

2004-00167A

厚生労働科学研究費補助金
社会保障国際協力推進研究事業

紛争後の復興開発と平和構築に対する保健医療活動の
役割に関する研究

平成 16 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 青 山 温 子

平成 17 (2005) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告	
紛争後途上国における人間の安全保障の観点からの支援と平和の定着-----	1
青山 温子	
(資料1) 研究協力者	
(資料2) 研究班会議議事録	
II. 分担研究報告	
1. 平成16年度海外調査: カンボディア-----	13
青山 温子	
(資料1) 現地調査日程表	
(資料2) 訪問先・面談者	
(資料3) 収集資料	
(資料4) 現地の写真	
2. Complex Humanitarian Emergency (CHE)と保健医療-----	29
喜多 悦子	
(資料1) 表1: 1990年以降の主な Complex Humanitarian Emergencies	
表2:健康面における Complex Humanitarian Emergency の影響	
3. 研究協力者報告-----	47
(1) Malaria Control in Cambodia -----	47
Tsuyuoka, Reiko	
(2) Financial Costs of Deworming Children in All Primary Schools in Cambodia -----	55
Tsuyuoka, Reiko and Sinuon, Muth	
(3) カンボディアにおけるマラリア・結核対策に対して紛争の及ぼした影響-----	59
川口レオ	
(4) カンボディアにおける障害者の状況-----	68
吉崎基弥	
(5) カンボディアの紛争が女性の健康に及ぼした影響-----	75
平川オリエ、下山節子	
(6) アフガニスタンの女性と保健医療に関する状況-----	85
田中香	
(7) アフガニスタンにおける地域密着型の国際協力の1事例-----	89
レシャード・カレット	
(8) スリランカ北部における保健医療分野の復興開発—平和の定着への貢献-----	93
永井真理	
(9) シエラレオネの紛争とNGOによる支援活動 -----	112
山本敏晴	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	117
IV. 研究成果の刊行物・別刷 -----	119

厚生労働科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）

総括研究報告書

紛争後の復興開発と平和構築に対する保健医療活動の役割に関する研究

紛争後途上国における人間の安全保障の観点からの支援と平和の定着

主任研究者 青山 温子
名古屋大学大学院医学系研究科教授

研究要旨

研究の目的は、開発途上国における紛争の背景要因、健康に対する影響と対策、復興や平和構築における保健医療活動の役割について検討することである。紛争終結後 10 年以上となり復興から長期開発へと移行しているカンボディアを対象に、障害者支援と精神保健に重点を置いて現地調査を行い、復興開発期の保健医療活動のあり方を考察した。加えて、停戦後 2 年になるスリランカの状況を調査して、カンボディアと比較検討した。さらに、Complex Humanitarian Emergency (地域武力紛争: CHE) と呼ばれる近年の紛争と CHE による健康問題を、人間の安全保障の観点から分析した。

カンボディアでは、中長期的な保健政策のもとに地方分権化等の施策が進められており、資金が確保され技術協力が行われれば効果の表れることが確認できた。障害者支援活動は、外国 NGO が中心となっており、地雷被害者を主な対象として、義肢等の供給、リハビリテーション、職業訓練等が行われてきた。長期間の紛争と大量虐殺を経験したカンボディアでは、大多数の人々が精神的外傷を残しており、貧困、家庭環境、夫の暴力、アルコール等をきっかけに過剰な精神症状を引き起こしていた。精神保健対策は遅れており、過去 10 年間に精神科医 20 名が養成され、地域での精神保健活動は NGO 等により実施されている。

紛争後復興から長期的開発に移行する時期では、地方の農村部、都市貧困者、少数民族、障害者、そして女性等の置かれている状況や背景要因を正確に把握し、社会的弱者が取り残されることのないよう人間の安全保障の観点から支援することが大切である。同時に、特定グループに偏ることのないよう、バランスのとれた支援に留意するべきである。格差の拡大や不公平感を放置すれば、新たな紛争を起す要因となり平和の定着を妨げる。また、多くの人々が抱える精神的問題に対して適切に対応しないと、生活再建を妨げ復興を遅らせるばかりか、暴力的環境に逆戻りする可能性もある。精神保健を担う人材を戦略的に養成するとともに、地域の人々の参加を促進して、人々が自らの問題に向き合って解決していこうとする力をつけることが最も重要である。

冷戦構造終結後の世界には、新しい形の紛争: CHE が広がった。CHE の犠牲者の大半は一般住民で、膨大な避難民が生じ、援助者の安全も脅かされ、人道援助に軍隊が関与するようになった。CHE 後の国の支援には、特定分野の対応のみならず地域社会や国家再興のための分野横断的な支援が必要となる。さらに、人間の安全保障の視点から、物質的充足のみならず人々に希望がもてるような精神的充足を与える支援が求められる。そのためには、緊急人道援助や復興支援の経験をもつ保健医療分野の人材が、他の分野と連携した形で、より広い地域社会を対象として精神保健面に介入することが必要である。平和を定着させるためには、保健医療分野においても、単に技術的な問題解決にとどまらず、人々、とくに紛争中に育った青少年の精神を充足させることが重要である。

A. 研究目的

本研究全体の目的は、地域紛争後の開発途上国で実施されている保健医療分野の援助活動を、平和構築の観点から分析・評価して、復興開発と平和構築支援として効果的な保健医療活動モデルを提案することである。

開発途上国では、地域紛争が頻発し、保健医療システムが破壊され健康指標が悪化し、生命を大切にするという価値観すら失われていることが少なくない。貧困・紛争・価値観喪失の悪循環を断つための具体的方法論は未だ確立されていないが、紛争後地域での保健医療活動が、地域社会の活性化と再建、生命の尊厳・人権という価値観再生を促進する可能性がある。

平成16年度(第3年度)は、治安上の理由から、当初予定していたアフガニスタンを対象とした調査は行わず、前年度に引き続き、カンボディアを対象として、現地調査を実施した。カンボディアは、紛争終結後10年以上経過して、復興から長期開発に重点が移っている。今回は、障害者と精神保健の問題に重点をおいて、復興開発期の保健医療プログラムのあり方について検討した。あわせて、停戦後2年になるスリランカの状況について比較検討した。

また、冷戦構造終結後増加した、Complex Humanitarian Emergency (CHE) の経緯と特徴、健康に対する影響とその対策について検討し、紛争後復旧や平和構築における保健分野の役割について考察した。

B. 研究方法

主任研究者の青山は、研究総括、カンボディアでの現地調査、および保健医療活動とその背景要因に関する資料収集を担当した。2004年12月12日から23日まで、カンボディアを訪問し、首都プノンペン、Takeo州、Kompong Thom州にて、保健医療活動、障害者支援、精神保健の状況について調査した。青山と分担研究者の喜多は、協力して、カンボディアの紛争と保健医療活動について分析した。また、学術振興会科学研究費によりスリランカの北部紛争後地域や国内避難民、中南部貧困地域の状況に関して調査した結果と、比較検討した。

喜多は、これまでに行った現地調査の結果、国内・国外で収集した文献・資料をもとに、Complex Humanitarian Emergency (CHE) と呼ばれる近年の紛争と、CHEによる健康問題を、人間の安全保障の観点から分析した。

さらに、国内外の関連領域専門家等から研究協力を得た。カンボディアの現地専門家からも、現地情報等に関する研究協力を得た。研究協力者のリストを(資料1)に示した。

また、平成17年3月6日に、主任・分担研究者および一部の研究協力者が参加して、研究班会議を開催し、本年度および3年間の研究結果について議論した。会議の議事録を(資料1)に示した。

C. 研究結果

(1) カンボディア

① 地域保健医療

カンボディアは、紛争終結後すでに10年余経過しており、復旧・復興期から長期開発期へと移行していると考えられる。紛争と大量虐殺により、保健医療システムは完全に崩壊し、人材の大部分が失われ、1980年代は、絶対的な保健医療サービス不足を当面充足するための対策がとられた。1990年代以降、国際社会の支援を得て、本格的な保健医療システムの復旧・復興が行われた。

1990年代後半からは、中長期的な保健医療政策に基づいて、医療費徴収、保健医療行政区(Operational District: OD)の人口毎再編と権限の委譲をはじめとした、保健医療システム再編が始められた。しかし、都市・地方の格差が大きく、地方の人材の能力が不十分なこと、政府予算が少なく給与も十分支払えないこと、行政が透明性を欠き非効率であること等、保健医療システムの改革には多くの困難がある。

Takeo州Ang Rokar保健医療行政区では、アジア開発銀行の支援により、NGOと契約して保健医療サービスと管理能力の向上をはかるプロジェクトが行われてきた。ヘルスセンターでは分娩が行われるようになり、Ang Rokar病院は24時間体制で患者を受け入れ、よく機能している様子であった。Takeo州病院にも、かつて技術支援があり、管理体制が整えられていた。このように、資金が確保され、技術協力がある程度長期間にわたってなされれば、地方においても人材を確保して管理能力を強化することができ、地方分権化による地域保健医療の向上をはかることができると確認された。今後、どのようにこの状態を持続しさらに向上させていくか、他の地域にこの経験をどのように生かしていくかが課題である。

② 身体障害者支援

カンボディアでは、人口の約2~3%が障害者と推定されている。紛争中の地雷の問題が国際的に注目を集め、国際的に活動している欧米NGOが、地雷被害者に対する支援活動を展開した。主として、義肢等の作成と供給、リハビリテーション、義肢装具士の養成、障害者の職業訓練等の支援が行われた。

カンボディア政府には、直接障害者支援に関わるだけの資金・人材・実行能力が不足しており、実質的には、NGOの活動を追認するにとどまった。社会福祉省は、1995年、NGO 35団体と協力して障害者支援を行うこととし、各NGOが担当する地域を割振った。

プノンペンの国立リハビリテーションセンターでは、4 NGOがそれぞれ独自に活動し、義肢装具、眼科手術、ハンセン氏病、職業訓練等に関する支援をしており、州レベルのリハビリテーションセンターも割振られたNGOが運営した。社会福祉省管轄下のリハビリテーションセンターと保健省管轄下の病院との間には、直接連携した包括的な支援活動はなされておらず、必要に応じて患者を紹介する程度の関係であった。

身体障害の原因としては、地雷、不発弾、交通事故、椰子の実採取時の転落事故等の外傷、ハンセン氏病やポリオのような感染症の後遺症があげられる。近年、地雷の被害は減少しているが、義肢を使用している障害者は、数年毎に義肢を更新しなければならず、継続した支援を必要としている。

NGOは、施設での支援に加え、コミュニティに出かけて、障害者を見つけ出したり、生活支援したりする活動も行っている。プノンペン近郊の少数民族貧困者の居住している地区では、身体障害児に車椅子を供与する等の支援活動をしていた。その地域の住民は、貧しくほとんど教育を受けておらず、プライマリ・ヘルス・ケアに対するアクセスすら確保されていない状況にあった。

③ 精神保健

長期におよんだ紛争と大量虐殺を経験したカンボディアでは、全国民の8~9割が現在も精神的外傷を負っていると考えられている。保健省には、1992年にMental Health Sub Committee (MHSC)が設置され、1994年から、精神保健に関する研修が開始された。現在までに、2期の研修が終了し、精神科医20名と精神科看護師が養成されている。2004年には、保健省の精神保健戦略を示すNational Program

for Mental Healthが策定された。

紛争中に精神的外傷を負った人々はきわめて多く、ニーズが大きいものに対して、精神保健対策はなお立ち遅れている。精神科医の勤務する精神科外来は、プノンペンのシハヌーク病院、Kompong Thom州病院等に限定されている。他に、いくつかのNGOが地域での精神保健活動に携わっている。

抑鬱や心身症等を訴えて精神科を受診するのは、圧倒的に女性が多い。発症の直接的要因は、貧困による厳しい生活環境、家族の病気や死、夫の女性関係や暴力、アルコール・薬物依存等である。貧困や精神不安からアルコール依存となる人も多く、その結果妻に暴力を振るう夫も多い。紛争中の精神的外傷が残っているため、なんらかのきっかけにより過剰な反応を引き起こしやすくなっていることが指摘されている。このように、精神的外傷が癒えぬまま、抑鬱や身体症状を引き起こし、生活の再建に取り組むことができず、復興開発の進む中で貧困に取り残されていく人々は少なくない。

Kompong Thomは、ポルポト時代に強制労働の場となり、農村部は貧しく、精神的問題も多い地域で、NGOが村落地域での精神保健活動(Community Mental Health Program)を行っている。NGOは村の住民からリーダーを育成し、共同作業をして生活環境を改善したり、互いに悩みを話し合ったりする自助グループを形成させている。また、個別のカウンセリングも行い、精神科治療を必要とする人を、病院に紹介している。グループ活動によって、人々の共同体意識が高まり、自分たちの力で問題を解決して生活の質を向上させていくことを目指している。家庭での暴力の問題に対しても、被害女性・加害男性それぞれの自助グループを形成させ、共同作業や話し合いを通じて暴力を減らす働きかけをしている。

(2) その他: スリランカ

科学研究費補助金により、2004年10月11日から11月6日までスリランカで現地調査を実施した。スリランカは、基礎的保健医療サービスが充実しアクセスもよく、開発途上国の中で保健指標を改善するのに成功した国として知られている。しかし、北東部の少数民族タミール人が、多数派シンハラ人による政府からの分離独立を目指し、20年あまり内戦が続いた。北東部の医療状況は内戦前より著しく悪化し、停戦後も改善にはまだ時間を要する。反政府組織支配地域への出入りにはチェックポイ

ントを通過しなければならず、内戦中は患者の高次医療施設へのリファラルが妨げられていたが、停戦後通行制限は緩和された。

北東部地域では、産婦人科医をはじめとする専門医がきわめて不足しているが、治安と生活条件が悪いことから、停戦後も医師は赴任に消極的である。助産師も不足しているため、紛争中はNGOが養成した女性ヘルスポランティアが助産してきた。2004年から本格的な助産師養成が開始されたが、彼女たちのほとんどは助産師学校入学資格を満たしていないため、いずれ職を失ってしまう。

まだ帰還していないタミール人国内避難民は、政府支配地域のキャンプに居住している。生活環境は周辺地域住民に比し劣悪だが、基礎的保健医療サービスや基礎教育へのアクセスは確保されており、たとえば、出産についても近隣の病院で安全に行われていた。

紛争中は目の前の危険を回避するのに精一杯であったのに対し、停戦後は荒廃した現実を前にして今後の生活に対する不安が増強する等、精神的ケアのニーズが増している。精神不安からアルコール依存や家庭内暴力も増加していると指摘されており、とくに、国内避難民キャンプにおいて問題となっている。また、別の場所に再定住した場合、その地域に従来から居住している人々との間の確執によって、再定住者の精神的不安が引き起こされ、暴力の要因となることもある。

しかし、精神保健対策は立ち遅れており、北部では、大学の精神科専門医による巡回診療や、現地NGOによるカウンセリング等が、かろうじて実施されている。現地NGOの中には、紛争中活動していた国際NGOが停戦後撤退し、資金源を失い継続困難になったものもある。

中南部の丘陵地には、茶のプランテーション労働者として植民地時代に連れてこられたタミール人の子孫が、現在もプランテーションでの生活を続けている。このタミール人集団は、教育水準が低く、保健指標においても周辺シンハラ人より劣り、女性も含めてアルコール依存症が多いとのことであった。

スリランカは社会開発水準が比較的高いため、北部紛争地域は、他地域との格差が一層際立つこととなった。しかし、停戦後もタミール人反政府組織の実効支配が続いており、速やかな復興の妨げとなっている。また、紛争地以外でも、中南部貧困地域のように、社会開発が立ち遅れている地域があることから、復興と同時に、他の地域とのバランスのとれた支援をすることが重要である。

(3) Complex Humanitarian Emergency (地域武力紛争: CHE) と健康問題

冷戦終結後の世界各地には、それまでの、国家対国家の政治的・思想的対立にかわり、民族や宗教の違い等を背景とした地域紛争が多発した。職業的兵士によって戦われるのとは異なり、小型武器を手にした民兵や、時には一般住民そのものが戦闘の一線に立つことが特徴であった。犠牲者の大半は一般住民となり、また、膨大な避難民が生じた。国境を越えた「難民」だけでなく、「国内避難民 (Internally Displaced People: IDP)」が多数発生した。

救援物資は略奪され、援助者が攻撃にさらされた。その結果、武力闘争からの避難者に対する人道援助そのものを武力で護らねばならない事態となり、国連平和維持軍(PKF) 以外の正規軍が、人道援助の第一線にいることも稀ではなくなった。避難民とともに、援助者の security (安全) が、援助活動の継続に重要な要因となった。

東西冷戦終結後の新しい世界秩序を目指した国連平和維持活動 (PKO) は、大きな成果をあげていないが、その理由は、戦闘と住民の生活に区別がない地域への軍事介入の難しさによるものともいえる。また、1990年代には、人道や人権、平和や正義といった理念や概念があいまいな武力介入が始まった。

テロリズムは、フランス革命期に由来し、権力者が行使する手段であったが、その後、逆に反体制側による体制側への暴力的手段を指すように変化した。個人的テロリズムと、政治集団や国家による集団的テロリズムがある。心理的恐怖心を引き起こすことによって、政治的主張や理想を達成するために行われ、反政府集団や過激派の行う暴力行為をさす。現在のテロは、公衆の中で、卑劣な手段により無差別殺戮や特定者を殺害することが多い。本来、テロは警察が対応する問題であったが、1990年代に入って多発した大型テロを契機に、次第に軍隊が関与する規模となった。

歴史上長く続いた「戦争」、20世紀末の「CHE」に続き、国際社会という名において、先進国側が莫大な経費と膨大な先端兵器を投入する一方的な「人道的介入」、さらに並行する形で増加してきた「テロ」が新たな人為災害をなしている。人道援助は、武器の庇護下に存続したが、規模も継続性も限界があり、危険な事態で救援に従事したという援助者の自己満足、あるいは保健医療の限界を感じてのジレンマと

フラストレーションに終わっていた。

CHE 状態が遷延する国や地域、また、独裁や異様な政治形態にあり、「人道的介入」を余儀なくされる国家では、多くの人々が、人間の基本的権利すら保障されていない。安全な水や食糧、最低限の生活を守るための住居や衣服はおろか、健康や保健医療サービスそして初歩的な教育すら受けられず、働く権利も移動の自由もない。国際社会が行ってきた開発協力にもかかわらず、人間としての尊厳すら護られていない大多数の人々と、権力と富を掌握した一握りの人々が存在した。そのような国家には、宗教の色合いを持つにしろ、不満分子がテロの温床をなした。

多数の CHE 国やその後遺症を持つ国では、紛争があり、人々が避難を余儀なくされている。避難先に食糧不足や感染症等、あらゆる不衛生、不健康が待っているだけでなく、本来の居住地にも、同様の事態があり、人種や民族、時には宗教の違いによる迫害や虐殺のリスクが存在する。たとえ、規模が大きくとも、援助者の意向による一時的な緊急援助では、長期的に人々の健康を改善することは不可能である。

1990 年代後半からは、良い面でも悪い面でも、個々の人間に焦点があたり、影響が強くなってきたといえる。武力抗争は、国家レベルから、CHE のように、個々の人に身近になった。紛争、貧困、感染症、人権侵害のすべては、実は途上国の紛争地帯に蔓延する問題の根源にあり、また、結果であるともいえる。開発の対象は、国から人に向けられ、また、守るべき治安は国 (National Security) のそれから、個々の人間の安全保障 (Human security) に変わった。

(4) 紛争と関連する健康問題の分類

紛争地および紛争後国の健康問題は、以下のように分類できる。

- ① 元来の低開発に伴うもので途上国に共通する問題
 - 栄養障害、下痢性疾患・感染症の蔓延。
 - 不備な専門教育、訓練。
 - 保健医療予算の不足。
- ② 紛争に伴う国内的な問題
 - 戦死や障害者発生、とくに男性の死傷問題。
 - 保健分野の頭脳流出と熟練層喪失。
 - 個人的、地域的精神衛生問題。
 - 保健医療サービスの劣化、消失。
 - 保健医療システムの崩壊。
 - 暴力的環境への慣れ。
- ③ 紛争に伴うが、国外に起こる問題

- 避難民流出に伴う問題。
 - 緊急援助に関わる問題。
 - 近隣国または国際社会の過剰関与。
- ④ 紛争に伴い、国内外にわたる問題
 - 感染症の拡散。
 - 保健医療サービスの多様化。
 - 麻薬の拡散。
 - 武器、資源、麻薬関連のブラックマーケット発生。
 - ⑤ 紛争後に起こる問題
 - ドナー主導の一過性の援助による問題。
 - 不備で未熟な保健医療計画による問題。
 - 外国支援権力者の発生。
 - ⑥ 紛争地に共通する問題
 - 保健分野を含む、崩壊した国家管理体制。
 - あらゆるインフラの機能喪失または低下。
 - 地域社会とその伝統文化の喪失。
 - 家族や住民間の連帯感の崩壊。
 - 将来展望や希望の喪失。
 - ⑦ 復興に伴い生じる問題
 - 粗雑な保健医療計画の実践。
 - 一時的援助ダンピングによる問題。
 - 国内格差の出現。
 - 価値観の変化に伴う問題。

(5) 紛争と精神保健 (Mental Health)

国際保健医療分野における精神保健には、いくつかの経緯がある。最初は、移民した難民の、異文化への適応障害に関して、先進国の精神科医やカウンセラーが扱ったものである。1980 年代初頭まで、インドシナ難民や、中近東、アフリカからの難民を、多数の西洋諸国が受け入れていた時代に、この範疇の報告が多かった。

次は、医師や看護師等先進国の保健医療専門家が、途上国の難民キャンプ等で行った精神保健に関する調査や介入である。1980 年代末から 1990 年代初にかけて、いくつかの長期難民キャンプで実践された。この時期までは、精神保健に大きな関心は払われておらず、介入は個人を対象とした小規模なものであった。

第 3 は、避難民キャンプにおける積極的な精神保健介入で、1990 年代の CHE 増加時期に始まった。紛争後復興期も継続されたり、紛争後に開始されたりしているものもある。この時期には、精神保健介入を独立して実践するだけでなく、他の分野、たとえば、教育、貧困対策、地域開発、その他の保健医療分野等と連携させたものもあった。また、個人に対応するだけでなく、地域や集団、また、女性や元兵士等、特定の集団も対象となった。この時期の活動は、

精神科専門医ではない精神保健専門家が中心になった。

第4は、新しい最近の動きで、紛争・災害時救援や復興支援の経験をもつ保健医療分野の人材が、他の分野と連携した形で、より広い地域社会を対象として行うものである。CHEが真に解決していない多くの地域では、精神科専門医による精神保健に特化した介入や、保健医療・栄養・女性・教育といった特定分野対応のみならず、地域社会や国家復興のための分野横断的な支援が必要とされている。

このような支援が増えたのは、精神保健の重要性の理解が深まったことと、その範囲が広がったことによる。CHEでは、しばしば、紛争でもなく平和でもない状況が続き、緊急医療的人道援助も、インフラ整備に重点を置く長期開発協力も効果的でない状態が増えた。その中で、人々が受けるのは身体的被災だけでなく、精神的なものが多いことが認識されてきた。紛争に対する根本的対応として保健分野でも、新たな支援策が求められたことも関係している。

精神保健は、病院や収容施設内にとどまらず、地域での活動 (Community Mental Health: 地域精神保健) に広がった。Community Mental Healthは、ただ地域で精神保健活動をするにとどまらず、住民のニーズに適合したサービス内容とサービス・システム作りをめざし、さらには社会システムそのものに問題があればそれをも改善していこうとする取り組みである。

ここで用いられるCommunity (地域) の概念は、単に物理的な地域をさすのではなく、それを包括した機能的なコミュニティ、すなわち、社会的支援組織 (Social support system) のように目にみえないものも加えていく必要がある。このような観点からすれば、紛争後地域の社会構造と文化的な背景を考え、血縁関係を中心とした繋がりや宗教との関係を視野にいれたシステム作りが必要であると考えられる。

D. 考察

カンボディアでは、20年余り続いた内戦が終結して約10年余を経て、紛争後の復旧・復興の段階から、長期的な社会・経済開発の段階に達している。カンボディアのように、若干の紆余曲折はあっても、一貫して復興開発の途を辿ってきた紛争後途上国は、世界でも数少ない。しかし、紛争中に、復興の要となる人材は壊滅状態となり、地域社会は崩壊し人々の相互の信頼関係は失われ、今もなお、多くの人々が身体

的にも精神的にも後遺症を残している。

紛争後復興の中で、経済機会を得た首都等の人々と、地方の農村、都市スラム、少数民族、障害者等、社会的に弱い立場にある人々との格差は、ますます拡大した。紛争と貧困により、多くの人々が精神的問題を抱えているが、精神保健対策はごく一部で取り組まれているにすぎない。国内格差の拡大に対して適切な対処をしないと、置き去りにされた人々の不満が増大して、次なる紛争の火種となり得る。また、精神保健問題が対応されずに遷延すれば、生活を再建できず復興開発の妨げとなるばかりか、再び暴力的環境に逆戻りする可能性がある。

復興開発期の保健医療分野の介入を通じて平和の定着をはかるには、社会的・経済的に落ち込んだグループの人々や、精神的問題のある人々に対して、適切に対応していくことが大切である。人間の安全保障の観点から、社会的に弱い立場にある人々を含めすべての人々に、基本的な社会サービスを保障して、平和の恩恵を実感してもらうことが重要である。そのためには、支援から落ちこぼれる人がないように、正確に実態を把握して、積極的に真のニーズを引き出す努力をすることが必要である。その一方で、被害の大きい特定グループに復興開発支援が集中すると、逆に不公平感を煽り、平和の定着を妨げる可能性がある。社会的弱者に配慮しながらも、バランスのとれた支援が求められる。

このような人間の安全保障に視点を置いた活動は、政府・国際機関や開発援助機関・NGOが協力して取り組み、正確な実態調査のもとに政策や戦略を作り、地域のニーズに即した支援を実施していくことが必要である。最も重要なのは、地域住民が活動に参画して自らをエンパワーメントし、外部の支援がなくなっても持続していける条件を整えていくことである。

平和の定着を促進して、人々をエンパワーメントしていくことに、保健医療活動の貢献できる部分が多くあると思われる。たとえば、自助グループ活動等を通して、地域社会の繋がりや信頼関係を強化することができる。保健医療は、人々の共通の関心事であり、具体的に対話と和解の手がかりを得ることができる。政策レベルでは、地方分権や、バランスのとれた開発をはかることにより、平和の定着を促進することができると考えられる。

1980年代に拡大した国際的な緊急人道援助は、救急医療的関与から、次第に公衆衛生的活動に変化し、さらに人々の問題の根底にある貧困や偏見への対応が含まれるようになってきた。しかし、地域紛争に必発する大量虐殺、避

難地に発生する性的暴力、少年兵、人身売買等は、人々の健康に関わる問題であるが、保健医療分野からどのように対応するかは、まだ確立されていない。

家庭や地域社会に伝わる文化が中断、喪失することによって、その集団は崩壊する危険性がある。CHEは、武器の蔓延、暴力的破壊的社会を産み、家庭やコミュニティを崩壊させた。肉親が殺戮されるのを目撃した子どもたちは深い人間不信に陥っており、身体の栄養とともに、「こころの栄養」を求めている。

これまでの人道援助は、必須ではあるものの対症療法にすぎず、決して根本治療になっていない。問題の解決には、紛争から受けた心の外傷により精神的な脆弱性をすでにもっている人々、とくに青少年に対する心のケアと、未来に希望がもてるよう貧困問題を改善していくことが必須である。紛争後復興・紛争予防に対して保健医療活動の果たし得る役割は大きいと考えられる。

E. 結論

冷戦後の世界では、Complex Humanitarian Emergency (CHE) という新しい形の紛争が増加しており、それらの国の支援には人間の安全保障の視点が不可欠である。また、紛争後復興から長期的開発に移行していく時期においても、社会的弱者が取り残されることのないよう、人間の安全保障の観点から支援をすることが大切である。地方の農村部、都市貧困者、少数民族、障害者、そして女性等の、実際に置かれている状況や背景要因を正確に把握して、実態に即した支援を進めることが必要である。同時に、特定のグループに支援が偏って、他のグループの人々の不公平感を煽ることのないよう、バランスのとれた支援をするよう留意すべきである。格差の拡大や不公平感に対処することなく放置すれば、新たな紛争を起す要因となり、平和の定着を妨げることになる。

紛争後多くの人々は精神的問題を抱えており、対応されずに遷延すれば、生活再建の妨げとなり復興開発を遅らせるばかりか、暴力的環境に逆戻りする可能性もある。戦略的に人材を養成し、地域で人々の参加を促進しながら介入していくことが必要である。人々が自らの問題に向き合って解決していこうとする力をつけることが最も重要である。

平和を定着させるためには、保健医療分野の長期計画においても、単に技術的な問題解決に

留まらず、人間の精神を充足させることが重要である。とくに紛争中に育った青少年に対する「こころの栄養」が必要とされている。社会・経済開発水準が低く、紛争を繰り返して、低開発・貧困・紛争の悪循環に陥っている国々では、物質的な充足のみならず、人々に希望がもてるような精神的充足こそ、紛争の再発防止に役立つ。

F. 健康危険情報

生物化学兵器によるテロ攻撃が、地域紛争とリンクする危険性はあるが、本研究では、その部分には触れない。

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 青山温子:海外女性事情 (16) パキスタン。ウィルあいちニュース、44、3、2004。
- (2) 長江美穂、北林春美、青山温子:女性の健康問題としてのドメスティック・バイオレンス (DV)ータイ国保健医療関係者の取組み。日本公衆衛生雑誌、51: 4、287-296、2004。
- (3) 宇野日出男、宇井志緒利、青山温子:ドメスティック・バイオレンス (DV)ー公衆衛生の視点から。日本公衆衛生雑誌、51: 5、305-310、2004。
- (4) 岡本美代子、菅波茂、青山温子:NGOsとのコントラクティングによる地域保健行政システム開発ーカンボディアの事例より。第15回国際開発学会全国大会報告論文集、254-257、2004。
- (5) 岡本美代子:カンボディアでの日本のNGOによる短期的(自然災害)・長期的(紛争後復興開発)国際保健支援活動。日本災害看護学会誌、6: 2、31-40、2004。
- (6) 喜多悦子:失われて初めて気づくもの。We Learn、617、2、2004。
- (7) 喜多悦子:紛争地の子に適正な育児環境を。人口と開発、86: 16-20、2004。
- (8) 喜多悦子:紛争地で考えた女性の健康。Frontier、65、3、2004。
- (9) 青山温子:ジェンダー。日本国際保健医療

学会編「国際保健医療学 第2版」、杏林書院、東京。(in press)

- (10) 青山温子：生活と健康。佐藤寛・青山温子編「シリーズ・国際開発 第4巻：開発と生活」、日本評論社、東京。(in press)

2. 学会発表等

- 1) 青山温子：人間の安全保障－保健医療の視点から。シンポジウム「人間の安全保障と国際協力」、第24回国際開発学会東海支部研究会、名古屋、2004。
- 2) 岡本美代子、Sieng Rithy、Sao Sovanratnak、Virgil Hawkins、鈴木俊介、竹久佳恵、菅波茂、川口レオ、吉崎基弥、青山温子：カンボディア農村地区における周産期保健サービス利用向上に関する要因分析。第19回日本国際保健医療学会総会、東京、2004。
- 3) 岡本美代子、菅波茂、青山温子：NGOsとのコントラクティングによる地域保健行政システム開発－カンボディアの事例より。第15回国際開発学会全国大会、東京、2004。
- 4) 東浦洋、喜多悦子、渡辺光一、小原真理子、青木正志：シンポジウム「赤十字と災害救援」、第5回日本赤十字看護学会学術集会、東京、2004
- 5) 今枝宗一郎、永井真理、岡本美代子、青山温子：スリランカ北東部の保健医療サービスへの参加に関する医学生意識。日本国際保健医療学会西日本地方会第23回大会、久留米、2005。
- 6) 喜多悦子：紛争予防における保健医療人材の役割。日本国際保健医療学会西日本地方会第23回、久留米、2005。
- 7) 喜多悦子：Who destroys peace and who builds peace? Workshop: Peace Building and Conflict Prevention and Resolution. 第15回アジア女性会議「人間の安全保障とジェンダー」、北九州、2004。
- 8) 喜多悦子：病気と開発の視点から。公開シンポジウム「世界エイズ・結核・マラリア対策基金の成果と課題－国際的なセクターを超えたパートナーシップの促進を目指して」、世界エイズ・結核・マラリア対策基金日本委員会、東京、2004。
- 9) 喜多悦子：紛争地域の医療と健康。アヴァ

ンティ福岡セミナー、福岡、2004。

- 10) 藤田則子、池上清子、三砂ちづる、箕浦茂樹、福田祐典、喜多悦子、明石秀親：女性の健康にとって大切なもの－日本の経験を世界に、世界の経験を日本に。第13回国際医療協力シンポジウム「世界の女性たちは今」、国際協力医学研究財団・国立医療センター、東京、2004。
- 11) 岡部信彦、新藤奈那子、前田光哉、喜多悦子：経験から導かれる最先端の予防対策、そして未来への提言。国際健康危機管理ネットワーク強化研究推進事業シンポジウム、東京、2005。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項なし

(資料1) 研究協力者

(資料2) 研究班会議議事録

(資料1) 研究協力者

研究協力者 (国内・国外)

[国内]

- 永井真理 名古屋大学大学院医学系研究科
- 岡本美代子 名古屋大学大学院医学系研究科
- 川口レオ 名古屋大学大学院医学系研究科
- 吉崎基弥 名古屋大学大学院医学系研究科
- 宇井志緒利 名古屋大学大学院医学系研究科
- 下山節子 日本赤十字九州国際看護大学
- 平川オリエ 日本赤十字九州国際看護大学
- 江藤節代 日本赤十字九州国際看護大学
- 石橋通江 日本赤十字九州国際看護大学
- 本田多美枝 日本赤十字九州国際看護大学
- レシャード・カレッド 医療法人社団健社会理事長・「カレーズの会」代表
- 山本 敏晴 特定非営利活動法人「宇宙船地球号」理事長

[国外]

- 露岡令子 世界保健機関 (WHO) カンボディア事務所マラリア対策専門家
- 田中香 国際協力機構 (JICA) アフガニスタン長期派遣専門家
- Gilbert M. Burnham, MD, PhD
Associate Professor, Community Health and Health Systems, Department of International Health,
Director of the Center for Refugee and Disaster Response
The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore

[カンボディア]

- Prof. Ka Sunbaunat, Deputy-Dean, Faculty of Medicine, University of Health Sciences
/ Director, National Program for Mental Health
- Prof. Koum Kanal, Director, National Maternal and Child Health Center (NMCHC)
- Dr. Or Vandine, Manager, Principal Recipient for the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria
- Mr. Moul Chhorn, Director, Kien Khleang Rehabilitation Center
- Dr. Sin Somuny, Executive Director, MEDICAM
- Mr. Ngy San, Director, Disability Action Council (DAC)
- Mr. Hum Sophon, Director of Program Department, Cambodian Red Cross
- Mr. Yi Veasna, Executive Director, National Centre of Disabled Persons (NCDP)
- Ms. Jan Nye, Community Development Advisor, The Cambodia Trust
- Mr. Hok Ly, Project Coordinator, The Cambodia Trust
- Dr. Sotheara Chhim, Managing Director, Transcultural Psycho-social Organization (TPO)
- Dr. Gerry Pais, Ang Rokar Operational District Technical Advisor, Swiss Red Cross
- Dr. Nhea Sithan, Director, Ang Rokar, Operational District

(資料2)研究班会議議事録

平成 14～16 年度厚生労働科学研究費補助金 社会保障国際協力推進研究事業
「紛争後の復興開発と平和構築に対する保健医療活動の役割に関する研究」

平成 16 年度研究班会議

議事録

日時 : 平成 17 年 3 月 6 日 10:00～14:00

場所 : 日本赤十字九州国際看護大学 会議室

出席者 : 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学

青山温子・永井真理

日本赤十字九州国際看護大学

喜多悦子・下山節子・平川オリエ・江藤節代・石橋通江・本田多美枝

各出席者 (主任・分担研究者、研究協力者) による平成 16 年度の活動報告と、主任研究者による平成 14 年度から 16 年度の 3 年間の研究総括が行われた。

最初に、主任研究者の青山から、治安上の理由により平成 16 年度の調査対象をアフガニスタンからカンボディアに変更したとの説明があり、カンボディアに関する報告がなされた。紛争終結後 10 年余を経たカンボディアは、紛争からの復興・復旧支援から長期的開発支援へと移行しており、保健医療分野でも、中長期的な保健医療政策が策定され、地方分権化・医療費の有料化をはじめとした保健医療システム再編が始められている。しかし復旧・復興が進むにつれて、近隣諸国等の民間営利事業が過度に進出し、国内の貧富格差は拡大し、貧困者、障害者等の社会的弱者への対策が立ち遅れていることが報告された。今後の保健医療システムの再編によって取り残される人々のないよう、保健医療と福祉を連携させた施策が必要とされるという点で、本研究の今後の展開の可能性について議論した。

これに関して、喜多から、保健医療分野の長期計画においては、単に技術的な問題解決にとどまらず、人間の精神を充足させることが重要であり、とくに紛争中に育った青少年に対する「こころの栄養」が必要とされているという意見が出された。紛争前から社会・経済開発水準が低く、紛争を繰り返して、低開発・貧困・紛争の悪循環に陥っている国々では、物質的な充足のみならず、人々に希望がもてるような精神的充足こそ、紛争の再発防止に役立つ。とくに、Complex Humanitarian Emergency (CHE) 後の国の支援には人間の安全保障の視点が不可欠であるとの指摘があった。

つづいて、下山・平川から、カンボディアにおける女性住民を対象とした聞き取り調査の結果についての報告があった。多くの女性が紛争によって引き起こされた負の影響を残していたが、同じ体験をしていても現在を肯定的に捉えているものもあり、過去の困難さは同程度でも、女性の現状は多様化していることが観察された。一般に、現在の生活状況が困難な女性ほど、不定愁訴を中心とした様々な健康上の問題点を訴える傾向にあった。逆に、不定愁訴をすべて過去の紛争と結びつけて考えることのないようにすべき点についても意見がかわされた。

これに関連して、石橋から、紛争後の復旧・復興において精神保健ケアが重要であるが、カンボディアではその対策が遅れているとの報告があり、住民女性によっては、紛争で受けた心的外傷から回復できずに抑鬱状態が持続し、そのために生活再建に困難をきたしている可能性が指摘された。また、最近、精神保健に注目があつまっているが、医療という点での専門性もさることながら、伝統習慣、人権などを含め、文化的背景を理解して取り組むべき分野であり、安易な計画や過度の期待、また、過剰の介入は慎むべきとの意見も出た。

紛争後地域の女性の健康については、さらに青山から、女性に対する暴力が重要課題であると

(資料2)研究班会議議事録

の報告があった。コンゴ民主共和国の紛争では、女性に対する凄惨な暴力が多いこと、アフガニスタン難民キャンプやスリランカ国内避難民キャンプ等でも、女性に対する暴力が多いとの報告があった。避難民キャンプという環境がおよぼす精神的影響について意見がかわされた。

これに対して、江藤から、日本の小児虐待の場合においても、暴力の原因は加害者の精神的な問題が大きいため、被害者に対する介入だけではなく、加害者に対する精神保健対策も重要であるとの指摘があった。

このように、紛争後の復旧・復興から長期的開発支援にいたる間には様々な分野の保健医療活動と、それを実践する質の高い人材が必要不可欠である。しかし、カンボディアの医療人材育成状況を調査した本田によると、紛争で喪失した大量の人材を早急に補おうとした結果、紛争後は質の低い医療従事者が増加しており、再教育が必要となっている。今後は長期的な視野に立って医療従事者を育成する政策が必要と考えられた。人材育成に関しては、同様の報告と提言が、停戦合意から2年が経過したスリランカ北部を調査した永井からもなされた。

永井によると、スリランカでは反政府組織の支配地域が戦場となり、政府の統治下にあった地域はほとんど被害を受けなかった。医療人材だけでなく、施設やサービス内容等保健医療分野全般における両地域間格差が顕著であった。そのため戦場となった地域に復興支援が集中しているが、それが敵対関係にあった他方の地域住民の不公平感を煽り、今後の和平交渉に悪影響をおよぼす可能性がある。客観的な比較データを国民全体に周知させ、両地域へバランスのとれた支援を行うことが重要と考えられた。さらに両地域間の保健医療活動を介した人的交流が、国民の相互理解と平和の定着に繋がる可能性が指摘された。

これについて、青山から、カンボディアで、かつて敵味方であった保健医療従事者を交えて保健医療の研修を行ったところ、それを通じて個人レベルでの和解がすすんだ例が報告された。

以上の報告をもとに、主任研究者の青山より、今後の研究の展望を含めた総括が行われた。保健医療活動は、国家レベルと草の根レベルの両面から紛争後の平和構築に役立つ可能性がある。国家レベルでは、復興開発の偏在化を防ぐことにより、新たな紛争を予防することができる。また、緊急人道支援から長期開発支援へと、保健医療分野の支援内容をスムーズな移行させることが重要であり、人間の安全保障の観点から、農村部や都市スラムの貧困者、女性、障害者等に配慮した復興開発支援が大切である。草の根レベルでは、敵対関係にあった保健医療従事者を同じ研修に参加させる等の人材交流を通じ、保健医療という共通の関心事を介して和解を促進することができる。

厚生労働科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）

分担研究報告書

紛争後の復興開発と平和構築に対する保健医療活動の役割に関する研究

平成 16 年度海外調査: カンボディア

主任研究者 青山 温子
名古屋大学大学院医学系研究科教授

研究要旨

紛争終結後 10 年以上となり復興から長期開発へと移行しているカンボディアにおいて、障害者と精神保健の問題に重点を置き、復興開発期の保健医療プログラムのあり方について検討した。2004 年 12 月 12 日から 23 日まで、カンボディアを訪問し、首都プノンペン、Takeo 州、Kompong Thom 州にて、保健医療活動、障害者支援活動、精神保健の状況について調査した。加えて、停戦後 2 年になるスリランカの状況を調査して、カンボディアと比較検討した。

カンボディアでは、中長期的な保健政策のもとに、地方分権化等の施策が進められている。Takeo 州 Ang Rokar 保健行政区では、国外 NGO 等の支援を受けて保健医療サービスが向上した。資金を確保し技術協力のある程度長期間行えば、地方分権化の効果が表れることが確認できた。

カンボディアでは、人口の約 2~3%が障害者と推定されている。外国 NGO が中心となって、地雷被害者に対する支援活動を展開し、義肢等の作成と供給、リハビリテーション、義肢装具士の養成、障害者の職業訓練等の支援が行われてきている。

長期におよんだ紛争と大量虐殺を経験したカンボディアでは、全国民の 8~9 割が現在も精神的外傷を負っていると考えられている。発症の直接的要因は、貧困による厳しい生活環境、家族の病気や死、夫の女性関係や暴力、アルコール・薬物依存等であるが、紛争中の精神的外傷が残っているため、過剰な反応を引き起こしやすいと考えられる。精神保健対策は遅れていたが、保健省は 2004 年に精神保健戦略を策定した。過去 10 年間に精神科医 20 名が養成され、地域での精神保健活動は NGO 等により実施されてきている。

紛争後復興から長期的開発に移行する時期では、社会的弱者が取り残されることのないよう、人間の安全保障の観点から支援をすることが大切である。地方の農村部、都市貧困者、少数民族、障害者、そして女性等の置かれている状況や背景要因を正確に把握して支援を進めることが必要である。同時に、特定のグループに支援が偏ることのないよう、バランスのとれた支援に留意すべきである。格差の拡大や不公平感に対処することなく放置すれば、新たな紛争を起す要因となり平和の定着を妨げることになる。

紛争後多くの人々は精神的問題を抱えており、対応されずに遷延すれば、生活再建の妨げとなり復興を遅らせるばかりか、暴力的環境に逆戻りする可能性もある。精神保健対策は他のプログラムに比して立ち遅れていることが多いが、戦略的に人材を養成し、地域で人々の参加を促進して、人々が自らの問題に向き合って解決していこうとする力をつけることが最も重要である。

A. 研究目的

本研究全体の目的は、地域紛争後の開発途上国で実施されている保健医療分野の援助活動を、平和構築の観点から分析・評価して、復興開発と平和構築支援として効果的な保健医療活動モデルを提案することである。

平成 16 年度 (第 3 年度) は、当初、アフガニスタンを対象として、2002 年の暫定政権設立後に行われた保健医療分野プログラムが、復興開発と平和構築にどのように貢献したかを調査する計画であった。しかし、アフガニスタンは、依然として治安上問題があり、自由な調査活動がきわめて困難なうえ、大統領選挙実施に伴い、入国しないよう勧告された。

そのため、前年度に引き続き、カンボディアを対象として、現地調査を実施した。カンボディアは、紛争終結後 10 年以上経過して、復興から長期開発に重点が移っている。今回は、これまで対策が遅れていた、障害者と精神保健の問題に重点をおいて、復興開発期の保健医療プログラムのあり方について検討した。

また、停戦後 2 年になるスリランカの状況を、カンボディアと比較検討した。アフガニスタンについては、研究協力者から情報を得るにとどめた。

B. 研究方法

2004 年 12 月 12 日から 23 日まで、カンボディアを訪問し、首都プノンペン、Takeo 州、Kompong Thom 州にて、保健医療活動、障害者支援活動、精神保健の状況について調査した (資料 1)。現地では、政府保健省、社会福祉省、大学、国際援助機関、NGO 等を訪問して意見交換し、資料を収集した (資料 2・3)。また、地域保健医療、障害者支援、精神保健の活動現場を訪問して状況を観察し、情報収集した。地域住民や患者家族からも情報収集した。さらに、今年度の調査以前に収集したカンボディア関係の資料・情報を含め、国内外の研究協力者の協力を得ながら分析した。

その他、学術振興会科学研究費によりスリランカを訪問、北部紛争後地域や国内避難民、中南部貧困地域の状況に関する知見を得たので概要を記した。

(倫理面への配慮)

本研究に対しては、すでに、カンボディア保健省研究倫理審査委員会の承認を受けている。面接調査等の際には、必ず関係者・対象者の承

諾を得、個人情報の保護に留意した。

C. 研究結果

(1) カンボディア

① 地域保健医療

カンボディアは、紛争終結後すでに 10 年余経過しており、復旧・復興期から長期開発期へと移行していると考えられる。1970 年代末のポルポト政権時代に、それまでの保健医療システムが完全に崩壊し、医師をはじめ、保健医療を担う人材の大部分が失われた。1980 年代には、絶対的な保健医療サービス不足を当面充足するための対策がとられた。1990 年代になると、国際社会の支援を得て、本格的な保健医療システムの復旧・復興が行われた。

1990 年代後半からは、中長期的な保健医療政策に基づいて、医療費徴収、保健医療行政区 (Operational District: OD) の人口再編と権限の委譲をはじめとした、保健医療システム再編が始められた。しかし、都市・地方の格差が大きく、地方の人材の能力が不十分なこと、政府予算が少なく給与も十分支払えないこと、行政が透明性を欠き非効率であること等、保健医療システムの改革には多くの困難がある。

Takeo 州 Ang Rokar 保健医療行政区では、アジア開発銀行の支援により、NGO と契約して保健医療サービスと管理能力の向上をはかるプロジェクトが行われてきた。昨年度までは日本の NGO の AMDA、今年度からは、スイス赤十字が、契約団体として協力を続けている。保健医療行政区長ら担当者から説明を受け、一次医療施設の Trapaing Pring ヘルスセンター、OD レベルの Ang Rokar 病院 (Ang Rokar Referral Hospital)、州レベルの Takeo 州病院 (Takeo Provincial Hospital) を訪問し、状況を観察した。

ヘルスセンターは 5 人のスタッフがいて、月 11 例の分娩を取り扱っており、これまで訪問したほとんどのヘルスセンターでは分娩が行われていなかったのと対照的であった。必要な場合は、Ang Rokar 病院にリファーしていた。医療費を徴収しているが、住民の 85 %が貧困者として除外されているとのことであった。

Ang Rokar 病院は 24 時間体制で患者を受け入れ、地域住民から信頼されて、よく機能している様子であり、昨年度訪問したプノンペン近郊の OD レベル病院があまり機能していなかったのとは状況が異なっていた。Takeo 州病院

にも、かつてスイス赤十字の協力があり、管理体制が整えられていた。Takeo 州病院では、医療費徴収制度の基礎資料とするため、1997 年に周辺地域各世帯の家計状況について訪問調査を行った。自動車、バイク、電化製品の有無等によって各家庭の経済力を評価して、貧困家庭や障害者のいる家庭を把握しようとした。これに基づき、2003 年から、Equity Fund の導入を始め、40 人以上登録したとのことだった。

このように、資金が確保され、技術協力がある程度長期間にわたってなされれば、地方においても人材を確保して管理能力を強化することができ、地方分権化による地域保健医療の向上をはかることができると確認された。Ang Rokar は、農業を基盤とし住民が比較的均質で格差が小さいこと、プノンペンからは遠くバイパスしにくいこと、Takeo 市からは比較的近く、州病院も一定の機能をはたしており、リファラル・システムが成り立っていること等の好条件もあったと考えられた。今後、どのようにこの状態を持続しさらに向上させていくか、他の地域にこの経験をどのように生かしていくかが課題である。

② 身体障害者支援

カンボディアでは、人口の約 2~3%が障害者と推定されている。紛争中の地雷の問題が国際的に注目を集め、Handicap International、Veterans International、International Committee of the Red Cross (ICRC)、Cambodia Trust 等の外国 NGO が、地雷被害者に対する支援活動を展開した。主として、義肢等の作成と供給、リハビリテーション、義肢装具士の養成、障害者の職業訓練等の支援が行われた。

カンボディア政府には、直接障害者支援に関わるだけの資金・人材・実行能力が不足しており、実質的には、NGO の活動を追認するにとどまっていた。社会福祉省は、1995 年、NGO 35 団体と協力して障害者支援を行うことを打ち出し、各 NGO が担当する地域を割振って、それらを管轄するという形式となった。1997 年には、NGO 間の調整機関として Disability Action Council (DAC) が設立された。

身体障害の原因としては、地雷、不発弾、交通事故、椰子の実採取時の転落事故等の外傷、ハンセン氏病やポリオのような感染症の後遺症があげられる。カンボディア赤十字は Handicap International 等と協力して、地雷・不発弾被害の登録システムを運営している。地雷と不発弾による死傷者数は、1979 年~2000 年の 21 年間で 50,915 人（うち死亡 13,686 人）で

あった。地雷の被害は、農作業中に起きることが多く、不発弾の被害の 58 %は、故意に接触したか撤去作業中に起こっている。近年、地雷の被害は減少しているが、義肢を使用している障害者は、数年毎に義肢を更新しなければならず、継続した支援を必要としている。

実際に障害者の支援活動をしている NGO を数ヶ所訪問した。National Center of Disabled Persons (NCDP) は、社会福祉省次官を長とし、1995 年にアドボカシー活動のために設立された。NCDP は、障害者の職業研修を行い、雇用を促進するため人材登録リストを作成、直営店で、障害者の作成した手工芸品を販売している。Kompong Speu 州では、地域社会でのリハビリテーションと障害者の社会参加促進をはかる Community Based Rehabilitation (CBR) 活動を行っている。

Cambodia Trust は英国に本部をおく NGO であり、義肢装具の作成と供与、義肢装具士の養成に取り組んでいる。Cambodia Trust は、一部でコミュニティ活動も行っている。プノンペンの Takhmao 地区には、漁業に従事するイスラム教徒のコミュニティがある。貧しく、住居の衛生環境は劣悪で、人々の多くはほとんど教育を受けていない。病気になると、薬を買ったり伝統的療法を受けたりすることが多く、プライマリ・ヘルス・ケアに対するアクセスすら確保されていない状況にある。Cambodia Trust はこの地域を定期的に巡回して、身体障害児に対して、車椅子等の供与、カウンセリング、就学支援等を行っていた。下肢に障害のある少女は、貧しさのため小学校を中退して魚網編みの内職をしていた。別の少女は、供与された車椅子を使い、舞踊教室にも参加していた。

プノンペンにある国立リハビリテーションセンターは、1991 年に設立された。社会福祉省管轄下の施設ではあるが、実態は、International Committee of the Order of Malta for Leprosy Relief (CIOMAL)、ROSE Charities Cambodia、Veterans International、難民を助ける会の 4 NGO が、それぞれ独自に活動している。CIOMAL は、ハンセン氏病後遺症による障害者のリハビリテーション、ROSE Charities Cambodia は、眼科と口腔外科の治療、Veterans International は、義肢・車椅子製作とリハビリテーション、難民を助ける会は、職業訓練と外部への車椅子の供給を担当している。154 人の職員のうち、31 人が社会福祉省の職員である。来所者数は、1 日約 250 人で、大半は眼科患者である。眼科患者の多くは女性で、白内障の患者が多い。地雷の被害者数は暫減し、交通事故による障害者が

増加しており、男性が多い。CIOMAL のハンセン病センターには、長期治療をうける患者が滞在している。訪問時、38 人が入院していたが、大多数が男性であった。難民を助ける会は、自動車エンジンやブラウン管の修理、裁縫といった 12 ヶ月間の職業訓練を行っている。

Takeo 州リハビリテーションセンターは、社会福祉省管轄下とされているが、実際には、Handicap International Belgium が運営している。身体障害者に対して、義肢の作成、車椅子の供与、理学療法等の支援を行っているほか、所得創出の取り組みや、障害者の調査も行っている。2004 年の調査では、新たに内反足、四肢切断、脊髄損傷等の障害者が 40 人見つかり、リハビリテーションを行っている。Takeo 州病院は、リハビリテーションセンターのすぐ近くにあるが、患者を紹介する程度の関係であった。

③ 精神保健

長期におよんだ紛争と大量虐殺を経験したカンボディアでは、全国民の 8~9 割が現在も精神的な外傷を負っていると考えられている。個人の不安や不満、家族の誰かを失ったことやポルポト時代の強制結婚とその後の離婚や別離、人口構造の破壊、暴力の日常化、社会や文化の崩壊等、人々は個人としても集団としても、精神的な問題を抱えている。

保健省には、1992 年に Mental Health Sub Committee (MHSC) が設置され、精神保健に関する対策と戦略策定に取り組んだ。1994 年、精神保健に関する研修が、ノルウェーのオスロ大学の協力で開始され、精神科医と精神科看護師を養成、現在までに、2 期の研修が終了した。2004 年には、保健省の精神保健戦略を示す National Program for Mental Health が策定された。

研修で養成された 20 名の精神科医のほとんどは、プノンペンで活動している。精神科医の勤務する精神科外来は、プノンペンのシハヌーク病院、Kompong Thom 州病院等に限定されている。公立病院等で精神的ケアが行われているのは、25 州のうち 22 州である。68 の Referral Hospital のうち 22 ヶ所、939 のヘルスセンターのうち 16 ヶ所で、精神的ケアを行っている。他に、Transcultural Psychosocial Organization (TPO)、Social Services of Cambodia 等、少数の NGO が地域での精神保健活動に携わっている。

紛争中に精神的な外傷を負った人々はきわめて多く、ニーズが大きいものに対して、精神保健対策はなお立ち遅れている。抑鬱や心身症等を訴えて精神科を受診するのは、圧倒的に女性が

多い。発症の直接的要因は、貧困による厳しい生活環境、家族の病気や死、夫の女性関係や暴力、アルコール・薬物依存等である。貧困や精神的な不安からアルコール依存となる人々も多く、アルコール飲用に伴って夫が妻に暴力を振るうことが頻りに認められる。その背景として、紛争中の精神的な外傷が残っているため、なんらかのきっかけにより過剰な反応を引き起こしやすくなっていることが指摘されている。このように、精神的な外傷が癒えぬまま、抑鬱や身体症状を引き起こし、生活の再建に取り組むことができず、復興開発の進む中で貧困に取り残されていく女性が少なくない。

プノンペンのシハヌーク病院精神科外来は、1994 年に開設された。合計 13 名の精神科医が勤務しており、精神科医や精神科看護師を目指す学生に対する教育も行っている。1 日 100 名を超す患者が外来を受診、診療時間は、新患 30 分、再来 10 分程度、受診料は投薬を含め約 5,000 リエルである。急性期治療用に 2 病室 8 床を有し、2 週間入院できる。入院患者は薬物で沈静化するのみで抑制は行わないが、家族が 2~3 名付き添っているため問題はないとのことであった。

Psychiatric Rehabilitation Center は、プノンペン市内にあり、統合失調症や知的障害の患者に作業療法を行っている。作業療法士がいないため、看護師等が患者を支援している。リハビリテーションは、家庭で生活する中で行われるのが望ましいが、現在このセンターでしている作業、たとえばミシンによる縫製は、自宅にミシンがないので続けることができないという問題点があった。

Kompong Thom 州病院 (Provincial Hospital) には、精神科外来 (Psychiatric Consultation Ward) があり、精神科医 1 人が勤務しており、看護師もプノンペンで専門的な研修を受けている。薬剤は保健省から支給される。

1 日 20 人程が外来受診し、うち 2~5 人が新患、4 分の 3 は女性である。不安、不眠、幻覚、抑鬱等の症状を訴え、統合失調症、神経症、躁鬱病、てんかん等の治療を行っている。精神症状の背景に紛争の影響が考えられるものの、多くの場合は、家庭の問題、とくに貧困による影響が大きい。

受診する女性の多くは、夫からの暴力によって、抑鬱やヒステリー様身体症状・心身症等を引き起こしていた。暴力の背景として、貧困・アルコール依存があるほか、紛争下の暴力的環境で小児期を過ごしたことから些細な問題解決も暴力に訴える傾向があることが指摘され

ている。被害女性に対する介入は、カウンセリングや投薬であり、暴力から逃れる方策はとられておらず、暴力が繰り返されていた。

Transcultural Psychosocial Organization (TPO) は、1995年にオランダのNGOとして活動を開始、2000年以降は現地NGOとなり、カンボディア人精神科医が代表を務めている。プノンペンとKompong Thom、Kandal、Kompong Speu、Battambangの4州で、地域での精神保健活動 (Community Mental Health Program)、Kandal、Takeoでは拷問被害者の支援活動を行っている。Kompong Thomの地域精神保健活動は、JICAの支援を受けている。

Kompong Thomは、ポルポト時代に強制労働の場となり、農村部は貧しく、精神的問題も多い。キリスト教徒が少数存在し、漁業等に従事している。

TPOスタッフは、まず村の状況を調査し、リーダーとなる人に精神保健やグループ活動に関する研修をし、自助グループを形成させる。TPOスタッフは週1~2回村に出かけて、グループ活動を促進する。また、個別のカウンセリングも行い、精神科治療を必要とする人は、病院に紹介している。

グループは、共同作業をして生活環境を改善したり、互いに悩みを話し合ったりする。グループ活動によって、人々の共同体意識が高まり、自分たちの力で問題を解決して生活の質を向上させていくことを目指している。家庭での暴力の問題に対しても、被害女性・加害男性それぞれの自助グループを形成させ、共同作業や話し合いを通じて暴力を減らす働きかけをする。

Kompong Thom近郊の村落で、男性8名の自助グループ、別のコミュニティの女性9名の自助グループから、話を聞いた。男性グループは3~7年の基礎教育を受けた程度で、離婚、農作物の不作、貧困、アルコール依存等の問題を持っていた。最も必要なのは、灌漑用のポンプとのことであった。女性グループは7年ぐらい前から活動を開始し、問題の4割くらいは自分たちで解決できるようになったとのことであった。既婚の女性がほとんどで、子どもの数は2~6人である。夫からの暴力、夫のアルコール依存、貧困、母親の病気等の問題があり、中には夫がグループに参加してから暴力が少なくなったという女性もいた。

(2) その他: スリランカ

科学研究費補助金により、2004年10月11日から11月6日までスリランカで現地調査を

実施した。保健省と地方保健局、WHO、UNICEF、国連世界食料計画 (WFP)、国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR)等の国際機関、Sewalanka Foundation、Shade、AMDA等のNGOを訪問し、情報・資料を収集し、意見交換した。北部地域では、医療施設や国際機関やNGOの支援による保健医療活動、国内避難民キャンプ等を訪問して状況を観察した。保健医療従事者と地域住民に、保健医療の問題点等に関する質問紙調査を行った。北部州と首都圏の医学生には、北東部赴任の意志に関する質問紙調査を実施、首都圏の医学生によるフォーカス・グループ・ディスカッション (FGD) も行った。また、首都と近郊、中南部貧困地域の医療施設を訪問して状況を観察した。

スリランカは、基礎的保健医療サービスが充実しアクセスもよく、開発途上国の中で保健指標を改善するのに成功した国として知られている。しかし、北東部の少数派民族タミール人が、多数派シンハラ人による政府からの分離独立を目指し、20年あまり内戦が続いた。北東部の医療状況は政府支配の頃に比して著しく悪化し、停戦後もなかなか改善をみない。全国平均の施設分娩率は96%に達しているが、北部地域では約80%、東部の一部では60%程度である。反政府組織支配地域に出入りするにはチェックポイントを通過しなければならず、内戦中は患者の高次医療施設へのリファラルが妨げられていたが、停戦後通行制限は緩和された。

北東部地域では、産婦人科医をはじめとする専門医がきわめて不足しているが、治安と生活条件が悪いことから、停戦後も医師は赴任に消極的である。助産師も不足しているため、紛争中はNGOが養成した女性ヘルスポランテアが助産してきた。2004年10月より、本格的な助産師養成が開始されたが、彼女たちのほとんどが、助産師学校入学資格を満たしておらず、いずれ職を失ってしまう。助産師学校入学資格には、基礎教育水準のほか、身長や未婚であることなど合理的でない基準も含まれており再検討を要すると考えられる。

まだ帰還していないタミール人国内避難民は、政府支配地域のキャンプに居住している。生活環境は周辺のスリランカ人に比し劣悪だが、基礎的保健医療サービスや基礎教育へのアクセスは確保されており、たとえば、出産についても近隣の病院で安全に行われていた。

紛争中は目の前の危険を回避するのに精一杯であったのに対し、停戦後は荒廃した現実を前にして今後の生活に対する不安が増強する

等、精神的ケアのニーズが増している。精神不安からアルコール依存症や、家庭内暴力も増加していると指摘されている。しかし、精神保健対策は立ち遅れており、全国で23人の精神科専門医がいるのみで、うち20人は首都に在住している。北部では、大学の精神科専門医による巡回診療や、現地NGOによるカウンセリング等が、かろうじて実施されている。現地NGOの中には、紛争中活動していた国際NGOが停戦後撤退し、資金源を失い継続困難になったものもある。

紛争や貧困による精神不安からアルコール依存症となった男性の家庭内暴力や、母親が出稼ぎに行った家庭や子どものいる未亡人の再婚家庭における、親族男性から娘に対する性暴力が問題になっている。とくに、プライバシーの確保できない住居でストレスの多い国内避難民キャンプでは、暴力の問題は顕著である。長期間の避難民生活後に別の場所に再定住した人々と、定住地に従来から居住している人々との間の確執によって、再定住者の精神的不安が引き起こされ、暴力の要因となることもある。これらの問題に対しては、NGOによる支援が中心となっている。

中南部の丘陵地には、茶のプランテーション労働者として植民地時代に連れてこられたタミール人の子孫が、現在もプランテーションでの生活を続けている。このタミール人たちは、周辺地域に住むシンハラ人とは分離された集団を形成、タミール語を使用し、プランテーション内に居住し、そこに設置された医療施設を利用していった。女性たちは、急な斜面の茶畑で茶葉を摘む作業に従事していた。このタミール人集団は、教育水準が低く、保健指標においても周辺シンハラ人より劣り、女性も含めてアルコール依存症が多いとのことであった。

スリランカは社会開発水準が比較的高いため、北部紛争地域は、他地域との格差が一層際立つこととなった。しかし、停戦後もタミール人反政府組織の支配が続いており、速やかな復興の妨げとなっている。また、政府支配地域においても、中南部貧困地域のように、社会開発が立ち遅れている地域があることから、復興と同時に、他の地域とのバランスのとれた支援をすることが重要である。

D. 考察

カンボディアでは、20年余り続いた内戦が終結して約10年余を経て、紛争後の復旧・復

興の段階から、長期的な社会・経済開発の段階に達している。内戦中に保健医療をはじめとする社会インフラは破壊され、医療従事者等の知識人は大量虐殺された。1990年代以降、本格的な復旧・復興が始まり、90年代後半からは、中長期的計画を策定して保健医療システムを整備しようとしている。

カンボディアのように、若干の紆余曲折はあっても、一貫して復興開発の途を辿ってきた紛争後途上国は、世界でも数少ない。復興開発が持続した要因として、統一した国・民族のアイデンティティーがあったこと、国際社会から物心両面の支援が継続して得られたこと、周辺諸国の経済開発が進んできていることなどがあげられる。したがって、カンボディアの経験を、多民族国家や、周辺国もきわめて貧しい地域等、背景要因の異なる他の紛争後途上国に、そのままの形で適用することは難しいかもしれない。

その一方、ポルポト政権下で起こったことは、他の紛争後国に比しても残虐かつ特異であり、復興開発を妨げる要因を残した。復興の要となる人材は壊滅状態となり、強制移住により地域社会は崩壊し、人々の相互の信頼関係は失われ、多くの人々が身体的にも精神的にも後遺症を引きずっている。

もはや紛争後ではなくなった現在、首都等で経済機会を得た人々の繁栄と、地方の農村、都市スラム、少数民族、障害者等、社会的に弱い立場にある人々との格差は、ますます拡大している。紛争とその後の生活苦により、多くの人々が精神的問題を抱えているが、精神保健対策はごく一部で取り組まれているにすぎない。

国内格差の拡大に対して適切な対処をしないと、置き去りにされた人々の不満が増大して、次なる紛争の火種となり得る。また、精神保健問題が対応されずに遷延すれば、生活を再建できず復興開発の妨げとなるばかりか、再び暴力的環境に逆戻りする可能性がある。

復興開発期の保健医療分野の介入を通じて、平和の定着をはかるには、社会的・経済的に落ち込んだグループの人々や、精神的問題のある人々に対して、適切に対応していく必要がある。人間の安全保障の観点から、社会的に弱い立場にある人々を含めてすべての人々に、基本的な社会サービスを保障して、平和の恩恵を実感してもらうことが重要である。

障害者の支援や精神保健対策には、とくに社会的背景を十分考え、落ちこぼれる人がないように留意するべきである。たとえば、義肢装着やリハビリテーションを受けるのは、圧倒的に男性が多いが、家庭や社会の状況によっては女性

が出てこれないことがあるかもしれず、本当に女性のニーズが少ないのか正確な調査をするべきである。支援側が正確に実態を把握して、積極的に真のニーズを引き出す努力をすることが重要と考えられる。

このような人間の安全保障に視点を置いた活動は、政府・国際機関や開発援助機関・NGO、さらに地域住民が協力して取り組むことが必要である。政府や国際機関は、正確な実態調査のもとに政策的枠組みや戦略を作り、援助機関やNGOは、地域のニーズに即した支援を実施し方法論を確立していくことができる。最も重要なのは、住民が活動に参画して自らをエンパワーメントし、外部の支援がなくなっても持続していける条件を整えていくことであろう。

また、復興開発に際して、被害の大きい特定グループに支援が集中すると、逆に不公平感をおおき、平和の定着を妨げる可能性がある。社会的弱者に配慮しながらも、バランスのとれた支援が必要である。

このように平和の定着を促進して、人々をエンパワーメントしていくのに、保健医療活動の貢献できる部分が多くあると思われる。たとえば、自助グループ活動等を通して、地域社会の繋がりと信頼関係を強化することができる。保健医療は、人々の共通の関心事であり、具体的に対話と和解の手がかりを得ることができる。政策レベルでは、地方分権や、バランスのとれた開発をはかることにより、平和の定着を促進することができると考えられる。

E. 結論

紛争後復興から長期的開発に移行していく時期では、社会的弱者が取り残されることのないよう、人間の安全保障の観点から支援をすることが大切である。地方の農村部、都市貧困者、少数民族、障害者、そして女性等の、実際に置かれている状況や背景要因を正確に把握して、実態に即した支援を進めることが必要である。同時に、特定のグループに支援が偏って、他のグループの人々の不公平感を煽ることのないよう、バランスのとれた支援をするよう留意するべきである。格差の拡大や不公平感に対処することなく放置すれば、新たな紛争を起す要因となり、平和の定着を妨げることになる。

紛争後多くの人々は精神的問題を抱えており、対応されずに遷延すれば、生活再建の妨げとなり復興開発を遅らせるばかりか、暴力的環境に逆戻りする可能性もある。精神保健対策は、

保健医療分野の他のプログラムに比して立ち遅れていることが多い。戦略的に人材を養成し、地域で人々の参加を促進しながら介入していくことが必要である。人々が自らの問題に向き合って解決していこうとする力をつけることが最も重要である。

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 青山温子：海外女性事情 (16) パキスタン。ウィルあいちニュース、44、3、2004。
- (2) 長江美穂、北林春美、青山温子：女性の健康問題としてのドメスティック・バイオレンス (DV)－タイ国保健医療関係者の取り組み。日本公衆衛生雑誌、51: 4、287－296、2004。
- (3) 宇野日出男、宇井志緒利、青山温子：ドメスティック・バイオレンス (DV)－公衆衛生の視点から。日本公衆衛生雑誌、51: 5、305－310、2004。
- (4) 岡本美代子、菅波茂、青山温子：NGOs とのコントラクティングによる地域保健行政システム開発－カンボディアの事例より。第 15 回国際開発学会全国大会報告論文集、254－257、2004。
- (5) 岡本美代子：カンボディアでの日本の NGO による短期的(自然災害)・長期的(紛争後復興開発)国際保健支援活動。日本災害看護学会誌、6: 2、31－40、2004。
- (6) 青山温子：ジェンダー。日本国際保健医療学会編「国際保健医療学 第 2 版」、杏林書院、東京。(in press)
- (7) 青山温子：生活と健康。佐藤寛・青山温子編「シリーズ・国際開発 第 4 巻：開発と生活」、日本評論社、東京。(in press)

2. 学会発表等

- (1) 青山温子：人間の安全保障－保健医療の視点から。シンポジウム「人間の安全保障と国際協力」、第 24 回国際開発学会東海支部研究会、名古屋、2004。
- (2) 岡本美代子、Sieng Rithy、Sao Sovanratnak、