

の欠如」を挙げた 5 人全員が、再定住地区の住民であった。

4 医学生の意識調査

質問紙調査で、北東部へ赴任する意志があると答えた医学生は、ジャフナ大学 65%、スリジャヤワルダナプラ大学 43%で、その内、前者の 69%、後者の 37%は、家族や知人がいる等の理由で、北東部の特定地域なら赴任してもよいと答えた。逆に、全く赴任する意思がない、と答えた医学生は、ジャフナ大学で 16%であったのに対し、スリジャヤワルダナプラ大学では 48%にのぼった。

赴任を消極的にさせる要因として、ジャフナ大学、スリジャヤワルダナプラ大学ともに、約 3 割の学生が、医療施設・医療機材の不足を挙げ、次いで約 2 割の学生が、住居・子供の教育機関の不足を挙げた。また、ジャフナ大学の学生の 2 割が、卒業教育の不備を指摘した。一方、スリジャヤワルダナプラ大学で特に目立った回答が、LTTE 支配への不安であり、約 6 割の学生が、それを、赴任を消極的にさせる主要因とした。ジャフナ大学の学生でこの要因を挙げたものは、1 割に満たなかった。また、スリジャヤワルダナプラ大学の学生のみに見られた回答に、言語の違いがあった。

スリジャヤワルダナプラ大学で行ったフォーカス・グループ・ディスカッションでは、質問紙調査を裏付ける意見が多く出された。LTTE 支配への不安に関しては、北東部と、ウバ州等の中南部の貧困地域との大きな違いは、北東部が LTTE による二重支配であることであり、他の貧困地域に赴任する以上に覚悟がいる、との意見があった。他方、言語の違いについては、北東部への赴任拒否を正当化するための言い訳であるという意見もあった。

IV. 考察

紛争から停戦合意後にかけての北部州の保健医療指標を、他地域と比較分析してみると、たとえば妊産婦死亡率の推移をみても、北部地域の状況が紛争によって悪化したことは明らかである。また、紛争前の保健医療体制が比較的整っていたこともあって、住民たちは、移動制限がなくなると、診療所より病院を受診しようとする傾向がある。紛争により、施設・機材の被害のみならず、医師をはじめとする人材の不足が著しい北部州の病院は、増加する患者に対して十分なケアができない状況に陥ってきている。また、紛争中活動していた国際 NGO が停戦後に撤退したため、かえって医療サービス水準が、紛争中より低下してしまう事態も生じている。

妊産婦死亡率のほか、上下水道普及率、人材配備等の点でも、北部州は他地域に比べて問題が大きい。北部州において、保健医療施設の状況を観察し、保健医療従事者や住民を対象とした質的調査を行った結果からも、人材不足や、安全な水・トイレの不足は、重点課題と考えられた。

水とトイレの確保は、早急に進められなければならないが、復旧復興の優先課題が山積する中で、迅速に個別のニーズに応えることは困難であろう。この対策として、安全な水やトイレをコミュニティが共同して整備しようとしている北部州住民の代表が、その整備に成功した南部の村落に出かけ、住民同士の交流を通して、整備後の維持管理まで含めた方法論を学ぶ機会を作ることが考えられる。このような活動は、紛争中の避難生活で失われた北部州住民の共同体意識を強化して住民のエンパワーメントを促進するばかりか、北部・南部の住民の相互理解と、平和の定着にも繋がるのではないかと考えられる。北部州での調査では、医療従事者だけでなく住民自身も、より充実した健康教育が必要であると回答していたが、このことは、環境問題を含めた健康教育を通して、住民自身が自らをエンパワーメントしたいと考えていることの表れともいえる。

およそ 20 年間続いたスリランカの紛争の経緯を分析すると、シンハラ人とタミール人という 2 つの民族間での内戦であったものの、戦場となって生活環境が破壊されたのは、北部州と東部州、すなわちタミール人居住地域に限定されている。首都周辺の爆弾テロを除けば、シンハラ人一般住民の物理的被害は、北部州・東部州のタミール人に比べると、比較的小さかったのが特徴といえる。その一方で、紛争中は政府によって報道規制が敷かれていたため、シンハラ人には、北部・東部州の現状を知る機会がこれまでほとんどなかった。そのため、タミール人居住地域である北部州・東部州に対して、停戦合意後の国際支援が集中すると、紛争により先鋭化したシンハラ人の民族主義を刺激して不公平感を煽り、それが今後の和平交渉に影響する可能性が懸念される。

北部州・東部州とそれ以外の地域の間で、紛争によってどの程度差が開いたのかを客観的に分

析し、その結果を公表し、それをもとに、スリランカ全国民が納得できる形で復興支援を行うことが、今後のスリランカ和平を進めるにあたって非常に重要であると考えられる。保健医療の復興活動を和平の進展の一助とするためには、まず、なぜ今、そのような活動を北部州で行わなければならないかという客観的なデータを、スリランカ国民全体、特にシンハラ人に理解してもらう必要がある。

そして、中南部のウバ州をはじめ、北東部以外にも貧困地域はあり、そこに住む人々に対する配慮も同時になされなければならない。たとえば、女性に対する暴力やアルコール依存のような問題は、国内避難民に多いばかりでなく、プランテーション地域の貧しい労働者の間にも多く見られる。貧困や将来に希望のない生活から、精神的に不安定な状況が生じていると考えられる。国内避難民やプランテーション労働者には、人間の安全保障の観点から、精神的ケアを含めた保健医療サービスを提供する必要がある。

近年、世界的に、紛争中や紛争後の精神的ケアの重要性が認識されてきている。紛争中は目の前の危険を回避するのに精一杯であったのに対し、紛争後は荒廃した現実を前にして、今後の生活に対する不安が増強することから、精神保健は紛争後には一層重要となる。また、紛争中に受けた心的外傷が癒されないまま遷延化すると、持続的抑鬱状態を引き起こし、復興の妨げとなるとも考えられる。スリランカには、まだ精神保健に対する体系的計画がなく、現状では、少数の精神科医によるケアと一部 NGO による住民カウンセリングが散発的に行われているに過ぎない。精神的サポートや心理カウンセリングという分野は、短期で効果を期待できるものではなく、また効果を計測するのも難しい。そのため、ドナーの理解を得られにくいという問題があり、今後、これらの NGO がいかにして活動を継続していくかが、当面の課題である。長期的には、紛争後地域のみならず、他の貧困地域も含めた、地域に根ざした精神保健対策を、国家レベルで戦略的に整える必要がある。

紛争後に顕在化する健康問題としては、HIV 感染の拡大も考えられる。現在の HIV 検査制度は、インドからの帰還難民を対象としているため、偏見を助長している。HIV 検査制度を改善すると同時に、健康教育を推進して、HIV に関する正確な知識を提供する必要がある。また、停戦合意後の幹線道路の開通により、首都などの大都市と北部州の間で人の移動が頻繁になっており、それに伴って HIV 感染の機会も増加すると予想される。一般住民への感染予防知識の普及が、早急に求められる。

北東部の保健医療水準は紛争によって悪化しており、他の地域に比較して、医療施設の不備や専門医をはじめとする人材の著しい不足が認められる。質問紙調査でも、人員不足や卒後教育の不備等が、課題として挙げられた。しかし、人材不足の解消が望まれる一方で、たとえば、医師組合が、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への報奨金制度の導入に反対したり、助産師養成学校の入学資格条件に、身長・年齢・結婚状況等、科学的根拠のない制限があって北部州のヘルスボランティアが入学を拒否されたりするといった矛盾が生じている。また、医師が北部州に赴任したがる理由として挙げられた、生活環境、子どもの教育、卒後教育の問題にも対処する必要がある。このうち、生活環境の改善として、医師宿舎の建設が、すでに国際援助によって始められている。また、バドゥーラ行政区の医師が中南部地域の病院をローテーションしていたことや、幼児をもつ若い医師が医師宿舎のある遠隔地の病院に勤務していたことから、北部州への医師のローテーション制度も、実行可能と考えられる。ただ、現時点では、若い医師側に、北部に赴任するとそのまま交代できなくなるのではないかという不安があるようで、対応策が求められる。卒後研修については、専門医による巡回指導を実施し、それを認定する制度をつくる等の方策が考えられる。

また、シンハラ人の若い医師が赴任したものの、言語の違いなどを理由に早々に辞任してしまったキリノチ病院の例や、質的調査で、タミール人住民に保健医療サービスを提供しているシンハラ人の公衆衛生助産師が、言語の違いによるコミュニケーション不足を指摘していることから、言語の違いが北部州勤務の障害となっていることがうかがえる。したがって、医学部をはじめとした医療従事者養成機関で、すべての学生にシンハラ語とタミール語の両方を学ぶ機会を与える必要がある。英語が共通語になっているとはいえ、医師以外の医療従事者はほとんど英語を解さず、また、患者の診療には患者の言葉を理解することが不可欠である。これは、シンハラ人学生の北部州・東部州の赴任を促進するだけでなく、タミール人医療従事者とシンハラ人医療従事者をまじえた卒後研修を実現させたり、お互いの医療施設を訪問して現状を視察し、相互に助言を

する機会を増やしたりするなど、北部州・東部州とそれ以外の地域の、医療を通じた相互理解活動に直結し、間接的な和平の定着に貢献できると考える。

最後に、2005年12月26日に発生したスマトラ沖地震は、LTTE支配地域・政府支配地域に関係なく、スリランカ北部から南部にかけての広い範囲の沿岸に、多大な被害をもたらした。2005年2月21日までの被害は、スリランカ保健省の公式発表によると、死者31,147人、行方不明者4,115人、国内避難民547,509人となっている。このうち北部州・東部州の避難民は258,861人と、約半数を占めている。この津波被害からの復興は、北東部の紛争後の復興開発のうえに、スリランカに新たに加わった課題ではある。しかし、津波被害後、各党派が政治的対立を一時中断し、協調して復旧にあたるとの表明を出したことに加え、住民レベルでも、支援物資を通じて北東部と南部の交流が始まる等、津波が和平構築にはプラスに働いているとの報告もある。多大な被害をもたらした津波の負の影響は計り知れないものがあるが、すべての道路、家屋、医療施設等の生活基盤が一挙に押し流された北東部沿岸地域においては、今後一気に復興を進めていくよい機会となったともいえる。さらに、紛争後復興が北部・東部州だけの問題と受け取られていたのとは違い、津波は北東部にも南部にも同様の被害をもたらしており、復興において北東部と南部の住民のあいだの連帯感が生まれれば、紛争後の平和構築にも正の影響を与える可能性が期待できる。

V. おわりに

スリランカは、社会開発に重点を置いてきた国だが、長期間続いた民族紛争により、北東部の保健医療水準は悪化し、医療施設の不備や専門医などの著しい人材不足に陥った。今後は、人材の確保を進め、またプランテーション地域等、同様の問題を抱える北東部以外の貧困地域にも配慮して、人間の安全保障の観点から、復興開発を進めるべきと考えられる。

参考文献

- 1) 各国・地域情勢—スリランカ民主社会主義共和国。外務省サイト。 Available at <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/srilanka/data.html>. Accessed February 18, 2005.
- 2) Sri Lanka in Brief. The official website of the Government of Sri Lanka Web site. Available at <http://www.priu.gov.lk/>. Accessed February 18, 2005.
- 3) De Silva M. To Restore Peace to Sri Lanka's Fractured Polity. Peace in Sri Lanka Web site. Available at <http://www.peaceinsrilanka.org/insidepages/background/background.asp>. Accessed February 18, 2005.
- 4) Wilson W. The Right is More Precious than Peace. Official Website of Peace Secretariat of Liberation Tigers of Tamil Eelam. Available at <http://www.ltteps.org/list.ltte?folder=11>. Accessed February 18, 2005.
- 5) 松田哲. スリランカの歴史. 松田哲の国際関係論研究室サイト. Available at <http://web.kyoto-inet.or.jp/people/satoyuki/srilanka/srilanka.html>. Accessed February 18, 2005.
- 6) 杉本良男編. スリランカ. 東京: 河出書房新社, 1998.
- 7) United Nations High Commissioner for Refugees Sri Lanka. UNHCR's Operations in Sri Lanka 2003. Sri Lanka: Kalamazoo, 2004.
- 8) Deputy Provincial Director of Health Services Jaffna. Annual District Health Plan 2005. Jaffna, Sri Lanka: Planning Unit DPDHS Office, 2004.
- 9) Deputy Provincial Director of Health Services Kilinochchi. Provincial database for Provincial Health Profile. Kilinochchi, Sri Lanka: DPDHS Office, 2004.
- 10) Ministry of Health. Annual Health Bulletin 1981. Colombo: Ministry of Health, 1981.
- 11) Ministry of Health. Annual Health Bulletin 1986. Colombo: Ministry of Health, 1986.
- 12) Ministry of Health. Annual Health Bulletin 1991. Colombo: Ministry of Health, 1991.
- 13) Ministry of Health. Annual Health Bulletin 1996. Colombo: Ministry of Health, 1996.
- 14) Ministry of Health. Annual Health Bulletin 2001. Colombo: Ministry of Health, 2001.
- 15) Statistics Branch, Kachcheri, Mullaitivu. Statistical Hand Book-2004 Mullaitivu District. Mullaitivu, Sri Lanka: Government Agent, Mullaitivu, 2004.
- 16) World Health Organization—Colombo Sri Lanka Office. 2002. Health System and Health Needs of the

North-East Sri Lanka. Colombo: Vishiva Lekha, 2002.

- 17) 中村尚司. 大津波は貧窮の民を選ぶ—スリランカ島の渚より—. 名古屋大学大学院国際開発研究科平和構築研究会配布資料, 2005.

表 1: スリランカ・周辺国・日本の基礎指標

国名	1人当り所得 (US\$)	成人識字率 (%)		出生時平均 余命(年)		妊産婦 死亡率* (出生10万対)	合計特殊 出生率	避妊実行率** (近代的避妊法) (%)
		女	男	女	男			
スリランカ	880	89	95	76	70	60	2.1	66 (44)
インド	460	46	69	65	63	410	3.0	48 (43)
バングラデシュ	360	31	50	62	61	440	3.0	54 (43)
カンボディア	270	58	80	60	55	470	3.9	24 (19)
日本	35,610	-	-	85	78	8	1.4	59 (53)

(The World Bank: World Development Indicators 2003: 2001のデータ; *1990-1998の最新データ; **UNFPA: 世界人口白書2003のデータより作成)

表 2: 安全な水利用が可能な家庭 (%)

	1981年*	2003年
スリランカ全国平均	69.9	—
バドゥーラ行政区	67.5	—
ジャフナ行政区	87.8	23.5**
キリノチ行政区		39.5***

(*1991 Annual Health Bulletin; **Jaffna District Annual District Health Plan 2005; ***Provincial Database for Provincial Health Profile Kilinochchiのデータより作成)

表 3: 適切な下水設備をもつ家庭 (%)

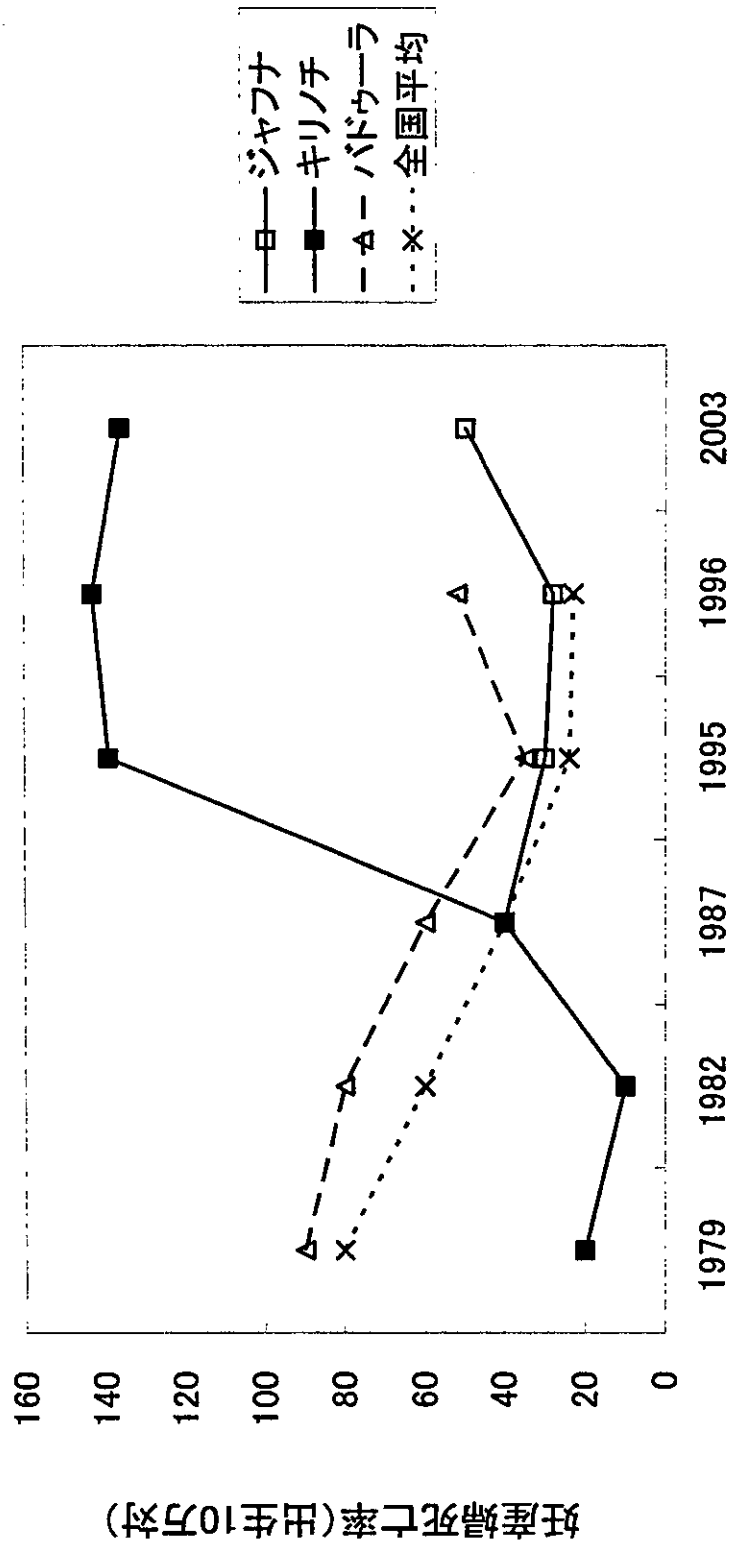
	1981年*	1994年**	2003年
スリランカ全国平均	66.5	86.5	—
バドゥーラ行政区	66.7	81.9	—
ジャフナ行政区	53.8	—	53.0***
キリノチ行政区		—	45.5****

(*1991 Annual Health Bulletin; **1996 Annual Health Bulletin; ***Jaffna District Annual District Health Plan 2005; ****Provincial Database for Provincial Health Profile Kilinochchiのデータより作成)

表 4: 保健医療従事者および住民を対象とした、北部州保健医療に関する質問表調査の結果

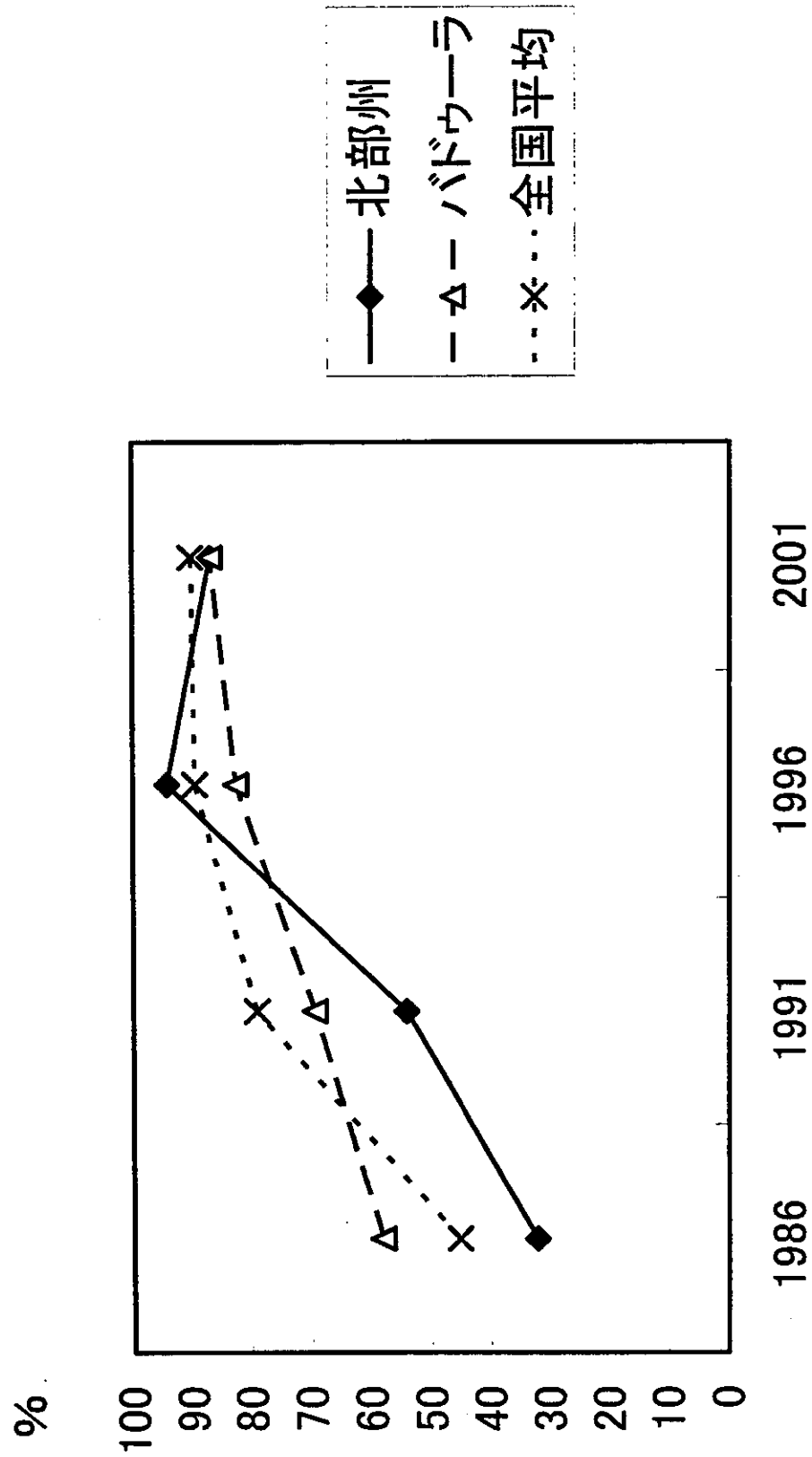
	肯定応答 人数 (%)	
	保健医療従事者	住民
保健医療サービスの問題点	全回答者数 35	全回答者数 36
医療施設へのアクセスの悪さ	29 (82.9)	30 (83.3)
医療に従事する人材の不足	26 (74.3)	15 (41.7)
不十分な医療従事者－患者間信頼関係	9 (25.7)	0
医療施設内の作業環境の悪さ	16 (45.7)	3 (8.3)
不十分な報酬	14 (40.0)	0
医療従事者に対する研修制度の不備	13 (37.1)	0
特定の医療機器・治療手段の不足	10 (28.6)	8 (22.2)
住民の健康上の問題点		
村落内の安全な水・井戸の不足	16 (45.7)	17 (47.2)
家庭のトイレの欠如	11 (31.4)	16 (44.4)
健康情報の不足	21 (60.0)	21 (58.3)
望まない妊娠・人工中絶	10 (28.6)	1 (2.8)
精神保健	12 (34.3)	12 (33.3)
妊婦・子供の栄養不良	14 (40.0)	8 (22.2)
衛生環境の悪さ	11 (31.4)	18 (50.0)
今後優先的に行うべきこと		
医療施設へのアクセス改善	12 (34.3)	21 (58.3)
住民への健康情報の提供	13 (37.1)	13 (36.1)
村落内の上下水道（井戸及びトイレ）の整備	10 (28.6)	10 (27.8)
衛生環境の整備	5 (14.3)	5 (13.9)
医療施設における医療機材・薬剤の充実	3 (8.6)	5 (13.9)
栄養改善のための食料配布	2 (5.7)	4 (11.1)
精神保健（心のケアの提供）	0	4 (11.1)
医療従事者に対する研修制度の充実	5 (14.3)	0
上記を行うときに障害になるもの		
人材不足	19 (54.3)	9 (25.0)
資金不足	11 (31.4)	19 (52.8)
住民内の、健康への無関心	4 (11.4)	13 (36.1)
地域共同体意識の欠如	0	5 (13.9)

図 1: 妊産婦死亡率の推移



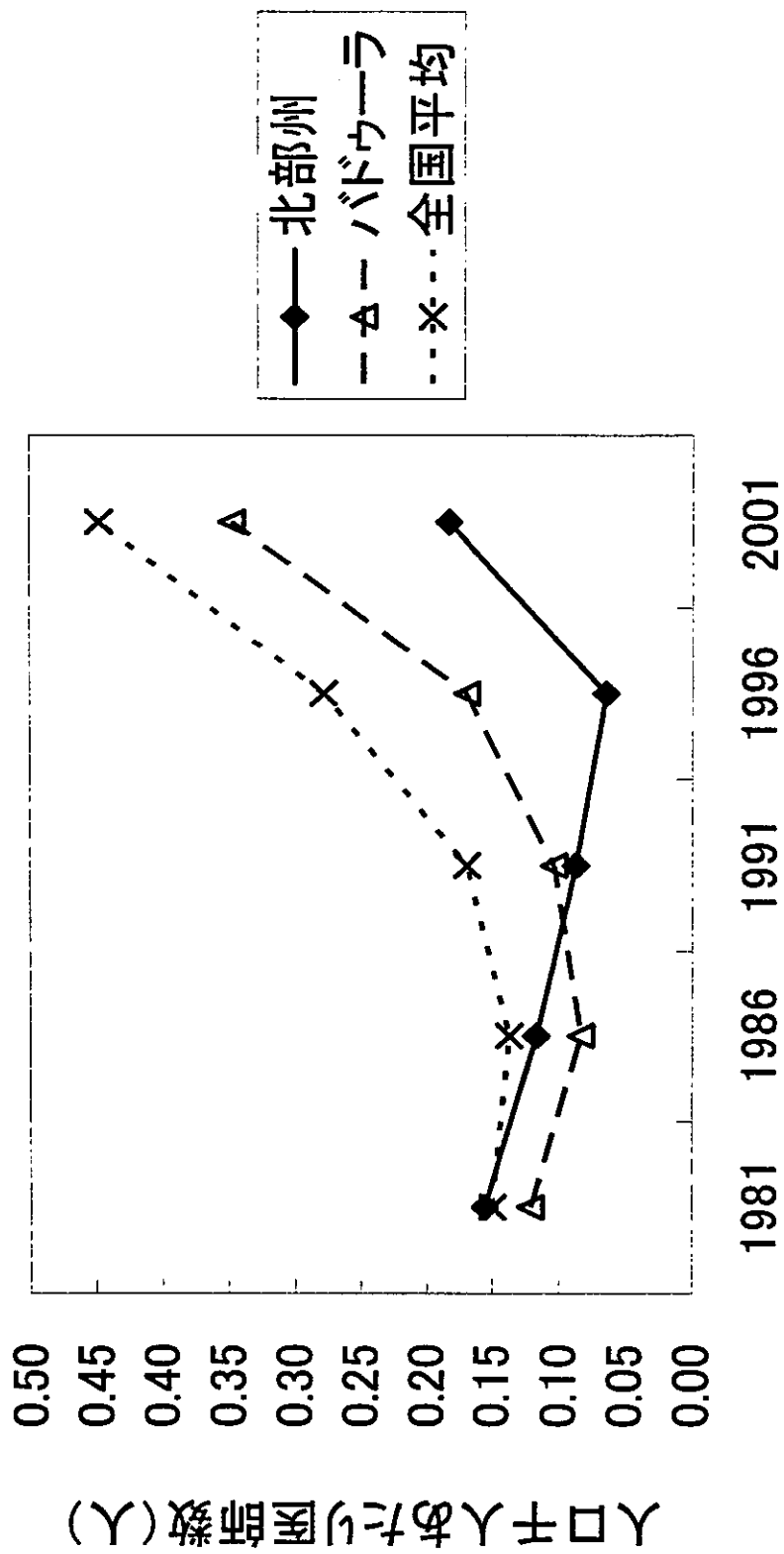
(Jafna District Annual District Health Plan 2005; Provincial Database for Provincial Health Profile Kilinochchi; Annual Health Bulletin 1981, 1986, 1991, 1996, 2001 のデータより作成)

図2: 小児の麻疹接種率の推移



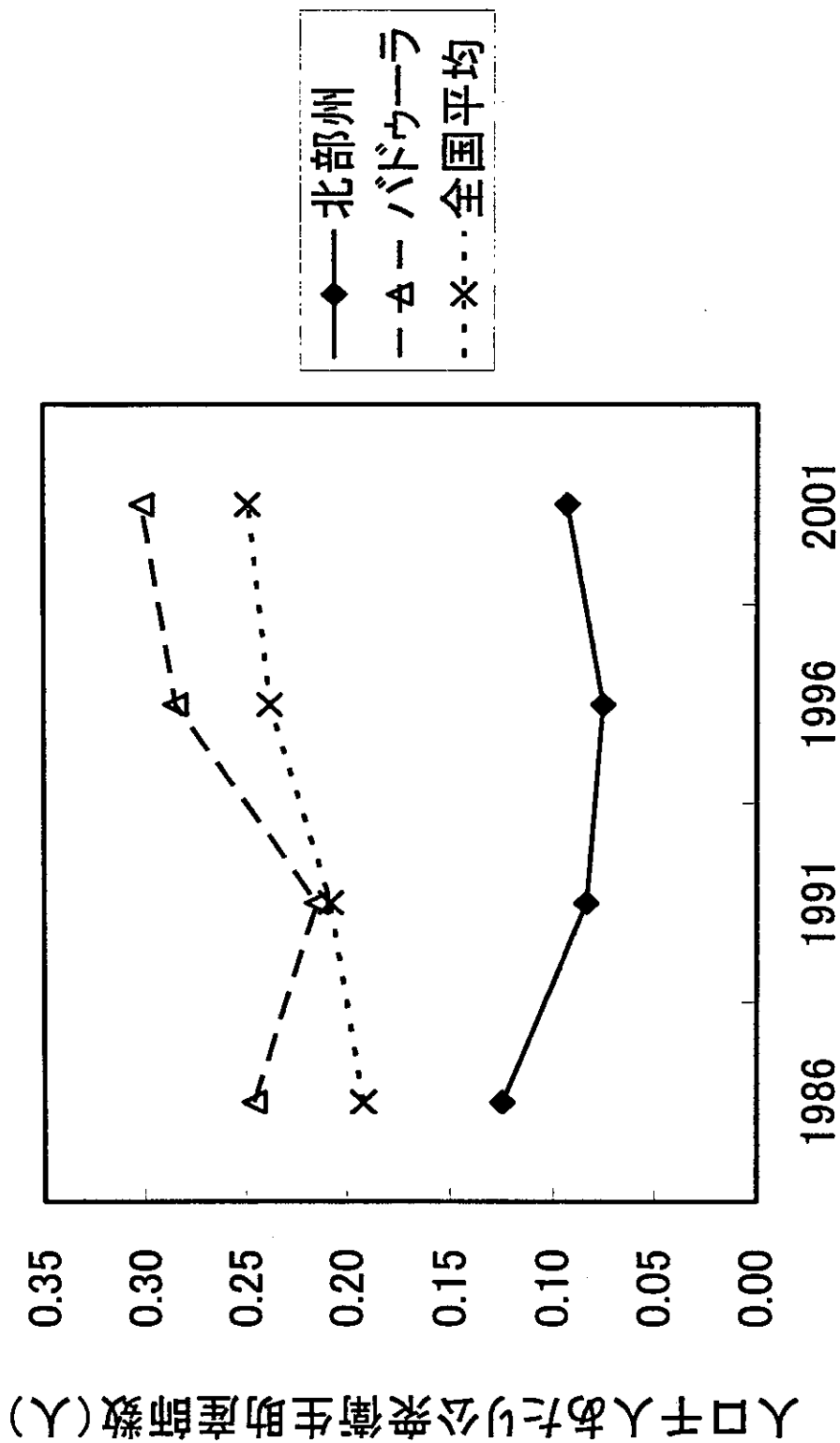
(Annual Health Bulletin 1981, 1986, 1991, 1996, 2001 のデータより作成)

図3: 人口当たり医師数の推移



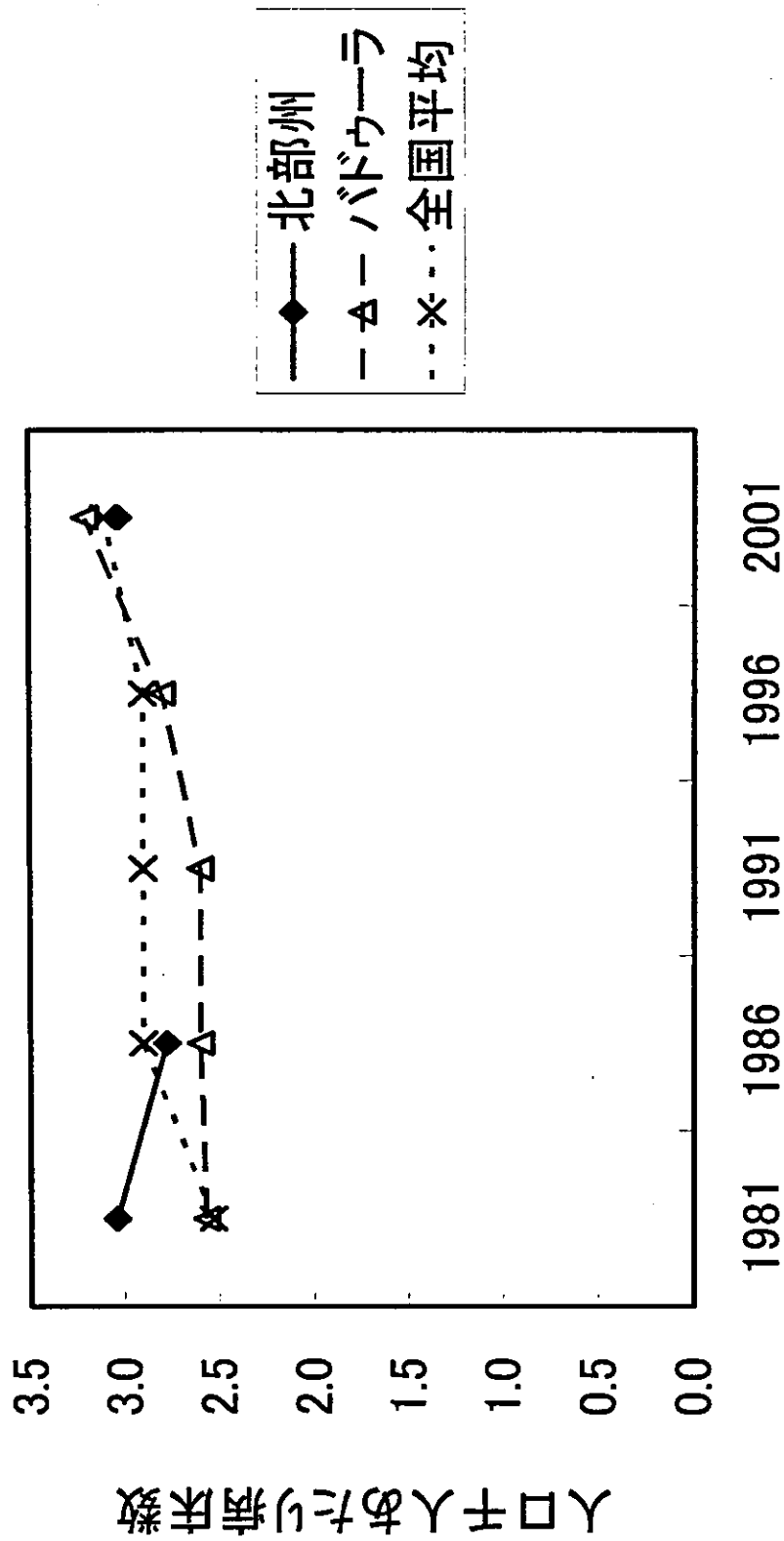
(Annual Health Bulletin 1981, 1986, 1991, 1996, 2001 のデータより作成)

图4: 人口当たり公衆衛生助産師数の推移



(Annual Health Bulletin 1981, 1986, 1991, 1996, 2001 のデータより作成)

図 5: 公的医療施設の人口当たり病床数の推移



(Annual Health Bulletin 1981, 1986, 1991, 1996, 2001 のデータより作成)

シエラレオネの紛争とNGOによる支援活動

特定非営利活動法人「宇宙船地球号」理事長
山本 敏晴

はじめに

シエラレオネはアフリカ大陸の西端に位置し、面積は北海道ほどである。人口は約 500 万人で、20 以上の異なる民族で構成されており、各民族の使用言語も異なっている。この小国が、1998 年の世界保健機構のデータにおいて、ほぼ全ての医療統計データで、世界で最も悪い数字を記録していた。平均寿命 35 歳前後、乳児死亡率出生 1,000 対 200、5 歳未満死亡率出生 1,000 対 350 以上、妊産婦死亡率出生 100,000 対 2500 など、枚挙にいとまがない。2002 年に長く続いていた内戦が終結したため、2004 年現在では上記ほど数字は悪くないが、依然として「世界で最も医療事情の悪い国のひとつ」であることには変わりはない。これは主に、1991 年に勃発した紛争の影響による。

本稿では、まず、シエラレオネの紛争の経緯を紹介する。続いて保健医療を中心としたシエラレオネの問題点を挙げ、最後に、それに対する「宇宙船地球号」当団体の取り組みを紹介する。

シエラレオネの紛争の背景と経緯

シエラレオネは 1931 年のダイヤモンド鉱山の発見以来、世界でも有数のダイヤモンド産出国である。しかし、複雑な民族構成に加えて、そのダイヤモンド鉱山の利権争いがからみ、1961 年のイギリスの植民地支配からの独立後、1991 年の本格的紛争勃発までの間も、不安定な政情が続いてきた。たとえば独立から 1971 年に共和国に移行するまでの間に、二度の軍事クーデターと一度のクーデター未遂事件が起きている。さらに 1978 年に新憲法が制定され、単一政党制が導入された後も、1986 年と 1987 年にクーデター未遂事件、大統領による非常事態宣言の発令と続いた。そして 1991 年 3 月、反政府軍 RUF (Revolutionary United Front = 革命統一戦線) の蜂起により、本格的な紛争が勃発した。

この RUF のリーダーは元シエラレオネ国軍伍長フォディ・サンコーだったが、RUF に財政支援・軍事指導を行い、実際の活動内容を決定していたのは、シエラレオネの隣国リベリアで NPFL (National Patriotic Front of Liberia = リベリア国民愛国戦線) を代表していたチャールズ・テイラーである。リベリアでは 1989 年より内戦が勃発していたが、NPFL は内戦当事者の一派であった。テイラーのシエラレオネへの介入の目的は、RFU に武器を供与してシエラレオネをコントロールさせ、シエラレオネ原産のダイヤモンドの利権を手に入れることであった。

テイラーの思惑通り、1992 年に RFU は、ダイヤモンド産出が豊富なシエラレオネ南東部を支配下におさめた。以後 10 年間のシエラレオネ紛争中、少なくとも 6 億 3000 万ドル相当のダイヤモンドが、RFU への武器供与と引き換えに、リベリアのテイラーのもとに流れたと言われる。テイラーは 1997 年にリベリアの大統領となったが、内戦によって疲弊したインフラ整備や治安の改善は進まず、2003 年の反政府勢力の蜂起によって、ナイジェリアに亡命した。現在、国連のシエラレオネ犯罪特別法廷において、シエラレオネ領域における戦争犯罪、人道に対する罪、および国際人道法に対する深刻な違反への重大な責任を理由に、起訴されている。

シエラレオネの紛争そのものは、政府と RFU の間での停戦合意、つづいて RFU による停戦合意の一方的破棄、という経緯を幾度も繰り返したのち、1999 年 7 月に、停戦と引き換えに RFU に閣僚の地位を与える、というロメ和平合意が成立した。これを実施する目的で国連安全保障理事会は、UNAMSIL (United Nations Mission in Sierra Leone = 国連シエラレオネミッション) を派遣した。しかし 7 ヶ月後、再び RFU が政府軍への攻撃を再開した。そして 2000 年 5 月には、RUF によって国連 PKO 要員が 500 名拘束され、複数名が殺害されるという事件が発生した。

イギリス軍の軍事介入によってこれら拘束された PKO 要員が釈放された後、国連は、リベリア産ダイヤモンドの売買禁止と、シエラレオネ産ダイヤモンドの輸出禁止を決議決定した。これが、ダイヤモンドを資金源としていた RFU 内部の亀裂を引き出し、2000 年 11 月に、シエラレオネ政府と RFU の間で再び停戦合意が成立した。

この停戦合意は破棄されることがなく、2001年5月には、1998年から開始されたことになっていたものの宙に浮いていた DDR (Demobilization, Disarmament and Reintegration=動員解除、武装解除、元兵士の市民生活への再統合) の具体化について、政府と RUF 間で合意が成立し、実行に移されはじめた。それにより、2002年1月、カパー大統領による武装解除完了宣言、同年3月には国家非常事態の終了宣言がなされた。2002年5月には、大統領と国会議員選挙が平和裡に実施され、カパーが大統領に再選された。

このように、一応内戦は終結したことになっているが、複雑な民族構成とダイヤモンドの利権という、内戦の契機となった要因はそのままである。従って、今後も同様の紛争が再燃する可能性は、じゅうぶん残っている。

シエラレオネの社会・経済と保健医療の現状 (表1・表2・表3)

2003年から2004年にかけての最新データによると、シエラレオネは、1人当たり国民総所得が US\$ 140 の後発開発途上国である。20以上の部族があるが、テムネ族とメンデ族の主要2部族で全体の60%を占める。公用語は英語である。宗教は、イスラム教が60%、土着宗教が30%となっている。全人口の68%が貧困ライン以下にあり、今後の経済再建には多大な困難が予想される。紛争の要因となったダイヤモンドが、現在も主要な輸出品目である。

保健指標は、後発開発途上国の周辺諸国のなかでも特に劣悪である。全人口の47%が低栄養状態にあり、出生時平均余命は女性39歳、男性36歳、乳児死亡率は出生1,000対182、1才児麻疹ワクチン接種率は37%、5才未満児死亡率は出生1,000対316と、ほぼすべての指標が世界各国の中でも最低レベルにある。専門技能者立会いの出産は42%と報告されているが、妊産婦死亡率は出生10万対2,100と非常に高い。人口10万人当たりの医師数は9人である。一人当たり医療費はUS\$6と推定され、基本的保健医療サービスは、ほぼ供給されていないといえる。成人のHIV感染率は2001年の推定で7%、また15歳未満のHIV感染者数は16,000人である。

筆者が2001年に実際にシエラレオネで小児科医として医療活動を行っていたときは、10年以上にわたって続いた内戦のため、医療システムは完全に崩壊していた。ほとんどの病院は壊され、もともと上流階級に所属していた数少ない医師と看護師たちは、近隣の諸国へ我先にと逃げ出してしまっていた。この状況を受け、多数の大型医療系NGOが来訪し、内戦の中でも活動を行っていた。しかしその膨大な需要に見合うだけの現地スタッフも医薬品もなく、地方での窮状は惨を極めた。特に現地スタッフの不足は問題だった。

もともとシエラレオネには義務教育が存在せず、地方で読み書きや簡単な算数ができる人が非常に少なかった。そのため、現地スタッフの育成が非常に困難であった。また、いきなり行って西洋医学の手法で緊急援助を行うやり方が、現地の人々に文化的に受け入れられず、地元実力者から「蹴り出し」をくらうことも多かった。さらに、結局、ある時期が来れば撤退してしまう緊急援助型の団体では、せっかく建てた病院が、その撤退とともにただのコンクリートの箱に戻ってしまうこととなった。紛争そのものと、これらの問題点が積み重なった結果が、平均寿命35歳前後という、平均余命世界最短記録につながったといえる。

NGOによる支援活動の展望

近年、国際協力の分野では「持続可能性 Sustainability」という言葉がしきりに使われている。筆者自身の国際協力のテーマは、昔から一貫して「未来へ続くシステム」を作ることだったが、これを今風に言うと Sustainability になろう。シエラレオネに一小児科医として派遣されたときも、「未来へ続くシステム」を実現するためには、診療活動を行うのと同時に、必ずシエラレオネ人の医療スタッフを教育し、筆者とほとんど同じレベルの医療ができるようにしてから日本に帰る、またそれが達成できるまでは帰国してはならない、というのが筆者の方針だった。

しかし今は、保健医療分野での援助の結果がその国の未来へ残るためには、「医療だけに注目してはだめだ」と考えている。戦争が続いている国では、病院を建て、医療スタッフを教育しても、壊されて殺されてしまっはなんにもならない。よって、政治の安定が必要になる。また、我々援助団体が撤退した後も建てた病院を経済的に維持できるよう、現地の地方自治体などの「村おこし」(経済援助)が必要になる。さらに、医師や看護師を育てるには、その教育の基本となる義務教育も必要である。そして環境問題への配慮、特に人口問題に対する対策である家族計画の

実施は、必須というほど重要である。

結局、政治・経済・教育・医療・環境の五つを同時に考えていかなければ、どの国であれ保健医療の事情はよくなるわけでは、その考えに基づき、筆者が中心となって特定非営利活動法人「宇宙船地球号」を設立した。現在、シエラレオネを含む数ヵ国で次のようなプロジェクトを計画中である。

その地域で中心となっている宗教施設に隣接した場所に、学校と医療施設を建設する。宗教施設に隣接させる理由は、人々を効率よく集中させるためである。様々な人々が集中する場所で、健康教育の講習会を頻繁に行い、一般的な衛生教育を行うと同時に、家族計画の必要性を説く。学校があると生徒の母親が来訪しやすいので、母親への教育（読み書き、算術、避妊、職業訓練など）も効率よく行うことができる。また、もともとその地域の宗教施設の長に話しをつけてから活動を開始するので、現地文化を尊重していることになり、「蹴り出し」をくらすことはない。また、他の援助団体と協力しながら近隣の村落で経済開発を行い、その利潤により上記の「学校・病院・宗教施設複合体」を維持させて、我々が撤退した後に消滅することを防ぐ。

また、このようにして出来上がった複合体の、主に学校同士で交流を頻繁に行い、世界には様々な宗教・考え方があることを紹介していく予定である。シエラレオネのように国内で民族紛争が続いているところは世界に数多いが、そうした国の内戦を減らすためには、異なった民族のあいだで、お互いの違いを認めあうことが重要である。したがって、我々の活動においては、建設を支援した複合体同士の交流をとおして、「自分と違う考え方をしている人を、すぐに、間違っている、と考えるのではなく、そうした考え方をする人の地域にも、きっと昔からの長い歴史や伝統があるのだろう」と思う機会を提供し、なんとかお互いを認め合う世の中になるように働きかけたいと考えている。

表 1:シエラレオネ共和国の基礎指標

一般概要*

面積	71,740km ²
人口 (July 2004)	5,883,889
年齢別人口 (2004)	0-14 歳: 44.8% 15-64 歳: 52% 65 歳以上: 3.2%
人口増加率 (2004)	2.27 %
粗出生率 (2004)	人口 1,000 人当り 43.34
粗死亡率 (2004)	人口 1,000 人当り 20.62
純移住率 (2004)	人口 1,000 人当り 0 人流出 - 周辺国の難民は徐々に帰国中
首都	フリータウン (人口約 183 万人**)
民族	20 部族(テムネ族 30%、メンデ族 30%、その他 30%)で全体の 90%
宗教	イスラム教 60%、土着の宗教 30%、キリスト教 10%
使用言語	英語 (公用語)、テムネ語、メンデ語、その他

政治・外交**

政体	共和制
元首	カバール大統領 (2002 年 6 月就任、任期 5 年)
議会	国民議会制 (一院制)
外交基本方針	非同盟主義 地域レベルではマノ川同盟・西アフリカ諸国経済共同体の一員
軍事力	予算約 1800 万ドル (2003 年暫定値)、兵役は志願制

経済・産業*

通貨	レオネ
為替レート (2003)	1 ドル = 2348 レオネ
経済成長率(2003)	6.5%
貧困ライン以下人口 (1989)	68%
インフレ率 (2002)	1%
主要農産物	米、コーヒー、カカオ、ヤシ油、ピーナツなど
主要工業	鉱業 (ダイヤモンド) など
貿易額 (2002)	輸出 4900 万ドル 輸入 2 億 6400 万ドル
主要貿易品目	輸出 ダイヤモンド、金紅石、カカオ、コーヒー、魚 輸入 食料品、機械、燃料、化学製品
主要貿易相手国	輸出 ベルギー61%、ドイツ 14%、英国 5%、米国 5% 輸入 ドイツ 24%、英国 10%、コートジボワール 7%、フランス 7%

(*CIA The World Factbook 2004 のデータより作成;

**外務省 各国・地域情勢 シエラレオネ共和国 2004 年 12 月のデータより作成)

表 2: シエラレオネ共和国の保健医療指標

安全な水利用が可能な人口 ^a	57	%
必須医薬品利用が可能な人口 ^b	0-49	%
低栄養人口 ^a	47	%
専門技能者立会いの出産 ^c	42	%
低出生体重児 ^c	22	%
1才児麻疹ワクチン接種率 ^d	37	%
5才未満児死亡率 ^d (出生千対)	316	人
15-49才 HIV感染率 ^d	7	%
15才未満 HIV感染者数 ^d	16,000	人
医師数 ^e (人口十万人対)	9	人

(UNDP Human Development Report 2003 のデータより作成; a.2000年数値; b.1999年数値; c.1995-2000年の最新値; d.2001年数値; e.1990-2002年の最新値)

表 3: シエラレオネ共和国および周辺諸国・日本の基礎指標

	総人口 (100万)	1人当り国民 総所得 (US\$)	成人識字率 (%)		出生時 平均余命 (年)		乳児 死亡率 (出生1,000対)	妊産婦 死亡率* (出生10万対)	合計 特殊 出生率	1人 当り 医療費 ** (US\$)
			女	男	女	男				
シエラレオネ	5	140	-	-	39	36	182	2100	5.7	6
リベリア	3	100	38	71	48	46	157	-	5.9	2
ギニア	8	410	-	-	47	46	109	1200	5.1	13
コートジボワール	16	630	38	60	46	45	102	1200	4.7	16
ガーナ	20	290	64	81	57	55	57	590	4.1	11
ナイジェリア	130	290	58	73	47	45	110	1100	5.2	8
日本	127	35,610	-	-	85	78	3	6.6***	1.8	2,908

(The World Bank: 2003 World Development Indicators: 2001年数値; *1995年推定値; **1997-2000年平均値, ***厚生労働省平成14年9月実績評価書: 2000年数値より作成)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
青山温子	ジェンダー	日本国際保健医療学会編	国際保健医療学 第2版	杏林書院	東京	2005	in press
青山温子	生活と健康	佐藤寛・青山温子編	シリーズ・国際開発 第4巻：開発と生活	日本評論社	東京	2005	in press

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
青山温子	海外女性事情 (16) パキスタン	ウィルあいちニュース	44	3	2004
長江美穂、北林春美、青山温子	女性の健康問題としてのドメスティック・バイオレンス (DV)-タイ国保健医療関係者の取組み	日本公衆衛生雑誌	51: 4	287-296	2004
宇野日出男、宇井志緒利、青山温子	ドメスティック・バイオレンス (DV)-公衆衛生の視点から	日本公衆衛生雑誌	51: 5	305-310	2004
岡本美代子、菅波茂、青山温子	NGOsとのコントラクティングによる地域保健行政システム開発-カンボディアの事例より	第15回国際開発学会全国大会報告論文集		254-257	2004
岡本美代子	カンボディアでの日本のNGOによる短期的(自然災害)・長期的(紛争後復興開発)国際保健支援活動	日本災害看護学会誌	6: 2	31-40	2004
喜多悦子	失われて初めて気づくもの	We Learn	617	2	2004
喜多悦子	紛争地の子に適正な育児環境を	人口と開発	86	16-20	2004
喜多悦子	紛争地で考えた女性の健康	Frontier	65	3	2004

研究成果の刊行物・別刷

キーワード:

開発と女性 (WID); 開発とジェンダー (GAD); ジェンダー指標 (GDI・GEM);
ジェンダー・バイアス; ジェンダー・ギャップ; 女性のエンパワーメント

1) ジェンダーとは何か

ジェンダー¹とは、社会的・文化的な意味での性別のことである。生物学的に、女性は妊娠・出産・授乳をする性で、多くの場合、男性は女性より身体が大きく筋力に勝っている。このような生物学的特質が人類の歴史の中で次第に拡大解釈され、社会的・文化的意義が付随し、行動様式・社会的役割・価値観が、性別によって類型化され、固定観念となって、さらに強化されていった。このようにして、生物学的性別とは関係のない資質・行動・社会的役割までもが性別と関係づけられるようになり、ジェンダーすなわち社会的・文化的性別が形成された。

ジェンダーとしての女性は、世界中のほとんどの社会・文化において社会的弱者・被支配者の立場に置かれた。女性は、家庭内の無償労働に従事したり、金銭的評価の低い労働に従事したりすることが多く、経済的自立が困難となった。職場や地域社会や家庭内で、決定権をもったり指導的立場についたりすることはほとんどなく、男性の支配に従属させられた。人類の歴史の中で作られた社会的制度や文化的概念は、社会的強者であるジェンダーとしての男性を中心としたものであった。女性は、人口の半数を占めるにも関わらず、男性と対等な権利をもつ独立した一人前の人格とはみなされず、「おんなこども」とひとまとめにされてきた。

ジェンダーに基づく偏見・偏向 (ジェンダー・バイアス) は、程度の差こそあれ、先進国・開発途上国を問わず世界中の国や地域で見られる。意識的あるいは無意識的に、個人の特質に注目するよりも、女性あるいは男性だからという偏見のもとに、特定の資質・役割を認識している。この傾向は、性別、民族、教育水準、社会経済階層を問わず、誰にでも認められ、いつでもどこでも、あらゆる分野で、社会のすべての活動に影響を及ぼしている。

その結果、生物学的性別と無関係な、教育・就労などをはじめとする社会生活のあらゆる側面で、ジェンダーによる格差 (ジェンダー・ギャップ) が生じた。たとえば、日本では、理数系高等教育²を受ける女性は少ないし、働く女性の絶対数が増えても管理職に就く女性は少ない。開発途上国では、女性の就学率・識字率が男性より低かったり、女性が職業に就くこと自体が著しく困難であったりすることも稀ではない。

2) ジェンダーと健康

ジェンダーは、健康状態を決定する要因の一つであるが、これは、単に、子宮あるいは前立腺の疾患のように、女性または男性特有の疾患があるということを示しているのではない。一般に、疾病発症には、直接的要因としての病原体や循環障害などに加えて、間接的要因としての栄養状態や環境衛生などが関わり、さらに遠隔的要因としての社会的・文化的要因が作用している。相互に関連しているこれら三層の要因のうち、ジェンダーは、重要な社会的・文化的要因なのである³。

¹ ジェンダーは、文法上の性別を意味する、言語学用語に由来する。

² アメリカ・イギリス・カナダ・オーストラリアなどでは、1970年代よりジェンダー視点からの理数系教育改善に取り組んでおり、理数系能力に性別による差のないことが実証されている。

³ 先進国においても、たとえば、狭心症の女性が不定愁訴とされ見過ごされるなど、医療におけるジェンダー問題が指摘されている。

たとえば、女性が家庭内で従属的地位にあるために食物配分が後回しになって栄養状態が悪くなることや、夫が避妊に協力しないため間隔をあけずに妊娠出産を繰り返し健康を害してしまうことなどが、途上国では頻繁に起こっている。また、女性が診療を受けることを自分で決定できない、男性の付き添いなしでは病院に行けない、女性の医療従事者がいないと受診できない、女の子が病気になっても病院に連れて行かないなど、社会的・文化的理由により、医療サービスへのアクセスが妨げられることも多い。

ジェンダー要因は、女性本人のみならず子どもや家族の健康にも影響する。母親が教育を受けていないと、子どもの栄養不良が多くなり死亡率も上昇することは広く知られている。食物や飲み水を準備したり家族の世話をしたりするのは女性の役割となっていることが多いため、女性の知識水準は家族の健康に直接影響する。また、文字の読めない女性は、病院のような公の場に行くのを怖れたり、病状をうまく説明できなかつたりするため、子どもの病気の治療が遅れてしまうこともある。加えて、女性が教育を受けられるような社会では、社会開発全般に注意が向けられていて、基本的保健医療に力を注ぎ子どもの健康を改善していることも考えられる。

子どもが小さい頃は生物学的に男の子の方が弱いため、自然の摂理により出生数は男の子の方が5%くらい多い。また、女性の方が生物学的に寿命は長く、先進国では女性の平均余命が男性より6-7年長い。ところが、パキスタン、ネパールなどでは、平均余命の男女差がほとんどないかむしろ女性の方が短い。これらの国では、女性を男性より生き延びにくくする、社会的・文化的要因があると考えられる。

3) 女性の人権確立への国際的な動き

ジェンダーの公平を世界的に推進するために、国際社会による種々のイニシアティブが重要な役割を果たしてきた。第二次世界大戦後に結成された国際連合には、1946年、経済社会理事会の中に女性の地位委員会が設置され、女性の法的権利整備に着手した。1948年の国連総会では、男女同権を明文化した世界人権宣言が採択された。

1970年代には、欧米での女性解放運動が活発となり、歴史・法律・教育などさまざまな分野で、ジェンダーの視点からの見直しが行なわれるようになった。国連は、1975年を国際女性年、それに続く1976-85年を、国連女性の十年と定め、女性の地位向上を目指す活動が展開された。4回の世界女性会議⁴が開催され、1995年に北京で開催された第四回世界女性会議において、北京女性会議行動綱領 (Beijing Platform for Action) が採択された。5年後の2000年には、ニューヨークの国連特別総会にて、北京会議行動綱領の進捗状況が検証された。

国際人口会議⁵は過去5回開催されたが、1994年のカイロ国際人口開発会議 (ICPD) において、カイロ会議行動計画 (ICPD Programme of Action) が採択され、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ (性と生殖に関する健康と権利) が、国際的に認知された。それ以後、国際社会では、人口問題を国家政策として論じることはなくなり、個人とくに女性の健康と人権の視点が重視されるようになった。5年後の1999年には、国連特別総会で、カイロ会議行動計画の実行状況が検討された。

そのほかにも、1990年代には女性の社会参画に関連する国際会議が続けて開催された。1993年にウィーンで開催された国連世界人権会議では、「女性の権利は人権である」が合言葉となった。1995年にコペンハーゲンで開催された国連社会開発サミットでは、貧困は女性にもっとも甚大な影響を及ぼしていること (貧困の女性化) が指摘され、貧困対策、健康と教育への投資、人々の福祉の増進、女性の開発過程への参画が、重要課題となった。

4) 開発と女性

開発協力の分野でも1970年代以降、ジェンダーの視点がとりいれられるようになった。まず、1960年代までの経済開発プログラムが、女性と男性には異なった影響を及ぼしており、女性には

⁴ 1975年 (メキシコシティ)、1980年 (コペンハーゲン)、1985年 (ナイロビ)、1995年 (北京) の4回。国連女性開発基金 (UNIFEM) は1975年の第一回会議により設立された。

⁵ 1954年 (ローマ)、1965年 (ベオグラード)、1974年 (ブカレスト)、1984年 (メキシコシティ)、1994年 (カイロ) の5回。国連人口基金 (UNFPA) は1967年に設立された。