

筑波大学第三学群国際総合学類

卒業論文

「障害と開発」の実践としての CBR
—ネパールの事例にみる障害者統合の地域社会発展—

2007 年 1 月

氏 名：野崎隆人
学籍番号：200311125
指導教官：関根久雄

目次

第1章 序論	1
1. 研究の目的	1
2. 研究方法	2
第2章 「障害と開発」研究の現在	4
1. 「障害と開発」を捉える理論的枠組み	4
(1)障害の社会モデル—障害観のパラダイム転換—	4
(2)「障害と開発」の理論的枠組みとしての「潜在能力」アプローチ	7
2. 「障害と開発」の実践論	11
(1)CBR の概念と今日的課題	11
(2)ツイン・トラック・アプローチ—ポスト CBR の実践論—	17
第3章 ネパール・カトマンズ盆地における CBR	20
1. カトマンズ盆地概観	20
(1)地理	20
(2)盆地の主要民族とその社会が持つ一般的特徴	21
(3)障害者をめぐる状況	23
2. 事例 1—個人アプローチ型 CBR	24
(1)NAWB の概要	24
(2)NAWB による「CBR」	25
3. 事例 2—社会開発型 CBR	29
(1)バクタプール郡及び CBRO バクタプールの概要	29
(2)CBRO バクタプールによる「CBR」	30
第4章 障害者統合の地域社会発展と障害の統合モデル	37
1. バクタプール社会にみる障害者統合の地域社会発展	37
(1)「CBR」の社会的インパクト	37
(2)社会構造の変化と「CBR」の役割	40
2. 障害の統合モデル（折衷モデル）の検討	42
第5章 結論	46

謝辞	49
注	50
参考文献	53
Summary	58

図目次

図 1 貧困と障害の悪循環	8
図 2 「障害と開発」におけるツイン・トラック・アプローチ	19

表目次

表 1 CBR の段階的实施方法	13
表 2 『地域での障害者の訓練』の内容	13
表 3 障害モデルの比較	43

第1章 序論

1. 研究の目的

今日発展途上国における開発を考えると、「貧困層の 15%から 20%」[Elwan 1999:15]と言われる障害者の存在に目を向けずにはいられない。貧困と障害は相互に助長しあう双方向的な因果関係にあり、その結果途上国に住む障害者は最貧層に属することが多いからである[コーリッジ 1999:103; Elwan 1999:34; DFID 2000:1-3]。また、伝統的な障害観に起因する偏見や、障害者を社会の生産的成員とみなさない因習など、社会そのものが持つ意識構造によって、障害者は地域社会への参加を阻まれ、周縁化されてきた。途上国の障害者は「社会の発展から最も取り残されてきた存在」[久野/Seddon 2005:1]と言える。では、障害者を統合した地域社会発展のあり方とはどのようなものであろうか。このような問題意識が、本稿の出発点である。

開発研究において、近年「障害と開発」という新しいイシューの確立が提唱されるようになった。森の定義によれば、「障害と開発」とは、「広義には『開発途上国の障害者のこと』、狭義には『途上国の発展と障害者との関わり』」[森 2006:9]のことである。その目的は端的に言って、途上国の社会において周縁化されている障害者を開発のメインストリームに連れ出すことにある。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ことではなく、開発という枠組みに「障害」の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を意味する[久野/Seddon 2005:20]。

このような潮流の中で近年注目を集めているのが、地域に根ざしたリハビリテーション（Community Based Rehabilitation: 以下 CBR）である。CBR は、地域の資源を利用したケアや障害者の地域社会への参加の促進、社会の持つ意識構造の変革などを含んだ、社会開発的方法論である。1970 年代後半以降、世界保健機関（World Health Organization: 以下 WHO）をはじめとする国際機関や政府機関、また多くの市民団体によって実践されてきた。近年では、障害（者）問題と開発問題の間をつなぐ、「障害と開発」の実践論的枠組みとしての可能性が議論されている。

しかし、そのような「障害と開発」に関する研究、議論は始まったばかりであり、様々な視点による学際的な研究の蓄積が求められている[森 2006:10-11]。これまでの

「障害と開発」の実践的取り組みに関する研究は、障害者個人の生活の質の変化やエンパワメント、参加などに焦点を当てて成果と課題を論じたものが多かった。例えば高嶺は、西メキシコにおいて障害者自身によって組織、運営される CBR を取り上げ、障害者がフィールドワーカーとして果たしうる役割と、障害者団体による CBR 運営の可能性を明らかにした[高嶺 1996:185-189]。また久野は、マレーシアの事例を基に、CBR の取り組みが機能回復を重視しているため、障害者の参加支援を通してのエンパワメントという理想を達成できずにいることを明らかにしている[久野/Seddon 2005:102]。しかし現実には、障害者は社会から完全に隔絶され閉鎖的に暮らしているわけではない。彼らは、地域社会における多様なアクターとの関係性の中で暮らしているはずである。CBR が社会開発の手法として地域社会にアプローチするものであるならば、障害者個人だけでなくその社会的関係性の中で生じる変化にも注意を向けるべきであろう。

そこで本稿では、ネパールのカトマンズ盆地における CBR を具体的事例として取り上げ、障害者を取り巻く社会関係の変化に焦点を当てて分析する。ネパールは、非政府組織 (Non-Governmental Organization: 以下 NGO) による CBR が数多く見られ、かつそれら NGO 間の協調体制が形成されるなど、CBR が活発に行われている国のひとつである。CBR が障害当事者と地域社会との関係性に及ぼした影響を明らかにすることで、障害者を統合した地域社会発展のあり方を検証し、「障害と開発」に関わる実践論の構築へ向けた提言を行うことが、本稿の目的である。

2. 研究方法

本研究は、文献とネパールにおける現地調査をもとに行う。続く第2章では、まず途上国における障害(者)問題を考える上で重要なパラダイムと理論的アプローチをレビューし、「障害と開発」の理論的枠組みを検討する。その上で、CBR を中心にいくつかの実践的方法論を取り上げ、「障害と開発」の実践論的枠組みを整理する。

第3章以降は主に現地調査によって得られたデータをもとに記述する。まず第3章でカトマンズ盆地における CBR の事例を2つ提示し、それぞれの特徴をまとめる。第4章では、提示した事例の片方について、障害者をめぐる社会的関係性に着目してより詳細な分析を行い、結論につなげる。

現地調査は、カトマンズ盆地内で CBR を実施するネパール盲人福祉協会 (Nepal

Association for the Welfare of the Blind: 以下 NAWB) と CBRO バクタプール (Community Based Rehabilitation Organization-Bhaktapur) という 2 つの NGO を対象に行った。調査期間は 2006 年 8 月 3 日から 8 月 30 日の約 1 ヶ月間で、2 つの NGO に対して併行して実施した。調査では、NGO 職員及び障害当事者、またその家族に対するインタビューと、当該 NGO により文章化された資料・データの収集を行った。

第2章 「障害と開発」研究の現在

1. 「障害と開発」を捉える理論的枠組み

(1)障害の社会モデル—障害観のパラダイム転換—

近年、障害に対する認識方法は大きく変化した。それは、障害を障害当事者個人に焦点を当てて理解する捉え方から、障害者を内包する社会に焦点を当てる捉え方への変化である。これにより障害の原因と障害（者）問題の所在は、個人というよりは社会の側にあるとの考え方が主流となった。その変化は、障害とは何かという根本的な問いから、障害（者）問題への取り組み方にも影響を与えるパラダイム転換であると言える。そうして生まれた障害の社会モデルという新たな障害観は、「障害と開発」を理論的に捉える上でも、また途上国における障害（者）問題への実践的取り組みに対しても大きな影響を与えている。本節ではかつて支配的であった障害の医療モデル（個人モデル）との対比によって障害の社会モデルを理解し、障害を定義する。

1)障害の医療モデル（個人モデル）

障害の医療モデルの最大の特徴は、障害を個人の問題として捉える点である。そして問題の所在は、心身機能の損失または欠陥そのものにあると考える。このような医療モデル的観点に基づく障害の定義として一般的なのは、WHO の国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: 以下 ICIDH)によるものである。そこでは、まず機能障害(Impairments)を「心理的、生理的又は解剖的な構造又は機能の何らかの損失又は異常」[WHO 1976:47]であるとする。続いて、能力低下(Disabilities)を「人間として正常とみなされる態度や範囲で、活動していく能力のいろいろな制限や欠如」[WHO 1976:143]とする。そして、社会的不利(Handicaps)を「機能障害や能力低下の結果として、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みて）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」[WHO 1976:183]と定義している。

この定義からも分かるように、医療モデルでは、「正常」の实在が前提にあり、その対極における「異常」な状態を障害と認識する。そしてそのような異常は、「矯正」され、「回復」され、「克服」されるべきものとして位置づけられる。したがって障害

者は、治療もしくはケアが必要な患者なのである[コーリッジ 1999:17, 19, 114]。このような論理は、必然的に、障害者に対する取り組みに医療の介入を招いた。しかし、この認識と取り組みはいくつかの問題点を生み出し、また内包している。それらは以下の4点に要約できる。

1 点目は、病気と異なり心身の機能損傷はある程度の回復は望めても、完全に取り除くことはできない場合が多いということである。四肢などの重大な身体的機能に関わる損傷や先天性の損傷の多くがこれに含まれる。この点は医療的アプローチの限界を端的に示していると言える。

2 点目は、施設中心主義の横行による弊害である。途上国におけるリハビリテーション施設の中で一般的なタイプは、障害者がそこで長期的に生活を送る収容施設である[ヘランダー 1996:79]。収容施設の活用には、家族の負担を減らす、専門的な治療やリハビリテーションを提供する体制が整っているという利点がある。しかし当事者の視点に立てば、施設での長期生活を望む障害者は少ない。また収容施設は、規則づくりの生活や、ときには虐待、辱め、低い自己評価を含めた障害者の自尊心の侵害へとつながる。さらに、社会と隔離することで、社会統合の妨げにもなった[ヘランダー 1996:79; 中西/上野 2003:152-153]。

3 点目は、専門家主義の横行による弊害である。中西と上野は当事者の自己決定権の保護という立場から、専門家主義を批判的に解説する。

障害者の世界では、この専門家主義の影響はたいへん強かった。非障害者である専門家が「障害」を定義し、等級をつけ、非障害者に近づけるようにリハビリや治療方針を立て、かれらが適切と考えるライフスタイルをおしつけて施設収容を促進してきたからである。(中略) 病気と違って治療の対象とならない「障害」の場合には、何が自分のニーズか、自分にとって何が適切かいちばんよく知っているのは当事者自身である[中西/上野 2003:14]。

このように障害者の意思、自己決定権はないがしろにされてきた。そして専門家主義は先に述べた施設中心主義とあいまって、「依存と庇護の関係」[コーリッジ 1999:17]を作り出し、障害者の自立と社会統合を阻害する。

4 点目は、特に途上国の文脈における問題である。多くの途上国では施設、専門家、

物的資源は都市部に集中しており、数も少ない [ヘランダー 1996:79-80; 中西 1997:19]。それゆえ、そのほとんどが農村地域に住む貧困層の障害者は、サービスにアクセスすることが難しかった。加えて金銭的な問題も考えられる。莫大な維持費のかかる施設は多くの途上国にとって大きな負担となる。また、保険制度が整っていない国や地域では、一部の富裕層だけが施設や専門家のサービスを実際に利用することができる。発展途上国でリハビリテーションサービスを受けている障害者は、障害者全体の 3%以下であるという指摘もある⁽¹⁾。このように、医療モデルに基づく医療の介入による障害（者）問題への取り組みは、途上国という文脈においては有効に機能しない場合が多い。

2) 障害の社会モデル

以上のように、障害の医療モデルに基づくアプローチには様々な問題や限界がみられる。その反省に立ち、医療モデルを批判する立場から生まれたのが、障害の社会モデルである。それは、障害を社会の側の問題、あるいは損傷を持つ人と社会との関係性の問題と捉える考え方である[森 2005: 2]。社会モデルは、インペアメントのある人を無力化する、すなわち障害を生むのは社会の仕組みやルール、文化背景、物理的な環境、そして人々の態度であるとする[ヘランダー 1996:22; コーリッジ 1999:34, 60, 63; DFID 2000:2; バーンズ/マーサー/シェイクスピア 2004:45]。

この考え方は医療モデルとの対比においてより明確に理解される。例えば、下半身麻痺のために車椅子で生活を送る男性がいるとしよう。彼の住む地域はバリアフリーが徹底されておらず、段差の多い街である。そのため彼は自由に移動することができない。ここで医療モデル的な思考を適用すると、問題は歩行ができないという彼個人の身体機能の損傷にあるので、リハビリテーションによってこれを克服し、機能の回復を目指す、という取り組みが考えられる。対照的に社会モデル的な捉え方では、問題の所在は段差の多い街づくり、あるいはその背景にある社会の仕組みやルールにあると捉え、それらが社会と損傷を持つ人との間に障壁を作っていると考える。したがって、この問題への取り組みは、なんらかの社会の側を変えるアプローチが考えられる。それは「社会のしくみやルールが変われば、いま問題であることも問題でなくなる可能性がある」[中西/上野 2003:9]からである。

またヘランダーは中度精神遅滞者⁽²⁾を例にして、文化的環境が障害の認知に及ぼす

影響を次のように説明する。

西欧の国だったら、中途精神遅滞者は人生の早期にそう「診断される」であろう。その結果、こうした子は障害児教育の対象となる。彼はかりに高いレベルの職業資格を得たとしても、後の人生で開かれた労働市場で雇用される可能性はほとんどないことになる。(中略)開発途上国だったら、同程度の障害者だと、発達的に遅れている子どもたちが非常に多数いるため、目立つこともないだろう。この子が学校に行く際、学習上の問題はあまり起こらないだろうし、おそらく他の多くの子どもたちと、小学校を中退することだろう。こうしてこの子は、後に農業に従事したり、あるいは家事を行ったりするようになると考えられる[ヘランダー 1996:22]。

このように、同じ損傷でもそれが生活を送る上での障害となるか否かは、社会の仕組みやルール、物理的環境、文化的背景によって異なる。すなわち、障害とは損傷を持つ人に社会が付与するものであると言える。したがって、障害(者)問題に対する取り組みは社会の側へのアプローチと、それによる社会の変革が不可欠となる。要約すれば、医療モデルが社会環境を固定、不変とし、個人を変えて社会に適応させようとするのに対し、社会モデルは社会が変わることを求めるのである[コーリッジ 1999:114; 久野/Seddon 2003:7]。

このような理解に基づき、コーリッジは損傷と障害とを明確に区別して定義する。彼によれば損傷は機能が欠如していることであり、障害は社会態度によって障害者にされることである[コーリッジ 1999:160]。より具体的には、損傷とは『機能の欠如または異常に加えて、機能への影響』、例えば、対麻痺に加えて歩行の不可」と捉えられる。そして障害、またはハンディキャップとは「損傷を持つ人々をほとんどまたは全く考慮せず、かくして社会的活動の中心からその人たちを除外する社会的要素によって起こされる、活動を行う上での不利または制限」[コーリッジ 1999:159-160]と定義される。本稿では損傷あるいは障害という用語は、基本的にこの定義の意味において用いるものとする。

(2)「障害と開発」の理論的枠組みとしての「潜在能力」アプローチ

これまで「障害と開発」へのアプローチの主流は、貧困と障害が助長しあう双方向的な因果関係にあるという議論（図 1 参照）に基づくものであった[コーリッジ 1999:103; Elwan 1999:34; DFID 2000:1-3]。しかし久野は、この議論ではいまだ貧困と障害が2つの異なる課題として捉えられており、障害（者）問題を開発という枠組みの重要な一部として位置づけ、取り組むには不十分であると述べる[久野/Seddon 2003:2]。そのためには、貧困と障害、あるいは開発と福祉の問題を相互に接近させ、1つの課題として捉えるための新たな概念が必要となる。そこで、現在広く提案・支持されているのが、アマルティア・センの「潜在能力」アプローチである。本項では「障害と開発」の理論的枠組みとしての「潜在能力」アプローチの有効性と課題を検討する。

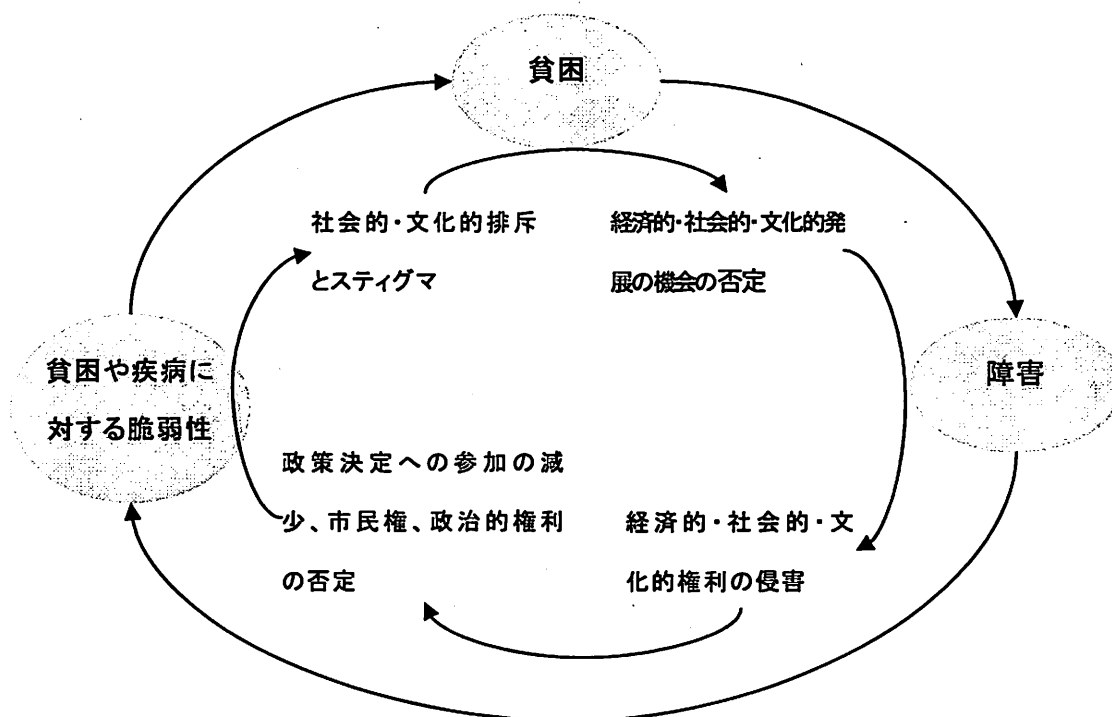


図1 貧困と障害の悪循環（[DFID 2000:4]より）

1) 「潜在能力」アプローチ概説

「潜在能力」アプローチは、従来の財や所得、効用（満足、幸福、欲望充実）を指標に人の暮らしぶりの良さを評価するアプローチに対し、人は何をなしているか、あるいは人はどのような存在でありうるか、すなわち人間生活の質そのものに焦点を当てる[セン 1988:1-2, 12, 1999: v-vi, 47;]。そのエッセンスは、人の「福祉」（生活の良

さ、暮らしぶりの良さ)の評価は「機能」(ある状態になることや何かをすること)と、その人が選択可能な「機能」の組み合わせである「潜在能力」に対して行われるべきということである [セン 1988:21-26; 1999:59-60]。

ここで言う「機能」とは、人がなしうること、あるいはなりうるものを意味する。例えば、「十分な栄養が得られている」「健康状態にある」「教育を受けている」「移動できる」「地域社会の生活に参加している」などが挙げられる。人の存在はこのような「機能」によって構成されている[セン 1988:2; 1999:59]。

また「潜在能力」とは、ある個人が選択可能な機能の全ての組み合わせを意味する。したがって「潜在能力」は、人が機能の選択に関してもつ自由度を表し、人の在り方を反映するものである[セン 1988:25-26; 1999:59-60]。言い換えれば、「潜在能力」とは人がある生き方あるいは在り方を達成するにあたって選択の自由を行使できる実質的な機会を表す[鈴木/後藤 2001:196]。

この枠組みを、本稿の問題意識の所在である途上国に当てはめると、貧困は単なる所得やそれに付随する財の不足としてではなく、より良い生を選択できない状態、すなわち「潜在能力」の制限として捉えられる。「財の特性を機能の実現へ移す変換は、個人的・社会的なさまざまな要因に依存する」[セン 1988:42]ので、財のみに焦点を当てて貧困を測定するアプローチは不十分である。したがってこの枠組みにおいて開発は、経済成長や財の増大というよりは、人間の生に直接結びついた「潜在能力」の拡大を目指す取り組みとなる。

2)「潜在能力」アプローチの「障害と開発」への適用

センは「潜在能力」の制限を例示する際に、しばしば障害者を引き合いに出す。例えば、自転車という財はそれを所有する人が健康体であれ障害者であれ、ひとしく「輸送性」という特性を持っている。しかし健康体である人がその自転車を乗り回し、「移動できる」という「機能」を達成できるのに対し、ある種の障害を持つ人は個人の能力の欠如のためにそれができないかもしれない、という具合である[セン 1988:22]。

この例では「潜在能力」を制限する要因として、財を「機能」に変換する際の個人の能力の差に焦点を当てている。しかしここで注意を払いたいのは、「潜在能力」アプローチが「潜在能力」の制限要因として個人的要因だけに注目するのではなく、社会的要因をもその視野に入れている点である。例えばパンという財を以って、社会的な

行動を含む「機能」や、友人や親戚をもてなすという「機能」を実現するためには、

「(1)ひとが生活する社会で開かれる社交的会合の性格、(2)家族や社会におけるひとの立場」[セン 1988:42]などの社会的要因が関わってくる。加えて、センは別のところで、財を「機能」に変換する自由度が個人間で異なるのは、人間が内的な特質（例えば、年齢やジェンダー、一般的な力量があるか、特別な才能があるか、病気にかかりやすいかどうか、など）において多様であるからであり、この多様性は人間の基本的な側面であるとし、人間の多様性を変数としてではなく前提として論じている[セン 1999: x, 130-131]。

仮に「潜在能力」を制限する要因として個人の能力のみを重要視すると、「潜在能力」の拡大のためには個人へのアプローチが主となる。そして、この論理を障害者に適用した場合、障害の医療モデル（個人モデル）への回帰に陥る可能性がある。しかし、上記のように「潜在能力」アプローチは、「潜在能力」と社会・文化的背景の関係を十分視野に入れている。ここに「潜在能力」アプローチと障害の社会モデルとの整合性が見て取れる。

先の人間の多様性という文脈と障害の社会モデル的観点を統合すれば、損傷は人間の多様性に根ざした数ある特質のひとつであり、それは社会・文化的環境との関係性によって「潜在能力」の制限を生み出す、と行うことができよう。したがって「障害とは潜在能力の制限という数ある現象のうちのある特定の形」[Burchardt 2004:12]と捉えることができる。このように、より広範な枠組みの中に位置づけることで、障害の社会モデルはその枠組みを理論的に補強されうる。一方障害の社会モデルは、「潜在能力」アプローチの実践的問題に対する適用力・応用力を高め、その枠組みをより洗練されたものにするだろう[Burchardt 2004:1,15]。

また久野は「潜在能力」アプローチがもたらす利点として以下の点を強調する。

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」の欠如というひと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[久野/Seddon 2003:25]。

このように、障害の社会モデルと「潜在能力」アプローチの適用によって、あくまで理論的な意味において、障害（者）問題を開発の主課題として組み込むことが可能となる。ここに、開発分野における障害のメインストリーミング化という課題は、一定の成果を得たと言えよう。しかしながら、以上の議論は、開発の実践においていかに障害の視点を組み込むかについて具体的に論じる力を持たない。そこで次節では、「障害と開発」の実践論について述べる。

2. 「障害と開発」の実践論

障害者のエンパワメントあるいは社会統合を目指す取り組みは、障害者教育、雇用支援、自立生活運動、介護保険制度など様々なアプローチに基づいて行われている。その中で、途上国の、特に農村等の既存のサービスがない地域における障害（者）問題に対するツールとして現在広く用いられているのが、地域に根ざしたリハビリテーション（Community Based Rehabilitation: CBR）である。CBR は地域社会の活性化の中に障害者のエンパワメントと社会統合を位置づける、地域開発の中のひとつの戦略として定義される。本節ではまず CBR に焦点を当て、その可能性と問題点を明らかにする。その上で、特に最近になって注目を集めつつある CBR 以外の実践的枠組みを概説し、「障害と開発」の実践論を多角的に理解する。

(1) CBR の概念と今日的課題

1) CBR とは

障害者への支援方法は、施設中心型（Institution Based Rehabilitation: IBR）、訪問型もしくは巡回型、CBR の 3 つに大別できる[中西 2006:142-143]。このうち施設中心型には、前節で述べたように、障害者の自律性の侵害と隔離による社会統合の阻害という問題点がある。巡回型とは、専門家が障害者の自宅や無医村を巡回してサービスを提供する方法である。この方法の欠点は、1 人の専門家が 1 日に訪問できる人数に限られるため、サービスを徹底させるには多くの専門家が必要となり、費用がかかりすぎるといえる点である。加えて途上国では専門家自体の数が少ない場合が多いため、全ての障害者を巡回することは難しい。さらに、そもそもこれら 2 つのリハビリテーションのタイプは、障害者を医療の対象として見る障害の医療モデル的発想にとどまる。

これに対し CBR は、「地域の資源を統合させて社会問題を解決することを最終目的

としている」[中西 1997:19]。CBR では障害者自身やその家族、さらに教師や職人など地域社会の人々は、その地域にふさわしい知識や技術、経験を持った資源であると認識される[ヘランダー 1996:106]。そこでは専門家は助言者として位置づけられ、実動主体は障害当事者を含めた地域の住民である。このような理念は、医療モデル的発想を脱却し、障害者の主体性の向上を促す上で重要となる。

ILO、UNESCO、UNICEF、WHO の CBR に関する共通指針によれば、CBR は以下のように定義される。

CBR とは、障害のあるすべての子どもと大人のためのリハビリテーション、機会均等、社会統合のための総合的な地域開発の中のひとつの戦略である。CBR は障害者自身、家族、地域社会の共同の運動、そして適切な保健、教育、職業、社会サービスによって実施される[ILO/UNESCO/UNICEF/WHO 2002:1]。

また、CBR の目的は以下のように記述される。

CBR の主な目的は、障害のある人々がその身体的・精神的能力を最大限発揮できるようエンパワされ、一般のサービスと機会にアクセスでき、積極的になり、地域の人々と社会に貢献できるようになることを保障することである。このように CBR は、地域社会内部の変化によって障害者の人権を保障する。
[ILO/UNESCO/UNICEF/WHO 2002:3]

すなわち、CBR とは地域の資源（障害者自身、その家族、教師、職人、その他の地域の人々、学校、職業訓練所、地方行政など）を用いて、障害者を無力化（disable）する社会構造に変革を求める社会開発運動である。言い換えれば、CBR とは障害者を含めた地域社会全体が変化することによって、障害者の「潜在能力」が拡大することを目指す地域開発的な戦略である。その理念は、社会との関係性の中に障害者を位置づける社会モデル的な障害観と結びついている。

実際には CBR は表 1 に示される方法によって段階的に実施される。ここで言う CBR 委員会とは、「地域の主要メンバーである村長、行政や地域団体の代表に加えて、障害者やその家族など、サービスの提供者、利用者の双方を含む」[中西 1997:39]組織であ

り、CBR の政策、指針を担う。また障害者の自助団体は、障害者が CBR の意思決定や実施プロセスに積極的に関わるための民主的手段として重要な役割を果たす。

図解された CBR の手引書として最も一般的なのは、WHO の『地域での障害者の訓練』(Training in the community for people with disabilities) である(表 2 参照)。ここで言うローカルスーパーバイザー(Local Supervisor: 以下 LS)とは、表 1 で言うところの CBR ワーカーと同義である。LS の仕事は「障害の発見、障害者の能力の基本的評価、訓練法の選択、家族への適切な訓練についての情報提供、家族による訓練をチェックし監督すること、リファーマル⁽³⁾、訓練や成果に関する記録、障害の原因と予防についての地域の教育、地域の指導者や団体との連携、障害者の自助団体組織化への援助、随時開催される技術研修プログラムへの参加」[中西 1997:42]などであり、CBR におけるファシリテーターの役割を担う存在と言える。

表 1 CBR の段階的实施方法

-
- ① CBR 委員会を結成する。
 - ② 定期的奉仕が可能な CBR ワーカーを募集、選考し、図解された CBR の手引書を参考とした専門家による訓練を行う。
 - ③ 障害者のおよその人数とニーズを調査する。
 - ④ 少数の障害者を対象とした試行プログラムを計画し、着手する。
 - ⑤ 地域で手に入る技術、材料を使い、補助具、自助具を製作する。
 - ⑥ 正しい障害者観や障害予防の知識を育てるために、啓蒙キャンペーンを行う。
 - ⑦ 障害者の雇用を進める。
 - ⑧ 障害者の自助団体を育成する。
 - ⑨ 評価およびフォローアップを行う。
-

([中西 1997:39-46]より筆者作成)

表 2 『地域での障害者の訓練』の内容

-
- ・ ローカルスーパーバイザー (LS) のためのガイド
 - ・ 地域リハビリテーション委員会のためのガイド
 - ・ 障害者のためのガイド
 - ・ 教師のためのガイド
-

- ・ 見ることが困難な子どもの家族のための訓練パッケージ
- ・ 話して聞くこと、または聞いて動くことが困難な人の家族のための訓練パッケージ
- ・ 動くことが困難な人の家族のための訓練パッケージ
- ・ 手または足に感覚がない人の家族のための訓練パッケージ
- ・ 奇妙な行動を見せる大人の家族のための訓練パッケージ
- ・ 発作を起こす人の家族のための訓練パッケージ
- ・ 学習することが困難な人の家族のための訓練パッケージ
- ・ 一般的な訓練パッケージ

([WHO 1976]より)

2) CBR の具体的戦略と今日の課題

CBR の最も先駆的な事例は、アメリカの NGO ヘレン・ケラー・インターナショナルによるプロジェクトで、1960 年代後半から南インドにおいてパイロット・プロジェクトを開始している[野崎 2000:129-130]。1978 年には、WHO がアルマ・アタ宣言の中でプライマリー・ヘルス・ケアのためのひとつの戦略として CBR を推奨した。その後、CBR は世界各地で展開されるようになり、実施形態も多様化した。中にはアウトリーチ型や施設中心型と判断できるものも含まれている。

インドネシア中部ジャワ州ソロ市では、1982 年以降、CBR 開発・研修センター (Community Based Rehabilitation Training and Development Center: 以下 CBRTDC) を中心に CBR が実践されている。ここでは、障害者が社会活動に参加するための支援を最も重視している。具体的には、ボランティアのワーカーによる「訪問調査、職業訓練、ガイダンス識字教育、啓蒙活動を行って、障害者が制服縫製、手工芸、鶏やあひるの飼育、ラジオや自転車の修理、床屋、小物店、下請けの自営業を始めること」[中西 1997:82-83]を目標とする。ワーカーはリハビリテーションの技術や医療知識に乏しいため、移動リハビリテーション・ユニットがこれを補う。移動リハビリテーション・ユニットとは、医師、理学療法士、社会福祉学修士などの専門家からなる一団で、医療、経済、教育などの技術援助と啓蒙活動を目的として定期的に各地を巡回する。訪問は中部ジャワの村では 2 年に 1 回、場所によっては 4~5 年に 1 回である[中西 1997:83]。

CBR 委員会の役割は、村落を形成する隣組組織と村落会議が担った。1994 年には、CBR をより効果的にかつ広い範囲で実践するために、有給の LS を 11 名雇い、そのう

ち2名は障害者であった[中西 1997:85]。彼らは、「障害者問題を解決するための意識の変革や知識・技術の導入、活動推進の中心となる村の CBR 委員会の組織化、リファーマルのための各種施設・団体との連携づくり、具体的なサービスの提供」[中西 1997:86]といった任務を負った。

この事例で評価できるのは、障害者の参加と貢献を明確に体现させている点である。障害者は、単なるリハビリテーションの対象としてだけでなく、職を得て社会的活動に参加することで、地域社会に貢献しうる存在として認識されている。さらに注目すべきは、障害者が LS として CBR に参加している点である。高嶺は障害者が CBR のフィールドワーカーとして適している理由を、デイヴィッド・ヴァーナーの言をもとに列挙している。

(1)障害を直接経験していて、個人的な問題解決の経験がある。(2)“インサイダー”としての視点と同志（ピア）としての理解があり、障害者のニーズを明確に把握することができる。(3)他の障害者、家族、地域社会に良いお手本（役割モデル）となる。(4)ピア・カウンセリングやサポートを提供でき、問題解決のパートナーとなれる。(5)サービスの提供者と受け手の間に平等と信頼のある関係が作りやすい。(6)障害者の問題解決への能力を高め、障害者に合った解決策が見出せる。(7)技術あるいは方法論で、画期的な工夫が生まれやすい[高嶺 1996:186]。

さらに、障害を持つワーカーが CBR に関わることで、次のようなメリットがあると指摘する。

(1)地域社会の中で、障害者への評価が高まり、かつ尊敬の念が培われる。(2)CBR は障害者に様々な技術を学ぶ機会を提供する場になる。(3)障害者のワーカーは仕事に熱心で、長期にわたって従事し、プログラムの維持・継続にとって重要な要素になる[高嶺 1996:187]。

このうち特に注目すべきは、障害者への高評価と尊敬が培われるという点である。この点は言い換えれば、障害者自身が地域社会の人々の態度に変化を起こし、社会と

彼らとの間の障壁をなくすことに貢献できることを意味する。

CBR はその名称にリハビリテーションという言葉を用いていることから、医学的に損傷の回復を目指すことを重視した手段と誤認される危険性を持つ。WHO のマニュアルである『地域での障害者の訓練』が、障害者のリハビリテーション方法の解説にその大半を割いていることも、この誤認に拍車をかける。このような認識に基づく医療偏重の CBR は、地域社会全体の変化に必ずしもつながらない。CBR の効果的な実践のためには、障害者をリハビリテーションの対象としてのみ位置づけるのではなく、自己を統治する力を持ち地域社会に参加・貢献できる資源として理解することが重要である。

ところで、ソロ市の CBR では、移動リハビリテーション・ユニットが、地域の活動だけでは欠如するリハビリテーションの知識や技術を補う役割を果たしており、CBR がアウトリーチ型のリハビリテーションを含む手法として機能しているのが特徴的であった。一方、次に示すマレーシアの事例では、CBR が小施設化の方向をたどっている様子がみられる。

マレーシア政府は、CBR を障害者福祉の最重要事項に位置づけ、補助金を交付するなど、CBR の実施を積極的に支援している。ここで特徴的なのは、政府の CBR 政策の中で行われる CBR と、そうでないもの（例えば民間福祉団体による CBR）がはっきり分けられている点である。政府の傘下で行われる CBR は PDK（CBR のマレーシア語訳の頭文字）と呼ばれ、民間のものとは区別されている。しかし問題は、PDK の実践と CBR 本来の理念に乖離が起きていることである。つまり「政府の PDK（CBR）政策の中で行っているものがマレーシアでいう PDK なのであって、それが仮に少々理念に合わなくなってきたとしてもそれは PDK」[中澤 1996:2]なのである。逆に民間福祉団体が CBR 本来の理念に基づいた実践を行っていても、それは PDK とは呼ばれない。

例えばペナン州では 17 箇所では PDK が実施されている。各 PDK は運営を担う委員会を持っているが、委員会はそのメンバー構成の違いによって 2 種類に分けられる。ひとつは地区の住民と福祉行政官で構成される場合であり、もうひとつは地域住民のみで構成される場合である。後者の場合、その委員会とは別に、上部組織として、行政官と PDK スタッフによって構成される委員会がある。PDK スタッフはデイセンターのスタッフが兼ねているケースが多い[中澤 1996:3]。この場合、地域住民による委員会は形骸化し、行政官と施設のスタッフによる委員会がほぼ全てを決めることになる。

このため、「住民の参加意識の低下を招くという欠点がある」[中澤 1996:3]という。

さらにペナン州における PDK の活動内容は、教科教育的な方向性をもとうとするものと託児所的なものに大別できる。委員会は公共施設の一室などをかり、週 4 日、1 日 3 時間程度これを開設する[中澤 1996:3-4]。地域の資源を活用したアプローチというよりは、施設中心型に近いアプローチと言える。

このように、一口に CBR と言っても、その実施形態やサービス内容は多岐に渡り、「地域の障害者へのケアであれば全て CBR であるというような風潮が生まれている」[中西 2006:149]という指摘さえある。このような現状は、「CBR」という呼称が多様な障害者ケアの活動に貼られるラベルとなり、氾濫しているというようにも捉えられる。ラベルとしての「CBR」の氾濫は、途上国における障害（者）問題への取り組みが活発化しているという肯定的な事実と決して無関係ではないが、一方で、アウトリーチ型や施設中心型など、本来の理念に合わない方法による「CBR」が広まることは、医療モデル的思考に基づく、障害者の望まない障害者ケアを広める危険性を持つ。

このような現状に対して、研究者や障害者団体の間では、CBR における障害者の参加の重要性が指摘されている[久野/Seddon 2003:97-102, 中西 2006:155-156, Amrit 2000:2-4]。自身が視覚障害を持つアムリットは、障害当事者による自助グループが CBR の計画、実施、モニタリングに参加することで、サービスの質の向上と、持続可能性の向上が図られると主張する[Amrit 2000:4]。裨益者である障害者が CBR の意思決定過程に参加することは、「障害者の望む CBR」を実施するために重要と考えられるが、現在それを体現している例は少ない。要因としては、CBR の初期段階では医療的なリハビリテーションも必要との認識から医療偏重の活動になりがちなことや、障害者がサービスの受け手としてのみ認識されていること、また障害者団体育成の努力が欠如していることなどが考えられる[中西 2006:155-156]。特に、障害者に対する受益者としての認識は、これら諸問題の背景となっていると考えられるため、一義的な課題と言える。

(2) ツイン・トラック・アプローチ—ポスト CBR の実践論—

ツイン・トラック・アプローチとは、開発の実践において、障害のメインストリーム化と、障害者のエンパワメントを並行して進めるアプローチである[久野/Seddon 2003:55]。「潜在能力」アプローチが、障害という現象そのものを捉える分析的な枠組

みであるのに対して、開発の実践に障害という視点を反映するための実践的な枠組みとして近年注目されている。

これまで開発問題と障害（者）問題は別個の課題として捉えられ、障害（者）問題に対しては医療や福祉の観点から、障害者のための「特別な」プログラムが行われてきた。このため障害者は、一般の開発の取り組みから疎外され、その恩恵を受けられず、社会の発展から取り残されてきた。開発の実践における障害のメインストリーム化とは、その反省に立つコンセプトで、「開発援助の全ての取り組みにおいて、障害者に対する差別や不平等・排除をなくし、障害を医療や教育というある一分野の課題とするのではなく、開発のさまざまな分野にまたがる分野横断的な課題と位置づける」[久野 2006:46]ことを目指すものである。具体的な方法としては、既存の活動の方法を変えることで障害者を受益者に加えることを目指す Community Approach to Handicap in Development (CAHD)などがこれに含まれる。

一方障害者のエンパワメントとは、久野によれば「問題解決能力や自信の獲得、意識化や連帯などを目標とする取り組み」[久野 2006:47]を意味する。具体的には、CBRや後述する自立生活運動などがそのための方法として位置づけられる。ただしエンパワメントという用語は、それ自体が多くの議論をはらんだ概念であり、明確な定義は難しい。小川は障害者のエンパワメントの定義をいくつか検討した上で、それらが共通して「個人の生活が他の人からコントロールされている状況から、障害者自らがコントロールする側に移行することを強調」[小川 1998:168]している点を指摘している。また中西と上野は、ここで言う自己コントロールとほぼ同義の内容を、当事者主権という造語を用いて説明する。

当事者主権とは、何よりも人格の尊厳にもとづいている。主権とは自分の身体と精神に対する誰からも侵されない自己統治権、すなわち自己決定権をさす。私はこの権利は、誰にも譲ることができないし、誰からも侵されない、とする立場が「当事者主権」である[中西・上野 2003:3]。

中西らの言う自己統治あるいは自己決定することと、全てを「自分でやる」とことは意味合いが異なる。例えば、数十分もかけて自分で服を着ることを苦痛と感じる障害者は少なくないはずである。そこでは自分で服を着ることではなく、着たい服を自

ら決定することが重要なのである。そして、その自己決定の通りのサービスを導引できる人は自立していると考える。こういった個人の生活を自らがコントロールすることを重視する視点は、本章第1節で述べた障害の医療モデルの弊害である専門家主義への反省という論脈からすれば、強調しておく必要があるだろう。自己コントロール、自己統治、自己決定という要素は、障害という文脈におけるエンパワメントを考える際に必要不可欠なものと言える。

しかしながら、以上のような当事者性に関する概念を必要以上に強調することは、障害者と社会との相互性に対する考慮を欠如させるおそれがあり、注意が必要である。障害者が社会の様々なアクターとの相互関係性の中で暮らしている以上、これまで登場した概念も、当事者性だけでなく社会との相互関係性にも注意を向けた上で議論されるべきである。また、障害者が内包される社会の文化的背景や社会構造は地域によって異なることを考えると、以上のような先進国の研究者中心による抽象的議論は机上のものに終わりがねない。したがって、途上国における個別の事例を通じた考察は不可欠である。

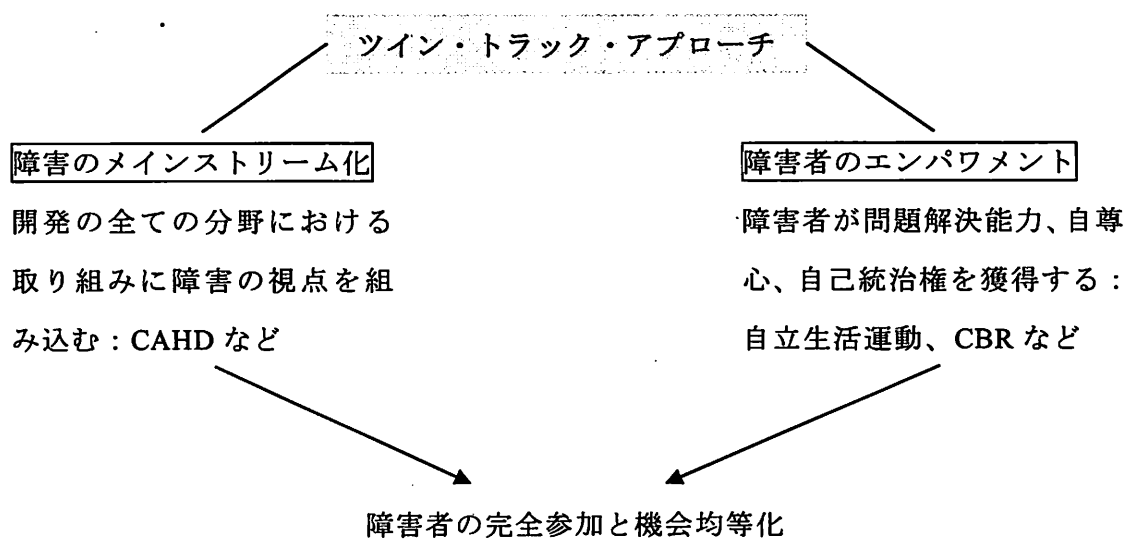


図2 「障害と開発」におけるツイン・トラック・アプローチ ([DFID 2000:11, 久野 /Seddon 2003:55]より筆者作成)

第3章 ネパール・カトマンズ盆地における CBR

ネパールでは、NGO による小規模な CBR が数多く見られ、かつそれら NGO 間の協力体制も整えられつつあるなど、市民による CBR を推進する動きが活発である。中西によれば、NGO による CBR は特定の領域に偏って小規模に展開される傾向があり、地域社会全体の発展につなげることが難しいとされる[中西 2006:147-148]。確かにネパール、カトマンズ盆地においても、特定の障害種のみを対象とした活動や、小規模施設におけるリハビリテーションを含んだ活動が「CBR」と呼ばれてきた。それらは、本来の理念からずれているという意味では、「間違った」CBR と呼ぶこともできる。しかし、「間違っ」ていることが即座に失敗を意味するわけではない。中には CBR が地域社会全体に影響を与えている事例も見られた。そこで本章では、まずフィールドとなるネパールのカトマンズ盆地に関する一般的事項を概説した後、カトマンズ盆地全体とバクタプールにおける2つの NGO による CBR の事例を紹介し、それぞれの特徴をまとめる。

1. カトマンズ盆地概観

(1) 地理

ネパール(正式名称ネパール王国)は、北側の国境を中国のチベット自治区と接し、東西及び南側の国境をインドと接する内陸国である。面積は14万7,181km²、人口は約2,315万人で、そのうち約67万人が首都であるカトマンズに住む[国際連合経済社会総局 2006:66, 276]。国土が東西に長いと、乾湿の地域差が大きいという地理的特徴を持つ。同様に、南北の高度差も大きく、北部ヒマラヤ山岳地帯では標高4000mから8000mを超え、一方南部のタライ平原地帯では60mから280m程度である。北部山岳地帯には、世界最高峰のサガルマータ(英語名エベレスト、チベット語名チョモランマ)をはじめ8000m級の山々が連なる。一方亜熱帯に属する南部タライは、森林開拓が進み、現在はネパールにおける穀倉の機能を果たす。そして、これらの地帯に挟まれて帯状に丘陵地帯が広がり、その中央部はカトマンズ盆地と呼ばれる肥沃な小盆地を形成する。ネパールは行政上75郡に区分されるが、そのうちカトマンズとラリトプル、バクタプールの3郡がカトマンズ盆地に位置する。

(2)盆地の主要民族とその社会が持つ一般的特徴

ネパールは他民族、多言語国家であるが、カトマンズ盆地には主に2つの民族が居住する。ひとつはインド・アーリア語系のネパール語を母語とする人々で、パルパテ・ヒンズーと総称される [石井 1992:178]。ヒンズー教を信仰し、その社会はいくつかのカーストに分かれている。上位カーストであるバウンとチェットリを合わせた人口は、他のどの民族よりも多く、彼らは近代ネパール王国形成の過程で、政治的領域でも社会的宗教的領域でも支配的役割を果たしてきた [ビスタ 1993:22]。政治的領域に関して言えば、彼らは初めてネパールを統一した民族集団であり、今日の王族はチェットリ・カーストに属する。加えて、中央・地方の官吏のかなりの部分を占め、軍の主導権を握るのも彼らバウンとチェットリである。また、社会的宗教的領域においては、パルパテ・ヒンズーの人々が持つ社会構造や言語などが、他の民族のそれに与えた影響が大きい。例えば、ネパールには元来ヒンズー教とは無縁の民族が多数存在するが、「支配階層がネパール語を母語とするヒンドゥー教徒の上位カーストであることから、実質的にはヒンドゥー教徒以外の人々もカースト・ヒエラルキーのなかに組み込まれてきた」 [山本 2005:47]。また、ネパール唯一の公用語がネパール語であり、テレビ放送や公立学校における義務教育などがネパール語で行われることは、言語的マイノリティとの関係において様々な問題を引き起こしている。

カトマンズ盆地におけるもうひとつの主要民族は、ネワールと呼ばれる人々である。本稿第4章では、ネワールが人口の大部分を占める地域において実施されている CBR を考察の対象とするため、ここでネワールの文化と社会構造に関する一般的特徴を述べておきたい。彼らはチベット・ビルマ語系に属するネワール語を母語とし、紀元前6世紀頃からカトマンズ盆地に居住していたと推定される [ビスタ 1993:51-52]。盆地における先住民であり、中世にはいくつかの都市文明を発達させたが、18世紀に外来者であるパルパテ・ヒンズーの勢力下に入った [西澤 1985:9-11]。現在人口は100万人を超え、その約半分がカトマンズ盆地に住み、他のほぼ半数はネパール及び国外の商業中心地などに住む [石井 2005b:210]。ネパールにおける他の少数民族同様、地域的なまとまりを持った民族であると言える。

文化的な特徴として、ヒンズー教と仏教の混交あるいは併存、複雑で完成された独自のカースト制度、優れた建築や工芸などが挙げられる [石井 1990:13; 三瓶 1997:96]。

特に特徴的なのは、歴史的に他の多くの民族がパルバテ・ヒンズーのカースト体系に組み込まれたのに対して、ネワールの社会はパルバテ・ヒンズーのものとは異なる独自のカースト体系を発展させた点であろう⁽⁴⁾。ネワールは、外来民族からの影響を受けながらもそれを吸収し、独自の文化や社会構造を作り上げてきた民族と言える。

また、ネワール社会に独特な文化形態のひとつに、グティと呼ばれる儀礼組織が挙げられる。石井はグティの概要を以下のように説明する。

概括的にいえば儀礼組織 guthi は、特定の個々の儀礼の執行主体で、それぞれの名称をもち、通常、複数の正式成員 (=guthiyar) から成る、持続性を持つ組織を形成する。guthiyar は、その guthi の目的とする儀礼の執行及び監督を行うほか、guthi が、土地、祠、等の財産を持つ場合には、その管理、維持にも当たる。また guthi においては正式成員による共同宴会が欠かせない。guthiyar の成員資格は特別のことがない限り世襲される[石井 1980:192]。

例えば、葬送儀礼の執行を目的とするグティは、各カースト内にそれぞれ恒常的に存在する[石井 1980:209]。そこでは、構成員内に死者が出ると、遺体を家から火葬場まで運ぶ行程や火葬そのものが構成員の手助けを受け行われる。またそれとは別に、共同宴会が定期的に催される。その主催者は構成員内での持ち回りによって決まる。こういった活動への参加は義務的であり、これを怠ったものはいくらかの出不足金を支払わなければならない。また、カトマンズ盆地では「3 日に 1 度ぐらひは町のどこかでお祭りをやっている」[川喜田 1992:4]と言われるほど祭事が多いが、そのような宗教的行事の運営を目的とする様々なグティが存在する。

前者のグティの場合は、葬送儀礼において人々が相互扶助的な役割を果たすための枠組みとして、グティが機能している。一方その他の宗教的行事の執行を目的とするグティや、土地、祠などの管理維持を行うグティは、社会貢献的な役割を果たしていると言える。こういった様々なグティの活動の総体が、ネワールの人々の生活を支えている。

さらに、このような可視的な役割に加えて、石井はグティの活動を通して内部的紐帯が再生産される点と、グティへの所属が社会成員としての身元保証となる点を指摘する[石井 1980:209-210]。葬送に加わることは「仲間であるものの最低限のつとめ」[石

井 1980:209]であり、反対にどのグティにも所属しないことは、その家族が「最小の社会的必要を満足させる仲間のない孤立した存在」[石井 1980:209]であることを意味する。また、いずれかのグティへの所属が明確であることは、所属カーストが明確になる、配偶者選択の基準になるなど社会的評価の基準であり、反対にどのグティにも属さないことは、血縁関係やカースト的地位といったネワール社会におけるアイデンティティの基盤を持たないことを意味する[石井 1980:209-210; Quigley 1985:59]。このようにグティは、地域社会内部における仲間意識と、その地域社会の安定した成員であるという自覚あるいは認知、言い換えればコミュニティ・アイデンティティを、相互に確認しあい維持していくための場として機能している。そして、このようなグティの機能は、ネワール社会の内向性を強めていると言える。

ただし、首都であるカトマンズにおいては、近年の都市化あるいは近代化に伴い、このようなグティの活動にも少なからず変化が生じている。例えば、病院や救急車を含む近代的医療の整備に伴い、葬送儀礼をグティ構成員の協力のもとに行う慣習が形骸化している例がみられた。加えてそのグティでは、共同宴会の開催が滞っており、出不足金の支払義務も拘束力を弱めているようであった。しかし、ネワール社会における「儀礼には、衰退する面、変化する面、逆に存続する面等々がみられ、一概に近代化によって儀礼が衰退するとは言い切れない」[石井 1999:110]。また、首都であるカトマンズとバクタプールなどの農村部とでは、近代化の程度に明らかな差がみられる。そのため、カトマンズの例をネワール社会全体に一般化することはできない。ここで近代化がネワールの儀礼に与えた影響について詳述する余裕はないが、少なくとも、都市部では農村部に比べて変化する面が多いと言えるであろう。

(3)障害者をめぐる状況

ネパールでは、障害者に対する行政の支援は脆弱である。1982年に「障害者保護福祉法 1982 年」が施行され、1999年に細目まで規定されたが、社会保障制度としての実効力は現在のところほとんどないと言ってよい。その一方で、市民による活動は活発である。2003年現在、77の現地 NGO が障害分野で活動している[Lakshmi 2003:200-210]。また、1997年現在 18 の NGO が CBR を運営している[中西 2006:148]。1994年には、CBR を運営する NGO 間のパートナーシップ形成を目的に、全国的なネットワーク (CBR National Network Nepal) が結成された。また 2000年には、同ネッ

トワークと南アジア CBR ネットワーク、そしてネパール女性・子ども・社会福祉省の三者共催により、第3回南アジア CBR ネットワーク会議が、首都カトマンズで開催された。概して、CBR を推進する動きが、特に NGO 間において活発であると言える。

そのような活発な市民活動の原動力のひとつとして、「寛大で心優しい」[Lakshmi 2003:10]と表現される、ネパール人に共通の国民性が挙げられる。この国民性は、人々の持つ宗教的観念に規定されている。すなわち、貧しい人、病気の人、障害を持つ人などの「恵まれない人」に対する慈善的な行いは、来世の幸せにつながるという宗教観念である。ネパールではヒンズー教の他に仏教、ジャイナ教などが少数信仰されているが、この輪廻と救済の発想は信教の違いを超え共通だという[Lakshmi 2003:10]。

2. 事例1—個人アプローチ型 CBR

(1)NAWB の概要

ネパール盲人福祉協会（Nepal Association for the Welfare of the Blind: 以下 NAWB）は、視覚障害者を対象に活動する NGO である。盲者の社会統合、自立、経済活動への参加、視覚障害の予防などを目的として、1985年に設立された。CBR を始めたのは1987年で、これまでに、カトマンズ盆地の3郡を含む13の郡で CBR を実施した経験がある。ネパールにおける CBR 実践の先駆者的存在と言ってよい。本節では、NAWB が実施する「CBR」について概説し、その特徴をまとめる。

NAWB の活動内容は、大別して、統合教育推進、点字本印刷、CBR の3つに分類できる。統合教育推進の分野においては、視覚障害を持つ子どもが、特殊学校ではなく一般学校で教育を受けられることを目指す。また同時に、視覚障害を持つ生徒に適切な教授が行われるように、大学機関の協力のもとに教員の育成を行う。2005年1月現在、20の郡89の学校で統合教育プログラムを実施し、389人の視覚障害を持つ生徒が教育を受けている⁽⁵⁾。また NAWB は、視覚障害を持つ生徒が必要とする点字教科書の印刷を行っている。カトマンズにある事務所は点字本印刷所を兼ねており、視覚障害者を含む数人が印刷、製本の仕事に従事している。ここで印刷される点字本には、教科書に加えカレンダーや雑誌などの日常的な印刷物も含まれ、多くは無料で配布される。NAWB は、ネパールで点字本を印刷できる設備の整った唯一の組織であり、この分野における功績は大きい。

(2)NAWB による「CBR」

1)NAWB による「CBR」概観

NAWB の組織概要と活動内容を紹介するリーフレットの中で、CBR の項目は最も大きなスペースを割いて解説されている。その冒頭部分には、「NAWB は、視覚障害者の居住地、地域社会レベルでリハビリテーションサービスを提供する」⁽⁶⁾との文言が躍る。また、そこでは CBR の段階的实施内容が解説され、NAWB の掲げる「CBR」の内容を俯瞰することができる（表 3 参照）。

表 3 NAWB が掲げる「CBR」の段階的实施内容

-
- | |
|---|
| ① 調査：戸別訪問調査により視覚障害者を確認する |
| ② 予防：視覚障害の原因に関する知識の普及により、障害予防の意識を育てる |
| ③ 治療と改善：白内障や緑内障などの目の病気に対して、基礎的な眼科治療やリファラルを行う |
| ④ 家族の意識改善：家族に対して、視覚障害を持つ幼児へのケアや教育の重要性を伝え、家族内の意識を改善する |
| ⑤ カウンセリング、オリエンテーション、移動訓練：自尊心と移動の技能を育てる |
| ⑥ 日常生活技能：洗濯、掃除、身体を清潔にすること、料理など、日常生活を自立して送るための技能を身につける |
| ⑦ 統合教育：学齢期の視覚障害児の学校入学を推進する |
| ⑧ 手先の訓練：手先を柔軟にし、職業訓練を行えるようにする |
| ⑨ 職業訓練：活動的な成人視覚障害者に対しては、彼らの地域社会において有用な職に関する訓練を提供する |
| ⑩ 小口融資：収入創出活動を始められるよう、無利子のローンを提供する |
| ⑪ 職業斡旋：公的機関や企業との交渉によって、視覚障害者が工場などで働けるようにする |
| ⑫ フォローアップ：視覚障害者の活動と、ローンの返済に対するモニタリング |
-

(NAWB リーフレットより筆者作成)

このうち、③治療と改善、⑤カウンセリング他、⑥日常生活技能は、障害者個人を

対象にしたリハビリテーションサービスの提供である。一方、②予防、④家族の意識改善、⑦統合教育、⑪職業斡旋は、地域社会において障害者と関係を持つ人々や組織を対象に、その意識や態度の変化を求めるものである。これらの項目は、社会開発として CBR を実施する際には重視されるべきアプローチと言える。また、⑧手先の訓練、⑨職業訓練、⑩小口融資は、サービスの提供対象は障害者個人に限られるが、最終的には障害者が社会の生産的要員となることを目指すものである。

ところで、③治療と改善の項目から、NAWB の「CBR」では初期段階において医療的な処置が行われていることが分かる。これは、四肢などの重大な身体機能の損傷や先天性の損傷と異なり、目の病気は「治す」ことが可能な場合があるためと考えられる。つまり、治療により失明という損傷は未然に防ぐことができる。多くの場合、医療的アプローチに偏重した CBR は専門家主導になりやすいという危険性を持つが、一方で、医療の介入が障害予防に果たす役割にも注意を向ける必要があるだろう。

このように、活字による資料からは、NAWB が行う「CBR」の全体像を把握することができる。しかし、当事者たる障害者の姿や彼らと地域社会との関係性は見えてこない。そこで次項以降では、インタビューによって得られた質的データを基に、NAWB の「CBR」が障害者とその社会的関係性にどのような影響を及ぼしたかを分析する。なお、ここでは NAWB がカトマンズ盆地において実施している「CBR」を取り上げる。

2) 「CBR」による障害者個人の変化

パダム・バハトゥール・タマンは、全盲の 19 歳男性である。現在、NAWB の事務所から車で 20 分程度に位置するスラムに、11 人の家族と共に住んでいる。目が見えなくなったのは 12、3 年前で、現在のスラムに住み始めたのは 9、10 年前である。学校教育は受けていない。1 年前に、NAWB 職員が同スラムを戸別訪問調査した際に、NAWB を知った。それ以来、「CBR」によるサポートを受けている。具体的には、移動訓練、点字教育、そして職業訓練を受けた。

NAWB が提供する職業訓練は、線香やろうそくなどの作り方を教えるという方法で行われる。訓練は、年 2 回程度の頻度で、盆地内の各地から 20 人程度の視覚障害者を集め、カトマンズの事務所で行う。訓練を受けた者は、自宅で手作業によってそれを作り、販売する。それにより、視覚障害者が自ら収入を得られるようになることを目

的とする。また、材料を調達する資金として、無利子のローンを貸し出すことがある。返済の期限は厳密には定めておらず、収入が安定し次第、漸次返済される。

パダムが受けた職業訓練は、線香の作り方を習うものだった。しかし、実際に自宅で線香を作ることは現在しておらず、ローンの貸付も受けていない。彼は、「工場など正規の雇用口があれば働きたい」と希望を語った。また彼によると、NAWB から受けたサポートの内、最も大きな影響を受けたのは移動訓練だという。彼は、移動訓練を受けて行動範囲が広がったこと、以前はトイレや外出には家族や友人の助けが必要だったが、今は日常生活を送る上で手助けは必要ないことを嬉々として語った。

日常生活の手助けが必要なくなったとはいえ、友人との付き合いは続いている。また近隣住民との関係は、NAWB のサポートを受ける以前も今も変わらずに良好だという。同様のことは、同じスラムに住むもう 1 人の視覚障害者⁽⁷⁾であるツツー・グルンの言からも窺える。彼はごく最近 NAWB を知ったばかりで、まだ「CBR」によるサービスを受けていない。しかし、地域社会との関係性について特に困難な状況はないという。むしろ、歩行やトイレなどの日常生活技能に問題を感じており、まずは移動訓練を受ける予定でいる。

彼らの住むスラムは、100 軒程度の家屋が密集する比較的小さなスラムである。その中には共用のトイレ、学校、雑貨屋などがあり、ツツーは雑貨屋を経営している。居住者は月に 700Rs 程度の家賃を供出しなければならない。またツツーによれば、政府が所有権を持つ土地に非合法に居住しているため、立ち退きを迫られる可能性があるが、その時は団結して抗議をするつもりだという。これらのことから、このスラムが一定の秩序と団結力を持つコミュニティを形成しており、しかも障害者がそこから排除されることなく、他の居住者と同等に重要な構成員と見なされている様子が見て取れる。その様子は、周縁化された存在としての障害者像とは異なるものであった。

スラムがこのような社会背景を持つためか、この地域を担当する NAWB のフィールドワーカーは、障害者を取り巻く社会的関係性に対する問題意識は持たないようだった。彼は、移動訓練はどこで行っているのかという筆者の問いに対して、「彼らの家の周りで行っている。Community Based でなければならないのだから。」と応えた。つまり、「CBR」においては、リハビリテーションを当事者の居住地周辺において行うことが重要と考えるのである。そしてその内容としては、移動訓練と職業訓練が重視されるが、これらの訓練は、地域社会あるいは地域社会と障害者の関係性に直接影響する

ものというよりは、障害者個人を対象とし、その能力の向上を目的とするものである。

したがって、ここでの NAWB による「CBR」は、社会開発の手段としては実施されておらず、個人を対象とした限定的なアプローチにとどまると言える。

NAWB の「CBR」が移動訓練と職業訓練を重視する傾向にあることは、他のケースにもみられる。アトマ・ラム・サブクタは、NAWB 事務所から車で 1 時間程度の農村に住む、全盲の 35 歳男性である。妻と 3 人の子どもを合わせた 5 人で暮らしており、20m 四方形程度の農地でトウモロコシと西洋からし菜を栽培し生計を立てる。ただし、農業に従事するのは専ら妻の仕事である。アトマは線香を作り、近くの市場で売り、わずかながらの収入を得ている。

アトマは学齢期に 11 年間学校教育を受けた。11 年前に左目を失明し、6 年前に右目の視力も失った。5 年程前から NAWB のサポートを受け始め、移動訓練、点字教育、職業訓練を受けた。移動訓練のかいもあり、日常生活は 1 人でこなすことができる。ただし、遠出をする際には付き添いが必要だという。点字教育に関しては、「35 歳にもなって仕事もなく、今さら」との思いから、熱心には学んでいないという。また、職業訓練はこれまでに 2 種類受けた。以前学んだビニール袋作りは、「売れない」ため現在は活用していない。その後、線香作りの訓練を再度受け、現在はこれを活かしている。材料を仕入れるために NAWB から 5000Rs の貸付を受け、この 2 年間で約 3000Rs を返済した。ただ、実際に線香作りから得られる収入はあまりなく、より高収入が得られそうな職業訓練があれば積極的に受けたいと語った。

アトマのケースでは、移動訓練と職業訓練に加えて、小口融資が行われていた。しかし、いずれにしてもこれらのアプローチは直接的には障害者個人を対象にするものである。実際アトマによれば、「CBR」を受けて最も変わったのは、自らの「やる気」だという。例として、以前は何もせずに日々を過ごしていたが、今は線香作りという仕事に精を出していることを語った。ここからも、「CBR」による最も大きな変化は、彼自身の意識において起こっており、社会の他のアクターとの相互性は考慮されていないことが分かる。

NAWB の「CBR」が、地域で行われる視覚障害者個人へのサービス提供にとどまっている理由のひとつとして、プロジェクトサイトの広さが挙げられる。CBR を社会開発として機能させるには、障害者を取り巻く社会環境を熟知し、様々なアクターにはたらきかけることが必要となる。しかし、NAWB が「CBR」によってサポートする視

覚障害者は、カトマンズ盆地内に広く分布して居住する。当然、それぞれの障害者が
帰属するコミュニティはまちまちであり、社会文化的背景も異なる。ひとつのプロジ
ェクトが、少ないフィールドワーカーを以って、それらコミュニティの全てに深く入
り込むことは困難である。また、コミュニティの多様性ゆえの困難は、職業訓練にお
いてもみられる。NAWB の職業訓練は、事務所に視覚障害者を集めた上で画一的に行
われる。そこで扱われる製品にはいくつかの選択肢があるものの、調査中確認した限
りでは3つ程度であり決して多くない。この画一性ゆえに、訓練内容が地域の文脈と
乖離し、実際には収入につながっていない例が散見される。このように、NAWB の
「CBR」は、広い範囲をカバーすることで、多くの障害者にサービスを提供できる
という利点を持つが、一方で障害者と地域社会を有機的につなげるのが難しいという欠
点を持つ。そしてその結果、社会開発として地域社会の発展に寄与するには至って
いない。

しかし、視覚障害者個人に対するアプローチが、少なからず生活改善につながっ
ていることは事実である。特に移動訓練は、NAWB の「CBR」において重要な位置を占
めており、視覚障害者の生活改善に大きく貢献してきた。このような医療モデル的発
想に基づくアプローチが、実践において一定の成果を上げている事実は、近年の医療
モデルに批判的な風潮と相反するという意味で興味深い。障害の医療モデルが批判さ
れる理由は、それが施設中心主義や専門家主義といった弊害を生んできたためである
が、NAWB の事例を見る限り、医療モデルそれ自体が無価値であるとは言い切れない。
むしろ、視覚障害を扱う CBR の初期段階においては、医療モデル的発想に基づくア
プローチも効果的であると言える。

3. 事例 2—社会開発型 CBR

(1)バクタプール郡及び CBRO バクタプールの概要

バクタプール郡は、首都カトマンズの東約 15km に位置し、東西約 30km、南北約
25km で 2 市 16 村からなる。バクタプール市とティミ市は、カトマンズ盆地内のほぼ
平地、あるいは緩やかで低い丘の上に位置する。一方、16 村の内 3 村はほぼ平地に位
置するが、それ以外の 13 村はなだらかな丘陵から低い山地に位置する[渡邊 2000:4]。
バクタプール郡の面積は 119km² と、郡としては国内最小である。人口は 22 万 5,467
であり⁽⁸⁾、CBRO バクタプールの調査によれば、そのうち 3.06%がなんらかの障害を

持つ[CBRO-Bhaktapur 2003:28]。

CBRO バクタプール (Community Based Rehabilitation Organization-Bhaktapur) の活動は、1985 年にバクタプール市青年会議所のメンバーによって始められた。当初は、11 人の知的障害の子どもを対象にリハビリテーションと教育を行う「モーニングクラスルーム」として始まった。その後 1986 年に、バクタプール市における全ての障害児を対象とする「CBR」が、国連児童基金 (United Nations Children's Fund: UNICEF) の資金援助の下開始された。さらに 1990 年以降は、セーブ・ザ・チルドレン・ノルウェイによる資金援助の下、バクタプール郡全域における全ての障害者に対象を広げた。ネパールで障害分野において活動する NGO の大半が、対象の障害種を限定しているのに対して、全ての障害種を対象とする点は特徴的である。また CBRO バクタプールは、組織の目的として、「障害者、家族、地域社会、政府、そして非政府組織の態度における変化を促進すること、そして彼らが障害者を暮らしのメインストリームに統合できるようにすること」⁽⁹⁾と謳う。ここには、障害者だけでなく家族や地域社会にはたらかねることが明示されている。このことから、WHO などが定義する CBR の理念が踏襲されていることが分かる。このような、地域社会全体の変化を指向する CBRO バクタプールの「CBR」は、その実践方法において多岐に渡る。

(2)CBRO バクタプールによる「CBR」

CBRO バクタプールは、自らの「CBR」の実施内容を 4 つの分野に分類して説明する。すなわち、「Awareness and Sensitization」、「Medical Intervention」、「Rehabilitation」、「Equal Opportunities/ Participation & Inclusion」の 4 分野である⁽¹⁰⁾。ここでは、この分類にしたがって、CBRO バクタプールの「CBR」の実践方法を概観する。

まず、「Awareness and Sensitization」の分野における主要な活動は、「Awareness Program」と呼ばれるものである。「Awareness Program」の目的は、地域の人々の障害者に対する差別的な意識と態度を変えることにある。その対象は、障害者の家族、保健医療専門家、教師、学生、地方行政官、他の NGO の職員など多岐に渡り、プログラムの内容は対象グループによって異なる。例えば、教師を対象に行われた例では、バクタプール各地に 100 程度ある中学校から校長を事務所に招き、統合教育の重要性や障害を持つ生徒に対する適切な接し方などを講義形式で伝えた。あるいは、医療の専門家を対象にする場合は、障害予防や早期発見などに関する知識と技術を伝えるこ

とに主眼を置くことになる。また、CBRO バクタプールの職員が診療所や役所を訪問して行う場合もある。2005 年の 1 年間で、「Awareness Program」の対象となった人数は約 2,000 人⁽¹¹⁾に上る。

「Awareness and Sensitization」の中でも、政府に対して行われる「Awareness Program」はアドボカシーと呼ばれ区別される。CBRO バクタプールの代表者であるラメシュ・ラム・シュレスタは、現在「CBR」として行っているサービス提供は本来行政が行うべきものであると主張し、アドボカシーの重要性を説く。ここで言うアドボカシーとは、地方政府に対して障害分野に関する法律の実際的な施行や、障害分野への予算配分を提言する活動である。その手段として、2005 年には年間予算計画会議や奨学金配分会議、カリキュラム委員会、ジェンダー開発調整委員会といった郡行政レベルの様々な会議に出席した。さらにラメシュは、「現在障害者は CBRO バクタプールに対して要求をするが、障害者自身が権利を主張してほしい」と語り、障害者がアドボカシー活動に参加することを重視する考えを示した。これは、当事者による主張はより説得力を持つと考えるからであり、また障害者が CBRO バクタプール依存することを警戒し、自立と主体性を尊重するからでもある。このような考えから、バクタプール市においては、政府への要求を障害者と共に議論する場を定期的に設けたり、郡政府の諸会議に出席する際に障害者の同席を促すといった方策を採っている。また、市街地から遠い 16 村においては、Village Disabled Rehabilitation Committee (以下 VDRC)と呼ばれる自助グループの組織を促し、住民自身が組織的に村行政レベルでのアドボカシーを行えるようサポートを行う。VDRC は、ラメシュが村人に提案し、村人がメンバーを募り組織する。これまでに 16 村の内 11 村において組織されており、障害者、家族、フィールドワーカーなど 10 人前後がその構成員となる。主な目的は障害者の権利に関するアドボカシーだが、非障害者の参加を拒むものではなく、また収入創出活動など自立のための活動も視野に入れる。そのため CBRO バクタプールは、VDRC を組織しそこに障害者が参加することは、「Equal Opportunities/ Participation & Inclusion」の分野に属するものとして説明する。その活動の一部が「Awareness and Sensitization」に含まれるのである。

次に「Medical Intervention」とは、保健・医療の分野における活動を指す。具体的には、障害の予防と早期発見を目的に、健康診断、予防接種、家族計画に関する指導、耳科クリニックの運営などを行う。2005 年までに、これらの医療サービスの提供を受

けた障害者及び非障害者は、3,780 人⁽¹²⁾と記録されている。例えば、事務所近くで運営する耳科クリニックでは、これまでに 225 人⁽¹³⁾に対して手術を施した。バクタプール郡では、耳の治療を行える病院はひとつしかないため、このクリニックが果たす役割は大きい。

続いて「Rehabilitation」の分野においては、障害者の移動能力、コミュニケーション能力など日常生活技能の向上を目的に、家庭におけるリハビリテーションと、車椅子などの補助具の提供を行う。このうち家庭におけるリハビリテーションは、主に障害を持つ子どもに対してフィールドワーカーが定期的に各家庭を訪問し、親などの主介護者に対してリハビリテーションの仕方を教えるという方法を採用。現在、16 の村の 330 人の障害児に対して 12、3 人のフィールドワーカーがこの任に就く。フィールドワーカーには学校の教員が多く、各自 1 箇所もしくは 2 箇所の村を担当し、主に早朝仕事前に障害者宅を訪問する[渡邊 1999:1]。この方法は、家族という地域資源を活用しているという意味では、「地域に根ざした」(Community Based)リハビリテーションとすることができる。またフィールドワーカーは、家族や障害者の相談相手になるなど親密な関係を結ぶことで、精神的な支えとしての役割も果たす。さらに、障害に対する家族の理解を促進し、障害者に対する家族内での偏見や差別的態度を緩和するという役割も担う。また補助具の提供に関しては、これまでに 115 人が特別な椅子や靴、車椅子、歩行補助具などの提供を受けた。

最後に「Equal Opportunities/ Participation & Inclusion」には、障害者が社会的活動に参加し、人々の暮らしの一部として統合されることを目指す活動が含まれる。具体的には、教育や職業訓練ないし収入創出活動への参加、そして先述した VDRC のような障害当事者あるいは障害者と非障害者の共同による自助グループの形成がこれに含まれる。

まず、教育分野において最も特徴的なものは、小規模施設の運営である。「デイケアセンター」あるいは「コモンルーム」と呼ばれるこの施設は、事務所に程近い祠の隣に位置し、以前は寺院の一部として地域住民が自由に利用できるスペースであった場所を利用している [菊田 2004:33]。脳性麻痺を含む肢体不自由の子どもや知的障害を持つ子供が通っており、特殊学級のような性格を持つと同時に、一般学校への橋渡しの役割を担うことを目的とする。現在、バクタプール市内に住む 20 人余りの子どもが、家族の送り迎えを受け通う⁽¹⁴⁾。施設の職員は 5 人程度である。バクタプール市

内に住む障害児の場合、乳児期に「デイケアセンター」職員による家庭訪問を受け、学齢期に「デイケアセンター」に通うというパターンが多くみられる。そして、「デイケアセンター」に数年通った後、統合教育を行う一般学校に入学するのである。一方、16村に住む障害児の場合は、バクタプール市の中心に位置する「デイケアセンター」は物理的な距離の問題から通うことができない。そのため、乳幼児期の間はフィールドワーカーによる家庭訪問が重要な位置を占めることになる。いずれにしても、学校への入学の際には、CBRO バクタプール職員（多くの場合ラメシュ）が個別に学校側と交渉を行う。特別な椅子や机が必要な場合は、CBRO バクタプールが提供する。教材費などの費用も必要に応じて補助する。ラメシュによれば、バクタプール郡には小、中学校を合わせて 118 の一般学校があるが、現在その全てに障害者が在籍し、統合教育が実施されている。

この他に、CBRO バクタプールは、バクタプール郡で唯一のろう者⁽¹⁵⁾のための学校の開校に貢献した経緯を持つ。1986 年に、当時カトマンズにしかなかったろう学校から教師を 1 人招き、手話による授業を週 1 回開いたのがきっかけである。その後、1989 年には週 5 日 10:00 から 13:00 までの授業を開講した。さらに 1990 年には、ろう者のための教室をバクタプール市で青年会議所が運営する学校内に設置し、恒常的に手話による授業を行えるようにした。現在 30 人程度の生徒がここに通う。

他方、学齢期を過ぎた障害者に対して行われるのが、職業訓練と収入創出活動への参加補助である。CBRO バクタプールにおける職業訓練に特徴的なのは、独自の訓練を提供するのではなく、専門学校や家内工業の工場など地域に既存の機関に照会する形式で行われる点である。その際、訓練に必要な費用は、当該の障害者の経済状況に応じて補助する。訓練の分野は、電気機械修理、縫製、セラミック加工、木材加工、コンピュータ、簿記など様々である。訓練を受けた障害者は、その後地域に既存の職場に就職するか、自ら収入創出活動を始めることになる。前者の場合、CBRO バクタプールは「Job placement」すなわち就職斡旋を行うことがある。しかし、「非障害者ですら就職は難しい」⁽¹⁷⁾というバクタプールの状況下で、障害者の就職は非常に困難である。そのため、訓練を受けても就職先が見つかるとは限らず、中には複数の訓練を受ける人もいる。一方収入創出活動を開始する場合、そのための補助として、5000Rs から 1 万 5,000Rs の小口融資を CBRO バクタプールから受けることができる。返済期限は特になく、利子率は 5%である。融資金の用途は様々で、電化製品の小売店、木

材加工ビジネス、水牛の飼育、軽食堂、畑作農業などに利用した例がある⁽¹⁶⁾。

中でも特筆すべきは、障害者が連帯して収入創出活動を始めた事例である。商店を経営する障害当事者団体 Voice for Equal Opportunity (以下 VEO) がそれである。VEO は、CBRO バクタプールが組織化を促し、主に肢体不自由の障害者と視覚障害者によって、1996 年に設立された。当初の目的はアドボカシーと収入創出で、2000 年にはアドボカシー活動の結果 5 人の障害者がバクタプール市政府内で職を得た。その後 2005 年には、政府から土地を借りて商店を開いた。土地の借用代は他の半額に定められた。商店では観光客向けの土産物として、障害者やその家族の手づくりによる工芸品を販売している。このように VEO は、障害者が連帯することで、政府に対する影響力を強め、いくつかの便宜を得ることができたのである。ただ、近年のネパールにおける政情不安定は観光客の大幅な減少を招き、バクタプールにおいてもその影響は顕著に見られる。そのため VEO が経営する土産物屋では、開店から 1 年間赤字の状態が続いている。

VEO や先述した VDRC は、成人の障害者による自助グループであるが、他方障害を持つ子どもが参加するグループも存在する。「チャイルド・クラブ」と呼ばれるものがそれである。現在、障害児と非障害者が同時に所属する「チャイルド・クラブ」(「Inclusive Child Club」と呼ばれる) が、ティミ市とバクタプール市にそれぞれひとつずつある。これらは CBRO バクタプールが組織化を呼びかけ、2000 年に設立された。このうちバクタプール市の「スリジャナ・チャイルド・クラブ」には、30 名程度の非障害児と 15 名程度の障害児が所属する。所属する障害児が持つ損傷の種類は、肢体不自由が主である。

「スリジャナ・チャイルド・クラブ」は、以下の 3 つを活動の目的として掲げる。すなわち、「(1) 障害を持つ子ども⁽¹⁸⁾に均等な機会を提供する、(2) 子どもの身体的、精神的そして社会的成長のために、個性、リーダーシップ、才能を育てる、(3) 子どもの権利、及び障害を持つ子どもの権利に対する意識を高め、社会の態度を変える」⁽¹⁹⁾、という 3 つである。またそのための活動として、路上演劇、ディベート、弁論大会、クイズやゲームなどのレクリエーション、障害に関するオリエンテーションなどのイベントを実施している。イベントの発案、企画は、週 1 回の定期ミーティングで行われる。全ての活動はクラブの自主性に任せられており、20 歳ぐらいの年長者がリーダーシップをとって進められる。CBRO バクタプールはこれらの活動に対し、資金的な

サポートや事務所の一室をミーティング及びイベントの会場として提供するなどして協力する。障害を持つ子どもは、定期ミーティングには基本的に参加せず、イベントにのみ参加する。筆者が見学した子どもの権利に関する討論会では、クラブ外からの招待者を含めた30名程度参加者の中で、車椅子に座った青年が誰よりも積極的に発言する姿が見られた。

そもそも、「チャイルド・クラブ」として子どもをグループ化するという発想は、50年以上前からネパールにあった[CBM/Handicap International 2006:21]。「スリジャナ・チャイルド・クラブ」のリーダーによれば、ネパール全体で2,000以上の「チャイルド・クラブ」が存在するという。つまり、「チャイルド・クラブ」というグループ形態は、社会的活動の枠組みとしてネパール全体に広く普及したものである。その枠組みを利用することで、障害を持つ子どもの社会参加を図ったのが「Inclusive Child Club」であると言える。

以上の記述から、CBRO バクタプールの「CBR」は、障害者個人に対するアプローチと地域社会に対するアプローチを組み合わせられて実施されていることが分かる。このことは、障害者個人を主な対象とした NAWB の「CBR」とは対照的な特徴である。NAWB の場合、フィールドがカトマンズ盆地全体という広い範囲に渡っていたことが、「CBR」が個人アプローチにとどまる原因のひとつと考えられた。反対に CBRO バクタプールの場合、フィールドをバクタプール郡に限定したことが地域に密着した実践方法を可能にしたと考えられる。本章第1節で述べたとおり、ネワール民族には伝統的に相互扶助の意識が強くあり、その社会は内側にまとまる傾向を持つ。とりわけバクタプールは、カトマンズ盆地の中心からは離れた農村地帯で、いわば「田舎」である。そこで話されるネワール語は訛りが強く、例えばカトマンズに住む若者とバクタプールの農民とは会話すらままならない。つまり、同じネワールの居住地域でもバクタプールはカトマンズ盆地の他の地域とは異なる独自の文化圏を形成しており、内向性が強いと言える。加えて、CBRO バクタプールの活動は現地住民から発せられたものであり、職員は全てバクタプール出身のネワールである。これらのことが、「CBR」がバクタプールの人々に認められ、地域に根付く過程にプラスにはたらいたと考えられるのである。

そのような CBR 本来の理念に則った「地域に根ざした」活動が行われている反面、バクタプール市では小規模施設が「CBR」の一環として大きな位置を占めるという「間

違った」活動もみられる。しかし、「デイケアセンター」では障害を持つ子どもが通所する方式が採られているため、障害者の自律性と社会統合を阻害するという理由から批判を受ける、障害者を長期に収容するタイプの施設とは性格を異にする。障害児が最低限の学力と社交性を獲得することが目的であり、通所後の一般学校への入学を視野に入れる。したがって、「デイケアセンター」はむしろ障害者の社会統合に貢献することを目的とした施設であると言える。このことは、理念通りの「正しい」CBR だけが必ずしも効果的であるとは言い切れないことを示唆している。

第4章 障害者統合の地域社会発展と障害の統合モデル

1. バクタプール社会にみる障害者統合の地域社会発展

前章の記述から、カトマンズ盆地で実施されている2つの「CBR」の特徴が明らかになった。NAWBが実施する「CBR」は、地域で行われる障害者個人に対するリハビリテーションの性格を強く持つ。したがって、「CBR」の影響による変化は主に障害者個人の身体的能力や精神面において起こっていた。これに対しCBROバクタプールの「CBR」は、障害者個人と地域社会の双方に対するはたらきかけを含んだものであった。そこでは「CBR」の影響によって、地域の様々なアクターの態度に変化がみられる。その変化は、障害の社会モデルが要求するところの、損傷を持つ人を無力化(disable)する社会の仕組みやルールの変化に他ならない。しかし一方で、障害の医療モデル的発想に基づいた障害者個人の変化を求めるアプローチや、一般的には否定的に捉えられがちな施設の運用が一定の役割を果たしており、CBRが果たしうる役割の多義性を示唆している。本節では、バクタプール社会に起こった変化を障害者と地域社会の関係性の観点から分析すると共に、そこにおいてCBROバクタプールが果たした役割を明らかにする。

(1) 「CBR」の社会的インパクト

CBROバクタプールが地位社会に対するアプローチを重視することは、ここまでの記述から明らかである。CBROバクタプールによる「CBR」では、障害者個人だけでなく彼らをとりまく社会環境をも考慮した上で、学校や政府、職業訓練所、ヘルスポストといった地域社会に既存の機関やグループが明確に対象化される。そして、それら社会の諸アクターの態度の変化を起こすことによって、障害者の社会統合を実現しようとする。

CBROバクタプールの「CBR」が社会に及ぼした影響の内、行政の態度の変化は可視的で最も判別しやすい。例えば、VEOによるアドボカシーの結果5人の障害者がバクタプール市政府内に仕事を得たことと、VEOが土産物屋経営のために政府から借りた土地の借用代が通常の50%に設定されたことは前章に述べた通りである。また、CBROバクタプールの事務所近くとバクタプール郡役所前にはスロープが造られ、車

椅子を用いる障害者に対する便宜が図られた。さらに 2005 年には、郡政府は 20 万 Rs の予算を障害分野に配分し、「デイケアセンター」に通う子どもの家庭に対して、年 3000Rs から 5000Rs の補助金がここ 2 年間出された。このような地方政府の政策の変化は、アドボカシー活動の影響に拠るところが大きい。

また、教育機関が障害者を受け入れる態勢に変わりつつあることも、「CBR」の社会的影響力による社会環境の変化の 1 つである。この変化は、セーブ・ザ・チルドレン・ノルウェイと CBRO バクタプールの協力による評価報告書の中で以下のように記述される。

最初にサービス提供が始まった時、障害児はフォーマルかインフォーマルかに関わらず、あらゆる形式の教育を受ける機会を持たなかった。1 年目、障害児が教育へのアクセスを得られるようにするための試みは、大きな成果を上げることができなかった。1986 年からは、障害児を学校に統合するための計画的な試みが実施された。気づきを創出するために様々な戦略が用いられた。例えば、障害に対する意識を変えるための教師や生徒とのミーティング、教室やグラウンドでのゲームを通した子ども同士のふれあいの促進などである。状況は徐々に変化し、ポリオによる両足と片腕の麻痺を持つ青年が入学を認められた。これ以降、多くの成功例が障害児教育の分野において存在する⁽²⁰⁾。

ここに登場するポリオの青年の名は、スマン・パリケルという。彼は乳児期にワーカーの家庭訪問と家族によるリハビリテーションを受けた。幼少期には「デイケアセンター」への通所を経て、現在は車椅子に乗って高等学校に通う。学校側の配慮によって、これまでの 8 年間同じ教室で授業を受けた。トイレや移動のサポートは友人がしてくれるという。2000 年現在、CBRO バクタプールが把握する 1045 人の障害児の内 669 人が、統合教育及び特殊教育を含むなんらかの形式による教育を受けている⁽²¹⁾。上記にある 1986 年以前の状況と比較すれば、今日の障害児の教育への参加状況は大きく改善されたと言える。

さらに、複数タイプの障害者当事者による自助グループが形成されていることは、特筆すべき事実である。自助グループはアドボカシーや収入創出活動を行う基盤として、あるいは非障害児と障害児のふれ合いの場として、CBRO バクタプールからはほ

ば独立して機能している。このことは、一部の障害者が「CBR」の手を離れ、自律的に社会の変革に貢献していることを意味する。また、障害者と非障害者の同時参加によるグループが存在することは、障害者が人々に受け入れられつつあることの現われと考えられる。

またバクタプールでは、教育や政治の場面以外の日常生活においても、人々の障害者に対する接し方に変化がみられる。例えば、ある CBRO バクタプール職員によれば、以前は障害者を見つけるには戸別訪問による調査が必要だったが、最近では近隣の住民が CBRO バクタプールに知らせてくれるため、早期に見つけることができるという。このことは、CBRO バクタプール設立 20 周年記念の冊子の中でも、「CBR」の成果の 1 つとして記されている。

他方、障害者に対して周囲との人間関係について聞くと、その返答は様々である。例えば、ある人が「友達の対応が良くない。道で人に話しかけると反応が冷たい」と言う一方で、いじめやからかいが減少したという印象から「バクタプールではおおむね良くなった」と語る人がある。スマンは、「以前は障害に対する先入観からひどいことを言われたが、今は言われない」と語った。このような他人の態度に対する認識の相違は、当事者が持つ損傷の種類にも関連すると思われ、今回の調査結果から一定の傾向を見出すことはできない。

しかし興味深いのは、周囲の人間との関係性に満足であるか否かに関わらず、「障害を持っているのは前世に悪いことをしたからだと言われる」、あるいは「以前は言われていた」という語りが度々聞かれたことである。スマンが言う「先入観」という言葉もこの意味で用いられており、これらのことはバクタプールの人々が障害という概念をどのように理解しているかを知る手がかりとなろう。彼らの言からは、障害の原因が前世の悪い行いであると考えられていることが窺える。この考え方は、慈善的な行いが来世の幸せにつながるというネパールの伝統的な宗教的観念の裏返しとして理解できる。また、彼らの「お年寄りから言われる」「以前は言われていた」といった言からは、そのような考え方がバクタプールにおける伝統的障害観を形成する主要な要素であったことが分かる。

スマンをはじめ、障害者達はそのような障害観を「先入観」「偏見」として、障害者に対する差別的な態度の主要な原因であると考えている。筆者が接した障害者達は、「先入観」に起因する差別を「今も受ける」という人と、「今は受けなくなった」

という人に分かれる。「受けなくなった」という障害者が存在することは、バクタプールの人々が持つ伝統的障害観に変化が生じていることを意味するが、その変化がバクタプール全体においてどの程度一般化できるかは定かではない。国際協力事業団 (Japan International Cooperation Agency: JICA) の派遣によるシニアボランティアとして「デイケアセンター」で働く日本人女性によれば、「偏見」は村落では残っているという。確かに、差別を受けなくなったと語るのは、バクタプール市に住む障害者であった。つまり、少なくともバクタプール市においては、伝統的障害観の変化とそれに伴う差別的態度の減少が認められると言えるであろう。

(2) 社会構造の変化と「CBR」の役割

このように、バクタプールでは「CBR」の影響によって、障害者を取り巻く様々なアクターの態度に変化が起こりつつある。それは、障害者あるいは損傷そのものに対して肯定的で受容的な態度への変化である。この変化とは、障害の社会モデルに立脚すれば、損傷のある人を無力化する、すなわち障害を生む社会の仕組みやルール、文化背景、物理的な環境、そして人々の態度の変化に他ならない。その一方で、様々な医療サービスの提供と家庭におけるリハビリテーションは、治療と機能回復が目的であるという意味で障害の医療モデルに立脚している。それらは「Medical Intervention」と「Rehabilitation」に分類される活動として、CBRO バクタプールの「CBR」の中で重要な位置を占める。また「デイケアセンター」は、障害児が最低限の学力と社交性を獲得することで社会に統合されることを目指すものであるから、本質的には医療モデル的発想に基づく活動と言える。

CBR の方法論によれば、学校、職業訓練所、地方政府、「チャイルド・クラブ」、そして近隣住民といったアクターは、地域に既存の資源と捉えることができる。非障害者がそれらの資源を当然のように活用することができるのに対して、障害者にとっては困難を要する。その原因は、医療モデルでは障害者個人の能力が不足しているためとされ、社会モデルでは資源の側に損傷を持つ人に対する配慮がないためと考えられる。この2つの発想は、一見分極化し対立した障害認識のように見える。しかし実際にバクタプール社会に起こっている変化は、そのような二項対立的な別個のモデルで理解することはできない。例えばスマンの場合、彼の教育参加の実現には、「Awareness Programm」の結果としての学校側の障害理解という社会環境の変化だけでなく、リハ

ビリテーション及び補助具の提供による移動能力の向上が不可欠であった。つまり、「CBR」によってバクタプール社会に起こった変化の過程は、障害者個人と地域資源の双方における変化の相互作用として捉えることができる。その結果、障害者と地域資源とは相互に接近し、障害者は地域資源にアクセスすることが可能となったのである。

実際には障害者の地域資源へのアクセスは、両者の相互接近に加えて、CBRO バクタプールの介在によって初めて可能となる。再び教育の場面を例にすれば、ラメシュらによる学校側との個別の交渉、特別な机椅子の提供、費用の補助といったサポートがなければ、実際に障害児が学校に入学することは難しいだろう。同様のことは障害者と職業訓練所の関係についても言える。また、「Inclusive Child Club」や VDRC などにみられる障害者と非障害者の組織化は、背景として両者の相互接近が前提条件ではあるものの、CBRO バクタプールが組織化を促したことが直接の契機となっている。こうしてみると、障害者の能力向上と地域社会の受容的態度の醸成という2つの役割に加えて、両者が実際に統合されるためのきっかけを与える役割を、CBRO バクタプールが果たしていたことが分かる。要約すれば、CBRO バクタプールが持つこれら3つの役割によって、障害者と地域社会の諸アクターとの関係性は有機的な接合を見せた。いわば CBRO バクタプールは、「CBR」によって障害者と地域社会とを仲介する役割を果たしたと言える。

ここで、「CBR」の裨益者たる障害者の位置づけに視点を移すと、彼らは「CBR」による社会構造の変化の過程で、様々な社会的活動に参加する能動的な存在へと変化しつつある。特に、「Inclusive Child Club」や VDRC、VEO といった障害者の参加を伴う自助グループは、自律的に比較的大規模な運動を行うため、一個人の社会参加に比べて社会的認知を受けやすい。高峰は、障害者がフィールドワーカーとして CBR に関わるメリットのひとつとして「地域社会の中で、障害者への評価が高まり、かつ尊敬の念が培われる」[高嶺 1996:187]点を指摘するが、同様のことは自助グループに関しても言える。つまり、障害者が自助グループを組織し主体的に社会参加することは、地域社会において障害者に対する肯定的なイメージが培われるという副次的な利点を持つ。このような障害者が地域社会に及ぼす影響は、CBRO バクタプールが「CBR」を通して地域社会に与える影響と同様であり、それを補強する役割を果たす。すなわち障害者は、単なる「CBR」の裨益者としての存在から、自ら社会の変革に影響を与える貢

献者へと変化しつつあると言える。

これら CBRO バクタプールの仲介者的役割と障害者の貢献者としての役割によって、これまで断裂あるいは薄弱な状態にあった障害者と地域社会の諸アクターとの関係は、新たに生まれるもしくは活性化するなど変化した。地域社会を様々なアクター同士の関係性の網の目のようなものと例えるなら、障害者は数少ないアクターと希薄なつながりを持つ周縁的存在から、多くのアクターと活発なつながりを持つ主体的存在に変化した。そして網の目全体は、貢献者としての障害者を迎え入れることでネットワークを拡大し、かつその密度を高めた。バクタプールにおいて起こった地域社会の変化は、このネットワークの拡充という言葉で要約できる。

こうした社会に存在する個人や集団間のネットワークが社会の発展に際して持つ有用性に関しては、既に開発分野の研究者によって議論が為されている。例えば佐藤は、「ある社会における特定の社会関係（信頼、規範、ネットワークなど）の『有無』ないしは『多寡』が開発および開発援助プロジェクトの成果に大きく影響を与える」[佐藤 2001:6]と述べ、経済的資源以外のモノも社会の発展に寄与し得ることを指摘した。また山崎は、人々のネットワークやそこにおける信頼関係が、経済効率性の意味において社会全体をより望ましい状態に導くことを、経済学的手法を用いて実証している[山崎 2001:36-46]。このような観点からすれば、バクタプール社会に起こったネットワークの拡充は、地域社会の発展に貢献するものであると言える。実際、障害者による新たな経済活動や、様々な社会的運動が増えていることを鑑みれば、それはさらなるネットワークの拡充を促す要因であると同時に、地域社会の発展そのものである。つまりバクタプール社会における障害者をめぐる社会構造の変化は、「CBR」を起点とした社会的ネットワークの拡大再生産の過程として捉えることができるのである。

2. 障害の統合モデル（折衷モデル）の検討

前節で述べたように、バクタプールにみられた障害者統合の地域社会発展では、障害の医療モデル的アプローチによる障害者個人の機能回復と、社会モデル的アプローチによって醸成された地域社会内部の受容的態度との相互作用が前提となっていた。このような実践方法は、医療モデルの否定と社会モデルの肯定という二項対立的障害認識では理解することはできず、両者を折衷し総合的に障害を捉える考え方が必要になる。

そのようないわば「障害の統合（折衷）モデル」[久野/Seddon 2003:9]とでも呼ぶべき障害の認識方法は、数年前から WHO によって提唱されてはいた。医療モデル的な性格が強かった ICIDH の改訂版として発表された International Classification of Functioning(以下 ICF)では、個人因子と環境因子の2つが障害を生む要因として位置づけられている[WHO 2002:16-19]。この捉え方に立脚すれば、障害とは個人の機能と社会構造の両方に属する問題によって生じる社会参加の制限あるいは機会の不平等を意味する。個人因子と環境因子は、取り組むべき課題として同等に重要と考えられ、したがって機能回復を目指す個人アプローチと社会構造の変化を目指す地域アプローチの両方が採用されることになる（表3参照）。

表3 障害モデルの比較

	医療（個人）モデル	社会モデル	統合（折衷）モデル
障害	できないこと、能力の欠如（個人に属する）	差別や不平等を生む社会の構造や制度、偏見（社会に属する）	参加の制限、機会の不平等。（個人と社会双方に属する）
心身の差異	異常 障害の原因そのもの	障害とは関係がない 別個の課題	障害と関連する機能的課題
障害者	健常者・正常に対して異常者	被差別・被抑圧者、不平等な少数者	差異を原因に機会が不平等な人
読み解く課題	心身の機能	社会の構造	機能と社会の構造
対応	機能回復・リハビリテーション	差別・不平等構造の変革、バリアフリー	機能回復と機会の均等化

（[久野/Seddon 2003:6]より筆者作成）

ICF に対しては、社会モデル的観点を加味したことが評価される一方で、医療モデ

ルの性格が未だ強いという批判がなされる[久野/Seddon 2003:9; 森 2006:8]。しかしいづれにしても ICF に対するこれらの批評は、医療モデルの否定と社会モデルの肯定という分極化し固定化した価値基準に基づいている。確かに、障害を読み解く際に社会との関係性を考慮する社会モデル的な解釈は不可欠であるし、医療モデルは専門家主義や施設中心主義といった弊害を生んできた。しかし、CBRO バクタプールの事例では社会モデルと医療モデルが実践において相互補完的に機能しており、このことは医療モデルそれ自体が無価値であるとは言い切れない現実を提示している。つまり、「医療モデルか社会モデルか」という二者択一は現実的には重要でなく、その双方を考慮した総合的な障害認識とアプローチ、すなわち統合モデル的な考え方が重要なのである。

しかしながら現在の統合モデルは、医療モデルと社会モデルを従来の二分法のまま隣り合わせたにすぎず、損傷の種類や程度によって生じる多様性の問題に堪えるだけの枠組みを持たない。医療モデルに基づいた個人の能力向上を求めるアプローチがどの程度功を奏するかは、損傷の種類や程度に大きく左右されるため、単に医療モデルと社会モデルの双方が同等に重要であるとする考え方には限界がある。また第2章で述べたように、病気と異なり心身の機能損傷には、ある程度の回復は望めても完全に取り除くことはできない場合が確実に存在する。前節で登場したシニアボランティアの日本人女性は、バクタプールにおいて知的障害、重度重複障害を持つ人々が置かれる状況について以下のように説明する。

知的障害者はまだ社会に受け入れられていない。視覚障害者や聴覚障害者に比べて、発言力も弱い。また重度の重複障害を持つ子に対しては、リハビリテーションさえ難しい。以前、視覚障害、聴覚障害、四肢の麻痺を持つ兄弟の家庭を訪問したことがあるが、親の相談相手になるのがせいぜいであった。

この場合、本章第1節で分析した、障害者個人の能力変化と地域社会の受容的態度の相互作用によって、障害者は地域資源へのアクセスを得るというネットワーク拡充の過程は、必ずしも当てはまらない。知的障害や重度重複障害を持つ人に対しては、医療モデル的なアプローチが果たし得る役割は極めて限定されるからである。言い換えれば、ある種の損傷を持つ人は、自ら地域資源に手を伸ばす力を得ることが非常に困

難であると言える。したがってそのような障害者に対しては、社会モデル的アプローチによる地域社会の側の変化をより重視するべきである。つまり、障害者個人が資源に手を伸ばすことができない分、資源の側がより障害者に歩み寄る必要がある。

反対に、NAWB の事例にみられたように、損傷の種類や程度によっては医療モデル的アプローチが比較的大きな役割を果たす。NAWB の「CBR」を受けた視覚障害者は、移動訓練によって行動範囲を拡大し、日常生活を自立して送る能力を得、自信を獲得した。また軽度の視覚的損傷は、医学的処置によって取り除くことが可能な場合がある。このように医療モデルが大きな役割を果たしている場合、社会モデル的アプローチによって期待される地域社会変化は比較的小さくなる。

こうしてみると、医療モデルと社会モデルを同等に重視する従来の統合モデルの認識は、CBR の実践において妥当性を欠くことが分かる。医療モデルと社会モデルそれぞれに基づくアプローチを常に同じ比率で用いることは、障害の多様性を考慮しない画一的な実践方法にすぎないからである。NAWB と CBRO バクタプールの事例から浮き彫りになった CBR の効果的実践の本質は、むしろその比率の操作にある。つまり、損傷の種類や程度に応じて、医療モデル的アプローチと社会モデル的アプローチのどちらにどの程度力点を置くのかを変化させることで、障害という個々の差異に大きく影響される課題に柔軟に対応することが可能となる。このような実践方法を参照するならば、障害の統合モデルは医療モデルと社会モデルの中間に位置するのではなく、それらを連続的につなぐ軸の上を変動する可変的障害観として再構築される必要があるだろう。

第5章 結論

カトマンズ盆地では、性格の異なる2つのプロジェクトが「CBR」と呼ばれ実施されていた。NAWBの「CBR」は、医療モデル的観点に基づいた障害者個人の機能回復や自信の獲得を重視する。つまり個人アプローチ型 CBR と呼ぶことができ、その影響力は障害者個人における変化を促した。一方 CBRO バクタプールの「CBR」は、NAWBと類似の個人を対象とするアプローチに加え、地域社会の態度の変化を求めるアプローチが組み合わされて実施されていた。その影響力はバクタプールの社会構造に肯定的（障害者にとって望ましい）変化を与えたという意味で、社会開発型 CBR と呼ぶことができる。

バクタプール社会に起こった社会構造の変化は、3つの局面に分けて理解することができる。ひとつ目は、障害者個人の機能回復や自信の獲得である。2つ目は、地域の諸アクターにおける受容的態度の醸成である。この2つ変化の相互作用により、障害者は地域に既存の資源（家族、学校、職業訓練所、地方行政など）を利用することが可能となった。そして3つ目の局面として、障害者が社会参加することで地域の受容的態度がさらに促進されるという好循環がみられた。このような障害者をめぐる社会的関係性の変化は、地域社会というひとつのネットワークの拡充の過程と捉えることができる。その意味でバクタプールの事例は、CBR が社会開発として機能している好例であると言える。昨今 CBR に対しては、理念を体現する事例がみられない現状に対して批判がなされることが多いが、バクタプールの事例はこのような現状に一石を投じるものである。CBR は未だ発展段階の方法論であり、個別の事例研究の成果を吸収し、より効果的な実践を生み出す可能性を持つ。

CBRO バクタプールが実施する「CBR」では、障害者個人の変化と社会の側の変化との相互作用によって障害者統合の地域社会発展が目指された。つまり、障害の医療モデル的発想と社会モデル的発想のそれぞれに基づいたアプローチを組み合わせ実施されている。このような実践のあり方は、医療モデル（個人モデル）への批判に立脚した社会モデル肯定という今日の障害認識方法の主流に代わる、新たな認識方法を提示する。それは、障害とは個人的因子と社会環境因子の双方に関わる問題で、それらは同等に重要であるとする統合モデル（折衷モデル）に最も近い。しかし現在の統合

モデルは、医療モデルと社会モデルを常に同列に扱っているという意味で、それらを二分法のままひとくくりにしたにすぎない。障害とは個々の差異に大きく影響される問題であることを考慮すると、より状況相対的で可変的なモデルが求められる。つまり、損傷の種類や程度またその人を取り巻く社会環境に応じて、重点の置き所を医療モデルと社会モデルの間で変化させる必要がある。しかもそれは、医療モデルと社会モデルそしてその中間という具合に分断された点の間の移動ではなく、医療モデルと社会モデルとう両極をつなぐ軸上の連続的推移として捉えられるべきである。このように考えることで、障害の認識方法は、従来の「個人か社会か」という相互排斥的な二分法を脱却する。そしてこれにより、障害という問題が根源的に持つ多様性に対応した柔軟な取り組みが可能となるのである。

しかし、CBRO バクタプールの「CBR」が地域社会全体の発展に寄与できた背景には、バクタプールという地域がグティに象徴される相互扶助関係と強い仲間意識を有した内向的な社会であることが関係している。したがって、ここで提示されたモデルとそれに基づく実践論が、必ずしも他の地域において有効であるとは限らないことに留意しておく必要がある。

また、以上の議論の前提となっている、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、近代西洋文化によってもたらされたものであり、地域に固有の文化、歴史、宗教といった背景が考慮されていないという批判は十分にあり得るだろう。つまり、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く、障害という概念が異なった価値意識によって規定されている場合が考えられ、そのような場合、近代西洋的価値を基準にした枠組みの中だけでは重要な問題が見えてこない危険性がある。事実、バクタプールにおいては障害を前世の悪い行いの結果とみなす障害観が、伝統的価値意識として存在していた。確かに、障害者の立場からすればそのような伝統的障害観は「偏見」「先入観」として捉えられ、その衰退は障害者にとっては望ましい変化であった。しかし、そもそもこのような伝統的障害観を「偏見」と捉える価値基準は、「CBR」によってもたらされた近代西洋的価値観の影響を、バクタプールの障害者達が直接的に受けた結果であると考えられることもできる。もちろん、第3章で述べたように、CBRO バクタプールの職員は全員バクタプール出身のネットワークであり、そのことが地域に密着した「CBR」の実践を可能にしていることは否定できない。しかしながら、CBRの方法論は発祥こそ途上国ではあるものの、今日まで先

進国の研究者らによる議論を吸収し発展してきた経緯を考慮すれば、多分に近代西洋的価値意識の影響を受けた概念であると言える。

このように考えると、「CBR」の影響による伝統的障害観の変化と、それを背景とする社会構造の変化を肯定的に捉えたこれまでの議論は、西洋的価値意識を基準にした枠組みの域を脱し得ない。上記のような危険性に留意するならば、地域に固有の価値基準を考慮し組み込むべきであり、それにより「障害と開発」の実践論はより精緻かつ立体的な枠組みを持ち得るだろう。この点は、「障害と開発」の実践論構築における今後の課題と言える。

謝辞

本稿の内容に関する現地調査は、現地 NGO である NAWB と CBRO バクタプールの協力なくしては為し得なかった。唐突な調査依頼にもかかわらず快く協力していただいた、NAWB 代表のホム・ナツ・アリアル氏と CBRO 代表のラメシュ・ラム・シュレスタ氏、同じく CBRO バクタプール代表のスリヤ・バクタ・プラジャパティ氏にお礼を申し上げたい。またネパール滞在中、調査の遂行をサポートしていただいた日本福祉大学の野崎泰志助教授、調査に同行し翻訳の任を担ってくれた日本福祉大学のエリザ・バイディアさん、そして協同で調査に当たり共に議論を深め合った、同じく日本福祉大学の金近知明さんにあわせてお礼申し上げる。最後に、担当教官である関根久雄助教授と筑波大学「文化人類学／『開発と文化』論」ゼミの皆さんには、本稿の構想に対して多くのコメントや批判をいただいた。あわせて謝意を表する次第である。

注

(1)Community Based Rehabilitation (CBR) 研究会ホームページ 『CBR とは？（詳細）』
<http://www.cbr.in/cbr/cbr01.html> (2006 年 12 月 5 日参照) より。

(2)西洋医学の見地からすれば、精神遅滞という「診断」は、18 歳以下の幼児、小児、青年について、明らかに平均以下の知的機能と、適応機能の制限という 2 つの状態が同時にみられる時に行われる。このうち知的機能は、知能検査によって得られた知能指数によって判別される。明らかに平均以下の知的機能は、IQ 約 70 以下として定義される。中度精神遅滞とは、IQ35 ないし 40 から 50 ないし 55 の範囲の場合を指す。またここで言う適応機能とは、日常生活における必要にいかん効率的に対処し、年齢、社会文化的背景、地域社会状況においてその人に期待される人間的自立の基準をいかによく満たしているかを指す。具体的には、以下の内少なくとも 2 つの技能領域において明らかな制限を伴っている場合、適応機能の制限とみなされる。すなわち、コミュニケーション、自己管理、家庭生活、社会的・対人的技能、地域社会資源の利用、自律性、発揮される学習能力、仕事、余暇、健康、及び安全である[American Psychiatric Association 1994:39-40]。

(3)リファールとは、CBR の実施が不首尾に終わったときや、医療的な対処が必要とされる場合（例えばハンセン病、結核、目や耳の伝染病など）、またかなりの量の訓練と経験（例えば内反足や拘縮への手技）あるいは特別な用具などが必要な場合、一般病院や障害者専用施設など中間レベル・国レベルの施設へ、協力を照会するシステムである[ヘランダー 1996:130; 中西 1997:35-37]。地域レベルで専門家は必要ないが、地域レベルで対処できない問題は確かに存在する。リファールのシステムは、専門家の協力が必要な際に機能する。

(4)ネワール社会がカースト制を持つに至った歴史的経緯については、インド文明の影響という説が一般的である。ビスタは、初期のネワールは仏教徒であり、のちにインドからの移住者がヒンズー教を持ち込んだと述べる [ビスタ 1993:55]。また石井は、古代から中世にかけてカトマンズ盆地を支配した王朝のいくつかは、インド的な名称を持ち、王は多くヒンズー教を奉じていた点を指摘する[石井 2005a:50]。それら王朝の支配者は、インドから流入してきた人達であったと言われるが、定かではない[西澤

1985:343]。

(5)NAWB リーフレットより。

(6)NAWB リーフレットより。

(7)このスラムには、二人の視覚障害者が居住している。

(8)CBRO バクタプールの団体紹介プレゼンテーション資料より。

(9)CBRO バクタプールの団体紹介プレゼンテーション資料より。

(10)CBRO バクタプールの団体紹介プレゼンテーション資料より。

(11)CBRO バクタプールの年次報告書『Community Based Rehabilitation Organization-Bhaktapur Annual Progress Report JAN to DEC. -2005』より。

(12)CBRO バクタプールの年次報告書『Community Based Rehabilitation Organization-Bhaktapur Annual Progress Report JAN to DEC. -2005』より。

(13)CBRO バクタプール設立 20 周年記念冊子『Memory 2062 CBRO-Bhaktapur 20th ceremony』より。

(14)2006 年 7 月には、ティミ市においても同様の小規模施設が開設され、ティミ市内から 7 人の子どもが通っている。

(15)一般に、耳が聞こえない／聞こえにくい人々、すなわち聴覚障害者においては、様々な言語使用がある。例えば、保有聴力を用いて音声言語を話す「難聴者」、人生の途中で聴力を失い、声で話すことを選ぶことも多い「中途失聴者」などである。このうちろう者とは、手や顔の表情を用いた視覚的言語（手話言語）を話す耳の聞こえない人々の総称である。手話言語とは、ろう者集団の中で歴史的に形成された視覚的な自然言語で、世界には少なくとも 119 種類の異なる手話言語が分布している。その意味でろう者は、世界中のどの国や地域にも存在する言語的マイノリティであると捉えることもできる。多くの場合、障害児に対しては統合教育が推進される。しかしろう者は、「手話を話す」という固有の言語的ニーズを持つ。そのため、ろう教育で手話を用いることや、ろう児が手話言語を獲得する場としてろう学校を維持することの必要性が、ろう者やろう教育者を中心に議論されている[亀井 2006a:343-344, 2006b:125,135]。

(16) CBRO バクタプールとセーブ・ザ・チルドレン・ノルウェイの共同による評価報告書『Meeting -The rights of the Children with disability- MID TERM REVIEW REPORTS FOR SCN CBR PARTNERS 2000』より。

(17)ラメシュの言より。

(18)原文では「differently able children」という表現が用いられている。Disable という表現が、否定的な印象を与えると考えた上での配慮であろうが、適切な訳が見当たらないため、ここでは「障害を持つ子ども」と表記する。

(19)「スリジャナ・チャイルド・クラブ」の紹介紙より。

(20) CBRO バクタプールとセーブ・ザ・チルドレン・ノルウェイの共同による評価報告書『Meeting -The rights of the Children with disability- MID TERM REVIEW REPORTS FOR SCN CBR PARTNERS 2000』より。

(21) CBRO バクタプールとセーブ・ザ・チルドレン・ノルウェイの共同による評価報告書『Meeting -The rights of the Children with disability- MID TERM REVIEW REPORTS FOR SCN CBR PARTNERS 2000』より。

参考文献

American Psychiatric Association.

- 1994 *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS*.
Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amrit, R.

- 2000 *The Role of Self Help organization in the CBR*. Kathmandu: Nepal Association of the Blind.

バーンズ、C・マーサー、G・シェイクスピア、T.

- 2004 『ディスアビリティ・スタディーズ—イギリス障害学概論』 杉野昭博・松波めぐみ・山下幸子訳、明石書店。(Colin Barnes, Geof Mercer and Tom Shakespeare (eds), 1999, *Exploring Disability: A Sociological Introduction*. Polity Press.)

ビスタ、D.B.

- 1993 『ネパールの人びと』 田村真知子訳、古今書院。(Dor Bahadur Bista, 1992, *People of Nepal*. Kathmandu: Bhandar.)

Burchardt, T

- 2004 Capabilities and disability: the capabilities framework and the social model of disability. *Disability & Society* 19(7): 735-751.

CBM, Handicap International

- 2006 *Disability in Development: Experiences in Inclusive Practices*. New Delhi: Christoffel-Blindenmission, Handicap International.

CBRO-Bhaktapur

- 2003 *Disability Survey Report 2003*. Bhaktapur: CBRO-Bhaktapur.

コーリッジ、P.

- 1999 『アジア・アフリカの障害者とエンパワメント』 中西由起子訳、明石書店。
(Peter Coleridge, 1993, *Disability, Liberation and Development*. United Kingdom: Oxfam GB.)

DFID

- 2000 *Disability, poverty and development*. London: DFID
- Elwan, A.
- 1999 *Poverty and Disability: A Survey of the Literature*. Social Protection Discussion Paper No.9932, World Bank.
- ヘランダー、E.
- 1996 『偏見と尊厳—地域社会に根ざしたリハビリテーション入門—』中野善達編訳、田研出版株式会社。(Einar Helander, 1993, *Prejudice and Dignity: An Introduction to Community-Based Rehabilitation*. UNDP.)
- ILO, UNESCO, UNICEF, WHO
- 2002 *Community-Based Rehabilitation CBR with and for People with Disabilities*. Draft Joint Position Paper: ILO, UNESCO, UNICEF, WHO.
- 石井溥
- 1980 『ネパール村落の社会構造とその変化—カースト社会の変容—』東京外国語大学アジア・アフリカ言語文化研究所。
- 1990 「ネパール集落の多様性と地域性」阿部年晴・伊藤亜人・荻原眞子編『民族文化の世界（下）社会の統合と動態』pp10-32、小学館。
- 1992 「パルバテ・ヒンズーの村落とネワールの村落」日本ネパール協会編『ネパールの集落』pp177-238、古今書院。
- 1999 「1980年代以降におけるネパールの社会変動：村落調査からの視点」文部省科学研究費・特定領域研究（A）「南アジア世界の構造変動とネットワーク」総括班編『1990年代における南アジアの構造変動』pp101-124。
- 2005a 「民族、生業、文化の相関関係—歴史の視点もまじえて」石井溥編『流動するネパール—地域社会の変容』pp50-57、古今書院。
- 2005b 「ネワールの村の変容」石井溥編『流動するネパール—地域社会の変容』pp183-213、古今書院。
- 亀井伸孝
- 2006a 「アフリカ比較ろう教育研究—隷従の中の豊かさか、自由の中の貧困か—」国際開発学会全国大会実行委員会編『第17回国際開発学会全国大会報告論文集』pp343-344、国際開発学会全国大会実行委員会。
- 2006b 「ろう者によるろう教育事業：西・中部アフリカのろう教育形成史の事例」

森壮也編『開発問題と福祉問題の相互接近—障害を中心に』pp119-138、アジア経済研究所。

川喜田二郎

1992 「概説」日本ネパール協会編『ネパールの集落』pp1-26、古今書院。

菊田寛子

2004 「『アジア太平洋障害者の十年』とネパールの障害者福祉サービス」
<http://asiadisability.com/~yuki/Theses16.html> (2006/11/6 参照)。

国際連合経済社会総局

2006 『国際連合世界人口年鑑・2002 Vol.54』高橋重郷訳監修、原書房。(Department of Economic and Social Affairs of United Nations, 2005, *Demographic Yearbook 2002 Fifty-fourth issue*. New York: United Nations.)

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』pp39-60、アジア経済研究所。

久野研二・Seddon、D.

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」国際協力事業団国際協力総合研修所。

Lakshmi, N, P.

2003 *STATUS OF PEOPLE WITH DISABILITY (People with Different Ability) IN NEPAL*. Kathmandu: Rajesh Prasad Shrivastav.

三瓶清朝

1997 『ネパール紀行—文化人類学の旅』明石書店。

森壮也

2006 「『開発と障害』を考えるために必要なこと」森壮也編『開発問題と福祉問題の相互接近—障害を中心に』pp3-20、アジア経済研究所。

中西正司・上野千鶴子

2003 『当事者主権』岩波書店。

中西由起子

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。

- 2006 「地域に根ざしたリハビリテーション(CBR)の現状と展望」森壮也編『開発問題と福祉問題の相互接近—障害を中心に』pp139-164、アジア経済研究所。
- 西澤憲一郎
- 1985 『ネパールの歴史—対インド関係を中心に』勁草書房。
- 野崎泰志
- 2000 「ネパールの CBR と社会開発—地域から支える障害者福祉」日本ネパール協会編『ネパールを知るための 60 章』pp128-132、明石書店。
- 小川喜道
- 1998 『障害者のエンパワメント—イギリスの障害者福祉』明石書店。
- Quigley, D.
- 1985 The Guthi Organization of Dhulikhel Shresthas.
http://www.thdl.org/texts/reprints/kailash/kailash_12_0102_01.pdf (2006/11/28 参照)
- 佐藤寛
- 2001 「社会関係資本概念の有用性と限界」佐藤寛編『援助と社会関係資本—ソーシャルキャピタル論の可能性—』pp3-10、アジア経済研究所。
- セン、A.
- 1988 『福祉の経済学：財と潜在能力』鈴木興太郎訳、岩波書店。(Amartya Sen, 1985, *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.)
- 1999 『不平等の再検討：潜在能力と自由』池本幸生・野上裕生・佐藤仁訳、岩波書店。(Amartya Sen, 1992, *INEQUALITY REEXAMINED*. Oxford: Oxford University Press.)
- 鈴木興太郎・後藤玲子
- 2001 『アマルティア・セン—経済学と倫理学—』実教出版。
- 高嶺豊
- 1996 「アジアの CBR 展望における障害者の役割—Nothing About Us Without Us—」『発達障害研究』18(3): 182-190。
- 渡邊雅行
- 1999 「ネパールの CBR」第 101 回アジア障害者問題研究会報告
<http://asiadisability.com/~yuki/101.html> (2006/11/6 参照)。

- 2000 「カトマンドゥ盆地における障害を持つ人々の介護者に対するソーシャル・サポート」 <http://asiadisability.com/~yuki/Theses6.html> (2006/11/6 参照)。

WHO.

- 1976 *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva: WHO.
- 1989 *Training in the community for people with disabilities*. Geneva: WHO.
- 2002 *ICF Introduction*. <http://www3.who.int/icf/intros/ICF-Egn-Intro.pdf> (2006/1/14 参照)

山本真弓

- 2005 「ネパール人とは誰のことか？」石井溥編『流動するネパールー地域社会の変容』pp46-50、古今書院。

山崎幸治

- 2001 「社会関係資本と効率改善のメカニズム」佐藤寛編『援助と社会関係資本ーソーシャルキャピタル論の可能性ー』pp35-63、アジア経済研究所。

Summary

CBR as the Practice of “Development and Disability” -Community Development Integrating People with Disabilities from Case Studies in Nepal-

The purpose of this study is to propose a new model understanding disability, and to contribute to construction of the practical theory of “Development and Disability”. In this study, 2 cases of Community-Based Rehabilitation (CBR) which is a methodology within social development for the equalization of opportunities and social inclusion of people with disabilities, are analyzed from the viewpoint of social relations between people with disabilities and various actors in a community.

Recently, the Social model which considers disability mainly as social created problems has been the dominant concept to understand disability. It is based on critiques to the Medical model which sees the issue as a problem of the individual. In considering the problems of disability in the context of developing countries, they could be built in the mainstreams of development by combining the Social model and Capabilities approach. And the methodology of CBR is thought to be practice of such theory with regard to “Development and Disability”.

Although both of the 2 CBR programmes on which I focus in this paper are implemented in Kathmandu valley Nepal, these programmes have different characteristics respectively. In the first case, Only Visually impaired persons are targeted and CBR is chiefly composed of rehabilitation services offered to individuals. In the second case, on the other hand, a comprehensive and community based method is carried out, including not only individual rehabilitation but also various approaches toward social resources such as families, schools, vocational training centers, local government and other inhabitants in the society. Therefore CBR in the latter case is encouraging the expansion of the network among these social actors.

Such development of the social constitution can be recognized as the consequence of a interaction between improvements in functions of people with disabilities and change in behavior of society. This implies it is not adequate to comprehend that Medical model and

Social model are incompatible. In addition, because of the diversity of disability, evaluating Medical model and Social model equally is also invalid. That is to say, a synthetic and relative model is necessary to realize an effective practice of “Development and Disability”.