

障害者支援セミナー

「低所得国における障害者のキャパシティ・ディベロップメントの戦略」

報告書

2006年3月

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部 社会保障チーム

## 1. 開催日時及び会場

日 時：2005年7月22日（金）14:30-17:00

会 場：東京都渋谷区代々木2-1-1 新宿マインズタワー  
JICA本部 11階 ABCD会議室

## 2. プログラム

14:30-14:35 挨拶 渡辺 肇（JICA人間開発部 第2グループ 社会保障チーム長）

14:35-15:15 基調講演  
「低所得国における障害者のキャパシティ・ディベロップメントの戦略」  
Dr. Aldred H. Neufeldt（カルガリー大学 教授）

15:15-15:35 事例紹介「インドにおける障害者自助グループ構築プロジェクト」  
高嶺 豊（琉球大学 法文学部 人間科学科 地域福祉学 教授）

15:35-15:45 休憩

15:45-16:30 コメントおよび質疑応答  
コメンテーター：Mr. Alexander Mwanza PHIRI  
（SAFOD：Southern Africa Federation of the Disabled 事務局長）  
司会：渡辺 肇（JICA人間開発部 第2グループ 社会保障チーム長）

16:30-17:00 質疑応答

## 2. 講師紹介

- ・ **Dr. Aldred H. Neufeldt**

カルガリー大学 教授

専門は心理学、精神医学。1988 年以來カナダ・カルガリー大学 Community Rehabilitation & Disability Studies Program (地域に根ざしたリハビリテーションと障害学プログラム) で教育・研究に携わっており、CBR分野の第一人者の一人で、開発コンサルタントとしても活躍。JICAとカナダ国際開発庁(CIDA)が協調して実施したボスニア・ヘルツェゴビナにおける地雷被災者を主な対象としたCBRプロジェクトでカナダ側評価コンサルタントを務めた。

- ・ **高嶺 豊**

琉球大学 法文学部 人間科学科 地域福祉学 教授

バンコクにある国連アジア太平洋経済社会委員会(ESCAP)で障害者問題専門官として、1993 年から始まった「アジア太平洋障害者の十年」の事務局の責任者を務めた。また、延長された「アジア太平洋障害者の十年(2003~2012)」の政策実施ガイドライン(びわこミレニアムフレームワーク)の作成作業においても中心的な役割を果たした。

- ・ **Mr. Alexander Mwanza PHIRI**

SAFOD: Southern Africa Federation of the Disabled 事務局長

ジンバブエより JICA 地域特設研修「南部アフリカ地位向上」に参加研修員。

### 3. 発表の概要と結論

本セミナーは、障害と貧困の関連に着目し、開発途上国での障害者支援における課題への対応策に関する議論を深める目的で開催された。基調講演として、貧困下での生活を余儀なくされている開発途上国の障害者のキャパシティ・ディベロップメント及び援助の戦略について発表し、またその事例として、インドの自助グループ構築についての発表を行った。この2つの発表に対し、JICA 地域特設研修「南部アフリカ地域障害者の地位向上」コース研修員から、途上国側の当事者としての立場からコメントを得るとともに、また、セミナーの参加者からも意見を受けて、議論が展開された。

その結果、以下の点が指摘された。

- 過去の戦略を分析し、そこから学ぶ必要がある。
- Collaborative Strategy は、労力はかかるが効果も大きい。
- 農村地域の障害者において障害者のニーズを把握し、投入された資金で的確なサービスを提供するためには、自助グループの構築は有効な手段である。
- 援助資金は草の根の障害者団体にも直接届くようにする必要がある。
- CBR の活動には障害者自身が運営に関与することが重要である。

#### 4. 議事録詳細

挨拶

人間開発部 社会保障チーム長 渡辺 肇

世界銀行によると開発途上国の貧困人口の約20%が障害者と言われている。また障害者の60%は開発途上国にいるという統計もある。皆さんもご存知のように、国連のミレニアム開発目標の中に、「2015年までに、世界中の1ドル以下で生活している方たちの人口比を半減する」という目標がある。その達成のためには障害を持つ方たちの経済状況の改善というのは不可欠だと考える。また、世界の障害者の状況を改善するためには、貧困人口がまだ多くを占める開発途上国の障害者への支援が不可欠ということになる。以上のような状況認識のもとに、障害が貧困につながり、貧困が障害につながるという、いわゆる vicious cycle をどうやってブレークするかということを皆で考えてみようというのが、本セミナーの目的である。

##### 1. 基調講演「低所得国における障害者のキャパシティ・ディベロップメントの戦略」

Dr. Aldred H. Neufeldt (カルガリー大学 教授)

JICA は、効果的できめ細やかなプロジェクトで多くの成果を上げており、世界的に良い活動をしていることで知られている。日本に来る度に、JICA に招かれ、皆様の温かい歓迎を受けていることを嬉しく思う。

本日のテーマは、障害分野における開発の戦略である。(スライド2) ここに書いてあるのはよく言われることである。1. 世界人口の10%は何らかの障害を持っている。2. 多くの場合、障害を持っている人たちは、一番貧しい層に入っている。3. 障害を持っている人たちの人権はしばしば侵害され得る、の3点である。障害者の人権が侵害され易いというのは確かに事実であるが、障害を持つ人たちが最貧層にいるという点と、人口の10%が障害者という点についての客観的データはない。この10%という数字は国連が国際障害者年(1981年)にはじき出した数値であるが、国によってこの10%より高い場合も低い場合もある。問題は「障害」をどう定義するか、どこまでを障害を持っている人とするか、どうやって障害を持っている人をカウントするのかということになる。例えばカナダや日本も同様だと思うが、人口の16~17%の人が何らかの障害を持っているとみられている。そして社会が高齢化するにつれてこの割合は増えていく。開発途上国においても、高齢化が進むにつれて障害者の人口比が増えていく。

1980年以來、世界中で障害を持っている人たちの状況を改善していこうという動きがあった。そして世界中のほとんどの地域で「国際障害者年」や「国連障害者の十年」の取り組みにより、いろいろなプロジェクトが実施され、いい結果がもたらされた。それ以来20年を経過し、そろそろ評価を行う時期に来ていると思う。もし、実質的に改善されていないならば、それはどうしてかを討議する必要がある。或いは、今までどういう戦略が効を奏してきたかも検討されるべきである。今日は、効果的であったと考えられる戦略についてお話したい。

まず心に留めておきたいのは、国際的な開発援助というのは50年しか年月を経ているということである。そして50年の間に我々が学んできたことというのは、援助というのはそんなに単純ではなく、かなり込み入ったプロセスであるということである。当初目標としてきたことが、なかなか達成できなかつたり、達成することが難しかったりしている。そこには多くの原因があるが、そのことについて我々は分かっていない。これは、障害者問題のみならず都市開発、貧困削減の分野においても同様のことが言える。従って、今日は、まだ進行中の事例について話すことになる。私が個人的に、これまでの経緯をどのように見てきたか個人的な見解を述べるので、それについて皆さんの考えもお聞かせ頂きたい。

過去に援助国が行ってきた戦略というのは、大きくわけて4つに集約される。1つは多国間の援助である。例えば、コロンボプランやUNWRA、UNDPなどで行われている、紛争後、戦争後の支援や津波などの自然災害後の支援によく使われる手法である。2つめは、二国間援助で、この方法が過去50年間一番よく使われてきた。3つめに、人材育成という手法もよく使われてきた。その背景には、援助対象国の人々を教育すれば、自分たち自身でアイデアを出したり、問題を解決したりしていけるようになるだろうという考えがある。4つめは、地域開発であり、小さい地域コミュニティを対象として、その人々に力を与えることにより地域の人々が自立していくという手法である。この4つの戦略は、いずれも障害分野でも使われてきた。

また、援助戦略を考えるための次のような方法もある。表（スライド6）を見て欲しい。この表は、予算が、どういう目的のために、どのように配分されるかを表わしている。障害分野に限って言うと、障害予防、リハビリテーション、機会均等のための施策という3つに資金は配分されてきた。（スライド5）この太陽のイラストは、機会均等を表わしている。このイラストの大きさが表す通り、この分野への資金は乏しいが、最近になり注目されてきた戦略である。

従来、一番多く資金が割かれてきたのが障害予防の分野である。通常は多国間援助で行われてきた。例えば、世界のいくつかの地域を対象として、結核予防、ポリオ予防、天然痘根絶といったプロジェクトを実施してきた。この戦略は海外援助が始まった50年前から行われている。まだ障害予防に資金配分は続けられているが、今は20~30年前に比べると、規模が小さくなっている。

もう一つの戦略は、リハビリテーションセンターの設立である。これもかなりの資金の配分を受けてきており、主に二国間援助で実施されてきた。この戦略は、1970年代後半から1980年代前半にかけて徐々に、CBR（Community-based Rehabilitation：地域に根ざしたリハビリテーション）を中心としたものに変わってきた。しかし、CBRといながらも、その特徴であるコミュニティに重点を置くことをせず、従来からのセンターを持つという考えから脱却できなくて、CBRセンターに重きが置かれている事例が多いというのが現状である。

3つめの機会均等のための戦略の動きは、障害を持つ人たちの権利意識が高まり、障害当事者団体が援助国に対して、自分たちの権利のためにもっと援助して欲しいと声を上げるようになったのと、時期を同じくしている。

（スライド6）これは、ヘンリー氏（Henry Enns）と共に書いたものに基づいているが、カナダの援助が世界の中でどのような役割をしてきたか書いたもので、その内の一章をCIDAについて書いた。そこで用いた資料である。CIDAは多国間援助を除いて、3つの予算の枠組みを持っている。1つは二国間援助、これは1950年代から始まり1960年代半ばまでがこの戦略が唯一のものであった。1960年代中頃からパートナーシッププログラムというNGOと連携して実施するプログラムが始まった。1970年代になると各国にあるカナダ大使館を通じて援助の要請が来るようになり、カナダ基金というものを別に設けることになった。各地域の要請に応える形の小規模な援助である。

この3つの予算の枠組みを基に、この中で障害分野にはどのくらいお金が使われてきたのか、またその中で、障害予防、リハビリテーション、機会均等にどのように用いられてきたかを見ていきたいと思う。JICAではどうなっているか分からないが、CIDAでデータシステムを構築することは楽ではなかったが、かなりいいデータを得られた。但し、パートナーシッププログラムでは、変更があるとその数字をどう処理するかという問題があったり、大使館を通じての資金については、大使館側があまり記録を残したくないという傾向があったりするので、正確なデータとは言えない。二国間援助は、プロジェクトの数も限られているし、それぞれに大きな単位の資金が使われているので、一番確かなものになっている。1976年から1997年の20年間を見ると、実施したプロ

プロジェクトは総計 22 になるが、障害予防が 12、リハビリテーションが 10 になる。しかし予算額で見ると、全体の 86%が予防、14%がリハビリテーションに使われており、機会均等のためには使われなかった。ここから 2 つのことが学び取れる。まず、予防が圧倒的な比重を占めている。機会均等に関しては二国間援助ではなかなかできなかった。つまり政府間の援助では、DPI (障害者インターナショナル) や SAFOD (Southern Africa Federation of the Disabled) に多少支援が向けられたとは言え、障害者のエンパワメントにはほとんど関心が向かなかった。

カナダ基金と CIDA と NGO のパートナーシッププログラムはデータを得るのが難しかったので、4 年間に限って数字を示している。パートナーシッププログラムは、NGO が申請を上げたプロジェクトを、CIDA が審査・採択し資金が提供される。4 年間のうち 131 のプロジェクトが実施され、数値が示している通り、機会均等のプロジェクトが一番多いが、予算配分でみると、全体の 51%がリハビリテーション、予防が 38%、機会均等には 11%しか割かれていない。カナダ基金は、プロジェクト数においても、予算配分においても、リハビリテーションに一番多く割かれている。ここでいうリハビリテーションには、職業訓練や就労支援、住宅の提供のプロジェクトも含まれている。注目したいのは、障害当事者団体が申請して予算を得て実施するプロジェクトであっても、障害者自身のキャパシティ開発につなげるものには、なかなかお金が回っていかない。

(スライド 7) これは、先に述べた援助の 4 つのアプローチそれぞれの失敗例、成功例、困難な点があったかをまとめたものなのであまり時間を割かずに説明する。

(スライド 8) 先ほど述べた、海外援助の 4 つの戦略が障害分野ではどのように用いられてきたかを示している。例えば、多国間援助では予防接種の普及などに大きな貢献をしてきた。また、二国間援助を主とするインフラ整備で、リハビリテーションセンターや CBR センターを建設してきた。どの国でも、リハビリテーションセンターを主要な都市につくりたがる傾向があるが、問題は、障害を持つ人は大都市ではなく、サービスの届きにくい農村部にもいることである。もう一つの問題は、リハビリテーション施設には高額な維持費がかかることである。私は、1981 年に北アフリカのある国を訪ねたことがある。1981 年は国際障害者年にあたり、相手側ができたばかりのリハビリテーションセンターをぜひ見せたいというのが、訪問の目的であった。国名は言えないが、援助大国と言われているヨーロッパのある国からの資金で建てられ、それはヨーロッパのその国にあるリハビリテーションセンターを真似たものだった。ご存知の通り、アフリカの北部には砂漠がある。このリハビリテーションセンターは砂地にあり、中の機材も立派だが、電気が届かない。教育を受けたスタッフもいなかった。大きな金額を投資して大きい箱物を造るということは、同時に大きな間違いを犯しやすいということである。CBR センターは規模が小さいので余り問題がなく、各地域に建て易いという利点がある。CBR の背景にある哲学は、後ほど話をしたい。

次に「人材育成」に関して言うと、例えばリハビリテーションセンターをつくり、そのスタッフを先進国に送って理学療法士や医師としての教育を受けさせるということが行われてきた。問題は、そうして海外で教育を受けてきた人は、自分の国に帰りがらないということにある。最近の傾向は、スタッフは、自国の現場で養成した方がいいということになり、昔「裸足の医者」とも言ったが、現地での養成に重点が移ってきている。そして、最近の技術の一番の利点は、遠く離れた人にも教育が行えるということにある。例えば、カルガリー大学には、眼のレーザー手術の専門医がおり、レーザーで角膜移植をしたりしているが、彼は、世界各地の医者やテレビ会議を通じて、自分の技術を伝えるということを行っている。その医者が角膜移植しているその手元をカメラで写し、その様子を世界の全く違う場所にいる研修中の医者たちが見ることができる。離れていても、このように実演を見て、説明を聞きながら学んでいくことができる。こ

れは 10~15 年前には考えられなかったことである。

もう一つ、指導者を養成するという考え方も広まってきている。今までの戦略では、現地の人を訓練したとしても、その人たちが十分育って次世代の人たちを養成するところまでなかなかいかないという問題点があった。現地の人を養成しても、指導者となる前にその職業を辞めてしまうという傾向にあった。また、短期間のワークショップでは、新しいアイデアを生み出すということではいいが、技術移転には不十分である。また、スタディツアーは、今回出席している南部アフリカからの研修員のように、海外で比較的短期間で研修を行う方法である。こういう海外での研修というのは非常に有意義だと思っている。短期間なので技術移転を十分に行うには時間が足りないが、海外に出かけて行き、色々と視察して新しい可能性に目が開かれるという経験は非常に大きいと思う。

次に「地域開発」に関しては、主に参加型行動調査 (PAR: Participant Action Research) について述べたいと思う。私が知っている修士課程の学生がそれぞれコロンビアとジャマイカに行き、地元の貧しい人たちの中に入って活動した。そのコミュニティの中には、障害を持った子どももおり、その子どもたちに働きかけ、自分たちにどのような可能性があるかを発見させるという試みをした。2つの事例から学んだことは、こうしたプロジェクトが成功するには非常に長い時間がかかるということである。このような最貧困層にいる人たちは、非常に打ちのめされた状態に長い間置かれていて、自分の力で自分の問題が解決できるということを考えたこともないような状況であった。そのような人たちに働きかけ、自分で立ち上がる力を与えるというのは、長期間の努力を要する。

(スライド9) 従来の手法の限界が分かってきたので、ここ5~6年協働戦略 (Collaboration Strategies) が注目を浴びている。次のスライド (スライド10) で、協働戦略の4つの特徴を示した。消費者団体と消費者団体となっているが、障害分野に限って言えば、障害団体同士が手を組んで実施する戦略になる。ヨーロッパの援助団体や JICA が資金援助して、DPI や SAFOD 等が協働で行うプロジェクトなどいくつかご存知だと思う。協力の度合いというのはそれぞれあるが、ここで基本となっているのは、お互いの主張に耳を傾けるという姿勢があるということである。次に政府間の協力というのを上げている。先ほど渡辺チーム長がお話された、カナダ、日本、ボスニア・ヘルツェゴビナの3カ国連携で行われている地域リハビリテーションサービスは、このカテゴリーになる。最初の2つは同じグループ同士が連携してプロジェクトを行うものであったが、3つ目は違う種類のグループが連携して一つの目的に向かっていくというものである。例えば、政府と NGO が協力して、一つのプロジェクトにあたるということである。これによって政策分野や専門的な分野の協力が可能になってくる。4つ目は、異なるシステム間の連携で、多層なレベルでの目的があり、複雑である。

これら4つの協働戦略も、これまでの戦略と同様、リスクがある。単純な二国間援助に比べると、投入するエネルギーというのはかなり大きく、投資する部分も多いが、そのために得られる結果も大きいと思っている。連携的 (Collaborative) な方法であると、パートナーが、2つも3つも4つもの国に渡り、それぞれに利害がある。そうした相手と1つ1つ話しを詰めていかななくてはならないので、大変である。そうした事前準備の話し合いのために、十分予算が割かれるかどうか分からない。しかし、ボスニアのプロジェクトを見れば分かるように、投資した労力というのは結果となって現れてきている。今まで用いられてきた戦略について話してきたが、いずれの場合も過去の手法について十分理解しているわけではないが、このことについて学んでいく必要がある。少し時間を使いすぎたので、ここで終わりにしたいと思う。

## 2. 事例紹介「インドにおける障害者自助グループ構築プロジェクト」

高嶺 豊 (琉球大学 法文学部 人間科学科 地域福祉学 教授)

プロジェクトの紹介をする前に、アジア太平洋地域の障害者について手短かに話したい



と思う。アジア太平洋地域には障害者が4億人、人口の10%いると言われており、その80%が農村地域に生活していると言われている。アジア太平洋地域においては、1983年から1992年の「国連障害者の十年」、引き続いて「アジア太平洋障害者の十年」で更に十年、障害者問題に取り組み、また2003年から2012年まで「アジア太平洋障害者の十年」は延長された。Aldred教授が話されたように、20数年来、障害者問題はアジア太平洋地域において重点的に取り組まれている。しかし、多くの障害者は、この20年間で本当に障害者の生活が改善されたのかということについて、「余り改善されていない」と実感している。その理由について考えていきたい。私の独断になるところもあると思うが、13年間アジア太平洋地域で障害者問題に取り組んできた経験からお話したいと思う。

障害分野で大きな取り組みが成されていなかったのは、これまで農村地域の障害者に対する支援が、ほとんどされていなかったことにあると思う。大抵、サービスは都会中心で、そこにリハビリテーションセンターが建てられ、多くの農村部の障害者はそこへのアクセスはなかった。同時に、農村部には伝統的な考え方があって、障害者の社会参加を妨げていた。更に、障害者は圧倒的に農村地域に多く、農村地域において小さなプロジェクトを行っても、なかなか成果が出ない。8割もの障害者に影響を与えることは、難しい。次に、この10年、障害者の当事者運動が非常に高まってきており、アジア太平洋地域においても、様々な障害当事者のネットワークが出来ている。その障害当事者運動は、基本的には、都会のエリートが中心になっていると私は考えている。従って、なかなか農村部に住む人のニーズを理解できない面があり、障害当事者運動が、農村地域まで浸透しないことになる。

CBRも色々な国が取り組んでいるが、その割には成果が見えてこない。その大きな原因の一つとしては、CBRの活動自体に障害者自身の参加が少ないということが挙げられる。そのために、プログラムがsustainableになってない。また、CBRプログラムを引き受ける障害者の存在がない。更に問題なのは、その障害者問題の中に、開発の視点が抜け落ちていることである。まだ障害者と貧困の関連については、きちんとしたデータは出ていないが、個人的な経験でいうと、この3月にインドに行ったところ、農村部の障害者はほとんどが貧困であった。最初は、貧困層にいる障害者は5割、6割ぐらいではないかと思っていたが、ほとんどの農村部の障害者は貧困層にいることが分かった。しかし、障害者問題はまだ福祉問題という捉え方があって、開発の問題として障害者をエンパワーしていくという取り組みが、まだ農村部では実施されていないことがある。そうした状況の中で「アジア太平洋障害者の十年」が延長され、国連が中心になって「びわこミレニアムフレームワーク」(BMF)を更なる十年の基本目標にしようと採択した。「びわこミレニアムフレームワーク」は、実は国連ミレニアム開発目標と障害者問題をリンクした形になっており、貧困問題が障害者問題の中で大きな比重を占めた形で、目標が立てられている。実際に、農村部の障害者のエンパワメントには、どのような手法があるのか、色々なところで政策を実施してきた。

そして、インドで、当事者運営によるグラスルーツ・グループの構築というプロジェクトが、以前から取り組まれていることを知った。これは貧困削減のプロジェクトの一環として行われており、当事者を小さなグループ単位で組織して、それを村レベルで連合体とし、またその上に「マンダル」と呼ぶ地区単位を組織し、更にその上に連合体を作るということをしている。一つの郡、或いは地方単位で大きなピラミッド型の連合体ができていることになる。図をみると自助団体が村にできて、それが一つになって村レベルの組織になり、更に村々の組織が集まって郡レベルの組織になっていく。インドでは、そうした大きな取り組みが長い間成されている。その手法を、障害者のエンパワメントに取り入れたものが、現在プロジェクトとして進んでいる。まず、障害者の自助グループ(SHG)は、様々な障害を持った近所の人たちが10人から15人程度で集まって

一つのグループが構成される。そして、毎週定期的に集まり、自分たちの問題を話し合い、何らかの解決策を出して、グループとして行動していくという仕組みである。また、相互扶助の貯蓄をして、それをグループ内の必要な人に貸し出したり、或いはグループでローンを借りて、必要な人がそれを使う活動を行っている。それを資金源に所得創出として、自分で売店を持ったり、農業をしたり、キオスクを持ったりして、様々な経済活動を行っている。このグループに属すると様々な恩恵がある。障害者のグループなので、補装具、田舎なので3輪車椅子、補聴器、松葉杖などの提供や、手術の必要な人には、手術を受ける機会もあり、中には、住宅の供与といった利点もある。

グループは、自分たち個々のメンバーをサポートするだけでなく、その地域の公共のために様々な活動をしている。例えば、地域の中で障害を持った子どもが学校に行けない場合は、グループとして学校の先生に交渉したり、親に学校に行かせるように勧めたりしている。また、強制的に若い障害者が学校にも行けずに労働させられている場合は、雇用者と交渉して、何らかのお金を払い、障害者を解放して学校に通わせるようにする。或いは予防接種の普及を行って、障害の予防に努めている。グループのもう一つの特徴は、例えば、地域の人にとってはデイケアセンター的な役割である地区センターを運営していて、障害を持っていて、昼間どこにも行きようのない子どもたちを預かったり、そこで簡単なリハビリテーションサービスの提供をしている。ここでは、知的障害や教育の専門家、作業療法士や言語療法士の訪問が毎週あり、治療をしたり親に技術を伝えたりしている。この地区センターには障害児だけではなく、一般の子どもも学校が終わった後、訪れて、障害を持つ子どもも持たない子どもと一緒に遊ぶ雰囲気がある。障害者自助グループの代表と女性障害者自助グループの代表と一緒に運営をしている。

(写真を見せながら)これは3月にインドのアンドラ・プラデッシュに行った時の状況である。これが自助グループの定例の集まりで、10名程度の障害を持った人たち或いは親が集まって週1回協議をしている。この女性は自助グループのメンバーで自分のお店を持って所得を得ている。こういう三輪車も手に入って活動している。真ん中の子どもは知的障害で、母親が自助グループのメンバーで積極的に活動しており、自分でお店を持つくらいの役割を持っている。この方も自助グループのサポートを得て、自分のお店を持って生計を立てている。「コミットメント」というNGOがモデル的活動をしていて、これがその事務所である。これはマンデラという郡の連合体があり、そのステアリングコミティのメンバーが集まっているいろいろな協議しているところで、女性がかかり力を持っている。

現在、世界銀行がインド政府に融資をして貧困削減プロジェクトを重点的に実施している。2000年から2005年の間に、特に女性障害者の自助グループを構築することを大きな目的としている。フェーズIIでは、2003年から2008年に2000万戸の貧困世帯を対象にしたプロジェクトを実施していて、その中で障害者の自助グループの構築が初めて紹介された。世界銀行は5年間で、何万人もの障害者を組織するという壮大なプロジェクトを始めている。

実際に2005年3月にアンデラプラデシ州のモハブナガア郡(Mohabubnagar District)を訪問した時は、既に1300の自助グループが組織され、20,000人余りの障害者が組織されていた。この郡では2つの地区センターができ、移動に必要な3輪車が注文され、手術の必要な人のうち210人が手術を受け、待っている人が700人いる。私が訪問した時、マンダル連合体という郡の障害者の連合体が2日間のメディカルキャンプを実施しており、そこに200名余りの手術が必要な障害者を地域から連れて来て、2日間かけて手術をして、また村に帰り、必要なフォローアップをするということを、全て障害者自助グループの連合体が音頭を取って実施していた。郡政府はそれに対して、輸送費を持ったり、医者を派遣して治療を行うということをしている。また、世界銀行も連合体を信頼して、資金を投入している。障害者の自助グループは、誰がどのような状態かを知

っているため、ニーズもよく把握しており、そのニーズに対し、政府の資金を使って様々なサービスを提供できるのである。それも何百人という単位で様々な恩恵を提供している。このプロジェクトの成果としては、各自助グループのメンバー一人一人が自分の問題をきちんと捉えるようになり、それを解決することにより、エンパワメントされて来ているという感じがした。障害団体のメンバーに聞くと、「村人の障害者を見る目が変わってきた。」と話した。それまでは個人の名前で呼ばれることなく障害名で呼ばれていたが、障害者も地域で力が増すことにより、村の一員として尊敬を得るようになって個人名で呼ばれるようになった。障害者団体も村議会のような村の政治的な場にも人を送れるようになったと言っていた。障害者に対しての様々な戦略や手法を見てきたが、これからは一人一人を組織するような取り組みにより、障害者一人一人のキャパシティビルディングを高めることが主流になるのではないかと思っている。それには、時間と資金が必要であるが、一度障害者がエンパワメントされると自立していくので、資金の投入も効率的になると思う。この動きというのは、今、インドで大々的に行われているが、カンボジアやバングラデシュでも類似のプロジェクトが始まっている。JICA とタイ政府の協働で立ち上げたアジア太平洋障害者センタープロジェクトのプログラムの一環として、障害者の自助グループの構築を支援するための研修が昨年からは始まっている。私も8月にその研修に参加することになっている。このような仕組みがこれまで余り皆さんに紹介されていなかったと思うが、アジア太平洋地域だけではなく、今後アフリカやラテンアメリカにも紹介されていくことを願っている。本当にサービスの必要な人にサービスが届き、本当にエンパワメントの必要な人が力をつけていくには、このような仕組みでないと、なかなか実現しないと思っている。

### 3. コメント

Mr. Alexander Mwanza PHIRI

(SAFOD : Southern Africa Federation of the Disabled 事務局長)

いつもなら、午後の時間は居眠りをしてしまうところだが、本日はお二人の発表を大変熱心に聞かせてもらった。両方ともとても面白かった。Aldred 教授の発表ではグローバルな視点からローカルな所まで幅広くお話し頂いた。また高嶺氏は、インドの事例を基に人々が自分の力でどのようなことができるのかというのを学ばせてもらった。このプレゼンテーションに心からお礼を申し上げたい。

コメントする前に、参加者の中で CBR についてよくご存知の方はどのくらいいるか。(数名手を上げる) そうではないかと思っていたので、CBR について少しお話する。CBR は開発途上国の特に貧しい人たちのために作られたプログラムだと解釈している。アフリカでも活用を検討したいし、インドやラテンアメリカにも活用事例があるが、元々 CBR の考え方は、世界保健機構 (WHO) から始まっている。もし CBR がよいアプローチであるならば、日本や、英国、米国においても効力があるのではないと思われるが、そうした先進国に CBR はない。CBR は途上国の障害問題に対する処方箋として与えられているが、アフリカの障害者にとって生き残るために効果があるのかどうか、大きな疑問である。私のいるジンバブエやその周辺諸国で、CBR プロジェクトについて聞くと、共通することは、障害者が運営に携わっていないということである。(本来は障害者が運営すべきであるが) 実権は障害者ではなく他の人が握っている。先ほどお話し頂いたインドの事例では、障害者自身の手で運営されていたという話であったが、実際はそうではなかったと聞いたが。

高嶺氏 :

誤解があったようなので、少し説明をする。自助グループをサポートするコミュニティ

ワーカーがおり、彼らは 10 ヶ月間のトレーニングを受けている。そして自助グループをサポートする。そのコミュニティワーカー自身が障害を持った人である。障害を持った人がコミュニティワーカーになり村々を回って自助グループをサポートしている。

PHIRI 氏：

当事者自身が運営に携わっているから、うまく行っている。言いたいことは自助グループの場合、当事者の手に未来が握られている、自分たちで将来のことが決められるという状態にある時にプロジェクトは成功する。インドの事例も成功例の一つだと思う。

司会：本日の参加者の中には、CBR という言葉そのものに馴染みがない方も少なくないと思うので、もう少し基本的なことをお話し頂けないか。

PHIRI 氏：

よく言われるのは、世界銀行や国連、その他の援助機関は、CBR にお金を出していることに非常に誇りを持っている。先ほどの Aldred 教授のお話にもあったが、CIDA や援助団体からのお金というのは、障害者の機会均等のためには用いられておらず、主にリハビリテーション、CBR も含むが、または予防に使われている。しかし、我々障害者自身としては機会均等を要求し、そのことにより、多くのプロジェクトに主体的に関わりたいと思っている。また、国連や WHO、G8 のような組織の持っている力について懸念している。このような組織が世界中の動きや傾向を決めていく力を持っており、全ての問題の解決を与えてくれるようになってきている。しかし、そうして与えられた解決法が、人々が中心になって作った物でない限りは、実際には役に立たない。例えば今 WHO が「障害」という言葉の定義に取り組んでおり、“impairment” や “disability” という言葉を細かく定義しようとしているが、それによって「障害」という言葉が今よりも消えていってしまうのではないかと心配している。私が得た感触では、障害当事者の運動が高まると、既にある組織の力に対して挑戦をつきつけるような形になっていくのではないかと思う。例えば、国連やその他の組織が CBR を推進してくれるが、それに対して障害当事者団体が挑戦をつきつけるという構図になる。そうすると、国連の方は CBR を止めてしまうということになっていないかと思う。私が強く感じているのは、障害当事者の団体が団結して強く進んでいかなければ、我々の未来を別なところで決めてしまう力に抗しきることができないのではないかと思う。

最近、G8 の結果、日本の政府はかなり多くの資金を今後アフリカに投じるということを知った。しかし、こうした資金が、直接アフリカの草の根の人々のところに来るものでなければ、意味がない。日本の出したお金が、大きな権力を持つ政治家のところに入ってしまうと、その輪の中だけで回ってしまって、草の根の人々のところに届かない。先ほどの二人の方々のお話の通り、人々に直接投資すれば結果が得られる。本日参加されているみなさんは、日本の政府に影響を及ぼすことができる。資金は直接、草の根の人々のところに来るように、よく考えて欲しい。私たちの国には、HIV エイズなどいろいろな問題がある。そうした問題に取り組んでいる障害者団体に対して、国際社会の支援が直接来て欲しいと思う。

今回、JICA の研修に参加させてもらって、直接私たち自身に便益をもたらすものとして素晴らしいと思う。しかし、JICA の協力というのは、日本政府と相手国政府と自分たちが所属する NGO の三者が関与している。ここでの問題は、それぞれの国が誰を研修員として派遣するか選考する時に、私たちの国の政府は大抵障害のない人を送りたがる。私たちの政府はリストを見ながら、この人は障害がないからいいのではないかという感じで選考を進めていた。参加者の皆さんの中には、学生の方も多くいるようだが、アフリカで働きたいという方がいれば、日本政府から資金をもらって、直接私たちのと

ころにお金が届くように来て欲しい。たくさん仕事はある。

#### 4. 質疑応答

司会：まず、みなさんの中から、これまでの3人の発表に対して、質問、コメント等があったら頂きたい。

質問：

(ろうあなので手話を音声に通訳してもらっている。) お聞きしたいことが2点ある。非常に興味深い内容だった。世界各国で、障害者関係のデータがきちんと出ていないということは、他でも聞いたことがあり、このことに関してお伺いしたい。1点目は、インドの事例を高嶺先生がご紹介されたが、例えば、そのような活動を優先させた方がいいのか、それともデータ収集を優先させた方がいいのかということである。高嶺先生のインドの障害者の自助グループについて、本当に興味深く拝聴したが、(スライド8) 障害者の自助グループと書いてあるスライドの中で、様々な恩恵の中で補聴器という項目がある。私自身、または私どもの立場にとって、経済発展について17年研究しているので、その立場で申し上げたいが、途上国の農村では補聴器は意味がないと言える。なぜかというと電池がすごく高価なので、補聴器に必要な電池を購入することが簡単ではない。農村地域での補聴器による支援は、持続性を考えるとその効果に疑問があり、補聴器が挙げられていることが気になった。

司会：2番目の質問に対して、高嶺先生から回答をお願いしたい。

高嶺氏：

まだ、確認していないが、インドには、電池の代わりにソーラーを使うシステムができていると聞いた。そのようなことであれば、電池の心配をすることはないが、実際に、この場所でソーラーシステムが使用されているかどうかは確認していない。また、この自助グループでは障害者自身がニーズを出し合っているのだから、使用できないものであれば、要らないということができる。ニーズは上から降りてくるものではなく、障害者自身がニーズを出し、政府のサービスを持ってくるという仕組みになっている。例えば、補装具の使い方についてもフォローできるような仕組みになっていると聞いている。

Aldred 氏：

いい質問である。研究者としては常日頃、良いデータをほしいと思っている。しかし実状を言うと、カナダには、Statistics Canada という優れた組織があり、世界的標準からみても、かなり有用なデータ収集をしているが、それでも私が求めるデータを探そうとするとなかなかないということがある。未来を予測するためのデータや過去事象を理解するためのデータ等いろいろあり、何を求めるかということによって変わってくると思う。日頃私たちが入手できるデータというのは、過去を理解するためのデータが多いように思う。これは北米において言えることで、開発途上国の貧しい国では尚更だと思う。データをどう価値付けるかは、価値観にも関わってくると思う。知的作業のためだけのデータ、それ自体が目的化している場合もあるし、私たちが援助しなければならない人たちのために、何が出来るかという視点で探すデータというものもあると思う。その価値観によって、どういうデータが必要か変わってくると思う。

司会：高嶺先生はどうお考えか。ESCAP で障害を持つ方の開発プロジェクトに長く携わってこられて、データの不備等に悩まされたことがあるのではないかと。

高嶺氏：

先ほどもアジア・太平洋の障害者の数というのは総人口の 10%ということで、アジア・太平洋地域は 4 億人だという乱暴な話をしたが、そのデータが使用できなければプロジェクトは実施できないのかという問題が様々な局面で出てくると思う。インドのプロジェクトに関しては前もって調査をしたと聞いている。具体的にどういう調査かわからないが、おそらく地域にどのくらい障害者がいるかということ、役所の人にするのではなく、障害者自身やコミュニティワーカーが実際に地域を回って障害者を確認し、ここでは何人ぐらいのグループができるかという実際にプロジェクトを実施するためのデータを集めている。自分も興味があったので、その中で貧困にある障害はどのくらいか尋ねたところ、ほとんど 100%という答えが返ってきた。基本的に参加型で、政府の定義による障害に必ずしもよらずとも、この地域で障害が原因で本当に困っている人のデータを集めていただろうと思われる。

障害者の率に関しては、Aldred 教授は、日本はカナダと同じくらいであると言われていたが、日本の障害者は 5%だと言われており、日本は、カナダや北米よりも途上国の率に近い。おそらく日本もカナダや北米と同じ障害者の定義を使えば、20%くらいになると思うが、日本の場合は定義がすごく狭くて、その定義からめれる障害者が多く、それは、日本の障害者問題となっている。障害者の定義を医学的なものにするのか、その人のニーズをベースにするのか、で大きく差が出てくる。医学的な定義にすると数が少なくなる。国連でもニーズを基にした国際的な障害者の定義を作ろうという動きがある。そうすることにより、途上国でも先進国でも同じ定義でデータが出され、比較できる数字が出るようになるということを狙っている。

もう一つ統計で重要なことは、ただ障害者が何名いるということだけではなく、障害を持つ人の生活と持たない人の生活がどれだけの格差があるかということ、そこをきちんと出せるようなデータがなければいけないと思う。例えば、教育や雇用に関して、障害を持つ人と持たない人を比較して、どれだけの格差が出ているか、それが出来て初めて、今障害者が半分くらいだから、一般の人と同じ位置に持っていこうという政策がとれる。今はほとんどそういうデータが取られていない。日本の場合、大学に行く障害者の率を調べたら、おそらく 1 割にも満たないのではないか。日本はほとんどの人が大学に行くが、障害者は 1 割も行っていないというデータがあれば、日本の大学のシステムがおかしいということが分かる。

コメント：

もう 1 点コメントしたい。高嶺先生からインドのソーラーシステムのお話があったが、承知していなかったので大変興味深く聞いた。日本では、補聴器とソーラーシステムというのは別の話で、インドでソーラーシステムはあるが、それが補聴器と関連があるかというのは疑問に思う。それから、障害者自身のニーズで声を集めて、必要なものを購入するために、政府から支援を得るというのは非常に重要なことだと思うが、聴こえない人というのは聴力のレベルが様々で、それ程重くなく、補聴器をつければ、聴こえる人とコミュニケーションが取れる人には補聴器が有用かもしれないが、全く聴こえず、補聴器をつけても効果が得られない人は、そうした声を上げる場に参加できていない可能性があるのではないかと懸念している。そうしたことを念頭に置いておいて欲しい。

司会：高嶺先生の方で補足の説明があればお願いしたい。

高嶺氏：

グループというのは、その地域のグループなので色々な障害の方が集まっている。肢体不自由の方もいれば、知的障害の子どものお母さんだったり、視覚障害の方もいる。聴覚障害の方の参加もあったが、参加自体はそれ程活発でないようにも感じた。聴覚障害の方は、家族と一緒に来て、コミュニケーションを取ってもらおうというような形になっていると聞いた。おそらく家族の中で、何らかのコミュニケーションの方法があって、それで家族が通訳者となっているのだろう。但し、会議の間中ずっと通訳している訳ではなく、たまに通訳をしているような状態で、聴覚障害の方の情報収集には難があると思った。

質問：

Aldred 教授と高嶺先生に質問がある。Aldred 教授のスライド 8 の歴史的な戦略の中で、GBR が” Infra-structure development”の中に入っている理由を教えてください。自分としては” Community Development”に入るのではないかと思った。これは、これまでの GBR がセンター作り中心であったという視点から、” Infra-structure development”に分類されているのかということをお聞きしたい。もうひとつは、高嶺先生に質問であるが、世銀のプロジェクトで女性の自助グループを作るというのがあったが、特に女性が直面している問題や、その問題をどのように解決していこうとしているのかお聞きしたい。

司会：まず一番目の質問から、Aldred 教授に回答をお願いしたい。

Aldred 氏：

鋭い質問をありがとうございます。GBR が哲学的、理念的にどうであるかということは横に置いておいて、実状がどうであるかということをお話すると、費やされる資金のほとんどは、施設の建設に使われていると思う。そしてまた多くの部分が、そこで働く人材の育成、つまり医師や看護師、理学療法士などの研修に使われている。実際に地域に還元する部分が少ないというのが実状である。もちろん、ご存知の通り、理念としては地域開発が基盤である。カナダの北の方に、多少 GBR を実施しているのは確かであるが、Phiri 氏の「北米や日本には GBR がないではないか」という指摘も、その通りである。そして、GBR の実状がこうなっているのは、障害を持つ方自身を中心に据えて考えていないというのが背景にあるのではないかと思う。先ほど、全体のデザインというか傾向を決定しているのは誰なのかということで、WHO が出てきたが、実際のところ、スウェーデンやオランダという声もあった。スウェーデンが、かなりの主導権を持っているということはある。

カナダの例を挙げると、何年か前に、カナダの北西部にあるベーカー湖の近くに、原住民の村があり、そこにカナダ政府が空港を造ろうという計画を持ち出した。絶壁もあるが、広大なツンドラの平地で、強風もおおってくるような土地に、空港を造るというものだった。そして風を避けるために、街は、その崖の下に造ろうということになった。実際どうなったかというと、冬が来るたびに、その崖の下にある街は雪で埋まってしまい、街を掘り起こさなければならないという状況であった。中央政府が計画すると、どうということになるかという一つの例である。

司会：2 番目の女性自助グループについての回答を高嶺先生にお願いしたい。

高嶺氏：

1990 年代に貧困削減のプロジェクトとして、インド政府が UNDP のサポートを得て、その中で、女性の自助グループを構築するプロジェクトを実施した。その背景としては、これまで色々な貧困削減のプロジェクトを実施し、多くの資金を地域に投入してきたが、

効果が上がらない。ひとつは、基本的に貧困者がエンパワーされていないのではないか、自分の足で立とうというエンパワメントが為されていないところにくら資金を投入しても、なかなか変わっていかない。地道ではあるけど、村落で貧困にある非識字の女性で自助グループを作り、そこで自分たちの問題を討議し、部落でも自分たちの自助グループができて、連合体を作った。2000年頃、私も訪ねたが、その時は、自助グループは4000人のメンバーがいた。年に、一回総会を開き、当事者、政治家も出席する。当事者が4000人もいるので政治家も無視できない力になっている。自助グループでは、大学卒の女性を雇い、その女性に事務を担当してもらい、決定は、非識字の女性たちがしている。自分たちで銀行を設立し、融資まで行っていた。それが基になり、貧困人口が多いアンドラ・プラデシュ州全体を対象としたプロジェクトを実施しようと世界銀行から融資を受けることにした。これが2000年から始まり、今第二フェーズに入っている。第二フェーズが始まる時に、障害を持つ人たちの自助グループも作ろうということになったのが、現在のプロジェクトである。

障害を持つ女性の自助グループの直面する問題というのはよく分からないが、これからどんどん広げていこうというプロジェクトなので、うまく行っていると思っている。最初は、私自身も障害者だけで自助グループができるかすごく疑問であった。集まるにしても、移動のできない人がいたり、グループを作ったとしても有能な障害者だけが来て、障害の重い人は除け者にされるのではないかという懸念を持っていた。実際に行くと、そういうことはなかった。必要な人全員がコミュニティに入っており、重度の障害者のためにはメンバーがサポートする仕組みができていた。家から動けない人がいた場合はどうするのかと聞いたら、その時は動けない人の所に行ってミーティングをすと言った。そのような工夫をしながら、全グループを組織しているという状況がある。そうして初めて、障害者でも自分たち自身で問題に取り組むことが可能だということが納得できた。

司会：このインドのプロジェクトというのは高嶺先生がESCAPにいた時に、例えば世銀が実施しているローンプロジェクトを視察されたということだろうか。それともプロジェクトの実施に携われたということだろうか。

高嶺氏：

ESCAPでも障害と貧困問題に関する認識が欠けているということで、1999年の12月にアンドラ・プラデシュ州のハイデラバードで障害と貧困というテーマでワークショップを開催した。その時に、ハイデラバードで、フィールドスタディとして女性の自助グループを視察し、初めてこのようなグループがあることを知り、これは障害者のエンパワメントに適用できるのではないかと思った。そのセミナーを開催している方が、農村開発分野の高官であり、女性の自助グループの構築も始めた人である。その方が、障害者の自助グループのモデルを作った。それがコミットメントというNGOになり、そこが障害者の自助グループを立ち上げ、その影響で世銀も、当初は女性の自助グループだけにしていたが、障害を持つ人の自助グループも2003年から含むようにしたという経緯がある。私自身は直接関わってはいないが、そのプロジェクトに関わっている障害者のトレーナーをESCAP本部のリソースパーソンとして使っていたので、少し詳しく知っている。



質問：

青年海外協力隊で2年間、ニカラグアに行っており今年の4月に帰ってきたばかりである。青少年活動という職種で行っていたので、私自身は障害者支援が専門ではないが、自分の活動の中で、ニカラグアの障害を持つ子どもたちが教育を受ける機会がないという状況を見て、いろいろできることに挑戦してきたという背景がある。今回、Aldred先生、高嶺先生のお話を興味深く拝聴した。

一つ目の質問は、CBRについてこれまでに聞いたことがなかったので、Aldred先生にどのようなものであるか伺おうと思ったが、今までの説明の中で、リハビリテーションのスマールバージョンと考えていいのではないかと思っている。先生が説明されたように、理想的にはコミュニティのためであっても、実際はインフラ中心になっているということであったが、コミュニティに便益が還元できるような点があるのかどうかお聞きしたい。

二つ目は、先生には国際社会におけるトレンドのようなものをお話し頂いたが、援助側がこうした方がいいと思うことと、実際に現地の方がこうして欲しいと思うことが違うということを感じた。障害児支援に関するドナー側の関心というのは高まっているように感じたが、実際に低所得国側における障害者支援に対する関心、理解というのがどのようなものであるのか、その辺りの比較のようなものについてお話を伺えたらと思う。

三つ目は、障害者の自助グループについては、障害者のみでなく、女性や貧困者等、農村部において、自分たちでは何もできないような方々が、自分たちの力で何かすることができるようになるというのが、すごく面白いアプローチだと思うが、ニカラグアでコミュニティの人たちを動かそうと思った時に直面したのが、モチベーションが上がらないということだった。貧困で、仕事もあり、家事もあり、子どもも育てなくてはならないというところに、コミュニティのために自分の力を割いて、何かしなくてはいけないというのは、口で言うのは易しいが、実際にはすごく難しかった。インドのスライドを見せて頂いた限りでは、それほど豊かな人々ではなく貧しい人々も参加されていると観察したが、そのモチベーションを保つために、またはモチベーションを上げるために、どのようにされてきたのか。様々な恩恵があるということだったので、それが関わっているのかという点を高嶺先生に伺いたい。

Aldred氏：

CBRはコミュニティの障害を持った人々を対象としたプログラムである。元々の理念というのは、障害を持っている方に対して、その人が住んでいるその地域で、その人たちに働きかけ、その地域で手に入れることのできる適正技術でサポートしていくというものであった。リハビリテーション施設の中にあるような立派な機材を使うのではなく、そのコミュニティの中で手に入れられるものの範囲で障害を持つ人々をサポートしていくというものである。CBRを実施するにあたっては、地域にどのくらい障害を持つ人がいて、どのようなニーズがあるかということをもまず調査しなくてはならないが、その調査を行う人は、専門家になるわけである。本来は、障害当事者のグループでの参画がなくてはならないのであるが、なかなかそういうグループが育っていないということもあり、結局は専門家が調査してプログラムを計画するということになる。専門家は自分が働きやすい場所として、リハビリテーションセンターをつくりがちであり、障害者自身も、立派なセンターができると嬉しいということで建物ありきになってしまう。そういう方向に流れることによって、地域との密着度というのがやはり減少してしまうことになる。

Aldred 氏 :

二つ目の障害児支援に関する援助側と途上国側の認識の比較については、援助国は資金を持っており、援助プログラムを実施するにあたっては、相手国と十分に話し合ったと考えている。実際にカナダも日本も相手国のニーズをよく聞こうとしている。しかし、話し合った相手が誰なのかにより、ギャップが生まれてくる。そのため、JICA でも CIDA でも、どうしてもバイアスが生じてしまう。私たちが十分話し合ったつもりでも、各国の障害当事者グループに言わせると、「我々は十分に巻き込まれていない、我々の声が聴かれていない。」ということになり、先ほど Phiri 氏が言われたような事態が生まれてくる。場合によっては DPI などのグループがしっかりと発言をして、相手国の NGO と提携をしていくということもあるが、必ずしも十分ではない。

高嶺氏 :

Aldred 氏は、ODA の資金の流れが、予防やリハビリテーションに行く傾向が強いと言っていたが、ODA だけではなく、NGO などの援助もどちらかという、予防やリハビリテーションに行く傾向がある。直接障害者のグループを支援するというのは少ない。障害者のエンパワメントにつなげるためには、直接障害者グループに資金が回るという協力方法を考えなければ、いつまでも状態は変わらない。障害者がプロジェクトに依存するような体質を作るという傾向になってしまう。

司会 : 3 番目の自助グループの構築に関し、コミュニティの人々のモチベーションをどのように確保するかという質問について、高嶺先生からご説明願いたい。

高嶺氏 :

重要なのは、最初に自助グループの障害者自身のモチベーションをどのように高めるかということに尽きると思う。一つの要因として挙げられるのは、コミュニティディベロップメントワーカーである。訓練を受け、自助グループをサポートする役割を担う。彼ら自身が、障害を持った人たちである。彼らが地域に出て、家庭を回り、障害を持った人々に自助グループに入らないかと促す。このように、障害を持つ人のロールモデル的な役割を果たせることが大きなモチベーションになっているのではないかと思う。そしてグループ自体も自分たちで協議をしていろいろなことを決めて行くので、一つ一つ解決すると、それがモチベーションになると思う。もう一つは、経済的な自立、例えば、明日食べるものがないという状況では、グループに参加できない。自分自身の経済的基盤をきちんとすることで、初めて余裕が出て、コミュニティの問題にも向かい合うということになる。障害者自身の参加とそれと同時に経済的な基盤もある程度保障しなければいけないという 2 点ではないかと思う。

司会 : 今の説明に関連して補足したい。これは世銀のプロジェクトなので、技術協力ではなく、ローンだと思うが、インド政府が世銀から資金を借りて、それが関係の自治体を通じて自助グループに対する金銭的なサポートにつながっているのだと思う。ローンであればインド政府がいずれは返さなければならないわけだが、それだけのコミットメントを政府が障害者自助グループを育成するためにしているということも言えると思う。

質問：

高嶺先生に質問である。スライド 6 にある村落レベルの連合体の下に、自助グループがあるが、個々のグループというのは相互的に交流したり、情報を交換したり、有機的に結びつくことはあるのか。

もう一つは、(スライド 7) 世界銀行のプロジェクトで、先ほど、Phiri 氏が言われた通り、世界銀行やその他の国際援助機関では、貧困対策やジェンダーが優先されると思うが、フェーズⅡの「障害者の自助グループの構築が追加された」というのは、すごく補足的な感じがする。そうすると障害者の自助グループの構築というのは、予算配分等での優先順位が低かったのではないか。世界銀行の意向であれば、それは長期的に考えられているのか。補足的なものではないのか。三点目は、プロジェクトの成果だけではなく、問題点も教えてほしい。

高嶺氏：

自助グループ間の交流というのはあると思う。同じ村落なので顔が見えるのが理想的だと思う。もう一つは個々のグループの代表者が一人か二人出て、村の連合体を作っている。また村の連合体から一人二人出て、マンデラの組織を作る。またその組織の上にステアリンググループがあり、そこが実務をする。そのようにピラミッド型で、下から積み上げた形になっている。また、共同体の代表も 1 年きりで変わる。Shared responsibility leadership と言って、同じ人がずっとなるということではなく、メンバーが持ちまわりでリーダーになる。

2 つ目の質問について説明する。政府の貧困対策担当のかなりトップの方が、女性の自助グループの構築を始めた経緯があるが、始めた時は、障害者と貧困というコンテキストではなかった。ESCAP に政府から 5 年ほど派遣されてきた人で、我々の個人的なコネクションから、なぜ障害者の貧困に注目しないのかと言われ、そこで初めて、彼は障害と貧困の繋がりに気付き、自分の私財を出して、コミットメントという NGO を立ち上げた。そして世銀のプロジェクトを彼がみていたが、その中に障害者の自助グループを入れようということになった。カリスマ的な人物で、今でも私財でコミットメントという NGO を続けている。追加と言う訳ではなく、新たな視点が生じたということだと思う。

3 点目については、3 月に 10 日間視察してきたところなので、実は問題がどこにあるかということについてはこれから分析しなくてははいけない。このプロジェクトの障害分野の担当者は、筋ジストロフィーの重度の障害者である。彼はエンジニアの会社で仕事をしていて、障害者問題に取り組む必要があるということで会社を辞めて、障害者の自助グループの責任者となっている。彼も都会の障害者なので、農村地域のニーズをどれだけ汲み上げるかということには問題が出てくる可能性もあるし、今は世銀のローンで実施しているが、将来、資金が減少していった場合、どのように活動を持続させていくかという点もある。これに関しては、私も研究を進め、いずれ皆さんに発表できるようにしたい。

司会：今日は、貧困と障害者ということをメインテーマに議論する予定であったが、障害者の自助グループの議論が中心になってしまった感がある。JICA で実施しているアジア太平洋障害者センタープロジェクトの活動の中にも、まさに障害者の自助グループの育成が入っている。農村に特化している訳ではないが、ご関心のある方は JICA のホームページにアクセス頂き、案件の概要や、プロジェクトのホームページをご参照頂ければと思う。