

# 子どもの障がいの評価

すべての子どもたちのインクルージョン（誰もが受け入れられる社会）が実現されない限り、公平な社会が実現することはあり得ず、適切なデータの収集および分析によって障がいのある子どもたちの実態が明らかにされない限り、そうした子どもたちにとってインクルージョンが実現されることはない。

子どもの障がいを評価するのは難しく、特有の問題がある。子どもたちはそれぞれ異なるスピードで発育し、基本的な所作を身につけていくため、子どもたちの生活機能を評価して、それが重大な障がいであるのか、それとも正常な発育のばらつきの範囲内なのかを判断することは困難な場合がある<sup>114</sup>。障がいというのはその性質や程度がさまざまであることに加え、それぞれの年齢に応じた定義および手法を適用する必要もあり、データ収集が難しい。さらに、子どもの障がいに関するデータの質が低いのは、時により、子どもの障がいに対する理解の低さや、偏見・差別や評価方法の改善に向けた投資の不足が原因となっている場合がある。そうした問題に起因するデータの欠如が、適切な政策の策定や必須サービスの提供の妨げとなっている。しかし、このあとで論じるように、現在データ収集の改善に向けた取り組みが進められており、情報を集めようというまさにその行為が好ましい変化に拍車をかけている。

## 進化する定義

障がいの定義には、医学的決定要因と社会的決定要因の両方を含めるべきであるという一般的な合意があるにもかかわらず障がいの評価は、依然として特定の身体的、精神的な機能や構造の問題に焦点を当てた医学的要因に基づいて行われている。

障がい者数の推計値は、障がいに対してどの定義を用いるかによって異なってくる。狭義的な医学的定義を用

いた場合には、生活機能や参加に対する社会的障壁まで考慮に入れた、より広義的な定義を用いた場合よりも、推計値が低くなる可能性が大きい<sup>115</sup>。

健康と障がいを、より広範な社会的障壁との関連の中で捉えたものに、世界保健機関（WHO）が定めた国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF）がある<sup>116</sup>。この分類では、障がいを、「身体の構造および機能の問題として」と「その人の活動および参加という観点から」という、2つの主要な形で捉えている。国際生活機能分類によって定義されている障がいは、人々の存在そのものの一部分である。国際生活機能分類の定義では障がいを効果的にメインストリーム（主流）に組み込み、焦点を原因から影響へと移して、誰もが有る程度の障がいを経験する可能性があることを認めている。また国際生活機能分類の定義では、生活機能および障がいは状況によって生じるものであると認めており、それが故に身体的要因だけでなく、社会的および環境的要因も評価することは意義がある。

国際生活機能分類は主におとなの障がい者を対象にして作成されているが、それを基にした派生分類である国際生活機能分類—児童版—（ICF-CY）は社会的な面も考慮している。これは、機能障がいそのものだけでなく、子どもが社会という環境の中で機能したり、参加したりする際に、障がいがどのような影響を与えているかも考慮したものになっている。この分類は次の4つの主要分

野をカバーしている：「身体構造（器官、肢体、神経系・視覚系・聴覚系・筋骨格系の構造など）」、「心身機能（傾聴や記憶といった身体系の生理的機能）」、「活動に対する制限（歩行、登り降りすること、更衣など）」、「参加に対する制約（保護者やほかの子どもたちとの遊び、単純作業の実行など）」<sup>117</sup>。

## 全体の中で障がいを捉える

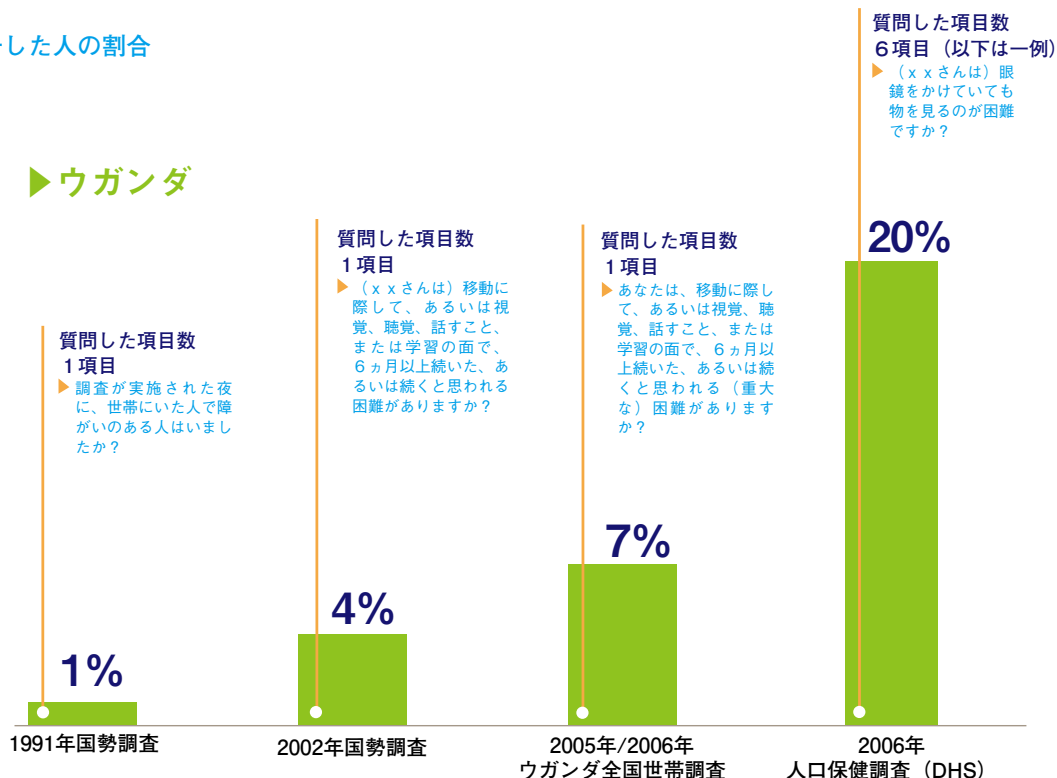
データは全体の中で捉えて解釈しなければならない。どの位の障がいがあるのか、障がい者数の推計値は発生と生存の両方を兼ね備えているため、数値を見る際は、特に乳幼児および子どもの死亡率が高い国では慎重に解釈する必要がある<sup>118</sup>。報告されている障がい者数の値が低いのは、障がいのある乳幼児の生存率が低いためであったり、障がいのある子どもたちが施設に閉じ込められていたり、家族が差別を恐れて障がいのある子どもたちの存在を隠していたり、あるいは、路上で生活し、働いている障がいのある子どもたちを数の中に入れていない場合があるからである。

文化もまた重要な役割を果たす。何をもって「正常な」生活機能と見なすかは、全体の中ではさまざまな見方があり、評価そのものの結果に影響を与える。特定のマイルストーン（水準）を満たすかどうかは、子どもによって変わる可能性があるだけでなく、文化によっても変わってくるのである。発育段階のある時期に、子どもたちは新しいことをやるよう、周りに促されることがある。例えば、ある調査では、インドの都市部では「カップを使えるようになった」子どもたちは、生後約35ヵ月で約50%であったのに対して、タイでは同目標を生後約10ヵ月の子どもたち全員が達成した<sup>119</sup>。したがって、現地の環境や理解に適した基準値に照らして子どもたちを評価することが重要である。

こうした理由から、「ウェクスラー児童知能検査」や「グリフィスの精神発育検査」<sup>120</sup>といった高所得国で開発された評価ツールは、異なる社会文化的背景の中でうまく障がいを検知できるかどうか、あるいは障がいを的確に測ることができるかどうかを試していないことが多いため、やみくもにほかの国やコミュニティで使用することはできない。基準となる枠が異なる可能性があり、調

## 4つのケーススタディ

### 何らかの障がいを報告した人の割合



出典：ユニセフ。グラフに明記した調査や国勢調査による。

査ツールが現地の習慣、文化的理解、言語、あるいは表現を十分に捉え切れない場合があるからである。例えば、「朝食用シリアルを準備する」や「ボードゲームで遊ぶ」といった質問票を使い、「基準」行動に基づいて子どもの発育を評価することは、ある地域では適切かもしれないが、子どもたちが日常的にそうした行動を取る習慣のない地域では不適切となる場合がある<sup>121</sup>。

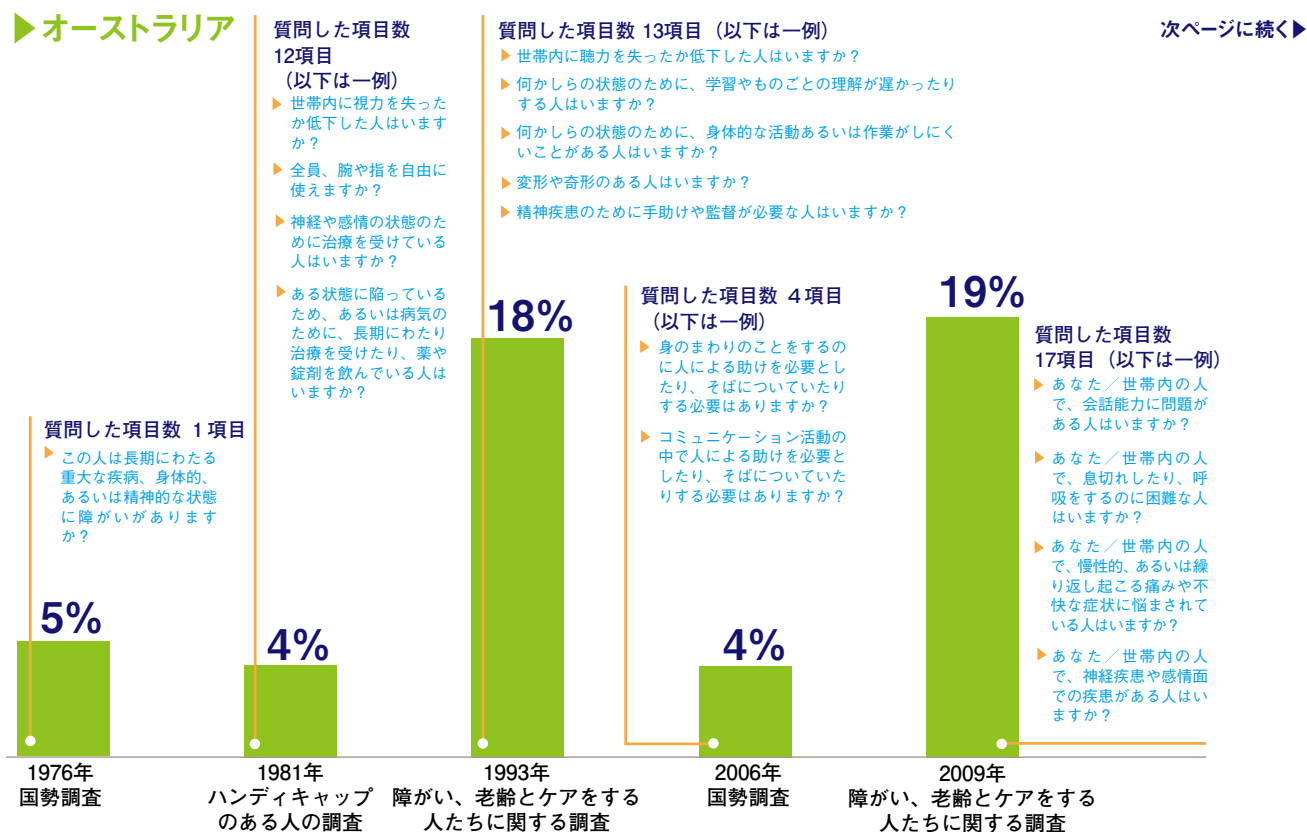
## データ収集

データ収集をする、その特定の目的が、どこまで「障がい」と定義するのか、質問票の内容、そしてその結果として出る数値に影響を与える可能性がある。障がいのタイプおよび障がい者数を測る目的は、しばしば社会的保護政策のような特定の政治的イニシアティブと結び付いている。データとして得られた結果は、給付金の受給資格の決定や、支援物資の提供に関する計画や決定に利用されるが、例えば、障がい給付金の受給資格があるかどうかを決める基準は、機能面で制約がある障がい者全員を探し出そうとする調査基準に比べてより限定的であり、得られる障がい者数は大幅に違うものになるはずである<sup>122</sup>。

子どもたちの多くは、教育制度や保健ケア制度に関わりができたときに、障がい者として特定される。しかし、所得の低い国やコミュニティでは、学校や医療機関のスタッフが、障がいのある子どもたちの存在を日常的に認識したり登録できるとは限らない。その結果として低所得国の障がいのある子どもに関する情報は不足し、障がいとは国際的な優先事項として考慮する必要はないという間違った考えを引き起こしている<sup>123</sup>。

障がいのある子どもたちに対する学校教育やそのほかの公的サービスが十分でない地域では、国勢調査、一般家庭や特定家庭を対象とした調査、主要情報提供者に対する聞き取り調査といった調査方法を使って、障がい者数の推計値が算出されている。

一般のデータ収集手段では、障がいのある子どもたちの数が少なく見積もられることが多い<sup>124</sup>。それらの手段では、「家庭内に『障がい者』がいるかどうか」といった包括的な質問やフィルターのかかった質問が用いられ、あるいは年齢に関係なく家族全員に同じ質問が出されたりする。とりわけ子どもたちは、子どもたちに関



する具体的な質問が出されない調査では見落とされることが多い<sup>125</sup>。

子どもの障がいの問題に対処するための世帯調査や、子どもの障がいを特別に評価するために実施された世帯調査は、総括的に障がいについて尋ねる世帯調査や国勢調査よりも正確な結果をもたらしてくれる<sup>126</sup>。そして前者のほうが、質問項目の数が多く、質問が詳細なため、障がい者数が高く報告される傾向にある。

## アンケートの設計

たとえ綿密に設計された調査でも、あらゆる年齢層の子どもたちに対して同じ質問を繰り返し聞いてしまうと、間違った結果を報告する可能性がある。子どもたちの発育段階と日々進化する能力に対応するために、子どもの年齢に応じて適切な質問を選ばなければならない<sup>127</sup>。セルフケア（顔や体を洗ったり、衣服を着たりなど）のような一部の領域に関する質問は、ごく幼い子どもたちには不適切となる。子どもたちが出生後2年の間、複雑な発育過程を経ることを考えると、専門的なツ

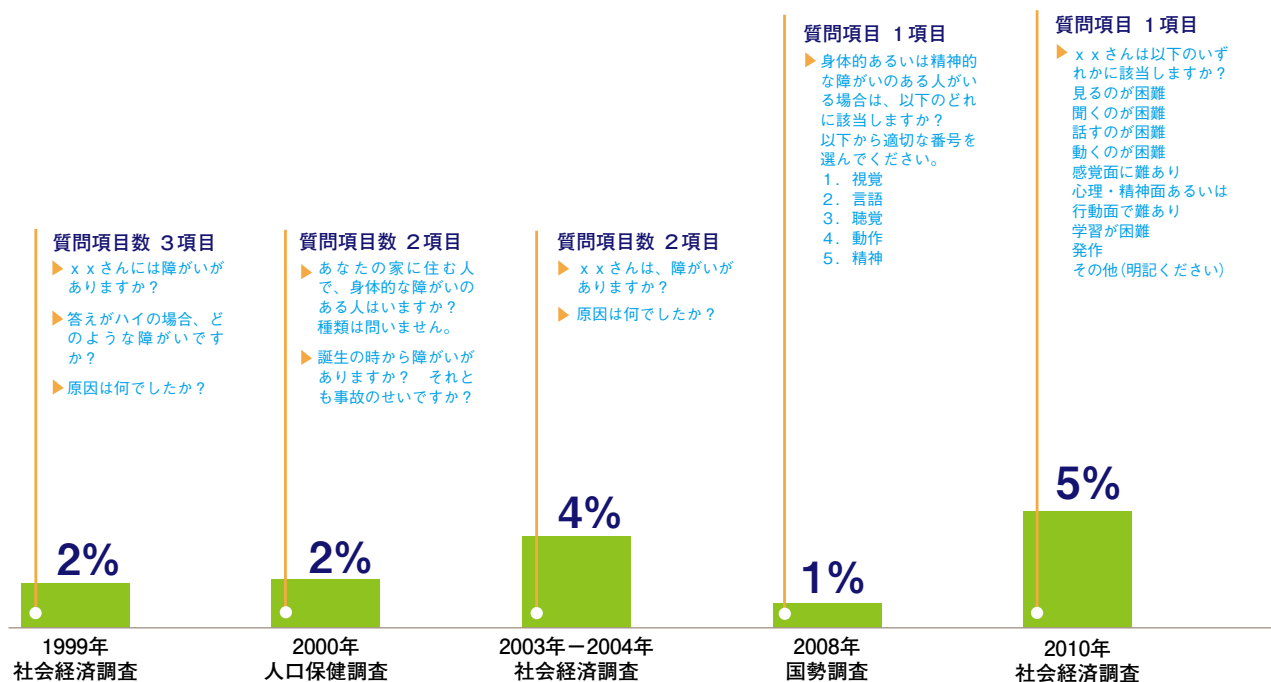
ルや評価方法がなければ、障がいがあるのか、正常な成長の中のばらつきと考えるべきなのか、見極めるのはとても困難である<sup>128</sup>。

おとなたちを対象として考えられた質問項目は、必ずしも子どもたちに適用できるとは限らない。にもかかわらず、多くの調査手段では、双方のグループに対して同じ、一連の質問を用いる。子どもたちと関連性の薄い質問の例としては、転倒や物忘れに関する質問のほか、幼い子どもたちには独力で成し遂げることが困難な作業に関する質問なども挙げられる。障がいを高齢者と関連づけるような質問は、子どもの評価には不適切であるだけでなく、どれを障がいと見なすべきかという点に関して回答者の心に先入観をもたらし、回答の性質や品質に悪影響を及ぼす場合もある<sup>129</sup>。子どもたちの障がいを正確に評価するためには、明確にその目的のために設計された質問票を用いるよう注意を払わなければならない。

世帯調査や国勢調査をはじめとする多くのデータ収集手段は、親の回答のみに基づき、保護者には通常、自分の保護下にある子どもたちの障がいの状態を評価して報

## 4つのケーススタディ（続き）

### ▶ カンボジア



告することが求められる。親やそのほかの保護者は、子どもが特定の作業や行動に対して何らかの問題を抱えているかどうかを見極めるのに非常に適した立場にある場合が多いが、それらの人々の回答だけでは、障がいを診断したり正確な障がい者数を導き出したりするのに不十分である。子どもの障がいを正確に評価するためには、年齢に応じた振る舞いに対する十分な理解が必要とされる。調査の回答者が、発育の各段階にある子どもたちの評価に用いられる特定のベンチマークについて十分な知識を身につけていない場合や、特定のタイプの障がいの兆候を適切に検知できる立場にない場合があるからである。一時的な疾患—例えば耳感染—が、特定の作業を遂行するにあたり、重大な困難をもたらし、これが障がいの一形態として報告される場合がある。また一方で、障がいを受け入れない風潮や偏見・差別があるために、親が特定の兆候を発見したとしても、見て見ぬふりをしたり、あるいはそれを報告することをためらったりする場合がある。質問票で用いられる用語の選択いかんにより、こうした統計上の歪みや社会的な差別現象を助長することも、また、逆に修正することもあるのである。

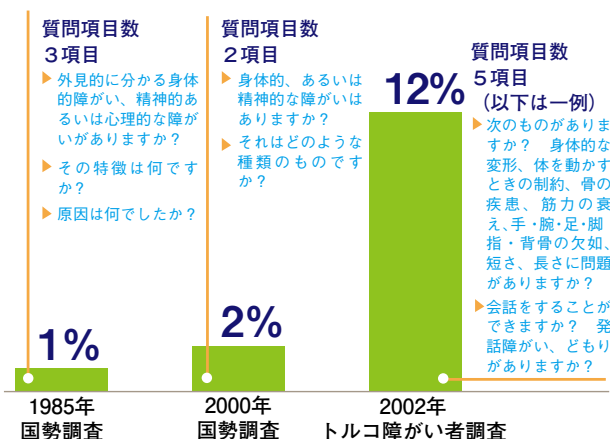
## 目的と結果

子どもの障がいを判断しようとする取り組みは、評価と支援戦略とを結び付ける機会にもなり得る。多くの場合、障がいのある子どもたちは、評価により、その存在が明らかとなり、適切な人や施設に紹介されたり、あるいは直接的なケアを受けられたりするようになる。しかし残念ながら、最初の段階で障がいがあると分かって、フォローアップとしての評価や支援を行うための能力やリソース（資源）が不足していることが多い<sup>130</sup>。そのため、特に低中所得国においては、早期支援が重要な役割を果たすことを認識して、スクリーニングや評価を簡単な支援と結び付ける努力をすべきであろう。

子どもたちの障がいのタイプおよび程度に加えて、障がいのある子どもたちの生活機能およびコミュニティへの参加面での障壁も把握できるデータは、適切な社会経済的指標と組み合わせると、リソースの配分、障壁の除去、サービスの設計と提供に役立ち、またどのようにすれば有意義な形で支援を評価することができるかを考える際に役立つ。例えば、そうしたデータを利用して、所得、ジェンダー、あるいは少数民族という分類が、障がいのある子どもたちの教育、予防接種、または栄養補給へのアクセスに悪影響を及ぼしているかどうかを調べることができる。あるいは定期的にモニタリングを行うことにより、子どもたちのために設計されたインシアティブが、その目標を達成しているかどうかを評価することもできる。

信頼性が高く、有効で、世界各国と比較することのできる推定値を導き出すためには、子どもの障がいの評価方法を統一する必要があることは明白である。そうすれば、各国政府およびその国際的パートナーによる適切な政策およびプログラムに基づく対応が促進され、それによって「障害者の権利に関する条約」の要件が満たされることになる。とはいえ、子どもの障がいに関するデータ収集に統一性がないという理由で、インクルージョンに向けた有意義な対策を先送りする必要はない。新たなデータや分析が出たならば、障がいのある子どもたち、およびその家族向けの現行および予定プログラムをこれらのデータや分析と適合させれば良いのである。

## ▶トルコ



## 前進に向けて

ユニセフは、複数指標クラスター調査（Multiple Indicator Cluster Surveys：MICS）やその他のデータ収集の取り組みの中で、子どもの障がいの評価するための手法を改善すべく協議を行っている。この取り組みは、障がい統計に関する国連ワシントン・グループ、各国の統計局およびデータ収集機関、学術機関、専門家、障がい者団体、ならびにそのほかの関係者とのパートナーシップの下で進められている。子どもの障がいについての信頼性のある、世界的にも一貫性のあるモニタリング、報告システムを作り上げるためには、パートナーシップが重要である。

ワシントン・グループは、障がいの評価基準の質と国際比較可能性を向上するため、国連の支援の下で2001年に創設された。同グループは、おとなたちの障がいに関する質問項目の作成や承認を行っており、それらの質問項目はいくつかの国の国勢調査や一般調査において利用されている。また2010年には、子どもたちおよび青少年の間における生活機能および障がい进行评估するための、一連の設問の作成にも取り組み始めた。

子どもの生活機能と障がいに関する現在の考え方を反映したスクリーニング・ツールの開発を目指すユニセフとワシントン・グループの取り組みは、世界保健機関（WHO）の「国際生活機能分類－児童版－（ICF-CY）」の概念的枠組みに基づいている。開発中のスクリーニング・ツールは、行動面での制約に焦点が当てられており、例えば社会的な排斥に遭ったり、家庭生活や教育への社会的参加の機会を阻害される可能性のある子どもたちを特定するにあたり、どの国にもかなうものになっている。この協働努力の目的は、子どもの生活機能と障がいに関する調査モジュールを開発することであり、全国的に比較可能なデータを集め、子どもの生活機能と障がいに関するデータの国際的な統一を促進する目的がある。このモジュールは、2歳から17歳までの子どもたちを対象としており、会話および言語力、聴力、視力、学習能力（認知力および知力の発達）、移動および運動能力、感情、ならびに行動を評価するものである。またこれらの比較的基本的な行動に加え、スクリーニング・ツールには、さまざまな活動や社会的交流への子どもたちの参加能力の側面も含まれている。障がいの程度をよりの確に反映させるために、単純な「イエス／ノー」アプローチに頼るのではなく、評定尺度に照らし合わせてこれらの側面が評価される。

また、子どもたちの障がいをさらに綿密に評価するため、標準化を図った総合的な手法も開発されつつある。これは、データ収集手順と評価ツール、ならびに収集されたデータの分析のための枠組みから成る。また、一部の分野ではスペシャリストの不足が懸念されるため、教師、コミュニティ・ワーカー、そのほかの訓練を受けた専門家が、新たな手法を管理できるようツールの設計も進められている。これにより、障がいのある子どもたちを特定し、評価する地元の能力を高めることができるであろう。

1995年以来、ユニセフは複数指標クラスター調査（MICS）を通じ、各国が子どもと女性の福祉の主要分野での進捗状況を追跡できるよう支援してきた。こうした全国レベルを網羅する世帯調査は、100カ国を超える低中所得国で実施され、その一部の調査には、子どもの障がいをスクリーニングすることができるモジュールが組み込まれている。現在はこの情報を足掛かりにして、子どもの障がいを評価するため、より効果的な評価ツールの設計が進められている。

障がいは、2000～2001年のMICS（MICS2）アンケートに組み込まれた。それ以来、50を超える調査を通じて障がいに関するデータが収集され、MICSが低中所得国における子どもの障がいに関する比較可能なデータの最大のデータ源になっている。

2000年から2010年の間に行われたMICS調査に組み込まれていた標準的な障がいモジュールは、「10の質問項目によるスクリーニング（Ten Questions Screen：TQ）」である。これは1984年の小児期の重度障がいに関する国際予備調査の環境として開発された。その設計を見ると、その当時に障がいがどのように理解され、評価されていたかが分かる。

TQによるスクリーニングでは、はじめに2～9歳の子どもたちの主だった保護者への聞き取り調査が行われる。彼らは、自分が面倒をみている子どもの身体的および精神的な発育と生活機能に関する個人的な評価を求められる。質問には、「子どもは聞き取りに問題があるように思えるか」、「子どもは指示を理解しているように見えるか」、「ひきつけを起こしたり意識を失ったりすることはあるか」、「ほかの子どもたちと比べて、座る、立つ、あるいは歩くのが遅かったか」などが含まれる。回答項目では微妙な配慮は行われず、子どもたちはそれぞれの質問に対して陽性（はい）か陰性（いいえ）かにふるい分けられる。

TQによるスクリーニングの有効性は幅広くテストされてきてはいるが、結果の解釈は慎重に行わなければならない。TQによるスクリーニングはスクリーニング・ツールであり、障がいのある子どもたちが障がいのある人たちの集団の中でどれほどいるか、信頼性のある推計値を出すには、さらに医学的評価、発育面での評価を必要とする。重度の障がいがある子どもたちは、陽性に分類される可能性が極めて高いが、陽性に分類された子どもたちの中には、さらなる評価によって障がいではないことが明らかになる場合があるからである。例えば、陽性に分類され

た子どもたちの中には、容易に治療できる一時的な健康障がいのために、そのように判断されてしまった子どもが含まれている場合がある。TQによるスクリーニングでは、さらに詳細な評価を行うよう推奨されているが、結果の正当性を検証するための第2段階の医学的評価を行えるだけの予算や能力を持っている国はほとんどなく、また評価を行うための標準化された手法の欠如がさらなる妨げとなっている。

2005～2006年の複数指標クラスター調査では、TQによるスクリーニングが行われたが、その結果、参加国全体にわたり幅広い調査結果をもたらされた。障がいに対して陽性に分類された子どもたちの割合は、ウズベキスタンの3%から中央アフリカの48%にまで及んだ。しかし、この数は、サンプリング数の中での真の差異を反映したものなのか、それともほかの要因によるものなのかは明らかではなかった。例えば、ウズベキスタンの報告値が低かったのは、特に、障がいのある多数の子どもたちが複数指標クラスターの対象ではない、施設で生活している子どもたちである可能性がある。

## スクリーニングから評価へ

子どもの障がいに関する評価に精通している専門家は、TQによるスクリーニングを使った聞き取り調査などのスクリーニングの後には、綿密な評価をさらに行う必要があるということで意見の一致を見ている。そうすることにより、最初のスクリーニングの結果の正当性を検証することができ、その国における子どもの障がいの程度と性質をよりしっかりと理解することができるからである。カンボジア、ブータン、および旧ユーゴスラビア・マケドニアの3カ国では、そうした評価が行われた。それらの国々の経験は、子どもの障がいをどう評価し、どのように評価方法を各地の実情に合致させることができるかという重要な情報を提供してくれる。また、データ収集が変革をもたらす力を持っていることを立証してくれている。

カンボジアでは、TQによるスクリーニングによって陽性に分類されたすべての子どもたちと、陰性に分類された子どもたちの中から無作為に選ばれた10%の子どもたちが、医師、聴力および視力の専門家、ならびに心理専門家で構成される複数分野にわたる専門家チームにより、さらなる評価を受けた。チームは訓練を受けてから国内の各地に派遣され、現地の保健センターやそれと同等の施設で子どもの障がいの評価を行った。専門家チームを派遣すると

いう方法が採用された目的は、国内全域にわたって一貫したスクリーニングの質を確保することと、スクリーニングから評価までの時間差を最小限に抑えることにあった。

ブータンでも同じサンプリング・アプローチが採用され、スクリーニング段階において、サンプリングされた1万1,370人の子どもたちの中から、リスクに晒されている3,500人の子どもたちが特定された。7人の専門家で構成された中核チームは、評価の実施方法について2週間にわたる訓練を受けた。そして今度は、そのチーム・メンバーが、別の120人の保健および教育の専門家たちに対する訓練を担当した。次に、それらの専門家たちは2つのグループに分けられた。一方のグループは、一般開業医、小児科医、眼科医、理学療法士、および特別支援教育の専門家の中から採用された30人の監督者で構成された。90人の現地調査員および評価員から成るもう一方のグループは、主として小学校の教師と保健員で構成された。

旧ユーゴスラビア・マケドニアで用いられた手法は、カンボジアで用いられたものをベースにし、現地で利用できるツールや専門技術を取り入れたものであった。同国では2つの調査が行われた。ひとつは全国調査で、もうひとつはロマの人たちに焦点

を当てたものであった。評価は、医師および心理専門家による1時間の評価と、眼科医および聴覚専門家による10~15分の評価で構成された。

これら3カ国のすべての経験により、限られたリソース（資源）を動員しながら高い回答率を得るためにはパートナーシップが重要であり、それによりしっかりとした調査結果が得られることが分かった。こうしたパートナーシップには、政府機関とその国際的パートナー、障がい者団体、およびそのほかの市民社会団体が参加した。例えば、旧ユーゴスラビア・マケドニアでは、複数のパートナーが協力したおかげで、子どもたちやその家族にとって都合の良い週末に、地元の幼稚園で評価を行うことが可能になった。

中核的な評価チームの構成と使用するツールの種類を現地の人たちに合わせることもまた重要である。カンボジアとブータンの両国では、調査の際、適切な評価員が不足し困難に直面した。この問題に対処するため、カンボジアでは移動評価チームを雇い、ブータンでは中級レベルの専門家の訓練に重点を置いた。専門家がすぐに見つかるとは限らず、カンボジアの場合には、主要な聴力専門家は、海外から招聘する形となった。

評価ツール（質問項目およびテス



## 障がいがあると認定された子どもたちのための支援策は、 計画の初期段階から評価に組み込むべきである。

ト)は、現地に合わせたもので、文化的にも適したものでなければならない。また言語に細心の注意が払われなければならない。カンボジアで直面した課題のひとつは、評価ツールをいかに英語からクメール語へと翻訳するか、中でも特に身体や機能面での障がいをどの言葉で言い表すかが問題となった。カンボジアでの調査で使用された診断評価フォームは、次に旧ユーゴスラビア・マケドニアに適合するように改訂されて同国でも使用され、また評価の心理学的要素に対しては地元のChaturich(チュートリッヒ)テストが使用された。

### 評価が対策につながる

評価を行うことにより、迅速な支援が可能となる。カンボジアでは、聴覚障がい陽性に分類された子どもたちの一部が、実は、耳感染症を患っていたり、耳垢が溜まっていたりしていたことが判明した。これにより聴力が低下し、多くの場合、学校での参加にも支障が生じていたが、原因が分かり治療がなされたことで症状が容易に改善し、さらには、深刻な二次感染や、より長期的な障がい回避されたのであった。

また評価を行うことにより認識の向上に拍車をかけることができ、データの収集や分析のプロセスの途中にあっても、変化をもたらすこと

ができる。ブータンのクリニックで行われた評価結果では、貧困家庭や母親の教育水準が低い家庭では、軽度の認知障がいがある子どもの数が多いことが示され、政府は所得および教育水準の低い農村部で、早期幼児ケアと保育サービスに重点を置くことにした。また旧ユーゴスラビア・マケドニアでは、調査結果により教育へのアクセスが不平等であることが明らかになり、出席率の向上と障がいのある子どもたちに対する差別をなくす計画に拍車がかかった。

障がいがあると認定された子どもたちのための支援策は、計画の初期段階から評価に組み込むべきである。こうした計画では、利用できるサービスのマッピングをし、紹介手順の構築を行い、子どもたちの家とコミュニティでの生活機能と参加を推進するため、いかにして子どもたちの周辺環境を調整するか、家族向けに役立つ資料を作成すべきである。

## 視点

# 障がいのある先住民の子どもたち： 隠すことからインクルージョンへ

筆者：オルガ・モントウファ・コントレラス



オルガ・モントウファ・コントレラス氏は、ステップ・バイ・ステップ基金の理事長である。この団体は、メキシコ国内の障がいのある先住民の子どもたちの社会へのメインストリーミング化を促進する多文化組織である。聴覚障がいのある女性の娘として生まれた彼女は、エンジニアとしての訓練を受け、開発および社会政策の修士号を取得している。

先住民は長年にわたり、極度の貧困、差別、および社会と社会サービスからの排斥に苦しみながら生活してきた。私たちのコミュニティの中では、障がいのある少年・少女が最も脆弱で最も困難な生活を送っている。「障害者の権利に関する条約」、「先住民の権利に関する国連宣言」、および「子どもの権利条約」という3つの国際人権規約により、障がいのある先住民の子どもたちが直面している課題に対処する歴史的な機会が与えられたにもかかわらず、彼らは依然として社会から取り残されたままである。

私は先住民のコミュニティの中で、ポリオによる身体的な障がいを有しながら成長し、長い年月が経過したにもかかわらず状況がほとんど変わっていない現実を目のあたりにしている。今日でも私が幼かった頃と同様に、障がいのある子どもたちは社会から排斥されており、さらにコミュニティによる拒絶はその親や兄弟姉妹にまで及んでいる。これは、障がいというのは天罰と考えられていて、障がいのある子どもはコミュニティにとってのお荷物と見なされているためである。現在も、昔と変わらず、サービスを利用し、障がいのある家族の一員のために発生する追加費用を賄うのは極めて困難である。過酷な貧困、地理的隔離、政治的疎外は今も続いており、むしろ差

別や偏見によってそれらが一層ひどくなっている。これは深刻な結果をもたらす可能性がある。立場が弱く、物事を変える力のない多くの母親たちが、子どもの病状のことを周りに隠し、あるいは幼児殺害という手段に出たりしているのである。

私の家族は、障がいのある息子や娘たちの身になって、一緒に闘ってくれる数少ない家族の一例である。私たちの場合は、都市に移住して、より近くでサービスを受けられる住まいを手に入れることができたからそれも可能だったのであろう。しかし、障がい者のいる家族が生活する困難な状況の中では、人権の侵害は日常茶飯事であり、ほかの人たちが気にかけてくれることもない。だからこそ、有意義な対策の実施に向けて意志とリソース（資源）を動員する必要があるのである。

取り組むべき直近の問題のひとつは、一般的に先住民のコミュニティに関するデーター特に障がいのある子どもたちに関するデーターが不足していることである。しかし、データの収集は決して楽ではない。それは先住民の家庭が、多くの場合遠隔地に散在しているからであり、また、先住民の言語を話す訪問調査員を十分に確保できない場合があるからである。さらに、多くの場合、家族は調査を行う人々に対し

しかし、データの収集は決して楽ではない。

先住民族の家庭が、多くの場合遠隔地に散在しているからであり、また、先住民族の言語を話す訪問調査員を十分に確保できない場合があるからである。

て障がい者の存在を否定するからである。また、たとえ親が私たち障がい者の存在を認めて、私たちに対する支援を望んだとしても、そもそもそうした人々は情報をほとんど持っていないために、結局は調査時に十分な情報を提供できずに終わる場合がある。家族が情報を持っていないのは、スクリーニング・サービスや診断サービスがほとんどないためである。そうしたサービスの欠如が、私たちの存在が表に出ないことにつながり、それは私たちの身体的および知的状態を脅かしているといえる。さらにこうした問題に加えて、障がいのある少年・少女は誕生時に出生登録されないことが多く、私たちの市民権や公共サービスを受ける権利が認めてもらえない主要な原因のひとつになっている。これらは、先住民族の障がいに関する調査に向けた動機付けとなるべきであり、その調査の結果は、私たちのニーズに対処し、権利を保障するような公共政策や公共サービスを策定する出発点になるべきである。

また、メインストリーム（主流）の教育制度へのアクセスの欠如も是正されなければならない。障がいのある先住民族の子どもたちのインクルージョンは、「障害者の権利に関する条約」のもとで義務付けられているが、実際のところ、私たちのコミュニティの子どもたちがインク

ルージョンの恩恵に預かることはあまりない。それというのも、通学のために毎日移動しなければならない距離が、大きな障壁となり得るからである。また、障がい者も学習できるよう、最低限のサービスと施設を備えている学校はほとんどない。そして先にも述べたように、コミュニティの伝統的な習慣が、教育面でのインクルージョンの欠如の大きな原因となっている。私たちのようなコミュニティでは、一族の長が出生時に少年や少女の役割を決定し、子どもに障がいがあると、一般にその子どもを就学させることは時間の無駄であると考え、家族にとっても、経済的な負担が大きくなるからである。多くの人々が、障がいのある人のことを、たとえ修理しても役に立たない壊れた物体であると考えている。そしてこうした状況は少女の場合にはさらに不利となる。障がいのある少女の場合には、障がいのある少年よりも「学習しても良い」という許可を得ることが難しいからである。

また、たとえ私たちがコミュニティの偏見・差別を乗り越えて何とか学校に通うことができたとしても、教師のほうが2つの障壁に直面することになる。ひとつは先住民族の言語をあまり知らないこと、そしてもうひとつはインクルーシブな教育について十分な訓練を受けていな

いことである。こうした訓練不足により、障がいのある子どもたちのインクルージョンがさらに困難なものになる。結果として、私たちは障がいのある先住民族の子どもたちへのインクルージョンという挑戦を受け入れてくれる、個々の教師の善意に頼らざるを得なくなるのである。

メキシコでもほかの国と同様に、政府機関、国際機関、コミュニティ団体が、理想として掲げられている事柄と現時点で可能なこととの格差を縮めようと努力してくれている。私たちは引き続き協力し合い、子どもたちがより公平かつ平等な子ども時代を送れるよう努力し、障がいのある先住民族の少年・少女の人生を希望と機会に満ち溢れたものに変え、そうした子どもたちが自由に自分の夢に向かって羽ばたけるよう努力しなければならない。



ベトナムのダナン・インクルーシブ教育リソース・センターで、ニーズに合った授業を受ける自閉症のグエン。子どもたちがメインストリーム（主流）の学校にインクルーシブな形で入学できるよう、こうしたセンターがいくつか設置されている。 © UNICEF/Viet Nam/2012/Bisin