表 2: 面接の対象となった女性

	年齢(歳)	居住地	教育(年)	婚姻	子どもの数(人)・年齢	職業	収入
1	73	都市部	なし	死別	4 人 (42–52 歳)	金貸し	US$ 7.5 – 10 /日
2	70	農村部	なし	死別	3 人 (35–44 歳)	なし	US$ 17.5 /月 (娘婿の軍隊給与)
3	69	農村部	なし	既婚	1 人 (養女)	農業	米 1,440 kg /年
4	53	農村部	識字教室	既婚	5 人 (13–24 歳)	農業・雑貨店	US$ 1.1 /日
5	53	農村部	4 年	既婚	8 人 (12–33 歳)	農業・小工場経営	米 5 トン /年・US$ 2.5 /日 (工場製品・不定期)
6	50	都市部	5 年	既婚	3 人 (13–17 歳)	中国絵画教師	US$ 300 / 月
7	47	農村部	5 年	既婚	7 人 (3–24 歳)	農業(自作・借地)	米 2–3 トン /年・野菜
8	42	農村部	1 年	離別	3 人 (15–20 歳)	麺類販売	US$ 2.5 /日
9	39	都市部	なし	未婚	–	セックスワーカー	US$ 1.75 – 2.5 /日
10	59	都市部	2–3 年	死別	5 人 (16–36 歳)	菓子販売	US$ 2.5 /日
11	49	都市部	5 年	既婚	5 人 (16–23 歳)	主婦	$140 /月 (夫・娘の工場労働)
12	48	農村部	4 年	既婚	7 人 (6–25 歳)	農業 (自作)	米 7 トン /年・野菜・牛豚
13	38	都市部	9 年	既婚	2 人 (4–5 歳)	縫製業	US$ 100 /月・US$ 100 (夫の建設業・不定期)
14	74	農村部	なし	既婚	5 人 (33–50 歳)	農業・薪販売	US$ 2.6 /日(妹の食品店)
15	55	農村部	6 年	既婚	2 人 (10–14 歳)	縫製業	US$ 3.75 /月
16	50	農村部	なし	既婚	2 人 (11–14 歳)	農業・薪販売	米 1 トン /年・US$ 0.5 – 0.75 /日
17	49	農村部	3 年	既婚	2 人 (23–26 歳)	農業 (借地)	US$ 250 /年・US$ 1.75 /日 (月 15 日娘 2 人縫製工)
18	48	農村部	5 年	既婚	4 人 (6–22 歳)	農業 (自作)・建設労働	米 2 トン /年・US$ 1.75 /日(月 15 日建設労働)
19	35	農村部	なし	既婚	6 人 (5 ヶ月–15 歳)	主婦	US$ 1.25 /日 (夫の荷物運搬)

(面接場所: 1-9: プノンペン国立母子保健センター; 10-13: プノンペン赤十字ヘルスセンター; 14-19: カンダール州キエンスヴァイ郡)

表 3: 紛争中・紛争後における生活状況と健康問題・保健医療サービスに関する意見

	紛争中 (1970-80 年代)	紛争後 (1990 年代以降)	健康問題・保健医療サービス
1	ポル・ポト時代コンポンスプーに移動させられた。9 人の子どものうち 5 人死んだ。移動中は泊まる場所もなく、出産後死んだ女性もいた。栄養不良でむくんでいた。	商売を始めて、生活は良くなったが、余裕はない。	出産 9 回。白内障がある。体が痛んで眠れないので伝統的医療の薬を飲んでいる。症状の軽い時は薬局で薬を買うが、ヘルスセンターや病院にも満足している。
2	1971 年、第 12 子出産時に手術をした。ポル・ポト時代、強制移動させられたが、重い病気で重労働はできなかった。食糧もなく芋を作っていた。32 歳の息子は殺され、37 歳の息子は爆撃で死んだ。同胞 5 人をはじめ全部で 49 人の親族を亡くした。84 年、窃盗に遭い、全財産を失った。	92 年に窃盗にあった。家族の不和がある。娘の夫に別の女性がいる。15 歳の孫は血液の癌に罹った。悪いことが続くのは前世の因縁ではないかと思い、良い行いをするようにしている。	出産 12 回、子ども 3 人が健在。1979 年に交通事故に遭い、74 年と 2000 年にコレラに罹った。今は体力がなく眼もよく見えない。貧しいこと、食べ物のこと、娘の病気が心配。病気になって死ぬのは良いが、長引いては困る。お金がない時は、民間療法のコインマッサージを行う。紛争は女性の健康に影響したと思う。地雷や爆撃、戦闘があり、出産後混乱した。食糧不足で、不衛生だった。
3	ポル・ポト時代に兄 2 人いとこ 1 人が殺された。粥しか食べられず用水路堀の重労働をさせられ、自由に意思表示もできなかった。その後も体力がなくなった。	旱魃・虫害で農作物に被害を受けたが、前より良くなった。治安も改善したが、牛を盗まれた。保健医療施設も良くなった。	妊娠 0 回。養女の夫は写真屋。マラリア、チフス、感染性下痢症に罹ったことがある。現在は高血圧や腹痛があり、年とって弱くなり胸の詰まった感じがする。軽い病気には伝統薬やコインマッサージで対応。紛争の健康への影響として、医師がいなくて逃げる途中に路上で出産した女性がいたこと、爆撃で化学物質の煙が出ていたこと、食糧がないこと、虐待を受けたことがあげられる。
4	ロン・ノル時代、戦争が起こり島に 3 ヶ月逃げていた。夫は戦闘に加わった。自分は震えや胸部の熱感や眩暈に罹った。ポル・ポト時代、カンダールはずれに強制移動させられた。出産したが子どもは破傷風のため 3 ヶ月で死んだ。米を少しまぜたとうもろこししか食べられず、自分と夫も病気だった。80 年代には、夫はコミューンで働き、生活は中程度で健康状態もよくなった。	さほど大きな変化はなく、自分は健康だが、夫は病気になったり良くなったりを繰り返している。子どもの結婚に費用がかかるのが心配である。	出産 6 回。子ども 5 人健在。眩暈がしばしばある。子どもの健康と将来が心配である。ポル・ポト時代の抑圧と重労働は健康問題の原因である。殺虫剤付の野菜を食べて下痢になった。衛生的な食べ物は食べられなかった。病気になっても、良い治療を受けることは難しく、治療や出産には、生活費を使わなければならない。賄賂を要求される病院もあり、お金がかかる。施設の料金だけにしてほしい。
5	ポル・ポト時代に、兄 2 人・いとこ 2 人・おじ 2 人を殺された。移動はしなかったが、強制労働をさせられ、粥しか食べられなかった。家族はたくさん病気に罹った。1980 年代以後も軍隊に徴用されたり、森林伐採に行かされたりした。	生活状態は良くなった。保健医療施設も良くなった。医師にかかったり、薬をもらったりするのが容易くなった。現在、夫が病気で働けず収入がなくて困っている。	妊娠 11 回、死産 2 回、末子は 4 歳の時デング熱で死んだ。結核の治療を受けた。腰痛、胸痛がある。紛争による健康への影響としては、重労働、気候、食糧不足、爆撃による化学物質の影響、薬の不足が挙げられる。精神的問題等は医師に相談している。病院のサービスは良いが、食事の配給システムを改善して欲しい。
6	1976 年にプルサットに移動させられて農業をした。79 年にプノンペンに戻り、82 年に結婚した。	収入が増えて、生活は良くなった。3 人の娘を学校に行かせた。	出産 3 回。現在高血圧だが問題ない。以前のことを考えると頭痛がするが、現在の生活には満足している。
7	カンダールにいたが、食糧も耕す農地も牛もなかった。ポル・ポト時代後、夫は森林伐採に行かされた。出産してすぐ、化学物質(農薬?)で汚染された水田で働いた。2 歳の娘がデング熱で死んだ。	生活は良くなった。子どもを学校に行かせたが、高等教育を受けさせることはできず、就職が難しい。	妊娠 11 回、流産 3 回、出産 8 回。結婚前にチフスに罹った。子どもの頃に頭を打って意識を失ったことがあり、時々頭痛・不快感があって意識が一時的にはっきりしなくなることがある。79 歳の母親はずっと民間クリニックを受診していたが、精査のため病院に来た。

8	タケオにいたが、食糧はなく、自分も息子もマラリアに罹った、1980年に結婚。	夫に別の女性ができて離別、体調も悪く、生活は良くない。長子は学校を中退して働き、下の2人は就学しなかった。	出産3回。動悸・息切れがある。離婚して3人の子どもを育てるのは大変である。病気になると仕事を休まなければならないが借金はしていない。
9	父は死亡、母は再婚して捨てられた。	生活は変わらない。バッタンバンで売春していたが、1ヶ月前プノンペンに来た。	野外で生活。現在、6人のパートナーがいる。婦人科疾患があるが放置している。
10	1970年代、夫は兵士で十分な給与を得ていた。ポル・ポト時代、甥3人を亡くした。カンダールに移動させられ、薄い粥しか食べられず、自由に話すこともできなかった。80年代に夫は再び兵士になり、81年プノンペンに戻った。子どもたちは学校に行き生活は良くなった。	家族は、貧しいことを除けば、よい状態と思う。子どもを学校に行かせるのにお金がなくて苦労したが、息子の1人は大学まで行った。もう1人の息子が失踪し、夫を高血圧症で1996年に亡くした。	出産9回、6人の子どもが健在である。現在、胃痛と眩暈の症状がある。貧しくて、十分に食べることができないことが心配で、よく眠れないことがある。紛争は女性の健康にはあまり影響しなかったように思う。貧しいので息子は33歳で独身である。
11	バッタンバンからカンポットに強制移動させられ、農業や用水路掘りをさせられ、食糧にも困った。両親は移動させられ殺された。最初の夫と娘はポル・ポト時代に殺された。その後プノンペンに戻り商売をした。夫はコミューンリーダーだった	窃盗が増え安全でなくなったが、商売はしやすくなり、生活は良くなった。ヘルスセンターが利用できるようになった。	結婚2回。妊娠5回、1回双子を出産。マラリアの既往がある。現在は、収入や子どもの教育等たくさんの心配事がある。紛争によって化学物質が使われ、女性は健康を害したり、収入がなくなったり、治安が悪くなった。
12	家族と離れ離れになって地方に移動させられ、重労働をさせられた。兄弟は生き延びたが、いとことその家族は皆死んだ。1975年に結婚し81年に出産、医師はいなくて村の産婆に頼んだ。ミルクが買えず代用品を使った。80年代は懸命に働いたが、夫は働いた価値を分かってくれず、時々暴力をふるった。	家庭内暴力を除いて生活は良くなった。夫が暴力をふるっても、家庭生活を続けていく努力をしている。自分のお金がなく、子どもたちのために働き続けている。子どもたちは学校に行かせた。	妊娠7回。夫のことには悩んでいる。病気になった時は、しばらく我慢し、病院か伝統医療を受診する。今は胃痛や痔を患っている。自分の健康問題は、夫の暴力だけではなく、重労働も原因だと思う。産後1ヶ月から働いた。この病院には娘の出産のためにきた。清潔だが、食事は昼食のみなので、もっとよい食事になるといいと思う。
13	ポル・ポト時代に父は殺され、食糧がなく、プレイベーンに移動した。1981年にプノンペンに戻ったが、生活は貧しくたくさんの病気に罹った。	収入は増えたが生活は厳しい。心臓病と分かって、高額な検査が必要になった。	妊娠7回。貧しさのため5回中絶した。この10年間胸痛があり、膣感染や鼻腔感染もある。夫のことや自分自身や子どもの将来、住居付近は麻薬の販売地域で心配事が多い。病院での医療サービスには満足しているが、出産の際、賄賂を要求されることもある。
14	コンポンスプーに強制移動させられ、自由に話すこともできず重労働に従事した。食糧を得るのも困難で、その頃のことを忘れることはできない。薬は薬草しかなかった。1980年代になっても、民間療法の薬を使い、公立病院がなくて病気の治療を受けることは難しかった。	お金を使うことは簡単になったが、お金を得るのは難しい。仕事は良くなった。娘や息子がよく支えてくれる。息子の1人は医師になった。治安は良くなったが、村でバイクが盗まれた。	妊娠10回、2人の子どもが生後2ヶ月未満で死亡。現在は5人の子どもが健在。出産後歩行と話すことが困難になった。眩暈や疲労による下肢痛があった。紛争中は、食糧が不足したうえ、不衛生で下痢になり、重労働で健康を害した。どうやって戦闘を避けようかと心配だった。今は、娘や息子の仕事のことを心配している。
15	自分にも家族にも大きな影響はなかった	生活は改善され、特に心配することはない。年をとっていて、夫も病気なので、仕事を探すのが難しく、日々の生活費を得るのが難しい。	紛争は女性の健康に影響を与えたと思う。自分が出産した時はちょうど大混乱の時であった。何かの化学物質が自分の体にも影響している。現在は、胃痛がしたり、風邪をひいたりしている。お金がないので病院に行けない時があり、病気がなかなか治らない。時々借金をしている。病院での医療サービスに満足しているが、夜でもサービスを受けられると良いと思う。

16	ポル・ポト時代、バッタンバンに移動させられた。薄い粥しか食べられず、重労働をさせられ、棒で殴られ、穴に突き落とされて殺されそうになった。右膝・左手・首・左腹部等に傷跡がある。その後も内戦中は薬もなく、農業用水や牛もなくて生活は苦しかった。	生活は良くなった。洪水の時は政府から支援があった。近所の人から、お金や食糧を借りることもできる。	出産４回、幼児期に２人死亡。バイクカートに乗っていた時転倒事故に遭い、頭痛・眩暈が続き、不眠と食欲不振がある。プレイベーン州の病院よりキエンスヴァイ郡病院の方が良く、無料で薬と１日２食を提供してくれるので入院している。
17	家族とカンダールに住んでいたが、食糧がなく生活が苦しかった。その後の内戦中、夫は紛争地帯での森林伐採に行かされた。生活するのに必要な収入を得るのが難しかった。	生活は良くなった。農業に牛や機械を使えるようになったし、娘も働くようになった。病院やヘルスセンターができて、医師が治療してくれるようになった。	出産２回。紛争中は食糧不足や戦闘を逃れるために逃げ回ったりし、健康を害してしまう。腹部腫瘍の手術をしたので、薬をもらうために通院している。病気で仕事ができなくなり、お金もないので、借金している。病気やお金のないことが心配である。
18	プノンペンからカンダールに移動したが、生活は大変だった。母は出産後の病気で足が不自由になった。紛争中は家も収入もなく、保健医療施設もなくて治療を受けられなかった。	子どもも大きくなったし、用水もあり農業生産も増え、生活は良くなった。公立病院ができ、医師もいて、治療が受けられるようになった。	自宅出産９回。子ども５人を6-8ヶ月で亡くした。妊娠中に貧血がみつかり、母乳がでなかったのでミルクを買うのが大変だった。稲の葉で左目を傷つけ、自転車の事故で下肢を怪我した。現在、眼の異常等がある。公立病院のサービスに満足している。病気になるとお金がかかるが、借金せずにやりくりしている。
19	ポル・ポト時代のことは覚えていない。	生活は以前より悪くなった。洪水があって、仕事を見つけるのが困難になったし、子どもも増えた。母の兄弟が支援してくれる。夫は酒を飲んで暴力をふるう。夫は鼻の病気で呼吸しにくい。	妊娠７回、１回は双子だったが、川沿いを歩いていて落ち出血し死産した。６人の子どもが健在である。出産後には、痙攣、発熱、頭痛があった。夫が酒を飲むことに対して怒りがあるが、ここ３回の妊娠中は自分も酒を呑んでいた。出産後たった１日家にいて、翌日には金を借りに歩き回った。産婆の費用は親類に借金している。母乳のために民間療法の薬を飲んでいる。女性が病気になると、夫はその面倒を見なければならず、仕事をなくしてしまうと思う。

アフガニスタンの女性と保健医療に関する状況

国際協力機構 (JICA) アフガニスタン
田中 香

1. はじめに

アフガニスタンは、23 年にわたる内戦の後、2001 年にタリバン政権が倒れ、暫定政権が 2004 年 11 月まで国の復興を担ってきた。2004 年 12 月に選挙が実施されて民主的政権となり、アフガニスタンは｢復興から開発へ｣という新しい段階に入ったといえる。つまり、国づくりのあり方や援助のあり方が、従来のような緊急援助型の物資提供、人材提供という形から、物資が調達できるようになる能力や制度の確立、人材が独自で育成できるようになるための制度や手法の確立という方向に、変化していくことになると予測される。

こうした背景を踏まえ、とくに、リプロダクティブヘルス (Reproductive Health) および女性と開発 (Gender and Development) の視点から、紛争後新たな段階に進みつつあるアフガニスタンの状況を概観する。まず、アフガニスタンにおけるリプロダクティブヘルスおよび女性と開発にかかる現状について概説し、その後現在の取り組み、今後の取り組みに関する展望について報告する。なお、アフガニスタンにおける統計はすべて推定値であり、調査機関によって数値も微妙に異なっている。ここでは、アフガニスタン政府が公的な発表などで使っている資料を使うこととする。

2. 女性・保健医療の概況

妊産婦死亡率は、出生 100,000 対 820 と推定されており、世界で下から 2 番目といわれている。合計特殊出生率が 6.8 と高値であるが、政府によると昨年の 6.9 から少し改善されたとのことである。また、平均寿命は、男性 45 歳に対して女性 44 歳であり、女性の方が男性よりも短い国である。これらの数値は、女性のおかれている状況がいかに過酷であるかを示すものである。公衆衛生省 (新政権のもとでの行政改革によって保健省から名前を変えた)、女性課題省などがこれらの問題の解決に取り組んでいる。

こうした数値で表わされる問題の裏には、アフガニスタンの社会が抱える宗教的、文化的な要因が多々あり、これらが女性の健康の問題に深く関わっている。特に、若年婚、強制結婚、ドメスティックバイオレンス (Domestic Violence: DV) 等の影響は大きい。田舎では、14 歳ぐらいで結婚し毎年のように子供を生むという女性も珍しくない。強制婚が若年婚になることが多く、さらに多産の傾向があることも報告されている。

また、タリバン時代には女性は教育を受けられなかったこともあって、女性の多くが教育を受けておらず、女性の識字率は極端に低く 10 % 以下といわれている。識字率が低いことと乳幼児死亡率の相関関係があることから、女性の低教育水準は子どもの健康にも影響を及ぼす。早急な改善が求められており、多くの援助機関が識字率の向上を支援している。

字が読めない女性に対して、啓発活動や情報提供をおこなう場合に使われるツールとして、ラジオがあげられる。しかし、アフガニスタンではラジオのチャンネルすらも男性がコントロールすることが多く、女性はラジオに触ることもできないという実態が報告されている[1]。このように、女性があらゆる情報から遮断されており、そのことがまた女性の生活状況を悪くしている。

また、女性の医療従事者のみが女性の患者を診ることができるということも、女性の保健医療状況の改善に影響を及ぼしている。女性の識字率が低いため、質の高い女性の医療従事者を確保することが困難となっている。特に看護師、助産師は、質のみならず絶対的な数の不足も深刻である。本来であれば、12 年の基礎教育を卒業した後に、看護学校や助産師学校に進学するはずであるが、実際には 9 年の基礎教育しか受けていない学生も多く受け入れている。女性の保健医療従事者の中でも、とくに重要な、Community Midwife (地域社会で活動する准助産師)、助産師、看護師の不足は著しく、人口 50,000 人に対し看護師 1 人という数値が出されており、この数値は助

[1] NGO 調査

産師においても同様比率と推定されている。こうした状況を改善しなくては、女性の保健医療状況は改善しない。政府は、人口 3,000 人に対して看護師 1 人を目標数値として出してはいるものの、その実現までには相当の時間を要すると予想される。

インフラの不足もこうした女性の状況が改善しない要因の 1 つである。内戦によりあらゆる社会インフラが破壊され、道路、電気、水などの基礎インフラが整備されていない。先のラジオ等についても、受信機を持っていても電気がないために電池が切れた段階で聞かなくなってしまうなどの問題も報告されている。また、山に囲まれている地域では電波が受信できないなどの問題もあり、単に社会、文化的な要素だけではなく、インフラの整備もかなり必要とされている。幹線道路の整備など現在も続けられているが、物資の安定した供給などはまだ確保されていない。

地域の保健医療施設については、National Solidarity Program[2] の一環として、米国国際開発援助庁 (United States Agency for International Development: USAID) が 7,000 のコミュニティにおいて整備する等の支援を行った。公衆衛生省が整備しようとしているリファラル・システムに基づき、Basic Health Center (BHC) などの施設を整備するとともに、これらの施設が有効に機能するための管理能力の向上支援も必要であり、住民組織化、住民参加型等、地域開発型の支援と、インフラ、施設などハードの支援の同時進行が求められている。

3. 現在の取り組み

現在のアフガニスタンの保健医療サービスは、地方においてはいまだに Provincial Reconstruction Team (PRT) の主導でサービスが提供されている。また、サービスの提供者も行政機関ではなく PRT と NGO 等が代替しており、開発援助を実施するための条件が整っているとはいえない。地方における行政制度がある程度確立しなくては、安定したサービスの提供、人材の育成を確保することができない。

現在、PRR (Priority Reconstruction and Reform)[3] に基づいて、各省庁が省庁改革および人材の投入計画の策定及び実施に向けての準備をしているところである。PRR は 5 年計画でアフガニスタンの行政体制を立て直すことを目的として、行政における人材の確保および人材育成を通じて行政が機能することを目指すものである。女性省は 3 月中旬から公務員試験による登用を実施しており、現在のスタッフも今回の登用試験を受けることが義務付けられている。ただし、これはまだ一部の省において開始されたばかりであり、すぐに行政が機能するというものではない。PRR が計画通り実施され行政体制の下地が整備されることで、持続可能サービスの提供を目指した援助が可能となる。

また、制度的な面での整備も進められている。各種ガイドラインの作成、国家試験導入などによってサービスの質の一定化と安定を図ることが検討され始めている。家族計画に関しては公衆衛生省が NGO に対するガイドラインを作成し、それに沿った活動を指導しており、これまでの、とりあえず多くを配布するという発想から、それぞれのニーズにあったサービスの提供へと、そのあり方が変わりつつある。

助産師 (District Hospital、Regional Hospital に配属) や看護師に関しても、カリキュラムの見直しを行って、2004 年から新カリキュラムが実施されている。助産学校は 5 つの州 (ヘラート、カンダハル、ジャララバード、マザリシャリフ、カブール) で開校されており、実習を含めた教育を実施している。現在 1 学年 40 人である。今後各州に同様の学校を開校する予定ではあるが、学校の生徒や学校のスタッフが集まらないなどの問題が起こる可能性がある。

今回のカリキュラムの見直しは、座学のみの教育から実習を含めるようになったことが大きな改革点になる。しかし、実習を教えることのできる教師がおらず、教師の育成から行っていかなくてはいけない状況である。とくに、実習を通じて患者に対する対応の仕方や、患者を人間らしく扱うなどの意識改革の部分も期待されており、こうした面での教師の確保はさらに難しいと思われる。

地域保健医療に関しては、2003 年から 2004 年にかけて、Community Midwife (Basic Health Center、Community Health Center レベルに配置) の養成カリキュラムを国が作成し、それに基づいて NGO

[2] 2002 年に開始された、世界銀行の資金で実施されたプログラム。
[3] PRR で必要となる、公務員の給料の増額分および新たに採用する人材の確保にかかる資金は、Afghanistan Reconstruction Trust Fund より提供される。

が育成を開始している。女性の教授陣が少ないことが問題であり、質の高い教育を提供しているという状況にはまだないとのことである。

公衆衛生省におけるリプロダクティブヘルスに対する取り組み方も変わってきている。副大臣のうち 1 人がリプロダクティブヘルス担当となったことからも、その位置づけの重要性が示されている。

健康情報提供 (Information, Education and Communication: IEC) の必要性について特に強調され始めていることも特記すべきことである。女性課題省と公衆衛生省では、IEC の展開を来年度の活動にいれ、地方において、女性に対し広く情報を提供することを目指している。現在、米国の支援を得て、Equal Access が、村の女性に対してラジオの配布および女性に対するプログラムの提供を行っている。女性に対するラジオの普及への期待は大きく、保健医療・家族計画のみならず、識字、Small Medium Enterprise (SME) に関する情報等の提供をはじめ、広くその成果が期待されている。しかしながら、先に述べた調査にもあるように、家庭にラジオを配布しても男性に取られてしまうことも報告されている。そのため、女性のシューラ(地域社会組織)を巻き込んで配布するような計画も立てられている。

今後地域開発においては、女性のシューラをキーパーソンとした地域活動が多く始まると予想される。リプロダクティブヘルス分野も例外ではなく、地域の女性により効果的に情報やサービスを提供するために、不可欠な存在として注目されている。

日本は、こうした中でカブール市内の産婦人科病院であるマラライ病院を拠点として、JICA によるリプロダクティブヘルス・プロジェクトを実施している。このプロジェクトは、トップ・リファラル病院としてのマラライ病院の機能強化と、医師養成機関としての研修機能強化を支援している。さらに、カンダハルの助産師学校の支援を加えて、アフガニスタンにおけるリプロダクティブヘルスの改善を目指している。マラライ病院には、JICA のほか、USAID、UNICEF、その他 NGO 等、多数の援助機関が入っており、ドナー間での調整を進めて、同病院の機能を強化する方策が検討されている。その 1 つとして、メンター制が導入され、始動し始めたところである[4]。

4. 今後の展望

2004 年におこなわれた選挙は、アフガニスタンに新たな民主的な時代をもたらしたとともに、政治的意向が行政に大きく関わるという新しい状況を生んだとも言える。これまでは政治家というものが存在せず、社会活動家や抵抗運動等に携わった人がそのまま政治の中枢につく、あるいは行政機関で職を得るという状況の中で、政治や行政を越えて「国づくり」に取り組んでいたといえる。このような状況から、選挙を通して「政治」の力が顕著化するようになり、政治と行政をある意味で区分けしたといえる。この結果、先の暫定政権時に検討された方針や方向性が計画通り遂行されず、全く新しい方向性が打ち出されるなどの混乱もあり、発展のプロセスに影響を与えていることも事実である。

保健医療分野においても同様であり、ドナーに頼らない方針を大臣が打ち出す等の場面や、前政権時代の高官が更迭される等の混乱が生じた。こうしたことによって、前政権時代に発効されたガイドラインなどの遂行に遅れが出ている。

こうした、政治と行政の関係における新たな問題に直面している中で、アフガニスタンは、ドナーとの関係においても新たな時代に入っている。選挙による通常の政府の樹立により、「復興から開発」という流れはドナーや NGO の中でも明らかになってきた。とくに緊急援助型 (物資の提供等を中心とした活動) の組織については、その規模の縮小や活動の見直しなどが行われている。アフガニスタンとしてはこれまでのような物資の支援を期待できない中で、国づくりを進めていかなくてはならない。

先のマラライ病院でも、臨床検査部を支援していた NGO が撤退を決めたことにより、臨床検査の機能が今後どのようになるかということが懸案となっている。JICA のような開発援助型のドナーの場合、物資の支援というスキームを持たないこともあり、直接的にその活動を支援することは困難である。しかしながら、病院全体の機能という視点からすると、臨床検査が機能しないということは大きな問題であり何らかの手を打つ必要がある。

---

[4] マラライ病院に関しては、藤田専門家(プロジェクト・チーフアドバイザー、保健省アドバイザー)からのヒアリング。

こうした、緊急援助型支援の撤退と開発援助型ドナーの引継ぎにかかる問題は、今後あらゆる分野あるいはあらゆる活動で出てくることが予想される。緒方イニシアティブのもと、日本としてはどのようにこうした問題にとりくみながら、「復興から開発へ」の支援をするかを検討する必要がある。

5. 女性と開発への支援

筆者は、JICAの支援する、「女性の経済的エンパワーメント支援プロジェクト」の長期派遣専門家として、カブールで活動している。このプロジェクトは、日本による最初の本格的な女性支援に対する技術協力プロジェクトである。以下に、このプロジェクトの概要を紹介する。

このプロジェクトでは、アフガニスタンの女性課題省が州女性局を通じてコミュニティ開発事業を実施し、女性の経済活動を促進させる政策・施策をとりまとめて他省庁や他機関に提言できる一連の流れ (メカニズム) を整備することができるようになることを目的としている。協力期間は、2005年2月から2008年2月までの3年間を予定している。協力相手先機関は、女性課題省の経済開発局及び地方連携局である。

アフガニスタンの女性は、過去23年に及ぶ紛争とその後のタリバン政権下において、地位的、経済的に極めて困窮した状況に置かれてきた。女性と男性が同様に社会に出て就業することは難しく、女性の職業は教育及び医療関係に集中しており、戦争で配偶者を失った女性や貧困女性には生計を立てる手段がほとんど無い。アフガニスタンに対する支援の重点項目のうちの1つが、女性の自立と生活の向上であることから、日本は、女性の経済的エンパワーメントに寄与する支援を行うこととなった。

女性課題省は、2001年に発足した。その経済開発局の役割は、女性の経済活動の状況を把握し、女性が経済活動に従事しやすいような環境を整備するよう支援することであり、地方連携局の役割は、地方における課題について方策がとれるよう関係を強化することである。しかし、正式な統計や情報が把握されていないことや、各州の女性局に、問題を把握し有効なコミュニティ開発事業の評価をする能力がないことのために、女性の経済的支援に有効な政策を打ち出せていない状況にある。

このような問題に対処するために、このプロジェクトでは、両局において人材の能力を育成し、またバルフ州、カンダハル州、バーミヤン州の州女性局において、IP (Implementation Partners: NGO、大学、ラジオ局等の事業実施機関) と連携して具体的な女性の経済的エンパワーメントに資するコミュニティ開発事業 (CEPW: Community Empowerment for Women) を実施したり、女性の組織化、識字教育、技術訓練、起業支援等のCEPWを通じて地方の女性の経済活動に関する現状と課題を整理し、女性課題省と情報を共有したりする。これらを通じて、地方における女性の声が女性課題省に届き、地域のニーズに合った政策・施策が提言されることによって、地方における女性の経済的エンパワーメントが促進されるメカニズムが構築されることが、このプロジェクトの目指すものである。

アフガニスタンにおける地域密着型の国際協力の1事例

NGO「カレーズの会」代表
医療法人社団 健祉会 理事長
レシャード・カレッド

はじめに

人間の基本的な人権や尊厳および価値は国連憲章に謳われ、自由の中で社会的進歩と生活水準の向上のための努力が各国政府に義務づけられている。一方、個人として人間誰もが一生幸せに暮らし続けることを希望するとともに、自由で安定な生活環境の中、衣食住は勿論のこと医療や教育を受ける権利を持ち、病んだ時には温かく看守られ、そして最後には自分の家 (自分の国) で終末期を迎えることが夢である。しかし、人は時には日本のように社会環境の急速な変化と進歩によって、また時にはアフガニスタンのように悲惨な環境と貧困のためにこの夢を果たせないことがある。

ここに、医療をはじめとする社会サービスが皆無状態にある、戦後のアフガニスタンの医療事情と、筆者らがNGOとして行っている活動を紹介し、報告する。

戦前の状況

アフガニスタンはシルクロードの交差点に存在し、多部族、多文化の狭間で、長期の間、平和で互いに融和した生活を営んでいた。農業を主な収入源として、1970年代後半まで、医療や教育の全てを無料で提供された国民は、幸福な民族と自負していた。自然は豊かであり、東西の文化の交わるこの地域は、佛教やイスラム教の発展と繁栄に貢献し、また遥かアレクサンダー大王の足跡を辿る土地でもあった。

戦後の医療実態

東西の接点であるという地理的位置にくわえ冷戦の煽りを受けたことから、1979年にソ連軍の侵攻、その後の内戦等々で、社会的基盤を破壊され街が瓦礫の山と化し、空爆などで学校や病院が破壊され、美しい歴史的な建物は塹壕のような状態となった。当然、この破壊とともに、医療、教育等のサービスをはじめ生活全てが機能しなくなり、国民ひとりひとりが路頭に迷う羽目となった。

長い戦争の結果、社会指標は劣悪な状態となった。低栄養状態にある小児は約70%を占め、小学校就学率は24%、清潔な飲料水を飲める人口は全体の13%に過ぎない。現在、新生児死亡率は出生1,000対176、乳児死亡率は出生1,000対165、5歳未満児死亡率は出生1,000対257、そして妊産婦死亡率は出生100,000対1,700と世界最悪の状態にある。

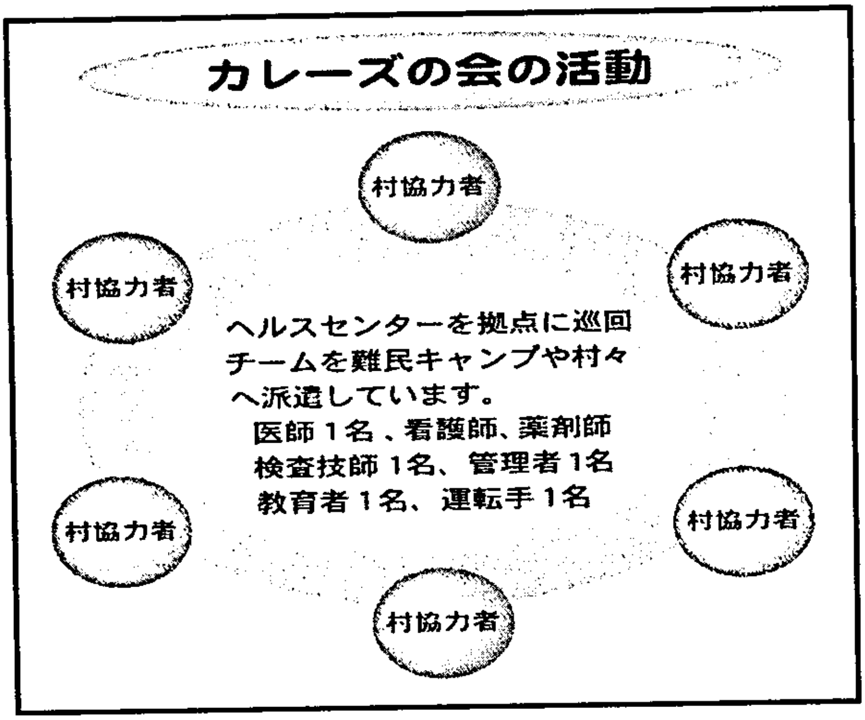
一方、医療従事者の状態として、医師の数は10,000人に対して1.1人 (日本の17分の1)、看護師1.1人 (同78分の1) 等であり、医療サービスの不足していることが判る。他方で、乳幼児予防接種率はBCG 56%、DPT 54%、ポリオ54%、麻疹50%、妊産婦破傷風40%であり、予防接種拡大によって死亡を低下させることのできる疾病の割合は、小児の全死亡例の21%と言われている。

全国の医療サービス施設が97ヶ所であり、全国の病床数は約5,400床、男性の病床の割合は人口10,000人当り4.2床、女性は人口10,000人当り2.5床、子どもにおいては人口10,000人当り0.9床であり、全体では人口10,000人当り2.5床である。また、地域格差が激しく、地方によっては人口10,000人当り0.2床のところもある。

NGOカレーズの会の活動状況

健康である医師をはじめとする医療従事者が、病んで動けないでいる人の所へ出向くことが、筆者の理念である。アフガニスタンの上記のような状況を踏まえて、パキスタンにあった難民キャンプでの16年間の医療活動経験を生かし、2002年4月に、アフガニスタンのカンダハール市において、医療と教育面において活動するNGO「カレーズの会」を立ち上げた。基本的には現地

で医療チームを組んでカンダハール市内にある診療所を始め、無医村や難民キャンプに出掛けて病人や子どもたちを診療してきた。各村において診療を行う際には、村人のボランティアを教育し、村人が自分たちでその健康を管理できるようにした。コミュニティと連携した、いわゆる地域参加型の活動を実施した。



疾病の推移

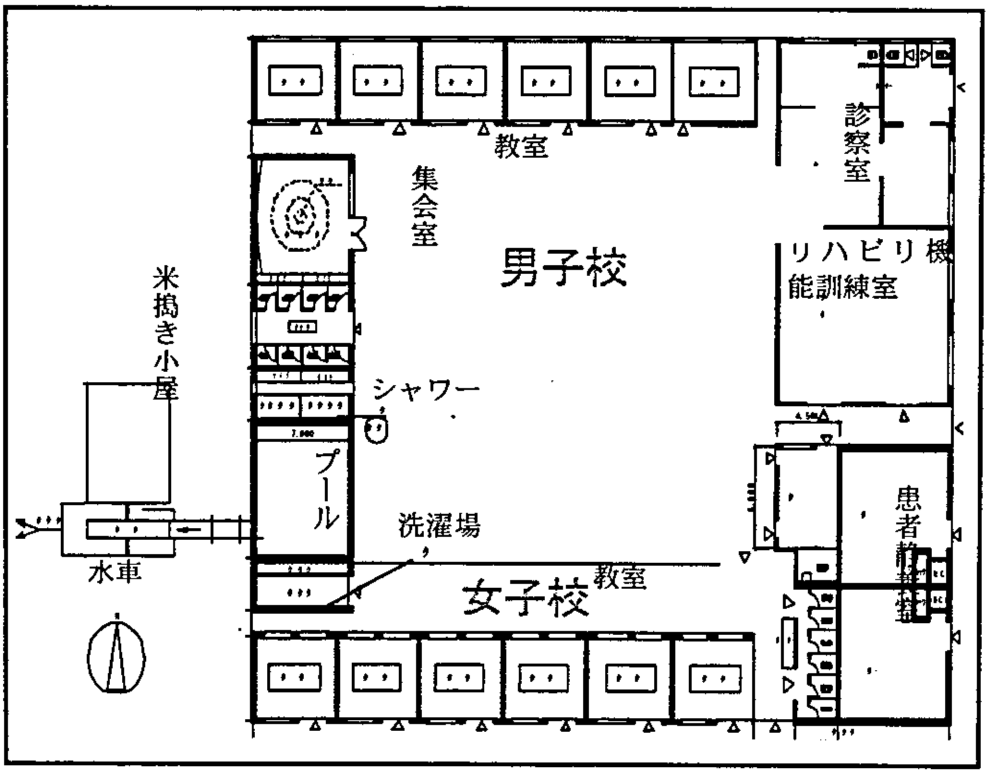
疾病	2003年1月以前	2004年9月
下痢や赤痢	25 %	11.8 %
胃腸障害	20 %	7.8 %
上気道感染	18 %	15.1 %
泌尿器系感染	7 %	5.6 %
貧血	5 %	7.5 %
住血吸虫症	4 %	3.0 %
結核	3 %	0.2 %

2年8ヶ月間の活動において約46,000人の患者がその恩恵を受けた。診療所を訪れる患者は、地域住民が39,689人(86%)を占め、残りの患者(14%)は村々や難民キャンプの患者であった。女性の患者が多く、全体の66.5%を占めていた。疾病構造としては、衛生状態などから考えて当然感染症が多く、下痢や赤痢が25%、胃腸障害は20%、上気道の感染は18%と多くみられ、泌尿器感染も7%を数えた。

アフガニスタンにおいて先述のように清潔な飲料水を飲める人口は13%に過ぎず、当地域において飲料水の細菌検査を行ったところ、大腸菌等が多く含まれ、このことが多くの感染症の発生誘因と思われた。それに対する対策として患者に対する通常の治療とともに、光触媒による殺菌効果のあるポリタンクを利用して、飲料水の改善を行った。その結果、この方法を実行した限定した地域では、上記感染症が極端に減少し、下痢や赤痢は11.8%、上気道感染は15%に減少した。一方、予防接種の普及においては、今後はユニセフとの連携を深め、医療サービスの乏しい地域への提供を検討している。

カレーズの会では、教育の機会のない村々6ヵ所でテント学校を9教室設立した。数キロ離れたところから歩いて通う330名の小学生が、毎日楽しみに勉学に励んでいる。このような需要を踏まえて、2005年には、この地域において、教育の現場と診療所を併設した、学校が社会の一部となるような、コミュニティ型の学校を建設する計画である。この学校の特色は、上記機能に加えて、飲料水の提供、大人の識字教育の場ともなるコミュニテイ・センター、公衆衛生の普及を図るためのシャワー・ルーム、女学校の中に母親たちが井戸端会議をする洗濯場を設けて、コミュニティの人々全体が利用できる施設とする事にある。また、この施設で利用する貯水で水車を回して脱穀をし、村の農業にも裨益するように計画している。この施設は、必要に応じて周辺5村にて、在宅医療を受けている患者の短期入院や処置の場ともなるように、簡易病床も併設する。単なる学校や診療所と言うよりも、社会の中心となる施設を目指している。

しかし、社会基盤の再生のためには、リーダー的人材の教育は不可欠である。筆者らは、この目的のために、昨年、アフガニスタンの医師及び薬剤師を招聘し、それぞれ1年間と6カ月間現場に見合った研修を受けさせ、帰国後、多くの住民や患者に役立てることができた。今後もこの計画を実施していきたいと考えている。



考察

国際協力の基本は常に被援助側のニーズに基づいて提供されることである。一方、援助をいつまでも持続することは、時には社会の自立を妨げる結果となることがある。特に政府間 (GO) の国際協力は、莫大な金額や人材を費やし行われるためその効果も大きいが、それによって被援助国がこれらの援助に頼ることになり、自立を遅延させせることが予想される。しかし NGO の場合は規模が小さく、また人材不足によって現地スタッフとともに活動を行うことができる。日常業務そのものが自立のためのトレーニングであり、地に足のついた持続的な効果を得ることができる。提供される機材も日常的で簡易なものが多く、全てを適切に利用することで機能訓練に繋がる。そして、援助の規模や内容を定期的に評価し、再企画することが長期協力において不可欠である。そういう意味で地域密着型の協力では地域住民のニーズを速やかに把握することが可能であり、有意義な援助が可能となる。

カレーズの会が小さな NGO 組織でありながら、短期間で多くの患者の治療を行うことができたのは、地域住民の協力が得られ、また現地スタッフの教育が早期に行われた結果である。一方、今後は村々での活動に拠点を造ることで、それぞれの狭い範囲の地域に活動を限定し、内容を充実させ、短期間に自立を促すことがねらいである。

地域に密着した活動は地域社会の評価を直接受けることができ、計画変更等は住民の希望に沿って行うことが可能であることは被援助者に顔の見える効果もあり、満足度の高いものが得られる。

以上地域社会の再建における NGO カレーズの会の事例を報告し、地域密着型援助の効果を論じた。

スリランカ北部における保健医療分野の復興開発－平和の定着への貢献

名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学
永井 真理

Ⅰ. はじめに

スリランカでは、多数派シンハラ人政府と北東部タミール人反政府組織 The Liberation Tigers of Tamil Eelam (LTTE) との間に約 20 年間紛争が続き、約 65,000 人の死者と 80 万人以上の避難民が発生した。2002 年に停戦合意に至り、2005 年 2 月現在まで停戦は守られ続けている。しかし和平交渉は中断しており、長期的な見通しは不明確なままである。

紛争中に主戦場となったスリランカ北東部は、現在、「交戦中ではないが、平和でもない」状態にある。このような状態は世界のいたるところで見られるにもかかわらず、国際支援の分野においては、紛争中の緊急人道援助と平和時の長期開発援助の狭間にあるために、いまだ効果的な援助方法が確立されていない。しかし、この流動的な時期は、いつでも紛争に逆戻りする危険性がある一方で、平和の芽を磐石にする貴重な機会でもある。したがって、停戦により援助活動をしやすくなっているこの時期に、いかに国際支援を通して平和への流れを決定付けていくかが、重要な課題となる。とくに保健医療活動は、停戦後の非常に早い時期から緊急人道援助の一環として始められることが多いため、単に現地で医療サービスを提供する以上に、その活動を通して、もろい平和の芽を育てて根付かせる平和構築に、何らかの貢献ができる可能性がある。

スリランカは、開発途上国の中でも社会開発に努力してきた国として知られており、経済水準に比して基礎保健指標や教育指標は高く (表 1)、国連ミレニアム開発目標の達成が可能と考えられている。内戦中、戦場となったのは北東部のみであり、それ以外の地域では、これまでの比較的行き届いた社会サービスが継続されてきた。紛争によって、北東部と他地域との格差が一層拡大していることが予想され、そのことが、平和の定着の妨げとなるのではないかと考えられる。

この研究では、内戦中に戦場となったスリランカ北部州を主な対象とし、文献・資料による分析と、現地の住民や医療関係者に対する質的調査を実施した。それにより、北東部の保健医療分野の問題点を検討し、また国内他地域の状況と比較分析して、今後の保健医療活動の方向性について考察した。

Ⅱ. 研究方法

1. 文献・資料による調査

日本国内および現地調査の際に、スリランカ政府保健省、国際機関、開発援助機関、NGO 等の出版物や研究論文等、スリランカの紛争と保健医療に関する文献・資料を収集した。それら文献・資料から、紛争地域とそれ以外の地域における、紛争開始前から停戦後にかけての保健医療指標の推移等を分析した。

2. 現地調査

(1) 情報資料収集および状況観察

スリランカでの現地調査を、2004 年 10 月 11 日から 11 月 6 日まで実施した。首都では、保健省のほか、世界保健機関 (WHO)、国連児童基金 (UNICEF)、国連世界食料計画 (WFP)、国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR)、国連人口基金 (UNFPA)、日本の国際協力機構 (JICA)のスリランカ事務所、および現地 NGO である Sewalanka Foundation を訪問して、スリランカ全体および北部・東部の紛争地域に関する情報・資料を収集し意見交換した。

北部州では、北部州各行政区 (district) の保健医療行政担当部署、国立ジャフナ大学医学部、公立病院 5 ヶ所、ヘルスセンター3 ヶ所を訪問し、情報収集と意見交換を行った。また、UNICEF

による公立病院補修事業および母子保健活動、WFPによる妊婦、幼児、就学児童に対する食料配給活動、JICA による公立病院補修事業および再定住地区の生活改善事業、日本の NGO・AMDA による公衆衛生助産師 (Public health midwife: PHM) 研修プログラムと移動診療所活動、現地 NGO・Shade による国内避難民や再定住者を対象とした精神保健活動、Sewalanka Foundation による生活改善事業および再定住地区住民に対する精神保健活動の状況を観察した。さらにヴァヴニア行政区では国内避難民キャンプ内の住居、マナール行政区では再定住地区の住居を訪問し、生活環境を観察した。

また、北部州の保健医療の現状を、スリランカの他地域と比較分析するため、直接紛争の影響を受けなかったスリランカ中南部の、サバラガムワ州とウバ州の公立病院四ヶ所、およびコロンボ市内とコロンボ近郊の公立病院四ヶ所を訪問し、情報収集と意見交換を行った。

(2) 保健医療に関する質的調査

現在北部州で保健医療活動に従事している人々が、医療施設・医療に従事する人材・住民の健康の 3 点に関して、いかなる問題を感じており、それらをどのような優先順位で改善すべきと考えているかについて、12 項目からなる自由回答形式の質問紙調査を行った。実施期間は 2004 年 10 月 18 日から 26 日、回答者は、ヴァヴニア行政区の公衆衛生助産師 15 人、精神カウンセリングを行っている NGO 現地職員とヘルスボランティア計 18 人、キリノチ行政区の医師 1 人、ジャフナ行政区のヘルスボランティア 1 人の、合計 35 人である。医師以外は全員女性であった。6 人がシンハラ人、残りの 29 人がタミール人で、いずれもタミール人を対象とした医療活動に従事していた。なお、ヘルスボランティアとは、国の認めた医療資格は持っていないが、紛争中に各 NGO や国際機関から個別のトレーニングを受け、現在、公衆衛生助産師とほぼ同等の仕事を行っている人を指す。

上記調査と同時期に、北部州の住民に対し、周辺の医療施設・そのサービス内容・自分たちの健康の 3 点に関しての、問題点および問題改善の優先順位について、11 項目からなる自由回答形式の質問紙調査を行った。回答者は、ヴァヴニア行政区内の住民 7 人、国内避難民キャンプに住む国内避難民、および再定住地区に住む元国内避難民の計 11 人、ジャフナ行政区の住民 13 人、キリノチ行政区の住民 5 人の、合計 36 人のタミール人で、うち 33 人が女性であった。

いずれの質問紙調査の際も、文書によるインフォームドコンセントを得た後、回答者の母国語であるタミール語またはシンハラ語の質問表を渡し、時間制限なしに自由に回答してもらった。住民が非識字者の場合は、口頭でインフォームドコンセントを得た後、調査者が質問表を読み上げ、口頭で回答してもらった。回答内容は匿名で記録され、回答者に報酬は与えられなかった。

(3) 医学生の意識調査

2004 年 10 月 13 日から 11 月 4 日、北部州と首都圏の医学生における、北東部赴任の意志の有無とその理由について調査した。まず、北部都市にあるジャフナ大学医学部の学生 127 人と、首都にあるスリジャヤワルダナプラ大学医学部の学生 63 人を対象に、自由回答形式の質問紙調査を実施した。ジャフナ大学の学生は、全員が北部州または東部州出身のタミール人であり、スリジャヤワルダナプラ大学の学生は、1 人のみが北東部出身のタミール人、残りは北東部以外の地域出身のシンハラ人であった。次に、スリジャヤワルダナプラ大学の医学生 8 人に対して、フォーカス・グループ・ディスカッション (FGD) を行った。参加者のうち 1 人のみが北部州出身のタミール人、残りはシンハラ人で、出身地は、コロンボ 2 人、中部州 2 人、南部州、ウバ州、北中部州各 1 人であった。回答内容は匿名で記録され、回答者に報酬は与えられなかった。

Ⅲ. 結果

1 紛争から停戦後にかけての北部州の保健医療状況の推移

北部州の保健指標の、紛争前から停戦後にかけての推移を、全国平均、及びバドゥーラ行政区のデータと比較しながら分析した。北部州には、ジャフナ、キリノチ、ムライティブ、ヴァヴニア、マナール、トリンコマリーの 6 行政区がある。一方、バドゥーラ行政区が属するウバ州は、従来から経済社会開発水準の低い中南部丘陵地域にある。紛争中は政府の完全な支配下にあり、

一度も戦闘地域とならず、従って紛争の直接的な影響を全く受けなかった。それにもかかわらず、ウバ州の 1988 年から 1998 年の 10 年間の GDP 増加率は、北部州を含めたすべての州の中で最低であり、1998 年の GDP も北部州より低かった。

妊産婦死亡率は、1979 年より全国平均・バドゥーラ行政区ともに減少しているが、逆に北部州のジャフナ・キリノチ行政区では上昇していることが認められた (図 1)。とくに、1995 年以降ジャフナ行政区から切り離して表示されるようになったキリノチ行政区では、北部での LTTE と政府軍の戦闘が激しくなった時期と一致して、急激に上昇している。スリランカでは、施設分娩が主流であり、1999 年の全国平均の施設分娩率は 96%であった。しかし、同年、戦闘が行われていた北部州・東部州の施設分娩率は 80.6%であった。激しい戦闘そのものに加え、戦闘状況によって日々変動する LTTE 支配地域と政府支配地域の境界に、多くの検問所が設置され、一般市民の移動が厳しく制限されたため、出産時に分娩施設を受診できなかったことが、妊産婦死亡率の上昇の一因と考えられる。

小児の麻疹ワクチン接種率は、妊産婦死亡率と異なり、北部州・バドゥーラ行政区・全国平均ともに、1996 年から 2001 年にかけて 90% 以上に達している (図 2)。これは、1995 年以降、UNICEF、WHO 等の働きかけにより、「予防接種のための停戦日」が設けられた効果によると思われる。

人口当り医師数については、全国平均およびバドゥーラ行政区において、過去 20 年間に約 3 倍に増加したのに対し、北部州では、紛争前に全国平均よりやや高値であったのが、紛争中に減少した (図 3)。2001 年には増加に転じたが、これは実際の医師数が増えたことだけではなく、1996 年から 2001 年にかけての北部州での激しい戦闘により、大量の避難民が州外へ流出し、北部州そのものの人口が減ったことも影響していると考えられる。

人口当り公衆衛生助産師数については、北部州と全国平均あるいはバドゥーラ行政区との差が、医師以上に大きい (図 4)。公衆衛生助産師は、保健センターを基点に村落を巡回して家庭訪問し、一般衛生教育・妊産婦への指導・乳幼児の健康指導等を行っている。北部州やバドゥーラ行政区のような地方において、村落住民と医療施設の橋渡し役として地域母子保健活動を進めるのに不可欠の存在であり、その人材不足は住民の健康に大きな影響を与えていると考えられる。

公的医療施設の人口当り病床数については、戦闘が激しかった 1990 年代の北部州のデータが存在しないが、2001 年の数値を見る限り、北部州・バドゥーラ行政区・全国平均に差はない (図 5)。このことから、医療機関の建物そのものには、紛争による甚大な影響はなかったと推測される。しかし、仮に建物が大きな打撃を受けていなくとも、そこで働く医師や助産師などが著しく不足しているために、北部州で提供されている医療の質は低下していると考えられる。

また、安全な水へのアクセスについては、北部州ジャフナ行政区(現キリノチ行政区を含む)において、紛争前には全国平均に比べかなり良好であったのが、紛争によって非常に悪化したことが確認された (表 2)。下水設備に関しても同様で、1981 年から 1994 年にかけて、全国的に下水設備が普及していったにもかかわらず、北部州ジャフナ行政区では、いまだ 1981 年と同レベルに留まっている (表 3)。

2 現地の状況

(1) 北部紛争後地域の保健医療状況

(a) 医療施設

北部州でもとくに戦闘が激しかったキリノチ、およびムライティブ行政区の病院を数ヶ所訪問して、状況を観察した。Kilinochchi District Hospital は、日本や UNICEF 等の援助によって、入院病棟、手術室、集中治療室、医師宿舎等の修復が進められ、医療機材も整備され始めていた。極端な医薬品の不足はなく、季節的に大量に必要となる抗蛇毒血清等が不足した場合は、近隣行政区の基幹病院との貸借が行われていた。勤務医師は卒業後 4～5 年であり、全員タミール人であった。同年代のシンハラ人医師が来たことがあったが、生活環境や言語の違いを理由に、1 ヶ月も経たずに辞めたという話であった。専門分野は WHO から派遣された医師 2 名により補われているが、WHO との契約終了後は、専門医補充のめどは立っていないとのことであった。

Mullaitive Stage One Hospital は、紛争前ムライティブ行政区内で中心的役割を担っていたが、戦闘のため建物の半分以上が土台を残すだけの廃墟となっていた。現在 48 床あり、月平均入院患者数は 250 人前後、月平均分娩数は 40 件で、手術設備がなく正常分娩のみを扱っていた。こ

の病院より行政上は下位に位置づけられている Puthukkudiyiruppu (PTK) Hospital では、内戦中から停戦合意半年後まで、国際医療 NGO の活動拠点となっていた。そのため、現在も帝王切開のできる手術室が良好な状態で保たれ、産科用超音波機器も残されていた。月平均入院患者数は 500 人前後、月平均分娩数は 75 件であった。

これらの病院でさらに高次医療が必要な患者が出た場合は、救急車で Jaffna Teaching Hospital へ搬送する。現在、ジャフナ行政区とキリノチ、ムライティブ行政区の間には、LTTE および政府軍の検問所があり、一般の通行は日中のみに制限されているが、救急車であれば夜間でも通行可能となっている。各病院からジャフナ教育病院までの道路はほぼ舗装されており、季節によっても異なるが、4～5 時間以上かかることはないとみられる。

(b) 医師

スリランカには、5 年間の専門教育を受けた医師のほか、3 年間の専門教育を受けた Registered Medical Officer (RMO)という職種があり、地方の医療を担っていることが多い。保健省は、北部州においては専門医の不足が問題であるとしていたが、実際には、専門医・一般医・RMO のすべてが不足しているため、数少ない専門医も専門を生かせない状況であった。

たとえば、PTK Hospital に勤務しているのは、産婦人科専門医 1 人、一般医 1 人、および定年退職後再雇用された RMO 1 人の計 3 人のみである。そのため院長を兼ねる産婦人科専門医は、一般患者の診療に加え、改築中の建物の現場監督や、首都での建築担当者との交渉まで担当していた。その結果、産婦人科専門医として診療する時間がとれず、帝王切開可能な手術室と産科用超音波機器も、使用されていなかった。また、この病院には 2004 年 9 月に 3 人の新規結核患者(うち 2 人は 20 代の女性)が入院したが、人員不足のため患者に今後の治療方針を説明する時間がなく、数日後にはどの患者も病院を脱走し、行方不明になっていた。内戦中から現在まで PTK Hospital で働いてきたスタッフによると、国際 NGO が緊急医療援助活動をしていた内戦中のほうが、停戦後の現在よりも、医療の質は高かったとのことだ。

マナール行政区においても、北東部州復興の基金によって Parramadu Rural Hospital の建物が改築されていたが、入院病棟は閉鎖されたままで、外来だけが機能していた。これは、勤務しているただ 1 人の RMO が他 2 ヶ所のヘルスセンターも兼任しているため、入院患者の診療が出来ないことが理由であった。

実際に北部州で勤務している医師によると、停戦合意後、戦闘が起きていないにもかかわらず北部州に赴任を希望する医師が少ないのは、次の理由が挙げられるとのことであった。電気・電話・住居・交通手段など基本的なインフラが整備されていないこと、子供の教育機関が不足していること、卒後教育の機会がなくスキルアップができないこと、政府からの少ない給料を補うための副業をする場がないこと、そして政府職員でありながら LTTE にも指示を仰がねばならない二重支配下の状態を強いられること等である。しかし、保健省関係者によると、ある程度強制力をもった医師の北部州ローテーション制度や、北部州に赴任する医師に報奨金を与える制度を導入することは、医師組合の反対が強く実現は難しいとのことであった。

(c) 公衆衛生助産師

保健省北東部対策室は、北部州・東部州で公衆衛生助産師が計 600 人不足していると把握しており、2004 年 10 月 18 日に、数年間で 600 人を養成する計画を開始したとのことであった。活動を観察した北部州での妊産婦健診・乳幼児検診では、1 チーム 4～5 名の女性スタッフが行っていて、人員不足はないように見えた。しかし、実際には、公衆衛生助産師はそのうち 1～2 名で、他はヘルスボランティアであった。WFP キリノチ行政区担当者によると、キリノチ行政区の中心部には現在約 40 人の助産師と称する人々がいるが、そのうち資格をもっているのは 7 人だけで、他はヘルスボランティアであり、なかには地区の病院で助産師として夜間当直をしている人もいるとのことであった。これらのヘルスボランティアは、正式な資格を持っておらず、政府の統計には現れていなかった。

検診の現場で働くヘルスボランティアは、周辺村落出身の女性で、多くは紛争中に国際赤十字等の国際医療 NGO から研修を受けていたが、研修内容や期間はさまざまであった。公衆衛生助産師の月給は約 9,000 ルピーであるが、ヘルスボランティアには給料は出ておらず、WFP から食料を支給されていたり、NGO から月額 1,000～3,000 ルピーの報酬を受け取ったりしていた。

このように、助産師の介助あるいは助産師と同様の仕事をしているヘルスボランティアは、

WHOによると、北部州・東部州に合計400人以上存在するという。ヘルスボランティアの多くは、5年以上の実務経験があり、紛争中の北部州の地域医療を支えてきたと考えられる。しかし彼女たちのほとんどが、保健省が新たに開始した600人の助産師養成計画に組み込まれていなかった。

スリランカでは、助産師または看護師養成学校に入学するためには、計11年の学校教育を受けた女性であるということに加え、独身であること、28歳以下であること、身長約146 cm以上であること、という条件を満たさねばならない。紛争で教育を受ける機会が減少したこともあり、11年の学校教育を受けたヘルスボランティアは多くはないが、たとえ教育レベルを満たしていても、既婚者であったり、年齢が高かったりする。そのため、政府の600人助産師養成計画に応募したヘルスボランティアのほとんどは、不適格者として却下されたとのことであった。勤務先周辺で家族と暮らしているヘルスボランティアと異なり、新たに養成される独身の若い助産師では勤務が長続きしないのではないかと、現場の公衆衛生助産師や各行政区の担当者は懸念していた。

(d) 妊産婦のケア

スリランカでは、ほとんどの出産が病院・診療所で行われており、紛争中の北部州・東部州においても、8割が施設分娩であった。このことは、逆の方向から見れば、紛争により2割程度の妊婦が自宅等での出産を余儀なくされたことを示している。Vavuniya District Hospitalの助産師によると、紛争中は移動制限のため自宅や近隣の診療所での出産が多かったが、2002年2月の停戦合意後、検問所の多くで通行制限が緩和され、出産のため病院に来る女性が急増した。しかし、医師、助産師の人員はあまり増加しておらず、スタッフ1人当りの仕事量が増加して医療の質が低下することを心配しているとのことだ。

より高次の医療施設を好み、診療所等をバイパスする傾向はスリランカ全土に見られるが、北部州では高次施設の人員不足が顕著なため、停戦後、需要と供給のアンバランスがより深刻な問題となっていることが理解された。なお、スリランカの公的医療施設の診療費は無料であり、国内避難民も、キャンプ外にある近隣の病院を利用していた。政府支配地域にある国内避難民キャンプで、乳児のいる母親の家庭を訪問したが、公立病院で出産したとのことで、母児の健康状態も良好のようであった。

病院の負担が過剰になるのを避けるためには、各家庭を訪問して妊婦検診を行っている公衆衛生助産師が、ハイリスク妊娠をできる限り選別して、適切な出産場所を紹介する必要がある。そのための公衆衛生助産師を対象とした研修が、NGOの支援により北部の一部行政区で開始されていた。なお、北部州の面積がさほど大きくなく、道路状況も比較的良好であることから、検問所の通行制限が緩和された現在、車両等が確保できれば、緊急時搬送についても大きな問題はないと考えられる。

北部州・東部州では低出生体重児の出生頻度が高く、1999年の低出生体重児は、全国平均が16.7 %であるのに対して、北部州・東部州では25.7%であった。北部州の住民や医療従事者によると、家族計画は比較的よく受け入れられており、ある程度の健康教育も受けているとのことなので、多産や栄養に関する知識不足が原因の低出生体重とは考えにくい。むしろ、マラリア・寄生虫の感染や食料不足によって、貧血等の母体の栄養障害が引き起こされ、それによる低出生体重の可能性が高い。しかし貧血の検査ができる医療施設はほとんどなく、実際に関連しているのかは不明であった。

(e) 小児保健

WFPが2004年10月に実施した、ムライティブ行政区の5歳未満児を対象とした栄養調査によると、急性の栄養不良はあまり多くなく、紛争による慢性的な栄養不足による発育不良(stunting)が多かったとのことであった。WFPは、北部州で、妊婦・授乳婦・3歳未満児に対して、食料(corn-soya blend)や鉄剤・葉酸・ビタミンAを支給、一部の学校では、給食も支給していた。

小児の予防接種率は、北部州においても非常に高い。紛争中の「予防接種のための一時停戦」を通じて、一般住民のあいだに予防接種の重要性が理解され、停戦後も妊婦健診や乳幼児検診を自発的に受診して予防接種を受ける住民が多いとのことだ。乳幼児健診を観察した際も、母親が忙しければ父親や祖父母が子供を連れてくることも少なくなく、予防接種に関する住民の理解は

進んでいると思われた。
予防衛生に関する健康教育をはじめとする学校保健活動は、北部州の一部でも、NGO が支援して実施していた。スリランカは基礎教育の普及が進んでおり、国内避難民キャンプの子どもたちも、キャンプ外の近隣の学校に通っていた。

(f) 精神保健
紛争や災害後の住民の「心のケア」の重要性は、近年世界各地で認識されるようになっている。しかし、北部州においては、ジャフナ医科大学の精神科専門医が、自主的に北部での無償巡回診療を開始したり、現地 NGO が国内避難民や再定住者に対して心理カウンセリングを行ったりしている程度であり、体系的な支援体制は整えられていなかった。ヴァヴニア行政区の国内避難民キャンプを中心に、心理カウンセリングを行っている現地 NGO によると、精神不安からアルコール依存症となった男性が引き起こす家庭内暴力、貧困のために母親が海外に家政婦として出稼ぎに行った留守家族の娘に対する性的暴力、子連れの寡婦と寡夫の再婚家庭における義父、息子、親戚の男性等からの娘に対する性的暴力等が主要な問題とのことだ。
訪問した国内避難民キャンプの住居は、入口の土間に台所があり、奥の 1～2 部屋が居間兼寝室になっていて、内部は薄暗かった。長屋式の建物だが、隣家との境界の板壁には隙間が多く、プライバシーは保てない状況であった。居住環境は劣悪とはいえ、政府から保健医療・教育等の社会サービスが周辺の一般住民同様に提供されており、他の紛争後国の難民キャンプ等に比べれば、状況はそれほど悪くなかった。他方、周辺の一般住民や紛争前の生活環境との格差が大きいことから、逆に精神的負担が大きくなっている可能性もあり、家庭内暴力やアルコール依存が多い要因となっているとも考えられる。
国内避難民キャンプを出て、故郷以外の場所に再定住した場合、紛争前の地域社会から切り離されることにより精神的問題が生じやすくなる。マナール行政区で、再定住地区を中心に精神保健プログラムを行っている NGO によると、長く避難民生活を続けた後に再定住した人々と、旧来の住民との間の偏見と確執が、再定住者の精神の不安定をきたし、暴力の原因となっているとのことであった。

(d) HIV/AIDS の問題
スリランカにおける HIV/AIDS の感染者数は、2001 年末の公式報告では 405 人であるが、現在は約 8,000 人と推定されており、感染者は増加していると考えられている。北部州各行政区の医療担当者は、HIV 感染率の高いインド南部のタミールナドゥー州からの帰還難民が感染源となることを、警戒していた。これは、帰還難民に対する HIV 検査を強化しようとする保健省の計画を反映したものであった。本来任意であるべき HIV 検査が強制的であったり、プライバシーが守られていなかったり、その後のカウンセリングが不十分であったりする等の問題点を、UNHCR は挙げている。また、帰還難民を見つけ出して HIV 検査を受けさせることに主眼が置かれているため、帰還難民全体に対する偏見の助長にもつながっている。実際には、2004 年 10 月までにヴァヴニア行政区で報告された 2 人の HIV 感染者は、インドからの帰還難民ではなく、1 人はヨーロッパ、他の 1 人は中東への出稼ぎからの帰国者であった。

(2) 北東部以外の地域の保健医療状況

(a) 中南部丘陵地域
全国平均より経済水準が低い中南部丘陵地域にある、サバラガムワ州ラトゥナプラ行政区、およびウバ州バドゥーラ行政区にて、保健医療担当者から保健医療状況に関する情報を得た。また、ラトゥナプラ近くの Gilmale Peripheral Hospital、ウバ州の Ury Rural Hospital、Rawbery Rural Hospital、および Passara District Hospital を訪問して状況を観察し、担当医師らから情報収集した。なお、スリラリンカの病院は、高次病院である General Hospital から、Base Hospital、District Hospital、Peripheral Hospital、Rural Hospital の順に下位の施設となっている。バドゥーラ行政区には、2 Base Hospital、13 District Hospital、1 Peripheral Hospital、16 Rural Hospital がある。
スリランカ中南部の丘陵地帯は、植民地時代に茶を栽培するプランテーションとして開拓され、労働者としてタミール人がインドから連れてこられた。現在でも、茶畑労働者はタミール人で、タミール語を話し、女性の服装もタミール様式である。茶葉を摘むのは女性労働者の仕事で、基本給に加えて収穫量に応じた報酬を得ている。茶の木の世話や茶葉の加工等、収穫以外が男性労

働者の仕事であり、女性労働者を現場で監督したり、収穫した茶葉を計量して回収したりするのも男性である。管理職は、本社から派遣されたシンハラ人で、丘の中腹のところどころにある広い戸建住宅が彼らの住居とのことだ。

プランテーションはエステートとよばれ、労働者の住宅・学校・医療施設等を含め、植民地時代以来、エステート経営会社により独立運営されてきた。現在もエステート内に長屋式の労働者住宅があり、2寝室と台所・シャワー・トイレがあり、テレビや冷蔵庫もあって生活環境は悪くない。夫婦のいずれかがプランテーション労働者であれば入居できるので、中には、妻だけが茶畑で働き、夫は外部で働いて現金収入を得ている家族もあるとのことだ。

エステートの医療施設には、医師がいない等医療の質に問題があったので、現在、順次政府の管理下に移され、医師が派遣されている。出産はエステート内の Maternity Home で行われている。

エステートで賃労働に従事する人たちは、教育水準が低く、その日暮らしで将来的展望をもっていないことが多い。女性も男性も自家製アルコールを乱用する傾向にあり、家庭内暴力も多いとのことだ。エステート労働者の低出生体重児の出生率は 25 %で、バドゥーラ行政区平均 12 %の2倍以上である。

Gilmale Peripheral Hospital は、ラトゥナプラ市から 10 km ほどに位置する病院である。一般外来患者は1日 100 人程度だが、隔週の内科専門外来には、高血圧症、糖尿病等の患者約 200 人、妊婦健診には約 50 人が受診する。女性の医師、RMO、歯科医師各1人、男性の RMO 1人、他に薬剤師1人、助産師2人、専門資格のない看護助手数人が勤務しているが、看護師はいない。分娩数は月 10 件程度で、女性病床 20、男性病床 15 があるものの、訪問時の入院患者は女性2人、男性 3～4 人であった。看護師がいないため、入院患者に投与する薬剤を誤ることのないよう、病棟の薬剤棚の表示がよく整理されていた。患者にはエステート労働者が多く、皮膚疾患、寄生虫疾患、貧血、アルコール性肝障害等が主要な疾患とのことであった。重症患者は General Hospital に搬送、軽快すればこの病院で経過観察し、地域でも3人の公衆衛生助産師がフォローアップする。シンハラ人の医師はタミール語を学んで患者に対応しており、ラトゥナプラの General Hospital で専門研修を受けることもできるとのことだ。

Ury Rural Hospital は、バドゥーラ市から車で 30 分ほどの距離にある、政府管理下に移された旧エステート病院の1つである。女性の RMO と歯科医師各1人、助産師2人、薬剤師1人、清掃等の雑務員9人が勤務していた。病床数 16 だが入院患者はおらず、外来は1日 80～90 人、月平均分娩数 2～3 件である。多い疾患は、貧血、気管支炎、喘息、アルコール乱用と関係した糖尿病や肝障害等で、デング熱はみられるがマラリアはないとのことだ。RMO は敷地内の医師宿舎に住んでいて患者に 24 時間対応している。中部州で専門教育を受け、南部州の District Hospital 数ヶ所をローテーションした後、この故郷に戻り、医師宿舎で両親、夫、2児と暮らしている。卒後教育として、エステートの研修センターで開催されるセミナー等に出席できる。一方歯科医は、卒業後4年間就職待機し、最近になって夫の勤務地に近いこの病院に赴任したが、歯科機材がなく診療ができないとのことだ。医師や歯科医師は、卒業後赴任地の希望が、学業成績と卒業年次を考慮して認められるので、就職待機する人も多いらしい。

Rawbery Rural Hospital は、バドゥーラ市から起伏の多い山道を車で2時間の距離にあり、医師の赴任地としては条件の厳しいところである。1937 年設立のエステート病院であるが、1997 年に政府管理下に移された。バドゥーラ市から遠いため、Rural Hospital としてはやや規模が大きく、28 床ある。医師1人、RMO 1人、歯科医1人、公衆衛生助産師1人、薬剤師1人が勤務し、看護師はいない。医師は、南部州の病院で3年間勤務してから赴任、敷地内の比較的新しい医師宿舎に家族と住み、2歳くらいの子どもがいる。遠隔地なので、研修を受けるのも難しく、子どもが学齢になるまでには街の病院に移りたいと希望していた。多い疾患は、気管支炎、外傷、火傷、関節炎、アルコールによる胃炎、アルコール依存等であった。

Passara District Hospital は、市街地にある比較的規模の大きい病院で、6病棟 70 床を有し、医師4人、歯科医師2人、看護師 14 人、助産師6人が勤務している。分娩は月 40 件、多い疾患は呼吸器疾患、虚血性心疾患、薬物中毒、アルコールに関連する疾患とのことであった。

(b) コロンボ市内および近郊地域

Homagama Base Hospital は、コロンボ近郊にある、内科、外科、産婦人科、小児科、歯科等を有する 271 床の病院である。専門医師4人、一般医師 26 人、RMO 6人、歯科医師3人、インタ

ーン 32 人、看護師 133 人、助産師 16 人が勤務している。外来患者は 1 日 1,500 人で、2003 年の年間分娩数は 2,497 例、内 473 例が帝王切開分娩である。さらに高次治療が必要な場合には、コロンボ市内の General Hospital である Colombo South Hospital か、他の専門病院に搬送するとのことである。

Athurugiriya Rural Hospital は、20 床を有するが 3〜4 人しか入院しておらず、分娩は扱っていなかった。外来診療が中心で、患者は 1 日 300 人程度、3 週間に 1 度の内科専門外来が 50 人程度である。高次医療施設の多いコロンボ市の近郊に位置するため、患者にはバイパスされやすく、軽症患者しか利用していないようであった。

Padukka District Hospital は、内科、外科、産婦人科、小児科計 80 床を有する病院で、外来患者は 1 日 600 人、歯科受診者が 1 日 30 人程度である。やはりコロンボ近郊のためバイパスされてしまうらしく、分娩は月 7 例程度であった。

Castle Street Hospital は、コロンボ市内の産婦人科専門病院で、産科 78 床、婦人科 24 床を有し、6 病棟に分けられている。2003 年の年間分娩数は 17,150 例で、うち 5,682 例が帝王切開による。1 日平均外来患者数は、妊婦健診 355 人、婦人科 69 人、不妊症 45 人、乳児検診 45 人等である。この病院の特徴は、日本のカイゼン方式の質改善プログラムを取り入れたことで、院内のいたるところに、5S すなわち整理(sort)、整頓(set)、清掃(shine)、清潔(standardize)、躾(sustain)にのっとった管理システムが実施されていた。

3 保健医療に関する質的調査

北部州で勤務中の保健医療従事者、および北部州住民を対象とした質問紙調査の結果を、表 4 に示した。保健医療従事者が最も多く問題点として指摘したのは、医療施設へのアクセスの悪さであった。具体的な回答例として多かったのは、遠い、道路が悪い、交通の便が悪い、の 3 点であった。公衆衛生助産師からは、担当地区が日帰りできない場所であるのに宿泊施設がない、という問題点も挙げられた。次に多く指摘された問題点は、人材不足であった。7 割以上の医療従事者が、同僚の数が不足していると答えた。自分の職種は地域にとって非常に大切だと自覚し、誇りをもって働いているが、人員不足のため仕事量が多すぎて、自分の理想としている医療サービスを住民に提供できていない、といった葛藤を記述した人もいた。これら 2 点は、職種を問わず挙げられたが、それ以外に挙げられた問題点を職種別に見ると、公衆衛生助産師は、仕事場所の狭さと、研修の機会のないことを挙げた人が多く、NGO 職員とヘルスボランティアは、報酬が少ないことを問題としている人が多かった。また、複数のシンハラ人公衆衛生助産師が、言語が違うために住民とコミュニケーションをとるのが難しいと記述していた。

保健医療従事者は、主な住民の健康上の問題点として、安全な水とトイレの不足、健康に関する知識不足を挙げた。精神的な問題を挙げた医療従事者も 12 人いた。改善すべき問題の優先順位としては、医療施設へのアクセスと、住民への健康教育がほぼ同等で 1・2 位を占め、安全な水とトイレの確保がそれに続いた。改善を妨げるものとしては、人材不足と答えた者がもっとも多く、資金不足がそれに続いた。

地域住民に対する調査では、ほとんどの回答者が、紛争中だった 5 年前より、保健医療サービスの状況はよくなっていると答えた。その上で、医療施設への交通の便の悪さが、現在の主要な問題点として認識されていた。自分たちの健康上の問題点としては、6 割の回答者が、健康教育を受ける機会がないか、あっても少ないため、健康情報が不足していることを挙げた。具体的に必要とする健康情報としては、「不便な交通手段を駆使してでも医療施設へ行く必要があるかどうか、それを判断するための知識」、「ファーストエイドの方法」など、医療施設へのアクセスの悪さと関連した回答が目立った。続いて、汚水放置、ごみの散乱など衛生環境の悪さ、安全な水とトイレの不足が問題点として挙げられた。自宅にトイレがない家庭では、周囲のジャングルで用を足しているため、「子どもが下痢することが多く、夜中に何度も家の周囲のジャングルに連れて行かなければならない」「用を足すためにジャングルへ入ると、毒蛇に咬まれる危険がある」などの切実な意見が出された。また、アルコール依存症、家庭内暴力、鬱状態等の精神保健に関する問題点を挙げた人が 12 人いた。優先的に改善すべき問題は、医療施設へのアクセス、健康教育、安全な水・トイレの順であった。改善を妨げるものとしては、資金不足が 1 位であったが、2 位には「日々の生活が忙しすぎることによる健康への無関心」が挙げられた。また、「地域の共同体意識