

コスタリカ国
社会的弱者（障害者）支援分野
プロジェクト形成調査報告書

JICA LIBRARY



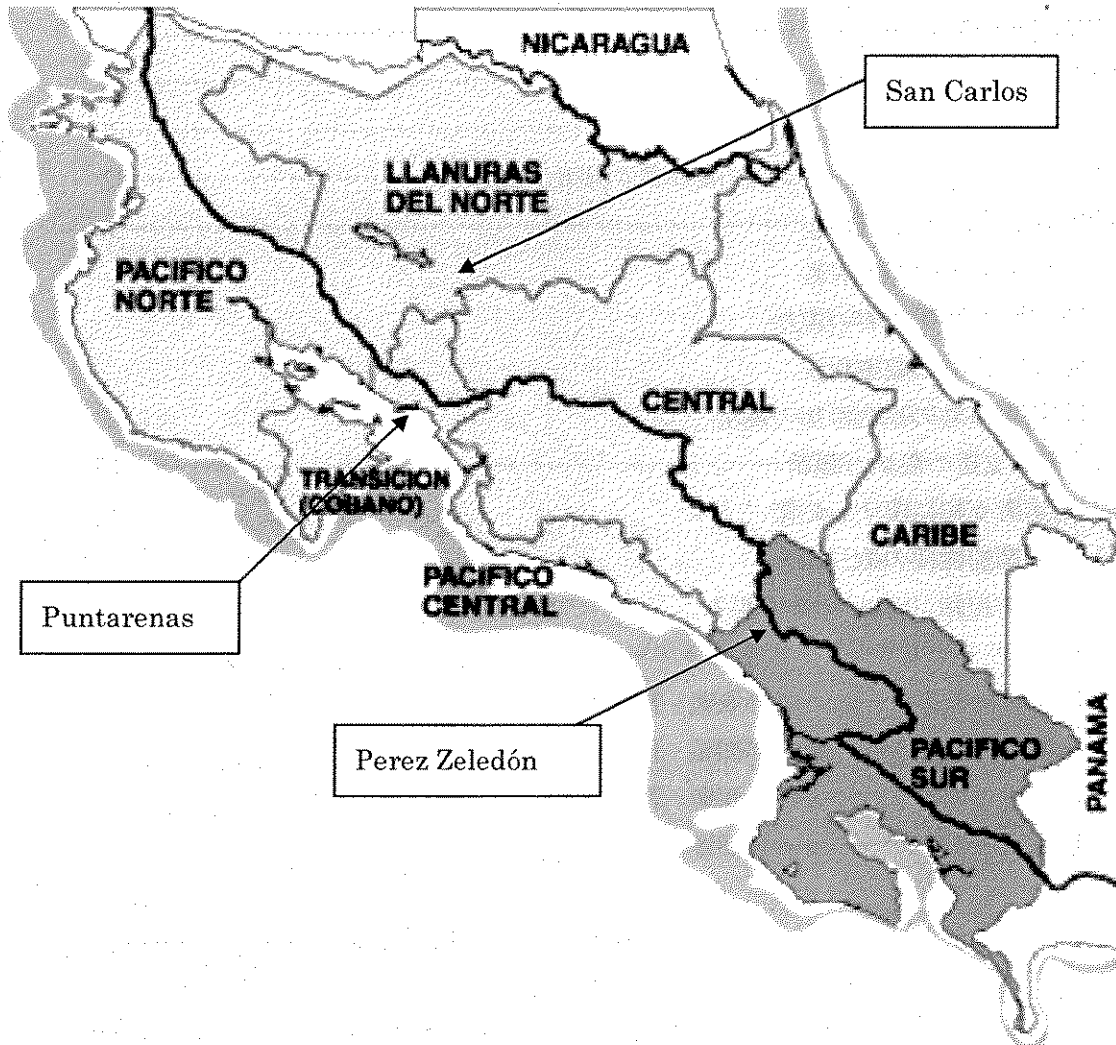
1182334 [1]

平成 17 年 12 月
(2005 年 12 月)

独立行政法人 国際協力機構
(中南米部)

地三
JR
05-008

コスタリカ全国地図 (矢印で示された3箇所はワークショップ開催地)



報告書目次

第1章 調査の概要	5
1-1 調査の背景と経緯	5
1-2 調査の目的	5
1-3 調査団の構成	5
1-4 調査日程	6
1-5 面談者リスト	7
第2章 コスタリカ共和国における障害者の現状と課題	7
2-1 障害当事者の現状と課題	7
(1) コスタリカの障害者数	
(2) 障害当事者の教育の現状	
(3) 障害当事者の就業状況	
(4) 障害当事者の社会参加の現状	
2-2 障害者支援の現状と課題	10
(1) 障害者支援に関する政策	
(2) 政府関連機関の取り組み	
(3) 非政府組織 (NGO) の取り組み	
2-3 障害者リハビリテーション各セクターの課題と問題点	19
(1) 医療リハビリテーションの課題・問題点	
(2) 職業リハビリテーションの課題・問題点	
(3) 教育リハビリテーションの課題・問題点	
(4) 社会リハビリテーションの課題・問題点	
第3章 中米・カリブ地域諸国における障害者の現状と課題	24
第4章 中米・カリブ地域諸国における障害者支援分野の協力概観	27
第5章 想定される協力内容	30
5-1 関連機関との協議概要	30
5-2 サイト候補地に於ける参加型ワークショップ結果概要	30
5-3 JICAによる障害者支援の協力の可能性	31
5-4 プロジェクト実施に向けた留意事項	33



1182334 [1]

添付資料

(1) 面談記録	38
(2) コミュニティベースの総合リハビリテーションシステム強化プロジェクト PDM 案	43
(3) ワークショップ概要録・参加者リスト	50
(4) 障害者情報システムに関する提案書	71
(5) 全国リハビリテーション・特殊教育審議会組織図	99
(6) ペレセレドンのリハビリセンターの建設提案書	100
(7) コスタリカ共和国「社会的弱者（障害者）支援協力の中米モデル策定に向けた 基礎調査」報告書一覧 ¹	116

表

表 1：障害別障害者の教育の現状	8
表 2：障害者の経験・興味別就職状況（12歳以上の障害者対象）	9
表 3：社会保障公庫の3レベル	13
表 4：社会保障公庫の地域ごとのリハビリテーションに関わるリハ医師、療法士、 及び補助員数（2005）	15
表 5：国立リハビリテーションセンターにおける診察相談数（2001）	16
表 6：サンカルロス地方病院のリハビリテーションに関わる外来患者数（2005）	16
表 7：医療リハビリテーションの疾病別レベル対応ポテンシャル	21
表 8：中米・カリブ地域諸国の障害者支援に関する政策	24
表 9：中米・カリブ地域諸国の障害者の全人口に対する割合	25
表 10：JICA の障害者支援関連ボランティア派遣実績	28
表 11：集団研修コース別・国別研修員参加実績	28
表 12：リハビリテーションセミナーのテーマと参加者数	29

¹ 本報告書内容に関する詳細情報については、「社会的弱者（障害者）支援協力の中米モデル策定に向けた基礎調査」報告書（報告書一覧添付7）を適宜参照願います。

略語表

ATAPS (Asistente tecnico de Atencion primaria de la Salud)	プライマリーヘルスケア補助技師
CAIPAD (Centro de Atencion Integral Para Personas Adultas con Discapacidad)	成人障害者の総合教育プログラム
CBR (Community-based rehabilitation)	地域に根ざしたリハビリテーション戦略
CCSS (Caja Costarricense del Seguro Social)	コスタリカ社会保障公庫
CENARE (Centro Nacional de Rehabilitacion)	国立リハビリテーションセンター
CNREE (Consejo Nacional de Rehabilitacion y Educacion Especial)	全国リハビリテーション・特殊教育審議会 (リハ審議会)
EBAIS (Equipo basico de Atencion Integral de Salud)	総合ヘルスケア基礎チーム
GTZ	ドイツ技術協力公社
ICF (International Classification of Functioning)	国際生活機能分類
IDB (InterAmerican Development Bank)	米州開発銀行
ILO International Labour Organization	国際労働機関
INS (Instituto Nacional de Seguro)	国家保険庁
MEP (Ministerio de Educacion Publica)	教育省
MIDEPLAN (Ministerio de Planificacion nacional y politica economica)	国家計画経済政策省
PAHO (PanAmerican Health Organization)	米州保健機構
UNICEF (United Nations Children' s Fund)	国連児童基金
USAID (United States Agency for International Development)	米国国際開発庁
WHO (World Health Organization)	世界保健機構

第1章 調査の概要

1-1 調査の背景と経緯

コスタリカ国においては、2000年に実施された国勢調査では総人口の5.4%が何らかの障害²を持っていると報告されている。障害機会均等法が施行されているものの、障害者のための物理的アクセスや医療を含む社会サービスの不足に加え、障害者に対する偏見など障害者の生活レベル向上のためには数々のバリアーが存在し、障害者の機会均等が十分に達成されるための基盤が整備されていない状況である。また、障害者支援はコスタリカのみならず、中米・カリブ地域でも高い協力ニーズがあると考えられる。

我が国は「市民生活の質の向上」を同国に対する協力重点分野の一つと位置付け、また、「社会的弱者支援」を同分野の優先課題の一つとして、1979年以降関連分野の青年海外協力隊員を派遣するなど、障害者支援に取り組んでいる。また、2002年からリハビリテーションサービスの改善を目指した「リハビリテーションチームアプローチ」に関するJOCV広域セミナーを年一回開催し、中米・カリブ地域の課題の共有及び関係者の知識及び意識の向上に努めている。2003年度からは青年海外協力隊事業の広域研修制度により、同セミナーと在外技術補完研修が同時に実施されている。同セミナーからの問題提起は、国家開発計画や国家保健政策に反映され、政策レベルにおいて障害者に対する総合的なサービス提供の重要性を認識するきっかけを作っている。

これを受けて2005年に入り、想定される技術協力案件に関して、コスタリカにおける障害者施策の状況及び障害者のニーズを把握するとともに、域内の共通課題を絞込み広域効果について検討することを目的として、在外基礎調査をコスタリカ国経済企画省及び全国リハビリテーション・特殊教育審議会の協力の基で実施してきた。

1-2 調査の目的

本調査は、在外基礎調査の調査結果を踏まえて、広域協力を視野に入れたコスタリカ国を中心とする障害者に配慮した住民参加型コミュニティ開発のモデルとなるプロジェクトを形成することを目的とする。

1-3 調査団の構成

総括	山本 美香	国際協力機構	コスタリカ駐在員事務所
協力計画担当	山本 渉	(株)レックスインターナショナル	

²独立した日常生活を送るのに支障をきたすような生涯直ることのない障害を指す。

1-4 調査日程

日付	曜日	活動内容	宿泊地
8月15日	月	日本発 コスタリカ着	サンホセ
8月16日	火	AM JICA 事務所内打ち合わせ シニアコンサルタントとのミーティング 全国リハビリテーション審議会での情報収集	サンホセ
8月17日	水	全国リハビリテーション審議会との協議、サイト条件確立 Andrea Jiménez 養護学校訪問	サンホセ
8月18日	木	全国リハビリテーション審議会理事会メンバーとの協議（教育省、社会 保障公庫、国家保険庁、労働省、厚生省等） 障害関係機関視察及び協議	サンホセ
8月19日	金	サンカルロスにおけるワークショップ	サンホセ
8月20日	土	資料整理	サンホセ
8月21日	日	資料整理 ペレセレドンへ移動	ペレセレ ドン
8月22日	月	ペレセレドンにおけるワークショップ	サンホセ
8月23日	火	プンタレナスにおけるワークショップ	サンホセ
8月24日	水	ワークショップのまとめ、協力内容絞込み、プロジェクト計画案の検討	サンホセ
8月25日	木	社会保障公庫との協議 JICA 関係者、全国リハ審議会との協議	サンホセ
8月26日	金	JICA 関係者との日本側支援可能性に関する内部協議	サンホセ
8月27日	土	セミナー調査団（上田団員）着	サンホセ
8月28日	日	上田団員を含めた日本サイドでの最終協議（最終案策定）	サンホセ
8月29日	月	全国リハビリテーション審議会にて最終協議	サンホセ
8月30日	火	協力隊広域セミナー参加	サンホセ
8月31日	水	ペレセレドンリハビリテーション審議会支部訪問	サンホセ
9月1日	木	協力隊広域セミナー参加 大使館報告	サンホセ
9月2日	金	コスタリカ発	ヒューズ トン
9月3日	土	機中	機中
9月4日	日	成田着	

1-5 面談者リスト

組織名	役職	名前
リハビリテーション 審議会	事務所長	Barbara Holst Quiros
	計画アドバイザー	Jose Daniel Lopez
	技術部長	Lizbeth Barrantes,
	Perez Zeledón 支部長	Marcos Gutierrez
	Perez Zeledón 支部 (教育省所属)	Roxana Valverde Fallas
	Perez Zeledón 支部 (教育省所属 PT)	Ana Victoria Mora Umana
	Perez Zeledón 支部 (教育省所属 PT)	Janet Enruquez Pitti
	Perez Zeledón 支部	Marlene Quiros Zuniga
	San Carlos 支部長	Abby Fernandez
	Puntarenas 支部長	Enrique Rodriguez
MIDEPLAN	Perez Zeledón 支部	Laura Sandi Urena
教育省	San Carlos 病院 CAIPAD	Shirley Perezira
社会保障公庫	計画局長	Marielos Piedra Gomez
		Carlos Diaz
JICA コスタリカ 駐在員事務所	所長	山本美香
	シニア隊員 (CNREE 所属)	石橋陽子
	シニア隊員 (CNREE 所属)	佐々木隆典

第2章 コスタリカ共和国における障害者の現状と課題

2-1 障害当事者の現状と課題

(1) コスタリカにおける障害者数

2000年に実施された国勢調査によると、コスタリカの人口381万人（面積5万7千km²）のうち、障害者³の人口は20.3万人であり、全人口の5.4%を占めている。内訳は、視覚障害（31%）、聴覚障害（13%）、知的障害（9%）、身体障害（14%）、精神障害（6%）、その他（27%）である⁴。障害者の人口全体に対する割合は、サンホセ県（首都圏）やカルタゴ

³ 障害の定義については前述のとおり。

⁴ 障害者について調査された初めての国勢調査であり、障害の分類に“その他”というあいまいな区分があることや視覚障害者の中に比較的軽い障害も含まれている可能性など問題点が指摘されている。

県（首都近郊）で若干低く（4.9%前後）、逆にグアナカステ県（北西部地方）で高くなっている（7.0%）。

（2）障害当事者の教育の現状

JICA 在外基礎調査によると、全く教育を受けていない障害者は、障害者全体の 19%にも及んでおり、その内訳は、知的・精神障害者⁵で 27%と高く、視・聴覚障害が 15.4%、身体障害者が 12.2%、複合障害者が 28.1%となっている（表 1）。また、現在学校に通っている障害者の中では、30%近くの知的・精神障害者が高校に在学しているのに対し、身体障害者では高校在学者が数%にとどまっており、身体障害者の中等教育の機会が物理的なアクセスの問題により妨げられていることを示唆している。更に 18 歳以上の成人の障害者では教育を全く受けていない人が全体の 9 割を占めており、就学経験のある障害者でも、約半数が小学校までしか教育を終了していない状況にある。なお、複数の障害者から構成される家族が全体の 3 割程度確認されており、これについては遺伝的な要因が障害の原因になっている可能性を示唆していると言える。

表 1：障害別障害者の教育の現状

	知的・ 精神障害	視・聴覚 障害	身体障害	複合障害	合計
インタビュー数	194	156	311	114	775
合計	100	100	100	100	100
教育レベル					
なし	26.8	15.4	12.2	28.1	18.8
特殊学校 ⁶	20.6	10.3	5.8	14.0	11.6
小学校の一部または全部	34.5	40.4	44.4	35.1	39.7
中学校の一部または全部	12.4	17.3	17.7	14.0	15.7
高等学校の一部または全部	4.6	0.6	3.9	1.8	3.1
大学教育	1.0	16.0	16.1	7.0	11.0
教育経験					
現在就学中	32.0	30.1	23.5	19.3	26.3
以前就学	53.6	61.5	68.5	62.3	62.5
就学経験なし	14.4	8.3	8.0	18.4	11.2

出典：JICA 在外基礎調査 2005

（3）障害当事者の就業状況

⁵ Funciones mental y del comportamiento.

⁶ コスタリカの特設学校に小中高の区別はない。

JICA 在外基礎調査によると、成人の障害者の中で現在就業している人は約3割で、40歳以下の成人障害者の45%が一度も働いたことがなく、職を探したこともないと答えている。40歳以上の障害者では、就業経験者（現在就業中は除く）が43.1%を占めるが、その中で現在求職中の人は8.7%に過ぎない。仕事を探さない理由については、難しい或いは不可能と考えている人が障害者全体の65%を占めている。知的・精神障害者と複合障害者ではこの比率は75%を超えているが、身体障害者で66%、視・聴覚障害者で50%程度である。就業しない理由として、視・聴覚障害者では働くことが出来ないと考えている人は11%と比較的少なく、障害者年金の受け取りを理由に挙げる障害者が15%程度と比較的高い。現在就業中の障害者167人の平均収入は月約12万コロン（254米ドル）であり、2005年の法定最低月収が136,242コロン（約283米ドル）¹であることを考慮すると、障害者は平均すると最低賃金弱の収入があることになる。

表2：障害者の経験・求職関心別就職状況（12歳以上の障害者対象）

特徴	就業中	無職（就業経験有：求職中）	無職（就業経験有：求職意向無）	無職（就業経験無：初回求職中）	無職（就業経験無：求職意向無）	合計
インタビュー数	199	46	157	25	278	705
合計	28.2	6.5	22.3	3.5	39.4	100
性別						
男性	39.6	7.0	19.5	3.1	30.7	100
女性	14.6	5.9	25.5	4.0	49.8	100
年齢						
17歳以下	5.6	0.0	0.0	0.0	94.4	100
18から39	29.2	7.0	12.5	6.1	45.3	100
40歳以上	31.1	7.1	36.0	1.6	24.2	100
地域						
首都圏	31.4	7.5	23.2	3.3	34.5	100
農村部	22.5	4.7	20.6	4.0	48.2	100
障害のタイプ						
知覚・精神障害	19.8	6.0	10.4	3.3	60.4	100
視・聴覚障害	53.2	4.3	17.7	4.3	20.6	100
身体障害	21.9	7.6	34.2	2.5	33.8	100
複合障害	26.0	7.7	17.3	5.8	43.3	100

出典：JICA 在外基礎調査 2005

¹ 2005年7月に改定された金額で日中に一日8時間労働した場合の30日での収入を指す。

(4) 障害者の社会参加⁸の現状

JICA 在外基礎調査によると、過去 12 ヶ月に訪問した場所として、7 割を超える障害者が診療所や教会を挙げているのに対し、商店街や公園等公共の場は各々 62% 及び 54% の障害者が訪問しているに過ぎない。また、移動に関して、30~40% の障害者が通常の移動も困難であると感じており、特に診療所では 42% の障害者が移動に困難を感じ、最も移動が困難な場所として挙げられている。歩行に障害がある人については、半数以上の人が診療所、学校、公共施設での移動に困難を感じている。建物内については、80% 近い障害者が障害者用のトイレ等の情報の提供及び椅子やエレベーターの設置を希望している。障害別に見ると、視・聴覚障害者が施設内情報の提供と椅子の設置、精神障害者が椅子とトイレの設置を希望していることが分かる。

バスの利用については、視・聴覚障害者の 33% が毎日利用しており特に利用に支障ではないと答えているのに対し、45% の身体障害者は全く利用したことがなく、利用の難しさを訴えている。コスタリカでは、バス会社に対し所有数の 10% のバスに身体障害者用リフトの取り付けが義務付けられており、現在 7% のバスがリフト付バスとなっている。しかしながら、障害者によるリフト付バスの利用機会は限られているのが現状といえる。またタクシーに関しては障害者の約半数が利用しており、その 3 分の 1 がほぼ毎日利用しているものの、4 人に 1 人がタクシーの利用に難しさを訴えていることが判明した。

2-2 障害者支援の現状と課題

(1) 障害者支援に関わる政策

a) 障害者機会均等法

コスタリカでは、障害者に対するあらゆる差別の撤廃、障害者の機会均等及び社会参加の保障を目的とする法律として、1996 年に「障害者に対する機会均等法」(法令第 7600 号) が制定され、2003 年から施行されている。この法律により、社会保障公庫 (CCSS) 及び国家保険庁 (INS) は、訪問治療や移動車両による対応を含め全国でリハビリテーションサービスを提供する義務を負うことになった。またリハビリテーションを実施するサービス機関は互いに調整しながら、障害者の交通手段等物理的なアクセスを保障し、障害者に必要な福祉用具や社会サービスを提供することが義務付けられている。しかしながら、現実の障害者に対する交通手段等物理的なアクセスの確保及びリハビリテーション、社会サービスの提供は機会均等とは程遠い状況にあり、各関係機関が連携の下それぞれのプログラ

⁸障害者の社会参加とは、障害者がどの程度障害を克服して通常の社会生活を営むことができるようになってきているかを示したもので、ここでは障害者の訪問場所とその利用のしやすさ、ならびに社会生活に必要な外出や交通機関の利用を指標として、その度合いを検討している。

ム・プロジェクトにおいて、責任を持って障害者支援に必要な活動を実施しているかどうか相互に監視していく必要がある。

b) 国家開発計画

アベルパチェコ政権（2002年～2006年）が発表した国家開発計画では、（1）貧困削減と社会格差の是正、（2）人的資源の形成、（3）機会と雇用の創出、（4）競争力強化、（5）政治におけるコンセンサスの確立、（6）近代化、（7）環境に配慮した開発、の7つの目標が掲げられている。そして、これらの目標を達成するべく、（1）人間の能力開発と育成、（2）雇用創出のための政策と発展、（3）環境との調和、（4）治安強化と法整備、（5）国家近代化及び公的機関の透明性向上、の5分野が行動計画に挙げられている。

障害者支援に関しては、行動計画の中の「人間の能力開発と育成」の項目の中に、障害者に対する公平性と生活の質向上を達成するために、機会均等と人材育成を推進することが明記されている。具体的施策として、1）雇用創出、2）公共建築物、施設へのアクセスの改善、3）交通手段確保、4）公的医療サービスの強化、5）通級指導を促進させるための教育プログラム強化、6）専門教育の機会均等化、7）電気、電話サービスへのアクセス向上、8）政府機関による障害者に対する幅広い施策の推進の8点が記載されている。さらに、リハビリテーション分野の公的医療サービスの強化戦略として、1）リハビリテーション専門医及びリハビリテーション専門職者の育成、2）EBAIS（総合ヘルスケア基礎チーム）における高齢者に対する予防リハビリテーション指導のための高齢者ボランティアの育成、3）住民参加による障害者リハビリテーションプログラムの実施、4）保健、組織化、地域開発に関する障害とリハビリテーション教育の強化、5）障害者リハビリテーション施設の拡充、6）リハビリテーションサービスの地方展開、が挙げられている。

c) 国家保健政策

2003年3月に厚生省より発表された国家医療保健政策の中には、プライマリーヘルスケアを重点とした保健サービスの機会均等化ならびにサービスの質的向上を図ることが打ち出されている。そして、リハビリテーションに関わる行動計画として、社会保障公庫を担当機関とし、地方でのリハビリテーションサービス提供の拡充、各関連諸機関の連携強化、地域に根ざしたリハビリテーションの実施の3項目を掲げている。また、障害者に対する取り組みとして、障害者の機会均等（人権の尊重）の視点を組み込み、障害者支援に関する啓発、予防、治療、リハビリテーションの強化を図るという目標を掲げ、その達成のために、（1）医療システムの第1次レベル（診療所及び総合ヘルスケア基礎チーム＜EBAIS＞）の強化を通じたリハビリテーションを含む保健医療サービスの向上、（2）国際生活機能分類（ICF）に基づいた障害者登録の導入、（3）地域に根ざしたリハビリテーション戦略（CBR）に基づく障害者に対する社会的、専門的サービスの強化による地域格差是正、（4）

貧困やその他の社会問題を抱える障害者に対する支援メカニズム強化、(5) 関連機関の包括的な対応に係る目標・課題の設定、評価及びフォロー、(6) 障害者の機会均等、ジェンダー、人権に関する情報システムの構築、(7) 障害者の職業訓練及び社会統合プログラムの実施、が挙げられている。

(2) 政府関連機関の取り組み

医療リハビリテーションの政策担当機関は厚生省であり、医療リハビリテーションの実施機関としては、社会保障公庫 (CCSS) 及び国家保険庁 (INS) が任命されている。

リハビリテーション・特殊教育審議会 (CNREE) は障害に関する独立した諮問機関として障害者に対しての技術サポート、政策実施の促進及び関連組織間の調整機能を果たしている。

a) リハビリテーション・特殊教育審議会 (Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial: CNREE)

1973年に設立されたコスタリカにおける障害者支援に関する諮問機関であり、障害者の機会均等化を目的に、障害者支援に関する政策支援、助言・指導・監視・調整などを行っている (組織図は添付資料5参照)。サンホセ (エレディア) に本部を構え、全国7箇所 (リモン、ナランホ、ペレセドロン、サンカルロス、サンタクルス、トゥリアルバ、プンタレナス) に支部を有し、2005年8月時点のスタッフ数は95名である。2004年度のリハビリテーション審議会の年間予算は13.5億コロン (約280万ドル) である。なお、その他の予算としては、たばこ及びアルコール税の5%がCNREE等を通じて障害者の共同生活プログラムに対して支給されることが法律で決められている。

同審議会の活動としては、地域に根ざした障害者支援を目指し、全国の障害者とその家族、障害者関連組織、政府機関及び自治体などを対象に人材育成、特殊教育・情報の提供、障害者組織へのマイクロクレジットの提供、電話相談、身寄りのない障害者のための共同生活・ホームステイプログラム、障害者の登録制度などを実施している。障害者の登録制度は、1996年から始められ、医療機関や教育機関から障害者に関する情報を集めており現在16万人が登録されている。しかしながら、障害者に関する新しいデータについては蓄積・更新しているものの、死亡障害者データが消去されていない等障害者の最新データを反映しているものとは言い難い状況にある。

b) 社会保障公庫 (Caja Costarricense del Seguro Social: CCSS)

コスタリカ全国民に公的医療保険を提供する唯一の独立した公的機関で、医療リハビリテーションの実施機関でもある。

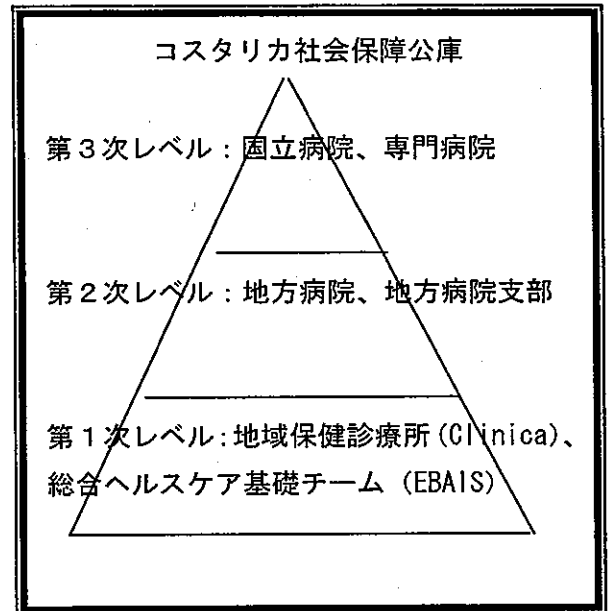
障害者医療に関しては、予防・発見を主な目的にする第1次レベル医療 (EBAIS と Clínica)、

軽度の身体機能の回復や姿勢の改善を行う第 2 次レベル医療（地方病院、地方病院支部）、麻痺（中枢性・末梢性）やその他の重度の疾患に対応する第 3 次レベル医療（全国リハビリテーション病院、その他総合病院）の 3 つのレベルに分かれている（表 3）。

表 3：社会保障公庫の 3 レベル

<p>第 1 次レベル</p> <p>全国は 103 の保健区に分けられ、さらに計 903 の小区に分割されている。各保健区には、地域保健診療所 (Clinica) と呼ばれる診療所があり、各小区には EBAIS (Equipo Basico de Atención Integral de Salud : 総合ヘルスケア基礎チーム) が存在し、地域住民の治療、健康教育、予防活動などを行なっている。EBAIS は通常、医師 1 名、准看護婦 1 名、プライマリーヘルスケア補助技師 1 名以上で構成され、1 EBAIS は平均 3,500 人の住民を担当している。住民は病気になると、居住地を担当する EBAIS で初回の診察を受け（原則として地域住民は当該 EBAIS 以外で初診の診察を受けることはできない）、必要があれば Clinica や第 2 次レベルの病院を紹介される。EBAIS には ATAPS (Asistente Técnico de Atención Primaria de la Salud : プライマリーヘルスケア補助技師) と呼ばれる補助員がおり、地域住民を巡回し、予防接種を行うなど保健に関する指導を行っている。ATAPS は、地域住民の中で誰が障害者であるかを把握しており、初歩的リハビリテーションの実施も ATAPS の役割の一つであるが、実際にどの程度リハビリテーションが実施されているかは不明である。</p>
<p>第 2 次レベル</p> <p>救急医療、専門外来、地域・地方病院（全国で 21）、診療所（有床）などがある。第 2 次レベルの地方病院は全科がある総合病院であるが、リハビリサービスは限られている。リハビリテーションサービスのある病院でもリハビリテーション治療のための入院施設があるところはなく、入院が必要な場合は、国立リハビリテーションセンターに送られる。</p>
<p>第 3 次レベル</p> <p>3 つの国立総合病院と 5 つの専門病院（婦人、小児、老人、精神、リハビリテーション）がある。退院後は第 2 次レベルまたは家庭へ返され、再び地域の EBAIS などが治療やアフターケア指導などを行うことになっている。第 3 次レベルの病院でも放射線治療、眼科、病理解剖などについては、治療が不十分な場合が多く私立病院など外部に委託契約せざるを得ない状況である。また、手術待ちが長いなどの問題点も指摘されている。</p>

社会保障公庫では、リハビリテーションの治療は、1) リハビリテーション医師と理学療法士及び補助員がおり、チームにより独立して診察治療を行う病院 (タイプ A)、2) リハビリテーション医と理学療法士はいるが、他の施設に頼りながら診察治療を行う病院 (タイプ B)、3) 理学療法士のみで他の施設に頼りながら治療を行う病院 (タイプ C) の 3 タイプに分けて行われている。タイプ A は国立リハビリテーションセンター (CENARE) とプンタレナス地方病院のリハビリテーションセンターの 2 箇所、タイプ B は 16 箇所の地方病院及び診療所、また、タイプ C は、2 箇所の首都圏の病院と 1 箇所の診療所、及び 7 箇所の地方病院で行われている。



第2次及び第3次レベルの病院は全国で 42 ヶ所あるが、その 3 分の 2 の 28 箇所でのみリハビリテーションサービスが行われており、その 7 割が首都圏に集中している。なお、リハビリテーションに携わる専門職の人数は、全国で 144 名 (医師 34 名、理学療法士 66 名、作業療法士 11 名、言語療法士 8 名及び助手 25 名) のみである (表 4)。

コスタリカではリハビリテーションサービスを受けた正確な患者数のデータは存在しないが、2001 年の国立リハビリテーションセンター (CENARE) におけるリハビリテーション診察回数は、入院患者が約 1,300 回、外来患者が約 15,000 回である (表 5)。通常平均 1 年で一人 10 回程度の診察を受けるので、CENARE では年間約 130 名の入院患者、約 1,500 名の外来患者の治療を行っていることになる。CENARE の外来患者数は、姿勢の欠陥が圧倒的に多く (42%)、その他、腰背痛症 (15.9%)、顔面麻痺 (8.0%)、膝関節症 (7.3%) と続いている。姿勢の欠陥と腰痛・腰背痛だけで診察数の約 6 割を占めているのが大きな特徴である。一方、入院患者では片麻痺が最も多く (31.3%)、それに四肢麻痺 (15.8%)、口内感染症 (13.8%) と続いている (表 5)。入院患者の診察回数では、地方病院サンカルロス病院のデータでは、脳性麻痺が全体の 28%、その他姿勢の欠陥 (16.5%)、脊髄疾患 (15.3%)、脳卒中 (10.7%) と続いている (表 6)。なお、リハビリテーションの年治療回数は近年増加傾向にあり、最近のデータによると全国合計で約 81,000 回となっており、一患者平均 10 回の治療を受けるとすると、約 8,000 名の患者がリハビリテーションを受けていることになる。その 85% が首都圏に集中しており、残りの 15% 程度が地方で行われている。

なお、社会保障公庫は、障害者年金を支給しており、2004 年のデータでは、重度の脳性麻痺による障害者 2,434 人に対して月 8 万 9 千コロン (約 185 ドル)、また、身体障害者約 2 万 4 千人に対しては月 1 万 5 千コロン程度 (約 30 ドル) の年金を支給している。

表 4：社会保障公庫の地域施設におけるリハビリテーション医師、理学療法士、作業療法士、言語療法士及び補助員数（2005）

地域	施設名	専門						合計
		リハ医	理学療法士	作業療法士	言語療法士	補助員		
CENTRAL	H. Calderón Guardia	4	3	0	1	0	8	
	H. San Juan de Dios	2	8	0	0	2	12	
	H. México	1	1	0	2	0	4	
	H. Carlos Sáenz (Niños)	0	4	0	4	4	12	
	H. Blanco Cervantes	2	4	1	0	0	7	
	CENARE	18	26	6	0	6	56	
	H. Psiquiátrico	0	2	2	1	0	5	
	H. Max Peralta	1	1	1	0	0	3	
	H. San Vicente de Paúl (Heredia)	0	0	0	0	0	0	
	H. Carlos L. Valverde Vega (San Ramón)	0	1	0	0	0	1	
CENTRAL NORTE		0	0	0	0	0	0	
CENTRAL SUR	H. Chacón Paut	0	0	0	0	0	0	
PACÍFICO CENTRAL	H. Monseñor Sanabria (Puntarenas)	2	5	1	0	6	14	
	H. Max Terán Valls (Quepos)	0	1	0	0	1	2	
HUETAR NORTE	H. San Carlos	1	2	0	0	0	3	
BRUNCA	H. Escalante Pradilla (San Isidro)	1	2	0	0	0	3	
	H. Golfito	0	0	0	0	2	2	
HUETAR ATLÁNTICA	H. Tony Facio Castro (Limón)	0	1	0	0	1	2	
CHOROTEGA	H. y Área de Salud Upala	0	1	0	0	0	1	
	H. Enrique Baltodano Briceño (Liberia)	2	2	0	0	1	5	
	H. La Anexión (Nicoya)	0	2	0	0	2	4	
Total		34	66	11	8	25	144	

表5：国立リハビリテーションセンターにおける診察・相談数（2001）

入院患者数			外来患者数		
診断病名	数	%	診断病名	数	%
Hemiplejias 片麻痺	405	31.3	Defecto Postural（姿勢の欠陥）	6,463	42.3
Tetraplejia 四肢麻痺	204	15.8	Dorso lumbalgia（腰背痛症）	2,438	15.9
Sepsis Oral 口内感染症	178	13.8	Parálisis Facial 顔面麻痺	1,224	8.0
Paraplejia 対麻痺	137	10.6	Artrosis de Rodilla 膝関節症	1,118	7.3
Contractura 拘縮	109	8.4	Cervicalgia Cervicobraq. 頸腕痛	962	6.3
Artrosis de rodilla 膝関節症	70	5.4	Parálisis Cerebral Infantil 幼児脳性麻痺	850	5.6
Síndrome de inmovilización 廃用症候群	58	4.5	Secuela Fracturas 骨折後遺症	842	5.5
Síndrome Guillen barre ギランバレー症候群	52	4.0	Síndrome Túnel Carpal 手根管症候群	729	4.8
Artosis cadera 股関節症	45	3.5	Escoliosis 脊椎側わん症	669	4.4
Lumbalgia 腰痛	35	2.7	合計	15,295	100.0
合計	1,293	100.0			

出典：Plan Estratégico 2003-2006. CENARE, CCSS, 2002

表6：サンカルロス地方病院のリハビリテーションに関わる外来患者数（2005）

診断病名	数	%
Parálisis Cerebral 脳性麻痺	110	28.0
Defecto Postural 姿勢の欠陥	65	16.5
Patologías Columna Vertebral 脊椎異常	60	15.3
Accidente Vascular Cerebral (AVC) 脳卒中	42	10.7
Amputación 手足切断	32	8.1
Fibromialgia 筋性疼痛症	22	5.6
Parálisis Facial 顔面麻痺	21	5.3
Lesión Medular 脊髄損傷	20	5.1
Pie Diabético 糖尿病性足部障害	11	2.8
Radiculopatías 神経根障害	10	2.5
合計	393	100.0

出典：JICA 基礎調査 2005.

c) 国家保険庁 (Instituto Nacional de Seguro: INS)

国家保険庁の病院では、労災、交通事故及び学校就学中の事故などに対応し国家保険庁の保険がカバーする患者の治療を行っている。国家保険庁のリハビリテーション治療のほとんどは労災と交通事故によるものである。サンホセ県ウルカ市にある医療施設を中心に、全国に31の病院があるが、リハビリテーションサービスを実施しているのは、その内の11箇所のみである。2005年現在、リハビリテーション医6名、理学療法士23名、作業療法士5名、言語療法士1名、その他13名の総勢42名のスタッフがリハビリテーションに取り組んでいる。国家保険庁のリハビリテーションサービスは、保険の限度額を超えてしまうと継続できないため、通常保険適応期間が終了すれば患者の改善状況にかかわらず治療は打ち切れ、リハビリテーション施設のある社会保障公庫の病院で継続治療が行われることになる。しかし、利用希望者数が病院の収容限界を超えていることから次の診察を受けるまで6ヶ月程度も待つ場合があり問題となっている。

d) 教育省 (Ministerio de Educación Pública: MEP)

教育省による特殊教育は、初等・中等養護学校（全国で23校）、普通校内にある特殊学級（507教室）、通級のため特別な支援を必要とする障害児に対する補習及び養護教師の派遣システム、普通校に対する障害者教育のための相談サービス、成人に対する総合ケアプログラム（Centros de Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad: CAIPAD）などが実施されている。全国20箇所にある教育省地方事務所には、特殊教育アドバイザーが配属され、地域において障害者に対する教育プログラムの促進、調整、助言を行っている。また、教育省の統合教育センターは、障害者を対象とした教育の質の向上を目的に開設された施設で養護教師、通級サポート教師に対する研修、一般教員向けの人権啓発、および障害者に関する講演や研修を行っている。

教育省によるリハビリテーションサービスは大きく3つに分けられる。まず、障害者機会均等法の施行を機に理学療法士の配置が進められている全国の養護学校においては、肢体不自由児のリハビリテーションは活発に行われつつある。次にCAIPADに対する理学療法士及び作業療法士の派遣、最後に18歳以下の障害児を対象に小学校を巡回しながらリハビリテーションを行っている教育省地方支部所属の理学療法士の派遣である。このサービスは、農村部等リハビリテーションサービスが十分に行き届かない地方では、18歳以下のみならず18歳以上の障害者も対象に、施設内訓練、家庭訪問や巡回治療を行っているのが現状である。

全国の理学療法士（64名）の内半数は養護学校、残りは普通校やCAIPADでのリハビリテーションサービスを行っている。また、全国の作業療法士（30名）の内19名がCAIPAD、残りは養護学校に勤務しており、また全国で言語療法士40名程度を含む143名が言葉の話し方の指導をしており、その内108名が小学部1、2年生を担当している。

成人障害者の総合教育プログラム (CAIPAD : Centro de Atención Integral Para Personas Adultas con Discapacidad)

2001年に始まった教育省の障害者支援プログラムで、NGOなどの障害者組織が受け入れ団体となり、18歳以上の十分に教育の機会が得られなかった障害者に対する日常生活行為(ADL)や職業訓練を中心とした教育プログラムである。2005年の教育省の統計によると、CAIPADは全国30箇所で開催されており、その多く(17箇所)は就業経験のない障害者を対象にしたものである。現政権の国家開発計画では、40箇所に増加させることを目標として掲げている。CAIPADでは、受け入れNGOのニーズにより、理学療法士、作業療法士、家庭科教師、技術科教師などが教育省から派遣され教育活動を実施している。地域NGOが運営しているので、一般に地域コミュニティとの関わりが強いという特徴がある。教育省配属の理学療法士の数はサンホセ、アラフエラ、カルタゴの3つの県に多いが、それはNGOによる活動がこの地域に活発なことを示している。

障害児に対する教育カリキュラム適応

教育省は、少しでも多くの障害児が通級指導を受けられるように、障害者に対するカリキュラムの適応(Adecuación Curricular)を行っている。カリキュラム適応には、1)通級のための施設改善(スロープの設置等バリアフリー化)と視聴覚・神経障害児のコミュニケーションのための補装具の取り付けや特別教材の作成、2)生徒のニーズ、個性、興味に合わせた学習内容の調整、3)教育指導要領にある基本的な学習内容の変更や特別な評価基準の利用の3種類に分類されている。2002年には、全国で9万4千人の障害者が何らかのカリキュラム適応を受けている。

e) 地方自治体の取り組み

障害者機会均等法によると、地方自治体は、障害者の機会均等を推進するために、公共及び民間機関の行う障害者支援活動の実施支援及び評価を行う義務を有している。また、この法律の詳細規則によると、地方自治体はその市に属する障害者支援人材についてのデータベースを整備することが義務付けられており、このデータベースは障害者自身によるアクセスが可能なものでなければならないことになっている。

実際の取り組みとしては、一部の地方自治体においては、障害児へのアドバイスや奨学金の供与等の障害者への直接支援や障害者支援NGOを通じた支援を行っているものの、多くの自治体では年間予算計画の作成時に障害者支援に関わる十分な情報が無いことから、関連事業予算確保も十分に行われない結果、建物への物理的アクセスの改善のための段差の除去、障害者用駐車スペースの確保、歩道の確保、障害者機会均等法関係のパンフレットの作成など限られた事業を実施する結果となり、法律の規定とは程遠いものになっている。

(3) 非政府組織 (NGO) の取り組み

コスタリカの NGO は、活動地域、対象とする障害のタイプや年齢、活動目的などにより分類することができるが、主に政府による障害者に対するサービスの拡充、障害者が参加できる社会づくり、孤立している障害者の生活支援などを行う団体であり、障害者を持つ家族が NGO の構成員となっている場合も多い。全国で 104 の NGO がリハ審議会に登録しており、半分以上の登録団体はサンホセ県に集中し、その他アラフエラ県に 17、カルタゴ県に 13、エレディア県に 9、プンタレナス県に 4、リモン県に 3、グアナカステ県に 1 つの団体がある。障害者支援 NGO のほとんどは、リハ審議会や社会保障公庫、社会福祉庁 (Instituto Mixto de Ayuda Social: IMAS)、社会保護協議会 (Junta de Protección Social : JPS) 等の予算による障害者支援事業 (補装具購入のための補助金の交付、組織間の調整等)、公共機関によるリハビリテーションサービスの監督と啓発活動、障害者に対する補装具や薬剤に関する公的経済支援に関する研修事業の実施等を行っている。

NGO が教育省の CAIPAD へ参加するためには、施設の維持経費や光熱費その他の費用を負担することが条件となっているが、CAIPAD に参加すると NGO のニーズに合わせて理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、養護教員などが派遣されるため、多くの NGO は CAIPAD プログラムへの参加を希望している状況にある。

2-3 障害者リハビリテーション各セクターの課題と問題点

(1) 医療リハビリテーションの課題・問題点

医療リハビリテーションの主な問題点として、(1) 障害者への医療リハビリテーションサービスが十分でないこと、(2) 医療リハビリテーションの技術レベルの低さ、そして、(3) 組織内外でのチームワーク・連携の不足により障害者のニーズに適した包括的なサービスが実施されていないことの 3 点が指摘されている。

コスタリカの医療リハビリテーションシステムは、リハビリテーションのスタッフに比べ患者数が多すぎることから、リハビリを一度受けても次の訓練まで 3 ヶ月以上空いてしまうケースもあるため、リハビリテーションの十分な効果が得られていない状況にある。リハビリテーション治療に空白期間ができると、症状の悪化、患者のモチベーションの低下などによりリハビリテーションの継続が困難になるケースが指摘されている。入院患者に関しても、現状では患者の状態・改善に関係なく、一定期間 (平均入院期間 15 日程度) の終了に合わせて退院させられるという状況にある。更に医師による適切なリハ処方が行われておらず、リハビリテーションを必要とする患者の特定や優先付けが行われていないため、大量のリハビリテーション患者を生み、病院の許容範囲を超えてしまっている。ま

た、リハビリテーションサービスは85%が首都圏に集中しており、農村部ではその状況はさらに厳しく、多くの障害者はリハビリを受ける機会もない可能性が高い。

社会保障公庫には合計144名のリハビリテーションスタッフが年間約8千名に対しリハビリサービスを行っている。障害者の絶対数を正確に予測することは難しいが、2000年の国勢調査では、障害者全体の人口20.3万人の14%、すなわち2万8千人余りの身体障害者が存在することになる。つまり、リハビリサービスを受けているのは身体障害者全体の約3分の1程度であるということになり、リハビリテーション専門職が絶対的に不足していることは明らかである。

リハビリの技術に関して、特に運動療法の技術・知識に乏しく、理学療法部門は物理療法に特化し過ぎていることが指摘されている。障害のタイプ別のリハビリテーション、整形外科疾患、高齢者に対する筋力増強訓練と中枢神経系（小児麻痺、脳血管障害後遺症）の相違を踏まえたリハビリテーションを行う必要がある。

そして、医療リハビリテーションサービス提供組織間の連携不足は、コスタリカに派遣されてきた関連青年海外協力隊員、リハビリテーションセミナー、実施中の在外基礎調査を通じて常に指摘されている問題点である。国家保険庁と社会保障公庫の連携について、国家保険庁でリハビリテーションサービスを受ける患者は保険額に達した時点で打ち切られて国家社会保障公庫に送られるが、国家保険庁で利用されている電子カルテシステムは国家保険庁内でしか利用できないことから、患者に関する情報の共有は行われていないのが現状である。

このような問題に対する方策として、リハビリテーション関連スタッフの絶対数を増加させることは必要であるが、医療の各レベルの役割を明確にし、その実践を通じて効率を上げることが必要である。コスタリカ政府は国家保健政策の中で、第1次レベル医療のネットワーク強化によるリハビリテーションサービスの拡大、地域に根ざしたリハビリテーションによる地域格差の是正を挙げている。現在、表5から見る限り、第3次レベルの国立リハビリテーションセンターで診察を受けた外来患者の6割を超える患者（表5の姿勢の欠陥、腰痛と骨折後遺症の合計数64%）は第1次レベル及び自己訓練での対応が可能だと考えられる（表7）。第1次、第2次レベルで実施できるリハビリテーションサービスの内容を整理し、第1次レベルではATAPSの補助員、第2次レベルではリハ医とセラピストを始めとするリハビリテーション関連職員に対して研修を行っていくことにより、リハビリテーションサービスが障害当事者のもとにより確実に届くようにしていくことが重要である。また、障害当事者が自分で行える簡単なリハビリテーション（表7参照）については、自己訓練マニュアルを作成し研修を行っていくことが重要である。これに関しては、コミュニティベースの活動で住民組織を通してボランティアを探し出し、ボランティアを訓練することにより、障害当事者に対するコミュニティベースのリハビリテーション活動を開始することができる。コスタリカ政府は、医療システム強化戦略として高齢者の予防リハビリテーションに対する高齢者ボランティアの養成を挙げており、これは国家保健政

策に係る取り組みの一環と言えるものである。この自己訓練マニュアルは障害者の家族も手伝うことができるものであり、日常生活行為（ADL）に合わせたリハビリテーションを行えることから効果を上げることが期待されている。

表7：医療リハビリテーションの疾病別レベル対応ポテンシャル

	自己訓練指導	第1次レベル	第2次レベル	第3次レベル
四肢麻痺			○	◎
対麻痺			◎	○
片麻痺		○	◎	
ギランバレー症候群			◎	
脳性麻痺		○	◎	
骨折（手術後）		○	◎	
骨折（後遺症）	◎	○	○	
股関節症		◎	○	
膝関節症	○	◎	○	
顔面麻痺			○	
手根管症候群			○	
側わん症			○	
頸腕痛		○	○	
腰痛	◎	○		
廃用症候群	○	◎		
拘縮	◎	○		
姿勢の欠陥	○	○		

出典：上田敏作成

教育省は、養護学校への理学・作業療法士の配置やCAIPADプログラムによる理学療法・作業療法のリハビリテーション実施により医療リハビリテーションを行っているが、これは本来社会保障公庫の役割である。この背景には、医療リハビリテーションサービスが絶対的に不足しているため、障害児が必要としているサービスを教育省が提供せざるを得ないという現状がある。リハ審議会支部では、教育省とNGOの共同のリハビリテーションプログラムを実施している。しかしながら、障害者支援分野の諮問機関としての役割強化を目指しているリハ審議会としては、本来の医療リハビリテーション実施機関である社会保障公庫の地域のネットワークを使ったリハビリテーションサービスを充実させるため、教育省による医療リハビリテーションサービスの提供は減少させていく方針である。

(2) 職業リハビリテーションの課題・問題点

コスタリカでは18歳以上の障害者の就職率は約30%であり、45%の成人障害者が就職経験が無い状況にある。約65%の障害者は職を探すのは不可能、または難しいと考えている。一般に身体障害者に対する差別意識が存在することに加え、障害者は通勤などが困難な場合が多いことから、たとえ健常者と同じ仕事ができたとしても実際には障害者が就職することは困難な状況にある。

障害者に対する職業リハビリテーションは、コスタリカにおけるリハビリテーションの4セクターの中で最も遅れた分野である。労働省では企業訪問を通じ障害者の積極的雇用を促進するよう指導しているが、企業には障害者雇用の義務はなく税金面で若干の優遇措置を受けるのみであり、なかなか進んでいない状況にある。教育省は機会均等法の設立以来、CAIPADを開始し職業訓練に取り組んでいるが、内容は養護学校の延長線上に近いもので実際の職業マーケットに基づいた職業訓練とはほど遠いものである。また全国で職業訓練を実施している国立職業訓練センターは障害者に対する職業訓練の提供も義務付けられているが、設備にバリアフリーが適応されていないため障害者が通学するのが困難であること、履修の条件が10年生(中学3年)修了者であり障害者の入学が制限されていることから、障害者の職業訓練ニーズに対応できていない状況である。障害者に対する職業リハビリテーションとしては、地域のコミュニティの特徴を分析し障害者に適した身近な仕事を発掘し、それに対して訓練を行うことが重要である。

(3) 教育リハビリテーションの課題・問題点

教育省に特殊教育プログラムは存在するが、サービスを受けられる障害者は限られており、多くの障害者は特殊教育を受けることができていない⁹。特殊教育の人材・資金が不足しており、現在約2割の障害者は全く教育を受けておらず、特殊教育の提供には大きな地域格差がある。また、教育省のプログラムは近年開始されたばかりであり、約9割の成人障害者は全く教育を受けていない状況にある。

また、多くの知的・精神障害者が高校に通学しているのに対し、身体障害者は初等教育を受けるに停まっている。これは身体障害者は通学が難しいために起こる現象で、身体障害者の中等教育の機会が妨げられていることを意味している。また、視聴覚障害者が学習上アクセスできる情報が少ない点も問題として指摘されている。

(4) 社会リハビリテーションの課題・問題点

一般に障害者の公共機関への物理的アクセスが非常に悪いと言われているが、特に学校、公共機関、診療所などでもバリアフリー化(障害者のための段差のない出入り口の設置等)が遅れており、建物の中に障害者用トイレ、インフォメーション、椅子、エレベーターな

⁹ブルンカ地方唯一の特殊学校がペレセレドンにあり、毎日約100名の障害者に対して2回のセッションに分けて教育活動を行っている。パナマ国境近くから月一回程度来る障害者もあり、特殊教育の機会の不足は明らかである。

どが不足している。また視聴覚障害者への情報提供は手話や点字を通して行う必要があるがこれらの整備も遅れている状況にある。現在7%程度のバスが車椅子対応となっているが、障害者からのアンケートではバスの利用は非常に困難であるとのコメントが出されており、今後障害者用のバスやタクシーを増加する必要があると考えられる。また、障害者とその家族にリハビリテーションサービスに関する情報が十分提供されていない点についても指摘されている。政府機関だけでなく、障害者支援のためのコミュニティ組織の必要性、障害当事者及びその支援者の組織化及び健常者への障害者支援の啓発活動なども必要である。

現在、障害者の実生活との関わりが少ない状態でリハビリテーションプログラムが計画されていることから、障害者のニーズを反映したリハビリが実施されているか疑問である。実際に、右手の機能を失った人に対し右手に対し医療リハビリテーションが行われ、教育リハビリテーションでは左手で字を書く訓練をするというケースや、聴覚障害者に対し発声練習を行っているようなケースがあった。ICF（国際生活機能分類）の評価表の導入とその共有に基づく関係者の共通認識のもと本来は障害者ごとに適切なリハビリテーションプログラムが計画される必要がある。

第3章 中米・カリブ地域諸国¹⁰における障害者の現状と課題

障害者支援に関する法整備と実施機関

障害者支援に関する法律は、中米・カリブ地域諸国のすべての国で制定されている。しかしながら、その詳細規則が制定されているのは、エルサルバドル、コスタリカ、パナマのみである（表8）。また、障害者支援及びリハビリテーションに関する基本政策は、ホンジュラス、エルサルバドル、メキシコには両方存在するが、コスタリカには障害者支援基本政策のみ、ニカラグアはリハビリテーションの基本政策のみが存在している。ドミニカ共和国とグアテマラには基本政策はどちらも存在しない。

障害者行政の実施機関としては、グアテマラ、ニカラグア、エルサルバドルにはコスタリカのリハ審議会のような包括的な組織が存在するが、メキシコ、ホンジュラスでは医療的色彩が強い保健省、パナマでは社会的色彩が強い社会開発省の管轄になっている。

表8：中米・カリブ地域諸国の障害者支援に関する政策

国名	障害者の人権に関する法律	詳細規則	障害者支援の基本政策
メキシコ	2005 改定	なし	予防とリハビリ、特殊教育、農村地域での補助に関する政策
グアテマラ	1996 制定	なし	なし
ホンジュラス	1987 制定	なし	障害者の予防とリハビリのケアに関する政策
エルサルバドル	2000 制定	あり	総合ケア政策
ニカラグア	1995 制定	なし	リハビリテーション政策のみ
コスタリカ	1996 制定	あり	障害者支援政策のみ
パナマ	1999 制定	あり	障害者支援に関する基本計画
ドミニカ共和国	2000 制定	なし	なし

出典：JICA 在外基礎調査 2005.

障害者情報システムと ICF（国際生活機能分類）の利用

障害者情報システムはどの国にも存在していない。ICF の使用については、最も進んでいるニカラグアでは国家リハビリテーションプログラムの中に導入されており、メキシコでは病院の中に ICF の普及を担う部署が設置されている。コスタリカ、グアテマラ、エルサ

¹⁰ グアテマラ、ホンジュラス、エルサルバドル、ニカラグア、コスタリカ、パナマの中米6カ国とメキシコ、ドミニカ共和国を含めてここでは中米カリブ地域諸国と呼ぶ。

エルサルバドル、パナマでは ICF に関するセミナーは行われているものの実際の現場での使用には至っておらず、ホンジュラス及びドミニカ共和国ではセミナーさえも行われていない状況である。

障害者の全人口に対する割合と障害種別

全人口に対する障害者の割合は、各国で 2～10%までのばらつきがある（表 9）。ニカラグアが 10%で最も高く、パナマ、メキシコでは 2%程度と低くなっているが、内戦を経験したグアテマラ、エルサルバドルでは 6%程度と高めとなっている。ニカラグアで障害者の割合が高いのは ICF を使っていることによるとも考えられ、一方、他の国で低いのは、国勢調査の質問の仕方や文化的な理由で障害者がデータに出てこないことなども原因であると考えられる。

表 9：中米・カリブ地域諸国の障害者の全人口に対する割合

国名	パーセント(調査年)
メキシコ	2.3 (2000)
グアテマラ	6.2 (2002)
ホンジュラス	2.6 (2002)
エルサルバドル	6.5 (2000)
ニカラグア	10.3 (2003)
コスタリカ	5.0 (2000)
パナマ	1.8 (2000)
ドミニカ共和国	5.0 (2002)

出典：JICA 在外基礎調査 2005.

障害の種別については、中米・カリブ地域諸国全体で身体障害が全体の 30～40%を占めているが、コスタリカ、パナマで知的・精神障害が多い結果が出ている。またコスタリカ、ホンジュラス、パナマでは都市部の障害者の割合が多くなっており、特にコスタリカでは都市部の障害者が全体の 6 割を占めている。障害の原因については、メキシコとホンジュラスでは疾病によるものが全体の約 3 分の 1 を占め、先天性の原因、事故、加齢性変化がそれぞれ 6 分の 1 から 4 分の 1 程度を占めるという結果が出ている。

障害者の教育事情

中米・カリブ地域諸国における障害者に対する教育予算は各国ともに非常に少なく、障害者の学校へのアクセスが非常に悪いことから、健常者と障害者の間には教育の機会に関し大きな隔たりがあると言える。特に特殊教育のための教材及び人的資源の不足が問題となっており、また中米では障害者を一般の教育施設の中に入れていくことに強い抵抗があ

るとも言われており、高等教育を受ける障害者は非常に少ない状況にある。

障害者の職業事情

各国ともに障害者全体の20～30%の障害者が就業しているが、特にパナマは50%と比較的高くなっている。障害者の雇用については一般に賃金が低く、コスタリカのように障害者を雇うことに対するインセンティブを与える国もあるが、あまり効果をあげておらず、又職業リハビリテーションプログラムも存在しているものの内容が不十分で、十分に機能していない。一般に障害者は障害があることが原因で職業を得られないと感じており、実際には職場へのアクセス確保も困難なことから、賃金の低い仕事（農業、家事など）に従事せざるを得ない状況にある。

情報とコミュニケーションについて

中米・カリブ地域各国で一般的に指摘された問題点としては、車椅子で使用可能な公衆電話がないこと、障害者が利用しやすい図書館（点字図書館含む）がないこと、公共施設に手話や点字による表示がないこと、公共の行事や催し物、テレビ放送や教会のミサでの手話手配が少ないこと、公共の場で音声で合図してくれるものがないこと等が挙げられている。

交通手段へのアクセスについて

メキシコとコスタリカでは車椅子で乗車可能なリフト付のバスの運行を義務付けており、タクシーに関してはコスタリカのみで車椅子での利用を考慮した仕様の車輛¹¹が運行している。主な問題点としては、バスターミナルの不便さ、音声で知らせる信号機の欠如、音声が出る駐車場の欠如、身体障害者のアクセス容易な施設の少なさ等が挙げられている。

社会保障制度について

中米の多くの国で社会保障サービスを受けている人口が少ないことから、障害者に対する社会保障サービスも非常に限られている。課題としては、障害者は民間の保険に入れないうこと、障害者年金の額が非常に少ないこと、生活保護を受ける権利があるものの、収入があったときの免税がないことなどが挙げられており、更に障害者の介助をするヘルパー（主に女性）たちは一日10時間以上の労働を行っているが、政府からの補助制度がない状況にある。なお、ニカラグアとエルサルバドルのように内戦を経験した国では、内戦による障害者に対する基金を設立し、補装器具、リハビリテーション及び年金のサービスを行っている。

病院でのリハビリテーションサービスは基本的に都市部に集中しており、農村部での障

¹¹ ミニバンの後部を一部改良し車椅子を収納しやすくしたもの。

害者に対する病院のサービスは非常に限られている。医療サービスを受けている障害者の割合も非常に少なく、1) 医療器具が少ないこと、2) 医療施設が遠いこと、3) 専門の訓練を受けたリハビリテーションサービス提供者が少ないこと、4) 障害者の出産や性的問題に対するカウンセリングの欠如、5) 薬の供給量が少なく質が低いこと、6) 障害者に関する関係書類が正しく管理されないこと等が問題点として挙げられている。

第4章 中米・カリブ地域諸国における障害者支援分野の協力概観

JICAの障害者支援分野研修事業

中米・カリブ地域からの障害者支援に関わる研修事業への参加は1981年から始まっており、今までに知的障害福祉、補装具製作技術、リハビリテーション、障害者リーダー、障害者スポーツ指導者の研修に中米からの研修生が累計で28名(内コスタリカの研修生は14名)派遣されている(表10)。そのうち知的障害福祉に15名、障害者スポーツ指導者に6名と全体の4分の3を占めている。

表10：集団研修コース別・国別研修員参加実績 (2005年9月現在)

	知的障害福祉	補装具製作 技術	リハビリテー ション専門家	障害者 リーダー	障害者スポー ツ指導者	計
総人数	15	1	2	4	6	28
内コスタリカ	10	0	1	0	3	14

個別専門家派遣・小規模パートナー事業

個別専門家の派遣は、メキシコに特殊教育の専門家3名、パナマに障害者に対する職業訓練の専門家1名の派遣実績がある。また、小規模パートナー事業としては、ホンジュラスの自閉症児者とその家族及び協会関係者を対象に、自閉症児の自立を目指した療育法の技術移転を2年間実施していた(2001-2002)。

JICAのボランティア派遣実績

JICAの中米・カリブ地域における障害者支援ボランティア活動は1979年に始まり、2004年末までに合計147名のボランティアが派遣されている(表11)。そのうち約9割は養護、理学及び作業療法士の派遣であり、その他に鍼灸マッサージ師、ソーシャルワーカー、ならびに言語聴覚士が派遣されている。なお、コスタリカには、現在障害者支援の分野で6名の協力隊員が派遣されている。

表 11：JICA の障害者支援関連ボランティア派遣実績

(2004 年末現在)

国名	養護	理学療法士	作業療法士	鍼灸マッ サージ師	ソーシャル ワーカー	義肢装 具士	言語聴覚士	合計
エルサルバドル	6	1	3	0	0	0	0	10
グアテマラ	5	1	0	0	3	0	0	9
コスタリカ	3	16	10	0	3	0	0	32
ドミニカ共和国	11	3	7	1	5	0	0	27
ニカラグア	6	3	2	1	0	0	0	12
パナマ	0	4	1	0	0	0	0	5
ホンジュラス	26	3	3	0	0	0	0	32
メキシコ	10	5	0	0	0	0	5	20
合計	67	36	26	2	11	0	5	147

リハビリテーションセミナー実施 (2002 年～2006 年)

2001 年に派遣された青年海外協力隊リハビリテーション分野巡回指導調査団の提案により、協力隊活動の側面支援と国全体のリハビリテーションサービスの改善を目指し、2002 年よりリハ審議会との共催で「リハビリテーションチームアプローチ」を主題とする広域セミナーを開催している。このセミナーは、2003 年からは協力隊事業の広域研修制度を活用し在外補完研修も同時に実施され、中米カリブ地域から協力隊員及びカウンターパートの参加を受け入れている。

表 12：リハビリテーションセミナーのテーマと参加者数

	テーマ	参加人数	参加国
第 1 回 (2002)	リハビリテーションチームアプローチ	70 名	2 国 (コスタリカ、ドミニカ共和国)
第 2 回 (2003)	リハビリテーションチームアプローチ、 地域に根ざしたリハビリテーション	150 名	7 カ国 (メキシコ、チリ、エルサルバドル、グアテマラ、ドミニカ共和国、ニカラグア、パナマ)
第 3 回 (2004)	リハビリテーションチームアプローチ、 地域に根ざしたリハビリテーション、生 活機能分類	186 名	5 カ国 (メキシコ、グアテマラ、ニカラグア、パナマ、ドミニカ共和国)
第 4 回 (2005)	人権を重視したリハビリテーションモ デルに向けて	約 200 名	6 カ国 (メキシコ、ホンジュラス、 グアテマラ、ニカラグア、パナマ、 ドミニカ共和国)

社会的弱者支援（障害者）協力の中米モデル策定に向けた基礎調査（2005）

JICA コスタリカ駐在員事務所では、隊員派遣とリハビリテーションセミナーの成果をより持続性のある協力へと発展させ、コスタリカ拠点の中米カリブ地域に裨益するような社会的弱者支援（障害者）の協力を実施するために、2005年1月から経済企画省及びリハ審議会と共に「社会的弱者（障害者）支援協力の中米モデル策定に向けた基礎調査」を実施している。同調査では、（1）障害者ニーズ調査、（2）リハビリテーションシステム強化、（3）域内現状調査を行った。

JICA 以外の援助機関による国際協力

コスタリカ： JICA 以外の援助機関による障害者支援分野の国際協力は現在ほとんどなく、スペインによるラテンアメリカでの障害者支援に関わる国際会議の開催及び米州保健機構（PAHO）による JICA のリハビリテーションセミナーへの講師派遣等がある程度である。

グアテマラ、エルサルバドル、ニカラグア： 内戦のあったグアテマラ、エルサルバドル及びニカラグアでは義肢装具に関する協力が活発に行われており、一般に欧米の NGO による小規模の協力が多く、スペイン、ドイツなどは政府機関による技術協力を実施しており、アメリカ USAID は NGO に資金を提供して協力を実施している。

（グアテマラ）スペインの赤十字が義肢装具のワークショップを開催した実績があり、UNDP は医療関係者、一般管理者を対象に内戦の犠牲になった障害者に関する各種マニュアルを作成する協力を行っている。また、イタリアと EU の援助により障害者の現況が調査も実施されている。

（エルサルバドル）GTZ が義肢装具の学校を創設し義肢装具の製作に対して技術協力をを行うとともに、PAHO 等と連携し 2000-2001 年に初めての障害者に関する調査を行っている。また、地雷生存者のネットワーク（NGO：本部ワシントン）が地雷の犠牲者に対して、技術研修、職業斡旋などを行っている。

（ニカラグア）OAS、フランスやアメリカの NGO 及び USAID が義肢装具に関する協力を、また、WHO やフィンランド、スイス、アメリカ、メキシコ、カナダ、スペイン、オランダ、イタリアなどの国々が、リハビリテーションの推進のための協力を行っている。

ドミニカ共和国： UNESCO が特殊教育に対して、また ILO が IDB、PAHO、GTZ、EU、DANIDA、IDRC などとともに障害の特定に関するプログラムに対して協力している。なお、ドミニカ共和国においては、1970、80 年代に旧ソビエトが義肢装具分野における人材育成支援を行っており、コスタリカ唯一の国立義肢装具工房（サンファン・デ・ディオス病院内）の 2 名のスタッフが 1 年間の研修を受けている。

メキシコ： スペインが視覚障害者教育の協力、IDB が障害者の職業研修、アメリカなど欧米の NGO が、障害者リーダー研修、障害者用の交通機関の計画作りについて技術協力を行っている。

第5章 想定される協力内容

5-1 関係機関との協議概要

(1) リハビリテーション・特殊教育審議会

技術協力プロジェクトとして検討されている「障害者の人権を重視したコミュニティにおけるリハビリテーションモデルプロジェクト（仮称）」については、これまでのコスタリカ側の要望を受け、JICA の支援のもとプロジェクト案の検討が行われてきた。リハ審議会は「CBR 戦略に基づく」という文言をタイトル及びプロジェクト目標に入れることを要望しており、内容的にもほぼコ側の要望に基づく案件となっている。コスタリカでは2006年2月に大統領選挙があり5月に新大統領が就任するが、リハ審議会と地方病院の院長などのポストは変わらない予定であり、プロジェクト実施の基本体制に影響はないとのことであった。リハ審議会は新政権が決まり次第、プロジェクトの実施について交渉していく予定である。

(2) 社会保障公庫

現在ペレセドンは地域リハビリテーションセンターの建設が検討されており（但し、ペレセドン以外の可能性もあり）、関連調査が実施されていた（～2005年12月）。リハビリテーションセンター設立には建物建設の他、リハビリテーション医師一名及びセラピスト数名と器具が必要であるが、社会保障公庫はニカラグアからの移民に対する対応等により財政的に非常に難しい状況にあり、資金の目処が立っていない状況にある。社会保障公庫との協議の際に、JICA によるリハビリテーションセンター建設に対する資金協力の可能性を打診されたが、コスタリカは無償の対象になっておらず、現在検討しているのは技術協力のプロジェクトであることを説明した。

5-2 サイト候補地に於ける参加型ワークショップ結果概要

在外基礎調査により全国9箇所で開催されたワークショップにおいて主要な問題点として特定された、1) セクター間及び組織間の連携の欠如、2) リハビリテーションの不十分なサービス提供、3) リハビリテーションに対する障害者の参加の欠如、の3点に関し、その改善のために必要な活動について今回のワークショップで話し合いが行われた。

セクター間及び組織間の連携のために必要な活動については、ネットワークの重要性の確認、同調査の必要性、障害者の権利とそれに関する法律についての啓発活動、障害者へ提供されているサービスに関する情報システムの構築、障害者支援地域委員会の設立、調整業務を司る機関としてのリハ審議会の役割の強化、政府機関だけでなく地元に着目するNGOや障害者組織との連携などが挙げられた。

リハビリテーション専門機関のサービスの向上については、各公共機関における障害者への対応規則の作成、障害者向けサービスへのアクセス確保、補助器具の提供、各組織内で障害者支援の取り組みについて話し合うための委員会の設立、専門の異なるサービス提供者によるチームワークの構築、障害者の意見を取り入れたリハビリテーションサービスの構築等の意見が挙げられた。特にペレセレドンでのワークショップでは、8時間かけて参加した重度の身体障害者本人より、自宅近辺でのリハビリテーションサービスへのアクセス確保、特にEBAISやClinicaを使ったサービス提供の必要性が指摘された。

障害者の社会参加については、障害者の実態が統計データに表れない面が指摘され、徹底した障害者数及びその生活状況の調査、障害者支援に関わるテレビ、ラジオ、新聞などを通じたキャンペーンの実施、障害者への対応の必要性を訴えるワークショップやセミナー実施の必要性が指摘された。また、障害者によるNGOの設立及びその強化のために、リハ審議会にNGOのデータベースを構築すること、NGOとともに地域的な委員会を設立すること等が提案された。プンタレナスの聴覚障害者からは、比較的に入数が少ない聴覚障害者においては、地域的な組織作りは適さないことから全国レベルの聴覚障害者の協会の設立の必要性について提案された。

ワークショップには、医療関係機関および政府関係者、NGO、学校関係者、自治体及び障害当事者の参加があり、サンカルロス36名、プンタレナス18名、ペレセレドン32名で3箇所合計で86名の参加があった。(詳細については添付資料3参照。)

開催地	日時	参加者
サンカルロス	2005年8月19日	36名 リハ審議会(4)、社会保障公庫(1)、CAIPAD(4)、国家保険庁(1)、労働省(1)、保健省(4)、教育省(2)、NGO(10)、学校関係者(3)、IMAS(1)、地方自治体(1)、その他(5)
ペレセレドン	2005年8月22日	32名 リハ審議会(7)、社会保障公庫(4)、教育省(3)、CAIPAD(1)、学校関係者(3)、地方自治体(1)、NGO(3)、大学(2)、INA(1)、MIDEPLAN(1)、その他(6)
プンタレナス	2005年8月23日	18名 リハ審議会(3)、社会保障公庫(1)、保健省(1)、教育省(2)、CAIPAD(1)、NGO(5)、養護学校(1)、教師(聴覚障害者)(1)、地方自治体(1)、その他(2)

5-3 JICAによる障害者支援の協力の可能性

コミュニティベースの総合リハビリテーションシステム強化プロジェクト

実施機関：全国リハビリテーション・特殊教育審議会

協同機関：厚生省、社会保障公庫、国家社会保険庁、社会福祉庁、教育省、労働省、職業訓練センター、地方自治体、当事者組織、住民組織等

協力期間：2006年から5年間

ターゲットグループ：障害者とその家族、障害者支援従事者及びその団体

プロジェクトサイト：ペレセレドンを中心とするブルンカ地方

プロジェクトの要約
スーパーゴール 中米・カリブ地域各国において、CBR（地域に根ざしたリハビリテーション）戦略に基づいた、障害者の人権を重視した総合リハビリテーションシステムの普及を通じ、障害者の生活の質の向上が図られる。
上位目標 コスタリカにおいて、CBR（地域に根ざしたリハビリテーション）戦略に基づいた、障害者の人権を重視した総合リハビリテーションシステムモデルの確立を通じ、障害者の生活の質の向上が図られる。
プロジェクト目標 パイロット地域において、障害者が各々のライフステージにおいて必要とされる、医療、教育、社会、職業リハビリテーションをその地域で受けることが出来、それに住民が参加する地域総合リハビリテーションシステムが強化され、国内に普及する。
プロジェクト成果 1. パイロット地域において、国家リハビリテーション・特殊教育審議会を中心とした地域総合リハビリテーションを促進するためのセクター間及び組織間の連携体制が強化される。 2. パイロット地域において障害者を中心としたセクター内リハビリテーションチームワークが強化される。（特に医療リハビリテーションにおいては、第2次レベルの質的向上が第1次レベルの向上に波及する。） 3. パイロット地域において、各セクターのサービス内容、技術が障害者の自立生活実現のために実施されるものに改善される。 4. パイロット地域において、障害当事者及び家族が地域リハビリテーションシステム強化のための意志決定プロセスに積極的に参加する。 5. パイロット地域において、障害者と健常者間の相互理解、交流及び協力が促進される。 6. パイロット地域において、障害者とリハビリテーション関係者間の相互理解、交流及び協力が促進される。 7. パイロット地域において、ICF（生活機能分類）に基づいた情報システムが構築され、リハビリテーションシステム強化のために活用される。 8. パイロット地域の経験（成果）が国内で共有される。

活動の詳細については添付資料2（PDM案）参照。

5-4 プロジェクト実施に向けた留意事項

カウンターパート機関の選定について

カウンターパート機関として、全国リハビリテーション・特殊教育審議会が想定されている。リハ審議会は、国内のリハビリテーション実施機関、つまり教育省、社会保障公庫、国家保険庁に対してリハビリテーション部門の監視・助言を与える行政機関として存在しているものの、リハビリテーション技術に関する知識・経験が十分とはいえない。一般に医療リハビリテーションの技術レベル向上に伴いリハビリテーション全体のレベルが向上すると言われており、リハビリテーションの中心の実施機関である社会保障公庫の本プロジェクトへの参画は不可欠である。しかしながら、社会保障公庫は、医療技術に特化しすぎる傾向があることから、総合リハビリテーションを推進する上での中心的なカウンターパート機関としては不適當である。

本プロジェクトでは、リハ審議会をメインのカウンターパートとし、社会保障公庫の各医療レベル（特に第1次と第2次）に応じたリハビリテーションシステムの改善を技術的に提案し、研修していくことになる。その際に、社会保障公庫はリハ審議会から助言、提案を受ける立場にあるものの、実際にはリハ審議会の社会保障公庫への影響力は限られたものであり、参画の方法については十分に留意する必要がある。技術協力を通していかに社会保障公庫の体質を変えていくかが、このプロジェクトの重要な要素でもある。

また、本プロジェクトでは、医療・教育・労働・社会の各々の分野における活動が同時に進められる必要があることから、関係機関よりなるコミッティーを設立する必要がある。これに関しては、リハ審議会には既に関係機関により組織された理事会があり、プロジェクト実施上の重要な役割を果たすことが期待できる。プロジェクトの実施体制としては、各関係機関から合意文書（Convenio）を取り付け、協力関係を文書化することが重要である。さらに、プロジェクト実施関係機関との協力関係の構築、特にパイロット地域でのICFに基づいた情報の共有及びその試験的な利用については、各関係機関に義務付けた政令（Decreto）を事前に制定することも検討に値する。

パイロットサイトについての考察

今回の調査ではパイロットサイトとして、（1）リハ審議会支部があること、（2）リハビリテーションドクターの所属する社会保障公庫第2次医療レベル病院があること、及び（3）障害者NGOがあることを条件として、ペレセドン、サンカルロス、及びプンタレナスの3箇所を候補としてワークショップを行った。地域的なコミュニティのプロジェクトに対する意向（やる気）、キーパーソンの存在、リハビリテーションのニーズ、及びその他のプロジェクト実施環境（政治圧力、今までの活動状況など）を考慮すると、ペレセドンが最もパイロットサイトとして条件を満たしているといえる。パイロットサイト候補地3箇所の状況は以下のとおりである。

ペレセレドンのあるブルンカ地方は、南部パナマ国境付近の貧困層の多い地域であり、障害者の割合が高い。リハビリテーションセンターの建設の提案（添付資料 6 参照）があるが、地域リハビリテーションの活動は少ない。しかしながら、安定して力のある障害当事者 NGO が複数存在し、市役所が障害分野に関心を示している。また、元リハ審議会支部長が社会活動をしながらかの大学の学長を努めており、地域におけるキーパーソンとなっている。今後広い地域にサービスを提供していくことを考えると、同コミュニティを拠点にした障害者支援ネットワークの強化が重要となる。

サンカルロスは、リハビリテーション医師を中心とした地域におけるセラピストとのネットワークはすでに存在しており、質の向上を目指すレベルにある。リハビリテーション医師と障害者 NGO 会長がコミュニティにおいて中心的なキーパーソンとなっている。住民の結束が強く、障害に関する啓発もかなり進んでいる。しかしながら、サンカルロス病院で活動をしている重症障害者対象の NGO が、教育省派遣の人材によりリハサービスを提供しているが、その活動が教育省の活動を逸脱しているという点で問題になっている。そのため、同 NGO が大きな力を占めるサンカルロスをモデルとしてプロジェクトを実施することは難しいと考えられる。

プンタレナスは、1970 年代から地方病院が地域リハビリテーションを実施しており、これまでの実施実績がある。リハビリテーションセンターには施設、機材、人材が揃っており、チームアプローチを実践するためのベースが整っている。しかしながら、大きな港を有する地域で政治的な力が働くことがあることから注意が必要である。

コミュニティベースの障害者支援について

各セクターの技術向上の具体的方策とパイロット地域の中でのモデルコミュニティの設定及び CBR 戦略について、日本側とリハ審議会の間で意見のギャップがあり、今後調整が必要である。リハ審議会のコミュニティベースというのはブルンカ地方の地方支部（ペレセレドン）での関連組織の連携システムの中に NGO の参加があるという程度のものである。一方日本側の理解としては、CBR は本来地域において一般住民が障害者に対して自らの可能な支援を自発的に行い、支え合う社会の実現を目指すものであり、本プロジェクトでは、コミュニティ開発の枠組みの中で健常者を含むコミュニティの中で障害者の支援者を探し、技術的な訓練を行うことにより一般住民による障害者への支援活動を促進していくことである。具体的には、医療リハビリテーションでも技術的に比較的容易なリハビリテーションについては、障害者自身やその支援者の協力のもと自己訓練を推進し、また医療以外の分野では、障害者の生活レベルの質の向上を目指して、コミュニティの中の支援者とともに職業獲得のための実地研修や教育活動並びに社会参加の促進に取り組んでいくことになる。

障害者情報システム

リハ審議会から提案された障害者情報システムは、政策レベルに活かせるようなシステム構築を意味しているが、プロジェクト活動としては正確なデータを取れるシステムを作ること、そして同データに基づいた情報システムを試験的に活用するまでをプロジェクトの協力範囲と想定しており、本格的なシステムを導入することは想定していない。(提案されている情報システムの詳細については添付資料4参照。)

ボランティア派遣との関係

JICA のコスタリカにおける障害者支援協力は協力隊派遣が築き上げてきたものであり、当該技術協力プロジェクトの実施に関しても、障害分野におけるボランティアとの連携による草の根・技術協力による側面支援が補完的役割を果たすものと考えられる。協力内容としては、リハビリテーション技術の向上を目指した職種（理学・作業療法士、ソーシャルワーカー、養護、栄養士、言語聴覚士）及び相互理解の促進を目指した職種（青少年活動、村落開発普及員）のボランティア派遣であり、相乗効果を得るためには、フィールド調整員により各隊員の連携を図ることが重要である。

チリとのパートナーシッププログラムによる医療リハビリテーション人材育成

社会保障公庫の国立リハビリテーションセンターからチリ障害者リハビリテーションプロジェクト実施機関における3ヶ月間程度のコスタリカ人（リハビリテーション専門医、理学療法士、作業療法士の3名）の研修の要望が提出されている。同センターは、社会保障公庫唯一のリハビリテーション専門医療機関であり、医療リハビリテーションの技術向上が必要とされているだけでなく、リハビリテーション専門職種の人材育成も担当している。具体的な活動内容は、中枢神経系アプローチ（小児麻痺、頭部損傷）の研修、リハビリテーションセミナーへの参加などである。

ペレセレドンのリハビリセンターの建設計画

本調査時には、社会保障公庫によるリハビリテーションセンターの建設がペレセレドンにおいて検討されており関連の調査（2005.12に調査終了）が実施されていた（添付資料6参照）。同センターが建設される場合には、プンタレナスのセンターに相当するセンター（社会保障公庫のタイプAのリハ施設）となる可能性もあり、ICF普及、チームワーク、技術研修などで重要なターゲットになることが予想される。

プロジェクトの成果の広域展開について

ICFの評価表の作成とその普及、チームアプローチの実践、各々のレベルに応じた技術普及、そしてコミュニティレベルの活動推進という内容は、周辺の国々への広域展開が可能である。本プロジェクトでは、医療の第1、第2レベルを対象にしており、作成された技術マニュアルや研修プログラムは、内戦を経験した国々を含む中米各国で利用可能である。

現在行われている広域セミナーを継続し、プロジェクトの実施中からセミナーを通じてプロジェクトサイトの視察等を行うことにより、プロジェクトの成果を広域に広めることも可能である。また、中米諸国の関連機関による合同現場視察は、関連機関同士のネットワーク作りにも寄与するものと考えられる。

プロジェクトの開始時期

コスタリカでは2006年の2月に大統領選挙が予定されており、同年5月に新政権が誕生する予定である。よって、プロジェクトの開始時期は新政権による活動が本格的に始まる政権交代後数ヶ月以降が望ましいと考えられる。

添付資料

- (1) 面談記録
- (2) コミュニティベースの総合リハビリテーションシステム強化プロジェクト PDM 案
- (3) ワークショップ概要録・参加者リスト
- (4) 障害者情報システムに関する提案書
- (5) 全国リハビリテーション・特殊教育審議会組織図
- (6) ペレセレドンのリハビリセンターの建設提案書
- (7) コスタリカ共和国「社会的弱者（障害者）支援協力の中米モデル策定に向けた基礎調査」報告書一覧¹²

¹² 本報告書内容に関する詳細情報については、「社会的弱者（障害者）支援協力の中米モデル策定に向けた基礎調査」報告書（添付 7：報告書一覧）を適宜参照願います。

添付資料 1：面談記録

日時：2005年8月18日（木）

場所：リハビリテーション・特殊教育審議会

参加者：リハ審議会理事会メンバー（リハビリテーション関係）

参加者名	所属先
Olivia Mora	教育省
Luis Valverde	NGO会長
Marcia Acuna	INS
Victor Arroyo	INS
Elaba Aguirre	厚生省
Alvaro Hernandez	精神病院
Rosa	労働省
Roger Rodrigguez	INA
Lizabeth Barrantes	リハ審議会
Rodrigo Jimenez	シニアコンサルタント
Yoko Ishibashi	シニア隊員
Wataru Yamamoto	コンサルタント
Takanori Sasaki	シニア隊員
Roxana Stupp	コスタリカ大学

協議内容：

▶ 形成中であるプロジェクトの概要説明（石橋、ロドリゴ、リスベツト）

▶ 同プロジェクトに対するコメント

ーコミュニティベースとはいえ、政策レベルでの取り組みは不可欠。政策レベルでのサポートがないと、コミュニティ（リージョナルレベル）で実際にパイロットプロジェクトに取り組む関係機関職員へのサポートが得られない。また、持続性を持たせるためには、国家政策の1部として取り組んでいくことが重要。

ー 実際に、以前、行なわれた地域リハビリテーションの経験（約15年前にユニセフがニコヤで実施）では、プロジェクト期間が終わると同時に、取り組み自体も終了してしまった。

ー コミュニティレベルでのリハビリテーションに取り組んでいくためには、「リハビリテーション」の現在のコンセプトについての意識向上から取り組んでいくことが重要である。まだ、コスタリカでは、「リハビリテーション＝医療モデル」というイメージが強い。そのため、人権にフォーカスをおいたコンセプトの共有をはかる必要がある。

ー 来年の政権交代の時に、アイデアを売り込むのが理想である。

各機関の問題点

職業関連

- INA:障害者に技術指導を行うことのできるインストラクター不足。インストラクターに対する研修が必要(意欲はあるが、実際にどうしているのかわからないケースが多い)。
- 職業訓練を受けた障害者が職につける可能性が低い(INA, 精神病院)。
- 職員の障害及びリハビリテーションに関する知識及び意識の低さ(精神病院)。
- 障害者の教育レベルの低さ:労働省の雇用促進のためのシステムを利用する際には(障害者のためのシステムではない)、ある程度の教育レベルが問われる。同様に、労働省は企業に対し、障害者の受け入れを促進しており、企業も障害者の雇用に前向きであっても、業務を遂行するための教育レベルに達していないケースが多い。
- 障害者の意識:零細企業や個人でのビジネスを始めるというアイデアに乏しく、困難とわかっていても正社員や企業などでの雇用形態を好む。
- INAは、広く職業訓練を行なっている機関であるが、履修するための最終学歴が中高 3 年生終了以上と法律に定められている。それが、多くの障害者の職業訓練の支障となっている。

医療関連

- 福祉装具の不足
- 地方レベルでの医療リハビリテーション人材不足

教育関連

— 教育省は、医療リハビリテーションの不足を補強するために、理学療法や作業療法のプログラムを開始し、現在、コスタリカで最も多くのセラピストを抱える機関である。しかし、セラピスト達を管轄する教育省特殊教育部には、医療リハビリテーションの専門家は所属しておらず、セラピスト達に指導をする人材がないのが問題である。そのため、CENAREとのコーディネートの強化を必要としている。

日時: 8月23日

場所: プンタレナスリハビリセンター

面談者: プンタレナスリハビリセンター作業療法士

プンタレナスのリハビリセンターは 3 年前から活動を行なっている。水利治療法、神経科治療、男性と女性の整形外科の 4 つの課があり、1 科一日 25 名全体で約 100 名程度のリハビリテーションを行なっている。リハ医は 2 名(内 1 名は週 2 日のみ)、6 名のセラピスタ、5 名の補助員、1 名の精神科医がいる。センターでのリハビリテーション以外に、地域保健診療所(Clinica)2 箇所に出向いて、週一回リハビリテーションを行なっている。その診療所には簡単な器具を設置されており、補助員が週 1 回、セラピスタが月一回出向いている。また、小学校で姿勢に問題がある子に対して、リハビリテーションの必要があるかどうか検査している。問題があった場合は、リハビリテーション治療を開始する。一回 120 名の検査を行い、通常その 1 割に問題が発見される。

日時: 2005 年 8 月 26 日

場所:全国リハビリテーション・特殊教育審議会

面談者 CNREE Barbara Holst Quiros 会長 Lizbeth Barrantes 技術部長

Rodrigo Jimenez (ローカルコンサルタント)

JICA 石橋陽子・佐々木隆典(シニア隊員)山本 渉

面談内容

リハビリテーション・特殊教育審議会の活動は法律により、政策・教育及び保健分野において障害者を支援することであり、精神的・物理的及び精神面において総合的に健康を推進することである。CBRの中で医療リハビリテーションについては活動範囲に入っていない。保健については、予防(Protección)、促進(Promoción)、治療(Atención)とリハビリテーション(Rehabilitación)があり、リハビリテーションの一つの方法であるCBRとして、職業、教育、保健、及びコミュニティの4セクターが入っていると考えている。4セクターをリハビリテーションの政策の中に取り組みでいくこと、特に地域レベルのリハビリテーション委員会を作り障害者の参加を促していくことがCBRであると考えている。地域リハビリテーション委員会は、法律で決められたものではないので、プロジェクトでモデル地域を設定して実施するのであれば、それを各関係機関に義務付けた法律(Decreto)が必要である。プロジェクトの実施に先駆けて法律を作成することが適切である。

ICFの研修を行い、ATAPSから障害者のICFに基づいた情報を集め、それを基に障害者情報システムを構築することが可能である。なお、リハビリテーション・特殊教育審議会の意志決定機関として、代表評議会(Junta Directiva)があり、その活動内容について週に1回審議している。9月22日のJunta DirectivaでJICAのプロジェクトについて説明する予定である。

日時:2005年8月25日

場所:社会保障公庫

面談者 Marielos Piedra Gomez 計画局長 Carlos Diaz

JICA側 佐々木隆典(シニア隊員)山本 渉

面談内容

社会保障公庫はニカラグアからの移民に対する対処などにより財政的に非常に難しい状況にある。Perez Zeredonには地域リハビリテーションセンターの建設が検討されており、現在調査中であり、12月に調査は終了する。リハビリテーションセンター建設には、建物の建設、リハ医一名及びセラピスト数名と器具が必要であるが、資金については計画されていない。その他の病院としては、Grecia, Guapiles, Nicoya, Queposなどにリハビリテーションサービスがあり、技術協力の可能性もありうる。Greciaにはリハ医でなく、整形外科医が配置されている。

日時:2005年8月31日

場所：全国リハビリテーション・特殊教育審議会 Perez Zeledón 地方支部

面談者：Roxana Valverde Fallas (教育省) Ana Victoria Mora (教育省 理学療法士)

Maelene Quiros Zúñiga (リハ審議会) Janet Enriquez Pitti (教育省 理学療法士)

・リハ審議会 Perez Zeledón 地方支部には、教育省から派遣されている 5 名と審議会の 3 名合計 8 名が勤務している。その中でリハ審議会の 1 名（支部長と総務の 2 名を除く）と教育省 5 名の合計 6 名が障害者のリハビリテーションに取り組んでいる。6 名の担当の内訳は、重度の障害者の訪問教育 1 名、理学療法士による訪問と通院によるリハビリテーション各 1 名、幼児特殊教育 1 名、コンピューター教育 1 名、身寄りのない障害者のプログラム 1 名である。

・教育省の理学療法士は Brunca 地域内に合計 6 名おり、審議会勤務 2 名を除く残りの 4 名は、Coto Brus, Golfito, Corredores, Osa の 4 個所に勤務している。この 4 名は毎週学校を 3 箇所訪問し、3 歳から 18 歳までの障害者に対してリハビリテーションを行っている。この地方支部で働く教育省の理学療法士は Brunca 地域全体をカバーするが、訪問しているのは Perez Zeledón と Buenos Aires の 2 つの市のみである。

・ペレセレドン地方支部に勤務する理学療法士は、センターでのリハビリテーションと訪問リハビリテーションを行っている。センターでのリハビリテーションは子供から老人まで全年齢の障害者に対応し、ほとんどの障害者は定期的に最低月一回はこの地方支部にリハビリテーションのために訪れている。

・訪問リハビリテーションに関しては、NGO が運営する老人ホームに週 1 日（約 15 名程度参加）、週 2 日は 7 名の重度の在宅障害者を訪問している。一回の訪問リハビリテーションは 40 分程度であり、7 名に対して週 1 回の訪問リハビリテーションを行っている。また、12 名の 7-17 歳までの重度の障害者について週 1 回の訪問特殊教育を行っている。教育省の方針では、18 歳未満の重度の障害者に対して、優先的に週一回の特殊教育・リハビリテーションを行うことになっている。

・このように教育省の活動は子供に偏っているので、リハビリテーションセンターがない Golfito と Palmar の成人の障害者はリハビリテーションサービスを受けるのにペレセレドンまで来なければならないのが実状である。

・地方病院は整形外科とリュウマチ治療に対する医学的治療が中心で 10 回程度のセッションがあるだけで、地方病院で診察を受けるためには 3, 4 ヶ月待たなければならない。教育省は神経障害者に対する長期にわたるリハビリテーションを行っている。年の初めは地方病院の診察のアポイントも取り易いが年の後半はアポが難しくなり、リハ審議会に来る人が増えてくる。

現在 1 ヶ月のリハビリテーション参加者数は、理学療法の治療はセンターで 80-90 名、訪問で 50-60 名、そして神経障害の児童に対する教育活動が継続的に 12 名、幼児特殊教育が 35 名、コンピューター教育が 37 名である。

・リハ審議会は 18 歳から 65 歳までの身寄りのない障害者 51 名に対して、生活支援を行っ

ている。2ヶ月に1回程度訪問して生活状況を評価し、政府、NGO やコミュニティからの支援の可能性を探っている。この活動は2001年から始まり現在4年目である。この活動に関わる人は、65歳を過ぎると全国老人審議会 (Consejo Nacional de Persona Adulto Mayor: CONAPAM) のサポートに送られる。

・リハ審議会の施設の中には教育省のプログラムである CAIPAD (Centro de Atención Integral para Personas Adulto con Discapacidad) があり、1名の作業療法士を含む5名が勤務している。CAIPAD への参加は18歳以上の障害者に限られている。現在60名の参加があり、他に38名が参加を希望しているが、キャパシティの問題で受け入れられていない。活動内容は、社会・生活活動支援、基礎学力 職業訓練 (木工や苗畑など) を行っている。最近3名 (苗畑2名、自動車整備工場1名) が仕事を見つけているが、一般に仕事を見つけるのは非常に難しい。ナカタマル (バナナの葉で包んだ伝統的食事) を包む仕事なども考えたが、材料と作業場との距離があり実現していない。CAIPAD はペレセレドンと Buenos Aires に住む障害者の家族で構成されている ASOPAFAM (Asociación de Padre y Amigo con Persona con Discapacidad) を通して運営されており、教育省が人をリハ審議会が場所と交通手段を提供している。

場所：在コスタリカ日本大使館

日時：2005年9月1日

面談者 鷲見大使 宮本二等書記官

JICA 山本美香所長、上田敏先生 石橋陽子 佐々木隆典 (シニア隊員) 山本 渉

上田先生より、障害者支援の広域セミナーについての説明の後、プロジェクト形成調査についての説明を行った。コスタリカ事務所としては、当該技術協力プロジェクトと、協力隊の草の根支援及び CENARE のスタッフのチリのプロジェクト実施機関での研修の3つを考えていることを説明した。大使からチリの研修と技術協力プロジェクトとの関係について質問があった。JICA 側は、技術協力プロジェクトは地域総合リハビリテーションなので直接の関係はないが、疾病の種類により研修内容が関係してくる場合もあることを説明した。

添付資料2

プロジェクトPDM案(2005年度 要望調査書に基づいて一部修正)

プロジェクト名:コミュニティベースの総合リハビリテーションシステム強化プロジェクト

実施機関:国家リハビリテーション・特殊教育審議会(CNREE)

協働機関 厚生省、社会保障公庫、国家社会保険庁、社会福祉庁、教育省、労働省、職業訓練センター、地方自治体、当事者組織、住民組織等

プロジェクト実施期間:5年間

ターゲットグループ:障害者とその家族、障害者支援従事者及びその団体

プロジェクトサイト:ベレセレドンを中心にブルンカ地方

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
<p>スーパージョナル</p> <p>中米・カリブ海地域各国において、CBR(地域に根ざしたリハビリテーション)戦略に基づいた、障害者の人権を重視した総合リハビリテーションシステムの普及を通じ、障害者の生活の質の向上が図られる。</p>			<p>中米・カリブ海地域各国において、障害者支援に関わる大きな政策の変更がない。</p>
<p>上位目標</p> <p>コスタリカにおいて、CBR(地域に根ざしたリハビリテーション)戦略に基づいた、障害者の人権を重視した総合リハビリテーションシステムモデルの確立を通じ、障害者の生活の質の向上が図られる。</p>			<p>コスタリカでの活動内容が、関連機関の障害者支援政策を通して、中米・カリブ海地域各国で展開される。</p>
<p>プロジェクト目標</p> <p>パイロット地域において、障害者がそれぞれのライフステージにおいて必要とされる、医療、教育、社会、職業リハビリテーションをその地域で受けられ、それに住民が参加する地域総合リハビリテーションシステムが強化され、国内に普及する。</p>	<p>障害者支援政策におけるコミュニティベースの総合的地域リハビリテーションモデルの位置づけ(地域総合リハビリテーションに対する予算・人材の確保など)</p> <p>地域総合リハビリテーションを受けている障害者数、生活の状況及びリハビリテーションサービスの満足度</p>	<p>関連機関の政策・報告書など</p> <p>障害者アンケート</p>	<p>パイロット地域での活動内容が、関連機関の障害者支援政策ならびに専門家の技術普及・向上を通して、全国的に展開される。</p>

成果	障害者リハビリテーションに関わる地域委員会設立とその活動状況	専門サービス機関及びその他関係機関の調査	専門サービス機関及びその他関係機関の実施体制に大きな変更がない。
<p>1. パイロット地域において、国家リハビリテーション・特殊教育審議会を中心とした地域総合リハビリテーションを促進するためのセクター間及び組織間の連携体制が強化される。</p>	<p>関係機関同士の協力合意</p>	<p>関係機関の同士の合意文書ならびに活動状況</p>	<p>関係機関にチームワークを受け入れる能力と意志がある。</p>
<p>2. パイロット地域において障害者を中心としたセクター内リハビリテーションチームワークが強化される。(特に医療リハビリテーションにおいては、2次レベルの質的向上が1次レベルの向上に波及する。)</p>	<p>リハビリテーション専門サービスにおけるICF評価ツール及びチームアプローチの普及状況 (ICF評価ツール、障害別・セクター別リハビリの現状調査報告書・マニュアル、研修実施回数、研修参加者数)</p>	<p>専門サービス機関の聞き取り調査 障害者アンケート調査</p>	<p>専門サービス機関にチームワークを受け入れる能力と意志がある。</p>
<p>3. パイロット地域において、各セクターのサービス内容、技術が障害者の自立生活実現のために実施されるものに改善される。</p>	<p>地域医療リハビリサービスの実施状況 (立ち上げ地域医療リハビリサービス数、サービス内容、障害者、ボランティア、住民組織参加者数、参加障害者の障害の形態など) 地域職業リハビリサービスの実施状況 (立ち上げ職業リハビリサービス数、サービス内容、障害者、ボランティア、住民組織参加者数、参加障害者の就職状況など) 地域教育リハビリサービスの実施状況 (立ち上げ特殊教育サービス数、サービス内容、障害者、ボランティア、住民組織参加者数、参加障害者の学習状況など) 地域社会リハビリサービスの実施状況 (立ち上げ社会サービス数、サービス内容、障害者、ボランティア、住民組織参加者数、参加障害者の生活状況など)</p>	<p>専門サービス機関の聞き取り調査 障害者アンケート調査 障害当事者団体、住民組織の聞き取り調査</p>	<p>障害者を支援する意志のある地域住民が存在する。</p>

<p>4.パイロット地域において、障害当事者及び家族が地域リハビリテーションシステム強化のための意志決定プロセスに積極的に参加する。</p>	<p>障害者の社会参加意識 (障害者支援サービスのバリエーション、障害者リーダー研修・教育啓発活動の実施回数、参加者数) 障害当事者(及び当事者団体)のネットワークの状況 障害者の人権に関する意識調査ならびにサービス内容における人権尊重状況調査結果 研修・啓発活動(活動内容、回数及び参加者数) 障害者及びリハビリ関係者の意識調査結果</p>	<p>障害者アンケート プロジェクト資料</p>	
<p>5.パイロット地域において、障害者と健常者の間の相互理解、交流及び協力が促進される。</p>	<p>リハビリ関係者に対する研修・啓発活動(研修内容、回数及び参加者数)</p>	<p>プロジェクト資料</p>	
<p>6.パイロット地域において、障害者とリハビリテーション関係者との相互理解、交流及び協力が促進される。</p>	<p>リハビリ関係者の障害者に対する意識変化 障害者情報システム(データ内容・障害者数) リハビリテーションの専門サービス機関の障害者情報システムの利用状況</p>	<p>プロジェクト資料 リハビリ関係者のアンケート</p>	
<p>7.パイロット地域において、ICF(国際生活機能分類)に基づいた情報システムが構築され、リハビリテーションシステム強化のために活用される。</p>	<p>地域セミナー開催数、参加者アンケート 城内障害者支援団体同士の協力活動など</p>	<p>プロジェクト資料 全国関連機関の聞き取り調査</p>	<p>国内他地域にプロジェクト成果の受入態勢がある。</p>
<p>8.パイロット地域の経験(成果)が国内で共有される。</p> <p>活動</p> <p>1.パイロット地域において、国家リハビリテーション特殊教育審議会を中心とした総合リハビリテーションを促進するためのセクター間及び組織間の連携体制が強化される。</p> <p>1.1パイロット地域における、各セクター間及び組織間の連携のあり方にかかわる調査、分析</p> <p>1.2パイロット地域における、各セクター間及び組織間での情</p>	<p>投入 日本側投入案(今後要致込み) 長期専門家:総合リハビリテーションアドバイザー(チームリーダー)、リハビリテーション技術者、研修計画・社会開発(コーディネーター) 短期専門家(第3国専門家を含む):CBR戦略、医療リハビリテーション(リハビリテーション)専門医、理学療法士、作業療</p>	<p>プロジェクト資料 前提条件 国内の社会・政治体制に大きな変更がない。 関連機関がプロジェクトの実施に協力する。</p>	

<p>報の共有・リソースの有効活用の促進を担うセクター間連携体制(地域委員会)の形成</p> <p>1. 3 情報の共有及びリソースの有効活用のための研修及び啓発活動の実施</p> <p>2. パイロット地域において障害者を中心としたリハビリテーションチームワークが強化される。</p> <p>2. 1 チームワーク強化に関わるライフステージ別、障害別リハビリテーションマニュアルの作成</p> <p>2. 2 ICFを用いた評価ツールの作成</p> <p>2. 3 評価ツールを活用するための技術指導</p> <p>3. パイロット地域において、各セクターのサービス内容、技術が障害者の自立生活実現のために実施されるように改善される。</p> <p>3. 1 <u>医療リハビリテーションサービスの向上</u></p> <p>3. 1. 1 医療リハビリテーション実施状況、障害者のリハビリテーションのニーズ、及び住民組織・ボランティアポテンシャル調査</p> <p>3. 1. 2 第2次レベル医療リハビリテーション技術向上のための研修会・実地研修の実施</p> <p>3. 1. 3 第1次レベル(Clinica, EBAS)における初歩的リハビリテーションのマニュアル作成と技術講習会の実施</p> <p>3. 1. 4 障害者のための自己訓練マニュアル、障害者家族及びボランティアのための自己訓練サポートマニュアルの作成</p>	<p>法士、言語聴覚士、義肢装具士)、特殊教育、障害者の雇用促進、ピアカウンセリング・障害者リーダー養成、当事者組織強化のための手法、コミュニティ啓発手法、ユニバーサルデザイン、障害者情報システム</p> <p>研修: 障害者支援行政、医療リハビリテーション技術(障害予防、早期発見、リハビリドクター、理学療法、作業療法士、言語聴覚士)、雇用・就労促進、障害者リーダー養成、コミュニティ啓発手法、当事者団体ネットワーク強化、ユニバーサルデザイン、</p> <p>機材供与: 医療リハビリテーション機器、補装具製作用機器、職業リハビリテーション用各種製作機器、情報システムプログラム、サーバー、コンピュータ、点字印刷機、JAWS(視覚障害者のためのコンピュータプログラム)、ビデオビーム調査費、調査、セミナー、広報など</p>	
---	--	--

<p>3. 1. 5 障害者の自己訓練及びその指導にかかわる研修の実施</p> <p>3. 2 <u>職業リハビリテーションサービスの向上</u></p> <p>3. 2. 1 障害者の職業ニーズ、地域の産業構造、職業ポテンシャル及びサポートできる住民組織に関する調査</p> <p>3. 2. 2 作業所の設置、拡大ならびに質の向上に関する協力</p> <p>3. 2. 3 対象障害者とその職業及び住民組織による支援体制の特定</p> <p>3. 2. 4 障害者の作業所における実地訓練の実施</p> <p>3. 3 <u>教育リハビリテーションサービスの向上</u></p> <p>3. 3. 1 障害者の特殊教育ニーズ、住民組織によるサポートポテンシャルに関する調査</p> <p>3. 3. 2 対象障害者及び支援体制の特定</p> <p>3. 3. 3 住民組織・ボランティアに対する研修及び支援</p> <p>3. 3. 4 障害者に対する特殊教育の実施</p> <p>3. 4 <u>社会リハビリテーションサービスの向上</u></p> <p>3. 4. 1 障害者及び家族の社会経済活動に関わる支援ニーズ及び住民組織・ボランティアによる支援ポテンシャルの調査</p> <p>3. 4. 2 障害者及びその家族への社会的支援内容・支援体制の特定</p> <p>3. 4. 3 住民組織及びボランティアに対する研修及び支援</p> <p>3. 4. 4 障害者及びその家族に対する社会的支援の実施</p> <p>4. パイロット地域において、障害当事者及び家族がリハビリテ</p>		
--	--	--

<p>ーションシステム強化のための意志決定プロセスに積極的に参加する。</p> <p>4. 1 障害者及び家族にリハビリテーションに関わる情報を提供する。</p> <p>4. 2 障害者リーダー養成</p> <p>4. 3 障害当事者団体のネットワーク強化のための啓発、研修</p> <p>5. パイロット地域において、障害者と健常人の間の相互理解、交流及び協力が促進される。</p> <p>5. 1 パイロット地域における障害者の人権に関する意識調査の実施</p> <p>5. 2 障害者の人権及び障害者支援に関する研修・啓発及び広報活動</p> <p>6. パイロット地域において、障害者とリハビリテーション技術者の相互理解、交流及び協力が促進される。</p> <p>6. 1 パイロット地域におけるリハビリテーション技術者を対象とした障害者の生活に関する意識調査の実施。</p> <p>6. 2 パイロット地域における障害者(サービス利用者)を対象としたリハビリテーションに関する意識調査の実施。</p> <p>6. 3 リハビリテーション技術者に対する障害者の生活に関する認識向上のための研修</p> <p>7. パイロット地域において、ICF(国際生活機能分類)に基づいた情報システムが構築され、リハビリテーションシステム強化のために活用される。</p>		
--	--	--

<p>7.1 障害情報システム構築のための戦略作り(情報システムの内容、情報源の特定、各種フォーマットの作成など)</p> <p>7.2 情報収集のためのマニュアル作成</p> <p>7.3 パイロット地域におけるデータ収集</p> <p>7.4 障害情報システムの試験的活用</p> <p>7.5 情報システムの活用のための広報及び研修の実施</p> <p>8. パイロット地域の成果が国内に普及する。</p> <p>8.1 パイロット地域の経験の取りまとめ</p> <p>8.2 国内普及ワークショップ・セミナーの実施</p> <p>8.3 国内普及のための実施研修の実施</p> <p>8.4 一般的及び専門的なメディアを通じての広報活動</p>			
--	--	--	--

添付資料3 ワークショップ概要録 (サンカルロス) : Resultado de Taller en San Carlos

19 de agosto, 2005

Área de trabajo

Grupo 1

Objetivo	Acciones	Recursos comunales	Responsables	Recursos Inexistentes
1. Disponer de diagnósticos de instituciones que cuentan con el servicio de rehabilitación	<p>1.1 Elaborar un inventario de las instituciones que cuenta y/o ejecutan el servicio de rehabilitación</p> <p>1.2 Identificar las instituciones que brindan servicio de apoyo al servicio de rehabilitación</p> <p>1.3 Elaborar un directorio de las institutos organizaciones y servicios de apoyo presentes en la comunidad</p> <p>1.4 Identificar 1/2 comunicación masiva existentes en la RHN</p>	Z.E.E. (Sistema de comunicación e informe)	<p>CNREE Regional</p> <p>CCSS</p> <p>Min. Salud</p> <p>ONG</p> <p>MEP</p> <p>Defensoria hab</p> <p>Municipalidad</p> <p>Ministerio trabajo</p> <p>INS</p> <p>INA</p> <p>IMAS</p> <p>Universidades</p> <p>1/2 Comunicación</p>	<p>Consolidaciones de un equipo gestor y coordinador para mejorar los servicios de rehabilitación</p>

			instituciones)			
2. Establecer de red de apoyo intersectorial e interinstitucional para mejorar los servicios de rehabilitación	2.1 Coordinar con la red de instituto (pastoral socia) y Cons Regional para que se incluya este proyecto dentro de l plan de w.	RED institucional Con regional				
Divulgar a través de los medios de comunicación los diversos servicios de rehabilitación con que cuenta la RHN, los derechos, y deberes legislación vigente	Diseñar boletines, micro programas radio/TV espacios en plionios Inform. tanto de la región como las instituciones	Radio, TV, diarios boletines Inform. en institutos Internet				

Grupo 2

Objetivo	Acciones	Recursos comunales	Responsables	Recursos Inexistentes
Diseñar un protocolo de atención	Realizar un diagnostico del servicio de rehabilitación que brinda cada organización por discapacidad Formulación del protocolo Validación del protocolo	Imprenta privada divulgación interinstitucional	MEP CNREE ONG Ministerio de salud Municipalidad Cruz roja	Personales capacitadas en rehabilitación Coordinación interinstitucional Recursos económicos

	Impresión del protocolo Divulgación del protocolo			
Facilitar espacios y equipos idóneos para servicios de rehabilitación	Determinar los recursos con relación a equipo y espacios existentes en cada institución con que se cuenta para garantizar la rehabilitación para PCD Formular proyecto de acción para cubrir las necesidades	Infraestructura en cada comunidad Fuerzas vivan de la comunidad	Personal de cada institución	

Grupo 3

Objetivo	Acciones	Recursos comunales	Responsables	Recursos Inexistentes
2. Fortalecer los servicios de rehabilitación				
2.1 Ayudas técnicas	Promoción de instituciones que prestan o brindan ayuda técnica	Medios de comunicación locales	CCSS Club de leones IMAs SILOR/CNREE JPS	Presupuesto insuficiente Recursos humano limitada (para toda la región)
Infraestructura	Determinar necesidades para contra con diagnostico que	Cada entidad aporte sus	Todos institutos	Recursos humano y equipo técnica limitada

	señales prioridad des solicitar y recordar a instituciones cumplimiento ley 7600	necesidades para proceso de prioridacion	para procesar información
2.2 Concientizacion y capacitación técnicas idóneas de los recursos humanos	Divulgación a través de medios de comunicación locales	Radios culturales Prensa escrita local	La acciones concreta 2006 Presupuesto Recursos humano
2.3 Coordinación interdisciplinaria	Protocolos de atención para rehabilitación	Relación personal entre funcionarios/ rias	Protocolos coordinación Líderas en coordinación
	Recordar a Institutos responsabilidad conjunta con demás instituciones		

ワークショップ概要録 (ペレセレドン) Resultado de Taller en Pérez Zeledón
22 de agosto, 2005

Área de trabajo

Grupo 1 Fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional

Objetivo	Acciones	Recursos comunales	Responsables	Recursos Inexistentes
1.1 Fortalecer los enlaces de apoyo y coordinación entre las instituciones para mejorar los servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> - Conformar de la comisión regional para la rehabilitación según la legislación - Sistematización del comunal (estadísticas institucional) - Fortalecer el CNREE a nivel regional mediante la integración de la comisión cantonal de rehabilitación. <p>Esta se integra con las asociaciones u organizaciones comunales y las instituciones estatales.</p>	<p>Infraestructura (EBAIS, CNREE, Escuela. Enseñanza especial) Presencia institucional Presencia de ONG</p>	<p>CCSS MEP INA Universidades MTSS MS ASOPAFAM Hogar Emunuel Ejercito de Salvación</p>	<p>Profesionales Técnicos Vehículos Equipos técnicos Operacionalizar el marco jurídico</p>
1.2. Crear un sistema	Crear un centro de	Infraestructura	UNA	Servidor

información y comunicación oportuna, accesible, comprensible y veraz para la toma de decisiones bajo la lógica CIF	información en CNREE	Profesionales capacitados	INA ONG Colegios Técnicos	Equipo Profesional
--	----------------------	---------------------------	---------------------------------	--------------------

Grupo 2 Fortalecer los servicios de rehabilitación centrados en los derechos humanos de la población con discapacidad

Objetivo	Acciones	Recursos comunales	Responsables	Recursos Inexistentes
2.1 Elaborar Protocolo de atención	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostico de protocolos - Priorizarlos - Crear comisiones según con especialista - Validación de los mismos - Difundirlos a nivel regional 	<p>Recursos humanos capacitados</p> <p>Infraestructura apropiada</p> <p>Asociaciones con discapacidad</p>	Directores regionales de cada institución	Protocolo de guía Comunicación, coordinación Red Interinstitucional
2.2 Contar con espacio adecuados y accesibles para servicio de rehabilitación	<p>Diagnostico</p> <p>Priorizar las necesidades</p> <p>Establecer un comité</p> <p>Se redacta proyecto</p> <p>Buscar los medios</p> <p>Elección del mismo</p>	<p>CNREE</p> <p>Casa del discapacitado (San Vito)</p> <p>Salones comunales</p>	Comité organizador CCSS Municipalidad IDA	Arquitectos especializados Voluntad política
2.3 Dotar de ayuda técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostico de necesidades y posibilidades 	<p>Infraestructura de Universidad</p>	CCSS ONGs	Capacitaciones Recurso humano

	<p>Prioriza la necesidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar cada una (salud) física) - Se realiza debido proceso sectores 	<p>Latina</p> <p>Fisioterapeutas</p> <p>Fisiatra</p> <p>MEP</p> <p>INA</p> <p>Asociaciones de desarrollo</p> <p>Fundaciones (Bonnie Jean)</p> <p>Escuela enseñanza espacial</p> <p>UNA</p>	<p>Personal capacitado</p>	<p>(Especialista en prótesis ferulas)</p>
<p>2.4 Sensibilizar y capacitar a los recursos humanos para mejorar el servicio de rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostico general (capacitar numero que necesitan) - Comisiones intersectoriales - Reactivar CIR - Seminarios - Tallers (sensibilización, practica) - Boletines 	<p>Estadística</p> <p>Asociaciones</p> <p>Universidades</p> <p>Personal de salud capacitada</p> <p>Educadores</p> <p>CNREE</p> <p>Imprentas</p> <p>Radio</p>	<p>CCSS</p> <p>Ministerio de salud</p> <p>MEP</p> <p>Universidad</p> <p>Municipalidad</p> <p>Iglesias</p>	<p>Grupos</p> <p>instituciones</p> <p>Mas personal capacitada</p> <p>ínter</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Charlas - Asociación de discapacidad 	<p>Prensa Iglesias Asociaciones de discapacitados</p>		
<p>2.5 Fortalecer la coordinación dentro de la institución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una comisión encargada y especializada - Brindarle adecuada capacitación - Crear una estructura sobre como se va a manejar 	<p>Recursos del resto de instituciones Leyes y motivación</p>	<p>Definidos por cada institución</p>	<p>Personal capacitado Imprenta para cada institución</p>
<p>2.6 Contar con los equipos idóneos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos que se tiene y que hace falta - Gestionar que las instituciones involucradas incluyan en su presupuesto para esto. - Fomentar espacios adecuados - Estimular la participación de empresa privada 	<p>CCSS ONG AD</p>	<p>Comisión interés AD</p>	<p>Presupuesto Comisión intersectorial</p>
<p>2.7 Desarrollar el sistema de trabajo en equipo interdisciplinario</p>	<p>Formar comisiones interdisciplinarias Estrategias de comunicación</p>	<p>Institución publico ONG</p>	<p>Institución publico ONG</p>	<p>Ausencia de red Interinstitucional comunicación</p>

		Red intersectorial					
Grupo 3 Promover la participación de las PCD en la comunidad							
Objetivo	Acciones	Recursos comunales	Responsables	Recursos Inexistentes			
3.1 Informar y sensibilizar a la PCD y sus familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a detectar la población con discapacidad a la que se dirige este objetivo. - Elaboración de una campana para divulgar e informar por medio de comunicación de la zona (radio, televisión, periódico) - Realizar taller reuniones etc. Para informar y sensibilizar a personas con discapacidad y su familia con temas principalmente sugerido por ellos mismos y además de los considerado necesarios para su desarrollo como persona dentro de la comunidad 	<p>Emisión de radio</p> <p>Televisora</p> <p>Periódico local</p> <p>Diferentes instituciones publicas sus instalaciones, recurso humano.</p> <p>Como equipo técnico</p>	<p>CNREE</p> <p>MEP</p> <p>Fuerza publica</p> <p>CCSS</p> <p>Cruz Roja</p> <p>IMAS</p>	<p>Imprenta publica para imprimir material de publicidad</p> <p>Estudio de grabación para campana de audio y video</p> <p>Recurso económico</p>			
3.2 Fortalecer ONGs de y para	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las ONG de la 	CNREE como	CNREE	Recursos económico			

las PCD	<p>región sobre sus funciones y necesidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación a ONG, basados en sus necesidades (CNREE Ministerios de trabajo Universidades) - Formar una comisión regional conformada por un miembro de las ONGs de la región 	<p>banco de las ONG de la zona</p> <p>Recursos humanos</p> <p>Equipo audio visual</p> <p>Instalaciones de entidad publico</p>	<p>Universidad</p> <p>INA</p> <p>MIDPLAN</p> <p>Ministerio de trabajo</p> <p>Junta de Protección social</p> <p>Municipalidad</p>	<p>En realidad los recursos inexistentes, como cantón en proceso de desarrollo y por ende el factor económico es necesario para poder desarrollar nos y en especial de acceso a las personas con discapacidad</p>
3.3 Sensibilización en el tema de discapacidad en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar campanas de sensibilización en los medios de comunicación de la región - Involucrar a las PCD para que realizar, visitas y ofrecer charlas a personal de instituciones y grupos para tener un mayor nivel de concientización - Realizar foros abiertos en diferentes entidades publica dirigidas a la población en general 	<p>Recursos humano</p> <p>Instalaciones de instituciones publica</p> <p>Equipo técnicos de dichas instituciones</p>	<p>ONG</p> <p>PCD</p> <p>CNREE</p> <p>Radio comunicación</p> <p>CCSS</p> <p>Ministerio de salud</p> <p>MIDEPLAN</p> <p>Ministerio de trabajo</p>	<p>No se cuenta con recurso económico que permite la realización de la divulgación en general desde toda las áreas</p>

ワークショップ概要録 (プンタレナス) Resultado de Taller en Puntarenas

23 de agosto, 2005

Área de trabajo

Grupo 1 Fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional

Objetivo	Acciones	Recursos comunales	Responsables	Recursos Inexistentes
1.1 Fortalecer los enlaces de apoyo y coordinación entre las instituciones para mejorar los servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer o crear red de apoyo - Articular servicios para atender la población con discapacidad - Coordinar esfuerzos entre áreas - Informar entre sectores los programas servicios o proyectos que cada uno posee para no repetir la atención, o la ayuda, o bien sea los servicios que se le brinda a la población en si. - Establecer mecanismos de 	<p>CNREE APECODIS</p> <p>Movimiento de participación ciudadanos lideres con discapacidad</p> <p>CR tiene una instancia que participan jerarcas de CCSS, MS, MEP, SS, INA, IMAS, CNR, INAMU, C de la persona joven</p>	<p>Directores de los institucionales regionales publicas (Todas con como 32)</p> <p>Representantes de las diversas institucionales</p> <p>Líder de la población con discapacidad</p>	<p>No hay una red de información</p> <p>Recursos humano técnico, financiero, capacitación de recurso humano</p> <p>Faltan recursos de infraestructura</p> <p>Mobiliario y equipo especializado</p> <p>Plan de articulación entre los instancias</p>

<p>1.2. Crear un sistema de información y comunicación oportuna, accesible, comprensible y veraz para la toma de decisiones bajo la lógica CIF</p>	<p>información y referencias entre sectores para que las áreas específicas conozcan si al paciente o la persona se le atiende en otro lugar y ese servicio pueda brindársele a otra persona que lo necesita.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear un banco de datos de las personas para tener información de donde es su tipo de discapacidad y si es atendida y en que área se atiende. - Generación de empleo que incluya a las personas con discapacidad. 	<p>entre otras. Federación de municipalidad del pacifico central</p>		
<p>1.2. Crear un sistema de información y comunicación oportuna, accesible, comprensible y veraz para la toma de decisiones bajo la lógica CIF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a empresarios, comunidad e instituciones la importancia de despejar las áreas de entorno para facilitar el acceso al traslado o transporte a personas con discapacidad. 	<p>Medio de comunicación: escritos, radio y otros. La población misma Las</p>	<p>La población Empresas Iglesias Instituciones Municipalidad</p>	<p>No hay plan de acción para el acceso al libre tránsito para personas con discapacidad No existen las adaptaciones estructurales en</p>

			organizaciones comunales de desarrollo (Asociaciones de desarrollo integral) Los comités de salud que existen en los barrios		carretera, edificios parques, iglesias, para PCD
--	--	--	---	--	--

Grupo 2 Fortalecer los servicios de rehabilitación centrados en los derechos humanos de la población con discapacidad

Objetivo	Acciones	Recursos comunales	Responsables	Recursos Inexistentes
2.1 Sensibilizar y capacitar a los recursos humanos para mejorar el servicio de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> Crear programa de sensibilización y capacitación en diferentes niveles, y profesionales, sistema de educación, comunidad, etc. Capacitar a las familia de la PCD para que sea insertada in la sociedad 	CNREE Municipalidad MEP Usuarios y Personas con discapacidad Empresa privada	CNREE MEP PCD Empresa privada	Presupuesto
2.2 Fortalecer la coordinación	<ul style="list-style-type: none"> Realizar comisiones 	ONG	ONG	Personal capacitado

dentro de la institución	instituciones internos a nivel local Descentralizar de los servicios	Instituciones pública y privadas PCD	Instituciones pública y privadas PCD	Instituciones regional PCD	Recursos materiales transporte financiero
2.3 Desarrollar el sistema de trabajo en equipo interdisciplinario	- Plan conjunto de realización de protocolo de atención de las necesidades de las PCD - Elaborar plan de trabajo interinstitucional	Redes institucionales PCD ONG	Redes institucionales PCD ONG	Redes regional institucionales PCD ONG	Presupuesto
2.4 Las opiniones de las PCD será reflejado en el programa de rehabilitación	- Participación activa e integración PCD a la comunidad en formación de comisiones interinstitucionales con participación de PCD pueden expresar sus necesidades para los servicios recibidos.	CNREE Sede regional Centro rehabilitación profesionales PCD Organización de y para PCD	CNREE Sede regional Centro rehabilitación profesionales PCD Organización de y para PCD	PCD Instituciones a nivel comunal Organizaciones Empresa privada	Poco profesional especializado en atención a PCD Falta centro y programa de estudios accesibles.

Grupo 3 Promover la participación de las PCD en la comunidad

Objetivo	Acciones	Recursos comunales	Responsables	Recursos Inexistentes
3.1 Informar y sensibilizar a la	- Ubicar la población con	Instituciones	Comité	Los ONGs sin recursos

<p>PCD y sus familiares</p>	<p>discapacidades (Diagnósticos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clasificar la información de los diagnósticos por PCD y necesidades. - Visitar el hogar PCD e invitarlos a talleres, charlas y otros motivando y estimulando a la participación sobre sus deberes y derechos 	<p>publicas(CCSS, MSP, MEP, otros)</p> <p>Los representantes de cada institución Representantes de cada institución como psicólogo, trabajo social, edad especial y otros</p>	<p>institucionales</p> <p>ONG</p> <p>CNREE</p> <p>Coordinador general</p>	<p>económicos</p> <p>Conocimiento previo para ejecutarlo un diagnóstico económico</p> <p>Recurso</p> <p>Coordinador general</p>
<p>3.2 Fortalecer ONGs de y para las PCD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar y concienciar a los diferentes instituciones en las diferentes discapacidades y los servicios d existen para PCD - Involucrarlos en las diferentes actividades que se ofrecen PCD 	<p>Los representantes de cada instituciones</p> <p>Los representantes de cada instituciones</p>	<p>Coordinador general</p>	<p>Coordinador general</p>
<p>3.3 Sensibilización en el tema de discapacidad en la comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que los temas se aborden en forma practica dinámica y participativa. - Valorar la necesidad de que 	<p>Los representantes de las diferentes instituciones Los</p>	<p>El coordinador</p>	<p>El coordinador</p>

	<p>sede una integración real en la familia comunidad como. Lo que puedo hacer como persona trabajador poden ser muy productivos</p>	<p>representantes diferentes instituciones</p>		
--	---	--	--	--

CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

SEDE HUETAR NORTE (San Carlos)

LISTA DE ASISTENCIA TALLER JICA

FECHA 19 DE AGOSTO 2005

#	NOMBRE	TELEFONO	INSTITUCIÓN
1	Vidal Rojas		CAIPAD
2	Rita Chavarría Mata	460-3622	CAIPAD
3	María Ruth Escobar Corredor	399-0876	CAIPAD
4	Gilda M. Gamboa Barrientos	460-0478	AYUMISANCA
5	Elvin Manuel Vargas Araya	460-3573	AYUMISANCA
6	Geovanni Carmona R.	460-1155	I N S
7	Carlos E. Acuña Villalobos	460-0858	Ministerio de Trabajo
8	Rebeca Durán Chacón	460-1278	Cámara de Comercio
9	Hilda Gamboa Aguilar	460-1800	Ministerio de Salud
10	Marilyn Gómez Arce	460-1800	Ministerio de Salud CENCINAI
11	Alejandra Sánchez Fernández	460-4043	Ministerio de Salud
12	Gilbert Arroyo Castro	460-0571	Ministerio de Salud
13	Alberto Castro Sandí	233-7033	Capacitación Cruz Roja
14	Eduardo Mora Gómez	460-7880	Cruz Roja C.Q.
15	Antonieta Ugalde Duran	460-1606	CNREE
16	Gerardo Antonio Rojas Quesada	460-8409	CASPAD
17	Marlene Carrillo Ulate	475-5534	Mujeres Ambientalistas
18	María Isabel Alvarado		
19	Rodolfo González Miranda	460-3899	MEP de San Carlos
20	María Isabel Elizondo Mora	460-3255	MEP de San Carlos
21	Laura Navarro Rodríguez	460-9313	Defensoría RN.
22	Yamilith Uralte Chaves	401-1374	CAIPAD-FUNDAE
23	Xinia M. Chaves Salas	460-1105	IMAS – R.H.N.
24	Ana Julia Acuña Gómez	460-1347	Patronato Escuela El Carmen
25	Yeimy Blanco Morales	460-1837	Participación Ciudadana

26	Inés Lazo J.		SILOR
27	Sergio	460-4811	SILOR
28	Juan Piedra		C. Participación Ciudadana
29	Carlos R. Blanco Sánchez	460-9893	Municipalidad – MEP
30	Lic. Jhenner Araya S.	460-2284	Fundación Andes Iberoamérica
31	Nidia María Solano Jiménez	460-1286	Hospital San Carlos
32	Rita Araya Barrantes	460-4111	C E E
33	Anayancy Bonilla Mora	460-0453	Centro Educativo Especial

LISTA DE ASISTENCIA TALLER JICA
Pere Zeledón 22 AGOSTO 2005

#	NOMBRE	INSTITUCIÓN	TELÉFONO
1	Janeth Enriquez Pitti	C.N.R.E.E. – MEP	771-4028
2	Carolina Guzmán Zúñiga	C.N.R.E.E. – SILOR – MEP	771-4028
3	Yorleny Ureña Arias	C.N.R.E.E. – SILOR – MEP	771-4028
4	Kemly Jiménez Tabash	Programa Nacional del IE.	771-2140
5	Carlos Enrique Aguilar Leiva	RP. Cilladi R.	770-5293
6	Oliver Venegas Chacón		771-8430
7	Leonidas Godinez A.	SILOR	
8	Rosa Ma. Rodríguez Chanto	ASOPAFAM	771-4109
9	Vielka Vargas Montenegro	Hospital Escalante Pradilla	771-3122
10	Laura Sandí Ureña	MIDEPLAN	772-1665
11	Andrea Murillo Guerrero	MEP	826-8512
12	Ana Victora Mora Umaña	MEP – SILOR	822-3457
13	Ana Elizeth Mora B.	CAIPAD – MEP	368-9150
14	Alexis Rodríguez Madrigal	CCSS	785-0747
15	Rodolfo A. Bonilla Montero	CCSS	785-0745
16	Margarita Cubero Gómez	Escuela Sagrada Familia MEP	771-4919
17	Eladio Sancho Blanco	Municipalidad	771-8497
18	Carlos Luis Arias Villalobos	Dirección Regional ELVE, P.Z.	770-1644
19	Juan Villavicencio Cedeño	Independiente	827-0413 / 772-1534
20	Ronald Salas Barquero	UNA	365-2568 / 771-6884
21	Luz Marina Ortíz Elizondo	INA	811-0010 / 771-4130
22	Nuria Saldaño Arroyo	Directora C.E.E.P.Z.	771-0573
23	Otto Padilla Jiménez	Prof. C.E.E.P.Z.	771-0573
24	Alexis Carrillo Valencio	Comunidad	770-8201
25	Gabriela Porras Díaz	Ministerio de Educación	834-8164

		Pública	
26	Yilda Peraza Guerrero	MEP – OSA	367-7245
27	Marcos Anto. Gutiérrez Monge	C.N.R.E.E.	771-4028
28	Enrique Tropper Jiménez	Aréa Salud Coto Brus	775-3310
29	Oldemar Calderón F.	Escuela Sinaí	
30	Eliza Arias Salazar	Fundación Bonnie Jean Laughts	771-9558
31	Olga Castro Rivera	C.N.R.E.E.	771-4028
32	Roxana Valverde Fallas	C.N.R.E.E.	771-4028

**LISTA DE ASISTENCIA
CAPACITACIÓN JICA-CNREE Puntarenas**

Martes 23 de Agosto de 2005

#	NOMBRE	INSTITUCIÓN	TELÉFONO
1	Lina Kelly Johnson	CNREE	
2	Yancy Jiménez Zarate	CCSS	
3	Mauricio Rodríguez Monge	ASOPAPEDI	
4	Carlos Sáenz	Centro CAIPAD	
5	María Elena Monge S.	ASOPAPEDI	
6	Enrique Rodríguez Cisneros	CNREE	
7	Wataru Yamamoto	JICA	
8	Willie Jaikel Gazel	Ministerio de Salud	
9	Sonia Ramírez Villalobos	Ministerio de Trabajo	
10	Noldan Guevara Guevara	Ministerio de Trabajo	
11	Francisco Miralles García	Prof. De Sordos Educación	
12	Haideé Quirós Sánchez	DREP	
13	C. Roy Campos A.	Esparza	636-8426
14	Guisella Vargas Elliott	Docente Educ. Esp. ERIP.	
15	Yamileth Elizondo Soto	Municipalidad	661-6720 / 663-2207
16	Benigna Castrillo Sánchez	Equipo Regional Itinerante A.C.	367-2684 / 664-9113
17	Ma. Adelaida Baltonado Villareal	APPECODIS	
18	Lic. Juan E. Cascante Cortés	Abogado	639-9724 / 642-8065
19	Victoria Bustos Barrantes		

