

負の影響の大きいことが着目された。開発プログラムが期待されたほどの成果をあげていない理由の一つとして、経済統計など表面に出る生産的職業についている男性中心に計画されており、女性が経済活動や生活の維持向上に果たしている積極的役割を無視してきたことが指摘された。また、男性と女性は家庭内での利害が共通しており、男性の受けた利益は家族全体にゆきわたるという無意識の大前提が、間違っていたことも認識されるようになった。

このようにジェンダー視点から開発プログラムが再検討される中で、WID (women in development 開発と女性) の概念が形成された。WID は、開発の過程への女性の参加、及び開発の成果が女性にも公平に及ぶことを目指す、研究・実践上の概念である。アメリカの政府開発援助機関であるアメリカ国際開発庁 (USAID) には、1974年にWID室が開設され、この動きは他の開発援助機関・国際機関にも影響を及ぼした。経済協力開発機構 (OECD) の開発援助委員会 (DAC) には、1975年にDAC/WID 専門家グループが結成され、1983年には、「開発における女性の役割支援のための基準」が採択された。1998年には、北京行動綱領を開発プログラムに反映させ実行していくためのガイドラインが発表された。

日本では、1990年、国際協力事業団(現・国際協力機構: JICA) に分野別援助研究会「開発と女性」が設けられ、1992年に発表された政府開発援助 (ODA) 大綱には、WID 配慮が記された。さらに、2003年に改定されたODA大綱では、基本方針の一つとして、「男女共同参画の視点は重要であり、開発への積極的参加及び開発からの受益の確保について十分配慮し、女性の地位向上に一層取り組む。」と記されている。

## 5) 開発とジェンダー

女性と開発の関わりとしては、(1) 開発プログラムの対象となって恩恵を受ける、(2) 開発プログラムの計画・実施に参画する、の二つの方向性が想定される。(1)のように女性を受益者とした場合、家庭を中心とした女性の伝統的役割を果たすのに有益なプログラム、たとえば、妊産婦保健や識字教育など女性の健康・教育の向上をはかったり、手工芸・裁縫などの伝統的女性の産業を支援して女性の収入創出をはかったりするプログラムが実施されてきた。このようなプログラムは途上国にも援助国にも抵抗なく受け入れられ、1950-60年代以来現在まで世界各地で数多く実施され、日本のODAにおけるWID 配慮もこの形をとることが多かった。しかし、この考え方の問題点は、女性を社会的弱者として慈善福祉事業の対象とみなし、開発過程への能動的参加者というより開発の成果の受動的享受者として捉えていて、女性の役割を家庭・出産・育児に固定する傾向にあることである。

一方、DACの指針では、特に女性を対象としたプログラムに限ることなく、(2)のように、計画・実施というプログラムの成果がでる以前の段階からの女性の参画を重視している。女性は、男性と同等の立場で計画に参加し、生産者として、また家庭や地域社会を管理運営する者として、潜在能力を十分活用して開発プログラム実施に携わることが期待される。

1980年代以降は、自助・自立を通して女性たちが力をつけ変革の主体となっていくことをめざす、女性のエンパワーメントが重視されるようになった。女性のエンパワーメントとは、女性が主体的に判断し行動する能力、自らの力で計画、決定、運営していく能力を伸ばし、ひいては女性たちのおかれている状況を自ら変えていく能力を高めていくこと、言い換えれば、女性の社会参画能力を高めることを意味する。社会参画は、いろいろな社会活動に対し、計画の段階から主体的に関与し、運営などにも積極的に関わっていくことを指しており、単に活動に加わったりその恩恵を受けたりすることを指す社会参加の概念を越え、女性の自立と主体性を重要視している。

このようにして、WID からさらに進んだ考え方として、GAD (gender and development 開発とジェンダー) という新しい概念が生まれた。WID が女性を対象とし、開発過程への参加により生活や社会的地位を向上させようとしてきたのに対して、GAD は、女性と男性の相対的で流動的な社会的関係 (ジェンダー関係) を重視し、ジェンダー間の不平等・不公平をなくすることが開発につながるという考え方である。すなわち、WID が、女性の状態を改善することにのみ注意を払っていたのに対し、GAD は女性と男性との格差をなくすよう女性のエンパワーメントを進め、女性の状態が改善しても男性との格差が残ったり拡大したりしてはならないとする立場である。したがって、究極的には、社会や経済の枠組み・構造や、権力関係までもが問われる。男性との社会的関係において種々の問題が生じるわけであるから、女性の問題は、別の視点から見れば男性の問題

ともいえる。

## 6) ジェンダー指標

1990年代には、生活向上や経済開発の基礎として、教育・保健医療のように人間そのものに投資していくことが重要であるとする、人間開発 (human development) の概念が現れた。国連開発計画 (UNDP) は、経済開発的側面のみならず、社会開発的側面を考慮して人々の状態を比較検討する指標として、HDI (human development index 人間開発指標)<sup>6</sup> を提案した。さらに、人間開発に及ぼすジェンダーの影響の指標として、男女格差を調整した HDI である GDI (gender related development index ジェンダー開発指標)、さらに、政治・経済・社会生活上での意志決定過程への女性の参画程度の指標として、GEM (gender empowerment measure ジェンダー・エンパワーメント測定) が導入された。

ジェンダー間の平等・公平は、必ずしも所得水準や経済成長率とは相関していない。また、HDI が良好な国でも、ジェンダー間の格差が大きければ、GDI・GEM は相対的に悪化する。表には、世界の国々の中からいくつかの例を選んで、HDI, GDI, GEM, 及び所得の指標として一人当たり実質 GDP と、それらの順位を示した。ノルウェーは、所得、HDI, GDI, GEM ともに世界有数の高値で、経済・社会・人間開発、及びジェンダーの公平の進んでいることがわかる。その一方、アラブ首長国連邦やトルコ (←?) のように、所得に比して HDI, GDI, GEM の低い国や、韓国やチリのように、所得、HDI に比して GDI, GEM の低い国が認められる (←?)。日本は、所得が 175 カ国中 14 位、HDI が 175 カ国中 9 位、GDI は 144 カ国中第 13 位、GEM は 70 カ国中第 44 位であり、所得や HDI に比べて GEM が極端に低く、世界的に見ても女性の社会参画が著しく立ち遅れていることがわかる。他方、多くの後発開発途上国は、所得、HDI, GDI, GEM のすべてが低値であり、女性に焦点をあてながらも、経済・社会・人間開発を全般的に進める必要がある。

表 →

### [参考文献]

- (1) 青山温子, 原ひろ子, 喜多悦子: 開発と健康—ジェンダーの視点から。有斐閣, 東京 2001.
- (2) 井上輝子, 上野千鶴子, 江原由美子, 大沢真理, 加納実紀代 編: 女性学事典。岩波書店, 東京 2002.
- (3) Aoyama, A. Toward a Virtuous Circle: A Nutrition Review of the Middle East and North Africa. The World Bank, Washington, D.C., 1999.
- (4) Aoyama, A. Reproductive Health in the Middle East and North Africa: A Review of Issues. The World Bank, Washington, D.C., 2001.
- (5) United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 2003: Millennium Development Goals. Oxford University Press for UNDP, New York, 2003.

<sup>6</sup> HDI, GDI, GEM の算出方法については、参考文献 (5) 参照。

### 1. プノンペンのスラム

2003年11月のある日、現地のNGOの人たちと一緒に、カンボディアの首都プノンペンにあるスラム街に出かけた。露店の立ち並ぶ市場の雑踏を抜けた奥には、掘立て小屋がひしめいていた。NGOの人の案内で、ある家に立ち寄ると、一間しかない部屋の中央の椅子に、女性の遺影が飾られていた。エイズに結核を併発し、40歳の若さで最近亡くなったとのことだ。この女性は末娘の出産以来長い間患っていたので、遺された夫は看病と生活の苦しさ疲れきって、53歳というのに、ずいぶん年老いて見えた。彼は高等学校を卒業したとのことなので、若い頃は比較的よい暮らしをしていたのであろう。しかし、ポルポト時代に地方で強制労働させられ、家族もみな殺されてしまった。8年前プノンペンに出てきて亡くなった妻と出会い、バイクタクシー運転手をしていたが、腰痛がひどくて今は働けないとのことだ。子どもたちが靴磨きやごみ集めをして稼ぐ1日2,000-3,000リエル(約60-90円)の収入でかろうじて生活している。

5人の子どもたちは、誰も学校に行っていなかった。上の4人は亡くなった女性と兵士だった前夫の間に生まれた子どもたちで、7歳になる末娘がこの男性との子どもだ。14歳の次男は仕事に出かけていたが、18歳になる長男は家でぶらぶらしていた。13歳の長女と11歳の次女が体重計をもっている。どうするのか尋ねると、街頭に立ち、通りかかる人たちの体重を量って日銭を稼いでいるとのことだ。そろそろ年頃になる娘たちの帰りが遅くなると、強姦されたりさらわれて売り飛ばされたりしないか、父親はとても心配だという。幸いなことに、今のところ、この男性も子どもたちもエイズ・ウイルス(HIV)に感染していないとのことだ。

その家を出て、もう少しスラム街の奥に入り、HIV感染女性の家を訪ねた。工場労働者だったというこの女性は、NGOに協力し、エイズ啓発活動にも参加して、感染者の立場から積極的に発言しているとのことだ。通訳の若いカンボディア人男性が、家の前に集まってきた近所の女性たちと話をしびっくりしている。HIV感染経路を知ろうと、売春をしたことがあるかおそるおそる尋ねたら、「そんなこと誰でもやっているわ」と、あっけらかんと話してくれたという。露店で野菜や果物を売っている時に、客と交渉がまとまれば身体を売るらしい。いくらで売るかは、はっきりと教えてくれなかったが、2,000リエル(約60円)くらいようだ。客となるのは、3,000-5,000リエル(約90-150円)の日銭を稼いで暮らすバイクタクシー運転手や荷物運搬夫で、わずかな収入の大半を買春に費やすわけだ。

カンボディアは、内戦終結・民主化からすでに10年を経ている。プノンペン市内の表通りには商店やレストランが立ち並び、行き交う人々の表情も明るい。しかし、表通りから一步奥に足を踏み入れれば、内戦の傷跡が癒えぬまま貧しい暮らしをする人々が、内戦後に外部からもたらされたエイズによって生命と生活を蝕まれている。貧困、教育水準の低さ、保健医療福祉システムの不備、それらがすべて悪循環をなして、人々が健康で豊かな生活を送るのを妨げている。

## 2. 健康と病気に関わる多様な要因

エイズは、HIVに感染したことにより免疫機能が破壊され、長い経過の後、免疫不全状態に陥り、いろいろな病気を併発して死に至る疾患である。開発途上国の女性のHIV感染経路のほとんどは、異性間性交渉によるものであり、不特定多数と無防備な性交渉をもつことにより、感染機会は増す。カンボディアのスラムで亡くなったあの女性が、いつどのようにしてHIVに感染したのか、正確にはわかっていない。内戦後の混乱と貧しさの中で、生きていくために売春をしたのかもしれないし強姦されたのかもしれない。あるいは、前夫がHIVに感染していたのかもしれない。まともに学校にも行けなかった彼女には、感染予防の知識も乏しかったであろう。

たとえ、HIVに感染しても、医療や社会保障体制の整った先進国であれば、専門医の指導のもと定期的に検査を受けながら抗ウイルス剤を服用すれば、発症を遅らせることが可能である。しかし、スラムで生活していたこの女性は、適切な医療を受けられず、栄養状態もよくないうえ、生活環境も劣悪だったために、命を縮めたと考えられる。また、先進国であれば、遺された子どもたちが、小学校にも行かずに路上で働かなければ食べていけないようなことはない。

カンボディアにおけるHIV感染率は、東南アジアで最も高いとはいえ、約3%に留まっている。しかし、サブサハラ・アフリカ諸国の中には、HIV感染率が30-40%にも達している国々がある。それらの国では、働き盛りの年齢層がエイズで倒れてしまうため、国の経済的生産力が減退し、貧困が増加し、治安まで悪化する。こうなると、HIV/エイズは、医学・公衆衛生的な問題をこえ、経済・政治・社会の問題となる。

このエイズの例からも理解できるように、人間が健康を害する時、直接原因となるのはウイルスなどの病原体であっても、感染し発症に至るには、栄養状態、環境衛生、医療へのアクセスなどの要因が、間接的に作用している。さらに、遠隔的には、貧困や、売買春を容認する社会背景などの、経済的・政治的・社会的・文化的要因が、関与している(図1)。疾病は、直接・間接・遠隔的に作用する多様な要因の相互作用によって、発症したりしなかったり、重篤化したり軽快したりする。

さらに、同じ疾病であっても、罹った本人や家族、その人の住む社会にもたらされる結果は、経済・政治・社会・文化の状況によって一様ではない。たとえば、エイズの結果として、途上国においては、先進国では起こり得ない、遺された子どもたちの問題や、経済・社会の不安定化などが起こっている。

開発途上国において保健医療問題に取り組むには、その背景となっている多様な要因を解析して対策を考えることが重要である。もし、間接的・遠隔的要因への対応を怠って、医学的対応のみに終始していれば、たとえば、ある疾患を直接原因とする死亡が減ったとしても、同じ背景要因をもつ別の疾患による死亡を防ぐことはできない。たとえば、予防接種により、麻疹(はしか)による死亡が減っても、子どもたちの栄養状態や生活環境が改善しなければ、別の疾患で命を落とす危険はそのまま残ってしまう。人々の健康を改善し、生活を質的に向上させ、社会の持続的な発展を達成するには、保健医療分野の介入ばかりでなく、社会的・文化的要因への対応と、経済開発を同時進行させなければならない。

### 3. 社会的・文化的要因

人々の健康には、ジェンダー (gender)、教育水準、社会階層、出身地、民族、言語、伝統的慣習、宗教など、社会的・文化的要因が、遠隔的に作用している。保健医療分野の対策を計画するには、人々の生活様式、伝統的慣習、文化的規範に、十分配慮することが重要である。

とくに、ジェンダーによる格差は、同一の社会階層や文化を共有する集団の中にも認められ、多くの場合、社会的弱者とよばれる集団の中でも、女性はさらに低く位置付けられている。ジェンダー格差が大きく社会開発の遅れた地域では、女性と男性の健康状態に、生物学的差異からのみでは説明のつかない大きな格差が生じている。女性が生活や行動を著しく制限するような文化や慣習に従わねばならないために、健康状態が悪化するのである。

たとえば、パキスタンでは、女性の平均寿命は男性より少し短く、妊産婦死亡率もきわめて高い。女性の平均寿命は、先進国では男性より6-7年長く、途上国を含め世界のほとんどの国々において男性より長い。このことから、パキスタンには、女性を生き延びにくくする、生物学的以外の要因があると推測できる。パキスタンの女性の成人識字率は約29%で男性の半分であり、社会生活のさまざまな場面でのジェンダー格差はきわめて大きい。とくに地方では、女性に決定権がなく、1人で自由に外出することも許されない。女性たちは、受診するかどうかについても夫や父親の決定に従わなければならない、男性の付き添いがないと病院に行くことすらできない。また、妊娠出産に関わることはすべて女性だけで行わなければならないという伝統的慣習があるため、病院に女性の医療従事者がいないと受診できない。しかし、地方に女性医師はほとんどいないし、女性看護師や助産師も不足している。このように、社会習慣・文化的規範のため、女性たちの医療へのアクセスが妨げられている。

妊娠出産や食事にまつわる伝統的慣習は、どの社会・文化でも認められる。それらは、必ずしも健康に問題を起こすわけではないものの、誤った慣習が弊害をもたらす場合もある。たとえば、出産後に枕元に魔除けの小刀を置くという風習のある地域があるが、これによって健康を害することはなく、むしろ産婦や家族の精神的安定に役立っているといえる。他方、「出産後3日間母乳を与えてはいけない」という言い伝えのある地域があり、これによって新生児と母親の健康が害されている。また、女性性器切除のように、女の子の身体を著しく傷つけ精神的外傷を負わせる行為が、伝統文化の名のもとに続けられている地域がある。

もちろん、固有の文化は尊重されるべきであるが、人々の健康を害したり人権を侵害したりするような慣習は、改められなければならない。生活に深く根付いている慣習を変えるよう外部者が介入することは難しいが、伝統とされていることが絶対に変わらないわけではない。有害な慣習については、理解のある現地の人々やNGOなどと協力しながら、次第に変えていくよう地道な働きかけを継続していかなければならない。また、実質的に効果があり、人々の受け入れられるような方策を提案することも大切である。たとえば、家族計画が宗教に反しないことを地域の宗教的指導者から説明してもらうことや、妊婦が肉類を食べてはいけないとされているなら蛋白源としてチーズを奨めることなどが考えられる。

人々は病気になると、近代的医療のみならず、その地域で信頼されている伝統的治療師が行う、独自の伝統的医療にも頼ることが多い。病気の概念は文化的要素が大きく、ある時代・ある地域の文化が病気と捉えている状態が、別の時代・別の地域の文化では、病気と見なされないことも

ある。伝統的医療は、たとえば精霊の仕業といったように、病気になった理由づけをして患者や家族を納得させ、精神的不安を取り除くことにより、回復を促すこともある。また、現地にある薬草などを効果的に使用したり、マッサージのように近代的医療に含まれていないケアを与えたりしている場合もあり、代替医療 (alternative medicine) として先進国でも見直されている。他方、伝統的医療と称する行為の中には、身体を傷つけたり、適切な治療を受ける機会を妨げたりして、患者に害を及ぼす行為もあり、介入を要することもある。

#### 4. 経済的・政治的要因

人々の健康に作用するもう1つの重要な遠隔的要因として、経済的・政治的要因がある。経済的状态がきわめて悪い時、急速に経済発展が進んだ時、あるいは経済危機に見舞われた時、人々の健康は直接的にも間接的にも影響を受ける。旧共産主義諸国の市場経済化や、独裁体制の崩壊などの政治状況変化によっても、人々の健康に影響が及ぶ。ソビエト連邦をはじめとする旧共産主義諸国では、国民の健康水準を改善することにある程度成功していたが、政治体制崩壊によってそれまでの保健医療システムも機能しなくなり、ロシア男性の平均寿命は短くなってしまった。

貧困が引き起こす健康問題として、まず、食糧と栄養の問題がある。きわめて貧しければ、食物が十分手に入らないし、手に入っても家庭内での地位が低い子どもや女性たちにはいきわたらない。また、穀類などのエネルギー源は確保できても、肉や果物などを手に入れることが難しく、栄養素をバランスよく摂れないことが多い。

貧しい人々の居住環境も悪く、安全な飲料水や燃料がなく、下痢症や呼吸器感染症に罹りやすくなる。また、マラリアや寄生虫感染症は、蚊などの虫や動物によって媒介されるため、水溜りがあるような非衛生的な環境は流行の温床となる。

貧しい人々は、日々の労働も苛酷で、女性や子どもたちさえも、危険を伴うことのある長時間労働に携わっている。道路上で生活し、ごみをあさるなどして暮らす子どもたちも多く、けがをしたり、病気にかかったり、暴力を受けたりしやすい。

貧しい人々は、病気になってもよい治療を受けることができない。途上国の公立病院やヘルスセンターは、最低限度の医療の質さえ確保されていないことがあるばかりか、治療費が無料でも薬などは自己負担のことが多く、社会保険のような医療費をまかなうシステムもないため、貧困者にとって受診するのは難しい。また、病院に行く交通手段がなかったり、その日暮らしの人は仕事を休めなかったりすることも多い。

他方、近年では多くの開発途上国においても経済発展が始まり、都市部では、食生活はじめ生活全般が急速に近代化した。しかし、意識の近代化はなかなか追いつかず、栄養や健康に関する知識や行動がついていけない状態にある。貧しかった頃は、病気といえば、呼吸器感染症、下痢症、マラリア、寄生虫症などの感染症であったが、食事や生活習慣が変化してくると、慢性的で感染症ではない病気が増加してくる。このように、開発の過程で、主要な疾病が、感染症中心から慢性非感染性疾患中心に変化していくことを、健康転換 (health transition) という。また、繊維質の多い穀物・野菜を中心に食べていたのが、肉類・卵など動物性脂肪・蛋白質を多く摂るようになる変化のことを、栄養転換 (nutrition transition) と呼んでおり、健康転換のおこる重要な要因の1つとなっている。

途上国では、国内格差が大きいと、地方の貧しい家庭の子どもたちが肺炎や下痢症で死んでいる一方で、都市部の人々の間では生活習慣病が増加し、成人の主要死因が、心臓・循環器疾患になるという、不規則な健康転換が起こっている。生活習慣病は重症化してから治療すると、高度で高額な医療が必要になり、その国の医療全体に対しても大きな負担となる。人々の健康を守るためにも、国の医療を破綻させないためにも、生活習慣病を予防する健康増進 (health promotion) 活動を進めることが重要である。

また、経済発展に伴い、人の動きや物の流通が活発になった結果、感染症が一定地域に限局せず、短期間に拡大してしまうことも多くなった。また、自動車輸送が急速に普及したため、交通事故が頻繁に起こるようになり、主要道路に近い病院は交通事故被害者の対応に追われている。さらに、先進国の排ガス基準に適合しない中古車が途上国の路上にあふれ、途上国都市部の大気汚染の主要な原因となっている。このように、経済発展によって、新たな健康問題がもたらされている。

## 5. 保健医療と教育・人材養成

ブノンペンのスラムで暮らす HIV/エイズの患者・感染者を支援していた現地 NGO は、感染予防教育も行っていた。縫製工場やレストランなどを訪れて、休憩時間に若い従業員たちを男女別々に集めて、HIV/エイズとは何か、予防するにはどうすればよいかを、ロールプレイやゲームを交えながら、具体的に説明していた。地方から単身働きに来ているこれらの若者たちは、HIV 感染の機会が高いと考えられている。この人たちが、正しい知識を身につけて、HIV 感染から自分の身を守ることができるようになれば、感染拡大を防ぐために有効であろう。

貧しい家庭に育ったこれらの若者たちは、初等教育をかうじて終えた程度であり、健康に関する知識は不足しているうえ、そういった知識が必要であるという認識も乏しい。そのため、この NGO は、積極的に彼らのところに出かけて行き、図や絵の多い教材を使ってわかりやすく説明し、楽しみながら知識を身につけてもらおうとしていた。また、弱い立場にある若い女性労働者たちが、NGO のサポートを得て知識を身につけたことによって自分に自信をもち、無防備な性行為を迫られても拒絶することができるようになることも期待された。

このように、正しい知識を身につけて自分の健康を守ることは、きわめて大切だが、開発途上国の人々の知識は概して不足しているうえ、知識があっても行動や生活習慣をなかなか変えることができない。多くの途上国では、貧しい人々は、学校に行かず文字も読めなかったり、途中で退学してしまったりすることが多く、とくに女の子たちが教育を受けるのは難しい。教育を受けていないと、マスメディアやパンフレットなどからの情報を得られなかったり、正しく理解できなかったりして、健康に関する知識を得にくくなる。また、自分や家族が病気になっても、適切な時期に医師に診てもらった判断ができなかったり、医師や看護師などの説明がよく理解できなかったりする。加えて、貧しく教育水準が低いと自分に自信をもてず、感染や望まない妊娠などから自分の身を守るよう、きちんと自己主張することさえ難しくなる。

途上国において、女性の基礎教育水準が向上するにつれて、乳幼児死亡率が低下することは、広く知られている。この理由として、直接子どもの世話をする母親が教育を受けていれば、育児や健康に関する知識を得やすくなり、適確な判断ができるようになることがあげられる。また、

女性の教育に力を注いでいるような国では、基礎的保健にも力を入れていることも考えられる。

基礎教育を受けていることは、保健医療を担う専門教育を受ける前提でもある。ところが、地方の農村部などでは、基礎教育を十分に受けていない人がほとんどの場合もあり、やむを得ず、なんとか識字ができる人たちを短期間訓練して、地域医療に従事させることもある。また、アフガニスタンやパキスタンなどのように、女性の診療に女性が携わらなければならないという文化をもつ国では女性医療従事者の育成が不可欠である。しかし、医学教育を受けられるのは都市の裕福な女性に限られ、地方では基礎教育を受けた女の子がきわめて少なく看護師・助産師を養成するのも難しいのが実情である。

保健医療専門職としては、医師、歯科医師、看護師、助産師、検査技師、薬剤師、理学療法士、栄養士などがある。どの職種を、何人、どのように養成し、どこに配備するかは、非常に重要な課題である。また、資格認定制度や、卒後教育制度、さらに、インセンティブ体系を整えて、仕事のモチベーションを高め、不足している職種を増加させ、地方赴任を促進する必要がある。

途上国では、医師に比して、医師以外の専門職であるコ・メディカルが不足していることが多い。また、人材配置の国内格差が大きく、都市では医師数が過剰なのに、地方では、医師も看護師もいなくて、ヘルスワーカーが医療を担っていることもある。しかし、人材の登用や配置などは、政治的意向も絡み、効率化・合理化がなかなか進まない。加えて、運営管理能力を有する人材は圧倒的に不足しており、保健医療政策の実行や、病院管理などにも問題が多い。

## 6. 基本的保健医療へのアクセス確保

長く内戦の続いていたカンボディアがようやく国際社会に復帰した時、人々には基本的な保健医療サービスへのアクセスすら保障されていなかった。まともな診療の行える医療施設は首都に数ヶ所あった程度にすぎず、内戦中に大急ぎで養成された医療従事者たちには専門的能力が不足しており、政府は診療の質や費用をきちんと規制することができないでいた。下痢症などの単純な病気によって多くの子どもたちが命を落とし、女性たちは助産師の介助すらなく出産しており、乳幼児死亡率・妊産婦死亡率はきわめて高かった。1990年代に国際社会からの本格的支援が始まった時、まず基本的保健医療サービスを確保することが、重点課題の1つとなった。

このように、資金、人材、政府の政策実行能力、管理運営能力の不足している開発途上国において、基本的保健医療サービスへのアクセスを確保していくための有効な手段の1つが、プライマリ・ヘルス・ケア (primary health care: PHC) である。下痢症、呼吸器感染症、妊娠出産合併症など、予防や早期治療が可能な原因により、開発途上国の子どもたちや女性たちが命を落としている。命を救うには、予防接種、下痢症患者への経口補液 (oral rehydration salts: ORS)、妊婦健診、家族計画、栄養指導、健康教育など、専門医がいなくても、病院がなくても、資金が乏しくてもできる、基本的保健活動が有効と考えられた。PHCとは、このような、地域に密着した病気の予防活動と基本的医療のことをさす。

途上国の各地に、PHC活動の拠点となる末端の保健医療施設として、ヘルスセンターが設置され、準医師、準看護師など、短期間の専門教育を受けた人材が配属された。さらに僻地には、ヘルスワーカーしかいないヘルスポストが設置された。ヘルスワーカーは地域住民の中から養成され、地域住民コミッティーがヘルスセンター運営に参加した。住民参加を進めることにより、健



康に対する意識が高まるとともに、政府の保健医療システムが十分機能しなくても持続可能であることが期待された。

PHC は、途上国の人々の健康改善に大きく貢献したが、すべての問題を解決できたわけではなかった。住民参加が不十分で、活動を持続できなくなってしまうことは少なくなかった。ヘルスセンターが1日数時間しか開いていなかったり、医師がおらずスタッフの専門能力は不足していたり、薬剤や機材がなかったりするため、住民の信頼を得られず、利用されなくなってしまうことも多かった。また、手術や入院治療などが必要な場合は、ヘルスセンターでは対応できないので、地域にある病院の機能を改善し、患者の紹介・移送ができるリファラル・システムを整えなければならない。

PHC によって、乳幼児死亡減少には一定の成功を収めたが、妊産婦死亡の減少は立ち遅れた。母子保健 (maternal and child health: MCH) 活動の大部分は、乳幼児の健康を守ることが主目的であり、女性の健康改善は後回しにされた。妊産婦死亡を減らすには、出産が始まってからの緊急事態に対応して、輸血や帝王切開などの適切な医療的介入ができることが必要である。近年ようやく、開発途上国でも、妊産婦死亡減少を目指した対策が実施されるようになり、第一線の病院に最低限必要な産科的処置のできる体制 (essential obstetric care: EOC) を整える努力が始まった。

小児感染症に対する予防接種については、国連児童基金 (UNICEF) と世界保健機関 (WHO) が主導する予防接種拡大計画 (Expanded Programme on Immunization: EPI) のもとに、ジフテリア・破傷風・百日咳 (DTP)、ポリオ (OPV)、結核 (BCG)、麻疹などの予防接種が行われている。WHO は、1980 年の天然痘撲滅に続き、ポリオ撲滅を目指している。また、新生児破傷風予防のための妊婦に対する破傷風予防接種 (TT) や、予防接種と一緒にビタミン A を投与する活動 (EPI Plus) も行われている。予防接種は費用対効果の高い優れた保健活動で、乳幼児死亡減少に大きく貢献した。

PHC は、本来地域を基盤とした包括的な保健活動であるが、実際には各種の中央集権的縦割りプログラムが組み合わされていることも多い。たとえば、村々での予防接種活動は、PHC の仕組みを使って実施されるが、プログラム運営や予算は、予防接種に限定した中央からの縦割り構造になっている。予防接種は、ドナーから十分なサポートを受けており運営管理体制も整っているため、予防接種のみが優先され、その地域に、より優先すべき課題があっても後回しにされてしまうという問題も生じている。近年、一部の途上国では、ある地域が独自にニーズと優先課題を把握して、予算・人員を再配分しようとする試みが始められている。

## 7. 保健医療政策とシステム作り

カンボディアでの紛争後復興がある程度軌道に乗ってきた 1996 年、政府は新しい保健医療政策である National Health Coverage Plan と National Health Financing Charter を発表し、病院とヘルスセンターの機能の明確化、地方分権化、医療費の利用者負担導入などを定めた。2002 年には Health Sector Strategic Plan を発表し、政策実施に向けての戦略と重点課題を示した。これらの政策・戦略は、地域住民のニーズに即した保健医療サービスを供給し、持続可能な保健医療体制を整えるために必要であった。公平で質のよい保健医療サービスを人々に供給し続けるためには、政策レベルでの体制づくりが不可欠である。

開発途上国の多くは、国民の健康目標とそれを達成するための施策と戦略を、国家保健医療計画 (national health plan) にまとめている。国家政策の枠組みのもとに、優先課題を設定して、個々のプログラムが実施される。

最大多数の国民の健康改善を政策上の重要課題として取り組み、一定の成果をあげてきた国々がある。コスタリカ、スリランカ、ヴィエトナム、チェコなどでは、1人当たり所得が同程度の他の国々に比して乳児死亡率が低い (図2)。このように、経済指標に比べて保健指標がよい国では、基礎教育や基本的保健医療に対して優先的に取り組んできたといえる。

しかし、多くの途上国では、行政執行能力や管理運営能力が乏しく、政策を定めてもなかなか実行することができない。税や保険料金の徴収、無資格診療の禁止、医薬品の質の規制などについて、法令で決めていても徹底することができないことも多い。政策策定の基盤となる信頼できる各種保健医療情報を収集できる体制が整っていなかったり、保健医療情報システムがあっても、行政内部の連携不足のため、得られた統計情報が政策に反映されなかったりする。

近年、途上国においても、経済構造改革や行政改革の一環として、地方分権化や民営化を推進することが多くなった。保健医療分野でも、行政責任の中央政府保健省から地方保健局への移管や、公立病院の民営化などが始まっている。しかし、急速に地方分権化を進めようとしても、地方には、資金、人材、管理運営能力が不足していて、中央主導の縦割りプログラムのように実行できないことが多い。

これまで、途上国の多くでは、政府が直接、医療サービスを無料で供給しようとしてきたが、経費、人材、診療の質を確保して継続することができず、結果的には、高額な民間病院を受診できる人とそうでない人との格差拡大を助長してしまった。貧困者に対しては、慈善団体などによる無料診療もあるとはいえ、その恩恵を受けられるのはごく一部にすぎないし、診療内容も一定していない。

保健医療サービスは、市場原理に完全にまかせるわけにはいかず、人々の健康と安全を守る質的な面と、人々の経済的負担を軽減し医療費高騰を防ぐためのコスト面で、政府が医療を規制しなければならない。しかし、実際の診療活動には民間の能力を活用できる。すでに、日本はじめ先進諸国では、政府による質・コストの規制の枠組みの中で、民間医療機関が中心となって医療サービスを提供している。

政府は、医療費を管理することにより、医療の内容を規制することができる。日本やヨーロッパ諸国などでは、税による医療費負担制度や、保険機関が介在して本人・雇用者の掛金と政府補助金から医療機関に規定価格を支払う社会保険制度が整っており、民間医療機関も規制を受けている。しかし、途上国では、税収入が少ないうえ国民の大多数をしめる貧困者には保険の掛金を支払う余裕すらなく、適切な医療経済システムを形成するのは容易ではない。その結果、先進国では医療費の公的負担割合が大きいのに対し、途上国では自己負担割合が大きい。

## 8. 世界の保健医療の枠組みと流れ

先進国も開発途上国も、人々の生活向上と健康・福祉の増進のために、開発を進めようと努力してきた。第二次世界大戦後、世界各国は、国全体の経済状況を向上させることにより貧困を削減しようとしてきたが、途上国では、経済発展の過程で貧富の差が著しく拡大してしまうという

矛盾に直面した。1980年代になって、人間の基本的ニーズ (basic human needs: BHN) を満たし意識的に貧困を削減する努力が必要であるとする、社会開発の考え方が形成された。さらに、1990年代以降、教育や保健医療に投資して人材の基礎水準を引き上げることこそ、生産性の向上につながり、経済や社会の持続的発展の原動力になると広く認識され、開発の目標を人間そのものにおく人間開発 (human development) の考え方が生まれた。世界銀行は、1993年の世界開発報告書のテーマを「健康への投資 (Investing in Health)」として、人々の健康改善が、開発の基盤となることを明確にした。保健医療分野は、どの開発援助機関にとっても、重要課題の1つとなった。

保健医療分野の開発の方向性は、世界全体の政治・経済・社会状況の変遷と連動してきた。第二次世界大戦後、ヨーロッパ復興が一段落した後、アジア・アフリカの旧植民地が次々に独立し、米国・ソビエト連邦を両極とする東西冷戦構造が形成された。その中で、人道的な開発支援の目的ばかりでなく、政治的影響力を及ぼそうとする意向も加わって、疾病対策など保健医療分野を含めた援助が行われた。しかし、社会経済構造の基盤が弱く人材も不足していた途上国では、期待された成果が得られなかったり、得られた成果を持続できなかったりした。

WHO は、1978年、旧ソビエト連邦のアルマ・アタ (現カザフスタンのアルマティ) で世界会議を開催し、西暦2000年までにすべての人に健康をもたらすこと (Health for All by the Year 2000) を宣言 (アルマ・アタ宣言)、そのための方策として、PHCを提案した。

しかし、1980年代になると、これまでの社会システムが各所で行き詰まってきた。ソビエト連邦は1991年に分離消滅し、東欧はじめ共産主義諸国のほとんどが市場経済へと転換、冷戦構造は崩壊した。イギリスなど資本主義先進国でも、経済不振のため、医療・福祉などの制度を見直し、民間の活力を導入して効率化を進めようとし始めた。後発開発途上国では、重債務問題が生じ、経済構造調整がはかれるようになった。こうして、保健医療セクターにおいても、先進国、途上国を問わず、抜本的改革が必要となってきた。

保健医療セクター改革 (health sector reform) の目的は、保健医療サービスへのアクセスの公平性 (equity) とサービスの質 (quality) を確保し、資金や人材活用の効率性 (efficiency) を高め、コスト (cost) 増大を防いで持続可能性 (sustainability) のあるシステムを形成することにより、人々の健康を守ることである。改革には、政府と民間の役割分担を見直して、政府の役割は規制や枠組みつくりにとどめ、実施には民間の能力を生かそうとすることや、保険制度の見直し、人材の適正配備、病院の統廃合などが含まれる。

また、後発開発途上国における構造調整プログラムにより、保健医療・教育など BHN まで圧迫される事態が生じたため、社会サービスを確保し貧困者はじめ社会的弱者の負担を緩和しようとするプログラム (social safety net) を並行して実施するようになった。こうした一連の流れの中で、保健医療セクターでも、世界銀行のような経済開発機関が重要な役割をはたすようになった。

人口家族計画分野に対しては、1970年代以来、途上国の国家人口政策のもとに、国家の経済政策的観点から支援がなされてきた。しかし、1994年開催されたカイロ国際人口開発会議 (ICPD) を転機として、人口家族計画の問題は、個人とくに女性の視点から論じられるようになった。ICPDでは、リプロダクティブ・ヘルス (reproductive health)、リプロダクティブ・ライツ (reproductive rights) (性と生殖に関する健康とその自己決定権) という概念が、国際的に認知された。リプロダクティブ・ヘルスは、性と生殖に関して身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態と定義された。ICPD以降、国家政策としての人口家族計画は姿を消し、女性の健康と人権に焦点をあてた、

リプロダクティブ・ヘルスに対する開発援助プログラムが実施されるようになった。

世界の保健医療の課題を解決するために、これまで多大な努力が傾けられてきたが、依然として格差は存在し、先進国では解決済みとされた疾病が、今なお途上国の人々の健康を脅かしている。2000年の国連ミレニアム・サミットでは、21世紀の国際社会の目標として国連ミレニアム宣言が採択され、ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals; MDGs) がまとめられた。MDGsには、貧困削減、教育、保健医療、ジェンダー、環境、ガバナンスなどに関する8つの達成目標が掲げられている。そのうち4つが保健医療関連で、2015年までに、5歳未満児死亡率の3分の2減少、妊産婦死亡率の4分の3減少、HIV/エイズ・マラリア他主要な疾病の拡大阻止、安価な必須医薬品の利用確保、安全な飲料水を利用できない人の半減を、達成目標としている。

## 9. 基本的人権としての健康

開発課題として保健医療が重要視されるのは、健康権が基本的人権の一部であり、人々の基本的ニーズとして人道的に重要な分野であり、経済開発・社会開発を進めるための基盤であるためである。1946年のWHO憲章には、「健康 (health) とは、単に病気にかかっていないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態 (well-being) のことである」と定義されている。また、1948年の国連世界人権宣言にも、「すべての人は、家族そろって健康で良好な状態を保てる生活水準が得られるよう、食糧、衣服、住居、医療や働けない時の保障などを受ける権利がある」と明記されている。

基本的人権は、人類にとって普遍的な価値であるが、現実には、現在もなお、世界中すべての国や地域で健康権を含む基本的人権が確立されたとはいえない状況にある。先進国と途上国、また、途上国では、都市部と地方、社会経済階層上位の人々と下位の人々の間に、健康指標において大きな格差が存在している。

基本的人権の一部としての健康を確立するには、社会的弱者に配慮した保健医療プログラムを実施するばかりではなく、人々が自らの健康改善に取り組めるよう、エンパワーメントしていくことが重要である。人々の生活の中から健康改善を達成できるよう、その国の政府も開発援助機関も、正しい政策のもと方向性を見定めて、適切な支援をしていくことが大切である。

## 参考資料

### 1. 保健医療分野で活動している主な国際機関の定期刊行物とウェブ・サイト

国連開発計画 (UNDP): 人間開発報告書 (Human Development Report) <http://www.undp.org>

国連児童基金 (UNICEF): 世界子供白書 (The State of the World Children) <http://www.unicef.org>

国連人口基金 (UNFPA): 世界人口白書 (The State of World Population) <http://www.unfpa.org>

国連エイズ合同計画 (UNAIDS) <http://www.unaids.org>

世界保健機関 (WHO): 世界保健報告書 (The World Health Report) <http://www.who.int>

世界銀行 (The World Bank): 世界開発報告書 (World Development Report) <http://www.worldbank.org>

### 2. 主な参考図書

青山温子・原ひろ子・喜多悦子、2001、『開発と健康—ジェンダーの視点から』、有斐閣。

Aoyama, Atsuko. 1999. *Toward a Virtuous Circle: A Nutrition Review of the Middle East and North Africa*. Washington, D.C.: The World Bank.

Aoyama, Atsuko. 2001. *Reproductive Health in the Middle East and North Africa: Well-Being for All*. Washington, D.C.: The World Bank.

Basch, Paul F. 1999. *Textbook of International Health (Second Edition)*. New York: Oxford University Press.

Murray, Christopher J. L. and Lopez, Alan D. 1996. *Global Burden of Disease*. Boston: Harvard School of Public Health for WHO and the World Bank.

波平恵美子、1994、『医療人類学入門』、朝日新聞社。

世界銀行、喜多悦子・西川潤訳、1999、『経済開発とエイズ』、東洋経済新報社。

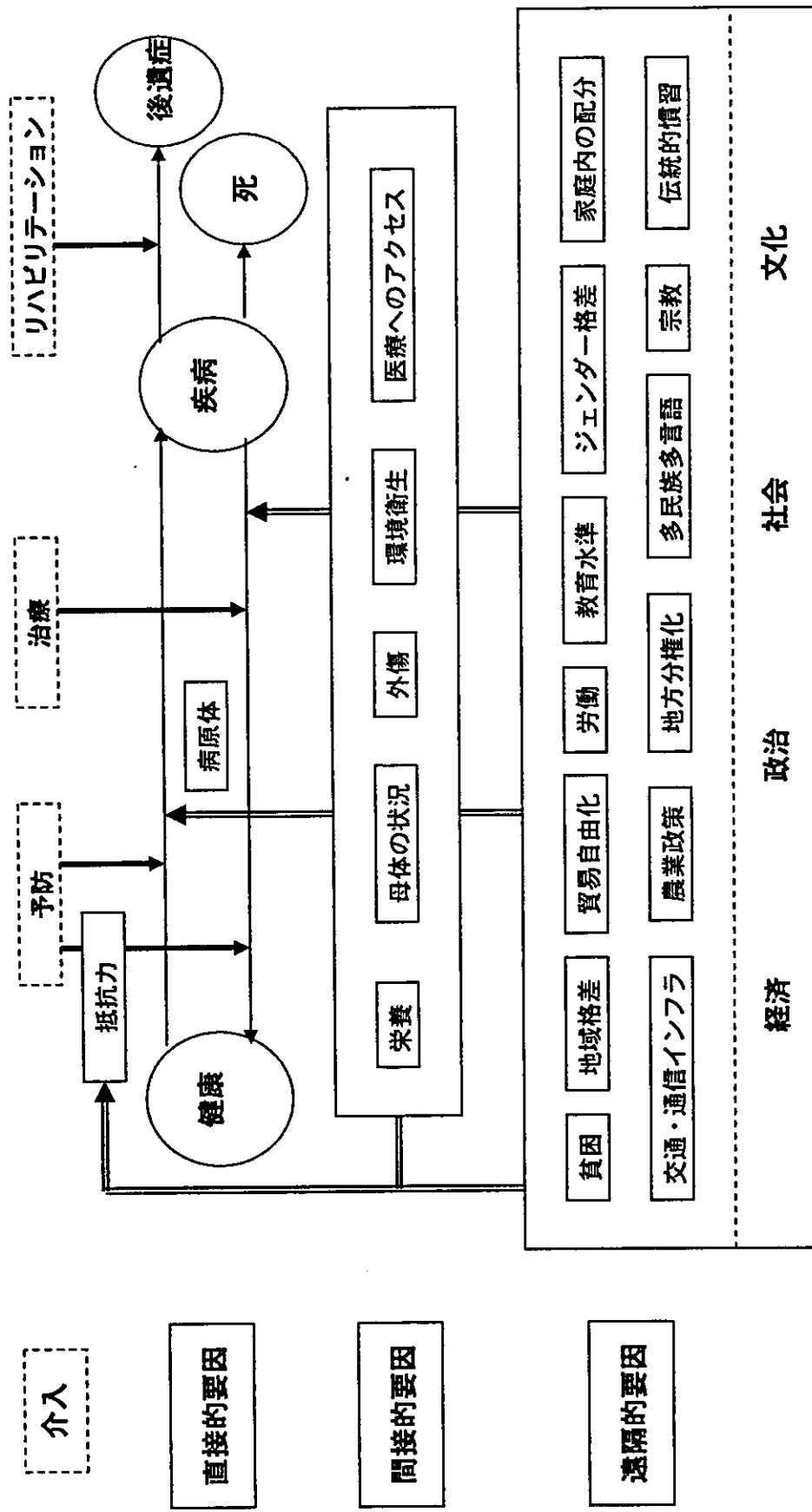
UNAIDS . 2004. *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS.

The World Bank. 1993. *World Development Report 1993 – Investing in Health*. New York: Oxford University Press for the World Bank.

The World Bank. 1997. *Human Development Network. Sector Strategy: Health, Nutrition, & Population*. Washington, D.C.: The World Bank.

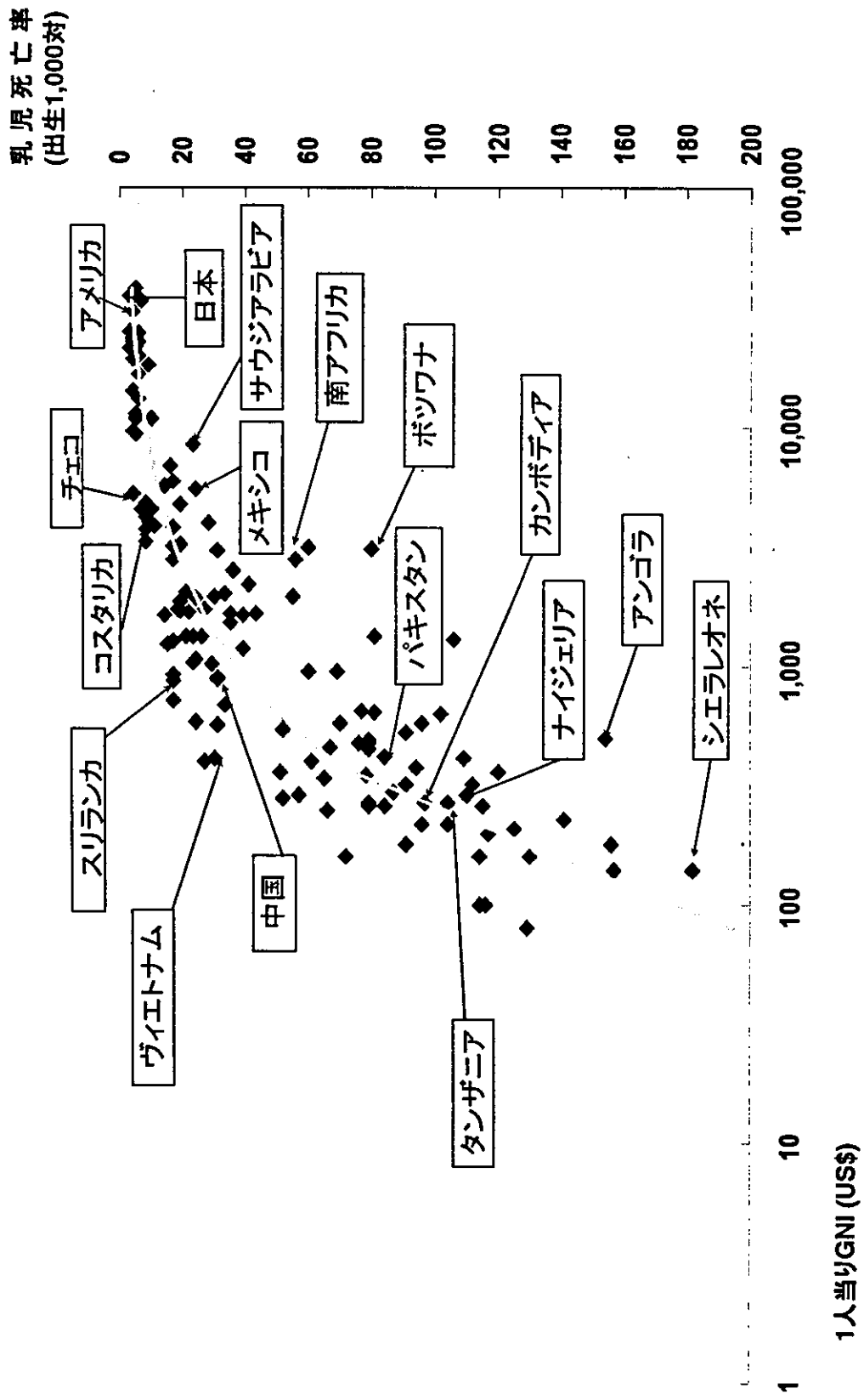
The World Bank. 2003. *2003 World Development Indicators*. Washington, D.C.: The World Bank.

図1: 健康と疾病に関する多様な要因



[著者原図]

図2: 世界各国の乳児死亡率と1人当り所得



# Q&A

## 海外女性事情⑩

### パキスタン・イスラム共和国

海外女性事情の第16回は、パキスタン・イスラム共和国の状況について、名古屋大学大学院医学系研究科教授の青山温子さんにお話を伺いました。

**Q** パキスタンでは、女性の平均寿命が男性より短いとのことですが、なぜそんなことが起こっているのか教えてください。

**A** 世界のほとんどの国々で女性の平均寿命<sup>注1</sup>は男性を上回り、先進国では女性の平均寿命は男性より6-7年長いのが普通です。しかし、パキスタンなど南アジアの数カ国では、女性の平均寿命が男性より短いか同じになっています。これは、女性を生き延びにくくする社会的要因があることを示唆しています。

パキスタンは、南アジアの多民族国家で、国民の大多数はイスラム教徒です。東の隣国インドとは紛争を繰り返し、西の隣国アフガニスタンからは200万人以上の難民が流入しました。現政権は、テロリストの掃討に協力し、アメリカなどから支援を得ています。

パキスタンの主要な社会指標を日本と比較しながら表に示しました。国土面積は日本の約2倍、総人口は日本より少し多く、国内総生産は日本の2%にも達しません。女性の平均寿命は60.3歳で、男性より少し短いです。読み書きできる成人女性は3-4人に1人で男性の半分、妊産婦死亡率はきわめて高く、毎年2-3万人の女性たちが妊娠出産の際に亡くなっていると推定されます。

パキスタンでは、人間開発指数(HDI)<sup>注2</sup>、ジェンダー開発指数(GDI)、ジェンダー・エンパワーメント指数(GEM)のいずれも低く、保健医療・教育などへの投資が立ち遅れており、女性の社会的地位の低いことが示されています。ただし、現政権は女性の社会参画促進に努力しており、2002年10月の総選挙では、国会下院342議席中60議席、地方議会議席の3分の1が、女性に割り当てられました。

女性1人当たりの子どもの数は平均5人ですが、地方では7-8人以上子どもを産む女性もたくさんいます。もう産みたくないと思っても、避妊の知識がなかったり、夫の理解がなかったりするため、繰り返し妊娠してしまうこともよくあります。間隔をあけず妊娠出産を繰り返したため、貧血が悪化するなど健康を害する女性も少なくありません。妊娠中絶は原則として認められませんが、危険な間中絶を試みて命を落とす女性も後をたちません。

この国では、文化的に、妊娠出産に関わることはすべて女性だけでなされ、産科医師もほぼすべて女性です。女性医師は都市の裕福な階層出身者がほとんどで、村では、小学校に行ったことのある女性さえ少なく、女性医師はいないし、女性看護師や助産師も不足しています。大多数の女性は自宅で出産しますが、出産に立ち会えるのは、経験に頼って出産介助している村の女性などです。緊急事態が起これば命を救うことができません。

地方では、病院に女性の医療従事者がいない、受診するか自分で決められず夫や父親の決定に従う、男性の付き添いがなく病院に行けないなどの、社会的・文化的理由によって、女性が医療を受けられないことが多くあります。また、女性医師が地方勤務をするには、一人暮らしができないため夫や家族と一緒に住まなければならないし、往診にも男性の付き添いが必要です。

その一方、都市に住む裕福な女性たちは、地方の貧しい女性たちとまったく違った状況にあります。裕福な女性たちは、近代的な病院を受診できるし、高等教育を受け要職についていることも多いのです。貧しい女性や男性を召使として雇っているので、仕事と家事の両立に悩むこともありません。

パキスタンの女性の平均寿命が改善されるには、大多数の貧しい女性たちの人権が保障され、基本的な保健医療や教育を受けられるような社会にすることが、きわめて重要です。

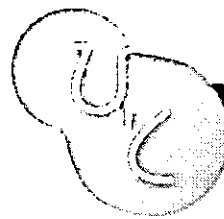


女性患者(左)が女性医師(右)に薬を処方してもらっている。フルで服も身体も悪いのくして診察所にやってきた女性も、女性医師の診察室では、安心してフルカをあげ服を見せることができる。

	パキスタン	日本
国土面積 (km <sup>2</sup> )	796,395	377,873
人口 (1,000人)	153,578	127,654
憲法制定年 (1,000人)	2,199	3
1人当たり国内総生産 (GDP) (米ドル)	416	31,277
1人当たり実質GDP (PPP) (米ドル)	1,890	25,130
	[175か国中第137位]	[175か国中第14位]
0歳平均余命 (平均寿命) (年)	女性 80.3 男性 80.8	女性 85.2 男性 78.3
5歳未満児死亡率 (出生1,000対)	109	5
粗出生率 (人口1,000対)	37.9	9.3
粗死亡率 (人口1,000対)	10.8	7.7
妊産婦死亡率 (出生10万対)	476	8
合計特殊出生率	5.1	1.3
成人識字率 (%)	女性 28.8 男性 59.2	-
小学校就学率 (%)	女性 90 男性 84	女性 100 男性 100
人間開発指数 (HDI)	0.499	0.932
	[175か国中第144位]	[175か国中第9位]
ジェンダー開発指数 (GDI)	0.469	0.926
	[144か国中第120位]	[144か国中第13位]
ジェンダー・エンパワーメント指数 (GEM)	0.414	0.515
	[70か国中第58位]	[70か国中第44位]

国際連邦や日本政府の資料から、1999-2003年の入手可能な最近の統計データを集めた。

注1 平均寿命とは、出生時においてその後生存できると期待される平均的年数、すなわち、0歳時の平均余命のことである。  
 注2 人間開発指数 (HDI) は経済開発の側面のみならず保健・教育など社会開発の側面を考慮して人々の状態を比較検討する指標。ジェンダー開発指数 (GDI) は人間開発に及ぼすジェンダーの影響の指標。ジェンダー・エンパワーメント指数 (GEM) は政治・経済・社会生活上での意思決定過程への女性の参画程度の指標である。国連開発計画 (UNDP) が提唱した指標であり、毎年発表される人間開発報告書には、各国の数値と順位、算出方法が記載されている。



—映画を届ける—

フィルムコーディネーター

ひびのゆきこ  
日比野 幸子さん (東京都在住)



### 「心に響くメッセージのある映画を届けたい」

業界の流通ルートによらないネットワークで海外の映画作品を日本に紹介する、フィルムコーディネーターの日比野幸子さんにお会いした。

文学少女だった日比野さんが、映画に関わるきっかけは、フランスの作家マルグリット・デュラスが提唱したアンチロマンの作品群。当時、名古屋の映画館に毎日のように通い詰めた。文学と映画の融合を目の当たりにして、ハリウッド大作でなくても素晴らしい映画があることを確信、「そんな映画を自分で探して日本で上映したい。」と思った。生活の保障はなかったがとがりあえず上京し、8ミリ映画の月刊誌「小型映画」の編集者を経て、「びあフィルムフェスティバル」の公募部門審査員を務め、審査会議で寺山修司、大島渚監督らと5分の8ミリ映画について議論したりするうち、独立系映画の精神について多大な影響を受けた。

現在は個人事務所を設立し、「人間の基本のところの想いが届くような映画」を探して各国の映画祭に出掛け、年間300本ほどの作品を見ている。この至福の時間に比べたら赤字経営も気にならないと笑う。

そんななか、広島、神奈川などの地方自治体企画の映画祭にも関わり、愛知県では「あいち国際女性映画祭」の立ち上げ時から東京事務局代表として参加、海外の渉外業務から来日ゲストのお世話まで、雑多な業務をこなす。現場仕事が好きという。忘れられない思い出は、「第1回開催初日の予想以上の客入りに会場が大混乱し、その善後策を深夜までケンカ腰で議論したこと」を始めとして数え切れない。「すごく大変だったけれどもみんなが熱く、何かを作っているという実感があつた。」と話す。今後は、「映画祭で上映された日本語字幕付きの作品が、その後眠ってしまうのは大変もったいない。非営利の上映権を購入し、ウィルあいちでいつでも見られる「フィルム・アーカイブ」が実現できれば。」と明日を語る。ボランティア企画で始めた子どものための映画祭(ベルリン国際映画祭のキンダー・フィルムフェスト部門と姉妹提携)も10周年を迎えた。「人間の心を育てるには、7歳までの映画体験が絶大な効果を持つと信じ、この映画祭をライフワークとして続けたい。」いずれは名古屋でも開催したいとまたまた夢は広がる。

「作品の良し悪しだけでなく、心に響くメッセージがある映画を届けていきたい。」優しく穏やかな口調ではあるが、強い意志が感じられ、映画を通じての人と出会いを大切に、夢を語る瞳は輝きに満ちていた。

### Yukiko Hibino Profile

岐阜県出身  
 昭和45年 上京して出版社に勤務  
 昭和54年 あびフィルムフェスティバル公募部門審査員、海外部門ディレクターを務める。  
 平成2年 有限会社オペラナイト設立  
 平成8年 あいち国際女性映画祭東京事務局代表就任



### 情報ライブラリーテーマ展示

「ひと」に関する資料を、写真やインターネットからの情報を含めて、パネルで紹介いたします。

- テーマ 認知のひとと映画を届けるー
- 期間 7月22日(木)~8月22日(日)
- 場所 ウィルあいち1階 情報ライブラリー

<問い合わせ先> 財団法人あいち女性総合センター 情報相談課  
 電話 052-982-2513



## 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

ナガエ ミホ キタバヤシ ハルミ アオヤマ アツコ  
長江 美穂\* 北林 春美<sup>2\*</sup> 青山 温子\*

**目的** タイ国コンケン県のドメスティック・バイオレンス (DV) の状況と対策について、現地での質的調査結果をもとに報告する。保健医療機関を中心とした DV 対策モデルと、他の開発途上国での応用可能性について考察する。

**方法** コンケン市および周辺地域にて、DV 被害女性および保健医療など DV 対策関係者を対象として面接調査を実施した。DV によって引き起こされた健康問題、DV 対策の現状、課題と問題点について質的・定性的に把握した。また、被害女性の生活状況や DV 対応施設の状況を観察した。

**結果と考察** コンケン市内スラム地域で、インフォームド・コンセントを得られた DV 被害女性 4 人を対象に面接調査した。看護師とソーシャルワーカーが家庭訪問して発見した事例、地域の看護師、住民代表や僧侶らの連携により夫に暴力をやめさせる働きかけがなされた事例では、保健医療関係者の介入が効果的であったと考えられた。

コンケン県病院救急部、およびナンボン郡病院には、One-Stop Crisis Center (OSCC) と呼ばれる DV 被害女性に対応する施設が作られていた。専任職員がカウンセリングを担当するほか、DV に関する研修を受けた医師・看護師らが OSCC チームを構成し被害女性に対応していた。OSCC チーム構成員の DV に対する認識は高いが、人員不足、時間外対応の困難、精神的ケア不足などが問題点としてあげられた。病院、ヘルスセンター、地域住民との間には、被害女性の発見、紹介、経過観察や情報交換などの連携が行われていた。

しかし、OSCC チーム以外の病院職員、精神病院職員、検察官、家庭裁判所判事、女性職業訓練所職員などその他の関係者は、DV 事例の経験が殆んどなく DV に関する理解も乏しかった。これらの機関と OSCC との連携はほとんどなかった。また、タイでは、DV 対策法はまだ制定されていなかった。

タイでは、保健医療関係者が中心となって、DV 被害女性の発見とケアおよび支援対策を進めている。今後は、さらに関係者に対する DV 関連の教育研修を進め、他の関係諸機関や地域社会との相互連携を強化していくことが必要である。

法的規制や行政執行能力等が不十分な開発途上国でも、基本的社会サービスとしての保健医療体制は比較的機能している場合がある。それぞれの国の社会的背景に応じて、保健医療関係者を中核とした DV 対策を進めていく可能性が考えられる。

**Key words** : ドメスティック・バイオレンス (DV), 女性の健康問題, 保健医療関係者, タイ, 開発途上国

### I はじめに

ドメスティック・バイオレンス (DV) とは、

夫や恋人など、親密な関係にある男性から女性に対する暴力のことである\*。DV には、殴る・蹴るなどの身体的暴力、怒鳴る・無視する・行動を

\* 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学

<sup>2\*</sup> 国際協力事業団 (現: 国際協力機構)

連絡先: 〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65  
名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学  
青山温子

\* DV は、親密な関係にある者の間の暴力を意味しており、女性から男性への暴力の場合もあり得る。しかし、現実には、男性から女性への暴力が圧倒的に多いため、本研究では、男性から女性への暴力に限定して考えることとした。

制限するなどの精神的暴力、性行為を強要する・避妊に協力しないなどの性的暴力が含まれる<sup>1,2)</sup>。

DVは、世界的には、1970年代頃から女性に対する人権侵害であり深刻な社会問題であると認識されるようになり、1993年には「女性に対する暴力の撤廃に関する宣言」が国連総会で採択された<sup>3)</sup>。DVは、女性の健康に深刻な影響を及ぼすことが知られており、世界保健機関（WHO）は「DVは健康問題である」と提唱<sup>4)</sup>、世界銀行も、「DVは先進国・開発途上国を問わず広範に発生しており女性の疾病や死亡の相当な原因となっている」と報告している<sup>5)</sup>。さらに、1994年のカイロ国際人口開発会議<sup>6)</sup>、1995年の北京世界女性会議<sup>7)</sup>を経て、DVは、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）の一環として捉えられるようになった。

DVは、家庭内で起こるため、従来の刑事法などによる対策がしばしば困難であった。したがって、DVが社会的に重要な問題であることが認識されると、新たにDV対策のための法律を制定して取り組まれることが多い。日本では、1992年に、「夫（恋人）からの暴力」についての調査が行われて問題の深刻さが明らかとなり<sup>8,9)</sup>、2001年、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（DV防止法）」が制定されるに至った<sup>10)</sup>。

その一方、一般に開発途上国では、十分な実態調査が行われておらず統計資料が少ないうえ、DV対策法が制定されていなかったり、法律があっても確実に執行されていなかったりすることが多い。また、DVは、社会的・文化的に慎重な配慮を要することの多い問題であり、先進国でのDV対策をそのまま開発途上国に適用するのは難しいと考えられる。

先進国においても、DVの被害女性は、警察や行政に助けを求めるより、まず医療機関を受診していることが多く<sup>11,12)</sup>、医師・看護師など保健医療関係者がDVの第一発見者となることは少なくない。また、DVに対応できるだけの司法・行政体制が十分確立されていない開発途上国においても、保健医療の体制はある程度整えられていることが多い。したがって、今後、開発途上国の保健医療関係者が、早期発見・再発予防などのDV対策において重要な役割を果たす可能性が期待さ

れる。

タイは、開発途上国の中でも、中央政府のリーダーシップのもと、全国の保健・一次医療体制が整備されてきた国として知られている。DVに対しても、保健医療機関が中心となった取り組みが始められており<sup>13)</sup>、今後、DV対策に取り組まなければならない開発途上国にとって参考となるばかりか、日本など先進国の保健医療関係者の役割を考えるうえでも興味深い。

この論文では、東北タイのコンケン県におけるDVの状況と保健医療機関を中心とした取り組みについて、現地での質的調査の結果をもとに報告する。タイにおける保健医療機関が中心となったDV対策モデルとその応用可能性について考察する。

## II 方 法

タイ国コンケン県コンケン市および周辺地域にて、2002年7月1日～12日、現地調査を実施した。調査の目的は、(1)DVによって引き起こされた健康問題の現状、(2)DV対策の現状、(3)DV対策の課題と問題点、について質的・定性的に把握することである。DV被害女性、およびDV対策関係者を対象とし、一定の質問項目から開始し質問を続けながら自由に話してもらう、セミストラクチャード・インタビュー方式による面接調査を実施した。なお、現地調査に先立ち、文献・資料によりタイにおけるDVの状況を調査した。

コンケン市内テバラク地区には、鉄道沿線公有地に郡部から移り住んだ貧しい人々がスラムを形成している。テバラク地区を管轄する一次保健医療機関（ミタパ・ヘルスセンター）の看護師の協力により、暴力被害女性6人を面接対象者として選定、インフォームド・コンセントを得たうえで、ミタパ・ヘルスセンターにて面接調査を実施した。年齢、職業、収入、教育、家族構成、暴力の内容・程度・頻度、相談する人・支援を求める場所、保健医療関係者の対応状況と要望などについて質問し自由に話してもらった。また、一部の面接対象者の家庭を訪問して、生活状況を観察した。

コンケン市内にあるコンケン県病院、および近郊のナンボン郡病院には、後述するように、救急部に One-Stop Crisis Center (OSCC) と呼ばれる

DV被害女性に対応する施設が設立されている<sup>14)</sup>。DV対策に関連する保健医療関係者として、コンケン県病院の医師2人、OSCCチームの救急部看護師6人、病棟看護師2人、OSCC専任ソーシャルワーカー1人、薬剤師1人、ナンボン郡病院OSCCの看護師2人、ミタパ・ヘルスセンターの看護師3人、コンケン県精神病院の臨床心理士1人、テバラク地区の住民ヘルス・ボランティア1人、計19人に対して、それぞれの所属する保健医療機関にて面接調査を行った。その他のDV対策関係者として、地方検察官2人、家庭裁判所判事2人、女性職業訓練所のソーシャルワーカー1人、仏教寺院の僧侶1人、計6人に対して、それぞれの職場を訪問して面接調査した。仕事の内容、DV被害者を支援した経験、支援をするうえで考えられる問題点、今後のDV対策などについて質問して自由に話してもらった。同時に、保健医療機関などの施設や活動状況を観察し資料を入手した。

### Ⅲ 結 果

#### 1. タイにおけるDVの現状

タイにおけるDV発生頻度に関する調査研究の英語文献は少ないが、1994年バンコクの既婚男性を対象とした面接調査<sup>15)</sup>によると、約20%が妻に暴力を振るったことがあるという結果であった。これは夫が自覚している身体的暴力に限られるため、実際のDV頻度より低いと推定されるうえ、精神的暴力・性的暴力を加えれば、かなりの高頻度となることが予測される。

また、医療機関受診者を対象とした調査では、DV被害女性の12~21%は、妊娠中に身体的暴力を受けていた<sup>16)</sup>。妊娠中にDVが始まったりDVの頻度が増加したりすることは、英国などでの調査でも報告されている<sup>17,18)</sup>。妊娠中のDVによって流産のリスクは通常の2倍、低出生体重児のリスクは通常の4倍に増加すると報告されており<sup>5)</sup>、母児の健康に悪影響を及ぼすと考えられる。

#### 2. 保健医療機関によるDVへの取り組み

1998年、バンコクの病院が、マレーシアでの取り組みを参考にして、DV被害女性に対応するための施設を設立した<sup>19)</sup>。コンケン県では、1999年に県病院外傷センター内にDV被害女性に対応する施設、One-Stop Crisis Center (OSCC) が設

立され<sup>14)</sup>、その後、県内のナンボン郡病院にもOSCCが設立された。OSCC設立にあたっては、DVを重要な女性の健康問題と認識して取り組んだ。設立当時の外傷センター長やナンボン郡病院長のリーダーシップによるところが大きかったといわれている。

コンケン県病院は、県都コンケン市にある714床の公立三次病院であり、経済状況や社会階層に関わらず、あらゆる患者を幅広く受け入れている。OSCCは、救急部の一角に設けられていて、カウンセリング室と診察室がある。プライバシーが保たれるよう配慮はされているが、入口は救急部と共通である。OSCCには、専任のソーシャルワーカー1人が常勤し、救急部などから紹介されたDVの被害女性のカウンセリングを行っているほか、救急部や各診療科に所属する医師・看護師らが、併任でOSCCチームを形成している。OSCCチームは、専任・併任ソーシャルワーカー各1人、救急部・外科・産婦人科・小児科・眼科の医師5人、救急部・外科病棟・産婦人科病棟・外来の看護師18人の、計25人から成り立っている。OSCCチームメンバーは、DVに関する研修を受け、24時間体制で被害女性の治療にあっている<sup>19)</sup>。病院では、OSCCチーム以外の職員に対して、順次DVに関する研修を受講させる計画であった。

OSCCは、DV被害女性のほか、虐待児、近親者や知人などによる暴力被害者などに対応しており、それらを合わせた形で暴力被害者数を集計していた。2000年10月1日から2001年7月31日までの10か月間に、身体的暴力被害者231人、性的暴力被害者36人、計267人が、OSCCに紹介されていた。そのうち、夫や恋人を加害者とする身体的暴力被害者は84人であった。また、暴力被害者の約6割は、夜間・早朝に受診しており<sup>14)</sup>、入院後、または救急部にて外来治療後、翌日OSCCのソーシャルワーカーに紹介されていた。

ナンボン郡病院は、コンケン市郊外にある二次病院である。OSCCは、プライバシーに配慮して、救急部から少し離れた別棟に設けられており、OSCCでカウンセリングの受けられることを救急部に表示していた。カウンセリング研修を受けた看護師が専任となり、外来・病棟併任の看護師らとOSCCチームを作って対応、受診患者の中

からDV被害女性を見いだしてOSCCに紹介している。また、地域の一次医療施設であるヘルスセンターの看護師らと、被害者の発見とフォローアップに関する事例検討会を開いて、地域との連携に努めていた。DV被害女性を早期に発見するため、病院のOSCCスタッフが、地域住民に対してDVやOSCCの役割に関する情報提供をしていた。ヘルスセンター看護師や地域住民代表との連携により、被害女性の支援に成功した例として、トラック運転手をしている夫に車中で生活するよう強いられていた女性を救出し、清掃の仕事を斡旋して自立させた事例が紹介された。

### 3. コンケン市テパラク地区のDV被害女性の状況

コンケン市のスラム地域であるテパラク地区にて、インフォームド・コンセントを得られた暴力被害女性6人の面接調査を実施した。面接した女性のうち4人がDV被害者で、夫からさまざまな形の暴力を受けていた(表1)。なお、他の2人は、面接の結果、加害者が母親・近所の人と判明したため、DVの範疇に含めることができず除外した。

ケース1は、看護師・ソーシャルワーカーが家庭訪問して積極的に発見した事例であり、保健医

療関係者の積極的取り組みを評価できる。ケース2は、夫からHIVに感染させられたと判明した後も避妊を実行できず2児を出産した事例で、現在夫は行方不明であり、被害女性は自分と子どもの将来に著しい不安を抱いていた。ケース3は、幼少時から虐待を受けてきた女性が、成人後も虐待を容認する傾向のあることを示す事例と考えられた。ケース4は、看護師と地域住民代表らが連携して介入し、加害者への対応までなされた事例であった。

調査対象がスラム地域であったため、いずれのケースにおいても、DVの背景として、低い不安定な収入・飲酒・低い教育水準が認められた。被害女性はDVに関する認識がなく、ヘルスセンターの看護師らによる積極的支援が必要とされた。病院とヘルスセンター、ヘルスセンターと地域住民代表などとの、具体的連携が機能している事例も認められた。

### 4. 保健医療およびその他の関係者の意識

保健医療関係者19人、およびDV被害女性支援に関係があると考えられるその他の関係者6人に対し、面接調査を行なった(表2)。

コンケン県病院の医師2人、OSCCチームに属する救急部看護師6人、OSCC専任ソーシャ

表1 コンケン市テパラク地区で面接調査したDV被害女性

ケース	対象女性					暴力			支援者・支援機関
	年齢	教育	家計の月収	結婚年数	子どもの数	種類	内容	症状	
1	31歳	なし	3,000バーツ	14年	2人	身体的	殴る・蹴る	打撲・裂傷	コンケン県病院・ヘルスセンター
2	30歳	5年	2,800バーツ	7年	4人	性的	感染予防しない性行為	HIV感染	コンケン県病院
3	23歳	6年	2,500バーツ	同居1年	2人	精神的	暴言・非難	不安神経症	ヘルスセンター看護師
4	18歳	9年	3,000バーツ	2年	1人	身体的	殴る・蹴る	打撲・裂傷	ヘルスセンター・地域・寺院・警察
ケース	経 過								
1	夫は31歳・日雇い労働者。飲酒後夫に暴力を受けていたが、恥ずかしくて人に相談できなかった。顔が変形するほど殴られ口の中が約2cm切れているのを、家庭訪問したヘルスセンター看護師とコンケン県病院ソーシャルワーカーが見出し、ヘルスセンターで治療とカウンセリングを受けた。相談することができて、気分がとても楽になった。								
2	1回目の結婚で12歳の娘、2回目の結婚で6歳・3歳の息子と1歳の娘を出産した。4年前、体調不良でコンケン県病院受診。HIV感染が判明した。夫は、自分がHIVに感染していることを知っていたのに感染予防措置をとらなかった。1年半前、体調不良のため実家に戻った後、夫とは連絡が取れない。子供の将来を心配している。								
3	生まれた時から実の両親を知らず、養母に虐待を受け、その後祖父に育てられた。17歳より売春を始め、4年前、喧嘩して警察に逮捕された時、帰宅途中警察官に強姦されて妊娠出産した。1年前から、29歳の男性と同居しているが、毎日、飲酒後に暴言・非難などの言葉の暴力を受けている。								
4	夫は30歳・日雇い労働者。以前から殴る・髪を引っ張るなどの暴力を振るったが、1年前、頭部をひどく殴られヘルスセンターを受診した。ヘルスセンター看護師の助言により両親と一緒に警察に届け、さらに地域住民リーダーの介入により、夫は2ヶ月仏教寺院に預けられた。寺院から戻った後現在まで、暴力はない。								