

# 開発における障害者分野の Twin-Track Approachの実現に向けて：

「開発の障害分析」と「Community-Based Rehabilitation：CBR」の現状と課題、  
そして効果的な実践についての考察

「開発における障害者分野のTwin-Track Approachの実現に向けて：「開発の障害分析」と「Community-Based Rehabilitation：CBR」の現状と課題、そして効果的な実践についての考察」

平成15年6月

国際協力事業団 国際協力総合研修所



平成15年6月

国際協力事業団  
国際協力総合研修所

総研
JR
02-78

# 開発における障害(者)分野の Twin-Track Approachの実現に向けて：

「開発の障害分析」と「Community-Based Rehabilitation: CBR」の現状と課題、  
そして効果的な実践についての考察

久野 研 二

イースト・アングリア大学開発学部 博士課程

David Seddon

イースト・アングリア大学開発学部 教授

平成15年6月

国際協力事業団  
国際協力総合研修所

本報告書は、平成14年度国際協力事業団客員研究員に委嘱した研究成果をとりまとめたものです。本報告書に示されている様々な見解・提言等は必ずしも国際協力事業団の統一的な公式見解ではありません。

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力事業団の許可無く転載できません。

---

発行：国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課

〒162 8433 東京都新宿区市谷本村町10 5

FAX : 03 3269 2185

E-mail: [jicaic2@jica.go.jp](mailto:jicaic2@jica.go.jp)

---

# 目 次

要 約 .....	i
<b>1 . 研究の目的と方法 (久野研二) .....</b>	<b>1</b>
1 - 1 はじめに .....	1
1 - 2 調査研究の目的 .....	2
1 - 3 調査研究の方法 .....	3
<b>2 . 障害とは何か：障害のとらえ方・モデル (久野研二) .....</b>	<b>4</b>
2 - 1 はじめに .....	4
2 - 2 障害を読み解く視点：障害のモデル .....	5
2 - 2 - 1 障害の医学モデル .....	5
2 - 2 - 2 障害の社会モデル .....	5
2 - 2 - 3 障害の統合（折衷）モデル .....	9
2 - 2 - 4 障害の差異モデル .....	11
2 - 2 - 5 障害の家族モデル .....	17
2 - 3 まとめ .....	19
<b>3 . 開発において障害(者)問題と取り組むためのフレームワーク (久野研二).....</b>	<b>20</b>
3 - 1 はじめに .....	20
3 - 2 「潜在能力」アプローチ .....	20
3 - 2 - 1 「潜在能力」アプローチとは .....	20
3 - 2 - 2 「潜在能力」アプローチが示唆する開発における障害(者)問題のとらえ方.....	23
3 - 2 - 3 「潜在能力」アプローチがもたらす利点 .....	25
3 - 2 - 4 「潜在能力」アプローチの限界と留意点 .....	30
3 - 2 - 5 まとめ .....	35
3 - 3 具体的なフレームワーク：参加、エンパワメント、「社会からの疎外」 .....	35
3 - 3 - 1 はじめに .....	35
3 - 3 - 2 参加 .....	38
3 - 3 - 3 エンパワメント .....	42
3 - 3 - 4 「社会からの疎外」( Social Exclusion ).....	45
3 - 3 - 5 まとめ：参加フレームワークの留意点 .....	53

<b>4 . ツイン・トラック・アプローチ( 1 ):</b>	
<b>メインストーリーミングとしての「開発の障害分析(久野研二)</b> .....	55
4 - 1 ツイン・トラック・アプローチ .....	55
4 - 1 - 1 ツイン・トラック・アプローチの概要 .....	55
4 - 1 - 2 なぜツイン・トラック・アプローチが必要なのか：従来のアプローチの課題 ...	55
4 - 1 - 3 ツイン・トラック・アプローチの要素 .....	56
4 - 2 開発援助機関の障害政策・指針(久野研二、David Seddon).....	59
4 - 2 - 1 障害政策 .....	59
4 - 2 - 2 開発援助機関の障害政策の概要 .....	60
4 - 2 - 3 障害政策のまとめ .....	66
4 - 3 障害の視点に基づいた開発プロジェクトの障害分析 .....	67
4 - 3 - 1 簡易障害分析 .....	67
4 - 3 - 2 JICAにおける障害分析チェックリスト.....	68
4 - 3 - 3 開発の障害分析がもたらす変化・転換 .....	73
4 - 4 まとめ .....	76
<b>5 . ツイン・トラック・アプローチ( 2 ):</b>	
<b>エンパワメントとしての地域社会に根ざしたリハビリテーション(久野研二)</b> .....	77
5 - 1 はじめに .....	77
5 - 2 地域社会に根ざしたリハビリテーション(CBR)とは .....	77
5 - 2 - 1 CBRの定義 .....	77
5 - 2 - 2 CBRというアプローチ .....	78
5 - 3 CBRの課題 .....	80
5 - 4 ケース・スタディ：マレーシアのCBR .....	84
5 - 4 - 1 マレーシアのCBRの概要 .....	84
5 - 4 - 2 ケース・スタディ( 1 )：全般的考察 ペナン州のCBRを中心に.....	87
5 - 4 - 3 ケース・スタディ( 2 )：プログラム・ケーススタディ .....	93
5 - 4 - 4 ケース・スタディ( 3 )：障害者の貢献者としての参加.....	97
5 - 5 まとめ .....	102
<b>6 . まとめと提言(久野研二、David Seddon)</b> .....	103
6 - 1 まとめ .....	103
6 - 2 提言 .....	104

添付資料

添付 1 : 障害者数について

添付 2 : アフリカおよび後紛争国の障害と障害者の状況

添付 3 : ベン図作成によって明らかにになった障害当事者と村民との状況理解の違い

添付 4 : 参加の種類

添付 5 : エンパワメントの指標に関する考察

添付 6 : 開発における障害へのコミュニティ・アプローチ (CAHD)

添付 7 : 簡易障害分析 (RHA) と障害政策チェックリストの詳細

添付 8 : JICA プロジェクト・開発調査用障害分野配慮チェックリスト (試案)

添付 9 : 啓発としての障害平等研修

添付 10 : タイにおける JICA プロジェクト・開発調査の障害分野関連度と障害(者)配慮に関する  
検討

# 要 約

## 1．研究の目的と方法

「国連障害者の10年（1983～1992）」を経て、障害（者）問題は開発の課題の1つとしてとらえられるようになった。またそれは、ジェンダーなどと同様に開発における分野横断的課題としても認識されつつある。しかしながら、その重要性は理解されつつも、取り組みの枠組みやアプローチは十分に検討されているとはいえない。

本研究においては、その取り組みのフレームワークとしてツイン・トラック・アプローチを取り上げ、開発という取り組みにおける障害分野の支援をより効果的に行うための具体的なアプローチを検討することを目的とした。具体的には、まず開発という枠組みにおいて障害（者）問題と向き合うための視点・フレームワークを形成することを目的に、「潜在能力」アプローチを基礎に、参加、エンパワメント、そして社会からの疎外に関する議論を検討した（第3章）。次いで、ツイン・トラック・アプローチの「障害のメインストリーミング・インクルージョン」に関する具体的な取り組みの検討として、各政府開発援助機関の障害政策を考察し、「開発の障害分析」のためのチェックリストを検討した（第4章）。そして、「エンパワメント」の取り組みの検討として、「地域社会に根ざしたリハビリテーション（CBR）」の可能性と限界を検討した（第5章）。これらをもとに障害分野の国際協力に対する提言をまとめた（第6章）。

## 2．障害とは何か：障害のとらえ方・モデル

障害という概念で網羅されるものは広範囲にわたり、また多面・多層的であるため、障害を定義することは非常に困難となっている。例えば、権利という切り口で見れば、障害とは被差別状況であり、医療という視点に立てば心身の機能不全が着目される。本研究では1つの障害の定義を求めるのではなく、障害を読み解く視点であるさまざまな障害のモデルを検討することで、障害についての包括的な理解を深めた。取り上げたモデルは、医学モデル、社会モデル、統合（折衷）モデル、差異モデル（インペアメント・モデル、文化モデル、肯定モデル、インクルージョン・モデル、ポストモダン・モデル）そして 家族モデルである。

総括としていえるのは、障害を単に身体機能の不全としてのみとらえることはもはや有効ではなく、実質的な機会の不平等や参加の制限が主要な要素となる生活の質という視点からとらえることの重要性である。障害とはジェンダーと同様に差異に関する概念であり、その差異をどうとらえるかによってそれに対するかかわり方は全く異なってくる。

## 3．開発において障害（者）問題と取り組むためのフレームワーク

開発において障害分野と取り組むということは、例えば、経済成長を至上とする開発の取り組みから排除される障害者に対して弱者保護の枠組みで取り組むということではなく、開発において障害者がほかの人々と同様に開発に参加しその恩恵を等しく受けることを支援する取り組みを意味する。実はそれは障害者に対して何かをするということ以上に、開発という取り組みのあり方そのものが逆に問われることでもある。

この意味において障害が開発における課題となるには、開発と障害の課題が1つの同じ思考の枠組み・フレームワークのなかでとらえられることが必要である。開発の課題が経済成長や経済的貧困としてのみとらえられ、障害分野の課題が心身の機能不全としてのみとらえている限りにおいては、この統合は非常に困難であった。しかし近年、開発においては、人間発達や社会開発の側面の重要性が認識され、障害においても機会の均等化や参加という枠組みにおいて課題がとらえられるようになり、両者が共に「生活」という現実の絵のなかでとらえられるようになってきた。

この開発と障害を結ぶフレームワークとして現在有効と思われるのがアマルティア・センの「潜在能力」アプローチである。「潜在能力」アプローチとは所得や効用ではなく、実質的な生活の良さ（well-being）を、何かになったりできたりするという可能性を意味する「潜在能力」によってとらえる思考の枠組みである。途上国の障害（者）問題と取り組むことに関して、それは開発の主課題である貧困と障害とを「潜在能力」という1つの課題としてとらえることを可能にし、加えて、障害のみではなく多様な課題に直面する状況を反映する、個人と環境の双方を評価する、障害者を健常者から区別する二分法によらない、主体的な参加に着目する、多様な介入を許容するといった視点をもたらすことを可能にしている。

また同様に、近年どちらの分野においても重要な概念となっている「参加」「エンパワメント」そして「社会からの疎外」に関する議論は、開発と障害のそれぞれの課題を共通の視点からとらえることを可能にする議論を提供している。

#### 4．ツイン・トラック・アプローチ(1)：メインストリーミングとしての開発の障害分析

ツイン・トラック・アプローチとは、開発の取り組み全体に障害の視点を反映することによって開発における障害（者）のメインストリーミング・インクルージョンを行うことと、障害当事者のエンパワメントを行うことの2つの取り組みを並行して行うアプローチ・枠組みである。前者は開発援助機関自身の障害政策や活動指針の策定、またプロジェクトやプログラムにおける障害配慮とその確認を行う評価などによって、後者は障害当事者を主対象にした取り組みによって構成される。従来の取り組みでは後者の取り組みのみが行われることが主であったことに対して、このアプローチは前者のメインストリーミングを主にすることで開発そのもののあり方を変えようとする点に主眼が置かれている。アメリカ合衆国国際開発庁（USAID）やスウェーデン国際開発協力庁（Sida）またノルウェー開発協力庁（NORAD）などは、このツイン・トラック・アプローチの枠組みを反映した障害政策と指針を有している。このなかで、SidaやNORADはプロジェクトや開発調査における障害配慮を確認するためのチェックリストを作成しており、本研究においてもそれらを国際協力事業団（JICA）向けに改変したものを作成し、検討した。

#### 5．ツイン・トラック・アプローチ(2)：エンパワメントとしての地域社会に根ざしたりハビリテーション

障害当事者のエンパワメントを目的とする取り組みは、自助団体の育成や自立生活プログラムなどさまざまな方法によって実践されている。そのなかでも途上国の取り組みとして重要であり

かつ多くの実践がなされてきたのが、地域社会に根ざしたリハビリテーション（CBR）である。CBRは施設や専門職に依存せずに、地域社会が主体となって障害者の生活支援を包括的に行うことを目標に、1980年代から世界各地で始められた。しかしながら、現実の実践においては、障害当事者の参加の制限、機能回復に偏る取り組み、トップダウン的な取り組みといった課題に直面している。マレーシアのケース・スタディは障害者の参加に着目して検討したが、その結果、障害者のCBRへの参加やCBRの支援を受けての社会への参加を阻害するさまざまな障壁が明らかになった。障壁となっているのはCBRのプログラムのあり方や制度、また地域社会のあり様であった。

## 6．まとめと提言

障害は開発における分野横断的課題であり、開発のメインストリームにおいて取り組まれるべき課題である。「潜在能力」アプローチはそのための基礎的なフレームワークを提供し、ツイン・トラック・アプローチが具体的な取り組みの枠組みを示唆している。この転換の基礎となるのは、開発の課題を経済的な貧困から実質的な機会や生活の質へと転換することにある。そのうえで、障害分野の取り組みの目標を保護や機能回復ではなく、機会の均等化とエンパワメント、そして自立支援へと転換することである。そしてこの目標の転換は、回復のためのリハビリテーションに焦点をあてたアプローチから包括的な生活支援のアプローチへ、障害者を他動的な受益者としてのみとらえるアプローチから参加型インクルージョンアプローチへ、分野・セクターごとの縦割りのアプローチから分析・統合的なアプローチへ、という3つのアプローチの転換によってなされる。

これら3つの転換はツイン・トラック・アプローチの導入において進めることができるが、その内容がより重要である。開発の障害分析に関しては、本研究ではチェックリストに焦点をあてたが、職員の研修・啓発や障害政策・指針の策定と実施の保障などがチェックリスト以上に重要であり、それらがあって初めて、分析・統合的なアプローチが可能となる。またCBRにおいては医療・教育的リハビリテーションに偏らずに生活全体を支援するような取り組みのあり方が求められる。そしてこれらの変化は、障害者自身がその過程に在ることにより適切な方向へと導かれることを認識し、裨益当事障害者の参加を基礎にすることが重要となる。

# 1 . 研究の目的と方法

## 1 1 はじめに

途上国では人口の7割以上が農村地域に居住し、貧困をはじめとして、性や人種による差別、不公平で不十分な社会システム、大都市優先の経済発展至上主義によって取り残された農村や低い識字率など、多くの社会問題と直面している<sup>1</sup>。これらの社会問題に苦しんでいる人々のなかでも、障害者はさらに参加の機会を奪われ、後ろへ後ろへと押しやられ、社会の発展から最も取り残されてきたといっても過言ではないだろう。貧困に苦しむ6人に1人が中・重度の障害者といわれており、貧困問題と障害（者）問題とは密接なつながりを持っており、途上国では貧困が障害の原因であり結果となっている<sup>2</sup>。また、実際の身体機能の制限ではなく“違う”と見なされ、障害者という“ラベル”を社会によって張られることで偏見と差別の対象とされるなど、障害者が直面している問題は、その地域社会の文化や社会、そしてそれらに根ざした地域社会の人々の規範や態度などによる部分が大きい<sup>3</sup>。結果として、機能回復のための治療と訓練だけをリハビリテーションとして切り取り、提供してきた従来の医療中心のアプローチでは、多様な障害（者）問題に対処することも困難であった<sup>4</sup>。

一方、先進国では障害者に関する人権意識が高まり、障害（者）問題は単なる身体の問題ではなく、市民権や「社会からの疎外」、差別や参加の制限といった問題と見なされるようになり、それらは障害者の人権にかかわる法律の制定という形で反映されるようになった。また実践においては、障害者を“健常者にすること”を目指したリハビリテーションではなく、障害者が身体機能面においては障害を負いつつも自立した社会生活を送ることを支援する自立生活運動・プログラムなどが増加していった<sup>5</sup>。こういった権利の保障と現実の自立支援という両輪は障害分野における国際的な動きにも大きな影響を与えた。

このような途上国の現状と先進国の取り組みを反映した障害分野の取り組みの国際的な指針として、「障害者に関する世界行動計画」（1982年）と「障害者の機会均等化に関する基準規則」（1993年）が国連によって採択され、「障害者の完全参加と平等（機会の均等化）」を目標として、国連の国際障害者年（1981年）、国連障害者の10年（1983～1992）、そしてアジア太平洋障害者の10年（1993-2002）やアフリカ障害者の10年（2000～2009）が実施されてきた。

これらを受け、世界保健機構（World Health Organisation : WHO）や国連児童基金（United Nations Children's Fund : UNICEF）（以下、ユニセフ）といった保健や福祉という従来から障害分野にかかわる国連機関や国際機関だけではなく、各国の開発援助機関や国際機関が障害（者）問題を開発の重要な一分野として認識し取り組む動きが出てきている<sup>6</sup>。現在までの開発におけ

<sup>1</sup> Tjandrakusuma, H. (1989)

<sup>2</sup> Sida (1995)

<sup>3</sup> Helander, E. (1993)

<sup>4</sup> Helander, E. et al. (1989)

<sup>5</sup> DeJong, G. (1979)

<sup>6</sup> 例えば、国際協力事業団も障害（者）問題を8つの「地球規模問題」の1つとして取り上げ、世界銀行も2002年から「開発と障害（者）」に関するフルタイムの専門アドバイザーを採用している。（ADB（2002）；Asian Development Bank（1999）；Elwan, A.（1995））

る障害（者）問題の位置付けとその取り組みは、3つに大別することができる。まず1つは、経済成長を重視した開発の理念と取り組みの下では、障害者はそこからこぼれ落ちる社会的弱者群の1つとして位置付けられ、弱者保護・救済（セーフティネット）の対象として認識され組み込まれた<sup>7</sup>。2つ目は、貧困対策を重視する理念と取り組みのもとでは、取り組みの主対象となる貧困層のうち少なからぬ数が障害者とその家族であること、また彼らがその貧困層のなかでもより下位にあるという認識に立ち、貧困層の対策において障害者への配慮や統合、もしくは障害者のための特別なプログラムの実施を行うものである。3つ目は、貧困と障害が相互の原因と結果となっているという認識に立ち、貧困削減の対策として障害の予防や障害者のリハビリテーションを貧困対策の不可欠な要素の1つに位置付けるものである<sup>8</sup>。特に後者の2つは現在多くの開発援助機関も支持する考え方であり、この思考の枠組みによって障害（者）問題を開発のメインストリームにおいて取り組もうとしているが、いまだそれは十分に組み込まれているとはいえない。その理由は、上記のような関連付けがなされたとしても、いまだ開発の主課題である貧困と障害が2つの異なる課題としてとらえられていることにある<sup>9</sup>。障害（者）問題を補足的な課題としてではなく開発という枠組みの重要な一部として位置付け、取り組むには、上記したような従来の思考の枠組みや取り組みに代わる新しい思考の枠組みと戦略、そして具体的な手法の検討が不可欠になってきている<sup>10</sup>。

## 1 2 調査研究の目的

上記のような理解に立ち、本研究は最終的には障害（者）問題を開発のメインストリームの課題として取り組むための1つの方向性を示唆することにある。本研究では、ジェンダーなどの分野横断的課題に対する方策として開発援助機関が採用してきているツイン・トラック・アプローチ（twin-track approach）の障害（者）分野への応用とその課題を検討し、実現に向けた具体的に実現可能な示唆を導き出すことにある。

具体的には以下の3点に関して検討を深める。1つは、開発において障害（者）問題を読み解き対処していくためのフレームワークの検討である。もはや身体機能に偏った従来の医療や福祉のフレームワークでは貧困や差別などさまざまな社会問題が積み重なる途上国の障害（者）問題を読み解くことは困難であり、開発の視点に基づいたフレームワークが必要である。2点目は、ツイン・トラック・アプローチの一翼である障害のメインストリーム化もしくは障害（者）のインクルージョンの枠組みと具体的な取り組みの検討であり、開発援助機関の開発政策における障害政策や指針の検討と、開発一般のプロジェクトにおける障害（者）問題のインクルージョンを進める「開発の障害分析」の具体的な考え方と手法の検討である。3点目は、ツイン・トラッ

<sup>7</sup> Elwan, A. (1995)

<sup>8</sup> Sida (1995)

<sup>9</sup> Charlton, J. I. (1993); Harris-White, B. (1996); Liton, S. A. (2000); Stone, E. (1999)

<sup>10</sup> 概要の理解として、障害者人口に関しては添付資料1にまとめた。また近年、障害分野の取り組みの地域対象として重要になりつつあるアフリカおよび後紛争国・地域における障害（者）の状況に関しては添付資料2にまとめた。

ク・アプローチのもう一翼となる障害者のエンパワメントの枠組みと戦略の検討である。WHO やユネスコなどさまざまな機関が実施してきた「地域社会に根ざしたリハビリテーション (Community Based Rehabilitation : CBR)」の可能性と限界について、歴史的・包括的な検討と ケース・スタディを通じたより詳細な実践の考察を行う。この3点すべてが検討されることで初めて開発における障害(者)分野のツイン・トラック・アプローチ全体の考察が可能となり、それによって障害(者)問題の開発におけるメインストリーミングを導くことができる。

### 1 3 調査研究の方法

上記したように、本研究は大きくは3つの課題の検討からなる。1つ目の開発と障害に関するフレームワークの検討については文献研究によって行った。2つ目の障害(者)問題のメインストリーミングについては、政府開発援助機関の障害政策の分析・検討と、実際にJICAが使用することを念頭においた「開発プロジェクトの障害分析のためのチェックリスト」の作成を行い、検討した。3つ目の障害者のエンパワメントの戦略の研究としては、現在途上国におけるエンパワメントの戦略として最も注目されさまざまな機関によって取り上げられているCBRを取り上げ、その取り組みの歴史を文献資料から検討し、マレーシアのCBRプログラムをケース・スタディとして、より詳細な検討を行った。そして、これら3つの分野を総合的に検討し、JICAの今後の障害分野の取り組みのための具体的な示唆を検討した。

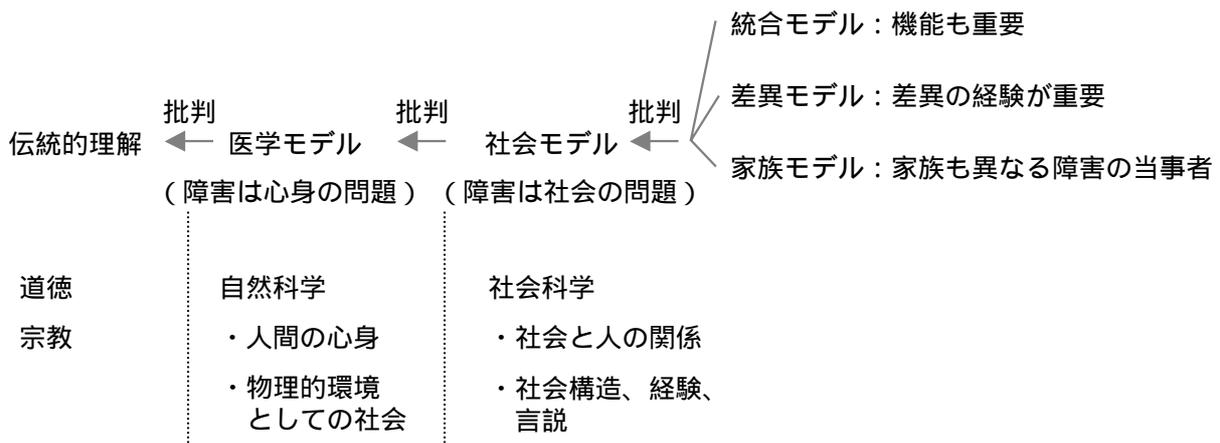
## 2 . 障害とは何か：障害のとらえ方・モデル

### 2 1 はじめに

障害を1つの簡潔な定義によって説明することは非常に困難である<sup>11</sup>。その理由は、障害に対する理解や態度は歴史的、文化的、そして社会的に作られており、障害はすべての人生・生活にかかわり影響を与え、人の障害という経験は非常に多様で複雑であるからである<sup>12</sup>。また、障害やハンディキャップという用語そのものが社会背景や文脈によって全く異なった意味を持って使われている<sup>13</sup>。本章では、障害とはなにかということを、1つの定義を作っていくことによってではなく、それを読み解く多様なとらえ方・視点を検討することで、この多様性を損なうことなく障害を理解することを試みる。

障害の理解を歴史的に見ると、まずそれは、障害を運命としてとらえ変えられないものとして障害者を保護の対象とするような伝統的理解から、そうではなく訓練や介入によって変えられるのだとする「障害の医学モデル」へという変化があった(図2 1)。しかし、その医学モデルが障害の機能不全の側面のみを強調することに対して、社会の差別や構造にこそ障害の本質を見いだす「障害の社会モデル」という視点が生まれ、それは障害を自然科学ではなく社会科学の課題としてとらえる変化を生んだ。その社会モデルに対しては、心身の問題を軽視または無視しているとして医学モデルと社会モデルを組み合わせることが重要とする統合(折衷)モデルや、フェミニストやポスト構造主義者は社会モデルが障害者という集団に対する差別にのみ着目したことに対して、それは重要であるけれども、個々人の心身の差異とその経験にこそ重要な意味があると批判した差異モデルの議論を展開している。

図2 1 障害のさまざまなモデル



出所：筆者作成

<sup>11</sup> United Nations (1999)

<sup>12</sup> Barnes, C., Mercer, G. et al.; Barton, L. (1996); Ingstad, B. and Whyte, S. R. (1995)

<sup>13</sup> Devlieger, P. J. (1999)

また、障害者自身の当事者性を疑うものではないが、障害者の家族も障害者とは異なる質の障害の当事者として認め、彼らの経験も障害としてとらえようとする、家族モデルと呼べる視点も出てきている<sup>14</sup>。これらのモデルは、そのサブ・モデルを含めて表2-1のようにまとめることができる<sup>15</sup>。以下にそれぞれのモデルにおける障害の理解の視点についてまとめる。

## 2-2 障害を読み解く視点：障害のモデル

### 2-2-1 障害の医学モデル

障害の医学モデルは3つの特徴があるといわれている。1つ目は、障害を個人の問題とし、その問題の所在を障害者個人にあるとする点。2つ目は、障害の一義的な原因は病気や事故等の心身の状態を結果として起こるとする点。3つ目は、こういった障害理解のために、障害に対しては医学的な介入が重要であるとする点である<sup>16</sup>。WHOは1981年に国際障害分類（International Classification of Impairment, Disability, and Handicap：ICIDH）を策定したが、これはこのモデルに基づいている。このモデルは、病気の線形帰結モデルとして機能障害・不全（impairment）、能力障害（disability）、そして社会的不利（handicap）という分類によって障害を説明しようとするものである（図2-2、Box 2-1）。

このモデルはCBRを含むリハビリテーション従事者に広く用いられてきたが、一方で、障害者からは批判され続けてきた（Pfeiffer（1998））。批判の主な論点は、障害を社会的文脈のなかで見ざるをせず、障害を心身の機能という非常に限られた部分に閉じ込めている点、そして、障害の理解において障害者を他動的な受け手としか見ていない点である<sup>17</sup>。こういった批判をもとに形成されたのが障害の社会モデルである。

### 2-2-2 障害の社会モデル

障害の社会モデルは、障害を障害者に対する差別や抑圧であるとして闘ってきた障害者の権利運動や自立生活運動を通して発展してきた<sup>18</sup>。英国においてこういった障害者差別に対する反対運動の中心的な役割を果たしてきた身体障害者連合（The Union of the Physical Impaired Against Segregation：UPIAS）は、この社会モデルにおける障害とは機能障害を持つ人間に対する社会的抑圧の問題であるとし、障害を以下のように定義している。障害とは、「身体的な機能障害を持つ人のことを全くまたはほとんど考慮せず、したがって、社会活動の主流から彼らを排除している今日の社会組織によって生み出された不利益または活動の制約」<sup>19</sup>。

障害当事者の国際NGOであるThe Disabled Peoples' International（DPI）は、障害を以下のよ

<sup>14</sup> これは英国での変化に基づく図であり、日本では差異モデルが社会モデルに先んじて起こっている（杉野（2000））。差異モデル、家族モデルという呼称と分類は筆者によるもの。

<sup>15</sup> ファイファー（Pfeiffer）やオルトマン（Altman）はこれとは異なる分類方法をとっている（Altman, B.（2001）；Pfeiffer, D.（2001））。

<sup>16</sup> WHO（1999）

<sup>17</sup> Finkelstein, V.（1992）；Oliver, M.（1994）

<sup>18</sup> Finkelstein, V.（1992）

<sup>19</sup> UPIAS（1975）p.14

表2 1 障害モデルの比較

モデル	医学モデル	社会モデル	統合(折衷)モデル	差異モデル	文化(民族)モデル	肯定モデル 文化(芸術)モデル	インクルージョン・ モデル	ポストモダン・モデル	家族モデル
サブ・ モデル	ナギモデル、ICIDH	社会的構築論モデル、 社会的生成論モデル	ICF	インベンアメントの社 会モデル	文化(民族)モデル	肯定モデル 文化(芸術)モデル	インクルージョン・ モデル	ポストモダン・モデル	家族モデル
概略	心身の機能的差異が 能力障害と社会的不 利の直接原因となる 線形帰結モデル	“正常”概念に基づ く社会のあり方・構 造を批判 障害者の当事者性と 主体性を強調	社会モデルと医学モ デルの折衷・統合。 差別も機能不全もど ちらも同等な課題	個人のインベンアメン トの経験も差別経験 と同等に重要	差異ある集団を身体 的差異もしくは複差 別者のような社会的 位置によってではな い文化・経験を共有 する「民族」として とらえる	差異に正の価値付け (肯定)をすること によって障害「者」 という存在を肯定 「障害は個性」論	二分法(正常・障害 者)に基づく「統合」 への批判 インクルージョン社 会を目指す	既存の文化や価値観 全てを解体し相対化 することで障害の意 味や価値も解体され る 障害者間の差異や力 関係にも着目	障害者の家族も独自 の「障害」に直面し ており、障害の枠組 みのなかで同等に取 り上げられるべき。 社会または差異モデ ルを補充
障害	できないこと・能力 障害(個人に属する)	差別や不平等を生む 社会の構造や制度・構 造(社会に属する)	参加の制限、機会の 不平等(個人と社会 の双方に属する)	個人のインベンアメン トの経験	文化摩擦 少数民族文化への優 略	差異と差異ある個人 を否定する社会とそ の構造(排除・差別)	差異に起因する社会 からの疎外(差別を 含む)	言説に基づき作り上 げられる	差別。加えて、身 体・精神・経済的な 負担や制限、役割や 経験
心身の 差異	異常 障害の原因	障害とは関係がない 異なる課題	障害と関連する機能 的課題	負の経験を生ずる原 因	(身体的差異は意味 を持たない)	個性(正の価値)	差異(正負)、他の 差異と相対化	言説により価値付け される	(直接的課題ではな い)
障害者 法	異常者(健康者・正 常に対して)、二分 法	被差別・被抑圧者、 不平等な少数者、二 分法	差異を原因に機会が 不平等な人、二分法	差異に起因する負の 経験を生ずる者、多分 法(二分法)	異文化を持つ民族、 二分法	ユニークな存在； 「すべての人は異な る」、多分法	すべての人は異な る、多分法	相対化される多様な 存在、多分法	家族も異なる形態の 障害の当事者
読み解 く課題	心身の機能	社会の構造	機能と社会の構造	差異の経験	文化・文化摩擦、民 族(性)	差異とその経験、言 説	インクルージョンの 障壁	言説	家族の経験と社会制 度・構造
対応	機能回復・リハビリ テーション 社会への統合	差別・不平等構造の 変革、バリアフリー 障害者主体	機能回復と機会の均 等化	機能回復と社会障壁 除去	文化侵略・多数派文 化への統合の阻止 共存	「障害」という言説 生成過程の分析	インクルージョン、 二ードの把握、ユニ バーサル・デザイン		負担や役割、関係性 への介入；介護制 度、やかウンセリン グ
課題	機能的側面への偏り 二分法	構造への偏り 二分法	医学モデルへの逆行 の可能性	「障害は悲劇」とす る見方の強化	差異に伴う不利益を 軽減	差異による不利益や 差別を見られない	「障害」の不鮮明化、 個人への対応	実際のな取り組みを 提示しない	当事者が異なる「障 害」の混同を招く
主論者	Nagi, WHO	Oliver, Finkelstein	WHO, Werner	Morris, Crow	Lane, 木村	Swain, French	UNESCO	Corker, Shakespeare	Brett, Ferguson, 要田

出所：筆者作成

## Box2 1 医学モデルにおける障害の定義

**機能不全** (impairment) 心理的、生理的または解剖学的な構造、または機能の何らかの喪失または異常である。

**能力障害** (disability) 人間として正常と見なされる方法や範囲で活動していく能力の (機能障害に起因する) 何らかの制限や欠如である。

**社会的不利** (handicap) 機能障害や能力障害の結果として、その個人に生じた不利益であって、その個人にとって (年齢、性別、社会文化的因子から見て) 正常な役割を果たすことが制限されたり妨げられたりすることである。

出所：WHO (1980) p.14より作成

うに定義し、WHOの国際分類に異議を唱えてきた (Box2 2)<sup>20</sup>。

障害者は、自分たちの機能不全によってではなく、差別的で否定的な社会の態度や制度によって自分たちは障害者とされていると認識している。それゆえこの理解に立った社会モデルでは、機能不全と障害との間の因果関係はなく、差別や偏見といった障害の原因そのものに焦点が当てられている<sup>21</sup>。オリバーはこの2つのモデルを比較することで医学モデルの不十分さを指摘している (表2 2)。

このモデルでは、障害は完全に社会の問題として認識されている。ハーストは、いわゆる“正常”な人間というものがあり得ないにもかかわらず、その“正常”の範囲から逸脱したものとして障害者を見る視点が社会に根付いていると述べている<sup>22</sup>。それゆえ、この障害と取り組むには社会的行動が不可欠であり、障害者がすべての社会生活に完全に参加できるよう、環境と社会を整え変革していくことは社会全体の責任であるとしている。つまりこのモデルでは、障害者個人が変わり社会に適応することが求められているのではなく、社会が変わることが求められている。また同様に、この過程は障害者の政治的エンパワメントのプロセスとなる。

しかし、この社会モデルに対しても障害者自身から批判が起こっている。1つは、医学モデルと対比し、その両極において障害を理解することは、複雑かつ多層的で多面的な障害の理解をかえって妨げるという批判である<sup>23</sup>。社会的抑圧も身体の機能不全も、どちらも障害者が直面して

図2 2 障害の医学モデル

病気・変調 (disease)	機能障害 (impairment)	能力障害 (disability)	社会的不利 (handicap)
--------------------	----------------------	----------------------	---------------------

出所：WHO (1980) p.11より作成

<sup>20</sup> Oliver, M. (1994)

<sup>21</sup> Hurst, R. (1998) p.1

<sup>22</sup> ibid. pp.1-3

<sup>23</sup> Lang, R. (1998) pp.7-8

## Box2 2 障害の社会モデルにおける障害の定義

**機能障害者** (impairment) とは身体の欠損または機能の異常である。

**障害** (disability) とは、障害者を全くまたはほとんど考慮しない社会のさまざまな要因によって引き起こされる不利益や制限であり、彼らを社会の本流から排除するものである。

出所：Finkelstein (1992) p.2より作成

いる問題を提示しており、「どちらか」という議論ではなく「どちらも」反映するための議論が必要である。加えて、差別や排除の原因は積極的な排除ではなく、恐怖や無知がより大きな原因を占めており、対立ではなく対話や教育といった方法がより効果的であるという議論もある。先進国においては機能障害に関する取り組みは医療的リハビリテーション・サービスが整っており、問題にされないがゆえに社会的差別にその焦点があてられているが、社会基盤の整っていないような途上国では、障害者はどちらの問題にも直面しており、両方に対する取り組みが必要である<sup>24</sup>。

2つ目の批判は、ポスト構造主義者を中心に出版されているもので、社会モデルの決定論的な障害理解に対する批判である (Devlieger (1998))。この決定論的な視点は、障害者個々人の差異を軽視し、障害者個々人の障害理解や経験を否定しているという批判である (French (1997); Barnes (1997); Morris (1997a); Shakespeare (1994))。特に社会モデルにおける機能不全の無視・軽視、もしくは依然としてそれを生化学・医学における理解の範疇に閉じ込めたままにしておくことは、この機能不全に問題を見いだしている障害者にとっては社会モデルそのものが無効となるため、機能不全そのものの社会モデルを検討することも求められている (Abberley

表2 2 障害の医学モデルと社会モデルの比較

医学モデル (個人モデル)	社会モデル
個人の悲劇ととらえる理論	社会的抑圧ととらえる理論
個人的な問題	社会の問題
個々人の治療	社会運動 (行動)
医療化	自助
専門家支配	個人と集団 (協同) の責任
専門的技術	経験
適応 (個人の適応を求める)	肯定 (障害と障害者を肯定することを求める)
個人の特徴・属性	集団の属性
偏見	差別
態度	行動 (行為)
ケア	権利
コントロール (統制)	選択
政策	政治
個人の適応	社会変革

出所：Oliver (1996) p.34より作成

<sup>24</sup> Werner, D. (1998) pp.6-7

(1997))。この点に関しては、特にろう者コミュニティからも強い異議が出されている。それは社会モデルにおいては、機能不全もしくは差異は負の価値付けがされたまま取り残されており、このように機能的な差異が負のものと見なされ続けられれば、それを持つ障害者は現実的には差別され続けるため、機能的な差異そのものに正の価値付けをし、独自性 (uniqueness) という視点を提供することが求められるとしている<sup>25, 26</sup>。

特にろう者コミュニティは、自らを聴覚に障害があるものとしての聴覚障害者としてではなく、彼らが用いるコミュニケーション手段である手話を言語と見なし、自らを手話を話す言語的文化的少数者と認識する議論が展開されている<sup>27</sup>。これは異なる身体機能を持つ個人に対し言語的少数者という負ではない価値付けをしている例といえる。同様な動きはほかの障害に関しても見られている。例えば、在日韓国人で自身もポリオの後遺症による障害者である金満里は劇団「態変」という脳性まひ者等の身体障害者の舞踏劇団を結成し、当初は啓発目的で活動していた。しかし、そのうちに障害者にしか生み出せないような、身体の動きや表現からこの舞踏そのものに美としての芸術性を見だし、そういった異なる表現を可能にする身体性に正の価値付けをするようになってきた<sup>28</sup>。このように、自らの異なる身体性・機能に対して正の価値を見だし、また文化という視点からこの異質性をとらえようとする動きは、社会モデルが障害の平等派といわれるのに対し差異派と呼ばれ、障害理解に対し新たな地平を示している。

### 2 2 3 障害の統合 (折衷) モデル

上記のような医療モデルと社会モデルといったような対立し分極化した障害理解を統合し、1つの総合的なモデルのもとで障害をとらえようという動きは、例えば、WHOの分類が出された直後から試みられてきた。その結果、WHOはその改定作業を通して、純粋な医学モデルに基づいた障害の国際分類は障害全体を読み解くには不適切であることを認め、社会モデルとの統合を目指した分類の改訂作業を行っている<sup>29</sup>。

この改訂版は、純粋な医学モデルの障害理解から統合的な生理心理社会的モデルの障害理解へとその理論的枠組みを転換し、障害のさまざまな側面を理解するための手段を提供することを目的としている<sup>30</sup>。またこの改訂版はハンディキャップなどのような差別的でその使用が混同されているような用語を排除し、障害にかかわるすべての人々の共通な言語と理解を提供することも目指している<sup>31</sup>。ゆえに改訂版は、障害の線形モデルでの理解をやめ、用語の大幅な変更と相互の関係性を重視したものへと変更されてきている (Box2 3、図2 3)。

改訂版は2002年に正式に採用された。この改訂版に対しては、障害に関してできるだけ統合したモデルとなるよう努力しているものの、やはり医学モデルの性格が強い点が批判されている<sup>32</sup>。

<sup>25</sup> 既にこの意味では機能不全・障害という用語自体が不適切となる。「異なる機能」などといった表現が用いられているが、後述する改訂版の障害の国際分類では「身体構造と機能」という表現となっている。

<sup>26</sup> Corker, M. and Shakespeare, T. (2002)

<sup>27</sup> IDF (1999); Nagase, O. (1995); Corker, M. (1998)

<sup>28</sup> 倉本 (1999)

<sup>29</sup> Ustun, T. et al. (1998)

<sup>30</sup> Ustun, T. B. (1998b) p.21

<sup>31</sup> WHO (1998)

<sup>32</sup> Hurst, R. (1998); Pfeiffer, D. (1998)

### Box2 3 WHO国際障害分類改定版における定義

**身体機能**：生理学的または心理学的な身体組織の機能

**身体構造**：臓器や四肢などといった解剖学的な身体の構成

**機能不全・障害**：顕著な逸脱や欠損といった身体構造・機能における問題

**活動**：個人の行為・行動や作業の遂行

**活動の制限**：活動の遂行にあたって個人が有する困難

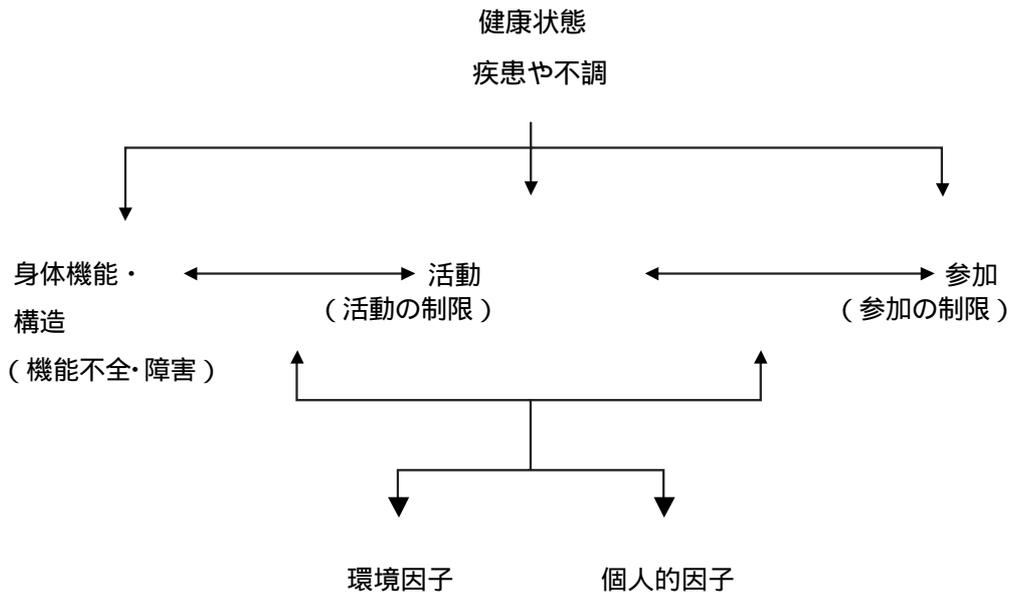
**参加**：健康状態、身体の機能と構造、活動、背景因子との関係のもとでの個人の生活状況への関与

**参加の制限**：生活状況への関与において個人が有する問題

出所：WHO（2002b）より作成

例えば、参加についてもその理解が日常生活動作という枠組みの中に囲われてしまっている<sup>33</sup>。もう1つは根源的な問題で、人間を身体機能の違いによって区別し、障害者というカテゴリーでくくる見方は、近代西欧文化によってもたらされたものであり、途上国では異なった見方、また身体機能の違いという視点がそれほど重要な区分ではない場合も多い、という指摘である<sup>34</sup>。それゆえ障害者が直面する問題を読み解く場合、障害という枠組みにとらわれていたり、またそのフレームワークの中だけでは重要な問題が見えてこない危険性があることに留意すべきで、文化、歴史、社会、経済、宗教、政治形態といった社会背景に十分注意を払わなければいけない<sup>35</sup>。

図2 3 改訂版障害の国際分類



出所：WHO（2002b）より作成

<sup>33</sup> この傾向はさらに強まっている。Beta 2 までは活動と参加は独立した分野として議論されてきたにもかかわらず、最終的な改訂版では「活動と参加」という大枠で囲われ、身体的な活動の延長の枠組みで参加を見る傾向がさらに強まっている。

<sup>34</sup> Coleridge, P. (2000a) p.21

<sup>35</sup> Coleridge, P. (1993); Ingstad, B. and Whyte, S. R. (1995)

## 2 2 4 障害の差異モデル

障害の差異モデルは、障害の社会モデルに対する批判のモデルで、共通点はあるものの幾つかの異なるモデルを指す。それらは、医学モデル的な見方を疑問視する点は社会モデルと同じ立場をとるが、社会モデルのように個々人の心身の差異やそれに基づく経験を障害とは直接関連のないものとし、障害を差別や抑圧というような社会構造・あり方にのみ求め、障害者の社会との関係性のあり方を障害者（被差別者・被抑圧者）と健常者（差別者・抑圧者）という二項対立の二分法によってとらえようとする障害の社会モデルの見方に対して疑問を提示しているモデルである<sup>36</sup>。

差異モデルには、身体差異とそれに基づく経験を負のものとしてとらえつつもそれ自体が個人のアイデンティティとして重要であり、差別という社会的位置付けによってのみとらえられるモデルは不適切であるという見方をする「インペアメントの社会モデル」、身体差異によってではなく例えば手話などの（言語）文化や習慣を共有するものとして障害者と社会との関係をとらえ直す文化（民族）モデル、心身の差異そのものを否定的なものではなく肯定されるべき正のものとする価値の転換によって「障害は個性」という見方をする肯定・文化（芸術）モデル、そして既存の構造主義的な見方ではなく既存の価値基準すべてを相対化するなかで障害と障害者の意味そのものも絶対的なものではなく相対化してとらえようとするポストモダン（ポスト構造主義）・モデルなどがある。ただ、これらはそれぞれが明確に分類可能なものではなく、研究者によっては異なった名称を用いたり、同一のものとしているものもある。本論文では障害のモデルを障害理解の視点として論ずることが主であるので、障害（者）をとらえる「視点」の差異を明確にするために以上のような形態の分類とした。以下にそれぞれのモデルの概要をまとめる。

### （1）インペアメントの社会モデル

インペアメントの社会モデルは、障害の社会モデルにとって代わるものを提示しているのではなく、「障害の社会モデル」が差別を明らかにする点においては同意しつつも、差異を別問題としてそこに含まないことは問題であり、差異に対する視点を含んでこそ包括的に障害をとらえることができるという立場に立ち、「障害の社会モデル」をさらに発展させるための追加事項を提示するモデルであるといえる。つまり、このモデルにおいては、社会モデルにおいては、disabilityとは関係ないものとして障害の議論から区別されたimpairment（心身の差異）についても障害の一部としてとらえる社会モデルを提示することで、最終的には障害と差異の両方を含んだ包括的な「障害の社会モデル」が作られることを求めている。それは統合・折衷モデルのように、障害については社会構造において、差異については医学モデルに基づく機能的なものとしてという見方ではなく、その差異とその経験も社会的にとらえることを提示している。ゆえに、disabilityとimpairmentの双方に対応するという点については統合モデルと同じだが、impairmentの機能的側面にのみ着目するのではなく、その経験という社会的側面に着目する点

<sup>36</sup> 障害の社会モデルに対する批判として差異モデルが生まれた、というのは英国を中心にする動きであり、日本では医学モデルへの批判としては先に差異モデルが出、後になって英国やアメリカ合衆国の社会モデルが“輸入”された、という見方がある（杉野（2002）p.271）。

において異なる。また統合モデルが医学モデルの影響を依然として強く受け、差異と障害（差別）との原因と結果としての帰結関係を依然として重視しているのに対し、このモデルではその帰結関係は重視せず、それぞれを独自の重要な課題として見ている点が異なるといえるだろう。

しかしその一方で、インペアメントの社会モデルは心身の差異を医学モデルのインペアメントと同様に、痛みや「できないこと」という負の状態や経験としてとらえるもので、後述する肯定モデルのように肯定しうる正の状態や経験としてはとらえるものではないという立場をとっている。この点においてインペアメントの社会モデルは、結局は障害とは障害者個人に起こる悲劇であり、障害者であることまた障害者となることはそれらの悲劇に個人的に直面することが不可避である、という社会モデルが批判してきた医学モデルの「個人の悲劇」を強化してしまう可能性がある。

## （２）文化（民族）モデル

文化（民族）モデルとは、心身の差異がある集団を、医学モデルのようにその差異を理由に異常のある個人ととらえる見方や、障害の社会モデルのように差異があると社会によって見なされる被差別集団としてとらえる見方ではなく、心身における差異そのものとは関係なく、それに起因する可能性はあるが、例えば手話言語などの文化や経験を共有する集団として自らと自らの属する集団をとらえ、それと社会との関係をとらえ直すモデルである。つまり、このモデルにおける差異とは、心身の差異ではなく文化や経験の差異をさす。医学モデルにおいては異常者として、また社会モデルにおいては被差別者としてどちらにおいても自らのアイデンティティは個人的にも社会的にも負の存在として形成されるのに対し、このモデルは自らを異なる文化集団という肯定的なアイデンティティによってとらえることを可能にする。このモデルはろう者が自らの位置付けを、「手話言語を用いる言語的少数民族であり、聴覚障害を有するという障害者ではない」としたろう文化宣言によって確立したといつてよい（Box2 4）。ろう者だけではなく身体障害者や盲人などにおけるこの文化（民族）モデルの形成とその可能性を探る研究はなされているが、ろう者以外の障害者コミュニティにおいてもこのモデルによって説明が可能であるかは十分な検討がなされているとはいえないし、他の障害者コミュニティにおいては文化（民族）モデルのように文化差異によってではなく、心身の差異そのものに着目する肯定・文化（芸術）モデルでの議論が先んじている。

このモデルにおける課題<sup>37</sup>は、医学モデルや社会モデルとは全く異なる。それは医学モデルにしろ社会モデルにしろその基礎には「障害者も同じ人間という存在である」という同質性に立脚することがその基礎にあるのに対し、文化（民族）モデルでは「人間」という同質性によってではなく「私たち<sup>38</sup>は違う存在である」という異質性にこそ立脚し、同質性を強調され強制されることこそ課題を置いているためである。医学モデルにおいても社会モデルにおいても肯定的に

<sup>37</sup> この課題を障害という用語で表すことは、障害という意味の混乱を招くかもしれない。

<sup>38</sup> 「障害者は」ということだが、このモデルでは既に自らを障害者と見なさないし、見なされることにも反対しており、現実的に障害者 非障害者という枠組みを適応することが既に困難であるために「私たち」と表記した。

## Box2 4 ろう文化

ろう者は自らを「日本手話<sup>39</sup>という日本語とは異なる言語を話す言語的少数者である」と認識し、耳が聞こえない聴覚障害者とはとらえない。この視点が「ろう文化宣言」といわれるものである。

ろう者は、ろう者と聴覚障害者を区別する。ろう者とは日本においては日本手話を伝達手段として用いそれに根ざす作法やマナー、生活様式を共有している集団であり、聴覚障害者とは日本手話をを用いないその他の聴覚障害者である。それは完全失聴者と難聴者という区別ではなく、もし完全失聴者でも日本手話をを用いていなければろう者ではないし、難聴者でも日本手話をを用いるコミュニティの生活様式や作法を共有していればろう者である。つまり、身体の機能によってではなく言語をもとにした文化の共有の有無によって区別している。つまり、ろう者の視点から見れば、人々は日本手話を話するろう者と日本手話を話さないその他の聴覚障害者および健常者の2つに区分することが可能であり、日本手話をを用いない聴覚障害者と健常者は日本語文化を共有する同じ集団となる。英語では前者のように共通の手話を話す聴覚障害者をDeaf、そして単に聴覚障害者を示す場合は小文字のdeafと書く。これは日本人や中国人などの民族を示す固有名詞が大文字から始まるのと同じ理由であり、ろう者も1つの言語的民族として認識するからである。

ろう者は自らを聴覚障害者もしくは障害者として特定されることに違和感を覚える。反感ではなく違和感なのである。聞こえないことで確かに不自由なことはあるが、だからといって自らの状態が何か欠損していたり、社会的に差別を受けていると実感できないのである。政治的理由で反発しているのではなく生活実感として障害者として認識できないのである<sup>40</sup>。ゆえに、ろう者はろう文化を障害文化と見られることにも違和感を覚える。ろう文化とは耳が聞こえないという差異があったがために起こった文化ではなく、手話という言語とそれを話すコミュニティに属することによって作られるのである<sup>41</sup>。

同様に、心身の差異は重要なアイデンティティの要素とはならない。身長が低くて高い所に手が届かなかったり目が悪くて遠くのもが良く見えなかったりということは実際の不便ではあるが、殊更にそれがその人のアイデンティティとして強調されることがないように、ろう者にとっては聞こえないことは「その程度」の差異に過ぎない。青い芝の会の運動が健常者社会によって形成された価値基準を自身に内在化したうえで「脳性まひ者でなぜ悪い」というように、その差異を否定的にとらえたうえで開き直すのではなく、最初からその差異に価値を置いていないのである。

出所：木村（2000）より作成

とらえられてきた社会への統合という目的も、それが少数文化の存続を侵害し多数派文化への迎合を意味し、「異なるもの」として存在することが否定されるならばその統合は否定されるべきものとなる。つまり、このモデルにおける課題は、多数派文化による少数派文化の強制的な統合やその文化への侵略であり、文化的少数民族がそのまま少数民族として社会に共存していくことを否定する強制的な統合政策や取り組みこそが課題となる。これはこのモデルの名称が示すとおり、例えば第二次世界大戦中の日本における朝鮮人や台湾人に対する強制的な同化政策や、マレーシアの森林生活者であるプナン族の強制移住政策などと同質の問題であり、心身の機能の改善や社会への「統合」を目指す障害分野の課題とは異質なとらえ方となる。

このモデルでは少数民族として生きていくための機会の均等化は当然求めるが、あくまでも多

<sup>39</sup> 手話通訳や中途失聴者などが使う多くはシムコム（Simultaneous communication：日本語対応手話）と呼ばれるもので、ろう者が使う日本手話とは異なる。

<sup>40</sup> 中途失聴者の場合には自らを障害者と認識したり、そういった障害の受容が当てはまることは認めている（木村（2000））。

<sup>41</sup> 倉本や石川のように、身体障害者や知的障害者、視覚障害者などにおいても心身の差異が原因となる経験を共有することによって「障害文化」が形成されるとする論もあるが、現在それらの研究は十分とはいえず、今後の研究の成果を待ちたい（石川（2000））。

数派社会への統合ではなく少数者としてその社会に存在する「共存 (coexistence)」を目指す。そのために、このモデルにおける取り組みは多数派社会への安易な統合を否定し、教育にしろ社会生活にしろ分離型の政策や取り組みを求める。また身体差異に対する取り組みは、もしそれによって少数者として存在することが危機にさらされるならば否定するという立場をとる。例えば、ろう者では人工内耳によっていくらかの聴力の改善をもたらすことが可能であり、それによって聴者社会、つまり“現在の社会”での生活をある程度不自由なく送ることができるようになるが、それはろう者がろう者として存在することを否定的にとらえるもので、ろう者の手話文化の伝承を否定し、ろう者のろう者としての存在を脅かすものであるとして否定的な立場をとっている<sup>42</sup>。

ゆえに、このモデルにおける課題への対応は、このような少数文化の否定や侵略、また多数派文化への強制的な「同化」(統合)を阻止し、自己の少数者文化を保護し、現在の社会においてその文化を維持し少数者として共存することを進めることになる。

しかしこのモデルの問題は、心身の差異によって実際に日常生活上の課題に直面している問題と十分には向き合えない点にある。その根本的な理由は、このモデルが「私たちは障害者ではない」ということ、つまり日常生活における具体的な不都合・課題はない、というとらえ方を基礎にしているためである。このモデルは次に述べる肯定モデルと同様に障害者の存在を肯定的にとらえることには貢献するが、その一方で障害者が日常の生活を遂行することにおいて直面する課題をとらえ、理解していくことはできない点を理解しておくことが必要である。

### (3) 肯定モデル、文化(芸術)モデル

肯定モデルまたは文化(芸術)モデルとは、上記のモデルでは負の価値付けがなされるかまたは無視されてきた心身の差異そのものとその経験を正のものとして肯定的に価値付け、それにより障害者としての存在を否定的にではなく肯定的にとらえるモデルである。ろう者は心身の差異を重要ではないものとして切り捨てることが可能であったが、重度の身体障害者や知的障害者にとってはその差異は棄却できるほど小さいものではなく、その差異自体がアイデンティティ形成の大きな位置を占めており、その差異自体を棄却するのではなく肯定的に転換することによってのみ自己の存在を肯定することが可能となる。「障害は(肯定的な)個性だ」という論である<sup>43</sup>。例えば、脳性まひ者は独特な身体形態と運動を持つことで健常者にはできない「美しい身体表現」を舞台芸術において可能である、というものである<sup>44</sup>。

社会モデルにおいても心身の差異に介入しその改善を図ることは、それ自体は「障害」の取り組みではないが、インペアメントを改善する取り組みとしては否定的にはとらえられていなかった。しかしこのモデルではその心身の差異は介入され矯正されるべきものではなく、称賛されるものとしてとらえられている。その上で、本来そのように肯定されるべき差異がある存在が否定

<sup>42</sup> 沖縄の方言札による言語と文化侵略と同根 (<http://www.beats21.com/ar/A01052821.html>)。ろう者を例にとれば、手話という言語を否定し、口話社会への強制的な融合や統合教育という名のもとに手話による教育とその手話社会における発達を否定するもの。

<sup>43</sup> 「障害は個性」という言説は医学モデルにおいても語られることがあるが、そこでは障害はあくまでも心身機能の負の状態としつつも、しかしながらそれは性や人種、肌の色のようなその人のさまざまな要素の1つに過ぎないとらえる見方であり、肯定モデルのようにその「差異自体を肯定」し「その差異に基づくアイデンティティの立脚を重視」する論とは異なる。

<sup>44</sup> 倉本(1999)

され、差別される社会のあり様を問題視している。障害に対する取り組みとしては社会モデルと同様に差別や「社会からの疎外」であるが、社会モデルは自己を健常者（社会）との二項対立による「差別されているもの」というある意味負の状態であるアイデンティティ出発点にして取り組むことを求めているのに対し<sup>45</sup>、このモデルでは自己の認識を正におきつつも差別や排除を課題視することを可能にしている。少なからぬ障害者が自己のアイデンティティを被差別者として持つことが強要される社会モデルに対し批判的である。このモデルは自己のアイデンティティを被差別者とせず、しかし社会の不平等や差別を問題視する枠組みを提供している<sup>46</sup>。

文化（民族）モデルが人間の同質性ではなく、異質性を集団を単位にしてとらえたのに対し、このモデルはその異質性を個人を単位にとらえている。つまり、「すべての人間は異なる」という視点であり、すべての個人はユニーク（独自）な存在であり、その差異こそがアイデンティティとして強調されるものであり、これは次のポストモダン・モデルに続く視点であるといえる。

しかしこのモデルの課題は、肯定モデルと同様に、障害者のアイデンティティの転換という目的には非常に有効なモデルである一方で、論理的には現実の日常生活の遂行がその差異によって困難になっていたとしてもそのような課題が無視・軽視されることを許容してしまう点にある。「障害は個性論」が危険であるといわれるのは、その差異が個性であり肯定されるものであるならば、その差異に対応するための政策やサービスは必要ないという言い訳を論理的には許してしまいかねない点にある。

#### （４）インクルージョン・モデル

インクルージョン・モデルは、障害者を「正常者と異常者（医学モデル）」や「差別者と被差別者（社会モデル）」もしくは「多数派民族と少数派民族（文化〔民族〕モデル）」のように二分法によって規定される一つの集団（もしくはその一員）としてではなく、「すべての人は異なる」という多分法に基づいて障害者をとらえようとするモデルである（Box 2 5）。肯定モデルやポストモダン・モデルに近いが、肯定モデルのように差異を必ずしも正のものとはとらえない点や、ポストモダン・モデルのようにすべての差異は実体ではなく言説によって作られたものとはとらえない点においてそれらと異なる。医学モデルや統合（折衷）モデルが健常者社会（多数派社会）への障害者（少数者）の統合（integration）を求めるのに対し（その過程において社会の変革を行うことがあるが）、社会そのものがさまざまな差異ある個人が等しく生活できるように変革されることと異なる個々人に対して適切な対応がなされることを理想とする。社会モデルも同様に社会変革を求めるものの、このモデルでは障害者個々人の差異の大きさにも留意し、個々の差異に適切に対応することの重要性がより焦点となっている。実際の社会参加に着目する点においては、ファイファーが他のモデルとの比較の中で述べている「自立生活モデル」やオルブレクトの説明する「アメリカ合衆国における社会モデル」と重なる<sup>47</sup>。

このモデルにおいて、障害はある人が差異を理由に社会から疎外されることとしてとらえられ

<sup>45</sup> 英国の社会モデル（社会的生成論モデル）においてであり、アメリカ合衆国の社会的構築論モデルはこの限りではない。

<sup>46</sup> 社会モデルにおいても、アメリカ合衆国の社会構築論モデル（もしくは自立生活モデル）においては「被差別者」というアイデンティティが必ずしも強要されるわけではない（Pfeiffer, D. (2001)）。

<sup>47</sup> Albrecht, L. (2002) ; Pfeiffer, D. (2001)

ている。また心身の機能の差異は性や人種などその他の差異と並列にとらえられ、個人を規定する最大の差異もしくはアイデンティティとはされないが、その差異が客観的事実としてあることは着目される。これに基づき、このモデルにおいて取り組む課題は社会からの疎外であり、疎外を生む障壁を取り除くこととなる。しかし、それは単に画一的に社会の構造を変えるのではなく、個々の差異やニーズに基づくことが重要視される。

このモデルは差異を基準にして人を区別するとらえ方を否定することによって、健常者に対する障害者という存在があることを否定する。ゆえに、「すべての人が何らかの意味で障害者である」という言説とは異なる<sup>48</sup>。障害者という枠組みを解体しようとするこのモデルは、障害に限らずさまざまな差異を理由に社会から疎外される人々との協働を促進する。

#### (5) ポストモダン・モデル

障害のポストモダン・モデル(ポスト構造主義モデルまたは脱構築モデル)は、既存の文化や価値体系を解体し相対化するポストモダンもしくはポスト構造主義の視点に立って障害をとらえ直すモデルで、すべての価値が相対化することによって障害を絶対的なものではなく相対的なものとして理解する。客観的な現実がないとするポストモダンの視点は障害を客観的な状態ととらえることはせず、それは人々の言説によって作り上げられるものとする。心身の差異、例えば目が見えないことが正常ではないのか、望ましいものではないのかといったことは客観的に計れず、すべては人々が作り上げる価値基準すなわち言説によることになる。もう1つは障害自体が相対化され、性や人種、経済状況や居住地域などその他のさまざまな要素に対しても相対化されて位置付けられるために、社会モデルにおいては健常者社会との対立において被差別者という1つの集団としてとらえられる二分法によっては、とらえることが難しかった障害者内部の差異や力関係にも着目する枠組みを与える。例えば、障害者の代表として都市部に住む軽度身体障害者男性の声のみが表出され、農村部に住む重度の知的障害者女性の声は表出されていないのではないかと、といった障害者内部の関係性を明らかにする。しかし、すべてを相対化し客観的な現実を否定す

#### Box2 5 サラマンカ宣言 第2項

- ・すべての子どもは誰であれ、教育を受ける基本的権利を持ち、また、受容できる学習レベルに到達し、かつ維持する機会が与えられなければならない
- ・すべての子どもは、ユニークな特性、関心、能力および学習のニーズを持っており、
- ・教育システムはきわめて多様なこうした特性やニーズを考慮に入れて計画・立案され、教育計画が実施されなければならない
- ・特別な教育的ニーズを持つ子どもたちは、彼らのニーズに合致できる児童中心の教育学の枠内で調整する通常の学校にアクセスしなければならない
- ・このインクルーシブ指向をもつ通常の学校こそ、差別的態度と戦い、すべての人を喜んで受け入れる地域社会をつくり上げ、インクルーシブ社会を築き上げ、万人のための教育を達成する最も効果的な手段であり、さらにそれらは、大多数の子どもたちに効果的な教育を提供し、全教育システムの効率を高め、ついには費用対効果の高いものとする。

出所：UNESCO (1994) pp.viii - ixより作成

<sup>48</sup> この言説は長瀬が指摘するように、障害者を差別し疎外する社会の構造の理解を妨げる可能性がある (Nagase, O. (1995))。

るこのモデルにおいては、障害者が表出する支援やニーズに対する実際的な取り組みを示唆することが困難である。

## 2 2 5 障害の家族モデル

障害の家族モデルは、障害とはもはや心身の機能のみの問題ではなくそれに起因（関連）する不平等や不利益であるとするならば、障害は障害者だけが直面している問題であるのか？ という問いが基礎になっている<sup>49, 50</sup>。具体的に言えば、障害者の家族が直面する課題や経験を、その障害は障害者が直面する障害とは異なるものであることと、このモデルはあくまでも障害の社会モデルを補足するものであることを前提に、家族も障害を経験する当事者としてとらえ直すことの必要性を問いかけるものである。これは、障害は家族を単位にして共有される課題であるという理解とは異なる。障害者と家族は異なる質の障害に直面しており、それらを混同することなく異なる障害の当事者としてとらえるべきではないか、という主張である<sup>51</sup>。

障害者の家族は、家族に障害者がいることで、何らかの負担や制限に直面することが多い<sup>52</sup>。ブレットは重度障害児の親は、介護における身体的・精神的<sup>53</sup>・経済的負担、障害者の家族というラベルが社会によって貼られること、社会環境の障壁による生活の制限、生活形態の変化が余儀なくされること、介護責任など障害児の親としての役割がラベルとしてまた実質的にも親本人の意思に関係なく選択の余地無しに負わせられること、障害児を取り巻く生活が中心となりそれに関して専門家による医療的関与が拡大し生活における自己決定の範囲が狭められること、自身および障害児の将来に対する不安などを経験すると指摘している（Brett (2002)）<sup>54</sup>。これらを経験している当事者は障害者ではなくその親である。そしてこれらの課題や経験は障害者本人が直面している障害とは同一ではない。つまり、障害者の家族は障害者とは異なった、しかし同じく障害に起因している課題を経験している当事者であるといえる。そして、障害者自身が直面する障害を読み解くためには障害者の視点と経験に立脚することが必要であったように、この課題を

<sup>49</sup> ブレットの連合モデル（alliance model）は家族の経験の重要性を示唆してはいるが、「親と子」を障害経験やニーズを共有する一対として論じている点と、障害の直接経験者という意味での当事者ではない専門家の視点との連合・パートナーシップをも強調している。障害者自身の機能的な課題や親の負担というそれぞれの「課題」は相互が共有するものではないし、専門家の権威主義的な介入は連合モデルにおいても批判されており、重要であるのは当事者の経験が読み取られることであり、専門家はこのモデルによる取り組みの対象となりこそすれ、反映される視点の主体として考慮される必要はないだろう（Brett, J. (2002)）。

<sup>50</sup> 論点は異なるが、障害（者）問題の当事者性に関する議論には豊田（1998）がある。

<sup>51</sup> 混同することは逆に危険である。家族内の財の再分配で障害者が不利になることが家族の生計という視点から正当化されたり、親の介護軽減のための障害者の施設入所が障害者のニーズであると曲解されるようなことは避ける必要があり、逆にそのような対立がある点を導き出す視点が必要である。この考え方とモデルはまだ十分な議論がなされておらず確立したものとはいえないが、障害者のみを障害の当事者とする社会モデルの議論が少なくとも障害学という分野においてはテーゼになりつつある現在、障害の当事者性を拡大するこのモデルが1つのアンチテーゼとして示すものは学術的にも政策的にも有意義であると考えられる。このモデルの家族とは、核家族である場合も、また親族を指す場合もあるし、相互扶助の関係が非常に強いコミュニティであれば、この枠組みは家族だけではなくそのコミュニティにまで拡大される（Ferguson, P. (2001)；要田（1999））。

<sup>52</sup> 障害者がいることが必ず負の影響を及ぼすという意味ではない。全く影響を及ぼさない場合や、逆に正の影響を及ぼすこともあるし、たいていは正負の両面が混在する。

<sup>53</sup> 精神的負担として、罪、怒り、憤り、疲労、恐れ、失望・欲求不満、否定・消極、うつ、自己管理ができないこと、脱力感、見捨てられ感、うんざり、といった感情の混在が挙げられている。

<sup>54</sup> これらは重度障害児の親の場合であり、すべての障害児の親がそうとは限らない。

読み解きかわるためには、家族の視点と経験に立脚し読み解くことが必要となる。言い換えるならば、障害は障害者のみが直面する課題ではなく、障害という課題の質や形態は異なるが、家族も直面する課題であり、両者がそれぞれの課題の独自の経験者・当事者となる。

上記のような課題に直面することで家族が選択する最悪な例が家族、主に親による障害児殺しである。杉野はこの親による障害児殺しと障害者自身の自殺の原因を同じ課題として取り上げ、その原因は「障害者であることが不幸である」という論理に基づいており、医学モデル、リハビリテーションや福祉の思想はそれを覆すことができなかったとして、障害を不幸と分け「障害は不幸ではない」という出発点を持つ社会モデルや差異モデルによるこの価値観の転換の可能性を論じている<sup>55</sup>。障害そのものの意味の転換を図る社会モデルは論理的には強力であるが、その一方で、親を家父長的権力の1つの代表例として自立の障壁としてとらえられる見方は、親に自己批判を迫りこそすれ親自身の課題を直接解決する論理を提示しない<sup>56</sup>。医学モデルも社会モデルも、また差異モデルもこういった家族が直面する障害をその家族自身をその課題の主体・当事者<sup>57</sup>としてとらえ、読み解く枠組みを提供していない<sup>58</sup>。このモデルが読み解こうとする障害とは、家族の一員が障害者であることによって生ずる家族の経験である。

ブラットはこの経験の原因として、特に介護負担軽減に対する社会資源・公的支援の不足、専門家を含めた社会の理解と共感の欠如、特に重度障害児の場合には医療の介入による回復が望めない場合の専門家の介入の積極性のなさ<sup>59</sup>、そして生活の問題が医療の問題とされ、医療サービス供給システムの中に生活や親が組み込まれてしまうことを挙げている<sup>60</sup>。

障害者本人のインペアメントはこの課題を生み出すきっかけではあるが、その程度が直接この課題の程度を左右するものではなく、直接の課題とはならない。インペアメントや障害者が直面する障害と直接かかわることなく家族の障害とかかわることは可能であり、またそれが障害者の障害とかかわることと対立することもある<sup>61</sup>。具体的には多様な負担とかかわる取り組みが主と

<sup>55</sup> 杉野 (2002)

<sup>56</sup> 日本において、差異モデルに基礎をおく障害者運動が「障害児・者殺し」に対してとった行動は、子殺しの母に対する社会の同情的な見方によって親の減刑がなされることに対して障害者の生きる権利を主張し、減刑がなされることに反対することであった。これは論理的にも同義的にも全く正しいことであり、それが究極的には多くの障害者と家族を障害は不幸という呪縛から解放するものとなる。しかし、その主張と行動が直接子殺しをした親の経験を読み解く助けとはならない。

<sup>57</sup> 障害者が直面する障害の主体ではない。ここで障害は少なくとも障害者本人が直面するものと家族が直面するものでは異なるという二面性（多面性）とそれぞれに異なる主体・当事者があることを認めることになる。この混乱を避けるには親の直面する障害を別の用語、例えば「介護」などに置き換える方法もあるかもしれない。

<sup>58</sup> 障害者の家族といった場合、障害児の親を指すことが最も多いだろうが、配偶者や逆に親が障害者である場合、また兄弟であることもある。

<sup>59</sup> 医学モデルにのっとれば、機能回復の望みがないものはその対象とならない。

<sup>60</sup> 親が医療・介護サービス提供の「資源」として認識され位置付けられるということであり、またそれは医師を頂点にする意思決定階層の最下部、例えば助手として位置付けられることでもある。医師が知識を有する専門家として権力を持ち、医学的に良いことが絶対とされる価値基準の中に置かれ、その価値観に基づいた行動が求められる。親のアイデンティティは往々にして「障害児の親」となり、その役割が期待される。もしそれに従わない場合は「悪い親」とされる (Brett, J. (2002) p.835)。このように親を「資源」と見なす見方はCBRにおいてもなされており、気をつけなければいけない (Helander, E. et al. (1989))。障害者が病者の役割を課せられるように、親も介護者の役割が押し付けられている (Brett, J. (2002) p.834)。

<sup>61</sup> 日本において重度障害者のための入所型施設の建設は親の要望によってなされた経緯がある。それは障害者本人からすれば社会からの疎外である。

なる。

このモデルも幾つかの課題を有している。このモデルの最大の課題は家族という第三者を障害者と同列に障害の当事者としてとらえる点によって生じる。これは「障害の当事者は障害者である」という社会モデルの根幹への異論であり、この視点が行き過ぎると、現在の高齢者問題のように介護および介護する側の問題のみが強調され高齢者自身の当事者性や問題が軽視されているような本末転倒の状況を生み出す危険がある点である<sup>62</sup>。このモデルはあくまでも社会モデルにとって代わるものではなく、それを補完するものであることが認識されるべきである。

2点目は、障害者と家族を1つの利益共同体としたうえで共通の障害という課題に直面しているという誤解を生じやすい点である。両者が利害を共有することはあるだろうが、このモデルが明らかにしようとしているのはそれぞれが異なる種類の障害という課題に直面するそれぞれの課題の当事者であり、その異なる障害がそれぞれの当事者の経験を反映する形で見られる枠組みが必要であることである。またそれによって相対立する取り組みも読み解くことができる点である。

3点目は、障害者がいることによる家族の経験がすべて負のものであると誤解されることである。ろうの家族がろう児が生まれることを望むように、障害者の家族がいることが正の経験であることは多く、生活全体を見た場合両者が混合しているのが現実だろう。

4点目は、このモデルは障害者の障害を読み解くモデルではなく、結果このモデルにおいて家族の障害と取り組むことは障害者の障害と取り組むこととは同一ではなく、逆に相対立する結果を生む可能性がある点を理解することである。このモデルに基づいて家族の障害が解決されることは障害者本人の障害が解決されることを保障しないし、ある面ではそれを悪化させさえる可能性がある<sup>63</sup>。

## 2 3 まとめ

本章では、さまざまな障害のモデルの議論を通して、障害を多面的かつ包括的にとらえることを試みた。障害に対する取り組みは、障害をどう理解するかによって決定される。障害を包括的にとらえるには、障害が多面性があることを否定せず、さまざまな切り口を使いこなし、必要に応じた理解を柔軟に行うことが現実的ではないかと考える。しかし、その基礎にはもはや障害を単なる身体機能の機能不全としてとらえることは不十分であり不適切であり、差別や抑圧、文化やアイデンティティの課題として見ていくことの重要性がある。

障害をどうとらえるかという議論は障害学の基礎をなす課題でもあり、今後もさらに発展し新たな視点をもたらされるであろうし、それらの新しい議論を常に反映しながら障害というものの意味を常に意識しつつその取り組みのあり方を見ていくことが重要である。

<sup>62</sup> 社会モデルを中心とする障害学は、従来の障害当事者が無視され専門家という第三者の視点のみが反映されたことに対して「障害者は障害者（が直面する）問題であり障害学による解読が重要である」点を強調することが基礎になる。

<sup>63</sup> 極論を言えば、親の障害児殺しは親の課題の究極の解決方法だろうが、それは障害者にとっては最悪の対応である。障害児とスクリーニングされた障害児の中絶という課題もこの子殺しと同質の対立・課題である。施設入所による親の介護軽減と障害者の施設化など、対立する点は少なくない。

## 3 . 開発において障害（者）問題と取り組むためのフレームワーク

### 3 1 はじめに

開発において、「障害（者）問題と取り組む」ということはどういうことを意味するのだろうか。それは単に開発の取り組みの一部に障害者へのサービスを追加するというのではない。それは、貧困やジェンダー、環境や人権、平和といったさまざまな視点・枠組みを内包する「開発」という枠組みに、「障害」という視点を加えることによって、開発という枠組みそのもの、そしてその枠組みによって描き出される課題と取り組みのあり方全体を再構築することである<sup>64</sup>。言い換えれば、開発のメインストリームに障害を位置付けるということである。

このような融合をもたらすために最も重要であるのは「開発」と「障害」というそれぞれの課題にかかわる人々が、思考の枠組み・フレームワークを共有することである。そのフレームワークは、例えば、経済的貧困や身体の機能障害といったそれぞれの分野のより詳細な課題を読み解くには不十分なものであったとしても、両者をつなぎ、同じ一枚の地図の上にそれらの課題を共通の課題として描き出すことのできる包括的な思考の枠組みである必要がある。近年、この障害と開発を結ぶフレームワークとして注目されているのが、アマルティア・センの提唱する「潜在能力」アプローチである<sup>65</sup>。

また近年、開発と障害の双方の分野が生活のあり方や質に着目することを重要視してきたことにより、双方に共通する課題や視点が明らかになりつつある。その最も核になるのは参加という概念・視点であり、それを基にエンパワメントと「社会からの疎外」という2つの視点が両者に共通の課題・概念・視点となりつつある。

本章では、まず共通の枠組みとしての「潜在能力」アプローチの概略とそのフレームワークとしての可能性と限界を検討し、次いで参加とエンパワメント、「社会からの疎外」という視点について検討する。

### 3 2 「潜在能力」アプローチ

#### 3 2 1 「潜在能力」アプローチとは

「潜在能力」アプローチ（capability approach）は、それまで経済学において主流であった所得という手段や効用という結果によって人々の福祉または「よい生」（well-being）をとらえようとするアプローチに対して、その個々人の実質的な生活そのものの質・暮らしぶりの良さ（Quality of life: QOL）によってよい生をとらえようとする思考の枠組み・フレームワークである<sup>66</sup>。「潜在能力」アプローチは、「～であること」や「～できること」という「機能」の集合・

<sup>64</sup> ジェンダーの分野において、女性を対象とした特別なプログラムを一般の開発に補足的に加えるWomen in Development（WID）ではなく、開発そのものをジェンダーの視点からとらえ改変するGender and Development（GAD）がより重要であるという議論がなされているのと同質と言える（Moser, C. O.（1993））。

<sup>65</sup> Baylies, C.（2002）；Lang, R. and Seddon, D.（1999）；Seddon, D. et al.（2001）；Welch, P.（2002）

<sup>66</sup> センの著書・論文の邦訳においてWell-beingは福祉と訳されることが多いが、福祉という用語が一般には福祉政策やサービスを想起させることから、本論文ではそれとの混同を避けるため「よい生」「暮らしぶり（のよさ）」「生活の質」などを訳語として用いる。

束として生活そのものを直接とらえ、さまざまな「機能」の達成可能性を表すものとして「潜在能力」という概念を創出した（Box 3 1）<sup>67</sup>。

そして人々のよい生とは、この「潜在能力」の向上として理解し取り組むことが重要であるとした。その理由は、すべての人間は異なっており、例えば所得という手段が同一であったとしても、実際にその手段が有効に活用されるかどうかはその個人の特性と社会の環境によって決定される「潜在能力」によって異なるからである。そのため、実際にその人がある「機能」を達成できる可能性である「潜在能力」によって見なければ、実質的な生活をとらえることができないからである。また達成された「機能」ではなく選択の可能性・自由としての「潜在能力」として良い生を見る理由は、選択された「機能」が同じだとしても選択の幅・自由があることでその意味が異なるからである<sup>68</sup>。

ゆえに、「潜在能力」アプローチにおいては、貧困という概念も単に所得という手段の程度が低いことではなく、この「潜在能力」の制限としてとらえることになる。また、このように「潜在能力」は社会という環境を反映する概念であることから、差別や社会からの疎外という状況を反映することができるフレームワークとなっている。加えて、「潜在能力」とは選択の幅であることから、選択の自由という意味での自由と密接に結びついたものとなる。開発や障害分野の取り組みの目標はこの主体的に選択できる生き方の幅、すなわち自由としての「潜在能力」を拡大することとなる<sup>69</sup>。

### Box3 1 「潜在能力」アプローチにおける重要な概念の意味

- ・良い生（well-being）：生活のよさ、生活の質。
- ・生活：相互に関連した「機能」の集合。
- ・「機能」（functionings）：人の暮らしを表すさまざまな状態「～であること（being）」や行動「～できること（doing）」を指す。例えば「健康である」や「教育を受ける」などである。「機能」によって生活そのものを直接表すことが可能となる。
- ・「潜在能力」（capabilities）：ある人が選択することのできる「機能」の集合。「資源」「個人の特性」「環境」という条件のもとその人がどのような生活を送るのか、つまりその人が何かになったり何かをすることができる可能性・選択の幅、すなわち自由を表す。重要であるのは、個人の特性によってだけではなく、社会のあり方・環境との関係によって決定されるという点にある。例えば、両足がないという同じ「個人の特性」を持っていたとしても、貧困に直面し車椅子もなく障害者差別がある社会にいる場合と、法律と公的福祉によって義足と経済的自立、社会参加が保障されている社会にいる場合とではその人の「潜在能力」は全く異なる。
- ・エージェンシー（agency）：自分のよい生の向上とは直接関係がなくとも、その人が追求する理由があると考える目標や価値に対して、主体的・能動的に行動する力とその行動。
- ・貧困：必要最低限の基礎的「機能」を実現する「潜在能力」を欠いている状態。

出所：セン（1999）pp.59-78, 85-106, 248、セン（2000）pp.11-35, 59-98, 348より作成

<sup>67</sup> 「潜在能力」アプローチとその根幹をなす「潜在能力」「機能」という概念は批判を反映する形で変化してきている（岩崎（1997b））。センと共同研究を行ってきたキジルバッシュは、1993年の「生活の質」の出版を境としてその変化を認識することが重要であると指摘している（personal communication, 2003年）（Nussbaum Martha, C. and Sen, A.（1993））。また「潜在能力」アプローチにおける「機能」と「潜在能力」という用語は一般的な用語の意味とは異なることから、本論文では「潜在能力」アプローチにおけるこれらの概念を指す場合はかぎ括弧（「」）をつけて用いる。

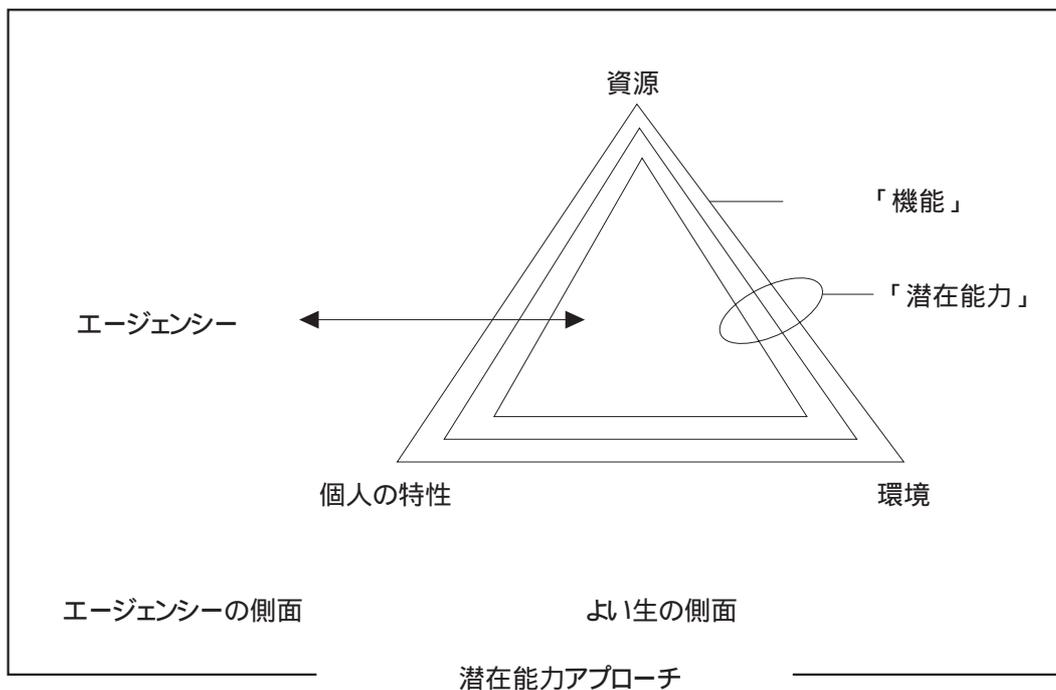
<sup>68</sup> センは断食（食べない：食べるという選択をしない）と飢餓（食べられない：ほかに選択肢がない）の違いを例に説明している（セン（1999）p.73）。

<sup>69</sup> Seddon, D. et. al.（2001）

「潜在能力」アプローチのもう1つの重要な点は、個人の生活の質という良い生の側面と同様に、その個人の生活の質の向上とは直接関係なくとも、その個人が追求する理由と価値があると認める目標に対して主体的・能動的に行動する「エージェンシー」という側面についても同様な注意を払っている点である。例えば、権利運動や公民権運動、また他の障害者に対する支援活動への主体的な参加などがこれにあたり、行為主体としてのかかわりの意味と価値をとらえることができる<sup>70</sup>。

すなわち、「潜在能力」アプローチとは、すべての人間は異なる（人間の多様性）という理解に立ち、人の生活の良さを、生活の手段や結果ではなく生活そのものを見ることによってとらえ、資源、個々人の特性、そして環境という生活に影響を与える3つの多様な要素をそれぞれ別々にとらえるのではなく、それらを生活の構成単位である「機能」とその選択可能性である「潜在能力」に変換しとらえるアプローチである。「潜在能力」としてとらえるということは、手段や環境という形式的な機会の均等化ではなく、実質的な機会の平等と選択の自由を検討することとなる。そして、この個人の生活のよさと同様に、ある価値に対する主体的な行為としてのエージェンシーが重要視される思考の枠組みである。複雑な「潜在能力」アプローチという概念を模式図として表すことは、その概念を単純化し誤解を招く可能性があるが、図3 1、図3 2のように表すことができるだろう。

図3 1 「潜在能力」アプローチの概要



出所：Sen（1999）をもとに作成<sup>71</sup>

<sup>70</sup> セン（2000）p.348

<sup>71</sup> ここで「機能」と「潜在能力」の要素として資源も含まれているのは、どちらも「個々人が資源の利用によって獲得する自立的な行いあり方を意味する」からである（傍点は筆者追加）（後藤（2001））。

センがこの「潜在能力」アプローチによって明確にしようとしているのは「何の平等か？」という点についてである。すべての人間が同質であれば、例えば、所得という手段（変数）を平等にすればそこから生ずる結果も平等になる。しかしながら、すべての人は個々人の特性（内的な特質：例えば、年齢や性、一般的な力量や特別な才能、病気にかかりやすいかどうかなど）においてだけでなく、置かれている環境（外的な状況：社会的背景、環境条件など）においても多様であり、所得という変数が平等であってもそれがそのまま良い生活を平等に向上させるとは限らない。ゆえにセンは手段や環境という間接的なものの平等ではなく、あることを選択しようとしたときにすべての変数を考慮したうえで、それが実質的に可能であるかどうかという点での平等、つまり実質的な機会の平等・均等化を重視しているのである<sup>72</sup>。

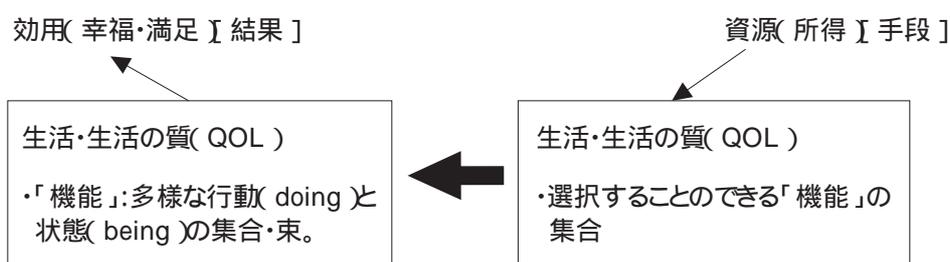
同様に、その人が幸福や満足を感じているかという効用ではなくこの実質的な機会の平等において良い生活を見ることは、障害はもとより、階級やジェンダー、カーストや人種などに基づく持続的な差別がある場合に特に重要な意味を持っている<sup>73</sup>。例えば、永続的な困窮や被差別状態に置かれている場合、人はその望みの程度を下げ、たとえ適切な栄養を取ったり教育を受けることができなくても幸福を感じなくなるようになる。ゆえに、もしこの効用にのみ着目するならば現実の困窮状態は反映されないことになる。言い換えれば、「潜在能力」という概念によってのみ、障害者の真の機会の均等化を見ることができるといえる<sup>74</sup>。

### 3 2 2 「潜在能力」アプローチが示唆する開発における障害（者）問題のとらえ方

「潜在能力」アプローチという思考の枠組みは、開発において障害という課題をとらえることに対して幾つかの重要な示唆を提供している（表3 1）。

1つ目は、障害ではなく障害「者」の生活全体を見ることである。障害者は障害という課題にだけ直面しているわけではない。障害を読み解くのではなくその人の生活を読み解くのであれば、その個人の特性と個人が属する環境のすべてを考慮に入れなくてはならない。例えば、障害を持った少女が学校での教育を受けられない理由の1つが障害にではなくその女性という性にある場

図3 2 「潜在能力」と所得と効用



出所：セン（1999）をもとに作成

<sup>72</sup> セン（1999）

<sup>73</sup> ibid. p. 9

<sup>74</sup> 1981年の国際障害者年以來、障害分野の取り組みは「機会の均等化」が主課題であり、その目標は実質的な生活状況そのものを改善することにある。

表3 1 「潜在能力」アプローチが示唆する開発における障害（者）問題のとりえ方

- 
- ・障害ではなく障害「者」の生活をとりえる
  - ・各要素ではなく「機能」としてとりえる
  - ・達成ではなく自由としてとりえる
  - ・エージェンシーをとりえる
  - ・障害者としてとらえない
  - ・対障害者のみに働きかけることではない
  - ・多様な介入方法をとりえる
  - ・障害者本人の決定をとりえる
- 

出所：筆者作成

合、その少女の教育を受けるという「機能」を達成するには障害とは関係はない性差別と取り組むことも必要になるということである<sup>75</sup>。

2点目は、資源や環境、個の特性を個々にとりえるのではなく、それらを「機能」または「潜在能力」に還元してとりえることである。つまり、実質的な生活の変化としてとりえるということである。例えば、ある村に病院ができたとしても（環境の改善）またはその障害者のまひが改善したとしても（個の特性の改善）それが「機能」の達成を導かなければ意味のあるものではないということである。

3点目は、達成ではなく選択の可能性・自由を見ることである。例えば、ある障害児が学校とCBRプログラムという選択可能な自由があるうえで、CBRにおいてサービスを受ける場合と、CBRという選択肢しかないがためにそこでサービスを受けるのとでは異なる。つまり、「しない」と「できない」の違いを区別することである。

4点目は障害者本人のエージェント・主体としての役割を重要なものとして位置付けることである。つまり当事者の参加を見ることである。

5点目は、矛盾を引き起こすかもしれないが、障害者として障害者をとらえないということである。つまり、健常者と障害者という二分法を用いないということであり、それによって障害にのみとられることなく、かつ正常と異常という区別によってではなく、多様性を基礎にしてかわることができる。しかし、これは障害者と見なされることによって差別や不平等に直面している人々の一群があることを否定するものではない。それは差別という環境要因として、またもしその差別が障害者本人に内在化されているのであれば、個の特性としてとらえられることになる。

6点目は、障害者の「潜在能力」を向上させるということはその障害者の個の特性にのみ働きかけることを意味するのではなく、環境や資源へのかかわりも同等に重要であることである。つまり、障害者の機能回復や職業訓練といった障害者を対象とするアプローチだけではなく、法・制度・環境の整備も重要な取り組みとなる。

7点目は、同じ「機能」を達成させるためのプロセスは多様であるという点である。「潜在能力」は、資源、個の特性、環境の相互関係からなっており、例えばある村の車椅子を使っている

---

<sup>75</sup> これはある機関がすべての課題と取り組むことを要求しているのではなく、それらの課題と取り組んでいる他の機関と協力することによっても可能である。

表3 2 「潜在能力」アプローチがもたらす利点

- 
- ・「潜在能力」という1つの共通のフレームワーク
  - ・障害「者」の生活全体をとらえる包括的なフレームワーク
  - ・二分法によらない人間の多様性の反映
  - ・人間と環境の両者に着目する
  - ・開発そのものを転換する
  - ・実質的な生活の質の向上に着目する
  - ・エージェンシーに着目する（障害当事者の参加）
  - ・多様な介入を許容する
  - ・形式的な機会ではなく実質的な機会を見る
  - ・達成ではなく自由をとらえる
  - ・異なる質の障害をとらえる
- 

出所：筆者作成

子の「学校で教育を受ける」という「機能」は、リハビリテーションによってその子を他の子と同じよう歩けるようにすることによっても可能であるし、学校への送迎と学校のバリアフリー化によって行うことも可能である。また、資金援助を受け、都市の寄宿制の特殊学校に行くという方法もある。つまり焦点となるのはその選択の幅・可能性となる。

そして最後は、基礎的な「機能」として共通するものはあるだろうが、障害者個々人の生活においてどの「機能」が重要であるかは個々の障害者のみが表出できるということである。すなわちどの「機能」を向上させるための「潜在能力」を向上させるかは障害者本人の意思によって決定される必要があり、他者が判断することは困難である。ゆえに、障害当事者が自身にかかわることについて主体としてかかわることが重要となる。それは障害分野にかかわる人々が対話や相互主体的な関係を障害者と築き上げることの必要性をも示唆している。

次節では、本節と重なる点もあるが、障害（者）問題を読み解く利点という視点から「潜在能力」アプローチを考察する。

### 3 2 3 「潜在能力」アプローチがもたらす利点

「潜在能力」アプローチを開発において障害（者）問題とかかわるフレームワークとすることの利点は表3 2に挙げるように多々ある。しかし、そのなかでも最も重要であるのは、「潜在能力」アプローチによって開発の主課題である貧困と障害という課題を相互に独立する課題としてではなく「潜在能力」という概念によって、両者を「潜在能力」の欠如という1つの課題を構成する要素として同一のフレームワークにおいて見ることを可能にしている点にある。そして、この2つの課題・取り組みの融合は、開発という取り組みの本流において障害（者）問題が取り組まれる障害分野のメインストリーム化をもたらす。

これらの利点は、「潜在能力」アプローチが「人間の多様性」に基礎を置いていること、そして自由もしくは実質的な機会という点から人々の生活・福祉をとらえようとすることに根ざしている。人間を健常者と障害者に分け、健常者には開発という枠組みで、障害者には障害分野の枠組みで取り組むという発想を解体することによってのみ、開発における障害（者）問題のメインストリーム化は可能になる。そして環境や個々の特性などさまざまな要素を反映したうえで、実

際にその人が何を求めそれが可能であるのかを読み解くことで、その人の真の生活の向上に取り組むことができる。本節ではこの「潜在能力」アプローチがもたらす利点についてまとめる。

#### (1) 障害と貧困を別々のフレームワークによってではなく、「潜在能力」という1つのフレームワークによってとらえることを可能にする

「潜在能力」アプローチは「潜在能力」という概念の創出によって、貧困の概念を所得から「人間発達」「実質的機会」もしくは「自由」という枠組みに転換することを可能にした。この「潜在能力」という概念は、障害(者)問題の中心的な枠組みである「機会の不平等や差別」そして「自立」という概念をも内包するものであり、その結果、開発における貧困という課題と障害分野における障害という課題は「潜在能力」という同一の概念によってとらえることが可能となった。

開発における概念と同じ枠組みにおいて障害という課題がとらえられることは、障害分野の取り組みを開発のメインストリームとしていくには重要なことである。障害分野が開発と異なる課題と見なされ、また異なるフレームワークにのっとった取り組みがなされる限り、その取り組みは開発において補完的な役割は果たすだろうが、決して統合された形で議論され取り組まれることはない。現在まで、開発という取り組みの中に障害分野を位置付けるために、貧困層の少なからぬ数が障害者であるという理論や貧困と障害は互いに原因であり結果であるという理論が開発されたが、これだけでは障害(者)問題を開発のメインストリームにおいて取り組んでいくには不十分であった<sup>76</sup>。それは、開発にかかわる機関は貧困や持続的生計アプローチといったフレームワークで、また障害分野の機関はリハビリテーションやチャリティといったそれぞれ異なるフレームワークによって各々の課題をとらえることを転換させることはなく、障害分野の取り組みは貧困の取り組みを補完すれど障害自体に取り組むことが貧困そのものと取り組むこととしては認識されなかったからである。

#### (2) 障害という側面だけではなく障害「者」の生活・課題全体をとらえる包括的なフレームワークを提供する

障害者は障害という課題にのみ直面しているわけではない。また障害がその人にとって最大の課題ではなく、経済的貧困や少数民族としての被差別状況のほうがより大きな影響を与えているかもしれない。また宗教や文化などその地域社会の特性からも自由ではない<sup>77</sup>。特に途上国においては、人々はさまざまな社会問題に直面しており、障害者だからといって障害が唯一最大の課題であるとは限らない。リハビリテーションという取り組みが批判されてきた1つの原因は、機能的な「障害」にのみかわり、障害「者」の生活全体を見据え支援することが欠けていたことである。リハビリテーションへの批判として起こった障害者自身の活動である自立生活運動は「障害」にではなく、その人の多様な生活そのものを見据え支援することが目的であった<sup>78</sup>。「潜

<sup>76</sup> Sida (1995)

<sup>77</sup> Coleridge, P. (2000b); Ingstad, B. and Whyte, S. R. (1995); Reynolds, S. W. and Ingstad, B. (1995)

<sup>78</sup> 中西正司(1996)。リハビリテーション分野において生活全体の質をとらえる視点が全く無視されていたというわけではない(上田・大川(1999a))。しかし、その多くは効用や身体機能に起因するもののみ着目するものが多かった(上田・大川(1999b))。

在能力」アプローチは、障害も含め、さまざまな個人の特性や環境を反映し、その人全体の生活を包括的にとらえるフレームワークを提供する<sup>79</sup>。

### (3) 二分法の棄却と人間の多様性の反映

「潜在能力」アプローチは、「人は生まれながらにして平等である」というレトリックを否定することがその根幹にあるように、すべての人は異なるという視点に立ち、「個人の特性」として個々人の差異に正負の価値付けをせず人々の多様性を反映する<sup>80</sup>。「潜在能力」アプローチという枠組みを用いることで、人々をその心身の機能によって正常（健常者）と異常（障害者）と分けるような二分法的理解と、それを基にした「一般」と「特別」といったような区別的・差別的な取り組みというパラダイムから解放される可能性をもたらす。誤解を恐れずに言えば、障害（者）という概念が消えるといっても過言ではないだろう<sup>81</sup>。

障害者が非障害者（健常者）と区別されて認識される場合、障害者は健常者とは区別された取り組みがなされる。そして、障害者と健常者の差異が重要視されるのに対し、逆に障害者内の差異については軽視され、個々にとって適切な取り組みがなされないことが多くなる。そして、障害者は絶対的に少数者であることからその取り組みは往々にして小規模となる<sup>82</sup>。このように障害者と健常者が区別されて認識されるような枠組みをもってしては、障害者が開発のメインストリームにおいて統合されることは困難である。すべての人は異なるという前提に立ち、人間の多様性に対応する取り組みをすることによって、障害者の開発もしくは社会のメインストリームへの統合が可能となる。これは障害分野でいうユニバーサル・デザインの思考の枠組みとも共通する。

### (4) 人間か環境かのどちらかではなく両者に着目する

「潜在能力」アプローチは「資源」「個人の特性」「環境」に着目することで、障害の医学モデルのように「個人の特性」にのみ焦点が偏ることや、障害の社会モデルのように個々人の特性を無視し環境にのみ焦点を絞るという偏りから脱している。この点に関しては、WHOの新国際障害分類と同一であるといえる<sup>83</sup>。医学モデルにしる社会モデルにしる、その分析の視点に偏りがある点は前章で述べたように批判が向けられていた。特に個人の「潜在能力」は個人の特性と環境との相互作用によって大きく左右されることから、分析の枠組みとしてこれら両者が同等に扱われることは重要である。

<sup>79</sup> Welch, P. (2002)

<sup>80</sup> セン (1999) p.1. 障害については価値付けを行わない差異化が可能であるかどうかについては疑問も出されている (倉本 (1999)).

<sup>81</sup> 障害者と見なされることによる差別がなくなるということではない。分析や取り組みの視点として障害者と健常者と区別することがなくなるという意味であり、障害者を一般とは「異なる一群」ととらえ「特別」な施策を行うような理解と取り組みがなくなるという意味である。

<sup>82</sup> Krefting, L. and Krefting, D. (2002)

<sup>83</sup> しかし、「潜在能力」アプローチはその個人全体について包括的であるのに対し、新国際障害分類は障害に起因するものについてのみ包括的である。

#### ( 5 ) 開発の取り組みそのものを変える：障害のメインストリーム化

貧困の概念を所得から「潜在能力」へと転換することを迫る「潜在能力」アプローチは、開発の枠組みそのもののパラダイムシフトをもたらす。そしてこの転換は障害（者）問題を開発のメインストリームに位置付けることになる。

従来のように貧困を所得の低さととらえ、障害は身体機能の不全ととらえるパラダイムにおいては、障害を貧困の原因であり結果としてとらえたとしても、両者を統合した形で理解し認識することが必須のものとしては要求されない。しかしながら、「潜在能力」の欠如として貧困がとらえられた場合、障害は「個人の特性」という「潜在能力」を決定する重要な要素の1つとなり、貧困もしくは「潜在能力」の欠如そのものの課題と一体になる。このように、貧困の取り組みと並列または補足するものとしてではなく、貧困の課題そのものとなることで、初めて障害（者）問題は貧困と取り組む開発のメインストリームとなることができる<sup>84</sup>。言い換えれば、このように貧困と障害という課題が一体化されることなしには障害（者）問題が開発のメインストリームとなることはあり得ない。例えば、障害にかかわる政策や配慮事項が形成されたとしても、障害そのものが貧困という開発の主課題に統合されていないければ、それは追加的な取り組みとしては位置付けられるだろうが、必須の取り組みとしては見なされない。また貧困が所得という枠組みによってとらえられている限り、このような統合は困難である。しかし、貧困が「人間開発・発達」や「潜在能力」という視点によってとらえられたとき、この統合は可能となる。障害（者）問題のメインストリーム化とは、開発自体の枠組みそのものが変わることが求められることになる<sup>85</sup>。

#### ( 6 ) 実質的な生活の質の向上に着目する：自立・自律との取り組み

「潜在能力」アプローチは、「財」などの手段や「幸福・満足」といった結果ではなく、生活の質そのものに着目する。センが効用アプローチに対する批判として述べるように、困窮状況に長く置かれた場合、貧困にあえいでいたとしても、願望を低く抑えることで満足や幸福を感じることは可能である<sup>86</sup>。幸福を感じるというのは「機能」の1つではあるけれども、障害分野の取り組みはその障害者が置かれている現実の状況を改善することであり、生活そのものに着目することが最も重要である。この生活状況の改善とは、障害分野では「自立生活」という概念によって障害者自身が認識し取り組んできたことであり、「潜在能力」アプローチもこの概念を中心に据えているといえる<sup>87</sup>。

#### ( 7 ) エージェンシーの側面に着目：障害当事者の参加

「潜在能力」アプローチの重要な点は、生活の質と同列にエージェンシー、つまり参加者としての個人の役割の重要性に着目している点にある<sup>88</sup>。開発においても障害分野においても、当事者自身の参加の重要性は既に多くの議論がなされているが、「福祉の側面」と「エージェンシー

<sup>84</sup> Save the Children Fund : SCF ( 1998 )

<sup>85</sup> Krefting, D. ( 1996 ) ; Stubbs, S. ( 1998 ) ; Werner, D. ( 1993a )

<sup>86</sup> セン ( 1999 ) p. 76

<sup>87</sup> 「自立生活」における「自立」の意味はすべてを独力で行うということではなく、自らの生活を自身がコントロールすることを意味する。

<sup>88</sup> セン ( 2000 ) p. 18

としての側面」を無理に1つの次元にしてしまうのではなく、両者を別にしかし同列に置くことで、それぞれにおけるより深い洞察を可能にしている<sup>89</sup>。障害者自身の社会変革に向けた運動や自助団体の設立、障害者ピア（peer）としての助け合いといった障害者自身の取り組みをとらえる際、この視点は重要なものとなる。

#### （8）多様な介入の許容

利点でありかつ欠点にもなりうる点であるが、「潜在能力」アプローチはその向上に対して多様な介入を許容する。それは「潜在能力」アプローチが「資源」「個人の特性」「環境」などの個々の手段そのものに着目するのではなく、結果である「潜在能力」に着目するからである。

ある障害者の「潜在能力」の向上がりハビリテーションという個人の特性に対する手段によってなされても、バリアフリーという環境に対する手段によってなされても、それが結果的に同様な「潜在能力」をもたらすのであれば、どちらも有効な介入と見なすことができる。介入手段はその手段自身の効率や効果という面から評価されることになる。これは障害という課題に対して多用な介入を導くことになり、地域社会や家族の特性に基づいた介入がなされるであろうし、また手段の選択の自由が拡大される可能性をももたらす。

しかしながら「潜在能力」アプローチが介入の多様性を許容するということは、さまざまな介入を無批判に受け入れるということではない。障害者自身の選択を中心に置き、家族や地域社会の特性に基づいて適切な方法がとられるべきである。

#### （9）実質的な機会の（不）平等を見る

「潜在能力」アプローチは個々人の特性や環境、資源を個人の「潜在能力」として反映することで、形式的な機会ではなく実質的な機会を見ることを重視している<sup>90</sup>。法律や制度の整備などによって形式的には機会が保障されていたとしても、実際に種々の理由によりその機会が行使できなければ実質的な機会は保障されたとはいえず、「潜在能力」の欠如と見なすということである。これはそれらの環境の整備が重要ではないということではなく、それを評価する際には、それらの環境を見るのではなく、実際にそれらによって実質的な機会が平等になっているかをとらえることがより重要であるということである。

#### （10）達成ではなく自由を見る

「潜在能力」アプローチは、個人が達成したことによってではなく、ある「機能」を実現することができる自由という視点からその人の生活をとらえる<sup>91</sup>。障害分野のかかわりにおいては、人間の多様性を認めるのと同様に自己実現の願望（aspiration）も多様であるという理解に立脚し、ニードという言葉で表されるような単なる生存の保障以上に個々の異なる願望の実現を支援することの重要性が議論されている<sup>92</sup>。また、施設入所型のサービスや分離型の教育が批判されてきた原因の1つは、それらのサービスの形態はもとより、取り得る選択の自由がその1つの方

<sup>89</sup> セン（1999）p. 85

<sup>90</sup> ibid. p. 70

<sup>91</sup> セン（2000）

<sup>92</sup> ヒューマンケア協会（1998）p. 58

法しかなかったことにある。実際の評価を自由という視点から行うことは困難ではあるが、障害（者）問題とかかわる思考の枠組みとしてはその自由に着目することは重要である。

#### （11）異なる質の障害の反映

前章の家族モデルで論じたように、障害は障害者本人にだけでなく、障害者の家族や地域社会の人々にとっても影響を与えている。しかしそれは、障害者が直面する課題と同質ではない。障害者本人が直面している状況は、「潜在能力」アプローチにおいては個人の特性とそれを左右する環境という面からよく反映されるが、家族や地域社会の人々が直面している障害（者）問題は環境や資源の特性として反映される<sup>93</sup>。例えば、重度障害者にとっては自身の障害の程度（個人の特性）と環境という因子によって制限される自立という「潜在能力」そのものが課題の1つとなるであろうが、障害者の家族や地域社会にとっては、障害者本人が自立できないという現状（環境）に対して、それに対する介助や自立支援を負担することで生じる「潜在能力」の制限が直接の課題となる。この例で言えば、障害者の自立の程度が向上することは家族の介助の負担という課題を軽減することになるが、それは環境因子としての障害に起因する家族の「潜在能力」の制限を軽減する必須条件とはならない。例えば、障害者本人の自立程度の向上がなくとも、つまり障害者自身の課題の解決と直接かかわらなくとも、介助者の派遣やレスパイトケア<sup>94</sup>などが受けられれば、家族の「潜在能力」は向上する。ただし、両者は互いに排他的ではなく相互に影響を与えるものである。

もう1つ家族が直面する障害という課題のあり様は、「不安」であろう。それは家族の一員としての障害者の生活そのものに対するものと、家族の一員に障害者がいることで生ずる自身への生活への影響という2点があるといえる<sup>95</sup>。「潜在能力」アプローチにおいては、この不安は例えば「精神的に平安な生活を送る」という「機能」の1つとしてとらえることが可能であり、そうすることにより実際にその不安の原因となる障害や介助の課題と取り組むことに加えて、不安そのものと取り組むカウンセリングや親の会などのピアによる助け合いといった環境要因の変化に働きかける方法も明示される。

#### 3 2 4 「潜在能力」アプローチの限界と留意点

すべての概念やフレームワークがそうであるように、「潜在能力」アプローチも完璧ではない。また「潜在能力」アプローチが多くの点において、あえてあいまいさを残していることは多くの研究者によって指摘されている<sup>96</sup>。

障害分野に対するフレームワークとして見た場合、その限界また留意点としてとらえるべき点は表3 3に示す7つの点が挙げられるが、特に重要であるのは（実はそれこそが開発においてパラダイムシフトをもたらした点ではあるが）、制度などの社会環境ではなく人間が強調されてい

<sup>93</sup> 家族にとっては、特に介助者としての肉体的・精神的・時間的・金銭的な負担となる。

<sup>94</sup> Respite care：障害者の一時外泊などによって介護者の休息を確保すること。

<sup>95</sup> Miles, S. (1994) ; Thorburn, M. (1994)

<sup>96</sup> Cohen, G. A. (1993) ; Qizilbash, M. (2001)

表3 3 「潜在能力」アプローチを適用する際の課題・留意点

---

誤解を生じる用語の使用
医学モデルへの逆行の許容
原因そのものを分析するフレームワークではない
規定されない介入：リハビリテーション・アプローチへの逆行と環境の軽視
不明瞭な介入の主体
選択「しない・できない」ことへの対応
困難な評価指標リストの作成

---

出所：筆者作成

る点である。

「潜在能力」アプローチが「人間開発」アプローチともいわれるように、その焦点は資源や社会構造よりも人間そのものにあてられている。従来、財や社会構造に視点をあてていた開発分野においては、この人間という視点は開発においてはパラダイムシフトをもたらすものであったが、逆に従来から人間（障害者個人）にのみ焦点をあて、社会構造への視点が欠けていた障害もしくはリハビリテーション分野においては、視点の多様化ではなくこの個人を見る視点をより強化してしまう危険性がある。ひいては、多様な取り組みではなく、現在ではその不適切性が明らかになっている障害の医学モデルに基づいた対個人の（身体）能力向上アプローチ、すなわちリハビリテーション（適応）アプローチを介入の主なる取り組みとして位置付けてしまいかねない危険性がある。

以下に、この点も含めて「潜在能力」アプローチを開発において障害と取り組むフレームワークとして用いる場合の課題・留意点を論ずる。

#### （１）誤解を生じる用語の使用

原語である英語においても、また訳語の日本語においても、センの「潜在能力」アプローチの根幹概念を表す「機能（functionings）」と「潜在能力（capabilities）」という用語は、一般的にそれらの用語が持つ意味とは異なる意味付けがされている。しかし、“人間の「潜在能力」”といったような表記がされることから、表面的には一般の用法との違いが明確にならない場合も多く、「潜在能力」アプローチの概念が十分に理解されずに言葉だけが先行して使用されるような場合、用語の意味の誤解から概念自体が誤って理解され、「潜在能力」アプローチの基本的概念が一般的な用語の意味に矮小化されて理解される危険が非常に高い。特にこの誤解は、障害分野においては以下で述べるような医学モデルとリハビリテーション・アプローチへの逆行を許容する危険性があり、注意が必要である<sup>97</sup>。

この点はセン自身も認識しており、より適切な用語があれば変更をいとわないとしている<sup>98</sup>。しかし、一度根付いた名称を変更するのは困難であり、変更されたとしても、それが根付くかどうかは疑問である。本論文ではかぎ括弧の使用で区別したように、一般の概念とは異なる概念で

<sup>97</sup> 岩崎（1998）

<sup>98</sup> セン（1999）

あることを表記上も明確にしておくことが必要である。

## (2) 医学モデルへの逆行

上記と同様に、「潜在能力」アプローチ自体の問題ではなく、それが用いられる際に生ずる問題である。依然として医学モデルの支配が強い障害分野、特にリハビリテーション分野においては<sup>99</sup>、医学モデルに対立する概念としてではなく、それを取り込んだ包括的または中立的な概念や取り組みは、包括的とは言いつつも、WHOの新国際障害分類（ICF）や地域社会に根ざしたリハビリテーション（CBR）がそうであったように、結局は医学モデルに偏重した“セミ”医学モデルになってしまう危険性が高い<sup>100</sup>。“できること”に着目するという表面的には医学モデル的なとらえ方と似ている「潜在能力」アプローチも同様にこの危険にさらされているといえる<sup>101</sup>。財という概念が支配的であった開発分野において人間の側面を強調した「潜在能力」アプローチは財への対立・代替概念としては非常にその違いが明確であるが、人間の機能的側面のみが注目され環境・社会には十分な注意を払われてこなかったリハビリテーション分野においては、人間の“できること”に注目することは対立・代替概念とはとらえられにくい。

この危険を避けるには、「潜在能力」アプローチが医学モデルとは明確に異なる概念に立脚している点を明確に主張し続けなければいけない。特に、健常者と障害者という正常と異常という機能上の優劣による二分法ではなく、すべての人は違い、その違いは優劣ではなく特性であるとしている点、そして、「機能」は資源、個の特性、環境の3つから変換されてきており、人の能力または障害は絶対的な状態ではなく、環境によって大きく左右される相対的なものであり、最終的には“人間の「潜在能力」の開発”として表されるものの、それは人間のみを開発の対象とすることと同意ではなく、「機能」を決定する資源と環境そして個の特性のすべてとかがわかることが重要であることが明確にされなければいけない<sup>102</sup>。

## (3) 原因そのものを分析するフレームワークではない

図3-1が示すように「潜在能力」アプローチは、ある「潜在能力」や「機能」に対して「資源」「環境」「個人の特性」がどのように影響を与えているかを理解し分析するフレームワークを提供するが、その一方で「資源」「環境」「個人の特性」各々がなぜそのような状態であるのかを理解・分析するフレームワークは提供してはいない<sup>103</sup>。

例えば、障害者の「(学校で)教育を受ける」という「潜在能力」・「機能」を例にとると、「潜在能力」アプローチによって、障害者の教育を保障する法律がなく学校がバリアフリーではないこと(環境)、本人の脚がまひしていること(個の特徴)、そして都市にある障害者のための

<sup>99</sup> 学術的基礎を医学モデルに置く医療従事者が意思決定過程においてより大きな権力を持っているという意味。

<sup>100</sup> 中西・久野(1997)。ある概念が非常に支配的である場合には、包括的・中立的な概念はそれまでの支配的な概念によって形骸化されてしまう危険性がある。自立生活運動が反施設として、障害者運動が反医療として、そして障害の社会モデルが医学モデルの対立概念としてその差異を明確にすることで、これらの概念はそれまでの支配的な概念・パラダイムに対して学術的に代替概念を想起するだけでなく実践においても根付くものとなった。

<sup>101</sup> Hurst, R. (1998)

<sup>102</sup> Robeyns, I. (2000)

<sup>103</sup> Qizilbash, M. (2001)

寄宿学校に行く経済的余裕もないこと（資源）などからこの「潜在能力」・「機能」の制限が起こっていることを明らかにすることは可能である。しかしながら、法律の未整備や学校がバリアフリーではないこと、またなぜそのような差別的な環境が作られているのかという原因を追及し分析するフレームワークまでは提供していない。

これら「潜在能力」を低下させる種々の原因が、なぜ存在し、どのように形成されてきたかを明らかにすることは、障害の根本原因そのものと取り組むことであり、障害の原因を読み解くフレームワークである障害のモデルの議論を十分に反映させることが必要となる。

#### （４）規定されない介入：リハビリテーション・アプローチへの逆行と環境の軽視

「潜在能力」アプローチの元では、結果として医学モデルと同様の対障害者のリハビリテーション（適応）アプローチのみが行われることを許容してしまう危険性が２つの理由から考えられる。

１つ目の理由は、上記したような概念の誤解や曲解から生ずる。“開発とは人間の「潜在能力」の開発”という言説が表面的に受け取られれば、エンパワメントといわれる多くのプログラムのアプローチが対環境ではなく対個人のアプローチを取っているのを見れば明らかであるように、「潜在能力」の開発のアプローチは対個人のアプローチとなってしまう危険がある。また「潜在能力」という用語から対個人のアプローチの内容も能力的な側面が重視される危険性がある。身体能力の側面にのみ着目した対個人の身体能力向上アプローチ、つまりリハビリテーション・アプローチは障害という問題全体の改善には有効でなかったことはWHOの国際障害分類の改定からも明らかである<sup>104</sup>。また、上記のような言説が誤解されたまま強力になればなるほど、それが唯一の方法として提供され、資源や環境など「潜在能力」に影響を与える他の要素へのかかわりを抑制してしまい、結局はリハビリテーション・アプローチと同様の取り組みとなる危険性が高くなる。

２点目の理由は、「潜在能力」アプローチが資源・環境・個人の特性がなぜ「機能」の制限（障害）を引き起こしているかという原因を明らかにするフレームワークではないこと、また介入の自由度を残すという特徴から生じている。どの要素が主原因となって「機能」が制限されているかは「潜在能力」アプローチによって明らかにできるが、どの要素にどのようなアプローチをとって「機能」の向上を図るかは介入者のキャパシティに応じて多用な選択肢をとることを可能にしている<sup>105</sup>。しかしながらこの自由は、介入者のキャパシティを理由に、ともすれば、障害（「機能」の制限）を生み出す本質的な問題と取り組むことではなく、実施が容易な介入のみを助長する危険がある。例えば、障害分野では社会の障壁が「機能」の制限の重要な原因であるにもかかわらず、介入がより容易な個人の身体能力の向上によって「機能」を向上させようとしてきた歴史があり、「潜在能力」アプローチにおいても、結果として従来のリハビリテーション・アプローチが継続される危険性がある。介入の自由度を許容するということはこのような危険性が

<sup>104</sup> Hurst, R. (1998) ; Pfeiffer, D. (1998) ; Ustun, T. B. (1998a)

<sup>105</sup> センは個の自由を侵害するような家父長的な介入については問題視している（セン（1999））。

あることを理解すべきである<sup>106</sup>。

#### (5) 不明瞭な介入の主体

センは「潜在能力」への介入が「開発」であると述べており、それはエンパワメントとしてとらえることが可能である<sup>107</sup>。しかし、このプロセスを誰が行うべきか、政府や市民社会、当事者がどうかかわるかについては言及しておらず、自由を残している。つまり、当事者がどのように主体的に開発にかかわるのか、言い換えれば、エンパワメントは当事者が主体となる行為であるのか第三者によってなされるものであるのか、といった疑問を残している。センは家父長的な介入を否定し、エージェントという概念によって当事者が主体となることの重要性を認めつつも、国家や第三者の介入による貧困状況の改善を肯定的にとらえている<sup>108</sup>。開発分野のみならず、障害分野でも重視されている当事者本人のエンパワメントとしての参加がこのフレームワークにおいて、実際にどの程度反映されるべきかは明確ではない。

#### (6) 選択「しない・できない」ことへの対応

コーエンは、「潜在能力」アプローチが自由に重きを置いているがゆえに評価の際に概念上の混乱を引き起こしていると述べている<sup>109</sup>。例えば、乳幼児は自ら主体的な選択で生存のために飲んだり食べたりしているわけではない。また、岩崎が指摘しているように、「達成」(well-being achievement)ではなく「自由」(well-being freedom)として生活を理解する「潜在能力」アプローチでは、例えば、知的・精神障害で選択すること自体に課題がある場合、選択を基礎にして生活をとらえること自体が困難となる<sup>110</sup>。これに対してはセン自身も、知的および精神障害者や乳幼児の場合には、「潜在能力」アプローチが最重要視しそのフレームワークの根幹をなしている「自由」よりも、「達成」を見たほうがよいとも述べている<sup>111</sup>。

しかし、「潜在能力」アプローチにおいて重要視されている「自由」はそういった障害者にとっても等しく重要であり、これを否定することは「潜在能力」アプローチの根源を否定することにもなる。また、岩崎が述べるように、主体的な決定能力は、障害者でなくともさまざまであり、他の個の特性と同様に環境によって相対的に決定される要素も含んでおり、それは「すべての人は異なる」という非二分法をもとにした「個の特性」の要素として「機能」の評価に還元することも可能であろう<sup>112</sup>。

<sup>106</sup> 対個人アプローチのすべてを否定しているわけではない。例えば、障害者グループの組織化や障害者自身の障害もしくは個の特性に対するネガティブな概念を肯定的なものに変革していく方法など、社会モデルや文化・肯定モデルに基づいた対個人のアプローチもある。またリハビリテーション・アプローチが有効な場合も多いし、それを障害者が望むならばその選択肢があることは重要である。しかしここで問題にしているのは、介入の目的が身体能力に特化されてしまうこと、そしてその介入が唯一の方法となり、ほかの選択肢が得にくくなることである。

<sup>107</sup> Bhatia, M. (2001)

<sup>108</sup> Qizilbash, M. (1996); Sen, A. (2000)

<sup>109</sup> Cohen, G. A. (1993)

<sup>110</sup> 岩崎 (1997a)

<sup>111</sup> セン (2000)

<sup>112</sup> 岩崎 (1997b)

### (7) 困難な評価指標リストの作成

「潜在能力」に基づいた評価において、「機能」の選択・重み付けには、どうしても恣意性が混入することが避けられない。また、誰がどういった判断で評価する「機能」のリストを決定するかによっては、センが批判してきた功利主義に基づく従来の福祉がとってきた家父長的な介入を許してしまう。これは言い換えれば、客観的で規範的な「機能」のリストの作成が可能かどうかという問題にもつながる。具体的には、ある個人のエンパワメントの評価として、どの「機能」を取り上げ評価するかを客観的に第三者が決定できるのか、という問題となる。

センは、こういった客観的で規範的とされるリストが重要視されてしまうことは、そのリストに沿わない生活を送る個人に対して、功利主義が有していた家父長的な介入を認めてしまい個人の自由を制限することになるという危惧を抱いている<sup>113</sup>。

### 3 2 5 まとめ

「潜在能力」アプローチは、すべての概念・フレームワークがそうであるように完璧ではなく、多くの課題や留意点を内包している。しかしながら、「潜在能力」アプローチはそのような課題を残しつつも、貧困と障害という今まで異なる課題とされてきたものを、「潜在能力」・「機能」という1つの課題の相互に影響し合う要素として位置付けることを可能にするフレームワークを提供しており、開発において障害分野をメインストリームの課題として取り組むことを可能にしている。

しかしながら「潜在能力」アプローチはその包括性ゆえにあいまいさを残している点もあり、特にこの概念の柱となる「潜在能力」や「機能」という概念を正確に理解することが重要である。また、「潜在能力」アプローチはさまざまな要素の原因を明らかにするフレームワークではなく、それら原因と取り組むためには、障害分野を例にすれば、障害の原因を論ずる障害のモデルの議論を十分に反映させる必要がある。

これら留意点はあるものの、「潜在能力」アプローチは開発において障害（者）問題をとらえる包括的なフレームワークを提供しているといえる。これを思考の基礎的な枠組みとしたうえで、より具体的な障害分野の課題分析のフレームワークを検討するために、次節ではその鍵となる概念として「参加」「エンパワメント」そして「社会からの疎外」という概念とそれを中心とする議論をまとめる。

## 3 3 具体的なフレームワーク：参加、エンパワメント、「社会からの疎外」

### 3 3 1 はじめに

本節では先に論じた「潜在能力」アプローチを基に、途上国における障害（者）問題を読み解くより具体的な視点・フレームワークとして、「参加」とその概念を形成する「社会からの疎外」(social exclusion)と「エンパワメント」の3つの概念を検討する。

障害は、前章で述べた「障害の医学（個人）モデル」と「障害の社会モデル」の2つの枠組み

<sup>113</sup> Sen, A. (1999)

表3 4 障害分野の概念の変遷

年代	概念	国際的な動向
- 1940	保護、ケア	
1940 -	リハビリテーション (1940)	
1950 -	ノーマライゼーション (1959)	
1960 -	アクセス (1969)	
1970 -	メイン・ストリーミング (1970)	
	バリアフリー (1974)	
	インテグレーション (1975)	
	自立生活 (1970s)	
	障害の社会モデル (1970s)	
	生活の質 (QOL) (1979)	
1980 -	ピープル・ファースト (1980s)	国際障害者年 (1981) WHOの国際障害分類 (1981) 障害者に関する世界行動計画 (1983)
1990 -	インクルージョン (1994)	
	ユニバーサル・デザイン (1990s)	障害者の機会均等化に関する基準規則 (1993)
2000		WHOの国際障害分類改訂 (2002)

出所：筆者作成

に沿った議論が中心であった。リハビリテーション分野においては前者が支配的なフレームワークであり、障害者個人と彼らの機能（不全）を明らかにするために用いられ、後者は障害当事者たちの障害者運動や自立生活運動などを通して形作られ、差別的なインスティテューションを明らかにするために用いられてきた<sup>114</sup>。それゆえ前者が支配的なリハビリテーションにおいては、障害（者）問題を読み解くフレームワークは心身の機能やその機能が日常の生活においてどの程度実用的かを示す日常生活動作（Activity of Daily Living: ADL）の自立などといった機能的な側面から障害をとらえるためのフレームワークが中心となった。リハビリテーション分野においても、現在では社会的不利（handicap）や人生・生活の質（Quality of life: QOL）といった概念の発展とともに、近年のWHOによる障害分類の改定などにおいても、究極的に障害者が直面している問題は社会生活のすべての側面における参加の制限（participation restriction）であるという理解がなされるなど、障害のとらえ方が転換してきている（表3 4）。

このようにインスティテューションに焦点をあてるような傾向は出てきてはいるが、一方で個人に焦点をあてることが全く意味のないことではない。それは、社会モデルは医療などの基礎的なサービスが足りている先進国という社会背景をもとに発展してきたものであり、途上国のようにいまだ個々人の機能障害そのものに対するサービスが十分ではない状況では、機能障害そのものとそれへの支援に焦点をあてることも必要である。途上国の障害者は、差別的な社会はもとより、当然心身の機能の違いによる困難にも直面している<sup>115</sup>。ゆえに、途上国の障害（者）問題を読み解くフレームワークは、この両者を含んだ多層的で多面的な障害（者）問題すべてを反映す

<sup>114</sup> インスティテューション（institution）とはデ・ハーンによれば「単に組織や機構を表すのではない。それはさまざまな行為者と彼らの実際の行為・習慣を意味している。これらの行為や習慣は、人々の行動に影響を与えるような公的な、また非公的で文書化されていないような規則や習わしによって決定される」としている（De Haan, A. (1998) p. 20）。つまりは法律や規則はもとより、言説などといったものをも含んでいる。本論文ではこの意味でのインスティテューションを表す場合には、適切な日本語が見つからないためにカタカナで「インスティテューション」と表記し、それ以外の場合には制度や機関などと日本語で表記する。

<sup>115</sup> Werner, D. (1994)

るものが求められており、それが「参加」というフレームワークとして認識されつつある。

開発においてはどうか。開発の主問題である貧困を経済というフレームワークで読み解く従来の方法に加え、前節で論じた「潜在能力」アプローチや1995年の社会開発サミット以降国際労働機関（International Labour Organisation: ILO）を中心に広がりつつある「社会からの疎外」などの視点とフレームワークによって読み解く方法の重要性が強調されつつある<sup>116</sup>。それらは「参加型開発」という概念のもとに語られるようになってきた。このように、障害分野と開発分野が「参加」という視点と概念、そしてフレームワークを共有し始めたことによって、途上国の障害（者）問題は両者の課題として共有されることが可能になった。

両者のフレームワークの転換には共通する点がある。それは、単に障害や貧困等問題に直面するその個人や集団を対象としてとらえるフレームワークからその集団と他の集団・もしくは社会との関係性とそのプロセスに着目し始めたことである。言い換えれば、問題の所在を障害者や貧困者という個人や集団に属するものとしてではなく、その集団と社会との関係の中に置き、問題の社会への属性を明らかにしようとしている点にある。

しかし、障害と開発の分野で意味する「参加」にはその焦点のあて方において違いが見られる。障害分野では、障害者が社会参加できないこと、それこそが障害であり問題の本質ととらえている。ゆえにこの文脈における参加の議論は「（現在の）社会への統合・機会の均等化」という側面が強くなる。つまりさまざまな取り組みの結果としていかに参加を保障するか、という議論である。これに対して開発においては、開発が取り組む問題の本質は、やはり「貧困」や「抑圧（不均衡なパワー）」、また開発プロジェクトの「継続性」といったことであり、「参加」それ自体ではない。ゆえに、この文脈における参加の議論は、それらに取り組むための有効な考え方・方法として「参加」が議論されることになり、「参加の制限」そのものを問題の本質とする視点は弱い。結果としてこの文脈における参加の意味は「エンパワメント」と「プロセス」あるいは「ツール」としての議論が中心となっている。つまり、結果として参加をいかに保障するかという点以上に、プロジェクトや開発過程にいかに対象群を取り入れるかという議論が中心となっている。

現在ではどちらの分野においても議論が発展し、このような明確な違いはない。また、両者においてこのような焦点の違いがあったことは「参加」というフレームワークが途上国の障害（者）問題を読み解くうえでの弱点ではなく、むしろ利点となる。つまり、より広い「参加」の概念のもとで問題を読み解くことができるからである。例えば「社会からの疎外」に関する議論はインスティテューションにより強い焦点をあてるだろうし、「パワー・エンパワメント」に関する議論は障害者個人により着目すると考えられる。本章では、それゆえ、「参加」「社会からの疎外」そして「パワー・エンパワメント」の3つに関する議論をもとに途上国の障害（者）問題を読み解く具体的なフレームワークを形成し、その利点と欠点を把握し、実際にこのフレームワークを調査や用いる際の留意点を検討する。第5章のマレーシアのケース・スタディはこのフレームワークに基づいて行った。

<sup>116</sup> 経済発展・開発に加えて社会開発の重要性が認識されたとも言える。

### 3 3 2 参加

参加とは上記したように広い概念を示し、相対立する概念をも同じ参加という概念に内包すらしている<sup>117</sup>。その参加を的確に定義することは困難であり、それを表そうとするならば、国際障害分類の改訂においてWHOがしたような非常に広義の定義となる。

「参加」とは、人生・生活等状況における関与である。そして、「参加の制限」とはこのような関与において個人が経験するであろう問題である<sup>118</sup>。

この定義からだけでは、参加を読み解く現実的で具体的な道筋を見つけるのは困難であり、本節ではこの多様で広義な参加の概念を実施可能なフレームワークとしていくための検討を行う。

#### (1) 障害分野における参加の議論

障害者の視点からは参加の制限こそが障害と見られていることは前章で論じた。この視点は、「国際障害者年（1981）」とそれに続く「国連障害者の10年（1983～1992）」における重要な国際政策と指針である「障害者に関する世界行動計画（1982）」（以下「行動計画」）と「障害者の機会均等化に関する基準規則（1993）」（以下「基準規則」）においても反映され、WHOも国際障害分類の改定において従来の社会的不利益（handicap）というとらえ方と表現を参加の制限（participation restriction）へと変更し、この視点を反映させた。1981年の国際障害者年のテーマとスローガンは障害者の「完全参加と平等」であった。その後の「国連障害者の10年（1983～1992）」とそれに続く「アジア太平洋障害者の10年（1993～2002）」もこのテーマを継承し、障害者の「完全参加」の実現を目指してきた。そしてこの間に出された上記の2つの「行動計画」と「基準規則」も障害者の参加を保障することを目的とし、その実現のためには、障害の予防とリハビリテーション、そして機会の均等化が必要であることを明記した。これら20年以上にわたる実践と政策が目指してきた「参加」とは以下のように定義されている。

「参加とは、障害者が人生と社会の発展のあらゆる側面にかかわり、他の市民と同様に人生を謳歌し、社会・経済的な発展の結果改善した状況に平等にあずかることである」<sup>119</sup>

「行動計画」において、障害の予防やリハビリテーションといった取り組みは、究極的には障害者の完全参加を目指すためとされている<sup>120</sup>。参加は社会の基本的な単位である家族、社会集団、そして地域社会というさまざまなレベルにおいてなされ、それが人間にとってかけがえのないものであることが強調され、人権、機会の均等化、意思決定との関連で議論されている（行動計画

<sup>117</sup> 「社会からの疎外」の議論で詳細に議論するが、現在の社会に組み入れることは「社会からの疎外」の観点からいえば参加となるが、逆に現社会を批判しそこから自分自身を引き離し、代替文化の創造や集団を形成することもエンパワメントの観点から言えば参加となる。

<sup>118</sup> 健康（health）という文脈においてと注記される（WHO（2002b）p.8）。

<sup>119</sup> United Nations（2000）

<sup>120</sup> 「行動計画」は、狭義のリハビリテーションにおいても、それは単に障害者個々人の心身の機能回復を目指すものではないことが強調されている。「リハビリテーション・サービスは日常の社会の活動やサービスへの障害者の参加を促進することを目指している」（18節）。

126、138節)。「基準規則」ではこの参加の単位がより詳細に検討され、教育や医療・リハビリテーションにおける意思決定、文化や余暇・スポーツ、宗教といった中での参加だけではなく、結婚生活や性的な関係を持つこと、また親になることなどといった、人間が人間たるあらゆる側面において参加という視点でとらえることの重要性が強調されるにいたった(基準規則 2、3、4、9、11、12、19節)。またここで、結果として上記したような日常生活での参加が保障されるだけではなく、その実現のための過程、つまりプロジェクトやプログラムの開発や実施、また評価の過程に障害者が参加することの重要性が述べられるにいたった(18、20節)<sup>121</sup>。WHOは国際障害分類の改訂において、参加を見るうえで以下の9つの分野を重要視している：自己の扶養、移動、情報の交換、社会的関係、家庭での生活と他者への援助、教育、仕事と雇用、経済的生活、そして、地域社会における市民としての生活である<sup>122</sup>。

そして、こういった参加を妨げる障壁として、物質的な障壁と社会的な障壁の2つが議論されてきた<sup>123</sup>。この2つの障壁に関して「行動計画」と「基準規則」では以下の8点が議論されている：不十分な法律・制度、対話の欠如、アクセスの悪さ(Inaccessibility)、無知と無視、無関心、恐怖、態度、そして行動と思慮の欠如である(「行動計画」2、27、71、72節「基準規則」3、5、16節)。加えて、「行動計画」では障害者のためのサービスにかかわっている専門職や職員などの態度と思慮の欠如がこの参加を妨げる大きな障壁の1つとして議論されている(61節)。また障害者自身が自ら障害者団体を設立することや交渉能力を高めること、そして自らの人生の決定を自分の判断で行っていくことが重要であることが強調されている。

こういった参加は単に理念上の理想として求められるものではなく、特に障害者がさまざまなリハビリテーションの過程に参加することは実際において利点が多々あることが議論されている。まず1つは、障害者の視点が反映されることである。添付資料3は筆者がインドネシアで障害者リハビリテーションにかかわっていた際に参加型調査によって得られたベン図である。これはある村の障害者と障害者のための社会資源やインスティテューションがどういう関係にあるのかを、村民とその村の障害者とその家族の2グループに作成してもらったものである。障害者を中心に、その他の社会資源の重要性はその円の大きさと、利用しやすさは障害者からの距離で表したものである。見て分かる通り、障害者とそうでない人とでは、障害者と社会のつながりに

<sup>121</sup> 障害者の10年の実施において途上国での取り組みがなかなか進まないことから、「基準規則」が全体において途上国の障害(者)問題に十分配慮していることも影響している。

<sup>122</sup> WHO(2002b)。この国際障害分類には参加の2つの重要な点が含まれなかった。1つは政治への参加である。これは狭義の政党政治への参加ということではなく、被抑圧者・被差別者として自らがその解放のために障害者団体を結成することや権利運動を行うことなど広義の意味における政治への参加である。もう1点は、リハビリテーションの実施や意思決定過程への参加である。障害(者)問題にかかわる国連機関とDPIを含むNGOからなるアジア・太平洋地域機関間委員会(1997)は、障害分野に影響を与えるような開発プロジェクトへの障害者の参加、特に意思決定過程への参加の重要性を述べている。フィンケルスタインはより良い社会の実現に向けて障害者自身が代替文化の想像と発展に参加することの重要性を論じている(Finkelstein, V.(1998a))。彼は、障害というものの全体と取り組むには、リハビリテーション専門家などによって評価され決定される「ニード」ではなく障害者本人の「目標(aspiration)」が最も大事であり、この「目標」は障害者個々人のみが創り上げることが可能であり、他者によって創られるものではないとしている。ゆえに、障害者本人が個人の問題はもとより障害者全体にかかわるようなプログラムやプロジェクトそのものに参加し、この「目標」を反映させることなしには障害全体とかわることはできないとしている。この2点が改訂版に含まれなかったのは、非障害者の参加の現状との比較のうえで障害者の参加が議論されたため、障害者が独自に必要なこれらの参加の部分が取り上げられなかったからではないだろうか。

<sup>123</sup> Oliver, M.(1990)

関してかなり異なった理解がなされていることが分かる。どちらが正しいということではなく、この違いが把握されずに非障害者の視点からのみサービスの内容や手段が決定されたならば、それは障害者によって有効なものとならない可能性があると考えべきであろう。

またワーナーは、障害（もしくは障害の経験があること、障害者であること）はリハビリテーションにおいて貢献者となるべき正の要素であり、負の要素ではないとしている。そして、障害という経験をそのサービスのユーザーと共有している障害者自身が貢献者となることの実際的な利点として以下の5つを挙げている<sup>124</sup>。

他の障害者の感情やニーズに対してより繊細であり、結果としてより強いかわりが築ける。  
障害者に対して彼らのニーズに対する評価の役割を与える。

障害者の本当のニーズを把握できる。

社会に対するロールモデルとしての役割を担い、結果としてリハビリテーションが障害者のエンパワメントと可能性を引き出す過程となる。

歴史的にリハビリテーション専門職によって支配され、その影響下に置かれてきた障害者に対し解放という視点を与える。

また、障害分野での参加は単に「参加」ではなく「完全参加」と表記されることが多い。これは現状では障害者の参加は「部分的な参加」もしくは「不完全な参加」であることが示唆されている。がしかし、何を以て「完全」とするのか、またどういう状況が「不完全」で「部分的」であるのかに関しては十分な議論がなされてはいない<sup>125</sup>。また、障害分野では「参加」が「機会の均等化」や「(社会からの疎外の反対概念としての)社会への統合」という概念と交換可能な概念として用いられており、参加の概念の理解が狭い範囲にとどめられる可能性が指摘されている<sup>126</sup>。

#### 1) フレームワーク形成に与える示唆

以上の議論から参加をフレームワークとするうえでの示唆を以下にまとめる。

すべての人生・生活の側面において障害者の参加を見る。

どの分野で、誰が、どのように参加するのか、また同一の障害者や団体が時間や場面、背景が変わることによってどのように参加の形態が変わるのか、部分的な参加や不完全な参加という視点を持ってこれらをとらえる。

理念としてだけでなく現実的な効果としてとらえ、考える。

参加できない障害者集団を特定するだけでなく、それを引き起こすインスティテューションや障壁を明らかにする。

<sup>124</sup> Werner, D. (1994)

<sup>125</sup> しかし、少なくとも「参加」とは「参加 - 非参加」という二分法的な状況ではないということは示している。つまり、不完全な参加や部分的な参加しかしていない状況や、逆に強制的な参加がある場面においては起こり得るという可能性を示唆している。

<sup>126</sup> 結果としての参加の保障が強調されるあまりに、その実現過程への障害者の「参加」が不明瞭となる可能性がある。また、統合や機会の均等化など、どちらかといえば第三者が保障することによって“得られるもの”として参加がとらえられることによって、参加とは与えられ保障されるものであって、自らのその過程への参与の重要性と必要性が不明瞭となる可能性がある。これに対し開発における議論は参加に対して異なった視点をもたらしめている。この指摘は「社会からの疎外」概念に関する議論において再度論ずる。

表3 5 参加の類型

類型	チェンバース	ホワイトとティオンコ	プリティ
(1) 名目上	見せかけ	名目上	操作的参加
(2) 他の目的のための手段	取り込み	手段 代理	受身的参加 協議による参加 物的報酬を目的とする参加
(3) エンパワメント	エンパワメント	変革	機能的参加 対話型参加 自己動員

出所：White and Tiongco (1997) pp.106-109; Pretty (1995) p.1252; Chambers (1994) p.30より作成

障害者自身の努力の過程を丁寧に見る。参加や不参加の状態を他から与えられている受け身の状態として障害者をとらえるのではなく、障害者をその主体としてとらえることに注意を注ぐことが障害者の参加をとらえるには重要である。

障害者本人自身が参加をどのように定義し、自分自身の参加を評価しているかを理解する。

## (2) 開発分野における参加の議論

1990年代以降、参加は開発において重要な概念・キーワードとなった。しかし、その参加の意味があいまいであることから、結果として、「参加型開発」といわれるものの概念や定義、その実践と結果はさまざまであり、論議の対象となってきた<sup>127</sup>。この議論の中心を占めてきたのは、参加とは究極的にはエンパワメントであり他の目的のための手段ではないという点である。特に開発分野では参加がコスト削減のための手段として利用され、それが参加の名のもとに正当化されることや、プロジェクトのツールとしてしか参加を見ないことへの批判が高まってきている。言い換えれば、参加型開発が誰の利益(つまり実施側かプロジェクトの対象とされる人々なのか)を実現するものなのか、という議論である<sup>128</sup>。前者の利益のためであるならば、参加とはプロジェクトの効率と持続性を実現するための手段であり、後者の利益のためであるならば、参加とはエンパワメントと同義になる。

プリティは参加には2つの大きな見方とその実践があるとしている<sup>129</sup>。1つは、参加とは効率を上げるための手段であり、人々をマンパワーととらえ、そのリソースを活用し取り込もうとする見方である。もう1つは参加を基本的な権利と見なし、エンパワメント、インスティテューションの確立、そして協働を起こすという見方である。しかし、現実には、前者の意味で実践されることが多く、人々は参加の名のもとにプロジェクトへの参加を求められ、プロジェクトの目的に吸収されていることが多いとしている。同様にホワイトらやチェンバースも、参加とはエンパワメントの過程としてとらえられるべきであるが、実際にはコストの削減などといったほかの目的のために利用されていることが多いと述べている<sup>130</sup>。チェンバースはこのエンパワメントの過

<sup>127</sup> White, S. and Tiongco, R. (1997) p. 107

<sup>128</sup> Cornwall, A. and Fleming, S. (1995)

<sup>129</sup> Pretty, J. N. (1995)

<sup>130</sup> Chambers, R. (1997); White, S. and Tiongco, R. (1997)

表3 6 パワーの3つのモデルと概念

モデル	概念
第一のモデル：	人間発達
第二のモデル：	政治的対立（観察可能、表出しないもの） 一次元的視点（多元主義） 二次元的視点（多元主義批判） 三次元的視点（マルクス主義）
第三のモデル：	非中心化モデル（decentred）（ポスト構造主義）

出所：Nelson and Wright（1997）より作成

程としての参加とは、人々が自ら問題を分析し、自分で決定をし、自信を持つことを支援することであるとしている<sup>131</sup>。チェンバースはこの議論をもとに、参加を3つのタイプに分け議論している。同様にホワイトらは4つに分類し、プリティは7つに分類し議論している(表3 5)<sup>132</sup>。

これらの分類はその数が違いこそすれ、基本的には参加を 名目上の参加、他の目的のための手段としての参加、そして エンパワメントとしての参加、という枠組みにおいてとらえている。つまり、開発という文脈では、参加の理想的な形態としてエンパワメントが議論されており、参加とエンパワメントとは表裏一体の関係といえる。つまり、参加の議論とはエンパワメントの議論である、ということである。ゆえに、開発分野における参加の議論はエンパワメントの議論が必要であり、これは次節においてさらに詳細に議論する。

#### 1) フレームワーク形成に与える示唆

以上の議論から開発の文脈における参加をフレームワークとするうえでの示唆は、以下の3点にまとめることができる。

誰の利益のための参加なのかを明確にする。

結果と過程の双方として参加をとらえる。

どの意味で参加という言葉と概念が用いられているのか、それを明らかにする。

### 3 3 3 エンパワメント

前節で議論したように、開発分野では参加とはエンパワメントと表裏一体のものとして見られてきた。本節ではエンパワメントについての議論をまとめることで、参加の概念の理解を深める。

エンパワメントは開発分野では1960年代以降「他者が第三者に力を与え、彼ら自身の可能性に気付くことを可能にする考え」もしくは「個人が日常の生活のあらゆる側面において選択肢があり自分自身でコントロールできる理想的な状態」として議論されてきた<sup>133</sup>。しかしながらエンパワメントが意味することはパワーそれ自体がどのように定義されるかによって異なってくる。パワーとは何か、パワーとは誰かが供与したり奪ったりできるものなのか、また誰がエンパワメントできるのか、といった議論がエンパワメントそのものの議論に先んじて必要となる。現在、パ

<sup>131</sup> Chambers, R. (1994)

<sup>132</sup> この分類は連続的な参加の変化の段階を示すのではなく、それぞれが異なった概念に根ざし、異質なものであるといえる。ただし、この分類に沿って参加の形態が変化する可能性はある。各類型の詳細は添付資料4にまとめた。

<sup>133</sup> Nelson, N. and Wright, S. (1997) p. 7; Hewitt, T. and Smyth, I. (1992) p. 91

ワーについては3つのモデルがあるといわれ、本節ではこれに基づいて議論を進めることでエンパワメントの意味を検討する(表3-6)。

#### (1) 第一のモデル

人間発達としてのパワーであり、人間の能力と同様無限に大きくなることが可能であり、かつ、ある人のパワーの増加は他の人に影響を及ぼさず、パワーは絶対和としてとらえられる。これは「～に対する」パワーとも表現されている。

ローランド(Rowland)は、このモデルにおけるエンパワメントを個人、近隣者、集団という3つの次元で論じている<sup>134</sup>。最初の“個人”の次元でのエンパワメントとは自分という感覚や自分への自信や許容力の向上という意味であり、2つ目の近隣者の次元でのエンパワメントとは意思決定過程に交渉したり影響力を及ぼすような能力の向上である。3つ目の集団という次元でのエンパワメントとは、1人では到達できないような影響を集団で行うことによって可能とすることである。

#### (2) 第二のモデル

このモデルには3つの下位モデルがあるが、どれもがパワーを政治的対立としてとらえている。そして、パワーは高圧的で国家のように制度上の中心に位置していると見られる。ゆえにパワー(力関係)は先の第一のモデルとは異なり、どちらかが得ればどちらかが減るようなゼロサムの関係にあると見られている。

一次元的視点のパワーは多元主義に基づき、elitist theoryのパワーへの批判として発展した<sup>135</sup>。すなわち、この社会には一握りのエリートがいるのではなく、パワーはさまざまな人々に分配されており、パワーは政治上の意思決定過程における対立として見るができるものとしてとらえられている。そして、人々の利害は公的な政治システムにおける政策の好みによって反映されるため、エンパワメントとは受益者もしくはその代表者が政治的な土俵で勝つことと見られる。

二次元的視点は、一次元的視点では多元主義によるパワーの理解が政治的な意思決定過程のみを過大評価しすぎているとの批判として出てきた。例えば、少数民族の自治権や環境問題などは、この議題が議論に上ることで既得権を失う可能性のある“力のある”人々によって、制限や弾圧、メディアのコントロールや脅しなどによって、現実的には政治的な意思決定過程に上がることがない。この視点では、現実にはパワーは意思決定過程とその過程に入らない場面の双方で見られ、対立は表出せず目に見えないものとなることを示している。そして人々の利害は政策上の好みだけではなく、不満としても現れる。すなわち、一般の人々が政策上の議題を提出することを妨害できる人もしくは団体がパワーがあるといえる、という視点である。このパワーの意味に基づくと、エンパワメントとは、受益者が彼らの問題を政治的な土俵に上げることを支援すること、すなわち彼らの問題を政治の議題とすることを支援することとなる。

三次元的視点は、マルクス主義に基づいた二次元的視点への批判として発展した。一次元的視点・二次元的視点のどちらも、人々は自分の利害に関して気付いており個々人は自分の力を行使

<sup>134</sup> Rowlands, J. (1997)

<sup>135</sup> Lukes, S. (1993) pp.11-15

表3 7 パワーの非中心的視点

ポスト構造主義的視点（フーコー）	伝統的視点
（一義的には）肯定的	否定的
生産的	制約的
行使	所有
遍在的	限定的
一連の関係	もの
下から上に	上から下に

出所：DuBois（1991）p.5 より作成

しているという認識に立っている。しかし、三次元的視点は、人々は自分の本当の利害に気付いていない、という土台に立っている。つまり、パワーは特定の個人の利害ではなく、ある社会階級の利害として見られ、パワーは対立としては表出してこない可能性があることを示唆している。人は対立を生み出すことなしに権威や不正によって人々の考え方を操作し、現実を直視させず彼らの都合のよいように偽りの意識を植え込むか、現状は変えられないもので受け入れざるを得ないということを入々に受け入れさせることができるものにとらえている。ゆえに、この視点でのエンパワメントは、人々を意識化し、本当の利害に気付かせることである。特にフレイレの実践と理論化以降、この意味でのパワーの理解とそれに基づくエンパワメントの実践が開発分野では最も取り上げられている。

フレイレは、エンパワメントとは個人の心理的な出来事ではなく、被支配階級が自分の自由を獲得するための政治的なプロセスであり、長い歴史的なプロセスであると述べている<sup>136</sup>。このエンパワメントの考え方は、抑圧された貧困者の解放のために働く多くの草の根の開発NGOやワーカーの拠りどころとなっている。しかし、このモデルの根源的で未解決の問題は、ではいったい誰がどうやって“本当の”利害を決定できるのか、という問いである<sup>137</sup>。

### （3）第三のモデル

上記で見てきたパワーの議論はすべて構造主義的思考に基づいている。これに対しフーコーに代表されるようなポスト構造主義もしくはポストモダン主義からは、上記のようなパワーのとりえ方に対して批判が出されている<sup>138</sup>。フーコーは上記のような伝統的なパワーのとりえ方に対して2つの根源的な問いを投げている（表3 7）。1つは、パワーとはゼロサムの関係ではないこと、もう1つは主権としての集約的なパワーの見方への疑問である。こういった視点ゆえ、このモデルは非中心型視点と呼ばれる。

このモデルでは、パワー自体が局地的に集約されているわけではなく、遍在しており、かつパワーの所在は流動的であるという見方のため、エンパワメントという考え方自体を疑問視している。この非中心型の視点はフレイレに代表されるような解放運動と呼ばれるものの論理的な土台

<sup>136</sup> Freire, P. and Shor, I. (1987)

<sup>137</sup> Lukes, S. (1993) p.26. つまり、啓発と意識化においては、啓蒙主義が陥ったような家父長的に外部者が勝手にその価値に基づいた判断を押し付けるような可能性があることに注意すべきである。

<sup>138</sup> Nelson, N. and Wright, S. (1997) pp.9-11

を根幹から否定し、革命ですら力関係に挑戦しているものではないと述べている。

#### 1) フレームワーク形成に与える示唆

以上パワーとエンパワメントに関する議論を3つのモデルの議論を中心に検討した。これらの議論から障害(者)問題を見るためのフレームワークを形成することに対しては以下のような示唆が得られた<sup>139</sup>。

参加をエンパワメントとしてとらえる場合、そのパワーとエンパワメントの見方と考え方がどのモデルに基づいているのかを明確にする必要がある。

一つの次元のみで見るのではなく、いくつかの次元からエンパワメントを見ることでより多面的な理解が可能となる。

第三のモデルが示すのは、言説の形成といったものがパワーととらえられるということであり、調査のためのフレームワークは言説の形成をも視野に入れたものでなくてはならない。

### 3 3 4 「社会からの疎外」( social exclusion )

「社会からの疎外」という概念は1974年のRene Lenoirの著書*Les Exclus : un français surdix*によって議論されたのが最初であるといわれている。以来、この概念と考え方は開発と障害分野双方においても大きく取り上げられるようになった。

開発分野では、1995年の社会開発サミット以降、開発における重要な概念として多くの開発機関によって取り上げられている。国連開発プログラム(UNDP)も1997年の人間開発報告書において、「社会からの疎外」の概念は貧困撲滅のために欠かせないとしている<sup>140</sup>。世界銀行も過去50年の開発のなかで学んだことのうち、インクルーシブな開発の重要さは4つの重要な学びの1つであるとしている<sup>141</sup>。「社会からの疎外」という概念は、それまでの経済成長や経済的貧困に焦点をあててきた概念と異なり、社会開発を見るうえでの有効な概念となってきた。

障害分野にかかわる専門家や研究者、また障害当事者たちにも「社会からの疎外」という状況が障害者にとって問題であること、そして、この「社会からの疎外」をフレームワークとして用いることで、その原因となる排他的なインスティテューションを明らかにすることができることと認識されている<sup>143</sup>。しかしその一方で、「社会からの疎外」フレームワークがとらざるを得ないイ

<sup>139</sup> エンパワメントの評価フレームワークについては若干の考察を添付資料5にまとめた。

<sup>140</sup> UNDP (1997)

<sup>141</sup> World Bank (2000) p.1

<sup>142</sup> 「社会からの疎外」フレームワークはそれ以前の開発分野において主流であった「貧困」などの経済的なフレームワークとは大きく異なる。違いは、インスティテューションとその過程を貧困の議論の中心に据えたことと、人権や資源との関係とその多次元性が重要な要素として認識されたことにある。貧困と取り組むアプローチは以下の3つに分けることが可能であろうが、特に3点目の取り組みにおいて「社会からの疎外」フレームワークが普及した。

- ・モノ中心のアプローチ：人々はある基準より下になった場合貧しい(経済的貧困線)
- ・人中心のアプローチ：人間発達が主たる考慮(人間発達指標)
- ・制度中心のアプローチ：制度のあり様と規則が焦点である(「社会からの疎外」)

<sup>143</sup> 例えば、ダフィは3つの「社会からの疎外」の次元を挙げている：権利(国家との関係)、生産からの辺縁化(労働市場との関係)、そして、社会的ネットワークの弱化(家族や個人との関係)の3点である(Duffy, K. and Council of Europe Steering Committee on Social Policy (1995))。

ンクルード・エクスクルード<sup>144</sup>という二分法的な視点では、不平等にインクルードされているような状態を読み解くことができないこと、また「社会からの疎外」の意味そのもの、また、それが目指すゴールとその過程が特定の社会の社会・歴史・文化的背景に強く依存しており、統一した基準を持つてみるのが困難であり、かつ対立し合う概念をも内包している、といった指摘もある<sup>145</sup>。

本節ではこの「社会からの疎外」の概念を障害分野と開発分野の2つの分野での議論を踏まえ、検討を加える。

#### (1) 障害(者)と「社会からの疎外」

障害者にとっては排他的な社会こそが“障害”である。ゆえに障害者個々人の生物学的な機能に分析の重点を置いてきた従来のフレームワークに比べれば、「社会からの疎外」フレームワークは障害者と社会との関係性に焦点をあてており、障害者が実際に直面しているこの排他的な状況を読み解くにはより良いフレームワークといえる。

障害者運動においては、強制的に施設に入所させる施設化や障害者と健常者とを区別し別々のサービス・システムをとるような分離アプローチによって障害者を区別し差別してきた制度と社会は否定されるべきものとされ、インクルーシブな社会こそが理想の社会であると見られてきた。理論としては障害の社会モデルが、また実践としては自立生活運動がこの視点を促進・奨励してきた。この考え方は、単にDisabled Peoples' International (DPI) やInclusion International I (II)<sup>146</sup>といった世界規模の障害者団体が取り上げただけでなく、先述した国連の「基準規則」および「行動計画」といった障害分野における国連の政策のなかでも根幹をなす概念として取り上げられてきた<sup>147</sup>。

この「社会からの疎外」のフレームワークが障害分野においてもっとも利点をもたらす点は、障害者個々人ではなく、障害者と社会の関係性、もしくは排他的なインスティテューションを明らかにする点である<sup>148</sup>。これによって人々の態度といった関係性に光をあてることが可能となっ

<sup>144</sup> 「社会からの疎外」の議論では、英語のinclusion/included, integration/integrated, exclusion/excludedが異なる意味を持って使われているために明確に区別して使用しなくてはならないが、日本語においてはこれらを的確に表記する方法がないため、本論文ではカタカナ表記とした。ただし、integrationに関しては文脈に応じて「統合」を使う。inclusionの和訳として用いられている包含や包括は「社会からの疎外」の議論の中で用いられているinclusionの意味を十分には表しているとはいえないのでここでは用いない。

<sup>145</sup> Silver, H. (1995)

<sup>146</sup> DPIは身体障害者が中心となる国際NGO、IIは知的障害者の国際NGO。

<sup>147</sup> どちらの政策においても、文化・社会的生活、社会保障といった人生・生活のすべての側面における排他的な状態が認知され、特に教育と雇用における状況に注意が払われている。そして、例えば態度や行為、または偏見や差別といった人間の相互行為が「社会からの疎外」の要因として注意が向けられている(「行動計画」72節)。そして、最も排他的な状態として施設化、つまり、障害者を施設入所という形で保護することであると認めている(75節)。これら2つの政策は多くの途上国の政策や開発援助機関の障害分野の取り組みにも影響を与えている。

<sup>148</sup> 例えば、シルバーは、フランスでの調査では若者のうち7割の人がいずれ疎外されるのではないかと恐怖をもっているという調査結果を例に、たいていの人は何らかの形で拒否やエクスクルージョンを経験しているとしているとし、これによって自分自身を疎外されるものとして認識することで、社会階級を超えた連帯によってエクスクルージョンとの戦いを容易にするとしている。しかしこれは逆に、自分自身を、他者を疎外するインスティテューションの1つとして認識することを妨げる結果をも生む。例えば障害分野でも、結局はすべての人はある程度の障害者である、という言葉によって物的なバリアや制度に立ち向かうという戦略と言説があった。しかし、それは差別者としての自分の認識を避けることができ、結局は自己変革を伴う社会変革へと発展していかない可能性がある(Silver, H. (1995))。

表3 8 「社会からの疎外」のパラダイム

パラダイム	連帯モデル	専門化モデル	独占モデル
統合の概念	グループの連帯、 文化的境界	専門化、分離された 領分、相互依存	独占、 社会的閉鎖
統合の資源	モラル	交換	市民権
イデオロギー	共和主義	自由主義	社会民主主義
国家例	フランス	アメリカ合衆国、英国	北欧

出所：Silver (1995) から作成

た。しかし、「社会からの疎外」があるという点については共通認識が持てても、その原因と求める目的とが概念ごとに異なり、それによって問題解決の過程も異なることからこの違いを理解することが必要である。

## (2) パラダイムによって異なる「社会からの疎外」の理解

シルバーは「社会からの疎外」の概念が社会・歴史・文化的背景が異なることによって「社会からの疎外」の意味とその目指す方向と過程が異なっていることを明らかにし、これらを連帯モデル、専門化モデル、そして独占モデルとして議論している(表3 8)。

### 1) 連帯モデル・パラダイム

このモデルでは、「社会からの疎外」とは個人と社会とを結ぶ社会的絆の断裂と理解される。社会の秩序や制度は、個人やグループ、また社会階級に属するものではなく、共有された価値基準を中心に作られるモラルや規範である。国家的同意や集团的意識、また一般的意思というものが個人とより大きな社会とを従属的かつ相互依存的な介入を通して結びつける。それゆえ、伝統的には、このパラダイムでは、キリスト教的チャリティや自由な個人主義、また社会階級の対立といったものを概念的に排除し、政治的市民という概念が社会統合の基礎となるには十分であると考えている。もともとは多元主義的な概念は受け入れられず、分断された利害や人間の属性は、単一かつ統一された全体へと調和されるという見方をしている。言い換えれば、「社会からの疎外」とは、社会のつながりを脅かす社会的価値観の崩壊による社会・個人の混沌状態であり、逸脱であるとしている。しかし近年は、ポスト構造主義的な思想と文化的多元主義を受け入れ、支配的な文化を少数者文化に合わせることで一致を得るという方法をもとるように変化してきている。

### 2) 専門化モデル・パラダイム

このモデルでは、「社会からの疎外」とは社会の差異化・差別化、労働の経済区分、そして分野の分化などの結果と考えられている。連帯モデルとは異なり、このモデルは個々人の関係に着目し、同一の個人がすべての側面において疎外されていることはないと認識している。なぜなら個人と個人の間にはさまざまな側面があるからである。個人が社会的交換に参加する自由を妨げる限りにおいて、「社会からの疎外」は差別の形をとる。ゆえに、国家が個人とグ

ループの権利および市場の競争を保障することでこの形態での「社会からの疎外」を避けることができる。このモデルは、グループの属性は個人に属するという見解の自由個人主義に基づいている。

### 3) 独占モデル・パラダイム

このモデルでは、「社会からの疎外」はグループ独占の結果生ずるものと見られている。社会秩序は強権的で、一連の階級的権力の関係を通して押し付けられるものと見られている。この社会民主主義、もしくは対立理論のもとでは、「社会からの疎外」は階級間の闘争や政治的権力状況を生み出し、インクルードされたもののみ利益が享受される。ゆえに、グループの境界は資源の独占であり、特権階級の団結を生んでいる。ゆえにこのモデルでは社会階級が存在する社会では真のインテグレーションはあり得ないとしている。

これら上記したモデルはあくまでもモデルであって実際には同一の国内でもその意味するところも議論も異なっている場合が多い。例えば、近年の英国政府の政策では、「社会からの疎外」は単に労働市場での問題を見るフレームワークとして用いられているに過ぎない。また特に、民主主義と工業化が遅れているような途上国においては、「社会からの疎外」、インテグレーションやインクルージョンといった概念は異なった理解がなされるであろう。

#### (3) 「社会からの疎外」とインクルージョンの意味：定義の検討

「社会からの疎外」に関して1つの固定した定義を用いることは問題が多いといえるだろう<sup>149</sup>。しかし、この困難さは、「社会からの疎外」という概念が分析のためのフレームワークとして問題が多いということではなく、逆に理論的な優位さである<sup>150</sup>。多様な意味・概念を内包するということは、フレームワークとしてはマイナスではなく、「社会からの疎外」という1つの窓を通して諸々の課題を多面的にとらえることを可能にしている。「社会からの疎外」は個人と社会双方にその原因を見るように概念化されている。前者における焦点は疎外されている人々の状況にあてられ、その状況の社会・文化・経済的特長を分析する。後者における焦点は人々のかかわりを促進また抑制するインスティテューションと規則に向けられる<sup>151</sup>。「社会からの疎外」は経済的、政治的、また社会的な市民権の欠如を引き起こすような過程とも言い換えることができるし、社会的・物質的豊かさを含むさまざまな社会資源へのアクセスとその平等な権利を減少させるものとも言える<sup>152</sup>。また、自分自身の人生・生活を管理し決定していくことが妨げられている状態を「社会からの疎外」としてとらえることも重要である<sup>153</sup>。例えば、幾つかの先進国に比べ、途上国では障害者が比較的目に触れる存在であり、そのことを理由に途上国では先進国よりも障害

<sup>149</sup> いくつかの定義をまとめる：「社会からの疎外」とは「もともとその人が占有していた場所から立ち退かせることと、特定の権利を剥奪し、場・空間へのアクセスを禁止すること」(Clert, C. (1999) p. 184)

「高い犯罪率や環境、不健康、低所得、失業、家屋状況の問題、技術がないといった問題が組み合わさったときにその地域もしくは個人につけられるラベル」(Porter, F. (2000) p. 77)

「経済的、政治的、また社会的な市民権の欠如を引き起こすプロセス」(Rogaly, B., et al. (1999) pp. 9-10)

<sup>150</sup> Silver, H. (1995) p. 60

<sup>151</sup> ILS (1996) pp. 11-12

<sup>152</sup> Rogaly, B. et al. (1999) pp.8-10

<sup>153</sup> Ginneken, W. (1998)

者はインクルージョンされている、という見方をすることがある。しかし、彼ら途上国の障害者が非障害者と平等の権利を持ちかつ自己の生活と人生を管理・決定する状況にあるかどうかは疑問であり、不平等な存在のまま社会に存在しているに過ぎないかもしれない。このように、物理的に混在していることのみからインクルージョンの状況を語ることの危険性をギネケンやロガリは指摘しているといえよう。

「社会からの疎外」は前記したように、その社会背景が異なることや目標とするものが異なることでその理解と定義自体が異なるが、いくつかの基礎的な概念は共有している。これらは以下の4点にまとめることができる<sup>154</sup>。

- 多面性・多次元性を理解し読み解こうとする
- 排除の過程とそのメカニズムに焦点をあてる
- インスティテューションと機関を排除の行為者としてとらえられる
- 個人および社会の双方に原因を見る

このように「社会からの疎外」の概念はいくつかの概念を共有しているが、実際に「社会からの疎外」と闘う戦略はその社会的背景と目的とする状態の違いによって異なる<sup>155</sup>。例えば、「社会からの疎外」を社会の結合やつながりを危険にさらす個々人の社会からの逸脱や混沌と見る伝統的な連帯パラダイムにおいては、エクスクルージョンの対概念はインテグレーションであり、その具体的な過程は少数者を多数者社会へ「挿入 (insertion)」する形として現れる。少数者の多数者文化への同化・吸収作用であるとも言える。これは障害者を正常な人間の状態からの逸脱状況と見、リハビリテーションや訓練によって彼らを正常化し、健常者社会（多数者文化）に再適合させようとしてきた従来の障害者福祉・リハビリテーションの考え方と共通したものである。このパラダイムではインテグレーションは社会の変革を意味せず、また求められもせず、エクスクルードされている個人を変え（社会のありようを変えるのではなく）彼らのための場所を社会の中に“空ける”に過ぎない。しかしながら、このようなインテグレーションは他のパラダイムでは理想的な状況とは理解されていない。UNRISDは、社会インテグレーションとは「単にインテグレーションそのものを増やすことが目的ではなく、より公正で平等な社会となるような状況を支援すること」であるとしている（UNRISD（1994））。この意味に従えば、社会の変革こそが「社会からの疎外」と対峙する方法であるといえる。しかし、再度留意されているのは、インクルージョンの状態が無批判に正のものと受け入れられることの危険性であり、強制的な統合など均一性を押し付け、文化・生活・思想の多様性を損なうような負の過程となる例や可能性がある点に十分留意することである。この点は次節で詳細に検討する。

UNRISDはインクルージョンもしくはインテグレーションの結果として起こりうる状況を次のようにまとめた（UNRISD（1994））。

インクルーシブなゴール：すべての人に平等な機会と権利が与えられている状態。

<sup>154</sup> IILS（1996）pp.14-17; Rodgers, G. et al.（1995）p.8; Clert, C.（1999）p.180; De Haan, A. and Maxwel, S.（1998）pp.11-13. この4点は、障害分野においても当てはまる（Konkkala, K.（1989））。

- ・ 障害者の差別や排他はさまざまな社会・生活のすべての側面においてなされている（多次元性）
- ・ 障害者排除は再生産されている差別であり、結果としてこの状態を正すにはその過程とメカニズムの解明が重要である。
- ・ 障害者差別の原因は社会の制度（障害の社会的生成論）と態度（障害の社会的構築論）である。
- ・ 障害（者）問題は、障害者個人と社会双方の状況を見る必要がある。

<sup>155</sup> Silver, H.（1995）p.77

負の内包：少数者を多数者社会・文化へ取り組むこととしてのインテグレーション。均一性の強要。

正でも負でもない状況：与えられた社会において単に人々がかかわり合いを持っている状態。

#### (4) インテグレーションとインクルージョン

ろう者であるコーカー（Corker）は、障害（者）問題をインクルードとエクスクルードという二極対立の概念だけで説明することは、障害者が経験している複雑な問題や、現在の支配的な文化がどのように彼らの経験を支配しているか、というような点を明らかにすることはできないと述べている<sup>156</sup>。これは、二元論的に基づく「社会からの疎外」フレームワークの構造主義的な特徴であり、以下のような課題を生んでいる。1つは“不平等なインクルージョン”を明確にできないこと、もう1つはインクルージョンを絶対的で理想的な状況と見なし、エクスクルージョンを絶対的な負の状況と見なししてしまう危険性である。例えば、少数民族や文化的なマイノリティが、自らの生存権や文化を確保するために自分たちを一般の社会から切り離していく過程は、一見エクスクルージョンされているように見えるが、実は自己のエンパワメントの過程であり、逆に本人の意思に反し、森林での狩猟生活から切り離され都市の貨幣経済の社会へと強制的に統合されるような状況は望ましい状況とはいえない。

この統合アプローチは、特に教育分野において「統合教育」として比較的早期から取り組まれてきた。しかしながら、統合教育は子どもを障害児と健常児とに分ける考え方を承認したうえで、障害児を健常児主体で健常児向けに作られた教育に統合しようとするものであった。例えば、ろう児の教育においては口話を強要し、手話を禁止するという形で聴者への統合を強制してきた。この考え方と実践は依然として障害者を“正常化”することで現状の社会へ適合させようとしている点において批判されている。この批判をもとにインクルージョンの概念が形作られた。インテグレーションの二分法的な性質とは異なり、インクルージョンの概念は多元論的な理解をもとにしている。つまり、前者においては、社会には多数者と少数者がおり、少数者が多数者の社会に統合されるという理解となるが、後者では、人々は全員異なっており、社会とはすべての人のためのものであって、誰かがそこに統合されるようなものではない、という見方をしている<sup>157</sup>。

<sup>156</sup> Corker, M. (1998)

<sup>157</sup> コーカーはろうの文脈において両者を以下のように定義している (ibid. p.146)。

インクルージョン：障害者か否か、ろう者か否かにかかわらず、すべての人が、自己表現や規範・慣例、行為、またその転換を集合的に決定することなどに参加できる社会的また教育的統合の過程である。

インテグレーション：障害児とろう児を非障害児と非ろう児と一緒に、聴者と非障害者の行為・行動を基準や規範とする普通学校において教育する過程。ゆえに、ろう児と障害児を規定の、またしばしば不適切な枠組みに“適応”させることが強調される。

ろうコミュニティは、リハビリテーションなどによってノーマライズされて社会に参加すべきアブノーマル（もしくは非主流）の存在ではなく、文化的な少数者として社会的に存在が肯定される社会構成員であるという見方を提示した。表現を変えれば、“ろう”であることをすてることによって社会に統合されるのではなく、“ろう”の存在自体が文化的な少数者として認められる社会を創造することを目指した。これはまさしくリハビリテーションによって回復したものでなければ社会参加・復帰が認められないかのようなリハビリテーション・回復信仰への警鐘となり、障害文化という概念と戦略を形作った。生物学的な視点のみで障害と取り組んでいたならば、このような価値基準の転換は起こりえなかったに違いない。またこれは、少数者にとっては力の関係を問題視することなしに主流社会への統合や参加が論じられた場合、それは少数者の多数文化への強制的な迎合、取り込みを強要するものとなる危険性があることをも示している。

ろう者の経験は、エクスクルージョンとインクルージョンの状況を絶対的で固定した方法でとらえることの危険性を示している。近年まで学校教育においては、手話の使用を禁止する国が多々あった<sup>158</sup>。その理由は、手話を用いることは口話の獲得を遅らせ、ひいてはろう者が社会に適合することを遅らせる、というものであった。しかしながら、手話の否定は単にろう者の言語と文化を否定したのみではなく、ろう者の自負心を大きく傷つけてきた<sup>159</sup>。ろう者にとっては手話の禁止と聴者主体の学校への強制的な統合の2つがろう文化への迫害であるとしている<sup>160</sup>。結果として、統合教育ではなく分離型のアプローチと教育がろう者にとってはエンパワメントの過程としてより受け入れられている<sup>161</sup>。

インクルージョンもインテグレーションも、エクスクルージョンの対立概念であり「社会からの疎外」が解決された後の状態を表すものであるが、両者には上記したような違いがあり、単に用語として注意深く使うということだけではなく、その言葉の土台となる概念が違うことに注意すべきである。また、インクルードされているからといって、その状態が必ずしも正の状態であるとは限らない。逆にエクスクルードされている状態も、それがエンパワメントのために人々が協力して行動を起こすための前提として必要である場合もあり、その場合においては、自らを社会から疎外することは負の状態とはならない場合もある<sup>162</sup>。「社会からの疎外」のフレームワー

<sup>158</sup> 歴史的に見ると、1880年のミラノにおけるろう者の教育に関する国際会議において口話による方法が適切な教育方法とされ、手話は指導方法としてその使用を禁止された。

<sup>159</sup> 沖縄などでの方言の禁止などによる影響と同じといえるだろう。

<sup>160</sup> IDF (1999) p. 133; Nagase, O. (1995) p. 51

<sup>161</sup> ろう者に対する分離教育の権利は、統合教育の推進を目標に掲げたサラマンカ宣言においても認められている。ろう者の普通学校教育への統合が適切な支援なしに行われたこともその重要な一因である。授業内容・指導方法等への十分な配慮がなく、ろう児は全く分からないまま聴者であることを前提とした教育に向き合わなければいけなかった。結果としてこの“統合”による方法はろう者の教育機会を奪い、教育の質を低下させた。

<sup>162</sup> コーカーによれば、この点においてろうコミュニティと身体障害者が主となる障害者運動はインクルージョンに対して若干異なった視点を持っていることが説明されている。

ろうコミュニティ	障害者運動
相 違 点	
(障害者としてではなく)少数者としての「ろう」を強調。ろう(者)と聴(者)とを明確に区別する。	個人と社会を切り離して考えている障害の社会モデルを基礎としている。
個々人の障害の定義を受け入れ、機能障害と能力障害を区別しない。	個々人の障害の定義を却下し、機能障害と能力障害を区別する。
分離教育と、独自の文化集団として社会に共存することの権利を強く信じている。	いくつかの障害者グループにとっては受け入れがたいことは理解しつつも統合教育(inclusive education)と社会へのインクルージョンを強く信じている。
代替的なコミュニティを作ることを抑圧からの解放ととらえ、ろうであることを否定的にとらえるのではなく、肯定的にとらえることを強力に主張する。	抑圧からの解放の責任を抑圧側の変化に委ね、直接的な行動とその他の方法によって何を変革べきかを詳細かつ明確に要求している。
相 似 点	
西洋文化社会における文化的な抑圧の歴史。例えば優性思想や施設化、大量虐殺などがその例。	
どちらも障害とろうに関して実質主義的立場をとる。例えば“人はろう者か聴者かのどちらかにしかあり得ない”や“障害は個人か社会かのどちらかにしかあり得ない”。	
1981年の教育法とその改定、児童法や障害者差別法など、主要な法律はすべて障害者の医学(個人)モデルによっているという理解。	
機能障害という考え方・見方から一定の距離を置いている。	
多元論や個性化といった概念との不適合。	
社会的アイデンティティ、社会運動、そしてコミュニティを自分で定義すること。	
自己決定への強い信奉。	
ろうを言語少数者として構築することへの理解。	

出所：Corker (1998) p. 31

クを、単にインクルードされている人とエクスクルードされている人を区別するために用いるならば、このフレームワークは多くのことを見落とすだろう。これを回避するためにも、本論文では、参加、エンパワメント、そして「社会からの疎外」という3つのフレームワークを組み合わせることで、多面的で多層的な障害（者）問題を読み解くためのフレームワークを検討しているのである。そのためには「社会からの疎外」フレームワークの限界や課題を明確にすることが必要であり、次にそれをまとめる。

#### (5) 「社会からの疎外」概念とそのフレームワーク化への示唆

「社会からの疎外」概念の最大の利点でありかつそれゆえの課題は、その二元論的構造にあり、多くの批判と問題提起はこの構造に基づいている。この二分法ゆえに、疎外されている人々と社会との関係を明らかにすることができた一方で、これを強調し過ぎることは、人々の抵抗やその力、また複雑に絡み合う要因への注意を弱めてしまい、結果として、「社会からの疎外」の状況を静的な状況でとらえることになり、人々がこのような状況の中でどのようにインクルードとエクスクルードの状況を行き来しているのか、また抵抗しているのか、といった動的な理解が困難となる<sup>163</sup>。この「社会からの疎外」をフレームワークとして用いることについては1995年の社会開発サミット以降、開発分野では多々議論されてきており、以下にそれらの議論における示唆をまとめた。

1つ目は、「社会からの疎外」フレームワークは結局のところ、エクスクルードされている人々という集団を作りあげ、被疎外者という烙印を人々に押すことになるということ。2点目は、この二元論的構造は、社会の中に、例えば女性やろう者などの被差別者が自分たちの方法で世界を理解し、自らの価値観を築いていくような自分たちの場となる代替的「場」や対抗文化の創造や存在の重要性を無視し、弱めてしまう可能性があること。このような代替的「場」は対抗文化を築き、社会の価値観の変革を迫り社会をより公正で公平なものへと変えていくにもかかわらず、この点を軽視する統合政策はこういった社会変革を弱めてしまう可能性がある(Morris(1997b))。3点目は、「不平等なインクルージョン」という状況に対し十分対応できないことである<sup>165</sup>。4点目は「社会からの疎外」フレームワークがインスティテューションに注目するあまり、現実の関係性を軽視してしまう可能性である。つまり、インスティテューションにかかわらず、人々が交渉や抵抗などによって状況を変革していこうとする対抗する力を読み解くことを見逃すということである<sup>166</sup>。5点目は、「社会からの疎外」という概念は西欧社会を中心に議論されてきたも

<sup>163</sup> Jackson, C. (1999); Porter, F. (2000)

<sup>164</sup> positive exclusionとも説明される。

<sup>165</sup> ジェンダーでは女性は社会から排除されているのではなく不平等にインクルードされている、という見方をしている。つまり、不平等なインクルージョンの状況を読み解くことができなければフレームワークとしては有効にはならないということである。

<sup>166</sup> Porter, F. (2000) p.79. 表記をすると明確になるが、インクルージョンはたいてい「(社会に)インクルードされる」という受動表現となり、自らを「社会にインクルードする」という表現とはならない。これはインクルードやエクスクルードをする主体、もしくはその行為者がその人自身ではなくインスティテューションや他者である、ということを示している。ゆえに「社会からの疎外」フレームワークに基づく取り組みもインスティテューションや社会に重きが置かれる。これに対し、参加という概念は、その基礎にその人個人の抵抗や交渉といったものを読み解く力があり、表現においても「社会に参加する」という表現が用いられ能動的な側面が強調され、「参加させられる」といったような受動的表現は好ましくない状況を示している。

のであり、それが途上国の状況を読み解くものとなるかどうか、という点である。前述したように「社会からの疎外」とはその社会・文化・歴史的背景に強く根ざしており、西欧の近代工業化と雇用労働や市場経済といった状況のもとに形成された「社会からの疎外」というフレームワークが、そういった背景が異なる途上国においては有効ではないかもしれない、という指摘である。6点目は、測定可能な指標が明確ではないという点である。

「社会からの疎外」というフレームワークに基づいて社会を読み解く場合、単に排除されている人や集団を見つけるのではなく、常に、インクルージョンがいったいどういう意味で用いられ、何をもってインクルードされているのかということ、また誰がそれを定義しているのかというインスティテュションを明確にすることが必要である<sup>167</sup>。

### 3 3 5 まとめ：参加フレームワークの留意点

これまでの「参加」「パワー・エンパワメント」そして「社会からの疎外」をめぐる議論の検討を通して、途上国における障害（者）問題を多面的で多層的な参加の視点から読み解くための留意点やその視点を検討した。このフレームワークの具体的な留意点を以下にまとめる。

地域社会において、実際に参加やその他の概念がどう理解され実践されているかを理解することが必要である。言い換えれば言説分析が必要ともいえる。すべてのコンセプトは社会的な文脈から自由ではなく、同じ言葉・用語が同じ土地であっても、言語や民族、文化や性別、また社会階級が異なることで、その使われる意味が変化することに留意すべきである。

障害者が参加しているといったとき、誰が、社会のどのレベルで、どの側面で、どのように、またどの分野で参加しているのかを明確にすることが大事である。1人の障害者がある場面では参加できるのに、異なる時間と場面では参加できていないかもしれない。逆にその障害者が他の障害者の参加を阻む側に回る可能性もある。この参加の分野は、社会、経済、政治と分けることができるかもしれない。レベルとは家族というマイクロなレベルから地域社会、または国家、国際といったマクロまでを見ることも求められる。分野とは個人的なものから社会的なものまでをも含む。参加は、現在の社会への参加だけを見るだけでは足りず、それに加えて、より良い社会の創造を目指した過程への参加を含むものでなくてはならない。

実際には2つの区分は厳格なものではないかもしれないが、参加はさまざまな取り組みの過程と結果の両方において見られるべきである。

プロセスへの参加を見る場合、単に参加している・いない、ということではなく、参加の様式が問われるべきである。この参加は、ユーザー、貢献者、そして意思決定の3つの分野で見ることができる。参加は必ずしもいつも完全で平等で、肯定的なものとは限らない。ある人の参

<sup>167</sup> 例えば、“健常”な“男性”が社会規範の決定により大きな影響を与える社会では「経済的生産性」が重要な基準になり、その基準によれば女性や障害者は排除の対象となる。デ・ハーンは「社会からの疎外」フレームワークの多次元性（どこにおいて疎外されるか）とその過程（誰によって疎外されるか）の重要性を強調しているが、これに加えて最も重要であるのは、疎外される理由、基準とその判断システム（なぜ疎外されるのか）を明確にすることである（De Haan, A., 1998）。疎外の状況を明確にするだけで、その原因が明らかにできなければ、それはフレームワークとしては有効ではない。リプトン（Lipton）は疎外もしくは不平等なインクルージョンを引き起こす原因を挙げており、そのうち以下の4点は障害分野においても大事な示唆を与える（Lipton, M. (1998)）。 生物学的標準：危険や恐怖からの回避、 社会的に与えられている役割：二級市民やカーストなど、 統合へのコスト、そして 個人の達成度・（貢献）能力。

加は他の人や集団に比べ、部分的で、不平等で、限定的で、否定的な形態で起こる可能性も多い。もしくは他者の目的のために参加の名のもとに強制的に利用されているに過ぎない可能性もある。これらの問題を明らかにするためにも参加は自分自身の生活のコントロールという視点からも読み解かれる必要がある。

分析の対象は個人であり、集団であり社会であり、社会の制度や様式すべてである。調査は単に参加している個人や排除されている個人を探すことではない。参加を制限したり促進したりする社会の要因を明らかにすることがより重要である。先述したが、同一の障害者が時と場所が変われば参加が可能であったり不可能であったり、また逆に抑圧側に回ることもある。個人の参加は固定されたものではなく、流動的で時間と場によって変わる。要因としては、特に態度と制度について十分な検討が必要である。

参加に関する最も根源的な問いは、誰がどうやって参加を定義し、それに基づいた行動をしているのかということである。これを明確にするためには、常に障害者自身や地域社会の人々との対話が重要である。これなくしては、不適切な参加の概念をもとにその地域社会や人々の参加を読み解くことになる。

本節では途上国における障害（者）問題を読み解くためのフレームワークとして、参加という概念を中心に、障害分野でより支配的で社会のインスティテューションにより焦点をあてる「社会からの疎外」という概念と、開発分野でより支配的でより個々人の努力や抵抗に焦点をあてる「パワー・エンパワメント」の概念の3つの議論を検討した。

先に論じた「潜在能力」アプローチを基礎に、本節で論じたフレームワークを開発における障害分野の取り組みのより具体的なフレームワークとすることで、途上国の障害（者）問題と障害者の状況を実際の生活に則し、かつその多様な側面を反映することが可能となる。しかしながら、これは完璧なフレームワークではなく、常にその欠点や留意点を念頭に置きつつ利用することが重要である。

## 4 . ツイン・トラック・アプローチ ( 1 ) : メインストリーミングとしての「開発の障害分析」

### 4 1 ツイン・トラック・アプローチ

#### 4 1 1 ツイン・トラック・アプローチの概要

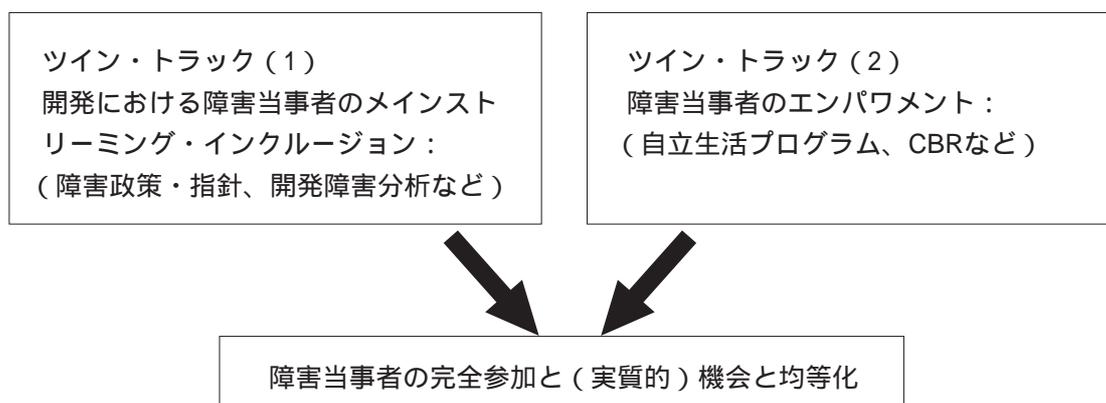
ツイン・トラック・アプローチ ( twin-track approach ) とは、主にジェンダーの分野において取り組まれてきた方法で、開発という全体の枠組みにおいてジェンダーという視点を反映すること、つまり開発におけるすべての取り組みにおいてジェンダーによる不平等・差別の撤廃と取り組むことと、女性のエンパワメントにより焦点をあてた取り組みを並列に行うアプローチのことである<sup>168</sup>。障害 ( 者 ) 問題がジェンダーと同様に開発における分野横断的課題として位置付けられるようになったことから、このツイン・トラック・アプローチの障害分野への適応の有効性が議論されている<sup>169</sup>。

障害分野における複線ツイン・トラック・アプローチとは、具体的には、一般の開発協力のなかに障害の視点を組み入れる開発の障害分析、および障害者を区別することなく一般の取り組みに組み入れる障害 ( 者 ) のメインストリーミング・統合 ( inclusion ) と、障害当事者のエンパワメントを主対象とするアプローチを並行して進めるアプローチとなる ( 図4 1 )。

#### 4 1 2 なぜツイン・トラック・アプローチが必要なのか：従来のアプローチの課題

ツイン・トラック・アプローチが代替アプローチとして注目されだした背景には、障害が単なる心身の機能不全としてではなく、参加の制限や「社会からの疎外」としてとらえられるようになってきたこと、そして障害者の権利が着目され始めたことがある<sup>170</sup>。

図4 1 障害におけるツイン・トラック・アプローチ



出所：DFID ( 2000 ) を改変

<sup>168</sup> DFID ( 2000 )

<sup>169</sup> Lang, R. and Seddon, D. ( 1999 ) ; Seddon, D. et al. ( 2001 )

<sup>170</sup> DFID ( 2000 )

従来のアプローチの課題は主に以下の2点にある。まず1つは、従来のアプローチにおいては、障害という課題は個人の心身の機能不全としてとらえられ、リハビリテーションによって機能を回復し現在の社会に復帰することが目標であった。そのため取り組みは、機能回復と取り組む医療・福祉・教育という分野の課題とされた。この取り組みは言い換えれば、障害者の社会参加を支援するものではなく、障害者を健常者にすることで社会参加を達成するものである。しかし、現実にはどれほど適切なりハビリテーションを行っても、心身の機能が改善することはあれ完全に回復し機能的障害の全くない健常者となることは少ない。結果、このアプローチのもとでは機能障害が有したままでの自立や社会参加は支援されず、結果として多くの障害者の社会参加が制限されたままとなっていた<sup>171</sup>。

2点目は、上記とも重なるが、障害者は特別な対象として一般から区別され、一般のもしくは通常の開発の取り組みから区別されて行われてきたことにある。従来、この分離・区別型のアプローチは障害者に適したプログラムが提供できる点において有効であるとされてきたが、これは障害(者)の多様性を無視した仮説で、現実にはある基準に沿わない多くの障害者はそこからさえも排除されてきた<sup>172</sup>。またこういった「特別」なプログラムへの予算は「一般」の予算より格段に少なく、また地理的にも都市部などに集中し、結果的にサービスを受けられない障害者が多かった。

これらの課題を解決するには、障害者のまま<sup>173</sup>での自立した生活と社会参加を支援すること、そしてすべての取り組みにおいて障害者を区別せずに統合した取り組みがなされるアプローチが必要であり、それがツイン・トラック・アプローチとして形成された。

#### 4 1 3 ツイン・トラック・アプローチの要素

ツイン・トラック・アプローチは上記したようにメインストリーミングとエンパワメントという2つの取り組みからなるが、両者は相互補完的に重なる点も多く、明確に分かれたものではない。またより重要であるのはメインストリーミングとしての取り組みである<sup>174</sup>。その理由は、メインストリーミングとして開発の政策レベルでの分析が行われることが、実践のレベルでのエンパワメントの基礎ともなるからである。この2つの取り組み双方において重要な基礎となるのは障害(当事)者の主体としての参加である<sup>175</sup>。その理由は参加そのものがエンパワメントであり、障害という視点からの分析は障害者自身が行うことによってより適切なものとなる可能性が高いからである<sup>176</sup>。

もう1点留意すべき点は、ツイン・トラック・アプローチは多分野アプローチ(multi-sectoral approach, multi-disciplinary approach)といわれるものとは基本的な概念が異なり、それらを混

<sup>171</sup> Miles, S. (1999)

<sup>172</sup> DeJong, G. (1979)

<sup>173</sup> 被差別者としての障害者という意味ではなく、心身の機能不全を抱えながら、という意味である。

<sup>174</sup> USAID (2002)

<sup>175</sup> STAKES (1997)

<sup>176</sup> Oliver, M. and Barnes, C. (1997)

同するのは危険である点である（表4-1）<sup>177</sup>。多分野アプローチも従来のアプローチに対する代替戦略であり、ツイン・トラック・アプローチの具体的な取り組みと重なる点も多く、両者は相対立する概念ではない。しかし、それはツイン・トラック・アプローチの核心である分離型アプローチの抑制と開発戦略そのものの分析という2点が十分に着目されていない点において不十分と言える。

多分野アプローチの問題点は障害者を排除してきた根本的理由である各分野の政策や制度そのものの改革を求めないがために、結果として分離・区別型アプローチを助長すること、そして「分野」という枠組みを継承している点にある。多分野アプローチは障害分野における従来のアプローチの問題点を、医療や教育という分野に偏りすぎ、他の分野において障害者への取り組みが十分に行われていないことに置いている。そして、さまざまな分野において障害者のための取り組みを行うことを目指すものである。しかし、この取り組みは「一般・通常」の取り組みに加えて障害者のための「特別な」サービスを追加するという形での取り組みを意味している<sup>178</sup>。例えば、マイクロ・ファイナンスという取り組みでは通常のものに加えて「障害者のための」特別なマイクロファイナンス・プログラムを作ることであり、「通常」のプログラムがなぜ障害者にとって使えないものであったかを分析しそれ自体をインクルーシブなものに変えることを意味していない。現実には、障害者の取り組みを教育や雇用という分野に広げる過程でとられた戦略は、教育においては障害者のための特別な学校やクラスを一般の学校とは別に作る特殊教育（special education）であり、雇用においては通常の職業訓練プログラムをインクルーシブなものにするのではなく障害者のための特別なプログラムを作ることであった<sup>179</sup>。

また、教育や医療といった縦割りの行政上区分といった「分野」に沿うことは、そういった分類によっては分類が不可能な自立生活支援の包括的な取り組みを見逃すことを助長する。例えば、自立生活プログラムが行ってきた介助者調整や自立生活支援、ピア・カウンセリングといったものは縦割りの分野に沿った取り組みでは見逃されてきた取り組みである。

#### （1）ツイン・トラック・アプローチ（1）：メインストリーミング、インクルージョン

ツイン・トラック・アプローチの主となる柱は、開発そのもの、つまり政策・指針・プロジェクトやプログラムなどの取り組みなどにおいて障害という課題と障害者の双方を分野横断的課題としてとらえ取り組むことである。それは開発における障害（者）問題のメインストリーミングもしくはインクルージョンといえる。それによって障害政策や障害（者）問題と取り組む指針などが形成され、プロジェクトやプログラムなどが障害者を排除しないものとなる。

具体的には開発政策やプロジェクトを障害という視点から分析する開発の障害分析（Disability Analysis of Development: DAD）や、貧困やジェンダー、マイクロ・ファイナンスや災害対策などといった取り組みをしている草の根の開発NGOなどがその取り組みに障害の視点や障害者を組み入れることを支援する「開発における障害へのコミュニティ・アプローチ（Community

<sup>177</sup> マルチ・トラック・アプローチ（multi-track approach）という用語と概念も議論されているが、これは取り組み分野を増やすという意味で用いられており、多分野アプローチに近い概念である（Edmonds, L. J. (2002); Ortali, F. (2000)）。

<sup>178</sup> Ministry of National Unity and Social Development (1996)

<sup>179</sup> Kalyanpur, M. (1996)

表4 1 ツイン・トラック・アプローチと多分野アプローチの相違点

	ツイン・トラック・アプローチ	多分野アプローチ
着眼点	従来の取り組みでは、障害者は一般の取り組みから排除され、分離型のアプローチが取られている	従来の取り組みは医療分野のみに偏っている
戦略	開発における障害分野と障害者のメインストリーミングとインクルージョン、およびエンパワメント	障害者に対して取り組む分野の多様化
課題	実施の困難さ：根本的改革を要求する	分離型アプローチの継続

出所：筆者作成

Approaches to Handicap in Development: CAHD)」という取り組みとなる<sup>180</sup>。

## (2) ツイン・トラック・アプローチ(2): エンパワメント

ツイン・トラック・アプローチのもう1つの柱は、障害者のエンパワメントを主課題とする取り組みである。現実的には障害者が対象となるような取り組みが主になるが、それは障害者を対象にした取り組みだけを意味するのではなく、エンパワメントのための法律や政策・制度の整備や転換、バリアフリーといった環境改善など社会・環境を対象にしたものも含まれ、上記のメインストリーミングのアプローチと完全に二分できる取り組みではない。もう1点重要であるのは、障害者のエンパワメントと機能回復とは同義ではないことである<sup>181</sup>。機能の回復はエンパワメントの一部に過ぎない。

開発における具体的な取り組みとしては障害者団体(自助団体)の育成、自立生活プログラム、CBR、リーダーシップ研修などがある。しかし、重要であるのはそういったプログラムの枠組みではなく、その過程においてエンパワメントという目的が優先され達成されることである。

ツイン・トラック・アプローチは上記したように、参加の制限や「社会からの疎外」、また権利の課題として障害と取り組むことに対して有効で具体的なアプローチの枠組みを示す。しかしながら、開発における障害のメインストリームやインクルージョン、また開発の障害分析に関しては今まで十分な取り組みがなされていない。例えば、今まで障害分野とかかわってこなかったようなプロジェクトチームなどに障害分野統合の重要性が本当に理解されるのかといった点や、開発政策そのものを見直すといったような抜本的な改革がどこまで実施可能であるとかといった課題を残している。

本章ではまず、ツイン・トラック・アプローチの最初の柱となる開発における障害(者)のメインストリーム・インクルージョンとしての障害政策・指針と開発の障害分析の2つについて論

<sup>180</sup> Jones, H. (1997); Krefting, L. and Krefting, D. (2002); Liton, S. A. (2000). CAHDについては添付資料6に詳細をまとめた。

<sup>181</sup> 機能回復の取り組みを否定するものではない。機能回復がすべてに優先して取り組むべき課題と位置付けられ、その他の取り組みは機能回復がなされてからという従来の位置付けの否定である。

#### Box4 1 ODAにおける障害分野の取り組みの研究：ガーナの事例

メッツらは、開発援助機関における障害分野の取り組みがどれだけ開発全体の枠組みの中で取り込まれ、障害者のエンパワメントと開発の過程と結果へのインクルージョンとなっているかをガーナにおける1994-1995年度の政府開発援助を例に検討した。

この調査では、選出された16の機関のうち、2つの機関のみが障害分野の取り組みに関する政策もしくは行動指針を有していたに過ぎず、ガーナにおける開発援助総額に占める障害分野の割合は1994年度で0.09%、1995年度で0.15%に過ぎなかった。ガーナに支援を行う開発援助機関は多数存在するが、多くの機関は少額なものにとどまっている。本調査ではこれらの機関のうち主なものとして6つの国際援助機関と10の二国間援助機関を取り上げた。国際援助機関は、世界銀行（WB）、ヨーロッパ連合（EU）、World Food Programme（WFP）、国連開発計画（UNDP）、ユニセフ（UNICEF）、そして国連高等難民弁務官事務所（UNHCR）の6つであり、二国間援助機関は日本、アメリカ合衆国、英国、フランス、ドイツ、オランダ、デンマーク、そしてカナダの8カ国（日本とアメリカ合衆国が2機関ずつ）である。国際機関では世界銀行が最大の援助機関でEUがそれに続く、政府開発援助機関では日本が最大でアメリカ合衆国とドイツがそれに続く。

これら16の機関のうち、UNHCRとアメリカ平和部隊（ピースコー）のみが障害分野に関する政策もしくは行動指針を有しているに過ぎず、他の機関は開発のメインストリームにおいては障害分野と取り組んでいなかった。UNHCRは国連障害者の人権宣言（1976）を尊重し、障害者の統合とエンパワメントに留意した活動を行っていた。ピースコーは、指針においてすべての活動において障害者の統合を念頭に置くことを述べていたが、現実には本調査の研究者が指摘するまでこの指針があることはピースコーの現地職員は知らなかった。

出所：Metts and Metts（2000）から作成

ずる。前者については主に政府開発機関の障害分野の政策や指針の検討によって行う。後者はフィンランドやスウェーデン、ノルウェーなどの政府開発援助機関が提唱している開発の障害分析のツールであるプロジェクト・チェックリストを検討したうえで、JICAにおいて実際に使用できるものを作成し検討した。ツイン・トラック・アプローチの2つ目の柱であるエンパワメントについては、次章においてCBRに焦点をあて論じる。

## 4 2 開発援助機関の障害政策・指針

### 4 2 1 障害政策

開発という分野・取り組みにおいて障害（者）問題が単なる「健康」もしくは「医療」という一分野の課題として取り込まれるのではないこと、そしてすべての人がさまざまな課題に直面しているように障害者も同様に多様な課題に直面しており、障害者が開発のすべての取り組みにおいて統合され、その統合が阻害されるような障壁と取り組むことが重要であることは、「国連障害者の10年」とそれに続くアジアやアフリカなどの地域での10年において主要な課題として取り上げられてきた<sup>182</sup>。そして、その取り組みを進めるためには、各開発援助機関がその取り組みのあり様を決める障害政策とその実施指針を定めることが必要であり、その政策は単に医療や身体機能の課題として障害（者）問題を扱うのではなく障害者の生活全体をとらえ取り組むこと、そして民主化を促すものであることが求められている<sup>183</sup>。

<sup>182</sup> Disabled Peoples' International（1985）

<sup>183</sup> Konkkala, K.（1996）p.10

近年、障害（者）問題は開発における課題として注目されるようになり、一般の開発援助機関においてもさまざまな取り組みがなされてきているが、いまだ障害という課題は、貧困やジェンダー、また環境などのように分野横断的課題として開発全体の枠組みの中で位置付けられているとは言いがたく、包括的な障害政策を制定し推進している開発援助機関は少ない（Box4 1）。本節では障害政策に焦点をあて、その内容と実施における課題などを検討する。

この障害政策に関する調査においては、開発援助機関を国連機関などの国際開発援助機関、政府開発援助機関などの二国間開発援助機関、開発一般の非政府開発援助機関、障害分野における非政府開発援助機関の4つに分類し、それぞれに関して政策と障害分野の取り組みに関する情報を収集し、必要な機関については電子メールおよび電話において確認作業を行った。

#### 4 2 2 開発援助機関の障害政策の概要

まず結果から言えば、多くの機関が障害分野を開発の課題として取り上げ始めており、特に過去5年ほどの間にその取り組みは拡大している<sup>184</sup>。しかしながら、それらの取り組みはあるものの、本調査の対象となった11の政府開発援助機関のうち障害政策を有していたのはアメリカ合衆国国際開発庁（USAID）とノルウェー開発協力機構（NORAD）の2機関のみであり、指針を有している機関もスウェーデン国際開発協力庁（Sida）のみであった<sup>185</sup>。国際開発援助機関としては、アジア開発銀行や世界銀行<sup>186</sup>も近年障害分野の取り組みに力を注いでいるが、自身の活動を方向付ける政策や指針の策定までにはいたっていない。OECDは障害分野に関しては言及していない。国連機関ではWHO、ILO、UNESCO、そしてUNICEFが伝統的に障害分野に取り組み、CBRやインクルーシブ教育などの戦略を想起し実践しているが、政策として障害分野の取り組みがまとめられてはいない。また、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）や国連開発計画

<sup>184</sup> 世界銀行やアジア開発銀行（ADB）をはじめ政府開発援助機関が障害分野に関する会議を開催したり、調査・研究とのその発行や障害分野の協力連携（例えばIWGDDの設立）などの活動が活発になったのは1997年以降である。

<sup>185</sup> デンマーク国際開発省（DANIDA）とフィンランド外務省に関しては、自身は障害政策を有していないが、デンマークについては障害分野の協力をDANIDAと共に行っているデンマーク障害者団体協議会（DSA）が、フィンランドについてはフィンランド外務省と障害分野において協力をしているフィンランド福祉保健研究開発センター（STAKES）が障害政策・指針を有している。英国は国際開発庁（DFID）が障害分野の課題報告の中で基本的理念やとるべきアプローチを議論し、DFIDが進める「知識と調査プログラム（Knowledge and Research programme : KaR）」において、「障害と健康」を、都市化、交通、水、土工とともに5つの重要な分野の1つとして取り組んでいるが、政策や指針としては確立していないDFID（2002）。JICAについては指針を作成中である。

<sup>186</sup> 1950年代から1980年代まで世界銀行の取り組みは経済発展を至上にしており、再分配や福祉といった課題は重視されてこなかった。しかしながら1980年代後半から1990年代にかけ、より広義の意味において開発がとらえられ、まだその多くは人的資源開発と経済発展という側面においてはああるものの、社会や福祉の課題が着目されるようになってきた。障害分野に関してはこの変化が顕著であり、2002年には障害分野専門官として、障害分野においては国際的に認知されているジュディ・ヒューマンが着任した。彼女自身ポリオの後遺症による障害者である。彼女は、今後は障害者も同様に経済発展の本流に位置するものとなり、教育や雇用機会の均等などの課題がより取り組まれる必要があるとしている。ヒューマンの就任は世界銀行が障害分野を開発のメインストリームにおける課題の1つとして取り上げ、それを支援していることを示している。世界銀行の社会保障・人的資源開発局のホルツマンは、ヒューマンの着任により障害分野が貧困との取り組みにおいて重要な課題として取り上げられていくだろうと述べている。しかしながら、ヒューマンはまだ着任したばかりであり、このような世銀の変化が実際の取り組みにおいてどのような変化を起こしていくかは今後精査に見ていく必要がある。

(<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20048666 menuPK:34463 pagePK:34370 piPK:34424,00.html>)

(UNDP)なども、難民対策における障害者への配慮やその他の開発プログラムにおける障害者のインクルージョンに対応した取り組みをしており、それらの具体的な取り組みにおけるインクルージョンのための具体的な指針が作られている (UNHCR (1997))。また、国連アジア太平洋社会経済委員会 (UNESCAP) はアジア太平洋障害分野の10年の推進などにおいて積極的な役割を果たしている。NGOに関しては開発一般のNGOとしてはOxfamなどがジェンダーを含めた差異のある人々への配慮を考慮した計画・戦略の中で障害分野についても言及している。また障害分野のNGOにおいてはリハビリテーション・インターナショナル (RI) やインクルージョン・インターナショナル (II) 国際開発・障害協会 (IDDC) やヨーロッパ障害フォーラム (EDF) などが包括的な指針をまとめている。

本節では、現在障害政策を有する政府開発援助機関であるUSAIDとNORAD、およびSidaに焦点をあて検討する。

まず、上記の3団体およびDANIDAとフィンランド外務省それぞれの協力団体であるDSAとSTAKESを含めた6つの政策・指針に共通しているのは、「国連・障害者の機会均等化に関する基準規則」および「障害者に関する世界行動計画」を基礎にしていること、つまり障害者の人権と機会の平等を保障するということ、障害(者)問題と障害者の開発へのメインストリーミングもしくはインクルージョンがそのための重要な戦略であること、メインストリーミングに加えて従来の障害者を対象とするプログラムを並行して行うこと、もしくはツイン・トラック・アプローチが手法として提唱されていること、障害者本人の開発のすべての分野・過程への参加が重要であり効果的であること、機能回復に焦点をあてたりハビリテーション以上に生活・自立・社会参加の支援がより重要であること、そして障害者団体の設立・育成などによる障害者自身のエンパワメントが重要であること、の6点が共通の性格となっている<sup>187</sup>。これに加えて北欧諸国は自国の障害者団体を通して相手国の障害者団体を支援する戦略を中心に据え、USAIDは自国の障害者差別禁止法であるADAを反映することがその根幹になっている。以下に各国の詳細をまとめる。

#### (1) NORAD

開発における障害者のインクルージョンを主目的とするNORADの障害政策は、1999年にノルウェー議会によって採択され、ノルウェー政府外務省の行動指針となった枠組みをもとにしている (Box4 2)。

この政策においては、障害者が直面する究極の課題は社会からの疎外であり、開発という枠組みに沿って言えば、この「社会からの疎外」と貧困という2つの大きな課題において障害(者)問題をとらえ取り組むことが必要であるという立場に立っている。この障害理解に立脚したうえで、障害政策として基礎となるのは国連障害者の10年の終了にあたって採択された22の規則からなる「基準規則」である。そのなかでも最も重要な柱は「機会の均等化」と「平等な権利」の2つであり、NORADの障害政策においてもこの2点がすべての側面において基礎を成している。

<sup>187</sup> DSA (1992); Wiman, R. (1996)

## Box4 2 開発援助における障害者のインクルージョンに関する計画（1999）

### 優先的に取り組まれる課題分野

- ・障害者が置かれている状況を改善し、公共サービス、アクセシビリティ、保健、教育、雇用、組織、文化、民主化、そして協議といった場において彼らの権利が保障されること
- ・開発援助は最も貧しい人々に対して向けられ、彼ら自身の参加による状況改善に向けて焦点があてられること
- ・最終的な目標が社会へのインクルージョンであり、そのためにはノルウェー政府が地域社会において行う地域社会サービスという支援自体が障害者にとって利用可能なものであること
- ・国連基準規則においては生活と医学的ケアに関する権利が最重要視されている。医療サービスが利用可能であることはもとより、プライマリー・ヘルスケアにおいて予防的側面が取り組まれることが重要である

この計画を実行するために、NORADは以下の点を行うことが必要である。

- ・相手国政府との討議において、障害者の権利が必ずその構成要素として取り上げられること
- ・NORADは二国間援助において、障害者支援のための具体的な行動計画と手法を作成すること
- ・NORADは計画にのっとり、障害者団体の包括的組織であるAtlasをはじめ、障害当事者団体との協力をさらに深めること
- ・NORADは障害者支援に関する事項が管理運営・報告において明確に取り上げられることを保障すること

出所：NORAD（2002）p.6から作成

### 1) 政策の実践

この政策を実践に移すにあたり、特に重要な分野・課題となるのは、貧困、人権、HIV/AIDS、および子どもに関する分野である。これらの分野においてサービスの利用が可能であること（アクセス）、ステークホルダーとして認識されほかのステークホルダーと同様に参加しそれらの活動の意思決定に対して影響力を発揮できること、そして障害（者）問題に関しての啓発がなされることが重要であるとしている。また、セクター・ワイド・アプローチや分野横断プログラムにおいて障害（者）問題が課題として認識されることが障害者インクルージョンには最も重要であるとしている。

より具体的な戦略としては、プロジェクトサイクル管理（PCM）における障害者インクルージョンの確認（チェックリスト）を主に取り上げており、PCMにおけるチェックリスト、援助相手国との討議におけるチェックリスト、プログラムの計画におけるチェックリスト、プロジェクトの実施と監視におけるチェックリストの4つが具体的に示されている<sup>188</sup>。

しかしながら、この政策は出されたばかりであり、実践にあたっての課題の検討は十分になされているものではなく、今後その実施を経たうえでの実施運営上の課題や変更点に関する議論が待たれる。

### (2) Sida

Sidaは1992年という比較的早い段階で既に障害分野の活動指針を作成している<sup>189</sup>。またこれに続いて積極的に障害分野の課題を開発の課題としてとらえた研究や調査を行っている<sup>190</sup>。この指

<sup>188</sup> このチェックリストはSTAKESのチェックリストと同様に、本研究において作成したJICA向けのチェックリスト試案のもととなった。

<sup>189</sup> Sida（1992）

<sup>190</sup> Sida（1995）；Sida（1999）

針においてすでにそれまでの取り組みの限界として、障害者に特化したプログラムでは限られた少数の障害者にしかサービスを提供できないことを挙げ、一般の活動において障害者を組み込むことを最重要課題としている。

この理解をもとに、指針は「基準規則」と「行動計画」の推進をその目標とし、障害者の福祉（well-being）が他の人々と同様に向上することによって「すべての人のための開発」を実現することを目指している。

その戦略は、ツイン・トラック・アプローチという用語は用いていないものの、開発のすべての側面と段階において障害（者）を組み入れるインクルーシブ・アプローチと障害特化アプローチの2つを並行して進めることを挙げている。そのうちでもインクルーシブ・アプローチがより重要で、その実現にあたってはそのために必要な予算措置がなされることとしている。

具体的な実施の方法として以下の9つの点が挙げられているが、これはSidaのみならずJICAを含めた他の政府開発援助機関の、障害分野指針の具体的な実施方法の指針となる重要かつ具体的な点を示している。

- 障害者が最も変化に弱い（vulnerable）集団の1つであることの認識
- 障害者に対しても同じ人権の基準を用いる（障害者差別の禁止とアクセスの保障）
- 障害者による助言集団の必要性
- 関係職員や機関向けの障害配慮指針の作成と推進
- 職員研修における障害研修の追加
- 障害者自身を政策形成や評価、プロジェクト企画調査などに登用
- 障害者団体および障害者関連団体に予算を配分する。相手国の障害者団体統括機構などを支援。
- 社会開発、保健、教育、雇用に関する分野は障害者の統合に関して注意を払う。
- 他機関との協力

### (3) USAID

USAIDは開発援助機関において障害政策を有しその推進を評価・フォローしている数少ない機関の1つである<sup>191</sup>。この政策は、1996年に全国障害協議会（National Council Disability: NCD）が行った、アメリカ合衆国国内の障害に関する政策の援助政策への反映の調査結果を反映したものとなっている<sup>192</sup>。また障害政策は以下の4つの原則をもとにしている、USAIDおよびUSAIDの協力機関が実施する活動において女性や子どもを含む障害者に関する総合的で連続性のあるアプローチが必要であること、参加型プロセスの一環としての障害者および障害者関連団体への早期の諮問が必要であること、開発パートナーとして障害（者）問題に取り組む諸外国のNGOとの協力、およびこれらの機関における協調の促進が必要であること、そして、ア

<sup>191</sup> USAID（2002）

<sup>192</sup> NCDが行った提案は以下の5点である、援助活動における障害分野の取り組みをより活発にするための援助政策における包括的な障害政策を創設する、アメリカ合衆国国内の障害分野関連法とその実施に関する指針を援助活動においても反映する、アメリカ合衆国政府が実施する案件において、アメリカ合衆国国内において行われている障害者雇用に関する非差別的取り組み指針を適用する、アメリカ合衆国の開発援助機関およびその関連機関に対して障害者のアクセスを考慮するための訓練を実施する、そして、国際援助活動において、アメリカ合衆国国内で実施されている障害者統合の取り組みの基準を下回らないという原則を確立する。

アメリカ合衆国政府の援助および障害（者）問題にかかわる諸機関の連携の促進が必要であること、の4点である。これらの提案や原則をもとに以下のような障害政策が作られた。

「USAIDが資金援助をしているプログラムにおいて障害者に対する差別を廃絶し、援助相手国政府と実施機関、また他の援助機関が障害者に対して非差別的で機会の均等化を目指す取り組みを奨励する。USAIDの障害政策はUSAIDが実施するプログラムおよびUSIADのプログラムが実施される相手国の双方において障害者のインクルージョンを推進することを目的とする」<sup>193</sup>

この障害政策は、具体的には以下の4点を目的としている。USAIDの政策、国別・セクター別戦略、プログラム計画およびその実施において、障害者の参加と機会の均等化を促進することによって、アメリカ合衆国政府の援助目標の達成を推し進めること、USAIDのプログラムおよび相手国の双方に対して障害（者）問題に関する啓発を強化すること、障害者に対する非差別的な環境の実現に向け、アメリカ合衆国政府の諸機関、相手国政府、実施機関また他の援助機関などにより積極的にかかわること、そして、障害者の国際的なアドボカシーを支援すること、の4点である。

この障害政策は以下のような枠組みによって形成され、実施においてもこれらが常に考慮される必要がある<sup>194</sup>。障害者の人口は10%ともいわれており、障害（者）問題は少なくない人口にかかわる問題である。大きく分けて、予防、リハ、機会の均等化の3つに関してバランスよくかかわることが必要である。現実に障害者が排除されている。その結果として教育の機会が奪われ、経済的な機会が奪われている。障害者も他の人々と同様に、栄養や家族計画、健康といった共通のニーズを有している。ほとんどの主要な開発プログラムは、物理的・制度的な障壁に関して若干の変更をその計画の段階で実施すれば、障害者を含めたこれらの人々のニーズに対応できる。内戦や災害時の対策、復興時の人道援助においても考慮されるべき。それらによって障害者自身が国の復興・開発に向け経済的な貢献ができる。民主主義の保持、推進が重要であり、そのためには障害者の人権のためのアドボカシー（代弁）が重要。アメリカ合衆国は自立生活プログラムの発展において有益な経験を有しており、障害者の人権を侵害する劣悪な施設政策に対する障害者の権利の主張を支援する。この目的の実現にはNGOとの協力が欠かせない。

#### 1) 行動計画

USAIDはこの政策の実施のために詳細な行動計画を作り、その実施状況についての評価を行い、報告書を作成している。政策の作成のみではなく、行動計画の立案・実施・評価が詳細

<sup>193</sup> USAID (2002)

<sup>194</sup> USAIDが障害政策を制定した背景には、アメリカ合衆国内において障害者差別禁止法であるアメリカ障害者法 (Americans with Disability Act: ADA: 1990) が1990年に制定されていることがある。USAIDの障害政策はこのADAの精神をその法律的な制限を超えて生かそうとする取り組みとして説明されている (ibid.)。これが示すように、政府開発援助機関の開発政策における障害配慮は、その国の国内における障害分野の取り組みの影響を大きく受けているといえる。障害者差別法とその施行が確立しているアメリカ合衆国と障害者福祉が進んでいる北欧諸国において開発分野の取り組みや障害政策の制定が進んでいるのも不思議ではない。

になされているのは今回調査した政府開発援助機関のうちでもUSAIDのみである<sup>195</sup>。USAIDが行った調査によって明らかになったのは、実際には障害者の統合に関する具体的な取り組みが明示されないがゆえに、障害分野の統合がなかなか取り組まれていない点である。しかしながら、取り組まれているものに関しては以下のような点が明らかになった。NGOがかかわるものは障害（者）問題に取り組んでいるものが多い、貧困などより包括的な課題と取り組むものが障害者をその対象としているものが多い、紛争と取り組むプログラムは障害分野が重要な一分野となっている、そして、障害者を最も統合していたプログラムは地方分権や住民参加といった民主化に関するプログラムである、の4点である。

また、USAIDの活動として特に注目すべきは、援助相手国政府への直接的な関与と同等またはそれ以上に他の政府・非政府開発援助機関に対して障害分野との取り組みを積極的に行うことを促進し支援する活動を行っている点にある<sup>196</sup>。これは間接的な方法ではあるけれどもより広範囲にわたる結果を導き出すものといえる。

こういった政策の実施とその評価によって、さらに政策を効果的かつ目的に沿って実施していくための取り組みが検討され、以下にまとめるような提言がなされている。

国際的に活動している既存の障害当事者NGOに対して現地事務所の設立などの支援を行うことで、途上国の障害者当事者団体の育成を支援する<sup>197</sup>。

統括的なNGOなどを通して、草の根の団体が行う小規模の活動に対しての少額の資金援助を行う<sup>198</sup>。

<sup>195</sup> しかし、この評価は各プログラムの自己評価によるものであり、調査した72プログラムのうち28のプログラムのみが回答しているに過ぎず、回答していない多くのプログラムにおいては障害分野への配慮がなされていないと予想される。その点を考慮してこの報告書を検討すべきであろう。

<sup>196</sup> 例えば、障害と開発に関する国際ワーキング・グループ( International Working Group on Disability and Development: IWGDD )などへの積極的参加である。IWGDDとは1997年に設立された国際・二国間( 政府 )開発援助機関の障害分野に関する協議会で以下の団体から構成される。JICAは構成団体ではないが、筆者およびJICA職員がオブザーバーとして会議に参加したことがある。加盟団体は以下の25団体である( 2000年時点 )。Academy for educational Development; African Development Foundation; Commonwealth Secretariat; Danish International Development Assistance( DANIDA ); Disabled Peoples' International( DPI ); Georgetown University Child Development Center; The George Washington University; Inclusion International; InterAmerican Development Bank; International Labour Organization( ILO ); Organization for Economic Cooperation and Development( OECD ); Rehabilitation International( RI ); Save the Children-UK ( SCF ); United Nations Children's Fund( UNICEF ); United Nations Division for Social Policy and Development; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation( UNESCO ); United Nations Special Rapporteur on Disability; United States Agency for International Development( USAID ); United States Department of Education; United States Department of Health and Human Services; The World Bank( WB ); World Federation of Psychiatric Users; World Health Organization( WHO ); World Institute on Disability; Inclusion International( II ); International Disability and Development Consortium( IDDC )。

<sup>197</sup> USAID自身が障害者統合のための環境整備を行うことも重要であるが、先進国に比べ障害者自身の権利・運動団体の組織化が弱い途上国では、障害者インクルージョンの原動力となるそれら団体への支援が重要であり、それが障害者のエンパワメントとなる。先進国においても障害者の権利運動が障害者の社会参加を進めた歴史があり、途上国においても同様に障害者団体の育成によって社会参加の推進を促進することができる。

<sup>198</sup> 障害者のために分離したプログラムを行うのではなく、既存のプログラムに統合する形で行う場合、既存のプログラムに若干の変更を加えたり追加をすることで同様のサービスを障害者に対して行うことが可能となり、そのための変更は少額の支援ですむことが多い。小規模のものよりも大規模のプロジェクトやプログラムの実施を促進するような支援のあり方は、こういったインクルージョンの取り組みを阻害する。またこれは障害（者）問題が分野横断的課題としてさまざまなプログラムやプロジェクトにおいて取り組まれることを求めることであり、分野間の連携や協力がより重要となり、縦割り・セクター別といわれる取り組みのあり方を最終的には問い直していくものとなる。

USAIDにおいては援助資金の75%が現地事務所によって決定される。ゆえに、現地職員が障害（者）問題に関する理解を深め、地域別の年次所長会議などで障害（者）問題を取り上げられることが重要であるとされる。

高齢化問題に対する対応などで行われたのと同様に、障害（者）問題の啓発に焦点をあてる。全体の予算において障害（者）問題関連が適切に含まれているようにする。そして、会議においてその進展度について適切に報告する。

政策会議や討議の場において、相手国政府の障害（者）問題に関する意識の啓発を行う。

相手国政府に障害（者）問題対策に対して相応の対応をするよう提案する。

メキシコにあるUSAIDのセンターを使って、USAIDが持つ障害（者）問題関連の資料を翻訳し配布することに努める。

ピースコーに対して障害（者）問題関連の小規模プロジェクトが実施できる予算を配分する。教育に関するプロジェクトの調査を立案する場合、どれだけ障害者が予想される裨益者として考慮されているかを決定する。

ワークショップを実施する場合、障害者に関する項目を含める。

現地の障害者団体や学校にワークショップや研修の情報が届くようプログラムの広報を行う。つまり、情報アクセスを向上させるということである。

プロジェクトの立案時、障害当事者団体に諮問し、このプロジェクトがどれくらい彼らのニーズに合致するかを決める。

研修プログラムにおいて障害者を含む。

#### 4 2 3 障害政策のまとめ

DPIの元議長であるコンカラは、障害者は障害という問題にだけ直面しているのではなくそれに起因するしないにかかわらず、他の人々と同様に生活上のさまざまな課題に直面している“全人間”であり、開発機関の障害政策は単に障害だけでなく、人間とその生活というすべての状態と取り組むものでなければいけないと述べている<sup>199</sup>。

開発援助機関において障害（者）問題を開発の課題とする動きは高まっているが、障害政策を制定することで、取り組みの枠組みと戦略を明確にしている機関は少ない。政府開発援助機関として障害政策を有しているNORADとUSAIDはどちらも障害（者）問題を分野横断課題として取り組むこと、障害者のインクルージョンが究極の課題であること、そして人権の課題として取り組むことが共通の枠組みとなっており、それらは国際的な取り組みの柱である「国連・障害者の機会均等に関する基準規則」と理念を同じにしている。

USAIDの障害政策の実施とその評価からは実際にそのようなインクルージョンを目標とした政策の実施が困難であることを示しているが、同時に具体的な取り組みの課題も明らかになっており、それらを検討することでJICAにおいてもより効果的に障害者のインクルージョンを枠組みとするような障害政策を形成していくことは可能であり現実的な方策となるであろう。

<sup>199</sup> Konkkala, K. (1996) p. 10

## 4 3 障害の視点に基づいた開発プロジェクトの障害分析

### 4 3 1 簡易障害分析

障害分野では「障害者に関する世界行動計画」において、また開発分野では社会開発サミットで述べられた“すべての人のための開発”において、また各国の障害者政策においては国連の「障害者の機会均等化に関する基準規則」を反映する形で開発の課題として障害者の参加とかわるものの重要性が議論されてきた。しかし、プロジェクトなどの個々の取り組みにおいて障害配慮を行うための具体的な指針は十分に検討されてこなかった。そのため、開発に障害の視点を反映させる指針の必要性が国連によって提起され、フィンランド政府の財政的支援のもと、フィンランド国立福祉・保健調査開発センター（STAKES）のロナルド・ウィマンらによって作られたのが「開発における障害の視点：包括的計画の手引き（The Disability Dimension in Development Action: Manual on Inclusive Planning）」とその簡易版（Rapid Handicap Analysis: RHA）である。RHAは現在までにフィンランド外務省やMobility International USAなどの障害分野NGOにおいて用いられており、アジア開発銀行もプロジェクト評価としてRHAを用いられることが検討されている<sup>200</sup>。

RHAは開発プロジェクトに障害の視点を組み入れていくためのツールであり、10の基本的質問とそれに付随する37の下位質問で構成されている（表4 2）。政府・非政府を問わず、開発と障害にかかわる機関の使用を想定している。

障害の視点を反映したプロジェクトを行うには、まず、開発の対象・裨益者として障害者が含まれていること、そして彼らのニーズを開発に反映することを目的として認識することが出発点である。また、そのうえで、プロジェクト自体が持続可能で対象者のエンパワメントと機会の均等を考慮していることも前提である。これらの前提のもと、障害分析をしていくには、データ収集、分析、記録、評価のすべての段階に障害の視点が組み入れられること、障害者・障害者自身の団体との平等な協力の制度化、障害者の職員としての雇用機会の均等化、障害分析とその基準の確立、プロジェクト協力団体との障害政策の共有などが必要である。

しかし、開発に障害の視点を組み入れていくには障壁も多い。最大の障壁は“障害者は特別な存在で、一般の開発のなかで扱うのではなく、特別な政策と介入方法が必要である”という考え方の流布である。そのため「手引き」では、プロジェクトにかかわる職員自体の啓発の重要性が何度も述べられている。また予算的制限を理由とし、障害者をプロジェクトの対象外とする例も多いが、RHAを起案当初から用いて障害分析をすれば、後から障害者のための特別なプロジェクトを追加したりするよりは経費的には低く抑えることができるとしているし、障害者が参加するために必要な経費は計上されるべきであるともしている。またプロジェクトのすべての記録に障害（者）に関して明記していくことも重要としている。しかし、最も大事なことは障害者本人がさまざまな段階でプロジェクト実施者として参加することであり、それによって上記のような点も留意されるとしている。RHAの詳細とその使用方法に関しては添付資料7にまとめた。

<sup>200</sup> ADB (2002); Wiman, R. とのPersonal communication (2002年9月10日)

表4 2 RHAにおける確認事項と質問数

---

プロジェクトが障害（者）にかかわるかどうかの確認
障害分野への関連程度（4段階）の決定と、障害に関する政策・情報のプロジェクトへの反映（5）
障害分析をしていく上で必要な人々・機関の参加（2）
プロジェクトの目的と国際条約・政策などとの整合性（6）
受益者および協力者としての障害者のプロジェクトへの参加の保障（3）
プロジェクトに負の影響を与える内的・外的要因（リスク）への障害の視点からの分析の有無（4）
障害者の参加の保障（4段階の関連程度に応じた措置）（5）
障害（者）の視点から見た活動の持続性（6）
計画全体の障害分析（2）
評価における障害分析（4）

---

\* 括弧内は各項目における下位の質問数

出所：Wiman（1996）より作成

#### 4 3 2 JICAにおける障害分析チェックリスト

前述した国連・STAKES共同開発の開発プロジェクトの障害配慮チェックリストは包括的であり、障害分野の課題の詳細と特に障害者本人のプロジェクトの過程への参加が検討できるものとなっている。しかし、それゆえに質問項目が37項目と多く、各項目の確認も障害分野に精通した者でなければ適切な確認ができない内容のものもある。またプロジェクトの計画・運営における裨益当事者（障害者を含む）の参加が強調されるなど、原則においては理想的ではあってもJICAの実施形態にはそぐわない部分もある。

今回、障害配慮という基本的な目的はそのままに、よりJICAのプロジェクトと開発調査の2事業における障害配慮に適したチェックリストを、上記の国連・STAKESのチェックリストとNORADの障害政策において提言されているチェックリストをもとに作成・検討した。また単なるチェックリストとしてではなく、確認事項に関する行動指針を含んだものとした。

本チェックリストの目的は「障害者を直接のターゲットとしない一般のJICAプロジェクトを主眼に置いた障害配慮と障害者の参加の促進とその確認」であり、プロジェクト全体の成否を問うものではない。第一に考慮されるのは、プロジェクトの一次裨益者（primary stakeholder）に含まれる障害者の参加である。この目的のために考慮されるのは「プロジェクトの裨益者として障害者が認識されることの促進」と、「障害者のユーザー・貢献者・意思決定者としての参加を拒む障壁の除去」にある。

この2点は、プロジェクトのプロセス（貢献者、意思決定者）と、結果（ユーザー、プロジェクトの直接的結果・間接的結果）の2点に分けてとらえることができる。これに加えて、持続可能性（sustainability）を合わせた枠組みが全体にかかわる配慮課題の枠組みとなる（表4 3）。この枠組みと前述の国連・STAKESのチェックリストをもとに、本チェックリストでは確認項目数を10に減らし、その内容も基本的には障害分野の専門家によってではなく一般のプロジェクト実施チーム自身が確認できる内容を目指した。

プロジェクトの障害配慮はチェックリストだけで実現できるわけではなく、JICA自身の障害政策・指針の有無や啓発と教育などの包括的な取り組みが重要であり、チェックリストは障害配

表4 3 RHAにおける確認事項と質問数

	障害者の裨益者としての認識	参加の障壁
過程（ユーザー、貢献者、意思決定者）		
結果（ユーザー、プロジェクトの直接・間接の結果）		
持続可能性		

出所：筆者作成

慮実現のツールの1つに過ぎない。またチェックリストもその使用や障害配慮の具体的な方法を含む「障害配慮のためのマニュアル」や、確認作業を効率的に進めるための在外事務所による障害分野基礎情報の把握などが当然必要であり、実際にチェックリストの導入が進められるのであれば、これらについての検討も必要である。

また、障害配慮は障害当事者のプロジェクト実施側への参加によって最もよくなされる。しかし、事業形態などからそれがJICAプロジェクト・開発調査では現実的ではない点もあり、代替手段としてこのチェックリストでは、JICAも活用しているProject Cycle Management (PCM) などの裨益者の参加の際に障害者が加わることを、およびプロジェクトの実施側の障害と障害者に対する注意を促すことを強調した。以下にその詳細を説明する(表4 4)。より詳細なチェックリストは添付資料8に収録してある。

[ 確認項目 1 : 関連度 : 「障害分野との関連度の確認」]

RHAでは関連度を細かく計4レベルにしているが、チェックリスト遂行のためにはその必要はないと考え3つに減らした。1998年度のタイのJICAプロジェクト事業報告を例にした分類では半数以上がレベル1であった。

[ 確認項目 2 : 情報 : 「以下の情報を入手したか? ( i ) 国別障害関連情報、( ii ) 任国のプロジェクト分野・裨益対象・地域における障害分野の情報、( iii ) カウンターパートの障害分野の政策や取り組み」]

( i ) についてはすでに幾つかの国において作成されているが、いずれすべての国に関する情報が求められる。プロジェクト単位で任国の障害分野の情報を毎回収集するのは無駄が多い。( ii )( iii ) についてはプロジェクト単位で行う必要があるが、NGOや青年海外協力隊などがその任国で障害分野の活動をしている可能性もあり、それらから情報の入手などができるであろう。

[ 確認項目 3 : 啓発 : 「カウンターパート・受益者向けの障害配慮理解向上のための取り組みが計画されているか・行ったか? 」]

「カウンターパート向けの障害配慮指針」もチェックリスト導入の際には必要となるであろう。しかしながら、障害配慮に関する啓発は、対カウンターパートや対裨益者以上にJICA内部(職員と専門家)がより重要である。JICA職員とプロジェクト専門家については職員研修や専門家

表4 4 開発プログラム・調査における障害配慮チェックリスト（JICA向け試案）

No.	項目	質問内容
1	関連度	障害分野との関連度（3段階）
2	情報	障害分野の情報は入手したか
3	啓発	障害理解向上のための取り組みはあるか
4	障壁	プロジェクトの過程が障害者を排除しないか
5	貢献者	関連度別に必要な取り組みがあるか
6	PDM/PCM	PDMにおいて障害に関するリスクと結果が考察され、記載されているか
7	継続性	障害配慮が持続的なものか
8	配慮	障害者への必要な配慮があるか
9	障壁	プロジェクトの結果が障害者を排除しないか
10	記載	すべての文書において障害の取り組みが記載されているか

出所：筆者作成

研修において、その他の配慮事項（ジェンダーや環境など）と同様に障害配慮を加えることが求められる。こういった研修や啓発などの取り組みの具体的な指針は「障害平等研修<sup>201</sup>」をもとにするのが望ましい<sup>202</sup>。

[ 確認項目 4：障壁・過程：「プロジェクトの過程が障害者の参加を排除するものではないか？（環境、情報、制度、条件など）」]

この項目を評価するための指針は障害種・年齢・性別に作成しマニュアルに含む。物的障壁は検討されやすいが、間接的に参加を妨げる制度や条件も考慮する必要がある。例えば、障害分野の専門職（医師など）は仕事の一部として平日の日中のセミナーなどに参加できるが、障害（当事）者団体の障害者はほかに収入のための仕事を持ったうえで団体の活動をしている場合が多く、平日の会議への参加は困難であることなど見落とされやすい。現実には、例えば「施設はバリアフリーか？」「情報は障害者団体にも届いているか？」などのより詳細なサブカテゴリーの質問があったほうが分かりやすいかもしれない。

[ 確認項目 5：貢献者：「関連度別に必要な事が実施されたか？」]

レベル2（障害分野とかわる一般的なプロジェクト）に関しては、障害者の意見は数としては少数意見になるが、ほかの配慮事項同様に配慮する必要がある。障害者のための特別なプログラムがプロジェクトの一部として組み込まれている場合は、特にコンサルタントとして適切な障害（当事）者団体が参加するか、そのプログラムの部分の計画・管理・運営は障害者自身によってなされるべきである。

この事項はRHAにおいては「貢献者」「ステークホルダー」「評価・コンサルタント」「雇用」と4つの質問に分けていたものを、全体の質問数を減らすために1つにしたので若干不明瞭な質問になっているかもしれない。この質問はプロセスへの参加を確認するものなので、障害者を単

<sup>201</sup> 添付資料9に詳細をまとめた。

<sup>202</sup> 文書における差別的な用語・表現に対しても確認する。これらについては、実際にチェックリストが導入される際に必要となる「JICA障害分野マニュアル」にそれらの用語の対訳などが掲載されるべき。

なる裨益者としてではなく貢献者としてとらえることを強調した。結果への参加は確認項目9で確認する。プロジェクトが特定地域を対象にしている場合はその地域の障害者団体が全国団体より優先されるべきであろう。地域が限定されないプロジェクトの場合は、全国団体のうち障害種別団体を統括するような団体を優先するのが効果的であろう。また障害別や特定の課題（アクセスや情報技術など）にかかわっている団体の参加が有効と判断される場合はそれをよりすすめる。

[ 確認項目6：PCM・PDMへの記載 ]

障害配慮はプロジェクト全体の計画の基礎的資料となるPDMやLog Frameにおいて障害（者）問題が明記されることで、常に考慮事項とされるものとなる。

[ 確認項目7：継続性：「プロジェクトにおいて障害者配慮としてなされたこと（予算、技術、人的・物的資源、設備、制度、サービス）がプロジェクト中や終了後においても持続可能なものか？」]

現実的には、予算、技術、人的・物的資源、設備、制度、サービスなどを小項目チェック事項としたほうが用いやすいかもしれない。プロジェクトにおいて「障害者配慮」として特別に導入されるサービス（例：送迎）設備（例：車椅子用リフト）制度（例：研修への介助者の同伴）人的・物的資源（例：手話通訳者）が、「適正技術」で継続のために必要な「予算措置」が継続されるかを確認することを目的にしている。

[ 確認項目8：配慮：「プロジェクトにおいて、配慮事項として社会的弱者群（女性、子ども、少数民族など）への特別なプログラムがプロジェクトの一部としてある場合は、障害者も特別なプログラムを追加する必要があるかどうか検討し、予算をつけ実施する」]

確認事項6のPDMへの記載だけでも十分かもしれないが、特に社会的弱者群への配慮を検討しているプロジェクトでは障害者への特別な配慮が必要であるかどうかを再度検討する必要がある。

[ 確認項目9：障壁・結果：「プロジェクトの直接の結果・成果品、またその結果から生み出される間接的な結果・成果品（制度、サービス、技術、設備、製品）の障害者への直接・間接的な結果、またその利用可能性について確認したか？」]

直接の結果に加えて、それがさらに生み出す間接的な結果・効果についても考慮することがより重要である。例えば、交通網のバリアフリー化は直接には障害者の移動能力を向上させるが、間接的には就労機会の向上（経済的自立）や社会の障害（者）理解の変革をもたらす。逆になされなければ就労や社会参加の機会を妨げる障壁となり、結果のチェックについては詳細に見る必要がある。障害者内の差異（障害種・程度、性別、年齢、人種、経済状況など）および、プロジェクトが多地域にまたがる場合は、地域社会間の差異（社会、経済、人種構成 宗教・言語）などによる差異がないかにも注意する。これを示唆する内容はマニュアルに明記する必要がある。もう1つの例は、「教員の養成システムの構築に関するプロジェクト」などの場合、そこで「障

害者が教師として育成される」という直接の結果に加えて、「そこで教育された教員が赴任した学校で障害児童を排除しないで統合教育を実践できるようにすること」という間接的結果の考慮も重要である。また、例えば、職業訓練校と制度の確立のプロジェクトにおいて「障害者の参加を受け入れる」ためにバリアフリーの校舎にしても入学資格として「学歴」が挙げられると、公的教育を受けている例が少ない障害者は結果的に利用できなくなる可能性がある。障害者を受け入れようとしても、十分な配慮を欠いたために結果として排除する可能性がある。不必要な条件を排除したり、障害者の利用の際にある程度の支援が必要な場合はそれを保障する必要があることを明文化しておく<sup>203</sup>。これはほかの女性や少数民族などへの配慮と同様といえる。

これも「結果における障壁」「直接・間接の結果」「障害者内の差異への注意」という3つの確認事項を1つの質問にしたので、不明瞭かもしれない。障害者は個人の差異としての障害の種類、程度、性、年齢、経済状態などがあり、社会環境による差異もあり、例えば車椅子を利用する障害者というような単一の障害者像による配慮は危険である。

[ 確認項目10：記載：「プロジェクトに関するJICAおよびカウンターパートのすべての文書（TOR、企画書、報告書など）において、「障害者とのかわり・配慮・影響・効果」に関して記載したか？」]

確認事項6と共通するが、文書に記載されることによって障害分野へ配慮を喚起する意味もかねて、改めてこの質問を加えた。

今回、このチェックリストをもとに、タイにおけるJICAプロジェクトと開発調査事業の2事業をケースとし、実際に障害分野との関連度が2以上となり障害配慮に関するチェックが必要なプロジェクト・開発調査がどれくらいであるのか、また、それらのプロジェクト・開発調査においてどのような障害配慮が考えられるのかの2点について検討した。結果は添付資料10に収録してある。

結論から言うと、総数33（プロジェクト23、開発調査10）のうち、詳細な障害配慮が必要と予想されるものの総数は7つであり、内訳は、関連度2が4（プロジェクト3、開発調査1）、関連度3が3（プロジェクト2、開発調査1）であった。タイにおけるJICAのプロジェクトの多くが特定の技術分野に限定されたものが多く、詳細な障害配慮のチェックが必要なものは多くはなかった。関連度が高い分野としては、公共・公益事業分野、社会福祉分野、医療保健、人的資源分野などであるが、農林・水産分野などでも地域社会開発や直接住民の生活が対象となるようなプロジェクトでは関連度は高くなる。基本的には分野そのものよりも直接「生活」に関連しているかどうかに関連度においては重要となる。

すべてのプロジェクトにおいて詳細なチェックを行わなければならないということにはならず、不必要な業務を増加させることにはならないと考えられる。また障害配慮の具体的な形態も、障害者の利用者・裨益者としての参加・利用を考慮することが中心であり、プロジェクトの独自性はあるものの、その形態の違いにはそれほど左右されずに配慮事項を検討することは可能であ

<sup>203</sup> 介助者、通訳、自助具購入のための貸付など。

表4 4 開発プログラム・調査における障害配慮チェックリスト（JICA向け試案）

事業	取り組みの可能性
開発調査	・ 障害配慮
プロジェクト方式技術協力	・ 障害配慮：プロジェクトの障害分析（チェックリスト）
技術研修員受け入れ	一般研修での障害配慮 障害者当事者の参加の促進 障害分野の研修の充実：障害者本人のエンパワメント 研修施設のバリアフリー化 CBRについては第三国研修
青年招へい	障害者の参加 日本における障害分野の取り組みの提示
技術協力専門家派遣	障害者の参加 CBRについては第三国専門家派遣事業
技術協力機材供与	障害関連特別機材供与 障害者のアクセス考慮
青年海外協力隊派遣	障害者の派遣 障害分野の拡充：職種の拡大 要請調査の強化
無償資金協力	社会インフラストラクチャーに関するものはバリアフリー化
開発協力	障害配慮
災害緊急援助	障害者配慮指針 障害配慮に関する技術供与・研修
移住者・日系人支援	障害者派遣 障害配慮：対象の高齢化

出所：筆者作成

る。しかし、チェックリストの内容も含め、実施の方法に関してはより詳細な検討が必要であろう。

#### 4 3 3 開発の障害分析がもたらす変化・転換

プロジェクトや開発調査のみに限らず、JICAにおけるさまざまな事業を障害の視点からとらえ直すことで、障害者のインクルージョンに関する大きな変化をもたらすことができる。表4-4はJICAの行う開発関連事業における障害分野のメインストーリーミング・インクルージョンの具体的な可能性とその効果をまとめたものである<sup>204</sup>。

開発調査に関しては相手国政府の開発計画への影響力が大きく、特にマスタープラン調査や実施設計調査では、環境や情報のバリアフリー化に関する取り組みが可能である。分野においても計画・行政、公益事業、社会基盤、運輸・交通、通信・放送、保健・医療など一般住民にかかわ

<sup>204</sup> 事業概要については1997年度年次報告を参照した。

る分野は当然障害者が裨益者として考慮されたうえで計画がなされるべきで相手国政府への障害配慮の概念と具体的なノウハウの移転が可能である。

プロジェクト方式技術協力については、障害分野ではない一般のプロジェクトにおいて障害配慮がなされることが最も重要であり、本節で検討したチェックリストの利用などによって実現できるであろう。

技術研修員受け入れについてはツイン・トラック・アプローチ的な取り組みが可能となる。まず1つは、一般研修、特に、行政やインフラ、教育や保健医療、社会開発などに関する研修において障害分野・障害者のインクルージョンやバリアフリーの課題を取り上げることである。2点目は、障害者本人が障害分野の研修に限らず、ほかの分野の研修においても参加できることが保障されなければいけない。つまり研修施設などはすべてバリアフリーになされているべきであるし、内容も配慮が必要な場合はその対応が取れる制度的・予算的措置がとられているべきである。3点目は、障害分野の研修の充実と拡大が求められる。現在は障害者へのサービス向上のための専門家の研修が主だが、障害者本人のエンパワメントのための研修がより充実されるべきである。例えば、障害者団体・NGO運営やピア・カウンセリング、啓発や障害教育、またリーダーシップ研修などのコースは障害者エンパワメントにおいて重要なものとなる。CBRについては第三国研修がより適切であろう。日本においてはCBRの各論の研修はできるであろうが、CBRそのものが日本でなされていない以上、CBRの研修は不可能である。また各論に関しても、CBRは専門的な技術というよりは適正な技術を利用する点にその重要性があり、より近い社会環境での実際の取り組みをもとにすることができる第三国研修がより望ましい。

青年招へいに関しては、障害者グループの招へいはもとより、一般のグループに対しても日本での研修内容において日本における障害分野の取り組み、特に人権、バリアフリー、インクルージョンに関する取り組みを見てもらうことは長期的な効果をもたらす可能性がある。

技術協力専門家派遣については、当然障害者本人の派遣が障害分野に限らず、どの分野においてもより積極的に検討されるべきであろう。また特に、CBRについては第三国専門家派遣事業が有効である。CBRについては残念ながら日本の専門家は少ない。特に実践経験を有している専門家は少なく、そのほとんどが医療的リハビリテーションが中心となっており、包括的にCBRをとらえることのできる専門家は限られている。

技術協力機材供与については、WID関連特別機材供与があるように、障害分野特別供与があってもよいかもしれない。また、WIDにしる他分野にしる機材の供与がある場合、その利用者に障害者がいることが想定される場合はそのアクセスに関しても評価されるべきである。

青年海外協力隊の派遣に関しては3点挙げられる。まず最も重要であるのは、障害者本人の隊員としての参加を支援することである。英国のVSOやアメリカ合衆国のピースコーなどにおいては、障害者本人の参加が少なくない<sup>205</sup>。そのためにはまず、派遣期間、介助者や移動のための車などの使用に関する特別措置、事前研修の内容や期間など制度そのものが柔軟に対応されることが必要であろう。また訓練所などのバリアフリー化は必須となる。2点目は障害分野の職種の拡

<sup>205</sup> 筆者が青年海外協力隊としてマレーシアに赴任した際の前任のVSOは、全盲の視覚障害者であった。彼女がボランティアとしていたことで、派遣先は障害者の自立のロールモデルの重要性をよく理解していた。

大と多様化であろう。1点目と重なるが、自立生活プログラムにおいて重要なピア・カウンセリングや障害者団体の組織化や育成、障害に関する啓発や教育など従来のリハビリテーションや教育などの機能回復に関する職種ではなく自立生活支援のための職種がより充実されるべきである。3点目は、この2点目のために必要となるが、相手国においてはNGOなどにおいては取り組まれていても政府においてはこのような職種やそのニーズが十分に把握されていない場合も多く、このような分野の要請を調査するような調査員の派遣や在外ボランティア調整員の研修などが必要となる。また障害分野に関係しない職種の隊員が現地において障害者・障害分野とかかわるようになることは多い。例えば、訓練所の職員などにおいて障害者職員がいることは障害者への関心を高め、ひいては各自の活動において障害者を組み入れた活動がなされる可能性を導く。また障害者本人の参加職種があるような場合は、その広報媒体においてもより障害者の目に触れるようなものへの広報が必要であろう。

無償資金協力に関しては、その多くが学校や病院、橋や道路、交通網などといった公共性のある社会インフラストラクチャーに向けられており、それらがバリアフリーな設備として供与されることが重要である。またそれらの設備だけではなく、それによってもたらされる制度やサービスに関しても障害者の利用が保障されるべきである。

開発協力に関しては、障害分野の取り組みを評価項目として組み入れることや障害者への影響・効果に関しても、環境やジェンダーに対する配慮が行われるのと同程度になされるべきであろう。

災害緊急援助に関しては、近年の日本での震災でも明らかになったように、障害者への対応が遅れている分野である。結果として震災などの際には障害者の被害がよりいっそう大きくなっている。今回検討したJICA事業のなかでも、対応が早急に求められる分野であろう。JICAの緊急援助隊に関してのみではなく、途上国に対する災害救助に関する研修・技術供与などにおいても障害者や高齢者などへの対策を盛り込むことは重要であろう。阪神大震災の際の障害者に関する報告からは多くの点を学ぶことができる<sup>206</sup>。報告書においては、避難所や仮設住宅での高齢者や障害者などの弱者対策の重要性が挙げられている。高齢者や障害者などの災害弱者が、生活スペースの確保や物資の受け取りなどの面で不利であったり、避難所内でのほかの被災者と共同生活が困難となる例などが挙げられている。また聴覚・視覚障害者などのための情報伝達手段の確保も課題とされている。

移住者・日系人支援に関しては2点ある。1つは障害者本人の参加といえるだろう。2点目は移住者の多くが高齢であり、その意味では多くの人々が心身の機能不全を抱えている可能性は高い。それはそれらの心身機能の回復などにかかわる特別な取り組みをすること以上に、すべての支援においてそれらの人が心身の機能不全を理由に不利益を被らないようなインクルーシブな取り組みが求められる。

またこれらの事業に加えて、既になされている国別障害関連情報の収集と公開についても今後さらに対象国を増加し、情報の更新を定期的に行うことなどが望まれる。

---

<sup>206</sup> <http://member.nifty.ne.jp/n-kaz/iinkai/taiou.htm> <http://member.nifty.ne.jp/n-kaz/genkou/gyosei9674.html>  
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/disaster/z06001/z0600102.htm>

#### 4 4 まとめ

本章では、障害分野におけるツイン・トラック・アプローチの考え方、そして、その1つ目の柱である障害・障害者の開発におけるメインストリーミング・インクルージョンに関して検討した。メインストリーミングにおいて重要となる障害政策については各国の開発機関の障害政策とその取り組みから検討した。また障害配慮の具体的なツールとして、プロジェクトや開発調査などにおける障害配慮のチェックリストに着目し、JICAにおいて実際に使用できるものを検討した。

## 5 . ツイン・トラック・アプローチ ( 2 ) : エンパワメントとしての地域社会に根ざしたリハビリテーション

### 5 1 はじめに

障害者のエンパワメントはさまざまな分野でさまざまなアプローチによって行われている。教育におけるインクルーシブ教育や雇用における障害者支援、また参加支援工学などそれぞれの分野においてより適したアプローチが行われている。そのなかで比較的多くの分野において有効なアプローチとして取り上げられているのが、地域社会に根ざしたリハビリテーション ( community based rehabilitation : CBR ) である。本章ではこのCBRに焦点をあて、その概要と課題をまとめ、マレーシアのCBRをケース・スタディとして、参加支援というエンパワメントの視点からその利点と欠点、また可能性と限界を検討する。

### 5 2 地域社会に根ざしたリハビリテーション ( CBR ) とは

CBRは、それまでの施設を中心としたリハビリテーションに代わる新たな方法として、1970年代後半から世界保健機構 ( WHO ) をはじめとする国連機関や政府機関、また多くの民間団体によって世界各地で実践されてきた。アジア太平洋障害者の10年 ( 1993 ~ 2002年 ) においても、国連・アジア太平洋経済社会委員会 ( United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific : ESCAP ) は途上国におけるリハビリテーション戦略としてCBRを推進してきた<sup>207</sup>。

#### 5 2 1 CBRの定義

国連機関としてCBRを進めてきたWHO、ユネスコ、国際労働機関 ( ILO ) は「CBRは地域社会開発における、全障害者のリハビリテーション ( 以下、リハとも略 ) 機会の均等化、社会統合のための戦略の1つである。CBRは障害者自身、家族と地域社会、そして適切な保健、教育、職業および社会サービスの連携協力を通して遂行される」と定義している<sup>208</sup>。またESCAPは「CBRは、障害者を援助の受動的な受け手とみなし、第三者が障害者に代わって外部から障害 ( 者 ) 問題に介入することである以上に、地域社会が発展していくために欠かすことのできない存在としての障害者の参加を含んだ内発的地域社会開発である」と述べている<sup>209</sup>。

同様に多くのCBR実施機関が、CBRは障害 ( 者 ) 問題の解決を通じた地域社会の開発戦略・社会変革であると定義し実践している。

<sup>207</sup> ESCAP ( 1997b )

<sup>208</sup> ILO, UNESCO and WHO ( 1994 )

<sup>209</sup> ESCAP ( 1989 )

表5 1 3つのリハビリテーション・アプローチ

アプローチ	施設（専門職）中心型 (institution-based)	巡回型 (outreach)	地域社会主体・中心型 (community-based)
施設と専門職の役割	サービスの供給 管理・運営・実施主体		啓発、障害者と地域社会のエンパ ワメント、サービス創出への支援
地域社会の 人々の役割	患者、対象、目標 受動的受益者（客体）		評価・決定の主体 能動的参加者（主体）
サービス	専門的、対象限定 専門職対障害者		生活に根ざした、創造的、 全障害者が対象、相互協力・協働
基礎となる 考え方	専門職と施設が必要な技 術とサービスを有する		人々は知恵や能力、資質や技術を 有している
特徴	非参加型 サービス提供が主 現状の社会構造維持	（マンパワーと しての参加）	地域社会が主体として参加 生活が中心に据えられている 既存の社会構造の変革を目指す

出所：Korten D.C. (1990)、WHO (1994) をもとに作成

## 5 2 2 CBRというアプローチ

CBRとは“community-based”という方法・アプローチを用いたリハビリテーションであり、WHOはCBRマニュアルの中でリハビリテーションのアプローチを施設中心型、巡回型、そして地域社会主体・中心型（CBR）の3つに分け説明している（表5 1）。

### （1）CBRのアプローチ

#### 1）施設中心型アプローチ（institution-based/agency-based approach）

病院や学校等施設における障害者を対象とした治療・訓練的サービスの提供を中心に据えたアプローチである。サービスは専門的である半面、限定的であり、施設のサービスに適さない障害者は除外される。施設と専門職の役割はサービスの決定と提供であり、障害者の役割はサービスの受益者であり対象である。

このアプローチは、設備の整った施設において教育を受けた専門職だけが障害者にとって適切なサービスを提供できるという考えをもとにしており、地域社会の人々の参加は喚起されない。

#### 2）巡回型アプローチ（outreach approach）

施設の専門職が障害者宅や無医村等を巡回するアプローチで、サービス提供の“場”の転換は図られるが、役割の転換はなされず、依然として施設と専門職に依存した継続性の低いアプローチである。持ち込まれるサービスは専門的であるが事前に決定されており、往々にして効果がないと見なされる重度・重複障害者、機能障害の固定した人や高齢者が取り残される。

地域住民は実施段階のマンパワーとして動員されることはあるが、さまざまな能力を持った社会資源として、地域社会の分析やサービスの決定・評価に参加する例は少ない。

### 3) 地域社会中心型アプローチ (community-based approach)

治療・訓練といった狭義のリハビリテーションは重要ではあるけれども、それ以上に生活に根ざしたかわりがより重要であり、地域社会の人々によってなされることが多々あるという考えに基づいたアプローチである。専門職は単独の意思決定者ではなく、地域社会における障害(者)問題解決への変化を促す役割(カタリスト、ファシリテーター)と、障害者を地域社会発展の主体として力づけ支援する役割を担う。障害者を含んだ地域社会の人々は、当事者として自分たちの地域社会の障害(者)問題を分析し、解決のための方法を決定し、実施、評価する権利と責任を担う。

CBRにおいては、専門職自身の役割と障害(者)問題理解の転換が求められる。地域社会は単なるマンパワーとしての参加ではなく、必要であるならば専門職の権威性を糾弾する等、社会変革を導く主体としての役割を担う。これによってリハビリテーションは、医療や教育といった専門職の分類に沿った縦割りのアプローチではなく、障害者の生活を中心に据えた地域社会の生活に根ざしたアプローチとなる。都市の施設や専門職は、このCBRに組み込まれることで初めて障害者の大部分を占める農村の障害者にとって手の届く資源となり、意味のある存在となる。

#### (2) CBRにおける“リハビリテーション”

「国連・障害者の10年」と「行動計画」において、障害(者)問題の解決には“障害の予防”、“(狭義の)リハビリテーション”そして“機会の均等化”が必要とされている。CBRにおいても同様に、リハビリテーションはこれらを含んだ障害者のエンパワメントと、障害者が自己実現できる障壁や差別のない社会の実現を目指した社会変革を指す。例えば、CBRにおける障害の予防とは、単なる医学的な知識を得ることではなく、貧困や不公正な社会システムと戦うことをも意味している。

#### (3) CBRの実践

WHOは1978年にCBRマニュアルの草稿をまとめ、これをもとに世界各国でCBRが実践されてきた。ベトナムのように保健省下でプライマリー・ヘルスケアの延長として行われているところや、マレーシアのように社会開発省の地域開発部が監督部署となり地域開発戦略として実施されているところなど、国によってその形態は若干異なっている。

また、メキシコではデイビッド・ワーナーらによって障害者の役割をより前面に出した方法が、インドネシアではハンドヨ・チャンドラクスマらによって地域社会の啓発や組織化といった社会変革をより前面に出した方法が実践され、各々マニュアルが作られ、WHO同様に多くの途上国に影響を与えてきた<sup>210</sup>。実践例としてハンドヨの団体であるCBR開発・研修センター(CBRDTC)の実践過程を表5-2に示す。

<sup>210</sup> 各国の実践とマニュアルは以下に詳しい。中西由起子(1996)、中西由起子・久野研二(1997)

表5 2 CBR開発研修センターのCBR実践過程

実践過程	活動	実施者
啓発	参加型村落評価活動（PRA）	CBRDTC
核の形成	村のCBR委員会の結成（研修を含む）	CBRDTC
地域社会の組織化	村民集会、寄り合いでの啓発 （ボランティアの募集）	
計画と実施	CBR委員会 活動内容の決定 <sup>211</sup>	CBR委員会
評価・還元	CBR委員会合同評価会議	CBR委員会

出所：筆者作成

#### （4）CBR成功への鍵 主体性とそのための戦略

CBRの実践においては継続性（sustainability）が最も重要であり、その鍵となるのが地域社会の主体性である。CBR導入団体が地域社会の主体性を支援する方法としては、啓発（awareness rising）と地域社会の組織化（community organization）の2つがある。その具体的な方法としてCBRDTCでは、参加型村落評価活動（Participatory Rural Appraisal：PRA）を用いている。

CBRの具体的な活動において重要な点は2つある。1つは、必要であること以上にできることから始めること。CBR導入団体はこの“地域社会ができること”を高めていくための研修や支援体制づくりが役割となる。2つ目は、既存の医療・訓練的アプローチにとらわれないこと。例えば障害者（とその家族）の収入を増やすには長期間の職業訓練を行うよりも、山羊を飼うなど複雑な技術の修得なしに始められる方法がより効果的であることが多い。

WHOがCBRマニュアルの冒頭で、“CBRはリハビリテーションの民主化（Democratisation）といえるだろう”と述べているように、CBRは単にサービスの提供“場所”を施設から自宅へと変えようとしているのではない<sup>212</sup>。CBRはリハビリテーションにおける主体の転換と、障害を個人の問題としてではなく地域社会の問題としてかかわることを目指した社会変革である。

### 5 3 CBRの課題

上記したCBRも、その理念と実践が登場し既に25年以上が過ぎている。この間CBRという概念自体も発展し、その取り組みも多様化し、もはや一口に「CBRとは」と一般化して語ることはその歴史の変遷と取り組みの多様性からも危険であるともいえる。しかし、本論文においてマレーシアをケース・スタディとして取り上げる前に、その歴史の変遷を経て、今現在CBRという概念や取り組みが直面している課題を大まかにとらえることは、課題として論ずべき焦点を明確にするうえにおいては有効であり、幾つかの重要と思われる課題をまとめる。

<sup>211</sup> 村で異なるが、障害者グループの組織化、介助者育成、障害児の早期発見、照会、訪問支援、資金貸付など。

<sup>212</sup> Helander, E. et al. (1989)

開発分野においては、既に地域社会やcommunity-basedという概念を安易に肯定的にとらえることに対しては慎重になっている<sup>213</sup>。それに対し障害分野、特にリハビリテーション分野ではCBRに代表されるcommunity-basedのアプローチに関しては伝統的な方法に対する代替アプローチとして「よいもの」として推進されこそすれ、批判的に検証されることは今まで十分になされてきているとは言いがたい<sup>214</sup>。しかし、近年やっとCBRの実施者自らも実践および理念に対しても批判的に再検討する動きが出てきている<sup>215</sup>。

WHOのCBRマニュアルの筆者であり、CBRの発展に寄与してきたメンディスは、CBRの導入から現在までの各国の実践を総括的に評価し、CBRの広がり・展開が遅いこと、障害者の参加が少ないこと、トップダウン的に行われていること、身体機能への介入のみが中心となっていること、そして、人材の不足、といった問題点を指摘し、最も懸念されるのは、CBRの名のもとに行われているプログラムの多くがまだアウトリーチ型の医療中心のアプローチである点と指摘している<sup>216</sup>。同じくWHOのCBRマニュアルの執筆者であるヘランダーも、過去25年のCBRの実践を振り返り、障害者を含めた住民が主体となる民主化と地方分権化がCBRの目標でありそのアプローチの基礎を成すものであるにもかかわらず、実際にはそれらがほとんど取り込まれていない点を指摘している<sup>217</sup>。

中西はCBRという理念・分野としての課題と、地域社会開発という1つの継続するプログラムという2つの側面からCBRを捉え考察している。CBRを理念の点から見ると、その理念が転換を迫ったはずの「古い思想形態」つまり、障害を障害者個人の機能の課題ととらえ医療的介入を主にし、障害者を転換される対象とする見方が多くのCBRプログラムにおいていまも継続されている点を挙げている。そしてプログラムの実施という点から見た場合には、多くの地域社会開発プログラムがそうであるように、開始当初は政府や国内外のNGOなどの直接的な実施や支援のもとに活発に行われるが、年月が経過する中でかかわる職員の熱意が減退したり、当初の理念・目的意識が後退し、既存の活動をただ継続するようになってきているものが多い点を指摘している<sup>218</sup>。

これらの評価はCBRの理念の正当性を前提に、それを基準にCBRの実践を評価し、なぜ実践が理念と異なるかを課題視しているのに対し、CBRのコンサルタントであり*Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*の編集長でもあるトーマスは、過去のCBRの実践を振り返り、「簡単で実践しやすい」といわれてきたCBRの理念が多くの実践においては達成されないという事実をもとに、理念をもとに実践をとらえるのではなく、逆に実践からCBRの目的や理念の適切さや実現可能性といった点を問い直し、community-basedの意味の再考、低いもしくはかからないといわれてきたコストの意味の再考、「すべての障害者のため」というプログラムの対象の再考、そして、CBRの1つの根幹でもある地域社会のボランティアの意味の再考を迫っている<sup>219</sup>。つ

<sup>213</sup> Leach, M. et al. (1997b)

<sup>214</sup> Helander, E. (2000)

<sup>215</sup> WHO (2001); WHO (2002a)

<sup>216</sup> Mendis, P. (1999)

<sup>217</sup> Helander, E. (2000)

<sup>218</sup> 中西・久野(1997)

<sup>219</sup> Thomas, M. and Thomas, M. J. (2002)

表5 3 CBRの課題

- 
- ・ 障害者の参加の制限
  - ・ 医療・機能障害中心：多様な生活支援の欠如
  - ・ Community Based ではなくトップダウンアプローチ
- 

出所：筆者作成

まり、CBRという理想は正しいものとしながらも、それが現実的で実践可能であったのかを問い、その理想に段階的に進んでいく過程をCBRの実践者や研究者が明示できていない点を指摘している。

これらの批判をまとめると、障害者のユーザー・貢献者としての参加が制限されていること、医療・機能障害中心のアプローチで、障害者の自立のための多様性のある生活支援となっていないこと、そして、現実的にはトップダウン的なアプローチがとられ、地域社会が主体となっていないこと、の3つの点が多く of CBRプログラムに共通する主要な課題であるといえる（表5 3）。以下にこの3点について若干の解説を加える。

#### （1）障害者の参加の制限

この視点は障害者自身からはCBRの概念が出された当初から提起されていた<sup>220</sup>。またそれが理念としてだけでなく、現実的にも良い効果を与えるにもかかわらず、CBRの重要な基本的構成要素としては十分に組み込まれていないことも早くから指摘されていた<sup>221</sup>。この課題に関する視点は開発全体において当事者や裨益者自身の参加の重要性がより重要な課題として取り上げられてきたことの影響も強く受けている。

まず1つは、すべての障害者がユーザーとしてCBRというサービスを利用できていない点である。多くのCBRが障害の種類や年齢などによってCBRの対象を限定し、またプログラムの内容も教育であったり機能回復訓練であったりと幾つかの限定した活動を行うだけで、それに適さない障害者はCBRのサービスから排除されていることが多い。現実的には1つの団体が最初から包括的なプログラムの導入を行うのは困難であり、そのような実践も推奨されてはいない<sup>222</sup>。しかしながら、既に実践が長期的に行われているCBRプログラムにおいても、活動の多様化や他の地域社会の組織などと協力する形での包括性の向上によってより多くの障害者を支援するような方向ではなく、特定分野において特定の対象への介入に特化していくような動きを見せているプログラムが少なくないことは懸念される<sup>223</sup>。

もう1点はCBRのプロセスにおけるワーカーやボランティアとしての貢献や、CBR委員会といった意思決定過程における貢献としての障害者の参加である。ワーカーは障害者が実施過程の主体となることは、ニーズの反映や配慮が適切となり、社会参加をする障害者の役割モデルを社会

<sup>220</sup> Konkkala, K. (1990) ; Konkkola, K. (1996)

<sup>221</sup> Werner, D. (1993b) ; Werner, D. (1997)

<sup>222</sup> Krefting, L. et al. (1995)

<sup>223</sup> ESCAP (1997a)

と障害者の双方に対して提示することができる点でその重要性と現実的な効果を論じている<sup>224</sup>。しかし、障害者のこの過程への参加は多くのCBRにおいて未だ十分には反映されておらず、中西は、専門家や行政担当者は障害者をサービスの受益者としてしか見られないこと、サービスの形態がトップダウンの体制になっていること、障害者団体育成のための努力が欠如していること、そして、CBRがリハビリテーションを通しての社会参加のみを目的としていることの4点を、主なる原因として挙げている<sup>225</sup>。

## (2) 医療・機能障害中心：多様な生活支援の不足

CBRにおいて身体機能の回復とそのための医療的介入のみが着目される危険性はCBRが進められた早い時期においても既に指摘されていた<sup>226</sup>。ILOはCBRが医療的な介入として一般には意味づけされる“リハビリテーション”という用語を使っている点と、障害者の自立した社会生活の支援ではなく機能回復が中心となるようなアプローチは、結局はCBRが従来の介入と同じようなものとしてとらえられてしまう危険性がある点を指摘し、名称からリハビリテーションをとり、生活支援を中心に置いたCommunity-Integrated Programme (CIP) を提唱していた<sup>227</sup>。現在のCBRの状況を見ると、その指摘は正しかったといえる。

前章で述べたCAHDの概念とアプローチはこのCBRの反省を反映したものである。また中西は、障害との取り組みの視点から、先進国における障害者支援の包括的な取り組みの中心となっている自立生活プログラムの適切さを検討している。

## (3) community-basedではなくトップダウン的アプローチとなっているCBR

CBRがその名称において“community based”を用いているにもかかわらず、その実践においてはそれが意味する住民主体という理念と方法によって行われているプログラムが現実には少ないことは多くの研究者が指摘するところとなってきた<sup>228</sup>。例えば、アフリカで行われているCBRの多くは、政府・非政府に限らず海外の援助機関によってなされ、地域社会が率先し主体となっており、その政策も人材・資金も外部に依存しており、名称はCBRであってもそのコンセプトからはかけ離れているという指摘もある<sup>229</sup>。この1つの理由は、CBRの概念形成において住民主体という概念が焦点とされていなかったことによる。

CBRにおける“community based”の意味するところは開発分野におけるcommunity-basedという概念と全く同一とはいえない。開発分野においては中央集権的な制度やトップダウン的なアプローチの対立概念として民主化や地方分権を求める草の根の理念・運動として出された概念を意味し、その本質は権力や意思決定、資源利用という力関係の転換がその焦点であるといえる<sup>230</sup>。これが住民主体とよばれる概念の基礎となっている。これに対して、CBRのcommunity-

<sup>224</sup> Werner, D. (1998)

<sup>225</sup> 中西・久野 (1997) pp.110-112

<sup>226</sup> O'Toole, B. (1987); Miles, M. (1985)

<sup>227</sup> ILO (1989)

<sup>228</sup> Boyce, W. and Lysak, C. (2000); Mendis, P. (1992); Thomas, M. and Thomas, M. J. (1996)

<sup>229</sup> Vanneste, G. (2000)

<sup>230</sup> Leach, et al. (1997a); Leach, et al. (1997b)

basedという用語の概念は、安価なサービス供給システムの構築を目的に、「病院やリハビリテーション施設での専門家による治療」を行う施設中心型アプローチへの対立概念を意味しており、その焦点は「非施設型」と「非専門家」という点に当てられている。これは、WHOのCBRマニュアルにおいてもCBRが施設中心のアプローチ（institution-based approach）と比較され、CBRの鍵となる特徴として、「施設ではなく自宅で」「専門家によってではなく家族やボランティアによって」サービスが提供される点が強調されていることから理解できる<sup>231</sup>。同様に、WHOは照会制度や中間監視者という制度の導入によるトップダウン的なアプローチすらCBRの重要要素として組み込み推進している。ゆえに、言葉としては“民主化”などが盛り込まれていたものの、その取り組みの焦点に住民主体という概念が置かれることは少なかった<sup>232</sup>。前記したようにPRAなどの具体的な参加型アプローチもCBRの実践で用いられるようになってきているが、まだまだ限られたものでしかない。

次節では、これらを踏まえてマレーシアのCBRをケース・スタディとして、特に障害者の参加に焦点をあてCBRを検討する。

## 5 4 ケース・スタディ：マレーシアのCBR

本節では、障害者の参加を3つのアプローチによって読み解く。1つはペナン州のCBRプログラムのケース・スタディとして主に福祉局などから得た二次的データをもとに量的な側面から障害者の参加をユーザー、貢献者、意思決定者の3つの側面において検討した。ついで、都市部と農村部から1つずつCBRプログラムを取り上げ、各プログラムにおいてCBRのさまざまなステークホルダーに対してインタビューやフォーカス・グループ・ミーティングを行い、そこから得た一次的な質的データをもとに、CBRにおいて障害者の参加と取り組むことにおける可能性と限界を検討した。最後には障害者CBRワーカーのいる4つのCBRプログラムにおいて、同じくCBRのステークホルダーに対してインタビューを行い、特に障害者の貢献者としての参加に関して、その意味と課題を検討した。

### 5 4 1 マレーシアのCBRの概要

マレーシアのCBRは、1983年に世界保健機構（WHO）の協力のもとトレンガヌ州に最初のCBRが導入されたのが始まりで、その後福祉局の積極的な取り組みにより、その数は250に迫る

<sup>231</sup> Finkenflugel, H. (1993). この対比の仕方がCBRの性格を逆に規定してしまったとも言える。もしCBRが「医療中心の機能回復アプローチ」や「トップダウンアプローチ」の対立概念として説明されていたならば、このような混乱は起きなかったかもしれない。しかし、現実にはCBRの主となる推進役がWHOであり医療専門家であったことを考えると、CBRをこのような位置付けに置くことは無理であっただろう。CBRが社会開発ではなく医療専門職によってなされてきた弊害の1つはこの点であるといえる。

<sup>232</sup> Boyce, W. and Lysak, C. (2000); Finkenflugel, H. and Wolffers, I. (1993); Lysack, C. (1997); Lysack, C. and Krefting, L. (1993); O'Toole, B. and McConkey, R. (1995); Price, P. and Kuipers, P. (2000); Thomas, M. and Thomas, M. J. (1996). ライザックは、WHOのCBRアプローチの創出において当初はDPI代表の意見などを反映する形で障害当事者（消費者）主体の思想が盛り込まれたが最終的にはそれが反映されなかったことを報告している（Lysack, C. and Kaufert, J. (1996) p. 6）。

表5 4 福祉局への登録数

知的障害	肢体不自由	視覚障害	聴覚障害	計
31,825	32,668	13,845	17,242	95,744

出所：福祉局（2000年9月）

表5 5 障害者数の比較：2000

	人数
福祉局登録数	95,744
マレーシア政府推定数（全人口の1%）	220,000
保健省推定数（全人口の6.9%）	1,518,000
国連統計局推定数（全障害者：全人口の10%）	2,200,000
国連統計局推定数（中・重等度障害者：全人口の4.6%）	1,012,000

\*：上記の推定数は、マレーシアの人口を2200万人として計算した。

出所：福祉局（2000）、統計局（2000）、Jamaiyah（1997）より作成

ほどになった。福祉局以外にも保健省や幾つかのNGOもそのサービスの手段としてCBRの手法を取り入れている。本章では福祉局のCBRを中心に議論を進める。福祉局のCBRは、福祉局の指導・予算のもと、各地の地域住民がCBR委員会を組織化し、そこが実施主体となるかたちで行われる。「CBR指針」ではすべての障害者を対象とするとし、主にCBRワーカーが実際の活動にあたっている。

マレーシアでは現在まで、政府の障害者登録を担当しているマレーシア連邦政府・国家統一社会開発省・福祉局（以下福祉局）への登録も任意であり、障害者数の正確な把握などはできていなかった。2000年に行われた国勢調査において初めて障害に関する質問項目が盛り込まれた。現在まだ結果は発表されてはいないが、これによってマレーシアの障害者の概要はある程度明らかになるであろう<sup>233</sup>。

今までのところ、政府機関が公的に用いる障害者数は、1958年に行われた人口の5%をサンプルとした福祉局の調査をもとに算出されたもので、全人口の1%が障害者であるとしている。しかし、疾患分類が違うものの、1996年に行われた保健省による約6万人のサンプル調査では全人口の6.9%が何らかの機能障害を有するという調査結果もある<sup>234</sup>。福祉局への登録数は2000年9月現在で9万5744人であり、上記の推定値には満たない<sup>235</sup>（表5 4、表5 5）。

<sup>233</sup> しかしながら新聞などによると、国勢調査において相当数、特に都市部の住宅において訪問調査が実施されていないことが指摘されている。また、その実施においても調査員の研修不足などから障害に関するものも含めて幾つかの項目が正確に調査されていないとの指摘もある。

<sup>234</sup> Jamaiyah hj. Hanif（1997）

<sup>235</sup> Ibid.（1997）

<sup>236</sup> 福祉局ではこの4つの障害分類しかなく、精神障害や内部疾患、HIV/AIDSなどは障害者と見なされていない。

## ( 1 ) 政策

マレーシアの障害分野の政策は1990年に発布された国家社会福祉政策、1991年の国家経済計画と共に出された“2020年展望 ( Vision 2020 )”、そして1994年に批准したアジア太平洋障害者の10年の「アジア太平洋障害者の10年太平洋地域における障害者の完全参加と平等に関する宣言」および「アジア太平洋障害者の10年行動課題」を基礎とする。

### 1 ) 国家社会福祉政策

国家の発展に向け、調和がとれた強い社会の実現を目標とし1990年に発布された。自助 ( 人材育成と民間の活用 )、機会の共有、そして“支え合う文化”の構築を戦略としている。この政策のなかでも特に“支え合う文化”の重要性が協調されている。政府は、社会保障は政府だけの責任ではなく政府と国民双方に責任があるとし、民間活力を用いる方針を打ち出し、社会福祉行政は民間活力を生かす“支え合う社会 ( caring society )”の実現を目指している。

### 2 ) 2020年展望

2020年までに先進国となることを目指し、国家経済計画の発表とともに1991年にマハティール首相によって発表された国家発展の指針である。9項からなるもので、第7項において“支え合う社会”の構築が述べられ、第8項において経済的に公平な社会の確立と富の公平な分配が述べられている。

### 3 ) アジア太平洋障害者の10年・宣言および12の行動課題

マレーシアは1994年5月16日に前出の「宣言」と「行動課題」を批准した。1996年には分野間協力世界会議を開催し、1999年には「10年」の推進キャンペーンを開催している。「10年」の12の行動課題を進めるため、1998年には国家統一・社会開発省大臣の諮問機関として12分野の技術小委員会も設立されている。

## ( 2 ) 行政

障害者福祉に関する政府諸機関の連携は、1963年に保健省、教育省、労働人材省および社会サービス省の4つの省庁による「障害者リハビリテーションのための省庁間作業委員会」によって開始された。その後、1973年に5つの省庁と機関、17のNGOによって「マレーシア・リハビリテーション協会 ( Malaysia Council of Rehabilitation : MCR )」が前記作業委員会に取って代わる調整機関として設立された。1981年には福祉省、国家統一・社会開発省、教育省、保健省の4省庁によって各省庁の役割を明確化するための省庁間責任境界検討会議がもたれた ( 表5 6 )。その後、1990年、障害者問題にかかわる連携と協力を進めるための政府諮問機関として「障害者福祉委員会」が関係省庁と専門職団体、NGOによって設立され、1998年2月、国家統一・社会開発省の提案で、この委員会は障害者分野検討諮問協議会へと格上げされた。

表5 6 省庁間責任境界検討会議による各省庁の役割：1981

---

教育省：聴覚障害、視覚障害者、および“教育可能（educable）な”知的障害者の教育  
 福祉省\*：身体障害者、中・重等度の知的障害者、脳性まひ者の教育  
 国家統一社会開発省\*：学齢期（19歳）以上の障害者登録、経済的支援、自助具の購入支援、CBR  
 保健省：早期発見、診断、検診

---

\*：1990年に統合される。  
 出所：福祉局

### （3）法律

障害（者）問題に関する法律の整備はアジア太平洋障害者の10年の12の行動課題のうちの重要な1つとされている。現在まで、インドネシア、フィリピン、スリランカなどで障害（者）問題に関する法律が制定されている。マレーシアにおいても、アジア太平洋障害者の10年の行動課題推進に向け、1998年11月、国家統一・社会開発省は行動課題に沿って12の技術委員会を結成した。しかしながら、福祉局、社会開発部長の見解では、マレーシアの現行法は障害者を含めたすべての国民を念頭に置いており、障害者を排除しているわけではなく、また、マレーシアは西欧社会のような訴訟によって問題を解決する社会ではなく、現行法の適応で十分という見解が根強いという。しかし、障害者からは、現状では障害者の権利が十分に保障されていないという認識のもと、法律の制定を望む声が強い。現在、障害（者）問題にかかわりの強い法律としては、以下がある。

統一建築物細則（Uniform Building By-Laws: 1984）

特殊教育法（Special Education Act: 1961）

被雇用者社会保障法（Employees Social Security Act: 1967）

労働者補償法（Workmen's Compensation Act: 1952）

統一建築物細則は、病院や学校などの公共施設における障害者のアクセスを保障するための法律である。これをもとに作られた実施規則（Standard Code of Practice for Access for Disabled Persons to Public Places : 1991）は、現在改訂が進んでいる。これに加えて、Malaysian Standard Code of Practice for Access for Disabled Persons Outside Buildingsが上記の付則として作られている。しかしながら、現在これを推進する法的手段がないため、実際には浸透していない。このほか、Specification for fire precautions in the design and construction of Building - Pt 8: Code of practice for means of escape for disabled persons. (MS 1183: Pt8: 1990) は、設計者および施行者に対して、障害者のための緊急避難経路に関する指針を示している。

## 5 4 2 ケース・スタディ（1）：全般的考察 ペナン州のCBRを中心に

### （1）概要

1983年に世界保健機構（WHO）の協力のもとトレンガヌ州に最初のCBRが導入され、1992年からはCBRの全国展開を強化する予算措置が始まった。また1995年には「CBR指針」が作られ1997年にはCBRの質的向上を目標に、関係省庁の協力のもと全国CBR調整委員会が結成された

## Box5 1 医学モデルにおける障害の定義

### モデル

CBRは、家族と地域社会の人々が、各々の地域社会の中で支援し行われる障害者のリハビリテーション（以下、リハ）である。リハにおける訓練や技術の提供において、補助的専門職やボランティアが主要な役割を担う。CBRはデイセンター型、訪問型、混合型の3つの型がある。

### 目的

- ・ 障害者が健常者のように行動できるよう訓練する。
- ・ 地域社会の中に支援を必要とする障害者がいることを知らしめるための啓発を行う。
- ・ リハに関する啓発を行い、障害者、その家族や親戚に情報を提供する。
- ・ 障害者と家族がリハにおいて注目されるよう、障害者とその家族を支援し動機付ける。
- ・ 支え合う社会を実現する。

### 方法

- ・ 障害者や家族、地域社会の人々が協力して行えるよう特定の人的資源を活用する。
- ・ リハの過程で、地域社会の資源を活用する。
- ・ 理解しやすく、系統立ちかつ効果的なリハを行う。
- ・ 障害者の家族や補助的専門職、ボランティアや地域社会の人々でCBR委員会を組織する。

出所：福祉局（1998）

表5 7 福祉局と保健省のCBR

州	福祉局			保健省
	CBR数	ワーカー数（人）	CBR登録数（人）	CBR数
Perlis	2	6	47	3
Kedah	18	42	403	3
Penang	16	24	186	5
Perak	25	46	587	5
Selangor	30	82	757	3
Kuala Lumpur	3	6	45	0
N. Sembilan	24	46	546	5
Malacca	12	26	296	3
Johor	40	79	912	6
Pahang	22	52	501	4
Trengganu	13	31	253	5
Kelantan	19	34	344	6
Sabah	12	29	455	4
Sarawak	6	14	220	2
Labuan	1	3	20	0
合計	243	520	5,572	54

出所：福祉局

（Box 5 1）。1998年からは「障害者の日」に優秀なCBRプログラムとCBRワーカーの表彰が始まり、2001年には福祉局のCBRプログラム数は243に、保健省のCBR<sup>236</sup>も54を超え、全国展開に成功している（表5 7）。

CBRは福祉局の重要な事業と位置付けられ、毎年20の新規プログラムを開始するための予算が採られてきた。1997年の経済危機で新規プログラム予算は5つ分と減少したが、1999年のCBR予

<sup>236</sup> 保健省のCBRは1996年に開始される。Clinic Based Rehabilitation: CBRやEarly Intervention Program: EIPと呼ばれ、郡診療所の看護師や近郊基幹病院の理学療法士等によって行われている。

算は310万リングで、社会サービス・諮問部の総事業予算1445万リングの21.5%を占め、家族・児童対策費予算379万リングに次ぐ予算となる。

## (2) ペナン州のCBR

ペナン州の人口は約120万人、登録障害者数は5712人で、州人口の約0.5%である。16のCBRプログラムが実施され、形態は、障害者が小規模施設であるCBRセンターに通うセンター型が10、CBRワーカーが訪問活動を行う訪問型が1、両者の混合型が5である。ペナン州では1989年にCBRが開始され、国内でも活発な州の1つと言われているが、以下の3つの特徴・課題が見られた。

### 1) 対象の限定

障害別で見ると、州の登録者の7割を占める身体障害者(視覚や聴覚障害者、肢体不自由者)がCBRの登録では3割以下になり、逆に知的障害者が7割を超している。また視覚障害者は一人もCBRプログラムに登録していない(表5-8)。年齢では、14歳以下のCBRプログラム登録数が66%、20歳以下が90%を占め、逆に35歳以上の登録者は1人もいない(表5-9)。

### 2) 活動の制限

CBRの開始当初は地域社会や家族を巻き込んだ遠足や運動会、家族の勉強会などの多様な活動が行われていた。しかし、現在は障害児のみを対象にした読み書きや生活指導など狭義の療育活動のみとなりつつある。「CBR指針」においても述べられている地域社会の他機関との協力や啓発活動、また成人障害者の自立生活を支援するための介助者の調整や外出援助、カウンセリングや所得創出活動支援などといった広義の生活支援はほとんど行われていない。ペナン州にはCBRのほかに11の障害者関連の施設・プログラムがあるが、照会などの協力も十分に機能していない。また、狭義のリハの実施においても、センター型CBRのうち、CBRの基本的手法である家族との情報・技術の共有を目的とした家族の同伴は1つのプログラムが行うだけであり、ほかのプログラムはそのような機会すらない。

CBRが知的障害児の教育リハに専門化してきた結果、知的障害児はより充実したサービスが受けられるようになった。その一方でCBRのサービスを利用しない・できない障害者も増えてきた。CBR登録者のうち43%(89人)がCBRサービスを利用していないか、ほとんど利用していない。CBRを実際に利用している人数116人は、ペナン州総登録者数5712人の2%、国連統計局の推定で算出したペナン州の障害者人口6万2400人の0.2%にも届かず、施設型リハビリテーションによって支援できるとされる2%にさえ及んでいない。

### 3) 対象・活動が制限された原因

上記のような対象と活動の制限が起こったのは、視覚障害者や聴覚障害者向けの教育は教育省が比較的整備していること、また、肢体不自由者は病院において理学療法などが受けられ、最も取り残されてきたのが知的障害者であること、また早期療育の必要性が認められた結果に

表5 8 ペナン州の福祉局登録者数とCBR登録者数の比較

障害	福祉局登録者数 (%)	CBR登録者数 (%)
視覚障害者	834 (14.6)	0 (00.0)
肢体不自由	2,012 (35.3)	42 (18.4)
聴覚障害者	1,043 (18.3)	14 (6.1)
知的障害者	1,821 (31.8)	169 (74.1)
その他	0 (00.0)	3 (1.4)
合計	5,712 (100.0)	228 (100.0)

注：重複障害者はそれぞれに登録されており、合計数は実数より多い。  
出所：福祉局

表5 9 ペナン州CBRの年齢別登録数

年齢層	人数 (%)
0 - 4	3 ( 1.5)
5 - 9	57 ( 27.8)
10 - 14	75 ( 36.6)
15 - 19	47 ( 22.9)
20 - 24	12 ( 5.9)
25 - 29	6 ( 2.9)
30 - 34	5 ( 2.4)
35 -	0 ( 0.0)
合計	205 (100.0)

出所：福祉局

よる自然な流れともいえる。

しかし、マレーシアのCBR実施方法自体が障害者を排除してしまっている側面もある。例えば、ペナンのCBRはセンター型が多く、移動に問題が多い中・重度の肢体不自由者には通所が困難である。また、「CBR指針」のCBRの実施内容も教育リハが中心に書かれ、CBRワーカーもチグー（マレー語で学校などの「先生」の意味）と呼ばれること、福祉局のCBRワーカーの研修は5日間の導入コースとフォローアップコースがあるが、近年は年1回程度導入コースが行われる程度で十分な研修は行われておらず、内容も教育リハが強調され、地域社会の啓発や組織化、生活支援の活動などはほとんど含まれず、結果としてCBRの内容が教育中心となり、それに適さない障害者は徐々にCBRを利用しない・できなくなる傾向にある。

加えて、「CBR指針」においてすべての障害者をCBRの対象としながら、その「指針」中で「障害者」ではなく「障害児」が、「家族」ではなく「親」という表現が多用されたり、CBRのサービスを受ける障害者に制服を設定するなど、暗に子どもだけがCBRの対象であることが示唆されている。

地方の郡レベルでのサービスがCBRしかない現状で、CBRの対象から除外されることはサービスが受けられないことであり、マレーシアの「CBR指針」、また本来のCBRの目的からもそれるものといえる。

表5 10 CBR委員会：「指針」と一例：1998

	「CBR指針」	バラット・ダヤ郡（ペナン州）
相談役	（州・郡）福祉局職員	地域開発公社職員
議長	地域社会の長（村長等）	学校長
副議長	同上	NGO代表
秘書	村の委員会のメンバー	郡福祉事務所員
会計	地元の人・（障害者の）親	郡事務所員
委員	教育・保健機関の代表・職員、 教師、理学療法士、（障害者の）家族	公務員、看護師（2）、警察官（2）、 CBRワーカー（2）、障害者の家族（2）

括弧内は人数  
出所：福祉局

#### 4) 地域社会の実施側への参加の不足

##### 障害者

ペナン州（郡レベル）サバ州、サラワク州の11のCBR委員会の会員120人のうち、障害者の委員は1人もいない。同じく3州のCBRワーカー54人中にも障害者はいない<sup>237</sup>。「指針」では障害者の代弁者として家族の委員会への参加の推進が明記されているのに対し、障害者本人の委員としての参加は一切触れられていない。

##### 家族

ほとんどのCBR委員会に障害者の家族が1～2人参加している（表5 10）。しかし、前述のように家族との情報・技術を共有する機会も少なく、その他の家族が実施側・貢献者としてCBRに参加することは少ない。

##### 地域社会

CBR委員会は地域社会によって構成されているが、委員以外の方がCBRに参加する方法は寄付行為を除きほとんどない。加えて、CBR委員会が形骸化し、最低でも3ヵ月に一度行われるはずの会議が1年間一度も開催されなかったCBRさえある。実際には、福祉局郡事務所員が指針に従い運営している。1997年、福祉局は住民の主体性を強めるためにCBR委員会の議長に福祉局職員がなるべきではないとの通達を出したが、その一方で、例えば、CBRに参加する障害者（児）に制服を着用させるよう指導し、ほかへの転用のきかない特別予算をつけるなど、トップダウン的な管理も進めている。

当初、地域社会の参加を促すため、複数のボランティアに交通費程度を出すことを目的に作られた手当も、現在は、各プログラムが1～3人のCBRワーカーを福祉局の契約職員として雇用するために用いられている。

CBRは、その活動が地域社会の生活に密着し多様であることで、地域社会の人々は単なる訓練補助のマンプワーとしてではなく、個々のさまざまな能力を“資源”として生かしたボラン

<sup>237</sup> 障害者CBRワーカーについては次節で論ずる。

ティアとしての活動ができる。しかし、現状のように療育・訓練に偏重したCBRでは地域社会は訓練助手などの形でマンパワーとして参加するしかなく、特殊な訓練の実施を期待されることで地域社会の人々はますます参加できなくなる。

是非は別にして、福祉局のCBRは、総合的な障害者の地域社会での自立した生活を支援するものではなく、知的障害児を主対象とした小規模施設型教育リハのサービス提供地域拡大プログラムとして発展してきている。このCBRは施設型リハの3つの特徴：障害者はサービスの受益者であり貢献者ではないこと、生活支援よりも機能回復のための狭義のリハが優先されること、そして地域社会の参加が限定されること、を有している。

### (3) CBRの鍵となる障害者の参加とその制限因子

多くの実践者がCBRの実施過程、特に意思決定過程への障害者の参加が重要かつ効果的であり、地域社会の参加と合わせてCBRを特徴付けるものとしている。国連・アジア太平洋経済社会委員会・機関間委員会は、障害者の参加と機会の均等化を目指した戦略の1つであるCBRの実践過程自身に障害者の参加がないのは問題であるとしている(ESCAP(1997b))。

マレーシアのCBRにおいて、貢献者としての障害者の参加が抑制されている最大の要因は、いみじくも「指針」で述べられている、「障害者は訓練を受け“正常”になるべき存在」という障害者像であろう。CBRの対象が知的障害児に偏ることで、障害者は「日常生活上の介助は必要とすれども、意思決定のできる存在」ではなく「自分で意思決定ができずかつ保護を必要とする存在」といった像がより強化されているだろう<sup>238</sup>。フィンケルスタインは、施設型リハの基礎となってきたこの考え方・障害者像がCBRの名のもとに地域社会の生活にまで“輸入”されることによって、それまで地域社会に根付き発展してきた障害者がいる生活、または広範囲にわたる障害者の生活支援がかえって侵害され、障害者の自立・参加を阻害している側面もあると論じている<sup>239</sup>。具体的には以下の8点が障害者の参加の制限要因として挙げられるだろう。

「CBR指針」、およびCBRの目的に障害者の貢献者としての参加が明文化されていないこと。障害者とその家族が利害を共有し、その利害は家族(親)が代弁できるという仮説を採用し、家族の代弁のみを支援していること。障害児・者のいる親の子殺し・心中事件などが示すように、両者が利害を共有するとは限らない。

CBRにかかわるのが医療・教育の専門職が中心となることから、狭義のリハの重要性が強調されていること。また、訓練をすれば治る(よくなる)というリハへの過大な期待が根強い。ワーナーはリハ専門職が障害者の参加を拒む最も大きい障壁であるとも論じている<sup>240</sup>。障害者の生活支援分野の遅れ。

障害分野で専門職として給与を得ている障害者が少ないこと。医師などの専門職は業務としてCBRにかかわることができ、業績にもなるのに対し、多くの障害者はなんらかの方法で給

<sup>238</sup> 事実として知的障害児は自己決定ができないということではなく、一般に流布している知的障害者像、および子ども像として。

<sup>239</sup> Finkelstein, V. (1998b)

<sup>240</sup> Werner, D. (1994)

与を得ながらボランティアとしてかかわることになり、研修や会議などへの参加も容易ではない。研修があっても障害者は参加できず、貢献者として力量をつけることができない。またピアカウンセラーなど、障害者が自身の経験を生かして働ける専門職が確立していない。アクセス（サービス・物理的・情報）の悪さ。会議への参加や、CBRワーカーとしての家庭訪問などの制限因子となる。

障害当事者団体が計画・実施においてCBRにかかわっていないこと。例えば、1989年と1995年、福祉局はCBR計画会議を開催したが障害者当事者団体の参加はなかった。当事者団体の多くは身体障害者の団体で、知的障害児の教育リハと見られているCBRに関連性・協力することの必要性が認められないのだろう。また当事者団体の多くが都市部中心であることや、福祉局のCBRに疑問を呈しても、代替政策案を提出できるほどの力量を有する団体が少ないことなども背景としてある。

ファシリテーターの不在。地域社会の啓発や住民の組織化を支援するファシリテーターは、障害当事者主体のCBRを行うメキシコの実践や住民主体のCBRであるインドネシアの実践などで重要な役割を果たしている。しかし、マレーシアではCBR委員会もCBRワーカーもこの役割を果たしていないし、「指針」やワーカーの研修においても取り上げられていない。

「障害者の参加の促進」はマレーシアのCBR関係者にも言葉としては広く受け入れられているが、CBRの実施過程自身においてさえ、その実施は上記のように困難である。CBRは地域社会の状況に合わせて実施されればよく、決まったモデルはないし、CBRはあくまで狭義のリハに関する戦略とし、訓練による機能回復の結果、他の社会生活に参加する機会を得た障害者もいるだろう。しかしながら、当事者が主体としてプログラムやプロジェクトに参加することの重要さや効果は開発・障害の両分野でも多々論じられており、マレーシアのCBRにおいても参加型手法や当事者主体の生活支援活動である自立生活運動から学ぶことは多いだろう。

次節では2つのCBRプログラムのケーススタディから、この議論をさらに深める。

#### 5 4 3 ケーススタディ(2): プログラム・ケーススタディ

前節で論じた障害者の参加とCBRのあり方を、2つのCBRプログラムのケーススタディにおけるインタビューと観察を中心とした定性的なデータをもとに論ずる。本節では特に重要と思われる4点に絞り論を進める。

CBRはその地域社会のありようによって実施の形態や内容が異なってくることから、本調査においては、都市部と農村部という違いを反映することを目的にそれぞれの地域から1つずつプログラムを選んだ。プログラムの選択にあたっては、5年以上の実践がある福祉局のCBRプログラムの中から、福祉局の年次評価などを参考にし、スランゴール州スラン地区のCBRとペラ州南トラ村のCBRを対象とした。本調査においてインタビューを実施した対象は以下になる（表5 11）。

表5 11 CBRプログラム・インタビュー対象

(インタビュー人数：人)

	南トロラ村CBR (農村)	スラヤンCBR (都市)
一次裨益者		
CBR利用障害者	5	3
障害者の家族	10	4
CBR利用中止障害者	6	8
CBR非利用障害者	3	3
CBR非利用障害者家族	10	9
地域の障害者団体 (GI)	1 (参加者：16人)	0
CBR実施者		
CBR委員会 (GI)	1 (参加者：6人)	1 (参加者：5人)
CBRワーカー	3	4
福祉局事務所 (郡・州)	2	2
関連NGO	1	3
関連専門家	0	4
地域社会		
村人 (GI)	1 (参加者：14人)	1 (参加者：12人)
教育関係者	3	4
学生 (GI)	1 (参加者：11人)	1 (参加者：8人)
村・キーパーソン	4	1
医療関係者	4	2
村の団体・関係者	5	1
宗教関係者	1	0

注：GI = グループ・インタビュー

出所：筆者作成

## (1) CBRプログラムの概要

## 1) スラヤン地区CBRプログラム

スラヤン地区はマレーシアの首都クアラルンプールに隣接する地区で、もともと不法占拠地区だった集落が多かったものの、現在は改善されつつあり、学校や医療施設などの社会インフラは整備されている。人口は5万7200人で人種的には混在しているものの、都市中心部を除くマレーシアのほとんどでそうであるように、居住地域を見ると、各人種がそれぞれ分かれて住んでいる。首都に隣接し交通の便も良いことから生活圏は首都圏と重なっている。

CBRプログラムは1992年に開始され、現在152人の障害者が登録している。4人のCBRワーカーが学齢期児童向けプログラム、理学療法プログラム、言語療法プログラム、巡回指導プログラムを活動の中心にしている。近隣地区の4つのCBRプログラムが共同でCBRゴンバというNGOを設立し、共同でのプログラムや研修会の実施を行っており、スラヤンCBRはその中で中心的な役割を担っている。過去に福祉局により最優秀CBRプログラムと最優秀CBRワーカーの表彰を受けたことがある。

## 2) 南トロラ村CBRプログラム

南トロラ村は1969年に入植が始まったマレーシア連邦土地開発公社の入植地で、ペラ州南部に位置する。人口は4525人でマレー系が中心である。電気や水道は整備され、小学・中学校および医師が巡回する診療所がある。

CBRプログラムは1995年に開設され、現在56人の障害者がサービスを受けている。5人のCBRワーカーが、早期療育プログラム、学齢期児童向けプログラム、職業訓練・作業所プログラムの3つの活動を行っている。早期療育プログラムと職業訓練プログラムについては同州内のNGOから資金的・技術的支援を受けている。

### (2) 障害者の参加とCBR：複雑さが内在する課題

プログラム・ケーススタディのインタビューと観察を通して明らかになったことは、CBRの1つ1つの特徴において、利点と欠点が同時に内在していること、そしてそれらのありようがその地域社会のありようと密接に関係している点である。ゆえに、ここで述べる特徴や結果とそれへの示唆が、そのままのCBRにも当てはまることではないことは留意する必要がある。以下に特徴的な課題を4点まとめる。

#### 1) リハビリテーションという介入の限界

CBRを利用していない家族から述べられたCBRを利用しない理由として特徴的であったのは、機能的な回復を目指したリハビリテーションという介入とそのあり方に対する不満と怒りであった。これは利用していない障害者の多くがCBRを利用している障害児よりも障害の程度がより重度である場合が多く、医療の効果が目に見えなかったり、サービスの内容が適切ではない場合が多いからとも考えられるが、親たちの不満の1つは、リハビリテーションによって機能が回復しないことではなく、それにもかかわらず同じことを続けたり、逆に回復しないからあきらめなさいとさじを投げる理学療法士や医師のかかわり方や態度に対しての不満であった。

それらの不満を述べる親は「リハビリテーションはもういらないが一緒に遊んだり、(この子の)世話を手伝ってくれる援助が欲しい」(スラヤン地区インタビューNo. 37、2001年7月15日)というニーズを持っている場合が多い。しかし、スラヤンにしるトロラにしるどちらのCBRもその活動の中心は機能回復のためのリハビリテーション・サービスであり、このような親のニーズには対応するものとなっていなかった。

トロラ村においてはリハビリテーション・サービスの提供機関が全くなく、そのような状況においてリハビリテーションを提供することは重要であるが、スラヤンにおいては同地区にある病院においても理学療法士が4人在籍しており、CBRとしてリハビリテーションにのみ集中している現状は不適切であるといえるだろう。リハビリテーションにのみ集中する現在の形態では、このような多様な「障害者の支援」のニーズには応えていないという事実を認識すべきである。

## 2) 障害者の“ための”プログラムが促す排除：障害者はCBRへ、という考え

トロラ村では、CBRができたことによって、実際にどこにも行けず家の中にいた障害者に対して社会に参加する1つの道を提供した。しかしその一方で、CBRが障害者のための活動として認知されることによって、それまで障害者を受け入れていた幼稚園や小学校が「障害者にはCBRがあるのでうちではもう受け入れない」(トロラ村インタビューNo.66、2001年7月8日)という、逆にそれらへの参加を閉ざす理由を作ってしまった。これはトロラ村のCBRの活動形態が、就学やその他の地域社会の活動への参加を促すものではなく、CBRという障害者のための特別なプログラムによって支援するという形態をとっていることがその根本的な原因といえる。

この課題は、CBRが当初から地域社会への障害者の参加やインクルージョンを目指すことを明確にし、それに即した活動計画を立てない限り、必ず直面する課題であるといえるだろう。トロラにおいても幼稚園との交流や地区の行事などにCBRを通して障害者の参加の支援を行っているものの、なかなか順調には進んでいるとはいえない。

## 3) 障害者に特化していることの困難さ

本人や家族が障害者であることや障害者の家族がいることを隠したいために、障害者のための活動という認知がされているCBRによってサービスを受けることを拒む例が少なくない。トロラ村では2件の家庭がその家に障害児がいることを隠し、CBRからサービスを受けることを拒んでいた。また、腫瘍で右大腿の切断をした中学生は、「(中学の)先生から『君は、脚は切断したが障害者ではないのだから障害者の学校(トロラ村のCBRを指す)には決して行くな。行けば障害者と認めたことになる』といわれたので、そこ(CBR)にはかかわっていません」と“励まされ”たことを語り、「病院には行くけど、病院は誰でも行くし、そこ(CBR)は障害者のためのものだから僕は行かない」(トロラ村インタビューNo. 07、2001年6月23日)と語っている。

小・中学生のインタビューにおいては、障害者の呼称として、CBRプログラムにおいて障害児たちが紫の制服を着ていることから“Baju Ungu”(紫の服)という呼び方や“(anak) Sekolah cacat”(障害者学校の子ども)”という呼び方が定着していることが語られた。また村の中学校の図書委員は特別に紫の制服を着るがそれがCBRプログラムの子どもの着るユニフォームと同じ色と形であることをとても嫌がっていることが述べられた。(トロラ村インタビューNo.59、2001年8月1日)

トロラのようにCBRセンターが村の中心にある役場の目の前に建てられ、村人の多くがその存在を知るところとなることは啓発的效果も非常に高く、実際にそれによって障害者のサービスがあることを知り、障害児を連れてきた親もいた。しかし、障害者への差別的な考え方や態度が色濃く残る中では、逆に上記したような課題も生んでいる。目に見える存在としていることで徐々に村人の意識が変わってくることは確かであるし、そのような時間をかけた変化こそが実際に根付く変化を生むともいえる。しかしそれと同時に、障害者のための支援という役割と目的を持ちつつ、しかし上記したような差別的な“区別”がなされることなく行う方法を検

討することは重要である。その1つの方向としては、障害者に特化したサービスではなく、日常生活の中に障害者が組み込まれることを支援するようなインクルージョンにより焦点をあてた活動や、女性や子どもなどと対象を広げた活動の中で障害者をその一部とするような取り組みが考えられる。

#### 4) 民族・言語・文化の違いの重要性

スラヤン地区のCBRを利用しない障害者のうち、非マレー系から利用しないまたは利用を中止した理由として特徴的に述べられたのは、言語の違いによりマレー系のワーカーしかいないCBRではコミュニケーションがとれないことであった。

スラヤン地区は民族が混合しているにもかかわらず、CBR委員会はマレー系が主でCBRワーカーは全員マレー系である。インド系はマレー語を話す人が多いが、中国系ではマレー語を解する人は多くはなく、今回インタビューした中国系の家族の多くについても、マレー語も英語も解する人が少なく、中国語の通訳をつける必要が多かった。これは単に言語によるコミュニケーションの壁ということだけではない。多民族国家のマレーシアでは、各民族が融合しているというよりはお互いの生活圏が分かれたままに共存しているといったほうが適切な状態である。言語や宗教、食文化の違いにもよるが、心理的にも共同体意識は民族を基本にすることが多い<sup>241</sup>。このために、インド系や中国系はマレー系が主体のCBRに参加するには心理的な壁が生じているともいえる。

本調査の対象ではないが、サラワク州で筆者がCBRにかかわっていたときには、担当のCBRワーカーがマレー語、中国語（広東語、北京語）、英語、現地語（ビダユー語、イバン語）を話せたことで多民族の障害者が言語の差異によるコミュニケーションの障壁がなく、サービスを利用できた。

CBRにおいては、性や年齢、障害の種類や程度に着目し、それらにかかわらずCBRが利用できるような配慮がなされることがよく提言されるが、それらに加えて、多民族が共存しているような国や地域では、民族の差異を理由に人々の利用が妨げられないよう、また心理的な障壁を取り除くためにも1つの人種によらずに多民族の構成を反映するようなCBRワーカーやCBR委員会の構成が重要となる。

以上の4点がCBRプログラムのケース・スタディを通して明らかになった課題として最も重要なものであった。次節ではさらに障害者の貢献者としての参加に焦点をあてた検討を行う。

#### 5 4 4 ケース・スタディ(3): 障害者の貢献者としての参加

本節においては障害者がCBRワーカーとしてCBRのプロセスに貢献者として参加することの意味を検討した。そのうち特に重要と思われる3つの点についてまとめる。

<sup>241</sup> 例えば、マレーシアの主要な政党は民族別の政党である。

表5 12 インタビュー対象数

CBRプログラム	Jemnetah	Parit Keroma	Sri Damai		Kg. Soeharto
州	ジョホール	ジョホール	スランゴール		スランゴール
障害者ワーカー数	1	1	2		1
氏名(仮名)	ラン	ディグ	ジャミ	ユソフ**	アリ
障害の種類	ポリオ	多指(右手指)	両上肢変形	ポリオ	ポリオ
障害・自立程度	中度・自立	軽度・自立	中度・自立	軽度・自立	軽度・自立
性別	女性	女性	女性	男性	男性
同僚ワーカー	0*	1	1	2	
CBR委員会	2	2	2	2	
障害者・家族	8	10	5	7	
福祉局	1	1	1	1	

注：\* このCBRプログラムにはワーカーが1人しかいないため。

\*\* このワーカーは既に退職している。

出所：筆者作成

### (1) 調査方法

マレーシア政府福祉局本部のCBR担当課長にCBRワーカーをリストアップしてもらおうと同時に、クアラルンプールとラブアンを除く各州の福祉局事務所のCBR担当官にも直接問い合わせ、現在および過去の障害者CBRワーカーの有無を確認した。これによって現在活動している障害者CBRワーカーとして確認されたのは、ジョホール州の2人とスランゴール州の3人のみであった。それに基づき、現在障害者CBRワーカーが活動しているCBRプログラムにおいて各ステークホルダーに対してインタビューを行った(表5 12)。

まず、以下に詳細を述べる前にマレーシアのCBRの特徴を再考したい。その特徴は、CBRの内容が知的障害児を対象にした教育的リハビリテーションプログラムの提供が中心となっていること、そしてアプローチは小規模施設を村に立ち上げ、数人の雇用したCBRワーカーが訓練を提供する形で行われている点にある。訓練内容や年齢層などに差異はあるものの、上記した特徴は少なくともこの節で述べるCBRプログラムに共通するものである。

### (2) 障害者の貢献者としての参加の課題

#### 1) CBRにおける障害者の参加：2つの意味

CBRにおける障害者の参加といった場合、そこには2つの意味が含まれる。1つはCBRのユーザー自身(障害者)が、自身が裨益者となるプログラムの意思決定や実施プロセスにかかわるという意味での参加であり、もう1つはユーザーであるかどうかにかかわらず、障害者がCBRという社会の活動の1つに参加することで自己実現を行うという意味での参加である。この2つは分けて考えられるべきである。

前者の視点で見ると、マレーシアのCBRにおいてCBRのユーザーがその過程やCBRで受けたサービスの結果によってCBRワーカーになった例はない。CBRの対象の多くが知的障害児であることも理由の1つではあると思われるが、CBR委員会と福祉局職員のインタビューにおいても、そのような形での参加を支援することの必要性が認識されていない。それに対してCBRワ

ーカーからは、助手としてCBRの活動を補助するような形の参加は十分に行えるという指摘があった。

後者の点に関しては、CBR委員会からも福祉局職員からも肯定的な意見が出されたが、それは障害者の参加を積極的に支援するというのではなく、CBRの業務遂行に関して問題がないのであれば障害者でもなんらかまわらない、というもので障害者の参加を積極的に支援しようとするものではなかった。実際にマレーシア全体で障害者CBRワーカーが4人しかいないことからこの点への関心がないことはうかがえる。ただし、Seri DamaiのCBR委員会の会長は、障害者のワーカーがいることを自分のCBRの良い特徴だと認識し、可能であるならばより多くの障害者の自立をこのような形で支援したいと述べている。

「ジャミ（仮名）はSeri Damai CBRの理念を象徴する存在であり、彼女がいることでこのCBRは障害者の自立の可能性を示している」（Seri Damai CBR 委員長：2001年11月16日）

## 2) 「障害者の参加」というレトリックの危険性

上記（1）とも重なるが、「障害者の参加」という視点で見られることによって2つの点が危険にさらされる。1点目は、障害者の参加という視点によって、本人の意思にかかわらずその人を障害者と規定してしまう危険性である。本調査においてインタビューした障害者CBRワーカー全員が、自分は身体機能において差異はあるものの障害者ではない、と答えている。

「確かに体を見ればそうかもしれないけれど、私は障害者ではない。なぜなら他の人と同じように仕事もできるし、何ができないわけでもない。他の人を助けることもできる」（ラン：2001年11月5日）

これはマレー語の“障害”（cacat, kurang upaya, tidak upaya）と“障害者”（orang cacat, orang kurang upaya）という言葉には「できない・劣っている（人）」という意味があり、その意味において、自分は差異はあるけれども、自立し働いており、決して劣っているという意味での障害者ではないと認識している。Parit Keromaのワーカーのティグは、この調査自体が障害者を区別し特別視しており、障害者の差別を生む視点と同一であると指摘した。

「あなた（筆者）が私を障害者と呼んで、このインタビューをすること自体、健常者と障害者という区別をすること自体が差別をするのと同じだ」（ティグ：2001年11月6日）

マレーシアにおいては、障害者として区別されることは単なる区別を意味するのではなく、見なされること自体がすぐに差別へとつながる。特に障害者の理解が「できない人」となされている場合、そのカテゴリーに入れられることは「できない人」と見られることであり、今回インタビューした障害者CBRワーカーが、自らを障害者と規定しないのもこの点による。それが実際に参加を支援するものであったとしても、障害者の参加の支援という題目のもとに「障

害者」と規定されることは、望ましくないこととして障害者CBRワーカーたちにはとらえられている。非障害者のCBRワーカーもさまざまな理由によりできることやできないことがあるにもかかわらず、障害者CBRワーカーのみが注目され、その障害による利点や欠点のみが注目されることは望ましくないと述べている。

2点目の危険は、「障害者」というとらえられ方がなされることで、それによって本来意味しようとしていた「当事者」性が薄れる点である。「障害者の参加」の本質的は、例えばCBRプログラムの裨益者である人々がその意思決定や貢献者として参加することの重要性を論じていたにもかかわらず、その直接の裨益者の参加ではなく第三者の障害者の参加をもって代えられている現実がある<sup>242</sup>。「障害者の参加」とは裨益当事者の参加を意味しており、第三者の障害者の参加が裨益者本人の参加を完全に代替し得るものではない点の理解が必要である<sup>243</sup>。

3点目は、CBRが「障害者による障害者のためのプログラム」として認識され、「地域社会の地域社会による」という認識が弱まることは、地域社会からの支援が受けられなくなる危険がある、という指摘が、CBR委員会からだけではなく障害者CBRワーカー自身からも述べられた。

「障害者が希望すればCBRワーカーになれるべきではあるが、障害者だけになるべきとは思わない。CBRワーカーにとって重要なのは障害の有無ではなくてその人の能力である。そしてCBRは地域社会のプログラムであって、障害者だけのプログラムではないのだから」(ジャミ：2001年11月17日)

現実には、多くの障害者団体が自助団体としては機能しつつも地域社会との連携や協力という点において弱いことを見れば、この指摘は的を射ている。

### 3) 障害者というレトリックの危険性：属性か個性か

「障害者」という枠組みが使われるとき、そこには個人がある集団への属性によってとらえられることによる危険性が生ずる。

まず1つは個々の多様性よりも障害者という属性が重視されることである。同じ障害者であったとしても、障害の種類や程度、また経済状況や性別などが異なれば、ニーズも経験もかなり異なる。一般に障害者であれば他の障害者のニーズも分かるといわれるが、それは不正確なとらえ方で、ワナーの言うように、正確に言えば「ニーズに対して敏感」になるのであって、

<sup>242</sup> 例えば、CBR全国協議会には2人の障害者が代表となっているが、この2人は全国障害者団体の長で全国リハビリテーション協議会のメンバーであり、それを理由にCBR全国協議会においても代表として選出されたが、2人の障害はそれぞれ視覚障害と聴覚障害で、自身が直接のCBRのユーザーでもなく、また障害の種類からいってもどちらもCBRの主対象となる障害ではない。CBRの主なユーザーである知的障害者(児)と身体障害者(児)もしくはCBRのユーザー自身はこの協議会の意思決定過程には全く参加していない。

<sup>243</sup> 例えば、JICAが1996～1997年に行った「障害者の国際協力事業への参加」に関する調査は、日本国民としての開発援助事業の実施側当事者としての日本人障害者の参加を論じたものであり、開発事業の裨益者側の障害者の参加を論じたものではない。日本人障害者の参加が相手国裨益障害者の参加を完全に代替し得るものではない点は留意が必要である。

第三者がある人のニーズを押し量れるものではない。この点はほとんどの障害者CBRワーカーが自らを障害者と認識していないことにもよるが、自分が障害者であるがゆえにCBRのユーザーのニーズを他の非障害者ワーカーよりも分かるかという質問には否定的であった。障害者CBRワーカー全員に加えて、同僚CBRワーカーや委員会、また福祉局職員も、障害者であること以上に責任感や共感する力などその他の個性のほうが重要であり、例えば障害者だからといってそれらが非障害者以上に優れているとは限らず、また同様に非障害者が障害者ではないからといって共感や責任感が低いわけではないと述べている。重要であるのは個であって、障害者という属性にはないとしている。ワーカーは障害者として障害を経験していることが正の要素として加味されるべきであると述べているが、今回のインタビューでは障害者CBRワーカー本人からもそのような意見は述べられなかった<sup>244</sup>。

#### 4) 参加の障壁

どの障害者CBRワーカーも、CBRワーカーになることにおいて障壁はなかったと述べている。しかし、その業務遂行にあたってはマレーシアのCBRが障害児の訓練が中心であることから、障害児のトイレ介助や移乗などの身体作業を伴う業務などにおいて制限があることは同僚CBRワーカーやCBR委員のインタビューにおいて述べられている。

採用の決定を行う福祉局の担当官は、彼女らの身体機能の状態がCBRワーカーとして業務を行うことに関して支障がないとして採用した。つまり、CBRの業務が行える限りにおいて障害は障壁とはならないととらえられている。ワーカーは障害の経験があることでそのサービスのユーザーであるほかの障害者のニーズの理解や感情の理解に有利である点を肯定的な要因として評価することが必要であることを述べているが、実際にワーカーとして障害者が採用される際には、障害に対してそのような正の価値付けがなされず、それが業務に支障がないかどうかという点で見られているに過ぎない。

#### (3) まとめ

本節では障害者のCBRへの参加を批判的にとらえたが、それは障害者のCBRへの参加が重要ではないと言っているのではない。そうではなく、「障害者の参加」という言い方によって、本来それが意味しようとしていたことを逆に覆い隠してしまったり見えなくしている点があることを明らかにすることが目的であった。

まず最も重要な点は当事者が参加する、ということであり、障害者であれば誰が参加してもそれが障害者の参加となるということではないことである。言い換えれば、障害者が自己実現の一つの方法としてCBRの貢献者としての参加を望むならそれを支援し、障壁があるならば取り除くことがその障害者の社会参加を支援する意味において重要ではあるが、それはCBRの当事者の参

<sup>244</sup> これに対して自立生活プログラムを行うビューティフル・ゲートのインタビューにおいては、その活動が自立のためのスキルを新たに障害を負った仲間と共有することであり、自分がその経験を先に持っていることこそが重要であることが自立生活プログラムのリーダーたちから述べられた。この違いはプログラムの形態の違いから生じていると思われる。

加とは直接、関係のない参加形態であるということである。

## 5 5 まとめ

本章ではツイン・トラック・アプローチの一翼であるエンパワメント・アプローチとしてのCBRを、まずその概要と包括的な課題を検討し、次いでマレーシアのCBRをケースとして取り上げ検討した。

CBRの理念は理想的であるものの、実践においては幾つかの困難に直面している。特にCBRの理念が目指した障害者の参加の支援を通してのエンパワメントという理想は、CBRの具体的な取り組みが残念ながら従来のような機能回復のためのリハビリテーションが重視されることによって弱められているといえる。エンパワメントということを主眼においてCBRを支援するのであれば、より積極的に「参加支援」という視点を理念においてもまた実践においても打ち出さない限り結局は非常に幅の狭い支援となってしまう可能性があるといえるだろう。

次章においては、ツイン・トラック・アプローチの開発の障害分析と、障害当事者のエンパワメントという2つのアプローチを実際の国際協力の枠組みに反映していくための提言を、本研究をもとにまとめる。

## 6．まとめと提言

### 6 1 まとめ

本研究は、開発のメインストリームにおける障害（者）問題の取り組みを進めるために、その具体的なアプローチとして現在開発分野において議論されつつあるツイン・トラック・アプローチの可能性と限界、そしてその具体的な実践方法を検討した。具体的には3つの点に焦点をあてた。1つは、障害（者）問題の開発におけるメインストリーム化もしくはインクルージョンにおいて最も重要となる共通のフレームワークを論じた。次いでツイン・トラック・アプローチの一翼である開発における障害（者）問題のメインストリーミング・インクルージョンの概要とその具体的なアプローチとして開発の障害分析とその一つのツールとして開発プロジェクト・調査のためのチェックリストについての検討を行った。そして、ツイン・トラック・アプローチのもう1つの要素である障害当事者のエンパワメントとして、CBRの概要と課題を検討した。

障害が開発における主課題として取り組まれてこなかった主なる原因は、障害が開発の課題として認識されてこなかったことにある。逆に言えばその実現には障害（者）問題を開発の重要な課題ととらえる視点を持つフレームワークが開発と障害の両分野において共有されることが必要なのである。開発における課題が経済成長や単なる経済的な貧困である限りにおいては、障害者と障害者が直面する問題は決してその本流の課題とはならない。しかし、開発の課題が人々の福祉や人間発達という視点でとらえられるようになり、一方で障害（者）問題が単なる身体機能の問題ではなく社会参加の制限や機会の不平等として認識されるようになってきたことで、両者の課題の共通性が明らかになり、共通の土台に立って取り組む可能性が広がってきた。そのなかでも、貧困状況を実質的な機会の不平等としてとらえるアマルティア・センが論ずる「潜在能力」アプローチは、開発と障害の課題を「潜在能力」という課題に還元してみることをもたらし、このメインストリーミングの基礎を成す理論を提供している。そしてより具体的には、参加とそれを形成するエンパワメントとインクルージョンという3つの概念を取り巻く議論が開発という枠組みにおいて障害（者）問題をとらえる視点を提供している。

北欧の政府開発援助機関やアメリカ合衆国のUSAIDが既に障害政策や指針を有しているように、開発の取り組みのメインストリームに障害（者）問題を位置付けることの重要性は既に多くの開発援助機関が認めるところであるが、そのための具体的なアプローチや実践方法はまだ確立しているとはいえない。USAIDの評価においてもそのインクルージョンという理念の実現の困難さが明確に述べられている。どれだけ理念が良くてもそれを実践することができなければ、それは絵に描いた餅に過ぎない。しかし、それを進めるための具体的なアプローチも少しずつ検討され始めており、特に開発のプロジェクトや調査活動におけるインクルージョンもしくは障害配慮を具体的に進めることを目指した開発の障害分析という考え方とその具体的なツールであるチェックリストは1つの有効なツールとして既に研究が重ねられ実施されているものである。本研究でもSTAKESとNORADの作成したチェックリストをもとにJICA向けのチェックリストを作成し検討した。

ツイン・トラック・アプローチのもう1つの柱である障害当事者のエンパワメントはさまざまな方法によって取り組まれているが、その中でも最も広く行われているアプローチがCBRである。CBRは幾つかの矛盾を内包しつつも、理念としては1つのあるべき姿を提供している。しかし、過去20年以上にわたる各国における実践を振り返ると、必ずしもその理念が実践されているとはいえずアプローチとしての課題や限界も少なくない。マレーシアのCBRも例外ではなく、プログラムの拡大としては非常に成功しているものの、エンパワメントというCBR本来の理念に照らし合わせてみると課題は多く、より目標を明確にした取り組みが必要であることが明らかになった。

## 6 2 提言

本研究の結果をもとに、障害（者）問題を開発の課題として取り組んでいくための枠組みを以下の6つにまとめた（表6-1）。

### （1）開発の目的を貧困から機会の均等化に

まず最も重要であるのは、開発の取り組みの目標と課題の枠組みが、経済成長や経済的な貧困を中心とするものから実質的な機会の均等化や平等な参加という生活の質を中心とするものへと転換されることであろう。それによって障害分野のみならず、その他の社会的不利益に関する課題が開発の課題として認識されるようになる。これが障害（者）問題を開発の課題として取り組むことの基礎になる。もし経済成長や経済的貧困が目標であるならば障害（者）問題の取り組みはセーフティネットとしての取り組みの域を出ないだろう。

### （2）障害（者）問題を機能の問題ではなく参加の問題としてとらえる

次いで重要であるのは、障害（者）問題を心身の機能不全の課題としてではなく、障害者の実質的な機会と参加の不平等、つまりは不自由または権利の課題としてとらえることである。取り組みのあり方は課題をどうとらえるかによって決まってしまう。もし障害（者）問題が機能の問題としてとらえられたならその取り組みはどうしても機能に関することが中心となり、障害当事者が直面している実質的な生活の課題と取り組むことが見落とされるだろう。機会や権利の課題としてとらえられるときに、初めてその取り組みは自立や参加、エンパワメントというものを目標にすることができる。

### （3）ツイン・トラック・アプローチの採用

これらの理解に立ったうえで、現在最も有効なアプローチといえるのが、開発のさまざまな取り組みにおいて障害と障害者を内包することを目的とする取り組みと、障害当事者のエンパワメントを目的とする2つの取り組みからなるツイン・トラック・アプローチを採ることであろう。これは多分野アプローチと同じではない。多分野アプローチは障害（者）問題と取り組む分野は拡大するが、その各分野での取り組みは健常者と障害者とを分け、それぞれに対して異なる取り組みを行う分離型アプローチを継続することが多く、結局は障害者が平等な機会を得ることは

つながることが多い。なぜ障害者が社会から排除されてきたのか、その原因となる障壁を取り除くことが重要なのである。

#### (4) 「潜在能力」アプローチのフレームワークの採用

このツイン・トラック・アプローチを行うにあたって最も重要になるのが開発と障害の両分野が共通のフレームワークを持つことであり、現時点ではセンの「潜在能力」アプローチが最も有効なフレームワークであろう。開発における障害のインクルージョンは、現実には開発という大きな流れに障害分野が組み込まれることであり、その点から言えば開発における見方・フレームワークが変わることが障害分野のフレームワークが変わること以上に重要となる。

#### (5) インクルージョンを目的に

ツイン・トラック・アプローチの一翼として重要なのが障害と障害者のインクルージョンであり、それにおいて重要なのは単に障害者へのサービスを増やすこと以上になぜそれまで障害者が多くの分野において分離・排除されてきたかを明らかにする分析的取り組みである。それは障害者を対象とすることではなく障害者が主体となって取り組むことを支援する参加・インクルーシブ型のアプローチをとることである。

最も重要であるのは障害政策とそれをもとにする取り組みの指針、そしてそれらの実施にあたっての必要な予算や人材などの資源に関する措置がとられることである。分析的取り組みについては、障害配慮や分析のためのツールとしての障害教育やチェックリストなどの開発とその実施が必要であり、参加型の取り組みにおいてはより積極的な障害者の参加支援を行うことが求められる。しかしここで最も重要であるのは2つの障害者の参加の意味を混同しないことである。裨益当事者としての障害者の参加は、その他の障害者（例えば先進国の障害者コンサルタントや日本の障害者団体の障害者）の参加によって代償できるものではない。まずもって保障されるべきは裨益当事者としての障害者の参加である。しかしこれは日本の実施側としての障害者の参加が不必要であると言っているわけではない。それは、日本国民の政府開発援助に対する参加が重要であるという文脈において重要な参加の課題となる。

#### (6) エンパワメントを目的に

障害者のエンパワメントは、障害者を機能回復の対象とするかわりによってではなく、彼らが障害を抱えつつも日々の生活において実質的な機会が均等化されるような包括的な生活支援によって可能となる。

エンパワメントという視点で見ると、リハビリテーション中心のアプローチの考え方には多くの矛盾が見える。リハビリテーションによって障害者が全く機能的に障害のない健常者になることは稀である。寝たきりの人を車椅子のレベルに、車椅子の人を杖のレベルに、杖の人を短距離なら歩ける人というようにある機能レベルから次の機能レベルへの向上を図ることはできるが、寝たきりの人がすべての過程を経て全くの健常者になるということは非常に稀であり、機能的に多様な障害者が存在することを変化させることはない。にもかかわらず、リハビリテーショ

ン・アプローチは社会がこの多様な人々の生活を保障することは取り上げない。この矛盾を解決するには障害者の生活を支援するために社会が変わることが求められ、それには政策や法律、行政や社会事業といった社会開発分野に加え、参加支援工学や自立生活プロジェクトなどの取り組みも重要になるだろう。

開発における障害（者）問題への取り組みの目標を、それまでの狭義のリハビリテーションが目指してきたような障害者個々人の心身機能の回復のみに置くのではなく、それも重要な1つの分野ではあるが、障害者が異なった心身の機能を抱えたままでも自立し、かつ平等に暮らせる社会の構築を目指すという目標に転換していくことこそが重要である。前者の思考では、心身の機能が回復して初めて私的・公的な人生のスタート地点に立つことが許され、その回復がなければそのスタート地点に立つことさえ許されない。そうではなく、障害のあるなしにかかわらず、教育や雇用、個人的・社会的な生活のさまざまな生活側面において同じようにスタート地点に立っているのだ、という認識の転換が必要であろう。

表6 1 開発における障害分野の取り組みの枠組み

(1)	開発の目的・対象	
	経済成長・経済的貧困が中心	生活の質が中心 (自由、実質的な機会の均等)
(2)	障害分野の目的	
	機能の回復による社会復帰 (障害者を健常者に)	機会の均等化、エンパワメント (障害者のままでも)
(3)	アプローチ	
	分離型	ツイン・トラック・アプローチ
(4)	フレームワーク	
	機能不全 リハビリテーション	「潜在能力」アプローチ 参加、エンパワメント、「社会からの疎外」
(5)	ツイン・トラック(1)	
	対象アプローチ	参加型・インクルーシブ・アプローチ
	段階 障害分野プロジェクトにおける障害者の積極的採用(日本・相手国) 障害者を直接対象とする招聘研修の増加 すべての社会開発プロジェクトにおいて障害者を裨益者とする	
	縦割り・分野別アプローチ	分析的アプローチ
	段階 障害(者)問題担当部署の拡充 プログラムやプログラムでの障害配慮の実施 開発プロジェクトのための障害分析ツールの開発と使用 障害(者)問題にかかわる政策・指針の策定	
(6)	ツイン・トラック(2)	
	回復アプローチ (リハビリテーション)	包括的生活支援アプローチ (エンパワメント)
	段階 参加支援工学(バリアフリー、自立支援機器)に関するプロジェクトの実施 自立生活プログラムなどの包括的生活支援にかかわるプロジェクトの実施 非技術分野の協力の増加(政策、法律、行政、社会事業)	

出所：筆者作成

## 参考文献

- (石塚雅彦訳)(2000)『自由と経済開発』日本経済新聞社
- 石川准(2000)「平等派でもなく差異派でもなく」倉本智明・長瀬修(編)『障害学を語る』エンパワメント研究所
- 岩崎晋也(1997a)「社会福祉と自由原理の関係について：J.S.ミル・L.T.ホブハウス・A.センの比較検討」『社会福祉学』38(1) pp.45-64.
- (1997b)「ハンディキャップ状況をどのように評価すればよいか？ アマルティア・センのケパビリティ理論の適用の可能性」『精神障害とリハビリテーション』1(2) pp.102-107
- (1998)「社会福祉の人間観と潜在能力アプローチ」『東京都立大学人文学報』No. 291, pp.49-68
- 上田敏・大川弥生(1999a)「リハビリテーションとQOL」『リハビリテーション研究』28(4), pp.14-19
- (1999b)「QOLの評価」『リハビリテーション研究』28(5) pp.21-30
- 木村晴美(2000)「ろう文化とろう者コミュニティ」倉本智明・長瀬修(編)『障害学を語る』エンパワメント研究所
- 倉本智明(1999)「異形のパラドックス：青い芝・ドッグレッグス・劇団態変」『障害学への招待』明石書店
- (2000)「障害学と文化の視点」倉本智明・長瀬修(編)『障害学を語る』エンパワメント研究所
- 後藤玲子(2001)「アマルティア・センの潜在能力アプローチと社会保障」『連合総研レポート』No. 149, [http://www.rengo-soken.or.jp/dio/No149/k\\_hokoku1.htm](http://www.rengo-soken.or.jp/dio/No149/k_hokoku1.htm)
- 杉野昭博(2002)「インペアメントを語る契機」「イギリス障害学理論の展開」石川准・倉本智明(編)『障害学の主張』明石書店
- セン・アマルティア(池本幸生・野上裕生・佐藤仁訳)(1999)『不平等の再検討：潜在能力と自由』岩波書店
- 豊田正弘(1998)「当事者幻想論」『現代思想』26(2) pp.100-113
- 中西正司(1996)「自立生活運動の歴史的経過と現状」『総合リハビリテーション』24(1) pp.39-44
- 中西由起子(1996)「CBRの概要とアジアでの実践」『海外社会保障事情』114, pp.86-103
- 中西由起子・久野研二(1997)『障害者の社会開発：CBRの概念とアジアを中心とした実践』明石書店
- ヒューマンケア協会(1998)『障害当事者が提案する地域ケアシステム：英国コミュニティケアへの当事者の挑戦』ヒューマンケア協会
- 要田洋江(1999)『障害者差別の社会学：ジェンダー・家族・国家』岩波書店
- Abberley, P. (1997) The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of

- Disability. In : L. Barton and M. Oliver ( Eds. ), *Disability Studies : Past, Present and Future*. The Disability Press, Leeds.
- ADB ( 2002 ) *Regional Workshop on Disability and Development : Draft Recommendations on Disability*. ADB, Manila.
- Albrecht Gary, L. ( 2002 ) American Pragmatism, Sociology and the Development of Disability Studies. In : C. Barnes, M. Oliver and L. Barton ( Eds. ), *Disability Studies Today*. Polity Press in association with Blackwell Publishers, Cambridge, UK.
- Altman, B. ( 2001 ) Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications. In : G. Albrecht, K. Seelman and M. Bury ( Eds. ), *Handbook of Disability Studies*. Sage Publications, Thousand Oaks, Calif.
- Asian Development Bank ( 1999 ) *Disability and Development : Report of the Workshop Organized by the Asian Development Bank and the Disabled Peoples International Co-financed by the Government of Finland*. Asian Development Bank, Manila.
- Barnes, C. ( 1997 ) Disability and the Myth of the Independent Researchers. In : L. Barton and M. Oliver ( Eds. ), *Disability Studies : Past, Present and Future*. The Disability Press, Leeds.
- , Mercer, G. and Shakespeare, T. ( 1999 ) *Exploring Disability : A Sociological Introduction*. Polity Press, Cambridge.
- Barton, L. ( 1996 ) *Disability and Society : Emerging Issues and Insights*. Longman, London.
- Baylies, C. ( 2002 ) Disability and the Notion of Human Development : Questions of rights and Capabilities. *Disability & Society* 17 ( 7 ), pp.725-739.
- Bhatia, M. ( 2001 ) *Operationalizing Empowerment in Bank Operations : The Measurement Challenge*. World Bank, Washington D.C.
- Boyce, W. and Lysack, C. ( 2000 ) Community Participation : Uncovering its Meanings in CBR. In : M. Thomas and M.J. Thomas ( Eds. ), *Selected Readings in Community Based Rehabilitation : Series 1 CBR in Transition*, Bangalore.
- Brett, J. ( 2002 ) The Experience of Disability from the Perspective of Parents of Children with Profound Impairment : Is it Time for an Alternative Model of Disability? *Disability & Society* 17 ( 7 ), pp.825-843.
- Chambers, R. ( 1994 ) *Challenging the Professions : Frontiers for Rural Development*. Intermediate Technology Publications Ltd., London.
- ( 1997 ) *Whose Reality Counts : Putting the First Last*. Intermediate Technology Publications, London.
- Charlton, J.I. ( 1993 ) Development and Disability : Voice from the Periphery - Zimbabwe. In : B.L. Mallory and et al. ( Eds. ), *Traditional and Changing Views of Disability in Developing Societies*, Monograph No. 53, International Exchange of Experts and Information in Rehabilitation, World Rehabilitation Fund, Inc. World Rehabilitation Fund,

- New York.
- Clert, C. ( 1999 ) Evaluating the Concept of Social Exclusion in Development Discourse. *The European Journal of Development Research* 11 ( 2 ), pp.176-199.
- Cohen, G.A. ( 1993 ) Equality of What? on Welfare, Goods and Capability. In : C. Nussbaum Martha and K. Sen Amartya ( Eds. ), *The Quality of Life*. Oxford University Press, New Delhi.
- Coleridge, P. ( 1993 ) *Disability, Liberation, and Development*. Oxfam, Oxford.
- ( 2000a ) Disability and Culture. In : M. Thomas and M.J. Thomas ( Eds. ), *Selected Readings in Community Based Rehabilitation : Series 1 CBR in Transition*. Action for Disability, Bangalore.
- ( 2000b ) Disability and Culture. In : M. Thomas and M.J. Thomas ( Eds ), *Asia Pacific Selected Readings in Community Based Rehabilitation : Series 1 CBR in Transition*, Bangalore.
- Corker, M. ( 1998 ) *Deaf and Disabled, or Deafness Disabled?* Open University Press, Buckingham.
- and Shakespeare, T. ( 2002 ) *Disability/Postmodernity : Embodying Disability Theory*. Continuum, London.
- Cornwall, A. and Fleming, S. ( 1995 ) Context and Complexity : Anthropological Reflections on PRA. *PLA Notes* ( 24 ), pp.8-12.
- De Haan, A. ( 1998 ) Social Exclusion : An Alternative Concept for the Study of Deprivation? *IDS Bulletin* 29 ( 1 ), pp.10-19.
- and Maxwell, S. ( 1998 ) Poverty and Social Exclusion in North and South. *IDS Bulletin* 29 ( 1 ), pp.1-9.
- DeJong, G. ( 1979 ) Independent Living : From Social Movement to Analytic Paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 60 ( September ), pp.435-446.
- Devlieger, P.J. ( 1998 ) Representations of Physical Disability in Colonial Zimbabwe : the Cyrene Mission and Pitaniko, the Film of Cyrene. *Disability & Society* 13 ( 5 ), pp.709-724.
- ( 1999 ) From Handicap to Disability : Language Use and Cultural Meaning in the United States. *Disability and Rehabilitation* 21 ( 7 ), pp.346-354.
- DFID ( 2000 ) *Disability, Poverty and Development*. Department for International Development, DfID, London.
- ( 2002 ) *Programme on Disability and Healthcare Technology*, <http://www.kar-dht.org/>.
- Disabled Peoples' International. ( 1985 ) World Programme of Action concerning Disabled Persons. Reprinted with the Permission of the United Nations by the Status of Disabled Persons Secretariat, Ottawa.
- DSA ( 1992 ) *Facing the Third World* : DSI Policy Paper.

<http://www.handicap.dk/eng/3worldpol.htm>

- DuBois, M. ( 1991 ) The Governance of the Third World : A Foucaudian Perspective on Power Relations in Development. *Alternatives* 16, pp.1-30.
- Duffy, K. and Council of Europe Steering Committee on Social, Policy. ( 1995 ) *Social Exclusion and Human Dignity in Europe* : Background Report for the Proposed Initiative by the Council of Europe. Council of Europe, Strasbourg.
- Edmonds, L.J. ( 2002 ) *The Integration of Persons with Disabilities* : The Experience of Community Based Rehabilitation Development. Paper presented at the Regional Workshop on Disability and Development, held at the ADB Headquarters, Manila, Philippines, 2-4 October 2002.
- Elwan, A. ( 1995 ) *Poverty and Disability* : A Background Paper for The World Development Report ( Draft ), Unpublished.
- ESCAP ( 1989 ) *Community-Based Disability Prevention and Rehabilitation* : Guidelines for Planning and Management. United Nations, New York.
- ( 1997a ) *Report of the Meeting of Senior Officials to Mark the Mid-Point of the Asian and Pacific Decade of Disabled Persons* : Seoul Proposals for the Second Half of the Asian and Pacific Decade of Disabled Persons. UN ESCAP, Bangkok.
- ( 1997b ) *Understanding Community-Based Rehabilitation*. United Nations, New York.
- Ferguson, P. ( 2001 ) Mapping the Family; Disability Studies and the Exploration of Parental Response to Disability. In : G. Albrecht, K. Seelman and M. Bury ( Eds. ), *Handbook of Disability Studies*. Sage Publications, Thousand Oaks, Calif.
- Finkelstein, V. ( 1992 ) *Issues in the Terminology of Disability* : A Synopsis. Paper Submitted to the Open University Advisory Committee on Students with Disabilities.
- ( 1998a ) Emancipating Disability Studies. In : T. Shakespeare ( Ed. ), *The Disability Reader* : Social Science Perspectives. Cassell, London.
- ( 1998b ) Philosophy and Vision of Community Care. In : H.C. Association ( Ed. ), *Proposed Community Care System by Disabled Persons*. Human Care Association, Tokyo.
- Finkenflugel, H. ( 1993 ) *The Handicapped Community* : The Relation between Primary Health Care and Community Based Rehabilitation. VU University Press, Amsterdam.
- and Wolffers, I. ( 1993 ) A Pragmatic Approach to CBR? In : H. Finkenflugel ( Ed. ), *The Handicapped Community* : The Relation between Primary Health Care and Community Based Rehabilitation. VU University Press, Amsterdam.
- Freire, P. and Shor, I. ( 1987 ) *Pedagogy for Liberation* : Dialogues on Transforming Education. Macmillan, London.
- French, S. ( 1997 ) Disability, Impairment or Something in Between? In : J. Swain, V. Finkelstein, S. French and M. Oliver ( Eds ), *Disabling Barriers* : Enabling Environments. Sage Publication, London.

- Ginneken, W. ( 1998 ) Including Informal Sector Workers through Social Security? In : Jose B. Figueiredo and Arjan de Haan ( Eds. ), *Social Exclusion : An ILO Perspective*, ILO, Geneva.
- Harris-White, B. ( 1996 ) The Political Economy of Disability and Development : with Special reference to India. *United Nations Research Institute for Social Development ( UNRISD ) Discussion Paper No. 73*.
- Helander, E. ( 1993 ) *Prejudice and Dignity : An Introduction to Community-Based Rehabilitation*. UNDP, New York.
- ( 2000 ) 25 Years of Community Based Rehabilitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 11 ( 1 ), pp.4-9.
- Helander, E. Mendis, P. and Goerd. A. ( 1989 ) *Training in the Community for People with Disabilities Introduction*. World Health Organization, Geneva.
- Hewitt, T. and Smyth, I. ( 1992 ) Is the World Overpopulated? In : T. Allen and A. Thomas ( Eds ), *Poverty and Development in the 1990s*. Oxford University Press and Open University, Oxford.
- Hurst, R. ( 1998 ) ICIDH Revision. Paper presented at the JSRD Meeting held at Tokyo, 27-28 March 1998.
- IDF ( 1999 ) *The World Disability Report : Disability '99*. IDF, Geneva.
- IILS ( 1996 ) *Social Exclusion and Anti-Poverty Strategies*. IILS, Geneva.
- ILO ( 1989 ) From Community-Based Rehabilitation to Community-Integration Programmes. ILO, Geneva.
- , UNESCO and WHO ( 1994 ) *Community-Based Rehabilitation : For and With People with Disabilities*, Joint Position Paper. ILO, UNESCO, WHO, Geneva.
- Ingstad, B. and Whyte, S.R. ( 1995 ) *Disability and Culture*. University of California Press, Berkley.
- Jackson, C. ( 1999 ) Social Exclusion and Gender : Does One Size Fit All? *The European Journal of Development Research* 11 ( 1 ), pp.125-146.
- Jamaiyah hj. Hanif. ( 1997 ) *Impairment and Disability*. Report on NHMS2 Conference, n.p.
- Jones, H. ( 1997 ) The Development of an Access Approach in a Community Based Disability Programme. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 8 ( 2 ), pp.39-42.
- Kalyanpur, M. ( 1996 ) The Influence of Western Special Education on Community-Based Services in India. *Disability & Society* 11 ( 2 ), pp.249-270.
- Konkkala, K. ( 1989 ) *Independent Living : The Total Concept Models in Various Countries*, Report of the 16th World Congress of Rehabilitation International. JSRD, Tokyo.
- ( 1990 ) Community Based Rehabilitation and Independent Living. *One in Ten* 18 ( 24 ) , p.6
- ( 1996 ) Development and Disability : A Viewpoint from Organisations of Disabled

- Persons. *Action aid Disability News* 7 ( 1 ), pp.9-12.
- Korten, D. C. ( 1990 ) *Getting to the 21st century : Voluntary Action and the Global Agenda*. Kumarian Press Library of Management for Development. Kumarian Press, West Hartford, Conn.
- Krefting, D. ( 1996 ) Full Participation and Equal Opportunities for People with Disabilities in the Development of Bangladesh : The Importance of Co-operation. *Actionaid Disability News* 7 ( 2 ), pp.49-51.
- Krefting, L. et al. ( 1995 ) *Finding out about CBR*. CBRDTC, Solo.
- Krefting, L. and Krefting, D. ( 2002 ) Community Approaches to Handicap in Development ( CAHD ) : The Next Generation of CBR Programmes. In : M. Thomas and M.J. Thomas ( Eds. ), *Selected Readings in Community Based Rehabilitation : Series 2 ; Disability and Rehabilitation Issues in South Asia*. Action for Disability, Bangalore.
- Lang, R. ( 1998 ) A Critique of the Disability Movement. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 9 ( 1 ), pp.4-8.
- and Seddon, D. ( 1999 ) *Disability and Development Studies : Towards an Integrated Approach*. Paper presented at the Development Studies Association ( DSA ) Annual Conference, September 12th to 14th, at University of Bath, Bath.
- Leach, M., Mearns, R. and Scoones, I. ( 1997a ) Challenges to Community-Based Sustainable Development : Dynamics, Entitlements, Institutions. *IDS Bulletin* 28 ( 4 ), pp.4-9.
- ( 1997b ) Editorial : Community-Based Sustainable Development. *IDS Bulletin* 28 ( 4 ), pp.1-3.
- Lipton, M. ( 1998 ) Selected Notes on the Concept of Social Exclusion. In : J. Figueiredo and A.Ded. Haan ( Eds. ), *Social Exclusion : An ILO Perspective*. ILO, Geneva.
- Liton, S.A. ( 2000 ) Integrating People with Disabilities into Development Programmes : Some Lessons from OXFAM-GB, Bangladesh. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 11 ( 1 ), pp.34-37.
- Lukes, S. ( 1993 ) *Power : A Radical Review*. The Macmillan Press, London.
- Lysack, C. ( 1997 ) *( Re ) Questioning Community : A Critical Analysis of Community in the Discourse of Disability Rights and Community Based Rehabilitation*, University of Manitoba.
- and Kaufert, J. ( 1996 ) Some Perspectives on the Disabled Consumers Movement and Community Based Rehabilitation in Developing Countries. *Actionaid Disability News* 7 ( 1 ), pp.5-9.
- and Krefting, L. ( 1993 ) Community-Based Rehabilitation Cadres : Their Motivation for Volunteerism. *International Journal of Rehabilitation Research* 16, pp.133-141.
- Mendis, P. ( 1992 ) *Community-Based Rehabilitation : Strengths and Weaknesses*. Paper presented at the pre-Congress, Seminar on Community-Based Rehabilitation ( CBR )

- Limuru, Kenya, 31 August - 3 September.
- ( 1999 ) Current Trends in the Development of Community-Based Rehabilitation ( CBR ). Monograph.
- Metts, R.L. and Metts, N. ( 2000 ) Official Development Assistance to Disabled People in Ghana. *Disability & Society* 15 ( 3 ), pp.475-488.
- Miles, M. ( 1985 ) *Where There is No Rehab Plan*, Unpublished Manuscript, Peshawar.
- Miles, S. ( 1994 ) *Partnership with Disabled People, Parents and the Community* : Lessons from Community Based Rehabilitation ( CBR ) in Southern Africa.
- ( 1999 ) Strengthening Disability and Development Work. Discussion Paper on Disability and Development Working Group.
- Ministry of National Unity and Social Development ( 1996 ) Multisectoral Collaboration for Full Participation and Equality of People with Disabilities : Background Document. n.p.
- Morris, J. ( 1997a ) Gender and Disability. In : J. Swain, V. Finkelstein, S. French and M. Oliver ( Eds. ), *Disabling Barriers* : Enabling Environments. Sage Publication, London.
- ( 1997b ) Prejudice. In : J. Swain, V. Finkelstein, S. French and M. Oliver ( Eds. ), *Disabling Barriers* : Enabling Environments. Sage Publication, London.
- Moser, C.O. ( 1993 ) *Gender Planning and Development* : Theory, Practice & Training. Routledge, London.
- Nagase, O. ( 1995 ) *Difference, Equality and Disabled People* : Disability Rights and Disability Culture, Master Thesis submitted to the Institute of Social Studies, Hague.
- Nelson, N. and Wright, S. ( 1997 ) Participation and Power. In : N. Nelson and S. Wright ( Eds ), *Power and the Participatory Development* : Theory and Practice. Intermediate Technology Publications, London.
- NORAD ( 2002 ) *The Inclusion of Disability in Norwegian Development Co-operation* : Planning and Monitoring for the Inclusion of Disability Issues in Mainstream Development Activities.
- Nussbaum Martha, C. and Sen, A. ( 1993 ) *The Quality of Life* : A Study prepared for the World Institute for Development Economics Research ( WIDER ) of the United Nations University. WIDER Studies in Development Economics. Oxford University Press, Oxford.
- Oliver, M. ( 1990 ) *The Politics of Disablement*. St. Martin's Press, New York.
- ( 1994 ) Re-defining Disability : A Challenge to Research. In : J. Swain et al. ( Eds. ), *Disabling Barriers* : Enabling Environments. Sage Publications, London.
- ( 1996 ) *Understanding Disability* : From Theory to Practice. Macmillan, London.
- and Barnes, C. ( 1997 ) All We Are Saying Give Disabled Researchers a Chance. *Disability & Society* 12 ( 5 ), pp.811-813.
- Ortali, F. ( 2000 ) An Analysis of Multi-Sectoral Collaboration in Community Based

- Rehabilitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 11 ( 2 ), pp.86-94.
- O'Toole, B. ( 1987 ) Community-Based Rehabilitation ( CBR ): Problems and Possibilities. *European Journal of Special Needs Education* 2 ( 3 ), pp.177-190.
- and McConkey, R. ( 1995 ) *Innovations in Developing Countries for People with Disabilities*. Lisieux Hall Publications, Lancashire.
- Pfeiffer, D. ( 1998 ) The ICIDH and the Need for its Revision. *Disability & Society* 13 ( 4 ), 503-23.
- ( 2001 ) The Conceptualization of Disability. In: S. Barnartt and B. Altman ( Eds. ), *Exploring Theories and Expanding Methodologies : Where We Are and Where We Need to Go*. Elsevier Science, Oxford.
- Porter, F. ( 2000 ) Social Exclusion : What's in a Name? *Development in Practice* 10 ( 1 ), pp.76-81.
- Pretty, J.N. ( 1995 ) Participatory Learning for Sustainable Agriculture. *World Development* 23, pp.1247-1263.
- Price, P. and Kuipers, P. ( 2000 ) CBR Action Research : Current Status and Future Trends. In : M. Thomas and M.J. Thomas ( Eds ), *Selected Readings in Community Based Rehabilitation : Series 1 CBR in Transition*, Bangalore.
- Qizilbash, M. ( 1996 ) Ethical Development. *World Development* 24, pp.1209-1221.
- ( 2001 ) *Amartya Sen's Capability View Insightful Sketch or Distorted Picture?* School of Economic and Social Studies University of East Anglia, Norwich.
- Reynolds, S.W. and Ingstad, B. ( 1995 ) Disability and Culture : An Overview. In : B. Ingstad and S.R. Whyte ( Eds ). University of California Press, Berkley.
- Robeyns, I. ( 2000 ) An Unworkable Idea or a Promising Alternative? Sen's Capability Approach Re-examined. Discussion Paper 00.30, Centre for Economic Studies, University of Leuven.
- Rodgers, G., Gore, C. and Figueiredo, J.B. ( 1995 ) *Social Exclusion : Rhetoric, Reality, Responses*. ILO, Geneva.
- Rogaly, B. et al. ( 1999 ) *Poverty, Social Exclusion and Microfinance in Britain*. Oxfam, Oxford.
- Rowlands, J. ( 1997 ) *Questioning Empowerment : Working with Women in Honduras*. Oxfam, Oxford.
- Save the Children Fund : SCF ( 1998 ) Lessons from the South : Making a Difference : An International Disability and Development Consortium ( IDDC ) Seminar on Inclusive Education.
- <http://www.eenet.org.uk/documents/reports/agra/agra.shtml>
- Seddon, D., Lang, R. and Daines, V. ( 2001 ) *Mainstreaming Disability Issues into Development Studies : In Theory and Practice*. Paper presented at the 14th Annual Meeting of the Disability Studies Association, Winnipeg, Canada.

- Sen, A. ( 1999 ) *Development as Freedom*. Oxford University Press, Oxford.
- ( 2000 ) Social Exclusion : Concept, Application, and Asrutiny, Social Development Paper No. 1. Asian Development Bank, Manila.
- Shakespeare, T. ( 1994 ) Cultural Representation of Disabled People : Dustbins for Disavowal? *Disability & Society* 9 ( 3 ), pp.283-299.
- Sida ( 1992 ) Guidelines for SIDA Support in the Disability Area. Cited in Ronald Wiman ( STAKES )( 1996 ) *The Disability Dimension in Development Action : Manual on Inclusive Planning*, pp.62-63.
- ( 1995 ) Poverty and Disability : A Position Paper. SIDA, n.p.
- ( 1999 ) Sida's Development Cooperation for Children and Adults with Disabilities. ( reprinted by the Japan Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities : JSRPD ), Tokyo.
- Silver, H. ( 1995 ) Reconceptualizing Social Disadvantage : Three Paradigms of Social Exclusion. In : G. Rodgers, C. Gore and J.B. Figueiredo ( Eds. ), *Social Exclusion : Rhetoric, Reality, Responses*. ILO, Geneva.
- STAKES ( 1997 ) *The Disability Dimension in Development Action : Manual on Inclusive Planning*. STAKES, Helsinki.
- Stone, E. ( 1999 ) *Disability and Development : Learning from Action and Research on Disability in the Majority World*. The Disability Press, Leeds.
- Stubbs, S. ( 1998 ) Integrating Disability into Development Programmes.  
<http://www.eenet.org.uk/documents/scuk/integrat.shtml>
- Thomas, M. and Thomas, M. J. ( 2002 ) A Discussion on Some Controversies in Community Based Rehabilitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 13 ( 1 ), pp.2-10.
- ( 1996 ) Assessing Community Participation as a Part of Project Planning in CBR Projects. *Actionaid Disability News* 7 ( 2 ), p.48.
- Thorburn, M. ( 1994 ) *Factors Influencing the Response to CBR by Parents*. Paper presented for the Meeting on Evaluation of CBR, Bangalore, 5-7 December.
- Tjandrakusuma, H. ( 1989 ) *Conceptual Framework of Community Based Rehabilitation : Some Strategic Issues on Implementation*. CBRDTC, Solo.
- UNDP ( 1997 ) *Human Development Report*. Oxford University Press Published for the United Nations Development Programme ( UNDP ), New York; Oxford.
- UNESCO ( 1994 ) *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education*. UNESCO, Salamanca.
- UNHCR ( 1997 ) *Resettlement Handbook*. UNHCR, Geneva.
- United Nations ( 1999 ) Report of the United Nations Consultative Expert Group Meeting on International Norms and Standards Relating to Disability.  
[www.un.org/esa/socdev/disberk0.htm](http://www.un.org/esa/socdev/disberk0.htm).

- ( 2000 ) *The United Nations and Disabled Persons : The First 50 Years*,  
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dis50y01.htm>.
- UNRISD ( 1994 ) *Social Integration : Approaches and Issues*. UNRISD, Geneva.
- UPIAS ( 1975 ) *Fundamental Principles of Disability*.  
<http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/UPIAS/fundamental%20principles.pdf>.
- USAID ( 2002 ) USAID Disability Policy : Related Articles. Vol. 2002. USAID.
- Ustun, T., Bedirhan, J. Bicken bach, E., Badley, E., and chatteji. S. ( 1998 ) A Reply to David Pfeiffer ' The ICIDH and the Need for its Revision.' *Disability & Society*, Vol. 13, No. 5. pp. 829-831.
- ( 1998a ) Classification of Functioning and Disablement : Revising ICIDH. Paper presented at the JSRD Meeting held at Tokyo, 27-28 March 1998.
- B. ( 1998b ) *Towards a Common Language for Functioning and Disablement : ICIDH-2* The International Classification of Impairments, Activities, and Participation, ( Prefinal Draft ). WHO, Geneva.
- Vanneste, G. ( 2000 ) Current Status of CBR in Africa : A Review. In : M. Thomas and M.J. Thomas ( Eds. ), *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Selected Readings in Community Based Rehabilitation : Series 1 CBR in Transition, Bangalore.
- Welch, P. ( 2002 ) *Applying the Capability Approach in Examining Disability, Poverty, and Gender*.  
<http://www.st-edmunds.cam.ac.uk/vhi/nussbaum/papers/welch.pdf>
- Werner, D. ( 1993a ) Disabled People in the Struggle for Social Change. Paper presented at the conference on the Action on Disability and Development held at Bangalore, 23 April 1993.
- ( 1993b ) Preface. In: F. Harry ( Ed. ), *The Handicapped Community*. VU University Press, Amsterdam.
- ( 1994 ) Strengthening the Role of Disabled Persons in Community Based Rehabilitation Programs. Paper presented at the Workshop on Community Based Rehabilitation held at Solo, Indonesia, 22-26 November 1994.
- ( 1997 ) People with Disabilities in the Struggle for Social Change. *Appropriate Technology* 23 ( 4 ), pp.1-4.
- ( 1998 ) *Nothing about Us without Us : Developing Innovative Technologies for, by and with Disabled Persons*. Health Wrights, Palo Alto.
- White, S. and Tiongco, R. ( 1997 ) *Doing Theology and Development : Meeting the Challenge of Poverty*. Saint Andrew Press, Edinburgh.
- WHO ( 1980 ) *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. WHO, Geneva.
- ( 1994 ) *Community Based Rehabilitation and the Health Care Referral Services : A Guide*

- for Programme Managers. World Health Organization, Geneva.
- ( 1998 ) The Concepts of Disablement and Functioning. [www.who.ch/icidh](http://www.who.ch/icidh).
- ( 1999 ) ICIDH-2 : International Classification of Functioning and Disability Beta-2 Draft Full Version July 1999. WHO, Geneva.
- ( 2001 ) *Rethinking Care*. WHO, Geneva.
- ( 2002a ) *Community-Based Rehabilitation as We Have Experienced It : Voices of Persons with Disabilities ( part1 )*. WHO, Geneva.
- ( 2002b ) *International Classification of Functioning, Disability and Health*, WHO, Geneva. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>.
- Wiman, R. ( 1996 ) *The Disability Dimension in Development Action : Manual on Inclusive Planning*. National Research and Development Centre for Welfare and Health ( STAKES ), on behalf of the United Nations, Helsinki.
- World Bank ( 2000 ) *World Development Report 1999/2000 : Entering the 21st Century*. Oxford University Press, New York.

# 添 付 資 料

## 添付 1

### 「障害者数について」

各国の障害者数は国勢調査や標本調査、また行政統計（登録障害者数）などをもとに出されている。これらをもとにした障害者数は、プロジェクトの計画・実施にあたり、裨益者を想定しプロジェクト実施の説明付けや評価を行ううえで有用である。しかしながら、障害者数に関する統計データを有していない途上国も多く、有していても、調査自体が古いものであったり、障害者の一部しか調査していないものなどもある。加えて、調査において「障害者」と判断するための障害（者）の定義や基準が各国で異なっていたり、調査方法自体に問題があるなどして、多国間の比較も実際は困難となっている。また障害の社会モデルの立場からは、障害者数調査そのものに対する疑問も提示されており、障害者数データを利用するには、これらを理解したうえで使用するなどの注意が必要である<sup>1</sup>。

障害者数に関しては、1974年のWHOの調査をもとにした世界人口の10%という数値が従来用いられてきた。しかし、その数値が実勢を反映していないという指摘があり、近年では1990年の国連人口統計などを基に推定された中・重度の機能・能力障害者を推定したものが用いられている（世界平均：5.2%、先進国：7.7%、途上国：4.5%）。そして、全人口比率から計算し、全世界の障害者のうち3分の2が途上国にいと推定されている（Helander（1993））。またこの数はHIV/AIDSや頻発する紛争・飢饉などによって増加している。

しかし、中・重度の障害者のみが「障害」という問題に直面しているわけではない。たしかに障害を機能障害という理解に限定し、障害への取り組みを機能回復に焦点をあてた医学・教育的リハビリテーションに限定するならば、中・重度の障害者のみがその対象となるであろう。しかし、障害を社会からの疎外や参加の制限としてとらえた場合、法・社会制度やサービスが未整備の途上国においては、機能・能力障害が軽度であっても「障害者」と見なされることで社会的な不利益を被り、結果として社会からの疎外や参加の制限という「障害」に直面している障害者は多い<sup>2</sup>。また、ヘランダーも指摘するように、職業リハビリテーションや雇用支援、教育などに

<sup>1</sup> 「障害の社会モデル」の視点からは、障害者数を調査すること自体に対して問題提起がなされている。その理由として2つ挙げられている。一つは、障害の医学モデルと社会モデルの議論の根幹的議論を反映したものであるが、障害とは人に属するものではなく社会の障壁であるとする社会モデルによって障害をとらえるならば、確認され調査されるべき対象は物理・社会・心理的な社会の障壁であって、「人（障害者）」ではないという点である。2点目は、障害者数調査が現実の障害者の把握、ひいてはそのデータを政策やサービスの実施の根拠とし裨益者を仮定することが有用でないことが挙げられている。その例としては、障害者調査をもとに2万5000人と推定された重度障害者年金の受給者が実際には58万人となっている英国の例などがある（Oliver, M.（1997））。こられの理由により、障害の社会モデルの視点からは、障害者「数」調査が論理的にもまた現実的にも意味がないと論じられている。

<sup>2</sup> 例えば、ポリオなどの機能的には軽度の障害であっても公務員試験などにおいて障害を理由に選考から排除されるなどの社会的な不利益を被っている例や、ハンセン病などのように、誤った障害理解や法・社会制度の制限により社会生活が制限されている例は多い。

においては機能的には「軽度」の障害者が裨益者の中心を占めるような分野もあり、(機能・能力) 障害の程度によって「サービスを必要とする障害者」かそうではないかを区別することは危険である(Helander (1993))<sup>3</sup>。

国連統計局は各国の障害者統計を有している<sup>4</sup>。国連が進めた「2000年世界人口住宅センサス」においても障害者に関する調査が勧告されており、各国がこれに従い実施していれば最新のデータがそろふことになる<sup>5</sup>。2002年に国連統計局がまとめた障害者統計に関するレポートにおいては、各国の障害者数はカタルの0.17% (1986年) から英国の12.15% (1991年) まで非常に幅がある(表1) (Mbogoni and Me (2002); UN Statistic Division (2002a); UN Statistic Division (2002b))。この差は実際に障害者数が異なることもあるが、障害(者)と判断する定義の違いや調査・方法の誤りなどによる見かけ上の違いでもある<sup>6, 7</sup>。表2が示すように、その調査においてもWHOの新国際障害分類(ICF)の「機能障害」を調査するものから「参加の制限」を調査するものまでさまざまであり、それによって調査される障害者数は異なると予想される。この違いは、一国の調査においても出ている。マレーシアの例で言えば、推定障害者数には全国民の0.9%から9.49%という幅がある(表3)<sup>8</sup>。この違いは主に「障害」判断基準の違いによると考えられる。例えば、1996年の保健省の標本調査においても、同じサンプルにおいて機能障害を有する人(6.9%)と社会的不利益を有する人(1.5%)の間に大きな差があることから判断できるように、これらの違いは障害を判断する基準が大きな影響を与えていることによると考えられる。

<sup>3</sup> 機能的に軽度の障害者は中・重度障害者の約半数と推定されている。

<sup>4</sup> 障害者数データは次で参照可<http://unstats.un.org/unsd/disability/alldata.htm>。

<sup>5</sup> 国連では、2000年前後(対象期間:1995~2004年)に「2000年世界人口住宅センサス」を行うことを、各国に勧告した。人口に関する調査8項目のうちの1つが障害についてであり、心身障害、損傷とハンディキャップ、心身障害の原因について調査することが国連から勧告されている。

<sup>6</sup> 判断する基準としての障害の種類や程度、障害の期間、また年齢などが異なる。精神障害や内部障害、HIV/AIDSなどを障害に含まない国も多く、比較的短期間の障害を含まなかったり、加齢による障害を含まない例も多い。

<sup>7</sup> 調査時の誤りとしては、実際の障害者把握ができないことがよく挙げられる。例えば、障害者支援のための十分なサービスがなく差別や誤解が強いような途上国では、調査などによって家族に障害者がいることが確認されることがそれによって受ける利益よりも社会的な不利益につながる可能性が高く、このような調査が“魔女狩り”的に理解され家族における障害者の有無が申告(表出)されないことなどがある。日本においても知的障害者の親が国勢調査における障害に関する調査に反対を行った歴史がある。これは障害者へのサービスや差別禁止法などが無い無策の状態での障害者の確認が差別につながる危険性があることが理由であった。障害者数調査の状況としては、HIV/AIDSの実数把握が困難な状況であるのと同様であり、国勢調査などでその数が比較的正確にとらえられる女性や子供の人口調査とは違い、裨益者数を人口調査から特定することは困難であるといえる。

<sup>8</sup> 1983年と1989年の調査はWHOの(旧)国際障害分類(ICIDH)に基づいた調査とされているが、その他の調査も含めて表記分類の機能障害・能力障害・社会的不利の3つの分類がそれぞれ同様の障害内容・カテゴリーを示しているとは限らない。

障害者数の把握はプロジェクトの裨益者を推定するうえで有用なデータとなり得る。しかし、上記で論じたように、障害者数の調査は女性や子供の人口調査とは異なり、国勢調査をはじめ、そのデータが現実の障害者数をどれだけ正確に反映しているかは問題を残すところである。特に途上国の障害者数としてデータとなっているものは、現実に障害という問題に直面している人々の数より少ないのではないかと考えられる<sup>9</sup>。障害者数データをプロジェクトの計画もしくは説明づけのために用いる場合はこれらの点を理解したうえで利用すべきである。

---

<sup>9</sup> 生活環境が厳しい途上国では、何らかの理由によって重度の障害者となった場合、先進国に比べ生存率は下がると想像できる。この理解として、「ゆえに途上国の障害者実数は先進国より少なくなる」と理解しているものもあるが、これは本末転倒で、本来ならば助けうる多数の障害者が短期間で死亡している事実として認識すべきことである。つまり、現実の障害者数が障害者数データには反映されず、死亡者数に影響を与えている可能性が高い。ゆえに、途上国の障害者数把握としては、5歳児未満死亡率（U5MR）や平均寿命なども検討しつつ理解することが重要であろう。

表1 国連統計局障害者数データ：2002

国名	調査年	障害者数(比率%)
Aruba	1991	5.55
Australia	1976	4.77
Bahamas	1990	1.49
Bahrain	1991	0.81
Bahrain	1981	0.99
Belize	1991	6.57
Bermuda	1991	7.56
Botswana	1991	2.24
Brazil	1991	0.9
Bulgaria	1992	1.22
Cape Verde	1990	2.63
Central African Republic	1988	1.54
Chile	1992	2.2
Colombia	1993	1.85
Comoros	1980	1.7
Congo	1974	1.12
Cyprus	1992	3.95
Cyprus	1982	2.26
Egypt	1976	0.27
El Salvador	1992	1.6
Ethiopia	1984	3.8
India	1981	0.17
Iraq	1977	0.93
Jamaica	1991	4.8
Jordan	1994	1.23
Kenya	1989	0.75
Kuwait	1980	0.44
Liberia	1971	0.8
Libyan Arab Jamahiriya	1984	1.46
Libyan Arab Jamahiriya	1973	2.44
Libyan Arab Jamahiriya	1964	3.02
Mali	1987	2.75
Malta	1995	4.62

Mauritania	1988	1.5
Morocco	1982	1.11
Namibia	1991	3.11
Netherlands Antilles	1981	2.86
Niger	1988	1.31
Nigeria	1991	0.48
Oman	1993	1.91
Pakistan	1981	0.45
Panama	1990	1.34
Panama	1980	0.67
Peru	1993	1.31
Peru	1981	0.18
Philippines	1995	1.34
Philippines	1990	1.05
Poland	1988	9.86
Qatar	1986	0.17
Saint Vincent and the Grenadines	1991	7.2
Sao Tome and Principe	1991	3.98
Senegal	1988	1.06
Sri Lanka	1981	0.49
Swaziland	1986	2.24
Syrian Arab Republic	1981	1.02
Syrian Arab Republic	1970	1.04
Thailand	1990	0.35
Togo	1970	0.55
Tunisia	1994	1.22
Tunisia	1984	0.87
Turkey	1985	1.37
Uganda	1991	1.16
United Kingdom	1991	12.15
Viet Nam	1989	5.74
Yemen	1994	0.54
Zambia	1990	0.94
Zambia	1980	1.62

出所 : UN Statistic Division( 2002a ); UN Statistic Division( 2002b ) より作成

表2 障害者調査の際の「障害」判断における国際障害分類（ICF）でのレベル

国・調査年	ICFでの分類
Bahamas 2000	Activity limitations
Belize 2000	Activity limitations
Canada, 2001	Activity limitations Participation
Costa Rica 2000	Impairment
Colombia 2003 ( draft )	Impairment
Ecuador 2001	Impairment
Haiti 2002	Impairment
India 2001	Impairment
Jamaica 2001	Impairment
Mauritius 2000	Activity limitation
Namibia 2001 ( draft )	Impairment
New Zealand 2001	Activity limitation Impairment
Palestine 1997	Impairment
Saint Lucia 2001	Impairment
South Africa 2001	Participation
Tanzania 2002 ( draft )	Impairment
Trinidad and Tobago 2000	Activity limitations
Turks and Caicos 2001	( 1 ) Impairment ( 2 ) Activity limitation ( 3 ) Participation
Uganda 2002 ( draft )	Activity limitation
USA 2000	Impairment Activity limitation/Participation
Venezuela 2001	Impairment

出所：UN Statistic Division( 2002a ); UN Statistic Division( 2002b ) より作成

表3 マレーシア 調査別障害者数データ

調査年	機能障害 ( impairment )	能力障害 ( disability )	社会的不利益 ( handicap )	サンプルサイズ
1958		1.0		人口の5%
1981		9.5	1.83	2518人
1983		3.1		1000人
1984		3.9		不明
1989		0.9		39132人
1996	6.9	1.5		59903人
2000	0.4			( 福祉局登録数 )

出所：Jamaiyah hj. Hanif( 1997 ); Jayasooria et al. ( 1992 ); Sin and Salleh( 1992 ) より作成

## 参考文献

- Helander, E. ( 1993 ) *Prejudice and Dignity : An Introduction to Community-Based Rehabilitation*. UNDP, New York.
- Jamaiyah hj. Hanif. ( 1997 ) Impairment and Disability. Report on NHMS2 Conference, n.p.
- Jayasooria, D., Ooi, G. and Kreshnan, B. ( 1992 ) Disabled Persons, the Caring Society and Policy Recommendations for the 1990s, and Beyond. In: C.K. Sin and I.M. Salleh ( Eds. ), *Caring Society: Emerging Issues and Future Directions*. Institute of Strategic and International Studies, Kuala Lumpur.
- Mbogoni, M. and Me, A. ( 2002 ) Revising the United Nations Census: Recommendations on Disability. United Nations Statistics Division Paper presented for the First meeting of the Washington Group of Disability Statistics, Washington, 18-20 February, 2002.  
[http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/citygroup/products/me\\_mbogoni1.htm](http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/citygroup/products/me_mbogoni1.htm).
- Oliver, M.(1997) Re-defining Disability: A Challenge to Research. In: J. Swain, V. Finkelstein, S. French and M. Oliver ( Eds. ), *Disabling Barriers: Enabling Environments*. Sage Publication, London.
- Sin, C.K. and Salleh, I. M. ( 1992 ) *Caring Society : Emerging Issues and Future Directions*. Institute of Strategic and International Studies, Kuala Lumpur.
- UN Statistic Division ( 2002a ) <http://unstats.un.org/unsd/disability/alldata.htm>.  
( 2002b ) <http://unstats.un.org/unsd/disability/default.asp>.

## 添付 2

### 「アフリカおよび後紛争国の障害と障害者の状況」

開発における障害分野の地域的対象として、特に近年重要となりつつあるのは今まで障害分野の取り組みが遅れていたアフリカ地域、そして障害者数が増加し障害者がより困難な状況に置かれている後紛争国・地域であり、この2地域に関して若干のまとめを行った。

#### (1) アフリカ

アフリカの障害(者)問題についての協力は、NGOはじめJICAも少なからぬ貢献を行っている<sup>1</sup>。しかしながら、障害分野についての研究や報告は、アジア地域での研究に比べると非常に限られている。

一方、西欧諸国の協力を見るとSave the Children Fund (SCF) やHandicap International (HI)、ActionaidなどのNGOが障害分野においても精力的に活動を行っており、それらの実践をもとにした多岐にわたる研究・報告も行われている。分野別でいうと、CBR (Deetlefs (1995); Holloway et al. (1999); Miles (1994); Myezwa (1995); SCF (1998); Vanneste (2000); Nordholm and Lundgren-Lingquist (1999))、教育 (Miles (2001); UNESCO (1995); Stubbs (2001); Miles (1994); Radebe (1999); Stubbs (1994); Stubbs (1998b); Stubbs (2002))、障害者団体 (Camara (1998))、法律・権利 (Eleweke (1999); Jagoe (2002); Miles (1996))、文化・歴史・態度 (Devlieger (1995a); Devlieger (1995b); Devlieger (1998); Ingstad (1995a); Whyte (1995); Ingstad (1995b); Miles (2001))、開発と障害 (Kabzems and Chimedza (2002); Metts and Metts (2000); Power (2001))、女性・子ども・老人 (Mclvor and Carey (1995); Puckree et al. (1997); Talle (1995))、後紛争 (Blaser (2002); SCF (1998))などの研究がある。また地域別で言えば、マリ (Stubbs (2001); Kaplan-Myrth (2001))、ルワンダ (Blaser (2002))、モロッコ (Mclvor and Carey (1995))、ガーナ (Metts and Metts (2000); UNESCO (1995))、ナイジェリア (Talle (1995); Njeru (1993))、ウガンダ (Sentumbwe (1995))、ソマリア (Helander (1995))、南アフリカ (Deetlefs (1995); Jagoe (2002); Radebe (1999); Puckree et al. (1997); Katzenellenbogen et al. (1995))、ジンバブエ (Devlieger (1995a); Devlieger (1998); Myezwa (1995))、レソト (Stubbs (1998b); Saunders and Miles (1990))、モザンビーク (SCF (1998))、ボツワナ (Ingstad (1995b); Nordholm and Lundgren-Lingquist (1999))などの研究・報告がある。

「アフリカ」と1つにまとめて議論することは、地域・国家間の文化や社会・経済発展の違いがあり慎重にすべきではあるが、アフリカ地域はほかの地域に比べ、経済開発が遅れ開発途上

<sup>1</sup> 例えば青年海外協力隊 (JOCV) の障害分野職種である理学療法士と義肢装具士のアフリカ地域への派遣を見ると、義肢装具士は総派遣数の80% (10人中8人: モロッコ2人、ザンビア3人、ガーナ1人、エジプト2人) であり、理学療法士は21% (91人中15人: マラウイ10人、ジンバブエ2人、ニジェール1人、モロッコ1人、タンザニア1人: マラウイはマレーシア (19人) に次いで2番目に多い派遣国) を占めている (日本理学療法士協会編 (1998))

国・低所得国（LDC: LICs）が多いこと、貧困・飢餓、戦争や後紛争・民族間の対立とそれによる社会的・政治的不安定さ、社会インフラストラクチャーの未整備、HIV/AIDSといった疾病、自然災害、低識字率など多くの課題に直面しているといえる。これらの問題は、障害者の増加や障害者が直面する社会的障害をより大きくするなど障害分野にも深く影響を及ぼしている。

障害分野と開発の関係については、後紛争や貧困と取り組むことが障害分野と取り組む基礎であること、そして、すべての開発に関する取り組みにおいて障害者が裨益者として考慮され、障害分野と統合したインクルーシブなアプローチがとられることが重要である（Kabzems and Chimedza（2002）; Metts and Metts（2000）; Power（2001））。CBRや教育といった障害者を主対象とするようなプロジェクトでの協力においても、狭義のリハビリテーションや教育という分野ではなく、社会全体の発展のなかでそれらを位置付け統合的にかかわることの重要性がアフリカでは特に高いこと、そして、それらがもたらす最終的な結果としてインクルージョンやエンパワメントが念頭に置かれることの重要性が議論されている（Miles（1994）; SCF（1998））。その一方で、南アフリカなど障害者の政治的な参加という面では進んでいる国もあり、彼らの取り組みから学ぶべき点も多々ある（長瀬（1997））。

アフリカ地域は2000年から「アフリカ障害者の10年」を宣言し、ほかの地域に比べなかなか進展しない障害者の機会の均等化と自立促進への道を団結して進もうとしている。批判はあるものの「国連障害者の10年」や「アジア太平洋障害者の10年」が果たした役割を考えると、「アフリカ障害者の10年」も単にスローガンとして終わらせるのではなく、結果を残すことが重要である。この「アフリカ障害者の10年」は国連が進めている「障害者の機会均等化に関する国連基準規則（1993）」の目的に沿って活動目標が立てられており、援助機関もこれに沿って協力していくことが必要であろう。以下にその10年の概略をまとめる。

#### 〔アフリカ障害者の10年導入の背景〕

「国際障害者年（1981）」とそれに続く「国連障害者の10年（1983～1992）」によって、特に先進諸国では障害者の社会参加の機会の向上、障害者に対する人々の理解や態度の向上が見られ、政府のコミットメントとして「障害者の機会均等化に関する国連基準規則（1993）」（以下、基準規則）や「障害者に関する世界行動計画（1983）」（以下、行動計画）が国連において決議され、障害者自身の団体も多く設立されるようになった。しかし、それらの結果は先進諸国に限られ、途上国では更なる取り組みの必要性が求められた。そして、アジア・太平洋地域ではその継続のために国連アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）によって「アジア太平洋障害者の10年（1993-2002）」が宣言され、すべての国や地域ではないにしろ、この地域の障害者の取り組みは向上した。しかしながらこの20年、アフリカは戦争や災害、HIV/AIDSなどのさまざまな問題を抱え、障害分野の取り組みは後回しにされ、アフリカは障害分野の取り組みに関して最も遅れている地域となっている。このような状況に対して、アフリカ地域の障害（当事）者団体や障害者の世界団体がこの地域での障害（者）問題の取り組みを進めるために、上記のように期間を限定し目標に取り組むことの必要性が検討されてきた。そして、環アフリカ障害者連合や国際障害者団体などの働きかけによりアフリカ統一機構<sup>2</sup>が2000年に「アフリカ障害者の10年（2000～2009）」

を開始することを宣言した<sup>3, 4</sup>。

#### 〔10年の目的〕

最大の目標は政府の開発戦略に障害（者）問題を組み入れること、つまり障害（者）問題のメインストリーミングである。そして具体的課題として以下の9点が挙げられている。

障害者とその家族の貧困の軽減

障害（者）問題に関する啓発

平和の構築とその他の障害原因の削減

国際分野におけるアフリカ障害者の地位の向上

政府の政治・経済・社会アジェンダに障害（者）問題を組み入れること

国連「基準規則」の推進

国連人権宣言の適用

障害児、障害女性、障害青年に関する諸問題への取り組み

アフリカにおいて障害者の利益を守るための政策や制度の設立に対して国連「基準規則」を利用

#### 〔活動〕

10年の推進は環アフリカ障害者連合（Pan Africa Federation of the Disabled : PAFOD）が担う<sup>5</sup>。活動は国連の「基準規則」と「行動計画」にのっとり、その推進を図ることが基本となる。優先課題領域としては、障害者団体の承認と支援、貧困軽減や教育・社会・経済活動のメインストリームへの障害者の統合に関する戦略、障害領域における調査研究、そして情報へのアクセスの権利（特に視覚・聴覚障害者）が挙げられている。そして、「規則」が挙げる22の分野のうち、特に貧困の軽減（規則16）、教育（規則6）、雇用（規則7）、リハビリテーションと自助具・機器（規則3）が重要な分野として検討されている。

この10年の活動計画は以下のような4年間ずつの2期に分けられており、その推進総予算は総額約850万米ドルとなっている。

<sup>2</sup> アフリカ統一機構（Organization of African Unity: OAU）とはアフリカの統一と団結の促進、アフリカ諸国民の生活向上のための協力・努力の強化等を目的として1963年に設立（加盟国53）された。近年は、後紛争予防・解決活動を組織化・強化し、全アフリカ議会や中央銀行、司法裁判所などを設立することにより、アフリカ諸国のより高度な政治的・経済的統合を目指している。OAUは2002年にアフリカ連合（AU）に移行した。詳細は：[http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/oau/pdfs/oau\\_au.pdf](http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/oau/pdfs/oau_au.pdf)  
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/oau/oau.html>。

<sup>3</sup> これに先立ち1999年1月に14の国と6つの国際障害者団体が参加し「障害と人権に関する開発・協力セミナー」が南アフリカ・ケープタウンで開催され「ケープタウン宣言」が採択されている。

<sup>4</sup> アフリカ障害者の10年の詳細は以下に詳しい。  
小松聖司（2001）；<http://arsvi.com/0i/20addp.htm>

<sup>5</sup> アフリカ地域の障害者連合は以下の5つの地域に分割されている。南部アフリカ障害者連合：Southern Africa Federation of the Disabled（AFOD）、東部アフリカ障害者連合：East Africa Federation of the Disabled（EAFOD）、西部アフリカ障害者連合：West Africa Federation of the Disabled（WAFOD）、北部アフリカ障害者連合：North Africa Federation of the Disabled（NAFOD）、中部アフリカ障害者連合：Central Africa Federation of the Disabled（CAFOD）。

第1期（2001年7月～2005年6月）：各政府機関と障害者（当事）者団体の能力開発（capacity building）

第2期（2005年7月～2009年12月）：サービスの拡大（能力開発は継続）、評価・調査、データベースの構築など。

#### 〔アフリカの協力：10年推進の課題〕

今後10年の障害分野の協力はこの「10年」の目標に沿って実施されるべきである。そして、この「10年」の取り組みを成功させる課題は、アフリカにおいて障害（者）問題と取り組む課題そのものである。まず大前提となるのは障害者を直接・間接に生み出す戦争・後紛争が収まり国家が安定し、社会・経済発展が進められること、そして自然災害や貧困といった開発の基礎的な問題が障害分野と統合的に取り組まれることである。そして、アフリカ全体で取り組む「10年」の課題としては国家間・地域間の差をどれだけ小さくしアフリカ全体が発展していけるかという点であろう。またアフリカ諸国が独自の資金のみでこの「10年」を実施していくのは困難であり、政府はもとよりドナーがアフリカ地域で障害分野と取り組むことにどれだけ注意を向けるかにもかかっている。言い換えれば、ドナーが、AIDSや飢餓などの諸問題が重なり合うアフリカ地域で、どれだけ障害（者）問題に取り組むことに必要性を認め課題として取り上げるかにかかっている。限られた資金の中で障害（者）問題に特化したプロジェクトを行うことはその他の優先課題が山積しているアフリカではなかなか正当化されにくいであろう。ゆえに、現実的にもまた戦略的にも障害者を主対象とした分離型のアプローチよりは、一般の開発プログラムに障害の視点と障害者を組み込む統合型のアプローチのほうがより効果的であり、実はそれこそが「10年」が目指す「開発における障害（者）問題のメインストーリーミング」の実現ともいえる。そしてドナーも「10年」の課題を達成するには、統合のための具体的な目標と、本研究が取り組む「開発の障害分析」のような具体的で実現可能な戦略・ツールが必要であろう。

#### （2）後紛争国

後紛争国は他の途上国と共通する問題点に加え、「後紛争」による直接・間接の結果、貧困や社会インフラ・制度の崩壊、国内の治安・政情の不安定さなどより困難な状況を抱えている。後紛争による社会・経済的状況の悪化の影響は子供や高齢者、女性、そして障害者という社会的弱者に対してより強く表れる（表1）。

後紛争に関しては、その後紛争当事国の障害（者）問題に加えて、障害者難民、そして隣国の難民キャンプにおける障害（者）問題の3点について取り組むことが必要である。

障害者難民に関する研究は十分なされていない（Stubbs（1998a））。個人の移動能力に制限のある障害者は避難においてまず取り残される可能性も高く、後紛争における生存確率が低いうえ、たどり着いた難民キャンプ自体の生活環境も劣悪であることから、その中で生存自体も他の非障害者以上の危険にさらされている。障害者難民に対する対策・支援については国連難民高等弁務官事務所（Office of the United Nations High Commissioner for Refugees）：

表 1 後紛争の障害分野への影響

- 
- ・ 後紛争による障害者の増加：直接的・間接的（例：地雷・低栄養）
  - ・ 社会インフラ・制度の崩壊：社会的障害の増大
  - ・ 貧困：社会・家族とも障害者を含めた弱者の切り捨てにつながる
  - ・ 戦争後遺症：うつ病などの増加
  - ・ 家族の崩壊による個々人のセーフティ・ネットの崩壊：大家族による障害者の保護の崩壊
  - ・ 国内の不安定さ：人種や宗教による対立の継続；障害分野での協力を困難にする
  - ・ 難民問題：特に難民の中の障害者：（国内・外難民格差を含む）；緊急援助などでは弱者配慮が困難
  - ・ 援助：国際機関の協調がより重要、緊急援助から長期的な目標に向けての協力への転換の困難さ
- 

出所：筆者作成

UNHCR) の再定住ハンドブックなどにおいても配慮することが全編にわたって記載されているが、緊急援助時における障害者への対応は十分になされているとはいえない (UNHCR (1997))。

難民キャンプは、緊急のものとレバノンやヨルダンのパレスチナ・キャンプのように長期にわたっているものがあり、異なった対策が必要となる<sup>6</sup>。緊急のキャンプでは栄養・衛生・医療・生存に関する緊急援助の中に障害者を裨益者として取り込むことなどが重要であり、長期にわたるキャンプでは、政府がそのキャンプに対して十分な責任を負っていない状況下で、障害者の社会への参加と生活の自立を目指すためには、後紛争当事国での取り組みと同様に、緊急援助的 (reactive) な援助から社会生活を中心に据えた参加やインクルージョンを支援し、障害者をエンパワメントしていくような proactive な取り組みに転換していくことが重要となる<sup>7</sup>。後紛争国の状況は上記のような共通点があるにせよ、その国の文化・社会の状況によって異なっており、以下にアフガニスタン、東チモール、レバノン、コソボに関して概略をまとめる。

#### 〔アフガニスタン〕

アフガニスタンの障害者人口は、今回の戦争以前は全人口の 3 ~ 4 % (70万 ~ 80万人) と推定されていた。しかし、現在では後紛争によって増加し、約 23 % (100万人以上) といわれている (勝間 (2001))<sup>8</sup>。2000年のユニセフの調査では、戦争による障害者、特に地雷による切断や失明などが多く、次いで戦争による間接的な結果としてポリオやその他の原因によるものも多い。18歳未満の子供のうち障害者の割合は 1.5 % で、その割合は、身体障害者 (視覚、聴覚障害者を含む) が 80 %、知的障害者が 17 %、両者を併せ持っているのが 3 % といわれている。地雷は国連地雷撤

<sup>6</sup> レバノンには 30 万人のパレスチナ難民があり、うち半数が難民キャンプにいる。ヨルダンには 80 万人のうち 20 万人がキャンプにいる。ヨルダンに比べレバノンのキャンプの状況は悪く、レバノン政府はキャンプに対してのサービスを行わず、パレスチナ難民救済事業機関 (United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East: UNRWA) が医療や教育など本来政府が行うべき仕事を担っている。キャンプ内外の格差も大きく、キャンプ内の抗争なども絶えない (長田 (2001))。

<sup>7</sup> 例えば、義肢の支給から義肢装具士の育成への転換など。

<sup>8</sup> 全人口や障害者の特定の違いにより、後紛争前後の全体数と障害者の割合は一致していない。

表2 UNOPS総合的障害者支援プログラム（CDA）参加機関

機関	
Afghan Association of the Blind	AAB
Afghan Amputee Bicyclists for Rehabilitation and Recreation	AABRAR
Comprehensive Disabled Afghan's Program <sup>2</sup>	CDAP
Guardians	Guardians
International Assistance Mission	IAM
International Committee of the Red Cross	ICRC
Handicap International	HI
Hearing Impaired Foundation of Afghanistan	HIFA
Ockenden Venture	OV
Kuwait Joint Relief	KJR
Save the Children Federation	SCF
Swedish Committee for Afghanistan	SCA
Sandy Gall's Afghanistan Appeal	SGAA
Serving Emergency Relief and Vocational Enterprises	SERVE
United Nations International Children and Educational Fund	UNICEF
World Health Organization	WHO

出所：Krefting, L. and Krefting, D. (2001) より作成

去データベースで1000万個といわれており、月300人が犠牲になっている（武田（2002））。政府としての障害者支援やサービスはなく、国連機関やNGOが隣国などから支援を行っていた。タリバン政権となった1995年から、国連開発計画（United Nations Development Programme: UNDP）と国際連合プロジェクトサービス機関（United Nations Office for Project Services: UNOPS）がアフガニスタン国内の障害者のための総合的支援プログラム（Comprehensive Disabled Afghans' Programme : CDAP）を実施している（表2）<sup>9</sup>。このプログラムは13の州と郡において、400人以上の雇用職員（1人を除き全員アフガニスタン人）と1000人以上のボランティアによって毎年2万5000人以上の障害者にサービスを提供してきた。アフガニスタン障害者協会は1990年に設立された障害者を代表する団体で、種々のサービスを提供してきたが、1995年にタリバンが政権を手中に収めた後活動が停止された。現在活動を再開し、16の州すべてに支部を持っている（Coleridge（1998））。現在、全国に13のリハビリテーション施設が赤十字国際委員会やNGOによって運営されているが、地域間格差があり、南西および北西地域には施設は1つもない。

アフガニスタンのような国では特にその国の文化・習慣を理解したうえでの協力が必要であ

<sup>9</sup> 国内の障害者のみで、国外難民に含まれる障害者への支援はなされていない。

る。アフガニスタンでは、家も外界との交流を防ぐように作られ、女性が公の場で交流することも少ない。そのよう中で女性を含めた障害者の統合やエンパワメントを考えるには現地の文化理解無くしては成功しない。また結婚による結びつきが重要視される文化では、障害者本人に限らずその家族も障害者が親族にいるという理由で結婚が困難になることの影響を重要視する必要がある (Coleridge (2002))。

アフガニスタン復興NGO東京会議でも障害者のインクルージョンについて検討され、教育に関する分野別分科会のアピールとしてすべての人の教育を保障すること、そのために障害者への包括的教育の充実としてその教育を保障すること、および施設のバリアフリー化などが盛り込まれている (アフガニスタン復興NGO東京会議 (2002))。

#### 〔東チモール〕

東チモールの障害分野についての正確なデータはないが、Cambodian Rehabilitation Trust ProjectとCambodian School of Prosthetics and Orthoticsの2000年2月の調査によれば、全人口75万人の1.5～2.5% (1万～1万7000人) が障害者と推定されているが、戦争後遺症による精神障害などを含めるとその数はもっと多いのではないかと予想される。

社会問題省 (Social Affairs Ministry) は教育、保健、雇用を優先問題とし、省の予算は学校の改築と保健診療所の再建にあてられており、今のところ障害者政策は存在しない。医療については、教会などが運営していた主だった診療所は住民投票後に焼かれてしまった。障害者のための学校はなく、自力で通学可能な障害者のみが近隣の学校に通っている状況である。また、職業・雇用については、一般の失業率が80%と言われるなか、障害者は家事や家業手伝い以外の就業は難しい (DPI (2000); Nagata (2002))。

障害分野の国際機関の協力は、現在ではJICAも障害分野の専門家を派遣するなどしているが、NGOの活躍が大きい。例えば、カトリックの修道会であるメリノール会は、ディリ (Dili) やインドネシアのカンカール (Cancar) で手術やりハが受けられるようにするなどしている。日本のNGOであるカンボジア・トラストもカンボジアでの経験を生かした技師装具やりハピリテーションへの協力を行っている。

#### 〔レバノン〕

レバノンでは17年にわたる後紛争により、政府よりも宗教団体などの市民社会やNGOがより有効に動き、市民のそれらへの帰属意識も強い (長田 (2000a))。レバノンにはパレスチナ・キャンプがあるがレバノン政府はキャンプへのサービスをほとんど行っていない。このためキャンプ内外での格差は障害分野に限らず大きい (長田 (2000b))。レバノンの障害者に関する正確なデータは入手できなかったが、車椅子が必要なレバノン人は6万5000人と推定されており、国民の25%が戦争による後遺症として精神障害やうつ病を経験しているという報告もある (長田 (1999))。

障害分野最大のNGOのアルクエンシエル (Arc-en-ciel: AEC) の2000年度の予算は150万米ドルで、予算の7割は社会開発庁などから、3割が援助機関などからとなっている。活動は医療的リ

ハビリテーションから職業訓練、またバリアフリー化など多岐にわたり、400のCBRプロジェクトも実施している。ただし、キリスト教系の団体であり、モスリム系住民のインクルージョンには困難がある（長田（2001）; Mendis（1999））。

#### 〔コソボ〕

障害者数は戦争による直接の障害者6万人を含め20万人と推定されている（国際協力事業団（2002））。ほかの後紛争国同様、コソボも地雷などによる身体障害者と精神障害に当初の支援は集中し、視覚・聴覚障害者や知的障害者など他の障害者への支援は後回しにされてきた。また依然として社会も不安定な状態であり、障害者が大多数含まれる難民の帰国という問題も抱えている（Turmusani（2002））。

サービスについては身体障害児支援団体のHandikosという団体がNGOとしては大きく、コソボ全体にわたって10のセンターと25の地域社会グループを運営し、CBRも実践している（Edmonds（2002a）;（2002b））。

上記のように後紛争国といえども国により状況は異なるが、これら後紛争国への協力の際に考慮する点は以下にまとめられるであろう。

最も重要であるのは、障害者を医療に限らずさまざまな援助の裨益者と見なし対応することである。障害者は他の人と同様にいろいろなサービスが必要であるにもかかわらず、医療的リハビリテーション・サービスのみが考慮されその他のサービスでは対象・ユーザーとして考慮されないことが多い。緊急的な援助が終了し地域社会の開発プロジェクトが始まる際には障害分野が統合されて行われることが重要である。2点目は、後紛争国への支援全体にかかわるが、さまざまな援助国の協力が協調的に行われることである。3点目は、障害分野においても緊急援助的（reactive）な支援から持続可能で事前対策的な方法（proactive）への転換を意識していることである（Turmusani（2002））。後紛争国では特に、障害分野への支援は緊急医療援助やPHCの延長として医療分野から始まることが多い。しかし、それだけが継続して行われるのではなく、自立そのものを支援するために、障害者個人とサービスを担うNGOや障害（当事）者団体のキャパシティ・ビルディングとインクルーシブな社会の推進がなされなければいけない。医療的リハビリテーションに偏らず包括的に行われるならばCBRも有効な戦略となる（Boyce（2000））。しかし、レバノンの例でもあるが宗教や民族に基づくNGOなどの場合、その他の宗教や民族に属する障害者への対応が困難になることも多く、その点は十分に考慮する。4点目は家族によるセーフティ・ネットに頼り過ぎないことである。5点目は障害者の受け入れについて障害者間の差異があることに注意すべきである。後紛争国では紛争による障害者が多いことから、障害者に対する社会の受け入れがよいとする意見もあるが、障害者内の差異に注目するとそうとはいえない。また受け入れはよくとも現実に障害者が生きていくための基本的なサービスや手段も先進国はもとより他の途上国よりも限られている場合が多く、決して良い状況であるとはいえない。事実として、戦争による男性青年の被害者などは戦争のヒーロー・被害者として受け入れられるものの、その他の先天性の障害者や知的・精神障害者、女性や高齢者の障害者はそのような受け入れがな

されない場合が多い。後紛争国に限らないが、障害者団体の多くも結局は軽度の肢体不自由の男性によって支配されることが多く、重度の障害者や女性障害者の代弁がなされるよう配慮すべきである (Coleridge (2002))。最後は、後紛争国での経験を持つ国際NGOなどとの協力の有効性である。日本のNGOでもベトナムやカンボジアなどアジアの後紛争国での経験を有し、活動のノウハウを得ているNGOも多く、それらとの協力や資金的な援助も重要であろう。

## 参考文献

アフガニスタン復興NGO東京会議 (2002) 分野別分科会アピール：教育

勝間靖 (2001) 『アフガニスタン：地雷、ポリオ、その他の病気に苦しむ子どもたち』「ノーマライゼーション」21(6), pp.68-71

国際協力事業団 (2002) 『ボスニア・ヘルツェゴヴィナ国 (スルブスカ共和国) 地域密着型リハビリテーション (Community Based Rehabilitation: CBR) 支援 (カナダCIDAとの連携案件) の骨子』 n.p.

小松聖司 (2001) 『アフリカ障害者の10年：事業プランの概要』『リハビリテーション研究』No.107, pp.28-34

武田剛 (2002) 『アフガニスタン障害者支援の現地情報』  
<http://www.din.or.jp/yukin/Afghan.html>.

長瀬修 (1997) 『希望としての南アフリカ - 世界から・第4回』『季刊福祉労働』74

長田こずえ (1999) 『レバノン：内戦が生み出したもの；レバノンと障害のある人々』「ノーマライゼーション」19(3), pp.70-74

(2000a) 『レバノン：市民社会における障害者と新しい参加型の開発』「ノーマライゼーション」20(8), pp.73-77

(2000b) 『レバノンのパレスチナキャンプ』「ノーマライゼーション」20(5), pp.65-69.

(2001) 『レバノン - 最近の国連活動と障害者法について』「ノーマライゼーション」21(2), pp.52-55.

日本理学療法士協会編 (1998) 『理学療法士青年海外協力隊アンケート調査報告書』日本理学療法士協会

Blaser, A. (2002) People with Disabilities (PWDs) and Genocide: The Case of Rwanda. *Disability Studies Quarterly* 22(3), pp.53-65.

Boyce, W. (2000) Adaptation of Community Based Rehabilitation in Areas of Armed Conflict. *Actionaid Disability News* 11(1), pp.17-20.

Camara, T. (1998) Disabled People's Organisations and Community-Based Rehabilitation in

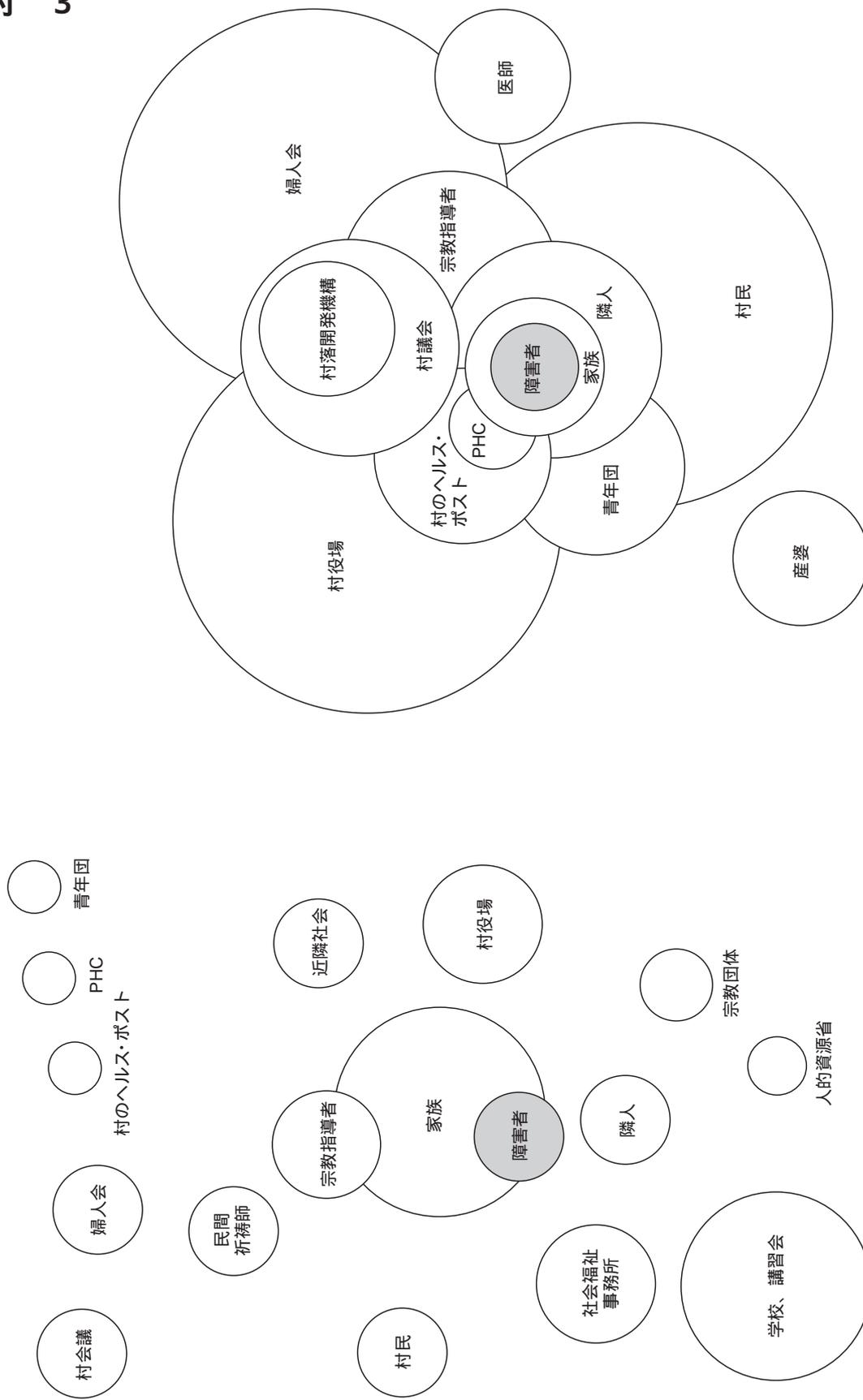
- Africa. *Actionaid Disability News* 9( 1 ), pp.33-34.
- Coleridge, P. ( 1998 ) *Development, Cultural Values and Disability : The Example of Afghanistan*,  
<http://www.eenet.org.uk/documents/cases/coleridge1.shtml>
- ( 2002 ) *Community Based Rehabilitation in a Complex Emergency : Study of Afghanistan*.  
 In: M. Thomas and M.J. Thomas ( Eds. ), *Selected Readings in Community Based Rehabilitation: Series 2 Disability and Rehabilitation Issues in South Asia*. Action for Disability, Bangalore.
- Deetlefs, L. ( 1995 ) *The Establishment of A CBR Services and Training Programme in Alexandra, South Africa*. *Actionaid Disability News* 6( 1 ), pp.16-17.
- Devlieger, P. ( 1995a ) *From Self-Help to Charity in Disability Service - the Jairos-Jiri Association in Zimbabwe*. *Disability & Society* 10( 1 ), pp.39-48.
- ( 1995b ) *Why Disabled? The Cultural Understanding of Physical Disability in an African Society*. In: B. Ingstad and S.R. Whyte ( Eds. ), *Disability and Culture*. University of California Press, London.
- ( 1998 ) *Representations of Physical Disability in Colonial Zimbabwe: The Cyrene Mission and Pitaniko, the Film of Cyrene*. *Disability & Society* 13( 5 ), pp.709-724.
- DPI ( 2000 ) *Mission on Disability-related Situation in East Timor*. *Disability International* 7( 1 ), pp.22-24.
- Edmonds, L.J. ( 2002a ) *The Historical Account of the Context and Process of the Introduction of CBR and Integration of Persons with Disabilities in Bosnia-Herzegovina 1993 to 2001*. Ph. D. Thesis, University of East Anglia.
- ( 2002b ) *The Post Conflict Integration of Persons with Disabilities in Bosnia-Herzegovina: The Role of Community Based Rehabilitation*. Ph. D. Thesis, University of East Anglia.
- Eleweke, C.J. ( 1999 ) *The Need for Mandatory Legislations to Enhance Services to People with Disabilities in Nigeria*. *Disability & Society* 14( 2 ), pp.227-237.
- Helander, B. ( 1995 ) *Disability as Incurable Illness: Health, Process, and Personhood in Southern Somalia*. In: B. Ingstad and S.R. Whyte ( Eds. ), *Disability and Culture*. University of California Press, London.
- Holloway, S., Lee, L. and McConkey, R. ( 1999 ) *Meeting the Training Needs of Community-based Service Personnel in Africa through Video-based Training Courses*. *Disability and Rehabilitation* 21( 9 ), pp.448-454.
- Ingstad, B. ( 1995a ) *Mpho ya Modima - A Gift from God: Perspectives on "Attitudes" toward Disabled Persons*. In: B. Ingstad and S.R. Whyte ( Eds. ), *Disability and Culture*. University of California Press, London.
- ( 1995b ) *Public Discourses on Rehabilitation: From Norway to Botswana*. In: B. Ingstad and S.R. Whyte ( Eds. ), *Disability and Culture*. University of California Press, London.

- Jago, K. ( 2002 ) *The Disability Right Movement: Its Development in South Africa.*  
[http://www.independent living org/tools forpower/tools6.html](http://www.independentliving.org/toolsforpower/tools6.html)
- Kabzems, V. and Chimedza, R. ( 2002 ) Development Assistance : Disability and Education in Southern Africa. *Disability & Society* 17( 2 ), pp.147-157.
- Kaplan-Myrth, N. ( 2001 ) Blindness Prevention in Mali: Are Improvements in Sight? *Disability Studies Quarterly* 21( 3 ), pp.91-103.
- Katzenellenbogen, J., Joubert, G., Rendall, K. and Coetzee, T. ( 1995 ) Methodological Issues in a Disablement Prevalence Study : Mitchells - Plain, South-Africa. *Disability and Rehabilitation* 17( 7 ), pp.350-357.
- Krefting, L. and Krefting, D. ( 2001 ) The Future of Disability Work in Afghanistan. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 4( 2 ), pp.35-42.
- McIvor, C. and Carey, J. ( 1995 ) Women and Disability: With Special Emphasis on Morocco. *Actionaid Disability News* 6( 1 ), pp.18-20.
- Mendis, P. ( 1999 ) Current Trends in the Development of Community-Based Rehabilitation ( CBR ). monograph.
- Metts, R.L. and Metts, N. ( 2000 ) Official Development Assistance to Disabled People in Ghana. *Disability & Society* 15(3) , pp.475-488.
- Miles, M. ( 2001 ) History of Educational and Social Responses to Disability in Anglophone Eastern and Southern Africa: *Introduction and Bibliography.*  
<http://www.socsci.kun.nl/ped/whp/histeduc/mmiles/aesabib.html>
- Miles, S. ( 1994 ) *Partnership with Disabled people, Parents and the Community: Lessons from Community Based Rehabilitation ( CBR ) in Southern Africa.*  
<http://www.eenet.org.uk/bibliog/scuk/lessncbr.shtml>
- ( 1996 ) Engaging with the Disability Rights Movement: The Experience of Community-based Rehabilitation in Southern Africa. *Disability & Society* 11( 4 ), pp.501-517.
- Myezwa, H. ( 1995 ) The Impact of Community Based Rehabilitation Services in Zimbabwe: The Clients' Point of View. *Actionaid Disability News* 6( 1 ), pp.14-15.
- Nagata, K. ( 2002 ) Disability in East Timor and Cambodia. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 13( 1 ), pp.54-57.
- Njeru, E.H.N. ( 1993 ) The Cultural Practices Affecting Rehabilitation of the Disabled Persons in Kenya. 『リハビリテーション研究』( 75 ). pp.9-12
- Nordholm, L.A. and Lundgren-Lingquist, B. ( 1999 ) Community-Based Rehabilitation in Moshupa Village, Botswana. *Disability and Rehabilitation* 21 ( 10 ), pp.515-521.
- Power, M. ( 2001 ) Geographies of Disability and Development in Southern Africa. *Disability Studies Quarterly* 21( 4 ), pp.84-97.
- Puckree, T., Chetty, T.P., Ramlakan, S., Simelane, T.V.S. and Lin, J. ( 1997 ) An Evaluation of the Functional Status of the Residents of a Geriatric Residential Facility in South

- Africa. *Disability and Rehabilitation* 19( 12 ), pp.552-555.
- Radebe, E.T. ( 1999 ) Kamagugu Primary School Inclusive and Multi-Lingual Nelspruit District Mpumalanga Province Development Plan.  
[http://www.eenet.org.uk/theory\\_practice/kamagugu.shtml](http://www.eenet.org.uk/theory_practice/kamagugu.shtml)
- Saunders, C. and Miles, S. ( 1990 ) *The Uses and Abuses of Surveys in Service Development Planning for Disabled People: the Case of Lesotho*. Unpublished Paper, London, SCF.
- SCF ( 1998 ) *Community Based Support for Disabled Children in Post-war Mozambique*.  
[http://www.eenet.org.uk/key\\_issues/refugees/cbsmozam.shtml](http://www.eenet.org.uk/key_issues/refugees/cbsmozam.shtml)
- Sentumbwe, N. ( 1995 ) Sighted Lovers and Blind Husbands: Experiences of Blind Women in Uganda. In: B. Ingstad and S.R. Whyte( Eds. ), *Disability and Culture*. University of California Press, London.
- Stubbs, S. ( 1994 ) *Early Childhood Education/Care Issues in Relation to Disability: Some Examples from East Africa*.  
[http://www.eenet.org.uk/key\\_issues/early\\_develop/earlychd.shtml](http://www.eenet.org.uk/key_issues/early_develop/earlychd.shtml)
- ( 1998a ) *Disabled Refugees*.  
[http://www.eenet.org.uk/key\\_issues/refugees/disrefuge.shtml](http://www.eenet.org.uk/key_issues/refugees/disrefuge.shtml)
- ( 1998b ) *The Lesotho National Integrated Education Programme: A Case Study on Implementation*.  
<http://www.eenet.org.uk/action/sthesis/cover.shtml>
- ( 2001 ) *Facilitating Education in Mali*.  
[http://www.eenet.org.uk/theory\\_practice/mali.shtml](http://www.eenet.org.uk/theory_practice/mali.shtml)
- ( 2002 ) *Early Childhood Education/Care Issues in Relation to Disability*.  
[http://www.eenet.org.uk/key\\_issues/early\\_develop/earlychd.shtml](http://www.eenet.org.uk/key_issues/early_develop/earlychd.shtml)
- Talle, A. ( 1995 ) A Child Is a Child: Disability and Equality among the Kenya Massai. In: B. Ingstad and S.R. Whyte( Eds. ), *Disability and Culture*. University of California Press, London.
- Turmusani, M. ( 2002 ) Disability and Development in Kosovo: The Case for Community Based Rehabilitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 13( 1 ), pp.19-28.
- UNESCO ( 1995 ) CBR Program in Ghana Supports Integrated Education. *International Rehabilitation Review* 46( 1, 2 ), p.23.
- UNHCR ( 1997 ) *Resettlement Handbook*. UNHCR, Geneva.
- Vanneste, G. ( 2000 ) Current Status of CBR in Africa: A Review. In: M. Thomas and M.J. Thomas( Eds. ), *Selected Readings in Community Based Rehabilitation: Series 1 CBR in Transition*. Action for Disability, Bangalore.
- Whyte, S.R. ( 1995 ) Constructing Epilepsy: Images and Contexts in East Africa. In: B. Ingstad and S.R. Whyte( Eds. ), *Disability and Culture*. University of California Press, London.

添付 3

図 ベン図作成によって明らかになった障害当事者と村民との状況理解の違い



障害当事者のグループが作成

村民のグループが作成

## 添付 4

表1 参加の種類 (Chambers)

類型	特徴
見せかけのラベル (cosmetic label)	参加は見かけを良くするために使われる。ドナーや政府は参加型の手法をとることを求め、コンサルタントや管理者はそのようにするといひ、実際はトップダウンの伝統的な手法をとっているにもかかわらず、表面上は参加型をとっているかのように見せかける。
取り込み (co-opting practice)	参加は地域社会の労働力を動員しコストを下げるために用いられる。地域社会は外部からの支援とあわせて自分たちの時間と労働を自助プロジェクトのために提供する。これはしばしば“彼ら〔地域社会の人々〕”が“我々”のプロジェクトに参加する、という意味合いで用いられる。
エンパワメントの過程 (empowering process)	参加は地域社会の人々が自分自身で分析し、指導権を握り、自信を得、自らの意思を決定していくことを可能にするエンパワメントの過程を意味する。理論上ではこれは“私たち”が“彼ら”のプロジェクトに参加する、ということの意味し、“彼ら”が“私たちの”にではない。

出所：Chambers(1994) p.30より作成

表2 参加の種類と利害 (White and Tiongco)

形態	特徴と利害
名目上 (nominal)	より貧しい人々の参加は名目上のみで、名目上の参加を示すためだけに利用される。 機能：見栄え。 トップダウン：合法性の証明。プロジェクトに多くの人が賛同していることを示すため。 ボトムアップ：インクルージョン。将来のプログラムの際により有利な機会を得るため。また、参加しない場合の報復が示唆されている場合もある。
手段 (instrumental)	参加はそれ自体に価値があるのではなく、手段・道具と見なされる。 機能：手段。地域社会の設備や機関を低コストで達成するため。 トップダウン：効率。人々の労働は“地域社会の共同の資金”ととらえられる。それは人々のプロジェクトへの責任を確約する。機関の投入は資金の側面のみに限定することができ、結果としてプログラムは対コスト性の高いものとなる。 ボトムアップ：対価。道路をつくることなどへの労働提供は彼らの賃労働や家事また余暇活動を奪う。しかし、道路を得るためにはその他の選択肢がほとんどないことが分かる。
代表・代理・議会制 (representative)	参加は人々が自分たちの利害を表出するのに効果的な手法である代表制・代理制をとる。 機能：発言。 トップダウン：維持可能性。不適切で実施者に頼ったプロジェクトにならないように彼らのニーズを表す地域社会の発言を許す、それによってプロジェクトが維持できることを強化する。 ボトムアップ：影響力。人々は評価に参加することで、将来のプロジェクトにおいてより良いものにするためへの影響力を得ることができる。
変革 (transformative)	エンパワメントは草の根からの課題と見られるが、外部者が貧困者との連帯し共同する場合、それは“上から”も参加における課題として認識される。 機能：手段であり結果。 トップダウン：エンパワメント。 ボトムアップ：エンパワメント。

トップダウン：プロジェクト実施側から見た場合の意味

ボトムアップ：人々から見た場合の意味

出所：White and Tiongco (1997) pp.106-109 より作成

表3 参加の種類 (Pretty)

種類	特徴
1. 操作的参加 (manipulative participation)	見せかけの参加。人々によって選ばれたわけではない“人々の代表”による参加で、たいていは何の権限もない。
2. 受身的参加 (passive participation)	人々は既に決定されたことや起こったことに対して“参加”させられる。このタイプの参加は人々の声や反応を聞かずに、プロジェクトの運営者や管理者からの一方的な指示によってなされる。得られた情報は外部の専門家と共有されるにとどまる。
3. 協議による参加 (participation by consultation)	人々は相談されるか質問に答える形で参加する。外部の機関が何が問題であるかを決め、その情報収集の過程つまりは分析をもコントロールする。このような諮問による参加は意思決定過程の共有を許さないし、専門家は人々の視点を採用する義務を負わない。
4. 物的報償を目的とした参加 (participation for material incentives)	人々は例えば労働のように資源を提供することによって参加し、その見返りとして食物や現金などの物的報償を得る。農民は土地と労力を提供しても、実験や学習の過程には組み込まれない。この形式が参加と呼ばれることが最も多い、然し、報償が終われば、技術を発展させたり実践することに対して何の利害(関係や関心)もない。
5. 機能的参加 (functional participation)	参加は外務の機関によってプロジェクトを目的に導くための手段と見られる。特に、コストを抑える点において、人々は既に決定されているプロジェクトの目的達成のためにグループを作ることなどによって参加する。このような関与は対話や意思決定過程の共有をもたすが、たいていは外部の機関によって主要な決定が既になされた後で行われる。最悪の場合はその土地の人々は、外部者の目的のために利用されるに過ぎない。
6. 対話型参加 (interactive participation)	人々は共同の分析、行動計画の開発と地域の制度や機関の形成や強化に参加する。参加は単にプロジェクトの目的達成のための手段としてではなく、人々の権利として見られる。この過程は多種多様な視点と体系的で組織的な学びの過程を求める学際的な方法論を必要とする。例えば、地域社会のグループがどのように社会資源を利用するかを決定する過程をコントロールし、それによって人々はその体系や実践を維持することに対して利害や関心を持つことになる。
7. 自己動員 (self-mobilization)	人々は外部機関とは独立に、体系の変更に関して主導権を発揮する形で参加する。彼らは必要な資源と技術的なアドバイスを得るために外部機関とコンタクトをとるがどのようにそれらを用いるかについては自分達の管理下にある。自己動員は政府とNGOがそれらを強化するための支援策を講じるならば広がることができる。このような自己決定による動員は既存の富と権力の分配に対して挑戦するかもしれないし、しないかもしれない。

出所：Pretty(1995) p.1252より作成

## 参考文献

- Chambers, R. ( 1994 ) Paradigm Shifts and the Practice of Participatory Research and Development. In: S. Wright and S. Nelson( Eds. ), *Power and Participatory Development: Theory and Practice*. IT Publications, London.
- Pretty, J.N. ( 1995 ) Participatory Learning for Sustainable Agriculture. *World Development* 23, pp.1247-1263.
- White, S. and Tiongco, R. ( 1997 ) *Doing Theology and Development : Meeting the Challenge of Poverty*. Saint Andrew Press, Edinburgh.

## 添付 5

### 「エンパワメントの指標に関する考察」

本文で論じたように、パワーの概念・定義が異なればエンパワメントの定義とその指標も異なる。第1のモデルである人間発達としてパワーをとらえれば、人間としてのさまざまな機能・能力の向上がエンパワメントとなり、その指標は、例えば「読み書きができる」「車の運転ができる」というさまざまな能力を見ることになる。同様に第2のモデルの一次元的視点および二次元的視点でパワーをとらえれば政治的決定を左右する能力の向上がエンパワメントであり、その決定や決定過程への影響力が指標となる。その一方、被差別状況の意識化をエンパワメントととらえるフレイレの理論をもとにする三次元的視点においては、その意識化をとらえる指標が必要になる。つまり、エンパワメントに関する普遍的な指標は存在せず、パワーの定義に沿って作られることになる。

本論文では指標そのものを詳細に検討し論ずることができなかったが、開発における障害分野のエンパワメント指標を検討する際に参考となるであろうジェンダー分野のLongweフレームワークに関して若干の考察を加える<sup>1</sup>。

Longweフレームワークはエンパワメントのための5つの具体的な行動・評価項目として、コントロール、参加、意識化<sup>2</sup>、アクセス、福祉を提示している (March et al. (1999))。しかし、このフレームワークにおいては対個人(女性)の取り組みを見るだけにとどまっており、障害分野への適応については環境要因(対社会)に関しても十分に見られる必要がある<sup>3</sup>。個人(障害者)の変化とともに、社会の変革も「障害者」のエンパワメントに与える影響は大きく、エンパワメントの評価対象として社会(環境)を見ることは重要である。対社会の項目と指標については同じくジェンダーの「社会関係フレームワーク」(Kabeer (1994))が基礎になると考えている。表1がこの2つのフレームワークから作成した評価指標のフレームワークである。

またこれには年齢、障害の種類・程度、性、人種などの個人の特性に加えて、地域社会・環境、宗教や文化などの環境要因も併せて考慮・反映する必要がある。また同様に、エンパワメントの重要な概念としてジェンダー分野で議論されてきた「実用的ニーズ(日常生活に即したニーズ:人間に共通のニーズ)」と「戦略的ニーズ(社会的差異の解放に向けたニーズ:社会的差異によって不利益を被っている集団・個人の独自のニーズ)」、そして障害分野で議論されてきた「ニーズ(人間として生活を送るうえでの共通のニーズ)」と「大望(aspiration:個別の自己実現の欲求)」を反映することも必要であろう (Moser (1993); Stuelz (1999))。また、対社会(環境・制度)の評価においては、家族、地域社会、国家というような、幾つかのレベルでの評価が必要と考えられる (Miles (1996))。

<sup>1</sup> 自由、移動・結社・集会・職業選択の自由、政治および経済的責任に対する地位と役割における力もしくは特権、所得と富、自尊心のための社会的基盤などからなるロールズの政治的自由の枠組みも指標に関しては有効な示唆を与えている (Rawls (1993))。

<sup>2</sup> この意識化は、集団としての障害(者)問題と、個人の「大望(aspiration)」の両者からなる。

<sup>3</sup> 同様にフレイレの論に沿えば、障害者という集団としてのエンパワメントを見ることも重要になる。

表1 障害分野のエンパワメント評価項目フレームワーク試案

項目	個人（障害者）	社会（環境・制度）
コントロール	<ul style="list-style-type: none"> <li>意思決定能力</li> <li>自主・自律度（次のそれぞれの環境において：家族、社会集団、地域社会）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会集団（障害者団体および一般の団体）や機関における意思決定機関の障害者構成員、代表者数など</li> <li>障害者団体数や加盟者数など</li> </ul>
参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>WHOの国際障害分類<sup>4</sup>の「参加」の項目と指標：結果としての分野：生活、教育、医療・リハビリテーション、文化、余暇・スポーツ、宗教、家族生活、個人的生活</li> <li>開発の過程への参加：調査、計画、実施、評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4つのレベル（家族、集団、地域社会、国）での生活における参加の程度。インクルージョンと同義として評価可能（雇用、教育、政治、および法・行政・制度によっては改変が困難な参加の保障を含む）</li> </ul>
意識化	<ul style="list-style-type: none"> <li>自信、障害（者）問題や自己実現のための手段に関する理解</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害（者）問題に関する啓発・教育（態度、文化、差別、メディア）</li> </ul>
アクセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>WHO国際障害分類の「活動」の項目と指標。</li> <li>機能的自立尺度（FIM）<sup>5</sup>の項目と指標</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>法律・制度の整備</li> <li>社会インフラのバリアフリー度（感覚障害者への情報アクセスを含む）</li> <li>WHO国際障害分類の「環境」の指標項目</li> </ul>
福祉	<ul style="list-style-type: none"> <li>心身の機能的な能力</li> <li>自信や人間としての能力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族内の関係（栄養や所得の再分配など）</li> <li>社会サービスの質と量（個と社会の要因、例えば性や年齢、社会インフラの程度に基づいて異なる。また、障害者特有のサービス、例えば自助具や介助者、手話通訳などを含む）</li> <li>実際の利用・使用度</li> </ul>

出所：Kabeer, N. (1994) \ March, D. et al.(1999) をもとに作成

<sup>4</sup> WHOの国際障害分類は障害を「身体構造・機能障害」「活動の制限」「参加の制限」の3つのレベルに分け、それに影響を及ぼす「環境要因」のそれぞれに関して評価の項目と指標を提示している。

<sup>5</sup> セルフケア（6）、排尿・便（2）、移乗（3）、移動（2）、コミュニケーション（2）、社会認知（3）の6項目（カッコ内はサブカテゴリ数）について7段階の自立度を評価する尺度である（Hess, J., et al. (2001)）。

## 参考文献

- Hess, J., et al. ( 2001 ) Measures of Functional Limitations: The Effects of Person-level vs. Household-level Questionnaire Design. In: S. Barnartt and B. Altman( Eds. ), *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where We are and Where We need to Go*. Elsevier Science, Oxford.
- Kabeer, N. ( 1994 ) *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. Verso, London ; New York.
- March, D., Smyth, I. and Mukhopadhyay, M. ( 1999 ) *A Guide to Gender-Analysis Frameworks*. Oxfam, Oxford.
- Miles, S. ( 1996 ) Engaging with the Disability Rights Movement: The Experience of Community-based Rehabilitation in Southern Africa. *Disability & Society* 11( 4 ), pp.501-517.
- Moser, C.O. ( 1993 ) *Gender Planning and Development: Theory, Practice & Training*. Routledge, London.
- Rawls, J. ( 1993 ) *Political Liberalism*. Columbia University Press, New York.
- Stuelz, A. ( 1999 ) Community-Based Rehabilitation in Lao: Comparison of Needs and Services. *Disability and Rehabilitation* 21( 10 ), pp.508-514.

## 添付 6

### 「開発における障害へのコミュニティ・アプローチ」

開発における障害へのコミュニティ・アプローチ (Community Approaches to Handicap in Development: CAHD) は、開発のメインストリームへの障害(者)問題の統合を、政策や開発の障害分析というトップダウン的なアプローチによってではなく、草の根からのボトムアップとして実践するための具体的なアプローチで、障害分野の国際協力においては多くの実践を積んでいる Handicap International (HI)、Christoffel Blindenmission (CBM)、そして、Centre for Disability and Development (CDD) の協力によって研究・開発され、実践されているアプローチである<sup>1, 2</sup>。

具体的なCAHDへの取り組みは1997年に始まった。2001年にはそのコンセプトや実践手法、研修マニュアルなどすべてを網羅したツールがまとめられ、現在ではバングラデシュやインド、ネパールなど南アジア地域を中心に実践に移されている<sup>3</sup>。障害政策やチェックリストは、援助国(ドナー)側の政策や取り組みを変革することから開発への障害(者)問題の統合を目指したアプローチを提言しているのに対して、CAHDは逆に草の根の具体的な取り組みを変革することから始める具体的な取り組みを示唆している。前者がJICAなどの二国間開発援助機関にとっての有益なアプローチとなるのと同様に、後者は草の根の現場で開発もしくは障害分野に取り組むNGOなどにとって有益なアプローチを示しており、ともに今後の障害(者)問題のインクルージョンを進めていくコンセプトもしくはアプローチとして開発分野と障害分野の双方において重要な位置を占めていくと考えられる。

しかし、CAHDの実践に関する調査・研究はまだ十分になされておらず、本客員研究ではCAHDについての概要をまとめるにとどめる<sup>4</sup>。

<sup>1</sup> 本研究で中心的に取り上げたチェックリストは開発援助機関などの政策や取り組みを変更し、それによって現場での実践を変革することを目指したトップダウン的なアプローチである。

<sup>2</sup> CAHDではWHOの旧障害分類ののっとりハンディキャップ(handicap: 社会的不利)という用語を使っている。“handicap”という用語は差別的・否定的な意味を含有するため、現在ではその使用が好ましくないとされている。ただし、CAHDでは、従来のWHOの障害分類の用語に沿って、取り組む主問題が心身の機能的な障害(impairmentとdisability)ではなく障害者が直面する社会的不利益(handicap)であることを明確にする目的からあえてhandicapという用語を使い、その区別を明確にしている。CAHDではhandicapを「障害者の存在が無視され、社会から阻害され、ニーズに対してサービスが受けられない状態」と定義しており、これはWHOの新国際障害分類でhandicapに変わる概念・分類となった「参加の制限(participation restriction)」と同意といえる。

<sup>3</sup> このツールはCD-ROMとしてまとめられており、上記の団体から入手できる。「ツール」は後述の各分野の活動内容の詳細やそのためのマニュアル、また研修の内容やスケジュール、資料などの詳細な情報が網羅されている。

<sup>4</sup> CAHDについてはKrefting, L. and Krefting, D. (2002) に詳しい。以下でダウンロード可能。  
<http://www.aifo.it/english/apdrj/January%202002%20Selected%20Readings%20CBR%2011.pdf>

## CAHD開発の背景

CAHDは、過去20年以上の間、途上国での障害分野の取り組みとしてさまざまな機関によって取り上げられてきたCBRが以下の点で失敗していることから、それらの欠点に対処していくことを目指している。

狭義のリハビリテーションへの集中：障害（者）問題に包括的かつ総合的に取り組み、障害者の地域社会への参加とエンパワメントを目指したCBRプログラムの多くが、結局はその内容において狭義のリハビリテーションに偏り、従来のように身体機能の回復にのみ着目し、リハビリテーションを行っても最終的にはある程度の障害が残る多くの障害者にとっての真の自立支援とはならなかった<sup>5</sup>。

機能障害のみで社会的不利の無視：上記と重なるが、身体の機能障害にのみ着目したアプローチがとられ、社会的不利そのものに着目してこなかった。

分離型アプローチの強化：障害者の社会へのインクルージョンを目指したCBRが、結局は「CBR」という分離型のアプローチを強化し、開発という大きな文脈の中で障害（者）問題と取り組むことに貢献しなかった。また、分離型アプローチのため、「狭義のリハビリテーション・サービスの提供」という目的自身についても、障害（者）問題に特化した団体のみがCBRを行っている現状では、対象範囲が非常に限定されたままであるプログラムが多い。

「基本的ニーズ」からの排除：栄養や教育、医療といった重要であるが障害に特化しない「基本的ニーズ」に対するサービスに対して十分な対応ができていない。

障害者と「認識」されることの不利益：差別や迷信がある地域社会では障害者と「認識」されることで多くの不利益を被る可能性がある。CBRが提供するサービスが有益ではあってもCBRが障害者を対象とするものとして社会に認識され、そこからサービスを受けることは自分や自分の家族が地域社会によって「障害者」として認知される場合、それを避けるためにサービスを利用しない例が少なくない。結果、サービスがあっても利用されないことは少なくない。

ニードではなくプログラムを優先・重視、または効率優先：多くのCBRプログラムが障害者の個々のニードに沿ったサービスの提供ではなく、1つまたは幾つか固定したプログラムの提供という、CBRが批判してきた施設型、アウトリーチ型と同じ活動形態をとっている。このアプローチの最大の欠点は、それらのプログラムに合わないニードや対象はサービス自体から除外され、結局は支援を受けられない障害者を生んでいる。

「貧困」の無視：CBRとして、障害の原因・結果となっている「貧困」や「社会からの疎外」またその他の社会問題に対して十分な取り組みをしてこなかった。

対象が障害者であり地域社会ではなかった：障害者のインクルージョンを目的としながら、CBRの多くは単に障害者の側の変化を目的として障害者とその家族に対してかかわることが多

<sup>5</sup> リハビリテーションは「障害者の自立支援」ではなく、「障害者をリハビリテーションによって障害者ではなくすること」によってその人を健常者とすることによって、最終的には「健常者」の自立となることを支援することであり、「障害を抱えつつ生きていくこと」の支援ではない。現実には、リハビリテーションによってある程度の身体機能の向上があるにしても全くの健常者となれることは稀である。「リハビリテーションによって障害をなくす」という「リハビリテーション信仰・幻想」ともいえるリハへの過剰な期待はリハ以外の障害（者）問題と取り組む方法を遅らせてきた。

く、地域社会に対して十分に効果的な活動をしたCBRは少ない。例えば、障害と障害者に対する否定的な態度を変えるための啓発などを行っているプログラムは多くはない。

#### CAHDの目的と概要

CAHDの目的は障害者と障害（者）問題の開発へのインクルージョンであり、「障害 貧困社会からの疎外 障害」という悪循環を断ち切ることにある。そのためにはCBRが抱える上記の問題を考慮し、障害（者）問題に対して以下のような基本的な立場をとり、実践に取り組む。

障害者は独立した裨益者集団ではなく、女性や子供などすべての裨益者集団の一部をなし、また逆に障害者という集団は多くのほかの裨益者集団の集合からなっていると理解する。

狭義の医療的なりはは、身体機能という障害（者）問題のごく一部のみを解決するに過ぎない。

障害者の不利益は、自身の機能障害以上に社会の障壁や偏見によって増強されている。

そして、具体的には、身体の機能障害ではなく障害者が直面しているさまざまな社会生活上の不利益に具体的に対応することを目指し、障害に特化したサービスではなく基本的なニーズを満たすことを中心に置く。実践にあたっては、開発と障害にかかわるさまざまな機関が「新しいこと」を始めるのではなく、既存の活動の「方法」を変えることでの実現を支援する。それは、開発NGOにとっては開発の裨益者として障害者を組み入れることであり、CBR実施団体にとっては彼らの活動が開発全体の一部となるようなネットワークや連携の強化や活動の包括化となる。

#### 〔CAHDの実施〕

CAHDの具体的な実施は、開発と障害にかかわる活動を4つの分野（社会コミュニケーション、インクルージョンと権利、リハビリテーション、管理・運営）と3つのレベル（一次：家族と地域社会、二次：郡・州レベル、三次：全国レベル）からなるマトリックスを元に具体的な行動を、導入機関、実施機関、調査機関、照会機関に分けて考え、それを緩やかなネットワークで結ぶというものとなる。表1にこのマトリックスを用いた具体的な例を、また表2にCAHD実施の過程の例を示す。

#### 〔CAHD実践での予想される問題〕

CAHDは草の根での活動を通して障害分野の開発への統合を目指しているが、やはりその実践においては幾つかの課題・困難が見受けられる。

1つは、実際にはなかなか実践が難しいインクルージョンという取り組みを草の根のNGOがどこまで実践できるかというのが最大の課題であろう。多くの開発NGOがプログラムや対象を女性やマイクロファイナンスというように限定していることが多く、そのなかに障害者や障害をインクルージョンしていくというのは理想的にもまた資源的にも容易ではない。

2つ目は、CAHDにおいて社会的不利益の根源的な原因を「態度」としている点は、障害の社会モデルの主流である障害の社会生成論から見れば問題がある。しかしながら、草の根のボトムアップ・アプローチとしては、社会の制度などに直接異議を唱える活動よりは、態度に着目した活動のほうが実践に移しやすいのかもしれないが、注意は必要である。

表1 CAHDマトリックスによる活動計画例

CAHDの分野	一次レベル	二次レベル	三次レベル
社会的コミュニケーション	態度や知識を変えるための啓発や教育。実施者：草の根NGOのフィールド・ワーカー	郡レベルで活動する開発にかかわる団体向けの研修。実施者：研修設備等を持つ大規模のNGO	資料の作成と国際NGOの現地パートナー団体を通しての配布。実施者：国際NGO
インクルージョンと権利	開発にかかわるグループへの障害者の統合。実施者：地域社会開発にかかわる機関のワーカー	二次レベルの団体での障害者の雇用。実施者：障害(当事)者団体	開発における障害者の統合に関する政策の作成。実施者：全国規模の社会開発に関わる機関
リハビリテーション	家や村で行えるリハビリテーションの実施。実施者：CBRワーカー	特別な巡回サービスや照会、一次レベルでのサービスの支援体制。実施者：基幹病院の専門職	一次レベルでのリハビリテーションに従事する人を支援する専門職の育成。実施者：担当省庁
管理・運営	障害者と家族がその地域の開発やCBRに関する計画や実施に参加する。実施者：障害者と家族	郡レベルでの活動や情報、資源の共有や調整。実施者：CBRにかかわる機関	適切な政策の実施と継続的な評価。実施者：全国規模の障害(当事)者団体

分野の内容

社会的コミュニケーション：住民や機関に対する啓発や知識の提供

インクルージョンと権利：障害者に市民としての平等な機会を提供し、家族や社会への完全参加を保障する

リハビリテーション：障害者本人の身体機能の向上

管理・運営：生活に関するすべての分野が均等に実施されるような計画

レベル・セクターの内容

一次セクター・レベル：家族と地域社会

二次セクター・レベル：地方政府、NGO、市民団体・機関など

三次セクター・レベル：全国・国際機関、政府、国際NGOなど

機関の種類

導入機関：包括的にCAHDを導入できる資源や技術を有する国際もしくは現地のNGO

実施機関：地域社会開発もしくはCBRにかかわる草の根の団体など。

調査機関：モニターや評価、調査を行う能力を有する機関など。

照会機関：専門的なサービスを提供できる機関など。

CAHDのネットワーク：開発と障害双方にかかわる機関の緩やかなネットワーク。

出所：Handicap International(2001)より作成

3つ目は、多種多様なニーズに1つの団体が応えるのは不可能であり、ゆえにネットワークとインクルージョンが必要となる。しかしNGO同士のネットワークは現実的には非常に難しく、それらを具体的にどのように行っていくのかの方策についての研究が待たれる。

最後は、インクルージョン・アプローチによって対象を広げることによる「効率性」の低下がどこまで現実的にそのNGOによって許容されうるのか、という問題がある。プロジェクトやプログラムの効果の評価として「サービスの提供」や「効率性」のみが取り上げられる場合、インクルージョン・アプローチはそれらの評価においては正の結果を出さないため、適切な評価の指標が必要になる。

表2 CAHD実施の過程例

過程	実施内容	実施機関
1	全国レベルでのCAHDの導入	導入機関
2	戦略的な分析と情報網の開発	調査機関
3	全国規模でCAHDの研修実施の準備	導入機関 全国規模の研修機関
4	CAHD実施団体の開発	実施機関
5	一次レベルでの社会コミュニケーションの導入	実施機関
6	二次レベルでの社会コミュニケーションの導入	実施機関
7	三次レベルでの社会コミュニケーションの導入	全国規模の研修機関
8	障害者の家族の活動へのインクルージョン	実施機関
9	障害者とその家族の開発分野の活動へのインクルージョン	実施機関
10	二次、三次レベルの団体における障害者のインクルージョン	二次・三次分野の機関
11	一次レベルでのリハビリテーション・サービスの提供、 リハビリテーション・サービス実施機関への照会	実施機関
12	二次、三次分野でのリハビリテーション・サービスの提供	二次・三次機関
13	二次、三次分野でのネットワークの構築	導入機関 実施機関
14	評価、調査、評価のシステム構築	二次・三次分野での CAHDのネットワーク
15	裨益者を評価と還元のプロセスに組み込む	二次・三次分野での CAHDのネットワーク
16	報告と情報共有のためのシステムの構築	二次・三次分野での CAHDのネットワーク

出所：Handicap International(2001)より作成<sup>6</sup>

## 参考文献

Handicap International (2001) Toolkit: Community Approaches to Handicap in Development (CD-ROM).

Krefting, L. and Krefting, D. (2002) Community Approaches to Handicap in Development (CAHD): The Next Generation of CBR Programmes. In: M. Thomas and M.J. Thomas (Eds.), *Selected Readings in Community Based Rehabilitation: Series 2; Disability and Rehabilitation Issues in South Asia*. Action for Disability, Bangalore.

<sup>6</sup> CAHDツールにはより詳細な過程の例示がある。

## 添付 7

### 「簡易障害分析（RHA）と障害政策チェックリストの詳細」

#### 簡易障害分析（RHA）

簡易障害分析（Rapid Handicap Analysis: RHA）のマニュアルではプロジェクトの過程を5期に分けて説明している。

まず、第1期のプロジェクト起草期の段階で確認事項（以下C）の1、2を用いて評価しているプロジェクトが障害分野に関連しているか確認する。関連していれば、残りの3～10の8項目を各段階で確認することで障害の視点からプロジェクトを見直すことが喚起される。第1期の起草の段階で行われるデータ集積や分析によってプロジェクトの方向付けがなされるため、この段階から障害の視点に基づいた分析が行われることが重要としている。

C1、C2によってプロジェクトの障害関連度が決まった後、重要になるのは、その国の障害に関する政策、協力可能な障害者団体、受益者間の関係などを含めた障害に関するデータの収集を十分に行うことである。また、障害者の平等な参加を阻害するなど障害者に負の影響を与えると予想されるならば、プロジェクトはこの段階で変更されるべきである。社会サービス、保健、教育に関するたいていのプロジェクトは障害関連度が高いものとなる。

第2期の計画期では、問題分析（社会・文化的側面、経済、制度、環境、技術など）、受益者分析、社会資源分析、目的、評価基準、リスク、制度の枠組み、社会影響評価、環境影響評価、ジェンダー影響評価、また各種定義の中に障害の視点を組み入れていく。またプロジェクトの結果へのアクセスが障害者にも公平かどうか留意し、C3-C9を確認する。C3では障害者が均一な集団ではないこと、特に性、年齢、障害などによる違いにも留意する。C4では、短期的な成果ではなく長期的な視野に立ち、保護ではなくエンパワメントに視点を置いた分析に注意する。全体を通していえることであるが、特にC8においては、障害者本人の参加がプロジェクトならびに結果を継続させるには重要であることを理解しておく必要がある。

第3期の事前評価期、第4期の実施・経過観察期、そして第5期の最終評価においてC3-C10を繰り返し実施し、計画どおりにプロジェクトの障害分析がなされているかを確認していく。またプロジェクト単体だけではなく、実施母体自体の障害分野に関する政策・態度も確認すべきである。

#### RHA確認事項

確認事項1：「そのプロジェクトは障害（者）と関連がありますか？」

次の項目を1つ以上含めば、障害（者）に関連するプロジェクトである。

- 既存の環境、特に公共施設や設備、住宅などの設計と建築
- 交通機関や通信、上下水道や衛生に関する社会基盤の整備
- 小規模事業や企業開発
- 都市・農村の地域社会開発
- 保健や社会サービスの制度の整備

人的資源開発（就学前教育、初等・中等教育、高等教育、成人教育、職業訓練、公教育キャンペーンを含む）

特に最貧困層の生活向上を目指す所得創出活動

開発政策やプログラム、プロジェクトにかかわる人員の研修

確認事項 2：「プロジェクトはどの程度、障害（者）と関連していますか？ また障害に関する情報はプロジェクトに反映されていますか？」

下位の質問：対象政府の障害分野政策との合致、プロジェクトの対象となる地域社会の障害者数やそれらの情報の信頼性など。

障害との関連性を決定するための評価尺度（4段階）：以下の4つのどれにあてはまるか決定する。

障害分野と関連しないプロジェクト：人や生活を対象としないプロジェクト。

障害分野と関連する一般的なプロジェクト：国民全体、もしくは特定の地域社会の人々の福祉に取り組むか、必須のサービスを行っているプロジェクト。もしくは障害者本人や彼らの生活環境、また障害の予防<sup>1</sup>など、直接/間接に障害問題に影響を与えるもの。

障害分野との関連性が高いプロジェクト：社会、保健、教育分野を含む活動。プロジェクトの対象群に障害者というカテゴリーがあるか、障害分野に特化した部門があるもの。

障害分野に特定したプロジェクト：障害者を主な対象としたもの。

確認事項 3：「障害分析をしていくうえで必要な人々・機関は参加していますか？」

下位の質問：障害者及び障害者団体の参加、その他の社会開発分野の機関や組織との連携、またプロジェクトが障害分野に与える影響に関する議論の有無など。

確認事項 4：「プロジェクトの目的は国際条約・政策などと一致していますか？」

下位の質問：人権や機会の均等化、持続的開発といった開発における国際的合意との整合性。貧困の軽減や障害児、女性障害者への配慮。障害者の機能障害ではなく能力への注意、参加と機会の均等化を目指した障害者団体の育成支援の有無、また適切な用語の使用など。

確認事項 5：「受益者および協力者として障害者のプロジェクトへの参加を平等に保障する措置はとられていますか？」

下位の質問：プロジェクトの計画/実施にかかわる人員のバリアフリーに関する知識の程度。考慮すべき事項として、利用のしやすさ（accessibility）、平等（equality）、安全性（safety）、入手可能度（affordability）、利用可能度（reachability）、便利度（usability）、実行可能度（workability）、理解の容易さ（orientation）を確認すること。

<sup>1</sup> 疾患の予防だけでなく、障害を引き起こす環境すべての予防であり、原文では“prevention of disabling condition”である。

確認事項 6：「プロジェクトに負の影響を与える内的・外的要因（リスク）への障害の視点からの分析はなされていますか？」

下位の質問：障害分野が抱える一般的な危険性の検討、危険削減のためのプロジェクトへの追加・変更内容の検討、予防的介入、プロジェクト職員への啓発の有無など。

確認事項 7：「障害者の参加は保障されていますか？」

下位の質問：障害者自身の単なる受益者としてではなく社会資源としての参加の保障、参加型の過程を可能にする現実的で十分な時間の設定、職員雇用における障害者の雇用機会の均等化など。

確認事項 2 の障害関連度に応じて、組織が満たすべき最低条件は以下になる。

障害分野と関連しないプロジェクト：プロジェクト職員雇用の際に障害者を差別しない。

障害分野とかわる一般的なプロジェクト：プロジェクトの初期段階で障害者への影響などを検討する。適宜、必要な専門の知識や技術の導入において障害者本人の参加を支援する。

障害分野との関連性が高いプロジェクト：障害者はプロジェクト全体の計画にかかわるとともに、そのプロジェクトの特に障害に関連する部門は障害者自身によって計画されるべき。

障害分野に特定したプロジェクト：障害者はプロジェクト全体の管理・運営権を持つ。障害者自らが目的の設定やその手段を決定し、資源の利用権を持つとともに、その責任も負う。またエンパワメントの過程も重要とされる。

確認事項 8：「障害者の視点から見て活動は永続性がありますか？」

下位の質問：機会の均等化と障害予防の政策公約の有無、技術の適正度・現地調達可能度、環境への配慮・アクセス、障害児・女性障害者への配慮、制度と能力開発における障害者の参加とエンパワメントの必要性の考慮、障害分析を組み入れることによる社会コスト・利益の経済的分析の有無など。

確認事項 9：「計画全体の障害分析はなされていますか？」

下位の質問：計画全体の構想の非差別性と包括性。プロジェクトの各段階における文書や契約書の障害分析、機会均等化の実現と障壁除去のための手段の導入の有無など。

確認事項 10：「評価において障害分析はなされていますか？」

下位の質問：評価・経過観察への障害者の参加、障害者の計画変更への発言権、追跡記録における障害者の参加の明記、将来の活動における開発機関と障害者団体との協力の合意など。

## RHAの課題

障害分野にかかわったことのない一般の開発プロジェクトの実施者が、RHAだけでそのプロジェクトを障害の視点から分析することは容易ではない。そのため、指針が最も強調するように障害者自身のプロジェクトへの参加、もしくは障害者団体との協力体制は必須である。しかし、

途上国の場合、障害者団体が十分に育っていない国も多く、この場合は該当国以外の国際障害者団体などの支援を受けなければいけないだろう。また“障害者の利益”といった際に、すべての障害者が同一の利害を共有しているわけではなく、障害者間の利害の違いにも注意が必要である。また二国間プロジェクトのような場合、相手国政府の障害（者）政策の影響もより大きくなるだろう。

RHAは開発に障害の視点を組み入れていくための方策の一つである。障害（者）が一般の開発プロジェクトから疎外されている現状を打破していくという理想をチェックリストという実施可能な形・ツールとしたこと、また、各段階で障害者の参加などを喚起していく効果を持つことは評価に値する。今後はこれをもとに各開発機関が自らの事業に即した指針を作っていくことが重要であろう。

### 障害政策チェックリスト

障害政策のチェックリストの内容は以下になる（NORAD（2002）；STAKES（2002））。

公式な障害政策があるか。

各分野の政策は障害（者）問題に関する事柄を取り上げているか。（例、健康、教育、雇用、住宅、社会インフラ開発、交通などの分野）

既存の開発政策の総合的な目的は障害（者）問題に関する国際的な指針である「標準規則」と現在の障害理解（少なくともICIDH、可能であればIDF）と一致する形になっているか。

政策は関連ある諸問題を網羅しているか。

政策は関連する課題のなかから、妥当と思われる数の短・中期的な優先行動課題・目的を明記しているか。

プログラムとして実施されていくような形で政策が提言されているか。

政策を実施するための具体的なプログラムや行動計画があるか。

どの分野が網羅されているか。

各分野における短・中期的の具体的な結果が明示されているか。

述べられている活動によって明示した目標への到達が可能か。

必要なインプットが明示されているか。

責任の境界が概説され実施に移されているか。

政策再考のためのモニタリング（監視）システム、指標そしてスケジュールが立てられているか。

政策の計画、実施、監視において障害者と障害者の団体の役割は何か。

### 参考文献

NORAD（2002）*The Inclusion of Disability in Norwegian Development Co-operation: Planning and Monitoring for the Inclusion of Disability Issues in Mainstream Development Activities.*

STAKES（2002）<http://www.stakes.fi/hedec/worldbank/checklist.html>.

表 JICAプロジェクト・開発調査用障害分野配慮チェックリスト 試案

No.	項目	質問内容	対応
1	関連度	「障害分野との関連性の確認」 レベル1：障害分野と関連しないプロジェクト：人や生活を対象としないプロジェクト。 レベル2：障害分野と関連する一般的なプロジェクト：人や生活が対象となるプロジェクト。社会サービスや生活環境など直接/間接に人の生活に影響を与えるもの。特定分野の人材育成など対象が限定されていてもそこに障害者が対象として加わる可能性があるもの。 レベル3：障害分野に特化したプロジェクト：障害者を主な対象としたもの。	レベル1の場合はNo3、6、7、11のみ確認。レベル2、3の場合は以下のすべてについて確認。レベルの特定が困難な場合は環境女性課に問い合わせる。 <sup>*1</sup>
2	情報	「以下の情報を入力したか？(i)国別障害関連情報、(ii)本国のプロジェクト分野・受益対象・地域における障害分野・者の情報、(iii)カウンターパートの障害分野の政策や取り組み」	(ii)、(iii)についてはカウンターパートから入手。カウンターパートも把握していない場合は調査事項として予算をとり実施する。調査は障害(当事)者団体に照会するかフォーカス・グループ・ミーティングを実施。
3	啓発	「カウンターパート・受益者向けの障害配慮指針の取り組みが計画されているか・行ったか？」	「カウンターパート向けの障害配慮指針」を参照 <sup>*2</sup> 。セミナーを開催する場合は障害(当事)者団体に照会する。
4	障壁(過程)	「プロジェクトの過程が障害者の参加を排除するものではないか(環境、情報、制度、条件など)？」	評価できない場合は障害(当事)者団体へ照会。「JICA障害分野マニュアル」 <sup>*3</sup> を参照。
5	貢献者	「関連度別に以下のことが実施されたか？」 レベル1：プロジェクト職員雇用の際に障害者を差別しない。 レベル2：障害者をステークホルダーとして認識し、フォーカス・グループ・ミーティングやヒアリング、評価などには障害者(の代表者)が必ず入る。一般住民対象のものでは障害者の参加を制限するような物的・社会的障壁を取り除く(バリアフリー、特別な機会の設定など)。もしくは参加できるような積極的な支援(手話通訳や送迎など)を行う予算をつけ実施する。 レベル3：障害者本人がプロジェクト全体の管理・運営にかかわる。障害者雇用のための積極的な予算措置をとり、実施する。	レベル2に関して配慮方法が不明確な場合は障害(当事)者団体に照会。「JICA障害分野マニュアル」を参照。
6	PCM/ PDM <sup>*3</sup>	「PDM/Log Frameに、「障害者からみた」リスクと、「障害者に及ぼす」結果(正・負：直接・間接)が記載されているか？」	障害者への影響など評価が難しい場合は(i)一次受益者の障害者でフォーカス・グループ・ミーティングを行うか、(ii)障害(当事)者団体に依頼する。(i)の場合、参加できない障害者(重度、女性、子ども、少数民族など)のニーズも配慮する。
7	継続性	「プロジェクトにおいて障害者配慮としてなされたこと(予算、技術、人的・物的資源、設備、制度、サービス)がプロジェクト中や終了後においても持続可能なものか？」	確認が困難な場合は現地障害(当事)者団体に照会する。
8	配慮	「プロジェクトにおいて、配慮事項として社会的弱者群(女性、子ども、少数民族など)への特別なプログラムがプロジェクトの一部としてある場合は、障害者も特別なプログラムを追加する必要があるかどうか検討し、予算をつけ実施する」	障害者配慮の具体的なプログラムが決定できない場合は障害(当事)者団体へ照会。

No.	項目	質問内容	対応
9	障壁 (結果)	「プロジェクトの直接の結果・成果品、またその結果から生み出される間接的な結果・成果品(制度、サービス、技術、設備、製品)の障害者への直接・間接的な結果、またその利用可能性(アクセシビリティ)について確認したか?」	評価が困難な場合には(i)一次受益者の障害者でフォーカス・グループ・ミーティングを行うか、(ii)コンサルタントとして障害(当事)者団体に依頼する。(i)の場合、その会議に参加が困難な障害者(重度、女性、子ども、少数民族など)のニーズに配慮する。
10	記載	「プロジェクトに関するJICAおよびカウンターパートのすべての文書(TOR、企画書、報告書など)において、「障害者とのかわり・配慮・影響・効果」に関して記載したか?」	記載なき場合は、必ず記載する。関連度1の場合も必ず「関与無し：関連度1」という表記を行う。

\* 1 : 「環境女性課」のかかわりに関してはあくまでも想定したもので、現実にも可能であるかどうかは検討を要する。

\* 2 : 「JICA障害分野マニュアル」と「カウンターパート向けの障害配慮指針」は現存しない。本チェックリストが実施される際には作成されるべきもの。「マニュアル」はチェックリストの利用方法を含め障害分野に関する基礎的な情報を含む。「配慮指針」はカウンターパートに対するJICAの障害配慮・取り組みの説明や相手国政府への啓発内容などを含む。

\* 3 : PCM: Project Cycle Management, PDM: Project Design Matrix

出所 : NORAD(2002) Sida(1992) ST AKES(1997) をもとに作成

## 参考文献

NORAD ( 2002 ) *The Inclusion of Disability in Norweigan Development Co-operation: Planning and Monitoring for the Inclusion of Disability Issues in Mainstream Development Activities.*

Sida ( 1992 ) Guidelines for SIDA Support in the Disability Area. Cited in Ronald Wiman ( STAKES )( 1996 ) *The Disability Dimension in Development Action: Manual on Inclusive Planning*, pp. 62-63.

STAKES ( 1997 ) *The Disability Dimension in Development Action: Manual on Inclusive Planning*. STAKES, Helsinki.

## 添付 9

### 「啓発としての障害平等研修」

近年では、障害は単なる障害者個人の機能不全ではなく、社会の障壁であるとの認識も広まり、障害と障害者に対する非障害者と社会の拒否的・否定的態度が障害の原因の一つであるとも認識されるようになってきた。世界保健機関（WHO）の新しい国際障害分類においても6つの環境要因の一つとして「態度、価値と信条」が挙げられている。

障害理解や態度との取り組みとしてはさまざまな取り組みがなされているが、理解を促す「障害」そのものをどう理解するか・取り上げるかによって具体的な内容や手法も異なっている。本研究の添付資料として、障害理解の活動として福祉・リハビリテーション関係者らを中心に行われてきた障害疑似体験（シミュレーション）の問題点を指摘し、代替活動として障害者が中心となって進めている障害平等研修（Disability Equality Training: DET）を検討する。

#### 障害と態度

態度は「行動への構えや事物に対する価値判断の基礎となる感情的傾向」と説明され、ゴフマンの「烙印・ラベリング」の議論、またパーソンズの「病者役割」やフーコーの「正常さ」の議論などを基礎に、障害分野においても障害（者）に対する非障害者の態度の意味は数多く議論されてきた（French（1996a）；小学館（1988））。

態度に関する議論は障害モデルの議論でもその中心となってきた。障害を個人の機能不全と見る障害の医学（個人）モデルに対して、障害を社会の障壁と見る社会モデルでは非障害者の排他的態度は障害者差別に大きな影響を与えていると見られている。しかし、社会モデルのなかの2つの流れである障害の「社会的構築論（social constructionist view of disability）」と「社会的生成論（social creationist view of disability）」では態度に対する見方・位置付けが微妙に異なっている。「障害の社会構築観」では、障害の本質は究極的には認識論上の問題であり、非障害者の偏見・態度に起因しており、それを改善することによって障害はなくせると考えられている。一方、「障害の社会生成観」では、障害は社会制度上の権力関係の問題であり、法律や制度などのあり方が問題であり、その改革といった、組織的・政治的交渉が不可避であると見られている。つまり、前者では態度を主原因と見ているのに対し、後者では、権力関係を作り上げる社会制度にその主なる原因があるとし、態度を主原因と見なしていない。その理由として、態度の転換を目指してきた方策が何ら有効な結果をもたらさなかったことを挙げている（Oliver（1990））。しかし、後者においても障害が適切に理解されることが制度改革の基礎となるわけであり、そのための取り組みは重要である。

#### 障害理解と啓発

障害者と非障害者の関係を平等で対等なものにしていくには、障害についての理解の幅を広げ深めることが必要であり、「障害者にはやさしくしましょう」という標語を作って行為だけを変

表1 障害平等研修とシミュレーションの比較

	シミュレーション	DET
目的(内容・焦点)	機能的障害や物的バリアの理解 (できない・困難)	差別の現状と原因の理解
障害の理解	機能・能力障害	差別、社会阻害、参加の制限
基礎となる障害モデル	医学モデル	社会モデル
類似手法がとられる課題	高齢者	部落問題、女性、黒人公民権
手法	体験	討議・ロールプレイ
自分自身の認識	中立な存在	差別者かつ改革者

出所：Handicap International(2001)より作成

えようとすることでは、効果がないどころか、かえって障害者に対する非障害者の家父長的な態度を強化すらしてしまう。

障害理解支援の1つとして、実際に車椅子を使ったり、目隠し等をして行う障害の疑似体験が日本でも広く行われている。特に高齢者問題やバリアフリーの考え方が広まるなか、これらは一般にも行われるようになってきつつある。しかし、この疑似体験についてはさまざまな批判が障害者本人から出されている(French(1996b); Wilson and Alcorn(1969))。その根底にあるのは、往々にしてこの種の疑似体験では個人の身体機能不全のみが体験され、排他的な社会の障壁や態度、差別といった最も理解が必要である点が経験されないことである。言い換えれば、疑似体験は、個人の機能不全に重きを置く医学モデルに基づいた障害理解が強調され、社会の障壁や参加の制限、差別や権利に重きを置く社会モデルに基づいた障害理解を遠ざける可能性がある(表1)。

もう1つは、多くの障害者が自立した生活を送っているにもかかわらず、疑似体験では「できない・困難」という負の側面ばかりが強調され、障害者に対して負の価値付けがなされることである。障害者を「できない人」と見る見方を強め、かえって差別的な見方を強化する。疑似体験では、機能不全ではなく、実際にある物理的障壁や社会の排他的な環境や態度による差別の体験に注意が向けられるよう注意深く準備・実施されなければ偏った障害理解を強化する可能性があることに留意すべきである。疑似体験が単なる「楽しいゲーム」となっている例は多い。

これに対して障害者自身が障害理解推進のために行っているのが、障害平等研修(Disability Equality Training: DET)である(Finkelstein(1991); London Boroughs Disability Resource Team(1991))。英国などでは社会事業関連者などを対象に広く行われている。この研修の目的は特に社会の障壁・差別としての障害の理解を深め、実際にそれらの障壁を崩していくための方策を考えていくことである。この研修では身体機能不全の疑似体験ではなく、差別や偏見としての障害の体験を促し、かつ、それらに対抗している障害者の力量を認識するとともに、非障害者である参加者が実際にどのように障害問題の解決にかかわるかを考えることを支援する。

DETでは障害の社会モデルでの理解が前面に出されている。これは医療・福祉サービス従事者のみではなく一般の個人においても、障害者の悲劇を強調するようなメディアの影響などを受け、多くが医学モデルに偏った障害理解をしているからとの判断による。DETの特徴は、次の6

つにまとめられる。

- 身体機能不全ではなく、社会の障壁・差別に焦点をあてる。
- 単に態度の転換を目指すのではなく、偏った障害理解を改める。
- 障害の医学モデルではなく社会モデルの理解を促進する。
- 性や人種による差別などに関連付ける。
- 疑似体験ではなく議論を中心にする。
- 障害者本人が実施する。

DETは女性や人種差別の解消に向けた啓発研修を基礎に、1985年以降発展してきた。この種の研修の難しさは、被差別者に対する差別者としての自分や無自覚であった自己の差別的行為を発見する過程が苦痛を伴うこと、また研修は参加者に罪の意識を持たせて終わるのではなく、必ずそれを解決していく道筋を発見する過程を支援すべきであり、それには十分な時間が必要である点である。DETは差別者としての自分と障害者とともに差別に立ち向かって行動しようとする両方の自分を認識することの手助けをする研修といえる。最低2日間は必要とされ、1日目は障害のモデルや定義、イメージや用語の検討を通して障害の理解を深め、2日目にはエンパワメント、法律や権利擁護といった面での取り組みを理解し、各自の行動計画を作ることによってどのように障害と向き合っていくかを研修する。事例検討やロールプレイ、ワークショップ等の方法を用いて行われる<sup>1</sup>。

障害の理解が個人の機能不全にとどまるならば、その障害に対して求められる非障害者の行動は「困っている障害者個人に手を貸す」こととなる。しかし、多くの障害者が求めている行動の変化とは、非障害者が気付かずに行っている障害者の社会参加を抑制するような差別的な考え方や行動に気付き改め、共に障害をなくすために協働することである。この目的を果たすには、差別としての障害理解、つまり障害の社会的側面に焦点をあてた障害理解が不可欠であり、啓発はこの点を反映したものでなければいけない。

## まとめ

態度とは恣意的に変えられるものではなく、障害についての理解を深めることこそが必要であり、重要なのは、障害を参加の制限として取り組んでいくことである。そのためには、障害疑似体験のように機能不全としての障害のみを強調する方法では参加の制限といった障害の社会的側面の理解を促すことは困難であり、障害平等研修のように、障害の社会的側面をより明らかにする方法が効果的である。

---

<sup>1</sup> DETにおいても社会の物的バリアの理解が含まれる。バリアの体験が行われることもあるが、焦点は単に物的なバリアの理解だけではなく、そのバリアが築かれた原因（制度や人々の思考過程）を理解することにあてられる。

## 引用文献

小学館(1988)『国語大辞典』小学館

Finkelstein, V. (1991) *Disability: Identity, Sexuality and Relationships*. Disability Awareness Training Pack. Open University, Milton Keynes.

French, S. (1996a) The Attitudes of Health Professionals towards Disabled People. In: G. Hales (Ed.), *Beyond Disability: Towards an Enabling Society*. Sage Publication, London.

(1996b) Simulation Exercises in Disability Awareness Training : A Critique. In: G. Hales (Ed.), *Beyond Disability: Towards an Enabling Society*. Sage Publication, London.

Handicap International (2001) Tool kit : Community Approaches to Handicap in Development (CD-ROM)

London Boroughs Disability Resource Team (1991) *Disability Equality Training: Trainers Guide*. Central Council for Education & Training in Social Work (CCETSW) . London.

Oliver, M. (1990) *The Politics of Disablement*. St. Martin's Press, New York.

Wilson, E.D. and Alcorn, D. (1969) Disability Simulation and Development of Attitudes towards The Exceptional. *Journal of Special Education* 3, pp.303-307.

表 タイにおけるJICAプロジェクト・開発調査の障害分野関連度と障害（者）配慮に関する検討（1997年度）

プロジェクト名	分野	関連度	関連度決定理由	障害（者）配慮として考慮される内容*
環境改善自動車燃料研究	計	1	限定された技術分野	
鉄道研修センター	公	1	限定された技術分野	本プロジェクトの内容は鉄道技術に関するもので、駅舎等のインフラストラクチャーやサービスに関するものが含まれていない。これらが含まれる場合は関連度は3となり、設備に関してはバリアフリーが、サービス部門の職員研修では障害者配慮に関する内容が必要となる。
船員教育訓練センター拡張近代化	公	1	対象が非障害者に限定されると予想される	
水道技術訓練センター	公	1	対象が非障害者に限定されると予想される	
下水道研修センター	公	1	分野と対象が限定	
KMITL情報通信技術研究センター	公	1	分野と対象が限定	
東北タイ造林普及計画	農	2	目的が「住民の生活向上」とあり、活動内容に「技術の普及や訓練」などがある。障害者が裨益者となる可能性が高い	女性が裨益者として考慮されており、障害者も裨益者として特別な配慮が検討される可能性がある。
東部タイ農地保全計画	農	1	地域社会開発であるが、農地・水保存が主対象である	活動内容の一つである研修において障害者農業従事者の参加を考慮できる。
チェンマイ大学植物バイオテクノロジー研究計画	農	1	限定された技術分野	
中部酪農開発計画	農	1	限定された技術分野	講習会への障害者の参加を考慮できる
国立家畜衛生研究所計画	農	1	限定された技術分野	
水産物品質管理研究計画	農	1	限定された技術分野	講習会への障害者の参加
未利用農林植物研究計画	農	1	限定された技術分野	裨益者、情報提供者としての参加
北部セラミック開発センター	鉱	1	鉱工業分野	障害者生産者への技術移転
生産性向上	鉱	1	鉱工業分野	
工業所有権情報センター	鉱	1	鉱工業分野	
繊維・衣料製品試験・検査技術向上	鉱	1	鉱工業分野	
地方配電自動化技術者養成	工	1	鉱工業分野	
パトムワン工業高等専門学校拡充計画	人	2	公教育分野	障害者学生の入学。設備のバリアフリー化。福祉工学の導入などが可能。
タマサート大学工学部拡充計画	人	2	公教育分野	障害者学生の入学。設備のバリアフリー化。福祉工学の導入などが可能。

プロジェクト名	分野	関連度	関連度決定理由	障害(者)配慮として考慮される内容 <sup>*1</sup>
食品衛生強化	医	1	限定された技術分野	講習会への障害者の参加
エイズ予防・地域ケアネットワーク	医	3	障害者に直接かわる	目標・内容で述べられているとおり、可能であれば当事者の実施側への参加。
労働安全衛生センター拡充計画	社	3	労働災害は障害の予防に関係する	本案件は「予防」が主で、労働災害による障害者への対策は含んでいないようである。しかし、職員への研修や設備のバリアフリー化や障害者自身の雇用などが可能。
開発調査事業				
西部臨海地域開発計画	計	1	限定された技術分野	
チャオプラヤ川流域洪水対策計画	公	1	河川の構造的な点に関する対策のみで、障害者を含む住民避難などは含んでいないため。	住民避難対策などを含む場合はレベル2となり、裨益者としての障害者の評価・計画への参加が可能
バンコク汚泥処理・再生水利用計画	公	1	限定された技術分野	
コク・イン・ナン導水計画	公	1	限定された技術分野	
全国地方空港整備計画	公	3	空港などの公共交通機関のバリアフリー化は障害者の社会参加にとって重要	プロジェクトの裨益者として評価に参加。設備のバリアフリー化。
アングマン沿岸地域水産基盤整備計画	農	1	施設の建築であるが、利用者が漁師など非障害者である可能性が高いため。ただし、市場などが併設される場合はバリアフリーを考慮する。	
東北タイ北部農地改革地区農業総合開発計画	農	2	地域社会開発である。住民、特に農業従事者が対象となり障害者がステークホルダーとなる可能性が高い	PCMなどを行う際に裨益者の一群として障害者グループが参加できる。
石炭探査・評価調査	鉱	1	限定された技術分野	
生産統計開発計画	鉱	1	限定された技術分野	
メーサリアン地域資源開発調査	鉱	1	限定された技術分野	

\*1：最良ではなく実施可能で現実的なものとして。  
分野について：(計)：計画・行政、(公)：公共・公益事業、(農)：農林・水産、(鉱)：鉱工業、(工)：エネルギー、(人)：人的資源、(医)：医療保険分野、(社)：社会福祉分野  
出所：国際協力事業団(1998)をもとに作成

## 参考文献

国際協力事業団（1998）『国際協力事業団年報1998 資料編』

## 略 歴

### 久野 研二(くの けんじ)

最終学歴：英国イースト・アングリア大学大学院School of Development Studies MA in Rural Development修了

現 在：英国イースト・アングリア大学大学院School of Development Studies博士課程在籍

経 歴：1966年生。帝京大学医学部附属病院にて治療業務（1988.4～1991.3）、青年海外協力隊としてマレーシア福祉局にて理学療法（1991.7～1993.12）、国際医療技術交流財団・専門家および日本理学療法士協会の5カ年協力プロジェクトとしてインドネシア・バングラデシュにて障害（者）問題のコンサルティング（1994.7～1994.10 / 1995.7～1995.10 / 1995.11～1996.12）、マレーシアへ理学療法士として青年海外協力隊・特別短期緊急派遣（1997.1～1997.8）、JICA企画調査員としてマレーシアへ障害（者）問題の調査に参加（1998.10～1999.1）、JICA短期専門家として、マレーシアへ社会開発・福祉、ボランティア事業に関するコンサルティングを行う（1999.3～1999.12）。

### David Seddon (デビッド・セッドン)

最終学歴：英国ロンドン大学 London School of Economics 博士号取得

現 在：英国イーストアングリア大学大学院 School of Development Studies教授

経 歴：1943年生。ロンドン大学School of Oriental & African Studies (SOAS) 講師（1970 - 1972）、イースト・アングリア大学School of Social Studies講師（1972 - 73）、同School of Development Studies講師を経て現職にいたる（1973 - 現在）。専門は社会開発、貧困と社会的疎外、障害（者）問題、地域社会開発、および政治と民衆運動。