

表2 DV被害女性支援関係者

	職 種	所属・役職など	仕事内容	DV被害女性支援上の問題点と認識している事項など
保健医療 DV事例 経験有	医 師	コンケン県病院 産婦人科医長	診療, カウンセリング	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 人員不足; 精神的ケアが不十分; 被害者の法的保護が不十分
	医 師	コンケン県病院 地域医療部	付属ヘルスセンターでの診療, 医学生指導	医師のDVに関する知識が不足; 医師・医学生に対するDV被害者への対応法教育や事例検討などの強化が必要
	看護師	コンケン県病院 救急部看護師長	救急部看護師の統括	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 時間外に対応について検討することが必要; 人員不足
	看護師	コンケン県病院 外傷センター副 看護師長	OSCC チームの統括	日常業務が忙しくDV被害者に十分な時間が取れない; 保健医療関係者への教育研修強化が必要
	看護師	コンケン県病院 救急部	診療介助, カウンセリング, 患者記録	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 人員不足
	看護師	コンケン県病院 総務	事務処理, 診療会議参加	精神・心理面の専門家がおらず, 他機関との連携不十分で, 精神的ケアが不足
	看護師	コンケン県病院 産婦人科看護師長	産婦人科看護師の統括	日常業務が忙しくDV被害者に十分な時間が取れない
	看護師	コンケン県病院 カウンセリング	カウンセリング, 患者記録, 患者家庭訪問	日常業務が忙しくDV被害者に十分な時間が取れない; DV被害者はなかなか実態を話そうとしないため, 聞き取りが難しい
	ソーシャル ワーカー	コンケン県病院 OSCC	カウンセリング, 患者記録, 情報提供, 専門医紹介, 警察・検察官との連携	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 人員不足; 精神的ケアが不十分; 他機関との連携強化が必要
	看護師	ナンボン病院 OSCC	カウンセリング, 患者記録, 患者家庭訪問	一時保護施設, 健康保険などが不十分で, 社会的サポートが不足; 警察に報告後, 夫婦仲良く帰るケースがある; OSCCと地域の連携強化が必要
	看護師	ナンボン病院救 急部	診療介助, カウンセリング, 患者記録	一時保護施設, 健康保険などが不十分で, 社会的サポートが不足; OSCCと地域の連携強化が必要
	看護師3名	ミタバ・ヘルス センター	診療介助, カウンセリング, 家庭訪問	DV被害者はなかなか実態を話そうとしないため, 聞き取りが難しい
	ヘルス ボランティア	テバラク地区	家庭訪問, 健康情報の提供, 住民データ収集	DVに関する情報・知識の不足; ヘルス・ボランティアを対象としたDVに関する教育研修が必要
保健医療 DV事例 経験無	看護師2名	コンケン県病院 病棟	入院患者の看護	特になし
	臨床心理士	コンケン県精神 病院	カウンセリング	都市型への生活変化に伴う精神的ストレスのケアが必要
	薬剤師	コンケン県病院 薬剤部	調剤, 投薬	特になし
その他 DV事例 経験無	検察官2名	コンケン県検察庁	加害者の訴追	虐待児童の事例は扱っているが, 成人女性に対するDV事例の経験はない; DV被害女性の保護など法的設備が必要
	判事2名	家庭裁判所	調停, 裁判	虐待児童の事例しか扱ったことがない
	ソーシャル ワーカー	女性職業訓練所	職業訓練・就職斡旋による自立支援	シェルターは1部屋あるが殆んど使われていない
	僧侶	寺院	宗教的指導, 被害者・加害者の相談・指導	低所得層より中高所得層夫婦に問題が多いようだが, なかなか状況を話さない; DV被害女性本人が問題解決方法を探す事が重要

ルワーカー1人、ナンボン郡病院OSCCチームの看護師2人、ミタパ・ヘルスセンターの看護師3人、およびテバラク地区住民ヘルス・ボランティア1人の計15人は、DV事例を経験しており関心が高く、DVを女性の健康問題と認識していた。OSCCチームに属する看護師らは、DV被害女性への対応における問題点として、人員不足、DV事例に対応するための教育研修不足、被害女性の精神的ケア不足、行政・司法機関など関係諸機関との連携不足などを挙げた。DVの発生は夜間に多く、早朝・夜間の受診者が多いため、対応が難しいことも指摘された。

その他の4人、すなわち、コンケン県病院の病棟看護師2人、薬剤師1人、およびコンケン県精神病院の臨床心理士1人は、DV事例の経験がほとんどなく、DVを個人的問題と捉え、女性の健康問題とは認識していなかった。

その他の関係者として、面接調査に協力の得られた、地方検察庁検察官2人、家庭裁判所判事2人、女性職業訓練所ソーシャルワーカー1人、仏教寺院僧侶1人の計6人に対して、DV事例の経験、所属機関の役割などについて質問した。検察官と判事はDV事例の経験がなく、DVを個人や家庭内の問題と捉えていた。女性職業訓練所職員もDV事例の経験は少なく関心も低かった。これら関係諸機関の間では、DVの事例検討や情報交換などは行われていなかった。

## IV 考察と展望

### 1. 女性の健康問題としてのDV

面接調査したDV被害女性、およびOSCCチーム関係者の話から、タイにおいても、DVが女性の健康に深刻な影響を及ぼしていることが判明した。殴る・蹴るなどの暴力により、入院を要するほどの外傷に至ることも稀ではなかった。先進国・途上国を問わず、DVは、被害者・加害者の社会的・経済的状況に関わらず発生することが知られているが、今回の調査で、直接面接した事例や、OSCC関係者から説明された事例では、貧困・飲酒を背景とするものが多かった。

目にみえる身体的暴力に対する取り組みに比し、精神的暴力や性的暴力に対する取り組みは遅れていた。DV被害女性はOSCCでカウンセリングを受けることができるが、専門医による精神

的ケアはなされておらず、また、精神病院ではDV事例をほとんど扱っていなかった。先進国の調査結果では、精神的暴力により、抑うつ、不安神経症、頭痛・胃痛などの心身症、アルコール・薬物依存症などが引き起こされ、最終的に自殺に至る場合も少なくない<sup>20-22)</sup>。関係機関相互の連携体制を強化して、精神的ケアにも取り組むべきであると考えられた。

また、性的暴力により性感染症・望まない妊娠などが生じることが知られている<sup>23,24)</sup>、タイは成人HIV感染率が比較的高いため<sup>25)</sup>、性的暴力によりHIV感染の拡大や母児感染が引き起こされてしまう危険があった。タイでは積極的なHIV/AIDS予防対策が効を奏し、新しい感染は激減している。また、感染率の高い北部タイなどでは、患者・感染者を支援する地域社会・NGO活動も活発である。HIV対策プログラムは、DV対策よりも、資金的にも人材面でも充実しているので、HIV感染原因の1つとしてDVに対応していくことが必要と考えられる。また、たとえば、患者・感染者のエンパワーメントを目指す地域社会活動の手法は、DV被害女性の自立支援にも適用できると思われる。

### 2. 保健医療関係者の果たす役割

先進国においては行政機関やNGOがDV対策の中心的役割を果たしているが、被害女性は、まず医療機関を受診することが多く、保健医療関係者は、DV被害の第一発見者となる場合が多い。しかし、その一方、米国での調査でも、保健医療関係者は女性の外傷や症状がDVに起因するという認識が低いと報告されている<sup>26)</sup>。日本のDV防止法は、医療関係者に、DV被害の通報できること、被害者に情報提供するよう努めることを規定している<sup>10)</sup>、医療機関での対応法は十分議論されておらず<sup>27)</sup>、直接DV対策の責を担う行政・司法関係者に比して保健医療関係者のDVに対する認識が低いと言われている<sup>28)</sup>。

保健医療関係者の果たす役割として、DVの早期発見、再発予防、および引き起こされた障害の治療などがあげられる。保健医療関係者がDV事例であることを見いだして診断・治療しないと、原因としてのDVが見過ごされてしまい、その後の経過に大きな影響を及ぼす。DVの本質を理解していないために、保健医療関係者の不用

意な言動が、DV被害女性にさらに二次的被害ともいえる精神的被害を与えてしまう恐れもある。また、原因がDVであることを見落とし適切に介入しなかったために、繰り返しDVの被害を受けて受診する女性が多いという報告もある<sup>29)</sup>。

保健医療関係者は、DVに関する認識を高め、対応法を系統的に学ぶ必要がある。たとえば、米国では、1992年以来、DVのスクリーニングに関する教育が研修指定病院などに義務付けられている<sup>30)</sup>。コンケン県病院においても、DV研修を受けたOSCCチーム看護師らと研修を受けていない病棟看護師らとでは、DVに対する認識に違いが認められており、今後順次スタッフの研修を進める計画であった。

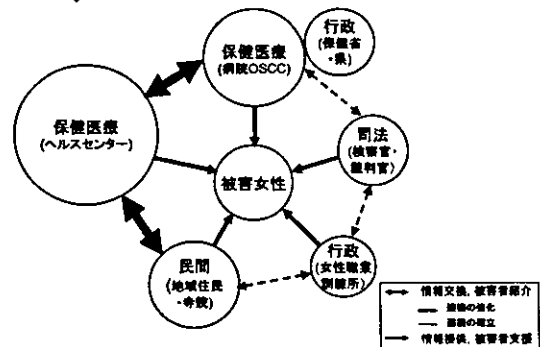
### 3. タイでの取り組みからの提言

タイでのDV対策実施上の問題点として、次の事項が挙げられる。(1)公表された統計資料が少なく、女性の健康に対する深刻な影響が顕在化していない。(2)DV対策法がなく被害女性の法的保護が不十分である。(3)検察官、裁判官、職業訓練所など関係諸機関職員のDVに関する認識が乏しく、DV対策に果たす役割が弱い。

これらの問題点は、他の開発途上国と共通する点が少なくない。開発途上国では、女性の人権を守る法律が十分に整備されていなかったり、法律はあっても実行能力が乏しかったりすることがしばしばみられる。その一方、保健医療分野は、プライマリ・ヘルス・ケアに関わるヘルス・ボランティアを養成するなどして、システムが、ある程度機能している場合が少なくない<sup>31)</sup>。また、DVは家庭内で起こるうえ、文化的規範や価値観が関与しており、外部からの直接介入が困難な場合が多い。しかし、保健医療分野からの介入は、外傷など目にみえる問題を対象としているし、健康を守るという共通の価値観に基づくため、DV対策のきっかけとして取り組みやすいと考えられる。

その一方、被害女性の発見、ケア、再発予防、自立支援などの一連のDV対策には、保健医療機関だけでなく、行政機関、司法機関、地域社会やNGOなどとの連携と協力が不可欠である。保健医療関係者は、他の関係者と密接に情報交換し、それぞれの役割を十分に把握して、DV被害女性に対して適切な支援を提供しなければならない。タイでは、OSCCとヘルスセンター、ヘル

図1 タイにおける保健医療関係者を中核としたDV対策モデル



スセンターと住民ヘルス・ボランティアの連携はあったが、保健医療機関と行政・司法機関など関係諸機関との相互の連携は、ほとんど行われていなかった。今後は、より正確な状況把握と関係諸機関の密接な連携が必要である。

タイでの取り組みをもとに、保健医療関係者を中心とするDV対策モデルを示す(図1)。まず、保健医療機関相互や保健医療機関と地域住民の連携は、一層強化するべきである(両矢印)。病院、ヘルスセンター、地域住民との間の情報交換を密接にすることにより、DVの早期発見が効果的に行える。つぎに、現在タイではまだ不十分ではあるが、関係諸機関相互の連携を確立する必要がある(点線両矢印)。保健医療機関が中心となり、行政・司法機関などの関係者と、事例検討や情報交換を行い相互の連携を進めるべきである。そのうえで、各関係者はそれぞれの役割を明確にし、DV被害女性に対して適切な社会的支援を与えていくことができる(矢印)。

タイでの経験が、経済的・社会的・文化的背景の異なる他の途上国に対し、必ずしもそのまま適応できるわけではないものの、保健医療関係者が中心となったDV対策という概念の応用は可能であろう。タイでのDV対策モデルを応用していくには、それぞれの国の社会的背景に応じて、保健医療関係者に対する研修と関係諸機関相互の連携が必要である。

## V おわりに

DVは、開発途上国においても、女性の人権を侵害し健康に大きな影響を及ぼしている。法的枠

組みや行政執行能力が不十分な途上国においても、保健医療機関は比較的機能している場合がある。タイでの保健医療関係者を中核とした取り組みは、他の国々のDV対策にも応用できる可能性がある。

タイ国コンケン県現地調査では、以下の関係者・機関にご協力いただいたことを深謝する。コンケン県病院長 Dr. Vithya Jarupoonphol, 外傷センター長 Dr. Witaya Chadbunchachai, コンケン県病院 OSCC, ナンボン郡病院 OSCC, コンケン県精神病院, ミタパ・ヘルスセンター, 検察庁, 家庭裁判所, 女性職業訓練所。

本研究には、日比野記念医学研究基金, 厚生労働省国際医療協力委託研究費, 日本学術振興会科学研究費の助成を受けた。

(受付 2002.12.10)  
(採用 2004. 3.18)

## 文 献

- 1) Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports, Series L. Baltimore. Johns Hopkins University School of Public Health. 1999; 11.
- 2) Campbell JC. Health consequence of intimate partner violence. The Lancet. 2002; 359: 1331-1336.
- 3) United Nations (UN) A/RES/48/104: General Assembly 85th plenary meeting, 20 December 1993, 48/104. Declaration on the Elimination of Violence against Women. New York: UN, 1993.
- 4) World Health Organization (WHO). Violence against women: A priority health issue. Geneva: WHO, 1997.
- 5) The World Bank. Violence against women as a health issue. World Development Report 1993. Washington: Oxford University Press, 1993; 50-51.
- 6) UN. Report of the International Conference on Population and Development, (ICPD) Cairo, 5-13 September 1994, Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: UN, 1994.
- 7) UN. Report of the Fourth World Conference on Women (FWCW), Beijing, 4-15 September 1995, Beijing Declaration and Platform for Action. New York: UN, 1995.
- 8) 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会. 「夫(恋人)からの暴力」についての調査研究報告書. 東京: 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会, 1995.
- 9) 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会編. ドメスティック・バイオレンス. 東京: 有斐閣, 1998.
- 10) 男女共同参画会議, 女性に対する暴力に関する専門調査会. 「配偶者からの暴力の防止および被害者の保護に関する法律」の円滑な施行について. 東京: 内閣府男女共同参画局, 2001.
- 11) 東京都生活文化局女性青少年部女性計画課編. 「女性に対する暴力」調査報告書. 東京: 東京都政策報道室都民の声部情報公開課, 1998.
- 12) Hathaway J, Silverman J, Aynalem G, et al. Use of medical care, police assistance, and restraining orders by women reporting intimate partner violence-Massachusetts, 1996-1997 Morbidity and Mortality Weekly Report. 2000; 49: 485-488.
- 13) The World Bank/Office of the National Commission on Women's Affairs. Out of the silence: Fighting violence against women in Thailand. Bangkok: Office of the National Commission on Women's Affairs, 2000.
- 14) Kitabayashi H, Sriwaat S, Kammanas Y. The situation concerning violence against women and a response by the public health sector in northeastern Thailand. Journal of Asian Women's Studies. 2002; 11: 17-30.
- 15) Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. Journal of Marriage and the Family. 1994; 56: 131-146.
- 16) Thanaudom D. Family violence: A study in pregnant women. Bangkok: Mahidol University. 1996.
- 17) Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, et al. Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. BMJ. 2002; 324: 274-277.
- 18) Leung TW, Leung WC, Chan PL, et al. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2002; 77: 47-54.
- 19) Grisurapong G. Establishing a one-stop crisis center for women suffering violence in khonkaen hospital, Thailand. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2002; 78: S27-S38.
- 20) Leserman J, Li Z, Drossman DA, et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: The impact on subsequent health care visits. Psychological Medicine. 1998; 28: 417-425.
- 21) McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. The "battering syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice. Annals of Internal Medicine. 1995; 123: 737-746.
- 22) Morton E, Runyan CW, Moracco KE, et al. Partner homicide-suicide involving female homicide victims: A population based study in North Carolina, 1988-1992. Violence Victims. 1998; 13: 91-106.

- 23) Gazmararian JA, Adams MM, Saltzman LE, et al. The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. *Obstetrics & Gynecology*. 1995; 85: 1031-1038.
- 24) Letourneau EJ, Holmes M, Chasedunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*. 1999; 9: 115-120.
- 25) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/WHO. Thailand: Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infection: 2000 update. Geneva: UNAIDS/WHO, 2000.
- 26) Gerbert B, Gansky SA, Tang JW, et al. Domestic violence compared to other health risks: A survey of physicians' beliefs and behaviors. *Am J Prev Med*. 2002; 23: 82-90.
- 27) 加納尚美, 中村安秀, 桜山豊夫, 他. 医療機関における性暴力・暴力被害女性の受け入れに関する実態調査. *日本公衛誌*. 2000; 47: 394-402.
- 28) 友田尋子, 菅田貴子, 明石知子, 他. DV (ドメスティック・バイオレンス) のネットワークに関する調査—その1. 病院での取り組みについて. *母性衛生*. 2002; 43: 117-126.
- 29) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Violence against women: Relevance for medical practitioners. *JAMA*. 1993; 267: 3184-3189.
- 30) 山田真由美. アメリカ・マサチューセッツ総合病院におけるDV対応プログラムと医療スタッフトレーニング. *助産婦雑誌*. 2000; 54: 45-49.
- 31) 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. 東京: 有斐閣, 2001.
-

## DOMESTIC VIOLENCE AS A WOMEN'S HEALTH ISSUE —ACTIVITIES OF HEALTH PROFESSIONALS IN THAILAND

Miho NAGAE\*, Harumi KITABAYASHI<sup>2\*</sup>, and Atsuko AOYAMA\*

**Key words :** domestic violence (DV), a women's health issue, health professionals, Thailand, developing countries

**Objectives** This paper reports the results of a qualitative study on domestic violence (DV) and interventions against DV in Khon Kaen province in northeastern Thailand. We analyzed the roles of health professionals for identifying, treating and supporting abused women, and examined a network model of DV interventions in developing countries.

**Methods** We interviewed abused women, health professionals, staff of the government and legal authorities, community health workers and other relevant people in Khon Kaen city and surrounding areas. We analyzed the health consequences of DV, and the roles of health professionals and other actors regarding care and assistance for abused women. We also visited and observed homes of the victims and health facilities where those women were treated.

**Results and Discussion** We interviewed 4 abused women in a slum area. One of the women was identified by a nurse of a nearby health center and a social worker when they visited homes in the area. Another woman was successfully supported by nurses of the health center, a community leader and a Buddhist monk. Health professionals played important roles in identifying, treating and protecting abused women. The Khon Kaen provincial hospital established an One-Stop Crisis Center (OSCC) to provide counseling, care and protection for physically or sexually abused women, with a team consisting of doctors, nurses and social workers who were trained in the care of abused women. The Nampol community hospital in a suburban area also established an OSCC to work together with health centers and communities for effective intervention. OSCC team members pointed out several problems: insufficient mental care, shortage of staff, and the difficulty of caring for women coming to the hospital at night or early in the morning. In Thailand, a legal framework against DV has yet to be established and government agencies are not greatly involved in DV interventions. Health professionals play leading roles in identifying, treating and supporting abused women in Thailand. It is important to provide relevant training for health professionals and to develop cooperation networks with government staff and legal authorities, community health workers, and community leaders. Legal frameworks for protecting and supporting DV victims are often insufficient in developing countries, while health care systems tend to be more reliable. Taking into account the social background, health professionals in developing countries can be expected to continue to play the most important role in looking after abused women.

---

\* Department of International Health, Nagoya University School of Medicine

<sup>2\*</sup> Japan International Cooperation Agency

## ドメスティック・バイオレンス (DV)

### —公衆衛生の視点から—

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 (domestic violence; DV) とは、夫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は女性の人権侵害であるとともに健康に関わる問題であるが、複雑な背景要因の存在するDVに対して、公衆衛生の視点からいかに介入していくかが課題である。

本稿の目的は、日本および世界各地でこれまでに実施されてきた、多方面からのDV対策について概観し、日本における、今後の保健医療分野からの取り組みの方向性を展望することである。

これまでに、DV対策法の整備、緊急支援としてのシェルターの提供、NGOによる支援活動、あるいは暴力加害者への介入など、多方面からDVに対する取り組みがなされてきた。保健医療分野では、欧米での医療従事者に対する体系的DV教育や、アジアや南米での医療機関を中核とするDV被害女性支援ネットワーク形成などが実施されてきた。

保健医療分野からは、幅広いDV対策のなかでも、DV被害女性の早期発見と治療、DV再発の予防に貢献できると考えられる。しかし、これまでは、保健医療従事者に対する体系的DV教育が不足しており、医師と被害女性の認識にずれがあったり、DVに対する理解不足のため発見できなかったり、他の関連機関との連携不足により対応困難であったりした。

日本でも、今後は、保健医療分野からもDV対策に積極的に取り組むべきであると考えられる。たとえば、母子保健事業の一環として、児童虐待とDVに対して包括的に取り組んでいけるのではないだろうか。また、欧米の医療従事者教育を参考に、マニュアルやガイドラインを整備し、第一線の医療者の意識を変えていく必要がある。さらに、これまでの各方面からの取り組みを評価・検証して、より有効な対策法を検討していくべきである。

**Key words:** ドメスティック・バイオレンス (DV)、女性の健康、公衆衛生的問題、保健医療分野からの取り組み

### I はじめに

ドメスティック・バイオレンス (domestic violence; 以下DV) とは、夫や恋人などの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<sup>1</sup>。DVは、1970年代の欧米諸国を中心とした女性解放運動以降、少しずつ社会的に認知されるようになった。1990年代になると、女性に対する重大な人権侵害として、国際的課題として取り組まれるようになり<sup>2)</sup>、1993年の国連総会で、「女

性に対する暴力の撤廃に関する宣言」が採択された<sup>2)</sup>。

女性に対する暴力は、身体的暴力、性的暴力、精神的暴力に大別される。世界保健機関 (World Health Organization; WHO) や世界銀行が指摘しているように、どのような形の暴力も、女性の健康に深刻な影響を及ぼす<sup>3,4)</sup>。さらに、1994年のカイロ国際人口開発会議、1995年の北京世界女性会議を経て、DVは、リプロダクティブ・ヘルス

\* 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学  
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  
宇野日出男

<sup>1</sup> 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、本稿では、男性から女性への暴力に限定して議論を進めることとした。

(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<sup>5,6)</sup>。

DVの発生する背景には、ジェンダー、貧困、社会文化的規範など、さまざまな社会的・文化的・経済的要因がある<sup>7)</sup>。したがって、DVの予防や被害女性の保護・支援を効果的に進めるには、保健医療分野を含め、多方面からのアプローチが必要とされている。

本稿では、国内外の文献資料を分析することによって、まず、日本および世界各地でこれまでに実施されてきた、多方面からのDV対策と保健医療分野からの取り組みについて概観する。それに基づいて、今後日本における保健医療分野からの取り組みの方向性を展望する。

## II これまでのDV対策と保健医療分野からの取り組み

### 1. 多方面からのDV対策

#### 1) 法整備

DVは家庭内で発生するために、明らかな人権侵害であるにも関わらず、従来の刑事法などでは、対応が困難であった。DVに特化した法律を制定することにより、DVは個人や家庭内の問題ではなく社会の問題であり、社会は暴力を容認しないという明確なメッセージを伝えることができる<sup>1,8)</sup>。1980-90年代には、世界的にDVに特化した法律が新しく制定されたり、既存の刑法を改正したりする動きがみられた。日本では、2001年4月に「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(以下、DV法)」が制定され10月から施行された。

#### 2) 被害女性に対する緊急支援

女性の一時的な緊急避難の場所としてのシェルターは、1971年に英国で最初に設立されて以来、次第に世界中に普及した<sup>9)</sup>。米国では1970年代から、女性による草の根的運動を通して民間シェルターが増加し、1990年以降には、全米で1,000施設以上が設置された<sup>10)</sup>。

日本では、福祉事務所、医療機関、婦人相談所、児童相談所、法曹等さまざまな機関が、被害女性の支援に関わってきた<sup>11)</sup>。民間のシェルターは、1990年代半ばより全国各地に設置されるようになり<sup>12)</sup>、2001年末までに全国で35施設を数えるに至った<sup>13)</sup>。

### 3) 民間団体の活動

世界各国で、非政府機関(non-governmental organizations; 以下NGO)<sup>2)</sup>が、被害女性の緊急避難・家庭訪問、警察・裁判所や保健・福祉関係機関との調整、生活・自立支援など、行政機関の手の及ばない活動を展開し、都市部では医療機関とも連携して活動している<sup>14)</sup>。日本でも、昨今の民間シェルターの増加にみられるように、NGOが公的機関の活動を補完するようになってきている。

### 4) 暴力加害者への介入

DVの予防には、加害男性を対象とした介入が必要ではあるが、実際には1970年代まで、男性を対象としたプログラムは存在せず、最近20年間に世界各国に次第に普及してきた<sup>15)</sup>。米国では、州法により加害男性に治療プログラムを受けさせることになっているが、実際には、約半数が途中で脱落している。

日本でも、1990年代後半頃より、NGOによる男性への教育プログラムが実施されるようになった<sup>16,17)</sup>。グループワークを通して、日頃抱いている感情や気持ちを共有し、男性達が少しずつ変化していくという取り組みが行われている。

## 2. 保健医療分野からの取り組み

### 1) 医療従事者に対する教育

米国では、1980-90年代に、Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO), その他多くの学術団体などが、医師向けのガイドラインなどを作成して、医療現場における被害女性のスクリーニングの必要性を訴えてきた<sup>18,19)</sup>。また、1992年にJCAHOは、救急部などでのDVのスクリーニング、処置、対応方針と手順を定めるよう、医師の卒後研修指定病院に義務付けた<sup>20)</sup>。医学部教育や卒後研修カリキュラムにも、DVへの対応方法が組み込まれるようになり、多くの医師のDVに対する意識が高ま

<sup>2)</sup> NGOとは、公共の利益や社会的弱者の救済等のため、営利を目的とせず市民が主体的に活動する民間団体のことである。他に、NPO (non-profit organizations), PVO (private voluntary organizations), CSO (civil society organizations) 等の呼称があり、日本では国内で活動する機関をNPOと呼ぶ場合が多い。本稿では、日本・外国の団体を含めて、NGOと総称することとした。



ったと報告されている<sup>21)</sup>。

## 2) 医療機関の取り組み

カナダでは、1992年に、政府の助成のもと、バンクーバー病院においてDVに対する取り組みが始められた<sup>22)</sup>。救急部スタッフに対するDV教育、看護師によるトリアージとスクリーニング、迅速な保護などのための専属スタッフ配置などが実施された。

院内のみならず、医療機関を中心とした地域のDV支援ネットワーク作りに組織的に取り組んでいる事例もある。マレーシアでは、1994年、クアラルンプール総合病院に、DV専門に対応する部門One-Stop Crisis Centre (OSCC) が国内で最初に開設された<sup>23)</sup>。現在では全国の都市部にある108病院にOSCCが設立されている。政府機関やNGOなど関連機関と連携して、被害女性を包括的に支援するために、OSCCには、さまざまな専門職からなるチームが構成されている。被害女性が来診すると、まず女性看護師とNGOボランティアが相談を受け、重症度を評価する。その後、女性医師による診療と記録が行われ、必要なら産婦人科など専門医に紹介する。また、暴力の証拠が正確に記録されるよう、法医学の専門家が助言している。OSCCは一時宿泊施設も備えている。

ボリビア、エクアドル、ペルーの南米3カ国においては、1995年から4年間、地域を主体として医療機関と関連する他機関とのネットワークを構築するプロジェクトが、WHOとオランダ政府の支援により実施された<sup>23)</sup>。

## Ⅲ 日本における保健医療分野からの取り組み

### 1. DV対策の課題

#### 1) 中核となる公的機関の機能

DV法は、国や地方自治体の責務と、通報、相談、保護、自立支援などの体制について規定している。各都道府県に設置される配偶者暴力相談支援センター（以下、支援センター）は、被害女性の保護、カウンセリング、福祉情報の提供などに対応する責務がある。支援センターの多くは婦人相談所に設置されており、次いで児童相談所、女性センターなどであり、保健所や市町村保健センターに設置した都道府県はない。支援センターが

DV対策の中核となり、保健医療機関とどのように連携していくかが課題である。

#### 2) 医療従事者の役割と課題

医療機関を訪れる女性の中には、DV被害者が存在する可能性があり、DV法においても医療従事者の通報権限を規定している。とくに内科、外科、産婦人科、救急部など一次医療担当者は、女性が暴力被害を受けているかを判断し、一時保護施設や支援機関を紹介することができる立場にいる<sup>19,24)</sup>。

しかし、多くの場合、医師は被害女性のSOSサインに気づかず見過ごしてきた<sup>18,25)</sup>。被害女性に対して、鎮痛剤や精神安定剤などを投与するというその場しのぎの対症療法をしてしまうことで、かえって暴力に対する注意力を緩慢にして暴力を受けやすくしてしまい、その結果、自殺、アルコール依存などを引き起こしてしまう可能性がある。被害女性を見過ごしたために、引き続き暴力が繰り返されてしまうという報告もある<sup>26)</sup>。

また、被害女性は、羞恥心のために、自らすすんで暴力・虐待の経験を語りたがらないことが多い<sup>19,27)</sup>。他方、事実を打ち明けたところ、医師に嫌な顔をされたとか、取り合ってくれなかったなど、医療従事者側の態度に問題がある場合もある。

医師がDVを見過ごしてしまう原因として、第一に、DVに関する知識不足と、DVに対応するための教育・訓練の欠如が挙げられる<sup>18,25)</sup>。日本では、医師の卒前・卒後教育に、DVに関する事項はまだ体系的に取り入れられておらず、これまでは、個人的努力で対応してきたといえる。

第二に、医師を含めて社会全体に、DVに対する誤った認識があることである。誤った認識とは、(1)DVはめったにない、(2)DVは正常に見える夫婦間には存在しない、(3)DVは個人や家庭の問題で外部の人間が介入すべきでない、(4)暴力を受けるのは女性の方に何か問題がある、というものである<sup>18)</sup>。

第三に、DVに関して話すと思者の感情を害するのではないかという不安感や、DVに対して何もできないという無力感・挫折感を、医師が抱いていることである<sup>28)</sup>。確かに、DVは決して容易に対応できる問題ではなく、どのような機関に相談あるいは紹介するべきか判断が難しい場合もある。また、日常診療時間中に医師がゆっくりと被

害女性の話に耳を傾ける時間が乏しいのも現状である。

## 2. DV 対策の展望

### 1) 公衆衛生の視点

公衆衛生の視点から DV に取り組む場合、DV の発生を予防するよう積極的介入を行う一次予防、被害女性を早期に発見し治療する二次予防、DV の後遺症に対するリハビリテーションと再発防止、自立支援を目的とする三次予防が考えられる。

日本には、第二次世界大戦前より築き上げてきた母子保健分野の実績があり、DV 対策にもそのシステムを生かすことができるのではないかと思われる。たとえば、DV 対策を母子保健事業のなかのの一つに位置づけ、地域保健の担い手である保健所、市町村保健センターが、DV 法により設置された支援センターや関連諸機関と連携して、被害女性支援システムを構築していくことである。

DV 対策を母子保健事業の一環として位置付けるのは、DV と児童虐待に包括的に対応するという観点からも、利点があると思われる。被害女性と一緒に子どもを保護しなければならない場合は多いし、また、DV の起きている家庭では、子どもに対する虐待も同時に起きていることがある。虐待を受けた子どもは、将来暴力の加害者となったり、暴力被害を受けても容認する傾向が生じたりする可能性があり<sup>29)</sup>、児童虐待対策は将来の DV 予防にも繋がる。

日本では、児童虐待に対する施策が DV 対策よりも先行しており、地方自治体のなかには子育て事業のなかで、すでに児童虐待支援のネットワーク作りに取り組んでいるところもある<sup>30)</sup>。今後は、DV を含めて母子保健関係機関内でのネットワーク作りがますます必要となってくると予想される<sup>31)</sup>。

### 2) 医療従事者教育

医療従事者は、DV の社会的背景を理解して対応を誤らないようにし、さらに、シェルターなど地域や関係機関との連携・協力体制を強化する必要がある<sup>14,16)</sup>。

被害女性に適切に対応するには、医療従事者に対する継続的な教育・訓練が必要である。医学部や看護学部などの卒前教育、卒後教育に、DV に関する事項を体系的に取り入れるべきである。そ

のためには、医学・看護学などの教員に対する教育・研修が急務である。

また、一次医療を担当するすべての診療部におけるプロトコール作成が不可欠である。DV 被害女性に対する医学的対応方法、他の関係機関との連携方法などといった対応マニュアルが必要で、診療所や病院の一次医療を担当する部門に常備され、医療従事者が日常診療のなかで使用しやすいものでなければならない。

### 3) 継続的研究

DV の実態に関する疫学的な調査は、これまで世界各国で実施され、その実態を明らかにしてきた。しかしながら、DV 対策の評価・研究は不十分である<sup>14,24)</sup>。たとえば、医療現場で DV 被害女性を同定するためのスクリーニング、被害女性に対するカウンセリングなど、その有効性の評価・研究は、欧米諸国においても不足している<sup>21)</sup>。日本においても、いろいろな分野からの取り組みの経験を共有し、さまざまな対策の有効性を検証し、より効果的な対策を形成していくことが必要である。

## IV おわりに

DV は、重大な人権侵害であると同時に女性の健康問題である。DV 対策には多方面からの対策とそれらの連携が必要である。保健医療分野においては、DV 対策を既存の公衆衛生活動の一環に組み込んでいくことや、医療従事者の教育とガイドライン作成など、多くの重要な取り組みが必要とされている。

(受付 2003. 7.14)  
(採用 2004. 3.18)

## 文 献

- 1) Carrillo R. Overview of international human rights standards and other agreements and responses of the judicial system to violence against women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002; 78: 15-20.
- 2) United Nations (UN). A/RES/48/104: General Assembly 85th plenary meeting, 20 December 1993, 48/104. Declaration on the elimination of violence against women. New York: UN, 1993.
- 3) World Health Organization (WHO). Violence against women: A priority health issue. Geneva: WHO,

- 1997.
- 4) The World Bank. Violence against women as a health issue. World Development Report 1993. Washington, DC: Oxford University Press, 1993; 50-51.
  - 5) 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. 東京: 有斐閣, 2001.
  - 6) 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会編. ドメスティック・バイオレンス. 東京: 有斐閣, 1998.
  - 7) Heise LL. Violence Against women: An integrated, ecological framework. Violence Against Women 1998; 4: 262-290.
  - 8) WHO. Violence by intimate partners. World Report on Violence and Health. WHO: Geneva 2002; 87-122.
  - 9) Berk RA, Newton PJ, Berk SF. What a difference a day makes: An empirical study of the impact of shelters for battered women. Journal of Marriage and the Family 1986; 48:481-490.
  - 10) 波田あい子. ドメスティック・バイオレンスとは. 公衆衛生 1999; 63: 532-536.
  - 11) 友田尋子, 菅田貴子, 明石知子, 他. DV(ドメスティック・バイオレンス)のネットワークに関する調査—その1. 病院での取り組みについて. 母性衛生 2002; 43: 117-126.
  - 12) 福原啓子. 市民によるボランティアの育成と活動の実際. 公衆衛生 1999; 63: 855-859.
  - 13) 内閣府男女共同参画局. 女性に対する暴力. 内閣府編. 男女共同参画白書. 東京: 内閣府, 2003; 70-77.
  - 14) Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. The Lancet 2002; 359: 1509-1514.
  - 15) Arias I, Dankwort J, Douglas U, et al. Violence against women: The state of batterer prevention programs. The Journal of Law, Medicine, & Ethics 2002; 30: 157-165.
  - 16) 中村 正. ドメスティック・バイオレンス加害者治療の試み: 「男の非暴力グループワーク」の経験から. アディクションと家族 2000; 17: 280-286.
  - 17) 斉藤 学. 配偶者暴力加害者(男性)のための治療プログラムの試み: その参加者, 内容, 治療効果. アディクションと家族 2003; 19: 525-539.
  - 18) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Physicians and domestic violence: Ethical considerations. JAMA 1992; 267: 3190-3193.
  - 19) Rhodes KV, Levinson W. Interventions for intimate partner violence against women: Clinical applications. JAMA 2003; 289: 601-605.
  - 20) Koziol-McLain J, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive validity of a screen for partner violence against women. Am J Prev Med 2001; 21: 93-100.
  - 21) 山田真由美. アメリカ, マサチューセッツ総合病院におけるDV対応プログラムと医療スタッフトレーニング. 助産婦雑誌 2000; 54: 45-49.
  - 22) Hotch D, Grunfeld AF, Mackay K, et al. An emergency department-based domestic violence intervention program: Findings after one year. The Journal of Emergency Medicine 1996; 14: 111-117.
  - 23) International Council on Management of Population Programmes (ICOMP). Innovative approaches to population programme management: Violence against women. Selangor: ICOMP 2001; 53-112.
  - 24) Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: Scientific review. JAMA 2003; 289: 589-600.
  - 25) Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding care of abuse victims. Southern Medical Journal 1997; 90: 1075-1080.
  - 26) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Violence against women: Relevance for medical practitioners. JAMA 1993; 267: 3184-3189.
  - 27) McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside "Pandora's box": Abused women's experiences with clinicians and health services. Journal of General Internal Medicine 1998; 13: 549-555.
  - 28) Sugg NK, Inui T. Primary care physician's response to domestic violence: Opening Pandora's box. JAMA 1992; 267: 3157-3160.
  - 29) ニール・ジェイコブソン, ジョン・ゴットマン. 戸田律子, 訳. 夫が妻に暴力をふるうとき: ドメスティック・バイオレンスの真実. 東京: 講談社, 1999.
  - 30) 岸本節子. 児童虐待と公衆衛生活動. 公衆衛生 1997; 61: 659-664.
  - 31) 松井一郎, 谷村雅子. 虐待予防の地域中核機関としての保健所は機能しうるか. 小児保健研究 2000; 59: 445-450.

## DOMESTIC VIOLENCE—PUBLIC HEALTH PERSPECTIVES

Hideo UNO\*, Shiori UI\*, and Atsuko AOYAMA\*

**Key words :** domestic violence (DV), women's health, public health issues, health, sector interventions

Domestic violence (DV) implies violence against women by intimate male partners. DV is a serious health issue for women, as well as a violation of human rights. It is a challenge to develop effective public health interventions, as they have to take into account complicated social and psychological background factors. In this paper we present an overview of various interventions in Japan and elsewhere in the world up to now, and propose a strategy for developing effective public health interventions. Governments and NGOs have been involved in various interventions to eliminate DV, e.g., establishing legal frameworks, providing emergency shelters for abused women, and educating male abusers. Health sector interventions include: systematic DV education to health professionals in Europe and the United States; and development of DV victim support networks, in which health facilities play core roles, in Asia and Latin America. The major expected roles of health professionals are identification and treatment of abused women, and prevention of recurrent violence. However, achievement of those goals is insufficient, because of the lack of systematic education, different views on DV between health professionals and abused women, misunderstanding of background factors, and lack of coordination between relevant agencies. The health sector, including clinical and public health services, is expected to play important roles in identifying and supporting abused women in Japan. A possible strategy is to integrate DV interventions into existing maternal and child health service systems. All the front-line health professionals should be provided with systematic training and practical manuals to treat abused women. Further research and evaluation of past interventions are needed to develop effective interventions.

---

\* Department of International Health, Nagoya University School of Medicine

# 第15回 国際開発学会 全国大会報告論文集

# 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 -カンボジアの事例より-

<sup>1</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 <sup>2</sup>特定非営利活動法人アムダ

○ 岡本美代子<sup>1\*</sup> 菅波茂<sup>2</sup> 青山温子<sup>1</sup>

## 1. はじめに

カンボジアでは、長期間の内戦とポルポト政権下での大量虐殺によって、社会的基盤が崩壊し、人材が激減した。このことが、現在においても復興開発に影響を及ぼしており、地域保健行政システムを含めた社会サービスシステム整備が遅れ、十分に機能していない。

1996年にカンボジア保健省は、WHOの協力の下に「Health Coverage Plan」を発表し、保健省、州保健局、保健行政地区の3段階の管理体制<sup>1</sup>を形成した。保健行政地区には、1つの地区病院と人口約1万人につき1つの保健センターを配置する計画とした。具体的な保健医療サービスとして、保健センターに対しては、一般診療、妊産婦健診等、一次医療の基準として「Minimum Package of Activities (MPA)」を、地区病院に対しては、入院設備や臨床検査等、二次医療の基準として「Complementary Package of Activities (CPA)」を定めた。

1999年よりカンボジア保健省は、これらの政策に沿った地域保健行政システムを構築し機能させるために、アジア開発銀行(ADB)の借款により、一部の地区において保健行政を委託する契約事業を実施した。この事業では、委託団体としての保健省が受託団体としての民間団体(NGOs・企業等)と契約することが前提とされた。

本報告では、この契約事業が有効であった点と問題点を事例に基づいて分析し、今後の開発途上国での地域保健行政システム整備における契約事業の可能性を検討する。

## 2. 契約事業による地域保健行政システム開発

### (1) 事業背景

事業は、1999-2002年の4年間(第1フェーズ)、2003年の1年間(第2フェーズ)、2004-2007年の4年間(第3フェーズ)の3フェーズから構成される。受託団体は、契約地区での事業運営に関し、人事、運営資金管理、薬剤・消耗品の調達等、管理運営に関する権限を一定期間譲渡され、その期間内に一般住民や妊産婦、貧困層における保健施設利用率、予防接種率等を指標として一定の成果を達成することを義務づけられた。具体的な事業内容は、地区レベルでの保健行政システムの構築による保健行政の管理運営とそれに携わる人材の育成、及び地域住民への保健医療サービスの提供であった。運営資金は、保健省と財務省の承認後、定期的に直接ADBから受託団体に供給されるように計画された。加えて、この事業と並行し、ADBの借款により当概地区で医療施設が建設された。

### (2) アムダ-アンロカ地区保健事業の概要

事例は、日本のNGOであるアムダが受託団体として、首都プノンペンから80km南に位置する人

<sup>1</sup> 州保健局(Provincial Health Department)は全国で22、保健行政地区(Health operational district)は現在74存在する(2004年)。また、保健行政地区は一般行政地区(Administrative boundary)とは異なっている。

口約 12 万人の農村部、タケオ州アンロカ保健行政地区にて実施された、1999 年から 2004 年 4 月末までの第 1・2 フェーズ期間の事業である。終了時までの達成目標は、アンロカ地区の保健局、1 地区病院、9 保健センターの管理運営を改善させること、MPA 及び CPA をはじめとする活動の質を向上させること、そして地域住民に保健医療サービスを提供すること等により、地域保健行政システムを構築することであった。

1999 年から 2000 年には、保健医療サービスの質の向上と、物品管理、会計等の一般事務に関する人材育成がなされた。保健行政地区の職員の殆どは、保健省に属する医療従事者であるため、保健医療サービスに関してはある程度の知識があったが、管理運営業務に関して体系的な知識がなかった。加えて、これらの職員は、保健医療サービス以外に事務等の管理運営業務も兼任することになっていたが、その全ての責務を認識していない状況であった。尚、規定数の保健センター、及び地区病院における入院施設の建設が、同時期に並行して実施された。

2000 年から 2002 年には、医療施設の機能充実に焦点をおいた。特に、保健センターと地区病院の 24 時間運営や双方の連携、診療費の有料化等が、カンボジア国内の他の地区に先駆けて実施された。2002 年末までに、受診率、施設分娩率、予防接種率等の指標において保健省と契約した水準を達成した。しかし、計画では定期的に実施されるはずであった保健省と財務省の承認の過程に時間がかかり、運営資金の配給は常時 3 ヶ月以上遅延した他、保健省によって配置された公務員数は 1999 年当初と殆ど同数であり、全施設の管理運営をするために受託団体が増員をしなければならなかった。

2002 年以降では、アンロカ地区の職員による管理運営、地域住民の参加を促進し、地域保健行政システムの形成を目指した。これらは、当時保健省が発表した「保健医療分野戦略 2003-2007」に示された方針に沿ったものであった。アンロカ地区の管理運営体制を整備する中で、職員が中心的役割を徐々に担うことにより管理運営能力の向上が図られた。尚、当初の建設計画の一部が実施されなかったが、受託団体の資金によって地区病院に臨床検査棟を建設し、CPA 機能を補填した。各保健センターでは、地域住民の参加による村落保健支援会が組織され、月一回の意見交換によって保健医療サービスの改善が検討された。このように地域保健行政システムが機能するようになって、地域住民からの信頼が増し、医療施設利用が向上した。そして、2003 年末には、アンロカ地区の職員が主体的に地域保健行政システムの管理運営に参画するようになった。

### (3) 契約事業において有効であった点

契約によって受託団体が明確な監督責任を有したことにより、目標であった地域保健行政システムの形成と同時に貧困層を含む地域住民全体への保健医療サービス供給が達成できた。また、運営資金支給が常時遅れたことや計画されていた施設が整備されなかったことに対しては、受託団体がその資金を用いて調整したため、事業全体には影響が及ばなかった。

さらに、受託団体と地区保健局が協働することにより、管理体制やその運営能力が高められ、地方分権化が促進された。後期には、受託団体が地区保健局に意図的に管理運営責任の比重を移していくことにより、オーナーシップが育成された。

また、該当地区での利害関係にしばられない受託団体が公的事業を管理運営することにより、診療費設定や診療費免除の対象となる貧困者の認定が公正に行われた。当事者である地区保健局は、診療収入が減少することから貧困者の認定に消極的であったが、受託団体により公正な判断が促進

された。

#### (4) 契約事業において問題であった点

保健省、受託団体、ADB の役割が不明瞭であり、生じた問題の解決が困難であった。運営資金の支給遅延や施設の未整備等があった場合、受託団体は契約目標を限られた時間で達成するため、予定外の自己資金の使用をせざるを得なかった。このことは、報告書に記され、協議会にて毎回議題に挙げられたが、責任の所在が曖昧で問題解決に至らなかった。

また、契約事業の評価に施設利用率等の指標が使用されたが、事業の本来の目的である保健行政の管理運営とそれに携わる人材の育成、及び地域住民への保健医療サービスの提供について直接的に評価することができなかった。

さらに、当該事業地区のみが急速に発展したため、州保健局や周囲の他の保健行政地区との管理運営能力の格差が広がった。このことは、受託団体には事業結果に契約上の責任があるため、その管理運営能力を駆使して契約目標を期限通りに達成したことによる。加えて、これらの事業地区を将来的にどのように活用し国全体の保健システム構築を目指すのかを、保健省や ADB が受託団体や地区保健局に明確に伝えなかったため、不明瞭なまま事業を進めなくてはならなかった。

### 3. 考察

#### (1) 委託事業関係者の役割の明確化

契約事業には、「資金提供者」、「委託団体」、「受託団体」の 3 者が存在する。事例では、保健省内部での情報共有が不足していたことや国全体の保健政策への位置づけが曖昧であったこと、政府内での保健省と財務省との承認の過程が不透明であったことにより生じた問題があり、「委託団体」である保健省の契約事業の担当部署と「受託団体」の 2 者の間では解決不可能であった。3 者それぞれが明確な役割を担うことが必要である。

本来、3 者の果たすべき役割として、次のようなものが考えられる。「受託団体」の役割は、該当地区での地域保健行政システムを構築し契約目標を達成すること、そして問題を解決するように「委託団体」に働きかけることである。「委託団体」の役割は、運営資金を速やかに支給し、必要な人材を配給すること、問題が生じた場合に調整をすること、さらに、モニタリング・評価を実施して今後の政策目標や事業活用の方策を決定することである。そして、「資金提供者」の役割は、中立的立場から前 2 者の調整をすること、及び「委託団体」の管理運営能力を評価し、適切な助言を行うことである。

#### (2) 直接的事業評価の必要性

医療施設利用率等の指標は、事業の効果だけでなく、民間医療の利用、慣習、気候や道路状況等の様々な要因の影響を受ける。これらの指標による評価は、事業の影響を全体として把握する参考にはなるが、地区保健局の管理運営能力を評価するには必ずしも適切ではない。さらに、受託団体がその指標の短期的改善を目指して地域住民に金銭等を与えて受診を促す等の操作が可能であり、長期的改善を目指した人材育成等を軽視してしまう危険性もある。

事例では、運営資金の支給や地区保健局職員の配備等は保健省の責任とされていた。これらを受託団体による補填に依存したまま評価しても、地区保健局自体の管理運営能力の評価には繋がらない。



地区保健局の管理運営能力を評価するためには、①施設の整備や資金・物資の支給状況、②組織構成や24時間運営等の管理体制整備状況、③人材の配備状況、④人材の医療技術や管理運営の能力が評価できる指標を、今後検討することが必要である。事業によって地区保健局にもたらされた管理運営能力を直接的に評価することにより、問題の所在と今後の対策について検討することが可能となるであろう。

しかし、カンボジアのような後発開発途上国では、保健省が運営資金や人材等を保障することは容易ではない。例えば、人材の絶対数不足を補うための教育施設の整備や、より長期的な資金援助も考慮すべきではないかと考えられる。

### (3) 今後の契約事業の方向性と有効利用

事例では、発展した事業地区と州保健局や周囲の他の保健行政地区との間で管理運営能力における格差が拡大してしまっただが、今後この事業をいかに活用し、国全体の保健システムを構築していくのかを検討する必要がある。

そのために、これまでの事業の成果を活用し、自立発展性のある地域保健行政システムの管理運営を目指していかなければならない。例えば、地区保健局の管理運営能力の向上に伴って外部からの資金を漸減し、責任を徐々に受託団体から地区保健局へ移譲していくことは、自立発展性を促進するために必要であろう。また、事業地区は、一定の管理運営能力があり、データ収集体制も整っていることから、HIV/AIDSや結核対策等、他のプログラムのパイロット地区として活用することによって、そのプログラムの効果を検証し、発展させることが可能であろう。さらに、この地区を他の地区保健局職員の実践研修の場として利用することによって、周囲の地区との管理運営能力の格差を縮めることも期待できる。

## 4. 結論

開発途上国での保健医療分野における契約事業では、監督責任が明確化され、社会的弱者までサービスが迅速に行き渡ることや地方分権化の促進、公正性の確保等、多くの利点がある。一方、委託団体、受託団体、資金提供者の役割の明確化や事業評価方法、契約後の方向性の検討等、多くの課題もある。今後、開発途上国の地域保健行政システム整備の一策として契約事業を発展させるには、これらの課題をさらに検討する必要がある。

・【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教室  
岡本美代子 電話：052-744-2109 FAX：052-744-2114 e-mail: miyo758@med.nagoya-u.ac.jp

---

報 告

---

## カンボジアでの日本の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

International assistance activities by a Japanese NGO in the  
health sectors of Cambodia after natural and man-made disasters

岡本美代子

Miyoko Okamoto

特定非営利活動法人アムダ・カンボジア<sup>1</sup>

AMDA Cambodia

キーワード：NGO、国際支援活動、開発途上国

Key words : Non Governmental Organization (NGO), international assistance activity,  
developing country

### Summary

This study aims to examine how to effectively implement international assistance activities in the health sectors of developing countries after natural and man-made disasters, by using case-studies of a Japanese Non Governmental Organization (NGO) in Cambodia.

The study concludes that, in order to implement effective international assistance activities, NGOs need to adequately assess the situation ; to share the information with others ; to implement the activities based on the health policies of the local governments with long-term visions including eventual handover ; to incorporate comprehensive inter-sectoral approaches ; to take strategic measures against corruption. Moreover, NGOs need professionalism to enhance effectiveness by having clear objectives, monitoring and evaluation of activities.

One point that needs to be strengthened is coordination : NGOs, Official Development Assistance agencies and other international organizations, recognizing individual missions and roles each other, need to have common strategies for solving fundamental problems and for assisting the local government fully to stand on its own feet.

---

1 現在の所属先：名古屋大学大学院 医学系研究科 国際保健医療学 博士課程

## 要 約

本研究の目的は、カンボジアでの国際協力に関わる日本の民間団体（Non Governmental Organization：NGO）による保健医療分野での短期的・長期的国際支援活動の事例を用いて、自然災害や紛争後の開発途上国における効果的な国際支援のあり方を検討することである。

NGOによる国際支援を効果的に進めるには、現状の的確な把握と情報の共有、被災地政府の保健政策をもとに自立を最終目的とした長期的視野を含んだ活動、他分野との連帯による包括的なアプローチ、汚職を防ぐ対策が重要である。さらに、明確な目標と計画をもとに適時活動評価を行い、効果的な活動を追求するプロフェッショナリズムの姿勢が必要である。今後、開発途上国の政府の根本的問題の解決と自立を目指し、NGO、政府開発援助機関や国際機関が各々の使命と役割を認識し、目的を共有した上で、一貫性を持った国際支援活動に取り組む事が必要である。

### I. はじめに

開発途上国では、人材・資源の不足により、一般に、保健医療状況は劣悪であり、保健政策の実施、システム整備が遅延している。特にカンボジアでは、長期間の内戦とポルポト政権下での大量虐殺が現在にまで影響を及ぼしており、人的、物質的、経済的資源が圧倒的に不足している。そのため、適切な保健医療サービスを充実させることを目的に国際的支援が必要とされている。しかし、現実には、様々な問題があり、国際支援活動の実施は容易ではない。

本研究の目的は、カンボジアでの日本の国際協力に関わる民間団体（Non Governmental Organization：NGO）による支援活動の事例を用いて、自然災害や紛争後の開発途上国における国際支援活動の方向性を探り、効果的な国際支援のあり方を検討することである。

本稿では、まず、カンボジアの近代史と社会背景を簡単に紹介した後、カンボジアの保健行政とその機能について述べる。次に、日本のNGOによる保健医療分野での、短期的

（自然災害）・長期的（紛争後復興開発）国際支援活動の事例を通し、国際支援活動が、現地保健行政側の主体性を尊重しつつ、不足する側面を補うことにより、将来も持続可能なシステム作りにどのように貢献できるかを概説する。

### II. 方 法

カンボジアで2000年に発生したメコン川流域大洪水緊急援助活動と1999年から実施されているアンロカ地区保健事業の二つの事例を用い検討した。2002年1月から2004年4月まで、特定非営利活動法人アムダ（AMDA）<sup>2</sup>カンボジア支部において参与観察を実施し、また過去の事例に対しては、関係者へのインタビュー調査、既存資料をもとに分析した。

尚、本研究において、カンボジア王国政府保健省、AMDA本部ならびにAMDAカンボジアの了承を得た。

### III. カンボジアの近代史と社会背景

カンボジアは、1863年から1953年に及ぶフ

2 特定非営利活動法人アムダ（AMDA）とはAssociation of Medical Doctors of Asia の略で、岡山に本部を持つ特定非営利活動法人（NPO）である。1984年に設立され、被災者への緊急救援活動（短期間）、保健医療・教育・生活環境向上支援等の地域開発活動（長期間）を行っている。現在、世界16カ国で活動している。

ランスの植民地支配を経て、1953年に独立した。1960年代になると、ベトナム戦争の影響を受けるようになり、1970年のクーデター以来、国内にも紛争が頻発した。続く1975年から1979年のポルポトを指導者とするクメール・ルージュの支配時に大量虐殺がなされ、全国民の約20%が犠牲となった。特に、教育者、宗教家、技術者、医師を含めた保健医療専門職などの知識人は、真っ先に殺害されたため、1979年の親ベトナム政権樹立時には、著しい人材不足に陥った。その後、1991年のパリ和平協定に基づく国連カンボジア暫定統治機構 (United Nations Transitional Authority in Cambodia : UNTAC) の介入により、1993年には民主的な選挙が実施された。1997年に首都で武力衝突が起こったが、それ以降は比較的安定した情勢が続いている。

#### IV. カンボジアの保健政策・システム

1979年当時、医療従事者は著しく不足していたが、生き残ったカンボジア人医療従事者数十人とベトナム人医師らにより、保健省の再建が始められた。その後現在に至るまで、カンボジア保健省は、諸外国や国際機関の援助を受けながら、保健医療分野の改革を積極的に進めている。1996年から始まった「ヘルス・カバレッジ・プラン」では、適切な地域への保健施設の設置、人事、管理計画、また保健省、州保健局、地区保健局、地区病院、保健センターの整備とネットワーク作りを取り組んでいる。また、2002年に発表された「保健医療分野戦略2003-2007」は、保健省主導のもと、住民のニーズ、貧困層など社会的弱者への対応、人材育成対策など8項目の柱を掲げ、国家の保健医療システムを効果的に改善し発展させることを目指している。

保健行政は、「ヘルス・カバレッジ・プラン」に沿って、保健省 (国家レベル)、州保健局 (州レベル)、地区保健局 (地区・郡レベル) の三段階の管理システム<sup>3</sup>により形成されている。地区保健局の下には、地区病院、保健センターが人口割合に合わせて均等に配置されている。地区病院では補足的医療活動 (Complementary Package of Activities : CPA)、保健センターでは基本的医療活動 (Minimum Package of Activities : MPA)<sup>4</sup> というガイドラインを定めて、プライマリーヘルスケアの理念に則った施策を効果的に展開しようとしている。

これらの行政システム、保健政策は日々の保健行政活動の基本となるが、現状は、人材、物資、資金が不足し、十分機能していない。以下にこの三つの問題点についてそれぞれ述べる。

##### (1) 人材

人材の問題の中には、各種の保健医療従事者の数と質および、事務・会計などを含めた組織的な管理能力も含まれる。医療従事者の数は、WHOによると1998年において人口100,000人に対し、医師 (準医師も含まれると思われる) 29.7人、看護師73.8人、助産師28.8人である。現実には都市に集中しているため、首都以外の地区では慢性的な医療従事者不足に陥っている。医師がいない地区では、無資格ながら長期間ボランティアとして保健施設を手伝っている者や再トレーニングして採用された伝統的産婆など、数字上は、正規採用の公務員以外の医療従事者が存在するとしても、実際には、データに現れている以上に現状の医療従事者不足は深刻である。

数の不足に加え、医療従事者の質も問題で

3 州保健局は全国で22、地区保健局は74存在する。また、地区保健局は一般行政地区 (Administrative boundary) とは異なっている。

4 CPA基準として、各地区病院では一般診察、救急・外科、合併症のある分娩、入院 (結核を含む) 設備、外来検査 (X線検査室、臨床検査室、超音波画像診断室) 等の第二次医療、MPA基準として、各保健センターに一般診察、妊産婦検診、正常分娩、薬局、各種予防接種、遠隔地診療や保健教育を含んだ総合的の第一次医療がある。