

第6章

ベトナムにおける障害者生計調査に向けて —既存統計と社会モデル導入の試み—

寺本 実

要約：

本稿ではベトナムにおける既存の障害者統計、統計収集の方法について検討した後、ベトナムにおける障害者生計調査に障害の社会モデルを取り入れる時に留意すべき点について考察した。

今回の取り組みを通して、障害の社会モデルをベトナムの障害者生計調査に取り込む際に認識しておくべき点として、ベトナムにおいては当該障害者が **impairment** を負った原因により **disability** の度合いに差異が生じている可能性や、ベトナムの人々の医学的治癒への期待の大きさがあることが分かった。また、障害の社会モデルには潜在的に「規範性」があると思われるが、調査結果の分析・検討の際には現地状況の総合的理解、文脈に基づいた分析・検討を心がける必要があると考えられる。

キーワード：

ベトナム、障害の社会モデル、障害学、**impairment**、**disability**、現地状況の総合的理解、現地の文脈

第1節 はじめに

本稿執筆の目的は、ベトナムにおける既存の障害者統計とその収集方法について筆者の知りうる範囲でまとめるとともに、本研究会で意識されている障害の社会モデルの観点をベトナムにおける障害者生計調査に取り入れる際、どのような点に留意する必要があるのか、また、その調査結果をどのような点に配慮しつつ解釈する必要があるのかについての指針を見いだすことにある。

本稿の構成は以下の通りである。第1節でベトナムの障害者統計の現況についてまとめる。続く第2節では本稿における障害の社会モデルについての理解を示すとともに、ベトナムの障害者生計調査に同モデルの観点を取り入れる際に留意すべき点を過去の現地調査の経験に基づいて導出する。第3節では第2節の考察から導出された点に依拠して設計した調査デザインに基づき、2007年に実施した現地調査結果の一部に依拠しつつ考察を行う。そして、最後に障害の社会モデルをベトナムの障害者調査の実施および結果の分析に取り込む際に留意する必要があると思われる点について総括する。

なお、本稿における「生計」とは「生きるための手段や戦略」、「生活・暮らし」という理解であり、貧困と人々の生活を包括的に捉える社会開発の概念・枠組みである持続的生計アプローチ (sustainable livelihoods approach) に由来するものである¹。

第2節 ベトナムの障害者統計

1. 障害者統計の概要

2006年5月16日～6月29日まで開催された第11期第9回国会に政府が提出した「障害者法令実行展開7年間の報告」に基づいて概要を記す。これは筆者が入手し得ている範囲では、現地資料に基づく最も新しい障害者統計である²。2007年10月14～10月27日に行った現地調査の際、ベトナムの

方に確認した際にも上記資料が最新のものであるとの説明であった。ここで「筆者が入手し得ている範囲では」と記したのは、特別なルートを有する機関、個人はさらに新しいデータを入手し得ている可能性があるからである³。

なお、グエン・タン・ズン首相が 2007 年 8 月 3 日に 2009 年 4 月 1 日における人口・住居総合調査の実施について指示を出している⁴。障害者に特化した調査ではないが、障害者についても全国的な新たなデータが収集、整理されるものと思われる。

ちなみに障害者法令は 1998 年 7 月 29 日に国会常務委員会により可決され、同年 11 月 1 日に施行された法令⁵で、現在通常法律への格上げが検討されている⁶。

以下、ベトナムの障害者統計の概要について記すことにしたい。

2005 年時点の障害者総数は約 530 万人でベトナム全人口の 6.34%を占めるとされる。農村部・都市部の比率でいえば農村部 (vung nong thon) に 87.27%、都市部(vung thanh thi)に 12.37%が暮らしている⁷。ここで農村部というのは、「社(xa)」、「坊(phuong)」、「市鎮(thi tran)」、「市社(thi xa)」、とあるベトナムの末端行政級のうち、「社」に該当する部分を指す⁸。同年度のベトナム人口分布は農村部に 73.12%、都市部に 26.88%であり⁹、障害者の農村部居住比率が 10%以上上回っている。農村部に住む障害者比率の高さがかがわれる。家庭 (ho gia dinh) というレベルで考えると、ベトナムの全家庭の 7.93%が障害者と暮らしている¹⁰。

次に地域別に見てみよう¹¹。ベトナムの地域は北から南にかけて、北部西方地域、北部東方地域、紅河デルタ地域、中部北方地域、中部沿海地域、中部高原地域、南部東方地域、メコンデルタ地域の 7つの地域に分けられる。2004 年の数字となるが、障害者の絶対数が最も多いのはメコンデルタの 101 万 8341 人、2 番目に多いのがハノイ市の位置する紅河デルタの 98 万 118 人、3 番目に多いのがホーチミン市の位置する南部東方地域の 86 万 6516 人となっている。

地域別人口に占める障害者比率についてはどうか。最も高いのは中部沿海

地域の 10.74%で、2 番目に多いのが北部東方地域の 7.34%、3 番目に多いのが南部東方地域の 6.57%となっている。中部沿海地域には中部の中心都市ダナン市をはじめとして、クアンナム省、クアンガイ省、ビンディン省、フーイエン省、カインホア省の 1 中央直轄市、5 省が含まれる。省・中央直轄市は日本でいえば県レベルに相当するが、具体的には総人口 698 万 1700 人のうち 74 万 9489 人が障害者となっている。

しかし、ベトナム統計総局と世界銀行により定められた 1 人 1 カ月当り支出 17 万 3000 ドンを判定ラインとする 2004 年の同地域の貧困率をみると、中部沿海地域の数字は 19%と 7 つの地域区分の中で 3 番目に低い。この数字だけをみれば、障害者の集中と貧困問題との因果関係は強いとも言い切れない¹²。

年齢別分布について見てみると、16 歳未満が約 16%、16～55 歳が約 60%、55 歳超が約 24%となっている。ベトナムの労働年齢は女性で 15～55 歳、男性で 15～60 歳とされるが、ベトナムの多くの障害者が働き盛りの年齢にあることが分かる。

次に障害の種類について見てみたい。これは以下のような分布となっている。運動障害 29.41%、神経系統の障害 16.83%、視覚障害 13.84%、聴覚障害 9.32%、言語障害 7.08%、知的障害 6.52%、その他の障害 17%、以上である。このうち 20%近くが重複障害という。障害の種類の中では運動障害が最も多い。後にも言及するが、ベトナムは抗仏、抗日、抗米、カンボジア侵攻、中越戦争と近年に至るまで多くの戦争を戦わなくてはならなかった。筆者の調査中も多くの傷病兵の方々にお会いしている。戦闘による障害は爆撃、銃撃、地雷、手榴弾などによる肢体の損傷に止まるものではもちろんないが、運動機能に障害を負った方の比率の多さの一因には、ベトナムの持つ歴史的背景があると考えられる¹³。

障害を負った原因に関する数字を次ぎに見てみたい。以下のような数字が紹介されている。先天性 35.8%、病気 32.34%、戦争 25.56%、労働事故 3.49%、その他の原因 2.81%、以上である (Chinh phu[2006 : 31])。先天性、病気に

より障害を負った方の比率が1、2番目を占める。妊娠から出産に至るまでの母体の健康管理、保健・医療設備、サービスの未整備や関連情報の不足・未普及など、様々な要因が考えられる。3番目の要因として戦争が挙げられているが、25.56%とかなり多い。先にも記したが、20世紀の後半に至るまで多くの戦争を戦わなければならなかったことに由来するものである。

ここでは交通事故が要因として挙げられていないが、近年ベトナムで自動二輪車、自動車の普及、運転者の交通ルールに対する意識・知識の問題、道路の整備状況などの諸要因により、交通事故が多発し、道路交通問題はベトナムの社会問題となっている。2001～2005年に約12万5000人が交通事故で障害を負ったと同報告にも記されており、交通事故を原因とする障害者の数は今後益々増大するものと思われる。労働・傷病兵・社会問題省が1999年に出した報告書¹⁴では交通事故を要因とする障害者の比率は5.52%を占めるとされていることから、実際には相当の比率を占めているのではないかと推測される。

教育レベルについて次にみてみよう。障害者の非識字者率は、約35.83%とされる。他方読み書きができる人の比率は12.58%である¹⁵。中学校レベルが20.74%、高校レベルが24.13%となっている¹⁶。職業教育を未だ受けていない障害者の比率は非常に高く97.64%となっている¹⁷。16～55歳の障害者が全体の約60%を占める中で、職業教育を受けている者の比率が2.36%に過ぎないというこのギャップの大きさは、今後解決すべき大きな課題の1つだと考えられる。

次に、仕事についてみてみたい。これについては約58%の障害者が仕事に参加しており、約30%は未だ仕事がなく、安定した仕事を持ちたいと考えている。仕事がなく、安定した仕事を持ちたいと考えている人の比率は、紅河デルタで最も高く41.86%、ホーチミン市が位置する南部東方地域では約35.77%となっている。

約58%の障害者が仕事に参加しているということだが、「参加」という言葉に含みがあると考えられる。後に「約25～35%の障害者が仕事を持ち収入

がある」との記述があることから、この約 58%という数字の中には家族で所有する農作業用の水牛の世話や、食用の豚、鶏の世話の手伝いといった、自身の収入に結びつかない仕事（自己雇用）も含まれているのではないかと推測される。

生活についての数字はどうか。家族・近親者・社会扶助に依拠して生活している障害者は都市部で約 70～80%、農村部で約 65～70%とされている。自身・家族のために収入がある人は約 25～35%と報告されている。農村部における数字の方が低くなっているが、2005年～2007年にかけてタイビン省、ハーナム省、タインホア省で調査を実施した際の経験に基づけば、農村部の約 65～70%という数字は、実際より低いのではないかと印象を受ける。また、収入があるといっても、額が少なく、しかも不安定である場合が少なくない。例えば、籐細工作りに従事するハーナム省の女性によれば作品を作っても収入は売れ行きに左右されるため、収入は常に不安定であるとのことであった。仕事、収入額、安定性の問題など、具体的内容を知ることなくこの数字が指し示す本当の意味を理解することは容易ではないと思われる。

人口に占める障害者比率が最も高い中部沿海地域の例からは貧困と障害とのつながりを必ずしも読み取ることができなかった。しかし、障害者が暮らす家庭の多くは貧しく、32.5%の家庭が貧困世帯¹⁸に属しており、同居する障害者の数が多いほど貧困の度合いが深まると同報告では伝えられている。その他は、平均的生活の家庭が 58%、平均的生活よりやや上の家庭が 9%、富裕家庭が 0.5%となっている¹⁹。

以上、既存の統計資料に基づいて述べてきた。南ベトナム政府側の傷病兵・元幹部、職員の人たちに関する数字は今回照会した統計に含まれていない可能性がある。この点には留意する必要がある。

ちなみに世界保健機関（WHO）による推計ではベトナム人口の約 10%が障害者であるとされている²⁰。

2. 統計収集の方法

ベトナムの社会学者にベトナムにおける障害者統計の収集方法についてうかがったところ、以下のような説明を得た²¹。

ベトナムで障害者問題を基本的に主管するのは労働・傷病兵・社会問題省であるが、同省は中央から末端に至るネットワークを活用してデータを収集する。ベトナムの行政機構は中央、省レベル、県レベル、社レベルの4つのレベル²²からなるが、それぞれのレベルに労働・傷病兵・社会問題省に連なる専門機関が存在する。すなわち、省レベルには労働・傷病兵・社会問題局(so)、県レベルには労働・傷病兵・社会問題室(phong)、社レベルには文化・社会担当職員がいる²³。中央から末端に至るこのネットワークを次のような流れで用いるとのことである。

末端地方行政社レベルの人民委員会の文化・社会担当職員は自身が勤務する社レベル行政単位における障害者の状況を把握し、それを同単位が属する県レベル(室)に報告する。県レベル人民委員会の担当専門機関は当該県下に位置する社レベルから上がってきたデータを集計、総合し、省レベル(局)に報告する。省レベル人民委員会の担当専門機関は同省に属する県レベル専門機関から上がってきたデータを集計して中央(労働・傷病兵・社会問題省)に報告する。

以上のような方法、流れによって最終的にベトナム全体の障害者の状況を把握するということであった。

末端行政レベルから中央に上げられていく報告の内容についての詳細は分かっていない。しかし、入手しえたある県の障害者に関する資料項目に基づいて以下のことを指摘しておきたい。その資料の項目は、以下のようなものであった。

すなわち、性別、障害の種類(視覚障害、聴覚障害、運動障害、言語障害、精神< tam tri >障害、知的障害、その他)、自らケアできるか、扶助受給の有無、扶助受給の種類(医療費免除、学費免除、矯正器具、職業技術教育)、その他の支援(国内・国外)、以上である。

地方ごとに扱われる項目が異なる可能性はもちろんある。しかし、上記項

目には基本的な項目が並んでおり、少なくともこれらの点をおさえた報告が末端レベルから中央レベルに上げられていくのではないかと推測される。

なお、ベトナムには未だ障害区分に関する具体的な基準が未だなく、さらに、障害者に特化した調査はこれまで実施されたことがないとの説明であった。

ちなみに社レベル人民委員会の担当職員が、当該社レベル行政単位に暮らす障害者のリストを管理し、扶助金を渡すなどの役目を担っている。

3. 障害者支援制度²⁴

ベトナムの法律はしばしば変更される傾向にある。法律を実行するための政府議定、省庁が出す通知についても同様である。したがって、安定的、確定的記述をすることは外部の者にとってそれほど容易ではない。執筆時点で筆者が把握している法制度の概要は以下の通りである。

本稿執筆現在のベトナムの障害者政策の基本法は障害者法令（Phap lenh ve Nguoi tan tat）²⁵である。同法令では障害について次のように定義している。

「障害を引き起こした原因による区別なく、異なる障害の形の下で身体上のあるいは機能の一部または複数が欠けており、活動能力が減退し、労働、生活、学習上の多くの困難に直面している人である」²⁶。同法令では医療面、教育面、職業・雇用面での優遇措置が定められており、治療費用、職業教育を含む学費面での配慮、「障害者のための生産・経営基礎」、「障害者のための職業教育基礎」²⁷に対する税控除、土地の供与などの内容が含まれている。

傷病兵・枯葉剤被災者については少なくとも 2005 年に制定され²⁸、2007 年に修正・補充された革命功労者優遇法令（Phap lenh uudai Nguoi co cong voi Cach mang）の対象となる。同法令に基づいて扶助金、医療保険の支給など様々な優遇措置を受けることになる。これらの人々も障害者法令の対象にはなる。しかし、障害者法令第 2 条が示唆するところによれば²⁹、法令間で重ならない事項についてその権利を享受することになると考えられる。

第3節 障害の社会モデルについて

1. 個人モデル（医学モデル）と社会モデル

周知のように障害への取り組みにおいては障害の個人モデル(医学モデル)と社会モデルが存在する。これらについて本稿では久野研二・中西由紀子 [2004]、森壮也 [2007] に基づく以下の理解を共有している。

個人モデル（医学モデル）の特徴は「正常という概念を基礎に据えて、心身機能の正常域からの逸脱を障害として重視し、障害者を“健常者”に近づけることを目標とすること、障害を個人の問題とし、問題の所在を障害者個人に置くこと、病気の結果機能障害が起こり、その結果能力障害が生じ、結果として社会的不利が生まれるという線形帰結モデル (linear casual model) とよばれる見方をするために、障害の改善には機能回復のためのリハビリテーションが不可欠で優先されるべきであり、『変わるべきは障害者である』と考えることにある」³⁰。

他方、社会モデルでは、障害は「心身機能に障害を持つ人のことをまったくまたはほとんど考慮せず、したがって社会活動の主流から彼らを排除している今日の社会組織によって生み出された不利益または活動の制約」³¹と定義される。

個人モデルでは障害者自身の心身の機能的障害の克服こそ取り組むべき最優先の課題とされる一方で、社会モデルでは障害の本質を社会における不平等と差別にあると捉え、その克服を最優先の課題と考えているのである³²。

本稿では本研究会の主旨にしたがい障害の社会モデルを意識した調査研究を行うことを企図している。また、杉野昭博 [2007] で「障害学」における「当事者視点に立った障害の研究」という観点の不可欠性が強調されているが³³、筆者の障害に対する理解不足などの問題はあつたものの、できうるかぎりこの点に留意することを心がけていくことにしたい。

2. ベトナムの障害者生計調査への社会モデル導入に際して

2005～2006年にベトナム北部の紅河デルタに位置するタイビン省、ハーナム省で行った障害者生活調査の経験に依拠しつつ、ここでは考察する³⁴。

調査の結果、障害の種類、障害を負った原因ともかなり多様であることが分かった（表1、2参照）。

表1 タイビン省、ハーナム省に調査対象者における障害の種類(人)

	対象 総数	肢体	視覚	聴覚	言語	神経・ 精神	知的	内的
タイビン省	47	30	23	24	27	30	22	1
ハーナム省	45	37	15	15	19	24	18	2

(出所)2005～2006年に実施した調査結果に基づき筆者作成。

表2 タイビン省、ハーナム省に調査対象者が障害を負った原因(人)

	対象 総数	戦 争	枯葉剤 (間接)	枯葉剤 (疑い)	生 来	病 気	老 齢	医療 事故	遊戯中 事故	交通 事故	原因 不明
タイビン省	47	9	5	3	25	12	1	1	3	0	0
ハーナム省	45	4	8	3	30	10	0	0	1	1	2

(出所)2005～2006年に実施した調査結果に基づき筆者作成。

障害を負った要因については、戦争関連（戦争参加、枯葉剤への両親を通じた間接的な枯葉剤への被災含む）で障害を負ったと認定されている人たちがタイビン省で約29.8%、ハーナム省で26.7%とかなりの比率を占めている。

これらの人たちへの国家からの支援を扶助金の支給という側面から見てみると、障害を負った原因が戦争に関係があると認定されている人はすべて扶助金を支給されている（タイビン省14人中14人、ハーナム省12人中12人）。これに対し、戦争以外の要因で障害を負った方は、タイビン省で33人中6人、ハーナム省で33人中3人が扶助金の支給を受けているにすぎない。

先に指摘したように傷病兵・枯葉剤被災者に対する支援制度、障害者一般に対する支援制度はそれぞれ法的には整備されてきている。ここで示唆されていることは、法文上の整備の問題ではなく、それぞれの制度の実行度合いに差が生じているのではないかという点である³⁵。

背景としては様々な問題が考えられるが、ベトナムは抗仏、抗日、抗米、カンボジア侵攻、中越戦争と多くの戦争を 20 世紀後半に至るまで経験してきており、自身の命、人生を賭けて国のために戦った人たちとその家族の人たちへの保障が国の成り立ち上、強く求められているという現実がある。

したがって、ベトナムの文脈では、障害の社会モデルにおける **impairment**(身体や精神の状態、足がないとか、視力が十分でない、鬱状態)³⁶を負った原因が、個々の **disability**(他の人と同じレベルで平等にコミュニティの生活に参加することができなかつたり、制限されていること)³⁷軽減の条件に影響を与えていると考えることができる。

また、国家に対して医療関係の支援を求める人たちはタイビン省で 13 人、ハーナム省で 10 人とそれぞれ約 27.7%、約 22.2%を占めており、**impairment**の治癒、回復に対する希求も根強いものがある。

障害の社会モデルは「心身の機能障害と、その人の社会参加を阻む障害との間には原因と結果という関係は必ずしもなく、それぞれは別の課題として取り込まれるべきである」³⁸との立場に立つ。そして、「障害の社会モデル」の理論射程の幅と深さを理解することは障害学の理論的洗練を目指すことであり³⁹、「障害学の実践課題とは、障害者個人ではなく、障害者を取り巻く環境に働きかける『社会モデル実践』を育てていくことと、障害者個人に向けた『個人モデル実践』を、利用者主体のサービス供給体制のもとで提供されるように実践していくことの 2 つに集約される」と主張されている⁴⁰。

ということであるならば、障害を負った個々の要因の差異によって生じる **disability** における差異、さらに、個々の多様な症状に合わせた医療的治癒、医学的措置に対するベトナムの人々の希求を、障害の個人モデルによらず、社会モデルの文脈で捉えることは可能だと考えられる。しかし、先に指摘し

たように、ベトナムの文脈では個々の **impairment** に関わる要因が、それぞれの障害者の **disability** の状況に差異、影響を与えている可能性があることに、留意する必要がある。したがって、障害の原因を障害者の側に見るのではなく、障害者を取り巻く環境の側にあると捉える障害の社会モデルに依拠しつつ、ベトナムの障害者の生計調査をデザインする際にも、障害を負った原因をはじめとする障害者の個別の症状、状況を可能な限り射程に納めることが肝要だと考えられる。

第4節 ベトナムにおける障害者生計調査に対する障害の社会モデル導入の試み

1. 事例を通して

調査票の集計と調査メモに基づく総合的、全体的な分析は次の機会に譲ることとし、本節では2007年10月に実施した現地調査結果の一部に基づいて記すことにしたい。

筆者は2007年10月14日にベトナムに入り、10月16～25日までベトナムの中部北方地域に位置するタインホア省のニュータイン県A社で調査を行った⁴¹。ベトナムにおける「省」、「県」、「社」は、日本でいえばそれぞれ県、郡、村に相当する。すなわち、「社」はベトナム地方行政における末端単位である。

タインホア省ニュータイン県はゲアン省のすぐ隣に位置し、天気が晴れで道に迷うことなく直接向かえば、ハノイから車で約5時間のところにある。A社はニュータイン県の中心地ベンスンから自動車・バイクでさらに20～30分くらい内陸に入ったところにある。道は未舗装で昔は虎が出たという。A社は約人口7400人で人口の3割近くをムオン族、ターイ族といった少数民族が占める。また、枯葉剤被災者支援策がベトナム国内で最初に実験的に実施された6地域の1つとのことであった。

調査手法は調査票に基づく家庭訪問調査で、御本人が会話困難な場合には近親者の方に状況をうかがった⁴²。調査票は第 2 節における考察をベースとして、障害者の方の個々の背景を含め、居住環境、公共機関との関わり、各種支援制度に対する知識の有無、社会の対障害者認識など、そこで暮らす障害者の方々を取り巻く生活、社会、制度的環境の理解を目的として作成した。

なお、今回の調査ではムオン族、タイ族の方を含む合計 45 人の障害を抱えた方（とその家族）に話を伺う機会を得た。

本節では、まず具体的な事例を 3 例紹介し、その後障害の社会モデルを念頭に（1）居住環境と障害の関わり、（2）障害者支援制度と現実、（3）経済的側面、（4）周囲の人との関わり、以上 4 つの観点から考察を行うことにしたい。

（1）A さんの事例

1950 年代初め生まれで少数民族ムオン族の A さんは両脚が麻痺し、歩行が困難な状況にある。60 年代後半にベトナム中部クアンチ省でベトナム戦争に参加し、帰郷後に身体に異変が生じた。枯葉剤に被災したと本人は考えている。同行した社人民委員会の職員によれば未だ認定されていないものの、認定へのプロセスは進んでいるとのことであった。現在は一般障害者向け扶助金⁴³が支給されている。

家内での投網作りからの収入と国からの扶助金が収入源である。投網作りの技法は家族から学んだ。1 つの投網を作るのに 15 日間を要し、原料代は 15 万ドン。売値は 27 万ドンとのことであった。労賃は 1 日 8667 ドンということになる。

A さんは独身でムオン族伝統の高床式住居に住んでいる。家族は 90 歳を超える母親、兄嫁とその子ども夫婦と夫婦の子どもの 5 人である。

年老いた後、いかに生活していけるかが A さんの最も大きな心配事である。A さんは病気（両足）の治癒を望んでおり、国に対して両足の手術を求めている。だが、医療保険を持っていても、実際には診療所(tram y te)に一度も行ったことがない。病気をした際には薬を飲むだけである⁴⁴。

1 日中家で過ごしているため、家族以外の人との接点は乏しいという。

社人民委員会での障害者扶助金の受給手続、医療保険の取得手続は兄の息子がやってくれ、A さん自身の手を煩わすことはなかった。

A さんは国の障害者支援制度、傷病兵支援制度については知らなかった。他方、枯葉剤被災者支援制度、医療情報についてはご存知であった。前者は友人・近親者を通して、後者はベトナムの政治社会組織の一つである「退役兵士の会」を通して知ったとのことである。

家にいる時にどういった困難があるか尋ねたところ、A さんは障害者に相応しくない設備・行き来の手段を挙げられた。アメリカの退役軍人会から贈られた車椅子を所有しているが、健康の問題、周囲の道が土道であることから外では使用できない。家内では使用可能との応答であったが、床は竹だと思われる素材が並べられて作られており、隙間がある。この隙間にタイヤがもし挟まった場合、動けなくなってしまう。

投網製作中の困難としては肩や腕の痛みといった健康、身体上の問題を挙げられた。

この場所で生活をしていて差別されたことがあるかどうか尋ねたところ、そう感じたことはないとのことであった。

A さん一人の平均的生活⁴⁵のためには、1 カ月 30 万ドン必要とのことである。したがって、国からの障害者扶助金と合わせ、1 カ月に投網を 2 つ売ることができればいいということになる。しかし、投網 1 つの作成には 15 日かかるから、1 カ月休むことなく働いて網を 2 つ作り、売り先も確実な相手であることが条件となる。

(2) B さんの事例

B さんは 1980 年代後半生まれの女性である。3 人姉妹の長女で、両親とあわせて 5 人家族である。生まれた時から、肢体、視覚、精神・神経⁴⁶、聴覚、言語、知的な部分で障害があり、寝たきりの状態にある。健康状態は季節によって変わるという。国のプログラムにより数年前にハノイにある子ども専用病院に行ったが、治癒の見込みはないとの診断を受けた。会話はでき

ない状況にあるため、ご両親にお話をうかがった。

1999年まで毎月国から3万ドンの支給を受けてきた。しかし、貧困家庭⁴⁷でなくなったため、現在は国からの支援は打ち切られたとの説明であった。父親は農業、母は教員をしており、一定の収入はある。

ご両親が最も心配していることはBさんの健康状況である。症状の回復を祈っている。支援、医療保険の支給を国に求めたいとのことであった。Bさんの症状に多少問題が起きた際にも家にいるとのことであった。

支援が打ち切られて以降は知らないとのことであったが、ご両親は障害者支援制度についてご存知とのこと、その情報は社の人民委員会の職員を通して知った。枯葉剤被災者支援制度についても同様である。しかし、傷病兵支援制度、予防接種など医療情報については「知らない」とのことであった。

Bさんは一日を家の奥の窓際に置かれたベッドで過ごす。家の設備は特にBさんの生活にあわせて改良されているわけではない。移動の手段、コミュニケーションの手段も同様である。

社人民委員会における手続はご両親が行なうため、Bさん自身にとって問題があるわけではない。

周囲の人々はBさんを差別するようなことはないとのことだった。

衣食住などBさんの平均的生活を保つためには1カ月50万ドン必要だという。だが、先にも記したようにBさんには国からの扶助も含め、収入はない。

(3) Cさんの事例

Cさんは1990年代半ば生まれの女性で3人兄弟の長女である。会話は可能で、コミュニケーションをとれるため、Cさんと母親にお話をうかがった。生まれた時から、Cさんは水頭症を患っており、肢体、視覚、精神・神経、聴覚、言語、知的な部分で障害がある。手足が痛むという。農業を営む母親がすべての世話をしている。父親は大工である。

母親の姉が枯葉剤被災者に認定されており、母親はCさんも枯葉剤の影響を受けたのだと考えている。

しかし、現行制度では枯葉剤被災者の第3世代は支援対象には入っていない⁴⁸。そのため、国からは一般障害者に対する扶助金を支給されている。

母親は自分が年老いた後、Cさんをどのようにケアするのかを心配している。Cさん自身も同様の点を心配しており、学校に通うこと、職業技術を学ぶことを希望している。国に対しては補助を求めるとともにCさんの状況に関心を持ってほしいと考えており、周囲の人たちには遊びに来てもらったり、ケアに来てもらったりしてもらえればと考えている。

社の人民委員会でCさんに対する支援手続を行った時には社の職員が直接家に来て連絡をしたりしてくれ、特に問題はなかった。医療保険を持っており、診療所に行く際には母親がCさんを自転車に乗せて行く。予防接種などの保健情報は社の人民委員会職員が村長に伝え、村長を通して入手しているとのことだった。

一般障害者向けの国からの支援制度の適用をCさんは受けているが、制度自体については知らないとのことだった。枯葉剤被災者支援制度、傷病兵支援制度についても同様である。「知りたいが誰も説明してくれない」というのが母親の説明である。

Cさんは1日を主に家ですごすが、Cさんの生活のために家の設備が改善された様子は見受けられなかった。周囲には土の道しかなく、Cさんが所有する車イスは前部右側の車輪が脱輪しており、使える状態になかった。

近所の人たちとの関係では、周囲の人から差別されたことはないとのことである。

経済生活の側面では、Cさん1人の平均的生活を保つためには1カ月30～45万ドンがかかるという。国から扶助を得ているが10万ドンに満たないものである。

2. 事例の分析

以上3人の方の事例を記してきたが、(1) 居住環境と障害の関わり、(2) 障害者支援制度と現実、(3) 経済的側面、(4) 周囲の人との関わり、以上

4つの観点から本項では整理してみることにしたい。

なお、(1)の居住環境と障害の関わりにおけるAさんの住む高床式住居は典型的例であるが、こうした問題には文化的な問題、ベトナムの全般的国情など、考慮、留意すべき様々な要素が含まれている。ここで指摘する諸点は批判という意味合いではなく、現地の文脈に即しつつ、あくまでもAさん、Bさん、Cさんの「暮らし」という立場から考えようとするものである。

(1) 居住環境と障害の関わり

Aさんは高床式住居に暮らし、家内に車イスを上げている。ただ床は竹だと思われる木材を並べて作られており、隙間があつて地面が見える状態で、車輪が隙間に挟まってしまう可能性がある。Bさんは寝たきりの状態が続いており、家の奥の窓際にあるベッドが主にBさんの過ごす場所である。ベッドは非障害者が使用する通常のベッドでゴザが敷かれているのみであった。家内も通常の家と変わりはなく、Bさんを背負って移動する際にも段差をクリアしつつ移動する必要がある。Cさん宅もCさんの症状に合わせて改良、改善している点は見受けられなかった。

Aさん、Cさんは車イスを所有しているが、周囲の道は土の道であり舗装されていない。晴天でも車両の轍が深く残っている。調査期間中、幸い雨は降らなかったが、それでも雨水が抜けきらず、水たまりやぬかるんだ場所に何度も出くわした。雨が降った場合、非障害者にとってさえ、移動は容易ではないと考えられる。

(2) 障害者支援制度と現実

Aさんはクアンチ省での戦闘から帰郷の後、40年近くたつが枯葉剤被災者と未だ認定されていない。Bさんは身体的状況・症状がよくなっていないにも関わらず、家族が貧困家庭の認定から外れたことにより、2000年以降は扶助金の支給が打ち切られたとのことであった。Cさんは母親のお姉さんが枯葉剤被災者として認定されており、Cさん自身もその疑いがあるにも関わらず、第3世代の被災者は現行の支援制度では支援対象から外れている。

(3) 経済的側面

投網作りの技術を持つAさんには自身の生活を支えるために必要な生活資金を調達しうる可能性はある。しかし、Bさん、Cさんは健康状況が原因で職業技術を習得する条件が整っていない。

ただし、食糧という観点からいくと、Aさん家族、Bさん家族、Cさん家族は少なくとも主食の米は十分確保できている。

(4) 周囲の人との関わり

Aさん、Bさん、Cさんは共に1日のほとんどの時間を家内で過ごす。そのため、近隣の人たちとの関わりは少ないが差別されたことはない、差別されたと感じたことはないとのことであった。

以上4つの観点に基づいて先の3人の方の事例を整理してみた。

(1) 居住環境と障害の関わりについては、障害者の方の生活に配慮された環境が整っているとは少なくともいえない状況にあることが分かった。

(2) 障害者支援制度と現実については、国の制度は存在し、実際に機能し、可能な限り柔軟に運用されていると思われるものの、現実のニーズをカバーしきれていない点が見られた。(3) 経済的側面では、主食の米は十分な量を確保できているが、投網作りの技術を持つAさん以外は、自身の経済的ニーズを家族あるいは国の扶助金に完全に依存する必要がある。他方(4) 周囲の人との関わりについては、Aさん、Bさん、Cさんのすべてが近所の人たちから差別されたことはないとのことであった。

以上の分析から、少なくとも居住環境の整備・改善、経済的支援を含めた国の支援制度の改善という側面で課題があるのではないかというインプリケーションが得られたと考えられる。

第5節 おわりに

これまでの取り組みを通して、障害の社会モデルをベトナムの障害者生計

調査に取り込む際に認識しておくべき点として、ベトナムにおいては当該障害者が *impairment* を負った原因により *disability* の度合いに差異が生じている可能性や、ベトナムの人々の医学的治癒への期待の大きさがあることが分かった。また、障害の社会モデルには潜在的に「規範性」があると思われるが、調査結果の分析・検討の際には現地状況の総合的理解、文脈に基づいた分析・検討を心がける必要があるとの示唆も得られた。

ベトナムは1986年12月にベトナム共産党第6回大会を契機とする市場経済化を柱としたドイモイ路線の展開により世界的に注目され、2006年に11年もの加盟交渉を終えて2007年1月に正式に世界貿易機関(WTO)加盟を果たした。とはいえ、ベトナムは未だ発展途上の国である。そしてベトナム戦争終了後約30年余り、カンボジア撤退後未だ20年にも満たない。戦後復興という観点から現状を考えることも可能な状況には変わらない。

国全体の発展のために高度経済成長を最優先の課題とし、経済開発への力の傾注が強く求められており、障害者の問題は慈善の問題として社会的に注目されてはいても、現実的に対応、解決すべき課題の優先順位からするとそれほど高いとはいえないのが現状だと思われる⁴⁹。しかし、先進国とされる日本でさえ障害者にとってバリアフリーな環境が整っているとはいえない状況の中で、ベトナムの全体的な文脈を度外視してその不足を断じることは避けなければならない。「障害学」では当事者からの目線が重要視される⁵⁰。であるならなおさら、当該国の国情、社会状況といった点を無視して当該国の障害者の問題を考察することは慎む必要がある。

当研究会の委員である亀井は障害の社会モデルの功罪として「途上国障害者の生計問題へのアプローチにおいて社会モデルを適用するにあたり、調査の遂行の上で問題が生じうる。社会モデルは、ある個人における人間開発を妨げる要因を、その人の身体的特徴に求めるのではなく、個人を取り巻く環境条件の中に求めようとする。このことにより、個人を取り巻く環境要因のすべてが潜在的な調査対象となり、分析すべき対象が限りなく増えていくという事態を招くモデルでもある」(亀井伸孝 [2008])と指摘している。

この指摘が示唆するように、障害の社会モデルを適用することは、結果としてすべてのことを問題視するということにつながる可能性がある。適用する側がもし当該社会に属さない外部の者であれば、内部の文脈に留意することなく外部で形成された基準に基づいてすべてを問題視してしまう可能性をもちあわしている。社会モデルの有するある種の「規範性」が外部由来のものである場合、もちろんそれが有効に作用する場合もあろうが、部外者による断罪的な性質をも可能性としては持ちうる点に注意する必要がある。

そうした事態を避けるためにも、本稿の考察から導き出された本項冒頭に記した点に留意しつつ障害の社会モデルをベトナムの障害者の生計に対する考察に適用しようとする姿勢を保つことは、本来の同モデルの利点を生かす上で必要だと考えられる。

〔付記〕

調査にご協力いただいたタインホア省ニュータイン県A社の障害者のご家族の方々、同社の人民委員会、住民の方々を初めとするタインホア省の方々、ベトナム社会学研究所を初めとする今回の調査に協力いただいた関係各機関の方々、そして調査に同行、補助いただいたDさんに記して感謝の意を表したい。

〔参考文献〕

<日本語文献>

尾崎望[1999]「ダイオキシンによる人体への被害 第二報—ベトナム第二次調査報告およびベトナム・韓国における研究と運動の動向—」、全国障害者問題研究会『障害者問題研究』73～82 ページ。

亀井伸孝 [2007]「途上国障害者の生計研究のための調査法開発—生態人類学と『障害の社会モデル』の接近—」今研究会における報告（2008年1月12日）レジュメ。

久野研二・中西由紀子 [2004]『リハビリテーション国際協力入門』三輪書

店

坂田正三[2003]「ベトナムの貧困削減戦略の変遷」石田暁恵編『地域経済統合とベトナム—発展の現段階—』（調査研究報告書）アジア経済研究所，277～301 ページ。

杉野昭博 [2007]『障害学—理論形成と射程—』東京大学出版会

寺本実[2004]「ベトナムの社会事情」『世界の労働 7月号』日本ILO協会 2～11 ページ。

——[2006]「ドイモイ期ベトナムの障害者をめぐる小考察」（特集・障害と開発—開発のイマージングイシュー）『アジ研 ワールドトレンド』No.135，28～31 ページ。

——[2007a]「ベトナムの障害者雇用—制度と現状—」『世界の労働』日本ILO協会，44～50 ページ。

——[2007b]「ドイモイ下ベトナムの障害者の生活における『国家と社会』」寺本実編『ドイモイ下ベトナムの「国家と社会」』（調査研究報告書）アジア経済研究所，59～100 ページ。

——[2007c]「ベトナムの枯葉剤被災者—紅河デルタにおける事例を通して」『アジ研 ワールドトレンド』No.135，21～24 ページ。

—— [2007d]「ベトナムにおける障害者生活調査の方向性」今研究会における報告（2007年7月30日）レジュメ。

藤田麻衣[2006]「序章 移行期ベトナムの産業変容」藤田麻衣編『移行期ベトナムの産業変容』アジア経済研究所 3～28 ページ

向井啓二[2002]「ベトナムの障害者に関する法制の現状」『仏教福祉学 7号』種智院大学 88～90 ページ

森 壮也 [2007]「障害と開発—障害の社会モデルと途上国」アジア経済研究所地域研究会レジュメ

<外国語文献>

Chinh phu Viet Nam[2006]*Bao cao 7 nam Trien khai Thuc hien Phap*

lenh Nguoi tan tat, Uy ban ve cac Van de Xa hoi cua Quoc hoi Khoa XI[2006] *Bao cao Ket qua Giam sat Thuc hien Chinh sach, Phap luat ve Nguoi cao tuoi, Nguoi tan tat, Dan so*, Nha Xuat ban Lao dong-Xa hoi. pp.29-37.

Uy ban ve Cac Van de Xa hoi cua Quoc hoi khoa XI[2006a] *Bao cao Giam sat viec Thuc hien Phap luat ve Nguoi tan tat* Uy ban ve cac Van de Xa hoi cua Quoc hoi Khoa XI[2006] *Bao cao Ket qua Giam sat Thuc hien Chinh sach, Phap luat ve Nguoi cao tuoi, Nguoi tan tat, Dan so*, Nha Xuat ban Lao dong-Xa hoi. pp.38-47.

Uy ban Thuong vu Quoc hoi [1998] *Phap lenh ve Nguoi tan tat*, Nha Xuat ban Chinh tri Quoc gia.

Uy ban ve cac Van de Xa hoi cua Quoc hoi Khoa XI[2006b] *Bao cao Ket qua Giam sat Thuc hien Chinh sach, Phap luat ve Nguoi cao tuoi, Nguoi tan tat, Dan so*, Nha Xuat ban Lao dong-Xa hoi. pp.95-97.

Tong cuc Thong ke[2007] *Niem giam Thong ke 2006*, Nha Xuat ban Thong ke p39.

<新聞>

Nhan Dan

¹ 久野研二・中西由紀子[2004]94 ページ。

² 以下、特に明記しない場合、Chinh phu Viet Nam[2006]に基づいて記す。なお、筆者は同資料に基づいて寺本[2006]、寺本[2007a]、寺本[2007b]ですでに紹介している。なお、「筆者が入手し得ている」範囲でと記すのは、援助関連機関など様々な機関、人々が障害者問題に関わっており、入手ルートが確保されている方々はさらに新しいデータを入手している可能性があるからである。筆者が2007年10月14日～10月27日まで行なった現地調査で新しい統計データの有無をベトナム関係者に伺ったところ、出ていないとの応

答であった。

3 ベトナムの調査研究においてはコネクションを持つか否かは大きな意味を持つ。ただ、当該研究者のスタンスによりその使い方、範囲は異なると思われる。

4 Nhan Dan2007年8月7日付け。

5 「法令 (phap lenh)」は国会常務委員会によって可決されるもので通常国会で制定される法律に順ずる効力を持つ。

6 2005年における労働・傷病兵・社会問題省職員に対するインタビューによる。

7 農村部と都市部を足して100%とならないが、資料に記載された通りにしている。

8 藤田[2006]27～28ページの説明が分かりやすい。

9 Thong cuc thong ke[2007]p.39.

10 残念ながら総家庭数は把握できていない。

11 Uy ban ve cac Van de Xa hoi cua Quoc hoi Khoa XI[2006b]p.95.

12 Thong cuc thong ke[2005]p.583..

13 戦闘により障害を負った方の障害の種類はもちろん爆弾、銃撃などによる肢体損傷のみに止まるものではないが。

14 向井啓二[2002]88～90ページで紹介されている。ここでは障害を負った原因の分布は、先天性34.15%、何らかの合併症によるもの35.73%、労働1.98%、交通事故5.52%、戦争19.07%、その他3.35%とされている。

15 同報告には明確に記していないが残る51.59%の人たちは文字を100%といかないまでも多少理解できたりするレベルの人たちではないかと推測される。

16 ベトナムの教育制度の概要は以下の通りである。小学校は義務教育で就学年は第1～5学年で対象年齢は6～14歳。中学校は就学年は第6～9学年で入学年齢は11歳から。小学校卒業資格が入学に際して必要とされる。高校の就学年は第10～12学年で対象年齢は15歳からとされる。入学に際して中学校の卒業資格が必要とされる。大学は短大、学士課程があり、それぞれ3年、分野により4～6年とされる。高校または職業中等学校の卒業資格が入学資格となる(寺本実[2004]10～11ページ)。

17 正規の職業教育は職業中等学校と職業訓練校により構成される。中卒資格取得者で3～4年、高卒資格取得者で1～2年間の課程となる。職業訓練校には短期(1年)、長期(1～3年)の2課程がある。入学資格は習得する職業技術に見合う学習レベルと健康状況にある者とされている(寺本実[2004]10～11ページ)。

18 ベトナムでは独自の貧困ラインを設定しており、先に記した1カ月1人当たり支出に基づく世界銀行とベトナム統計総局の協力により設定された貧困

基準とは異なるのではないかと推測される。ベトナム政府が定めた貧困基準は、2001～2005年では1人当たり1カ月収入が、都市部で15万ドン、農村部で10万ドン。2006～2010年では都市部で26万ドン、農村部で20万ドンとなっている。このラインに達しない場合、貧困世帯に分類される(Nhan Dan,2005年7月13日付)。

19 同報告書では分類基準が示されていない。

20 Uy ban ve cac Van de Xa hoi cua Quoc hoi Khoa XI[2006b]p.95.

21 ベトナム社会学研究所のファム・スアン・ダイ氏にお話をうかがった。

22 「省」は日本でいえば県、「県」は日本でいえば郡、「社」は日本でいえば村に相当する。なお行政の末端単位である「社」の下には自然村が存在する。

23 これらの名称が全国一律で使用されているかどうかは確認がとれていない。しかし、類似の名称だと思われる。

24 寺本実[2006]30～31 ページ、寺本実[2007b]68 ページに基づきつつ紹介する。

25 「法令」とは国会の常任機関である国会常務委員会によって制定されるもので、通常国会で制定される法律に順ずる効力を有する。なお、ベトナムの福祉関係者へのインタビューによれば、同法令を通常国会で制定される法律に格上げする構想があるとのことである。

26 Uy ban Tuong vu Quoc hoi [1998] 2p.同法令の第1条、寺本実[2006]30 ページ。

27 これらの基礎について定めた政府議定によれば、「障害者のための生産・経営基礎」は、労働者である障害者が51%を超え、障害者である労働者にふさわしい規則・条例を持つ、国有企業・民間企業・会社・合作社・生産組だとされる。他方、「障害者のための職業教育基礎」については、学び手の少なくとも70%を障害者が占める、法律の規定にしたがって国家・組織・個人によって設立された、障害者のための職業訓練・再訓練・補習のための学校・センター、と定められている(寺本実 [2007a] 46 ページ)。

28 筆者はこの法令の執行のための政府議定などの下位文書を見つけることができていない。例えば枯葉剤被災者については「ベトナム戦争においてアメリカによって使用された化学毒物に汚染された反侵略戦争参加者とその子どもに対する制度についての首相決定」(2004年)が効力を持っているとの証言をベトナムの方から2007年に得ている。筆者はこうした状況を法令執行のための下位文書が出されるまでの過渡期と解釈ではないかと考えてきた。

29 「示唆する」としたのは、障害者法令は1998年に制定されたものであり、同法令2条には革命功労者優遇法令が制定される前の大元の法令(1994年に制定され、2000年、2002年に修正された)の名称が記載されているためである。

30 久野研二・中西由紀子[2004]69～71 ページ。

31 久野研二・中西由紀子[2004]72 ページ。Union of the Phisically Impaired

Against Segregation [1975] Fundamental Principles of Disability.UPIAS.p14.に依拠して述べられている。

32 久野研二・中西由紀子[2004]72 ページ、森壮也[2006]。

33 杉野昭博[2007]16 ページ。

34 寺本実 [2007b] で成果の一部をまとめている。

35 この差異がなぜ生じるのかを考える必要があると思われる。

36 森壮也[2006]。

37 森壮也[2006]。

38 久野研二・中西由紀子[2004]92 ページ。2007年7月20日に当研究会において報告を行った際にはこの点について認識が十分でなかった。

39 杉野昭博[2007]5 ページ。2007年7月20日に当研究会において報告を行った際にはこの点について認識が十分でなかった。

40 杉野昭博[2007]255 ページ。2007年7月20日に当研究会において報告を行った際にはこの点について認識が十分でなかった。

41 10月25日はハノイへの帰路についた。ベトナム社会学研究所のファム・スアン・ダイ氏のご助力を得て調査を行った。調査地の選定はタインホア省労働・傷病兵・社会問題局の指定による。

42 今回はA社人民委員会職員の方が道案内、同行して下さった。先に記した社会学研究所研究員ダイ氏のご助力の下に調査を実施した。

43 ご本人に扶助金の受給根拠となる法律までは確認していないが、「一般向け扶助金」とは障害者法令を大元とする制度の執行によると判断される場合である（以下も同様）。

44 薬をどこで入手するかまではうかがわなかった。民族伝統の薬である可能性もあろう。

45 調査対象者の目線に立つことを重視する観点から、平均的生活のレベルは調査対象者のご判断に任せている。

46 ここにおける精神・神経とは「精神が安定していない状況、精神に病を抱えている状況や神経が過敏で眠れないなどの状況」といった内面的な部分についての問題を指している。

47 1996～2000年までの貧困基準は山岳・諸島部で米15kg/人・月(55000ドン)、農村平野部20kg/人・月(70000ドン)、都市部米25kg/人・月(90000ドン)の基準であり(坂田[2003]293ページ)、山岳・諸島部、農村平野部どちらかの基準を超えたのだと考えられる。この地は水田が広がる一方、低い山が点在する場所で、筆者の観察ではどちらの要素もあわせもつ。滞在中、確認を怠ってしまった。

48 日本の尾崎望医師らがベトナムで健康調査を実施されているが、枯葉剤(ダイオキシン)の第2世代への影響についてさえ明確に立証することが容易ではないと報告されている(尾崎望[1999])。

49 本稿でも言及したが傷病兵、枯葉剤被災など戦争により障害を負った方た

ちとそれ以外の原因によって障害を負った方たちとでは国の対応に差異がある。国への貢献という観点から前者に対するケアの方が優先される傾向にあると思われる。

⁵⁰ 『障害学とは何か?』という学問の定義問題として、『当事者の学』、さらに言えば『当事者視点に立った障害の研究』という規定が外せない」(杉野 [2007] 16 ページ)。