

5 . 対象国における障害者の現状

5 - 1 障害者の統計

5 - 1 - 1 アラブ地域

アラブ地域全土としての正確な統計は存在しない。1981年のUN ESCWAの報告⁵⁸によるとUN ESCWAの管轄であるアラブ諸国13カ国では低く見積もっても約800万の障害者がいる。これは1981年当時の地域の全人口の約5.7%である⁵⁹。同レポートによると、広義の北アフリカなども含めたアラブ全土での障害者の数は1500万人となっている。もっと最近の2003年のUN ESCWAのレポートは、カバラ（Kabbara）博士の低めの見積もりを採用している。アラブ連盟の定義のアラブアフリカを含めた広域アラブ地域全土で4%、そしてUN ESCWAの管轄の狭義のアラブ地域13カ国ではそれよりかなり高いと予測している⁶⁰。戦傷障害者の増加、戦後の混乱の犠牲者の増加、貧困、女性の地位向上の遅れ、それが原因で障害防止 - 早期介入の欠如などの原因が重なり、現在当地での障害者はこれらの統計数値よりもかなり多いと予測できる。

5 - 1 - 2 エジプト

いろいろな障害者の統計があり、データにより統計も異なっている。1996年の国勢調査にはデータなしである。1976年の調査によるとエジプトの障害者の比率は全人口のたったの0.3%といった信憑性のない数字が報告されている⁶¹。1982年の国内の「健康に関するサンプル調査（HIS）」⁶²によると障害者の全人口に対する割合は1.6%である⁶³。最新の中央国家動員統計庁による統計（1996年）によれば、エジプトには約200万人の障害者が存在し、これは全人口（約6300万人）の約3.5%を占めている⁶⁴。

表5 - 1 エジプトの障害別障害者数（中央国家動員統計庁1996年データ）

| 障害者総数（%） | 視覚障害者 | 聴覚障害者 | 知的・精神障害者 | 身体障害 （肢体不自由） |
|-------------------------|---------|--------|----------|-----------------|
| 2,060,536 （総人口の3.5%） | 151,510 | 90,906 | 303,020 | 1,515,100 |
| 100% | 7% | 4% | 15% | 74% |

出所：中央国家動員統計庁1996年の調査。

⁵⁸ UN ESCWA（1981）

⁵⁹ アラブ諸国12カ国とパレスチナを含む13メンバー国。

⁶⁰ UN ESCWA（2003a）。UN ESCWA の事務局がKabbara, N. の推測を引用したもの。

⁶¹ WHOの推定によると障害者の全人口に対する比率は7～10%ということである。一般にこの比率は開発途上国ではより高いと予測できるので、エジプトの統計数値は障害者の数が統計に反映されていないことを示す。

⁶² Egypt, Ministry of Health, Health Interview Survey: Results of the First Cycle（Health Profile of Egypt）, Publication No. 26

⁶³ 中央国家動員統計庁1996年の調査（JICAの国別障害者関連情報（平成14年3月）に抜粋されたものより引用）。

⁶⁴ 国連ニューヨーク統計資料ホームページ

（<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab2.asp>）に引用されたものを抜粋した。

表5-2 障害者の全人口に対する割合(%)

| | 全人口の割合 | 0 - 14歳 | 15 - 59歳 | 60歳以上 |
|--------|--------|---------|----------|-------|
| 総障害人口 | 1.2% | 0.9% | 1.3% | 3.4% |
| 男性障害人口 | 1.5% | 1.0% | 1.6% | 4.2% |
| 女性障害人口 | 1.0% | 0.8% | 1.0% | 2.4% |

注：ジェンダー別・年齢別の比較（ヨルダン1994年国勢調査）
出所：1994年の国勢調査に含まれる障害者調査より作成。

表5-3 障害者の全人口に対する割合(%)

| | 全人口の割合 | 0-14歳 | 15-59歳 | 60歳以上 |
|--------|--------|-------|--------|-------|
| 総障害人口 | 0.8% | 0.6% | 0.9% | 1.9% |
| 男性障害人口 | 1.0% | 0.7% | 1.2% | 2.1% |
| 女性障害人口 | 0.6% | 0.6% | 0.6% | 1.7% |

注：ジェンダー別・年齢別の比較（シリア1993年国内母子保健調査）
出所：シリア1993年国内調査より部分的に引用。

また1996年のカイロのアメリカ大学が行った調査によると障害者人率は全人口の4.4%である⁶⁵。最近の統計は国際的な標準により近いものになっている。

5-1-3 ヨルダン

ヨルダンの統計も不確かで信憑性を欠いている。1994年の国勢調査によると総人口の1.2%が障害者であると報告されている。明らかに実際よりもかなり低い数字が報告されている。表5-2の統計数値を参照すると、高齢者に障害者の比率がかなり高く、中途障害者が多いと思われる。また前述のように障害者の男女比率が約1.5（男性が1.5倍多い）となっておりやはり極端なジェンダー的なアンバランスが見られる。このことはヨルダンでもいまだに女性の障害者が隠され排除される対象であることを証明している。

これより少し前の1991年の統計局の調査によるとこれより少し高い率、全人口の2.6%が障害を持つと報告されている⁶⁶。これを調査対象の家族単位で見ると全体の11%の家庭が「障害者の家族が少なくとも1人はいる」と報告している⁶⁷。この分析はヨルダンが大家族制度であるから当然である。

5-1-4 シリア

シリアの場合も先進国と比較すると障害者の割合は低く、やはり信憑性を欠くものである。シリアの1993年の国内調査によると、障害者の全人口に対する比率は全国的には0.8%、都市部では0.8%、農村地では0.9%と少し高くなっている⁶⁸。この大都市と農村の比率は一般的と思える。エジプトやヨルダンほど顕著ではないが、やはり男女のアンバランスが気になる。

⁶⁵ <http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab2.asp>

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ Turmusani, M. (2003)

⁶⁸ 国連ニューヨーク統計資料ホームページ

(<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab2.asp>) に引用されたものを抜粋した。

表5-4 シリア障害種別障害者の統計(%)⁶⁹

| 障害の種類 | 性別 | | 総合(男女両方) |
|------------------|----|----|----------|
| | 男性 | 女性 | |
| 運動障害 | 49 | 47 | 48 |
| 視覚障害 | 23 | 20 | 22 |
| コミュニケーション・識別能力障害 | 22 | 19 | 20 |
| 他人との対応に関する障害 | 17 | 19 | 18 |
| 自立生活機能障害 | 16 | 18 | 17 |
| 聴覚障害 | 16 | 15 | 15 |

出所：2002年のシリア中央統計局とアラブ連盟共同プロジェクトの「家族の健康と人口に関する調査」から作成。

1998年の社会労働省と中央統計局の共同で出された障害者の統計調査も似たり寄ったりの結果であり、障害者の全人口に占める比率は男性が0.99%で女性が0.77%であり、全体では全人口の0.82%である。これは18歳以下の若年層も含む⁷⁰。これらの数字は明らかに実際の状況を反映していない。開発途上国に共通に見られる「低すぎる障害者の統計」の典型である。

統計が正確でない原因として、障害を包み隠すアラブの文化的要素(特に女性の場合)、両親の教育レベルの低さと無知によるもの、障害の定義の曖昧さ、早期発見の欠如、統計を集める側の障害に関する認識のなさ、さらには障害者に対するサービスの不完備などが挙げられる⁷¹。

シリアに関して最も信憑性のあると思えるのは、2002年のシリア中央統計局とアラブ連盟共同プロジェクトの「家族の健康と人口に関する調査」である。この統計はより社会モデル的な障害の定義を採用している。ここでは障害は「日常生活を通常にこなすのにいくらかの限界のある人」という「機能障害よりも能力障害的な観点」を考慮して定義されている。このため障害者の数は以前のものと比較すると、約2倍に拡大された。障害者の比率は全体では全人口の2%で、男性障害者の比率は男性人口の2%であり、女性障害者の比率は女性全人口の1.8%である。そして全人口の2%の障害者の約半数は「障害の度合いは深刻である」と答え、残りの半分は「それほど深刻ではない」と答えている。障害者の内訳は49%が身体障害者、22%が視覚障害者、20%がコミュニケーション・識別能力障害者である。また18%が他人との対応に関する障害を持つと報告している。自立生活に関する機能障害を持つものが約17%、そして15%が聴覚障害を持つ。

障害の原因としては26%が先天的(遺伝的)、18%が伝染病など疾病によるもの、そして14%が事故による後天的なものである。また、慢性病患者は男性では全体の7%に過ぎないが、女性の場合は9%にも及ぶ。慢性病としては精神的な障害やリウマチが最も頻繁で糖尿病や心臓病もそれに次いで高い。高齢者性の障害は男性では16%に過ぎないが女性の場合は24%に及ぶ⁷²。

⁶⁹ 一人の障害者がこのカテゴリーの中の2つ以上の障害を持つ場合もあるので総計は100%以上になり、約140～150%となっている。

⁷⁰ Ministry of Social Affairs and Labour and the Central Bureau of Statistics, the Syrian Arab Republic. *The Special Survey on Disability*, 共同研究者Ibrahim, H. (2004) に引用された情報を抜粋。

⁷¹ シリアの当研究の共同研究者 Ibrahim, H. (2004) のレポートに引用されたものを抜粋。

⁷² Ibrahim, H. (2004)

5 - 2 障害の原因と障害者の現状

5 - 2 - 1 障害の原因

(1) 貧困

貧困と障害の相関関係は明らかである。多くの調査研究で報告されていることであるが、栄養失調などを含め貧困は障害の原因であり、また障害は当事者、その家族の両方の貧困の原因ともなる。本研究の対象国が天然資源のない低所得国であることから貧困対策が障害対策の一環として必要であることは改めて記すこともない。「びわこミレニアムフレームワーク」にも提起されているように、障害者の貧困対策を避けて貧困撲滅することは不可能である⁷³。

デンマークのDIAKONIAという市民団体の支援により1993年にパレスチナのガザ地区で行われたパイロット調査の結果を報告する。調査対象のBoureijとAl-Shatiの両コミュニティでともに、貧しい家庭では「家族内に3人以上の障害者がいる」割合が高く、裕福な家庭ではこれと逆に家族内に障害者を持つ比率がずっと低い。貧困と障害の関連性は明らかである⁷⁴。またアラブでも特に貧困なパレスチナ・ガザでの障害者の数の多さにも驚かされる⁷⁵。

この統計から障害と所得の相関関係は明確である⁷⁶。

(2) 栄養失調と予防接種の問題

貧困が形を変えたものの一つとして栄養失調がある。栄養失調は対象国では障害の原因の一つとなっている。UN ESCWAの調査によると幼児期の栄養失調はこの地域では女兒の間により著しい。パレスチナなど貧しい地域では、選別的に女兒を無視して栄養失調を生み出すこともある。ビタミンAの欠乏（失明の原因）とヨードの欠乏（知的障害の原因）はヨルダン、シリアなどアラブ諸国で知的障害、視覚障害の共通の原因の一つである。1991年にはヨルダンの児童の6%が栄養失調であった。また、エジプトでは妊婦の間に栄養失調が多い。これらは障害の原因となる⁷⁷。UNRWAの報告によるとパレスチナ難民キャンプ内では生後6ヵ月以下の乳幼児の66%が貧血を起こしている⁷⁸。また、対象国の遊牧民や農村地方の住民の間では、今日でも出産を病院やクリニックではなく家庭で行うこともある。医師や看護師の立ち会いがなく、無許可の助産婦が新生児を取り上げる場合がままある。出産時のミスが産児の知的障害や脳性まひ（cerebral palsy: CP）などの原因となることもある。予防注射（特に妊産婦の風疹の予防注射や幼児の小児

⁷³ 世銀の総裁のスピーチによると、開発途上国の貧困人口の20%が障害者と思われる。UN ESCAPの「びわこミレニアムフレームワーク」は遠隔地開発や年金、公的生活保護、生計向上、コミュニティ開発など多岐にわたって貧困撲滅の分野で障害者に的を絞る本人や家族が便益を享受できるよう努力するように勧告している。

⁷⁴ ただし一般的に貧困層は、核家族的な中産階級に比べると大家族であり、従って個々の家族内に障害者がいる可能性も必然的に高いことは考慮されるべきであるが、結果としてよりニーズの高い貧困家庭が多いことには違いがない。

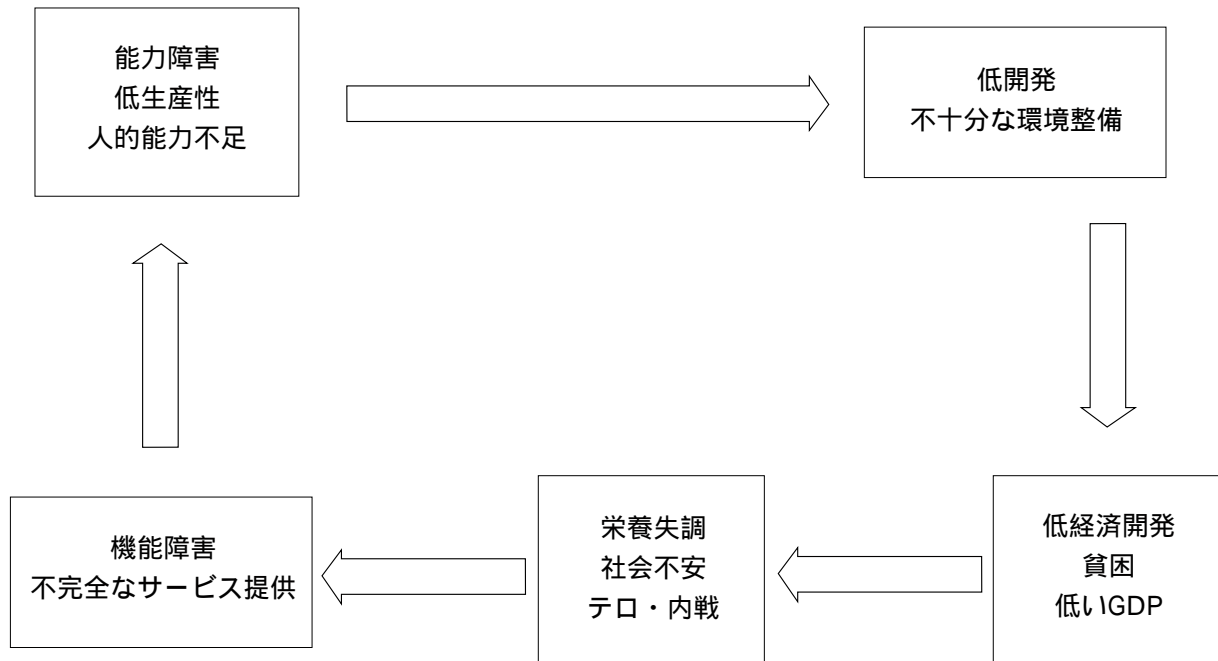
⁷⁵ 対象3カ国では貧困と障害の関連性を裏付けるデータ不足なので隣国のパレスチナ・ガザのデータを参考にした。

⁷⁶ Boureijに関しては、カイ係数21.54であるから $p < 0.0005$ で相関関係がある。Al-Shatiに関しては、カイ係数43.35、 $p < 0.0000$ で相関関係がある。両方とも統計学的には大変に明確な相関関係である。

⁷⁷ UN ESCWA (1994c)

⁷⁸ UNRWA (1994)

図 5 - 1 貧困と障害の相互性



出所：筆者作成。

表 5 - 5 貧困と障害の関連性

| 家庭内に障害者のいる家庭 | 調査対象家族の所得別家庭分布 | | | | | |
|--------------|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 低所得家庭の割合 | | 中所得家庭の割合 | | 高所得家庭の割合 | |
| | Boureij | Al-Shati | Boureij | Al-Shati | Boureij | Al-Shati |
| 1人 | 31% | 40% | 41% | 42% | 28% | 18% |
| 2人 | 32% | 43% | 43% | 43% | 25% | 14% |
| 3人 | 48% | 66% | 25% | 23% | 27% | 11% |

注：パレスチナ・ガザ地域内の2つのコミュニティ（Boureij、Al-Shati）でのパイロット調査（1993）

出所：DIAKONIA（1993）から作成。

まひの予防注射など）も行き届いていない。1994年のUNICEFのレポートによると、その時点では医療の比較的行き届いているヨルダンでも10%以上の児童がCP、ジフテリア、破傷風などの法定予防接種を受けていなかった。またヨルダンでは脳膜炎の予防接種が行き届いていないので幼児期のCPの原因となっている⁷⁹。

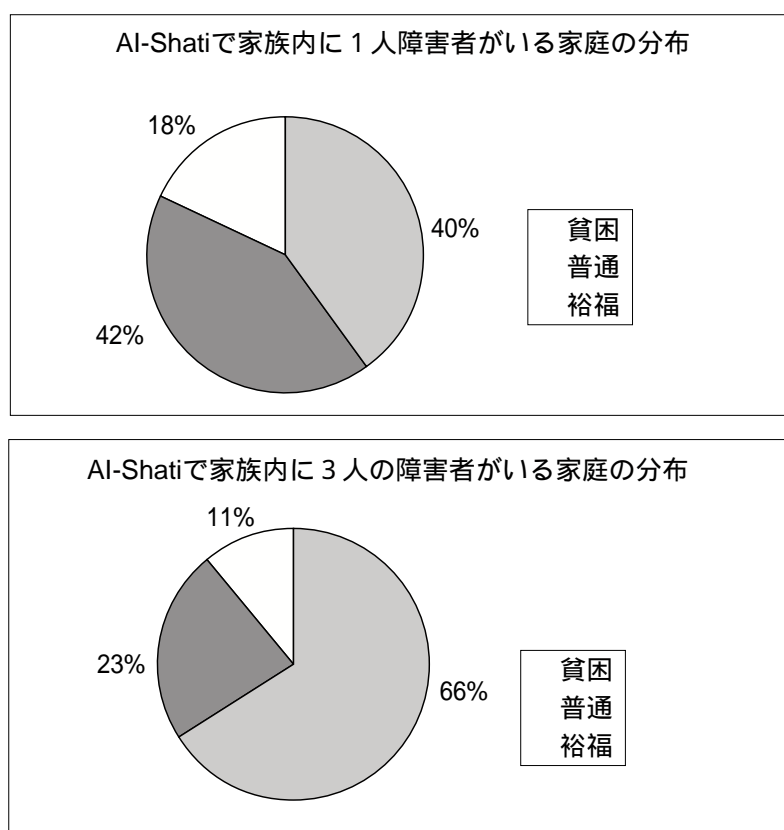
（3）高すぎる出産率：頻繁な出産と高年齢出産

アラブ社会は現在でも家族中心的で子孫繁栄を幸福の基準とする概念がまだ強い。対象3カ国の数年前の女性1人当たりの合計特殊出生率はヨルダンが4.3人、エジプトが2.9人、シリアが3.7人と同等の中進国と比較するとかなり高い⁸⁰。特に農村地方などではいまだに6～7人の子ども

⁷⁹ UNICEF（1994）

⁸⁰ ESCWAの人口部の推定による。概して中東での出生率は毎年変わるので統計はすべて出生率の目減りを予測した推定であるから、データ出所により出生率の数値がかなり違ってくるが、例えばタイでの最近の出生率は1.9である（表3 - 1）。UN ESCWA（1994c）

図 5 - 2 貧困と障害の関連性



注：Al-Shatiでの家族内の障害者の数と家庭の所得分布、障害者のいる家庭の所得別分布。

出所：表 5 - 5 に基づき作成。

を産むこともある。妊娠・出産の回数が高いと間隔が短くなり、かつ最後の子どもを出産するときには高年齢出産になることが予測される。実際、1993年に行われたヨルダンの調査では調査対象の母親の14%が「最後の子どもを出産したのは35歳以上のときであった」と答えている。37歳以上の高年齢出産はダウン症候群の原因となる場合もある。実際ヨルダンではダウン症候群と診断された新生児の母親の平均年齢は37歳であった⁸¹。

子どもの数が多すぎると一人一人の子どもに払う注意力が散漫になり事故や障害を引き起こすという説もある⁸²。いずれにしろ、対象国でのいまだにレベルの低い産前産後の医療ケアが障害を生み出す原因となり、障害の早期発見、早期治療の妨げになっているという意見は強い。1994年にアンマンで開かれたUN ESCWAの「障害、ジェンダー、家族のセミナー」の際にも参加者から同様の指摘があった⁸³。

(4) 事故

事故、特に交通事故は障害の大きな原因となっている。対象国では日本のような便利な公共交

⁸¹ UN ESCWA (1994c) に引用された統計を抜粋。

⁸² Nosseir, N. (1988)

⁸³ UN ESCWA (1994b) の議事録に含まれる会議の最終提言に基づくもの。多くの障害を持つアラブ女性が参加した会議の最終提言として女性たちの生の声を反映している。

通が皆無であり、自家用車が主な交通機関である⁸⁴。一般的に運転のマナーは大変悪い⁸⁵。対象3カ国では経済発展に伴い、人口構成が若いことも手伝い、自家用車の数はどんどん増えている。今後も増加の一途である。カイロの交通停滞は国際的に有名で、一方、ヨルダンでは交通事故の多さでは世界でも5本の指に入るという不名誉な記録を保っている。シリアの交通マナーの悪さは現地でも格別に有名である。ヨルダンでは緊急病棟に運ばれる大半の患者が交通事故の犠牲者である⁸⁶。今後若年人口がさらに増加し続けるので、地下鉄や市バスなどの市民の足となる公共交通が必要となる。アクセスの完璧な「ユニバーサルデザイン」の公共交通は当地では障害者の助けとなり障害の防止にもなる。移動対策は重要な課題である。

町全体のインフラの悪さも中途障害、特に高齢者の事故による中途障害の大きな要因である。インフラの悪さから町などを歩いていてもつまずきやすい。ヨルダンなどでは医療そのものは一定の水準であるが、リハビリテーションなどのアフターケアが整備していない。町のスポーツジムなどにも手軽に自分でできるスポーツリハビリテーション設備がないことから、転んだりして簡単な手術後にそのまま寝たきりになることも多い。手軽な公的スポーツジムなどが皆無で、これらのサービスは特権階級のものである。さらに女性は、歩行訓練の中で一番手軽で自然な形態である歩行ですら問題がある。これは外出し歩行することが文化的な面から難しいためである。女性が一人で町を歩きにくく、公的交通機関も限られており自家用車中心の生活では、本人が意図的にスポーツなどをして筋肉を鍛えないと物理的な老化現象をきたしやすい。さらに文化的な面から女性のスポーツに対する理解が不十分である。手軽なスポーツジムなどが民営で高価であることは中途障害（高齢者など）の大きな原因と本研究者は分析する。

（5）戦争、内戦、占領

対象3カ国は直接には内戦や戦争の被害国ではないが、シリア、ヨルダンはレバノンと並びパレスチナ難民を受け入れており、国内にパレスチナ難民キャンプを持つ。エジプト、ヨルダン、シリアともにイラクやパレスチナ（西岸とガザ地区）と国境を接しており、流れ込む難民の可能性などを抱えた緊張関係にある。実際シリアなどには、最近になってイラク戦争の難民などが入っている。また、対象国を含むアラブ全地域で表向きには障害政策に関する政治的な支持が比較的高いのは「戦争と障害」、「イスラエルのパレスチナ占領と障害」という大義名分が関係していることは間違いない。現在、イラク戦争後の障害対策に関するニーズも高いこともまた間違いない。ここでは、対象国に直接関係あるパレスチナの国連統計を参照したい。

1988年から1990年の2年間にUNRWAの理学療法士は3,885人の患者を訓練治療したが、そのうち3,068人の患者は「インティファダ（蜂起）」に関連した犠牲者であった。1987年から1990年の約3年間にわたる「インティファダ（蜂起）」の犠牲者は総数5万8000人の負傷者である。

⁸⁴ カイロには地下鉄があるが、路線が限られており交通渋滞解消の解決策にはなっていない。アクセシビリティも不完全である。今後公共交通の増強が必要である。

⁸⁵ 筆者の個人的体験からも一般的な意見としても、アラブ地域での運転は交通量の多さに増して個々のドライバーのマナーの悪さが原因で大変危険である。交通ルールが無視されることは頻繁で事故も多い。交通事故の犠牲者としての障害者も多い。

⁸⁶ ヨルダン日本人会会報（1989）

原因は、ゴム弾、催涙ガス、暴行、拷問など多岐にわたるが、犠牲者の約3割が15歳以下の児童であり、そして患者の約1割は生涯に残る障害を背負うことになった⁸⁷。戦争の影響は物理的なものだけでない。戦争を経験したこと、あるいはテロなどに巻き込まれたことによる精神的なショック (Trauma) はかなり長い間精神的な障害を残し、適切な心理的なりハビリテーションを必要とする場合も多い。アラブでまだ地位を確立していない「精神障害」の問題は今後の課題である。戦争障害者 (中途障害者) が英雄として少なくとも政治的には奉られるのに相反して、障害を持つ女性、先天的障害者、あるいは知的障害や精神障害を持つ人などは社会からより隔離された状況に置かれることになる。外部のエージェントはこれらのアラブの政治的アジェンダに祝福されない重複差別に苦しむ障害者たちを優先的にサービスに組み込む必要がある。詳しくは障害とジェンダーのセクションで述べる。復興開発支援、難民支援などに、近隣諸国を含めるアラブ地域全土で、障害をメインストリームすることは民主的でインクルーシブな新たな「価値観」をアラブ地域で作り出すために重要である。

(6) 近親結婚

アラブ社会では階級、貧富の差を問わず血族結婚 (従兄妹同士の結婚) の習慣が今でもあり、ヨルダンなどでは財産を同族内に残すため好まれる傾向さえある。これは知的障害や重複障害などを生み出す原因の一つである。UN ESCWAが集めた統計によると遠縁との結婚も含むと血族結婚はヨルダンで50%⁸⁸、国土が広く人口の多いエジプトでも29%、欧米的で進んでいるはずのレバノンの首都ベイルート内でも25%と非常に高い。現在ヨルダンではマスメディアなどを通して、近親結婚のリスクを啓発する方法や結婚カウンセリングなどの必要が指摘されているが、文化的な面からなかなか難しい⁸⁹。スウェーデンの研究者Jansonとヨルダン人の研究者Khouryが1992年に行ったパイロット調査によると、国内の重度知的障害児の両親の68%が同族結婚をしていた。これは国内平均の50%よりもずっと高い値である⁹⁰。調査対象の子どもたちのうち21%は、同様に知的障害を持つ兄弟姉妹を持っていた。これは明らかに遺伝的な知的障害の徴候である⁹¹。2人の報告によると、ヨルダン国内では同族結婚総数は約半分で、全結婚の3分の1はいとこ同士の近親結婚であった。ヨルダンのal-Khatibは近親結婚を禁止する法律を制定することを提言している⁹²。ヨルダンでは保健省が結婚前のカップルに健康テストを受けることを規定したが、現在でもしばしば無視されている。

エジプトでも障害児の両親の67%は血族結婚であった⁹³。El-Banna はエジプトの障害の約2割が先天的なものであると報告している。この問題を解決するためには、対象国での「リプロダクティブヘルス」の中に障害が組み込まれるべきである。シリアでも血族結婚の問題は深刻 (地方

⁸⁷ UN ESCWA (1999)

⁸⁸ *Ibid.* p.169

⁸⁹ 長田 (1995)

⁹⁰ 50%の内訳は、いとこ同士が32%、はとこ同士が7%、遠縁結婚が11%で残りの50%縁関係なし (Jordan Times 3 May 1998 での引用による)

⁹¹ Khoury, S., Janson, S., et al. (1992)

⁹² al-Khatib (1994)

⁹³ UN ESCWA (1994b) \ el-Banna (1989)

農村では特に深刻)と考えられ、近親結婚の防止対策と啓発活動の必要性が当研究の共同研究者などを含む多くの研究者から指摘されている。現にシリアの障害の26%が遺伝的なものである⁹⁴。

(7) そのほかの原因

そのほか数多くの原因が考えられる。ジェンダーの観点からは母子保健の未熟さと不完全が挙げられる。それと関連して、障害の早期発見の欠如が重要な要因と考えられる。また上記のように物理的なインフラの悪さ、手術後病後の簡単なリハビリテーション訓練の不十分さもある。また「機能障害」を「能力障害」へと導く要因として早期リハビリテーションの不足や、「機能障害」を持つ人(特に女性など)の社会的疎外が考えられる。上記のような社会的な疎外の結果として、「能力障害」への進行過程が早まっている。

さらに重要な点として指摘すべきなのは、早期介入、早期リハビリテーションと関連して福祉用具が輸入品中心であり、車椅子や義肢、補装具などごく基本的なものに限定されているため手術後の歩行訓練や自立生活に役立つ日本にあるような便利な福祉用具がないことである⁹⁵。輸入品に依存しているため、免税の問題と関連して補助金制度がないことなども現実的な自立と参加を妨げる原因となっている。また、家族が障害者の福祉を担う責任を一手に担うのが一般的であるが、「介護福祉」、「介護ヘルパー」などの技術的な補助が皆無である。自立生活を補助するための専門家制度も存在しない。障害年金、公的保険、生活保護などの経済的支援もなく、すべてをアラブの大家族の責任に押し付けているのが現状である。家族の経済的負担は高く「アラブの文化的価値観」の大義名目の下に家族ベースのサービスを無理強いしているときもある。従って、障害者が負担とされ、無視され疎まれることもままある。これを避けるためには、今後は日本のような自立生活を支える公的な制度が、当事者対象にあるいは家族対象に必要と思われる。そして「機能障害」から「能力障害」へ移行する最大の原因でもあり、障害の「環境因子」でもあるのはいまだに理解のないコミュニティや家族などの否定的な態度なのである。

5 - 2 - 2 障害者の現状

国際協力支援政策を考えるためには上記の原因と関連して障害者の現状を把握する必要がある。このセクションでは障害者のエンパワメントに的を絞り、対象国での一般的な障害者の現況をセクターごとに分析してみる。ただし、各国の障害に関する法律、国内計画、行政サービスなどに関しては後述するのでここでは一般的な状況に絞る。全セクターを包括して障害者対象のサービスの不足は3ヵ国とも共通である。JICAの2002年の国別関連情報によるとエジプトでは政府、NGOを含め障害者対象のサービスは全障害者人口の約1割をカバーするに限定されている⁹⁶。少し古いデータであるが、1988年にはシリアでは障害者人口の約2.4%しかサービスを受けていな

⁹⁴ 2002年のシリア中央統計局とアラブ連盟共同プロジェクトの「家族の健康と人口に関する調査」Ibrahim, H. (2004) に引用されたものから抜粋。

⁹⁵ 旅行用の簡易車椅子や、大がかりな医療歩行器ではなく便利な車両付き腰掛け付きのショッピング用の歩行器などは事故治療後のリハビリテーションに大変便利である。医療的社会的なリハビリテーションと自立生活を有効的に促進するために欠かせない。

⁹⁶ JICA (2002)

い⁹⁷。現在でも基本的にこの比率はそんなに変わらないはずである（推定4%）⁹⁸。大半の障害者に公的なサービスが届いていない。

（1）教育

アラブ全域では全体の約5%の障害児しか教育を受ける機会を与えられていないという報告もある⁹⁹。3カ国ともにインクルーシブな教育を理想として掲げてはいるが、障害児の教育は実際は中程度の開発途上国に共通のパターンとして特殊教育の枠組みの中で実施されている。ヨルダンでは特殊教育は進んでいる。特殊教育は遠隔地も含め国中に広がっている。大学院レベルの特殊教員の養成も行っている。一方、エジプトではいろいろな特殊教員養成機関があるが、大学レベルのものは少ない。UNESCOの調査によるとヨルダンでは特殊教育の幼稚園に通っている幼稚園児は10%しかいない¹⁰⁰。また、ヨルダンで特殊教育を受けている成人の約3分の2は知的障害者であり、CPを持つ子どもたちなどは特殊教育すらも受けていない場合が多い。3カ国とも特殊教育は単独の特別施設の場合が多く、普通校の中に特殊学級として統合され存在することは稀である。インクルーシブ、インテグレーションを促進するためには、教育施設などのハード面とカリキュラムの再編成、教職員の訓練などのソフト面での両方の対策が必要かもしれない。

ヨルダンで行われたフィールド調査によると調査対象の成人障害者の約6割が小学校教育を終えており、これは全国一般の成人の平均（7割強）よりは少し低く、中学・高校卒業者が3割でこれは全国平均（4割強）よりもやはり低い¹⁰¹。対象3カ国の中でも特に教育レベルが高く、特殊教育の行き届いたヨルダンでも一般人口との差はある。

少し古い統計だが、1976年の国勢調査の結果によるとエジプト人障害者の識字率は43%（女性は18%）、シリアの1981年の統計によると障害者の識字率は40%で（女性は20%）でやはり半分以下である。これは当時の一般人口の識字率¹⁰²と比べると大きな差である¹⁰³。エジプトでは教育庁の管下に約165の特殊学校と最低1クラスの特殊学級を持つ204の普通学校を通じて教育サービスを提供している。政府の特殊教育は需要の約4%を担っているに過ぎない。最近になってUNESCO主導でインクルーシブ教育導入に取り組み始めた¹⁰⁴。シリアの最新のデータによると障害者の就学率は大変に低く、大半が小学校レベルの教育しか受けていない。

3カ国ともに過去20年間にずいぶん改善されてはいるが、現在でも障害者の教育レベルは標準よりはずいぶん低い。障害者が大学に行くケースなどはアラブ諸国ではレバノン、ヨルダンを除きかなり稀なことである。また、点字コンピュータなどのハイテク器具の教育面での使用も一般的に遅れている。ヨルダンやエジプトなどの教育レベルの比較的高い国では、今後は特殊教

⁹⁷ Azouni, R. (1989)

⁹⁸ 統計的計算すると、現在でも受益者は2.4%、筆者のシリアの共同研究者の推定によると4%。

⁹⁹ Al-Khatib, J. (2002)

¹⁰⁰ UNESCO (2002)

¹⁰¹ Turmusani, M. (2003)

¹⁰² 同年のシリアの一般成人の識字率は男性が78%で女性が46%であった。障害者の識字率と比べるとはるかに高い。現在は、少しは改善されているが、傾向は同じである。

¹⁰³ UN ESCWA (1989) の統計に基づく。

¹⁰⁴ JICA 国別障害関連情報、エジプトアラブ共和国、平成14年3月より抜粋。

育、初等・教育中等教育に限らずに障害者を高等教育（高等職業訓練学校を含む）にメインストリームする政策が必要となっている。

シリアでは2004年に施行された法令第34号の第9条により、シリアの大学において人文系学部（文学部、家政学部、言語学部、人類学部など）に限り身体障害者のために一定の枠を設け、この枠の中であれば入学の基準に満たない場合でも優先的に入学させる施策が導入された¹⁰⁵。それなりの進歩ではあるが「なぜ優先的な改善措置が人文系学部に限るのか？」「なぜ身体障害者に限るのか？」「例えば聴覚障害者や精神障害を持つ学生が工学部や理学部のような理科系に進学することを積極的改善措置の対象にすることはできないのか？」などの疑問だらけの改善措置である。アラブの障害者が医者や弁護士になる道はいまだに険しいものであり、このような職業に就く障害者の数は大変限られている。

（2）雇用と訓練

本研究の対象3カ国のうち2カ国（エジプトとヨルダン）は国際労働機関（International Labour Organization: ILO）の障害者の職業リハビリテーションに関する条約（ILO159号条約）に批准しており、それに基づく国内法も存在する。エジプトは1988年、ヨルダンは2003年にILO159号条約に批准している。ちなみに、レバノンも2000年に批准している。いまだにシリアは批准しておらず、シリアの国内法定雇用割り当て制度は1985年施行の国内労働法1号により、公的企業に関して4%の障害者の雇用を義務付けている。1959年施行の労働法91号により、民間の工場などの私企業での就業に関しては2%の障害者の雇用を規定しているが、まったく機能していない¹⁰⁶。民間企業の障害者雇用義務化の話が出てはいるが、これもまったく実行されていない。

エジプトとヨルダンは国内法¹⁰⁷の中でより明確に障害者の法定雇用割り当て制度を設けており、ヨルダンが2%、エジプトが5%の法定雇用率を設定している¹⁰⁸。残念ながら、両国ともに実効の面からはほとんど機能していない法律である。実際には、この法定雇用割り当て制度の施行を強制するための対策もない。独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構のような行政機関も存在しないし、特別な雇用促進対策（基準）もなく、法定雇用率は机上のもので終わっている。従って職場で差別をされた際に損害賠償を求めることなどはまったく望めない。もちろん、日本や中国のように、未達成企業の統計なども存在しない。3カ国ともに障害者の自立生活を促進する訓練機会や整備は著しく遅れており、特に知的障害者、重度障害者、重複障害者、女性などは大変厳しい状況に置かれている。

例えば、ヨルダンでは1993年に法律が施行され法定雇用率が制定されてから約10年の間に2,000人の障害者の雇用を確保した。これは年間平均200人の雇用という大変に限られた数値である¹⁰⁹。情報通信技術（Information and Communications Technology: ICT）などの分野での訓練も皆無

¹⁰⁵ 例えば、体育などの合格基準の免除やテストに要する時間など、合理的配慮が必要である。

¹⁰⁶ Ibrahim, H. (2004)

¹⁰⁷ ヨルダン1993年制定の国内法第12号とエジプトの国内法第39号（1975年制定、1982年改正）については後に詳しく記述する。

¹⁰⁸ ちなみに隣国のレバノンの法定雇用率は3%である。

¹⁰⁹ Landmine Survivors Rehabilitation Services Database (<http://www.lsndatabase.com/>)

Box 5 - 1 障害者の生の声「仕事がない」

僕は長年ヨルダンの軍隊で事務的な仕事をしてきた。不運な事故に出会うまではね。事故にあってから職場を退職させられたね。それはもちろん軍人だったから年金はちゃんともらっているよ。だけど、年金の額はまったくお粗末なものでこれでは生活できないよ。うちは大家族なのだから。給料が欲しいね。(ザイド、パレスチナ系のヨルダン人)

それはね、もちろん法律の下では僕たちも人間であり、政府機関での就業とかが優先的に与えられるはずだけどね。でも、実際僕たち障害者のほとんどが何度も何度も応募しても仕事にはありつけないさ。これがヨルダンの現状だね。悲しいけどね。(イッサ、パレスチナ系のヨルダン人20代青年)

私はね、以前は政府機関で働いていました。失明するまではね。でも今じゃね。何の補償金も受け取っていないしね。医療費さえもサポートしてもらえないのよ。自分で払っています。何が必要かって？それは仕事とお金ですよ。(バイアン、30歳代のヨルダン女性)

出所：筆者の個人的なインタビューに基づく。

で¹¹⁰訓練内容は現在の労働市場に適合しない時代遅れのものが多く、訓練の量質ともに問題があったりする。市場調査、市場開発などの努力がなされておらず多くの問題を抱えている。特に障害を持つ女性を対象とした訓練は刺繍や編み物、裁縫といった古典的なものが多く、労働市場と適合せず収入につながらない¹¹¹。職業訓練と職業リハビリテーションの専門家が対象国では相対的に不足気味である。Turmusaniのフィールド調査によると、ヨルダンの障害者は雇用(いかなる形態の雇用でも)を最重点ニーズとして希望している¹¹²。

これは本研究者の関係者対象インタビューやフォーカスグループの結果からも確認されている。ヨルダンでは雇用対策として比較的有効と思える起業支援対策も不完全で、マイクロファイナンスなどの機会も大変に限られている。法定雇用割り当て制度の不完全さを補うためにヨルダンNGO連合(General Union of Voluntary Societies: GUVS)などが町の中の市場条件のよい場所に障害者のキオスクを始めたり、外部のNGOや政府が障害者対象のマイクロファイナンスのプロジェクトなどを始めたよい例もある。

(3) 保健医療

上記のように障害の予防、早期発見の面からはいろいろな問題を抱えている。遺伝的な障害を含む障害の予防、早期発見、早期治療、「医学的治療の後のタイムリーなアフターケア」など一般の保健医療の面からしなければならない課題は多い。また、精神や心の病に関する認識が全般的に低く、精神障害者の問題などは3カ国ともに「障害者としての市民権」さえ獲得していない。精神障害者の団体や彼らを擁護する市民団体もほとんど皆無である。障害のサービスは、身体障害、知的障害、視覚障害、聴覚障害などに限られ、難病対策や原因究明などについては遅れが著しい。また、エイズなどの患者に対する態度はまったく理解がなく、既存の障害者団体も受け入

¹¹⁰ UN ESCWAは早くから視覚障害者対象のアラビア語の点字コンピュータに着眼してヨルダンで女性障害者を対象に点字コンピュータのプロジェクトを、レバノンでは視覚障害児を対象にアクセスシブルなICTのプロジェクトを導入し、バリアフリーなホームページ、点字コンピュータなどの訓練もしている。2004年の5月にはベイルートでバリアフリーのICTの地域セミナーを開催した。

¹¹¹ 1994年のUN ESCWAの女性と障害者のセミナーに参加した女性障害者、専門家たちの意見を参考にした。

¹¹² Turmusani, M. (2003)

表5-6 医師と看護師の比率（医師・看護師1人当たりの人口）（人）

| | 医師1人当たりの人口 | 看護師1人当たりの人口 | 看護師の医師に対する比率 |
|------|------------|-------------|--------------|
| エジプト | 495 | 450 | 1.1 |
| ヨルダン | 632 | 490 | 1.3 |
| シリア | 917 | 472 | 1.9 |
| 米国 | 408 | 114 | 3.6 |

出所：UNDP人間開発レポート2000年版より作成。

れる意思がないと思える。精神障害者や難病の問題は対象国の課題であるとも思える。

医学的研究（ヨルダン大学、カイロ大学、カイロ・アメリカ大学など各研究機関）も障害の研究には遅れがある。ごく最近になってから母子保健や学校健康診断、保健衛生指導なども特にエジプトやヨルダンなどではだいぶよくなったが、先進国と比較するとかなり遅れている。最近になって外部のドナーの支援などにより、母子保健はやや優先されるようになったが、障害の予防や早期発見のメインストリームは進んではいない。また、アラブの特徴として医師の数が比較的多く、医師の質も割と良いのと比較して看護師の数が不足で質もあまり良くない¹¹³。エジプトなどでは医師の数が看護師の数を上回る地区もある¹¹⁴。これは地域医療、CBRを促進する点からは大問題である。母子保健やCBRなどを充実させるためには看護師の地位を高め、質を上げ、数を増やす必要がある。CBR専門の看護師などいてもよいはずである。

障害福祉を担当するパラメディックは理学療法士、作業療法士が中心である。言語聴覚士などもいるが、数も限られており制度的にもしっかりしていない。3カ国とも（特にエジプトとシリアでは）義肢装具製造の専門家はいる。ただし、どの国でも義肢を製造するセンターなどは大都市にあり都市部の患者のアクセスが悪い。ヨルダンなどでは義肢を提供している2つの総合病院は自分の順番を待っている人の長いリストに頭を悩ませている¹¹⁵。

エジプトでは障害者全体の約38%が他人の介助が必要であり、彼らは歩行、階段を上る、服を着るなど通常の日常生活に関する介助が必要である。全体の約9%の障害者は医療サービスが必要であり、7%強が医学療法士のリハビリサービスが必要であり、6%は外科手術が必要であると報告されている¹¹⁶。また、障害者の約1割は義肢を付けている。費用に関しては、医療保険は平均治療費の約6%をカバーするに過ぎず、障害災害手当にいたっては治療費の約2%をカバ

¹¹³ UN ESCWA (1994b)

¹¹⁴ UNDPの人間開発報告書（2000年版）によると、エジプトの医師1人当たりの人口は495人、看護師・助産師1人当たりの人口もだいたい同じで450人である。つまり医師1人に対する看護師の数がほぼ同様で1対1である。しかし、合理的で効率的な医師対看護師の理想的比率は1対3～4であり、欧米など先進国ではほぼこの1対3を保持している。中東でも湾岸諸国の裕福な国（クウェートやアラブ首長国連邦など）はこの先進国的な比率を外国人看護師を輸入することで保っている。ヨルダンやエジプトなど労働輸出国では、逆に訓練を受けた看護師などパラメディックが高給を求めて湾岸諸国に頭脳流出する。これにより、国内の看護師はますます不足する。アラブ地域での慢性的な看護師不足は「女性が患者の身体を触る必要のある看護の仕事」に対する偏見があることも含まれる。看護師不足で技術協力のリクエストは多いと見込まれるが、障害福祉など専門職としての「看護のプロ」を送る側の概念と、不足労働力補充的な受け入れ方の概念が必ずしも一致しない場合が多い。これを避けるため、現地の文化を考慮して女性の看護師だけではなく男性の看護師を送る選択もある。（ヨルダンに7年在住の筆者個人の観察と協力隊員とのインタビューに基づく）

¹¹⁵ Landmine Survivors Rehabilitation Services Database (<http://www.lsndatabase.com/>) より抜粋。

¹¹⁶ el-Banna (1989)

ーするに過ぎない。つまり医療費の9割以上は自費ということになる¹¹⁷。

ヨルダンにはアラブ地域に1つしかない大学レベルの作業療法士の学校があるが、湾岸諸国を含むアラブ地域全土に作業療法士が不足しているため、卒業生は引く手あまたであり、やはり頭脳流出してしまい、国内にはあまり残らず、皮肉なことに慢性的な不足状態である。

3カ国とも、CBRの専門家は極端に不足気味である。マッサージ師、精神保健福祉士、介護福祉士、歩行訓練士などにいたっては皆無の状態である¹¹⁸。簡単なスポーツリハビリの専門家、スポーツジムの専門家も確立していない¹¹⁹。従って、障害への早期介入と継続的なリハビリテーションが難しい。研究者のインタビューを通じて、現地の障害者のほとんどが保健医療と医学的なリハビリテーションを、障害者の就業経済的支援と並び最も大切なニーズと考えているということが判明したのは見逃せない。医療リハビリテーションの専門家の数はまだまだ不足しており、もっと積極的に育成を図る努力が対象国では必要である。障害者のほとんどが医療費を払えないため、あるいはリハビリテーションセンターへのアクセスが悪いためサービスを受けない。対象国では医療はニーズの高い分野のトップに数えることができる。ちなみに、ヨルダンには9カ所のCBRセンターがある。

(4) 公的福祉行政サービス

対象3カ国とも、福祉行政については法律政策と障害者の福祉行政施策が考えられる。福祉従事者の養成や福祉行政機構なども含まれる。国内障害基本計画などの有無などもこの項目に入る。全般として公的福祉サービスは貧弱で多くの障害者に行き渡っていない。福祉行政機構も未熟であり、ヨルダンなどではこれを補うために海外からの補助などを受けたNGO、市民団体が活躍している。法律政策と行政機構については後に詳しく述べる。ヨルダンのAl Khatibの報告によると、ヨルダンの障害者の半数以上はいかなる社会サービスをも受けておらず、まったくの放置状態と見られている。残りの半分は何がしかのサービスを受けている。その内訳は約3割が医療サービスを受けており、7.5%が教育を受けており、リハビリテーションを享受している人はたったの1.2%であり、社会サービスを受けている人が2.4%、約3%が医学的・社会的な専門家の指示を受けており、統合的な社会サービスの恩恵をこうむっている人は全障害者の1%に過ぎない¹²⁰。

¹¹⁷ el-Banaが1989年UN ESCWA主催のヨルダン・アンマンでの専門家会議で発表した。本人は整形外科医（開業医）であり社会開発庁の障害者担当を長年務めた人である。この数値は当時彼が政府の担当官としてUN ESCWAに報告した。著名な整形外科医であり政府に在籍勤務中からカイロで整形外科の民間開業医として活躍していた。カイロでは一般的な勤務状況である。

¹¹⁸ フィールド調査中に、ヨルダンでは視覚障害者対象のセンターなどでマッサージの訓練を行っており、ヨルダン大学にもスポーツマッサージ指導のコースがあり、病院や死海のスパセンターなどでの仕事が望めるとの聞き取り結果が得られた。

¹¹⁹ JOCVのスキームの範囲の中でPTとスポーツ隊員をチームとして派遣することなどが考えられる。

¹²⁰ ヨルダンのal-Khatibが1988年のUN ESCWAのアンマンでの専門家会議に提出したレポート。ヨルダンNGO連盟の会長自らの報告によると、この組織は全国に1つしかないINGOの連合体（GUVS）であり、国内のほとんどのNGOが属している。障害分野でもサービス提供機関として幅広い活躍をしている。従って、かなり信憑性のある数字とも思える。約15年ほど前の数字なので最近は少し良くなったかもしれない。

(5) 情報、コミュニケーション、ICT

アラブの障害者、特に視覚障害者と聴覚障害者は情報の収集とコミュニケーションの分野でギャップと障害を感じている。通常のリーディングサービスや点字、手話なども未整備であるにもかかわらず、対象国を含めアラブ地域はICTや情報へのアクセスの促進、アクセシブルなコンピュータなどに強い関心を示している。障害者に必要な情報を収集したネットワークやユニバーサルデザインを使用したホームページ（アラビア語と英語の）もほとんどない。障害者向けの情報の著作権（点字出版向けの電子情報）の問題なども解決しておらず、シリアなどではごく最近になってから一般向けのインターネットが解禁になった。いずれにしても法と施策制度なども含め今後ユニバーサルな情報のオープン化を目指した改善が望まれる。UN ESCWAは早くからユニバーサルな都市づくりとアクセシブルな情報を促進するプロジェクトを始めており、ヨルダンとレバノンで点字と音声出力コンピュータプロジェクトを実施している。民間会社と協力してアラビア語の点字コンピュータの点字と電子文章のマニュアルを出版したり、2004年の5月にはアクセシブルな情報、ICTの地域会議を開催した¹²¹。また最近視覚障害者向けのホームページ、ネットフォーラムを開いた¹²²。

(6) スポーツ文化

障害者のスポーツ参加は社会参加の権利に加えて健康の増進のためにも必要である。適宜なスポーツはリハビリテーションと能力障害防止の点からも特に必要である。文化的な活動と比較すると対象3カ国は障害者のスポーツについては割合と理解があるかもしれない。特に男性の障害者の場合は少なくとも概念的な理解はある。これには、戦争や治安維持の目的で軍事訓練などを必須とするお国柄が関係している。シリアでも社会主義バース党¹²³などのリーダーシップで一般に男性のスポーツ（格技を含む）は重要視される。その一方で、女性のスポーツ活動に関してはまったく理解がない。エジプトなどの原始イスラム主義者（Fundamentalists）の間には女性がスポーツウェアを着てスポーツをすること（水泳など）を全面禁止することを提言する過激派も存在する。

ヨルダンには、ヨルダン障害者スポーツ団体連盟（Jordan Sport Federation for the Handicapped）が首都にあり、国内にある3つ（アンマン、アカバ、ケラク）の障害者専門のスポーツセンターを統括している。これらのセンターはヨルダンの皇族で障害を担当しているラード皇太子の事務所が運営をしている。事務局長はバジル・フラニという健常者の専門家である。この「ヨルダン障害者スポーツ団体連盟」へは過去に日本のJOCVを何人が派遣している。そのほか、国内にスポーツとレクリエーションのサービスを行う施設が6カ所ある¹²⁴。

シリアにも障害者のスポーツ施設があり、過去にJOCVを派遣したこともある。筆者の観察に

¹²¹ <http://www.escwa.org.lb/divisions/sdd/urban.html>

¹²² <http://www.escwa.org.lb/nfb/index.asp>

¹²³ 現在の大統領Beshirと、その父親の故 Assad大統領などが属するアラブ社会主義と提唱する政党でイラクにも存在した。事実上は一党独裁主義であり、シリア国内の地方の隅々までにバース党の支部や青年団体をネットワークに強い影響力を持つ。

¹²⁴ Landmines Survivors Network Jordanのデータベース、Landmine Survivors Rehabilitation Services Database（<http://www.lsndatabase.com/>）。

よると参加者は男性が多く、女性専門の障害者スポーツプログラムやトレーナーの不足などが要因で3ヵ国とも女性はスポーツでも不利である。アラブ障害者の十年の重要項目にも「スポーツとレクリエーション」は含まれているので、今後は多岐多様なスポーツを促進し障害を持つ女性に対するプログラムを充実化させるべきである。

一方、視覚障害者の文化活動に関しては、エジプトとヨルダンでは女性だけの活動が目立つ。エジプトには国際的に有名なアル・ヌール・アル・アマル（希望と光）センター付属の女子オーケストラがある。視覚障害者の女性だけのオーケストラで西欧クラシックとアラブ音楽を巧みに演奏する。その歴史は古く1950年代に結成されたが、現在は35人の一軍と35人の二軍（予備軍）から構成されており、オーストラリア、ドイツ、モロッコ、スペインなど世界各地で公演して回っている。たいへん有名なオーケストラである¹²⁵。カイロにはもう一つ男性の盲人のオーケストラもあるが、こちらはあまり有名でない。

ヨルダンにもサウジアラビアから資金を得て運営されているNGO、アラブ地域盲人女性の訓練施設（Saudi Center for Rehabilitation and Training of Blind Girls）がアンマンにあり、そこに小さなオーケストラがあった。しかし、後にサウジの保守的な運営方針が表面化し「女性が人前で演奏することに否定的な意見」が反映されオーケストラ活動が中止された。いずれにしてもこれらは一部の数少ない文化活動の例であるので、今後は村落開発やCBRの分野などでも障害者支援のスポーツや文化活動などのJOCV派遣を障害者の開発のメインストリーム化の一つとして導入してはどうか。

（7）啓発広報

アラブ諸国に欠如しているのは地域社会を構成する家族や障害者に対する十分な理解である。前章で記したように、教育や情報に関する問題やこの地域の知的資源の限界などが要因となり障害や障害者に対する理解が不十分である。従って、「障害の問題と障害者の権利はすべての市民に関わる問題であること」を認識してもらい、社会の理解を促すことは障害当事者やその家族が地域社会でエンパワーされるために必須の条件である。啓発活動は啓発的広報活動、国際障害者の日（12月3日）などに合わせてのイベント策定の協力、および学校CBR活動などを通して地域住民に関する呼びかけなど、多岐に及ぶ。

啓発活動の内容として最も大切なのは「障害者の人権」に関するものであり、特に「アラブ障害者の十年とその指針」、現在進行中の「障害者の権利条約」に関する情報は対象国で一般の地域住民に幅広く啓発する努力がなされるべきである。障害者のニーズに重きを置くものより、障害者の権利擁護に重点を置くものが適当と思われる。もちろん障害当事者の啓発活動過程での主体性と積極的な参加は不可欠と思われる。

（8）ジェンダーと障害

アラブの女性障害者は二重苦三重苦を強いられていることは前章で明確にした。女性という性

¹²⁵ 長田（1996）

の問題（Sex）と機能障害のみならず、社会的文化的障壁（Gender）も加えた三重苦を負わされている。アラブの多くの女性障害者は自分が持つ基本的で普遍的な人権や法的権利を認識することもなく、家族の中に閉じ込められてその存在を隠されている。前述の統計上の男女のアンバランスは家族の理解のなさ、その存在の封じ込めと抹殺を意味する。また、ほかの途上国と異なり、文化的、宗教的な理由で女性（障害者を含む）の移動の問題、水泳やサイクリングなどのスポーツに参加する限界など特別な要素も含まれる。また、パレスチナ（ヨルダン、シリアでのパレスチナキャンプを含む）など内戦下の地域では、戦争障害者の男性中途障害者などが英雄として表面上はもてはやされると反対に、政治的な意味のない女性障害者（特に、先天的女性障害者）は無視されサービスの恩恵に恵まれないことも悲しい現状である¹²⁶。

このような状況を認識して「アラブ障害者の十年の指針：行動計画」が12の重点項目に「障害を持つ女性」を入れたことは画期的でもあり、高く評価されるべきである。女性が無視されている例としてはまず教育が挙げられる。ほかの2ヵ国と同様、シリアでも女性障害者の就学率は男性よりも低い。特に中学・高校と学年が上がるごとに男女差は著しくなる（表5 - 7参照）。

一般的に「女性の幸福は結婚して子どもを育てること」と規定されている社会において女性障害者の結婚問題は特に深刻である。ヨルダンの1983年の統計（表5 - 8を参照）は男性障害者と比較した場合にどれくらい女性障害者の結婚が難しいかを明確にしている。成人男性障害者の37%が結婚しているのに対して、成人女性障害者の16%しか結婚していない。また、障害を持つ寡婦の割合は寡夫の男性と比較して約6倍にも及ぶ。離婚した女性の比率も男性の3倍である。結婚におけるアラブ女性障害者の不利は明らかである。

今後はアラブ十年の指針に従い、国内レベルでは女性障害者の自分たちの権利に関する教育、自営などを可能にする技術的な職業訓練、マイクロクレジットの提供やマーケティングの支援、女性向けの自立生活運動など幅広い支援の実施の可能性を探る必要がある。まずは女性障害者自身が、自分たちが社会に貢献できる自信を持たずして、結婚などの機会に恵まれるチャンスは限られている。エンパワメントの観点に立った近代的な結婚カウンセリングなども必要かもしれない。

表5 - 7 シリアの障害者の男女別就学率分布（%）

| 就学率 | 性別 | | 男女合計 |
|----------------|----|----|------|
| | 男性 | 女性 | |
| デイケアセンター / 幼稚園 | 55 | 45 | 100 |
| 小学校 | 66 | 34 | 100 |
| 中学校 | 67 | 33 | 100 |
| 高校 | 71 | 29 | 100 |
| 全体 | 63 | 37 | 100 |

出所：Ibrahim（2004）に引用されたもの（シリア中央統計局とアラブ連盟共同プロジェクト（2002））を参照。

¹²⁶ パレスチナではIntifadhaの結果、多数の障害者が生まれた。政治的意図を含め障害の問題は国家的な課題に昇格したが、ここに含まれる「障害者」とはIntifadhaの結果、手足を失ったり車椅子に乗ることになった男性のことであり、女性障害者や知的障害者や精神障害者は排除されている。パレスチナでは障害がジェンダーの問題に転化されつつある。Atshan, L.（1997）やアラブ障害当事者の意見を参考にした筆者の考察。

表5-8 13歳以上の成人障害者の結婚に関するデータ（男女別）

| 全人口に対する比率（％） | 女性障害者 | 男性障害者 | 障害者全体の人口 |
|--------------|-------|-------|----------|
| 独身 | 62％ | 19％ | 60％ |
| 既婚 | 16％ | 37％ | 29％ |
| 離婚 | 3％ | 1％ | 2％ |
| 寡婦・寡夫 | 18％ | 3％ | 8％ |

出所：UN ESCWA（1994c）に引用されたもの（ヨルダン統計局統計資料（1983））を参照。

Box 5 - 2 女性障害者の生の声「結婚したいが難しい」

ケース1：ハラ・アワードさん（当時、未婚の20歳代のパレスチナ系ヨルダン女性、キリスト教徒）

「アラブの障害を持つ女性にとって一番深刻な問題は結婚でしょう。特に私のように進行性の筋ジストロフィーの場合などではさらに深刻でしょう。アラブでの結婚は子孫繁栄のためと規定されていて、当事者の愛情や友情は二の次にされる場合が多いと思います。当事者同士が理解し合っているだけでもだめです。両親が出てくると話がまとまらないのです。特に先天性の障害者の場合、問題はさらに深刻です。遺伝的な問題と解釈されるからです。男性の中途障害者の場合とは段違いですね。私ですか？ヨルダンでは無理でしょうね。私の二人のいとも私と同じ障害を持っているのですが、二人とも欧米人と結婚しました。私もできれば、西欧諸国に移りたいです。だって結婚できるチャンスが高いでしょう。西欧人男性とならね。理解があるかもしれないもの、それに両親が出てこないしね」

（UN ESCWAの調査のため、1993年に筆者がインタビューした直後に彼女は北米に移民した。結婚したかどうかは定かではない）

ケース2：ダラール・アル・アクハラスさん（当時、未婚の20歳代のレバノン女性、シーア派イスラム教徒）

「私は子どもの時に小児まひにかかり、足に軽いまひが残りました。私はこの軽い障害以外は、若くて健康できれいで魅力的と思っています。教育もあるしね。でも残念ですよ。出会う未婚の男性たちは私を見て『かわいそうに、気の毒に』と思うらしいですね。私にとっては、アラビア語の『ハラーム』（気の毒）っていやな言葉ですね。侮辱と思います。特にシーア派の封建的な社会では女性障害者は不利ですね。でも私は絶対あきらめません。理解ある男性を探して幸福な家庭を築きます」

（2001年にUN ESCWAの調査で筆者がインタビューした。彼女は今も未婚だが相変わらず元気いっぱいがんばっている）

また、二重苦を背負うアラブの女性障害者を援助するためにはJICAなど外部の技術協力機関はジェンダー関係のプロジェクトや部署とのコーディネート強化し、障害を持つ女性を障害メインストリームの視点からジェンダープロジェクトに組み込む必要もある。

（9）パレスチナキャンプとアラブ地域での復興支援

当研究の対象3カ国は直接内戦や戦争に巻き込まれていないので、復興支援は関係ないとみなすのは中東の政治社会を織りなすファブリックを理解していないための間違っただけの見解と断言できる。詳しくはここでは説明できないが¹²⁷、パレスチナのイスラエルによる占領、長く続いたレバノンの内戦、イラク紛争、現在シリア軍がレバノンに駐屯している状況、エジプトなどでの最近のテロリストおよびイスラム過激派の台頭など、どれをとっても対象3カ国の地理的・政治的・社会的状況と密接につながっている。今回の現地調査中のフォーカス・グループのワークショップで

¹²⁷ 池内（2003）

表5-9 中東における「障害と戦争の関連性」

| 一般的な紛争と障害の関連性 | 対象3ヵ国とその隣国での個別のインパクト(例) |
|---------------------------------|---|
| 内戦・紛争のための障害者の増加と医療サービスの不足が目立つ | パレスチナ西岸・ガザ地域・イラク、南部レバノン、パレスチナ難民キャンプなど、サービスの不足、障害者の急増 |
| 社会的インフラ、家族制度、セーフティネットの崩壊などが見られる | パレスチナキャンプや貧困地域などでは障害者の自立生活の必要性、障害者の経済活動の必要性が緊急問題であり、障害者のセーフティネットであった大家族制度の崩壊が見られる |
| 貧困の影響 | 例として、貧困のため障害者の切り捨て、特に女性・高齢者、パレスチナ人難民などのネガティブなインパクト |
| 長期的後遺症としての障害問題 | うつ病、精神障害など(例：レバノンの内戦の後遺症)が長期的な紛争の後遺症となる(長期的なりハビリテーションが必要) |
| 政治的な不安定化 | 国内にパレスチナ難民キャンプを抱え政治的に不安定(ヨルダン、シリア、レバノン)、パレスチナ人とその他の国民との小競り合いなど、将来的にも障害者が増える予測 |
| 紛争による難民(労働移住者を含む)の移動と地域全体としての問題 | パレスチナ問題の膠着化、イラク人のシリア・ヨルダンへの移動、エジプトの労働移民の逆流(イラク、クウェートなど湾岸諸国から)、障害者とその家族に影響を及ぼす移民労働の問題、仕送り・送金不足 |
| 戦争による障害のジェンダー化 | 女性障害者や先天的障害者の排除(英雄的戦傷者の男性のみにサービスが提供される) |
| 戦争・障害の防止対策としての民主化の必要性 | 民主化の必要性、紛争後の市民社会(NGO)形成の可能性(例：イラク、レバノン、パレスチナなど) |
| 援助機関・国際機関との対話協力の必要性 | 国連の介入(パレスチナ、イラクなど)、UNRWA、欧米のINGOの援助、長期的なエンパワメントを目標にする援助、紛争後の開発の過程で障害者のメインストリーム化、援助機関間でのコーディネート必要性 |

出所：筆者作成。

も、障害者が隣国を含むこの地域内での紛争や内戦、その政治的なインパクトを自分たちの生活に最も影響を与えた歴史的な事項として選んでいる。

イラク紛争を含むこの地域での紛争は「地域間紛争」とも定義でき、その形態はより古典的な「国家間の戦争」とはかなり違っている。上記のように、シリアは現在、レバノンに軍隊を「レバノンの保護」の名目で駐屯させている。同時にシリアはいまだにゴラン高原をイスラエルに占領されているし、シリア、ヨルダン、レバノンは国内にパレスチナ難民キャンプを有しており、これらは紛争の火薬庫になっている。

ヨルダンにいたっては、最大のパレスチナ難民キャンプを抱えており、ヨルダン国内の人口の7割がパレスチナ人であるという特殊な事情もあり紛争下にあるといっても言い過ぎではない。米国のイラク介入の後には数多くのイラク人がヨルダン、シリアに避難し住民として住み着き始めている。従って「紛争、障害、復興」のトライアングルはより民主的な「社会的価値観」をこの地で植えつるために重要なことである。障害者を復興過程、地域社会やコミュニティ、市民社会の重要な担い手として認識させることは復興開発支援の最も重要な部分である。外部支援団体も、そのような漸進な意識形成と障害者の自立運動などの市民社会の形成の過程に受け入れ側政府と協力して参加するべきだ。復興支援と開発の担い手として平和で民主的な社会の復興過程

での障害者の完全参加を目指すことは正しいことである。

中東においては、JICAも米国のUSAIDなどが促進している「障害と紛争後の復興開発」、「障害と市民社会（NGO）形成、民主主義の保持推進、障害者の権利擁護の支援」¹²⁸などに近い対応路線を採用してもいいのではないか。これはこの地域で内戦やテロなどによって生み出される障害の予防策としても賢明な路線と思える。その際、紛争の被害者の多くが女性や子どもを含む非戦闘員である事実に向け、地雷の被害者や精神障害者なども含め幅広い犠牲者を対象とすべきである¹²⁹。また、先天的障害者や知的障害者もサービスに含まれるべきである。

いずれにしろJICAのアラブ地域における復興開発支援に障害をメインストリームすることは必然であり、今後中東はその成果のテストケースとなる可能性もある。方法論的には、本研究の対象2カ国では国連のパレスチナ難民事務所（United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East: UNRWA）があるので、JICAとしてはそこを通して障害をメインストリームした開発プロジェクトに参加することも可能である。ヨルダン、シリアのパレスチナ難民キャンプは緊急なものではなく、パレスチナ人の長期的な住居地であり両政府ともそのキャンプ住民に対して十分な責任を負えない状況である。従って、医療サービスなど緊急援助のほか、障害者の完全参加と自立を目指すための障害者に対するエンパワメントを目指す長期的な取り組みが必要となる。今後イラクやパレスチナ現地の復興プロジェクトに障害の視点をメインストリームすることは地域的紛争の解決に貢献する。地域紛争解決のためには近隣諸国との密接なコーディネートが必要である。この法則は障害の視点でも同様である。

（10）アドボカシー支援と人権擁護

先に記したようにアラブで最も民主的なレバノンにおいて内戦中1980年代の後半に障害当事者市民団体がリーダーシップをとって反戦運動、人権運動を繰り返したことは注目に値する。1987年の内戦下の障害当事者の国内横断デモを通して障害者のみならず、すべてのレバノン市民の人権擁護運動を促進した過程は欧米では高く評価された。国内でも多くの人に支持され注目を浴びた。1992年に形成されたレバノンの障害問題国内政策推進委員会（障害当事者を含む）はその後も人権擁護団体として活動を継続して、ついには2000年のアラブでは最も民主的な権利に基づくレバノン障害者法の制定を勝ち取った。AODPの本部もレバノンにあるし、Lebanese Council of Disabled Persons（LCDP）¹³⁰もベイルートにある。当事者団体が重要な市民社会の構成員として活発に参加しているアラブ諸国では稀な良い例である¹³¹。

湾岸諸国などほかのアラブの国ではレバノンのような市民社会としての障害当事者団体は限られている。抑圧されている場合もあるし、政府の統制の下で細々と活動している場合もままある。ただし、現在はアラブ地域で当事者運動が盛り上がってきている。特にイエメン、チュニジア、モロッコ、占領下パレスチナなどで当事者運動が盛んになってきた。ヨルダンとエジプトも可能

¹²⁸ USAID（2002）

¹²⁹ レバノンでは1999年時点で、国民の25%が長年の内戦の後遺症として精神障害やうつ病を経験しているという報告もある。（UN ESCWA（2000））

¹³⁰ DPI Lebanon Branch

¹³¹ Kabbara, N.（2004）が本研究に共同研究者として提出した添付資料5を参照。

性があり、最近になって国内障害政策審議会（National Council of Disabled People）が再編成され国内での障害当事者団体の連合体として役割を演じるようになってきた。シリアでは当事者運動も権利擁護運動も後れをとっている¹³²。

国際的にも障害者の権利条約制定のプロセスが進行中である。人権擁護が重大な課題となっている現状を踏まえ、今後は政策の提言（advocacy）ができるような当事者団体の形成過程をヨルダン¹³³、エジプト、そしてシリアでも支援してリーダーを育成し、これらの国々において、将来的には政策提言・人権擁護を促進できる市民団体に育つように支援することは最も望まれる。レバノンの成功は良い例として参考になるはずである¹³⁴。JICAなどの人権擁護支援の形態としては、当事者団体のリーダーシップ研修、直接に対象国での当事者団体のプロジェクト支援などのほか、受入国と協力して国内のリーダーシップのある現地の当事者団体と共同で権利擁護や権利条約制定に関するアラブ地域内の会議を開催することを支援するようなやり方も可能である。

世銀が援助される側の政策運営のレベル、つまりガバナンスの4大重要要綱として法の支配、透明性、アカウントビリティのほかに市民社会の参加を基本的な構成の中に入れた。IMFは貧困撲滅対策の5原則として「政策に市民の参加を図り、貧困層の裨益を重視すること」を提言している。世界銀行では貧困撲滅の支援を、エンパワメントを通して貧困層（障害者）の参加を重視して、障害者等貧困者を保護し、障害者団体などの社会的組織の参加を通じて、貧困者（障害者）が自分たちの生活を設計する能力を獲得することを提言している¹³⁵。障害者などの貧困層が公共サービスや行政に参加することにより、経済成長の恩恵をちゃんと受ける制度を構築しようというものである。ここには貧困削減を予算分配の問題だけではなく、民主主義のあり方の一環として組み込んでいこうとする姿勢が見られる。民主主義の未熟な中東においてこそ、わが国が障害を媒介体として民衆主義やガバナンスという今まであまり取り組んでこなかった分野でリーダーシップを発揮することも将来的には可能かもしれない。

¹³² *Ibid.* Kabbara, N.

¹³³ ヨルダンには2つのアドボカシー支援NGOが存在する。その一つはJordanian Renaissance Society（Jordanian Nahda Society）で障害者の人権を提唱する。障害者の働く権利、アクセスの権利、法律と政策に関する問題など、幅広く扱っている。（Rehabilitation Service Directory for Jordan, prepared by LSN Jordan, 1st edition, 2001）

¹³⁴ Kabbara, N.（2004）が本研究に共同研究者として提出した添付資料5を参照。

¹³⁵ 渡辺・三浦（2003）を参考にした筆者の個人的な解釈。