

1997, Lederach 1997). However, in this study, peace building is discussed in a developmental context focusing at the grassroots level rather than on military and political actions. It is about cultivating a culture of peace and care and reconciliation (Assefa 1999) to transform negative feelings, attitudes, and behaviours into positive ones, and to create new relations through mutual interaction and voluntary effort. It is about building groups of people or communities committed to making, such changes.

Both our observation of participants and interviews revealed the development of a capacity for co-existence and reconciliation in all the respondents. Further, their experiences in the training had impacts on the individuals, their work, and their community. What they identified as requirements for building a peaceful society (changes in self and relationships) were also recognized as key parts of their learning in the training. By analysing the responses, we can see that the changes did not happen automatically, just because people with various backgrounds simply spent time or participated in a training course for 10 days together. Certain factors facilitating the changes were identified, factors that are unique features of the NCHP courses.

Concrete common interests and urgent needs create 'space for dialogue'

We found that in the process of a course, health work served as an entry to dialogue. The reason why persons with different backgrounds were able to meet and work together soon after the end of armed conflict was that this was health training with clear 'technical' and concrete objectives. During the conflict period these health workers had been separated by political and military boundaries and had no chance to meet one another.

Many respondents remembered that their first dialogue with the other side was about people's health and their difficulties in responding as health workers. In Khmer Rouge-controlled areas along the Thai and Lao borders the former medical orderlies had worked with minimal training in military units to provide care for injuries and common diseases. For example, living in a forest area, the former medical orderlies and their family members had suffered from malaria for a long time. Many of them had no formal medical training or health education training, and they were well aware of their desperate need to learn how to prevent this deadly disease and how to convey prevention messages to people in an understandable way. They knew they needed training.

The World Health Organization (WHO) set up the 'Health as a Bridge for Peace' concept and has been promoting the integration of peace-building strategies into health activities and health sector development. Training is defined as a part of the 'technical space', a possible area of collaboration among health workers from conflicting parties (World Health Organization 2003). Their positions and backgrounds are different, and there are certain points on which they may not agree, but they find commonality in their interests and urgent needs as health promoters. Thus health as an area of common interests and needs served as an entry point for dialogue and a binding force to bring participants with

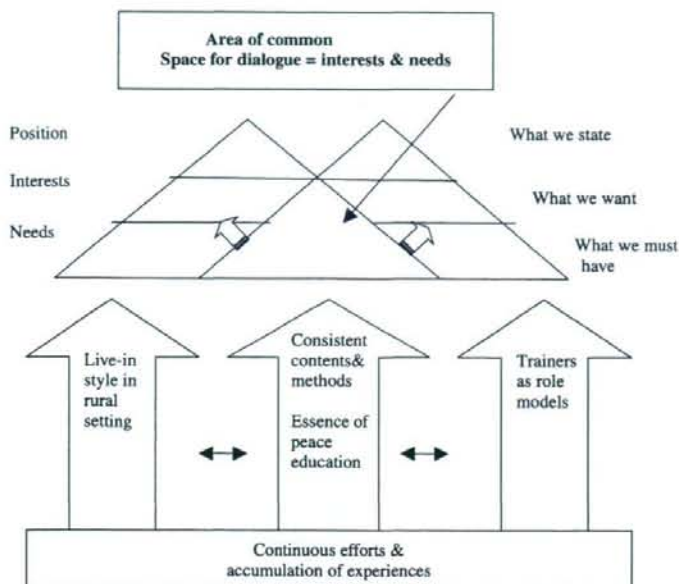


Figure 1. Facilitating factors for extending space for dialogue and process of change and reconciliation (WHO 2003, modified and added by the authors).

different backgrounds to sit and work together. Such special advantages of the health field and the values of health workers were also observed in other areas of conflict in the world and in the case of various health activities (Levy and Sidel 1997, World Health Organization 1998, Bush 2000, Hess and Pfeiffer 2000, MacQueen and Santa-Barbara 2000, Garber 2001, Krug et al. 2002, Manenti and Cassabalian 2003, Santa-Barbara 2004).

In the case of NCHP training, such factors as training venue and methods, quality of trainers, and accumulation of experience, maximize this special opportunity for health training to bring different parties together. The combination of these facilitating factors contributes to further enlarging this 'space for dialogue', as shown in Figure 1.

Live-in style training in rural setting

One of the strong facilitating factors described by many respondents in various ways was the live-in style of the training. The NCHP training team utilized the increased availability of informal time created by the dormitory life in a rural area as an integral and important part of the course design. From various responses, we established that the persons who got close to the participants from the other side were those who were physically nearer (such as in the same room, beds next to each other, etc.) in the dormitory. Much of the dialogue and changes in

interaction happened in informal out-of-session times and places, especially in the dormitory rooms.

Participants form task teams of five or six members to take roles in training management. These tasks require joint planning and work sharing. Groups are deliberately composed, mixing members of different sex and places of origins. The groups gather during breaks and after the session to work together. Furthermore, in the evening, after the session, participants and trainers join in recreational events and sports. There is no distracting entertainment, as at urban sites, and so participants gather in pairs or small groups voluntarily and discuss personal matters in a relaxed atmosphere. Some participants try to review the session or help each other with assignments.

Consistency with contents and methods of peace education

The topics of these three step-up courses have much in common with those of peace education. As conditions for building a peaceful society, respondents listed dialogue, equal treatment, mutual trust, cooperative work relationships, patience, and initiatives. Skill areas included in the courses, such as problem analysis, participatory education, communication, feedback, facilitation, collaboration with other sectors and actors, conflict management, planning and proposal skills, are core skills required for health promoters that help nurture the base for peaceful society as well. They are incorporated consistently in all three courses (see Table 1).

The consistency between the content and the process or method of training also facilitates learning. Participants and trainers eat, live, and enjoy sports and

Table 1. Contents of NCHP step-up courses.

Basic Health Education Course	Training of Trainers on Health Education	Community Health Promotion Management Course
Concept of health education	Role of training, role of trainers	Concept of PHC and health promotion
Role of health educators	Adult education and learning cycle	Health problem analysis
Health problem analysis	Participatory training	Community development and approaches
Participatory training methodology	Facilitation skill	Community participation
Facilitation skill	Communication skill	Multi-sectoral collaboration
Communication skill	Feedback	Role of managers
Feedback	Objective setting, session planning	Participatory management
Need analysis and session planning	Session practice and commenting	Communication skill, Feedback
Session practice and commenting	Field practice and reflection	Conflict management
Field practice and reflection	Training monitoring and evaluation	Project field visit and reflection
Health education activity planning	Training plan and proposal making	Monitoring and evaluation
		Project planning and proposal making

recreation together. The training team develops a tentative curriculum and schedule based on its assessment of what is needed and previous course experience. But the final plan is made only after discussing the details of content, process and methods, timetable, and the grouping of various tasks, with participants on the first day of the course. Every morning the session starts with a review of the previous day, prepared by a task group of participants. The day ends with daily feedback, while more time is allocated to evaluation in the middle and at the end of the course. Every evening, the training team discusses and reflects on the latest feedback from participants, further exchanges observations and comments, and consults on plans for the coming sessions. Through this process, values and attitudes conducive to fairness and democracy develop. Although this is nominally health promotion training rather than 'peace building training', content is consistent with peace education (Adams 2000, First Mindanao Congress for Peace Educators 2000, Smith 2005).

Role and commitment of trainers as role models

Both former Khmer Rouge and non-Khmer Rouge participants valued the trainers' role highly and tried to follow the trainers' attitudes and behaviour as role models. Trainers were very conscious of their role as good examples. They made active efforts to listen to participants, especially those who were less proactive. They gave special consideration, especially at the beginning of the courses, to grouping the participants, creating easy environments and opportunities for the quieter ones, and encouraging both sides to interact more.

Their open, fair, and flexible attitudes influenced participants to follow them. 'Because trainers came to me and helped me a lot, I also started to approach and help others'. The trainers did so not only with the participants but also among their training team, by exchanging feedback and planning together every night. Participants observed the trainers' actions throughout the course. Their influence as role models for participants is a crucial part of the course.

Continuous efforts and accumulation of experiences

The last, but basic, key point is that this course had been organized continuously for many years before the former Khmer Rouge health workers started to join. NCHP trainers and participants from other provinces had already accumulated experience in participatory health training with the unique characteristics described above. In other words, a base was prepared for accommodating new persons with very different backgrounds and positions. As some participants mentioned, previous course experience helped them to build good relationships better and faster, and attitudes and behaviours of experienced participants helped set the atmosphere of the group, which stimulated and influenced the new participants.

Especially in the course that family members and close followers of Khmer Rouge leaders joined, changes in individuals and groups could not have taken

place, or would have taken longer, without the accumulated experience of participatory training and recognition of its importance among other participants and trainers. This indicates the significance of continuous efforts in ordinary times to build a firm base to face any challenges, rather than running a one-off programme or starting efforts only after a conflict situation occurs.

Conclusion/recommendations

This study demonstrated the wider social significance of participatory health training as a tool for peace building beyond its narrow effectiveness as an educational and learning method. Participatory training itself may not be recognized as a direct peace-building activity. However, steady and continuous efforts certainly contribute not only to the improvement of health knowledge and skills but also to developing values, attitudes, and changes in personal relations that are necessary for building a peaceful society. Further, the subject of the training, health promotion, serves as an entry point for dialogue and collaboration, and provides venues for concrete collaboration. Based on these findings, we offer the following three policy recommendations and a perspective for future research.

First, in addition to planning and conducting training directly for peace building, it is important to incorporate peace-building viewpoints and elements in regular training activities in such practical and technical sectors as health. In other words, rather than separating peace building (and conflict prevention) as a special activity, it should be integrated in ordinary activities in all sectors. Like cultivating land, peace building is a conscious and continuous effort in daily lives.

Second, it is individuals who initiate and move such work forward. Therefore, it is important to develop individuals who will take active and concrete roles. We recommend that participatory training concepts and methodology be actively applied in training activities for such workers.

Third, in order to make these human development efforts bear fruit, it is equally important to prevent creating and widening unfair gaps, which may cause conflicts. There is an urgent need to improve equity in health services, promote community participation, and ensure opportunities for participation, in a general context of wider macro economic, political, and social efforts.

To further enhance research on the role of training in peace building, relevant indicators and methods should be developed that integrated the measurement of peace building into the evaluation of technical training. In this study, investigation focused on the impact of training at the health worker level, but it is also important to monitor and assess the changes at the community level which is the ultimate target of training inputs.

Acknowledgements

We would like to express our appreciation to Dr. Thai Pheang Lim, the Director of the National Center for Health Promotion (NCHP), Ministry of Health,

Cambodia, and Dr. Hikaru Sato, the Executive Director of the Asian Health Institute (AHI), Japan, for their support for this study. We also acknowledge the contribution of Mr. Masaichi Yamashita, who laid the foundation of collaborative work between NCHP and AHI. The views expressed in this paper are those of the authors, and do not necessarily reflect the opinions of NCHP or AHI as organizations.

References

- Adams, D. (2000) From the International Year to a Decade for a Culture of Peace and Non-Violence. *International Journal of Curriculum and Instruction*, 2, 1–10.
- Assefa, H. (1999) The meaning of reconciliation. In *People Building Peace* (Amsterdam: European Center for Conflict Prevention, 37–45).
- Bhasin, K. (1991) Participatory Development Demands Participatory Training. *Convergence*, 24, 5–11.
- Bush, K. (2000) Polio, War and Peace. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 281–282.
- Downie, S. and Kingsbury, D. (2001) Political Development and the Re-Emergence of Civil Society in Cambodia. *Contemporary Southeast Asia: A Journal of International & Strategic Affairs*, 23, 43–64.
- Ebihara, M. (1968) *Svay, a Khmer Village in Cambodia*. Unpublished doctoral dissertation, Columbia University.
- First Mindanao Congress for Peace Educators (2000) Cotabato Declaration on Education for a Culture of Peace. *International Journal of Curriculum and Instruction*, 2, 121–125.
- Garber, R. (2001, December) 'Professional-to-Professional' A Methodology for Health Professionals Working Together in Conflict Areas. Paper presented at the annual meeting of the Israel National Institute for Health Policy and Health Services, Jerusalem, Israel. Accessed 9 May 2006, available at http://www.who.int/entity/hac/techguidance/hbp/case_studies/en
- Hess, G. and Pfeiffer, M. (2000) *Comparative Analysis of WHO 'Health as a Bridge for Peace' Case Studies* (Geneva: Department of Emergency and Humanitarian Action/WHO). Accessed 9 May 2006, available at http://www.who.int/hac/techguidance/hbp/comparative_analysis/en/
- Institute for Multi-Track Diplomacy (1996) *Peacebuilding Through Collaborative Action* (Washington DC: Institute of Multi-Track Diplomacy).
- Johnston, M. (1991) On the Way to Empowerment: Participatory Training Methodology. In *Towards Justice through Health* (Aichi: Asian Health Institute, 18–26).
- Kao, K.H. (1999) *Emerging Civil Society in Cambodia: Opportunities and Challenges* (Phnom Penh: Cambodian Institute for Cooperation and Peace).
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. and Lozano, R. (eds) (2002) *World Report on Violence and Health* (Geneva: World Health Organization).
- Large, J. (1997) *Considering Conflict: Concept Paper for First Health as a Bridge for Peace Consultative Meeting, Les Pensieres, Annecy, 30–31 October 1997* (Geneva: World Health Organization). Accessed 9 May 2006, available at http://www.who.int/hac/techguidance/hbp/considering_conflict/en/index.html
- Lederach, J.P. (1997) *Building Peace: Sustainable Reconciliation in Divided Societies* (Washington DC: United States Institute of Peace Press).
- Levy, B. and Sidel, V. (eds) (1997) *War and Public Health* (New York: Oxford University Press).
- MacQueen, G. and Santa Barbara, J. (2000) Conflict and Health: Peace Building Through Health Initiatives. *British Medical Journal*, 321, 293–296.
- Manenti, A. and Cassabalian, C. (2003) *Inventory of 'Health as a Bridge for Peace' Interventions in WHO: Survey Conducted in WHO Headquarters in December 2002–February 2003* (Geneva: Department of Emergency and Humanitarian Action/WHO).
- Meas, N. (1995) *Toward Restoring Life: Cambodian Villages*. Translated and transcribed by Joan Healy (Phnom Penh: JSRC).
- Miles, L. (1997) Education for peace. In B. Levy and Sidel, V. (eds) *War and Public Health* (Oxford: Oxford University Press, 323–335).
- Myśliwiec, E. (1988) *Punishing the Poor: The International Isolation of Kampuchea* (Oxford: Oxfam).

- National Center for Health Promotion (NCHP) Ministry of Health, Cambodia (2004) *Evaluation Report of Training Program 1999–2002* (Phnom Penh: NCHP).
- Ponchaud, F. (1978) *Cambodia Year Zero* (London: Allen Lane).
- Pran, D. (1997) *Children of Cambodia's Killing Fields* (New Haven: Yale University Press).
- PRIA (Society for Participatory Research in Asia) (1987) *Training of Trainers: A Manual for Participatory Training Methodology in Development* (New Delhi: PRIA).
- Santa-Barbara, J. (2004) Medicine and Peace. *Croatian Medical Journal*, 45, 109–110.
- Smith, A. (2005) Education in the Twenty-First Century: Conflict, Reconstruction and Reconciliation. *Compare*, 35, 373–391.
- Stephen, F. (1989) Participatory Training for Social Transformation. *Social Action*, 39, 41–57.
- Ui, S. (1991) Unlikely heroes. In M. Burawoy (ed) *Ethnography Unbound* (Berkeley: University of California Press, 161–180).
- Ui, S. (1993) As a 'Co-Worker' of Cambodian People [in Japanese]. *Asia Tsushin*, 115, 8–9. Asian Christian Resource Center, Tokyo.
- Watts, E.M. (1999) *The Meaning of Community: English Literature Review* (Phnom Penh: Working Group on Social Organization in Cambodia).
- World Health Organization (1998) *WHO/DFID Peace Through Health Programme: A case study prepared by the WHO Field Team in Bosnia and Herzegovina*. Accessed 9 May 2006, available at <http://www.who.dk/document/e67081.pdf>
- World Health Organization (2003) *Health as a Potential Contribution to Peace 'Realities from the Field: What has WHO learned in the 1990s'* (Geneva: Department of Emergency and Humanitarian Action/WHO). Accessed 16 June 2003, available at http://www.who.int/entity/hac/techguidance/hbp/HBP_WHO_learned_1990s.pdf
- World Health Organization (2006) *Health as a Bridge for Peace: Training Active Learning Package, Training reports*. Accessed 9 May 2006, available at <http://www.who.int/hac/techguidance/hbp/training/en/index.html>

国際開発学会第8回春季大会プログラム
Program of the 8th Spring Conference of
Japan Society for International
Development

2007年6月9日（土）

June 9, 2007 (Saturday)

実行委員会事務局

東洋大学国際地域学部

Secretariat of the Executive Committee

Faculty of Regional Development Studies, Toyo University

保健医療分野の開発援助プロジェクトにおける技術的後方支援について

名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学
○青山温子、明石秀親、木下真里、岡本美代子、川口レオ

キーワード：保健医療分野、技術協力、技術的後方支援、専門家派遣、ODA 事業

1. はじめに

日本の保健医療分野における政府開発援助(official development assistance: ODA)は、人材育成を重視しており、母子保健、感染症対策等、各種課題に対する技術協力プロジェクトが実施されてきた。通常、医療・看護等主要専門分野の専門家を現地に派遣して技術移転することが中心となるが、あらゆる専門分野を充足するほど多数の人材を派遣するのは不可能であるうえ、現地の状況変化に応じて、必要な専門能力も変化している。社会学・機材管理等、医学・医療以外の専門性が必要な場合も多い。

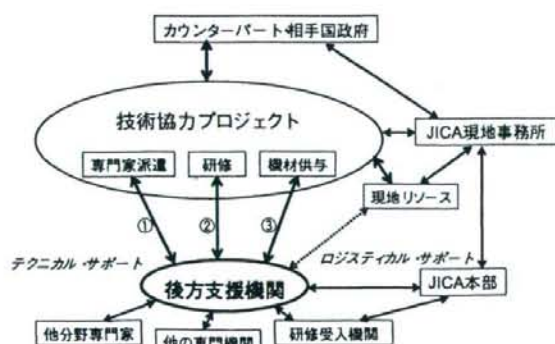
それらの多様なニーズを充足させ、技術協力プロジェクトを効果的・効率的に実施するには、開発途上国の現場に対し、日本国内の支援機関等からの技術的支援が必要であると考えられる。多くの技術協力プロジェクトにおいて、従来の国内委員会による集団指導体制がなくなりつつある現在、現場に対する体系的技術支援の仕組みは、ますます必要とされている。加えて、無償資金協力、緊急人道援助等、技術協力プロジェクト以外の保健医療分野援助においても、一定の技術的支援は必要であろう。しかしながら、技術的後方支援の役割はこれまで十分に検討されておらず、その位置づけはなお不明確で、予算措置を含めた諸制度も確立されていないのが現状である。

本研究の目的は、保健医療分野の日本の ODA 事業を効果的・効率的に実施するための技術的後方支援のあり方を、過去の技術協力プロジェクトの例、他スキーム・他分野の例、及び他機関の後方支援体制についての調査に基づいて、検討することである。

2. 技術的後方支援の概念

後方支援とは、もともと、軍事における兵站、あるいはロジスティカル・サポート(logistical support)を意味する。本研究では、技術的後方支援、すなわちプロジェクト現場での技術面の不足を補う支援を対象とした。とくに、援助スキームに明確に含まれていない、日本国内から現場に対する技術的支援活動を取り上げており、スキームの一部として確立されているものは対象としなかった。また、他援助機関の場合は、本部・地域事務所等からフィールドに対する技術的支援を意味することとした。

図 1: 技術協力プロジェクトに対する後方支援



① 必要とされる専門分野の特定・専門家の人選と派遣 技術的助産
② 研修生のニーズ把握・適正な研修先の選定 研修内容の調整
③ 機材の選定・使用法 維持管理に関する助産

ける技術的後方支援のコンセプトについてまとめた。

具体的には、現地の派遣専門家では対応できない専門分野に関する日本からの技術的情報提供と助言、プロジェクトと関連する国際的情報や他援助機関の動向等に関する情報の収集と提供、プロジェクトの管理運営や方向性に関する助言、必要とされる派遣専門家の人選とその専門家に対する情報提供、カウンターパートの日本国内での研修の調整、帰国専門家からの情報収集と現地のニーズ把握、関係機関や関連する他の事業との国内調整等が挙げられる。表 1 に、日本の ODA の各種スキームについて、期待される技術的後方支援の例を示した。

3. 技術的後方支援の現状

(1) 技術協力プロジェクトの例

① カンボジア

母子保健プロジェクトは、1995年から2フェーズ10年間にわたって実施された。その計画は、内戦終結後に保健省に専門家が派遣された頃から始まっており、1992年から3年間にわたり、国立国際医療センターから継続して専門家が派遣された。技術協力プロジェクト開始2年後の1997年、無償資金協力により国立母子保健センターが建設された。プロジェクトの経過に伴い、(1)スタッフの臨床技術向上、(2)母子保健センターの運営管理、(3)研修の企画運営と、技術協力の中心は推移していった。技術協力終了時には、自主的に研修を企画運営し、病院収入により臨床検査棟を建設する等、医療技術のみならず管理運営面でも目覚ましい能力向上が認められた。専門家として、国立国際医療センターから医師、助産師等が派遣されたほか、他機関より、機材管理、臨床検査、薬剤管理、病院財務管理等の専門家が派遣された。技術的後方支援は、国立国際医療センターが継続して担当、長期・短期専門家の人選と派遣、カウンターパート研修の調整・受入れ、プロジェクト運営への助言等の支援が行われた。プロジェクト期間中に、カウンターパートのセンター長は保健省局長(後に保健省長官)、産婦人科部長はセンター長、財務課長は保健省総務局副局長に昇進、プロジェクトで育った人材が保健省中枢部に配属された。プロジェクトに対しては、カンボジア側の一貫したコミットメントがあった。

結核対策は、1993年より単発専門家派遣(結核菌検査)・機材供与が行われ、また、結核予防会結核研究所で実施されている集団研修にカンボジアからの研修生が参加した。技術協力プロジェクトは1999年から開始され、第2フェーズが継続されている。2001年には、無償資金協力により国立結核センターが改築更新された。検査体制確立と国際標準治療法DOTS(directly observed treatment, short-course)普及という2課題を中心に、明確な方法論に基づきプロジェクトが進められた。技術的後方支援は、結核予防会結核研究所が継続して対応し、長期・短期専門家の人選と派遣、研修受入れを行った。カウンターパートの結核センター長は、技術・管理両面の能力に優れ、熱意もあった。

医療技術者育成は、2003年から実施され、2006年には無償資金協力により医療技術学校が整備された。看護師・検査技師等を育成する医療技術学校の教育を改善するため、教師の能力向上、教材開発、放射線検査技師法草案作成等を実施する計画であった。しかし、幅広い職種を対象としており、カンボジアの資格制度の不備もあって、当初技術協力のスコープが十分絞られていなかった。カウンターパートは他プロジェクトほどの技術水準になく、日本側も、一定機関が継続して対応する技術的後方支援体制が確立されていなかった。そのため、プロジェクト運営は、当初やや困難であったが、その後、プロジェクト目的を絞り込む努力がなされ、今後の改善が期待されている。

② ラオス
ラオスでは、1992年以来、一連の小児感染症対策に関する技術協力が実施されてきた。「公衆衛生プロジェクト」(1992-1998)はポリオ対策を中心とし、「小児感染症予防プロジェクト」(1998-2001)では、予防接種拡大計画(Expanded Programme on Immunization: EPI)の強化が行われた。現在の「子どものための保健サービス強化プロジェクト [Kidsmile]」(2002-2007)では、2県をモデルとして小児保健を手がかりとして保健サービス強化を進めている。これらのプロジェクトでは、長期専門家に加え、必要に応じて短期専門家を派遣する形で、技術協力が進められてきた。公衆衛生プロジェクトでは、臨床検査、予防対策に関わる地域活動等、各コンポーネントの後方支援機関が異なっていて、プロジェクト運営に多少の困難が生じた。小児感染症予防プロジェクト以後は、国立国際医療センターが一貫して

表1: 各種 ODA 事業と期待される技術的後方支援

ODA 事業	期待される技術的後方支援
技術協力プロジェクト	計画策定時の幅広い専門性からの検討
	派遣専門家への技術的情報提供 助言
	国際的情報 他援助機関の動向等の情報収集 提供
	派遣専門家の人選とタイムリーな派遣
	保健医療分野以外の専門家が必要な場合の対応
	カウンターパート研修の国内調整 研修生支援
	供与機材選定の助言
	無償資金協力・集団研修等他スキームとの国内調整
個別・集団・第三国研修	厚生労働省 研究機関等の関係機関との国内調整
	研修生の希望 資質と研修内容の不適合時の調整 帰国後の研修生のフォローアップ
無償資金協力	計画時の技術的整合性確保
	設置時の使用 管理方法の技術的指導
	維持管理状況の確認と技術的指導 技術協力プロジェクト等との国内調整
緊急人道支援	長期開発の視点からの助言
	復興 開発への移行を進める計画策定の助言

後方支援を担当、EPI という明確な目的と方法論のもと、絞り込んだ後方支援がなされた。

ラオスでは、必要な資質を備えた人材の数が圧倒的に不足しており、援助資金の豊富なプログラムに人材が集中してしまう可能性がある。量・質とも不足しているラオスの人材育成には、現場での技術協力や日本でのカウンターパート研修のみでは不十分で、集団研修やタイでの第三国研修、あるいは文部科学省支援の留学制度を活用して、人材の層を厚くしていく努力が必要と考えられる。日本の多様な人材養成スキームと、現場の技術協力活動を調整できるような後方支援体制も必要とされる。

(2) 技術協力プロジェクト以外の保健医療分野事業の例

日本への研修員受入事業または第三国研修事業において、研修内容が必ずしもニーズに適合していなかった例があった。現地にて適切な研修生を選定することはもちろん重要であるが、研修生の到着後、ニーズを再確認して研修内容を調整したり、帰国後、習得した技術を生かせるようフォローアップしたりする支援も必要であると考えられる。

技術協力と連携せず実施された無償資金協力において、病院の施設設備や医療機材の稼働に関する問題等の生じた例があった。2000年頃から、無償資金協力でソフトコンポーネントが組み込まれ、設置時の技術指導や維持管理に関する助言が行われるようになったが、必ずしも十分ではない。施設や機材に関する問題点は、短期専門家派遣による技術協力や研修事業との連携により、かなり改善できると想定され、無償資金協力で技術協力を連携させる支援が必要であると考えられる。

長期間内戦下であり外国人の入ることが制限されてきたインドネシア・アチェ州では、インド洋大津波災害後、多数の援助機関により、緊急人道援助及び内戦後の復興支援が一斉に実施された。他機関の緊急人道支援では、衛星電話やインターネットを活用して診断治療を指導したり、初期から積極的に現地人材を登用して実務をまかせたりして、効率的・効果的に実施した例が見られた。一方、日本の緊急無償援助の中には、将来的な技術協力や地域保健医療計画との整合性の検討がないままに資機材が供与された例もあり、保健医療サービスの不均衡を助長することが懸念された。緊急人道支援から復興開発へと切れ目ない支援を続けるには、長期的人間開発支援に連携するような人道支援を計画・実施することが求められる。緊急人道支援の実務者には、長期的観点が必要とされていることがあるので、それを補う技術的後方支援が必要とされる。

(3) 他援助機関の後方支援体制の例

①米国防務援助庁 (United States Agency for International Development: USAID)

USAIDの人口保健栄養部門(PHN)は、職員の70%、予算の75%が、国・地域担当(フィールド)にあてられており、業務実施はフィールドが中心である。本部の、Bureau for Global Health (GH)には、技術的側面を担う人口/リプロダクティブヘルス、HIV/AIDS、感染症/栄養の3部署のほか、Office of Regional and Country Support (RCS)という部署が設置されている。RCSは人材確保、職員研修、予算確保、報告書作成支援等を行い、直接プロジェクトを運営しない。プロジェクト内容に関しては、GHが技術協力案件内容をリストアップしたガイドブック(Users' Guide to USAID/Washington Population, HIV/AIDS, Health and Nutrition Program)を作成、フィールドは、そこから案件を選択して実施する。

②世界銀行

世界銀行本部には、保健栄養人口(HNP)セクター専門部署とオペレーションを担う地域ごとの保健医療担当部署がある。HNPセクター専門部署が、地域部署に対する支援や、世銀全体に関わる調査研究等に従事している。世銀プロジェクトは、相手国のプロジェクト実施ユニットにより進められ、本部地域部署の担当者と現地事務所の担当者が、プロジェクト実施ユニットに対する支援とモニタリングを行っている。技術協力要請に対しては、主に本部の担当者がコンサルタントを人選している。複数セクターにわたるプロジェクトへの技術的支援の例として、中東地域の鳥インフルエンザ対策では、農業セクター関係者が全体の資金を管理し、農業セクターのプロジェクトに、保健医療セクター関係者が技術的に協力する形で、調査に参加し保健医療コンポーネントを形成していた。

③国連人口基金 (United Nations Population Fund: UNFPA)

UNFPAは、本部のほか世界9カ所の地域事務所 (Country Technical Services Teams: CSTs) が、各国のフィールドを支援している。リプロダクティブヘルス、思春期保健、HIV/AIDSなど各分野においては、地域事務所がフィールドを支援し、必要に応じて本部が支援する体制となっている。物品資材の供給管理については、本部から直接支援する体制であった。

4. 技術的後方支援体制のあり方

(1) 技術的後方支援を機能させる要因

事例検討により、技術的後方支援を効果的に機能させるには、以下の要因が考えられた。

- 単一の後方支援機関が継続的に対応する。
- 支援機関の規模が大きく、人材の数、種類が豊富である。
- 公的機関が業務として組織的に対応する。プロジェクトからの予算配分がなくても対応できる。
- プロジェクトの計画が単純で、目的は明確、活動領域が絞られている。
- 予防接種、結核対策等のように、方法論や指標が明確である。
- プロジェクトのコンポーネントが少なく、性質の異なるコンポーネントが含まれていない。
- 支援機関の対応可能な分野に限られていて、専門外の分野はあっても部分的である。
- カウンターパートとして、一定の人材が継続して対応し、人材・予算が確保されている。
- 援助対象国に、質・量的に一定水準以上の人材が存在し、ある程度の予算を確保できる。
- 援助対象国政府からプロジェクトへの政治的サポートがあり、プロジェクトが利権化されない。

(2) 望ましい技術的後方支援体制

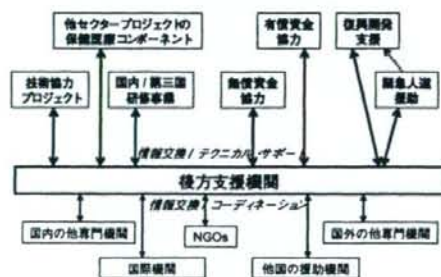
求められる技術的後方支援は、プロジェクトの種類、計画の立て方、相手国側の状況、他の援助スキーム導入の状況、他機関の活動状況、日本側の状況等によって多様であると考えられる。プロジェクト計画や、相手国の状況に問題があるような場合には、それらを補うような技術的後方支援が必要とされる。プロジェクトを効果的に進めるには、技術的後方支援の中心となる機関が、計画段階から関与することが望ましい。

プロジェクト実施中は、その状況をモニタリングして、必要に応じてプロジェクト内容を修正していく必要がある。また、現地に派遣中あるいは派遣前後の専門家やカウンターパートとは常に情報交換し、技術的情報の提供、タイムリーな短期専門家派遣、現地のニーズに基づいた国外研修計画等、技術的後方支援を実施していく。それら後方支援の効果や問題点について、現地の派遣専門家やカウンターパートからフィードバックしてもらい、支援の進め方を改善していく。場合によっては、プロジェクト開始後、後方支援担当機関を変更できる仕組みを作ることも必要である。

日本国内から現地への情報提供には、インターネットやテレビ会議等も活用できるので、IT・通信インフラ整備が必要である。また、ある程度の社会・経済開発水準を達成している国では、現地に技術的支援のできる人材や NGO 等が存在することも多い。そのような現地リソースを、技術的後方支援に活用できる仕組みを整えることも望まれる。

図2に、多様な援助スキームに対する技術的後方支援のコンセプトを示した。技術的後方支援は、技術協力プロジェクトのみならず、無償資金協力、研修事業、緊急人道援助等、各種援助スキームに対しても必要であるし、それら複数のスキームを有機的に連携させるのも、後方支援の役割である。また、保健医療分野プロジェクトのみならず、農業、教育等、他セクターのプロジェクトの保健医療コンポーネントに対しても、技術的後方支援体制が必要であると考えられる。

図2: 援助スキームと後方支援



5. おわりに—今後の課題

技術的後方支援体制を整備するには、後方支援担当機関のプロジェクトにおける役割を明確に規定して、予算配分をすることが望まれる。後方支援を担当できる機関や個人と、提供できる支援内容を示したリストを作成しておくことも必要である。また、後方支援担当機関(者)のモニタリング・評価を JICA や現地専門家がを行い、適確な後方支援を継続していく体制を作っていく必要がある。

謝辞

本研究は、厚生労働省国際医療協力研究委託事業[17指3]「技術協力プロジェクトの効果的実施に関する研究」により実施した。JICA、USAID、世界銀行、UNFPAはじめ、事例検討にご協力いただいた関係者の皆様のご協力に深謝する。

イラクにおける女性医師の状況について
—エジプトでの国外研修参加者に対する面接結果より—

永井真理、木下真里、青山温子

[資料]

イラクにおける女性医師の状況について —エジプトでの国外研修参加者に対する面接調査結果より—

永井真理^{1,2)}、木下真里¹⁾、青山温子¹⁾

1) 名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学、2) 国立国際医療センター 国際医療協力局

要 旨

イラクは紛争中の状態にあり、また比較的ジェンダーバイアスが大きいとされているイスラム社会の一つである。イラクの女性保健医療従事者を、治安の安定している他国で育成することの可能性や問題点について検討するための基礎資料として、イラクにおける女性医療従事者の背景、すなわち、社会および家庭での役割や立場、キャリアに対する意識、紛争が保健情勢に与えた影響などについて調査した。治安上の理由により、イラク国内において調査を行うことができなかったため、エジプトで4週間の第三国研修に参加していたイラク人女性医師16名を対象に、面接調査を行った。

調査対象者の多くは、同性と主に接する産婦人科・小児科などに従事していた。職場内で差別を感じることはあまりなく、大変意欲的に仕事を行っていた。結婚の際も、仕事を妨げることのない相手を選ぶ傾向にあった。また、数ヶ月以内であれば、家族と離れて国外研修に参加することにも積極的であり、家族の理解や支援も得られていた。皆、研修受入国よりも研修内容を重要視しており、受入国の宗教の違いや、イラクからの地理的な距離は、ほとんど問題としていなかった。今後必要な研修分野として彼女たちが挙げたのは、病院管理システム、看護師の意識向上を目的とした研修などであった。

イスラム社会では、女性に対する医療には、女性医療従事者が必要とされる場合が多い。また、紛争の際には、女性や乳幼児が特に健康被害を受けやすい。イラク国内の治安が安定し、国内での直接支援が可能になるまでは、積極的に女性医師に対する国外研修を推進することが、国内の女性や乳幼児の健康改善につながる支援策と考えられる。

キーワード：イラク、復興支援、女性医師、ジェンダー、国外研修

1. 緒言

紛争・内戦によって人々に生じる健康問題は、戦闘や地雷・爆発物などによる直接的なものに留まらない。上下水道設備などの破壊による衛生環境の悪化、治安悪化や道路・通信網などの破壊による医療サービスへのアクセス困難、戦闘以外の暴力の多発^{1,2)}、保健政策決定機能の麻痺による保健システムそのものの崩壊³⁾などによっても、健康被害がもたらされる。医療従事者が殺された

り、紛争地域外に避難したり、外部からの新しい医学情報の入手が困難となったりすることによる、人材育成システムの質の低下も、間接的健康被害の要因の一つである⁴⁾。

これら直接・間接要因による健康問題に対し、紛争中や早期復興段階に、当事国内で直接支援を行うことは容易でないが、その時期でも実施可能な支援策として、医療従事者を他国に研修生として派遣して育成することが考えられる⁵⁾。その際

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 永井真理
TEL：052-744-2109 FAX：052-744-2114
E-mail：mnagai@med.nagoya.u.ac.jp

(受付日：2006.05.12、受理日：2006.12.27)

は、紛争で特に健康被害を受けやすい、女性や乳幼児をはじめ社会的弱者といわれる集団に關与する分野や人材を、重点的に研修の対象とするべきである⁶⁾。

社会的弱者とされる集団に医療的介入を行う場合は、同性の医療従事者の方が、ジェンダーによる偏見がなく、よりの確に健康状態が把握できると期待される⁷⁾。また、地域の文化・伝統的慣習・宗教や、健康問題の内容にもよるが、介入される側も、同性の医療従事者を望むことが多い⁸⁾。医療的介入者と被介入者が同性であることは、成人女性が家族以外の成人男性に身体を露出したり、接触したりしないことが求められるイスラム社会において、特に重要となる^{9, 10)}。従って、紛争中のイスラム国家に対する保健医療分野の支援策の一つとして、女性医療従事者を周辺国で育成することが効果的と考えられる。しかし、一般に男性優位と考えられている¹¹⁾ イスラム社会において、女性を家族から引き離して国外に派遣することが、社会的・家庭的に受け入れられるのか、あるいは帰国後に女性が研修内容を還元できるような職場環境が整っているのかなどの、問題点も予想される。

今回の調査の目的は、紛争中のイスラム社会であるイラクにおける女性医療従事者の背景、すなわち、社会および家庭での役割や立場、キャリアに対する意識、紛争が保健情勢に与えた影響などを明らかにすることである。この調査結果は、国外でのイラク人女性医療従事者の人材養成の可能性や問題点を検討する際の、基礎資料となると考える。

II. 方法

治安上の理由により、イラク国内において調査を行うことができなかったため、2005年7月、エジプトで4週間の第三国研修¹²⁾に参加していたイラク人女性医師16名を対象に、半構造化面接調査を行った。面接は、調査者と調査対象者だけの空間で、1人につき1時間から2時間、英語で行われた。質問の内容は、家族背景、職業・専門科選択の理由、卒後研修、現在の職場環境や看護師・同僚との関係、仕事と家庭の両立、今回の戦争の影響、国外研修などであった。面接内容を録音し、面接終了後に詳細な文字変換を行い、デー

タとした。テキスト分析は、質的内容分析法を用いた。

調査計画書と、質問内容、調査時に調査対象者に対して行われる説明と同意書の内容は、名古屋大学倫理委員会および第三国研修先であったカイロ大学医学部に事前に提出し、倫理審査を受けて承認を得た。説明と同意書には、参加は個人の同意に基づくこと、参加した場合に期待される利益および参加しなかった場合に予測される不利益はないこと、参加中の会話を録音すること、調査結果は連結不可能匿名化すること、参加後に疑問があった場合の連絡先などを明記した。

第三国研修に参加していたイラク人女性医師全17名のうち、文書での同意を得られた16名に面接を行った。個人情報、調査者が厳密に保管した。なお、第三国研修参加者の選定は、イラク保健省が各県保健局を通じて行っており、選定基準および選定方法は、県によって異なっていた。

III. 結果

(1) 調査対象者の概要

表1 面接調査の対象となったイラク人女性医師

項目	人数 ¹⁾	
年齢	30-39歳	6
	40-49歳	8
	50-59歳	2
専門科	産婦人科	8
	小児科	3
	その他(眼・耳鼻・麻酔・病理)	5
職場における 女性医師の割合	0-20%	1
	21-80%	6
	81-100%	8
出身地 ²⁾	首都	7
	北部	4
	南部	5
勤務地 ³⁾	出身地	12
	出身地以外	4
出身大学の 所在地 ⁴⁾	出身地	11
	出身地以外	5
在学中の 女子学生の割合	0-20%	1
	21-80%	14
	81-100%	1
配偶者	無	6
	有	10
子供	無	5
	有	11
2003年以前の 出国経験	無	7
	有	9

1) 情報が得られなかったため、合計人数が16人以下の項目がある。

2) 地図において、首都バグダッド以北を「北部」、バグダッド以南を「南部」と表記する。

3) 出身地と現在の勤務地との比較。出身地と同じ町に勤務している場合を「出身地」、異なる町に実家から独立して勤務している場合を、「出身地以外」とする。

4) 出身地と出身医科大学の比較。自宅通学の場合を「出身地」、家族と離れていた場合を、「出身地以外」とする。

年齢は30代後半から40代前半が中心であった。全員が専門医資格を取得しており、そのうち最も多かったのは産婦人科専門医であった。出身地は首都バグダッド7名、バグダッドより南方の地域が5名、バグダッドより北方の地域が4名であった。(表1)

自宅から通える医科大学を卒業したものが11名、現在も出身地の病院に勤務しているものが12名いた。父親の職業はさまざまであるが、母親については、2名が教師である以外は、全員専業主婦であった。両親が全くの非識字者、あるいは初等教育までしか受けていない場合も少なくなかった。一方、調査対象者の兄弟姉妹数は2名から11名(平均7名)で、ほぼ全員が、大学教育を受けていた。

16名中11名が既婚(1名は離婚)で、そのうち4名は30代以降の結婚であった。夫の職業は医師が多く、既婚者全員が子供を持っていた。子供の数は1名から5名(平均2名)、年齢は1歳から15歳であった。旧政権崩壊以前に国外に出たことがなかったものが7名おり、そのうちの4名は、今回のエジプト研修が生まれて初めての出国であった。

それぞれの調査対象者から得られた具体的な状況について、表2にまとめた。

(2) 医学部進学の原因と家族の反応

9名が、「子供の頃から学業成績が優秀であったため自然に医師を目指すようになった」と答えた。高校卒業時の統一試験で最も高得点を得たものから医学部、工学部の順に進学できるため、子供の医学部進学は「成功する人生」の典型と両親や親戚に受け止められ、一族のなかで非常に誇らしいことであるという。6名は、「自分自身は医師以外になりたかったが、両親や周囲の希望で医学部に進学した」と語った。これら15名の家族は、娘の医学部進学に積極的に賛成し、卒業後も、さらに上位資格を得られるよう、非常に協力的であった。これは親の教育歴の高低に関わらなかった。

一方、「親の反対を押し切って医学部に進学した」と答えたものも1名いた。また、「姉妹が学業より結婚を勧められた」、あるいは「高校の同級生が家族に大学進学を反対された」と語ったも

のもいた。

調査対象者が医学部在学時の女子生徒の割合は、2割から6割までとばらつきがあったが、多くの調査対象者が、「自身が学生だったときより、現在のほうが女子学生の割合が高い」と述べた。中で、南方地域出身の1名だけが、「経済制裁による国内経済の悪化のため、女子学生の割合が減った」と述べた。彼女は1991年の経済制裁開始時に、医学部に在学していた。「性別に関係なく子供の教育に熱心なバグダッドなどの大都市に比べ、もともと女性より男性への教育を優先する風潮がある地域のため、女性の教育が、社会・経済要因の影響を受けやすい」とのことであった。

(3) 専門分野の選択理由

イラクで一般的に女性医師の割合が多い科として挙げられたのは、産婦人科・小児科・麻酔科・放射線科・病理であった。現在所属している科を選択した理由として、8人の産婦人科医師のうち5人が、「イスラムとの関連で産婦人科に女性医師が求められているため産婦人科を選択した」と答えた。また、「産婦人科または小児科の医師になれば、見知らぬ成人男性に直接触れる環境に自分の身を置かずに済む」との回答もあった。

麻酔科・放射線科・病理の選択理由として、「医療訴訟をはじめとする患者とのトラブルがイラクで多発しており、それを避けるために、患者と直接接することのないこれらの科が好まれる」という意見があった。患者とのトラブルについては、後述する。

一方、「他科では何らかの不利益を被るため、消去法で現在の専門分野を選択した」と答えたものもいた。女性医師の少ない科での女性の働きにくさを指摘する意見もあった。科による勤務場所の違いを重視して、出身地から離れなくて済む専門分野を選択した医師が2名いた。

(4) 一般社会での女性の地位と女性医師の職場環境

「イラクの一般社会においては、男女が同等ではなく、女性は男性より劣っており、社会に出て活動するよりも結婚して家庭にいる方が幸せであると考えられているので、女性一人で旅行したり一人暮らしをしたりすることが好まれないなど、

表2 調査対象者の状況供述

医学部進学の原因と家族の反応	
積極的・賛成	<ul style="list-style-type: none"> 子供の頃から常に成績がトップクラスで、父親をはじめ、周囲は「この子は将来医師になる子だ」と言い続け、自分も自然にそう思うようになった。(40代) 教育は大学まで無料で、男女差別はなく、単に試験の点数ですべてが決まる。自分は他の学問に興味があったが、試験で高得点を取ったので、両親が医師になるように勧めた。(50代) 多くの家族が、成績のよい娘がいたら医師にしたいと思っている。エンジニアは女子向けの仕事ではないと思われるから。男子学生には、医師よりエンジニアの方が人気で、自分の兄弟は医学部に行ける点数を取ったのに工学部に進み、両親は非常に残念がった。(30代) 医師は、最も社会的地位が高く、名声のある職業だから、どこか家庭でも、両親は子供が医師になるのを喜び、自分が試験でいい成績を取って医学部に入れるよう、勉強しやすい環境を作ってくれた。(30代)(40代) 両親は、常に試験でいい成績をとってよい学校に行くよう、娘たちを励まし続けた。現在、姉妹3人が医師であり、両親は大変それを誇りに思っている。(30代) 自分の父は大家族の長男で、家族を養うために高等教育をあきらめた。そのため逆に、娘たちへの教育は非常に熱心だった。(40代)
消極的・反対	<ul style="list-style-type: none"> 自分の出身の村では、女子には高等教育が必要ないと考える人々が主流だった。自分の医学部進学のために、両親をかなり説得しなければならなかった。(40代) 自分の兄弟姉妹は全員大学まで進んだが、医学部以外で学んでいた姉妹は、両親の勧めで結婚中退した。公務員の月給が1ヶ月数米ドルで、個人開業で稼げる医師ならともかく、大学を卒業して就職しても得るものがない、それより結婚して子育てをした方が女性にとって幸せ、というのが理由だった。(40代) 同級生の父親の中には、女性は読み書きさえできれば十分だという考えを持つものもあり、高等教育へ進学できなかった人々もいた。(50代)
女子学生の割合	<ul style="list-style-type: none"> 自分が教えているバグダッドの医科大学5年生100人のうち、女性は7割を占める。年々女生徒の割合は増えている。同様の傾向が薬学部にも見られる。(40代) 自分が医学部に入学した時は男子学生が圧倒的に多かったが、今は年々、女子学生の占める割合が増えている。(40代) 1991年の経済制裁開始後、一般家庭の経済状態が悪くなった。教育は無料だが、家庭の経済状態を改善するため、進学せずに働く若者が増えた。特に、結果的には結婚するので高等教育は必要ないと社会的に考えられやすい女子に、その傾向が顕著。医学部に占める女子学生の割合も1991年以降、減少。(30代)
専門分野の選択理由	
積極的選択	<ul style="list-style-type: none"> 産婦人科、特に分娩関係では、ほとんどの女性患者が女性の医師を希望するので、女性医師の需要がある。男性産婦人科医師は、分娩ではなく慢性疾患や不妊治療分野を中心に診療している。(40代) 女性が産婦人科医になるのは、患者にとっても有益である。妻が男性産婦人科医に診察されるのを許さない夫は多く、女性産婦人科医がいなくて、多くの女性患者が苦しむことになる。自分自身も宗教上の理由で、患者であれ見知らぬ男性を触ることは避けたい。(30代)(40代)
消極的選択	<ul style="list-style-type: none"> 自分の出身地の人々が、男性産婦人科医の赴任を拒絶して、産婦人科が長らく空席だった。自分は眼科に行きたかったが、保健者から、出身地の産婦人科医になるよう強要された。(40代) 女性が少ない科でやっていくのは困難を伴う。男性医師の中のただ一人の女性外科医として勤務している知り合いがいるが、彼女が何か失敗したり、一人で対処しきれないときに男性同僚の助けを求めたりすると、「女だから対処できない」と、同僚医師や患者・患者の家族から非難される。同じ問題が男性医師に起きたときは何も言われずに。(30代) 産婦人科・小児科以外の科では、重要な仕事や地位は女性には与えられないので、自分をアピールすることができない。産婦人科か小児科であれば、ほとんどが女性医師だから、自分が女性であることの制約がない。(40代) 科によっては、女性医師が男性医師より低く扱われているところもある。特に外科などがそうである。女性の外科医というアイデアが人々に受け入れられないからである。外科では、男性医師と女性医師の間に「競争」がある。また、患者は、産婦人科以外の医師は、女性より男性の方が腕がよいと思う傾向にある。(30代・2名)
勤務場所	<ul style="list-style-type: none"> 麻酔科を選択すると、バグダッド以外の地域で働かなくてよいので、バグダッド出身の女性医師には麻酔科が人気である。他の科は、地方の村に1-2年行かないといけない。(30代) 小児科を希望していたが、そのためには政府から命じられた非常に遠い配置場所へ行かなければならず、一方、産婦人科だったら故郷から100キロのところで研修ができたので、産婦人科を選んだ。(50代)
一般社会での女性の地位と女性医師の職場環境	
積極的選択	<ul style="list-style-type: none"> 男性の方が社会的な影響力を持っている。一般女性(医師などの専門職を持っていない女性)は、一般社会では一段低く見られ、制限の多い人生である。(30代・2名)(40代・2名) 医学部に入った時点で、周囲から女性とみなされなくなり、かわりに、医師というカテゴリーに入れられるので、社会から、女性であるという理由で差別されることはなくなる。(40代) いったん医師になれば、女性一人での僻地勤務も問題ない。なぜなら医師という高い社会的地位の人間に対し、誰も問題を起こすことはできないからである。医師の社会的地位が高いので、どこに行っても一般社会人から一目置かれ、一般女性に比べて多くの自由を手に入れることができる。一方、男性は、医師であろうがなかろうが、一人でどこへでも行ける自由がある。(40代)(50代・2名) 病院の医師・大学の教員としては、職場での男女差別は感じていない。しかし男性の方が高位の役職に歓迎される雰囲気があるため、女性が高位の役職を望む場合は、男性と同様の能力があることを、男性以上に働いて証明し、周囲を納得させる必要がある。(40代・2名) 男性と競争して、学部長、大学長、知事などの地位を獲得している女性医師もいる。しかし、だいたいにおいて、男性は女性に高い地位をそうやすやすとは受け渡したがない。(40代)
家庭と仕事の両立	
結婚の意思	<ul style="list-style-type: none"> 「産婦人科」になって結婚をさせるのは、どこかの世界の女性でも同じだし、母は、娘が早く結婚して孫の顔を見せてくれればよいと願っている。だが、自分の周りには独身の女性医師が多い。それは、キャリアアップを続けたい女性医師の立場を、理解して応援できるような男性に出会わないからである。夫によっては妻が自分より能力が高いのを認めないので、夫婦間に問題が起こり、離婚することになる。それを避けるため、うかつには結婚しない。(30代・2名) 結婚するために結婚するのではなく、自分をよりよくする男性と結婚したい。理想の男性は、預言者モハンマドの娘婿だったイマム・アリ。彼は妻の仕事を手伝い、家事もよくやり、質素で敬虔で女性をよく助けた人だったから。(30代) 結婚して母になることは、医師よりほど責任ある大切な仕事である。それで女性の人生が完成される。(30代)(40代) 他多数 もし自分が一生独身だったら、人生で何もなかったのと同じ。妻であり母であることは、自分の人生の大きな利点で、すばらしいこと。(30代) 家庭と子供から精神的な充足感を得ており、彼らがいなくて、人生は空虚だと思う。(30代)
家庭不和と離婚	<ul style="list-style-type: none"> 既婚者の同僚女性医師7人のうち5人は、夫がもっと家にいて欲しがるため、家庭内で幸せでない。(40代) 離婚するのは、両家にとって恥で、社会的な大問題である。本人たちをはじめ、誰もか、それは最後の手段にしたいと思っている。特に、子供のために離婚は避けたいと皆が考える。夫婦間で問題があると、まわりすべてが、離婚に平らなように問題を解決しようとする。たいがい、最終的に妻が辛抱する。アラアが、女性に、男性より多くの忍耐強さを与えているのだ。(30代)

	<ul style="list-style-type: none"> ・男は、家に帰ればすべてがきちんとアレンジされていて当然と思っている。自分の夫は、自分の帰りが遅いために、「疲れて帰宅しても夕食が用意されていない」と、不満を述べ、自分に仕事をセーブするように何度も言ってきている。しかし自分は仕事を続けたいから続けている。(40代) ・夫は自分が家にいる時間が少ないことに不満を持っているが、自分は仕事をセーブするつもりはない。夫は妻のことを理解する義務がある。(30代) ・仕事を辞めて子育てに専念するよう求められたとき、離婚した。離婚後は実家にいる。実家は、自分の医学部進学や卒業後の努力を見てきているので、仕事を辞めたいよう自分を支援し続けてくれており、今も子供をみてもらっている。子供がいるのは素晴らしいことで、職場で困難に直面したとき、子供が心の支えになり、困難を乗り越えることができる。離婚は本当につらい経験だったが、それにより自分の視野がひろがり、精神的により強くなった。それによって、ただの医師ではなく、他の医師を指導する立場(医長・教授など)となるため、男性を相手に置えるようになった。(40代)
子育てのストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・結婚・子育てのために、完全に仕事を辞める女性医師は、自分の周囲では1割未満しかいない。夕方の個人医院を辞め、政府の病院だけで午前中働く形態に変える女性医師もいるが、それでも1割強。多くは、結婚によって仕事の形態を変えようとはしない。(40代) ・周囲に、結婚・子育てのために医師を辞めた女性はいない。夫からそのような提案があった場合は、自分の収入の一部を人に渡すなど取引を通じて夫を納得させ、結婚前と同じペースで仕事を続けようとする。(40代) ・知り合いで、結婚や育児のために完全に医師を辞めてしまった女性医師はいない。子供が次々に生まれて、産休や育休を取り続けた人はいいるが、子供がある程度大きくなってから職場に復帰し、キャリアパスを再開している。(30代)(50代) ・地方では、子育てに専念する家族が多いので、出産後、子育てのために大卒病院のフルタイム勤務を辞めた女性医師を何人か知っている。彼女たちは、そのぶん専門医資格を取るが遅れたり、取りたい資格を取らずに終わったりする。(40代)
夫の協力	<ul style="list-style-type: none"> ・夫は、自分が医師としてこれまでに多くの競争・困難に出会ったとき、常に「君ならできる」と励ましてくれた。Arabic Board を取ったのも、結婚して子供を産んでからである。今回の研修に参加するよう自分に強く勧めたのも夫で、夫がいなければ、自分は医師としてここまで成功していなかった。(40代) ・常に忙しく、自分のための時間というものは無い。勤務中は実家に子供を預けているが、家事全般(料理・洗濯・掃除)は自分一人でやっている。忙しいときは、夫が家事を手伝うこともある。出勤・病院からの帰宅は夫と一緒に、買い物は帰宅途中に済ませる。今回の国際研修にあたっては、自分は幼児がいるので無理だと思ったが、夫が、「子供はなんともなる。よりよい医師になるために国際研修を受けるべきだ」と、強く後押ししたので参加を決定した。結婚後も仕事にも満足している。(30代) ・国際研修中は、自分の姉妹が子供の面倒をみてくれているが、遠くに住んでいるので、普段はすべて一人で家事・育児をしている。子供が赤ん坊のときは、保育園に連れて行った。今回の研修にあたり、夫は「外の世界をみるべきだ」と勧めたが、普段から自分を精神的に支えるだけで、物理的には支えていない。しかしそれに不満は無いし、家事を手伝って欲しいとは思わない。自分は夫を自分の子供のように愛しており、家に帰ったらゆっくり休んで欲しい。(40代)
イラク戦争の影響	
治安悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・最近の情勢では、医師として有名であることが身の危険に直結するので、個人クリニックの営業時間を短縮、あるいは一時休業し、午後7時以降は家の中で休止している。(30代・2名) ・自分も夫もクルド人。これまで自分で運転して通っていたが、夫は地方保健者の高位にあり、命を預けられやすくなったため、自分も現在はボディガードつき車でないと外出できなくなりました。(40代) ・以前は夜間の緊急呼び出しの際、女性一人で病院に歩いていくのも問題なく、職業上、全く男女の違いを感じていなかった。しかし現在は昼間でも、知人男性(父・兄弟・知り合いのタクシー運転手など)による通乗時のエスコートが必要になってしまった。夜間緊急呼び出しのときは、電話のみで対処したり、男性同僚医師に代わりに出勤して診察してくれるよう頼んだりしなければならず、女性であることの不便さを感じる。(30代) ・経済制裁後、医薬品不足はずっと問題だったが、特に今回の戦争が始まってから、麻酔剤の医薬品不足が、よりひどくなった。急性重症、帝王切開、子宮破裂、急性外傷(爆弾などによる)の緊急症例用に医薬品を確保しておくといけなかった。甲状腺や扁桃腺の手術などの一般の手術は、優先順位が低く、自分の科で定期的に行える手術数が激減した。(30代) ・自分たちの病院では、医薬品の不足はないが、輸血用血液(新鮮凍結血漿、Rh不適合の出産時に使用するイムノグロブリンなど)が不足している。そのようなときは、患者の家族が大きな町まで行って自費(約100米ドル)で購入する必要があり、患者家族に大きな負担を強いている。(30代) ・1980年代から90年代にかけて、多くの女性医師は、自分のキャリアアップを大切に、それに向かって努力してきた。しかし先日、医学部の卒業式に出席して学生たちに将来の展望を聞いたところ、女子医学生には、早く結婚して母になり、専業主婦になることを望むものが多かった。男子学生も、卒業研修をせず、給料のよい製薬会社や医療機器会社に就職して早いうちに経済的に安定し、結婚して家族を持ちたいと言っていた。自分の卒業時には考えられなかった発言だった。戦争や社会不安により、キャリアの長期展望が不透明で、大志を抱きにくくなったためではないかと思う。(40代)
医師患者関係の悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・救急患者を助けられなくなったときに、選抜から殺人者呼ばわりされ、法廷に訴えられることが多々あるが、医師には何の保険(賠償保険など)もない。何人かの同僚が医療裁判にまきこまれている。医師の性別は関係ない。産科では子癇や出血、内科では肺塞栓などが問題になることが多い。裁判には時間がかかると精神的にも非常に負担となる。全科において、また全国的に、この問題がある。(30代)(40代・3名) ・国内の経済事情が悪く、病院にある医薬品や検査方法、治療方法も限られている。そのため患者は医療機関に不満を抱きやすく、それによる患者と医師とのトラブルが以前より増えている。(30代) ・経済制裁と紛争により、自分の病院には輸血用血液や麻酔剤用医薬品・検査が不足しがちであるが、患者は、病院である以上すべての医療・医薬品が供給されるべきだと思っており、こちらの状況を理解しない。自分を含めた一般臨床医は、文句があるなら病院長のところへ行くよう言っている。現在の病院管理者の主な仕事は、各科における患者・家族からの不満を聞いて、なだめること。だから自分は管理者になりたいとは全く思わない。(30代)(40代・3名)
出国手続きの簡略化	<ul style="list-style-type: none"> ・以前は、政府が専門職の頭脳流出を警戒していたため、医師が国外に出るのは非常に難しかった。短期間のアラブ諸国での研修や学会に参加するだけでも、多くの手続き・手数料が必要だった。(40代) ・自分の医学部卒業証明書・医師免許証・卒業研修修了書などを一切発行してもらえなかったため、医師として国際研修に参加することなど不可能だった。卒業25年してようやく最近、自分の医師証明書を手にし、今回初めて国外に出た。(40代) ・初めて国外に行ったのは2000年、レバノンで4日間の学会に出席したときだったが、事前に60日以上かけて多くの手続きをし、多額の手数料を払わねばならず、二度と国外に行きたくないと思うほどだった。自分の国外逃亡を警戒した治安関係者が、職場や家の近所まで聞き込み捜査に来たりした。(40代) ・何度がアラブ諸国やヨーロッパで観光旅行をしたが、医師として正規パスポートを取るのに1年以上かかった。研修以外で国外に出ようとする女性医師は、パスポート取得の可能性が高い「専業主婦」など偽の職業で申請するものもいた。(40代) ・メッカ巡礼でさえ、女性は45歳以上、男性は55歳以上でなければならなかった。女性は年齢に関わらず、国外に出るときには18歳以上の男性親族の同行が必要で、その男性の旅行経費の負担が余分にかかった。今は旅費とパスポートを持ってさえいれば、女性一人でも国外に出ることができるようになった。(40代)(50代) ・経済制裁期間中、国外に出ることが非常に制限されたため、Arabic Board の受験機会が減少し、以前は一般的であったArabic Board 取得が困難になった。Iraq Board しか持たない医師は、国外の事情を知らず、知識や技術は低いのに、プライドだけは高い。特にそれが男性だと、Arabic Board をもっている女性医師から教わるのを嫌がる傾向にある。(40代)

さまざまな社会的制約がある」と、多くの調査対象者が述べた。しかし「医師であることで、その制約から自由になれる」というのが、彼女らの共通した意見であった。ただ、「男性が女性を一段低く見て従わせたがるのは、イスラムの影響ではなく、イラクに限らず世界共通の傾向ではないか」と、多くの調査対象者が指摘した。

職場における医師の男女比は、全員女性という産婦人科医師から、イラク国内で2人目という女性耳鼻咽喉科医師までさまざまであった。全員が、「現在の職場において女性であることで差別されているとは思わない。同僚の男性医師と対等に議論するし、経験の浅い医師に指導する際も、女性であることの不利は感じない」と答えた。しかし一方で複数の調査対象者が、「女性の少ない外科などでは、女性医師が男性医師から対等に扱われていない」あるいは「女性医師が多い科は、男性医師が多い科から低く扱われている」と述べた。また、「一般臨床医として勤務している限りは問題ないが、病院内での高い地位は男性優位である」という意見もあった。

イラクの看護師は、産婦人科を除いてほとんどが男性である。その理由として、女性看護師の社会的地位が非常に低く売春婦と同程度に考えられている点が、調査対象者から挙げられた。看護師から調査対象者への対応については、全員が、「看護師は医師である自分を尊敬しており、男性医師との差別は感じない」と答えた。

(5) 家庭と仕事の両立

全員が、「今後もより高い資格を目指して高次研修に励み、一生医師を続ける。これまで積み重ねてきた勉強や努力を考えると、結婚や子育てのために仕事を辞める気にはならない」と答えた。同時に、未婚者を含めた調査対象者の多くが、「結婚して母になることで初めて女性としての人生が完成する」とも答えた。「仕事と家庭を両立するには夫の理解と支援が不可欠であるため、結婚相手は慎重に選ぶ必要があり、結果的に結婚年齢は高くなる」との意見が多かった。1名だけ未婚者が、「自分が独身である理由は戦争が続いたために適齢期の男性が少ないためだ」と述べた。一生独身でいることが、社会にどのように受け止められるかたずねたところ、「イラク社会におい

ては一生独身でいることは一般的でないが、それ以上に離婚は家や社会の恥であり、離婚女性に対する風当たりのほうが厳しい」とのことだった。「夫との間に問題がある女性医師が周囲にいる」と述べたものが7名、「夫から家庭での時間を増やすよう求められている」と答えたものが2名いたが、いずれも離婚という解決法は問題外であると述べた。「医師としての忙しさが家庭不和をもたらす可能性はあるが、家庭を優先させるために仕事を辞めたり抑制したりする女性医師は一般的ではなく、医師としてのキャリアアップを続ける工夫をする」とのことであった。

調査対象者の中に1名、実際に離婚を経験したものがいた。「私は離婚するまでは非常に繊細な性格であり、一臨床医で満足していたが、離婚を機に精神的に強くなり、医長まで出世したし、今後もさらにキャリアアップを目指したい」と話した。

調査対象者は、午前8時から午後2時までは政府系病院、午後4時過ぎから午後9時頃までは自分で開業している診療所に勤務していた。既婚者の多くは、勤務中の乳幼児の世話を実家に依頼していたが、地理的な理由などから全く実家の助けを借りず、保育園に預けていたものも数名いた。ベビーシッターを雇った経験があるのは1名だけで、ほとんどが、「血の繋がっていない他人に子育ては任せられない」と答えた。また、「イラクでは1年間の育児休暇制度があり、その間の給与は、6ヶ月は全額、残り6ヶ月は半額支給される。しかし休暇中は、医師としての研鑽ができず、昇進が遅れることや、自分の診療所を長期休業すると患者が離れるなどの理由により、実際に1年間の育児休暇を取ることは少なく、法律で許されている出産40日後から、すぐに勤務を再開する女性医師が多い」とのことであった。

育児以外の家事一般については、早朝と夜間に自分でやっているものが多かった。夫が家事を手伝っていると答えたのは既婚者の半数以下であったが、多くが、「医師としての仕事を阻害せずに見守り、精神的に支えてくれていることが、自分にとっての夫の理解と協力であり、家事などの分担は要求しない」と述べた。

国外研修に対し、夫をはじめとした家族の理解がどの程度得られるのかたずねたところ、今回面

接を行った既婚者全員が、「国外研修に対する夫からの反対は全くなく、むしろ、より広い世の中を見るようにと積極的に勧められた」と答えた。しかし、「夫が短期間でも離れたがらなかったため、別の国外研修参加を断念した女性医師がいる」と答えたものもいた。その女性医師の研修国は不明であったが、「研修先がアラブ諸国か欧米かで夫の意見が変わることはない」というのがこの調査対象者の意見であった。

今回の16名の調査対象者のうち、「周辺イスラム諸国の方が、欧米や日本で研修を行うのに比べ、夫や家族の賛同を得られやすいし自分も安心である」と答えたのは1名だけであった。残りの15名は、「研修先の宗教の違いや地理的な距離は問題ではなく、よい研修が受けられるのであればどこへでも行くし、研修期間が数ヶ月以内であれば家族の反対もない」と答えた。

今回の研修先となったエジプトに関しては、「文化・宗教・経済面でイラクと大差がなく、また、エジプトの医療内容や使用医療機材も先進的ではないので、先進諸国での研修と比べ帰国後に応用を効かせやすい」という意見が複数あった。また、今回初めて国外に出た調査対象者からは、「まずは周辺諸国の医療や社会事情を見てから、欧米や日本へと段階を踏みたい」との意見が出た。今後彼女らが特に研修を希望する分野としては、病院管理システム、看護師の意識向上を目的とした研修などが挙げられた。

(6) イラク戦争の影響

2003年3月以降の変化として、まず、治安悪化による日常生活や仕事への影響を懸念する意見が多く聞かれた。特に、「医師や政治家など、社会的に地位が高い人物を狙う誘拐事件の標的となる」ことへの不安が述べられた。「治安の悪化は、男性医療従事者より女性医療従事者に、より影響を与えている」と述べた者もいた。「患者や医療従事者が保健医療施設へアクセスすることが困難になった」ことや、「医薬品不足」などの問題も述べられた。また、「医師としてのキャリアアップを最優先に勉学に励んできた自らと若い医師との意識の差は、現在の治安悪化や不透明な社会情勢に関係している」としたものもいた。

(3) で述べたように、イラクでの医療訴訟の

多さが、「直接患者や家族と接する必要がなく、従って患者側とトラブルを抱えなくてすむ麻酔科・放射線科・病理などが女性医師に人気がある」理由の一つであった。医療訴訟の原因として、多くの調査対象者が、「1990年の経済制裁以降、医療施設における医薬品や設備の不足が続き、患者に十分な医療サービスを提供できなくなった」ことを挙げた。「今回のイラク戦争開始後、医師の治療内容に対する患者側の不満がさらに高まり、トラブルも以前より悪化している」とのことであった。また、「最終的に患者側からの非難が集中し、問題解決を求められるのは病院管理者なので、一般の臨床医より高い地位には昇進したくない」と述べたものも複数いた。

保健医療分野での懸念事項として、「産婦人科医療従事者を女性限定とする保守的な動きの広がり」が挙げられた。「旧政権下においては、フセイン元大統領の出身地であるティクリート周辺のみ、女性患者が男性産婦人科医師の診察を受けることを禁じた法律があったが、それ以外の地域にはこの法律は適応されておらず、悪性疾患や不妊治療で男性医師が活躍してきた」と、複数の産婦人科医師が述べた。ところがイラク中部のディワニヤ県で勤務する産婦人科医師によると、「現政権の選挙後、分娩室および産婦人科手術室に勤務する医療従事者はすべてが女性でなければならないとの県令が出され、さらに2005年6月末には、医師であろうとも男性の女性病棟への立ち入りを禁止する決定がなされた」とのことである。

他方、政権交代によって改善された点として、全員が、「出国手続きの簡素化」を挙げた。フセイン政権時代、またはそれ以前の時期にイラクから出国した経験を持つものは、調査対象者16名中9名であったが、いずれも、「当時、長期にわたる非常に複雑な手続きを要求された」と語った。「医師の出国が厳しく制限されていたため、国外の医療情報にじかに接する機会が減り、イラク全体の医師の質が落ちた」と指摘するものもいた。ただし、「旧政権崩壊後、イラク国内での出国手続きは簡単になったものの、イラク国籍を持つものに対する他国の警戒心が高まったため、他国のビザ取得が困難になったり入国時に問題が起きやすくなったりし、結局、他国へ行くのは相変わらず困難を伴う」との意見もあった。