

人間の安全保障アプローチで取り組むエイズ
アジアとアフリカの事例から

スーザン・ハバード

鈴木 智子

Building Resilience
Human Security Approach to AIDS in Asia and Africa

Susan Hubbard and Tomoko Suzuki
©2008 Japan Center for International Exchange

本書は上記書名のもと刊行した英文出版物の和文を編集したものである。

序文

日本政府が国連に人間の安全保障基金を設置してから 8 年が経つ。2007 年 3 月時点で、日本政府の拠出額の累計は 335 億円、事業数は 170 件以上に上り、2007 年中に 100 件以上の事業が終了することになっている。人間の安全保障委員会の報告書では、人間の安全保障を実現する具体的な戦略として、「保護(プロテクション)」と「能力強化(エンパワーメント)」を状況に応じて多様に組み合わせることを提唱している。しかし、現場で、人間の安全保障を推進する効果的なアプローチ(人間の安全保障アプローチ)が具体的にどのように進められるのかについては十分研究されていない。2003 年、(財)日本国際交流センターは、東南アジアにおいて人間の安全保障基金の資金で実施されている事業 5 案件の事例研究を行い、事業関係者が人間の安全保障というコンセプトをどのように理解し、そのコンセプトを事業のデザインや実施過程にどのように取り入れているのか聞き取りを行い、報告書『国連における人間の安全保障』にまとめた。

2005 年度から 2006 年度にかけては、2003 年の調査結果に基づき、エイズ分野にテーマを限定して事例研究を行い、人間の安全保障アプローチをより深く理解することを目的とする調査を実施した。エイズをテーマに選んだ理由としては、1) エイズが広く人間の安全保障上の課題として認識されていること、2) 貧困、栄養失調、移住、不平等といった他の課題との相互関連性を理解しやすいテーマであったこと、3) 政府、企業、シビル・ソサエティといったあらゆるセクターがエイズに取り組んでおり、セクターを越えた協力が奨励されていること、4) 過去 20 年以上エイズに対する取り組みが続けられてきたものの、目立った改善が見られていないとの声が多く聞かれ、新しいアプローチが求められていると思われたこと、を挙げることができる。

本論文は、2005 年 11 月にタイで、2006 年 2 月末から 3 月には南アフリカ、タンザニア、ジンバブエにおいて実施した現地調査を踏まえ、現場に見る人間の安全保障アプローチの課題を分析し、今後、人間の安全保障を推進する上での戦略を検討したものである。なお、アフリカでの 3 つの事例については、現地視察時の 2006 年 3 月 10 日に、南アフリカのプレトリアにおいて、ワークショップを開催し、現地の国連機関関係者との意見交換の機会を持った。また、同年 5 月 31 日には、東京においても本調査結果をめぐるワークショップを開催し、元タイ国外務大臣スリン・ピツワン氏からもコメントを頂戴した。スリン氏のコメントについては、本書にも収録させていただいた。なお、本書の英文は *Building Resilience: Human Security Approaches to AIDS in Africa and Asia* として既に刊行されている。

本事業は、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、オープン・ソサエティ・インスティテュート(OSI)、国連財団にご支援いただいた他、アフリカでの調査については、外務省の委託を受けて実施し、上原鳴夫・東北大学大学院医学系研究科社会医学講座国際保健学分野教授にアドバイザーとしてご協力いただいた。この場をお借りして、感謝申し上げます。

本調査で取り上げた、エイズをテーマとした人間の安全保障事業から引き出される教

訓が、人間の安全保障アプローチへの理解を促進すると共に、より効果的なエイズ対策に寄与することが望まれる。

2007年11月

(財)日本国際交流センター
理事長 山本 正

略語リスト

ADRA	Adventist Development & Relief Agency International : アドラ
AIDS	acquired immune-deficiency syndrome : エイズ
ANC	African National Congress : アフリカ民族会議 (南アフリカ)
ARV	antiretroviral : 抗レトロウィルス
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations : 東南アジア諸国連合
CBO	community-based organization : コミュニティに根ざした組織
COBET	Complimentary Basic Education in Tanzania : 基礎教育補完プログラム (タンザニア)
DAC	Development Assistance Committee : 開発援助委員会
DFID	Department for International Development (UK) : 英国国際開発省
ESCAP	Economic and Social Commission for Asia and the Pacific : アジア太平洋経済社会委員会
FAMWZ	Federation of African Media Women of Zimbabwe : ジンバブエ・アフリカ・メディア・ウーマン連合
FAO	Food and Agriculture Organization : 国連食糧農業機関
G8	Group of Eight : 先進 8 カ国
HIV	human immunodeficiency virus : ヒト免疫不全ウイルス
IDU	injecting drug user : 静脈注射薬物使用者
ILO	International Labor Organization : 国際労働機関
IOM	International Organization of Migration : 国際移住機関
JCIE	Japan Center for International Exchange : (財) 日本国際交流センター
MSM	men who have sex with men : 男性同性愛者
NAC	National AIDS Council (Zimbabwe) : 国家エイズ評議会 (ジンバブエ)
NACOSA	National AIDS Convention of South Africa : 南アフリカ国家エイズ協議会
NACP	National AIDS Coordination Program : 国家エイズ調整プログラム (ジンバブエ)
NGO	nongovernmental organization : 非政府組織
OTOP	one <i>otop</i> , one product : 一村一品運動 (タイ)
PADARE	Men's Forum on Gender : ジェンダーに関する男のフォーラム (ジンバブエ)
PAF	Programme Acceleration Fund : プログラム促進基金
PHAMIT	Prevention of HIV/AIDS among Migrant Workers in Thailand : タイにおける移住労働者エイズ予防事業
SHARE	Services for the Health in Asian & African Regions : シェア = 国際保健協力市民の会

TAC	Treatment Action Campaign : 治療アクション・キャンペーン (南アフリカ)
TACAIDS	Tanzania Commission for AIDS : タンザニア・エイズ委員会
TIE	Tanzania Institute of Education : タンザニア教育研究所
UN	United Nations : 国際連合 (国連)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS : 国連合同エイズ計画
UNDP	United Nations Development Programme : 国連開発計画
UNDP-SEAHIV	UNDP Southeast Asia HIV and Development Programme : UNDP 東南アジア HIV 開発プログラム
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees : 国連難民高等弁務官事務所
UNICEF	United Nations Children's Fund : 国連児童基金
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women : 国連女性開発基金
UNOCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs : 国連人道援助調整事務所
WFP	World Food Programme : 世界食糧計画
WHO	World Health Organization : 世界保健機関

目次

序文		3
略語リスト		5
国連人間の安全保障基金への期待	スリン・ピツワン	9

はじめに：今なぜ人間の安全保障が求められるのか		16
1. エイズ分野の人間の安全保障事業の特徴		19
2. 人間の安全保障を推進するための戦略		26
3. 人間の安全保障事業の評価		35
おわりに—提言		43
参考資料		47
・ 調査対象国におけるエイズ対策の制度的枠組み		
・ 調査対象事業の概要		
・ インタビュー先		
・ 調査実施組織の概要		

国連人間の安全保障基金への期待¹

タイ王国国会議員
人間の安全保障諮問委員会委員
スリン・ピツワン

私は、2001年の選挙で落選し、議会在間もなく閉会するという時に、緒方貞子・前国連難民高等弁務官から、人間の安全保障委員会の委員になるよう依頼を受けた。つまり、仕事を探しているという絶妙なタイミングで打診を受け、私はその名誉ある依頼を引き受けることができた。私は、2年以上、緒方氏、アマルティヤ・セン・ケンプリッジ・トリニティ・カレッジ学長の共同議長の下で、人間の安全保障委員会の委員を務め、現在は、国連人間の安全保障基金への助言を行う人間の安全保障諮問委員会の委員を務めている。同諮問委員会は少なくとも年に一度、ニューヨークで会合を持ち、人間の安全保障という概念に対する理解やその実践、さらに同基金が支援している事業の実施を通じた、現場における有効性の向上を促進すべく、モニタリングを行っている。

人間の安全保障という概念が重要性を高めるようになった背景には、1990年代半ばと末に世界が直面した2つの危機がある。西においては、ルワンダ、コソボ、ボスニアにおける内戦が起こった。ここで問題となったのは、国際社会はこうした脅威にさらされている少数者をいかに救うことができるかであった。その時に発表されたコフィ・アナン国連事務総長（当時）のコメントに見るように、我々は矛盾を抱えていた。「400万人が我々の目の前で殺された。しかし、あなた方は主権を主張している。あなた方は我々に何を期待しているのか。」この問いを受けて、カナダ政府は介入と国家主権に関する国際委員会を組織した。同委員会は1年後に最終報告書を取りまとめた。彼らは、人々を守るために介入する権利とは言わず、「保護する責任」という言葉を報告書のタイトルに使った。すなわち、介入する権利ではなく、その国に入り、人々を保護する責任についての議論ということである。その報告書では、国際社会が介入し、人々を保護することが許される条件、すなわち各国の主権が制約を受ける条件が列挙されている。

東においては、金融危機が起こった。当時、外務大臣を務めていた小渕恵三氏は、東南アジア諸国連合（ASEAN）のさまざまな会合に参加し、金融危機によって、社会から取り残された人々が苦境に陥っている状況を知り、心を痛めた。そして、日本政府が金

¹ 本稿は、2006年5月31日に開催されたワークショップ「アジアとアフリカにおける人間の安全保障：『安全保障の今日的課題』を超えた戦略とは」における、同氏の発言を中心にまとめたものである。また、同氏の肩書きは、ワークショップ開催当初のものである。

融危機救済パッケージとして、アジア経済への資金投入を検討していた時、彼自身としても、自分の思いを行動につなげようと考えていた。日本政府の救済パッケージには、金融危機に見舞われた国々のマクロレベルに加えて、草の根レベルにおける対策が含まれており、後者については、その当時の大蔵大臣の名前にちなんだ宮沢基金を通じて進められた。つまり、日本、もしくはアジアにおける問題解決アプローチはよりソフトなものであった。このソフトなアプローチは、人間の安全保障委員会の主張につながる。人間の安全保障委員会では、介入や人々の生命を脅かす問題に取り組むというより、人間の安全保障の概念に多大なる影響を与えたアマルティア・セン氏、そして難民の保護という側面でも多くの経験を持つ緒方貞子氏の下で、人間にとって最善の保護は、彼らの目の前に立ちはだかる課題、不慮の事態や災難に自ら立ち向かえる能力を身に付けることであるとの前提に立ち、能力強化や人間の潜在力の実現を中心的な価値とする概念を打ち出した。従って、西のアプローチが保護する責任であるとするならば、東もしくは日本が先導する、アマルティア・セン氏と緒方貞子氏が導き出したアプローチは深い同情の共有に根ざした能力強化の促進と言える。こうして、人間の安全保障を実現するアプローチとして、保護する責任と深い同情の共有による能力強化という2つのアプローチが提案された。

人間の安全保障委員会は、最終報告書『安全保障の今日的な課題』を2003年に刊行した。この委員会は、国連の他の委員会よりも恵まれていた。なぜならば、委員会解散時に、報告書で提案したことを具体化、もしくはその概念をより発展させ、普及するための資金が用意されていたからである。国連の多くの委員会で取りまとめられた報告書は本棚に収められ、委員会の活動を終える。しかし、人間の安全保障委員会は、東京の関係者や日本政府がその継続を支援してくれたお陰で、活動を続けることが可能となった。

コフィ・アナン国連事務総長(当時)は、人間の安全保障委員会が示した定義に基づき、人間の安全保障の概念を普及し、伝統的な安全保障から人間の安全保障へのパラダイム・シフトを促すため、理事会の監視機能と支払い機能を持ち合わせた、信託基金の設立を提案した。資金を必要としている地域や国の事業に対して2億ドルの資金が常に用意されている。

人間の安全保障基金は、各機関の取り組みを統合し、複数の国連諸機関が事業の立案・実施に関わること(ジョイント・プログラミング)を奨励している。これにより、国連システムの中で人間の安全保障という概念の普及を目指している。諮問委員会は、たとえ良い考えであっても、単に他に資金がないからという理由で同基金に申請してくる国連機関には資金を提供しないことを決定した。同基金の目的は、国連システムの中で人間の安全保障という概念の実施と普及を支援することであり、それを通じて、国連諸機

関や他の機関が一緒になって、より効果的に事業を実施できるようになることを目指している。従って、各国連機関は、『安全保障の今日的課題』で定義された人間の安全保障を明確に意識して、その考えを取り入れた事業を企画し、それぞれの仕事の進め方を変えていくことが期待されている。

人間の安全保障委員会の報告書には、アマルティア・セン氏の考えが色濃く反映されている。彼は、「発展の過程とは、財およびサービスの供給拡大の過程ではなく、人間の能力の向上の過程である」と言った。これは、小渕恵三首相（当時）が、1998年12月に開催された「第1回アジアの明日を創る知的対話」での演説でも引用している。換言すれば、開発とは人々が人生においてより多くの選択肢や経済発展としての自由、自由としての経済発展を得られるように支援することである。

小渕首相はまた、上記の演説で、マニラで開催された ASEAN 拡大外相会議で私が提唱した「ソーシャル・セーフティネットのための専門家会合」にも触れられた。私の提案は、ASEAN 諸国の関係者からは、内政干渉につながるという理由であまり支持を得られなかった。どんな新しいことも最初は拒絶され、疑いの目で見られる。しかし、ソーシャル・セーフティネットは、小渕首相が言うように「貧しい人々はどうしたら経済危機に対処できるのか」「少数の人々はどのような影響を受けているのか」「女性や子供、失業者はどのような影響を受けているのか」といった問いに答えるために重要なのである。そこで、小渕首相は、人間の安全保障や人間の苦しみという課題への我々としての対処方法を打ち出そうと考えた。西洋的なアプローチ、つまりはカナダの介入のアプローチに従うのではなく、彼はむしろ能力強化、支援、影響を被った地域の人々の能力開発といったアプローチで、助けの手を差し伸べることを提唱した。私は、これこそが、経済危機の結果として東アジア共同体の意識が醸成されてきたことを明示するものだと考える。アジア経済危機が起こった時、アジア人である我々は、自分たちの問題に対して、自分たちなりの対策を取りたいと思っていた。また、それと時を同じくして、アジア債券やアジア通貨基金、そしてアジア共同体といった構想が提唱されるようになった。小渕首相が、我々の直面する問題に対する我々自身のアプローチや対応について検討するために必要と考えたのが、知的交流であった。これが、(財)日本国際交流センター (JCIE) が実施した「アジアの明日を創る知的対話」事業の背景である。

本報告書で取り上げられた事業について話をしたい。調査者は触れていないが、恐らく言おうとしていたことは、これらの事業全てが「ソフト・セーフティネット」のシステムを構築しようとしていたということである。言い換えれば、我々は、ソーシャル・ネットワーク、考え方の転換、参加への要求、コミュニティの強化、影響を被っている人々の参加について話しているが、これらこそが、私の言うソフトな環境、もしくはソフト・セーフティネットである。ソフト・セーフティネットは、自分たちのコミュニティにお

ける人間の安全保障上の問題を解決していく過程に参加するキャパシティ、質、やる気、能力、態度を意味している。これは、ハードなソーシャル・セーフティネットとは異なる。ハードなソーシャル・セーフティネットとは、人々の物質的なニーズ、例えば食糧、家の壁、医療施設、といった実際に手で触れられ、建てられる、いわば資金の投入によって目に見える成果を出せるインフラを提供することを意味する。しかし、そこには何か欠けている。つまり、意思決定過程に参画したい、問題解決で一役を担いたいと思っている人がそれを実現できるようになる姿勢、精神性、考え方が欠けている。こうしたソフト・セーフティネットなしには、人間の安全保障を実現することはできない。人間の安全保障は、開かれた社会、参加、人々が外からの支援の受け手というよりも活発なパートナーとなれるようなシステムを前提としている。人間の安全保障基金は、コミュニティにソフト・セーフティネットを構築しようとしていると言える。

人間の安全保障基金の活動や同基金が支援している事業の活動に対する助言は、人間の安全保障諮問委員会の委員にとって有益なものである。人間の安全保障基金が推進している人間の安全保障という考え方は、12名の委員の経験と知識に基づいて会議室で生まれた。今まさに、新薬の治験のように、現場で試されるところに来ている。我々委員にとって、あなた方は、人間の安全保障という概念が現場で実践に移された結果を観察する医師や薬剤師である。何が問題となっているのか、何が制約となっているのか、人間の安全保障という薬の可能性は何か、意見を聞きたい。しかし、人間の安全保障を具体化する枠組みを見出し、この哲学的な概念が現場で効果的に実践に移されるに違いないと思いついて、その成果や概念の受容度を測る指標を考えるのは、時期尚早であろう。

今の時点では、ここで取り上げられた事例から何を引き出せるのか考えたい。これらの事業の実施に関わっている人の中で、誰がどんな問題を抱えているのかを知ることが重要である。この事業の実施に関わっている国連機関は問題を抱えているか。政府機関や行政官は問題を抱えているか。国連機関は各々の縄張りやマンデイトがあり、行政官はそれぞれ職務領域があり、非政府組織（NGO）は取り組むべき個別の課題がある。NGOはそれぞれ厳格で、具体的で、かつ個性的である。事業に関わった人、資金の受け取り手、ボランティアは何か問題を抱えていないか。こうしたことを明確にできれば、人間の安全保障の概念化や、その普及、そしてさらなる政策概念としての発展に大いに役に立つ。

世界銀行総会の会合（2006年5月29日）で言ったように、我々は、HIV/エイズが他の疾病とは全く異なる特殊なものであることを思い起こさなくてはならない。エイズは本質的に社会問題である。それは経済、保健、政治、安全保障上の意味合いを持つ。人間の安全保障基金が支援している事業はいずれも、それがエイズの事業であろうと、貧困削減や暴力からの自由、非識字率、環境破壊、飢饉、人身取引、人身取引に伴う搾取を

扱うものであろうと、それぞれが独自のやり方で実施されている。従って、それぞれの事業の実施に関わっている人から、人間の安全保障委員会が定義した概念に問題があるか、あるとすればどのような問題か、どのように磨きをかけ、あるいは改善することができるか、また、概念をより効果的なもの、使いやすいもの、人々に受け入れられやすいものにするためには、どのような工夫をする必要があるのか知る必要がある。

私は、こうした問題は、概念化が進められた歴史的かつ知的な文脈で理解されなくてはならないと考える。実施者は、人間の安全保障という概念がどのような背景で生まれてきたのかを知らずに、理解し使うことはできない。実施者は、人間の安全保障には介入によるアプローチと能力強化によるアプローチという 2 つの異なる考え方があることを知る必要がある。私は、人間の安全保障の概念を実践する人にとって、こうした知的な文脈や歴史的な背景を知ることは有用であると考えている。

最後に、人間の安全保障を具現化するためには、それを可能とする環境が必要である。その環境には、指導者、行政官、事業を支援もしくはその実施に協力する経済界、事業が実施される行政区の政治家の対応が含まれる。政治家は、人間の安全保障という概念に対する多様な期待、捉え方、態度を取る人々の仲介役を果たし、調整することができる。全てのレベルの全ての人々が人間の安全保障という概念を理解し、適応し、受け入れ、認識するためには、継続的な調整機能が必要となる。「人間の安全保障」というマニュアルがあっても、それを見ればどんな機関でも実践できるようなものではなく、また、開発の新しいアプローチでもない。毎日、事業実施過程のさまざまな時点で、調整されなくてはならない。2年間の事業であったら、3ヶ月か4ヶ月おきに関係者間の調整を行う人間がコミュニティに入っていかななくてはならない。そして、彼らに、人間の安全保障という概念を正しく理解しているか、関係者は皆、理解を共有しているか、現場で実際に使える考え方として理解しているか、尋ねなければならない。さもなければ、異なる環境の中で、事業ごとに、それぞれ異なった解釈に基づいて、実施されることになる。政治家こそがその調整役を務められると考える。

我々の議論の中で、あまり触れられていないのは、安全と権利の関係性についてである。委員会報告書にも記したように、人間の安全保障と人権の関係はきわめて緊密で深い。

人間の安全保障という概念の成功と失敗を測る指標は、社会福祉とは明確に異なる。緒方氏は、援助を受ける人は活発なパートナーとなり、事業の客体から事業の主体へと移行すると話す。換言すれば、彼らは運転席に座り、自ら事業の実施に関わるべきである。それは、人々は何を求めているのかに焦点を当てるよりは、人々が何から始められるかに目を向けることを意味する。

私は、事業実施後に、関係者がより安全を享受し、強くなり、能力がついたと感じれば、その事業は成功したといえると考えます。彼らがエイズを患っている、あるいは貧困に陥っている、文字が読めない、環境破壊が続いているという事実ではなく、人々がそうした問題にも関わらず将来に向けて前向きに生きていけるようになったということが成功の証となる。どうしたら、問題を抱えている人々が尊厳を持って、そうした問題と共に生きていけるよう手助けできるか、どうしたらまだ問題に直面していない人が安全と繁栄、尊厳をもって誇り高く生きていけるように保護することができるか。すなわち、ある村のエイズという問題は、次の世代にもわたって全ての村民に影響を与えるものではない。誰かは、そうした環境から脱出する。それを可能にすることこそが人間の安全保障の成功と言えるだろう。

また、次のようにも言えるだろう。保護と能力強化のシステムは、自動操縦で運用されるシステムに変換しうる。システムとは自律的に運用管理できるものである。システムこそが人々を保護し能力強化を促すことができる。システムは、人々の参画と貢献を通じて、問題を解決することができる。

安全保障の要素として欠落しているものはコミュニティが社会の個人に供与すべき権利、あるいは権利として認識されているものである。人々は保護されている、もしくは保護を与えられていると捉えるよりも、人間として、保護や保健、支援を求める権利があると考えるてはならない。保健、支援、保護を与えらるとなると、その対象となる人々の民族、部族、国籍について尋ねなくてはいけなくなるだろう。しかし、もしも我々が人間の安全保障の概念を実現する過程に全ての人の参画を得られるならば、民族、人種、国籍といった違いはまったく問題ではなくなる。今あるのは、人間として、コミュニティのメンバーとして、人には権利があるということなのである。もしも、我々の誰かが、人間の安全保障から人権へ結びつけ、そして両者の関係性について明らかにしたならば、我々は成功したといえるだろう。また、それが、人間の安全保障の実践の成功を測る指標となるだろう。

2006年5月31日に日本国際交流センターで開催されたワークショップ「アジアとアフリカにおける人間の安全保障：『安全保障の今日的課題』を超えた戦略とは」の議論は非常に中身のあるものであった。そこに集まった人々の経験、分析の全てが有用であった。世界銀行や国連機関といった開発援助機関が諮問委員会の会合で、「人間の安全保障の概念は問題だ。自分たちがこれまでやってきたものとなんら変わりはない。もっと洗練したものにしてもらいたい。もっと改善した方が良い」といった意見が出されることは、諮問委員会にとって非常にありがたいことである。諮問委員会は、色々な人の経験や評価、意見から学び、事業そのものをより良いものにするため、多様なプレイヤーが実施に関わる事業を支援している。諮問委員会では、事業実施のためのハンドブック

やガイドラインを作ってはどうかと議論している。それは、おそらくあと2、3年後、もしくは5年後、役に立つものとなるだろう。

また、事例研究はきわめて重要である。事例研究なくしては、また、事業の評価や事業に関わった諸機関の協力なくしては、人間の安全保障諮問委員会や基金は、その概念の欠陥について知ることができない。今後も、一層の事例研究や比較研究が必要である。

はじめに：今なぜ人間の安全保障が求められるのか

アグネスはタンザニア北部にあるラレンゲの学校に通っている少女。彼女は足に障害があるが、体を引きずりながらも腕で元気に歩き回る。アグネスが通う学校は、基礎教育補完プログラム（COBET）の学習センターである。これまでに学校に通うことができなかった子供、あるいは途中で学校に行けなくなった子供に勉強する機会を提供し、公立の学校への編入を支援している。このプログラムは国連児童基金（UNICEF）の協力を得て、タンザニア政府が策定したものである。我々がラレンゲ学習センターを訪ねた時、生徒が歓迎の踊りを披露してくれた。その中に、アグネスの姿もあった。腕を大きく振り上げ、リズムに合わせて上半身を震わせる。

我々は、10人ほどの生徒と話をする機会を得た。アグネスは一番に部屋に入ってきた。自力で椅子に座ろうとするが、這い上がれない。その後、しばらく悪戦苦闘が続き、ようやく COBET 学習センターの教師（ファシリテーターと呼ばれる）が手を貸す。我々が質問すると、毎回、元気に手を挙げる。しかし、その積極性とは裏腹に、アグネスは視線を合わさず、話す声も小さい。

アグネスの母親は亡くなっており、父親と継母、腹違いの妹と暮らしている。最初に学校に行きたいと両親に伝えた時、彼らは時間の無駄だと言ったという。たとえ子供であっても、家計に貢献することが期待されている。少なくとも、自分で食べるためのお金は稼がなくてはならない。アグネスは細い腕で体を引きずりながら豆を摘み、それを売って生計を立てている。数日食糧を買えるだけの収入を得ると、COBET 学習センターに通う。食糧を買うお金のない時は、通うことができない。

COBET センターでは、読み書き、算数、さらには栄養や生活に必要な基礎的な技術を学ぶ。アグネスは、食品加工の授業を取っている。学習センターを卒業したら、豆を加工し、今よりも多くの収入を得たいと考えている。最近になって、世界食糧計画（WFP）が COBET センターに通う生徒に給食を提供し始めた。生徒は、学校か仕事かという選択を迫られることがなくなった。

マーシーはジンバブエの首都ハラレから車で2時間ほど離れた村に住む、2人の子供を持つ母親である。数年前、彼女の夫はエイズで亡くなり、その時、彼女自身も HIV に感染していることを知った。自分の健康と余生、さらには2人の子供が生計を立てていけるかどうか、不安に苛まれた。

国連女性開発基金（UNIFEM）の事業の一環として、マーシーは簡易な灌漑設備を提供され、トマトを育てることができるようになった。ジンバブエのような深刻な食糧不足に陥っている国においては大きな成果といえる。トマトによる収入によって、彼女は長女を学校に通わせることができるようになり、その長女は教員試験に合格したという。

他の国と同様、ジンバブエでも HIV 感染者に対する偏見は根深い。しかし、彼女は持ち前の明るさで彼女や家族に向けられた偏見の眼差しに打ち勝ち、さらにその経験を他の人にも伝えようとしている。彼女の存在自体が、HIV 感染者が他の人と何ら変わらないことを示す象徴となり、他の感染者の恐怖も軽減されるようになった。マーシーは、近所の友人たちに、感染から自分や愛する人を守る方法を学ぶ大切さを訴え、HIV 検査を受けるように働き掛けている。HIV に感染しているかいないかを知らず、不安な思いをしているよりも、感染の有無が分かった方が、たとえ感染していたとしても、自分のように幸せに、そして生産的に生活できるという。2005 年、彼女はケニアのナイロビで開催されたエイズ会議に参加した。海外に行ったことがあるのは、村で彼女だけである。我々が訪ねた時、彼女の 20 歳前後と思われる息子が彼女の隣に堂々と立ち、誇らしげにトマト畑を案内してくれた。

毎年、何千人ものビルマ人²がタイに移住してきている。その多くが不法入国者である。自分の命を賭け、自分の家族と再会する機会を捨ててまで、チャンスをつかもうとしている。彼らの多くには、人権侵害が深刻なミャンマーを去るより他に選択肢がない。しかし、タイでの生活も快適とは程遠い。自分たちのできる仕事を求め、多くが工場や漁業といった、安い給料と劣悪な労働条件で働いている。15 歳から 25 歳の若者が、移動の自由やタイの法律の下での保護なく、家族や社会的ネットワークから切り離されて生活している。

こうした状況では、他の脅威とともに、HIV に感染する危険が高い。彼らは社会的に疎外されていることが多く、エイズ予防に関する情報やリソースへのアクセスが限られているために、危険な性行為や薬物使用に手を染めることがまれではない。タイ政府は、外国人労働者も公的医療機関を利用できるよう対策を講じてはいるが、強制送還されるのではないかと、あるいはうまく意思疎通ができないのではないかとといった不安、病院のスタッフに差別されていると感じる、といった理由から、公的医療機関の利用があまり進んでいない。HIV 検査を受ける者の数も限られており、発症まで平均 10 年程度かかることもあり、知らぬ間に感染を広げていることがある。また、エイズ患者はさまざまな疾患に対する免疫が低下するために日和見感染と言われる合併症を起こす。そうした複雑な症状に合ったきめ細かいケアを受けられない。我々が訪ねたバンコクから車で 1 時間ほど離れた漁村では、NGO が外国人労働者のためのよろず相談所を運営していた。そこには、同僚に連れてこられたビルマ人のエイズ末期患者が横たわっていた。感染していることを雇用主に言えば解雇される。体調が悪くても、体調が悪いことを言い出せなかったという。

「安全」な状態は人によってさまざまであり、また変化しやすい。身体的に危険がな

² 本書では、国連機関および日本政府が公式に採用しているミャンマーを国名としては使うが、その国民については、多くの人がミャンマーとう名称を認めていないという事実に基づき、ビルマ人と呼ぶ。

い状態を安全と言うこともできるが、それだけでは不十分なことも多い。自分の将来や自分の子供の将来を決める手段を手にし、自分であることや自分の生き方に誇りを持って、さらには自分の要求や関心を人に伝え、それに向けて努力できて初めて、安全と感じる人もいるだろう。世界中の人々が、家族が、コミュニティが、日々直面しているあらゆる脅威から安全であるために、何をしたら良いのだろうか。それが、人間の安全保障が答えるべき問いである。

本書で取り上げた人間の安全保障基金が支援している5つの事業は、こうした問いへの回答に何らかの示唆を持つものと考えられる。特に、これらの事業を通じて、人間の安全保障上の脅威である HIV/エイズが、日々直面する他の脅威とどのように関連し合っているのかを理解する一助となるだろう。5つの事業は、アフリカとアジアという2つの地域から教訓を引き出し、その実施には、国連機関のみならず、NGO やその他の国際機関が参加し、幅広い活動、分野、アプローチが見られる。

以下が、本書で取り上げた事業である（事業の詳細は後掲の「調査対象事業の概要」を参照）。

- 出稼ぎ労働者の多いコミュニティにおける HIV 対策（タイ、国連開発計画（UNDP））
- ラーン県及びサムッサコン県における移住者の健康状態改善（タイ、世界保健機関（WHO））
- 非就学児童に対する基礎教育・エイズ対策及び生活技術教育（タンザニア、UNICEF）
- HIV/エイズに関連するジェンダー平等を通じた人間の安全保障の促進（ジンバブエ、UNIFEM）
- クワズル・ナタール州における HIV/エイズ防止緩和のためのモデルコミュニティ設立（南アフリカ、UNDP）

1. エイズ分野の人間の安全保障事業の特徴

(1) 脅威の相互関連性

人間の安全保障事業³とは、日常的にさらされている脅威や将来さらされうる脅威に対して、そのコミュニティが抵抗力を強化できるように支援するものである。脅威はコミュニティによってさまざまであり、同じコミュニティの中でも時間の経過と共に変化する。コフィ・アナン国連事務総長（当時）は「より大きな自由を求めて」の冒頭で、ニューヨークのグラント・ゼロの傍で働く投資銀行員、マラウィのエイズ遺児、アチエの漁師、ダルフルの村民、それぞれが直面している脅威がいかに異なるか、そしてこの多様性こそ国際協力の難しさであると述べている⁴。安全面、生活面、健康面で日々感じる脅威が異なれば、その対応も違ってくる。

コミュニティによって直面している脅威が異なるだけではない。個人や家族、コミュニティは一時的にある特定の脅威に直面しているわけではなく、同時に複数の脅威に直面している。貧困にあえぐ人々は、多くの場合、食にも飢えており、健康状態も良くない。極度の栄養失調は貧困と直結しており、間接的ではあるが、貧困によってマラリアやエイズの感染リスクが高まり、症状が悪化する。全ての病気や怪我が貧困と直結しているわけではないが、十分なセーフティネットのない貧しいコミュニティでは、病気や怪我によって貧困がより深刻化する。たとえ中所得国であっても、稼ぎ手が大病した場合、健康保険や生活保護、介護手当といった制度がなければ、家庭は貧困に陥る。また、紛争や自然災害は人々の生活を部分的に崩壊させるか、完全に壊滅させる。言い換えれば、単に収入を向上させるだけでは不十分であり、貧困と密接な関係にある脅威にも同時に目を向けなければ効果が上がらない。保健分野においても同様のことが言える。単に、保健サービスを提供するだけでは不十分であり、健康を脅かす根本原因、例えば、食料不足、不衛生な生活環境、きれいな水へのアクセスの欠如、教育機会の欠如、家庭でのジェンダー不平等、あるいは予防可能な病気については、その正しい予防方法（たとえばマラリア予防のための蚊帳の使い方）に関する知識不足にも取り組まなければ、健康上の脅威に対するコミュニティの抵抗力はつかない。

現場において、複数の人間の安全保障上の課題が複雑に関連しているのであれば、その対応においても、さまざまな取り組みを連携して行う必要がある。当センターが2006年3月に南アフリカのプレトリアで実施したワークショップにおいて、一人の参加者が、

³人間の安全保障を推進することを目的とした事業を意味する。なお、本書で取り上げている事業は全て、国連人間の安全保障基金の資金を得て実施されているものである。

⁴ Annan, Kofi. 2005. “‘In Larger Freedom’: Decision Time at the UN” in *Foreign Affairs*, volume 84, No. 3 (May/June 2005): 63-74.

HIV 感染者である自分の兄弟を例に、彼の現実を次のように説明した。「兄は、ある日、WFP が彼の家族に食料を提供してくれ、次の日には UNICEF が彼の子供に教育機会を与え、また次の日には WHO が彼の HIV の治療に不可欠な保健サービスを提供してくれ、また次の日には UNDP が所得創出活動を支援してくれる、といったことを期待しているのではない。兄は、彼や家族がさまざまな課題に対処できるように、さまざまな機関が連携して彼と共に取り組んでくれることを望んでいる。」⁵

開発分野においても、また保健や教育の分野においても、脅威が相互に関連し合っていること、そうしたさまざまな脅威に取り組まなければ、コミュニティの生活の質を向上させることはできないことは広く知られている。エイズに取り組む際、しばしば「包括的アプローチ (holistic approach)」の必要性が指摘される。しかし、そのアプローチは、一般的に予防、検査、ケア、治療を包括的に行うことを指し、人間の安全保障が目指す、他の課題に対しても包括的に取り組むアプローチとは異なる。エイズは単に保健の問題ではないという認識は政治家や実務家の間でも広まっているが、国際機関、地方政府、中央政府、いずれの対応もいまだに縦割りで行われる傾向が強い。国連機関や政府といった大組織における効率性を考えれば、各組織や部署が専門分野やマンデイトを持ち、縦割りで物事が進められていくことはごく自然のことともいえる。限られた資金に対する競争、ある特定の活動や分野に対するオーナーシップが、さらに縦割りを強めているともいえる。しかし、個人やコミュニティの人間の安全保障をより確実にするためには、新たな包括的アプローチが必要である。

脅威の相互関連性に効果的に対応していくためには、コミュニティ自身に、彼らがさらされている脅威や、その関連性を特定してもらうことが必須となる。この過程は、国連人道援助調整事務所 (UNOCHA) の人間の安全保障ユニット長が言うように、人間の安全保障を「ニーズに基づく安全保障 (demand-side security)」⁶と捉えると理解しやすい。換言すれば、人間の安全保障アプローチとは、自分たちの脆弱性を最もよく知っている事業の対象となる人々自身に、彼らの生活を最も脅かしている課題が何であるか尋ね、またそれがどのように関連し合っているか考えてもらうことから始まる。そうした理解もあつてか、人間の安全保障基金の資金を得ている国連機関のほとんどが、事業の企画、実施、といったさまざまな段階でコミュニティの参画を得ていた。(本調査では、後述の通り、事業評価にも対象コミュニティが主要なアクターとして参画する有益性が示されている。)

タイで調査した 2 つの事業では、移住とエイズの関係に焦点を当てている。UNDP の事業は、出稼ぎ先の都会で HIV に感染するリスクが高まることから、出稼ぎ労働者

⁵ 2006 年 3 月 10 日に日本国際交流センターが南アフリカ・プレトリアで開催したワークショップでの、アグネス・マコンダ・リドレイ国際労働機関 (ILO) 米国労働省南部アフリカ職場での HIV/エイズ教育プログラム・チーフ・テクニカル・アドバイザーの発言。

⁶ 2006 年 1 月 19 日にニューヨークで開催された「カバン持ちの会」での、田瀬和夫 UNOCHA 人間の安全保障ユニット課長の発言。

の出身コミュニティにおいて、出稼ぎに対するニーズを減らし、さらに出稼ぎ先で HIV に感染した人々が帰郷後、コミュニティに与える社会的、経済的なインパクトを軽減することを目指している。一般的に出稼ぎは経済的な動機によるものが多い。従って、この事業では、一村一品事業によりコミュニティの所得創出活動を支援し、都会に出稼ぎに行く動機を軽減することを目指している。タイの HIV 感染者は、2006 年から、1 回 30 パーツ（約 100 円）で抗レトロウィルス薬（ARV）治療を受けられるようになったが、彼らにとっての喫緊の脅威は、体調不良により収入が不安定になることである。エイズに対する偏見もいまだ根強く、感染者が作った製品を買いたがらない人も多い。また、感染者は体力的に重労働に就くことも難しい。UNDP の事業においては、感染者と非感染者とが共同で事業にあたり、感染者にとって体力的に無理のない分業体制を作ろうとしている。非感染者にとっては、感染者の存在があって支援を受けることができ、感染者は、非感染者との共同事業を通して、自分たちと一緒に働いても感染するわけではないということを周囲に理解してもらうことができ、また地域経済に貢献することによって、住民の間での HIV 感染者やエイズ患者に対する偏見や差別を軽減することができる。

もうひとつの WHO の事業では、タイ近隣諸国からの移住者がさらされている HIV 感染のリスク、外国籍であるために保健サービスへのアクセスが制限されている問題に焦点を当てている。多くの外国人労働者はタイのクリニックで医療サービスを受けることができる。しかし、WHO や事業実施機関である国際移住機関（IOM）によると、医療サービスを本当に必要としている外国人労働者、特に HIV 感染者は、実際にはそうしたサービスにほとんどアクセスしていないという。その理由として、不法入国した事実を政府に知られてしまうのではないかと恐怖心、質の悪い治療、あるいは外国人を蔑視しているタイ人のヘルス・ワーカーが意図的に質の悪い治療を提供するのではないかと不信感、HIV 感染といった個人的なことをタイ人のヘルス・ワーカーに話すことへの抵抗感、文化的な慣習を配慮したサービスが母国語で提供されていない、等が挙げられている。こうした状況に鑑み、WHO と IOM は外国人ヘルス・ワーカーを対象に研修を実施し、タイの公的医療機関にタイ人のヘルス・ワーカーと共に配属し、移住者コミュニティに対する医療サービスを提供する事業を進めている。同事業の実施地では、NGO も外国人向けのクリニックを別途作り、移住労働者とその家族の医療保健上のニーズに対応しようとしている。しかし、WHO と IOM は、政府には移住者を保護する役割があり、外国人労働者を公的医療機関で採用することで、外からの資金に頼らず、継続的に移住者にサービスを提供できると考え、既存の公的医療機関を通じた事業を実施している。

タンザニアの UNICEF の事業は、人間の安全保障上の複数の課題に直面している子供を対象としている。タンザニアでは、制度上、7 歳から 13 歳の子供を対象に初等教育が義務付けられているが、さまざまな理由で学校に通学できなくなる子供がいることが分かった。そこで、政府は UNICEF と協力して、そうした子供を対象とした COBET

を始めた。COBET センターに通う子供の多くはエイズで親を亡くしている。その多くが遠い親戚と住んでいるか、ホームレスとなっている。子供が世帯主となっている家では、妹や弟、さらには年老いた祖父母の世話までしなくてはならず、学校に通って勉強する時間がない。また、目を掛ける大人のいない子供は、通常であれば家庭や学校で学ぶ生活上欠かせない技術、たとえば栄養に関する知識や HIV 予防に関する知識を身に付けることなく育ってしまうことがしばしばある。COBET センターでは、そうした子供が最終的には普通校に通えるようになることを目標に、普通校とは異なる教育を行っている。授業時間や教授法は、子供のニーズに合わせてデザインされている。例えば、仕事もできるように授業時間を短縮；授業に集中できるように参加型の教授法を採用；学校に行けない日でも自宅で勉強できるように一人に一冊教科書を供与⁷；センターに通っている期間もしくはセンターを卒業した後、生計を立てられるよう職業訓練に力を入れる；体罰や制服を廃止、といった工夫がなされている。しかし、こうした配慮にもかかわらず、プログラム開始当初、COBET の生徒の欠席率が高かった。UNICEF のスタッフがその理由を調べたところ、多くの生徒が食事をとるために学校に通わずに食糧や仕事を探していることが分かった。そこで、WFP のスタッフに話をもちかけ、WFP がいくつかの COBET センターで一日に二食、給食を提供することになった。給食を提供することで、子供たちは食糧を探す必要がなくなり、逆に学校に行くインセンティブも高まり、欠席率が急激に低下した。WFP はまた、食糧を長持ちさせ、また農作物を高く売ることができるよう、食品加工技術のトレーニングも行っている。そうすることで、長期的な貧困や短期的な栄養不足という脆弱性を軽減することが可能となる。

UNIFEM の事業は、ジェンダー平等と HIV/エイズの関連性に焦点を当てている。アフリカでは、男性よりも女性の間での感染率が高くなっており、またアジアにおいても感染者の男女比率が小さくなってきている。しかし、こうした女性の間での感染率が高まっている根本原因に対する取り組みは多くない。UNIFEM の事業では、ジェンダー平等に注目し、性に保守的な文化・慣習を変え、女性が HIV 感染のリスクについて学び、性的接触の際に男性とコンドームを使うように交渉し、感染から身を守ることができるよう意識啓発事業を実施した。さらに、女性は一般的に病気になった家族の世話をすることが期待されており、家族の誰かが感染すれば、その看護の負担は男性よりも女性に重くのしかかる。また、女性が病気になっても、夫や男性の家族が世話してくれることはほぼ期待できない。夫がエイズを発症し働けなくなる、あるいは亡くなった場合、エイズに対する偏見から、その女性は、普通の女性以上に収入を得ることが難しい。こうした状況に鑑み、UNIFEM は、性や経済面での女性の自由を保障するよう、政策にも働き掛けを行った。それと同時に、この事業では、HIV 感染の拡大を防ぐ上で、ジェンダー平等がいかに重要であるか男女に教え、さらに女性や男女混合のグループを対象に所得創出活動を支援することで、女性がエイズで配偶者を亡くすことで被る経済的インパ

⁷ UNICEF のスタッフによれば、タンザニアの通常の義務教育では、教科書と学生の比率は平均 1 対 3 である。

クトの軽減を目指している。

(2) 保護と能力強化

「安全保障」と聞くと、国家安全保障では国土を守る、人間の安全保障では人間を守る、生活を守る、尊厳を守る、というように「保護」を連想しやすい。また、保護する責任の所在も明確なことが多い。民主的に選ばれた指導者や、その土地の伝統的な指導者、時には両親やその他の家族に保護する責任はある。

しかし、こうした保護という上からのアプローチだけでは、人間の安全保障が目指すところの、現在さらされている、もしくは将来さらされうる脅威に対する抵抗力を高めるには不十分である。保護する責任のある人が保護することも必要であるが、脅威に対する抵抗力を身につけるためには、自分を護れる能力を強化する必要がある。人間の安全保障基金の目的にも「脅威から人々を保護するとともに、脅威に対処できるように人々の能力強化を図る事業を支援していく」と記されている。

人間の安全保障事業では、さまざまな能力強化が図られている。ひとつには、自分の権利を知り、保護や必要なサービスを供与するよう指導者に要求するための情報や技術を身に付けること。たとえば、ジンバブエの UNIFEM 事業では、女性が家庭やコミュニティにおいて男性と同様に権利を持っていることを理解してもらうために、男女を対象にジェンダー平等に関するトレーニングを実施した。

もうひとつは、生活の質を向上するための新しい技術や知識を得る。たとえば、所得創出活動や職業訓練を支援する事業を通して、対象コミュニティは自立できるようになる。さらに生存に不可欠なレベル以上の生計を得られるようになることで、家族やコミュニティは余剰を投資し、所得創出活動を継続、拡充することで、病気や災害が起きた際のセーフティネットを確保できるようになる。前述のタイにおける UNDP の事業では、出稼ぎ労働への需要を減らし、また職に就くことが難しい HIV 感染者が収入を得られるよう、所得創出活動を支援している。同様に、UNIFEM の事業では、所得創出活動を通じて、女性、特にエイズで夫を失った未亡人が夫の家族に頼ることなく、自分たちで生計を立てる機会を与えている。タンザニアの COBET センターで実施されている職業訓練では、生徒に農作物を加工する技術を教えることで、より高い値段で農作物を売ることができるようになり、それまで仕事に割いていた時間を勉強に充てることができるようになる。

もうひとつの能力強化の形としては、人々の物事の考え方を変え、将来に前向きになり、尊厳が高まるもの。タイの WHO 事業は、外国人ヘルスケア・ワーカーを公的医療機関で雇用することで、タイ人のヘルスケア・ワーカーが外国人と一緒に働くことを嫌がらなくなり、さらには同僚として敬意を払うようになることが1つの目標とされている。タイの UNDP の事業も同様に、HIV 感染者と非感染者とが共同で所得創出活動にあたることで、感染者に対する尊敬を回復し、さらには、他の住民に対して、感染者と

一緒に働くことは安全であり、生産性もあるというメッセージを送ることができる。この事業は、単に感染者の経済機会を高めるだけではなく、彼らの尊厳を高める。また、COBET センターの子供は、インタビューの中で、COBET センターに通うようになってから自信が付き、今後も最低水準の生活は送れるだろう、あるいは他の家族の重荷にならないで済むだろう、といった前向きな気持ちになれるようになったと語った。

最後に、能力強化は、自分自身や周囲の人の態度を変えるのに必要な知識、技術、意志を持つことを意味する場合もある。エイズを扱う大抵の事業では何らかの行動変化を狙っている。その際、強制的にはなく、また単に法制度を通してではなく、人々が自分自身のためになる、あるいは自分にできると確信し、自分たちの態度を改め、感染リスクを軽減しようとしている。タンザニアの UNICEF の事業では、生徒に HIV 感染の危険について伝え、安全な性的接触のための交渉術や麻薬静脈注射の誘いのかわし方を教えている。ジンバブエの UNIFEM の事業では、性的接触について話すことさえ憚られるコミュニティにおいて、その数年後には、既婚、未婚女性がパートナーに対して、安全な性的接触を求められるようになった。

しばしば、1つの事業の中で、上記のさまざまなタイプの能力強化が同時に進められている。また、能力強化の効用を高めるために、保護を高める活動との密接な連携が図られている。UNIFEM の事業申請書では、保護と能力強化の連携を明確に狙っていた。それは、中央、地方政府のレベルで、エイズ関連政策にジェンダー平等政策を取り入れることで、女性が自分の権利を主張し、生活の質を向上させる方法を見出し、HIV に感染するリスクを軽減できるようになるだろうという仮説に基づく。しかし、実際は、政策を変えるだけでは、当初期待したようには、コミュニティ・レベルにおける能力強化に繋がらないことが分かった。その結果、UNIFEM はジンバブエでジェンダー・エンパワーメント・ゾーンというパイロット事業を実施することになった。コミュニティ・レベルで政策を実現するためには、家庭やコミュニティにおいて、男女がジェンダー平等政策について理解し、その価値について認めなくてはならない。所得創出活動を通して、家庭やコミュニティにおける女性の価値が高まり、その結果、さらに権利を主張できるようになり、自分に価値や尊厳があるという意識を持つようになった。また、未成年の女子や既婚女性に安全な性的接触のための交渉術に関するトレーニングを実施した結果、自分自身や家族を HIV 感染から守る上で、積極的な役割を果たせるようになった。

課題

国連機関は日頃から政府機関と密接に連携を取って活動を展開しており、その結果、能力強化よりも保護に重点が置かれる傾向がある。一方、NGO は能力強化に重点を置き、地方コミュニティと活動を行うことが一般的である。NGO にとって、その国の政府と協力し、保護の要素を活動に含めることは難しいことが多々ある。人間の安全保障基金の事業ガイドラインにあるように保護と能力強化双方のアプローチを統合して行

うためには、活動スタイル、能力、イデオロギーに多様性が見られる諸機関の協力が求められる。保護と能力強化双方のアプローチを明確に意識している UNIFEM の事業でも、両者は十分には統合されていない。事業の実施に関わっている機関は、任された業務を他の活動日程と重複しないように実施しているだけであり、活動の連携もなければ、共同で計画を立てることもなく、実施機関の共同作業の機会はほとんどない。

ARV 治療を提供できる国のエイズ対策においては、政府が主導して上からの「保護」のアプローチで治療の提供を進めることが多い。一見、薬の投与という観点で見れば充分のように見え、能力強化に注目する必要がないように思われる。しかし、ARV 治療は、治療を受ける感染者が一生を通して、毎日欠かさず薬を飲まなくてはならず、患者側のコミットメントが必要となる。どんな状況下であっても、継続的に治療を続けることは難しく、特に、移動する人々にとっては困難を極める。人間の安全保障アプローチを通じて、HIV 感染者・患者が、確実に ARV 治療にアクセスし、治療を続けられるための方途を模索する必要があるだろう。

2. 人間の安全保障を推進するための戦略

(1) セクターを超えた連携

緒方貞子・国際協力機構（JICA）理事長は、「上からのプロテクション（保護）というのは『統治』の考え方。下からのエンパワーメント（能力の強化）は『自治』の考え方。統治と自治が一体化して、初めて『グッド・ガバナンス（良い統治）』ができる。人間がポテンシャル（潜在能力）を十分に発揮できるような枠組みをつくっていくことが『人間の安全保障』の概念であり、目的だ。」⁸と述べている。つまり、人間の安全保障を具体化するための「保護」と「能力強化」というアプローチを効果的に連携させれば、ガバナンスも改善されるとも言える。これは、外からの押しつけによるグッド・ガバナンスではなく、内発的なグッド・ガバナンスとも言える。

「保護」は、政府の政策において対象コミュニティや課題がどの程度優先されるか、さらにはそれがいかに実施されるかによって左右される。「能力強化」は対象コミュニティの自治能力、もしくは、対象コミュニティに近い組織が対象コミュニティ自身のニーズや問題の把握を助け、それに対応する潜在能力を引き出し、その能力を強化できるかに左右される。その両者を連携させるためには、政府がコミュニティの尊厳を認めると共に、コミュニティの自助努力が不可欠となる。2003年度の調査で事例として取り上げたアジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）の事業「人間の尊厳イニシアティブ」の関係者によると、政府は貧しい人々を「お金や食べ物をあげる対象」とみなし、貧しい人々は政府を「自分達にお金や食べ物を恵んでくれる人」をみなす傾向が強く、その意識を変えることが重要であると話していた。

人間の安全保障を必要としている状況において「保護」と「能力強化」、および両者の連携を促すためには、政府の信頼を得ている機関（国連機関、先進国政府援助機関、等）が、政府に対してコミュニティの状況やそれに取り組むことの重要性を理解させるファシリテーターの役割を果たす必要がある。またコミュニティに根ざした組織（CBO）やNGOが、コミュニティの自治能力の向上に繋がる自助努力を促すファシリテーターの役割を果たすことも期待される。ここに、相手国政府、コミュニティ、国際機関、先進国政府援助機関、NGOを始めとする民間セクターによる、セクターを超えた連携の必要性がある。しかし、その連携は常に一緒に取り組むことを意味するのではなく、課題の重要性や目標を共有し、それぞれの役割を認識し、生かし合うことが重要である。特に、以下のような場合、セクターを超えた連携が求められる。

⁸ 2003年12月2日に開催されたシンポジウム「安全保障の今日的課題」での発言の要旨。

政府が関与しにくい課題への対応

エイズに関しては、昨今、特に感染率の高い国の政府はその重大性を認識し、具体的な対策を講じている。国連合同エイズ計画（UNAIDS）の働き掛けもあって、地域を問わず感染の深刻な国で、中央および地方に、省庁を横断したエイズ委員会も組織されている。しかし、対応を必要としているグループの性格によっては、政府が対応を避けている事例、もしくは政府が対応しにくい事例もある。特に、違法性と関わる静注薬物使用者（IDU）や性産業従事者、文化的にタブー視されがちな男性同性愛者（MSM）や女性の HIV 感染者を対象とする活動に、政府が直接関わることは難しく、NGO の関与が必要となる。こうした場合、コミュニティに根ざした活動を実施している機関との連携なくしては、効果的な対応は難しい。一方、政府の関与なくしては、根本的な解決に繋がらない。

例えば、タイの WHO の事業では、IOM がファシリテーターとなり、移住労働者の公的保健サービスへのアクセスを改善することを目指している。その際、同じ国籍の外国人をヘルスワーカーとして養成し、情報を各民族の言語で提供する他、タイ人のヘルスワーカーや政府関係者を対象に移民の保健や人権についてのセミナーを開催し、移住労働者に対する偏見を取り除くことを狙っている。しかし、非登録移住労働者は、公的医療機関で不法入国、超過滞在の事実が発覚し、本国に送還されることを恐れ、アクセスしようとならない。同事業が実施されているサムッサコンでは、ラックス・タイ財団が世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）の資金を使って移住労働者に対する保健サービスを提供している。彼らは、まず移住労働者がどんなことでも相談に来られるドロップイン・センターを 4 つ設け、同じ民族の医師による診療と問診を行っている。ドロップイン・センターでは、普通校に通えない移住労働者の子供を対象に授業も実施している。

人間の安全保障基金の事業も NGO の事業も、最終的には、移住労働者に配慮した医療保健制度を構築することを目指している。しかし、その際、移住労働者の「違法性」が大きなネックになる。理想的には、全ての外国人労働者が在留資格を取り、その資格と負担に見合った公的サービスを受けることが求められる。しかし、実際には、非登録就労者は外国人労働者の半数を占める。こうした「違法性」のある人々に対して政府が直接関わるには、明らかに限界がある。また、NGOの方が移住労働者のニーズや問題を把握し、彼らの参加を得ながらサービスを提供する点では長けている。従って、NGO との連携が不可欠と言えるだろう。我々が訪問した時点では、まだ政府と NGO との連携は進められていなかったが、関係者は、今後連携の可能性を探りたいと言っていた。

タイでは、外国人登録をしている移住者は、居住区で指定されたヘルスケア・センターで 1,900 バーツの登録料金を支払えば、1 回につき 30 バーツで誰でも診療を受けられる。こうした国籍を問わず、貧困層が支払い可能な医療費を設ける政策は、移住労働者に対する保健サービスの提供を国の制度に組み込む上で重要な制度と言えるだろう。

う⁹。しかし、欠勤すると即解雇されるという労働条件にあつては、体調が悪くても医療機関に行きにくく、手遅れになるケースも多々見られるという。脆弱な人々の権利を最低限保障する法整備なくしては、真の意味では人間の安全保障を達成できないと言える。

厳しい生活条件の自国を離れ、不法に移住した人々の場合、その出身国政府も、さらには受け入れ国政府も、彼らを保護する責任を認めないことが多い。この場合、一時的には、「違法性」と関係なく、人間の尊厳を守るために活動を展開する NGO が単独で「保護」と「能力強化」を進めることになるかもしれない。しかし、より真の意味での「人間の安全保障」を実現するためには、国際社会が非登録外国人の出身国に状況の改善を求める、あるいは滞在している国に「保護」を求めるといった働き掛けが不可欠となるだろう。その際、相手国政府の信頼を得ている機関の役割が重要となる。

現場と政策形成をつなげる

人間の安全保障を具体化するためには、現場に合った制度設計が必要となる。ジンバブエの UNIFEM の事業は、前述の通り、政策枠組みを現場で施行することを試みたものである。ジンバブエ政府はジェンダー平等を重要課題の 1 つとして取り上げている。しかし、エイズ政策には十分ジェンダーの視点が反映されていなかったため、エイズ政策に関わる行政官に対して啓蒙活動を行うと共に、ジェンダー・エンパワーメント・ゾーンと称するパイロット事業を実施し、エイズ対策にジェンダーの視点を取り入れる効果を実証しようとした。その実施に際しては、地方政府の指導者の理解を得て、その指導者から住民に対して趣旨説明を行い、住民の参画を促した。現場では、UNIFEM のフィールド・コーディネーターが UNIFEM と地方政府、および実施機関間の調整を行ったが、政府においてもプロジェクト・コーディネーターが任命され、本事業に目配りをしてきた。また、事業の実施には、ジンバブエ大学の学者と 3 つの NGO が関わり、それぞれ専門的な技術を提供した。

この事業で、UNIFEM は事業のファシリテーターとしての役割を担っており、地方政府は住民を動員する役割を担っていた。本事業は、概ね政府の了承を得た政策枠組みにおいて実施されたものであったため、地方政府、住民、NGO、国際機関の参画が比較的スムーズに進められたと言える。また、パイロット事業を実施するにあたり、中央政府関係者への啓蒙活動と同時並行に進めることは、効果的なアプローチだったと言えよう。但し、本事業を通して抽出された課題が中央の政策に反映されたかは定かではない。

南アフリカの UNDP の事業では、ディストリクト¹⁰が個別に実施されているエイズ諸政策の調整機能を高めると共に、エイズ対策にコミュニティを参画させることを目

⁹ 但し、実際の医療費は一人一回の診療に当たり 1600 パーツかかるとされており、不足分は病院の負担となっている。サムツサコンの保健局のスタッフからは医療の質の低下を懸念する声が聞かれた。

¹⁰ 南アの行政府は、国、州、地方から構成されており、地方行政では、いくつかの地方政府 (local municipality) とその集合体であるディストリクト政府 (district municipality) から構成されている。

指している。その際、ディストリクト政府内に NGO デスクを設け、NGO や CBO との連携を進めようとしている。

今後、政府が対応する必要性を認識していなかったコミュニティの諸課題について、国連や二国間援助機関がファシリテーターの役割を果たし、政策の策定・変更に繋がった事例をさらに研究する必要がある。また、そういった既存の事例がなければ、コミュニティに見る課題を解決するに当たり、「人間の安全保障アプローチ」をどのように応用しうるのか、実際に関係者の参加を得て検討することも意味があるだろう。

課題

セクター間の価値観の違い

一般的に、政府は公平性を重視するため、きめ細かい対応はできないと言われる。一方、コミュニティに近い組織（住民組織、NGO）は、公平性を基準にすると対応できない、個別ニーズに対応しようと言われている。国連関係者、政府関係者、NGO 関係者には、こうした機能や役割の違いに起因する価値観の相違が見られた。例えば、何をもって成果と考えるかにも違いが見られる。タイの WHO の事業を通じて、地方行政官が目指している成果は、3つのタンボン¹¹のビルマ人 25,000 人が保健サービスにアクセスできるようになることと言う。それに対して、極端な例ではあるが、UNDP の事業に関わった NGO スタッフは、一人でも助けることができれば、その事業は成果があったと評価すると述べていた。また、「自立発展性」を例に取っても、政府関係者は政府が関わることで自立発展性に繋がると言い、NGO はコミュニティの人々に能力が付くことであると言う。また、政治も行政も、短期間での成果を求め、効果よりも効率を重視しがちであるとの指摘も聞かれた。

こうした価値観の違いがセクターが連携して人間の安全保障を推進するためには、国連機関や政府が、どの程度「能力強化」を支援しうるか具体的に検討する必要があるだろう。能力強化には、継続性が必要であると同時に、ある程度の非効率を認めざるを得ず、その評価に際しては、定性評価が重要となる。また、NGO は保護を強化するためには、政府の納得する論理を持つ、もしくは政府の信頼を得ている国際機関、政府機関や個人と日頃から関係を構築し、政府に対する働き掛けも進める必要があるだろう。

プロジェクト・サイクルにおける実施機関の位置づけ

一般的に、国連の事業でも、二国間援助でも、事業のコンセプトが決まってから、その実施機関を競争入札で選ぶ。しかし、人間の安全保障を具体化するためには、事業のコンセプトを作る前に、対象とする地域の地方政府や住民と共に、問題の分析や進

¹¹ タイの地方行政政府は、チャンワット（県）、アンブー（郡）、タンボン（行政区）、ムーバーン（村）で構成されている。

め方を検討するプロセスが極めて重要となる。

NGO は多くの場合、長年、特定の地域で事業を実施してきているため、同地域で事業を実施する場合は、既にその地域の状況を把握している。しかし、新規に事業を実施する場合、プロジェクト・サイクルに上記の住民との関係構築や住民の意識の醸成、問題分析を入れることが不可欠となるだろう。

このように、事業の申請書とりまとめのプロセスから、実施機関を巻き込むためには、競争入札とは違うプロセスを検討する必要があるだろう。なお、タイの UNDP の場合は、入札を経ず、「協力」という枠組みで実施機関を決めたとのことである。

(2) ジョイント・プログラミング

「ニーズに基づく安全保障」には、人々が直面している、もしくは将来直面する可能性のある脅威の原因やその脅威の相互関連性に目を向けることが求められる。それゆえに、その対応も、多様な活動を通じて、脅威に対する人々の総合的な抵抗力を高めるものである必要がある。人間の安全保障事業を実施する際、そうしたさまざまな活動を調整することが課題となる。

人間の安全保障の事業には、それぞれ強みや専門性を持つ多様な組織の参加が求められる。それと同時に、事業を効果的に実施するためには、事業の目標や目的についての共通認識を持ち、相互に調整し合うことが求められる。

国連機関の政策および事業の実施に一貫性を持たせ、効率化を図る必要性については、1970 年代から指摘されており、いく度となくジョイント・プログラミングや現場での協調についても議論されてきている。2006 年 2 月には、コフィ・アナン国連事務総長（当時）によって、「開発・人道支援・環境分野の国連システムの一貫性に関するハイレベル・パネル」が設置され、国連の一貫性を高めるための方途を探った。同パネルは、2006 年 11 月にアナン国連事務総長に報告書“Delivering as One”（「一体となった任務遂行」）を提出し、具体的に One UN というイニシアティブに結びついた。

エイズの分野では、1981 年に初めてエイズ患者が発見されて以来、WHO が中心となってエイズ対策の国際協力を進めてきたが、1990 年代半ばに至り、HIV 感染の世界的な拡がりや感染が及ぼす社会的、経済的影響の大きさから、国連システム全体の取り組みを強化することが求められるようになった。また、WHO と並んで、UNICEF、UNDP、世界銀行等の国際機関もそれぞれの活動の中でエイズ対策を推進しており、それらの活動の重複、非効率化を避けるため、調整の必要性が認識されるようになった。こうした背景から、1996 年 1 月に UNAIDS が発足した。UNAIDS は、1999 年に、各国連機関の代表者で構成されるエイズに関するテーマ・グループを全世界で 132 組織し、国連機関間およびその他のパートナー機関との協調を図っている。

その後、エイズ問題は国際的な政治課題と化し、2000 年九州・沖縄 G8 サミットでも議題に取り上げられ、2001 年には国連エイズ特別総会が開催され 5 カ年のコミットメ

ント宣言が採択された。G8 サミットでの議論や世界的な潮流に後押しされ、2002 年には、世界エイズ・結核・マラリア対策基金が設立され、政策レベルのみならず、実質的にエイズを始めとする世界の三大感染症対策を支援する国際的な資金や、それを効果的に活用するための機構作りが急速に進められるようになった。2003 年から 2005 年にかけては、UNAIDS と WHO が、2 年間で 300 万人に低・中所得国の HIV 感染者・患者に抗レトロウィルス薬（ARV）を提供するイニシアティブ「3 by 5」を推進した。こうした一連の流れにより、1990 年代に比較すれば、格段に三大感染症対策資金が増え、途上国において ARV 治療を受けられるようになった人の数も劇的に増えた。しかし、2005 年末時点で、治療を必要としている人の半数に当たる 150 万人以下に留まり、いまだ資金需要ギャップがある。

今日課題とされているのは、単に国連システム内だけではなく、エイズ対策に携わるさまざまなセクターの協調を高め、急増したエイズ関連資金の効果的な使い方、説明責任のメカニズムを構築することである。2004 年 4 月には、UNAIDS と英米両国が「3 つの統一（Three Ones）」を打ち出した。ここでは、一国に 1 つのエイズ政策枠組み、1 つの調整機構、1 つのモニタリング・評価システムを構築し、さまざまなプレーヤーにその原則に従うように働き掛けている。また、UNAIDS、英国、フランス、米国を始めとするドナーの間で、エイズ関連資金供給メカニズムの一本化、簡素化および協調の必要性に対する認識が高まり、グローバル・タスク・チームが組織され、2005 年 5 月に報告書が提出された¹²。そこでは、さまざまな機関が、各国の年間エイズ優先行動計画の策定、実施を支援することを通じて、支援対象国の包括的なリーダーシップやオーナーシップを醸成することが提案されている。また、国連機関については、特に、現地コーディネーター、UNAIDS の各国コーディネーター、そしてエイズ・テーマ・グループ議長間の連携を強化し、各国にエイズに関する国連合同チームを発足させ、エイズに関する統一された国連プランを策定することを提案した。また、国連と世界基金による合同問題解決チームを創設し、各国内での両者の役割分担を明確にすることが提案された。

エイズ分野では、HIV 感染が拡大する要因とその流行が社会に及ぼす問題領域、また求められる活動領域が広いこともあり、さまざまな機関が活動を展開している。その結果、より効果的な対応を進めるために、諸機関間の協調の必要性が認識され、具体的に上記のような取り組みが進められるようになった。こうした取り組みは、人間の安全保障基金がガイドラインで推進している「各機関の取り組みの統合が推進されること」に繋がる。しかし、人間の安全保障では、対象コミュニティのさらされている状況に即したさまざまな取り組みの統合が求められる。つまり、ニーズに基づくジョイント・プログラミングである。これはさらに、現場で大きな課題をつきつけている。

国連には、エイズ・テーマ・グループを実務面で支援するスタッフ・レベルのテクニ

¹² UNAIDS, “Global Task Team on Improving AIDS Coordination Among Multilateral Institutions and International Donors, Final Report,” 14 June 2005, http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1125-GlobalTaskTeamReport_en.pdf.

カル・ワーキング・グループが組織されており、定期的に会合を開いている¹³。タイの同グループは、国連機関間および政府諸機関との調整を進めているが、NGO との連携は取っていないという。同グループでは、活動の重複を避けるためにジョイント・プログラミングの可能性について議論しており、共同戦略計画を検討中とのことであるが、2005年12月時点では、まだ実施されていなかった。

国連におけるジョイント・プログラミングが難しい理由としては以下が挙げられた。

国連諸機関のマンデイトと細分化

国連機関はそれぞれマンデイトに従って活動を行っており、その枠の中でプログラムを考え、実施している。さらに、成果主義と資金不足によって、マンデイトを超えたプログラミングという発想を持たなくなっているとのことである。但し、タイの場合は、資金が限られているため、逆に国連機関間が協力する必要性は認識されやすいとの意見も聞かれた。

多くの場合、国連機関は、各国政府からの要請を受けて技術支援を提供している。その場合、各国政府の縦割り意識もジョイント・プログラミングを妨げる原因となるだろう。エイズ対策においては、アジア、アフリカのほとんどの国で中央、地方レベルに省庁や部局を横断した委員会が設立されている。しかし、縦割りを乗り越えることは極めて難しい。タイでは、以前は保健省から各省庁に追加予算が配分されていたが、現在は通常の各省庁予算からエイズ対策予算を捻出するようになったため、各省庁のエイズ対策への関心が薄れてきていると言う。

また、マンデイトを超えた発想を持ち、他の国連機関のスタッフと共同でプログラミングを行うことを後押しするためには、そうした「共同」事業で各スタッフが自分の職域や地位が脅かされると感じないようなメカニズムが不可欠であるとの指摘を得た。なお、タイのUNDPの事業では、事業開始後、実施NGOから移住労働者に対するエイズ予防活動の必要性が伝えられ、それに対する支援を求められたが、移住労働者に対する支援がUNDPのマンデイトにはなかったため、移住労働者支援をマンデイトとする国際労働機関（ILO）のスタッフ（テクニカル・ワーキング・グループのメンバー）に情報を提供したという。現場で自分のマンデイトにないニーズが浮上した際に、他の国連機関に伝達し、その機関がその新たなニーズへの対応を支援できるようなメカニズムが必要と言えよう。

資金のあり方

上記の通り、エイズ対策においては、現地の国連諸機関の代表レベルとスタッフ・レベルに、組織間の協調を進めるための機構が設けられている。しかしながら、協調から一歩進んで、新規に共同で事業を企画するまでには至っていない。各機関にはジョイン

¹³ 同様のワーキング・グループは人身取引と環境問題に関しても、組織されている。

ト・プログラミングのための予算はなく、それぞれの機関が各機関の限られた予算で活動を進めており、両者が資金を出し合って共同で事業を実施することを期待するのは非現実的である。また、既に割り当てられた仕事への対応だけでも手一杯であるため、それに加えて、新規に事業を企画する意欲がなかなか出てこないという。しかしながら、国連スタッフからは、人間の安全保障基金が設けられていること自体が、ジョイント・プログラミングを奨励する上で極めて重要であるとの指摘を受けた。また、UNAIDS は、2000 年にエイズ・テーマ・グループがエイズ対策の円滑な実施を促すための資金としてプログラム促進基金（PAF）を作った。タイでは、この基金に年間 10 万ドルが充てられており、新しい分野で事業を実施する際のシードマネーとして使われている¹⁴。ジョイント・プログラミングを奨励するためには、そのための資金と日頃からの国連機関スタッフ間の情報交換が不可欠と言えるだろう。

現場レベルでの調整

通常、国連機関は相手国政府からの要請に従い、政策レベルで活動を行っている。一般的に政府の政策枠組みに全てのコミュニティのニーズを反映させることは不可能であり、また政府は分野ごとに担当省庁が決まっていて、分野を横断した政策を作成、実施することは難しい。

しかし、タンザニアの UNICEF の事業では、国連機関や地方政府が、そうした課題に効果的に対応しているように思われた。タンザニアとブルンジ、ルワンダとの国境地域には、難民キャンプが 4 つあり、キャンプでの活動のために関連国連機関が各マンデイトに従って共同で難民支援を実施してきた。また、そうした活動スタイルに合わせ、現地事務所は、平屋の建物に関連機関が全て入っており、スタッフがキャンプ以外の事業についても日頃から意見交換を行っている。その結果、UNICEF が同地域で支援している COBET センターでは、食事をとるためにお金を稼ぐことが授業を欠席する大きな理由であったことを踏まえて、WFP の現地スタッフと協議し、同センターでの給食の提供を始めた。WFP は以前から学校給食を進めていたが、正規の学校ではない同センターへの提供は、現場での現地スタッフ同士の意見交換で実現したといえる。しかし、こうした現場のニーズに則した形での連携は、難民キャンプのように、複数の国連機関が現地事務所を構え、同じ人々を対象に実施しているような事業でない限りは難しい。実際、調査を行った他の国では余り一般的ではないようであった。インタビューした NGO から示された、コミュニティのニーズをきちんと踏まえずに、同基金のガイドラインにあるような「事業の立案及び実施に際し複数の国連機関が参画することが望ましい」という枠をはめてしまうことへの懸念も踏まえ、現場のニーズに応じた連携、ジョイント・プログラミングが可能な機構を検討する必要があるだろう。全ての事業実施地に国連合同現地事務所を設けることが不可能であるならば、例えば、現地の NGO 等と情報

¹⁴ グローバル・タスク・チームの提言では、国連諸機関とシビル・ソサエティから構成されるワーキング・グループを組織し、同基金をよりの確な技術支援を提供するために活用することが提案されている。

ネットワークを構築し、現場のニーズを国連機関内のアジェンダに載せるといった機構が必要となるだろう。

また、UNIFEM の事業でも見られたように、たとえフィールド・コーディネーターが NGO の活動を調整する役割を担っていたとしても、NGO 同士が自ら連携して活動を行うことは稀である。同事業に関わっていた NGO の代表者の話によれば、包括的な事業を効果的に実施するためには、中心的な機関（この場合は UNIFEM）が、事業のデザインの段階から、実施機関を集め、事業の目標や目的を共有する機会を設けることが重要であると言う。NGO は自分達の使命、哲学に従って、自分達のやり方で事業を行っている。やり方やアプローチは、各組織の存在価値にも直結しているため、他組織に合わせることはできない。しかし、共通の目標に向けて、相乗効果を高めるためにも、それぞれの役割を理解する必要はあるだろう。

また、NGO や CBO が、多様なニーズに対応した保護と能力強化のアプローチを取るためには、複数の省庁や部局と協力しなければならない。例えば、タイでエイズ関連事業を実施する場合、保健省（局）のみならず、社会開発・人間の安全保障省（局）、時には教育省（局）とも連携する必要があるだろう。しかし、省庁や部局の縦割りが邪魔をして、連携するのに時間がかかってしまうとのことである。エイズや移住労働者の分野では、省庁・部局を横断した委員会が政府や国連内に作られてはいるが、コミュニティから出てきたニーズに対応できる余裕や柔軟性は持っていないのが実状のようである。人間の安全保障アプローチが政府の参画を重視するのであれば、各国政府の縦割り行政をいかに克服しうるか、国連機関だけでなく、各政府機関のマンドイトを超えたニーズに対応するメカニズムをいかに構築するかも課題となる。

3. 人間の安全保障事業の評価

人間の安全保障アプローチのイメージとその付加価値を理解する上で、人間の安全保障事業の評価制度を構築することが1つの重要なステップとなる。日本国際交流センターは外務省の委託を受けて、2006年初頭に「人間の安全保障基金の評価制度の整備に向けた保健・HIV/エイズ案件に係わる調査業務」を実施した。本章では、同調査結果に基づき、主要な点につき述べたい。

(1) 評価の目的

評価は、その目的によって、そのデザインが決まってくる。従って、まずは評価の目的を定めることが重要となる。一般的に終了時評価や事後評価の目的は、助成機関や実施機関が、その活動のインパクトを把握し、その後の助成および事業の優先課題や重要課題を明確にすることとされる。これは、人間の安全保障事業の評価においても同様である。

しかし、人間の安全保障事業の究極的な目的が、個人およびコミュニティのさまざまな脅威に対する抵抗力を高めることであるならば、人間の安全保障事業の評価は、対象コミュニティの抵抗力を強化するプロセスの一環として捉えられるべきであろう。言い換えれば、人間の安全保障事業の評価は、対象となる人々が、自分たちの将来戦略を立案するのに役立つべきである。なお、その将来戦略は、コミュニティが自ら実施する場合もあれば、外部の協力が必要となる場合もあるだろう。

さらに、「人間の安全保障」という概念に対する理解がいまだ不十分である現状を考えれば、評価結果は、人間の安全保障アプローチとは何か、そのアプローチを取ることに伴う付加価値は何か、各課題の改善にどのような効果を持ちうるのか、といった議論を喚起するツールとして生かされるべきだろう。その場合、評価結果の一部は公表されることが望まれる。

(2) 人間の安全保障評価の柱

人間の安全保障基金事業の価値および評価は、そのガイドラインや人間の安全保障委員会の報告書から、以下の通り定義できる。

価値

- 人間の安全保障に焦点を当てる。

- 人間の生にとってかけがえのない中枢部分を守り、すべての人の自由と可能性を実現する。

目標

- 人々の生存や生活、尊厳に対する脅威のインパクト、あるいは生存や生活、尊厳が脅かされるリスクを軽減する。
- 対象となる人々の相互関連性のある脅威への対応能力、もしくは予防力を強化する。
- 対象となる人々を保護する機構（組織・制度）を強化する。

上記の価値と目標、評価の目的を踏まえ、人間の安全保障基金事業の評価は以下の4つの点に焦点を置く必要があると考える。

1. 人々の総体的な脆弱性が軽減された度合いを評価すべき。
2. 保護と能力が強化された度合いを評価すべき。
3. 人間中心の評価であるべき。
4. 人間の安全保障の概念の発展と普及への貢献度を評価すべき。

総体的な脆弱性が軽減された度合いを測る

人間の安全保障基金で支援されている事業の目標の1つが、個人やコミュニティが日々さらされている相互に関連した複数の脅威に対応できる能力を高め、またそうした脅威を予防する能力を強化することであるならば、同事業の評価も、その事業が対象コミュニティの脅威の相互関連性をどの程度把握し、対応できたかを基準とすべきであろう。さらに、対象コミュニティが、事業によって、脅威に対する抵抗力をどの程度強化することができたかが評価基準となるだろう。

保護と能力強化を測る

保護の機能がどの程度強化されたかは、各行政レベルにおいて法律・条例が新たに制定されたか、現行の法制度が改正され、対象となる人々の権利保障がより強化された、もしくは脅威に対する脆弱性を軽減するためのサービスへのアクセスがより保障されるようになったかを分析することで評価できる。

また、法制度の変更に至らなくとも、地域社会の政治的もしくは伝統的指導者の間で、地域住民を保護し能力強化する責任意識が高まり、地域住民も自ら能力強化を通して脅威に対応するための自助努力が高まるといった、意識や姿勢の変化が生じることも評価指標となる。さらに、地域住民とその政治もしくは伝統的指導者との関係が従属的な関係からどれだけ脱却できたか、あるいは相互に尊厳を認め合う関係になったかも評価指標の1つとなるだろう。

一方、能力強化の指標は「エイズ分野の人間の安全保障事業の特徴」で示したように

さまざまである。評価は客観的かつ定量的であるべきとの考え方が一般的であるが、もしも人間の安全保障基金の事業評価が、対象コミュニティの能力強化および将来戦略の形成に資することが求められるのであるならば、対象となる人々による主観的かつ定性的な評価も重要となる。例えば、どの程度、自分たちの脆弱性の原因に対する理解が深まり、それへの対処方法を知るようになり、自助努力が高まったか。また、対象となる人々の潜在的な能力を発揮する機会がどの程度増え、どの程度その機会を生かせるような環境が生み出されたかが評価の指標となる。環境の変化を見る際、制度設計に加え、その地域の文化的、心理的、経済的な障害がどの程度克服されたかを分析する必要がある。

人間の安全保障で言うところの能力強化と開発事業で求められる能力開発との違いは、「保護」の要素との相互作用が求められる点、換言すれば、能力強化に加え、その人々の尊厳や権利を保護する働き掛けや環境作りを通して脅威への抵抗力を強化することが目指される点といえよう。例えば、人間の安全保障事業で求められる能力強化では、能力開発をしたとしても経済活動に携わることのできない人であっても、尊厳を持って生活ができる権利を保障することが求められる。

人間中心の評価

人間の安全保障基金の価値が「人間の安全保障に焦点を当てる」ことであるならば、その評価もまた人間に焦点を当てるべきである。つまりは、企画書に書かれた個々の活動目標がどの程度達成されたかという成果も重要であるが、事業が対象とする人々やその家族の生活、地域社会全体への総合的なインパクトがより重要となる。また、日本国際交流センターの2003年の調査によれば、人間の安全保障事業では対象となる人々が主体的に活動に関わることが望まれ、参加型の立案・実施過程が重視される。従って、対象となる人々や地域社会が事業に参画した過程についても評価されるべきであろう。

人間中心の評価とは、評価そのものが事業対象者や地域社会に裨益し、評価計画からその実施、フォローアップに至るすべての過程で彼らを参画させることを意味すべきものとする。対象コミュニティが評価に携わることで、事業が終了した後でも、活動そのものへの関心が持続することが期待される。評価は、事業実施機関が今後の戦略を検討する際に役立つだけでなく、コミュニティが将来戦略を形成するためにも活用されるべきであろう。評価にコミュニティを参画させ、評価を彼らが将来に向けた戦略を作成するためのツールとして活用することは、彼らの能力強化に繋がると共に、事業に対するオーナーシップを高める。

評価はしばしばマクロレベルにおける変化を客観的に把握することで成果を測ろうとする。しかし、人間中心の評価では、個人や地域社会から得た、より主観的な評価に基づき、個人レベルで機会がどれだけ増え、関係者の意識や姿勢がどれだけ変化したかを把握する必要がある。

「人間の安全保障」という概念の発展と普及への貢献度を測る

国連人間の安全保障基金が目指す目標の1つは、その概念の普及と実践的知識の集積である。実践的知識としては、人間の安全保障に基づくアプローチがいかに現場で生かされるか、その付加価値と限界は何か、人間の安全保障を理念とした事業を効果的に実施する際に克服すべき課題は何かといった情報が含まれる。同基金事業の評価は、こうした実践的知識の集積に寄与し、人間の安全保障に関する新しい諸問題をめぐる国際的な対話に生かされることが求められる。

(3) 誰のための評価か

評価制度をデザインする場合、評価の目的について考えると同時に、誰のための評価であるかについても明確にする必要がある。国連人間の安全保障基金事業の評価によって裨益するグループとしては、対象となる地域社会、実施機関、パートナーとなる NGO、CBO や政府、国連人間の安全保障基金、人間の安全保障の政策分野、を挙げることができる。評価の目的やその裨益者により、集めるデータやその活用方法も変わってくる。

もしも同基金の管理・運営や将来支援する事業の管理・実施方法を改善することを目的とするならば、審査や承認に要した時間、対象地域のニーズ変化への対応の速さといった効率性が評価指標の1つになるだろう。また、同基金や国連機関が認めた変更点について、実施機関がどれだけ柔軟に対応できたかも評価ポイントとなる。対応できていなければ、それを促すための支援（資金、技術）のあり方を検討する必要がある。活動項目ごとに掲げられた目的の達成度、対象コミュニティの人間の安全保障へのインパクトから、事業で取られたアプローチの効果を評価することも、事業の管理・実施方法を改善する上で役立つだろう。

対象コミュニティに裨益する評価であるならば、活動項目ごとの目的の達成度に加えて、コミュニティの脆弱性への総合的なインパクト、そのインパクトの持続可能性を評価することが重要となる。また、事業の承認やニーズ変化への対応の遅れが対象地域内や関係者間の関係性に及ぼす影響や、地域の安全に及ぼす負の影響も評価指標となりうるだろう。

もしも、人間の安全保障に対する理解を促進することを目的とした評価であるならば、人間の安全保障アプローチの効用を見極めることが重要となり、脆弱性に対するインパクトにおいて、他のアプローチを採った事業とどのような違いがあったかに焦点を置くことになるだろう。

(2) 評価をいかにデザインするか

開発協力の分野では、一般的に、経済協力開発機構（OECD）の開発援助委員会（DAC）

が定めた5項目、すなわち妥当性、効率性、有効性、インパクト、自立発展性が評価基準¹⁵として使われている。この5項目は人間の安全保障事業を評価する際にも有用と思われるが、人間の安全保障事業を評価する場合は、その評価する視点に以下の特性があると考えられる。

①妥当性：

開発インターベンションの目標が、受益者の要望、対象国のニーズ、地球規模の優先課題及びパートナーやドナーの政策と合致している程度。

人間の安全保障基金のガイドラインでは、最も脆弱な人々を対象とすることが奨励されている。従って、人間の安全保障基金事業では、事業が真に脆弱な人々のニーズを反映していたかが重要な基準となる。また、政治的状況も十分配慮していたか、政治的な支持を取り付けられたか、もしくは政治的指導者のその課題の重要性についての理解を促進したかも基準となる。従って、対象地域を選び、その地域のニーズを特定する際、政治状況の影響とその地域の特徴を分析し、対象地域の選定プロセスを明らかにしておく必要がある。

また、事業の活動内容が、実施機関やコミュニティの実施能力に見合っていたか、必要な技術支援を盛り込めていたかも事業の妥当性を見る上では重要となる。

人間の安全保障事業は政治・社会状況が絶えず、しかも時に急激に変化する中で実施されることが多い。そうした変化する状況の中で、事業が妥当であったかを評価するためには、実施期間中にニーズや政治・社会状況の変化がどのようにモニターされ、そうした変化に応じて事業の目標や活動内容がどのように軌道修正されたかも検証する必要がある。

②効率性：

資源及び(又は)インプット(投入：資金、専門技術・知識、時間など)がいかに経済的な結果を生み出したかを示す尺度。

通常、効率性は事業実施期間中のインプットに対するアウトプットによって測られる。また、それはしばしば金銭的なインプットを基準にアウトプットを評価することが多い。

人間の安全保障基金は緊急事態もしくは人道援助活動に直接資金を出すことはないが、緊急事態直後、もしくは何の手だてもしなければ深刻な危機的状況に陥る、緊急性が高く、変化の激しい状況を支援対象としている。従って、申請書の承認に時間がかかれば、実施する段階になって再度状況分析をしなくてはならなくなる。さらに、申請書執筆のプロセスで巻き込んだ対象地域コミュニティの人々の参加意欲を殺ぎ、再度関係構築を図らなければならない。人間の安全保障事業の効率性を測る際、こうした審査・承認過程での人的、時間的、資金的なインプットも考慮するべきだろう。

¹⁵ OECD-DAC 援助評価作業部会、「評価と援助の有効性：評価および結果重視のマネジメントにおける基本用語集」より引用。

また、ニーズの変化や政治的・社会的状況の変化が必然的であるのであれば、その事業がどれだけ変化に柔軟に、かつ迅速に対応したかも効率性として評価すべきだろう。柔軟性と対応の迅速性を評価する際には、事業開始後、事業担当者や関係者が変更の必要性にどれだけ早く気づき、迅速に対応したか、また、国連機関内や UNOCHA において、その変更を承認するまでの時間が指標となるだろう。

③有効性：

開発インターベンションの目標が実際に達成された、あるいはこれから達成されると見込まれる度合いのことであり、目標の相対的な重要度も勘案しながら判断する。

一般的に言われるように、有効性は事業目標がどれだけ達成されたかによって測られる。現時点で人間の安全保障基金の申請書では一般的ではないが、今後、申請書の中で、事業目標が明示され、また、その目標がどの程度達成されたかを測るための指標が示されていることが望まれる。その際、特に、保護と能力強化の観点から目標や指標を定め、対象コミュニティの脅威に対する総合的な抵抗力がどの程度強化されたのかを評価することが重要である。評価手法としては、公表されている調査や国勢調査によって統計の変動を見る、その事業の実施前後に調査を行う、関係者代表との会合やインタビュー、対象コミュニティにおいて観測を行う、等が挙げられる。

また、人間の安全保障事業では、多様な脅威への抵抗力を高めることが目標となるため、その効果的な実施にあたっては、さまざまな活動やパートナー機関を調整し、事業全体の進行を促す強力なファシリテーターやコーディネーターが不可欠となる。従って、この人物の果たした役割が、もうひとつの有効性を測る指標となる。また、その他の関係者、国連機関の担当者、実施機関、地域の指導者、対象コミュニティの住民自身が事業の目標をどの程度共有し、それを達成するために各々の役割をどの程度果たしたのか評価すべきであろう。

人間の安全保障基金が人間の安全保障アプローチの有効性（付加価値）を広めるためのツールであるならば、成果や対象地域に与えるインパクトの面で、別のアプローチを取る事業とどのような違いがあったのか分析することも、事業の有効性を測る 1 つの視点となると考える。

④インパクト：

開発インターベンションによって直接または間接に、意図的にまたは意図せずに引き起こされる、肯定的、否定的及び一次的、二次的な長期的効果。

この事業のインパクトは、対象となる人々の脆弱性が軽減された程度によって測るべきだろう。人間の安全保障事業では、脅威の相互関連性に着目するため、単に重点的な脅威（例えば、エイズ、医療保健サービスや教育機会へのアクセス、不十分な収入）に対する脆弱性だけではなく、対象コミュニティのその他の脅威に対する総体的な脆弱性へのインパクトも測るべきである。

また、人間の安全保障基金の事業では、個人、地域社会、組織レベルで、多岐にわたる変化をもたらすことが目指される。従って、インパクトを評価する際は、対象となる人々の脆弱性だけではなく、態度、物の見方、関係性、組織といったさまざまな面での変化に注目する必要があるだろう。なお、保護がどの程度強化されたかを測る上でも、単に対象コミュニティだけではなく、地方や中央の政府指導者、事業の実施に携わっている NGO や国連機関のスタッフの変化も見ることがある。態度や物の見方に対する評価は個人的領域にも踏み込むことになるため、自己評価や評価対象となる人々同士による評価が有用と思われる。評価への参画を通じて、評価対象者自身が自分たちの行動や考えをコントロールするようになり、能力強化にも繋がると考えられる。

事業を通して、関係者の関係性に変化が生じたか、あるいは新しい関係性が生まれたかもインパクトの指標となる。評価者は、対象住民（例えば、女性、HIV 感染者・エイズ患者、ストリート・チルドレン、等）と同じ地域のほかの住民との関係がどのように変わったかを見る必要がある。また、本来保護する責任を持つ人々（政府や地域のリーダー等）と能力強化が図られるべき人との関係性にも着目すべきである。

さらに、人間の安全保障事業の評価では、事業が人間の安全保障という概念やそのアプローチの理解に役立っているかについても評価すべきである。これは、利害関係者に対して、事業を通して、人間の尊厳や権利に対してどの程度認識や理解が深まったか、また彼らが直面している諸問題が多面性を持っており、相互に関連していること、他のセクターとの連携の重要性や保護と能力強化双方のアプローチの必要性についての認識がどの程度深まったか、といった点が含まれる。これらは、インタビューを通じて評価できるだろう。

⑤自立発展性：

開発インターベンションの終了時における、開発インターベンションによる便益の持続性。長期的便益が継続する見込み。時間の経過に伴う純益の流出というリスクに対する回復力。

人間の安全保障事業の究極的な目標は、個人や地域社会がさらされている脅威、さらには、将来的な脅威に対する抵抗力を強化することである。従って、事業の自立発展性は、事業を通して、単に人々や地域社会全体の脆弱性が軽減しただけではなく、どの程度その状態を維持できるか、すなわち抵抗力が強化されたかによって測ることができるだろう。どの程度抵抗力が強化されたかは、将来危機的な状況に陥った時にどの程度対応する能力を発揮できるかで評価できる。

人間の安全保障が保護だけではなく能力強化を強調していること、また、能力強化は短期間では達成し得ないことを考えれば、長期にわたって事業のインパクトに目を向けることが極めて重要となる。例えば所得創出活動を行う事例のように、事業のインパクトを持続させるためには、助成期間後も、所得創出活動そのものを継続しなくてはならない場合もある。そういった場合、評価者は、その事業が、対象住民に対して、その活動を継続する、もしくはその活動を次の活動に繋げる動機付けをどの程度与えたか、経

済活動に対する支援に至っては、持続可能な資金供給メカニズムを構築したかも評価指標となりうるだろう。また、政府がその事業の重要性を認識しているか、政策変更に帰結したかも、インパクトの自立発展性を測る指標となる。

事業の実施期間中およびその直後でも、事業のインパクトが持続する可能性を評価することはできる。例えば、対象地域のリーダーが地域のニーズを認識し、その対処方法を継続的に議論するよう、住民に働き掛けているかが1つの指標となるだろう。また、リーダーとコミュニティ自身が将来の方向性を具体化するための戦略を持っているか、あるいはその方向性や戦略が住民の間で共有されているかも指標となるだろう。地域の将来的な安全を保障する上で、関係者がそれぞれどのような役割を果たすべきか認識していることも評価するポイントになると考える。

おわりに—提言

以上、エイズ分野における人間の安全保障基金事業の事例を通じて、人間の安全保障という視点から現場を見たとき、エイズに伴う脅威がほかの脅威とどのように関連しているのか、その脅威に対する人々の抵抗力を強化するための戦略はどうあるべきか、また人間の安全保障事業の評価のあり方について述べた。今後、さらに人間の安全保障アプローチを推進する上で、以下を提言したい。

人間の安全保障事業の効果的な実施に向けて

- **【保護と能力強化の統合】** 保護、能力強化のいずれかに焦点を当てた事業は多い。また、2つのアプローチを取る事業においても、双方が別々に扱われる傾向がある。保護と能力強化、2つのアプローチをより統合させる必要があるだろう。その時、重要な視点は、「保護」とは、「能力強化」が可能となるような環境を醸成することであると捉えることである。その中には、法的・制度的な措置を講ずることも含まれるが、実際に、その措置が実効性を持つためには、その実施に関わる全ての関係者に対して、状況に応じた追加的な技術支援、啓蒙活動等が必要となる。今後、2つのアプローチをより統合させるための企画のあり方や両者の接点についての分析が必要となるだろう。
- **【ファシリテーターとしての国連の役割】** セクターや組織による価値観の違いは、その存在意義とも結びついており、共通の価値観を持つことは難しい。また、時に、他のセクターの価値を否定するかのような価値を持つこともある。こうした価値観の違いを乗り越え、協力関係を構築するためには、少なくともコミュニティの脅威に対する認識を共有することが求められる。その際、政府から正統性を認められている国連の果たす役割は大きい。国連がセクター間のファシリテーターの役割を担い、対応に必要な専門性を持つ各セクターの諸機関間の相互理解を促進し、役割・責任分担を明確にすることが求められる。
- **【NGO/CBO の事業企画時での参画】** 国連が競争入札を通じて実施パートナー機関を採用することは、国連の拠出プロセスの透明性を向上させる上で重要である。しかし、事業の企画段階で、NGO やコミュニティから意見を求め、それが事業に反映されることで、対象コミュニティのニーズにより対応しやすくなり、また主体である住民のオーナーシップを醸成することができるようになるだろう。日常的にインフォーマルな形でNGO/CBO との情報共有を図ることが重要である。
- **【現地インフォメーション・ボードの設立】** 国連諸機関にはそれぞれマンデイトがある。現場で活動する諸機関から、マンデイト外の諸問題の情報を得た時に、それ

を他の国連機関と共有するためのインフォメーション・ボードの設立を提言したい。インターネットのアクセスが不十分な場所では、エイズ分野におけるテクニカル・ワーキング・グループのような、担当者レベルでの情報交換の機会を定期的に設けることも一案だろう。

- **【インパクトを持続させる追加資金】** 人間の安全保障基金が目指す保護と能力強化は時間を要すものである。同基金の資金的な規模による制約は当然あると考えられるが、効果のあった事業に対しては、小額でもインパクトを持続させる追加資金を供与することは検討に値するだろう。日頃から民間助成財団や日本大使館の草の根・無償資金援助（日本 NGO 連携無償）担当者等とも緊密に情報共有を図り、支援対象事業として紹介することも一案だろう。

人間の安全保障事業を評価する視点

- **【事業対象コミュニティを参画させる】** 人間の安全保障事業では、人間中心のアプローチを取ることが求められている。従って、その評価も人間に焦点を当てたものであるべきである。つまりは、対象となる個人やコミュニティが評価システムのデザインや実施過程で中心的な役割を担うべきであり、彼らの個人的なストーリーも評価の対象とされるべきであろう。そして、評価結果は、対象の個人やコミュニティが自分たちのニーズを認識し、将来的な方向性や戦略を考える際に、活用されるべきである。
- **【保護と能力強化の程度を評価する】** 人間の安全保障事業の評価においては、保護と能力強化、さらにはその相関関係を見るべきである。能力強化を測るためには、事業を通じて対象コミュニティの脅威への対応能力や予防力がどれだけ強化されたか、対象コミュニティ住民の考え方や姿勢がどの程度変わったか、さらには、どの程度、新たな機会や希望が生まれたかを評価する必要がある。多くの場合、その評価はコミュニティ住民の主観的な評価になるだろう。また、保護の程度は、保護に必要な法制度やシステムの構築といった観点のみならず、人々の能力強化を可能とする、もしくは創造された機会を生かす環境が生まれたかについても見る必要がある。
- **【過程そのものを評価する】** 評価の焦点が、事業対象の人々やコミュニティ、また関係者間の関係性に置かれるのであれば、アウトプットやアウトカムと同様に事業の実施過程そのものが重要となる。従って、評価ではアウトプットやアウトカムの達成度に加えて、対象コミュニティの選定、デザイン、実施に至る事業の全過程で対象の人々やコミュニティがどのように参画していたか、またその過程が、関係者間の脅威やその根本原因への理解や認識、関係者間の関係性、その抵抗力にどういったインパクトを与えたかを評価する必要がある。
- **【評価結果を公表する】** 評価結果は、人間の安全保障の概念や人間の安全保障アプ

ローチを現場で具体化する方法についての理解を促進するために活用されるべきである。そのためには、事業の成功例や課題として残された点を広く共有し、国連機関や人間の安全保障に関心のある人々の間で議論が喚起されることが求められる。

- **【評価のための予算をつける】** 評価は後付けですべきものではなく、事業デザインを考える過程で検討すべきものである。また、参加型の綿密な評価を実施するためには、事業予算においても評価に十分な予算が割り当てられるべきであり、国連人間の安全保障基金も評価に必要なと思われる経費を支援すべきである。評価に必要な費目としては、ベースライン・データの収集や評価結果の活用に必要な経費が含まれるだろう。

調査課題

- **【コミュニティの視点】** 過去の調査では、国連機関を実施機関とする事業に焦点を当ててきた。調査対象事業には、NGO がまとめた事業コンセプトを踏まえて、企画案が作成されたものも見られたが、最終的には国連や相手国政府の政策枠組みに沿った形に修正され、トップ・ダウンの傾向が強まった。人間の安全保障が人間やコミュニティに焦点を当てたアプローチであることを考えれば、コミュニティの視点から、人間の安全保障アプローチの妥当性を検討する調査が必要となるだろう。コミュニティの視点に立った、人間の安全保障の妥当性、有効性、限界について検討する調査を実施すべきだろう。
- **【ARV 治療と能力強化】** ARV へのアクセス改善は、政府や諸機関が、ARV を必要としている人に提供する、「保護」の問題として捉えられがちである。しかし、ARV 治療は、感染者が一生薬を飲み続けなくてはならないという点で、感染者の意欲的な関与が必要となる。彼らが投薬計画を守れるか否かは、貧困、移動性、教育、他の健康問題、不平等といった人間の安全保障上のさまざまな課題に大きく左右される。人間の安全保障アプローチを通じて、ARV へのアクセスを改善する方策について調査が求められる。
- **【成功例の分析と共有】** 人間の安全保障アプローチについての議論は、国連機関関係者を中心とした、ごく限られた人々の間でしか行われていない。事例研究に基づき、より広い分野の専門家の中で、人間の安全保障アプローチが何であるのか、それが彼らの活動や、その活動が対象としているコミュニティとどう繋がるのか、議論を喚起すべきである。最終的には、国連人間の安全保障基金が支援した事業やその評価結果がすべて公表され、議論のための材料を提供することが望まれるが、その前段として、多様な課題に効果的に対応している事例をより詳細に分析し、なぜそれが可能になったのか、また、その経験を他の地域と共有する対話の場が設けられることが強く望まれる。人間の安全保障フレンズ¹⁶も1つの場となりうるが、地方行政、

¹⁶ 2006年10月に、日本政府が主導して立ち上げられた人間の安全保障に関心のある国・主要機関による

コミュニティで活動を行っている NGO や CBO が参加できる場も必要となるだろう。

[参考文献]

人間の安全保障委員会（2003）『安全保障の今日的な課題』朝日新聞社

OECD-DAC 援助評価作業部会（2002）「評価と援助の有効性：評価および結果重視のマネジメントにおける基本用語集」

Annan, Kofi (2005) “‘In Larger Freedom’: Decision Time at the UN” in *Foreign Affairs*, volume 84, No. 3.

UNAIDS (2005) “Global Task Team on Improving AIDS Coordination Among Multilateral Institutions and International Donors, Final Report,” 14 June 2005,
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1125-GlobalTaskTeamReport_en.pdf.

United Nations (2006), “Delivering as one,” Report of the High-level Panel on United Nations System-wide Coherence in the areas of development, humanitarian assistance and the environment, A/61/583, 20 November 2006.

* 調査対象プロジェクトの申請書および中間報告も参考にした。

対話の場。人間の安全保障に関する共通理解の構築及び国連における諸活動への同理念の主流化に向けた協力を模索している。

參考資料

調査対象国におけるエイズ対策の制度的枠組み

以下は、本調査対象となった事業実施国のエイズに関する国内制度の概要である。

タイ

タイは、HIV の新規感染を抑えることに成功した国の 1 つとして名高い。1991 年に 14 万 3000 人であった新規感染者の数が、2006 年には 1 万 4000 人にまで減少した。しかし、2005 年末の推計で、感染者数は 58 万人（成人人口比 1.4%）に上り、エイズはタイの生産年齢人口の死因の第 1 位を占めるに至った¹。

タイで最初にエイズ患者が確認されたのは 1984 年である。その後、二国間援助機関や国際機関の支援を得て、感染リスクの高い集団における HIV 感染率の把握が進められ、医療分野の問題として、HIV 感染者対策が進められた。タイが国を挙げてエイズ対策を実施するようになった背景として、国会議員であるミーチャイ・ウィラワイヤ氏の功績を無視することはできないだろう。彼は、エイズが単に特定の集団だけの医療問題ではなく、社会全体に多大なる影響を及ぼす深刻な問題であることをいち早く認識し、その知名度と、政府、産業界、NGO、欧米の学術機関とのネットワークを生かして、1989 年頃から、エイズ予防キャンペーンを展開し始めた。1990 年には、タイ赤十字社とチュラロンコン大学が実施した全国レベルの HIV 感染リスク行動調査でも、エイズは特定の集団だけではなく、国民全体に脅威を及ぼしていることが明らかになった。

全国的なエイズ対策の必要性については、当初、タイのイメージが悪くなり、経済にマイナスのインパクトを与えるとの判断から、政府としての理解をなかなか得ることができなかったが、タイ国軍が全面的に支持し、さらに 1991 年に就任したアナン・パンヤラチュン首相が支持を表明したことで、エイズ対策がタイ国家の優先課題と位置づけられるようになった。その結果、公衆衛生省の下に置かれていた国家エイズ対策委員会は、首相官邸の下に移され、首相が委員長を務めることとなった。1991 年から 92 年には、ミーチャイ氏の「100%コンドーム・プログラム」が性産業を中心に展開され、1992 年から 96 年にかけては、国家経済社会開発委員会の下で、14 の中央官庁と NGO、企業の協力を促進するための包括的な国家エイズ予防対策 5 ヶ年計画が策定され、官庁の縦割りやセクターを超えたエイズ対策を推進する体制作りが進められた。1997 年に策定された国家エイズ予防対策 5 ヶ年計画では、エイズと開発目標上の諸課題間の密接な関連性が認識され、地域社会の強化が経済的、文化的、社会的自立の礎になると考えられた。その結果、地域社会の取り組みへの財政支援、村レベルの活動に対するマッチング・ファンドの提供などが進められた。1997 年に公布された憲法では、保健が人権上の課題とみなされ、2002 年には全国健康保険法が制定され、保健サービスを享受する権利が、高齢者、障害者、遺棄児童、そして HIV 感染者にも適用されることになった。

2002年に策定された国家エイズ予防対策5ヵ年計画では、同法を根拠に、エイズのケアをプライマリ・ヘルス・ケアに組み込むため、地域診療サービスの強化、NGOによる地域に根ざした事業の推進も進められている。

以上のように、タイでは、政治家のリーダーシップもあって、国を挙げたエイズ対策が進められるようになり、エイズと他の課題との関連性を認識し、省庁を横断した形で政策形成を進めてきた。さらに、政府が対応しにくい集団に支援を提供する上でNGOを重視してきた。しかし、タイUNAIDS関係者によると、実際には、公衆衛生省以外の省庁は、専門性の欠如から実質的なプログラムを実施できていないとの評価を聞く。特に、当初、各省庁に振り分けられていたエイズ対策予算が削られ、各省庁の一般予算から資金を捻出しなくてはならなくなったことで、一層、公衆衛生省以外の省庁でのエイズへの関心が薄れてきているとのことである。また、地方の分権化が進むことで、エイズ対策の実施が地方に委ねられることが多くなってきているが、地方のキャパシティがニーズに対応しきれていないとの指摘も聞かれる²。

タイのUNAIDS関係者の分析によると、昨今の課題は、一般国民の間でもエイズに対する危機意識が薄れてきており、若者と一般女性の間で感染率が再び上がり始めていることである。その他、「100%コンドーム・プログラム」の対象となっていた売春施設に属さない性産業従事者や、これまでも対応が手薄であった男性同性愛者(MSM)や静脈注射薬物使用者(IDU)に対する対応の強化が求められている。

タイでは、2001年より30パーツ健康保険制度が導入され、どんな診療も1回につき30パーツで受けられるようになった。抗レトロウィルス(ARV)薬については、2003年より世界エイズ・結核・マラリア対策基金の資金援助もあり、無料で提供されるようになった。さらに、2005年10月からは、世界基金の資金がなくてもARV薬を継続的に提供できるように、30パーツ政策の中で国産のARV薬(GPO-Vir³)が第一選択薬として提供されるようになった。これまでに、9万人近くのHIV陽性者がARV薬による治療を開始したと報告されている。しかし、GPO-Virによる副作用や耐性、抗結核剤との併用の難しさから、他剤への変更が必要とされる数は5000人以上と言われている。こうして、輸入薬も含めた代替薬を安定的に提供する必要性に迫られており、2006年11月29日、タイ政府は輸入の代替薬であるエファビレンツに特許の強制実施権を発動し、国内での生産を許可する方針を出した。

こうした諸制度において、本調査で取り上げた事業の対象となっている外国人就労者は、外国人登録をすれば、タイ人と同じ制度で医療費をカバーされるが、不法入国者は逮捕されることを恐れ、また、その情報を知らないといった理由で、登録しないケースが多く見られる。2004年7月、タイでは、麻薬密売人や人身売買を取り締まることを

¹ UNAIDS/WHO, *Report on the Global AIDS epidemic* (Geneva: UNAIDS, 2006).

² UNAIDS バンコクオフィスでの Patrick Brenny とのインタビューより (2005年11月7日)。

³ 国産のARVには複数あるが、30パーツ政策で提供されているのは、3TC, d4T, NVPの合剤であるGPO-Vir。

目的に外国人非登録就労者の登録を進めるための全国レベルのプログラムを開始した。このプログラムでは、登録料 3,800 バーツで、健康保険、医療サービス、1 年間の就労許可を得ることができる⁴。2005 年現在、タイの総人口数は 6,242 万人であり、その内、外国人は 234 万人。内、2004 年 7 月現在、超過滞在者は 50 万人、カンボジア、ラオス、ミャンマーからの移住者で正規就労者は 128 万人、同三国から入国した非登録就労者は 20 万人に上ると推計されている⁵。

タンザニア

タンザニアで初めての HIV 感染が報告されたのは 1983 年。2006 年の UNAIDS の統計によると、2005 年現在、人口 3,832.9 万人の内、HIV 感染者数は 140 万人と推定され、成人人口に占める感染率は 6.5%とされている。しかし、地域によって感染率にばらつきがあり、2005 年の統計では、ムベヤやイリングの感染率は 14%に及ぶとされている⁶。また、母子感染した子供の数は 11 万人、エイズ遺児は 110 万人に上ると推定されている⁷。

タンザニアでは、1985 年には、国家エイズ予防プログラムとエイズ短期計画が策定されていたが、その後も感染率の上昇が続き、1990 年には成人人口の感染率が 7.2%にまで及んだ。そこで、1999 年に、ムカパ大統領はエイズを国家的な大惨事と宣言し、政府、政治、宗教および大衆指導者、NGO が一丸となってエイズと闘っていく必要性を訴えた。2001 年には、議員立法により、セクターを横断した全国規模の対応を先導するタンザニア・エイズ委員会 (TACAIDS) が首相省の下に組織され、同年発表された国家エイズ政策では、感染者・患者の人権として、ARV の提供を含む、予防・ケア・サポートを包括的に提供することに加え、社会のさまざまなセクターの役割の明確化、エイズ検査とカウンセリングに関する倫理・原則の明確化、TACAIDS の役割等の政策枠組が示された。さらに、2003 年には、国家エイズ多セクター戦略枠組 (2003-2007) が打ち出され、セクターを横断した対応を促進するための展望、使命、原則、目標を提示した。この枠組では、戦略目標に優先順位をつけず、包括的な対応の重要性を訴え、エイズ対策の実施に関わるパートナーに対しても、戦略の全体像に意識を払い、企画、モニタリング、評価、資金調達を協調して行うよう求めている。その際、TACAIDS がセクターやコミュニティ、地方行政、国家レベルの活動の調整役を果たすべきであり、セクター内での調整メカニズムが不十分な市民社会、民間 (企業) セクター、感染者・患者グループについては、セクター内のキャパシティ・ビルディングを支援する必要があるとしている。また、コミュニティの生活習慣、価値観、文化的な多様性を認識した

⁴ カリフォルニア大学農業資源経済学部がとりまとめている Migration News <<http://migration.ucdavis.edu/mn>>の記事"Thailand: 1.3 Million Registered"より。

⁵ Huguét, Jerrold W, and Sureeporn Punpuing, 2005, *International Migration in Thailand*: P. 3.

⁶ WHO (2005) "Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-up," United Republic of Tanzania.

⁷ UNAID (2006), 2006 Report on the global AIDS epidemic.

上で、効果の見られた対応を全国レベルに広めると同時に、コミュニティが各々の強みを生かした対策を策定するよう働き掛けている。さらに同年、保健省は、タンザニア・エイズ委員会とビル&メリンダ・ゲイツ財団の協力を得て、2008年までに全てのHIV感染者にARVを提供することを目標とする国家ケア・治療計画（2003-2008）を策定した。この計画では、ケアと治療の拡充だけでなく、それを可能とするインフラの整備、情報の充実、教育や通信の拡充、社会的なサポートの強化を目指している。2004年には公共医療施設、宗教組織、いくつかの民間医療機関で、ARVを無料で提供することを発表した。

タンザニアでは、1997年から、タンザニア政府のオーナーシップに基づき、ドナー間の協調を通じて援助効果を高める努力が進められている。現在、コモン・ファンドを通じた課題ごとの支援と財政支援が進められており、エイズ対策は保健分野のコモン・ファンドに含まれている。タンザニアの保健分野のキャパシティは、同じ程度の経済発展レベルにある他のアフリカ諸国に比べれば高いとされている。しかし、WHOの分析によれば、保健医療サービスの費用が高いことやエイズに対する偏見から、保健サービスへのアクセスが不十分であり、エイズのケアと治療の技術を身に付けたヘルスケア・ワーカーの数が、中央や地方におけるHIV関連の薬や物品の調達・供給の管理能力が不十分であるという。2006年9月半ば現在、49,315人が治療を受けているとのことであるが、その数はエイズ治療薬を必要としている人の15%に過ぎない⁸。

他国同様、タンザニアにおいても、当初、エイズは保健分野の課題であるとの認識が一般的であり、教育を始めとする他の政策分野におけるエイズへの取り組みはあまり活発ではなかった。教育分野においては、1993年の教育通達第3号で初めてエイズ教育の必要性について言及され、より具体的な方針については2000年の教育通達第3号でようやく示された。2003年には、上記の国家エイズ多セクター戦略枠組を受けて、教育文化省が教育分野エイズ戦略計画を策定した。現在、1995年以来進めている就学率と教育の質を高めるための政策と共に、モニタリングを含むエイズ教育を進めるための機構作り、教師に対するエイズ教育研修、エイズ予防およびライフ・スキル・トレーニングの必修化、生徒および教育実習生に対するピア・エジュケーター研修が行われている。なお、2020年までに27,000人の教師がエイズによって死亡するか、病気で勤続が難しくなると推定されており、教師の確保も大きな課題となっている⁹。

ジンバブエ

ジンバブエは、1980年に独立して以来、白人との融和政策を進めてきたが、ムガベ政権の強権的な手法によって政治、経済情勢共に不安定な状況となっている。特に、2000年に、人口の1%を占める白人農場主から強制的に土地を収用したことで（ファースト

⁸ “Tanzania: ARV Rollout Slowly Improving,” *IRIN Plus News*, October 25, 2006, <http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=62627..>

⁹ “Tanzania: Education Headed for Crisis as AIDS Strikes Teachers,” *IRIN Plus News*, May 9, 2006, http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_en.php?ID=6110_201&ID2=DO_TOPIC.

トラック)、農地は荒廃し、経済不況に拍車がかかり、2006年11月時点でのインフレ率は2000%に達した。経済不況に加えて、旱魃が重なり、一般国民の生活水準は大きく落ち込んでいる。また、同政権による人権侵害は、国際的な批判を受けており、諸外国からの支援の多くが凍結されている。そうした状況にあるものの、同国は、国連ミレニアム開発目標のうち、目標6「エイズの蔓延を2015年までに阻止し、その後減少させる」は達成する見込みであるとされている。

ジンバブエで最初にHIV感染が報告されたのは1985年。その後、感染率は急上昇し、1995年から1997年の間にピークを迎え、成人人口における感染率は29%に及んだ。2005年時点で、ジンバブエの人口1,301万人に占める感染者数は170万人と推定されており、成人人口の感染率は20.1%と減少傾向を示している¹⁰。その背景としては、エイズ教育やコンドーム利用の推進が功を奏しているとの分析がある一方、エイズによる死者数が差し引かれているためとの分析もある。

ジンバブエでは、保健・児童福祉省が1987年に国家エイズ調整プログラム(NACP)を作成したが、本格的な国家エイズ政策と国家戦略枠組みが発表されたのは1999年のことであった。1999年に発表された国家エイズ対策では、自発的カウンセリング検査(VCT)の重要性が強調されており、その対策を実施するために、政府はNACPをさまざまなセクターの代表によって構成される国家エイズ評議会(NAC)に改組し、関係者間の調整と資金配分を進めた。2002年になって、政府は、ARV治療の不足は国家の緊急事態であると宣言し、国際法に基づき、ジェネリック薬の製造を許可するとともに、ARV治療を拡充するための基金を設けることを発表した。また、NACが管理している国家エイズ信託基金の一部および財務省予算の一部をARV購入資金に充てることを決定した。なお、国家エイズ信託基金は、1999年に導入された「エイズ税(課税所得の3%)」を原資とするものである。しかしながら、2006年に発表された統計によると、ARVを必要としている32.1万人のうちわずか8%がARVを受けているに過ぎない¹¹。

さらに、ジンバブエ政府は、2005年5月、「秩序回復作戦」と称して、不法居住区の住宅や露店などを一斉に撤去し、およそ70万人が住居や生活の糧を失った。この中には、79,500人のHIV感染者が含まれており、ARVへのアクセスを失った。また、家族離散、住居や生活の糧の損失により、性産業に従事する人や性産業と接触する人が増え、HIV感染拡大が危惧されている。なお、エイズ対策の実施に不可欠といわれているコミュニティに根ざした団体への取り締まりも強化しており、2004年末にはNGO規正法が成立している(2006年3月現在まで未発効)。また、もともと商業的農業従事者の間ではHIV感染率は高いとされていたが、土地の強制収用後の生活の悪化により、多くの死者が出ており、エイズ遺児の数も増えているとの情報もある。

ジンバブエの保健インフラは、タンザニア同様に比較的整っており、特に、都心、地

¹⁰ Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe (2005), "Zimbabwe National HIV/AIDS estimates."

¹¹ World Health Organization, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A report on 3 by 5 and beyond* (March 2006).

方いずれも保健医療施設間のネットワークが強いとされている。しかしながら、経済不況と国際的な支援の減少により、医療に従事する人材の国外流出、医療従事者の HIV 感染、インフレによる諸設備や薬価の高騰、外貨準備高不足、薬や医療機器の調達・配給システムの崩壊により、機能不全に陥っている。

エイズ予防には、男女関係や性行動を変える必要があり、ジェンダーの視点が求められる。また、2003 年の UNAIDS の統計によると、ジンバブエの成人感染者に占める女性の割合は 58% となっており、15 歳～24 歳の世代では感染者の 80% 近くを占めており、女性の感染リスクが男性に比べて高いことを示している¹²。ジンバブエでは、憲法の人権宣言において人種、民族、出生、政治思想、肌の色、信仰、性別による差別からの保護を定めているが、男性が複数の性的パートナーを持つことへの寛容な風潮、兄弟間での妻の相続、家族間の争いを解決するために娘を相手の家長に貢ぐといった慣習が根強く残っており、男女の社会的、経済的な格差が大きいと言われている。1999 年に策定された国家エイズ政策においては、こうした女性の地位に負の影響を持つ文化慣習について広く議論し、それを廃止することが奨励されている。2004 年に策定された国家ジェンダー政策では、エイズを含む保健やジェンダーに関する啓発を促すプログラムの作成、女性や少女の能力強化を図り、男性にエイズ予防に対する責任や、伝統や宗教上の信条および慣習が少女を HIV 感染の危険に晒していることを自覚させるための、ジェンダーの視点を取り入れた多分野にわたるプログラムの策定を奨励している。

南アフリカ

南アフリカ（南ア）は中所得国であり、比較的保健インフラが整っているにもかかわらず、2005 年現在、人口 4,743.2 万人に占める感染者数は 550 万人と推定され、成人人口の HIV 感染率は世界で 6 番目に高い 18.8% とされている¹³。さらに感染率には地域差が見られ、妊産婦の感染率で見ると、2005 年の統計で西ケープ州が 15.7% であるのに対して、クアズル・ナタル州は 39.1% に及ぶ¹⁴。エイズ遺児（17 歳以下）の数は、2005 年末の推計で 120 万人に上る。

南アで初めて HIV 感染が明らかになったのは 1982 年であり、1985 年には一般人口にも感染の拡大が認められるようになった。しかし、この頃、アパルトヘイト廃絶運動、民主化運動が展開されており、南ア政府は効果的な対応を取ることができず、感染は拡大の一途をたどることになった。また、コンドームによるエイズ予防対策は、白人政権による黒人の出生率抑制を狙った政治戦略ではないかといった不信感が持たれるようになり、効果を上げることができなかつた。こうした状況下ではあったが、指導層の間

¹² UNAIDS, *UN Secretary-General's Task Force on Women, Girls and AIDS in Southern Africa: Facing the future together* (New York: Secretary-General's Task Force on Women, Girls and AIDS in Southern Africa, 2004).

¹³ UNAIDS (2006). *Report on the Global AIDS Epidemic* (Geneva: UNAIDS, 2006)

¹⁴ South Africa Department of Health (2006), *National HIV and Syphilis Sero-prevalence Survey in South Africa 2005*.

ではエイズ対策の重要性が認識されており、1992年、個別の政策案件としては例外的に、アフリカ民族会議（ANC）と白人政権の代表が参加するエイズに関する会議が開催され、これを機に、南アフリカ国家エイズ協議会（NACOSA）が設立されることになった。1994年にアパルトヘイト体制が崩壊し、ANCが政権に就くと、NACOSAが起草したエイズ計画が国家エイズ計画として採択された。この計画は、女性の人権に配慮した、感染者・患者を含む多セクターの参画を実施パートナーとする先進的な内容であった。しかし、その実施は計画通りには進まなかった。その背景として、政府内、政府・NGO間に不信感が強い上に、担当部局が当初想定されていた大統領府内ではなく保健省に置かれたことでセクター間の調整機能が弱まり、さらにさまざまなレベルの行政機構が再編過程にあって、計画を実施するだけのキャパシティがなかったことが挙げられる。特に、地方レベルでは、権限や専門性のない行政官がエイズ担当官として任命されたこともあり、関係する政策分野間の調整を進めることができず、保健セクター再構築の一環としてエイズ・プログラムが位置づけられるようになった。また、エイズ対策を実施する上での各行政レベルの責任分担や調整機能の所在が不明確であったことも問題として指摘されている。

包括的なエイズ対策を進めるためには、政治的なリーダーシップが求められる。しかし、南アでは、それが不透明な発注、安全性に問題のある治療薬の採用といったスキャンダルに結びついた。さらには、ドラミニ・ズマ保健大臣によって、国際的に効果が認められているARVによる母子感染予防プログラムを実施しない方針が決定された。2000年に、HIV、エイズ、性感染症に関する5ヵ年計画が策定され、その実施を監督するJ. ズマ副大統領を議長とする南アフリカ・エイズ評議会（SANAC）が組織されたが、同評議会には科学者や西洋医学の医師、エイズ関連活動に従事している主要NGOのメンバーは招かれず、また、その直後にムベキ大統領が設置した大統領エイズ諮問パネルにも、HIVを抑えるARVは有害であると主張する科学者が招へいされた。

こうした南ア政府のARVに対する否定的な姿勢は、国内および国際的に大きな批判を受けることになった。ARVへのアクセス改善を政府に求める目的で組織された治療アクション・キャンペーン（TAC）が、2001年、政府の方針は憲法違反であるとして、政府を相手取った訴訟を起こした。TACの主張を支持する専門家からの証言が後押しともなっており、TACはこの裁判に勝訴し、それを受けて、政府は初めて母子感染予防プログラムを全国展開することになった。さらに、TACは公的医療機関でのARTの実施を求め、2003年11月、HIV/エイズ包括的ケア・管理・治療実施計画が内閣で承認され、ついに公的医療機関でのART導入が決定した。この計画では、HIV陽性者に包括的な治療とケアを提供すること、全国的な保健システムの強化が目標に掲げられたが、ムベキ大統領やチャバララ・ムシマン保健大臣はARVよりも、栄養や伝統的な医薬品を重視する発言をするなど、ARVに対する慎重な姿勢は崩していない。また、保健インフラや医療従事者不足も深刻な問題となっている。UNAIDSの統計によると、2005年末現在、ARVを必要としている人の少なくとも79%の人はアクセスできておらず、HIV

に感染した妊婦で ART を受けている人の比率も 14.6%に過ぎない。南ア政府はエイズ予防をエイズ対策の中心に位置付けており、UNAIDS によれば、予防の分野では、政府広報や NGO との連携を通じて大きな成果を出しているとのことである。

参考文献：

Thailand

AVERT, “HIV & AIDS in Thailand” <<http://www.avert.org/aidsthai.htm>>

<<http://www.janjan.jp/world/0508/0508191142/1.php>>

Huguet, Jerrold W., Sureeporn Punpuing (2005) *International Migration in Thailand*.

Migration News <<http://migration.ucdavis.edu/mn>>

UNAIDS/WHO 2006 Report on the Global AIDS epidemic.

JanJan 「タイ政府のエイズ対策の転換」(Inter Press Service (IPS)の記事に基づいて書かれた記事)

山本正・伊藤聡子編著 (2007) 『迫り来るアジアのエイズ危機』 連合出版。

* シェア = 国際保健協力市民の会の李祥任氏よりご助言をいただいた。

Tanzania

IRIN News, “Tanzania: Education headed for crisis as AIDS strikes teachers,” May 9, 2006,

<http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev_en.php?ID=6110_201&ID2=DO_TOPIC>.

IRIN News, “Tanzania: ARV rollout slowly improving,” October 25, 2006,

<<http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=62627>>.

Kauzeni, Athanas S., Lement Kihinga (2004) “The Impact of HIV/AIDS on the Education Sector in Tanzania: Study 1,” Dar es Salaam: Ministry of Education and Culture, Government of Tanzania and IIEP-UNESCO, January 2004.

Tanzania Commission for HIV/AIDS, “National Multi-sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS 2003-2007,” January 2003.

Tanzania National Website, “HIV/AIDS in Tanzania” <http://www.tanzania.go.tz/hiv_aids.html>.

UNAIDS/WHO (2006) “Report on the Global AIDS epidemic,”

<<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/Default.asp#english>>.

WHO (2005) “Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-up: United Republic of Tanzania,” December 2005.

Zimbabwe

AVERT, “HIV & AIDS in Zimbabwe” <<http://www.avert.org/aids-zimbabwe.htm>>.

BBC News, “Zimbabwe Faces AIDS Drug Shortage,” May 3, 2006,

<<http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/4969228.stm>>.

Tichagwa, W (2003) “Gender and HIV/AIDS: An Analysis of Zimbabwe’s National Policies and Programs on HIV/AIDS/STIs,” Harare: Zimbabwe Women’s Resource Centre and Network.

Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe (2005) *Zimbabwe National HIV/AIDS Estimates, 2005*.

UNAIDS, "Uniting the World against AIDS: Zimbabwe,"

<<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/zimbabwe.asp>>.

Secretary-General's Task Force on Women, Girls and AIDS in Southern Africa (2004) *UN Secretary-General's Task Force on Women, Girls and AIDS in Southern Africa: Facing the Future Together*, New York: UNAIDS.

UNAIDS (2006) *Global Report 2006*.

WHO (2005) "Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-up: Zimbabwe," December 2005.

Van der Vliet, Virginia (2001) "AIDS: Losing 'The New Struggle'?", *Daedalus*, vol. 130.

WHO (2006) *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on 3 by 5 and Beyond*, Geneva: WHO.

Zimbabwe Lawyers for Human Rights, "HIV/AIDS & Human Rights in Zimbabwe: Women, Girls & HIV/AIDS," <http://www.zlhr.org.zw/downloads/Women_girls_and_HIV_AIDS.pdf>.

* 国連食糧農業機関（FAO）の泉かおり氏よりご助言をいただいた。

South Africa

AIDS Foundation South Africa, "Current Situation," <<http://www.aids.org.za/hiv.htm>>.

AVERT, "HIV & AIDS in South Africa," <<http://www.avert.org/aidsouthafrica.htm>>.

Schneider, Helen, Joanne Stein, *Implementing AIDS Policy in post-apartheid South Africa*.

South Africa Department of Health (2006) *National HIV and Syphilis Antenatal Sero-prevalence Survey in South Africa, 2005*, Pretoria: Department of Health.

UNAIDS/WHO (2006) *2006 Report on the global AIDS epidemic*,

<<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/Default.asp#english>>

UNAIDS, "Uniting the world against AIDS: South Africa,"

<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/south_africa.asp>.

アフリカ日本協議会（2007）「2006年度版 在日外国人 HIV 陽性者支援のための：アフリカ 6 カ国 HIV/AIDS 治療・ケアの現況ガイドブック」。

牧野久美子（2005）「ボツワナ・南アフリカ—エイズ治療規模拡大への課題」、『エイズ政策の転換とアフリカ諸国の現状—包括的アプローチに向けて』アジア経済研究所（2005年3月）。

* 日本貿易振興機構（ジェトロ）アジア経済研究所の牧野久美子氏よりご助言をいただいた。

調査対象事業の概要¹⁵

出稼ぎ労働者の多いコミュニティにおける HIV 対策

実施地域：タイ・ウボンラチャタニ県、アムナチャラン県、チェンマイ県

実施機関：国連開発計画（UNDP）

パートナー機関：SHARE、ADRA、地方政府

対象人口：上記実施地域の住民、出稼ぎから戻ってきた住民

実施期間：2005年11月～2007年8月

総予算：US\$1,002,890.67

背景

1992年の第4回ASEANサミットで初めて、HIV/エイズが地域的課題であると表明され、HIV/エイズに関するタスクフォースが組織されることとなった。UNDPは、こうしたASEANの動きも受け、1998年にUNDP東南アジアHIV・開発プログラム（UNDP-SEAHIV）を立ち上げ、HIV/エイズへの地域的な取り組みを支援してきた。UNDP-SEAHIVでは、移動する人々に対するエイズ対策が地域的な共通課題であるとの認識に基づき、開発、人口移動、HIV/エイズの関連性を意識した地域的な取り組みを推進してきた。

タイでは、経済好況に伴い、地方都市の都市化および農地の工場化が進み、地方での食糧や資源自給率が下がった。その結果、ますます地方で生計を立てることが難しくなり、出稼ぎが増えている。本事業の申請書によると、2002年の統計では、タイの旧正月に当たるソンクラーンの期間中（4月12日～14日）、帰郷した人の数は一日当たり42万人とのことである。出稼ぎ労働者は、多くの場合、馴れない土地で身よりもなく、文化・慣習の違いにぶち当たり、孤独にさいなまれることが多々ある。そうした中で、気まぐれに性交渉をしたり、薬物に手を出すことがあり、HIVに感染する危険性が高くなる。

本事業の対象となっているウボンラチャタニ県、アムナチャラン県は、乾季には水不足のために農業を行うことができず、漁港や都心に出稼ぎに行き生計を立てている。また、チェンマイ県はタイ北部の中心都市を抱えるため、地方から都市部への出稼ぎが多い。

本事業は、UNDPの人口移動とエイズに関する政策枠組みを踏まえて、ウボンラチャタニ県、アムナチャラン県およびチェンマイ県という出稼ぎ労働者を多く送り出している地域を対象に、HIV感染の根本原因である出稼ぎのニーズを軽減することを通して、感染を防ぐことを目指した事業である。

¹⁵ アフリカでの調査は、外務省委託調査「人間の安全保障基金の評価制度の整備に向けた保健・HIV/エイズ案件に係わる調査業務」の一環として実施したため、評価方法に関する聞き取り内容も含まれている。

事業の概要

承認プロセス

本事業の構想は、ADRA Japan および UNDP 駐日事務所のイニシアティブによって始められた。ADRA Japan は、タイでの HIV 感染者に対する活動が人間の安全保障基金のコンセプトに合致するとして、UNDP 駐日事務所やタイオフィスに協力の可能性を打診していた。2001 年、UNDP 駐日事務所は、SHARE にも協力の可能性を打診し、SHARE、ADRA Japan という日本の 2 つの NGO にそれぞれ事業の申請書を提出してもらうこととなった。その後、両団体の申請事業が出稼ぎ労働者を多く出している地方都市でのエイズ予防であったことから、UNDP が重点的に取り組んでいた東南アジアにおける移住労働者に対するエイズ対策の政策枠組みにも合致するとして、東京事務所は、両者を実施機関とした事業を申請するようタイオフィスに働き掛けた。

タイオフィスでは、SHARE と ADRA から提出された申請書と UNDP の政策枠組みを踏まえて、コンサルタントによる申請書のドラフトを進めた。その過程で、UNDP は現地のプログラム諮問委員会を数回にわたり開催し、申請書のドラフトについて関係者（公衆衛生省、UNAIDS、WHO、SHARE、ADRA）と協議する機会を持ち、修正を重ねた。当初、SHARE の申請書には、所得創出活動が含まれておらず、ADRA の申請事業は出稼ぎ労働者を対象とするものではなかったが、協議の結果、UNDP の政策枠組みに沿った形で「出稼ぎ労働者の出身コミュニティにおける感染者ネットワークに対するカウンセリング、ケア、支援の提供と、OTOP（One Tambon, One Product：一村一品プログラム）による所得創出活動を通じたエイズ予防」というコンセプトで進められることとなった¹⁶。

本申請書は 2002 年 10 月 3 日に国連本部に提出され、2004 年 11 月に漸く承認された。我々がタイを訪問した 2005 年 11 月 1 日に、事業立ち上げ会議が開催されるという状況であった。承認が遅れた理由の 1 つとしては、国連機関内の意志決定過程では、実施機関は競争入札で決めることになっており、予め実施機関が決まっていることが、内部で問題として指摘されたとのことである。但し、実施機関ではなく、協力（パートナーシップ）の枠組みで承認が下りたという。

承認後、状況の変化を踏まえ、申請書を修正することになった。人口移動が HIV 感染拡大の原因であるという前提には変わりはないが、NGO が申請書を UNDP 駐日事務所に提出してから 4 年経過していたため、対象とする予定であった村の状況に変化があり、対象の村を選定し直す必要が生じた。SHARE は、疾病対策センター（CDC）と保健局との協議により、1) NGO の活動がある、2) 移動人口が多い、3) 感染者の数が多、という基準に照らし合わせ、活動対象の村を変更した。2005 年 11 月現在、その村の関係者と協議を進めている段階とのことである。

本事業では、基本的に各 NGO のやり方で事業を実施してもらうことになっているようだが、SHARE の場合は、これまで所得創出活動を行ってこなかったため、現地の NGO や一村一品プログラムを実施している地域開発局と新たにパートナーシップを組む予定とのこ

とである。当初の申請案では、HIV 感染者に対するキノコ栽培および販売支援の経験を持つ ADRA が SHARE の活動地域で所得創出活動を行うことになっていたが、地理的な距離を勘案していなかったこともあり、具体化しなかった。ADRA が SHARE の活動地域で所得創出活動支援に関するトレーニングを実施することも検討されたが、地理的な距離や言葉（方言）の違いを理由に実施されなかった。

実施プロセス

2005 年 10 月 31 日、11 月 1 日の 2 日にわたり事業立ち上げ会合がバンコクで開催され、関係者約 60 名が参加した。SHARE が支援している事業の関係者としては、対象地域の村議会のメンバー（ガムナン：村長、等）、学校の先生、村のヘルス・ワーカー等 35 名が参加したという。初日には、地元の大学の学長が HIV/エイズと移住労働の関係について講演を行い、関係者の間での共通理解の増進を図った。その上で、意見交換、運営委員の選出を進めた。

本事業では、UNDP がモニタリング・評価、SHARE、ADRA、地方政府機関とのコミュニケーションの促進、情報の普及やトレーニングの実施を行うことになっている。SHARE と ADRA は契約に基づき、それぞれが与えられた予算の中で事業を実施することになっている。SHARE と ADRA の間の連携促進は、UNDP の現地スタッフが担当している。また、半年に一回は関係者が意見交換する会合が設けられているとのことであった。

SHARE：1995 年、アムナチャラン県病院との合同モデル事業として、HIV 陽性の産後の女性に対する支援活動を開始し、1996 年にそのメンバーからグループ運営に関わっていただけるリーダーグループを結成した。その後、リーダーグループと病院職員による協働活動により、自立した県病院における HIV 陽性者支援を展開している。また、中学・高校（時に小学校）において、性教育の支援も行っている。今回、初めて国連から資金を得て事業を実施することになった。今事業の対象地域は 8 ヶ村 97 地区。できるだけ NGO 慣れしていない地域を選んだ。同地区に住む 8 万人の内およそ 10 分の 1 の村民が対象となっている。これまで活動地域に出稼ぎが多いことは認識していたが、今事業で初めて、「移住労働者」を明確に対象として認識し、出稼ぎ者のレフェレンス・システムの構築や、出稼ぎ先での相談先の紹介等を行うマイグラント・グループを組織した。また、出稼ぎ経験者が地域で力を持っており、若者を斡旋している現状が明らかになり、出稼ぎ経験者が事業を進める上でのキー・パーソンに加えられた。

追記：

2007 年 5 月 31 日、帰国中の SHARE の日本人スタッフにインタビューし、現状についてうかがった。所得創出活動をしなくても出稼ぎを食い止めることはできない、村内では市場を創出できないとの認識のもと、所得創出活動支援ではなく、村民の生計手段の選択肢を広げるための職業訓練

¹⁶ UNDP のプロジェクト申請書より。

を支援した。その際、SHARE が訓練費用を負担する代わりに、地域開発局や農業局など地方行政の所有する機械を無料で提供してもらい、連携して職業訓練を実施した。本事業では、これまで以上に地方行政の協力を得られたとのことだが、その理由として、事業のビジョンを明確にした上で、SHARE や行政の役割を明らかにしたこと、タイ中央政府にとっても重要課題である移住労働者問題や職業訓練を扱うことで地方政府の事業に対する抵抗感を取り除いたこと、さらに、村人が申請書を書けるようになる、家計簿を付けられるようになる、エイズ・トレーニングを実施できるようになる、といった能力強化の効果が具体的に現れたことで、行政側に協力する動機が生まれたことが挙げられた。

ADRA : help people help themselves、change the world、one life at the time（自助努力を支援、世界を変える、一人一人の命を大切にする）を目指し活動を展開している。チェンマイやチェンライにおいて、学校で学生を対象にエイズ予防に関するトレーニングを実施し、クラブを組織して、コミュニティにおけるエイズ予防活動を進めている。また、病院を通じて、HIV 感染者のクラブを作り、感染者間の協力関係の促進、感染者と感染していない住民との共同作業によるキノコの生産・販売を通じた所得創出活動を進めている。所得創出活動は、感染者に対するスティグマを取り除き、住民の間での感染者に対する尊敬を回復する効果を持っている。これまで、エイズ予防教育については日本から資金（US\$51,000）を得ており、HIV 感染者クラブの所得創出活動については、スイスとノルウェーから資金を得て実施してきた。今事業の対象地域は 6 ヶ村 23 地区。

事業関係者の見る本事業の特殊性

UNDP

- 本事業は、タイで UNDP が実施している事業の中で資金的、地理的に最も規模の大きい事業。
- 実施機関が NGO である点である。通常、UNDP の事業は、地方政府が事業を実施し、彼らの要請に応える形で UNDP が技術支援を提供している。この事業では、地方政府はアドバイスを提供しているに過ぎない。当初、資金が地方政府ではなく NGO に供与されるため、地方政府の支持を得られなかったが、現在はその内容に満足している。
- 出稼ぎ労働者に対する支援ではなく、出稼ぎ労働者の出身コミュニティに対する支援である点。
- この事業では HIV/エイズに対してコミュニティ開発のアプローチを取っており、古典的な地域開発アプローチや公衆衛生のアプローチ（感染者や患者に対するケアとサポート、ネットワーク強化）と社会資本を強化するアプローチを組み合わせている。地域の資源を生かしながら、社会資本を強化することで、HIV/エイズに対する抵抗力を向上することを目指している。

SHARE

- 今回の資金は、あくまで自分たちが実施している活動を継続、拡充するための資金。但し、これまでの事業との違いは、所得創出活動が組み込まれていること。自分たちとしては、所得創出活動が出稼ぎを抑制し、住民のエイズ予防に繋がるかについては疑問を持っている。しかし、今後、より貧困が深刻であり、労働機会が乏しいアフリカで活動

を展開する上では、コミュニティ住民を巻き込むためにも、収入に繋がる活動と組み合わせることでエイズ対策を進める必要があると認識している。

ADRA

- 通常、コミュニティで所得創出活動を行う際は、マイクロファイナンスの手法を取っており、コミュニティ・バンクを作り、その利子がコミュニティに還元されるようにしている。また、ビジネス・スキルを高めるためのトレーニングを実施している。本事業は、貸付ではなく助成である点が通常と違い、また、出稼ぎを防ぐための所得創出活動というコンセプトも初めてである。
- 通常5年単位でプログラムを実施しているが、本事業は実施期間が2年である。
- これまでも地方政府との協力関係を通して「保護」のアプローチを取ってきたが、中央政府とのやり取りはほとんどなかった。本事業を通して、国連機関とパートナーシップを組むことで、自分たちの活動が中央政府に知られることは意義があると感じている。

課題

- 申請から承認まで3-4年を要したため、承認が下りた際に、再度現状調査を実施し、同地域の関係者と協議を行わなくてはならなくなった。大きなロスである。
- UNDPのマンダイトの制約上、新たなニーズとして上がってきている移住労働者に対する支援を進められない。そうしたニーズがあることについては、エイズ分野のテクニカル・ワーキング・グループのILOスタッフに伝達されたとのことである。
- NGOの先駆的な取り組みが中央政府もしくは地方政府の政策に反映されるか否か。例えば、SHAREでは、学校での性教育やエイズ教育を進める際、教師に対するトレーニングを必ず実施しているが、現状の行政の取り組みでは、教師の裁量に任されている。

ラノーン県及びサムッサコン県における移住者の健康状態改善

実施地域：タイ・ラノーン県、サムッサコン県

実施機関：世界保健機関（WHO）

パートナー機関：国際移住機関（IOM）、地方政府

対象人口：ミャンマーからの移住労働者（特に漁業従事者）

実施期間：2005年4月～2008年3月

総予算：US\$1,524,312.41

背景

タイには、ミャンマー、カンボジア、ラオスからの移民が 250 万人いると推定されている。その内、80%をビルマ人が占め、カンボジア、ラオスからの移民がそれぞれ 10%を占めている¹⁷。タイでは 2001 年より 30 パーツ健康保険制度が導入され、どんな診療も 1 回につき 30 パーツで受けられるようになった。さらに、2003 年より世界基金の資金を得て、無料で ARV の提供が進められていたが、2006 年度からは、この 30 パーツ政策の中でも ARV を提供することが決定された。これにより、世界基金の資金が切れた後も ARV が 30 パーツで提供されることが保障されたことになる。なお、30 パーツの資格を取るためには、移住労働者は外国人登録を行った上で、居住地で指定された病院またはヘルスセンターで 1900 パーツの登録料を払い、ID カードを発行してもらう必要がある。

こうしたプログラムが実施されてはいるが、不法入国した外国人労働者は、「不法入国」したという事実により罰せられることを恐れて、進んで外国人登録をしようとしなない。また、上記の新しいプログラムについて知らない移住者も多い。その結果、公的医療機関にアクセスできず、病気の手当てが手遅れになるケースが多く見られる。また、在留資格のある外国人労働者であっても、一般の医療機関では、ヘルスケア・ワーカーの間で移住労働者に対する否定的な感情があり、また言葉や文化的な違いに対する配慮が不十分であるため、進んで公立の病院に行こうとしない。

移住労働者はその劣悪な労働条件・環境ゆえに HIV に感染する危険性が高い。中でも、漁業に従事している移住労働者は、感染の危険性が高いとされている¹⁸。彼らは、一般的に識字率が低く、たとえ本国に世帯を持っていたとしても、単身で移住してくる場合が多い。中型船でも半年に及ぶ海の上での苛酷な生活で、陸に戻ると一種の開放感から、仲間と一緒に酒を飲みまわしに繰り出し、カラオケや売春宿を訪ねることがサブカルチャーとなっている。その際、エイズ予防の知識もなく、コンドームを使用することなく性行為を行うことが多い。さらに、海上では、針の使いまわしによる刺青を入れる慣習もあり、そこから感染が拡大する危険性が高い。タイの漁師の間での HIV 感染率は 7-13%と言われており¹⁹、タイ

¹⁷ *Migration News*, a newsletter produced by the Department of Agriculture and Resource Economics, University of California, Davis. <<http://migration.ucdavis.edu/mn>>

¹⁸ Raks Thai Foundation, *Tangled Net: The Vulnerability of Migrant Fishermen and Related Populations in Thailand*, 2003.

¹⁹ Division of Epidemiology, Ministry of Public Health. *Monthly Epidemiological Surveillance V.32: Pattani, Phuket, Songkla, Ranong, Samut Sakorn, Trat, March 2001*.

最大のいくつかの港での漁師の感染率は28%との統計もある²⁰。

WHO タイ事務所では、2001年に英国国際開発省（DFID）の資金を得て、国境保健プログラムを立ち上げ、難民以外の移住労働者の健康状態に関する情報の共有や、移住労働者の感染症対策の調整を通じて、国境地域の住人の健康状態の改善を進めている。人間の安全保障基金で実施されている「ラノーン県及びサムッサコン県における移住者の健康状態改善」事業は、WHOの同プログラムの枠組みにおいて、IOMをパートナーに実施されているものである。本事業では、海に面したラノーン県及びサムッサコン県において、移住労働者をコミュニティ・ヘルス・ワーカーとして訓練し、外国人労働者の保健サービスへのアクセスを改善することを目指している。申請書によると、ラノーン県にはタイ人15万人、外国人労働者10万人がおり、サムッサコン県には、タイ人44万人、外国人労働者14万人、その内約90%がミャンマーからの移住者が占める。

事業の概要

承認プロセス

IOMは、国境移民保健事業として、国境地域の移民の健康状況を改善するための事業を実施してきた²¹。同事業を、ラノーン県及びサムッサコン県で展開しようと、2001年に日本大使館を訪ね、資金提供の可能性を打診した。そこで、同事業が人間の安全保障基金のコンセプトに合っているとの助言を得て、日頃から緊密な協力関係にあるWHOに働き掛け、申請書を提出することになった。しかし、当初2003年に事業を開始できる予定であったが、申請から実施に至るまでに4年を要し、その間、対象地域の関係者のモメンタムは低下してしまったという。その間、同地域では、ラックス・タイ財団が世界基金の資金を得て、「タイにおける移住労働者エイズ予防事業（PHAMIT）」を開始した。

実施プロセス

本事業は、移民のヘルスケア・ワーカーを公立病院に配置し、移民の権利等に関する理解を政府関係者やタイ人のヘルスケア・スタッフの間で増進することを通して、移住労働者の保健サービスへのアクセスを改善することを目指している。具体的には、1) 移民のヘルス・ワーカーを雇い、彼らの下でコミュニティとの連携を図るコミュニティ・ヘルス・ボランティアを育成する、2) タイ人のヘルスケア・ワーカーに、医療技術のみならず移民の文化への配慮について研修を行う、3) 政府関係者やヘルスケア従事者に移民の人権に関する研修を行う、4) 保健福祉省、内務省、警察、労働省、国家安全保障委員会関係者を集め、移民の保健に関する委員会を県レベルで組織する、5) 地方政府のスタッフに助成金を提供する、といった活動が予定されている。IOMと県の保健福祉局との調整を行うため、IOMから各保健福祉局にはフィールド・コーディネーターが派遣されている。

²⁰ WHOの申請書より。

²¹ 国境移民保健プロジェクトは、米国国際開発協力庁（USAID）の資金を得てタック県、チェンライ県において、欧州連合の資金を得てチェンマイ県、ノルウェー政府の支援を得てチェンマイ県の数地域において実施されている。

本事業では、自立発展性を重視し、あくまで政府を実施主体と考え、最終的に、タイ政府が、在留資格の有無と関係なく、移住労働者に保健サービスを提供する政策を策定することを目指している。IOMの役割は政府が必要とする技術支援を提供することである。WHOは、本事業に直接的には関わっていないが、上記の国境保健プログラムの枠組みでIOMと連携を取っている。例えば、移民の健康状態に関する情報システムを構築するにあたっては、現場で情報共有等を行っている。

本事業は、審査の遅れにより、地方政府のモメンタムが損なわれ、2005年11月現在、上記フィールド・コーディネーターを中心にIOMが保健福祉局と協議を進めている段階であった。

事業関係者の見る本事業の特殊性

WHO

- 国境保健プログラムはDFIDの資金を得て実施しているが、人間の安全保障基金の資金を得て実施している本事業は、DFIDのプログラムよりも、脆弱な人々と直接的な関わりがあると感じている。また、資金としての柔軟性も高いと感じる。
- 国境地域の事業そのものが通常のWHOの事業と異なり、保健福祉省の全ての部署、大学、NGO、ドナー、他の国連機関との連携を必要としている。従って、国境地域の事業としては特殊ではないが、通常のWHOの事業に比べれば、連携を組む組織が幅広いと言える。

IOM

- 同地域では、移民の保健問題に取り組んでいるNGOがあるが、いずれも政府を巻き込まずに単独で実施している。IOMとしては、政府を巻き込まずして、オーナーシップを醸成することはできないと考えており、政府を巻き込んだ移民保健事業を実施している。

地方政府

- 本事業は、あくまで保健局の事業という認識を持っているが、NGOが世界基金の資金を得て実施している事業については、彼らの事業と考えている。また、NGOの事業では、ビルマ人のコミュニティ・ヘルスケア・ワーカーを無給で働かせているようであるが、この事業では給料を払っている。
- NGOは保健分野以外にも環境問題等について活動を行っている。
- NGOの活動は啓蒙活動というよりも、コンドームを配るといったポイント的な活動であるように感じている。
- NGOは地域に根ざしていることが強み。世界基金の資金が出たお陰で、NGOによるPHAMITが立ち上がり、移住労働者に保健サービスが行き届くようになってきた。

課題

- サムッサコンでの事業に関しては、未だ保健局の十分なコミットメントが醸成されていない。
- WHOが進めている移民保健情報システム事業は、他の機関でも進められており、そうした重複をどのように避けるかが課題。重複を解消しようとしても、独自に進めたい組織もある。
- 政府とNGOの間には、未だ信頼関係ができておらず、今後、世界基金の資金を得て

ラックス・タイ財団が実施している事業といかに連携していくかが課題である。

非就学児童に対する基礎教育・エイズ対策及び生活技術教育

実施地域：タンザニア・ヌガラ州

実施機関：国連児童基金（UNICEF／ユニセフ）

パートナー機関：地方政府、国連世界食糧計画（WFP）

対象人口：初等教育に通えなかった、もしくは中退した子供

実施期間：2004年3月～2006年3月

総予算：US\$690,547

背景

タンザニアでは、1980年代、経済状況が悪化したことで、社会サービスに対する予算が激減した。その結果、1990年代に入ると、貧困層の就学率の下落、非識字率の上昇が問題となるようになった。これに対し、タンザニア政府は、1997年に基礎教育基本計画を策定し、7歳を入学年齢とする義務教育制度を徹底した。しかし、その時点で小学校に通っていない8歳以上の子供を同じ制度でカバーするには物理的なキャパシティが足りず、また、精神・肉体年齢の違いが大きいため（特に9歳以上の少女）、同じ授業を受けさせることは難しいことから、政府は非就学児童のための補修校を設ける必要性を認識するようになった。

そこで、1997年、非就学児童を初等・中等教育に再就学させることを目的に、UNICEFの協力を得て、タンザニアにおける基礎教育補完プログラム（COBET）を策定した。その実施に当たっては、1964年に議会によって設立されたタンザニア教育研究所（TIE）²²がダルエスサラーム大学と協力して実態調査を行い、非就学児童の多い15のディストリクト²³を選定し、その内キサラウエ、マサシ、ムソマ、ソング、ヌガラの5ディストリクトにおいて、1999年から2000年にかけてパイロット事業を実施した。COBETに就学している子供の多くはエイズ²⁴や紛争で両親を亡くした孤児や貧困家庭の子供であり、その内、少女が45%を占める。2003年、パイロット事業の成果を踏まえて、COBETが政府の正式なプログラムとして採用された。人間の安全保障基金は、同COBETセンターを拡充するための教科書の供与、ファシリテーター（教師）のトレーニング、モニタリングのための車両の供与を支援した。

COBETについて

COBETでは、国家資格を持つ教師および資格のない準教師がファシリテーターとして、子供の発意を生かした参加型の教育を行っており、貧困家庭の実情を反映した職業訓練、

²² 1964年にダルエスサラーム大学の一部として設立され、1975年に議員立法により独立機関となった研究所。

²³ タンザニアの行政府は、州（Region）、県（District）、郡（Division）、区（Ward）、村（Village）、村区（Kitongoni）で構成されている。

²⁴ タンザニアのHIV感染率は8.8%弱（2003年現在）とアフリカの中ではそれほど深刻な状況とはなっていないが、タンザニア社会にさまざまな影響を及ぼしている。

性感染症予防や薬物に手を出さないためのライフ・スキル・トレーニングが実施されている。また、子供の要望を受けて、制服や体罰も廃止された。こうしたカリキュラムの開発やトレーニング・マニュアルの作成は、教育文化省が TIE と協力して進められている。COBET では、8 歳～13 歳、14 歳～18 歳という 2 つの学級に分けられており、生徒が仕事を持っていることにも配慮し、平均 1 日 3 時間授業を行っている。COBET はあくまで補修校であり、COBET で就学した子供は、国家試験を受け、通常の義務教育課程に編入することが目指されている。なお、COBET で採用された教育方法は、「子供に優しい学校」として、通常の義務教育においても導入されている。性感染症の問題についても、生物の家庭生活の授業の中で扱っているが、COBET でのトレーニングの方がより実践的であるとの声が子供から聞かれた。UNICEF は、タンザニア政府が策定した初等教育開発計画（2002-2006 年）に沿う形で、UNICEF 国別協力プログラム（2002-2006 年）を策定し、その中で COBET を通じた少女の教育や、遠距離通学により少女が危険に巻き込まれることを回避するため、女子の寄宿舎を支援している。

事業の概要

調査チームは、パイロット事業が実施されたディストリクトのうちヌガラを訪問し、ディストリクト委員会や地方政府関係者との意見交換の他、ルレンゴの COBET センターおよび併設された小学校、同 COBET の卒業生が進学した中学校、パイロット事業をモデルに設立されたジャパンダの COBET センターを訪問し、関係者と意見交換した。

【ヌガラ・ディストリクトにおける国連機関の活動】

ヌガラはルワンダとブルンディの国境沿いにあるディストリクトで、2002 年のデータによると全人口の 3 分の 1 を難民が占めている。ルワンダからの難民は全て帰還したが、ブルンディの早魃を背景に 200 名を収容人数とする難民認定施設に約 6000 人のブルンディ人が押しかけてきているという。難民キャンプにおいては、既に UNHCR、UNICEF、WFP を中心に連携が進んでおり、さらに昨今、「難民を支える地域プログラム (Refugee Hosting Area Program)」として、難民帰還が同地域に与えるダメージ、例えば、キャンプの施設の維持や難民キャンプ関係者を顧客としたビジネスセクターにおける失業、等を緩和するためのプログラムを UNDP、UNICEF、WFP、FAO、UNIDO が連携して実施している²⁵。このプログラムは、人間の安全保障基金案件であり、UNDP が調整機関を務めている。

ヌガラで活動する国連機関は全て 1 つのコンパートメントに入っており、日ごろから活発な意見交換が行われている。関係者によると、タンザニア人はすぐに兄弟・姉妹のような間柄になるという国民性に加え、難民支援という援助対象コミュニティを同じくする活動

²⁵ 本案件については、UNHCR は正式なパートナーとはなっていない。その理由としては、UNHCR が基本的に緊急援助をマニフェストとする組織であり、予算上、プロジェクトは 1 年間の短期に限定されているためとのことである。

を通じて、具体的な連携が進んでいる。パイロット事業の COBET センターで欠席率が上昇する背景に食糧不足があることが分かると、WFP が 5 つの COBET センターに対して、給食の提供を始めた。その結果、2001 年に 300 人であった生徒数が 2002 年には 650 人に増えた。なお、給食の提供を決めると、コミュニティ自らが給食を提供するために必要な調理室の建設、調理器具の調達を行った。コミュニティにおいて事業の必要性が認識され、コミュニティ自らが自分たちのリソースで事業の改善を目指すことは、人間の安全保障が目指すコミュニティの「能力強化」ならびに「保護の強化」の具体例と言える。

【タンザニアの教育行政システム】

タンザニアの教育関連行政システムは、教育文化省の下に各ディストリクトの教育文化局、ウォードの教育委員会、村の教育委員会、各学校の教育委員会によって構成されている。また各村、ウォード、ディストリクト、中央政府へと統計が上げられるインフォメーション・システムも機能しており、COBET の実施にあたっては、非就学児童の把握に同システムが活用された。ディストリクトでは、教育文化省直轄の調査官が定期的に小・中学校および COBET センターのモニタリングを行っており、学校の教育委員会、校長、先生、ファシリテーターとの意見交換を通じて、教材や教育方法が適切であるか点検し、必要に応じてトレーニングを実施し、各校の統計データを収集している。人間の安全保障基金で供与した車両は、同モニタリングのためにも活用されている。

評価手法

COBET の評価については、UNICEF がコンサルタントを雇い、就学者数、出席率、国家試験受験者数、合格者数、成績等の統計データを集めている。COBET 卒業生の国家試験の成績は通常の学校に通っている生徒よりも良いとの結果が出ている。また、TIE はファシリテーターを使って、COBET 卒業生の追跡調査を行った。TIE 関係者からは、人間の安全保障事業では人間が中心になるのであれば、評価も人間中心であるべきであり、個人的なストーリーを聞き出すべきとの意見が聞かれた。人間の安全保障を具体的に実現するためのアプローチとして提唱されている「能力強化」や「保護」をいかに評価するかについては、訪問した COBET センターの校長、ファシリテーター、教育委員会委員との意見交換でいくつか提案が出された。例えば、事業の成果を「能力強化」の観点から測る手法として、直接、生徒やその親、ファシリテーターから事業に対する評価を聞き取る、フォーカス・グループとの協議の場や村の集会で聞き取りを行い、それをウォードの評価として取りまとめる、といった提案が出された。その際、事業の目的を決める段階からコミュニティを巻き込む必要性が指摘された。また、評価する際の質問項目として以下が挙げられた。

- 子供が学校に通うことで家計に変化が生じたか。両親は子供が学校に行くことを喜んでいるか。
- 学校に通うようになってから、子供の態度に変化が見られたか。

- 子供は制服を着ること、着ないことについてどう感じているか。
- ストリート・チルドレンの数や犯罪率が低下したか。
- 娘が学校に通うことで、家庭における息子や娘の役割に変化が生じたか。
- 子供が学校に通うことで、村の状況の改善にどのように貢献しているか。

以下、生徒との意見交換について紹介する。

COBET および *COBET* から小学校に編入した生徒との意見交換：

自分自身の変化：

- 読み書きができるようになった。
- 食事を食べられるようになった。
- ライフ・スキル・トレーニングによって収入を得ることができるようになった。
- 食事をとり、運動をすることで健康になった。
- 昔は村をふらついて悪さをしていたが、日中ふらつくことがなくなり、居場所ができた。

家族の反応：

- 兄弟に文字を読んであげたり、書いてあげられるようになった。
- 家族が前向きになった。
- 雨期には農作業を助けるために家にいるように言われる。
- 勉強に時間が取られるようになったため、食糧を確保するための収入がなくなった。
- 弟を一人家に残すことが心苦しい。(エイズ遺児のコメント)

中学校に入った元 *COBET* の生徒との意見交換：

自分自身の変化：

- 他の子供に勉強を教えることでコミュニティに貢献できるようになった。
- ストリート・チルドレンだった時と生活が全く違う。
- コミュニティの人のために英語を読んであげられるようになった。
- ライフ・スキル・トレーニングで自分をどう守るか学んだため、他の学生よりもエイズなどの性感染症の予防方法、薬物の誘惑に負けない方法が分かっている。
- ガーデニングのトレーニングを受けたことで収入が得られるようになった。

課題：

- 給食がないため、学校に通い続けることが難しくなった。
- 学校と家が離れている(片道 5km) ため、通学途中に危険な目に遭うことが多い(特に少女)。
- 女子学生の方が手厚い支援を受けられる(男女に対する支援にギャップを感じている)。

なお、関係者からは、今後の課題として、COBETを卒業して通常の中学校に入った子供が学校に通い続けられる環境をいかに作るか（例えば、給食の配給の可能性）、給料の安いファシリテーターのインセンティブをいかに保つか、HIVに感染した教師や遺児に対する保健サービスの充実、少女が遠距離の通学により危険に巻き込まれないよう、少女のための宿舎の建設、等が挙げられた。

国連人間の安全保障基金の資金は、上記事業の内、教科書の供給、ファシリテーターのトレーニング、車両の提供といった一部を支援しているに過ぎないが、支援している事業全体が対象住民の人間の安全保障にどの程度寄与しているかを踏まえた上で、同基金の支援している活動がその成果にプラスに働いているのかマイナスに働いているのか評価する必要があるだろう。例えば、教科書の供与については、1人に1冊の教科書を提供することで、経済的な事情等でセンターを休まなくてはいけない時でも、家で自習することが可能となっている²⁶。また、COBETにおいて中心的な役割を担うファシリテーターのトレーニングは、COBETの質を左右する重要な要素であり、ヌガラファシリテーターが他のディストリクトに派遣され、トレーニングを提供しているという。車両は、広域にわたる教育施設をモニタリングし、適宜問題の把握とそれへの対処方法を検討するためには不可欠である。但し、車両を維持するための資金の確保が課題となっている。

²⁶タンザニアの通常の義務教育では、教科書と学生の比率は平均1対3であるが、COBETでは1対1が実現されている。

HIV/エイズに関連するジェンダー平等を通じた人間の安全保障の促進

実施国：ケニア、ナイジェリア、ルワンダ、セネガル、ジンバブエ

実施機関：国連女性開発基金（UNIFEM）

ジンバブエでのパートナー機関：地方政府、ジンバブエ大学教授、PADARE、FAMWZ、プラクティカル・アクション

ジンバブエでの事業の対象人口：エイズ政策担当者、ジンバブエ・ムトコ・ディストリクトの男女およびエイズで夫を亡くした未亡人や女性感染者

実施期間：2002年10月～2005年10月

総予算：US\$1,310,234

背景

ジンバブエの成人人口に占める HIV 感染率は昨今減少してきていると言われているが、今なお 20%を超える。エイズは一般的に男性同性愛者や静脈注射薬物使用者、性産業従事者の間で流行し始めるが、その後、徐々に異性愛者、特に女性の間で感染率が高まる傾向があろう。HIV 感染者に占める女性の割合は 58%と半数を超えており²⁷、特にジンバブエでは、若年層の感染者およびエイズ患者のうち女性の占める割合は 7 割以上に及ぶ²⁸。

女性の感染率が高い背景には、生物学的な体質によるもののほか、女性は社会・文化的に弱い立場にあることが挙げられる。例えば、WHO の統計によると、ジンバブエ女性の 4 人に 1 人はパートナーからの性的虐待を受けており²⁹、男性の 4%しかコンドームを使っておらず、女性はいまだに相続権等において夫の家族よりも弱い立場にあり、未亡人は生活のために夫の兄弟の元に嫁ぐことが慣習となっている。また、ジンバブエには 782,000 人のエイズ遺児がおり、そのほとんどが祖母や母親に世話されているという³⁰。このような状況に対して、女性の HIV 感染を予防し、女性の感染者・患者、あるいはエイズで夫を亡くした未亡人に対する保護と能力の強化を目指すためには、ジェンダー平等を推進し、実際の男女関係を変える必要がある。こうした認識を反映して、2001 年 6 月の国連エイズ特別総会で合意された「HIV/エイズに関するコミットメント宣言」では、HIV/エイズによって女性と少女が過度に影響を受けていることを考慮し、女性の人権の保護、安全な性交渉のための男女の責任分担の推進などの必要性が述べられると共に、2005 年までに女性の能力強化、女性の地位向上と人権の完全な保護、女性と少女が自分で HIV 感染のリスクを防ぐための能力強化などを実現する施策の実施が呼びかけられた。

²⁷ UNAIDS, Report on the Global AIDS Epidemic, 2004.

²⁸ WHO-Regional Office for Africa, *HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Update for the WHO African Region 2002* (September, 2003).
Violence and Health, 2003.

³⁰ Jacobs, S., *Gender, Class and Democracy in Zimbabwe's Land Resettlement Programme*. Occasional Paper No. 11, Programme for Land and Agrarian Studies, School of Government, University of Cape, 1999.

事業の概要

UNIFEM は、国連人間の安全保障基金の資金を得て、アジア、南米に加え、アフリカの 5 カ国（ケニア、ナイジェリア、ルワンダ、セネガル、ジンバブエ）においてエイズ関連の法制度にジェンダー平等や女性の権利に関する規定を盛り込み、エイズ政策にかかわる指導者にジェンダー平等の重要性を理解させる事業を実施した。

調査チームが訪問したジンバブエでは、上記に加え、ジェンダー平等を推進することがエイズ対策にいかにか効果的であるかを現場で実証するために、「ニューヌル・ジェンダーHIV/エイズ事業」（GEZ）というパイロット事業を実施した。この事業では、地域社会に根ざしたジェンダー平等を促進する諸施策を具体的に実施することによって、感染率を抑え、感染者・患者に対する偏見や差別をなくし、エイズが同地域社会に及ぼす社会・経済的インパクトを軽減することが目指された。本事業の対象層は、HIV に感染した女性、エイズを発症した女性、エイズで夫を亡くした未亡人である。

ジンバブエでは、政策レベルにおいては、エイズ政策におけるジェンダーの位置づけの見直し、政策決定に携わる主要な人々を対象としたジェンダー平等に関するトレーニングの実施、性犯罪法の改正、等が進められたようだが、今回の現地視察では特に GEZ の取り組みを中心に調査した。調査チームは、ジンバブエ滞在期間中、パイロット事業が実施されたムトコ・ディストリクトのニューヌル・ウォードのマニャンガ村とムズンザ村を訪問し、ディストリクト・カウンスル、事業・コーディネーター、住民との会合を持ったほか、UNIFEM のフィールド・コーディネーターや関係スタッフ、事業の実施に携わった NGO との意見交換を行った。

【GEZ の概要】

ムトコ・ディストリクトは首都のハラレから車で 1 時間半ほどのところにある。同地域が事業実施地に選ばれた背景には、UNIFEM の資金を受けて同地で実施された経済能力強化の事業を通して、女性の経済的な安全や人権がエイズによって大きな影響を受けていることが分かったこと、ディストリクトの政治指導者、行政、住民との関係ができていたこと、同地域に夫をエイズで亡くし、自分も HIV に感染していることを公表した未亡人がいたことが挙げられる。また、ジンバブエ大学の教授によるニューズ・アセスメントも行われたという。（但し、本事業立ち上げのプロセスにつき、当時の担当者から直接話を聞くことはできなかった。）

UNIFEM は、同事業を実施するにあたり、UNICEF、UNDP、UNAIDS といった国連機関やジンバブエ女性情報センター、ジンバブエ女性感染者ネットワークといった NGO との会合を持ち、GEZ のコンセプトについて協議を行ったという³¹。さらに、同事業へのムトコ・ディストリクトの住民の参画とオーナーシップを醸成するため、同ディストリクト議会議長、ウォード議員といった政治指導者をはじめとする各レベルの指導者の理解を求め、そ

³¹プロジェクト中間報告書（2002 年 10 月-12 月）。

うした指導者を通じて、地域住民の関心を喚起し、住民のニーズや優先分野を検討した。その後、実際に事業の実施に当たる NGO 等との会合を持ち、具体的な活動内容を決定した。こうした一連の協議を経て、決定された活動は以下の通りである。

ジェンダー平等やエイズに関するワークショップの開催

UNIFEM がジンバブエ大学人口問題センターの 2 人の教授 Marvellous M. Mhloyi、Advance S. Mhloyi に委託し、地域のコア・グループを対象にジェンダー平等、エイズ予防、安全な性交渉に関するワークショップを実施し、トレーナーとして養成した。また、両教授は、若い女性、既婚女性のための安全な性交渉のためのマニュアルを作成した。

男性のための看護トレーニングおよびジェンダーに関する啓蒙活動

一般的に男性は外で働き、女性は家事をするものとの固定観念が強い。しかし、エイズの流行によって、女性は親戚・家族の看病、近所のエイズ孤遺児の世話等により、負担が重くなっている。未亡人になれば、家事に加え、家計も支えなくてはならない。そこで、ジェンダーに関する男のフォーラム (PADARE) が、男性を家庭での看護に参加させるためのトレーニングを実施した。また、男性らしさ、性暴力といったジェンダーに関わるトレーニングも実施し、男女の関係性についての啓蒙を行った。ムトコ・ディストリクトでは、まだ抗レトロウィルス薬 (ARV) が高価で入手が難しいため³²、看護のトレーニングに加えて、感染者の体調を整えるための薬草の栽培支援も行われた。

コミュニケーション・スキル・トレーニング

一般的に、性について公に語ることはタブーとされている。そこで、ジンバブエ・アフリカ・メディア・ウーマン連合 (FAMWZ) はトレーニングや技術支援を通して、ニューヌルの住民が、自らコミュニティ・ラジオを作り、ジェンダーやエイズに関する情報を共有し、また、視聴者クラブを組織することで、エイズや性、その他さまざまなテーマに関して議論する習慣を普及させる事業を実施した。さらに、ジャーナリストをニューヌルに招待し、GEZ の情報をメディアにカバーしてもらうように働き掛けた。若者に対する写真のトレーニングも実施した。

HIV/エイズと共に生きる女性、エイズで夫を亡くした未亡人のための所得創出活動支援
本事業以前に UNIFEM が実施した経済能力強化事業で支援していた経済活動を、特にエイズによって影響を受けている女性を対象に拡充するため、英国に本部を持つ NGO プラクテ

³²ムトコ・ディストリクトには、4 つの病院がある。2 つは民間 NGO が運営する施設、2 つは公的医療機関である。公的医療機関では、ARV を提供しているというが、まだ世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (世界基金) の資金が入ってきていないこともあり、ARV は高価で、その使用は一般的ではなかった。ディストリクト・カウンスルのプロジェクト・コーディネーターの話によると、近々世界基金の資金が同ディストリクトにも入る予定とのこと。ARV は一度使うと一生使い続けなくてはならないため、その使用には慎重にならざるを得ない。世界基金の資金の入っていない地域での感染者対策には、その地域にある代替的なもの (薬草) が使われている。

イカル・アクション（旧称：中間技術開発グループ）の南部アフリカ事務所が、ビジネス・トレーニングや生産性を上げるための機械（ヒマワリ油の搾油機、灌漑用のホース、ミシン、等）を提供した。

ニヤウヌル青年HIV/エイズ・ジェンダー・データ収集事業

写真のトレーニングを受けたことで、記録をつけることに関心を持った16名の青年が、自らUNIFEMの資金協力を得て、GEZの記録化、その記録を他の地域に広める事業を企画し、現在も実施されている。若者はジェンダー平等やエイズは大人の問題だと思っているため、ワークショップに動員するのが難しいことから、映像を使って若者の意識啓発を図ることも考えている。

その他、劇を使った意識啓発活動にジェンダー平等やエイズのテーマも加えられ、我々が訪問した際も、妻が病気になり、働かない妻に苛立った夫がガールフレンドを作り、自らエイズにかかり、改心するという劇を演じてもらった。

評価手法

本事業では、地域のコア・メンバーが中間評価を定期的に行っていた。彼らは住民との会合を持ち、どのような問題やニーズが生じているか、その問題点をどのように解決しようとしているかについて集約し、定期的にUNIFEMに報告している。その際、UNIFEMは、特にジェンダー能力強化とエイズ予防に対する効果に触れるように求めているとのこと。UNIFEMはその報告に基づいてニュースレターを書き、定期的に関係者に配布している。各実施機関でも自分たちが関わっている活動における課題や新たなニーズを把握するために、住民参画の下、中間評価を実施しているとのことである。また、UNIFEMは、実施期間中に他の国連機関やNGOを現地視察に招待し、事業のアプローチを紹介すると共に、同地域への継続的な支援を働き掛けている。その結果、FAOが同地域で薬草栽培の事業を継続して支援することになったという。こうした動きは、この事業に特徴的なことというよりは、国連改革の中で求められている国連機関間の連携の一環としての取り組みとのことである。

事後評価の具体的な手法についてはまだ検討中とのことであるが、本事業の成功例として度々紹介されたのはMercy Matandeというエイズで夫を亡くし、自らHIVに感染した未亡人のパーソナル・ストーリーであった。彼女は、事業開始前に自らの感染について公にしたが、本事業で灌漑用のホースを供与され、帳簿管理を学んだことで、所得が伸び、子供を学校に通わせることができるようになったという。また、薬草の栽培も学び、身体の調子も良くなっているという。彼女は単に一成功例に留まらず、彼女の存在が、同地域のHIV感染者や感染の疑いのある人にとってモデルとなり、また、地域の人々が感染者を受け入れる雰囲気醸成しているという。その他、住民からはGEZについて次のような声が聞かれた。

事業対象地域住民による評価

成果：

- これまで人前で話せなかった性やエイズについて話せるようになった。
- ジェンダーについて理解できるようになった。
- 夫との関係が変わった。
- 意志決定をする際、妻と責任を分担するようになった。
- これまでオイルを買っていたが、搾油機を手に入れ、オイルを買う必要がなくなった。さらには、それを売ることまでできるようになった。
- 男女やさまざまな世代が参画することで、人々の態度が変わってきた。
- (未亡人) 石鹼を売ることによって子供を学校に行かせることができるようになった。

課題：

- 食糧不足のため、家畜の餌を買うことができない。

会合を持ったパートナーNGOは、それぞれ評価手法を持っているようであるが、ある関係者から、実施機関ごとに評価手法や評価の目的が異なり、それをGEZの全体的な評価に使うことは難しいとの指摘を得た。もしも、各機関の評価を全体の評価に繋げるのであれば、実施前に関係機関の間で、事業全体の目標、目的、期待される成果、インパクト等につき合意を得る必要があるとの意見も出された。この指摘は、さまざまな機関の協力が奨励されている人間の安全保障基金事業の評価手法を考える上で、重要なポイントと言えよう。事業全体のコンセプトの共有を図る上でも、関係機関の連携を行う国連機関のフィールド・コーディネーターの役割は重要と言えるだろう。

以下、意見交換を通じて提案された評価に関する指標を紹介したい。

実施機関関係者が考える評価指標

成功の条件：

- 対象地域の指導者を巻き込んでいる。
- 男性と若者を巻き込んでいる。
- 事業が地域住民に受け入れられている。
- 地域住民の間で、それぞれの役割や責任についての意識が高まる。
- 事業対象以外の人々にも裨益しているか、もしくは理解されている。
- ニーズを住民自らが決めている。

能力強化の指標：

- 自分たちで問題を解決する能力がつく。
- 自信がつく。

- 提供した技術や機械を活用できる。
- 機会が増える。
- 女性がコミュニティの中の権力ある役職に選ばれる。
- 安全な性行為のための交渉能力がつく。
- 自分のお金を管理できる。
- コンドームや性に関することを自由に話せるようになる。
- 若者が自分の問題を自分で対処できるようになる。

UNIFEM スタッフ、ディストリクトの指導者

本事業の成果：

- 事業開始時に性やコンドームについて話せなかった人々が話せるようになる。
- 地域の雰囲気が変わる。(緊張感がなくなる)
- 会合での女性の発言が良くなった。
- 事業前は、ディストリクト・カウンセルの 29 名のカウンセラーの内 2 名が女性であったが、事業開始後、10 名に増えた。
- 女性の HIV 検査率が上がった。
- 性暴力が減った。
- 女性から男性に対してコンドームを使うことを求められるようになった。

本事業の課題：

- ジンバブエの高いインフレ率により、基金の減少が激しい。

クワズル・ナタール州における HIV/エイズ防止緩和のためのモデルコミュニティ設立

実施地域：南アフリカ・クワズル・ナタール州ウツングル・ディストリクト

実施機関：国連開発計画（UNDP）

パートナー機関：ディストリクト政府、NGO

対象人口：ウツングル・ディストリクト

実施期間：2005 年半ば～

＊2003 年 2 月に承認されたが、2005 年夏に大きな修正を経て、2005 年半ばに再開された。

総予算：US\$1,030,000

＊ウツングル・ディストリクト行政府が追加資金を提供。

事業の概要

クワズル・ナタール州の HIV 感染率は常に南アフリカの平均値を 10% 上回っており、2003 年の産婦人科での検査結果によると妊婦の 3 割近くが感染している³³。また、地域によっては、成人の 44% が感染している地域もあるという³⁴。こうしたクワズル・ナタール州における HIV/エイズによるインパクトを緩和することを目的に、本事業では、コミュニティに根ざしたエイズ予防、ケア、サポート、社会・経済活動の実施を目指している。

既に同州では HIV/エイズに対するさまざまな取り組みが進められているが、同州としては、本事業を通じて、そうした個別に進められている活動の調整機能が高まることを期待している。本事業では、2005 年に事業再開の段取りをつけ、実際に事業の運営に関わる事業・マネージメント・ユニットを組織するため、事業調整官と渉外担当官を採用した。また、彼らは、コミュニティの参画を促進し、オーナーシップを醸成する役割も担っており、ワークショップや会合の開催、市役所の HIV/エイズ委員会に対する支援、市役所への NGO デスクの設置を進めている。HIV/エイズ委員会は伝統的指導者、政府の関係部署の代表（保健、教育、農業、社会福祉、地方自治・伝統問題）、NGO/コミュニティに根ざした組織（CBO）代表、伝統医、宗教団体代表、感染者・患者の代表から構成されており、エイズ関連活動に携わる官民のネットワークと連携の促進を目指している。また、NGO デスクは、CBO の調整機能を持っている。2005 年には、ウツングル・ディストリクトで活動する HIV/エイズ関連団体とその活動を把握するための調査が終了した。

この事業は、2003 年に承認されたが、地方政府やコミュニティのニーズや関心が事業に十分反映されていないことがわかり、地方政府リーダーやコミュニティ関係者との話し合いの時間が持たれた。さまざまな調整の後、2005 年 11 月に関係者を集めた会合が開催され、そこでの議論に基づき事業に変更が加えられ、現在も活動の詳細については検討中とのこ

³³ National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey of Women Attending Public Antenatal Clinics in South Africa, 2003

³⁴ KwaZulu-Natal Department of Health, *Annual Report 2002/2003*

とである。

関係者の分析によれば、同州において政府や NGO が HIV/エイズに取り組む上で、以下のような課題があるという。

- クワズル・ナタール州の逼迫した経済状況により、種々の公共サービスの提供が極めて難しくなっている。例えば、治療のための補助金を受けている結核患者は、その資金を生活のために使ってしまう、治療を終えることができない。
- HIV/ エイズによる問題があまりにも多すぎるため、NGO や CBO は対応しきれなくなってきた。
- ARV 治療を提供することは、特に地方では難しい。一方、実際に手に入らなくても、ARV という治療薬が手に入るだろうとの期待から危険な行為が増えている。
- HIV 抗体検査を受けている人の数は増えているが、いまだに偏見が根深いため、自分が感染していることを周囲に明かすことができない人が多い。その結果、周囲から得られるはずの支援を受けられずにいる。
- 南アの看護師や医師のほとんどが海外に出ていってしまう。これにより国内の保健医療サービスが十分に行き届かない。
- 遺児や脆弱な状況に置かれた子供の数が増えている。

国連人間の安全保障基金は、主にディストリクトの調整機能とコミュニティでの取り組みを向上させるために活用されているようで、エイズ関連活動のどの部分を支援しているかは定かではないが、具体的な活動について例示するならば、エイズ遺児に対する食事の配給、宿題の手伝い、病気の看病等を行う多目的センターの運営、女性を世帯主とする家族への支援、ホスピスの運営、クワズル・ナタール大学との協力による HIV/エイズに関する知識のあるヘルスケア・ワーカーの養成、地方のクリニックでの家庭訪問介護の提供、等が進められている。また、国連人間居住計画（UNHABITAT）がエイズ遺児に対する家の提供を始めた。

UNDP の事業関係者によると、多くのエイズ関連事業は自立発展性がない。自立発展性を高めるためには、エイズ関連事業を通じて雇用や収入が創出され、エイズによって破壊されたコミュニティの社会基盤を再構築する必要があると考えているとのことであった。

事業スタッフによると、同事業を実施する際に、以下の課題に直面しているという。

- 無給でこの活動に従事するインセンティブがあまりない。特に、資金的なインセンティブを与えながら活動している組織が他にあると、さらに難しい。
- 地方には、基本的な交通インフラも整っていない場所があり、アクセスさえ難しい。
- HIV/エイズに関わる文化的な信仰や迷信が HIV 予防を妨げている。
- 事業実施の大幅な遅れが、関係者の期待をゆがめることになった。

調査チームの現地視察では、ウツングル・ディストリクト政府関係者や事業関係者との会

合、ウムラツゼ市役所³⁵エイズ委員会関係者との会合、遺児のための多目的センターの訪問を行った。

評価についての議論

本事業の評価方法については、現在検討中とのことであったが、現地視察を通じて、以下のコメントをもらった。

本事業が成功したと言えるインディケーター：

- コミュニティに対する支援が活発になる。
- コミュニティの HIV/エイズ対策へのオーナーシップが高まる。これは、この事業の自立発展性の上でも重要。
- ディストリクトの開発政策の中で、この事業の趣旨（調整、コミュニティ参画）が行き渡る。
- 政府と NGO との連携が進む。
- ミレニアム開発目標に貢献する。
- 中央政府の政策に沿った形で活動が進められるようになる³⁶。

能力強化の指標：

- 外からの援助に頼る必要がなくなる。
- 経済力がつく。
- コミュニティが望む変化（姿勢・考え方）が見られる。
- 自分たちで事業を管理・運営できるようになる。
- 事業について批判ができるようになる。
- 事業のインパクトを広めるべく、他の地域とのネットワークが構築される。
- 人の福祉が向上すること。

³⁵ 南アの行政府は、国、州、地方から構成されており、地方行政では、いくつかの地方政府 (local municipality) とその集合体であるディストリクト政府 (district municipality) から構成されている。なお、ディストリクト政府およびの地方政府の職員は公務員とはみなされない。しかし、全ての公務員の雇用条件の違いを標準化するプロセスは設けられている。

³⁶ 現地の UNDP スタッフの話によると、クワズル・ナタール州は、ボア王国に抵抗を続けたズル王国が支配していた土地であり、今だにズル族が率いるインカタ自由党の勢力が強いなど、他の州とは異なるズル族の支配構造が続いている。

インタビュー先

タイ (2005年11月1日～11日)

UNDP 事業関係者：

代田香苗 シェア＝国際保健協力市民の会タイランド

グレッグ・ヤング ADRA タイ

(Greg Young)

フェルディナンド・ストローブル UNDP HIV/エイズ・フォーカル・ポイント

(Ferdinand Strobel)

オープス・ブッディ UNDP HIV/エイズ回復事業・ファシリテーター

(Opus Buddhhe)

WHO 事業関係者：

ジェイム・カルダロン 国際移住機関 (IOM) 移住者保健事業・コーディネーター

(Jaime Calderon)

パッティニー・スアンプラセート IOM 移住保健プログラム・シニア・プログラム・

(Pattinee Suanprasert) アシスタント

エリザベス・エマーソン WHO 国境保健プログラム

(Elisabeth Emerson)

サムサッコン州保健局スタッフ

日本大使館：

薄井次郎 日本大使館参事官

礒部哲郎 日本大使館一等書記官

平田万由里 日本大使館専門調査員

森山園生 日本大使館草の根人間の安全保障外部委嘱員

その他：

エンパワー (性産業従事者に対する研修を実施している NGO)

パトリック・ブレニー UNAIDS カントリー・コーディネーター

(Patrick Brenny)

スリン・ピツワン 人間の安全保障諮問委員会委員、タイ国会議員

(Surin Pitsuwan)

ブラン・プレス ラックス・タイ財団 HIV/エイズ・移民担当プログラム・オフィサー

(Brahm Press)

ラックス・タイ財団がサムサッコン州で運営するドロップイン・センター、保健所スタッフ

ソンバット・ケウブッダ 人口と地域開発協会 (PDA) エイズ予防・性教育課

(Sombat Kaewbuddha)

アフリカ (2006年2月24日～3月11日)

【タンザニア】

UNICEF スタッフ：

秋山直子 アシスタント・プログラム・オフィサー

テルサ・マシニ タンザニア・フィールド・コーディネーター

(Terza Masini)

ガブリエル・マチャ アシスタント・オペレーション・オフィサー

(Gabriel Macha)

地方政府・コミュニティ関係者：

サムウェル・ドンバ スガラ・ディストリクト長官
(Samwel Ndomba)

キングビ スガラ・ディストリクト・エグゼクティブ・ディレクター
(Kingobi)

ディストリクト・スタッフ

セブヨヤ 学校調査官
(Sebuyoya)

ドク COBET 担当者
(Ndoke)

ルジュバ 教育担当官
(Lujuba)

企画官

等

ルレンゲ COBET センターの校長、ファシリテーター、学校教育委員会委員、生徒
ルレンゲ教育委員会委員

ムエンジ中学校の校長、COBET 卒業生

ジャパンダ COBET センターの校長、ファシリテーター、生徒

パートナー機関：

メリー・ヤクゼ タンザニア教育研究所 (TIE)
(Mary Eyakuze)

その他の国連機関関係者：

ローズマリー・チルウェシヨバ 世界食糧計画 (WFP)
(Rosemary Tirweshobwa)

クワメ・ボーファ 国連難民高等弁務官事務所スガラ事務所長
(Kwame Boafo)

ゴン・マイヤーズ WFP 西タンザニア緊急コーディネーター
(Gon Myers)

国連開発計画ボランティア

日本政府・政府機関関係者：

小幡俊弘 (独法) 国際協力事業団タンザニア事務所長
横林直樹 在タンザニア日本大使館一等書記官

【ジンバブエ】

UNIFEM スタッフ：

セシリア・クーバ ジンバブエ事務所長
(Cecilia Ncube)

ユーニス・タカウィラ
(Eunice Takawira)

タファズワ・セケソ
(Tafadzwa Sekeso)

フランシス・パワンディワ、ジェンダー・エンパワーメント・ゾーン・コーディネーター
(Francis Pawandiwa)

地方政府・コミュニティ関係者：

ニャクダンガ ムトコ・ディストリクト・カウンスル議長
(Nyakudanga)

カコムウェ ディストリクト・エイズ・コーディネーター
(Kakomwe)

ディストリクト予算委員会委員

ミヤニャンガ村、ムズンザ村の人々（ヒマワリ油生産グループ、編み物グループ、石鹸グループ、
青年グループ、ドラマ・グループ、縫製グループ、コア・グループ、等）

ユービンシア・カティビュ、ヒマワリ油事業

(Euvincia Kativhu)

アンナ・ホコニヤ 編み物事業

(Anna Hokonya)

ロベモール・カゴロ 石鹸グループ

(Lovemore Kagoro)

ザビエル・カジジ 青年グループ

(Xavier Kazizi)

マーシー・マタンデ トマト生産事業

(Mercy Matande)

チミンバ 縫製事業

(Chimimba)

等

パートナー機関：

シニキウェ・シパ ジンバブエ・アフリカ・メディア女性連合（FAMWZ）所長

(Sinikiwe Msipa)

アーネスト・ムプンガ プラクティカル・アクション（中間技術開発グループ）南部アフリカ

(Ernest Mupunga) 地域長

イナ・モゼンディ 同上 コンサルタント・サービス部長

(Ina Mozheni)

ニコラス・ムドゥングウェ 同上 ジンバブエ・事業・コーディネーター

(Nicholas Mudungwe)

エディントン・E.T.・モンダ ジェンダーに関する男のフォーラム（PADARE）

(Eddington E.T. Mhonda) アドボカシー・オフィサー

日本政府関係者：

飯山常成、在ジンバブエ共和国日本大使

横山仁美、在ジンバブエ共和国日本大使館員

その他：

シェイラ・ドトーロ ジンバブエ・エイズ・ネットワーク（ZAN）オペレーション部長

(Sheilla Dotoro)

【南アフリカ】

地方政府、NGO、UNDP 関係者：

BB ビエラ ウツングル・ミュニシパリティ・マネージャー

(BB Biyela)

Z. マネカ コミュニティ・サービス・マネージャー

(Z. Maneka)

K. ムードレイ 企業サービス事務局長

(K. Moodley)

アヤンダ・ギディ UNDP 事業・事業・コーディネーター

(Ayanda Ngidi)

ザンディール・クマロ UNDP 事業・リエゾン・オフィサー
(Zandile Khumalo)
ザンディール・ヌラバティ UNDP 事業・リエゾン・オフィサー
(Zandile Nhlabathi)
ルワジ・フィレラ コミュニティ開発アソシエイト
(Lwazi Fihlela)
ケピ・ショーレ UNDP 南アフリカ・クワズル・ナタール州マネージャー
(Khepi Shole)
シナゾー・チンガ、UNDP 南アフリカ・クワズル・ナタール州財務管理オフィサー
(Shinazo Ntshinga)
ツーリ
(Thuli)
ニニ・チュール NGO
(Nini Chulu)
ジフィ・ドラードラ ウムラツゼ市コミュニティ・サービス副部長
(Ziphi Dladla)
アンドリュー・C・カンボベ UNDP 南アフリカ・リンポポ州マネージャー
(Andrew C. Kamboobe)

等

日本政府・政府機関関係者：

伊藤新一 在南アフリカ日本大使館公使
田中康彦 在南アフリカ日本大使館一等書記官
平野克巳 ジェトロ・ヨハネスブルク・センター所長
岡田茂樹 ジェトロ・ヨハネスブルク・センター次長

その他：

デュミサニ・レボンボ エンジェンダー・ヘルス南アフリカ、パートナーとしての男事業
(Dumisani Rebombo) コーディネーター

プレトリア・ワークショップ参加者（2006年3月10日）

フータン・バッシリ 国連開発計画(UNDP)南アフリカ・プログラム・オフィサー
(Houtan Bassiri)
チャールス・A・エレム・オグ 国連薬物犯罪事務所(UNODC)
(Charles A. Elem-Ogwd)
アロマ・フォスター UNDP 社会開発・HIV/エイズ分野駐南ア代表アシスタント
(Aloma Foster)
デビア・ガブートルルー UNDP クワズル・ナタールにおける HIV/エイズ担当
(Dabea Gaboutloeloe)
スーザン・ハバード 米国法人 日本国際交流センターシニア・アソシエイト
(Susan Hubbard)
ローザンナ・ロカ 国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) HIV/エイズ・ジュニア専門
(Rouxanna Lokhat) コンサルタント
アグネス・マコンダ・リドレイ 国際労働機関 (ILO) チーフ・テクニカル・アドバイザー；
(Agnes Makonda-Ridley) 米国労働省南部アフリカ職場での HIV/エイズ教育プログラム
ユーゲニア・マリノバ 世界銀行カントリー・オフィサー (ボツワナ、レソト、ナミビア、南アフリカ、
(Eugenia Marinova) スワジランド)

デイビッド・マタンハイヤー UNDP 南アフリカ HIV/エイズ・貧困プログラム・プログラム・
(David Matanhire) オフィサー

松山玲子 国際移住機関 (IOM) 南部アフリカにおける HIV/ エイズと移動する人々のためのパート
トナーシップ (PHAMSA) 事業・オフィサー

クレア・ビズール 世界食糧計画 (WFP)
(Clare Mbizule)

ミペ・モーデイス 国連児童基金 (UNICEF)
(Mmipe Modise)

諸田・アラキジャ・いずみ UNDP 南アフリカ地域会計監査サービスセンター監査勤務評価室
(OAPR) プログラム・スペシャリスト

アンジェラ・ディンガ・ムブンバ 紛争解決センター (CCR) HIV/エイズと安全保障事業・
(Angela Ndinga-Muvumba) シニア・リサーチャー

鈴木智子 (財) 日本国際交流センタープログラム・オフィサー

田中康彦 在南アフリカ日本大使館一等書記官

上原鳴夫 東北大学大学院医学系研究科社会医学講座国際保健学分野教授

ソフィー・ジャンセバン・レンズバーグ UNODC ナショナル・プログラム・オフィサー
(Sophie Janse van Rensburg)

山田 潤 外務省大臣官房国際社会協力部政策課外務事務官

山本 正 (財) 日本国際交流センター理事長；世界基金支援日本委員会ディレクター

東京ワークショップ (2006 年 5 月 30 日)

坊野成寛 国際問題研究所研究員

不破吉太郎 法政大学教授

スーザン・ハバード 米国法人 日本国際交流センターシニア・アソシエイト
(Susan Hubbard)

伊藤聡子 (財) 日本国際交流センターチーフ・プログラム・オフィサー

スティーン・ヨーゲンセン 世界銀行環境・社会的持続可能な開発担当副総裁代行
(Steen Jorgensen)

ジュララ・ピンクラサイ スリン・ピツワン氏アシスタント
(Jrarat Pingclasai)

勝間 靖 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科助教授

勝又英子 (財) 日本国際交流センター常務理事・事務局長

小松諄悦 国際交流基金日本研究・知的交流部部長

コフィ・イシドア・クーエイディオ 東北大学博士課程
(Koffi Isidore Kouaidio)

牧野耕司 (独法) 国際協力機構企画・調整部人間の安全保障グループ人間の安全保障チーム・
チーム長

鍋島由美 国際労働機関 (ILO) 駐日事務所

中井恒二郎 国連世界食糧計画 (WFP) 日本事務所援助関係官

岡村恭子 国連児童基金 (UNICEF) 東京事務所アシスタント・プログラム・オフィサー

スリン・ピツワン タイ国国會議員
(Surin Pitsuwan)

ロバート・ロビンソン 国連難民高等弁務官事務所駐日代表
(Robert Robinson)

齋藤雅治 ピースウィンズ・ジャパン海外事業部
世古将人 笹川平和財団研究員
鈴木智子 (財) 日本国際交流センタープログラム・オフィサー
上原 鳴夫 東北大学大学院医学系研究科社会医学講座国際保健学分野教授
山田 潤 外務省大臣官房国際社会協力部政策課外務事務官
山本 正 (財) 日本国際交流センター理事長
米倉雪子 日本国際ボランティアセンタープノンペン事務所所長

(財) 日本国際交流センター (Japan Center for International Exchange)

日本国際交流センター (JCIE) は 1970 年に設立され、1973 年に財団法人となった非営利・非政府の組織。国際的な知的交流と非営利セクターの協力の推進を目的として、次の 3 つの領域で活動を行っている。

■グローバル・シンクネット

世界の主要なシンクタンクとのネットワークを構築し、政策課題を中心とした国際的な共同研究と政策対話を推進する。

■政治・議会交流

日本と諸外国の議員や議会関係者の交流を通じ政策対話を深め、信頼関係に基づく人的ネットワークの構築を図る。

■シビルネット

民間非営利セクターや地方の国際交流・協力活動を推進し、日本国内およびアジア太平洋をはじめとする国際的なシビル・ソサエティの強化と発展を図る。

所在地：東京都港区南麻布 4-9-17

<http://www.jcie.or.jp/japan/>

世界基金支援日本委員会

世界エイズ・結核・マラリア対策基金を支援する民間の委員会として 2004 年 3 月に発足。森喜朗前総理を会長に、国会、政府、学界、経済界、NGO、労働界の有識者 16 名で構成され、(財) 日本国際交流センターが事務局を務める。世界基金に対する理解の促進、エイズを始めとする感染症に対応できる環境づくり、東アジア諸国間の国際協力の促進を目的に緒事業を実施している。同様の支援組織は、米国、欧州、アフリカにも設立され、世界中に広がりつつある。

所在地：東京都港区南麻布 4-9-17 (財) 日本国際交流センター内

<http://www.jcie.or.jp/fgfj/>

人間の安全保障アプローチで取り組むエイズ：アジアとアフリカの事例から

2008年発行

編集・発行 (財) 日本国際交流センター

〒106-0047 東京都港区南麻布 4-9-17

電話 03-3446-7781 (代)

Fax 03-3443-7580

URL <http://www.jcie.or.jp/japan/>

編集 鈴木智子

©Japan Center for International Exchange

Printed in Japan