

紛争後復興における援助と生み出される格差

—ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおけるリハビリテーション医療案件を通して—

大 平 剛

はじめに

ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおける戦争が終結して2005年12月で10年が経過した。戦前に行われた人口センサス(1991年)による人口438万人の国で、推定による死者数20万人、避難民の数は200万人とも言われ、欧州では第2次世界大戦以来の大規模な惨禍をもたらした戦争であった。このような悲惨な結果を招いたのは、三つの民族の間で繰り広げられた「民族浄化」と呼ばれる行為であった。民族浄化、すなわちエスニック・クレンジングとは、自分たちの勢力範囲を広げるために、他の民族の居住地を略奪するとともに、その過程において女性への戦時性暴力や他民族への虐殺行為を行ったことだとされている¹。特に、セルビア系住民の行った民族浄化は、スレブレニツァにおける事件²に見られるように凄惨を極め、国際社会におけるセルビア悪玉論をいっそう強めることとなった。

このような悲惨な歴史を経験した三つの民族は、 Dayton 和平合意によってそれぞれの民族ごとの居住を認められ、事実上国家が二分された状

¹ 民族浄化について加害者が語った内容の詳細については、以下の文献を参照。千田善『ユーゴ紛争』講談社現代新書、1993年。

² ボスニア・ヘルツェゴヴィナ北東部の村であるスレブレニツァは、国連によって安全地帯の一つと定められ、ここに逃れていたモスレムの人々はオランダ軍主体の部隊によって守られていた。しかしながら、ムラディッチ將軍率いるセルビア人民軍に包囲され、オランダ軍が見守る中、6000名ほどのモスレム男性が連行され、殺害されたという事件である。

態のまま今日に至っている。セルビア系住民はスルブスカ共和国(以下、RS)に、クロアチア系とボスニアックと呼ばれるモスLEM(イスラム教徒)はボスニア・ヘルツェゴヴィナ連邦(以下、FBiH)にその大部分が居住している。一つの国家内に二つの政体(エンティティ)が存在しているのである。このような複雑な国家、しかも戦争を経験した直後の国家において、紛争の再発を予防することは国際社会にとって極めて重要な事項であった。国際社会は Dayton 和平合意後、様々な分野において戦後復興への援助を行ってきたが、それは紛争の再発予防が念頭にあったはずである。

本稿の目的は、ボスニア・ヘルツェゴヴィナの保健分野に焦点を当て、その分野に対して行われてきた援助を取り上げて、果たしてそれがボスニアにおける戦後復興にどのような影響をもたらしてきたのかを考察することにある。保健分野に焦点を合わせるのには二つの理由がある。一つには、上述したように、ボスニアにおける戦争では国内の人口の半分以上が戦争に巻き込まれ、それによって様々な形で戦争の被害を受けたからである。そこには身体的な障害だけではなく精神的な障害も含まれ、障害を持つ人々にとっては、戦争は過ぎ去ってはいない日常の問題としていまだに存在する。もう一つの理由は、一つ目の理由と重なり合うが、1990年代半ばより唱えられてきた「人間の安全保障」や、それを基盤とする「平和構築」の意義を考える上で、人々の日常生活と援助との接点を見つめるには保健分野への援助を対象とすることが目的に適うと考えるからである。そのような問題意識から、特に一次医療分野(プライマリー・ヘルス・ケア)に焦点を合わせて考察を試みる。なかでも日本政府と世界銀行によるそれぞれの取り組みを事例として比較検討し、RSとFBiHとの間に生じた格差が、ボスニアの今後の発展を考えていく上で、どのような問題点を示唆しているのかを中心に考察を進める。

1. ボスニア復興援助における宗教と国際政治

1-1. 復興援助と宗教的背景

ボスニアにおける戦後復興には数多くの援助機関が関わってきた。国連機関や世界銀行といった多国間援助機関はもちろんのこと、南東欧という地理上の位置づけおよび欧州における戦争の歴史との関わりから、欧州連合(EU)も地域的安定を目指して早くから主導的立場でこの国の復興に関与してきた。また、忘れてはならないのが、ボスニアの4割の国民がモスLEMと呼ばれるイスラム教徒であり、彼らを支援するためにイスラム国家からの支援が行われてきたということである。

この国の復興と宗教とは密接に関係している。セルビア系住民はセルビア正教(オーソドキシヤ)、クロアチア系住民はローマ・カソリック、モスLEMはイスラム教をそれぞれ信仰しているため、戦時中からそれぞれの宗教を背景とする援助が行われてきたのだ。それは医薬品や食糧の供与といった人道援助ばかりではなく、モスLEMの場合には彼らを支援するムジャヒディン(聖戦を戦う者)の流入という人的な支援までであったのである。

宗教的色彩を帯びた援助は戦後復興の段階でも行われ続けてきた。同胞の窮地を救おうとする行為に疑問を投げかけることは難しいが、その行為によって意図せざる結果が生じ、それが何らかの害を及ぼすことになったのであれば、そこには問題があったとの判断を下せるであろう。つまり、宗教が時として持つ排他的性格を全面に出して援助を行うことは、コミュニティ間に格差を生みだすばかりか、そのことが民族間の分断を拡大するおそれがあると言えるのである³。M. アンダーソンの言葉を借りれば、「人々に害をもたささない(Do No Harm)」援助を行うべきであり、援助

³ ただし、欧米のキリスト教系NGOには、宗教色を前面には押し出さずに各民族に裨益するような援助活動を行っているケースが多い。宗教が時として持つ排他的性格と援助機関が創り出す問題との関係については更なる考察が必要であると思われる。

紛争後復興における援助と生み出される格差
—ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおけるリハビリテーション医療案件を通して—

供与者は常にその自らが取る行為が人々を分断しかねないとの認識を持たなければいけないということである⁴。宗教的道義心から行われてきた援助が、コミュニティ間の格差を生み出したのではないかと考えられる事例は多い。ただ、それは援助する側の意識が変わらなければ改善することの出来ない問題である。

ここに興味深い統計がある。国連開発計画 (UNDP) ボスニア・ヘルツェゴヴィナ事務所が2002年に発表した『ボスニアへの国際援助1996年～2002年——誰が、どこで、何を行っているのかの試験的分析』(*INTERNATIONAL ASSISTANCE to BiH, 1996-2002. A tentative analysis of who is doing what, where*)と題する報告書である。ここに示された統計から、いかにボスニアにおける戦後復興が宗教色を帯びているのかをまずは見てみたい。

表1と表2は、それぞれFBiHとRSに対する1996年から2002年までの援助額を表している。ロマの人々やユダヤ系住民などの少数民族を除けば、先述したように、FBiHはクロアチア系住民とボスニアックと呼ばれるイスラム教徒から成り立っており、RSはセルビア系住民から成り立っていると言うことが出来る。表1と表2の援助供与国・機関を見ると如実に宗教的なつながりが表れていることがわかる。FBiHには中東の産油国をはじめ、多くのイスラム教国家が関わっているのに対して、RSには全くイスラム教国家の関与はない。また、ギリシャはFBiHとRSの双方に援助を行っているが、他の国々の傾向と反して、RSへの供与額の方がFBiHへの供与額を上回っている。これにはギリシャが正教を信仰し、同じく正教を信仰しているロシアとともに、戦争中もセルビア勢力を支援していたことが関係している。

⁴ メアリー・B・アンダーソン (大平剛訳) 『諸刃の援助 紛争地での援助の二面性』明石書店、2006年 (Mary B. Anderson, *Do No Harm - How Aid Can Support Peace or War*, Boulder: Lynne Rienner Publishers, 1999) を参照。

表1 F BiHへの援助（1996-2002）

援助ドナー	寄 付 (実施額) (US\$)	信用貸し付け (実施額) (US\$)	合 計 (実施額) (US\$)
オーストラリア	675,000	0	675,000
オーストリア	55,127,921	800,000	55,927,921
ベルギー	2,065,553	9,285,808	11,351,361
カナダ	22,410,300	0	22,410,300
クロアチア	18,845,301	0	18,845,301
チェコ共和国	1,848,000	0	1,848,000
デンマーク	22,985,243	0	22,985,243
エストニア	52,000	0	52,000
フィンランド	20,087,000	3,600,000	23,687,000
フランス	15,525,834	0	15,525,834
ドイツ	83,466,540	0	83,466,540
ギリシャ	14,839,000	0	14,839,000
ハンガリー	1,923,000	0	1,923,000
アイスランド	1,705,000	0	1,705,000
アイルランド	2,160,316	0	2,160,316
イタリア	65,949,840	0	65,949,840
ラトヴィア	110,000	0	110,000
ルクセンブルク	465,000	0	465,000
オランダ	167,428,172	2,200,000	169,628,172
ノルウェー	40,813,796	324,000	41,137,796
ポーランド	4,210,000	0	4,210,000
スロヴァキア	380,000	0	380,000
スロヴェニア	6,943,880	12,306,165	19,250,045
スペイン	11,257,817	2,260,000	13,517,817
スウェーデン	23,945,824	0	23,945,824
スイス	44,909,209	13,700,000	58,609,209
英国	31,373,840	200,000	31,573,840
米国	728,690,243	967,000	729,657,243

紛争後復興における援助と生み出される格差
 —ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおけるリハビリテーション医療案件を通して—

ウルグアイ	268,000	0	268,000
日本	196,474,665	55,896,433	252,371,098
韓国	560,000	0	560,000
アルバニア	18,985	0	18,985
ブルネイ	15,000,000	0	15,000,000
エジプト	16,769,291	0	16,769,291
インドネシア	3,450,000	0	3,450,000
イラン	710,000	0	710,000
ヨルダン	10,648,097	0	10,648,097
クウェート	15,919,754	31,848,210	47,767,964
マレーシア	14,487,862	0	14,487,862
カタール	10,544,040	0	10,544,040
サウジアラビア	36,422,000	28,317,877	64,739,877
スーダン	270,000	0	270,000
チュニジア	220,000	0	220,000
トルコ	20,767,684	1,815,068	22,582,752
アラブ首長国連邦	6,500,000	0	6,500,000
NGO	105,678,568	0	105,678,568
国連機関 *1	45,175,629	15,733,610	60,909,239
世界銀行	25,562,867	515,756,659	541,319,526
IMF	0	123,881,100	123,881,100
欧州復興開発銀行	21,700,000	130,468,083	152,168,083
欧州委員会など *2	543,309,904	69,323,281	612,633,185
イスラム銀行	15,374,854	0	15,374,854
OPEC 基金	0	1,231,800	1,231,800
その他	115,019,471	190,000	115,209,471
合計	2,646,083,137	1,006,925,094	3,653,008,231

*1 国連機関にはIFAD(国際農業開発基金)の数字を含めている。

*2 欧州委員会、欧州投資銀行(European Investment Bank)、欧州特別基金(European Special Fund)の合計額を示している。

(出所)UNDP, *INTERNATIONAL ASSISTANCE to BiH, 1996-2002. A tentative analysis of who is doing what, where*, Sarajevo: UNDP, 2002をもとに筆者作成。

表2 RSへの援助 (1996-2002)

援助ドナー	寄 付 (実施額) (US\$)	信用貸し付け (実施額) (US\$)	合 計 (実施額) (US\$)
オーストリア	19,340,697	150,000	19,490,697
ベルギー	0	1,616,505	1,616,505
デンマーク	4,378,251	0	4,378,251
フィンランド	13,859,918	0	13,859,918
フランス	2,505,440	0	2,505,440
ギリシャ	23,600,000	0	23,600,000
オランダ	42,125,252	3,300,000	45,425,252
イタリア	23,016,314	0	23,016,314
ユーゴスラヴィア	25,835,262	0	25,835,262
カナダ	15,147,851	0	15,147,851
リトアニア	42,145	0	42,145
ドイツ	34,416,500	0	34,416,500
ノルウェー	29,049,618	0	29,049,618
米国	310,583,569	34,828,000	345,411,569
スロヴェニア	3,814,256	0	3,814,256
英国	31,324,155	0	31,324,155
スペイン	6,662,790	0	6,662,790
スイス	29,389,894	0	29,389,894
スウェーデン	21,676,017	0	21,676,017
日本	152,089,685	246,864	152,336,549
韓国	560,437	0	560,437
中国	319,400	0	319,400
欧州復興開発銀行	0	30,412,312	30,412,312
欧州連合	132,382,602	0	132,382,602
UNDP	32,643,523	0	32,643,523
UNHCR	2,342,257	0	2,342,257
国際農業開発基金	0	10,344,238	10,344,238
IMF	0	99,023,463	99,023,463
世界銀行	0	298,960,041	298,960,041
合計	953,305,834	482,681,422	1,435,987,257

(出所) UNDP, *INTERNATIONAL ASSISTANCE to BiH, 1996-2002. A tentative analysis of who is doing what, where*, Sarajevo: UNDP, 2002をもとに筆者作成。

1-2. 復興援助と国際政治

次に、ボスニアへの援助をめぐる国際政治について考えてみたい。FBiHとRSのそれぞれの人口について公的な人口センサスは戦争が開始される以前の1991年以降行われていないが、UNDPが発表した数字では、2001年のFBiHの人口はおよそ230万人、RSの人口はおよそ106万人となっており、人口比はおよそ2対1である⁵。援助額が仮に人口比を基に配分されるとするならば、RSは本来受け取るはずの金額よりも少ない額しか受け取ってこなかったと言えるのではないだろうか？ もちろん、援助額はそのような単純な計算によって決められるものではないが、国土が戦争によって等しく疲弊した事実から考えれば、復興には人口比と同じ比率での援助が必要なはずである。また、FBiHとRSの面積比率は Dayton 和平合意によって 51:49 と定められており、インフラの整備だけを考えてみても、同程度の援助額が必要なのではないだろうか？ そう考えると、RSが受け取ってきた額は少ないと言わざるを得ないのである⁶。

これには、戦時中からのセルビア悪玉論が援助供与に強く影響を及ぼしていると考えられる。旧ユーゴにおける一連の戦争を通して、国家としてのセルビア(当時の新ユーゴスラヴィア)とセルビア系住民に対する風当たりは強くなっていったが、そのような風潮を作り上げるのに一役買ったのはマスメディアであった⁷。セルビア悪玉論が国際社会に広がり、新ユーゴ

⁵ UNDP, *National Human Development Report 2002* (以下、*NHDR 2002*), Sarajevo: UNDP, 2002, p.111.

⁶ ただし、表1と表2に示されているように、日本政府による両エンティティへの援助総額は、他の援助諸国よりも公平であると判断できる。昨今、地域紛争の解決に地域機関並びに近隣諸国が関与すべきだとの風潮が強まってきているが、日本や他の欧州諸国のこのような比較からは、そのような対応が適切であるとは必ずしも言えないと考えられる。

⁷ 強制収容所の存在についての「やらせ」報道や、米国に本社のある広告代理店の情報操作によって、このような風潮が形成されていった。詳しくは高木徹『戦争広告代理店』講談社、2002年を参照。

スラヴィア(現セルビア・モンテネグロ)とRSに対しては十分な援助が行き届かず、そこには制裁の意味合いが含まれていた。また、スレブレニツァの虐殺の首謀者であるカラジッチ被告とムラディッチ被告が戦後10年を経過した今日においても逮捕されないでいるのは、セルビア本国ないしはRS内のセルビア系住民によって匿われているからだと言われている⁸。このような状況がRSへの援助に影響を及ぼしてきたことは否めない事実であろう。

戦後復興における援助に政治的な思惑が絡むことによって、個々の人間の安全保障が達成されないばかりか、人々の享受できる安全保障に格差が生み出されていると言わざるを得ない。国際社会は平和構築という新たな指針を打ち出して、紛争後復興社会への関与を全面に打ち出してきたにもかかわらず、ボスニアのケースに見られるように、その内実は援助ならびに開発が国際政治の影響を受け、民族間に格差を生み出していると言わざるを得ない。「人間の安全保障」を達成するのだとしても、そこに政治的な思惑が絡む以上、安全を保障されるのは特定の人々に限られるということになりかねない。そのことをより明確にするために、次節以降では保健分野に焦点を当てて援助格差がもたらす弊害について考察を進める。

2. 保健分野における紛争後復興状況

2-1. 戦争の傷跡

UNDPの統計によれば、2002年におけるBiHの人間開発指数(Human Development Index: HDI)は0.784であり、指標が得られる世界171の国の中で64位に位置し、高い人間開発水準とされる0.800にはほぼ近い値にまでここ数年で上昇してきた⁹。しかし、戦争が始まる前に南東欧地域の中でも高い

⁸ EUは2006年4月30日を期限として、セルビア政府に対してムラディッチ被告の逮捕とハーグへの引き渡しを要求していたが、期限を過ぎても引き渡しがなされないことから、欧州委員会は5月3日をもってセルビアのEU加盟交渉を中止すると発表した。

紛争後復興における援助と生み出される格差
 —ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおけるリハビリテーション医療案件を通して—

部類の生活水準を享受していたことを考えると、この数字は、戦後10年が経過した今でも戦争前の状態に戻ることが難しいという現実を突きつけている¹⁰。また、戦後10年の復興の中でエンティティ間における格差も明らかになっている。表3に示されるように、UNDPの同統計によればFBiHにおけるHDIが0.796であるのに対して、RSにおけるそれは0.758となっているのである。また、HDIを構成する三つの指標である平均余命、識字率、一人あたりGDPのいずれの指標においてもRSの値の方が低くなっており、エンティティ間の格差が浮き彫りになっている。

表2 RSへの援助（1996-2002）

	FBiH	RS	ボスニア・ヘルツェゴヴィナ全体
— 平均余命	0.823	0.807	0.817
— 識字率	0.854	0.833	0.853
— 一人あたり	0.703	0.633	0.683
HDI	0.796	0.758	0.784

(出所)UNDP, *National Human Development Report 2005*. Sarajevo: UNDP, p. 149.

では、保健分野の現状はどうなっているだろうか？ 戦争の被害については、25万人もの人が殺害され、20万人以上が負傷し、少なくとも13,000人ものが身体障害者となったと言われている¹¹。また、戦争によって精神的

⁹ UNDP, *National Human Development Report 2005* (以下、NHDR 2005), Sarajevo: UNDP, p.25. なお2000年のHDIは0.718で、全世界平均の0.716とほぼ同じ水準であった。2001年には0.744と前年度比+3.6%、2002年は前年度比+5.4%の上昇となっており、HDIの水準は着実に向上しているように思われる。

¹⁰ UNDPの資料によれば、1990年当時のGDPは現在の2倍以上の107億ドルであり、一人あたりGDPも2倍の2,450ドルであったという(NHDR 2002, p.20)。

¹¹ Manuel Carballo et al., “Mental Health and Coping in a War Situation: The Case of Bosnia and Herzegovina,” *Journal of Biosocial Science* (first published online 2004), vol. 00, p.5. 身体障害者

なトラウマ(PTSD：心的外傷後ストレス障害)を負った人の数は相当数いると考えられており、15%の国民がこのような症状を患っているとも言われている¹²。このように、身体および精神に障害を持つ人が相当数いるにもかかわらず、世界銀行による調査では、地方に住む人々のたった28%の人々しか診療所に通うことが出来ないという¹³。そこには、国家が二つのエンティティに分断されてしまったことが要因の一つとして挙げられる。つまり、近場に診療所が存在していたとしても、それがもう片方のエンティティに位置しているのなら、自分の属しているエンティティの保険が適用されないため、その診療所に通うことはできないのである。二つ目の要因としては、医療施設および医療従事者の不足が挙げられる。戦争開始後3年の段階ですでに6割の医療施設が破壊されるか相当規模の被害を受けて機能していなかっただけでなく、12,000人も医療関係者が殺害されるか傷害を負い、中には国を離れざるを得なかった者もいたのである¹⁴。

このような状況の中、数多くの援助ドナーがこの国の保健分野における復興に支援を行ってきた。表4は1996年から2002年までに保健分野に関して行われた援助の総額を示している。

表4 F BiHとRSの保健分野への援助（1996-2002）

	寄付(実施額) (US\$)	信用貸し付け(実施額)	合計(実施額) (US\$)
F BiH	143,839,966	35,656,688	179,496,654
RS	72,816,046	12,184,583	85,000,629

(出所) UNDP, *INTERNATIONAL ASSISTANCE to BiH, 1996-2002. A tentative analysis of who is doing what, where*, Sarajevo: UNDP, 2002をもとに筆者作成。

の数については、25,000人との推計もある (NHDR 2005, p. 85)。

¹² HDR 2002, op. cit., p. 57.

¹³ HDR 2005, op. cit., p. 84.

¹⁴ M. Carballo, op. cit., p.4.

表4で示されていることは、すでに表1と表2で明らかにしたように、この分野においてもRSの援助受取額が少ないということである。しかも、RSの数字が「社会保護および保健衛生」セクターへの援助額合計であるのに対して、FBiHの場合は「保健衛生」セクターのみの援助額を示していることである。その点を考慮すると、いっそうRSの保健衛生分野における援助受取額は少ないことになる。

2-2. リハビリテーション医療

ボスニア・ヘルツェゴヴィナにおける3年半にも及んだ戦争は、目に見える破壊だけでなく、人々の心に大きな傷を残した。ボスニア戦争による戦争被害の特徴の一つは、国民の半数以上が避難民となり、上述したようにPTSDで悩む人の数が相当数存在すると考えられていることである。

M. Carballo(2004)によれば、国内避難民となったおよそ200万人のうちの75%が、個人的体験として戦闘行為を目撃しており、避難民となった人の方が、避難せずにコミュニティに留まった人たちよりも精神的な障害を訴えているということである。症状としては、無力感(powerlessness)、無関心(listlessness)、神経過敏(nervous)、自信喪失(loss of self-esteem)を訴えるということである¹⁵。

戦後復興の時期において人々の心身が健全でないことは、いくら国際社会が物理的なインフラを復旧したところで、今後国際社会による援助が減少していく長期的開発の時期を考えると、大きな不安要素が横たわっていると言えるだろう。ましてや、身体障害者の多くが若者であることは、今後の長期的な発展を支える人材において問題を抱えていると言わざるを得ない。また、精神的な抑鬱を感じている人々の中で、薬物依存に陥る人が

¹⁵ *Ibid.*, pp. 1-15.

増えていることも問題となっている。旧ユーゴ連邦の崩壊による混乱のために国境管理が十分ではなく、およそ100の違法な国境通過ポイントがあるといわれており、ボスニアに流入する違法薬物を管理し切れていないのが現状である¹⁶。

このような状況の中で、障害者のリハビリテーションの必要性が早くから認識され、国際社会による援助が行われてきた。四肢に障害を持つ人々のリハビリテーションだけでなく、メンタル面でのリハビリテーションも進められるようになってきている。次節では、サラエヴォ市を中心に、RSとFBiHの両エンティティで行われているそれぞれのリハビリテーション医療の現状を述べ、両プロジェクト間で認められる取り組みの違いから復興期において生み出されている格差を明らかにする。

3. リハビリテーション医療に見るエンティティ間格差

まず、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ国の医療制度について簡単に述べなければならない。国家としてのボスニア政府には保健省は存在せず、保健省は両エンティティに置かれており、FBiHでは保健省(Ministry of Health)、RSでは保健・社会福祉省(Ministry of Health and Social Welfare)として存在している。医療の現場については、地域に近いものから順に一次医療施設、二次医療施設、三次医療施設と呼ばれており、リハビリテーションに関しては障害者数が相当数に上ることから、地域に密着した一次医療施設で対応するように改革が行われてきた。その際、両エンティティともに、行政区単位ごとに存在している一次医療施設(Dom Zdravlja: DZ)

¹⁶ NHDR 2002 *op. cit.*, pp. 58-60. コソヴォが密輸の温床となっており、ヨーロッパや北アメリカで売られるヘロインの実に4割をコソヴォが供給しているとも言われている。そのうちヨーロッパへと流れるルートでは、ボスニアが経由地となっている(Maggie O' Kane, "Kosovo drug mafia supply heroin to Europe," March 13, 2000, *The Guardian Unlimited*).

内に地域密着型リハビリテーション(community-based rehabilitation center: CBR)センターを新設するか、既存のCBRセンターを改修することになった。その新設や改修に際して、国際援助機関が関わることになったのである。

3-1. スルプスカ共和国：日本政府による援助案件

スルプスカ共和国が保健医療分野における改革案を策定したのは1997年であり、その中で一次医療サービスの向上やリハビリテーション医療の充実が目標として定められた。同国からの要請に基づき、日本国政府はCBRセンターの整備を行うこととなり、2000年に予備調査、2001年に基本設計調査団による現地調査を実施した。その調査の結果、17のCBRセンターに機材を提供するとともに、新設される一箇所を除く16のCBRセンターの改修を行うことになった¹⁷。事業費のうち日本側の負担は、建設費におよそ1億8千万円、機材調達費におよそ3億円を要し、総額4億8千万円となっている。一方RS側の負担は、車椅子利用者のアクセス路における通用門設置工事のための13万円にとどまっている。

この案件の特徴の一つとして、これが日本政府とカナダ政府による援助協調案件であるということが挙げられる。CBRセンターの改修や機材供与は日本側が行い、リハビリテーション医療従事者の人材育成に関してはカナダのクイーンズ大学、CBRセンターの運営についてはカナダ国際開発庁(CIDA)が行うというユニークな案件内容であった。日本側は、本案件が無償資金協力で行われるため、外務省所管となり、専門家派遣や研修員受入を国際協力機構(JICA)が行うことになった。

¹⁷ CBR案件の内容については以下を参照。国際協力事業団・CRC海外協力(2002)『ボスニア・ヘルツェゴヴィナ国地域密着型リハビリテーションセンター整備計画基本設計調査報告』国際協力事業団。

筆者はこの17の施設のうち、サラエヴォ市からほど近いカシンド (Kasindo) CBRセンターを、センターが改修される前の2002年と改修後の2005年の二度にわたって訪問した。そこは、サラエヴォ市の中心から車でおよそ20分の林の中にあり、地域中核病院であるカシンド病院の敷地を間借りして運営されている。カシンド病院は、戦前にはサナトリウムとして国内でも有数の施設であったが、そのことからわかるように空気の澄んだ自然の中に位置している。

カシンドCBRセンターの場合、カシンド病院の小児科と理学療法科が使用していた平屋建て部分の大規模補修工事を行う必要性が調査によって明らかになった。また、運営面としては、カシンドCBRセンターが比較的都心から近いとは言っても、アクセスは自家用車、バス、またはタクシーに限られるため、患者を搬送するための車輛を供与することが決められた。

2005年の2度目の訪問によって、このCBRセンターの運営に関する以下の問題点が明らかになった。まず、カシンドCBRセンターは、間借りしている病院とは切り離されて運営されており、CBRセンターが帰属するはずのDZは、そこから数キロ離れたルカビツァ (Lukavica) 市にあるということ。次に、供与された機材のスペアパーツが入手困難で、すでに使用不能状態になっている機材があること。3点目として、供与された車輛が使用されずに、DZに保管された状態のまま使用されていないこと。最後に、この点が最も重要であり、センターの所長自らが筆者に苦言を呈したことであるが、センターの名前が「地域密着型」であるにもかかわらず、センター周辺にはコミュニティが無いということである¹⁸。

以上の問題点について、基本設計調査を行った開発コンサルタントに回答を求めたところ、場所の選定については、当初RS側からはサラエヴォ市

¹⁸ 以上は、CBRセンター所長のMs. Golijaninへのインタビューによる。

内(RS側)に設置を求められたが、適当な場所が無く、そのため、RS保健・社会福祉省とルカビツァDZとが協議した結果、現在の場所に設置が決まったという回答を得た。また、車輛については、運営費と車輛ナンバーの取得に問題が生じてRS内での調整が出来ていないとの回答であった。

しかし、基本設計段階での調査報告書では、患者の通院予測や車輛の維持管理などの運営面における見通しが示されており、上記のような問題が生じることを予測できていなかったとすれば、ずさんな計画であったと言わざるを得ない。特に問題となるのは、このセンターが地域密着型であるとは言えないという事実である。自家用車を所有しているか何らかの交通手段を持つ者しか通院できないとなれば、当初の目的であった「山岳地や遠隔地に居住する多くの患者が適切なりハビリテーション治療を受ける」¹⁹ことは実現不可能であると言わざるを得ない。

3-2. ボスニア連邦：世界銀行を中心とした援助案件

FBiHにおいてリハビリテーション医療が実施に移されたのはRS側よりも早く、まだ戦争が続いていた1993年であった。FBiH側では、世界銀行を中心に施設整備が進められるとともに、ここでもCIDAとクイーンズ大学ならびに世界保健機関(WHO)が技術協力を担当し、主要都市を中心に38箇所のCBRセンターの整備を行った。

この案件において世界銀行は主導的な位置づけにあり、1996年に“War Victims Rehabilitation Project”(戦争犠牲者リハビリテーション・プロジェクト)という報告書を作成して、世界銀行の描くりハビリテーションの全体像を明確にしている。この報告書の中で特筆すべきは、世界銀行のプロジェクトには身体的(physical)リハビリだけでなく、心理社会的(psycho-social)

¹⁹ 同上報告書、iii頁。

リハビリも含まれていたことである。このようにリハビリの二つの側面をカバーするCBRに関して、必要となる事業費は身体的リハビリにおよそ720万ドル、心理社会的リハビリにおよそ540万ドルとされ、総額1260万ドル、日本円にしておよそ15億円の規模となっている²⁰。このように心理社会的リハビリにも重点を置くFBiHでは、CBRという名称を地域メンタルヘルス・センター(Community Mental Health Center: CMHC)という名称に変更して今日に至っている。

筆者は38のセンターのうち、サラエヴォ市内のノヴィ・グラッド(Novi Grad)DZ内にあるセンターを訪問する機会を得た。場所はサラエヴォ中心部から延びる目抜き通りを、市内中心部から車またはトラムと呼ばれる路面電車でおよそ10分の距離にあり、市の中心部から距離的に近いだけでなく路面電車の停留場からも近いので、アクセスはとても容易である。CMHCはDZの建物の外れに位置し、身体的リハビリの施設は2階に、心理社会的リハビリの施設は3階部分に位置している。どちらにもエレベーターで行くことが可能になっており、車椅子利用者や松葉杖を必要とする人でもアクセスが可能である。

インタビューの結果、このセンターへ訪れる患者数は、身体的リハビリには一日およそ170人程度、心理社会的リハビリには一日20人程度であることが分かった。PTSDに関しての男女比はほぼ同じで、35歳から50歳ほどの患者が多いという。患者搬送車両も有しているが、送迎は身体障害者の人だけに限定されている²¹。

²⁰ World Bank, *War Victims Rehabilitation Project*, April 22, 1996, Washington D.C.: World Bank.

²¹ 以上は、DZ所長のMs. Dženana Tanovićへのインタビューによる。

むすびにかえて

本稿では、ボスニア・ヘルツェゴヴィナの戦後復興に焦点を当て、国際社会による援助が創り出した格差について、保健医療分野を中心に考察を進めてきた。特に、プライマリー・ヘルス・ケアと呼ばれる一次医療におけるリハビリテーション関連の援助案件を取り上げて、二つのエンティティ間で生み出された格差を浮き彫りにし、そのことが示唆する問題を明らかにした。

ボスニア・ヘルツェゴヴィナの復興には明らかに宗教と国際政治が影響を及ぼし、それによって各エンティティが受け取る援助額に開きが生じ、戦後復興の度合いに違いが生じてしまった。さらに、1999年のコソヴォ紛争によってセルビア本国およびセルビア人への風当たりが強くなっただけでなく、戦争犯罪容疑者を匿っているとの疑いからRSは国際社会による援助を十分に受け取ることが出来ないでいる。このような理由から生じた援助格差は、人々の日常生活にも影響を及ぼしている。

国際社会の関与がますます薄れていく長期的な開発期ではボスニアの人々自身による再建が必要になってくるが、その担い手である人々の心身の健康は十分なものではない。FBIHでは、メンタル面でのリハビリテーションが早くから行われてきたが、RSでは身体的なリハビリテーションの段階に留まっている。しかも、リハビリテーション関連の援助額にはエンティティ間で相当の開きが認められる。

スルプスカ共和国が保健医療分野の改革案を策定したのは1997年のことであり、すでに世界銀行による連邦側のリハビリテーション・プロジェクトに関する報告書が作成されたあとのことであった。にもかかわらず、スルプスカ側の改革案にメンタル面でのリハビリテーションが項目として挙げられなかったのには少ない援助額が影響しており、物理的かつ即効性のあるリハビリテーションの方がメンタル面でのリハビリテーションよりも優

先されたのではないかと推測できる。援助する側にとっても、身体的リハビリの方が、メンタル面でのリハビリよりも数値上の結果が測りやすいという側面があり、目に見える形で状況を改善することは、援助する側にとっても説明責任の点から好都合なものとして捉えられやすい。しかしながら、人間の安全保障の観点に立てば、メンタル面でのケアをも重視しなければならないことは言うまでもない。抑鬱状態からくる自殺者、アルコール依存症患者、薬物依存者の増加が社会不安になっているのである。そのことはコミュニティの再建にとっては大きな障害である。

また、本稿で取り上げた二つの事例を通して、国際社会が平和構築を推進していこうとするならば、援助を受け取る側の目先のニーズにただ対応するのではなく、長期的な視野に立って案件を形成することの方が重要であることが示された。すなわち、RSのケースでは、代替地を確保できないとの理由から、コミュニティから離れた辺鄙な場所にセンターを設置せざるを得なかった。これは当初の目的からすれば本末転倒であったと言わざるを得ない。援助案件に対する第一義的責任は当該国政府にあるとは言われるものの、日本政府と開発コンサルタントには、目先の案件処理に走るのではなく、平和構築の観点から援助を行うという姿勢が問われるのではないだろうか。

ボスニアの二つのエンティティ間における格差は国際社会が生み出したものである。平和構築という題目を唱えながら、この10年で行ってきたことは、新たな格差の創出であり、社会不安に対する不十分な対応であった。紛争の再発予防を真剣に考え、一人ひとりの人間の安全保障に重点を置いて長期的な見通しに立つのであれば、宗教や政治的な思惑に左右されない援助を行う手だてを私たちは見つけていかなければならない。そうでなければ、格差がもとで生み出される民族間の嫉妬や憎悪によって、紛争のサイクルを完全に断ち切ることは出来ないであろう。

【付記】

本稿は、以下の研究助成を受けて実施した現地調査による研究成果の一部である。

- ◇ 平成14年度 日本学術振興会 科学研究費補助金 基盤研究(C)
『「紛争と開発：平和構築のための国際開発理解協力」研究のための企画調査』（研究代表：佐藤安信、名古屋大学大学院国際開発研究科教授[当時]）
- ◇ 平成15年度～18年度 日本学術振興会 科学研究費補助金 基盤研究
(A)『紛争と開発：平和構築のための国際開発協力の研究』（代表：佐藤安信、東京大学大学院総合文化研究科教授）