

第148回Brown Bag Lunch 報告書

テーマ：ジェンダーと国際保健医療

講師：青山温子氏／名古屋大学 大学院医学系研究科 教授

日時：2006 年10月6日（金）12:30-14:00

1. 開発と健康

国際保健医療学とは、社会開発・経済開発の過程で生じる健康問題とその多面的要因を分析し、実行可能な対策を検討する、社会医学の1分野であると考えている。開発の過程では、社会と人間との相互作用により健康状態に影響が及ぶため、同じ病気にかかっても、背景にある社会的、経済的条件によって、結果が異なってくる。たとえば、日本では麻疹で死亡することはほとんどないが、途上国では多数の子どもたちが死亡している。HIV感染についても、日本では、薬を飲んで発症を遅らせることができるが、途上国では、エイズ孤児の問題等、社会的インパクトをもたらしている。健康問題に関するこれらの多様な原因と結果を分析し、さらに、公平で、効率的に実行できる対策を考えていくことが重要である。

現在、世界では、出生時平均余命が55歳に満たない国が、サブサハラ・アフリカや南アジアに存在しているが、一方、先進国では、75歳以上に達している。所得と人口の配分を見ると、世界の富の80%が、世界人口の10%にすぎない先進国に集中するという不均衡な状況となっている。また、世界の病気負担（Disease Burden）の90%が途上国に集中している。先進国では癌や糖尿病等の非感染性疾患がほとんどであるが、途上国では、まだ感染症が猛威を振るっているばかりか、非感染性疾患や外傷も非常に多く、あらゆるタイプの病気が存在する。しかし、2003年の世界全体の保健医療費3兆2353億ドルのうち、90%は先進国で使われ、途上国では10%程度にすぎないという不均衡が存在する。加えて、途上国の子どもたちの死因の多くは、予防や治療が可能なものなのである。

エイズに罹った赤ちゃんのことを考えてみよう。この赤ちゃんがエイズに罹った直接の原因は、母親からHIVというウイルスに感染したことである。ここで、なぜ母親がHIVに感染したかを考えてみる。HIVの主要な感染経路は性交渉であることから、もしかしたら、母親が貧しさのために売春をしたのか、あるいは、父親が出稼ぎ先で買春をしてその後母親に感染させたのかと推測される。なぜ、そのような状況となったかを考えると、貧困や、買春を比較的容認する社会背景といった、経済的・社会的要因がその背景にあることがわかる。病気を考えるとき、このように、直接の原因のみならず、間接的にさまざまな要因が作用しており、経済、政治、社会、文化的要因が遠隔的に関与している。ジェンダーは、健康に影響を及ぼす、重要な要因の1つである。

2. ジェンダーと開発

ジェンダーとは、社会的・文化的な意味での性別のことをいう。生物学的な、女性と男

性の違いが、ある社会・文化の中で拡大解釈され、その社会が期待する行動様式や役割が規定される。その行動様式や役割は、それぞれの社会や文化において、多少の相違はあるものの、かなり類似している。しかし、それらは決して変わらないわけではなく、少しずつ変化している。

開発援助の分野では、1970年代に開発と女性 (Woman in Development: WID) という考え方が導入された。この考え方は、女性の役割に配慮しなかったため開発援助の成果が期待されたほどでなかったことや、女性が開発の恩恵を十分に受けられなかったことに対する反省に基づいており、女性のエンパワメントの重要性が認識されるようになった。1980年代になると、ジェンダーと開発 (Gender and Development: GAD) という考え方に進み、単に女性を裨益者とするのではなく、女性が援助の計画、運営管理に参画し、男女間の格差を少なくすることが重視されるようになった。現在では、ジェンダー主流化 (Gender Mainstreaming) の考え方のもとに、あらゆる分野のプロジェクトで、ジェンダーを考慮する必要性が意識されるようになった。

開発援助においてジェンダーの視点を重視する理由として、まず、女性の人権を重視するという人道的意義づけがある。女性は社会的弱者の立場に置かれていることが多いからである。経済的視点からは、女性を人的資源と考え、女性が収入を得られれば、家計が改善され、貧困削減に繋がるということが指摘される。また、女性が教育を受け、収入を得ることは、子どもや家族の健康改善にも繋がり、出生率も下がること、女性が自己決定能力を持つことにより性感染症等の予防にも繋がること、さらに、ガバナンスが改善すること等が挙げられる。

女性の労働を軽減するインフラの改善は、決して女性だけを利するものではない。たとえば、途上国では、水汲みは女性の仕事となっていることが多いが、上水道を作ることにより、女性の労働が軽減されるばかりでなく、すべての人々が安全な水にアクセスできるようになる。

過去の国際的イニシアティブを見ていくと、1946年の世界保健機関 (WHO) 憲章により「健康」が定義され、1948年の世界人権宣言ではジェンダーの平等や健康権が人権の一部とされた。1994年カイロで開かれた国際人口開発会議 (ICPD) において、リプロダクティブヘルスの定義が確立された。1993年ウィーンの国連世界人権会議では、女性の権利が人権であることがうたわれ、1995年コペンハーゲンの国連社会開発サミットでは、貧困層に女性が多いことが問題視された。2000年にはミレニアム開発目標が採択され、ジェンダーの平等のため教育面での格差をなくすことや、乳幼児死亡率の低下、妊産婦の健康状態の改善等、いくつかのジェンダーに関連する目標が含まれた。

3. ジェンダーと健康

生物学的な性別によって、特定の疾患に罹るリスクが異なることがある。また、文化的規範や社会における役割によって、女性と男性の罹患リスクが異なることもある。たとえ

ば、男性の方が外出する機会が多いとすれば、交通事故に遭う機会は増加する。換気が悪い台所で薪を燃やして仕事をするのが女性の役割とされていれば、女性が呼吸器疾患に罹るリスクが高くなる。また、男性が決定権を持つ社会で、女性が男性の許可なしに病院へ行けないことがある。さらに、男女を隔離する文化があつて、女性が受診するには医療従事者も女性でなければならないとされていれば、男性の医療従事者のみの場合は女性が受診できなくなる。加えて、女性が家計を担っている家庭は貧しい場合が多く、そのために健康の問題が生じることもある。

WHO の報告によると、世界全体における死因の順位に、あまり大きな男女差は見られない。しかし、交通事故は男性の方が多く、また、女性では妊娠出産による死亡・病気負担が大きくなっていて、男女に差が見られる。

4. リプロダクティブヘルス

リプロダクティブヘルスとは、性と生殖に関して、身体的、精神的、社会的に健全である状態であることと定義されている。1994 年の ICPD でカイロ会議行動計画が採択され、リプロダクティブヘルス / ライツが国際的に認知されるようになった。これは、パラダイム・シフトと言える大きな変化であり、ICPD 以前には、家族計画は国家政策として国が決めることであつたが、ICPD 以降、個人とくに個々の女性に決定権があるとされた。開発援助プログラムにおいても、国家政策としての人口プロジェクトはなくなり、個々の女性の健康を改善するリプロダクティブヘルスのアプローチがとられるようになった。

リプロダクティブヘルスの概念はきわめて幅広く、家族計画、妊娠出産、危険な妊娠中絶、子宮や卵巣の癌、HIV/エイズを含む性感染症、思春期保健、女性に対する暴力等が含まれている。このうち、主要な課題である、妊産婦の健康と家族計画についてもう少し詳しくみてみよう。

現在、毎年世界で約 52 万人の妊産婦が死亡しており、そのほとんどが、サブサハラ・アフリカや南アジアに集中している。妊産婦死亡率は、地域や社会経済階層等による格差が、乳幼児死亡率よりも大きい。これは、乳幼児死亡率を下げるには、予防接種や下痢症治療等の比較的安価な対策があるのに対し、妊産婦死亡率を下げるには、帝王切開手術や輸血ができる医療体制が必要であり、出産が始まってから重篤な状態に陥った時、適切な医療介入が必要とされるからである。妊産婦死亡の主要な直接原因は、出血、妊娠中毒、感染である。南アジアでは、妊娠中の女性の 80% が貧血と言われており、もともと貧血の女性が出産した場合、出血がそれほど多量でなくても危険な状態になることがある。貧血の母親から生まれた子どもは、小児期に十分な栄養がとれないと、貧血のまま成長し、そのまま出産して母親となれば、その子どももまた貧血となるという、悪循環に陥っている。

妊婦検診を受ける女性の率は増えていて、一定の効果も認められている。しかし、実際に問題が起こるのは出産中である。たとえば、パキスタンでは、Traditional Birth Attendant と呼ばれる教育を受けていない女性が介助して、家庭で出産することが多い。妊産婦死亡

を減らすには、専門教育を受けた医師や助産師が出産を介助することが必要であるが、とくに地方では、医療施設へのアクセスさえ難しいことが少なくない。

妊産婦死亡率の高い国では、家族計画サービスは女性の生命を救うことに繋がる。伝統的な社会では家族計画に抵抗がある場合もあるが、適切な家族計画サービスが供給されれば、むしろ受け入れられることが多い。世界各国を比べると、所得が高くなるほど、合計特殊出生率は下がり、避妊実行率は高くなる傾向がある。他方、途上国の個々の人々にとっては、不妊の方が一層切実な問題で、高度な不妊治療を実施している国もある。また、文化的に産婦人科医療従事者が女性でなければならないとされているパキスタンやアフガニスタン等の国では、女性の医療従事者を養成する必要があるが、地方では、基礎教育を受けている女性すら少ないのが実情である。しかし、少しずつ変化もみられており、専門教育を受ける女性が増えていくことが期待される。

以上まとめると、人々が健康になり、健康な社会を作るためには、経済開発や保健医療の発展だけでなく、文化、ジェンダー、社会、エスニシティ等あらゆる方向を考慮し、開発プロジェクトを進めることが重要である。

参考資料：

1. 青山温子・原ひろ子・喜多悦子：開発と健康—ジェンダーの視点から、有斐閣、2001。
2. 佐藤寛・青山温子編：シリーズ国際開発 第3巻：開発と生活、日本評論社、東京、2005。
3. 日本国際保健医療学会編：国際保健医療学 第2版、杏林書院、東京、2005。
4. 我妻堯：リプロダクティブヘルス、南江堂、2002。
5. Aoyama, A. Reproductive Health in the Middle East and North Africa: A Review of Issues. The World Bank, Washington, D.C., 2001