

- for the improvement of district health services in South Sulawesi. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
58. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of Jamaica. Joint evaluation report on the technical cooperation for the project on strengthening of health care in the southern region. JICA, Tokyo, Japan, 2003. (in Japanese)
 59. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Kenya. Joint evaluation report on the technical cooperation for the Kenya Medical Training College project. JICA, Tokyo, Japan, 2002. (in Japanese)
 60. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Ghana. Joint evaluation report on the technical cooperation project for the infectious diseases project at the Noguchi Memorial Institute for Medical Research in the Republic of Ghana. JICA, Tokyo, Japan, 2003. (in Japanese)
 61. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of the Philippines. Joint evaluation report on the technical cooperation for tuberculosis control project. JICA, Tokyo, Japan, 2002. (in Japanese)
 62. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Kingdom of Thailand. Joint evaluation report on the technical cooperation for the project for model development of comprehensive HIV/AIDS prevention and care. JICA, Tokyo, Japan, 2002. (in Japanese)
 63. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Domestic Socialist Republic of Sri Lanka. Joint evaluation report on the technical cooperation for the project for dental education at the University of Peradeniya. JICA, Tokyo, Japan, 2002. (in Japanese)
 64. JICA and Ministry of Health of the Republic of Indonesia. Final evaluation report on the technical cooperation for the ensuring the quality of MCH services through MCH handbook project. JICA, Tokyo, Japan, 2003. (in Japanese)
 65. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Yemen. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for tuberculosis control project (Phase III). JICA, Tokyo, Japan, 2004. (in Japanese)
 66. JICA. Discussion report for Terminal evaluation mission on the technical cooperation for the project of human resources development in reproductive health in Bangladesh. JICA, Tokyo, Japan, 2004. (in Japanese)
 67. Japanese mid-term evaluation team and authorities concerned of the government of the Kingdom of Cambodia. Mid-term joint report on the Japanese technical cooperation for tuberculosis control project. JICA, Tokyo, Japan, 2002. (in Japanese)
 68. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Kingdom of Thailand. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project for strengthening of National Institute of Health capabilities for research and development on AIDS and emerging infectious diseases. JICA, Tokyo, Japan, 2003. (in Japanese)
 69. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the India. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project for prevention of emerging diarrheal diseases. JICA, Tokyo, Japan, 2003. (in Japanese)
 70. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the United Mexican States. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for reproductive health project. JICA, Tokyo, Japan, 2004. (in Japanese)
 71. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Nicaragua. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project for strengthening of the local system of integral health care (SILAIS) of Granada. JICA, Tokyo, Japan, 2004. (in Japanese)
 72. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Dominican Republic. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for medical education and training project. JICA, Tokyo, Japan, 2004. (in Japanese)
 73. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Ethiopia. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for laboratory support for polio eradication (LAST POLIO) project. JICA, Tokyo, Japan, 2004. (in Japanese)
 74. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Tunisia. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project for strengthening of reproductive health education. JICA, Tokyo, Japan, 2004. (in Japanese)
 75. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of Lao People's Democratic Republic. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project for the improvement of Sethathirath Hospital. JICA, Tokyo, Japan, 2004. (in Japanese)
 76. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Madagascar. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project for the improvement of Mahajanga University Hospital in the Republic of Madagascar. JICA, Tokyo, Japan, 2003. (in Japanese)
 77. Japanese project evaluation team. Summary report of terminal evaluation for the maternal and child health project in Cambodia, Phase II. JICA, Tokyo, Japan, 2005. (in Japanese)
 78. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Kazakhstan. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project for the improvement of health care services in the Semipalatinsk region. JICA, Tokyo, Japan, 2005. (in Japanese)
 79. Japanese project evaluation team. Joint evaluation report on the technical cooperation for the reproductive health project in the Health Region Seven in the Republic of Honduras. JICA, Tokyo, Japan, 2005. (in Japanese)
 80. Japanese international cooperation agency and Ministry of Health and social assistance of the Republic of Guatemala. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project on Chagas disease vector control. JICA, Tokyo, Japan, 2005. (in Japanese)
 81. Japanese project evaluation team. Summary report of joint evaluation on the technical cooperation for Anhui Provincial Primary Health Care Technical Training Center project in China. JICA, Tokyo, Japan, 2005.
 82. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Kingdom of Thailand. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for

- the project for the Asian Center of International Parasite Control. JICA, Tokyo, Japan, 2005. (in Japanese)
83. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Union of Myanmar. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project for primary health care for mothers and children in Myanmar. JICA, Tokyo, Japan, 2005. (in Japanese)
 84. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Socialist Republic of Vietnam. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project Bach Mai Hospital project for functional enhancement. JICA, Tokyo, Japan, 2004. (in Japanese)
 85. Japanese project evaluation team. Joint evaluation report on the technical cooperation for the Expanded Program on Immunization strengthening project in China. JICA, Tokyo, Japan, 2005.
 86. Corridors of hope project final evaluation report. JICA, Tokyo, Japan, 2006. (in Japanese)
 87. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Zambia. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for HIV/AIDS and tuberculosis control project. JICA, Tokyo, Japan, 2005. (in Japanese)
 88. Japanese final evaluation team and authority concerned of the government of the Kingdom of Thailand. Joint evaluation report on the Japanese technical cooperation for the project for strengthening of National Institute of Health capacities for research and development on AIDS and emerging infectious diseases. JICA, Tokyo, Japan, 2003. (in Japanese)
 89. Japanese project evaluation team. Joint evaluation report on the technical cooperation for the project for strengthening regional health network for Santa Cruz prefecture in the Republic of Bolivia. JICA, Tokyo, Japan, 2006. (in Japanese)
 90. Ullin PR. Global collaboration in primary health care. *Nursing Outlook* 1989; 37:134-137.
 91. WHO. The Ottawa charter for health promotion. WHO, 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> (accessed March 6, 2008).
 92. Media center. UNICEF Sponsors First National Seminar on Social Work. UNICEF, 2005. http://www.unicef.org/myanmar/media_2749.html (accessed March 6, 2008).
 93. UNDP. Human Development Report 1997: Poverty. 1997.
 94. OECD. DAC Guidelines and Reference Documents: Poverty and Health. 2003.
 95. OECD. Policy Brief. Poverty and Health in Developing Countries: Key Actions. 2003.
 96. UN. World Population Prospects: The 2006 Revision. 2006.

(Received April 4, 2008; Revised August 19, 2008; Accepted August 21, 2008)

国際開発学会
第 19 回全国大会プログラム

19th Annual Conference of Japan Society
for International Development

2008 年 11 月 22 日 (土) ～11 月 23 日 (日)

会場：広島修道大学第 5 号館・第 6 号館

国際開発学会第 19 回全国大会
実行委員会事務局

〒731-3195 広島市安佐南区大塚東1丁目1-1

広島修道大学経済科学部豊田研究室

電話：(082)830-1227

FAX：(082)830-1950

問合せ：info-jasid@jasid.shudo-u.ac.jp

エジプト農村部の女性の健康改善に寄与する因子： 女性のエンパワメントとコミュニティ開発活動

○川口レオ、江啓発、天野静、青山温子
名古屋大学大学院医学系研究科

キーワード：女性の健康、エンパワメント、地域開発活動、横断研究、エジプト

1. はじめに

開発途上国における女性の健康改善を達成するためには、保健医療サービスの充実だけでなく、その受け手である女性住民の保健医療サービスへのアクセスの改善と健康意識の向上が重要である。しかし、実際は、教育水準、地域社会の経済状況、文化・慣習等、多様な社会的要因によって、住民の医療機関へのアクセスが十分に確保されていないことも多くみられる。特に、中東・南アジア諸国の農村部においては、女性の地域・家庭内での地位が低いと、保健医療サービスの利用が妨げられ、さらに過重労働、栄養不足、多産などによって、女性の健康が阻害されることがある。

女性に対する経済的な自立支援によって、女性の保健医療サービスの利用率が改善された、との報告があり¹⁾、女性の社会的地位の向上は、女性の健康問題の改善に対しても有効であると考えられる。

エジプトでは、世界銀行の融資による社会開発基金(Social Fund for Development: SFD)プロジェクトや、各種の農村開発プロジェクトによって、農村コミュニティの活性化が図られてきた。保健医療分野に限らず、さまざまな地域開発プロジェクトによる女性のエンパワメント²⁾が、副次的に保健医療状況の改善をもたらすことが期待される。本研究では、エジプト農村部におけるこれらの地域開発活動が、女性の保健医療サービスの利用状況とどの程度関連しているかを分析することにより、女性のエンパワメントが、どの程度健康改善に寄与しているかを分析することを目的とする。

2. 研究対象地と研究方法

2007年11月に、エジプト・カイロ市近郊にある、人口約21,000の中規模農村において、居住する既婚女性を対象とした横断研究を行った。まず、村を4つの区画に分け、各区画から50-60名の既婚女性(20歳以上)を選び、研究対象者とした。面接担当者が対象者の自宅を訪問し、質問票を用いた構造化インタビューの手法にて、面接調査を行った。なお、面接は、同村で地域保健活動を行なっているカイロ大学看護学部の教員および看護学生が担当した。質問項目は43問で、世帯の経済状況、家族構成、研究対象者のエンパワメントに関する項目(自己決定権、経済的自立の程度、家庭内・地域社会における役割、コミュニティとの関わり、開発活動等への参加の有無等)に加え、健康に関する情報(現在の健康状態、出産時の状況、保健医療サービスの利用状況等)について質問した。なお、質問票の作成に先立って、村内の女性の日常生活、保健医療サービスへのアクセス、さらに、村内で行なわれている(いた)コミュニティ開発活動に関する情報を得る目的で、20-50代の女性8名によるグループ・ディスカッションを実施し、結果を質問票に反映して調査を行った。

面接調査の結果に対して多変量解析を行い、とくに、女性のエンパワメントに寄与すると考えられる地域開発活動への参加と保健医療サービスへのアクセスとの関連について分析を行った。その際、個々人の社会的地位やエンパワメントに関する指標として、①行動・移動の自由、②経済的自立と安定性、③日常生活における自己決定能力、④支配や暴力からの自由、⑤地域社会活動への参加、の各項目について質問項目を分類し、指標化を行った。また、保健医療サービスへのアクセスは、妊娠・出産時のサービスの利用(妊婦健診の受診、出産

〔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
Tel: 052-744-2109 Fax: 052-744-2114 E-mail: intnl-h@med.nagoya-u.ac.jp

介助)および一般の疾病時の医療機関の受診をもとに判定し、年齢、教育歴等の変数を加えて重回帰分析を行い、女性のエンパワメントと健康との関連を分析した。

なお、研究対象者には、あらかじめ口頭および文書にて研究の趣旨を十分に説明し、研究への参加について、書面による同意を得た。また、住民を対象とした疫学研究の実施にあたり、名古屋大学医学部倫理審査委員会の承認を得て行った。

3. 調査結果と分析

(1) 調査対象者の特性

面接調査を行った研究対象者は、年齢 20 歳から 65 歳(中央値 32 歳)の合計 174 名であった。このうち 120 名(69%)が初等教育を受けておらず、特に 35 歳以上では 85%が未就学であった。

外出に際して家族の許可が必要、との回答は、外出先によって大きく異なり、市外(84.5%)、モスク(74.7%)、保健医療施(57.5%)、市場(42.5%)などであった。全体では、約 85%の女性が、外出に際して何らかの制限がある、と回答していた。また、家事以外の労働に従事して現金収入を得ていると回答した女性は 27 名(15.5%)おり、具体的な職種として、村内の市場で農作物の販売、雑貨店経営などの回答があった。

夫や家族からのドメスティック・バイオレンスについては、174 名中 100 名が「たたかれたことは一度もない」と回答したのに対し、30 名(17.2%)が、週 1 回以上暴力を受けていると回答した。

地域で行われていた地域開発活動は、女性に対する識字学校、機織りや縫製などの手工芸のトレーニング、地域の清掃活動、さらに社会連帯省や SFD によるマイクロファイナンス等であった。これらの活動について「よく知っている」と回答したのは全体の 34%だったが、実際に活動に参加している者は 15%程度に過ぎなかった。また、「活動について知っているが、参加していない」と回答した女性にその理由を尋ねたところ、「自分には必要がない」との回答が 35%と最も多かったが、「参加の方法がわからない」(31%)、「時間がない」(5%)、「家族からの承諾が得られない」(3%)等の意見も認められた。

妊娠・出産、健康に関する回答結果を表 1 に示す。平均結婚年齢は 17.1 歳(11-33 歳)で、年配女性ほど結婚年齢が早かったが、初産年齢は 18-19 歳で、年齢層間に差を認めなかった。平均妊娠回数は全体で 4.1 回であったが、最若年層で最高 7 回、45 歳以上の女性では 15 回妊娠、との回答があり、結婚後、間をおかず妊娠、出産を繰り返していたと考えられるケースも散見された。また、分娩時の状況として、助産師や医師による分娩介助、医療機関での出産、妊婦健診の受診の状況について質問したところ、若年層ほど保健医療サービスの利用が高い結果が得られた。この地域では、自宅で助産師や医師の介助により出産することが一般的のため、異常分娩でない限り、自宅分娩で問題はないと思われる。しかし、地域母子保健活動が活発な現在でも、10%前後の妊婦が健診を受けておらず、また、一般の疾病に関しても、44%の女性が「医療機関を受診していない」と回答するなど、アクセスに関する課題が明らかになった。

表 1. 調査対象者の妊娠・出産、健康に関する年代別集計表

年齢 (歳)	人数 (人)	平均 結婚 年齢 (歳)	平均 初産 年齢 (歳)	平均 妊娠 回数 (回)	専門家による 分娩の介助		医療機関での出産		妊婦健診を受診 しなかった割合		健康上の問題が あると 回答した者の割合
					第 1 子	末子	第 1 子	末子	初回 妊娠時	直近の 妊娠時	
20-24	45	18.0	18.9	2.1	91.1%	94.1%	84.4%	84.4%	8.89%	8.89%	35.6%
25-34	54	17.7	19.0	3.4	83.3%	90.3%	63.0%	72.6%	18.5%	14.8%	48.2%
35-44	42	17.1	19.0	4.8	57.1%	64.2%	33.3%	35.9%	47.6%	35.7%	57.1%
45-	33	14.8	18.2	7.2	12.1%	40.0%	9.1%	30.2%	87.9%	81.8%	75.8%
全体	174	17.1	18.8	4.1	65.5%	74.2%	51.2%	57.0%	36.2%	31.0%	52.3%

(2) エンパワメントに関する指標の抽出:主成分分析

質問票に対する回答の中から、女性のエンパワメントに関するさまざまな側面について、指標として定量化を試みた。はじめに、Schulerらの研究³⁾を参考に、以下の5領域のエンパワメント指標を設定し、各指標に関連すると考えられる質問項目を配した(表2)。各エンパワメント領域について、質問項目(変数)に対する主成分分析を行うことによって個々の研究対象者の「総合点」を求め、(3)で行う、健康に関する変数との重回帰分析における新たな説明変数とした。

表2. エンパワメントに関する5つの側面と、関連する質問項目

エンパワメントの5つの側面	関連していると思われる質問項目
1. 移動・行動の制限の有無	外出に関する家族の許可の要否、病院・市場・村外等へ単独で行くことが許されているか等
2. 経済的安定と自立	世帯の収入、本人の現金収入の有無、自由に使える金の有無、子どもの数等
3. 日常の自己決定権・能力	日用品、家具・家屋の購入、子どもの教育に関する決定権、家族計画についての決定等
4. コミュニティ活動への参加	地域社会活動を知っているか、参加の有無、自由時間の有無、家族の家事協力の有無等
5. 家庭内でのサポートの有無	家族の家事協力の有無、本人・夫の教育歴、ドメスティック・バイオレンスの状況等

実際の分析手順として、表2の4. コミュニティ活動への参加の指標の算出を例に説明する。はじめに、主成分分析を行なうために以下の入力変数を用いた。

- ・地域での社会活動について知っているか(Yes/no)
- ・地域社会活動のミーティングに出席したことがあるか(Yes/no)
- ・地域社会活動に参加したことがあるか(Yes/no)
- ・自分が好きに使える時間があるか(毎日ある/週に数日ある/月に数日ある/ない)
- ・同居の家族が家事を手伝ってくれるか(よく協力してくれる/時々してくれる/してくれない)
- ・家庭の外で(現金収入のある)職業に就いているか(Yes/no)

上記の変数に対して、相関係数をもとに主成分分析を行い、表3., 4.に示す上位4つの主成分の固有値、寄与率、累積寄与率、および各変数における主成分負荷量を得た。

表3. 地域活動への参加に関する主成分

主成分	固有値	寄与率 (%)	累積寄与率 (%)
第1主成分	2.18	36.4%	36.4%
第2主成分	1.01	16.9%	53.3%
第3主成分	0.95	15.8%	69.1%
第4主成分	0.91	15.2%	84.3%

表4. 地域活動への参加:各変数の主成分負荷量

変数	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分
地域活動の認識	0.5360	0.1303	-0.0980	-0.3555
会合への参加	0.5374	0.0973	-0.0694	-0.3138
地域活動に参加	0.5130	-0.2487	-0.0811	0.0707
家族による家事協力	0.2934	0.1066	-0.3898	0.8254
時間が自由に使える	0.1553	0.7231	0.6210	0.1980
外で仕事	0.2248	-0.6143	0.6644	-0.2226

表4の主成分負荷量表では、第一主成分のうち、とくに地域開発活動の認識、参加に関する負荷量が高く、また、家族の協力や時間にゆとりがあるなど、活動に参加しやすい状態を表すと思われることから、この主成分を「地域活動への参加」についての総合的な成分とみなし、これをもとに、各研究対象者の「地域活動への参加」に関する新しい変数(主成分スコア)を算出した。

同様に、他のエンパワメント領域(表2)についても、主成分の固有値、負荷量等を求め、適宜変数選択を行うことによって、指標化を行った。

(3) 回帰分析によるエンパワメントと健康との関係分析

(2)で求めたエンパワメントの各領域に関する指標、および年齢、教育歴、家族構成などを独立変数とし、妊娠・出産時あるいは疾病時に適切に保健医療サービスを受けられたかを従属変数としてロジスティック回帰分析を行った。

保健医療サービスへのアクセスに関するロジスティック回帰分析の結果を表5に示す。コミュニティ活動への参加の度合いが高いほど、また、家庭内でのサポートの指標(点数)が高いほど、妊婦健診の利用や医療機関への受診が有意に高いことが示された。妊婦健診参加との関係において、年齢が負の相関(オッズ比が1未満)を示すのは、主に地域母子保健活動が近年になって活発になり、年配女性の(過去の)利用率が相対的に低いためと思われる。また、女性および男性(夫)の教育レベルとアクセスとの間には有意な関連を認めなかった。

表5 保健医療サービスへのアクセスに関与する因子

A. 妊婦健診への参加

変数	調整オッズ比 (95%信頼区間)	P
コミュニティ活動への参加	1.16 (0.81-1.66)	0.41
家庭内のサポート	1.51 (1.06-2.16)	0.024 *
移動・行動の自由	0.85 (0.70-1.05)	0.130
経済的自立と安定性	1.07 (0.86-1.32)	0.54
日常の自己決定権	0.92 (0.76-1.11)	0.39
年齢	0.89 (0.85-0.94)	0.001 *

B. 疾病時の医療機関への受診

変数	調整オッズ比 (95%信頼区間)	P
コミュニティ活動への参加	1.55 (1.01-2.37)	0.043 *
家庭内のサポート	1.31 (0.98-1.76)	0.073
移動・行動の自由	0.96 (0.79-1.17)	0.69
経済的自立と安定性	0.95 (0.78-1.16)	0.60
日常の自己決定権	0.89 (0.74-1.07)	0.21
年齢	0.97 (0.94-1.00)	0.059

4. まとめ

本研究で、女性の保健医療サービスへのアクセスの改善に、とくに地域社会との関わりと家族のサポート体制が関連していることが明らかになり、女性のエンパワメントが健康改善に重要であることが示唆された。

今回調査を行った村は、ギザ県の中でもカイロ市街に比較的近い農業地帯であったが、カイロ市の拡大、また南部の諸都市へ向かう街道に面している、等の要因によって、近年人口が爆発的に増加し、家族形態、居住環境、産業構造の変化が急速に起こっている。このように都市化しつつある状況では、年代や社会階級など、住民間の社会格差が大きくなることも予想される。

上記のとおり、女性住民の保健医療サービスへのアクセスはまだ満足できるレベルにないため、今後、保健医療サービスの充実とともに、女性住民のサービスへのアクセスを改善する必要がある。コミュニティ活動への参加は、アクセス改善に強く関連するという結果で得られたが、活動への参加を妨げる諸要因についても分析を行うとともに、参加を促進する働きかけが重要である。

謝辞

本研究は、「平成19年度日本学術振興会科学研究費補助金(基盤研究(B):課題番号19406024)」、および平成19年度国際医療協力研究委託事業(17指3)により実施した。

参考文献

- 1) Roy K, Chaudhuri A (2008) Influence of socioeconomic status, wealth and financial empowerment on gender differences in health and healthcare utilization in later life: evidence from India. *Social Science and Medicine* 66 (9): 1951-1962.
- 2) Rahman MH, Naorozo K (2007) Women empowerment through participation in agriculture: experience of a large-scale technology demonstration project in Bangladesh. *Journal of Social Science* 3(4): 164-171.
- 3) Schuler SR, Hashemi SM (1994) Credit programs, women's empowerment, and contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 25(2): 65-76.

国際開発学会
第19回全国大会プログラム

19th Annual Conference of Japan Society
for International Development

2008年11月22日(土)～11月23日(日)

会場：広島修道大学第5号館・第6号館

国際開発学会第19回全国大会
実行委員会事務局

〒731-3195 広島市安佐南区大塚東1丁目1-1

広島修道大学経済科学部豊田研究室

電話：(082)830-1227

FAX：(082)830-1950

問合せ：info-jasid@jasid.shudo-u.ac.jp

「難民」と「ヒバクシャ」-押し付けられた尊称

喜多悦子（日本赤十字九州国際看護大学）

キーワード：難民、国内避難民、被爆者/ヒバクシャ、紛争

1988年、わが国初の civilian の紛争地派遣としてパキスタン ペシャワールへの赴任が決まった時、1カ月以内に入手しえた「難民」あるいは“Refugee”関連書籍はわずかに3冊であった。その中で、もっとも信頼できると思われた“Medical Care for Refugees”（1987）の精神衛生（ここでは古典的精神病ではなく、環境の変化やストレスによって生じる精神面の変化として、以後メンタルヘルス¹と表現する）に関する記載は約400頁中4.5頁、やや古典的精神医学的記載が主で、いわゆるメンタルヘルスへの言及は数行にすぎない。

1. 「難民」・「避難民」支援とメンタルヘルス

国境を越えた「難民」に加えて、本来の居住地からは移動しているが国境を越えない「国内避難民」への支援が急務となったのは、冷戦構造崩壊後の1990年代に Complex Humanitarian Emergency（地域武力紛争、以下CHE）が増えたことによる。CHEでは、時に民族性や宗教性という変え難い属性が対立を煽り、住民が戦い手になるため、誰もが攻撃の対象となり、憎しみや殺傷が卑近化すること、さらに戦時でも平和でもない不穏で緊張を強いられる状況が遷延化することなど、メンタルヘルスが問題となり、その対応が不可欠となった。問題の本質的解決はCHE状態を解消することにつきるが、この時期、わが国でも阪神淡路大震災を契機として、災害発生直後から被災者のPTSD（Post Traumatic Stress Disorder、心的外傷後ストレス障害）などメンタルヘルスに注意が払われるようになり、1990年代には、紛争、自然災害を問わず、緊急医療援助や食糧・水など物理的支援に加えてメンタル面の対応を必須とするようになった。1997年のMSF（国境なき医師団）の“Refugee Health”では、新たに【Mental Health】が項立てされ、さらにWHOは、次々に難民・国内避難民、紛争地・紛争後のメンタルヘルスに関する指針などを発行している。現在、緊急時からあらゆる人道援助で食糧・水、治安に加え、医療・公衆衛生におけるメンタルヘルス対策の重要性は確立しているといえる。

2. ヒバクシャの心の傷

自らの国際保健経験は世界唯一の戦争被爆国であることと重なっておらず、広島や長崎は何度も、その被災メモリアルも数度以上訪問し、被爆者またはその子孫という知人もいるが、「被爆者」を「難民」と同じように仕事や任務の対象と捉えたことはないため、今回、主に文献的検索を行った。

¹ メンタルヘルスは認知、感情面の健全性（well-being）とその問題およびいわゆる精神医学的疾患を含むが、ここでは古典的精神医学的疾患は含まず、広いややPHCレベルの問題とする。

原爆投下による被爆がわが国に限局されていることもあろうが、「ヒバクシャ」のメンタルヘルスに関する欧米文献は限られている。ヒロシマとナガサキについての文献は、初期の悲惨な状況、後に白血病や小頭症など医学的、さらに平和学に関するものが多い。唯一、1967年出版のR・J・リフトンの“Death in Life”（日本語訳は「死の内の生命」）は、京都で日本人青年に対する心理的歴史的研究に従事したアメリカ人精神医学者が、17年後の広島で行ったメンタル面を含む研究報告である。「ヒバクシャの心の傷を追って」（2007）は、ヒバクシャとの深く長く広い付き合いをもった精神科医中澤正夫が、メンタルヘルス専門家の立場から、無事の多数市民に襲い掛かった「本質的には放射能被害」である原爆が、なぜ、きわめて特殊なPTSDとして今なお続いているのかを取り上げた書で、わが国における歴史的背景も解説されている。

3. 「難民」と「ヒバクシャ」

ある集団の人々「難民」、「ヒバクシャ」とよぶことは、なぜ、許されるのか？ 同一に論じる問題ではないが、「ホームレス」、「フリーター」「ニート」、「後期高齢者」そして「障害者」も、どのようにして、確立した属性となりうるのか？ 自らにも、これらの「尊称」を異物視する構造があるような気もする。また、「難民」、「ヒバクシャ」の真の心の問題は、外部者に理解できるのであろうか？ 原爆を扱った文学、音楽、絵画など、芸術の力が必要とされる所以も判るようで、解答はない。

「ジュネーブの 原爆展で鶴折れば 吾を呼び止める 難民の子は」（美帆シボ）

参考文献

1. 喜多悦子 紛争時紛争後におけるメンタル・ヘルスの役割 JICA 客員研究員報告 2005.
2. 青山温子 紛争後復興開発と平和構築に対する保健医療活動の役割に関する研究 平 16 厚生労働省科学研究費社会保障国際協力推進研究事業報告書
3. WHO Mental Health of Refugees WHO 1996
4. WHO Rapid Assessment of Mental Health Needs of Refugees, Displaced and Other Populations affected by Conflict and Post-Conflict situation WHO 2001
5. WHO Mental Health in Emergency WHO 2003 http://www.searo.who.int/LinkFiles/List_of_Guidelines_for_Health_Emergency_Mental_Emergencies.pdf
6. WHO IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings http://www.who.int/hac/network/interagency/news/iasc_guidelines_mental_health_psychosocial_upd2008.pdf
7. Robert J Lifton Death in Life. Survivor of Hiroshima Random House 1967 NY (訳 死の中の生命 ヒロシマの生存者 榊井迪夫監修 朝日新聞社 昭46)
8. 広島市・長崎市 原爆災害誌編集委員会 原爆災害 ヒロシマ・ナガサキ 岩波現代文庫 2007
9. 中澤正夫 ヒバクシャの心の傷を追って 岩波書店 2007
10. その他、黒い雨（井伏鱒二 新潮文庫 1966）、原爆の子（長田新 岩波文庫 1990）はだしのゲン（中沢啓治 汐文社 1984）、原爆体験（濱谷正晴、岩波書店 2005）

アジア太平洋文化への招待

アフガニスタンの思い出 ミスター「教育の力」



喜多悦子 きた えつこ

日本赤十字九州国際看護大学学長。兵庫県生まれ。奈良医大卒。小児科/臨床検査医を経て、国際保健医療活動に入る。国立国際医療センター勤務時、日本のODAに多数関与、また、UNICEF、WHOで、紛争地関連の仕事に従事。2002エイボン女性大賞、2003国際ソロプチミスト千恵子大賞受賞。2006-2007年度ACCU教育協力事業委員会委員。

人権としての「教育」「健康」

教育を受ける権利や、健康であること、そして必要な保健医療サービスを受けられることは基本的人権だと、思う。そう思っている人も多いはずだ。

しかし、人権および自由を尊重し確保するために、「すべての人民とすべての国とが達成すべき共通の基準」として、1948年12月10日、第3回国連総会で採択された世界人権宣言の条文に「教育」の文字はない。さまざまな前提が述べられた前文に、「…これらの権利と自由との尊重を指導及び教育によって促進するこ

と云々」があるだけだ。そして「健康」は一度も記載されていない。

また、それに先立つ1945年6月26日、第二次世界大戦後の世界を再構築するための規範として調印され、同年10月24日に発効した国連憲章には、数個の「教育」が現れるが、すべて教育的 (educational) という形容詞であり、「健康」は一度も現れない。

一方、昭和21 (1946) 年11月3日に公布され、翌22 (1947) 年5月3日に施行された日本国憲法では、その第25条で、「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とあり、続いて、第26条では、「すべて国民は、法律の定め

るところにより、その能力に応じて、ひとしく教育を受ける権利を有する。すべて国民は、法律の定めるところにより、その保護する子女に普通教育を受けさせる義務を負ふ。義務教育は、これを無償とする。」とある。保健医療の国際協力に関与するようになって、改めて、日本国憲法にある種の感慨を覚えたことがあった。

そして、1994年の国連開発計画年報で提唱され、わが国がイニシアティブを取ってきた人間の安全保障だ。わが国が設置した委員会によってまとめられ、平成15 (2003) 年、国連事務総長に提出された報告書には9項の提案がある。その第7番目は、基礎保健サービスの完全普及であ



炎天下に水を待つ子どもたち 1989年夏 パキスタン・ベシャワール



難民キャンプで水を運ぶ少女
1989年春 ベシャワール郊外



難民キャンプの女児の学校 1989年秋 ペシャワール郊外



タリバン後のカブール 子どもと大人の混合学級 2002年冬

り、第9番目は、普遍的な基礎教育の完全実施だ。

1940年代には、世界的ではなかった健康と教育は、現在の世界では実に重要な事項として、誰でも、何処でも、十分以上に認識されている。では、20年前は……

識字率と就学率

国際保健医療協力に足を踏み入れたのは20年以上も前のこと。多くの開発途上国の、それも首都圏以外の地域の識字率は、はっきりと、把握されているようには見えなかった。識字とは、どの程度の読み書きができれば良いのか？ それも、あまり正確に規定されていないようだった。

80年代末、アフガン難民対策で、パキスタンの北西辺境州の州都ペシャワールに住んだ時のことだ。ギリシャ・ローマと、その昔の東洋文化の接点として、また、シルクロードの旅籠街としても長い歴史を持つこの街は、イスラム文化圏という以上に、何か伝統的な雰囲気があった。この地に、立派なキリスト教会やゴルフ場があるのは、かつてのイギリス支配の名残だが、街の一角には現地人のクリスチャンの人々が住んでいる。彼らの多くはコックさん、つまり調理人だが、バスコ・ダ・ガマがインドを目指した時に随行した料理人の子孫だと、真面目に信じている。私の家にきてくれる

ことになったコックのナニックさんも、そう云った。バスコ・ダ・ガマが、最初にインドを目指したのは1490年代末だが、ナニックさんは、その時からの伝統を継いでいるから、並みの年季じゃない、という。確かに腕前は良かった。大きな切り株の上で、鉈で切り裂いた、棍棒のような骨付きの牛の肉から、今、思い出しても唾液がにじみ出るほどのローストビーフを作り、その時の汁を利用して、野菜スープを作る。小ぶりだが、何ともいえないパリッとした皮と、ホンワカ、バニラの香りが漂うシュークリームや、パキスタン特有ではないが、ミルクと甘みを利かした、現地では「チャイ」とよぶロイヤルミルクティなどなど。何とかの三ツ星など、問題にもならない腕だったことは認めざるを得ない。時々、冗談に、「あなたのキャプテンは、この料理がお気に入りだった？」と訊ねると、「モッチロン!!」と鼻がうごいた。

そのナニックさんと、面接した時だった。「英語の読み書きは出来ますか？」と訊ねた。彼は「もちろん!!」と、胸をはった。

だが、実情は、自分の名前を、ひしゃげた字で書けるだけ。読めるのは、馴染みの店の名前だけだった。自分は読み書きできる……というのは、どの程度をいうのか、しばしば悩んだものだった。

当時、従事していた予防接種や母子保健、特に妊婦ケアや栄養対策など、いわゆるプライマリー・ヘルス・ケア範疇の保健

活動の成果が、地域住民の識字、特に女性のそれとの関係があると実感していた保健医療関係者も沢山いた。1980年末頃、女性の識字率と乳児死亡率が相関するとの調査結果を見た時、明確に女性を対象にした、つまり未来の女性である女児の教育の重要性を確信した。

アフガン難民の女性への関与

1979年末、当時のソビエト軍の侵攻によって、数年内に、全人口の約1/3にも相当する500万のアフガニスタン人が、西のイランと東のパキスタンに難民化した。

パキスタンの北西辺境州(通称NWFP)一帯では、10年近くの難民生活を送っているアフガンの人々が多数いたが、当時、まだ完全に小児科医生活から足を洗えていなかったこともあって、仕事であった予防接種や栄養対策とあわせて、子ども関連のさまざまな活動に関与していた。

350万人とも云われる難民を受け入れていたパキスタンには、350を超える難民キャンプがあったが、その中で、初等学校ですら、きちんと行われているところはそれ程多くないようだった。しかし、祖国で教育に携わっていた人々や、多数のNGOによるさまざまな教育が、途切れ途切れに行われていたことは確かだ。

しかし、悪名高いタリバン時代よりも、



オモチャじゃないよ、これはカラシニコフ銃
1989年春 カイバル峠



野外の少年の学校 1989年冬

ずっと前のことだったけれども、やはり「女性」の教育には、何かしら、大きな抵抗があった。教育でなくとも、対「女性」の活動は常にセンシティブで、きわめて慎重に進めなければならなかった。筆者自身の経験だが、産前教室のような、見方によっては女性教育でもある妊婦検診を行うクリニック開設の計画を発表した後のことだった。ここでいうクリニックとは、日本のそれとは比較にならない貧相な、血圧計と体重計しかない、干し煉瓦の掘建て小屋だったが、数日間にわたって、「I kill you (殺すゾ)!!」との電話脅迫を受けたことがあった。

同僚のオランダ人の助産師さんが、「馬鹿馬鹿しい、けど、私たちが死んでも何も変わらない。だから、ここは待とう。」と的確な判断をした。結局、3か月ほど後に開始したが、その時は何も起こらなかった。幸い、というべきだっただろう。

オンナは内、オトコは外

パキスタンは、人口1億6千万弱、面積は日本の2倍強だが、北部を除き山岳地帯がないため、実に広々している。というより、砂漠がほとんどのバルチスタン州など、アフリカ同様、^{ヒート}人氣が無い地帯も少なくない。そのような地域や、山岳地帯の冬は結構厳しく、零下1、2度の夜明けも稀でない。難民は、祖国に近い国境地帯か、あるいはあまり人里がない地域に居住する。あまり保健対策が進んでいないキャンプ

を調査した時のことだった。学校だという粗末な大型物置のような建物をのぞいてみた。教室・・・という部屋には、黒板も机も椅子も無く、薄っぺらなマットを敷いた漆喰の床に、30名ほどの少女が座っていた。「オンナの子の学校ですか?」と尋ねたら、女性の校長先生が、「オトコはアッチ・・・」と。

庭というには殺風景な屋外に、テントが張られていて、その下で少年たちが、石盤に、墨汁のようなインクを使って、字を書いていた。教科書はなく、先生がしゃべる言葉を復唱し、そのいくつかを書き留めているようだった。

時折、「ボクらは、大人になったら、ムジャヒディーン(聖戦士。オサマ・ビンラディンも仲間からはそう見なされている)になって、共産主義者をヤツツケル!!」などと唄わされている集まりを見たことがあったので、何を書いているのか気になったが、内容を知る術はなかった。けれども、識字率を気にしていながら、石盤に書かれた文字も読めず、少年たちと会話も出来ないのなら、自分は、この人々の言葉に関しては非識字なのだ、苦笑することもあった。そして、少年の隣に座ったが、マットは氷のように冷え冷えとしていた。暖かい部屋、とはいわないまでも、もう少しましなところで・・・と思うが、出来ることは、ほとんどなかった。

それから10年余、アメリカでの同時多発テロ後のアフガニスタンの首都カブールを訪れる機会があった。

90年代末、勤務したWHOで、また、タリバン時代のアフガニスタンを担当した。その頃、外国人であっても、女が一人で歩くことは許されず、また、チャドルという大判スカーフを頭からスッポリ被ることも強要された。街で、女性を見ることはほとんどなかった。

当時、すぐ傍まで行ったが、中に入らなかったカブール大学の先生方と、2002年には、面談することができた。その一人から、「自分の考えを書いてあるので、『安全なところ』で読んで・・・」と一枚の紙を受け取った。

ところどころ、インクがにじんだ、ボールペン書きの、あまり整っていない英語のメモは、以下のように読めた。

教育の力

「アフガニスタンに必要なものは教育だ。基礎教育を広め、そして中等教育、そして高等教育を広げる。そのためには、まず、教師の養成が要るが、この国には、特に女性の教師が必要だ。国を発展させる、安定させるためには、人々に衛生と健康を教えなければならない。国に必要なものは教育の力(Power of Education)だ。」

アフガンの男性たちは、立派なヒゲを蓄え、銃を扱ってこそ、一人前といわれていた。私が知っていた多くの男性、特に自らムジャヒディーンと名乗る人々は、優しげな眼差しとは異なって、風体は確かに見るからに強そうだった。けれど、粗末な民族衣装をまとって、鼻水をすすっていた、小柄なアフガンの先生は、何と強いことか。

大勢の中で、ほんの少しの時間しか、言葉を交わすことがなかったが、このミスターか「教育の力」には、是非、もう一度会いたいと願っている。

(写真は筆者提供)

アグリ

ふくおか

THE SUKADKE AGRICULTURAL PRODUCTS INFORMATION MAGAZINE

vol.4

アグリふくおか

Vol.4

平成20年5月発行 通巻4号 発行/JA福岡中央会 〒810-0001 福岡市中央区天神4丁目10-12 TEL 092-711-3911

特集 農家のチカラ

博多のトマト

家族で育てるトマトの美味しさの秘密は、安全・安心の徹底管理と環境にやさしい栽培方法にありました。



ベルケノー 吉山武臣 Let's cooking

韓国における地産地消運動「身土不二」

千葉大学大学院 准教授 櫻井清一

食と農の写真館

～世界の直売所～



NY・グリーンマーケット



カリフォルニア・レドンド



サンフランシスコ



台湾・台中



ラオス



北京



台湾・台中



ベトナム

食と農の情報サイト アグリふくおか

JAグループ福岡では、食と農の情報をホームページで発信しています

①食と農の情報誌 無料配布

福岡の食と農の情報を掲載した情報誌「アグリふくおか」の無料配布申込みを受付中。

②アンケートに答えて「旬の農産物5,000円分をもらおう」

皆様のご意見をより良い農産物の生産と提供に反映するためにアンケートプレゼント実施中!

詳しくは、ホームページをご覧ください

<http://www.jagrff.org/>

生物は生きるために、他のイノチを消費している。だから、食事の前には感謝して、と、小さい頃には云われ続け、実際にそうしていた人は沢山いる。が、大人になると、カミサマに言い訳してはいけなければ、他に色々やらねばならないことが押し寄せて、気ぜわしい食事の際には、感謝を忘れたり、感謝の示し方が小さくなったりしている人は、自分自身を含めて多いと思う。

イダタキマアース!!」とは云わなかつたけれども、それと同じように感謝の念が大きき広がった食事に遭遇したことがあった。

料理には見えなかつたが、子どもたちの唾液と胃液の分泌が高まっている様子は、もう誰も歌わず、真剣な眼差しがお皿に注がれていることから、十分、推測できた。しかし始まったのは折りだ。いつせいに頭を垂れて、口々に折りを唱えた。

ブレハブの小屋、アコホコのコンクリート床に敷かれた粗末なシート。現地言葉の折りの内容は私には理解出来ず、また、時間もそれほど長くはなかつた。が、何とも崇高な響きは、まるで荘厳な教会の中にいるような心地だつた。

南部アフリカのジンバブエ。その昔、ダイヤモンドで財を成し、廻り一帯を支配したミスターセシル・ロースの名前から、かつてローアシア(ロースさんの恋)とよばれた一帯にある。1980年の独立以来、政治混乱、かつての支配者白人と現地住民の対立干ばつなど、抱えてきた十分すぎる位の問題に加えてエイズが広がって

いる。
数年前、日本赤十字社の救済活動の調査に訪れたある村の一角。ジンバブエ赤十字社の就学前の子どもたちの絵画プロジェクトを見学した。準備中、何列かに並んでいた子どもたちの中から歌声があがった。からだの中に、音楽と踊りのエッセンスが詰まっているように、次々

と歌と踊りが披露された。中に、一世を風靡したゴスペル歌手マヘリア・ジャクソン顔負けの、ビート感のあるハスキーな歌い手の女の子もいた。そのエンタテイナー振りに感服して拍手喝采すると、それに応えるかのように、アドリアダンス付きの歌が続いた。

とて、アレハブ小屋の床に敷かれたプラスティックシートの真ん中に大鍋が運ばれ、子どもたちはお行儀良くシートの端に円座を作った。直径30センチ弱の硬質なお皿に、次々とよそわれたのは豆の類の煮物だけ。一見、それほど食欲をそそるお

「食育」



食と農の想い

喜多悦子

指を使って、器用に食べ始めた子どもたちのひとりの傍に座った。「美味しい?」こんな時の対話は何語でも通じる。日本語の問いに対して、彼は、湖面に笑みをたたえてうなずいた。そして、あらかた食べてしまったお皿を私に差し出した。その端このソースを指に取って舐めてみた。少し塩っぱいけど、悪

くない味だつた。「○△▲×●?」と訊かれた。「ウン、美味しいね」と、日本語で私は答えた。さうでしょ、という風に、その少年はうなずいた。

子どもたちは、両親をエイスでなくした孤児だという。「食育」などということが必要になった飢餓の国

日本。一日にその一食しかないこともあるというこの村の給食。しばしば、授業で云うが、本当に「人は生まれる場所も時代も選べない」この子どもたちはどんな大人になるのだろうか?

喜多悦子(せた・えこ)
日本赤十字九州国際看護大学 学長。
主な受賞歴: 大山 徳康財団奨励賞、
エイボン女性大賞、田舎ソロブチ三
スト千原代子国際大賞、読売医療功
労賞受賞など。
趣味: ネット!! ネットに関する歴史
ネットに関する歴史



日本医事新報

No.4415 | 2008年 (平成20年) 12月6日

プラタナス

知識がもたらしめているものと智慧が守っているもの—紛争地での想い

喜多悦子

人

荒川迪生(日本尊厳死協会副理事長)

臨床検査値をどう読むか?⑭

発熱、咽頭痛、両膝関節痛を来し著明な高フェリチン血症を認めた35歳男性

大石徹也

一週一話

尿路結石の再発予防法

鈴木孝治

質疑応答

24時間血糖測定器によるインスリン療法

C型肝炎と鉄代謝

川崎病と免疫グロブリン製剤

ムンプスによる難聴の発生頻度

医事案内(求人・求職・不動産その他)

勤務医募集 全国で180件以上

学術

前立腺癌に対するホルモン療法
レム睡眠行動異常症と神経変性疾患

宮本雅之
並木幹夫

NEWS

〔追跡〕Hiibワクチンついに登場—その効果は
社会保障費、シーリングの枠外で財源検討



聖ヒポクラテスは、この樹の下で弟子たちに医学を説いたといわれる

知識がもたらしているものと 智慧が守っているもの —紛争地での想い



日本赤十字
九州国際看護大学学長

喜多 悦子

(きた えつこ)

ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院上級研究員。奈良県立医科大学卒、医学博士。国立国際医療センター、UNICEFアフガン事務所、WHO緊急人道援助部を経て現職。

東京オリンピックを契機として、先進国としての地位を確固とした我が国は、その後も目覚ましい発展を遂げた。自然資源に乏しい国としては大いに誇れるものだ。今やそれも、「……だった」と過去形で話さねばならない事態かもしれないが。

19世紀以降の科学の発展は留まるところを知らない。保
健康分野でも、遺伝子工学や脳科学など、私が学生時代には存在しなかった分野の研究が盛んである。
大学を卒業して40年以上、主に国際保健分野に関わるようになって20年以上の年月が過ぎた。
期間の長短はあるが、数十以上の国、特に紛争国への関与が多かった。今も気になる

国々はアフガニスタン、コンゴ民主共和国(旧ザイル)、イラク、そしてミャンマーや北朝鮮だ。正確には、「国」ではなく、その地で巡り会った子も関わった人々、なかならず子どもたちのことだ。
20年前に会った少女少年たちは、もしも生きていても、既に中年で、もしも子どもがいたら、私が出会った時の親のようであるか、あるいは、その子どもたちすらもう生命を失っているかもしれない。

日本なら当然生きているはずの世代の彼らとその次の世代の生存に、「もしも」をつけねばならない紛争地。そこでは、戦いとそれから派生する悪条件が多数の生命を奪い、生存者の自由と安全を脅かし続けている。
乱暴な比較だが、そうした紛争地ゆえに最新でなくとも銃器は10000の桁の科学の進歩、知識であるのに対して、人々は1の桁の智慧で生を守っていたと言える。
そして、そのギャップが子どもたちの心を蝕み、世代を超えた紛争の芽となっている、と語った人もいる。

近代科学がすべて無機質というわけではないが、多様な分野における技術的変革——それを進歩と言うことが多い——に、人間の心情的なものも並行して変化していないように思う。

現在、我が国で頻発する今までになく殺伐とした事件、将来に希望を持たないと言う若者。満ち足りた先進国に起こっていることはいったい何なのだろうか。「欲しいものはない」という環境に育った先進国日本の若者に、紛争地で見えた虚無的なまなざしの幼い少女と共通した何かがあるような、落ち着かない想いに駆られることがある。人類に必要なものは何なのだろうか。

関わったいくつかの局所的紛争の地で見た科学の進歩とは、殺傷力の大きな武器であった。それに対して、こうした環境で人々が生を維持できているのは、古来からの生活の智慧によるように思えることが多かった。

開発途上国における不妊症と生殖補助医療

天野 静、渡辺 裕、鳥居 潤、川口レオ、青山温子

[総説]

開発途上国における不妊症と生殖補助医療

天野静、渡辺裕、鳥居潤、川口レオ、青山温子

名古屋大学医学部

要 旨

開発途上国では、これまで主に人口増加を抑制することに重きが置かれ、不妊症はあまり注目されてこなかった。しかし実際には、不妊症は途上国において重要な問題であり、アフリカ諸国などでは、女性の不妊率は、先進国の3倍にあたる約30%にのぼる。不妊症の原因として最も多いのが卵管障害であり、性感染症や、中絶・分娩後の不適切な処置による骨盤内感染がその原因としてあげられる。第二に多いのが男性不妊である。しかし、途上国では、不妊症は女性側のみの責任とみなされがちであり、不妊症により女性は、夫やその家族から激しい差別を受ける。また、不妊症の夫婦は、コミュニティからの孤立・偏見に悩まされたり、経済的問題を抱えたりすることも多い。このように、途上国において不妊症がもたらす社会的影響は甚大である。

途上国での不妊治療は、夫婦双方の診察や精査を行わないまま進められていることが多い。治療内容としては、主に性感染症の治療、タイミング療法、ホルモン治療など、あまり費用のかからないものが中心である。都市部など、一部の地域においては、生殖補助医療 (assisted reproductive technology: ART) が行われている。ARTは、卵子および精子を扱う不妊治療を指し、先進国では1980年代以降、広く行われるようになってきた。また、ARTは、途上国の不妊症の原因として多い、卵管障害や男性不妊に対して効果的な治療であるため、途上国における潜在的需要は高いと考えられる。しかしほとんどの途上国にとって、その費用は高額である。また、技術的・倫理的規制が不十分、もしくは存在しない国もある。

途上国の不妊症の問題解決には、まず途上国、先進国の双方がその問題の大きさを認識し、実情を調査することが必要である。不妊症の発生率、原因、そして現在行われている治療の有効性などをはっきりとさせ、何が足りないかを把握することにより、優先度を考え、対策を立てていくことが重要である。不妊症の原因を正しく検査し、適切な治療方法を選択する体制の確立により、少ない費用でも不妊症の問題の改善が図れるであろう。また、ART普及のためには、高額な薬剤の価格引下げなどの国際的協力や、治療状況を技術的・倫理的観点から監視するシステムの構築が必要である。同時に、不妊症に対する正しい知識などについて、人々に対する教育を行っていくことも途上国の不妊症問題の解決において重要である。

キーワード：生殖補助医療 (ART)、不妊症、規制、開発途上国、費用

1. 緒言

不妊症とは、挙児を希望する夫婦が、1年以上避妊せずに夫婦生活を送っていても、妊娠しない状態を指す¹⁾。先進国では、不妊症に悩む夫婦は、約10%存在するといわれている。そのうち約5%には解剖学的、免疫学的、遺伝的そして内分泌的な原因があり、その他は、感染、環境因子、社会的因子などの原因により不妊症となっていると考えられている²⁾。

不妊症の治療には、排卵の時期を予測して性交を行うタイミング療法や、ホルモン剤の内服・注射などの薬物療法などがある。このような治療を半年から1年かけて行い、それでも妊娠しなければ、次の選択肢として生殖補助医療 (assisted reproductive technology、以下 ART と略す) が考慮される。ART は卵子および精子を扱う不妊治療を指し、in vitro fertilization (体外受精、以下 IVF と略す)、IVF+intracytoplasmic sperm injection (顕微受精、以下 ICSI と略す)、gamete intrafallopian transfer (配偶子卵管内移植)、zygote intrafallopian transfer (接合体卵管内移植) などがある。この中でも、IVF もしくは IVF + ICSI が、世界的に最も広く行われている³⁾。

1978年にイギリスで世界初の体外受精が成功して以降、ART は不妊治療の新しい選択肢として、急速に普及してきた。アメリカ合衆国では1981年に初めて ART による出産が成功すると、その技術は瞬く間に各地に広がり、2005年には134,260件もの ART が施行され、38,910人が出生したが、これは全出生児の2.2%にも及ぶ¹⁾。日本でも2002年には全出生児の1.5%が ART によって生まれており、その割合は年々増え続けている⁴⁾。

このように、先進国では不妊症に対する関心は高く、盛んにその治療が行われている。しかし、不妊症は先進国のみでの問題ではない。開発途上国 (以下途上国と略す) では、これまで人口増加のみに注目が集まっており、不妊症の問題はほとんど無視されてきた。しかし実際は、途上国の15歳から49歳までの既婚女性のうち約1億9千万人が、不妊症で苦しんでいるといわれている⁵⁾。現在、途上国でも、ART による不妊治療が施行されているが、その実情は不明な点が多い。本論文では、途上国での不妊症の実態と、不妊治療、

特に ART の普及の実情、およびその問題点について検証する。

II. 方法

文献検索データベースとして PubMed、Web of Science、医中誌を利用し、1998年から2008年までの論文を中心として、途上国の不妊症と、その治療に関する文献を検索し、必要に応じてさらに年代をさかのぼって検索した。途上国としては、アジア、アフリカ、ラテンアメリカの中・低所得国を対象とし、日本、アメリカ合衆国、イギリスのデータと比較して検討した。

加えて、世界保健機関 (World Health Organization、以下 WHO と略す) などの不妊症に関する報告書、および世界銀行などの統計データを参考資料とした。

III. 結果

1. 途上国における不妊症の実態

(1) 不妊症の割合

不妊症には、一度も出産したことのない原発性不妊と、出産後、再び出産を望んでも子供ができない続発性不妊とがある。2004年の WHO の調査によると、アジア、アフリカ、ラテンアメリカの47の途上国において、原発性不妊の割合は、1.5~2.9%であり、あまり高くなかった⁵⁾ (表1)。しかし、続発性不妊の割合は、ラテンアメリカでは13.6%、南アジアでは26.4%、中央アフリカでは30.2%と高かった。続発性不妊の割合の差により、不妊率は全体として、ラテンアメリカで16.0%であったのに対し、南アジアで28.3%、中央アフリカでは32.2%と、先進国の約3倍であった。

表1 開発途上国での地域別不妊率 (2002年)

地域名	原発性不妊 (%)	続発性不妊 (%)	全体の不妊率 (%)
サブサハラ アフリカ	2.6	28.2	30.0
東アフリカ	2.4	27.5	29.2
中央アフリカ*	2.9	30.2	32.2
南アフリカ	2.8	26.7	28.8
西アフリカ	2.1	26.7	28.3
東南アジア	1.9	22.0	23.5
南アジア	2.6	26.4	28.3
西アジア	1.5	16.5	17.8
ラテンアメリカ	2.8	13.6	16.0

文献5のデータをもとに作成

*ニジェール、ナイジェリアを含む

不妊率: 25~49歳の女性全体に対する不妊症の女性の割合

・原発性不妊 (%) = 原発性不妊 / 既婚女性 × 100

・続発性不妊 (%) = 続発性不妊 / (既婚女性 - 子供のいない女性) × 100

・全体の不妊率 (%) = (原発性不妊 + 続発性不妊) / 既婚女性 × 100