

〔論文〕

## 南アジア障害者の人権

—国連SDGs, CRPD, CBRの視点から—

長 田 こずえ

名古屋学院大学国際文化学部

### 要 旨

2016年から2030年までの国連の開発目標Sustainable Development Goals (SDGs), いわゆる持続可能な開発目標が設定され, 誰一人取り残さない開発, Nobody Left Behindというスローガンの下に以前のミレニアム開発目標などと異なり, 平等や弱者への取り組みなどが強調されるようになってきた。障害者は人口の約10%を占め最大のマイノリティーの一つである。本稿では国連SDGsと国連障害者の人権条約Convention on the Rights of Persons with Disabilitiesの接点としての新たな視点から, 過去数十年間にわたり進化し続けてきた, 国連WHO, ILO, ユネスコが提唱する障害者を包括するコミュニティー開発戦略いわゆるCommunity-based Rehabilitation (CBR)の妥当性と有効性に関して, 南アジア諸国において事例検証を行った。CBRは障害を開発プロジェクトに包括するもう一つ手法, ツイントラックアプローチと平行して, 障害者を開発から取り残さないようにするためには, コストベネフィットの高い有効な手法であることがネパール, バングラデシュ, パキスタンの事例から検証された。CBR運営過程においては, 障害当事者が中心になることが成功の秘訣でもあり, 継続性を確保するためには, 今後は小規模型のCBRパイロットプロジェクトを公的な(予算を付けた)福祉や国の開発政策に格上げする努力が必要であろう。事例からも明らかのように, いろいろなパターンのCBRが見受けられCBRの成功の秘訣として定型的なものはない。現場の文化や歴史, 社会経済的背景に即したCBRを選択することが成功の秘訣であろう。

キーワード: 障害者の権利条約, CBR, SDGs, 南アジア

## Human rights of persons with disabilities in the South Asian region

—From the perspective of the United Nations SDGs, CRPD and CBR—

Kozue NAGATA

Faculty of Intercultural Studies  
Nagoya Gakuin University

発行日 2020年7月31日

## 1 障害者の人権と開発に関する国際的な展開

### 1-1 障害者の権利条約

2016年4月、日本においても障害者差別解消法が施行された。この法律においては、障害を理由にした不当な差別的取り扱いと合理的配慮の不提供を差別とみなし、禁止している。差別を解消することにより、障害の有無によって分け隔てられることのない共生社会を実現しようとする試みである。この法律のベースには、国連が2006年に制定した、Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)、障害者の権利条約がある。この権利条約は、2014年に日本も批准し、2020年現在、181カ国が批准している。国際人権条約の中でも最重要なものの一つでもある。同条約は、障害者を「保護される客体、つまり福祉サービスの対象から社会変革の主体へ」と変化させた。同時に、障害者福祉分野や国際開発協力においても、いわゆる「障害の医学モデル」から「障害の社会モデル」へと転換を求めた。地域生活の権利を認めた上で、障害者が自ら居住地を選択し、どこで誰と生活するのかを自己決定する機会を提供し、福祉施設で生活することを強いられないことを保障した<sup>1)</sup>。障害者と非障害者が地域で共に学び、働き、生活することを前提としているので、[合理的配慮]を含めた差別解消が大きな課題となり始めたといえる。従って、障害者の福祉分野においても、国内外において大きなパラダイムの転換が、今後は必要となる。本稿においては、障害者の福祉分野と国際開発協力の接点に的を絞っているので、障害者権利条約の批准国として、条約の実効と報告を義務付けられている日本政府にとって重要な、条項32条<sup>2)</sup>、「国際協力」についての説明も必要であろう。障害者の権利条約の制定と同時に、障害はジェンダーや環境配慮と同様に、グローバルな人権課題の一つとなった。批准国である日本政府は、権利条約の履行状況を政府報告書として国連に報告する義務がある。また、条約には明文化されていないが、批准国からの政府報告書に並行した、国内のNGO団体からのパラレルレポートの同時提出を認めている。これは政府の報告書では曖昧な点や、正確でない事項を当事者の目から見た報告で補うのが目的である。こういった現状において、各国で既存の国内法の見直しの必要性が発生する。従って、障害者福祉分野においても、アプローチの転換が期待され、縦割りの障害者福祉からシームレスな総合福祉へと変化の兆しが見えてきた。医師、医学療法士、作業療法士、その他の医療スタッフのみに依存していた従来の医療福祉型のサービスからの脱皮は、国際支援提供国、受け入れ側ともに、新しい課題でもある。国内においては、地域ケアシステムの整備に向けて総合リハビリの観点から、サービス管理者主体ではなく、当事者主体の目標志向型のアプローチが重視され始めた。介護職、リハビリテーション医療、就労支援、救急医療と地域医療の連帯、サービス事業体と当事者の協働などが今後の課題となるだろう。国際的には、日本の政

- 
- 1) 障害者の権利条約第19条「自立した生活及び地域生活への包容」の項目において、地域生活の権利を認め、障害者の居住地や生活形態の選択の機会を提供し、障害者施設での生活を強いないことを保障している。
  - 2) 障害者の権利条約第32条「国際協力」の項目においては、条約の締約国は国際開発支援、技術的支援、情報交換、研究などに関して、インクルーシブでアクセシブルであることを確保する措置をとるように義務付けられている。具体的には、国際協力の包括性、能力開発、科学技術の移転、技術援助と経済援助について述べている。

府 ODA などの国際協力の分野においては「我々のことは我々で決める」<sup>3)</sup>を十分に反映した支援を提供する必要が生じてきた。以下に述べる「SDG 持続可能な開発目標」や国連 WHO, ユネスコ, ILO が共同で提唱する CBR などをも念頭に戦略を立てる必要に迫られている。

## 1-2 持続可能な開発目標 Sustainable Development Goals (SDGs)

国際的な動きとしては、一般的な国際開発協力の分野においても、2016年は画期的な年であった。「持続可能な開発のためのアジェンダ：誰も取り残さない開発」をスローガンに掲げ、2016-2030年の新たな開発目標として、国際社会は国連の場において Sustainable Development Goals (SDGs)、日本語訳では「持続可能な開発目標」に合意し、17の目標と169のターゲットから構成されるフレームワークとそれらの実施達成状況をモニタリングするための指標を発表した(図1を参照)。今後、政府のODAを担当する日本のJICAなどの国際開発協力機関は、このSDGsに沿って国際支援を展開していく必要がある。前述の権利条約の第32条と共に、SDGsは国際開発分野における障害者対象のプロジェクトの方向性をも導くものである。これまでのミレニアム開発目標(MDG)との大きな違いは、前者が開発途上国の飢餓の撲滅を目的に開発を進めるのに対し、SDGsは環境やエネルギー問題、国内及び国家間の不平等なども含み、先進国と途上国両方を対象としている点にある。さらに、MDGと異なりSDGsは障害や障害者をいくつかの目標やターゲットに明記している点である。つまり、障害課題を国際開発協力で組み込むことは、前記の権利条約の32条だけでなく一般的な開発目標としても、ノームつまり基準として実践しなければならなくなった。障害者の福祉を、障害の開発へのメインストリーム<sup>4)</sup>から切り離す政策はもはや不可能になってきたといえるだろう。

障害を国際協力政策の中で確実なものに据えるには、OECD/DACのメンバーでもある日本政府のODAや、国連の開発分野の活動、一般のNGOの支援協力の中にも、障害者の視点を取り入れることも大切になってきた。開発とは途上国だけのものでない「開発イコール途上国」の方程式は時代錯誤である。

国連のMDGに変わって「2030年に向けて、だれも取り残さない、持続可能な開発アジェンダ」いわゆる、SDGが2015年9月にニューヨークで採択された。また、2015年の12-13月にはパリで気候変動のための条約会議 COP21が開催され、今後の地球変動に関する国際的な枠組みが決められた。SDGは17のゴールと169のターゲットから構成され、障害が組み込まれていなかった以前のMDGと異なり、障害が様々な目標の中に明記されていることは進歩である。

例えば、目標4の障害者やジェンダーなどに配慮したインクルーシブで良質な教育、目標8のイン

- 
- 3) 「我々のことは我々で」は、英語で、“Nothing about us without us”, 国際的障害者の当事者団体のNGO, Disabled People’s Organization (DPI) が提唱したスローガンで、障害に関する政策に関しては、障害者自身が参加し、決定権を持つべきであるという、いわゆる「障害の社会モデル」の基礎を成した。
  - 4) 障害と開発のツイントラックアップアプローチでは、障害者対象のエンパワーメント活動(例えば職業訓練など)と、あらゆる開発過程に障害をメインストリーム化(組み込む)することの両方を奨励している。例えば、大規模インフラプロジェクトをバリアフリーにすることや、学校を作る際にはインクルーシブ教育を採用することなどが、メインストリーム化の例である。



図1 国連持続可能な開発目標 SDGs

クルーシブで意義のある雇用，目標10の国内および国家間の不平等削減，目標11のインクルーシブで耐久力があり持続可能な都市開発などは明確で（表1を参照），後者はバリアフリーな公共交通など具体的なものを含むので分かりやすい項目であろう。しかし，ここで注目して欲しいのは，SDGの本当の特徴は，途上国・先進国両方を対象とした，環境問題，再生可能なエネルギー資源，生物の多様性，森林や海の環境，気候変動，自然災害対策などに重点が置かれていることで，上記の様に明らかに障害と関連性の強い分野だけでなく，むしろ見え難い自然科学的な目標にも，総合的に障害をメインストリームする必要があると言える。以下に述べるCBRは地域に根ざしているのので，この点にも対応できる。

### 1-3 地域に基づくリハビリテーションCommunity-Based Rehabilitation (CBR)

Community-Based Rehabilitation (CBR)，日本語では「地域に根ざしたリハビリテーション」は，1970年代後半から80年代の初期に国連WHOによって開発された。CBRの父とも言われている北欧人のヘランダー教授はWHOがCBRを開始したときに，とても大きく関与した。もともとは，貧困にあえぐ途上国の障害者のニーズに対応するためには，従来のリハビリのシステムだけでは機能しなくなり，途上国向けのプライマリーヘルスケアの原則に基づいた代替手段が必要となったのが起源である。農村地域に生活している数多くの障害を持つ人々に対して，どのようにしたらリハビリテーションや福祉サービスを実施し，確実に伝えられるかという挑戦が根本にあり「必要な技術や知識を家族や地元の地域の人たちに伝える」ということから生まれた。初期のCBRは個人的なサービスを強調していた。例えば医療，外科的な介入，セラピー，教育，職業訓練とか，そうしたことに焦点を当てていた。これが今でも，一部の障害当事者から「CBRは障害の医学モデルの延長」として批判される原因でもある。その後，CBRは，80年代，90年代，2000年代と変化し続け，医療だけのCBRからもっと包括的な人権型の方法へと変化した。「障害のある人たちも同じ権利を持ち，その地域の他の人たちと同じようにサービスや様々な機会にアクセスができるようであればいけない」と

南アジア障害者の人権

表1 「障害者」を明記しているSDGの目標

目標番号(分野)	目標(ゴール)の内容	障害が明記されているターゲット	特に優先順位の高いと思われる障害者のグループ
目標4(教育)	すべての人々にインクルーシブで、公正かつ、質の高い教育を確保し、生涯教育の機会を推進すること	2030年までに、教育に関するジェンダー格差を解消し、 <b>障害者</b> 、先住民、または不利な状況に置かれている子供達を含む、弱い立場の人々に対して、あらゆるレベルの教育と職業訓練への公平なアクセスを確保する；子供、 <b>障害</b> 、ジェンダーに配慮し、教育施設を作り、暴力を否定するインクルーシブで効率の高い学習環境を提供する	障害児 女性障害者 障害を持つ先住民やマイノリティーの人々 知的障害者やコミュニケーション障害者 障害者の家族 重度・重複障害者
目標8	持続可能な、インクルーシブな経済成長、すべての人にとって生産的な完全雇用、及び、まともな労働条件の仕事を保障すること	2030年までに、若年層及び <b>障害を持つ人々</b> を含む、すべての男女に生産的な完全雇用と、まともな仕事を保障し、同一価値の仕事に関しては、同一賃金を保証すること	障害をもつ若者の男女 ワークショップで雇用されている低賃金障害者(賃金に関して) 生産労働年齢の障害者(20歳以上-65歳以下) 障害を持つ自営業者や起業家 障害を持つ物乞やストリートチルドレンなどを含む
目標10	国内または、国家間の不平等を減らすこと	2030年までに、年齢、性別、 <b>障害</b> 、人種、出身、宗教または経済的やその他の地位に関係なく、すべての人をエンパワーしてあげ、社会、経済、政治的なインクルージョンを促進する	女性障害者 黒人など、マイノリティーの障害者 障害を持つ移民や難民など 最貧国に住む障害者達 ガバナンスの弱い国に住む障害者(中東やアフリカの障害者など)
目標11	都市、及び地方の住居地をインクルーシブ、かつ、耐久力を持つ、持続可能なものにする	2030年までに、弱い状況にある人々、女性、子供、 <b>障害者と高齢者</b> のニーズに特に注意を促し、公共交通機関を拡張することにより、道路の安全性を改善すること、そして、すべての人々に、安全、お手軽、アクセシブルな(使用可能な)緑地や公共のスペースへの完全アクセスを提供すること	障害を持つ女性 障害をもつ高齢者 車椅子ユーザーや身体障害者 障害を持つ妊婦や難病患者 子供(特に障害児) 障害を持つ労働者や貧困者 その他のユニバーサルデザインの使用者(障害+障害を持たない人) 地方や辺境地に住む障害者
目標17	SDG実施の手段を強化し、持続可能な開発のためのグローバルなパートナーシップを再活性化	2030年までに、収入、ジェンダー、年齢、人種、民族、移民、 <b>障害の有無</b> 、地理的な位置、または、上記以外にも、その国の状況に適した統計的な特徴に基づき、分科した、タイムリーで信頼性の高いデータを手に入れることが出来る可能性を高める目的として、開発途上国や小規模な島国を含む、いわゆる、援助受け取り側の途上国の能力構築に関する支援を(先進国が)強化すること	途上国の当事者団体や自助団体 途上国の障害に関連するNGO 障害のINGO(国際NGO) 国内、及び国際障害者ネットワーク 途上国の障害を持つ政策決定者やその他のリーダー(及び、リーダー候補生) 障害を持つ専門家やODA担当者 障害に関連する研究者(途上国+先進国)

出典：United Nations Sustainable Development Goals (SDG) 筆者の日本語翻訳



図2 WHOのCBRマトリックス

いう新しい認識が広がり始めた。

2007年時点においては、世界の92カ国<sup>5)</sup>でCBRのプロジェクトが実施されている。CBRが幅広く再認識されたきっかけは、上記の障害者の権利条約と2011年11月、国連WHOが発表した「CBRガイドラインとマトリックス」である。これによって、CBRを開発と障害者人権の接点として活用するにあたり、その方法論やモニタリング、評価などを可能にした。CBRの特徴は、医療サービスやリハビリを超越した包括的な地域開発の他、エンパワーメントという項目を備え、すべての過程に障害者自身が関わり合い実力を養いながら、完全参加するというプロセスを重視している点である。したがって、筆者は、CBRは障害分野においてSDGsを実行するためのツールであると考える。残念ながら現段階においては、CBRプロジェクトの有効性や妥当性を検証した文献は限られるので、本稿では、このマトリックスを使い、南アジア3カ国におけるCBRプロジェクトの有効性と問題点を検証することを試みる。

#### 1-4 パキスタンの障害者の現状

CBRの妥当性を考察する前に、少し障害者の現状を紹介する。公の最新データとして、パキスタンの1998年の人口センサスに含まれている障害者に関する項目を抜粋した。実はこれより10年後に新しいセンサスが発表されているが、障害者の数が異常に低く統計漏れが疑われ、その信憑性が疑問視されているので、少し古いはこちらを使う。

1998年の人口センサスを参考にすると、障害者の総数は、3,286,630人で、これは総人口の2.49パーセントに相当する。この数値は、国連国際保健機構（WHO）の障害者人口推定（人口の10%）と比

5) この92カ国の中には、アフリカ35カ国、アジア26カ国、ラテンアメリカ24カ国、そして欧州7カ国が含まれている（2012年7月、WHOのCBR担当者Chapal Khasinabisとの対談をもとに、ジュネーブWHO本部事務局にて）。当時彼も、CBRは障害分野のMDGであると公言していた。

表2 パキスタンの障害者統計

Table 1: 障害者, 性別, 障害の種別区分								
性別	合計	視覚障害	聴覚障害	身体障害	精神障害	知的障害	重複障害	その他
全人口	3286630	264762	244254	622025	210129	249823	270381	1425256
男性	1915102	145656	139168	379989	119139	134489	140393	856268
女性	1371528	119106	105086	242036	90990	115334	129988	568988
男性比率	58 %	55 %	57 %	61 %	57 %	54 %	52 %	60 %
女性比率	42 %	45 %	43 %	39 %	43 %	46 %	48 %	40 %

出所: Population Census 1998, Government of Pakistan

較するとかなり低い数値である。「障害の医学モデル」的な定義と障害区分を採用していることを念頭に入れたい<sup>6)</sup>。障害者数の男女比率もアンバランスである。女性は障害者全人口の42パーセント、残りの58パーセントが男性障害者であることになっている。国際的には、障害者の比率はその国の男女比率をほぼ反映しており、通常は約5割-5割に分かれるのが一般的である。しかし、イスラム諸国においては統計的には女性障害者の比率が低い傾向にある。かなりの数の障害者（特に女性）が統計に含まれずに隠蔽されている可能性が高い。「家族内に女性障害者がいることは恥」とされ、障害を持つ女性や女兒を覆い隠す傾向にある。家族に障害を持つ女性がいる事が知られると兄弟姉妹の結婚に悪影響を及ぼす恐れがあるとの懸念からであろうか。同様に例えば、中東のレバノンなどにおいても、障害者人口は2%と低めに報告されており、男女差もやはり著しい。

上記の人口統計に基づく、25歳以上の障害者の識字率は28パーセントである。これは当時のパキスタン一般成人人口の識字率（約60%）と比較してもかなり低い。一方、障害の原因は多岐にわたる。貧困と栄養失調、母子衛生の不備、予防接種やプライマリヘルスケアの欠如。内戦やテロの影響、近親結婚、家庭内暴力や交通事故などの開発問題が考えられる。特に小児麻痺（ポリオ）の予防接種の問題は深刻である。パキスタンタリバンなど、イスラム過激派テロリスト集団がポリオの予防接種を欧米の陰謀とみなして忌み嫌うため、ポリオ予防注射センターを襲撃することが頻繁にある。現在、世界でポリオが残っているのはパキスタン、ナイジェリア、アフガニスタンの3カ国だけである。国連WHOの統計によると、世界のポリオの85パーセントがパキスタンで発生している。文化的、人類学的な原因もある。パキスタンの社会学者Ali-Khanが2011年に発表した研究は、パキスタン全体の結婚の66パーセントがある種の近親結婚であると述べている。彼の調査を以下に要約する。

- 6) 障害の医学モデル的な定義や区分は、視力や聴力、IQなどを医学的な定義を使い、聾者、知的障害者、精神障害者といった、縦割りの機能的な区分を採用する。一方、社会モデル的な定義は、「歩くのが困難」といった、活動に関する回答を基準とし障害統計を集めるので、結果的には障害者の率が高くなる。欧州先進国はほとんど社会モデル的な統計方法を採用しているため障害率が高くなる傾向にある。例えば、オーストラリアでは人口の2割近くが障害者と数えられている。他方、南アジアを含む多くの開発途上国においては、医学モデルの定義を採用しているため統計上の障害率はかなり少ない。社会保障が行き届いていない途上国においては、障害手帳を持つインセンティブも低い。みかえりが期待できないからである。従って、統計漏れしている障害者達が多いと予測される。

\* “Marriage preferences are largely determined by social norms in a given society. In Pakistan, consanguineous marriages have been always preferred. Cousin marriages are highly common. Pakistani society is highly complex with different ethnic groups, religious sects, languages and still existing castes; thus, it is up to social values and culture to decide what sort of marriage is desirable for an individual. This type of marriage is everywhere and preferred by many different ethnic and language groups, due to a highly complex fabric of socio-cultural, economic, religious and anthropological factors. Such consanguineous marriage practice is among the major causes of various kinds of congenital impairments including multiple disabilities.”

\* [上記に基いた筆者の翻訳と解釈—パキスタンにおいて近親結婚が好まれる原因はその複雑な社会構造にある。他民族国家、多言語国家、イスラム教シーア派とスンニー派の対立を含む多宗教国家であるパキスタンは「複雑な糸を使って織りあげたマルチカラーの一枚の生地」のような社会ある。イスラム国家でありながらもインド的な社会要素を残しており、カースト意識や社会的な階級意識も存在する。様々なレベルの血族結婚が好まれる。結果的には近親結婚の率が高くなり、その医学的・遺伝的なマイナス面に関して社会は無頓着である。<sup>7)</sup>]

近親結婚は重複障害や重度障害など色々な障害を生み出す原因になっている。コミュニティの意識向上を通して緩和できる原因の一つでもあるかもしれない。障害の原因予防はタブーになるべき事項ではないのだから。また一度障害者になってしまうと、彼らは教育、就業、結婚や社会生活など様々な分野で差別を受け、日常のチャレンジにさらされている。特に、障害を持つ女性や女の子は障害とジェンダーに基づく二重差別に悩まされているのが現状である。パキスタンに限らず、南アジア諸国は物理的バリア、手話や点字を含む情報バリア、社会的バリア、制度的バリア、など様々なバリアのある社会であり、ユニバーサルデザインの社会思考は成熟していない。他の南アジア諸国においても障害者の社会的な状況は似通っているであろう。

## 2 研究の目的と手法

上記のような南アジアに生活する障害者の状況を把握しながら本研究においては、前記の国際的な動向に則し、CBRマトリックスを基礎にネパール、バングラデシュ、パキスタンの南アジア3カ国で運営されているCBRプロジェクトを、開発と障害の観点から分析することを試みた。CBRの妥当性、有効性、継続性、長期的なインパクト、そして南アジア地域で比較的的成功しているCBRプロジェクトの共通点を探ることをも目的とした。研究課題として簡単な仮説を設定した。まず、CBRは南アジアの途上国においては、障害を開発に組み込むためのツールとしては妥当性も有効性も高い手法で

---

7) Khan, H. G. & others. Consanguinity Marriage in Pakistan: A Tradition or a Cultural Politics and Possible Management Measures, Canadian Social Science, Vol. 7, No. 1, pp. 119-123, 2011から筆者が英訳、要約。

はないだろうか。実際、対象地域においても、障害の概念は社会モデルへとパラダイム移行した。社会モデルが誕生した欧米では、障害者のリハビリテーション、施設、障害予防などは時代遅れの医学モデルとみなされタブー視すらされている。2000年以降はJICAなどを含むODA機関にも障害の社会モデルが導入され制度化され始めた。いきなり自立生活支援、障害当事者主体、当事者の専門家派遣とピアカウンセリング、社会の側の変革への政策支援、などの欧米型のIndependent Living : IL路線が主流となり、社会－医療折衷モデル型の国連WHOが推進するCommunity-Based Rehabilitation : CBRは多少古臭いとみなされる傾向になってしまった。しかし、本当に古臭いモデルなのだろうか。

欧米的な主流社会モデルは確かに先進的ではあるが、果たして本当にパキスタンのような途上国の障害者のニーズに答えているのであろうか。医療的な介入はさておき、障害の原因予防やCBRなどすら古臭く時代遅れ、CBRも草の根の当事者主体と自立の精神に反するものなのであろうか。南アジアの途上国においても、国連の提唱するCBRとIndependent Living : ILは本質的にそんなに異なったものなのであろうか。リハビリや医療サービスは必要ないのか。いやむしろ、CBRをうまく活性化させる必要があるのではないか。CBRを成功させるためには総合的な活動が必要であり、リハビリや医療介入を単独で行うこと（障害の医学モデル）は好ましくないかもしれないし、批判されるリスクがある。権利条約以降の現代においてはCBRマトリックスの各要素にバランス重点を置き、コミュニティの意識改革を含む総合的なサービスをバランスよく提供することが必要であるかもしれない。これらを踏まえて、以下のCBRの活動事例をWHOのCBRマトリックスと照らし合わせながら、調査結果として簡潔にまとめた。

### 3 CBRの実践—南アジアにおけるCBR活動の事例

#### 3-1 ネパールの事例

ネパールの事例は先行文献<sup>8)</sup>の分析として紹介する。ネパールのKaruna Foundationは現地の開発基金であり、もともとコミュニティ開発の専門機関でもある。ここでは、いわゆる、障害者の開発へのメインストリーム化に重点を置き、CBR的な活動も行っている。2015年4月にネパールを襲った地震直後の災害復興プロジェクトにCBRを導入することから始めた。この大地震の際には、出稼ぎに出ている男性が多かったためにか、農村では被害者は女性や子供が多かった。被災の犠牲者となった新たな障害者もかなりの数で発生した。Karuna Foundationは被災後に、農村開発の一環として家屋の復興、保健所の整備、障害児のニーズにも対応できる病院やクリニックの復興支援などを開始した。活動は、障害のメインストリーム化に重点が置かれている。今後は将来の災害に備えたpreparednessプログラムを、障害者にも事前に対応可能な形態に改定する予定であるということだ。被災時における障害者や高齢者のニーズが誰の目にも明らかに目立ったからであろう。この団体の

8) この事例に関しては、上野悦子・高峰豊、2016年、「第3回アジア太平洋CBR会議報告」、『リハビリテーション研究』166号、を参考にした。

CBRは、地元のコミュニティーが運営できる方式で地方自治体や地域ベースの民間団体との協力し、技術的サポート、財政支援などを提供するやり方を採用している。長期的インパクトとしては、大半の障害児の生活が改善したこと、コミュニティ全体の障害者に対する態度や認識が大幅に改善されたことなどを挙げている。障害児もクリニックや地域の病院などにアクセスできるようになった。このCBRの特徴は、自治体との密接なパートナーシップというCBRマトリックスの持続性原理を最重視している点である。災害後の復興支援とタイアップした試みであるので、継続性の点に関してはチャレンジがあるかもしれない。資金繰りに悩んでいる。復興支援が終わり正常時に入った段階において持続性を確保するためには、現地の公民両方の団体との連携、現地の組織のエンパワーメントが鍵であるとも報告されている。CBRのアクターとしてはまだ駆け出しのプロジェクトであるが、今後の活動が期待される。

### 3-2 バングラデシュにおけるNGOのCBR活動の例

次には、多大な成功を収めた著名なバングラデシュのCBRの事例を取り上げる。バングラデシュは世界最大のNGO大国で、その数は3万に上るといわれている。大半が一般開発専門のNGOである。バングラデシュにおいてNGOがこれほどまでに発展した理由の一つは皮肉ではあるが、政府のガバナンスが弱く政治や治安も安定しておらず、社会開発を担当する政府機関の効率が悪いこと、欧米を中心とする民間の国際支援がこの国に集中したためか、社会開発を担当する地元のNGOが自然と育っていったことである。有名なものでは、ユニース博士が設立した小規模金融機関、いわゆるマイクロファイナンスのグラミンバンクなどが挙げられる。簡単に述べると、通常で政府が担当している福祉や社会開発のサービスの大部分をNGOや民間団体が請け負っているような状況になっている。従って障害のメインストリーム、いわゆる障害者を通常のプログラムやサービスに組み込むためには、教育や医療などの公的なサービスを対象とするだけではなく、開発全般をカバーしている大手の大規模NGOと協力する必要がある。この国大手NGOの規模は通常で国の政府の省庁に匹敵するかそれ以上である。従って、障害者に特化した新しいプログラムを始めるよりも、大規模に活動を展開している開発NGOの既存のプログラムに障害者の受け入れを促す方法が最も有効である。

筆者が2005年に国連ESCAP時代のミッションで訪問した、ダッカ郊外に本部のあるCenter for Disability in Development (CDD)は、以前は災害援助を主とした活動を行っていた民間の組織である。フランスの大手国際NGO Handicap International (HI)の支援を得て、HI独自のCBRツールでもある、Community Approaches to Handicap and Development (CAHD)を採用、ローカル化し、すでにコミュニティ開発を行っているバングラデシュの一般開発NGOをメインクライアントとして活動を開始した。具体的には「障害」を彼らの一般開発事業にメインストリームさせるための意識向上やマネージメント訓練などを実施している。パートナーNGOのシニアレベルの職員を対象に、障害に関する理解、知識や技術、障害者の人権、法律、政策に関する知識、特にCAHDの内容についての研修を行っている。研修後、これらのNGOが既存の開発プログラムに障害者を組み込んでくれることを期待するものである。また中堅レベルや草の根の現場職員を対象とした障害者への意識向上訓練も行う。同時に、物理的、情動的、精神的なバリアフリー社会の形成をも促進している。組織

運営に関しても障害者のエンパワーを目的にCDDの職員の1割強は障害当事者であり、障害を持つ女性もイスラム教国にしては比較的多い。内側からのメインストリームにも努力している。

こういった地道な活動が国際的に認められ、CDD代表のノーマン・カーン氏は、アジアのノーベル賞と言われる「マグサイサイ賞」を2010年に受賞した。障害者対象のエンパワーメント活動も小規模ながら行っており、こちらは、家庭でも簡単にできる簡易理学療法の訓練技術や家庭内バリアフリー化、現地でも調達できる材料で作った補助器具の生産、学校で弱視の児童を簡易診断させ、眼鏡や必要用具を提供する活動も行っている。情報の分野では、視覚障害者を対象に点字やベンガル語の音声出力のコンピュータ訓練なども行っている。一般の村落全体を対象に、障害への理解と態度の向上プログラムなども組み込み、総合的な活動を、コミュニティを基盤として行っている点はCBRマニュアルに忠実に沿っている。このNGOの最大の成果の一つは、世界一規模の大きいバングラデシュのNGO、BRAC<sup>9)</sup>との協力である。BRACが運営している小学校ネットワーク（規模としては10万人以上の学校を、貧困児童を対象に運営している私立教育組織）と協定したことである。障害児のインクルーシブ教育を取り込んでもらうように、BRACをプロジェクトパートナーとして啓蒙活動に取り組むことに成功した。政府の公立学校にも負けない規模で運営されているBRACの学校に障害児を受け入れるようにしてもらったことは、インパクトの面では大である。NGOの規模の大きなこの国では、インクルーシブ教育を民間から始めることも有意義であると思える。CDDのモットーは徹底的な障害のメインストリーム化であり、直接的な障害者対象のプログラムは資金の限界も考慮してか、最小限に抑えていることである。どのようにすれば最大限の受益者にアウトリーチできるかに的を絞り、限られた資金の有効な使い方を常に考えている。活動のベースは、欧米の資金援助に頼っているが、最近では、国内からの寄付や資金援助も財政を安定させる要素として徐々に拡大されているということである。資金的な自立路線への努力も怠らない。2020年にはCDDの元シニア職員がBRACの障害インクルージョンアドバイザーとして採用された。

### 3-3 パキスタンの自立生活運動のケース（CBRとIL）

最後の事例は、筆者がパキスタンのユネスコ所長をしていた時代、2011-2015年にカウンターパートとして出会った<sup>10)</sup>、ラホールを拠点とするNGO、Milestone（マイルストーン）という障害当事者団体で、欧米型のIndependent Living（IL）、日本語では自立生活運動を行っている。一言で言えば、障害当事者が中心となり障害者のために活動を展開する当事者団体、自助団体である。専門家や家族が参加する通常のCBRとは少し異なっている。障害者の自立生活で有名なアプローチといえば自立

---

9) Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) は、バングラデシュ独立の際に立ち上げられた地元  
のNGOであり、規模的には世界最大級である。バングラデシュのほか、パキスタンやアフリカなど、世界10  
カ国以上でも活動を継続し、国内に大規模な貧困にあえぐ子供のための学校組織を持ち、最近ではBRAC大  
学まで経営する、コミュニティ開発のNGO組織である。国際的な注目を浴びている。

10) 筆者がユネスコパキスタン所長の任期中2011-2015年には、ささやかな支援をマイルストーンに提供し、啓  
蒙活動などを共同で行った経験もある。この箇所の記述はマイルストーンとの経験に基づく。

生活運動、欧米生まれのILである。もともと米国バークレー生まれのIL<sup>11)</sup>はCBRとかなり共通点を持つが、障害当事者が中心となる点と、家族からの障害者の自立をも促す点などでは異なっており、CBRをさらに社会モデル寄りにしたものと理解するとわかりやすい。医療専門家による医学療法や作業療法などの医療サービスは通常は行わない。障害者がリハビリなどをして健常者に近づけるよりも、バリアフリー、社会の意識向上、差別禁止法の制定など、社会の側に変化を求めるのもIL活動の特徴である。つまり負担を障害者に負わせるのではなく、社会の側に負わせるのがILの哲学である。ILとCBRはどちらも隔離した施設での生活を否定し、障害者がコミュニティーの中で暮らすことを目指す点においては同じである。また、医療サービスだけではなく、包括的なサービスを提供する点においても同じである。しかし、障害者の家族や支援者、専門家などもサービス提供者として歓迎するCBRと異なり、ILにおいてはプログラムに決定権を持ち、管理をするのはあくまでも障害当事者である。非障害者はあくまでも陰から見守る支援者に過ぎない。この点でCBRとILは少し異なっている。今まではILは開発途上国にはふさわしくないと考えられていた。

しかし、パキスタンにおいても、ILを始めたNGOが存在する。マイルストーンは、日本のダスキン障害者研修やJICA主催の研修の後、日本のILセンターなどから支援を受けていたラホール出身の障害当事者、車椅子を使用するシャフィーク氏が2002年に故郷で立ち上げたラホールILセンターが基盤である。現在では全国組織に成長した。ILの精神にのっとり、障害当事者運動体としての活動と、障害者に福祉サービスを提供する事業体の二つの顔を同時に持つ。完全な障害当事者団体であるマイルストーンは、マネジメント、有給職員のはほぼ全員が障害当事者である。主体をなしているのは、車椅子利用者など身体障害者（比較的軽度の身体障害者）であるが、リハビリテーションなどでは回復の見込みのない重度障害者も参加している。最初は地道な活動、ラホール市の病院や障害者施設を訪ね歩き、そこに収容されている障害者たちをコミュニティーに引っ張り出して、自立生活の基礎を説明することから始めた。病院の医療専門家や家族の反発にあいながらも、障害者がコミュニティーで自立して生活する権利を提唱し続けながら、地味な活動を継続した。徐々に地域の障害者たちや家族がIL事務所を訪問するようになってきた。

次第に、それらの障害者のコミュニティーでの自立生活を支援するため、パキスタンでは初めての障害当事者自身が障害者のコンシューマー（消費者）にサービスを提供する事業を試みた。パキスタンのILセンターとしてのピアカウンセリングや自立生活プログラム、自宅への介護者派遣などの多角的なサービスを提供し始めたのである。最初の数年は研修先の日本のIL組織からの財政支援などに頼っていたが、徐々に活動の規模を広げた。マイルストーンがIL活動を一気に拡大し、全国組織に広がるきっかけを作ったのは、2005年10月にパキスタンの北部カシミール地方で発生した大地震である。約7万人が死亡し、さらに7万人が重症の怪我をし、後者の中には一生涯にわたり障害を

11) Independent Living (IL) は米国のカルフォルニア生まれの概念で、途上国のCBRと似ているが、あくまでも障害当事者主体を提唱し、障害当事者が運営しサービスを提供していく。障害当事者はサービスのユーザーとしての権利を持ち、既存の医療専門家主体のリハビリテーションを重要とみなさない。医療従事者が圧力者となり得る可能性も指摘する。障害の社会モデルを主張し、家族や施設からの自立生活を目的とする点は、米国的であるとも言える。日本でもILはDPIなどを中心に活動を広げている、

残す人もいて、急激に中途障害者の数が増加した。マイルストーンは即刻、被災者支援活動を行った。多くの障害者や老人たちが取り残され、崩壊した自宅で救済支援を必要としていた。被災で途中障害者となった人たちは人生に絶望しており、車椅子や補助用具、カウンセリング、生活技術などを緊急に必要としていた。被災地にもILの拠点のセンターを設立した。全国の支援者、日本などのIL組織、海外などから支援金が送られた。新たに障害となった人とその家族のために、障害者として生き抜くための自立生活技術を提供し、被災で生き延びた既存の障害者たちには、精神的なピアカウンセリングを提供した。

これらの業績が認められ、マイルストーンは世界銀行から被災地の障害支援プロジェクトを請け負うことになり、今までにはなかった大規模な資金援助を受けることになった。その後、IL活動を大々的に全国規模にスケールアップさせるようになった。しかし、世界銀行のプロジェクトが終了になった途端に資金難に見舞われ、活動を小規模化させることを余儀なくされた。その後は、マイルストーンの専従メンバーたちは、生活費は他の仕事で稼ぐようになったが、ILのメンバーの数は全国的に伸び続けているということである。このような状況の中、他の障害者団体とネットワークの必要性が叫ばれ、イスラマバードを拠点とする他のNGO STEP<sup>12)</sup>などと協力して「Pakistan Disability Forum：パキスタン障害者フォーラム」を結成し、障害当事者運動体としての活動に力を入れるようになった。つまり、IL主義のもう一つの顔を使い始めた。ラホール市内の公共交通をバリアフリーにさせたり、12月3日の国連の国際障害者の日に啓蒙車椅子ウォークを行ったり、全国的に他の組織と連携し2011年にパキスタン政府が障害者の権利条約を批准するように働きかけたりもした。パキスタン全国的にILやCBRは様々な形で広がっているが、これらの自助組織の最大の貢献は、昨年、国会で承認されたパキスタン障害者差別禁止法である。この法律を通すため、マイルストーンや各地でCBRを運営している当事者団体がコツコツと政治的なロビー活動を行ったことが成功につながった。筆者の滞在中は、ユネスコやWHOなどの国連組織とも協力した。資金難の現在はアドヴォカシーの面で業績をあげている。財政を安定化するためには、サービス料金を徴収する必要があるのだが、「家族が世話をするのが当たり前」のパキスタンでは難しい。政府の補助金に関しても、ごく数人がILサービスを利用するために、少しの政府の補助金をもらったケースもあるが、これはあくまでもその当時の政府職員が個別に認めたアドホック補助金対策で、制度化してILに補助金を出す制度はまだ存在しない。米国や日本のいくつかの市町村などの先進国のように、補助金に支えられているIL運動とは異なり、財政の安定化は最大の難題であるというのが筆者の見解である。

ILの哲学の基本は「すべての障害者のため」という、様々な種別の障害者が参加するクロス障害当事者団体であるべきだが、筆者の目で見ただけで、パキスタンのILセンターのメンバーは車いすユーザーなど、身体障害者が大半であり、盲人、聾者、知的障害者、精神障害者などの会員はまだまだ少ない。ジェンダーのバランスに関しても問題点が残る。むしろ、身体障害者の当事者団体といった感

---

12) Special Talent Exchange Programme (STEP) Pakistan は障害当事者である活動家のモハメッド アティフ氏が立ち上げたイスラマバードベースのNGOであり、当事者団体ではあるがマイルストーンよりは穏健派で、運動体よりもサービス提供型で、政府との交渉もうまい。少し、質の異なったNGOである。マイルストーンもSTEPもパキスタンでは著名なNGOであり、両者は良きライバルであるが、互いに共同することも多い。

じがする。このように、いろいろ問題を残してはいるが、障害者を受動的なサービスの非益者としてではなく、当事者自身が管理者、提供者となって福祉サービスを提供するやり方は、パキスタンでは画期的であり、いろいろな面で興味深く、将来的な方向に向かっていくのかもしれない。英国の影響が強く、議会民主主義の基盤が整っているパキスタンには、ある程度フィットする可能性もある。今後、IL活動がパキスタン全土で、また、その他の南アジアでどのように展開するのかは、上記の難題をいかにして解決していくかにかかっていると筆者は考える。

#### 4 結果と考察

3カ国のプロジェクトから学べることは、南アジアの開発途上国においては、限られたリソースや財源の中、コミュニティ資源を最大限生かしたCBRの妥当性は高いと言える。効率性に関しては、小規模で運営する場合は問題がないが、パキスタンの例のように、全国的にスケールアップする際は、外部の資金援助がなければ効率性を保つのが難しく、バングラデシュの例でも欧米の資金援助などに頼りがちである。CBRの持続性に関しては、政府の支援や地方自治体との協力が要のようである。バングラデシュの例で明らかのように、ツイントラック（特に障害をコミュニティ開発へメインストリームすること）が、持続性、スケールアップ、アウトリーチの観点からも大切である。インパクトに関しては、障害者や家族の生活向上とコミュニティ全体の意識の向上、パキスタンの例に関して言えば、バリアフリーの町づくりへの影響力や政府の障害者の権利条約の批准や差別障害者禁止法の制定といった制度や政策面も挙げられる。バングラデシュの例からは、かなりの数の障害児が、通常の学校のインクルーシブ教育へ統合可能となることなども挙げられる。障害当事者たちが運営団体に雇用されたことも、また、いろいろな訓練や国内外研修に参加したりすることにより、障害当事者自身のエンパワーメントが促進されたこともインパクトの一つであるだろう。

これらの成功例の共通点について考察してみると、上記のCBRのマトリックスに関しては、包括的に取り組んでいるし、特に絞られたコンポーネントも見られないが、エンパワーメントの項目のアドヴォカシー、社会的動員などは共通項目であり、活動の結果だけではなく障害者や家族のかかわりといったプロセスの大切さが目に付く。また、パキスタンの事例からは、障害当事者団体や自助組織の役割も大切である。どのプロジェクトもコミュニティの意識向上をもう一つの活動軸にしている。

さらに、このマトリックスには含まれていないが、災害後の緊急支援や復興支援への障害のメインストリームの重要性が挙げられる。自然災害の多いアジアでは注目すべき点である。ネパール、バングラデシュ、パキスタンすべての国において、障害と自然災害の関連性が指摘される点から、今後の国際支援は、この点に留意する必要があると思われる。また、常に自然災害に悩まされ続ける日本にも学ぶ点があるだろう。災害経験のある日本はこの点に関して将来的にも国際協力分野で成果をあげることができるかもしれない。日本は経験を活かし、ODA分野でニッチプレーヤーになれるかもしれない。障害概念の社会モデルへの変遷に関しては、パキスタンのIL活動の障害当事者が障害者の利用者にサービスを提供するやり方などは現代的で今後の日本の障害福祉の分野においても参考になるだろう。

## 5 結論

結論としては、南アジアの開発途上国においては、大規模な予算を必要とし、大都市に偏りがちな施設型の障害者福祉よりも CBR 型の活動のほうがより多くの人へのアウトリーチが可能であり妥当性もあり、プロジェクトの効率が高いと思える。今後はこのパイロット的な現地の調査に基づき、さらに大規模な CBR プロジェクトの評価を行う必要があるだろう。公的資金を受けたサンプル代表制のある調査なども望ましい。この小規模観察調査から言えることは、CBR は調査対象地に限っては、少なくとも経済的インプットに対して比較的効率の高いアウトプットを産み出し、その規模を柔軟に変化させながらもある程度長期的なインパクトを与えていることである。障害者だけを対象にするのではなく、家族やコミュニティー全体を取り込むことは成功の鍵でもあり、CBR の継続性を真に確保するためには、政府や地方行政の協力と資金補助、CBR の公的政策化なども必要であり、今後の課題でもある。NGO などが中心となって展開している現状の CBR をどのようなやり方で格上げし、公的福祉・開発政策の一環に拡大化するのか。いずれにしても障害当事者が中核として参加することは CBR プロジェクトの成功への鍵である。

本調査では南アジア3カ国で代表的で著名な機関のプロジェクトを事例としたが、今後は農村地方を含む各地をカバーし、さらに代表制のある CBR プロジェクトの成果を検証する必要があると筆者は考える。その際、WHO のマトリックスやガイドラインは基礎となるだろう。その調査方法としては、農村地域で使われている参加型調査法、participatory rural appraisal (RRA) やさらに参加型の emancipatory research method などの手法を採用することが望まれる。CBR は障害分野の SDGs であるという障害当事者もいた。CBR は途上国における障害者の権利条約実行のツールであると語るベテラン ODA ワーカーもいた。CBR は SDGs と権利条約、つまり開発と人権や福祉の接点であるといえる気がする。最後に、調査研究に尽力を頂いた CDD と MILESTONE に感謝の念を表したい。

## 参考文献

### 日本語文献

- 上野悦子, 高峰豊 2016, 「第3回アジア太平洋 CBR 会議報告」, 『リハビリテーション研究』168号, 2016年3月, 41-44 JANNET 日本リハビリテーション協会 JANNET バングラデシュ現地研修会 2008年3月1-5日, CDD 協力 報告書, <http://www.normanet.ne.jp/~jannet/houkoku/200803houkoku.html> 2016年8月31日ダウンロード
- 久野研二・David Seddon (2003) 『開発における障害(者)分野の Twin-Track Approach の実現に向けて—「開発障害分析」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』国際協力機構国際総合研究所
- 久野研二 (2006) 「開発援助と障害: 実践のためのフレームワーク」, 森壮也編『開発問題と福祉問題の相互接近: 障害を中心に』2006年3月, アジア経済研究所
- 長田こずえ (2007) 「開発と障害: 開発専門家の視点から見た国連障害者権利条約—障害の開発へのメインストリームを実現するための手段」『リハビリテーション研究』2007年6月号第37巻, 日本障害者リハビリテーション

協会

森壮也, 2011, 『南アジアの障害当事者と障害者政策—障害と開発の視点から』アジア経済研究所

### English bibliography

- Abu-Habib, L. 1997. *Gender and Disability: Women's Experiences in the Middle East*, Oxfam Publication, UK
- Albert, B. 2006. *In or Out of the Mainstream: Lessons from Research on Disability and Development Cooperation*, The Disability Press Leeds, UK
- Aziz A. Country Paper for Pakistan, presented at the UN ESCAP Expert Group Meeting on Effective Data Generation for Incheon Strategy, 6-7 November 2012.
- Carpentier, L. Andrew (2006). "Community Based Services for Rehabilitation and Special Education: In villages and Refugee Camps throughout Jordan", *Journal for Disability and International Development*, Behinderung und Dritte Welt. Essen Germany Vol. 17, No. 3, pp. 26-28.
- Coleridge, P. (1993). *Disability, Liberation and Development*, Oxfam: Oxford.
- DFID (Department for International Development). (2000). *Disability, Poverty and Development*, Department for International Department. DFID: London.
- Coleridge, P. 1993. *Disability, Liberation, and Development*, Oxfam Publication, UK
- Government of Pakistan, National Census of Pakistan 1998, Islamabad, Pakistan.
- Institute for Social Justice (ISJ), Study on Women, Minorities and Children in Pakistan, downloaded in August 2015 from [//www.isj.org.pk/situation-of-women-children-and-minorities-with-disability-in-pakistan/](http://www.isj.org.pk/situation-of-women-children-and-minorities-with-disability-in-pakistan/)
- Khan, H. G. & others. Consanguinity Marriage in Pakistan: A Tradition or a Cultural Politics and Possible Management Measures, *Canadian Social Science*, Vol. 7, No. 1, pp. 119-123, 2011.
- Nagata K. K. Women and Disability in the Arab Region: Challenges in the New Millennium, pp. 10-14, *Behinderung und Dritte Welt, Journal for Disability and International Development*, 3/2006, pp. 10-14. 2006.
- United Nations, 2006. New York. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>, downloaded as of 31 August 2016
- United Nations, 2016. New York. Sustainable Development Goals (SDG) Knowledge Platform <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>, Downloaded as 31 August 2016
- World Health Organization. CBR Matrix [http://www.who.int/disabilities/cbr/cbr\\_matrix\\_11.10.pdf](http://www.who.int/disabilities/cbr/cbr_matrix_11.10.pdf), downloaded as of 31 August 2016
- World Health Organization, 2010. *The Community-Based Rehabilitation Guidelines*, English Version, Geneva
- World Health Organization, 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva