、今、リハビリテーションについて語るのは時代遅れである、と感じています。社会モデルの推奨者たちは、CBRのRの部分は取り除かれるべきである、と言っています。初期の頃、CBR は障害者だけに焦点を当てた別のプログラムとして発展してきました。独立した CBR プログラムは、障害者たちを主流から排除していくであろうと考えられてきています。現在の理解では、障害のプログラムを開発プログラムの一部としてみなすべきである、というものです。社会モデルでは、個別の、分かれた CBR プログラムが存在するのではなく、CBR はコミュニティ開発プログラムのプロセスの一部として組み込まれるべきであると考えられています。これには多くのメリットがあります。例えば、障害プログラムを開発プログラムに組み入れることにより、非常に高くつくプログラムを設ける必要がなくなり、コスト効率が良くなります。そして、障害者もコミュニティに住む非障害者と同じようにサービスやプログラムを享受することができます。つまり社会的統合、インクルージョン、コミュニティへの参加が推進される訳です。社会統合を開発プロセスの中に組み入れていくことはメリットがある、という考えは議論の1つでもあります。しかしながら、一方では、このような形で社会統合を推進し、社会モデルを強調するあまり、開発途上国においての実際の障害者のリハビリテーションニーズを見落としてしまうのではないか、という危機感もあります。なぜなら、多くのコミュニティ開発プログラムにおいて、障害者を統合していく準備ができていないコミュニティが見受けられるからです。時としてコミュニティ開発プログラム自体も障害者を統合していくための方針やその技術を持たない場合があります。

す。また、リハビリテーションのニーズ、ニーズとは、移動に関わるもの、特殊教育、インクルーシブな教育などの障害者のための特別なニーズのことですが、それが無視されてしまうのではないかという不安もある訳です。

もう1つ大きな問題があります。多分今日の午後話し合うことになると思いますが、一体どういう人が CBR を始めるに相応しいか、という問題です。この問題は、今日の社会モデルと密接な関係があります。なぜなら社会モデルはセルフアドボカシー、コミュニティの参加、プログラムのコミュニティによる所有ということに重きを置いているからです。

コミュニティの参加についてですが、参加について話し合われたり、開発関連の文献にも色々書かれていたりしますが、開発途上国では、コミュニティの参加ということに対して多くのバリアがあります。その問題の1つは、コミュニティ自体が多様性に富んだものであり、雑多な要素から成り立っているということです。つまり、コミュニティには同じ種類の人ばかり住んでいる訳ではないということです。コミュニティの開発や CBR について話をする時、コミュニティとは、相互に助け合い、統一のとれた、均質のものであると想像するでしょう。しかし、実際にフィールドに出てみると、社会経済、教育、文化、民族など様々な違いが存在することに気づきます。例えば、2つの異なった社会経済レベルからきた人たちは、同じプログラムを共有することは出来ません。時には、カースト制度や民族の違いから、そういった問題が起きることもあります。インドのある地方で実際にそのような例がありました。カーストごとに使う井戸が違います。違うグループから来た人たちに共通のプログラムを一体どのように実施したらよいのでしょうか。

もう1つ、CBR と言った場合に、コミュニティとは誰を指すのか、といった問題があります。コミュニティとは、障害を持つ人たちのことですか、その家族ですか、或いは、一般のコミュニティのことでしょうか。CBR におけるコミュニティをどのように定義づけているのでしょうか。

それから、重要なことは、貧困がコミュニティの参加の大きな障壁となっているということです。例えば、日々の食事の心配をして生活している人々に時間的な余裕があるでしょうか。また、プログラムに参加するためのモチベーションが何かあるでしょうか。

それから障害者自身の心の持ち方というものもあります。多くが慈善事業、扶助金、福祉を当てにしている、障害者の発展のためにイニシアチブを取って何かを始めようという姿勢がみられないという問題点があります。一方で私たちは、障害者やその家族、またコミュニティによる参加、オーナーシップ、コントロールを提唱していますが、これを実践するためには多くのバリアがあります。ですから、外部のファシリテートできる機関に CBR の立ち上げを委託することが重要となる場合があります。しかし、もう一方では、障害者団体による社会モデルという考え方があり、「当事者抜きで、プログラムは有り得ない」と主張しています。その主張とは、「当事者以外の者が CBR を立ち上げるのであれば、障害者はいつまでも受動的な受け取り手にしかすぎず、始める側には成り得ない」というものです。コミュニティの参加を一体誰が始めるのかという問題が現在大きな議論的となっています。ここで考えなければならないのは、この対立した2つの考えのバランスを上手くとることができないかということです。これに対しての答えは、今お話しませんので、午後の討論で考えていただきたいと思います。

もう1つの問題点は CBR にかかる様々な経費についてです。CBR にした場合、本当に安くすむのか、そして一体誰のために安いのかということです。冒頭の方でもお話しましたが、開発途上国で CBR を始めた原則の一つを思い出してください。それは、コストの削減ということでした。施設に代わり、家族が家庭でリハビリテーションの担い手となることでコストの削減ができるという仮説を立てた訳です。ただ、私たちが考慮に入れなかったのは、障害者、またその家族が実際に負担しなければならない費用がどれ位のものなのか、消費をする側の人たちの観点に立って考えることをしなかった訳です。CBR にかかる経費について考えてみますと、家族が CBR を実践していく上で割かなければいけない時間、労力、そして様々な諸経費などの費用算出をしていませんでした。開発途上国において、彼等が実際に費用を負担できるのか、また、負担する余裕があるのでしょうか。忘れてならないのは、これらの多くの人たちが貧しいコミュニティに住んでいて、貧困という問題が背後にあるということです。また、政府からの社会保障も充分でなく、これも大きな問題です。調査結果から、障害児を抱える多くの家族は非障害児の兄弟にお金をかけたいと思っていることが分かります。そうすれば、将来、その子供たちが大きくなって、障害をもつ兄弟の世話をしてくれるのではないかと考える訳です。

次は、CBR がどれくらい公正に実施できるのか、という点です。CBR が提唱された時、コミュニティにおける全ての障害者に平等に介入するということで始められました。サービスや機会均等ということが唱えられていました。しかし、実際には、ニーズに適切に対応してもらえていないグループが存在します。例えば、知的障害者を含む重度障害者、重複障害者などのグループです。社会モデルは、多くの CBR プログラムが成果あげていることを示したいと考え、コミュニティの参加が行われている様子や、障害者がセルフアドボカシーする場を見せるために、どうしても重度ではなく、中度・軽度の障害者を対象としてしまう傾向が見られます。もう1つは、性差、ジェンダーの問題があります。特に伝統的文化圏で暮らす障害をもつ女性のニーズに応えられているのかということです。伝統的な女性としての役割を果たすことを期待されている彼女たちをどのように支援していけるのかという点が問題になっています。障害をもつ女性のリハビリテーションの具体的なニーズに、文化に則した方法でどのように応えていくことが出来るのかということです。障害をもった女性たちが、搾取されていないか、暴力は受けていないかをどのように確かめたらよいのでしょうか。障害をもった女性が搾取されている実体の調査報告が数多く挙げられています。そのようなことが行われていないことをどのような方法で確かめたらよいのでしょうか。伝統的な文化圏で暮らす障害をもつ男性と同等の教育、雇用、収入が得られる場をどのようにしたら彼女たちに提供できるのでしょうか。日本に来る前にバンコックに滞在し、国連の障害者権利条約の中で提議されたジェンダー問題の展望についての話し合いに参加して来ました。

もう1つの CBR の抱える問題はボランティアについてです。大多数の CBR プログラムの中で強調されているのが、コミュニティボランティアです。特にコミュニティへ参加する権利といったことに焦点が置かれます。先程、紹介したスリランカのようにボランティアを使ってプロジェクトを成功させた例もあります。最近の調査結果から、CBR プログラムの大きな問題となっているのがボランティア関連のものであることが分かりました。その問題点は主に金銭的なことで、開発途上国では、

ボランティアがボランティアをする金銭的な余裕がないのが現状です。ボランティアを続けるためのモチベーションや、金銭面、給付金への期待などに関連した多くの問題があり、止めてしまうケースも多々あります。

もう1つの CBR の重要な問題は、文化的な要因です。CBR のCの部分、つまり、コミュニティ (Community)、背景(Context)、文化(Culture)がとても重要であると先程お話ししました。CBR で使われている参加、権利、エンパワメント、統合などの専門用語も、違った文化の下で違った解釈のされ方をします。伝統を重んじる社会、例えば、パルダ文化を持ったところに行き、障害を持つ男女は平等に参加する機会を与えられるべきであると主張することは、彼等の伝統的な文化に強固に反発していることになります。エンパワメントに関しては更に難しくなってきます。例えば、多くの欧米諸国では、個人のエンパワメントと言いますと非常に個人化されたモデルになっていて、個人の権利として扱われています。エンパワーされたということは、その人が自分で決定を下し、コントロールすることが出来るということです。しかし、インドのような伝統的な社会の中では、どこで勉強するか、どんな仕事に就くか、誰と結婚するか、結婚後何処に住むかなどの全ての決定を下すのは個人でなく、家族が一緒に決めます。しかし、そうだからと言ってインド人がエンパワーされていない、ということではありません。文化によって言葉の持つ意味が違うことがありますので、言葉の定義に関しては慎重に扱わなければならないということです。CBR においても多くの失敗例があります。外国語で専門用語を解釈するので、地域の文化に無理に解釈したものを当てはめようとして間違いが生じるのです。実際にあったことですが、数年前にイギリスの研究者がエンパワメントの調査をしようとインドに来ました。2ヶ月かけて5つか6つの CBR のプログラムを見ましたが、調査研究ができないということで、その後イギリスに戻ってしまいました。研究者が理解していたエンパワメントが実際にフィールドで見たエンパワメントと違っていたのです。

そろそろ終わりに近づいてきました。CBR は25年前から始まりました。現時点では、実務家も政策決定者も政府も途上国においては、CBR は適切なプログラムであると確信してきました。開発途上国であり、資源が限られていて、貧しいコミュニティに多くの障害者を抱えているような状況の下では、CBR はこれからも適切なプログラムであると考えられます。ここでお話ししているのは現時点でのことで、今から10年、20年後には、多くの国において適切なプログラムでなくなっているかもしれません。しかし、現時点では CBR は適切であり、メリットについての評価も出ていますが、将来的には CBR のフィールド固めと発展のために、より多くの調査や証拠に基づいた実践が望まれます。そうすることにより、現在話し合われている問題の答えが見え、より多くの障害者が恩恵を得られるようになると思います。

1時間45分もの長い間、ご清聴ありがとうございました。様々な専門用語が出てきて、大変なお仕事であったと思いますが、通訳してくださったお二人にも感謝いたします。そして、最後に再度このような機会を与えてくださいました JANNET にお礼申し上げます。

沼田： マヤ・トーマスさん、ありがとうございました。それではここで、時間になってしまいましたが、10分間だけ質疑応答の時間をとりたいと思います。

#### マヤ・トーマスさんへの質問

古沢： 古沢と申します。私の職種は理学療法士、PT で、ベトナムのメコンデルタで、CBR の手伝いをしております。ILO、UNESCO、WHO の Joint Position paper の内容についての質問があります。その内容を読みますと、先進国のアウトリーチ・アプローチやリハビリテーションの内容と、途上国の CBR の内容とに違いが感じられませんでした。現在、どのような方向で改訂がなされているのでしょうか。ご説明いただけないでしょうか。

マヤ： ドラフト版がでたばかりですので、私自身まだこの改訂版を読んでいません。94年版のオリジナルでは CBR はコミュニティの開発の一環であるとみなすべきだと書いてありました。そして障害者、その家族、コミュニティ、開発関係セクターなどのすべてのリソースを使つてと書いてあったと思います。その観点から見ますと、CBR を適用するにあたって、先進国も、発展途上国も違いはないと思います。ただし、実践という点においては、先程もお話しましたが、開発途上国では、コミュニティの参加、セルフ・アドボカシー、機会均等などを実践するリソースがないという問題点を抱えています。つまり、先進国であれ開発途上国であれ、ゴールのための原則は同じであったとしても、そのゴールに向かって実践し始めると、夫々のフィールドレベルで違いがあるということが言えます。またどのくらいの困難に直面するかも先進国と発展途上国では違います。

中西： ADI(アジア・ディスアビリティ・インスティテュート)の中西由起子と申します。マヤ・トーマスさんは CBR を途上国に適切なものと定義したと解釈しました。現在、CBR が先進国でも適切なもので、コンセプトなり、方法のいくつかは適用できるので使いたいという意見がいくつかの先進国から出ています。これについて何かコメントがいただけますか。

マヤ： 今のご質問にお答えするのは簡単なことではありませんね。というのは、これまで CBR が原則を背景にどのように展開されてきたのか、あるいは、これまでの実践のされ方というものをご考慮しますと、それは基本的には途上国の視点に立ったものです。現在、どこの部分に最も焦点が当てられているかと言いますと、やはり施設に来ることのできない地方の障害者に対して、どれだけ多くのサービスを提供することができるかということです。ただし、私が呼ぶところの共通のゴールという点で考えてみますと、つまり、できる限りの範囲での機能の回復とか、機会均等、平等な権利、アクセス、オーナーシップ、コントロール、セルフアドボカシー、或いは自己決定などは共通のゴールとして持つことができると思います。先進国と途上国というものを見た場合、リソースという点で違いがあると思います。



先進国にはゴールに到達するためのリソースというものが、途上国よりたくさんあります。そして、目標が何処まで達成されているのかという、その度合いという観点においても2つの世界には違いが見られると思います。先進国は途上国に比べてずっと早く目標を達成するかもしれません。ただ、途上国と一言で言いますが、例えばインドでは非常に落差があります。インドの都市では、既に強力に自己主張をしている人もいれば、教育や雇用の機会を得ている人たちもいます。セルフ・アドボカシーのレベルに達している人たちもいますし、政策へ影響力を持つ人、政府とロビーイングできる人などもあります。そのようなレベルに達している非常に強力なグループもあります。その一方でやはり、地方や農村に行きますと、アクセスのない人たちも大勢います。これは、先程の度合いの問題であると言えます。

沼田：時間のこともありますので、ここで質問を打ち切らせていただきます。本日の最後にも質疑応答の時間を用意しておりますので、質問しそびれたかたはそれまでお待ち下さい。では午後のプログラムについてご案内いたします。午後はプログラムにあります通り、皆様に3グループに分かれていただき、CBRの最も議論のあるところ①社会モデル(Social model)、②持続性(Sustainability)、③コミュニティの参加(Community Participation)について各グループで討論をしていただきます。そして、その後またこの場に集合していただき各グループより討論の結果について発表をしていただき、全体討論に入りたいと思います。

なお、皆様にはランチにいらっしゃる前に参加されるグループを決めていただき、受付のところで申告して下さいますようお願いいたします。そうしますと、休憩中に各部屋の準備などできますので。よろしくお願いいたします。では、解散の前に、マヤさんから、何故この3テーマを選んだのか一言説明をしていただきます。

#### マヤ・トーマスの CBR についての補足説明

マヤ：歴史のところで触れましたとおり、CBRは医学モデルで始まり社会モデルに移行しました。

その過程につきましてはすでにご理解いただいたと思います。それを踏まえて今検証しなければならないのは、社会モデルを実際に適用していった場合の利点とは何か、あるいは悪い点とは何なのかということです。先程、障害者のニーズというのが無視される危険性がある、と申しあげましたが、それはどうなのか。それでは、社会モデルを適用して、障害者のニーズに答えていくにはどのようにしたらよいのか、ということを議論していただきたいと思います。

持続性という点に関してですが、CBR 独自で持続していくことが本当にできると思いますか。もしできるということであれば、どのように CBR を持続していくのか、その方法について考えてください。

CBRにCommunityの参加が少ないことはお話しました。また、その理由についても触れました。障害というマイノリティの問題にCommunityの参加を求めるのは難しいことです。皆様には、CBRをCommunityの手でということが現実的なのか、Communityの参加を実現するにはどうしたらよいか、Communityとは何か等を入り口にご議論いただきたいと思います。

沼田：皆様、どのグループに参加していただくか、決めていただきたいと思います。

## 午後のグループ発表

### 1. 社会モデルについて

最初に社会モデルの概観ということで話しました。オリバーが社会モデルと医学モデルを対立的な構造で捉えていた頃から、現在までの社会モデルの歴史的な流れについて話してくれました。最初は、社会モデルと医学モデルが対立的な構造として捉えられていて、つまり障害を障害たらしめているのは社会であり、社会が変われば障害がなくなるという若干極端な考え方でした。現状では、環境モデルである、またマイノリティモデルであるとか、自立生活モデルであるとか、いわゆる統合的な捉え方をするモデルに変わってきつつあるということです。このように考えますと、今後は社会モデル自体の概念は必要なくなるだろうという意見が出ました。ただし個人的なサービス、社会的な環境整備も当然必要です。日本の障害者プランも、個人に着目したリハビリテーションと、社会に着目したノーマライゼーションを基本に構成されています。歴史的なプロセスとして現在は、社会モデルという考え方も必要とされていますが、いずれは障害者、非障害者などという区別がなく、サービスが提供されるようになり、社会モデルもいずれは必要なくなるのではないかということです。

また、施設リハ(IBR)対CBRの捉え方について議論もしました。これについては、施設でのリハビリテーションでは、社会モデルの、社会貢献すべきといった押し付けがなされるのではないかという問題提起がありました。結果的にはIBRとCBRを対峙して議論するのは間違いで、各々が要素をもっているという結論になりました。社会モデルに関連してですが、社会的な観点からいえば、CBRの柔軟性に着目すべきではないかということです。それから、社会の構成員の障害者に対する情報不足、差別意識が問題であります。つまり障害についての正しい理解が必要であり、障害者に関しては、用語をあまり分類する必要はなく、人間が人間らしく暮らしていくにはどうすればよいかを考えて行動することが重要であると思います。こうした定義や概念を議論するより、実践的な議論をする必要があるという意見が出されました。

最後に、参加者のなかにサウジアラビアから来られた方がいました。サウジアラビアの状況を伺ったのですが、教育費は無料だそうです。障害児には月 100 米ドルの手当てが出ます。高速道路は無料で、障害者の職業として、野菜の栽培もやったりするそうです。最後に各人が感想を述べて終わりました。

## 2. 持続性(サステナビリティ)について

最初に、グループに参加した方の自己紹介から始めました。メンバーは、日本知的障害福祉連盟の沼田さん、メキシコの国立リハビリテーションセンターのクレメンティナさん、秋田大学の大澤さん、徳山大学の富吉教授、JICAの宮原さん、アガペの赤星さん、そして私、ホンジュラスの自閉症児を持つ親の会の会長のマルタ・スワソでした。

インドネシアの事例を挙げて話し合い、CBR事業はその実行の過程において変化・改良されるものであり、計画時点のプログラム全てを持続していくことは不可能であり現実的でないという結論に達しました。CBRの骨格が持続されれば、地域の実情や文化に合わせて、または変化につれて、プログラム自身も変化、発展していくであろうという考えです。

次に組織の重要性について話し合いました。その組織の構成メンバーというのが誰なのか知ることでも必要ですし、誰が重要人物であるか知る必要があります。組織における重要人物とは、そのリーダーであるということになりました。基本的に、組織におけるリーダーとは誰でしょうか。組織のなかには障害者自身、その家族、その他の人たちがいる訳で、リーダーが誰かは国、地域により異なるでしょう。

またコミュニティのサポートを考えること、さらには金銭的な面も重要です。たとえばマイクロクレジットやローンなどによって、何らかの形で資金を生み出すようにしていくということ、資金繰りをしていくということもプログラムを持続するためには非常に重要だと思います。バングラデッシュの例ですけど、銀行からのお金の借り入れをするには、女性だけに貸す銀行、男性だけに貸す銀行に分かれているという話しがでました。形態を決めるには、地域の実情などを考慮に入れなければいけません。

それから責任を皆で分かち合っていくということ、これについても話し合いました。つまりある組織においては、その責務がたった一人の人間、あるいは非常に少数の人たちの肩にかかってくるということがあります。こうしたグループを強化していくためには、ボランティアのモチベーションを向上させるということも非常に重要です。また、計画段階の透過性を高めるということも非常に重要です。この透明性を高めるということによって、海外の組織からのサポートを受けることが可能になります。さらに、企画・計画段階で障害者を取り込んでいくということも非常に重要です。

最後になりますがあらゆるプロジェクトやプログラムにとり評価は重要です。評価、モニタリングというものは外部の人によるものだけではなく、内部の人、つまり障害者、障害者の親、もしくは内部の人間による評価も必要です。そして持続性のためには経済的な支援だけではなくて、「人」という資源も非常に重要であるということも確認しました。

### 3. コミュニティの参加 (Community Participation)

このグループは 23 人で、一番多いグループでした。自己紹介後、まず話し合ったのは、コミュニティという定義が明確でなかったので、この点について議論しました。コミュニティとは、特定の地域に住んでいる人すべて、という意見のほかに、文化の共同体、宗教などの同じ目標を持つ組織などを含めてコミュニティとする意見がでました。結論としては、地域の中で暮らす人々、宗教・文化および経済格差や、仕事、その他さまざまな立場の人たちを含めたすべての人たちということ意見がまとまりました。

次に、誰が CBR のプロジェクトでイニシアチブをとるのかということについて話し合いました。障害者当事者が CBR のイニシアチブを取るのがよいという意見で一致したのですが、タイの事例で、障害者自身が慈悲に慣れてしまったり、慈善事業を期待してしまい、自分たちで自立しようという意欲が低い、また、家族も障害を持った子どもや、家族に障害者がいることを隠したり、自分たち家族の問題で処理してしまおうという意識の問題があるという意見が出ました。これはほんの一例であり、実際には多くの途上国でいまだに、社会全体として障害者は慈悲を受けるべき存在であり、非障害者や社会は慈悲を恵むべきだという意識があるということが分かりました。

そこで、こうした意識を改善していくためにはどのようなことが必要であるかということについて話し合いました。第一には教育をすること、そしてさらに障害者自身が外に出て行って社会と自分たちの問題をシェアするということや、メディアに訴えるという意見も出ました。ただし、メディアによってはあまりにも偏った、障害者のイメージを固定化しすぎてしまうような報道があり、それは避けられるべきなので、特にメディアによる意識の改善は配慮が必要であるという意見も出ました。

さらに障害者などのマイノリティの問題をどう全体の問題として取り組んでいくかという質問が出ました。同義的にコミュニティ全体の問題として納得させていくとか、障害者などのマイノリティな意見を解決することが、全体の共通の利益となるようにするシステムを考えるべきではないかという意見も出されました。共通の利益となるシステムの例としては、例えば貧困の中で日々の生活に困るような人たちが無償でボランティアをするということは負担も大きいし、興味を持つ余裕がないということで、政府やコミュニティの協力により、有償のボランティアにすることによりモチベーションを高めることができるのではないかと考えました。さらには、雇用も促進され、障害者も経済システムの中に組み込まれることで、恵まれるべきかわいそうな存在という見方を払拭することになり、意識の改善にもつながるという意見も出されました。結果としてコミュニティの参加については、「4つの I」 Initiative＝主導権、Implementation＝実行、Interest＝興味、Independence＝自立が大切であるということになりました。

上野： どうもありがとうございました。それでは、まだマヤさんへの質問が足りないと思われる方、また、3つのグループの話を聞かれて、ご質問のある方もいらっしゃると思いますが、先ずはマヤさんに3つの報告に対するご意見を伺いたいと思います。

## マヤさんのコメント

マヤ： ありがとうございました。3つのグループの発表についてコメントさせていただく前に、他のグループの発表内容を聞かれ、何かご質問、或いはコメントをされたい方がいらっしゃいましたら先にさせていただき、その後で、私がコメントさせていただこうと思います。

午後の討議の間、3つのグループを見せていただきましたが、大変活発に討論されていました。小さいグループだけでなく、大きいグループになっても何かご意見があるのではないのでしょうか。何もご意見が出ないようでしたら、こちらからコメントをさせていただきます。

### 1. 社会モデルについてのコメント

このグループは非常に明確に結論が出ていました。包括的で統合型のモデルに移行していくべきだと思うが、分類やカテゴリー、そして定義づけや概念などは特に重要ではなく、むしろ実践的な面を見ていこうという話が出ていました。CBR を実際に実践している人も皆様と同意見だと私は思います。最終的に何が重要なのかというと、フィールドの実態であると思います。現実のフィールドに対応し、フィールドのニーズに応えていくにはどういった方法が一番適切であるかを知ることです。CBR の実際のフィールドレベルでは、これかもしくはあれか、というように両極端な選択肢はない訳です。ですから IBR(施設リハ)に対峙する形での CBR ということではありません。今あるリソースを全て活用しようという考え方です。そして運営していく上で実践的で、適切な解決策に結び付けていこうという考え方です。

### 2. 持続性についてのコメント

有益な要素がディスカッションで出ていたと思います。何を持続していくのか、あるいはそれをどれくらい持続していくのかという話が出ていました。その中で組織上の問題、あるいは財政面での問題もでした。そして、いくつか提案された中で持続性に有益な要素もありました。責任を分散させていく、モチベーションを高める、透過性を高めていくなどの話が出ました。それから、計画・企画段階で、あるいは評価段階から障害者を組み入れていくということも出ました。それか

ら経済的、資金的なリソースだけではなく、人のリソースの重要性も話に出ていました。

持続性の問題は、CBR の中で最も扱いにくいものであります。しかし現在、大変重要視されている側面であります。国際的な組織、団体、ドナー、政府などが持続性の重要性を強調し始めています。実際、国際組織やドナーのプロジェクトプロポーザルの中には、持続性についてのセクションがあり、どのようにプログラムを持続していくのかを記載する欄があります。持続方法を計画しても、それを実行に移すのは簡単なことではありません。それでは、どのような方法が効果的かと言いますと、このグループで討論されていたように、プログラムの持続性に対してどのような要素が影響を与えるのかということを分析していくということです。例えば、外部的な環境に関連している要素があります。政治的な安定性、あるいは自然災害など防ぐことの出来ないものもあります。あるいは社会経済的な変化というものもあるでしょう。どのようなプログラムであってもこのような要素の影響を受ける訳です。あるいは開発プログラムに関わっている組織の内部的の要素というものもあるでしょう。これは勿論グループの話の中でも出ていたのですが、その組織のリーダーは誰なのか、構成員は誰なのか、あるいはどういった財政状況なのかといったようなことです。あるいは、計画、マネージメントなどといった組織のシステムに絡む問題もあります。それから透明性を高めていくという問題、障害者、障害者をもつ家族、そしてコミュニティなどをどのように組み込んでいくかの計画などもあります。それから、コミュニティの問題があります。コミュニティというのはつまり障害者、障害者をもつ家族、その他の人、そういった人たちがどの程度までまた、どのような形で関わるのか、プランニングの段階から関わるのか、それからコミュニティにおけるキャパシティビルディングにどの程度まで我々が関わるのか、コミュニティがいくつかのプログラムを管理・運営できるようになるにはどの段階でプログラムを委ねていくのがいいのか、という点を考慮していかなければなりません。このように分析をするのも、持続性をさらに向上させていくための一助になると思います。ただし、分析をしたからといって、CBR のプログラムが完全にそれで持続できるという保障はありません。プログラムのある要素は持続していくことができると思います。グループの話の中にも出ていましたが、親の会が協力し合い、資金を集め、特殊教育者や精神科医への支払いに当てる、ということが挙げられていました。親の会のようなグループを作ることは可能です。そして、そういったグループに技術移転や責任を転嫁させていくことも可能です。また、そのようなグループと収入を創出する機会とを結び付けていくことも可能です。そうすれば、自分たちの持っているリソースを使い、プログラムの中のある側面は、今後もその組織で管理・運営できる訳です。

### 3. コミュニティの参加についてのコメント

これは、一番人数の大きいグループでした。コミュニティの参加ということで、皆様たくさん参加されたということは大変良い事例になります。グループでは、様々な問題について討議が交わられていました。初めに、誰を指してコミュニティとするのか、コミュニティとは何なのか、という定義

がなされていました。そして、理想的には、障害者自身が CBR を始めるべきだと結論付けていました。障害をもつ人が CBR に着手するのを阻む多くのバリアがあることを確認する必要があるという話も出ていました。どうすればそのバリアを乗り越えることができるのかという提案が出ていました。例えば、人々の認識を変えとか、これを教育によって行うべきだという話も出ていました。また、コミュニティがどの程度プログラムから恩恵を蒙るか、そういったこともコミュニティに理解してもらう必要があるという話をしていました。そこで4つの「I」が出ました。グループでは以上のようなことが話し合われていました。私のコメントですが、コミュニティとは誰なのかを討論する場合、コミュニティという言葉には81、2通りといった定義が成立すると思います。一般的に、地理的定義をするなら、地理学上の境界線の中に住む人たちを指します。つまり、村であることもありますし、都市部であれば区単位であることもあります。地理的に区切られた中で、その地区の行政の下、共通のリソースを分かち合います。

もう1つのコミュニティの構成に関する考え方というのは、アフィニティグループです。興味・関心を共有している人たちの集まりということです。例えば、今日のここに私たちは集まりましたが、私たちはどのようなコミュニティであると定義しますか？アフィニティグループです。つまり共通の関心事である CBR について話をするために集まった人たちです。それでは私たち全員が一丸となって CBR を始めることができるでしょうか。私たちは、夫々違ったバックグラウンドを持ち、違った地域から来ています。つまり、一般的に CBR プログラムについて話す場合には、地理的なグループになる訳です。グループという話ですが、例えば、東京出身の人がインドではどんな CBR プログラムが行われているかと関心を持ったとします。それは、単にアフィニティグループに過ぎません。コミュニティへの参加では、バリアやその他問題になっている点を分析されていましたが、障害者側のバリアに焦点を当てて議論がなされていたと思います。それでは、社会モデルを推奨する人は反対意見を出すと思います。社会モデルは時代遅れだと言われるかもしれませんが、問題やバリアは障害者側だけでなくコミュニティ側にもあるのです。コミュニティの態度・偏見、そして障害者に対する否定的な見方、そして障害者を通常の雇用や学校教育に入れられないという排他的な態度、あるいは政府の政策の欠如など、それらのすべてが障害者のおかれている環境が、コミュニティへの障害者の参加のバリアとなる訳です。

ですからツイン・トラックアプローチ(二つ同時並行で対応していくこと)が必要です。まずは、障害者やその家族に対する理解を深める、コミュニティの意識を高めるということが一つ、そして同時に障害者を取り巻く環境を整えるという二つアプローチが同時に必要となります。

全体的に3グループとも非常に有意義な議論をしてくれたと思います。議論のトピックとなった問題点について非常に深く掘り下げて討論してくれたと思います。そしてこの分野が更なる成長を遂げるために有益な提案や問題点について指摘してくれました。時間になったようですが、一般的な質問がありましたら受けたいと思います。



## 質疑応答

質問者 A: 私たちのグループは、持続性について話し合いをしたのですが、持続性とは何かを決めることが大事だと思いますが、一般的に持続性を図るための評価表が開発されていれば紹介してください。

マヤ: ツールや、チェックリストのようなもので持続性の評価をするものがあるとは思いません。持続性の問題を評価する私のやり方は、先ずプログラムのどの要素を持続させよとするのかを見極めることです。例えば、持続性のための1つ目の要素として自助団体(SHG)を結成するということもあるでしょう。そして、また2つ目の要素としては財政的要因で、コミュニティの中で資金を調達するということが挙げられます。3つ目の要素として考えられるのは、いろいろなことを可能としてくれる環境を用意することです。例えば障害児を、受け入れてくれる学校とか、障害者を受け入れる雇用主といったような何かを可能にしてくれる要素の環境を整えることです。今話したのはわずか数例です。プログラムの目標の数値の何%が達成されたのか、或いは、コミュニティの中で資金調達の必要が生じた場合、そのうちの何%が CBR のプログラムに当てられたか、なども評価の1つの尺度となると思います。あともう1つ評価方法としては障害者あるいはその家族のうちの何割くらいが、自助団体(SHG)のメンバーになっているか。そして自助団体に属する人たちの何%が自立した生活をしているか。自分たちで会合を開いたり、政府に対して働きかけをしたり、援助に必要なものを購入したりできるという意味で、自立した組織として機能しているかどうか。また障害児を受け入れる学校の割合はどうか。障害者の就労率は増えてきているのか。そのプログラムの中でどの要素を継続していきたいかを決定し、出てきた結果を考慮しながら指標となるものを作り上げていく必要があります。

質問者 B: 一日かけて CBR について話し合ってきた訳ですが、マヤさんにとって、CBR に大事なキーワードとは何ですか？

マヤ: 一言でまとめるのは、難しいですね。敢えて選ぶなら「コミュニティ」ですね。このコミュニティの中には、もちろん障害者、障害者をもつ家族も含まれます。

質問者 C: 私のグループはコミュニティへの参加について話し合いましたが、障害者が、コミュニティに参加するのにバリアになっている、社会の意識や、制度を平等なものに変えていくためには CBR として、どのようなことができると思われますか。

マヤ: 社会の意識を変えるということに関しては、グループの中でも教育をするとか、意識を高

めることを行うということが話されていたと思いますが、私はそれ以外にも重要な点があると思います。それは成功を収めた障害を持つ人がロールモデル、模範となることです。そして、コミュニティの人に障害者でもこのような可能性を持っているということを示していくことが重要だと思います。全てのコミュニティにおいて、そういう成功を収めている、良い手本となるような障害者がいると思います。他の障害者にとってのモチベーターとなるだけでなく、アドボケートとしてコミュニティや政府に対して、障害者に何ができるのかということ提言することは、非常に有益な戦略の一つと考えます。プログラムでリーダーシップを発揮できる良いロールモデルを見つければ、他の人も納得するに違いありません。もう一つは、コミュニティの人たちに障害者のためのプログラムを推進することによって、コミュニティ全体がメリットを享受できるということを説明していく方法があります。例えば、物理的にバリアフリーな環境を障害者のために整えることによって、そのコミュニティにいる高齢者や妊婦もメリットを得ることができます。また、グループの中で話されていたことのひとつにとっても重要なことがありました。コミュニティのキーリーダーが皆様のことを理解して、同じ側についてくれることが必要です。例えば、地方政府のリーダー、宗教リーダー、オピニオンリーダーたちをまず説得して、その人たちが皆様を代弁して擁護者となってくれることが重要です。

質問者 D: マヤさんは5月に WHO の会合に参加されたと思いますが、そこでの決議事項等は HPを見ればわかると思うのですが、今後 WHO が CBR をどのようにサポートしていくつもりなのか、何かご意見があればお聞かせください。

マヤ: その背景から申し上げますと、5月にフィンランドのヘルシンキで WHO の会合がありました。その会合は、CBR を見直し、将来にわたる課題を確認するという目的で開催されました。世界各国からその会合に参加されたのですが、CBR についての4つのキイとなるテーマを選びました。1つ目はコミュニティの参加、2つ目は多数のセクター間での協力、3つ目は障害者団体の役割、4つ目は残念ながら忘れてしまいました。実際に CBR の見直しといいましたが、その会合の中では、過去の成功例、失敗例の分析をしたりはせず、4つのテーマの話し合いに留まりました。話し合いの結果、今後 WHO が CBR に対してどのように絡んでいくのかということですが、この答えは誰もわかりません。その結果に対して、大多数の参加者は残念に思いました。

## 閉会の挨拶

マヤ・トーマスさん、長時間に渡り、今日はありがとうございました。CBR が初めての方にも経験のある方にとっても、丸一日どっぷりと CBR に浸かった、大変有意義な時間を過ごせたと思います。マヤさんのお話は、私たちにとって大変励みになりました。私たちの活動を今後続けていく、あるいは研究、実施するにあたって、非常に参考になりました。主催者側の不手際で時間が大幅に延長してしまいましたことをお詫び申し上げます。本日はこれで CBR セミナーを終了させていただきますが、終了に当たり、JANNET の広報啓発委員長の中西由起子からご挨拶申し上げます。

上野 悦子

上野さんからお話しありましたように、今日はとてもいいセミナーでしたので、私からは本日参加して下さった皆様に対して「ありがとうございました」というより他にありません。マヤ・トーマスさんは大変有名な方でいらっしゃる、彼女の文献はインターネットで拝読することができます。皆様もお名前をご存知で、お集まりいただいたのだと思います。ただ私たちはドクターマヤ・トーマスということしか知り得ず、男性か女性かということも分からず、本日、こうしてお会いできて皆様大変喜ばれていると思います。本当に有難うございました。

中西 由起子

大阪フォーラム（2002年10月21日） 基調講演  
南アジアにおける CBR の政策・計画に関する課題

Dr. Maya Thomas (マヤ・トーマス)  
障害者リハビリテーション政策アドバイザー・研修マネージャー インド

## 序論

CBR（地域に根ざしたリハビリテーション）は、1980年代の初めに、世界保健機関（WHO）及びその他の国連機関によって、開発途上国におけるリハビリテーションのサービスを受ける機会がない障害者へのサービス提供の手段として開発された<sup>(1,2)</sup>。開発途上国では、質の高い施設サービスを提供する資金が不足しており、それに変わるものとして、安価で広くサービスを提供できる方法を開発することが必要であった。CBRでは、活動の担い手が専門機関から、障害者の家族やコミュニティへと移され、最低限の訓練を受けた家族や地域住民によってリハビリテーションが行われる。これにより、コストを減らすことができるわけである<sup>(3)</sup>。

1980年代初め、CBRは医療に焦点を当てたサービス提供の手段として開発された。WHOが、PHC（プライマリー・ヘルス・ケア）システムにCBRを統合するよう薦めたからである。なお、WHOは1980年に出版したICIDH（国際障害分類）でも、リハビリテーションに対する医学的なアプローチを奨励している<sup>(4)</sup>。その結果、初期のCBRプログラムは、障害者をコミュニティに「適応させる」ため、機能回復に力を入れる傾向があった。

1980年代と90年代には、様々な開発途上国でかなりの数のCBRプログラムが開始された。そしてプログラムの数が増えるのに伴い、考え方にも大きな変化が見られるようになった<sup>(5)</sup>。早くから見られた変化の一つは、医療的サービス偏重から総合的なアプローチへの移行である。リハビリテーションは医療活動だけでは終わらないということが理解されるようになり、教育や職業訓練、社会的リハビリテーション及び障害原因の予防策などが加えられた。それとともに、CBRは障害者の生活すべてに関わる必要があり、障害者だけでなく、彼らを取りまく環境への働きかけも重要であるという認識が広まった。環境の改善には、コミュニティ内部の非障害者の態度を、障害者を受け入れるように変えることや、障害者の社会参加を促すこと、そして教育や就労の場において、非障害者と同じように機会均等を実現することがあげられる。障害者の権利の保護と、地域住民にCBRプログラムを運営する権限を与えることも、障害者の環境を改善する際に考えなければならない局面である。

もう一つの変化は、最小限のサービスの提供から、サービスを効果的にするマネジメントへと重点が移ってきたことである。ここでいうCBRプログラム開発機関の「マネジメント」とは、リハビリテーション活動など障害者に直接関わるサービスと、様々な要素を一つのプログラムにまとめて機

能させるというような事業マネジメントの両方を意味している。つい最近まで、ほとんどの開発機関は前者を重視する傾向があった。しかし、社会福祉活動のための資金が減り、会計責任に対するニーズが増し、コストを削減して効率を上げる必要が生まれ、更に持続性も高める必要が出てきたために、事業マネジメントの重要性がこの 10 年ほどの間に認識されるようになったのである。

CBR は改訂を重ねた。しかし、いまだ多くの疑問や課題が解決されずに残っていると考える。従って、この章では、未解決の問題を整理し、よって、政策・計画担当者による効果的な CBR 導入実現の一助となることを目的とする。

なお、ここで述べられている事柄は、過去 15 年以上にわたる南アジアでの研究の成果に基づいていることをあらかじめお断りする。

### CBR においてプログラム計画は何を意味するか？

インドやその他の南アジアの国々における CBR の多くは、NGO 団体によって実施されてきた。プログラムのいくつかを詳しく見てみると、もともとはっきりとした目標もなく始められ、長期間の計画を立てずに実施され続けてきたことが分かる。プログラムによっては、障害者のニーズより資金提供者の意向を重視しているものもある。資金を獲得しやすい事業内容を選ぶというように。このようなプログラムには、それをチェックするシステムがないことが多く、活動の成果を明らかにするための評価もしない。その代わりに、利用者の体験談によって活動を続ける理由が正当化され、何年も同じ活動が繰り返されている。このような活動は資金提供者に依存する傾向が強く、コストが高く、成功する例は少ない。また、いったん資金提供者が支援をやめてしまうと、消えてしまうのである。そのため、適切な草の根のリハビリテーションサービス活動を展開しようとしている地域の努力に反する結果となることが多い。また、利用者のニーズはほとんど考慮されないのも、その満足度も低い<sup>9)</sup>。

プログラムの計画は活動を進める上で極めて重要な要素である。資金提供者の要求を満たすための計画を準備するという意味ではない。計画を立てることでプログラムから創造性が損なわれると言われることもあるが、それは間違いである。逆に、計画は創造性を高めるものである。それに、適切に計画が立てられれば、プログラムを効果的に実施することができる。また、計画されたプログラムは、災害救助の時など、突然のニーズに応えることができないというのも誤りである。プログラムを成功させるためには、はっきりとした目標と一連の活動を明確にすることが必要である。

プログラムの方針を立てる前の段階で確認しなければならないのは、CBR を実施するコミュニティにおいて、障害者問題が優先的に解決されるべき「課題」として認識されているかどうかである。その次に、現在の状況を分析し、CBR の導入が必要かどうか、また、他の問題も合わせて考えたときに、利用者がどの程度 CBR を優先させたいと考えているか、そして利用者が自分たちの問題を解決するのに、CBR が役に立つと考えているかどうかなどを確認しなければならない。CBR の活動は、障害者やその家族、そしてプロジェクトが行われる地域の非障害者の生活にも影響を与えるので、効果的なプログラムの計画を立てる前に、影響を受ける様々なグループのニーズを確認しておく必要がある。同

じコミュニティの中でも、グループが違えばそのニーズも異なり、利害が対立してしまうこともあるからだ。例えば、障害者のニーズは必ずしも他のグループによって優先されることと同じではない。たとえば、CBR には短期、中期、長期の目的がありそのどれもが障害者の社会統合を目指している。一方、他の地域住民は、短期の目的として貧困撲滅や医療環境を優先するのが普通である。CBR プログラムでの優先事項と、コミュニティを構成する住民のニーズとが異なっている場合、最初にしなくてはならないことはリハビリテーション活動に対する人々の態度を好意的なものへと変えて、障害問題に対する姿勢のギャップを減らすことである。そのためには、各グループの現在の考え方や態度が研究されなければならない。そしてグループの態度に変化をもたらすような効果的な計画が必要である。コミュニティの態度はまた、過去にその地域で行われていたサービスの経験からも影響を受ける。ニーズの分析により、コミュニティ内の様々なグループの意見を知ることができる。地域の団体や、障害者の家族、自助グループなど地域の CBR サービスに興味を持っている人たち、更に、コミュニティの外でも、政府や寄附をしてくれる団体、協力してくれる NGO などが対象になる。プログラムの方針を立てる前の段階では、事業に有用な地域に存在する物質的、経済的、及び人的資源と、そのアクセシビリティ、そしてそれらを実際に利用する際に手を加えなければならないことを確認しておくなければならない。資源の分析は他にどのような新しい資源が必要になるかを前もって知る手がかりにもなる。

方針を立てる前の段階で成功を収めれば、たいいていの場合、方針の決定へとスムーズに進んでいく。方針の決定には、プログラムのビジョンやミッション、目的を明らかにすることが含まれる。ビジョンは、事業の究極的ゴールであり、ミッションはゴールに到達するための事業の遂行を指す。ビジョンやミッションは不変であり事業を簡潔にあらわす一節である。一方、目的はゴールに到達するための暫定的な方向であり、中間評価の結果によって変わることもある。このような要素は、ある特定のグループだけではなく、プログラムに関わるすべての関係者による参加型民主的方法によって、最もうまく決定されて行くはずである。参加型の方針決定をすることで、将来の対立を防ぎ共同活動を強化することができる。そしていったん方針が立てられたら、それはプロジェクトに関わるすべての関係者及び協力者へと広く普及されなければならない。組織に属している人の多くは、たいいていの場合、その組織のビジョンと使命についてははっきりと行うことができるが、目的や活動をきちんと説明することができない。よくあるのは、与えられた時間内に達成できるかどうかを考えることなく、内容が盛りだくさんの目標を数多く設定するケースである。時には活動と目標とが混同されたりもし、その逆の例もあり、そのために計画がうまく立てられなくなってしまう。量をかせぐ目標設定は、プログラムの計画が最も下手な例で、ほとんど達成されない。

活動の選択と効果的な計画の考案は、たいいていの場合、プログラムの実行に当たる人々の責任において行われ当局の認可を得て実行される<sup>7)</sup>。個々の活動は、プログラムの中では通常暦上の一年ごと、あるいは一会計年度ごとに計画され、短期間の活動として設定されている。このとき、事業の評価が簡単にできるように活動は正確に定義されなければならない。つまり、一定の時間内に達成されるべき各活動の目標数値をはっきりと示す必要がある。期待できる成果と、その成果をはかる指標、そし

てその結果も明確にされなければならない。組織は普通、どれだけの量の活動をしたかによって成果や結果を表せると信じ活動の一つ一つを列挙するが、成果や結果を判断する基準がなければプログラムが本当の意味で成功したのかどうかを知ることはできない。活動内容や目標、期待される成果とその指標を明確にした戦略的な計画を詳細に立てるのは労力を要すが、そのようなプロセスはプログラムにとって多くの点で大きな利益をもたらすことができる。それは組織の活動の進展状況を明確に表し、管理し、プログラムに関わる人々のそれぞれの責任を明確にし、関係者にとってプログラムを分かりやすくするのに役に立つ。

外部者が CBR を始めても良いか？あるいは、地域からニーズが上がったときのみを開始されるべきか？

CBR が単なるサービス提供の一手段であった初期の頃には、このようなことは問題にされなかった。しかし、CBR が開発プロセスの一つと見なされている現在、CBR を外部の手にゆだねるべきか、それともコミュニティ自身の手によって実施するべきかが、広く議論されている。

初期の頃、CBR は「コミュニティでの治療」であり、サービス提供者は専門機関から地域に移ったが、サービス利用者は受け身の存在のままであった<sup>98</sup>。その後、CBR は地域開発プログラムへと変化し、障害者とその家族が自分たちに関わるすべての問題に積極的に取り組み、最終的には利用者が自分たちのプログラムの主導権を完全に握ることを目標とするようになった。このようにして、現在、社会モデルの中では「住民参加」が CBR の本質であると考えられるようになった。しかし、実際には南アジアにおけるほとんどの CBR プログラムはこのゴールを達成する困難を感じている<sup>99</sup>。

通常私たちはコミュニティを構成する人々は均質で、団結しており、お互いに助け合うものだと考えるが、現実にはそうではないようである。多くの場合、コミュニティ内部の人々は極めて異質で、社会経済的・教育的地位も大きく異なり、宗教や民族性なども違っている<sup>100</sup>。この多様性が時に摩擦を引き起こし、CBR のサービスにも影響を与える。なぜなら、コミュニティ内部の異なるグループのニーズや優先事項はお互いに大きく違っており、さらに、通常少数派である障害者のニーズは、地域の優先事項とは認識されないからである。

このような背景を考慮し、CBR プログラムにおける「コミュニティ」の定義を考えてみたい。コミュニティは、少数派でありかつプログラムの第一の利用者である障害者とその家族だけで構成されるのだろうか？それとも障害者と資源を分かち合いたいとは考えていない人々も含めた、もっと大きなコミュニティを指すのだろうか？

開発途上国では、貧困が開発プログラムへの参加を進める上で、大きな妨げとなっている。プログラムの運営を引き受ける以前に、満たさなければならない緊急のニーズが他にあるからである。汚職や富の独占も全員参加を妨げている。また、自らの問題に自らが責任を持つことに対する文化的抵抗も、地方分権化や、「ボトムアップ」の促進を妨げている。コミュニティは中央政府からの給付金

を永久に当てにしており、自分たち自身でプログラムを引き受けることに抵抗する傾向もある<sup>9, 10, 11)</sup>。

さて、議論は、CBR は外部者のイニシアチブで実施されるべきか、それとも、コミュニティが自力で CBR を始めるのを待つべきなのかということである。前者の意見を支持する者は、住民の参加を待たずに障害者向けのサービスを始めることを主張している。これは、住民の参加を待っていては、長い時間がかかるし、その間に多くの障害者のニーズが無視され続けてしまうことになるという考えからだ。このように主張する人々は、地域の人々がプログラムの計画や導入、危険の分担と監督をする責任を負うやり方は、近い将来には実現できそうにないと言っている。これに加え、集められた税金が開発ではなく大義名分のために使われているので、多くの人々は心の中に「住民参加型」のレトリックは政府による責任転嫁の策として利用されているという疑惑の念を持っている。

これに対する意見として、CBR は開発に関わる問題で、それ故、関係するグループ自身、つまりこの場合、障害者とその家族によって行われなければならないとする考えがある<sup>12, 13)</sup>。もし、外部機関によって実施されれば、サービスを受ける利用者はずっと受け身のままで、慈善に期待し、自分自身の問題に取り組もうとすることもなく、社会に貢献することもないままだからというのがその理由である。

開発途上国の人々は、開発事業における自らの所有権にほとんど無知であるから、コミュニティが完全に所有権を持つプログラムを始めることはできない場合が多い<sup>9)</sup>。しかし、この二つの対立する議論が両立できる可能性もある。CBR プログラムは、地域住民に、まず開発に参加するよう動機付けをし、そして時間の経過に伴い、プログラムの責任を負っていくようにしていかなければならないという考えだ。このプロセスによれば、地域住民はプログラムを引き受けるために必要な運営技術を、徐々に得ていくこともできるだろう。

**社会モデルとしての CBR は、障害者の「真のリハビリテーション」のニーズをないがしろにしてしまうのだろうか？**

WHO によって普及されたとき、CBR は PHC システムの中に組み込まれていた。そのため多くの初期 CBR プログラムは医療モデルの形を取っており、1980 年代には、障害者のすべてのニーズに十分対応していないとして批判の対象になった<sup>14)</sup>。結果、ほとんどの CBR プログラムが一連のニーズに総合的に対応できるよう別々のプログラムへと発展していった。当時の考え方は、障害に特別な焦点を当てない限り障害者の「特別な」ニーズは満たされないままに終わってしまう、というものだった<sup>15)</sup>。しかし、医療モデルから社会モデルへと移行するにつれて、開発のプロセスに障害者の参加を促すことに重点が置かれるようになった。その方が、コスト効率が良く、障害者が他の住民と同じ利益とサービスを確実に受けられるようになり、結果、社会統合を促進することができるからである。また、障害者のみを対象にしたプログラムは障害者の孤立を招いていたというのが、このモデルの支持者の主張である。<sup>16, 17)</sup>。多数の人たちが利益を得られるプログラムの方が、少数の人たちしか利益を受けられない場合よりも、コミュニティの活動へ参加する人の数が増える傾向があることも見逃せない。一



方、障害者に焦点を当てていない開発プログラムに、きちんとした計画も立てないまま障害者を参加させるのは、例えば移動性や、特殊教育、職業訓練などの「真のリハビリテーション」のニーズをないがしろにする可能性があるかと心配している人もいる。障害者が社会の主流に統合されるのではなく、逆に障害者を社会から取り残すことになってしまう恐れがあるというのだ<sup>(17)</sup>。

過去数年間、障害者を地域開発プログラムに統合する動きが見られるようになり、統合によって障害者が明らかに利益を得られるということを実証した<sup>(16, 18, 19)</sup>。しかし、この過程でたくさん問題も出てきた。地域開発機関に、障害についての知識やプログラム運営力が無いことが、障害者の社会統合を進める上での大きな障害となったのである。障害者問題が、「専門的な」問題と考えられているため、地域開発組織は自分たちがこの問題を扱う専門知識も技術も持っていないと感じており<sup>(17, 19)</sup>、更に、障害者は障害だけで判断されがちで、性別や貧困のレベルや民族性等の他の特徴によって認識されることがないので、開発プログラムにおいて社会統合の利益を得られないまま取り残されているのである。障害者は移動制限のために教育や技能訓練の機会に恵まれず、開発プログラムに参加できないのである。一方、障害者の側も施しを期待し自らは意欲的でなく、社会から取り残されてしまう原因を作っている<sup>(19)</sup>。

開発プログラムに障害者問題を組み込むには、保健医療、教育、雇用などの様々な部門による念入りな調整と広い協力が必要である。このような協力活動は地域の「草の根」レベルの方がうまくいき、それより上の地域あるいは国家のレベルではうまくいかないことが多い。複数の部門による共同作業が困難な理由はさまざまある。第一に、開発途上国では、プログラムは「穴だらけ」のことが多く、このため同じ分野で活動する者同士が信頼関係を築き上げるまでに時間がかかるのである<sup>(20)</sup>。そして第二の理由としては、政府組織と非政府（NGO）組織との間に運営方法の文化的な違いがあることがあげられる。政府組織はトップダウンのやり方で運営されているが、NGOでは逆にボトムアップという民主的なスタイルをとっているのである。この違いは効果的な協力活動にとって障害となる可能性がある。第三の理由は、「協力」に見せかけながら、実際はメンバーが共通の目標に向かって活動するよりも、お互いに相手を支配下に置こうとしていることがよくあるということである。複数の部門の協力が必要であるときに、部門間の主導権争いに終始しているのである。すべての関係者が目標の実現に向けてしっかりと義務を果たさなければ、複数の部門の協力にも問題が生じてしまう。通常、強力な少数派がプログラムのプロセスを支配し残りは受け身の参加者なので、多くの場合、意志決定は少数派によって行われ、多数派は単にそれを承認するだけにさせられてしまっている。

問題の多くは、社会モデルが実施されるようになる前に解決されなければならない。その時までには、今ある状況の中で最も実現の可能性が高い計画を追求する方が現実的だろう。その際には、中心となる課題として常にプログラムの目標に重点を置かなければならない。

CBRは安価か？ もしそうならば、誰にとって安価なのか？

CBR は手頃なコストで、より多くの障害者のニーズに応えることを目指して始められた。そしてこのことは、リハビリテーションの活動を障害者の家族の手に移すことで達成された。つまりこの方法によって、施設にかかる費用や人件費を減らすことができ、結果的にリハビリテーションの単価を減らすことができたからである。問題は、誰がその費用を負担するかということだ。CBR プログラムは、家庭で行うことを基本とした活動なので費用がかからないように見えるが、実際は家族の努力や時間、お金の負担は考えられている以上にずっと高くついている<sup>(15)</sup>。

問題は、家族に CBR の活動に関わる余分なコストを負担する用意があるかどうかということだ。そして次に、たとえ意志があったとしても実際問題として負担できるのかということである。開発途上国の多くの家庭は、日々の生活に精一杯である。障害を持つ子供たちのリハビリテーションに無駄な努力をするより、自分たちの老後の生活を助けてくれる障害のない他の子供たちにお金をかける方がよいと考えている。また、社会保障システムがほとんど利用できない開発途上国では、障害のない子供たちの境遇をよくしておかないと、将来その子供たちが障害を持つ兄弟を助けられないかもしれない<sup>(21)</sup>。このような問題が解決されなければリハビリテーションプログラムの利用者が自分たち自身でそのコストを負担するようにはならないであろう。

**CBR はすべての障害者に対する解決策か、それともごく一部の障害者のためのものか？**

概算では、障害者の 70% は地域のレベルで対応できるが、残りの 30% の重度及び重複障害のある人たちは専門家による対応が必要で地域では対応できないといわれている<sup>(22)</sup>。1980 年代及び 1990 年代初期の CBR プログラムの評価でも、このことは裏付けられている<sup>(23)</sup>。その後、公平と統合を強調する社会モデルに向けた改革に従い、CBR はその活動に障害者すべてを含める必要性を強調するようになってきた。しかし現実には、期待されたほどの公平性は達成されず、いくつかの障害者グループが取り残されてしまうことになった。

CBR プログラムを必要としている障害者の内、約 20% は重度の障害者で、その多くは複数の障害を持っていると言われている<sup>(24)</sup>。一般に、貧しい地域の方が、重度の障害者の割合は低い。重度障害者の生存に必要な援助が与えられないからである。中には、障害がある子供たちの死亡率が 80% 近くにまで上る地域もあり、「間引き」も疑われる<sup>(24)</sup>。というわけで、地域には重度障害者数は多くない。しかし、その少数への対応さえ CBR は満足にできない状況にある。理由いくつかあげられる。そのひとつは、外部機関と地域の関係である。プログラムの多くは外部の機関によって実施されており、外部者は住民と良好な関係を築くために結果を早く出す必要がある。それには軽度及び中程度の障害者向けの活動の方が都合がよいのだ。そのため、重度の障害者は活動から取り残されがちになる。また、ほとんどの CBR プログラムには、重度障害者に対応できるような適切な研修を受けた人材がいない。さらに、「住民参加」と障害者の「権利」の確立を進める過程において、重度障害者の存在が軽視されるのである。現時点では、重度・重複障害者のニーズを地域のレベルで効果的に解決する有効な手段はない。

女性障害者は CBR プログラムによる適切な取り組みがなされていないもう一つのグループで、この傾向は伝統を重んじる社会で特に強い。男女を問わず障害者は地域から分離される傾向があるが、女性障害者には、その上に、女性特有の問題が存在する。例えば、障害ゆえに地域で伝統的に女性に期待されている役割を果たすことが困難であるとか、女性であるために地域事業に参加できないとか、サービス提供者の大多数が男性で占められているリハビリテーションサービスを受けに行けない等である<sup>25)</sup>。障害のある女性の問題は男性の障害者が中心となっているたいていの障害者団体の中でもおぎなりにされがちである。また、開発途上国の女性団体は、女性障害者を障害者としてとらえ、女性としては二次的にしか考えていない。CBR プログラムでは、障害のある女性たちの伝統的、社会的及び文化的な問題に対応する戦略を開発しなければならない。女性としての役割について間違った考え方を一掃し、新たな社会認識を築き上げ、できる限り職場や家庭で受け入れられるよう必要な技術を磨く研修を行い、女性の CBR スタッフを育成し、女性の障害者の教育や雇用の機会を提供し、女性団体や障害者団体にこの問題を課題として取り上げるよう提言していくことが重要である。このような方法を通して、障害のある女性と男性の間の不平等を軽減することができる。

### CBR ボランティアは、ボランティア活動をする「余裕」があるだろうか？

1998 年に行われた CBR 国際ワークショップで、参加した 22 の CBR プロジェクト代表者それぞれが直面している主な問題について話し合った。結果、ボランティアの問題がほとんどすべて参加者にとって重要課題であることがわかった。具体的には、新たなボランティアを見つけることが難しいこと、ボランティアの入れ替わりが激しいこと、新人研修の資金が必要であること、ボランティアの動機付けが不足していること、そしてボランティアへの少額の報酬を支払わなければならないことなどである<sup>26)</sup>。

地域ボランティアの役割は世界の様々な地域における CBR プロジェクトの主要な課題の一つとして認識されている。特に現在は「住民参加」が重視されているのでこのようなとらえ方が主流である。CBR プログラムの中には、ボランティアをうまく使った事例もあるが<sup>27)</sup>、おそらく例外といえるであろう。

論点となるのは、人口の大多数が「ボランティア」活動をする余裕がない開発途上国において、真のボランティアリズムが存在しえるのかということだ。辞書の定義によれば、「ボランティア」とは「法律上の義務や利益からは自由に自発的奉仕活動を引き受ける、あるいは引き受けようという意志を示す」人である。CBR におけるボランティアは、この定義の限りでなく、様々な役割や立場を含めて指している<sup>24)</sup>。ボランティアの中には自分が選んだ仕事だけをする人や、1 ヶ月や 1 年のうちある決まった期間だけ活動する人、または限られた時間だけしか活動できない人も含まれる。一方、多くの開発途上国ではこの 10 年間に市場経済が浸透し、ほとんどの人々が給料生活者になった。結果、ボランティアをすることができなくなり、また、その意欲も失われてきた。また、ボランティアをする人々はしばしば自分たちが受ける研修やボランティア活動の経験を報酬を得る仕事のための足かりとして利用するようになった。このような状況の下では、報酬を得て働く CBR のスタッフと同じよ

うにボランティアが長期間にわたり無報酬の活動をするのを期待するのは現実的ではないし、また実現可能とは考えられない。

### CBR における文化的要素の重要性を認識しているか？

文化は私たちの日常を決定するのに非常に重要な役割を果たしており、「障害」を含め、身の回りで起こっているほとんどの事柄に対する私たちの態度に影響を与える<sup>(28)</sup>。CBR は環境に左右される活動で、リハビリテーション活動に最も大きな影響を与える「ハンディキャップ（障害）」と「参加」という言葉は、主に文化的な環境要因との関わりの中で定義される。広い意味での「文化」とは、伝統、民族性、宗教等すべてを含んだものを指し、障害者の社会参加に影響を与える。一つの国の中でも、人々の民族性や社会的な地位、宗教的な慣習などには大きな違いがあり、場合によっては所属するグループによって異なる法律が適用されている。あるグループの人々にとって妥当な行動が、別の文化的グループには不適切である場合もある。このような「常態」と「非常態」に対する文化による理解の違いを認識することは、リハビリテーションのケースでは大変重要である。なぜなら、ある文化的環境において「ハンディキャップ」と見なされることが、別の環境では「ハンディキャップではない」と考えられることがあるからである<sup>(29)</sup>。

文化的要素の影響は大変大きく、CBR 活動の成功には文化の十分な理解が不可欠である。しかし、多くのプロジェクトの計画には、文化の重要性に対する認識が不十分である。例えば、西洋の基準とは違う独自の特徴を持ったコミュニティが見られる開発途上国の CBR プログラムを計画する際に、しばしば西洋的な型にはまった「コミュニティ」が想定されるが、このようなプログラムは実施される国の文化的要素と相容れない傾向があるので失敗する危険性が非常に高い。先進国で主張され、理解されている個人の人權やエンパワーメントの概念は、多くの開発途上国では存在しないのである。伝統的に、開発途上国では、個人は血縁関係にある親族の集団に所属しそのネットワークのもとに相互に助け合う義務を負っている。こうした文化のもとでは、個人のエンパワーメント概念は、対象が障害者、非障害者に関わらず、先進国よりもずっと複雑である。アジアの多くの国々では、西洋の「個人へのエンパワーメント」は、自分勝手に、望ましくない考え方だとみなされるのである。家族やもっと大きな社会のために利他主義的であることの方が高い価値があるのである。このような状況では、個人が自分の役割に縛られ、おとなしく従順で、伝統的なシステムに従っていくのが美德とされる。開発途上国では、「エンパワーメント」という言葉は、他の人たちと同じ立場に立ってサービスを受ける権利として理解するのが一番よいだろう。同様に、多くの伝統的な社会において女性は男性から差別され続けており、障害のある女性の「社会」への「統合」は西洋とは違った様に理解されている。このような社会では、障害のある女性は差別された女性の社会へ統合されることはできるが、男性の社会からは差別され続けることになる。

リハビリテーションは長期間継続する活動で、「文化」から逃れることはできない。また、サービス提供者が中央から地域に移り、また、障害者の地域社会への統合がすすめられている現在、文化の影響はさらに大きく、十分な配慮が要求される。文化的に適切な一地域の文化に合わせた戦略による

ープログラムが多く、伝統的な社会で有効であることは文献でも証明されている<sup>(30, 31)</sup>。CBR を計画者は、プログラムの方針を立て計画する際に、文化に十分な配慮をし、失敗の危険を避けなければならない。

### CBR における評価と研究の役割とは？

過去 20 年以上にわたり、CBR は開発途上国における障害者サービス提供の望ましい手段として支持されてきた。しかし CBR にはまだ多くの問題が残されている。例えば、CBR の経済効率や、地域開発、基礎保健など、様々な側面についての文献はほとんどない。また、CBR の定義は一様ではなく、さまざまな異なったプログラムが CBR と呼ばれているため事業間の比較が難しい。更に、CBR の成果に関する研究はほとんどない上、それを評価する指標の開発もほとんど行われていない。CBR プログラムの評価の多くは、いつまでたっても単なる活動の記述と、プログラムに関与した様々な関係者の感想にすぎない。

CBR の評価をもっと厳密に行うことと CBR の成果をはかる指標を作ることは、この分野が今後更に成長し発展して行くために不可欠である。特に、市場経済が発達した現在、CBR のマネージャーや現場で働くスタッフや専門家は、プログラムから得られる利益を示す必要がある。そうしなくては、政府や政策決定者が、CBR プログラムのために予算を増額することを正当化するのが難しくなるであろう。

最近、カナダ、オランダ、イギリスで活動するいくつかのグループが、CBR の成果をはかる適切な指標の開発とともに、計画評価の必要性を強調している。すべての関係者にとって有用で、使いやすい指標の開発が期待される。しかし、同時に、障害問題に関わる人々は多岐にわたり、さまざまに異なる哲学を持つことを考えれば、多くのプログラムに使える指標の開発が困難であることも周知の事実である。

将来 CBR の評価に使えるような指標のリストも出版されている<sup>(32, 33)</sup>。プログラム効果をはっきりさせるためや今後の計画について情報提供するために使われる指標は、サービス提供者が仕事の一部としてプログラムを評価する際に使うことが望ましい。また、指標を文化的背景が様々に異なる現場において実際にテストしてみれば、どの指標が文化的制約を受け、どの指標が文化による影響を受けないかを分類するのに役立つであろう。

開発途上国において障害者のプログラムに関わる人々は、保健分野では認められつつある「根拠に基づいた実践の重要性」をまだ十分認識していない。しかし、資金提供者、政策決定者、プログラム実施者、そして利用者のグループなどは、プログラムに投入される資金、その他の資源、労力、時間などが妥当であることを示すしっかりした根拠をますます必要としている。確かな根拠に基づくプログラムの実践には、活動や成果や指標についての明確な説明が必要である。20 年間、CBR プログラム

は「経験」に基づいて発展してきた。しかし、CBRの問題を解決し十分な成果を得るためには、「根拠に基づく実践」への移行が必要であり、今がその時なのである。

## 結論

世界の様々な地域において CBR の活動は 20 年以上実施されており、多くの人々が開発途上国での障害者への適切な対処方法だと信じている。しかし、CBR には解決されていない疑問や問題が多く残されている。この分野の研究に十分な関心と資金が提供され、この先 10 年の間に、問題のいくつかが解決されることを望んでいる。

---

## REFERENCES

1. World Health Organisation. Disability Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series 668. Geneva, 1981.
2. United Nations (UN). World Programme of Action Concerning Disabled Persons. New York: 1983.
3. World Health Organisation. Training in the Community for People with Disabilities, Geneva, 1989.
4. World Health Organisation. The International Classification of Impairments, Diseases and Handicaps. Geneva, 1980.
5. Thomas M, Thomas MJ. A Discussion on the Shifts and Changes in Community Based Rehabilitation in the Last Decade. *Neuro Rehabilitation and Neural Repair* 1999; 13 : 185-189.
6. Thomas MJ. A Question of Management in Rehabilitation Programmes in India. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 1998; 9(1):31-32.
7. Thomas MJ. The Relevance of Planning Activities Before Starting a Programme. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 1998; 9(2) : 74-75.
8. Wirz S. Training of CBR Personnel. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) *Selected Readings in Community Based Rehabilitation Series 1*, Bangalore, 2000: 96-108
9. Thomas M, Thomas M.J. Planning for 'Community Participation' in CBR. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2001; 12(1):44-51.
10. Boyce W, Lysack L. Community Participation : Uncovering its Meanings in CBR. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) *Selected Readings in Community Based Rehabilitation Series 1*, Bangalore, 2000:39-54.
11. Dalal A. CBR in Action - Some Reflections from the Sirathu Project. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 1998; 9(1) : 29-31.
12. Miles S. Strengthening Disability and Development Work. Discussion Paper, British Organisation of NGOs for Development, London, 1999.
13. Werner D. Strengthening the Role of Disabled People in Community Based Rehabilitation Programmes. in O' Toole B, McConkey R (Ed) *Innovations in Developing Countries for People with Disabilities*. Lisieux Hall, Chorley, 1995.

14. Lang R. The Role of NGOs in the Process of Empowerment and Social Transformation of People with Disabilities. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) Selected Readings in Community Based Rehabilitation Series 1, Bangalore, 2000:
15. Thomas M, Thomas M.J. Controversies on Some Conceptual Issues in Community Based Rehabilitation. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 1998; 9(1): 12-14.
16. Scott H. Community Based Rehabilitation Programmes in Developing Countries – Some Examples of Methods. Actionaid Disability News 1994; 5 (1), 51-56.
17. Jones H. Integrating a Disability Perspective into Mainstream Development Programmes : The Experience of Save the Children (UK) in East Asia. In Stone E. (Ed) Disability and Development, Leeds, The Disability Press, 1999.
18. Liton SA. Integrating People with Disabilities into Development Programmes : Some Lessons from Oxfam – Bangladesh. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2000; 11(1) : 34-35.
19. Thomas M. Feasibility of Integrating People with Disabilities in Savings and Credit Programmes in Bangladesh. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2000; 11(1) : 27-31.
20. Thomas M, Thomas MJ. Feasibility of Establishing a CBR Training Institute Through Local Collaboration. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2001; 12 (2), 131-140.
21. Iyanar J. Listening to Different Voices – Inclusion and Exclusion of People with Disabilities in Education Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2001; 12 (2), 155-159.
22. World Health Organisation. Disability Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series 668, Geneva, 1981.
23. Helander E. Prejudice and Dignity. UNDP, New York, 1999.
24. Rajendra KR. Training Needs in CBR in South Asia with Special Reference to Severe Disabilities, Inclusiveness and the Integrated Approach. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) Selected Readings in CBR Series 2: Disability and Rehabilitation Issues in South Asia. APDRJ Group publication, Bangalore, 2002.
25. Thomas M, Thomas MJ. Status of Women with Disabilities in South Asia. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) Selected Readings in CBR Series 2: Disability and Rehabilitation Issues in South Asia. APDRJ Group publication, Bangalore, 2002.
26. Deepak S, Sharma M. Volunteers and Community Based Rehabilitation. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2001; 12 (2), 141-148.
27. O' Toole B. Mobilising Communities in Guyana. in O' Toole B, McConkey R. (Ed) Innovations in Developing Countries for People with Disabilities. Lisieux Hall, Chorley, 1995.
28. Dalal A. Disability Rehabilitation in a Traditional Indian Society. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) Selected Readings in CBR Series 2: Disability and Rehabilitation Issues in South Asia. APDRJ Group publication, Bangalore, 2002.
29. Thomas M, Thomas MJ. Influence of Cultural Factors on Disability and Rehabilitation in Developing Countries. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 1999; 10 (2) : 44-46.

30. Rehman R. Influence of Cultural Factors on the Practice of CBR in the North West Frontier Province of Pakistan. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 1999; 10 (1) :32-33.
31. Coleridge P. Development, Cultural Values and Disability : The Example of Afghanistan. Paper presented at the ICACBR Conference, Queen' s University, Canada, 1998.
32. Cornielje H, Nicholls P, Velema J. Making sense of rehabilitation projects: Classification by objectives. Leprosy Review 2002; 71: 472-485.
33. Boyce W, Broers T, Paterson J. CBR and Disability Indicators. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2001; 12 (1) : 3-21.



## **CRITICAL ISSUES RELATED TO POLICY AND PLANNING OF COMMUNITY BASED REHABILITATION IN SOUTH ASIA**

Maya Thomas\*, M.J. Thomas\*\*

### **INTRODUCTION**

Community based rehabilitation (CBR) was promoted as a method of service delivery in the early eighties by World Health Organisation (WHO) and other UN agencies, for the rehabilitation of people with disabilities in developing countries who had no access to services (1,2). Since these countries had limited resources to provide high quality institutional services, the emphasis was on developing a method which provided wide coverage, at costs that were affordable to governments of these countries. In CBR, interventions were to be shifted from institutions to the homes and communities of people with disabilities, to be carried out by minimally trained people, such as families and other community members, thereby reducing the costs (3).

In the early eighties, CBR was conceptualised and evolved primarily as a service delivery method with a medical focus, since the WHO had recommended that it be integrated into the primary health care (PHC) system, that was already well established in many developing countries. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), published in 1980 by WHO, also encouraged a medical approach to rehabilitation (4). As a result, the early CBR programmes tended to focus on restoring functional ability in disabled individuals in order to 'fit' them into their community.

During the eighties and the nineties, there was a substantial growth in the number of CBR programmes in different developing countries. Along with the quantitative growth, there were also major changes in the way it was conceptualised (5). One of the early changes was the shift from a medical focus to a more comprehensive approach. With the realisation that stand alone medical interventions did not complete the rehabilitation process, CBR programmes gradually began to add on interventions such as education, vocational training, social rehabilitation and prevention. Along with this came the recognition that CBR needs to deal with issues related to disabled people's lives at all times and to change not only the disabled individual, but the context in which he or she is located. Changes in contextual factors involved changing attitudes of non-disabled persons in the community to accept people with disabilities, promoting their social integration, and



provision of equal opportunities in education and employment, in the same way that they are available to non-disabled persons. Protection of rights of people with disabilities, and empowerment of the community to manage their programmes are other aspects of the contextual changes.

Another change has been the shift in focus from minimum level of service delivery to management issues that influence effectiveness of services. “Management” in relation to development organisations refers to both client management, such as rehabilitation interventions, and programme management, which knits together the different components of the programme to make it function as a whole. Till recently, most development organisations tended to focus primarily on client management. However, due to compulsions such as decreasing funds for welfare work, increasing need for accountability, need to reduce costs and improve effectiveness, need to improve sustainability and so on, aspects of programme management have grown in importance over the last decade.

Despite the shifts and changes, many questions and issues remain about CBR. This chapter deals with some of these issues that are critical for policy makers and planners to address before CBR can be implemented effectively. The discussion is based on the work of the authors in South Asia over the last 15 years.

### **WHAT DOES PROGRAMME PLANNING MEAN IN RELATION TO CBR?**

Many community based rehabilitation programmes in India and other South Asian countries are carried out by voluntary organisations in the non-governmental (NGO) sector. A close look at some of these programmes shows that they originated as a set of activities without clear goals, and have continued without long term plans. Some programmes were started because of the availability of designated funds for that particular activity at that point in time. With shifts in donor priorities, the activities of some of these organisations changed according to the availability of funds. These programmes often did not have monitoring and evaluation systems, nor did they define their outcomes or attempt to measure them. Instead, they repeated a set of activities year after year, with some illustrations and anecdotes from their clients, to justify why they had to continue their activities. Such activities tended to be donor dependent, cost-intensive, seldom successful, rarely sustained once the donor withdrew support. Therefore, they often became counterproductive to efforts of the local community in developing more appropriate, grass root led rehabilitation services. Consumer satisfaction was also limited, as client needs were rarely taken into account for these activities (6).

Programme planning is a crucial component of development activity, but it is by no means synonymous with the preparation of the initial project proposal to fulfil donor requirements.

Unlike what is often claimed, it does not also result in curtailment of creativity in a programme. On the contrary, it enhances creativity, and if channelled adequately, it increases effectiveness. It also does not mean that planned programmes cannot be initiated in response to sudden needs for interventions, as in disaster relief. Thus, in any on-going programme, it is necessary to have clear goals and a set of actions for it to be successful.

In the pre-policy stage, one needs to determine if disability is perceived as a 'problem' that needs intervention on a priority basis in the target community. This is followed by a current situation analysis, which helps to confirm whether there is a need for intervention, what priority the consumers assign to the proposed problem in relation to other problems, whether the consumers view the proposed intervention as beneficial to them in addressing their problem, and so on. Community based rehabilitation interventions influence the lives of disabled persons, their families and their non-disabled peers in the project area. Hence the needs of the different groups who are affected by the interventions, have to be identified before undertaking strategic planning for the programme. The different groups in the same community can have differing needs that conflict with each other. For example, the needs of disabled persons may not necessarily be related to the priorities identified by other groups. In situations where the needs of the different constituent groups differ from the priorities of the community based rehabilitation programme, the first strategy should be to reduce this attitudinal gap by changing the attitudes of people favourably towards the rehabilitation interventions. For this purpose the existing beliefs and attitudes of the different constituent groups need to be studied, and strategic plans designed to introduce changes in the attitudes of the groups. The community's attitudes may also be influenced by its experiences of services that existed in the past in the project area. Needs analysis is a method for assessing the opinions of different groups within the local community, such as community institutions, family groups, self help groups of disabled persons and so on, who may be interested in community based rehabilitation services in their area, as well as of interested groups outside the community, such as the government, donor organisations, catalyst NGOs and so on. In the pre-policy stage there is also a need to identify the different material, financial and personnel resources available locally for later use, their accessibility, and the modifications required for utilising them. The resource analysis gives an idea in advance about what new resources will have to be generated for the programme.

Successful completion of the pre-policy stage usually progresses to policy development, which includes defining the vision, mission and objectives of a programme. These components of the policy are best evolved in a participatory and democratic manner involving all stakeholders of a programme, rather than by any particular group. A

participatory process of policy development will help to avoid future conflicts and enhance collective action. Once a policy is formulated, it requires to be widely disseminated amongst all stakeholders and other associates of the project. Most organisational members are usually able to articulate the organisation's vision and mission well, but have difficulties in clearly stating their objectives and activities. They often describe numerous objectives that are over-inclusive, without considering whether it is feasible for the organisation to fulfil them at all, in the available time. Sometimes activities are confused with objectives and vice versa, which results in poor strategic plans. Quantitative target setting is rarely followed in most poorly planned programmes.

Selection of activities and formulation of a strategic plan are usually the responsibility of the executives of the programme, and are executed with the approval of the governance (7). Individual activities of a strategic plan are short term components of a programme, usually planned for a calendar year or a financial year. In order to monitor a programme easily, the activities need to be defined precisely, with well defined, quantitative targets for achievement for each activity in a unit time. The expected outcomes, the indicators to measure the outcomes and the resultant impact are also required to be defined clearly. Organisations usually enumerate their activities with quantitative measures of coverage, in the belief that they can represent outcomes and impact. However, without outcome and impact measures, it is impossible to know if a programme has been genuinely successful. Although some effort is required to develop a detailed strategic plan with well defined activities, targets, expected outcomes and their indicators, such a process can be of significant benefit to the programme in many ways. It helps the organisation to monitor and control the progress of their efforts easily, to clearly define the individual responsibilities to the programme personnel, and to make the programmes transparent and accountable to the stakeholders.

### **SHOULD CBR BE EXTERNALLY INITIATED, OR SHOULD IT BE STARTED ONLY BY THE COMMUNITY?**

In the earlier years when CBR was a form of service delivery, this question was irrelevant. Today however, CBR is viewed as a development process, and the question of whether CBR should be imposed by outsiders or initiated by the community, is debated widely.

In the earlier years, CBR tended to be a form of 'community therapy', where services were physically shifted to the community, but the clients remained as passive 'beneficiaries' (8). Subsequently it has changed to a community development programme where disabled persons and their families are actively involved in all issues of concern to them, with the ultimate goal of full ownership of their programme by the clients. 'Community participation' is thus a central and essential tenet of CBR as it is

conceptualised today, in the social model. In practice, however, most CBR programmes in South Asia find it difficult to achieve this goal (9).

Usually we assume that communities are homogenous, cohesive and mutually supportive entities, but in reality, it does not appear to be so. They are, in most instances, quite heterogeneous, with wide differences in socio-economic status, educational status, religion, ethnicity and so on (10). This diversity sometimes causes friction and affects services, because different groups in a community have widely differing needs and priorities, and usually the needs of disabled persons who are in a minority, are not considered as a priority by others (9).

Given this background, how does one define the 'community' in a CBR programme? Does it comprise only of people with disabilities and their families who are a minority and are the primary clients, or is it the larger community that may not want to share its resources with disabled people?

In developing countries, poverty is a major barrier to participation in development programmes, as people have other pressing needs to be fulfilled before they can take charge of their programmes. Corruption and cornering of wealth by vested interests is another issue that mitigates against participation by all. People in developing countries also have difficulty in operationalising decentralisation and 'bottom-up' practices due to a cultural reluctance to take charge of their affairs. Because the local communities usually expect benefits from the Government as a permanent dole, they also tend to resist suggestions about taking charge of programmes on their own (9, 10, 11).

Consequently, the issue for debate among planners today is whether CBR should be initiated in a community by an external agency, or should one wait for the local communities to start CBR on their own? The votaries of the former opinion advocate starting services for disabled individuals without waiting for community participation, as it may take a long time, and in the meantime the needs of many disabled persons would remain ignored. They argue that community ownership of the programme, where people take on the responsibility for planning, implementing, sharing the risks of and monitoring their programme, is unlikely to be achieved in the foreseeable future. There is also a suspicion in the minds of many people that the rhetoric of 'community participation' is used by governments as a ploy to abdicate their responsibility, because the taxes collected are spent on causes other than development.

The opposing argument is that CBR is a developmental issue and as such, it needs to be initiated by the concerned groups themselves, who in this case are people with disabilities

and their family members (12, 13). If it is externally initiated, the clients will continue to remain passive recipients of services, with expectations of charity, and without the initiative to manage their own affairs and to contribute to society.

Since people in developing countries are largely ignorant about consumer ownership of development programmes, it is not feasible in most instances to begin the programme with full ownership by the communities (9). There is however, a possibility of striking a balance between the two opposing arguments. CBR programmes will need to motivate the local community to participate in their development to begin with, and over time, to shoulder the responsibilities of the programme. In this process, the community will gradually acquire the management skills to take over their programmes as well (9).

### **DOES THE SOCIAL MODEL IGNORE THE 'REAL REHABILITATION' NEEDS OF PEOPLE WITH DISABILITIES?**

When CBR was initially promoted by WHO, it was to be integrated into the PHC system, and thus many early CBR programmes followed a medical model, which came in for criticism in the eighties as not being sufficiently sensitive to all the needs of people with disabilities (14). As a result, most CBR programmes evolved subsequently as separate programmes addressing an array of needs, in a comprehensive manner. The perception then was that unless a special focus was given to disability, the 'specialised' needs of people with disabilities would remain unmet (15). However, with the shift from a medical model to the social model, the emphasis today is on integrating disability into development processes. According to votaries of this model, it is more cost-effective, and promotes better social integration by ensuring that people with disabilities have access to the same benefits and services as others in the community, unlike a 'specialised' CBR programme that concentrates on people with disabilities and may actually isolate them from the mainstream (16, 17). Besides, community participation is likely to be greater in a programme that benefits the majority, rather than a minority group. At the same time, people fear that unplanned integration of disability into other development programmes can ignore 'real rehabilitation' needs, such as mobility, special education, vocational rehabilitation and so on. In turn, this can contribute to increased marginalisation of people with disabilities, rather than their integration into the mainstream (17).

The last few years have witnessed attempts to integrate disability into community development projects, that showed some tangible benefits for disabled people from the integration (16, 18, 19). Many problems were also encountered in this process. Lack of organisational ability and knowledge about disability on the part of community development organisations acts as a major barrier to integration. Disability is seen as a 'specialist' issue, and hence these organisations feel that they do not have the expertise to



deal with it (17, 19). Further, disabled people tend to be recognised only by their disability and not by any other parameter such as gender, poverty level, ethnic status and so on, resulting in their exclusion from the benefits of integration in a development programme. Lack of mobility, education and skills in disabled people prevents them from being a part of development programmes, while expectations of charity and poor motivation on the part of disabled people also contributes to their exclusion (19).

Integration of disability issues into development programmes implies a high degree of co-ordination and collaboration between different sectors such as health, education, employment and so on. Often, such co-ordination works better at local, 'grass-root' levels, but fails at higher regional or national levels. Difficulties in multi-sectoral collaborations can be due to many reasons. In developing countries, programmes tend to be 'porous' and as a result, the different players in the field take time to trust each other (20). Secondly, there are differences in the management culture of government organisations and non-governmental organisations (NGOs), with the government operating in a top-down manner while the NGOs are usually 'bottom-up' and democratic in their management style. These differences can become a barrier to effective collaboration. Thirdly, under the cover of 'collaboration', members often try to gain control over each other rather than to work towards a common goal, and hence multi-sectoral collaborations get submerged in power and control issues between the different sectors. Lack of commitment to the goal from all partners can also be a problem in multi-sectoral collaborations. Usually, a powerful minority controls the process while the rest are passive participants. As a result, in many instances the decisions are finalised by the minority and the majority is made to merely endorse them.

Many of these issues will need to be solved before a social model can become effective. Until such time however, it may be more realistic to pursue a plan that is most feasible in a given context, focusing on the goals of the programme as the central issue at all times.

### **IS CBR INEXPENSIVE? IF SO, FOR WHOM?**

CBR was promoted to achieve wider coverage, at costs that are affordable. This was to be achieved by shifting rehabilitation interventions to families of disabled persons, thus reducing the expenses on institutions and personnel, and consequently reducing the unit costs of rehabilitation. The question is, who carries the burden then? Although CBR programmes appear to be cheaper because of the home based interventions, in reality, the costs to consumers in terms of their efforts, time and money, may turn out to be much higher than what it is generally believed to be (15).

The point then is, whether the consumers ready to take on the additional burden of costs of CBR interventions? Secondly, even if they are willing to do so, can they afford to do so? Many families in developing countries who are struggling for their daily survival, feel that it is a waste of effort and money to address the rehabilitation needs of their disabled children, preferring instead to spend on other children without disability in the hope that they would support them in their old age. In an environment of increasing competition for resources, their reasoning is that unless the other children are well placed, they may not be in a position to support their disabled sibling in the future, especially since few protective social security schemes are available in these countries (21). Until some of these issues are addressed, it is unlikely that consumers would be ready to bear the costs of the rehabilitation programme on their own.

### **IS CBR THE ANSWER FOR ALL DISABLED PEOPLE OR ONLY FOR A SELECT FEW?**

It is estimated that 70% of people with disabilities could be handled at the community level, while the remaining 30%, comprising of people with severe and multiple disabilities, would require specialist interventions that are not available at the community (22). Evaluations of CBR programmes in the eighties and early nineties endorsed this view (23). With the change towards a social model that emphasised equity and integration, CBR as it evolved subsequently began to address the need to include all people with disabilities within its ambit of services and interventions. In reality, however, the desired level of equity has not been achieved, leaving out some sections of people with disabilities.

It is estimated that about 20% of the disabled population that requires interventions from a CBR programme are people with severe disabilities, many of whom would also have multiple disabilities (24). In poorer communities, the percentage of people with severe disabilities is low, as the families may not seek help for their survival. In some communities, mortality of children with disabilities reaches almost 80%, leading to a 'weeding out' phenomenon (24). However small their number may be, CBR programmes face many difficulties in dealing with severe disabilities. Many programmes are initiated by external agents, who need to build a rapport with the community and show quick results, which they achieve by working with mildly and moderately disabled persons. As a result, people with severe disabilities tend to be left out of interventions. Most CBR programmes also do not have personnel who are adequately trained to deal with this group. Sometimes, in the process of promoting 'community participation' and 'rights' of disabled persons, the severely disabled persons get neglected. As yet, there are no valid methods to effectively address the needs of this group at the community level.



Women with disabilities are another group whose needs are not adequately addressed by CBR programmes, particularly in traditional cultures. Although disability leads to segregation of both men and women, women with disabilities face certain unique disadvantages, such as difficulties in performing traditional gender roles, participating in community life, and accessing rehabilitation services which are dominated by male service providers (25). Concerns of women with disabilities also tend to get neglected in organisations of people with disabilities that are usually dominated by disabled men. Even the women's organisations in developing countries consider these women as disabled first and as women only secondarily. CBR programmes will need to develop appropriate strategies to address issues related to traditional, social and cultural perceptions. Strategies such as awareness building to dispel misconceptions about disabled women's gender roles, skills development training to carry out their tasks and home adaptation where feasible, training of women CBR staff, provision of educational and employment opportunities to women with disabilities, and sensitisation of women's organisations and disabled persons' organisations to include the issues of women with disabilities in their agenda, can help to reduce the inequality between women and men with disabilities.

#### **CAN VOLUNTEERS IN CBR 'AFFORD' TO VOLUNTEER?**

In an international workshop on CBR in 1998, participants from twenty-two CBR projects were asked to identify the major challenges facing them. Problems linked to community volunteers were identified as one of the significant issues by almost all of the participants. The problems had to do with difficulty in finding new community volunteers, fast turnover of volunteers, need for additional resources for continuously training new volunteers, lack of motivation among volunteers, and need for paying incentives or small salaries to volunteers (26).

The role of community volunteers is perceived as one of the major issues for CBR projects in different parts of the world, particularly in the light of the current emphasis on 'community participation'. There are examples of CBR programmes that have successfully used volunteers (27), but these are probably the exception rather than the rule.

The point of debate is : can there be true voluntarism in developing countries where a majority of the population cannot afford to 'volunteer'? The dictionary defines 'volunteer' as a person 'who voluntarily undertakes or expresses a willingness to undertake a service while having no legal concern or interest'. Though the term 'volunteer' is used often in CBR, in reality it covers a variety of identities and roles that do not confirm to the definition of the term (24). Thus, there may be persons who have the time to dedicate to their chosen task, or may have some time in specific periods of the month or year, or may be available only for a limited period of time. In the last decade, with a move to market

economies in many developing countries, most people need paid employment to survive and are therefore less able or willing to volunteer. Those who do volunteer often use their training and experience as a stepping stone to paid employment. Under these circumstances, it may not be realistic or feasible to expect free work for long periods of time by volunteers, in the same way as paid CBR workers.

### **DO WE RECOGNISE THE IMPORTANCE OF CULTURAL FACTORS IN CBR?**

Cultural factors play a very important role in determining our behaviour in day to day life. These factors influence our attitudes towards most of the happenings around us, including 'disability' (28). Community based rehabilitation is context dependent, and the terms 'handicap' and 'participation', the most influential parameters for intervention in rehabilitation, are defined in relation to contextual factors that are predominantly cultural. 'Cultural factors' in the broad sense are a set of variables related to tradition, ethnicity and religion, grouped together into a single entity, that influence participation of disabled persons in their milieu. Even across the population of a single country, there are substantial differences in ethnicity, caste, religious practices and so on, which are recognised by different laws applying to different groups within the same nation. What seems to be ethnically correct behaviour in one group of people, may not be recognised as such by a different cultural group. The recognition of these differences in the perception of 'normalcy' and 'disability' is very important in the case of rehabilitation, since what is considered a 'handicap' in one cultural context may be considered normal in another context (29).

The influence of cultural factors is so great, that many community based rehabilitation interventions fail as a result of scanty recognition of these factors. Yet during the planning stages of programmes, most projects recognise culture as only an insignificant determining factor that influences success. For example, Western stereotypes of 'community' are often referred during programme planning of community based rehabilitation programmes in developing countries, where communities have their own individuality that is different from Western norms. These programmes expose themselves to a higher risk of failure because they tend to conflict with the cultural factors of the host country. The concept of individual rights and empowerment, as expressed and understood in the developed world, does not exist in many developing countries. Traditionally in these countries, an individual belongs to a kinship group, with a network of relationships and mutual obligations. Because of this kind of relationships, the concept of empowerment of any individual, whether he is disabled or not, is more complex than in the developed world. In many Asian countries, 'empowerment' of the individual as understood in the western context, is seen as a selfish and undesirable concept. Being altruistic for the sake of the family and for the larger society has a higher value. Hence an individual tends to remain

role-bound, submissive and obedient, and conformity with the traditional systems becomes a virtue in such a situation. In these societies, the term 'empowerment' can at best be interpreted only as a right to access provisions and services on an equal footing as others. Similarly, women in many traditional societies remain segregated from the men, and 'integration' of disabled women into the 'community' is perceived in a different manner from the west. In such societies, disabled women can be integrated into a community of segregated women, but they need to remain separate from the men.

Rehabilitation is a gradual and long process that cannot escape the influences of local cultural factors, particularly because decentralisation of services into the community, and integration of disabled persons into their society, calls for closer attention to cultural factors. There is enough evidence from literature (30, 31) to suggest that culturally appropriate community based rehabilitation programmes can be practised in many traditional societies by appropriately adapting strategies to make the programme suit the given cultural context. It is very important for community based rehabilitation planners to give adequate emphasis to these factors during policy development and planning, to avoid the high risk of later failures.

#### **WHAT IS THE ROLE OF EVALUATION AND RESEARCH IN CBR?**

Over the last 2 decades, CBR has gained acceptance as the preferred approach of service delivery for people with disabilities in developing countries. However, many questions remain about CBR. There is little published literature about different aspects of CBR, including cost effectiveness or cost benefit, as in other areas such as community development, primary health care, and so on. There are still many different interpretations of CBR, making it difficult to compare different programmes. There has been little research on outcomes, and little effort to develop indicators with which to measure success. Many evaluations of CBR programmes continue to remain as mere descriptions of practice and of the perceptions of different stakeholders about the programme.

More rigorous evaluation of CBR and indicators to measure outcomes of CBR are vital if the field is to grow and develop further. CBR managers, field workers and professionals need to show the benefit of their programmes, especially in the present times of market economy. Without this, governments and policy makers would find it difficult to justify increased allocation of resources for CBR programmes.

Of late, different groups, working in Canada, Netherlands and UK, have started stressing the need for more rigorous evaluation of CBR to inform planning, along with appropriate indicators to measure successful outcomes. It is generally accepted that any indicators that are developed must be useful for all stakeholders of the programme, be related to the

aims of the programme, and easy to use. At the same time, it is acknowledged that it is difficult to develop indicators which will be acceptable to the range of people involved in disability issues with different underlying philosophies.

Some of the groups working on indicators have published lists of possible indicators that could be used in future evaluation studies in CBR (32,33). If indicators are to be used to determine effectiveness of programmes at field level and to inform future planning, they need to be used by service providers in their programme evaluations as part of their work. Field testing across different cultures may also help to determine which indicators could be culture-free and which are culture-dependent.

People involved in disability programmes especially in developing countries are still not sufficiently aware of the importance of evidence based practice, which is gaining ground in the fields of health and development. Donor agencies, policy makers, programme implementers and user groups increasingly require evidence of value for money, value for input and value for effort. Evidence based practice requires clear statements of activities, outcomes and indicators. In a field like community based rehabilitation, which has grown mostly based on experiential accounts over the last two decades, a move towards evidence based practice is vital at this point in time, if interest in this field is to be sustained.

## **CONCLUSION**

After more than two decades of CBR in different parts of the world, many people believe that is still an appropriate approach for people with disabilities in developing countries. But many controversies and questions remain about different aspects of CBR. If sufficient attention and resources are allocated to research in this field, it is possible that some of these questions may be answered in the coming decade.

## **REFERENCES**

1. World Health Organisation. Disability Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series 668. Geneva, 1981.
- 2 United Nations (UN). World Programme of Action Concerning Disabled Persons. New York: 1983.
3. World Health Organisation. Training in the Community for People with Disabilities, Geneva, 1989.
4. World Health Organisation. The International Classification of Impairments, Diseases and Handicaps. Geneva, 1980.

5. Thomas M, Thomas MJ. A Discussion on the Shifts and Changes in Community Based Rehabilitation in the Last Decade. *Neuro Rehabilitation and Neural Repair* 1999; 13 : 185-189.
6. Thomas MJ. A Question of Management in Rehabilitation Programmes in India. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 1998; 9(1):31-32.
7. Thomas MJ. The Relevance of Planning Activities Before Starting a Programme. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 1998; 9(2): 74-75.
8. Wirz S. Training of CBR Personnel. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) *Selected Readings in Community Based Rehabilitation Series 1*, Bangalore, 2000: 96-108
9. Thomas M, Thomas M.J. Planning for 'Community Participation' in CBR. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2001; 12(1):44-51.
10. Boyce W, Lysack L. Community Participation : Uncovering its Meanings in CBR. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) *Selected Readings in Community Based Rehabilitation Series 1*, Bangalore, 2000:39-54.
11. Dalal A. CBR in Action - Some Reflections from the Sirathu Project. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 1998; 9(1): 29-31.
12. Miles S. Strengthening Disability and Development Work. Discussion Paper, British Organisation of NGOs for Development, London, 1999.
13. Werner D. Strengthening the Role of Disabled People in Community Based Rehabilitation Programmes. in O'Toole B, McConkey R. (Ed) *Innovations in Developing Countries for People with Disabilities*. Lisieux Hall, Chorley, 1995.
14. Lang R. The Role of NGOs in the Process of Empowerment and Social Transformation of People with Disabilities. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) *Selected Readings in Community Based Rehabilitation Series 1*, Bangalore, 2000:
15. Thomas M, Thomas M.J. Controversies on Some Conceptual Issues in Community Based Rehabilitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 1998; 9(1): 12-14.
16. Scott H. Community Based Rehabilitation Programmes in Developing Countries - Some Examples of Methods. *Actionaid Disability News* 1994; 5 (1), 51-56.
17. Jones H. Integrating a Disability Perspective into Mainstream Development Programmes : The Experience of Save the Children (UK) in East Asia. In Stone E. (Ed) *Disability and Development*, Leeds, The Disability Press, 1999.
18. Liton SA. Integrating People with Disabilities into Development Programmes : Some Lessons from Oxfam - Bangladesh. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2000; 11(1) : 34-35.
19. Thomas M. Feasibility of Integrating People with Disabilities in Savings and Credit Programmes in Bangladesh. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2000; 11(1) : 27-31.
20. Thomas M, Thomas MJ. Feasibility of Establishing a CBR Training Institute Through Local Collaboration. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2001; 12(2), 131-140.

21. Iyanar J. Listening to Different Voices - Inclusion and Exclusion of People with Disabilities in Education Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2001; 12(2), 155-159.
22. World Health Organisation. Disability Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series 668, Geneva, 1981.
23. Helander E. Prejudice and Dignity. UNDP, New York, 1999.
24. Rajendra KR. Training Needs in CBR in South Asia with Special Reference to Severe Disabilities, Inclusiveness and the Integrated Approach. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) Selected Readings in CBR Series 2: Disability and Rehabilitation Issues in South Asia. APDRJ Group publication, Bangalore, 2002.
25. Thomas M, Thomas MJ. Status of Women with Disabilities in South Asia. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) Selected Readings in CBR Series 2: Disability and Rehabilitation Issues in South Asia. APDRJ Group publication, Bangalore, 2002.
26. Deepak S, Sharma M. Volunteers and Community Based Rehabilitation. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2001; 12(2), 141-148.
27. O'Toole B. Mobilising Communities in Guyana. in O'Toole B, McConkey R. (Ed) Innovations in Developing Countries for People with Disabilities. Lisieux Hall, Chorley, 1995.
28. Dalal A. Disability Rehabilitation in a Traditional Indian Society. In Thomas M, Thomas MJ (Ed) Selected Readings in CBR Series 2: Disability and Rehabilitation Issues in South Asia. APDRJ Group publication, Bangalore, 2002.
29. Thomas M, Thomas MJ. Influence of Cultural Factors on Disability and Rehabilitation in Developing Countries. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 1999; 10(2): 44-46.
30. Rehman R. Influence of Cultural Factors on the Practice of CBR in the North West Frontier Province of Pakistan. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 1999; 10(1):32-33.
31. Coleridge P. Development, Cultural Values and Disability : The Example of Afghanistan. Paper presented at the ICACBR Conference, Queen's University, Canada, 1998.
32. Cornielje H, Nicholls P, Velema J. Making sense of rehabilitation projects: Classification by objectives. Leprosy Review 2002; 71: 472-485.
33. Boyce W, Broers T, Paterson J. CBR and Disability Indicators. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2001; 12(1): 3-21.

**\*Policy Advisor and Consultant, Disability and Rehabilitation**

**\*\* Consultant Psychiatrist**

**J-124 Ushas Apts, 16<sup>th</sup> Main, 4<sup>th</sup> Block, Jayanagar, Bangalore - 560 011, India**

**Tel and fax: 91-80-6633762, email : thomasmaya@hotmail.com**

JANNET研修会  
— CBRセミナー2003 —

2004年9月7日

報告書

定価 1,000 円

162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1

日本障害者リハビリテーション協会

TEL:03-5273-0601 FAX:03-5273-1523