

の最近の動向や現状を明らかにすることを目的にした。

B. 研究方法

以下、三項目について研究を実施した。

1.カンボジアにおける女性の避妊行動やその要因の変化

2005年と2010年のカンボジアのDHSデータ(15歳から49歳の女性)を入手し、2005年(4,495人)と2010年(5,103人)の間での女性の避妊行動やその要因の変化を分析した。妊娠の希望がなく、かつ調査前4週間以内に性交渉を持った女性のデータを対象にコンドームやピルなどの現代的避妊方法を使用しない要因を分析した。現代的避妊方法の使用群、不使用群を従属変数として、社会人口統計学的データや保健施設での避妊サービス受診経験の有無、教育レベルなどの因子について多変量ロジスティック回帰分析を用いて解析した。

2.カンボジアにおけるSBAによる分娩介助要因の検討

2010年のカンボジアDHSデータを用いて、12か月未満の子を持つ1,583人のデータを対象に分析した。対象女性の最後の分娩の介助者が医師または助産師・看護師の時をSBA群として、社会人口統計学的データや教育レベルなどの因子について多変量ロジスティック回帰分析を用いて解析した。

3.アフリカにおけるFGMの現状分析

“Eliminating female genital mutilation, 2008, WHO”にFGMが報告されている28ヶ国について、直近の年のDHSと概ね10年前のDHSとの比較が可能な国を抽出し、国ごとにFGMに関するデータを比較した。

C. 研究結果

1.カンボジアにおける女性の避妊行動やその要因の変化

調査前4週間以内に性交渉を持ちながらも妊娠出産を希望しない女性のうち、何らかの現代的避妊法をいつも用いている女性の割合は

2005年の34.6%から2010年には40.0%に増加していた。多変量ロジスティック回帰分析では、何らかの現代的避妊法をいつも用いない要因は、2005年には、夫の教育レベル(OR: Odd's ratio [95%信頼区間]、0.824 [0.709 - 0.959])と「保健医療施設で家族計画について指導を聞いたことが無い」(OR: 0.671 [0.577 - 0.780])が有意な要因であったが、2010年では、「都会に住んでいる」(OR: 0.824 [0.709 - 0.959])、「生児の数が5名以上」(OR: 0.746 [0.602 - 0.952])と、「保健医療施設で家族計画について指導を聞いたことが無い」(OR: 0.604 [0.505 - 0.723])がそれぞれ有意な要因となっていた(表1)。

表1. 2005年と2010年の避妊行動要因の比較

| | DHS 2005 | | DHS 2010 | |
|------------------------|---------------------|---------|---------------------|---------|
| | AOR (95%CI) | P-value | AOR (95%CI) | P-value |
| 居住地が都市部 | | | 0.824 (0.709-0.959) | p<0.001 |
| 生児が5児以上 | | | 0.746 (0.602-0.952) | p=0.01 |
| パートナーの教育レベルが低い | 0.824 (0.709-0.959) | p<0.001 | | |
| 医療機関で避妊について指導を聞いたことが無い | 0.671 (0.577-0.780) | p<0.001 | 0.604 (0.505-0.723) | p<0.001 |

2.カンボジアにおけるSBAによる分娩要因の検討

12か月未満の子を持つ1,583人の対象女性の最後の分娩における分娩介助者がSBAだった者は1,188名(74.9%)であった。多変量ロジスティック回帰分析では、SBAとならない要因は、夫の教育レベルが「なし、小学校」(OR: 2.042 [1.033 - 4.037])、「とても裕福」に比較して「とても貧しい」(5.015 [1.027 - 24.486])、初産と比較して「前児の分娩介助者がSBAでない」(OR: 4.900 [1.951 - 12.308])また「SBAである」(OR: 0.086 [0.034 - 0.217])であり、もっとも大きな要因は妊婦健診を行った者が「SBAではない」(OR: 40.489 [5.720 - 286.600])ことであった。

3.アフリカにおけるFGMの現状分析

分析の対象の条件に合致した国は、タンザニアとナイジェリア、エチオピア、エリトリア、ケニア、エジプトの6か国となり、これらの国のDHSについてFGMに関する事項を比較検討

した。

FGM 実施率は国によって大きく異なっていたが、これら 6 か国の中での最新の DHS によると、FGM 実施率が最も高い国はエジプトで 90% 近くとなっていた (2008 年)。また、FGM 実施率はナイジェリアを除く他の 5 か国において、過去 5-10 年の間に減少傾向になっていることが明らかになった (図 2)。ナイジェリアにおいては FGM の実施率に若干の増加傾向が見られた。

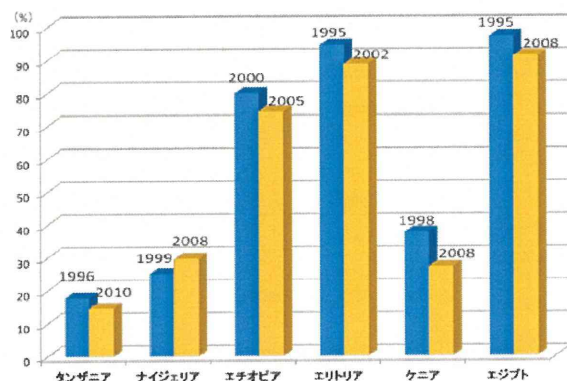


図 2 各国の FGM 実施率の変化 (各棒上の数値は DHS の年)

また、年齢による実施率はどの国においても女性の年齢が若いほど実施率が低い傾向にあり、ナイジェリアを除く 5 か国では、過去 5-15 年間の間にほとんどの年齢層において FGM 実施率は減少していた。

教育レベルによる比較が可能な国はケニア、エチオピア、ナイジェリアのみであったが、ケニアにおいて教育レベルが高い女性の FGM 実施率が低くなっていた。

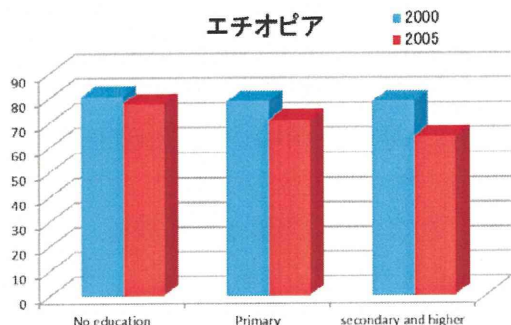


図 3 エチオピアの教育レベルによる FGM 実施率の比較

エチオピアの 2000 年の DHS では、教育レベルによる実施率の差異は見られず (図 3)、ナイジェリアにおいてはむしろ教育レベルの高い女性の FGM 実施率のほうが高い傾向であった (図 4)。一方で、ケニアやエチオピアにおいては教育レベルの高い方が実施率の低下傾向が大きい傾向にあることも明らかになった。「FGM を止めるべき」との認識を持つ女性の率は、いずれの国においても教育レベルが高い女性において高い傾向を示していた。

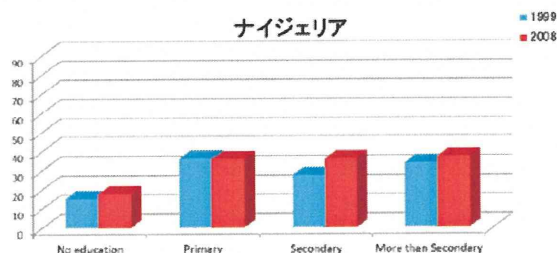


図 4 ナイジェリアの教育レベルによる FGM 実施率の比較

また、一つの国でも教育レベルや居住地が都市部か農村部かによって実施率が大きく異なっていたが、ナイジェリアではむしろ都市部での FGM 実施率が高くなっていた。ナイジェリアやタンザニアでの詳細な土地毎での FGM 実施率やケニアの民族毎の FGM 実施率の比較では、土地や民族によって FGM 実施率に大きく差があることが明らかになった。

D. 考察

MDG5 の「妊産婦の健康」に関連する指標について分析を行った。カンボジアでは、いつも現代的避妊を行っていない要因として、2005 年と 2010 年の両年において医療機関で避妊の指導をされていないことが共通な要因となっており、医療機関での介入の重要性が明らかになった。教育との関連では、どちらの年においても女性自身の教育との関連は見られなかったが、2005 年においては女性本人よりパートナーの教育レベルが有意な要因となった点は注目すべきで、女性の健康の問題には彼女らのパートナーが大きく関わっていることが示された。男性用コンドームが広く使われていない背景の中で、このパートナーの教育レベルがどのような形で

女性の避妊行動に関わっているのかの解釈が必要であるが、同時に女性の地位の向上とも関連があると考えられた。

SBAによる分娩介助は妊産婦の健康に大きく関わるが、今回の分析では妊婦健診を実施した者の職種や経産婦の場合では前児がSBAによる分娩だったかどうか大きな要因となっていた。また、ここにおいても、女性自身の教育レベルでなく男性パートナーの教育レベルがSBAによる分娩介助に関わっており、男性が女性の分娩介助者にどのような関わり方をしているのかさらなる検討が必要であり、女性の地位の向上のための方策も同時に課題である。

FGMは、伝統社会の儀礼としてアフリカ諸国において実施されているが、瘢痕などからによる産科的合併症の原因となり妊産婦の健康に大きく関わっている。今回の分析では、多くの国においてFGM実施率は減少傾向にあることが判明し、また、多くの国において都市部での実施率が低いなど、近代化がFGMの実施率に関与している可能性が示唆された。しかしながら、ナイジェリアでは都市部での実施率が高いことや教育レベルが高い女性での実施率が高いなど必ずしも近代化がFGM実施率に関与しないことも明らかになった。FGM実施率は同じ国内でも民族は細かい居住地によっても大きく異なり、コミュニティーレベルでの文化的価値観にも大きく依存している可能性も示唆された。一方で、教育レベルとの関連も一概にFGM実施率と関連付けることはできないことも明らかになったが、教育レベルが高い女性においてはFGM実施率が減少傾向にあり、認識についても「止めるべき」との認識が高い傾向あることは今回分析できたDHSからは共通の所見であった。

E. 結論

妊産婦の健康に関わるエビデンスとして、妊産婦健診や医療機関における情報の提供が重要な役割を持つことが明らかになった。また、教育の関連においては、本人よりむしろ男性パ-

トナーの教育レベルが関連しており、「妊産婦の健康」と言え、男性の巻き込みが重要であることが判明した。また、同時に女性の地位の向上も課題である。このような傾向が他の国でも同様なのかの検証も必要である。

またFGMについてはその実施率は減少傾向にあることが明らかとなったが、FGMの実施にはコミュニティーレベルでの伝統文化やその浸透度にも着目する必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

とくになし

G. 研究発表

1. 論文発表

江上由里子、安川孝志、廣田光恵、村越英治郎、垣本和宏、インドネシア共和国の保健医療の現状、国際保健医療、27(2)、171-181、2012

2. 学会発表

- (1) 田中一江、西谷純、垣本和宏. Female Genital Mutilationの近年の動向について人口保健統計を用いた分析. 第27回日本国際保健医療学会学術集会、岡山市、11月、2012年
- (2) 山口文月、野崎威功真、中家奈緒美、佐々木由理、Sovanna Tuon、小山田浩子、垣本和宏. 女性の避妊行動に関連する要因の変化：2005年度と2010年度のカンボジア人口保健調査(DHS)より. 第27回日本国際保健医療学会学術集会、岡山市、11月、2012年
- (3) 安丸英理子、垣本和宏、野崎威功真. カンボジア人口保健調査(DHS)を用いた熟練助産介助者(SBA)による分娩に関連する要因の検討. 第27回日本国際保健医療学会学術集会、岡山市、11月、2012年

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

ラオス等における MDGs 課題に関する研究

分担代表者 小林 潤（琉球大学医学部保健学科・教授）

研究要旨

後発途上国であるラオス国において MDGs の達成状況を、Document Review と政策実施者に対する Key Informant interview によって分析した。この結果 MDG4,5,6 に大きな改善が見られているが、貧困・僻地地域への対策強化に集約してきている。MDG1 の指標の一つである栄養において Stunting の割合の高さが報告され注視が必要といえる。今後、東南アジア地域全般の経済発展の陰で、貧困層は恩恵をうけずさらに貧困が深刻化し栄養不良について長期間改善されないことも危惧される。

A. 研究目的

アジアの中で MDG 達成について注目されているラオスにおいて、その達成状況・見込みと課題を分析し、さらに Beyond MDG に関してのラオス関係者の意見を集約することによって、LDC (Least Developing Country) における MDG の課題についてフィードバックすることを目的とする。

B. 研究方法

ラオス保健省本省及び関連機関において Document review を行い MDG 達成状況を把握し、さらに Meeting report と関係者への Key Informant interview によって現状の課題と Beyond MDG に関する知見を分析する。

また本研究は高橋分担班と連携して行い、タイ・日本との知見と多国間分析をすることを視野に入れる。

（倫理面への配慮）

一般住民や医療機関のヘルスワーカーに対する調査は実施しない。またラオス国公衆衛生研究所を共同研究者として実施し、実施国のオーナーシップへの配慮を原則として実施する。また共同研究は 2008 年から 2013 年までに締結しているラオス国公衆衛生研究所と報告者が事務局

長を務める J C（ラオス保健研究コンソーシアム）の共同研究のもと実施している。

C. 研究結果

初年度は中央機関としてラオス国保健省公衆衛生研究所、地方行政機関としてビエンチャン県（ビエンチャン首都圏とは別行政機関）保健局、ラオス保健省—JICA プロジェクト (CDSWC2:Capacity development for Sector-Wide Coordination in Health)での In depth Interview によって Situation Analysis を行い、以下 MDG 各項目の達成状況について知見を得るとともに MDG 関連政策研究の共同研究のプロポーザルを作成することを合意した。MDG 達成状況

Lao Social Indicator Survey (LSIS) が 2011—12 年に実施され、保健に関係する以下の MDG 達成について分析が可能になった。以下に達成状況と課題を分析した結果を示す。

MDG1 貧困・飢餓に関連する保健指標として栄養があげられているが、慢性の低栄養の影響と考えられる低身長児/Stunting. (中等度・重度) の割合が 44% と高いことから達成が危惧されている。

使用されている Growth Monitoring Chart の

当国での適合性、貧困にさらされている僻地に居住する少数民族の民俗学的背景の影響等も考えられ今後の分析課題は大きいと考えられた。ラオス教育省・WFPによって School Feeding Program が貧困僻地郡で大規模に実施されていること、保健省によるMCHプログラムの全国展開がされていることから、この二つのプログラムのGAP、すなわち Pre School Children が慢性低栄養にさらされている可能性もあり、年齢別な詳細な分析が必要と考えた。

MDG4

2010年の報告では5才未満児の死亡率が54/1000ですでにターゲットを達成しアジアのLDCのなかでモデルとして考えられていた。しかしながら2012年のLSISでは73と報告されている。LSISの報告がより正確と考えられ、サンプリングの問題が影響していると考えられる。しかしながらサンプリングの原因を詳細に分析することはデータのオーナーシップから本研究班では難しいと考える。WHO等を含む専門家意見では1990年の150と比較すると減少しているため2015年の達成が見込まれている。貧困僻地郡である村落の人口再構築による調査では5才未満死亡率は未だに大幅に100を超すとも考えられており、ラオス中南部の貧困僻地地域では未だに注目すべき課題として残ると考えられる。

MDG5

1990年には妊産婦死亡率割合650(／10万)2012年のLSISでは357と報告され母子保健政策・実施に成果がでていると考えられる。また第2の指標として注目されている施設分娩率は38%であり過去のデータがないものの大きな改善をみていると推測できる。しかしながら我々の貧困僻地郡での携帯電話を用いた Vital Event の村落からの情報を吸い上げの結果、僻地村落での生死の確認は従来の紙ベースの報告システムでは殆ど把握されていなかったことが確認されている。このことから実はデータの質

の問題は未だ残された課題であり、精度が改善されるとまた値として達成されない可能性も危惧はされる。

MDG6

マラリアの死亡率は1990年に9/10万が2006年には0.4まで減少し、対策の成功が賞賛されMDG4への関与も大きいと考えられている。しかしながら2010年以降マラリア患者の数は南部貧困地域を中心に再上昇しており、ラオス政府の緊急対策会議を今年開催している。森林破壊と住民の全体抗マラリアの免疫の減少からおきる森林マラリアが大きな原因と推測しており成人層のマラリア患者の上昇傾向を我々の研究では掴んでいる。このためMDG4の達成に大きな影響を与えることは、とりあえずはないと考えられる。

HIV-AIDSの感染は2006年に0.2%と報告され、東南アジア地域では低感染国と位置づけられている。現在、同じく低感染国であるフィリピンやモンゴルでは感染の蔓延が問題視されており特にMSM(Men Sex with Men)グループへのウイルスの侵入が報告されheterosexualな性行動での感染伝播に移っていくことが危惧されている。ラオス政府はMSMグループの組織化による対策を強化して成果を得てきており、我々の研究これらのグループでの陽性者はみられておらず対策の成果が見えていていると考えられるが、最新の調査ではMSMでのエイズ陽性者が報告され感染の拡大が危惧される。

D. 考察

今年度はMDG達成状況に対して調査を行ったが、ラオスのみならずLDCにおける一般的な問題が浮かび上がったといえる。MDG4,5,6に大きな改善が見られているが、貧困・僻地地域への対策強化に集約してきている。MDG1については注視が必要であろう。東南アジア地域全般の経済発展の陰で貧困層は恩恵をうけずさらに貧困が深刻化する可能性もきかれる。この中でMDG1の保健指標である栄養でStuntingの

割合の高さが報告され問題視されている。しかしながら栄養指標の標準化としてモニタリングチャートの適合性について専門家による討議がされ人種間の差はあまりないと結論づけられているのでチャートの不適合についての可能性は低い、改めて確認が必要ともいえる。

また貧困僻地での School feeding の対策はラオス政府とWFP等の国連機関との協同にて拡大しているにもかかわらずこの結果がでていることは、母子保健と学校保健のGAP、すなわち Pre-school children への対策が抜け落ちている可能性がある、と推測している。今後この点について詳細な調査の必要性を認識している。

E. 結論

後発途上国ラオスにおいて、ヘルスに関するMDGsは大よそ達成されると考えられるが、MDG1に関して注視が必要であり、特に貧困に関連した栄養問題が残された大きな課題と考えられる。この問題はカンボジア等でも問題となっておりMDGsに関連して後発途上国での最後の課題となってくることが危惧される。

F. 健康危険情報

とくになし

G. 研究発表

1. 論文発表

A successful mobile phone network-based approach to integration of the health care system in rural Laos: strengthening lay health worker performance

Nonaka D, Pongvongsa T, Nishimoto F, Nansounthavong P, Hongwei J, Vongsouvanh A, Moji K, Phongmany P, Kobayashi J

Rural and Remote Health Journal 2013
(in press)

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

MDGs 達成に関する政策分析

分担代表者 高橋謙造（横浜市立大学医学部 社会予防医学教室）

研究要旨

国際保健医療学会等でのディスカッションにおいて、世界的な課題である栄養戦略（MDG1, 4, 5, 6 全てに関わる）の改善のために重要であると考えられて人間の安全保障（HS: Human security）に注目し、栄養対策の世界的トレンド分析、日本の保健外交政策における HS の関与、及びタイ、ラオスにおける栄養政策の現状調査を行った。

栄養対策に関する文献等調査では、多様なステークホルダーの存在をはじめとした 4 つの Finding があった。日本の保健外交政策分析においては、protection&empowerment の概念が戦後の日本の健康改善の解釈に用いられており、この論拠を分析することで、途上国への適用可能性を拡大することが可能であると考えられた。タイ調査においては、感染症対策から NCD 対策への重点シフトがみられ、ラオス調査では国際機関の調査による Stunting 割合の多さが問題であり、WHO chart の汎用性の検討が必要と考えられた。

特に HS 概念の栄養政策への適用の可否、Growth Chart の適用性の限界の evidence 創出と提言を課題としたい。

A. 研究目的

分担研究者高橋は、2003 年に概念が成立し、2012 年に国連決議で採択された人間の安全保障（HS: Human security）に注目した。国際保健医療学会等でのディスカッションにおいて、世界的な課題である栄養戦略（MDG1,4,5,6 全てに関わる）の改善のためには、HS 適用が重要であると考えられているからである。本分担研究においては、以上の観点から、栄養対策の世界的トレンド分析、日本の保健外交政策における HS の関与、及びタイ、ラオスにおける栄養政策の現状調査を行った。

B. 研究方法

世界の栄養政策の現状：研究協力者野村真利香氏を中心に、栄養対策に関与するイニシアティブの説明資料を収集し、栄養対策に関する chronology 分析を行った。

- ・日本の保健外交政策における HS の関与：TICAD（Tokyo International Conference for African Development）に関する公開資料・文献レビューを中心に行った。
- ・タイ、ラオスにおける栄養政策の現状調査
タイ：Mahidol 大学 AIHD（ASEAN Institute

for Health Development)のスタッフに対するインタビュー調査を行った。また、Primary Health Care に関する文献、AIHD での PHC トレーニング資料等も収集し、分析を行った。ラオス：ラオス国保健医療科学院 Senchang 氏、ビエンチャン県保健部門担当者、JICA 専門家等に、ラオスで行われた LSIS (Lao Social Indicator Survey)に関する情報を収集した。

C. 研究結果

(1) 栄養プログラムの分析：
近年栄養対策は、SUN (Scaling Up Nutrition) 等の国際的なイニシアティブ成立をはじめとして、国際開発のアジェンダとして注目されている。現段階における Findings としては、① Lancet 論文（2008 年）を契機として盛んとなった栄養対策の議論の経緯、②栄養対策に関わる多様なステークホルダーの存在と、日本の政策的立ち位置の偏り、③保健プログラムとしての栄養対策、およびマルチセクトラルアプローチの必要性、④日本への政策裨益の難しさ等があった。（表 1. 主な国際的コンセンサスの流れ、表 2. 主な国際機関・二国間援助機関等における栄養対策の戦略と活動）

(2) 日本の保健外交政策：

HS 概念の成立に相前後し TICAD III において、初めて保健分野において HS は取り入れられた。その後、武見 Working group (WG) の関与により、日本の保健外交政策の主軸としての HS の体系化が成立した。武見 WG は、HS における戦略レベル概念である、protection & empowerment の概念を評価し、第二次世界大戦後の日本の健康改善の解釈にその概念を用いていることが明らかになった。この論拠を分析することで、途上国への適用可能性を拡大することが可能であると考えている。

(3) タイ、ラオス調査

タイ：タイ国の PHC プログラムにおいては、感染症対策から NCD 対策へと重点がシフトして来ている。この重点シフトと Universal Coverage の導入は、ほぼ並行して行われて、結果として UHC (Universal Health Coverage) 様のプログラムが成立している。さらに、MDG に関しては全ての指標を達成しており、MDG plus というタイ国内独自のプログラムまで推進されていた。

ラオス：LSIS(Lao Social Indicator Survey2010)の結果報告によると、Stunting の割合が 44%と高率であり、ドナー機関においてもその信頼性が問題となっているとのことであった。

D. 考察

(1) 栄養対策：

栄養問題においては、低栄養と過剰栄養（過体重／肥満）の二重の構造が途上国を含め幅広く存在する課題であり、低栄養は MDG1 の指標のひとつにもなっている（ターゲット 1C：1990 年と比較して飢餓に苦しむ人口の割合を 2015 年までに半減させる、指標 1-9：栄養摂取量が必要最低限のレベル未満の人口割合）。また途上国の 5 歳未満児の死亡原因の約 3 分の 1 に低栄養が関係していることが指摘されたことから、MDG4 ならびに 5 の達成には低栄養の改善が必要不可欠と言われている。

今後の課題として、栄養対策を所管する省庁・関係機関の把握と、それぞれの政策分析等を行う必要があると考える。

(2) 日本の保健外交政策：

今後、実際の保健医療協力の現場において、実行可能な概念として HS を推進していくには、援助現場でのアクションリサーチが重要であるとともに、HS 概念のアドボカシーを学術レベルで推進する必要がある。

(3) タイ、ラオス調査

タイ：タイにおいては、公衆衛生対策プログラムがスムーズに NCD にシフトしているようであった。このプログラムシフト、および PHC 推進の障壁となったと考えられる HIV/AIDS 問題への取り組み、PHC への取り組みの経緯等を、Ecological study として分析する必要があると考えられた。

ラオス：Stunting44%という問題の背景の根本に、WHO によって規定された Growth Chart の存在がある。ラオス人の民族性（元々、身長が低い）等を考慮すると、その基準をもとに判断されている Stunting には疑問が残り、WHO chart の適応には限界があると考えられた。世界標準として提示された Chart であるが、その汎用性を検証して行くべき時期に来ていると考えられた。

E. 結論

今回の研究においては、HS の政策概念としての有用性（特に protection & empowerment 戦略）と現場への適用の課題、栄養政策の幅広さとそれに基づく統一コンセンサスの欠落、技術レベルでの世界統一規格（Growth Chart）の汎用性への疑義等が明らかになった。これらは、全て分担研究としての今後の課題である。次年度以降は、特に HS 概念の栄養政策への適用の可否、Growth Chart の適用性の限界の evidence 創出と提言を課題としたい。

F. 健康危機管理情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文

・ Kitamura T, Obara H, Takashima Y, Takahashi K, Inaoka K, Nagai M, Endo H, Jimba M, Sugiura Y: World Health Assembly Agendas and trends of international health issues for the last 43 years: Analysis of World Health Assembly Agendas between 1970 and 2012. Health policy (Amsterdam, Netherlands) 2013, 110(2-3):198-206.

・ Takahashi K, Kobabashi J, Nomura-Baba M, Kakimoto K, Nakamura Y. Can Japan contribute to the post Millennium Development Goals? Making human security mainstream through the TICAD process (投稿中)

・ 高橋謙造: 世界のこどもたち～オムツが要らない子どもたち～、東京小児科医会報、31 (2) : 96-97、2012.

・ 高橋謙造: 世界のこどもたち～こどもを守る仲間たち～、東京小児科医会報、32 (1) : 2013

2. 学会発表

高橋謙造. タイの PHC システムにおける小児のヘルス・プロモーション戦略. 国際小児保健研究会.2013 広島

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|-----------------------------------|-----------------|-------------------|------|-----|------|----------|
| 中村安秀 | 健康と病氣-住民参加でいのちを守る | 間瀬朋子、佐伯奈津子、村井吉敬 | 現代インドネシアを知るための60章 | 明石書店 | 東京 | 2013 | Pp.96-99 |
| 澤村信英 | 伝統的慣習に向き合う少女と学校の関わり-彼女たちの就学を支えるもの | 澤村信英・内海成治 | ケニアの教育と開発 | 明石書店 | 東京 | 2013 | 59-75 |
| | | | | | | | |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|--|---|--|----------|----------|------|
| 中村安秀 | 周産期のいのちと健康を守る-産科・助産・小児科の仕事に国境はない | 日本周産期・新生児医学会雑誌 | 48巻4号 | 795-797 | 2013 |
| 澤村信英・デロスレイエス/カルビン | ケニアの伝統的社会における小学校就学の価値-マサイ女性の生活から- | 第23回国際開発学会全国大会(神戸大学)報告論文集 | | 331-334 | 2012 |
| 澤村信英(編) | ケニアの教育-質的調査の挑戦 | アフリカ教育研究 | 3号 | 39-55 | 2012 |
| 江上由里子、安川孝志、廣田光恵、村越英治郎、垣本和宏 | インドネシア共和国の保健医療の現状 | 国際保健医療 | 27巻2号 | 171-181 | 2012 |
| Kitamura T, Obara H, Takashima Y, Takahashi K, Inaoka K, Nagai M, Endo H, Jimba M, Sugiura Y | World Health Assembly Agendas and trends of international health issues for the last 43 years: Analysis of World Health Assembly Agendas between 1970 and 2012. | Health policy (Amsterdam, Netherlands) | 110(2-3) | 198-206. | 2013 |

IV. 研究成果の刊行物・別刷

招請講演7

周産期のいのちと健康を守る—産科・助産・小児科の仕事に国境はない

大阪大学大学院人間科学研究科グローバル人間学専攻国際協力学

中村 安秀

Key words

Perinatal care

Neonate

Millennium Development Goals

International cooperation

Maternal and child health handbook

1 はじめに

私自身は、世界のいろんな国で仕事をさせていただいた。経済状況や医療レベルが異なると、悪性腫瘍の治療や終末期ケアの様相は大きく異なるが、赤ちゃんが誕生するときの感動と厳粛さは世界共通だった。もちろん、周産期・新生児医療に求められる技術は、時代により、国や地域により、大きく異なる。しかし、新しい命の誕生に立ち会う使命をもつ周産期・新生児ケアの専門職が醸し出す雰囲気、そして誇りと責任感、どこの国でも、不思議なくらいに似通っていた。

2012年3月、私はNPO法人HANDSの一員として、スーダン共和国で実施されている国際協力機構(JICA)のマザー・ナイル・プロジェクトに関わっていた。首都ハルツームから車で6時間かかるセナール州の教育病院で、村落助産師のファティマさんにばったりと出くわした。

「胎児の体位が異常だったので、危ないと思って病院に搬送したの。いま、帝王切開が無事に終わったばかりで、母子ともに元気。いまから、村に帰るところなの。」

彼女は村でたった一人の医療職。村には、救急車はなく、難産になった場合に、自宅でがんばったほうがいいのか、遠く離れた病院に搬送したほうがいいのか、その判断は決して簡単なことではない。病院までの道のりは遠く、タクシー代もかさむ。妊婦に付き添う人も必要になる。家族は、できれば自宅で出産してほしいと希望する。しかし、この場合は、村落助産師の沈着で適切な判断によって、母子のいのちを守ることができた。

スーダンでは、自宅分娩が80%、専門職による出産介助(Skilled Birth Attendants)はわずか50%といわれている。病院から離れた農村部で、安全な出産を担

うのは、村に住んでいる村落助産師である。彼女たちの多くは十分な高等教育を受けたわけではないが、プロジェクトでは、セナール州のすべての村落助産師の約600名に5日間の研修を行い、実地の技術指導を行った。研修最終日には、出産に必要な器材が詰まったキットを手渡してきた。ファティマさんもかつて、プロジェクトの研修を受けたひとりである。

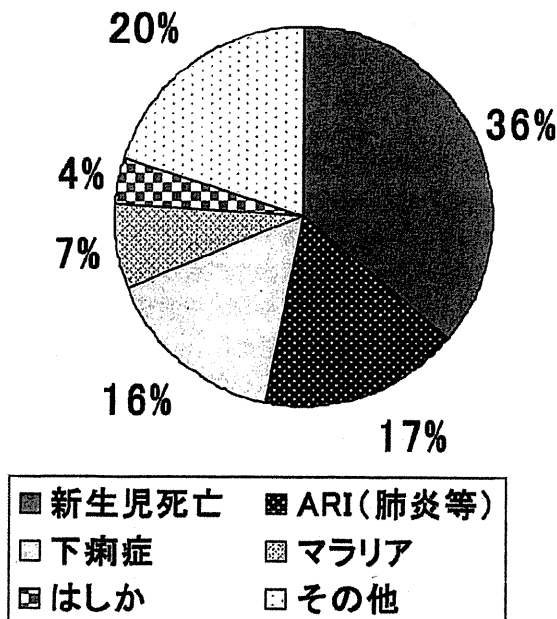
私たちは、村人が信頼している村落助産師が、ひとりでも多く研修が受けられるようにしたいという思いで、プロジェクトに関わってきた。プロジェクトの研修を受けた村落助産師が、その知識や経験を活用して母子の健康増進に貢献してくれている。地域のんびととともに活動できるプロジェクトに関わらせてもらった喜びを、ファティマさんに教えてもらった。雨期になると四輪駆動車でも前に進めない悪路のなかで、国際協力の現場は、学びと感動に満ちていた。

2 周産期に対する世界の関心の高まり

世界では、毎年35.8万人の妊産婦が死亡し(2008年)、760万人の5歳未満児が死亡している(2010年)。小児死亡の99%はいわゆる途上国で生じている。20世紀後半において小児死亡の大半を占めていた下痢症や急性呼吸器感染症(ARI)の比率が減少し、現在では、小児死亡の約36%(約300万人)は生後28日未満の新生児死亡である(図1)¹⁾。小児死亡を減少させるために、21世紀になって急速に、周産期・新生児の保健医療に関する取組みが積極的に行われている。

途上国では、母子保健医療サービスに関する3つの「遅れ」が妊産婦死亡に深く関連している。まず、危険な兆候の認識に乏しい、経済的理由などから受診の決定が遅れること。つぎに、施設が遠い、移送手段がないといった理由で周産期施設への到着が遅れること。最後に、病院に到着しても、医師が不在、薬剤の在庫

図1 5歳未満児の死亡原因
(Maternal and newborn health, The State of
World's Children 2009, UNICEF)



がない、医療技術の未熟さといった理由で適切なケアが遅れることである。これらの途上国の周産期医療に関わる課題は、社会経済状況や保健医療資源の不足、国民の教育レベルなどと深く関連しており、保健医療機関だけで解決できる問題ではない。

国連は、2001年にミレニアム開発目標(MDGs)を定め、乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善という2015年までの具体的な目標を設定した(表1)²⁾。いま、世界的では母子保健に関する継続ケア(continuum of care)が大きな潮流となっている。時間的にも、空間的にもひろがりをもつ母子保健サービスを、女性と子どもを分断することなく提供することにより、妊産婦死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率などを低減しようという狙いがある。世界保健機関(WHO)やユニセフ、国際NGOや研究機関などが共同して、2005年にPartnership for Maternal, Newborn and Child Health(PMNCH)を立ち上げた。妊娠・出産・新生児・小児に対する一貫した継続ケアを確保するために、世界では種々の試みが実施されている。

3 日本の経験を世界に発信する

このような世界的な潮流からみれば、すでに60年以上も母子健康手帳を配布し続け、その普及率がほぼ100%という日本は、恵まれたシステムを有しているといえる。妊娠、出産、子育てという母子保健の時期には、実にさまざまな保健医療サービスが提供されている。妊娠健診、母親学級、出産、新生児ケア、新生

表1 国連ミレニアム開発目標
(Millennium Development Goals: MDGs)

- 1 極度の貧困と飢餓の撲滅
- 2 普遍的な基礎教育の達成
- 3 ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上
- 4 乳幼児死亡率の削減
- 5 妊産婦の健康改善
- 6 HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止
- 7 環境の持続可能性の確保
- 8 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

児訪問、産後ケア、乳幼児健診、予防接種、歯科健診などである。また、それらの母子保健サービスは、産院、保健センター、病院、診療所など種々の保健医療機関で実施され、産科医、小児科医、歯科医、助産師、保健師などの種々の専門職が関わっている。異なる場所で、異なる専門職によって実施されている母子保健サービスは、日本では母子健康手帳に記録されることで、その一貫性を担保できている。今後は、妊娠、出産から小児期にいたるまでの包括的な子育て支援システムに、母子健康手帳をより積極的に活用する姿勢が求められている³⁾。

日本で母子健康手帳が始まったのは、戦後の復興となかの1948年であった。当時の母子手帳は、手書きでガリ版刷りの手帳に粉ミルクの配給記録が記載されており、紙質も悪く、わずか20ページのものであった。この母子健康手帳は日本独自のシステムであり、妊娠・出産・子どもの健康の記録を1冊にまとめた手帳は欧米でもほとんど見かけない。

日本の母子健康手帳に触発されて、各国において文化や社会経済状況を反映した様々な取り組みが、国際協力機構(JICA)、ユニセフ、NGOなどの協力を受けて行われている。ミレニアム開発目標の妊産婦死亡と乳幼児死亡の改善をめざす具体的なツール(道具)としての母子健康手帳が注目を集めている。すでに、米国(ユタ州)やオランダといった先進国、JICAや日本のNGOの協力で開発を進めたインドネシアやベトナムなど、日本の母子健康手帳にヒントを得て独自に発展させたタイや韓国など、いま世界20数カ国で、母子健康手帳が使われるようになった。2012年10月には、ケニアで「第8回母子手帳国際会議」が開催され、アフリカ諸国への普及が期待されている。

4 世界中で母子保健医療の専門家が不足している

グローバルヘルスにおいて、2008年のG8洞爺湖サミットで合意された保健専門家会合報告書「国際保健に関する洞爺湖行動指針」の国際的なインパクトは非常に大きかった。とくに、保健システム強化が強調され、世界で約400万人、アフリカで150万人といわれ

る保健従事者の不足にどのように対処するかが、大きな課題として浮上した。現在では、人口あたりの保健従事者比率の目標値である2.3人(人口千人あたり)は実情にそぐわないという批判もあるが、世界的にグローバルヘルスにおける人材養成が最重要課題の一つであることは確かである。

グローバル化のなかで日本を含めた世界の各地で、地域医療を担う人材が不足している。2010年、インドネシア・ロンボク島で開催されたJICAの母子手帳プログラム第三国研修において、インドネシアの地域医療における専門医の不足は深刻であった。年間出産数約2千件の中部ロンボク県公立病院では、産科医がたったひとりで孤軍奮闘していた。「ほとんど休暇を取ることもできずに働いている。でも、自分がこの病院を辞めたら、地域の産科医療が崩壊するのでがんばるしかない」と産科医が述懐していた。厳しい条件の中で医師の使命を全うすべく献身的に活動しているインドネシア人医師に対して、アフガニスタンやベトナムなど各国の参加者から温かいエールが寄せられていた。

日本においても、地域医療を担う人材不足は顕著である。岩手県遠野市(人口約3万人、出産約200件)では、産科医師はゼロ、小児科医は1人である。「ないものねだりではなく、地域にあるものを最大限に活用し、身の丈でできることをしないと長続きしない」という基本方針のもと、安心・安全な妊娠・出産を保障するための仕組みづくりに挑戦している。ひとつは、助産師が中心になって妊娠中のケアを行う「ねっと・ゆりかご」である。モバイル胎児心拍数転送装置を使用して、県内12か所の提携病院へ転送し、医師の指導を受けることができる。もうひとつは、「すこやか親子電子手帳」である。従来からの冊子版の母子健康手帳に加えて、妊娠した住民は、妊娠や出産に関わる様々な情報、写真、保護者の思いなどをコンピュータ上で管理できる⁵⁾。地域医療を担う人材不足という困難な事態を、ICT(Information and Communication Technology)という

新しい時代の技術で切り拓こうという試みである。

まさに、途上国も日本も、地域における医療人材の育成という意味で共通の視座をもつ時代になったといえる。

5 国内保健医療と国際保健医療の絆をめざして

周産期・新生児の国際保健医療協力という特別の活動分野があるのではなく、日本の周産期・新生児の健康を守ることも、途上国の周産期・新生児の健康を増進することも基本的には同じことである。今後は、国際保健医療協力と国内の周産期医療とのリンケージが非常に重要である。理想をいえば、大学、総合病院、地方自治体などから保健医療専門家が派遣され、帰国後は元の職場に復帰し臨床や研究や教育に再び従事するシステムの確立が早急に望まれる。

国際保健医療協力と国内の保健医療との連携を強化することにより、日本の周産期・新生児医療の経験を国際協力の現場に活かし、途上国での貴重な国際体験を日本の医療現場に還元できるはずである。海外に関心をもつ保健医療関係者が、世界各国の専門職とともに途上国の周産期・新生児医療の仕事に気軽に携わることができるように、日本の保健医療体制が成熟していくことを強く望みたい。

文 献

- 1) ユニセフ. 世界子供白書2009. The state of the world's children, ユニセフ. 2009
- 2) UNDP. Human Development Report 2003, Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. UNDP, New York (国連開発計画. 人間開発報告書2003—ミレニアム開発目標と人間開発, 国際協力出版会, 東京, 2003)
- 3) 中村安秀. 母子健康手帳: 過去, 現在, 未来. 小児科臨床, 2012; 65 (8): 1745-1755
- 4) 中村安秀. 国際保健における人材養成の現状と課題. 公衆衛生, 2012; 76 (8): 628-632
- 5) 菊池幸枝, 菊池永菜. 産婦人科医がいない地域での新たなチャレンジ. 保健の科学, 2012; 54 (3): 170-174

ケニアの伝統的社会における小学校就学の価値

—マサイ女性の生活から—

大阪大学人間科学研究科

○ 澤村 信英* カルビン・デロスレイエス

キーワード：ケニア、伝統的社会、初等教育、ジェンダー、教育の質

1. 研究の背景と目的

ケニア共和国ナロック県のO小学校を中心として、2000年からこれまで、初等教育にかかるフィールド調査を実施してきた。この地域では、遊牧牧畜民であるマサイの人びとが主に生活しているが、調査地近辺では、その多くが農耕を行い、定住している。初期の研究成果には、澤村ほか(2003)があるが、これは小学校2校において個別に生徒を経年的に追跡し、留年と中途退学の実態を明らかにしたものである。この一連の調査において、中途退学者は通説よりかなり少ないものの、高学年の女子生徒数名が毎年必ず中途退学していることがわかった。その理由の多くは妊娠出産および早婚である。

本研究のきっかけとなったのは、ジョイス(仮名)との12年以上にわたるつながりからである。彼女はマサイの女子生徒の一人であり、1984年にO小学校近くのマニアッタ(伝統的家屋)で生まれている。2000年の時点では、第6学年に在籍していたが、妊娠していることが判明し、欠席がちになり、2001年3月、子どもの出産を契機に7年生(17歳)で中退している(修業年限は8年)。そのような伝統的な生活世界における近代的学校教育の葛藤について、内海(2003)は「短かったとはいえ、学校教育はジョイスの新しい生活に必要であり、これからの彼女の世界を支えるものではないかと思えるようになった」(78頁)と振り返っている。

このような経験を基礎としながら、生徒にとっての就学の理由や意味として、知識の習得や中等学校への進学以外に、友人関係の形成など、非認知的な役割が小学校にあることが明らかになった(澤村・伊元2009; 伊藤・澤村2011)。ジョイスをめぐる2010年および2011年に行った就学経験の効果を検証した予備的調査では、①社会的ネットワークの拡大、②公用語の習得、③衛生と健康の改善、④対等な夫婦関係の構築、⑤計画力の獲得、⑥ソフトスキルの向上においてその影響が確認された(澤村2012a, 2012b)。そして、小学校就学は伝統的コミュニティにおける生活の質を高めることに寄与していることがわかってきた。

本研究の目的は、伝統的コミュニティで生活するマサイ女性にとっての学校教育の価値や効果について、調査対象者数を増やし、また教師とマサイ女性の視点を統合しながら、検証することである。伝統的なマサイのコミュニティでは、女性の社会的地位が男性より著しく低く、家庭の中でも同様である。就学経験のある女性とそうでない女性には、日常生活において、何か違いがあるのだろうか。もしあるとすれば、小学校就学の長期的なインパクトには、どのようなことがあげられるのだろうか。

2. 調査の概要

調査の基点としているO小学校およびその周辺地域は、ナイロビから車で1時間半程度、約100kmの距離にある。ナロック県の中では、かなりナイロビ寄りの場所であり、学校は幹線道路から未舗装道を4km進んだところにある。2000年の時点では、生徒数400人程度の中規模の学校であったが、近隣の街の店舗数や人口も大幅に増え、寮を完備し、交通の便も比較的良好いことから、現在では生徒数800人の大規模校である。試験の成績でも県内で上位にランキングされている。

* [連絡先] 〒565-0871 吹田市山田丘1-2 大阪大学大学院人間科学研究科 澤村信英
E-mail: sawamura@hus.osaka-u.ac.jp

この0小学校および隣接する4校（過去の勤務経験者を含む）の教師、ならびに近隣に住むマサイ女性に対して、2012年9月にインタビュー調査を実施した。質問内容は、意図的にあまり構造化せず、自然な会話の中から、就学・不就学の違いを聞き取るようにした。その主な対象は、教師14人（男6人、女8人）、就学経験のあるマサイ女性6人である。補足的に、地区の教育行政官1人（20公立小学校、3私立小学校、1公立中等学校を所掌）にも聞き取りを行った。教師およびマサイ女性の属性については、それぞれ表1および表2のとおりである。教師の年齢は20歳代から50歳代までさまざまであるが、エスニシティはマサイとキクユである。もう一方のマサイ女性の年齢は20歳代前半から40歳代までの広がりがあり、いずれも20歳前に結婚し、小学校卒業（あるいは中退）後、7～27年が経過している。

調査の手法として、当初、マサイ女性のみを対象として聞き取りを行っていたが、就学の効果についての応答で、広がりのある結果が出てこないことから、教師に対して、彼らの視点からの就学の効果を例示してもらい、その事柄を念頭に置きながら、かつ誘導的な質問を避けつつ、マサイ女性から聞き取りを行った。インタビューは発表者2人により英語で行い、必要に応じ教師や生徒にマサイ語やスワヒリ語の通訳を依頼した。教師から聞き取った就学の効果の有無をマサイ女性に確認するのではなく、普段の生活で実践している事柄の具体例を聞きながら、効果と思われる事項を抽出していった。例えば、子どもの健康に気を付けていますか、ではなく、予防接種に行きましたか、なぜ行くのですか、というような質問を行い、その行動や行為の背景にある理由や知識を探索しながら、就学の効果を捉えるように工夫した。

表1 調査対象教師の属性

| 仮名 | 性別 | 生年 (年齢) | 民族 | 教職経験 | 特記事項 |
|----|----|-------------|------|------|------------------------------------|
| L | 女 | 1962年 (50歳) | キクユ | 27年 | ナロックで生まれ育ちマサイの土地に愛着をもつ。T小学校の校長。 |
| M | 男 | 1970年 (42歳) | マサイ* | 14年 | 0小学校の1期生で地域コミュニティの実情に詳しい。S小学校の校長。 |
| N | 男 | 1967年 (45歳) | キクユ | 21年 | 和やかな雰囲気ですぐに学校を運営する。I小学校の校長。 |
| O | 女 | 1982年 (30歳) | マサイ | 9年 | 地元の出身でPTA雇用の教師を経験し、数年前から政府雇いになった。 |
| P | 女 | 1970年 (42歳) | マサイ* | 17年 | 0小学校で7年間の勤務経験があり、女性教師のリーダー的存在。 |
| Q | 女 | 1974年 (38歳) | キクユ | 11年 | タンザニアの私立校での勤務、PTA教師を経て2009年から政府雇い。 |
| R | 女 | 1974年 (38歳) | キクユ | 11年 | PTA教師を経て2008年から政府雇い。夫はナイロビで働き単身赴任。 |
| S | 女 | 1955年 (57歳) | マサイ | 33年 | 豊富な教職経験をもち、地域ではFGM廃絶などの活動を行っている。 |
| T | 男 | 1985年 (27歳) | マサイ | 3年 | 私立校での勤務を経て、T小学校 (5年生までの小規模校) の副校長。 |
| U | 男 | 1972年 (40歳) | マサイ | 17年 | Mと同じ0小学校の1期生で地元出身。教員組合の地区代表。 |
| V | 男 | 1969年 (43歳) | マサイ | 23年 | 0小学校の校長として施設面の改善および生徒の成績向上を主導した。 |
| W | 男 | 1966年 (46歳) | キクユ | 22年 | 20年近く0小学校で勤務した後、ナイロビの学校へ転出した。 |
| X | 女 | 1976年 (36歳) | マサイ | 13年 | Wの配偶者で0小学校での勤務し、カシヤド県の小学校に転出した。 |
| Y | 女 | 1986年 (26歳) | マサイ | 4年 | マサイであるがマサイに偏見が多少ある。T小学校の就学前クラスの教師。 |

*母親はキクユ

表2 調査対象マサイ女性の属性

| 仮名 | 生年 (年齢) | 小学校卒業年 | 結婚年 (年齢) | 夫の学歴 (年齢) | 子どもの数 |
|----|-------------|--------------|------------------|---------------|-------|
| A | 1969年 (43歳) | 1985年 | 1988年 (19歳) | 不就学 (55歳) | 1男1女 |
| B | 1984年 (28歳) | 2000年 | 2003年 (19歳) | 教員養成校卒業 (42歳) | 2男2女 |
| C | 1988年 (24歳) | 2006年 (7年中退) | 2006年 (18歳) | 中等学校卒業 (34歳) | 3男2女 |
| D | 1978年 (36歳) | 1995年 | 1996年 (18歳) 第二夫人 | 不就学 (60歳) | 4男2女 |
| E | 1989年 (23歳) | 2005年 | 2008年 (19歳) | 小学校卒業 (32歳) | 2女 |
| F | 1978年 (36歳) | 1995年 (7年中退) | 1995年 (17歳) | 小学校5年 (40歳) | 3男4女 |

3. 結果と考察

(1) 教師

教師の経験からみた就学経験者と不就学者の違いは、次の①～⑰のとおりである。括弧内のアルファベットは、表1の仮名と対応している。このインタビュー結果は、民族性による違いよりも、マサイの人びと生活を共有する期間の長短、マサイの子どもの教育へのコミットメントの高低により聞き取れる内容が量と質で異なっている。例えば、民族としてはキクユであってもマサイランドで生まれ育ったような教師は（例えば、教師LやN）、マサイの教師以上に地域の現状をよく把握し、理解が深い。

教師の学校教育に対する期待値が高いこともあるが、小学校で学習経験があるか否かでの差については、全員がかなりの違いがあるという回答で一致している。ただし、これは日常生活での差異であり、就職するには初等教育だけでは不十分でほとんど役に立っていないともしている。また、学校教育を受けた女性は、コミュニティの中で受けなかった女性に影響を与え、受けなかった女性は受けた女性の真似をしようとする、という意見も複数の教師から聞かれた（例えば、教師PやS）。

このような違いが現れる理由として、頻繁に共通して使われ単語は、エクスポージャー（exposure）とインタラクション（interaction）の2つである。前者は新しい世界（新しい知識や考え方、場所）へのエクスポージャーであり、後者は生徒や教師、友人などとのインタラクションを通して、学びが生じるということである。換言すれば、前者は教科内容などから得られるものであるし、後者は学校という集団生活の場で自然に起こり価値意識にも影響を与える。

- ① 服装や毛髪（特に子どもの）、家が清潔である（L, M, N, P, Q, R, U, W, X, Y）
- ② 思考の仕方が違う、他人と議論できる、自己表現できる（L, M, N, O, R, T, V, X, Y）
- ③ 幅広い（深い）考え方ができるだけの知識と経験がある（M, N, P, S, T, U, V）
- ④ 礼儀を知っている、自己を律することができる（M, Q）
- ⑤ 健康、衛生的な生活ができる（病院、トイレ、水）（M, O, R, S, U, V, W, Y）
- ⑥ 栄養的にバランスのある食事ができる（M, N, Q, Y）
- ⑦ 時間管理や計画が可能になり、仕事を効率的にできる（M, O, T, U）
- ⑧ 他人と適切な関係を構築し、コミュニケーションができる（L, M, P, Q, R, S, T, U, W, Y）
- ⑨ 夫に依存せず独立して物事ができる、夫を恐れない（L, M, N, P, V, Y）
- ⑩ 読み書きができ、薬の処方なども理解できる（L, M, N, P, S, U）
- ⑪ 資産の管理や運用が可能となり家計を任される（M, N, P）
- ⑫ 子どもの教育や学校の運営に理解を持つ（N, O, P, Y）
- ⑬ 家族計画をする、多くの子どものを望まない（N, P, T）
- ⑭ 家族（特に子ども）の世話をうまくできる（O, P, Q, S, T, U, V, X）
- ⑮ 夫を管理して、助言も拒絶もできる（O, S, U, V, X）
- ⑯ ビジネスに関心を持つ、店で物を売る（L, O, Q, S, T, U, X）
- ⑰ 第二夫人にならない（P）

(2) マサイ女性

マサイ女性から見た就学の効果（自身と不就学女性との日常生活における違い）は、次の①～⑰のとおりである。括弧内のアルファベットは、上記の教師の場合と同様に、具体的に各項目に関連する発言のあった女性の仮名（表2）に対応しているが、項目別のリストを作成し確認する手法は意図的にとっていないため、発言のない女性はその項目に対して否定的な見解を示しているわけではない。あくまで自然な会話の中に当該項目が含まれていたか否かを示している。

教師へのインタビュー結果に比べると、表現を変えながらも、ほぼ同じような項目が含まれている。その中で興味深い違いとして、マサイ女性へのインタビュー結果にだけ含まれる点は、①スワヒリ語が流暢に使

える、②英語ができる、③自由に交通機関を利用して移動できる、⑧計算ができる、⑫友人がたくさんいる、である。女性自身にとっては、公用語（英語）や生活上必要になるスワヒリ語（国語）を習得できることが③の行動にもつながっている。また、⑫の友人がたくさんいると意識している理由は、学校での級友の存在も大きい、少し変わった形での言語の問題とも関係している。マサイ女性Cを除いて、全員が携帯電話を所有しており、テキストメッセージを送信したり、相手の電話番号を登録するためには、スワヒリ語などの文字を理解していなければ使いこなせないのである。

- ① スワヒリ語が流暢に使える (A, B, C)
- ② 英語ができる (A, D)
- ③ 自由に交通機関を利用して移動できる (A)
- ④ 料理がうまくでき、栄養バランスに気をつかう (A, B)
- ⑤ 衛生的な生活が送れ、家の掃除をする (A, B, C, F)
- ⑥ 子どもの健康に気を付けた世話ができる (B, C, D, E, F)
- ⑦ 読み書きができ、メモが作れる (A, B, D, F)
- ⑧ 計算ができる (D, F)
- ⑨ 小規模なビジネスや農産物や家畜の売買ができる (A, C, D, E, F)
- ⑩ 独立した行動ができ、夫に依存しない (A, F)
- ⑪ 家計を任せられ、予算が立てられる (B, C, D, E)
- ⑫ 友人がたくさんいる (B, C, E)
- ⑬ 子どもの数は少なくて良い、これ以上いらない (B, C)
- ⑭ 知らない人とでも会話ができる (B, C, E, F)
- ⑮ 子どもが病気になれば、病院へ連れて行ける (B)
- ⑯ 家畜を消毒したり、薬を与えたりできる (C)
- ⑰ 夫と対等に会話ができる (C, F)

4. 今後の課題

現状の分析結果と考察は、言うまでもなく不十分である。インタビュー結果をより丁寧に社会的な文脈性も踏まえ分析し、カテゴリーによる分類や項目相互間の関連付け、教師とマサイ女性に対するインタビュー結果の比較など、今後より複眼的に考察を進めていきたい。

参考文献

- 伊藤瑞規・澤村信英 (2011) 「ケニアの小学校における学校文化—生徒・教師間のダイナミクスに注目して—」『国際教育協力論集』14巻2号、1-14頁。
- 内海成治 (2003) 「国際教育協力における調査手法—ケニアでの調査を例にして—」澤村信英編『アフリカの開発と教育』明石書店、59-81頁。
- 澤村信英 (2012a) 「ケニアにおいて小学校を中途退学した少女の現在—学校教育が彼女に残したもの—」第7回アフリカ教育研究フォーラム（神戸大学）発表要旨集。
- 澤村信英 (2012b) 「ケニアの伝統的コミュニティにおける小学校就学の意味—中途退学したマサイ少女の十年後—」第49回日本アフリカ学会学術大会（国立民族学博物館）研究発表要旨集、84頁。
- 澤村信英・山本伸二・高橋真央・内海成治 (2003) 「ケニア初等学校生徒の進級構造—留年と中途退学の実態—」『国際開発研究』12巻2号、97-110頁。
- 澤村信英・伊元智恵子 (2009) 「ケニア農村部における小学校就学の実態と意味—生徒、教師、保護者へのインタビューを通して—」『国際教育協力論集』12巻2号、119-128頁。

ケニアの教育 —質的調査の挑戦—

報告者：澤村信英
(大阪大学)

国際開発学会第22回全国大会(名古屋大学、2011年11月26～27日)において企画した「ケニアの教育」のセッションをもとに、討論者のコメント等を含めて採録するものである。各報告者の要約は、題目も含め、その後の研究の進捗に応じて、加筆修正されている。

1. 企画セッションの趣旨と意義

本セッション企画の目的は、ケニアの初中等教育を事例として、発展途上国における教育研究における継続的なフィールドワークに基づく質的調査の意義やそのあり方を問い直す機会とすることである。各報告は2010年から2011年7月までの間に行った現地調査の成果であり、人びとの生活に寄り添ったリアリティのある研究をめざしている。調査地は、マサイの人々が住むナロック県(伊藤・十田)および世界でも最大規模のスラム・キベラ(大場・澤村)である。

本セッションでは、個別報告に対する質疑応答に加え、一連の報告を踏まえ、アフリカ諸国をはじめとする発展途上国における教育研究の調査手法や方向性についての意見交換の場ともした。

2. 座長

内海成治(お茶の水女子大学(当時))、澤村信英(大阪大学)

3. 討論者

湖中真哉(静岡県立大学)、日下部達哉(広島大学)

4. 報告者

- (1) 伊藤瑞規(大阪大学大学院人間科学研究科博士前期課程)
- (2) 十田麻衣(大阪大学大学院人間科学研究科博士前期課程(当時))
- (3) 大場麻代(広島大学教育開発国際協力研究センター)
- (4) 澤村信英(大阪大学大学院人間科学研究科)

5. 報告題目と要旨

「ケニアの小学校における試験中心的な文化特性—受験競争に着目して—」(伊藤)

受験中心の学校生活を踏まえ、それに伴う競争主義的な雰囲気(競争を支える成果主義やアスリートの精神)に着目した。それらを生徒や教師などがどのように受け入れ生活しているのか、競争をめぐる揺れ動く学校成員の行動や精神的なやり取りを

分析し、彼らにとっての教育の意味を問い直した。

「ケニアの小学校において友人関係形成が果たす役割—社会・文化的背景から読み解く—」(十田)

伊藤と同じ小学校において、子どもが友人関係を形成することに、どのような意味があり、いかなる役割があるかを多面的に探索した。友人関係をめぐる先行研究ではあまり関心を寄せられてこなかった、文化・社会的背景(学歴社会、エスニシティの多様性、生活形態の変化)から分析した。

「世帯背景からみた中等学校進学の際の障壁—ケニアのスラムを事例に—」(大場)

キベラの初等教育を修了した児童のうち、その後学校教育を継続できなかった48世帯の児童を対象に、進学の障壁となっている要因について、彼らの世帯背景からみた学費の問題を中心として考察した。質問紙調査とインタビューを組み合わせ、精緻なデータを積み重ね、議論を展開している。

「貧困家庭からみた学校教育の価値—ケニアのスラムに住む家族の生活から—」(澤村)

大場が対象とするスラムに住む一家族に注目し、親にとって子どもが教育を受けることへの期待やその意味について、生活感を持ちながら読み解こうとした。また、アフリカにおける教育研究が、人びとの生活実態と離れた文脈で議論されていることに疑問を投げかけた。

6. 討論者のコメント

(湖中真哉)

フィールドワークは問題発見的なプロセスだと考えられるが、まさにケニアの教育に関する多様な問題点が明らかになった。学友間の相互扶助(伊藤・十田)、学費不足の背景(大場)、学校教育の意義(澤村)など、いずれも様々な問題提起を含んでいる。インプリケーションにどう繋がるのかというフロアからの指摘もあったが、従来の研究がインプリケーションありきでリサーチをしがちであったのに対して、本セッションでは、まず現状を把握して、そこからインプリケーションを考えるという姿勢が貫かれていたことも評価できる。

質的方法の特徴として、ローカルな文化の脈絡を明らかにすることがよく挙げられる。しかし、本セッションで明らかになったのは、質的方法のもうひとつの意義である「包括的アプローチ(holistic approach)」の有効性であるように感じられた。いったんフィールドに出向くと経済も政治も社会も文化もすべてが絡み合った現実と向き合うことになる。例えば、経済だけ、文化だけを取りだして議論することができなくなる。本報告では、教育だけを取りだして議論するのではなく、教育と学友間の社会関係や世帯経済との絡み合いを取り上げており、教育に関してこの包括的アプローチを試みた研究として大きな意義を持つように感じられた。とくにアフリカを対象とした研究の場合、教育だけを取りだしてインプリケーションを考えるより、教育とそれ以外の様々なファクターの絡み合いを考え、そこから教育を再定義するほうが、(時間はかかるが)実情に即したインプリケーションを産み出す上でも有意義であるかもしれない。