

200400167B

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 14 年度～ 16 年度 総合研究報告書

主任研究者 青 山 温 子

平成 17 (2005) 年 3 月

目 次

I. 総合研究報告

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----- 1

青山 温子

(資料1) 研究協力者

(資料2) 海外調査

II. 研究成果の刊行に関する一覧表----- 23

III. 研究成果の刊行物・別刷 ----- 27

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）

総合研究報告書

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

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

本研究の目的は、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を提案することである。

平成14年度(第1年度)は、アフガニスタン、平成15年度(第2年度)と平成16年度(第3年度)は、カンボディアを対象としたが、他の紛争後国についてもあわせて検討した。第1年度は、パキスタン滞留アフガニスタン難民、第2～3年度は、カンボディアの農村地域住民や都市貧困者を中心として現地調査を実施した。

紛争後地域の保健医療分野には、開発途上国に共通な問題や紛争の直接的結果としての問題ばかりでなく、社会的背景が複雑に関与した問題も多い。保健医療活動の計画・実施にあたっては、社会状況・文化背景等を十分に調査する必要がある。紛争後地域では、住民や避難民のみならず支援する側の安全も脅かされることがあるため、治安状況等にも留意することが重要である。紛争後地域の住民や国内外の避難民に対する支援は、緊急時の人道支援から、復興開発・平和構築の視点を加え、長期開発への方向性をもった支援に速やかに移行していくことが重要である。そのためには、指導層となる人材を意識的に早期から育成すること、将来的に持続可能な制度を、できるだけ早期から導入することが必要である。

人々の信頼関係と地域社会の再構築には、保健医療活動の貢献できる部分が多くあると思われる。地域住民の保健医療活動への参画やグループとしての相互扶助により、地域社会の繋がりが強化される。人材養成研修は、保健医療という共通の関心事を基軸にすることによって、抽象的な平和教育よりも具体的に対話と和解の手がかりを得ることができる。

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。支援側は、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、地域社会を対象として、他の分野と連携した形で精神保健面に介入することが望まれる。平和を定着させるためには、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。

分担研究者

喜多悦子

日本赤十字九州国際看護大学教授

A. 研究目的

本研究の目的は、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を提案することである。健康改善という本来の目的に加え、紛争地域の社会再建に、保健医療活動がどのように寄与するかを分析する。あわせて、今後の復興開発支援における保健医療分野活動の有効性を高めるための方策について提案することを目指している。

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することがしばしばみられるばかりか、生命の尊厳・人権という基本的価値観すら喪失していることが少なくない。近年、紛争後の平和構築こそ長期的開発を進める前提条件であるとの認識が深まっているが、紛争、貧困、価値観喪失の悪循環から脱却するための具体的方法論は、確立されていない。

行政機能が不十分であることの多い開発途上国では、地域社会の主体的関与を奨励する形で保健医療分野の援助活動を進めることが多い。しかし、紛争後地域では、地域社会そのものが崩壊していることがあり、必ずしもそのような活動が実行可能とは限らない。

他方、保健医療活動を始めることにより、地域社会の活性化と再建、生命の尊厳・人権等の価値観再生を促進する可能性がある。本研究では、とくに、地域社会での住民参加による保健医療活動の役割を分析し、紛争後開発途上国での平和構築の手段となる可能性を検討する。

紛争後復興支援と平和構築に果たす日本の役割に対し国際社会の期待は高まっているが、さまざまな制約もあり、国際貢献のための具体的方法論は不足している。保健医療活動を通して地域社会を再生させることは、日本の国際協力的手段として有効であると考えられる。紛争後途上国への保健医療分野の支援は、ミレニアム開発目標の達成に貢献する活動であり、日本のODA大綱・中期政策に掲げられた「平和構築」、「人間の安全保障」にも沿っている。また、第二次世界大戦後復興過程での日本の経験を生かす可能性もあるうえ、途上国での活動を通して、都市化・高齢化の進む現代日本の厚生行

政における、地域社会の役割を考える手がかりともなり得る。

平成14年度(第1年度)は、アフガニスタンおよびパキスタンのアフガニスタン難民を対象とした。平和構築に貢献できる保健医療活動を提案するための、基礎データを蓄積するとともに、アフガニスタン国内の状況と、パキスタンのアフガニスタン難民に対する保健医療活動について調査し、平和構築の観点から検討した。

平成15年度(第2年度)は、内戦終結後10年余を経たカンボディアを対象とした。これまでに実施された保健医療活動が復興開発に果たした役割と問題点を調査し、今後の方向性と他の紛争後国への応用可能性について検討した。加えて、中東、アフリカ、アジアの紛争後地域と紛争後類似状況にある国についての情報・資料を収集して検討した。

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の調査を行わず、前年度に引き続き、カンボディアを対象とした。復興から長期開発に重点が移っ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。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、Complex Humanitarian Emergency (CHE)と健康について分析した。

B. 研究方法

主任研究者の青山は、研究総括、アフガニスタン、カンボディア、その他の紛争後途上国の健康問題や保健医療活動に関する文献・資料・情報の収集、パキスタンとカンボディアでの現地調査、および米国での情報収集を担当した。分担研究者の喜多は、アフガニスタン、カンボディアの保健医療問題と政治的・社会的背景に関する情報・資料を収集して分析した。あわせて、紛争後類似状況にあるミャンマーや、サブサハラアフリカについても情報を収集して分析した。また、日本の国際機関関係者らを招集し、シンポジウムを開催した。これらの結果をもとに、Complex Humanitarian Emergency (CHE)と健康問題について、人間の安全保障の観点から分析した。さらに、青山と喜多は、協力して、アフガニスタン、カンボディアの紛争と保健医療活動について分析し、サブサハラアフリカ、スリランカ、中東等、その他の紛争後地域の保健医療問題についても検討した。

(1) 現地調査

本研究で実施した海外調査を(資料1)にまとめた。

①パキスタン

2003年2月21日～3月3日、パキスタンを訪問、アフガニスタン難民を対象とした質的調査を実施した。難民キャンプ(計5ヶ所)、国際機関(計5事務所)、NGO(計6団体)等を訪問して、国際機関やNGOの支援により実施されてきた保健医療活動の状況、および難民の背景や意識に関して調査した。国際機関・NGO等の関係者からは、難民支援・保健医療活動の状況についての説明を受け、資料を入手した。

難民キャンプでは、ヘルスワーカーとして働いている難民等を対象に、面接調査およびグループ・ディスカッションを実施した。また、キャンプ内の保健医療施設や住宅等の状況を観察調査した。NGOの医療施設では、受診した難民およびスタッフとして働いている難民の面接調査をした。

②カンボディア

2003年11月9日～21日、および2004年12月12日～23日の2回、カンボディアを訪問して調査した。首都プノンペン、Kandal州、Takeo州、Kampong Cham州、Kompong Thom州にて、保健省等政府機関、国際機関・開発援助機関、NGO等の活動現場や保健医療施設を訪問し、保健医療活動を観察し情報を収集した。農村地域、都市貧困者居住地域、女性の状況、障害者支援、精神保健等に重点をおいて調査した。

③米国

2004年1月8日～17日米国を訪問、ハーバード大学、Management Sciences for Health (MSH)、世界銀行の専門家から情報収集した。パレスティナの保健医療専門家とは、世界銀行本部とパレスティナ事務所を結んだビデオカンファレンスにより直接意見交換した。また、ワシントン在住の日本人開発専門家を対象に講演し、意見交換した。

④その他

(a)アフガニスタン

青山は2002年4月、喜多は2002年3月と2003年1月に、日本政府派遣調査団の一員として、アフガニスタンを訪れた。保健医療施設・教育施設等の状況、現地の人々の生活状況を観察、他援助機関の活動状況についても調査した。

(b)ケニア・コンゴ民主共和国・アンゴラ

学術振興会科学研究費により、青山と喜多は2003年7月～8月ケニアで現地調査をした。コンゴ民主共和国の研究協力者と同国の状況を検討し、ナイロビに拠点をおく国際機関やNGOから情報収集し、ケニア国内の難民キャンプ2ヶ所(カクマ・ダダブ)を調査した。また喜多は国際会議出席のため2003年8月にアンゴラを訪問、首都ルアンダの状況を調査した。

(c)スリランカ・ミャンマー

学術振興会科学研究費により、青山は2004年10月～11月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。喜多は2003年12月にミャンマーを訪問し、国境地域少数民族自治区コーカン地区等を調査した。

(2) 文献・資料調査

日本国内および現地で、政府機関・国際機関・NGO等の資料、統計データ、研究論文等を幅広く収集した。カンボディア、アフガニスタン、その他の紛争後国(スリランカ、コンゴ民主共和国、パレスティナ等)における、保健医療状況、社会背景、歴史的経緯等について、文献・資料に基づいて分析した。

(3) 研究協力等

研究協力者のリストを(資料2)に示した。紛争後地域の保健医療に関する国際的専門家、国内外の関連領域専門家、国際機関関係者から研究協力を得た。アフガニスタン、パキスタンの現地専門家、アフガニスタンで活動実績のある日本のNGO関係者から、アフガニスタンの保健医療状況等に関する情報・資料の提供を受けた。カンボディアの現地専門家からも、カンボディアの保健医療状況等に関する情報・資料の提供を受けた。

また、2004年2月9日、シンポジウム「保健医療分野における国連の役割」、および討論会「紛争時・紛争後復興における保健医療の役割」を開催した。

研究最終年度にあたり、2005年3月6日、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検討した。

(倫理面への配慮)

現地での面接およびグループ・ディスカッションに先立って、参加者には、現地語で本研究の趣旨を説明、研究に協力する了承を得てインフォームド・コンセントに署名(識字のできな

い参加者は記号の記入) をしてもらった。分析の際は匿名として、個人情報保護に留意した。

カンボディアでは、現地調査に先立ち、カンボディア保健省研究倫理審査委員会の審査を受け承認を得た。

C. 研究結果

(1) アフガニスタン

①保健医療分野の問題

アフガニスタンにおける保健医療分野の問題は、背景にある紛争をはじめとした社会的要因等により以下のように大別される。なかでも、長期間の紛争による地域社会の連帯感喪失、家族の分散と崩壊により、暴力的破壊的文化の出現していることが、精神的・社会的健康と平和構築の妨げになっている。

(a) 開発途上国に共通の問題

各種感染症、栄養障害、妊産婦の健康問題をはじめ保健医療体制の不備による諸問題

(b) 長期間の紛争による国内の問題

未亡人・孤児の生活困窮、戦争外傷、個人および地域社会の精神的荒廃

(c) 難民の問題

大量避難に伴う栄養障害や感染症流行、長期滞留難民と受入国の健康問題

(d) タリバン時代に起因する問題

女性に対する著しい社会活動制限による女性の保健医療サービス不足

(e) タリバン後に生じた問題

未統合の保健医療体制、調整不足の支援活動、空爆によって生じた問題

②社会的背景の分析

多数の難民・国内避難民、保健医療問題、低い女性の社会的地位等、現在に続くアフガニスタンの諸問題は、冷戦時代に起因している。しかし、歴史的に見ると、アフガニスタンは多様な民族が分割された地域社会を形成し、未だ統合された国家形態をなしていないと考えられ、これらの問題は、地域的・一時的であるともいえる。各種機能の地域差は、武力を持った地域の指導者の意向にゆだねられている。

2002年以降の復旧・復興活動は、首都圏等一部に限られており、まだ全国規模とはいえない。国際支援により、保健医療情報は少しずつ得られるようになってきているものの、全国の状況を正確に把握するには至っていない。国際機関、

NGO、政府機関による復興支援活動は、各組織の関心により計画されていて、統合されたものとはいえない。

アフガニスタンには、知的で向上心が強く、厳しい時代にも専門性を維持するために努力を続けてきた人々がいる。しかし、保健医療・教育その他の分野の指導層の多くは、生活拠点をパキスタン等外国に置いており、各種社会機能がアフガニスタン国内に定着するには、なお時間を要する。

治安状況により避難を繰り返している人々も多数いて、保健医療事業を行う場合でも、地域に固定している人口集団を対象とした通常の方法だけでは有効でない危険性がある。また、人々の移動に伴う感染症の拡散についての配慮も必要である。

このような事態は、結局、治安状態が悪いことにより生じている。治安の確保は、援助する側の安全に関わる問題でもある。紛争や政治利権とは直接関係しない保健医療のような分野の事業であっても、治安により継続性が左右されることを理解しておく必要がある。

2004年10月に大統領選挙が実施され、アフガニスタンの復興は、次の段階に進んでいるともいえるが、治安状況はあまり改善していない。外国人が直接地方にはいって支援するのでなく、現地の専門家を育成して、地域住民の参加を促進することにより、可能な地域から徐々に改善していくことが必要である。

③ 現地調査

(a) パキスタン

パキスタンのアフガニスタン難民を対象とした保健医療活動が、実際に人々の価値観再生や、復興と平和構築への手がかりとなっているかを検討することを目的に、パキスタンで質的調査を実施した。国連高等難民弁務官事務所 (UNHCR)・国連児童基金 (UNICEF) 等国際機関や、ペシャワール会等 NGO の支援により実施されてきた保健医療活動の状況、および難民の背景や意識に関して調査した。アフガニスタンと国境を接する2州 (北西辺境州・パロチスタン州) で、難民キャンプ (計5ヶ所)、国際機関 (計5事務所)、NGO (計6団体) 等を訪問した。

難民の面接調査、グループ・ディスカッション等を通して、保健医療活動が、(1) 難民の精神的支援・価値観の再生、(2) 対立する集団に属する難民相互の和解、(3) 帰還後の復興開発に貢献できる人材の育成、に寄与しているかを

検討した。すなわち、難民キャンプ等で、本国では受けられなかった教育・訓練を受けたり、新しい考え方を身につけたりして、帰還後の復興開発に貢献できる人材が育ち、とくに女性は、文化的制約を離れて能力を開発できるのではないかと想定した。また、異民族の人々と経験を共有する機会をもつことにより、相互理解を深め、民族対立を防止できるのではないかと考えた。このように、保健医療活動が、健康改善という本来の目的に加えて復興・和解・平和構築の過程を促進できるのではないかという仮説を立てた。

しかし、現地調査の結果、上記仮説が必ずしも実態に適合していないことが判明した。難民を対象とした活動は、概して緊急人道援助の域を越えず、帰還後役立つような教育や職業訓練は不足していた。

難民化がきっかけとなり民族間の和解が進行するのではないかと想定したが、長期難民のキャンプでは、従来から多民族が共存し民族対立は存在せず、難民同士で敵対する場合も、民族対立ではなく、家族間の利害による抗争が中心であった。短期難民は民族別キャンプのため異民族と交流する機会がなかった。

本国の治安と経済状況が改善していないことを理由に、難民たちは現状では帰還を望んでいなかった。また、難民に対する社会サービスの方が地元パキスタン人よりも充実している場合も多かった。帰還を促進するには、少なくとも本国の治安・経済状況が、難民受入国と同等程度に回復する必要がある。

(b) アフガニスタン

暫定政権成立直後のアフガニスタンでは、保健医療活動はじめ各種の復興開発支援によって、人々の心に希望が取り戻されつつある状況を確認できた。紛争下で継続されてきた保健医療活動が地域社会の再建に直接貢献したかは明確でなかったが、紛争後、小規模ながら地方にも支援活動がはいるようになり、今後どのように拡大をはかるかが課題である。

(2) カンボディア

①保健医療体制の変遷

カンボディアでは、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、医師等知識人をはじめ多くの人々が虐殺され、保健医療を担う人材の大部分が失われた。ポルポト時代以降の保健医療システム再建の経過は以下のとおりである。

[緊急期] 1980年代は、国内の一部で紛争が続いており国際社会からは孤立していた。保健医療施設・従事者の圧倒的不足状態に対処するために、質的に充実させる余裕のないままに、量的増加が図られた。

[復興期] 1990年代になって、国際社会からの本格的援助が始まった。保健医療施設の再建や人材養成が実施され、保健医療システムの復旧復興が進められた。

[再編期] 1996年、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)の人口による再編と権限の委譲、保健医療施設の再配備等、保健医療システム再編が始められた。復興期から長期開発期に移行する中で、持続可能なシステムを形成する動きと考えられ、2003年には新しい保健医療5ヵ年戦略が策定された。

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。

②地域保健医療の状況

プノンペン近郊のKandal州Kien Svay ODの病院とヘルスセンター1ヶ所を訪問した。ある程度の治療を要する患者はプノンペンの病院を直接受診する傾向にあり、設備のあまり整っていないODの病院やヘルスセンターには、主として軽症者が受診していた。

Takeo州Bati ODの保健部長は、30代の医師で、マネジメント研修を受けて着任した。OD病院とヘルスセンター2ヶ所を訪問した。ヘルスセンターは、以前NGOの支援を受けていたこともあり、スタッフの意欲も高く、住民参加による運営コミッティーも設けられ、よく利用されていた。

Kampong Cham州の小学校では、隣接するヘルスセンターも協力し、世界保健機関(WHO)と民間団体の支援を得て、健康教育と駆虫薬投与が実施されていた。予防接種、栄養・給食、健康診断、歯科保健等は実施されておらず、包括的な学校保健活動には至っていなかった。

Takeo州Ang Rokar OD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、ODの病院は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。

③母子保健と HIV/AIDS

カンボディアの保健医療分野では、多くの国際機関・開発援助機関・NGO が、多様な活動を展開している。WHO は、保健医療計画策定、薬剤管理、マラリア等の感染症対策等、さまざまな側面から貢献している。国連児童基金 (UNICEF) は、予防接種拡大計画 (EPI) 等子どもの健康分野で活動している。

主要ドナー国である日本は、紛争後復興開始以来、重要な役割を果たしてきており、保健医療分野では、現在、母子保健、結核対策、EPI、医療技術人材養成の 4 技術協力プログラムの他、HIV/AIDS、地雷除去と被災者支援、精神保健に関する NGO 支援にも取り組んでいる。

母子保健プロジェクトでは、無償資金協力で建設された国立母子保健センター (National Maternal and Child Health Center: NMCHC) を拠点に、母性保健分野の人材養成に関する技術協力を進めてきた。現在では臨床研修センターとして NMCHC スタッフによる助産師研修を実施するに至っており、復興早期からの継続的協力による人材養成が成果を挙げてきたと考えられる。

HIV/AIDS は、復興期に国内外の人の移動が増加したことによって流行し始めた。貧しい農村部から都市に流入し性産業に従事する女性も少なくなく、HIV/AIDS 感染リスクも高い。グローバルファンドの導入もあって、多くの援助機関や現地 NGO が、HIV/AIDS 対策に取り組み始めている。現地 NGO による、プノンペン市内 3ヶ所のスラム地域での HIV/AIDS 患者感染者とその家族に対する支援活動、Kandal 州、Kien Svay 郡における、セックスワーカー、工場労働者、および農村の青年グループ・女性グループに対する HIV 予防教育活動を訪問して状況を観察した。

貧困、都市と地方の経済格差、低教育、工場等での劣悪な労働条件等が背景要因となり、よりよい生活を求めて、地方の農村から首都・近郊に人々が集まってくる。その人々が売春を業としたりスラムに居住したりする。根本的には、貧困対策や売春防止が必要であり、HIV対策活動は対症療法にすぎない。しかし、こうした活

動を通じて、人々の繋がりを再構築し、エンパワメントを進めることも可能であると考えられた。

④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、直接障害者を支援する資金・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 が運営している。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、バイク等の交通事故、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。

⑤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。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、シハヌーク病院、Kompong Thom 州病院等に限られている。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あり、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っており、精神科治療を必要とする人を、病院に紹介している。グループ活動を通して、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。

(3) その他の紛争後 (紛争後類似状態) 地域

①スリランカ

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ないが、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ボランティアが助産をしてきた。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、分娩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、その地域に由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を引き起こされ、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程度であった。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った。

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、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。

②サブサハラアフリカ

(a) ケニア

カクマ・キャンプは、総人口約84,000人で、7割弱の約54,000人がスーダン難民、残りはソマリア、エチオピア等からの難民である。10年以上滞在しているスーダン難民が多く、最近少しずつ帰還が始まっている。国際NGOが保健医療を担当し、診療所4ヶ所・病院1ヶ所を運営、ヘルスワーカーとして難民を雇用している。また、周辺に居住するツルカナ族住民にも医療サービスを供給している。長期滞在の難民の多いこのキャンプは、周辺地域住民との交流もあり比較的落ち着いた様子であった。

ダダブ・キャンプは、総人口約136,400人で、ほとんどがソマリア難民であるが、本国での紛争終結の見込みがないため、帰還は進んでいない。但し、ソマリア社会で被差別賤民とされてきたバンツー系ソマリア人については、米国等が受け入れている。難民は周辺地域社会から隔絶されて生活しており、ケニア国内移動の自由はない。援助内容は、緊急人道援助の域をこえず職業訓練等はなされていないし、仮になされても就職の機会はない。支援の内容は、難民受入国であるケニア政府の、難民を同化させない政策によると考えられる。

難民たちは、母国から持ち込んだ旧来の生活様式を維持しており、患部を焼く等迷信に基づく伝統医療や女性性器切除等も行われているという。栄養障害児が多いのも、食糧不足というより、母乳に関する迷信や知識不足によるところが大きいようである。

1998年から、成人教育の一環として平和教育が実施されている。女性も積極的にグループ討論に参加しているとのことである。また、学校教育にも、遊びを通して共同作業の重要性を教える等、和解を進める教育がとりいれられている。

(b) コンゴ民主共和国

1998～2002年の近隣諸国を巻き込んだコンゴ民主共和国の紛争は、典型的なCHEの様相を呈し、300万人を超える人々が戦闘よりもむしろ飢餓や病気で死亡し、さらに多くの人々が国内避難民あるいは難民となった。2003年には紛争当事者すべての参加による暫定政権が発足

し、紛争は一応収束しつつあるが、東部等では武装集団が依然として活動しており、予断を許さない状況にある。紛争中から、各組織の兵士は、地域住民の村や町を頻繁に襲撃したが、近隣諸国の正規軍が撤退した後、ますます治安が悪化して無法状態となり、民兵が、略奪、強姦、虐殺、放火等の非人道的行為を繰り返した。

とくに、女性に対するきわめて残虐な性的・身体的暴力が多く、被害女性は、子どもから高齢者におよんでいる。民族等に関わりなく襲われ、同民族の同地域出身者が加害者となることも多いが、ときには特定民族の村が組織的に襲撃されることもある。加害者は、Mayi-Mayi とよばれる民兵が多いが、元の政府軍や反政府軍各派等、あらゆる武装した兵士・警察官が加害者となり得る。女性たちは強姦のみならず、身体に凄惨な損傷を加えられて放置されたり、武装集団に連れ回されて働かされ繰り返し強姦されたりする等、身体的にも精神的にも多大の障害を被っている。

これほどの規模で女性に対する暴力がなされたことは、コンゴ民主共和国においても過去にはなかった。一般に紛争地域での女性への性的暴力は、敵対勢力に対する攻撃の手段として組織的に行われる。性的暴力は人間としての尊厳を侵害し、敵に抵抗する意欲を効果的に喪失させることができるからである。通常、味方側の女性への暴行はないが、難民キャンプでは、難民男性が、同じグループの女性を暴行する場合もある。これは、支援機関が社会的弱者である女性への介入を重視し、女性を対象とするプログラムの方が多いため、男性が従来の方関係を崩されたと感じることに起因する。しかし、コンゴ民主共和国では、そのような状況がないのに、住民女性が同じ地域出身の民兵に襲われている。

これらの非人道的行為が起こるのは、CHEの続く中、適正なロール・モデルとなる成人男性のいない環境で、正規の教育や訓練を受けることなく育った青年層が、武器を持ち民兵となったことに起因するのではないかと考えられる。最も深刻なCHEの影響は、家庭や地域社会が崩壊して、人々、とくに青年層の多くが精神的に荒廃し、将来への展望や希望を失ってしまったことである。民兵となった青年は、戦闘を繰り返す日常の中で、もともと希薄な人権・人道意識を喪失し、通常の状態なら実行不可能な残虐行為を行っていると考えられる。

コンゴ民主共和国での女性に対する性的・身体的暴行に関する調査は、NGOや国連機関による散発的な事例収集に留まっていて、健康へ

の影響についての体系的疫学調査等はなされておらず、被害の規模は正確に把握されていない。暴力行為の結果として、望まない妊娠や、性感染症、排尿排便障害、妊娠分娩時の合併症等婦人科的疾患に罹っていると考えられる。また、暴行を受けたことが心的外傷を起し、心的外傷後ストレス障害 (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD) や抑鬱状態を引き起こす可能性がある。さらに、性的暴行の被害者が汚れた存在として差別され、社会参加を拒否されたり家族から疎外されたりして、帰るところを失うことがある。このような、暴力の結果引き起こされた、身体的・精神的・社会的健康問題に対処するためにも、まず体系的な実態調査が必要である。

(c) アンゴラ

アンゴラでは、長年の CHE は、一応終息したと考えられている。首都ルアンダでは、政府は機能しつつあり、武力による統制も行われておらず、CHE 状態を抜け出しつつあるかにみえた。しかし、復興開発に活動すべき人材は不足または不在であり、また、首都圏を一步離れると、治安は著しく不穏である。アンゴラはなお、CHE と Post-conflict (紛争後) の間にあるともいえる。

③パレスティナ

1948 年のイスラエル建国以来、約 500 万人のアラブ系パレスティナ人が難民となって離散した。1967 年以來イスラエルは西岸およびガザ地区を占領し、パレスティナ人たちは著しく人権を制限された生活を強いられ、1987 年からは、住民による抵抗運動「インティファダ」が続いた。1993 年、パレスティナとイスラエルは、暫定自治原則宣言に署名、共存への道を進み始め、国際社会もそれを支援した。

しかし、その後和平の進行は滞り、2000 年 9 月、現イスラエル首相が強引にイスラム教聖地に足を踏み入れたことを契機に、再びインティファダが勃発した。パレスティナ過激派の攻撃に対して、イスラエル軍は、ガザ・西岸諸都市に侵攻し家々を破壊し町を占領し、西岸との境界に防御壁を建設し始めた。諸外国による仲介工作も効を奏さず、紛争は激化したが、2004 年 11 月パレスティナのリーダーの死と、穏健派の自治政府代表選出を契機に、新たに和平への道が模索され始めた。

パレスティナは、基礎教育・保健医療の水準は比較的高いうえ、広い地域ではないので、本来なら、効率的な保健医療システムを形成でき

るはずである。しかし、占領下にあつて経済開発は進まないうえ、イスラエル政府による頻繁な交通封鎖による移動制限が著しい。患者、医師・看護師、医薬品等の物品や資材、援助関係者等の移動がきわめて困難になっている。患者搬送の遅れによる重症化、移動制限に備えての短期入院の増加と医薬品の在庫増加等、効果的・効率的な保健医療サービスを妨げている。また、保健医療情報システム形成事業が進んでいたが、保健省のコンピューター施設をイスラエル軍が破壊し、民間業者のシステムを賃借してかろうじて継続している状態となった。長期間の紛争と占領により、住民には精神的ストレスが強く、抑鬱等の精神症状も認められており、子どもの精神不安が問題となっている。

パレスティナは紛争継続中であるため、和解を促進するツールとして保健医療の果たす役割は限られているが、以前から、一部のパレスティナとイスラエルの保健医療専門家の間では、協力・交流が続けられていた。保健医療分野としては、紛争の健康インパクト調査結果等を公表して、国際社会に事態の重篤性を伝えたり、支援を継続して人々に国際社会との連帯感と希望を与えたりする役割も考えられる。

④ミャンマー

ミャンマーは、度重なる経済制裁下にあり、CHE に続く紛争後期と類似した状況にある。一般に、紛争等による難民に対する緊急人道支援や、国内避難民に対する人道支援に比して、飢餓難民等遷延する人道危機は注目を引きにくく、忘れ去られた緊急事態 (Forgotten Emergency) とよばれている。ミャンマー国境地帯少数民族は、避難することも許されていないという点で、これらのどの範疇にも属さない第 4 のカテゴリー、すなわち、隠された人道の危機 (Hidden Humanitarian Emergency) にある。

ミャンマーの真の問題は、いわゆる民主化問題のみならず、国内紛争のリスクでもある多数の少数民族を抱合しつつ、近代国家へと脱皮しなければならないことであろう。ほとんど非識字の少数民族を含む広域の民主化の問題を、少数民族に対する「人間の安全保障」の観点から対策を講じるべきである。

ミャンマーへの協力のあり方として、自治区の統治体制確立、市民社会の育成、中央政府による社会的弱者への保護体制の整備を進める必要がある。単に問題を貧困や低開発として捉えるのではなく、自治政府、中央軍事政権の認知を受けていない住民が存在する状況それ自

体を問題とし、地域住民のエンパワーメント、社会の信頼関係 (Social Trust) 創成、価値観・アイデンティティの創出、アクセスの「公平性 (Equity)」といった要因に取り組む必要がある。

(4) 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对立にかわり、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 frontline 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、膨大な避難民が生じ、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基礎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する。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、紛争によって人々が避難を余儀なくされている。避難先には、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、影響が強く出てきたといえる。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。

(5) 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、地域的精神保健問題。

- 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 紛争に伴って国外に起こる問題
 - 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。

(6) 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年代初頭にかけて、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となった。

第4は、最近の新しい動きで、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、地域社会や国家再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く、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医療分野に対して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や文化的背景を考え、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

アフガニスタンの人々が抱える健康問題は、短期的直接的で技術的に対応可能な問題から、長期的間接的かつ文化的な側面を持ち、短期的技術的関与では成果が限られるものまで、広範

にわたっている。2001年9月11日のアメリカ同時多発テロがきっかけになって、アフガニスタンに新たな注目が集まった。しかし、外部社会の認識・注目にいかかわらず、アフガニスタンという国は存在して、人々はその中で長い歴史を生きてきた。アフガニスタンの人々、とりわけ女性の健康を考える場合、過去数ヶ月もしくは数年程度の状態の調査による対応では、きわめて、表面的で一時的なものに終わる危険性がある。

難民は、身体的・精神的・社会的に大きな犠牲を強いられるが、難民となったことによって、教育・訓練を受けたり、異民族や外国人と接したりする機会が生じて、その経験が本国の復興開発と平和構築に貢献することがあるのではないかと考えられる。難民に対する保健医療活動が、健康改善という本来の目的に加え、復興・和解・平和構築の過程を促進できるのではないかと想定した。

しかし、現地調査の結果では、難民を対象とした活動は、概して緊急人道援助の域を越えず、難民状態が長期化しても、保健医療活動は基礎的医療の供給が中心で、難民の自立や帰還後の生活再建に役立つ教育・訓練は不足していた。新しい考え方を身につけたりした人々も少なくないとはいえ、個人的努力によるところが大きく、必ずしも組織的・計画的に実施されてはいなかった。緊急人道援助から地域保健・予防的活動にすみやかに移行できる保健医療活動指針が必要とされている。また、受入国の保健医療体制改善等も同時に進める必要があると考えられた。難民の帰還促進には、本国の治安状況が回復する必要がある、難民への人道支援から難民帰還地の復興開発と帰還経路の治安確保に、難民支援活動の重点を移すべきと考えられた。

長期的には、難民として過した期間の経験が、帰還後の生活と地域社会の再建に貢献できるのではないかと考えられた。難民キャンプで養成されたヘルスワーカーたちは、帰還後も、地域社会再建と住民の健康改善のための働き手となることが期待できる。外部からの援助関係者と接したことが、英語を学んだり専門教育を受けようとしたりするきっかけとなった人々もいた。また、難民たちは、女子教育にも前向きであった。

難民を対象とした支援にも早い時期から復興開発・平和構築の視点を加えるのが望ましい。人道支援のみならず、帰還後の生活再建と地域社会再生に役立つ人材の養成が必要である。保健医療のような具体的課題に対する教育訓練

に平和教育の要素を取り入れることにより、和解と平和構築に貢献できると考えられる。

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。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等が挙げられる。したがって、カンボディアの経験を、多民族国家等、背景条件の異なる紛争後開発途上国に、そのままの形で適用することは難しいと思われる。

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、復興開発を妨げる後遺症を残した。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、同一民族間の虐殺、家族の分離や密告制度によって互いの信頼関係は失われた。

人材育成は、保健医療分野の重点課題であり、緊急期の量的増加から、復興期には質的向上が図られた。緊急期に量的充足を優先したのはやむをえなかったとはいえ、その後の再教育や員数適正化の負担が大きくなった。復興早期から、一定数の指導層となる人材を、意識的に育成する必要があると考えられる。

また、現在保健医療システムの再編が始められているが、とくに地方では人材も不十分で財政基盤も弱いことから、困難が予想される。援助がはいった地域では保健医療システムが機能していることから、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向上をはかることができると考えられる。援助が漸減しても機能を持続していくこと、経験を生かして他の地域でも保健医療システムを確立していくことが課題である。中央政府のガバナンスを改善し、地域格差を縮小し、地方の人材の質的強化を進めることは優先課題であり、復興早期から、長期開発期へのすみやかな移行を見据えた戦略を策定することが重要である。

保健医療分野の人材養成研修は、相互の信頼関係の再構築に有効である。保健医療という共通の関心事を基軸にすることによって、抽象的な平和教育よりも、具体的に対話と和解の手が

かりを得ることができると考えられる。かつて敵対していたグループ相互の人材が、保健医療研修等で交流することにより、相互理解を深めることができる。

長期的平和構築には、公正、民主化、格差縮小を進める政策が不可欠である。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、保健政策もその観点から策定することが望まれる。また、被害の大きい特定グループに復興開発支援が集中して、敵対していたグループの不公平感を煽らないようバランスのとれた支援が必要である。

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、ますます拡大している。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。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。

紛争後地域の苛酷な体験によって心的外傷を受け、反応性抑鬱に陥ったり身体的症状を引き起こしたりした人々がいる。次第に回復する人もいる一方、抑鬱状態が持続する人もいて、積極的に生活を再建できず、貧困状態に留まり、自殺に至ることもある。持続的抑鬱に対しては適切な加療が必要であり、一次医療に精神保健を組み込んでいく必要がある。

精神疾患に至っていないなくとも、紛争と貧困による精神的問題を抱えている人はきわめて多い。精神保健対策はまだ一部で取り組まれているにすぎないが、対応されずに遷延すると、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。精神的問題のある人々への適切な対応は、人間安全保障の観点からも、平和を定着させるためにも、きわめて重要である。

最も重要なのは、地域住民が保健医療活動等に参画する中で、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。ヘルスワーカーの

地域での活動や、地域住民のヘルスセンター運営への参画に見られるように、保健医療を手がかりにして、農村地域のみならず都市スラム地域等でも地域社会の繋がりを強化することができる。住民の自助グループ活動により、生活環境の改善や、精神保健問題への対応を進めて、相互の信頼関係を強化することができる。

紛争後地域への国際保健医療協力は、1980年代に拡大した国際的な緊急人道援助から、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、人身売買等人権に関わる問題は、健康への影響が大きいとはいえ、保健医療分野からどのように対応するか、まだ確立されていない。

紛争は、暴力的破壊的社会を作り出し、家庭や地域社会に伝わる文化を中断・喪失して、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かった。問題の解決には、紛争により心の外傷を受けた人々、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や不健康状態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

紛争後地域や難民に対する支援は、緊急人道支援から、復興開発・平和構築の視点を加えた支援にすみやかに移行していくことが重要である。そのためには、指導層となる人材を意識的に早期から育成すること、将来的に持続可能な制度を可能な限り早期から導入することが必要であると考えられる。保健医療分野の政策策定においても、緊急時の人道的ニーズを満たすと同時に、民主化を促進し格差を縮小し長期的に持続可能な戦略を立案するべきである。

保健医療分野の人材養成研修は、和解を促進し相互の信頼関係を再構築する具体的ツールと成り得る。地域社会の再構築には、地域住民の保健医療活動への参画が有用である。

また、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。戦略的に人材を養成し、一次医療には、精神保健を効果的に組み込んでいき、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、保健医療分野においても、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。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。

外部の支援者は、保健医療分野のような直接紛争とは関わらない分野であっても、長期的平和構築という視点をとりいれて活動することが必要である。日本は、軍事力による統治や抑圧ではなく、人々の主体的な能力向上をはかり地域社会再建を進めることによる復興開発を支援する可能性をもっていると考えられる。

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. 論文発表等

- (1) 青山温子：中東地域における保健医療分野での復興開発支援とジェンダー。第3回 UNDP- JICA 合同ジェンダーセミナー「復興開発支援とジェンダー」報告書、pp 23-30・36、国際協力総合研修所、東京、2002。
- (2) 青山温子：アフガニスタンの女性支援の現状・他2編。アフガニスタンの女性支援に

関する懇談会編「アフガニスタンの女性支援策について」、pp 16-18・34-35・56-57・124-134、内閣府男女共同参画局、東京、2002。

- (3) 喜多悦子：アフガニスタンにおける女性の状況について・他1編。アフガニスタンの女性支援に関する懇談会編「アフガニスタンの女性支援策について」、pp 7-13・108-123、内閣府男女共同参画局、東京、2002。
- (4) 喜多悦子：難民・環境難民。不破敬一郎・森田昌敏編「地球環境ハンドブック(第2版)」、pp 974-985、朝倉書店、東京、2002。
- (5) 喜多悦子：難民保健。国際災害研究会編「災害医学」、pp 332-337、南山堂、東京、2002。
- (6) 喜多悦子：第一波災害後の情報の流れと人々の避難行動様式。林春男編「米国世界貿易センタービルの被害拡大過程、被災者対応等に関する調査報告書」、京都大学防災研究所、京都、2002。
- (7) 青山温子：健康・開発とジェンダー。女性教養、592、3-6、2002。
- (8) 青山温子：保健医療分野におけるアフガニスタン女性支援。共同参画 21、2、22-23、2002。
- (9) 青山温子：誌上講座「開発と健康」第1-4回。ムービング、28: 8・29: 6・30: 10・31: 6、2002。
- (10) 青山温子：世界水準の国際協力。国際開発ジャーナル、549、4、2002。
- (11) Kita, E. International Cooperation in Health and Medical Care. Japan Review of International Affairs, 16: 4, 315-327, 2002.
- (12) 喜多悦子、原ひろ子、目黒依子、坂東眞理子：男女共同参画における国際的協調—アフガニスタンにおける女性支援を中心に。共同参画 21、2、4-9、2002。
- (13) 喜多悦子：「緊急事態」の意味がややこしい—紛争国の本当の問題。国際開発ジャーナル、550、4、2002。
- (14) 喜多悦子：保健医療にも国際政治の感覚が必要です。外交フォーラム、169、10-11、2002。
- (15) 喜多悦子、平川オリエ、古賀節子：エイズ治療薬の援助と製造ライセンス問題。公衆衛生、66:4、270-274、2002。
- (16) 喜多悦子：アフリカで失われたもの。ユニセフ・ニュース、190、3、2002。
- (17) 北村節子、喜多悦子、高橋秀行、山内昌之：人口・貧困・平和—アフガニスタンの現場

- から。世界と人口、341、13-33、2002。
- (18) 喜多悦子：Complex Emergency と感染症。平成 14 年度長崎大学熱帯医学研究所共同研究会編「危機管理としての熱帯病対策」、pp 4-6、長崎大学熱帯医学研究所、長崎、2003。
- (19) 喜多悦子：人間の安全保障としての健康：Complex Emergency と人々の健康。溝田勉編「国際保健医療学への誘い」、pp 75-91、長崎大学熱帯医学研究所、長崎、2003。
- (20) 喜多悦子：Complex Humanitarian Emergency (地域武力紛争) と緊急人道援助—人間の安全保障としての健康。世界秩序研究会編「緊迫する世界情勢とアジア」、pp 27-52、財団法人世界経済情報サービス(ワイス)、東京、2003。
- (21) 下山節子、松尾和枝、喜多悦子：医療の国際化—途上国における保健医療活動。千代豪昭・黒田研二編「医療概論 第2版」 pp 219-227、医学書院、東京、2003。
- (22) 青山温子、喜多悦子、宇野日出男、宇井志緒利、Gilbert Burnham：復興開発と保健医療—アフガニスタンの事例・第1報。国際開発学会第4回春季大会報告論文集、187-192、2003。
- (23) 青山温子：健康、開発、そして平和。時局、36: 5、26-27、2003。
- (24) 宇井志緒利、Leng Kuoy、宇野日出男、青山温子：紛争後復興開発期における参加型保健研修が果たす役割—カンボディアにおける取り組みから。第14回国際開発学会全国大会報告論文集、549-555、2003。
- (25) 喜多悦子、松尾和枝：これからの国際保健医療協力。生活教育、47: 4、2-3、2003。
- (26) 喜多悦子：紛争地域などで保健医療支援を行う。Nursing Today、18:3、84-85、2003。
- (27) 喜多悦子：国際緊急人道援助と私(上・下)。公衆衛生、67:10/11、791-794/897-900、2003。
- (28) 三好皓一、平田慈花、和田智代、中澤哉、喜多悦子：プログラム評価の試み—フィリピン感染症対策分野の評価を事例として。日本評価研究、3: 1、43-56、2003。
- (29) 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。
- (30) 青山温子：世界銀行の保健医療分野活動。公衆衛生、68: 2、152-153、2004。
- (31) 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。
- (32) 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。
- (33) 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。
- (34) 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。
- (35) 喜多悦子：失われて初めて気づくもの。We Learn、617、2、2004。
- (36) 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。
- (37) 喜多悦子：紛争地で考えた女性の健康。Frontier、65、3、2004。
- (38) 蟻田功、喜多悦子、島尾忠男、入江實、若井晋：フォーラム—次世代へのメッセージ(上・下)。公衆衛生、68: 2/3、148-151/238-241、2004。
- (39) 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)
- (40) 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：中東・北アフリカ地域諸国のリプロダクティブ・ヘルス。日本人口学会イスラム人口研究懇談会 講演、東京、2002。
- (2) 青山温子：パレスティナー保健医療システムの再建。ワークショップ「紛争後復興開発と保健医療」、第17回日本国際保健医療学会総会、神戸、2002。
- (3) 長江美穂、北林春美、青山温子：健康問題としてのドメスティック・バイオレンス(DV)に関する国際比較—開発途上国の保健医療関係者のDV対策にはたす役割。第17回日本国際保健医療学会総会、神戸、2002。
- (4) 堀越洋一、青山温子：アフガニスタン女性の健康を実現するための概念的モデル。第17回日本国際保健医療学会総会、神戸、2002。

- (5) 平川仁尚、青山温子、益田雄一郎、植村和正：高齢者長期介護の変遷と展望－国際比較と開発途上国への提言。第 61 回日本公衆衛生学会総会、埼玉、2002。
- (6) 喜多悦子：人間の安全保障と健康－Complex Humanitarian Emergency と健康の意味。日本国際保健医療学会西日本地方会第 20 回大会、神戸、2002。
- (7) Aoyama, A. Reproductive Health in the Middle East and North Africa. The World Bank, Washington, D.C., 2002.
- (8) 青山温子：復興支援とジェンダー－パレスティナの保健医療セクター開発。JICA / 国連開発計画 (UNDP) 共催セミナー「復興開発支援とジェンダー」講演、東京、2002。
- (9) 青山温子：健康・開発・ジェンダー－私たちは何ができるか。愛知県保険医協会・女性医師の会、名古屋、2002。
- (10) 青山温子：我が国大学による国際協力の可能性を拓ける－保健医療分野における国際機関との連携。文部科学省国際教育協力懇談会第 7 回会合、東京、2002。
- (11) 青山温子：健康と開発－国際保健医療学とは。鶴舞祭市民セミナー、名古屋、2002。
- (12) 青山温子：変える・変わる・変わらない－開発途上国の女性から学ぶ。愛知淑徳高等学校、名古屋、2002。
- (13) 青山温子：アフガニスタン女性支援－健康を改善するために。アフガニスタンの女性支援に関する報告会、内閣府男女共同参画局/女性と仕事の未来館、東京、2002。
- (14) 青山温子：健康と開発－国際保健医療学の課題。名古屋市立大学衛生学研究会、名古屋、2002。
- (15) 青山温子：健康と開発－国際保健医療学の課題。自衛隊岐阜病院、各務原、2002。
- (16) 喜多悦子：人間の安全保障としての健康－途上国の紛争。アジア新秩序研究会、東京、2002。
- (17) 喜多悦子：国際協力の過去・現在・未来－紛争地帯における医療援助活動の体験を中心に。国際協力カレッジ、北九州市立男女共同参画センター、北九州、2002。
- (18) 喜多悦子：紛争地の女性－アフガニスタン。UNFPA 世界人口デー特別シンポジウム「人口・貧困・平和－アフガニスタンの現場から」、東京、2002。
- (19) 喜多悦子：アフガニスタンの女性への関与。UNIFEM 講演会、横浜、2002。
- (20) 喜多悦子：平和と健康－紛争による地域社会の破壊について。日本国際社会事業団 50 周年記念大会、東京、2002。
- (21) 喜多悦子：Complex Emergency と感染症。長崎大学熱帯医学研究所研究会、長崎、2002。
- (22) 喜多悦子：紛争地における女性と子ども－アフガニスタン、コソボでの医療援助をとおして。青森市男女共同参画プラザ、青森、2002。
- (23) 野口郁子、ゲルトルード・モンゲラ、リー・スンヨル、サラ・ディーン、喜多悦子：ふくおか国際女性フォーラム・シンポジウム「平等・開発・平和」。福岡市男女共同参画推進センター、福岡、2002。
- (24) 青山温子、喜多悦子、宇野日出男、宇井志緒利、Gilbert Burnham：復興開発と保健医療－アフガニスタンの事例・第 1 報。国際開発学会第 4 回春季大会、東京、2003。
- (25) 青山温子：開発と健康。第 40 回東海寄生虫談話会、名古屋、2003。
- (26) 上原明子、青山温子：開発途上国におけるヘルスワーカーの現状と課題。日本国際保健医療学会西日本地方会第 21 回大会、大阪、2003。
- (27) 宇井志緒利、Leng Kuoy、宇野日出男、青山温子：紛争後復興開発期における参加型保健研修が果たす役割－カンボディアにおける取り組みから。第 14 回国際開発学会全国大会、名古屋、2003。
- (28) 宇野日出男、青山温子、宇井志緒利、村田朋子、喜多悦子：復興開発過程のカンボディアにおける女性の健康問題 (1)－政府・国際機関等の資料による分析。第 18 回日本国際保健医療学会総会、北九州、2003。
- (29) 喜多悦子、宇野日出男、宇井志緒利、村田朋子、青山温子：復興開発過程のカンボディアにおける女性の健康問題 (2)－インタビュー結果を基にした Post-conflict (紛争後) についての 1 考察。第 18 回日本国際保健医療学会総会、北九州、2003。
- (30) 青山温子：健康、開発、そして平和。名古屋市生涯学習推進センター 名古屋市立大学 4 月公開講演会 講演、名古屋、2003。
- (31) 青山温子：健康と開発－国際保健医療学概論。アジア経済研究所開発スクール、千葉、2003。
- (32) 青山温子：国際保健医療学－紛争後地域

- の健康問題を考える。鶴舞祭市民セミナー 講演、名古屋、2003。
- (33) 青山温子：健康・開発・ジェンダー—私たちは何ができるか。BPW (Business and Professional Women) 連合会中部ブロック研究会、名古屋、2003。
- (34) 青山温子：健康を守り平和を築くために。愛知県シルバーサービス振興会研修会、名古屋、2003。
- (35) 喜多悦子：難民キャンプで出逢った少女たち—今、アフガニスタンの女性として。国立女性教育会館、埼玉、2003。
- (36) 喜多悦子：ふくおかの男女共同参画は今。福岡県男女共同参画フォーラム、福岡、2003。
- (37) 喜多悦子：アフガニスタンの現状と女性。江別市男女共同参画フォーラム、江別、2003。
- (38) 喜多悦子：Children in Complex Emergency. EU-UNU Tokyo Global Forum, Tokyo, 2003.
- (39) 喜多悦子：世界の未来—紛争地でみた子どもたち。金沢市市民大学講座、金沢、2003
- (40) 喜多悦子：世界の緊急援助と私。第4回国際保健連続講演会、東京大学大学院、東京、2003。
- (41) 喜多悦子、池上清子、繁内幸治：セッション 2「生命」・パネルディスカッション 1「HIV/AIDS」。国連大学グローバルセミナー「科学技術は地球社会を救えるか?」、神戸・淡路、2003。
- (42) 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。
- (43) 高島健浩、宮嶋則行、青山温子：カンボディアにおけるヘルスセンターの利用促進のために。日本国際保健医療学会西日本地方会第22回大会、明石、2004。
- (44) 宮嶋則行、高島健浩、青山温子：カンボディアにおけるセックスワーカーのHIV感染とその予防対策。日本国際保健医療学会西日本地方会第22回大会、明石、2004。
- (45) 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。
- (46) 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。
- (47) 喜多悦子：NBC 災害に対する連携—国際保健医療の立場から。第9回日本集団災害医学会総会、札幌、2004。
- (48) 喜多悦子：テロとの闘いと自衛隊医療—国際保健医療学の観点から。第43会中部防衛衛生学会、各務原、2004。
- (49) 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
- (50) 青山温子：健康、開発、そして平和。DCフォーラム セミナー、Washington, DC、2004。
- (51) 喜多悦子：緊急人道援助の課題—保健医療分野。緊急人道支援活動における評価手法セミナー (医療セクター)、外務省 / ジャパンプラットフォーム、東京、2004。
- (52) 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。
- (53) 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。
- (54) 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。
- (55) 喜多悦子：妊産婦の健康改善にかかる連携。国連人口基金/国際協力銀行共同研究シンポジウム「妊産婦の健康改善にインフラは役立つのか」、国連大学、東京、2004。
- (56) 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。
- (57) 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の意識。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。

(58) 喜多悦子：紛争予防における保健医療人材の役割。第23回日本国際保健医療学会西日本地方会、久留米、2005。

(59) 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) 海外調査

(資料 2) 研究協力者