

原著：秋田大学医短紀要10(2)：171-179, 2002

マレーシアにおける地域に根ざしたリハビリテーションの現状と課題 —政府主導の活動と民間活動の分析から—

大澤 諭樹彦 工藤 俊輔

要 旨

マレーシアで実施されている政府主導の国家統一・社会福祉省、保健省と、民間団体によるCBR活動の現状を明らかにする目的で調査を行った。調査はCBRセンターでのインタビューと、関係機関からの情報収集を実施した。

国家統一・社会福祉省のPDKは、全国的にセンター数の増加が見られた。しかし、活動の対象が知的障害児等に限定され、活動内容は機能訓練や教育等の個人へのアプローチが多く、社会的側面へのアプローチが十分に実施されていなかった。保健省によるCBRの活動内容は、専門家による障害の早期発見、早期介入プログラムであった。民間団体のCBRは、社会的アプローチにより障害者のエンパワメントを図っていた。

今後の課題として、CBRの質的向上を図るため、3機関による連携の必要性が指摘された。

はじめに

マレーシアに「地域に根ざしたリハビリテーション：Community Based Rehabilitation」(以後CBRとする)が紹介され、社会福祉省と世界保健機関によるCBRプログラムが実施されたのは1984年である。その後の20年間で国家統一・社会福祉省(旧社会福祉省)はCBRを社会福祉施策として全国に展開してきた。また、この期間に保健省は保健医療施策の小児検診プログラムにCBRの概念を取り入れて活動を展開し、民間団体においても、障害者関連の団体がCBRプログラムを展開してきた。

CBRとは、1970年代に世界保健機関により

提唱された地域住民主体型のリハビリテーションモデルである。現在では発展途上国で広く受け入れられ、CBRの実施国は世界90ヶ国に広がっている。CBRが世界で展開された背景として、1983年から1992年にかけての「国連・障害者の10年」で障害者の機会均等が強調されたことがあげられる。このことにより、障害者のエンパワメントを目的とするCBRに期待が高まり、世界各国で実施された。

マレーシアで展開されていたCBRの運営形態には、国家統一・社会福祉省によるCBR、保健省によるCBR、民間団体によるCBRの3形態があり、それぞれが独自の活動を展開し

秋田大学医療技術短期大学部
理学療法学科

Key Words: マレーシア
地域に根ざしたリハビリテーション
エンパワメント

ていた。国家統一・社会福祉省の取り組みはマレーシアのC B R活動を牽引する役割を果たしてきたが、最近になってその活動は世界保健機関の定義したC B Rと異なることが指摘されていた^{1),2)}。そこでマレーシアで展開されているC B Rの現状を把握する目的で、3機関によって実施されているC B Rを分析し、その課題について考察したので報告する。

調査方法

2002年3月4日から同年4月3日にかけてマレーシアのマレー半島に位置するスランゴール州、ペラ州においてフィールド調査を実施した。調査方法はC B Rセンターでの活動観察と利用者、スタッフへのインタビュー、及び関係機関からの資料収集とし、これらの情報から国家統一・社会福祉省、保健省、民間団体のC B R活動を分析した。

マレーシアの概要

マレーシアはマレー半島とボルネオ島からなる熱帯性気候の国である。国土面積は32.9万km²で、人口は2,379万人である。人種構成はマレー系が55%、中国系25%、インド系10%、少数民族10%である。宗教はイスラム教56%、仏教・儒教22%、ヒンズー教8%、その他14%と多彩な宗教観により文化が形成されている。公用語はマレー語であるが、各人種により中国語、タミール語等も使用されている。国は15州から

成り、各州に90の行政区があり、さらに各行政区は15から20の郡に分けられ、各郡は幾つかの村もしくは町から構成されている。マレーシアの経済は電子・電気産業等の製造業の発展により高度成長を達成しており、2020年に先進国入りを目指している。

保健医療に関する状況を表1に示す。日本と比較すると、特に専門家数の不足が目立っている。

国家統一・社会福祉省によるC B Rの現状

社会福祉政策は、国家統一・社会福祉省により実施されていた。障害者に関する独立した法律は制定されていなかった。リハビリテーションの事業として、施設型リハビリテーションと、C B Rプログラムが進められていた。障害者数に関する調査方法や障害分類は日本と異なるが、マレーシアの障害者数は政府推定で全国民数の1%に当たる220,000名と報告されていた。

国家統一・社会福祉省が実施しているC B Rは、マレー語のPemulihan Dalam Komunitiが広く使用され(本論では以後P D Kとする)、政府発行のガイドラインに基づいて全国にプログラムが展開されていた。P D Kプログラム数の増加は急速で89年の6件が、2000年には229件と約38倍に増加していた。これに伴いP D Kに係る社会福祉局の予算は、92年の1,129千RM(RM:マレーシアドル、1RM=約30円)から99年の3,100千RMと約2.7倍に増えていた。

表1 マレーシアと日本の医療・保健状況の比較

	マレーシア	日本
出生時の平均余命(歳)男/女	69.9/74.3	76.8/82.9
5歳未満児死亡率(出生千対)	11	4
妊産婦死亡率(出生10万対)	39	8
適切な衛生施設を		
利用する人の比率(%)都市/農村	99/98	-
人口1万人当り医師数(名)	6.7	19.7
人口1万人当り看護師数(名)	11.6	77.9
人口1万人当り理学療法士数(名)	0.14	1.58
人口1万人当り作業療法士数(名)	0.11	0.87

世界人口白書2000, 理学療法白書2000より作成

州別の P D K センター数と登録 P D K ワーカー数、登録障害児数を表 2 に示す。

P D K の構成は図 1 に示すとおり、国家統一・社会福祉省、社会福祉局、各州の社会福祉局、地区福祉事務所、そして各 P D K の運営委員会によって組織され、現場の活動は P D K ワーカーが担っていた。また中央レベルでは政府と民間団体によって Malaysia Council of Rehabilitation が運営され、National CBR Coordinate Committee を組織して P D K のコーディネート、全国調査、研修会を実施していた。全国の各 P D K に割り当てられる社会福祉局からの予算は、P D K ワーカーの手当、施設の賃貸料のみであり、他にかかる障害児の送迎費、専門家の雇用費等の経費は各 P D K センターが地域の民間団体等から寄付を集めて対応していた。ゴンバ郡は郡内にある 4 つの P D K センターの活動を調整する目的で、P D K センター、地区福祉事務所と民間団体等で構成する Coordinating Body of Gombak's CBR Programme を設置し、地域からの寄付金を郡内

の P D K センターに配分する等の役割を果たしていた。しかし、サービスの充実や規模拡大に係る資金については、更に各 P D K センターが独自に寄付金を集めなくてはならないため、資金創出能力の差によりセンター間の活動規模に格差が生じていた。

全国の P D K の活動はガイドラインに基づき実施されていた。P D K の活動形態は P D K センターに地域の障害児を集めるデイ・ケア型と、障害児宅への訪問型から成っていた。活動内容は障害児への機能訓練、歌や遊びを取り入れた教育、トイレ動作等の生活指導が行われていた。活動頻度はガイドラインに基づき、デイ・ケアは 1 日 4 時間で 1 週間に 4 回の実施、訪問活動は 1 週間に 1 回の実施とされていた。各 P D K センターには、P D K ワーカーとして社会福祉局に登録された地域住民が配置されていた。P D K ワーカーは主婦が多く、P D K の知識や障害児への対応方法等は、社会福祉局が開催する研修会から習得していた。しかし、1 年に 2 回行われていた研修会は、社会福祉局の財政不足

表 2 国家統一・社会福祉省による P D K の州別の現状

州名	人口 (千名)	センター数 (件)	ワーカー数 (名)	登録障害児数 (名)	(1997年 / 2000年)	
					ワーカー1名当り の障害児数(名)	
ブルリス	204.4	4 / 4	8 / 8	53 / 86	6.6 / 10.7	
ケダ	1,649.7	11 / 17	23 / 40	188 / 388	8.1 / 9.7	
ペナン	1,313.4	17 / 17	29 / 28	181 / 213	6.2 / 7.6	
ペラ	2,051.2	17 / 25	24 / 46	358 / 558	14.9 / 12.1	
スランゴール	4,188.8	21 / 29	40 / 88	433 / 706	10.8 / 8.0	
クアラルンプール	1,379.3	2 / 3	4 / 6	30 / 44	7.5 / 7.3	
ネグリスンピラン	859.9	18 / 24	32 / 48	379 / 546	11.8 / 11.3	
マラッカ	635.7	8 / 11	16 / 23	203 / 291	12.6 / 12.6	
ジョホール	2,740.6	18 / 30	32 / 59	308 / 657	9.6 / 11.1	
パハン	1,288.3	19 / 23	42 / 52	291 / 414	6.9 / 7.9	
トレンガヌ	898.8	8 / 13	21 / 31	134 / 234	6.3 / 7.5	
クランタン	1,313.0	15 / 18	26 / 31	282 / 341	10.8 / 11.0	
サバ	2,603.4	5 / 8	13 / 21	92 / 264	7.0 / 12.5	
サラワク	2,071.5	3 / 5	6 / 11	57 / 247	9.5 / 22.4	
ラブアン	76.0	1 / 1	2 / 2	11 / 12	5.5 / 6.0	
合計	23,274.6	167 / 229	318 / 494	3000 / 5001	9.4 / 10.1	

1997年と2000年のセンター数、ワーカー数、登録障害児数を比較すると全てに増加傾向にある。ワーカー1名当りの障害児数の増加は、ワーカーへの負担が大きくなりつつあることを示している。

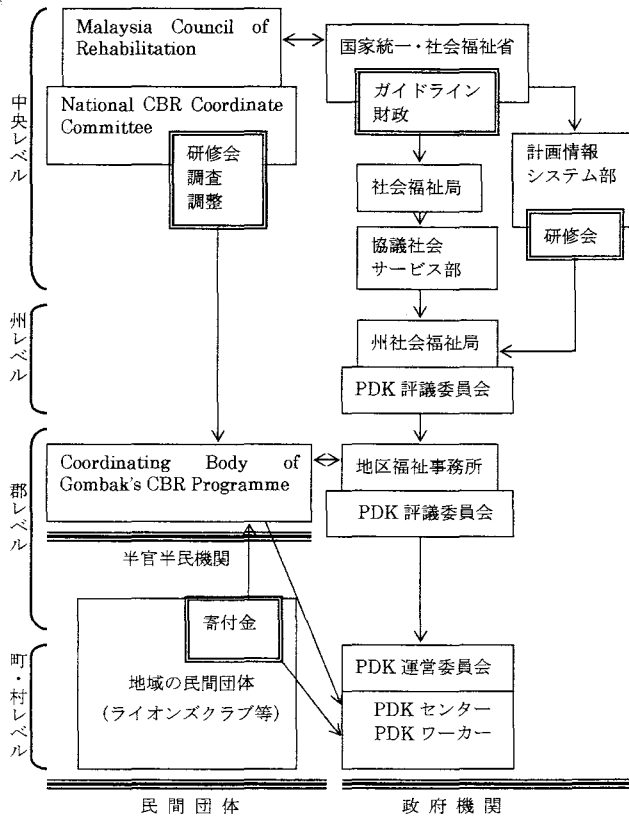


図1 国家統一・社会福祉省による PDK の運営組織図

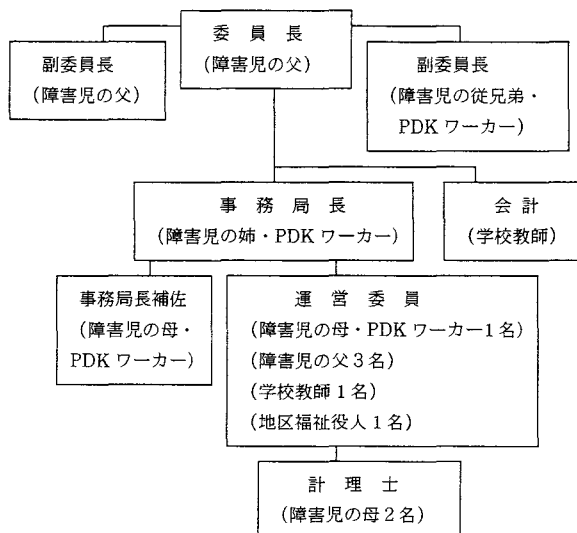


図2 1999-2001年のスラヤン PDK 運営委員会の組織図

表3 スラヤン P D K センターの利用者

年齢別の内訳			障害種別の内訳		
年齢(歳)	人数(名)	割合 (%)	障害名	人数(名)	割合 (%)
1-5	30	50.0	知的障害	30	50.0
6-10	21	35.0	脳性麻痺	20	33.3
11-15	7	11.6	ダウン症候群	8	13.3
16-20	1	1.6	学習障害	1	1.6
22-25	1	1.6	二分脊椎	1	1.6
合計	60		合計	60	

PDKの利用者の内訳は、1-15歳までが全体の85%を占めていた。
知的障害と脳性麻痺を合わせると、全体の83.3%を占めていた。
利用者の分析から年齢と障害の種類の違いが確認できた。

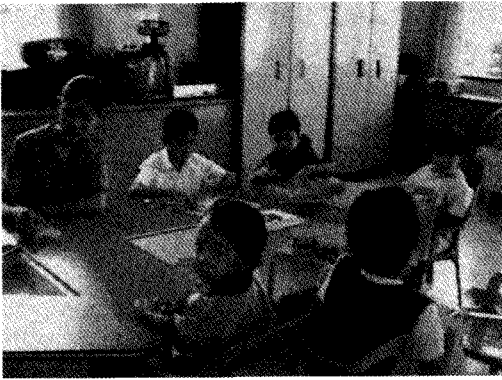


図3 P D K センターでワーカーにより積み木遊びの指導が行われている様子



図4 P D K センターでワーカーにより機能訓練が行われている様子

によって1997年から2001年まで開催されていなかった。

今回調査したPDKセンターの一つであるスラヤンPDKセンターは、スランゴール州ゴンバ郡(人口569,081名)に位置していた。スラヤンPDKセンターは、障害児を持つ親が社会福祉局に働きかけて1991年に設立された。運営委員会はガイドラインに倣い14名で構成されており、11名の障害児の家族が委員に就いていた(図2)。運営委員会の会議は定期的開催され、活動内容や予算等の協議や報告を行っていた。運営委員は2年毎の選挙で、PDKセンターを利用している障害児の家族等から選出されていた。PDKワーカーの人数は4名で、そのうち3名が主婦であった。センターの活動は、月曜

日から日曜日にかけて9時から12時までデイ・ケア活動を行い、月曜日と火曜日の2時から4時まで訪問活動を実施していた。日曜日の午前中は国立病院から理学療法士と言語聴覚士がデイ・ケアに参加して、治療とPDKワーカーへの相談業務を行っていた。スラヤンPDKセンターの利用者は知的障害児が多く(表3)、活動は遊戯やトイレ動作指導、関節可動域訓練等と障害児への直接的な関わりを主な内容としていた。これに対して、世界保健機関等のCBR定義(後述)に示されている地域開発に関する地域住民への啓発活動、障害児の親の会設立支援等の社会的側面への働きかけは、十分に展開されていなかった。(図3、図4)

保健省による C B R の現状

保健省により実施されている C B R は全国で 54 プログラムあり (表 4), 医師, 看護師, 作業療法士, 理学療法士等の専門家によって実施されていた。活動内容は障害児の早期発見と早期介入であった。

保健省管轄の C B R センターである Child Development & Rehabilitation Centre は, スラン

表 4 保健省による C B R の州別件数

州	(1998 年)	
	州	CBR 数(件)
ブルリス		3
ケダ		3
ペナン		5
ペラ		5
スランゴール		3
クアラルンプール		0
ネグリシンプラン		5
マラッカ		3
ジョホール		6
バハン		4
トレンガヌ		5
クランタン		6
サバ		4
サラワク		2
ラブアン		0
合計		54

ゴール州クラン郡 (人口 681,724 名) にあるクリニックに併設されていた。センターは 1996 年に設立され, 常勤の医師と看護師が勤務に就いていた。活動内容は 0 歳から 18 歳までの早期発見プログラムで, 発達評価表と母子手帳を利用して定期的な発達評価を行い, 障害が診断されれば医学的リハビリテーションが受けられる病院へ紹介していた。2000 年のセンター利用者数は 338 名で, そのうち 37 名が障害と診断されていた。障害の種類は脳性麻痺が最も多く, 次いでダウン症候群が続いていた (表 5)。(図 5)

民間団体による C B R の現状

マレーシアでは民間団体相互のネットワークが十分に発展していないため, C B R の活動を展開している団体数の把握は困難であった。

民間団体である Yayasan Sultan Idris Shah は 1982 年にペラ州に設立され, 障害者のリハビリテーションに関わる活動を展開していた。競馬協会等から財政支援を受けて, 勢力的に活動を展開していた。Yayasan Sultan Idris Shah はペラ州内に 13 の C B R センターを持ち, 常勤のコミュニティー・オーガナイザー 1 名, 医師 1 名, 理学療法士 4 名, 作業療法士 2 名, 言語聴覚士 1 名を雇っていた。各センターでは地域住民による運営委員会が設置され, 住民の参加が主体的に展開されていた。各センターの運営は運営

表 5 Child Development & Rehabilitation Centre
で発見された障害の種類: 0—18 歳

障害名	(1997-2001 年)	
	人数(名)	割合 (%)
脳性麻痺	59	27.5
ダウン症候群	47	21.9
言語・聴覚・視覚障害	44	20.5
Delay Milestone	29	13.5
学習障害	13	6.0
知的障害	5	2.3
二分脊椎	2	0.9
その他	15	7.0
合計	214	

脳性麻痺, ダウン症候群が全体の 49.4% を占めていた。PDK (表 3) に多い知的障害が, 保健省の CBR では全体の 2.3% と低い診断率であった。

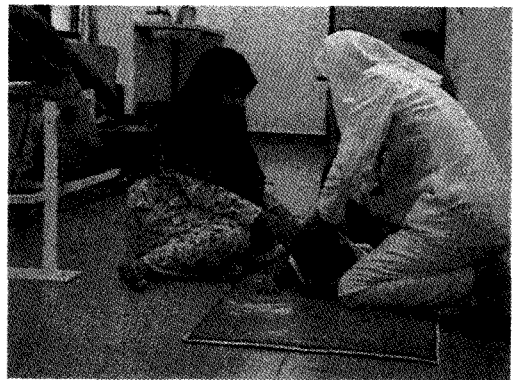


図 5 保健省の早期発見プログラムで看護師 (右) が発達評価を行っている様子

表6 Yayasan Sultan Idris Shah (YSIS) における年別の新規登録障害者数

(1985-2001年)			
年	人数(名)	年	人数(名)
1985	22	1994	293
1986	23	1995	272
1987	123	1996	284
1988	236	1997	256
1989	219	1998	416
1990	201	1999	345
1991	252	2000	310
1992	207	2001	265
1993	230	合計	3,978

同ペラ州のPDKの登録障害児数(表2)と比較すると,YSISの合計登録者数は約7倍の数である。



図6 Yayasan Sultan Idris Shah によるワーカーへの研修会の様子

委員会によって決定され、支障等が生じた場合にコミュニティー・オーガナイザーの支援を受けていた。活動内容は医学的リハビリテーションサービス、障害の早期発見と早期介入等の個人へのアプローチだけでなく障害者のエンパワーメントを目的に、障害者手帳申請の支援、運転免許取得の支援、バイクや車の改造支援、所得取得支援、障害児の学校入学支援、チャリティー活動を通じた地域住民への啓発活動等と、社会的側面への活動も広く展開していた。センターの登録障害者数は3,978名で、小児から高齢者まで多岐のニーズに対応していた(表6)。また、幾つかのセンターはインド系、中国系居住地に設置されており、利用者がマレー系に偏らないように配慮されていた。Yayasan Sultan Idris Shah はC B Rワーカーへの基礎的リハビリテーション研修会を年に2回開催し、これまでに各州のPDKワーカーも含めた420名が受講していた。(図6)

マレーシアにおけるC B Rの問題点と課題

マレーシアで展開されていたC B Rは、リハビリテーションに関わる専門家の協力を得ながら、地域住民自らの力で地域に根ざした形でリハビリテーションを展開していこうとする点に特徴があり、我が国の患者・利用者主体の医療・福祉のあり方を考える上で学ぶべき内容も多く

含んでいた。また、国家統一・社会福祉省のPDKは、政府による知的障害児へのサービスを全国に広げてきた意味で大きな役割を果たしてきた。しかし、マレーシアのC B Rを世界保健機関等の定義したC B Rから捉えた場合に、国家統一・社会福祉省のPDKや保健省によるC B Rには、幾つかの問題点と課題が見られた。そこで、民間団体における活動との比較から考察を行った。

世界保健機関、国際労働機関、ユネスコの合同定義によると、「C B Rとは地域開発におけるすべての障害者のためのリハビリテーション、機会の均等、社会への統合のための戦略である。C B Rは障害者自身、家族、地域社会の共同の運動、そして適切な保健、教育、社会サービスによって実施される」とされている³⁾。つまり、C B Rの活動は対象とする障害の種類や年齢層の制限をもうけたり個人へのアプローチに留まることなく、障害者を含めた地域住民の主体的な関わりを基盤として、障害者のエンパワーメントを図る社会的アプローチに強調を置いている。

今回の調査結果から、政府主導の国家統一・社会福祉省と保健省による両省の活動は、その活動の制限や活動内容の偏りから見て、世界保健機関等が定義したC B Rそのものとは異なる活動を展開していたことが分かった。前述した

ように、国家統一・社会福祉省のPDKは、政府主導で作成されたガイドラインに基づいたトップダウン式の事業として展開されていた。住民の参加は運営委員会のメンバーやPDKワーカーという形で政府により促されていたが、住民の主体的参加という面では、ガイドラインに基づいた範囲内の受動的な参加に制限されていた。主体的参加とは、活動に関わる計画から実行、評価に至る全てのプロセスで、住民の自己決定権が保障されていることである⁴⁾。PDKにおける地域住民の決定権は、トップダウン型で決定された内容の範囲内に留まっており、画一的な活動を展開せざるを得ない状況にあった。

これに対して、民間団体のCBRは障害の種類や年齢層への制限がなく、多様なニーズに対応し、障害者のエンパワーメントを支援することに目的が置かれた活動を展開していた。マレーシアの障害児を持つ親のニーズ調査によると、親の求める支援として、子どもの学校入学支援、就労支援、地域生活援助支援へのニーズが高く、社会的側面への対応が強く望まれていることが示されていた⁵⁾。このことから、PDKの活動が身体的側面へのアプローチに留まっている限り、必ずしも親のニーズに充分応えていけないことが伺われ、ニーズを汲み取るためにも障害児の親の会設立支援の必要性が示唆された。そして、当事者のニーズに対して弾力的な活動を展開していけるように、PDK運営委員会の活動を政府が支援していけるボトムアップ型のシステムを構築、強化していくことが必要と考えられた。

PDKワーカーへの定期的な研修会は1997年から開催されていなかったため、研修を受けた経験のないワーカーが全国のPDKセンターで活動しており、ワーカーの活動に支障をきたしていると思われた。今回の研修受講経験のないワーカーへのインタビューから、障害児への対応に自信が持てなくストレスを感じていたり、活動へのモチベーションを持っていないという話が聞かれた。表2に示したように、PDKワーカー1名当りの障害児数は増加傾向にあるため、今

後PDKワーカーの不安とストレスは益々大きくなると危惧され、リハビリテーションの専門家による相談支援等が必要と考えられた。いずれにしても、CBRワーカーへの研修会の必要性は指摘^{6),7)}されているように、PDKワーカーが自信を持って活動を続ける上で必要不可欠と考える。また、地域とのコミュニケーション能力、資金の集め方等と幅広い知識と技術をCBRの概念理解に合わせながら学ぶことも重要である。まさにPDK活動における人材育成への対応策が強く望まれていた。

民間団体のCBRでは、政府機関に欠ける柔軟で多様な取り組みが展開されていた。しかし民間の体力では、その活動をマレーシア全土に広げることは難しく、活動範囲は制限されてしまう。今後は政府と民間の連携をさらに図り、民間機関の実績と経験をPDKに応用して、マレーシア全体における障害者のエンパワーメントに努めていくことが課題としてあげられた。その一つとして、図1に示したMalaysia Council of Rehabilitationの下部に、州レベルで協議会を構成して、地域の民間団体が参画しやすい体制を構築したり、州・郡レベルの協議会にPDKに対する外部評価の機能を設けたりする等、民間団体の意見を汲み取れるシステムを設けることの必要性が考えられた。

今後は他地域のPDKや民間団体の活動等を調査して、CBRにおいて住民の主体的参加を可能にする要因分析や、主体的参加が活動に与える効果について調査を進めていきたい。

本調査は平成13年度教育改善推進費（在外研究員）を受給し、マレーシアで行った研究成果をまとめたものである。

引用文献

- 1) Ranjit Kaur (1997) COMMUNITY-BASED REHABILITATION IN MALAYSIA, 1-10.
- 2) 久野研二 (1999) マレーシアのリハビリテーションの現状と課題, リハ研究99, 13-20, 1999.
- 3) ILO, UNESCO, WHO (1994) CBR for and

with People with Disabilities: 1994 Joint Position Paper.

- 4) 久野研二 (1997) 解説ーこれから途上国に行くあなたにー, 日本理学療法士協会・国際部 1-22.
- 5) 中澤健 (1996) マレーシアのC B Rの現状と障害者の生活の実状とニーズに関する調査について, 発達障害研究18, 201-208, 1996.
- 6) Catherine Lysack, Laura Krefting (1993) Community-based rehabilitation kader: their motivation for volunteerism, 1993, 16, 133-141.
- 7) 大澤諭樹彦 (1998) インドネシアC B R開発・訓練センターにおける医療協力活動, 国際医療技術交流財団, 26-32, 1998.

参考文献

- 1) 田中絹代 (2002) マレーシアの障害福祉分野ーモデル州 (ケダ州・ペラ州・トレンガヌ州) での地域に根ざしたりハビリテーションプログラム支援を中心に, 国際協力事業団.
- 2) 久野研二 (1998) マレーシア障害福祉分野企画調査報告書, 国際協力事業団.
- 3) 高峰豊 (1996) アジアのC B R展望における障害者の役割, 発達障害研究18, 182-190, 1996.
- 4) 荻原康生 (1995) アジアの社会福祉, 中央法規出版会社.

The State of and Issues Surrounding Community Based Rehabilitation in Malaysia. — An analysis of the activities of governmental and non-governmental organizations —

Yukihiko OSAWA Shunsuke KUDO

Department of Physical Therapy, College of Allied Medical Science, Akita University

We conducted field research on Community Based Rehabilitation (CBR) in Malaysia from 4th March 2002 to 3rd April. The purpose of this study was to clarify issues on CBR which are implemented by the Ministry of Social Welfare, the Ministry of Health and non-governmental organizations. A nationwide increase has been observed in the number of PDK centers. However, the centres' activities are targeted at children with mental retardation, and the content is mainly to do with functional training and education of individuals. The social approach is insufficient. According to the Ministry of Health, the activities of CBR are early detection and intervention for children with disability. From the point of view of the non-governmental organizations, it is important to empower people with disability through a social approach.

The tripartite cooperation of the Ministry of Social Welfare, the Ministry of Health and non-government organizations would be needed in order to progress CBR in Malaysia.