

(3) 国際機関、主要ドナー国による取り組み

1) はじめに

欧米主要ドナー国における国際協力事業への障害者の参加についての取り組みは、以下のような理由で、スウェーデン障害者国際援助財団（SHIA）を中心に紹介することとした。

- ①障害者の当事者団体による国際協力事業では、パイオニア的存在であり、世界の各地域において障害分野で様々な協力活動を実施し、かつ相当の実績を上げていること。
- ②スリランカ、タイ、ネパール等、アジア地域でも長期にわたって地道な協力プロジェクトを行っており、我が国としてアジア地域においてこの分野での取り組みを進める上で、SHIAの経験から学ぶことが少なくないと思われること。

スウェーデンで政府開発援助（ODA）を担当しているのは、スウェーデン国際開発庁（SIDA）である。SIDAは、障害分野での国際協力活動をすすめるため有識者等からアドバイスを得て、1987年に「障害分野でのSIDA支援ガイドライン」を定めている。同ガイドラインは、その後の国際的な動向を踏まえ、1992年に改正された。

同ガイドラインでは、SIDAの障害者への支援は、貧困との戦いとすべての人びとの基本的人権を実現するための努力の一環であり、したがって、この支援は、援助対象国における開発政策の本来の部分と見なされなければならない、と規定されている。

また、1982年に国連総会で採択された障害者のための世界行動計画で確立された、障害者の完全参加と平等をすすめるためのノーマライゼーションやインテグレーションといった基本原則も、SIDAの障害分野での活動のベースとなっている。そして、障害分野でのSIDAの活動をすすめるため、障害者団体（当事者団体）との協力をさらに強化、拡大する必要があり、とくにSHIAの知識や経験がこの分野での開発援助のリソース・ベースとして一層活用されなければならない、とされている。

2) SHIAの構成と目的

SHIAは、スウェーデンの13の全国的な障害者団体により1981年に設立されたもので、現在の加盟団体は、スウェーデン障害者連盟、スウェーデン聾盲協会、全国心肺患者協会、スウェーデン難聴者協会、スウェーデン神経障害者協会、スウェーデン交通事故・ポリオによる障害者協会、全国知的障害者協会、スウェーデン全国聾協会、スウェーデンてんかん協会、スウェーデン視覚障害者協会、スウェーデン視覚障害青年協会の14団体である。これらの団体のうち開発援助経験がもっとも深いのは、スウェーデン視覚障害者協会である。同協会は、1960年以来東アフリカで視覚障害者を対象としたプロジェクトを支援してきている。

SHIAの運営・管理経費は、基本的にはSIDAによってカバーされることになっているが、1990年について見ると、SHIAの年間予算は1千万クローネで、その1割は加盟団体が拠出している。

SHIAの主目的は、開発途上国（以下、途上国という）における障害者自身の団体を支援するとともに、途上国における障害者の生活状況を改善するためのプログラム／プロジェクトに参加すること、としている。

3) SHIAによる開発プログラム

①目的

SHIAによる開発プログラムの目的は、途上国の障害者が自らの生活状況改善活動に参画しうるよう、そのエンパワーメントに奇与すること、としている。SHIAによる支援内容は、途上国のノウハウと知識の活性化、アイデアの交換、助言サービスおよび財政的援助等である。

②対象

SHIAによる開発プログラムの対象は、途上国の障害者である。

③主な支援活動と支援条件

SHIAの途上国への主な支援活動は、次のとおり。

- a. 障害者自身の団体の支援および強化
- b. リハビリテーション・プログラムの支援
- c. 教育／訓練プログラムの支援

なお、これらの活動を支援するプログラム／プロジェクトは、障害者自身によって設定された条件及び優先順位に基づいたものでなければならない、としている。

④開発プログラム支援のガイドライン

SHIAは、支援すべき途上国等について次のような条件を考慮して選定している。

- リハビリテーション、特殊教育、職業訓練について国のプログラムが策定されているか、政府当局がこうしたプログラムを導入する用意があること。
- 対象国の政治、社会、経済状況に精通している関係者がいること。
- 他のドナーにより支援されるリハビリテーション、特殊教育、職業訓練プロジェクトへの協力等により、お互いの努力が補強され、プロジェクトがより大きなインパクトを持ち得ること。
- 新たなプロジェクトについては、既存の資源を有効活用するため、原則としてこれまで援助活動を行ってきた途上国を対象に実施すること。
- プロジェクトにかかわるフィールド・スタッフは、出来得るかぎり現地でリクルートすべきであり、その際優先順位は障害者に与えられるべきこと。
- 男女は、プロジェクト企画に平等の影響力を行使するとともに、支援からの恩恵にも平等にあずかるべきこと。

a. 障害者団体への支援

SHIAが途上国の障害者団体を支援する目的は、障害者が社会のあらゆる分野で自らの権利を主張できるようにするとともに、障害問題に関する専門家やスポークスマンとして認められるようにすることである。

障害者団体への支援内容としては、本部組織の確立、地域ブランチの設立、リーダー及び会員研修の実施、啓発キャンペーンの実施、会員へのサービスや所得創出活動等について団体を援助するための財政的支援および助言、等が含まれる。

SHIAとしては、基本的には長期的な支援を意図している。したがって、財政的事情等で当初は5年間に限りプロジェクト支援協定を結ぶ場合でも、実際には支援は15年から20年にわたって実施されることもあり得るという。

SHIAによる財政補助は、支援対象団体の財政全体に占める割合が大きくなりすぎないように配慮するとともに、同団体の経済的自立に向けての計画の進捗状況に合わせ徐々に削減する、といった方式で行われている。

b. リハビリテーション・プログラムへの支援

SHIAによるリハビリテーションへの支援は、主として地域社会レベルでの取り組みに対して与えられる。支援対象となるリハビリテーション・プログラムは、原則として関係国の中・長期計画の一部であり、かつ様々な障害者グループによって明らかにされたニーズに基づいたものでなければならない、とされるが、例外的扱いがなされるのは、そのプロジェクトが将来の発展のモデルまたはパイロット・プロジェクトとなりうると見なされる場合である。

c. 教育／職業訓練プログラムへの支援

SHIAによる教育・職業訓練への支援は、主として特別なニーズを持つ障害児の教育と、労働年齢にある障害者の経済的自立援助を目的とした職業訓練に焦点があてられている。それにより完全参加と平等実現に向けて、障害者の機会を長期的に改善することが意図されている。

4) 開発プログラム／プロジェクトへの財政支援状況

SHIAによる開発プログラム／プロジェクトの種類別、対象別及び地域別財政支援状況は、図4-4.、図4-5.、図4-6. のとおりである。

SHIAの支援活動は、地域別にはアフリカに大きく片寄っている。それは加盟団体の中にアフリカでの活動歴が長いものが多く、アジアや南米での支援活動は、比較的最近に始まったという事情による。

5) 開発援助に関する啓発活動

SHIAは、途上国への支援活動が継続され、かつ拡大されるようにすることおよび、とくにあらゆる開発プログラムの計画とデザインづくりに障害者が参加するとともに、支援活動の恩恵に浴し得るようにすることを意図して、内外の支援関係機関・団体を対象に各種の啓発活動を実施するとともに、あらゆる機会を利用してそれらの機関等と開発援助活動について情報交換を行っている。

こうした啓発活動や情報交換を重ねることにより、障害者が、障害者のみを対象とした特別のプ

図4-4. プログラム／プロジェクトの種類別

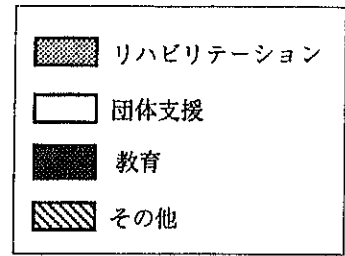
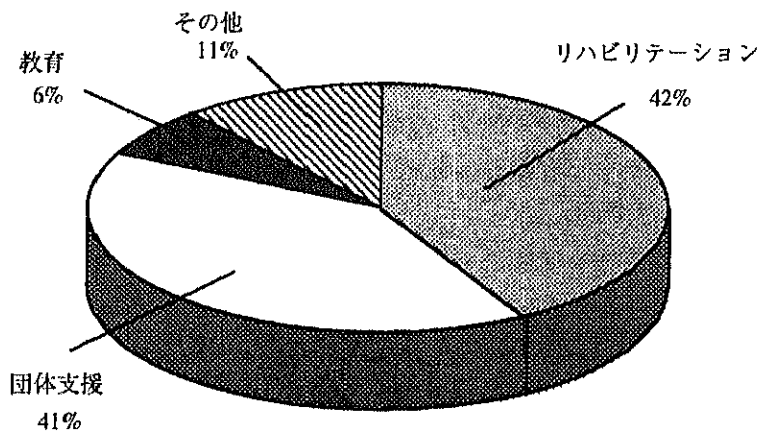


図4-5. 対象別内訳

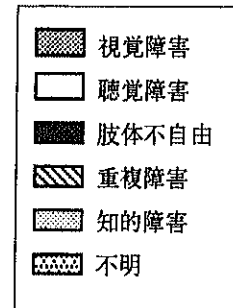
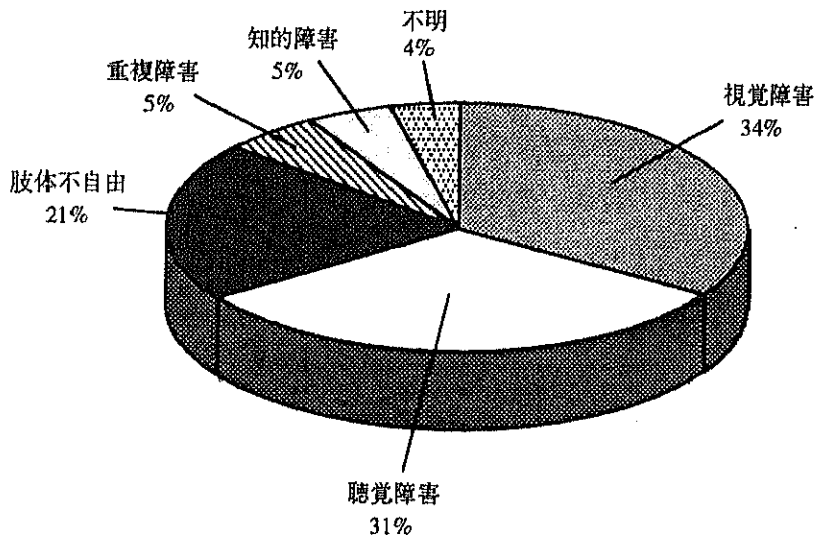
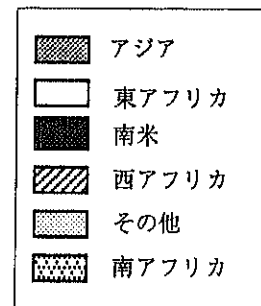
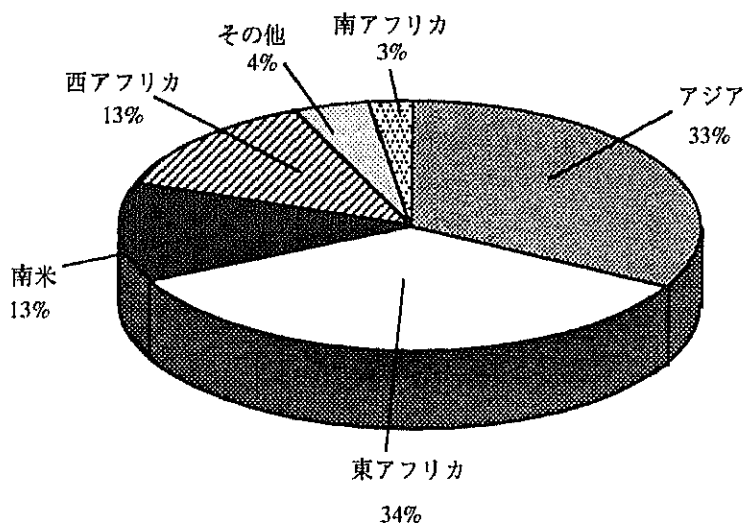


図4-6. 地域別内訳



プログラムやプロジェクトだけでなく、地域の一般住民を対象とした通常のプログラムやプロジェクト活動に参加するとともに、その恩恵を受けられるようになる、とSHIAは考えている。

こうしたSHIAの考え方を受けて、SIDAは、「スウェーデンの開発援助によってつくられる施設については、できるだけ障害者が利用しやすい構造のものにしなければならない。なかでも、教育および医療ケア関係施設については、とくにこうした配慮がなされなければならない。」という方針を打ち出している。

SHIAの例に見られるように、スウェーデンでは、NGOがODA資金を活用して国際協力プロジェクトを実施する例が少なくないが、こうした傾向は、デンマーク等その他の北欧諸国でも共通している。

例えば、デンマークの場合、二国間協力プロジェクトに占めるNGOの比重が年々大きくなっている、といわれる。そして、NGOを通してのプロジェクト協力の場合、運営管理費としてプロジェクト予算の7%が充当される等、NGOとしてプロジェクト協力に取り組みやすいような配慮がなされている。他のプロジェクトと比べ、とくにきめ細かな配慮が必要な障害者分野については、草の根レベルの協力を今後さらに強化することが望ましい。その意味でも、SHIA等の取り組みから我が国関係団体が学ぶべきところは少なくないと思われる。

5. 障害者関連団体に対する アンケート調査結果

(1) アンケート調査の概要

本調査研究において、わが国の障害者が国際協力事業に参加するための方策を検討するにあたり、国際協力事業に関心が高いと思われる障害者団体や途上国の障害者への協力活動を実施している NGOからの意見を集約することを目的として、下記の通り、アンケート調査を実施した。(アンケート調査様式は資料編3. 参照)

1) 実施時期

平成7年12月末～平成8年2月末

2) アンケート調査対象の選定

各委員からの情報やNGOダイレクトリー、国際ボランティア貯金配布先等から、国連の活動に参加したり、何らかの国際交流・協力事業を実施している可能性が高い障害者団体やNGO、計354団体を選定した。主な団体のカテゴリーは以下の通りである。更に各団体は当事者団体と関連団体に分かれている。

①「新・障害者の十年」推進会議構成団体

日本障害者協議会 (JD)、日本身体障害者団体連合会、全国社会福祉協議会、日本障害者リハビリテーション協会の4団体に加盟している団体

②何らかの国際交流・協力事業を実施している可能性が高い障害者団体やNGO

障害分野NGO連絡会 (JANNET) 加盟団体、平成5年度及び6年度の国際ボランティア貯金配布先NGOの中で途上国の障害者に対する協力活動を実施している団体、スポーツ関連障害者団体等

3) アンケート回収結果

アンケートを送付した354団体中185団体から回答があった。(回答率：52.3%)

4) 集計上の取り扱い

記述式の回答については、事務局で類似の回答に分類し、項目を設定して集計した。

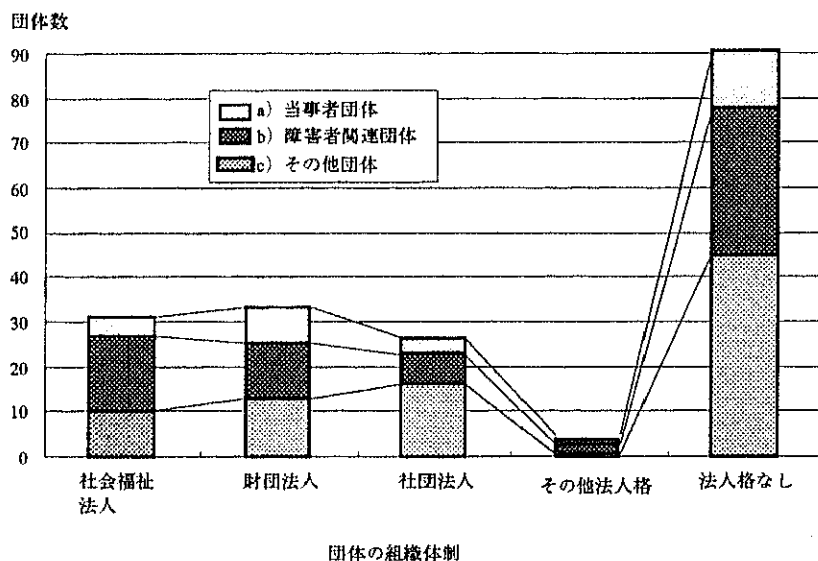
(2) アンケート結果

1) 各団体の組織概要

①団体の組織体制

各団体の組織体制については、185件中、当事者団体^{注11}と答えたのは85（45.9%）、障害者関連団体と答えたのは70（37.8%）、その他としたところは30（16.2%）あり、その他の中には国際協力関係団体、国際ボランティア団体、医師団体等が多かった。これら185団体のうち法人格を有しているのは5割強に当たる95団体であり、社会福祉法人、財団法人、社団法人がそれぞれ3分の1前後を占めた。図5-1に法人の種類別に当事者団体、障害者関連団体、その他の団体の内訳を示した。

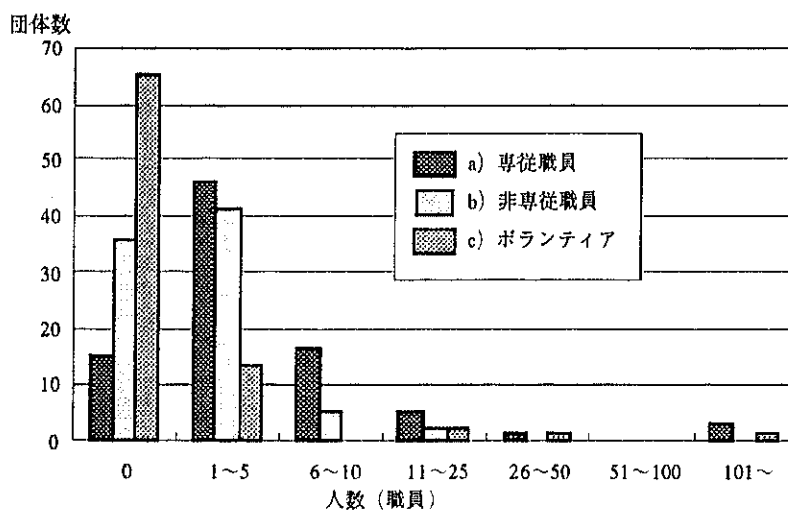
図5-1 団体の組織体制



②当事者団体の職員数の内訳

上記当事者団体85団体における職員数の内訳は専従職員が1～5名の団体が46（54.1%）と最も多く、6～10名の団体が16、0名の団体が15あった。また、非専従職員及びボランティアに関しては、前者は1～5名の団体が41（48.2%）と最も多く、ついで、0名の団体が36であった。後者はこれと逆で、0名の団体が65（76.5%）と最も多く、次に多いところは1～5名の13団体であり、比較的団体の規模は大きくないところが多いようである（図5-2）。

図5-2 当事者団体の専従職員・非専従職員・ボランティア数

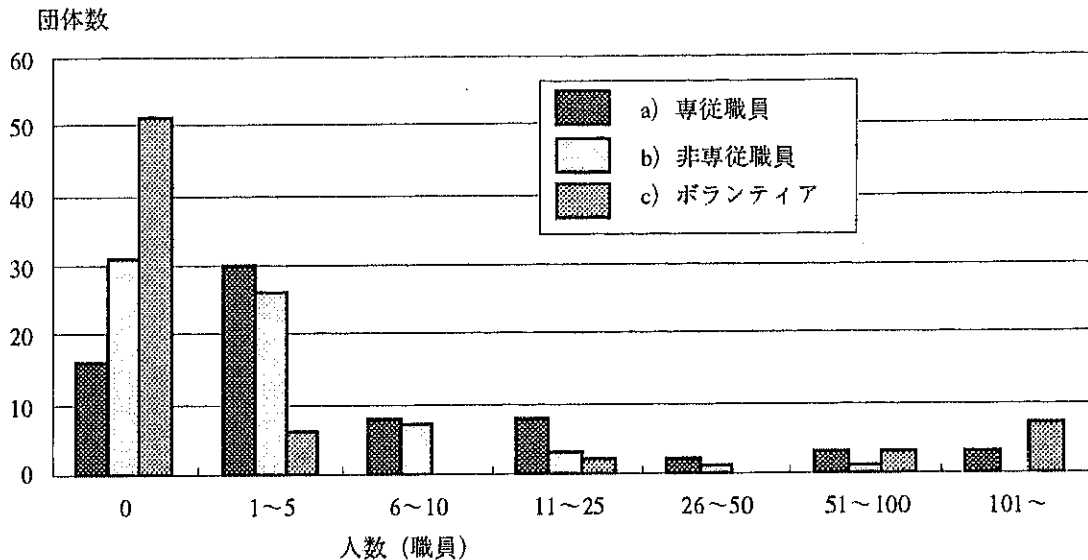


注11 当事者団体とは、団体を構成している主要メンバーが障害者自身である団体を指す。

③障害者関連団体の職員数の内訳

障害者関連団体70団体における職員数の内訳は、専従職員が1～5名の団体が30（42.9％）と最も多く、0名の団体が16（22.9％）ある。非専従職員は0名の団体が31（44.3％）、1～5名の団体が26（37.1％）あり、ボランティアに関しては0名の団体が51（72.9％）ある（図5-3）。

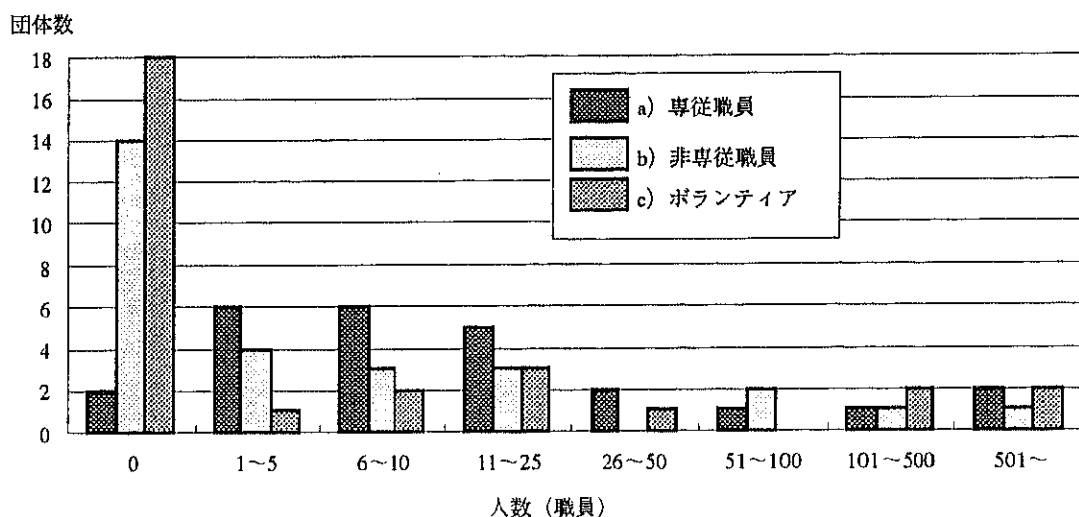
図5-3 障害者関連団体の専従職員・非専従職員・ボランティア数



④その他の団体の職員数の内訳

障害者団体でも関連団体でもないと答えたその他の団体（国立施設、国際協力団体、医師団体等）の職員数の内訳は、専従職員が1～5名、6～10名、11～25名のところが最も多くそれぞれ6団体、6団体、5団体であり、非専従職員とボランティアに関しては0名のところが最も多くそれぞれ14団体と18団体という結果であった。当事者団体や障害者関連団体とくらべ、非専従職員およびボランティアを活用する団体は比較的多い（図5-4）。

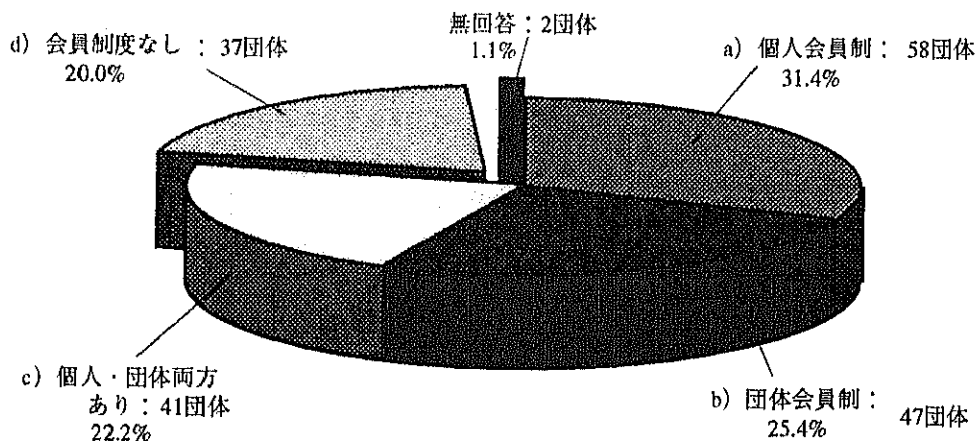
図5-4 障害者関連団体の専従職員・非専従職員・ボランティア数



⑤会員制度の有無

各団体のうち、何らかの会員制度を有している団体は146で全体の約8割を占めており、その内訳は、個人会員制58、団体会員制47、個人・団体両方41となっている（図5-5）。

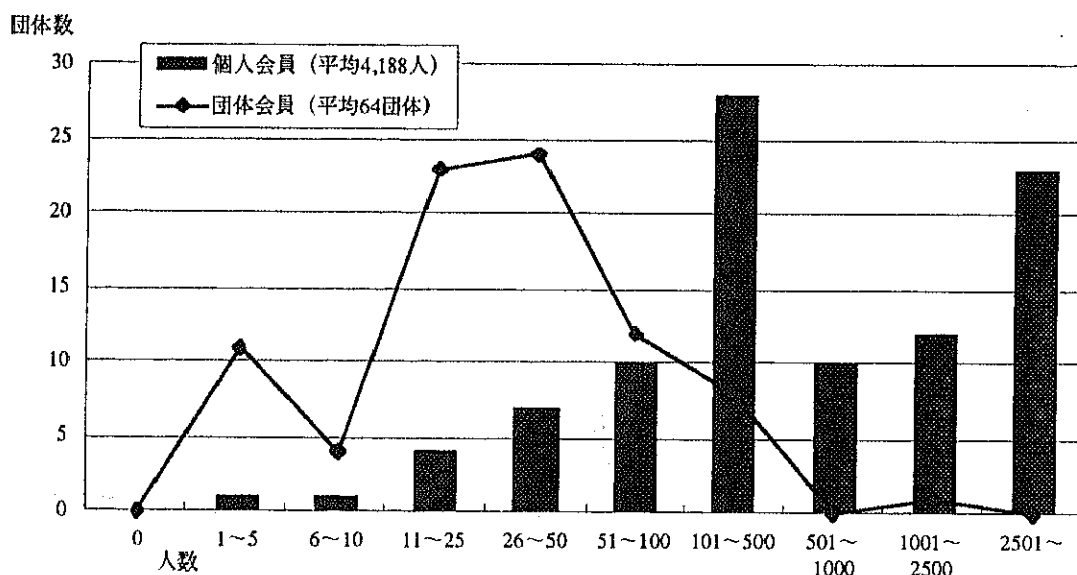
図5-5 会員制度の有無



⑥会員数の内訳

会員制度を有する146団体における会員数の内訳については個人会員については101～500名の団体が最も多く28（約2割）ある。しかし、2,501名以上という多数の会員を持つ団体も23あることが分かる。また、団体会員については、会員数11～25団体、26～50団体のところがそれぞれ23団体、24団体と多いことが分かる（図5-6）。

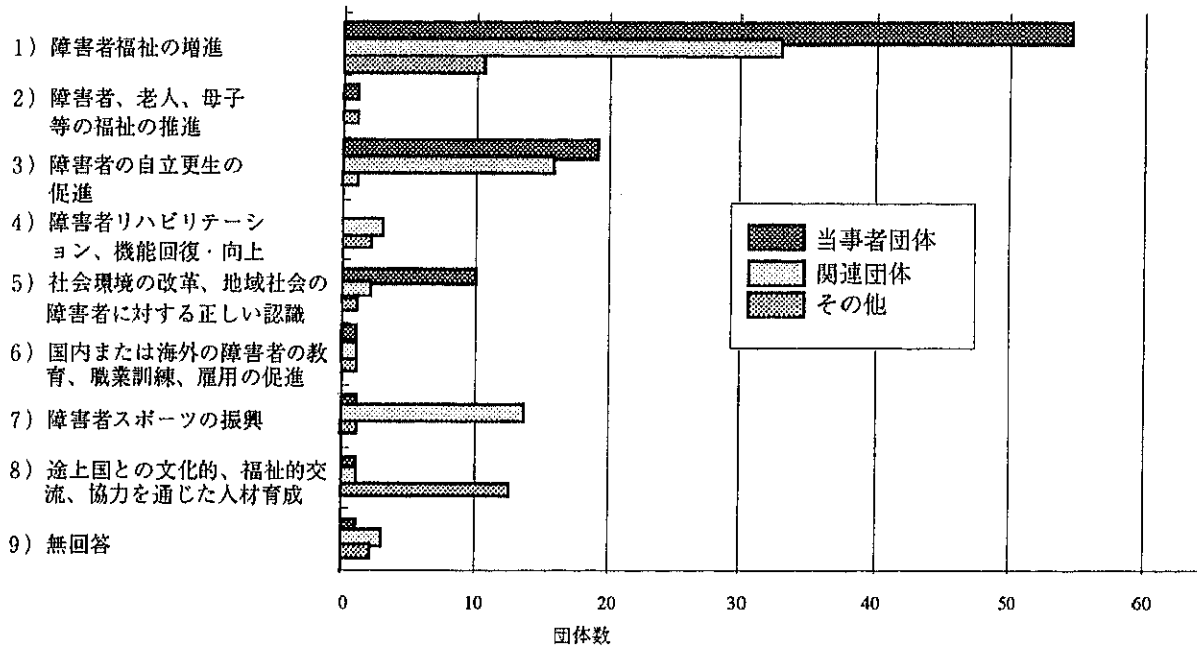
図5-6 会員数の内訳



⑦団体設立の目的

団体設立の目的では、「障害者福祉の増進」という団体が圧倒的に多く93（50.3%）あり、次いで、「障害者の自立更生の促進」が34団体（18.4%）であった。当事者団体、障害者関連団体、その他の団体と団体種別にみても、「障害者福祉の増進」を設立目的にしているところが最も多いようである（図5-7）。

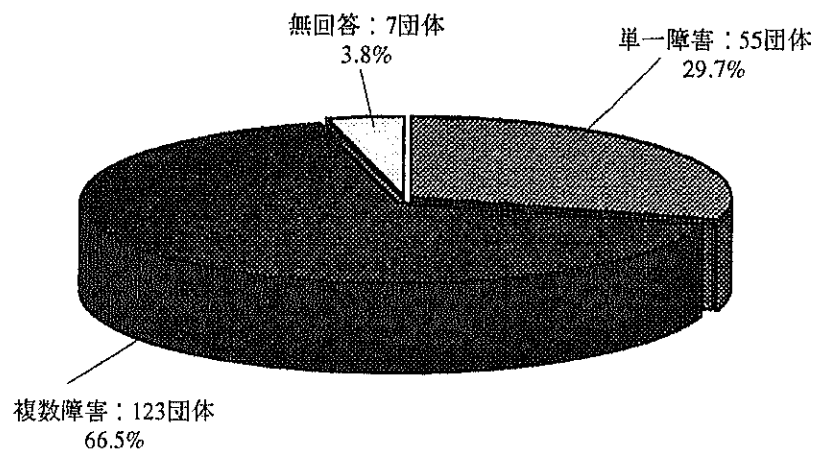
図5-7 団体種別団体設立の目的



⑧障害の種類（単一／複数）

各団体の活動対象となる障害の種類については、視覚障害者のみ、あるいは、聴覚障害者のみ等の単一の障害を対象とする団体は3割弱であり、7割弱は複数種類の障害者を対象として活動していることが分かる（図5-8）。

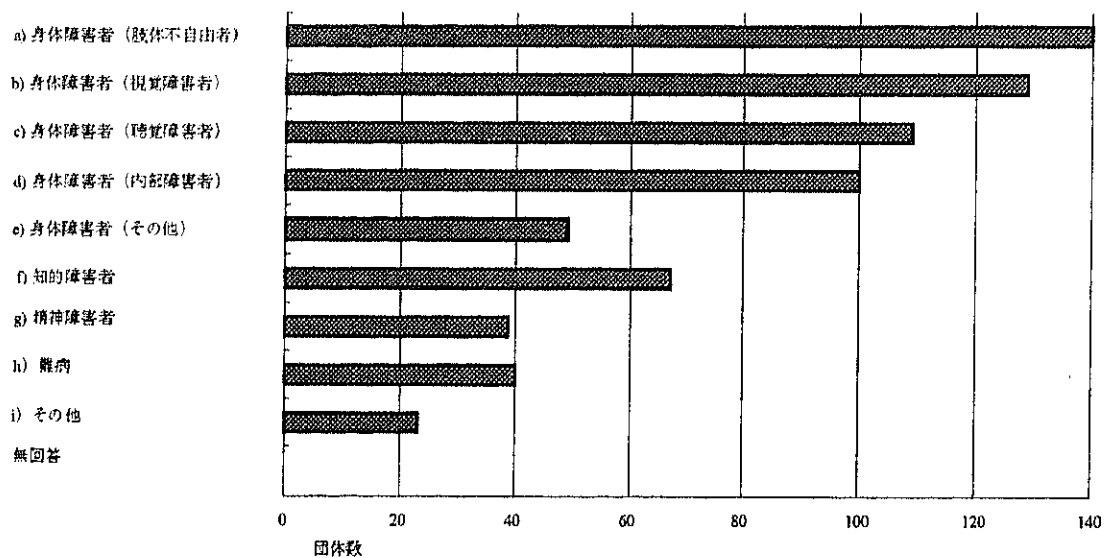
図5-8 各団体が対象とする障害の種類（単一／複数別）



⑨障害の種類

各団体が対象にしている障害者の種類の内訳は、肢体障害者（140団体、75.7%）、視覚障害者（129団体、69.7%）、聴覚障害者（109団体、58.9%）、内部障害者（100団体、54.1%）がそれぞれ多いが、知的障害者、精神障害者、難病も少なくはない（図5-9）。

図5-9 各団体が対象とする障害の内訳



注：複数回答あり

2) 各団体が行っている国際交流・協力の現状

①国際交流・協力の活動状況

これまでの国際交流・協力の現状については、「現在行っている」団体が83（46.7%）、「過去に行ったことはあるが、現在は行っていない」団体が19（10.6%）、「これまで行ったことはないが、関心があるのでこれから行ってみたい」団体が33（18.3%）という具合に国際交流・協力に関心のある又はその可能性が高いと思われる団体が全体の8割弱をしめていることが分かる（図5-10）。

また、専従職員別で見ると、専従職員数の多い少ないに関係なく、国際交流・協力事業を実施した経験を有する団体及び今後実施したいと考えている団体が過半数を占めており、国際交流・協力への関心が高いことが分かる（表5-1）。

さらに、団体種別で見ると、当事者団体及び障害者関連団体とも、それぞれ「現在行っている」団体が最も多いが、特に、当事者団体の今後の協力への意欲が高いことが特徴的である（図5-11）。

図5-10 国際交流・協力の現状（%）

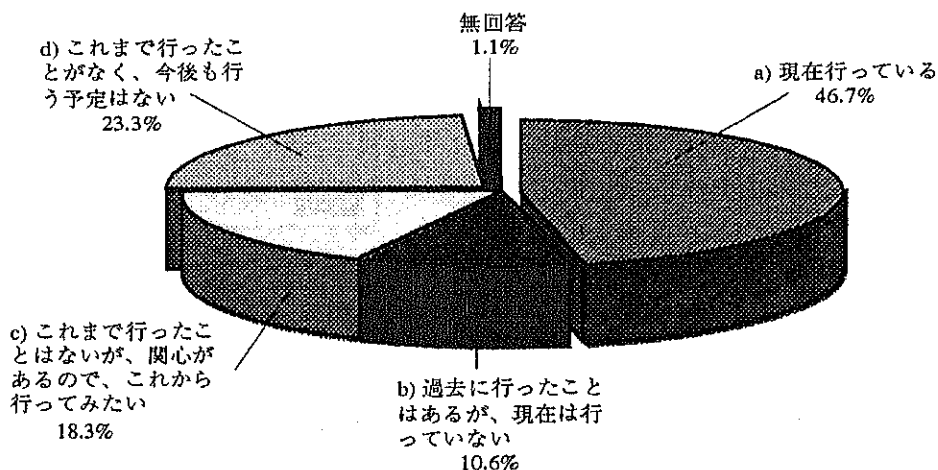
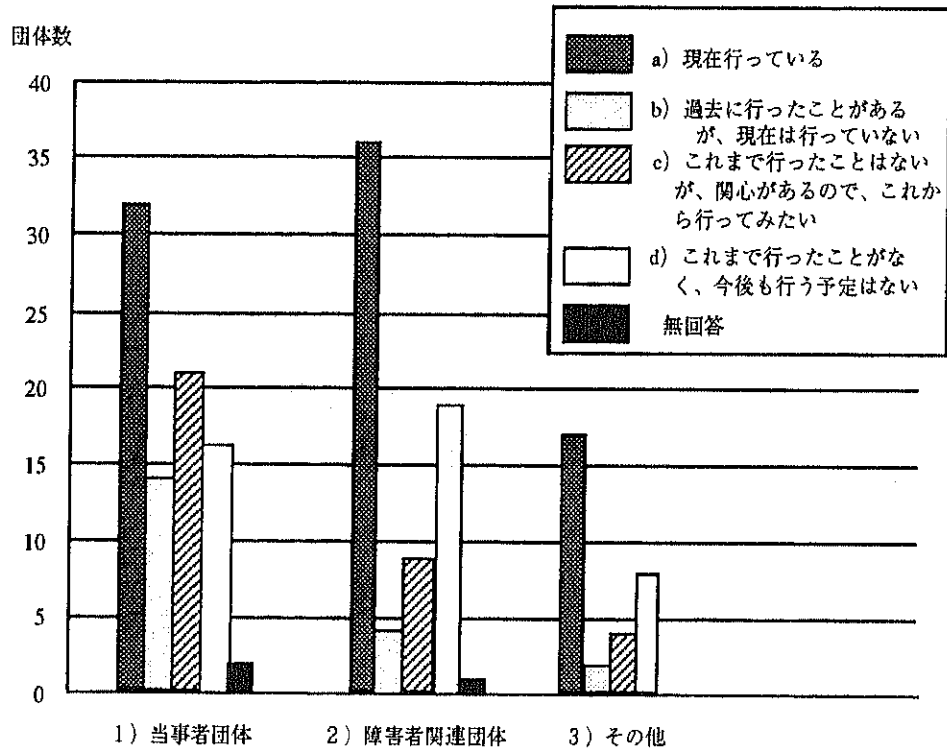


表5-1 専従職員数で見た国際交流・協力の現状（実数）

専従職員数→	0	1～5	6～10	11～25	26～50	51～100	101～500	501～1,000	1,000～
a) 現在行っている	15	33	12	9	4	4	2	3	1
b) 過去に行ったことがあるが、現在は行っていない	3	8	5	2	1	0	0	0	0
c) これまで行ったことはないが、関心があるので、これから行ってみたい	6	19	6	1	0	0	0	1	0
d) これまで行ったことがなく、今後も行う予定はない	9	21	6	4	0	0	1	0	1
無回答	0	1	0	2	0	0	0	0	0
計	33	82	29	18	5	4	3	4	2

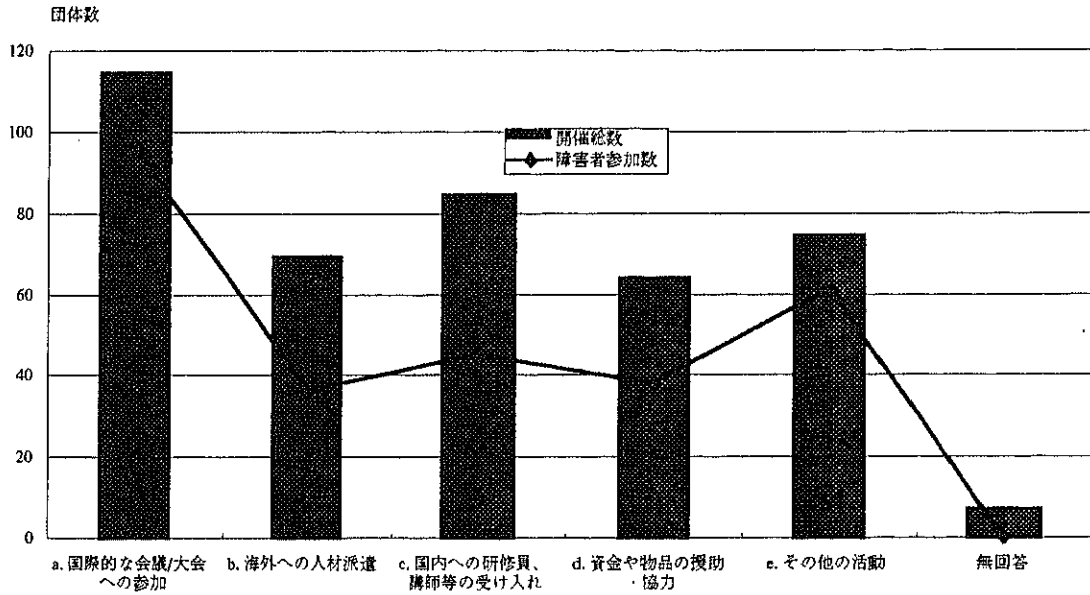
図5-11 団体種別で見た国際交流・協力の現状（実数）



②国際交流・協力事業の種類

最近行った海外との交流・協力については、最も多かったのが国際的な会議や大会への参加で115件、そのうち障害者が参加した件数は96（83.5%）であった。次に多かったのは国内への研修員や講師の受け入れで84件あり、障害者参加件数は45（53.6%）という結果であった（図5-12）。

図5-12 これまで実施した国際交流・協力の関係総数と障害者が参加した数

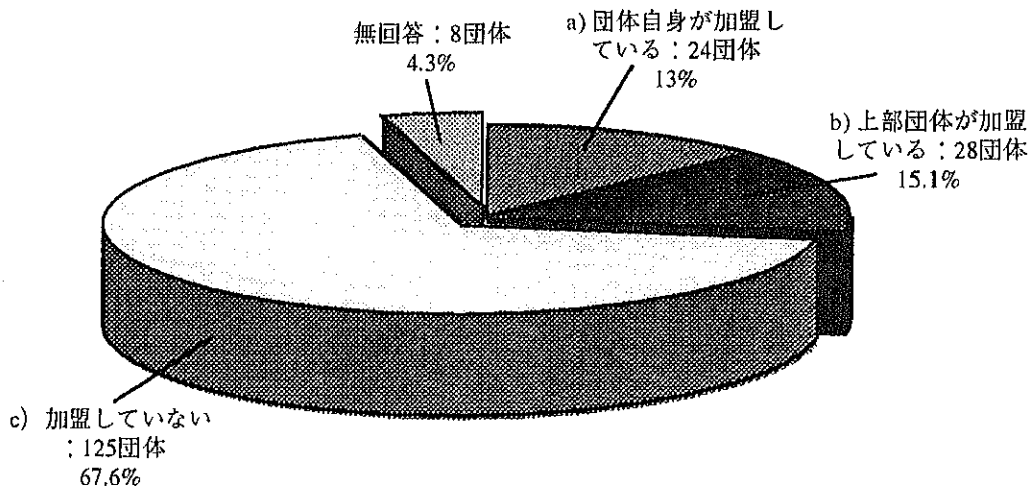


注* 複数回答あり

③国際NGOへの加盟状況

国際NGOへの加盟については、団体自身、または上部団体が加盟していると答えた団体はそれぞれ24と28で両者を合わせて全体の3割弱を占め、どこにも加盟していないと答えた団体は125で7割弱にのぼっている（図5-13）。

図5-13 国際NGOへの加盟状況



④加盟している国際NGOの名称と加盟団体数

団体自身もしくは上部団体が国際NGOに加盟している52団体の加盟状況は、圧倒的に多かったのが世界盲人連合(WBU)と障害者インターナショナル(DPI)で、それぞれ11団体(45.8%)であった(表5-2)。

表5-2 国際NGOの加盟名称と加盟団体数

国際NGOの名称	実数
1) 世界盲人連合(WBU)	11
2) 国際赤十字、赤新月社連盟	1
3) 国際リハビリテーション協会(RI)	2
4) 世界ろうあ連盟(WFD)	1
5) RNN	1
6) 障害者インターナショナル(DPI)	11
7) 国際図書館連盟(IFLA)	1
8) 国際喉摘者協会(J.A.L.)	1
9) 国際視覚障害者援護協会	1
10) 国際社会福祉協議会	1
11) 国際義肢装具連盟	1
12) Authorities on Rheumatism International	1
13) 筋ジストロフィー協会世界連合(WAMDA)	1
14) 国際オストミー協会	1
15) 障害分野NGOの連絡会(JANNET)	1
16) 国際車椅子バスケットボール連盟	1
17) 国際ろう者スポーツ委員会(C.I.S.S.)	1
18) 国際盲人スポーツ協会(I.B.S.A.)	1
19) 無記入	1
計	40

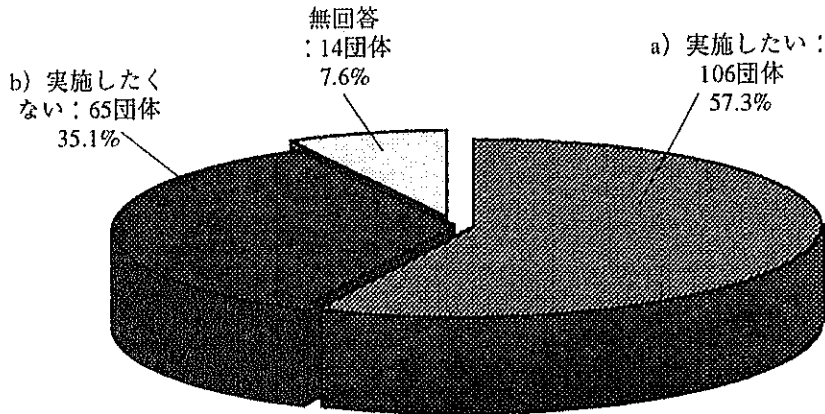
注：複数回答および無記入あり

3) 今後の国際交流・協力の進め方

① 途上国の障害者に対する国際協力事業

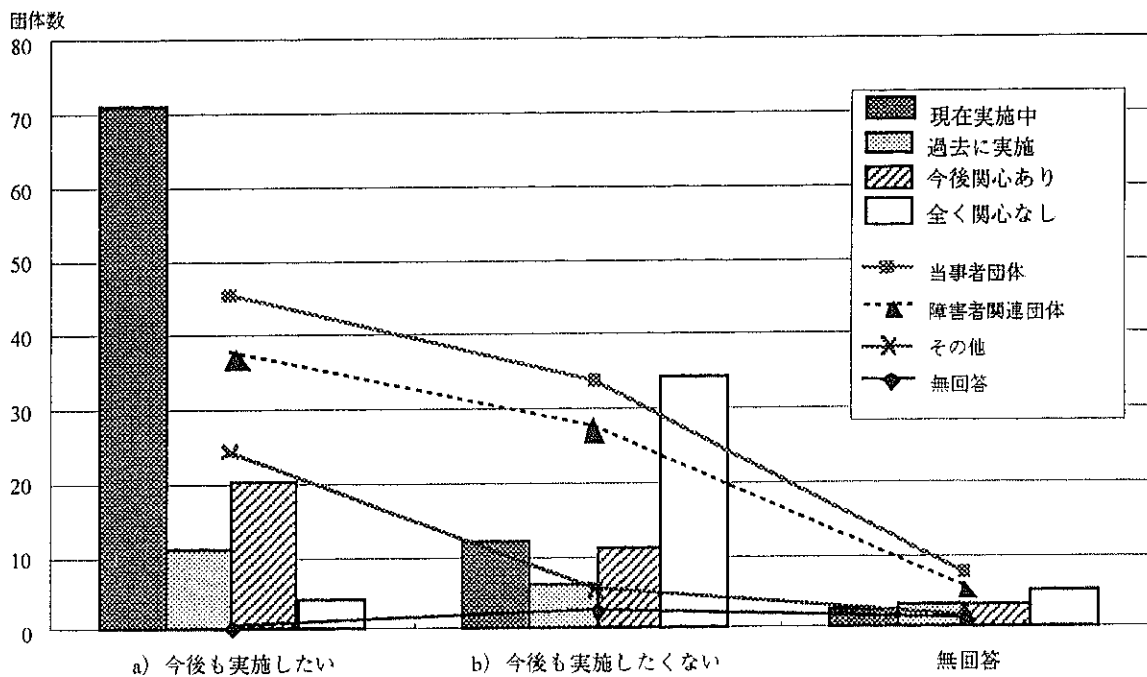
今後途上国の障害者に対して国際協力を実施したいと考えている団体は106（57.3%）、反対に、国際協力を実施したくないと考えている団体は65（35.1%）であり、国際協力への参加の関心は高いことが分かる（図5-14）。

図5-14 途上国の障害者に対する協力の意向



さらに、国際協力を実施してみたいと回答した106団体のうち、国際協力の活動状況別にみると71団体（67.0%）は現在、国際協力を実施中、11団体は過去に行ったことがあり、20団体は関心があるので今後行ってみたいと回答した。また、同106団体を団体種別に見てみると、当事者団体は45（52.9%）、関連団体は37（52.9%）であることが分かる（図5-15）。

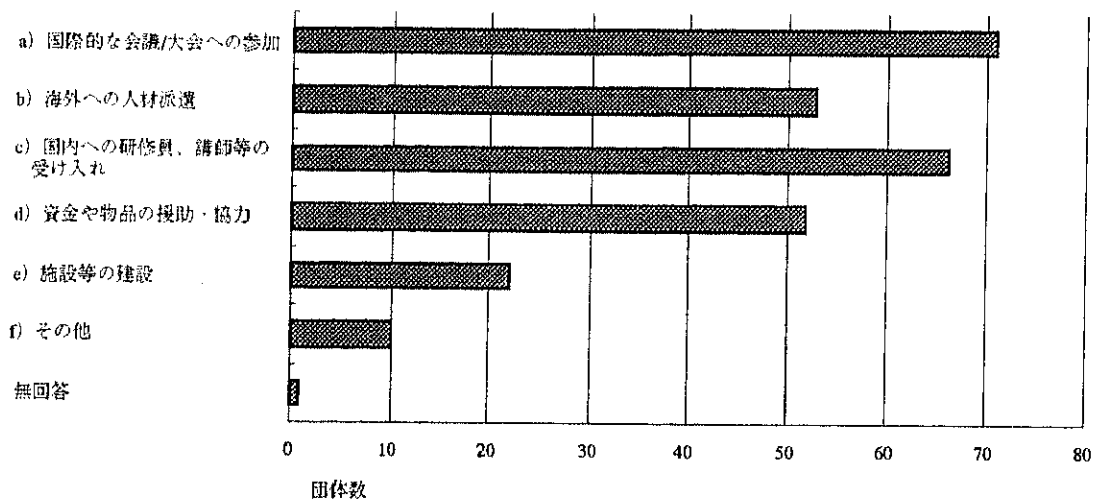
図5-15 協力の現状及び団体種別協力の意向



②活動内容

実施したい活動内容としては、国際会議／大会への参加が71団体（67.0%）、国内への研修員・講師等の受け入れが66団体（62.3%）、海外への人材派遣が53団体（50.0%）、資金や物品の援助・協力が52団体（49.1%）という結果が見られる（図5-16）。

図5-16 今後活動したい協力内容

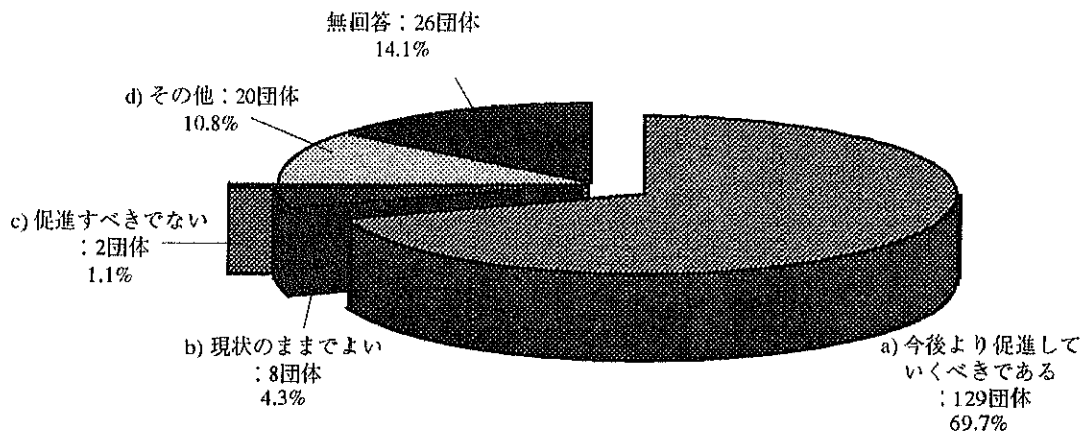


注：複数回答あり

③日本の障害者による途上国障害者への協力活動

途上国の障害者（関連団体）に対する協力活動に我が国の障害者自身が参加することについて、どのような見解を持っているかという設問に対しては、「今後より促進すべき」という回答が129団体と約7割にのぼっており、逆に「現状のままでよい」が8団体（4.3%）、「促進すべきでない」が2団体（1.1%）で極めて低い値となっている（図5-17）。

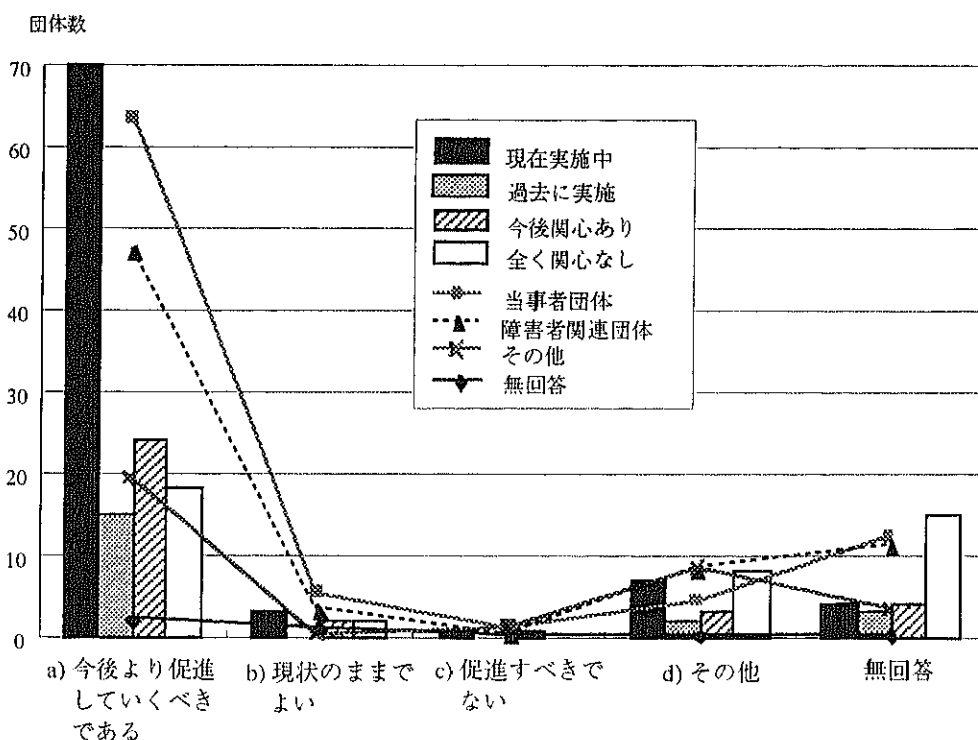
図5-17 日本の障害者による途上国の障害者への協力について



注：d) その他の内容として、「現在の活動で手一杯」、「対応する組織づくりができていない」等があげられた。

上記で最も多く回答のあった「今後より促進していくべきである」と考える129団体に協力の現状を質問してみると、70団体は現在実施中、24団体は関心があるので今後行ってみたいという結果であった。また、同129団体を団体種別で見ると、当事者団体は63（74.0%）、障害者関連団体は47（67.1%）であった（図5-18）。

図5-18 協力の現状及び団体種別でみた日本の障害者による途上国の障害者への協力について



④ 途上国の障害者への協力活動（理由）

「今後より促進すべき」と答えた理由には、「障害者自身が参加することにより、相手側に大きな影響を与え効果的な協力が可能であるため」（34団体、26.4%）が最も多く、次いで「途上国への協力により日本の障害者自身のエンパワーメント、自己変革、社会参加を推進できるため」（10団体、7.8%）、「我が国が他国から教えられた高度な技術・ノウハウを今度は我が国から途上国に伝達すべきであるため」（8団体、6.2%）、「障害者、健常者を区別せず、協力を推進すべきであるため」（7団体、5.4%）の順に続く（表5-3）。

表5-3 途上国の障害者への協力に日本の障害者が参加すべき理由

	実数 (団体数)	%
1) 障害者自身が参加することにより、相手側に大きな影響を与え、効果的な協力が可能であるため	34	26.4
2) 途上国への協力により、日本の障害者自身のエンパワーメント、自己改革、社会参加を推進できるため	10	7.8
3) 障害者の参加により、国際交流、協力についての障害者自身の意識向上が期待できるため	5	3.9
4) 途上国への協力により、日本国内の障害者福祉政策を変革できるため	3	2.3
5) 国連決議等で、障害者の参加がうたわれているため	6	4.7
6) 経済大国としての我が国の国際的地位にふさわしい協力をすべきであるため	6	4.7
7) 我が国が他国から教えられた高度な技術・ノウハウを、今度は我が国から途上国に伝達すべきであるため	8	6.2
8) 同じ障害者が協力し合うのに、日本・途上国の区別はないため	3	2.3
9) 国際化、情報化社会へ対応するために、障害者自身がかつと積極的に参加すべきであるため	3	2.3
10) 障害者、健常者を区別せず、協力を推進すべきであるため	7	5.4
11) 組織、財政等困難な面もあるが、推進すべきであるため	1	0.8
12) 過去の実績、経験を活かし、今後も障害者の参加を継続・拡大すべきであるため	5	3.9
13) 推進すべきではあるが、実施方法等は検討を重ねるべきであるため	5	3.9
14) よくわからない	2	1.6
15) 無回答	31	24.0
計	129	100.0

⑤ 途上国の障害者への協力活動（理由）

「現状のままでよい」と答えた8団体が選んだ理由としてあげられるのが、「組織、資金力とも弱く、途上国に協力する余裕がないため」（3団体）、「日本国内の対策も不十分であり、途上国への協力は時期尚早である」（2団体）、「現在の活動を推進すべき」（2団体）等である（表5-4）。

表5-4 途上国の障害者への協力について

	実数 (団体数)
1) 組織・資金力とも弱く、途上国に協力する余裕がないため	3
2) 日本国内の対策も不十分であり、途上国への協力は時期尚早である	2
3) 現在の活動を推進すべき	2
4) よくわからない	0
無回答	1
計	8

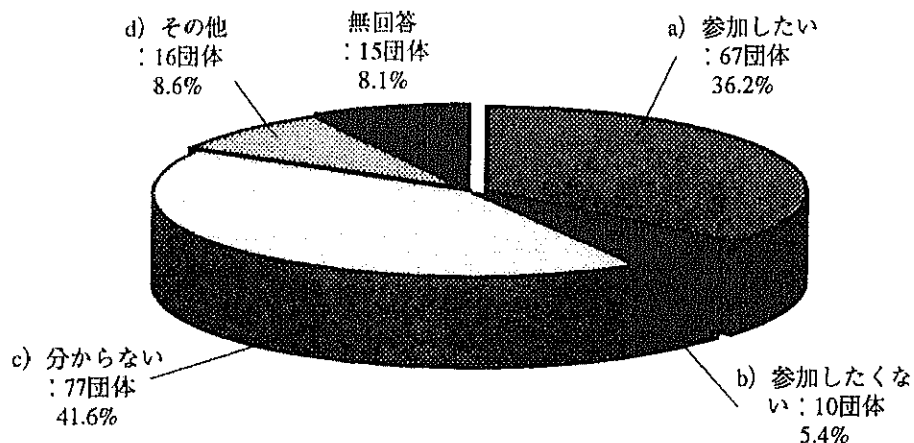
⑥ 途上国障害者への協力活動（理由）

「促進すべきでない」と答えた2団体は、「日本国内の対策も不十分であり、途上国への協力は時期尚早である」、「障害者自身のハンディが大きすぎて効率的な協力ができない」という理由をあげている。

⑦日本の政府開発援助（ODA）による協力事業への参加

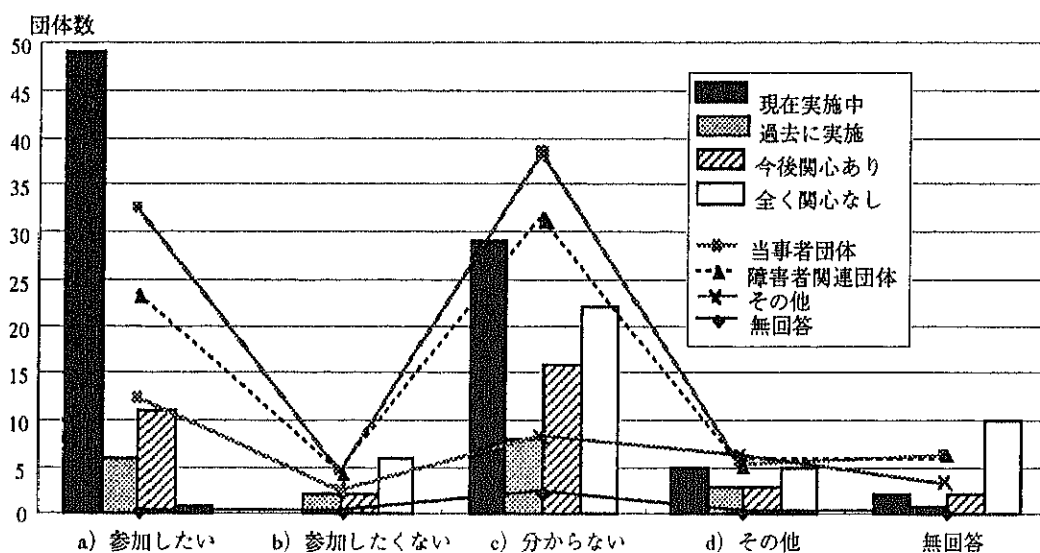
ODAによる国際協力事業への参加の関心の有無では、「分からない」と答えた団体が77（41.6%）と最も多く、「参加したい」という団体は67（36.2%）で次に多かった（図5-19）。

図5-19 ODAへの参加意向



ODAによる国際協力事業に「参加したい」と回答した67団体のうち、現在実施中の団体は49あることから、国際協力に関心のある団体の多くはすでに何らかの協力事業を行っていることが分かる。また、上記で「分からない」と回答した77団体も、現在国際協力事業実施中の団体が29、関心があるので今後行ってみたいと回答した団体が16あるという結果から、なんらかの形で国際協力事業に参加したいと考えている団体も少なくないことが分かる（図5-20）。

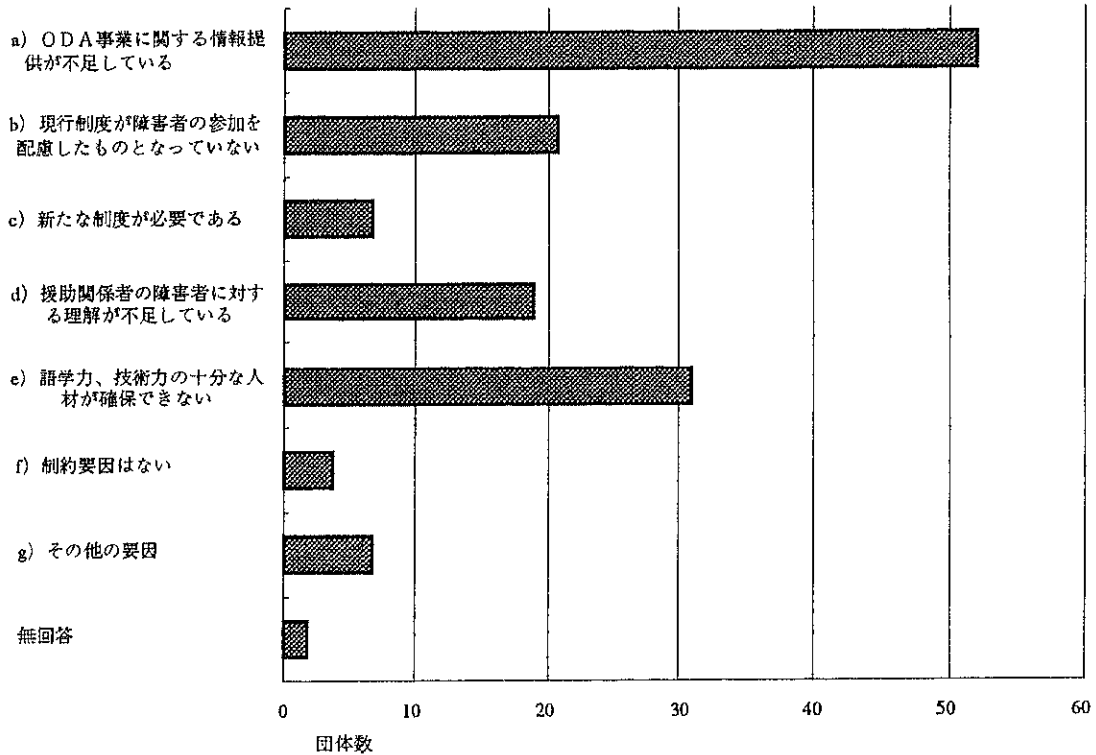
図5-20 協力の現状及び団体種別ODAへの参加意向



⑧ODAによる国際協力事業に障害者が参加するにあたっての制約要因

「参加したい」という67団体に制約要因を質問してみると、「ODA事業に関する情報提供が不足している」（52団体、77.6%）という回答が最も多く、ついで、「語学力、技術力の十分な人材が確保できない」（31団体、46.3%）、「現行制度が障害者の参加を配慮したものとなっていない」（21団体、31.3%）、「援助関係者の障害者に対する理解が不足している」（19団体、28.4%）という結果になっている（図5-21）。

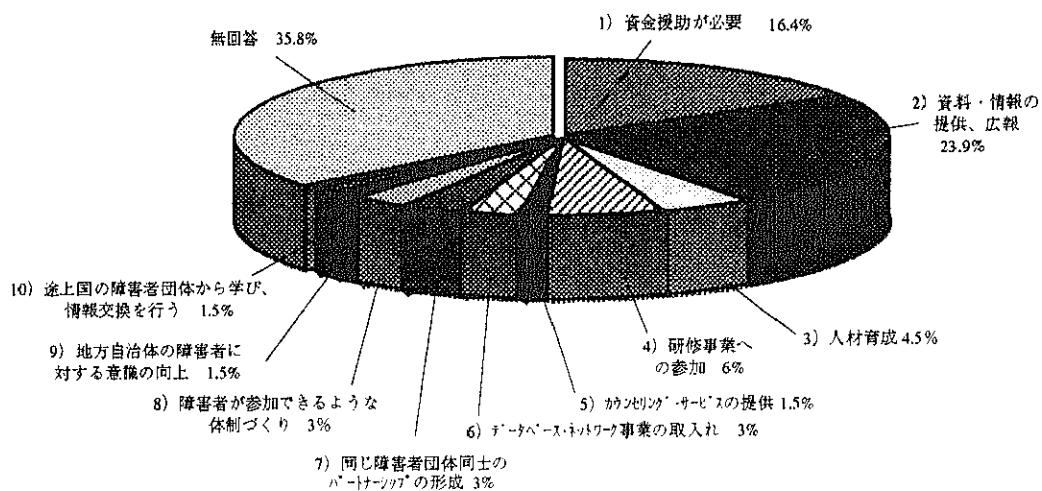
図5-21 ODAによる国際協力事業に障害者が参加するにあたっての制約要因



注：複数回答あり

また、上記67団体に制約要因の解決策について質問してみると、「資料、情報の提供、広報の促進」（16団体）、「資金援助を必要としている」（11団体）という意見が多いことが分かる（図5-22）。

図5-22 制約要因の解決策



⑨ODAに参加したくない団体の途上国の障害者との協力についての考え方

前掲⑦で「参加したくない」との回答を出した10団体に途上国の障害者との協力について聞いてみると、「NGOとして独自に協力を行いたい」と考えているところが2団体、「どのような方法・形態でもあまり関心がない」と答えたところが4団体あった（表5-5）。

表5-5 ODAに参加したくない団体の途上国の障害者との協力

	実数 (団対数)
a) NGOとして独自に協力を行いたい	2
b) どのような方法・形態でもあまり関心がない	4
c) その他	3
無回答	1
計	10

注：c) その他の内容として、「協力は必要だと思うが、自分たちのことで手一杯」、「予算面、人員面で協力が困難」等があげられた。

また、「NGOとして独自に協力を行いたい」と回答した上記2団体が考える、NGOとして国際協力事業を行っていくうえでの制約要因は、1団体については、資金不足、語学力・技術力の十分な人材が確保できないという回答であったが、もう1つの団体は制約要因はないとしている（表5-6）。

表5-6 NGOとして国際協力事業を行っていくうえでの制約要因

	実数
a) 資金が不足している	1
b) 語学力、技術力の十分な人材が確保できない	1
c) 制約要因はない	1
計	3

注* 複数回答あり

⑩今後の方針

今後途上国の障害者（関係団体）を支援するにあたっての具体的な方針として最も多かった意見は「現行事業の継続・拡大」で21団体（11.4%）あり、次いで、「（国内障害者及び現地人材の）人材育成」が必要だと考える団体が多く15団体（8.1%）あった。また、「相手側の自主性を尊重した活動を行う」という意見も12団体（6.5%）あり、同じ立場からの協力を重視していることも分かる（表5-7）。

表5-7 今後途上国の障害者（関係団体）を支援するにあたっての具体的な方針

	実数 (団対数)	%
1) 障害者当事者同士の活動を重視する	10	5.4
2) 障害者関連団体との連携を強化する	9	4.9
3) 相手側の自主性を尊重した活動を行なう（同じ立場で）	12	6.5
4) 障害者の自立促進を図る	4	2.2
5) 現行事業の継続・拡大	21	11.4
6) （国内障害者及び現地人材の）人材育成	15	8.1
7) 障害者の教育や福祉の促進	6	3.2
8) 人材育成、情報整備	4	2.2
9) 資金、機材供与	3	1.6
10) 資金等が不足して活動が困難である（国内の体制整備が先）	8	4.3
11) 団体としての方針はないが、職員が個人的に実施している	1	0.5
12) 特になし（但し、要望があれば検討してもよい）	20	10.8
13) 無回答	98	53.0
計	211	114.1

注：複数回答あり

⑪その他

「障害者の国際協力事業への参加」についての全般的意見や要望では特に目立ったものはないが、「国際協力に関する情報が必要」13団体（7.0%）、「資金が必要」11団体（5.9%）という回答が中でも多かった（表5-8）。

表5-8 「障害者の国際協力事業への参加」についての意見や要望

	実数 (団対数)	%
1) 資金が必要	11	5.9
2) 障害者組織体制の強化が必要	4	2.2
3) 適切な人材育成が必要	6	3.2
4) 障害者当事者同士の連携を強化して活動をすすめたい	7	3.8
5) 障害者自身が協力にもっと参画すべき	4	2.2
6) 語学、技術能力の向上が必要	1	0.5
7) 途上国の現状を知るための機会が必要	3	1.1
8) 国内での広報活動が必要	4	2.2
9) 障害者が安心して暮らせる社会を早く作るべき（国内対策が先）	8	4.3
10) 国内での障害者に対する偏見の除去が必要	2	1.1
11) 今後徐々に協力を進めたい	8	4.3
12) 今回の調査は評価できる	2	1.1
13) 国際協力に関する情報が必要	13	7.0
14) ODAとの連携が必要	3	1.6
15) 特になし	10	5.4
16) 無回答	111	60.0
計	196	150.9

注：複数回答あり

(3) まとめ

1) 国際協力への関心

前項の通り、今回のアンケート調査の結果としては、今後途上国の障害者に対して国際協力を実施したいと考えている団体が106団体と過半数以上であり、国際協力への参加の関心は高いことが分かる。このうちの約7割は現在国際協力事業を行っており、約2割は過去の実績はないが今後行ってみたいという意見であった。

また、実施したい活動内容としては、国際会議／大会への参加が7割弱で最も多く、次いで、国内への研修員・講師等の受け入れ（6割）、海外への人材派遣（5割）、資金や物品の援助・協力（5割弱）という結果が見られた。（複数回答あり）

途上国の障害者（関連団体）に対する協力活動に我が国の障害者自身が参加することについて、どのような見解を持っているかという設問に対しては、「今後より促進すべき」という回答が129団体と約7割を占め、「現状のままでよい」及び「促進すべきでない」と回答した団体は極めて少なかった。

また、「今後より促進すべき」と答えた団体のほとんどは、現在または過去に国際協力事業を実施した経験があり国際協力事業への関心が高く、今後行ってみたいという団体も多かった。さらに、「今後より促進すべき」と答えた理由としては、「障害者自身が参加することにより、相手側に大きな影響を与え効果的な協力が可能であるため」が最も多く全体の4分の1強を占め、次いで「途上国への協力により日本の障害者自身のエンパワーメント、自己変革、社会参加を推進できるため」という結果であった。

「現状のままでよい」と答えた8団体が選んだ理由としては、「組織、資金力とも弱く、途上国に協力する余裕がないため」、「日本国内の対策も不十分であり、途上国への協力は時期尚早である」、「現在の活動を推進すべき」等であった。

「促進すべきでない」と答えた2団体は、「日本国内の対策も不十分であり、途上国への協力は時期尚早である」、「障害者自身のハンディが大きすぎて効率的な協力ができない」という理由をあげていた。

2) 障害者のODAによる国際協力事業への参加

障害者のODAによる国際協力事業への参加に対する関心の有無では、「分からない」と答えた団体が77団体であり全体の約4割を占めた。しかし、このうち現在または過去に何らかの形で国際協力事業を実施している団体や、関心があるので今後実施してみたいと考えている団体も多かった。

また、次に多かったのは「参加したい」という67団体で全体の約3割強を占め、これらの団体のほとんどは、現在または過去に国際協力事業を実施しており、なんらかの形で国際協力事業に参加したいと考えている団体も少なくないことが分かった。

3) ODAへの参加の制約要因と解決策

ODAに参加したいと答えた67団体に、ODAによる国際協力事業に障害者が参加するにあたっての制約要因を聞いてみると、「ODA事業に関する情報提供が不足している」（8割弱）という回答が最も多く、次いで、「語学力、技術力の十分な人材が確保できない」（5割弱）、「現行制度が障

害者の参加を配慮したものとなっていない」（3割）、「援助関係者の障害者に対する理解が不足している」（3割弱）という結果になっている。（複数回答あり）

制約要因の解決策については、「資料、情報の提供、広報の促進」や、「資金援助を必要としている」という意見が多かった。

「参加したくない」との回答を出した10団体に途上国の障害者との協力について聞いてみると、「NGOとして独自に協力を行いたい」と考えているところもあれば、「どのような方法・形態でもあまり関心がない」と答えたところもあった。

4) 今後の展望

以上の通り、今回のアンケート結果をみる限り、障害者当事者団体及び関連団体の多くが何らかの形で国際協力事業に参加したいという意向を持っており、また、障害者自身の国際協力事業への参加についても、今後より促進すべきという意見が約7割を占めたことから、国際協力事業に対する意欲の大きさが明らかになったといえよう。

6. 途上国の障害者への協力ニーズと 障害者参加の可能性

(1) アジア・太平洋の障害者の現状と協力ニーズ

1) 障害者統計の全体的状況

各国で障害者施策を計画するにあたって基礎となるのが障害者に関する統計であり、その主なソースは国勢調査、障害者実態調査（標本調査）、行政統計（障害者登録など）である。国勢調査には全数について障害に関する項目を質問する場合と、一部のみに質問する場合とがある。

アジア・太平洋諸国の場合には、これらいずれの統計もとっていない国や古いデータしかない国も多い。また重度の障害しか調べていない（例えば盲人のみを調べ、弱視者を除外しているなど）場合も多く、ヨーロッパ諸国に比べて障害者の出現率が低い傾向にある。

アジア・太平洋地域の障害者統計に関する情報は、ESCAPの統計部門でも把握しておらず、国連本部の統計部に一部が集められているにすぎない。各国が行った調査結果を集約する仕組みが存在しておらず、情報交流の機会も少なく、したがって調査の方法や基準（障害者の定義など）がバラバラなままとなっており、国際比較も困難である。

障害者の出現率は、国によって大きな差がある。国連統計部が集めた55カ国からの63件の障害者統計をみると、出現率が0.2%から20.9%にまで広がっている(UNSO 1990)。この差は、一部は実際の差であり、一部は調査の方法や基準の違いを反映した見かけ上の差である。さらに「障害」はある意味で社会的概念であり、なにを障害とするかはその社会の経済・政治・文化・宗教などが関与している。したがって完全な意味で世界共通の障害者の定義を念頭におくことは適切ではない。これらを踏まえた上で、いくつかの資料に基づいてアジア・太平洋地域の障害者状況を見ていきたい。なお主として途上国についてとりあげる。

障害者の出現率を概観したものが、表6-1. である。出典はUNと付したものは文献UNSO 1990であり、その他は「2) 各国の障害者統計」に紹介してある文献によるものである。なお実態調査は全国的な調査であり地方調査と区別した。

これらの出現率の数字にみられるように、アジア地域の統計数値も大きく分散している。出現率10%とする国が3つあり、WHOが人口の10%が障害をもつと推計したことを機械的に当てはめたことも考えられるが、ヴェトナムでは300万人（人口の4.6%）が戦闘による障害者だと報告しており、事実出現率が高いようである。

国によって対象とする障害の中に精神遅滞や精神障害を含めないところと含めるところとがあり、さらに障害者の障害種類別の構成割合が大きく異なる。その国の障害者施策の上で、さらに社会全体の認識の中で、どのような種類の障害が重視されているかを反映するものであろう。

表6-1. 障害者出現率（調査対象人口に対する障害者の割合）

	国名	%	実施年度	方法	備考
東アジア	中国	4.9	1987	実態調査UN*	
	香港	2.4	1995	行政登録	
		4.6	1994	政府推計	
		4.1	1986	政府推計	
		0.8	1981	国勢調査UN*	
	韓国	2.2	1990	実態調査	
		0.8	1994	行政登録	
	マカウ	10.0	1993	政府推計	WHO推計の機械的適用か
東南アジア	モンゴル	2.8	1993	政府推計	
	インドネシア	1.1	1980	国勢調査UN*	
		3.0	1993	政府推計	
	マレーシア	1.0	1995	政府推計	
		9.5	1981	地方調査	ハンディキャップ者は1.8%
		0.9	1989	地方調査	盲、ろう、整形外科障害のみ
	フィリピン	1.4	1980	国勢調査UN*	15歳以上、非就労障害者
		4.4	1980	実態調査	
	タイ	0.8	1981	実態調査UN*	
		0.5	1990	実態調査	
	シンガポール	0.5	1988	行政登録	
	ブルネイ	1.0	1992	政府推計	
	カンボディア	1.9	—	実態調査	「最近の調査」とされ時期不明
	ラオス	10.0	1993	政府推計	
		5.3	1993	行政統計	
	ヴェトナム	10.0	1993	政府推計	
南西アジア	ミャンマー	0.4	1983	国勢調査UN*	10歳以上、非就労障害者
		2.0	1985	実態調査	身体障害のみ
	バングラデシュ	0.7	1982	実態調査	
	インド	1.8	1981	実態調査	視覚、聴覚、運動障害のみ
		1.9	1991	実態調査	視覚、聴覚、運動障害のみ
		1.8	1990	地方調査	中等度以上のみ。精神遅滞含む
	ネパール	3.0	1980	実態調査UN*	
		0.5	1981	国勢調査	
		0.8	1981	実態調査	盲人のみ
		5.0	1989	実態調査	知的障害のみ
	パキスタン	0.5	1981	国勢調査UN*	
		4.9	1985	実態調査	
	スリランカ	3.8	1981	国勢調査	
		3.9	1992	国勢調査	
モーリシャス	2.6	1990	国勢調査		
大洋州	バーレーン	1.0	1981	国勢調査UN*	
	キリバス	1.2	1990	国勢調査	15歳以上、非就労障害者
	パプアニューギニア	7.5	1993	政府推計	
	ソロモン諸島	5.0	1992	実態調査	0.9～5.0%と報告
	フィジー	0.9	1982	実態調査UN*	非就労障害者
	グアム	8.1	1993	政府推計	

文献：UNSO, United Nations Statistics Office, "Disability Statistics Compendium", United Nations, 1990

出典：*UNSO, 1990

他は各国障害者統計による（文献は次頁以降紹介）

2) 各国の障害者統計

以下は各種文献資料による各国の障害者統計の紹介である。できるだけ引用者（佐藤）の意見をいれずに原文の記述を要約して紹介する。

なお、ほとんどの文献は英語であるが、日本語に翻訳する際に極力誤訳をさけるため、可能な限り原文の英語を付した。

①東アジア

a. 中国

1987年、全国の3,169サンプリング地区の約160万人を面接調査した結果が表6-2. である。一次面接で障害が疑われた者に対する医師の検査がなされ、最終的には人口の4.9%が障害者と確認された。調査の対象は一般世帯のみ（寮などは除外）であり、障害判定基準などの文書も使われた。

表6-2. 1987年の調査結果による障害の種類別出現率

	障害の種類	出現率 (%)
対象とされた 障害の種類	視覚障害 (visual disability)	0.72
	聴覚障害と言語障害 (hearing and speech disability)	1.68
	身体障害 (physical disability)	0.72
	精神発達遅滞 (mental disability)	1.15
	精神科的障害 (psychotic disability)	
	重複障害 (multiple disabilities)	0.64
	合計	4.90
障害の判断の 基準	社会的機能の異常を重視する。	

注) 数値を示した表では「精神科的障害」がでていないので、精神発達遅滞と合わせたものとして扱った(引用者)。

出典1) : Household Disability Sample Survey, China, 1987 (国連統計部資料)

2) : Committee of National Sampling Survey of the Disabled, "National Sampling Survey of the Disabled 1987 Plan", date unknown

また、前述の調査結果につき、表6-3. のとおり実数と構成比が報告されている。

表6-3. 1987年調査における障害種類別人数とその割合

障害の種類	人数 (万人)	%
視覚障害 (visual impairment)	755	14.6
聴覚障害 (hearing impairment)	1,770	34.3
身体障害 (physical disability)	755	14.6
精神遅滞 (mental retardation)	1,017	19.7
精神障害 (mental disorder)	194	3.7
重複障害 (multiple disability)	673	13.0
合計	5,164	100

出典："China Disabled Persons' Federation and its Work", author and date unknown

b. 香港

少し古いですが、1986年の時点で香港政府は表6-4. のような障害者数の推計をし、これを政策・予算の基礎とした。推計障害者数は225,665人で、出現率は、1986年の人口554万人の4.07%。区分の中の1、2、8は中央リハビリテーション登録によるもの、5はイギリスの出現率を使用、その他は政府推計である。この文献には詳しい障害の定義等は紹介されていない。

表6-4. 障害者数推計値とその割合 (1986年)

		人数	%
1.	ろうと難聴 (deaf and partially hearing)	8,490	3.8
	重度ろう (profoundly deaf)	5,011	—
	重度聴覚障害 (severely hearing impaired)	861	—
	中等度聴覚障害 (moderately hearing impaired)	2,618	—
2.	盲と弱視 (blind and partially sighted)	12,515	5.5
	盲 (blind)	9,126	—
	弱視 (partially sighted)	3,389	—
3.	精神疾患 (リハビリを要する人のみ) (mentally ill)	20,148	8.9
4.	自閉症児 (autistic children)	624	0.3
5.	精神薄弱 (mentally handicapped)	109,159	48.4
	重度 (severe grade)	3,929	—
	中等度 (moderate grade)	22,154	—
	軽度 (mild grade)	83,076	—
6.	学習の遅れ (slow learning)	31,430	13.9
7.	不適応 (maladjusted)	7,525	3.3
8.	身体障害 (脳性マヒを含む) (physically disabled)	35,774	15.9
	合計	225,665	100

出典："Commissioner for Rehabilitation's Second Report 1986" 1986.12

また、1991年3月末現在の中央障害者リハビリテーション登録の数は123,068人となっている。これは視覚、聴覚・言語、身体障害のみ (1986年12月にはこの数字は56,779人であったので急速に伸びている：佐藤)。

政府は政策立案の基礎として、障害者数を1991年時点で269,000人、出現率4.7%という推計値を使っている（1986年の政府推計では出現率4.07%が採用されていた：佐藤）。

なお、精神遅滞のを諸外国で採用されている3%ではなく2%としたため、50%もサービスが少なく計画されており、適切でない指摘されている。（表6-5. 参照）

表6-5. 1991年政府推計の内訳

障害の種類	人	%
精神遅滞 (mentally disabled)	112,442	41.8
身体障害 (physically disabled)	67,500	25.1
その他 注1)	89,308	33.2
合計	269,000	100

注1) その他は、学習困難 learning difficulties、精神病 mental illness、視覚障害 visual impairment、聴覚障害 hearing impairment、不適応 maladjustment および自閉症 autism。

出典：S.S.Y.Chan, et al., "Country Report from Hong Kong to the Campaign Meeting for the Promotion of APDDP 1993-2002", Okinawa, 1993

また、1994年の政府の障害者数の推計は、264,000人で、その内訳は表6-6. の通りである。なお、中央リハビリテーション登録では1995年4月現在136,880人登録している（視覚、聴覚・言語、身体障害のみ）。

表6-6. 1994年の障害者推計内訳

障害の種類	%
精神遅滞 (mental handicap)	44.9
身体障害 (physical handicap)	29.0
精神病 (mental illness)	8.8
視覚障害 (visual impairment)	5.7
聴覚障害 (hearing impairment)	5.0
言語障害 (speech impairment)	3.6
不適応 (maladjustment)	2.5
自閉症 (autism)	0.5
合計	100

出典：Government of Hong Kong, "White Paper on Rehabilitation", May 1995

また、1995年、政府は「White Paper on Rehabilitation」というタイトルの長期計画を発表したが、そのなかで今後次の障害区分を採用する、としている。

聴覚障害 hearing impairment

自閉症 autism

精神遅滞 mental handicap

不適応 maladjustment

身体障害 physical handicap

視覚障害 visual impairment

精神病 mental illness

内部障害 visceral disability

言語障害 speech impairment

最後の2つが今回新たに設けた区分である。学習困難 learning difficultyを従来の区分では含めていたが、今回は除いた。理由は、これは機能障害impairmentを伴うものではないこと、またリハビリテーションサービスよりも教育サービスになじむからではないかと思われる。また、不適応という区分を残すかどうかは、現在教育と福祉の部局間で協議中である。これらの定義の詳細は1995年出版予定の1994年のリハビリテーションプログラム計画に書かれている。

c. 韓国

(a) 韓国の障害者福祉法の障害者(障害者)の定義

第2条(定義)で「この法で言う「障害者」とは肢体障害、視覚障害、聴覚障害、言語障害又は精神遅滞等精神的欠陥(以下「障害」という)により長期間にわたり日常生活又は社会生活に相当な制約を受ける者とし、大統領令で定める基準に該当する者を言う。」としている。

「大統領令で定める基準」とは日本の法別表とほぼ同じで、視覚、聴覚、肢体、言語、精神遅滞の5種類とその程度範囲を示している。「精神遅滞等精神的欠陥により」と定義しているが、大統領令にも施行規則(等級表)にも精神遅滞以外の「精神的欠陥」は取り上げられていない。

日本の身体障害者福祉法と異なるのは、まず18才以上という限定がないことで、補装具や施設なども一つの法律で対応している。さらに知的障害が統合されていることや、内部障害やそしゃく機能障害が含まれていないことも特徴である。

精神遅滞者(知的障害者)は1~3級までに区分され、4級以下はない。1級「知能指数34以下の人で、日常生活と社会生活の適応が著しく困難で一生他人の保護が必要な人」、2級「知能指数35以上49以下の人で、日常生活の単純な行動が訓練可能で、ある程度の監督と援助を受ければ複雑でない特殊技術を要しない職業をもつことができる人」、3級「知能指数50以上70以下の人で教育を通じ社会的、職業的再活(更生)が可能な人」と等級表で示されている。

(b) 等級区分の日韓比較

対象とする障害の種類に関する違いを除くと、日本と韓国の制度は非常に似ており、上肢、下肢、体幹、視覚、聴覚、平衡機能、言語などの区分ごとに1級から6級までの等級に区分され、それぞれのセル枠内に記述されている事項も似ている。等級表を一見しただけではこれが日本のものか韓国のものか分からないほどである。

日本の等級表には肢体不自由に関して7級まであり、7級に該当する障害が2つある場合には6級とすることとされているが、韓国には7級の表示はない。この面では日本のほうが対象を広くとっている。ただし日本の7級の第5「一上肢の中指、薬指および小指を欠くもの」は韓国の6級に位置づけられている。この障害をもつ人は、日本では(この障害だけでは)法の対象とならないが韓国では6級として対象となる。この点では韓国のほうがカバー範囲が広い。

下肢障害を比較すると、日本の4級の中の2つの項目「両下肢のすべての指を欠くもの」、「両下肢のすべての指の機能を全廃したもの」が韓国では5級になっており、日本の5級の中の2つの項目「一下肢の足関節の機能を全廃したもの」、「一下肢が健側に比して5センチメートル以上又は健側の長

さの15分の1以上短いもの」が韓国では6級になっている。日本の下肢障害の6級は「一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの」、「一下肢の足関節の機能の著しい障害」の2項目であるが、このいずれも韓国にはない。したがって下肢障害に関しては、日本の4級と5級を4・5・6級にふりわけ、日本の6級を除外している。

体幹機能障害では、日韓で等級表上の表現の違いはあるが、内容的にはほとんど差がない。ただし、日本の5級は2キロメートル以上歩行できないものとしているのに対して、韓国では500メートル以上としており、対象を広げている。

また日本では「脳原性運動機能障害」を独立させ、紐結びテストや「傘をさす」、「健側のそで口のボタンをとめる」などの能力テスト、そして移動能力テストによって、つまり機能障害ではなく能力障害によって障害程度を測定することとしている。これは脳性マヒ者などの実生活上の困難をより正確に反映する工夫であるが、韓国では採用していない。

視覚障害は全く同じ等級表である。

聴覚障害は、各デシベル数値が日本の方が10ずつ大きくなっており、このことから日本の方が対象が狭いとの印象ももたれるが、「40センチメートル以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの」を日韓とも6級とするなど、各級の能力面の表示は同じである。

平衡機能障害についても同じである。

音声言語機能障害では表示が多少異なるが内容的には同一である。

また日本でも韓国でも、同じ等級の2つの障害がある場合は1級上の等級とすることとされているが、異なる等級の障害が2つ以上ある場合など実態が複雑であるので、日本では「指数」方式を採用し、各障害の指数の合計でその人の総合的な障害等級を判定している。これも韓国では採用していない。

比較してみると、部分的には韓国のほうが広く対象をとっている点もあるが、日本の下肢障害6級が韓国では除外されているなど全体としては日本のほうが広く、また指数制度や脳原性運動障害の区別などきめ細かさの点でも日本の歴史の長さがうかがわれる。

以上のような韓国の基準にしたがって登録されている障害者の状況をみると、表6-7. の通りである。

表6-7. 1993年における障害者数とその割合

障害の種類	人数	%
肢体障害	176,015	55.4
精神遅滞	38,260	12.0
視覚障害	17,977	5.7
聴覚・言語障害	33,190	10.4
その他（報訓庁）	52,497	16.5
合計	317,939	100

注) その他（報訓庁）とは、法的障害者以外の障害者で保護されるべき者のことで、報訓庁という管轄庁に登録され報訓手帳を持っている人のことである。これは日本の被爆者手帳や戦傷病者手帳に似たような性格のものだという。

出典：Chon Jyonwa「韓国の障害人福祉法研究」日本社会事業大学1995年度卒業論文。この論文に法律、政令、等級表などが全文日本語に翻訳されている。なお日韓の等級表の比較の部分は佐藤の文責。

この登録は1988年11月より開始され、1989年時点では合計216,003人の登録であったので、登録者数の伸びはかなり早い。ただし、1990年の、法に基づく障害者実態調査では956,000人の障害者（出現率は1990年の人口4,287万人の2.2%）が推計されているので、登録率は約3分の1である。

また、1990年の障害者実態調査は出現率を2.21%としたが、1994年12月31日付の登録数は347,200人であり、人口4,400万人の0.8%にあたる。^{注12}

d. マカオ

1991年の国勢調査では、人口は354,500人。障害者の実態調査はなされていないがおよそ35,000人と推計されている。^{注13}

e. モンゴル

全人口は約200万人、その2.75%、55,000人が障害者と推計されている。そのうち4,800人は先天性の障害である。^{注14}

②東南アジア

a. インドネシア

約550万人の障害者が推計されている。(1992年人口184,350,000人で割ると、出現率3.0%となる。)
^{注15}

b. マレーシア

マレーシアには障害者の全国的な統計がない。社会福祉部の障害者登録は1994年12月31日時点で表6-8.の通りである。しかしこの数字は特にサービスを受けるために登録した人しか示していない。政府としては、1958年に行った調査などから、人口の1%、すなわち18万人が障害者だと推計している。

表6-8. 1994年における障害者登録数とその割合

障害の種類	人数	%
視覚障害者 (visually handicapped)	10,048	18.6
聴覚障害者 (hearing impaired)	10,093	18.7
身体障害者 (physically disabled)	18,835	34.9
精神遅滞者 (mentally retarded)	14,930	27.7
合計	53,906	100

出典：Ministry of National Unity and Social Development, Malaysia,
"Country Paper for the Meeting to Review the Progress of the APDDP 1993-2002," Bangkok 1995

注12 Republic of Korea, "The Present State of Implementing the Agenda for Action for APDDP", a paper presented to the Meeting to Review the Progress of APDDP, Bangkok, 1995

注13 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注14 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注15 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

また、1958年の調査における内訳は表6-9. のとおりであった。

表6-9. 1958年における障害者の割合

障害の種類	%
整形外科的障害	42
視力障害	32
聴覚障害	18
知的障害	8
合計	100

出典：楊秋花、「マレーシアにおける障害者福祉に関する一考察」、
日本社会事業大学1995年度卒業論文

政府の障害者出現率1%という推計は1980年代以降のいくつかの障害者調査によって支持されなくなっている。1981年にKuala Langat地区で行われた調査で、2,518人が障害者と判断され、出現率は9.49%、ただしハンディキャップ状況にある人の出現率は1.83%とされた。

1983年にSentulで行われた子供への調査では、1,000人の子供のなかで重度障害を持つものは31人、3.1%の出現率であった。

1984年にマレーのある地区で行われた調査では、運動障害の出現率が3.9%と推計された。

1989年にJerantutで行われた調査では、39,132人の対象のなかで349人が障害者とされ、82人、23.5%が盲人、77人、22.1%がろう、190人、54.4%が整形外科的障害をもっていた。

以上のうち1981年と1984年の調査はWHOのディスアビリティとハンディキャップの分類を使ってなされた。^{注16}

社会福祉部Department of Welfare が行っている障害者登録数（1995.6現在）は表6-10. のとおりである。

表6-10. 社会福祉部調査による障害者登録数とその割合（1995年）

障害の種類	人数	%
視覚障害 (visually disabled)	10,147	18.2
肢体不自由 (physically disabled)	19,358	34.8
聴覚障害 (hearing impaired)	10,466	18.8
知的発達障害 (mentally retarded)	15,702	28.2
合計	55,673 注1)	100

注1) 総人口の1%

出典：Department of Welfare, Ministry of National Unity and Social Development, Malaysia

「このようにたくさんの障害者が存在し、また交通事故と労働災害でその数は増加しつつあるのにもかかわらず、障害者の権利を守るための直接的な法律は一つもない。わが国には500もの法律があるのに。」^{注17}との新聞社説もある。

また、マレーシア障害者連盟Malaysian Confederation of the Disabled 会長のHugh Storey氏は「人口の1%という数字は少なすぎる。約100万人はいるだろう」という。^{注18}

注16 C.K.Sin.et.al.(ed.), "Caring Society", ISIS, Malaysia, 1991. pp.233-256

注17 THE STAR 1996.1.4 section.2,p.12

注18 The Sun, 1995.12.14

c. フィリピン

約640万人が障害者だと推計される。^{注19}

フィリピンでは1980年の実態調査で、33,278人が対象とされ、1,470人が機能障害impairmentをもつ障害者と判断された。人口の4.4%に相当する。まず障害があるか (impaired?) と質問され、はいと答えた人にその障害の種類を18項目のなかから選ぶ。ついで食事、着脱などの能力障害に関する質問が続く。18項目の (機能) 障害は、手足切断、関節・筋の痛み、排泄障害、視覚障害、外様性障害、慢性呼吸異常、精神の障害などである。^{注20}

d. タイ

人口は5,700万人であり、1990年の国立統計局の調査では障害者数は275,371人と推計された。^{注21}

e. シンガポール

シンガポールの障害者中央登録に登録されている障害者数は、1987年12月に12,343人、1988年12月に12,526人で人口の1%以下である (人口260万人の0.48% : 佐藤)。登録は任意制であり、いろいろな理由で登録しない人も多い。シンガポールの1985年時点の障害者登録数は9,952人であり^{注22}、1987年12月の障害種別の登録は表6-11. の通りである。

表6-11. 1987年の障害者数とその割合

障害の種類	人数	%
知的障害 (精神遅滞と教育の標準以下) (intellectually disabled or mentally retarded and educationally subnormal)	4,549	36.9
聴覚障害 (ろう) (hearing impaired or deaf)	2,970	24.1
筋骨格系 (整形外科的) (Emusculoskeletal or orthopaedic)	1,455	11.8
視覚障害 (盲) (visually handicapped or blind)	1,212	9.8
精神科的 (精神病) (psychiatric or mentally ill)	911	7.4
神経・筋 (脳性マヒ) (neuromuscular or spastic)	909	7.3
重複障害(multiple disabilities)	326	2.6
その他(others)	11	0.1
合計	12,343	100

出典 : Eugene Soh Yew Lin, "Country Report from Singapore to the Campaign Meeting for APDDP 1993-2002", Okinawa, 1993

f. ブルネイ

人口は260,863人で、1992年現在、2,500人の各種障害をもつ人々がいる。出現率は1.0%である。

^{注23}

g. カンボディア

最近の実態調査によれば、武力紛争、事故、病気による身体的または精神的障害 (physical and

注19 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注20 United Nations Statistics Office, "Disability Statistics Compendium", United Nations, 1990

注21 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注22 United Nations Statistics Office, "Disability Statistics Compendium", United Nations, 1990

注23 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

mental handicap) を持つ人の数は、17万人で、人口の1.88%である。^{注24}

h. ラオス

1991年のラオスの人口は約417万人、年間2.9%の増加率を示す。その約10%、410,700人が永続的または一時的な障害をもつ。これは世界的に使われているWHOの出現率推計とほぼ同じである。しかし別な推計ではラオスでは458,700人、11%が障害者だともいわれている。

国立リハビリ（テーション）センター、州のリハビリテーション課、あるいは地域リハビリテーション事業で集計されている障害者データによる障害者数とその割合は、表6-12. の通りである。なお、これらの行政で管理している数字は前述の推計値の約半数である。^{注25}

表6-12. 障害種別障害者数とその割合

障害の種類	人数	%
身体障害(physical impairment)	29,600	13.3
手足の変形又は形成異常 (deformity or malformation of limbs)	29,600	13.3
ポリオ (polio)	4,440	2.0
運動および機械的な障害 (motor or mechanical impairment)	13,320	6.0
手足の切断(limbs amputated)	9,685	4.4
頭や顔の外様性障害 (head and face disfiguring impairment)	7,400	3.3
発達、知的および心理的障害(developmental, intellectual or psychological impairment)	103,600	46.7
言語障害 (without speech)	3,600	1.6
聴覚障害(deaf)	9,800	4.4
視覚障害 (blind)	10,969	4.9
合計	222,014	100

出典：ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

i. ヴィエトナム

人口は1991年に約6,800万人であり、この約10%が障害者と推計される。このうち300万人は戦闘で障害者となり、そのほか、化学物質や投獄で障害者となったものもいる。^{注26}

③南西アジア

a. ミャンマー

保健部が1985年に行った標本調査で、人口約3,400万人の約2%が身体障害（physical disability）をもつと推計された。他の障害、例えばてんかん、言語や聴覚の障害、情緒の障害、知的障害などを含めれば、数字はさらに大きくなる。^{注27}

注24 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注25 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注26 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注27 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

b. バングラデシュ

1982年にバングラデシュ統計部が行った障害者実態調査によれば、障害者数は770,000人、出現率は0.7%である。しかしWHOの推計によれば、人口の10%、1,100万人となる。^{注28}

c. インド

1981年NSSOの全国標本調査で、当時の全国人口6億8千万人中、1.8%、1,200万人が視覚、聴覚、運動の障害（visual, communicative and locomotor disability）をもつと推計された。このうち、約10%は重複障害である。（表6-13. 参照）

表6-13. 1981年NSSOによる全国標本調査：障害の種類及びその人数

障害の種類	人数 (万人)
運動障害 (locomotor disability)	543
視覚障害 (visual disability)	347
聴覚障害 (hearing disability)	302
言語障害 (speech disability)	175

出典：Ministry of Welfare, India, "Annual Report 1994-95", Govt of India Press, New Delhi

知的障害 (intellectual disability) についてはこの調査で含まれなかったが、他の研究機関による調査では2.0~2.5%の出現率と推定されている。したがって1981年の時点では障害者は、約3,500万人である。^{注29}

1981年の国勢調査ではすべての障害者が調べられたわけではなかったため、1990年にUttar Pradesh州の農村部で、全年齢の人口、約16万人を対象にした面接調査が行われ、2,788人の障害者がリストアップされた。

この障害の定義は、政府のガイドラインにしたがった。障害の程度に関しては中等度以上に限定した。出現率は1.75%であった。（表6-14. 参照）

表6-14. 1990年 Uttar Pradesh 州農村部における障害の種類、人数、及びその割合

障害の種類	人数 (人)	%
運動障害 (locomotor)	1,509	54.1
言語・聴覚障害 (speech and hearing)	577	20.7
視覚障害 (visual)	500	17.9
精神遅滞 (mentally retarded)	99	3.6
重複障害 (multiple disability)	103	3.7
合計	2,788	100

出典：R.Kumar, et al., "An Epidemiological Study of Disability in Rural India", Indian Journal of Disability and Rehabilitation, Jul-Dec, 1992, pp.69-74

1986年にインド政府は障害の定義に関する告示を出した。その目的は、政府の様々な事業の間で、また各州で、異なる定義が使われていることによる混乱をなくすためである。

注28 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注29 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

全国標本調査機構 (NSSO, National Sample Survey Organization)が視覚・聴覚・運動障害を対象に1991年に調査をした。その結果、1,615万人、人口の1.9%がこれらの障害を持つとされた。(表6-15. 参照)

表6-15. 1991年NSSO調査による視覚・聴覚・運動障害者の人数

障害の種類	人数 (万人)
視覚障害 (visual)	400.5
聴覚言語障害 (hearing and/or speech)	448.2
運動障害 (locomotor)	893.9

注：重複者がいるので合計は1,615以上になる。聴覚言語障害については5歳以上のみを調査した。約1,600万人の障害者の80%が農村部に住み、男女比は約6:4となる。視覚障害の主な原因は高齢、白内障、聴覚障害の主な原因は高齢、耳だれ、運動障害の主な原因は、ポリオ、けがと火傷であった。

出典：R. S. Pandey, et. al., "Perspectives in Disability and Rehabilitation", Vikas Publishing House, New Delhi, 1995

なお、この調査で使われた定義は法制上のものと違い、次のとおりである。

視覚障害：光を感じられない人、明るいところで3メートルの距離から両眼で（ふだんメガネをかけている人はそれを使って）、指の数を数えられない人。

聴覚障害：全く聞こえない人、叫び声しか聞こえない人、目の前にいる人の声しか聞こえない人、人の話を何回も聞き返す人。

言語障害：話したことが理解されない、話の内容よりも話し方に関心が向けられてしまう人、話し方が不快感を与える人。

運動障害：移動できない人、ものを運べない人。原因としてマヒ、手足の変形、欠損、関節の異常、体の変形などがある。

以上のようにNSSOでは、観察可能な、はっきりした障害のみをみようとした。同時に、専門家ではない調査員が使えるものとした。また軽度者は除いた。

精神遅滞の推計のための全国調査はなされたことがないが、いくつかの調査で出現率は3.0%、2.33%、0.34%（重度者のみ）、0.68%（同）、2.74%などと報告されている。したがって諸外国でいわれているように、2~3%という数字はインドにも当てはまる。したがってインドには約2,000万人の精神遅滞者、うち600万人は中等度以上である。また2,000万人のうち80万人は21歳以上、1,500万人は9歳以下であると推計される。

一方、1991年にNSSOは14歳以下の子供の「精神発達の遅れ」の調査を行った。これは精神遅滞とは少し異なる概念だが、この調査からも約3%が精神遅滞と推計された。

こうして、4つの主要カテゴリー（視覚、聴覚言語、運動、精神遅滞）の障害者の合計はだいたい3.3%といえる。しかしここには学習障害、てんかん、精神病、がん、気腫、心臓病など除かれているものも多い。^{注30}

1986年にインド政府は告示で、障害の標準定義と標準テストを示した。この目的は中央政府や州政府の障害者割引や割り当て雇用などで対象となる障害者を統一するためである。この告示によると：

注30 R.S.Pandey, et.al., "Perspectives in Disability and Rehabilitation", Vikas Publishing House, New Delhi, 1995

- 視覚障害者 (visually handicapped) : 全盲、両眼の矯正視力0.1以下、または視野が20度以下の人。
- 運動障害 (locomotor handicapped) : 骨・筋・神経の損傷により四肢と体の活動が制限されている人。制度の対象となるのは40%以上の障害 (disability) のみ。(パーセントの算出方法について詳細は記述されていない。1986年の告示でしか分からないものと思われる；佐藤)
- 聴覚障害 (hearing handicapped) : 聴覚が日常生活のなかで役立つでない人。大声でも聞き取れない。具体的には両耳の聴力損失が70デシベル以上の人あるいはろう者。
- 精神遅滞 (mental retardation) : 一般的知的機能が標準より低く、不適応行動を伴う人。IQにより軽度 (IQ50~70)、中等度 (35~49)、重度 (20~34)、及び超重度 (19以下) に区分される。

1981年、福祉省の依頼でNSSOが行った調査では、身体及び感覚の障害 (physical and sensory disabilities) をもつ人の出現率は1.8%、1,200万人と推計された。このとき精神遅滞に関する調査はなされなかったが、いくつかの小規模の調査から、その出現率は2.0~2.5%と推計される。

1991年にNSSOは新たな障害者調査を行った。ここでは障害は「人間として正常とみなされる方法・範囲で活動を遂行する能力の何らかの制限又は欠如」 (any restriction or lack of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being) と定義された。(これはICIDH-1980のディスアビリティの定義そのもの；佐藤)

1991年の全国調査での障害種別割合は表6-16. のとおりである。

表6-16. 1991年全国調査による障害別割合

障害の種類	%
運動	40
言語	13
聴覚	22
視覚	25
合計	100

出典：Ministry of Welfare, India, "Annual Report 1994-95", Govt of India Press, New Delhi

別な調査では14歳以下の児童の3%に、精神遅滞に関連する発達の遅れがみられた。

1995年に障害者 (機会均等、権利保護および完全参加) 法案1995が作成された。主な内容は、中央・地方の調整委員会、予防、早期発見、治療、教育、雇用、職業訓練、非差別、社会保障、肯定的行動などである。^{注31}

d. ネパール

1971年の国勢調査で初めて障害者の状況が調べられた。このときは10歳以上で働けないものとい

注31 Ministry of Welfare, India, "Annual Report 1994-95", Govt of India Press, New Delhi

う定義が使われ、13,001人が障害者とされた。

1981年にも国勢調査で障害が取り上げられ（このときの定義は紹介されていない：佐藤）、障害者総数が77,599人、人口1,502万人の0.51%とされた。そのうちわけは表6-17. のとおりである。

表6-17. 1981年国勢調査による障害別割合

障害の種類	%
ろうあ (deaf and mute)	40.98
盲 (blind)	21.10
マヒ (paralysis)	19.06
ろう (deaf)	9.02
四肢マヒ (quadriplegia)	6.22
精神病 (mental illness)	3.27
その他 (others)	0.35
合計	100

出典：ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

またこれ以外に0.23 %が重い聴覚喪失のために話すことができなくなっていると報告された。^{注32}

1980年に障害者に関する全国標本調査が行われ、人口の3%、約42万人が何らかの障害を持っていると推計された。しかしこれは実際より少なめの数字であろう。というのは調査で使われた障害の定義 (definition of disability) が狭い、いくつかの障害の種類 (types of disability) しか含まれていない、調査期間が短い、子供の場合障害 (impairment) の発見が難しい、そして親が子供の障害を隠す傾向がある、などによる。

この調査は、12地区、8,001世帯、45,348人の人口に対して行われ、1,362人（男性853人、女性509人）の障害者が発見された。これに基づいて3%という出現率が計算された。

聴覚・言語障害 (hearing and speech impairment) が約3分の1（ろうあ：11.5%、ろう・聴覚障害：21.9%、合計33.4%）をしめ、最も多い障害である。次いで、視覚障害 (visual disability) （25.7%）、下肢障害 (lower limb) （18.2%）、上肢障害 (upper limb) （12.0%）、頭・首・背骨 (head, neck and spine) （4.3%）、精神遅滞 (mental retardation) （6.5%）と続く。

1981年の国勢調査でははじめて障害に関する質問が加えられた。("Starting Point" では1971年国勢調査が最初だと書いてある:佐藤) 全人口1,502万人のなかで、0.51%、77,599人が障害者であることが分かった。

1989年の知的障害に関する調査は、15地区で、15,030人を対象になされ、739人、4.9%の出現率を示した。72%は軽度、22%が中等度、6%が重度であった。122人は身体、感覚の障害を合併していた。したがって精神的・身体的障害の合計出現率は5.8%となる。^{注33}

注32 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注33 Author unknown, "A Report from Nepal to the Inter-Regional Workshop on Disability Statistics with Special Attention to Developmental Delay and Disability among Children Living in Specially Difficult Circumstances", Bangkok, Sept. 1991

e. パキスタン

政府は重い障害をもつ人は人口の2~4%であろうと推計している。

1986年のイスラマバード・ラワルピンジ調査ではこれら重度障害者の内訳を表6-18. のように推計した。

表6-18. 1986年イスラマバード・ラワルピンジ調査における
重度の障害の種類及びその割合

障害の種類	%
精神障害 (mental disability)	21
視覚障害 (visual impairment)	15
聴覚障害 (hearing impairment)	9.0
身体障害 (physical disability)	33
重複・複雑障害 (multiple/complex disability)	19
その他 (not classified)	3.0

出典：ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

1961年パキスタン国勢調査ははじめて障害者についての情報を集めた。項目は、完全な盲、ろうあ、肢体不自由 (totally blind, deaf and dumb, and crippled) であった。出現率は (これら3種類合計で) 0.34%である。

1973年のHED (住宅・経済・人口) 調査では、対象が盲、ろうあ、肢体不自由、その他 (blind, deaf and dumb, crippled and other----totally と others の2点が追加された；佐藤) とされ、出現率は2.1%と推計された。この調査は国勢調査そのものではなく、1972年の国勢調査に基づくサンプル調査であり、そのために訓練された調査員が使われ、また障害の種類に「その他」を含めたことが出現率上昇の要因と考えられる。

さらに1981年の国勢調査では、精神遅滞 (mentally retarded) と精神病 (insane) が追加された。しかし、出現率は0.5%に過ぎなかった。したがって主に年齢、性別などに関心とする国勢調査は、障害者など一部にしかかかわらないことを調べるには不適であると考えられる。調査員全員を訓練することもできない。

1984~85年の障害者調査は、同年の全国労働力調査のなかで障害者が家族にいると答えたサンプルを使ってなされた。この結果から障害者の出現率は4.9%とみられる。このときの障害は、盲、ろうあ、レプラ、遅滞 (精神および身体発達の遅れ) (blind, deaf and dumb, leper, retarded, backward in mental)、障害 (身体又は精神の障害) (physical development, handicapped (physical or mental disability)、脚の不自由 (lame)、その他 (others) とされている。さらに1986年に、Islamabad and Rawalpindi 地区でなされた特殊教育事務総長による調査では、2.6%の出現率である。

また、1989年のFinnstamらの報告では、農村部で5.8%、都市部のスラムで5.6%の出現率とされている。この報告では、農村部の障害者の72%、都市スラムの障害者の51%は、みること、きくこと、話すこと、または動くことの障害者で、残りがその他の障害とない。パキスタン政府も、国勢調査結果よりも実際の障害者出現率は高いであろうことを認め、1984年の政府政策文書では4~6%と述べている。(表6-19. 参照)

表6-19. 1981年国勢調査及び1984-85障害者調査における障害の種類とその割合

障害の種類	1981年国勢調査 (%)	1984-85障害者調査 (%)
盲 (blind)	29.4	22.5
ろうあ (deaf and dumb)	13.0	4.7
ろう (deaf)		4.2
あ (dumb)		7.5
肢体不自由 (crippled)	17.6	
精神遅滞 (mentally retarded)	10.2	
遅滞 (retarded)		12.4
精神病 (insane)	6.4	
レブラ (leper)		0.8
障害 (handicapped)		15.9
脚の不自由 (lame)		18.9
その他 (others)	23.3	13.4
合計	100	100
	(合計出現率0.45%)	(合計出現率4.9%)

(筆者作成資料)

出典：Mohammad Afzal, "Disability Prevalence and Correlates in Pakistan: A Demographic Analysis," *The Pakistan Development Review*, 31:3, 1992, pp217-257

f. スリランカ

1981年に障害者数は557,000人と推計された。1992年にはこの数字は682,000人、人口の3.9%に上昇した。^{注34}

g. モーリシャス

1990年7月1日現在の国勢調査人口は1,056,827人で、障害者人口は27,852人、出現率は2.6%である。

この国勢調査では、障害 (disability) の定義は次のとおりである。

その人の年齢で普通に行われる個人的または社会的活動への参加を制限する、長期にわたるなんらかの障害 (disability or handicap) 。長期とは6カ月以上続いているか、続くと予想されるもの。

(表6-20. 参照)

注34 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

表6-20. 1990年国勢調査における障害の定義、人数及びその割合

障害の定義	人数	%
脚・足が完全には使えない (incomplete use of legs/feet)	5,273	18.9
腕・指が完全には使えない (incomplete use of arms/fingers)	1,276	4.6
脚・足および腕・指が完全には使えない (incomplete use of legs/feet as well as arms/fingers)	1,689	6.1
眼鏡を使っても全くまたは少ししか見えない (partial or total loss of sight even with glasses)	5,713	20.5
全くまたは少ししか聞こえない (partial or total loss of hearing)	1,597	5.7
見るのも聞くのも全くまたは少ししかできない (partial or total loss of sight as well as hearing)	539	1.9
全くまたは少ししかしゃべれない (partial or total loss of speech)	1,145	4.1
聞くのもしゃべるのも全くまたは少ししかできない (partial or total loss of hearing as well as speech)	486	1.7
発達遅滞・学習困難 (slow development/learning difficulties)	1,408	5.1
行動上の問題・精神障害 (behaviour problems/mental disability)	5,713	20.5
意識の喪失、発作、記憶喪失 (loss of consciousness, fits, blackouts)	1,149	4.1
その他 (others)	1,864	6.7
合計	27,852	100

出典：Mauritius Central Statistical Office, "1990 Housing and Population Census of Mauritius, Vol.7" 1992.3

④大洋州

a. キリバス

15歳以上で生産活動に従事していない障害者は165人。これは15歳以上人口13,805人の1.2%にあたる。(働いている障害者数は不明。障害者の定義等不明) 注35

b. パプアニューギニア

全人口は400万人、うち30万人以上が障害者だと推計される。注36

c. ソロモン諸島

1991-92年のCBR基礎調査によれば、3,000人から17,000人の障害者がおり、人口342,000人の0.9%~5.0%。その内訳は表6-21. のとおりである。

表6-21. 1991年CBR調査による障害種別の割合

障害の種類	%
身体障害(physical disability)	33
視覚障害(vision disability)	33
聴覚言語障害(speech and hearing disability)	20
精神障害(mental disability)	10

出典：ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

注35 1990年国勢調査結果 (国連統計部資料)

注36 ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

d. グアム

人口は135,000人。実態調査はなされていないが、各種障害をもつ者の数は11,000人、人口の8.1%と推計されている。^{注37}

3) 協力ニーズ

アジア・太平洋諸国の障害者への協力ニーズの概要を知るために、ここでは1992年にESCAPが決議した「アジア・太平洋障害者の十年行動課題」（以下、「行動課題」とする）の内容をとりあげる。これは3章でふれられているように「アジア・太平洋障害者の十年」（以下、「十年」とする）にこの地域の各国が取り組むべき12の重要課題を整理したものである。その後「十年」の進捗状況を評価するために2年ごとに開かれることになっている政府間評価会議の第1回が、ESCAP主催で1995年バンコクで開かれ、そこでは「行動課題実行のための目標と勧告」（以下、「目標と勧告」）が採択されている。これも同じ12の項目からなり、とくに各国の政府がいつまでになにをすべきかを決めている。この文書も協力ニーズを知るために重要なものであるので取りあげた。

①国内調整

「行動課題」では、障害者問題に関する国内調整委員会の設立、またはすでに設立されている場合には、その活動の強化を求めている。

この委員会は、適切な財政的基盤をもち、政府代表や障害者団体を含む関係団体の代表で構成され、障害者施策について調査・調整・開発・提言・啓発などを行うものとされている。

「目標と勧告」では、多くの国々でまだこの国内調整委員会が設けられていないと指摘し、これが設けられている国でもその機能強化の必要があるとしている。

目標として定められた点は、1996年までに国内調整委員会を設立すること、1996年までにこの委員会の決定事項をフォローするための執行委員会を設けること、「行動課題」と「目標と勧告」を実行するための各国の「行動計画」をこの委員会が1996年までに決定すること、2000年までに国内調整委員会を法的根拠をもつ永続機関とし、十分な財源等の措置をはかること、などである。

②法律

「行動課題」では、欠格条項の見直し、権利擁護、差別禁止、税の免除、障害者用機器の輸入関税廃止、物理的障壁除去、視聴覚障害者への情報・通信の保障、在宅サポートサービス、障害者への社会保障などの立法化を求めている。

「目標と勧告」は、地域内の大多数の国々で障害者の権利擁護や肯定的行動を規定する基本的法律がまだなく、ある国でも施行規則がないとか施行期日が未定などで実行されていない場合が多いと指摘している。その上で、次の目標を定めている。

障害者の社会参加を妨げている法律の改正問題では、1997年までに現行法をチェックする機関を設け、1998年までにチェックし、2000年までに改正する。また2000年までに障害者差別をなくし、建物や通信の障壁をなくす法律を制定する。1998年までに重度障害者の生活保障のプログラムを開始し、1998年までに障害者用機器の輸入関税撤廃のために法律を見直す。1998年までにその他の税に関する法律を見直して、福祉機器の生産や障害者雇用を促すこと、2000年までに安全衛生関係法

^{注37}ESCAP, "Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002: the Starting Point", United Nations, 1993

の制定・改正を行うとしている。

③情報

「行動課題」では、全国の障害者の実態に関する情報や障害者のための事業に関する情報の収集と普及、点字等の情報の利用の拡大、テレビへの字幕の普及などがかかっている。

「目標と勧告」では、各国で障害関係情報のセンターがなく、データベースがない、という問題を指摘している。そのため、1998年までに障害者情報センターを設立し、そこには障害者雇用、教育、住宅、障害者団体への加入状況などを含む障害者データベースを備えること、1998年までに全国障害者実態調査に着手すること、ただちに「行動課題」の自国語への翻訳を開始すること、などを定めた。

④国民の啓発

「行動課題」では、マスメディア等を通じて「アジア・太平洋障害者の十年」とその目標を周知させること、障害者への積極的な態度を育てる全国的なキャンペーンを展開すること、障害者への関心を高める文化的行事や番組を促すこと、the disabledではなくpersons with disabilitiesとするなど障害にではなく人間に焦点をあてた用語を奨励すること、としている。

「目標と勧告」では、依然として偏見と無理解のために障害者の社会参加が妨げられているとしている。そこで、ただちにマスメディアで「十年」関係の報道を行うこと、すべての教育訓練機関が障害をもつ児童・成人を受け入れるよう促すこと、2000年までにすべての教材を点検し障害者の品位を傷つける記述をなくし社会参加を促す記述を採用すること、1997年の中間年までに「十年」記念切手を発行すること、劇・映画・漫画などで障害者への偏見を促さないようにするため1996年までに障害者問題も審査の中に含めること、1998年までに啓発広報活動の効果測定とモニターのための機構を作ること、などを目標とした。

⑤アクセシビリティとコミュニケーション

「行動課題」では、公共的施設のアクセシビリティを高めるための見直しをすること、障害物のないデザイン規則を作成すること、交通機関を含めた建築と保守職員研修にアクセシビリティを含めること、電気製品を障害者が利用しやすいものにする、市民と接する職員に手話の研修をすること、手話通訳を普及すること、聴覚障害者用電信電話サービスを普及すること、点字・テープ・朗読サービス・コンピューターなどにより視覚障害者の情報取得を容易にすること、認知能力に障害のある人々の情報取得を容易にするため絵による表示などの方法を奨励すること、などがかかっている。

「目標と勧告」では、アジア・太平洋地域での急速な人口高齢化が予測されているのでアクセシビリティは障害者だけの問題ではなくなっていると指摘している。また、急速な経済成長でインフラストラクチャーが整備されつつあるが、ビルも交通機関も障害者や高齢者の利用が考慮されていないので、このままでは何十年も先まで障害者・高齢者が使えないものができつつあるとする。

一方、各国の内部で手話が統一されていない問題や公的な手話通訳サービスがない問題などを指摘し、目標として次の事項をあげている。

直ちに公共建築に障害者のアクセシビリティを確保するよう行動すること、直ちに公共交通機関

にアクセシビリティを確保するよう行動すること、直ちに段差の解消などの道路の改善を行うこと、直ちに建築・開発関係者の研修にアクセシビリティを含めること、1997年までに建築基準にアクセシビリティを含めること、2000年までに標準手話と手話通訳認定制度を確立すること、2002年までに病院、警察などの公共の場での手話通訳サービスを確立すること、1998年までに点字、拡大文字、コンピューターディスク、テープ、朗読者サービス、字幕、文字による解説、ファックスなどのサービスを確立すること等である。

⑥教育

「行動課題」では、学校教育・学校外教育に障害児を含めること、国の識字活動の対象として特に障害をもつ女性を含めること、普通学校での障害児教育を促進すること、学校教員への教育・再教育に力を入れること、障害児教育の教材を普及することなどが掲げられている。

「目標と勧告」では、15歳以下の障害児の62%、9300万人がアジア太平洋地域に住んでおり、何らかの教育や訓練を受けているのはその5%未満であるとしている。成人障害者の文盲状況はさらに深刻であり、また男性に比べて女子・女性障害者の状況はより困難であるとする。大学を含む多くの学校は障害者が利用できるようになっていない。障害児が統合教育を受ける際のサポートサービスがかけている。教員への障害児教育に関する研修と、障害児教育の専門教員の養成が、緊急に必要とされている。さらに障害児教育のための補助器具や教材の不足も重要な問題となっているとしている。

「目標と勧告」は、こうした問題を解決するために、次の目標を掲げている。

- ・2002年までに障害児者の75%が非障害者と同様な公的・非公的な教育プログラムに参加すること、
- ・1997年までに「すべての人の教育」実現のためのプログラムに障害児者が十分な財政的・人的・技術的支援のもとで参加すること、
- ・1997年までに早期療育事業を開始すること、
- ・2000年までに障害児の中退率を50%以上減らすこと、
- ・1997年までに一般教員養成課程のカリキュラムに障害児教育を含ませること、
- ・1997年までに障害児の中等教育での科学技術教育を強化すること、
- ・1999年までにろう・難聴児への言語教育のあり方を見直すなど公教育のカリキュラムを再検討すること。

⑦訓練と雇用

「行動課題」では、関連する国際基準の活用、女性障害者の参加への特別な配慮、一般労働市場への統合、事業主や労働者などの関係者への研修などを掲げている。

「目標と勧告」では、訓練と雇用サービスが不足している上、既存のものの内容が労働市場の需要にあっていない、採用後の訓練機会はなく、障害者雇用への事業主援助策がない、女性障害者はいっそう困難な状況におかれているなどと述べ、適切な職業訓練がなされなければ、障害者は急速な経済情勢の変化の中でさらに取り残されるであろうとしている。目標として次の事項をあげる。

1997年までに「アジア太平洋技術開発計画」で確認された方針を、障害者が一般の職業訓練に参加できるようにするために補強すること、障害者が一般の職業訓練プログラムに参加できるようカ

リキュラムとサポートサービスを開発強化すること、1997年までに割り当て雇用などにより公務員の分野で障害者雇用を促進する政策を策定すること、1996年までに新たな雇用機会を発見してそのための職業訓練を提供する機構を設立すること、1997年までに関係省庁、事業主団体および労働者団体の協議によって障害者訓練・雇用の年次目標を設定すること、1998年までに重度障害者の保護工場を設けること、2000年までに障害者が所得確保や自営の事業に完全に参加できるようにすること、等である。

⑧障害原因の予防

「行動課題」では、予防のための教育啓発の促進、産科・小児科医療の改善、環境衛生の向上、産業・交通安全対策の充実、武器生産・使用の規制、ビタミンやヨウ素の投与奨励、プライマリーヘルスケアの充実などがかかっている。

「目標と勧告」では、1996年までに各国での障害の発生原因の上位5番目までを確定すること、1997年までにこの5つに関する予防教育キャンペーンを開始すること、2000年までにヨード欠乏、ビタミンA欠乏とハンセン病を主要な公衆衛生問題ではなくすること、2002年までに前記以外の3つの障害発生原因の発生率を少なくとも50%減少させること、1997年までに対人地雷の製造、使用、販売を禁止する国際運動に公式に参加すること、視覚障害を生み出すレーザー兵器の製造販売を禁止する運動に直ちに参加すること、などを目標と定めた。

⑨リハビリテーション・サービス

「行動課題」では、国の政策の中に明確に位置づけること、訓練士の育成、地域社会に根差したリハビリテーションの実施、リハビリテーション関係情報の収集と広報などを掲げている。

「目標と勧告」では、農村とスラムの障害者のほとんどは全くリハビリテーションサービスを受けていないとし、リハビリテーションのために予算を確保したくてもその必要性を説明する情報自体が集められない、としている。

目標として、1996年までにCBR計画の策定に障害者を参加させること、1996年までに政府の関係省庁と自助組織を含むNGOとが会議を開いて国としてのCBR方針を討議すること、1997年までに農村とスラムを重視しつつスタッフ訓練を含んだCBR戦略を策定すること、1997年までに男女障害者を含めたマネージャー、訓練士、監督者、現場ワーカーおよびボランティアにCBR訓練を行うこと、2000年までに、保健、通信、住宅、人的資源開発、労働、交通、農村・都市開発などの一般事業に障害者問題を位置づけること、2000年までに医師、ソーシャルワーカー、看護婦、教師などの教育内容に障害、機会均等、障害者への好意的態度などを含めること、2000年までにすべてのプライマリーヘルスケア活動にリハビリテーションを含めること、等である。

⑩福祉機器

「行動課題」では、福祉機器製造にかかわる費用の国庫助成、国家計画の策定、研究開発と情報交流、福祉機器購入にかかわる費用の公的助成などを掲げている。

「目標と勧告」では、福祉機器の不足のために農村部障害者の大多数の社会参加が妨げられていること、福祉機器に関する情報提供が極めて少ないこと、福祉機器に関する事業の官民の連携が不足していること、福祉機器に関する関税やその他の税が利用者にとって大きな負担になっているこ

と、そのために福祉機器の輸出入と市場拡大が妨げられていること、などを指摘した上で、次の目標を掲げている。

1998年までに国としての福祉機器にかかわる補助金制度を設けること、1998年までに福祉機器にかかわる輸入関税を廃止すること、1998年までに、福祉機器の自国生産と普及のため、税制上の優遇措置や補助金制度を通じて民間団体や私企業を激励する国の制度を設けること、等である。

⑪自助組織

「行動課題」では、障害者・家族の自助組織の設立・強化を支援する政策と計画の策定、自助組織のフォーラムの結成を促すこと、政府と自助組織との間の協議機関を設けることなどを掲げている。

「目標と勧告」では、まだ地域内には自助組織の意義に関する情報不足と無理解のため自助組織が存在しない国があること、存在しても障害者の組織運営能力が低いという問題もあること、自助組織の結成と参加という面では農村部の障害者、精神障害者、ハンセン病、HIV患者そして女性障害者が特に遅れていること、などを問題点として掲げ、次の目標を示している。

1997年までに、農村部の障害者、精神障害者、知的障害者、ハンセン病、HIV患者そして女性障害者などの団体を含む障害者の自助団体の協議機関を結成すること、1997年までに、相互援助、権利擁護およびサービス紹介の機能を持ち、地域社会開発にかかわるNGOと協力する農村部の多様な種類の障害者の自助組織を発展させること、1997年までに、国内調整委員会の下に障害者自助組織と政府各省庁との間の協議を促進する機構を設けること、1997年までに障害者自助組織の結成と発展のための国の財政援助計画を確立すること、1998年までに、自助組織の指導者を訓練するためのトレーナーとして女性を含む障害者を訓練する事業をはじめること、等である。

⑫地域協力

「行動課題」では、障害者に関するアジア・太平洋機関間タスクフォースの強化によるネットワークの形成、各国の協力と情報の交流、「十年」の成果を検討するための隔年の評価会議の開催などを掲げている。

「目標と勧告」では、この課題の多くがESCAP本部の責務であるために、各国政府が守るべき「目標」という表示の仕方をしていない。ESCAPの課題として、各国が障害者実態調査を行うために技術的支援や定義の統一を行うこと、1997年に国内調整委員会の合同会議を行い「十年」に貢献した組織と個人を表彰すること、地域内での福祉機器の研究開発と技術移転を促進すること、各国の自助組織の交流と指導者養成活動を促進すること、等を掲げている。「障害者問題タスクフォース」の課題として、障害者のために働くスタッフの訓練教材と訓練プログラムを開発すること、アジア太平洋地域内のサブ地域毎にCBRワークショップを開催すること、さらにこの地域のNGOには障害者芸術祭の開催を検討するよう提言している。また各国には、地域内で活用できる教材や訓練方法の開発、記念切手のデザインの作成、サブ地域レベルでのCBRセミナーの開催、ESCAP本部への人的財政的支援などを提言している。

(2) 途上国の障害者への協力のあり方

本項では、フェーズ2調査で予定している途上国の障害者への協力のあり方について、予備的に検討を行う。

1) 基本的な考えの整理

①途上国の障害者への協力の場にわが国の障害者が参加する意義

本調査研究で目指している障害者の協力事業への参加について検討を行う場合、まずはじめにその意義を明確にしておくべきである。その上で協力のあり方について考察する。

わが国の障害者が途上国の障害者への協力の場に参加する意義は数多くある。ここでは、日本の障害者自身の意義、途上国側の障害者にとっての意義、さらに日本の国際協力事業にとっての意義という三方向からそれを概観する。

・アジア地域全体の障害者福祉の発展への寄与と日本の障害者参加の有効性

アジア地域全体の障害者福祉の現状を考えたとき、福祉制度の充実度や経済的な基盤の点からみて、日本の経験は他国にとって有益な事例となりうる。このため、我が国は、このような国際的な立場を自覚した上で、障害者施策があまり充実していない途上国の努力を支援し、アジア地域全体の障害者福祉発展の為に寄与するための国際協力を行っていくことが期待されている。

また、我が国の障害者が協力に参加し相手国の障害者への協力を行う場合、同じ障害者という立場から、相手国の障害者の置かれている状況を的確に理解し効果的な協力を行うことが可能であり、日本の障害者自身が得られる多くのことがある。例えば、障害者同士が同じ問題を分かち合う場を国際的に持つ事で、日本の障害者が自国の状況を客観視でき、広い視野をもつことが可能となる。さらに、これまで常に援助の対象とされてきた障害者が、国際協力という場を得て被援助者から援助者へと転換することにより、障害者自身の社会的な活動への参加の機会が広がることも重要である。

・途上国側にとっての有効性

我が国の障害者が途上国の障害者に対して国際協力を行うことで、相手国側に様々な利益をもたらすことは明白である。

第一に、途上国の障害者に日本の援助関係者が関わることにより、ふだんあまり表に出る事のない障害者にスポットがあたる。第二に、日本の障害者運動、権利復権、制度改革への歴史的経験の蓄積を途上国の障害者と分かち合うことで、その地域の当事者団体や関連団体、制度などの社会資源の開発や促進がなされる。

・障害福祉分野における我が国の国際協力の充実と、国際協力の場のノーマライゼーション

障害者が国際協力に参加する道を切り開くことは、すべての国民が参加できる国民参加型国際協力の象徴となりえよう。さらに、これまで重視されてきたインフラ等のハード的な援助から、障害

福祉分野という人道的な援助の側面を強調できるという点で日本の国際協力のあり方に対して、大きな意義をもつであろう。

国民参加型の国際協力を推進する時に、障害者も国民の一人として当然考慮されるべき存在であるが、障害者が国際協力に関わるには多くの制約があり、これまでODAにおいて参加した実績はほとんどない。今後、日本の障害者が国際協力に参加することによって、日本の国際協力実施体制を障害者への考慮のあるものに改善していくことができるであろう。例えば、ODAにおける青年海外協力隊や専門家の派遣前訓練の訓練施設を障害者が利用可能な設備（車イス用トイレやスロープ、点字の表示等）としたり、研修内容についても障害者への配慮（手話や点字など）を行う等である。

②混同しやすい二つの視点－協力対象としての障害者と実施者としての障害者

次に、途上国の障害者への協力のあり方をまとめるにあたり、混同しやすい二つの視点について特筆しておく。それは、国際協力の対象としての途上国の障害者及び障害福祉分野と、国際協力を実施する実施者及び実施機関としての日本の障害者及び障害者団体の組み合わせにより、その具体的な協力のあり方は少しずつ異なるからである。

これらを組み合わせると、表6-22. に示すA～Dの四点が考えられる。

表6-22. 協力対象としての障害者と実施者としての障害者

		国際協力の対象	
		P 途上国の障害者及び障害福祉分野	P' 一般
実施者 (日本側)	Q 障害者、関連機関	PQ : A	P'Q : B
	Q' その他	PQ' : C	P'Q' : D

上記の4通りの組み合わせは以下のような意味を持つ。

- A : 国際協力の対象が途上国の障害者及び障害福祉分野であり、実施者は日本の障害者及び関連機関である場合である。これは今回の研究の中心的な組み合わせである。
- B : 国際協力の対象が途上国の障害者及び障害福祉分野ではないが、このような場に日本の障害者が参加した場合である。これは、今回の研究の対象の一部である。
- C : 国際協力の対象が途上国の障害者及び障害福祉分野であるが、実施者は障害者や関連機関とは限らない場合である。これまでの日本の協力の大部分がそうであったように、実施者は、福祉やリハビリテーションの専門家が中心となる可能性が高い。
- D : 国際協力の対象は障害福祉分野とは無関係で、実施者も無関係の一般的な国際協力である。この場合は今回の研究対象とならない。

以上の四点の中で、本研究では、Aの国際協力の対象が途上国の障害者及び障害福祉分野であり、実施者は日本の障害者及び関連機関である場合が中心的課題となり、Bの一般の国際協力の場に障害者が参加する場合も考慮される課題となろう。

2) 途上国の障害者に対する協力のあり方（協力の方法、場、内容）

①協力の内容—何が伝えられるか、何が求められているのか

日本の障害者が国際協力を行う際、途上国の人達に一体何を指導し、何を共有するのか。

まず第一に、社会で自立して生活している日本の障害者自身の姿が途上国の障害者を励ますことが考えられる。その場合、途上国の障害者や支援者に対して、ハンディキャップを軽減させるための日常生活に関する自助具・補装具の紹介をはじめ、障害者同士の経験の共有を行うピアカウンセリングなどが可能であろう。

第二に、日本では、バスケットボール等の障害者スポーツが盛んであることから、これらの普及、紹介が可能であろう。

第三に、日本の障害者がこれまで築き上げてきた障害者組織の活動を通じた共有は大事な分野である。障害者が社会の中で発言権を強くし、力を持つ為の当事者組織づくりに日本の障害者がその経験を生かせる場がある。

また個々の障害によって、それぞれ得意な分野がある。視覚障害者は点字技術、鍼灸・マッサージ技術、聴覚障害者は手話関連、プログラマー等のコンピューター関係、肢体不自由者では、一般的な様々な技術（手芸、印刷、写植、時計修理、日本語教師、コンピュータ）や義肢補装具製作士等のような技術指導が考えられる。

また、CBRは、近年、途上国の障害者福祉やリハビリテーションの場で不可欠なアプローチであり、派遣、研修生受け入れ、プロジェクト等の実施においては、CBRを念頭においた計画策定が必要である。

②参加者の立場—個人としての参加か組織としての参加か

協力を行う際、個人的な立場か、団体や組織として取り組むのかによって実施する内容が異なる。

個人のレベルでの参加を考えたとき、現地への派遣が中心である。障害者が個人のレベルで行えることは数多く、前述のように日本社会で自立して生活している障害者は、自分の持っている仕事の経験をそのまま生かすことで協力が行える。参加方法として、ODAによる専門家派遣や青年海外協力隊隊員派遣としての参加、または個人ボランティアとしての直接参加が考えられる。

当事者組織や施設が団体として国際協力を行おうとする場合は、派遣、研修、プロジェクト等が考えられる。この場合、協力内容として手がけやすいのは研修生受け入れであり、自分の所属する障害者団体や施設が研修生を受け入れ、障害者自身が受け入れた研修生の指導者として活動することが考えられる。（表6-23. 参照）

表6-23. 協力の形態と参加者の立場

			参加者の立場		
			個人レベルで P		当事者組織や 障害関連機関で Q
協力の形態	a 派遣 S	P S	◎	Q S	○
	b 研修生の受け入れ T	P T	△	Q T	◎
	c プロジェクト U	P U	△	Q U	○

注：◎頻回 ○あり △ほとんどなし

③協力の場—どこでどんな協力活動を行うか

ここでは、a. 派遣型協力（途上国に日本の障害者が派遣されて協力を行う場合）、b. 研修受け入れ型協力（日本に途上国から関係者を招き研修を行う場合）に分けて、それぞれの協力現場の特徴とそのあり方を列記する。

a. 派遣型協力と内容

政府機関（中央政府、地方行政機関）と民間機関への派遣が考えられる。

派遣型の協力では、ODAの場合は公的機関への派遣がほとんどであるが、民間団体による協力の場合は、公的機関への派遣はほとんどなく、民間団体同士の交流が発展した形での派遣がほとんどである。

また、プロジェクトはODA、NGOのどちらでも行われている。民間施設や障害者団体が行っているプロジェクトとしてCBR現場、作業所、グループホーム等がある。（表6-24. 参照）

表6-24. 協力の形態と協力母体

			相手国関係母体	
			公的機関	民間
協力の 形態	a 途上国に障害者を 派遣	・個人	◎	◎
		・組織（団体）や 障害関連機関	△	◎
	b 日本国内に研修等で受け入れる （研修受け入れ先の特徴）		◎	◎
c プロジェクト		○	◎	

注：◎多い ○あり △極まれである

* 中央政府への派遣

派遣先： 障害者施策に関連する福祉省、教育省、労働省、スポーツ省等

協力内容： 障害者施策、制度に関する政策提言、役人に対する講習会のマネジメント

* 地方行政機関への派遣

派遣先： 地方福祉事務所、保健所、学校、病院、通園センター、リハビリテーションセンター、障害者施設、老人ホーム、CBR現場、職業訓練所等

協力内容： 現場職員を対象にした技術移転や講習、障害者に対する直接指導、訪問による家族指導など

* 民間機関への派遣

途上国の障害者関連機関は、圧倒的に民間機関が多い。そして、日本の障害者福祉もまた民間組織や機関によって成り立っている。まず、民間施設や組織間の協力が重要である。

具体的な内容として代表的なものは、障害者組織や親の会づくりである。途上国では当事者の声をあげる場がまだまだ少なく力が弱いので、多種多様な当事者組織づくりが重要である。

b. 研修受け入れ型協力と内容

日本の国内での協力は、研修生の受け入れが中心であり、下記のような協力内容が考えられる。

*自分の所属する団体、機関、組織で研修コースを設け、研修生を受け入れる。

*JICAが行っている様々な関係事業や研修の講師として参加する。

*地域の国際関連事業の助言者として参加する。

④段階的な協力モデル試案

実際の協力は、積み重ねた経験を有効に活用し、長期的な展望をもって行う事が重要である。その際、いくつかの段階を経てプログラムが計画されることが望ましい。

特に、NGO同士の協力に関しては、以下のような協力モデルが考えられる。

(1～2年目) 【導入期】 : お互いを知る交流や会議の開催

(2～3年目) 【継続期】 : 言葉、資金の条件を整備しつつ継続

①研修受け入れ

②派遣

③途上国の障害者のニーズが明確化、具体化し、協力活動もより具体的な内容となる

(3年目位) 【発展】 : ニーズにそった具体的なプロジェクトの計画・実施

①日本の障害者団体と現地の団体が、問題を共有したり、主体的な協同事業を展開する。

②具体的なテーマの講習会や事業が多くなる。

③アプローチの方法はCBRが中心となる。

④政府の補助金を利用し、より活発な活動に取り組む。

⑤現地でのプロジェクト型協力形態が多くなる。

(5～10年目) 【ゴール】 : 相手先団体が自立して活動可能となる

3) 協力実施上の課題

障害者の国際協力が一般の国際協力と異なるのは、実施者（参加者）自身が様々な障害を持っていることである。特に、日本の障害者が日本とは全く環境の異なる途上国へ派遣される場合には、細心の配慮が必要である。

ここでは、第一に日本の障害者が途上国に派遣される場合、課題となる点は何か、それを解決するためにどのような配慮が必要かを指摘する。次に、研修生の受け入れ等の日本国内で実施される協力に関して同様にまとめる。

①課題

【派遣型協力の場合】

a. どんな国で何を協力するのが明確にされているか

特に、最近話題のCBR現場の場合、具体的な活動内容の把握が必要である。

b. 派遣国の情報がきちんと収集されているか

特に、一般的な政治や文化だけでなく、障害者福祉の情報、障害者の移動手段の情報、障害者の日常生活の情報、病院の情報、専門職種の情報、関係者の情報等が具体的に必要である。

c. コミュニケーションの手段をもっているか

その国で一般的に使用されている言語の知識が必要である。英語が一般的であるが、国によっては、英語は通じずその国の言語でないとコミュニケーションができない場合もある。その場合は、現地語の訓練の必要がある。例えば、中央政府での協力では英語を中心とする語学力でも可能だが、地方の政府では（特にCBRの現場）では、現地語が必要である。

d. 適当な住居、移動手段はあるか

国によって移動の為に交通手段は異なるが、どのような場合でも状況に応じた交通手段の確保が重要である。

e. 現地で、日常的な、またはいざというときの健康管理が可能か

障害者は環境の変化に適応するまでに時間を要する場合もある。どこでも医療が受けられる日本とは異なる環境下で、日常的な健康管理、または緊急時の対応が行えるような病院とコンタクトをとっておくことが重要である。

【研修生の受け入れの場合】

a. 説明時の言語、テキストの準備が可能か

日本への研修生の受け入れの多くは、各障害者団体に研修を依頼する。その際、障害者団体や施設では、設備面でのアクセスはできていても、語学面で十分な対応が難しい場合が多い。

b. 研修の対象者の選択

日本への研修生が障害者である場合、その多くは英語が話せることが条件である。また、今後は途上国で多い、脊椎損傷、二分脊椎、視聴覚障害等、研修生の持つ障害の種類や程度、学歴等の幅を広げて受け入れてゆく必要がある。

c. 研修内容が研修生の希望（背景）と一致しているか

d. 研修施設的环境が障害者に配慮したものとなっているか

②課題へのアプローチ

これらの課題を解決するために、実施者及び実施団体は以下のようなアプローチが必要である。

【派遣型協力の場合】

a. 専門的な事前調査

派遣に際して最も重要なことは、実際の派遣をどの分野のどの部分の協力を行うために派遣をするのか、また、どこの国にするのか明確にしておくことである。

そのための事前調査は、より具体的に綿密に行われなければならない。例えば、事前調査を行う場合は、障害者福祉やリハビリテーションの国際協力の経験のある専門家、途上国や対象国の医療・福祉・リハビリテーションに詳しい有識者、さらには障害者自身等が調査メンバーとなることが考えられる。

b. 派遣前研修

また、派遣前の研修に関しては、(a)語学研修、(b)任国事情、(c)派遣要請の説明、(d)現地での生活上の支援者（介助者）等に関して十分行うべきである。中でも、語学研修に関しては、障害によっては特別な配慮（点字や手話等）が必要である。

さらに、派遣前学習を行う場所に、障害者が利用できる設備（移動上、日常生活上）や介助者を配置する必要がある。

c. 派遣時

実際の派遣の際、考慮すべき点は、(a)状況に応じた現地での介助者の確保、(b)日常的な健康管理の為に医療機関の確保、(c)移動手段や住居の確保、(d)現地での必要経費は介助者をも含めて考える

等の配慮が必要である。特に、移動に関しては、介助者または車の必要があるだろう。また、協力を長期に渡って行う場合、現地の事情に精通したコーディネーターの存在が必要である。

d. 帰国後（協力隊等による長期の個人参加の場合）

日本でもまだまだ障害者の就職は困難である。帰国後の就労を確保するためには、現職参加ができる制度を作ったり、経験を生かして帰国後も継続して国際協力の場で仕事ができる道を開拓していく必要があるだろう。

【研修生の受け入れの場合】

a. 語学面での配慮

団体によっては、外国語の堪能な職員が少ない場合がある。そこで、短期間の場合は完全な通訳をつけ、長期間の場合は十分な日本語の能力をつける必要がある。また、テキスト等は日本語ではなく、英語または現地語のものを用意する必要がある。この配慮は、JICAのような国際協力の専門機関や協力隊のOB、日本にいる留学生等の協力を得る必要があるだろう。

b. JICAが1985年より行っている集団研修「障害者リーダーコース」では、参加する研修員の障害の種類や程度が多様化しており、他の研修においてもこのような広がりが見られる。

c. 研修生の背景、研修目的等について事前調査をきちんと行い、研修内容が本人の希望に添うよう努力する必要がある。

特に、最近では、CBRに関わる研修生が多いので、研修内容に地域福祉やリハビリテーション関連の内容を盛り込む必要がある。また、集団的な研修の際も、個別の背景に応じた内容が研修できるような時間を盛り込む必要がある。

d. 帰国後、研修がどの程度役立ったのか、また、不足部分はどんな点だったか等、フォローアップを行い、研修の方法や内容の改善を図る必要がある。

e. 日本語の語学研修やその他一般研修を行う研修場所は、障害者に対する特別な配慮や医療的な配慮が必要である。JICAの東京国際研修センター（TIC）では、障害者である研修員からの提言を受けて、JICAのリーダーコースの企画委員の協力を得つつ、研修員用居室の改善を行った。このような研修施設の改善が、全国的な規模で行われる必要がある。

なお、資料6-1. は、青年海外協力隊事業でガーナに派遣されたM.O.さんの手記である。これは、ODAにおける数少ない障害者自身の参加例であり、協力の現場で感じた率直な視点を示す一例として参考までに掲載する。

資料6-1. ガーナ理数科隊員M.O.さんの手記より

協力隊に晴れて合格した後、三ヶ月間の派遣前訓練として、百人の仲間たちとの団体生活がありました。その間にもいくつかくしゃくした健常者と障害者の交流がありました。訓練中毎朝マラソンがりましたが、私のハンディを気遣って、無理なようなら後ろから歩いて来なさいといわれました。少々太っていた私にとってはうれしい一言ですが、右手を気遣っての言葉とすれば、少々トンチンカンなものです。足は、健常者同様2本あるのですから。山登りも同様の理由で皆心配していただきましたが、無事皆と一緒に登れたので、関係者一同安心されたようです。同室の女友達も、私のぎこちなさに気がついて、あれやこれやと助けてくれました。特に、最初の二週間はそれぞれが初対面で緊張していることもあり、私に対してもいたれりつくせりでうれしいどころか、少々わずらわしくなる程でした。

確かに、親切に助けてくださることのありがたさやうれしさは、身にしみて感じ、感謝しています。しかし、必要以上にされても無下に断るわけにもいかず、ずるずる甘えていると、自己嫌悪に陥ってしまいます。親切にされるたびに、障害者であることを意識しなければなりません。エゴイストかもしれませんが、健常者同様に何気なく扱ってもらえるのが、一番居心地良く感じます。幸いこのくしゃくした人間関係は、時がスムーズにしてくれます。ある程度時がたてば、お互い健常者も障害者もともに生活することに慣れてきます。必要などきのみ障害者は助けを頼み、健常者もしぜんとその呼吸を学んでいきます。

企業には、障害者雇用枠がありますが、その有無にかかわらず、障害者はどんどん社会参加すべきです。障害者だけで固まってはいけません。出来る限り健常者とふれあい、その中からお互い真の人間の姿を学んで行かなければなりません。それが本当の社会福祉だと思います。

協力隊の訓練を無事終え、私は、西アフリカのガーナへ理数科教師として派遣されました。ガーナでは、左手は不浄の手といわれ、排泄物をきれいにするための手で、挨拶や食事のときには右手を使う習慣があります。ガーナにも障害者はいるはずですから、私の場合もきちんと説明すれば誤解は生じないと思うものの、どれほどこの習慣が厳格なものなのか多少不安でした。ところが、二年間で一度もガーナ人とは、このことに関してトラブルがおきませんでした。むしろ、障害者を見慣れているか、ちらっと私の右手を一瞥して、左手を自ら挨拶のときに差し出すという気の遣いようでした。そして、逆にトラブルがあったのは、白人の宣教師とでした。まだ頭の中だけで理解していた習慣だったので、臨機応変にふるまえなかったようです。

セカンダリースクールの教え子には、トラブルを避けるため、最初の時間に一言右手が不自由であることをことわっておきました。特に反応もなかったようですが、何日かして一人の生徒が「マダム、マダムとはどうやって左手だけで左手に時計をはめるのか」と聞いてきました。鋭い観察力に、はっとさせられました。日本でも二年間教えていましたが、見て見ぬふり、知って知らぬふりをする習慣がある社会では、決して出てこない質問です。ガーナのような貧しい国では、大人も子供も障害者も、自分で出来る限り働いていかなければ食べていけません。それだけに、物質的には常に欠乏状態ですが、お互い助け合っていこうとする心の豊かさは、他国に劣らぬものがあります。

(略)

注：M.O.さんは、右手に障害を持ちながら、理数科教育の協力隊員として、ガーナに派遣された。

7. 障害者の国際協力事業参加 推進のための提言

1982年に国連総会で決議された「障害者に関する世界行動計画」にもうたわれているとおり、世界各国において、「リハビリテーション」の理念と「ノーマライゼーション」の理念の下、社会生活や開発のプロセスにおける障害者自身の「完全参加と平等」を達成するための施策が進められている。

我が国においても、「障害者施策に関する新長期計画」、「障害者プラン」等の策定や「障害者基本法」の改正等、国内における啓発広報活動や、教育・育成活動等とならんで、国際協力においても、これまで以上に、途上国の障害者に対する協力活動の拡充や、障害者自身による国際交流事業の推進、さらには、協力活動に参加する障害者の養成等の必要性が指摘されている。

このような背景の下で、本調査研究においては、障害者関連団体に対するアンケート調査及び検討会での議論を基に、我が国の実施するODAを中心とした国際協力事業に、我が国の障害者自身の参加をより促進していくための提言を以下の通り、取りまとめた。なお、最終的な提言は、平成8年度に実施するフェーズ2調査で予定している途上国側のニーズ調査を踏まえて、検討することとする。

(1) 参加の方向性

アンケート結果にも示されたように、我が国の障害者から途上国の障害者に対して協力を行うことは、同じ障害を有するという立場から彼らが必要としている援助ニーズを的確に把握することが容易であること、さらに、障害者自身による協力活動そのものが、途上国の障害者の生活様式や生き方に参考となる具体例ともなりうるものであることから、非常に大きな協力効果を期待できる。さらには、我が国の障害者自身にとっても、途上国の障害者の置かれている状況と対峙することにより、障害者自身のエンパワーメントや自己改革を行うことが可能となる。

このような影響力の大きさを考慮し、我が国の障害者が国際協力事業に参加するにあたっては、基本的に、同じ経験を有する途上国の障害者に対する協力活動への参加を推進していくべきである。しかしながら、これは、その他の分野への協力に障害者が参加することを対象外とするものではなく、必要かつ可能と考えられる場合には、積極的にその他の分野への参加を検討していくべきである。

(2) 参加推進のための方策

これまで、我が国が実施してきたODA事業において、我が国の障害者自身が実際に参加した例はほとんどなく、また、途上国の障害者に対する協力事業も、全体の案件数から見ると、わずかな割合にとどまっている。

今後、ODA事業への障害者の参加を促進していくためには、途上国の障害者に対する協力拡充を図りつつ、障害者の参加のための具体策に取り組んでいく必要がある。

本項では、本調査研究において実施した国内の障害者団体に対するアンケート調査により明らかになった障害者団体の意向や本検討会での議論の内容を踏まえ、今後、ODA事業に障害者の参加を促進していくために必要な方策を以下に述べる。

1) 途上国の障害者に対する協力事業にかかる基本的考え方の策定

ODA事業への我が国の障害者のより効果的な参加を実現していくには、ODA実施機関等においても、今回の検討結果及びフェーズ2での検討を踏まえ、実効性の高い基本的考え方をとりまとめ、それに基づいて協力事業を拡充していく必要がある。

2) 途上国の障害者に対する協力事業に関する情報交換体制の確立

現在、ODA事業やNGO等が実施している途上国の障害者に対する国際協力事業は、さまざまな援助実施機関が、多様な援助形態によって実施しており、これらの協力事業に関する情報を取りまとめる体制が確立されていないことから、協力事業に関する情報が他の援助実施機関に伝わりにくいという問題がある。特に、ODA事業の仕組みや協力事業に関する情報にアクセスしにくいということがアンケート結果から明らかになっている。

今後、ODA事業の実施においてNGOとの協力、連携が不可欠であることを鑑み、ODA事業への障害者の参加を促進していくには、ODA事業実施機関とNGOとの間で、それぞれが実施する協力事業に関する情報や協力に参加する人材に関する情報を、共有できるような情報交換体制を確立していく必要がある。

このためには、まず、ODA実施機関の中において、障害者に対する協力事業に関する情報を集中してとりまとめる体制を確立し、そのうえで、JANNET（障害分野NGO連絡会）等のNGO団体との広報誌やINTER-NET等を通じた情報交換を促進していくことが有効である。

3) 途上国の障害者への協力のためのアドバイザー・グループの設置

障害者に対する協力には、きめ細かな配慮や経験が必要であるが、JICA等の援助実施機関においては、障害福祉分野に知見を有する人材に限られることから、外部有識者からのアドバイスを適宜受けることが可能な体制を検討する必要がある。例えば、協力の実施方法等についてのアドバイスを仰げるよう、外部有識者を中心としたアドバイザー・グループの設置等が考えられよう。

4) 語学研修等への障害者の参加促進

国際協力事業の実施にあたっては、途上国の人々とのコミュニケーションが非常に重要な要素となってくるが、障害というハンディキャップのために、障害を持たない人々と同様の語学研修を受けることが困難なケースも多く、また、手話や点字等の特殊なコミュニケーション能力が必要となってくる場合も多い。

従来より、JICA等においては、専門家養成研修等を通じて、国際協力に携わる人材を対象とした語学研修等を行ってきたが、今後は、このような研修事業においても、研修の実施方法や研修対象者の選考等について、適切な配慮を行い、障害者の参加が可能となるような施策に取り組んでいく必要がある。

5) 途上国の障害者に関する基礎的情報の整備

途上国の障害者に対する協力事業を実施するにあたっては、障害者の援助ニーズを把握する必要があるが、現在、世界中で5億人を超えるといわれる障害者の現状や各国の障害者施策等の情報は、ODA実施機関においては必ずしも整備されているとはいえない。

また、「国連・障害者の十年」や「アジア・太平洋障害者の十年」等を通じて、障害者に対する国際的な取り組みが進められており、我が国においては、各省レベルで各種の活動が行われているが、ODA実施機関において、これらの国際的な動きを十分フォローしている状況にはない。

このため、これらの情報を収集、分析するための調査研究の実施や、データベースの作成に取り組んでいく必要がある。

6) ODA関係機関スタッフの障害者に対する理解促進

これまでのODA事業においては、障害者を対象とした協力事業の割合はわずかであり、協力活動に関わったスタッフの数も限られている。

一方、障害者に対する協力事業にはきめ細かな配慮が必要であり、障害を持たない人間にとっては、見落としがちな点も多い。

このため、JICA等のODA実施機関の職員研修等の一環として、特に途上国の障害者への協力事業を担当するスタッフを中心として、障害を持つ人々との意見交換会や、途上国の障害者への協力活動事例に関するセミナー等を開催し、障害者に関する理解や認識を深めていく必要がある。

7) 具体的実行計画の策定及びフォロー体制の確立

今回は国内調査を中心としたフェーズ1調査であり、平成8年度に予定しているフェーズ2調査による途上国側のニーズ調査を踏まえ、ODA実施機関等において、今後、最終的な参加のための具体的実行計画を確立し、本調査研究の成果をフォローできるような体制を確立していく必要がある。

(3) 参加推進のための留意点

障害者の国際協力活動への参加にあたっては、さまざまな細かい配慮が必要であり、特に、途上国へ人材を派遣する場合には、安全面の確保にもいっそう留意する必要がある。本項では、参加推進のために、最低限配慮すべきと思われる諸点を、国内活動と海外活動に分け、留意点として述べる。

1) 国内での活動

①研修センター等の施設整備

障害者が国際協力活動に参加するにあたっては、国際協力活動を行う拠点において、自由に活動できるような施策を講じる必要がある。

このため、途上国の障害者を対象とする研修センター等の施設においては、障害者に配慮した宿泊施設の整備や、廊下等における点字ブロックの整備、さらに、車椅子等での移動を考慮した設備について、十分配慮したものとしていく必要がある。

②障害を配慮した事業実施

障害者は、障害を有することによって、移動やコミュニケーションにおいて、困難を感じる場合が多い。

このため、必要に応じて、リフトバスの備上や手話通訳の備上、点字資料の作成等、それぞれの障害者のハンディキャップに十分配慮を行ないながら、事業を実施していく必要がある。

2) 海外での活動

①十分な現地状況のリサーチを行うと共に、途上国政府側の理解を促進する

障害者が海外でより効果的な協力活動を実施するには、それを可能にする十分な事前準備が必要であり、そのためには、海外での活動地域の状況を十分にリサーチしておくことが望まれる。中でも、その障害により、危険な場面での対応が遅れる可能性があるため、安全対策には、一般の人々以上の配慮が必要である。

また、障害を有することについて無用の誤解や偏見を招かぬよう、在外事務所等を通じて、途上国政府側に対し、事前の十分な説明が不可欠であろう。

②東南アジア等で障害福祉分野での協力実績がある国から始める

前項にも関連するが、障害者が海外で協力活動を実施するにあたっては、各国政府の障害者に関する正しい理解や認識が必要不可欠である。このため、実際の派遣は、障害福祉分野での事業実績が蓄積されている、ASEAN諸国等を中心に実施していくべきである。

③介助者が必要な場合には、青年海外協力隊のチーム派遣やプロジェクト方式技術協力等で介助者とペアで派遣することを検討する

介助者が必要な障害者の派遣にあたっては、介助者の派遣が大きな課題となることが予想される。しかし、途上国の障害者への協力においては、介助者の介助技術そのものが協力の重要な要素ともなり得るものである。

このため、場合によっては、青年海外協力隊のチーム派遣やプロジェクト方式技術協力の実施において、障害者と介助者をペアまたはチームで派遣し、協力にあたる等の工夫が有効である。

