

創立30周年記念
WHO指定研究協力センターセミナー報告書

共生社会と国際協力を考える



2010年2月13日（土）
国立障害者リハビリテーションセンター

障害の予防とリハビリテーションに関するWHO指定研究協力センター

この報告書の内容及びパワーポイントは、当センターホームページに掲載しています。<http://www.rehab.go.jp/whoclbc/japanese/houkokusyo.html>

プログラム

日 時 2010 年 2 月 13 日（土） 10：30～16：30

場 所 国立障害者リハビリテーションセンター学院講堂

総合司会 諏訪 基

国立障害者リハビリテーションセンター研究所長

10:30 開会挨拶 岩谷 力

国立障害者リハビリテーションセンター総長

10:40～12:00 基調講演

1 「障害がある人々のリハビリテーションの今後の方向性と CBR コンセプト」

Chapal Khasnabis WHO DAR テクニカルオフィサー

2 「シリアにおける CBR の展開」

中村信太郎 JICA シリア CBR 専門家

12:00～13:00 昼休み

13:05～14:25 発 表

司会 河村 宏 国立障害者リハビリテーションセンター研究所

障害福祉研究部長

1 「国際標準化とアクセシブルデザイン」

山内 繁 早稲田大学人間科学学術院特任教授

2 「マレーシア、視覚障害者へのマッサージ技術支援と鍼灸課程創設支援」

笹田三郎 JICA シニアボランティア

3 「リハビリテーション専門家養成と国際協力」

富岡詔子 JICA 青年海外協力隊技術顧問

佛教大学保健医療技術学部作業療法学科客員教授

4 「中国リハビリテーション研究センター設立から現在の日中の協力」

董 浩 中国リハビリテーション研究センター副センター長

5 「リハビリテーションサービスと研究における国際協力の計画」

Yong Hur 韓国リハビリテーションセンター長

14:25～14:35 休 憩

14:35～15:40 パネルディスカッション 国際協力の今後の展望

- 1 田和美代子 JICA 人間開発部社会保障課長
- 2 Chapal Khasnabis
- 3 中村信太郎
- 4 董 浩
- 5 Yong Hur
- 6 岩谷 力

15:40～16:10 会場との質疑応答

16:15 閉会挨拶 江藤文夫
国立障害者リハビリテーションセンター更生訓練所長



総合司会 諏訪 基



発表 山内 繁氏



発表 笹田三郎氏



パネルディスカッション 司会 河村 宏



発表 富岡詔子氏



パネルディスカッション

目 次

開会挨拶	1
障害がある人々のリハビリテーションの今後の方向性と CBR コンセプト Chapal Khasnabis	5
シリアにおける CBR の展開 中村信太郎	15
国際標準化とアクセシブルデザイン 山内 繁	27
マレーシア、視覚障害者へのマッサージ技術支援と鍼灸課程創設支援 笹田三郎	31
リハビリテーション専門家養成と国際協力 富岡詔子	35
中国リハビリテーション研究センター設立から現在の日中の協力 董 浩	43
リハビリテーションサービスと研究における国際協力の計画 Yong Hur	48
パネルディスカッション	53
閉会挨拶	70

開会挨拶

岩谷 力

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

皆さまようこそ、国際協力セミナーにご参加くださいます。あいにくの天候となりましたが、お足もとの悪い中、たくさんの皆さまにお集まりいただきましたことを、心から感謝を申し上げます。

私どものセンターは 1979 年に設立されました。それ以来、いろいろな面での国際協力をしてまいりました。ことに、長年にわたって JICA のご指導の下に PO（義肢装具士）の方々を世界からお招きして、トレーニングコースを開催してまいりました。中国のリハビリテーション研究センターの立ち上げにあたりまして二十数年前から、私どもはいろいろな協力をさせていただいてまいりました。数年前には、韓国の国立リハビリテーションセンターと私どものセンターは、友好の姉妹センターとしての活動を開始しております。

1979 年、30 年前はどんな時代であったかと振り返ってみますと、1978 年には、WHO のアルマ・アタ宣言が出されました。1981 年には ICIDH の提唱をされ、国連の障害者年がありました。30 年前は障害者のリハビリテーション・コンセプトの揺籃期であったと思われます。それ以来、障害のある方たちのリハビリテーションは、社会の重大な関心事となり発展してまいりました。障害のとらえ方は、医学モデルから社会モデルへと進化し、障害者リハビリテーションは社会モデルに基づいた変革がはじまっております。

今日、障害者リハビリテーションはソーシャル・インクルージョンを目的としております。2004 年に WHO、UNESCO、ILO は CBR に関する joint paper を発表されました。WHO は世界の各地域で CBR のコンセプトに基づいた inclusive development(社会開発)活動を推進しております。

このような大きな変化の中で、これからの私たちが携わる障害を持つ人々のリハビリテーションは CBR の理念を基盤とし、医学モデルと社会モデルを車の両輪として発展をさせていくべき時代に達しているのだろーうと思います。

本日のセミナーにおいては、この 30 年を振り返りますとともに、これからの国際協力について考える機会としていただければ、大変ありがたいと思っております。

本日はメインゲストとしてジュネーブの WHO 本部の DAR から Chapal Khasnabis さん、私どものセンターと大変関係が深い中国リハビリテーション研究センターから董 浩先生ならび韓国リハビリテーションセンターから Yong Hur 先生をお迎えしております。それからシリアで活躍中の中村信太郎さんをお迎えしました。国内からは山内 繁前国立障害者リハビリテーションセンター研究所長、JICA シニアボランティアの笹田 三郎さん、JICA 青年海外協力隊技術顧問の富岡詔子さん、JICA 人間開発部課長田和美代子さんを演者とし

てお迎えしております。

さらに、コロンビアから特別参加者をお迎えしております。コロンビアのメンバー方、ちょっとお立ちいただけますでしょうか。私たち JICA に協力して、コロンビアで地雷被災者のためのリハビリテーションシステムを立ち上げるためのプロジェクトを開発しております。この方たちはそのプロジェクトのメンバーでありまして、ちょうどこれから 2 週間、日本での研修をされることとなっております。CBR セミナーの成果をコロンビアに持ち帰っていただきたいと思います。

最後に、このようなセミナーを開くにあたりまして、日本リハビリテーション協会から大変なご協力をいただきましたことを、この席を借りて御礼を申し上げたいと思います。今日 1 日実りあるセミナーになりますことを希望しております。どうぞよろしくお願いいたします。

基 調 講 演

障害がある人々のリハビリテーションの

今後の方向性と CBR コンセプト

Chapai Khasnabis

WHO DAR テクニカルオフィサー

皆さまおはようございます。私の英語はこういう英語です。申し訳ないのですが、よろしく願いいたします。

私にとりまして、今回こちらに来ることができて、大きな喜びであり、光栄でございます。歴史的な日になると思います。WHO の地域事務所からも、また、本部からもごあいさつを申し上げます。少なくともこれから先 30 年間は、パートナーシップが反映するように、これは非常に実り多いものであり、これから先も非常に生産的であることを願っております。

今回はお招きいただきましてありがとうございました。本日ご紹介いたしますテーマ、内容は決して易しいものではありません。いろいろ基本的な概念が含まれております。そこで、今回は CBR の概念に関して話すように、そして障害のある人々のリハビリテーションに関してその概念、そして特に将来の方向性に関して述べてくれと頼まれました。しかし、将来のことを理解するためには今現在、そして過去を知る必要がありますので、まず過去を振り返ってから徐々に将来に話を向けていきたいと思います。

今、岩谷先生がおっしゃったように、この 1970 年代、1980 年代は医学モデルが中心となってきました。そして、医学モデルでは障害というのは「疾患、外傷、その他の健康状態によるあらゆる人の問題であり、専門家による個別の治療というかたちの医療を必要とするもの」という定義になっています。これが医学モデルの障害の定義です。世界の大半では、今でもこの定義が用いられています。

このスライドの写真なんですけれども、女性が立っています。彼女は片脚を股関節から失ってしまった方です。お嬢さんが隣に一緒に立っています。もし彼女がリハビリテーションに行ったならば、まずドクターは絶対に義足を与えようとするでしょう。ただ、彼女のストーリーを聞いてみますと、股関節から脚を切断された日に夫は逃げてしまいました。もうこの奥さんは負担になるからといって逃げ出してしまったのです。彼女から去ってしまいました。従って、その時点で問題は医学的な問題ではなくて、社会的な問題になります。彼女の優先順位としては、どうやって娘を養っていくか、食べさせていくか、教育するかということであって、脚の問題ではないのです。そのために、医学モデルというだけを考えていると、ヒューマンな人間としてのサービスができなくなってしまうのです。こういったことを認識し始め、現実主義、ディスアビリティムーブメント運動が出てきて、障害が

ら社会モデルが出てきました。ここでは、障害というのは主として社会的にもたらされた問題であるという理解です。そして、個人の社会への完全な統合の問題であるとしています。障害というのは個人の属性では決してなくて、社会環境によりつくり出されるものです。

この女の子ですが、車いすに乗っています。かなり動き回ることはできます。移動はできます。しかし、バリアがあつては移動ができない。バリアがあると独立、自立ができません。従って、彼女自身の機能的障害よりも社会のほうに大きな障害があるということになります。

残念なことに、2つのグループがあります。ひとつのグループは医学モデルを促進しようとした。もうひとつのグループは、社会モデルを促進しようとしていた。この2つのグループは仲が良くない。一緒にやろうとしないわけです。そこで、ICF（国際生活機能分類）ということで、生物学的、心理学的社会モデルを考案しました。これは、医学モデルと社会モデルを統合しようとしたものです。これがWHOの提唱したことで、もっと必要だということにWHOが認識したからです。このICFにおきましては、「障害というのは機能障害と活動制限と参加制約に関する包括的用語である」といっています。単に身体的な障害だけではない、制限がされるということに大きな問題があるわけです。

ディスアビリティとインペアメントというのは、日本語では両方「障害」かもしれませんが、これには大きな違いがあります。これが理解できないと、適切なリハビリテーションはできません。まず、インペアメントというのは健康状態であり、それによって障害が出てきます。例えば糖尿病をそのまま放置したら問題がある。脚が壊死してしまうかもしれない、切断に至るかもしれないということです。でも、その文脈を考えなくてははいけません。どういう環境に住んでいるのか。それが非常にマイナスの環境であれば、敵対的な環境であれば、そして車いすが与えられなかったら、社会で移動することができない。動くことができない。社会のメンバーとして成算することができないということです。従って、個人と社会との間の相互作用という問題になります。

ICFの定義によりますと、個人の健康状態、通常はこの障害なのですが、それから活動制限、参加制約と関連因子、すなわち環境因子、個人的因子の間の複雑な関係の結果生じる、これがディスアビリティのほうです。社会モデルはさらに踏み込んでいます。そして、今言っているのは人権モデルということを言い始めました。人権モデルにおきましては、インクルーシブな社会を促進する。そして、障壁を見いだして排除するというのが義務になります。その国、政府の義務になります。国としてこの条約を批准にしたならば、責任を課せられるわけです。法律に拘束されて、そういったバリア、障壁を排除しないといけないということになります。これが国連障害者権利条約です。国としてこの条約を批准した場合には、障害を持つ人を法の対象として、ほかのすべての人と同様に明確に定まった権利を持つ人として扱うべく、法的に拘束されていることに同意することを意味します。それがこの条約に批准するという意味です。従って、この障害者条約によりますとまた別

の定義が出てきます。ICF の定義がありますが、条約のほうでも障害を持つ人々、人の定義があります。こうなっています。「長期にわたる身体的、精神的、知的、感覚的機能障害を持ち、さまざまな障壁により他者と平等なかたちでの社会への完全で効果的参加が妨げられていること」をいいます。これがディスアビリティを持つ人ということになります。

この条約の第3条を見ますと、一般原則のところですが、こう言っています。「固有の尊厳を尊重する。人の自立の尊重、そして被差別、完全かつ効果的な参加、そして社会のインクルージョン、機会の平等、そしてアクセシビリティ」と言っています。この定義の中でリハビリテーションはどこに来るのでしょうか。リハビリテーションを関連付けるともつとこのリハビリテーションには将来がある、より有益になる、関連性があるということになります。しかし、これをうまく結び付けることができなかったら、将来に問題が出てきます。いかにリハビリテーションが効果的にこの権利条約の一般原則とリンクしているかということを考えておく必要があります。

このスライドですが、コフィ・アナン事務総長が WHO を訪れて事務局長に会ったときです。コフィ事務総長は「この条約というのは、世界の約6億5,000万人の障害を持つ人々にとって、新しい時代の夜明けだ」と言ったということです。新しいショーの始まりだということです。いかにわれわれの活動がその新しいショー、新しいチャプターにフィットするかということを考えていく必要があります。

リハビリテーションの定義ですが、いろいろな社会、いろいろな組織・機関で定義をしています。ただ、全体としてリハビリテーションといたれば、機能の回復、あるいは機能欠損ないし制限を補償するための方法という定義が多いです。従って、リハビリテーションというと、機能を補う、あるいはこれを高める、回復させるということです。1993年の国連の標準規則によりますと、リハビリテーションというのは平等な参加への前提条件だと言っています。リハビリテーションができないと多くの場合、参加ができなくなります。車いすがなかったら、義肢がなかったら、装具がなかったら、あるいは治療を受けることができなかったら、家の外に出ることができなくなる。従って、リハビリテーションというのは非常にクリアな、明らかな参加に向けての役割を持っているということになります。そして、保健サービス、あるいは医療サービスに関連したリハビリテーションというのは、むしろ内科・外科的介入を強調しています。作業療法であるとか、理学療法であるとか、言語療法であるとか、リハビリテーション医学、こういったものがよくリハビリテーションの各分野として挙げられます。

このスライドですが、小さい女の子、7歳の子です。片脚を失ってしまいました。これは地雷によるものです。ネパールの子なのですが、しかし彼女はまだ若い。長い人生があります。従って、長期的なリハビリテーションも考えなくてはなりません。1回ぼっきりの問題ではない。短期的なリハビリテーションだけでは不十分です。

では、リハビリテーションは条約の第26条ではどうなっているのでしょうか。定義は「障害がある人々が最大限の自立、十分な身体的、精神的、社会的および職業的能力、ならび

に生活のあらゆる側面への完全なインクルージョンと参加を達成するための一連の方法」
となっています。従って、われわれが何をするにしても考えなくてはいけないのは、「もし
リハビリテーションという名前が付くのであれば」と言われるのであれば、最大の自立、
そして全面的な参加、インクルージョンに向かわなくてはなりません。これが達成できな
いのであれば、リハビリテーションの措置を取ったとしても、長期的には影響を及ぼすこ
とはできなくなってしまう。

それでは、どうやってこういったリハビリテーションサービスを提供できるのでしょうか。
前にも申し上げましたが、ここでももちろん今日でも引き続き医学モデル、役割を果た
すことができるし、その障害によっては引き続き大きな役割を果たします。そして、医学
的・身体的リハビリテーション。これは主に施設ベースのリハビリテーションであって、
大体的場合には大都市、首都であるとか、大きな都市で提供されます。これはインスティ
チュートベースドリハビリテーション、施設ベースのリハビリテーション、**IBR** と呼んで
おりますが、ほかにアウトリーチ、あるいは移動式のサービスもありますが、これは個人
モデルであって、かなり医学的モデルの性格が強いわけです。それに対して、コミュニテ
ィベースドリハビリテーション、**CBR** はよりコミュニティモデルであり、インクルーシブ
な開発モデルであるということです。個人、その人だけではなくて、その人とその家族と
コミュニティ全体を見ています。従って、インクルージョン、参加というのにフォーカス
を当てているわけです。これが **CBR** です。

リハビリテーションサービスというのは、コミュニティに提供できなくてはならないと
いうことで、首都、大都市からコミュニティに移されなくてはなりません。大半のサービ
スというのは、大都市でしか提供されていません。しかし、人々の **50%** はまだ農村部に住
んでいるわけです。そこでどうやってこのサービスを大都市、首都部から農村部に持って
いくかということです。左側は大きなセンターです。そして右は中国農村部の甘肅省
なのですが、ご覧のように大都市の生活の質と農村部の **QOL** はかなり違うわけです。大半
のサービスは、まだ大きな都市でしか提供されていないからです。

いろいろな政策をわれわれは策定するわけです。しかし、問題はそれをいかに実践する
かという現実を軽視しがちです。従って、国連の本部であるとか、ジュネーブの本部であ
るとか、ニューヨーク、そういった大都市で政策を策定します。でも、現実はかなり解離
があります。従って、いかに政策を実践と関連付けることができるか、反映できるか。こ
れを考えなくてはなりません。

そして、インクルージョンのためのリハビリテーションを考えなくてはなりません。リ
ハビリテーションは、リハビリテーションのために行うものではありません。そうではな
くて、参加をする、そしてインクルージョン。これがリハビリテーションの目的であるべき
です。インドでも日本でもネパールでもアフリカでもどの国でも同じことです。目標は同
じであるはずで。

こちらのスライドですが、左側の女性は障害があります。義肢装具士として訓練を受け

で非常によい生活を享受しているし、ネパール農村部のほかの人々の生活も向上させるのに資しているわけです。右側は日本の心連の写真です。精神障害を持っている人なんですけれども、このコミュニティの生活に参加できています。このディスアビリティ、リハビリテーションというのは、開発といった観点から理解しなくてははいけません。そして、人権といった文脈で理解をし、そしてミレニアム開発目標（MDGs）、そしてここの権利条約に照らし合わせて理解しなくてははいけません。リハビリテーションは、このような大きな開発のイニシアチブに基づいて考えなければ、メインストリームになることはありません。主流になることはできません。このメインストリーム、主流の開発予算を得ることができません。国ではさまざまなそういったイニシアチブがあるわけです。MDGs の目標はいろいろあるけれども、そういったところで1回として障害、ディスアビリティのことを言わない。リハビリテーションということを言いません。なぜでしょうか。なぜならば、今までわれわれはこれを結び付けることができなかつたからです。リハビリテーションは開発に資することができるということ。あるいは、経済の発展に資すということを結び付けられなかつた。従って、われわれはもっとリハビリテーションを売り込まなくてははいけません。個人個人の脚だとか、手を治すというだけにとどまてはいけません。

右側はパキスタンで地震があったときの写真です。そして、そのために麻痺になってしまいました。この病棟に入っておりますが、ご主人はいないということです。でも、長い人生があります。左側の写真ですが、アフリカのトーゴの女性です。ここでは非常に極貧の状況であり、三輪車しか持っていません。でも、これがあるから家族を養うことができます。リハビリテーションによって影響、インパクトを与えることができます。でも、リハビリテーションをまず売り込むことができなくてははいけません。買ってもらわなくてははいけない。それから、2人の少女がいます。普通の学校に通っています。義肢を使っていますけれども、この義肢がなかったら彼女たちは学校に通うことすらできなかったわけです。2015年、このすべての人々のために教育とっておりますが、このリハビリテーションがなければ、それは達成できない。でも、それを十分にわれわれは説得していないわけです。

CBR というのは、全体のコミュニティ開発、方向性のひとつです。CBR というのは、コミュニティ開発戦略の一部として導入されました。そして、この30年間いろいろと学んできました。同じCBRでも前のCBR、すなわち1979年に導入されたCBRと今のCBRは違います。CBR というのは、柔軟性に富んだダイナミックな、適応的な社会、経済状況、地域、文化、政治システムに対応できる戦略です。貧困の国であっても、富める国であっても、中程度の所得国であっても、低所得国であっても、適応することができる。いろいろな形態、いろいろな名前は付いているかもしれないけれども適応可能です。

この写真はネパールの女の子、それから右側の写真は韓国のソウルです。そして、このCBRプログラムによってサポートされています。CBR というのは、当事者とその家族と組織とコミュニティが努力を一緒にすることによって実施されます。また、関連する政府機

関、それから開発関連の政府機関が合同で努力するということです。別々、個別の努力ではなくて、コミュニティのリーダーたち、障害を持つ人々、家族、そしてプロフェッショナル、専門家、全員が協力して完全なインクルージョンを目指さなくてははいけません。

この写真は中国なのですが、この男性は非常にハッピーです。なぜならば、この村の村長、政治的なリーダー、すべての人々からサポートを得ているからです。CBR、そして貧困撲滅プログラムにみんなが関わっているからです。そのために生活の質も良くなります。たとえ農村部にとどまっていたとしても、かなり良好な生活を享受することができます。コミュニティのリーダーたち、政策決定者たち、政治的なリーダーたちがみんな一緒に協同している、協力しているからです。これが CBR の鍵となります。CBR が成功するためには、生存するためには、コミュニティの参加が必要です。どれだけコミュニティが貧困であっても、必ずそのコミュニティにはある程度、資源があるはずです。そして、この資源を最適なかたちで活用しなくてははいけません。

それでは、障害のモデルということです。多くの人が非常に熱意を持ってこれらのモデルについて話をしています。医学モデルか、社会モデルか、人権モデルかということです。そして、いろいろなフォーラムで、例えば医学モデルについて語るのも聞きましたし、社会モデルについてだけ語るフォーラムもありました。人権モデルのことだけ話す、そういったフォーラムもありました。お互いに話し合うということは全く行われていません。しかしながら、そうではない。全部それだけで済まされるというものではないのです。私たちとしては、もっと包括的なモデルが必要だと思っています。1 人の人の中に医学モデル、社会モデル、人権モデルすべてが包含されなくてははいけないと思います。そして、それぞれの人に、それぞれ必要なレベルというものが違うと思うのです。パーセンテージが違ってしかるべきです。その人の状況によって、個々の状況によってパーセンテージが違ってくるはずです。例えば四肢麻痺、あるいは対麻痺であった場合には、視覚障害者の場合よりもよりも医療が重要になってくる。ということで、これがこれから先のやり方であると考えられます。つまり、もっと大きな全体像を考えていく。そして、全人的なかたちで取り組んでいくということが、これからの重要な方向付けなのではないでしょうか。

さて、CBR に関しては 2003 年にヘルシンキで大きな会議が開催されました。そして、その中で CBR というものがその姿を時に合わせて、そして現実に合わせてかたちで変えていく必要があるということを考えました。CBR というのは、まさに分野横断的な戦略を取らなくてははいけないということです。そして、地域に根差したインクルーシブな開発ということを意識しなくてははいけないわけです。2003 年に、CBR はリハビリテーションベースのものからもっとインクルーシブな開発へ、どうやって姿を変えていったらいいだろうかということを考えました。CBR というものの中に入っている開発の活動というのは、障害者と家族を含んでインクルーシブでなくてははいけない。そしてまた、コミュニティに根差すものでなくてははいけないということです。プログラムが適切であるのか、そしてさらに長期的に持続可能性があるのかということも考えなくてははいけません。CBR というものは、

人々の全人的な幸福を推進するものであり、平等の権利、機会均等、地域の必然となるべく都市部から小さな村へ進めていかなくてはならない。

では、幸福の世界というものを見てみましょう。非常に良い見本がありますけれども、それでもなおこの幸福の世界を実現するために何をしたらいいのでしょうか。私たちはILOと国連と一緒に、CBRのガイドラインというものをつくろうとしています。そして、2007年にこのガイドラインについての会議をしましたが、まだしばらくは時間がかかるものとなっています。そうしてその中で、このガイドラインによってCBRのやり方というものが大きく様変わりしています。そして、将来のやり方というものが形作られているわけです。皆さん、こちらについてはよくご存じだと思います。こちらICFでいうところの幸福の世界です。まず、右側にあるのが保健分野。この幸福の世界という中にまずひとつ保健分野というのがありますけれども、その中にも幾つかの機能が入っています。そして、それだけではありません。その他の健康関連分野がありますし、また、教育、参加などが左側に入ります。しかし、このグレーの部分にご注目ください。これが重なっているところということで、保健かそれ以外かということで切り分けることはできないということになります。つまり、その間は非常にグレーエリアということで、重なり合って初めて幸福の世界ができるということです。そういったところについて、例えば学校の先生等についてもこれがかかわってくる部分ということになります。

そこで、CBRというのはこのやり方、つまり全人的な幸福、真の意味での幸福ということを進めています。健康と保健と書いてありますが、その定義は何なのでしょう。身体的に、精神的に、社会的に幸福であるという状況が保健状態、健康状態だということになるかという、必ずしもその限りではありません。ポケットにお金が入っていなかったら、全く意味がないということになります。そして、教育を受けたことが全くなかったらどうでしょうか。これはこのような健康を現在有していたとしても、その健康を維持することができるのでしょうか。幸福を実現するために、そして健康であるために私たちは経済、すなわち収入を得なくてははいけませんし、また、教育を受ける必要があります。

ということで、私たちは今度このCBRを5つの分野に分けて考えます。5本の指と同じように5つの要素に分けるわけです。その中心にあるのが、エンパワーメントということです。家族、そして障害者の方々に対して力を与える、エンパワーするということです。しかし、その周りがあるのは保健と教育と生計と社会ということです。あらゆるセクターがすべてインクルーシブになっていく必要があります。私たちはすべて手を携えて進むのです。そして、この4つの重要な省庁があったとしても、その中でお互いに好きなように仕事をするということでは全く駄目なわけです。政府において例えば教育省があったり、保健省があったり、そういう場合でもばらばらでは駄目だということで、中心にエンパワーメントがなくてははいけないわけです。

さて、こちらにお見せしているのはCBRマトリックスといわれるものです。こちらのガイドラインの中で、それぞれのチャプターを立てています。そして、それをどうやって実

現するのかということを皆さんにお伝えしたいと思います。私たちはいろいろな例、あるいは提言を出してそれを実現するというをお伝えしているわけです。

それでは、インクルーシブな開発とは何なのでしょう。ありとあらゆる開発というのは、障害者にとってインクルーシブなものにならなくてははいけません。そして、そのインクルーシブなアプローチを持って開発に臨んだならば、いわゆるインクルーシブな開発、すなわち共生社会を構築するための開発を行っていくことができます。

この CBR というのは、コミュニティベースで行っていく必要があります。そして、すなわちこういった包括的な、あるいは共生社会をつくっていくために地域に根差した活動をしなくてははいけないわけです。その中で例えばいろいろな都市。もともと大都会にいるようなエリートから、今度は小さな中規模の都市に進んでいく。そしてまた、村々へとそういった考え方を伝えていく必要があります。そのやり方というのが地域に根差していかなくてははいけない。これが CBID。すなわち地域に根差したインクルーシブな開発ということになります。

よく私たちは教育におけるインクルージョンということを言います。これはよく言われることなのですが、では私たちは保健についてインクルージョンを考えてきたでしょうか。生計についてはどうでしょうか。それは、必ずしもこれまで十分な焦点がなかったということで、それをすべてまとめて考えていく。そして、それがいわゆるインクルーシブな開発へつながっていく。さらに、その中から醸成されるのがインクルーシブな社会、すなわち共生社会です。そして、私たちがお互いに平等な権利を持って生きるところの、すべての人のための社会という夢を実現することができます。

コミュニティ、地域に根差したインクルーシブな開発ということですが、それらはすべて地域に根差し、かつインクルーシブということが特徴とならなくてははいけません。そして、障害者を中心に考えるということ。さらに、地域社会に根差したものでなくてははいけない。これが大きな特徴となります。例えば専門家が中心となるだけではない。人々を中心に据えなくてははいけないということです。そしてまた、いろいろな参加に対する障壁があるのならば、それを排除しなくてははいけない。自立を推進する、そして平等な権利、機会均等を実現しなくてははいけません。

世界のさまざまな地域において、障害者はかなりの貧困にあえいでいることが多いのですが、貧困を削減するということも重要です。このガイドラインですが、この CBR のガイドラインの中にはたくさんのパートナーシップ、そしてコンセンサスがあります。3つの国連機関、26の市民団体、150人の専門家がこれまで5年間、ガイドラインをつくるにあたっての努力をしてきました。

ということで、私は1人で勝手に好きなことをしゃべっているのではなく、このグループの代表者として皆さんの考え方を代弁し、そして CBR の将来はどのようにあるべきかということを伝えているわけです。皆さんはこれをどのようにお考えになるでしょう。何か変だなとお考えになるかもしれません。しかしながら、そうではないのです。まず、あ

あらゆる国において国立のリハビリテーションセンターを持たなくてはならない。それは大切なことです。しかし、それだけではない。それぞれの地域に地域のリハビリテーションセンターがなくてはならない。そして、それがそれぞれの小さなレベルにおけるコミュニティ、地域社会における CBR を推進していく主体と協力して進んでいかなくてはならないということです。

パートナーシップというのが CBR においては成功の鍵を握る言葉です。そして、この CRPD というのが障害者の権利条約ですけれども、その中でやはり私たちはさまざまな独立であるとか、生活の質、インクルージョン、参加ということを実現するにあたって、IBR と CBR がともにつながっていかなくてはなりません。そして、それがこの条約における基本的な理念につながってくるということです。あらゆるリハビリテーションの結果というものは、必ず生活の質を上げなくてはならない。そして、独立とインクルージョンと参加を実現しなくてはならないということです。その場合には、CBR だけでは駄目だということです。施設中心型のリハビリテーションも協力し合って、IBR と CBR が共にうまく機能して初めてこれを実現することができるわけです。

さて、こちらでは皆さんにひとつ事例を紹介したいと思います。この女の子はハシーナといいます。CBR の担当者はこの子が 15 歳のときに出会いました。こちらはバンガローの周辺に住んでいた子どもなのですが、彼女は障害故に、家を 1 歩も出たことがありませんでした。学校にも行ったことがありませんでした。そこで、CBR の担当者は時間を使って彼女に「あなたは自分の人生を変えることができるんだよ」ということを伝えました。そして、家族に対しても「この子の生活を変えることができる」と説得したわけです。この子の場合にはリハビリ医療と理学療法が必要だったのですが、それについてはしばらくの説得が必要でした。しばらくして保健センターに彼女を紹介して、3 回にわたって手術を受けました。そして、そのあとにこのようなかたちでクラッチを持つようになったわけです。ということで、彼女はついに歩けるようになったわけです。しかし、これで CBR が役目を終えたわけではありません。その次の年に、まずこの装具とつえというのを入れたわけなのですが、その次に今度は保健を提供し、そして……この中で彼女はこれから先、生きていこうと思ったならば、慈善にすがって生きるしかそのままでは道がなかったのですが、それでもなおわれわれとしては、何かもう少しやらなくてはならないと考えたわけです。今、彼女は装具とつえを持って 2 本脚で歩けるようになりました。そして、同じ地域のほかの女の子と全く変わらない姿を手に入れました。そこで、今度は CBR の担当者は次のステップに入ったわけです。彼女を教育して美容師にしました。この段階、つまり 16 歳、17 歳においてやっと歩けるようになったのですが、普通の学校に戻るということはできないという判断がそこにはあったわけです。そしてまた、このように障害があるが故に、農業に従事することはできないということを考えた。その結果、CBR の担当者は彼女を美容師にするための教育をしたわけです。十分にヘアドレッサーとして、つまり美容師として仕事をするようになるようになったので、彼女は今、自分と家族の生活を支えたる収入

を得るに至りました。彼女は自ら選んだ男性と結婚し、そして真の意味での自立した女性として身体的、精神的、社会的、職業的に完全な能力を有し、人生のあらゆる側面に参加しています。

ということで、このようなかたちでリハビリテーションが彼女の生活をエクスクルージョンからインクルージョンに進めたということになります。このようなもともとの障害者権利条約の理念を生かしたかたちでの **CBR** を行うことができたということです。すなわちここではリハビリテーションセンターと **CBR** とハシーナと、そして家族の努力によってこのようなことが実現できたということです。ひとつの機関だけですべてを実現することはできません。このように努力をして、お互いに協力をし合って初めて実現するというものがあるのです。このようなかたちでご覧のように、ハシーナは元気に暮らしている。そのようなかたちで **CBR** をしっかり実行していくことによって、大きな変化をもたらすことができると考えられます。

以上です。ありがとうございました。

シリアにおける C B R の展開

中村 信太郎

J I C A シリア C B R 専門家

皆さんおはようございます。JICA で専門家といたしまして今シリアで働いております中村と申します。本日はこのような機会を与えていただきまして、大変ありがとうございます。日本および世界のリハビリテーション分野のそうそうたる先生方の前でお話をさせていただくには、甚だ私は力不足ではございますけれども、私のシリアでやっていることをありのままにお話をさせていただくとともに、また、シリアでの取り組みについていろいろな方にご示唆もいただければという思いでやってまいりました。どうぞよろしくお願いいたします。

本日のプレゼンテーションでございますが、最初に「シリアってどういう国？」という話をさせていただきます。そののちに、実際の取り組みにつきましてお話をさせていただきます。後半部分につきましては、私の個人的な意見も含めまして、もう少し概念的なお話をさせていただきます。

まず、皆さんはシリアという国を聞いたことはございますか。どこにあるか知っているという方は挙手をお願いできますでしょうか。ありがとうございます。約 8 割の方はどこにあるかご存じです。ありがとうございます。この星印のところがシリアのある位置でございます。中東でございます。もうちょっと詳細な地図を掲げてございますが、北側にトルコ、東側にイラク、南側にヨルダン、西側にはレバノンという国々に囲まれております。実は、南西側はパレスチナというか、イスラエルという地域ですけれども、現在シリアとイスラエルは、ゴラン高原を巡りまして対立状態にあるという状況であります。

公用語はアラビア語でございます。人口は 1,900 万人。広さが日本の約半分なのですが、東半分は人が住めないような砂漠がほとんどでございます。人口の 9 割がイスラム教徒、残りの 1 割が大体キリスト教徒でございます。人々の生活には宗教的な価値観が深く根付いております。経済発展の水準ですけれども、1 人あたりの GDP が購買力平価で 4,511 ドルと、日本の 7 分の 1 以下でございます。人々が餓死するような最貧国ではありませんが、発展途上にあるということで、貧富の格差、それから都市と農村の格差はかなり大きいというのが、私の感じでございます。

障害者の状況でございますが、人口の約 2% が障害者であるといわれているのですが、信頼できる数字はありません。2004 年に障害者に関する法律が制定されたのですが、その中で登録制度が設けられました。登録をしますと、無料の医療サービスが受けられることになっていますが、実は登録しなくても無料の医療サービスは国立病院で受けられます。そのほかに公共交通機関の運賃が無料になったり、税金が軽減されたりするというメリッ

トがあります。ただ、公共交通機関といっても政府が運営している交通機関に限るということなので、人々の日常的な交通機関は私営のものが多く、実質的にあまりメリットがありません。税金の軽減も自動車購入の際の税金の軽減というのがメインなので、そもそも自動車を買えるような一部のお金持ちにしかメリットがありません。そういうこともありまして、あまり実は障害者の登録というのは進んでいない状況です。現金給付も一応あるのですが、脳性麻痺の子どもを持つ貧困家庭への手当に限られております。登録されている人を見ますと、男性、それから脳性麻痺にかなり偏っています。なぜ男性かといいますと、障害者に登録されると兵役が免除されるということが背景にあると思います。おそらくそれが一番のメリットなのかもしれません。

サービスの状況であります、これはもっぱら国内 NGO の役割であります。貧困家庭に対する支援の一環として、障害者を持つ貧困家庭に現金や食料を給付する NGO があったり、あるいは障害に特化して医療や教育、職業訓練などを提供する NGO などもございます。最初に人口の 9 割はイスラム教徒と申し上げましたが、そういった価値観の中では、困窮者に対する支援というのは非常に価値があることとされております。宗教的動機による慈善活動が非常に盛んでございます。この写真はある村にあるモスクなのですが、高い塔が立っております。こういったモスクがどこの村にもございまして、毎週金曜日には村の人たちはみんな礼拝に訪れます。その場で慈善団体に対して 100 円とか、200 円とか非常に少額なんですけれども、そういった寄付をみんなするという文化がございます。また、1 年に 1 回のラマダーンと呼ばれる断食月にも寄付をするという文化があります。例えばある慈善団体が大きなパーティーを開きますと寄付をしようと思っている人たちがみんな来るわけです。その場でみんな「自分は〇〇ぐらい寄付をします」と宣言をいたします。最初は子どもが出ていって、「私は 100 円寄付します」「私は 200 円寄付します」と続くのですが、そのうちだんだん額が上がってくるのです。大人が出ていきますと、「いや、私は 1 万円」「私は 2 万円」。どんどん上がっていきます。どうも前の人よりも大きな額を言わないと恥ずかしいと感じているようで、最後に一番大きな額を申し出た人、宣言した人は大体いくらぐらいだったと思いますか。200 万円であります。日本ですと、前の人と同じ額にしておこうというインセンティブが多分働くのではないかと思うのですが、向こうの人は「いいかつこしい」なんでしょう。そういう価値観をうまく使った寄付の集め方だなと思いました。

さて、CBR プロジェクトの経緯でありますけれども、2003 年にシリアの労働社会省の要請により始まりました。当初 3 村だったのですが、そのあと 2 つの村が加わっております。

2005 年には、国家の調整機関として国家 CBR 委員会が設置され、また、社会労働省には CBR 事務所が置かれまして、国家 CBR 委員会の事務局を務めますとともに CBR に関する企画・調整・指導を実施しております。JICA といたしましては、専門家の派遣、あるいは青年海外協力隊の派遣といったことを通じまして、技術協力を実施しております。

実施地区は、国の南の方、レバノンとヨルダンに程近いダマスカスというところが首都

ですが、そこからいずれの村も車で1時間以内です。

目的ですけれども、究極の目的は障害者の社会への完全参加でございます。そのためには、障害当事者および家族のエンパワメント、それと同時に地域の環境整備が必要であるという考え方の下に、エンパワメントに関しましては障害者の方が外に出て、いろいろな人たちと交流できるように機会を設ける。また、地域の環境整備に関しましては、地域のボランティアの養成、あるいは障害者支援のネットワークをつくるという活動をしております。

まず、地域の関係者のネットワークとしてどういう活動をしているかということでございます。これはハラン村というところの例です。中央の写真が CBR コーディネーター。この人は当事者です。その人が中心になってバース党の長、バース党というのはシリアの政権党で、実質一党独裁ですので、実質的にシリアで一番力を持っている組織ですが、その村での長、村長さん、アラビア語でジャマイエ・ハイリーエと言われる慈善団体、パイオニア組織、これはバース党の下にある学童の団体であります。また、やはりバース党の下にある婦人連盟、村の開発センター、保健センター、文化センターというところにいろいろ働きかけて、障害者の支援の輪を広げているという状況です。

また、外部資源とのネットワークの構築にも力を注いでおります。知的障害を持った子どもに教育を提供する NGO、あるいは当事者団体、職業訓練やリハビリテーションに関する政府施設、それからまた、民間企業。この下着会社のアシールというところは、非常に積極的に障害者を雇っている企業であります。そういったところとつなげまして、村の人たちがそういった外部の専門的なサービスを受けられるようにする。こういう活動もしております。

また、ほかの活動として啓発活動。これらの写真は、先ほどこちと申し上げました婦人連盟と一緒に開いたセミナーでございます。そこでは、例えば自身も目に障害がある、視覚障害を持った女性がりソースパーソンとして自分の経験についてお話をしたり、また、こちらの写真では中央でスカーフをかぶった女性。この方は村の CBR ボランティアさんなんですけれども、その方が自分のやっておられる活動について説明をしたり、そういったことをしております。これによって、CBR ボランティアをさらにリクルートしたり、また、障害者のいろいろな可能性について村の人たちを啓発したりしております。

また、障害者の社会参加の機会の提供および CBR ボランティアの育成として、例えば理学療法に関する教室、あるいはグループ学習、スポーツ活動、手工芸活動、サマーキャンプへの参加。この写真はサマーキャンプの一環として行われたイベントの中で、村の障害を持った子どもたちが劇を演じている状況です。実は、この劇の脚本自身、CBR ボランティアさんが書きました。その CBR ボランティアさん自身も障害を持っています。また、地元の展示会への参加。これは手工芸活動でつくったいろいろなビーズ作品や籐のかごを売って、少しでも材料費などをカバーできるようにという狙いも含まれておりますし、また、CBR に関する活動自身を村の人たちに知ってもらうという狙いもございます。

繰り返しになりますけれども、活動の主な目的としては障害者に対する機会の提供、障害当事者および家族のエンパワメント、また、地域資源の開発およびボランティアの育成でございます。

ここでひとつ、CBR にかかわる人たちについて具体的な人の状況をお話したいと思います。CBR がいかに地域の人たちを変えていったかということでございます。中心に立ってお話しをしているスカーフをかぶった女性なのですが、お名前はソメイヤさんとおっしゃいます。プロジェクトをやっている村のひとつであるヒジャーネ村の女性でありまして、彼女自身、脳性麻痺によります軽い運動機能障害、また、言語の障害があります。地元の小学校に通っていたんですけれども、12歳のときにちょっと目が悪くなってしまいまして、それでその当時、非常に彼女は恥ずかしがり屋さんで、先生に「ちょっと黒板が見えないんですけど」ということがなかなか言えなかった。そのために小学校の進級試験を2回落ちてしまいまして、小学校を退学せざるを得なくなったという経験を持っています。それ以来、もっぱら家に閉じこもって、せいぜい家事の手伝いをするといい日々を過ごしておられました。2003年にCBRの取り組みが村で始まったときに、最初はサービスの受け手として参加をされたんですけれども、その後ボランティアになり、さらに2年後には視覚障害児を支援するために点字を学び始めております。また、彼女はひそかに詩や劇を書きためていたんですけれども、その才能も発見されて、今は先ほどちょっとご説明したようにサマーキャンプでの劇を書くといった活動もしております。

彼女の言葉なのですが、「CBRに加わる前は、自分が障害者であるということについて『なぜ私だけがこういった状況に置かれなければならないのか』と思っていたけれども、CBRの活動を始めてほかの障害者のために役に立てることが分かった。そうすることによって『なぜ私が』というような気持ちを克服することができました」とおっしゃっています。「もし、CBRの活動が始まっていなければ、私は今どうなっていたらうか。もう想像することもできません」ともおっしゃっています。今、彼女は最も活発なCBRボランティアの1人でありまして、このヒジャーネ村という地域のコーディネーターとして活動をしておられます。左側の写真は、地域の視覚障害児2人に対して点字を教えているという情景であります。右側は、近くにあるアラブ首長国連邦という国のテレビが取材に来たときにインタビューに応えるソメイヤさんです。CBRが始まる前は、こんなことはもう考えもつかなかった。想像もできなかったという彼女ですけれども、今はこんなに堂々と人前でお話することもできるようになりました。

別の方で、ムハンマド・ハシュメさん。先ほどもちょっと出てきましたが、この方はCBR事務所ハラン村の代表であります。軽い下肢機能の障害があります。2004年にJICAが来たときにボランティアとしてCBRの活動にかかわるようになり、その活躍が認められて、また、彼自身の希望もあり、社会労働省CBR事務所ハラン村事務所の代表となっています。

この方自身の言葉ですけれども、「CBRのことを知る前は、できるだけ障害のない人と同じようになることで、自分の障害を克服しようとしていました。例えばテレビに障害者

が映ると、周りの人の注意をテレビの画面からそらすようにしていた」とおっしゃっています。自分の障害というものに真っ正面からなかなか向き合えなかったと。「しかし CBR の活動に加わって、障害というもの、また、障害者に対して興味が出てきました。ほかの障害者を支援したいと思うようになり、ほかの障害者と一緒に歩くということ自体も誇りに感じています」と。この CBR の活動を通じて、障害を正面から受け止められるようになったと。障害者の状況改善のために少しでも役に立ちたいと思うようになったわけであり、ます。現在は、地域のコーディネート、あるいは地域資源のネットワークの構築、また、地域での当事者団体の設立に献身的に働いておられます。

もう 1 人、アブ・アーナスさん。写真の中で歩いているおじさんですが、この方はカフリーン村というところの宗教指導者でありまして、同時に地元の保健所で働いておられます。宗教指導者というのは、毎週金曜日にモスクで説教をしたりします。この方も最も活発なボランティアの 1 人で、例えば金曜礼拝の席や結婚式などで説教するような機会をとらえて障害者を地域の一員として受け入れることの重要性について住民に説いておられます。

この方を私が取り上げたのは、イスラム的な価値観から CBR を見るとどうなるかという例をお示ししたかったのです。この方の言葉なのですが、「預言者ムハンマド（日本ではモハメッド）は『隣人が腹を空かしているときにぐっすり眠るような人は信仰ある者とは言えない』と言っています。イスラム教では人を助ける者は神に祝福されます。障害者の手をとって地域の一員になるよう支援をすれば、その人は天国に行くことができるでしょう」とおっしゃっています。一方で、彼はこうもおっしゃっているのです。「障害をもっていようと持っていまいと、地域の一員としてその義務を果たさないといけない」という、そもそもそういう考えを持っておられて、それはイスラム的な考えでもあるようなんですけれども、「そのためにも障害者の手を取って、地域の一員になるよう支援をしなければならない」ということをおっしゃっています。「私の村はもともと障害者を地域の一員として受け入れようという気風がありましたが、CBR の活動が始まって、障害者やその家族から恥ずかしいと思う気持ちが消えていきました」とおっしゃっております。こういった方々に支えられて CBR の活動ができておるわけでありまして、また、最初にご紹介しましたソメイヤさん、その次に紹介いたしましたムハンマド・ハシュメさんのように、CBR によって人生が変わってきたという方もいらっしゃいます。

そこで、活動のまとめなのですが、まず達成されたことから申し上げますと、障害者のエンパワメント。これはソメイヤさんやムハンマド・ハシュメさんの例に見られるように、障害者の方々はエンパワーされてきた。次に、やる気ある地元ボランティア。現在では約 40 名がボランティアとして活動に参加しています。また、ムハンマド・ハシュメさんなどの努力にもよりまして、地元有力者、例えば村長、学校長、宗教指導者などを活動に巻き込めるようになったと。

一方、まだ何が達成されていないかということなのですが、地元の主体性と持続性。や

はり幾つかの村では、現在の活動は JICA なしでは持続しないという懸念がまだございます。例えばグループ学習などでも、ノートや鉛筆などをどうするかという問題があるわけです。以前は実は JICA がすべてそういうコストカバーしておったわけなのですが、それでは JICA がその村での活動を終了したあと、活動ができなくなってしまうのではないかという懸念があるわけです。それにつきましては、例えば村の慈善団体や村落開発センターといったところからできるだけ予算をもらって、コストをカバーするようにしてきております。また、障害者のエンパワメントはまだ弱いと考えております。今、ムハンマド・ハシュメさん等が頑張って当事者団体をつくろうとしております。地域資源のネットワーク構築でありますけれども、それもまだまだであります。この図で申しますと、この矢印がまだコーディネーターからそれぞれの関係者への一方通行の嫌いがまだあります。地域の関係者のところに行きますと「ぜひ、協力しましょう」と皆さんおっしゃるんですけども、何を協力していいか分からないというのが本音のところだと思います。そんなわけで、こういった有力者、関係者からのインプットというのがまだまだ少ないと感じております。さらに申し上げますと、こういった地域の関係者のネットワークというところまでは、まだ行っていないというのが現状だと思っております。もうひとつ、地元行政による組織的な支援がまだできていないと感じています。特にシリアという国は、政府が人々の生活のいろいろなあらゆる側面までコントロールしようとする国であります。そうしますと、例えば学校の空き教室を使いたいというときも当然、許可が必要ですし、文化センターを使いたいというときも許可が必要ですし、さらにその許可自体が地元では出せないということもあります。そうしますと県まで行かないといけない。さらに、国まで行かないといけないこともあります。こういう非常に中央集権的な国家でもありますので、行政による組織的な支援というのは欠かせないものと考えています。

一番の課題と考えておりますのが、どうやって地域に CBR の考え方を内面化させることができるかということだと思っております。まだまだ村人は、CBR を「何か特別なこと」あるいは「活動」ととらえているのではないかと思います。ただ、それではいけない。「人々の日常生活や仕事の中での自然な振る舞い」に CBR がなっていけないといけない。WHO の文書の中でも、CBR というのは戦略、ストラテジーであると書いてあります。なので、CBR というストラテジーが、「人々の日常生活や仕事の中での自然な振る舞い」になっていくようにしないといけないと考えています。いわば、民族学で「晴（はれ）」と「曇（け）」という言葉がありますけれども、まだまだ CBR は村では「晴（はれ）」のものと考えられている。それをいかに「曇（け）」のものにしていくかというのがこれからの課題だと思っております。また一方で、行政の支援、特に CBR はいろいろな関係者がかかわらないといけませんので、その調整の仕組みを役場や県庁レベルでどのようにつくることができるかというのも、大きな課題だと考えております。

以上が村での活動ですけれども、シリア政府もそれなりに、例えば CBR 事務所をつくったり、国家 CBR 委員会をつくったり、それからまた、国家障害計画の中では、CBR は今

後、推進すべき取り組みとして位置付けられたり、こういった取り組みをしています。新しい取り組みとしては 2009 年、各県に CBR ユニットが設置されました。メンバーとしては県庁職員。また、障害関係の地元 NGO が入っております。今後、研修をいたしまして、それぞれの CBR ユニットが各県で取り組みを進めることになっております。

図にいたしますと、中央レベルでは国家 CBR 委員会があり、県レベルでは CBR ユニットがある。ここでシリアの工夫というのが、この CBR ユニットの中に県庁職員と同時に、地元の NGO が入っているというところであります。障害者に対するいろいろなサービスは、NGO によって行われているという現状を踏まえた現実的な考え方だと思います。

JICA の協力につきましては先ほどご説明いたしましたので、ここでははしらせていただきます。今後は、各県の CBR ユニットができましたのでその能力向上やその活動への助言。CBR ユニットのメンバー等に対しまして日本とタイで研修をしたいと考えています。村での活動につきましては現在青年海外協力隊がやっている活動を順次村の人たちに移転していく必要があると考えております。村で CBR が続けられるように、村のネットワークづくりに焦点を当てた活動しております。

以上が前半部分であります、もうあと 10 分しかないので、後半部分ははしりながらやります。

私自身、行政経験が長いということ、それからまた、現在シリア政府とともに働いているということで、CBR について行政はどのようにかわるべきかということをいつも考えております。ここに示しましたように、行政のアプローチというのは、法律や規則などによって標準化を進めて、全国で同じような取り組みをしようことになります。一方、CBR はコミュニティの地域のイニシアチブを大切にしようというアプローチでありますので、地域ごとにいろいろな取り組みがあってしかるべきだということになります。

これでは矛盾しているのではないかという疑問があります。確かに行政アプローチと CBR のアプローチにはギャップはあるのですが、ただ、CBR のアプローチを実践するためには幾つか条件が必要で、その多くのが行政にかかわっております。例えば意思決定が地域にできるだけ近いレベルで行われないと、地域での自発的な取り組みがなかなか進みません。次に、障害者の自助活動が行政によって阻害されない。あるいは、ボランティアや地域のサービス資源の活動が行政によって阻害されないという条件も必要です。これは特にシリアは集会・結社の自由の概念が日本とかなり違っていますので、当事者団体をつくろうと思って当事者の人が集まると、それに対して政府が非常に疑念の目で見るという状況にあります。少なくとも政府、行政が当事者団体をつくるということについて邪魔しないという条件がないと、なかなか当事者活動が進みません。

ここまでは、いわば「行政は余分なことをするな」という意味での関わりです。もうちょっと積極的な関わりとしては、できるだけ地方分権化を進めて、地元のことは地元で決められるようにするという取り組み。また、行政の各レベルで調整の仕組みをつくったり、グッドプラクティスの情報を提供したりする取り組み。あるいは、村ですべてのサービス

を提供するというのは不可能ですから、専門的なサービスを提供する取り組み。また、地域の取り組みを認め、支援する取り組みも必要です。さらに積極的な支援としては、例えば CBR のための人材に関する支援。特にコーディネーターが CBR に必須ですから、そういったコーディネーターの養成、活動費用に関する財政支援。それから、地域でのセンター、拠点がどうしても必要だと思いますので、そういった拠点の整備・維持費用に対する財政支援というのが考えられるのではないかと思います。

私自身、国際協力にかかわっているということで、国際協力の在り方をどのように考えたらいいだろうかということをお話します。大きく分けて政府ベースの協力と民間ベースの協力があるかと思います。政府ベースの協力としては、省庁職員、県庁、市町村職員の能力向上、あるいは政策助言、専門職の能力向上といったことが考えられますし、民間ベースですと、もうちょっと地域的に限定して、ある特定の村に入ってそこでの活動ということがメインになってくるのではないかと考えます。私としては、こういった2つの違うアプローチが連携をすることによって、さらに大きな効果が挙げられるのではないかと考えております。

具体的には、例えば民間ベースの協力で地域に入った NGO などが地域でのキーパーソンを発見する。そういうところは民間ベースの協力の得意とするところではないかと思います。そのようにして派遣された人材に対して、例えば政府ベースの協力の中でいろいろ研修などを実施いたしますので、そういった機会をどんどん提供していく。あるいは、政府ベースの協力の中でセミナーなどをやるような場合には、地域でこれはと思う人をリソースパーソンとして、逆に中央政府の、あるいは地方政府の人たちのエンパワメントに役に立っていただくという取り組み。そういったことによって、地域でのキーパーソン、地域でこれはという人が中央政府、地方政府の役人の意識を変えていって、政府が地域を支援するようになっていくということが考えられるのではないかと思います。CBR をうまく進めていくためには、人材が鍵になると思います。そういった意味で、先ほどソメイヤさんなどを紹介したんですけれども、そういった人たちが政府の職員の意識も変えていけると考えています。政府も仕組みとしては非常にハードな仕組みでありますけれども、やはり政府の仕組みを運営するのも人であります。省庁の職員、県庁職員であります。そういった人たちの意識を変えることによって、より政府が地域での活動を支援するような状況に持っていければと思います。これは何も民間ベースで派遣された人材を政府ベースが使うという意味ではなくて、民間ベースの協力の中でも積極的に政府ベースでのいろいろな協力スキームを使うことによって、お互いが成果を挙げられるようになるのではないかと考えております。

では、最後でございますが、CBR について日本の関与はどういう関与が考えられるだろうかということについてお話しします。ひとつは、政府ベースの協力と民間ベースの協力の連携であります。考えてみますと、日本のいろいろな援助スキームの中で、CBR の推進に利用できる資源がすでにかなり存在しております。例えば JICA ですと、政策助言型の

技術協力でありますとか、集団研修、国別研修、あるいは青年海外協力隊、シニアボランティアによる協力、いろいろなスキームがすでにある。また、在外の日本大使館では、「草の根・人間の安全保障無償資金協力」がありますし、また、いろいろな NGO による技術協力や資金援助等もございます。私がラオスにおりましたときには、私の活動の中や私と日本の NGO と一緒に活動の中で発見した視覚障害者の人材に対して、きょうは笹田先生がいらっしゃっていますけれども、日本点字図書館のスキームで協力をしたこともあります。それぞれの組織に得意分野、不得意分野がありますけれども、それぞれの組織が連携することにより補い合い、より効果を上げることが可能ではないかと思っております。

もうひとつ、日本の関与の在り方として考えられるのが、さまざまな国の間のネットワークの構築であります。これまで日本が協力してきた国には、日本の協力によって育成された多くの人材がおります。それらの人々がほかの開発途上国の人々との間でアイデアや経験を共有することが可能であり、それが相互のエンパワメントにつながるのではないかと考えます。そして日本の組織はこのようなネットワークの構築に主導的な役割を担えるのではないかと考えます。例をお話いたしますと、私がラオスにおりましたときにラオスの視覚障害者に対して、タイの視覚障害者、そしてマレーシアの視覚障害者が、コンピューターの使い方を教えるということがございました。そのタイの視覚障害者は、実は日本のダスキンさんがやっておられる研修制度で 10 カ月間日本に来て、コンピューターを勉強した人材でした。その方自身も全盲であります。もう一人はマレーシアの方ですが、その方もやはり日本点字図書館のスキームで研修を受けられた方でした。そのような方々が、今度はラオスの視覚障害者に対して協力をします。そして、そのアレンジメントは日本がやっております。お隣同士の国ですと、微妙な感情のために直接協力を要請したり、あるいは協力を申し出たりするのが難しいということがあります。そのような場合に日本として中立的な立場でアレンジメントができるのではないかと思っております。

時間が少し過ぎてしまいました。以上で私の発表は終わらせていただきます。今日はどうもありがとうございました。

発 表

国際標準化とアクセシブルデザイン

山内 繁

早稲田大学人間科学学術院 特任教授

ただいまご紹介いただきました山内です。今日は「国際標準化とアクセシブルデザイン」ということで話します。特に私がお伝えしたいことが二つあります。ひとつは、この分野で国リハが果たしてきた役割と、それから現在進行中の日本と中国と韓国での協力関係がどのように動いているかということについてご報告したいと思います。その前に、機器の標準化の役割について簡単にまとめておきたいと思います。

機器の標準化が行われて標準が決まるということは、ユーザーにとっては安全性や信頼性についての保証であり、安心して使うことができるということです。それから利用環境との関係についても検討することができます。それから、こちらに公的給付担当者とありますが、支援機器は公的給付になりますので、どのような性能やスペックのものなら給付対象にしているのかということを検討するために参考となるわけです。その価格設定においても問題となりますので、メーカーにとってはマーケティングのための参考資料になります。それから制度への適用、特に安全性についてどこまで検討しておけば世間に認められるのかということがメーカーにとっては非常に大切な情報となりますので、それがはっきりするということが有用であるということが言えると思います。

それでは日本ではどのように支援機器の標準化がなされてきたのかと言いますと、1970年代の後半に飯田先生、初山先生、加倉井先生、どなたもお亡くなりになりましたが、主にこの三人の先生方が、国リハの前身を中心にして日本での規格づくりを行いました。この写真がその頃つくった JIS だということで、初山先生からこの写真だけをいただきました。実物を見たことはありませんが、これがその頃、今の国リハで始まって最初の日本の、義肢関連の企画としてつくられたものです。

その後、この事業はリハビリテーション医学会に移管になりまして、そこで義肢装具、車いす、杖、その他の JIS をつくってきました。そのうちに医学会がそのようなことを担当するのはいかなるものかという問題が起こりましたので、現在は福祉用具・生活支援用具協会、義肢装具学会、テクノエイド協会、それから NITE（製品評価技術基盤機構）、共用品推進機構、排泄関連機器標準化協議会など、いろいろな団体に分かれて、JIS の審議や ISO 等の担当をしています。少し離れて日本人間工学会というのが、また別の部門から関与しているというのが今の状況です。

国際と言うときに、国際標準にはいったいどのようなものがあるのかから始めます。国際標準化機関としては実は、三つあります。一番古いのは ITU です。これは名前が途中で変わりましたが、1865 年に一番早くつくられました。これが何のためにつくられたかと言

いますと、マルコーニの無線の実験により国際通信が可能になりました。そのときに、通信の記号を共通化しておかないと通信できないというので、国際的な取り決めによりモース符号を使うということを決めたわけです。そのための役割を果たしたのがこの ITU で、実は、これが一番古い国際標準化機関です。

その次の 1900 年にできたのが、IEC-インターナショナル・エレクトロテクニカル・コミッションです。これも最初は別の名前でしたが、1935 年に名前が変わって今はこの名前を使っています。なぜ 1900 年頃にこのようなものができたのかと言いますと、ちょうど家庭用の配線ができた頃であり、国によって電気の単位や記号が違っていたので、統一しなければならないということで IEC ができたわけです。

それ以外のものには、ISO (International Organization for Standardization) というものがあります。これも 1926 年に別の名前で作られました、1947 年に再編成されてインターナショナル・オーガナイズেশョン・フォー・スタンダードィゼイションとなりました。しかし、設立されたのは 1926 年です。これはよく間違えることですが、接頭語、つまり頭だけを書くと IOS になるのですが、これをアイゾ (ISO) というふうに書きます。日本語では「アイ・エス・オー」と言いますが、英語では「アイゾ」というふうに読みます。これは同じものであるという意味のギリシャ語の isos から取ってつけたもので、これは IOS の代わりに ISO としているわけではありません。ほかのものは全部頭文字を取っていますが、これだけ違っています。これはよく間違えるところです。

支援機器関連について話をしますと、TC (Technical Committee) と呼ばれているものがありまして、そのテクニカル・コミッティ 168 が義肢装具を担当しています。日本では森本先生が代表をしておられます。WG (Working Group) というものがあり、ここで審議をしますが、WG1 と WG2 には飛松先生が出席しておられます。それから WG3 は、研究所の相川室長が日本から出席しています。この義肢装具の部門は森本さんを除けば国リハの人たちが中心となって働いています。

TC173 というものがあります。支援機器と書くのを忘れてしまいましたが、こちらでは WG1 が歩行補助具でした。これは歩行補助具のごく初期に、今はもう退職されていますが、矢野部長が歩行補助部に出席していました。今は田中繁さんがコンベナーをしています。WG8 では視覚障害者誘導用ブロックというものを担当していますが、これは私がコンベナーをしています。SC1 (サブコミッティ 1) の車いすでは日本から沢山参加していますが、広瀬室長が活躍しています。それから SC2 の用語と分類では私と井上部長が出席しています。SC3 といいいますのはストーマ・失禁用具ですが、これは国リハからは出ていません。SC6 はホイストですが、これは、今眠っているサブコミッティです。

SC7 は現在最終手続き中ですが、支援機器のアクセシブルデザインを担当していて、昨年暮れに締め切った投票で設立することが決まりました。そして、私が委員長で出ることになっています。というわけで、このアクセシブルデザインと呼ばれるものが、これから重要になってきます。これはまた後でお話をしたいと思います。

もうひとつ、今私が関係しているのが TC 159/SC 4/WG 10 というので、消費生活用品のアクセシブルデザインというもののコンベナーを担当をさせていただいています。ここにもそこにもアクセシブルデザインが出てきますが、実はこれが非常に大事なキーワードとなっていますで、この話をしたいと思います。その前に、なぜそのようになっているのかということについて話をしたいと思います。

2002 年に北東アジア標準協力会議というものがつくられました。日本と中国と韓国、3カ国の標準の代表が集まって毎年 1 回会議を行います。そして、そこで今後の協力関係の進め方について相談することが決まりました。必ずしも支援機器あるいは福祉関連のことを話し合う会議ではなく、標準一般全部、あらゆる ISO、IEC への協力関係をどうするかを議論する会議です。2003 年にアクセシブルデザイン分野での協力をしましょうということが決まったわけです。そして、ではどのような協力をするのかということについての検討がなされました。TC159、これは人間工学ですが、人間工学の分野にニュー・ワーク・アイテム・プロポーザルという新しいプロジェクトを立ち上げようという共同提案を 3 カ国で行ったわけです。

そして、日本・中国・韓国の 3 カ国で共同提案しました。共同提案をすると、ほとんどの場合は、コプロジェクト・リーダーが日本と中国と韓国から一人ずつ出席しますので、プロジェクト・リーダーがコプロジェクト・リーダーでつくられるというかたちになります。プロジェクト・リーダーは推進役ですが行事役としてコンベナーというのをつくります。その体制で今、5 件の審議が進んでいます。先ほど言いましたが、私が担当しているのもこの中の 1 件です。

2007 年に支援機器分野での協力を始めましょうということが決まりました。ところが、その 3 カ国が思っていることは必ずしも一緒ではなく、去年一年がかりでその調整を行い、そろそろ動きだしそうな状況に今なりつつあります。特にその中のひとつは、その TC173/SC7 という支援機器のアクセシブルデザインで協力をしましょうと、それから、そのほかの標準化の分野についても協力・情報交換をしましょうということが今ほぼ合意に達しています。具体的にこれからどうするのかということですが、この SC7 の立ち上げがおそらく今年いっぱい、あるいは秋までかかりますので、その中で決めていくということになると思います。

今、話の中でキーワードとしてアクセシブルデザインという言葉を使いましたが、これは、実は、かなりきちっと決められている概念です。それは ISO/IEC ガイド 71 が 2001 に決まりました。タイトルは高齢者および障害のある人々のニーズに対応した規格作成配慮設計指針の中で決められていて、アクセシブルデザインというのはどのようなものかという、なんらかの機能に制限をもつ人々に焦点を合わせ、これまでの設計をそのような人々のニーズに合わせて拡張する。これによって、製品や建物やサービスをそのまま利用できる潜在顧客数を最大限まで増やそうとする設計で、その事前の方法として三つあるというわけです。修正・改造することなくほとんどの人が利用できるように製品サービスおよび

環境を設計する。製品またはサービスをユーザーに合わせて改造できるように設計する。これは操作部の改造等です。それから、規格採用により障害のある人々向けの特製製品との互換性をもたせ相互接続を可能にする。ということが挙げられます。これがアクセシブルデザインの定義です。ただアクセシブルなデザインということではなく、この三つの方法のどれかで障害のある人が使える機器をつくるということです。この1番目は、ユニバーサル・デザインとよく似ていますが、ユニバーサル・デザインはロン・メイスで、死ぬ直前にいい名前をつけすぎたと言っていたようですが、これは夢物語で必ずしも実現することはできません。

しかし、この二つは可能であるというわけで、その例が国リハの研究所でつくったプラス・トークというものです。これは、アクセシブルデザインの概念のはるか以前に開発しましたが、糖尿病性網膜症患者のためのグルコース・メーターで、血糖値の測定器です。これに音声合成ユニットをはめ込むことによってこの測定器が血糖値を読み上げるという仕組みのものを開発しました。つまり、このように一般的に使われているものにアタッチメントをつけてことによって、そのままでは使うことのできなかった障害者がこれを利用することができるようになるという、このような考え方が実はアクセシブルデザインの考え方だということで、紹介させていただきました。以上です。どうもありがとうございました。

マレーシア、視覚障害者への マッサージ技術支援と鍼灸課程創設支援

笹田 三郎

JICAシニアボランティア

スライドに沿って発表した後、最後にサマリー、三点までこぎつけければいいなと思います。

表題のとおり「マレーシアにおける視覚障害者のためのマッサージ技術支援と鍼灸課程創設支援」と大きなテーマを掲げています。副題の「Let your hands do the talking!」、私はこのテーマを本当は主題にしたかったのですが、でもこれでは手によるコミュニケーション、手話の講座と間違えられてしまいそうですので……。

さて、次のスライドですが、マップが二つあります。マレーシアですが、私が配属されたのはペナン島です。北緯5度、東経100度の常夏の島で台風は来ません。地震もありません。寒い冬もなく人々はみなおおらかで、おおまか、そして社交的でとても暮らしやすいところですが、何事にも光と影がありますので、影の面で申しますと、計画性に難があり、どうも勤勉ではないらしく、何かプロジェクトをした後の反省会はありませんといったそのような批判もできる国柄でもあります。今回のプレゼンでもできれば光と影の両面を紹介しながら進めたいと思います。

次はスライド、コンテンツです。大きく四つありまして、チャプター1は概要、2は支援の要点、3は現在の懸案、そして最後のチャプター4は今後への期待です。

次の写真はセント・ニコラス・ホームの玄関で私の派遣先です。SNHと略します。外見はとてもきれいです。が、見えないところでは透明性の欠如あるいは行き過ぎたトップダウンがあり、私は批判的でもあります。

次はチャプター1、概要です。二つあり、1-1は沿革です。2002年に既にマッサージ訓練の課程ができています。それは、オイルを使った全身マッサージと足のリフレクソロジーを一年間で教えるものです。理論はなく実技だけです。他のアジア諸国でも大体似たり寄ったりです。生徒の平均年齢は20代中盤で、今のこの国リハ全体にもありますが、日本ではインテークのときにもう既に40を超えているのが平均年齢です。その点でマレーシアは40年前の昔の日本のように若い視覚障害者がまだたくさんいる国だという感じを受けます。

授業では男女が別々です。女性は女性の先生が女性の部屋で、男性は男性の先生が教えます。イスラムの国、マレーシアらしいところです。女性はなるべく肌を露出しない、男性に触らせてはいけないというイスラムの教えが反映しております。卒業後は、街のマッサージ店で50%の歩合給です。固定給ではありません。

次は、私の生徒たちの写真です。ここでは6名しか写っていませんが、実際はもっとい

ます。次の写真ですが、これはボディ・オイル・マッサージです。

次はチャプター1-2、抱えている問題が二つあります。まず、基礎学力が必ずしもついていないとはいえない生徒に教えねばならないことです。20%ぐらいは小学校を出ていません。公式のサイトなどで調べると 90%を超えていますが、障害者となるとそうはいきません。近隣から隠したいという親の事情や無理解などによるもので、現在のマレーシアでは貧乏で学校に行かせられないということはあまりないと思いますが、いまだに障害者たちの学校に行く率が低いのが問題です。

それから、外国人のマッサージ従事者が非常に多いことです。これは、マレーシア政府が単純労働に外国人労働力を正式に法的に入れていますので、公式には 10%の労働力は外国人と言われているが、実際には 20%いるだろうと言われている。都会でのマッサージは多くはインドネシアや中国やタイからの人たちです。旅行された方はおわかりのことと思います。したがって、盲人たちは、厳しい競争にさらされています。私の支援の任務は、彼らにスキルアップで外国人などの晴眼者のマッサージ師に負けない力をつけるという付加価値をつける支援活動です。

チャプター2 は支援活動の要点です。既にオイル・マッサージがありますので、それと競合するようなことを教えると、現地の先生方ともトラブルになりますので、私はそこを明確に区別してリラクゼーションではない医学的なノンオイルマッサージを教えました。称して指圧です。それから 8 カ月後から鍼灸治療を教え始めました。

活動をする中でこれが重要だということを八つ見出しまして、それを重要度順にこれからご紹介します。アイテム 1 から 8 と言います。

スライドのアイテム 1 は、触角によるコミュニケーションです。これがまさにレット・ユア・ハンズ・ドゥ・ザ・トーキングです。生徒は、口での会話ではなく手でクライアントの体と直接対話すること。マニュアル通りのマッサージをするだけではなく、技術のしっかりした職人芸、メディカル・アートを身につけようということです。この点は、実は日本でも申し上げたい点です。そうでない方向になりがちなのが日本の現状でもあります。

次の写真は触診を教えているところです。

アイテム 2 は気功を取り入れての実技指導です。気功には三原則がありまして、良い姿勢、腹式呼吸、それから気のめぐりをイメージすることです。実技を教える前提として指導しています。その後、気功を応用した体操を教えます。健康増進とヒーリング・パワーの増強ができるようになったらお客さんや患者さんにそれを教えてあげようというスタンスです。

次は気功体操の写真です。

アイテム 3 はチェア・マッサージで指圧の基礎指導をしています。日本ですと畳に座って教えるところですが、椅子に腰かけて、モーターバイク・シッティングと称しています。前後逆に椅子の背に向かってまたいで座ります。それによって、基礎指導をしていました。

通常オイル・マッサージはうつ伏せで練習していますので、受ける人は眠くなってあまり学習効果が上がりませんが、このチェア・マッサージでの指導は受けている人も覚醒度がよく、また、服の上から行いますので、男女混在の授業ができるという良い点があります。これは非常に好評でした。

次はそのチェア・マッサージの写真です。

アイテム4は東アジアのフュージョン・マッサージです。実は、伝統的にマッサージで評価されている国は日本のみならず、中国やタイもあります。それぞれに非常に良い手技があります。それらの良いところ取りで私はイースト・アジアのフュージョン・マッサージを教えています。名称は指圧と称していますが、私が日本人だからではありません。床にマットレスで指圧をベースにして教えています。

この写真は足を縛ってバイブレーションを伝えて骨盤の辺りの深部をほぐす手技です。

次はアイテム5です。実技優先で理論は後から教えます。基礎学力に問題を抱える生徒がいますし、マレー語や英語がクラス中で通じるわけでもありませんので、やはり理論学習はバリアが高いです。まず実技で理論的な背景に関連付けたところで理論を教えるというそのようなスタンスです。

教材として二つ紹介します。幸い英語の基礎医学教材 **Guide to Anatomy and Physiology** という出版物です。それから JICA マレーシア事務所から 11 体の解剖モデルを寄贈していただきました。視覚障害の者にとって絵で見て理解することはできませんので、模型は非常に有益な教材です。その写真が次にあります。脊柱と骨盤模型を観察している場面です。その次の写真がトルソーという胸腹部の内臓を学べる教材です。

次はアイテム6です。PDCA サイクル・チェック・シートでのスタッフの質向上を行います。プラン・ドゥ・チェック・アクションといういろいろな場面で作業効率を上げるために使われている PDCA サイクルで計画性がなく必ずしも評価する姿勢のないスタッフにいい習慣づけをしてもらおうと思い PDCA を週替わりで実施しました。次がその PDCA の表です。

それからアイテム7の記録をとる習慣です。当たり前のことのようにですが、あまり実践されていないようです。基礎教育のない方、つまりリテラシーのない方もいますので、そのような人は、脳内のコンピューターに記録しようということです。次がそのケース・リポート、いわば診療録、カルテです。

次にアイテム8、鍼灸指導は6名の者に行いました。基礎と理論的背景と臨床実習までです。幸い学用患者さんの協力も得られたことで当初期待した以上の成果が上がったと思います。ただ、個々のレベルに大きな差異はありますが。治療用具は日本からのものを使い、とにかく安全性を最重視しました。

針実技を教えている写真です。次の場面ですが、灸実技といっても視覚障害ですから温灸に限られます。商品名 MT 温灸というものを使っています。

続いてチャプター3です。現在の懸案は二つありまして、教員が十分に確保されないこ

と。給与が低かったり社会的なステータスが低かったりということがあります。もうひとつの懸案は、JICA の派遣延長の必要性です。私は派遣終了していますが、5 月末にもう一度短期でいきたいなということで検討をお願いしているところです。指圧は2 年でも一定の成果が維持されると思いますが、鍼灸はやはりもう少し指導しなければなりません。

次はチャプター4、今後の期待です。主にエンパワメントに協力したいと思います。全国的に視覚障害者の発言力が非常に弱いので、もっと強めて組織化し、その会の中でスキルアップのセミナーなども開けるようにということです。それからオーソリティとも話ができるような会が育ってくれたらいいなと考えています。

最後に、別紙で一枚受付のところに置かれていた私のメモ紙にご注目ください。笹田発表の要点です。

三点ありまして、一点目は、当事者派遣を实践しての気づきです。具体的利点としては、彼らと同じ目線で接することでコラボレーションができたとの実感です。また、スキルアップを通して彼らに力がつけば、それがすなわちエンパワメントになるということも感じています。ただし懸案としては、日本をはるかに上回る顕著な格差社会、それがマレーシアです。ほかの途上国も似たり寄ったりであったかもしれませんが、障害者はしばしば二級市民との印象があります。それから社会が無秩序だというような面もあります。法令においても外国人労働力が非常にたくさん入り込んで障害者たちの職域確保を難しくしている面があるかと思います。

二点目としては、国際協力はコラボレーションで。国際協力というと、上から見下ろすような目線が無きにしもあらずですが、コラボレーションというと同じ目線で対等ということで、それがよりエンパワメントに移行しやすいではないかという印象を持っています。コラボレーションによる達成感と、冒険と挑戦ができたことによる醍醐味というものを味わい、ボランティアとして非常にやりがいがあるなと思っていました。そして、自分と言うのも変ですが、視野が広がり見識が深まったなという感じを持っています。

懸案としては、非常に堅固な高いバリアがあります。それは異文化、異なった言語の混在、宗教的な縛り、それから習慣というわけで、ボランティアの仲間内でも挫折感やあきらめのため息もよく聞かれます。

三点目です。視覚障害者の職業をグローバルに見ると、国と地域によって特異性があります。それは重視すべきです。ここ 30 年の間、特に東アジアの経済発展が盛んな国では視覚障害者の仕事は日本のみならず他の国々でもマッサージが主流です。マレーシアではかつて速記タイピストや電話交換手などの職業もありましたが、いまやありません。ヨーロッパでもそうですが、もうそのような仕事は視覚障害の仕事としては衰退の一途です。そして、マッサージが隆盛です。これが続くことと思います。

懸案としましては、市場原理から言ってやはり晴眼者にはかなわない場面が多いわけです。そこで、政府や社会からの合理的な配慮が必要です。それがこれからの先進国になるためのマレーシアにも必要なことです。

リハビリテーション専門家養成と国際協力

富岡 詔子 OTR., Ph.D.

JICA 青年海外協力隊事務局 ボランティア技術顧問（保健衛生）

佛教大学保健医療技術学部客員教授

ご紹介ありがとうございました。協力隊事務局のボランティア技術顧問の富岡です。お手元にプリントアウトされたものがあるかと思いますが、いろいろと情報を詰め込み過ぎてしまいましたので、与えられた 15 分を少しオーバーする可能性があります。時間があるときに少し目を通していただくということも含めての資料ですので、一部省略しながらなるべく制限時間内に私の発表をしたいと思っています。一般的に、国際協力関連のセミナーなどに参加しますと、国際協力とは何か非常に特別なことのようなイメージがわき起こりがちです。しかし私自身の経験—協力隊活動の訪問調査や隊員との討論、活動報告書の検討、研修生やカウンターパートたちへのワークショップの実施、あるいは国際会議への参加などから、最も強調したいことは、国際協力は特別なことではなくて「現場から学ぶ」、すなわち過去現在未来を見据えた現実の状況からいかに学ぶか—これが基礎であるということです。日本の現場であろうと、外国の現場であろうと、医療や教育の現場であろうと、CBR の現場であろうと、そこから何を学んでいくということが基盤であるということが最初にお伝えしたいメッセージです。

そのことを念頭において、今日は、かつての被援助国として日本においては、リハビリテーション専門家養成がどのような国際協力を背景に発展してきたかという歴史を振り返り、そうした経験を我が国が今度はドナーとしての「リハ専門家養成と国際協力」に、どう活かしてゆくかということを中心に考えてみたいと思います。私自身は作業療法士の露払い世代としてそうした国際協力の渦中にありましたので、これも現場から学ぶ 1 つの方法と考えています。

2 つ目はリハビリテーション専門家養成に対する我が国の国際協力の現状ですが、これは後半に田和さん等からまた詳しい報告もあると思いますので、簡単に触れておきたいと思います。それでは本題にはいります。

1 専門家養成が始まった原動力

我が国においてリハビリテーションの専門家養成が始まったのは 1960 年代初頭です。その前段として、昭和 30 年の経済白書で、「もはや戦後ではない」というキーワードが出されました。そして社会保障整備元年ともいうべき、国民皆保険や、皆年金制度が導入されたという事情があります。つまり、1960 年代初頭に我が国の経済成長の始まりが基盤にあって、そうした時代を背景にして、リハビリテーション関連の専門家養成の芽生えが形成されたのです。

当時、日本は WHO から援助を受けていた国ですから、WHO の調査団がきて、日本の医療現場やリハビリテーションに対するコメントや提言をしていきました。そして WHO の Fellowship Fund による何人かの留学生が先進国の視察や研修に送られました。そういう人たちの報告書や WHO の提言等を参考にして厚生省の中に研究会が立ち上がりました。

その研究会の報告書が 1962 年の「医学的リハビリテーションに対する現状と対策」として、非常に大部かつ今でも非常に読み応えのある内容の中間報告書ができました。つまり行政主導による現状分析と今後の政策提言がなされ、その中にリハビリテーション専門職としての作業療法士（以下 OT）と理学療法士（以下 PT）の養成の必要性が盛り込まれていました。これは保健領域の人材養成における非常に大きなターニングポイントになったと思います。

2 最初に“学校ありき”から身分法の制定へ：その 10 年後に雇用基盤整備が実現

それで何とか予算がとれまして、3 年制の専門学校で開始することになりました。もちろん「4 年制大学」で、という意見もありましたが、当時文部省は大学そのものから要請がないものを、政府主導で立ち上げることはないということでした。他の医療職、主として看護婦の養成課程と類似の 3 年制の専門課程で始めようということで、予算化されました。定員は 20 名で、アドバイザーとして WHO から顧問が派遣され国際的に通用する教育プログラムの指導にあたることになりました。

歴史的な流れとしては、法律ができる前に最初に学校ありきで始まりました。一番目の学校は、国立療養所東京病院、これは結核専門の国立療養所ですがその付属リハビリテーション学院として 1963 年に設立され、次いで、九州労災病院付属の九州リハビリテーション大学校が 1966 年に、さらに東京都立府中リハビリテーション学院が自治体立としては初めて 1969 年に開設されました。リハビリテーション専門家養成の事始め時代の 10 年間は、この 3 校のみでした。それぞれ部分的に外国人講師の力を借りながら、人材養成に大きな貢献をしました。いずれも今は廃校、あるいは大学に昇格して、専門学校としてはもう存在していません。

身分法としての「理学療法士・作業療法士」法ができたのは 1965 年です。ここで医療職としての国家資格が明らかになったのです。そしてそのほぼ 10 年後の 1974 年に社会保険診療報酬制度として点数化されました。これがないと PT や OT を雇ってリハビリテーションサービスを実施しても、病院としては人件費その他が持ち出しだけになるわけです。すなわち、保険制度に正式に認められることで PT、OT の雇用機会を拡大する経済的基盤が確保されたということです。これも自律的発展への大きな第一歩です。

諸外国、特に中進国や開発途上国を見ても、リハビリテーションの一端を担う人材の何らかの養成制度はあるし、養成校もあるのですが、新しく養成した専門職を雇用してゆくような基盤が十分に整備されていないために、多くは頭脳流出、あるいは他の領域に行ってしまうなど、いくら養成しても実際のお国のためにはなかなかつながらずゆかないという印象を受けることが多々あります。ですから人材養成をする以上は、専門

職であれ補助職であれ、その人たちが国内のどういうところで雇用されてゆくのかという雇用創出も合わせて考えていかないと片手落ちの援助になる、ということが我が国の歴史からは言えるのではないのでしょうか。

3 人的支援としての国際協力：WHO の顧問派遣と外国人講師の雇用

最初の国際協力は外国人講師の雇用から始まりました。WHO は顧問（PT もしくは OT の専門家）を約 5 年間派遣する予算をとり、国立の東京病院付属リハビリテーション学院に配属しました。しかしそれだけでは教員不足で、PT や OT の専門科目を教えるためには、日本の負担で外国人教師を雇いあげる、つまり自前で外国人教師を雇う必要もあったわけでした。

スライド 1 には前述した三校毎に、通算何名と書いてありますが、専従・非常勤こみの人数です。大雑把に見ますと、おおよそ 7-10 年間は何人かの外国人雇用が必要とされましたが、以後はほぼ完全に日本人の手による自律的發展になっていきました。ですから人材養成には特に人的支援が不可欠ですが、ちゃんと準備さえしてゆけば、準備期間を除いて約 10 年間あれば、ほぼ継続的な自律的發展が可能になると言えると思います。

今現在は、CBR 政策の影響もあって、専門家養成はお金がかかるということで、正規のリハビリ関連の人材養成制度を開発途上国が確立してゆくということはかなり困難です。最大の経費はやはり人件費だと思うのです。ハコモノ、機材ではありません。当時、まだ日本は 1 ドル 360 円の為替レートで、しかもそれを外国人の給料相場で雇うということは、きわめて大きな出費であり、資格のある専門家のボランティアを活用するといった手法は、そもそも人もいないし、不可能な状況でした。経費的には、たぶん東京病院の医師や厚生省の相当レベルの役人より高給な OT や PT を雇っていたのではないかと思います。

同様に東京都も九州労災という事業団も外国人の雇用を継続していましたが、これは、一方では、早く自前の人材を確保するという方策につながりました。一部は WHO の Fellowship Fund で研修もありましたが、少数ではありますが自前で留学させて外国での資格を取得させるなど、当初から将来の教員の養成を同時に考えていたわけです。

教育施設は東京病院に関しては既存施設の転用、共用その他が主で、新設はスライド 2 に示した本館の教室・事務所・図書室くらいの整備でしたから、最小限の投資で済んだかと思います。私もここに助手として勤めておりましたが、設備よりは、人にお金をかけたということだったかと思います。左の写真は 1969 年の卒業式ですから 3 期生くらいです。前の方に座っているのは外国人講師。右上の小さいのは解剖の実習で顕微鏡なども病院で使っていた古いものを集めたり、一部新しく買ったりということでした。

4 専門家養成という国際協力としての技術移転から学んだこと

前半のまとめとして、我が国の専門家養成事始めから学んだことを 6 点ほど整理してみました。第 1 に国策としての方針が明確であって、エリート養成ではなく、各種学校としての技術者マンパワーの養成を重視したということです。第 2 に「学歴よりは手に職を」という職能志向で意欲的な学生が「リハビリテーション」に魅かれて集まったということ

です。これは、卒業生たちが将来の役割モデルになるという可能性を考えると、人材養成の根幹にかかわる事項といえるでしょう。

第3に養成校の実質的責任者はこういう職種が日本医療全体の今後の発展にとって必要不可欠であるとの信念を持った医師が担いました。当時リハビリテーションは医学モデル全盛期ですから、その影響もありましたが、かなり基礎医学教育に重点を置いたカリキュラムになったと思います。これは長期的には、医療関連職の底上げという点で非常に利点になり、良かったのではないかと思います。

第4に最初の10年間という移植期間、にバトンタッチ世代をいかに作っていくかということを経験から計画的に進める必要があるということです。それは初期に輩出された人材が、それ以後の職能文化醸成の牽引力になることにもつながります。つまり健康に関連した新たな職業領域は、当事者が自律性をもって発展させていくのだという文化がないと、その国の保健レベルの向上に寄与できるような自律的發展になかなかつなげていけないということになります。

第5に、そういう意味では初期の外国人アドバイザーの姿勢もあったかと思うのですが、第一期生が出て、国家試験に合格した有資格者が誕生した年に日本理学療法士協会、そして日本作業療法士協会という職能団体が結成されたということです。これは、日本には全体として職能文化という伝統がすでにありましたので、それを引き継ぐ形となりました。たまたま職業が違うだけの話ですから、こういう伝統があったことは、大いに役立ったと思います。開発途上国の人材養成の自律的發展を困難にする要因の1つに、こうした同業者による職能文化の伝統が脆弱であることもあるのではないのでしょうか。

第6に、先ほども申し上げましたが、雇用を安定させるための制度設計が人材養成の支援には不可欠ということです。日本では、具体的には健康保険医療制度の中に組み入れられ、医療の場における雇用の基盤が整備されました。現在、開発途上国ではCBR推進のためにワーカーなどの養成研修を実施するなど、主としてNGOレベルでいろいろな形でワークショップを行って養成はしているのですが、それがどういう雇用につながってゆくのか、その辺がほとんど未整備のまま進められているという現実があります。

人材養成に関する草の根レベルでの国際協力では、中進国や先進国では効果的と思われる善意のボランティア養成だけでは、継続性を担保することは不可能です。プログラムが何であれ、初動時の補助金や人的投入が終わりになれば、それまでです。CBRワーカーでも何でもいいのですが、ある程度養成したら、やはりその人たちが、多少の収入の高低があっても、有償ボランティアでもいいので、とにかく何らかの収入につながるような場を作っていかなければ、それはザルで水を汲むような形の養成になってしまうでしょう。その意味でマレーシアはCBRの人材養成には、最初から有償ボランティアという手法を取り入れ、その後の持続性を担保しましたが、これは1つのモデルになるかもしれません。

5 人材養成に関連した国際協力における「人間関係」

次に、歴史に「もしも」はありませんが、リハビリテーション人材養成の被援助国の当

事者として、実際の流れに身を置いた者としての感想、特に人間関係に関連したことをいくつか補足しておきたいと思います。第一に思い浮かぶことは、いろいろな新しい方法論や異質な考え方は翻訳、つまりその国の言語に訳すことはできても、根底にある思想の移転は非常に困難であるということです。特にさまざまな人間関係に関連した概念や技術自体を含んでいる文化依存的なリハビリテーションの移転は、できたとしても非常に時間がかかるものであり、あるものは不可能かもしれないということです。

その例として、リハビリテーションの移植に関して私が一番疑問に感じたのは、西洋医学の中で、しかも医学モデルとして出されてきたリハビリテーション医学というものは、基本的には個人の責任と義務という社会心理的な自立を重視する西洋の価値観と伝統を前提とした概念を根底に持っていました。日本の温情主義的で家族的な相互依存関係である「もちつ・もたれつ」を重視する価値観や伝統などを関連づけて、明確に消化し統合することはなかなかできませんでした。特に日常生活の自立支援という概念は、実務的にはそれほど困難ではありませんでしたが、普遍的な技術としての消化にはかなり時間と時代の変化が必要でした。今後も時代とともに、どの国においても常に変化し続けていくテーマといえます。

もう1つの例は、より肯定的に受容された関係性の側面です。それは、外国人教師の強烈な職業人意識に支えられた、感情ではなく理性に訴えるという合理的で醒めた職業的な関係性の重視です。これが、患者、医師、同僚、学生に対しても貫かれているということが、カウンターパートとしての日本人にはかなり大きなインパクトになりました。

こうした経験から、人材養成という国際協力においては、前述したように確かにシステムの構築も重要ですが、「人と人」という偶然的な関係性が鍵を握るということも強調しておきたいと思います。1つは、前述したように、受け入れ側のキーパーソンが一貫して持続的に関与していくということです。その意味では事始め時代の各学校の、責任者を同じ人が長く引き継いだということと、学生との良好な関係を形成した優れた WHO 顧問を得られたことは、日本としては幸運な出会いであり、それが非常に大きな成功要因につながったと思います。国際協力では、レシピエント側のキーパーソンがどこまで安定して継続して、その事業に取り組んでいくかということを見極めることがなかなか難しいのですが、協力関係の当事者がコロコロ変わったのでは、一般的には協力関係そのものの継続性が非常に困難になると思います。

一方、外国人専門家をレシピエント側から見た場合に、どのような人材が望ましいのでしょうか？ 私の経験からは、第一に専門家としての知識・技術・経験を具体的に見えるように伝達できるという点が最重要かと思います。それには、その人の職業的同一性が確固としていることや、専門家としての人格や識見も含まれるかと思います。また「押しつけ」と「あきらめない合理的主張」をきちんと区別するというコミュニケーションの質が問われます。一方的にこれがいいのだと押しつけられるのではなくて、なぜそれが必要なのかということを冷静に合理的に説明して、一回で納得されなくてもしつこく主張してい

くという、そういう指導力が必要だと思います。

例えば、専門学校であっても、進級問題が大きな 이슈 になりました。講義でも実技でも、あるレベルに到達できない学生は落第ですし、特に落第を繰り返す学生には退学を勧告するなどということもありました。日本の当時の専門学校での教育ではそういう風潮はありませんでしたから、その辺はかなりの文化的差異がありました。大学教育ではなくても、資格取得という専門家養成の最低条件をきちんと主張して、結局そういう文化にしていたことは、特に初期の外国人教師の大きな業績だったと思います。その伝統は既存の職能文化の一部として取り入れられ、特に臨床実習で不合格になったら、再実習をするのは当たり前という風土がPTとOTの教育文化として定着しました。これはその後日本のリハビリテーション人材養成にとって、大きな利点になったと思います。今は留年したり、実習で不合格になると保護者が学校にクレームをつけたりという傾向もあり、良き伝統を維持することは容易ではありません。

言語の障壁についてはどうだったのでしょうか？日本側は外国人教師に日本語の習得は、ほとんど期待していませんでしたし、そもそも彼らにはその気がなかったのではないのでしょうか。むしろ日本の学生や職員が英語を理解することを期待はしていましたが、必要なら通訳をつけることを当然のこととして要求してきました。しかし、外国人教師に言語の習得は期待しなくても、日本の文化を気楽に否定されたりすれば、それは非言語的に伝わりますので、すごく反発するし、反感を持つし、負のメッセージとしてかなり後までしこりを残すということもありました。また、当時日系二世の教員も来たのですがどちらが有利不利ということはありませんでした。彼らは逆に日本人は「白人教師」の要求は受け入れても「日系人」教師の言うことは聞かないと、われわれの「白人コンプレックス」を指摘することもありました。

6 リハビリテーションの人材養成における草の根レベルでの協力

時間は何時まででしょうか。あつという間ですね。

それでは、大急ぎで草の根レベルでのリハビリテーション人材養成に私たちがどの程度協力していくかということ、特に協力隊中心に申し上げます。結論から言いますと、草の根レベルでの協力隊活動は、NGOあるいは公的な学校、病院、CBRセンターなどでのクライアントの治療やサービスを直接提供することが主たる役割であり、その過程で職員のOJT的な人材養成に間接的に関与することはあっても、相手国での正規の専門家養成にはほとんど関与しておりません。例は少ないのですが、養成制度のある国では、配属先に実習生がくる場合には、臨床教育を通して人材養成に関与する場合や、学校での特別講義を依頼される場合もないわけではありません。隊員の報告によりますと、開発途上国の教育はほとんど座学中心で理屈はよく知っているけれども、具体的なスキルが非常に欠如しているし、特に障害に関するアセスメントの技量はかなり貧弱だという傾向があるようです。治療にしても、特に理学療法では、誰にでも同じようなプログラムをやっていることが多く、個別的な評価—治療の導入が困難という指摘が少なくありません。

また、全般的には協力隊活動で見る限り、欧米志向が強く日本のリハビリテーションの進歩や実力はあまり知られていません。語学が不十分ということもありますが、活動の初期には専門職のボランティアとしては受け入れられず、外部者からのコメントや助言は必要としないという態度がかなり頻繁に見られるということもあります。また、リハビリテーションは「やってもらう機能訓練」であり、比較的医療リハビリテーションのイメージが強く、クライアント中心のチームワークという面は浸透していません。特に、日常生活面での自立に向けた指導技術への関心は、職員もクライアントも非常に低いというのが開発途上国の協力隊員の見た現状です。ですから一方では CBR 政策が重視されて久しくなりますが、めざす方向と実際の現場ではかなり乖離が存在しているということかもしれません。

それから養成校やあるいは公的機関からのボランティアの要請には、かなりのベテランの隊員が派遣されるのですが、手技や手法の学習には熱心でも、その後の自律的發展につながる職能文化の醸成にはなかなかつながらないジレンマにしばしば遭遇します。途上国の大学レベルでの養成課程の卒業生は多くがエリート化しており、先ほど言ったような頭脳流出や雇用条件の良い都市圏の職場に集中する傾向があります。エリート教育を受けた人材が、国内の草の根レベルでの人材養成の現場や地方の医療や CBR に関与することはほとんどないといってもよいのかもしれません。

次のスライドには、医療職では協力隊で比較的どのような職種が今までに送られたかという数字を挙げておきましたが、詳細は時間の関係で省略します。私の担当する 7 職種は枠で囲ってあります。また、次のスライドには、協力隊の活動風景と一緒に、協力隊としての国際協力で一番大事な 5 項目を挙げておきました。第 1 に体力、健康、安全管理です。第 2 には、現場から学ぶという試行錯誤が非常に重要と思います。語学も大事ですが、適切なフットワークに支えられた試行錯誤的な問題解決能力が最終的な成否に大きく関係してきます。それが、私が伝えたい最大のメッセージ「国際協力は現場から学ぶ」の根拠になっています。

人材養成の自律的發展には「職能文化」の影響が大きいということを申し上げましたが、その最大の担い手である職能団体が国際レベルではどうなっているのかを、OT と PT の国際機関のホームページから抜粋してみました。スライドに示したように、PT の方が全世界的に見た普及レベルは広く、国連加盟国数（192 カ国）の半数の 102 カ国で職能団体が形成されています。OT は PT より少なく、3/1 の約 69 カ国で形成されています。一方、OT の国際機関である WFOT ではきちんと教育課程のミニマムスタンダードを設定し、国際レベルでの養成校のレベルを維持していこうという方向がはっきりしています。PT の国際機関である WCPT ではいろいろあって、国によっては物理療法と運動療法の団体が別にあるなど、数は多いのですが、なかなか統一的な教育課程のミニマムスタンダードまでいっていないと聞いています。スライドの表は、世界の地域別に見た各国の職能団体の WFOT や WCPT への加盟状況を OT と PT について比較したものです。時間があるときにご覧ください

い。

他にも、JICA では専門家養成の協力をいくつか展開しておりますが、これは他の方が触れるかと思うので省略いたします。ひとつだけ、人材養成の協力手法としての開発途上国からの研修生受け入れについて、JIMTEF という医療交流財団の実績を挙げておきました。この団体は、スライドに示したように医療関連領域の 14 職種の日本国内での研修を実施している財団ですが、その中に PT、OT が含まれています。集団研修と個人研修の 2 種類がありますが、両者を合わせて今までに PT は 55 人、OT は 20 人が来日し、現場のセラピストが草の根レベルで人材養成に関与しています。実施面での改善すべき点もいくつかありますが、NGO による研修生の受け入れも含めて、今後の事業拡大が望まれます。

おわりに

まとめにはいます。JICA や日本の NGO も含めていろいろな国際協力をリハビリテーション領域に関してやっております。時には日本の縦割り制度の仕組みと一緒に輸出されてしまって、相手国の現場ではあっちでばらばら、こっちでばらばらということがめずらしくありません。その辺は注意しないとまずいのではないかとということが一点あります。つまり相手の国でこちらの行うリハビリテーションの国際協力がどのように統合的に花を開くかという点での大局的な見通しを、日本の関係者間で検討し共有する方策を持つ必要があると思います。

それからリハビリテーションの専門家養成と、いわゆる CBR ワーカーを含めた非専門家従事者の育成や関係者のエンパワメントは車の両輪です。WHO のチャパルさんも言っていますが、CBR では、メディカルモデル、ソーシャルモデル、人権モデルすべての総合的な見方が必要ということですが、人材養成に関しても同様に総合的な見方が必要ということを指摘しておきます。

WHO の CBR 政策は、そういう意図はなかったにしても、専門家養成を軽視するという誤解をもたらしたかもしれないという感想が私にはあります。具体的な概念をどのように実践に移すかは、時代や状況とともに変容します。専門家養成や専門施設の整備も含めた軌道修正が必要となるのではないのでしょうか。特に途上国ほど専門家の叡智を必要としているわけですから、専門家養成、それから草の根レベルでの人材育成支援の両面に重点を置いた国際協力をさらに展開していけたらいいかなと思っております。以上です。ありがとうございました。

中国リハビリテーション研究センター設立から現在の日中の協力

薫 浩

中国リハビリテーション研究センター 副センター長

ご専門の皆様、ご臨席の皆様こんにちは。本日は中国人にとっては旧正月ということで、新年なのです。そこで私からも皆さんに心からのお祝いの言葉を申し上げます。皆さんお幸せにという気持ちを込めてこの絵をお見せしました。

さて、今日は25年間にわたるリハビリ分野での日中協力についてお話したいと思います。日本の政府、JICA、国際医療福祉大学、そして日本リハビリテーション専門学校とも様々な協力を行ってまいりました。

1985年の状況ですが、日本に中国の障害者連合の会長であられました、鄧 朴方氏が訪問されました。そしてその際に、中国リハビリテーション研究センターと国立障害者リハビリテーションセンターとの深い絆が生まれたといっても過言ではありません。このような過去の非常に素晴らしい貢献を決して忘れることはできません。津山先生と初山先生には、本当に素晴らしいご協力の礎を築いていただきました。

また古い友人であります二瓶先生、木村先生、岩谷先生、江藤先生にも心より御礼申し上げます。さらに、中国のリハビリテーションのために尽力してくれた日本からお越しいただきました若い世代の方々にも感謝申し上げたいと思います。

まずJICAの活動ですが、1986年から1993年までということでプログラムを構築していただきました。最初の段階ですが、建築機材や医療機器など、中国のリハビリテーションセンターが緊急に必要とするものをいただくという状況でした。

こちらが第一次JICA支援プロジェクトの調印式となっています。1986年のことでした。この時には実は中国にはリハビリセンターといえるようなものは一切存在していませんでした。そしてその際に日本政府の側からJICAを通じて33億8000万円にのぼる無償支援をいただきました。非常に大きな金額でした。そのような形での経済支援を賜り、中国リハビリテーション研究センターが設立されたわけですが、その際には私たちが最も必要としていた建築機材から医療機器などが賄われました。

こちらの古い写真ですが、これは非常に緊密な協力が始まったその瞬間を記念する写真だと考えております。津山先生と中国障害者連合の鄧 朴方会長がお話をしておられるところです。

ここは北京の南ですが、元々は農地であったところに中国リハビリテーション研究センターを建築しました。日本のチームに参画いただいてこのような形で建設が始まりました。津山先生、二瓶先生がおられます。

こちらが実際の中国リハビリテーション研究センターの建築場面です。その際に、170

人以上の日本の専門家の方が中国を訪れてくださいました。そしてスタッフのトレーニング等に携わってくださいました。北京には日中友好病院がありましたが、その病院の中で啓発活動が行われました。専門家の方々に対する養成事業でした。二瓶先生のまだまだお若い姿が見られます。30代後半から50歳くらいでしょうか。こちらは津山先生です。

1987年の写真をお見せしています。二瓶先生です。そして研修の講義ですが、中国人学生がこのように授業に参加しています。

こちらが修了式です。リハビリテーション医療の第一回長期研修会の修了式の写真をご覧いただいています。この時にはリハビリテーションという概念を紹介しただけではなく、リハビリテーションに関する装置や福祉機器を日本から持ち込んで、この初期の段階からご紹介させていただいたというセッションでした。

これが研修生です。こちらの写真は国立障害者リハビリテーションセンターからお越しくださった何人もの先生が写っていますが、もしかするとこの部屋の中にも何人かいらっしゃるのではないのでしょうか。

そしてこちらが、修了式ということで修了証を手渡ししているところです。

その一方で、中国リハビリテーション研究センターから日本に何十人ものスタッフを研修ということで送らせていただきました。これらのスタッフが日本で研修を受けました。

これが文化行事です。1988年について中国は初のリハビリテーションセンターを有するにいたりました。中国リハビリテーション研究センターです。このリハビリテーションセンターの周りは野菜の畑が広がっているという場所でした。

こちらは日本の国立障害者リハビリテーションセンターから中国リハビリテーション研究センターへの贈り物ということでした。この額縁の中にはリハビリテーション推進のための日中協力という言葉が書かれています。

これは私たちの会議室で撮影したものです。ここで日本の友人の皆さんと非常に深い友情を育む土台が作られたと考えられます。これはお祝いをしている姿ですが、初山先生と二瓶先生、それから女性は当時の中国リハビリテーション研究センターの所長であられた方です。

さて、中国リハビリテーション研究センターが作られた背景ですが、ここではまずリハビリテーションに関する技術的な礎石をなすということが一つの目的でした。それからリハビリテーションの専門家を養成しようということで中国全土の専門家の研修施設としました。さらにもう一つ大切なポイントとして、国際協力を行っていくということも重要な柱の一つでした。

この中国リハビリテーション研究センターの敷地面積は10万平方メートルに及ぶ大きな面積を誇っています。そしてスタッフの数も1100人を数えています。ここには病院があり、リハビリテーション医療大学があり、ソーシャルサービス指導センター、リハビリテーション情報研究所、リハビリテーション医学研究所があります。さらにリハビリテーション工学研究所も有しています。

これはチームモデルを示すものです。こちらが医療大学、リハビリテーション情報研究所、リハビリテーション医学研究所、リハビリテーション工学研究所、ソーシャルサービス指導センターです。

中国で私たちが設立したのは国立センターですが、リハビリテーションを実際に行う専門家の数は非常に少ないと言わねばなりません。日本の場合には 100 以上の養成校がありますが、私たちにはたった一つでした。そこで、医療大学でこの部分についての教育を行うことを考えました。

そこで JICA の次のプログラムが始まりました。こちらが第二回 JICA 研修プログラムです。これが始まったのは 2001 年 11 月、そして修了したのは 2008 年 3 月でした。このプロジェクトの中でリハビリテーション療法、あるいはリハビリテーション医学に関する教育を行う 4 年間のコースを作るのが目的でした。

日本の大学からも多くの方にお越しいただきました。そしてその中で中国の教師のための土台を作っていました。大学教育を作っていくということ、中核教育を進めていくということ、そしてカリキュラムを作るにあたっては、OT、PT のために適切なカリキュラムを組む。そして初めてリハビリテーションのための教科書を編纂しました。

こちらは丸山先生が講義をしている写真です。杉原先生です。藤沢先生の姿も見えます。奈良先生です。また中国で初めてのリハビリテーションに特化した教科書が生まれました。ここには 19 人の学生がいますが、19 人が日本に勉強に行って、16 人が大学院に進みました。

現在はリハビリテーション医学の学位取得コースがあります。大学、大学院に加えて、博士号のトレーニング、そして博士号以降のいわゆるポスドクのトレーニングがあります。

2006 年ですが、この写真は JICA の会議を示しています。赤居先生がこちらに見えますが、この会議の主任専門官としての役割でお越しになった方です。

しかし、あらゆる友人の皆さんを忘れてはならないと思います。私たちのセンターにお越しくくださった方、江藤先生、二瓶先生、木村先生、浅井先生、陶山先生、このような方々が当センターにお越しくさいました。こちらが津山先生です。

2 つの JICA プロジェクトがありましたが日本から中国リハビリテーション研究センターにお越しくくださった専門家の方は 38 人になります。このような形で日本と中国の専門家の協力の中で非常に素晴らしい効果を生み出すことができたと言えます。

そしてリハビリテーションの分野で中国全体に大きな実績を生み出すことができました。また中国は経済発展も遂げた国ですが、しかしその部分ははっきりと足並みがそろった状況ではなかったと言わねばなりません。そしてこの中で私たちは十分な数の専門家を揃えることができなかったのです。

そこで第三次 JICA プロジェクトをお願いしました。現時点において中国ではかなり多くの人が障害を持っています。8000 万人以上の障害者がいる状況です。リハビリテーション医師、そして療法士の数が大幅に不足しています。医療において治療とリハビリテーショ

ンの中に大きな溝があります。またリハビリテーションに対する認識度も日本に比べて決して高くはありません。

こちらは2008年の写真です。この年に私たちはJICA第三次プロジェクトを開始いただきました。ここでは、中国の中央あるいは政府の専門家の研修を中心として活動が展開されました。特に大切なのは、陝西省、重慶市、広西チワン族自治区のために遠隔教育を提供するということです。

このようなプログラムを進めていきます。ここではリハビリ知識の拡充が非常に重要なテーマとなります。そして全土における専門家を養成していく。特に中国の中央部、および西部をカバーしていくということを大きな目的としています。

このような形でJICAとの間には非常に長い歴史を有しています。そしてその中でいろいろ教えていただいたこと、達成したことを他の地域へとどんどん広げていくということが大事です。特に北、あるいは東から始まったものを、さらに重慶やその他の都市を含む西部、中央の都市に広げていくということが中心的な活動となります。この地域ではかなり多くの人が障害を持っています。

こちらは会議を開いて企画を練っているところです。日本から多くの専門家がおいでくださいました。

こちらにも日本の専門家が中国リハビリテーション研究センターで仕事をしているところです。こちらは3年前の写真です。私が、初めてここを訪問した時です。

第三次プロジェクトですが、李先生がリーダーを務めています。国立障害者リハビリテーションセンターの方々がいらした際の写真です。こちらにも本当に心躍る瞬間でした。ここでは遠隔教育が見事に功を奏して、遠隔の地とこちらをつなぐことができたのです。日本のコーディネーターにお手伝いいただいたのですが、藤沢さんという遠隔教育の専門家でした。

これが遠隔教育のシステムです。この第三次JICAプロジェクトがまだ終了していなくて、これまで20人近い専門家を中国に派遣していただきました。ここでの分野はリハビリテーション教育、ネットワーク管理、そして遠隔教育を中心にカバーするということで多くの方々にお越しいただいています。

さて、初山先生のご紹介をいただきまして、国際医療福祉大学との協業が行われています。初山先生は国立障害者リハビリテーションセンター総長でいらした方ですが、この方のご紹介で、1996年から中国リハビリテーション研究センターと国際医療福祉大学との間で協力関係が生まれました。こちらが高木先生です。

最初のプログラムですが衛星を用いたリハビリテーションネットワークシステムです。この日中遠隔教育システムを使って症例研究を行うことができますし研修を行うこともできます。

こちらは開会式の様子です。中国から様々な大学へ人を送っていますが、こちらでの学生交流の取り決めがありまして、国際医療福祉大学に対して私たちの学生を送って協力を

していただきました。

こちらは国際医療福祉大学における PT のトレーニングです。理学療法士の世界ではこのような学術会議は初めての経験でした。

こちらが第五回会議です。先ほど、交換学生プログラムがあるというお話をしましたが、国際医療福祉大学から学生がこちらに来て勉強していただく機会もありました。97 年以降、9 回に及ぶミッションがありましたが、120 人近くの学生さんに中国にお越しいただきました。

こちらが小児科です。こちらは漢方です。

そしてこちらが北京按摩病院を訪ねた際ですが、日本の学生の写真が出ています。みんなで集まってパーティーをしているところです。

2002 年から 2007 年にかけて交流計画を行ってきたということで、日本リハビリテーション専門学校と中国リハビリテーション研究センターとの間でいろいろな交流が行われました。そして教員や学生とともに我が国のリハビリテーションセンターでのリハビリを実践いただきました。また中国リハビリテーション研究センターから日本に対しても 5~8 人を派遣することも行われており、様々な活動に従事する日中の関係が生まれています。

こちらが日本リハビリテーション専門学校です。こちらが私たちのセンターです。

こちらは日本からお越しいただいた加藤さんです。日本で編集者をしている方ですが、中国のリハビリテーション研究センターがある程度の障害を持つ子どもたちのために貢献をしたということで、その関連で加藤さんにお越しいただいた時の写真です。彼女自身が障害を持つ方です。

また日本の様々な組織、たとえば福祉機器に関する組織もありますがそういうところとも良い協力関係をもっております。

こちらはボバース病院との協力プログラムです。

1980 年代以降、中国リハビリテーション研究センターの設立当初から日本政府より多大なる支援をいただいています。多くの政府高官の方々が当センターを訪れています。こちらが JICA のトップであられる緒方理事長です。

20 年が経過しました。そして日本と中国との間で一つの概念を設計し、協力をしてきました。私たちは、日本、ノルウェー、アメリカ、ドイツとこのような形で協力を進めてきました。このリハビリの未来像を考えた時、その未来は明るいと思います。そこでは、人材の育成が鍵を握ると思います。それが国際協力の中核をなすべきです。中国は非常に大きな障害者人口を有する国なので、大がかりなりハビリテーション研究実施の対象となり得ると言えます。そしてエビデンスベースのリハビリ医療の将来も明るいと思います。

また中国には伝統医療である漢方があります。いわゆる代替医療という言葉で示されます。鍼、灸、マッサージがそれに当てはまります。こういう分野についても私たちは他の世界と協力をしていきたいと考えています。以上です。ありがとうございました。

リハビリテーションサービスと研究における国際協力の計画

Yong Hur

韓国国立リハビリテーションセンター センター長

過分なご紹介を、諏訪先生ありがとうございました。順番では私が最後ですが、発表することは光栄です。

韓国の国立リハビリテーションセンターは、他国との協力というのはまだ歴史が浅いので、韓国での障害者の状況並びに韓国国立リハビリテーションセンター（NRC）がどのような状況であり、また将来国際協力をどのような形で参画していきたいのか、その計画について本日はお話ししたいと思います。

本題に入る前に、簡単にリハビリテーション分野における国際協力の重要性についてお話しします。一つ目は、国際協力があることで、リハビリテーションの価値並びに重要性を共有することができます。

二点目は、他の国の成功例や経験、プログラムから、私たちも学ぶことができるということがあります。

三点目として、これらの協力活動に参画することによって何らかの国際的な協力を行う組織、あるいはその制度を確立することができればと思っています。

“障害がある人”の定義ですが、これは日々の生活の中で大きな制限のある方のことです。これには肉体的、精神的、機能的な障害が含まれます。この定義によりますと、韓国には 220 万人の障害者がいることになります。これは全人口のうちの 4.6%になります。この数字は徐々に増加していますが、それは高齢者人口が急速に増加しているからです。韓国ではすでに高齢化社会に突入しており、これとともに生活習慣病が増加しているからです。

障害の分類は韓国障害者法に則ってなされています。この数は過去何十年かで増えています。1989 年にはわずか 5 つの分類しかありませんでした。上肢あるいは下肢、四肢の障害、そして視覚障害等です。その後 2000 年に 5 つ追加になりました。脳障害、自閉症、精神障害などです。2003 年には、また 5 つ追加になりました。そこには呼吸器系疾患、肝障害などが含まれています。

このグラフでは 1989 年から 2008 年までの障害者の人数が書かれていますが、急速に増加していることがわかります。2008 年には 1989 年の数値と比べますと 12.7 倍に跳ね上がっています。

こちらのグラフは障害の種類別の登録者数が示されています。もっとも大きい割合を占めているのが、上肢、下肢、あるいは四肢の障害です。

いくつかの障害者法が韓国では施行されています。1981 年には障害者福祉法が施行され、

1992年には障害者雇用促進法が施行されました。最近では障害者が生産した製品を購買促進する法律が2008年にできました。

韓国の障害者政策は、五ヵ年計画として1998年から2002年が一回目、そして2003年から2007年が二回目、第三回目として2008年から実施されています。

この究極の目標は共生社会を作り上げるというものです。この中には58の指針が4つの分野に盛り込まれています。障害者の福祉サービスの改善分野について15項目、障害者の経済活動の促進の分野に10項目、障害者の教育並びに文化に関する分野に16項目、そして障害者が社会に参画する機会を増やす分野に残りの17項目が含まれています。

こちらが当国立リハビリテーションセンターの写真です。3部門に分かれています。リハビリテーション病院、リハビリテーション研究所、そしてリハビリテーションの教育並びに管理部門です。

国立リハビリテーションセンターのビジョンは「自らの持つ潜在能力を信じよう。国立リハビリテーションセンターがついていきます」というものです。その中に三つの戦略を挙げていまして、一つ目は個人のオーダーメイドの専門リハビリテーション訓練を行うこと。二つ目、最高のリハビリテーション医療サービスを提供すること、そして幸福な人生を障害者も確実に過ごすことができるためのリハビリテーション研究を行うことです。

また、いくつかの特別なリハビリテーションプログラムが挙げられます。日帰りのリハビリテーション訓練、CBR並びに障害予防教育などです。

国立リハビリテーションセンターでは韓国のCBRプロジェクトの計画を立て、そのリーダーシップをとっています。過去10年間に亘って地域の保健センターの数が増えており、2000年には6あったものが2010年には45に増えています。参加者は、在宅の障害者です。

韓国がCBRプロジェクトをスタートしてから20年が過ぎました。2000年から2009年の間で、全国レベルのCBRプロジェクトが初めてスタートしました。2010年には新しいCBRのアプローチをWHOの新しいガイドラインに基づいて実施することになっています。

今後は新しいWHOのガイドラインに則ってCBRプロジェクトに包括的なアプローチを実施するつもりです。一つ目は地域のCBRのプロジェクトを全国に展開すること。二つ目は、CBRのモデルに地域社会の特徴を反映させること。そして三つ目は国際協力を通して、CBRプロジェクトを途上国にも提供し、人の交流を行うことです。

去年、韓国はOECDのDACに参加しました。DACとは開発援助委員会のことです。私たちNRCの研究所では国際協力プログラムに協力する準備をしています。

さて、これから研究所についてお話いたします。この研究所は2008年11月に三部門でスタートしました。主な実績として、18の研究プロジェクトがあります。製品の試験が5つ。特許の申請が7つ。また多くの国内外の研究教育施設と覚書を交わしました。

試験を行った5つの製品には、可動式イーゼル、肘支援ロボットシステム、上肢運動システム等が挙げられます。

こちらはその可動式イーゼルです。これは口と足を使って障害のある画家の支援をして

くれます。

こちらは脊髄損傷の患者が肘を自分の思う通りの角度にするための支援システムです。

こちらの方は腕を空気圧で動かす練習をするものです。

こちらは、モーター式のローイングマシンです。これを使って障害者が上肢並びに下肢を鍛えることができます。

これは車いすのまま体重を測る装置です。

国立センターは、ブルガリアやコロンビアを支援し、各国のリハビリテーションセンター建設の支援をしています。また技術プログラムの移転も行っています。このようないくつかの国際セミナーや学会も行っています。

今はより多くの国際協力活動を行っていきたいと考えています。早期社会復帰プログラムや CBR の障害予防プログラム等の特別なプログラムもあります。

また、私たちは世界中の国々と協力していきたいと思っていますし、技術サポートやトレーニングのために他国のリハビリ関係の専門家を受け入れるつもりです。また科学的交流や人の交流を国際社会の中で行っていきたいと考えています。

最後になりますが、国際協力を促進するために以下の点を提案させていただきます。

一つ目、多国間で障害並びにリハビリテーションについての調査報告をすること。

二つ目、技術協力並びに人的交流を行うこと。

三つ目、リハビリテーションの専門的な訓練をコンピュータを利用したプログラムで実施すること。

四つ目、定期的な国際ワークショップを開催することです。

雪が降った韓国の冬の風景というものは大変美しいのですが、こちらの写真はソウル市内の景福宮という王宮になります。これはプルグッサという、慶州にある韓国で最も有名なお寺です。ご静聴どうもありがとうございました。

パネルディスカッション

●河村：それではパネルディスカッション「国際協力の今後の展望」を始めさせていただきます。私はこのパネルディスカッションの司会進行を務めさせていただきます、当センター研究所の河村です。よろしくお願いいたします。

このパネルディスカッションでは今後の展望について意見交換をいたします。初めに 10 分程お時間をいただきます。これまでいろいろな発表で随所に JICA の活動について触れられておりますが、その JICA から総括的に人間開発部の田和美代子 社会保障課課長さんにいらしていただいておりますので、特に障害分野における JICA の取り組み、また今後の展望についてお話をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

●田和：それではこれから始めさせていただきますと思います。本日は国立障害者リハビリテーション創立 30 周年、おめでとうございます。こういった形で記念セミナーにお招きいただきまして感謝申し上げます。

本日のセミナーは「共生社会と国際協力を考える」ですが、JICA もビジョンとしまして、**Inclusive and Dynamic Development** を掲げております。民族も宗教も性別も障害も越え、すべての人々が自分たちの開発の問題を認識し、それを解決していくというプロセスに参加し、その成果を享受していく。JICA はそういう人々の自主的な取り組みを支援し、貧困削減と経済成長が好循環を生み出すことを進めることをビジョンとして掲げております。それではこれから JICA の障害者支援分野の取り組みについてご紹介します。

開発途上国の現状を見てみますと、社会保障制度が十分に整備されていない場合が多く、障害者は十分な教育を受けられず、就労が困難で、貧困に陥りやすい状況にあります。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おります。障害の問題を解決しないことには国連の開発目標の達成も不可能です。

こういった背景を踏まえて JICA では、障害者が非障害者との違いを抱えたまま、平等な機会を持って社会に参加できるようにすることを協力の目標としております。社会参加と平等を実現するために、障害者とそのご家族、そして当事者団体を対象としたエンパワーメントと、また障害者の視点をすべての開発に組み入れるというメインストーリーミング、そういう二つのアプローチで達成しようとしております。

エンパワーメントについては障害者やご家族といった非常にミクロなレベルでの支援ですが、今後このような側面においては民間、特に NGO との連携を重視して支援をしていきたいと考えております。

それからエンパワーメントを下支えするような環境整備というのも非常に重要だと考えております。これは JICA のような政府間での支援を行う機関の得意とする分野でもありまして、たとえばリハビリテーション専門家の養成や、**Inclusive** 教育等の教育制度整備、また公共建物、交通機関のバリアフリー化等々があります。

メインストーリーミングについては JICA の協力によって障害者が不利益を被らないよう、また JICA プロジェクトの裨益を平等に受けられるようにすることです。たとえば、就学率

向上を目標にした案件においては、障害児の就学率の向上も考慮する。それから JICA の支援によって設計建設される施設、設備等が障害者にも利用しやすいようにするよう措置を講じるということがあります。

それでは JICA の具体的な取り組みの事例として二つのプロジェクトをご紹介します。一つがアジア太平洋障害者センタープロジェクト、もうひとつが中米のコスタリカで行っている総合リハビリテーションプロジェクトです。

アジア太平洋障害者センターはアジア太平洋地域の障害者のエンパワーメントとバリアフリー社会を促進するセンターとして、2002 年にバンコクに設立されました。障害者と非障害者が共に生活することができる社会を目指しまして、現在 33 カ国を対象に協力を行っています。政府や NGO とのネットワークづくりと連携。それから人材育成、障害関連の情報支援を実施してきました。

2007 年から新しい協力のフェーズが始まりまして、従来の協力では裨益が難しかった障害、すなわち聴覚障害者や知的障害者にも平等に参加できるような支援を開始しております。また将来 APCD が国際的な組織として自立発展できるような支援も現在行っております。

成果、インパクトですが、開始から約 7 年半経ちまして、APCD の研修参加者が中心となって障害当事者団体が設立されるなど、障害者と非障害者が共生するための取り組みが各国で展開されています。一例を挙げますと、フィリピンで全国的にバリアフリーを展開するような動きが起こっております。ミャンマーにおいては政府と障害当事者、聾者であります。協力し合いまして、共通の手話教科書、また啓発を行っております。また、インパクトとしまして、地域間を横断するような障害当事者ネットワークも構築されてきております。

次にコスタリカの総合リハビリテーションプロジェクトのご紹介をいたします。これはコスタリカ最貧困地域であるブルンカという地域において、リハビリテーション関連機関の連携強化、医療リハビリテーションサービスの改善、就労に向けた環境整備、CBR の促進、障害者のエンパワーメントに資する協力というような総合的な協力を行っているプロジェクトです。障害者の社会参加支援体制を強化することをそのプロジェクトの目的にしています。

2007 年春に開始されたこのプロジェクトも現在 2 年半が過ぎたところですが、すでにいくつかの成果、インパクトが出始めています。たとえば、ブルンカ地方の障害者の生活機能向上に関する指標がかなり改善されてきております。

それからこのプロジェクトの CBR 研修を受講した人たち、特に障害当事者が中心的な役割を果たしまして、CBR 地方委員会というものがいくつかの地方で設立されました。そして、たとえば一つのコミュニティではその住民のニーズを調査し、地元の水資源開発を行うというように、障害者支援に留まらず、地域コミュニティ全体の活動の活発化につながっている事例も見られます。

最後に、今後の国際協力を行うに当たっての課題について二点ほど申し述べたいと思います。

一つ目として、今ご紹介した二つのプロジェクトがこれまで比較的順調に進んでいる大きな要因というものを考えました。それには協力機関、また協力してくださっている NGO、それから障害当事者の参加と高いオーナーシップというものが挙げられます。

プロジェクトの基本的な考え方としまして、単に与えられた解決策を実施するのではなく、自分たちで考え出して実施することを促す、といった方法が特に有効だと考えます。もっとも、プロジェクトが始まった当初はカウンターパートのイニシアチブを尊重しすぎるあまり、活動が進まなかったという面も確かにありました。

しかし、一旦彼らがイニシアチブを持つようになりますと、プロジェクトはものすごく勢いを増し、予想以上に進展したというのも事実です。

それから二点目ですが、これは私自信の課題と思っていることでもあります。プロジェクトの成果、それから発現したインパクト、その継続性、自立発展性をどう確保していくかということです。

言い換えると、たとえばエンパワーメントされた個人が、それを周りの人に働きかけ、村やコミュニティに働きかけ、地方自治体に働きかけ、そしてそれが国レベルに広がるというシステムにいかにより上げていくかということが非常に重要であると考えています。

これまで JICA の技術協力は、一つのモデルを作ることに専心し、それから先の普及発展ということは基本的に相手国政府にゆだねるという立場を取ってまいりました。しかし、果たしてそれで本当にいいのだろうかということがあります。たとえば、プロジェクトの活動、成功、インパクトというものを国の政策に組み込むなどして、一つの個別の成功事例を地域レベルに、更に国レベルに広げていくことがこれからの課題だと考えております。以上で発表を終わります。

●河村：ありがとうございました。JICA の多岐に亘る活動のアウトラインを、たいへん要領よくまとめていただけたと思います。これから自由にディスカッションを、最初はパネリストの間でしていただきまして、後半 15 分くらい、会場全体でご質問なども含めてディスカッションをさらに深める時間を取りたいと考えております。それでは国立リハビリテーションセンターの岩谷総長からご発言をお願いいたします。

●岩谷：まず、本日このセミナーにご参加いただき、素晴らしいプレゼンテーションをしてくださいました、パネラーの皆様方に心から感謝を申し上げたいと思います。

先ほどの山内特任教授からのご紹介もありましたが、センターは 20 数年に亘って、主に学問的、行政的な領域で国際協力に貢献をしてきました。20 年、30 年経って、今私たちがいろいろな協力をしようとする、突き当たる問題があります。私たちが教える立場または研究を先導する立場で国際協力を行っていますが、私たちの国の持っている技術がいわ

ゆるデベロップングカントリーのニーズとあまりにもかけ離れており、私たちの知識、技術をそのままお伝えすることが、役に立つかというところに疑問が生じてきているのではないかということが、今回皆さんをお呼びしてお話を聞きたいと思った動機です。

もう一つは昨年来チャパルさんに何度かお会いして、**CBR** コンセプトをいろいろお教えいただきました。ソーシャルモデルに基づいて、私たち非障害者の立場からどのようにこういうムーブメントに関係していけるのかということについて非常に考えさせられました。

折しも、日本は昨年の秋に政権が交代して、政府の中に障害者政策を検討する会議が立ち上がって、ソーシャルモデルでこれからのいろいろな政策を進めるための議論が始まっているところです。

私たちプロフェッショナルや、今日ご参加いただいた中国や韓国の専門家は、純粋にメディカルベースです。ややもしますと、**CBR** の中におけるメディカルモデルは時代遅れのものであるかのように言われてしまって、大変居心地の悪い思いを私は感じております。

チャパルさんが非常にいいお話をしてくださって、メディカルモデルとソーシャルモデルとヒューマンライツ (**Human Rights**) モデルというものはやはりトライサイクルであって、どれが欠けてもうまくいかない。それも **Inclusive Society** を作るためにこれらのものが全部コラボレートして働かなければいけないというお話を伺って大変嬉しく思いました。

メディカルプロフェッショナルまたはリハビリテーションプロフェッショナルが、この**CBR** の中でどのような立場で活動すべきなのかということをもう少し考えてみる必要があるのではないかと考えています。

どんな場合においてもメディカルが一番の長所は極めて論理的であるということだと思います。つまり病気やディスアビリティを論理的に説明することができる。そしてその論理性というものはある意味で社会的な制度を作る上で絶対に必要になるものだろうと私は思います。そのような長所を活かしつつ、メディカルモデルは決して舞台の上で踊るアクターではなくて、むしろ舞台裏で支えるサポーターであろうと思います。そのようなことが私たちの仕事ではないかと感じております。

今日はまた幸いなことに中国と韓国のリハビリテーションセンターのディレクターをお招きしておりますし、今後東アジアの **Western Pacific Region** においては、やはり中国、韓国、日本というのは本当に先進国です。ですから私たちがこの地域においてそれなりの責任を果たすべき立場にあるのではないかという思いを今日新たにしたところです。

そのようなことで、私の今日の思いと、感謝の念を表したいと思います。

●河村：ありがとうございました。先ほど、田和さんの方からご紹介のありました **JICA** の取り組みの主たる柱が社会参加、あるいは貧困からの脱出、これは最終的には仕事を持つということになっていくのかと思いますが、そういったいわゆるソーシャルな面をみた現在の活動と、今、岩谷総長がおっしゃったリハビリテーションの中で **CBR** を考えたときにメディカルなものも柱の一つとして、確かにあるはずではないか。

ただチャパルさんがおっしゃったように、ある意味でマルチステイクホルダーというか、あらゆる関係者がこの障害の問題をめぐって協力しあっていくサイクルを作っていくことにこそ本来の解決策があるのではないか。それぞれ矛盾しない、それぞれの位置関係をはっきりと見定めていくということが議論の深化につながると思いますが、その点についてどなたからでも結構ですので、もう少しご意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。ではチャパルさん、よろしいですか。

●チャパル・カスナビス：ご指名ありがとうございます。今、岩谷先生の方から一つの疑問が提示されたと感じております。まずどのようにして医学モデルあるいは医療従事者がCBRに貢献できるかということをお聞きしました。そしてそのお話の後半で、社会モデルをも支持することができる力を秘めるのが医学モデルであるというふうにお答えになったと思います。つまりすでに答えが出ているということになりますので、私の方から付け加えることは何もないと言ってよいと思います。

ただ一つ言えることは、医療従事者あるいはリハビリテーションの専門家は、やはりパートナーとして障害者と対面していかなければならないということです。そして意思決定のプロセスにも一緒に関わっていくことが必要です。彼らが勝手に障害者の方々のために意思決定をするということではないということです。このような姿勢の変化が必要になります。

そしてその際に大きなハードルがあります。今私たちが対面しているのは何かといいますと、場合によっては障害者のグループが一極にいて、医療専門家が別の極にいる。両方でお互いにその状況を理解することが必要なのですが、実際には経験はかなり異なっているということです。

今私たちは新しい青年期に入っています。大きな教育の機会もあり、知識もあり、学習の場もあります。ですからそれらの様々な知見を一つにまとめて共に協力しあいながら、最終的な目標に向かって歩んでいくというアプローチが必要になります。

CBRのガイドラインをご覧くださいますと、以前には様々な混乱や重複があったことがわかります。しかし、私たちができなくても他の人たちにできることがある。また、別のグループができることがある。それぞれのグループが強みとしている部分があります。そこで究極の最終的な目標、つまりあらゆる人が障害者であるかないかにかかわらず高い生活の質を実現するという目標に向かって歩むことができると思います。

これまでの運動というのは早期の段階において障害の影響を受けたグループによって推進されてきました。その人たちはずいぶん長きにわたって活動していますので、かなり高齢化が進んでしまっています。そういうことを考えますと、たとえばポリオのグループや視覚障害者のグループ、あるいはその他のグループというのはもしかすると明日、20年後、30年後にはなくなるかもしれない。高齢者の数が増えてくるわけです。高齢者が何らかの慢性疾患をもっていたりします。そして、たとえばある程度年を取ってから脊髄損傷にな

るかもしれませんが、その一方で多くの人が糖尿病や心疾患などの慢性疾患を持っています。

そこで私たちはアプローチを変えなければなりません。そうしないと陳腐化してしまうことになります。時を経る中でどんな変化が起こっているか、目配りを怠らずに状況に応じて自らの姿を変えていかななくてはなりません。現時点、そして将来においても私たちが実行することがもっと大きな意味を持たなければならないのです。つまり加齢と障害を一つの軸に置いて考えることが必要になってくると思います。それができないと将来の問題に対応することがかなり難しいのではないのでしょうか。

●河村：それでは他の皆様はどうですか。譲り合っておられるようですが、中村さんいかがですか。

●中村：CBRにおいて医学の専門家がどのような役割を求められているかということですが、今日まさに総長がおっしゃったように、チャパルさんのプレゼンテーションの中で、メディカルモデルかソーシャルモデルかということではなくて、それぞれの障害の種別や置かれたコンテキストによってパーセンテージは変わってくるが、どの要素も必要だということがあって、私も本当に同感です。

シリアでも CBR をするときどうしても医学的な判断、あるいは医学的なリハビリテーションというのが必要になってくる場面があります。典型的にはもちろん理学療法ではあるのですが、いくらボランティアさんの力を活用するといっても、やはりボランティアさんでは対応できない難しい障害をお持ちの方もいらっしゃいます。

またそもそもこの方が難しい障害を持っているかいないかということも、やはり医学的な観点からの判断がないと、かえってその人がきちんとしたリハビリテーションを受ける機会を逃してしまうということにもつながりかねないので、そこはいくら CBR がコミュニティに根ざしていると言っても外部の資源として専門的な医学的知識、医学的技術は不可欠だと考えております。

ですから今後シリアでどうなるかわかりませんが、政府として CBR を進めていく時に、きちんとしたリハビリテーションの技術を持った人も並行して育てていくことも必要ではないかと思っております。以上です。

●河村：ありがとうございました。では董さんお願いします。

●董：はい。今 CBR について話をしていましたが、私たちも同じ問題に直面しています。IBRの方が CBR のシステムよりも簡単かと私は思っています。政府が CBR のシステムを設立するように推進していますが、問題は専門家が十分いないということです。問題は途上国と先進国の両方にあると思います。

先ほど総長から話もありましたが、遠隔教育を使って国際的なコンプリヘンシブなプログラムを使うことができるのではないかと考えています。たとえば日本では大学の中にインターネットベースの教育システムがあるところがあります。中国では同じようなプロジェクトでインターネットを最大限に利用して遠隔教育制度を作ろうとしているところがあります。

このようなインターネットベースの遠隔教育を使って、バラバラの国を一本につなげることができるのではないかと考えています。これが一つの手法として専門家を育成するという教育だけではなく、たとえば障害者自身の教育にもつながるのではないかと考えています。これは CBR の基礎となる問題の一つではないかと考えています。以上です。

●河村：重要なポイントだと思います。先ほどの田和さんの発表の中で、オーナーシップということも強調されたかと思います。プロジェクトが自立して継続していくためには、参加している人たち自身のオーナーシップの確立が大変重要である。

今、董浩さんがおっしゃったことは、障害のある人たちも含めたディスタンスエデュケーションなどを通じた、インターネットを十分に活用した情報、知識の共有の仕組み。その上でこの CBR に必要な本当の人材、あるいは共通の知識というものが集積されるのではないか。今後の国際協力の展開において、このようなインターネット、あるいはディスタンスエデュケーションの活用的重要性について触れられたかと思います。

そこに、みんなが参画して共同決定していく、そしてオーナーシップが共有されていくというサイクルが見えてくるように思われます。この点について韓国は大変インターネットの活用が進んでいる社会だと拝察しますが、Yong Hur さん、韓国での今後の展開について少しお話していただけないでしょうか。

●Yong Hur：はい。CBR のプロジェクトは大変難しく、多くの問題が国の中に散在しているのが見受けられます。障害に対するパラダイムが急速に移行しています。

途上国と OECD の国々を別々に考えなくてはなりません。新しい WHO のガイドラインの中でもソーシャルモデルについて強調しています。しかしほとんどの途上国はただ医療サービスしか提供されていないという現実があります。

国際協力を考えるとき、私たちは各国で優先されるべきことが何であるかを考える必要があります。もちろん、リハビリテーションの問題は大変重要ではあります。韓国の経験では、先程述べたように 20 年くらい経っているのですが、まだまだ足りないということがあります。途上国と CBR のプロジェクトの協力をするならば、国全域での CBR 活動は何が優先順位かを考えていきたいと思っております。

●河村：田和さんにもう一度伺いたいのですが、JICA も最近いろいろな会議にインターネ

ットでつないだテレビ会議やリモートでの参加を大変活用しておられるように思うのですが、今後の国際協力、特に障害分野の展望として、そういったインターネットあるいは ICT の活用はどのように位置づけられているのでしょうか。

●田和：ありがとうございます。ICT を活用した技術協力の例としましては、先ほど董副所長がおっしゃった中国のリハビリテーションプロジェクトが実は初めてです。この遠隔教育を活用したプロジェクトの試金石として今動向を見守っております。

中国のように、非常に国土が広く、かつ大勢の人を育成、またブラッシュアップする必要がある国では有効な手段の一つではないかと考えております。しかしリハビリテーション人材の養成ということを考えますと、座学だけではなく、実習も必要になるかと思いますので、遠隔教育だけで十分ということではないと思っております。

それから、先ほど河村先生のおっしゃった ICT の活用ですが、これは先ほど紹介したアジア太平洋障害者センターのプロジェクトの研修の一環として、主に視覚障害者を対象としたコンピュータ、ICT 技術の研修を行っておりまして、それにより情報へのアクセスをなるべく担保するように支援し、それによって社会参加を促すための支援を行っておりまして、実際この研修生が自国に帰って ICT 研修をその国で実施するなど、活動を行っているところです。

ただこれも協力する相手国側の事情をよく考えなければならないと思っているところです。と言いますのは、この度、キルギスから ICT 技術活用のための協力要請が挙がってきたのですが、その国でのコンピュータの普及率、インターネットカフェなども含めて、社会的な基盤整備がどうなっているのかということも考えつつ、支援することによって逆に情報の格差が生じるようなことは最低限避けなければならないと思います。回答になったかはわからないところもありますが、やはり相手国の状況をよく考え、一番適切な方法で支援していくのが重要ではないかと思えます。

●河村：はい。どうぞ岩谷先生。

●岩谷：これはチャパルさんにお伺いしたいのですが、今日は私たちのシニアである笹田さんがマレーシアで大変素晴らしい活動をしていることをご報告してくださいました。

私はこのメディカルリハビリテーションにおいて伝統医学の技法がもっと活用されているのではないかと思います。というのは西洋医学に基づくテクノロジーやシステムというのは大変お金がかかりますし、どうしても **Institution-based service** にならざるを得ないわけですね。そうすると、本当にコミュニティベースのリハビリテーションを進めるには、それこそどんなに医療スタッフがいなくていい場所であっても、健康のためにこういう技術というのはもっと活かす可能性があると思います。

私は WHO が伝統医学大全という本を出したことも知っていますし、董先生が中医の可能

性についても言及されましたが、WHO としてこのような技術をどのように発展させようか、あるいはどのようにお考えなのかお聞かせいただければありがたいと思います。

●河村：チャパルさんお願いします。

●チャパル・カスナビス：ありがとうございます。岩谷先生への回答をさせていただきます前に、董浩先生の遠隔教育に対するコメントをまずさせてください。

まず全中国をカバーすることになりましたら、遠隔教育しかないと思います。私どもも真剣にこのようなパッケージを考えておりますし、人々がインターネットを使って CBR を学べるようなことを考えています。また難しい場合には同僚同士で IT の技術を使って学びあうということ。これは他のセクターでもかなり見えていますし、また成功例もたくさんあるので、今私たちもこのガイダンスがきちんと出てくるのを待っているところです。

その前にいいトレーニングのソフトを考えなければなりません。それを開発してからインターネットでどうデジタル化して流すかということになるでしょうし、中国もカウンターパートとして仕事をするのも喜んで考えていますし、私たちも ICT のチャンスを十分に生かすことができると思っています。それはインドでも言えることだと思います。さもないと、中国やインドはカバーできないと思いますので、今のコメントは嬉しかったです。

伝統医学に関してですが、ご存じのように WHO においては伝統代替医学に関する大きな部門があります。そして果たして WHO はそれを促進すべきか否かということで総会においてもかなり議論されています。

一番大きい抵抗勢力というのはメディカルコミュニティ、つまり医師側から来ます。CBR というのはあくまでもコミュニティベースです。環境や文化に基づいているのが CBR です。そのために私たちはこれを固く信じているのです。CBR ガイドラインにおいても明確に代替医学の役割を言っています。

多くの国では、代替医療従事者しかアクセスできないことがあります。たとえば骨折をしたときに骨接ぎをしてくれる先生というのはそういう人しかいないのです。したがって代替医学をどうするか、あるいはその能力を醸成してもっとうまく活用できるようにするか、まだ大きな議論が続いています。すぐに結論は出ないと思います。

唯一のアプローチの仕方としては、皆さんのような医療従事者がこれを推進すれば含まれるチャンスがあると思います。しかし、非医療従事者、あるいは伝統医学のグループがこれを押そうとしても実現しないと思います。

特に私はこのテーマに感心があるので、世界保健総会でも医学総会でも話し合いには加わっているのですが、WHO としてはそれを信じております。これを含めようという大きな努力が続いています。世界の多くの地域において伝統医学の方がずっといいソリューションということもあるからです。

●河村：ありがとうございました。それでは会場中にご質問のある方、あるいはご意見のある方もいらっしゃると思うのですが、今後の進行の参考にご質問、あるいはご意見のある方は手を挙げていただけますか。どれくらいいるのか拝見したいと思います。

それではただ今からパネリストだけではなくて会場を含めた進行にさせていただきたいと思います。では手の挙げた順番に最初の三人を指名しますので、一番の方、どうぞ。マイクがそれぞれいきますのでよろしくお願いします。

●井上：国立障害者リハビリテーションセンター研究所の井上です。チャパルさんにお伺いしたいのですが、先ほど高齢者の問題もすごく大きくなってきていて、障害と高齢者の問題ということと同じように考えていく必要があるというお話を伺いました。最近、高齢社会のことを考え始めまして、何か少し違和感があるという感じがしています。

今日お示しいただいたようなエンパワーメントというものを中心に据えたリハビリテーションの考え方というのは、高齢社会を考えたときにそれで成り立つのかどうか、そういうモデルでいいのかということについて、少しご意見いただければと思っています。

障害のある方と高齢者の方で、最近よく感じるのはやはり高齢者の方は死が近いのです。亡くなっていくということを考えてうえでこういうリハビリテーションとか、私は福祉機器を考えているのですが、そういうことで同じ考え方でいいのかということで少しご意見をいただけるとありがたいと思います。

●河村：それではチャパルさん、よろしいですか。

●チャパル・カスナビス：私のスライドの一つにあったと思います。CBRはフレキシブルであると。柔軟性に富んでいて適応できる戦略だということです。そして非常に環境に基づいています。

韓国でできるCBRがパキスタンでは使えないかもしれない、あるいはイエメンではうまくいかないかもしれない。どこでも変えて使わなくてはなりません。これはあくまで文脈ベースだからです。CBRはあくまでも戦略です。ということは人が中心でなければならない。人がコントロールして人が所有しなくてはならない。外部から人に押し付けてはいけないものです。これが基本的な考え方です。たとえ高齢者であってもCBRをやりたいということであれば、これは高齢者中心のCBRであるべきで、彼らが自分たちで設計して、デザインを変えなくてははいけません。真似をしてはいけないのです。若い人用のCBRと高齢者用のは違うはずで。それはガイドラインでも問題となりました。私たちはケーススタディということでたくさん例を出しました。その一行目に、こういった事例というのは単にアイディアを得ていただくために出しているので、これをただコピーしないでください。ただコピーしてしまうと問題が出てきます、と書いてあります。

したがってCBRを高齢者で試したいということであれば、それなりに修正が必要です。

たとえば CBR をシリアの農村でやるとしたら、あるいはダマスカスでやろうとしたらある程度違う形になるでしょう。また韓国ソウルでの CBR も違うはずです。その違いというのは認識しなければならないし、理解しなければならない。そして知識とスキルを持って必要に応じて適応させる、そうすればうまくいくはずです。ありがとうございました。

●河村：よろしいですか。それでは次に上野さん、マイクがいきます。

●上野：日本障害者リハビリテーション協会の上野と申します。今日は素晴らしいプレゼンテーションをありがとうございました。私の質問は Yong Hur さんと董さんに対してですが、それについてチャパルさんから後でコメントがありましたらお願いしたいと思います。

今日、岩谷先生からの問題提起にもありましたように、CBR における専門家の役割ということでそれぞれの取り組みやいろいろな考えがあり、また歴史的な経緯がありましたので、専門家はどうか、という大変重要なお話が出てきたと思います。

それについてチャパルさんのプレゼンテーションではコミュニティベースというお話がたくさん紹介されました。コミュニティの中で CBR を行っていくということをしきりに強調されていたと思います。専門家対障害者、あるいは障害者対非障害者という、どうしても対立的な考えに陥りがちですが、コミュニティベースの中で捉えていくと、時にはいろいろな人たちと手を組んで一緒に目標に向かっていくような構図もみられるのではないかと考えています。

Yong Hur さんと董浩さんの関わられている CBR ではコミュニティの中でいろいろな問題を抱えている人たちに対して、どういう取り組みがあるのかをお聞きしたいと思います。それについて、もしチャパルさんからお時間があれば、コメントをいただければと思います。

●河村：ありがとうございました。Yong Hur さんからお願いします。

●Yong Hur：ありがとうございます。私も全く同感です。やはりコミュニティベースが重要だと思います。韓国の CBR プロジェクトのところでも指摘したように、韓国のプロジェクトはそれほど全国規模では普及していません。ここまでののに 10 年かかりました。

私の意見ではコミュニティベースのインフラがまだ不十分だということだと思います。したがってインフラをまず整備する必要があり、それを全国規模で行わなくてはなりません。そのための国家レベルのプロジェクトが必要です。ただそこではサポートが非常に限られています。

そこで私たちはやり方を変えて 2010 年からは 5 か所、パイロットプロジェクトとして公衆衛生センターを開設します。これは政府からの予算なしで NRC が全面的に支援します。もちろん CBR プロジェクトに関するマニュアルも配布し、ワークショップを開催しま

す。そして標準的な CBR プロジェクトのモデルを韓国において構築します。

CBR プロジェクトが成功するためにもっとも重要なのはコミュニティベースのインフラだと思います。その時にはコミュニティの特徴を考慮する必要があります。特に韓国で私たちの関心があるのは、障害を持つ人々の居住に関してです。いずれにしてもコミュニティベースのアプローチが必要だと思います。

●董：ありがとうございます。今チャパルさんもおっしゃったように、コミュニティアプローチというのはフレキシブルでなくてはなりません。ただ中国では状況が違います。第一に CBR システムを整備するには知識が必要です。臨床医ですらコミュニティベースのリハビリテーションが何かということを理解していない人々がいます。また村の役人たちの中にもわかっていない人々がいるのです。

したがってまずシステムが必要であり、中国においては政府の役人たちの教育がまず必要です。またルールによる保証が必要であり、その次に専門家の技術が必要です。中国ではリハビリテーション専門家が不足しているので、この問題を解決するためには更に努力を重ね、リハビリテーション教育を強化しなくてはなりません。

三つめに保険政策もとても重要だと思います。ここ 5 年の間、中国は保険制度改革を進めてきました。もちろん日本ほど進んではおらず、中国人全員が医療保険でカバーされているわけではありません。この 5 年間で初めて政府は国民皆保険に向けて努力を始めています。

ただ民間保険ではリハビリテーションのすべての段階をカバーできないというところに問題があります。したがって保険会社も教育する必要があります。リハビリテーションの各部分についてそういうシステムでカバーする必要があるということを教育しなくてはなりません。中国において CBR を導入するということは技術自体の問題だけではなくて、概念、理念、知識、政策によるサポートが必要なのです。

●河村：ありがとうございます。チャパルさん、コメントをいただけますか。

●チャパル・カスナビス：もし中国が近い将来にこのような全国レベルのワークショップを行って、政府の機関に対して、あるいは政府の役人に対して、これが重要だということが教育できたら非常に嬉しいです。そして国家レベルの CBR プランというものをつくるのができたら非常に良いと思います。これが中国でできたならば、本当に素晴らしい社会を作ることができると思いますし、私たちもそれについてのサポートは可能であると考えています。

●河村：それでは上野さんの後ろにおられた方が手を挙げていたと思います。お名前をおっしゃっていただけますか。

●鈴木：国立障害者リハビリテーションセンターの発達障害情報センターの鈴木と申します。ありがとうございます。チャパルさんと Yong Hur さんと JICA の田和さん、にお伺いします。

まずチャパルさんにですが、CBR に関する講義をありがとうございました。文化やコンテキストについてアプローチが違うということですが、そのような社会的文脈などの差異があっても、ある一定レベルの取り組みを保障するというのはどのコミュニティでも求められると思います。情報提供の方法についてですが、私はアフリカに2年ほどいまして、その時に強く感じたのは、都会と農村部を比較すると、情報の提供の方法にかなりの格差が出てきました。都会でしたらインターネットベースや NGO 等のプライベートセクターとの連携による草の根的なアプローチが受け入れやすいのですが、田舎の方に行くと、たとえばチャパルさんのような WHO の権威のある方や村長さんをお願いする方法、そういうトップダウン的な試みが、草の根的なアプローチにインパクトや効果を与える点において、効果的である場合が多いのですが、そういうストラテジーの部分について、何かご経験の中から効果があったというようなことがあったら教えていただきたいと思います。

Yong Hur さんにですが、韓国について、インターネットへのアクセスが日本よりも多いと伺っているのですが、国立の機関として障害を持った方たちがインターネットにアクセスするときの情報保障のようなところで何か取り組みをされていることがありましたら、教えていただけますでしょうか。

田和さん、コスタリカにおける障害者の生活機能向上のためのアプローチについて、指標を用いて分析した結果、障害者の生活機能が向上したという結果が得られたというお話でしたが、生活向上の指標に何を用いられたのか教えていただけますか。

●河村：よろしいですか。それでは準備のできた方から。チャパルさんが準備ができたみたいです。

●チャパル・カスナビス：ちょっと書き取ってから。ではこのご質問をいただきましたのでお答えします。ありがとうございました。

CBR というのが非常に重要であるということは私の発表の中でも話しましたが、その中でもやはり都市から農村へと伝えていく努力が必要になります。いろいろな情報や施設は通常は大都市あるいは首都にあります。そして地域社会はそれを得ることができない。私もアフリカを旅行して、いろいろな状況を見ています。アフリカの場合ですと、年配の人が亡くなったときには、彼と一緒に図書館も死ぬと言われていました。つまりあらゆる年配の人、村のリーダー達は小さな図書館のような存在であるということです。

これが何かというと、アフリカの場合は口上文化があり、あらゆることを言葉で伝えていくのです。それぞれの地域のリーダーを見つけて彼らにトレーニングを行う。必要な情

報を現地の言葉で伝える。英語ではありません。彼らの言葉で伝えていく。そうするとそれが広がっていきます。またモスク、教会、その他の村を使うことも可能です。あるいは、祭司の場を使っていくことも必要です。そういうものを使ってメッセージを伝える。それが、おそらく唯一のやり方であって、彼らに早く到達することができると思っております。

私たちの問題は CBR のガイドラインをなるべく多くの言語に翻訳するということにあると思っています。これは非常に難しい問題だと思いますが、ぜひ伝えていきたいと思っています。視覚障害者だけではなくあらゆる人に、と考えています。手元に本、あるいはテープを持っていなかったとしても伝えることができるようにしたいということです。

いろいろなオプションを実現しなくてはなりません。CBR ガイドラインの成功は、様々なコミュニティにどうやって到達するかにかかっているのです。大都市だけではなく、あらゆるところにこのガイダンスを伝えていかなければならない。

その際にいろいろな道順を使ってその目標を実現しなくてはいけないと思っています。CBR のガイドラインについては、まず村のリーダー、地域のリーダー、あるいは宗教のリーダーに内容を伝えて、彼らに影響力を与えることが第一です。そうすると彼らから口コミで広がっていきます。状況を村人に伝えてもらうことが重要だからです。私たちは彼らに対して、ICT を使うよりもむしろコネや人脈を使っていくことが重要だと思っています。

そして、またアフリカは日本よりもかなり携帯電話が普及しています。エチオピアでいいますと、電話番号を 10 ケタに変えたそうです。多くの人々が飢饉で死ぬようなところでありながら、10 ケタの電話番号が必要なのだということ。ということで CBR についてもやはりその状況に応じて変えていかなくてはなりません。この国はどんな状況であるかということ考えた上でメッセージを伝えていく努力が必要ではないでしょうか。以上です。

●河村：Yong Hur さんお願いします。

●Yong Hur：今のご質問ですが、CBR において IT をどうやって使っていくのか、ということではないかと思いますが、IT 産業というのは非常に韓国では先進的なものがあると考えています。ただ、私の私見を問われるとどうでしょうか。私たちは CBR のプロジェクトをインターネットに載せることも可能かもしれません。しかしその範囲は自ずと限られてくるのではないかと考えています。

私たちは今、いわゆる韓国の障害者に対してサイバーマーケットを実現しようとしています。そして今、パイロットプロジェクトを進行しているところです。私の方でもこれに関与していますが、6 か月で設定されるものとなっています。

サイバーマーケットができれば、韓国のどの場所からでも入力ができる。そして障害がある人々に関しての情報をどこからでも得ることができます。たとえば、リハビリテーション医療に関する情報やいろいろな支援技術、障害がある人々に対して省庁がどんなサービスを提供しているかという情報を得ることができるようになります。このような障害者

のためのサイバーマーケットを今年全国レベルで立ち上げていこうと考えています。以上です。

●河村：田和さんお願いします。

●田和：ありがとうございます。ブルンカ地方の障害者の生活機能向上に関する指標について、効果が出始めていると報告をいたしました。これは日本人専門家が ICF の考え方について技術移転をした結果、特に医療リハビリテーションの専門職が中心になりまして、ブルンカ版の生活機能向上のチェックリストが策定され、現在ではブルンカ地方の医療リハビリテーション施設にて共通のチェックリストとしてそれが用いられています。

スペイン語で記載されているチェックリストですが、翻訳版を見たことがございまして、たとえば、入院してきた患者の方、訪問看護をする患者の方の日常生活動作、服の着脱、食事、入浴、排泄というところも含めてチェックがなされていて、それが定期的に指標をもって判断され、より適切な指導、支援の方法についてチームで検討されるようになってきているという報告を受けています。その点を先ほど効果と申し上げました。

●河村：ありがとうございました。それではそろそろ時間が終わりになるのですが、中村さんと岩谷総長の発言が少なかったようですので、最後に短くご意見をまとめていただけますか。

●中村：今日、私がお話した中で一番お伝えしたかったことは、これは CBR に限らないのですが、何をやるにしても人に着目して、人をエンパワーすることが一番大事だということです。

国際協力ではともすると広い範囲の人に対して薄くいろいろな支援をしていくという方法も取られますが、むしろ鍵となるであろう人を見つけて、その人に政府ベースの協力、あるいは民間ベースの協力、いろいろなスキームを使って支援をしていく。そしてその人が周りの人たちをエンパワーしていくという方法が必要ではないかと思います。

私自身はシリアに行く前にラオスにおり、労働社会福祉省に入ってその役人と一緒に働いたわけですが、政府の中に入ってしまうと、民間できらりと光る人材を見つけにくいということがありました。ただ幸いにしてラオスでは日本の NGO とのいろいろなつながりもできて、NGO と協力してラオスの社会福祉の人材養成を進めてきました。

シリアでもぜひ今日ご紹介したような人に着目して、そのような人たちをこれからも徹底的にエンパワーすることによって、更にシリアの CBR を進めていく必要があると思います。以上です。

●河村：それでは岩谷総長、一言お願いします。

●岩谷：今日は私にとっても非常に印象的なお話をたくさん聞かせていただいて、大変嬉しく思っております。私はどちらかというとエルダリーパーソンになっていますが、私が医者になった頃は、何のために治療するかというと、その人が社会に出て生活できるように私たちは医者としてきちんと治療しなければならない、ということを先輩に教わりました。董先生が盛んにスライドでお示しいただきました、津山直一先生に私たちはそのような教えを受けてやってきました。

今日私たちの仕事ぶりを見てみますと、それぞれに専門性が発達して、それは結構なことなのですが、そのスペシャリティの中でしか活動しないということが、やはり私には気になるところです。

それは現在の日本の障害者またはリハビリテーション医療を見ても、病院は病院で終わってしまって、その後のことは次の病院に頼むだけとなっております。最終的に地域に受け皿があるかという、そこも地域のリソースがきちんと整備されていない。誰がそれを考えるのか、それは政府の責任ではないかといって、結局誰も考えない。押しつけ合っていて、困っているのは利用者だけということが現実に日本でも問題になっています。

今日は専門家のミーティングでして、私が皆さんと共有したいと思ったことは、自分たちの専門の中から、半歩でも一歩でも踏み出して次の人とつながることが大事ではないかと思っております。

現実に私たちのセンターも 30 年を迎えまして、これから地域との連携について体制を発展させていこうと思っておりますし、そのようなプランも考えております。そうなりますと国際的にももう半歩踏み出して協力をして、CBR という Inclusive Development という視点から一緒に仕事ができることを願っております。どうもありがとうございました。

●河村：それでは、これで時間が尽きてしまいました。今日は結構長い時間議論したのですが、あっという間に時間が過ぎました。

「共生社会と国際協力を考える」というテーマで議論した、このディスカッションの中心にあるのは障害のある人も共に参加し共同決定に参画する、それが共生社会であり、そこからさまざまな展開ができる。今日は出ませんでした、Free and Prior-informed Consent という事前に情報を十分得て意思決定をしていくことが参加の大前提であるということが、随所で強調されていると思います。

先ほど総長にまとめていただきましたように、主として専門家の立場での議論をしてきたのですが、その専門家が最低限果たすべき役割というのは、障害のある人たち、その家族、地域住民たちに十分情報知識を提供して、合意を得、参画を実現していくということです。

ICT の活用、あるいは生き字引の活用、その両方をそれぞれのコンテクストに応じて最大限人を中心に展開するのが CBR であるというお話も出ました。また JICA の包括的なこれ

からの展望も出てきました。これらを踏まえまして、これから更に議論を重ねていくということでこの後の展開に期待をしまして、このパネルディスカッションを閉じさせていただきたいと思います。それでは、パネリストの皆さん、大変ありがとうございました。盛大な拍手をお願いいたします。

閉会挨拶

江藤 文夫

国立障害者リハビリテーションセンター 更生訓練所長

更生訓練所長の江藤です。本日は天候の悪い中を私たちが企画したセミナーにお集まりくださいましてありがとうございます。

本年度は国立障害者リハビリテーションセンターの創立 30 周年ということ、それから WHO の研究協力センターとしての国際活動も十数年続けてきております。この機会に「共生社会と国際協力」というタイトルでセミナーを企画させていただきました。

午前中には WHO からチャパル・カスナビスさんが障害モデルの動向や CBR マトリックス、ガイドラインについていろいろとお話をくださいました。また JICA で現在シリアで CBR の活動をされています中村さんから具体的な活動内容と国際協力のあり方についてもお話をいただきました。

そしてお昼休みを挟んで午後、5 名の方にそれぞれ国際協力の活動についてお話をいただきました。特に中国リハビリテーション研究センターから董先生が私たちが協力してきたことを詳しく紹介してくださいまして、何となく面映ゆいぐらいの感じでした。現在の中国のリハビリテーションの研究センターの病院の規模といい、センターの規模といい、私どもをはるかに凌ぐまでになっており、これからもいろいろと協力して発展させていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それから韓国の Yong Hur 先生は国立リハビリテーションセンターの最近の活動について詳しくお話されました。韓国はインターネットのお話が先ほどのパネルディスカッションでも盛んに出てきましたが、国立のリハビリテーションの中に老年を見据えたジェリアトリックサービスも展開されているということで、私たちもこれから高齢社会に向けて見習って、障害者のリハビリテーションセンターではありますが、高齢社会に向かった対応をしなければならないと考えております。

また 5 人のお話に続いてのパネルでは河村さんの見事な司会でいろいろな話題が出ましたが、CBR を中心に障害者が Inclusive Development をどうしていくかということについて非常に実のあるお話がありました。それからフロアからも非常に活発なご質問やご意見をいただき本当にありがとうございます。

最後に忘れないようにしなければならないと思っていたことは、今回のセミナーの開催にあたりましては、日本障害者リハビリテーション協会から多大なご支援をいただきましたことを感謝申し上げます。

明日は戸山サンライズで CBR と国際協力に関するセミナーが行われるということですので、お時間がございましたら、ぜひご参加いただきたいと思います。

本日は朝から長時間にわたり、私どものセミナーにご参加いただきまして、またフロアの方も長時間でお疲れのことかと思いますが、心から御礼を申し上げます。これにて閉会いたします。どうもありがとうございました。

