

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 -カンボジアの事例より-

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 ²特定非営利活動法人アムダ

○ 岡本美代子^{1*} 菅波茂² 青山温子¹

1. はじめに

カンボジアでは、長期間の内戦とポルポト政権下での大量虐殺によって、社会的基盤が崩壊し、人材が激減した。このことが、現在においても復興開発に影響を及ぼしており、地域保健行政システムを含めた社会サービスシステム整備が遅れ、十分に機能していない。

1996年にカンボジア保健省は、WHOの協力の下に「Health Coverage Plan」を発表し、保健省、州保健局、保健行政地区の3段階の管理体制¹を形成した。保健行政地区には、1つの地区病院と人口約1万人につき1つの保健センターを配置する計画とした。具体的な保健医療サービスとして、保健センターに対しては、一般診療、妊産婦健診等、一次医療の基準として「Minimum Package of Activities (MPA)」を、地区病院に対しては、入院設備や臨床検査等、二次医療の基準として「Complementary Package of Activities (CPA)」を定めた。

1999年よりカンボジア保健省は、これらの政策に沿った地域保健行政システムを構築し機能させるために、アジア開発銀行 (ADB) の借款により、一部の地区において保健行政を委託する契約事業を実施した。この事業では、委託団体としての保健省が受託団体としての民間団体 (NGOs・企業等) と契約することが前提とされた。

本報告では、この契約事業が有効であった点と問題点を事例に基づいて分析し、今後の開発途上国での地域保健行政システム整備における契約事業の可能性を検討する。

2. 契約事業による地域保健行政システム開発

(1) 事業背景

事業は、1999-2002年の4年間(第1フェーズ)、2003年の1年間(第2フェーズ)、2004-2007年の4年間(第3フェーズ)の3フェーズから構成される。受託団体は、契約地区での事業運営に関し、人事、運営資金管理、薬剤・消耗品の調達等、管理運営に関する権限を一定期間譲渡され、その期間内に一般住民や妊産婦、貧困層における保健施設利用率、予防接種率等を指標として一定の成果を達成することを義務づけられた。具体的な事業内容は、地区レベルでの保健行政システムの構築による保健行政の管理運営とそれに携わる人材の育成、及び地域住民への保健医療サービスの提供であった。運営資金は、保健省と財務省の承認後、定期的に直接ADBから受託団体に供給されるように計画された。加えて、この事業と並行し、ADBの借款により当概地区で医療施設が建設された。

(2) アムダ - アンロカ地区保健事業の概要

事例は、日本のNGOであるアムダが受託団体として、首都プノンペンから80km南に位置する人

¹ 州保健局 (Provincial Health Department) は全国で22、保健行政地区 (Health operational district) は現在74存在する (2004年)。また、保健行政地区は一般行政地区 (Administrative boundary) とは異なっている。

口約 12 万人の農村部、タケオ州アンロカ保健行政地区にて実施された、1999 年から 2004 年 4 月末までの第 1・2 フェーズ期間の事業である。終了時までの達成目標は、アンロカ地区の保健局、1 地区病院、9 保健センターの管理運営を改善させること、MPA 及び CPA をはじめとする活動の質を向上させること、そして地域住民に保健医療サービスを提供すること等により、地域保健行政システムを構築することであった。

1999 年から 2000 年には、保健医療サービスの質の向上と、物品管理、会計等の一般事務に関する人材育成がなされた。保健行政地区の職員の殆どは、保健省に属する医療従事者であるため、保健医療サービスに関してはある程度の知識があったが、管理運営業務に関して体系的な知識がなかった。加えて、これらの職員は、保健医療サービス以外に事務等の管理運営業務も兼任することになっていて、その全ての責務を認識していない状況であった。尚、規定数の保健センター、及び地区病院における入院施設の建設が、同時期に並行して実施された。

2000 年から 2002 年には、医療施設の機能充実に焦点をおいた。特に、保健センターと地区病院の 24 時間運営や双方の連携、診療費の有料化等が、カンボジア国内の他の地区に先駆けて実施された。2002 年末までに、受診率、施設分娩率、予防接種率等の指標において保健省と契約した水準を達成した。しかし、計画では定期的実施されるはずであった保健省と財務省の承認の過程に時間がかかり、運営資金の配給は常時 3 ヶ月以上遅延した他、保健省によって配置された公務員数は 1999 年当初と殆ど同数であり、全施設の管理運営をするために受託団体が増員をしなければならなかった。

2002 年以降では、アンロカ地区の職員による管理運営、地域住民の参加を促進し、地域保健行政システムの形成を目指した。これらは、当時保健省が発表した「保健医療分野戦略 2003-2007」に示された方針に沿ったものであった。アンロカ地区の管理運営体制を整備する中で、職員が中心的役割を徐々に担うことにより管理運営能力の向上が図られた。尚、当初の建設計画の一部が実施されなかったが、受託団体の資金によって地区病院に臨床検査棟を建設し、CPA 機能を補填した。各保健センターでは、地域住民の参加による村落保健支援会が組織され、月一回の意見交換によって保健医療サービスの改善が検討された。このように地域保健行政システムが機能するようになって、地域住民からの信頼が増し、医療施設利用が向上した。そして、2003 年末には、アンロカ地区の職員が主体的に地域保健行政システムの管理運営に参画するようになった。

(3) 契約事業において有効であった点

契約によって受託団体が明確な監督責任を有したことにより、目標であった地域保健行政システムの形成と同時に貧困層を含む地域住民全体への保健医療サービス供給が達成できた。また、運営資金支給が常時遅れたことや計画されていた施設が整備されなかったことに対しては、受託団体がその資金を用いて調整したため、事業全体には影響が及ばなかった。

さらに、受託団体と地区保健局が協働することにより、管理体制やその運営能力が高められ、地方分権化が促進された。後期には、受託団体が地区保健局に意図的に管理運営責任の比重を移していくことにより、オーナーシップが育成された。

また、該当地区での利害関係にしばられない受託団体が公的事業を管理運営することにより、診療費設定や診療費免除の対象となる貧困者の認定が公正に行われた。当事者である地区保健局は、診療収入が減少することから貧困者の認定に消極的であったが、受託団体により公正な判断が促進

された。

(4) 契約事業において問題であった点

保健省、受託団体、ADB の役割が不明瞭であり、生じた問題の解決が困難であった。運営資金の支給遅延や施設の未整備等があった場合、受託団体は契約目標を限られた時間で達成するため、予定外の自己資金の使用をせざるを得なかった。このことは、報告書に記され、協議会にて毎回議題に挙げられたが、責任の所在が曖昧で問題解決に至らなかった。

また、契約事業の評価に施設利用率等の指標が使用されたが、事業の本来の目的である保健行政の管理運営とそれに携わる人材の育成、及び地域住民への保健医療サービスの提供について直接的に評価することができなかった。

さらに、当該事業地区のみが急速に発展したため、州保健局や周囲の他の保健行政地区との管理運営能力の格差が広がった。このことは、受託団体には事業結果に契約上の責任があるため、その管理運営能力を駆使して契約目標を期限通りに達成したことによる。加えて、これらの事業地区を将来的にどのように活用し国全体の保健システム構築を目指すのかを、保健省や ADB が受託団体や地区保健局に明確に伝えなかったため、不明瞭なまま事業を進めなくてはならなかった。

3. 考察

(1) 委託事業関係者の役割の明確化

契約事業には、「資金提供者」、「委託団体」、「受託団体」の 3 者が存在する。事例では、保健省内部での情報共有が不足していたことや国全体の保健政策への位置づけが曖昧であったこと、政府内での保健省と財務省との承認の過程が不透明であったことにより生じた問題があり、「委託団体」である保健省の契約事業の担当部署と「受託団体」の 2 者の間では解決不可能であった。3 者それぞれが明確な役割を担うことが必要である。

本来、3 者の果たすべき役割として、次のようなものが考えられる。「受託団体」の役割は、該当地区での地域保健行政システムを構築し契約目標を達成すること、そして問題を解決するように「委託団体」に働きかけることである。「委託団体」の役割は、運営資金を速やかに支給し、必要な人材を配給すること、問題が生じた場合に調整をすること、さらに、モニタリング・評価を実施して今後の政策目標や事業活用の方策を決定することである。そして、「資金提供者」の役割は、中立的立場から前 2 者の調整をすること、及び「委託団体」の管理運営能力を評価し、適切な助言を行うことである。

(2) 直接的事業評価の必要性

医療施設利用率等の指標は、事業の効果だけでなく、民間医療の利用、慣習、気候や道路状況等の様々な要因の影響を受ける。これらの指標による評価は、事業の影響を全体として把握する参考にはなるが、地区保健局の管理運営能力を評価するには必ずしも適切ではない。さらに、受託団体がその指標の短期的改善を目指して地域住民に金銭等を与えて受診を促す等の操作が可能であり、長期的改善を目指した人材育成等を軽視してしまう危険性もある。

事例では、運営資金の支給や地区保健局職員の配備等は保健省の責任とされていた。これらを受託団体による補填に依存したまま評価しても、地区保健局自体の管理運営能力の評価には繋がらない。

地区保健局の管理運営能力を評価するためには、①施設の整備や資金・物資の支給状況、②組織構成や24時間運営等の管理体制整備状況、③人材の配備状況、④人材の医療技術や管理運営の能力が評価できる指標を、今後検討することが必要である。事業によって地区保健局にもたらされた管理運営能力を直接的に評価することにより、問題の所在と今後の対策について検討することが可能となるであろう。

しかし、カンボジアのような後発開発途上国では、保健省が運営資金や人材等を保障することは容易ではない。例えば、人材の絶対数不足を補うための教育施設の整備や、より長期的な資金援助も考慮するべきではないかと考えられる。

(3) 今後の契約事業の方向性と有効利用

事例では、発展した事業地区と州保健局や周囲の他の保健行政地区との間で管理運営能力における格差が拡大してしましたが、今後この事業をいかに活用し、国全体の保健システムを構築していくのかを検討する必要がある。

そのために、これまでの事業の成果を活用し、自立発展性のある地域保健行政システムの管理運営を目指していかなければならない。例えば、地区保健局の管理運営能力の向上に伴って外部からの資金を漸減し、責任を徐々に受託団体から地区保健局へ移譲していくことは、自立発展性を促進するために必要であろう。また、事業地区は、一定の管理運営能力があり、データ収集体制も整っていることから、HIV/AIDSや結核対策等、他のプログラムのパイロット地区として活用することによって、そのプログラムの効果を検証し、発展させることが可能であろう。さらに、この地区を他の地区保健局職員の実践研修の場として利用することによって、周囲の地区との管理運営能力の格差を縮めることも期待できる。

4. 結論

開発途上国での保健医療分野における契約事業では、監督責任が明確化され、社会的弱者までサービスが迅速に行き渡ることや地方分権化の促進、公正性の確保等、多くの利点がある。一方、委託団体、受託団体、資金提供者の役割の明確化や事業評価方法、契約後の方向性の検討等、多くの課題もある。今後、開発途上国の地域保健行政システム整備の一策として契約事業を発展させるには、これらの課題をさらに検討する必要がある。

* [連絡先] 〒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
岡本美代子 電話：052-744-2109 FAX：052-744-2114 e-mail: miyo758@med.nagoya-u.ac.jp

報 告

カンボジアでの日本の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

International assistance activities by a Japanese NGO in the
health sectors of Cambodia after natural and man-made disasters

岡本美代子

Miyoko Okamoto

特定非営利活動法人アムダ・カンボジア¹

AMDA Cambodia

キーワード：NGO、国際支援活動、開発途上国

Key words：Non Governmental Organization (NGO), international assistance activity,
developing country

Summary

This study aims to examine how to effectively implement international assistance activities in the health sectors of developing countries after natural and man-made disasters, by using case-studies of a Japanese Non Governmental Organization (NGO) in Cambodia.

The study concludes that, in order to implement effective international assistance activities, NGOs need to adequately assess the situation ; to share the information with others ; to implement the activities based on the health policies of the local governments with long-term visions including eventual handover ; to incorporate comprehensive inter-sectoral approaches ; to take strategic measures against corruption. Moreover, NGOs need professionalism to enhance effectiveness by having clear objectives, monitoring and evaluation of activities.

One point that needs to be strengthened is coordination : NGOs, Official Development Assistance agencies and other international organizations, recognizing individual missions and roles each other, need to have common strategies for solving fundamental problems and for assisting the local government fully to stand on its own feet.

1 現在の所属先：名古屋大学大学院 医学系研究科 国際保健医療学 博士課程

要 約

本研究の目的は、カンボジアでの国際協力に関わる日本の民間団体（Non Governmental Organization：NGO）による保健医療分野での短期的・長期的国際支援活動の事例を用いて、自然災害や紛争後の開発途上国における効果的な国際支援のあり方を検討することである。

NGOによる国際支援を効果的に進めるには、現状の的確な把握と情報の共有、被災地政府の保健政策をもとに自立を最終目的とした長期的視野を含んだ活動、他分野との連帯による包括的なアプローチ、汚職を防ぐ対策が重要である。さらに、明確な目標と計画をもとに適時活動評価を行い、効果的な活動を追求するプロフェッショナリズムの姿勢が必要である。今後、開発途上国の政府の根本的問題の解決と自立を目指し、NGO、政府開発援助機関や国際機関が各々の使命と役割を認識し、目的を共有した上で、一貫性を持った国際支援活動に取り組む事が必要である。

I. はじめに

開発途上国では、人材・資源の不足により、一般に、保健医療状況は劣悪であり、保健政策の実施、システム整備が遅延している。特にカンボジアでは、長期間の内戦とポルポト政権下での大量虐殺が現在にまで影響を及ぼしており、人的、物質的、経済的資源が圧倒的に不足している。そのため、適切な保健医療サービスを充実させることを目的に国際的支援が必要とされている。しかし、現実には、様々な問題があり、国際支援活動の実施は容易ではない。

本研究の目的は、カンボジアでの日本の国際協力に関わる民間団体（Non Governmental Organization：NGO）による支援活動の事例を用いて、自然災害や紛争後の開発途上国における国際支援活動の方向性を探り、効果的な国際支援のあり方を検討することである。

本稿では、まず、カンボジアの近代史と社会背景を簡単に紹介した後、カンボジアの保健行政とその機能について述べる。次に、日本のNGOによる保健医療分野での、短期的

（自然災害）・長期的（紛争後復興開発）国際支援活動の事例を通し、国際支援活動が、現地保健行政側の主体性を尊重しつつ、不足する側面を補うことにより、将来も持続可能なシステム作りにもどのように貢献できるかを概説する。

II. 方 法

カンボジアで2000年に発生したメコン川流域大洪水緊急援助活動と1999年から実施されているアンロカ地区保健事業の二つの事例を用い検討した。2002年1月から2004年4月まで、特定非営利活動法人アムダ（AMDA）²カンボジア支部において参与観察を実施し、また過去の事例に対しては、関係者へのインタビュー調査、既存資料をもとに分析した。

尚、本研究において、カンボジア王国政府保健省、AMDA本部ならびにAMDAカンボジアの了承を得た。

III. カンボジアの近代史と社会背景

カンボジアは、1863年から1953年に及ぶフ

2 特定非営利活動法人アムダ（AMDA）とはAssociation of Medical Doctors of Asia の略で、岡山に本部を持つ特定非営利活動法人（NPO）である。1984年に設立され、被災者への緊急救援活動（短期間）、保健医療・教育・生活環境向上支援等の地域開発活動（長期間）を行っている。現在、世界16カ国で活動している。

ランスの植民地支配を経て、1953年に独立した。1960年代になると、ベトナム戦争の影響を受けるようになり、1970年のクーデター以来、国内にも紛争が頻発した。続く1975年から1979年のポルポトを指導者とするクメール・ルージュの支配時に大量虐殺がなされ、全国民の約20%が犠牲となった。特に、教育者、宗教家、技術者、医師を含めた保健医療専門職などの知識人は、真っ先に殺害されたため、1979年の親ベトナム政権樹立時には、著しい人材不足に陥った。その後、1991年のパリ和平協定に基づく国連カンボジア暫定統治機構 (United Nations Transitional Authority in Cambodia : UNTAC) の介入により、1993年には民主的な選挙が実施された。1997年に首都で武力衝突が起こったが、それ以降は比較的安定した情勢が続いている。

IV. カンボジアの保健政策・システム

1979年当時、医療従事者は著しく不足していたが、生き残ったカンボジア人医療従事者数十人とベトナム人医師らにより、保健省の再建が始められた。その後現在に至るまで、カンボジア保健省は、諸外国や国際機関の援助を受けながら、保健医療分野の改革を積極的に進めている。1996年から始まった「ヘルス・カバレッジ・プラン」では、適切な地域への保健施設の設置、人事、管理計画、また保健省、州保健局、地区保健局、地区病院、保健センターの整備とネットワーク作りに取り組んでいる。また、2002年に発表された「保健医療分野戦略2003-2007」は、保健省主導のもと、住民のニーズ、貧困層など社会的弱者への対応、人材育成対策など8項目の柱を掲げ、国家の保健医療システムを効果的に改善し発展させることを目指している。

保健行政は、「ヘルス・カバレッジ・プラン」に沿って、保健省 (国家レベル)、州保健局 (州レベル)、地区保健局 (地区・郡レベル) の三段階の管理システム³により形成されている。地区保健局の下には、地区病院、保健センターが人口割合に合わせて均等に配置されている。地区病院では補足的医療活動 (Complementary Package of Activities : CPA)、保健センターでは基本的医療活動 (Minimum Package of Activities : MPA)⁴ というガイドラインを定めて、プライマリーヘルスケアの理念に則った施策を効果的に展開しようとしている。

これらの行政システム、保健政策は日々の保健行政活動の基本となるが、現状は、人材、物資、資金が不足し、十分機能していない。以下にこの三つの問題点についてそれぞれ述べる。

(1) 人材

人材の問題の中には、各種の保健医療従事者の数と質および、事務・会計などを含めた組織的な管理能力も含まれる。医療従事者の数は、WHOによると1998年において人口100,000人に対し、医師 (準医師も含まれると思われる) 29.7人、看護師73.8人、助産師28.8人である。現実には都市に集中しているため、首都以外の地区では慢性的な医療従事者不足に陥っている。医師がいない地区では、無資格ながら長期間ボランティアとして保健施設を手伝っている者や再トレーニングして採用された伝統的産婆など、数字上は、正規採用の公務員以外の医療従事者が存在するとしても、実際には、データに現れている以上に現状の医療従事者不足は深刻である。

数の不足に加え、医療従事者の質も問題で

3 州保健局は全国で22、地区保健局は74存在する。また、地区保健局は一般行政地区 (Administrative boundary) とは異なっている。

4 CPA基準として、各地区病院では一般診察、救急・外科、合併症のある分娩、入院 (結核を含む) 設備、外来検査 (X線検査室、臨床検査室、超音波画像診断室) 等の第二次医療、MPA基準として、各保健センターに一般診察、妊産婦検診、正常分娩、薬局、各種予防接種、遠隔地診療や保健教育を含んだ総合的の第一次医療がある。

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。

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）

(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ヵ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

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、カンボジアにおける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ヵ月以上、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、将来的に現地業務に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模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、多角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

巻頭言 次世代育成支援政策の推進	喜多川 幸子
特集1 ネットギラリシ <i>Internet Gullibility</i>	谷合 雅利子
研究レポート	
大卒者の就業意向と就業状況の調査	藤地 節子
一歩前進の女性起業家たち	
女性活躍の取り組み	
シンクタンク	
研究レポート	
シンクタンク 女性高学歴者の就業意向	本誌編集部
Women's View	
今どき女子のキャリア	
2002年 賞状 女性の活躍推進法施行後の就業状況	
きょうのキーワード 国産化粧品	
資料掲載 高学歴女性の就業意向調査	
なるほど! シンクタンク	高橋由希子
さよなら	

3
2004



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*

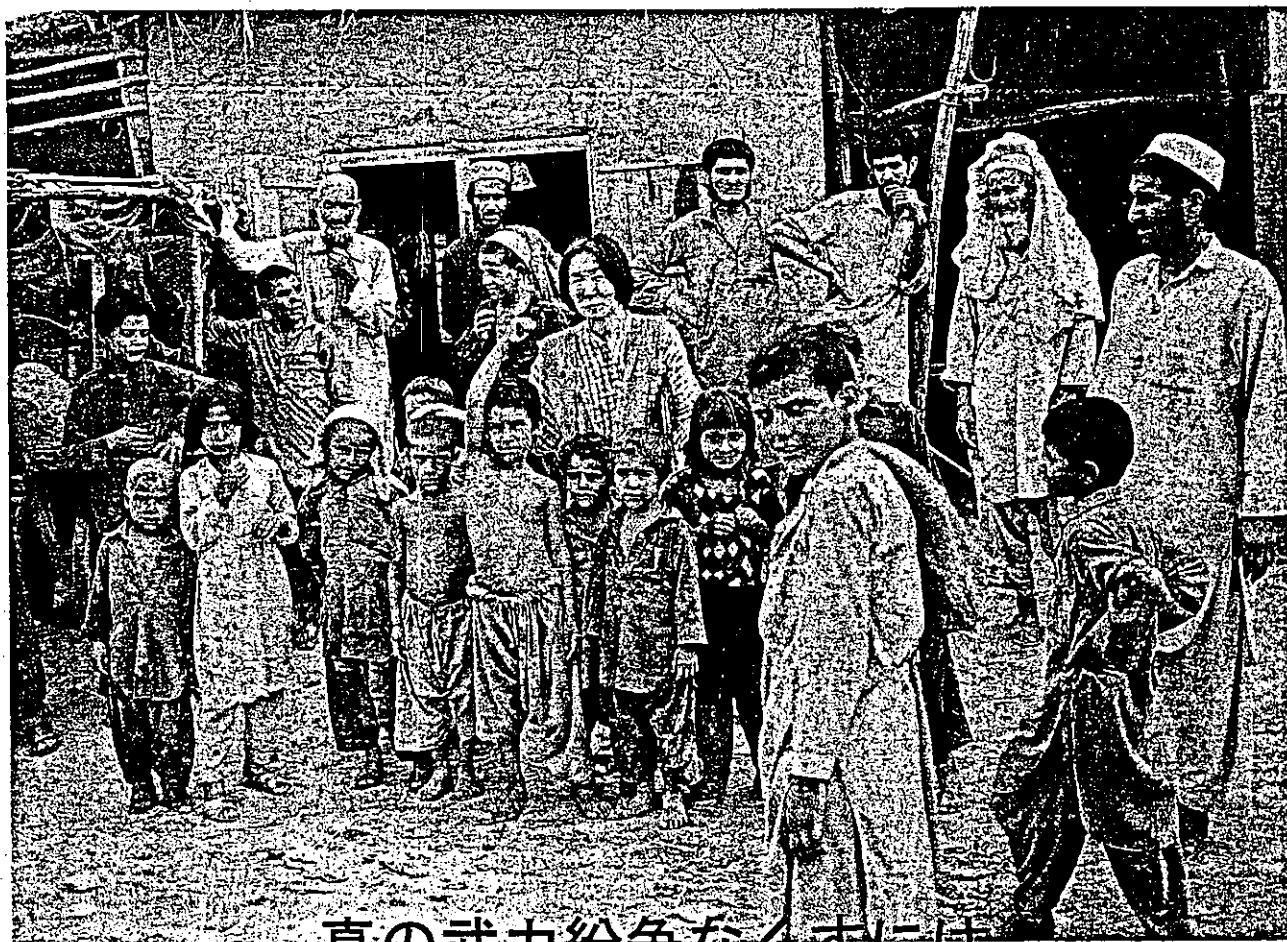
写真・文 落合由利子

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見環境を

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、人口密度がニゲタはおるか、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ぬのかな……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。

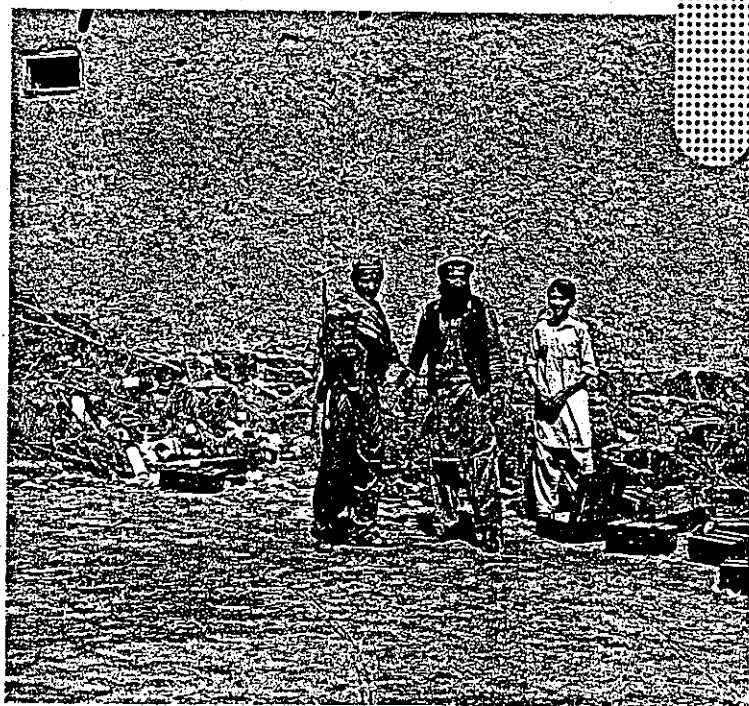
「わたしはムシャヒディーンを産生する」

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、350万人が東隣のパキスタンへ、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ったといえる。

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から、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)」状態が続いていた。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ない女性があり、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。