

ある。医療従事者ほとんどゼロの時点より、難民キャンプでの養成や海外からの緊急支援により、短期間で即席とも言える医療従事者が多量に育成された。長い紛争の影響により、十分な基礎教育の学力も持たない学生達の理解も待たず、修了証を渡すケースも少なくなかった⁵。このことは、日々の診療活動の質に大きく影響するだけでなく、国家の保健政策の実施をも揺るがすことにもなり得る。

また、国家保健基本政策であるCPAを進めていくなかで、X線技師や臨床検査技師等の養成学校が未だ整備されておらず、他組織が持つ人材、多くは海外からの一時的派遣者に短期トレーニングを委ねざるを得ない現状がある。

更には、この国の大きな特徴としてポルポト時代の虐殺を反映し40歳から60歳のベテラン層が極端に少なく、組織を管理する上でのマネジメント、リーダーシップの能力が弱いことが挙げられる。例えば、医学部を卒業した後すぐに、人材不足から要職に就き、医師としての経験も不十分なまま日々の病院管理業務、地域保健管理の責任を負うことも少なくない。伝統的官僚制が色濃い一方で、地方分権の政策が推し進められ、責任が増加する毎日に、これら経験の少ない管理職が、他の職員たちを指揮して保健省の掲げる保健政策を効果的に実施することは容易ではない。

また、地区保健局の職員のほとんどは医療従事者で占められており、効果的な地区保健行政に欠かせない事務・会計業務や施設物品管理等のロジスティクス運営は軽視されている。近年進められている診療サービスの有料化に伴い、現金の取り扱い、輸送、会計処理、監査等の必要が生じた。会計士（もしくは事務職員）がいない小規模な地区保健局では、病院長や薬剤師等がこれらの業務におわれる時期もある。このような状況は、組織全

体のマネジメントに影響するものである⁶。

最後に、決定的な問題として、公共保健施設に従事する者の給与の低さがある。医師を含め月平均20から30米ドルという低給与である上に、給与の支給は常時、2から3ヵ月遅れる。この金額は、インフレーションが続くこの国の一世帯における生活最低必要額の約三分の一以下であり、生活の保障がされていない。これらの状況から、とくに都市部から離れた公共保健施設では、医療従事者の多くが、副職としての農業や自宅での私設クリニックにおける診療に忙しく、診療時間に誰もいないことが多い。また、生活の為に薬剤・施設用品を持ち出す者や、決められた診療費があっても、さらに患者に袖の下を強要する医療従事者も多く、住民からの信頼は低い。

(2) 物 資

1996年から始まった“ヘルス・カバレッジ・プラン”で計画されている病院、保健センターの新設は、当初の予定よりも遅れ2007年までの完成を目指している。また、施設が存在したとしても、その規格や質は衛生的に問題のあるものが多い。例えば、カンボジア国内のインフラ整備の遅れにより、郡や州レベルの道路や電気は整備されておらず、埃が舞う中、たとえ小手術室であっても、室内の温度調整のための換気口数箇所と、灯り取りのための木窓が開放されているのが通常である。さらに、医療施設までのアクセスは、インフラの整備の遅れや、洪水などの災害により、さらに困難を極める。住民は、徒歩、バイクタクシー等に頼っている。貧困層では、たとえ診療費が免除になっても、交通費が払えないため受診を断念することもある。

医療機材に関しては、保健省が目指している質の高い医療サービスCPAの中で、地区病院のX線診断、超音波画像診断、臨床検査の

5 実際に遠隔地の保健施設では、基本的算数の出来ない職員が従事していることもある。

6 80床以下の公立病院では、規定により、事務系の職員が配置されない。また、事務職員が配置されたとしても、会計士などの有資格者ではなく、効果的な事務処理をするトレーニングはほとんど存在しない。

充実が挙げられているが、その計画性には疑問がある。例えば、X線仕様の建物を建てる予算がなく技師もいないにもかかわらず、X線機材だけが供給されたりする。設備や人材などの全てが揃い使用可能になるまで、機材は数年放置されていることさえある。

質の保証された保健医療サービスにとって、安定した薬品（WHOの定める必須医薬品）・医療資材などの定期的な配給は必須である。必要な薬品や資材は、保健省中央薬資材管理局の中央薬資材管理局（Central Medical Stores：CMS）により全国の州保健局に配給され、そこから地区保健局管轄の公共保健施設に配給される仕組みになっているが、実際には十分機能していない。例えば、配給は四半期ごとに定期的な実施されることにはなっているが、常時遅延し、また国家予算不足から、時には配給が中止されることもあり、適切な配給が計画的に行なわれていない。また、各末端保健施設では在庫管理が適切になされておらず、薬剤請求数が正確ではない上、CMSからも請求どおりには配給されず、医薬品の数の過不足が常に生じている。さらに、届けられた薬には有効期限が切れたものが含まれていることもあり、質も保障されていない。

保健医療情報管理にも問題点が多い。各保健指標の動向・推移を追って国の保健・衛生の状態を把握するため、保健省は保健情報システム（Health Information Systems：HIS）に沿って、各公共保健施設で記録したデータは、地区保健局、州保健局を通して、保健省へと提出される。しかし、数値の単純な計算ミスは頻繁にある上、達成度を良く見せるため、末端機関が意図的に数値を改ざんして報告することも多く、上位組織もそれを容認してしまう状況がある⁷。

(3) 資金

WHOによるとカンボジアではGDPの約8.1%が国家保健行政予算に当てられている。このうち、各国からの政府開発援助（ODA）、世界銀行・アジア開発銀行からの融資が60%以上を占めるが、国民一人あたりの保健医療にあてる政府予算は2米ドル程度でしかない。これに加え、現在、各公立保健施設での有料化政策を進めており、その収入の一部は保健施設の運営に当てられる。

各保健施設の運営資金は、職員給与同様、保健省から州保健局、そして地区保健局に配布される。しかし、通常2から3ヶ月は支給が遅延するうえ、地区保健局へは予算の15から20%程度しか届かないこともある⁸。運営資金の不足、低く不安定な給与支給などは、職員の勤務意欲をそぎ、日常保健業務を滞らせ、地区全体の目標達成度に大きく影響する。国連組織やODA・NGOが出資する予防接種キャンペーンのような国家プログラムに対しては、給料とは別に日当が支給されており、日常業務のように日当がない場合は職員が集まらないことも多々ある。遠隔地の村落部での公的保健サービスは、このような大きなキャンペーン活動しか機能していないのが通常である。

V. 国際支援活動の事例

カンボジア政府は、様々な人材・物資・資金をある程度保有しているが、不足している分野や、有効利用できていないところも少なくない。この不足分を補うために、外国からの国際的支援活動が一つの解決策として挙げられる。

国際的支援活動には、短期的介入と長期的介入がある。短期的介入としては、自然災害

7 実際、保健省主催の2002年度年間達成度評価のワークショップでは、公式発表として、少数民族が散在し道路等のアクセスも困難な最北部の遠隔地で93%もの1歳以下の小児にBCG接種を達成したとの報告があった。これは全国一位であり、他の地区がNGOのフルサポートがあっても80%前後でとどまっていることから考えても、非常に疑問が残る発表であった。発表者の政府職員は、非常にそのことに誇りを持っていると満足していた。

8 地区保健局での聞き取り調査より（2002年）

や大規模な惨事などに対する緊急援助があり、現地のニーズに合った適切な援助活動が迅速になされなければならない。長期的介入としては、紛争後の復興から長期的社会・経済開発に向けての支援があげられ、人材育成、システム形成に重点をおいた活動が中心となる。

以下に、NGOによる効果的な国際支援活動の事例として、カンボジアでの大水害への緊急援助（短期的介入）と地方の保健システム管理（長期的介入）について概説する。

(1) 短期的介入：AMDAカンボジア大水害緊急援助活動

2000年7月から三ヶ月間、東南アジアのメコン川流域一帯を襲った大雨は、カンボジア全22州のうち、17州を浸水させ、1,600万人の被災者と140人の死者を出した。カンボジア政府は緊急事態宣言を発令し、国際援助を要請した。保健省は被災地区の保健情報を収集し、国際赤十字（International Federation of Red Cross：IFRC）とともに各援助団体の調整役を担った。しかし、国、州レベルの情報伝達に混乱があり、さらにはカンボジアの祭日と重なったため、被災地の州保健局は機能せず、全てが滞っている状態であった。

現地支部であるAMDAカンボジアからの要請を受けて、AMDA本部は支援を決定した。情報が混乱するなか、当時、被災地区付近で活動していたカンボジア赤十字（Cambodia Red Cross：CRC）と協力するなど、現地支部のネットワークを駆使して正確な情報を収集し、職員派遣を決定するに至った。AMDAカンボジアでは、現地でのネットワークを有効活用することによって、被災現場の正確な状況を迅速に把握することができた。

平時でさえも、医療従事者が不足しているカンボジアでは、緊急時の医療従事者確保は困難を極めた。AMDAカンボジアは、海外からの派遣医療従事者、現地医療従事者とロ

ジスティションを含む12人を動員し、AMDA医療チームを結成、緊急で多様な医療ニーズに交代で応じられる体制を整えた。

大水害のような災害時において、必要な物資や医療サービスを、住民一人一人に確実に供給することは、情報の混乱と調整不足のために困難を極め、行き届いていない地区もあった。当初、必要物資の配給は、カンボジア政府、国王、国際組織、非政府組織などによってなされた。AMDAカンボジア職員により集められた情報をもとに、被災地で活動を続けるCRCと協力しながら、援助が行き届いていない地区を中心に緊急援助活動を行った。

広範囲な被害地域と多種多様に渡るニーズ（道路、橋、水・電気の復旧）に応えるため、日本政府を含む諸外国からカンボジア政府に対して、大規模な資金援助と、物資や食糧の援助がなされた。それらと並行して、AMDA医療チームは、AMDA本部からの他、カナダ支部からの迅速な資金援助によって、被害者への保健医療活動をタイムリーに展開することができた。

この短期的介入の事例は、現地政府が混乱している状況のなか、迅速に情報収集をし、被災地に不足していた人材、物資、資金に対して臨機応変に対応することができ、効果的な国際支援活動であったと言える。

(2) 長期的介入：AMDAアンロカ地区保健事業⁹

AMDAアンロカ地区保健プロジェクトは、1999年よりカンボジア保健省がアジア開発銀行から資金融資を受け、AMDAと委託契約を結び共同で実施されている。同国タケオ州内の一つの保健行政地区であるアンロカ地区（人口約12万人）において、地区保健局、地区病院1カ所、保健センター9カ所の運営能力や活動の質を向上させ、地区全人口を対象とした、健康教育を含む第一次保健医療活動、

9 当事業は、2003年8月の本稿執筆時、進行中であったが、予定であった2004年4月に契約満期を迎え、終了した。

および第二次医療の充実を目指している。カンボジア保健省はこのプロジェクトを保健行政を推進するモデル事業と位置づけ、その運営管理をAMDAに委託したのである。

事業開始以来、6カ所の保健センターと、30床の病棟が新しく開設されたにもかかわらず、公務員である医療従事者数の増員はなく、現在でも正規職員は、適正人数の約半分の57名にすぎない。他に、49名の契約職員が勤務しており、職員数は合計106名である。これらの職員は、前述したように多種多様な資格や経験を持ち、質的にばらつきがあるため、彼らに対し、定期的に基本的な研修を行って、質を向上させることに努めている。医師や看護師ばかりでなく、臨床検査技師、X線技師などの、専門技術者の質にも問題があり、海外からの専門家派遣により、現地職員の育成、質の向上に努めている。また、包括的事業を効果的に進めていくために、会計管理や在庫管理、ロジスティックスの技術を持つ人材の育成もしている。さらには、カンボジアにおいての管理職の人材不足も非常に大きな問題であるので、管理職に就いている職員は、全体のマネジメントに関して国際職員とともに働きながら学ぶことが出来る体制をとっている。医療技術の面でも十分自信がない現地管理職員であったが、国際職員のサポートのもと、中心的な役割を徐々に担い、総勢100人もの職員を管理できるようになってきた。

各施設で、物資、薬剤が慢性的に不足していると、質の確保された保健医療サービス活動を効果的に行うことができない。地区病院にはCPA標準設備、全9カ所の保健センターにはMPA標準設備がある。当事業はモデル地区として、薬剤、医療資材の慢性的不足を避けるため、中央薬資材管理局（CMS）を使用しないことを、1999年に保健省と合意した。以来、保健省の定める必須薬品リストに従って、薬品・資材などを独自のシステムを

使って地区保健局内の各施設へ継続的に供給する責任を負うこととなった。コンピュータを使って消費量と供給量の傾向を把握し、在庫管理をし、それに基づき、必要量が供給されているが、慢性的な遅延や不足は少なくない。

当事業は保健省からの完全委託事業であり、資金は保健省と財務省の承認後、アジア開発銀行を通してAMDAへ支給されるため比較的安定している。全ての予算は過不足なく支給され、末端機関である地区保健局に十分な運営資金が到着する。しかし政府のシステム上の問題で、二つの省を経由するため、承認に時間がかかり過ぎている。常時3から6ヶ月以上、資金の到着が遅延しているが、これについてはAMDAの予備資金力に委ねられている。

当事業では、保健地区を運営するための十分な予算のもと、人材の補充と育成、物資の安定した供給が保障され、地区住民へのより良い保健医療サービス供給を達成した。開始当初から4年を経た現在、当事業は設定目標を達成し、カンボジア保健省モデル事業として成功を収めている。

VI. 国際支援活動の方向性

この2つの事例からAMDAは、現地保健行政の資源と能力を十分把握し、効果的に支援活動を実施することができた。しかし、これらの事例からも、国際支援活動の実施を困難にさせる根本的な問題点を抽出できる。各々の問題点は、国際保健支援活動に関わる全ての組織において、各組織の役割と他組織との協力体制を整える時に共通に認識する事項である。今回は、上記のNGOの事例のなかから現実に直面する課題を検討し、今後の国際支援活動のあり方を展望してみる。

効果的な支援活動を展開するために、まず

重要な事は、現地政府の保健行政の能力・資源を正確に把握し、不足している点に焦点を絞ることである。そのためには、関係諸機関との連携を密にし、多くの関係者とのネットワークを利用して、正確な情報を収集する事が必要である。前述の事例では、現地カウンターパート、AMDAカンボジアが存在しており、日常的に他の国際援助機関、現地政府等、関係諸機関との交流があり、必要な情報を得られたために、効果的な活動を展開することができた。

また、一方的に情報を得る、もしくは発信するばかりでなく、実際の活動を通じて得た知見を他機関と積極的に分かち合うオープンな姿勢も重要である。そして、機会あるごとに発表、事例検討を重ねることで、貴重な情報を得られ各機関と協力体制を強めることが出来る。さらには他機関の事例から学んだ事や理論的なモデルを積極的に自らの活動に取り入れることで、実践と理論を融合させた活動を発展させるよう心がけていくべきである。

カンボジアのように慢性的に人材、物資、資金が不足している場合、大災害が発生した時に国内でのみ対応するのは困難であるため、人道的にも迅速で効果的な短期介入が必要である。しかし、災害後の復興や災害予防を考慮すると、現地政府の政策と歩調をあわせた長期的事業が必要となってくる。災害への対応力を弱めている根本的、慢性的問題を解決するために、現地政府が中心となった一貫した支援体制が必要である。

現地政府の有する能力が不足していれば、能力向上への長期的な取り組みが必要である。現地の人材を育成して、その時々々の決定過程に現地カウンターパートを支援活動初期から巻き込み、オーナーシップを育てていくことが重要である。

カンボジアの例では、若い人材が多いため、いろいろな国々や機関からの支援の恩恵を受

け入れやすい反面、リーダーシップやオーナーシップが不足している。長期的介入を実施する際には、事業の開始時から、支援側・被支援側の双方が、将来の持続可能性を考慮し、事業の移譲を共通目標として取り組むべきである。人材の育成やシステムの構築によって、限られた資源を有効利用できるように、現地政府が自ら管理・運営する能力を強化することが不可欠である。

貧しい開発途上国では、政府の予算が限られており、長期的国際援助なしには保健分野だけでなくあらゆる分野の事業・開発が滞ってしまう。したがって、さまざまな分野の開発が包括的に同時進行していかなければ、保健医療分野においても効果的で公平なサービス提供は困難である。例えば、支援によって現在の危機的保健分野の予算を補い、医療保健施設や人材を優先的に整えたとしても、道路の整備、安全な水の確保、学校教育の向上等が遅れば、住民に対する保健医療サービスは十分な効果を発揮できない。現地政府の主導権を尊重しつつ連携して、保健分野の縦の繋がりや他分野との横の繋がりを調整しながら、包括的アプローチを効果的に進めていくべきである。支援側は、客観的な視点から他分野との調整を促し、現地政府の政策を整えることが重要である。さらに、政策が浸透していない地域での活動では、公共事業に決定権を持つ地元の統括者、有力者などとの友好関係を構築して、協働を進めていくのは効果的である。

さらには、多くの開発途上国で直面する支援活動を困難にさせる問題の一つに、汚職の蔓延があげられる。汚職は、国家発展の大きな妨げになるだけでなく、海外からの人道的支援が本来の目的に反して、個人の所有財産に簡単に変わってしまい、貧富の差の拡大の一因となっている。カンボジアでは、職種・職位に関わらず汚職が日常化しており、現金、

物資、薬品等の管理が非常に困難な状態となっている。内部規律・監視の甘さに加え、決定を下す者・監査すべき者による汚職も頻繁に見られる。政府高官が勇気をもって徹底した体制改造を実行することが必須である。支援側がこのプロセスに与えられる影響は非常に限られているが、汚職を防ぐ対策を支援計画に組み込んでいくことは可能である。すなわち、実態をよく把握して、徹底したモニタリングを行い、内外部監査等の会計処理の透明化をはかり、内部規律の厳守を義務付けるなど、積極的に進めていく事が挙げられる。支援側は、その組織の大きさに関わらず、恩恵を受けるべき一人一人に、支援が十分届くことを保障する役割を担うことを十分に配慮するべきである。

現地保健行政のオーナーシップを尊重することは大切ではあるが、現地当局側にある程度の資源があっても、システム上の非効率性やインフラ不備により、事業実施に遅延や不備が起り得る。支援する側は、方向性を誤らないよう統率的資質があることが重要で、同時に臨機応変に対応する能力も必要である。さらには、持続した効果的な支援事業を維持するために、不安定な現地政府の資源供給に対して、支援側は、十分な経済的基盤を持って柔軟に対応する必要がある。

ビジネスとして支援活動を進める大規模な欧米の国際NGOに比較して、多くの日本のNGOは、純粋な熱意を重視するあまり経済的基盤が圧倒的に弱い。カンボジアの例では、同じアジア人で類似の宗教的背景を持つ日本人による、植民地支配型ではない現地尊重型の支援活動体制は、現地側に好意を持たれている。しかし、現地の要請があっても、経済的理由により事業の拡張・継続を断念せざるを得ない場合も現実にはある。

また、支援活動の期間、規模に関わらず、効果的な支援活動をするためには、目標を明

確にした事業計画をたてることが重要である。支援活動開始前から、事業目標、実施方法、モニタリングと評価の指標、現地側への業務移譲の計画を取り入れて、被支援側と共通の認識を持っておくべきである。モニタリングを確実に実施することにより、支援活動の動向や目標への到達度を常時評価することができる。事業計画の立案、モニタリングと評価などのノウハウを、現地側に技術移転することは、将来的に現地に業務を移譲する際にも役立つに違いない。

しかし、現場では、限られた数の職員が膨大な量の日々の業務に追われており、モニタリングや評価にまで手が回らないことも予測される。日々の業務に追われ目標を見失っている時（難破船状態）にこそ、仕切りなおし（評価）をし、目標と現時点の位置確認や戦略の組み直しなど、効果的なマネジメントへの転換を模索する必要がある。事前にモニタリングと評価を計画し、実践することにより、難破船状態を前もって避けることが出来るのである。

モニタリングと評価が出来ないほど忙しい状況というのは、効果的支援活動が行なわれていない状況と言える。現場の職員の身体的精神的負担が大きすぎることを考えても、マネジメントの状況を改善すべきではないだろうか。人道的支援に対する熱意のみで事業に携わるのではなく、冷静に、明確な事業目標と計画をもとに、適時活動を評価し、効果的な活動を追求するプロフェッショナルリズムの姿勢が必要である。

NGO、ODAは各々に使命を持ち活動しているが、それぞれの役割を認識しながら、共通の問題に対して、目的や成果を共有し、一貫性を持って日々の活動に取り組むことが必要である。例えば、現地政府の根本的脆弱性を解決し、自立を促すための長期的アプローチにおいては、ODAや大規模な国際開発機

関などでは、その経済力や専門性を生かして、行政の枠組みやシステムの構築を実施し、一方、NGOは、その機動性、費用対効果の利を生かして、実践的モデルとして効果的なシステム運営の摸索や現場で活動する人材の育成をすることができるであろう。

当然、現場での限られた人材・物資・資金のなかで、理想論だけでは解決できないが、目前の受益者偏重や主観的思考によって、目的、目標を見失った時への対応として、他組織と方向性の確認をすることは、各々の組織が、今後強化していかなければならない課題である。

最後に、これらの考察は、日本の一つのNGOのカンボジアでの2事例に基づいたものであり、また、活動の当事者の視点からのものであるため、現状を反映した深い考察がある一方で主観的な考察があることも否めない。さらに、本稿では、国際保健支援活動を困難にする問題として、実施上の前提条件である、政局の不安定要因や治安による要因については、触れていない。今後の課題として、NGOの視点からのみではなく、多面的な視野から見た国際保健支援活動について研究を行いたい。

Ⅶ. おわりに

国際支援活動の実施においては、多くの問題に直面することがあり、容易ではない現状がある。今回、カンボジアでの、NGOによる短期的・長期的介入の事例から、国際保健支援活動を困難にする問題点の抽出、効果的な国際支援活動のあり方を検討した。今後も、現場に存在する数々の困難を克服するための努力や、効果的な支援活動へのさらなる追求が続けられることを望む。

謝 辞

本稿作成において、御協力頂いた、カンボジア王国政府保健省アンロカ地区保健局Dr. Nhea Sithan局長、AMDA本部 菅波茂代表ならびにAMDAカンボジアDr. Sieng Rithy代表、さらには、本稿において貴重なコメントを頂いた、名古屋大学大学院医学系研究科の青山温子教授に心から御礼を申し上げる。

参考文献：

1. Ministry of Health Kingdom of Cambodia : Health Sector Strategic Plan 2003-2007, August 2002
2. Ministry of Health Kingdom of Cambodia : Cambodia's Health Sector Performance Report 2000, November, 2000
3. Ministry of Health Kingdom of Cambodia : Cambodia Demographic and Health Survey 2000, June, 2001
4. Virgil Hawkins : The AMDA Ang Roka District Health Project 1999-2002 Final Report, June 2003
5. ユーロステップ他編集：援助の現実NGO活動推進センター日本語版企画・編集、国際開発ジャーナル社発行、2000
6. 日本国際保健医療学会編集：国際保健医療学、杏林書院発行、2001
7. 青山温子、原ひろ子、喜多悦子：開発と健康——ジェンダーの視点から、有斐閣出版、2001
8. 瀧岡寛子：NGOによる「人づくり」協力——オイスカ農業研修生の軌跡、財団法人オイスカ
9. http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm
10. <http://www.who.int/country/khm/en>
11. <http://www.amda.or.jp>

月刊

We learn

女性と学習・次世代育成情報誌

VOL. 617

CONTENTS

通信 女性と英語を学ぶ

高橋由緒子

読者アンケートから Alice & Rika's life

高橋由緒子

研究レポート

高橋由緒子

女性と英語を学ぶ 女性と英語を学ぶ
〜英会話教室に通う女性たちの声から〜

高橋由緒子

学習情報 のりまへと

高橋由緒子

女性と英語を学ぶ 女性と英語を学ぶ

高橋由緒子

研究レポート

高橋由緒子

女性と英語を学ぶ 女性と英語を学ぶ
〜英会話教室に通う女性たちの声から〜

高橋由緒子

女性と英語を学ぶ 女性と英語を学ぶ
〜英会話教室に通う女性たちの声から〜

高橋由緒子

Women's View

高橋由緒子

女性と英語を学ぶ

高橋由緒子

このひと 高橋由緒子 女性と英語を学ぶ

高橋由緒子

私たちのキーワード 高橋由緒子

高橋由緒子

女性と英語を学ぶ 女性と英語を学ぶ

高橋由緒子

なるほど! シェンゲン

高橋由緒子

ささづき

高橋由緒子

3
2001

失われて初めて気づくもの

きた えつこ
喜多 悦子

人は、誰しも健康でいたいと願っているはずだ。
だが、アッチが痛い、コッチが痛いとか、老眼になった…などという、あえて言えばミクロの健康問題は口にしても、個々人が、もてる能力を適正に発揮し、社会や地域の活力となるだけでなく、自分を含む地域や国のwell-beingの保持向上に必須の、マクロ観点の健康については、あまり考えていないようにみえる。

多分、ほどほどの生活をしていて、こんなものだと満足しているか、あるいは、それを考えるゆとりのない生き方を余儀なくされているか、だろう。マクロの観点でみた健康の、本当に重要な意義は、個々人の生き方だけでなく、その個人が属する家族、一族、地域社会そして国の発展にかかわっているのだが、それに気づくことはめったにない。

開発途上国の保健医療サービスの改善にかかわる機会をもって、まもなく20年になる。この間、貧しいだけではなく、さまざまな紛争が続いている国や地域を数多くみる機会があったが、健康と平和と地域社会のidentity(こころの拠り所)は、それが失われて初めて、いかに重要なものであったかに気づくことを実感する。失われて初めて気づくようなものは、簡単に復活できない、と私は考える。だから、それを失わないために大いなる努力が必要なのだ。

紛争地や貧しい国では、人は、生まれながらに平等ではない、と思う。生まれる場所も時代も選べないにもかかわらず、たった1年の、いや1週間1時間の健康の保障もないところに、生まれてくる赤ん坊の何と多いことか。ある国、ある地域が平和で、独裁などではなく、適正な治安が維持され、防ぎうる病気で多数の子どもや大人が命を失わずにすむところは、オンナもオトコも、すべての人々が等しくマクロ的に健康であるはずだ。

■プロフィール 兵庫県宝塚市生まれ。医学博士。日本赤十字九州国際看護大学教授。早稲田大学大学院客員教授。小児科・血液学の臨床・研究・教育の後、国際保健分野に転身。ODAプロジェクト(国立国際医療センター)、難民援助(UNICEFアフガニスタン事務所)、アフリカ、バルカン、中央アジアの紛争地の保健支援(WHO本部)などでの実践経験が豊富。2003年にはエイボン女性大賞、2004年には国際ソロプチミスト千嘉代子大賞を受賞。



フォトエッセイ Jigsaw Puzzle 18

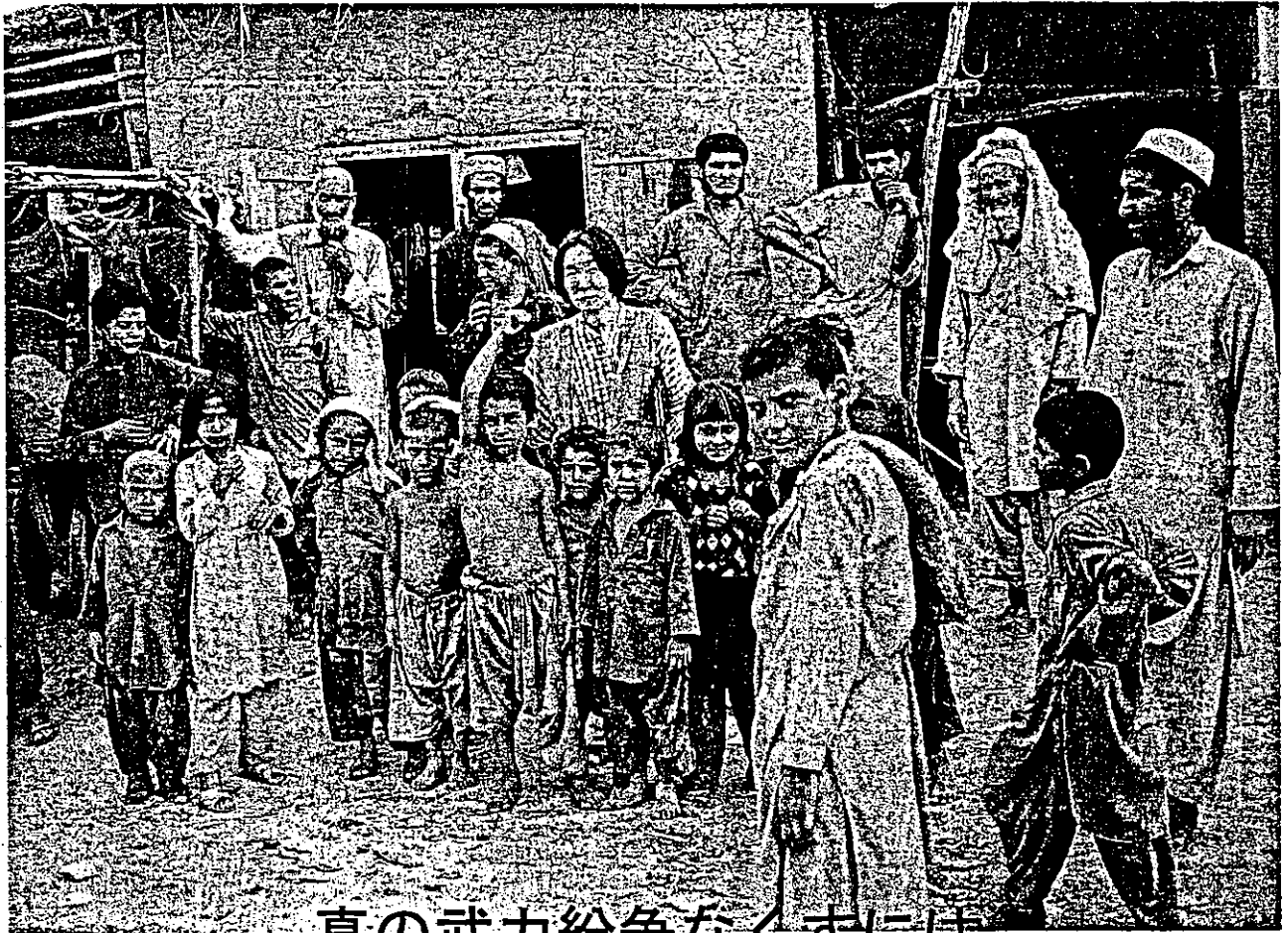
写真・文 落合由利子

息子が壁に穴あけた
私が息子をたたいたから
こんなことになったのだ、きっと…
あー3年後は家庭内暴力かも

この話、ちょっと周りに話したら
「机にママのバカって彫られちゃった」
「うちは穴5つ、息子3人」

ご心配なく、その表情は笑えます
ねえ、もっと恥ずかしい話しましょうよ

誌上アートギャラリー



真の武力紛争なくすには

紛争地の子に適正な育児環境を

日本赤十字九州国際看護大学教授（国際保健医療学担当）

喜 多 悦 子

途上国と言わず、例えば、先進国でも東京のように、人口1000万人を超える大都会に行くといわゆる「人口問題対策」の必然性は理解できる。一方、人口密度がニケタはおるか、一ケタしかないアフリカの国々の、それも都市圏を離れると、この国でも人口を調整しなければならないのかな……と、フト思うことがある。そのアフリカのたくさんの国々では、Complex Humanitarian Emergency（直訳すれば、「複雑な人道上の危機」であるが、適切な訳語がないので、CHEとする）と総称される地域武力紛争が続いているが、そのような不安定な地域一帯に入ると、さらに考えは混乱する。

〔右頁・写真〕筆者（中央）のところに集まったアフガン難民キャンプの子どもたち



●喜多 悦子(きた・えつこ)

〔現職〕日本赤十字九州国際看護大学教授（国際保健医療学担当）、早稲田大学大学院アジア太平洋開発センター客員教授。ジョンズ・ホプキンス大大学院上級研究員。医学博士。

〔学歴〕奈良県立医科大学卒業後、ジョンズ・ホプキンス大学院特別研修生。

〔職歴〕厚生技官、文部技官の後、中日友好病院国際協力事業団派遣専門家。UNICEFアフガン事務所保健栄養担当官、WHO緊急人道援助部フィールド・サポート課長、国立国際医療センター国際協力局派遣協力課長、日本赤十字社国際部ヘルス・コーディネーターなどを経て現職。

〔受賞〕大山健康財団奨励賞（2002年）、エイボン女性大賞（同年）、国際ソロプチミスト福岡「女性栄誉賞」（2003年）、国際ソロプチミスト「千嘉代子大賞」（同年）

〔著書〕青山温子、原ひろ子共著「ジェンダーと健康」（有斐閣、2001年）ほか、「経済開発とエイズ」西川潤共訳（東洋経済新報社、2001年）ほか。

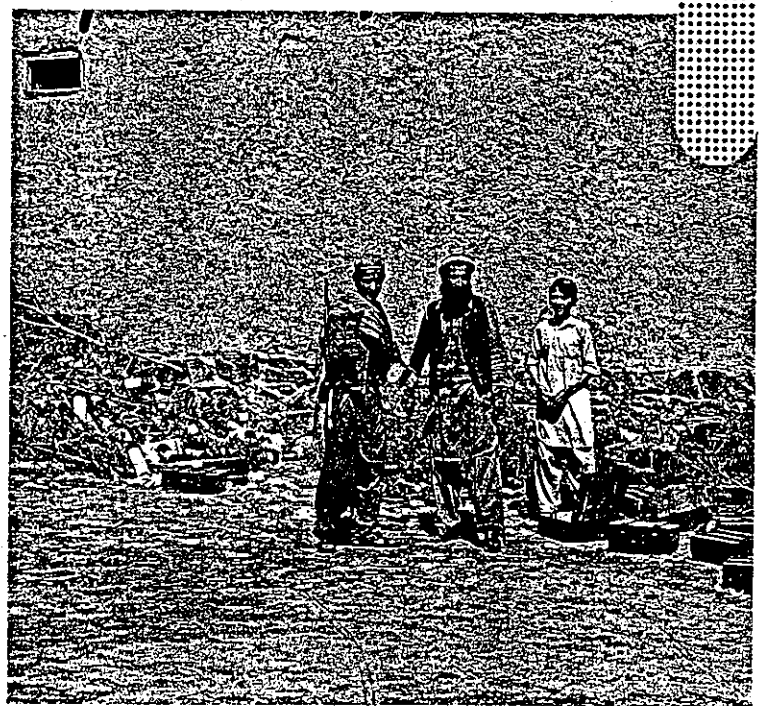
「わたしはムシャヒディーンを産み出した」

1988年、いま考えてみれば、わが国の紛争地関与のさきがけプロジェクトだったが、パキスタンのペルシャワールに新設されたユニセフ・アフガン事務所勤務する機会を得た。当時、人口1500万程度と推定されたアフガニスタン国民は、350万人が東隣の پاکستانへ、他の200万ほどは西隣のイラクに難民として流出していた。つまり、国民の3分の1は国を離れていた。

1979年12月のソビエト軍侵攻が、いわゆるアフガン問題の始まりではあつ

たが、その前兆は、70年代前半からの西欧側の反ソ・ゲリラ（現地ではムジャヒディーン）育成に始まる。いずれにせよ、1980年代を通じて繰り広げられた米ソ代理戦争の結果が、現在に至るまで、不名誉ながら、最大数を誇る膨大なアフガン難民創出であつたといえる。

ペルシャワールのはずれにあるチャ



戦場に立つ少年兵（アフガンのムシャヒディーンで1989年写す）

ガリ難民は、その頃、もつとも有名なキャンプだった。80年代後半から難民や支援活動激励のために、カーター大統領、サッチャー首相、ミッテラン首相、レーガン政権のジョージ・ブッシュ副大統領（現大統領の父）らが、続々と訪問していた。

カーター大統領がロザリン夫人とカーチャガリを訪れた時のエピソードとい

うのを聞いた。

視察を終えたカーター大統領が、ふと、かたわらのアフガン男性にたずねたという。

「あなたは何をしていますか？」

凛々しく精神勇猛なムジャヒディーンは、胸に手を置いて丁寧に応えた。

「わたしは、祖国アフガニスタンで共産主義者をやっつけています」

次いで、ロザリン夫人が、同じくかたわらの女性にたずねた。

「あなたは何をしますか？」

チャドル（大判のスカーフ）を被った女性が、誇らしげに答えた。

「わたしは、そのムジャヒディーンを産む（プロデュースする）人です」

このエピソードは当時、「男性と女性が同時に外国人を迎える」ことは、ほとんど、なかったから、おかしいという人もいる。が、この対話に含まれる意味は、その後、何度もアフリカの紛争地で実感させられた。

I Kill You!

キャンプ・ユニセフの保険栄養担当官の主たる仕事は、予防接種率の向上であった。難民キャンプは、パキスタン政府難民管理局と国連難民高等弁務官事務所（以下、UNHCR）が共同で管理していたので、その中の保健医療専門家と協力して、計画を立てるのが最初の仕事だった。当時、パキスタンには、350の難民キャンプが開設されていたので、平均1キャンプに1万人程度が住むという計画はそれほど難しくはないはずだった。小児科医時代の数年間、大阪近郊の母子保健巡回に関与していたし、世界保健機関（以下、WHO）の政策は理解できていたし、資金



民家に潜む母子たち（アフガンで1990年写す）

は潤沢でスタッフもそろっていた。アフガンの人々が西と東に別れて避難した理由は、同じイスラムであって

も、片やスンニ派、他はシーア派という違いとともに、やがて外部者のわたしにも鑑別可能になったアフガンの複雑な民族性にもよる。その一つのパシュトゥーンの人々は、古来、いまのパキスタンとアフガニスタンを分ける国境地帯に住んでいたうえ、遊牧を生業とする人々であった。つまり、彼らにとつては、どちらの国土であれ、自分たちが自由に動いてきた土地であり、誰かがここはアフガニスタンと呼ぼうが、あつちはパキスタンとしようが、われらが生活圏であることに変わりはないた。

二つの国は、あまり仲は良くないが、人々は難民を阻害することもなく、血の繋がった遠縁的感覚で受け入れていたのも、膨大な数の人々が、かくも長期間留まることができた理由も、そのような経緯を知ると納得がゆく。

実際、ペシャワールの中にはアフガニスタンが外国だとは思っていない人も多いし、年配の難民は、自分が「国境を越えて避難しているから難民」と

いう感覚をもたない人も少なからずいた。血縁関係、一族の連帯は強く、それぞれ微妙で多様な民族性・血族性に裏打ちされていた。「民族・血族性×地域性×宗教の微細なセクト」難民集団であったのだろうが、各キャンプは、決して援助マニユアルや援助者の都合で人口が配分されていたわけではなかった。

そのような中で、あるキャンプには10万以上のアフガン難民が住んでいる

紛争地の子どもたち

1990年代後半のWHO勤務時には、アフリカ大湖沼地帯国の紛争地への関与が多かった。この一帯は、19

94年のルワンダの人道的危機で世界の注目を浴びたが、それに先立つ長い期間も、あちこちで「No War but No Peace

(戦争でも平和でもない)」状態は続いていた。アフリカの紛争は、最近のアフガニスタンやイラクのように、大国が爆撃機で攻撃する規模でもなければ、同じ地域で長期間の武力行使が続くこ

のに、プライマリー・ヘルス・ケアレベルの施設すらないことがわかった。アフガン援助経験の豊富なオランダ人助産師の助けを借りて、母子保健センター開設を計画した。あと数日で開業という頃の夕刻、自宅に電話があつた。「ハロー」とよびかけた。

「I kill you (殺す)」と一言。

その計画は、3ヵ月後、名前を変えて始められたが、女性、人口に手を出すということは、命がけでもあつた。

ともない。しかし、外部のメディアが取り上げない限り、forgotten emergency (忘れられた緊急事態)だ。

そんな中で、アフガニスタンと同じように、子どもを生み続けなければならぬ女性があり、生まれた子どもたちは、荒廃した環境で育つ。荒廃しているのは、単に物理的に破壊された街ではなく、問題は周囲の大人たちの心なのだ。



アフリカ紛争地のAIDS孤児（ウガンダ・2000年写す）

紛争地は、またHIV/AIDSの広がり食い止めることが困難だが、あえて、HIV+の男性が、対立集団の女性をレイプする例も耳にした。病んでいるのは身体だけでなく人々の精神かもしれない。ナイロビ大学小児科名誉教授がいった。

「紛争にまみれたアフリカは、食糧や水、医療といった緊急援助を必要としています。しかし、私たちは、もう、それだけでは生き延びることが出来ないのです」「暴力と殺戮が蔓延したため、素朴でも伝統的な文化を持っていた地域社会は死んでしまいました」「私たちに必要なものは、身体の栄養だけでなく、こころの栄養なのです」

ジョンズ・ホプキンス大

学公衆衛生大学院名誉教授カール・テラーはいう。

「子どもたちは、ふさわしい環境で育つことによって、よい社会人となるが、紛争地にはそれが無い。そのような環境で育った子どもたちは、簡単に紛争要員になる危険性がある」

しかし、テラー名誉教授は、こう付け加えた。

「子どもたちは柔軟だ。適切な環境におかれれば、短時間に適応できる」

田舎であればあるほど、小さくとも銃器という、目に見える権力が人々を威圧する。そのような状況では強さが求められ、強い男性になるであろう男児の出生が期待されることも稀でない。

アフリカの紛争を解決するためには、長い時間を必要とするが、適正な育児環境を整えることかもしれない。



FRONTIER

2004.12 no.65



イロ会議から10年 プロダクティブ・ヘルス協力のいま

技術協力最前線
村を発展させる力を
みんな国あんな国、ハイチ共和国
続く世界初の
共和国

紛争地で考えた女性の健康

1986年にJICAの中日友好病院のプロジェクトに参加したのが、国際協力に携わるきっかけでした。

以来、途上国の母子保健や公衆衛生分野のJICAの案件に関わるとともに、88年のアフガニスタン難民の救援をはじめ、カンボジア、コンゴ、アフリカなど多くの紛争地の保健医療に従事してきました。

紛争地では、充実した機材で患者を診察する「先進国の病院型医療」は役に立ちません。アフガニスタンで初めて難民キャンプに行ったときは、水も電気もないところでたくさんの人を助ける知恵がないことに気づき、強いシ

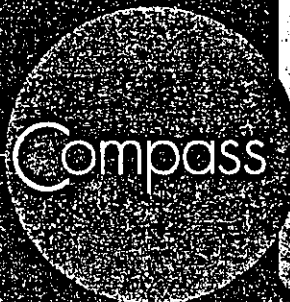
は6.5人)、紛争後は1800人以上になったのです。

当時の厚生大臣は、紛争による保健医療施設の破壊、保健医療従事者の減少などの要因だけではなく、地域の人々の連帯意識の喪失が重大な影響を及ぼしていると指摘しました。妊娠や分娩は、かつては地域の一大事として助け合ったのに、紛争でそれが壊れ、指標の悪化につながったというのでした。

そしていま、紛争に加えて、エイズがアフリカの伝統的な社会を脅かし、立場の弱い女性や子どもたちが

日本赤十字九州国際看護大学
教授・医学博士

喜多悦子 *KITA Etsuko*



ョックを受けました。予防接種率を上げるため、何日もかけて、ムジャヒディンが支配する山岳地帯の村に行き、子どもたちに予防接種をしても、次にいくと村は爆撃で消えていました。

平和でなくては、医療は成り立たない。大変な無力感に陥りました。

女性の健康とリプロダクティブ・ヘルスの問題にも直面しました。レイプ、そして私が生まれた第二次大戦中の日本にもあった「産めよ、増やせよ」です。女性の社会的立場や地位は低く、女性は、兵士を生むための道具としかみなされていないため、負傷しても十分な手当てをされずにおかれてしまうのです。

コンゴ民主共和国では、92年から98年までの紛争をはさんで妊産婦死亡率が急激に悪化しました。東の国境地域のそれは紛争前、出生10万件あたり約500人だったのが(97年で日本

見捨てられています。

妊娠・出産は、ひとつ間違えると、母親と子どもという2つの命を失うことにつながる特別な時期。それをきちんとケアすることは個人にとっても地域・国にとっても重要です。

リプロダクティブ・ヘルスを中心とする支援を必要とする国はまだたくさんあります。リプロダクティブ・ヘルスや女性の健康問題は開発や人権、文化や社会と密接につながっています。ターゲットを女性だけに絞らず、さまざまな視点から、問題を見る力が求められます。

男性、女性といった性差によらず、身体的にはもちろん、精神的、社会的にも健康であるかどうか、包括的に考えるアプローチがやはり大切だと思います。