

ネパール農村におけるリプロダクティブ・ヘルス・ライツの研究

—チャンピVDC, ワード3, 8の事例から—

藤村 昭子

大学院生

広島大学大学院国際協力研究科

〒739-8529 東広島市鏡山1-5-1

1. はじめに

1.1. リプロダクティブ・ヘルス・ライツとは何か

「リプロダクティブ・ヘルス・ライツ」という考え方ははっきり定義され、国際的な会議で公表されたのは1994年カイロで開かれた国際人口開発会議においてである。その会議の場で採択された行動計画⁽¹⁾のなかではリプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツの定義は次のようになっている。

「リプロダクティブ・ヘルスは人間の生殖システム、その機能と(活動)過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることを指す。したがって、リプロダクティブヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力をもち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを定める自由をもつことを意味する。この最後の条件で示唆されるのは、男女とも自ら選択した安全かつ効果的で、経済的にも無理がなく、受け入れやすい家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法についての情報を得、その方法を利用する権利、および、女性が安全に妊娠・出産でき、またカップルが健康な子どもを持てる最善の機会を与えるよう適切なヘルスケア・サービスを利用できる権利が含まれる。・・・中略・・・リプロダクティブ・ライツは、国内法、人権に関する国際文書、ならびに国連で合意したそ

の他関連文書ですでに認められた人権の一部をなす。これらの権利は、すべてのカップルと個人が自分たちの子どもの数、出産間隔、ならびに出産する時を責任を持って自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができるという基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブヘルスを得る権利を認めることにより成立している。その権利には、人権に関する文書にうたわれているように、差別、強制、暴力を受けることなく、生殖に関する決定を行える権利も含まれる。」(訳出は外務省、下線は筆者による)」(国際人口・開発会議 1996)

この二つの定義をめぐってはさまざまな解釈がある。問題点を指摘する声も多々ある。「単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあること」が健康である、と言う考えはWHO憲章⁽²⁾に始まってアルマ・アタ宣言⁽³⁾を経て、この定義に引き継がれているが「良好な状態」とは原文ではwell-beingであり、この訳語が適切かどうかはしばしば話題になる。しかしこのことは本稿では、主要な問題ではない。訳語がどうであれ、表現しようとしている概念はよく解る。

注目すべきは、上記の二つの定義の下線部が両方で重複していることである。文字どおりに解釈すると「リプロダクションについての決定権を持つことは健康であることの条件の一つ」ということになる。逆に言えば「権利を持っていなければ健康とは

いえない。」ということになりは通常の健康の概念にはない考え方である。この重複について谷口(2007-35)は次のように言っている。「当初はリプロダクティブ・ライツの概念の基礎が発展し、次いでリプロダクティブに関する健康問題が発展してきたものと考えることができる。このことはリプロダクティブ・ヘルスの定義の中に権利性が認められることから窺うことができる。(中略)両概念が互いに照射しあい、ときに補完しあって現在も発展している概念と見るのが正確な理解だと思われる」これがいくつかある批判や解釈の中でもっとも簡潔で正鵠を得ている。さらに「リプロダクティブ・ライツはリプロダクションに関する女性の自己決定権であり、リプロダクティブ・ヘルスケアへの権利」である。(谷口 2007-17)「リプロダクティブ・ヘルスは生涯を通じた性と生殖システムの健康である。」(谷口 2007-28)とまとめている。

筆者としては本稿においてはこの両概念を一続きのものとし、「リプロダクティブヘルス・ライツ」をすべての女性のリプロダクションに関する健康と自己決定権を実現するためのトータルな目標と考えたい。但し、叙述に当たっては上記の谷口のまともに従う。

1.2. 問題の背景および本稿の目指すものとその方法

現代社会は格差社会だといわれている。OECDの統計によれば、1960年には、世界でもっとも裕福な20%の人々は全所得の70%占めていたが、1997年にはこの割合が86%に上昇している。一方で、もっとも貧しい20%の人々のシェアは、2.3%から1.3%に低下している。(国際人口開発会議+5 1999)

経済格差はいくつかの例外的な国や地域⁽⁴⁾を除けば健康格差につながる。さらにそれはリプロダクティブ・ヘルス・ライツの格差につながり開発途上国の女性を苦しめている。「先進工業国と途上国の多く、特に後開発途上国との間に見られる妊産婦死亡リスクの格差は、しばしば“世界でも最大の保健格差”と言われる。」とユニセフ(2009-3)は言っている。ニジェールの女性とアイルランドの女性の比較がその差を最もよく表している。ニジェールでは7人に1人の女性が妊娠や出産に関連した病気または傷害で死亡するが⁽⁵⁾、アイルランドでは、

48000人に1人の女性が妊娠・出産に関する病気や障害で死亡するだけだ。(ユニセフ 2009 146-150)ユニセフ報告書は「妊娠あるいは出産の合併症で年間50万人以上の女性が命を落としている、その99%以上が開発途上国で起きており、約84%はサハラ以南のアフリカ諸国と南アジアに集中している、また、妊産婦の死亡のほとんどは回避できるものである。」と述べている。(ユニセフライブラリー 2008)

このように開発途上国の女性がリプロダクションの問題で苦しんでいる状況を踏まえて、本稿では、ネパール農村のリプロダクティブ・ヘルス・ライツについて、現地の事例を通じて検証し、リプロダクティブ・ヘルスの改善とリプロダクティブ・ライツの確立への道筋を考察する。

事例地はラリトプール郡、チャンピVDC、ワード3と8であり、既婚女性106人から2009年から2010年にかけて、聞き取り調査を行った。

2. リプロダクティブ・ヘルス・ライツをめぐる世界の実情

2.1. 指標から見る妊娠・出産と女子教育の実情

表1は1990年、2000年、2007年の、妊産婦死亡率⁽⁶⁾、避妊法の普及率、専門技能者が付き添う出産率、識字率の男女比、5歳未満児死亡率⁽⁷⁾の世界全体、先進工業国、後開発途上国の数値を比較したものである。

A 妊産婦死亡率 表1でわかるとおり改善が見られない。死因は、産後の大量出血(25%)、産褥感染症(15%)、子癇(12%)、危険な墮胎(13%)、難産(8%)の5つが主なものである。(WHO 2008)

B 避妊法の普及 あまり改善が進まないことが表1でわかる。逆に数字が下がっているのはデータの出典によって差があるからである。避妊を否定する宗教・文化の影響もある。従来は避妊を禁止していたカトリックやイスラムでも、国や地域によっては方針を変えているところもあり、逆に、原理主義に回帰している人々もあり複雑である。

C 専門技能者が付き添う出産 あまり改善が進まないことが表1でわかる。遠隔地でも医療が受けら

れるような政府の政策が望ましいし、国際的に、医療技術者の流出⁽⁸⁾を食い止めるような国際努力が必要である。

D 識字率の男女比 男性の識字者数を100とした場合の女性の識字者数。女性の教育は女性の地位の向上、健康な妊娠・出産・子育てにつながる。やや改善が見られるが十分ではない。

E 5歳未満児死亡率 子供の死亡率とリプロダクティブヘルスは大きい関係がある。子どもが多く死ぬと、老後保障のためにも、農作業の労働力の確保

のためにもたくさん子どもを産んでおかねばならないと人々は考え、出産回数が多くなって、母体の負担が大きくなる。5歳未満児死亡率は途上国と先進工業国との格差が大きい。シエラレオネでは1000人の出生に対し5歳までに死ぬ子どもが280人いるが、シンガポール、スウェーデン、アイスランド、リヒテンシュタイン、アンドラの5カ国では1000人中3人が5歳までに死ぬだけである。(ユニセフ 2009) 他の指標にくらべて改善状況はいい。

表1 リプロダクティブヘルス・ライツに関係の深い指標の地域比較と経年変化

		妊産婦死亡率	避妊法の普及率	専門技能者が付き添う出産率	識字率の男女比	5歳未満児死亡率
世界	1990年					93
	2000年	400	63	57	87	83
	2007年	400	62	62	88	68
先進工業国	1990年					10
	2000年	12	98	98	x	6
	2007年	8	72	x	x	6
後発開発途上国	1990年					179
	2000年	1000	29	27	66	161
	2007年	870	29	39	72	130

ユニセフ世界子ども白書 1992, 2002, 2009より。 X印はデータなし。

そのほかに妊娠や出産時の疾病や事故による後遺症に苦しむ女性は、1,000万人にも上ると家族計画国際協力財団(2008)は報告している。

2.2. その他、開発途上国女性を苦しめているいくつかの問題

A 環境汚染 環境汚染では多くの人々が苦しんでいるがもっとも大きな被害を受けるのは開発途上国の人々である。貧しくて権利が十分に認められていない人々は、汚染を避けるために住居や食物を選ぶことが出来ない。とりわけ、出産・子育てには適していない環境でも女性たちは我慢しなければならない。スラムに住めば衛生状態は極端に悪い。「2020

年までに、10億のスラム人口にさらに10億が加わる。」とフレイビン(2008)は述べている。

B 気候変動 気候変動の影響を最も直接的に受けるのは農山村の住民である。なかでも、農作業の担い手であり、家族のために食糧調達に責任を負う女性であり、病気に対する抵抗力が不十分な子供である。ユニセフ事務局長は次のように述べている。「国連の気候変動に関する政府間パネルの昨年のレポートによれば、栄養不良やそれに関連した子どもの成長と発達に関する障害は、気候変動が起これば増加することを報告しました。衛生的な水の供給が減少して、農村部の女性や女の子がさらに苦しむことになった地域もあります。彼らはたいてい、調理や洗濯のための水を集める役割があるのです。」(ユ

ニセフライブラリー 2008)

C 安全の確認されていない避妊方法 表1に見るごとく避妊方法の普及率は十分ではない。その上、安全が確認されていない器具や薬が使用される場合が多い。たとえば、ホルモン注射⁽⁹⁾やノルプラント⁽¹⁰⁾は日本では安全性が確認されていないために許可されていないが途上国では多く使われている。「副作用としては不正性器出血、無月経などが起こりやすい。」と我妻(2002)は述べている。

2.3. 女性の地位、リプロダクションに関する決定権

第1節、第2節で見たごとく、途上国女性はリプロダクションに関する健康の問題からみると厳しい状況に曝されている。それに加えてリプロダクティブ・ヘルス・ライツ問題のかなめであるリプロダクションに関する女性の自己決定権となると女性の地位が低い国ではその確立が非常に難しい。女性の地位について数値化して比較することは大変困難であるが女性の地位がある程度わかる指数としては「人間開発指数」⁽¹¹⁾「ジェンダー開発指数」⁽¹²⁾「ジェンダーエンパワメント指数」⁽¹³⁾「男女平等指数」⁽¹⁴⁾がある。これらについて詳述はしないが共通の特徴として「高位にあるのは北欧の国々である。経済的豊かさとしてこれらの指数の高さは一致しない場合もあるが一部の例外を除いて、後発開発途上国の指数は低い。」と言うことがわかる。単なる数字であるが女性の地位の低さが表れている。

冒頭に述べた1994年の国際人口開発会議の合意事項の進捗状況の調査をした国連人口基金(2004)は次のように述べている。「マルタ、モーリシャス、メキシコは性に基づく差別を禁止する法律を採択した。コロンビアとスロベニアは男女の機会平等を促進する法律を制定した。シブチ、キューバ、パーレーン、東ティモール、ルワンダ、トーゴ、ポーランド、アゼルバイジャンなどでもジェンダー問題を重視した法律の制定が報告されている。ジェンダーに基づく暴力の問題と取り組んだ政府はバングラデシュ、ベルギー、ペルー、ユーゴスラビア、ドミニカ、ポルトガル、スペイン、ウルグアイ、ブラジルなどである。」残念ながら、これらはあくまでも、法律や制度の問題であって、法律や制度だけでは、日常生活の場面で、女性が健康を増進し、権利を行

用するような大きな変化は起こらない。

それどころか、長い、男性優位社会の歴史の中で培われた、女性侮蔑の習俗や制度は今も女性を苦しめている。女性性器切除、一夫多妻などは根絶されていない。「(女性性器)切除を受けない女性は純潔でないとみなされる。」とユニセフ(2008-45)は報告している。人身売買は摘発の手が及ばないところで行われている。シーライツ(2009)には次のような記事が出ている。「シナはベトナム人で13歳の時に誘拐されカンボジアに連れてこられ、薬漬けにされた。目が覚めたとき、血まみれの裸で、白人の男と一緒にいた。彼女の最初の性を買った白人の男の国籍を彼女は知らない。その後、彼女は上品なホテルの上階に閉じ込められ、西洋人の男たちや、裕福なカンボジア人に体を提供させられた。恐ろしいほどに殴られ、笑顔を強制させられた。」

必要なのは、女性が旧来の価値観に反した決断をした場合に、それを支援する制度や組織が整備されていることである。女性が自立して生きることが出来るような仕組みになっていて、どうして困ったときにもセーフティーネットのある社会でなければならぬ。また、そのことを女性たちがよく知っていなければならない。リプロダクティブ・ヘルス・ライツの改善・確立への道のりはまだ始まったばかりだと言える。

3. ネパールの国全体と事例地の実情

3.1. ネパール国全体のリプロダクティブ・ヘルス・ライツの実情

ネパールは政府によるファミリープランの積極的な推進はあったものの、政府による強制手段なしに合計特殊出生率⁽¹⁵⁾が減少しつつある国である。すなわち、1970年5.9、1990年5.2、2007年3.3と順調に減少している。(ユニセフ 2007) 妊産婦死亡率についていうならばネパール政府による報告値とユニセフ・WHOによる調整値が大きく違っている。報告値は2007年には280であるが、WHO、ユニセフによる調整値は830である。他の国でも同じような食い違いが見られるので、統計数字だけで状況を判断することは危険であるが数字の上では2000年から2007年の間にいくつかの点でかなり進歩したことが

表2でわかる。

表2 ネパールにおけるリプロダクティブヘルス・ライツに関係のある指標における進歩

	2000年	2007年
妊産婦死亡率	540	280
避妊法の普及率	39%	48%
専門技能者が付き添う出産率	12%	19%
識字率の男女比	40	62
5歳未満児死亡率	100	55

ユニセフ世界子ども白書2002, 2009より

また、2000年以後、女性の地位向上に寄与する法律が相次いで制定された。

A 2001年、女性差別撤廃条約選択議定書⁽¹⁶⁾ 批准
 選択議定書は、女性差別撤廃条約を批准した国の個人または集団が、条約に定める権利が侵害されたとして、国連にたいし直接申し立てができるものである。国連は通報に基づき、調査、審議を行い、当事国政府に意見や勧告ができる。女性差別撤廃条約は186カ国が批准しているが、この選択議定書は78カ国しか批准していないので先進的な決定であるといえよう。

B 2002年中絶法が成立。⁽¹⁷⁾ この法律で、受胎後12週までの胎児は妊婦が合意すれば、中絶できる。また強姦や近親相姦の場合は18週までであれば中絶可能となった。中絶の権利はリプロダクティブ・ライツ確立の闘いの中でもっとも激しい論争を巻き起こしている。いまだに決着のついていない国が多い中での英断である。

C 2007年に成立した暫定憲法に盛り込まれた女性の地位⁽¹⁸⁾ 第20条の規定は今までのこの国の女性の不幸を取り除くに十分な条項が盛り込まれている。(1) ジェンダー差別の禁止, (2) リプロダクティブヘルス・ライツの保証, (3) 女性への暴力の禁止, (4) 男児, 女児の相続権の平等, の4項目である。時代の要請に見合った暫定憲法である。

しかし、法律が出来ただけでは日々の生活は変わらない。DHS (人口保健調査⁽¹⁹⁾) では、家庭内の意思決定へ女性がどの程度影響力を持つかを調べた。質問に対し答えたのは女性である。結果は表3

のとおりである。(DHS 2006)

表3 家庭内での決定権は誰にあるか

	妻	妻と夫	夫
妻が稼いだ金の使い道を誰が決めるか	30.7%	55.7%	10.0%
妻のヘルスケアーについて誰が決めるか	20.3%	26.8%	33.6%
大きな買い物について誰が決めるか	15.4%	37.3%	20.2%
日常の買い物について誰が決めるか	36.3%	21.3%	15.7%
妻が自分の家族や親戚を訪問することについて誰が決めるか	21.1%	35.4%	18.7%

2006年の人口保健調査の結果

5項目の中で特に、「妻のヘルスケアー」について33.6%もの夫が独断で決めてしまうということはリプロダクティブ・ライツの確立を妨げる大きな要因である。その他の項目でも、女性の地位が低いことがわかる。また同調査は夫が妻をたたくことを正当だと妻が考えるのはどんな理由がある場合かという質問をした。答えたのは女性である。結果は (1) 食物を焦がす3.0% (2) 夫と口論する 8.2% (3) 夫に黙って外出する 8.8% (4) 子どもを放置する 19.9% (5) 夫とのセックスを拒否する 2.5%となっている。暫定憲法が禁止している「女性への暴力」が女性自身によっては是認されている。

新聞には女性の不幸に関する記事が絶えない。
 A ダウリ バラ郡で、花嫁持参金(ダウリ)を受け取っていないことを理由に、夫が妻に対し精神的・心理的虐待をし、妻と娘を自殺に追いやっていたことが分かった。現地NGOの女性人権フォーラム、グラミン開発センター、New Young Star Clubの3NGOは、ダウリの習慣の根絶とDVに対する法的処罰を求めている。(ヒマラヤン・タイムズ2007a)

B 人身売買 UN Office on Drugs and Crimeの報告によると1万人から1万5千人の女児がネパールからインドへ人身売買されているという。同団体代表のルイス氏は、人身売買の背後にネパールの識字率の低さ、貧困、長期にわたる内戦、そして経済

的・社会的原因があると述べた。人身売買はエイズとの関連もあり、インドからネパールに戻った性的労働者の4割がエイズにかかっているという。(ヒマラヤン・タイムズ 2007b))

C DV被害 Nepal Family Planning Association (ルパンデヒ支部)は、ルパンデヒとナワルパラシ郡でのDVを根絶するため、DV被害者を招き会議を開いた。擁護者であるドゥンガナ氏によるとWomen and Children Service Centreには1年間で939件の申し立てがあったという。ある被害女性は、14歳で45歳の夫と結婚させられたが、その後夫は第一の妻と暮らしているの、自分は仕方なく実家で子どもと暮らしているという。(ヒマラヤン・タイムズ 2007c)

C DV被害 Nepal Family Planning Association (ルパンデヒ支部)は、ルパンデヒとナワルパラシ郡でのDVを根絶するため、DV被害者を招き会議を開いた。擁護者であるドゥンガナ氏によるとWomen and Children Service Centreには1年間で939件の申し立てがあったという。ある被害女性は、14歳で45歳の夫と結婚させられたが、その後夫は第一の妻と暮らしているの、自分は仕方なく実家で子どもと暮らしているという。(ヒマラヤン・タイムズ 2007c)

こうして新聞に載るのは氷山の一角に過ぎないと推定される。グローバル化された現代の世界で国際的に近代国家と認められるためには、極端に世界の常識から遅れた法律や制度は存在できない。前述のごとく、ネパールでも、近代国家としての女性の権利を認める法律は制定されているが、それらの権利を大多数の女性が行使できる状態には至っていない。

3.2. 事例地の概要

ネパール国ラリトプール郡チャンビ村のワード3とワード8はカトマンズの南方、直線距離で16キロの丘の頂上にある。チュトリ⁽²⁰⁾ 42家族、ダリット⁽²¹⁾ 18家族、タマン族⁽²²⁾ 23家族が住んでいる。部落の歴史は浅く、40年ぐらい前は現在の3分の1程度の家族が住んでいただけであった。生業は農耕と牧畜と、ダリットの場合のみ鍛冶屋だが、現在はほとんどの世帯が、その他の現金収入に大きく依存している。一人でも外国への出稼ぎ者がいる世帯は83世帯中9世帯である。所有地の平均のサイズは0.2ヘクタールで、飼育している動物はヤギ、鶏が中心でダリットの場合は豚である。牛、水牛がいる世帯は83世帯中25世帯である。家族構成は83世帯中21世帯が3世代同居である。家屋は木の柱と小さな石を積み上げて外側を土で覆った壁でできているのが従来のものである。最近レンガを積みセメントで覆った壁に鉄筋入りの柱を使った家もある。トイレは7年ぐらい前から少しずつ普及し始め、今では普及率は40%である。

4. 事例地で起こったこと

4.1. この地域のリプロダクティブ・ヘルスの改善

この地域において83世帯106人の既婚女性(悉皆調査、最高齢90歳、最若年17歳)から聞き取った結果を数字で見ると次のことがわかる。

A 結婚年齢の平均は上がった。結婚年齢の最年少は7歳で70歳以上の人たちの平均結婚年齢は13.3歳であるのに対し今の20代の平均は18.3歳である。今の10代の女子は18歳ではまだほとんどが学校に行っている。

B 平均妊娠回数は減少した。最多は18回だが徐々に減り30代の平均は3.2回である。20代についてはまだこれから産む予定があるので、今、平均を計算しても何年か後には違う結果となる。

C 死産・早産率(死産・早産回数÷妊娠回数×100)は下がった。現在25歳以下の女性で死産・早産を経験したものはいない。流産については現在の先進工業国でもかなり多いので開発とは関係がないと思われる。

D 5歳未満児の死亡率(5歳未満に死亡した子の数÷出生数×100)は下がった。20代の女性の子どもの5歳未満児死亡率は4.0%である。(2007年度の世界平均は9.3%)70歳以上の女性の場合30.6%であるから大きな進歩である。子どもが病気になるたらず、祈祷師のところへ連れて行き、それでも治らなければヘルスセンターや病院へ行くのが今の普通の対処の仕方である。

E 病院出産率(病院出産数÷出産数×100)は上がった。病院出産は30年あまり前に1回、29年前1回、27年前1回と続いた。19年前、18年前に1回ずつあって、15年前以後、土地を持っていない、ごく貧しい人々でも病院で出産し始めた。中にはネックレスを売って入院費を作った人もいる。30代女性全体を見ると28.9%は病院出産である。20代では56%である。

表4 事例地における妊娠・出産その他の年代による変化

	人数	結婚した年の平均	平均妊娠回数	流産率	早・死産率	5歳未満児死亡率	病院出産率
70歳以上	6	13.3	9.2	3.6%	10.9%	30.6%	2.1%
60-69	11	17.4	6.0	6.0%	1.5%	34.4%	3.3%
50-59	12	14.2	5.2	6.5%	1.6%	19.2%	0.0%
40-49	19	17.7	4.4	4.8%	4.8%	7.9%	2.7%
30-39	28	18.0	3.2	6.7%	0.0%	16.9%	28.9%
29歳以下	30	18.6		5.6%	1.9%	4.0%	56.0%

備考

流産率 = 流産回数 ÷ 妊娠回数 × 100

早・死産率 = 早・死産回数 ÷ 妊娠回数 × 100

5歳未満児死亡率 = 5歳未満児死亡数 ÷ 出生数 × 100

病院出産率 = 病院出産回数 ÷ 出産回数 × 100

29歳以下の平均妊娠回数はまだこれから産む人がいるため記入せず

2009年, 2010年チャンピVDCワード3,8における調査より

この地域での妊産婦の死亡については87歳と90歳の2人だけが「ずーっと昔, そういう人が一人いたがいつのことか忘れてしまった。」「産後の肥立ちが悪くて死んだ人が一人いたらしい。」と答えるがそれ以下の年齢の人は「自分の出身地にはあったけど, ここにはそういう人はいない。」と全員が答える。したがって, ここでは妊産婦死亡は, ここ50年ほどは「0」である。妊産婦死亡率の世界平均は10万回対400人, つまり250回に一人である。数十年前の出産も含めて聞き取り調査の対象となった出産回数は467回であるから, 現在の平均値で計算すれば妊産婦死亡が1人または2人である。しかし調査数が少ないので, 偶然性が高いからこれをリプロダクティブ・ヘルスの指標とはしない。

ともあれ, この地域では, リプロダクションに関する「疾病・障害」は削減され, リプロダクティブ・ヘルスは改善されたといえる。

4.2. この変化を4人の具体的なケースで見よう。

ケース1 Aさん 72歳 7歳で結婚した。(そのころは4歳で結婚する人もいたとAさんは言う。) 婚家先では夫の父とその二人の兄弟(夫の叔父た

ち)はそれぞれが二人ずつ妻を持っていて, 夫の祖父も二人の妻を持っていて, 皆が一つの所帯で暮らしていた。結婚してすぐ水牛50頭の世話をしなければならなかった。15才で妊娠したが最初の子どもは生まれて翌日に死んだ。40歳になるまでに18回妊娠し, 流産を2回, 死産を5回した。生まれてから死んだ子どもが5人いる。生き残った子どもは男3人, 女3人である。病院へ行くということは誰も考えもしなかった。死産のときは叔母が死んだ子どもを引っ張り出した。もっと奥地にいたが25年前ここに引越してきた。現在, 夫婦健在で, 二人暮らしをしている。農作業はもうできないのでわずかに字が読める夫が独学で祈祷師になり, その謝礼で生計を立てている。

ケース2 Bさん 66歳 18歳で結婚してここに住み始めたころ, 丘の西北側の斜面には木が全く生えていなかった。家畜を放牧しすぎたため草も生えていなかった。遠くの森へ行って動物に食べさせるための草を刈り, 木を切って燃料のない平野部のほうの農村へ持って行って農作物と交換し, わずかな土地にコーンを植え, 他人の畑を手伝って農作物をもらいようやく飢えをしのいだ。合計6回妊娠し, そのうち2回は双子だった。2度目の妊娠のときの双

子は自宅で産んで今も健在だが、3度目の妊娠でまた双子だったときに余りにも難産だったので担架で担がれて病院へ行った。30余年前のことだ。これがこの地域で最初の病院出産だ。しかし生まれた双子はまもなく病院で死んでしまった。一番苦しかったのは最後の子を妊娠6ヶ月で死産したときだ。昼間に出血していたが、草刈をしなければならないので働き続けたら夜中に意識不明になってしまった。2日後、意識が戻って、自分が病院で点滴をもらっているのにびっくりした。ひどく空腹だったが、死んだ子どもを引き出すのだから食べてはいけないといわれた。治療が終わって家に帰ってみると、誰もいなかった。食べ物なんかあるはずがない。あまりの空腹に耐えかねて壁土を食べた。彼女が生きて帰ってくるなんて誰も思っていなかった。

ケース3 Cさん 37歳 夫の仕事は大工の手伝いで、自分の仕事は日雇いと家畜の世話である。畑は0.3ヘクタールあってコーンや青梗菜を植えている。山羊2頭、鶏3羽飼っている。16歳で結婚した。7回妊娠したが3人死んだ。陣痛が2日続いたときはとてもつらくて病院へ行きたかったがお金がないし、家族も反対した。近所の人が介助した。現在卵管結紮をしている。くった部分が重いものを持つと痛い。日雇い仕事で得たお金は自分で使いみちを決める。貯蓄グループから舅の葬式代を借りている。昔は夫が暴力をよく振った。今は周りの人に説得されてやめている。余りいじめられたら自立して生きることは不可能ではないと考えている。

ケース4 Dさん 25歳 彼女はこの地域のダリッ

トの部落に住んでいて、識字教室で教えている。この識字教室はFEDO⁽²³⁾が作ったもので今は政府の管轄下でありダリット以外の人たちも参加している。19歳で結婚したが流産を4回繰り返す、ようやく今、2歳の娘を育てている。出産に当たっては入院し帝王切開を受けたが入院に反対するものは誰もいなかった。夫の祖母に当たるSさん(72歳)は長男の最初の子どもが女の子だったため、長男に男の子が生まれるようにもう一人妻を持つと強力で主張した。長男はそれに従った。Bさんの姑はその最初の方の妻である。結局、姑は夫が第2の妻を娶った後で、男の子を産んだ。それがBさんの夫である。

識字教室で教えることやFEDOの会合に出たりすることにははじめは反対が多かったが今はあまりない。今の所、女の子しかいないが男を産めというプレッシャーは特にない。彼女も夫も、男女の別が生じるのは生物学的には男の精子によるのだということを知っている。子どもをいつ何人生むかはまだ家族で話し合っていないが話し合って決めるつもりだという。

これら4人のケースを見ると、まずAさんは医療をまったく受けてはいない。Bさんがこの地域で初めての入院出産を経験する。避妊が始まるのはCさんからだ。Dさんは男児を産むのは女の責任だと思っていない。いつ何人産むかは夫と話し合って決めると言っている。50年弱の間に起こった変化である。4人について数字だけをまとめると次のようになる。

表5 4人の女性の妊娠・出産

	年齢	結婚した年	妊娠回数	流産回数	早・死産回数	生後死んだ子どもの数	現存子供数	出産場所
Aさん	72	7	18	2	5	5	6	家
Bさん	66	18	6	0	1	2	4	家・病院
Cさん	37	16	7	0	0	3	4	家
Dさん	25	19	5	4	0	0	1	病院

Bさんは6回の妊娠中2回は双子。入院は2回目の双子のとき。2009、2010の現地調査より

4.3. この改善を可能にしたいくつかの変化。

A ファミリー・プラン（避妊） ネパールにおいてファミリー・プランを政府が推進し始めたのは1968年である。この地域では、現在58歳の女性が29年前に卵管結紮手術を受けたのが最初の避妊手術であった。はじめは誰もが恐ろしいと感じていた。また老婦人たちからは「子どもは神様が下さったものだから産まなければ神様に受け容れてもらえない。」「貧しくても産んでしまえば何とかなるから産んだほうがいい。」などの意見もあった。しかし後に述べる、政府に任命された助産員も熱心に勧め、彼女に勧められた女性たちが、一緒に、カトマンズまで手術を受けに行ったりして、徐々に広まっていった。政府の方針として、どこでどんな方法でやっても無料だ。この地域では、現在は妊娠可能年齢の、もう希望する数だけ子供を産んでしまった女性は、夫とともに住んで居ない場合および3人の男性側によるパイプカットを除き、全員が避妊施術を受けている。35歳以下の女性で4人以上の子どもがいる人はいない。方法は卵管結紮が大部分である。夫や舅・姑からの反対はあまりなかったようだ。「こんなことをもっと早くから知っていればこんなに産まなくても良かったのに。」という声も上がっている。避妊の方法については問題点があり後述する。

B 水道 現在この地域には共同の水道が13箇所引かれている。はじめ1箇所引かれたのが30年ぐらい前でその後徐々に増えていった。順番待ちが大変だし、乾季には水不足になるとはいえ、水道は女性の労働軽減に大いに役立った。

水道のなかったころからこの地に住んでいる女性たちの話をまとめると次のようになる。

以前は、女性と子どもが、夜中に起き、順番を争って丘のふもとの湧き水があるところまで水を汲みに行った。今のような金属製の容器がなく、素焼きの容器で運んだのでとても重かった。子供のころ、手が滑って素焼きの容器を割ってしまったのでしかられるのが怖くて1日中森の中に隠れていた人も居る。湧き水が涸れる時期には川まで1時間かけて水を汲みに行った。この地域の習慣として、産後は11日目から働かねばならないので、産後の仕事はとてもつらかったが、その中でも、一番つらかったのは水汲みだった。水道のおかげで、生活全般が清

潔になった。以前は1ヶ月に1回だった水浴び・洗髪を1週間に2回に増やした。

C 植林 以下は40年以上前にこの地に住み始めた人々の話である。丘の北西側の木は盗伐され草は家畜を放牧したため食べつくされてしまっていた。段々畑はがけ崩れが激しく、地滑りも起こり耕作は困難を極めた。約30年前、政府が植林を始め、この地域の人々が雇われて植林し、育てた。この地域で入会山制度が導入されたのは15年前である。ワード毎に一定の森が与えられ、その後は入会山組合で森を管理するようになった。植林も自分たちで予定を決め、順番にボランティアで行っている。当然のことながら木々が茂ったおかげで、がけ崩れや地すべりがなくなり、北西側の畑は稔りが多くなって収入増となった。また入会山から取ってくる枯葉を動物小屋に敷いて、動物の糞尿をしみこませたものは畑の肥料として畑の収穫増に大いに役立っている。（どの家も家の前にこの、肥料用の枯葉が積み上げてある。）

D 教育 現在、60歳以上の、自分自身は読み書きができない婦人たちも子どもたちは学校に行かせた。中には息子だけは行かせたが娘を行かせなかったもので、今になって娘に恨まれているという人もある。現在、子供を学校に行かせていない家族はチェトリとタマンに1家族ずつあるだけで、ダリットの家族は全員学校に行かせている。これは後述するFEDOの影響である。

子どもを学校に行かせると、経済的負担が増え、（公立学校でもいろいろな費用があるので無料とは言えない。）少なくとも学校へ行っている間は、子どもが家事や農業を手伝わないので労働力としての子どもの価値が減り、「子どもは多いほうがいい」という考えはまったくなくなっていった。現在子どもたちが歩いていける範囲内に公立学校が2校と私立学校が2校ある。

E 交通 ワード3から普通に歩いて40分ほどのところにあるチャンピVDCの入り口から、カトマンズまでの私設バスが通じるようになったのが17年前である。ここまで何とかして出てくればバスでカトマンズの、有名な病院や、産婦人科専門のタパタリ病院に楽に行けるようになった。安全だから是非入院出産をしよう決めていたMさんは陣痛の合間ごとに必死で歩いてようやくバス停にたどり着き病院

へ行ったという。

チャンピVDCに入ってからワード8まで、狭いながらも乗用車が通れるようになったのは7年前である。今では救急車が家の近くまで来るようになり、病院出産のため担架で担がれていく必要はなくなった。

F 電気 10年前にこの地域に電気が通じるようになった。家電製品などももちろんない。炊飯器を持っている家が1軒だけある。しかしテレビはほとんどの家にある。白黒の、小さな画面のものだが、ニュースや連続ドラマを見ている。自分たちの日常とはまったく違った世界を映像で見ることができる。

G 現金収入 老人たちの話によると、30年以上前には仕事として農作業を手伝いに行っても農作物を給与の代わりにもらうだけだった。鍛冶屋の仕事の報酬も農作物で受け取る場合がほとんどであり、遠くの山の森から薪を取ってきて町まで売りに行っても同様だったようだ。「お金なんて見たことがなかった。」と老婦人は言う。

今は、道路工事や建築手伝いが増えた。10数年前からだと言っている。政府の森の管理人、水道管理人として働いたり、運転手、運転手助手、病院手伝いなどの職に就く人も増え始めた。20年近く前に、近くの谷に砂利工場もできた。「今は働きさえすれば現金が入り、米が買える。」と喜んでいる老婦人が居る。身分が保証された専門職としては教師、警察官、が各1名ずつ居る。軍隊勤務は多い。そのほかに、女性で、ただ一人、専門職についているのは保育園の先生だ。(といっても給与は1ヶ月1900ルピー、「ボランティアですよ。」と笑っている。)専門職ではないが大多数の主婦が、時によって賃労働に出る。単純労働ならば1日の日当は男子250ルピー、女子150ルピーが標準だ。地元で雇われると男子200ルピー、女子100ルピーだ。

現金収入があれば子どもがひどい病気のときは病院へ連れて行くことが出来るし、学校に行かせることも出来る。子供を二人死なせた67歳の婦人が「孫は病院へ連れて行ってもらうからどんな病気にかかっても治るが、私の子供はお金がなくて病院にも連れて行けずに死なせてしまった。」と嘆いている。一番大きな現金収入源は出稼ぎだ。9人が世界各地に出かけている。

H 貯蓄グループ 現金収入が増えたので7つの貯蓄グループが数年前からできた。頼母子講方式のものが主でグループのメンバーは必要に応じて借りることができる。茶店を開いた、ヤギを飼い始めたなどという女性の収入増に役立っている場合もあり、葬式、病気など不時の出費のため、以前ならば高利貸しに借りたものが、15%前後の利子で解決できている場合もある。入院出産の出費を借りた人も居る。借りたことがある、または今借りている世帯が83世帯中61世帯ある。

I 医療 1時間ほど歩いたところに、以前から、外国援助のハンセン病患者のための病院があったが30年近く前に、ハンセン病が感染しないとわかったので一般診療を始めた。しかし当時ほどの家も病院へ行く経済的な余裕はなかった。子供が病気になるとまず、祈禱師のところに連れて行くのは今と同じだがそれでも治らなければどうしようもなかった。(祈禱師は無料でもいいし、農産物などのプレゼントでもいい。今は現金を出す人もあるが額は決まっていない。)現金収入があるようになったので、今は病院へ連れて行ける。妊産婦はこの病院で産前検診を受けるようになった。前述のとおり15年ほど前からにわかには病院出産が増えたが帝王切開以外はこの病院で出産する。帝王切開が必要とわかるとカトマンズにこの病院から転送してくれる。26年前にヘルスセンターが出来てここでも産前検診を始めたが、ヘルスセンターは無料だが医者がいないので、現在では、料金を払う余裕がある人は病院を選んでいる。

入院出産について老婦人たちの意見を聞くと反対論が多い。たとえばYさん(89歳)は「昔は産む直前まで水汲みも荷物運びもした。薪売りに行つて途中で産んだ人もいたし、畑で産んだ人もいた私たちは丈夫だったのに最近の女はなぜ弱いのだろう。今の女はがまんが足りないじゃないのか。」という。にもかかわらず入院出産は増えていった。現金収入が増えたからである。「病院へ行きかけたがお金がなかった。」と述べるのは40歳前後の婦人たちである。

J 政府任命助産婦 入院出産が増えた理由がもうひとつある。政府任命の助産婦だ。集落の歴史が浅いので、世界各地に見られる「伝統助産婦」はここには居ない。25年前、ワード3の、当時41歳の女性

が政府から助産とファーストエイドの仕事をするようにと依頼された。彼女は講習会に参加し「清潔で安全な出産」について勉強した。以後、25年間に25人の妊婦の出産を介助した。ところが、1年前に政府から出産介助の仕事をやめるようにといわれた。「家庭を犠牲にして、無報酬で最善を尽くした。何も落ち度はなかったはずだ。」と彼女はいう。ヘルスセンターの所長に理由を聞くと「全国的な方針だ。彼女らは清潔でも安全でもない。」と答えた。また、地域の人々も、この問題については必ずしも彼女に対し好意的ではなかったようだ。しかし、十数年前から、土地を持たない貧しい人々の間で、入院出産がにわかには増えたのは、彼女がしつこく入院出産を勧めたのもその一因となっている。またそれを見てやはり入院がいいと、周りの人に勧めたボスの老婦人もいる。それ以後、少しでも危険の兆候があると妊婦たちは入院を強く希望し、周囲もそれを認めるようになってきた。

要約すると、40年以上前と比較して、リプロダクションに関する「疾病・や障害」は減り、リプロダクティブ・ヘルスの状況は大いに改善された。それを可能にしたのは、避妊の普及とインフラの整備と環境改善と現金収入の機会の増加だということになる。

4.4. リプロダクティブ・ライツは確立されていない。

リプロダクティブ・ヘルスの状況は大いに改善されたが、リプロダクティブ・ライツに関しては、まだまだ、道は遠いと、次の2点から判断できる。

第1の点は、避妊が女性の負担で行われていることである。この地域で、現在、希望する数だけの子

供がもういて妻が妊娠可能な年齢であれば、夫が家を離れている場合を除くと全夫婦が避妊をしている。しかし、パイプカットは3名だけで、卵管

結紮、埋め込み、ホルモン注射など、女性の負担によって避妊が行われている。最も多いのが卵管結紮で、次に多いのがノルプラント（埋め込み）である。ホルモン注射、器具挿入、ピルなどもある。卵管結紮の問題点は永久に妊娠できなくなることである。つまり、妊娠する権利を女性から奪うことになる。（男性のパイプカットは生殖力の回復が、難しいけれど、不可能ではない。）

政府にとってもこれ以上の人口増を避けることは重大な課題であり、したがってすべての避妊施術は無料である。ファミリー・プランがこの地域で急速に普及したのは母体保護のためというよりは、「子どもが多いと大変だ。今は食べさせて学校へ行かせなきゃならん」と夫婦も舅・姑も考えているからだ。夫たちは避妊には賛成しているがパイプカットは男らしさなくなる。」とと思っている。「そんなことをすると力仕事が出来なくなる。」「気味が悪い。」という人が多い。したがって女性の側による避妊は進み、子どもの数は少なくなったが女性の負担は大きくなった。子どもは、以前は、貴重な労働力だった。今は、学校に行ってしまうので、子供がやっていた仕事も女性がしなければならぬ。そのうえ、公立学校でも諸経費が要り、無料とはいえないから、それを稼ぐために賃労働に出なければならぬ。

避妊術の結果、体調を崩していると訴える女性は多い。ホルモン注射をしていたが生理不順などの副作用がきついでやめたという人が3人いる。卵管結紮については大多数が「痛い」と答えている。ノルプラントやホルモン注射については第2章で述べたごとく、安全性が確認されていないがそのことを知らされていない人が多い。

Nepal Family Health Program⁽²⁴⁾の役員にこの点を質すと「(出産数が多いと) たくさんの妊婦が死ぬ。それよりは(多少の副作用を我慢するほうが) ましだと思っている。」との答えだった。日本人の避妊方法はコンドームが断然多く78.5%、次にやや多いのが性交中絶法、17.8%である。卵管結紮は2.2%である。(毎日新聞人口問題調査会 2005) つまり男性の努力による方法がほとんどである。

第2の点は家庭内における女性の地位は低いことである。この地の朝は女性の水汲みから始まる。水道の前には長い列ができる。水汲みの後は食事のし

表6 避妊術の種類と人数

卵管結紮	28	45.1%
埋め込み	20	32.2%
ホルモン注射	9	14.5%
器具挿入	1	1.6%
ピル	1	1.6%
パイプカット	3	4.8%
計	62	

2009, 2010年の現地調査より

たくと、動物の世話と、掃除で女性たちは忙しい。男性はその間、家の前でタバコを吸いながら隣人と談笑している。夕方も同様である。このごろは外へ賃労働に出る女性も多い。それでも家事は女性の仕事で、忙しく働いている。この風景に疑問を持つ人は居ない。「男が掃除や炊事なんか絶対にしない。自分が使う必要があるときだけ水を汲んでくる。」と40代の男性が言う。

重大事の決定権は多くの場合年長の男性にある。女同士ならば年長者。老夫婦、若夫婦が同居している場合は老夫婦の夫に重大事の決定権がある。老婦人とその息子と嫁という家族構成の場合は息子に決定権がある。ある家に、屋敷内の水道、電動草きり機、メタンガス装置が揃っていた。「女の人の方が楽になるものが揃っているのですね。誰が導入を決めましたか。」とたずねると、老婦人と嫁が世帯主である老婦人の息子に懇願したという。家事の細かな問題では嫁と姑が居る場合は姑がすべてを決める。

106名の既婚婦人中、現在、夫が他の妻を持っている人が7人いる、もう夫とは死別したが夫は二人の妻を持っていたという人が二人居る。そのうちの一人Kさん(90歳)の場合は極端な例である。Kさんの姉が嫁いだが女の子ばかり3人生まれて男の子が生まれなかった。そこで姉は妹のKさんに自分の夫の第2の妻となって男の子を産むようにと頼んだ。したがってKさんの嫁ぎ先での生活は夫と実の姉と、その子どもとの共同生活だった。期待通りKさんは男の子を産んだが夫はまもなく死んでしまった。生活は貧しく、陣痛の間にも働かなければならなかったと彼女は言っている。

妻への暴力は、以前は、当たり前のことだったが少なくなってきた。今も夫の極度にひどい暴力に苦しむ女性はこの地域では二人居る。一人はNさんで、炊事中に夫の暴力で大やけどをして、もう少しで指を切り落とさなければならぬほどだった。その後も始終暴力を振るう。あまりにもひどい場合は、隣近所に子供をつれて逃げて行き、泊めてもらっている。もうひとりのYさんは朝、顔に黒いあざ作って現れる。本人は「転んだ。」とっているが周りの人は「また昨夜も・・・」と思う。ちょっとした暴力を振るう夫ならばたくさんいる。昔はよく暴力を振るったがいまはやめているという人も何人もいる。

要約すると、この地域では、ファミリープランは女性の負担で行われているし、家庭内での女性の地位は低く、忍従を強いられている。暫定憲法第20条の精神はまったく生きていない。

5. 未来の展望

5.1. FEDO

前節で見たごとく、この地域で、女性は重荷を背負うばかりで、権利の行使は出来ないでいるとすれば、この問題の解決の道筋はどこにあるのだろうか。

女性の地位の向上には抽象的な理論は役立たない。女性自身が力を発揮して見せることが必要だ。この地域のダリット女性たちにその解決の道筋を示したのはFEDO (Feminist Dalit Organization) である。FEDOは、1995年北京でおこなわれた世界女性会議に出席したダリットの女性たちが、各国の女性活動家と経験を交流した結果、正式に立ち上げられた現地NGOである。「カーストとジェンダーの複合差別に苦しむダリット女性のエンパワメントを目指し、伝統的父権社会とカースト差別に対して果敢に立ち向かっている。」と山本(2003)は述べている。そしてFEDOの支部がこの地域にも6年前に出来た。ダリットの17家族が加入している。FEDOは女性たちに豚の飼育を奨励・援助した。豚の飼育は他の動物の飼育よりはるかに収入が多い。しかも、豚の飼育は、チェトリやタマンには宗教上禁止されているのでダリットの独壇場だ。(もちろん法律上は問題ないが宗教上の禁を侵して飼育して周囲からのけ者にされたケースが今までにあったという。)豚の病気や出産のときはFEDOが援助してくれる。改良された野菜の種も紹介してくれる。こうしてFEDOのおかげで目に見えて女性たちの現金収入が増えると、女性の力とFEDOの運動の価値を、誰もが認めるようになった。

「子供を学校に行かせよう。」「生活環境を清潔にしよう。」というFEDOの申し合わせのとおり、ダリットの子供たちは全員学校に行っている。トイレも17軒中12軒が2年前に建てた。チェトリ部落でトイレの普及率は54.7%、ダリット部落では66.7%、タマン部落では4.3%である。そのほかにFEDOは、

乾季のために水場に貯水槽を作るのを援助した。前に述べたが、FEDOによる識字教室が始まった。その後政府に移管され、今は政府が講師の給料を払っている。ということはFEDOが、政府がやるべき識字教室の設置を促進したわけで、こういった政治を動かすような行動もFEDOの会員たちは学んでいる。法律上定められているダリットへの支援金も間違いなくダリットの手に渡っているかどうかもチェックしようと識字教室では教えている。

FEDOの紹介で、日本の部落開放の人々と交流し、1泊のホームステイを引き受けた。ホームステイ受け入れの歓迎会の夜には、男性も出演し、寸劇が演じられた。その内容は男たちの身勝手さを揶揄するもので、喝采を浴びた。その席で、日本側から「女性の活動に男性の反対はないのか。」という質問があった。答えは、「女性たちがこうしたFEDOの活動に参加することに、はじめは反対していた男性たちも、周りの説得と、FEDOが生活改善を指導する実力を持っていることと、差別に反対する主張の正当性を理解することとで、少しずつ賛成に回ってきた。」であった。つまりここでは女性が社会活動へ参加する権利を自分達の手で獲得したのである。「トイレを作ることは誰が決めましたか。」という問いに対するある女性の答えは「2人で話し合った。」であった。先述の屋敷内に水道、電動草きり機、メタンガス装置を設置したケースとはまったく違っている。女性は懇願して与えられるのではなく決定に参加するようになりかけている。これは今のところダリットの女性の1部だけについていえることであるが、チェトリ女性の識字教室への参加や、ホームステイへのチェトリ家族の協力や、タマンの集落で「トイレがほしい。」という声があがっていることなどを見れば、チェトリやタマンにも影響がひろがるであろう。

いまは、この地域のダリットの人々はFEDOを強く支持していることが次のような発言でわかる。「ダリットであることを隠すのでなくて誇りに思うようになりたい。学問もあって、お金もあって、立派な生活をしていればだんだん尊敬されるようになっていく。」(35歳の男性で、鍛冶屋だが大学を出て流暢な英語を話す。)
「日本のような進んだ国にも部落差別があると聞いてビックリした。でも日本の部落の人たちは戦っているそうだから自分たち

もがんばる。」(65歳の女性で、学歴はないが、しっかりものといわれている。)
「FEDOのおかげで生活が良くなった。」(42歳の女性で、ホームステイの受け入れに活躍した人)
「なんといっても豚の飼育はもうかる。FEDOが援助してくれるから助かる。」(40歳の男性で鍛冶屋。)

この地域でのFEDOの活動については始まってからまだ日が浅く結論を出すには早すぎるが、女性のエンパワメントと地位の向上と権利の獲得が進むであろうと十分に期待が持てる。

5.2. 新しい女性たち

この地域では、以前は、子どもが生まれないことや男児が生まれないことは全て女性の責任だと思われていた。だから、男児が生まれないと別の女性を娶ることは普通であった。今の若い人々の一部は、男性も女性も、生物学的には、男女の別は男の精子によって決定されることを知っている。まだ女の子しか生まれていない夫婦でも夫から「男の子を産め。」というプレッシャーはないという人もある。(舅・姑からは当然ある。)

「舅・姑や夫から虐待された場合に、子供をつれて家を出て、独立して生計を立てることは可能か？」という問いに対し、多くの女性が「不可能」「我慢するより仕方がない。」「自殺する以外に方法はない。」と答えた。(昨年、この地域で夫の虐待に耐えかねて自殺した女性が居たのが大きく影響しているのだろう。)しかし、若い女性たちの何人かは「自分がやろうと思えばできる。」と答えている。そういう女性は、舅・姑と家事のことや子育てに仕方考え方が合わないときに、はじめは我慢するが、あまりひどいと、しっかりと自分の意見をいい、夫に仲裁してもらおうといっている。

また、そんなに若くなく、学歴もない人でも夫の身体が弱かったり、勤労意欲がなかったりして女性が中心になって生計を立ててきた世帯もある。そんな場合多くは、貯蓄グループから借金をし、茶店を開いたり、収入のよさそうな動物を買ったりしている。賃労働にも出ている。そして自分こそ世帯の中心だという気概に満ちている。重大事の決定権も妻が持っている場合が多い。重大事の決定権は誰にあるかという問いに「妻」と答えたケースが全世界帯の

中で5世帯ある。(夫と死別したとか出稼ぎで家にはいないというケースを除く。)

ケース1 Rさん 39歳の場合 夫は元来、身体が弱い。昔は運転手の助手をしていたが、今は、他人の畑の手伝いと茶店をやっている。先妻は土地や家を騙し取って別の男とカトマンズに逃げてしまった。夫が何か元気の出る仕事がしたいといったのでRさんが貯蓄グループから借りて茶店を開いてあげた。ヤギの委託飼育を引き受けている。卵管結紮をしている。重大事の決定権はRさんにある。

ケース2 Sさん 64歳 夫は何もしない。自分はいまだに日雇いに出て、孫(行方不明になった娘の子供)を育てている。何もかも自分が決める。

ケース3 Tさん 35歳 夫は心臓の手術をしたので健康に自信がなくて妻の私を頼りにしている。重大事は話し合うがほぼ私が決める。

今のところ、この人たちが何らかの組織をつくり大きな運動を起こすことはないだろうが、周りの人々の女性に対する認識を変え、社会変革の推進力となるだろう。

5.3. 結論

事例地では、リプロダクティブヘルスはある程度改善された。ファミリー・プランの普及とインフラや環境の整備と現金収入の増加で、リプロダクションに関する「疾病・障害」は削減された。とはいえ、疾病・障害についても解決すべき問題はまだまだある。子宮ガン、子宮筋腫、子宮脱出で苦しんでいる人々が居る。産後、「体が弱った。」「力が出ない。」と訴える人は多い。産前検診はかなり普及したが産後検診をする人は居ない。したがって、産後の検診と、新生児の成長チェックを政府の保健行政として進めるべきである。病院出産は今後も増えていくだろうが、一方で、「安産ならば家がいい。」という意見もある。今は緊急の場合の搬送は可能だから、産前検診を十分にしようで安全が予想されれば家で、助産の教育を受けていて、出産介助経験のある助産婦の介助で産むという選択肢もあるべきだ。

リプロダクティブ・ライツとは「子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを女性自身が決める権利」と「リプロダクティブケアへのアクセス権」である。「いつ産むか、何人産むか」につ

いてはパートナーや家族との合意が比較的得やすい。事例地の何人かの若い女性は自分の責任で決定するだろうからここでは問題にしないが「産むか産まないか」は老後保障の問題が絡むから、「産まない」という選択はパートナーや家族の了承が難しい。前に述べたごとく選択を可能にするような社会保障制度(この場合は老後福祉)が必要である。老後保障のみならず、夫の暴力に苦しむ女性のためのシェルターや、就業支援も必要だ。「ヘルスケアへのアクセス権」についてはリプロダクティブ・ヘルス教育を通じて本人の意識改革や周囲の理解を促進し、交通手段の拡充が必要だ。教育については、避妊方法の問題点の徹底と男性への教育も重要だ。費用については将来の健康保険制度も視野に入れた弱者への配慮を考えねばならない。

これらはすべて、政治的解決が必要な問題である。政府は暫定憲法で「リプロダクティブヘルス・ライツの保証」を宣言しているのだから、国民としては自分たちにはリプロダクティブ・ライツがあるのだということ認識し、それを闘ってでも行使しようという気持ちがなければならない。そのためには個人の努力だけでは出来ないことを認識しなければならない。ネパール全体を見れば、権利意識と、権利を行使する組織的な動きは多々ある。JICAのある事例研究は「成人識字教育は、コミュニティー・エンパワーメントのエントリー・ポイントとして機能し、さらにその後の多岐にわたる自助グループの活動はエンパワーメントの推進力としての役割を果たし得る。」と結論付けている。報告によると、識字教室が終了した後に出来た自助グループではトイレ建設や図書センターの設置その他を行っている。つまり、この地の女性は衛生的な生活をする権利や、本を読む権利が自分たちにはあることを知っていて、その権利を自助グループの活動を通じて行使している。(佐藤 国際協力研究 Vol.15 No.1) また、2002年に大阪で開かれた、国際人権規約連続学習会で、FEDOのプログラム・マネージャーであったアニータ・シュレスタ氏の行った講演に基づけば、ダリットの人々は立ち入りを拒否されている寺院への集団で立ち入ったり、死んだ動物の遺棄処分を団結して拒否したりしているようだ。シュレスタ氏は「今やこのような運動は、(ネパールの各地で)止まるどころかむしろ勢いを増している。」と述べ

ている。アニータ・シュレスタ（2002）勿論、カースト差別は憲法で禁止されているのだから、自分たちは人間として尊重される権利があり、その権利を行使するには集団で闘わなければならないことをダリットの人たちはよく知っているのだ。

この地域での、リプロダクティブ・ヘルスの改善とリプロダクティブ・ライツの確立は、女性たちの、自分たちの生活を良くするためには自分たちに認められているはずの権利の行使が必要だという認識と、そのためのコミュニティの力を結集した組織的な動きで可能となるだろう。この動きはすでにFEDOの会員たちによって始まりかけている。前節で述べた新しい女性たちに生き方も周囲に勇気を与えるであろう。バックアップするのは上記に見るネパール社会全体の動きである。

注

- (1) 国際人口開発会議 1994年9月にカイロで開催された「国際人口開発会議(ICPD)」は、グローバルな人口開発イニシアチブにとっての分水嶺となった。各国は今、人口問題が持続可能な開発戦略の核心をなしていることを認識している。急激な人口増加と高い出生率は発展の足かせとなり、貧困を永続化させる。それはまた、手持ちの資源が現在のニーズに注ぎ込まれることになり、その結果、各国が将来に目をむけることを難しくする。しかし、カイロ会議はまた、「人口抑制」の考え方に終止符を打つものでもあった。会議では、家族規模の縮小と人口増加の原則は「抑制」ではなく、選択に依存するものであるとの認識が示された。(国連人口基金)
- (2) 世界保健機関(WHO)憲章 1946年7月22日にニューヨークで61か国の代表により署名され、1948年4月7日より効力が発生しました。日本では、1951年6月26日に条約第1号として公布されました。その定訳は、たとえば「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会定期福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会定期条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである」といったように格調高いものです。(以下略)(日本WHO協会理事 中村 安秀)
- (3) アルマ・アタ宣言 Declaration of Alma-Ataは、1978年9月6日から12日にかけて現在のカザフスタン共和国・アルマティ(当時は、ソビエト連邦、アルマ・アタ)で開催された第一回プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議(WHO, UNICEF主催)で採択された宣言文[2]。すべての政府、保健・開発従事者、世界の市民社会が、世界中のすべての人々の健康を守り促進するため、至急のアクションをとる必要性を強調した。本宣言はまた、プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)の大切さを明確に示した最初の国際宣言でもある。本宣言以降、PHCアプローチは、「すべての人々に健康を」(Health For All: HFA)イニシアティブの目標達成の鍵として世界保健機関加盟国に受け入れられてきた。(日本国際保健医療学会編 国際医療用語辞典)
- (4) 例外的な国や地域 通常、経済的豊かさや健康度の高さは比例すると考えられているがいくつかの例外がある。「キューバとイラクは同じくらい貧しいが(一人当たりのGDPはともに約3100ドル)キューバの平均寿命はイラクのそれに比べて17.2年も長い。」(ノーマン・ダニエルズ。)[「アメリカ合衆国のアフリカ系アメリカ人を全体としてみた場合、中国、インドのケララ州といった非常に貧しい経済で暮らしている人々よりも、高齢まで生きる可能性は高くなく、実際には低い。】(アマルティア・セン)
- (5) 生涯に妊娠・出産で死亡する危険 1人の女性が生殖可能期間内に妊娠する確率、およびその妊娠・出産の結果として死亡する確率の双方を考慮に入れたもの、つまり指標が100の場合、女性が生殖可能期間内の妊娠・出産によって死亡する確率は100人に1人ということになる。(ユニセフ)
- (6) 妊産婦死亡率 10万回の出産中、死亡した妊婦の数で表す。(ユニセフ)
- (7) 5歳未満児死亡数 1000の出生に対し5歳未満で死亡した子供の数で表す。(ユニセフ)
- (8) 頭脳流出 アフリカとアジアを中心に途上国では、医師や看護師をはじめとする医療従事者の先進諸国への頭脳流出が続いている。これは、医療従事者の報酬が低いこと、将来の昇進に見込みがないこと、劣悪な労働環境、労働意欲の欠如などが背景となっている。その結果、アフリカでは、HIV/AIDS問題を抱えるにもかかわらず、およそ82万人の保健医療労働者の不足が生じている。アフリカで働く医療従事

- 者は、世界で登録されている医療従事者の0.6%にすぎない。(JANJANニュース)
- (9) ホルモン注射 3ヶ月に1回づつホルモン注射をして避妊するやり方であるが、副作用の心配があって、多くの国では許可されていないが途上国では使用されている。
- (10) 正式の呼び名はノルプラント。levonorgestrel crystal という薬の入った、直径2.4mm、長さ3.4cmのカプセルを6本上腕の皮下脂肪内に埋め込む。5年間では避妊効果がある。
- (11) 人間開発指数 HDI 国連開発計画 (UNDP) の総裁特別顧問であったマブーブ・ハックは1990年、社会の豊かさや進歩を、経済指標にのみ注目して見るそれまでの経済中心の開発に対し、「人間が自らの意思に基づいて自分の選択と機会の幅を拡大させる」ことを目的とする「人間開発」という新しい開発概念を提唱した。その度合いを測るために設定されたのが人間開発指数であり、「健康で長生きすること」「教育を得る機会」「一定水準の生活に必要な経済手段が確保できること」の側面を指数化することによって、時間の経過による改善や後退、またその達成度の国際比較ができるようにしている。そのために各国の出生時平均余命、成人識字率と総就学率、一人当たりGDP (PPP US\$) が指標として用いられ、0から1の間の指数が算出されて、毎年出版されるUNDPによる「人間開発報告書」の中で公表されている。
- (12) ジェンダー開発指数 GDI HDIと同じ側面と変数で達成度を測るが、男女間の達成度の格差をとらえる。男女間の不平等を加味して下方修正したHDIともいえる。基本的人間開発におけるジェンダー格差が大きいほど、その国のGDIはHDIより低くなる。
- (13) ジェンダー・エンパワーメント指数 (GEM) 女性が経済的、政治的生活に積極的に参加できるかどうかを表す。社会参加に焦点を絞り、政治経済への参加や意思決定の主な領域におけるジェンダー不平等を測定している。国会、行政職、管理職、専門職および技術者に占める女性の比率、および男性の勤労所得に対する女性の勤労所得の比率を追跡している。GDIと異なり、特定分野での機会の不平等を明らかにするものである。
- (14) 男女平等指数 世界のトップ経営者や知識人らでつくる「世界経済フォーラム」が発表している。
- ジェンダー格差指数は、男女間格差を示す総合指数。男女の平等度を「経済参加と機会」「教育達成度」などいくつかの指標から点数化して算出する。
- (15) 合計特殊出生率 女性が妊娠可能年齢 (15歳から49歳) の間に通常の出生率にしたがって子どもを生むとして、その女性が一生の間に生むことができる子どもの数をいう。合計特殊出生率が2.1以上であれば人口は増加傾向、2.1以下であれば減少するといわれている。世界全体の合計特殊出生率の動きをみると、1950~55年平均で5.02の水準にあったが、その後低下傾向となり、1995~2000年平均では2.80と3を下回った。国連の推計によると、今後も出生率は低下傾向が続き、2045~50年平均では世界全体で2.02、先進地域では1.79、発展途上地域では2.05と予想されている。
- (16) 女性差別撤廃条約 1979 (昭和54) 年に国連で女性差別撤廃条約がつくられた。それは、女性の権利全般について規定する、世界で初めての法的な拘束力をもつ条約として誕生し、世界の多数の国々が認める男女平等の国際基準で、「世界女性の憲法」とも呼ばれている。選択議定書は、条約を批准した国の個人または集団が、条約が定める権利が侵害されたとして、国連女性差別撤廃委員会に対し直接、通報ができるというもの。
- (17) 中絶法 2002年9月に施行された。この法律によれば、受胎後12週までの胎児は妊婦の合意があれば、また強姦や近親相姦の場合は18週までであれば中絶可能となった。これまでネパールでは中絶は違法であったため、非合法で危険な中絶のため命を落とす妊婦が後を絶たなかった。(カトマンズ・ポスト2004年3月20日)
- (18) 暫定憲法20条 Right of Woman: (1) No one shall be discriminated in any form merel being a woman. (2) Every woman shall have the right to reproductive health and other reproductive matters. (3) No physical, mental or any other form of violence shall be inflicted to any woman, and such an act shall be punishable by law. (4) Son and daughter shall have equal rights to their ancestral property.
- (19) 人口保健調査 DHS, Demographic Health Survey 「人口保健調査」(Demographic Health Survey) と呼ばれる調査がアメリカ海外援助庁 (USAID) の支援を受けて過去およそ75カ国で200回以上実施されており、

人口に関連する項目だけでなく、健康に関連する予防接種や栄養、HIV/AIDS/STIsなどに関する情報も収集分析されている。このような全国規模の世帯調査により明らかになる健康や栄養、人口に関する情報は、避妊の実行率、アンメットニーズ、ジェンダーや母子保健などの情報ともにきわめて重要な指針となっている。

- (20) チェトリ ネパールのカースト集団。大部分はヒンドゥー教徒で、東部インド・アリア語派に属する。「チェトリ」という語は、サンスクリットの「クシャトリア」世襲的な戦士と支配者にあたる。旧ネパール王家はこのカーストに属する。
- (21) ダリット 「抑圧された者」という意味であり、かつて「不可触民」と呼ばれ、カースト制度の最底辺に位置づけられた人々である。「不浄」とされているがゆえにヒンドゥー寺院や飲食店などへの入場を拒否されるなど、日常生活での差別をうけてきた。土地無し農民が多いため経済的に搾取され、社会的地位も低いゆえに政治参加の機会が奪われ、貧困かつ無権利の状態にとどめられている。ダリットは別名「職業カースト」と呼ばれるように、その多くは日常生活に欠かせない様々な物やサービス（鍛冶、皮革加工、清掃、縫製など）を提供し、社会の底辺の労働を担ってきた職人集団である。
- (22) タマン族 「タマン」という言葉は、チベット語で騎馬戦士のことをいう。チベット仏教を信仰している
- (23) FEDO 識字をすべての活動のエントリーポイントとして位置づけ、女性グループや学校にいけない子どもたちにノンフォーマル教育を行っている。他、教育、保健衛生、収入向上、啓発・政策提言の分野において、特にダリットが多い地方で女性たちを組織化しながら活動を展開している。理事はすべてダリットの女性で、スタッフもほとんどがダリット出身者である。
- (24) NFHP Under the USAID-funded Nepal Family Health Program and its partners have been assisting the Ministry of Health through a five-year program in strengthening the most peripheral level MCH/FP services.

参考文献

- アニータ・シュレスタ (2002), 『ネパールにおけるダリット女性の解放運動』, FEDO.
- クリストファー・フレイビン (2009), 『地球白書』, ダイアモンド社.
- DHS 2006 Demographic and Health Survey (2006). (<http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/start.cfm>)
- ヒマラヤンタイムズ 2007a 9.26, 2007b 9.15, 2007c 9.29.
- 家族計画国際協力財団 (2008), プレスリリース.
- 国際人口・開発会議 (1996), 『行動計画』, 世界の動き社.
- 国際人口開発会議+5 1999 国際連合広報センター
- 国連人口基金 (2004) 世界人口白書2004.
- 毎日新聞人口問題調査会編 (2005), 『人口減少社会の未来学』, 論創社.
- 佐藤千尋他 (1999), 『成人識字教育をエントリー・ポイントとしたコミュニティ・エンパワーメント』, 国際協力研究 15 (1).
- シーライツ (2009) カンボジア事務所拷問の声-カンボジアの買春と人身売買- (2009年1月26日 10:31)
- 谷口真由美 (2007), 『リプロダクティブ・ライツ フレイビン (2008) 地球白書 2007/2008 とリプロダクティブ・ヘルス』, 信山社.
- 我妻堯 (2002), 『リプロダクティブ・ヘルス』, 南江堂.
- ユニセフ 『世界子供白書』1992, 2002, 2007, 2008, 2009.
- ユニセフライブラリー プレスセンター 『報告書』, 2007, 2008.
- WHO Facts Sheets 2008.
- 山本愛 (2003), 『ダリット女性のたくましさに触れて』, 国際人権ひろば19.

Abstract

A study on reproductive health/rights in Nepal rural area through the case of Chhampi VDC ward 3 and 8

Akiko Fujimura

Graduate Student

Graduate School for International Development and Cooperation

Hiroshima University

1-5-1 Kagamiyama, Higashi-Hiroshima, 739-8529 Japan

The purpose of this thesis is to study reproductive health /rights in Nepal rural area, through the case of Chhampi VDC, ward 3 and 8.

Reproductive health/rights is defined as “A state of complete physical, mental and social well-being and...not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system. People are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when, and how often to do so.

There is a big difference between industrialized countries and developing countries on this matter. For example, in Niger 1 out of 7 women die from obstetric related diseases and complications. In Ireland only 1 out of 48,000.

In the research field under5 children death rate, frequency of getting pregnant and premature or still birth decreased.. Deliveries at .hospital increased. But in this area women suffer from inequality between men and women. Contraception is done by women’s burden of tubal ligation. Some women suffer from husbands’ violence and polygamy. Decision making on important family matters is done by men. Women have to work harder than men. So in such a situation women cannot have reproductive rights.

Conclusion: reproductive health is possible when contraception is available, family cash income is increased, community infrastructures are strong. However reproductive rights cannot obtained until women are empowered and willing to fight for them