

# 紛争・災害後復興期の国に対する JICAの保健医療分野支援のあり方



紛争・災害後復興期の国に対するJICAの保健医療分野支援のあり方

平成18年12月 独立行政法人 国際協力機構 国際協力総合研修所

平成18年12月

独立行政法人国際協力機構  
国際協力総合研修所

総研
JR
05-25

# 紛争・災害後復興期の国に対する JICAの保健医療分野支援のあり方

青山 温子

名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学

平成18年12月

独立行政法人国際協力機構  
国際協力総合研修所

本報告書は、平成17年度独立行政法人国際協力機構客員研究員に委嘱した研究成果をとりまとめたものです。本報告書に示されている様々な見解・提言などは必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可無く転載できません。

---

発行：独立行政法人国際協力機構 国際協力総合研修所 調査研究グループ

〒162-8433 東京都新宿区市谷本村町 10-5

FAX：03-3269-2185

E-mail：iictas@jica.go.jp

---

# 目 次

略語表	ii
要約	v
SUMMARY	ix
1. はじめに	1
2. 紛争・災害と保健医療分野の問題	3
2-1 開発途上国における紛争・災害	3
2-1-1 開発途上国の紛争	3
2-1-2 開発途上国の災害	6
2-2 紛争・災害により起こる健康問題	7
2-3 紛争・災害後の保健医療分野支援	10
3. 紛争後国・被災国に対する保健医療分野の支援	12
3-1 日本政府による支援	12
3-1-1 緊急人道援助から復興開発支援へ	12
3-1-2 日本の援助の特色・成果と課題	25
3-2 他の援助機関による支援	26
4. 事例検討：中東・パレスチナに対する復旧・復興支援	32
4-1 中東・パレスチナの紛争と社会背景	32
4-2 パレスチナの保健医療セクターの状況	33
4-3 復旧・復興支援の現状とその課題	34
5. 紛争・災害後の保健医療分野支援のあり方	38
5-1 紛争・災害の状況と対象国の背景要因への対応	38
5-2 日本政府による復旧・復興支援の成果と課題	39
5-3 JICA の復興支援に対する提言	41
参考文献	46
付属資料	51
資料1 中間報告書：事例検討—パレスチナ・エジプト・ヨルダン現地調査結果	53
資料2 イラクにおける女性医師の状況—日本・エジプト協調 対イラク医療協力 カイロ大学 第三国研修 参加者面接調査結果	99
筆者略歴	117

## 略 語 表

ATC	Anti Terrorism Certificate
ADB	Asian Development Bank
ASEAN	Association of South - East Asian Nations
BSN	bachelor of science in nursing
CHE	complex humanitarian emergency
DAC	Development Assistance Committee
DDR	disarmament, demobilization, and reintegration
DFID	Department for International Development
ECHO	European Commission's Humanitarian Aid department
EMRO	WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean
EU	European Union
GIS	geographic information system
GNI/c	gross national income per capita
HIV/AIDS	human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome
IBRD	International Bank for Reconstruction and Development
ICRC	International Committee of the Red Cross
IDA	International Development Association
IRC	International Rescue Committee
JDR	Japan Disaster Relief Team
JICA	Japan International Cooperation Agency
LTTE	Liberation Tigers of Tamil Eelam
MDGs	Millennium Development Goals
MONUC	United Nations Organization Mission in the Democratic Republic of the Congo
MSF	Médecins Sans Frontières
MSH	Management Sciences for Health
NGO	non-governmental organization
ODA	official development assistance
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PA	Palestinian National Authority
PECDAR	Palestinian Economic Council for Development and Reconstruction
PHC	primary health care

PPA	Performance-based Partnership Agreement
PRCS	Palestine Red Crescent Society
PSF	Pharmaciens Sans Frontières
PTSD	post-traumatic stress disorder
SARS	severe acute respiratory syndrome
SCF	Save the Children Fund
TOT	training of trainers
UNDP	United Nations Development Programme
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
UN-OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
UNTAC	United Nations Transitional Authority in Cambodia
USAID	United States Agency for International Development
VAT	value added tax
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization
WPRO	WHO Regional Office for the Western Pacific



## 要 約

多くの開発途上国では、民族・宗教の違いや政治・経済の不安定状況をきっかけにして地域紛争が多発しており、人々の健康が直接的・間接的に重大な影響を被っている。また、開発途上国における自然災害では、災害規模に比して被害の大きいことが多く、貧困、教育の遅れ、不均衡な経済開発、社会インフラの不備などが関与している。紛争・災害後の開発途上国に対しては、保健医療や食糧など緊急人道援助がなされてきたが、多くは一時的効果しかなく、長期的開発や紛争・災害予防に連携しなかった。紛争予防や防災には、緊急期から、復旧、復興、さらに長期開発期にわたる切れ目ない戦略的支援が必要とされている。保健医療分野の復興支援は、人道的に必要とされるのみならず、社会インフラ整備、人材養成、地域社会の再生などを促進し、平和構築や防災を進める手段としても有効であろうと考えられる。また、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）や、日本の政府開発援助（official development assistance：ODA）大綱・中期政策に掲げられた「平和構築」「人間の安全保障」の考え方に沿った支援活動といえる。

本研究では、地域紛争後あるいは自然災害後の復興期にある開発途上国に対して、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）が実施する保健医療分野の援助活動がより効果的となるよう、具体的に提言することを目的としている。JICA や他援助機関による保健医療分野の復興支援に関する資料と、復興支援事例の現地調査結果に基づき、JICA による保健医療分野復興支援の概念的枠組みを提示し、実行可能な活動オプションを提案することをめざしている。なお、災害後の状況は紛争後と同一ではないが、復興期の支援方法には共通点が多いため、本研究においては、紛争後復興支援を中心として論ずることとした。

紛争・災害後の開発途上国における健康問題は、その背景要因から、次のように分類できる。

- ① 紛争・災害によって直接的・間接的に引き起こされた健康問題：
  - 紛争・災害による直接的な健康問題：戦闘・地雷・建造物崩壊などによる外傷、食糧不足による栄養障害、紛争による心的外傷と精神保健問題など。
  - 保健医療サービス体制の崩壊によって生じる間接的な問題：医療施設の破壊、機材・薬品の不足、保健医療専門職の絶対数不足による、保健医療サービス停止など。
  - 難民・国内避難民など、多数の人が移動することによって生じる問題：大量の避難民が集中した場所の環境衛生問題、感染症の拡散、難民受入地住民の健康問題など。
  - 広範な社会システムの崩壊によって生じる問題：治安の悪化、道路・通信・電力・水などの社会インフラ崩壊による保健医療サービス中断など。
- ② 復興による社会環境変化によって生じる健康問題：人口急増、移住、国外からの支援の急速な流入、格差拡大などによる新たな問題。
- ③ 社会開発・経済開発の遅れによって生じる開発途上国に共通の健康問題：小児下痢症、呼吸器感染症、マラリア、結核などの感染症、栄養障害、妊産婦の健康問題など、開発途上国に共通する健康問題。

紛争・災害後の時間経過につれて、援助の目的・内容は変化する。紛争・災害の性質や社会背景、援助状況などにより期間は多様で、地域格差や紛争再燃により緊急期と長期開発期が並存することもある。

- ① 緊急 (emergency relief)：紛争中、紛争・災害直後の人道援助で、役務提供・物品供与が中心となる。保健医療サービス提供、医薬品供与、巡回診療、飲料水・食糧供給など。
- ② 復旧 (rehabilitation)：紛争・災害で破壊された社会インフラを応急処置的に機能できる状態にする。医療機材供与、医療施設再建、短期教育による人材の量的充足など。
- ③ 復興 (reconstruction)：中長期的戦略のもとに復旧事業を再編し持続可能な社会システムを開発する。保健医療中期戦略策定、専門職人材養成、医療施設建設と再編など。
- ④ 長期開発 (long-term development)：通常の開発援助で、貧困削減、社会・経済開発を促進する。保健医療サービスの質的量的改善とシステム形成、専門分野技術協力など。

日本の援助の特色・成果と課題をまとめると、以下のようになると考えられる。

- ① 東南アジアについては、人的・物的交流が多く情報が豊富なため、迅速にニーズを把握して支援している。中東やアフリカでは、欧米諸国の存在が大きく、治安上、直接介入することが難しいこともある。
- ② 復旧支援が決定されてから実施されるまでに、長期間を要することがある。実施までの期間を見越して、当面のニーズに捉われすぎることのないように、援助内容を計画するべきである。
- ③ 緊急人道支援・復旧支援には、無償資金協力による物的支援が中心となっており、JICAのほか、国際機関経由、NGO (non-governmental organization) 支援、自衛隊派遣なども行われている。物的支援と技術的支援が連携していないことがある。
- ④ 支援内容の、技術的・専門的検討が不十分なことがある。保健医療セクター全体の水準を把握して、長期的視点のもとに計画・実施することが重要で、緊急から長期開発へと継続的に移行させることが大切である。
- ⑤ 母子保健、感染症対策など特定専門分野の技術協力を得意としており、人材の質的向上に貢献してきた。対象国の条件によっては、現地で活動する特定専門分野の専門家が不足していることもある。
- ⑥ 援助規模に比して政策形成面での関与が弱く、中長期的展望が不足している。政策形成能力のある専門家がいなかったことがある。
- ⑦ 日本の援助としての一貫性を確保しながら、他のドナーと分担していく方策を考える必要がある。国際機関、他の援助機関、研究機関、NGOなどと、知見や経験を共有するべきである。
- ⑧ 対象国政府の意向を重視しすぎると、内容、対象地が必ずしも適切でなかったり、実施に極めて長期間を要したりすることがある。リカレントコスト負担が困難な場合、キャパシティ・ビルディングを進めながら、当面のコストを負担する方策が必要である。

復興支援は、緊急・復旧支援を整理再編して長期開発支援につなぐ時期の支援で、紛争・災害予防に寄与する支援でなければならない。以下に、JICA 復興支援を進めるに留意する点をまとめた。

- ① 紛争・災害の性質、規模、発生地域、時間経過などを考慮する。
- ② 対象国の政治的・経済的・社会的背景、及び保健医療セクター全体の状況を考慮する。
- ③ 緊急から長期開発に至るまで、一貫して継続的に支援する。
- ④ 中長期的戦略のもとに、支援を計画・実施する。
- ⑤ 複数セクターのプログラムを連携させ、並行して実施することにより効果を増幅できる。
- ⑥ 無償資金協力、技術協力、NGO 支援など各種スキームを有機的に連携させる。
- ⑦ 国際機関、他の援助機関、NGO、研究機関などと情報交換し、相互補完的な協力関係を確保する。
- ⑧ 対象国における政策形成に、継続的に参画する。
- ⑨ 支援内容を決定する際の、技術的アセスメントを強化する。
- ⑩ 将来の復興開発に必要な現地の人材を、早期から養成する。
- ⑪ JICA の果たすべき役割、中長期的支援や技術協力に強みがあることを意識して支援を計画する。

JICA が、保健医療分野における復興支援をどのように進めるべきかについて、以下のように提言する。

- ① 保健医療政策への関与：  
政策形成能力があり他のドナーと議論する技量を備えた専門家を派遣して、一定の決定権を付与する。保健医療セクター全体の水準を考慮し、セクター内での位置づけを意識して計画・実施する。
- ② 緊急・復旧支援からの継続的支援：  
緊急・復旧支援として物的支援を実施する際、適切な技術的アセスメントをするか、国連機関や NGO を経由して供与する。実施時期が遅れることを考慮に入れて計画する。
- ③ 政府の実行能力への対応：  
国際機関、NGO やコンサルタントなどと契約する。専門家派遣や研修により政府職員の能力を向上させる。援助を数期に分け一定条件を満たしてから次期援助を実施する。
- ④ 状況変化への対応：  
中長期的戦略に留意し、緊急・復旧期の援助が必要でなくなった場合、整理・再編する方策を、あらかじめ検討しておく。
- ⑤ 自立に向けての方策：  
財政支援が必要となったり、リカレントコストが捻出できなかつたりする場合、直接負担するか、別のスキームで補填することを考慮する。並行してキャパシティ・ビルディングを進め、税制整備や医療費導入などにより、収入源を確保できるよう支援する。

- ⑥ 地域格差の縮小：  
紛争予防や防災には、紛争・災害の危険性のある地域でプロジェクトを実施し地域格差を縮小する。直接 JICA が実施するのが困難な場合は、NGO、国連機関などを活用する。
- ⑦ 分野・課題・地域・カウンターパートの選択：  
限られた人員と資金により、効果的で日本の存在感を示すことのできる支援をするため、慎重に情報を分析し、実施する領域を選択してある程度絞り込む。
- ⑧ 技術協力・人材養成：  
中長期開発に必要な人材を早期から養成する。首都や地方中核都市での指導者養成から始め、日本人専門家に加え、現地の人材や外国人専門家を活用する。格差の縮小に役立つ分野・地域を選び、対立していた双方が参加できる形で技術協力を進める。現地での活動が困難な場合、研修生招聘を主体とする。日本での、長期間の留学、中堅人材に対する短期専門研修、政府要職者に対する管理研修などのほか、周辺国や第三国での研修や、テレビ会議方式による研修も考えられる。
- ⑨ 施設・機材の整備：  
医療施設整備としては、地域の中核病院を対象とすることが適当である。医療機材選定には、技術的アセスメントを十分に行い適正な機材を適正な施設に供与する。技術協力と施設・機材などの整備が関連づけられた一貫した支援を実施する。
- ⑩ 国際機関・NGO・現地人材の活用：  
治安の問題や現地での人員不足から、実施が難しい場合、現地で活動している国際機関や国際 NGO、有能な現地 NGO や現地コンサルタントを活用する。

## SUMMARY

Regional conflicts occur frequently in many developing countries, due to the differences of ethnicities and religions, or to the unstable social and economic situations. Conflicts cause serious impacts on health of the people directly and indirectly. Natural disasters in developing countries often bring much worse consequences comparing to the magnitude of the disasters, because of the poor social and economic backgrounds. Most of the emergency humanitarian assistance have only temporary impacts, but would not contribute to the long-term development or prevention of conflicts and disasters. Thus, it is needed to develop ways of strategic assistance for the post-conflict and post-disaster developing countries. Health sector reconstruction assistance aims to achieve basic human needs, as well as to facilitate peace-building and disaster prevention through rebuilding social infrastructures and local communities. This contributes to achieve the Millennium Development Goals (MDGs), and follows the principles of Japan's official development assistance (ODA) Charter and the Mid-Term Policy on ODA.

This study aims to make concrete recommendations to improve effectiveness of reconstruction assistance in health provided by Japan International Cooperation Agency (JICA), presenting conceptual frameworks and feasible options based on literature reviews and site-visits. As post-conflict and post-disaster reconstruction strategies in developing countries share many issues, this study mainly focuses on post-conflict reconstruction assistance.

Health issues in post-conflict/ -disaster developing countries can be categorized as below.

- ① Health problems caused by conflicts and disasters directly or indirectly:
  - Health problems directly caused by conflicts and disasters: injuries due to battles, land mines, and destruction of buildings; nutritional disorders due to food shortage; mental health issues.
  - Health problems indirectly caused by destruction of health service systems: destructions of health facilities; shortage of medical equipment and drugs; and lack of health care workers.
  - Health problems due to migration of large number of people as refugees and internally displaced people: environmental sanitation; spread of infectious diseases; host communities' health issues.
  - Health problems caused by the wide range of destruction of social systems: poor security; destruction of social infrastructure including roads, communications, power, and water.
- ② Newly aroused health problems due to changes of social environment during reconstruction: rapid increase of population; flush of foreign aids; increase of social and economic gaps.
- ③ Common health problems in developing countries due to social and economic under-development: diarrhetic diseases; respiratory infections; malaria; nutritional disorders; maternal health issues.

Types of post-conflict/ -disaster assistance along with time are categorized as below.

- ① Emergency relief: Humanitarian assistance during conflicts and immediately after conflicts and disasters that provides medical services, equipment, drugs and foods directly.
- ② Rehabilitation: Recovering social infrastructure destroyed during conflicts and disasters through providing with short term training, medical equipment, and health facilities.
- ③ Reconstruction: Development of sustainable social systems through restructuring rehabilitation activities based on mid- to long term development strategies.
- ④ Long-term development: Developmental assistance such as improving quality and quantity of health services; developing sustainable health service systems; and technical cooperation.

JICA should consider the followings when it plans and implements reconstruction assistance.

- ① Consider the nature of conflicts and disasters, magnitudes, places, time, etc.
- ② Examine political, economic and social backgrounds, as well as status of the overall health sector.
- ③ Continue to provide assistance from emergency relief to long-term development.
- ④ Prepare and implement assistance based on mid- to long-term strategies.
- ⑤ Make effective linkages among various sector programs implemented simultaneously.
- ⑥ Make effective linkage among various schemes such as Grant Aid, Technical Cooperation, etc.
- ⑦ Share information with other aid agencies, and establish relationship of mutual collaborations.
- ⑧ Keep participate in policy making processes of the developing country.
- ⑨ Improve technical assessments during preparation and identification of assistance programs.
- ⑩ Train necessary human resources as early as possible.
- ⑪ Recognize roles and strengths of JICA, while preparing and implementing the assistance.

Recommendations to JICA for improving health sector reconstruction assistance are as follows.

- ① Contribute to health policy making through dispatching specialists capable for policy making.
- ② Conduct proper technical assessments for preparing emergency relief and rehabilitation assistance.
- ③ Contract with implementing agencies while building capacity of government officials.
- ④ Restructure emergency and rehabilitation assistance to adapt changing situations.
- ⑤ Build sustainable mechanisms while assisting budgets and recurrent costs.
- ⑥ Reduce regional gaps by focusing underprivileged areas with risks of conflicts and disasters.
- ⑦ Choose appropriate areas, issues, regions and counterparts, and focus on a specific area.
- ⑧ Train human resources required for mid- to long-term development as early as possible.
- ⑨ Improve facilities and equipment, linked with technical cooperation.
- ⑩ Work with partners such as international organizations, NGOs, and local human resources.

# 1. はじめに

アジア、アフリカ、中東などの多くの開発途上国では、民族・宗教の違いや政治・経済の不安定状況をきっかけにして地域紛争が多発しており、人々の健康が直接的・間接的に重大な影響を被っている。銃撃・地雷などによる死亡・外傷、感染症の発生・拡大、女性に対する性的暴力や拷問などの人権侵害、地域保健活動の停止、食糧不足と栄養障害など、紛争は、さまざまな形で人々の健康を脅かす。

また、開発途上国における自然災害による被害は、災害そのものの規模に比して大きいことが多い。これは、貧困、教育の遅れ、不均衡な経済開発、社会インフラの不備などが背景にあることによるものである。被災地では、災害による外傷のみならず、環境衛生悪化、飲料水・食糧不足、保健医療サービス中断、精神的ストレスなどによって、健康被害が引き起こされる。

紛争・災害後の開発途上国に対しては、国際機関や先進国援助機関が、保健医療や食糧などの緊急人道援助を実施してきた。しかし、そのほとんどは一時的効果しかなく、その地域の長期的開発や、紛争・災害の予防に連携していかなかった。紛争・災害によって引き起こされた、人々の心身の不健康状態は、それ自体問題であるだけでなく、さらなる貧困と開発の遅れをもたらし、新たな紛争勃発や災害被害拡大の要因となる。したがって、紛争予防や防災には、緊急期の人道援助から、復旧期、復興期、さらに長期的開発の時期にわたる切れ目のない戦略的支援が必要とされている。

紛争・災害後の復興支援、及び紛争予防・平和構築・防災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、具体的方法論は、なお十分ではない。保健医療分野の支援は、人道的に必要とされるのみならず、社会インフラ整備、人材養成、地域社会の再生などを促進し、平和構築や防災を進める手段としても有効であろうと考えられる。また、紛争・災害後の開発途上国に対する保健医療分野支援は、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）の達成に貢献する活動であるし、日本の政府開発援助（official development assistance：ODA）大綱・中期政策に掲げられた、「平和構築」「人間の安全保障」の考え方に沿った支援活動といえる。

このような状況をふまえ、本研究では、地域紛争後あるいは自然災害後の復興期にある開発途上国に対して、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）が実施する保健医療分野の援助活動がより効果的となるよう、具体的に提言することを目的としている。すなわち、JICAや他援助機関による保健医療分野の復興支援に関する資料の分析と、復興支援の事例の現地調査結果に基づき、JICAによる保健医療分野復興支援の概念的枠組みを提示し、今後の活動において実行可能なオプションを提案することをめざしている。

JICAが実施した保健医療分野復興支援の事例として、パレスチナ・エジプト・ヨルダンにて現地調査を実施した。JICAはパレスチナに対し積極的に復興支援を進めており、また、周辺国のエジプト・ヨルダンでは、イラクやパレスチナの人材養成が実施されてきた。なお、当初は、近年で最も積極的な復興支援が行われたアフガニスタンを対象とすることも検討したが、治安上の問題から現地調査は困難と判断した。また、現地調査に加え、JICAや他援助機関などの復興支

援に関する資料を収集して有効であった点と問題点、その背景にある、紛争・災害の性質、地理的状況、対象国の社会・政治状況、日本側の支援体制、他援助機関との関係など、多様な要因について総合的に検討した。

なお、災害後の状況は紛争後と同一ではないが、開発途上国においては、いずれの場合も経済・社会開発の遅れが被害拡大や復興の遅れの要因となっている。したがって緊急期をすぎ復興期となると支援方法にも共通する点が多い。この研究においては、紛争後の復興支援を中心として論ずることとし、災害後については、概要に触れるにとどめた。

本報告書では、まず、開発途上国における紛争・災害の状況と保健医療分野の課題について概観する。さらに、日本政府による支援の特色、成果と課題、他の援助機関による支援活動について、資料に基づいて検討する。次に、中東・パレスチナの事例について現地調査結果に基づいて分析する。最後に、それら分析結果をふまえて、JICAの保健医療分野復興支援のあり方について提言する。

## 2. 紛争・災害と保健医療分野の問題

### 2-1 開発途上国における紛争・災害

#### 2-1-1 開発途上国の紛争

第二次世界大戦の終結した後も、世界各地では、地域紛争が常時10ヵ所くらいで戦われ、それ以外に20ヵ国ほどが紛争の危機にあるという状況が続いている。それら地域紛争は、民族や宗教の違いをきっかけとしていても、実際には、土地、水、鉱物資源などの利権を争っていることが多い。さらに植民地政策や東西冷戦構造など、外部の政治的・経済的要因などが加わって、対立が増大した。このような国や地域では、幾世代にもわたって抗争を繰り返していることが多く、近代兵器の導入により被害は拡大している。

東西冷戦構造のもとで、多くの開発途上国では、政府軍及び反政府軍がそれぞれ東西いずれかの陣営から援助を受け、代理戦争を戦ってきた。しかし、冷戦終結後の1990年代以降は、イデオロギー的対立よりも、民族や宗教上の対立、貧困、開発の遅れ、そして不安定な政治状態を背景に武力紛争が発生している。そして、複合人道災害（complex humanitarian emergency：CHE）と呼ばれる状態が世界各地で増加し、1990年代の10年間には、世界中で大小103にもものぼった。CHEとは、大量の難民が発生し、それにともなって食糧不足と不衛生な生活環境が生じ、武力による殺傷以上に過剰の発病や死亡が増える状態をいう。正規訓練を受けた職業兵士たちが戦う国家間の戦争とは異なり、CHEでは、民族浄化や大量虐殺など一般人を巻き込んだ人道の危機が発生し、援助に携わる者の安全も保障されないことが多い。1991年のソマリア内戦、1994年のルワンダ大虐殺、1999年のコソボ紛争などが、その例である。

表2-1 長期紛争後の開発途上国4ヵ国の社会指標

		カンボジア	アフガニスタン	スリランカ	コンゴ民主共和国
面積*	(千km <sup>2</sup> )	177	652	65	2,267
人口	(千人)	13,798	28,574	20,570	55,853
GNI/c	(US\$)	320	250	1,010	120
成人識字率	男性	85	—	92	80
	女性	64	—	89	52
中等教育就学率	男性	31	24	84	24
	女性	20	—	89	13
出生時平均余命*	男性	53	—	72	45
	女性	56	—	76	46
1人当たり医療費*	(US\$)	32	14	32	4
乳児死亡率	(出生千対)	97	165	12	129
5歳未満死亡率	(出生千対)	141	257	14	205
妊産婦死亡率	(出生10万対)	440	1,600	92	1,300
合計特殊出生率		4	7	2	7
安全な水	(%)	34	13	78	46

出典：UNICEF：The State of the World's Children (2006)； \* The World Bank: World Development Indicators (2005)

これら開発途上国における地域紛争のなかには、第4章で事例として示すパレスチナ紛争をはじめ、数十年以上もの間継続してきたものも少なくない。建国後ほとんど安定した時期のなかった国があり、難民状態での生活が3世代以上にも及ぶ人々がいる。以下に、長期間の地域紛争が停止して復興支援活動の行われている開発途上国の例として、(1)カンボジア、(2)アフガニスタン、(3)スリランカ、(4)コンゴ民主共和国の、紛争の経緯について概観し、その背景要因について考察する。表2-1に、これら4ヶ国の主要な社会指標を示した。

### (1) カンボジア

カンボジアは、1953年フランスから王国として独立を果たしたが、第一次インドシナ戦争などの影響もあって、国内は完全に安定しなかった。隣国でのベトナム戦争に1965年から米国が直接介入を開始、1970年親米派による軍事クーデターが勃発した。国内は混乱したまま、1975年、ポル・ポト率いる武力勢力クメール・ルージュがプノンペンを掌握、以後4年数ヶ月の間に、当時の人口500万人程度のうち約170万人が虐殺された。1979年ベトナム軍の支援を受けたヘン・サムリン政権によりポル・ポトは追放され大虐殺は終わったものの、反ベトナム勢力との間に内戦が継続した。1989年ベトナム軍は撤退、1991年パリで包括的和平合意が成立、1992年、国連カンボジア暫定統治機構（United Nations Transitional Authority in Cambodia：UNTAC）の管理下に、新生カンボジア王国が誕生し、以後復興開発が進められている。

カンボジアは、20年余の内戦後、和平に至り、国際社会の支援のもと、比較的順調に復旧・復興から長期開発の過程へと進んできている。その要因としては以下が挙げられる。

- ① 仏教徒のクメール人が多数を占め、民族・言語・宗教などの構成が比較的単純である。
- ② ほぼ平坦な国土で、国内の地理的アクセスが比較的容易である。
- ③ 日本をはじめ、国際社会から一貫した強力な支援がある。
- ④ タイ、ベトナムなど周辺諸国が比較的政治的に安定しており経済的發展が進んでいる。
- ⑤ 国内に強力なリーダーシップが存在し、反政府勢力が弱い。

### (2) アフガニスタン

アフガニスタンは、インドを植民地化した英国との3度にわたるアフガン英戦争に勝利し、独立国として王政が続いたが、1973年の軍事クーデターにより共和制に移行した。1979年ソビエト軍がアフガニスタンに軍事介入、国民の約3分の1は難民となり、西側の支援を得たムジャヒディンによる闘争が続いた。1989年ソビエト軍の完全撤退後も、ムジャヒディン軍閥間の抗争が続き、1996年イスラム原理主義を掲げるタリバンがカブールを制圧するまで無法状態にあった。テロリストを支援し女性を抑圧したタリバン政権は、2001年米国の空爆により崩壊、暫定政権発足により、国際社会からの復興支援が開始された。

アフガニスタンは、22年に及ぶ内戦後、国際社会が積極的に介入して復興活動を進めているものの、なお治安が十分に保たれない状況にある。その背景として、以下の要因が挙げられる。

- ① パシュトゥーン、ハザラ、タジク、ウズベクなど、文化・言語の異なる多様な民族が分割された地域社会を形成していて、もともと統一国家としてまとまっていなかった。

- ② 各地に武装勢力が存在し、局地的戦闘、テロ、略奪が続いている。イスラム原理主義を掲げる国際テロ組織と協調する集団も存在する。
- ③ 全土の治安維持ができるほどの規模で外国軍が投入されていない。
- ④ 山岳地のためアクセスは容易でない。国境管理が困難で武器やテロリストが容易に出入する。地理的条件により、反政府武装集団追討も困難である。
- ⑤ 新政府のリーダーシップが弱い。政府軍が弱い。少数派民族がタリバン打倒に貢献したため、新政権内の民族バランスをとりにくい。
- ⑥ 内戦中に破壊された社会サービスや経済活動のインフラの復旧・復興が、治安が悪いことによりなかなか進行せず、生活が改善されないため国民に不満が残っている。

### (3) スリランカ

スリランカは、1815年以來英国の植民地であったが、1948年、英連邦内自治領セイロンとして独立した。多数派シンハラ人による政府は少数派タミール人を排斥、1956年にシンハラ語公用語法を制定したことから、タミール人とシンハラ人が対立し暴動が発生した。1972年国号がスリランカとなった後もシンハラ人優位の政策が続き、タミール人は、「タミール・イーラム解放のトラ（Liberation Tigers of Tamil Eelam：LTTE）」などの武装組織を設立して武力闘争を始めた。1983年からタミール人武装勢力と政府の間で本格的な武力紛争が始まり、1987年より駐留していたインド平和維持軍も1990年に撤退、北部・東部州をLTTEが占領することとなった。1990年代を通して、北東部を中心とした激しい戦闘や首都などでの無差別爆弾テロなどが続き、死者6万人以上、20万人が難民となり、80万人が国内避難民となった。2001年に停戦、ノルウェー政府の仲介により、2002年にスリランカ政府とLTTEとの間で無期限停戦文書が調印された。しかし、その後の和平交渉は進展していない。

スリランカは、一部地域を戦場として19年に及ぶ民族紛争が続き、現在停戦中とはいえ、まだ完全な和平には達していない。スリランカの紛争の特色は以下の点である。

- ① 少数派タミール人が多数派シンハラ人の政府に対して分離独立を求めた民族紛争に端を発する。しかし、反政府組織支配地域住民は必ずしも紛争を支持しておらず、政府統治地域のタミール人は、スリランカ国民として社会サービスを受けることができる。現在では、当初の民族自立の意義は薄れ、反政府組織による権力闘争化している。
- ② 停戦中ではあるが、完全な和平に達しておらず、紛争再燃の可能性がある。
- ③ 紛争地域が限定されていたため、非紛争地域では社会・経済開発が進行し、社会開発水準は良好である。政府の行政能力は比較的高い。
- ④ 反政府組織支配地域の住民は、政府の社会サービスを十分受けられなくなり、移動にも制限を受け、格差が拡大した。
- ⑤ 民主主義国のため、選挙民の意向を配慮し、政府は反政府勢力の要求に妥協しにくい。

### (4) コンゴ民主共和国

コンゴ民主共和国は、1960年ベルギーからの独立後も抗争が続き、国内は分裂して安定は得

られなかった。1964年に国連軍撤退、1965年モブツが大統領に就任、1971年国名をザイルとし、部族間抗争を制圧、また隣国アンゴラが左派政府だったことから西側諸国との友好関係を維持、中国や近隣独立国家とも関係を進展させた。その一方、モブツは、独裁政治を続け、搾取、汚職により個人資産を蓄積した。1994年、隣国ルワンダ内戦により170万人のフツ族難民が流入し、ザイル国内でフツ族対ツチ族の民族紛争が始まった。1996年、モブツ政権とツチ族との抗争から第一次コンゴ戦争が始まり、反政府組織がルワンダはじめ周辺諸国の支援を得て勝利し、1997年にモブツ政権は崩壊、ローラン・カビラが大統領となり国名をコンゴ民主共和国とした。しかし、再び反政府勢力が武装蜂起し周辺諸国が派兵、9ヵ国と12武装グループが参戦する第二次コンゴ戦争が勃発した。1999年、周辺諸国との間に停戦合意が成立し、国連コンゴ民主共和国ミッション（United Nations Organization Mission in the Democratic Republic of the Congo：MONUC）が設置され停戦監視軍が派遣されたが、戦闘は続いた。この戦争で約380万人が死亡、数百万人が国内避難民または難民となり、各派兵士による、殺戮、略奪、鉱物資源採掘地の占拠などが横行した。2001年ローラン・カビラが暗殺されジョゼフ・カビラが大統領に就任、その後和平交渉が進展、2002年には関係諸国や武装グループが包括和平に合意し停戦に至った。2003年、暫定政府が発足し復興が始まったが、東部などは依然として不安定な状況が続いている。

コンゴ民主共和国は、独立以後37年間、国内の分裂と独裁政権が続き、その後、周辺国を巻き込んだCHE状況に陥り、2003年以降和平を進めつつあるもののまだ不安定な状況にある。コンゴ民主共和国の紛争の特色は以下の点である。

- ① 典型的なCHEの様相を呈し、民兵による殺戮・略奪が行われ、多数の難民が生じた。援助側にも危険が及ぶため、十分な緊急人道援助は困難であった。
- ② 独立以来、内戦や独裁政権が続き、安定して経済・社会開発を進める状況になかった。政府の行政実施能力は低い。
- ③ 経済・社会インフラが未整備で、人材も不足している。社会開発水準は低い。
- ④ 極めて多数の部族・民族が存在する。部族間の対立・利権争いが起こりやすい。
- ⑤ 国土は広大でアクセスも悪く、統治が困難である。国境の管理がされていない。
- ⑥ 鉱物資源が豊富なため、利権や支配地域に関する争いが起こりやすい。
- ⑦ 周辺諸国も不安定である。周辺諸国からの介入が多い。

## 2-1-2 開発途上国の災害

地震、津波、火山噴火、台風、洪水、竜巻、落雷、旱魃などの自然災害は、人々の生命や健康を損ない、生活や社会活動、経済・産業の基盤となる環境を破壊する。その多くは予測不可能であるが、火山噴火や台風などの自然災害では、気象変化や地殻変動に関する研究の進歩や情報の収集伝達手段の発展によって、予知や警告がある程度可能である。日本はじめ先進国では、災害に備えてさまざまな準備体制や防災対策を整えて、被害を縮小するような予防的措置をとっている。他方、開発途上国では、頻繁に災害が発生しているにもかかわらず、災害に対する準備や被害を縮小する対策は限られている。その結果、災害が発生してから救援活動に追われることになる。

災害の規模が同程度であっても、発生した場所の人口密度や、災害に対する対応能力の違いによって被害は異なり、開発途上国では先進国に比べて著しく大きな被害が生じている。途上国では、もともと経済・社会基盤の開発が進んでいないために被害を予防する備えができていないうえ、災害復興活動の組織体制も整っておらず緊急予算配備もできないため、災害後の復旧・復興も遅れがちである。また、大規模災害においては、現地の受入能力をはるかに超える国外支援が集中してしまい、援助物資の乱入が新たな災害ともいえる状況になることがある。

また、災害の種類・発生場所・時間帯などによって、社会集団ごとに被害状況が異なってくることもある。同じ地域の中でも、災害への対応能力が弱い社会的弱者がより大きな被害を受けやすいし、災害後の生活再建に至るまでの長期的負担も極めて大きい。高齢者、障害者、女性、子ども、貧困者、外国人などは、迅速に避難することなどが、身体的・社会的・経済的に困難であったり、情報伝達が遅れたりすることがある。

地震や洪水など自然現象による自然災害は、戦争や化学工場事故のように人間が関与して起こる人為災害とは性質の異なるものとされてきたが、自然災害であっても人的関与を無視できない場合も多い。河川上流の山林乱伐の結果、下流で洪水が起こったり、遊牧民を一定地域に定住させたため旱魃・飢饉の規模が拡大したりすることなどが挙げられる。途上国の大都市周辺にあるスラムは、本来は居住に適していない場所に、農村からの出稼ぎ者や不法移住者が住みついてできあがっており、そこに災害が起きると災害の規模を超えた被害が発生している。最近の自然災害では、被災との因果関係を明確にすることが難しくなっており、経済開発のひずみが、自然災害の被害をいっそう大きくしている。

このように、災害被害が拡大するのは、災害そのものの規模のみならず、社会状況が要因となっている。復興にあたっては、長期的な社会・経済の開発を視野に入れ、継続可能な計画を進めることが重要で、特に災害弱者に対しては、緊急期から復興期まで継続的な支援が必要とされる。

## 2-2 紛争・災害により起こる健康問題

紛争・災害後の開発途上国における健康問題は複雑な様相を呈しており、あらゆる種類の課題が山積しているように見える。そのなかから、緊急を要する課題と長期的取り組みが必要な課題を判別して、優先度を判断し、介入手段を選びながら戦略的・計画的に取り組んでいく必要がある。

まず、紛争・災害後の開発途上国の健康問題は、背景要因を考えると、表2-2のように分類される。これらは独立した問題ではなく、相互に関連しあっており、紛争・災害後の開発途上国の健康問題を複雑化している。多くの場合、低開発と貧困が、紛争発生や災害被害拡大の要因となっており、紛争・災害によってますます開発が遅れ貧困が拡大するという悪循環が繰り返され、紛争後の復旧・復興から、長期的な開発に進むのは容易ではない。このように、紛争・災害後の開発途上国の健康問題には共通点が多く、緊急期から中長期的展望をもって対策を考える必要がある。

## (1) 紛争・災害によって直接的・間接的に引き起こされた健康問題

紛争・災害発生直後の緊急期に始まり、復旧・復興期にかけて継続的な対応を必要とする問題である。途上国・先進国を問わず紛争・災害後の国に共通する問題であるが、途上国の場合、紛争前から社会基盤が不備で人材も不足しているため、緊急期対応やその後の復旧・復興が遅れてしまう。

### 1) 紛争・災害による直接的な健康問題

戦闘・地雷・建造物崩壊などによる外傷は、緊急期に対応を要する。後遺症を残し身体障害者となることもある。紛争では戦闘要員となる男性の死傷が多い一方、女性は性的暴力などの被害者となることが多い。幼小児や妊産婦は、食糧不足による栄養障害を起こしやすい。紛争による心的外傷には精神面でのケアを必要とし、暴力的環境が続くことによる地域全体の精神保健問題も考慮しなければならない。

### 2) 保健医療サービス体制の崩壊によって生じる間接的な問題

医療施設の破壊、機材・薬品の不足など、保健医療サービスのインフラが破壊されるうえ、保健医療専門職が死傷したり国外に流出したりして絶対数が不足する。その結果、それまで機能していた保健医療システムは崩壊し、保健医療サービス供給ができなくなるか、その質が著しく低下する。

### 3) 難民・国内避難民など、多数の人が移動することによって生じる問題

大量の難民・国内避難民が集中した場所では、飲料水確保や下水処理などの不備から環境衛生の問題が生じ、下痢症などの流行の要因となる。また人が移動することにより、感染症がこれまで流行していなかった地域に拡散することがある。加えて、各援助機関の提供する保健医療サービスが一定しておらず、継続性を欠くことがあるし、難民期間が長期化すると、援助によるサービス提供への過度の依存が生じる。また、避難民受入地の多くは開発途上国であり、環境悪化によってその地域の住民にも同様の健康問題が起こるばかりか、国際援助が避難民のみに偏ると、地域住民の状況のほうが悪化してしまうこともあり得る。

### 4) 広範な社会システムの崩壊によって生じる問題

紛争・災害後の治安の悪化、道路・通信・電力・水などの社会インフラの崩壊などにより、保健医療サービスの提供や保健医療システムの復旧・復興が妨げられる。これらに対しては、保健医療分野から介入することはできないが、同時進行的に対策をとる必要がある。

## (2) 復興による社会環境変化によって生じる健康問題

復興期に入ると、紛争終結後の人口急増、災害復興にともなう移住、国外からの支援の一部地域や特定分野への急速な流入、経済機会を得た人と得られなかった人の格差拡大などによる新たな問題が生じる。各援助機関が十分調整することなく大量の援助を集中すると、類似したプログラムが重複して行われるなどの問題が生じる。保健医療セクター全体を見渡した計画のないままに支援が行われると、人材や医療費などの管理体制がないままに病院再建が先行するなどして、将来、持続可能な保健医療システムを形成する妨げとなってしまうことも起こり得る。帰還した人々が都市に流入し非衛生的なスラムに居住したり、都市で性産業が隆盛して性感染症が増加した

り、国外から新たな感染症がもたらされたりすることもある。また、紛争と急速な復興を経験するなかで人々の価値観が変化し、地域社会とその伝統文化を喪失し家族や地域住民の連帯感が崩壊するといった、精神保健上の問題を生じることもある。

### (3) 社会開発・経済開発の遅れによって生じる開発途上国に共通の健康問題

貧困・低教育水準・専門職人材の能力不足・社会インフラ不備・国内格差・政府の執行能力と予算不足・法的枠組みの不備など、開発途上国に共通の背景要因によって引き起こされている問題である。例えば、小児の下痢症、呼吸器感染症、マラリア、結核などの感染症、栄養障害、妊産婦の健康問題など、開発途上国に共通するさまざまな健康問題や、農村貧困地域に医療サービスがないこと、医療サービスの質と価格を政府が規制できないことなどが挙げられる。これらは紛争・災害の発生前から存在していたわけだが、紛争・災害によってさらに悪化したり、紛争・災害のなかった他の開発途上国に比して対策が著しく遅れたりして問題が増幅される。また、紛争・災害に対する国際支援が入ったために、これまで見過ごされていた問題が発見されることもある。これらの問題に対しては、長期的開発のアプローチが必要とされる。

表 2-2 紛争・災害後の開発途上国の健康問題

	紛争・災害によって直接的・間接的に引き起こされた健康問題 (狭義の紛争・災害後国の健康問題)	
(1)	1) 紛争・災害による直接的な健康問題	戦闘・地雷・建造物崩壊などによる外傷、食糧不足による栄養障害、心的外傷など
	2) 保健医療サービス体制の崩壊によって生じる間接的な問題	医療施設の破壊、機材・薬品などの不足、保健医療専門職の不足など
	3) 難民・国内避難民など、多数の人が移動することによって生じる問題	難民・国内避難民キャンプの環境衛生問題、人の移動にともなう感染症の拡散など
	4) 広範な社会システムの崩壊によって生じる問題	治安の悪化、道路・通信・電力・水などの社会インフラの崩壊など
(2)	復興による社会環境変化によって生じる健康問題	人口流入による都市貧困層の健康問題、HIV/AIDS など性感染症の拡大、調整不足の国際支援による体系的保健医療システム形成の遅れなど
(3)	社会開発・経済開発の遅れによって生じる開発途上国に共通の健康問題	保健医療システムの不備、低教育水準、ジェンダー格差、貧困、人材不足などに起因する問題

他方、個々の紛争・災害に特有の問題も存在する。例えば、カンボジアでは、ポルポト政権下で知識人や技術者が大量虐殺されたため、極端な人材不足が生じ、保健医療の復興に支障があった。また、アフガニスタンでは、タリバン政権が女性の教育や就業・社会活動を極度に制限したため、女性に対する保健医療サービスが不足して女性の健康が悪化した。スリランカでは、国全体の保健医療水準が比較的良好であるゆえに紛争地域の立ち遅れが際立っており、格差縮小が急務である。コンゴ民主共和国では、CHE 特有の住民に対する残虐な暴力行為が目立つ。このような個々の紛争に特有な健康問題には、その紛争に関する以下のような要因が影響している。

① 紛争の性質（民族紛争・資源に関する利権・イデオロギーなど）、紛争当事者（政府・軍

閥・ゲリラ・外国勢力)、戦闘要員(正規軍・民兵)

- ② 紛争の規模(国内地域紛争・二国間紛争・多国間紛争)、範囲(国内一部地域・全国)
- ③ 紛争期間(数十年・数年・数ヵ月)、頻度、停戦状況
- ④ 紛争前の社会開発水準(保健医療、教育、ジェンダー、貧困)
- ⑤ 人材の質と量、政府の実行能力、国内組織の完成度
- ⑥ 周辺国の経済・社会開発水準、先進国の関心と国際援助の程度

### 2-3 紛争・災害後の保健医療分野支援

紛争・災害後の時間経過につれて、援助の目的や内容は変化する。表2-3にその要点を示した。紛争・災害の性質や、その国の社会背景や政府の実施能力、援助の質と量などにより、それぞれの時期の長さはさまざま、復旧援助が数日間から数年間、復興援助が数ヵ月間から数年間要する場合がある。また、紛争再燃や地域格差により、例えば緊急援助と長期開発援助を同時に実施することも生じる。

表2-3 紛争・災害後の時間経過による援助目的・内容の変遷

援助目的	援助内容	保健医療分野支援
緊急 Emergency Relief	紛争中、紛争・災害直後の人道援助、役務提供・物品供与が中心となる。	保健医療サービス提供、医薬品供与、巡回診療、飲料水・食糧供給
復旧 Rehabilitation	破壊された社会インフラを応急処置的に機能できる状態にする。	医療機材供与、医療施設再建、短期間教育による人材の量的充足
復興 Reconstruction	中長期的戦略のもとに復旧事業を再編し持続可能な社会システムを開発する。	保健医療中期戦略策定、専門職の人材養成、医療施設建設と再編
長期開発 Long-term Development	通常の開発援助で、貧困削減、社会開発、経済開発を促進する。	保健医療サービスの質的量的改善とシステム形成、専門分野技術協力

紛争・災害直後の緊急期には、多数の援助機関によって緊急人道援助が実施される。保健医療分野では、援助側の役務提供により医療サービスを直接供給する、薬品や資機材を供与する、食糧・飲料水を支援するといった、サービスや支援物資を直接供給する方式の支援が多い。復旧・復興の段階に入ると、破壊された医療施設の再建、地域保健活動に携わる人材の養成など、被援助側が保健医療活動に参加していく体制となっていく。前述したような多くの健康問題に対応するため、はっきりとした優先順位がつかないままに、国内各地でいろいろな活動が十分に調整されないまま始められることも多い。

本格的な復興には、中長期的な計画のもとに、これまでの応急処置的な復旧事業を整理して、効果的で持続可能な保健医療体制をつくっていく必要がある。しかし、緊急期、復旧期から、復興・開発期への、すみやかな移行は容易ではない。実効的な援助調整は困難であり、新しい政府は人材も乏しく行政執行能力は不足しているし、紛争の再燃や治安の悪化によって復興事業が進められないことも多い。

また、紛争・災害直後には援助が殺到しても、その後ドナー機関の関心が薄れて支援が不足することもある。多くの NGO (non-governmental organization) が内容的に統一されていない援助活動を実施していたために、復興期に継続できないことがある。緊急期と復興・開発期において、中心となる国際機関が異なったり、各援助機関の緊急援助と開発援助のスキームと担当部署が異なったりすることからも、継続的な支援がなされにくくなることもある。

### 3. 紛争後国・被災国に対する保健医療分野の支援

#### 3-1 日本政府による支援

##### 3-1-1 緊急人道援助から復興開発支援へ

紛争後・災害後の開発途上国に対する日本の支援は、緊急人道援助として実施することから始められた。国際緊急援助活動は、1970年代後半、カンボジア難民を救済するための医療チームを派遣したことに始まり、その後、1987年「国際緊急援助隊の派遣に関する法律（JDR法）」が施行され、救助チームと専門家チームの派遣体制が整備された。さらに、1992年法律の一部改正により、災害の規模が大きく大規模な援助が必要となった場合などにおいては、自衛隊を派遣することができるようになった。

表3-1はこれまでの国際緊急援助活動の実績を示している。JICAは、被災国政府または国際機関からの要請に基づいて、国際緊急援助隊（Japan Disaster Relief Team：JDR）の派遣や緊急援助物資の供与を直接実施している。JDRは、救助チーム・医療チーム・専門家チーム・自衛隊部隊からなり、災害の状況に応じて、必要とされるチームが派遣される。通常、まず、救助・医

表3-1 国際緊急援助実施件数

年度	国際緊急援助隊派遣					物資供与 (民間物資を除く)
	救助チーム	医療チーム	専門家チーム	自衛隊部隊	合計	
1987	0	0	2	0	2	3
1988	0	4	2	0	6	12
1989	0	2	0	0	2	7
1990	2	2	2	0	6	14
1991	1	7	1	0	9	19
1992	0	1	2	0	3	18
1993	1	1	1	0	3	18
1994	0	0	1	0	1	14
1995	0	0	1	0	1	16
1996	1	1	0	0	2	24
1997	0	0	4	0	4	18
1998	1	4	1	1 (ホンジュラス・ハリケーン) 医療部隊含む	7	29
1999	2	5	3	1 (トルコ地震)	11	22
2000	0	3	0	1 (インド地震)	4	11
2001	0	0	0	0	0	9
2002	0	0	2	0	2	22
2003	2	2	2	1 (イラン地震)	7	15
2004	1	8	4	2 (タイ・インドネシア地震津波) 医療部隊含む	15	29
2005	1	3	0	1 (パキスタン地震)	5	15
合計	12	43	28	7	90	315

出典：JICA ウェブサイト、防衛庁ウェブサイト

療チームが現地に派遣されて災害救援活動を行い、その後専門家チームに引き継がれて復旧活動を支援する。医療チームは、被災者に直接医療サービスを提供し、必要に応じて感染予防などの対策も実施する。重症急性呼吸器症候群（severe acute respiratory syndrome：SARS）流行時には、ベトナムと中国に専門家チームを派遣し、予防対策に関する技術的助言を行った。また、ホンジュラスのハリケーン災害、インドネシアの津波・地震災害では、自衛隊の医療部隊も派遣された。

表3-2に、スリランカ、インドネシアの津波・地震災害後の日本の保健医療関連分野に対する支援の例を示した。インドネシアでの現地NGOを実施機関とした草の根・人間の安全保障無償資金協力は、被災後半年程度で実施された。しかし、ノン・プロジェクト無償資金協力については、スリランカでは被災後1年程度で実施、インドネシアでは早いもので約7ヵ月、遅いものでは被災後1年3ヵ月を経ても実施に至っていない。これらの支援は、災害復旧を目的として計画されたが、実施が1年以降になることを考慮すると、対象国の長期的な保健医療政策を十分考慮に入れて、長期開発の視点も加え適切な支援とする必要がある。

この災害において、スリランカでは、被災後から政府が適確に援助に対応、保健省は何が必要かをリストアップして支援を求めた。災害の規模は大きかったが一過性で、中央政府は被災しておらず、また、社会開発水準が高く中央と地方の行政能力が全般的に高いことが要因と考えられる。しかし、東部紛争地域が被災したことから、援助の配分をめぐるLTTE側との政治的駆け引きや、津波による地雷の流出といった災害以外の問題点が表出した。

他方、インドネシアでは、国際社会から多くの支援が表明されたにもかかわらず、実施が著しく遅れた。その要因として、震源地に近く、津波のみならず地震とその後の余震の被害も受けた

表3-2 スマトラ沖大地震・インド洋津波災害に対する無償資金協力（2004年12月26日被災）

スリランカ		
移動検診車供与計画	4,986万円	契約 2005年6月6日 実施 2006年1月
被災地 33 地方病院医療機材供与計画	1億4,589万円	契約 2005年6月10日 実施 2005年10月31日
狂犬病予防・診断施設機能回復計画	1,118万円	契約 2005年6月6日 実施 2006年1月
インドネシア		
アチェ州における人道支援計画* (実施団体：ムハマディア青年部)	26億6,217万ルピア	契約 2004年3月 実施 2004年7月～2005年3月
被災地アチェ州における巡回医療支援計画 (実施団体：ムハマディア青年部)	32億1,287万ルピア	車両供与 2005年2月 運営費供与 2005年4月
緊急支援物資（医薬品／医療器具）	医薬品／医療器具(1/2) 6,038万円	契約 2005年8月24日 実施 2005年9月27日
保健所再建事業		契約 2005年12月 実施 2006年4月
水道・衛生施設復旧作業（ウォータータンクトラック・ダンプトラック・エクスカベーターなど）	総額 約2億円	契約 2005年6月～10月 実施 2005年7月～12月

\*紛争地支援として計画・実施、津波被災により実施期間延長

出典：外務省「スマトラ沖大地震及びインド洋津波被害二国間無償資金協力に係る中間報告書」

表3-3 日本の対パレスチナ支援（1993年暫定自治拡大原則宣言後）

年度	プロジェクト	種類	支援額(億円)	年度総額(億円)*
1993	災害緊急援助(占領地区民救済)(日赤/UNRWA/WHOへの拠出)*	無償資金協力	29.72	29.96
	草の根無償(5件)*	無償資金協力	0.24	
1994	草の根無償(5件)*	無償資金協力	0.41	0.41
	研修員受入/調査団派遣*	技術協力	1.32	
1995	ガザ医療機材整備計画	無償資金協力	12.57	32.81
	災害緊急援助(パレスチナ人救済)(UNDP/UNRWA経由)*	無償資金協力	9.80	
	草の根無償(26件)*	無償資金協力	0.93	
	研修員受入/調査団派遣/開発調査*	技術協力	2.10	
1996	ジェリコ病院建設計画	無償資金協力	19.52	58.31
	緊急無償復興開発支援(UNDP日・パ基金に対する供与)*	無償資金協力	10.67	
	緊急無償復興開発支援(UNDPを通じた供与)*	無償資金協力	2.91	
	緊急無償復興開発支援(世銀ホルスト基金に対する拠出)*	無償資金協力	3.40	
	草の根無償(17件)*	無償資金協力	1.18	
	研修員受入/調査団派遣/開発調査*	技術協力	3.20	
1997	西岸地域医療機材整備計画	無償資金協力	16.26	52.58
	緊急無償復興開発支援*	無償資金協力	12.84	
	草の根無償(18件)*	無償資金協力	1.35	
	研修員受入/専門家派遣/調査団派遣/開発調査*	技術協力	5.46	
1998	アルクズ大学医学部機材整備計画(1/2期)	無償資金協力	5.06	73.01
	ハーン・ユニス地区衛生改善計画	無償資金協力	2.83	
	緊急無償復興開発支援(UNDP経由)*	無償資金協力	23.99	
	草の根無償(18件)*	無償資金協力	1.40	
	デイル・アル・バラハ市衛生環境改善計画			
	ガザ市障害児センター改善計画			
	ガザ地域ヌセイラート難民キャンプ障害者教育センター建設計画			
	ジェルサレム旧市街専用救急車配備計画			
研修員受入/調査団派遣*	技術協力	4.45		
1999	ワクチン接種拡大計画	無償資金協力	1.75	66.50
	緊急無償(復興開発支援)(UNDP経由)*	無償資金協力	11.84	
	草の根無償(25件)*	無償資金協力	1.92	
	研修員受入/専門家派遣/調査団派遣*	技術協力	4.30	
2000	第二次ワクチン接種拡大計画	無償資金協力	2.77	39.93
	緊急無償(パレスチナ住民支援)*	無償資金協力	11.03	
	草の根無償(28件)*	無償資金協力	2.02	
	研修員受入/調査団派遣*	技術協力	3.46	
2001	緊急無償(パレスチナ住民支援)(UNDP経由)*	無償資金協力	3.00	17.36
	草の根無償(34件)*	無償資金協力	2.47	
	研修員受入/開発調査/留学生受入*	技術協力	2.18	
2002	草の根無償(19件)*	無償資金協力	1.60	6.60
	研修員受入/留学生受入*	技術協力	1.79	
2003	予防接種拡大計画(UNICEF経由)	無償資金協力	2.34	32.66
	緊急無償(パレスチナ人への人道支援)*	無償資金協力	18.04	
	草の根・人間の安全保障無償(25件)*	無償資金協力	2.28	
	デヘイシャ難民キャンプ、診療所開設計画			
	ブレイジ保健センター理学療法室建設計画			
	ブレイジ難民キャンプ公衆衛生所再建計画			
	ヌセイラート難民キャンプ公衆衛生所再建計画			
	トゥルムサイヤ病院X線診断機材整備計画			
ベスレヘム地区身体障害者レンタル補助器具整備計画				
研修員受入/機材供与*	技術協力	1.68		
2004	予防接種拡大計画(UNICEF経由)	無償資金協力	2.90	88.63
	草の根・人間の安全保障無償(11件)*	無償資金協力	1.06	
	西岸地区身体障害者児童用レンタル補助器具整備計画			
	ガザ地区パレスチナ赤新月社血液検査機材整備計画			
	イスラエル・パレスチナ間信頼醸成精神衛生共同プログラム			
研修員受入/専門家派遣/調査団派遣/機材供与*	技術協力	2.48		

保健医療に関連する分野に対する支援を列挙。\*保健医療を含むすべての分野対象  
 出典：外務省経済協力局「政府開発援助国別データブック」(2005)；外務省ウェブサイト

こと、中央政府から遠く離れた自治区での災害であったこと、紛争地のため当初は大規模な国外援助の導入に政府が消極的であったことなどが、まず挙げられる。日本の支援は日本のコンサルタントが実施を管理したため、他ドナーの支援に比して順調に進められたと考えられている。援助実施が遅れた他の要因として、民主化後、政府の意思決定プロセスにより長い時間を要するようになったことも指摘されている。

災害後の場合と異なり、紛争中・紛争後の開発途上国においては、政府が確立されていない、安全が確保されない、現地に実施機関がなく援助の企画・調整にあたる人材は極めて少数しかいないなどの問題を抱えている。そのような状況下で、国際機関、各国政府、民間機関など多数のドナーが活動し、各々の政治的・経済的意向の絡んだ支援を進めるため、実効性のある援助調整はかなり難しい。また、散発的に紛争が再燃したり、武装した強盗や誘拐が横行したりするため、治安確保が難しい。また、政治的プロセスや援助の進行により、現地の状況は刻々と変化していく。現地のニーズを捉え、効果的かつ日本の貢献を国際社会に示すことのできる支援を進めるのは、容易ではないといえる。

このようなことから、これまで、日本政府は、国連高等難民弁務官（United Nations High Commissioner for Refugees：UNHCR）、国連開発計画（United Nations Development Programme：UNDP）、国連児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）、世界食糧計画（World Food Programme：WFP）、世界保健機関（World Health Organization：WHO）などの国際機関に資金を提供して、緊急人道援助に貢献することが多かった。表3-3に、暫定自治拡大原則宣言の出された1993年以降の、パレスチナに対する日本の支援について、保健医療に関連する分野を中心に列挙した。この表に挙げた以外にも、国連パレスチナ難民救済事業機関（United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East：UNRWA）を通じての食糧支援なども行われており、UNDP、UNICEFなど国際機関を通じた支援が目立っている。技術協力よりも無償資金協力が主体となっていて、しかも、緊急支援的な内容や小規模な草の根無償が多い。これは、現地の状況が不安定で流動的であったことや、紛争直後の場合など、現地に日本側の実施体制を整えることが困難であることに起因すると思われる。

欧米諸国の ODA では、現地で活動している Oxfam、CARE International、Save the Children Fund（SCF）など大手国際 NGO を実施機関として、これら NGO に委託契約するような方式で援助を実施することが多く、これらの国際 NGO が現地 NGO や現地スタッフを雇用して実際の活動を進めている。しかし、日本の ODA では、草の根無償による NGO 支援か、準公的機関ともいえる赤十字との連携程度に限られ、現地で活動する外国 NGO を実施機関とする方策がなかった。

その後、緊急人道援助の分野では、ODA と日本の NGO との協調が進められた。例えば、2000年に発足したジャパンプラットフォームは、NGO、経済界、政府の三者が連携・協力して、より迅速で効果的な緊急人道援助を行うためのシステムとなることを目的としている。日本の NGO の連合体である NGO ユニットを中心に、政府や財団、民間企業などが拠出した資金や機材などをプールし、緊急援助に向かう NGO がこれらを活用して迅速に対応できる仕組みとなっている。NGO ユニットには、日本赤十字社、セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン、難民を助ける会、JEN、ピースウィンズ・ジャパンなど 15 団体が参加している。これらの NGO は、2001 年インド西部

大地震での被災地支援や、アフガニスタン支援、イラク危機対応緊急人道支援などの活動を展開した。特に、アフガニスタンの場合、緊急段階は政府資金を中心に活用したので NGO が迅速に出動でき、その後の復興段階では民間の募金が寄せられて支援活動を継続することができたとのことである。

このように、紛争後国への支援は、緊急支援的意味合いが強かった。しかし、冷戦終結後の 1990 年代以降、開発途上国では地域紛争が繰り返され、人道上の問題のみならず、世界全体の安定や、経済・社会開発上の大きな問題となった。緊急援助が紛争予防には効果のないことが理解され、紛争後の復旧・復興を支援し、紛争予防と平和構築を進めることが、先進諸国や開発援助機関にとっても、より重要な課題となった。

国際社会では、日本の支援に対する期待も高まった。日本が本格的に復興支援に取り組んだのは、1992 年からのカンボジアに対するものが最初といえよう。その後、前述したように、日本の ODA の基本方針の一部として、平和構築、人間の安全保障が掲げられるようになり、JICA の支援の柱の 1 つとなった。

表 3－4 自衛隊による国際平和協力活動

国際平和協力活動	期間	派遣要員	保健医療関連
国連カンボジア暫定機構 (UNTAC)	1992/9～1993/9	停戦監視要員／施設部隊	UNTAC 要員に対する給食、給水、医療
国連モザンビーク活動	1993/5～1995/1	司令部要員／輸送調整部隊	なし
ルワンダ難民救援	1994/9～1994/12	ルワンダ難民救援隊／空輸派遣隊	医療、防疫、給水活動
国連兵力引き離し監視隊 [ゴラン高原]	1996/2～	司令部要員／輸送部隊	なし
アフガニスタン難民救援	2001/10	空輸部隊	なし
東ティモール避難民救援	1999/11～2000/2	空輸部隊	なし
国連東ティモール暫定行政機構／国連東ティモール支援団	2002/2～2004/6	司令部要員／施設部隊	給水所の維持、民生支援業務
イラク難民救援	2003/3～2003/4	空輸部隊	なし
イラク被災民救援	2003/7～2003/8	空輸部隊	なし
イラク人道復興支援特措法 [イラク南東部等]	2004/1～	陸上自衛隊	医療、給水、公共設備の復旧整備
[バルシャ湾等]	2004/2～2004/4	海上自衛隊	なし
[クウェート等]	2003/12	航空自衛隊	人道支援物資の輸送

出典：防衛庁ウェブサイト

また、憲法上の制約から海外派遣のできなかった自衛隊による国際平和協力も、1992 年、「自衛隊法」に、国際緊急援助活動、国際平和協力業務などの規定を追加し、「国際連合平和維持活動などに対する協力に関する法律」などを制定することにより可能となった。表 3－4 には、自衛隊による国際平和協力活動を挙げた。保健医療関連の活動は、緊急期の援助活動に準じた医療サービスの提供や水の供給などに限られており、被援助側が参加する復旧・復興活動には至っていない。

表3-5 日本の対イラク支援（2003年イラク戦争前後）

年度	プロジェクト	種類	支援額(億円)	年度総額(億円)*
2001	研修員受入／開発調査／留学生受入*	技術協力	0.02	0.02
2002	研修員受入／留学生受入*	技術協力	0.09	0.09
2003	緊急無償（対イラク国連緊急統一アピール等）	無償資金協力	14.76	637.44
	緊急無償（イラク・カーズミーヤ教育病院緊急病院復旧計画）	無償資金協力	4.44	
	サマーワ母子病院に対する緊急医療機材供与	無償資金協力	0.36	
	草の根・人間の安全保障無償（10件）*	無償資金協力	4.47	
	サマーワ総合病院緊急医療品供与計画			
	ヒバトラー・ダウン症障害児センター整備計画			
	コミュニティ人道救援活動に対する支援計画			
	緊急無償（国連信託基金）*	無償資金協力	396.00	
	緊急無償（世銀信託基金）*	無償資金協力	99.00	
	緊急無償（日本NGO支援ジャパンプラットフォーム）*	無償資金協力	17.00	
研修員受入／調査団派遣／機材供与*	技術協力	3.94	3.94	
2004	緊急無償（救急車整備計画）	無償資金協力	58.30	835.59
	緊急無償（ムサンナ県プライマリヘルスセンター整備計画）	無償資金協力	8.66	
	日本NGO支援無償（2件）*	無償資金協力	0.60	
	草の根・人間の安全保障無償（44件）*	無償資金協力	22.71	
	サマーワ総合病院医療品輸送			
	ムサンナ県医療通信網整備			
	サマーワ総合病院医療機材供与			
	バクダッド市カラダ地区医療機材供与			
	ルメイサ病院医療機材整備			
	ヒドゥル病院医療機材整備			
	ジャードリヤ病院医療機材整備			
	ムサンナ県医療輸送能力強化（第1・2次）			
	ムサンナ県安全な水へのアクセス改善（第1・2次）			
	ムサンナ県浄水計画（第1・2・3・4次）			
	アルアマル聾啞障害児センター整備			
	ムサンナ県給水（第1・2・3・4・5・6次）			
	ムサンナ県ブサイヤ井戸整備			
	バクダッド市ティアサ・ニーサン地区下水路整備			
	バクダッド市ラシード地区下水設備整備			
	緊急無償（南部地域主要病院整備計画）	無償資金協力	55.63	
緊急無償（バクダッド市浄水設備整備計画）	無償資金協力	60.69		
緊急無償（北部地域主要病院整備計画）	無償資金協力	75.29		
緊急無償（中部地域主要病院整備計画）	無償資金協力	50.45		
研修員受入／機材供与*	技術協力	9.06	90.6	

保健医療に関連する分野に対する支援を列挙。\*保健医療を含むすべての分野対象  
 出典：外務省経済協力局「政府開発援助国別データブック」（2005）；外務省ウェブサイト

治安上の問題から通常の復興支援事業実施が困難なイラクでは、自衛隊の活動とあわせ、表3-5に示したように医療機材支援などを実施している。かなり規模の大きい医療機材供与事業が含まれているとはいえ、この活動も応急処置的な復旧援助の域にとどまっており、本格的な復興開発支援とはいえない。イラク戦争前には日本の援助が途絶えており、保健医療状況に関する過去の情報の蓄積が乏しいことや、政治環境・ドナーの状況などが刻々と変化していることなどを考慮すると、これらの事業を進めるにあたり、通常の無償資金協力実施と同等以上に、技術的

側面からの事前調査が必要と考えられる。また、医療機材供与は、人材育成活動との連携が不可欠であるし、供与後のモニタリングが大切である。イラクの治安状況を考えると、十分な事前調査やモニタリングは極めて困難であるため、このような方式での支援を続けるのは、保健医療分野の持続的開発を支援するにはリスクが大きいといえる。

以下に、長期紛争後の復興支援活動が行われている開発途上国として、紛争の経緯などについて、第2章で概観した、(1) カンボジア、(2) アフガニスタン、(3) スリランカ、(4) コンゴ民主共和国に対する日本の支援について検討する。

### (1) カンボジア

表3-6には、1991年のパリ和平協定後、カンボジアに対する日本の支援を、保健医療分野を中心とし、一部の関連するインフラ整備事業を加えてまとめた。当初は、応急処置的復旧援助として機材供与などの無償資金協力が中心であったが、それにとどまらず、1995年には技術協力プロジェクトが開始された。カンボジアに対しては、復旧初期から保健省に日本人専門家が継続して派遣され、他のドナーやカンボジア側との意思疎通をはかりながら日本の協力活動の準備をしてきた。そのなかで母子保健分野に取り組むことを早期から決定し、他ドナーに先駆けて実施することができた。1992年実施した医療機材供与においても、すでに1995年の無償資金協力と技術協力を念頭において計画されたとのことである。

また、日本はトップドナーで、ドナー会議を主催したこともあり、カンボジアでの存在感は大きく、カンボジア側の信頼も厚い。無償資金協力、技術協力、UNICEFを通してのワクチン支援など各種の援助スキームを有機的に組み合わせたり、NGOとの連携をはかったりするなど、ODA実施方法においてもきめの細かい工夫がなされてきた。

例えば、母子保健プロジェクトにおいては、まず保健省に専門家を派遣して、保健省及び国際機関などとの対話を継続して、日本側の考え方を伝えた。次に、無償資金協力による施設建設に先立って、専門家派遣による技術協力を開始し、そこで働く人材を養成するとともに、施設建設に対しても技術的に助言した。施設完成後も技術協力プロジェクトを継続し、技術面及び運営管理面からの支援を続け、燃料・消耗品など運営管理費の一部を支援して、施設の有効活用を進めた。同時に、医療費有料化制度を導入するように技術協力を行い、プロジェクト終了後に持続可能となるような仕組みを形成するような支援を実施した。

紛争後の開発途上国においては、破壊された施設・設備の再建が急務とされるものの、人材が極端に不足しているうえ、国の財政状況は極度に悪化しており、施設・設備の運営管理費を支出することが困難である。そのため、たとえ施設・設備が再建されても有効活用できないことが生じる。人材養成には長期間を要するため、施設・設備の再建に先立つかまたは並行して進める必要がある。また、運営管理費についても、特に紛争後の低所得国においては、当初ある程度補填しなければまったく活動できないと考えられる。それと同時に、運営管理費を支出できるようにする仕組みを導入するよう支援して、援助終了後に持続可能となるような対策を検討していかなくてはならない。これらの点から、カンボジアの母子保健プロジェクトは、今後、紛争後の低所得国に対する支援を進める際、参考になるであろう。

表3-6 日本の対カンボジア支援（1991年パリ和平協定後）

年度	プロジェクト	種類	支援額(億円)	年度総額(億円)*	
1991	災害緊急援助(国内避難民救済)(日赤経由)*	無償資金協力	1.29	1.39	
	草の根無償(2件)*	無償資金協力	0.10		
	研修員受入/専門家派遣/調査団派遣/機材供与*	技術協力	0.97		
1992	プノンペン市医療機材整備計画	無償資金協力	5.17	61.2	
	草の根無償(2件)*	無償資金協力	0.09		
	研修員/専門家/調査団/協力隊派遣/機材供与/開発調査*	技術協力	7.51		
1993	プノンペン市上水道整備計画(1/2期)	無償資金協力	9.80	84.27	
	プノンペン市電力供給施設改善計画(1/2期)	無償資金協力	22.28		
	草の根無償(3件)*	無償資金協力	0.16		
	研修員/専門家/調査団/協力隊派遣/機材供与/開発調査*	技術協力	10.13		
1994	プノンペン市上水道整備計画(2/2期)	無償資金協力	17.71	118.21	
	プノンペン市電力供給施設改善計画(2/2期)	無償資金協力	18.52		
	災害緊急援助(洪水対策被害)*	無償資金協力	0.05		
	草の根無償(10件)*	無償資金協力	0.49		
	研修員/専門家/調査団/協力隊派遣/機材供与/開発調査*	技術協力	11.05		
1995	母子保健センター建設計画	無償資金協力	17.61	64.19	
	プノンペン市電気通信網整備計画(1/2期)	無償資金協力	17.03		
	ワクチン接種体制整備計画	無償資金協力	0.84		
	草の根無償(41件)*	無償資金協力	2.00		
	研修員/専門家/調査団/協力隊/機材/プロジェクト/開調*	技術協力	14.86		
1996	第二次プノンペン市上水道整備計画(詳細設計)	無償資金協力	0.42	71.78	
	プノンペン市電気通信網整備計画(II)	無償資金協力	12.73		
	国道6号・7号線修復計画(I)	無償資金協力	9.44		
	国営放送局整備計画	無償資金協力	13.52		
	緊急無償洪水災害*	無償資金協力	0.15		
	草の根無償(34件)*	無償資金協力	1.78		
	研修員/専門家/調査団/協力隊/機材/プロジェクト/開調*	技術協力	23.66		
	第二次プノンペン市上水道整備計画(国債1/2期)	無償資金協力	8.80		41.84
	国道6号・7号線修復計画(国債1/3期)	無償資金協力	8.03		
	緊急無償難民救済(UNHCR経由)*	無償資金協力	0.86		
草の根無償(11件)*	無償資金協力	0.64			
研修員/専門家/調査団/協力隊/機材/プロジェクト/開調*	技術協力	27.08			
緊急無償難民救済(UNHCR経由)*	無償資金協力	1.24	78.23		
第二次プノンペン市上水道整備計画(国債2/2)	無償資金協力	12.32			
第二次プノンペン市電力供給施設改善計画(詳細設計)	無償資金協力	0.84			
国道6号・7号線修復計画(国債2/3)	無償資金協力	24.68			
母子保健サービス改善計画	無償資金協力	3.63			
草の根無償(25件)*	無償資金協力	1.45			
コンポントム州保健所建設計画					
シハヌーク病院エイズ病棟拡張計画					
クラコー郡ヘルスセンター建設計画					
コンボンチャム州地方看護研修センター歯科研修施設整備計画					
キエンズバイ郡病院肺結核病棟建設計画					
カンダールストック郡保健所建設計画					
研修員/専門家/調査団/協力隊/機材/プロジェクト/開調*	技術協力	18.50			
1999	国立結核センター改善計画	無償資金協力	8.03	86.03	
	シムリアップ病院医療機材整備計画	無償資金協力	1.12		
	第二次プノンペン市電力供給施設改善計画(国債1/2)	無償資金協力	12.35		
	国道6号・7号線修復計画(国債3/3)	無償資金協力	3.63		
	草の根無償(25件)*	無償資金協力	1.66		
	研修員/専門家/調査団/協力隊/機材/プロジェクト/開調*	技術協力	23.31		
2000	緊急無償(洪水災害)*	無償資金協力	0.11	79.14	
	第二次プノンペン市電力供給施設改善計画(国債2/3)	無償資金協力	17.88		
	草の根無償(30件)*	無償資金協力	2.42		
	研修員/専門家/調査団/協力隊/機材/プロジェクト/開調*	技術協力	30.61		
2001	母子保健プロジェクト(フェーズ2)(2000/4~2006/3)			76.45	
	乳幼児死亡率・罹患率低下計画(UNICEF経由)	無償資金協力	3.08		
	緊急無償(難民支援)*	無償資金協力	0.11		
	第二次プノンペン市電力供給施設改善計画(国債3/3)	無償資金協力	3.60		
	草の根無償(42件)*	無償資金協力	3.9		
研修員/専門家/調査団/機材供与/開発調査/留学生受入*	技術協力	50.32			
2002	国立小児病院外科入院病棟建設事業	無償資金協力	7.84	103.05	
	草の根無償(44件)*	無償資金協力	20		
	研修員/専門家/調査団/機材供与/開発調査/留学生受入*	技術協力	47.80		
2003	感染症対策計画(1/3)	無償資金協力	3.95	62.49	
	草の根・人間の安全保障無償(45件)*	無償資金協力	6.22		
	プノンペン市赤十字ヘルスセンター医療機材支援計画				
	プレアコサマック病院エイズ外来病棟建設計画				
	コンボンチュナン州コンボントラ郡病院結核病棟建設計画				
	学童寄生虫駆除対策支援計画(フェーズ2)				
	コンボンチャム州地方看護師養成所歯科衛生士研修科施設整備				
	パンティエイミエンチェイ州トマブック郡医療行政保健所				
	カンボジアにおける高病原性鳥インフルエンザ緊急対策支援計画				
	プノンペン市カンボジア義肢装具士養成学校視聴覚機材支援計画				
カンボジア5州における高病原性鳥インフルエンザ緊急支援計画					
研修員/専門家/調査団/協力隊/機材/プロジェクト/開調*	技術協力	37.55			
医療技術者育成プロジェクト(2003/9~2008/9)					
2004	シムリアップ上水道整備計画(国債1/2)	無償資金協力	6.06	66.93	
	感染症対策計画(2/3)	無償資金協力	2.32		
	国立医療技術学校改修計画	無償資金協力	7.74		
	草の根・人間の安全保障無償(18件)*	無償資金協力	4.01		
	コンボンチュナン州病院病棟改修・医療機材供与計画				
研修員/専門家/調査団/機材供与/協力隊/ボランティア*	技術協力	40.82			
結核対策プロジェクト(フェーズ2)(2004/8~2009/7)					

保健医療に関連する分野に対する支援を列挙。\*保健医療を含むすべての分野対象  
出典：外務省経済協力局「政府開発援助国別データブック」(2005)；外務省ウェブサイト

カンボジアに対する日本の支援においては、保健医療分野内での連携のみならず、他セクターに対する支援との連携や相乗効果も認められた。例えば、無償資金協力によって、プノンペン市では、1993年から1998年にかけて上水道、1993年から2001年にかけて電力が整備された（表3-6）。上水道・電力整備が並行して実施されたことにより、1995年にプノンペン市に建設された母子保健センターの有効活用が可能となった。また、1996年から1999年にかけて、国道6・7号線が整備され、遠方の患者が受診しやすくなったことのみならず、地方の医療従事者が母子保健センターでの研修に参加しやすくなり、首都の施設が地方の人材育成に対してよりいっそう貢献することができた。1996年には無償資金協力により国営放送局が整備され、日本人専門家による技術協力が実施されており、母子保健センターに対しても技術指導して健康教育ビデオを作成した。これらは、資金・人材とも極めて乏しい紛争後開発途上国において、日本が多セクターにわたる支援を実施している利点を生かして、支援の効果を向上させた例と考えられる。

紛争が再燃することなく10年以上を経た現在のカンボジアは、すでに復興期をすぎ、東南アジア諸国連合（Association of South - East Asian Nations：ASEAN）の一員として、長期的展望のもとに開発を進める段階に達している。ASEAN諸国のなかで立ち遅れているカンボジアに対しては、継続的支援が必要とされる。とはいえ、実際に支援活動を進めるなかで、どの時点まで復興という捉え方で対処し、どの時点からより長期開発の時期となったかを見定めることは困難である。

近年、アジア開発銀行（Asian Development Bank：ADB）や欧米ドナーの主導で、NGOに契約する地域保健医療システム開発や、セクターワイドの取り組みが始められた。日本も参加して、新保健医療政策が策定され、保健医療セクターを改革しようとしている。他方、復興期に策定された地域分けが、他セクターと整合しないなどの問題点もあり、長期開発を進めるうえで再検討を要している。

日本は復旧早期には、保健医療政策形成にかかわってきたが、その後、特定専門分野に対する技術的側面の支援が中心となり、他ドナーの動きに受身になる傾向がある。特定専門分野の技術協力は日本の得意な援助方式であるが、トップドナーとして、政策面でも発言力を強めるべきと考えられる。カンボジアでの成功要因は、復旧早期から専門家がかかわり、長期的計画のもとに復興支援を進めたことで、今後も政策面で関与し続けることが大切であると考えられる。

## (2) アフガニスタン

表3-7は、1999年以降のアフガニスタンに対する日本の支援について保健医療分野を中心としてまとめたものである。タリバン政権が崩壊し暫定政権が発足した2001年以降、急激に援助が増加した。しかし、治安が不安定なこともあり、当初は、国際機関経由、NGO支援、草の根・人間の安全保障無償など、応急処置的で技術協力のともなわない物的支援を中心とした。安全が確保されないことや、現地で活動できる人員が限られていることから、専門的な準備調査や、支援後のモニタリングは、必ずしも十分に実施できない状況と考えられる。依然として治安は確保されないものの、2004年より技術協力プロジェクトが開始され、カンボジアと同様、特定専門分野に対する技術的側面からの支援が開始された。治安が確保されない間は、緊急・復旧支援

表3-7 日本の対アフガニスタン支援（2001年暫定政権発足前後）

年度	プロジェクト	種類	支援額(億円)	年度総額(億円)*	
1999	草の根無償（6件）*	無償資金協力	0.33	0.33	
2000	緊急無償（難民等救済）*	無償資金協力	1.95	7.92	
	草の根無償（10件）*	無償資金協力	0.59		
2001	小児感染症予防計画（UNICEF経由）	無償資金協力	6.67	25.06	
	緊急無償（難民支援）*	無償資金協力	16.07		
	緊急無償（難民支援）（AMDA・JIF経由）*	無償資金協力	0.98		
	草の根無償（3件）*	無償資金協力	0.25		
	専門家派遣／調査団派遣／開発調査／留学生受入*	技術協力	0.41		0.41
2002	小児感染症予防計画（UNICEF経由）	無償資金協力	6.00	317.73	
	平和のためのパートナーシップ計画（UNDP経由）*	無償資金協力	41.65		
	緊急無償（地震災害）*	無償資金協力	0.49		
	緊急無償（母子保健）	無償資金協力	4.26		
	病院用ベッド・車椅子等寄贈計画	無償資金協力	0.05		
	トラウマ・PTSDに苦しむ戦災孤児支援プロジェクト	無償資金協力	0.10		
	カブール市冬季緊急医療事業	無償資金協力	0.10		
	ヘラート州ゴルラン郡住民に対する保健医療改善プロジェクト	無償資金協力	0.19		
	バルフ大学医学部支援事業	無償資金協力	0.08		
	バルフ州チャールボラック村診療所支援事業	無償資金協力	0.09		
	戦災孤児のトラウマ・PTSD治療のための現地人材育成プロジェクト	無償資金協力	0.09		
	リーシュマニア・マラリア撲滅プロジェクト	無償資金協力	0.09		
	草の根無償（36件）*	無償資金協力	2.69		
	研修員／専門家／調査団／機材供与／開発調査／留学生受入*	技術協力	20.29		20.29
2003	小児感染症予防計画（UNICEF経由）	無償資金協力	5.40	236.69	
	バルフ州アハマトバード村診療所支援事業	無償資金協力	0.17		
	草の根・人間の安全保障無償（144件）*	無償資金協力	13.35		
	カブール市カルテ・セー病院産婦人科病棟建設計画				
	ワルダック県サリタラクリニック建設計画				
	ワルダック県ダイミルダット郡メディカルクリニック建設計画				
	カンダハル県モバイルクリニック整備計画				
	カブール市マイワン病院整備計画				
	ナンガルハル県女性医療研修所建設計画				
	ジャウズジャン県シェベルガン病院医療機材整備計画				
	カブール市ラーマン・ミーナクリニック医療機材整備計画				
バクティア県麻薬患者治療センター建設計画					
ナンガルハル県シェルザード郡クリニック建設計画					
カブール市聴覚障害者クリニック建設計画					
研修員／専門家／調査団／機材供与／プロジェクト／開調*	技術協力	26.45	26.45		
2004	セクター・プログラム無償資金協力*	無償資金協力	12.00	85.76	
	日本NGO支援無償*	無償資金協力	1.02		
	草の根・人間の安全保障無償（288件）*	無償資金協力	24.33		
	カブール市アフマドシャーバハミナクリニック医療機材供与				
	ナンガルハル県クズクナル郡クリニック建設				
	ナズニ県カラバグ郡アスギルクリニック建設				
	ヘラート県シンダンド郡総合医療センター建設				
	ナンガルハル県ホガニ郡クリニック建設				
	ヘラート県精神科クリニック建設				
	カンダハル県ザリ郡保健所建設				
	カブール市マイワン病院外科リハビリ病棟整備				
	カブール市結核・マラリア・リシュマニア治療薬倉庫修復				
	ヌーリスタン県4ヵ村飲料水供給				
	ロガール県モサフィ郡5ヵ村給水施設整備				
	研修員／専門家派遣／調査団派遣／機材供与／プロジェクト*	技術協力	20.66		20.66
	リプロダクティブヘルスプロジェクト（2004/9～2009/9）				
	結核対策プロジェクト（2004/9～2009/9）				
医学教育プロジェクト（2005/2～2008/2）					
カブール市緊急復興支援調査（教育・保健・医療・放送）					
カンダハル市緊急復興支援調査					
カブール市給水計画調査					
マザリシャリフ市緊急復興支援調査					

保健医療に関連する分野に対する支援を列举。\*保健医療を含むすべての分野対象  
 出典：外務省経済協力局「政府開発援助国別データブック」（2005）；外務省ウェブサイト

か、限局的な技術協力にとどまるのは、やむを得ない側面がある。なお、治安回復の点で、日本は兵員の武装解除・社会復帰（disarmament, demobilization, and reintegration：DDR）支援に関して、ドナーグループのリーダーを務めている。

アフガニスタンでは、現在、世界銀行、米国国際開発庁（United States Agency for International Development：USAID）、ヨーロッパ連合（European Union：EU）、一部 ADB が、地域別に分担して資金を提供し、カンボジアで実施したのと同様の、Performance-based Partnership Agreement（PPA）と呼ばれる方式を採用し、NGO と契約して保健医療サービス供給を進めようとしている。カンボジアとは状況が大きく異なるアフガニスタンで、この枠組みが成立するかは定かではない。しかし、このような流れのなかで、日本の得意な方式により他ドナーと別の枠組みで支援を進めることが、必ずしも存在感を示しインパクトのある支援であるとはいえない。一定の地域を担当して包括的に支援することも考慮してよいかもしれない。

### (3) スリランカ

表 3-8 は、1999 年以降のスリランカに対する日本の支援を、保健医療分野を中心としてまとめたもので、1999 年以前から実施されていた技術協力プロジェクトについては、終了年度に記載した。スリランカの紛争は、国内の一部地域に限られており、他の地域に対しては継続的な長期開発支援が実施されており、保健医療分野に対する円借款事業も実施された。政府と LTTE との間に停戦合意がなされた 2002 年以降、紛争地域に対する直接支援が開始されており、2004 年には前述したように津波災害に対する支援がされている。

図 3-1 は、これまでに実施された保健医療を含めたすべての分野に対する有償・無償資金協力、技術協力プロジェクトの対象地を示している。ほとんどの支援がコロombo 周辺と西部・中央部・南部に位置する州に集中していることがわかる。紛争地域の北部・東部州に対する支援は、政府の管轄している地域であるジャフナ、マナーと、バティカロアのみである。

トップドナーである日本の支援が、あまり紛争地域を対象としていなかったことにより、逆に、不公平感や疎外感を醸成する要因となってしまう、これまでの支援が必ずしも紛争予防に役立ってこなかった可能性がある。もちろん ODA は、対象国政府の要請に基づいて実施され、政府が

カウンターパートとなるわけであるから、反政府地域に支援が行き届かなかったことは、やむを得ない側面がある。加えて、紛争が激化した後は、反政府地域での支援活動は、極めて危険が大きく不可能であったと考えられる。

貧困や不公平感は、国内の対立の火種となるものであり、貧困削減や社会サービス供給は紛争予防のためにも重要である。開発援助が平和に貢献するためには、要請ベースであっても、政策対話を繰り返し、紛争発生のある国内の後発地域に重点を置くよう助言を続けるこ

図 3-1 日本の援助プロジェクトサイト



出典：外務省経済協力局「政府開発援助国別データブック」  
(2005)；外務省ウェブサイト

表3-8 日本の対スリランカ支援（2002年停戦合意前後）

年度	プロジェクト	種類	支援額(億円)	年度総額(億円)*	
1999	ラトナプラ総合病院整備計画（1/2）	無償資金協力	5.54	42.01	
	草の根無償（10件）*	無償資金協力	0.4		
	研修員／専門家／調査団／協力隊派遣／機材供与／開発調査*	技術協力	30.98		
2000	血液供給システム改善計画	円借款	15.08	302.67	
	マータラ総合病院医療機材整備計画	無償資金協力	3.62		
	ラトナプラ総合病院整備計画（国債1/3）	無償資金協力	1.44		
	草の根無償（9件）*	無償資金協力	0.39		
	研修員／専門家／調査団／協力隊派遣／機材供与／開発調査*	技術協力	28.03	28.03	
2001	ラトナプラ総合病院整備計画（国債2/3）	無償資金協力	9.58	32.86	
	草の根無償（14件）*	無償資金協力	0.62		
	研修員／専門家／調査団／機材／開発／留学生／協力隊派遣* 看護教育プロジェクト（1996/10～2001/9）	技術協力	36.85		
2002	ラトナプラ総合病院整備計画（国債3/3）	無償資金協力	3.26	25.55	
	緊急無償（国内避難民支援）*	無償資金協力	1.97		
	北部地域の公共施設の復興支援*	無償資金協力	0.1		
	草の根無償（10件）*	無償資金協力	1.72		
	研修員／専門家／調査団／機材供与／開発調査／留学生受入* ベラデニア大学歯学部教育プロジェクト（1998/2～2003/1）	技術協力	33.05	33.05	
2003	マータラ上水道整備計画（国債1/3）	無償資金協力	2.13	30.84	
	緊急無償（スリランカにおける洪水災害）*	無償資金協力	0.12		
	緊急無償（紛争被災地域の母子保健改善計画）	無償資金協力	3.17		
	スリランカ北部バブニア地域巡回診療及び健康増進プロジェクト	無償資金協力	0.5		
	北部キリノッチ・東部トリンコマリー地域巡回診療・学校保健	無償資金協力	0.42		
	草の根・人間の安全保障無償（12件）* 北部・東部の避難民・貧困者支援	無償資金協力	1.98		
	研修員／専門家／調査団／協力隊／機材／技協プロジェクト* 地方都市環境衛生改善計画調査 保健医療制度改善計画調査	技術協力	21.26		
2004	マータラ上水道整備計画（国債2/3）	無償資金協力	11.27	114.69	
	緊急無償（スマトラ沖大地震インド洋津波被害支援）*	無償資金協力	1.11		
	日本NGO支援無償（6件）*	無償資金協力	1.67		
	草の根・人間の安全保障無償（17件）* 津波災害・テリパライ病院衛生環境緊急修復計画 ラトナプラ・カルタラ・マータラ県水害被災コミュニティ再建 アンパラ県障害者自立支援。リハビリ計画 バティカロア県津波被災地域コミュニティ緊急復旧支援計画 アンパラ県津波被災地域コミュニティ緊急復旧支援計画 トリンコマリー県津波被災地域コミュニティ緊急復旧支援計画 ノンプロジェクト無償（スマトラ沖大地震インド洋津波被害支援）*	無償資金協力	80.00		
	研修員／専門家／調査団／機材／協力隊／ボランティア* 南部地域津波災害復旧復興支援調査 保健システム管理強化計画調査 津波被災地域コミュニティ復興支援調査	技術協力	22.54		
					22.54

保健医療に関連する分野に対する支援を列挙。\*保健医療を含むすべての分野対象  
出典：外務省経済協力局「政府開発援助国別データブック」（2005）；外務省ウェブサイト

とが必要と思われる。スリランカは全体的に社会開発水準が高いため、後発地域の人々にとっては、繁栄から取り残された感覚がいつそう強くなる可能性がある。

国内の不均衡な発展により農村地域が荒廃すると、都市に流入する人々が増加し、都市スラムが形成され、社会サービスの行き届かない集団が、農村のみならず都市周辺にも増加してしまう。貧困者の多い地域では、社会の不正を訴える原理主義者が勢力を増し、紛争発生の温床となる可

能性がある。スリランカの紛争も、もともと少数派タミール人が多数派シンハラ人社会から疎外されたことに起因していた。同一民族であっても、例えば首都カイロの繁栄とほど遠いエジプト南部貧困地域で反政府イスラム原理主義者が勢力をもったり、パレスチナ・ガザの貧困者が自治政府より反対派ハマスを支持したりするようなことが起こっている。ハマスは、住民に保健医療などの社会サービスも提供している。

国内に紛争があり、政府を対象とする ODA では、後発地域に対する直接支援が困難な場合、日本からの支援であることがわかる形で、国際機関や NGO などを活用して支援することも必要ではないかと考えられる。あるいは、ODA においてもコンディショナリティの考え方を取り入れ、紛争地域や国内の後発貧困地域に対する社会サービスを充実させることを条件として、政府に対する支援を実施するという方策も必要であろう。例えば、世界銀行がチャドのパイプライン建設支援に際して、収益を貧困者に対する保健医療などの社会サービスにあてることを条件づけ、政府がその条件を破ろうとしたために資金提供を停止した例がある。有償資金協力の場合などでは、このような方式も可能ではなかろうか。

#### (4) コンゴ民主共和国

表 3-9 は、1999 年の停戦合意後のコンゴ民主共和国に対する日本の支援を、保健医療分野を中心としてまとめたものである。2000 年以降、感染症対策として国際機関を通じた支援が実施され、ほかに草の根・人間の安全保障無償資金協力による小規模な機材供与が実施されている。

表 3-9 日本の対コンゴ民主共和国支援（1999年停戦合意後）

年度	プロジェクト	種類	支援額(億円)	年度総額(億円)*
1999	草の根無償 (3件) *	無償資金協力	0.14	2.14
	機材供与*	技術協力	0.18	0.18
2000	ポリオ撲滅計画 (UNICEF 経由)	無償資金協力	2.74	5.06
	草の根無償 (6件) *	無償資金協力	0.32	
	研修員受入 *	技術協力	0.02	0.02
2001	ポリオ撲滅計画 (UNICEF 経由)	無償資金協力	3.08	3.64
	緊急無償火山災害*	無償資金協力	0.21	
	草の根無償 (12件) *	無償資金協力	0.34	
	研修員受入/機材供与/留学生受入 *	技術協力	0.45	0.45
2002	小児感染症予防計画 (UNICEF 経由)	無償資金協力	3.09	8.53
	草の根無償 (11件) *	無償資金協力	0.44	
	研修員受入/機材供与/留学生受入 *	技術協力	0.3	0.3
2003	小児感染症予防計画 (UNICEF 経由)	無償資金協力	2.97	10.52
	草の根・人間の安全保障無償 (13件) *	無償資金協力	0.47	
	セント・ガブリエル外科・産科医療センター医療機材供与計画			
	キンシャサにおけるエイズ対策計画2			
	エセンゴ産院に対する医療機材供与計画			
	キセンソ医療センターに対する放射線機材供与計画			
研修員受入 *	技術協力	0.11	0.11	
2004	小児感染症予防計画 (UNICEF 経由)	無償資金協力	3.34	14.71
	緊急無償平和の定着支援 (UNDP 経由) *	無償資金協力	8.32	
	研修員受入/調査団派遣 *	技術協力	0.40	0.40

保健医療に関連する分野に対する支援を列挙。\*保健医療を含むすべての分野対象  
 出典：外務省経済協力局「政府開発援助国別データブック」(2005)；外務省ウェブサイト

アジアの紛争後国に対する支援に比べると、極めて限定的な内容となっている。コンゴ民主共和国では、1999年の停戦合意後も、2002年に包括和平合意がなされ、2003年に暫定政府が発足するまでは事実上紛争が続いていた。その後も治安は安定しておらず、東部では散発的な紛争が続いている。このように安全上の問題が大きいとはいえ、同様に治安上の問題のあるアフガニスタンやイラクに対しては、かなりの規模の支援を実施していることから、コンゴ民主共和国に対する関心の薄さを否めない。

コンゴ民主共和国の紛争は、先進国でのテロの温床になるような世界的インパクトがなく、サブサハラ・アフリカの問題として捉えられてしまうことや、日本とアジア諸国との間にあるような人的・経済的つながりが乏しく、欧州の旧宗主国が中心となって支援していることが、日本の支援が少ない要因となっていると考えられる。しかし、コンゴ民主共和国はサブサハラ諸国のなかでも人口が多く、稀少金属などの資源が豊富であり、アフリカ最大の紛争が戦われ多数の一般人犠牲者が出たことなどを考え合わせると、人道的観点からも、世界経済の観点からも、さらなる支援が望ましいと思われる。現政権の和平への努力を評価して、平和と安定を促進するには、国際社会が関心を寄せて支援を続けることが重要である。

サミットなどでもアフリカ重視の援助が呼びかけられ、MDGs達成に向けての支援が求められているが、日本とそれほどつながりが強くない遠隔地であるうえ、ガバナンスに問題のあることの多い、アフリカの後発開発途上国に対して、効果的な支援を進めるのは容易ではない。主要ドナーの欧州諸国や国際機関は、財政支援やセクターワイド型の支援を進めており、日本の従来の方法での支援が困難になっている。そのなかで、日本の立場や存在感を示しながら支援を進めるには、ドナーコミュニティでの発言力のみならず、対象国との人的交流を増加させることが重要ではないかと考えられる。

保健医療分野においても、他の主要ドナーが政策的枠組みを形成しているところに政策面から介入するのは難しく、その枠組みのなかで技術的側面からの支援や、MDGs達成にかかわる重点分野を支援していくのが現実的であろう。また、研修生・留学生招聘を活発にして、日本の政策やシステムについて学ぶ機会を増大させることも重要であろう。

### 3-1-2 日本の援助の特色・成果と課題

これまで、文献資料や関係者からの情報をもとに、いくつかの紛争・災害後の開発途上国に対する日本の援助の状況について検討してきた。日本の援助の特色・成果と課題をまとめると、以下のようなになると考えられる。

- ① 開発途上国の政府を対象とする支援であるが、緊急人道支援・復旧支援では、国際機関を経由する支援や NGO 支援も多い。ODA の実施機関は JICA のみではなく、国際機関経由、NGO 支援、自衛隊派遣によっても実施している。
- ② 緊急人道支援・復旧支援には、無償資金協力による物的支援が中心で、技術協力のともなわないことが多い。草の根・人間の安全保障無償資金協力、緊急無償資金協力などのスキームを活用している。
- ③ 支援内容が政治的判断により決定されることがあり、技術的・専門的検討が不十分な可能性

がある。また、物的支援と研修事業などの技術的支援が連携していないことがある。

- ④ 復旧支援が決定されてから実施されるまでに、数ヶ月以上を要することがある。原因の1つは、対象国政府の計画・実施能力不足による。インドネシアへの災害後復旧支援では、日本のコンサルタント、現地 NGO の活用により、期間を短縮できた。
- ⑤ カンボジアでは、復旧の段階から戦略的に関与して、他ドナーに先駆け技術協力支援を実施できた。復旧から長期間にわたって援助を続けることにより、復興、開発への継続的移行と安定に貢献することができた。また、無償資金協力と技術協力、あるいは複数セクターの事業が連携することにより効果を上げた。
- ⑥ 復旧支援を再編して復興から開発へと進む過程で、政策面での関与が弱く、中長期的展望が不足している。援助規模に比して政策形成面での貢献が不足している。
- ⑦ 現地で活動する人員が不足しており、特定専門分野の専門家が少ないことが多い。また、技術的側面において優れた専門家がいても、政策形成能力が不足していたり決定権がなかったりするため、ドナーコミュニティのなかで存在感を示せないことがある。
- ⑧ 母子保健、感染症対策など特定専門分野の技術協力を得意とする。人材の質的向上に貢献できる一方、国全体の保健医療システムの枠組みに対する政策的インパクトは、それほど大きくないことがある。
- ⑨ 復興・開発支援は、対象国政府を対象とし、要請に基づいて実施している。対象国政府の意向を重視しすぎると、内容、対象地が必ずしも適切でなかったり、実施に極めて長期間を要したりすることがある。例えば、反政府勢力の多い紛争の火種となるような地域への介入が難しいことがある。

### 3-2 他の援助機関による支援

紛争・災害後の開発途上国に対し、各援助機関は、積極的に保健医療分野の支援をしている。保健医療分野の活動は、緊急期の人道援助から始まり、復旧・復興期には人々の生活を改善する基本的ニーズの1つとして重視されている。主な関係機関の活動は、以下のようである。

#### (1) 国際機関

保健医療分野の復旧・復興支援に関与する国際機関として、世界銀行（International Bank for Reconstruction and Development/International Development Association：IBRD/IDA）、ADB、WHO、UNICEF、国連人口基金（United Nations Population Fund：UNFPA）、UNDP、WFP、国連人道問題調整部（United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs：UN-OCHA）、UNHCR、UNRWA などがある。UN-OCHA、UNHCR、WFP は、主に緊急期の人道援助を実施しており、大量難民流出など緊急事態が起こると、国際社会に緊急アピールを発して支援を呼びかけている。世界銀行、WHO、UNICEF、UNFPA など他の国際機関は、緊急、復旧・復興から長期開発に関わる幅広い支援を実施している。

UNRWA は、第一次中東戦争により発生した大量のパレスチナ難民の支援のため、1949年に設

立された。西岸、ガザ、ヨルダン、レバノン、シリアに居住する登録難民を対象として、基本的医療、基礎教育などの社会サービスを無料で提供している。

UNHCR は、パレスチナを除いた地域の国外難民を支援するため、1年後の1950年に設立された。難民を保護し、シェルター、食糧、医療サービスなどを提供し、帰還を支援する。UNHCR は、国際 NGO などに資金を提供して社会サービス事業を実施させているが、緊急人道支援の考え方に基づく支援であって、職業訓練など長期的視点に基づく技術協力などは通常実施していない。パキスタンのアフガニスタン難民のように10年以上の長期に及ぶ難民に対しては、必ずしも最も適切な支援といえない場合もある。

WFP は、紛争、あるいは旱魃など自然災害による緊急時に対応し、食糧支援を行う。例えば、パレスチナのガザでは、境界封鎖により困窮している貧困者に対して食糧を供給し、紛争直後のアフガニスタンでは、夫を亡くした女性などを対象に食糧を支援した。カンボジアは、緊急期ではないが、貧困家庭の児童を対象とした学校給食を一部地域で実施している。

UNICEF は小児を対象とする援助機関であり、保健医療、教育、安全な水などの事業や、子どもの人権保護、少年兵の社会復帰などに取り組んでいる。各国事務所が、その国の実情にあわせて、フィールドに密着した活動を展開している。例えば、紛争後のアフガニスタンでは、「Back to School」と呼ばれる基礎教育、特に女子教育の推進活動や、予防接種をはじめとする保健医療活動に取り組んだ。カンボジアでは、日本の援助と連携して予防接種活動を行っているほか、州レベルの病院の管理運営、地雷・不発弾被害の予防などにも取り組んでいる。

UNFPA は、主として女性のリプロダクティブヘルスに関する事業を支援する機関であるが、UNICEF のように充実したフィールド組織はもっていない。緊急期には、難民女性を対象とする避妊サービスや妊産婦ケアなどに取り組んでいるが、性的暴行の被害女性に対する緊急避妊サービスは、妊娠中絶反対を唱える米国などの宗教的保守層からの反対を受けることもある。復旧・復興期になると、紛争中に立ち遅れた避妊サービスや妊産婦ケアの再建と普及、思春期保健などの活動に取り組んでいる。カンボジアでは、日本の援助と連携しての妊産婦ケアに関する支援や、HIV/AIDS (human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome) 対策などにも取り組んでいる。

WHO は、保健医療分野の国連専門機関であり、主に技術的側面から各国を支援している。緊急期には、保健医療状況とニーズを調査して基礎資料を作成し、医薬品などを支援している。復興期から長期開発期には、保健医療政策に助言したり、疾病対策ガイドラインや必須医薬品リストを作成したり、研修など人材養成活動を実施したりしている。また、常時、主要な感染症の流行情報を集積して提供している。WHO の各国事務所は、各地域事務所の管轄下にあり、例えば、カンボジア事務所は、西太平洋地域事務所 (WHO Regional Office for the Western Pacific : WPRO) の管轄下にあり、WPRO からの技術支援を受けている。WHO カンボジア事務所は、新しい保健医療政策の策定、マラリア、結核、HIV/AIDS などの疾患対策、予防接種活動、看護師などの人材養成など、保健医療分野のさまざまな課題に対して保健省に助言し技術支援をしている。パレスチナの場合は、WHO 加盟国ではないため、本部人道支援部直轄となっているが、東地中海事務所 (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean : EMRO) のメンバーになっており、

EMRO は専門家派遣や、研修生招聘などの活動をしている。WHO パレスチナ事務所は、緊急期の医薬品確保や医療機材復旧、医療施設の状況調査とマッピング、必須医薬品リスト作成、保健医療情報を発信するウェブサイトの運営、パレスチナとイスラエルの保健医療従事者の交流を促進するニューズレター発行などに携わっている。

世界銀行や ADB のような国際開発銀行は、緊急期から、復旧・復興期、長期開発期に至るまで、複数のセクターにわたって資金を提供する。通常予算による融資プロジェクトを実施する以外に、紛争後国に対しては、信託基金を設置して無償の資金を提供したり、緊急の財政支援を実施したりすることもある。紛争・災害直後のニーズ・アセスメントを実施して、復旧・復興に必要な資金を算定し、各国に支援を呼びかける役割や、ドナー会合を開催してドナー間の調整をはかる役割も果たす。世界銀行は、1997 年に Post Conflict Fund を設立、紛争後国の暫定政府、国連機関、NGO などに無償の資金を提供して、紛争後国の生活再建を支援している。保健医療分野においては、医療施設の再建・整備による医療サービスシステムの復旧、医療経済システムや保健医療情報システムの整備、マラリア・HIV/AIDS などの感染症対策などを実施している。建物、機材、医薬品などに対する資金提供のほか、専門家雇用や研修の資金を提供する技術協力活動、保健医療セクターの状況を調査して戦略を策定する調査活動なども実施している。アフリカの紛争後国などでは、メンタルヘルスにも取り組んでいる。

世界銀行の支援を受けられるのは加盟国のみであるが、独立国家でないパレスチナの場合は、加盟国から資金を募ってガザ・西岸信託基金などの信託基金を設置し、IDA 基準のソフトローンを提供しており、また、世界銀行の収益からも無償の資金を提供している。保健医療分野では、1990 年代前半の復興早期には医療施設の再建や健康教育に関する技術協力などを実施、1997 年に保健医療セクター調査を行い、それに基づき医療保険制度の基盤となる保健医療情報システムの整備や一次医療施設の整備などを実施した。アフガニスタンでも、紛争直後にニーズ・アセスメントを実施し、復興に必要な資金を算定し、ドナーに支援を呼びかけた。世界銀行の保健医療セクター緊急復興開発プロジェクト（Health Sector Emergency Reconstruction and Development Project）は、IDA Grant for post conflict によるもので、基礎的保健医療サービスの提供と、特に女性や小児の公平な医療へのアクセスの確保を目的としている。このプロジェクトは、PPA 方式により NGO が実施機関となり、保健省の役割は、医療経済システムを管理して実施機関を調整することにより、保健医療セクター全体を管轄することである。このような NGO などを実施機関として保健医療サービスを提供する試みは、カンボジアにおいても ADB の資金によって実施された。

## (2) 政府機関

各国の政府系開発援助機関は、積極的に復旧・復興支援に取り組んでいる。主な機関として、USAID、英国国際開発庁（Department for International Development：DFID）、JICA など、経済協力機構（Organisation for Economic Co-operation and Development：OECD）開発援助委員会（Development Assistance Committee：DAC）加盟諸国の援助機関が挙げられる。また、サウジアラビア、中国など OECD 以外の国々の援助機関も活発に支援をしている。パレスチナでは、サウ

表3-10 各国・国際機関の経済協力実績（2002年度支出純額）（単位：100万US\$）

対象国	1位		2位		3位		4位		5位		合計	うち日本*
カンボジア	日本	98.6	ADB	79.1	IDA	47.3	米国	44.4	EU	27.8	464.1	98.6
アフガニスタン	米国	367.6	EU	143.7	英国	130.8	ドイツ	92.6	オランダ	88.3	1261.0	31.7
スリランカ	日本	118.9	ADB	88.5	IDA	59.0	ノルウェー	21.5	オランダ	18.6	324.1	118.9
コンゴ民主共和国	IDA	275.2	オランダ	135.0	米国	80.0	EU	72.0	ベルギー	41.3	806.5	0.9
パレスチナ	UNRWA	237.6	EU	170.9	米国	138.1	ノルウェー	50.9	ドイツ	37.9	839.6	12.8
イラク	ドイツ	18.4	ノルウェー	17.9	オランダ	15.8	英国	13.7	EU	12.1	115.4	0.1

\* 二国間・国際機関経由の合計

出典：外務省ウェブサイトへの OECD/DAC からの引用

ジ基金が世界銀行と協調融資して医療施設を再建するなど、湾岸アラブ諸国が積極的に支援している。また、欧米諸国は、経済協力のみならず、紛争国に軍隊を派遣して停戦を監視することもある。

USAID のプロジェクトは、人口・保健・栄養部が策定した各種プロジェクト内容に基づき、NGO や大学などの民間団体が実施機関となって行われる。アフガニスタンでは、保健医療施設の状況調査を実施、担当地域を定めて基本的医療サービスの整備に携わっている。対象国は戦略的に選択されており、戦略的重要度が増すと援助も急増することがある。プロジェクト内容に対する政治的介入もあり、例えば、現在の共和党政権下では、性感染症対策などのように、売春や妊娠中絶を助長する恐れがあるとみなされる場合は、実施困難である。パレスチナでは、実施機関である国際 NGO がさらに現地 NGO を登用しているが、現地 NGO は契約時に、Anti Terrorism Certificate (ATC) に署名することを要求される。

EU は多国間の組織ではあるが二国間援助と同等の活動をしており、EU 議会の承認を得て、多額の援助資金を動かしている。避妊サービスに関するプロジェクトなどに対する政治的関与は少ない。EU 人道援助部 (European Commission's Humanitarian Aid department : ECHO) は緊急人道支援を積極的に実施しており、パレスチナでは、薬剤とその管理体制などを支援した。

EU 加盟各国は、それぞれが二国間援助も実施しており、特に旧植民地国における存在が大きい。英国は、政策面での支援や技術協力を得意としていて、カンボジアの保健政策策定や、パレスチナでの保健医療情報システム支援などに携わってきた。また、サブサハラ・アフリカ諸国では、援助協調による財政支援、セクターワイド支援などにおいて、重要な役割を果たしている。フランスは、資機材、施設の支援も実施しているが、仏語圏諸国の人材養成を重視していて、カンボジアでの医学教育支援や、フランスへの留学生招聘など、高等教育にも関与している。パレスチナの保健医療分野では、イタリアが援助調整の役割を務めており、政策面の支援や医療施設の再建などを実施している。

表3-10 は、いくつかの紛争後国に対する各ドナーの 2002 年度援助実績を示している。ただし、このうち保健医療分野に対する援助がどの程度であるかは不明である。カンボジア、スリランカでは、日本が国際機関を凌ぐトップドナーの位置を占めている。アフガニスタンでは、タリバン政権を崩壊させた米国が、圧倒的なトップドナーである。パレスチナに対しては、EU、米

表 3 - 11 日本・米国・英国の対アフガニスタン保健医療分野復興支援の例

JICA	USAID	DFID
<ul style="list-style-type: none"> <li>・リプロダクティブヘルスプロジェクト</li> <li>・結核対策プロジェクト</li> <li>・医学教育プロジェクト</li> <li>・草の根技術協力事業</li> <li>・カンダハル医療無線網計画</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国の保健医療施設及びサービス調査</li> <li>・保健医療施設（診療所／産科病院／給食センター／病院）140 ヶ所復旧</li> <li>・クリニック 72 ヶ所新設</li> <li>・REACH (Program-Rural Expansion of Afghanistan's Community-based Health Care) 3 年間のプログラム、女性と 5 歳未満児の健康改善、保健省の基本サービス・パッケージ</li> <li>・21 都市における基本的保健医療サービス供給</li> <li>・マラリア対策、麻疹・ポリオの予防接種（UNICEF に対する支援）</li> <li>・NGO 支援（2002/7～2003/10）</li> <li>・カブール貧困地区、水の供給</li> <li>・カンダハル州、クンドゥズ州の上水道復旧</li> <li>・浄化した水のボトル製品販売</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・クリニック 120 ヶ所復旧</li> <li>・保健医療サービス・パッケージのための支援</li> <li>・アフガン復興基金へ 1 億 3,500 万ポンド資金援助（政府職員・医師・看護師の給与補填）</li> </ul>

出典：JICA, USAID, DFID のウェブサイト

国の貢献が大きく、和平交渉に関与してきたことを反映している。ノルウェーは、スリランカやパレスチナの和平交渉を仲介したが、その後も継続して強い関心を示していることがわかる。コンゴ民主共和国では、世界銀行、オランダの支援と旧宗主国ベルギーの関与が目立つ。このように、紛争後国に対しては、それぞれ政治的・経済的関心のあるドナーが中心となって支援を進めている。

表 3 - 11 には、JICA、USAID、及び DFID の、アフガニスタンに対する保健医療分野の復興支援活動例を示した。日本は、限局した技術支援活動であるが、米国はある地域全体を対象として幅広く基本的医療サービスを再建しており、英国は医療従事者の給与補填に踏み込んでいる。なお、日本は、財政支援にあてる資金を、世銀に拠出している。

### (3) 非政府機関

欧米に本部を置き、世界各地で紛争・災害後支援活動を展開している国際 NGO として、例えば、国境なき医師団（Médecins Sans Frontières：MSF）、International Rescue Committee（IRC）、Oxfam、CARE International、SCF、World Vision、Handicap International、国境なき薬剤師団（Pharmaciens Sans Frontières：PSF）、Management Sciences for Health（MSH）などが挙げられる。

MSFのように、独自の理念に基づいて活動する機関がある一方、USAID や UNHCR などの政府機関・国際機関の資金を得て、契約のもとに実施機関としてプロジェクトを運営する場合も多い。例えば、MSH は USAID と契約して、アフガニスタンの保健医療施設状況調査を実施、CARE International は、USAID、EU などの資金を得て、パレスチナの緊急医療支援プログラムや微量栄養素プログラムを実施している。難民キャンプにおける医療施設などは、SCF や IRC などの国際 NGO が、UNHCR との契約に基づいて運営している。

国際赤十字委員会（International Committee of the Red Cross：ICRC）はスイスのジュネーブに本

拠地を置き、主として紛争中・紛争後の人道支援活動に従事している。同じくジュネーブに本部を置く国際赤十字赤新月連盟は、各国赤十字・赤新月の連合体で、主に自然災害後の人道支援活動に携わるが、紛争後国にも支援している。日本赤十字はじめ各国赤十字は、NGO ではあるものの公的存在に近い。

紛争・災害後人道支援には多数の日本の NGO も活動しており、例えば、ジャパンプラットフォーム参加 NGO、AMDA、SHARE、ペシャワール会などがある。現地で設立された NGO も多く、国際 NGO の出先機関として活動していたり、外国 ODA 資金を受け入れ、優れた活動を実施していたりすることも多い。特に、政府が十分機能していない場合、政府に代わって外国援助を受け入れたり、社会サービスを提供したりしていることも少なくない。

その他、NGO などに資金を提供している各種の基金・財団などがある。また、ロンドン大学、ジョンズホプキンス大学など、欧米の大学は、ODA の実施機関となったり、紛争・災害後地域の疫学調査や支援活動の実態調査などの研究活動を行ったりしている。

## 4. 事例検討：中東・パレスチナに対する復旧・復興支援

### 4-1 中東・パレスチナの紛争と社会背景

中東のパレスチナ地域では、1948年のイスラエル建国により、アラブ系住民が難民化し、周辺諸国を巻き込んで紛争が継続した。当初100万人程度であったパレスチナ難民は、現在では、登録難民だけでも430万人を超えており、世代を超え50年以上もの長期間にわたって難民状態が続いている。

1967年の第三次中東戦争により、イスラエルは、西岸、ガザ、東ジェルサレムを占領した。イスラエルは、国際社会の勧告を無視して、占領地に入植地を建設し続け、パレスチナ住民は、1987年以来、占領地で反イスラエル蜂起（インティファダ）を続けた。1993年、イスラエルとパレスチナは暫定自治原則宣言に署名、ガザとジェリコ、次いで西岸各都市におけるパレスチナ側の自治が開始された。しかし、和平は順調に進まず、2000年にインティファダが再燃、イスラエル軍は再び西岸各都市とガザに侵攻、さらに西岸に防御壁の建設を開始した。

その一方で、米国、EU、国連、ロシアの仲介による和平努力も継続され、2003年には和平へのロードマップが発表された。2004年にアラファト議長が死去、アッバース氏がパレスチナ自治政府（Palestinian National Authority：PA）議長となった。2005年8月、イスラエルは、ガザから一方的に撤退した。2006年1月、パレスチナ総選挙の結果、イスラエルの存在を認めていないハマスが自治政府を担うこととなり、欧米諸国は援助を見直す動きを始めた。また、ガザ撤退に続き西岸の境界を一方的に定める政策のカディマ党が、2006年3月のイスラエル総選挙の結果、政権を維持した。今後の和平の進展は、なお不確実な状況にある。

表4-1 パレスチナ及び周辺国の社会指標

	西岸・ガザ	イスラエル	エジプト	ヨルダン	イラク	
面積* (千km <sup>2</sup> )	6	22	995	89	437	
人口 (千人)	3,000	6,601	72,642	5,561	28,057	
GNI/c (US\$)	1,110	17,380	1,310	2,140	2,170	
成人識字率 (%)	男性	98	67	95	—	
	女性	96	44	85	—	
中等教育就学率 (%)	男性	94	88	85	50	
	女性	92	82	87	35	
出生時平均余命* (年)	男性	71	77	68	71	62
	女性	75	81	71	74	64
1人当たり医療費* (US\$)	—	1,496	59	165	11	
乳児死亡率 (出生千対)	20	5	26	23	102	
5歳未満死亡率 (出生千対)	24	6	36	27	125	
妊産婦死亡率 (出生10万対)	—	5	84	41	290	
合計特殊出生率	—	3	3	3	5	
安全な水 (%)	—	100	98	91	81	

出典：The State of the World's Children (2006) \*The World Bank：World Development Indicators (2005)

表4-1に、パレスチナ及び周辺諸国の社会指標を示した。パレスチナは、周辺諸国や他の紛争後国よりも、経済水準に比して社会指標が良好である。しかし、パレスチナ住民は、先進国水準にあるイスラエルを比較の対象としており、イスラエルと同等の社会サービスが提供されるべきであると考えられる傾向にある。

これらより、パレスチナ復興支援の留意点は、以下のようにまとめられる。

- ① 「紛争後」の状態は安定しておらず、国内外の政治状況などの影響を受けて、常に紛争が再び激化し得る状況にある。将来が予見しにくく、長期的計画策定が困難である。
- ② 国内外の政治状況や宗教的信条などにより、紛争の合理的解決が困難であるうえ、諸外国からの政治的注目度が極めて高い。
- ③ 紛争が極めて長期に及んでおり、難民は世代を超えている。
- ④ パレスチナは独立主権国家ではなく、現在も占領下にあり、交通・水などのインフラに関する決定権や、外交・通商などの権限がない。住民には、移動の自由がない。
- ⑤ 西岸・ガザは、面積約6,000 km<sup>2</sup>、総人口300~400万人にすぎず、限定された地域の小規模な人口を対象とする復興支援であるといえる。
- ⑥ 輸出産業育成のような経済セクターへの支援が困難であり、比較的良好な社会指標を達成しているにもかかわらず、社会セクターに支援が偏る傾向にある。
- ⑦ 和平交渉に貢献してきたドナー国はじめ、極めて多くのドナーが関与している。政治・宗教的色彩の強い支援も多く、必ずしも合理的な復興開発支援でないこともある。紛争中から活動してきたNGOも多く、その役割を考慮して有効活用する必要がある。

## 4-2 パレスチナの保健医療セクターの状況

パレスチナの保健医療セクターは、1994年の暫定自治開始以来、本格的な国際支援を得て、緊急期の復旧・復興から、中期的戦略を策定し体系的に発展するよう急速に整備されていた。しかし、2000年9月から紛争が再燃し、中長期的展望に基づいた発展は停滞してしまった。保健庁は緊急時危機対応に追われ、ジェニンからのイスラエル軍撤退後の準備、ヘブロン完全封鎖の対応、村落地域の予測不能な分断・封鎖の問題、イスラエルのガザ撤退前後の完全封鎖に対する準備などに対処しなければならなかった。薬剤などの在庫も増加させなければならず、効率的管理が困難になった。

パレスチナ人の移動制限は強化され、住民の経済的困窮も進み、自治政府への信頼も揺らぎ始めた。それに対処するため、アラファト議長は医療保険の無料化を指示、ある程度進んでいた社会保険制度の発展が停止してしまった。公務員の給与が極めて低いため、保健庁の優秀な人材は、国際機関やNGOなどに流出しており、また、現地調査期間中に、公立病院職員のストライキが4週間にわたって継続していた。加えて、占領地内入植地の居住者及びアラブ系イスラエル人を除いて、一般のユダヤ系イスラエル人は、西岸・ガザに入ることを禁止されたため、過去には実施できたイスラエルNGOとパレスチナ保健庁との協力活動のような、保健医療活動を通しての直接対話も困難となった。

紛争にともなって生じた保健医療セクターの主要な問題点として、以下が挙げられる。

- ① 失業者が増加し、持続可能な社会保険制度の構築が困難である。
- ② 移動制限により患者搬送が制限され、効率的なリファラルシステム形成ができない。
- ③ 移動制限により人材の効率的活用が難しく、教育の機会も制限されている。
- ④ 自治政府が緊急対応に追われ、財政的な予見も難しいことから、中長期的政策の策定・実施が困難である。
- ⑤ 移動制限があり、将来予測も困難なことから、医薬品などの効率的在庫管理が難しい。
- ⑥ 援助が保健医療などに偏っていること、また自治政府から人心が離れないようにするためあって、公立医療施設が、既存の NGO などと競合して拡大している。
- ⑦ 必ずしも調整が十分でない複数の支援が、保健医療分野に集中してしまい、保健医療セクター全体としての体系的発展が困難となっている。
- ⑧ 紛争による外傷などの救急診療に追われ、医療施設の機能が圧迫される。救急外来では、パニック状態の患者家族が攻撃的になり、医療従事者の安全が脅かされることがある。
- ⑨ 保健医療を支える衛生・交通・通信などのインフラが破壊される。

### 4-3 復旧・復興支援の現状とその課題

現地調査は、2005年7月15日から8月8日、パレスチナ西岸地区（ジェルサレム・ジェリコ・ベスレヘム・ラマラ）、エジプト（カイロ）、ヨルダン（アンマン）などにて、実施された。資料1に、現地調査結果について詳述した。調査目的は、以下のとおりである。

- ① パレスチナにおける JICA 及び他の開発援助機関などによる保健医療分野支援に関して調査し、これまでに実施された保健医療分野の対パレスチナ支援の効果と問題点を分析、効果的な保健医療分野の復興支援を進めるための課題について検討する。
- ② エジプト、ヨルダンにて実施した、イラク、パレスチナなどを対象とした JICA の第三国研修など保健医療分野の研修活動について調査して、紛争後地域の人材を、周辺国で養成する可能性と問題点について検討する。

パレスチナは、占領下にあり独立主権国家ではないうえ、なお紛争後とはいえ将来の予見が困難である。そのため、緊急対応に追われ、中長期的戦略のもとに、体系的・戦略的な支援を進めるのが極めて困難である。狭い地域の小規模の人口を対象としている点では介入しやすいのだが、安全上の理由から対象とする地域が限定され、占領側の意向によって支援できる分野も限定される。保健医療のような社会セクターは、紛争中も人道的観点から支援の対象となりやすく、ドナーが集中する傾向があるうえ、紛争当事者も人心をひきつける手段として使うことがある。保健医療サービスに支援が偏ると、逆に長期的に持続可能なシステム形成の妨げとなり得る。

また、保健医療分野の支援に際しても、保健指標の改善など分野特異的な目標達成をめざすのみならず、和平プロセスを推進させる一助となるよう考慮するべきである。パレスチナ人が国際社会から孤立していないことを示して、国際社会への信頼感を醸成するような援助や、さらには、一般のパレスチナ人とイスラエル人の対話のきっかけとなるような援助が望まれる。

パレスチナは、経済水準に比して教育水準は高く、母子保健・予防接種などの PHC (primary health care) サービスについては一定の成果が上げられており、現地に優秀な人材も多い。他方、病院治療が、効率を度外視して拡張すると、持続可能な保健医療システムの構築が困難となる。重症化すると高額な医療費を要する、糖尿病などの疾患の予防・治療のガイドラインを作成・周知し、効果的で効率的な診療を確立するべきである。公立病院の管理運営については、なお能力が不足しており、病院管理やパブリック・ヘルス・マネジメントに関しての人材養成が必要である。また、一般医師は充足しているが資格制度を充実させる必要があり、他方、各種専門医や看護師は不足している。人材養成の場として、西岸の大学を活用したり、ヨルダン・エジプトのような近隣国で研修したりするのもよい方法である。

このような技術的側面の支援に加え、必要な施設や機材の整備も実施していくべきである。保健医療セクター全体の中長期的・体系的な戦略に沿って、どこにどの程度の施設が必要かを決定し、各施設の機能の範囲を明確にするべきである。また、増改築を繰り返してきた施設については、施設全体のマスタープランを建て、それに沿った整備を進めるべきである。このような中長期的計画では、運営コストを十分考慮して、長期的にみて持続可能な規模に抑えていく必要がある。

以上より、保健医療分野において今後日本の支援が望まれる領域は、次のようになる。

- ① 地域医療計画、医療情報システム、社会保険、薬剤管理など、保健医療政策支援
- ② 病院管理、医療機材管理、臨床診療ガイドライン作成など、技術協力
- ③ パブリック・ヘルス・マネジメント研修、日本での短期研修、近隣諸国での長期専門医教育など、人材養成活動
- ④ 既存の中核的医療施設の再整備
- ⑤ 障害者支援、精神保健など、自治政府の対応困難な分野で活動する NGO の支援

エジプトの保健人口省や大学関係者は、周辺国の人材養成をエジプトで実施することに対して意欲的であった。イラク、パレスチナなど、中東諸国のみならず、スーダン、ソマリアなど、サブサハラ・アフリカのイスラム諸国を対象とした研修も可能性があり、過去にも看護師研修を実施していた。過去のプログラムを評価して、日本側が積極的に助言して、より効果的な研修体制をつくり、研修生の選定と研修内容が適合するようにする必要がある。エジプトは比較的人口が多く症例が豊富であり、アラブ諸国は医師資格が共通しており、イラク人やパレスチナ人の臨床実習が可能であるので、外科系研修は少人数での実技指導をするべきである。また、病院レベルの臨床医療に関する研修に偏ることなく、紛争後のパブリック・ヘルス・マネジメントや地域保健に関する研修を充実するべきで、エジプト国内の農村をフィールドとしての地域保健研修も考えられる。また、カイロ大学看護学部のように、過去に日本が支援した教育機関が、国際研修を実施する能力があるまでに育っていることは非常に有意義であり、これらの機関と効果的に連携していくのが望ましい。エジプトは、中東地域において比較的自由な社会環境で、情報に接する機会も多い。女性看護師も多く活躍していることから、看護師の社会的地位が低い国から研修生を受け入れて看護師の地位向上に資することも期待される。他方、エジプトの国内にも多くの保健医療問題があることから、国際研修を実施することを通して、エジプト人が国内の問題に自ら

取り組む方向づけができるようなプログラムを考慮するべきであろう。

パレスチナ、イラクの医療従事者をヨルダンで研修することも、有効と考えられる。ヨルダンは、比較的医療水準が高く、専門医資格の認定施設があり、アラブ諸国と医師資格が共通している。また、近隣国と言語や文化をある程度共有しており、親族の家に滞在したり、家族を同伴したりすることも可能であるという利点もある。しかし、ヨルダンは人口が少ないため症例が乏しく、臨床実技の研修にふさわしくない可能性がある。また、ヨルダンには、医療が産業となり高度医療を実施する有料の民間医療施設が多い、ヨルダン人医師は欧米で教育を受けないと専門医として認められない、ヨルダン人看護師は国外に流出しインドなどから看護師が流入しているなどの、保健医療セクターの構造的な問題点もある。医療従事者の研修を実施するなら、特定の領域に絞り込んで、限定的な研修にとどめるのがよいであろう。医療機器維持管理の研修では、実施側の反応と受講側の反応に差があったが、受講側のニーズを十分掘り起こして、研修内容を組み立てることが必要である。

紛争後復興支援の事例として、中東のパレスチナを取り上げて検討した。世界的には、貧困と低開発が基盤にあって地域紛争を繰り返す場合が多いが、パレスチナの場合は、ある程度の社会開発水準を達成しており、アフリカやアジアの紛争後の低所得国とは、背景条件が異なっている。また、なお紛争後とはいえない状況にあって、将来の予見が困難であり、緊急対応に追われて中長期的戦略が立て難い状況にある。狭い地域の小規模の人口を対象としている点では介入しやすいのだが、占領下にあるため独立国としての権限がないことや政治的・宗教的な注目を集めやすいという難しさがある。このように事例として特異な点があり、パレスチナでの検討結果が、必ずしもすべての紛争後復興開発にあてはまるわけではないが、いくつかの共通する課題を抽出することができる。

- ① 保健医療セクター全体の発達水準を考えてニーズを把握し、支援を検討する。その支援が保健医療セクター内でどのように位置づけられるかを常に意識して立案・実施する。例えば、パレスチナでは、中核病院の整備は、保健医療セクターの水準からみて必要と考えられるが、狭い地域に高度な機能を重複させ負担とならないよう、地域内のバランスを意識する必要がある。
- ② 緊急期から中長期的戦略に留意し、緊急支援から中長期支援にすみやかに移行させる。緊急援助として実施した事業が必要でなくなったとき、いかに廃止・移行させるかについても考慮する。例えば、イスラエル軍のガザ撤退にともなう封鎖に備えて、医薬品の備蓄が行われたが、封鎖が解除されたときに、備蓄した医薬品をどのように平時の薬剤管理体制に戻して、コスト負担を減らすかの戦略が必要である。
- ③ 技術協力と、施設・機材などのインフラ整備のバランスを考慮して、技術的支援と物的支援が関連づけられた一貫した支援が必要とされる。例えば、機材を支援する場合には、使用法や維持管理の技術指導が必要である。また、研修を実施する場合は、習得した技術が活用できるような施設・機材が整備されている必要がある。
- ④ 早期から人材養成に取り組むことが重要である。紛争後国では、人材不足が著しいことが多い。人材養成には長期間を要するため、中長期開発にすみやかに移行していくためには、必

要となる人材を早くから養成する必要がある。例えば、各レベルにマネジメントのできる人材が必要である。

- ⑤ 復興開発支援については、国際機関や開発援助機関、先進国の研究機関などが、学問的知見を蓄積しているので、現場の意見のみに頼らず、学問的成果を活用することが重要である。国際 NGO、あるいは長く活動している現地 NGO も、経験に基づく多くの知見を蓄積しているので、積極的に情報交換してプロジェクトの形成・実施に役立てるべきである。パレスチナの場合は、長く活動している優れた現地 NGO が存在するので、現地の人材を活用していくことも考慮するべきである。
- ⑥ 復興支援には多くのドナーが集中する。日本の援助としての一貫性を確保して、他のドナーと分担していく方策を考える。その国に投資できる金額で、最も効果があり、日本の存在感を示すことのできる援助をするには、慎重に情報を分析した後、分野を選択してある程度絞り込んだほうがよい。ニーズが適合すれば、日本が過去に援助した機関を実施主体としたり、日本の援助のいった領域、地域を対象としたりするのもよい。
- ⑦ 紛争後国を直接支援するのが困難な場合は、周辺国において人材養成をしたり、周辺国に拠点を置き現地の人材を活用したりする方法がとれる。周辺国は社会的背景に共通点も多く、コストの点からも効果的であるし、地域の安定にもつながる。他方、当事国と周辺国との関係に問題がある場合や、周辺国そのものに問題点が多い場合もある。

## 5. 紛争・災害後の保健医療分野支援のあり方

### 5-1 紛争・災害の状況と対象国の背景要因への対応

紛争後・災害後の開発途上国の支援にあたっては、紛争・災害の状況、時間経過、対象国の政治・経済・社会的背景、日本や他の援助機関との関係などを十分検討する必要がある。保健医療分野の優先課題もそれらの背景要因によって少しずつ異なってくる。表5-1に、これまで検討した長期紛争後国の特徴についてまとめた。

世界的には、貧困と低開発が基盤にあって、地域紛争を繰り返したり、災害の被害規模が拡大したりする場合が多い。支援の際には、紛争や災害によって生じた問題と、もともとの低開発にともなって存在する問題を把握して、優先度を確認しながら対応しなくてはならない。対象国の援助受入能力が弱いことも多いので、実施方法についても工夫する必要がある。また、緊急人道支援・復旧支援にとどまらず、長期的な開発支援を続け、貧困削減、経済開発、社会開発を進めることが重要である。保健医療分野においては、まず基本的保健医療サービスの充足が課題とな

表5-1 紛争の特徴と日本の援助状況

	パレスチナ	カンボジア	アフガニスタン	スリランカ	コンゴ民主共和国
紛争期間	1948～1993 2000～	1970～1991	1979～2001	1983～2002	1996～2002
紛争の範囲	占領地全土	全土	全土	北東部のみ	全土
紛争の性質・背景	民族対立・領土争い・宗教対立	イデオロギー・ジェノサイド	イデオロギー・部族間対立	民族対立・分離独立要求	部族間対立・CHE・資源の利権争い
特徴	国際的注目度高い、イスラム諸国への影響大	大量虐殺による社会崩壊、比較的順調な復興	多民族、原理主義、テロ、麻薬、女性の地位低い	国内一部地域に限局的	周辺諸国の介入、地域全体不安定
現状	紛争再燃	安定	不安定	停戦中 一部災害後	東部不安定
社会開発水準	良好	不良	不良	良好	不良
現時点の援助目的	緊急人道・復旧・復興	長期開発	復旧・復興	復旧・復興・長期開発	復旧・復興
必要な援助	和平進展による復旧・復興支援	社会開発・貧困削減	治安回復による復興支援	格差を縮小する復興・開発支援	治安回復による復興・開発支援
保健医療分野の課題	持続可能なシステム形成	基本的保健医療サービス充足、人材の質的向上	基本的保健医療サービス充足、女性の健康	持続可能なシステム形成、地域格差の縮小	基本的保健医療サービス普及、疾病対策
援助に関する日本の立場	欧米主導	トップドナー	米国主導	トップドナー	西欧主導・小規模
これまでの日本の援助目的	緊急・復旧・復興	緊急・復旧・復興・長期開発	緊急・復旧・復興	復旧・長期開発	復旧
これまでの主な日本の援助内容	医薬品供与、機材供与、病院建設、限局的な技術協力、研修	病院建設、機材供与、母子保健など技術協力プロジェクト	医薬品供与、医療施設再建、機材供与、限局的な技術協力、NGO支援	政府側の病院建設、技術協力、反政府側の小規模医療施設再建	医薬品供与、研修
類似状況の国	—	ルワンダ	イラク	コロンビア、ウズベキスタン	スーダン、シエラレオネ、リベリア

り、人材養成も重要である。カンボジアでは、復旧から復興、長期開発支援を継続してきたことが、安定と紛争予防にもつながっている。

しかし、パレスチナやスリランカの場合は、カンボジア、アフガニスタン、コンゴ民主共和国などとは異なり、ある程度の社会開発水準を達成している。この場合、保健医療分野の優先度が他の分野に比して高くはないのに、緊急人道支援、復旧支援として、全体からみてバランスを欠く保健医療分野支援が実施されることがある。緊急人道支援、復旧支援は限定的なものとして、持続可能な保健医療システムの形成や、地域格差の縮小に重点を置くべきである。格差によって生じる疎外感や不公平感が、再び紛争を引き起こす要因となることに留意するべきであり、人的交流によって連帯感を醸成することも重要である。また、機材・施設などの物的支援と、技術協力や政策面での助言が、一体となった支援が望まれる。

## 5-2 日本政府による復旧・復興支援の成果と課題

### (1) 地域・紛争状況

日本は、自然災害後・紛争後の開発途上国に対し、これまで積極的に多額の支援をしてきた。東南アジア地域の紛争・災害に対しては、比較的容易にニーズを把握して迅速に支援してきた。これは、地理的に近く、民間を含め人的・物的交流が多く情報が豊富であること、歴史的背景に対する理解が深いこと、過去の支援の経験が蓄積されていること、緊急援助に対する協定などがすでに締結されていることなどによる。中東やアフリカにおいては、欧米諸国との歴史的関係が強く、和平交渉の仲介など政治的にも関与していることが多い。そのため、援助量に見合った、日本の存在感を示すことは容易でない。また、紛争が部分的に継続している状況の場合、治安の問題や憲法上の制約から、直接介入が難しく、調査や技術協力に十分な人材を派遣するのも困難なため、ニーズ把握や実施管理の不十分な場合が生じる。国際機関・NGOなどと連携しながら、日本の存在感を示す方策を検討する必要がある。

### (2) 実施時期

復旧支援が決定されてから実施されるまでに、数ヶ月以上を要することがあった。対象国政府の計画・実施能力が不足している、紛争・災害後の混乱のなかで適確な支援内容決定が難しい、日本側に手続き上の制約があるなどによると考えられる。JICAは手続きの簡素化に取り組んでいるが、ODAとしてのアカウントビリティを確保しながら適切な支援をするには、やはりある程度の期間を必要とすると考えられる。したがって、当面のニーズに捉われすぎることなく、実施までの期間を見越して、援助内容を計画するべきである。

### (3) 援助スキーム

緊急人道支援・復旧支援には、無償資金協力による物的支援が中心で、技術協力のともなわないうことが多く、草の根・人間の安全保障無償資金協力、緊急無償資金協力などのスキームも使われてきた。実施機関はJICAのみでなく、国際機関経由、NGO支援、自衛隊派遣なども行われて

きた。多様なスキームを活用することによって、状況に柔軟に対応しようとしていると思われる。しかし、無償資金協力による施設・機材整備のような物的支援と、技術協力や研修事業などの技術的支援が必ずしも連携していないことがあるので、物的支援と技術的支援が有機的に連携する一貫した支援が必要である。

#### (4) 支援内容・戦略性

緊急人道支援・復旧支援の場合、当面のニーズに対応したり、政治的判断により支援内容が決定されたりすることがあり、技術的・専門的検討が不十分なことがある。しかし、効果的支援には、復旧の段階から戦略性を考慮して、長期的視点のもと、対象国の保健医療セクター全体の発達水準を把握し、ある支援がセクター内でどのように位置づけられるかを常に意識しながら、計画・実施することが重要である。緊急・復旧支援から、復興、長期開発支援へと、継続的に移行させることが大切で、緊急・復旧支援として実施した事業が必要でなくなったとき、いかに廃止・移行させるかについてもあらかじめ検討しておくべきである。

#### (5) 技術的側面

日本の ODA は、母子保健、感染症対策など特定専門分野の技術協力を得意としており、人材の質的向上に貢献してきた。対象国の条件によっては、現地で活動する人員が不足しており、分野の専門家がそろっていないことも多い。紛争後国では、人材不足が著しいことが多いが、人材養成には長期間を要するため、中長期開発にすみやかに移行していくためにも、必要となる人材を早期から養成する必要がある。紛争後国を直接支援するのが困難な場合は、周辺国において人材養成をしたり、周辺国に拠点を置き現地の人材を活用したりする方法も考えられる。

#### (6) 政策的側面

日本は、援助規模に比して政策形成面での貢献が不足しており、技術的向上に貢献していても、国全体の保健医療システムの枠組みに対する政策的インパクトが、それほど大きくないことがある。復旧支援を再編して復興から開発へと進む過程での、中長期的展望が不足していて、政策面での関与が弱くなってしまうことがある。技術的に優れた専門家がいても、政策形成能力が不足していたり決定権がなかったりするため、ドナーコミュニティのなかで存在感を示せないことがある。

#### (7) 他機関との協力

復興支援には多くのドナーが集中するため、日本の援助としての一貫性を確保しながら、他のドナーと分担していく方策を考える必要がある。存在感を示すためには、分野をある程度絞り込んだほうが効果的で、日本が過去に援助した機関を実施主体としたり、日本の援助の入った分野や地域を対象としたりすることも検討に値する。また、国際機関、開発援助機関、先進国の研究機関、国際 NGO や現地 NGO は、豊富な学問的知見や経験を蓄積していることが多い。積極的に情報交換してプロジェクトの形成・実施に役立てるべきであり、現地の人材を活用していくこ

とも考慮すべきである。

## (8) 対象国との関係

復興・開発支援は、政府を対象とし、要請に基づいて実施している。対象国政府のオーナーシップを重視しすぎると、内容、対象地が必ずしも適切でなかったり、実施に極めて長期間を要したりすることがある。紛争後国でリカレントコストの負担が困難な場合、持続可能となるよう、キャパシティ・ビルディングを進めながら、当面のコストを肩代わりする方策が必要である。

## 5-3 JICA の復興支援に対する提言

復興支援は、紛争・災害後の緊急人道支援、復旧支援を整理再編して、長期開発支援につないでいく時期の支援といえるが、もちろん厳密にこれらを分けることはできない。また、過去の紛争・災害で起こったことに対応するのみならず、将来の紛争や災害の予防に寄与できるような支援でなければならない。以下に、JICA 復興支援を進めるにあたり留意する点をまとめた。

- ① 紛争・災害の状況  
紛争・災害の性質、規模、発生地域、時間経過などを考慮して対応する。
- ② 対象国の背景要因  
対象国の政治的・経済的・社会的背景や、保健医療セクター全体の発達水準を考慮する。
- ③ 緊急から長期開発への継続的支援  
緊急人道支援、復旧支援から、復興支援、紛争予防と平和構築・防災、長期開発支援に至るまで、一貫した施策を進め、必要に応じて、同時進行させたり、再編したりする。
- ④ 中長期的戦略  
状況の変化を見定めながら、緊急期から中長期的戦略に留意し、緊急・復旧支援から中長期的支援へと、継続的にすみやかに移行させる。
- ⑤ セクター間の連携  
複数セクターの実施機関である強みを生かして、複数セクターのプログラムを連携させ、並行して実施することにより効果を増幅させる。
- ⑥ 各種スキームの有機的連携  
無償資金協力、技術協力、NGO 支援などの各種スキームを、状況に応じて選択し組み合わせ、物的支援と技術的支援のバランスと連携を考慮して一貫した支援とする。
- ⑦ 他機関との協力  
国際機関、他国援助機関、NGO、研究機関など、他機関と常に情報交換し、相互補完的協力関係を保ちながら、日本の援助としての一貫性を確保する。
- ⑧ 政策的助言  
対象国における政策形成にも、継続的に参画する。政策の流れに沿って実施すれば、支援の効果が高まり存在感を示すことができる。政策対話の継続により、対象国からの援助要請を、地域格差や持続可能性に配慮した、より適切なものとすることができる。

⑨ 技術的アセスメントの強化

支援内容を決定する際には、技術的専門的側面から、十分に調査し検討する。緊急期に政治的観点から決定された支援であっても、専門的観点からの整合性が求められる。必要に応じて、緊急期の支援を整理・再編する方策を検討しておく。

⑩ 人材養成

早期から人材養成に取り組む。紛争後国では人材不足が著しいが、人材養成には長期間を要するため、必要となる人材を早くから養成する必要がある。

⑪ JICA の役割

JICA の果たすべき役割を常に意識して支援を計画する。JICA は、中長期的な本格的支援、技術協力による人材育成やシステム形成に強みがある。緊急人道支援や復旧支援には、機動力のある NGO や自衛隊を中心としたほうがよいが、復興支援につなぐという観点から JICA の関与も必要とされる。また、これまでに実施した復興支援の成果と課題をふまえて実行可能な施策を進めるとともに、新たな方法を柔軟に取り入れる。

保健医療分野において、JICA が、どのような復興支援を進めるべきか、具体的な提案を含めて、以下に列挙する。

① 保健医療政策への関与

ドナーコミュニティでの発言力を強化し、復旧期から中長期的展望のもとに支援をするには、保健医療政策への関与が不可欠である。十分調整されないままに各地の PHC センターなどに援助が投入されるなかで、中長期的には効率的に医療施設を配置していくよう、県・郡レベルの地域保健医療政策を策定し、持続可能な保健医療システムを構築していかななくてはならない。それには、政策形成能力がありドナーコミュニティで議論する技量を備えた専門家を派遣して、一定の決定権をもたせることが必要である。派遣できる専門家の技量が不足する場合は、有能な現地専門家を雇用して補強し、日本の後方支援機関からも技術的助言を継続する。これまで、紛争後国での援助調整に際して、日本が保健医療セクターグループのリーダーシップをとることはなかったが、有能な専門家を登用できれば、積極的に、援助量に見合ったリーダーシップをとるべきである。

② 緊急・復旧支援からの継続的支援

緊急・復旧支援として、これまでは、医薬品、医療機材の供与、医療施設の復旧などが実施された。紛争・災害後国では、どのような支援であってもニーズは存在しているが、ODA の対象とするべきかについては、専門的観点から適切に判断しなければならない。日本からの専門家派遣が困難な場合は、現地の専門家を雇用するなどして調査し、現地の状況や優先課題について把握することが、まず必要である。もし適切な技術的アセスメントができないときは、供与を直接実施するのではなく、現地で活動している国連機関や NGO を経由する方が効果的である。

また、保健医療分野のニーズは、時間的経過によって変化してくる。緊急期に計画されたプロジェクトであっても、実施時期がかなり遅れることがあるので、当面のニーズに捉われず

ざることなく実施時期に必要となる援助を計画する必要がある。計画の際には、対象国の実施能力と保健医療水準、他機関からの援助状況などの諸条件を考慮しなくてはならない。復旧早期から技術的・専門的なインプットは不可欠である。

### ③ 政府の実行能力への対応

紛争・災害後国の政府は実行能力が不足していることが多く、援助が集中すると、取り決めた条件どおり期限までに実施できないことがある。政府のオーナーシップは重要であるが、実施が極端に遅れると、復旧・復興に支障が生じ不安定化の要因となる。これに対処するには、国際機関、日本や現地の NGO やコンサルタントなどと契約して実施する方策もある。その際専門家派遣や研修により、政府職員の能力向上を、同時に進めることが大切である。また、援助を数期に分けて実施することとし、一定の達成条件を満たしてから、次の期の援助を実施する方式も有効である。これまでは、複数年度にわたり数期に分けて実施したり、条件によって以後の援助を停止したりすることは難しかったが、今後は柔軟に検討すべきである。

### ④ 状況変化への対応

緊急期・復旧期に実施された援助が、時間経過とともに必要ではなくなることもあるので、その場合の整理・再編方法を考慮して計画すべきである。例えば、紛争・災害後の患者数増加にあわせて準備した医薬品が、その後の患者数減少により必要なくなった場合の処理方法や、人材不足のために短期間で養成した准看護師やヘルスワーカーの再教育や雇用確保などについて、検討しておく必要がある。

### ⑤ 自立に向けての方策

紛争後国においては、財政支援が必要となったり、リカレントコストが捻出できなかつたりすることが多く、ドナー側に負担を求める状況が生じている。やむをえない場合、直接負担するか、別のスキームで補填することを考慮すべきである。例えば、食糧援助の見返り資金を、供与した施設や機材のリカレントコストにあてる、国際機関への信託基金により財政支援をして保健省職員の給与を補填などが挙げられる。同時に、対象国政府のキャパシティ・ビルディングを進め、税制の整備や医療費導入などについても支援して収入源を確保できるようにし、ドナーへの依存を漸減していく必要がある。また、財政支援をする場合には、対象国政府のアカウントビリティを向上させ、行政システムの透明性を確保することが重要である。

### ⑥ 地域格差の縮小

紛争予防や防災には、復興・開発プロジェクトを紛争・災害の危険性のある地域で実施し、地域格差を縮小することが重要である。プロジェクトが入れば、現地のニーズをよく把握することができ、コミュニケーションが改善して、地域住民は連帯感を感じるようになり、不公平感を軽減することができる。したがって、貧困者の多い地域、地理的条件の悪い地域、反政府側の多い地域に、積極的に支援すべきである。しかし、政府の要請に基づいての援助であるため、そういった地域に対する支援が要請されない場合もあり得る。加えて、条件の悪い地域では、治安の問題や相手側の実施能力不足のため、JICA が直接実施するのは極

めて困難であることも予想される。直接の実施機関としては、日本や現地の NGO、国連機関などを活用することも考慮すべきである。また、立ち遅れた地域の開発を進めるように、政策対話を続けることも重要である。

⑦ 分野・課題・地域・カウンターパートの選択

紛争・災害後国では、多数の援助機関が競合して活動しており、限られた人員と資金により、効果的で存在感を示すことのできる支援をするには、慎重に情報を分析した後、実施する分野を選択してある程度絞り込んだほうがよい。対象国の保健医療状況から判断して、突出することなく、また日本が得意としていて、政策的にも貢献できる分野・課題が望ましい。これまでに実施されてきた母子保健や感染症対策は、日本の得意な分野であり協力しやすいが、単に限定的な技術支援にとどまらず、政策的にも発言していくことが重要である。各援助機関が地域を選択して分担しているようなときには、実施可能な地域を選んで地域開発の一環として保健医療分野の支援をすることも考えられる。その場合には、中央の保健省との連携を確保することが大切である。また、客観的に適正であれば、日本が過去に援助した機関を実施主体としたり、日本の援助の入った分野、地域を対象としたりするのもよいであろう。

⑧ 技術協力・人材養成

復興支援には人材養成が不可欠であり、対象国との長期的信頼関係を醸成するためにも、技術協力は重要である。紛争後国では、治安や現地の人員不足の問題があるので、安全の確保しやすい首都や地方中核都市において、指導者を養成することからまず始めるのがよいであろう。技術指導には、日本人専門家のみならず、現地の人材や外国人専門家を活用することにより、効果を高めることができる。通信インフラが整えば、テレビ会議方式による技術指導も可能であろう。和解と平和構築に寄与できるよう、格差の縮小に役立つ分野・地域を選び、対立していた双方が参加できる形で技術指導を進めることが望ましい。例えば、紛争により対策の遅れていた地域で感染症対策を進め、政府側・反政府側双方の保健医療専門職が研修に参加するようなプロジェクトが考えられる。

人材養成の方法として、研修事業も重要であり、特に現地での活動が治安の問題などにより困難な場合、研修生の招聘が技術協力の中心となる。復旧早期から、研修事業により将来の復興・開発に必要な、管理運営にあたる人材や専門医などを養成していくことが必要である。また、機材などの供与と同時に使用法についての研修を行うことにより、供与機材の効果的活用がはかれる。研修生が来日することにより、対象国との理解が深まり信頼関係を構築できるし、日本のシステムを学んでもらうことにより、欧米ドナー主導の保健医療システム改革の不足する点について補うことができる。日本に招聘する場合は、留学生としての長期間滞在、中堅の人材に対する短期間の専門研修、政府要職者に対する管理研修などがある。また、地理的に近く社会背景も共通する周辺国での研修や、日本が支援してきた第三国での研修の場合は、現地の保健医療状況に即した研修が期待でき、費用面からもある程度の期間の滞在ができる利点がある。その場合、研修内容についても、十分に日本側の意向を反映させることが大切である。通信インフラが整えば、テレビ会議方式により、日本の専門家が現地の人材を指導することも可能である。研修内容や、研修生の選定にあたり、和解促進と平和

構築に寄与するよう配慮する必要がある。すなわち、研修には参加型方式を取り入れて参加者の相互理解を深めるようにすることや、対立していた双方から研修生を選定して共に学ぶ場をつくることなどである。

⑨ 施設・機材の整備

医療施設整備としては、地域の中核病院を対象とすることが適当である。PHC センターは、通常多くの援助機関、NGO がすでに支援しており、もしその整備を担当するなら、ある一定の地域全体を担当する方式がよい。医療機材の選定には、技術的アセスメントを十分に行い適正な機材を適正な施設に供与する。供与にあたっては、設置する施設の復旧・再建も同時に行うべきである。現地の人材が使用し維持管理できる水準のものを選定し、日本人短期専門家または現地専門家が、機材を使用する医師、看護師、技師らのチームを指導するのが望ましい。機材供与した施設の職員を研修に招聘するか、あるいは、研修生の勤務する施設に機材を供与し、物的支援と技術的支援を連携させる。施設・機材の維持管理は対象国側の責任ではあるが、紛争後国では財政が窮迫していて、リカレントコストが捻出できない場合もある。自助努力を求めるのは重要であるが、やむをえない場合、一定期間に限って、リカレントコストを直接または間接的に補填することも必要とされる。

⑩ 国際機関・NGO・現地人材の活用

治安の問題や現地での人員不足から、実施がむずかしい場合、現地で活動している国際機関や国際 NGO、有能な現地 NGO や現地コンサルタントを活用する。日本の存在感を示しながらのパートナーシップとなるよう留意し、他機関が実施する場合は、日本の支援であることを明確にする。技術協力において、日本人専門家だけでは専門的能力が不足する場合は、現地や外国人の専門家を登用する。

## 参考文献

### (1) 日本語資料

- 青山温子 (2000) 『パレスティナ自治区：パレスティナ企画調査 (医療・公衆衛生)』国際協力事業団 (JICA)
- (2002) 「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』23-30, 36, JICA 国際協力総合研修所
- (2003) 『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 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 平成14年度総括・分担研究報告書』
- (2004) 『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 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 平成15年度総括・分担研究報告書』
- (2005) 『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 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 平成16年度総括・分担研究報告書』
- (2005) 『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 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 平成14-16年度総合研究報告書』
- (2005) 『紛争後開発途上国における女性の健康問題の要因分析と改善の方策 平成14-16年度科学研究費補助金基盤研究 (B) (2) 研究成果報告書』
- ・喜多悦子・宇野日出男・宇井志緒利・Gilbert Burnham (2003) 「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
- ・原ひろ子・喜多悦子 (2001) 『開発と健康—ジェンダーの視点から』有斐閣
- 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
- 宇井志緒利・Leng Kuoy・宇野日出男・青山温子 (2003) 「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—カンボジ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.
- ・岡本美代子・青山温子 (2005) 「カンボジア農村地域の保健センターにおけるローカル NGO の役割」『第16回国際開発学会全国大会報告論文集』26-29
- 岡本美代子・菅波茂・青山温子 (2004) 「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」『第15回国際開発学会全国大会報告論文集』254-257
- 外務省 (2005) 『スマトラ沖大地震及びインド洋津波被害 二国間無償資金協力に係る中間評価報告書』外務省
- 経済協力局編 (2006) 『政府開発援助国別データブック ODA 2005』外務省
- ウェブサイト「各国・地域情勢」(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/index.html>) (2006年3月アクセス)
- ウェブサイト「パキスタン等大地震に対する我が国の対応」(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/index.html>) (2006年3月アクセス)

- 喜多悦子 (2003) 「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』27-51、財団法人世界経済情報サービス (ワイス)
- 国際協力事業団 (JICA) (1994) 『パレスチナ自治区：ガザ医療機材整備計画及びジェリコ病院建設計画事前調査』
- (1995) 『ヨルダン・ハシェミット王国：医療機材整備計画基本設計調査報告書』
- (1998) 『ヨルダン・ハシェミット王国：消防機材整備計画基本設計調査報告書』
- (1998) 『ヨルダン・ハシェミット王国：救急医療機材整備計画基本設計調査報告書』
- カンボジア国別援助研究会編 (2001) 『カンボジア国別援助研究会報告書—復興から開発へ』 JICA 国際協力総合研修所
- 国際協力機構 (JICA) (2004) 『ヨルダン・ハシェミット王国：ヨルダン南部・北部地域消防救急機材整備計画基本設計調査報告書』
- ウェブサイト「アフガニスタン支援」  
(<http://www.jica.go.jp/global/peace/afghan/index.html#fukkou01>) (2005年10月アクセス)
- ウェブサイト「国際緊急援助」  
([http://www.jica.go.jp/infosite/schemes/emerg\\_dis\\_rel/index.html](http://www.jica.go.jp/infosite/schemes/emerg_dis_rel/index.html)) (2006年3月アクセス)
- 永井真理・岡本美代子・青山温子 (2005)：「停戦後のスリランカ北部における保健医療分野の復興開発について」『国際開発学会第6回春季大会報告論文集』77-80.
- 平川オリエ・喜多悦子・青山温子 (2006)：「紛争後復興開発過程のカンボジアにおける女性の健康問題」『国際保健医療』20：2, 7-18.
- 防衛庁ウェブサイト「国際社会における自衛隊の活動状況 2005年」  
(<http://www.jda.go.jp/katudou.htm#01>) (2006年3月アクセス)

## (2) 外国語資料

- Abdeen Z., Greenough G., Shahin M., Tayback M. (2002) *Nutritional Assessment of the West Bank and Gaza Strip*. CARE International West Bank/Gaza, Jerasalem.
- Al-Bahri, A. (2003) *Jordan University Hospital 2003*. Jordan University: Amman.
- Alwan, A. (2004) *Health in Iraq: A Review of the current Health Situation, Challenges Facing Reconstruction of the Health Sector and our Vision for the Immediate Future*. Ministry of Health, Iraq: Baghdad.
- Amnesty International (2003) *Democratic Republic of Congo: Children at War*. Amnesty International: London.
- Aoyama, A. (1999) *Toward a Virtuous Circle: A Nutrition Review of the Middle East and North Africa*. The World Bank: Washington, DC.
- (2001) *Reproductive Health in the Middle East and North Africa: Well-Being for All*. The World Bank: Washington, DC.
- Arafat C. (2003) *Psychosocial Assessment of Palestinian Children*. National Plan of Action for Palestinian

- Children: El-Bireh.
- Barnea, T., Husseini, R. ed. (2002) *Separate and Cooperate, Cooperate and Separate: The Disengagement of the Palestine Health Care System from Israel and its Emergence as an Independent System*. Praeger Publishers: Westport.
- Bethlehem University Web Site, "Bethlehem University's Fact Sheet"  
(<http://www.bethlehem.edu/about/facts.shtml>) (accessed in July 2005)
- CARE International West Bank / Gaza Web Site, "CARE's Health Program Newsletter"  
([http://www.carewb.org/Newsletter/Newsletter\\_July\\_05.asp](http://www.carewb.org/Newsletter/Newsletter_July_05.asp)) (accessed in July 2005)
- Chandler D. (1998) *A History of Cambodia*. Silkworm Books: Chiang Mai.
- Crisp, J, Talbot, C, Cipollone D. B. (eds.) (2001) *Learning for a Future: Refugee Education in Developing Countries*. UNHCR: Geneva.
- Department of Planning and Health Information. (1998) *1998 National Health Statistics Report*. Kingdom of Cambodia Ministry of Health: Phnom Penh.
- Deputy Provincial Director of Health Services Jaffna. (2004) *Annual District Health Plan 2005*. Planning Unit DPDHS Office: Jaffna, Sri Lanka.
- Deputy Provincial Director of Health Services Kilinochchi. (2004) *Provincial database for Provincial Health Profile*. DPDHS Office: Kilinochchi, Sri Lanka.
- DFID Web Site, "Country Profiles: Asia: Afghanistan"  
(<http://www.dfid.gov.uk/countries/asia/afghanistan.asp>) (accessed in October 2005)
- ECHO Web Site, "Humanitarian Aid" ([http://ec.europa.eu/echo/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/echo/index_en.htm)) (accessed in March 2006)
- Edmund, S. *Bethlehem Arab Society for Rehabilitation Specialized Rehabilitation & Surgery Hospital*. Bethlehem Arab Society for Rehabilitation: Bethlehem.
- Health Inforum Web Site, "Health Information and Coverage Maps: Gaza Strip / West Bank"  
([http://www.healthinforum.net/modules.php?name=Downloads&d\\_op=viewdownload&cid=71](http://www.healthinforum.net/modules.php?name=Downloads&d_op=viewdownload&cid=71))  
(accessed in March 2006)
- Heba, H. (2004) *Egypt Human Development Report 2004*. Commercial Press: Kalyoub.
- Holy Family Hospital (2005) *Holy Family Hospital: An Institution of the Sovereign Order of Malta*. Holy Family Hospital: Bethlehem.
- Hudson C. (1984) *The Killing Fields*. Pan Books Ltd: London.
- ICRC Web Site, "About the International Committee of the Red Cross - the ICRC"  
([http://www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/iwpList2/About\\_the\\_ICRC?OpenDocument](http://www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/iwpList2/About_the_ICRC?OpenDocument))  
(accessed in March 2006)
- International Federation of Red Cross Red Crescent Web Site, "What We Do"  
([http://www.ifrc.org/what/index.asp?navid=04\\_01](http://www.ifrc.org/what/index.asp?navid=04_01)) (accessed in March 2006)
- International Rescue Committee Web Site, "What We Do"  
(<http://www.theirc.org/what/>) (accessed in March 2006)
- Jamajoum, L. (2002) The Effects of Israeli Violations during the Second Uprising "Intifada" on Palestinian

- Health Condition. *Social Justice* 29, 3.
- Khalilifacili, E. K. (2005) *UNRWA Health Service in Jericho Area*. UNRWA: Jerusalem.
- Ministry of Health, Sri Lanka (2001) *Annual Health Bulletin 2001*. Ministry of Health, Sri Lanka: Colombo.
- Cambodia (2002) *Health Sector Strategic Plan 2003–2007 Volume 1–4*. Ministry of Health, Cambodia: Phnom Penh.
- Palestine, Web Site, “State of Palestine: Health Topics”  
(<http://www.moh.gov.ps/index.asp?deptid=3&pranchid=0&action=topics>) (accessed in March 2006)
- McDowall, D. (2003) *Losing ground: Israel, poverty and the Palestinians*. Christian Aid: London.
- MONUC Web Site, “Democratic Republic of the Congo - MONUC \_ Background”  
(<http://www.un.org/Depts/dpko/missions/monuc/background.html>) (accessed in March 2006)
- National Institute of Statistics, Ministry of Planning, Cambodia (2000) *Report on the Cambodia Socio-Economic Survey 1999*. Ministry of Planning: Phnom Penh.
- Directorate General for Health, Ministry of Health, Cambodia (2001) *Cambodia Demographic and Health Survey 2000*. Ministries of Planning and Health: Phnom Penh.
- Nations Unies Conseil de sécurité (2003) *Rapport de l'Equipe spéciale d'enquête sur les événements de Mambasa 31 décembre 2002–10 janvier 2003*. Nations Unies: New York.
- Nzongola-Ntalaja, G. (2002) *The Congo: From Leopold to Kabila: A people's history*. Zed Books: London.
- O'Brien L, Pickup F. (2002) *Forgotten Village: Struggling to survive under closure in the West Bank*. Oxfam International: Washington DC.
- OCHA Web Site, “Humanitarian Issues”  
([http://ochaonline.un.org/webpage.asp?Nav=\\_humanissues\\_en&Site=\\_humanissues](http://ochaonline.un.org/webpage.asp?Nav=_humanissues_en&Site=_humanissues))  
(accessed in March 2006)
- OECD Web Site, “Development Co-operation Directorate (DAC)”  
([http://www.oecd.org/departement/0,2688,en\\_2649\\_33721\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/departement/0,2688,en_2649_33721_1_1_1_1_1,00.html))  
(accessed in March 2006)
- Policy Research Incorporated (2001) *Envisioning a Comprehensive Palestinian Rehabilitation System*: Policy Research Incorporated: Bethesda
- RAND Palestinian State Study Team (2005) *Building a Successful Palestinian State*. RAND Corporation: Arlington.
- Sa'ad, H.. (2003) *Royal Scientific Society Annual Report 2003/ 2004*. Royal Scientific Society: Al- Jubaniha.
- An, U. S., Keller S, Ly, T. H, Phauly, T, Barrere, B, Hill, N. (1999) *National Health Survey 1998*. Ministry of Health, National Institute of Public Health: Phnom Penh.
- Save the Children UK (2003) *Democratic Republic of Cong: Emergency Bulletin. August 2003*. Save the Children: London.
- Strong, L., Wali, A., and Sondorp, E. (2005) *Health Policy in Afghanistan: two years of rapid change – A review of the process from 2001 to 2003*. London School of Hygiene and Tropical Medicine: London.
- UNFPA (2005) *The Situational Analysis for UNFPA Country Program Development Occupied Palestinian*

- Territory*. UNFPA: Jerusalem.
- Web Site, “Country Profiles for Population and Reproductive Health-Cambodia” (<http://www.unfpa.org/profile/cambodia.cfm?Section=1>) (accessed in March 2006)
- UNHCR (2002) *Work with Young Refugees to Ensure Their Reproductive Health and Well-being: It's Their Right and Our Duty, A Field Resource for Programming with and for Refugee Adolescents and Youth*. UNHCR: Geneva.
- Web Site, “Basic Facts” (<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/basics>) (accessed in March 2006)
- UNICEF (2006) *The State of the World's Children 2006*. UNICEF: New York.
- Web Site, “Afghanistan—Background” ([http://www.unicef.org/infobycountry/afghanistan\\_7982.html](http://www.unicef.org/infobycountry/afghanistan_7982.html)) (accessed in March 2006)
- UNRWA Web Site, “Overview—Establishment of UNRWA” (<http://www.un.org/unrwa/overview/index.html>) (accessed in March 2006)
- USAID Web Site, “USAID Fact Sheet” ([http://www.usaid.gov/locations/asia\\_near\\_east/countries/afghanistan/](http://www.usaid.gov/locations/asia_near_east/countries/afghanistan/)) (accessed in October 2005)
- WHO, Sri Lanka (2002) *Health System and Health Needs of the North-East Sri Lanka*. WHO Sri Lanka: Colombo.
- Kenya (2003) *Report on Activities for the Coordination Office of WHO/EHA Great Lakes and Central Africa Sub-region, January–June 2003*. WHO Kenya: Nairobi.
- (2005) *Disengagement-Healthcare during Withdrawal Operations in Gaza: WHO Brief June 20, 2005*. WHO West Bank and Gaza: Gaza.
- (2005) *Resource Mobilization for West Bank and Gaza Strip*, WHO West Bank and Gaza: Jerusalem.
- (2005) *West Bank and Gaza Strip: Country Profile*. WHO West Bank and Gaza: Jerusalem.
- (2005) *Bridges: Israeli-Palestinian Public Health Magazine*. WHO West Bank and Gaza: Jerusalem.
- Web Site, “Health Action in Crises” (<http://www.who.int/hac/en/>) (accessed in March 2006)
- The World Bank (1997) *West Bank and Gaza: Medium Term Development Strategy and Public Financing Priorities for the Health Sector; Volume I: Main Report; Volume II: Annexes*. The World Bank: Washington, DC
- (1999) *West Bank and Gaza Health System Development Project: Project Appraisal Document*. The World Bank: Washington, DC.
- (2003) *Afghanistan Health Sector Emergency Reconstruction and Development Project: Initial Project Information Document*. The World Bank: Washington, DC.
- (2005) *World Development Indicators 2005*. The World Bank: Washington, DC.
- Web Site, “The Post Conflict Fund” (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTCPR/0,,contentMDK:20486203~menuPK:1260916~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:407740,00.html>) (accessed in March 2006)

## 付属資料

**【資料 1】** 中間報告書：事例検討  
パレスチナ・エジプト・ヨルダン現地調査結果

**【資料 2】** イラクにおける女性医師の状況  
日本・エジプト協調 対イラク医療協力  
カイロ大学第三国研修 参加者面接調査結果



【資料1】

## 中間報告書：事例検討 パレスチナ・エジプト・ヨルダン現地調査結果

2005年12月

青山 温子

概要	54
1 はじめに	57
2 事例調査の目的	58
3 調査方法	58
4 調査結果	58
4-1 パレスチナ	58
4-1-1 パレスチナの紛争と社会背景	58
4-1-2 保健医療セクターの状況	61
4-1-3 調査した医療施設・教育機関などの概要	62
4-1-4 開発援助機関の活動状況	67
4-1-5 課題と提言	70
4-2 エジプト	72
4-2-1 保健医療人材養成・教育機関などの状況	72
4-2-2 他の援助機関	73
4-2-3 課題と提言	74
4-3 ヨルダン	75
4-3-1 保健医療人材養成・教育機関などの状況	75
4-3-2 他の援助機関	78
4-3-3 課題と提言	79
4-4 英国	80
5 課題と提言	80
6 添付資料	82
1. 日程	82
2. 訪問先・面談者	84
3. イラク・パレスチナの医師卒後教育の状況と JICA 第三国研修への提言 永井真理（共同研究者）	89

## 概 要

JICA 客員研究員調査研究の事例検討として、パレスチナ、エジプト、ヨルダンにて、現地調査を実施した。

パレスチナ紛争は極めて長期に及んでいるが、まだ「紛争後」とは言い切れず、将来が予見しにくいいため、長期的計画策定が困難である。世界的注目度は高いものの、復興支援の対象となるのは、他の紛争国に比し狭い地域の小規模な人口である。まだ占領下にあり独立主権国家ではなく、住民には移動の自由がなく、外交・通商などの権限もないため、経済セクターへの支援が困難である。その結果、比較的良好な社会指標を達成しているにもかかわらず、社会セクターに支援が偏る傾向にある。

紛争によって、保健医療分野にさまざまな問題が生じている。失業者が増加し、持続可能な社会保険制度の構築が難しい。移動制限により患者搬送が制限されて効率的リファラルシステム形成ができず、人材の活用も難しいばかりか、医薬品などの在庫管理が困難である。自治政府は緊急対応に追われ、中長期的政策の策定・実施が難しく、目先のサービス拡張に走る傾向がある。また、調整不十分な複数の支援が集中することにより、保健医療セクター全体としての体系的発展がますます困難となる。支援する側にとっても、紛争の将来が不透明なため、体系的・戦略的支援を進めるのが極めて困難であるし、安全上の理由から対象地域も限定される。

パレスチナは、経済水準に比して教育水準は高く、PHC サービスについては一定の成果が上げられており、現地に優秀な人材も多い。健康転換にともない、糖尿病などの疾患の予防・治療のガイドラインを作成し、効果的で効率的な診療を確立する必要がある。人材については、看護師の養成、一般医師の資格制度の充実、各種専門医の養成、及び、病院管理などマネジメントに関する人材養成が必要である。人材養成の場として、現地の大学を活用したり、ヨルダン・エジプトのような近隣国で研修したりするのもよい方法である。保健医療分野の支援に際しても、和平プロセスを推進させる一助となることを考慮すべきである。

技術的支援に加え、必要な施設や機材の整備も実施していく必要がある。保健医療セクター全体の中長期的・体系的な戦略に沿って、どこにどの程度の施設が必要かを判断し、各施設の機能の範囲を明確にするべきである。また、施設全体のマスタープランを立案し、それに沿って整備を進めるべきであり、運営コストを十分考慮して持続可能な規模に抑える必要がある。

保健医療分野において、今後日本の支援が望まれる領域として、以下が挙げられる。

- ① 社会保険、地域医療、医療情報システム、薬剤管理など、保健医療政策支援
- ② 既存の中核医療施設の再整備
- ③ 新ジェリコ病院の病院管理、医療機材管理、臨床診療ガイドライン作成などの技術協力
- ④ 日本での短期研修、近隣諸国での長期間の専門医教育など、人材養成活動
- ⑤ 障害者支援、精神保健など、自治政府の対応が困難な分野で活動する NGO の支援

エジプトの保健人口省、カイロ大学医学部、看護学部は、周辺国の人材養成をエジプトで実施することに対してたいへん意欲的であった。イラク、パレスチナなどの中東諸国のみならず、ス

ーダン、ソマリアなどのサブサハラ・アフリカのイスラム諸国を対象とした研修も可能性があり、過去にも看護師研修を実施した実績もある。過去のプログラムを評価して、より効果的な研修体制をつくる必要がある。

エジプトは、国内に、農村地域や貧困者の多い地域があるので、現場に根ざした地域保健研修も可能であろう。ヨルダンなどに比して人口規模が大きく、症例数が多いこと、医師資格が共通しておりイラク人やパレスチナ人の臨床実習が可能であることなどの利点もある。また、比較的自由的な社会環境で、情報に接する機会も多い。女性看護師も多く活躍していることから、看護師の地位が低い国のロールモデルとなり、地位向上に資することができる。

他方、今回のイラク人研修生に対する面接調査からは、少人数での外科系実技指導や、研修生の選定と研修内容がより適合する研修計画策定といった課題が認められた。研修内容に関して、日本側が積極的に助言して、適切な内容を形成するべきである。また、カイロ大学看護学部のように、過去に日本が支援した教育機関と効果的に連携していくことが望ましい。

その一方、エジプト国内にも、社会指標などに大きな格差があるなどの問題点がある。エジプト側と協力して国際研修を実施する際には、エジプト人が国内の問題に自ら取り組む方向づけができるようなプログラムを考慮するべきであろう。

ヨルダンの医療水準は高く、専門医研修の認定医療機関があり、アラブ諸国と医師資格が共通であることから、パレスチナ、イラクの医療従事者をヨルダンで研修することは有効と考えられる。近隣国なので、言語や文化をある程度共有しており、親族の家での滞在や家族の同伴がしやすいという利点もある。

しかし、ヨルダンは人口規模が小さくて症例が少なく、臨床実技の研修にはあまり適切ではないかもしれない。また、医療を産業としており高度医療が氾濫しているし、ヨルダン人の看護師が国外に流出しインドなどから看護師が流入しているなど、保健医療分野に多くの問題点が見られる。研修は、受講側のニーズを十分把握して、特定の領域に絞り込み、限定的に実施するのがよいであろう。

今回の事例検討から、復興開発の課題として以下を挙げることができる。

- ① 保健医療セクター全体の発達水準を考えてニーズを把握し、保健医療セクター内でどのように位置づけられるかを常に意識しながら、支援を計画・実施する。
- ② 緊急期から中長期的戦略に留意し、緊急支援から中長期支援にすみやかに移行させるとともに、緊急援助が必要でなくなったときいかに廃止・移行させるかをあらかじめ考えておく。
- ③ 技術協力といったソフト面と、施設・機材などのインフラ整備といったハード面のバランスを考慮して、ソフトとハードが関連づけられた一貫した支援を実施する。
- ④ 中長期開発に必要とされる人材を、復興早期から養成する。
- ⑤ 国際機関、開発援助機関、研究機関などが蓄積した学問的知見や、NGOのもつ情報や経験をプロジェクトの形成・実施に役立て、現地の人材を活用していく。
- ⑥ 日本の援助としての一貫性を確保し、領域を選択して、他のドナーと分担していく方策を

考える。日本が過去に援助した施設や人材などを活用するのもよい。

- ⑦ 紛争後国を直接支援するのが困難な場合は、周辺国において人材養成をするなどの方策をとることができる。周辺国は社会的背景に共通点も多く、コストの点からも効果的であるが、当事国との関係や周辺国そのものに問題がある場合もあることを留意する。

## 1 はじめに

アジア、アフリカ、中近東などの多くの開発途上国では、民族・宗教の違いや政治・経済の不安定状況をきっかけにして地域紛争が多発しており、人々の健康が直接的・間接的に重大な影響を被っている。銃撃・地雷などによる死亡・外傷、感染症の発生・拡大、女性に対する性的暴力や拷問などの人権侵害、地域保健活動の停止、食糧不足と栄養障害など、紛争は、さまざまな形で人々の健康を脅かす。

また、開発途上国における自然災害による被害は、災害そのものの規模に比して大きいことが多い。これは、貧困、教育の遅れ、不均衡な経済開発、社会インフラの不備などが背景にあることによるものである。被災地では、災害による外傷のみならず、環境衛生悪化、飲料水・食糧不足、保健医療サービス中断、精神的ストレスなどによって、健康被害が引き起こされる。

紛争・災害後の開発途上国に対しては、国際機関や先進国援助機関が、保健医療や食糧などの緊急人道援助を実施してきた。しかし、そのほとんどは一時的効果しかなく、その地域の長期的開発や、紛争・災害の予防に連携していかなかった。紛争・災害によって引き起こされた人々の心身の不健康状態は、それ自体問題であるだけでなく、さらなる貧困と開発の遅れをもたらし、新たな紛争勃発や災害被害拡大の要因となる。したがって、紛争予防や防災には、緊急期の人道援助から復旧・復興期、さらに長期的開発期にわたる切れ目のない戦略的支援が必要とされている。

紛争・災害後の復興支援、及び紛争予防・平和構築・防災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、具体的方法論は、なお不足している。保健医療分野の支援は、人道的に必要とされるのみならず、社会インフラ整備、人材養成、地域社会の再生などを促進し、平和構築や防災を進める手段としても有効であろうと考えられる。また、紛争・災害後の開発途上国に対する保健医療分野支援は、ミレニアム開発目標の達成に貢献する活動であるし、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」にもあてはまる。

これらをふまえ、地域紛争後あるいは自然災害後の開発途上国に対する JICA による保健医療分野の援助活動がより効果的に実施されるよう、具体的に提言することを目的として、JICA 客員研究員としての研究が企画された。まず、これまでの JICA による保健医療分野復興支援に関する資料の分析結果と、JICA が積極的に支援を進めた事例の調査結果に基づいて、有効であった点と問題点を総合的に検証する。次に、それらの効果や問題点が生じた背景にある、紛争・災害の性質、地理的状況、相手国の社会・政治状況、日本側の支援体制、他援助機関との関係など、多様な要因について分析する。加えて、他の援助機関による保健医療分野の復興支援に関する資料を収集して比較検討する。最終的には、JICA の保健医療分野復興支援に関する概念的枠組みと、今後の援助活動において実行可能なオプションを提案することをめざす。

復興支援の事例として、パレスチナ・エジプト・ヨルダンにて現地調査を実施した。パレスチナは、JICA が積極的に復興支援を進めてきた地域であり、また、国内の治安が不安定なイラクに対する復興支援としては、周辺国のエジプトにて人材養成を進めている。なお、近年で最も積極的な復興支援が行われたアフガニスタンを対象とすることを当初は検討したが、治安上の問題から現地調査は困難と判断した。

この中間報告書では、パレスチナ、エジプト、ヨルダンの事例についての現地調査結果を中心に報告する。加えて、対パレスチナ支援をはじめとする中東地域における復興支援に関して、現地のニーズや実施上の問題点などについても報告する。

## 2 事例調査の目的

パレスチナにおいて、JICA 及び他の開発援助機関などの実施している、保健医療分野の支援の状況を観察し、関係者と面談して情報を得る。それらをもとに、これまでに実施された保健医療分野の対パレスチナ支援の効果と問題点を分析する。また、保健医療分野のニーズと効果的な復興支援を進めるための課題について検討する。

紛争後地域を対象とした JICA の第三国研修、すなわち、エジプトで実施中のイラク人医師研修、ヨルダンで過去に実施したパレスチナ人医療機器管理技術者研修の状況について調査する。エジプト、ヨルダンにて、教育機関や開発援助機関などの関係者と意見交換して、パレスチナ、イラクなど紛争後地域の人材を周辺国で養成する可能性と問題点について検討する。

## 3 調査方法

客員研究員の青山は平成 17 年 7 月 22 日から 8 月 6 日まで、共同研究者の永井は 7 月 15 日から 8 月 8 日まで、パレスチナ西岸地区（ジェルサレム・ジェリコ・ベスレヘム・ラマラ）、エジプト（カイロ）、ヨルダン（アンマン）、英国（ロンドン）にて、現地調査を実施した（付 1 日程表）。保健省、大学医学部・看護学部、看護学校、国際機関などの開発援助機関、NGO、医療施設などを訪問して、状況を観察し、関係者と面談して情報収集した（付 2 訪問先・面談者）。帰国研修生、第三国研修の参加者、及びエジプト人・ヨルダン人の女性医師などに対し面接調査を行い、紛争後地域の医療従事者を周辺国にて養成する意義と問題点について検討した。

現地調査に先立ち、日本で入手できるパレスチナ支援に関する資料を収集、現地にても資料を収集した。資料を分析し、現地調査結果とあわせて検討した。

## 4 調査結果

### 4-1 パレスチナ

#### 4-1-1 パレスチナの紛争と社会背景

資料 表 1-1 に、パレスチナ紛争の経緯を示した。中東のパレスチナ地域では、1948 年のイスラエル建国により、アラブ系住民が難民化し、周辺諸国を巻き込んで紛争が継続した。当初 100 万人程度であったパレスチナ難民は、現在では、登録難民だけでも 410 万人を超えており、

資料 表 1－1 パレスチナ紛争の経緯

1517	オスマン・トルコの統治下に入る
1915	フサイン・マクマホン協定、イギリスは第一次世界大戦後アラブ国家設立を公約
1916	サイクス・ピコ協定、イギリスとフランスで中東アラブ地域を分割する密約
1917	バルフォア宣言、イギリスはパレスチナにユダヤ人国家創建を承認
1918	イギリスの委任統治下に入る
1947	国連総会でパレスチナ分割決議（決議181）採択
1948－49	イスラエル独立、第一次中東戦争
1949/12	国連総会で、国連パレスチナ難民救済事業機関（UNRWA）の設置決定
1950	トランス・ヨルダンは東ジェルサレムを含む西岸を併合、国名をヨルダンに変更
1956	第二次中東戦争（スエズ動乱）
1964/5	ガザにてパレスチナ解放機構（PLO）結成
1967	第三次中東戦争（6日戦争）、イスラエルは西岸、ガザ、シナイ半島、ゴラン高原、東ジェルサレムを占領。
1969	PLO新議長にヤセル・アラファトを選出
1973	第四次中東戦争（ヨム・キプール戦争）
1978	キャンプ・デービッド合意、イスラエル・エジプト国交樹立、シナイ半島返還
1987	西岸、ガザでパレスチナ住民による反イスラエル蜂起（インティファダ）始まる
1988	アラファト議長はイスラエルの生存権承認、テロ放棄を表明
1991/10	マドリード中東和平会議、占領地在住パレスチナ人参加、PLO不参加
1993/9/13	ワシントンにて、イスラエル・PLO間で暫定自治拡大に関する原則宣言署名
1994/5	ガザ・ジェリコ暫定自治開始
1995/9	暫定自治拡大合意に署名
1995/11	イスラエル首相ラビン暗殺
1996/1	パレスチナ評議会選挙
1997/1	ヘブロン合意、イスラエル敵視条項破棄に関するアラファト議長書簡
1998/10	ワイ・リバー合意
1999/5	パレスチナ中央評議会（PCC）にて国家独立宣言の延期を決定
1999/9	シャルム・エル・シェイク合意、ガザ・西岸に関する協議再開
2000/7	イスラエル・パレスチナ・米三者サミット（キャンプ・デービッド首脳会談）
2000/9	リクード党首シャロンのジェルサレム・神殿の丘訪問を契機にインティファダ再勃発
2001/2	イスラエル特別首相選挙、新首相にリクード党首シャロンを選出
2002	米国・国連・EU・ロシアの四者が和平のロードマップ提案
2002/3	イスラエル軍、ラマラ侵攻
2002/4	イスラエル、西岸都市に侵攻、再占領、ジェニン難民キャンプ破壊、虐殺
2002/6	イスラエル、西岸の防御壁の建設開始、全長350km計画（費用100万米ドル/km）
2003/3	マハムード・アッバース首相指名
2003/4	ロードマップ発表
2003	イスラエル、西岸の防御壁、第1期125km工事完成
2003/9	マハムード・アッバース辞任、アハマド・クレイ首相
2004/3/22	イスラエル、ハマスの精神的リーダー、アフマド・ヤシンを暗殺
2004/10	イスラエル議会、シャロン首相のガザ入植地からの一方的完全撤退計画を承認
2004/11/11	ヤセル・アラファト死去
2005/1/9	長官選挙、マフムード・アッバースPA長官、アハマド・クレイ首相
2005/8	イスラエル、ガザから撤退

世代を超え 50 年以上もの長期間にわたって難民状態が続いている。

1967 年の第三次中東戦争により、イスラエルは、西岸、ガザ、東ジェルサレムを占領した。イスラエルは、国際社会の勧告を無視して、占領地に入植地を建設し続け、パレスチナ住民は、1987 年以来、占領地で反イスラエル蜂起（インティファダ）を続けた。1993 年、イスラエルとパレスチナは暫定自治原則宣言に署名、ガザとジェリコ、次いで西岸各都市におけるパレスチナ側の自治が開始された。しかし、和平は順調に進まず、2000 年にインティファダが再燃、イスラエル軍は再び西岸各都市とガザに侵攻、さらに西岸に防御壁の建設を開始した（資料写真1-1）。

その一方で、米国、ヨーロッパ連合（EU）、国連、ロシアの仲介による和平の努力も継続され、2003 年には和平へのロードマップが発表された。2004 年に、アラファト議長が死去、穏健派のアッバース氏がパレスチナ自治政府（PA）長官となった。2005 年 8 月、イスラエルは、ガザから一方的に撤退したが、西岸、東ジェルサレムの将来の位置づけは、いまだ定まっていない。

資料表 1-2 に、パレスチナ、周辺諸国、及び他の紛争後国の、社会・経済指標を示した。パレスチナは、周辺諸国や他の紛争後国よりも、経済水準に比して社会指標が良好である。しかし、パレスチナ住民は、先進国水準にあるイスラエルを比較の対象としており、イスラエルと同等の社会サービスが得られて当然と考える傾向にある。

これらの状況をふまえて、パレスチナ復興支援の留意点をまとめると、以下のようになる。

- ① 「紛争後」とはなおいえず、国内外の政治状況等により、再び紛争が激化し得る。将来が予測しにくく、長期的計画策定が困難である。
- ② 国内外の政治状況や宗教的信条等により、紛争解決が困難となっている。他方、諸外国からの政治的な注目度は高い。
- ③ 紛争が極めて長期に及び、難民は世代を超えている。
- ④ 他の紛争地域に比し、復興支援は、狭い地域の小規模な人口を対象としている。
- ⑤ パレスチナは独立主権国家ではなく、現在も占領下にあり、交通・水などのインフラに関する決定権や、外交・通商などの権限がない。住民には、移動の自由がない。
- ⑥ 輸出産業育成のような経済セクターへの支援が困難であり、比較的良好な社会指標を達成しているにもかかわらず、社会セクターに支援が偏る傾向にある。
- ⑦ 極めて多くのドナーが関与しており、政治的・宗教的色彩の強い支援も少なくない。紛争中から活動してきた NGO も多く、その役割を考慮して有効活用する必要がある。

資料写真1-1 イスラエルが西岸に建設した防御壁



資料 表 1 - 2 紛争後国及び周辺国の社会指標

	人口 (千人)	面積* (千km <sup>2</sup> )	GNI/C (US\$)	成人 識字率 (%)	中等教育 就学率 (%)	出生時平 均余命* (年)	1人当り 医療費* (US\$)	乳児 死亡率 (出生千対)	5歳未満 死亡率 (出生千対)	妊産婦 死亡率 (出生10万対)	合計 特殊 出生率	安全な水 (%)
西岸・ ガザ地区	3,000	6	1,110	—	—	F 75 M 71	—	20	24	—	—	—
イスラエル	6,601	22	17,380	F 96 M 98	F 92 M 94	F 81 M 77	1,496	5	6	5	3	100
エジプト	72,642	995	1,310	F 44 M 67	F 82 M 88	F 71 M 68	59	26	36	84	3	98
ヨルダン	5,561	89	2,140	F 85 M 95	F 87 M 85	F 74 M 71	165	23	27	41	3	91
イラク	28,057	437	2,170	—	F 35 M 50	F 64 M 62	11	102	125	290	5	81
アフガニ スタン	28,574	652	250	—	F — M 24	—	14	165	257	1,600	7	13
カンボジア	13,798	177	320	F 64 M 85	F 20 M 31	F 56 M 53	32	97	141	440	4	34
スリランカ	20,570	65	1,010	F 89 M 92	F 89 M 84	F 76 M 72	32	12	14	92	2	78
コンゴ民 主共和国	55,853	2,267	120	F 52 M 80	F 13 M 24	F 46 M 45	4	129	205	1,300	7	46
スーダン	35,523	2,376	530	F 50 M 69	F 32 M 38	F 60 M 57	19	63	91	550	4	69
ケニア	33,467	569	460	F 70 M 78	F 32 M 34	F 46 M 45	19	79	120	410	5	62

出典：UNICEF：The State of the World's Children（2006） \* The World Bank：World Development Indicators（2005）

## 4-1-2 保健医療セクターの状況

パレスチナの保健医療セクターは、1994年の暫定自治開始以来本格的な国際支援を得て、緊急期の復旧・復興から、中期的戦略を策定し体系的に発展していきけるよう急速に整備されていた。しかし、2000年9月から紛争が再燃し、保健医療に関しても緊急対応に追われることとなって、中長期的展望に基づいた発展は停滞してしまった。

今回の短期間の調査から、2000年1～2月実施したJICA企画調査時に認められた保健医療セクターの諸問題は、解決に向かっていないばかりか、一部では増悪していることが判明した。紛争再燃後、保健庁は緊急時危機対応に追われ、ジェニンからのイスラエル軍撤退後の準備、ヘブロン完全封鎖の対応、村落地域の予測不能な分断・封鎖の問題などに対処しなけりならなかった。薬剤などの在庫も増加させなければならず、効率的管理が困難になっている。

パレスチナ人の移動制限は強化され、住民の経済的困窮も進み、自治政府への信頼もゆらいできた。それに呼応して、アラファト議長が医療保険の無料化を指示、ある程度進んでいた社会保険制度の発展が停止してしまった。公務員の給与が極めて低いため、保健庁の優秀な人材は、国際機関やNGOなどに流出しており、また、公立病院の職員のストライキが4週間にわたって継続して

いた。加えて、占領地内入植地の居住者及びアラブ系イスラエル人を除いて、一般のユダヤ系イスラエル人は、西岸・ガザに入ることを禁止されたため、過去には実施できたイスラエル NGO とパレスチナ保健庁との協力活動のような保健医療活動を通しての直接対話も困難となった。

紛争にともなって生じている保健医療セクターの主要な問題点としては、以下が挙げられる。

- ① 失業者が増加し、持続可能な社会保険制度の構築が困難である。
- ② 移動制限により患者搬送が制限され、効率的なリファラルシステム形成ができない。
- ③ 移動制限により人材の効率的活用が難しく、また、教育機会も制限されている。
- ④ 自治政府が緊急対応に追われ、財政的な予見も難しいことから、中長期的政策の策定・実施が困難である。
- ⑤ 移動制限があり、将来予測も困難なことから、医薬品などの効率的在庫管理が難しい。
- ⑥ 援助が保健医療などに偏っていること、また自治政府から人心が離れないようにするためあって、公立医療施設が、既存の NGO などと競合して拡大している。
- ⑦ 調整不十分な複数の支援が保健医療分野に集中するため、保健医療セクター全体としての体系的発展が困難となっている。
- ⑧ 紛争による外傷などの救急診療に追われて、医療施設の機能が圧迫される。救急外来では、パニック状態の患者家族が攻撃的になり、医療従事者の安全が脅かされる。
- ⑨ 保健医療を支える衛生・交通・通信などのインフラが破壊される。

#### 4-1-3 調査した医療施設・教育機関などの概要

##### (1) ベイト・ジャラ病院（ベスレヘム）

ベスレヘムの公立二次総合病院で、1984年にスウェーデンの支援により60床の病院として整備された。自治政府発足後はイタリアの支援を得て、伝統的な外観の石造の建物を増築し病院を拡大した。分娩は月約130例、この地域の血液透析センターとして、約24人が通院中とのことであった。現在、専門医21人、レジデント12人、看護師92人が勤務している。イタリアの支援により血液腫瘍、臨床病理部門を設立する計画で、4人の医師を留学させ専門医として養成中であった。マンモグラフィーの機材が必要との話があり、ベスレヘム地域には民間病院などすでに3カ所でマンモグラフィーのできる施設があるが、公立病院としても持ちたいとのことであった。公立の医療サービスが民間と競合することになり、効率的な保健医療システム形成とは相反する考え方と思われた。

##### (2) 精神科病院（ベスレヘム）

西岸唯一の精神科専門病院である。1896年に孤児院として建設された建物を、1922年から一般病院とし、1944年に中東地域で最初の精神科専門病院となった。1967年の占領後は西岸の住民のみを対象としており、ガザには30床の精神科病院がある。全250床、7部門に分かれ、広大な敷地に建物が点在している。主に、急性期・慢性期の精神疾患患者を対象としており、医学部・看護学部・看護学校の学生の実習病院にもなっている。2002年のイスラエル軍侵攻時に、

本部建物の一部が破壊されたとのことだが、訪問時には修復されていた。医師 2 人、レジデント 4 人、看護師 77 人、ソーシャル・ワーカー 6 人、臨床心理士 2 人、作業療法士 2 人を擁している。なお、西岸全体で精神科専門医は 11 人しかいないとのことである。

英国と WHO の支援による、コミュニティ・メンタルヘルス・プログラムを実施しており、その施設は整備されていた。しかし、この病院本来の機能である精神疾患診療に関しては支援がなく、脳波計、電撃療法装置、臨床検査機材、離れた建物に給食を配送する電気カートなどが必要であるとの希望が出された。また、一部の建物が老朽化して患者を別の建物に移しているので、建て直しが必要とのことであったが、現状でも患者の収容は可能な様子であった。

近年、紛争地域のメンタルヘルスに関する活動は注目を集めているものの、精神疾患医療はあまりドナーの関心をひかないようであった。精神疾患患者のための医療施設と基本的医療機材の整備は不可欠であるが、必ずしも入院施設の拡大は必要としないであろう。西岸の精神保健・精神科診療をどのように進めるか戦略を策定し、最新の精神科診療の考え方にそって病院のマスタープランを作成してから、整備されるべきであると考えられた。

### (3) 新ジェリコ病院 (ジェリコ)

日本の無償資金協力によって、ジェリコ市街からやや離れた位置に移転更新された、55 床 (別に緊急用 15 床) の総合二次病院で、1998 年 9 月より稼働している。旧ジェリコ病院の病床占有率が 49 % と、他の公立病院の 80 % 以上に対してかなり低かったうえ、ジェリコ地域は人口規模が小さく他の都市からも離れており、加えて市街地から離れて再建されることから、効果的・効率的利用には、当初から困難が予測されていた。しかし、保健庁は、この地域をカバーする二次総合病院としての機能に加えて、整形外科・理学療法分野の専門病院としての機能を強化し、パレスチナ全域に裨益できるようにする計画であった。また、暫定自治が最初に始まった地域であり、象徴的な意味合いもあったと考えられる。暫定自治開始による難民帰還と観光開発による人口増加も期待されていた。

2000 年の企画調査時には、内科・一般外科・整形外科・産婦人科・小児科・耳鼻科・眼科の診療をし、病床占有率約 60 %、平均在院日数約 2.5 日であった。現在は、腹腔鏡手術や泌尿器科の機能を加え、病床占有率約 75 %、平均在院日数約 3 日とのことであった。しかし、紛争再燃と移動制限の強化により、整形外科専門病院として発展させるより、地域の二次総合病院として機能させることが主眼となっていた。2000 年時には、病院管理体制が弱かったが、その後管理職が刷新された。現在の院長は、保健庁病院局次長を兼任している。従来と同様、職員の多くはジェリコ市外から通勤している様子であった。

### (4) ラマラ病院 (ラマラ)

ラマラ市にある 130 床を越す公立三次総合病院で、心臓外科・心臓カテーテルなどの高度医療にも取り組んでおり、医師・看護師の卒前・卒後臨床教育の場となっている。病床占有率 104 %、平均在院日数 2 ~ 3 日とのことであった。日本からは、1999 年に西岸医療機材無償資金協力によって機材が供与され、おおむね有効活用されている様子であった。ヨルダンで実施した医療機

材管理研修は一般的にはよい内容であったが、実際に使用している個別の機材の維持管理にはなお不十分とのことであった。機材選定時に現場の医師・技師の意見を十分聴取してほしい、個別の機材据付時に、医師・看護師・技師をチームとして研修してほしいとの希望があった。

ラマラ病院は、公立病院の分権化・自主管理のパイロットとなっていて、幹部職員はマネジメント研修を受け、病院財務の見直しなども実施された。中核病院として、複数ドナーから支援を受け入れて、病院側が主体的に拡張を進めており、中核病院・教育病院として重要な位置づけにあるとはいえ、突出して発展してきた印象があった。自主管理体制がさらに進み、より効率的な病院運営のなされることが期待される。

#### (5) マカーサード病院（東ジェルサレム・NGO）

東ジェルサレムにあるイスラム教系 NGO の病院で、西岸のトップ・リファラル病院と位置づけられる。先進国水準に匹敵する、良質で高度な医療サービスを提供しており、病院管理体制も優れている。暫定自治開始後、西岸住民の東ジェルサレムへの移動制限が強化され、患者の受診が困難となり、一時は病院経営にも悪影響が出た。

現在、管理体制も刷新され、病院は適切に運営されているという印象であった。医師 123 人、専門医は 38 人である。病院を拡張する計画をイスラエルが認可しないため、63 床にとどまっている。新生児集中治療室（NICU）、熱傷治療室などがあって、トップ・リファラルとしての診療を行っている。さらに、分子遺伝学の実験室もあり、疾患の遺伝子解析に関する研究も実施していた。

アルクズ大学医学部の教育病院として、卒前臨床教育を担うほか、パレスチナ・メディカル・カウンシル認定の専門医養成機関となっている。アルクズ大学の教育病院としての活動を継続する強い意志があり、東ジェルサレムの教育病院での臨床教育を断念すれば、逆に不当な移動制限を固定化してしまうとの見解であった。

#### (6) ホーリー・ファミリー病院（ベスレヘム・NGO）

キリスト教系 NGO により 1884 年に総合病院として設立、1985 年には紛争により閉鎖、その後、EU の支援も得て産科病院として再建され、1989 年に外来、1990 年から入院・分娩業務を再開した。現在は、産婦人科 37 床、外来患者年間 12,000 人、分娩数年間 3,000 件を数え、ベスレヘム地域での産科診療の大半を担っている。ベスレヘム地域の施設分娩率が高いのは、この病院の存在によるところが大きい。カトリック系の病院ではあるが、患者の 97 % はイスラム教徒である。ハイリスク分娩が多く、予約による分娩は 25 % 程度とのことであった。

NICU、分娩室、手術室など先進国水準に匹敵する施設・機材を備えて、良質の医療サービスを提供している。マンモグラフィ装置や腹腔鏡なども備え、婦人科診療も行っている。

ベルギー人院長のほか、産婦人科医 3 人、新生児科医 2 人、麻酔科医 2 人、産婦人科レジデント 5 人、新生児科レジデント 4 人、助産師・看護師 46 人が勤務している。アルクズ大学医学部、ベスレヘム大学看護学部の臨床実習を受け入れ、教育病院としての機能も果たしている。

NICU のような高度医療は、地域で集中させたほうが質の向上とコストの効率化がはかれるた

め、院長はこの病院をこの地域の新生児医療センターとして搬送を引き受けたいという意向であった。別のキリスト教系 NGO による小児病院とは連携できたが、公立のベイト・ジャラ病院の同意は得られなかったとのことであった。限られた資源を有効活用するためには、公立・民間を含めた、包括的な地域医療システムを構築するような政策を策定するべきと考えられた。

#### (7) ベスレヘム・アラブ・リハビリテーション協会 (ベスレヘム・NGO)

2000 年の企画調査の際、リハビリテーション分野のサービスは主に NGO が担っていることがわかり、西岸には、ラマラ、ベスレヘム、東ジェルサレムの 3 ヶ所に NGO による主要センターがあると判明した。2000 年には、ラマラの NGO を訪問したが、今回の調査では、ベスレヘムにある NGO のリハビリテーション・センターを訪問した。

ベスレヘム・アラブ・リハビリテーション協会は、1960 年に英国人の慈善事業として始められたが、現在では、パレスチナ人の運営する NGO である。責任者はキリスト教徒であるが、NGO の運営は宗教とは無関係で、民族・宗教・ジェンダーを問わず利用者を受け入れており、年間延べ 25,000 人が利用している。この責任者はフランスで 20 年間の経験があり、科学的で包括的なリハビリテーション事業をめざしている。このセンターでは、障害者への医療サービスからリハビリテーション、職業訓練に至るまでの支援を展開しており、職員の 15 % は障害者を雇用している。コミュニティ活動としては、リハビリテーションにとどまらず、子どもたちの文化的活動を 2 ヶ所のサテライトセンターで実施している。占領政策に反対するパレスチナの大義を支持していることから、質の高い活動を展開しているのにもかかわらず、一部ドナーの支援は受けられない様子であった。現在の年間予算は 200 万米ドルとのことであった。

#### (8) 中央薬剤庫 (ラマラ)

西岸各地の地方保健局・病院に配布される医薬品は、ラマラの中央薬剤庫で管理されている。2000 年の企画調査時、中央の薬剤在庫管理システムは整備されており、ECHO (EU 人道援助部)・PSF (国境なき薬剤師団) により建物の一部改修と機材供与がされていたが、建物そのものの更新が必要とされていた。

今回は時間的制約のため詳細に検討できなかったが、建物は従来どおりで、その後の進展は見られなかった。各階に機能が分散されており、管理上非効率であった。他ドナー関係者によると、この建物は借用物件で、保健庁は年間 14 万米ドルもの高額の賃貸料金を支払っているとのことで、自治政府の土地に新たな倉庫を設置するべきと考えられた。

#### (9) アルクズ大学医学部 (アブディス)

パレスチナ唯一の医師養成校として、1994 年にジェルサレム近郊の総合大学に医学部が設立された。当初は 7 年間の教育課程であったが、現在は 6 年制となった。卒業生は 219 人、在校生は 264 人で、約 6 割が女子学生である (資料 表 1-3・資料 写真 1-2)。2000 年の企画調査時には、学生定員は各学年 40 人とのことであったが、実際には年次によってかなり変動している。学生の大部分は、ラマラ以南の西岸地区の出身である。当初は約 4 割の学生が、ガザ出身と

資料 表 1－3 アルクズ大学医学部学生数

卒業生		在校生	
2001年	17人	第1学年	33人
2002年	29人	第2学年	50人
2003年	45人	第3学年	35人
2004年	56人	第4学年	48人
2005年	72人	第5学年	23人
		第6学年	75人

資料 写真 1－2 女子学生が多数を占める講義室



のことであったが、移動制限のため就学を断念した者も多く、現在では、ガザ出身者は他学部の在籍者を含めて大学全体の2%に満たない。

アルクズ大学医学部には、無償資金協力により、基礎医学教育用実験機材が供与された。2期に分割しての供与予定で、第1期の機材が供与されたが、パレスチナ側の責任である建物建設が2年遅れ、その間機材は大学外に保管され使用されなかった。現在、建物は完成し、機材も設置され、基礎的な実験機材は有効活用されていた。第2期の機材供与は実施されていない。

臨床実習を行う教育病院として、東ジェルサレムのNGO病院（マカーサード病院、オーガスタビクトリア病院）、ヘブロン、ラマラ、ナブルスの公立病院を使っている。しかし、イスラエルが防御壁を建設したこともあり、それらの病院へのアクセスが困難になっている。そのため、大学としては独自の教育病院をもちたいという希望がある。しかし、地域医療システム全体や、財政面の負担、管理運営上の問題などを考慮すると、マカーサード病院のようにすでによく機能している病院を、教育病院として利用するほうが合理的と考えられる。

現在パレスチナで活動している医師は、国外の大学で医学教育を受けており、出身大学の教育水準にはかなりの格差が存在する。例えば、一部の東欧諸国で教育を受けた医師は、西欧で教育を受けた医師より、かなり教育水準が劣っていることが知られている。アルクズ大学医学部設立時には、医師の能力を一定水準に保つ資格基準の設定や、基準に満たない医師の再教育を担うことも意図されていたが、実際には、この大学はいまだその機能を果たしていない。

#### (10) ベスレヘム大学看護保健学部（ベスレヘム・私立）

1893年設立のミッション系学校から発展して、西岸で最初の大学として、1973年に設立されたカトリック系私立大学である。看護保健学部は4年制で、1978年に設立され、看護、理学療法、作業療法の3学科がある。理学療法、作業療法学科には、2007年までアイルランドの支援がある。看護学卒業後2年間の専門コースとして、1991年から助産、新生児ケアのコースが設けられているが、援助終了によって継続できなくなるとのことであった。2003年から、2年間の救急の卒後専門コースが設けられた。講義は英語とアラビア語で行われる。

毎年 45 人の学生のうち男子は 3 分の 1 程度であったが、紛争によって他職種の就職が難しいことから、男子が増加傾向とのことだ。卒業生は全員が就職している。キリスト教系大学ではあるが、ほとんどの学生がイスラム教徒である。大学全体で 7 割が女子学生であり、女性の基礎教育水準が高いこと、女性が外国の大学に進学するのが社会的に難しいことや、男性の失業率が高いため女性も教育を身につけようとしていることなどの要因が考えられる。

臨床実習は、ラマラ病院やジェルサレムの病院でも行われていたが、防御壁のため困難となり、現在は、ベスレヘム、ヘブロン病院で実習している。キリスト教系 NGO の病院では、イスラム教徒の学生がベールをつけることを禁止するところもある。

この大学では、CARE・ジョンズホプキンス大学と共催して救急医療に関するカンファランスが実施された。また、アラブ大学連合の活動として、3 年生の女子学生をエジプトやヨルダンに 2 週間派遣した。こうした活動や、卒業後専門教育を実施していることから、西岸での人材養成や再教育の場として、また研究調査活動のパートナーとして、協力の可能性が考えられる。

西岸の看護大学は、ほかに、アルクズ大学看護学部、ラマラのイブン・シーナ大学がある。また、ラマラ病院、マカーサード病院に併設して、2 年制の看護学校がある。

#### 4-1-4 開発援助機関の活動状況

##### (1) 世界銀行

和平プロセス開始後、メンバー国ではないが例外的に世界銀行の収益より特別基金を設けるなどして、ソフトローン融資・無償の技術協力などを実施してきた。1997 年には、保健庁・WHO と合同で保健セクター全体を見直し中期戦略を提案、それに基づいて実施された、西岸プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) センター 35 ヶ所の更新プロジェクトが完了している。保健庁の情報システムの基盤を整備、診療の質向上プログラムでは、9 種類の非感染性疾患の臨床ガイドラインを作成した。社会保険制度は、インティファダ再燃後、医療保険が無料となり進行しておらず、逆に、自費負担は、1997 年頃の約 30 % から約 45 % まで増加しているとのことだ。また、情勢悪化により、緊急時財政支援を行っている。

保健医療分野全体について、以下の意見交換をした。保健医療分野には多くのドナーが活動しているが、技術的支援が多く、医療施設のインフラ整備が不十分になっており、特に、ラマラやジェニンでは、人口あたりの病床数が不足している。中央薬剤倉庫の更新も必要である。栄養分野では、微量栄養素の強化が実施されている。また、血液透析患者の 4 割が糖尿病であり、糖尿病治療ガイドライン作成が必要である。医師の資格審査について、社会的圧力のせいか、合格率が高すぎ十分質が確保されていない感がある。専門医の養成が必要であり、看護師も不足している。病院の分権化は本格化しておらず、管理運営能力を向上させる必要がある。ガザの EU 病院では、運営経費を 5 年間負担し技術協力を投入した結果、大幅に状況が改善した。

##### (2) イタリア

自治政府、国際機関、二国間援助機関、NGO 等によって、セクター・ワーキング・グループ

がつくられており、イタリアは保健医療セクター援助機関の調整役（Shepherd）である。これまでに、保健庁のマネジメント技術協力、ベイト・ジャラ病院建設、ヘブロンのアリア病院増築、ハンユニスのナセル病院改修、ガザとラマラの環境食品衛生検査所建設と機材供与、学校保健、母子保健プログラムなどを実施してきた。また、イタリアへの奨学生受け入れのほか、ヨルダンでの5年間の卒後専門医教育を支援した。2003年からは、世界銀行、EU、WHO、英国とともに、保健医療セクター・レビューを行っており、保健医療システム、パフォーマンス、健康状態、医療経済、ガバナンスと薬剤の5タスクフォースが、報告をまとめている。イタリアは保健医療システムを担当、保健庁とNGOとの合理的役割分担についても検討、ローマで会議を開催した。しかし、このレビューの内容は、1997年に発表された世界銀行の報告書で指摘されていることと、ほとんど変わっておらず、その間にあまり進歩していないことが示唆された。

### (3) UNRWA

1950年に活動を開始したパレスチナ難民に対する国連の人道支援機関で、東ジェルサレム、ガザ、ヨルダン、レバノン、シリアの5ヵ所に事務所を構える。保健医療、教育など基本的社会サービスを410万人の登録難民に提供している。東ジェルサレム事務所の支援対象は、西岸登録難民57.6万人で、うち18万人が19ヵ所の難民キャンプに居住している。34ヵ所のセンターで無料のPHCサービスを提供しており、入院治療については、公立・NGOの病院に実際の使用に応じて支払っており、一定の病床数を契約する以前の方式を変更した。カリキリヤの二次病院は、UNRWAから自治政府に委譲した。必須医薬品リストは保健庁とは別の独自のものを使用している。自治政府の保健医療システムと並行して、登録難民向け人道支援としての保健医療サービスが提供されていることは、長期的戦略からは不相当と考えられる。ただし、パレスチナ難民の将来が不透明な現状では、現在の方式を変更するのは難しいとのことであった。

医師の給与は保健庁より高く、WHOとの連携などにより、卒後教育も実施したほか、UNRWAの予算で西岸の大学でのパブリック・ヘルス・マネジメント研修を受講させた。また、UNRWAの医師は、7年前まで、日本での臨床研修の対象となっていた。外部の組織の状況を知り、日本人の働き方に触れることは、有意義であったが、研修で学んだことをUNRWAの組織で実際に活用することは難しく、特定の技術は得られなかったとのことであった。

### (4) WHO

パレスチナはWHOのメンバー国ではないので、WHO本部人道援助部の管轄となっているが、東地中海地域事務所の一員となっている。ガザとジェルサレムに事務所があり、保健医療分野の調整役として、保健庁、イタリアとともに、セクター・ワーキング・グループ運営にかかわっている。ドナーへの緊急アピールを取りまとめ、緊急時の医薬品を供給している。カリキリヤ地域に防御壁により孤立させられた村があるなど、医療にアクセスする権利の確保をめざして活動している。保健医療を通しての和平促進の一環として、パレスチナ、イスラエルの保健医療専門職に個別に働きかけ、交流の場としてニューズレター「Bridges」を発刊している。そのほか、EMROが直接、エジプトでの長期・短期の専門研修を行っている。

また、イタリア、米国国際開発庁（USAID）の支援で、Health in Forum と呼ばれるウェブサイト上での情報共有の仕組みをつくっている。Health in Forum には、保健医療情報や、地理情報システム（geographic information system：GIS）による医療施設のマッピングを公開して、NGO などとも情報を共有している。

精神保健分野では、イタリア・フランスの支援により国家精神保健政策を策定、トゥルカーレム、ナブルスに 11 ヶ所のセンターを設置した。また、コミュニティに基盤を置く精神保健活動として、ラマラ、ヘブロン、ガザの PHC センターに精神保健サービスを組み入れるモデル事業を行っている。精神保健、栄養に関して、PHC レベルのガイドラインを策定、非感染性疾患ガイドラインは世界銀行プロジェクトで作成した。また、西岸各都市がヨーロッパの都市と連携する交換プログラムを実施しており、ジェリコは水質管理、ナブルスは乳癌スクリーニングを行っている。必須医薬品リストについては、2 年ごとに改訂している。

## (5) UNDP

UNDP は、ナブルス、ヘブロン、ベスレヘムに支所があり、保健医療分野ではインフラ工事や人材養成に携わっている。1985 年頃から、アラブ基金、イタリアの支援で人材養成、1990 年代には、イタリア資金によるベイト・ジャラ病院、ヘブロンのアリア病院などの増改築と技術協力を実施した。日本パレスチナ開発基金では、トゥルカーレム病院の増改築と、西岸 PHC センター改修を実施、2003 年から開始したサルフィット病院建設がほぼ完成に近づいている。なお、インティファダ再燃後、西岸各都市にイスラエル軍が侵攻したが、病院は攻撃・破壊されていないとのことであった。

UNDP 担当者と次のような意見交換をした。自治政府のマネジメント能力には問題があり、病院管理のうまくいっていない例もある。PECDAR（Palestinian Economic Council for Development and Reconstruction）は、自治政府の開発プロジェクト実施機関として各省庁が機能する以前に設立されたが、現在は保健庁が実施主体となっていることや、インティファダ再燃後は PECDAR 職員の移動が制限され現場に行けなくなって実施が困難になっており、ドナーは PECDAR を使わなくなっている。また、UNDP の実施プロジェクトに関する付加価値税（value added tax：VAT）の取り扱いが一定しない。2000 年以前は VAT をいったん支払いその後返却しており、イスラエルもその方式だが、自治政府は VAT 免除の方式に切り替えた。

## (6) 米国・国際 NGO

保健医療セクターの主要ドナーである EU が、主に保健庁を支援しているのに対して、USAID は NGO を通しての支援をしている。国際 NGO の CARE International は、カイロに地域本部、ラマラ、ジェニン、ガザ、ジェルサレムに事務所をおいて、活動を展開している。職員 60 人のうち 58 人が現地採用である。資金の半分は USAID、半分は EU などから得ている。CARE から現地 NGO に資金を出しているが、米国の資金を使用するには、Anti Terrorism Certificate（ATC）に署名することが条件となっていて、よい活動をしている NGO でも、パレスチナの大義に対する信条から署名を拒否する場合もあるとのことである。

USAID 資金による EMPA II (Emergency Medical Assistance Program : phase 2) では、薬剤の供与、病院の救急医療体制形成、救急医療情報システム、卒後研修などを実施している。イスラエル撤退前後のガザの長期間封鎖に備え薬剤の備蓄をしている。栄養調査を実施、USAID 資金の MOST (Micronutrient Operational Strategies and Technologies Project) により、小麦の鉄分強化などを実施している。カナダ支援による Promotion of Popular Theatre in Development では、現地の劇場と協力して、コミュニティ・グループの社会心理问题・精神保健問題に対応している。

NGO とドナー間の調整については、保健医療セクター・ワーキング・グループにテーマ別グループがあるが、それほど活発ではない。ドナーのレベルではなく、実施レベルで調整・協調している。ほかに、WHO、イタリア、USAID を中心とした Health in Forum が 2002 年から活動していて、保健庁や NGO と 2 ヶ月に 1 回、技術的な会合を開いている。

パレスチナの多数の現地 NGO のなかで、保健医療分野で比較的規模が大きいのは、UPMRC (The Union of Palestinian Medical Relief Committees)、UHCW (Union of Health Work Committees)、パレスチナ赤新月 (Palestine Red Crescent Society : PRCS) などであるが、今回は意見交換できなかった。また、イスラエルの NGO である JDC (American Jewish Joint Distribution Committee) は、西岸・ガザで、保健・教育などの開発事業を自治政府保健庁やパレスチナ NGO と協力して実施してきたが、インティファダ再燃後は、一般イスラエル人が西岸・ガザに入ることができなくなった。

#### 4-1-5 課題と提言

パレスチナは、独立主権国家ではないうえ、紛争の推移が不透明なため、体系的・戦略的な支援を進めるのが極めて困難である。安全上の理由から対象とする地域が限定され、占領側の意向によって支援できる分野も限定される。保健医療のような社会セクターは、紛争中も人道的観点から支援の対象となりやすく、ドナーが集中する傾向があるうえ、紛争当事者も人心をひきつける手段として使うことがある。保健医療サービスに支援が偏ると、逆に長期的に持続可能なシステム形成の妨げとなり得る。

また、保健医療分野の支援に際しても、保健指標の改善など分野特異的な目標達成をめざすのみならず、和平プロセスを推進させる一助となるよう考慮するべきである。パレスチナ人が国際社会から孤立していないことを示して、国際社会への信頼感を醸成するような援助や、さらには、一般のパレスチナ人とイスラエル人の対話のきっかけとなるような援助が望まれる。

パレスチナは、経済水準に比して教育水準は高く、母子保健・予防接種などの PHC サービスについては一定の成果が上げられており、現地に優秀な人材も多い。他方、病院治療が、効率を度外視して拡張すると、持続可能な保健医療システムの構築が困難となる。重症化すると高額な医療費を要する、糖尿病などの疾患の予防・治療のガイドラインを作成し、効果的で効率的な診療を確立するべきである。公立病院の管理運営については、なお能力が不足しており、病院管理やパブリック・ヘルス・マネジメントに関しての人材養成が必要である。また、一般医師は充足しているが、資格制度を充実させる必要がある。各種専門医の養成が必要とされており、看護師も不足している。人材養成の場として、西岸の大学を活用したり、ヨルダン・エジプトのような

近隣国で研修したりするのもよい方法である。

このような技術的側面の支援に加え、必要な施設や機材の整備も実施していくべきである。保健医療セクター全体の中長期的・体系的な戦略に沿って、どこにどの程度の施設が必要かを決定し、各施設の機能の範囲を明確にするべきである。また、増改築を繰り返してきた施設については、施設全体のマスタープランを建て、それに沿った整備を進めるべきである。このような中長期的計画では、運営コストを十分考慮して、長期的にみて持続可能な規模に抑えていく必要がある。

以上より、保健医療分野において今後日本の支援が望まれる領域として、以下が挙げられる。

① 保健医療政策支援

- 社会保険制度：世界銀行などと協力して実行可能な制度策定に助言する。
- 地域医療計画：効率的・効果的なりファラルシステムを構築する。
- 保健医療情報システム：世界銀行、WHO、英国などと分担して、システム形成を助ける。
- 薬剤管理：中央・末端における薬剤の在庫管理、品質管理などの体制を整備する。

② 既存の中核的医療施設の整備

- 中長期的保健医療政策のもと、各病院の機能を特定し、マスタープランを策定して実施する。他の援助機関と調整しながら実施する必要がある。

③ 技術協力

- 病院管理：特に新ジェリコ病院には、ある程度の期間継続的に専門家を派遣して実施するべきである。
- 医療機材管理：実際の機材に即して、医師・技師・看護師のチームを教育する。短期間の専門家派遣か国外研修でよい。
- 臨床診療ガイドライン：糖尿病の管理などの実際に即したガイドラインを策定する。短期間の専門家派遣か国外研修でよい。
- PHC 分野は、現地の能力を活用するべきである。

④ 研修・人材養成

- パブリック・ヘルス・マネジメントなどの短期間の研修。パレスチナの大学などを活用する。
- 短期間の専門研修：すでにある程度専門知識のある人材を対象として、日本で短期間、臨床ガイドラインなどに関する研修を実施する。
- 長期間の専門医教育：一般医を対象としてヨルダンなど近隣諸国で実施する。

⑤ NGO 支援

- 障害者支援、精神保健など、社会的に重要ではあるが、自治政府の対応が困難な分野で活動する NGO に対して支援する。
- 現地の NGO を活用する。日本の NGO とのパートナーシップの形をとってもよい。

## 4-2 エジプト

### 4-2-1 保健医療人材養成・教育機関などの状況

#### (1) 保健人口省

保健人口省では、看護師養成課程について聞き取り調査して、周辺国の人材養成の可能性についても話し合った。看護教育課程は大別して3種類ある。大学の看護学部は基礎教育12年修了後入学、男女共学、4年間の課程で、看護学士（bachelor of science in nursing：BSN）を取得する。現在、国立11校、私立1校があり、全大学あわせて1学年2,000人程度である。

高等医療技術専門学校看護課程（Technical Institute）は、看護学校3年修了後または基礎教育12年修了後に進学、2年間の課程で女子だけであり、英語で教育する。保健人口省管轄下ではカイロはじめ全国に11校あり、他に教育省管轄下の学校が17校ある。毎年約700～800人が卒業する。助産課程は、アラビア語の教育で、2年間に加え3ヵ月実習が必要である。

看護学校は、病院などに付属していて全国に260校ほどあるが、ほとんどは女子のみで、男女共学は5～6校くらいである。基礎教育9年終了後入学、アラビア語による3年間の教育課程だったが、現在5年間の課程に変更している。各学年20～25人程度であり、毎年全国で6,000～10,000人が卒業する。エジプトの看護師の9割は看護学校出身である。保健人口省担当者は、3年課程の看護学校の教育レベルが低かったため、卒業生の再教育をしたい意向であった。ほかに、軍の看護専門学校が2校あり、男女共学である。なお、看護学校は学費無料である。

大学・高等専門学校の卒業生は、外国に働きに行くことも多いが、看護学校出身者は学歴が低いとみなされアラブ諸国で需要がない。担当者によると、エジプトよりヨルダンのほうが、看護教育制度は卒後教育を含め充実しており、看護師の社会的地位もより高いとのことだ。

保健人口省は、以前にJICA支援によるアフリカ看護師研修を実施したことがある。今回のイラク研修は、カイロ大学中心で保健人口省があまりかかわってはいないが、今後周辺国の人材養成に関与したい意向であった。

#### (2) カイロ大学医学部（Faculty of Medicine）

エジプト国内で最も権威ある総合大学の1つであり、医学部に対しては、JICAは過去に小児病院の無償資金協力・技術協力を実施した。2003年から、JICAによるイラク人医療従事者の研修を実施している。研修内容については、カイロ大学側が主体的に策定している。

カイロ大学医学部は、国際研修に意欲がある。高度研修センターを建設し、EUの支援でコンピューター・ラボを設置したとのことだ。実際の患者に対して、研修生に実技指導することは問題があるので、手術などのシミュレーションをする機材が必要であるという話があった。パブリック・ヘルスの分野もあるので地域保健に関する共同研究なども可能とのことだった。

イラク人医師研修参加者に対する面接調査の結果を添付資料3に示した。若い参加者は、イラク国外に来られたことを評価しているが、年長の参加者からは研修内容が1980年代のイラクのレベルであるとの意見があった。研修生の人数が多すぎる、実技の研修がなく座学と見学のみで

成果が上がらないという意見もあった。

### (3) カイロ大学看護学部 (Faculty of Nursing)

前身のカイロ看護大学 (High Institute of Nursing) のころ、JICA の無償資金協力、技術協力支援を受けた。2002 年から男女共学の看護学部となった。現在の学生は男女ほぼ同数で、男性の応募者のほうが多いとのことである。BSN を取得した男性看護師は、湾岸諸国などでの就職の機会が大きいのが理由の 1 つである。また、男性が参入することにより看護師の社会的イメージが向上することや、結婚・出産・育児休業などで常に現場の看護師・看護大学教員の実働者数が不足するのを改善させることを目的に、大学側も積極的に男子学生を受け入れているとのことであった。なお、エジプトでは、結婚休業 15 日、出産休業有給 3 ヶ月を取ることができ、その後、子ども 1 人当たり 2 年間まで、また在職中に最長 6 年間、夫の国外勤務同行のため最長 10 年間、職を確保したまま無給休業をとることができる。休業中は他の人を雇用することができないため、看護師の実働者不足の大きな原因となっているとのことであった。

看護学部は 4 年間の課程で、学生総数は 750 人、アラブ連盟諸国の看護大学との学生交換プログラムもあるとのことだ。現在、パレスチナ 2～3 人、イラク、スーダン、ジブチ、ソマリア各 1 人など、外国人の学生が 11 人在籍している。外国人学生の授業料は割高のため、本国政府の奨学金で授業料の半額を支払っているとのことであった。

看護学部は全国に 11 大学あり、卒業生は 2 年間政府で働く義務がある。エジプトは看護師不足で、患者 22 人に対して 1 人の割合とのことだ。パブリック・ヘルス、学校保健に関しては、1 年間の卒後の修士コースとなる。

現在、日本との連携事業がないのがたいへん残念であるとのことであった。イラク人医療従事者研修には看護師の参加者もいるのに、看護学部を 1 日訪問するのみで、研修内容にかかわっていないのは残念である、医学部のみでなく看護学部も実施機関としてほしいとの話があった。

卒後教育研修や国際共同研究に関しては、これまでに実施経験がある。ノルウェーの支援で、アフリカの看護師研修を毎年 25 人 3 年間実施した。JICA の支援で、アラブ連盟諸国の専門看護研修を実施した。JICA と保健人口省が 2005 年まで実施したアフリカ看護師研修では、看護管理の指導をした。その他、地域保健に関する研修、米国の大学などと共同で、医療人材開発に関して質的水準の確保など 5 件のプロジェクト、地域疫学など 5 件の研究などを実施しているとのことで、日本の大学との連携にも意欲を示した。研究の倫理審査に関しては、看護学部の委員会があるほか、保健人口省にも委員会があるとのことであった。

## 4-2-2 他の援助機関

### (1) 世界銀行

世界銀行エジプト事務所には、アレキサンドリア大学出身の保健医療専門家がいて、保健医療関係のプロジェクトの管理をしている。人口プロジェクトは終了し、保健・人口に関するセクター調査をして、保健医療セクター・リフォーム・プロジェクトに続く、家族や地域に重点を置い

た保健医療プロジェクトを準備している。また、ソーシャル・ファンドによって現地 NGO を支援して、住民の要求を重視した PHC や小規模投資を行っており、順調に進んでいるとのことであった。

エジプトで、周辺紛争国の人材を養成することについての意見を求めたところ、可能性は大きいですが、アラブ系・イスラム系であっても、国によって文化が大きく異なることや、政治的要素に配慮するべきであるとのことであった。イラク、パレスチナ、スーダン、ソマリアなどからの研修生受入は可能かもしれないとの意見であった。

## (2) フォード基金・その他

本部をニューヨークに置く民間の財団で、貧困削減と民主化の促進を目標として、中東、アジア、アフリカ、ラテンアメリカで活動を展開している。リプロダクティブ・ヘルス、人権、地域開発、ガバナンスと民主化などの分野を中心として、NGO や研究機関などに資金を提供している。カイロ事務所は、中東・アラブ地域を管轄しており、現在はエジプトとパレスチナを主な対象として活動している。エジプトの NGO に関しては、必ずしも能力が高いわけではなく、世界銀行のソーシャル・ファンドが有効活用されていないこともあるとの意見があった。

その他、国連人口基金（UNFPA）の資金により、カイロにあるアインシャムス大学は、イラク人を対象として家族計画に関する研修を実施したとのことである。

### 4-2-3 課題と提言

エジプトの保健人口省、カイロ大学医学部、看護学部は、周辺国の人材養成をエジプトで実施することに対してたいへん意欲的であった。イラク、パレスチナなど、中東諸国のみならず、スーダン、ソマリアなど、サブサハラ・アフリカのイスラム諸国を対象とした研修も可能性があり、過去にも看護師研修を実施していた。過去のプログラムを評価して、より効果的な研修体制をつくる必要がある。

エジプト国内には、農村や貧困者の多い地域があるので、現場に根ざした地域保健研修も可能であろう。ヨルダンなどに比して人口規模が大きく、症例数が多いこと、アラブ・ボードの医師資格が共通しており、イラク人やパレスチナ人の臨床実習が可能であることなどの利点もある。また、中東地域のなかでは、比較的自由な社会環境で、情報に接する機会も多い。女性の看護師も多く活躍していることから、看護師の地位が低い国の研修生を受け入れることにより、自国の看護師の地位向上に資することが期待される。

今回のイラク人研修も面接調査において以下の課題が挙げられた。外科系であれば、少人数で実技を指導する必要がある。また、帰国後活用できる知識・技術を学べるよう、研修生の選定と研修内容が適合させる計画が必要である。また、研修内容が病院レベルの臨床医療に偏っていて、紛争後のパブリック・ヘルス・マネジメントや地域保健に関する研修がなされていない。研修内容に関しては、日本側が積極的に助言して、適切な内容を形成する必要があると考えられた。

また、カイロ大学看護学部から、イラク人研修にかかわっていないことが残念だとの意見があった。過去に日本が支援した教育機関が、国際研修を実施する能力があるまでに育っていること

は非常に有意義で、日本の援助の方針にもそっている。日本側・研修生側のニーズと適合するなら、過去に日本が援助した機関と効果的に連携していくのが望ましいと考えられる。

その一方、エジプト国内にも、社会指標に大きな格差があることや、看護師が出稼ぎに出るなど育成した人材が必ずしも国内の発展に貢献していないことがある。エジプト側と協力して国際研修を実施する際にも、エジプト人が国内の問題に自ら取り組む方向づけができるようなプログラムを考慮するべきであろう。例えば、地域保健研修を実施していくなかで、農村地域の指標を改善していくことなどが考えられる。

### 4-3 ヨルダン

#### 4-3-1 保健医療人材養成・教育機関などの状況

##### (1) 保健省

保健省の関係者から人材養成に関して聞き取り調査を行った。ヨルダンでの医療を担っているのは、保健省、大学病院、及び、ロイヤル・メディカル・サービスである。医学部は全国で3大学あり、6年間の課程で、卒業後1年間のインターンを経て資格試験があり、レジデント、その後専門医となるという過程である。分野によって研修年限は異なり、例えば、小児科は4年、整形外科は5年を要し、小児外科、脳神経外科、循環器科など分科した専門医となるためには、さらに研修期間が必要である。ヨルダン・メディカル・ボードによって、専門医認定がなされる。ヨルダンの資格は、アラブ・ボードが承認しており、アラブ諸国での医師資格とみなされる。

ヨルダンでは、サウジアラビアとは異なり、女性と男性の教育過程は同等であり、社会進出も進んでいる。妊娠出産休業は有給3ヵ月で、1年間の無給育児休業がとれる。夫は家事を手伝わないが、大家族で使用人もいるので、女性が結婚後働き続けることは可能である。女性が国外で研修を受けることも問題はない。家庭内で問題が生じると、離婚を避けるよう親族が介入する。これは、離婚した女性の面倒をみるのは父や兄弟の責任という慣習のためでもある。

女性看護師は、女性・男性の患者、男性看護師は男性患者のみを担当する。看護師が不足しており、特に地方では問題が大きい。しかし、実際には、ヨルダン人看護師は、欧米諸国や湾岸諸国に働きに出ており、かわって、インドやフィリピンから看護師を受け入れている。

イラク人医療従事者の研修を受け入れることは可能である。外国人がヨルダンで働き続けることはできないので、研修後帰国しなくなることはないであろう。WHOは短期間の看護師研修を実施した。

##### (2) ヨルダン大学医学部

ヨルダン屈指の総合大学であり、医学部の教育課程は6年間で、前半3年は基礎医学や臨床医学の講義を受け、後半3年はベッドサイドで臨床医学を学ぶ。卒業後1年間のインターンの後、レジデントとなる。ヨルダン人のインターン、レジデントは有給であるが、外国人の場合は、逆に授業料を支払う。以前はパレスチナからも多くのレジデントが来ていたが、過去2年は減少し

ている。16～17診療科で年間計100人ほど採用、毎年試験があり、産婦人科で4年、脳神経外科で6年研修する。

ヨルダン大学病院は、1971年に設立され、517床で病床占有率は56%である。病室にはいくつかのレベルがあり、保険患者用は6人部屋でトイレ付き、私費患者用は大小の個室である。看護師は3交代で、男性病棟には最低2人の男性看護師、女性病棟と産婦人科は女性看護師のみが勤務している。病棟の各所に禁煙を推進する標識が張られていた。医療水準は高度で、腫瘍の化学療法や、体外受精などを実施する施設があった。しかし、倫理規定については明確でなかった。

ヨルダン人女性医師、イラク人とパレスチナ人のレジデント、及びイラク人医学生を対象として面接調査を行った（添付資料3）。大学病院勤務医であり、比較的恵まれた環境にいることもあるためか、女性医師としての制約や利点については、あまり明確ではなかった。イラク人医学生も比較的裕福な家庭環境にあることや、まだ医師として活動していないことから、紛争地域の人材を周辺国で養成することの意義については十分意見が引き出せなかった。医学生のなかには、父親が命をねらわれたためにヨルダンに避難してきたという人もいた。イラク人レジデントは、全員が自費による研修参加で、ヨルダンでの専門医取得後は、欧米でさらに分化した専門医となる研修を希望していた。

パレスチナ人レジデントによると、現在、西岸・ガザの専門医養成のために、少なくとも3種類の奨学制度がある。1つは、ヨルダン保健省と自治政府の間の専門医研修協定で、生活費（400ヨルダンディナール [JD]/月）と研修病院に支払う研修費（1,500 JD/年）を自治政府が負担し、西岸・ガザから毎年約12人が、4～5年のレジデント研修を受けている。次に、イタリア政府が毎年2人イタリアに招聘して4～5年の専門医研修を受けさせるもので、イタリア政府が1,500米ドル/月、自治政府から約400 JD/月の奨学金を支給している。最後に、イスラエルでの専門医研修があり、年間1人が自治政府から400 JD/月の支援を受けている。

### (3) ラフィダ看護師・助産師専門学校

アンマン郊外にある保健省管轄の看護師・助産師専門学校で、高等学校卒業後入学、学費は無料で、保健省から月25 JDの奨学金が支給されるため、全国から優秀な成績の学生が集まる。女子寮は整備されているが、男子学生は自分で下宿先を見つける必要がある。ヨルダン国籍の学生のみ入学できる。看護師は2年課程で、女子8割、男子2割、助産師は3年課程で、女性のみ、独身であることが条件である。英語で教育している。卒業後、看護師は4年、助産師は6年、公的施設で勤務する義務があるが、卒業後6ヵ月たって任務のないときは、自由に就職してよい。ただし、ヨルダンの制度では、助産師として開業することはできない。多くの場合は、民間病院で働くか、欧米や湾岸諸国に働きに出る。国外での就職を斡旋する業者があり、湾岸諸国では男性看護師の需要が高い。また、成績がよければ、大学への編入学も可能である。地方の看護師が不足しているため、地方出身者の入学割当がつけられ、今年の卒業生には成績の低い学生もいたとのことであった。

校長室で、助産師課程1年の5人の学生から話を聞いた。助産師課程を選んだのは、奨学金があること、女性と新生児を対象にする助産という仕事が好きであること、看護師は病気を扱うの

で好きではないこと、地域の人々に尊敬される仕事であること、女性だけで勉強できるのがよいこと、女性の職業として看護師より助産師のほうが社会に受け入れられていることなどが挙げられた。ヨルダンでは、中学・高校は男女別学なので、大学・専門学校が共学となるのに抵抗感のある女性もいるようだ。家庭環境を尋ねると、親の職業は、教師、運転手、事務員などで、兄弟姉妹の人数は4～9人であった。裕福な家庭の出身ではないようにみえた。成績がよい女の子なので、家族も支援してくれており、数年なら留学も可能とのことだが、家事の手伝いは女の子のみがしているとのことであった。

次に、看護師課程1年の女子8人、男子4人から話を聞いた。女子4人が寮に住んでいて、男子2人は下宿している。親の職業は、先生、運転手、事務員、宗教家（ムラー）などで、兄弟姉妹の人数は3～11人であった。やはり、裕福な家庭の出身ではないようであった。看護師を選んだのは、成績がよかったこと、人道的なよい職業であること、助産と違って分野が選択できること、男性看護師は不足していること、社会の看護師の見方が変わってきたことなどが挙げられた。全員が、大学に編入して教育を続けたいとのことであった。女子学生から、男女共学なので解剖学などを一緒に勉強するのに当惑することがある、質問しにくいことがあるとの意見があった。男子学生には、結婚した女性が男性と混じって働くのはよくないと考えている人がいたが、宗教家の子を含めて、共学に抵抗感はなかった。

#### (4) 王立科学協会 (Royal Scientific Society)

前皇太子が尽力して設立した機関で、応用研究、検査事業、研修という3つの機能がある。研修事業には、大学生向けの実習と、技師向けの卒後研修がある。研修生の宿泊施設はない。アラブ諸国システムエンジニア研修など実施しており、パレスチナ対象では、保健庁のほか、産業貿易庁関係の研修を10人に実施、また、イラク人対象のコンピューター研修を実施したとのことだ。JICAのシニア・ボランティアが配属されているが、無償の労働力とみなされている様子であった。

JICA支援による医療機器管理技術者養成研修は、1996年から2003年まで、8年間8コース実施、計80人のパレスチナ人が受講した。前半の3年は一般コース、後半の5年は上級コースに変更した。一般コースは、3ヵ月間で、前半6週間は講義と実習、後半6週間は病院の現場で実技を学んだ。保健省の病院12ヵ所と維持管理契約を結んでおり、医療機器の7割程度がヨルダンとパレスチナで共通している。その後2ヵ月間の上級コースとなり、例えば、X線装置のみを対象に1ヵ月間学ぶなど、1～2種類のカテゴリーの機材に限定しての研修とした。英語とアラビア語を使用して研修したが、現場での実技研修が不足していた。研修生の選択にはかかわっておらず、毎回1～2人は、あまりよくない研修生が参加していたとのことであった。

#### (5) アル・ハリディ病院 (私立)

1978年に設立された120床の民間病院で、CCU/ICUも18床ある。職員は700人、レジデントは15人だが、専門医はいない。外来はなく、開業している専門医が、患者を連れてきて診療にあたっている。民間保険会社や外国政府との契約もあり、病院から適切な専門医を紹介すること

もある。6割が私費の患者で、ヨルダン人が6割、外国人が4割である。看護師は男性のほうが多く、女性の看護師ではインド人が多いが、患者に抵抗感はないとのことである。専門医は欧米で教育を受けており、循環器、血液透析、腎移植、体外受精、眼科レーザー手術などの高度医療を実施している。患者は、専門医に支払うのに加えて、薬剤、手術、入院などに対する費用を病院に支払う。医療が産業として成り立っている印象であった。なお、この病院の関係者によれば、アラブ諸国で医療水準が高いのは、レバノン、ヨルダン（特に米国・英国で専門教育を受けた医師のいる病院）、チュニジア、サウジアラビアの一部であり、エジプトはやや水準が低いとのことであった。

#### 4-3-2 他の援助機関

##### (1) ユニセフ (UNICEF) イラク事務所

ユニセフのイラク事務所はアンマン市内にあるが、安全上の理由からか、何の表示もなかった。元イラク保健省職員だったという担当官は、ヨルダンとイラクを往復して事業を進めているとのこと、イラクは紛争中であり、極めて困難な状況にあるとの意見であった。

ユニセフのプログラムとしては、通常の予防接種、妊産婦・新生児ケア、AIDS 対策などを実施しており、コールド・チェーンを設置し、PHC センターの復旧や、特に状況の悪い地域の PHC センター設置なども行っている。妊産婦ケアに関する調査を実施し、その結果に基づいて機材・消耗品を供与している。栄養分野では、USAID の乳幼児の栄養改善や微量栄養素に関するプロジェクトと連携している。栄養に関するワークショップをアンマンで開催、また、64 ヶ所の病院に栄養回復センターを設置、学校教師に対する栄養研修を実施した。微量栄養素に関しては、小麦の強化を開始している。また、緊急対応として、ファルージャ、ナジャフなど紛争地域に保健医療キットを配布した。人材養成としては、アンマンで、指導者研修 (training of trainers : TOT) を実施した。

現地のロジスティックスに関しては、現地の業者と契約し、バグダッドから地方政府まで配送している。医薬品や資材は国際調達している。保健医療分野については WHO とユニセフが中心となって、ドナー間の調整をしている。

イラクでは、PHC は 1970 年代から導入されたが、1983 年までは病院医療が中心であった。イラン・イラク戦争後に、PHC システムが形成されてきて、1990 年頃からは PHC が中心となっている。PHC 分野の人材はいるが、専門医は不足している。

医師は 6 年間の教育課程で、インターン 2 年、男性は、兵役 18 ヶ月、遠隔地勤務 1 年、女性は、遠隔地勤務を 2 年義務づけられる。卒後専門研修は 4 ~ 5 年で、アラブ・ボードかイラク・ボードの試験後、専門医となる。イラク・ボードはイラク国内のみしか通用しないので、アラブ・ボードのほうが水準が高いと考えられている。2003 年まではバグダッドでアラブ・ボードの受験が可能であったが、現在は不明である。その後、さらに分化した専門医となるために、欧米で数年の研修を希望する医師が多いとのことである。

女性医師が仕事をするには、問題はなく、医師の 5 ~ 6 割は女性である。また、歯科医師、

薬剤師、教師の9割は女性である。看護師は不足しており、9割が男性である。「夜のナース」という職業があるために、女性の看護師に対する社会的偏見がある。

イラク人医師・看護師の研修計画策定には、このような歴史的・社会的背景も考慮しながら、十分にニーズを把握するべきと考えられた。なお、イラクでは昔から医療訴訟が多いとのことである。パレスチナ、ヨルダン、エジプトでは、訴訟は少ないが、医療過誤の問題は生じている。これらの国には、医師の損害賠償保険制度はなく、患者への侵襲をとまなう研修を実施する際は留意する必要がある。

## (2) USAID

ヨルダンで活動している USAID の担当者と意見交換した。USAID は、期間5年間の PHC イニシアティブ・プロジェクトを実施、臨床研修、質の向上、医療情報システム、家族計画人材養成、郡レベルでの調査研究、マスメディアによる健康教育、保健センターの改修・機材整備などのコンポーネントが含まれていた。現在は、保健センター改修以外のコンポーネントを継続しており、産科診療の改善、ロイヤル・メディカル・サービスの4病院と保健省の27病院の診療とマネジメントの改善、地域保健に取り組んでいる。イラクに対しては、ヨルダンで家族計画に関する研修を行った。

約80万人の裕福なイラク人がヨルダンに避難してきている。イラク人の研修については、ヨルダンのほうが来やすいが、エジプトのほうが症例は多い。ヨルダンでは外国人医師は仕事を見つけられないが、看護師は不足しており仕事がある。医師は英語を使えるが、看護師はアラビア語のみのことが多いので、近隣国のほうが研修しやすい。また、男性も女性も家族のつながりを大切にするので、近隣国のほうが家族とともにすごせるという利点もあるとのことであった。

### 4-3-3 課題と提言

ヨルダンの医療水準は高いうえ、専門医資格の認定施設があり、アラブ諸国と医師資格が共通であることから、パレスチナ、イラクの医療従事者をヨルダンで研修することは有効と考えられる。近隣国では、言語や文化をある程度共有しており、親族の家に滞在したり、家族を同伴したりすることも可能であるという利点もある。

しかし、ヨルダンは人口規模が小さくて症例が少なく、大学病院ではレジデントと症例を競合することとなり、臨床実技の研修にはあまり適切ではないかもしれない。また、ヨルダンの保健医療セクターには、多くの問題点がある。医療を産業としており、高度医療が氾濫し、有料の民間医療施設が多数存在する。ヨルダン人医師が専門医として認められるには、欧米で教育を受けてこなければならない。ヨルダン人の看護師は国外に流出し、かわって、インドなどから看護師が流入している。日本のボランティアの看護師が、出稼ぎ労働者のようにみなされて、協力が難しいという実態もある。

このような矛盾を内蔵したヨルダンで医療従事者の研修を実施するなら、特定の領域に絞り込んで、限定的な研修にとどめるのがよいであろう。医療機器維持管理の研修では、実施側の反応と受講側の反応に差があった。受講側のニーズをもう少し掘り起こして、研修内容を組み立てる

ことが必要である。

#### 4-4 英国

##### (1) ロンドン大学公衆衛生大学院 (London School of Tropical Medicine and Hygiene)

ロンドン大学には、紛争と保健医療 (The Conflict and Health Program) という外部資金によるプログラムがあり、紛争地域への保健医療サービス提供や、紛争後の保健医療システムの復興に関するフィールド研究を行っている。スーダン、アフガニスタン、東欧の紛争後諸国において、保健医療システム再建のための調査研究を実施している。

##### (2) 国際家族計画連盟 (IPPF)

ロンドンに本部がある国際 NGO で、世界各国の家族計画連盟とネットワークをつくって活動している。本部は技術的支援も行っており、今回は、思春期・青少年、ジェンダーと人権の担当者との意見交換した。女性に対する暴力の問題や、女の子が結婚させられる問題など、ジェンダーの視点から、人権を擁護するアプローチがとられなければならない。紛争地において、緊急避妊法の提供をはじめとするリプロダクティブ・ヘルス・サービス、移動診療所や、女の子の保護と支援などが必要とされる。

## 5 課題と提言

紛争後復興支援の事例として、中東のパレスチナを取り上げ、支援の状況と問題点、周辺国のエジプト、ヨルダンでの人材養成の可能性などについて検討した。世界的には、貧困と低開発が基盤にあって地域紛争を繰り返す場合が多い。しかし、パレスチナの場合は、ある程度の社会開発水準を達成しており、アフリカの紛争国やアフガニスタン、カンボジアなどとは、背景条件が異なっている。また、なお紛争後とはいえ将来の予見が困難であり、緊急対応に追われて中長期的戦略が立て難い状況にある。狭い地域の小規模の人口を対象としている点では介入しやすいのだが、占領下において独立国の権限はなく、また政治的・宗教的な注目を集めやすいという難しさがある。このように事例として特異な点があり、パレスチナでの検討結果が、必ずしもすべての紛争後復興開発にあてはまるわけではないが、いくつかの共通する課題を抽出することができる。

- ① 保健医療セクター全体の発達水準を考えてニーズを把握し、支援を検討する。その支援が保健医療セクター内でどのように位置づけられるかを常に意識して立案・実施する。例えば、パレスチナでは、中核病院の整備は、保健医療セクターの水準からみても必要とされるが、狭い地域に高度な機能を重複させ負担とならないよう、地域内のバランスを意識する必要がある。
- ② 緊急期から中長期的戦略に留意し、緊急支援から中長期支援にすみやかに移行させる。緊急

援助として実施した事業が必要でなくなったとき、いかに廃止・移行させるかについても考慮する。例えば、イスラエル軍のガザ撤退にともなう封鎖に備えて、医薬品の備蓄が行われたが、封鎖が解除されたときに、備蓄した医薬品をどのように平時の薬剤管理体制に戻して、コスト負担を減らすかの戦略が必要である。

- ③ 技術協力といったソフト面と、施設・機材などのインフラ整備といったハード面のバランスを考慮して、ソフトとハードが関連づけられた一貫した支援が必要とされる。例えば、機材を支援する場合には、使用法や維持管理の技術指導が必要である。また、研修を実施する場合は、習得した技術が活用できるような施設・機材が整備されている必要がある。
- ④ 早期から人材養成に取り組むことが重要である。紛争後国では、人材不足が著しいことが多い。人材養成には長期間を要するため、中長期開発にすみやかに移行していくためには、必要となる人材を早くから養成する必要がある。例えば、各レベルにマネジメントのできる人材が必要である。
- ⑤ 復興開発支援については、国際機関や開発援助機関、先進国の研究機関などが、学問的知見を蓄積しているので、現場の意見のみに頼らず、学問的成果を活用することが重要である。国際 NGO、あるいは長く活動している現地 NGO も、経験に基づく多くの知見を蓄積しているので、積極的に情報交換してプロジェクトの形成・実施に役立てるべきである。パレスチナの場合は、長く活動している優れた現地 NGO が存在するので、現地の人材を活用していくことも考慮するべきである。
- ⑥ 復興支援には多くのドナーが集中する。日本の援助としての一貫性を確保して、他のドナーと分担していく方策を考える。その国に投資できる額で最も効果とビジビリティを上げるには、慎重に情報を分析した後、日本の援助で実施する領域を選択してある程度絞り込んだほうがよい。ニーズが適合すれば、日本が過去に援助した機関を実施主体としたり、日本の援助のはいった領域、地域を対象としたりするのもよい。
- ⑦ 紛争後国を直接支援するのが困難な場合は、周辺国において人材養成をしたり、周辺国に拠点を置き現地の人材を活用したりする方法をとれる。周辺国は社会的背景に共通点も多く、コストの点からも効果的であるし、地域の安定にもつながる。他方、当事国と周辺国との関係に問題がある場合や、周辺国そのものに問題点が多い場合もある。

## 6 添付資料

### 1. 日程

月日	永井	青山
7/15 (金)	10:50 東京(BA 006)ー14:55 ロンドン 17:10 ロンドン(BA155)ー23:55 カイロ [カイロ泊]	
7/16 (土)	14:00 パレスチナ赤新月社 [カイロ泊]	
7/17 (日)	9:30 JICA事務所 11:30 保健人口省 Dept Research and Development 14:00 保健人口省 Central Administration for Nursing 20:00 カイロ大学医学部 [カイロ泊]	
7/18 (月)	9:00 カイロ大学医学部 11:00ー20:00 イラク人女性研修医師面接調査 [カイロ泊]	
7/19 (火)	10:00 カイロ大学看護学部 13:00 カイロ大学医学部・エジプト人女性医師面接調査 16:00 イラク人女性研修医師面接調査 20:00 JICA 事務所 [カイロ泊]	
7/20 (水)	9:30ー14:00 カイロ大学小児病院・エジプト人女性医師面接調査 15:00ー20:00 イラク人女性研修医師面接調査 [カイロ泊]	
7/21 (木)	9:30 パレスチナ赤新月社女性職員面接調査 [カイロ泊]	
7/22 (金)	資料整理 [カイロ泊]	13:10 東京(BA008)ー17:15 ロンドン [ロンドン泊]
7/23 (土)	8:00 カイロ(MS719)ー9:30 アンマン 13:00 アンマン(RJ3402)ー13:45 テルアビブ 20:00 JICA打合せ	8:40 ロンドン(BA165)ー15:40 テルアビブ [テルアビブ泊]
7/24 (日)	8:00 テルアビブ発 10:00 アルクズ大学医学部 (Abu Dis) 12:00 Beit-Jala 病院 (Bethlehem) 13:30 精神科病院 (Bethlehem) 15:00 Holy Family Hospital (Bethlehem)	[ジェルサレム泊]
7/25 (月)	8:15 ジェルサレム発 9:00 Bethlehem Arab Society for Rehabilitation (Bethlehem) 12:00 ベスレヘム大学看護学部 (Bethlehem) 15:00 イタリア援助庁 (Jerusalem) 16:15 UNRWA (Jerusalem) 18:30 JDC (イスラエル NGO) (Jerusalem)	[ジェルサレム泊]
7/26 (火)	7:30 ジェルサレム発 8:30 ジェリコ病院 (Jericho) 11:00 ラマラ病院 (Ramallah) 12:30 保健庁中央倉庫・中央薬剤庫 (Ramallah) 13:00ー15:00 帰国研修生との面談 (Ramallah) 15:00 CARE International West Bank and Gaza (Ramallah)	[ジェルサレム泊]

7/27 (水)	9:00 世界銀行 West Bank and Gaza (Al Ram) 10:00 マカーサード病院 (Jerusalem) 11:30 WHO (Jerusalem) 13:00 UNDP (Jerusalem) 15:45 ジェルサレムから空港に移動 19:15 テルアビブ(RJ 3405)ー20:00 アンマン 22:00 世界銀行イラク担当者との意見交換 [アンマン泊]	
7/28 (木)	8:30 JICA 9:30 保健省 12:00 ヨルダン大学医学部・附属病院 16:00 USAID 17:00 JICA [アンマン泊]	
7/29 (金)	資料整理 [アンマン泊]	
7/30 (土)	10:00 Al Hardi 病院 12:00 アンマン市内見学 [アンマン泊]	
7/31 (日)	8:30ー11:30 Lafida College for Nurse and Midwife・看護/助産学生との面談 13:00 UNICEF イラク事務所 (Amman) 15:00 Royal Scientific Society (医療機材整備第三国研修実施施設) 16:30 JICA 報告 [アンマン泊]	
8/1 (月)	9:30 イラク人・パレスチナ人医師との面談 13:00 ヨルダン大学医学部・イラク人学生との面談 14:00 ヨルダン大学医学部附属病院・ヨルダン人女性医師面接調査 [アンマン泊]	7:50 アンマン(RJ 505)ー9:20 カイロ 11:00 保健人口省 14:00 世界銀行エジプト事務所 15:00 JICA [カイロ泊]
8/2 (火)	サウジ国王死去のため休日 13:00 イラク人女性医師面接調査 [アンマン泊]	9:00 カイロ大学看護学部 10:30 カイロ大学医学部 12:00 保健人口省 14:00 Ford Foundation [カイロ泊]
8/3 (水)	8:30ー13:30 ヨルダン大学医学部附属病院・ヨルダン人女性医師面接調査 14:30ー16:30 研修病院・レジデントのイラク人女性医師の面接調査 19:00 JICA事務所 [アンマン泊]	8:25 カイロ(BA154)ー11:35 ロンドン 14:30 JICA 英国事務所 19:00 JICA/大使館等関係者との意見交換 [ロンドン泊]
8/4 (木)	9:10 アンマン(BA 6668)ー13:00 ロンドン  19:00 ジョンスホプキンス大学公衆衛生大学院関係者との意見交換 [ロンドン泊]	9:30 テロ現場訪問 (Russell Square, King's Cross, Tavistock Square, Edgware Road) 11:30 ロンドン大学公衆衛生大学院 14:30 国際家族計画連盟 IPPF
8/5 (金)	資料整理 [ロンドン泊]	15:45 ロンドン(BA 007)
8/6 (土)	13:00 ロンドン大学公衆衛生大学院・ジョンスホプキンス大学公衆衛生大学院関係者と意見交換 [ロンドン泊]	11:05 東京
8/7 (日)	15:45 ロンドン(BA007)	
8/8 (月)	11:05 東京	

## 2. 訪問先・面談者

(面接調査対象者を除く)

### [パレスチナ]

#### JICA

成瀬 猛 パレスチナ事務所 所長  
三好 浩樹 パレスチナ事務所 企画調査員  
宮原 千絵 ヨルダン事務所 パレスチナ支援担当

#### WHO for West Bank and Gaza

Fathi Abu Moghli, National Health Officer  
Yousef Muhaisen, Health In Forum

#### UNDP

Walid Hasna, Chief Engineering Unit, Head of Environment, Infrastructure and Employment  
Generation Programme  
Rima Abu Midlain, Programme Management Officer

#### UNRWA

Husam E. Siam, Chief Field Health Programme

#### The World Bank, West Bank and Gaza Country Office

Anne Johansen, Senior Health Specialist  
George Awwad, Infrastructure and Procurement Specialist

#### Consulate General of Italy, Office of Development Cooperation

Sawsan Batato, National Health Consultant

#### New Jericho Hospital, Ministry of Health

Hasan M S. Barqawi, Director of New Jericho Hospital / Deputy Director of Hospitals, MOH  
Ibrahim El-Dejar, Administrator, New Jericho Hospital  
Mustafa Hmedat, Chief of Biomedical and Maintenance Department, New Jericho Hospital

#### Beit Jala Hospital, Ministry of Health

Issa F. Janineh, Director  
Mahmood Elian, Deputy Director  
Wajdi Qabajah, Head of Administration

Said Bashir, Engineer

Bethlehem Psychiatric Hospital, Ministry of Health

Issam Bannoura, Director

Ferid Yassin, Director of Nursing

Ekram Al-Mohasel, Social Worker

Samih Saliam, EEG Technician

Ramallah Hospital, Ministry of Health

Hosni Omar, Director of Ramallah Hospital

Central Drug Store, Ramallah, Ministry of Health

帰国研修生 :

Suleman Abdelkhaleq Ali ABdelhamid, Internist, Al-Watani Hospital

Othman Abusalah, Pediatrician, Al-Watani Hospital

Nihal F. Sowalha, General surgeon, Jenin Hospital

Al-Quds University Medical School

Hani Abdeen, Dean

Vice Dean

Engineer

Bethlehem University Faculty of Nursing and Health Sciences

Maha Awwad Fatho, Dean

CARE International West Bank and Gaza

Salam Kanaan, Health Sector Coordinator

Ayman Shuaibi, HIS Manager / EMAP II

Bethlehem Arab Society for Rehabilitation

Edmund Shehadeh, Executive Director

Al-Fadal Children Society

Children's Cultural Center

Holy Family Hospital

Jacques M. Keutgen, Director General

Makaseed Islamic Charitable Hospital

Haitham K. Al-Hassan, General Director

Suhail Ayesh, Director of Molecular Genetics Laboratory

JDC-Israel

Tamara Barnea, Director, Unit for Disabilities and Rehabilitation

Randi Garber, Director of JDC Middle East Program (MEP)

[ヨルダン]

JICA ヨルダン事務所

森川 秀夫 所長

落合 直之 次長

武村 勝将 所員

清水 直美 健康管理員

Dima M. Hammoudeh, Programme Officer

UNICEF Iraq Office (based in Amman)

Wisam Al-Timini, Project Officer, Health and Nutrition

USAID Amman

Carlos Cuellar, Chief of Party, Health Systems Strengthening Project

Salbri Hamza, Safe Motherhood Team Leader, Health Systems Strengthening Project

Ministry of Health

Taher Abu Al-Samen, Assistant Secretary General, Planning and Development

Manal Anani, Director, Planning and Development

Afaf Aldaoud, Pediatrician, Manpower Directorate

Hiyam Al-Araj, Nursing Director

Kasem Al-Rabee, Community Medicine Specialist, Planning Directorate

Jordan University Faculty of Medicine

Azumi, Vice Dean

Majed Bata, Associate Professor, Consultant Obstetrician and Gynecologist

Lafida College of Nurse and Midwife

Fatmeh Amer, Dean

Fadwa Al-shawabkela, Manpower Development Directorate, Ministry of Health

助産学生第1学年 女性5人  
看護学生第1学年 女性8人・男性4人

Royal Scientific Society

Tareq A. Hasan, Director, Electronic Services and Training Centre

Al Khalidi Medical Center

Jamal Al-Ahmed, Medical Director, Head of ICU CCU Department

[エジプト]

JICA エジプト事務所

和田 康彦 次長

星 光孝 所員

田中 香織 所員

Ministry of Health and Population

Essam Azzam, Undersecretary for Department of Research and Human Resource Development

Magdy Fawzy, General Director, Human Resource and Training Department

Bahia Ahmed Fouad, Central Administration for Nursing

Afa Osman Helmy, Director General of Technical Health Education

Laila Wassily, Nursing School Department

Cairo University, Faculty of Medicine

Ayman El-Garf, Vice Dean for Postgraduate Studies and Research

Hesham El Saket Assistant Professor, Pediatric and Plastic Surgeon, Cairo University Hospitals  
Teaching Hospital

Cairo University, Faculty of Nursing

Bassmat O. Ahmed, Dean

The World Bank Office in Cairo

Alaa Hamed, Senior Health Specialist

The Ford Foundation

Maha El-Adawy, Reproductive Health and Rights Program Officer

Palstine Red Crescent

Mohamad Zagloul, Chief of Palstine Red Crescent

[英国]

JICA 英国事務所

岩間 敏之 次長

国際家族計画連盟 (IPPF) 本部 ロンドン

Doorte Braeker, Senior Advisor, Adolescent / Young People

Maana Otoo-Oyortey, Technical Support Officer, Gender and Rights

中村 百合

在英国日本国大使館

小長谷 英揚 二等書記官

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Olga Bornemisza, Research Fellow, Conflict and Health Program

Bayard Roberts, Research Fellow, Conflict and Health Program

Joshua Bloom, Research Fellow, Conflict and Health Program

Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health

Gilbert Burnham, Professor, Department of International Health / Director, Center for Refugee and  
Disaster Response

毎日新聞社欧州総局

山科 武司 ロンドン特派員

### 3. イラク・パレスチナの医師卒後教育制度の現状とJICA 第三国研修への提言

2005年8月12日

永井真理（共同研究者）

#### 1. 現状

##### 1-1 アラブ諸国の医師の卒後教育制度

###### (1) パレスチナ

医学部 6 年間（西岸及びガザにある医学校は Al-Quds University のみ。女子学生の割合 60 %）→ インターンシップ 1 年間 → 試験（医師免許取得。General Physician）→ 最低 4 年間のレジデント（科によって異なる）。うち 2 年間は、ジェルサレムの Makassed Islamic Charitable Hospital 病院またはヨルダンの研修指定病院で行わなければならない。→ 専門医資格取得（Arab Medical Board、Jordan Medical Board など）→ さらに Subspecialty を得る場合は Subspecialty committee の方針に従って研修を続ける。

###### (2) イラク：フセイン元大統領時代

医学部 6 年間（女子学生の割合約半数）→ インターンシップ 2 年間 → examination（General Physician）→ military service（男性のみ）→ 僻地勤務（男性 18 ヶ月、女性 12 ヶ月）→ 4～5 年のレジデント（public health もこのなかの 1 専門分野）→ 専門医資格取得（Arab Medical Board または Iraq Medical Board。Iraq Medical Board はイラク国内のみで適応のため、Arab Medical Board のほうが格上と考えられている。Arab Medical Board の受験はバクダッドで可能であったが、2003 年の戦争開始後は不明。）→ 専門医資格取得後、多くは Subspecialty を得るために、欧米での数年の研修を希望する。

イラクの専門職に占める女性の割合は、医師 60 %、歯科医師 90 %、薬剤師 90 %、教師 90 %、看護師 10 %（イラクでは、女性看護師は売春婦とみなされる傾向にある）である。

###### (3) ヨルダン

医学部 6 年間（ヨルダン国内に 3 校。基礎医学 3 年、ベッドサイド教育 3 年。ヨルダン大学医学部の場合、1 学年約 100 人。女子学生の割合約半数。）→ インターンシップ 1 年間 → Internship examination（ヨルダン国内の医学部を卒業したものは受験する必要なし）。General Physician。専門医になりたいものは、Residency 試験受験。→ レジデント 4～5 年間（科によって異なる）。レジデントの給料は、ヨルダン国籍をもっていれば 500 JD/月、それ以外は無給で、逆にレジデントが研修病院に 1,500 JD/年、「授業料」を支払う。毎年、翌年に進むための試験あり。最終試験に合格すると、Jordan Medical Board で専門医として認定される。Jordan Medical Board は、Arab Medical Board 及び英国・米国の卒後教育制度にも正式に認められている。→ さらに Subspecialty を得る場合は Subspecialty committee の方針に従って研修を続ける。

レジデント研修には、ヨルダン以外からも多くの外国人を受け入れている。パレスチナからも多く来ていたが、過去 2 年は減少している。（ヨルダン保健省の話）

## 1-2 アラブ諸国の医療事情

### (1) 医療レベル

レベルが高いのは、レバノン、ヨルダン（特に、米国か英国で卒後教育を受けた医師がいる病院）、チュニジア、サウジアラビアの一部。エジプトのレベルは高くない。（ヨルダンの Al Khalidi Medical Center、Dr. Jamal Al-Ahmed の意見）

### (2) 医療訴訟

イラクでは昔から多い。パレスチナ、ヨルダン、エジプトでは、訴訟にまで至ることは少ない。いずれの国も、医師の損害賠償保険制度はない。患者への侵襲をとまなう研修を行う際、考慮する必要がある。

### (3) 倫理委員会

ヨルダンでは体外受精や臓器移植が盛んに行われているが、国レベルでも病院レベルでも、正式な倫理委員会は存在せず、法律の規制もない。イスラム法に従っているとのこと。

エジプトは、Ministry of Health and Population において、研究に関しての倫理委員会が発足、海外からの研究事業（例えば今回のイラク人・エジプト人女性医師に対するインタビューなど）についてもここを通す必要がある。しかし大学医学部との連携はない。カイロ大学医学部には、正式な倫理委員会はないようである。

## 1-3 専門医取得のための第三国での研修（ヨルダンでの聞き取り調査結果）

### (1) パレスチナ人（ガザまたは西岸出身）専門医育成のための各種奨学制度

（ヨルダンのパレスチナ人医師及びヨルダン保健省の話。パレスチナ保健庁には未確認。）

#### • Jordan-Palestine MoH Protocol

ヨルダン保健省とパレスチナ保健庁の間で、専門医研修協定が結ばれている。

パレスチナ人（ガザまたは西岸出身）医師約 12 人/年をパレスチナ保健庁が選出、400 JD/月の奨学金を出してヨルダンの専門医研修病院で研修（4～5年）を受けさせている。研修指定病院に支払う 1,500 JD/年は、パレスチナ保健庁が払っている。

#### • Italy-Palestine 専門医育成奨学制度

イタリア政府が毎年 2 人のパレスチナ人医師を招聘し、専門医取得まで 4～5年の研修を受けさせている。1 人当たり奨学金額は、イタリア政府から 1,500 米ドル/月及びパレスチナ保健庁から 400 JD/月。

#### • Israel-Palestine 専門医育成奨学制度

年間 1 人の医師が、パレスチナ保健庁から 400 JD/月の奨学金を受けて、イスラエル国内（パレスチナ自治区外）で専門医研修。

### (2) イラク人専門医育成のための研修

現在、イラク人専門医育成のための奨学金制度はない模様である。ただし、2003 年 3 月の戦争開始後、治安の悪化のために、自己資金でヨルダンに移動して専門医研修を受けている（研修病院に自分で 1,500 JD/年支払い、無給で働いている）イラク人医師合計 5 人からの聞き取りしか行わなかったため、全体像は不明である。聞き取り調査を行った 5 人全員が、ヨルダンでの専

門医取得後は、欧米で subspecialty のためのさらなる研修を希望しており、イラクの医師の一般的なコースを踏襲していると思われる。

### (3) 外国人医師が研修終了後、ヨルダンに残る可能性

ヨルダンの政府医療機関での勤務は、その分野で専門医が不足しているなどの例外を除き、ヨルダン国籍をもつものに限られる。また、プライベートクリニックについても、地元と密接な関係があるヨルダン人医師が優位なので、他国の医師がそのまま研修後にヨルダンで医師業務を続けることは難しい。すなわち、ヨルダン国籍をもたない医師は、母国に帰らざるを得ない。

## 1-4 日本の ODA 以外の機関が行った、ヨルダンでの第三国医療研修（短期）

- 2年前、WHO が、イラク人医師対象に3週間のトレーニング実施（Community Medicine）
- 3ヵ月前、WHO が、イラク人医師を対象に3週間のトレーニング実施（内容不明）
- つい先日終了、WHO が、シリア・パレスチナ・イラクの看護師を対象に、短期トレーニング実施（Mentorship、leadership training）
- 日本の徳州会病院が、看護師を対象に1ヵ月のトレーニング実施（詳細不明）

## 1-5 日本エジプト協調対イラク医療協力 カイロ大学における第三国研修の現状

第4回医療研修が、平成17年6月中旬から7月中旬まで実施された。内容と参加者は以下のとおり。

看護30人（女性7）、腹腔鏡（外科・産婦人科）25人（女性9）、ICU30人（女性3）、救急18人（女性0）、その他（眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・病理・麻酔 pain clinic）16人（女性5）。合計5コース、全119人。うち女性24人（看護師7人、医師17人）。

これらの参加者のなかから、16人の女性医師を対象に、研修内容についてのインタビューを行った。

## 参加者（イラク人女性医師）の意見

[研修参加者の選考方法について]

科・地域・病院によって、かなり異なった選考方法を経ているようであった。

- 同じ病院の同じ科の医師が順番に選ばれているので、次は自分だと思っていた。
- 保健省から自分の病院の院長に、当てはまる専門からだれか1人選ぶように通達に来て、これまでのさまざまな評価から、自分が選ばれた。
- ある日突然保健省から電話が来て、どこで何をするのも知らされないまま話が進んだ。自分の専門とは異なっていたが、いまさらどうしようもなかった。
- 他の医師が来る予定だったが、直前にキャンセルしたため、たまたまそのときその場にいた自分が選ばれた。

[1ヵ月不在にすることについての家族の反応]

ほぼ全員が、夫または家族は非常に協力的で、喜んで自分を送り出したと語った。多くが携帯電話またはe-mailを使って頻繁に家族と連絡を取り合い、家族がカイロとイラクを行き来し

たり、カイロの滞在ホテルに同居しているケースも複数見られた。

#### [研修内容について]

##### ➤ 改善を希望する点

- イラク国内で本を読めばわかるような講義の時間が多く、時間の無駄。基礎から教えてもらわなくてもよい。
- エジプト人が時間にルーズで、講義の開始時間が遅れることが多く、プログラムどおりに内容が進まない。
- 実際に各人が手技を身につけるには、1コースの人数が多すぎる。
- 手技を身につけるために来たのに、実際に腹腔鏡を手にとったのが、コース開始から3週間近くたってからで、何も得られずに帰国することになりそう。これでは帰国後に同僚に何も教えられない。人数を減らし、期間をのばすか、前半の講義を減らすかすべき。(多くの参加者からの意見。)
- エジプトで使っている医療機器が古すぎて、新たに学ぶことがあまりない。(とくに40代後半以降の年齢で、経済制裁前のイラクの医療に通じている医師がこの意見を述べた。)
- 結局エジプトも、先進国から医療機材を輸入しているので、機材に関して細かく質問すると答えられないことが多い。最初から機材を生産している先進国で学んだほうが早い。

##### ➤ よかった点

- 初めて国外に出た。(フセイン政権時代は、医師が国外に出ることが難しかったため。30代の若い医師のほとんどがこの意見を述べた。他国の医療事情に接するというより、単に「外国へ行けた」という意味合いが強い。)
- 自分の病院でも取り入れられそうな、簡単な医療機器があることがわかった。(エジプトの医療機器が最先端ではないことの裏返しともいえる。若手医師の意見)
- 腹腔鏡の新たな教え方が身についた。(腹腔鏡の手技をすでに習得し、指導医としてイラクの病院に勤務している産婦人科医の意見)

#### [受入側の意見]

カイロ小児病院新生児科で、女性研修医1人、女性専門医1人に、イラク人研修についての感想を尋ねた。

- 25人が一度にやってきて、数日見学し、また違う病院へ去っていった。あれの繰り返しでは、何も身につかないのではないか。新たな技術習得を目的とするのなら1~2人にしぼり、1ヵ所に数ヵ月はりつく必要がある。(専門医の意見)
- 女性参加者のほうが、熱心に質問していた。男性は、なんとなくぶらぶらしている感じだった。(研修医の意見)

## 2. JICAによる今後の第三国研修または日本での研修についての提言

### A. 短期研修(1ヵ月以内)

対象者：すでにその分野の専門医資格をもち、国内の指導的な立場にある病院において、

研修分野を日常診療に取り入れている医師。

目 的：すでに習得している専門分野の最新の医療知見または実技の再教育

研修内容：大きく分けて、以下の3つが考えられる。

1. 専門分野の最新の知見を習得することを目的とし、講義及び見学中心のカリキュラムで、患者に直接侵襲を加えることがなく、多人数研修でも効果が期待できるもの。ただ、質疑応答などを考えると、1グループ10人以下が望ましい。

場所：ヨルダンより日本のほうがレベルが高いため、日本国内での研修が望ましい。

例：内科（糖尿病をはじめとした生活習慣病の予防・治療・患者教育、癌化学療法のプロトコル）、小児科（低体重新生児の呼吸管理・投薬方法）、皮膚科、病理診断、放射線科（レントゲン・CT・MRI診断、癌患者に対する放射線治療のプロトコル）、病院管理など。

2. 実技のさらなる向上を目的とし、1ヵ所で長時間（例：9時～17時）かつ少人数の研修（1人の指導医に2～3人以下の研修生）でないと効果が期待できないもの。研修生は、すでにその実技の基礎を習得し、日常診療で使用していること。受入医療機関は、研修生が直接患者に侵襲を加えることが可能なように、事前に必要な手続きをとること。

場所：日本とヨルダンの最もよい病院では、レベルの差はあまりないと思われる。しかし患者に直接侵襲を加える研修となるため、患者側の受入れ、医師免許などを考えると、日本ではなく、Arab Medical Boardという共通資格が使えるアラブ諸国のほうが問題が少ない。アラブ諸国内でのレベルはヨルダンが高く、医療機器も新しいものを使っているが、エジプトのほうが人口が多いため患者数が多く、実技の数がこなせるという利点はある。

例：外科・産婦人科・眼科・耳鼻科などの外科系（腹腔鏡操作を含む）、内科でも器具を用いる分野（内視鏡など）。

3. 医療器材の使用・維持の方法をチームとして習得させる研修。特に、新規に大型医療機器を供与した場合に有効。同じ病院で働き、その医療器材を日常的に使用する医師・看護師・技術師を1つのチームとして、機器を製造した企業で研修を行う。実施国は、日本でもアラブ諸国でもヨーロッパでも、その企業で研修できる場所となる。医師が、英語力の低い看護師・技術師に通訳するという利点もある。

上記1～3のいずれの研修においても、研修生が、帰国後、新たに得た知識を勤務先の病院の診療に取り入れること、また、同様の研修を、その病院で他病院の医師を対象に行うことを、病院長が了承していることが望ましい。JICAは、それが実行されているかどうか、研修生の帰国後にフォローアップすることが望ましい。

短期研修の場合、未婚・既婚にかかわらず、イラク・パレスチナの女性医師が国外に出ることについての社会的・文化的な障害は、ほとんどないと考えてよい。研修先は、アラブ諸国でも西欧・日本でも同様に可能である。しかし単独より複数の女性が同時に参加するほうが、家族を納得させやすい。

## B. 中期研修（1ヵ月以上、1年以下）

対象者：専門医または専門医取得中のレジデント。

目的：自分の病院では日常的に使用していない、特定の実技・医療知識の取得。

内容：上記短期研修の1、または2に相当する研修内容。ただし対象者はその研修分野においては初心者であるため、1、2いずれの内容でも、少人数の研修（1人の指導医につき2～3人の研修生）とする。ローテートは行わず、1ヵ所の医療機関で、ひとつの項目のみを対象に、徹底した研修を行う。期間は研修項目によって異なるが、1項目につき最低3ヵ月は必要である。

場所：短期研修1、2と同じ。

例：新生児医療、腹腔鏡・内視鏡の手技取得など。これまでJICAが集団研修として行ってきた分野の多くがここにあてはまる。

## C. 長期研修（1年以上、できれば2～5年）

対象者：インターンシップを終了し、専門医資格を取る前のレジデント。

目的：専門医資格の取得。

場所：レジデント教育病院（ヨルダン、エジプト、西欧）

パレスチナ国内では、レジデントを指導する専門医が不足している。そのため、若手レジデントを海外に送って専門医資格を取得させ帰国させることが、長期的に国内で専門医を自給自足する土台となる。WHOやヨーロッパ各国政府（前述したイタリアなど）が、2～5年かけて専門医を取得するための奨学金を出している。

一方、イラクで専門医が不足しているという情報は、これまでのところ確認していない。もともと専門医志向が強く、国内の研修制度も整っていたため、パレスチナほどの緊急の需要はないと考えるが、今後、国内の混乱が続けば考慮の必要がある。

この制度を日本で行うには、日本の研修指定病院で、外国人医師が日本人医師と同等に患者を扱えるようにすること、日本での数年の研修が、パレスチナまたはイラクの制度（またはArab Medical Board）で、専門医取得のための研修と認められることが必要であるが、可能性は低い。

一方、ヨルダンでのレジデント研修は、英国・米国の卒後医師教育制度にも、正式に認定されており、また、Arab Medical Boardとも同値であるため、ヨルダンでの研修が望ましい。保健省の研修病院（市中の総合病院）よりもヨルダン大学医学部附属病院が、指導層が厚く充実した研修内容となるが、ヨルダン人研修医間の競争も激しく、外国人医師の研修については、各科1～2人程度なら特別に受入可能だが、それ以上は無理とのことであった。

エジプトも候補にあがるが、アラブ諸国のなかでは、ヨルダンより研修レベル（指導層・治療内容・医療機器すべて）が低いと考えられている。しかし、症例数がヨルダンより多いという利点はある。

したがって、この部分で日本ができることとしては、パレスチナ保健庁が現在行っている、他国への専門医育成プログラムに奨学金を追加することが考えられる。例えば、現在ヨルダン

へ年間 12 人、イスラエルへ年間 1 人派遣しているプログラムの人数を増やせるようにする、あるいは 1 人当たりの奨学金を増額する (Amman で 1 家族が借家で 400 JD/月で生活するのは、かなり難しい。参考までに、ヨルダン人の平均月収は 700 JD)、エジプト保健人口省とも奨学金協定を結ぶなどである。

長期研修の場合は、特に、結婚して子どものいる女性医師の参加が困難になる可能性がある。これは、家族の結びつきを重要視する文化的背景からくるもので、男性医師でも同様である。男女にかかわらず既婚者の場合、家族とともに長期滞在することを望むため、その意味からも、物価が安く、文化・言語を共有するアラブ諸国での研修が現実的である。特に西岸のパレスチナ人の場合、ヨルダンに親戚が多いため、既婚女性医師でも、数年滞在することに抵抗が少ない。一方、ガザ在住のパレスチナ人は、エジプトのほうがなじみがあるという意見もあった。未婚の医師であれば、男女に関係なく、アラブ諸国でも西欧でも数年以上研修することに大きな抵抗はないと考えてよい。特にイラク人女性医師は、未婚・既婚に関係なく、研修のためならどこへでも行くという姿勢が強かった。(イラク人男性医師は、女性医師よりもその意味では保守的で、3 ヶ月以上妻が研修のために不在にすることに難色を示す傾向があった。)

## 付記：エジプト、ヨルダン、パレスチナの看護教育について

### 1. エジプト

現状の制度では、看護教育は、以下の 3 つの教育機関で行われている。(Dr. Bahya Ahmed Foua, Undersecretary Central for Nursing Administration との面談より。)

#### (1) Nursing Secondary Schools

9 年間の義務教育 (6 年間の elementary school、3 年間の preparatory school) を終了した時点 (15 歳) で入学。3 年教育。学生数 6,000 ~ 10,000 人/年。男性も少数いる。エジプトの看護師の 9 割は、ここを卒業している。年齢が若く、プロフェッショナル意識が低い集団を養成することになり、社会的に「看護師」のイメージを低下させるとして、看護専門家の間で問題となっている。今後、縮小していき、卒業生を再教育しなおしたいとのこと。しかしこの学校の卒業生を、Nursing Technical Institutes に再入学させ教育しなおすという提案 (bridging program) は、7 月中旬に議会で否決された。湾岸諸国への看護師の出稼ぎに関しては、大学卒の看護師を求められることが多いため、これらエジプト人看護師の需要はほとんどない。

#### (2) Nursing Technical Institutes

9 年間の義務教育後、3 年間の Secondary school を終了した時点 (18 歳) で入学。2 年教育。現在 28 校あり、うち 11 校が保健人口省、17 校が教育省の管轄下。学生数 700 ~ 800 人/学年。ほぼ全員が女性。

イラク人やパレスチナ人看護師の第三国研修をする場合、保健人口大臣管轄下の、National Abaseya Training Center、Nasel Training Center などが利用できる。

### (3) Faculty of Nursing

9年間の義務教育後、3年間の Secondary school を終了した時点（18歳）で入学。4年教育。現在、国立が11校、私立が1校ある。以前は学生数900～1,000人/学年であったが、現在2,000人まで増加。男性もいる。卒業後はさらに、1年間の Diploma degree、4年間の Master degree、4年間の Doctor degree というコースがある。

#### Cairo University Faculty of Nursing (Dean, Dr. Bassamat O. Ahmed との面談より。)

4年教育で、現在の在 student 数700人。うちエジプト国籍を持たないものは11人。内訳は、スーダン、ジブチ、ソマリアから1人ずつ、パレスチナから2～3人、イラクから1人。外国籍の生徒の授業料はエジプト国籍の生徒より割高で、これらの外国人生徒は、自国の政府からの奨学金で授業料の半額をまかなっている。

2001年までは学生の全員が女性だったが、2002年から5割を男子生徒が占める。男性がこの業界に参入することにより、看護師の社会的イメージをアップさせることと、新婚・出産・育児休暇で常に現場の看護師・看護大学教師の実働者数が不足しているのを改善するのが目的。

- エジプトの新婚・出産・育児休暇制度は次のとおり。

新婚休暇：15日。出産育児休暇：3ヵ月間、給料全額支給のまま休暇をとれる。その後、子ども1人当たり2年間まで、あるいは1人の女性一生につき最高6年間まで、無給であるが在職のまま休暇がとれる。夫が外国に行くので一緒についていく場合も、最高10年間、在職休暇がとれる。雇用者はその女性の不在中、他の人をその職につけることができない。しかし実際には、3交代の勤務体制（8：00－14：00・14：00－20：00・20：00－8：00）などが夫（8：00－14：00勤務）に理解されず、結婚・出産を機に看護師を辞める女性も多い。離職に関する正確な統計は不明。

## 2. パレスチナ

私立の Bethlehem University, Faculty of Nursing & Health Sciences の現状。(Dean, Maha Awward Fatho との面談より。)

- 4年教育で Bachelor degree を取得するプログラム。座学に131単位必要で、1単位につき学費は25JD。131単位取得後、病院で1,320時間の臨床実習が必要。実習病院は、以前はジェルサレム、ラマラなども利用できたが、分離壁建設後は、ベスレヘム病院とヘブロン病院のみが利用できる。
- 学生数は1学年38～45人で、多くはベスレヘムかヘブロン出身。キリスト教系の大学だが、学生のほとんどがイスラム教徒。男子学生は全体の3分の1だが、就職しやすいため近年増加中。
- 1991年より、postgraduate program として、4年間の看護教育終了後に進学する2年間の助産師コースを設立。資格取得に38単位必要で、看護師として働きながら週2回通学すればよい内容となっている。しかし今回卒業は6人のみ（入学時8人、2人脱落）。助産師コースの人気がない理由として、次の3つがある。

1. 失業率が高い西岸において、看護師が一家でただ1人の働き手であるなどして、助産師の学業より看護師の勤務を優先する。
2. 全体に看護師不足のため、勤務先が週2回の学業休暇を出さない。
3. チェックポイントなどによる移動制限があり、北部からベスレヘムへの通学が困難。  
(南部からの通学は可能)

この2年助産師コースは近く廃止される予定。

西岸南部のイブン・シーナ大学においては、高校卒業後すぐに開始できる4年間の助産師コースがあり (bachelor 資格取得)、25人/年の学生が学んでいる。ベスレヘム大学も、高校卒業後の4年教育で、入学時に看護師・助産師・作業療法士・理学療法士の4コースから1つを選択する形式に変えていきたい。

### 3. ヨルダン

Lafida college for nurse and midwife in Yajus の現状は以下のとおり。(Dean 及び学生との面談より。)

看護師 (Practical nurse) 養成プログラム2年間 (男性20%)、助産師養成プログラム3年間 (全員女性) がある。全学生数470人。Tawjihi (高校卒業年に受験、全国一斉試験) で score 68以上 (100点満点のうち) の学生が入学できる。女性の場合、入学資格の1つが、独身であること。途中で妊娠すると学業に差しさわりがある、という理由による。

すべての学生に、保健省から月25JDの奨学金が出されるため、ヨルダン国籍をもつ学生のみ受け入れている。地元出身でない女子学生には、女子寮がある。遠方の男子学生は、自分で住むところを借りている。南部のカラクやマアーン出身の女子学生でも、交通の便が悪くなく、女子寮が整っているため、この学校で学ぶために1人で実家を離れることに、家族も本人も抵抗がほとんどない。学生がこの職業を選ぶ理由の第一は、就職に困らないため。助産師を選ぶ女子生徒のなかには、男性と接しなくてよい職場であるから、と答えた者もいた。ヨルダン国内では、女性の場合、看護師より助産師のほうが一般社会に好意的に受けとめられている。

卒業後、6ヵ月以内に保健省から配置連絡が来なければ、どこへ行ってもよい。その場合、多くは湾岸諸国へ出稼ぎに行く。男女問わず、もともと出稼ぎを目的に入学する学生がほとんどである。保健省から配置連絡が6ヵ月以内に出た場合、助産師は6年間、看護師は4年間、指定された場所で勤務する義務がある (奨学金をもらった年数の2倍)。出身地に配置されることが多い。

Practical nurse となったのち、最終試験で65%以上のスコアを出した場合は、看護大学 (ヨルダン国内には、6国立看護大学、3私立看護大学がある) へ編入し、Registered nurse となる方法がある。

王妃や王女が指揮をとっていることもあり、ヨルダンの看護教育制度はエジプトよりずっと進んでいる。低い水準の看護学校を卒業した看護師に対する再教育制度 (bridging program) も充実している。(エジプト、Dr. Bahia Ahmed Foua, Undersecretary Central for Nursing Administration の話。)



## 【資料 2】

# イラクにおける女性医師の状況

## 日本・エジプト協調 対イラク医療協力 カイロ大学 第三国研修 参加者面接調査結果

永井真理  
(共同研究者)

### 1 はじめに

2003年3月19日、フセイン大統領及びバアス党政権の排除を目的として、米国及び英国主導のイラク戦争が始まった。同年5月1日に米国大統領による戦闘終結宣言が出されたが、現在に至るまでイラク国内の治安は回復したとはいえない状況である。例えば2005年12月までの米軍死者2,200人のうち、戦闘終結宣言後の死者が2,062人を占めている。イラク民間人の死者については、2006年2月7日時点で3万人前後<sup>1</sup>と推定されているが、Les Robertsらによるクラスター・サンプル調査では、イラク戦争開始後のイラク人の死亡リスクは戦争前と比較して2.5倍であり、開戦以降の超過死亡は約10万人またはそれ以上であると結論づけている<sup>2</sup>。いずれにせよ、イラク国民が多大な犠牲を払っていることは、間違いない。

政治に関しては、戦闘終結宣言後、米国中心の連合国暫定当局による統治が続いたが、2004年6月28日にイラク暫定政権に主権が移譲された。引き続き、2005年1月30日に国民議会選挙、4月28日に移行政府の発足、8月に新憲法草案の承認が行われた。このように治安面の回復がまだ進んでいないとはいえ、イラクは紛争からの復興段階に入っている。

もともとイラクの歴史は古く、紀元前4000年ごろのメソポタミア文明までさかのぼる。7世紀にアラブ化・イスラム化が起り、8世紀にバグダッドがアッバース朝の首都として建設されて以降、長らくイスラム世界の精神的中心として栄えた。近代に入ってから、第一次世界大戦後に英国委任統治領イラクとしての王政が開始され、1932年にイラク王国として独立した。しかし1958年にクーデターが起こって共和制政権となり、さらにこの政権も1963年にバアス党のクーデターで倒れた。以後、2003年のイラク戦争まで、バアス党政権が続いた。サダム・フセインの大統領就任は、1979年である。

近代以降、イラクの経済を長らく支えてきたのは、豊富な埋蔵量を誇る原油の輸出であった。1980年から1988年までのイラン・イラク戦争で莫大な経済的損失をこうむったものの、1990年代前半までは、比較的良好な社会・経済水準を保ってきた。しかし1990年8月、クウェート侵攻に対する国際的な経済制裁が開始され、さらに湾岸戦争、政府の軍備優先の予算編成などが加わったことにより、イラクの経済活動は大きく衰退した。2006年1月現在、1人当たりの生活支

<sup>1</sup> Iraq Body Count

<sup>2</sup> Mortality before and after the 2003 invasion of Iraq: cluster sample survey. Lancet. 2004 Nov 20–26; 364 (9448): 1857–64

出は、イラン・イラク戦争前より低いままとなっており、今後、国際的な長期支援が必要である。

保健医療分野の紛争後復興支援においては、紛争において傷つきやすい立場にある女性・乳幼児・高齢者・障害者などへの、注意深い視点をもった支援策が求められる。イスラム社会では一般に、女性や乳幼児を持つ母親は、保健医療施設に受診するさい、女性医師による診察を希望する傾向がある。したがって、イスラム社会における女性や乳幼児の保健医療指標の向上のためには、女性医療従事者の育成が重要となる。イラクの保健医療分野での長期支援においても、イラク人女性医師をはじめとする女性医療従事者の効果的な育成が、重要な鍵となる。そのような支援策を策定するにあたっては、イラクにおける医師の卒後教育制度、女性医師の役割、職場環境、家庭環境などの基本情報が必要不可欠である。

本調査では、それらの情報を得ることを目的とした。そして、それらの情報をもとに、イラク人女性医師の状況を再構成し、治安の安定している周辺国で育成することの可能性、利点、及び問題点を明らかにし、効果的な復興支援を進めるためのニーズと課題について考察した。

## 2 研究方法

治安上の理由により、イラク国内にて調査を実施できなかったため、エジプトで1ヵ月間の第三国研修に参加していたイラク人女性医師16人を対象に、半構造化面接調査を行った。2005年7月、調査者と面接調査対象者だけのプライベートな空間で、1人につき1～2時間程度、資料表2-1の質問内容について、英語で面接調査を実施した。

資料表2-1 イラク人女性医師に対する質問内容

1. 一般項目	年齢、出生地、国籍（パスポート発行国）、現在の居住地、専門分野、肩書き、資格、婚姻状況、子どもの有無、海外渡航歴
2. 家族背景	両親の職業及び学歴、兄弟姉妹の学歴、夫の職業
3. 医師関連情報	出身医科大学名・場所、卒業年度、在学時の1学年に占める女子学生の割合 医師になると決めた時期及びその理由、そのときの家族の反応 現在の専門分野に決めた理由 将来のキャリアプラン
4. 女性医師の職場環境と家庭環境	一般社会での女性の位置づけ 学生時代及び現在の職業における、女性であることの利点と不利な点 職場での男性同僚や看護師との人間関係における女性医師の利点と不利な点 結婚及び子どもを持つことと医師としてのキャリアの両立についての考え 家庭における夫との家事分担の有無 国外研修に対する家族の反応
5. 国外研修	今回の研修に選ばれた経緯 今回の研修に関する感想（よかった点・改善を希望する点） 今後必要と思われる研修

### 3 倫理的配慮

調査計画書と、質問内容、調査時に対象者に対して行われる説明と同意書の内容は、名古屋大学倫理委員会及び第三国研修先であったカイロ大学医学部に事前に提出され、倫理審査を受けて許可を得た。調査時には、面接調査対象者に対して文書でのインフォームドコンセントがとられ、同意を得られた者だけに面接調査を行った。第三国研修に参加していた女性医師は全部で17人であり、うち16人から同意を得た。個人情報、調査者が厳密に保管した。

## 4 結果

### 4-1 イラクにおける医師の卒後教育制度

2003年3月以前の、イラクにおける医師の卒後教育制度は、以下のとおりであった。治安悪化以後も、基本的には同様の制度とのことである。

医学部での6年間の医学教育を終了後、まず2年間のローテート研修を行い、General Practitionerの肩書きを得る。続いて兵役（男性のみ）、僻地勤務（男性18ヵ月、女性12ヵ月）を行ってから、専門医取得を希望するGeneral Practitionerは、希望の科を選択し、そこで平均4～6年間のレジデント研修を行う。研修後に専門医の資格を取得する。

専門医取得までにかかるレジデント研修の年数は、科によって異なり、また大学所属の医師は保健省所属の医師よりも早く取得できるとのことである。イラク国内では、患者の専門医受診志向が高いことから、ほとんどの医師にとっては、General Practitionerは単なる通過地点であり、専門医取得のためのレジデント研修に進むとのことである。

取得する専門医資格には、大別してArab Medical BoardとIraq Medical Boardがある。Iraq Medical Boardはイラク国内のみの適応のため、Arab Medical Boardが、より格上と考えられる傾向にある。Arab Medical Boardは、以前はバグダッドで受験可能であったが、近年はヨルダンやシリアなど近隣諸国に行かねばならないとのことであった。

専門医取得後、さらにSubspecialtyを得るために、欧米での数年の研修をめざす者も多いとのことであった。

### 4-2 イラク人女性医師の状況

#### 4-2-1 面接調査対象者の概要

半構造化面接調査の対象となった16人の概要を、資料表2-2に示す。年齢は34歳から53歳までと幅広いが、30代後半から40代前半が中心であった。全員が専門医を取得していた。専門は産婦人科が最も多く8人、続いて小児科3人、眼科2人、耳鼻咽喉科1人、病理1人、麻酔科1人であった。出身地は首都のバグダッドが7人、南部5人、北部4人であった。

自宅から通える医科大学を卒業したものが11人、現在も出身地の病院に勤務しているものが

資料 表 2 - 2 面接調査の対象となったイラク人女性医師

項目		人数 <sup>1)</sup>
年齢	30～39歳	6
	40～49歳	8
	50～59歳	2
専門科	産婦人科	8
	小児科	3
	その他（眼・耳鼻・麻酔・病理）	5
職場における 女性医師の割合	0～20%	1
	21～80%	6
	81～100%	8
出身地 <sup>2)</sup>	首都	7
	北部	4
	南部	5
勤務地 <sup>3)</sup>	出身地	12
	出身地以外	4
出身大学の 所在地 <sup>4)</sup>	出身地	11
	出身地以外	5
在学中の 女子学生の割合	0～20%	1
	21～80%	14
	81～100%	1
配偶者	無	6
	有	10
子供	無	5
	有	11
2003年以前の 国外経験	無	7
	有	9

1) 情報が得られなかったため、合計人数が16人以下の項目がある。

2) 地図において、バグダッド以北を「北部」、バグダッド以南を「南部」と表記する。

3) 出身地と現在の勤務地との比較。出身地と同じ町に勤務している場合を「出身地」、異なる町に実家から独立して勤務している場合を、「出身地以外」とする。

4) 出身地と出身医科大学の比較。自宅通学の場合を「出身地」、家族と離れていた場合を、「出身地以外」とする。

12人いた。父親の職業はさまざまであるが、母親については、2人が教師である以外は、全員専業主婦であった。両親が全くの非識字者、あるいは初等教育までしか受けていない場合も少なくなかった。一方、調査対象者の兄弟姉妹数は2人から11人（平均7人）で、ほぼ全員が、大学教育を受けていた。例外は、姉妹が結婚のため学業を中退したと答えた2人（40代と50代）、そして11人の兄弟姉妹の学歴が、初等教育レベルから大学卒業までさまざまであると答えた40代の、合計3人である。後者は、医師である本人の学歴が、兄弟姉妹間で最も高いとのことであった。

16人のうち11人が既婚（うち1人は離婚）、5人が未婚であった。11人の既婚者のうち6人は、医学部卒業時または専門医取得以前の研修時である20代のうちに結婚していたが、4人は30代以降の結婚であった。夫の職業は医師が多かった。既婚者全員が子どもを持っており、そ

の数は1人から5人（平均2人）であった。子どもの年齢は1歳から15歳で、5歳以下の子どもがいる者が6人いた。一方、5人の未婚者の年齢は、30代が3人、40代後半から50代が2人であった。

旧政権崩壊以前に国外に出たことがなかったものが7人おり、そのうちの4人は、今回のエジプト研修が生まれて初めての出国であった。

#### 4-2-2 医学部進学の原因と家族の反応

医学部に進学した理由を尋ねたところ、9人が、子どものころから学業成績が優秀であったため自然に医師をめざすようになった、と答えた。イラクにおいては一般に、試験で高得点を取り、医学部に進学することが「成功する人生」であると考えられているとのことである。高校卒業時に統一試験があり、最も高得点を得たものが医学部、次がエンジニア（工学部）という順番で、子どもが医学部に進学することは、両親や親戚にとって非常に誇らしいことであるという。

- 子どものころから常に成績がトップクラスで、父親をはじめ周囲は「この子は将来医者になる子だ」と言い続けていた。自分も自然にそう思うようになった。（年齢40代の面接調査対象者の回答。以下同様。）

6人は、自分自身は医者以外になりたかったが、両親や周囲が自分の医学部進学を希望したと答えた。

- 教育は大学まで無料で、男女差別はなく、単に試験の点数ですべてが決まる。自分は英語教師になりたかったが、試験で高得点を取ったので、周囲が医者になるように薦めた。（50代）
- 多くの家族が、成績のいい娘がいたら医者にしたいと思っている。エンジニアは女子向きの仕事ではないと思われる。男子学生には、医者よりエンジニアのほうが人気が、自分の兄弟は医学部に行ける点数を取ったのに工学部に進み、両親は非常に残念だった。（30代）

これら15人の両親・家族は、娘の医学部進学に積極的に賛成し、卒業後も、さらに勉強を続けて上位資格を得られるよう、非常に協力的であったとのことだった。これは親の教育歴の高低にかかわらず、ほぼ共通した意見であった。

- 医者は、最も社会的地位が高く、名声のある職業だから、どこの家庭でも、両親は子どもが医者になるのを喜ぶ。（30代）
- 医学部に進学したいと言ったら、両親はたいへん喜んだ。そして自分が試験でいい成績を取って医学部に入れるよう、勉強しやすい環境をつくってくれた。（40代）
- 両親は、常に試験でいい成績をとっていい学校に行くよう、娘たちを励まし続けた。現在、姉妹3人が医者であり、両親はたいへんそれを誇りに思っている。（30代）
- 自分の父は大家族の長男で、家族を養うために高等教育をあきらめた。そのため逆に、娘たちへの教育は非常に熱心だった。（40代）

これが、イラクにおいて一般的な現象であるのか、実際に医学部進学を果たした女性からしか情報を得ていないことでバイアスがかかっているのかは、判断が難しい。ただ、親の反対を押し

切って医学部に進学したと答えた者が1人、また、自分の姉妹が学業より結婚を勧められた、あるいは高校の同級生で家族に大学進学を反対されたものがある、と答えた者がいたことから、地域や時期によっては、女性に対する高等教育に積極的でないところもあると思われる。

- 自分の出身の村では、女子には高等教育が必要ないと考える人々が主流で、自分の父親もそういう考えだった。自分は13歳のころ、人助けをするために医者になりたいと思ったが、医学部に進学のために、両親をかなり説得しなければならなかった。(40代)
- 自分の兄弟姉妹は全員大学まで進んだが、医学部以外で学んでいた姉妹は、両親のすすめで結婚中退した。公務員の月給が1ヵ月数ドルで、個人開業で稼げる医者ならともかく、大学を卒業して就職しても得るものがない、それより結婚して子育てをしたほうが女性にとって幸せ、というのが、両親が大学中退を薦めた理由だった。(40代)
- 同級生の父親のなかには、女性は読み書きさえできれば十分だという考えをもつ者もあり、高等教育へ進学できなかった人たちもいた。(50代)

医学部に占める女子学生の割合からも、イラクにおける女性への教育に対する一般的な考え方を、ある程度類推することができる。ただ、面接調査対象者に、医学部在学中に占めていた女子生徒の割合を尋ねたところ、2割から6割までとばらつきがあり、90年代前半までの一定の傾向は不明であった。しかし多くの面接調査対象者が、自身が学生だったときと比べると、現在は明らかに女子学生の割合が増えていると述べた。

- 現在自分が教鞭をとっているバグダッドの医科大学5年生100人のうち、女性は7割を占めている。どんどん女性の占める割合が増加している。同様の傾向が薬学部にも見られる。(40代)
- 自分が医学部に入学した当時は男子学生が圧倒的に多かったが、いまは年々、女子学生の占める割合が増えている。(40代)

1人だけ、自分の学生時より女子学生の割合は減っている、その理由は経済制裁による国内経済の悪化のためだ、と述べた南部出身者がいた。彼女は今回の面接調査対象者のなかで最も若い34歳で、1991年の経済制裁開始時に医学部在学中であったことから、少なくとも彼女の故郷では、このような事実があったと考えられる。子どもの教育には、性別に限らず熱心であるバグダッドなどの大都市に比べ、もともと女性より男性への教育を優先する風潮がある地域では、女性の教育が、社会・経済要因の影響を受けやすいことを示唆している。

- 1991年の経済制裁開始後、一般家庭の経済状態が苦しくなった。教育は無料であったが、家庭の経済状態を改善するため、進学せずに働く若者が増えた。特に、結果的には結婚するので高等教育は必要ないと社会的に考えられやすい女子に、その傾向が顕著であった。したがって、医学部に占める女子学生の割合も1991年以降、減少した。(30代)

#### 4-2-3 専門分野の選択

今回の面接調査対象者は、全員レジデント研修を終了し、何らかの専門分野をもっていた。イラクで女性医師の割合が多い科を尋ねたところ、産婦人科・小児科・麻酔科・放射線科・病理などであった。さらに、面接調査対象者自身の、専門分野の選択理由について尋ねたところ、イス

ラム教との関連から、女性患者と接することがほとんどである小児科または産婦人科を選んだとの答えが目立った。特に産婦人科において、患者の性別と医師の性別の一致が重要な意味をもつとみなされていた。患者側だけでなく、女性医師の側も、見知らぬ男性に直接接触れる機会をもたずにすむ産婦人科を好む傾向があった。

- 産婦人科、特に分娩関係では、ほとんどの女性患者が女性の医師を希望するので、女性医師の需要がある。男性産婦人科医師は、分娩ではなく悪性疾患や不妊治療分野を中心に診療している。(40代)
- 女性が産婦人科医になるのは、患者にとっても有益である。妻が男性産婦人科医に診察されるのを許さない夫は多く、女性産婦人科医がいないと、多くの女性患者が苦しむことになる。それに、自分自身も宗教上の理由で、患者であれ見知らぬ男性を触ることは避けたかった。(30代)(40代)
- 自分の出身地の人々が、男性産婦人科医の赴任を拒絶して、産婦人科が長らく空席だった。自分は眼科に行きたかったが、保健省から、出身地の産婦人科医になるよう強要された。(40代)

一方、現在の科以外を選択した場合は何らかの不利益を被ったため、と答えた者もいた。特に、女性医師の少ない科での女性の働きにくさを指摘する意見があったことは注目すべきである。

- 女性が少ない科でやっていくのは困難をとまなう。男性医師のなかのただ1人の女性外科医として勤務している知り合いがいるが、彼女が何か失敗したり、1人で対処しきれないときに男性同僚の助けを求めたりすると、女だから対処できない、と同僚医師や患者・患者の家族から非難される。同じ問題が男性医師に起きたときは何も言われぬのに。(30代)
- 産婦人科・小児科以外の科では、重要な仕事や地位は女性には与えられないので、自分をアピールすることができない。産婦人科か小児科であれば、ほとんどが女性医師だから、自分が女性であることの制約がない。(40代)
- 科によっては、女性医師が男性医師より低く扱われているところもある。特に外科などがそう。女性の外科医というアイデアが人々に受け入れられないからである。外科では、男性医師と女性医師の間に「戦争」がある。また、患者は、産婦人科以外の医師は、女性より男性のほうが腕がいいと思う傾向にある。(30代・2名)
- 1993年に個人診療所を開業したとき、自分が女性であるため男性患者がなかなか受診せず、診療所は閑散としていた。しかしアラーの助けと夫の励ましをもとに自己研鑽をした結果、現在では、男女の患者でとても繁盛している。(40代)

さらに、医療訴訟をはじめとする患者とのトラブルがイラクで多発していることと関連し、それらのトラブルを避けるために、患者と直接接することのない病理・放射線科・麻酔科を選ぶという意見があった。これについては、医師患者関係の項目で、詳述する。

また、科によっての勤務場所の違いも、一部の女性医師には重要な意味をもっていた。

- バグダッドで麻酔科を選択すると、バグダッド以外の地域で働かなくてよいので、バグダッド出身の女性医師には麻酔科が人気である。他の科は、地方の村に1～2年行かないといけない。(30代)

- 小児科を希望していたが、そのためには政府から命じられた非常に遠い配置場所へ行かなければならず、一方、産婦人科だったら故郷から 100 km のところで研修ができたので、産婦人科を選んだ。(50代)

#### 4-2-4 現在の職場環境

職場における医師の男女比は、全員女性という産婦人科医師から、イラク国内で2人目という女性耳鼻咽喉科医師までさまざまであった。面接調査対象者全員が、現在の職場において、女性であることで差別されているとは思わない、と答えた。しかし先に述べたように、もともと女性医師に対する差別がない科を選んだ者が複数名いることには、留意すべきである。また、一般臨床医として勤務している限りは差別がないが、病院内での高い地位は男性優位であるという意見があった。

- 病院の医師・大学の教員としては、男女差別は感じていない。しかし男性のほうが高位の役職に歓迎される雰囲気があるため、女性が高位の役職を望む場合は、男性と同様の能力があることを、男性以上に働いて証明し、周囲を納得させる必要がある。(40代・2名)
- 男性と競り合って、学部長、大学長、知事などの地位を獲得している女性医師もいる。しかし、だいたいにおいて、男性は女性に高い地位をそうやすやすとは受け渡したくない。(40代)

一方、男性看護師からの対応が、男性医師と異なっていると感じたことがあるかどうかを尋ねたところ、全員が、看護師は自分を尊敬しており、何の問題もない、と答えた。医者という高い社会的立場が、女性であることを凌駕していることがうかがわれる。イラクでは、産婦人科を除きほとんどの看護師は男性である。

#### 4-2-5 一般社会での女性の地位

イラク社会において、一般に女性がどのような社会的地位にあるのかを尋ねた。一般社会においては男女が同等ではなく、女性であることでさまざまな社会的制約をとらなう、しかし医師であることで、その制約から自由になれる、というのが、面接調査対象者の共通した意見であった。ただ、男性が女性を一段低くみて従わせたがるのは、イラクに限らず世界共通の傾向ではないかとの指摘もあった。

- 男性のほうが社会的な影響力をもっている。一般女性（医師などの専門職をもっていない女性）は、一般社会では一段低く見られ、制限の多い人生である。(30代・2名) (40代・2名)
- 医学部に入った時点で、周囲から女とみなされなくなり、かわりに、医師というカテゴリーに入れられるので、社会から、女性であるという理由で差別されることはなくなる。(40代)
- いったん医師になれば、女性1人での僻地勤務も問題ない。なぜなら医師という高い社会的地位の人間に対し、だれも問題を起こすことはできないからである。医師の社会的地位が高いため、どこに行っても一般社会人から一目おかれ、一般女性に比べて多くの自由を手に入れることができる。一方、男性は、医者であろうがなかろうが、1人でどこへでも行ける

自由がある。(40代) (50代・2名)

#### 4-2-6 家庭と仕事の両立・国外研修に対する家族の理解

女性医師を対象にイラク国外で研修を行う際、夫をはじめとした家族の理解がどの程度得られるのかは、重要な問題である。今回面接調査を行った既婚者の全員が、国外研修に対する夫からの反対はまったくなかった、むしろ、より広い世の中を見るようにと積極的に行くように薦められた、と答えた。しかしもともと家族の理解と支援を得られやすい環境にいる女性医師が研修に参加していると思われ、今回の面接調査結果が、既婚女性医師の夫の一般的な対応とは言い切れない。例えば、知り合いで、夫の反対により国外研修に参加することができなかった女性医師がいる、と答えた者が1人いた。

- 同じ病院の産婦人科女性医師で、研修で国外に出たかったのに、夫が短期間でも離れてほしくないとして反対して、研修をあきらめた人がいる。行き先がどの国だったか覚えていないが、このようなケースでは、夫の考えが、研修先がアラブ諸国か欧米かで変わることはない。  
(40代)

続いて、女性医師にとっての結婚、家庭と仕事との両立について、面接調査対象者自身の考え及び経験と、職場の他の女性医師の様子を尋ねた。全員が、結婚の有無にかかわらず、一生医師を続けるつもりであると答え、今後も常に高次研修に励んでより高い資格をとり、医師としてのキャリアアップをしたいとのことであった。現在の立場になるために、これまで行ってきた勉強や努力を考えると、まったく仕事を辞める気にはならない、というのがその主な理由であった。そしてそのためには、夫の理解と支援が大切であり、したがって慎重に結婚相手を選ぶ必要があり、必然的に結婚年齢が高くなるとの意見が多かった。それ以外では、戦争が続いたために適齢期の男性が少なく、結婚相手を選べる範囲がせまい、という理由を述べた未婚者が1人だけいた。

- 「適齢期」になって結婚をあせるのは、どこの世界の女性でも同じだし、母は、娘が早く結婚して孫の顔を見せてくれればいいと願っている。だが、自分の周りには独身の女性医師が多い。それは、キャリアアップを続けたい女性医師の立場を、理解して応援できるような男性に出会わないからである。夫によっては妻が自分より能力が高いのを認めないので、夫婦間に問題が起こり、離婚することになる。それを避けるため、うかつには結婚しない。  
(30代・2名)

それとともに、未婚者を含めた回答者の多くが、結婚して母になることではじめて女性としての人生が完成する、と答えた。

- 結婚して母となることは、医師よりよほど責任ある大切な仕事である。それで女の人生が完成される。(30代)(40代) 他多数
- もし自分が一生独身だったら、人生で何もしなかったのと同じ。妻であり母であることは、自分の人生の大きな利点で、素晴らしいこと。(30代)
- 家庭と子どもから精神的な充足感を得ており、彼らがいないと、人生は空虚だと思う。  
(30代)

一生独身でいることは、イラク社会においては一般的ではないとみなされているが、それ以上

に離婚は家や社会の恥であり、離婚女性に対する風当たりはたいへん厳しいとのことだった。これが、結婚に対して、より慎重になる主な理由のようである。医師としての仕事の忙しさが理由で、夫との間に問題がある女性医師が周囲にいる、と答えた者が7人、さらに、自分の夫にもっと家庭で過ごす時間を増やすよう求められていると答えた者が2人いたが、いずれも離婚という解決法は問題外であると述べた。

- 7人の既婚同僚女性医師のうち5人は、夫がもっと妻に家にいてほしがるため、家庭内で幸せでない。(40代)
- 離婚するのは、両家にとって恥で、社会的な大問題である。本人たちをはじめ、だれもが、それは最後の手段にしたいと思っている。特に、子どものために離婚は避けたいとみんなが考える。夫婦間で問題があると、まわりすべてが、離婚に至らないように問題を解決しようとする。たいがい、最終的に妻が辛抱する。アラーが女性に、男性より多くの忍耐強さを与えているのだ。(30代)
- 男というものは、家に帰ればすべてがきちんとアレンジされていて当然と思っている。自分の夫は、自分の帰りが遅いために、彼が疲れて帰宅しても夕食が用意されていない、と不満を述べ、自分に仕事をセーブするように何度も言ってきている。しかし自分は仕事を続けたいから、続けている。(40代)
- 夫は自分が家にいる時間が少ないことに不満をもっているが、自分は仕事をセーブするつもりはない。夫は妻のことを理解する義務がある。(30代)

このように、医師としての忙しさが家庭不和をもたらす可能性があるとはいえ、面接調査対象者の周辺では、家庭を優先させるために仕事を辞めたりセーブしたりする女性医師は一般的ではなく、医師としてのキャリアアップを続ける工夫をしているようである。

なお、イラクでは一年間の育児休暇制度があり、6ヵ月は全額支給、残り6ヵ月は半額支給である。しかし休暇中は、医師としての研鑽が遅れ、昇進もそれにとまって遅れることや、自分で開業している診療所を1年休業すると患者が来なくなるなどの理由により、実際に1年間の休暇をとる女性医師は少ないとのことであった。子育ての助けがある場合は、法律で許されている出産40日後から、すぐに勤務の再開をすることが多い、とのことであった。

- 結婚・子育てのために、まったく仕事を辞める女性医師は、自分の周囲では1割未満しかない。夕方の個人診療所をやめ、政府の病院だけで午前中働く形態に変える女性医師もいるが、それでも1割強。多くは、結婚によって仕事の形態を変えようとはしない。(40代)
- 周囲に、結婚・子育てのために医師を辞めた女性はいない。夫からそのような提案があった場合は、自分の収入の一部を夫に渡すなど取引を通じて夫を納得させ、結婚前と同じペースで仕事を続けようとする。(40代)
- 知り合いで、結婚や育児のために完全に医者辞めてしまった女性医師はいない。子どもが次々に生まれて、産休や育児休暇を取り続けた人はいるが、子どもがある程度大きくなってから職場に復帰し、キャリアパスを再開している。(30代)(50代)
- 地方では、全体に保守的な家族が多いので、出産後、子育てのために大学病院のフルタイム勤務を辞めた女性医師を何人か知っている。彼女たちは、そのぶん専門医資格を取るのが

遅れたり、取りたい資格を取れずに終わったりする。(40代)

面接調査対象者のなかに1人、実際に離婚を経験した者がいた。離婚するまでは非常に繊細な性格であり、一臨床医で満足していたが、離婚を機に精神的に強くなり、現在は医長まで出世した。今後もさらにキャリアアップをめざしたいと話した。

- 仕事を辞めて子育てに専念するよう求められたとき、離婚した。離婚後は実家にいる。実家は、自分の医学部進学や卒業後の努力を見てきているので、仕事を辞めないよう自分を支援し続けてくれており、今も子どもをみてもらっている。子どもがいるのは素晴らしいことで、職場で困難に直面したとき、子どもが心の支えになり、困難を乗り越えることができる。離婚は本当につらい経験だったが、それにより自分の視野が広がり、精神的により強くなった。それによって、ただの医師ではなく、他の医師を指導する立場(医長・教授など)となるため、男性を相手に闘えるようになった。(40代)

面接調査対象者の一般的な勤務形態は、朝8時から午後2時までの政府系病院での勤務と、昼食をはさんで夕方4時すぎから夜9時ごろまでの自分で開業している診療所での勤務の兼業であった。勤務中の乳幼児の世話については、既婚者の多くは、実家の母親あるいは姉妹に依頼していたが、地理的な理由などからまったく実家の助けを借りず、数時間だけ保育園に預けるなどしていた者も、数名いた。ベビーシッターを雇った経験がある者は1人で、ほとんどが、血のつながっていない他人に子育てはまかせられない、と答えた。育児以外の家事一般については、早朝と夜間に自分で行っていると答えた者が多かった。

夫が家事を手伝っていると答えたのは既婚者の半数以下であった。これについては、多くが、自分の医師としての仕事を阻害せずに見守ってくれ、精神的に支えてくれていることが、自分にとっての「夫の理解と協力」である、と答えた。

- 夫は、自分が医師としてこれまでに多くの競争・困難に出会ったとき、常に「君ならできる」と励ましてくれた。Arab Medical Boardを取ったのも、結婚して子どもを生んでからである。今回の研修に参加するよう自分に強くすすめたのも夫で、夫がいなければ、自分は医師としてここまで成功していなかった。(40代)
- 常に忙しく、自分のための時間というものはない。勤務中は実家に子どもを預けているが、家事一般(料理・洗濯・掃除)は自分ひとりでやっている。忙しいときは、夫が家事を手伝うこともある。出勤・病院からの帰宅は夫と一緒に、買い物は帰宅途中にすませる。今回の国外研修にあたっては、自分は幼児がいるので無理だと思ったが、夫が、子どもはなんとでもなる、よりよい医師になるために国外研修を受けるべきだ、と強く後押ししたので参加を決意した。結婚にも仕事にも満足している。(30代)
- 国外研修中は、自分の姉妹が子どもの面倒をみてくれているが、遠くに住んでいるので、普段はすべて1人で家事・育児をしている。子どもが赤ん坊のときは、保育園に連れて行った。今回の研修にあたり、夫は「外の世界をみるべきだ」と勧めてくれたが、ふだんから自分を精神的に支えるだけで、物理的には支えていない。しかしそれに不満はないし、家事を手伝ってほしいとは思わない。自分は夫を自分の子どものように愛しており、家に帰ったらゆっくり休んでほしい。(40代)

ただ、未婚者のなかには、家事などをすべて協力しあうのが理想の夫である、と答えた者もいた。

- 自分は、結婚するために結婚するのではなく、自分をよりよくする男性と結婚したい。理想の男性は、預言者モハンマドの娘婿だったイマム・アリ。彼は妻の仕事を手伝い、家事もよくやり、質素で敬虔で女性をよく助ける人だったから。(30代)

#### 4-2-7 イラク戦争後の変化

2003年3月のイラク戦争以来、イラク国内では、政策及び治安面で劇的な変化が起きている。医師としての視点から変化について質問したところ、主に以下の5点の内容に集約された。

##### (1) 産婦人科医療従事者を女性に限定する動きの広がり

旧政権下においては、フセイン元大統領の出身地であるティクリート周辺でのみ、女性患者が男性産婦人科医師の診察を受けることを禁じた法律があった。看護師も、特殊な例外を除き、全員女性でなければいけなかった。今回の面接調査対象者のうち、産婦人科医師は、この法律が適応されていたティクリートの病院勤務者が多かった。彼女たちによれば、患者側も、その法律を理由に、大学病院における男子医学生の診察を拒否するため、男子医学生は産婦人科の研修が不十分になり、それが産婦人科における医師の男女不均衡にさらに拍車をかけてきたという。ただ、これはティクリート周辺のみで適応された法律であり、他地域、特にバグダッドや南部などでは、悪性疾患や不妊治療で男性医師が活躍してきたという。

ところが、南部のディワニヤ県の病院に勤務する女性産婦人科医によれば、現政権の選挙後、県知事が、分娩室及び産婦人科手術室に勤務する医師・麻酔科医・看護師・看護助手は、すべてが女性でなければならないとの命令を出し、さらに2005年6月末には、医師であれ看護助手であれ、男性は総合病院の女性病棟に入ってはいけないと発令されたという。面接調査を行った時点では、他の地域でのこのような情報は確認されておらず、引き続き情報収集が必要である。

##### (2) 治安悪化による、日常生活と仕事への影響

米軍や現政権・警察などをねらったテロ行為の多発と関連し、このような治安悪化による日常生活や仕事への影響を懸念する意見が多く聞かれた。無差別テロの巻き添えに対する恐怖だけではなく、医師や政治家など社会的に地位が高い人物をねらう誘拐事件のターゲットとなることへの不安も述べられた。治安の悪化は、男性医療従事者より女性医療従事者に、より影響を与えていると述べた者もいた。

- 最近の情勢では、医師として有名であることが身の危険に直結するので、自分の診療所の開業時間を短縮、あるいは一時休業し、午後7時以降は家のなかでじっとしている。(30代・2名)
- 自分も夫もクルド人。これまで自分で運転して通勤していたが、夫は地方保健省の高位にあり、命をねらわれやすくなったため、自分も現在はボディガードつきの車でないと外出できなくなってしまった。(40代)
- 以前は夜間の緊急呼び出しの際、女性1人で病院に歩いていくのも問題なく、職業上、まったく男女の違いを感じていなかった。しかし現在は昼間でも、知人男性(父・兄弟・知り

合いのタクシー運転手など)による通勤時のエスコートが必要になってしまった。夜間緊急呼び出しのときは、電話のみで対処したり、男性同僚医師に代わりに出勤して診療してくれるよう頼んだりしなければならず、女性であることの不便さを感じる。(30代)

➤ 現在は、いつどこで爆発があるかわからないので、通勤途中は平静でいられない。(30代)  
自分自身のことだけでなく、治安悪化によって、患者や医療従事者が保健医療施設へアクセスすることが困難になったことや、医薬品不足などの問題も述べられた。

➤ 救急車ですら、夜間の移動は危険。分娩間近の妊婦が夜間に来院しなくてすむよう、早めに入院させている。医療従事者も、自宅から病院に行けなかったりする。本来は4つの手術室がフル稼働できる病院なのに、スタッフが来院できないため、最近は昼夜にかかわらず、救急症例用に一部屋のみ使える状態。(40代)

➤ 経済制裁後、医薬品不足はずっと問題だったが、特に今回の戦争が始まってから、麻酔関係の医薬品不足が、よりひどくなった。急性腹症、帝王切開、子宮破裂、急性外傷(爆弾などによる)の緊急症例用に医薬品をとっておかないといけないため、甲状腺や扁桃腺の手術などの一般の手術は、優先順位が低くなり、自分の科で定期的に行える手術件数が激減した。(30代)

➤ 自分たちの病院では、医薬品の不足はないが、輸血用血液(新鮮凍結血漿、Rh不適合の出産時に使用するイムノグロブリンなど)が不足している。そのようなときは、患者の家族が大きな町まで行って自費(約100米ドル)で購入する必要があり、大きな負担を強いている。(30代)

また、現在の治安悪化や不透明な社会情勢を、医師としてのキャリアアップを最優先に勉学に励んできた自らと若い医師との意識の差に結びつけている者もいた。

➤ 1980年代から90年代にかけて、多くの女性医師は、自分のキャリアアップを大切にし、それに向かって努力してきた。しかし先日、医学部の卒業式に出席して学生たちに将来の展望を聞いたところ、女子学生には、早く結婚して母になり、専業主婦になることを望む者が多かった。男子学生も、卒後研修をせず、給料のよい製薬会社や医療機器会社に就職をして早いうちに経済的に安定し、結婚して家族をもちたいといていた。自分の卒業時には考えられなかった発言だった。戦争や社会不安により、キャリアの長期展望が不透明で、大志を抱きにくくなったためではないかと思う。(40代)

### (3) 医師患者関係の悪化

専門分野の選択の項ですでに述べたように、多くの面接調査対象者が、イラクでは医療訴訟が多いと答えた。病理や放射線科が女性医師に人気がある理由の1つが、直接患者や家族と接する必要がなく、したがって患者側とトラブルを抱えなくてすむから、とのことだった。治安悪化による医薬品不足などにより、患者側の病院に対する不満はさらに募っており、これら患者側とのトラブルも以前より悪化しているとのことであった。また、最終的にトラブルの矢面に立つのは病院管理者なので、一臨床医以上の地位には付きたくない、と答えた者も複数名いた。

➤ 救急患者を助けられなかったときに、遺族から殺人者呼ばわりされ、法廷に訴えられることが多々あるが、医師には何の保険(賠償保険など)もない。何人かの同僚が医療裁判に巻

き込まれている。医師の性別は関係ない。産科では子癇や出血、内科では肺塞栓など。裁判には時間がかかるし精神的にも非常に負担。全科において、また全国的に、この問題がある。

(30代)(40代・3名)

- 国内の経済事情が悪く、病院にある医薬品や検査方法、治療方法も限られている。そのため患者は医療機関に不満を抱きやすく、患者と医師とのトラブルが以前より増えてきている。(30代)
- 経済制裁と紛争により、自分の病院には輸血用血液や麻酔用医薬品・酸素が不足しがちであるが、患者は、病院である以上すべての医療・医薬品が供給されるべきだと思っており、こちらの状況を理解しない。自分を含めた一般臨床医は、文句があるなら病院長のところへ行くよう言っている。現在の病院管理者の主な仕事は、各科における患者・家族からの不満を聞いて、なだめること。だから自分は管理者になりたいとはまったく思わない。(30代)(40代・3名)

#### (4) 出国手続きの簡素化

政権交代によって改善された点として、全員が、出国手続きの簡素化を挙げた。フセイン政権時代、またはそれ以前の時期にイラクから出国した経験をもつものは、面接調査対象者16人中9人であったが、行き先はほとんどがアラブ諸国における数日間の学会であり、国外で観光旅行を経験したものは少数であった。いずれも、非常に複雑な手続きを要求されたと語った。

- 以前は、政府が専門職の頭脳流出を警戒していたため、医師が国外に出るのは非常に難しかった。短期間のアラブ諸国での研修や学会に参加するのも、多くの手続き・手数料が必要だった。(40代)
- 自分の医学部卒業証明書・医師免許証・卒後研修修了書などを一切発行してもらえなかったため、医師として国外研修に参加することなど不可能だった。卒後25年してようやく最近、自分の医師証明書を手にし、今回初めて国外に出た。(40代)
- 初めて国外に行ったのは2000年、レバノンで4日間の学会に出席したときだったが、事前に60日以上かけて多くの手続きをし、多額の手数料を払わねばならず、二度と国外に行きたくないと思うほどだった。自分の国外逃亡を警戒した治安関係者が、職場や家の近所まで聞き込み捜査にきたりした。(40代)
- 何度かアラブ諸国やヨーロッパで観光旅行をしたが、医師として正規パスポートを取るのに1年以上かかった。研修以外で国外に出ようとする女性医師は、パスポート取得の可能性がより高い「専業主婦」など偽の職業で申請する者もいた。(40代)
- メッカ巡礼でさえ、女性は45歳以上、男性は55歳以上でなければならなかった。女性は年齢にかかわらず、国外に出るときには18歳以上の男性親族の同行が必要で、その男性の旅行経費の負担が余分にかかった。今は旅費とパスポートをもってさえいれば、女性1人でも国外に出ることができるようになった。(40代)(50代)

医師の出国が厳しく制限されていたため、国外の医療情報にじかに接する機会が減り、イラク全体の医師の質が落ちたと指摘する者もいた。

- 経済制裁期間中、国外に出ることが非常に制限されたため、Arab Medical Boardの受験機

会が減少し、以前は一般的であった *Arab Medical Board* 取得が困難になった。*Iraq Medical Board* しかもたない医師は、国外の事情を知らず、知識や技術は低いのに、プライドだけは高い。特にそれが男性だと、*Arab Medical Board* をもっている女性医師から教わるのを嫌がる傾向にある。(40代)

一方、現在はイラク国内での出国手続きが簡単になったかわりに、イラクのパスポート保持者に対する他国の警戒心が高まったことで、他国のビザ取得が困難になったり入国時に問題が起きたりしやすくなったと述べた者も数人いた。

#### (5) 国立病院の給料

政権交代によって国立病院の給料が改善された、と述べた者が、数人いた。首都バグダッドにおいて、家族5人程度が暮らすのに必要な経費は、1ヵ月に500米ドルから1,000米ドルとのことだが、旧政権下での国立病院勤務の医師の月給は2米ドル程度であったという。現在、国立病院の月給は250米ドルに跳ね上がり、かなり状況は改善されたが、まだ政府からの給料だけでやっていくことは難しく、診療所の兼業は当分必要であるとの回答が多かった。診療所で1人の患者を1回診察することで得る収入は、1米ドルかそれ以下とのことであった。

➤ 診療所は、経済的には助けになるが、大学での研究や医師としての研鑽のさまたげになるし、家族と過ごす時間も減るので、やらないですむものならやりたくない。(40代)

#### 4-2-8 国外研修に対する意見

今回のエジプト研修に関して、研修参加者の人選方法、研修の利点、改善希望点、今後研修を希望する分野や内容について質問した。

##### (1) 研修における人選

参加条件にあわせて病院側が人選を行ってイラク保健省に推薦したケース、病院が勤務医師全員の名前を保健省に提出し保健省が人選を行ったケース、その他、の3方法がみられた。

イラク保健省だけに人選をまかせると、保健省と癒着のある同じ人間ばかりが何度も国外研修に選ばれ、帰国後も研修内容を生かせないことが多い、と複数の面接調査対象者が指摘した。その対策として、各医師の勤務態度や診療への貢献度を把握している病院に直接人選をまかせする方法をとってほしい、との要望が出された。

##### (2) エジプトで研修を受けることの利点

文化・宗教・経済面でエジプトとイラクに大差がなく、また、医療の内容や使用している医療機材もイラクより半歩先を行っている程度で、たいして先進的ではないので、帰国後に応用をきかせやすい、という意見が複数あった。また、今回初めて国外に出た面接調査対象者からは、まずは近隣諸国の医療や社会事情を見てから、日本や欧米へと、順を追った段階を踏みたいとの意見が出た。

なお、周辺のイスラム諸国のほうが、欧米や日本で研修を行うのに比べ、夫や家族の賛同を得

られやすいし自分も安心である、と答えたのは1人だけで、ほとんどの面接調査対象者は、よい研修が受けられるのであればどこへでも行くし、研修期間が数ヶ月以内であれば家族の反対もない、と答えた。

### (3) 現在の研修内容で改善を希望する点

講義内容、実技実習内容、期間、参加人数、時間の使い方に対して、さまざまな意見が出されたが、共通していたのは、自分で本を読めばわかることを講義形式で学ぶ時間が多すぎる、見学時間が多く実際に自分の手で技術を学ぶ時間がない、期間が短すぎる、参加人数が多すぎる、エジプト人講師の時間の使い方がルーズである、といったことであった。そして、理想的な研修としては、数ヶ月間、少数の参加者だけで集中的な技術指導を受け、一定の技術を身につけて帰国できること、に集約された。

### (4) 今後研修を行ってほしい分野

今回のエジプトにおける研修目的は、腹腔鏡や内視鏡の初歩的な技術の習得、ICUでの患者管理などであったが、それ以外に、以下のような研修希望があった。

#### • 病院管理の講義の導入

臨床技術だけでなく、病院全体を改善するための病院管理システムを学びたい。人口に対する病床数、診療報酬システム、病院内での患者の流れ、病棟管理など。この点はカイロの病院は役不足なので、先進国での研修を希望する。(40代・2名)(50代)

#### • パラメディカルスタッフへの研修

イラクでは看護師の社会的地位が低いため、彼らの意識改革を行う必要がある。看護師が社会で活躍している国外の医療現場を見せ、自分たちの職業の大切さを理解させる研修を導入してほしい。看護師は英語があまりしゃべれないので、研修にはアラビア語圏がよい。(50代・2名)

## 5 考察

面接調査を通し、イラク国内の一般社会においては、女性は男性より制限の多い生活をしていることがうかがわれた。しかし女性医師に限った場合、幼少時より成績優秀者として家族から一目置かれ、本人も強い自負心をもって育っている場合がほとんどで、医師となっても常に向上心を持ち続けて研鑽に励み、それを妨げることのない結婚相手を選ぶ傾向があることがわかった。今回は男性医師に面接調査を行っていないので推測の域を出ないが、もともと女性の社会的地位が高くないところで医師という地位についていることで、男性医師よりも自負心・向上心が

強く、家庭との両立も含め、日頃から非常な努力を続けている可能性がある。

女性が少ない職場、あるいは病院内での高い地位に関しては、いまだに根強い男性優位の風潮が残っているようであるが、それはイラク、あるいはイスラム社会だけに限ったことではなく、それによってイラクの特徴を導き出すのは難しい。

国外研修とは一般に、指導的立場にいる人物・あるいはそのような気概をもった人物を選別し、彼らに母国以外の場所で新しい知識・技術を習得させ、彼らの帰国後、彼らを通して他の人々にもそれらの知識・技術が浸透していくことを期待して行うものである。その点からみると、今回面接調査した16人はいずれも十分、国外研修に参加する条件を満たしていた。もちろん、夫の反対などにより出国をあきらめた女性医師も当然いたはずであるが、彼女たちには、国外研修を行って帰国した医師たちを師として、イラク国内で、彼女たちに無理のないペースで研修内容を習得する方法が残されている。

今回の面接調査結果をもとに、今後の周辺国研修に対して提言できることは、次の3点である。まず、国外研修に参加する人選過程を透明化することである。これは、研修の長期的波及効果に直結する部分であり、国外研修の成否を握る鍵といえる。もちろん相手国の保健省が絡む問題であり、なかなか改善が難しいことは確かだが、今回の面接調査対象者が示唆したように、日常の勤務態度を熟知している病院長に人物選択権を与えたり、研修参加者に詳細な参加資格条件をつけたりするのも、透明性を増す1つの方法である。

次に、研修内容の見直しである。もともと国全体の教育レベルが高く、患者側にも医療者側にも専門医志向があるため、どうしても特定の最先端医療技術の習得を研修目的とする方向に偏りがちとなる。しかし、長期間続いた経済の低迷、引き続く戦争による医療施設の破壊からの復興において最も必要なのは、病院全体のシステム改善、すなわち病院管理部門に対する支援である。今後は、この分野の研修にも力を入れる必要があると考える。また、腹腔鏡や内視鏡などの技術習得を目標とした研修の場合は、少なくとも数ヶ月以上かけた、少人数での研修とするべきである。その場合は、実際に人間の患者に対する手技の繰り返しが必要不可欠で、イラク人医師の所持する医師免許・資格が通用する国を研修先として選択することが大切であり、またそのような資格を所持する医師に限って研修に参加させることを忘れてはならない。

最後に、医師だけではなく、看護師の研修にも重点を置くことを提案する。医師は、イラクにおいては保健医療分野のヒエラルキーの頂点に位置しており、彼らに対する支援は当然必要であるが、実際に多くの業務を担当し、患者に接する時間が最も長いのは看護師である。しかしイラクにおける看護師の社会的立場は、医師とは比較にならないほど低く、女性看護師に至っては、売春婦と同程度の扱いであるという。ある面接調査対象者によると、男女に関係なく、他に就職先がないなどの理由で仕方なく看護師になった者が多く、したがって、自ら看護師を卑下し、勤労意欲が低く、創意工夫する努力もみられないという。このような看護師が多い医療施設では、医師に対する研修を行って一部の医療技術だけが向上しても、患者全体に対する還元度は低い。本来保健医療とは、医師及び看護師をはじめとする医療従事者がチームとなって取り組むべきものである。イラクの看護師が、そのような充実した保健医療現場を他国での研修を通じて経験することは、長期的にみて大きな成果が期待できると考える。

ただ、同じ女性医療従事者といっても、女性医師と女性看護師では、社会や家庭における立場が大きく異なると思われるので、今回の女性医師への面接調査結果、特に国外研修に対する家族の協力などの部分を、そのまま女性看護師に置き換えることはできない。実施にあたっては、十分な事前調査が必要である。また、生活習慣や語学の壁もあって、看護師研修をアラビア語圏以外の先進国で実施するのは難しいと思われる。しかし、研修の目的が損なわれぬよう、研修先の選択は慎重に行う必要がある。

## 6 おわりに

イラクにおいては、女性医師は産婦人科・小児科を中心に重要な位置を占めている。女性・乳幼児は、紛争中に特に弱い立場におかれることもあり、イラクの女性医師が担う役割は大きい。イラクの女性医師の多くは、アラブ諸国であるかどうかにかかわらず、国外研修に積極的に参加する確固たる意思をもっていると思われ、イラク国内の治安が安定して、国内での研修指導を開始できるようになるまでは、積極的に女性医師に対する国外研修を進めるべきである。公平な人選、注意深い研修分野の選択、及び看護師などに対する研修を広げることにより、今後のイラクの保健医療分野の復興に長期的な効果をもたらすことができると考える。

## 筆者略歴

### 青山温子（あおやま あつこ）

現 職：名古屋大学大学院医学系研究科 教授

健康社会医学専攻 社会生命科学講座 国際保健医療学

学 歴：1974年4月－1980年3月 名古屋大学医学部医学科

1982年4月－1986年3月 名古屋大学大学院医学研究科博士課程

学位・資格：医学博士；医師免許証；日本産科婦人科学会専門医

経 歴：

1980年4月－1982年3月 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 産婦人科専修医

1986年4月－1987年2月 愛知県心身障害者コロニー 発達障害研究所 主任研究員

1987年3月－1990年3月 米国，ジョージタウン大学医学部細胞生物学講座研究員

1990年4月－1992年9月 大垣市民病院 産婦人科医長

1992年10月－1996年6月 国立国際医療センター国際医療協力局 医師

1996年6月－1998年3月 厚生省 大臣官房国際課 課長補佐（併任）

1996年6月－1999年6月 世界銀行 中東北アフリカ地域 保健医療専門家

1999年6月－2001年1月 国立国際医療センター 国際医療協力局 医師

2001年2月－現在 名古屋大学大学院医学系研究科 教授

主な著書・報告書：

- ・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3巻：生活と開発」 pp. 35-55, 日本評論社，東京，2005.
- ・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」 pp. 41-45, 杏林書院，東京，2005.
- ・青山温子：紛争後開発途上国における女性の健康問題の要因分析と改善の方策 平成14-16年度科学研究費補助金基盤研究（B）(2) 研究成果報告書，2005.
- ・青山温子：紛争後の復興開発と平和構築に対する保健医療活動の役割に関する研究 平成16年度 平成14-16年度総合研究報告書，2005.
- ・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，東京，2001.
- ・Aoyama, A. Reproductive Health in the Middle East and North Africa: Well-Being for All. The World Bank, Washington, D.C., 2001.
- ・青山温子：パレスティナ自治区：パレスティナ企画調査（医療・公衆衛生）. 国際協力事業団（JICA），東京，2000.
- ・Aoyama, A. Toward a Virtuous Circle: A Nutrition Review of the Middle East and North Africa. The World Bank, Washington, D.C., 1999.
- ・The World Bank（共著）. West Bank and Gaza: Medium Term Development Strategy for the Health

Sector. The World Bank, Washington, D.C., 1998.

- ・ The World Bank (共著). Republic of Yemen: Enhancing Policy Options - A Population Sector Study. (Vol. I, II) The World Bank, Washington, D.C., 1997.

## <共同研究者>

### 永井真理 (ながい まり)

現 職：国立国際医療センター 国際医療協力局 医師  
名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学 研究生  
(前名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学 助手)

学 歴：東北大学医学部医学科卒業  
米国ジョーンズホプキンス大学公衆衛生大学院修了

経 歴：1967年生。認定内科専門医。  
国境なき医師団，日本医療救援機構など，医療系 NGO の医師として，紛争地を中心  
に保健医療活動に携わる。米国ジョーンズホプキンス大学公衆衛生大学院ポストド  
クtoralフェロー，名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学助手を経て，  
2006年8月より現職。