

Original Article**Social work in international health and medical assistance**Rumiko Akashi¹, Hidechika Akashi^{2,*}¹ Department of Sociology and Social Work, Meiji Gakuin University, and School of Social Work, Columbia University;² Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan.**Summary**

Welfare issues such as the poor, children, women, and the handicapped are dealt with in the field of development assistance. Few studies, however, have discussed development assistance from a social work point of view. This study analyzes the social work aspects of development assistance through a review of 60 health projects completed by the Japan International Cooperation Agency between 2000 and 2006. Although the term "social work" is ambiguous, several projects with diverse themes included what could be called social work. Projects conducted three types of activities: that for a target population of social works; that for the general population, which included its target population; and that not for a specific target population. Project interventions included both micro-level interventions and system development. There are several possible reasons why only a few projects included social work: 1) social work has a lower priority in development assistance than other areas such as health do, and 2) there are few relevant specialists who can handle a wide range of social work interventions.

Donor agencies are gradually focusing more on social work aspects in their projects. Since social work will likely become a greater necessity in the field of development assistance for developing countries in the near future, donor nations and agencies will need to be prepared more adequately to respond to social work needs.

Keywords: Social work, Social welfare, Development assistance, Developing countries, Health

1. Introduction

In recent years, social welfare has become an aspect of development assistance studies. At the Lyon Summit focusing on social welfare, Prime Minister Hashimoto of Japan announced the Initiative for a Caring World (1). In 1996, the East Asian Ministerial Meeting on Caring Societies was held in Okinawa (2,3). Following these initiatives, Japan launched the Community Empowerment Program as a part of its social welfare aid (4). This trend has also appeared in other aid agencies such as the World Bank and Asian Development Bank (5). Since 1996, the World Bank has increased investment in the social welfare sector (5).

According to the National Association of Social

Workers in the United States (6), social welfare is defined as "a nation's system of programs, benefits, and services that help people meet those social, economic, educational, and health needs that are fundamental to the maintenance of society." This social welfare framework encompasses the poor (7-11), child care (7,12), child abuse (13), child trafficking (14), street children (5,15), widows (7), unsafe abortion (16), victims of sexual violence (17) and domestic violence (18), the elderly (5,7,19-21), the handicapped (7,22), the homeless, people living with HIV/AIDS and their families (23,24), disaster survivors (25), immigrants, refugees (26), minorities, alcoholics (27), and drug addicts. There are welfare laws (7,28) dealing with these issues, and public welfare programs exist to provide a wide range of services (22).

Social work, which is defined as "the professional activities of helping individuals, groups, or communities to enhance or restore their capacity for social functioning and to create societal conditions favorable to their goals" (1), can play an important role

*Correspondence to: Dr. Hidechika Akashi, Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan, 1-21-1 Toyama, Shinjuku-ku, Tokyo 162-8655, Japan;
e-mail: hakashi@it.imcj.go.jp; akashih@attglobal.net

in the social welfare system for such people (23).

In the field of development assistance, however, the issues affecting such people are considered to fall under social work but instead fall under health, insurance, labor, disabilities, education, gender, district health system development, refugee-related issues, etc. (5,29). As in developed countries, furthermore, social work services do not cover all of the groups previously listed.

Here, the population which social work targets will be referred to as the "target population." All 60 JICA technical cooperation projects on health that were conducted by the Japan International Cooperation Agency (JICA) and completed between 2000 and 2006 were reviewed (see Table 1) (30-89) in order to analyze the social work aspects of these projects in the context of development assistance.

2. Scope of social work

2.1. Historical changes in the role of social work

In the past, development assistance has not been discussed from the point of view of social work or social welfare. Perhaps one reason for this is because the terms "social welfare" (5) and "social work" are ambiguous. For instance, distinguishing social welfare activities from other regular human services is sometimes difficult. That is, regular human services such as library services, consumer protection, and firefighting are not recognized as social welfare services, and the term "human services" is broader than what is encompassed by social welfare programs. In this ambiguous framework of social welfare, the meaning of the term "social work" is also unclear.

Another reason for this ambiguity is that the issues which social work deals with and its interventions have changed gradually over time in response to historical changes in social needs. In the early 1800s, the target population was the poor, and in the United States and other developed countries interventions focused more on physical needs, such as food and shelter. Later, the target population broadened to include the unemployed, the sick, the physically and mentally handicapped, and orphans. This led to interventions in the form of social casework and family counseling. Later still, community organization and social planning approaches were introduced to deal with social problems (6). Consequently, the target population has changed over time since "there is a tendency to use the term 'human services' for what in the past has been called 'social welfare'" (6,22). Today, therefore, the target population differs from country to country (28).

2.2. Population approach to social work

Should activities such as primary health care and

mobile clinics for remote areas in developing countries be considered social work or regular human services? JICA classifies primary health care as one activity to reduce regional disparities and poverty in some of its projects (in Zambia, Nicaragua, China, etc.). Ullin has also noted that primary health care requires a greater team approach, integrating nutrition, agriculture, social work, education, and other fields (90). In reality, many people in remote areas of developing countries live in poor and precarious living conditions and have limited access to human services. This means that there are needs to which social work services should respond in developing countries, although these may be covered by regular human services in developed countries. In this paper, primary health care and health promotion activities, including community participation approaches, are classified as activities for the general population, which includes the target population, whether they include social work or not. This is since the Ottawa Charter (91) states that "health promotion is not just the responsibility of the health sector but goes beyond healthy life-styles to well-being."

3. Classification of "social work"

3.1. Classification of the "target population"

A target population can be classified into three types: "individuals," "families," and "population segments."

- 1) An individual target population includes persons who are not necessarily related but who are suffering from a similar problem, such as a disability, homelessness, or domestic violence. Examples of work targeting an individual population are domestic violence counseling (Honduras) and mass health examinations for radiation victims (Kazakhstan).
- 2) A family target population includes persons suffering from difficulties as a family, such as broken or bereaved families and the poor. Examples of work targeting a family target population are user fee exemptions for the poor (Cambodia), X-ray diagnostic service for the poor (Dominican Republic), and support for AIDS widows (Thailand).
- 3) A population segment target population includes certain population segments (race/ethnicity, sex, geography, etc.) suffering from difficulties such as discrimination. An example of work targeting a population segment is income generation for women (Jordan).

Although this study covered all three types of target populations, the most common interventions were for a population segment (two projects targeted an individual population, five targeted families, and 18 targeted a population segment).

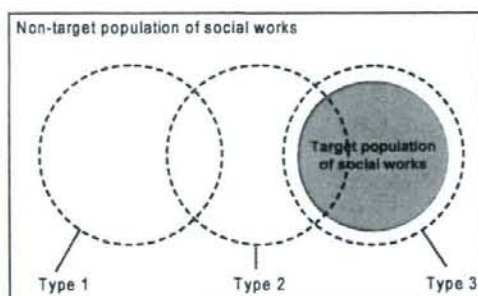


Figure 1. Project activities for the target population of social works.

3.2. Classification of project activities and projects

1) Project activity classification by target population: There are three types of project activities from a social work point of view (Figure 1).

- Type 1: Those that do not target a target population,
- Type 2: Those for the general population, which includes a target population,
- Type 3: Those that target a target population.

Type 1 activities included upgrading a clinical laboratory, Type 2 activities included primary health care activities for people living in rural areas, including the poor, and Type 3 activities included domestic violence counseling training, establishing counseling systems, and setting up a user free exemption system for the poor.

2) Project Classification: Based on the types of project activities, the projects themselves can be classified into the following three categories.

- Category 1: Projects with only Type 1 activities,
- Category 2: Projects with Type 2 activities and possibly including Type 1 activities,
- Category 3: Projects with Type 3 activities and possibly including activities of other Types.

Table 1 shows the classification of each project. Out of 60 projects, there were 35 Category 1 projects (59%), 17 Category 2 projects (28%), and eight Category 3 projects (13%) indicating that only a small number of projects involved social work targeting a specific population.

In addition, the study results show that Category 3 project themes are diverse, covering areas from improving maternal and child health and enhancing district health systems to controlling infectious diseases, indicating that many projects can be considered to include social work components regardless of the project theme.

3.3. Classification of interventions

Here, project activities are classified as either micro-level intervention, such as case work, case management, group work, group therapy, and family therapy, and system development or policy-making. Social work interventions in the form of both micro-level interventions and system development or policy-making were observed in health-related development assistance projects. The activities in Category 3 included activities for case work services for individual clients, such as technical training for counseling in Honduras and Jordan and the provision of X-ray diagnostic services in the Dominican Republic, and activities for system development, such as creating a user free exemption system for the poor in Cambodia. The Honduras project covered both case work services and system development for counseling services.

Different levels of assistance activities are therefore necessary for developing countries since no special national social work or social welfare system usually exists nor are there official social workers in these countries (5). Therefore, the system development approach appears useful. In this context, UNICEF has recently conducted special seminars in Myanmar to train social workers and to help improve social work proficiency and establish a social work system (92). The current findings also show that there are several project activities relating to development of the social welfare system rather than micro-level interventions in Category 3 projects. This indicates that policy-making and system development related to social work are likely to become more important in developing countries in the near future.

4. Importance of social work

Japan has conducted several projects to establish social welfare systems for the elderly and for street children and to develop national insurance systems in developing countries, although, as with other donor nations, it has supported only a handful of aid projects focusing on social work (5). There may be several possible reasons for this. First, social work has a lower priority in development assistance than do other areas such as health. In other words, disease mortality and morbidity are greater concerns in developing countries than quality of life, which social work focuses on. That said, several facts are clear: the problem of poverty is related to health (93-95), and the issue of the elderly will become more pressing in developing countries in the near future (20,96). Consequently, social work as part of international health assistance will receive greater attention.

Second, there are very few relevant specialists. Japan, for instance, has dispatched several policy-making advisors and Japan Overseas Cooperation

Table 1. Project list

Year of end	Country name	Project name	Project theme	Social work related interventions	Category	Level of target group
1 2000	Costa Rica	The project for early-detection of gastric cancer	Clinical	Mass screening	2	Population segment
2 2000	Brazil	The public health development project for the north-east Brazil in Pernambuco	PHC	Training of primary health workers	2	Population segment
3 2000	Zambia	The infectious diseases control project in Zambia	Infectious diseases	None	1	NA
4 2000	Jordan	The project on family planning and women in development in the Hashemite Kingdom of Jordan	MCH/Repro	Counselling for FP, income generation	3	Population segment
5 2000	Vietnam	Reproductive health project in Nghe an province	MCH/Repro	Mobile team, community participation	2	Population segment
6 2000	Indonesia	The project for upgrading the emergency medical care system of The Dr. Soetomo Hospital	Hospital	None	1	NA
7 2000	China	The clinical medical education project for China-Japan medical education center	Education	None	1	NA
8 2000	Cambodia	The maternal and child health project, Phase I	MCH/Repro	Exemption of user fees for the poor	3	Family
9 2000	Thailand	The development for Trauma Center Complex project	Hospital	None	1	NA
10 2001	Pakistan	The maternal and child health project	MCH/Repro	Pictorial manual for the illiterate	2	Population segment
11 2001	Philippines	The project of the Prevention and Control of AIDS	Infectious diseases	None	1	NA
12 2001	Sri Lanka	The project for nursing education	Education	None	1	NA
13 2001	Kenya	The research and control of infectious diseases project, Phase II	Infectious diseases	None	1	NA
14 2001	Zimbabwe	The infectious disease control project	Infectious diseases	None	1	NA
15 2001	Brazil	The maternal and child health improvement project in north-east Brazil	MCH/Repro	Humanization of child delivery, dispatched WID specialist	2	Population segment
16 2001	Tanzania	The follow-up programme of the maternal and child health services project	MCH/Repro	Usage of TBA for remote areas	2	Population segment
17 2001	Laos	The pediatric infectious disease prevention project	Infectious diseases	None	1	NA
18 2001	Sri Lanka	In-country training course in medical equipment maintenance and troubleshooting	Med. equipment maintenance	None	1	NA
19 2002	Zambia	Primary health care project in Lusaka Urban district	PHC	Community participation in urban slum	2	Population segment
20 2002	Brazil	The clinical research project in the State University of Campinas in Brazil	Clinical	None	1	NA
21 2002	El Salvador	The fortification of nursing education project	Education	None	1	NA
22 2002	Ghana	The maternal and child health care in-service training system project	MCH/Repro	None	1	NA
23 2002	Turkey	The infectious disease control project	Infectious diseases	None	1	NA
24 2002	Egypt	The pediatric emergency care project	MCH/Repro	None	1	NA
25 2002	Mongolia	The maternal and child health project	MCH/Repro	Promotion of iodized salt to prevent mental retardation	2	Population segment
26 2002	Philippines	Tuberculosis control project	Infectious diseases	None	1	NA
27 2002	Philippines	The project for family planning and the maternal and child health, Phase II	MCH/Repro	PHC, community participation to protect women	2	Population segment
28 2002	Indonesia	The improvement of district health services in South Sulawesi	District health	None	1	NA
29 2003	Jamaica	The project on strengthening of health care in the southern region	District health	Mobile clinic	2	Population segment

(to be continued)

Table 1. Project list (continued)

Year of end	Country name	Project name	Project theme	Social work related interventions	Category	Level of target group
30 2003	Kenya	The Kenya Medical Training College project	Education	None	1	NA
31 2003	Ghana	The infectious diseases project at the Noguchi Memorial Institute for Medical Research	Infectious diseases (Laboratory)	None	1	NA
32 2003	Philippines	Tuberculosis control project	Infectious diseases	None	1	NA
33 2003	Thailand	The project for model development of comprehensive HIV/AIDS prevention and care	Infectious diseases	Promotion of district activities	2	Population group
34 2003	Sri Lanka	The project for improvement of the faculty of dental sciences, University of Peradeniya	Education	None	1	NA
35 2003	Indonesia	The ensuring the quality of MCH services through MCH handbook project	MCH Repro	None	1	NA
36	Yemen	Tuberculosis control project, Phase III	Infectious diseases	Modified DOTS for remote areas	2	Population segment
37 2004	Bangladesh	The project of human resources development in reproductive health	MCH Repro	None	1	NA
38	Cambodia	Tuberculosis control project	Infectious diseases	None	1	NA
39	Thailand	The project for strengthening of national institute of health capabilities for research and development on AIDS and emerging infectious diseases	Infectious diseases	None	1	NA
40 2003	India	The project for prevention of emerging diarrhoeal diseases	Infectious diseases	None	1	NA
41 2004	Mexico	Reproductive Health Project	MCH Repro	None	1	NA
42 2004	Nicaragua	The project for strengthening of the local system of integral health care (SILAS) of Granada	District health	Community participation, health promotion	2	Population segment
43 2004	Dominican Republic	Medical education and training project	Education	X-ray diagnosis services for the poor	3	Family
44 2004	Ethiopia	Laboratory support for Polio Eradication (LAST POLIO) project	Infectious diseases (Laboratory)	None	1	NA
45 2004	Tunisia	The project for strengthening of reproductive health education	MCH Repro	None	1	NA
46 2004	Laos	The project for the improvement of Seuthairath Hospital	Hospital	None	1	NA
47 2004	Madagascar	The project for the improvement of Mahajanga University Hospital in the Republic of Madagascar	Hospital	Forming worker groups for exemption of user fees for the poor	3	Family
48 2005	Cambodia	The Maternal and Child Health Project, Phase II	MCH Repro	Exemption of user fees for the poor	3	Family
49 2005	Kazakhstan	The project for the improvement of health care services in the Semipalatinsk region	District health	Mass health examination for victims of radiation	3	Individual
50 2005	The Republic of Honduras	The reproductive health project in the Health Region Seven	District health (MCH Repro)	Counselling for DV	3	Individual
51 2005	The Republic of Guatemala	The project on Chagas disease vector control	Infectious diseases	None	1	NA
52 2005	China	Anhui primary health care technical training center project	PHC	PHC for the poor	2	Population segment
53 2005	Thailand	The project for the Asian center of international parasite control	Infectious diseases	None	1	NA
54 2005	Myanmar	The project for primary health care for mothers and children in Myanmar	MCH Repro	Nutrition and food program	2	Population segment
55 2005	Vietnam	Bach Mai Hospital project for functional enhancement	Hospital	None	1	NA
56 2005	China	The expanded program on immunization strengthening project	Infectious diseases	None	1	NA
57 2006	Zambia	Cross border initiative project	Infectious diseases	Peer educator, drop-in center	3	Population segment
58 2006	Zambia	HIV/AIDS and tuberculosis control project	Infectious diseases	None	1	NA
59 2006	Thailand	The project for strengthening of national institute of health capabilities for research and development on AIDS and emerging infectious diseases	Infectious diseases	Support for AIDS widows	3	Family
60 2006	Bolivia	The project for strengthening Regional health network for Santa Cruz Prefecture in the Republic of Bolivia	District health	Health promotion for remote areas	2	Population segment

Volunteers in the field of the elderly and street children (5), although few specialists on social work have been dispatched as members of missions to evaluate health projects. The current findings suggest that various aspects of social work, from case work and community organization to system development and policy-making, are required in developing countries. Experienced generalists in social work can assist with those aspects (6). In Japan, few experts in social work have received such specialized training (5). While donor agencies may recognize the necessity of social work in projects, such specialized training and education still needs to be fostered in Japan.

5. Conclusion

This study shows that social work is already being implemented in various ways, although the amount of this work appears inadequate. Since the importance of social work in development assistance in developing countries is likely to increase in the near future, donor nations and agencies will have to prepare themselves more adequately to respond to social work needs.

Acknowledgement

This research was funded by the research fund for international medical cooperation of the Ministry of Health, Labor, and Welfare of Japan.

References

- Ministry of Foreign Affairs. Lyon Summit Information: Press Conference by Prime Minister Ryutaro Hashimoto. MOFA, 1996. http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/1996/pm_629.html#3, (accessed July 19, 2008).
- Ministry of Foreign Affairs. The Denver Summit of the Eight Japan's Initiatives. MOFA, 1997. (<http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/1997/initiatives.html#1> (accessed July 19, 2008)).
- Opening remarks by Prime Minister Ryutaro Hashimoto for East Asian Ministerial Meeting on Caring Societies in Okinawa. 1996. <http://www.kantei.go.jp/jp/hasimotosouri/speech/1996/shakaihosyo-1209.html>, (in Japanese) (accessed July 19, 2008).
- Wakisaka N. Policy evaluation of development assistance to NGOs in developing countries –from the experience in Cambodia and Indonesia–. JICA, Tokyo, Japan, 2000. (in Japanese)
- JICA. Topical and Sectoral Studies: Social Security. JICA, Tokyo, Japan, 2006. (in Japanese)
- Zastrow C. Introduction of Social Work and Social Welfare (5th edition). Brooks/Cole Publishing Company., Washington, USA, 1993.
- The Ministry of Health, Labour and Welfare. Social Welfare Law (Shakai Fukushi Hou). The Ministry of Health, Labour and Welfare. (in Japanese) <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S26/S26HOo45.html> (accessed March 6, 2008).
- Thompson JE. Poverty, development, and women: why should we care? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2007; 36:523-530.
- Sicchia SR, Maclean H. Globalization, poverty and women's health: mapping the connections. Can J Public Health 2006; 97:69-71.
- Griffin DC. Welfare gains from user charges for government health services. Health Policy Plan 1992; 7:177-180.
- Akashi H, Yamada T, Eng H, Koum K, Sugimoto T. User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitude. Soc Sci Med 2004; 58:553-564.
- Bhana A, Haffeejee N. Relating among measures of burnout, job satisfaction, and role dynamics for sample of South African childcare social workers. Psychol Rep 1996; 79:431-434.
- Segal UA. Child abuse in India: an empirical report on perceptions. Child Abuse Negl 1992; 16:887-908.
- Press center. Child trafficking requires action in Lao PDR. UNICEF. 2004. http://www.unicef.org/media/media_23871.html (accessed March 6, 2008).
- UNICEF Turkey. Making a difference for children: Street children. UNICEF. 2008. <http://www.unicef.org/turkey/dn/cp8.html> (accessed March 6, 2008).
- Mckay H, Hartley B. How can you combat unsafe abortion? Practical approaches in action. Plan Parent Chall 1993; 1:43-46.
- UNDP. UNDP concerned about reports of sexual violence in Kenya. UNDP. 2008. <http://content.undp.org/go/newsroom/2008/january/undp-concerned-about-reports-of-sexual-violence-in-kenya>. (accessed March 6, 2008).
- Dhakal S. Nepalese women under the shadow of domestic violence. Lancet 2008; 371:547-548.
- Chong AM. Promoting the psychosocial health of elderly—the role of social workers. Soc Work Health Care 2007; 44:91-109.
- Troisi J. Training to provide healthy rural aging. J Rural Health 2001; 17:336-340.
- Editorial. The coming crisis of long-term care. Lancet 2003; 361:1755.
- Ginsberg LH. The practice of social work in public welfare. The Free Press, A Division of Macmillan Publishing Co., Inc. New York, 1983.
- Hall N. We are don't we? Social workers, the profession and HIV/AIDS. Soc Work Health Care 2007; 44:55-72.
- Bastardo YM, Kimberlin CL. Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela. AIDS Care 2000; 12:673-684.
- Becker SM. Psychosocial care for adult and child survivors of the 2004 tsunami disaster in India. Am J Public Health 2006; 96:1397-1398.
- Ager A, Ager W, Long L. The differential experience of Mozambican refugee women and men. J Refug Stud 1995; 8:265-287.
- Maypole DE. Alcohol control, issue in taxing, production, and distribution. Int J Addict 1991; 26:1013-1018.
- Nakamura Y, Abe S, Ichibangase Y (edited). Global Social Welfare Yearbook 2002. Junposha, Tokyo, 2002. (in Japanese)
- JICA. Social security. JICA, Tokyo, Japan. http://www.jica.go.jp/infosite/issues/social_sec/index.html (in Japanese) (accessed July 19, 2008).
- Japanese evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Costa Rica. The Joint evaluation report on the technical cooperation for the

- project for early detection of gastric cancer. JICA, Tokyo, Japan, 2000. (in Japanese)
31. Japanese advisory team and authorities concerned of the government of the Federative Republic of Brazil. Saúde Pública no Nordeste: A Experiência de Pernambuco. JICA, Tokyo, Japan, 1999. (in Japanese)
 32. Japanese Evaluation team and authorities concerned of the government of the Republic of Zambia. The Joint evaluation report on the technical cooperation for the infectious diseases control project in Zambia. Tokyo, Japan, 1999. (in Japanese)
 33. Japanese evaluation team and authorities concern of the Hashemite Kingdom of Jordan. The Joint evaluation report on the technical cooperation for the project on family planning and women in development in the Hashemite Kingdom of Jordan. JICA, Tokyo, Japan, 1999. (in Japanese)
 34. Japanese evaluation team and Nghe an province people's committee. Joint evaluation report on reproductive health project in Nghe an province in the Socialist Republic of Vietnam. JICA, Tokyo, Japan, 1999. (in Japanese)
 35. Japanese implementation survey team and authorities concerned of the government of the Republic of Indonesia. Joint evaluation report on the technical cooperation for the project for upgrading the emergency medical care system of The Dr. Soetomo Hospital. JICA, Tokyo, Japan, 1999. (in Japanese)
 36. Japanese project evaluation team. The joint evaluation report on the technical cooperation for the clinical medical education project for China-Japan Medical Education Center. JICA, Tokyo, Japan, 2000. (in Japanese)
 37. Japanese evaluation team and authorities concerned of the Kingdom of Cambodia. The joint evaluation report on the technical cooperation for the project the maternal and child health project, Phase I. JICA, Tokyo, Japan, 1999. (in Japanese)
 38. Japanese evaluation team and authorities of the Kingdom of Thailand. The joint evaluation report on the technical cooperation for the project for the development for Trauma Center Complex project. JICA, Tokyo, Japan, 1999. (in Japanese)
 39. Evaluation team and relevant authorities of the Islamic Republic of Pakistan. The joint evaluation report on the technical cooperation for the maternal and child health project. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 40. Japanese final evaluation team and authorities concerned of the government of the Republic of the Philippines. The joint evaluation report on the technical cooperation for the project of the prevention and control of AIDS. JICA, Tokyo, Japan, 2000. (in Japanese)
 41. Japanese evaluation mission and government authorities in the Domestic Socialist Republic of Sri Lanka. The joint evaluation report on the technical cooperation for the project for nursing education JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 42. Japanese evaluation team and authorities concerned of the government of the Republic of Kenya. The joint evaluation report on the technical cooperation for the research and control of infectious diseases project, Phase II. JICA, Tokyo, Japan, 2000. (in Japanese)
 43. Japanese evaluation team and authorities concerned of the Republic of Zimbabwe. The joint evaluation report on the technical cooperation for the infectious disease control project. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 44. Japanese evaluation team and authorities concerned of the government of the Federative Republic of Brazil. Joint evaluation report on the technical cooperation for the maternal and child health improvement project in north-east Brazil. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 45. Japanese evaluation team and authorities concerned of the government of the United Republic of Tanzania. The joint evaluation report on the technical cooperation for the follow-up programme of the maternal and child health services project. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 46. JICA and Ministry of Health Lao People's Democratic Republic. Joint evaluation report on the technical cooperation for the MOH-JICA pediatric infectious disease prevention project in Loa People's Democratic Republic. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 47. Japanese project evaluation team. Summary report of terminal evaluation for Medical equipment maintenance and troubleshooting project in Sri Lanka. JICA, Tokyo, Japan, 2001.
 48. Japanese project evaluation team and authority in the Republic of Zambia. Joint evaluation report on the technical cooperation for Lusaka district primary health care project. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 49. Japanese evaluation team and authorities concerned of the government of the Federative Republic of Brazil. Joint evaluation report on the technical cooperation for the clinical research project in the State University of Campinas in Brazil. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 50. Japanese project evaluation team and authority of the government of the Republic of El Salvador. Joint evaluation report on the technical cooperation for the fortification of nursing education project. JICA, Tokyo, Japan, 2002. (in Japanese)
 51. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Ghana. Joint evaluation report on the technical cooperation for The maternal and child health care in-service training system project. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 52. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Turkey. Joint evaluation report on the technical cooperation for the infectious disease control project in the Republic of Turkey. JICA, Tokyo, Japan, 2002. (in Japanese)
 53. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Arab Republic of Egypt. Joint evaluation report on the technical cooperation for the pediatric emergency care project. JICA, Tokyo, Japan, 2002. (in Japanese)
 54. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of Mongolia. Joint evaluation report on the technical cooperation for maternal and child health project. JICA, Tokyo, Japan, 2002. (in Japanese)
 55. 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)
 56. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Public of the Philippines. Joint evaluation report on the technical cooperation for phase II of the family planning and the maternal and child health project. JICA, Tokyo, Japan, 2001. (in Japanese)
 57. Japanese project evaluation team and authority concerned of the government of the Republic of Indonesia. Joint evaluation report on the technical cooperation project

- 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 名古屋市長和区鶴舞町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: intl-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%)、保健医療施設(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、間をおかずに妊娠、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なため、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, Naroze 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けるが、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文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、無辜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として今も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 19847）、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、数箇の「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

国際保健医療協力を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、梶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、面会した時だった。「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、ひしや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を越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ほど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、日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стан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、人気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と、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、とはいわれないまでも、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、中に入れ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、言葉交わすことがなかったが、このミスターが「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)