

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)⁶ 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.

⁶ 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に疲れきって、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てびっくりしている。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)くらいのようなようだ。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・公衆衛生学的な問題をこえ、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、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。病気の問題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、国内格差が大きいいため、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

プ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、初等教育をかなり終えた程度であり、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、ヴェトナム、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

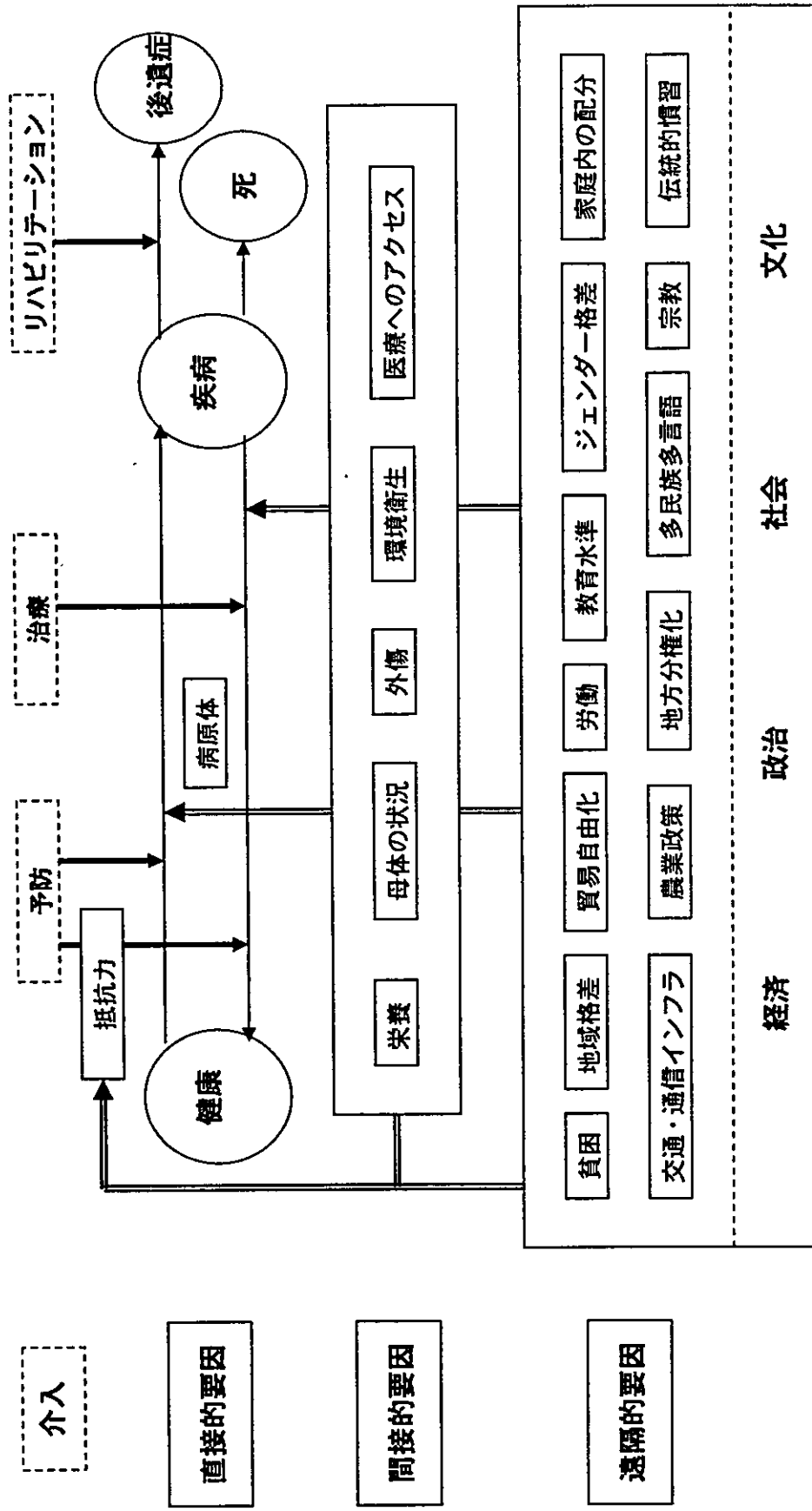
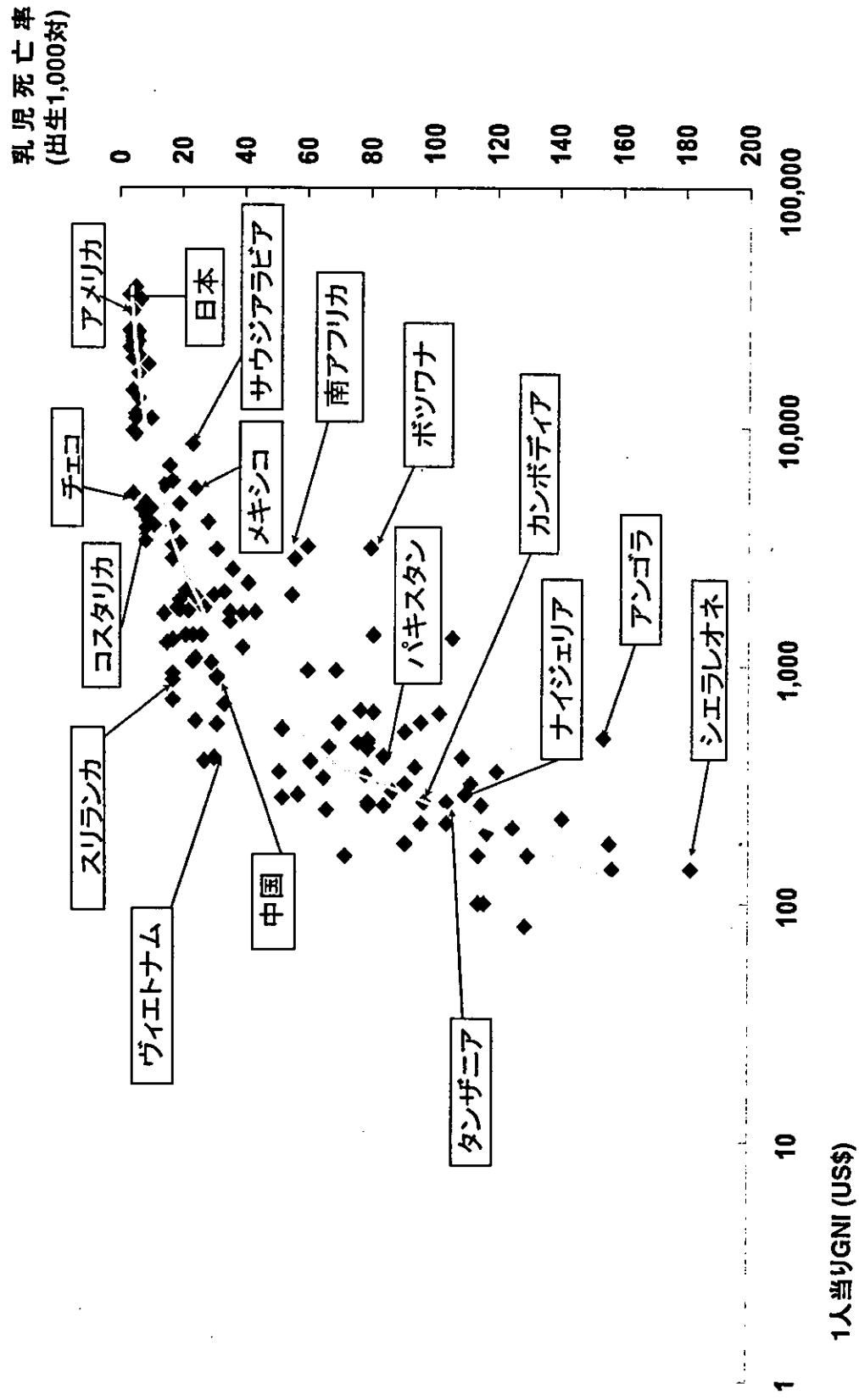


図2: 世界各国の乳児死亡率と1人当り所得



[世界銀行: 2003 World Development Indicators のデータより作成]



研究レポート

健康・開発とジェンダー

あおやま
青山

あつこ
温子

はじめに

日本では、妊娠出産に関連して命を落とす女性は稀であるが、目を世界に転じると、21世紀に歩を踏み入れた現在でも、毎年多数の女性が亡くなっている。妊産婦死亡の大部分は、アフリカやアジアの国々で起こっている。その原因の一つとして、貧困のために、病院などが整備されていないことや、診療費を払えない人が多いことがあげられる。

このように、貧困は健康問題を起こす要因であるが、女性たちが命を落とすのには、貧困ばかりでなく、文化的・社会的要因が関与していることが多い。例えば、男性が女性の診療をしてはいけないとされる文化の地域では、病院があっても男性医師しかいなければ女性は受診できない。また、家族の中での女性の地位が低く日ごろから十分栄養が摂れなかったり、女性が教育を受けられないため健康に関する知識が不足していたりすることなどがある。

人々の健康を改善するには、医学・保健医療の視点から対応するのみならず、経済状況や社会的・文化的要因に配慮した対策を考えることが必要である。このことは先進国でも同様であるが、開発途上国では問題点がより顕著に現れる。中でも、ジェンダー(gender)は、重要な社会的・文化的要因である。

健康と開発

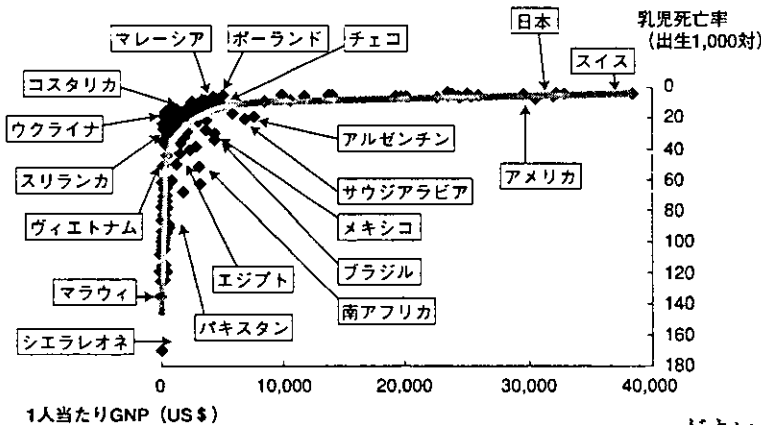
地球上のすべての人々にとって、健康(health)は、幸福に生きるための重要な要素

の一つとなっている。世界保健機関(WHO)の定義によれば、健康とは、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)のことであり、国連世界人権宣言にも、健康権は基本的人権として認知されている。しかし、現実には、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、まだ言えない状況にある。

人々が健康であることは、社会が健康であることの必要条件の一つである。健康な社会とは、人権が尊重され、自由で活力があり、差別や貧困による苦しみが無い社会のことである。そのような社会をつくり、人々の生活を物質的・精神的に豊かにして幸福を達成することが、開発(development)の目的である。健康と開発は相互に作用し合うため、開発によって健康が改善されるばかりでなく、健康改善によって開発は促進される。

過去半世紀間に、開発に対する考え方も変遷した。1970年代ころまでは、産業を振興し所得を増加させることが人々の幸福につながるとする、経済開発(economic development)の考え方が主流であった。ところが、1980年代になると、経済成長の過程で貧富の格差が拡大するなど、さまざまな矛盾に突き当たった。開発の重点は、社会開発(social development)に移り、開発途上国の貧しい人々の生活向上には、人間の基本的ニーズを満たし貧困を緩和するよう意識的に努力する必要があると認識された。さらに1990年代になると、開発の目標を人間そのものにおき、教育・保健などに投資する人間開発(human development)

図1 各国の乳児死亡率と1人当たりGNP



(世界銀行:「世界開発報告2000/2001mp」データより作成)

の考え方が生まれた。

貧困は人々の健康を直接的・間接的に害する。貧しい国々、例えば南アジアやサハラ以南のアフリカの国々などでは、子どもたちの約半数が、栄養不良状態に陥っている。貧しい人々は、上下水道や電気などの整っていない環境に住んでいて、飲み水が汚染されていたり、暖房がなかったりするため、下痢症や肺炎などの病気にかかりやすい。通信手段が不十分のため健康に関する知識は普及しにくいし、病気になっても病院に行く交通手段がないことがある。また、無料診察の公立病院があっても、薬代などは自己負担せねばならないうえ、設備も不十分で最低限度の医療の質すら保障されていないことが多い。

しかし、貧しい国々の健康問題は、単にお金や薬や設備がないことばかりが原因なのではない。政府のマネジメント能力が足りないために、予算を優先度に応じて計画的に配分したり、人材を適切に配備したり、医療の質やコストを規制したりすることができないことが、より重大な影響を及ぼしている。

別の視点から見れば、貧しくても適切に対応すれば、ある程度の健康水準には到達できるわけである。所得水準の指標である1人当たり国民総生産(GNP)と、健康状態の指標である乳児死亡率について、世界各国を比較してみると、所得水準が同程度の国々でも、健康水準はさまざまである(図1)。コスタリカ、スリランカなどで、所得水準に比べ健康水準

がよいのは、基礎的保健医療を優先政策として取り組んできたためである。その一方、ブラジル、南アフリカなどでは、所得水準に比べ健康水準が悪く、多数の貧しい人々が取り残されていることを示唆している。

健康とジェンダー

人々が病気になる時、3段階の要因が関与している。直接の原因は、出血や細菌感染などであるが、間接的には、栄養状態が悪くて抵抗力がなかったこと、汚染された水を沸かさずに飲んでいただけなどが、大きく影響している。さらに遠隔的要因として、貧しくて食物が十分買えないのに、父親が先に食べてしまい母親と子どもは残りものを食べていたこと、水道がなく女性が毎日遠くの川まで水汲みに行かねばならなかったことなど、経済的・社会的・文化的要因があげられる。

社会的・文化的要因の一つとして、ジェンダーがある。ジェンダーとは、生物学的性別に対し、社会的・文化的に規定された性別のことである。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。女性が社会的弱者の立場に置かれ、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、女性の健康状態が悪化していることは少なくない。

上の例でも貧しさや水道の未整備に加えて、家庭内での食物配分が女性は後回しになることや水汲みが女性の仕事になっているこ

となど、ジェンダーが、健康状態を左右する要因となっている。ジェンダー要因は、病気になった時治療が受けられるかどうかにも関係する。インド北部では、病気になった時に病院に連れて行く率が、女の子は男の子より低いことが観察された。その地域では、家庭や社会で、女の子は男の子より価値が低いとみなされていることによる。

ジェンダーのほか、社会階層(class)、エスニシティー(ethnicity)^注も、健康に影響を及ぼす社会的・文化的要因である。ジェンダーがきわめて重要な場合もあれば、貧富の格差、教育水準、出身社会階層の違いから生じる影響の方が大きかったり、地域や文化的背景、宗教の違い、民族の違いなどが重要だったりすることもある。また、同じ社会階層、同じエスニシティーの内部にもジェンダー問題があり、例えば貧困者層の中で女性は一段と低く位置づけられている。

注) 広い意味での民族のことで、人種・民族・部族・出身地・居住地・国籍・言語・宗教など、ある文化的・社会的属性を共有する集団を意味する。1人の人間が複数のエスニシティーを有することも多く、単純に割り切ることは難しい。

開発途上国の女性の健康

多くの国や地域で、女性は、独立した人格として自己決定権をもつことが認められず、社会的弱者の立場におかれている。女性には、妊娠・出産という身体的負担ばかりか、さまざまな社会的・文化的制約が課せられる。国際社会は、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はじめとする一連の国際会議などを通して、ジェンダー間格差の是正について議論を重ねた。

このようにして、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・reproductive health/rights)という概念が、国際的に認知されるに至った。国家政策であった人口問題は個人、特に女性の健康と自己決

定権という、まったく新しい観点から論じられるようになった。リプロダクティブ・ヘルスは母性保健や家族計画を超えた幅広い概念で、具体的には、妊娠・出産、避妊、不妊、性感染症、乳癌・婦人科癌、思春期保健、更年期以降の健康、男性の健康とその役割、女性への暴力などを含む。

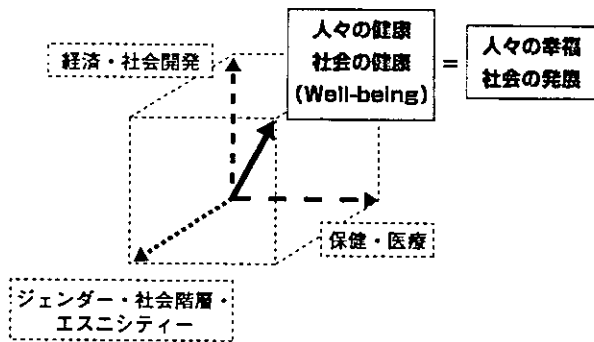
妊娠出産に関連して、世界では、毎年およそ58万5,000人の女性の命が失われている。一般に、妊産婦の40%が合併症を経験し、15%は治療を要する重大な合併症を発症するとされ、重症の妊娠合併症にかかる女性は、毎年6,400万人と推定されている。さらに、妊娠中や出産時の状態が悪いことが原因になって、毎年300万人以上の新生児が死んでいる。

妊産婦死亡を防ぐには、出産中、急に状態が悪化した時、速やかに対応できる産科緊急医療体制を整備することが必要である。開発途上国では、医師や助産婦の介助なしに自宅で出産する機会が多いため、状態が悪化しても対応できない。適切な救命処置のできる医師や助産婦等を養成するのが重要である。

また、女性に対する診療、特に産科診療に男性が携わることが文化的に容認されない地域(パキスタン、イエメンなど)では、女性の医療従事者を養成することが大切である。女性の医師や看護婦が診療所にいないと、女性たちは受診しようとしないうし、夫や親も女性が受診することを認めない。特に地方では、女性を隔離する伝統的発想が根強いので、正規の専門教育を受けた女性の医療従事者が不足している。また、地方には基礎教育を受けた女性も少ないため、地域での看護婦養成は容易でない。

家族計画の普及によって、望まない妊娠を避けられれば、妊娠と合併症発生の絶対数が減り、妊産婦死亡数を減少できる。特に医療体制の整備されていない地域では、避妊が女性の命を救う効果は大きい。開発途上国では、出産間隔が2年以上になれば、妊産婦・乳児

図2 人々の幸福と社会の発展に向けて



死亡の25%が予防可能と考えられている。出産間隔をあけることにより、母親は健康を回復でき、子どもの世話も十分できるようになる。家族計画は、母と子の健康を守ってくれるのだが、知識がなかったり、夫の協力が得られなかったりするなどして、避妊を実行できない女性たちは、今もなお多い。

おわりに

健康・開発とジェンダーに関する課題は広範であるが、代表例として開発途上国における妊産婦死亡を中心に論じた。人々の健康と社会の健康を達成するためには、開発、保健・医療、社会的・文化的要因という、3側面に、同時進行的に対処していく必要がある(図2)。健康問題は、医学・医療が発達しさえすれば、あるいは、人々が豊かになりさえすれば解決できるわけではない。先進国・開発途上国を問わず、ジェンダー・社会階層・エスニシティーに代表される社会的・文化的側面を、十分考慮にいれた対策が必要である。
〔名古屋大学大学院医学研究科(国際保健医療学)教授〕

参考図書

- 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) Aoyama A:『Reproductive health in the Middle East and North Africa:a review of issues.』(The World Bank, Washington DC, 2001).
- 3) Aoyama A:『Toward a virtuous circle:a nutrition review of the Middle East and North Africa.』(The World Bank, Washington DC, 1999.)



学習情報 カリッぽほど

子どものワークショップ ～こころとからだの劇あそび～

盛岡市のほぼ中心地、清流中津川を見下ろすベストスポットに「もりおか女性センター」はある。2000(平成12)年6月のオープン以来、試行錯誤の講座企画の中で、女性問題の根っこを探るうちに子どもの生きにくさにたどりついた。この生きにくさの世代間連鎖を断ち切るには、さまざまな世代へのアプローチが大切なのではないか。そんな発想から生まれたのが小学生対象のエンパワー講座「こころとからだの劇あそび」(全6回)である。

主任講師を務める“おっちゃん”こと「子ども環境研究所」の吉成信夫さんは“原っぱ”から抜け出てきたガキ大将のようにパワフルだ。ボディペインティング、日用品を打楽器にしての音探し、童話をモチーフにした劇あそびに、それぞれの回のゲスト講師がエキスを加えていく。最初は裸足になることにさえ抵抗感を示していた子どもたちが、走り過ぎて足が痛いと言い合えるほどに“五感の遊び”に興奮する。

2年目の子どもの講座も現在進行中、すでに終盤にさしかかろうとしている。手を抜けばすぐに見破られる。子どもたちとの真剣勝負の試行錯誤はまだまだ続いている。

(女性施策推進員: 打田内裕子)

もりおか女性センター

所長 金子 貞子

〒020-0871 盛岡市中ノ橋通1丁目1-10
 プラザおでって5F
 TEL 019-604-3303
 FAX 019-653-4417
<http://www.odette.or.jp/josei/index>

保健医療分野における アフガニスタン女性支援

名古屋大学大学院教授

青山温子

長い内戦がようやく終結し、アフガニスタンには、2001(平成13)年12月、暫定政権が設立された。国際的な復興開発支援が開始されることになり、日本も、地雷除去、教育、保健医療、メディアインフラ、そして女性の地位向上などを重点課題として支援することを表明した。2002(平成14)年4月、筆者は、国際協力事業団の調査団員として、首都カブールを訪れた。筆者の役割は、日本が技術協力を再開するにあたり、あらゆる分野で女性の参画を推進する方策を提言することであった。すべての分野にジェンダーの視点をとりいれるよう、特別に配慮された調査団は、これまであまり例がなかったのではなかろうか。

アフガニスタンでは、20年以上も続い

た内戦で、多くの人々が家や職場、家族の誰かを失ったうえ、保健医療・教育をはじめ社会基盤システムは荒廃した。そのうえ、過去5年間、タリバンの原理主義政策により、女性たちは、就学・就業を禁じられた。夫を紛争で失った貧しい女性たちは、国際機関などの食料支援に頼って細々と命をつなぐしかなかった。妊産婦死亡率は、世界最悪水準の出生10万対1700に悪化、生まれた子どもの4人に1人が5歳になる前に死亡するという状況に陥った。

とはいえ、アフガニスタンの女性たちは、ただ被害者であったわけではない。困難な時代を、たくましく生きてきた女性たちも少なくなかった。たとえば、暫定政権・移行政権のシディキ保健大臣は、内



シディキ保健大臣と筆者

戦前からずっとカブール市内の病院に勤務しつづけた優秀な外科医であった。白いチャドルを着けた地味な印象の方だが、どんな環境からも逃げ出さず、病める人々に尽くしてきた芯の強い医師なのである。

カブール市内にある産婦人科病院でも、女性医師たちが活躍していた。産婦人科診療は、文化的に女性が携わることとなっているため、院長はじめ医療従事者のほとんどが女性であった。患者家族の男性たちは病院の外で待ち、外国人訪問者も男性は手術室や分娩室に入ることやを許されない。手術室では、麻酔器がなく無影灯の電球もいくつか切れているような状況の中で、緊急手術が行われていた。産科部長は、タリバン時代もずっと



産婦人科病院での緊急手術—女性の医師・看護師たちが、必要な医療器材すらないところで、女性の命を救うために頑張っている。

診療を続けており、有力者の妻たちを診ていたので比較的強い立場にあったのだと話してくれた。この国のきわめて高い妊産婦死亡率を下げるために、新しい医学知識や適切な技術を学びたいのだと、この女性医師は熱心に語った。

保健医療分野で女性を支援しようと考えられる場合、まず、女性を受益者とする支援、たとえば、女性が診療を受ける病院・診療所などを整備することが考えられる。これまで、健康を守るという基本的ニーズさえ満たされていない女性たちに、最も必要とされている支援の一

つといえよう。

それに加えて、ただ援助されるのではなく、女性たちが能力を生かし復興開発の主体として実質的に関わっていきけるような支援がより重要である。たとえば、女性の医療専門職を育成して、健康を守る主体として女性が参画していきけるようにすることがあげられる。その際に、女性が働きやすい環境を整えていくことが重要である。

さらに、中央と地方との格差をなくしていく支援が必要である。不足している助産師や女性看護職などは、地方でも養成していかなければならない。地方展開の方法として、各地に女性センターを設置して、保健医療・教育・職業訓練などの足場として整備し、ネットワーク化することも考えられる。

支援を進めるにあたって、留意しておかなければならない点がいくつかある。まず、緊急復興支援から持続可能な長期的開発にむけての全体的展望に沿った支援をしていくことである。緊急時に援助があふれても、その効果が継続できないようでは、平和を維持することすらできないであろう。また、今もなお、対立勢

力が割拠しているため、一部に偏ることのない公平な支援をする必要がある。そして、現状では、女性を支援していくことが、必ずしもあらゆる階層の人々から全面的に支持されているとは限らないことを心得ておくべきである。

アフガニスタンのように、長く伝統社会が続いた地域では、人々の心は簡単には変わらない。無用な反発をまねかないよう配慮して、慎重に支援を進めるべきである。抽象的なアドボカシーのみにならないよう、具体的かつ実質的なプログラムを進める中で、女性の社会参画を形あるものにしていくことが望ましいと考えられる。

保健医療分野の支援は、基本的ニーズを満たすものとして誰からも賛同を得やすいばかりか、女性が活躍する場所を多く提供することができる。女性支援の手段としても、保健医療分野の開発援助を進めることは、きわめて有意義であるといえよう。

あおやま あつこ 名古屋大学医学部卒、同大学院医学研究科修士、医学博士。基礎研究、産婦人科臨床に従事後、国立国際医療センターにて保健医療分野のODA事業に関わる。その後、世界銀行にて中東・北アフリカ地域の保健医療分野開発などに携わり、平成13年より現職。著書に「開発と健康—ジェンダーの視点から」（有斐閣）など。