

Karokh は州都 Herat の北東約 50km、人口約 6 万で、最近、ヘルスセンターが再建された。Chest-e-Sharif は州都の東約 150km、人口約 1.7 万で、ヘルスセンターは破壊されたまま仮施設を使っている。両地域とも、大多数の人々はヘルスセンターに行くのに 5-7 時間を要し、人口 10 万当り保健医療従事者数は 11 人にすぎない。

女性たちの半数以上が 16 歳未満で出産し、Karokh では 41%、Chest-e-Sharif では 17% の女性は最低 1 回の妊婦検診を受けていたものの、その 30-40% は医療専門職とはいえない Traditional Birth Attendant [TBA] にかかっていた。ほとんどが自宅分娩で、60-70% は TBA、残りは親族が分娩介助していた。小児下痢症や急性呼吸器疾患が多く、予防接種率は低かった。安全な水の確保や排泄物処理等の衛生面にも問題が多く、両地域とも、健康指標は低く、健康を改善しようとする意識・行動が乏しかった。

これらの多くは、「(1) 開発途上国に共通の問題」に相当するが、ヘルスセンターが破壊され、保健医療システムの確立や人材養成、衛生設備の整備が進まなかったことは、「(2) 長期間の紛争による国内の問題」にも相当する。しかし、女性に対する医療体制はタリバン政権以前から整っていなかったと考えられることから、女性の健康問題は必ずしも「(4) タリバン時代に増悪した問題」とはいえない。ヘルスセンターが再建されたものの大多数の住民にはアクセス困難であることは、「(5) タリバン後に生じた問題」としての側面もある。

これらの初期調査から得られた知見からは、例え紛争後地域であろうと、その支援には、施設再建のみならず、地域住民の主体的参画による地域保健医療活動を通じて、多分野の底上げにつながる介入がより重要となることが示唆された。

5. パキスタン滞留アフガニスタン難民の状況

長期紛争地や紛争後地域での保健医療協力が、単なる人道的救命的援助ではなく、人材育成やシステム構築を通じて、祖国の復興と平和構築への手がかりとなりうるかを検討するため、パキスタン滞留アフガニスタン難民を対象とした保健医療活動の状況を調査した。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) の難民キャンプ (計 5 ヶ所)、国際機関 (計 5 事務所)、NGO (計 6 団体) 等を訪問調査した。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、面接調査及びグループ・ディスカッションを実施、同時に、キャンプ内保健医療施設や住宅等の状況を観察した。NGO の医療施設では、受診難民やスタッフとして働いている難民の面接調査をした。

難民を対象とした保健医療活動が、健康の回復・維持・改善という本来の目的に加えて、難民の精神的支援・価値観の再生、対立集団に属する難民相互の和解、帰還後の復興開発に貢献できる人材育成に寄与しうるかを調査した。難民キャンプで、本国では不可能な教育・訓練を受け、新しい技術や知識を修得する機会もあり得る。帰還後、積極的に復興開発に貢献できる人材が育成されうるか、とくに文化的制約を離れて能力開発の機会を持ち

うる女性の参画の可能性や、国際社会との接触による異文化経験が、民族融和を深め、将来の新たな対立防止に役立つかを検討した。

しかし、難民対象の保健医療活動は、概して緊急人道援助の域を越えず、帰還後役立つであろう系統的教育や職業訓練は不足していた。英語を修得し専門技術や知識を得た人々もいたが、個人的努力によるところが大きく、必ずしも組織的・計画的な人材育成は実施されていなかった。女性たちも、本国同様、夫の許可なしに外出できないなど、日常生活上さまざまな制約の中に置かれていた。難民とその受入地が文化を共有することは、適応が容易という利点がある反面、本国での制約がそのまま継続されるという側面もあった。

20年間以上多民族が共存している長期キャンプもあったが、難民受入国パキスタンや国際機関の管理下のため、表立った大規模な対立はあり得ず、抗争があっても民族間よりは家族間の利害対立が多かった。1-2年の短期難民は、概ね民族別キャンプに滞在し、異民族交流の機会自体が乏しかった。難民間武力闘争に至る激しい民族対立は存在しないものの、日常行動では、やはり同民族がまとまる傾向にあった。NGOが、共通目的に対するチームとして仕事を与えたところ、異民族間の協力関係が進んだという報告もあった。

一部難民は、一時帰国して本国の実情を確認しており、大多数が治安と経済状況の悪さを理由に現状での帰還を望んでいなかった。健康指標はパキスタン人とアフガニスタン難民とで大差はないが、キャンプ内にある難民用医療施設がパキスタンの地方一般公立施設より充実したサービスを提供しているところもあり、難民の方が受入国パキスタンの住民よりも恵まれている点もあった。

難民対策は、受入国の保健医療体制の改善等も同時に進める必要がある。また、帰還促進には、少なくとも本国の治安・経済状況を受入国同等程度に回復する必要が認識された。

6. 考察と展望

アフガニスタンの人々が抱える健康問題は、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のように、短期的直接的で技術的に対応可能な問題から、社会的背景が複雑に関与し、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。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。

保健医療分野活動の計画・実施にあたっては、まず、社会状況・文化背景等の十分な調査が必要であるし、治安や人々の移動の状況にも留意する必要がある。圧倒的な保健医療資源・人材の不足と困難なアクセスを考慮すると、単なる保健医療施設の再建のみでは効果が薄く、政府による社会サービス・システムの再建と平行して、人々が主体的に参画する地域での保健医療活動を充実させることが重要である。

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、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できるとも考えられる。しかし、難民状態が長期化しても、基礎的医療支援活動等が中心で、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。緊急人道援助から地域保健・予防的活動に速やかに移行できる保健医療活動指針が必要と考えられた。

本国の治安と経済状況が不良であることを理由に、難民たちは帰還を望んでいなかった。帰還促進には、難民受入国と同等程度に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、難民としての経験が、帰還後の生活と地域社会の再建に貢献することも期待できる。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り得る。NGO等と共に働く中で教育・訓練を受けたり、新しい考え方を身につけたりした人々もいたし、女子教育にも前向きな姿勢であった。

7. おわりに

紛争国の復興開発・平和構築は、その国の人々が主体的に取り組まない限り達成できない。保健医療分野のような非政治的分野でも、外部支援は、早期から復興開発・平和構築の視点をとりいれた関与を行うことが必要で、緊急時から、人道援助のみならず、帰還後の生活再建に有用な支援、地域社会再生に貢献できる人材養成を意識的に行うべきである。

謝辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金(社会保障国際協力推進事業)、及び一部は学術振興会科学研究費補助金により実施した。

参考文献 (アルファベット順)

- アフガニスタンの女性支援に関する懇談会 (2002) 『アフガニスタンの女性支援策について』内閣府男女共同参画局、東京。
- 喜多悦子 (2003) 「人間の安全保障としての健康」 『アジア新秩序研究会年報』アジア新秩序研究会、東京。
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2002) 『2001 Global Population Statistics』 UNHCR, Geneva.
- World Health Organization (WHO) 「Health as a Bridge for Peace」 Programme (1997) 『Health as a Potential Contribution to Peace』 WHO / Emergency and Humanitarian Action (EHA), Geneva.

健康という共有可能な基本的価値観が持つ可能性

健康、開発、そして平和

名古屋大学大学院医学系研究科
国際保健医療学教授
青山温子

著者略歴

名古屋大学医学部卒、同大学院医学系研究科修了、医学博士。基礎研究、産婦人科臨床に従事後、国立国際医療センターにて保健医療分野のODA事業にかかわる。その後、世界銀行にて中東・北アフリカ地域の保健医療分野開発などに携わった。2001年より現職。著書に、「開発と健康—ジェンダーの視点から」（有斐閣）など。

カンボジアの首都プノンペンから車で一時間も走れば、もうそこはひなびた農村です。内戦中とその後生活についてのお話を聞かせてもらおうと、村の女性たちに、一軒の高床式住宅の階下に集まっていたいただきました。

ポルポト時代は強制的に他の土地に連れて行かれ、朝晩お粥一杯だけで重労働させられたこと、ベトナム軍駐留時代もその日暮らしの生活が続き、病気になるば借金するしかなかったこと、和平以後は随分生活の

社会と人間との相互作用によって発生する健康問題と原因を研究し、実行可能な対策を考える国際保健医療学。日本ではまだなじみの薄い学問だが、地域紛争の傷跡を抱える国の平和構築への寄与などに大きな期待が寄せられている。

良くなった人もいれば相変わらず苦しい生活の人もいることなど、彼女たちは、口々に生活状況や自分と家族の健康状態などについて語ってくれました。

カンボジアに和平がもたらされて、ようやく十年余になります。その前の二十年間、カンボジアは内戦下にありました。一九七五年から七八年のポルポト政権下では、住民の強制移動と強制労働、知識人などの大量虐殺がなされ、社会インフラは完全に破壊されました。ポルポト支配が終わった後も内戦は継続し、先進国からの援助もほとんどありませんでした。九一年になってようやく和平が実現し、国連を中心とした復興支援が始まり、翌年の総選挙を経て新しい国家として歩み始めたのでした。今では、プノンペンには物資も豊富で、人々の表情もすっかり明るさを取り戻しています。しかし、尋ねて

みると、たいていの人は家族の何人かを亡くしているし、強制移住により地域社会とのつながりを失ってしまった人々も多いのです。現在の生活が比較的良好い人は、内戦時代の苦しさを割と淡々と話してくれますが、夫を亡くして今も生活の苦しい女性などは、話しながら泣き出してしまいました。

内戦や地域紛争は、人々の健康に直接的・間接的に大きな影響を及ぼしています。食糧不足による栄養障害、地雷や戦傷などの外傷がありまますし、ジャングルに逃げ込んだためマラリアなどの感染症に罹ってしまいうこともあります。水などの衛生インフラや保健医療システムが破壊され、医療や公衆衛生活動ができなくなり、本来は予防や治療が可能な病気が拡大してしまっています。

保健医療専門職の人材不足も大きな問題です。カンボジアで、ポルポト

時代を生き延びた医師は、わずかに十人でした。その後、教育体制が不十分なまま医師や准医師を粗製濫造したため、彼らの再教育も必要になりました。

さらに深刻なのは、紛争を繰り返すことにより生じる人々の心の傷です。身近な人々が敵同士になってしまう地域紛争は、相互の信頼関係を損ない、地域社会を崩壊させ、生命を大切にするとする基本的価値観すら喪失させてしまいます。二十年も内戦が続けば、平和を経験したことのない子供たちが荒んだ心の大人になり、また紛争を繰り返していきます。



プノンベン郊外の農村にて乳児を抱く若い母親と筆者

やります。貧困者の多い開発の進んでいない地域では、希望の持てない人々の不満が鬱積し、新たな紛争の火種になります。しかし、紛争の危険があれば開発は進まないし、人々が不健康で教育も不十分なら生産性は向上しません。こうして、紛争・低開発・貧困・不健康の悪循環が続いてしまっています。

このような状況は、アフリカやアジアの国々など、世界中の多くの開発途上国で今も続いています。アフガニスタンでは、二十年の内戦後、ようやく復興開発が始まったところですが、武器を持った諸派が今も存在しており、状況はまだ予断を許しません。

アフリカの国々では、地域紛争がいったん収まっても、しばしば再燃しています。十年余り復興開発の道を歩み続けているカンボジアは、世界的には稀な存在ともいえるのです。

価値観を共有できる 保健医療活動の可能性

今、地域紛争後の復興開発と長期的平和構築は、世界的な課題となっています。アメリカの同時多発テロ以来、先進国の人々は、開発途上国で起こっている地域紛争が他人事ではないとあらためて気づかされました。

復興開発と平和構築には、何より人々が希望を持てるようになることが大切。平和を楽しましつづつ豊かになっていくことの喜びを実感できないと、また紛争と低開発の悪循環に陥ってしまいます。中でも重要なのは、若い人々の心のリハビリテーションです。戦争状態しか知らない子供たちに、生命の大切さや安心して勉強できる喜びを感じてもらうことが必要です。また、対立してきた人々には、和解のきっかけが必要ですし、その中で地域社会のネットワークを再建していくことが大切です。

紛争後の開発途上国のように、政府の能力が不十分なところでは、保健医療活動に地域住民が主体的に参画することが一層重要になります。住民の中からボランティアを育成し

て、その人たちが地域の人々とかわっていく中で、地域社会のネットワークや信頼関係を再構築していく可能性がります。健康を改善するというメッセージはだれにでも理解できるので、平和を築くきっかけになることが期待できます。

紛争時には、双方の大義や利権がぶつかりあいますが、保健医療のよるな専門分野では、対立する双方の専門家同士が協力しあうことも可能です。人々の健康を改善するという基本的な価値観が共有できるからです。パレスチナ・ガザ地区では、イスラエルのユダヤ人とパレスチナのアラブ人が、協力して健康教育活動に取り組み、成功を収めていたのを見ました。

人は皆、健康で幸福に生きたいと願っているはずなのですが、その願いはその人が地球上のどこで生まれたかによって、かなえられなくなってしまう。平和構築が世界的重要課題であるとはいえ、具体的方法論をなかなか見出せないのが現状です。健康を改善しようとする活動は、もしかしたらその答えの一つを提供してくれるかもしれません。

Proceedings of the 14 th Annual Conference
The Japan Society for International Development

第14回国際開発学会 全国大会報告論文集

日時：2002年11月29日(土)～11月30日(日)
会場：日本福祉大学 名古屋キャンパス

第14回国際開発学会全国大会実行委員会

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—

○宇井志緒利¹⁾ ³⁾、Leng Kuoy²⁾、宇野日出男¹⁾、青山温子¹⁾

1) 名古屋大学大学院医学系研究科, 2) National Center for Health Promotion, Cambodia, 3) アジア保健研修所

1. はじめに

近年、平和構築や紛争予防への社会開発の役割が注目され、そのための具体的な方策が模索されている。日本の ODA 文献においても、平和構築を「紛争が始まる前の段階の紛争予防、紛争和解、そして復興支援までを網羅する全体的なアプローチ」と広く定義し、そのための人の育成と自主的な取り組みへの支援の必要性を強調している。また、長期的な経済開発や制度構築などの開発援助も、紛争要因を未然に除去し、紛争再発を防止する有効な手段の一つとして位置づけている。(JICA 2001)しかしながら、その実際の活動は、難民支援、緊急援助や、地雷除去、小型武器規制、除隊兵士の社会復帰訓練など、紛争そのものに直結した事後処理的な性格のものが多い。

保健分野においては、1997 年より WHO が「平和への橋わたしとしての保健」を掲げ、保健活動や保健セクターの発展充実に、平和構築の理念と実践を統合させることを呼びかけている。WHO は、平和をより強固で確実なものにする仕組みや活動を見出して、支えることを目指したあらゆる行動を「平和構築」と捉え、保健サービスや活動と紛争マネジメント、社会復興、持続的なコミュニティの和解などを統合することを奨励している。WHO は世界各地の紛争地域における事例から、対立する側の保健従事者が協働できる分野として、保健政策、研修、サービス提供という“Technical Space”の重要性を強調している。(WHO 1997) 平和構築を広く捉えようとする動きの一方、この“Space”の一つである「研修」の具体的な取り組み事例は、紛争中、あるいは紛争直後の特別な状況下における、紛争マネジメントや平和教育といった、直接的なテーマを掲げた活動であることが多い。

この研究では、紛争後復興開発期において、参加型保健研修が平和構築のツールとしてどのような意義と有効性もつのか、その可能性をカンボディアのヘルス・プロモーター育成の取り組み事例から検討する。

2. カンボディアの社会背景

カンボディアは、1970 年代後半のポルポト政権下の虐殺と 20 年以上にわたる内戦により、社会基盤や行政制度のみならず、保健医療従事者を含む知識層・技術者の多くを失った。1979 年の解放時に残った医師は、たった 45 人であった。そして、そのうちの 20 人が国を去った。(Mysliviec 1988)1991 年 10 月にはパリ和平協定が結ばれ、1993 年には国連の介入による総選挙が行われて、「新生カンボディア」としてスタートした。しかし、その後もポルポト派と政府軍の戦闘は続き、また新政権内の派閥争いが 1997 年に激化して、首都における市街戦まで引き起こした。1998 年、ポルポトの死亡とその後の主要リーダーの投降・逮捕により、全土の武器闘争がようやく終結した。国全体としての復興開発が始まったのは、実質 1999 年になってからである。

このように長引く内戦と特にポルポト時代を通して、カンボディアの人々は学ぶ機会を奪われ、自主性・自発性をそがれ、互いに強い不信感を持つようになった。指導力や自発性を持つ可能性のある者は抹殺された。カンボディア農村社会は、もともと「地縁」よりも「血縁」を中心にした緩やかな地域社会であったと考えられている。(Ebihara 1968, Watts 1999) しかし、その核である親族や夫婦・親子・兄弟の関係さ

<連絡先> 宇井志緒利 〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町 65 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学教室
電話：052-744-2108 FAX：052-744-2114 e-mail: uishiori@med.nagoya-u.ac.jp

え、強制結婚・強制別居集団生活・「再教育」・拷問や密告制度などによって破壊された。(Meas 1995; Kao 1999; Ponchaud 1978; Uii 1991)カンボディアの人々の「信じること、計画を立てること、決断することへの抵抗 (reluctance)」は、内戦と特にポルポト時代からの社会的影響であると挙げられている。(Downie and Kingsbury 2001)

その失われた自信と信頼を回復していくこと、他者とのまた自分自身との和解が、復興開発の要となると考えられる。これらの必要性は内戦を経験した社会に共通することであるが、カンボディアのケースは、同民族内で、ポルポト時代という閉鎖された極端な虐殺の歴史を経て、家族の信頼関係にまで破壊が試みられたことより、その傾向と必要性は一層高い。(Meas 1995, 宇井 1993),

3. カンボディアにおける参加型研修

「参加型研修」とは、参加者を中心として、参加者が抱えている悩みや課題を研修内容とし、様々な個人・グループワークを取り入れて、参加者が経験を共有しながら互いに学び合う手法である。参加型研修では、平和で平等、民主的な社会実現のために必要な価値観・態度・知識・技術を習得することを目的とし、グループ・ダイナミクスの中で個人が変わっていくプロセスを重視している。(Bhasin 1991; Johnston 1991; PRIA 1989; Stephen 1989)

カンボディア保健省の所管である、国立ヘルス・プロモーション・センター(National Center for Health Promotion: NCHP)はアジア保健研修所(Asian Health Institute: AHI)と協力して、地方のヘルス・プロモーター育成のために、継続的に参加型研修を実施してきた。研修事業の他に、ヘルス・プロモーションやプライマリー・ヘルス・ケアに関する政策・実施ガイドラインづくりや調整、保健教育教材開発などを担っている。

アジア保健研修所は、1980年に設立された日本のNGOで、アジア地域の保健開発従事者の人材育成を国内外で行っている。カンボディアへの研修協力は、当時社会主義体制下で西側諸国から孤立していたカンボディア保健省の保健教育研修担当者育成を目的として、1989年から始まった。AHIは、NCHPの研修担当者を日本およびアジア近隣諸国における研修や活動現場訪問などに招き、彼らが学びを応用して企画する研修事業への協力を行ってきた。また、研修事業の準備、実施、フォローアップ時にAHI職員を派遣して、参加型研修を担うチームの育成・強化に力を入れてきた。

カンボディアを取り巻く内外の状況の変化と人材の育成状況に合わせて、NCHPは様々な工夫と改善を積み重ね、現行の研修活動を作り上げてきた。参加者のニーズと役割合わせた3つのコース(表1参照)が、毎年各10日間の日程で開催されている。これらはステップアップ研修となっており、基礎研修を修了した者、あるいはそれに相当する経験を有する者が、次の研修に応募・参加できる。

表1：カンボディア国立ヘルス・プロモーション・センターのステップアップ研修コース概要

| Basic Health Education Methodology Course (保健教育方法論基礎研修) | Training of Trainers on Health Education (研修担当者育成研修) | Community Health Promotion Management Course(ヘルス・プロモーション マネージメント研修) |
|--|---|--|
| 保健教育の考え方、保健教育者の役割 保健問題分析 参加型研修方法論 ファシリテーション技術 コミュニケーション技術、フィードバック ニーズ分析とセッション計画 模擬練習とコメント 村での実習と振り返り 保健教育活動計画づくり | 研修の役割、研修担当者の役割 成人教育と学びのサイクル 参加型研修 ファシリテーション技術 コミュニケーション技術、フィードバック 目的設定、セッション計画 模擬セッションとコメント 保健センターや小学校での実習と振り返り 研修のモニターと評価、研修企画書づくり | ヘルス・プロモーションの考え方 保健問題分析 住民参加のアプローチ、他分野との協力 マネージャーの役割、参加型マネージメント コミュニケーション技術、フィードバック 紛争マネージメント プロジェクト現場訪問と振り返り モニターと評価 活動計画と企画書づくり |

各コース全国各地からの約20名の参加者に、4名からなるチームが研修を担当する。首都プノンペンから南へ約30キロ離れた農村にある農業研修所をベースにした、住み込み型の参加型研修である。参加者・研修担当者もそこで寝食を共にし、セッション後のスポーツやリクリエーションにも全員が参加する。研修担当者は、準備段階で研修ニーズ調査訪問を行い、大まかな予定を作るが、各コース初日に研修の詳細内容や進め方、一日の時間設定、運営に関する責任分担などの最終化は、参加者と共に話し合い決定する。毎日朝の初めには、担当の参加者グループが前日のセッションの記録を作成して、レビューを行う。また一日の終わりには、その日のフィードバックを、コース中間と最終日にはまとまった評価を行う。研修担当チームは、毎晩その日に参加者から得たフィードバックや観察から気付いたことなどを出し合い、お互いへのコメント・提案の出し合いと、続くセッションのすすめ方に関する相談をする。

研修の終わりには、参加者が各自活動計画を作り、現場に持って帰る。研修後、参加者が各地域で研修を企画・開催する折には、要請があれば、元参加者の準備・実施に関する助言・相談役として、NCHPの研修担当者が赴き実地協力をする。近年は、このフォローアップ・実地助言活動にさらに力を入れている。

2002年度末現在、NCHPの研修に参加したワーカーは、延べ633名(複数回の研修参加を含む)に上る。実質的な内戦が終了した1999年からは、政府の保健職員に加え、同地域で活動するNGOや国際支援団体職員とのチーム参加を奨励し、また元ポルポト派の支配地域からの参加者を優先的に研修に招いている。2005年までには、これらの研修事業は保健省予算で継続されることになった。

4. 研修中参与観察と元研修参加者および研修担当者へのインタビュー調査

4-1. 調査方法

2002年12月から2003年8月にわたって、元研修参加者14名およびNCHPの研修担当者6名に個別インタビューを行った。回答者の背景データとして、性別、年齢、学位・資格レベル、保健活動歴年、NCHPの研修コース参加回数、出身州、ポルポト時代における親族(特に父母兄弟)の死亡程度を聞いた。回答者20名の内、元ポルポト派兵士であった者は5名だった。また、1名を除き、年齢は全て30代から40代で、女性は2名であった。共通質問項目は、元ポルポト派兵士の参加者と一緒に研修に参加した時(回答者が元ポルポト兵の場合は、初めてNCHPの研修に参加した時)の様子、気持ち、具体的な行動・態度、元ポルポト兵参加者(あるいは他の参加者)との関係性の変化などの詳細であった。そして研修がどのように彼らに影響を与えたか、平和づくりには何が必要か、また、NCHPの研修は平和づくりにどのように関係していると思うかを尋ねた。

インタビューは、いずれも個別に休み時間の木陰や食事が済んで誰もいなくなった食堂など、インフォーマルで、かつプライバシーが守られる場所で個別に行った。回答者には、匿名性の厳守と答えたくない質問には回答を拒否する権利があることを、インタビューを始める前に伝え同意を得た。

4-2. 調査結果

回答内容に関して、年齢、また教育・資格レベル(医師、准医師、看護師、正式な訓練・資格なし：元ポルポト兵の参加者の多くは、現場たたき上げで、正式な資格のない者が多い)による差は見られなかった。回答に影響を与えると予想した、親族の死亡状況の違いや性別は、サンプルが不十分なため比較分析できなかった。全員がポルポト時代に親戚や友人の多くを失っているものの、両親共にポルポト時代に死亡した回答者は1名のみで、少数の回答者が父か母のどちらかを失っている他は、両親共にポルポト時代には死亡していない回答者が多かった。また、女性回答者は2名のみだった。タイ国境に近い州の者は、元ポルポト派兵士と共に何らかの仕事上の関りを始めて持った時期が他の州より早く、その機会もより頻繁にある。しかし回答内容にはあまり差が見られなかった。

違いが現れたのは、保健活動歴とNCHPの研修コース参加回数、そして一番の要因は回答者のその研修時における立場・役割(参加者か研修担当者か)であった。また、当初の質問リストには入っていなかったが、インタビューを重ねる中で明らかになってきた要因として、研修中の宿舎における回答者と元ポルポト派兵士参加者の部屋が同室であったかや、ベッドの距離の近さがあった。研修のプロセスにより意識的である者、インフォーマルな時間に物理的に近い位置にあった者に、より変化のプロセスが見られた。

それぞれの立場の者が自ら感じたこと、また研修中に観察したことを表2～4に示した。

表2：元ボルボト派兵士が研修に参加した時の様子、気持ち具体的行動・態度、関係性の変化について

| 元ボルボト派の参加者 | 他の参加者 | 研修担当者 |
|---|---|---|
| <p>●はじめは、自分たちが他の参加者や研修担当者にどう思われているか不安で、どう接したらいいのかわからなかった。だから話すのに慎重だった。</p> <p>●「研修」に参加すること自体が新しい経験でもあり、ついていけないかとても不安に思っていた。自分の能力も他の人より低いと感じていた。</p> <p>●元ボルボト派幹部の娘は、自分の実名を知られるのを恐れて、初めてのコースの始めには別名を使い、他の参加者との宿泊を共にせず、研修会場近くの知人の家に泊まって、個人的な接触を避けていた。コースがすすんでいくにつれて、NCHPの研修担当者の励ましもあり、徐々にグループに溶け込むようになった。3日ほどたって、他の参加者と同じ部屋で宿泊したいこと、そして実名を知らせても構わないことを研修担当者に申し出て、そのようにした。</p> <p>●ボルボトと最後まで行動を共にしていたという元支配地域からの参加者3名は、コースのはじめ3-4日間は、まず他の参加者の様子を見ることを打ち合わせ、セッション中も後もほとんど他の参加者と話さなかった。セッションが終わると、食事以外の時は、宿舎のベッドに座り、3人だけでどこへも行かずに固まっていた。</p> <p>●様子を見ていると、この研修では参加者の間や研修担当者との間に差別がなく、皆とてもお互いをよく知り合い、協力的であることがわかってきた。特に、研修担当者がいつも友好的に接し、励ましてくれた。自分が必要な時には、皆が手伝ってくれたり、教えてくれたりした。とてもうれしかった。</p> | <p>●研修に元ボルボト兵が参加していることを知って、いつもと違う特別な感情を抱いた。彼らに対する怖さと怒り、と同時に、この研修を機会に彼らのことをもっと知り、これからの国づくりに向けて新しい関係を築きたいという気持ちである。</p> <p>●ベッドが隣になった参加者は、コース始めの3日間位は、元ボルボト兵はどんな人たちなのか、何を考えているのか、彼らとどう接したらいいのか戸惑って様子を伺っていた。彼らとの対話は、彼らの地域での現在そして内戦中の人々の生活や保健活動について聞き、自分たちの地域での状況や取り組みを紹介することから始まった。</p> <p>●大変な状況におかれてきた彼らへの同情がわき、同じ人々の健康状況向上を目的として働く彼らに協力したいと思うようになった。それは、元ボルボト兵参加者の真摯な学びぶりや規律正しさ、そして「自分を変えよう」と一生懸命努力する彼らの姿勢に感銘を受けたからであった。</p> <p>●参加者が一日のセッションを終えて、カードゲームやお喋りをしてくつろいでいる一方、3人は自分たちの地域で欠けていたことを何とか早く追いつきたいと、毎晩熱心に宿題やその日の復習をしていた。日に日に彼らの周りには、いつも追加説明、助言・手伝いに誰かがいるようになった。コース中盤には、保健教育セッションの実習があり、セッション計画を立てる時は、研修担当者が特別に気を配って個別指導した。また、コース最後の活動計画づくりでは、昼休み、夕食後、そして深夜まで、数名の参加者が3人を囲んで付き合う姿が見られた。</p> <p>●特に、彼らとベッドを隣にしていた2名の回答者は、毎晩その日の内容の復習や宿題に取り組む彼らに日を増すごとに協力するようになった。コースが修了して別れの時には、「是非自分たちの地域に来てください」と、彼らが連絡先や写真をくれた。その後も、彼らの仲間がNCHPのコースに参加する際には、手紙を託して送ってくる。こんなにも自分のことをコース後も思ってくれる参加者はいない、と喜んだ。</p> <p>●NCHPコース参加数の多い者は、「初めての時は時間がかかったが、その練習があったおかげで、2回目からはもっと早くお互いを知りあう努力を始め、短期間でよい関係を築くことができた」、という。</p> <p>●NCHPの研修担当者の参加者に対する親愛的で、オープンで公平な態度、共に学ぶ仲間としての意識と振る舞い、参加者の声に耳を傾けて必要に応じて変更していく柔軟性などから、自分たちも他の参加者に対してそのようにするように努力した。</p> <p>●寝食を共にすることで、家族のようになれた。セッションだけだったら、この様に深く経験や意見交換は出来なかったろう。</p> | <p>●ボルボト派に対する怒りはあった。また、他の参加者の反応も心配だった。しかし、怒りはこれから社会作りには繋がらない、と自分たち研修担当者がモデルになってよい関係を作ることを心に決めて、初めてのコースに臨んだ。</p> <p>●初めて研修担当をした、海外留学から帰ったばかりの新職員が1人いたが、コースの始めは彼らに対する不快感をあらわにしていた。経験ある研修担当チームは、毎日彼の態度についてコメントと提案を重ねた。彼の態度も少しずつ変わっていき、後半は自主的に3人と一緒に食後に話したりするようになった。</p> <p>●研修担当者は、コース開始前、コース中の毎晩の担当者会合でも3人の参加者の様子や他の参加者の様子について話し合っていた。セッションの中で3人が別れて他の参加者とグループ作業をするようにグループ分けの配慮をしたり、意見を出すようにセッション内外で励ましたりした。また、あまり3人と話をしない他の参加者にも休み時間や夜の自由時間に個別に話し、彼らとの対話を促した。</p> <p>●研修担当者のオープンな態度だけでなく、前の研修にも参加しているものの態度や行動が新しい参加者に影響を与える。</p> <p>●元ボルボト派兵士の参加者は、とてもまじめで一生懸命。また、学んだことを活用している。短期間の間に、保健状況向上にずいぶん成果を上げている。研修・フォローアップのし甲斐がある。</p> |

| | | |
|--------------------|---|--|
| ●だんだん自由に話せるようになった。 | ●ゲームは特によい関係づくりに役立つ。 ●人々の健康促進という共通の目的がある。 | |
|--------------------|---|--|

表3：研修の影響による自分の・活動の変化について

| 元ポルト派の参加者 | 他の参加者 | 研修担当者 |
|---|--|--|
| <p>●以前より努力していつも笑顔でいるように、他の人の輪の中に自分から積極的に入っていくようにしている。そうすれば、村人と働きやすくなる。私が人々に心を開けば、人々も心を開いて考えをあらわすようになる。参加者と密でよい関係を作る努力の大切さを、研修担当者の態度と行動から学んだ。</p> <p>●参加型研修は、参加者の心を開き、参加を促す。そして参加者は恐れずに話すようになる。以前の体制の下では、高い地位の人を恐れて、命令されどおりにしていた。</p> <p>●村人の意見を聞いて、取り入れるようになった。そうしたら、村人も熱心に参加するようになった。</p> <p>●これまで一方的な会合の持ち方しか知らなかった。相手の意見を聞くことは考えなかった。研修で行われていた方法に変えてみた。部下の意見に耳を傾けて、みんなで協議して決めることにした。すると、彼らはとてもやる気を起こして喜んで働くようになった。</p> | <p>●住民参加と計画づくりの大切さを学んだ。これらは、保健活動だけでなく、あらゆる開発活動でも大切で、活用できる。</p> <p>●計画・企画を積極的に出すようになった。そうしたら、NGO や他セクターとの協力が向上し活動への資金援助が得られた。</p> <p>●元ポルト派の地域でさえ、ヘルス・プロモーション活動をすすめるよう努力しているのを見て、自分の州での活動をもっと発展させるべきだと、動機付けられた。</p> <p>●参加型の方法やゲームは他者を知る機会を与えてくれた。また、研修記録づくりや、グループの役割、研修中でのグループディスカッションなどの積み重ねで、相互理解が高まった。また、自分は以前より辛抱強くなったと思う。</p> <p>●自信がついた、意見表明の勇気がでた。</p> <p>●やさしくゆっくり話すようになった。</p> <p>●どうい関係・相互信頼を築き、共通の目標を見出すかを学んだ。</p> <p>●自分の実施するコースでも、思い切って参加者にいろいろな役割を担ってもらうようにした。</p> | <p>●内容や結果だけでなくプロセスを大切にするようになった。</p> <p>●人の話をよく聞くようにしている。</p> <p>●研修担当者という役割を担うようになってから、すぐに怒らなくなった。</p> <p>●以前は自分のことに意見されると、不快だったが、今はフィードバックを受け続けたいと思うようになった。</p> <p>●自分たちがまずよい見本になるように努力している。</p> <p>●以前はポルト派全体に怒っていた。今はそのリーダーだけが憎い。</p> |

表4：平和づくりに必要なこと、NCHP 研修の平和づくりとの関係について

| 元ポルト派の参加者 | 他の参加者 | 研修担当者 |
|--|---|--|
| <p>●自分から心を開くことで、他の人も心を開く。そうすれば考えていることを表現するようになる。</p> | <p>●お互いを知る機会がないと内戦が起きる。</p> <p>●しっかりした関係を築くこと、そうすれば争いはなくなり、社会は発展する。</p> <p>●住民参加の推進による協力関係づくりが大切</p> <p>●参加者・人を正式な医師か否かなどの資格や学位で差別しない。平等な扱いが参加者の心を開く。</p> <p>●参加型方法は、研修中での参加を活発にするのみならず、参加者間の相互理解を深め信頼を築くのに役立つ。</p> <p>●元ポルト派の保健従事者を積極的に研修に招くのは、お互いの理解を深め、彼らの保健状況や能力向上への協力のよい方法だ。</p> <p>●同じ地域からの参加者を同じコースに招くのは、協力関係づくりにとても役立つ。</p> <p>●村人も参加型の方法で保健教育を進めれば、村人の相互理解ももっと高まり、平和に暮らせると思う。</p> <p>●このコースで学んだことは社会づくりに応用できる。</p> | <p>●健康でないや貧困を招き、社会問題が起こる。予防を活発にして、健康になれば、社会経済活動に集中でき、戦争もなくなる。</p> <p>●より活発な参加が、よりよい関係づくりに繋がる。</p> <p>●平和づくりには、まずお互いが親しく話し、信頼することが基本。これで、紛争を予防したり、うまくマネージしたりできる。</p> <p>●相互理解、お互いを尊重すること、率直で誠実に話し合うこと、差別しないこと、過ちを許すこと、信頼を築くこと、今後に向けて前向きに考えること等、参加型研修で培うこれらの態度や行動が、平和な社会を作るのに寄与している。</p> |

6. 考察

研修プロセス観察と調査結果から、研修に参加することで、担当者も含めた参加者の中で様々な変化・和解のプロセスが起きていることが確認された。その変化のプロセスの促進要因について考察する。

1) 具体的な保健の共通関心・課題と差し迫ったニーズが「対話のスペース」を生み出す

異なる背景を持った者が内戦終結後、早い時期に出会い、協働する機会が持てたのは、保健研修という、「技術的」で具体的な目的を掲げた学びの場であったことによる。まず参加者を結びつけたのは、感染症の予防など、明らかに差し迫った共通課題であった。研修の中でも、「同じ保健従事者として共通の目的を見出した。」「マラリア感染のひどい状況にある元ボルボト派の参加者の一生懸命な姿に感銘した。」との感想を述べている。また、コース開始時期のお互いまだ探り合い状態にある中で、対話の入り口は、お互いの地域の健康問題や保健活動について聞き合うことだったことから、「対話のスペース」としての保健の意義が見出せる。

2) 農村地域での住み込み型研修が、参加と協働の機会を広げる

NCHP の研修が住み込み型で、でしかも農村ベースなので、研修に集中でき、接触時間も長く自由で、参加者がより親しくなれることを、全ての回答者がNCHP の研修の特長として挙げた。NCHP の研修では、セッション中だけでなく、セッション外のインフォーマルな時間も研修のプロセスの一環として大切にしている。研修のマネージメントに参加者が参画する仕組みのひとつである、日替わりの“作業グループ(セッション進行、時間管理、ゲーム、リクリエーション企画、会場設定、研修記録など)”もあり、セッション中もセッション外も、グループの協働作業がたくさんある。これは、住み込み型でなければ組み入れにくい。実際、調査結果からも、対話や変化の多くは、インフォーマルな時間や場所、特に宿舎で起きていることがわかった。

3) 研修で扱うトピックと研修方法、目指すものが共通・一貫していることで体験的に学べる

3つのステップアップ研修のトピック概要は、表1に示したように、あらゆる場面での参加型の導入をねらい、村人・研修参加者・職場の仲間や他セクターとの理解・協力を奨励している。また、関係と信頼づくりに不可欠な、コミュニケーションやフィードバック技術、ファシリテーションの方法や計画・企画力を養うセッションなどが組み入れられている。その内容は参加型研修の理念、平和構築の実現に必要な知識・技術・態度と大きく重なっている。さらに、平和構築により直接的な「紛争マネージメント」もトピックのひとつとして入っている。この様に、参加に関するトピックを参加型の方法で学ぶ、というコース内容とプロセス・方法論の一貫性により、参加者は実践・体験しながら学ぶことができる。

4) 研修担当者のコミットメントとロールモデルが参加型研修の要である

研修担当者は、すべての参加者の参加を促し、参加者と担当者、参加者間の関係づくりに重点をおいている。参加者の多くが、NCHP の研修担当者の参加者に対する親交的で、オープンで公平な態度、共に学ぶ仲間としての意識と振る舞い、参加者の声に耳を傾けて必要に応じて変更していく柔軟性に感化された。自分たちも他の参加者に対してそのようにしようというモデルになった、と述べている。また、研修担当者自身もその役割を高く意識している。研修の内容・方法、また担当者の態度・言葉に参加型研修の理念が一貫して反映されていることの重要性が明確である。

5) 継続的な参加、参加者自身の中・参加者間の積み上げが確固たる下地を作る

始めてコース参加時より、2回目、3回目の研修参加時のほうが、よりスムーズに信頼・関係づくりが出来たと述べている。単発の研修では得られない相乗効果が参加者にも担当者にも現れている。特に、4名のボルボトの元側近や最高幹部の身内が加わったコースにおける変化のプロセスは、他の参加者の参加型研修経験とその重要性の理解という「下地」がなくては、起きなかった、あるいは起きるのに長時間を要したであろうと察せられる。日常性、継続性の大切さが示唆された。

7. 終わりに

保健分野はサービスを提供する側の者・受ける側双方にとって、異なる背景や主張を乗り越えて取り組む人道的な「対話のスペース」を作る可能性を持つ分野である。保健現場の緊急かつ具体的な共通課題を切り口にして、背景や党派を超えた保健従事者が同じ場に集まり、農村部で生活を共にしながら共同作業

を積み重ねていく中で、担当者も含めた参加者の間で様々な変化・和解のプロセスが起こった。研修実施の現場観察とまた関係者へのインタビュー結果から、参加型研修が持つ、「有効な教育方法」を越えた、平和構築のツールとしての社会的な意義とその可能性が見出された。

紛争が始まってから、または紛争後の対処にもまして重要なのは、紛争が起きないようにする意識的な努力があらゆる分野の活動で日常的に組み込まれることである。平和構築には、「紛争解決」「異なる文化・背景理解」など、直接的テーマを掲げた研修ばかりではなく、保健医療のような実践的分野の継続的な研修の中にも、その要素・視点を組み入れていくことが有効であると示唆された。

その平和構築に向けた努力をより確固たるものにしていくためには、保健サービスのアクセスへの公平性(equity in health)の向上、民主化と地方分権化の促進による住民参加の推進が同時にすすめられなければならない。また、そのような価値観や姿勢をもって具体的な役割を担っていく、保健従事者の育成が鍵になるであろう。そこでは、参加型研修方法論が積極的に用いられることが期待される。

今後は、ヘルス・プロモーターレベルから、彼らに関するコミュニティーや村人への効果とそのインパクトについてもさらに探る必要がある。

<参考文献>

青山温子・原ひろ子・喜多悦子、2001、『健康と開発』、有斐閣選書。

Bhasin, Kamla. 1991. "Participatory Development Demands Participatory Training." *Convergence*. Vol.24, No.4. pp. 5-11.

Downie, Sue and Kingsbury, Damien. 2001. "Political Development and the Re-Emergence of Civil Society in Cambodia." *Contemporary Southeast Asia: A Journal of International & Strategic Affairs*. Vol.23. No.1. pp. 43-64.

Ebihara, May. 1968. *Svay a Khmer Village in Cambodia*. PhD Dissertation – Columbia University.

Johnston, Mary. 1991. "On the Way to Empowerment: Participatory Training Methodology." *Towards Justice through Health*. pp.18-26. Aichi: Asian Health Institute.

Kao, Kim Hourm. 1999. *Emerging Civil Society in Cambodia: Opportunities and Challenges*. Phnom Penh : Cambodian Institute for Cooperation and Peace.

国際協力事業団(JICA) 国際協力総合研究所. 2001. 事業戦略調査研究「平和構築」報告書

Meas, Nee. 1995. *Toward Restoring Life, Cambodian Villages*. Translated and transcribed by Joan Healy . Phnom Penh: JSRC.

Mysliviec, Eva. 1988. *Punishing the Poor: The International Isolation of Kampuchea*. Oxford: Oxfam.

Ponchaud, Francois. 1978. *Cambodia Year Zero*. London: Allen Lane.

Society for Participatory Research in Asia. (PRIA) 1987. *Training of Trainers: A Manual for Participatory Training Methodology in Development*. New Delhi.

Stephen, F. 1989. "Participatory Training for Social Transformation.." *Social Action*, Vol.39. pp.41-57.

Ui, Shiori. 1991. "Unlikely Heroes." In: Burawoy, Micheal (et al.). *Ethnography Unbound*. Berkeley: University of California Press. pp. 161-180.

宇井志緒利. 1993. 「カンボジアの『協働』者として」『アジア通信』No.115. pp.8-9. アジアキリスト教資料センター

Watts, Esther M. 1999. *The Meaning of Community: English Literature Review*. Working Group on Social Organization in Cambodia. Phnom Penh.

World Health Organization (WHO) Health as a Bridge for Peace Programme. 1997. *Health as a Potential Contribution to Peace*. WHO/Emergency and Humanitarian Action, Geneva..

生活教育²⁰⁰³

4

Magazine for Public Health Nurse

特集

思春期のこころの育ちを支える —精神保健事業としてどう展開するか

- 思春期・青年期のひきこもりケースに対する家族支援プログラム
- 思春期のこころの健康づくり地域ネットワーク
- 高校生不登校児とその周辺の青年・家族への援助
- 保健室にみる思春期のこころ
- 思春期は胎生期から始まる
- “つなぎて”としての支えるということ

今月のキーワード／メディカルコントロール体制

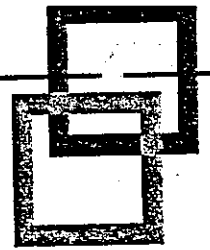
◆新連載◆無彩色の世界

・うっ屈したひと

◆ESSAY

・これからの国際保健医療協力

・小さな巨人



これからの国際保健医療協力 世界の健康、途上国の保健

地球上の人口の五分の一にあたる一二億人は飢餓に瀕し、同数の一二億人は過剰栄養で健康を損ねています。なぜ、一方では不足が、他方では過剰が問題なのでしょう？

二〇〇〇年十月、アフリカのウガンダの、人口十数万人のグルでエボラ出血熱が発生しました。

時に致死率八〇%以上のこの新しい感染症は、一九七六年、ザイール（現コンゴ民主共和国）に現れて以来、同国やスーダン、ガボンでの流行後、二〇〇三年二月現在、コンゴ共和国に新たな流行が起こっています。エボラは、ウイルスの自然界における宿主が不明、血液や体液を介するヒト→ヒト感染は証明されていますが、最初のヒト感染のルートが不明、現地専門家は接触や空気感染の危険性も完全に否定できないと言いますし、決定的治療法はなく、最近ではバイオテロの有力武器候補であるなど国際社会の関心が高い疾患です。

グルには、世界保健機関(WHO)、アメリカ疾病対策予防センター(CDC)など二〇を超える国際機関や先進国研究機関が調査団を送り、連日、新たな発病者数、死者数の発表がなされました。

同じころ、グルの北一五〇kmの、スーダンからの万を超える難民が居住する国境の街、モヨやアジュマニではマラリアと下痢症がはやっていましたが、そこには、どこからの研究者もいません。

二〇〇一年のウガンダの平均寿命は46・4歳、GNPは二八〇米ドル、世界最貧国の一つですが、表に示すように、周辺国も似たり寄ったりです。グルもモヨもアジュマニも同程度にしか開発されていない、つまり、同じように貧しい地域です。一方に発生した「話題性のある」エボラには国際社会が注目し、他方の「ありきたり」のマラリア流行には、誰も目を向けません。同じような健康状態、むしろ同じような不健康状態と言った方がふさわしいアフリカなどの開発途上国の、ある地域に国際社会の目が向けられるのは、先進国にとって「興味深い」感染症が発生するか、膨大な避難民が発生したときにすぎません。

ウガンダのエボラは、二〇〇一年二月二十八日、最後の患者発生後、潜伏期の二倍に当たる四二日間の新たな発病者のないことを確認したWHOにより、終息宣言がなされました。感染者四二八名、死者、二二四名でした。グルのはずれには、累々と新しい墓標が並びましたが、外国人研究者が姿を消した後、街の様子は、保健施設を含め、エボラ発生前とほとんど変化は



喜多 悦子^{*1}
きた・えつこ
松尾 和枝^{*2}
まつお・かずえ

* 1: 日本赤十字九州国際看護大学国際保健学教授 * 2: 同地域看護学助教授

表 アフリカ大湖沼地帯国の基礎的保健指数

| 国 | 平均寿命 (1998) | 5歳未満児死亡 /1000出生 (1998) | 乳児死亡 /1000出生 (1998) | 妊産婦死亡 /10万出生 (1990-98) | 衛生施設 普及率 (1990-98) | 主要疾患 |
|--------------|----------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| ブルンジ | 43歳 | 176 | 106 | | 51% | コレラ、髄膜炎、マラリア |
| コンゴ民主 共和国 | 51 | 207 | 128 | 200-800 | 18 | コレラ、髄膜炎、赤痢、ポリオ、 ペスト、エボラ、モンキーポックス |
| ケニア | 52 | 117 | 75 | 590 | 85 | コレラ、リフトバレー熱、腸チフス、 マラリア |
| ルワンダ | 41 | 170 | 105 | | >85 | コレラ、髄膜炎、エボラ |
| タンザニア | 48 | 142 | 91 | 530 | 86 | コレラ |
| ウガンダ | 40 | 134 | 84 | 510 | 57 | コレラ、ペスト、マラリア、エボラ |

ありません。マラリアや下痢症に誰も関心を向けないモヨとアジユマニにも、何の変化もありません。しかし、そのような状況、つまりエボラが発生しても、また難民が来ても来なくても、その地域に生まれ育っている人々は、そこで毎日の生活を続けています。世界にはおよそ一九〇の国と地域があり、六〇億を超える人間が住んでいます。わが国と同じような保健医療サービスを受けられる人々の数は、恐らく一〇億を超えないでしょう。では、残り五〇億の人々の健康は、どうなっているのでしょうか？

第二次世界大戦後の国際協力のなかで、特筆されるのは、一九七七年のWHOによる「西暦二〇〇〇年までに、すべての人々に健康を」というスローガンであり、翌年、旧ソビエトカザフスタンのアルマ・アタで立てられたそのための戦略「プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)」でしょう。PHCは、わが国などで言う初期医療(Primary Care)とは異なり、専門的医療的要素をできる限り省き、住民が参画して行う予防的健康維持、増進策です。

残念ながら二〇〇〇年までに、世界のすべての人々は健康になれません。しかし「自分の健康は、自分で守る」という理念は、途上国であれ、先進国であれ、今後守るべきものと思えます。問題は、世界には、まだ読み書きのできない人々が多数いることです。人々の健康を守るには、公式であれ、非公式であれ、あらゆる手段を動員した識字教育と、地域のなかでの保健活動の実践です。

わが国など先進国では、しばしば病人として扱うよりも、あらゆる種の制約はあっても家庭や地域社会での生活こそが「生活の質」を保持できる種類の健康逸脱までを、病院という積極的治療の場に押し込めてきました。一方、途上国では、治療の場である病院で扱うべき病気や病人までが、家庭や地域社会に、放置されています。

世界の保健上の不平等を補正できるのは、地域住民とともに働く人々なのです。

【参考文献】

- 1 青山温子・原ひろ子・喜多悦子・開発と健康、有斐閣、東京、2000
- 2 Primary Health Care. <http://www.who.int/archives/who50/en/health4all.htm>

TODAY FEATURE REPORT

ピープル

紛争地域などで保健医療支援を行う

日本赤十字九州国際看護大学教授・医師

喜多悦子さん

社会的にめざましい活躍をした女性に贈られる、エイボン女性大賞を受賞した喜多悦子さん。紛争地を中心に世界70カ国以上で医療と保健衛生の向上に力を尽くしてきた。NGOなどの国際協力機関が注目を集める昨今だが、「誰にでもできる仕事ではない。向き不向きをじっくり検討するための材料を提供したい」などのお話をうかがった。

歴史と文化を知る

1986年にJICA（国際協力事業団）専門家として、北京の日中友好病院で臨床検査および小児科の指導を行ったのが、海外医療活動の最初の機会だった。その後、88年には日本



きた・えつこ

1939年兵庫県生まれ。日本赤十字九州国際看護大学教授、医師。奈良県立医科大学卒業。母校の助教授を経て、86年北京の日中友好病院で臨床検査と小児科の指導に当たる。88年旧厚生省国立国際医療センターに移籍後、人材派遣でパキスタンのペシャワールへ赴任。アフガン難民への保健医療支援を行う。その後、国立国際医療センターに復職し、ODA事業に従事。主に紛争地域の保健医療政策の策定と実施に関与する。2001年より現職。

初の紛争地への人材派遣として、パキスタンのペシャワールに赴任し、ユニセフスタッフとして、350万人を超えるアフガン難民への保健医療支援を行った。

「私が医師になったのは、高等学校の時に読んだ、あるアメリカ軍医の物語がきっかけです。その軍医は1950年代に東南アジアでNGO活動を行っていた人で、彼の取り組みに感銘を受けた私は、自分もいずれそのような仕事に就きたいと思っていました。旧厚生省に移った時にペシャワールへの赴任を決めたのも、その思いがあったからです」

ペシャワールはシルクロードの中継地点。危険だと身構えるより先に、歴史や文化に対する興味があった。

「紛争地といえども、人々の日常生活があり、文化があります。私はもともと歴史が好きでしたから、ペシャワールに行った時、自分がかつて勉強した歴史の一端を垣間見られたのは興味深いことでした。アレキサンダーも、ジンギスカンもマルコポーロも通った道。仏教建造物を見に出かけたこともあります。そもそ

も、国際協力のためには、その国の歴史や文化を知ることが必須です。私は歴史が好きだったことが功を奏しました」

その後も、アフガニスタン、アンゴラ、ブルンジ、カンボジア、チェチェン、東チモール、コソボ、ルワンダ、シエラレオネ、スーダン、ソマリア、タジキスタン、ザイール（現コンゴ民主共和国）など、世界70カ国で保健医療政策の策定と実施に関与してきたが、紛争地では、直接に診療活動をするのではないという。

「どういうことをすれば、その地の人々の健康状態をよくすることができるかを考え、計画作りをするのが仕事です。私はもともと医者ですから、怪我や病氣の人にアドバイスをすることはありましたが、医療行為は基本的に行いません。水が必要なところ、食料が必要なところ、病院が必要なところなど、国の状態によってそれぞれニーズが違ってきます」

訪れる場所によっては地雷原のために、ホテルから一歩も出ることが

できないほど危険な場合もある。しかし、状況が許す限り喜多さんはその国の市場に出かけてみるという。

「市場に行けば、人々がどんなものを食べているか、薬や衛生品など保健医療の材料はどんなものがあるかといった保健医療の計画に必要な多くの情報が得られます。どんな国でも農作物や果物が何もないということはないんです。市場を見学していると、紛争地であっても人々はたくましく生きているのだと感ずることが出来ます」

■ 平和を作るメッセージ

紛争地での保健医療は、専門性だけでなく「深い人間性」が必要であると、喜多さんは言う。

「注射をしたり、手術をしたりといった技術的なことは誰でもできるのです。紛争地で必要なことは、協力をする側が、紛争ではなく平和をつくりに来たというメッセージを伝えることです。予防接種をする一瞬の間にも“あなたの健康を回復すること、あなたの子どもが病気にかからないように予防接種をすることは何のためだと思いますか？ 子どもが人殺しをするために助けているのではない。世の中をよくするために働いて欲しいから私は協力をしているのです”ということを伝えなければならないのです。

そのためには、こちら側が命の尊さや人権についてきちんとした考えを持つことが必要です。それが私の言う“深い人間性”です。紛争地で



アフリカ・ザール（現コンゴ民主共和国）の病院にて

は、言いたいことをうまく表現できない人もいますでしょう。そもそも民主主義や人権という概念がわからない人もいます。男性も女性も同じ人間だということから始めなければならないことも多い。与えられた時間と状況の中でそれらを一瞬の間に伝えなければならない。じっくり腰を据えて5年、10年と働ける環境であればいざ知らず、紛争地ではそうしたゆとりはありません」

■ 正しい情報を伝える

現在は大学で教えることを本務としている喜多さんだが、去年はそれでもアフガニスタン、アメリカ、モロッコ、フィリピン、スリランカ、パキスタンを訪れている。

「あまり今は海外に出かけていきたいとは思っていません。経験から学んだことを大学できちんと教えていくつもりです。後に続く人を育てるというよりも、正しい状況を伝えていきたい。国際協力の仕事をしたいという人は増えていますが、その

仕事に向いているかどうかは別なことです。私の伝える情報によって、志望者の中から、この仕事は私に向いていないと冷静に気が付く人が出てきてほしい。適切な選択をするための材料を提供したいと思っています」

未来は国連やNGOなど、人助けのための組織が存在しなくてよい時代がくればと喜多さんは願っている。

「ことが起こってからの活動ではなく、予防的な働きへ転換できるようにしてほしいと思う。そのためには、どんな国の人々でも、自分で考える力を持てるように、教育を行き届かせることが重要です。貧しい国ほど選択の幅がない。できるだけ勉強をする機会を増やすこと。これは直接的な紛争解決法ではありませんが、人々が自分たちの置かれた状況を考える能力を身につけ、それを広めることが、長い目で見れば個人、地域、国を発展させるのです。そうすれば真の平和までは難しいかもしれませんが、今より少しはましな世の中になるのではないかと、私は思っています」

(取材/林口 由紀)

国際緊急援助と私(上)

喜多 悦子

宝塚で生まれて

皆さん、こんばんは。この暑い中、夕方2時間も勉強しようという皆さんの熱意に私は感動します。今日はこれまでの自分の歩みを振り返ってみるにはとても良い機会だと思って、まとめてみました。私は初めは小児科医をやっていましたが、わりあい早い時期から、難民や紛争などにもかかわってきました。

生まれは兵庫県の宝塚、小浜村という村です。軍国主義のため、「産めよ、増やせよ」と言われていた時代、1939年に生まれました。実は私を妊娠中、母は肋膜炎にかかりました。そして医師に「母体もたないから中絶しろ」と言われたそうです。今の途上国の紛争と同じで、「お国のために男の子が生まれるかもしれない、だから墮ろしちゃいけない」、そんなことなどがあって、私は生まれることができました。「あなたは生まれる前に棺桶が用意されていたのよ、だから滅多なことでは死なない、とても強い運をもっている」と、母方の祖母からよく言われたものです。

やがて第二次世界大戦を経験します。皆さん、「B 29」と聞いてパッとわかりますか？ B 29というのはボーイング社の29番目の戦闘機なのです。当時は、子どもがいたずらをする、「B 29が来るぞ」と脅かされ、皆泣きやんだものです。少年兵がおり、毒マスクがあり、神社の中を戦車が通る、そんなことが身の周りにあった、そうい

う時代でした。

私が小学校に入る頃、日本は戦争に負けました。栄養失調、蚤、しらみ、回虫。日本人の子どもたちのほぼ100%が、寄生虫をもっていました。今でこそ美しく着飾っている私と同世代の人たちも、皆子どもの頃はおなかの中に寄生虫をもっていました。

小浜村はやがて宝塚町、宝塚市へと変わります。民主主義という言葉も出てきました。しかし、価値観が変わったということに大人はなかなかついていけない。子どもの頃、なんとなくそんなことを感じていました。日本ですらそうだったので、今、世界的に言われているポストコンフリクト(紛争後)の国で、どうこの価値観の変化への対応を扱ったら良いのでしょうか？

高校時代、トム・ドゥーリー(Dr. Tom Dooley)という人と巡り会いました。トム・ドゥーリーは「Deliver us from Evil」(悪魔から我らを救いたまえ)という本を書いた人です。この医師のベトナムでの冒険談を高校2年生の17歳の時、リーダーズ・ダイジェスト版で読みました。田舎の高校生でしたけれど、とてもとてもそれに感動して、リーダーズ・ダイジェスト社に手紙を書きました。そして原著を買うために、大阪の丸善でこの本を注文しました。10ドルちょっとの本ですが、1ドル360円の時代でした。今の学生と違ってなかなかお金がたまらない。お昼ご飯代やお小遣いを貯めました。高校から家に帰ってくるとお



喜多悦子氏：1965年奈良医大卒。約20年、小児科/臨床検査医学実践後、現国立国際医療センターに移籍。わが国初の紛争地派遣としてのUNICEFアフガニスタン事務所や、WHO本部緊急人道援助部などで勤務。紛争地に縁が深い。2002年エイボン女性大賞、大山奨励賞受賞。2001年より現職。現在ジョンス・ホプキンス大公衆衛生大学院上級研究員、早稲田大学アジア太平洋研究センター客員教授兼務。

なかが減って、よく食べます。そのうち父が、「おまえは何をしているんだ」と聞きます。「英語の本を買いたいんだ」と言うと、「それは偉い」と褒められ、足りないお金を出してくれ、ついにその本を買うことができました。これを読んだのが、そもそも私が医師になった動機の一つです。

日本の緊急援助、始まる

それでは、日本の国際緊急援助の歴史をたどってみましょう。

第二次世界大戦後、最初に来るのは朝鮮戦争です。このあたりで、日本が国として変わってきたと思います。その後ベトナム戦争がありました。ベトナムのボートピープルが出てきたのが1970年代の後半です。すでに1979年頃、国連高等難民弁務官事務所（UNHCR）はインドシナ半島難民のために、大きなお金を出していたのです。しかし、そんなことは日本ではほとんど誰も知らなかった。「難民」という言葉を聞くことすらなかった。ベトナムのボートピープルが日本に来ることによって初めて、日本は難民に直面すること

になったと思います。

カンボジアのポル・ポト時代最後の頃、日本政府は初めて、現地に日本人を送ることにしました。その際、タイ、カンボジアに行ったミッションの団長が緒方貞子先生でした。その提言を受けて日本は、政府としても人を送ることにしたわけです。

そのときの記録が【模索と行動】という本として、日本国際協力事業団（JICA）から発行されています。延べにして1,096時間の記録です。469人の医師・看護師が88の医療機関から派遣されました。いくつかの診療所から34名のボランティアも出ました。これは後の緊急援助のもとになり、日本の人道援助の草分けの時代を物語るものだと思います。

その頃私は、医師や看護師がそういうところに行ったということは知っておりました。しかし、どこの誰が何日くらい、タイ・カンボジア国境に行ったのか、ということについては知りませんでした。

1986年、そんな私が、JICAの中日友好病院に勤務する機会を得ました。当時はまだ奈良医大で助教授として血液学を教えていました。海外経験としては、1970年代のアメリカ留学がありましたけれども、中国に行くことになり、それが初めての途上国勤務経験となりました。その年の10月、国立病院医療センター（現国立国際医療センター）に国際協力部が生まれました。まもなく、このセンターの副院長と中国でお目にかかり、この新しくできた国際協力部に「就職しないか」というお誘いを受けました。

パキスタンへ

1988年、私は国立病院医療センターに就職しました。当時、1979年のアフガニスタン侵攻から約10年を経て、ソビエト軍がアフガニスタンから撤退するということがジュネーブ会議で決められました。それを受けて国連が、アフガニスタン復興のための大きなプロジェクトを打ち出しました。これは一つの国の復興を国連として試みた