

第Ⅱ部

「障害と開発」と障害当事者

第6章

CBR：実践における可能性と課題

マレーシアにおける事例研究

久野 研二

はじめに CBRの可能性と課題

「CBRはリハビリテーションの民主化である」という宣言のもと代替的アプローチとして発展してきたのがCBRである（Helander et al. [1989]）。CBRは、それまで先進国でとられてきた施設中心のリハビリテーションに代わる新たな方法として、1970年代後半から国連機関や政府機関、また多くの民間団体によって途上国において実践されてきた。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、機会の均等、そして社会共生のための戦略のひとつである。CBRは、障害者自身、家族、組織や地域社会、そして保健、教育、職業、社会、またその他の事業に関与する政府および非政府組織の連携協力を通して遂行される」と定義されている（ILO, UNESCO, WHO [2004: 2] 筆者訳）。

1981年の国際障害者年以降、つねに障害分野の目標として掲げられてきたのが「すべての障害者の参加と機会の均等」であり、また、世界保健機構（WHO）の新国際障害分類においても「参加（の制約）」が障害分類の概念的枠組みとなるなど、「参加」という視点抜きに障害の本質的課題の理解はない。

しかし、「（障害者の）参加」の視点からのCBRの調査・評価は限られている。CBRに関する調査報告や研究論文は数多く出されているものの、その多

くは、CBRのサービス提供戦略としての側面についての投入（Input）の状況に関するものや、CBRの成果（Output）を評価・調査しているものでも、その多くは身体機能や日常生活動作（ADL）の向上・回復の側面のみに着目しているものが多く、「障害者の参加」を視点・指標としてCBRの結果を論じているものは少ない。また、CBRにおいて「参加」の視点が反映される場合も、多くは「（非障害者中心の）地域社会」の参加についてであり、障害者自身のCBRの実践過程への参加やCBRの成果・効果（Impact）として障害者の参加を指標として論じているものは多くはない（Lysack[1997]）。また、CBRに関する調査・研究の多くは非障害者である医療・教育・福祉の専門家の視点からなされることが多く、当事者である障害者自身の視点からCBRを調査・評価しているものは限られている（World Health Organization [2002]）。

CBRという用語のもとその概念が出されてから四半世紀を過ぎ、その間の貧困や障害の概念の変遷の影響を受けCBRの概念も変化し続けている。CBRの名のもとに行われている具体的な実践も、単なる安価な機能回復サービスの提供地域の拡大というものから社会統合（Inclusion）を目指した社会変革を中心とするものまでさまざまな実践が混在し、CBRをめぐっては誤解や混乱も生じており、CBRを一般化して論ずるのは困難な状況にある。それゆえ、本章では、具体的な事例研究という手法を通して、CBRの実践における可能性と課題を障害者の参加という視点から検討した。

第1節 調査の目的および概念的枠組み

1. 目的

WHOのCBRマニュアルの編者のひとりであるヘランダーは、過去25年のCBRの実践を「（CBRの実践においては）障害者とその家族が影響力をもち、地域社会が主体的役割を担うべきであるが、そのような分権的民主化の実現

には程遠い」と評価している（Helander [2000: 7]）。もうひとりの編者であるメンディスも「CBRに対する主な批判はその過程における利用者としての障害者自身の参加の制限であり、もしそれが制限されたままであればCBRの最も重要な目標である障害者のエンパワメントは失敗に終わるだろう」と論じている（Mendis [1999: 80]）。理念的仮説に反し、実践においては「障害者の参加」がCBRの過程と結果の相方において仮説どおりに実現されていない点はCBRをめぐる重要な課題となっている。

この課題認識を前提とし、本章では、CBRの戦略・アプローチを社会・文化・経済的背景とともに具体的な実践のなかで読み解き、理念との対比作業を通して「障害者の参加」の実現に対するCBRの可能性と課題を論ずる。

2. 概念的枠組み

本調査の概念的枠組みは3つの枠組みからなっている。まず、第2章で論じたセンのケイパビリティ・アプローチを基礎的な概念枠組みとし、次に、エンパワメントとインクルージョンからなる「参加」概念を調査のための具体的な枠組みとした。これに加えて、障害に関する分析をより詳細に行うために障害のモデルを加えることで俯瞰的(包括的)かつ分析的枠組みを形成した。

ケイパビリティ・アプローチについては、第2章において論じているので本章では繰り返さない。本調査においてこれを基礎的な概念枠組みとしたのは、障害を含め、貧困などさまざまな社会的・個人的要因を並列的かつ相互関係的な変換要因として、自由つまり「実質的な機会」もしくは「参加」を包括的に捉えるのに適した概念的枠組みであるからである。

「参加」の概念的枠組みであるが、障害分野では機会の均等化と同義的に用いられることが多く、「結果」としての社会的統合もしくはインクルージョンとしての理解に重きがおかれてきた。一方、開発分野では「参加による学びと行動（Participatory Learning and Action: PLA）」などのように、開発「過程」

への参加とともに、プロセスとしてのエンパワメントとして論じられてきた。これらをもとに参加の概念の構成を包括的に考えれば(ある介入の)「過程」と「結果」における「インクルージョン」および「エンパワメント」と理解できる。国際障害者年の「参加」の定義はこれらの点を包括的に捉えており、それを本調査における「参加」概念の作業定義とした。

「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(過程への参加:エンパワメント)、ほか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(結果としての参加:インクルージョン)ことである」(括弧内筆者追加)(United Nations [2000])。

プロセスへの参加の定義をめぐっては、参加の形態から、名目上の参加、(コスト削減などのための)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3つの分類をしたうえで、本来あるべき「参加」とはエンパワメントである、とする議論が主流である(Chambers [1994: 30]; Pretty [1995: 1252]; White and Tiongco [1997: 106-109])。エンパワメントの定義をめぐってもさまざまな議論がなされているが、人間発達として個人的な力量をつけること、また集団的な意思決定過程において影響力をもつことという側面があることを前提としつつも、変革可能なものとして社会を分析する力量、つまり、批判的社会認識(Conscientization)の獲得として理解すべきであろう(Lukes [1993: 26])。加えて、フレイレが論ずるように「エンパワメントとは、単なる個人の心理的な出来事ではなく、抑圧からの開放を求める被抑圧者の政治的なプロセス」としての理解も不可欠である(Freire and Shor [1987: 108-115])。

結果としての参加をめぐっては、障害者がおかれている現状を社会的に排除されている状態(Social Exclusion)と認識したうえで、理想的な状態は障害者が非障害者と同様に社会に“抱合(統合)”されている状態とするものである。しかし、その“抱合”をめぐってはIntegrated/IntegrationなのかIncluded/

Inclusionなのかという議論がある。前者が障害者と非障害者とを二分したうえで、多数派である非障害者社会・文化に少数派である障害者を適応させるといった「前提としての二分法」と「(少数派個人の)社会適応」という後述する旧来の「障害の医学モデル」と通ずる理解を基礎にするのに対し、後者は、障害や経済状態、民族や性差などをもとにすべての人がなんらかの固有のニーズを有しているという「多分法的理解」¹⁾を前提としたうえで、そういった(社会的・身体的)差異にかかわらずすべての人が平等な機会のもと社会に参加できるような公正な社会を目指した「既存の(非障害者中心の)社会・文化の変革」を基礎にしている。本章では後者をより適切な状態とする。

本章の「参加」は上記の意味のエンパワメントとインクルージョンを意味するものである。

この「参加」のフレームワークは、障害者のおかれている現状を包括的に理解し捉えるのに有効ではあるが、障害の原因や障害者のおかれている状況の原因分析には「何が障害であり、なぜその障害が社会的に生成されるのか」を詳細に捉える枠組みが必要である。それが障害のモデルである。多くのモデルが論じられているが「障害の医学モデル」と「障害の社会モデル」の2つがその対比において最もよく論じられている。しかし、その対比の議論をもとに医学モデルと社会モデルを統合した視点である「統合モデル」や、ろう文化に代表されるような「差異モデル」、また障害者の家族が直面する課題を異なる質のしかし「障害」として捉える「家族モデル」などさまざまな視点・モデルが議論されている(Pfeiffer [2000])。それぞれのモデルは障害理解の概念としてマルかバツかというものではなく、それぞれが障害の異なる側面をより明確に描き出しているといえる。ゆえに、本章では「障害の社会モデル」を基礎にしつつも、これらさまざまな障害のモデルを排除することなく取り入れることで、障害とその原因分析をより包括的に行った。

第2節 調査方法

障害をテーマとする調査研究方法（論）をめぐっては、障害の社会モデルに関する議論の発展とともに、調査研究の認識論として主流であった実証主義的認識論（Logical Positivism）とそれにもとづく演繹的研究方法に対する批判的な議論が重ねられてきた。特に社会モデルの理念と合致する研究方法論として障害学において着目されてきたのが、定性的（質的）なデータをもとにした帰納的な研究方法によって調査の結果がその対象の社会的解放に資することを前提とする解放的調査研究（Emancipatory Research）である。これら調査研究に関する認識論・方法論の議論を前提としたうえで、本研究では多様な人々の現実理解をより包括的に捉えることを可能にする社会構築主義（Social Constructionism）を本研究の方法論の土台とした。

本調査は以下の2つのレベルの事例研究からなる。

- ・事例検討1：マレーシア政府の実施するCBRプログラムの政策的・歴史的検討。
- ・事例検討2：農村および都市部地域の2つの具体的なCBRプログラムの事例研究。

主な調査実施期間は2001年1月から11月で、インタビュー対象総数は個別が131名で14グループに対して焦点集団面接（focus group interview）を行った。また2006年に若干の追加調査を行った。インタビューは半構造化ですべて録音された。事例検討1の主目的は、CBR政策および導入の歴史を社会・政治・経済・文化的な背景とともに障害者の参加という視点から分析することにある。政策や政府報告書、統計資料やほかの研究の二次的データなどに加え、16人の中心的被調査者（Key Informant）インタビューとスランゴール州の24のCBRに対するアンケートを分析検討した。事例検討2の主目的は、実際の

CBRの過程と結果における障害者の参加の詳細な調査にある。社会的背景の差がCBRの実施形態に大きな影響を与えていることから、CBRにおける地域社会の参加の程度などの基準を設定したうえで都市部と農村部のCBRプログラムをひとつずつ選出し、それぞれにおいて参与観察、個別インタビュー（115名：CBR関与者、CBR参加障害者、CBR不参加障害者）および焦点集団面接（14グループ：CBR委員会や婦人会、学生や隣組など）、また基礎的な情報収集のためのアンケートも行った。5ヶ月間、都市部もしくは農村部どちらかに最低週4日ずつ滞在し調査を行った。すべてのインタビュー・データは符号化（Coding）され、その分析過程を通して用語の定義や分類など随時検討した。調査の信頼性の向上のために、三角測量的手法（Triangulation）や当事者による点検（Member Checking）また覚書ノート（Field Journal）などを用いた。特に重要な留意点としては知的・重度障害者、また子どもなどコミュニケーションが困難な対象に対するインタビューの実施で、これについてはグッドリーやブースなどが指摘するような質問法の適切化や関係性の樹立などで対応した（Booth [1996]； Goodley [1996]； Goodley and Moore [2000]）。

マレーシアの概要

マレーシアは東南アジアに位置し、2558万人の人口を抱えている。東南アジア諸国連合のなかでも経済的発展は進んでおり、1人当たりGNPは4370米ドル（2004年）で貧困率も7.5%と低く、5歳未満児死亡率（U5MR）も11人と少ない。しかし、月平均所得が都市部では953米ドルなのに対し農村部では467米ドルに留まるなど、都市と農村間格差の課題は依然として根強く、5ヶ年毎の国家開発計画でも格差の解消が継続的な課題となっている。また、民族間の経済格差改善のため、マレー系を優遇するブミプトラ政策が1970年代から実施されており、社会のさまざまな側面において民族の違いが課題となっている。

第3節 事例検討1：政策レベル

マレーシアでは1958年の調査をもとに、国民の1%が障害者であると推定されている。しかし、1996年に保健省が行ったサンプル調査(5万9903人)では、6.9%がなんらかの機能障害(Impairment)を、1.9%が能力障害(Disability)を有するという結果も出ている(ともにWHOの旧国際障害分類の定義にしたがう)。これに対し、障害者登録実数は、13万2458名と人口の約0.5%を占めるに過ぎない(表1)。

マレーシアには包括的に障害者の権利を保障する障害者法はない。しかし、現在障害者基本法の草案が起草され数年内の制定が計画されている。また日本の障害者年金のような制度はなく、貧困対策のなかで若干の支援が行われているにすぎない。政策としては国家福祉政策(1990年)において、国家、民間セクターおよび家族・個人それぞれの責任による“支えあう社会”の形成を通しての社会福祉を基礎とする政策が掲げられており、障害者福祉もこれに準じている。障害に関する初の障害政策と政府行動計画が2008年中に策定される予定である。障害者の就学は権利として保障されていないが、ミレニアム開発目標の達成にも含まれていることから推進される方向ではある。また雇用については政府機関での1%の障害者雇用枠があるものの、罰則規定などもなく進んではいない。しかし、社会福祉局に限っては全職員の2.6%が障害者の雇用となっている。

マレーシアのCBRは1983年にマレーシア社会福祉局とWHOとの協力で始められ、2006年現在364のプログラムが実施されている。この間、1992年からCBRの予算が計上されるようになり、毎年5つ以上のCBRプログラムが追加されるようになる。1995年にはCBR実施要綱が作成され、2002年には改定作業が行われている。福祉局では農村部の障害者福祉の核となるプログラムとして位置づけられ、予算的措置も含めて障害者政策の重要な柱のひとつとなっている(表2)。福祉局のCBRの一般的な形態は、地理的な枠組みをもと

表1 マレーシアの登録障害者数（2004年）

	（人）	（％）
視覚障害者	14,153	（10.7）
聴覚障害者	22,749	（17.2）
身体障害者	45,140	（34.1）
知的障害者	49,336	（37.2）
その他	1,080	（0.8）
合計	132,458	（100.0）

（出所）社会福祉局。

表2 社会福祉局CBRプログラム概要（2006年）

州	CBR プログラム(件数)	CBR ワーカー(人)	CBR 利用者(人)
Perlis	3	12	89
Kedah	23	112	916
Penang	18	55	334
Perak	34	134	919
Selangor	37	168	1,056
Kuala Lumpur	6	18	94
N. Sembilan	33	132	1,045
Malacca	17	53	361
Johor	59	213	1,167
Pahang	39	138	761
Terengganu	35	111	670
Kelantan	26	102	565
Sabah	20	87	636
Sarawak	13	93	623
Labuan	1	5	24
Total	364	1,433	9,260

（出所）社会福祉局。

に、その地域にCBRセンターを作り、CBR委員会を住民（主に利用者の家族・親）が形成し、CBRワーカーを福祉局の補填で雇用し、CBRセンターにおいて教育的なりハビリテーションを子どもに提供するというものである。また福祉局以外にも保健省が1996年から、またその他のNGOも独自にCBRを実施している。

本節では、社会福祉局のCBRを事例とし、障害者の参加の全体的な状況およびその政策面からの分析を行う。

1. 実施者としての参加

(1) 国家レベル

1995年および2003年の指針の策定および改定どちらの実施要綱作成にも障害者は参加していない。また1989年と1995年にCBRに関する全国会議が開催されているが、これにも障害当事者団体の代表などは参加していない。唯一CBRを進めているマレーシア盲人協会の代表として視覚障害者が1名参加していた。また、福祉局は毎年1週間のCBRワーカー向けの講習会を実施しているが、この講師として障害者が参加したのは1995年と1999年の2回1コマずつのみである。また2000年からCBRマニュアルの作成が進められているが、この製作委員にも障害当事者は入っていない。

(2) プログラムレベル

各プログラムにおいて、(1)CBR委員会への参加、(2)CBRワーカーとしての参加、(3)その他のボランティアとしての参加の3形態について調査した。スランゴール、サバ、サラワク、ケダ、トレンガヌ、ペナン、ベラ、パハンの各州およびクアラ・ルンプールの合計145(調査当時)のCBRのうち、障害者がCBR委員会にいたのはスランゴール州のひとつのCBRだけであった。またこのCBRもCBRを利用する障害者の家族(親)全員がCBR委員会となっていることから、軽度の身体障害を有している親が結果的に委員となったという状態であり、障害者の代弁者を意図して選出されたものではなかった。またCBRワーカーについては、全国520名(調査当時)のうち障害者は4名のみであった(ほかに退職者2名)。またこれに限らず地域の障害者のボランティアとしてのCBRへの参加についても、利用者以外の障害者がCBRを支援するという例はほとんどなかった。CBRの実践現場においては実施者としての障害

表3 CBR利用者民族別割合（2001年）（％）

	人口	登録障害者	CBR利用者
マレー系	62.3	66.3	78.3
中国系	26.7	22.0	13.9
インド系	7.6	10.9	7.2
他	3.4	0.8	0.6

（出所）社会福祉局。

表4 CBR利用者障害別割合（2000年）

障害	CBR利用者数（％）	登録数（％）
知的障害	3,610（71.9）	31,825（33.2）
身体障害	852（17.0）	32,668（34.1）
聴覚障害	256（5.1）	17,242（18.0）
視覚障害	86（1.7）	13,845（14.5）
他	216（4.3）	164（0.2）
計	5,020（100.0）	95,744（100.0）

（出所）社会福祉局。

者の参加が非常に限られているといえる。

2. 利用者としての参加

調査当時、全国243のCBRが対応している5572名の障害者数は、福祉局登録数の5.8%、国連の推定をもとにしたマレーシアの障害者数の0.6%に過ぎない。しかし、これは単純にCBRの数を増やせば向上するかということそうではない。特定の対象のみがアクセスをもち、そうでないものは排除されている傾向がある。全体的特長としていえるのは、CBRの利用者・参加者が「マレー系の軽度知的障害児」に偏っている点にある。

まず民族でいうと、マレー系が主で中国系が人口と比較しても少ない（表3）。障害の種別では、知的障害が登録者数と比較しても圧倒的に多くなり、その他が極端に少なくなる（表4）。年齢でみると18歳以上の青年層は1割以下と極端に少なくなっている。また性差では女性がやはり若干少ない（男性

57%、女性43%)。一方、所得による経済状況では貧困線以下の利用者が4割を超えるなど、経済的な状況がCBR参加の絶対的な障壁とはなっていない感はある。

3. 結果としての参加

CBRが結果として障害者の参加にどう影響を及ぼしているか、WHOの新障害分類(ICF)の参加の分類をもとにスランゴール州24のCBRに対してアンケート調査をした。主なる利用者の年齢や課題の重要さなどから、教育および雇用の2点について明記するが、まず、CBRの利用者の多くが「学校に行けない」「家に閉じこもっている」という形での社会的排除と参加の制約があることは、多くのCBR実施者によって理解されていた。しかし、その解決としては「機能的に回復・向上させて(社会や学校に)“復帰”させる」もしくは「CBRに来ることが参加」とするものが多く、実に6割を超えるCBRが一度も近隣の学校・幼稚園などの教育機関と連絡を取ったことがないと回答している。

4. 参加の制約の原因

以上みてきたように、CBRのプロセスにおける実施者としての参加は非常に限られており、また利用者としての参加も特定の障害者に偏っている。その理由のひとつはCBRの目的の設定にある。導入当初CBRは「安価な機能回復サービスの提供拡大プログラム」としてのみ位置づけられ、社会参加を促すという理解はされてこなかった(Mohd. Khalil [1988])。「CBR指針」においてもCBRの目的は「障害者をリハビリテーションによって“健常者”にする。そのためのリハビリテーション・サービスの提供を確保する」とされ、その戦略も「家族を含めた地域社会の人的資源を訓練のために動員する(障害者は含まれていない)」と明記されてきた。2001年の改定で、目的については

「障害者の完全参加と社会統合を推進する」が加わり、「健常者に近づける」という文言は削除された。また戦略については「障害者自身の参加」も加わった。しかし、これらの政策的変化が現場にはまだ十分に反映されていない。ひとつの理由は、CBRワーカーの研修はあるものの、CBR委員会向けの説明会や講習会などはなく、政策的変化が現場では理解されていない点にもある。

このリハビリテーション指向のCBR理解はCBRワーカーの研修にも色濃く出ている。研修の目的は「知的障害児の訓練方法の習得」と明記され、総講習時間の52%が具体的な機能回復訓練内容についてであり、障害についての説明も「障害の医学モデル」のみが提供されており、地域社会の組織化や社会開発的な点はまったく含まれていない。知的障害児がCBRの主対象となった背景は以下になる。子どもが対象となったのは、ひとつには福祉局が地域社会の受益者として主にかかわるのは、障害当事者ではなく障害者の親である場合がほとんどで、結果として取り上げられるのは親のニーズであり、障害当事者のニーズではないこと。もうひとつは「障害の医学モデル」にもとづき、心身機能の回復には早期療育・介入が効果的という判断から子どもの優先度が高く判断されるためである。知的障害が主となったのは、マレーシアのCBRプログラムの多くが小規模センター型のため、移動手段的確保が難しい身体障害児・者が対象とならず、コミュニケーションが難しいろう児・者なども結果的に排除されていること。また、CBRワーカーも十分な訓練を受けていないため、彼女たちが実際にCBRの活動として行うのは幼稚園でなされるような内容であり、それがCBRとして定着し、それに合致しない障害者は結果として排除されるため、その内容が再強化されることでそのサービスに適合しない障害者が結果として排除されるという悪循環ができてしまっているためである。2001年の指針の変更後もこの目標と内容が変更されていない。同様に毎年行われる優秀CBRプログラムとワーカーの評価においても、評価の6割が障害者個人への回復訓練の提供に関してである。また2001年に出されたCBRのマニュアルも全編機能回復に関するもので、参加支援やインクルージョンのための地域社会の組織化や啓発などはまったく含まれていな

い。

このように「障害の医学モデル」を基礎にした機能回復訓練を主とするリハビリテーション戦略としてのCBRは、結果として障害者を「訓練されるべき対象」に押しとどめ、プロセスにおける障害者の実施者としての参加を促進するものとはなっていない。

同様に、利用者として中度・軽度の知的障害児に偏っているのは、先に論じたように、指針および研修内容も「知的障害児の訓練」が主となり、実際の内容も教室において作業を通して指導するといったものとなり、積極的には排除しないにしてもそのようなサービスにニーズが合致しない障害者は、結果としてCBRを利用しなくなっている。理念上は「個々のニーズに沿った支援の提供」を目指しているが、実際にはブループリント的なプログラムを導入し、それに合致する障害者にそのサービスを提供するというアウトリーチ的な形態となってしまうことが、対象を偏らせる原因となっている。

また民族としてマレー系に偏っているのは、CBR委員会およびCBRワーカーのほとんどがマレー系で占められていることによる。先述のプミプトラ政策などで政府のサービスはマレー系が優先される傾向があり、CBRについては公式にはそういった差はつけないものの、ほかの分野と同様に政府のサービスはマレー系が重視されることから他民族がそれを利用しない傾向があり、CBRもそこからは自由ではない。

中央レベルで障害者団体などの参加が少ないのは、CBRが上述のようにマレー系の軽度知的障害児の教育的リハビリテーションのサービス拡大プログラムとなっていることから、成人身体障害者が大半を占める障害当事者団体と利害が重なっていないのが主な理由となっている。また、大都市部の障害者が中心となっている障害者団体と地方での戦略であるCBRとでは利用者の重なりも少ない。また政府とNGO、特に障害当事者団体とはもともと協力関係が十分に構築されていないのもその基礎にある。

第4節 事例検討2：プログラムレベル 農村部と都市部の CBRの比較

本節では、農村部のCBR（ペラ州T村，入植地：地理的に閉鎖的，住民はマレー系のみ）と都市部のCBR（スランゴール州S村，首都近郊のベッドタウン：民族混在，元スラム地域を含む）の2つのCBRプログラムの比較事例研究を行った。

1. 2つの地域社会とCBRプログラムの概要

農村部のT村はマレーシア政府が行う入植プログラムによって設立された村で，住民のほとんどはゴムもしくは油やし農家である。同一民族のみによる社会であることや隣組や婦人会などがプログラムとして導入されていることから，30年前に形成された入植地ではあるものの，制度的・認知的双方の社会関係資本が強固である。一方，都市部のS村はクアラ・ルンプールに隣接する商業地区で幹線道路にも面し住民の多くも首都で職を得ており，首都の一部ともいえる地域である。さまざまなサービスへのアクセスがある一方，住民人口も多く，伝統的なつながりは希薄で地域社会の社会関係資本は強固ではない。

CBRプログラムは，どちらもマレーシアのほかのCBRと同様に，知的障害児を中心に小規模のセンターで教育的リハビリテーションの提供を行う活動が主である。ただし，S村についてはCBR以外の障害者向けのサービスに対して比較的良好なアクセスがあることから，軽度の知的障害児は地域の養護学級で，視覚や聴覚障害児・者は首都の盲・ろう学校などでサービスを受けている例が多い。他方，T村は地理的にも閉鎖的で，その村内にはヘルスセンター以外の障害者向けのサービスはなく，軽度の学習障害児を含めほとんどの障害者に対しCBRが対応している。そのため，当初は学齢期の軽度・中度の知的障害児のためのサービスから始まったものの，4歳児以下を対象と

した早期療育や学齢期以降の障害者のための福祉作業所なども発展させてきた。

本事例検討を通して明らかになったことは、CBRのひとつひとつの特徴において、利点と欠点が同時に内在していること、そしてそれらの在り様がその地域社会の在り様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にもあてはまることではないことは留意する必要がある。以下に重要と思われる5つの論点についてまとめる。

2. 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・できない家族から述べられた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重度である場合が多く、機能回復指向の介入の効果が明らかではなかったり、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、親たちの不満のひとつは、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CBR関係者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「“訓練”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(S村、親)」というニーズをもっている場合が多い。しかし、両村ともではあるが特にS村においては機能回復の取り組みがCBRの中心におかれ、このようなニーズに対応するものとはなっていなかった。

T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まったくなく、そのような状況においてはリハビリテーションの機会均等化のためにこのようなサービスの提供はCBRの重要な一部ではあるが、S村においては近隣に

ある病院に理学療法士が4名在籍しており、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十分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形態では、このような多様な「障害者（と家族）の支援」のニーズには応えきれない。

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なされている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。T村では2世帯が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(T村のCBRを指す)にはけっして行くな。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」(T村, 障害者)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)というよび方や“anak sekolah cacat”(障害者学校の子ども)”というよ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制服と類似していることをとても嫌がっている事が述べられた(T村, グループ・インタビュー: 中学生)。

T村のようにCBRセンターが村の中心にある役場の目の前に立てられ、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効果も非常に高く、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なかでは、逆に上記したような課題も生んでいる。目にみえる存在として認識されるこ

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もちつつ、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われる方法を検討することは重要である。

4. エンパワメント：能力向上から代替的価値観と肯定的自己認識の獲得へ

この2つのCBRの結果として、能力開発としてのエンパワメントが主であるものの、代替的価値観の創出と自己認識の肯定化としての批判的社会認識のエンパワメントもみることができた。

「.....ができるようになった」という実質的な能力向上の経験という意味でのエンパワメントを、多くの障害者がCBRの参加を通して経験していた。これは同時に自己(の能力)に対する肯定的な認識を通して自己への信頼の拡大、および将来の夢や希望の構築といった肯定的な自己認識の向上にも寄与していた。しかし一方で、障害程度が中・重度の障害者はその経験が積めていないのも事実である(もしくはコミュニケーションの困難さからそれを聞き出すことが不可能であった)。

これに加え、T村においてはCBRの効果として、障害者に対する差別・否定的な既存の価値観を自身のなかにも内在していた障害者が(障害者である)自分自身を否定的にとらえないという代替的価値観を集団的なプロセスとして創出するという意味でのエンパワメントがみられた。T村では村の小学校に入学したもののついていけずに就学を止め、CBRに来ている知的障害児・者が十数名と多くいた。その多くが学校や地域でのいじめや阻害体験を有していた。そのほとんどのものがCBRに来ることが楽しく、「ここでは友人がいる」「ここではいじめられない」と述べ、「ここ(CBR)で本当の友人を獲得した」とも述べているものもいた。自分以外の障害者に会ったのもCBRが初めてだというものがほとんどであった(自分を障害者と認識しないものも含め

て)。その過程で「私は障害者ではない。私は私だ」(T村、障害者)という肯定的な自己認識を、非障害者との比較ではなく友人としてのほかの障害者との交わりのなかで獲得した例もある。またこの過程では、CBRワーカーなどによる肯定的なかかわりの影響も少なくなかった。マレー語の言語的な意味においても、また一般的な理解においても「障害者」とは「できない人」という意味で用いられている。その言語・文化的な環境においては、「(自分は)できない人ではない」という自己肯定は「自分は障害者ではない」という自己認識によって獲得されることになる。

このような「代替的な場」が地域社会のなかにあり、障害者が時間的・空間的に両方を容易に行き来できる状況は、CBRという場で構築された自己(認識)を地域社会という空間で試し、失敗すればまたCBRという空間で再構築することを可能にしていた。またその過程において、「仲間」・友人としての障害者がともにいるという意味の大きさも語られた。これは、障害者同士がエンパワメントしあえるという関係性がCBRという場によって構築されたのだともいえる。

しかし、そこで築かれた代替的価値基準をもとに社会を批判的に分析し、変革可能なものとして社会を捉え、実際に社会を変える行動を取るといところまでは到達してはいない。

5. インクルージョン：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

T村でもS村でも、CBRができたことによって実際にどこにも行けず家のなかにいた障害者に対して「家から出る」というひとつの段階を提供できていた。

特にT村では、地域社会の社会関係資本が比較的豊かであり、CBRという「活動」自体も地域社会のなかで肯定的に受け入れられていたことから、村の行事などに徐々に障害者が「CBRを通して」参加するようになっていた。婦人会や青年会などがその関係性の構築に重要な役割を果たしていた。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」(T村, 幼稚園園長)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もいた。これはT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というよりは、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事が原因といえる。

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。

一方のS村では社会関係資本が弱く、村の婦人会や青年会も形骸化していた。そのなかでCBRも地域社会とのかかわりを構築できておらず、孤立したプログラムとなってしまうしており、CBRの先へとインクルージョンを広げていく取り組みができていなかった。インクルージョンをめぐるでは社会関係資本が大きな意味を担っているといえる。

6. ケイパビリティ・アプローチの必要性: さまざまな変換要素の影響 民族・言語・文化の違いの重要さ

S村のCBRを利用しない・できない障害者のうち、非マレー系から利用しない理由として特徴的に述べられたのは、言語の違いによるコミュニケーションの困難さであった。

S村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9割を占め、CBRワーカーも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も多くがマレー語も英語も話せず、中国語の通訳をつける必要があった。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方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にする事が多い⁽²⁾。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も生じていた。

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，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ひとつの民族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⁽³⁾。

社会・文化的背景が異なる地域社会においては，障害者が直面する課題は，経済状況や民族・性差などの個人要因と社会および環境要因とが相互に影響し実質的な可能性を決定している。障害の程度が非常に重度であるとか，貧困状況が決定的に悪いといった場合はそれらが決定的な変換要因となりえるが，そうでない場合は，単純にひとつの要因が決定的な要因となるのではなく，その他の要因との相互関係から結果が引き起こされていた。ゆえに，障害者のおかれている社会的な状況を把握する枠組み・視点は，たとえば，世界保健機関の新しい障害分類のように障害についてのみ包括的であることだけでは不十分であり，個人と社会のさまざまな変換要素を反映できる包括的な枠組みである必要がある。

おわりに

CBRの理念が掲げる理想は障害と開発が目指すべき方向を示している。しかし，その実践においては，CBRはいくつかの重要な困難に直面している。それらの根源的な原因を捉え乗り越えることなしには，その理念をCBRという実践を通して実現することは困難であろう。

この理解をもとにした本論の主要な結論は以下の3点になる。ひとつは、障害者の参加を決定する要因は個人および社会双方の多様な要因が相互関係的にかかわっており、障害だけを捉え取り組むことでは解決できないということである。これは本論で用いたケイパビリティ・アプローチがそれらを読み解く包括的な枠組みとして有用であることを示している。2点目は、「障害の医学モデル」が障害理解の枠組みとして根強く、結果として障害者の参加に対する取り組みを「“健常者”になり既存の社会に復帰することで社会参加を実現する」という狭いものにしてきていることである。これはCBRが根ざすべき障害理解が「障害の医学モデル」を乗り越え、「障害の社会モデル」を基礎にする必要性を示している。3点目は、CBRが地域社会における「(代替的な)場」として、障害者のエンパワメントとインクルージョンからなる参加の実現のための具体的な手段となる可能性をもっていることである。これがCBRの可能性である。しかしその一方で、そのような「場」が最終的に地域社会に開かれていく、もしくはCBRが障害者の「(代替的な)場」と地域社会とを結ぶ「橋」という機能的な役割を果たさなければ、それは地域社会のなかに特定の居場所を障害者に提供するというレベルの統合(Integration, Insertion)にとどまってしまうであろう。これは、CBRの実践においても複線アプローチが示すようなエンパワメントとインクルージョン(もしくはメインストリーミング)を並行して行う必要があることを示している。

CBRにおけるCB、つまり「地域社会に根ざした」という方法論は分権化や地域社会の参加という概念と手法をリハビリテーションという分野に持ち込んだ。それはこの研究対象であるマレーシアのCBRにおいても、一定の効果を示している。しかしながら、その理念上の利点実践においては十分に反映されていないのも事実である。特に障害者の参加という点については非常に限定的であるといわざるをえない。CBRにおけるR、つまり、「リハビリテーション」という内容が機能的な回復を指向するものから参加支援というより包括的なものにならない限り、本質的な解決は難しいであろう。何を行うかという内容としての「R」、そしてどう行うかという方法論としての「CB」、

その両方がより適切なものへと改革されていく必要がある。

(本論は2006年に英国イースト・アングリア大学大学院に提出した博士論文の一部をもとに新たに執筆した。)

〔注〕

- (1) ある集団をひとつの区分基準(例:性,障害の有無)のみによって「AもしくはB」と二分し,それをその集団内の(絶対的・優先的な)区分とする二分法に対し,多分法では,複数の区分基準(例:性,障害の有無)が並列的に存在し,かつ,その基準の優先度は変化することを認め,ひとつの区分基準による二項間も断続的なものではなく連続性があり相対的であると認識する。ゆえに個人は他者との関係性のなかで複数かつ流動的なアイデンティティとニーズを有するという理解となる。
- (2) たとえば,マレーシアの主要な政党は民族別の政党である。
- (3) マレー手話を話する者もひとつのコミュニティとしてとらえるべきであろう。

〔参考文献〕

<外国語文献>

- Booth, Tim [1996] “Sounds of Silence: Narrative Research with Inarticulate Subjects,” *Disability & Society*, Vol.11, No.1, pp.55-70.
- Chambers, Robert [1994] *Challenging the Professions: Frontiers for Rural Development*, London: Intermediate Technology Publications Ltd.
- Freire, Paulo and Ira Shor [1987] *A Pedagogy for Liberation: Dialogues on Transforming Education*, London: Macmillan.
- Goodley, Dan [1996] “Tales of Hidden Lives: A Critical Examination of Life History Research with People who Have Learning Difficulties,” *Disability & Society*, Vol.11, No.3, pp.333-348.
- Goodley, Dan and Michele Moore [2000] “Doing Disability Research: Activist Lives and the Academy,” *Disability & Society*, Vol.15, No.6, pp.861-882.
- Helander, Einar [2000] “25 Years of Community Based Rehabilitation,” *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol.11, No.1, pp.4-9.
- Helander, Einar, Padmani Mendis, Gunnel Nelson and Ann Goerd[1989] *Training in the Community for People With Disabilities Introduction*, Geneva: World Health Organization.

- ILO, UNESCO, WHO [2004] *CBR - A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction of People with Disabilities-Joint Position Paper 2004*, Geneva: WHO
- Lukes, Steven [1993] *Power: A Radical Review*, London: The Macmillan Press.
- Lysack, Catherine [1997] *(Re) Questing Community: A Critical Analysis of Community In the Discourse of Disability Rights and Community Based Rehabilitation*, PhD Thesis submitted to the Department of Community Health Sciences, Winnipeg: University of Manitoba.
- Mendis, Padmani [1999] *Current Trends in the Development of Community-Based Rehabilitation (CBR)*, n.p.
- Mohd. Khalilbin Mohd. Nasir [1988] “Pendekatan Baru Perkhidmatan Kebajikan Masyarakat Khusus Bagi Pemulihan Orang Cacat (New Understanding of Social Welfare Services for the Rehabilitation of Disabled Persons)” *Journal Kebajikan Masyarakat*, Vol.7, No.1, pp.1-6.
- Pfeiffer, David [2000] “The Conceptualization of Disability,” in S. N. Barnartt and B. M. Altman eds., *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where We Are and Where We Need to Go*, Oxford: Elsevier Science, pp.29-52.
- Pretty, Jules [1995] “Participatory Learning for Sustainable Agriculture,” *World Development*, Vol.23, pp.1247-1263.
- United Nations [2000] *The United Nations and Disabled Persons: The First 50 Years* (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dis50y01.htm> 2003年 9 月20日 閱覽)
- White, Sarah and Romy Tiongco [1997] *Doing Theology and Development: Meeting the Challenge of Poverty*, Edinburgh: Saint Andrew Press.
- World Health Organization [2002] *Community-Based Rehabilitation As We Have Experienced It: Voices of Persons With Disabilities (part 1)*, Geneva: WHO.