

目 次

序 文
地 図
写 真
略語表

事業事前評価表

| | |
|----------------------------------|----|
| 第 1 章 事前調査団の概要 | 1 |
| 1-1 調査団派遣の経緯と目的 | 1 |
| 1-2 調査団の構成 | 2 |
| 1-3 調査日程 | 3 |
| 1-4 主要面談者 | 4 |
| 第 2 章 協力分野の現状と課題 | 5 |
| 2-1 障害者法制の状況と執行状況 | 5 |
| 2-1-1 関係法律 | 5 |
| 2-1-2 政策 | 5 |
| 2-1-3 法律・政策の執行状況 | 7 |
| 2-2 リハビリテーションにかかる主要官庁の役割 | 7 |
| 2-2-1 国家リハビリテーション・特殊教育審議会（CNREE） | 7 |
| 2-2-2 その他関係省庁 | 9 |
| 2-3 コスタリカにおけるリハビリテーションサービスの現状 | 11 |
| 2-3-1 医療セクター | 11 |
| 2-3-2 職業セクター | 15 |
| 2-3-3 教育セクター | 16 |
| 2-3-4 社会セクター | 17 |
| 2-3-5 各セクター間の連携状況 | 18 |
| 2-4 ブルンカ地方におけるリハビリテーションサービスの現状 | 18 |
| 2-4-1 ブルンカ地方の概要 | 18 |
| 2-4-2 リハ審議会ブルンカ支部の概要 | 19 |
| 2-4-3 医療セクター | 20 |
| 2-4-4 教育セクター | 22 |
| 2-4-5 職業セクター | 24 |
| 2-4-6 NGO による障害者支援活動 | 26 |
| 2-5 ニーズ調査結果概要 | 28 |

| | | |
|------|---------------------------|----|
| 第3章 | 技術協力プロジェクトの基本計画 | 29 |
| 3-1 | 基本方針 | 29 |
| 3-2 | 協力の枠組み | 30 |
| 3-3 | スーパーゴール | 30 |
| 3-4 | 上位目標 | 31 |
| 3-5 | プロジェクト目標 | 31 |
| 3-6 | 成果(アウトプット)および活動 | 32 |
| 3-7 | 投入 | 35 |
| 3-8 | 外部条件 | 36 |
| 3-9 | JOCV およびその他のスキームとの連携 | 37 |
| 第4章 | プロジェクトの評価 | 38 |
| 4-1 | 妥当性 | 38 |
| 4-2 | 有効性 | 41 |
| 4-3 | 効率性 | 42 |
| 4-4 | インパクト | 42 |
| 4-5 | 自立発展性 | 43 |
| 4-6 | 評価の結論・協力実施にかかる留意点 | 43 |
| 第5章 | 団員所感 | 45 |
| 5-1 | 小野団長所感 | 45 |
| 5-2 | 上田団員所感 | 46 |
| 5-3 | 上野団員所感 | 48 |
| 第6章 | 実施協議 | 50 |
| 6-1 | 実施協議の概要 | 50 |
| 6-2 | 実施協議および署名式出席者 | 50 |
| 図表 | | |
| 図1 | 国家リハビリテーション・特殊教育審議会組織図 | 9 |
| 表1 | 医療リハビリテーションのタイプ別実施体制と該当施設 | 13 |
| BOX1 | : コスタリカ医療セクターにおけるレベルごとの役割 | 14 |
| 表2 | リハ審議会ブルンカ支部職員の業務内容一覧表 | 19 |
| 表3 | ブルンカ地方における NGO 活動の概要 | 27 |
| 表4 | マニュアルの想定される内容 | 34 |
| 表5 | 対象地域比較表 | 40 |

添付資料

| | |
|--|-----|
| 1. ミニッツ（和文・西文） | 53 |
| 2. R/D（和文・西文） | 79 |
| 3. コスタリカ国に対する障害者支援分野におけるこれまでの 協力および調査実績 | 114 |
| 4. 第5回リハビリテーション JOCV 広域セミナープログラム | 115 |
| 5. 面談者リスト | 117 |
| 6. 法令第 7600 号「障害者に対する機会均等法」 | 119 |
| 7. ニーズ調査結果 | 123 |
| 8. JOCV の要請案 | 139 |
| 9. コミットメントレター（和文・西文（原文）） | 141 |
| 10. プロジェクト関係機関図 | 154 |

第1章 事前調査団派遣の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

コスタリカ共和国（以下「コスタリカ国」と記す）においては、1973年の国家リハビリテーション・特殊教育審議会の設立、1996年の障害者機会均等法の施行、1998年国勢調査による障害者人口の把握（総人口の5.4%）など、障害分野においてさまざまな取り組みを実施しているが、制度・政策面と現実の間には大きなギャップが存在するのが現状である。とりわけ、障害者を対象としたサービスの地域格差は深刻で、地域レベルでのサービスの脆弱性が指摘されている。より具体的には、障害者に対するサービスを提供する人材の不足、提供されているサービスの質・量の問題、地域住民の障害者に対する意識などが指摘できる。

当機構はコスタリカ国に対し、障害者支援分野のボランティア派遣および本邦研修員受入を中心に、15年以上の協力実績を有する¹。しかしながら、これらの取り組みにもかかわらず、総合的なリハビリテーションサービスの改善が見られなかったことから、2002年度に青年海外協力隊巡回指導調査団を派遣し、問題分析が行われた。その結果、リハビリテーションの各セクター（医療、教育、職業、社会）における連携が脆弱である点が問題として認識され、2002年度より5年間の計画により、さまざまな専門職の従事者の参加による「リハビリテーションのサービスの質の改善」を目指したセミナーが開催されることとなった。なお、同セミナーは青年海外協力隊の広域研修²として開催されている。それらのセミナーを通じ、(1)地域の情報共有およびリソースの共有を促進するためのリハビリテーションセクター間の連携不足、(2)障害者の自立生活を促すためのリハビリテーションチームワークおよび技術レベルの不足、(3)障害当事者の脆弱性および障害者の参加を促すコミュニティ全体の意識不足の、大きな3分野の問題認識をコスタリカ国側と共有するにいたった。

2005年には、「社会的弱者(障害者)支援分野」プロジェクト形成調査、在外基礎調査が実施され、JOCV広域セミナーの終了後の協力の可能性について検討を行った。これまでの協力および調査実績については、添付資料3参照。

上記の経緯を踏まえ、コスタリカ国政府は、医療のみならず、教育・職業・社会分野を総合的にとらえたリハビリテーションのモデル形成をパイロット地域で実施することを目的として、コスタリカ国はわが国に支援を要請したものである。

このたび、プロジェクトを開始するにあたり、以下の目的で調査団を派遣した。

- (1) 本プロジェクトの要請内容を確認し、当該分野の現況について調査を行う。

¹ 1979年に理学療法士が派遣されたことに始まり、2005年度までに延べ52名のボランティアが同国へ派遣されている。

² 派遣中の協力隊員の技術向上を目的として実施されるもの。本広域研修には、中米・カリブ諸国から参加がある。各協力隊員のカウンターパートも一緒に参加した。

- (2) プロジェクト実施の前提条件（実施・責任体制、両国の負担事項等）、協力内容（PDM・PO案）について協議し、取りまとめる。
- (3) 評価5項目の観点から協力内容の評価を行い、コスタリカ側との合意事項を議事録（ミニッツ）に取りまとめる。
- (4) 帰国後、調査結果に基づき、事前調査報告書および事業事前評価表を作成する。

1-2 調査団の構成

| 担当分野 | 氏名 | 所属 | 期間 |
|--------|--------|-------------------------|------------|
| 総括 | 小野 喜志雄 | JICA 人間開発部技術審議役 | 11/21-12/7 |
| 医療リハビリ | 上田 敏 | 日本障害者リハビリテーション協会顧問 | 11/19-12/4 |
| 就労/教育 | 上野 博 | リサイクル洗びんセンター総務部 | 11/21-12/7 |
| 協力企画 | 木下 真理子 | JICA 人間開発部第二グループ社会保障チーム | 11/21-12/7 |
| 評価分析 | 長町 昭 | コンサルタント、国際開発高等教育機構事業部次長 | 11/14-12/7 |

※ 本調査団の派遣中、並行して JOCV 広域セミナーが開催され JOCV 事務局からの以下の調査団が派遣されており、今後の技プロと JOCV との連携可能性について検討するために一部日程を同行した。

| 氏名 | 所属 | 期間 |
|-------|-------------------------------|------------|
| 富岡 詔子 | JICA 青年海外協力隊事務局技術顧問 | 11/18-12/1 |
| 近藤 貴之 | JICA 青年海外協力隊事務局海外第一グループ中南米チーム | 11/18-12/1 |

1-3 調査日程

調査期間：平成18年11月14日（火）～12月7日（木）

※ 評価分析以外の団員は11月21日（火）～12月7日（木）に派遣。

| 日 | 訪問先 | 宿泊先 |
|----------|---|--------|
| 11/14（火） | コンサルタント団員（成田→サンホセ） Narita-Houston（17:30-14:10） Houston-San Jose（17:55-21:41） | サンホセ |
| 11/15（水） | JICA コスタリカ駐在員事務所打合せ リハ審議会本部訪問 | ペレセレドン |
| 11/16（木） | ペレセレドンへ移動 リハ審議会支部訪問 ブルンカ地方 NGO との問題分析 教育セクターとの問題分析（養護学校にて） | |
| 11/17（金） | 社会セクターとの問題分析 職業セクターとの問題分析 保健医療セクターとの問題分析 | |
| 11/18（土） | 当事者グループとの問題分析 上田団員（成田→サンホセ ※翌朝着） Narita-LosAngeles by JL 062（17:20-9:55） | |
| 11/19（日） | LosAngeles -San Jose by LR 605（1:20-9:00） 資料整理 | |
| 11/20（月） | リハ審議会ブルンカ支部にて協議 サンホセへ移動 | |
| 11/21（火） | JOCV 広域セミナー（上田団員による講演） ※詳細は添付資料4を参照 官団員（成田→サンホセ ※翌朝着） Narita-LosAngeles（17:20-9:55） | サンホセ |
| 11/22（水） | 官団員サンホセ着 LosAngeles -San Jose（0:55-9:55） セミナー参加 | |
| 11/23（木） | 統合教育人材センター（教育省）視察 脳性まひ総合療育センター（養護学校）視察 国立リハビリテーションセンター視察 リハ審議会理事会メンバーとの協議 | |
| 11/24（金） | 国立リハビリテーションセンターとの協議 INS リハビリテーションセンター視察 リハ審議会本部との協議 国立精神病院/リハ審議会本部との協議 大統領府障害アドバイザーとの面会 | |
| 11/25（土） | ペレセレドンへ移動 障害当事者宅訪問 グループホーム（NGO/ASOPAFAM）訪問 | ペレセレドン |
| 11/26（日） | 団内協議 | |

| | | |
|-----------|---|---------------|
| 11/27 (月) | ペレセレドン養護学校視察 リハ審議会支部理学療法プログラム視察 CAIPAD プログラム (NGO/ASOPAFAM) 視察 教育省技術高校 (職業訓練) 視察 ボニーゼン基金視察 エスカランテ プラディージャ病院との協議 リハ審議会支部との協議 | |
| 11/28 (火) | Ciudad Cortes (OSA 郡) へ移動 教育省理学療法プログラム Tomas Casa 病院 (第2次レベル) 視察 ペレセレドンへ移動 | |
| 11/29 (水) | JICA-CNREE 共催ワークショップ (参加者 95 名) サンホセへ移動 | サンホセ |
| 11/30 (木) | リハ審議会本部、理事会との協議 教育省との協議 | |
| 12/1 (金) | 社会保険公庫との協議 労働省との協議 リハ審議会本部との協議 | |
| 12/2 (土) | 資料整理 上田団員帰国 (4日成田着) | |
| 12/3 (日) | 資料整理 | |
| 12/4 (月) | ミニッツ協議、署名 JICA コスタリカ駐在員事務所報告、コスタリカ日本国大使館報告 | |
| 12/5 (火) | 全団員 (サンホセ→成田) San Jose-Houston by CO 1490 (13:55-17:47) | 航空会社提供 ホテル |
| 12/6 (水) | Houston-Narita by CO 007 (10:45-翌 15:45) | 機中泊 |
| 12/7 (木) | 15:45 成田着 | |

1-4 主要面談者

主要面談者を添付資料 5 に示す。

第2章 協力分野の現状と課題

2-1 障害者法制の状況と執行状況

2-1-1 関係法律

1971年12月の第26回国連総会2856決議「知的障害者の権利宣言³」を受け、コスタリカ国では同年に国家リハビリテーション・特殊教育委員会（Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial）が創設された。

1973年には同委員会が基礎となり、法令第5347号「国家リハビリテーション・特殊教育審議会（Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial（CNREE）、以下「リハ審議会」）設置法が施行され、リハ審議会が設置された。

さらに、1996年の米州障害者差別撤廃条約成立をうけ、同年、法令第7600号「障害者に対する機会均等法」が制定され2003年から施行された（添付資料6参照）。同法は障害者に対するあらゆる差別の撤廃、障害者の機会均等および社会参加の保障を目的としており、現在コスタリカ国におけるもっとも基本的な法律となっている。同法により、社会保険公庫（CCSS）および国立保険庁（INS）が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ことを義務づけている。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を義務づけている。

法令第7092号「障害者雇用主の特権法」より、障害者の雇用を促進している。障害者雇用を行った企業に対し、バリアフリーや障害者のための補助具購入のための補助金を与える制度である。ただし、あまり機能しておらず、ほとんど行われていない。

2-1-2 政策

(1) 国家開発計画

2007年1月に発表されたオスカル・アリアス新政権（2006年5月就任、任期4年）の国家開発計画は、「人間開発」の理念前提にうたわれており、障害者支援分野に関しても、開発課題の中に横断的に取り込まれ、全セクターにおける支援強化を目指しているといえる。また、開発計画社会政策分野にて、補助金の増加および雇用機会創出を通じた障害者の貧困削減、障害者教育機会の促進、教育分野におけるバリアフリー（情報、建物、カリキュラム適合等）促進、保健医療分野のバリアフリー（建物、人材育成、情報、第1次医療レベル強化によるアクセス増大）、障害者の参加を促進するための科学技術の促進につ

³ 英語名は”Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons”。当時は「精神薄弱者の権利宣言」と訳されたが、現在は「知的障害者の～」と呼称する。

いて具体的に言及されている。

(2) 国家保健政策

2003年3月に厚生省が発表した国家医療保健政策では、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。医療リハビリテーションに関わる行動計画としては社会保険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つをあげている。

障害者に対する取り組みについては障害者の機会均等(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、その達成のために以下のとおり7つをあげている。

- ① 医療システムの第1レベル(診療所および総合ヘルスケア基礎チーム(EBAIS))の強化を通し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(ICF⁴)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; Community-based Rehabilitation)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かかる目標・課題の設定、評価およびフォロー
- 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 障害者の職業訓練および社会統合プログラムの実施

(3) 国家障害政策 2001~2010

リハ審議会は、その創設法令の権限と法令7600号のもとに、「国家障害政策2001~2010」を2000年に策定した。同政策は、主に機会均等、非差別、参加、アクセス、ならびに個人の自立に基礎を置くものであり、次の4つから成る。①制度の改善、②生活の質とアクセスの向上：教育、保健(地域社会を基礎としたケア戦略の強化)、労働、社会保障と家族、移動と交通、文化、スポーツ、レクリエーション、情報、コミュニケーション、バリアフリー、観光。③市民参加、障害者組織による参加、④研究と協力である。

⁴ International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類(直訳すると生活機能・障害および健康の国際分類)。WHOが2001年に定めた障害に関する分類法。ICFにおいては、「生活機能」を重視し、「背景因子」と「健康状態」が相互的に影響を与えているとする。

2-1-3 法律・政策の執行状況

上述のとおり、法律・政策面においては、障害者のリハビリテーションにかかわる制度整備が近年進められているが、実際の障害者に対する交通手段等のバリアフリー、社会サービスの実態は不十分であり、特に地方における障害者施策は機会均等とはかけ離れた状況にある。

2-2 リハビリテーションに係る主要官庁⁵の役割

2-2-1 国家リハビリテーション・特殊教育審議会（略称 CNREE、以下リハ審議会）

本プロジェクトの実施機関であるリハ審議会の概況は以下のとおりである。

(1) 組織

リハ審議会は中央本部を首都サンホセ市に構える。審議会の 2005 年 8 月時点のスタッフ数は 95 名である。意思決定機関は理事会であり、事業は執行部が行う。執行部の下に技術部が置かれ、公共政策・住民参加促進、組織強化、地域福祉、情報コミュニケーション、地方本部の各担当が置かれている（図 2-1 参照）。地方支部は、国内 8 か所（セントラル、ウエタル・アトランティカ、ウエタル・ノルテ、チョロテガ、パシフィコ・セントラル、ブルンカ、セントラル・オクシデンテ、セントラル・オリエンテ）に置かれている。理事会は、厚生省、教育省、職業訓練センター（INA）、労働社会保障省、社会保険公庫（CCSS）、国立保険庁（INS）、社会協力機構（IMAS）、ソーシャルワーカー協会、善意の企業協会、コスタリカ大学（UCR）、ソーシャルワーカー協会、障害児を持つ親の会、民間企業、障害当事者団体からそれぞれ正副の理事各 1 名が理事として参加し、理事長は理事の互選により選ばれる。なお、同審議会を所掌するのは大統領府であるが、予算は厚生省から配賦されている。2007 年度からは予算を含め大統領府所掌に一元化される模様。

(2) 予算

同審議会の 2006 年度の年間予算は 21.15 億コロン（約 410 万米ドル）である。なお、その他の予算としては、障害者の共同生活プログラムに対し、たばこおよびアルコール税の 5%が同審議会等を通じて支給されている。

⁵その他、実際には NGO がサービスプロバイダーの役割を担っているケースも多い。全国で 104 の NGO がリハ審議会に登録しており、その半分以上がサンホセ県に集中している。障害者支援 NGO のほとんどが、リハ審議会、社会保険公庫（CCSS）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などを行っている。

(3) 役割と主な活動

リハ審議会は障害者の機会均等化を目的に、リハビリテーションと特殊教育を行う機関間の調整・助言・指導などを行うほか、地域に根ざした障害者支援を目指し、さまざまなプログラム(特に社会リハビリテーション)の実施機関としてサービス提供を行っている。具体的には、全国の障害者とその家族、障害者関連組織、政府間および自治体などを対象の人材育成、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である。ただし同審議会自体は医療や職業分野のリハビリテーションを実施する機関ではない。

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16万人が登録されていたが、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がたい状況にあるため、現在は停止中である。

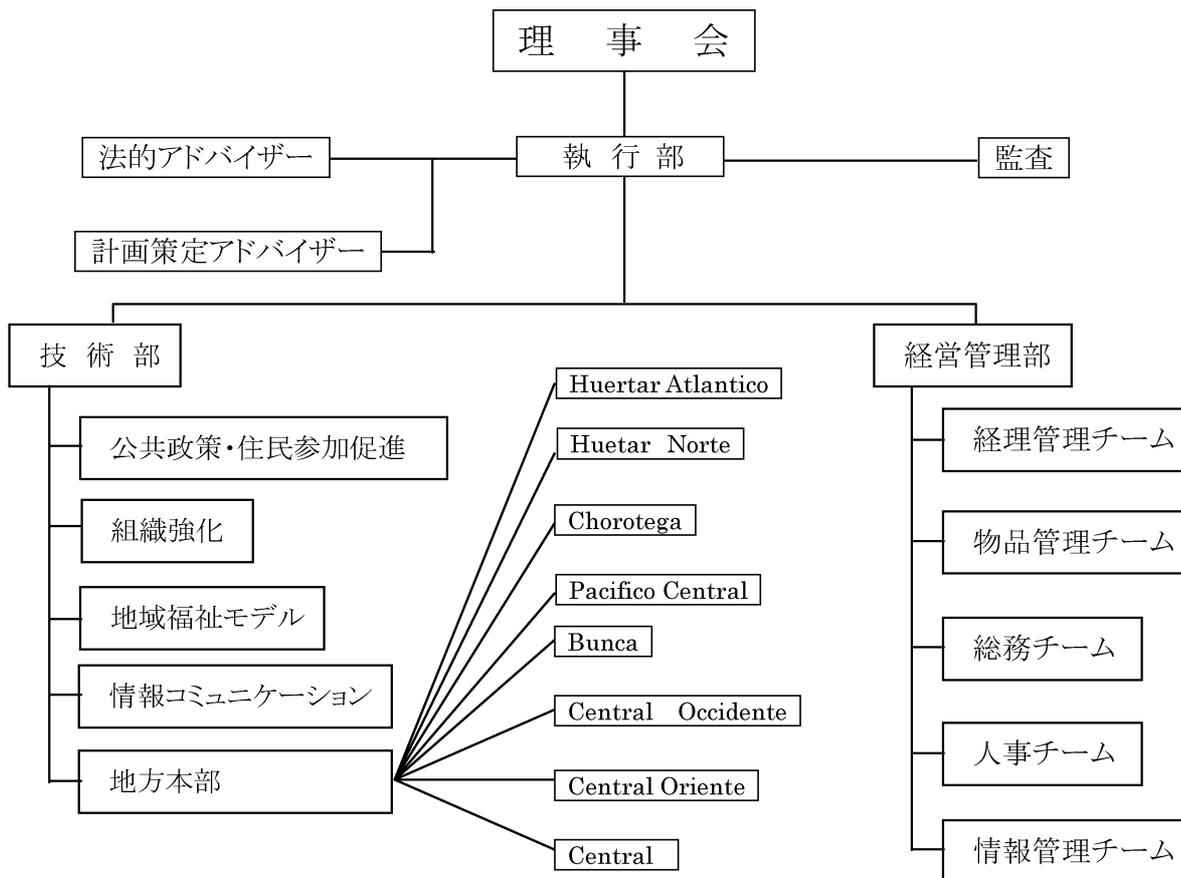


図 2-1 国家リハビリテーション・特殊教育審議会組織図

2-2-2 その他関係省庁

(1) 厚生省

厚生省はコスタリカ国における医療リハビリテーションの政策担当機関であり、医療リハビリテーションの実施機関は、社会保険公庫（CCSS）および国立保険庁（INS）である。

(2) 社会保険公庫（CCSS）

社会保険公庫は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実施機関である。社会保険公庫の加入者（被雇用者および雇用主）に無料でサービスを提供している。ただし、農民や季節雇用者等は通常加入していない（任意加入は可能だが費用がかかる）。

なお、社会保険公庫は、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 人に対して月額 8 万 9,000 コロン（約 185 米ドル）、また、身体障害者約 2 万 4,000 人に対しては月 1 万 5,000 コロン程度（約 30 米ドル）の年金を支給している。

(3) 国立保険庁 (INS)

国立保険庁の病院では、労災、交通事故および学校就学中の事故などに対応し国立保険庁の保健がカバーする患者の治療を行っている。国立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。

同庁のリハビリテーションは、保険の限度額を超えてしまうと継続できないため、通常保険適用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られ、リハビリテーション施設のある社会保険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 カ月程度も待つ場合もあり問題となっている。

(4) 教育省

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）、通級指導により特別な支援を必要とする障害児に対するカリキュラム適応、養護教師の派遣システム、普通校に対する障害児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（CAIPAD）などが実施されている。

首都サンホセにおいては、総合教育人材育成センターが、地方においては全国 20 カ所にある教育省地方事務所の特殊教育アドバイザーが、障害児に対する教育プログラムの促進、調整、助言を行っている。

(5) 労働社会保障省

労働社会保障省には、障害担当部局が 1999 年に設立され、担当者を 2 名配置している。労働省の役割は、障害者の就労を支援し促進するものであるが、実際雇用するのは企業の責任であるとのこと。雇用主、学生に対する指導、障害当事者に対する相談、差別・苦情に対する介入などの活動を実施している。障害者雇用に関する個別の統計は行っていないが、国勢調査では障害者の就労についての調査をしている。

雇用率制度については、過去に議員立法で法案が提出されたが採択はされなかった。現在のアリアス政権は雇用率制度導入に積極的で、労働省担当官と障害者作業所を運営している NGO が制度研究のためにスペイン、メキシコを訪問しているとのこと。

障害者雇用事業所への優遇措置として、障害者へ支払った給料の倍額を費用として認め課税負担を軽減する制度（法令第 7092 号）、障害者雇用のための事業所改善費用の補助制度もあるが、実際はあまり活用されていない。同制度普及のために 290 社を訪問して宣伝するなどの取り組みを実施している。

障害者担当官は障害関係のすべての業務を取り扱っており、省内障害委員会への技術的なアドバイス、事業主への雇用促進セミナーの実施等を行っている。

(6) 地方自治体

法令第 7600 号によると、地方自治体は、障害者の機会均等を推進するために、公共および民間機関の行う障害者支援活動の実施支援および評価を行う義務を有している。また、この法令の詳細規定によると、地方自治体はその地域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づけられており、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、住民支援の一環として、障害児へのアドバイスや奨学金の供与など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ないことから、関連事業予算確保も十分に行われていない。上述のデータベースについてはほとんど行われておらず、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の限られた事業が実施されているにとどまり、法令の規定を部分的にしか満たしていない。

2-3 コスタリカにおけるリハビリテーションサービスの現状

2-3-1 医療セクター

医療リハビリテーションサービスに関する課題と問題点としては、「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(以下「在外基礎調査」という)」において以下のとおり指摘されている。

- 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
- ② 医療リハビリテーションの技術レベルが低い
- 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

コスタリカ国においては、リハビリテーション従事者が不足しており、訓練と訓練の間が 3 カ月以上空いてしまうケースもあり、十分なリハビリテーション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。

さらに医師による適切な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づけが行われていないため、腰痛症など第3次治療は不必要と思われるような患者にもリハビリテーションが行われている。その結果、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。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、多くの障害者は必要なリハビリテーションサービスを受ける機会がない。社会保険公庫もこのような問題を認識しており、レベル別にリハビリテーションサービスを分類し、適切な場所で適切なサービスが行われる体制が必要であるとしている。

以下、リハビリテーションの医療セクターを担当している社会保険公庫、国立保険庁、教育省の各サービス状況の概略を示す。

(1) 社会保険公庫

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名および助手25名）のリハビリテーションスタッフが年間約8,000人⁶に対しリハビリサービスを行っている。

推計によるとコスタリカ国には2万8,000人余りの身体障害者⁷が存在しているが、そのうちリハビリテーション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の不足が指摘される。

社会保険公庫の実施しているリハビリテーションは、タイプA～Cに分けられる。概略は表2-1のとおり。

⁶ コスタリカで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。通常平均1年で1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1500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%）、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割をし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%）、脳卒中（10.7%）と続いている。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。

⁷ 2000年の国勢調査は障害について調査した初めてのものであり、数字には不備も指摘されている。なお、この身体障害とは、日本でいう肢体不自由のことである。

表 2-1 医療リハビリテーションのタイプ別実施体制と該当施設

| タイプ | 実施体制 | 該当施設 |
|-------|---|---|
| タイプ A | リハビリテーション専門医、理学療法士、補助員がチームとして独立して診療を行う | 2カ所 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 |
| タイプ B | リハビリテーション専門医と理学療法士が他の診療科（整形外科など）の助けを得ながら診療を行う | 16カ所の地方病院および診療所 |
| タイプ C | 理学療法士のみ配置。他の診療科に頼って診療を行う | 2カ所の首都圏の病院と1カ所の診療所、および7カ所の地方病院 |

※ 第2次および第3次レベルの病院は全国で42カ所あるが、リハビリテーションサービスが行われているのはその3分の2の28カ所であり、その7割は首都圏に集中している。

リハビリテーションの技術に関しては、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す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。

このような問題に対し、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。コスタリカ国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あげている。

また、在外基礎調査によると、必要のない患者が第3次レベルに押し寄せてしまい、適切な場所が適切な対応をできていないという課題が指摘されている⁸。医療リハビリテーションの階層については、BOX1を参照。その他障害当事者が自分で行う、自己訓練マニュアルを作成し研修を行う必要性も指摘されている。自己訓練マニュアルは障害者の家族も手伝えることができるものであり、日常生活行為（ADL）に合わせ、生活の質の向上を目指すものである。

⁸ 国立リハビリテーションセンターの外来患者の6割以上は、第1次レベルもしくは自己訓練での対応が可能だと考えられる。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はじ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。

BOX1：コスタリカ医療セクターにおけるレベルごとの役割

1) 第1次レベル

障害の予防・発見が主な目的。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、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（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、予防活動などを行っている。EBAISは医師1名、准看護師1名、プライマリーヘルスケア補助技師（ATAPS）1名以上で構成され、1EBAISは平均3,500人の住民を担当する。

住民は病気になると、居住地を担当するEBAISで初回の診療を受け（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ではATAPSが地域住民を巡回し、予防接種を行うなど保健に関する指導を行っている。初歩的リハビリテーションの実施もATAPSの役割の1つであるが、実際には技術がないためリハビリテーションは実施されていない。

2) 第2次レベル

軽度の身体機能の回復や姿勢の改善を行う。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、リハビリテーションサービスの行われている病院は限られている。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、全国から首都サンホセの国立リハビリテーションセンター（CENARE）に送られる。

3) 第3次レベル

麻痺（中枢性・末梢性）やその他重度疾患に対応。8国立病院（内3つの総合病院と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帰され、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が、受け皿は十分とはいえない。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、サービスの待ち時間が長い等の問題点も指摘されている。

(2) 国立保険庁

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、そのうちの11カ所である。全国で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、言語聴覚士1名、その他13名の総勢48名のスタッフがリハビリテーションに取り組んでいる。

(3) 教育省

教育省は、本来リハビリテーションを実施する役割はないものの、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

を行っている。これは、社会保険公庫による医療リハビリテーションサービスの提供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ためである。教育省副大臣は養護学校においてPTが行っているリハビリテーションについて、PTに対するリハ医の監督指示が欠如していること、共通マニュアルが使われていないことにより、リハビリテーションの質そのものに対する懸念を表明していた。

2-3-2 職業セクター

在外基礎調査によるとコスタリカ国では18歳以上の障害者の就職率は30%であり、45%の成人障害者は就職経験がない。約65%の障害者は職を探すのは不可能である、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。職業面での障害者支援は、コスタリカ国におけるリハビリテーション4セクターの中で最も遅れた分野である。以下、コスタリカ国の職業セクターで政策整備・サービス提供を行っている労働社会保障省および教育省の取組状況を概観する。

(1) 労働社会保障省

同省は障害者の積極的雇用を促進するよう指導しているとしているが、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。同省の障害担当セクションは本省のみであり、地方には置かれていないため、地方においては各市役所が職業紹介を行っている。同セクションは雇用主に対する指導、当事者に対する相談、差別・苦情に対する介入を行っている。なお、同省はブルンカ地方に職員1名を配置している。同職員の業務は、障害者の労働条件に関する差別の監視が中心であり、障害者の雇用については何も関与していないとのことである。

(2) 教育省

教育省は法令7600号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程遠いものである。CAIPADとは、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動作（ADL）や職業訓練を中心とした教育プログラムである。制度の仕組みはわが国の小規模作業所や授産施設に類似しているが、障害者に対する工賃（給料）は支給していない。CAIPADにはA型、B型の2種類があり、利用者の障害

程度⁹が異なるため配置される職員数が異なっている。A型は軽度対象で利用者 32 人に対して 1 人、B型は中度、重度対象で利用者 16 人に対し 1 人、このほか PT、OT、ソーシャルワーカー、管理責任者等の人件費が支給される。滞在中訪問した 4 カ所の CAIPAD は、作業種目、作業密度、職員の支援内容等はさまざまであったが、総じて利用者の障害程度は軽く職業能力の高そうな人が多い。

CAIPAD が開始される前には、NGO が運営する作業所があり、そこでは民間企業からの下請けでゴミ袋の袋詰め作業等を行い、工賃を受け取っていた。しかし、賃金となれば最低賃金を守る必要があること、知的障害者のためには PT や OT による総合的なサービスを提供する必要があること等の議論があり、教育のための施設として CAIPAD が開始された。CAIPAD で働く障害者が賃金を受取れないわけではないが、教育施設であるから賃金ではなく、補助金という位置づけができるという考え方である。その他職業訓練分野としては、全国に中高等技術高校があり、さまざまな分野の職業訓練を実施している。

(3) 国立職業訓練センター (INA)

同センターは、障害者に対する職業訓練の提供も義務づけられているが、設備がバリアフリーでないため、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にとっては入学の制約ともなりがちであることから、実際にはあまり多くの障害者の受け入れができていない。

2-3-3 教育セクター

教育省による特殊教育プログラムでは、養護学校の運営や、普通学校に対する教育カリキュラム適応を実施している。2002 年には統合教育人材育成センターを開設し、統合教育を推進する姿勢を打ち出している。

カリキュラム適応とは、少しでも多くの障害児が通級指導を受け入れられることを目指すもので、①通級のための施設改善（スロープの設置などバリアフリー化）と感覚機能系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 9 万 4,000 人の障害児が何らかのカリキュラム適応を受けている。

統合教育人材育成センターは、障害児を対象とした教育の質の向上と目的に、2002 年にサンホセに開設された。統合教育に関する①情報提供、②調査、③校長、教員（養護/普通教員）、PT/OT、親に対する研修、④障害当事者、家族、教員、学校の相談窓口などの活動を行

⁹ただし、障害者手帳制度はないため障害程度認定の根拠は不明。

っている。また学校に対するアクセスチェックなども行っているとのことだが、提言に対するその後の取り組みは予算措置も含め学校側に一任されているため実施率は必ずしも高くない。また、スタッフ数の不足により、首都近辺での活動にとどまっている。

上述のサービスが提供されてはいるものの、サービスを受けられる障害児は限られており、多くの障害児は特殊教育を受けることができていない点が問題とされている。その理由は特殊教育の人材・資金不足および物理的なアクセスであり、現在約2割の障害児はまった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。物理的なアクセスについては、多くの知的・精神障害児が高校に通学しているのに対し、身体障害児は初等教育を受けるととどまっていることからみてとれる。肢体不自由児は通学が難しく、また視聴覚に障害をもつ生徒には情報の保障が十分出ない点が指摘されている。また、教育省の特殊教育プログラムは近年開始されたばかりであり、同プログラム開始前に学齢期を過ぎた成人障害者は、約9割がまったく教育を受けていない状況にある。

2-3-4 社会セクター

一般に障害者の公共機関への物理的な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ている。なお、一昨年の「障害者に対する機会均等法」改正において、輸入されるバスはすべてバリアフリーが義務づけられ、7年以内ですべてのバスがバリアフリーバスに切り替えられることになっているとのことである（教育省副大臣による）。

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に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、障害当事者およびその支援者の組織化およ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する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、視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。

2-3-5 各セクター間の連携状況

コスタリカ国の医療リハビリテーションサービスは、組織間での十分な相互調整がないままに実施されている。政策としてリハビリテーションの連絡調整をする必要があるという共通認識はあるが、実際には総合的な計画およびプログラムは具体化されていない。

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に関し、国立保険庁（INS）と社会保険公庫（CCSS）の連携は特に重要である。国立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険公庫に送られることになる。しかし、国立保険庁で利用されている電子カルテシステムは国立保険庁内でしか利用できず、国家社会保険公庫では国立保険庁と同じ患者についての情報共有は行われていないのが現状である。

2-4 ブルンカ地方¹⁰におけるリハビリテーションサービスの現状

ここでは、事前評価調査団が関係機関を訪問して行った聞き取り調査の結果を中心に述べる。

2-4-1 ブルンカ地方の概要

ブルンカ地方はコスタリカ国の南東部に位置し、首都サンホセ市から中心都市のサンイシドロ市まで135 km。南部はパナマと国境を接する。コスタリカ国の保健医療システムでは全国を6つの医療行政地方（REGION）に分け、ブルンカ地方はその1つである。

同地方の総人口は29.9万人。総面積9,528 km²。人口密度は31.3人/km²。失業率は5.9%と高く、米国へ出稼ぎの多いことで知られ、また貧困率が32%と比較的高い。主要産業はコーヒー栽培等の農業。13歳～17歳の子供の就学率は61.5%で、国平均の77.3%を下回っている。

ブルンカ地方はさらに6つの郡（CANTON）に区分されており、その内最大の郡がペレセレドン（PEREZ ZELEDON）で、人口は約12万人強である。

ブルンカ地方の障害者総数¹¹は約17,800人弱で、その3分の1の6,000人強がペレセレドン郡にいる。障害種別は、視覚障害（約2,000人）¹²、聴覚障害（約900人）、麻痺・切断（約

¹⁰ コスタリカでは「県」とは別に、地理的・文化的に結びつきの強い「地方（Region）」があり、国土は、(1)首都圏であるセントラル地方、(2)南部のブルンカ地方、(3)中央北部のウエタル・ノルテ地方、(4)太平洋岸北部のコルテガ地方、(5)カリブ海岸のウエタル・アトランティカ地方、(6)太平洋岸のセントラル・パシフィコ地方の、6地方に分割されている。公式な文書や住所、住民登録には「県」が使用されるが、各種統計や開発計画などでは、地域の類似性、アクセスの関係から「地方」を用いられることが一般的である。

¹¹ JICA 在外基礎調査（2005）

¹² 障害の定義が曖昧であるため、メガネをかければ不自由のない人もこの数に含まれているなど、統計上の不備が指摘されている。

1,000人)、知的障害(約800人)、精神障害(約500人)、その他が約1,200人となっている。しかしながら、障害者がどのようなリハビリテーションサービスを必要としているかについてのデータはなく、また、障害者の地理的な分布状況の把握も行われていない。

2-4-2 リハ審議会ブルンカ支部の概要

(1) 職員：合計7名(4名+教育省からの派遣職員3名)

各職員の業務内容については、表2-2のとおり。

(2) 支部スペース：1980年に障害者を対象としたチャリティープログラムの資金で建設された施設。スペースは広く、現在、リハ審議会事務所として機能するだけでなく、NGO事務所(ASOPAFAN)、成人障害者総合ケアプログラム(CAIPAD)に施設を貸している。社会保険公庫ペレセレドン病院リハビリテーション部のスペースに制限があるため、リハ審議会施設の一部を社会保険公庫に提供する話も進んでいる。プロジェクト開始の際には、プロジェクト執務室のスペースも確保できる(ただし、多少の改造は必要)。

表2-2 リハ審議会ブルンカ支部職員の業務内容一覧表

| 所 属 | ポ ス ト | 職 務 |
|-------------|------------|--|
| リハ審議会 職員 | 支部長(男性) | 全体統括 |
| | 技術職(女性) | 補助金支給およびNGO支援 |
| | 技術職(女性) | グループホームプログラム支援 |
| | 秘書(女性) | アシスタント業務 |
| 教育省 | 理学療法士1(女性) | リハ審議会に設置されているリハビリテーション室にて18歳までの障害者にサービスを提供している。社会保険公庫からレファラルされるケースも多い。ブルンカ地方全体から利用者を受け入れている。 |
| | 理学療法士2(女性) | 訪問リハの実施。ペレセレドン市を中心に、家庭訪問を実施している。外出が困難なケースや家庭でのサポートが特に必要な利用者を選びサービスを提供。教育省から交通費支給はないため、自己負担をしている。 |
| | 養護(女性) | リハ審議会の教室にて、早期療育を実施。 |

2-4-3 医療セクター

ブルンカ地方において医療リハビリテーションを提供している機関は、CCSS が運営するペレセレドン郡エスカランテ・プラディージャ病院（ブルンカ地方中央病院）とコルテス市にあるトーマス・カサス病院（ブルンカ地方病院）である。また、ペレセレドン養護学校で簡易な医療リハビリテーションが行われているとともに、リハ審議会ブルンカ支部内には、教育省と共同で実施している理学療法クリニックがある。

各概要は以下のとおり。

(1) エスカランテ・プラディージャ病院(地方中央病院)

ブルンカ地方の第2次医療の基幹医療機関である。

1) 職員

職員総数は1,100名であるが、そのうちリハ専門医は1名（現在は産休中）。整形外科（外傷・術後・脳神経外科（脳卒中）・小児科からの依頼が主で、リハ専門医がすべて診察してPTへ指示を出す。なお、PTは2名の女性が配置されている。

2) 施設

総合病院のほとんどの診療科を有し、ベッド数は210床。リハビリテーション科や精神科もあるが、リハビリテーション科の占有ベッドはない。施設整備に関しては、政府調達法に則した手順で行い、職員の増員は上層部に提案して検討してもらうが、非常に困難とのこと。

3) サービスの状況

リハビリテーションの診察頻度（入院）は1回/1週間で、現在1年先までの診察待機者がいる。PTは現在2名で1日28~30人の患者を治療する。患者1人当たりの平均的治療時間は1時間のため、PT2名で1時間に2名程度の患者を診察する。理学療法は明らかに物理療法および他動的訓練に偏っており、ADL（日常生活動作）訓練をはじめとする活動向上訓練はほとんど行われていない。全体に狭く、歩行訓練のためのスペースもきわめて乏しい。

患者の年齢層は20~60歳が多く、顔面神経麻痺も多い。平均入院日数は9日間で、脳卒中(AVC)も9日以内退院を目指している(国の病院管理規約の方針による:その他、産科入院は2日、小児科は4日など規定されている)。医療費は無料で、60%がCCSSの被保険者である。治療用のベッドは4つ、機材も不足しているので、待機者は1カ月先まで埋まっている。退院後、外来により理学療法を継続する場合もあるが、脳卒中などで歩けない場合は、下級病院に紹介する。しかし、周辺の地方病院レベルでは通常リハサービスを提供していないので紹介先がない(トーマス・カサス病院は例外的にリハサービスを提供している)。STやOTのポストはなく(ニーズはあるが、サービスを提

供するだけの予算がない)、必要とする患者は国立サンホセ病院に紹介する。小児の言語療法に関しては、ブルンカ地方に2名のST¹³がいるので対応可能。義肢・補装具は病院では製作しないが、地元取扱店がある。費用は病院でもつ。車椅子の支給は、CCSSで一定額を負担し、オーバーする場合は個人負担となる。必要な人数や必要とするものによって異なるが、今年10台の車椅子支給がすべて認められた。

(2) トーマス・カサス病院（ブルンカ地方病院）

ブルンカ地方の第2次医療の基幹医療機関である。統合教育を行っている学校に隣接している。ブルンカ地方の南部地域を所掌し、ペレセレドン郡からは車で2時間程度。

1) 職員

CCSSの方針により、リハ専門医は地方中央病院のみに配置し地方病院には配置しないことになっているため、リハ専門医は不在。理学療法士は1カ月前に1名配置されたという状況であり、人員は少ない。しかし、ブルンカ地方の南部地域からのニーズが高いため、リハ専門医の必要性をCCSSに訴えているとのことである。理学療法士以外に心理士、ソーシャルワーカー、看護師とがチームを組んでリハビリテーションを行っている。

2) 施設

リハビリテーションの診療科はなく、ベッド数は32床（2007年7月の新病院移転後55床へ増床予定）。治療用のベッドは1つで、機材も不足している。温熱療法用の機材があるのみだったが、それについても理学療法士が個人で購入したものである。

3) 利用者とサービスの状況

1人当たりの平均的治療時間は1時間。PTが1名しかいないため、1時間に1名として1日当たり8～9名の患者を診ている。定期的に診ている患者数は100名程度で、それぞれが10日間程度のインターバルで受診する。リハビリに要する平均期間は、障害によりまちまちであるものの、平均15セッション。6カ月前に開始した患者でまだ通院中の人も多い。当病院で診ることのできない患者については、エスカランテ・プラデイージャ病院に紹介する。ただし、先方の病院も患者があふれかえっている状況であり、紹介した患者が時間をかけて出向いたにもかかわらず翌年まで待たせられているケースがあり、問題になっている。

4) その他

病院長より、ブルンカ地方はかなり広大な範囲にわたっており、地方中央病院はブルンカ地方南部地域からはアクセスしづらいことが指摘された。南部地域からのアクセス

¹³ ペレセレドン養護学校教員だと思われる。

に関しては、同病院の方が便利だとのことであり、ペレセレドンの地方中央病院エスカランテ・プラディージャ病院のみに協力することに対する不満が示された¹⁴。ただし、地方中央病院が下級病院（地方病院を含む）に対し指導する役割を有するため、ペレセレドンの病院を中心に人材育成を行いたいということについては、調査団より説明を行い、了解を得た。

2007年7月に移転される予定地は、現病院から車で15分ほどのところ。高速道路の出口ということで、他地域からの患者にアクセスが良いとのことであるが、街中からは多少離れている。リハビリの診療科は新病院には設けず、リハビリについては現病院の倉庫およびランドリー室を改装して使用する計画であるという説明があったが、病院の他部門とリハビリが分離されることには効率性や安全管理の面から支障が多いと考えられるため、計画の変更が望ましいと助言を行った。

(3) 理学療法クリニック

理学療法クリニックはリハ審議会ブルンカ支部の施設内に教育省と同審議会により設置されている。

1) 職員

PT3名の人員配置で、1名は家庭訪問専従である。

2) 施設

PT室は50～60㎡の広さの部屋に電気治療の機材とマットセラピーボールやおもちゃなどが並んでいる。成人用の運動療法をやるスペースはない。

3) 利用者とサービスの状況

教育省管轄であることから18歳以下の子供を対象にし、国立小児病院からの紹介が多い（脳性まひ・二分脊椎・ジストロフィーなど）。また、リハ審議会経由では成人や老人が紹介される（脊髄損傷・脳卒中など）。対象患者数は勤務時間8時から4時で、1日に8人～10人。1人当たりの受療頻度は1～2回/週から1回/2週となる。ホームエクササイズの指導が中心となる。診療以外には、家族や保健省職員、学校での講演や研修会が行われている。

2-4-4 教育セクター

(1) ペレセレドン養護学校

教育省管轄で、ブルンカ地方全域を対象とした唯一の養護学校である。

¹⁴ ペレセレドン市がサンホセ県の一部であり、その他のブルンカ地方南部地域がプンタレナス県の一部から成るという、ブルンカ地方の地理的に特殊な要因のため、ペレセレドン市に対する対抗意識が強いとみられる。

1) 職 員

職員総数は 41 名で、内 27 名が教員（うち 8 名はブルンカ地方の普通学校 60 校の統合教育の訪問巡回指導の専属）で、14 名が指導・管理職員（SW1 名・臨床心理 1 名・OT 欠・PT1 名・ST2 名・補助介護者 4 名・調理 1 名・その他事務など）である。教員は女性が 95% を占める。PT は人手不足で現在のところ 50 名近くの待機者がいる。

2) 利用者とサービスの状況

視覚障害・聴覚障害・言語障害・知的障害・肢体不自由児などの混合教育を行っている。

登録生徒数は 410 名（含む普通校での巡回指導対象児 110 名）。障害別内訳は、視覚障害 110 名、知的障害 87 名、肢体不自由 47 名、聴覚+知的障害 25 名、知的+言語障害 90 名、その他心身重複障害他である。障害児の年齢は 2 カ月から 18 歳までを対象とするが、最近 21 歳までは養護学校へ通学してよいという許可が出た。従来は、18 歳を過ぎると CAIPAD へ移行していたが、父兄から高齢者と一緒のプログラムに対する反発が多かったためであるが、先延ばしにしているだけという見方もある。

学期のカリキュラムは基本的に普通学校と同じであるが、障害にあったコミュニケーション手段を用いて指導している。特に音楽教育には力を入れており、児童の音楽バンド（打楽器中心）や民族ダンスクラブもある。障害のある教員は 3 名（聴覚障害 2 名・視覚障害 1 名）いるが、視覚障害のある教員は近日中に盲導犬を利用できる予定である。この視覚障害のある先生による児童（視覚障害+学習障害）への音楽指導のデモンストレーションがあった。

3) 人件費・交通費等

PT 派遣にかかる人件費は教育省からの予算により賄っており、生徒の食費、必要に応じた交通費などはリハ審議会の補助金による対応がなされている。普通学校（特殊学級あり）の巡回訪問専属教員には、訪問時の交通費を支給しないが、その分を見込んで給料に手当として含めているので、給与として支給された資金により訪問してもらう。家庭訪問学級は養護学校としては実施していないが、リハ審議会管轄の SILOR (Sistema Integral Local de Rehabilitacion ; 地方リハビリテーション総合サービス) もしくは病院が家庭訪問指導を行っている。生徒の通学形態は、毎日通学または週 1~3 日通学のいずれかである（学期は 2 月 7 日から 12 月 20 日までで、夏休みは 7 月に 2 週間）。スクールバスは 1 台が 10km 範囲を巡回し、バス代が 300~2,000 コロンがかかる。保護者の送迎となると 1 回に 4,000 コロンかかる場合もあり、経済的・距離的に毎日通学が

不可能な場合が多い。経済的困窮家庭には所得に応じた最大 5,000 コロン¹⁵/月の奨学金があり、現在 121 名が受けている。

(2) 技術中高等学校

技術中高等学校は 14 歳～18 歳を対象として職業訓練を実施している。ペレセレドン郡には 6 校あるが、養護課程があるのはリハ審議会に隣接する学校 1 校のみとのこと。なお、ブルンカ地方では、10 カ所（ペレセレドン、ブエノスアイレス、サンビート、サバリート、パルマルスル、シウダコルテス、ラクエスタ、ゴルフート、リオクラロ、プエルトヒメネス）で養護過程が実施されている。

1) 生徒と教育課程

養護課程の在籍生徒数は全部で 85～90 名。軽度知的障害者がほとんどであり、車椅子利用者は現在 2 名在籍しているのみである。学校内はバリアフリーに配慮された造りとなっているが、学校へ来るまでのアクセスが困難であると考えられる。授業科目は普通課程と共通の音楽・美術・体育・家庭科などがあり、技術授業科目には木工・家政（料理・美容・裁縫・手芸・民芸品作成）、メタル、電気などがある。雇用につながる技能を獲得するというより、より基本的な作業習慣や作業態度を身につけることを目標にしている。

2) 進級・就職の状況

養護課程の生徒のうち、第 4 サイクル¹⁶まで進級できるのは 60%であり、第 4 サイクル中には企業実習として事務（文書係）や清掃部門、スーパーマーケットの倉庫係、商店、植木屋、などで実習をする。その内 90%が卒業して企業実習先での就職につながる（平均年に 10～12 名）。企業実習中は、教員は実習先を訪問してフォローアップを行う。また、職探しも教員の仕事である。第 5 サイクル（短期大学を含む大学）の進学者は、養護課程では皆無である。普通課程の卒業率は 94%でそのうちの 60%が進学し（経営学部・工学部などが多い）、40%が就職する。職場での定着率はフォローしていないため、企業次第であるが、あまり高くないのではないかと考えられる。最低賃金は 82,000 コロンで 48 時間労働/1 週間。就職できなかった生徒は CAIPAD に行くことが多い。

2-4-5 職業セクター

(1) 成人障害者総合ケアプログラム (CAIPAD)

CAIPAD には 2 種類あり、A タイプは社会復帰を目指す通過型利用者を主な対象とするも

¹⁵ およそ 10 米ドル。

¹⁶ 高校に該当する 10-11 年生。

の（日本の精神科デイケアに近い）。また、Bタイプは終生利用者を主な対象とする保護的な作業所に近く、成人知的障害と精神障害を対象としている。NGOであるASOPAFAMがリハ審議ブルンカ支部の施設内において18歳から64歳までの障害者を対象として実施しているが、ここはBタイプに当たる。

1) 受入れ人数と受入れ体制

定員は最大45名（登録者数は55名）で職員は8名（ディレクター1名、機能評価訓練担当員/養護教員2名、心理1名、OT名/欠員中、作業指導員2名、調理担当1名）で教育省から人件費が出ている。昨年までいた作業療法士は退職し、現在は欠員になっているが、補充されるかどうか社会保険公庫来年になるまでわからない。平均通所者数は1日当たり25～30名で、全員が通所するのは週に1日のみである。重度な障害者は家族同伴の参加で週1日程度の参加となる。部屋は大きな多目的作業室が大小ある。

2) 作業状況

見学当日の参加メンバーは約20名程度であったが、見学者のために通常の机配置を変更して作品展示をしたために、比較的閑散とした印象を受けた。手工芸（卵ケースを廃物利用したクリスマス用装飾品・ビンのローソク立てなど）・絵画（模写・自由画/アクリル画）・園芸（プランター栽培と庭の観葉植物など）を多く実践している。機能評価訓練では、「読み書きそろばん」の継続教育が行われている。参加者の平均年齢は30～40歳。3～4人の小グループごとに同じ作業を行っており、見学者へ関心を示すが話し声も少なく静かである。作品はバザーで売ることもあるが、作業収益という考えはない。

(2) 国家職業訓練センター（INA）サンイシドロ校

1) 概要

INAは独立行政組織として、障害の有無に関係なく15歳以上の男女に対し職業訓練を提供している。ブルンカ地方には、サンイシドロの他にも、リオクラロ、ゴルフエートにセンターがある。これらのセンター内で訓練をするほか、企業からの要請で行う研修やコミュニティで行う研修もある。職業訓練の分野は農牧、電気、商業、観光、造船、食品など多岐にわたっている。サンイシドロ校の教員数は15～25名であるが、うち5名が専任。他は外部教員である。受講者は基礎コース（就職経験のない者向け）に600名、集中コース（就職している人向け）に120名。履修期間は内容により、2日から3年にわたるものまでである（時間数で8時間から3,000時間）。受講料は基本的に無料だが、一部実習費の負担があるものもある。奨学金の支給はソーシャルワーカーによる経済状態の評価により額が決まるが、通学にかかる交通費、食費、衣服、薬、メガネ代

などがまかなえる。

2) 障害者の受入れ

① 受入れ方針

法令 7600 号に基づき、障害者の機会均等が定められており、積極的に受入れを進める意向。障害者担当の教員は置いていないが、専任教員には障害理解のための教育を行っている。調査団訪問時には、ブルンカ地方全体で 21 名の障害者が訓練を受けている。全体に障害者の利用はごくわずかにとどまっているが、通学する交通手段がないことも大きな要因の 1 つである。

② 入学条件

障害者に限らず入学条件は 15 歳以上、小学 5 年生以上で基礎的な読み書き、算数ができること。入学試験はある。

③ 受入れ状況

2006 年 1 月から 10 月までにサンイシドロ校での障害者受入率は全体の 1%未満の 2 名。過去においては視覚障害、片腕切断、杖歩行、車椅子利用者などを受け入れた。障害者の希望の多いコースは、製靴、家電修理、木工民芸、情報、オフィスの受付など。

④ 就職支援

大学、INA の協力で就労支援を行っている。

2-4-6 NGO による障害者支援活動

ブルンカ地方においては表 2-3 のとおり、NGO8 団体がグループホームでの障害者の受入れ、障害者支援活動を行っている。ここでは例として ASOPAFAM（ブルンカ地方障害者父母の会、ペレセレドン郡およびブエノスアイレス郡で活動）のグループホームとペレセレドンのボニーゼン基金について概略を述べる。

表 2-3 ブルンカ地方における NGO 活動の概要

| NGO | 地域 | 人数 | プログラム | 目的 |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| エマヌエルホーム | Brunca 地方 | 7 | グループホーム | 身寄りのない成人精神障害者に対する総合的なケアサービス |
| ASOPAFAM 障害者父母の会 | Pérez Zeledón Buenos Aires | 7 55 34 合計: 96 | グループホーム CAIPAD 奨学金 | 障害者の生活の質向上 |
| EJERCITO DE SALVACION | Pérez Zeledón | 9 | グループホーム | 身寄りのない成人障害者に対する総合ケア（キリスト教系） |
| ベタニア ホーム | Región Brunca | 21 | グループホーム | ホスピス |
| テラバ | Osa | 72 | 奨学金 研修 | 障害に関する啓発。障害者へのサービス提供促進 |
| APROADIS 障害者支援の会 | Golfito | 103 | 研修 情報提供 人権擁護 | 障害者の地域参加促進 |
| ボニー ージン基金 | Pérez Zeledón | | 心理カウンセリング 奨学金、言語聴覚 | |
| San Vito | San Vito | | | 現在、NGO 正式申請中。活動自体は長年続いている。 |

(1) ASOPAFAM のペレセレドンのグループホーム

障害者を子に持つ母である女性が理事長であるこの NGO は、リハ審議会の「家族との同居プログラム」支援として、リハ審議会からの補助金を得て 5 年前にこのグループホームを立ち上げた。比較的大きな民家を利用した清潔な建物で、クリスマス用の飾りつけをしていた。全員がベッドの個室でクローゼットには下着・洋服・靴などが整理保管されていた。設備としてはシャワー室、台所（グループで調理するには狭い）、寮母用の個室とホール兼食堂がある。利用者の条件は、①家族がいないこと、②障害があること、③18 歳以上であること、の 3 点である。PANI（児童援護基金）制度では 18 歳以下は障害孤児の入所施設を利用できるが、成人になると利用できなくなるため、こうした施設が受け皿となっている。）職員は寮母 1 名、指導員 1 名、施設長（理事長）1 名で、夜勤は 1 名が交代で当たる。入居者は 6 名で、その内訳は身体障害（車椅子）1 名、知的障害 3 名、自閉症 1 名（かなり重度）、聾重複障害 1 名、で日常生活はなんとか自立している。これらのうち 3 名はバスを利用した職員の同伴、あるいはタクシーの利用で、昼間は CAIPAD に通う。他の 3 名は終日ホームにいる。医療面では 200m 先の総合ヘルスケア基礎チーム（EBAIS）を利用している。また、精神病院とのコンタクトもとっている。孤児入所施設からの入所希望者はリハ審議会の紹介を受けて理事長が面接して決定する仕組みである。ここには 64 歳まで入所可能で 65 歳になると CONAPAM（高齢者審議会）の高齢障害者用の

グループホームに入所することになる。

現在ペレセドンには同様の施設が NGO で 4 施設、私立で 1 施設あるが、ブルンカ 地方全部で 65 名が入所しており、さらに 20 名前後の待機者がいる。

(2) ボニーゼン基金 (NGO)

設立は 1998 年。事業は経済的困窮者への医療経費支援と、心理・学習・知的障害児への治療教育支援プログラムに大別される。前者は、現物支給あるいは費用負担の両方があり、必要物品支援 (オムツ・ミルク・ベッドなど)、医薬品支援、受診費用支援 (交通費)、治療費支援 (専門家受診費用・手術費用など) で、今までに 23 名の子供の支援をした。

障害は視覚障害、知的障害、聴覚障害、脳性まひなど多様であり、なかには肝移植の手術費用を支援した例も含まれている。治療教育支援には、学習障害クリニック (養護教員: 対象者 30 名、1 回/1 週)、言語クリニック (ST: 対象者 30 名、1 回/1 週)、心理クリニック (臨床心理士: 対象者 90 名、1 回/1 週) の 3 種類がある。養護教員 1 名、ST2 名、臨床心理士 1 名の給料は基金から出している。心理クリニックには心理学専攻の大学生 5 名が実習生として実際の治療も担当している。紹介先は学校、病院、リハ審議会、社会協力機構 (IMAS)、直接来所などで、特に宣伝はしていないが、受診希望者は多い。紹介状はあるが、病院からのカルテ情報はなく、必要な場合は特別に照会する。費用は経済的に余裕があれば、正規の費用を払ってもらうが、利用者の 4 割はある程度の費用を支払っている。学校からの紹介には、ここでの診断結果を報告する。理事長の自宅を改造した、事務室・治療室が 3 部屋あり、1 対 1 の治療室として落ち着いた雰囲気でござっぱりと整備されている。理事長自身は棟続きの部屋を自室として利用しているが、将来はそこも治療室にして別途住居を構えたいと計画している。財政面では設立基金が 4 万米ドル、年間 3 万米ドルの運営資金と 1 万米ドルの寄付金がある。

2-5 ニーズ調査結果概要

調査期間中に以下の 4 つのグループを対象としたニーズ調査を行った。その結果については、添付資料 7 を参照。

- (1) 障害当事者 7 名とその家族 3 名
- (2) 医療セクターリハビリテーション人材 (看護師 1 名、ソーシャルワーカー 2 名、保健師 5 名)
- (3) 医療セクターリハビリテーション医師 6 名
- (4) 教育セクターリハビリテーション人材 12 名