

され、2000年第53回総会で見送りが決定された改正案である。

「健康とは、身体的(physical)、精神的(mental)のも健全であるだけでなく、社会的(social)にも健全でなければならない」のだが、さらに主にイスラム圏諸国が、spiritualにも、という言葉の追加を提案した。Mentalを精神的とするならば、spiritualは、日本語では何を意味するのであろうか。また、dynamicにという言葉の追加も提案されたが、貧困国の健康を考える場合、このような面への配慮が必要なのかかもしれない。

健康を脅かすもの

通常、健康を侵すものといえば病原体を想定する。

医学的には、もっとも微細なウイルスから、リケッチャ、アメーバ、細菌までは、肉眼的に見えないが、病気を起こす微生物として十分認知されている。次いで寄生虫や昆虫など、肉眼でも見えるものもあるが、いずれにしても、これらの病気を惹起するものに対する処理は保健医療分野の学習の対象にある。

しかし、途上国では、これらの病原体は、単に感染症を起こす直接原因のひとつにすぎず、これら以外の要因が健康を損ねさせることが圧倒的に多い。特に環境や社会的、経済的、政治的な要因に関して、わが国の医学部や看護学部では学習すべき対象に入っていないかのような扱いである。途上国の健康を考えると、これらの非保健的因子を把握しない限り、人々の健康を回復、維持することは不可能である。

以下に、考えうる健康障害因子を列挙する。

1 医学的(Medical：病原体(Infected agent))

1-1 Virus(ウイルス)：10 - 300nm<ナノメートル>。増殖のための遺伝情報を担うDNA/RNAを持ち、エネルギー系を持たぬ核蛋白非細胞性物質。増殖には寄生する<宿主>細胞必要。宿主別に、植物ウイルス(RNA型)、動物ウイルス(DNA/RNA型)、細菌ウイルス(=バクテリオファージ、DNA/RNA型)、昆虫ウイルスに分類。抗生物質非感受性。HIV/AIDS、Influenza、Hepatitis A・B・C・D、Measles、Polio、Rabies、Mumps、Yellow fever、Ebola hemorrhagic fever、Lassa HF、Crimean-Congo HF、West Nile Encephalitis、Japanese

encephalitis, Small pox, Monkey pox。

- 1-2 Rickettsia(リクッチャ)：細菌とウイルスの中間サイズ、600X800nm、ほとんど細胞内寄生。人工培地では非発育増殖。クロラムフェニコール、テトラサイクリン(抗生物質)が有効。Epidemic typhus<発疹チフス>R. prowazekiiによる。(注 Typhoid feverは腸チフスで、チフス菌(Salmonella typhiによる)、Tsutsugamushi diseasesツツガムシ病、Q熱、
- 1-3 Bacteria(細菌/ばい菌)：1.0-5 μ m。単細胞生物。形状により杆菌、球菌(フドウー、連鎖ー、双球菌_)、螺旋状など。Tuberculosis、Cholera、Dysentery、Typhoid fever<腸チフス>、Diphtheria、Syphilis、Pathogenic E.coli O-157、
- 1-4 Fungus(真菌/カビ)：真核性生物、元来、弱病原性だが、抗生物質使用増加により、日和見感染症として増加。
Candidiasis、Coccidioidomycosis、Blastomycosis、Cryptococcosis、
- 1-5 Protozoa(原虫)：10 - 250 μ m。多少とも動物的性質を持つ単細胞真核生物。多細胞生物と原核生物の境界。肉質類、鞭毛虫類、繊毛虫類、孢子虫類。病原性を持つ30種は、多くの熱帯病の原因。
Malaria、Amebic dysentery、Trypanosomiasis<眠り病>、Leishmaniasis、Toxoplasmosis、Trichomonas、Coccidioidiasis、
- 1-6 Parasite(寄生虫)：他の生物の体内/体表に寄生し、その宿主に生存環境と栄養をゆだねて生存する生物。寄生部位により、内部寄生虫、外部寄生虫。宿主は、何らかの異常を来し、病変、損傷を受ける。よく知られた寄生虫症のほとんどは熱帯疾患。腸管寄生虫(回虫、鉤虫、肝吸虫)、臓器寄生虫(肺、肺吸虫)、血管(住血吸虫)、その他リンパ系(糸状虫)、内臓/皮下(顎口虫、ギニアウォーム<メジナ虫>)
- 1-7 Insects & Tick(<吸血性/有毒性>昆虫とダニ)：そのものが有害である場合と病原体を伝播する場合がある。ノミ<ヘスト、発疹熱>、シラミ<発疹チフス>、ダニ<クリミア・コンゴ出血熱>、蚊<マリア、デング熱、日本脳炎、黄熱、糸状虫、>、ブユ<river blindness、糸状虫>、ツエツエ蠅<トリハノゾーマ>、サシガメ<シャーガス>、サシチヨウ蠅<リーシュマニア>、ハチ、アリ、サリ、クモ、ムカデ、その他の動・植物：蛇、毒魚、

2 化学的 (Chemical Toxicity : 毒性)

自然発生的な化学物質、例えば火山爆発時のガスやオゾン発生。地下水、河川の汚染<<ハンク・ラッシュ、イノ<の砒素、>>、サリン(合成)、睡眠薬、砒素(天然)、など、人為的に悪用される物質。たばこ、アルコール、ビートルナッツ、麻薬など習慣性物資。治療用ホルモンを含む医薬品。バイオ食品

3 放射性 (Nuclear Toxicity)

4 物理的 (Physical damage)

熱波/干ばつ、寒冷、洪水/豪雪、地震、火山爆発/山崩れ、El nino。刃物、鈍器。銃/爆弾、武器

5 社会的 (Social)

人口移動、難民/国内避難民
スラム化、過疎化、高齢化、

6 環境的 (Environmental)

食糧不足、水不足、洪水、砂漠化、さまざまな汚染

7 経済的 (Economical)

不況、失業、低開発、貧困、格差、不公正

8 政治的 (Political)

為政者の能力、悪政、脆弱政府、独裁政権、経済制裁、Donorの関心

9 心理的・精神的 (Psychological, Mental)

ねたみ、復讐、憎悪

また、以下に、保健医療状態を知るための指数を概説した。

保健医療に関する指数

1 全体的指数

- 1-1 Life expectancy (平均余命) : 仮定の一定同時出生人口集団で、死亡状況を包括的に推定するモデル。この諸関数の一つが平均余命、期間経過に従った死亡状況を総括した指標としての年数。出生時の平均余命がLife expectancy at birth (平均寿命)。
- 1-2 Immunization coverage (予防接種率)
ある予防接種を(2度必要なものは2度という風に)完全に終了した子どもの数。5才未満、15才未満などの集団でみる。
- 1-3 ORT use (ORT<経口補水塩>の使用率)
Oral Dehydration Saltsは下痢を治す薬ではなく、脱水補正用。
- 1-4 Adult literacy rate (成人識字率) : 15歳以上全人口中読み書きでき人の比率(%)。識字の定義は一定していない。
- 1-5 Gross National Product per capita (一人当たり国民総生産) : 生産額に含まれない税を含む国内居住国民による付加生産総額と国外居住国民からの一次所得の総額を世界銀行アトラス法で米ドル換算し、国民総数で除したもの。
- 1-6 Absolute poverty (絶対貧困) : 1985年時国際価格で、1日の生活費が1米ドル以下。
- 1-7 Human Development Index (HDI、人間開発指数、UNDP)
- 1-8 DALY (Disability adjusted Life Years) : 疾病障害による負担を表す指標。
- 1-9 Health expenditure (保健予算) : 単なる診療費の総計でなく、保健医療にかかわるあらゆる消費経費、資本。
- 1-10 Female-male gap (男女格差) :
- 1-11 Health service access (保健サービス率) :
<注 Safe water access、Sanitation access > など

2 子どもに関するもの

- 2-1 Under 5 mortality rate (5歳未満児死亡率) : 出生から5歳になるまでに死亡する確率。通常、出生(生きて産まれた)新生児1000人当たりの死亡数で表す。生きて生まれた子どもが5才の誕生日までに、何人死

ぬかという数字。現在最も広く使われている。

- 2-2 Infant mortality rate (乳児死亡率 - 1歳未満) : 1歳未満乳児の死亡率。出生新生児1000人に対する1歳までの死亡数で表す。通常、5才未満児死亡の60~70%は1才までに発生するので、U5MRが判れば推測はできるが、ある程度の保健サービスが進んだ場合、より若い子どもの死亡数で保健体制の程度を知る。
- 2-3 Neonatal mortality rate (新生児死亡率) : 生後4週未満の新生児の死亡率。出生新生児1000人に対する生後4週までの死亡数で表す。新生児医療は高度技術を要し、経費もかかるため、子ども関係の中では最も高度な指数。
- 2-4 Low birth weight (低体重出生児<の頻度>) : 出生時体重が2,500g未満のこと。通常、満期産出生では、平均体重は3,000 ~ 3,100g。母胎内での発育は、児の状態と母親の健康を示すので、正確な数字が得られれば有意義だが、通常は不確かである。

3 母性に関する指数

- 3-1 Maternal mortality rate (MMR、妊産婦死亡) : 出生10万当たり、妊娠・分娩に関連して死亡する女性の数。
- 3-2 Total fertility rate (TFR、合計特殊出生率/妊孕率) : 一般的には、ある女性が妊娠可能年齢の間に産むであろう子どもの数と理解してよい。
- 3-3 Low birth weight (低体重出生児<の頻度>)
前述
- 3-4 Contraceptive prevalence (避妊法の普及率) : 15-49歳の(ハートナーのいる/既婚)女性で、避妊手段を講じている人の割合。
- 3-5 Attended birth (介助分娩の比率) : 何らかの訓練を受けた保健医療者によって介助される分娩の頻度。
- 3-6 母乳栄養 :
途上国に限らず、最低、3ヶ月の母乳哺育が好ましい。

4 栄養に関する指数

- 4-1 Underweight (低体重) : ある年齢層の体重測定値の中央値から標準偏

差が-3以下を重度、-2以下-3までを中等度とする。

- 4-2 Wasting(消耗症)：(ある年齢で)身長相応体重を持つ母集団で、体重の標準偏差が中央値-2以下。
- 4-3 Stunting(発育障<阻>害)：年齢相応身長を持つ母集団で、身長の標準偏差が中央値から-2以下。
- 4-4 Daily calorie supply per capita(1人当りの摂取加り-)：ある国の一日当たり補給食糧を加り-換算し人口で除したもの。
- 4-5 Goiter rate(甲状腺腫の頻度)：6-11歳児の甲状腺腫(触診または視診)の頻度。

5 人口に関する指数

- 5-1 Life expectancy(平均余命)：前述
- 5-2 Crude birth rate(粗出生率)：人口1000人当たりの年間出生数。
- 5-3 Crude death rate(粗死亡率)：人口1000人当たりの年間死亡数。
- 5-4 Total fertility rate(合計特殊出生率)：前述
- 5-5 Population growth rate(人口増加率)：ある国/地域のある期間(通常は年)の人口増加(出生、転入)から減少(死亡、転出)を減じた前期間との比率。
- 5-6 Urbanization/Urban population(都市化率)：
- 5-7 Population(人口)：
- 5-8 Population density(人口密度)：通常、1 km²当りの人口数。

公衆衛生大学院の必要性

著者は、15年間、日本の医学部の教職にあったが、振り返ってみると、技術偏重であったと反省する。途上国の人々の健康を見ることは、単に医学的ではなく、むしろ社会学的文化学的知識を要する。日本の医学部には、それらの研修体制が欠落している。著者が、ペシャワールで経験したことは、日本の医学部で学んだことでも、日本やアメリカの病院や研究機関で実践したことでも、また、日本の医学部で教えたこともない分野であった。

ジョンズ・ホプキンス大学は、1916年に公衆衛生大学院を開設している。その萌芽は、1880年頃のボルチモア市の悲惨な衛生状態は、病院勤務が主体の医師や看護師の力だけでは改善できないと気付いた同大学病理学教授ヘンリー・ウェルチの尽力による。彼は、毎日のようにジフテリア、ペスト、ポリオ、黄熱、腸チフスさらにマラリアなどの熱帯病による死者が出ている不衛生の蔓延した街の状態を改善するには、「公衆衛生(Public Health)」の専門家が必要だとして、その養成機関の設置を目指した。

一方、1880年代、南北戦争後の低開発地、アメリカ南部の開発を手がけたロックフェラー財団は、その関心をカリブ海地方に向け、初めて国境を越えた保健活動を「国際保健」というジャンルにまとめ、活発な支援を始めていた。H.ウェルチの願望とロックフェラーの意図が合致して、世界で始めて開設されたのがホプキンスの公衆衛生大学院なのである。さらに、国際保健学科は、1960年代に確立している。

ロックフェラー財団は、その後、ロンドン大学熱帯病・衛生大学院、中国協和病院などの設置支援を行った後、わが国の公衆衛生院開設を助成した。

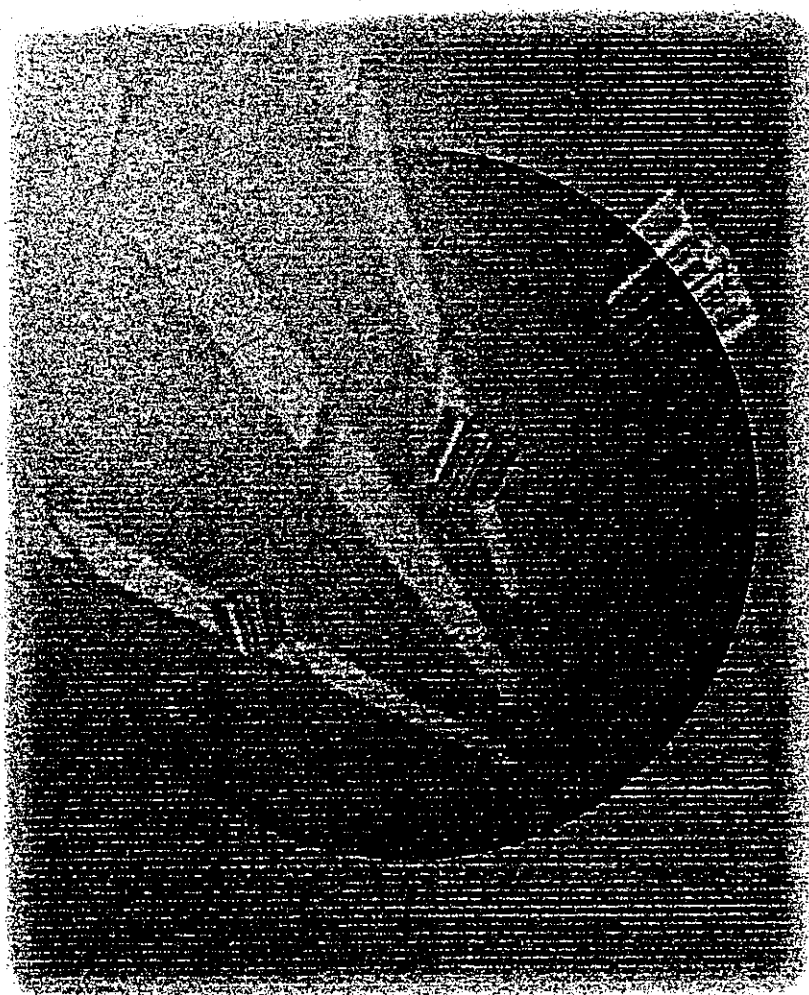
わが国の公衆衛生は、トップダウン型で比較的円滑に進行したこともあって、公衆衛生教育の分野は、ジョンズ・ホプキンスのような膨大な規模には到っていない。わが国の国際保健分野の実践活動は、他の援助国に比べても遜色はない程度に達しているが、国際保健の教育や研究の体制は、アメリカに比べるならば数十年は遅れているといえる。

実践先行で進んできたわが国の「国際保健」に科学的理論的背景をつけることが、Complex Humanitarian Emergencyへの効果的な関与を高め、どこに生きていようとも個々人の尊厳を認め、健康の維持・改善を通じて人間の安全保障に貢献する近道であると信じている。

学生のための
医療概論
第2版

編集

千代豪昭 黒田研二



医療の国際化

途上国における保健医療活動

「国際保健(International Health)」という言葉を知っていますか？それは日本など、先進国の保健医療活動と異なるのでしょうか？

地球上に存在する190ほどの国の中で、先進工業化国と呼ばれるのは、OECD(Organization for Economic Cooperation and Development, 経済開発協力機構)の下部組織、DAC(Development Assistance Committee, 開発協力委員会)に属する30カ国に過ぎません¹⁾。

これらの国のGNP(Gross National Products, 国民総生産)は10,000米ドルを超え、宗教や文化を異にしていますが、おおむね民主主義、市場経済体制下であり、国民は一定レベルの保健医療サービスの恩恵に浴しています。残り約160カ国は、GNPが1,000米ドル以下の開発途上国で、いまだに各種の感染症が人々の生命と健康を脅かしているのです。

なぜ、ある国では対処できた感染症が、途上国ではまだはびこっているのでしょうか？そもそも開発途上国とはどんなところなのでしょうか？そこで人々はどんな生活を送り、感染症以外にどんな健康問題があり、どんな対応や保健医療活動が行われているのでしょうか？また、なぜ途上国ではそれらが解決できないのでしょうか？「国際協力」という行為なくして世界は

成り立たなくなっています。しかし、それは誰によって、どこで、いつ、どのように行われるべきなのでしょう？

この節ではこれらの問いに答えたいと思います。とはいえ、唯一無二の答えもなければ、ゴールデン・ルールもないのが国際保健の現場なのです。皆さんの「なぜ？」という問題の本質を見る目と適切な対応を考え出す思考の手助けになれば幸いです。

1 | 開発と健康変遷

かつて農業や牧畜など、自然に依存して存亡を繰り返してきた人間は、道具を用い、技術を発展させ次第に大きな集落をなしてきました。やがて、大規模産業が生まれると都市が発生し、人や物の移動が活発化しました。このような社会の発展、国の開発にあわせて食生活や生活の習慣や様式、個人の生き方も変化してきたのです。

経済開発に伴い社会構造や個人生活とともに疾病構造も変化しました。かつて、肺炎や気管支炎、下痢症、また、麻疹など小児期の感染症や寄生虫症が主体であった社会は、生活習慣に関係する高血圧、脳血管障害、タバコやアルコ

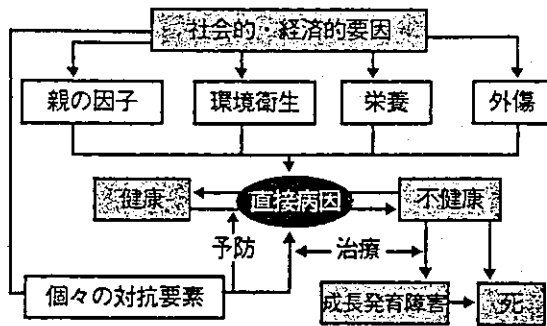


図53 子どもの健康への三相要因

[R. A. キャッシュ (我妻堯訳)：国際保健医療学入門。
(財)国際協力医学研究振興財団，1993より作成]

ール依存症，また，悪性腫瘍など，非感染性慢性疾患が主体の社会に変化してきました。このように開発段階とともに集団の疾病構造が変化することは，健康変換 (health transition) または疫学変遷 (epidemiological transition) と呼ばれます²⁾。疾患の変化は，実は，開発過程における人と人の，また，人々をとりまく社会や環境とのかかわり，つまり周囲とのダイナミックな反応の結果なのです。

しかし，病気の原因が微生物や環境汚染物質であることは世界共通なのに，ある人が罹患するか，発病するか，重病化するか，それが大流行するか，風土病化するかは，時代や場所によって大いに違います。そして，多くの場合，それは直接原因ではなく，さまざまな間接的潜在的要因に影響されています。図53に描かれているように，国の経済や社会の状況，文化や教育の程度が大きく影響しているのです。健康を回復・維持・増進するためには，直接原因だけに目を向けていても効果は限られています。ことに開発の遅れやゆがみ，また，開発に伴う社会構造の変化が人々の健康を損わせ，人々の不健康は社会の開発を妨げているのです。

2 | 経済開発から人間開発へ

第二次世界大戦後，戦場となったヨーロッパの飢餓や経済危機への対策として，1947年，当時のアメリカ合衆国国務長官マーシャルが提唱した支援計画が，その後の開発協力のさきがけでした。その後，1950年には，現在のスリランカの首都コロンボで開かれた英連邦会議で，アジアの国々への国際協力に関する諮問機構の設置が決まったのですが，これらの理念や機構が，その後の国連機関や援助国としての先進工業化国，さらには NGO の国際協力に引き継がれたといえます。

人々の健康と保健医療対策は，いつの時代の，どんな状況下の，いかなる援助機関にとっても，最も重要で関心の高い分野でした。どんな規模であれ，大概の保健医療協力が多数の生命を救ったこと，また，いくつかの保健医療協力計画が目覚ましい効果をあげたことも事実です。例えば，天然痘という疾患は，エチオピアの患者を最後に地球上から姿を消し，一掃されましたが，これらは WHO の指導的役割や，ユニセフなど保健医療領域の国際機関，国際ロータリーやカーター・センターなどの民間の組織，また，JICA (Japan International Cooperation Agency, <日本>国際協力事業団) や USAID (United States Agency for International Development, アメリカ開発援助庁)，DFID (Department for International Development, イギリス国際開発省) といった二国間援助機関や，多数の国際的 NGO による積極的な地域社会への働きかけの結果なのです⁴⁾。

このような地域集団への予防的保健活動は，1978年のアルマ・アタ宣言に盛り込まれた PHC (Primary Health Care, プライマリ・

表 30 PHC の主要素

1. Health education (健康教育)
2. Maternal and child health including immunization and family planning
(予防接種と家族計画を含む母子保健)
3. Environmental sanitation, especially food and water
(食糧と水 (の安全性) を含む環境衛生)
4. The employment of community health workers (地域の保健要員の導入)
5. Promotion of nutrition (栄養の改善)
6. Appropriate treatment of common diseases and injuries
(ありふれた病気やけがに対する適切な治療)
7. Prevention of local endemic diseases (地域内風土病の予防)
8. Provision of essential drugs (必須薬品の備蓄)
9. Traditional medicine (伝統医療 (の導入))

アルマ・アタ宣言 (1978 年) による Primary Health Care

ヘルス・ケア)⁵⁾に基づいています。PHC は、その前年、WHO が打ち出した「Health for All by the Year 2000 (西暦 2000 年までに、すべての人に健康を)」という、斬新な保健理念実践のための戦略でした。PHC では、子どもの予防接種、下痢症の早期治療、妊産婦検診、栄養指導など、安価で、専門医がいなくても、また、先進的技術や大規模医療施設がなくても可能な、地域に密着した予防的公衆衛生活動と基本的保健医療活動ともいえますが、1980 年代以降の世界の保健政策は、表 30 に示す PHC の基本的な要素をもとに行われてきたのです。

2000 年までに「すべての人々に健康を」という目標は達成できなかったとしても、自分の健康を守る活動に、人々が自ら関わるという PHC の理念は、開発途上国、先進国を問わず、その後も崇高な健康保持の哲学であることに違いはありませんし、東南アジアをはじめとする世界各地に目覚ましい改善があったことも事実です。平均寿命は 20 年延びて 62 歳となり、乳幼児死亡率は半減し、初等教育就学率も倍増しました。しかしながら、世界の保健状態

はさまざまです。絶対数では、最大の貧困者を抱えているアジアは著しく前進したのに、ダイヤモンド、金、コバルトなど、豊富な自然資源を持っているアフリカの開発は進んでいません。

1960 年代には、独立の機運とともに、希望の大陸ともよばれたアフリカの新興諸国の多くは、建国直後にもたらされた援助資金の返還が迫ってきた 1990 年代、膨大な債務に追われ、さらに地域武力紛争が多発し、難民、国内避難民が慢性的に発生している上、国によっては、数十パーセントにもものぼる HIV/AIDS の蔓延が、国土や人心の著しい荒廃をもたらしています^{6,7)}。世界全体では、20 世紀末、全人口の 1/5 以上に当たる 13 億人が、なお、1 日 1 米ドル以下の極貧状態から抜け出させていません。このような事態では、いかなる分野、どのような程度の保健医療介入であっても、その効果は限られているのです。

このような国際保健体制の中で、1980 年代後半、それまでに築かれてきた開発途上国の各種の社会システムの問題が指摘されるようにな

りました。先進国に続き、開発途上国でも、制度改革の必要性が認識され始めたのです。保健分野でも、投入資源にみあった適切な質の保健医療活動を公平に利用できることが求められるようになりました。また、サービスを維持するためには、資金や人材の効率的活用が必要であり、政府と民間の役割分担も議論され始めました。最近の国際協力は、経済開発 (economic development) により、国の富を増やせば、人々は幸せになるという考えから、地域社会の開発 (social development) を経て、教育や保健医療など、個々人への投資こそが各人の生活向上と福祉の増進につながるとする人間開発 (human development) の方向に変わっています⁸⁾。

3 | 保健医療の国際協力——何ができるのか、何をすればいいのか

いずれにせよ、感染症の直接の原因はウイルス、細菌、寄生虫です。アフリカ南部一帯で、地域の存亡にかかわるほど猛威を振るっているAIDSも、HIVとよばれるウイルスによるものです。過去数十年の開発協力の中で、保健医療分野の活動は、病院や診療所といった医療施設を整備したり、先進国で用いられる保健医療技術を伝えたりすることに重点がおかれたこともありますが、それが思うように効果を発しなかった原因が、次第に明らかになってきています。

例えば、HIV/AIDSは社会の中心的働き手である青壮年世代の健康を蝕み、確実に死をもたらします。その対策はHIVというウイルスの感染予防と、感染した場合の発病の予防、また、発病時の対症治療ですが、実際にHIVが広がっているアフリカの現状はどうでしょうか。人々は、このウイルス、病気をどう認識しているのでしょうか。識字率が低く、通信手段

も限られている非都市部では、先進国や途上国の首都圏のように情報は行き渡っていないのです。また、安全なセックスが感染を予防すると知っていても、予防に用いるコンドームが、いつでも、どこでも入手できるかどうかは保証されていないことも多いのです。また、たとえ誰かが多量のコンドームを提供しても、高温多湿な環境下で、品質保持に配慮して保存や配布を恒常的に行うことも困難でしょう。さらに、感染したかどうかについても、どこでも、いつでも、信頼できる精度の検査を簡単に受けられるところは、きわめて限られています。万一、感染が確認できた場合でも、高価であるだけでなく供給システムが整備されていないため、先進国では可能になった発病を遅らせる薬剤を、誰もが入手できるという状態にはほど遠いのが事実です。HIVに感染した人が、伝統的な環境下に、社会的烙印を押しつけられたり、偏見によって疎外されたりすることもあるでしょうし、個人的な性行動の変容をもたらすことや、弱い立場に置かれている女性が予防や治療の際に意思決定するようにもっていくことも、きわめて難しいのです⁹⁾。

貧しい村落の男性が出稼ぎの場でHIVに感染することや、セックス・ワーカーとなった女性が感染し、ともに故郷に持ち帰ることもあるでしょう。貧しいが故に感染し、感染、発病がさらに貧困に追い討ちをかけます。一家の誰かが感染すれば、個人の健康状態を超えた影響が生じるはずで、父親の発病は就労状況を悪化させ、家族の栄養や生活程度は劣化するでしょう。子どもの就学も、しばしば、中断するのです。母親の発病により、伝統的社会的女性の役割とされている日常業務ができなくなり、その肩代わりを期待される子ども、特に女兒の負担は大きくなり、結局、家庭の活力は減退します。両親の死亡したエイズ孤児は増え、地域社会の

構成因子である家庭は崩壊していくのです。

このような状況で、国際保健は、一体、どんな役割を担えばよいのでしょうか。

4 | 調査と計画

図 53 では、ある疾患をめぐる間接的要因、直接的原因、その経過を示しました。以前は、先進国の医師や看護師など保健医療専門家が行きさえすれば、途上国の保健問題は解決されると思われたり、また、先進国と同じような医療施設や機材を供与したりすることが国際協力とみなされたこともありました。つまり、直接原因への対応がすべてだったのです。

しかし、これらの表面的なかかわりでは、効果は限られたり、ほとんど成果をあげないばかりか、たとえ援助国の資金で設置できたとしても、先進的施設を維持するために乏しい保健予算のほとんどが消費されてしまい、国全体の保健医療レベルは低下してしまうこともわかりました。このような事態を防ぐため、保健医療分野の協力に際しては、広範な調査を行い、その結果をもとにして協力すべき計画が立案されます。この際、調査や立案には、援助国側だけでなく、相手国の人材の関与が必須です。このような経過の中で、以下に述べるような各分野の優先度が明らかとなり、段階的な関与が計画されるのです。

調査や立案に資金や時間をかけることは、一見無駄なようにみえますが、援助国側の思いつきや特定個人の気まぐれを防ぎ、他の援助国との重複を避け、当該国の政策とも整合性をもつ、有効な計画が立案されるのです。援助国にあっては、政府開発援助 (ODA) として、なぜ、その計画が必要で、どのような効果が期待され、なぜ、他の計画で置き換えられないのかが明確になり、納税者に対する説明責任を果た

すことも可能になります。

優先度を定める際には、医療保健出費の抑制など、保健分野全体に関係する制度やシステムの改革、毎年流行する疾患への対策など、多数人の健康に関する問題への対応、HIV/AIDS のように対応が遅れると国家財政の悪化にもつながりかねない問題への対策、保健活動の普遍化など、国内格差拡大を防ぎ、地方や社会的弱者の待遇改善に関する事態など、さまざまな面から考慮しなくてはなりません。

しかし、開発途上国では、さまざまな事情によって、優先度が高くとも、実践困難なことは多く、また援助側でも、国や機関の政策によって決定しがたいことがあったり、予算や人材が確保できないこともあったりします。このように優先度が極めて高くても、実践が困難な場合は計画を段階別にしたたり、国連やその他の援助機関と協調したりすることも考えます。また、計画立案に際しては、経過を追跡し、成果を評価するための指標を明確にしておく必要があります。

5 | 保健領域での人間開発

貧困は最大の不健康だといわれます。かつて、国全体が裕福になれば、国民 1 人ひとりの取り分も増え、貧しい人々もよりましな生活が可能になるだろうとの予測がありました。これが第二次世界大戦後の世界的な経済開発を推進した理由の 1 つです。わが国でも、世界銀行などからの有償資金供与を受けて、東名高速道路、黒四ダム、東海道新幹線などが建設され、世界有数の工業化国に至ったことから、そのすべてが無駄とはいえません。しかし、多くの開発途上国では、経済開発が思うように人々の生活改善につながりませんでした。理由の 1 つには、政府の管理体制や能力の不備から、創出さ

れた富が均等に配分されずに、逆に貧富の差を拡大してしまっただけがあげられます。特にアフリカなど新興諸国では、かつての宗主国の権力者が、同国人の為政者に代わっただけで、社会的公正さは実現されず、真の意味の社会近代化も達成されないまま、国内は混乱し、紛争の温床となってきたという側面もあります。

人々の生活が改善し、向上するためには、基礎的な保健医療や教育など、人間の基本的ニーズ (Basic Human Needs, BHN) を満たすことが重要であり、積極的に貧困を削減することの重要性が認識されるようになりました。1990年代以降には、国の経済開発は、地域社会の開発を目指すものであり、真の開発とは人々の生活の向上と福祉の増進を目指すものであるという考え方に行き着いたのです。かつては、強化すればするほど経費がかさみ、生産性にはつながらないとみなされてきた保健や教育分野への投資こそ、人々の生活水準を引き上げ、それがひいては生産性の向上をもたらし、社会や国家の発展につながるということが、現在では、世界的に認識されています。すなわち、開発とは、結局、人間そのものの開発を目指すべきであるとする「人間開発」が主流となっているといえます。これらの流れは、1990年来の国連開発計画の「人間開発」と題される各年の報告や、世界銀行の年報「世界開発報告書」の1993年版のテーマ「健康への投資」にも現れています。

6 | 今後の課題

保健医療施設や通信交通手段などのインフラや、生存に必要な水や食糧もない砂漠に、突然、数万の人々が避難してきた際、これらの人々の生命を保持するのに必要なものは何でしょうか。現在の国際保健の優先課題は、このような状況を想定して決められているといっても

過言ではありません。できる限り少ない投資で、できる限り大きな効果を得ることが求められているのです。個々のテーマをあげ、簡単に説明します。

a ■ 水と食糧/栄養

世界的に、人々の生命に直結している最大の問題は、安全な水と食糧の確保です。国際的な保健医療系 NGO でも、医療施設での診療行為よりも、水や食糧支援計画に重点を置いていることも多いのです。食糧は、栄養とともに健康保持の基礎として保健医療の重要な課題ですが、さらに農業牧畜や産業経済政策などとも深く関係しています。また、干ばつや洪水など自然環境と関連があります。

b ■ 感染症

開発途上国では、ポリオ、麻疹などの小児のウイルス疾患や腸チフス、コレラ、赤痢、流行性髄膜炎などの細菌性疾患、また、マラリア、トリパノソーマ症などの原虫性疾患、住血吸虫症、フィラリアなどの寄生虫性疾患が解決されていません。アフリカ南部諸国では、HIV/AIDS への取り組みが、なお重要です。加えて、AIDS で両親をなくした孤児が増加し、武力紛争による大量避難民発生とともに、社会を破綻、混乱させている地域もあります。

マラリアは世界で毎年数億の感染と百万にのぼる死亡が推定されていますが、特にアフリカに多く発生します。過去の対策が失敗したことから、一時期、対策がなおざりにされていましたが、1998年以來、WHO、UNICEF、UNDP (国連開発計画)、世界銀行が共同で、新たな Roll Back Malaria プログラムを開始しています。

c ■ リプロダクティブ・ヘルス

リプロダクティブ・ヘルス (reproductive health, 性と生殖に関する健康) は、性と生殖に関し、身体的・精神的・社会的にも完全に良い状態を目指す活動で、妊娠出産、家族計画、不妊、性感染症、乳がん/女性生殖器のがん、思春期保健、更年期後の健康、男性の健康と役割、女性に対する暴力を含みます。従来の母子保健や家族計画に性感染症対策や思春期保健が加わった広い概念ともいえますが、完全に一致したものではありません²⁾。

1994年のカイロの国際人口開発会議(ICPD)で確立されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念は、それまで国家政策であった人口家族計画を個人の健康と選択権の尊重という、人間、特に1人の女性を中心とした考え方に転換するという画期的なものでした。翌年、北京で開催された第4回世界女性会議で、さらに議論が深まり、「カイロ+5」、「北京+5」など、活発なフォローアップ的国際活動もあり、単に妊娠出産避妊だけを扱うものではないとしました。90年代後半には、性に関する健康をセクシュアル・ヘルスとする考えが生まれ、sexual and reproductive health/rightsという概念も生まれています。

1990年代初頭、WHOは新たな統計を出し、世界では、毎年585,000人、1日当たり1,600人の女性が妊娠分娩を原因として生命を失い、周産期の対応の不備から、毎年300万以上の新生児が死んでいると警告しました。また、一般に40%の妊産婦は何らかの合併症を持ち、重症妊娠合併症にかかる女性の数は6,400万人/年と推定されています。

これらの女性の健康問題は、途上国のみならず、先進国にも存続する女性の立場に根を持っており、保健分野を越えたジェンダーの問題と

して取り上げられていることも多くあります。現在、いかなる分野であれ、国際保健医療活動の実践には、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ、ジェンダーの知識を理解しておくべきことはいうまでもありません。

d ■ プライマリ・ヘルス・ケアおよび地域医療システム

PHCの成果は目覚ましいものの、なお、途上国では多数の子どもが気管支炎や肺炎、麻疹、下痢症で、また、女性は妊娠出産に関連して生命を失っています。これらは予防や早期治療が可能のため、予防接種や経口補液や健康教育といった地域ぐるみのPHC活動が効果をあげる場はまだ多いのです。世界的な予防接種拡大作戦(Expanded Programme on Immunization, EPI)は選択的PHC活動でしたが、地域住民の健康への関心を高め、意識改革につなげる突破口としての役割を担ったといえます。EPIは、アフガニスタンなどの紛争状態でも、WHOなどが、政府と対立集団に働きかけて停戦させ予防接種を行うなど、全体の保健医療システムがうまく動いていない場合でも一定の機能を示していることもあります。

通常、PHCが機能するには、適切な人材、薬剤の確保と、PHCの範疇にない病人の移送体制を考慮する必要がありますが、非都市部のPHC施設での薬剤や消耗品補給の途絶が全システムを機能麻痺に陥らせてしまいます。効果的なPHC体制は、施設や機材、道具の維持管理と、上位施設との効果的な連繋が必須ですが、さらに次に述べるような地方保健医療者へのモラルサポートも重要です。

e ■ 教育・訓練の支援

真の保健医療活動を維持するのは施設や機械ではなく、人間です。医師、歯科医師、看護

師、検査技師、薬剤師、あるいは伝統的な保健職など、どのような人材が、どれくらい必要で、どのような教育訓練体制が適正で、また、養成された人材の配置をどうするかなど、資格認定や卒後教育や地方配置、また、人件費を含む経費や、特に途上国の非都市部での勤務者に対するモラルサポートなどの分野への関与も重要です。

通常、開発途上国では、基礎教育の水準が低く、高度な専門技術の研修設備は不備で、必要な理論や技術の修得、また、実習も不十分であることもあり、最新の知識はあるが、基礎知識と連携していないなど、教育の質に問題があることもあります。さらに、先進国で研修の機会を持った医師が、国の医療体制とあわない不適正な高度先進技術を金儲けの手段とするのもあって、不均質な医療が行われていることも少なくありません。

さらに、地方への人材配備は著しく不備で、薬剤や資材の補給の偏りとあわせて、大きな保健医療活動の格差をつくっています。とはいえ、このような状況下に外部からの保健医療者が赴任しても、効果は限定されます。都市の医師過剰と、地方ではコミュニティ・ヘルス・ワーカーだけなど、限られた保健医療者サービスを補正するためには、積極的な地域住民の関与を促す多面的な働きかけが必要です。

また、女性の保健医療従事者によってケアされる文化圏では、女性の医師や看護職の養成が必須であり、途上国一般に不足している理学療法士や栄養士など、コメディカル職の人材育成も必要です。さらに不足している重要な分野は管理部門を担当し得る人材の養成です。

現在でも途上国ではPHCが主流ですが、大規模な医療施設の管理よりも、地域保健分野を的確に管理できる人材が必要です。地域の政治的・経済的背景、宗教や伝統を含む文化、教育の

体制、女性の地位や立場といった幅広い知識をもち、実践すべき計画の目標を十分把握し、評価の視点を持ちつつ、着実に推進させられる能力をもった人材の育成は、多くの途上国でさしせまった問題です。

f ■ 慢性非感染性疾患

先進国では疾病構造が変化し、医療の主な対象は感染症ではなく脳循環器疾患や悪性腫瘍など、慢性的非感染性疾患に変化しています。しかし、開発途上国では、いまだに多産多死に近く、多数の子どもたちが下痢や急性呼吸器疾患など、先進国では対応可能な疾病によって命を落としています。一般に、慢性非感染性疾患の治療は、高価で、高度な医療技術を要することが多く、保健医療経費が増大するため、都市部でこれらの疾患が増えると、地方の基礎的保健対策予算を圧迫してしまいます。

また、慢性疾患は、死に至らなくとも、人々の生活に大きく影響し、経済損失につながるものが多いためです。WHOや世界銀行の研究から、死亡者数や死亡率だけではなく、後遺症や年齢要素を考慮した生存年数(disability adjusted life years, DALYs)から、本来過ごした健康な日々に対し、どれだけの損失をこうむったかを算定して得た病気負担(burden of disease)を数量化し、不健康、病気の影響を測定することも行われています。世界の病気負担の、実に9割以上は開発途上国に集中しているのですが、その原因となっている疾患への適切な国際協力こそ効果が高いといえます。

g ■ 国家政策への関与

多くの途上国は、国民が達成すべき健康上の目標を定め、その対策を示した5カ年計画などを発表しています。しばしば現実を認識しない理想論であることが多いのですが、国民全体の利

益になる政策や計画の枠組みづくりへの関与も重要です。将来的には、保険や医療経済の制度、すなわち、誰がどれくらいの医療費を支払い、それを誰がどう活用するかといった計画づくりも重要な分野になるでしょう。

h ■ 学際的分野への関与

健康は保健分野のみならず、他のさまざまな分野と密接に関連しています。例えば、人材育成に関しても、医師、看護師など、保健医療分野のほか、人口問題また学校保健や産業衛生分野、運輸関係の人材、リハビリテーション関係、貧困と福祉、食糧や水資源、都市計画や公共土木工事も環境衛生と連繫しています。健康を維持することは、社会活動の基礎であると同時に、その一部であり、国民の健康を維持、改善するという活動は、医療、看護といった特定範囲の関与だけでは終わらない時代に入ってい

るのです。

●参考文献

- 1) OECDhomepage, <http://www.oecd.org>
- 2) Basch P: Environment, Development, and Health. pp 235-294. In: Textbook of International Health, 2nd edition. Oxford University Press, NY, 1999.
- 3) 青山温子, 原ひろ子, 喜多悦子: 健康と開発. 有斐閣, 2001.
- 4) 西川 潤: 社会開発. 有斐閣, 1997.
- 5) El Bindare-Hammad A and Smith DL: Primary health care reviews, guideline and methods. WHO, Geneva, 1992.
- 6) WHO Health Report 2001. Geneva, 2001.
- 7) Ayittey GBN: Africa in chaos. MacMillan, London, 1999.
- 8) 国連開発計画 (人間開発報告). 国際協力出版会.
- 9) 世界銀行 (喜多悦子, 西川 潤訳): 経済開発とエイズ. 東洋経済新報社, 1999.
- 10) 山口健治: 世界銀行. 近代文芸社, 1995.

■ 話し合ってみましょう

途上国に必要な保健医療活動について話し合ってみてください。

- 1) 世界中の途上国名をあげてみましょう。
- 2) いくつかの途上国について、健康問題を阻害する直接的要因である感染症や栄養、リプロダクティブ・ヘルスなどの問題の実態を調べてみましょう。
- 3) さらに、健康を阻害する間接的潜在要因である国の経済や文化、教育などの実態についても調べてみましょう。
- 4) どんな支援が必要か話し合ってみましょう。
- 5) 自分達の専門領域でできる支援について話し合ってみましょう。

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 (メキシコシティー)、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 (メキシコシティー)、1994年 (カイロ) の5回。国連人口基金 (UNFPA) は1967年に設立された。

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ふ無意識の大前提が、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