

ベトナムにおける日本の NGO 活動と地域に根ざした社会福祉 (中)

The Japanese NGO Activities and Social Welfare based on Community in Vietnam (Part 2)

鎌 田 隆

3. 日本の NGO 組織の活動

はじめに

日本の NGO のベトナムでの活動、とくに社会福祉に関する側面の組織的活動を概観する場合、あのベトナム戦争を度外視しては語れない。

1961年12月14日、第2次ベトナム戦争が開始された。アメリカがベトナムとの全面的戦争に踏み切った理由は「南ベトナムを共産主義者の侵略から守る」であった。以後1975年春の終結までの約14年間ベトナム全土を戦禍に巻き込み、ジェノサイド(皆殺し)、エコサオド(環境破壊)、バイオサイド(生物死滅)を展開し、米軍の本格的介入の1965年から1974年までの10年間で、南ベトナム全人口の57%が難民となり、その16.5%が死傷した。解放軍・政府軍合わせて115万人のベトナム兵、アメリカ兵5万6000人が戦死、民間人43万人が死亡した。なかでも、アメリカの枯葉剤撒布は、1962年から8年間で7500万ℓ(1升瓶4200万本分)に及び、南ベトナムの四分の一が被害を受けた。枯葉剤とは、ベトナムの解放勢力の活動地と食糧補給地を全滅させるためにジャングルを一掃するダイオキシンの混入した枯葉剤を撒布する化学戦争であり、ダイオキシンは、致死毒性、発がん性、催奇性においてもっとも強力な化学物質であった。

ベトナム戦争の後遺症は、癌、失明、知的障害、奇形児など多岐に亘り、奇形児は8万人、障害者は400万人に及ぶ。

戦後の障害者・児に対する対策はここから始まり、それは、現在でも社会福祉を管轄する国家の部門は「労働傷病兵社会省」という名称であることから分かるが、日本の NGO によるベトナム社会福祉への支援活動の発端もまた無関係であり得ない。

1975年4月30日、南ベトナム解放軍は、サイゴン(現ホーチミン)市内大統領官邸(現独立宮殿)に突入、全権力を掌握した。ここに、30有余年もの数多の大国の支配の頸木から解き放たれ、引き裂かれてきたベトナム民族の独立が達成された。

しかし、戦争の残滓は消えなかった。1981年2月25日、南ベトナム中部高原ジャライ・コントゥム地区で一卵性結合双生児が誕生し、ハノイのベトナム・東ドイツ友好病院で、ベト・ドクと命名された。翌1982年12日、2人は、ホーチミン市のツーズ一産婦人科総合病院に転

院した。

(注) 拙稿「ベトナム解放から四半世紀」『琉球新報』2000年4月29～5月1日号参照

(1) 「ベトちゃんドクちゃんの発達を願う会」

一方、1979年、藤本文朗氏（滋賀大学教授・障害児教育専攻）は、京都ベトナム障害児教育視察団団長としてハノイとホーチミンの障害児学校・施設の実態などを視察、1985年、文部省短期在外研究員として、ベトナム国立教育科学研究所障害児教育研究部門の受け入れで、ハノイとホーチミン両市を再訪した。その際、枯葉剤によると想定される結合双生児のベトちゃんドクちゃんと対面し、主治医フォン博士から特製車椅子の製作を依頼され、帰国後、「ベトちゃんドクちゃんの発達を願う会」を結成し、同車椅子の贈呈、分離手術の実現、二人のことを通じた平和・友好、障害児の人権擁護の運動を進めた。この運動が、日本のNGOによるベトナムでの社会福祉運動における嚆矢をなす。

すなわち、1985年6月に、「ベトちゃんドクちゃんの発達を願う会」が発足し、「愛の車椅子」を贈る運動を開始し、同年7・8月には、特製車椅子が完成、医薬品と市販の車椅子20台の贈呈、10月27日、福井と京都で特製車椅子の贈呈式と、フォン博士の講演会を開催した。

1986年5月、兄ベトが原因不明の脳症を発病し、日本赤十字病院医師団がベトナムへ出向き、ベト・ドク兄弟を日本に移送した。1986年10月には、ベトの症状が安定し、兄弟はベトナムへ帰国した。

1987年10月4日、同会の積極的支援のなか、ベト・ドクの分離手術が奇跡的に成功した。1989年2月、分離後の弟ドク用の3台目の車椅子が完成して寄贈され、ドクは初の独り立ちに成功し、1993年7月には兵庫県総合リハビリセンターで義足歩行訓練を開始した。

2002年12月現在、分離手術に成功した21歳の兄ベトは寝たきりであるが健康状態はよく、弟ドクは病院職員に採用されコンピューターの仕事をし、恋人フィンさんもできたという（注『ベト・ドクニュース』25号、2003年8月15日、同会発行参照）。

このように、結合双生児救援に端を発した「ベトちゃんドクちゃんの発達を願う会」の活動は、1992年からは支援活動を拡大し、ベト・ドクに限らないベトナムの障害児教育の発展に貢献してきた。例えば、ホーチミン総合大学、ホーチミン市障害児教育研究センターを起点とする日越友好障害児教育セミナー（以後5年間継続）の開催などである。

その第3回目の1994年8月18～28日には、(株)三菱銀行国際財団の助成で、ホーチミン市ニャーベー県の不就学児・家族の生活実態調査を開始（以後3年間継続）し、1995年12月にはそれぞれ、ハノイ近郊とクアンチ省で、南ベトナムで枯葉剤を浴びた両親の二世障害児の検査・診療を実施した。

現在、「ベトちゃんドクちゃんの発達を願う会」は、代表・藤本文朗氏、事務局長河原正実氏で、福井県に事務所を置く。

(注) 藤本文朗編『ベトちゃんドクちゃんだけでなく一日越11年間の国際交流レポート』1997年4月、文理閣

(2) 「ベトナムの子ども達を支援する会」

はじめに

障害児への医療・社会福祉・教育の社会的保障は、世界共通の課題であり、当然の権利である。NGO「ベトナムの子ども達を支援する会（以下、SVCA と略）」は、ベンチェ省（人口 133 万人、面積 2248 平方km、主産業は農・漁業）の①医療局、母子保健センター、CBR 委員会代表（医療分野）、②人口家族児童委員会代表（福祉分野）、③教育局障害児課代表（教育分野）の三分野代表と、担当副知事との横の連携・審議のもとに事業を展開している。また、母子健康手帳の導入・普及により妊娠期から就学期までをカバーする事業が可能になった。

1) SVCA 設立から現在までの経緯

会の設立

1989 年、ベンチェ省人民委員会が初の障害児実態調査を実施、1059 人の障害児を確認し、その結果を踏まえ、同委員会は同省内で初の障害児学校建設を計画した。

他方、1990 年同省を訪問した板東あけみ氏（現 SVCA 事務局長）が同計画に賛同し、SVCA を設立して障害児学校建設を財政的に全面支援した。

第 1 次事業（1990～1996 年、核作りの段階）

障害児学校と省立伝統医学病院の建設支援、備品購入資金協力、障害児診察活動協力を中心とした事業である。

現在、同学校・病院は障害児治療・教育の拠点となり、同校は、ベトナムにおけるモデル校として他の省の教員養成研修の場となった。2003 年 9 月からはベトナム初の高等部を設置した。

第 1 次事業のなかから多数の在宅障害児の存在を確認、ベンチェ省が開始した「地域に根ざしたりハビリテーション」（以下、CBR と略）に SVCA も協力し、省の三分の一で母子保健改善事業を実施し、医師・リハビリ関係者など専門家による技術協力も行なわれた。

第 2 次事業（1997～2001 年、量的展開の段階）

第 1 次事業で、脳性麻痺児の発症が妊娠期・出産期・新生児期のケア不足にあるケースの多いことが判明したことから、CBR に母子保健改善事業（以下、MCH と略）を追加し、具体的方策としては、日本人専門家派遣（年 2 回、医師・理学療法士・義肢装具士・保健婦など）、村の診療所・病院へのリハビリ・母子保健関連医療機材購入資金協力、母子健康手帳・母親学級の資料・CBR 研修用冊子作成などを行った。

その結果、CBR は、ベンチェ省内全 160 村中 102 村（うち 20 村は 2003 年事業）で実施し、MCH は 160 村中 83 村（うち 15 村は 2003 年事業）で実施することになった。

また第2次終了段階で、日本・ベトナム両政府の意向を確認して、SVCAの支援は「ベンチェ省のみに集中して、モデル省の実績をベトナム全土へ波及させる」基本の方針を決定した。

第3次事業（2002～2005年、質的発展の段階）

CBRの進行のなかで一般校での障害児学級開設の動きがあり、現地からの要請に基づき、障害児教育教員養成など人材養成を中心とする方針で、具体的には、日本人専門家の派遣（年2回）、母子健康手帳・母親学級資料、CBR研修用冊子作成、医療機材購入資金への協力などがある。また、在宅の知的障害児・脳性麻痺児のための家庭訪問などでCBRを支援した。

一方で、栄養失調児・障害児対策、家族計画、予防接種の徹底、定期的な妊婦や乳幼児健診の実施、母体と乳幼児を守る知識の普及、安全な出産のための産科・小児科・リハビリ科など医療機関の設備・備品の改善、障害・疾病・栄養失調の早期発見・治療など組織的な母子保健活動も行なわれた。さらに心臓疾患や癲癇などの子ども達の多様な疾病の診断・治療・費用負担が実施された。

それらの成果として、カウンターパートが、医療局・CBR実行委員会・母子保健センター・人口家族児童委員会・教育研修局と、縦割り行政が是正されたことがあげられよう。

他省への展開

ベンチェ省人民委員会は、他省・団体の視察・研修の受け入れ、他省関連事業への貢献を実施、板東氏は、1994年からベトナム児童保護育成委員会委員長ティン大臣の依頼により、ベトナム児童基金（日本外務省・草の根無償資金の協力で、ベンチェ省の経験による母子保健改善事業推進）の相談役として3事業を実施した。2003年、北部山岳民族のバクザン省、障害児を多いタイベン省の計20村で同事業実施を計画した。その後、2000村でも実施のために政府への予算を請求した。

この進展は、ベトナムの乳幼児死亡率・栄養失調率・障害児率の低下、予防接種率の向上に貢献すると思われる。

おわりに

1990年のSVCAの設立から15年、ベンチェでの取り組みは、ベトナム政府・WHOなどが評価するところとなり、他方、NGOがカウンターパートとして現地の信頼を得てCBRのモデル省、日本ODAの有効利用の典型例を創造したことは、ベンチェ省の経験の他省への普及、日本ODAによる国際協力の今後に最高の教訓を残し、2003年12月、ベンチェ省人民委員会で授与式があったベトナム大統領友好勲章の受章は、当然の結果であったといえよう。

2003年のベンチェの諸事業（省人民委員会資料から）

その後のベンチェ省での事業の発展は、SVCAなど外国NGO団体などの積極的支援と指導によるとはいえ、それらに呼応・啓発・触発されたベトナムとベンチェ省の自助努力として評価され、今後、ベトナム全土にその経験が燎原の火の如く拡大していくことが期待される。

（1）CBR事業村での研修

2004年には、次の期間の各種研修が実施された。

14日間（医療短期大学2回生対象、CBR開始前、障害児一斉実態調査について）

12日間（村のボランティアのCBRワーカー対象、CBRの方法について）

3日間（村の診療所所長対象、CBRの調整監督について）

5日間（村の診療所助産婦対象、障害の有無の早期発見について）

3日間（諸組織リーダー対象、CBRの宣伝普及について、女性連合・青年連合・赤十字など）

3月間（村の診療所職員の1人対象、村の診療所のCBR責任者について）

これらの努力の結果、2003年末に160村中102村でCBRを実施し、2004年には30村、2005年末でベンチェ省内全村で実施されることになった。そして、CBR活動用資料は、ベンチェ省内で統一の形式のものになった。

（2）母子保健

2004年省内全村での母子手帳利用実施の講習会に公立病院・診療所から私立診療所も参加し手帳の意義の普及・徹底を図った。

そして、1998年開始当時はその効果が疑問視された母子健康手帳の普及活動は結実し、ついに、2004年ベンチェ省全160カ村に普及・使用されるとともに、印刷費もSVCAの資金援助から省当局負担となった。

また、2003年6種の予防接種率は98.8%になった（対前年比0.54%）。

（3）教育

政府指導で、一般校での障害児受け入れが推進し、教育局内に統合教育運営委員会（委員長は教育局長兼務）が設置された。省内のモデル校は3校であり、また、2種の教員研修が実施されている。

（注）同会による、ベンチェ省の実態などについての紹介は、次章にゆずりたい。

（注）なお、この項については、板東あけみ「ベトナムの母子保健、障害児対策への協力」

『ノーマライゼーション』2003年5月号、『ベトナムの子ども達を支援する会趣意書』2002年1月、SVCA機関紙『CAM ON』No.39・2004年5月、同No.40・2004年10月、同No.41・2005年5月と、板東あけみ氏への聞き取り調査などによる。

(3) 「ベトナムの子ども達を支援する会」の理念と展望

はじめに

「ベト・ドクの会」代表である藤本文朗氏とともに、ベトナムにおける日本の福祉関係 NGO による支援の草分けとして活動を始め、「ベトナムの子ども達を支援する会」の会長を務める高谷清氏（現、会顧問）に、発足の経緯からその理念、ベトナムの展望まで聴く機会があった。前項との重複を恐れず紹介する。

1) 「ベトナムの子ども達を支援する会」発足の経緯

活動のそもそもの発端は、藤本文朗氏がベトナムでベト・ドクのことを知って支援を決意したことから始まる。

ベンチェとの繋がりは、藤本氏・板東氏を通してである。まず、藤本氏が、ベトナム戦争当時解放戦線の衛生兵で戦後準医師になったベトナム人から依頼を受け、次に、当時日本の障害児学校の教諭で、現在「ベトナムの子供達を支援する会 (SVCA)」の事務局長である板東氏にベンチェ訪問を依頼し、さらに板東氏の判断で医師である高谷氏を誘って、他の一人の教員の計 4 人でベンチェを訪問した。ベトナム南部のベンチェは、ベトナム戦争時、最大の激戦地であった。アメリカも南ベトナム政府軍もベンチェを壊滅させるべく攻撃をかけた。ベンチェはインフラを総べて破壊され、ベトナムでも最貧地域となった。

高谷氏が現地ですすうちに、経済発展は必要だが、福祉や障害児教育は人々の幸せのためであるから、経済発展が終わってから取り掛かるのではなくその過程でも取り組まねばならないという意気込みを確認できたから、これは協力できるし、しないといけないと感じた。そのときのフィン氏という当時副知事であった。その考え方が素晴らしいと思う。

ベンチェを訪れた藤本・高谷・板東氏ら 4 人は、ベト・ドクとベンチェ支援を決意したが、国際ボランティア貯金に応募しても 2 件は通らないとの判断で、「ベト・ドクの会」は藤本氏、「ベンチェ」は高谷氏の名義で応募することになり、会を二つに割った。その後も協力しながらすすめようということになり、ときには交流もある。最初はハノイにも行っていたがだんだんベンチェだけになってきた。その後、京都民医連の小児科医で後輩の尾崎氏が、タイを中心にベト・ドクとは別の組織をつくるというように、一つからいくつにも分かれて活動して現在に至っている。

2) 「支援する会」の種々の活動

「ベトナムの子ども達を支援する会」の活動は、おおよそ三つの時期に区分できる。第 1 期施設提供活動、第 2 期母子保健活動、各 5 年間、そして現在の第 3 期知的障害児教育活動の時期である。

第1期 施設提供活動

最初は学校の建設資金で、その頃は国際ボランティア募金を受けていたので、500万円とか多い時には1000万円あったと思うが、その後は、当会で集めたお金で毎年、最初は20人から、5～6年かけて今の150人強の会員になった。会員が増える度に一つのエポックとして開いているが、毎年夏に開所式がある。

その後に、東洋医学の民族病院であるチャンバラン病院の全面建て直して、リハビリ・小児科の病棟について協力した。そこでも資金を使った。建物よりは内容が大事ということで、高谷氏は診療するつもりでは行かなかったのに、障害児が大勢いるので診察したが、それで障害児が治る訳ではないので、年1回行こうといったが、これは知的障害で治りません、その状態でどうしてあげたらいいか考えてあげて欲しいと、診断しただけで楽になったというのもあって、診るだけでも役に立つことが分かった。だが、一番大事なのは、肢体不自由児のリハビリである。投薬の場合は1週か1ヵ月に1回診ないと無理だからリハビリはそういう危険性はないし、家庭でもできるし、リハビリ療法士に定期的に来てもらって、それを中心にすることになった。高谷氏もリハビリのための診察をしている。向こうでCBRシステム、地元で根ざしたリハビリができ、そういうワーカーを造って、その人に話してということにしたいと、最初は1年に3回行っていた。1回は多人数で後はリハビリ中心で、今は2回にしているが、そこで話をして、ワーカーに覚えてもらって行ってまた診る。また向こうのリハビリのスタッフに技術を覚えてという風に、技術交流中心の活動が始まった。

第2期 母子保健グループ活動

技術交流をやるなかで、一つは、障害の原因となるものが何とかならないかということから、母子保健として、乳児検診、妊産婦の検診、知識を与えること、などのために、母子保健グループを造った。そのときに母子保健手帳が大事であると、これは、板東氏の発想である。

第3期 知的障害児教育活動

そのあとに、学校教育、特に知的障害児への取り組みを今やっているのが第三期である。それは板東氏の本職である。障害児に対する理解があまりなかったもので、学校に行っていない、行っても追いつけなかったら留年となりやがて行かなくなるというのでなく、その人に合わせた教育をして、試験制度で落とすのではなくて、見方を変えてもらうということを現在行っているのが現在である。

3) 地域に根ざしたリハビリテーション (CBR) の普及について

「地域に根ざしたリハビリテーション」の発端は、国連かWHOだと思う。途上国は貧しいから地域に根ざす形態がいいという。資源も設備もないところには望ましいというので進めている。だが、それはどこでも、たとえば日本でも必要である。

いままでのセンター方式で、そこへ出かけて行って専門家の技術を一方的に与えるというの

でないということ、もうひとつは、障害者の生活の場できめ細かいケアが出来るということ、周りの人間が邪魔者扱いするのでなく、その人が一人の人間として生きていく喜びをもつことが人間のあり方であり、それをみなで援助しなければならない。障害者を普通人と同じレベルで評価することはすぐれて民主主義的な考え方である。どのように扱うかで、民族の鼎が問われている。障害者に関して単に身体の問題ではなくリハビリやケアをすること、健常者が支援するのは当然のことと、なるべきである。人間の本性であると思う。

北の社会主義は、障害者も平等に扱うべきことを当初気づかなかったのではないか。

1980年代から子どもの人権条約を批准したり、あの経済的にも最も困難なときに、障害児問題に関する基本的な調査を初めて行ったりしている。

ベンチェ省はその点ですぐれている。どの省でもそうであるかは知らないが、社会に染むことではある。気がつかないとか、固めていかねばならないことがあったのではないか。

ベンチェ省は非常にすぐれた人がいる。

4) 「支援する会」の組織について

会員は300人位、板東氏が講演に行ったり、知り合いを通して入会したり、会費は5000円で、多少事務費は取っているが、向こうに支援させている。毎年8月に30人位は行っている。2月には5~6人行く。以前は専門家の渡航費の一部はボランティア貯金から補助を受けていた、だがボランティア貯金は5年以上続いている人は出さないという方針で、2~3年前からは全然受けていないで、自費と会費とカンパで賄っている。活動はベンチェだけに限定している。ベンチェでやったことを他の地域も知って学んで欲しいというのが方針である。あちこち行くという考えもあったが、それでは薄くなり長続きしない、無理であるということで、他はベンチェで聞いてくれ、モデルのようにしようということになった。

今は、政府が取り上げることによって、ベンチェから他の地域にも広がってきている。だから、会はベンチェの考えに従う、協力はしても口は出さない。意見は纏められたら出す。だからベンチェがすべて計画する。

ベンチェ省の人民委員会の計画、これだけ診療所を造りたいとかリハビリ施設を造りたいとかで、それを聞いてそのなかの基本的な備品例えば血圧計とか体重計、それもないところもあるから、それは会でもちましよう、またCBRのワーカーの教育と研修会の費用は持とうとか、テキストのプリント代とか、講習会の講師の引き受けとか、それに合わせて、どこに協力できるかを考える。協力といっても援助である。援助には、する側とされる側がある。どうしてもする側の意見が通ったりする。される側は遠慮する。対等の関係でないといけない。同じ立場であると援助する側が上になる。そこで、貰う方が威張るという考え方である。

5) ボランティアの理念

高谷氏が理事長を務めたびわこ学園は障害児施設で援助を受ける側である。いろんなボランティアや寄付がある。もらう側の辛さが分かる。以前には古着は使わないで送って欲しい。使

い古したものは、これは使えませんとはっきり言う。向こうもわかった、となる。だが、言い難いものである。貰う側が上でないといけない。ベンチェと会ではベンチェが上であると思えと会員に言っている。それで平等であると。卑下する必要はない。向こうの意見が中心で意見が言いやすいようにするというのが、こちらの姿勢である。何故かという、もうひとつは人類史を研究してきて、『裸の命』というのを書いたが、例えば、ブッシュマン、ブッシュは差別用語で、サンというという人たち、ピグニーなどの昔の人たちの生活をみると、集団で狩猟することもあるが、まだ個人で獲ることもある。その場合、個人差がある。そうすると大きな獲物を獲ってきた人が威張ると思うと、そうではない。獲ってきた人は、「つまらないものだが貰って下さい」と言い、貰う方は、「つまらんが、貰ってやる」という考えである。日本人には理解できないが、それで平等ができる。やる側が威張ると支配関係になる。それによって、本当の平等ができる。今でも、狩猟民族ではある。農耕民族ではこじれる。農耕民族は蓄積する。狩猟は腐るから蓄積できない。狩猟民族で家族単位分けると、その単位で煮炊きする。それにみんなが集まってくる、分けるのが楽しみの如く。それで平等ができる。これが人間の平等の原理である。弱いものが遠慮しない。

その辺、社会主義の原理と一緒に知れない。原始共産主義だ。これを援助関係にも使わねばならない。貰う側は無駄遣いはしないで、でも遠慮はしないで。やる側は、意見はいつでもいい。押し付けは駄目、普通にいつでも、相手からみれば、そうなるから、絶対に受ける側の意見を中心にする。求められたら、意見をいう。これを私は原則にしている。

平等についての人間の佇まいが、初めて分かった。現代人より原始人のほうが、人権意識が進んでいた。そうしないと生きて行けなかった。全体として弱い。自然界の厳しさのなかでは、協力しないと生きて行けない。不平等だと生きていけない。私有財産ではないから、威張る立場ではないのだ。今でも現地に行くと、持っているものを欲しがる。貰ってやる。あるものはみなでわければいい。厚かましい訳ではない。

NGOとか、数年で駄目になるケースが多い。だから15年も続いているのは珍しい。それは、先方との信頼関係ができるかどうか、援助される側との関係である。私たちは学ぶという気持ちで行く。金は援助しているが、精神的なものはむしろ学ぶというか、もらっているといえよう。

6) 今年度の活動内容

大体、向こうの政策を出してもらって、これに協力するが、これは出来ませんというやり取りがある。それは率直に言える信頼関係である。今年は、国際ボランティア基金も会費もあまりないから、断ったものが多いので、覚えていない物品が多い。診療所のものとか前は水の装置などがあつたが、そういうのは出来ませんと断ったら、その後は言って来ない。今こちらとして考えているのは、普及のためのパンフレットとかワーカーなどの研修費、向こうは交通費や運搬費など、来てもらうための費用、弁当代などを含めた研修費である。建物・物品ではなく、知識を身につける、技術を身につけるところに金を使おうと今話している。

7) 障害児教育の現状

ベンチェに対する援助は、他の国も国際間の事務局もある。ワクチンなどはユニセフである。これなどは手の出る金額ではない。それぞれは個別でやっている。ベンチェは外国に開いている。私の会では、年によって異なるが、ボランティア基金のある年は300～500万円のほとんど全部を支援に回す。それがないときには、会費だけで、5000円で100人いて50万円～70万円という単位である。

それから実際問題として通学が困難だとかの肢体不自由児とか自閉症とかが、学校へ行かなくなっている。そういった付随的なことをどうするか、周囲が面倒をみるといっても実際できない。家族が見切れない、場合によっては、自転車に乗せて送り迎えする例もあるが、そんなことを社会的に面倒をみる。

実際問題としては、公的援助がないとできないことであるし、校内では、教員の介助や意識があればある程度済むが、クラスの同級生も面倒をみるが、昨年行ったときには、クラスに知的障害児が入ってきて、年齢が一番上なら最前列に座らせるとか、隣席に世話好きな女児を置くとかの配慮をして、校内ならできるが、通学は日本のように車・バスのようなものはないから、田舎でも、遠距離で道路は未整備など、通学は大変である。アクセスが大変である。

インテグレーションという形で一般校に障害児を入れる場合の教員の障害児に対する知識や理解を植え付けていく事業は、今始まったばかりである。障害の軽度の場合は低学年に入れている。それ以上の子ども達については、今後の問題である。

ベトナムに派遣される理学療法士は、数的には非常に少ない。ベンチェ省は滋賀県と同じ130万人の人口だが、多分10人位だと思うが、最初は5人であったが。びわこ学園だけでも10人はいる。理学・作業・言語の全部で。向こうは作業・言語療法士はないからそういう意味では少ない。

滋賀県では理学療法士だけで50人はいる。数的にも技術的にも低いし、国際的にその面の支援体制がない。養成校はあるが、少ない。ベンチェに一つ短期大学がある。

そこでは看護婦・理学療法士と3年制の医師養成をしている。理学療法士養成校は日本でも少ないが。ホーチミンも少ない。最近では、ベトナムでは、理学療法士については4年制にすることになってきている、全世界的に3年制だが。日本でも4年制はこれからである。国家試験がある。ベトナムでもそうだと思う。

それと、社会的認知がまだ足りない。理解がない。向こうでは、日本でいうと特殊飲食街の仕事と混同されている。理解が得られていないところがある。日本でも昔は針灸マッサージのイメージがあって、盲人の職業になった。今は、化学的療法として確立している。ベトナムではまだ社会的に認知されていない。そのへんについて一番詳しく調べているのは、本会の会員の古澤正道氏である。大阪市城東区在の特定医療法人大道会リハビリテーション総合承認施設ボバース記念病院は日本でもトップで、そのリーダーである理学部長古澤氏は、CBRも研究しているし、その面を詳しく調べるのは彼が一番である。現在の一番の課題は養成校を増やすことである。その必要性を政府や省などが認知すること、一般の人の理解などである。

ベトナムでは、貧富の差が大きい。都市部の収入は増えている。月平均 100 ドルになって、多い人で 300 ドルである。私の最初訪問したときはわずか 5 ドルであった。だが、農村地帯では、例えばベンチェでは、年間所得で 300 ドル、月 30 ドル位である。このように都会と農村の格差、都会のなかでも格差があるという問題が起こっている。

それは市場経済化の結果でもあるが、農村の教員の初任給が 2 年前で 30 ドルであるという。困窮児の奨学金を月 30 ドル出すという。何故かというとならぬと教員の初任給が 30 ドルであるからだと語っていた。

8) ベトナムにおける障害者・児問題の解決のために

ベトナムの障害者・障害児の問題は、生産力が高くなっても、貧富の差というか、平等にいくかどうかという問題がある。また、生産力が上げるといふところに力点が行って、生産力に関係のないような障害児は疎かにされるという危険性があると思う。そこが社会主義の理念と生産力のアップをどう統一・共存させるかという課題がある。そこがベトナムにとっての枢要であると思う。危ないときに判断すべきことである。国際的には今の資本主義に囲まれている状態の社会主義国の経済政策、経済方針をどのように貫いて行けるか、国際的な関係も出てくるから、先ほどの世界銀行などの条件付の援助などのなかでどう発展するか、それは舵取りがすごく難しい。私の考えは、難しさはあるが、それを支えて行くのが、色んな民間関係の NGO のボランティアの協力関係を一杯造ること、それが力を持つてくる。

それによって、国際的にもベトナムが勝手なことができない、ベトナム国民のいわば力量が上がっていくことのための、ごく少ない部分を私たちの会も支えているのではないかと語っている。そこまでである。

結局、福祉も経済も外国に依存してしまうことになるが、鍵はその外国依存が紐付かどうかにあると思う。オーストラリアとかいろいろなところから援助をもらっている、国際機関からも。それらがどういう紐付きになっているかが大きい。たとえば、ベンチェ省への橋を造る、それは、本四架橋の瀬戸大橋に匹敵するような国家的大事業であると思う。ベトナムの経済事情のなかであれをどう造るか、やはりどこかの援助に頼るしかない。2005 年完成であるとのことである。そういう援助がどのようにベトナム経済のなかに組み込まれているのか、いい意味の援助ならいいが、その辺が難しいところである。民間の真の意味のボランティア・協力をいかに多く得ることができるかが、ポイントであると思う。

財政的に苦しいから、外国依存するしかないが、一面で危うさがある。それと、ベトナムが市場経済を通して独自の社会主義を造って行く。そのためには外国への依存を強めなければならないという面がある。今世界で社会主義を標榜している国は、中国・キューバ・ベトナムと朝鮮位である、朝鮮は封建的専制国家であるが、だから非常に困難な状況である。私は 20 世紀の社会主義は失敗したと思っているから、21 世紀に新しい形の社会主義ができることを望んでいる。

ベトナム人は、一般的に勤勉で理解力も高い。日本人に似ている。文化も大乘仏教である点

でも。東南アジアでは別格に見られた。今はタイの経済が発展しているが、ベトナムは可能性を秘めた国である。能力の高さからいっても、年齢層の若さからいっても。

もうひとつ、少数民族への政策が凄くいい。80 民族あるが、北部には多い。まず、「二人っ子政策」を採っているが、少数民族は3人でいい。優遇している。またサザン省では各民族の代表を行政機関に登用している。たとえば副知事はモン族というように諸民族を意識的に中枢に入れている。役所でも民族衣装を着けているが、違和感はない。世界的には民族問題は大きい問題で、虐待・支配・抹殺まであるが、ベトナムにはそれはない。異なる民族間の結婚の場合には、子どもの民族は話し合いで決めるという。

一党独裁は望ましい形ではないが、今落ち着いた体制ができて、経済も発展していることから、その体制がやむを得ない点がある。あの党は違った意見も取り入れる柔軟性をもっている。複数政党でなくとも1党内でもいろんな議論が出来るならそれはそれでいいと思う。市場経済をある程度人民のサイドからコントロールできるようにしないと、裸のままの市場経済なら減茶苦茶になってしまう。そういう意味で一党独裁はしばらく続くことが望ましい。理念だけでは実態が伴わないから、日本などのボランティアなどからの人権を擁護する行動が提起されると人民の声も上がってくる。それらのことが社会主義の理念と結びついて、市場経済に対する一定の規制となるというシステムが必要であり、そのへんが難しい。そのどこを規制するかを決めるのは、ベトナムの指導部であり、大変難しいところである。その舵取りをやめたら、裸の市場経済になる。国際的にもブッシュなども世界支配のために狙っている。ソ連や東欧のように社会主義が壊れて、多国籍企業の息のかかった政府ができたなら、人民にとって最悪である。旧ソ連の市場経済化では、旧共産党幹部や官僚が国営企業を全部牛耳って、人民には何も残らなかった。特定の層だけが一挙に大独占に成長したという。ベトナムは一番政治が安定しているのだから。世界的にも社会主義を標榜する国が少なくなっているのだから、頑張りたいと思う。

(注) 以上、小児科医・「ベトナムの子ども達を支援する会」会長(2006年から顧問)、2004年7月、滋賀県草津市での聞き取り調査による。

(4) ベンチェ障害児学校

はじめに

「ベトナムの子ども達を支援する会」の発足当時の成果は、1991年開校のベンチェ障害児学校建設支援であった。爾来14年、同校はベトナムにおける障害児学校の嚆矢として全国のモデルになっている。

学校の沿革について

1989年ベンチェ省内で初の障害児実態調査を実施した。

同年、「ベトナムの子ども達を支援する会（SVCA）」の板東氏が、当地を訪れて障害児の家庭を調査した際、省の幹部や人民委員会のメンバーとも面会した。そのとき、省側として障害児学校建設の希望はあるが資金面で困難であるとの意向を伝えた。その案をSVCA側が受け止めて支援することで話が進展した。

現在の学校敷地はもともと職業訓練学校があったところを省が買収して障害児学校用地として提供することになった。その代替地への移転経費は省が負担し、跡地に建設する障害児学校の建設資金はSVCAが全額出資することで、翌1990年建設計画が作成され、同年中に建設工事が開始された。総工費は50数億ドン（1991年当時の換算レートは、1米ドルが約1万ドン）50数万米ドル、約6000万日本円であった。1991年、同校は開校した。

その後の改築費や教職員の人件費など管理運営費は、ベンチェ省が負担している。

学校の概要について

収容児童の学費、食費、住居費などすべてベンチェ省が負担し、児童側は全額無料である。現在の在籍児童数は190名（男子110名、女子80名）、うち170名は学校で居住、20名は自宅からの通学児童である。

年齢は7歳から22歳位で現在は高校生まで教育している。障害の内容は盲、聾唖、ポリオ、知的障害で、盲とポリオの障害児は共学、知的障害児は別クラスで、学力がいたら盲・ポリオ学級に入る。

教職員数は1991年開校当時は5名、現在は32名である。

授業は午前7時から11時45分、午後は1時から4時、普通の小中学校の課程と同じ、算数・理科・社会など、中央の教育・訓練省のカリキュラムに従った内容である。その後それぞれの職業訓練、これは、縫製・刺繍・木工・絵画・アニメなど個人の修得状況・能力に応じた内容で、できない児童は自由時間になる。夜間は6時30分から8時までは、復習・予習の時間である。卒業後、職業訓練で修得した技術で生計を立てている子もいるが、健常者でも就職難の状況下でなかなか困難であり、全員がという訳ではない。卒業後も学校に残って工房の助手をしている子もいる。

20名の通学児童の通学介助は困難が伴うが、本校の収容定員は120名、現在の170名収容は本来なら違法であり、通学可能なら通学を依頼している。本校は教育と居住の両面に責任を負っているが、居住のケアのために教室自体を居住に供して、現在は4部屋で170名を収容している。

障害児家族の理解・協力を得るための全員の大会が年1回、教育や待遇、経営などについての説明、意見交換を行なう。あとは、連絡帳を通して毎週家庭との連絡をとる。学校側からは学習の様子を、家庭からは学級簿などの連絡である。土日、祝日は休みで、約半分は帰宅する。

地域住民との交流は、他の一般校が本校訪問のプログラムを作成・実施したり、児童・生徒

が自主的に遊びに来たりする。

今後の課題・展望について

第一に、法令上の収容定員 120 名に 170 名を詰め込んでいる状況の打開、毎年 20 名ずつ入学するが、卒業しても学校を出る児童が少ないと受け入れられない、いずれは 250 名になるとの見通しもある。そういう経営面の課題、第二に、聾啞児の家族との面接でたこと、本校が郷土とのふれあいがいいこと、第三に、教科書など備品の不足などである。

CBR 活動とのつながりについて

日本では、在宅の重症の障害児は通学バスなどの送迎で可能な限り養護学校に通学させるか、自宅への訪問授業を実施している。また病院や施設が訪問治療に赴く。

だが、日本とは事情が異なる。ベトナムでは、在宅の重症の障害児のリハビリ医療は基本的に医療部門の担当である。ベトナムの CBR 活動の先進地域であるベンチェ省にある省立の障害児学校であるから、地域の CBR 活動のセンター的機能、指導的機能を果たしているとの期待を抱いていたが、ベトナムでの CBR の機構からいけば、省レベルの CBR の指導・管理は省人民委員会・保健局・省立病院などが担い（なお、ベトナムの CBR の理念・歴史・機構などについては次稿を参照）、同じ省立といえども、指揮系統が異なることが後で分かった。

さらに、ベンチェ省内のポリオや軽度の障害を除くほとんどの障害児が未就学であることから、一般校での就学（統合教育）の必要性があり、その場合の教員への障害児教育についても、この省立障害児学校は直接的には責任がないという。すでに数十名の教員へのトレーニングは開始したというが。

現校長は、1993 年から省人民委員会の少年保護課に勤務、2000 年から障害児学校校長に就任したということもあり、お役人的に、CBR は本校とは無関係といわれてはがっかりであった。

ベンチェ省における初の障害児実態調査の後、日本側の指摘もあり障害児教育を徐々に推進してきたが、今後どうなっていくか分からない。政府としては、2010 年までに障害児の 80% を就学させるという目標を掲げている。師範学校の障害児学科設置、ワークショップやシンポジウムでの専門家の意見交換などもある。

ベトナムでは、これまでは、障害児を就学させるとは考えもつかなかった。現在、要請によって就学させるようになった。障害児の教育やリハビリ治療を政府や省が担うべきという認識はだんだん高まっている。以前は、政府も省も認識はあっても財政が伴わない点があり、何もできなかった。いまようやく形になってきた。

ベンチェならびに本校がベトナムのモデルなのかは分からないが、本校はその 12~13 年の経験を活かしていきたい。とくに抱負はないが、本校を卒業した子どもたちの将来、引け目なく暮らしていけるように、行政が責任を果たしていくことを希望する。

訪問の印象など

建前としては「地域に根ざした」という意識はあっても、現場の校長は官僚で本当には理解

できていない。受益者である障害児の人間的前進に対して満身の喜びを示すような感性に欠ける。施設の悪さは貧しさの現われであるが、もう少し清潔であればと感じた。道具部屋に子どもたちを押し込めているような印象を受けた。CBR とも関連して家族・地域住民との話し合いや職業訓練についての回答も機械的・事務的であり、熱意が感じられなかった。

(注)この項は、ベンチェ障害児学校(Benntre Hanndicapped Children School)校長 Chau Quang Dien 氏への聞き取り調査、2004年4月による)

(5) NGO 団体、V-Heart (ベトナムに温かい心を)

1) 会の発足・理念

会の発足の経緯

会の代表である森澤允清氏のベトナムでの活動は、先述の藤本文朗氏とともに「ベト・ドクの発達を願う会」を結成して大学の教員を辞してベトナムに現地駐在員として3年の「ベト・ドク」の時代、1992年頃からは日本とベトナムの現場教師との障害児福祉研究交流のセミナーを主宰して障害児教育の教員養成の事業を指導してきた障害児教育研究の交流の時代、ベトナムの幼児・中等・高等師範・師範大学の4段階の教員養成教育機関のうちの、幼児師範に初めて障害児教育学科ができ1年前までは自主的に運営されて頃の事務局長を務めた(なおその学科は、その後お国柄でハノイ師範大学ホーチミン分校障害児教育学科と呼び、現在は立命館大学が JICA を通して運営されているという)その幼児師範の障害児教育学科の時代を経て、現在までは2002年末頃にベトナムの外国 NGO 調整委員会(PACCOM)の承認を受け、V-Heart を結成して主として障害児の職業訓練活動に従事してさをり織を取り入れている現在の職業訓練の時代と4時代に分かれているといえよう。

現在は、ホーチミン市から北へ30kmのビニョン省の障害児(といっても自立できない障害者も含む)施設で働く。フランス統治時代からの伝統をもつベトナムの障害者福祉・障害児教育の発祥の地である。V-Heart としての活動は、教員養成ではなく側面援助であり、さをり織による職業訓練である。

このさをり織は、日本人の城さんという人が開発して30年来、NPO 法人さをり織センターとして、とくに障害者の職業訓練の面で多大な功績を残して来たが、その特徴は、自由に織ること、織物の形式を壊していくことにあり、糸などの素材には拘らないで織るところにある。だから、障害者が自由勝手に織ったものを健常者がいかに活かして製品化して販売するかが鍵となってくる。今後の課題は、その製品化、販売ルートの確立にあるという。

先述のように、障害児施設とはいっても、年齢不詳な障害者も含め、盲聾啞・知的なあらゆる障害児が対象である。最初は森澤氏夫妻で始め、今は4人体制である。スタッフには、日本のデザイン専門学校で縫製の勉強をしたものもいる。その他、ベトナム人の通訳と指導員もい

るという。週1回、交通費は日本の負担で出張する。主として指導者講習である。

障害者問題を社会化していく必要は党や政府で決まっても、実際には外国や教会など外部に依存して自力でどう保障するかという観点がない。それは財政上の問題ではなく、下部のエネルギーをどう汲み上げるかという姿勢、障害者を哀れみの対象としてでなく人間の権利をどう保障するかという捉え方の問題である。そこで人材育成が重要だが、外国への要望は金であり建物である。福祉にはまず人といっても自助努力がないと援助できないところがある。また、最近の特徴として、企業が出資した第三セクターのような障害児学校が出来て、教員が一般学校への配置を望まないという現象もある。さらに、師範大学の障害児教育学科は、他学科に比べて入学しやすく、意欲ある学生とは言い難いといい、その上、卒業後の経済的裏づけもない。

障害者への職業訓練も社会復帰によって完成するが、企業が乗って来ない。どうしたら、障害者が自立の方向へいけるかという土台の構築が必要で、織物の技術の指導だけなら苦勞はしない。そのためにも上からの行政指導だけでなく、下部に根ざした運動が必要である。

経済だけのドイモイだけでは駄目で、政治的民主主義のなかでドイモイの経済建設を考えるべきである。ドイモイには世界銀行やIMFの指導による構造改革という側面がある。合理化と福祉は両立しないが、この国の国づくりのプランが見えてこない。だが、人権とか福祉の理念は今も息づいているが、具体的には現れてこない。インフラもない、情報をきちんと判断できる人材も乏しい。一般的に教員の給料が下校後のアルバイトの報酬より低いという教育そのものに対する捉え方の問題もある。現場の教師の真面目さとのギャップがある。

それでもベトナムは自分にとって、「希望の星」である。今の社会のなかで底辺から少しでも上げていこうとしている人がいればやらねばと思う。ベトナムに対する考え方は、いつも揺れ動いているが、東南アジアでストリートチルドレンをなくした国である。

ベトナムで普及しつつある、CBR（地域に根ざしたりハビリ、もっと広義に、地域に根ざした福祉）というような下からの民主主義に期待したい。そのためにも、日本人にできることは、具体的にこうすると示すこと、そこから事態を変えていくこと、かれらには、学ぶ姿勢はあるという。日本のNGO活動は領地化して援助のし合い合戦で、横の連携がなく、無駄が多いともいう。

帰国後、日本ベトナム友好協会大阪府連合会事務局長の小豆島正興氏に面談して驚いた。小豆島氏が森澤氏の後任として、2005年9月以降、ベトナムに赴く予定であるという。小豆島氏の話では、森澤氏のベトナムでの信頼度は絶対で皆から慕われているといい、後任を引け受けたものの前任者ほどの信頼を得られるか心配であるという。森澤氏のベトナムでの貢献度とベトナムでの人望の厚さが、改めてわかった。

（注）森澤允清氏への聞き取り調査、2004年5月、ホーチミン市内、による。なお、拙稿「ベトナムで活躍する日本人⑤森澤允清さん」『シイーム』No.146・2004年9月号による

2) 会の今後の展望

森澤允清氏の開いた軌跡は、同じ志をもつ人によって確実によりはっきりと引き継がれていくことが明らかになった。日本ベトナム友好協会（以下、日ベトと略）大阪府本部事務局長小豆島正興氏は、この活動をどのように発展させようとしているのか。

ベトナム・障害児教育との関わり

現職が大阪府立東大阪養護学校教諭である小豆島氏のベトナムとの関わりは、ベトナム反戦運動に参加していた母校静岡大学生時代に遡る。卒業後、大阪の学校に就職してから日ベトに入会、現在は事務局長を務める。

NPO 活動への関わりのはじめは、高校と養護学校教諭を兼職するようになって5年後の1999年、ベトナムの障害児施設を歴訪する旅を企画したときになる。

ベトナム中部ダナンの「希望の村」を訪問したが、その施設は、孤児と障害児計200名が入所して、一般学校で教育を受けていた。そこでは、聾啞教育や職業訓練をする用意はあったがあまり進展していなかった。卒業後教員として学校に残るものもいた。他の施設同様に外国の援助はあった。最初はベトナム人で小説家として渡米したリー氏の財団の援助、あとは、他の大きい二つの団体の援助であった。

障害児のうち50~60名が聾啞児であり知的遅れも伴った児童もいた。これまで未就学で待機していた聾啞児童を1年間わずか300ドルで就学できることが分かり、支援できると判断した。待機障害児が1万人以上いる状態で200名の収容ではあまりにも少ないと感じたが、ホーチミン市で、藤本・森澤氏のレポートを受けた後でもあり旅行団として支援を相談した。

その2年後の2001年になって、公傷治療中の全給与をベトナムの障害児のためにカンパするという公立施設の指導員の障害者がいて、それをどのように有効に利用するかが問題になった。その基金を上記障害児教育、とくに職業訓練や自立支援の実現のために使用することにした。当初は、組織をつくって会員を集めて会費制度で細々とした活動を想定していたところへ思わぬ財政的基盤ができ、活動形態も当初の計画とは異なったものとなった訳である。

もちろん藤本・森澤氏や日ベトの経験の蓄積を基礎とするものであることには違いない。藤本氏の主宰する「ベトナム・ドクの発達を願う会」との関連で、現地の障害児福祉の研究のため、1992年頃から現地現場の教員との交流セミナーを続けている。もともと「ベトナム・ドクの発達を願う会」の現地駐在員である、NPO 法人 V-Heart の代表者である森澤氏が同セミナーを当初から主宰するとともに、現地指導者育成のための幼児師範大学設置支援活動の現地責任者でもある。その森澤氏の意向は、学校での指導者養成教育は何か目処が立ち、次の課題が、障害者の職業訓練と自立支援であるとしている。

ベトナムの障害児・児の現状

「ベトナム・ドクの発達を願う会」の活動の発展のなかから、ベトナム・ドク以外の障害者・児支援へと活動が拡大する段階で、ベトナム全土における障害者・児の実態調査が聞き取り調査から

始まり調査報告書も出るには出たが、障害者・児の発生を両親の責任に帰したり枯葉剤被害を隠したりする風土と 20~30 名という少数の調査員による調査の限界などから正確な全容が掴めない状況である。本来はベトナム政府や各省の調査があるべきであるが、調査機関によって結果が異なるなど信用できないところがある。日本では、盲・聾・肢体不自由・知的障害と障害の種別も、重度・中度・軽度の判定も、その結果で保障の内容も明確であるが、ベトナムでは、そうした基準を設けて実情をきちんとすることを避ける傾向がある。それは、ベトナムでは、わが子が障害があっても、周りの人に何とかして下さいと親の側から言わず、自分たちの範囲内で解決しようとする。社会的に保障すべき問題であるという意識はない。

ベトナム南部では 100 年も前からフランスの占領下で統治されたあとはアメリカが入ってきたので、慈善事業的に民間団体が福祉を担うことになったから、南部では他の支援に頼る伝統があり、それによって福祉が発展してきた。ツーザンムクロという私たちの行っている聾学校も、100 年前にフランスの修道院が作ったベトナム最古の障害児学校であるというように、南部では障害児に対して教育をして守るという意識がある。しかし北部ではもともと抗仏戦争・抗米戦争などずっと戦争状態が続いていたから、小さな集団で農業も何も自活しなければならぬ、障害児もその地域で守ろうという意識が伝統的にある。行政による施策はなかった。

南部は外国や宗教関係の援助を受けて一定程度発展しているが、北部は社会主義的な福祉政策がドイモイ政策後はなくなっている。南部の方が外国に依存しながらも、施設も意識もあり、北部は貧困である。ただ現時点で行政の扱いは南部・北部同一であるが、どちらかといえば北部の方が手厚いが圧倒的に少ない。何故なら北部には民間団体が入っていないからである。南部は民間とくに外国人により支えられている。

V-Heart 活動の今後

現在の NPO 団体 V-Heart の事業は、盲人協会経営のテキストもなにもない未整備な障害児施設の職業訓練としてさをり織という織物を指導することである。孤児養育センターや聾学校の職業訓練センターはカウンターパートとして社会局の傘下であるが、私たちの入っている障害児施設は社会局の傘下ではない。

一般的に、ベトナムの障害児施設の物的施設や指導者養成は遅れている。障害児学校の教員に対する教員免許制度はなく、大学卒業で資格を与える。専門的知識がなくてもできる。障害児教育を実施する大学の上に教員養成の師範大学ができて 10 年、一昨年初めての卒業生が出たというのが実情である。最初の師範大学はホーチミンにあるが、ハノイ大学の幼児師範、ハノイ大学ホーチミン分校という訳である。兎に角にも、障害児教育の教員養成施設は、種々の支援団体が目指していたのが、私たちの NGO 団体が相手との交渉を通して実現できた。日本の海外支援はハード面だけでソフト面は欠けていると言われてきたが、ヨーロッパの NGO 団体も、必要な人材確保なしに団体名を冠した教育施設を寄付する例が多い。その点、藤本・森澤両氏の貢献は大きい。最初から決まっていた訳ではないが、ベトナムとの関わりのなかから、そのルートがひかれ、V-Heart 職業訓練に行き着いたということである。

日本の NGO 団体の横の連携は現時点では、残念ながら、全くといっていいほどない。一定の安定した状態で余力ができれば連携できるであろう。

現在の NPO 団体 V-Heart の活動は、森澤氏が手掛けて 1 年目のさをり織による障害児の職業訓練の定着を当面の目標とする。そのためには、まず現段階では単なる「編み物」でしかないものを製品化すること、たとえば、切り貼り・縫製で袋物などの製品に完成する、次にその製品を仕入れして、売り捌いて金に換えること、そのための組織・企業を設立すること、何よりも障害者に技術を与えるだけでなく社会復帰させること、そのための財政的基盤を造成することであり、それで、一つのルーティングの完成となる。現段階では織物を織っているに過ぎないが、それでも全員活き活きしてきた。自分たちは何もできなかった。保護される一方から最初は半信半疑でも自分でできることがある。一つの創作活動に自分も参加しているという喜びである。

因みに、何故さをり織かといえば、単純に森澤氏の妻が携わっていたことであるが、この織物には特別の決まりがなく、知的障害者が一人一人好き勝手に織っていく。それを専門のデザイナーが寄せ集めてアンサンブルする。森澤氏も健常者より障害者の方が創造を絶するような織り方が出てくる。30 数年間 NPO 法人をつくってこの織物を普及させてきた日本のさをり織の創作者城氏も、従来の障害者施設での内職から流通に乗るようなものにしていかねばと願っている。障害者の創作の誇りと自信を呼び覚ますという技術的根拠、学校だけでなく民間でもできる作業としてベトナムで広げていけば、あとは行政が考え市民団体でも職業訓練の成功例として定着できる。

本来的には政府・行政機関の事業であり、それはそれで大掛かりで着実に進展するであろうが、何か歯がゆい感じをもっている。現在私たちの事業展開のため交渉中の公立の孤児養育センターも実態は教えてくれない。

ベトナムの障害者・児政策の課題

ベトナムの現状の問題点は、究極的には国家の財政的基盤の弱さがある。日本でも、小豆島氏が高校に赴任した頃の障害児教育は義務教育でなく当分の間免除であった。1972~73 年頃から義務教育化の案が提出され実際の認可には 20 年間に要した。というように日本でも経済の発展が必要であった。全体的な貧困の状況下では生きるための最低限の保障が先決問題で、全体の経済水準のレベルアップによって可能になることもある。

ただ重要なことは、すべて経済発展を待ってしかできない。発展すれば何とかなると静観している訳にはいかないのであり、現時点でできることは実行するという観点である。

現時点では生産力発展が先決問題といっても、いざ生産力が高まった段階で社会主義の理想はどこかへ消えてしまったのでは困る。国家は金儲けのためにだけあるのではない。今、為政者がどれだけ勉強するかに尽きる。

在宅児童の職業訓練についての V-Heart 側の提案に対して行政は、逆に当方に計画化を迫ることなど、歯がゆさを感じている。

現在小豆島氏ら NPO の事業で、孤児養育センターで在宅の障害児 5 名に、2004 年 6 月からさをり織の職業訓練を実施する計画が日本の通産省から出て財源・人材などの計画書を当方で作成したが、新しい課題が出てきた。それは、職業訓練の対象が政府に自分から申請して支援金の補助を受けている地域では比較的良好の生活状況の家庭の障害児に限定されたこと（普通は自らが申請することはベトナムの意識では少ない）、その訓練に参加することによって打ち切られる補助金の分を当方で保障するという事になったという二点である。

障害児学校者のレベルアップも実際の利害と絡んでくると複雑である。ベンチェ省の障害児学校の校長は、入所すれば教育・訓練から衣食住に至るまで無料であると誇っていたが、実際上の最大の問題は入所できない障害児をどうするかであり、いかに先進地域であるベンチェ省の経験をベトナム全土に拡大するかであるはずが、自分の学校の到達点を自慢することで終わっては、この国の障害児教育の現状は打開できない。

ベンチェ省の障害児学校創設に貢献した日本の NGO 団体は、その支援活動についての日本側からの提案に対する意見・要求をベトナムの当該行政機関から聴取して取り上げる方式を実施しているが、NPO 団体 V-Hart でも、ビンソン省労働局病兵社会局（日本の厚生労働省の下部組織に当たる）との折衝・許可の結果活動している。先方からの施設建設などの要求に応じるのではなく当方から提案するケースが多い。たとえば孤児養育センターの所長が子どもたちの側に立って一生懸命働いているのをみると清々しい感じがして、そうしたところにはもっとなにかしたいという気になる。

現在の計画は今年 2004 年中に具体的に展開したいと思い、V-Heart 側の申請書は提出して社会局の文書による回答待ちの段階である。3 月からずるずる延滞されて 8 月の期限で判断するつもりである。財政的には施設の建造もあり外務省に ODA の申請をしているが、感触は良好である。すべて森澤氏が軌道を敷いてくれている。急遽帰任する森澤氏の後任として小豆島氏が当地に住むのは 2005 年 9 月以降である。

一般的にベトナムには、障害児学校在学中の授業の一環としての職業訓練はあるが、特別に障害児向け職業訓練施設というのはない。授業のなかでは、盲学校のマッサージ、聾学校の木工・絵画など種々存在する。今回の申請は、作業所の認可を取得する計画で実現の可能性は強い。現時点では、そうした典型例をつくってベトナム社会にみてもらう。実例で示すことは大きな意義がある。日本の障害者施設の作業所の例、タオルハンガーを製造して単価 1 円とか、日本も案外遅れているベトナムでも採用できるといった例示が重要である。

ベトナムの障害児教育者育成の教育機関はまだ多くない。それは日本も同じ条件である。日本にも障害児教育担当者育成の機関はない。小豆島氏自身障害児学校に赴任しているが、障害児教育の免許はない。一般高校の理科の教員免許である。それでも障害児教育に 10 何年も携わっている。大阪の障害児学校での障害児教育免許資格者は 50% で一番条件が悪い。首都周辺はまだいいがそれでも 100% ではない。ベトナムでも全然関係がなくとも必要性があれば担当せずにはおられない。願うるは意欲ある人材に担ってもらうことである。全体的には着実な前進が必要であるが現状を踏まえるしかない。

日本でインテグレーションといわれるのは、随分欧米の理論・実践の直輸入であり、それであると現在日本の状況が遅れているように見えるがそれは間違いである。日本では、入学当時試験の成績と無関係にレベルの異なる児童を受け入れる「統合教育」であり、ゆっくりしか勉強できないで取り残されていく子どもをどうするかが一番問題になるが、欧米の統合教育ではただ遅れていく子どもたちを「障害児」と呼ぶ。日本でも今後様々な問題がでてくるであろう。最近大阪で、世話をしなくとも通学できる障害児を職業訓練する障害児学校を玉川高校が創設するというが、それは不要で普通学校で統合して済む問題である。総体的に日本はそれなりに進んでいる。

ベトナムは徹底的に遅れているから統合するしかない。小学校に進級試験があるから、知的障害児は現学年を修了できない。知的障害児の一般学校入学は実現しても、ついていけない。知的障害児対策が最も遅れている。盲・聾が最初、次に身体障害児、最後に知的障害児である。その上、知的障害児学校には教員の配置がない。他の障害には国家が教員の賃金を出すのが、知的障害にはそれがない。だから私学で授業料を高くする。通学バスなど出せないから親の送迎できる子どもに限定される。それでもどんどんできていく。一定の財源・資力で自力で通学できる子どもに限って教育が保障される。他は自宅にいるしかない。

日本とベトナムは同じ条件で発展水準・時代がずれているだけともいえる。

結論的には、ベトナムの障害児教育は、施設・教員・就学率のすべてで遅れているといえる。普通学校の未就学児の比率も10数%である。その子どもたちが就学できる社会になれば、障害児教育も整ってくるであろう。日本人にできることは、ベトナム全土を支援することは不可能であり、直接困っている人に直接支援すること、現地に行ってそこでやりましょう、この子たちにこんなことをすればこんなことができるという典型的な経験を示すことが、やがては全土に拡大していくことを願いながら。

(注) この項は、日本ベトナム友好協会大阪府連合会事務局長小豆島正興氏への聞き取り調査、2004年8月、大阪市内による

(6) JICA 派遣理学療法士 内藤誠二氏

はじめに

2003年、JICA 青年海外協力隊は、ベトナムへ初めて理学療法士を派遣した。ベトナムでは理学療法士の社会的地位すら定まらない現状のなかで、意気に燃えた青年療法士がベトナムの現場で活躍している。現場からみたベトナムのリハビリ医療の現状はいかなるものであるのか。

派遣の経緯

内藤氏は現在32歳、JICA 青年海外協力隊の隊員として2003年7月からベトナム南部ビエンホアで理学療法士として活動している。勤務先は障害孤児養護センターという孤児を含む障

害児施設である。いま9ヶ月目、あと1年3ヶ月の間はベトナムで働いて、その後は現職のびわこ学園に復職する。現在は「現職参加」という形式で職場の許可を得ている。JICAからベトナムへの派遣は現在48名である。

大学には進学せず理学療法士の専門学校を卒業して日本で9年働いて、1年間の研修を受けてベトナムに派遣された。現在、ビエンホアで理学療法士の技術移転という肩書きである。

JICAからの派遣で、派遣先としてベトナムを希望した理由は、夏期休暇を利用して年1回訪問する形で6年程前からベンチェ省に関わってきたことから、もう少し深く関与したいと思っていた矢先、ベトナムでの最初の理学療法士養成のプランが出たからである。

現職参加なので、JICAからの報酬の85%を職場に支払って、それは日本で貯金して、こちらでは約300ドルを生活費として受け取っているが、こちらではあまり経費はかからない。

現職のびわこ学園は有給休暇扱いである。今後も、JICAはそういう形式を促進してほしい。現職参加の場合はいいが、職場の理解がないと2年後に復職できず、再就職が困難という事態が多い。もちろんJICAとしてのフォローもあるが再就職が確実にできる保障はない。

派遣期限は基本的に、語学研修も含めた事前研修3ヶ月を除いた2年間である。ただ、学校教員の場合は、文部科学省の指示もあり研修も含めての2年間で学年末の3月で帰国する。

ベンチェ省のCBRについては、「ベトナムの子どもたちを支援する会」との接触機会が希薄で現状を把握していない。同会の限界とかやむを得ないところである。一般的に外国人はベトナムを訪問して発言して帰国するがフォローできないことも多いが、そのことが逆に、当該地域のやる気を惹起させる場合もある。外国の支援態勢はもっと長期的視点からのものであってほしいと思っていた。

ベトナムの障害児教育・リハビリ治療の発展段階の初の派遣である現在、「産みの苦しみ」を実感している。とりあえずは自分の所属している子どもたちの将来をどうするかが焦眉の課題である。ベトナムとこの地域の経済・社会の発展を待たねばならない点もあり、2年では、一人では、なんともならないことばかりである。

派遣された現在は、単純にベトナム語が学びたいという動機から、これまでの経験を活かしていかにベトナムにチャレンジできないか、将来NGO活動に復帰したときのために、という気持ちになっている。2年後にはJICAからの要請があるであろうが、現在は未定である。

ただ、JICAとしてベトナムに理学療法士が派遣されたのは、今回が最初である。過日もホーチミン市のチョーライ病院に理学療法士の派遣があったというし、今後もリハビリの分野の派遣の要請はベトナム各省から増加する可能性は大きいと思われる。

職務の内容

現在所属しているのはドンナイ省の省立障害孤児病院で、入所人数は70名である。年齢は満2ヵ月から上は18歳までである。うち長期入所が30名、ディサービスを受けているのが30名、総計で120名程である。全員が教育を受ける態勢はないが、職員が算数や国語を教育する場所はある。施設の運営資金は、サンヨーや花王など日本企業からも出資されている。ベンホ

アにはドンナイ省で唯一工業団地もあり、大型スーパーもあるし、ホーチミン市近郊で経済的に発展した地域である。

内藤氏の具体的な職務は、運動障害の子どもたちの理学療法である。歩けないとか寝たきりの子どもたちの運動機能の改善、日常生活に関する援助、寝たきりの子どもたちは痰が溜まって呼吸が苦しいので除去することなどを行っている。

さらに全体的な領域から、障害児の社会参加という視点から養護施設へのアドバイス・提案をしている。第一に、就学もせずセンター内で無為に生活している青年期を迎えた子どもたちに対して、何か働けるような場所がないかという提案である。もちろん身体障害の青年たちであるから、自動車やバイクの洗車などベトナムで一般的な簡単な仕事や作業ができるように、センター内で訓練する施設をこの2月からスタートした。洗車した分は給与を支払うことにして、仕事の責任や労働して稼ぐことを学ぶようになった。知的障害児にもそこで働けるように現在検討中で、日本の作業所のようなものの前身ができるという期待をもっている。第二に、現在デイサービスとして通院している18歳未満のダウン症や脳性麻痺の子どもたちの家庭状況察知や親の将来的な不安や意見を交換する場としての父母会・保護者会を、年間複数回開催することを計画して、過日その第1回目を開催した。

ベトナムの障害児というとベトナム戦争の枯葉剤の影響が考えられるが、医療技術の未整備もあり限定できないし、年月の経過によって因果関係が不明であるなどがある。現在、ポリオについて1998年にベトナムを含む太平洋地域で撲滅宣言されたあと、脳性麻痺、とくにアテトーゼの子どもたちの増加がある。

ベトナムのリハビリ医療の現状

ベトナムの障害者対策は、国家の施策としてはまずベトナム戦争後遺症対策として出発した。当初は、ポリオや脳性麻痺など対象とならなかった。戦争後遺症対策自体、ベト・ドクを救うことが国際的世論となって初めて枯葉剤・障害児に注目するに至ったところがある。この発端が現在のリハビリ医療の状況に繋がっている点が多い。普通なら障害者一般として扱うものを「社会労働傷病兵省」管轄で扱う。ベンチェでの専門家の巡回や長期入院などは、ベトナム戦争の功労者とか北の考えを推進した者とか、特別の地位、財産のある人が優先されるなど。

ベトナムにおけるリハビリ医療の特徴は、理学療法に関する認識は少しずつ広がりつつあるが、第一に、日本のように障害者・児の社会参加を念頭においた理学療法の形態はなく、いわゆる運動機能の回復という段階に止まっていること、第二に、日本のような神経生理学の分野を考えながらの理学療法はまだ浅いこと、第三に、治療介補、相手の状態を考えながら個別的なプログラムを立てるというより、すべて共通の訓練であること、第四に、リハビリのための理学療法士養成校が絶対的に少ないこと、第五に、理学療法士の絶対数が不足していること、第六に、同じ障害児に対するケアでも管轄が違えば連携もないという行政上の問題があること、第七に、理学療法士が実際に稼働できる障害者・児のための専門施設が少ないこと、第八に、リハビリ医師と理学療法士の組織形態が曖昧であること、第九に、スタッフの技術的水準の低

さなどである。

第二については、先述のようにポリオの子どもたちの成人化のなかで脳性麻痺が顕在化するの、日本では1960年代後半から70年代で、その頃日本でも海外の種々の理学療法的手段が導入されている。たとえば、ボバース法とかズンド法などのいわゆる神経生理学をベースとする理学療法が導入されるが、現時点のベトナムはちょうどその時期に重なる。今後もしろいろなものが入ってくるであろう。そのように、神経生理学を基礎とする治療法が広がりつつあり学生にも関心を寄せるものがあるが、実際にその治療方法を学習させていく教員はベトナムにはいない。ただ、PNFという理学療法の特異な方法論を在宅治療コースの一環として、アメリカ人教員がホーチミンで教育している事例はある。

第四の、理学療法士養成校は、ベトナムで4校、ハノイ、ダナン、ホーチミンなどに1校ずつある。各校で10年に亘って毎年約20名卒業しているが定員割れで10名という年もある。

課題としては、①養成校の教員自体は海外研修で優秀だが、教育体制が未整備でそれぞれの学校毎に多分不均等な統一されていないカリキュラムに依っている、②卒業したらすぐ資格が取得できる。つまり資格取得のための国家試験がない、③理学療法士に対する啓蒙が不足し社会的認識が低く、卒業後適当な職場がなく待遇も良くないことから受験者が少ない、④全国的な理学療法士の協会がない、ホーチミン市周辺には任意的な理学療法士協会があり、毎年そこで学会のようなものが開催されているが、全国統一の理学療法士の教育システムはまだ整備されていない、などである。

基本的にベトナムでは2年制の養成の専門学校であり、ホーチミンに関しては1998年に大学に昇格した外、専門学校の部分も2年半のコースで存続している。これは、1977年の経済危機の段階に3年制が2年半制に短縮されたのだが、その2年半で修めるカリキュラムは限定されているし、実習といっても実際上困難であると思われる。さらに、国家試験制度がないため、誰でも理学療法士を名乗れる状態である。事実、理学療法士を展開している施設で2ヶ月研修をして理学療法士という名目で施設で働いているものもある。日本では理学療法士は独占名称になっているが、ベトナムではそうではない。ちょうど、日本で理学療法士・作業療法士制度が完備される以前の混乱の時期と類似している。

第五に、理学療法士数の絶対的不足については、ベトナム全土からみて多い省と思われるベンチェ省でも、専門学校卒業生を理学療法士と認定して、人口135万人で15名の理学療法士である。日本の滋賀県が人口136万人で理学療法士が250～300名であるのと比較すれば明白である。それには、卒業後の職場の保障、給与・待遇など身分保障のための法的整備が緊急になる。

第六の、成人の障害者と障害児の管轄の違いや、保健局と病院が独自の政策で相互の連携がない。成人の障害者施設は社会労働傷病兵省管轄であり、障害孤児養護センターは社会労働傷病省の管轄、理学療法士養成学校は医療省で、センターと学校の人的連携が全くない。

第八の、医師と理学療法士の指揮系統、組織形態の曖昧さについては、リハビリテーション・ドクターという医師はいるが、基本的には理学療法士の法律はないから、医師の指揮系統下で

機能するという概念自体がない。具体的には、保健局所属の施設内でそれぞれ組織されている。ホーチミンの大きい病院では、医師と療法士の指揮系統は明確になっている。療法士の位置づけを明確にしたいという問題提起は、養成校の側からは出されているようである。

第九の、ベトナムのスタッフのレベルについては、①海外からの情報も含め、方法論的な知識はかなりの程度ある。オランダでの研修出張などもある。②技術的には発展途上の段階である。

現場の課題について

上述のような現状から、基本的には理学療法士不足はもちろんであるが、当面の課題としては、第一に、子どもとの接し方、見通しをもちながらどのように育成していくかということ、第二に、将来的にどういうルールを敷いてやるか（ルールは一本ではない）ということ、第三に、理学療法士の技術をいかにしてレベルアップしていくかということ、などである。

子どもたちは発達していくから、医療という側面とともに教育・クオリティの側面がある。リハビリだけでは駄目で発達を保障する面が重要であるが、そういう観点はベトナムではこれからである。それとリハビリには身体面とこころの面がある。

地域に根ざしたリハビリテーション（CBR）の必要性

ドイモイ政策の結果としての地域格差の拡大も背景となって、「地域に根ざしたリハビリテーション」という考え方が導入された。これは、日本でいう地域医療および保健婦活動の概念である。1980年頃、保健省の管轄で南部デルタミターという地域に導入が決まった。スエーデンの援助で、現在ハノイ在住でベトナム政府の CBR の顧問であるスリランカの医師の Dr. メンシュメ氏の提唱で、パイロット的にいくつかの村で活動は始まった。JICA との関係はない。JICA が在ベトナムのすべての NGO を掌握している訳ではなく、ベトナムで活動している NGO 自体、個人的活動と団体活動、日本に登録している組織とベトナムに登録している組織など様々で、活動内容も明確には掌握できない現状であるから。

（注）この項は、JICA 派遣理学療法士内藤誠二氏への聞き取り調査、2005年4月、ホーチミン市内、による。

（7）ベトナムのハンセン病患者にエアーマットを送る会

病院の概要

2001年4月、ベトナム在住日本人らは、ベトナム人で外国でホテルを経営するオアン氏の妻藤巻さんの招待でフランス系カトリック教会のドクターやシスターの慰問団と同行、ホーチミンの北西 150km のベンサン・ハンセン病治療センターを訪問した。同病院は、1959年カトリック教会が建設し、南ベトナム解放後はベトナム政府との共同管理下にある。敷地は 50ha

で、患者とその家族約 1000 人が宿泊・生活している。15 歳までの子どもは 150 人、地域の学校に通学している。

政府から、患者一人当たり生活費月 12 万ドン（約 1000 円）、奨学金年間で小・中学生 40 万ドン（約 3500 円）、高校生 80 万ドン（約 7000 円）が支給されている。

運動の始まりと発展

その際、病院側からの要望である高齢の患者へのエアーマットの提供を、ベトナム在住日本人は、日本の倉敷医療生協の松本仁氏等に連絡した。

数ヶ月後、松本氏から、倉敷市の医療機器商会でリースの満期で廃棄処分になるエアーマット 10 枚の譲渡の情報が入り、電圧の違いや関税免除の申請文書など煩雑な諸手続きの後、見本の 1 枚を病院に送付した結果、効果抜群との回答が帰ってきて、残る 9 枚も贈った。

2002 年 2 月の『朝日新聞』岡山版、山陽ラジオなどの報道の結果、カンパやエアーマットの寄付が集まった。

2002 年 4 月末、松本氏が、エアーマットを携えて病院を訪問した。オランダの支援で作成された自助具を使用してパッチワークを製作している 78 歳の女性などをみて、外国の支援が相手国の自立に役立っている実情をみる。

その後、日本のハンセン病施設・長島愛生園の元患者から多額のカンパがあり、ベトナム側の要望であった心電計を贈呈した。その際、両国の患者同士の交流・連帯を図る意味から、愛生園元患者の手紙を添えた。

2002 年 7・8 月、ホーチミン市障害児教育センター、クチのマイ・ホア・エイズホスピス、フーコック病院などへ、エアーマットを贈呈した。

2002 年 9 月、ベンサン病院に心電計 1 式、酸素ボンベ 2 基、食料品を贈呈し、その際、外国からの支援に必要な正式の手続きを要請されたが、正式の団体による組織的活動でないことを説明したが、エアーマットの需要はまだあるという。

オアン氏は、松本氏らのことを「日本のサンタクロース」と呼んでいるという。

松本仁『一人 NGO「ベトナム訪問記」—ベトナムへエアーマットを送る会の取り組みを通して』

1. 会の発足・発展

2001 年 5 月頃、ベトナム在住の友人から、ベンサン・ハンセン病療養所で、高齢・重症の患者の褥そう（床擦れ）対策にエアーマットの要望があるとのメールがあり、同年 11 月頃、医療機器販売業者から、リース用更新時の中古 10 枚の提供申し出があった。

実際送るには、ベトナム政府の許可、直接手渡す（港湾から施設までの運転手つきレンタカーで）作業のほか、船便代・港湾での関税・チップ（袖の下も）と、約 1 万円と変圧器代などか

なりの輸送経費がかかることが判明した。2001年は、国の責任を問う「ハンセン病裁判」の和解成立など世論の盛り上がった年で、「ベトナムにエアーマットを送る会」を設立し、マスコミの協力を得ながら運動を展開した。新聞・ラジオの報道もあり、96万円のカンパと計14枚のエアーマットが準備された。

2002年1月、5・9月にベトナムを訪問し、エアーマット、褥そう治療解説書、心電計、酸素ボンベなどを寄贈した外、即席ラーメン、濃縮ミルク缶など食料品も持参したが、輸送・連絡・通訳などはボランティアのベトナム青年が務めた。

2. ベンサン (Ben San) ハンセン病治療センターの概要

1959年、ハンセン病治療・療養病院として発足して約40年、以前は150haあったが、1975年の南部解放後、国に没収され現在は50haである。外観は西洋風で明るい、決して衛生面で十分でない平屋立ての小屋が点在する野戦病院のようなどころもある。街にいる患者を強制的に収容する施設もある。

政府の管理ではあるが、多くのボランティアに支えられている。治療・療養・ケアのための32名の医師・看護婦は全員ホーチミンから交代勤務である。収容されているのは1000名、うち患者は500名で、大半は南部・ホーチミン近郊から来ている。

患者1人当たり年間日本円で1万2000円ほどの政府からの補助金の支給があり、その大半は米や野菜など食費であるが、不足分はこの施設の実質経営母体であるカトリック教会の献金やボランティア団体の資金で賄われている。1000人の収容者のうち約100人が15歳以下の子どもで、施設外の一般学校に通っている。小・中生に約3500円、高校生には7000円の奨学金制度がある。

『朝日新聞』2002年10月21日号は愛生園入所者からベトナム・ハンセン病療養施設患者へのメッセージの交換を紹介した。NGO団体「エアーマットを送る会」は、今後ベトナムに医療生協の創設、非営利協同の障害者対象ビジネスの起業などを計画している。

(8) 日本医療生活協同組合によるベトナム医療視察

日本医療生協医療部会は、APHCO（アジア太平洋地域保健協同組合協議会）活動の一環として、ベトナム医療調査団を派遣、団長は藤原高明医療活動委員長（高松平和病院院長）であり、1週間の滞在でホーチミン、ハノイの病院、農村の医療状況、協同組合運動の現状などを視察・調査した。2004年3月、医療生協医療視察団がベトナムを訪問した。

1. 病院施設の不足、産婦人科のセンター病院であるホーチミン市のツーズー (Tu Du) 病院では、1300人の入院患者で1000床、2人で1ベッドを使用し、ベッドの間に簡易ベッド、廊下にも莫藪を敷いて患者がいる。ドイモイ政策と市場経済の導入で貧富の差が激化している状態である。

2. 都市部と農村部の医療事情や経済の格差を実感した。ホーチミン市にはドイモイド後私

立病院もできた。医薬分業は徹底している。

3. 農村では合作社という協同組合があり、診療所で無料医療、検査や手術、入院設備はなく、重病の場合は都市の病院にいかねばならない。

4. 保険制度は公務員など、無保険者は全額私費負担であるが、ツーズー病院では貧困層25%割引、ドンタでは無料などの措置がある。地方総合病院は日本の40年以上前のレベル、村の診療所は医療より保健活動や初期診療が主目的、子どもへの予防接種、栄養バランスの教育、衛生、結核やマナリアの予防、避妊法の宣伝など、月間1000人が来訪する。

5. 医師になるには、5年の大学教育の後、インターン制度、大学教員の推薦で資格を授与されるが、卒業しても医師になれないものもいる。

6. ベトナム医療省国際協力副局長は、日本の医療生協活動を理想のモデル、治療より予防が重要など共感し、今後の交流の深化への期待を示した。ベトナム協同組合連合会会長も、資料提供、モデルの紹介、セミナーや会合の要求、地域でのテストなどベトナムでの医療生協創設の意欲をみせた。日本の経験に学んで活かしたい、住民が自主的に保健活動を推進するシステムはベトナムの目指しているもの、医療のあり方のモデルとして検討したい、などの関心と共感がよせられた。また、医療省は、全ての医療を国で賄うことはできない。住民の自主的な活動で公衆衛生や医療の水準を向上させたいと考えているが、協同組合は合作社の失敗で協同組合に対する不信がある。最も身近な保健・医療活動において協同組合活動を活性化したいと切望していた。

7. 日本の医療生協やアジアの保健協同組合の経験は、ベトナムの保健・医療の前進に寄与できる可能性がある。ベトナムはAPHCOへの参加も前向きに検討している。

(9) 医療生協の途上国支援活動とベトナムにおける生協活動普及の隘路

日本の医療生活協同組合は、WTOとの連携のもとにアジア地域における医療生協活動の活動を開始している。ベトナムでは、先述のように「地域に根ざしたリハビリテーション(CBR)」が政府・行政のイニシアティブのもとに、いわば「上からの」運動として展開されている。CBRは本来「下からの」運動であるべきであり、そこにベトナムにおける医療生協運動の必然性がある。しかし、ベトナム政府・行政は、農業合作社の失敗と下部からの組織づくりへの警戒から、医療生協運動には慎重である。

日本生協連合会は、国際的活動のなかでは東南アジアを担当して、全体的にはWHOと情報交換している。当面、現在医療生協運動の萌芽がある韓国・ネパール・モンゴルなどを援助・交流しているが、さらにベトナム・フィリピンともう1か国ある。ヨーロッパにもある。韓国の場合は職場の取組みに住民組織が重なる形態で自分たちの診療所も設立している。韓国への支援は、人事交流などソフト面が中心で、モンゴル・チベットへは医療機器と人員派遣である。

WHOは発展途上国の安全衛生への勧告はするが、WHOも途上国も、独自で取り組む財政

的基盤がないことから、医療生協の住民を組織する活動スタイルに注目している。医療生協は日本独自の形態である。

医療生協としては、萌芽のある諸国以外にも、ベトナムなどへの調査・意見交換をしていく。APHO（アジア太平洋地域保健協同組合協議会）活動の一環で、日本生協連はそのアジアブロックの担当である。現地の動きを調査している。日本の民医連も同じような方針を出しておりタイアップしている。

日本人のベトナムにおける努力や献身的な貢献は、ベトナムの医療福祉のレベルアップに大いに役立っている。

しかしながら、ベトナムでの医療生協活動の普及は容易ではない。党や政府がそのような下部からの草の根運動を警戒する状況がある。ベトナムでは、集会・結社の自由の権利意識が不足している。

他方で、母子保健や母子手帳の運動がコミュニティレベルで進んでいる。いわゆるCBRの活動は本来は下部から組織されるべき性質のももではあるが、政府・行政側からの上から組織された活動になっている。

生産力の発展が先決との考え方は、「百年河清を俟つ」で、それまでも具体的なやりようがあるはずである。経済が発展した日本ではいま高齢化社会への対応が迫られている。何も日本の二の舞を踏むことなく、今からできるものは固めていけばいい。生産力が高くなってからかかんがえようでは遅い。

共産党が政権を担っていることは、他の途上国に比べて、できるだけ犠牲を少なくするという可能性がある。レーニンがネップを模索したとき念頭においた「国家資本主義」のイメージ、そういう特徴をもつ国である。もともと大きな政策的ミスマッチが他の途上国以上の混乱を招く、逆の可能性も理論的には否定できないのかもしれない。心情的には、首尾よく最小の犠牲で生産力を発展させ、外資の蹂躪を抑えて国民経済を発展させることがと信じたい。というか、この歴史的实验に未来の光明をみたいという気持ちである。その場合、大多数の国民の意見を大切にすることが、大きな過ちを避けることになる。

とにかくベトナムにはベトナム流のやり方があるからその辺に留意しつつ実行する必要がある。

協同組合は合作社の失敗で懲りたという不信感があるし、下部の人々が運動を組織するものに対して党や政府が疑いをもつのはやむを得ないとして、それならば、日本の医療生協から党や政府に理解を求める形をとればいい。日本の生協と株式会社との相違点とか、最低限、制度的な保護政策を妨害しないこと運動を邪魔しないこととか、その運動がベトナムの医療福祉を発展させるものであるとかを理解させる。他方で、日本の医療生協に対して期待を寄せているという情報もある。

運動のないところに上から組織するのではうまくいかない。担い手があつて神輿は動く。神輿も大事だが担ぐ人がいないと祭りにならない。下からの盛り上がりが基礎である。

ベトナム側の自助努力がなければ外国や宗教団体などの援助が生きてこないし長続きしない

が、CBR に政府や地方行政が取り組んでいるのはまさに自助努力であり、医療生協運動もその一環、大きな内容になる。日本でも 1970 年代には地方の運動や世論をバックにした典型例から始まって、国としての老人保健法や医療費無料化が実現した経緯がある。

日本の医療生協は政府への批判もしながら今の制度に乗った活動もやる。ベトナムにおいても同様である。

ベトナムの医療・福祉の現状

日本へ国費・私費で留学して卒業後帰国しても、ベトナムにはそれを活かす場がない。福祉を学んでも、ホテルの受付の報酬が高いとそちらを選択する。帰国するより、欧米・日本に目が向いている。

発展途上国ベトナムでは 15 歳以下人口が 40%を占めるから、とくに子どもの医療・福祉・教育は重要な問題である。障害者・児への対策は、ベトナム戦争の被害、枯葉剤の被害者への対策から始まった。現在は、小児麻痺から脳性麻痺に重点が移っている。

資料上は、障害児の比率は日本より低い、それは調査方法の違いによる。ベトナムでは 100%把握できない（座敷牢的などところに閉じ込めていたり、脳性麻痺者が健常者同様に働いていたり）。ポリオはほとんど撲滅させ、後遺症は高齢化している。

障害者問題は、その国の人権のバロメーターである。社会主義の能力に応じて働く原則からいけば、わずかな能力でもそれを活かして社会で生きていくという権利をみな等しくもっているということである。それならば、その保障は社会主義の理想であり、政府が障害者問題をどう扱うかは大きな問題である。そういった為政者の認識はベトナムでは他の国に比べて高いと思う。だが、財政的基盤がない。それなら生産力を高めればいかというと、経済が豊かになって何もなくなってしまつては困るから、生協の運動も含め、下部から力をつけていって、生産力が高くなった段階でも理想が貫けるようにしないといけない。ただ従来の社会主義ではいけない。等しく貧しいではいけない。違った社会主義、社会主義とは言わないかもしれないが。

ベトナムにおける保険制度は、公務員や国営会社・外資系企業の従業員は法律上入っているが、あまり保険は利用されていない。保険診療したら、病院サイドは赤字になる。病院は診療報酬が少なく、実際は保険診療はやっていないに等しい。他方、一般の国民はほとんど無保険であるが、無収入の人は医療費を 25%引くことになっている。

ベトナムにおける CBR の前進

CBR とは、地域に根ざしたリハビリテーションの意味であるが、それに限らず、「地域に根ざした福祉・医療・教育……」という言葉も可能ではないか。リハビリも、機能訓練と狭義に解釈せず、社会資源をきちっと使いながら目標は自立するということである。たとえば、車椅子に乗る力はあっても、一步外出すると環境整備によって自立が促される面がある。ノーマライゼーションというが、その思想そのものが障害者の一般社会でちゃんと生きていける環境づくりを促進し、障害者の外出の意欲を亢進させる。

ベトナムにはベトナムの、それぞれの国家・地域の環境の違いで、それぞれの応用問題があり、それぞれの対応がある。障害を固定して把握するとどうしようもない。もっている能力の最大限利用と代用手段の提供である。

障害は日本語でいえば一つの言葉であるが、英語では、狭い意味での機能障害はインペアメント、右が駄目なら左という場合はディスアビリティ、車椅子の道をどうするかはハンディキャップと三つの階層に分けて考える。だから、リハビリもその三つの階層毎にものごとを捉えないとならない。障害を一つと捉え、リハビリを機能回復とのみ捉えることでは限界があるし、リハビリ医学とは、予防医学・治療医学に次ぐ第三の医学といわれる所以はそこにある。生物学的な意味だけでなく、周りの環境も含めて社会的なものも含むものとして捉えなければならない。障害には、身体的のもの以外に、精神的・知的なものもある。

社会復帰、職場、社会参加をどれだけ保障するかも重要である。具体的には作業所の問題である。自立のための仕事をどれだけ作り出していくかには、地域・社会の理解が必要である。

リハビリが、科学・技術として発展したのは、第二次世界大戦後である。欧米でも傷痍軍人が多く生まれ、労働力を確保するための必要性から、残った能力をいかに有効に利用するかというところから生まれた。皮肉にも戦争の結果の産物である。ベトナムでも、その分野から始まった。傷痍軍人が最低限生活をするための義足作りからはじまった。社会労働傷病兵省という名称にその証拠がある。むしろ、障害一般が対象になったのは、その後である。

もともと、ベトナム北半部では、一律的な医療福祉政策はあったが、程度や質は低かったのに比べ、南半部は外国や宗教関係の援助で地域差はあるが、質的には高く人材も優秀であったという。

最近ベトナムでもインテグレーション（統合教育）が増えているが、それで誤魔化している側面もある。健常児と障害児を統合して教育する場合、それを教育する人材が不足している。

日本の医療現場の関係者の意識もまだまだである。それに、国立大学ではとくに、リハビリの講座は少ない。病院内で、医師・看護師・介護福祉士は、本来は職能上の違いであるのに、明らかに上下関係ができています。障害者本人や家族にとって介護士にしか相談できないこともある。

最近ようやく地域に根ざした地域医療を重視し、介護福祉制度や地域医療を担当するインターン制度も始まった。ただ厚生労働省の発想はそれが理想であるからでなく、安上がりであるからである。

ベトナムの場合は、背に腹は代えられずで、財政的基盤がないから、CBRを導入した。日本のような経済合理性からではなく。そこに将来あるべき姿が存在する。

地域に根ざしたリハビリテーションは、リハビリに限定されない。CBM（地域に根ざした医学）でも、予防医学や医療福祉全般でもいいのではないかと。そこでも医療生協と結びつく。最近、医療生協では、非営利協同ということを強調しだした。つまり非営利を貫くためには協同団体組織に支えられないと事業ができないということ、非営利とは儲けないという意味ではなく、過分に儲けない、稼ぎ過ぎない、利潤第一主義にならないという意味であり、具体的には

インホームドコンセント、カルテの公開・開示、患者に情報を伝える、判断は患者・家族が決定するなどである。

(注) この項は、倉敷医療生協健寿協同病院リハビリ部技師長、松本仁氏への聞き取り調査、
2004年4月、ホーチミン市、による。