

CBR から CBID へ
「変われば変わるほど、変わらない」
(元の訳は、「物事は変われば変わるほど、ますます同じであり続ける」)
(ジャン=バプティスト・アルフォンス・カー、1808-1890)

マヤ・トーマス博士

コンサルタント

「障害、CBR とインクルーシブ開発ジャーナル」 (www.dcidj.org) 編集長

はじめに

本稿では、地域に根ざしたリハビリテーション (Community-based Rehabilitation: CBR) と地域に根ざしたインクルーシブ開発 (Community-based Inclusive Development: CBID) について検討し、過去 30 年間の障害と開発の分野におけるニーズと課題への対応について考察する。更に、進歩も変化もあるにもかかわらず、ある事柄についてはまったく変化も見られないことについて論じ、今後のインクルーシブ開発の計画において、関係当事者が認識する必要のある現状および今後の課題について言及する。

CBR と CBID

「地域に根ざしたインクルーシブ開発 (Community Based Inclusive Development : CBID)」という用語は「地域に根ざしたリハビリテーション (Community Based Rehabilitation : CBR)」に代わる用語として、より広く使用されてきているように見える。これまで「アジア太平洋 CBR 会議」は 3 回開催されたが、今年開催された第 4 回会議は「アジア太平洋 CBID 会議」と呼ばれる。2015 年 9 月に日本で開催された第 3 回アジア太平洋 CBR 会議の「インクルーシブ開発 (CBID) 宣言」では、「地域に根ざしたリハビリテーション (CBR) / 地域に根ざしたインクルーシブ開発 (CBID あるいは CBR として知られる)」と併記されている。一部の国際支援機関は、CBR マトリックスの構成要素 (コンポーネント) である保健、教育、生計、社会、エンパワメントに関するアプローチに対して「CBID」という用語で説明している。一方、CBR は身体的リハビリテーションに焦点を当てたもので、CBID は社会的および環境的側面に取り組むものであるという立場を取る支援機関もある。

このことからいくつかの疑問が生じている。「CBID は CBR の新しい用語なのか？」
「この 2 つの用語は同義語と見なせるのか？」
「CBID は障害者のみならず、コミュニティ内のすべての疎外されたグループを含む、はるかに広い概念と見なすべきなのか？」
「CBID はかつて提唱されていたツイントラックアプローチからメインストリーミングというシングルトラックアプローチに移行したのか？」といったことだ。

世界保健機関 (WHO) の CBR ガイドライン (2010 年) には「CBR ガイドライン：地域に根ざしたインクルーシブ開発に向けて」というタイトルがつけられているように、CBR はインクルーシブ開発を達成するための戦略であるということを示されている。導入ブックレットの序文では「ガイドラインは、障害者の権利に関する条約、および障害を含む国内法の施行に貢献し、地域に根ざしたインクルーシブ開発を支援する戦略として CBR を促進する」と述べられている。

2011年、私は「CBIDは、障害者を含むすべての疎外されたグループが組み入れられたコミュニティを作るための目的や目標であり、達成すべき最終結果でもある」と主張した。ジェンダー、障害、民族、難民、セクシュアリティやその他のいかなる理由があろうとも、誰も開発から排除されてはならない。コミュニティ内の他の利益グループ（ジェンダーなど）が自分たちの構成員を開発に組みこむために自分たちの戦略を使うように、CBRは障害者のための地域に根ざしたインクルーシブ開発という目標達成のためのツールあるいは戦略である。

「CBRでは、すべての障害者をインクルージョンする開発の試みにおいて、参加型コミュニティ開発の原則である、社会正義、自己決定、社会参加、および自省を用いる。CBRは「ツイントラック」アプローチを使用し、地域に根ざしたインクルーシブ開発の目標を達成する。

- 1) 障害者とともに、彼ら/彼女らの能力を高め、特別なニーズに対応し、平等な機会と権利を確保し、すべての開発プロセスに彼ら/彼女らがインクルージョンされるようにするため自ら権利擁護できるよう支援する。
- 2) 障害者を排除するバリアを取り除くためにコミュニティおよび一般社会と協力し、障害者がコミュニティの他の人々と同じようにすべての開発の恩恵を享受できるようにする。

「様々な脆弱なグループとともに活動する様々な関係当事者が地域に根ざしたインクルーシブ開発と同じ目標達成を目指しているコミュニティでは、リソースと機会を最大限に活用し、インクルージョンの権利を擁護するより大きな声を集めるために、CBRはそういうグループとの連携を築く必要がある。CBRでは、他の脆弱なグループのニーズが明らかでない場合、日常生活等の場面でそういうグループを含める方法がないかを検討する必要がある」（トーマス、2011）。

CBRガイドラインの公開からほぼ10年が経過しており、混乱と誤解を避けるために、各国で実施されている本質的に同様な活動において異なる用語を使用することの必要性と理論的根拠について、さらなる議論が急がれる。

必要性 — 1981年～現在

1981年、WHO障害予防とリハビリテーションに関する専門委員会（WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation）は、リハビリテーションの提供はコミュニティサービス、特に初期医療（プライマリーヘルスケア）を通して行ない、国の保健医療制度や他の関連部門に統合するよう開発途上国に勧告した（WHO、1981）。同委員会ではこれらの国では、特に農村や周縁地域ではリハビリテーションを十分利用できないことを強調し、ギャップを埋めるための戦略の一つとして、照会と支援システムに裏打ちされたCBRを提案した。当時、人事、財政、技術、政府の政策とコミットメント、さまざまな分野間での調査研究や調整における課題も指摘された。

それ以来30年以上にわたって、途上国では、法律や政策、政府の支援、サービスの範囲、人材開発、実践に基づいた証明、そして自分たちの権利を擁護する障害者団体の発展などにおいて多くの進歩があった。

しかしながら、障害に関する世界報告書（World Report on Disability, 2011）によると、1981年に指摘されたリハビリテーションに関する課題のほとんどが今でも続いているというのである。同報告書では、障害者の教育や雇用が遅れており、医療ケアが利用できず、社会的、

文化的、政治的参加から孤立する傾向があり、また障害者のいる家族の貧困率が高いという事実を強調している。近年における他の研究では、医療やリハビリテーションサービスが限られている農村地域では障害者の大部分が貧困の中で生活していることを示している。貧困とその結果生じる不十分な医療、また医療を受ける機会の不足、意識の欠如、劣悪な衛生環境、伝染病は、これらの国々における機能障害や能力障害の最大の要因であり続けている。

2017年、WHOの「リハビリテーション2030－行動への呼びかけ」(Rehabilitation 2030－a Call for Action)会議は、世界中の、特に低・中所得国におけるリハビリテーションの不足という深刻なニーズに注目し、高齢化、病気、怪我に関連する健康と人口動態の変化に伴いリハビリテーションサービスの需要は増加し続けていくであろうと指摘した。同会議では、リハビリテーションを強化するための行動項目が提案されたが、内容の多くは1981年勧告に類似している。

同様に「発達障害共同研究者に関するグローバル研究」(Global Research on Developmental Disabilities Collaborators)は、195の国と地域における1990年から2016年までの5歳未満の子どもの発達障害に関する論文を最近公開した。

この研究では、低・中所得国では発達障害者に関する負担が不均衡に高いことを指摘している。また、障害の根本的な原因を以下のように述べている。視力喪失につながる目の屈折と調節障害、難聴につながる中耳炎と先天性障害、早産による合併症、感染症、知的障害につながる出生時仮死を含む先天性障害および新生児障害、てんかんにつながる新生児障害である。研究では、有病率が最も高い地域、特に資源の少ない地域に認められる発達障害の主な原因と影響を特定することの緊急性も指摘している。この研究では、「1990年以降、発達障害による世界的な負担は大きく改善していないことから、特にサハラ以南のアフリカと南アジアを中心とした、児童の生存のためのプログラムの結果として幼児期を生き延びた子どもの生育に対する世界的な注意喚起が不十分であることを指摘できる。」と結論付けている。

2018年7月に英国で開催されたグローバル障害サミット(Global Disability Summit)で示された「変革のための憲章(Charter for Change)」には10の行動項目があり、そのうち2つは子どもの発達障害の問題に関連している。項目8では「『誰一人取り残さない。』そして、最も置き去りにされがちな人を優先することを述べている。あらゆる形態の重複した差別を受けた、すべての年齢層においてほとんど取り上げられない、疎外された障害者、中でも障害のある女性と少女の権利を守る」としている。一方、項目9では、「より精度の高いデータと証言を収集、使用し、『ワシントン・グループの障害に関する質問(Washington Group Disability Question Sets)』のような試験済みのツールを使用して、障害者が直面する課題の規模と特徴を理解し対応する」としている。

障害者が健康管理とリハビリテーションへアクセスできるようになるための方法として、CBRが再び重要になるのは以上のようなことと関連している。

障害に関する世界報告書(第3章: 一般的健康管理:General Health Care)は、低・中所得国の中でも所得の低い国における障害者と家族のヘルスケアサービスへのアクセスを促進する上でCBRの役割を認めている。また、報告書はリハビリテーションに関する第4章(Chapter 4 on Rehabilitation)で、資源が不十分で能力を活かせないような環境では、CBRを通してコミュニティでのサービス提供を加速することに重点を置くべきであり、それに2次のサービスへの照会を加えて補完することを推奨している。

「WHO 世界障害行動計画（WHO global disability plan）2014–2021：すべての障害者のより良い健康」の3つの目標のうち、2番目はリハビリテーション、ハビリテーション、支援機器、支援とサポートサービス、地域に根ざしたリハビリテーションの強化と拡大である。

アジア太平洋地域の国々（中国、ベトナム、ラオス、インドなど）での経験により、CBRが障害者と家族のために、早期発見および介入、照会、コミュニティレベルでのフォローアップ、家庭に根ざしたリハビリテーションの提供や、教育支援、心の支えなどの支援サービスの組織化、および地方自治体を含むコミュニティを動かすことにおいて重要な役割を果たし得ることを示した。これは政府、市民社会、障害者団体からの支援を受けて、コミュニティレベルから地方および国家レベルで分権化されたサービスや照会のネットワークを構築することにより達成される。

さまざまな国の過去の CBR の経験と教訓は、「リハビリテーション 2030 – 行動への呼びかけ」に関する今後の実践に役立つであろう。世界中の関係当事者と政府はリハビリテーションの計画にあたり、このことを考慮する必要がある。

縦展開か横展開か？

CBR は、30 年前に最初に提唱された時、縦展開プログラムとしてプライマリーヘルスケアシステムに統合されることを提案された。その後、CBR が進化するにつれて、インクルージョン、参加、権利に基づくアプローチなどの概念が重要な目標になった。これにより CBR は単一セクターの縦展開プログラムから、横展開の包括的な、マルチセクタープログラムに変化した。ILO、UNESCO および WHO による共同政策方針（Joint Position Paper, 2004 年）は、この変化をうまく捉えている。その後、WHO、UNESCO、ILO、IDDC の CBR マトリックスと CBR ガイドライン（2011 年）は、CBR が包括的かつ横展開プログラムに進展する可能性を示唆していた。

CBR 戦略によるインクルーシブ開発の目的には、包括的な横展開プログラムが必要であり、単一セクターの縦展開プログラムでは達成できない。横展開プログラムには、政府の政策や予算、インフラ、訓練を受けた人材と資材、マルチセクターの調整の仕組みなど様々な資源が備わっていることが必要である。このような資源が適切に配置されていれば、横展開プログラムは費用対効果が高く、持続可能になる。更に重要なことは、CBR プログラムが低所得国において農村や周縁地、都市の貧しいコミュニティに住む障害者が利用できることで効果を発揮したように、横展開プログラムは、サービスを最も必要としている人々に届く。ただし横展開プログラムの運営は様々なセクターの関係当事者がいるため複雑になっている。多くの場合、結果は必ずしもきちんと評価したり測定したりできない。

逆説的に言えば、横展開プログラムの必要性が最も高い低所得国では、このようなプログラムを支援するために利用できる資源が不十分なのである。CBR において長年にわたってうまく継続されてきた横展開プログラムの多くは、当該国政府ではなく、国外の寄付者からの支援によって維持されてきた。支援の終了によりこれらのプログラムは閉鎖または縮小され、その多くが単一セクターのプログラムになった。

近年、一部の国の包括的 CBR プログラムは、主に支援者の優先順位によって、教育や生計などの単一セクターの選択に焦点が当てられて縦展開プログラムに近くなる。縦展開プログラムは、結果がより早くわかり、横展開プログラムよりも一般的に管理が容易で、もともと

とトップダウン型でありターゲット駆動型であるため、支援者にとっては魅力的である。ただし、維持管理コストが高く短期的な解決しかもたらさないこともある。

障害と開発に関する横展開アプローチと縦展開アプローチは、対角線上で対立しているように見えるが、現在、これらのアプローチを統合する可能性と「対角線(diagonal)」アプローチの必要性が議論されている。CBRにおいては、教育やコミュニティ生活といった縦展開の単一セクタープログラムから始めることを意味しており、その方が資金を得やすいかもしれない。その後、政府や市民社会の関係者など、同じコミュニティの別分野のキーパーソンたちとのパートナーシップを持つことが必要である。現行の支援を継続するためには、CBRとインクルーシブ開発の重要性および実施に必要な戦略について、支援者とともに、さまざまなセクターの関係者やパートナーを教育する必要がある。

理想的には、横もしくは縦展開プログラムのいずれを選択するかは、支援者の優先度によってではなく、プログラムが計画されているコミュニティのニーズによって決められるべきである。低・中所得国では支援者主導による持続不可能なプログラムがあまりにも多く見られる。CBRとインクルーシブ開発プログラムは、政府、障害者団体、障害者や支援者グループなどの主要な関係者が協力し、インクルーシブ開発の目標が適切かつ持続的な方法で達成できるようにしない限り、同じ道を進む危険性がある。

ミレニアム開発目標 (MDG) から持続可能な開発目標 (SDG) へ

「持続可能な開発目標報告 (The Sustainable Development Goals Report 2017)」では、持続可能な開発のための2030アジェンダ(2030 Agenda for Sustainable Development)実施の2年目に17の目標の進捗状況を確認している。最新の入手可能なデータに基づくこの報告は、2030アジェンダの完全な実施における成果と課題の両方を示している。

この報告書では、過去10年間にすべての開発分野でかなりの進歩があったが、これまでの進捗ペースでは、2030年までに持続可能な開発目標 (SDG) を完全に達成するには不十分であろう、と指摘している。いくつかの重要な指標に関して「1999年以降、10億人近くが極度の貧困から脱却したが、2013年には約7億6,700万人がいまだに貧困状態にあり、そのほとんどが脆弱な状況に置かれている。大きな進歩があったにもかかわらず、5歳未満の子どもたちの多くが栄養不良の影響を受けている。2016年には5歳未満の推定1億5500万人の子供が発育不良である(年齢に対して身長が低い)。2000年から2015年の間に、世界の妊産婦死亡率は37%低下し、5歳未満の死亡率は44%低下した。しかし2015年には、世界中で303,000人の女性が妊娠中または出産時に死亡し、590万人の子供が5才未満で死亡した」と述べている。

報告書によると、発展は常に公平に起きたわけではない。地域、性別、年齢、収入、都市と農村を含む居住地により異なっていた。アントニオ・グテーレス国連事務総長は報告書の序文で次のように述べている。「実施は始まったが、時は刻々と過ぎていく。この報告は、多くの分野での進捗率が2030年の目標達成に必要な速度よりもはるかに遅いことを示している。」

ミレニアム開発目標 (MDG) の進捗状況に関する以前の報告は、現在と非常によく似ており、政府や関係者、特に持続可能な開発目標 (SDG) の対象となる人々にとって、懸念の材料となっている。SDGの重要な原則は「誰一人取り残さない」である。SDGを達成する

ための現在の進捗のペースが十分でなければ、障害者を含む多くの疎外されたグループの人々が再び取り残される可能性がある。

この報告書により、SDGを実現するために各国政府がより一層努力し資源を確保することに拍車がかかることが望まれる。障害者を代表する組織を含む市民社会グループは、SDGのより迅速かつ効果的な実施を提唱するために努力を集中することが必要である。

CBRの妥当性の検証を継続していくこと

障害に関する世界報告書（2011）は、CBRを「障害者のサービス、機会、参加とインクルージョンにアクセスするための重要な対応の一つ」と認めている。

CBRガイドライン（2010）ではCBRの成果は「障害者の自立の増加、移動の拡大、コミュニケーションスキルの大いなる向上、障害者と家族の収入の増加、自尊心の向上、社会的インクルージョンの拡大」に表れているとまとめている。

世界のさまざまな地域での評価研究では、障害者の生活を変える上でのCBRの役割を実証している。

CBRの実施において得られた重要な教訓には次のようなことが含まれている、それは、CBRの活動範囲を調整し各部門間の協力を促進するために中心となって調整する国レベルの機関の連携が重要であることである。具体的には包括的CBRを促進するための政府と市民社会の連携、既存のプライマリーヘルスケアシステムとコミュニティレベルのリハビリテーション活動の結合、CBRプログラム開始時からさまざまな関係当事者への啓発とアドボカシー、自助グループや障害者団体の活動促進、コミュニティレベルでのCBRスタッフの効果的なスーパービジョンおよびガイダンスと訓練、また、段階的に行う国内のCBR担当計画の必要性が必要である（トーマス、2015年）。

アジア地域でのこれまでのCBRの経験の中には、CBRの持続性を保つ優れた実践が示されているものがある。CBRの主要な関係当事者である障害者の自助グループおよび関連団体は、プログラムの持続に貢献している。これらのグループが女性団体など、成功した地域に根ざした別の組織と提携することも有効である。地方自治体、親およびCBRスタッフとの協力によりCBR活動がうまく継続した例がいくつか報告されている。また障害者が地方レベルの開発評議会に含まれることで、障害の課題を開発計画に含むことができる。コミュニティレベルのボランティア（高齢者、雇用を求めてコミュニティを離れることのない退職者）も活動の持続性に貢献していることが報告されている。また、プロジェクトの実施中にボランティアがコミュニティで認められ、プロジェクトの契約期間終了後も活動を継続し拡大していることが多い。

新たな問題

近年、CBRが検討し対処すべき新たな課題が議論されている。ユンワー（2012）は、アジア太平洋地域に関連して次のような課題を挙げている。それらは急激な都市化、非感染性疾患の発生率の増加、災害と気候変動、高齢者の増加などによる人口動態の変化、および、貧困と食糧供給に影響を与えうる経済的課題である。

高齢化

障害者グループに占める高齢者の割合が釣り合いに多い国もある。一方、より良い医療ケアを享受することにより多くの障害者の寿命が延びたが、他方では障害のない人が長生きすることで高齢者人口における老化に伴う障害およびその他の障害の発生率を高めている。80歳以上の高齢者は、世界的に急速に増加している年齢層の1つである。低・中所得国における障害者が直面するすべての課題である、サービスにアクセスすることの障壁、特に農村地域におけるニーズに基づいたサービスの可用性と支払い能力、訓練された職員の不足は、今後、高齢化する障害者にとっても課題となるであろう。従来の家族構造の変化により、地域社会における介護者が不足し、支援システムの利用が難しくなると課題は更に複雑になる。一部の低・中所得国では、高齢化が進むことにより家族の中で、若者が多くの高齢者を支えなければならない状況が生じている。

障害のある高齢者の医療やリハビリテーションにおけるさまざまなニーズに対処するために過大な費用がかかる場合がある。低・中所得国におけるCBRプログラムは、地域の障害のある高齢者のニーズに応える費用対効果の高い対応として考えられる。それは、CBRプログラムが、長年に渡り障害のある子どもや若者のインクルージョンや参加を促進するために家族やコミュニティと協力してきた経験があるからである。一部の国では、CBRプログラムはすでにこの方向に向かっている。例えば、脳卒中の高齢者に対する在宅リハビリテーション活動、家族への教育やカウンセリング、所得創出の機会提供などである。

ニュー・アーバン・アジェンダ(New Urban Agenda)

国連人間居住計画(**UN Habitat**) (2016年)では、今日、全世界の都市の面積は全陸地の約2%に過ぎないと推定している。しかし、GDPの70%、エネルギー消費の60%以上、温室効果ガス排出量の70%、世界の廃棄物の70%は都市に集中している。

急速に進む都市化に関する課題を認識し、関係者は2016年10月にエクアドルのキトにニュー・アーバン・アジェンダを採択するために参集した。持続可能な都市と人間の居住に関するキト宣言(Quito Declaration on Sustainable Cities and Human Settlements for All)によると、「2050年までに世界の都市人口はほぼ2倍になり、都市化は21世紀の最も劇的に変容する潮流の1つになる。人口、経済活動、社会的・文化的交流、環境及び人道的影響が都市に集中するにつれて、住宅、インフラ、基本サービス、食料の安定供給、保健、教育、適切な仕事、安全や天然資源など、膨大な持続可能性に係る問題を発生させる」と述べている。

キト宣言は行動への呼びかけの1つとして次のように述べている。「特に女性と少女、子どもと若者、障害者、HIV/AIDS感染者、高齢者、先住民、地域社会、スラムやインフォーマルな居住者、ホームレス、労働者、零細農民や漁民、難民、帰還者、国内避難民、及び、異なる状況の移民に対する様々な差別に対応することが必要である。」

障害者権利条約(CRPD) 締約国会議の第10回セッションが2017年6月13日から15日まで開催された。その主要テーマは「障害者権利条約(CRPD)の第2の10年：条約実施における障害者と彼らを代表する組織のインクルージョンと完全参加」であった。サブテーマは次の通りである。

- 障害者に対する様々な差別に対処し、障害者権利条約(CRPD)に沿って持続可能な開発目標(SDG)を達成するための行動への参加と様々な関係者とのパートナーシップを促進する。

- 人道的活動への障害者のインクルージョンと完全参加
- インクルーシブな都市開発及びニュー・アーバン・アジェンダの実施の促進 — 国連人間居住計画 III。

CBR とインクルーシブ開発に関して以前入手可能だった情報の多くは、農村コミュニティでの取組みに基づいている。しかし、過去 20 年にわたって、アジア、アフリカの都市における貧困地域の障害者と取り組むプログラムからの報告があった。低・中所得国の都市における貧困地域では、CBR とインクルーシブ開発活動の計画と管理において意味するものはこれらの農村地域とは多くの点で異なる。

都市部のスラムの大部分は仕事を求めて農村部から流入した者で構成されている。このようなコミュニティは、言語、民族、文化の面で本質的に多彩な傾向が見受けられる。多くのグループは外部からの季節的な流入者や、雇用を求めて同一都市内を移動する者で成り立つ浮動人口である。農村部の大部分は農業経済であるが、都市のスラムはインフォーマルな、もしくは未組織の事業所で働く未熟練労働者が圧倒的に多い。住民が集中せず、時にはお互いの距離が非常に離れている農村部に比べて、都市部のスラムでは人口密度が高い。農村コミュニティとは異なり、都市のスラムの構成者は主に核家族である。

CBR とインクルーシブ開発のためにコミュニティを組織化し人を動かすことは、都市貧困コミュニティにおいてはより困難であり、それは、一時的居住、社会問題、拡大家族による支援の欠如、公式または伝統的な構造とリーダーシップの欠如のためであると報告されている。多くの場合、都市の CBR では家族の求める優先的ニーズは財政支援である。

低・中所得国の都市部は、農村部に比べてインフラや情報通信設備が優れている。また、教育、保健医療、技術訓練、雇用の機会などの、CBR に関連するサービスの可用性も向上しているが、貧困や意識不足のため、これらのサービス享受のチャンスが制限される場合がある。

ニュー・アーバン・アジェンダは、他の社会的に疎外されているグループとともに、障害者が直面する差別に取り組む必要性を認めている。将来の CBR 計画ではインクルーシブ開発の計画、実施および提言においてニュー・アーバン・アジェンダおよび持続可能な開発目標 (SDG) などのフレームワークを理解し、使用する必要がある。

社会保障

世界銀行、ILO、アジア開発銀行などのさまざまな国際機関によって定義されている「社会保障」は、人々が一生を通じて直面する困難に対し貧困と脆弱性を軽減し、人々が経済的および社会的困難に対処できるようにする政策と措置を指す。

多くの国々には、一般の人々を対象としたプログラム、または障害者を対象とした特定のプログラムを介して障害のある人々とその家族に社会保障を提供する政策がある。低・中所得国における障害者に対する社会保障政策では、障害者を、収入を得るすべがなく、「保護」を必要とする慈善の対象と見なす傾向がある。国の政策は「就労不能」を補うための基本レベルの支援の提供に重点を置きがちである。しかし、これは実際には求職する意欲を失わせる可能性があり、障害者に対する慈善と福祉のアプローチを永続させるだけのことになりがちである。このような社会保障の狭い考え方は、障害者のコミュニティへのインクルー

ジョンと参加とそれを可能にする平等な機会を障害者に提供する権利ベースの見解を提唱した障害運動の関係者によって批判されてきた。

これに関して障害者権利条約（CRPD）は、権利に基づく社会保障のより広範な理解を得る上で重要な役割を果たしてきた。CRPD 第 28 条の「十分な生活水準及び社会保障」は次のように規定している。

1. 締約国は、障害者が、自己及びその家族の十分な生活水準（十分な食糧、衣類及び住居を含む。）についての権利並びに生活条件に関する継続的な改善についての権利を有することを認めるものとし、障害に基づく差別なしにこの権利を実現することを保障し、及び促進するための適当な措置をとる。
2. 締約国は、社会保障についての障害者の権利及び障害に基づく差別なしにこの権利を享受することについての障害者の権利を認めるものとし、この権利の実現を保障し、及び促進するための適当な措置をとる。

健康管理、教育、雇用へのアクセス、またはコミュニティでの自立した生活などの他の主要な権利とともに、社会保障を享受する権利は、障害者のエンパワメントと持続可能な開発目標（SDG）の実現に貢献する。

CBR ガイドライン（2010 年）は、社会保障の重要性を認め、CBR に「障害者のメインストリーミングや特定の社会手当へのアクセスを促進し、社会保障措置の提供を促進する」よう求めている。

しかし、世界的には社会保障を享受できる人々の範囲は十分ではない。「世界社会保障報告 2017/19：持続可能な開発目標を達成するための普遍的社会保障（Universal social protection）」によれば、世界人口の中で少なくとも 1 つの社会手当によって効果的に保護されている人々は 45%のみであり、残りの 55%の約 40 億人は保護されていない状況にある。報告は世界人口の 29%のみが包括的な社会保障を享受しているが、他の 71%の 52 億人は全く享受していないか部分的にしか享受していないと述べている。障害者との関連では、報告の調査結果は世界中の重度障害者の 27.8 パーセントのみが障害給付を受けていることを示している。また、この報告は特にアフリカ、アジア、アラブ諸国においてすべての人々が何らかの基本的な社会保障を享受できるよう政府支出の増額を呼び掛けている。

今日、各国際機関は障害者に関する政策の枠組みにおける優先事項の 1 つとして社会保障に焦点を当てている。英国国際開発省（DFID）の「障害者インクルーシブな開発 2018-2023」の戦略には、戦略的柱としての社会保障があり、より多くの障害者インクルーシブな社会保障システムを提唱する必要性を強調し、世界的および国家的な注目と支援を高めインクルーシブな社会保障に関するエビデンスベースを構築し、より多くのデータ分析を推進する。

2019 年 9 月、世界銀行と ILO は他の主要な開発機関と協力して、第 71 回国連総会において「普遍的社会保障に向けたグローバルパートナーシップ(Global Partnership for Universal Social Protection)」を発表する。

障害者、特に低・中所得国の CBR およびインクルーシブな開発プログラムに関与する障害者と協力者は、現在の開発の優先事項として社会保障の重要性を認識し、国際的枠組みに添った活動にして行く必要がある。

結論

「薔薇はどんな名前と呼ばれようと、そのかぐわしい香りに変わりはない」（ウィリアム・シェークスピアの「ロミオとジュリエット」より）。

関係当事者の中で意味が混同されない限り、どんな用語が使用されるかは問題ではない。最終的に重要なことは現場のニーズが持続可能な方法で対応されているか否かである。

参考文献 (References)

Asia Pacific Development Centre on Disability (2015). Thomas M (Ed). Good Practices on Community-based Inclusive Development in Asia and the Pacific. (<http://www.apcdfoundation.org/?q=content/community-based-inclusive-development-good-practices>), accessed 19.6.19.

DFID (2018). DFID's Disability Inclusion Strategy 2018 to 2023. Policy Paper. (www.gov.uk/government/publications/dfids-disability-inclusion-strategy-2018-to-2023), accessed 19.6.19.

Global Disability Summit, UK (2018). Charter for Change. (www.gov.uk/government/publications/global-disability-summit-charter-for-change) accessed 19.6.19.

Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2018). Developmental Disabilities among Children Younger than 5 years in 195 Countries and Territories, between 1990 and 2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Global Health*, 6 (10): 1100-1121. ([www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30309-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30309-7/fulltext)) Accessed 19.6.19.

ILO (2017). World Social Protection Report 2017-2019. (www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_601903/lang-en/index.htm), accessed 19.6.19.

ILO, UNESCO, WHO (2004). *CBR : A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities*. Joint Position Paper, Geneva.

Thomas M (2011). Reflections on Community-based Rehabilitation, *Psychology and Developing Societies*, 23 (2): 277–291.

United Nations (2006). *Convention on Rights of Persons with Disabilities*.

United Nations (2016). The New Urban Agenda. (www.habitat3.org/the-new-urban-agenda), accessed 19.6.19.

United Nations (2017). The Sustainable Development Goals Report 2017. (<https://unstats.un.org/sdgs/report/2017/>), accessed 19.6.19.

WHO (1981). Disability Prevention and Rehabilitation. Report of the Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. WHO Technical Report Series 668, Geneva. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40896/1/WHO_TRS_668.pdf)

Accessed 19.6.19

WHO, UNESCO, ILO, IDDC (2010). *Community Based Rehabilitation: CBR Guidelines*. Geneva.

WHO, World Bank (2011). *The World Report on Disability*. Geneva.

Yuenwah, S. *Relevance of CBR for the Asia-Pacific Region (2012)*. *Disability, CBR and Inclusive Development*, 23 (1): 7-13.