

博士論文

女性村落保健ボランティアの活動に関する考察

カトマンズ郊外農村地域の事例

藤村 昭子

広島大学大学院国際協力研究科

2014年3月

女性村落保健ボランティアの活動に関する考察

カトマンズ郊外農村地域の事例

D071470

藤村 昭子

広島大学大学院国際協力研究科博士論文

2014年3月

広島大学大学院国際協力研究科

論文名 女性村落保健ボランティアの活動に関する考察
カトマンズ郊外農村地域の事例
学位の名称 博士(学術)
学生番号 D071470
氏名 藤村 昭子

平成 26 年 2 月 5 日

審査委員会

委員長・教授

マハラジャン・ケシャブ・ラル 

教授

吉田 修 

准教授

外川 昌彦 

准教授

関 恒樹 

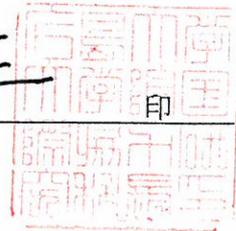
放送大学大学院 社会経営科学プログラム教授

河合 宣明 

2014 年 2 月 28 日

研究科長

藤原章正



第1章	女性とリプロダクション	
第1節	問題の背景	5
第2節	FCHVについての先行研究と本研究の目的と研究方法	13
第2章	FCHVとネパール女性の現状	
第1節	アルマアタからFCHVへ	29
第2節	ネパール女性の置かれている状況	42
第3章	事例地の調査で得たデータ	
第1節	事例地の経済・社会状況	55
第2節	女性の家庭内の地位と社会参加と出産・子育て	60
第3節	事例地のFCHVについて	69
第4章	考察 事例地において5歳未満児の死亡率が削減され妊婦の健康が改善されFCHV制度が成功した要因およびFCHVと他の女性のエンパワーメント	
第1節	事例地の既婚女性からの聞き取りに見る5歳未満児の死亡率と妊産婦の健康の改善の要因	78
第2節	MDG4,5を達成する上でFCHVが果たした役割、FCHV制度の成功要因とFCHVとその他の女性のエンパワーメント	92
第5章	結論	108
	引用文献	113
	質問票	119
	謝辞	135

略語表

DHS	Demographic Health Survey
FCHV	Female Community Health Volunteer
GDP	Gross Domestic Product
GNI	Gross National Income
LDC	Least Developed Country
NFHP	Nepal Family Health Program
MDG	Millennium Development Goal
USAID	United States Agency for International Development
VDC	Village Development Committee

表一覧

表 1	健康指標におけるネパールとLDC諸国の平均との比較	11
表 2	事例地A, B, Cとチャンピ村、チャパリ村について	18
表 3	調査の時期、対象、選出方法、目的と内容	22
表 4	南アジア諸国の保健ボランティア	33
表 5	2006年時点でのFCHVの概要	37
表 6	FCHVの活動に関係の深い保健指標の変化	40
表 7	ムルキ・アインの改正	47
表 8	家庭内の重大事を誰が決定するか	49
表 9	3地区における保健に関係の深いインフラの整備と現金収入	59
表 10	家の中のことについて決定権は誰にあるか	60
表 11	各種避妊術の利用者数と割合	62
表 12	地区別マイクロファイナンス加入率	67
表 13	事例地における妊娠・出産に関する年代別変化	68
表 14	事例地のFCHVの概要	70
表 15	FCHVたちの個人へのサービスの2ヶ月間の度数	74
表 16	C地区における居住地域別の住民とFCHVの関係	75
表 17	事例地における5歳未満児死亡削減率と母親の教育と世帯の経済	78
表 18	A地区の60歳以上の女性で8回以上妊娠した人	79
表 19	A地区、B地区、C地区の比較	90

図一覧

図1	力が剥奪されている女性からエンパワーされた女性へ（1）	24
図2	第1章 第1節のまとめ	27
図3	第1章 第2節のまとめ	28
図4	FCHVの仕事と母と子の健康	52
図5	第2章のまとめ	54
図6	第3章のまとめ	77
図7	力が剥奪されている女性からエンパワーされた女性へ（2）	108
図8	力が剥奪されている女性からエンパワーされた女性へ（3）	111

地図一覧

地図1	ラリトプール郡（赤の部分はチャンピVDC）	25
地図2	カトマンズ郡（緑の部分はチャパリVDC）	26

グラフ一覧

グラフ1	入院出産	86
グラフ2	平均妊娠回数	87

写真一覧

写真1	ビタミンAと虫下しを服用させるFCHV	52
写真2	写真2 家畜のえさを運ぶ女性たち	53
写真3	写真3 よく耕された段々畑	53
写真4	チャンピ村のFCHV	76
写真5	チャパリ村のFCHV	76

第1章 女性とリプロダクション

第1節 問題の背景

(1) 貧しい女性のリプロダクションの苦しみ

本来ならば女性に喜びと誇りをもたらすべきリプロダクションが、世界中の大多数の女性に苦しみを与えている。妊産婦死亡だけを例にとっても、現代の医療技術ならばそのほとんどが回避可能な妊産婦死亡が毎年28万7000件起っている(ユニセフ 2012 88頁)。2000年代前半、アフガニスタンとシエラレオーネの女性の6人に一人は妊娠・出産で死んでいた。(ユニセフ 2005 134頁) 貧しいがための重労働と栄養不足とヘルスケアへのアクセス不可能のためである。

予防も治療も可能な産後の病に苦しんでいる女性もはかり知れないほど多い。ユニセフ世界子供白書2009は次のように述べている。「妊娠関連の合併症で死亡する女性ひとりにつき、他に約20人の女性が外傷、感染症、障害を患っている。」(ユニセフ 2009 13頁)。

そのうえ医療技術だけでは解決できないのが「父権制度¹の規範下のリプロダクション問題と女性の屈辱と苦しみ」である。父権制度のもとでは、後継者の男児を得ることが非常に重要である。貧しい庶民の女性は運悪く子供を産めなかった場合、時には男児が生まれないと言う理由だけで、周囲の人々から責められた。貧しい中で、夫が重婚して2人の妻が同居する場合もあった。夫の側から一方的に離婚を申し渡されても逆らえなかった。

父権制度のもとでは夫や父親が家庭内においてすべての決定権を持っていた。ユニセフ世界子供白書2007の第2章「家庭における平等」は自分(妻)のヘルスケアについて、夫がひとりで決定をくだしていると感じた女性の割合がブルキナファソ、マリ、ナイジェリア、マラウイの4ヶ国では70%を越えていることをグラフで示し、さらに次のように述べている。「意思決定にあたって男性と女性が平等の影響力を行使できるようになれば、南アジアの栄養不良の子どもが1,340万人少なくなると予測されている」(ユニセフ 2007 17頁)。つまり、女性が決定権を持てば、同じ乏しい資源でも、家族の、特に子どもの福利厚生に充当する資源の割合が高くなるだろうという考えである。

¹) 夫方居住婚、父系制、家父長制という父子関係の一連の特徴から成り立っている社会体制を言う。現在では父系性社会における父の権威の問題として処理されている。日本では明治民法下の家族制度をさして家父長制という言葉が用いられることが多い。地位や財産が父から子へと〈父系的に〉伝えられる。父が家長あるいは族長として権力をもつ〈家父長的な〉社会制度をさす。(ブリタニカ国際大百科事典)

さらに、父権制度の下では女性を苦しめ、辱め、人間としての尊厳を奪うような古い習慣が残っている。ほんの1例を挙げれば、「女性性器切除」「重婚²⁾」「男児選好」「児童婚」などである。

(2) リプロダクティブ・ヘルス/ライツという概念の生成

1) 女性の健康運動とリプロダクティブ・ヘルス

女性の健康運動は、1960年代の第2波フェミニズム運動³⁾の中から生まれた。制度上の権利や労働権を手に入れても、女性が自らのからだをコントロールできなければ本当の女性の自立はないという認識から、まず自分のからだを知ろうという勉強会が各地で開かれた。たとえばボストンでは1969年に女性会議の分科会の一つとして「私たちとそのからだ」というタイトルの小さな討論グループが生まれた。会議が終わった後も討論会の集まりは続けられた。そして「からだ・私たち自身」というA4版の600頁に及ぶ本を編集するまでに至った。(ボストン女の健康の本集団 1988)

性と生殖活動と生殖器官に関する健康をリプロダクティブ・ヘルスと総称するようになったのは1980年代になってからのことである。」(柳沢 1997 11頁) 個人としての女性が、からだと性の自立を求める動きが出発点であったが、やがてそれが女性の健康運動へと発展したのである。「自分のからだをコントロールするという考えは女性運動の核となり、1980年代に入り、性と生殖活動と生殖器官に関する健康を「リプロダクティブ・ヘルス」と総称するようになった。(谷口 2007 25頁)

2) リプロダクティブ・ライツと言う概念

2) 自分が産めなかった場合には夫に重婚を勧めるのが女性の美德とされている社会も未だにある。国立民族学博物館発行の「みんぱく」2006年2月号には次のような記事が出ている「結婚して15年たっても子どもができなかったラタさんは、10歳以上年の離れた末の妹を夫に嫁がせて、今は3人で暮らしている。体外受精を含む生殖医療技術があるとはいえ、いまだ都市の富裕層に限られており、普通の人びとにはとても手が届かない。かつては父系親族内での養子縁組もみられたが、家族計画の普及で子どもはみんな1人か2人。そもそも養子にもらえるような子どもがいないのだ。そんな夫婦にとっての解決法は、夫がもう1人、妻を娶(めと)ること。」(松尾 2006)

3) 1960年代後半から70年代初頭のウイメンズ・リブをきっかけとする。社会的な平等の要求とともに、性別分業を問題にし、男性支配の構造を告発したラディカルフェミニズムが生まれた。(社会学用語辞典 1993)

「リプロダクティブ・ライツは個人が国家の人口政策に対して主張する権利であり、女性の自己決定権として女性健康運動の中から提唱されたものである。」(柳沢 1997 12 頁)

「中絶を選ぶのも、また誰といつ何人子どもを産むかを決めるのも、女性が持つ基本的な権利である」とするリプロダクティブ・ライツの主張もまた 80 年代の女性の健康運動の中から生まれてきたのである。(柳沢 1997 11 頁)

上記の両者を併せて「リプロダクティブ・ヘルス/ライツという概念が生まれた。

このような女性の動きが高揚する中で、20 世紀も終わり近くなって、カイロで開かれた「国際人口・開発会議」でリプロダクティブ・ヘルス/ライツという概念が定義された。定義の内容はもし現実のものとなれば「貧困による重労働と栄養不良及びヘルスケアへのアクセスの困難」を解消し、本来防げる妊産婦死亡と産後の病を防ぐことと、子供又は男児を産むかどうかを基準にした「父権制度の規範下のリプロダクション問題」を解消し、重婚や夫の側からの一方的な離婚の言い渡しによる「女性の屈辱と苦しみ」を解消するに十分なものであった。

(3) 国際人口・開発会議⁴⁾における定義とその意義

1) 定義

1994年のカイロで開かれた「第4回国際人口開発会議(開催地の名を取ってカイロ会議という。)」において採択された「行動計画」のなかでリプロダクティブ・ヘルス・ライツが定義されて、国際的に認められた。

「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(原語では well being 筆者注)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

4) 1994年、エジプトのカイロで「国際人口開発会議」が開催された。国連では「人口会議」を10年毎に開催してきたが、カイロ会議で初めて「人口開発会議」となった。この会議は、「人口と持続的成長並びに持続可能な開発」をテーマに、人口に関する問題を、経済、社会、政治、環境をはじめ、女性の健康等とのかかわりから、総合的に議論し、人口問題と開発問題は切り離せないことが示された転換点となった会議である。20 年間にわたる「行動計画」が採択され、そこではリプロダクティブ・ヘルス/ライツ(性と生殖に関する健康/権利)という考え方が提唱された。(日本女性学習財団 ホームページ)

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。」

「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。」(訳出は外務省)(国際人口開発会議 1996 35 頁)

2) カイロ会議における定義の意義

カイロ会議におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義は画期的なものである。なぜなら「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。」という考えが国際的に是認されたからである。

94年の国際人口開発会議の成果をフォローアップするために5年ごとに会議が開かれているが、99年に開かれた「国際人口開発会議+5」では次のように述べている。「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『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。それはすなわちほとんどの女性は選択の余地を与えられれば、自らの母親よりも産む子供の数を減らすことになるという考え方にほかならない。」(国際人口開発会議+5 1995)

(4) ミレニアム開発目標⁵⁾とネパール

1) 定義内容の実現化の努力とMDGs

5) 2000年9月、ニューヨークの国連本部で開催された国連ミレニアム・サミットに参加した147の国家元首を含む189の国連加盟国代表が、21世紀の国際社会の目標として、より安全で豊かな世界づくりへの協力を約束する「国連ミレニアム宣言」を採択しました。この宣言と1990年代に開催された主要な国際会議やサミットでの開発目標をまとめたものが「ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)」です。MDGsは国際社会の支援を必要とする課題に対して2015年までに達成するという期限付きの8つの目標、21のターゲット、60の指標を掲げています。(国連開発計画ホームページ)

カイロ会議でリプロダクティブ・ヘルス/ライツが定義され、行動計画も立てられた。しかし、行動計画そのものは拘束力や強制力を持たない。

折しも、20世紀の終わりという折り返し地点に至って、国際社会は、ミレニアム開発目標(Millenniums Development Goal 以下MDGs)をたてた。

2000年9月、ニューヨークの国連本部で開催された国連ミレニアム・サミットに参加した147の国家元首を含む189の国連加盟国代表が、21世紀の国際社会の目標として、より安全で豊かな世界づくりへの協力を約束する「国連ミレニアム宣言」を採択した。そのロードマップとして8つの目標が掲げられたのがMDGsである。

目標1：極度の貧困と飢餓の撲滅。1日1ドル未満で生活する人口の割合を半減させる。

飢餓に苦しむ人口の割合を半減させる。

目標2：初等教育の完全普及の達成。すべての子どもが男女の区別なく初等教育の全課程を修了できるようにする。

目標3：ジェンダー平等推進と女性の地位向上。全ての教育レベルにおける男女格差を解消する。

目標4：乳幼児死亡率の削減。5歳未満児の死亡率⁶を3分の1に削減する。

目標5：妊産婦の健康の改善。妊産婦の死亡率⁷を4分の1に削減する。

目標6：HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止。HIV/エイズの蔓延を阻止し、その後減少させる。

目標7：環境の持続可能性確保。安全な飲料水と衛生施設を利用できない人口の割合を半減させる。

目標8：開発のためのグローバルなパートナーシップの推進。民間部門と協力し、情報・通信分野の新技术による利益が得られるようにする。(UNDP 2000)

MDGsはリプロダクティブ・ヘルス/ライツの改善のためだけに立てられた目標ではないが8項目すべてがリプロダクティブ・ヘルス/ライツの改善にとって重要である。

とりわけ目標4と5はリプロダクション問題の解決に深くかかわっているが両項目とも達成が不可能と見られている。(国連開発計画 2010)

2) ネパールの進歩

⁶ 出生時から満5歳に達する日までに死亡する確率。出生1,000人あたりの死亡数で表す。(ユニセフ世界子供白書2012 統計表 指標の定義 85頁)

⁷ 出生10万人あたり、妊娠関連の原因で死亡する女性の年間人数。(デイヴィッド W.・デイヴィッド S. 2002)

こういった世界の状況のなかで 48 の L D C 諸国⁸のひとつに分類されていて、国民の 19.5%は最寄りの保健施設に行くのに 1 時間以上かかるところに住んでいると政府は発表している (Government of Nepal 2004/2005 現在は改善されているがこの進歩の起こった時期は 1990 年から 2010 年であるからこの数字を考慮に入れた方が良い。)ネパールが 2009 年には「目標 4、乳幼児死亡率の削減」を達成して、2010 年には「目標 5、妊産婦の健康の改善」を達成の軌道に乗せたとして、2 度、国連から表彰されているのは注目すべきことである

M D G s が問題にしているのは指標の表す現在の数値ではない。どのような状態から現在の数値まで進歩したかである。その点で見るとネパールの進歩は目覚ましい。表 1 は 1990 年から 2010~2011 年までのリプロダクションの健康を表す指標におけるネパールと L D C 諸国の平均の進歩状況を示している。

経済的豊かさと身体的健康は深い関係があると一般的には考えられている。「豊かな国々では人々はより長生きする傾向にある」「明らかに、一人当たりの G D P と平均寿命は密接に関連している」とダニエルズ他が述べている (ダニエルズ他 2008)。チェンバースは「貧困の罨」で次のように述べている。「人間は貧しくなると身体的に弱くなる。」「身体的に弱いと言うことは貧困を助長する。」(チェンバース 1995)

ところがネパールの 2010 年度の一人当たりの G N I は 540 ドルに過ぎない。L D C 諸国の平均の 78%である。にもかかわらず、1990 年から 2010~2011 年までの 20 年間の平均余命の伸びは L D C 諸国の平均が 17%であるのに対しネパールは 28%である。5 歳未満児の死亡率の削減において L D C 諸国の平均は-42%であるのに対しネパールは-66%である。その他の点でもネパールは L D C 諸国の平均を遙かに凌いでいる。

一体何が、ネパールのこの進歩を可能にしたのだろうか？ネパール政府の関係者や母子保健問題に関係の深い国際機関はこぞって、F C H V (Female community Health

⁸ 後発開発途上国。国連開発計画委員会 (CDP) が認定した基準に基づき、国連経済社会理事会の審議を経て、国連総会の決議により認定された特に開発の遅れた国々。3 年に一度 LDC リストの見直しが行われる。以下 3 つの基準を満たした国が LDC と認定される。ただし、当該国の同意が前提となる。(1) 一人あたり GNI (2008-2010 年平均) : 992 米ドル以下 (2) HAI (Human Assets Index) : 人的資源開発の程度を表すため成に CDP が設定した指標で、栄養不足人口の割合、5 歳以下乳幼児死亡率、中等教育就学率、人識字率を指標化したもの。(3) EVI (Economic Vulnerability Index) : 外的ショックからの経済的脆弱性を表すために CDP が設定した指標。(外務省ホームページ)

Volunteer) の活動のおかげだと言っている。

表1 保健指標におけるネパールとLDC諸国の平均の進歩の比較

		1990年	2010～2011年	改善率	MDGの目標
一人あたりのGNI	LDC諸国の平均		695		
	ネパール		540		
平均余命	LDC諸国の平均	51	59	17%	
	ネパール	54	69	28%	
5歳未満児死亡率	LDC諸国の平均	170	98	-42%	
	ネパール	141	48	-66%	47
妊産婦死亡率	LDC諸国の平均		430		
	ネパール	850	170		213
合計特殊出生率	LDC諸国の平均	5.9	4.2	-29%	
	ネパール	5.2	2.7	-48%	

ユニセフ2012より

3) いくつかの組織によるFCHVの評価

ネパール政府の評価

カトマンズポストは、2011年3月14日に次のように、保健・人口大臣 Chaudhary 氏の談話と解説を載せている。「『最近、ネパールは二つの賞をもらいました。MDG-4とMDG-5の賞です。これはひとえにFCHVのめざましい活動の賜です。』ネパールは2009年に5歳未満児死亡率のすばらしい削減のためにMDG-4の賞を、2010年には驚くべき妊産婦死亡率の削減の故にMDG-5の賞を受けた。」(Kathmandu Post 2011)

USAID⁹⁾の評価

「Nepalはコミュニティ・ヘルスボランティア・プログラムで最も成功した国だ。」(USAID 2010)

セーブ・ザ・チルドレン¹⁰⁾の評価

「2008年の妊産婦死亡率は1990年に比べ半分近くまで削減されました。また、5歳未満の

9) 米国国際開発庁

10) セーブ・ザ・チルドレンは、1919年、イギリスで創設されました。創設者はエグランタイン・ジェブという女性です。彼女は、第一次世界大戦後の飢えに苦しむ子どもたちの惨状を何とかしようと、妹のドロシー・バクストンと活動を開始しました。二人は「敵に食糧を与える」ことへの懸念や批判を乗り越え、戦争で荒廃しきったヨーロッパの子どもたちを救うため、食糧と薬を送ることに成功したのです。セーブ・ザ・チルドレンの哲学はまたたく間に世界中に広がり、同じ志を持つ人々によって、同じ名前を冠した団体が世界各国で作られることとなったのです。(セーブ・ザ・チルドレンホームページ)

子どもの死亡率も同時期に64%削減されるなど、非常に速い速度で改善が進んでおり、『5歳未満児の死亡率を1990年のレベルから2015年までに3分の2削減する』という国連ミレニアム開発目標の4番目のゴールは、達成が見込まれています。

この成功の背景には、50,000人におよぶ地域に根差した女性の保健ボランティア（FCHV）を募集し、育成・登用したことがあります。FCHVは、家族計画や妊産婦ケア、子どもの健康、ビタミンAの補給、虫下し、予防接種など、地方における様々な公的保健プログラムの中で重要な役割を果たします。FCHVは地域の女性に対して、出産準備について教育と情報を提供するほか、出産後の訪問や肺炎や下痢にかかった子どもの治療や照会を行うなど、現地において活躍を見せています。」

NFHP IIの評価

「2009年から2010年にかけて330469人の子どもの肺炎を救った。5歳以下の子どもの98%はビタミンAをFCHVからもらった。157万419のORSパッケージを5歳以下の下痢に与えた。」（NFHP 2012）

第2節 FCHVについての先行研究と本研究の目的と研究方法

(1) 先行研究

1) Glenton C. 他による研究について。

研究の目的はこの制度の立案に参加した人たちの態度を探ることであると述べている。FCHVが活動する動機は何であると思っているか、どんなインセンティブが適当だと思っているかを明確にすることであると述べている。調査の対象はこの制度を立案したネパール政府の役人たち多数と4人のFCHVと2人のFCHVの活動家である。

結論として「Community Health Worker に対しては十分な永続的な給料よりは、金銭的および非金銭的インセンティブをもっとも適切な時期に提供すると良い。」と言っている。

待遇については次のように考えられている。「給与はせっきくの、FCHVのボランティア精神を埋没させてしまう。給料がなくても、知識欲を満たし、この知識のおかげで得られるエンパワーメントを受け、いろいろな人と会うことができ、日常の平凡な仕事から抜け出すことも社会的認知を得ることもできるというモチベーションがある。その上、宗教的モラルとしてダルマ¹¹が得られる。」「ただし、FCHVが決められていないフリーな時間にFCHVとしての仕事をするについては無給が良いが、決められた時間に決められた場所に行かなければならないような仕事については手当が必要である。」と言っている。この手当が金銭的インセンティブである。非金銭的インセンティブとして何が適切なのかも述べられている。一見してよくわかるものがあるので「ここがFCHVの家だ。」とわかるような看板、制服、カバンなどが良いと述べている。

給与については、「無給だからこそ尊敬される。」と、政府関係者が述べている。はじめの1年は給与が支払われたが財政上不可能になったのでやめた。そして、「もう一度、給与を復活したほうが良いというインフォーマントはまったくいなかった」と述べている。さらに、調査の対象となっている4人のFCHVや、2人のFCHVの活動家たちも「給与を受け取ると自分たちが尊敬されなくなる。」と述べている。(Glenton 2010)

この研究で明確にされたのは金銭的および非金銭的インセンティブが大切で、有効だということである。もう一つの論点である「給与を受け取ると尊敬されなくなる。」というこ

¹¹) インド思想の概念。「維持するもの」を意味し、「法」と漢訳される。(世界史小辞典編集委員会 2004) サンスクリット語では多様な意味を持つが一般的には「倫理的規範」を意味する。法律もダルマであり宗教的義務もダルマである。また善の価値観を入れて「美德」「義務」「正義」の意味にもなる。(ブリタニカ国際大百科事典)

とについては、インフォーマントが、この制度を立案した人たちと、ごく一部のFCHVであって、それだけでは大多数のFCHVたちや、一般住民の気持ちはわからないのではないかということである。住民がFCHVたちを尊敬しているという前提で、「給与を受け取ると尊敬されなくなる。」と知っているが、住民がFCHVを尊敬しているかどうかは、住民自身の声でなければならない。政府の役人や一部のFCHVが住民の気持ちを忖度しただけでは不十分である。

2) Jennie Coates の Empowered Women Save Children' s Lives について

この研究は1992年に始まったNVAP (National Vitamin A Program) によってどのように、FCHVがエンパワーされ、動機づけられ、自己啓発していったか、について述べられている。NVAPはビタミンAの配布を始めるにあたって、配布担当者をFCHVと決めた。まず、ビタミンAがなぜ必要かというトレーニングをヘルスポストレベルから始めて、コミュニティーレベルまで進めた。コミュニティーレベルではFCHVが最も重要な対象であった。トレーニングは「参加型」で行われた。FCHV達はロールプレイを演じ、ラリーのシュミレーションを行い、show & tell¹²方式で地域でとれるビタミンAを多く含む食品について討論を行った。内容がわかりやすく、絵の説明も単純化されていた。「FCHVたちは群衆の前に立つことは言うに及ばず、家族以外の人々と話することがほとんどなかった女性たちで、初めて、人前で話をする経験を得た。」と述べている。

今まで農業と家事に専念していて、家族以外の人と話をする事のなかった女性たちが、ロールプレイを演じ、ラリーのシュミレーションを行い、ビタミンAを多く含む緑や黄色の野菜や果物を実物で示して討論したのである。FCHVたちが自分にはこんな能力があったのかと、驚き、自信を得たことが明確にされた意義は大きい。「参加型アプローチは彼女たちを興奮させ、勉強意欲を高めた。」と述べている。

この研究が述べたいのは「ビタミンAの配布はもちろん子どもを健康にしたが、同時にこの仕事を通じFCHVたちもエンパワーされ、強く動機づけられ、自己啓発をした。」ということである。そして何年もたったのちにも、FCHVたちは強く動機付けられたままでいたのはなぜかと言うことを論じている。住民たちが、FCHVに対し、協力を惜しまなかったからであるといっている。たとえば、はじめはFCHVが1軒1軒回ってビタミンAを配布したが次第に、住民が決められた場所にとりに来るようになった。非識字のF

¹²) 子供が珍しいものを学校に持って来て説明する、発表会；(新製品などの) 発表会、説明会；(外国語教育などの) 実物教授法。(プログレッシブ英和中辞典) アメリカの小学校の科目にある。

CHVのためには教師が記録を手伝った。主婦たちも協力するようになった。と述べている。

この研究の場合は、1)と違って、FCHVたちがインタビューを受け、母親や地域の役人たちも調査の対象となっている。ボランティア活動を永続させるためには、住民が理解し、協力することが大切だということがこの研究で明らかになった。

この場合の問題点はビタミンAの配布者としてのFCHVを論じているだけだということである。FCHVが仕事を進める上で困難が推測される仕事はいくつもある。困難を乗り越えて永続させるためには何が必要かを明確にしなければならない。(Coates 2007)

3) 青山他による二つの先行研究

研究1 ネパールにおける、Female Community Health Volunteers による、低出生体重児発見のツールとしての spring scale の精度の検討。(青山他 2011a)

研究2 ネパールの女性コミュニティヘルスボランティア(FCHV)による新生児感染症ケアトレーニング内容の理解度について。(青山他 2011b)

前者はFCHVが低出生体重児を発見するのに使うspring scaleの初期設定が100gになっているためゼログラムへの修正の仕方を知らないと不正確になってしまうがspring scaleの設計を変え、初期設定をゼログラムにすれば spring scale は低出生体重児発見の有用な道具になり、新生児死亡率を減らすことができると結論づけている。

後者は新生児感染症をどのように発見し、ケアするかについて行ったFCHV向けの訓練に関し、彼女たちの理解度を3年後に試している。テキストは非識字者のために絵で説明されているがやや理解が難しい絵があるので改善した方が良く、ビデオの利用や、再トレーニングなども必要だ。しかし、いくつかの点を改善すればFCHVはサービス提供者としての能力はある、と結論づけている。

両研究とも、改善策を講じれば、FCHVの判断と処置が信頼に値するものになり得ると主張している。両研究の調査地はいずれも奥地であり、FCHVたちの非識字率は高いのにFCHVの判断と処置が信頼に値するという結論が得られたことはこの制度にとって意義が大きい。ただしこれは新生児ケアについてのみの研究で、FCHVの他の活動について、FCHVの判断と処置が信頼に値するかどうかは明確になっていない

(2) 問題の所在と本研究の目的

1) 問題の所在と本研究の目的

問題の所在

ネパールが、困難な条件下にありながらMDGsの目標4,5を達成できたのは多くの

関係者が述べているようにFCHVの活動の成果だとすれば、農業と家事にだけ明け暮れていた女性たちのボランティア活動が、一国の保健衛生状態を、国連から表彰されるほどまでに変え得たのは何があったからであろうか。本研究ではそのプロセスをエンパワメントの概念を用いて考察する。

FCHVに関する先行研究において明らかになっていることは先行研究1)ではCommunity Health Worker に対しては十分な永続的な給料よりは、金銭的および非金銭的インセンティブをもっとも適切な時期に提供すると良い」と言うことであり、先行研究2)では「ビタミンAの配布はもちろん子どもを健康にしたが、同時にこの仕事を通じFCHVたちもエンパワーされ、動機づけられ、自己啓発をした。またその動機付けられた状態が持続したのは住民が理解し協力したからだ。」ということである。先行研究の3)では「両研究とも、改善策を講じれば、FCHVの判断と処置が信頼に値するものになり得る」と言うことである。

しかし先行研究1)では住民がFCHVを尊敬しているかどうかははっきりしていないのに「給与を受け取ると住民FCHVを尊敬しなくなる。」と述べている。住民がFCHVを尊敬しているかどうかははっきりさせなければならない。さらに、先行研究2)ではビタミンAの配布についてのみ動機づけられ、その状態が持続したのであって広範なFCHV活動について動機付けられた状態を永続させるのにどうすればいいかは明確になっていないのでこの点を明確にしなければならない。先行研究3)ではFCHVの他の活動について、FCHVの判断と処置が信頼に値するかどうかを明確にしなければならない。これらのことを踏まえて本研究の目的をつぎのごとく定める。

本研究の目的

本研究の目的はネパールがMDGの目標4「乳幼児死亡率の削減」と5「妊産婦の健康の改善」を達成する過程において、「女性村落保健ボランティア(FCHV)」が、自分自身もエンパワーされつつ、かつ、他の女性たちをエンパワーしていくプロセスを事例地調査に基づいて明らかにすることである。

そのためには、乳幼児死亡率の削減と妊産婦の健康の改善およびFCHVの働きと地域住民の関係の地区ごとの違いや共通点がわかるように、事例地として3地区を設定する。

そして次のような小目的を設ける

小目的1 事例地を3地区設定し、そこにおける5歳未満児と妊婦の健康の年代別変化の地区ごとの違いとその要因を考察する。年代別の変化で各地域内の進歩の状況がわかる。それらを地区ごとに比較することで進歩に影響を与える要素がわかると予測できるからである。

小目的2 FCHVと住民との関係の地区ごとの違いを考察する。住民とFCHVがどのような影響を与え合っているかについて、それぞれの地区の特性によって異なるであろうと予測されるからである。

小目的3 FCHV制度の成功の要因を考察する。FCHV制度の全面的、持続的発展には何が必要であり、FCHVはどんな役割を担ったかを知る必要があるからである。

2) エンパワーメントの概念について

エンパワーメントについてフリードマンは「社会的な力、政治的な力、心理的な力を使用することである。」と述べている。(フリードマン 2000)

エンパワーメントと言う語は社会福祉、発展途上国開発、医療・看護、教育、ビジネスなどの領域で使われている。黒人、女性、移民、障害者などの制度化された政治的・経済的過程に参加できず、人間開発の過程から排除されて不利な立場にある人々が、知識や技術を得て周囲の状況を変え、自らの要求を主張する力を持つようになることである。専門職にやってもらうのではなく、自分自身が知識や技術をもち、自分で問題解決する能力をもつという意味に使われている。

現実的な問題点を挙げれば、はエンパワーする側とされる側、双方の望む方向は一致しているわけではないし、エンパワーされた人とされない人との分裂が生じる場合もあるということがある。

したがって、上記の「現実的な問題点」を踏まえつつ、「農村に生き、先行研究2)の表現を借りれば、『群衆の前に立つことは言うに及ばず、家族以外の人々と話をすることがほとんどなかった。』女性たちが社会参加を果たし、自分の生活を少しずつでも望む方向に変えることができるようになる力を得ること」をここでは意味する。

(3) 事例地の設定と調査内容

1) 住民からの聞き取りの3地区(表2)

A地区

A地区はカトマンズ市の南方16キロの地点に広がる標高1500メートルの丘の頂上部にあるチャンピ村(VDC¹³)のワード¹⁴3と8である。地域の歴史はそんなに古くはない。

¹³) Village development committee ネパールの行政上の単位。村。

¹⁴) VDCは9つのワードに分かれている。

表2 事例地A, B, Cとチャンピ村、チャパリ村について			
一般住民からの聞き取りの対象となった地域			
	地名と調査対象既婚女性数	地理的特徴	選定理由
A地区	ラリトプール郡チャンピVDCワード3, 8 109名	標高1500Mの丘の頂上	山地の多いネパールの平均的地理的条件である
B地区	チャンピVDCワード7 106名	丘の麓	A地区と同じ村でありながら麓であるため開発が早く、開発とリプロダクティブ・ヘルス・ライツの関係が比較できる
C地区	カトマンズ郡チャパリVDCワード8の1部分 92名	平地	都市化が進みつつある都市近郊農村である。貧富の差によってFCHVとの関係が変わるのがわかる
FCHVの調査の対象となった村			
チャンピ村	A地区B地区のある村	この村担当のFCHV9人、各ワードに1人ずつ配置されている。	
チャパリ村	C地区のある村	この村担当のFCHV16人、人口が多いので人口に応じてFCHVが増員されている	
2010年より2012年までの調査より			

今の世代か、せいぜい数世代前にここよりもっと不便な奥地から移り住んだ人々とその子孫たちから成り立っている。丘の頂上の部落であるため水が乏しく、急な斜面に作った段々畑を雨季だけ耕作している。とうもろこし、ソバ、菜種、キュウリなどを育てている。牛、水牛、豚、ヤギ、鶏などを飼っているが自家用に食べる家は少ない。83世帯中、土地を持っていない世帯が22世帯ある。土地を持っているといっても世帯の平均所有面積は3.3ロパニー（約1700平方メートル）¹⁵⁾である。何とか車が通れる路が地域の中心部を通っているが雨期になるとぬかるんで通れない。ダリット族¹⁶⁾、チェトリ族¹⁷⁾、タマン族¹⁸⁾が住んでいる。

¹⁵⁾ ロパニーはネパールの面積の単位で1ロパニーは約500平米である。

¹⁶⁾ ダリットの定義については曖昧で、様々な議論がなされているところだ。ダリットの生活向上と開発のために地方開発省に設置された「被抑圧者及びダリット階級向上開発委員会」は、伝統的に職業と世系（門地）に基づいて差別されていたカーストおよびエスニックグループのうち28をダリットと指定した。（山本 2003）

¹⁷⁾ チェトリは本来は軍人の階級である。実際に軍人や警察官になっている人も多いが大部分は農民である。（三瓶 1997 104頁）

¹⁸⁾ タマン族は、昔からのネパール原住民である。その定住地は広い範囲にわたっていてネワール族の定住地にも入り込んでいる。伝説によるとタマン族はもともとチベット奥地地域の出身である。神話によるとタマン族の最初の母親は牛であった。（ハーゲン 2000 100

40 年以上前、この丘の北西側の斜面は盗伐のため木が全く生えていなかった。草も家畜の過放牧で食べ尽くされていた。従って崖崩れや地滑りが激しく、耕作は困難を極めた。女性たちは雨の日でも、遠くの山へ行って家畜のえさをとってこなければならなかった。生活用水のために朝は夜明け前に起きて重い素焼きの壺に水をくんで坂を上らなければならなかった。政府がようやく、南にある高い山からの地下水をパイプで引いて水道を作ったのが 30 年前である。

この地区を選んだのはネパールでは丘の頂上や山の中腹に人々が多く住んでいるのでネパールの標準的な地区であると考えた。

B 地区

B 地区は A 地区よりカトマンズ寄り（北方向）にある。A 地区は丘の頂上であるのに対し、B 地区は A 地区のあるおなじ丘の麓である。同じチャンピ村のワード 7 である。A 地区よりは開発が早く進んだ。ダリット族、チェトリ族、ネワール族¹⁹、マガール族²⁰、が住んでいる。96 世帯中土地を持っていない世帯が 28 世帯ある。しかし夫の勤務先は固定的なものが多く（軍隊、市役所、警察、銀行など）子供が大学に行っている家庭も多い。丘の麓とはいえ、大きな平地があるわけではないが A 地区のような奥行き短い段々畑はあまりない。生活用水はわき水による水場を使うか、井戸を掘っているかだが A 地区のように遠くの水場で汲んで坂道を運び上げるような苦労はしなくても良かった。昔から住んでいる人も多いが、新しく所帯を持つにあたって、カトマンズ市内は地価が高いのでここを選んだ人もいる。

このように、A 地区と B 地区では地理的な条件が違うため、開発の進捗状況が違い、そのことが 5 歳未満児の死亡率の削減と妊婦の健康の改善にどう影響するのかを、比較検討することが可能であるため両地区を選んだ。

C 地区

頁)

¹⁹) ネワール人はネワール語を話す人々のことである。多くはカトマンズ盆地に住んでいる。彼らはこの盆地の先住民族である。拠点は主にカトマンズ盆地、バネパ、ドゥリケル、ボジュプール、バンディプール、タンセンに集中している。(三瓶 1997 95 頁)

²⁰) 何世紀もの間、マガール族 はグルン族と共にイギリス及びインドのグルカ連隊、ネパール軍隊に服役してきました。竹のかごを編んだりバスケットやマットを作り、バザールで売る。マガール族は、女神カーリー神を敬う大変華麗なヒンドゥのお祭りを祝います。(ハーゲン 2000 106 頁)

C地区はカトマンズ市内から北に延びる幹線道路の東側にあるチャパリ村のワード8である。この村は「徐々に都市化しつつある農村」としての特徴を備えているので事例地に選んだ。ワード8は人口が多いのでワード内の次の4地点のみを住民からの聞き取りの調査対象とした。

新興住宅地域（カースト・民族は多様である）。

カトマンズ市内は地価が高騰し、入手困難のためこの地を選んで家を建てた人々およびその人たちに農地を売った収入で自分たちの家を新築した人々の地域である。この地域は裕福な家がほとんどである。自家用乗用車を持つ世帯が数世帯ある。その他の家でも住宅は欧風のつくりになっていて、床には欧風のカーペットが敷いてある。（他の地域の普通の家の床は土間が一般的である。）24世帯が調査対象となった。

政府の土地に無断で家を建ててしまっていて住んでいるダリット族人々の地域。

この地域では小さな家々は、がけにへばりつくように建てられている。ほとんどが日雇いに出ている。靴職人が3人、鍛冶屋が1人いる。調査対象となった9世帯中3世帯は未亡人で、日雇いで生計を立てている。

チェトリ族の昔からの土地なし農民の地域。

昔からの農村地域で貧しい人々の住んでいる地域である。1.5 ロパニーの土地を所有している世帯が1軒あるが他の19世帯は土地無し農民である。日雇いで働いていたり、出稼ぎに行った息子たちの送金で暮らしていたりする。この地域に行くには細いぬかるんだ道を通らなければならないから若者がオートバイで走っているというような、他の地域で見られる風景はここにはない。20世帯が調査対象となった。

ライ族²¹とタマン族が豚の飼育をしている谷と、谷の周りに住んでいる人々の地域

豚の飼育をしている谷に豚小屋の周りに家を建てている人たちは、最近、外部から移り住んできた人たちが多く、豚の所有者に雇われている場合もあれば、自分で少し飼っている家族もある。豚に関係なく谷の周りにすんでいる人々は昔からの住人が多い。農業又は何らかの自営業をしている。39世帯が調査対象となった。

2) FCHVの調査の対象とする村（表2）

A地区、B地区があるチャンピ村のFCHV9人、C地区のあるチャパリ村の16人を調査の対象とする。設立当初は各ワードに1人ずつ配置されたがのちになってチャパリ村の

²¹) キランティに属するサブグループのうちライ族の人口が一番多い。総人口は24万で大部分がもともと住んでいた山地に分布しごく少数がカトマンズ盆地とその西部地域に分布している。（ビスタ 1982）

ように人口の多い村では人口に応じて増員された。

3) 研究の方法

次のことを事例地にて調査する。

その際、苦しい生活を強いられている女性たちの状況の改善についてエンパワーメントの概念を用いて理解するように努める。

調査1 既婚婦人から妊娠・出産・育児・その他この営みに影響を与える事柄について聞き取り調査をする。なぜFCHV制度を設ける必要があったか、結果としてどんな役割を果たしたかを知るためである。

既婚女性全員から聞くこと。

年齢、結婚した年齢、妊娠回数、流・早・死産の回数、生まれてから死んだ子供の数と死亡年齢、入院出産か自宅出産か、自宅なら誰が介助したか、母乳は十分だったか、子どもが病気のときはどうしたか、子どもを学校に行かせたか、畑の面積、動物の数と種類、自分の学歴、夫の学歴などである。

50歳以上の老婦人たちに特に聞くこと。

出生地のこと。社会状況（インフラ、家族、経済、教育、労働、出産、妊産婦死亡、子育て）、出身家族の生活（家族構成、食生活、労働、母の出産）、結婚のしかた（相手の決め方、持参品、儀式などについて）。新しい社会の状況についての老婦人としての意見（女子の教育、結婚年齢、避妊、入院出産、出稼ぎなどについて）。結婚後のこと、結婚当時のこの地の社会状況（インフラ、経済、地域社会、教育などについて）。自分の生活（妊娠・出産、仕事、健康などについて）。現在と昔と比べてどちらがいいか。女性のグループ活動。

50歳未満の人たちすべてに聞くこと

現在の自分の生活。毎日の仕事、賃労働に出るか、収入の使い道は自分で決めるか、重大事の決定権は誰にあるか、嫁姑の間はうまくいっているか、どういう避妊の方法を使っているか、その結果副作用はあるか、産後の病はないか、子供はどのレベルまで教育を受けさせるか、選挙に行くか、誰に投票するかはどうやって決めるか、あなたの家では男女は平等か、夫は暴力を振るうか、夫や舅・姑に虐待されたら子供を連れて家を出て独立して生活ができると思うか、テレビは何を見るか、などである。

以上に加えて30歳未満の人に聞くこと

男女の別が生じるのは生物学的には男の染色体のせいで、全くの偶然によるものだということをあなたや夫は知っているか、男児が生まれなかったらどうするか、家族プランは誰が決めるか、である。

表3 調査の時期、対象、質問表、選出方法、目的と内容

年次	月	対象者	選出方法	調査の目的と内容
2010	8	全体		地域の状態の全般的調査
2011 2012	5, 8 11 3	既婚女性307名 質問票 1, 2, 3	全世帯調査	年代別に分けることで保健状況の変化を知るために年齢、学歴、初産年齢、妊娠回数、出産場所、夫の仕事を聞き取り
2011 2012	11, 3	中高年男性10名 質問票 4	無作為抽出	夫としての望ましい妻のあり方についての考え
2011 2012	11, 3	50歳以上の男性 15名 質問票 5	無作為抽出	1 保健に関係の深い地域の開発の歴史を知るために、水、現金収入、学校、病院、道路、電気について
2012	3	A地区のFED Oの会員17名 質問票6	FEDO加入者	加入の経過、活動内容、差別の実態その他
2011	3	FCHV25名 質問票 7	全員	FCHVについて基本的なことを知るために概要の聞き取り
2011	3	FCHV9名	識字者	FCHVの活動を具体的に知るために、25名中9名に2ヶ月間のFCHVとしての仕事の記録を依頼
2011	10	FCHV	3地区	FCHVと住民の結びつきを見るためにビタミンAの配布を参与観察
2012	8	FCHV	全員	FCHVの意見を聞くために村毎にグループ討論会を開催
2012	10	引退したFCHV	無作為抽出	制度創設当時の状況を知り、どんな困難を乗り越えねばならなかったかを知るための聞き取り
2011 2012		一般住民25名 質問票 8	無作為抽出	住民はFCHVをどう思っているか

2011 2012の調査より

調査2 地域の50歳以上の男性から、女性のリプロダクションを安全なものにするような地域の開発・インフラの整備の歴史について聞き取り調査をする。インフラの整備や社会・経済状態の変化と母子の健康との関係を知るためである。

調査3 事例地の男性に彼らが望む妻のあり方についての意見を聞く。

調査4 チャンピ村担当の9人のFCHVおよびチャパリ村担当の16人のFCHVを調査の対象とし次の調査をする。

FCHVの年齢、学歴、在任年数、担当家族数、仕事の内容、担当家族数、年間妊婦指導数等々について聞き取り調査をする。どのような背景をもった人々がどんな活動をしているかを知るためである。

調査5 FCHVのグループディスカッションでFCHVの意見を聞く。待遇についてどう思っているか、どんなときにやりがいを感じるか、この仕事を今後も続けるか、今より仕事が増えてもいいか、改善してほしいことはあるかなどを聞く。グループにしたのは、発言にあまり積極的でない人でもグループだから言えるということがあるからである。もちろんその逆もあるがその場合は個別に聞き取り調査をすることで補う。

調査6 FCHV制度創設の時期にFCHVをつとめていた人々から当時の状況を聞く。新しく何事かを始めるには大きな困難があるであろう、それをどう、克服してきたかをするためである。

調査7 FCHVの仕事を具体的に知るために毎日のFCHVとしての仕事の記録を2ヶ月間つけることを依頼する。両村併せて25人のFCHV中、9人にFCHVとしての毎日の仕事の記述に応じて頂く。

調査8 事例地において住民はFCHVをどう見ているかを観察と聞き取りで調査をする。

調査9 参与観察。ビタミンAの配布時に参与観察をする。

調査10 一般住民がFCHVをどう見ているかを聞く。

調査の進捗を表にまとめると表3の如くなる。

(4) エンパワーメントのプロセス

力が剥奪されている女性たちからエンパワーされた女性たちへ

本研究の目的はネパールがMDGの目標4「乳幼児死亡率の削減」と5「妊産婦の健康の改善」を達成する過程において、「女性村落保健ボランティア(FCHV)」が、自分自身もエンパワーされつつ、かつ、他の女性たちをエンパワーしていくプロセスを事例地調査に基づいて明らかにすることである。

そのため下記のごとき図を用いて女性がエンパワーされるプロセスをたどることとする。

A：貧困のため重労働と栄養不足で母子の健康が守れず父権社会の圧制に苦しんでいる女性たち、つまり今からエンパワーされるべき女性たちである。

B：力が剥奪されている女性たちをエンパワーするのに必要な構造的な社会変革、インフラと法の整備である。たとえば村の外とつながる道路、女性を束縛する法の改正などである。

C：Bの基盤の上に、エンパワーメントを実施するための手段を講ずることであるであ

る。状況によって様々なものがある。「農耕の方法を教える。」の場合もあれば「IT技術を教える。」の場合もある。

D：本稿の場合FCHVになるのに必要な情報・知識・技術が「エンパワーメント実施の手段は」である。

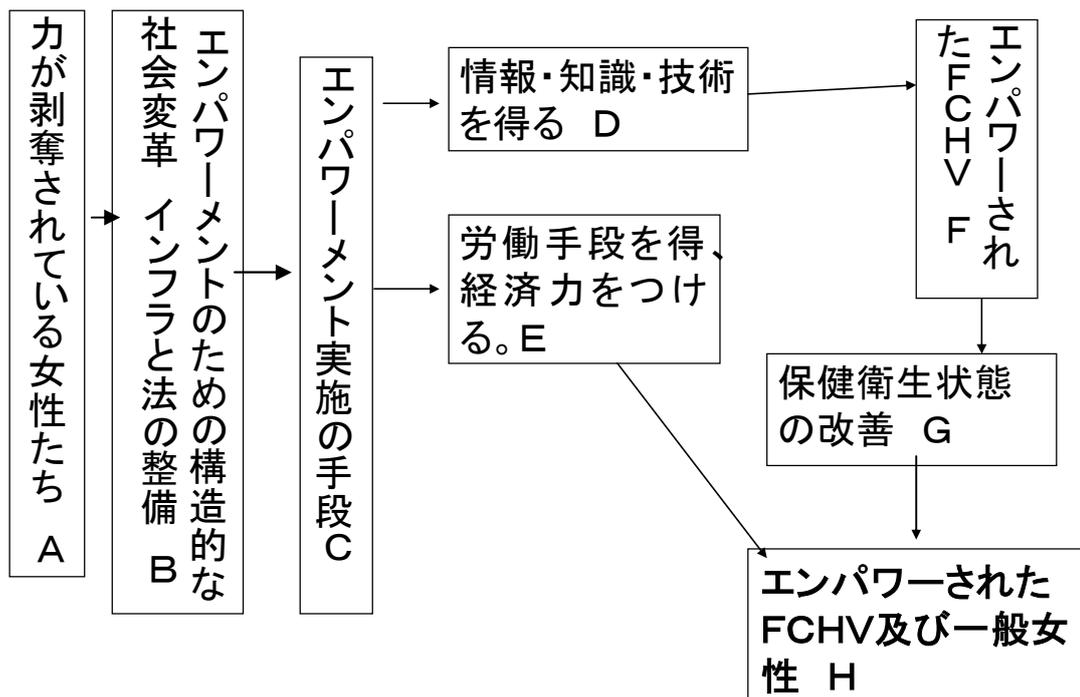
E：経済的な力をつけることはなによりも有効な「エンパワーメント実施の手段は」である。

F：情報・知識・技術を身につけたFCHVが誕生する。

G：FCHVはその本来の任務である「保健衛生状態の改善」によりコミュニティーに奉仕する。

H：女性たちは剥奪された力を回復する。

図1 力が剥奪されている女性からエンパワーされた女性へ（1）



地図 2 カトマンズ郡 (緑の部分はチャパリVDC)

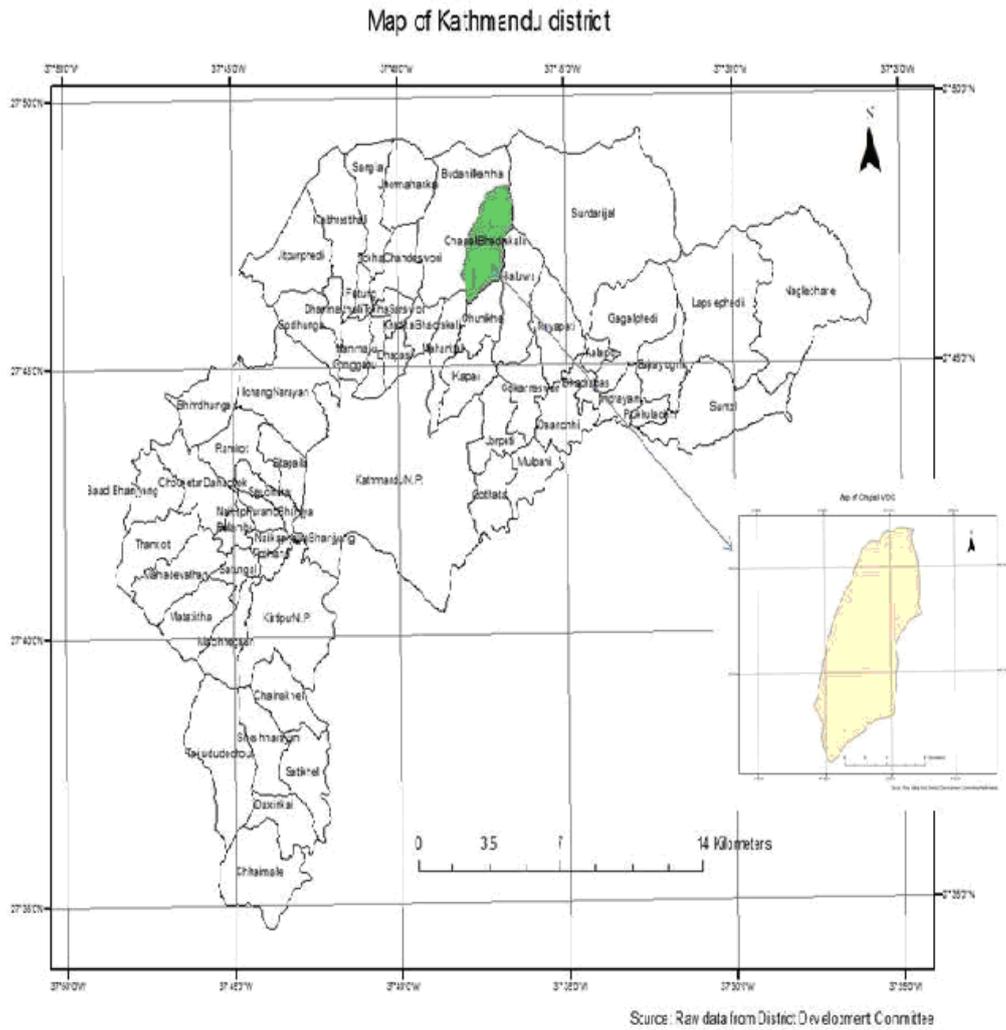


図3 第1章 第1節のまとめ

貧しい女性は栄養不足で労働過重で、ヘルスケアにアクセスできなかったために、妊産婦死亡が多く産後の後遺症にも苦しんできた。

女性は父権制度の下では男児を産むことが必要だった。決定権はなく、女性を苦しめる制度や習慣は旧態依然としていた。新たなる差別・女性の負担による避妊も加わった。

この問題の解決に取り組む女性の動きが生じ、リプロダクティブ・ヘルス/ライツがカイロ会議で定義された。リプロダクティブ・ヘルスは生殖システムの機能と過程のすべての側面で身体的、精神的、社会的に完全な状態にあることを指す。そのためにはリプロダクションに関する事柄を自由に決めることができなければならない。人口妊娠中絶禁止や国家による人口抑制に反対し、リプロダクションに関する女性の自己決定権を求める運動がリプロダクティブ・ライツに発展した

カイロ会議で理想的な定義ができた。
この理想をどう実現するか

2000年に国際社会はミレニアム開発目標を定めた。それが達成されればリプロダクティブ・ヘルス/ライツも実現されそうであった。

MDGの達成に期待したがリプロダクティブ・ヘルス/ライツにもっとも関係の深い目標4と5は達成が危ぶまれている。

ネパールは困難な条件のなかで4と5を達成または達成の軌道に乗せて国連から表彰された。

ネパール政府や関係の深い国際機関はFCHVの活動が達成を可能にしたと言う。

図4 第1章 第2節のまとめ

FCHVについての先行研究

Glenton C 他の研究

研究の目的はこの制度の立案に参加した人たちがFCHVが活動する動機は何でありどんなインセンティブが適当だと思っているかを明確にすることであると述べている。結論としてはCommunity Health Worker に対しては給料よりは、金銭的および非金銭的インセンティブをもっとも適切な時期に提供すると良い」と言っている。

Jennie Coates の研究

1992年に始まったNVA P (National Vitamin A Program)によってどのように、FCHVがエンパワーされ、動機づけられ、自己啓発していったかについて述べている。さらにその動機づけられた状態が何年ものちにも継続しているのはなぜかを論じている。

青山他による二つの先行研究

両研究とも、改善策を講じれば、FCHVの判断と処置が信頼に値するものになり得ると主張している。

研究課題を設定。本研究の目的はネパールがMDGの目標4「乳幼児死亡率の削減」と5「妊産婦の健康の改善」を達成する過程において、「女性村落保健ボランティア(FCHV)」が、自分自身もエンパワーされつつ、かつ、他の女性たちをエンパワーしていくプロセスを事例地調査に基づいて明らかにすることである。

事例地を決定し、既婚婦人から妊娠・出産・育児生活について聞き取り、老人から地域の開発の歴史について聞き取り踏査をする。FCHVからは仕事のことを聞き取り、観察をし、グループ討論で意見を聞き、仕事の記録を読む

第2章 FCHVとネパール女性の現状

第1節 アルマアタからFCHVへ

(1) アルマ・アタ会議とプライマリー・ヘルス・ケア

1) プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)

1978年9月、旧ソ連のカザフ共和国の首都アルマ・アタに、世界140カ国以上の代表がWHOとユニセフの呼びかけに応じて集まり会議が開かれた。「2000年までにすべての人に健康を」というスローガンを達成するためには、プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) がカギとなるとしてPHCの理念を盛り込んだ、「アルマ・アタ宣言」を発表した。(デイヴィッド W・デイヴィッド S. 2002 81頁)

同宣言の第1条～第5条のなかの本研究に関係の深い点を簡略に述べる。

第1条 健康は基本的人権の1つである。

第2条 先進国と発展途上国との間の健康格差は国内での不平等とともに容認できない。

第3条 経済社会開発は格差縮小に必要である。

第4条 住民は個人または集団として保健医療の立案と実施に参加する権利と義務がある。

第5条 2000年までにすべての人が健康を達成するためにはPHCが鍵となる。

第6条ではPHCとは、「実践的で、科学的に有効で、社会に受容されうる手段と技術に基づいた、欠くことのできないヘルスケアのことである。これは、自助と自己決定の精神に則り、地域社会または国家が開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲で、地域社会の全ての個人や家族の全面的な参加があって、はじめて広く享受できうるものとなる。」と定義付けしている。

第7条で詳しく、具体的なその要件について述べている。「少なくとも次のものを含む・・・主要な保健問題とその予防・対策に関する教育、食糧供給の促進と適切な栄養、安全な水の十分な供給と基本的な衛生措置、家族計画を含む母子保健、主要な感染症の予防接種、風土病の予防と対策、日常的な疾患と外傷の適切な処置、必須医薬品の供給。そして他の分野との（国家や地域の開発、特に農業、畜産、食料、工業、教育、住宅、公共事業、通信、その他全ての関連した分野）協働した努力が必要である。」と述べて、PHCが包括的な開発政策であるべきことを強調している。

2) PHCに関する研究者の意見

デイヴィッド W・デイヴィッド S.

「PHCの概念は強く社会的、政治的意味を有していた。それは包括的保健戦略であり、保健サービスを提供するだけでなく根底に存在する不健康の社会的、経済的、政治的原因

を問題としていた。」「1980年代初頭にユニセフはいくつかの困難な決定を迫られた。もっとも困難だったのは包括的PHCと選択的PHCのどちらを推進すべきかと言うことだった。」「ユニセフは苦しみながら包括的で公正を追求するアプローチから背を向け始めた。」(デイヴィッド W・デイヴィッド S.2002 76頁)

三砂ちづる

「PHCには5つの原理があり、ここには社会改革を目指す多くの理想が盛り込まれています。PHCの5つの原則は『公平な分配』、『住民参加』、『予防の強調』、『適正技術²²の使用』、『他分野との協力によるアプローチ』です。」「後に、包括的PHCという言葉が使われるようになりますが、これは先のアルマアタ宣言そのままの、PHC5つの原理を基本としたものでした。政治的な性格が明確な宣言で、ひとりひとりの分配を公平にしようとか個々の住民が自分で参加しようと言うような、ラディカルな社会変革の思想でした。」「その後、基本的に、アメリカとユニセフによりそうした思想性を排した技術論として選択的PHCが出されます。」(三砂 2007)

デイヴィッド W・デイヴィッド S.と三砂ちづるはPHCが提案された70年代から80年代の世界情勢をふまえつつ、PHCがその理想とした包括的PHCから選択的PHCに変わっていったことを批判的に述べている。

松田正己他

それに対して「PHCは、これまで専門家が中心で発達してきた高度な医療への批判から、できるだけ多くの人々が健康に、少なくとも基本的ニーズは満たされるようにと、住民の参加を得た保健・医療を展開するものである。」とアルマアタの提案を評価しつつも選択的PHCはもちろん批判している。そのほかに21世紀になってWHOの世界保健報告が「今こそPHCを」という課題を追求していることについて述べている。「途上国で子どもの死亡率が減ったがそれが人口の高齢化となり、たばこや肥満のようにグローバル化した巨大産業が世界を市場として不健康な食品などを提供していることが問題視されている。」つまり松田正己他は保健に関しては日々新たな問題が生じるから対応が遅れがちであることを問題にしているのである。(松田他 2010 24頁)

また、JICAは中立的な立場で二つのPHCのあり方について次のように述べている。

「PHCの適用範囲が広汎に過ぎるとして、プログラムの選択肢について費用効果分析

²²⁾ 環境への影響、生産施設、技術の現状、労働力、市場規模、文化的・社会的環境など関連するすべての面から、開発のための技術的ニーズを満たすうえで最も適切な技術をいう。(大辞林 2006)

を行い、優先度の高い特定疾病を選択してその対策を講じるのが選択的PHCであり、米国 Centers for Disease Control and Preventionにより1979年には導入されていた。この手法は、特定疾病に対して資源を集中することによって、結果を出しやすいという面があり、費用効果分析によって施策の効果があらかじめ保証されるという期待もあって、ドナーの採用するところとなったが、一方で、その特定疾病の患者及びその罹患の潜在的可能性のある者のみしかその恩恵に与れず、他の疾病は放置されてしまうこと、栄養問題のように、他の疾病を発生、悪化させる要因ではあっても、単独では死亡や疾病と結びつきにくく、直接死亡や疾病を減らす効果として測定するのが難しい分野は無視されてしまうこと等が問題とされ、第7条の8項目を全て含む包括的PHCが擁護された。この二つの立場は、一般的には、包括的PHCは公平を求める立場として、選択的PHCは効率を求める立場として理解することが可能であるが、公平と効率は同時に追求すべきものであり、包括的PHCにおいて効率を求めることが可能なのに対して、選択PHCでは無視された施策をカバーする余地がない。」(JICA 医療協力部 2002)

こういった批判はあるものの、アルマアタ会議は世界中から140カ国以上の代表が集まって、WHOとユニセフの提案に応じたものであり、会議後、各国政府によってPHCのよってたつ基盤になる「住民参加」が図られた。その一策が「地域保健ボランティア制度」であった。多くの国がこの制度を創設した。

(2) 地域保健ボランティア制度

地域保健ボランティア制度とは、文化大革命時代の中国の裸足医者²³のように、人々と同じ地域に住み、同じ仕事をし、同じ生活をしつつ研修を受けた人が、基礎的な医療に携わる制度である。ネパールはFemale Community Health Volunteer 制度を設けた。

Community Health Workers :a review of concepts ,practice and policy concern. という論文によると、地域保健ボランティアに関する論文を101本あつめ分析した結果、つぎのようなことが判明したと言っている。

判明1 働き手は主として女性である。母子保健の問題ではやはり女性が効果的である。

²³) 裸足の医者は中国で文化大革命の時代に、農民や労働者、下放した(青年層が地方の農村で働き、肉体労働を通じて思想改造をしながら社会主義国家建設に協力することをその目的とした)知識青年がごく短い間に基本的な医療衛生の知識や臨床技術を学んで医療衛生の任務を行った人々のことである。彼らは生産現場から離れてはいけなかった。いわば半農半医、半労半医であった。(大森 1972)

風土病などの撲滅には男性が活躍している。地域から選ばれた人が地域住民の信頼を得ている。

判明2 無給の場合が多い。

判明3 8年から10年の学校教育を受けているのが普通。

判明4 1人で1000家族ぐらゐを担当している。

判明5 3週間から半年ぐらゐの研修を受ける。(Prasad 他 2007)

上記の論文は36カ国のケースを総合しているが資料の十分ない国もあるのでここでは南アジア6カ国のケースを一覧表にまとめると表4のようになる。

南アジアの国々では保健ボランティア制度が設置されているのは表4に見るごとく、バングラデシュ、パキスタン、ブータン、インド、ネパール、スリランカである。これら6ヶ国を比較するとネパールのFCHVの特徴はカバー率が高いことと、退任率が低いことである。FCHVの場合、選任基準が緩やかだから山間僻地でも人選が可能だったであろう。

パキスタンでは8年の教育を受けている必要があつて、2006年の段階でカバー率が62%である(Hafeez et al, 2011)。WHOは「パキスタンでは、選定基準が高いので応募者がいない地域がある」と言っている(WHO 2012)。ネパールの場合、政府は、当初は年齢は22歳から44歳と決めていたが実際には2006年の段階で50歳以上のFCHVが17%いる。読み書きはできた方がよいとなつていたが実際には2006年の段階で22%のFCHVは学校へ行ったことがない。このように選任基準が緩やかだから97%という高いカバー率が可能であつたであろう。カバー率が高いと効果が目に見えて現れるので世間の評価が高くなり、FCHVとしてはやりがいがある。やりがいがあるから辞めない。

(3) FCHV制度の設置当初

ネパールのFCHVは1998年に政府の保健人口省によって設けられた。高い妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率を改善するためにはコミュニティーレベルでの女性の参加が不可欠であるとの判断からである。母子保健の基礎的な知識を提供して、女性の自助組織を育て、人的資源を活用するためである。地域の女性のボランティアとしての働きによって地域の人々の健康を増進することを目的とした政府の保健サービスの出先機関である。23県から始まって1993年にはすべての県に広まった。当初はワード毎に1人、そこに住む女性が、地域の女性グループによって選ばれた。選ぶ基準は次の基準1から基準6までであつた。

基準1 地域の住人であること。

表4 南アジア諸国の保健ボランティア

国名	バングラデシュ	ブータン	インド第2次	インド第1次	スリランカ	ネパール	パキスタン
開始年		1979年	2005年	1977年～2002まで	70年代	1988年	1994年
設置主体	NGO	政府	政府	政府	政府	政府	政府
待遇	無給、薬を売るとマージン	研修に手当て	仕事の成果により手当		無給	地域全体への奉仕の場合は手当	有給
年齢	25歳から35歳		25歳から45歳			実質上制限なし	18歳から45歳
学歴	非識字または半識字		8年の教育			実質上制限なし	8年の基礎教育
性別	女性	男性	女性	80%男性	女性	女性	女性
カバー率	23%		62%		60%	97%	62%
年間退任率	33～44%	50～55%				4%	
仕事	母子保健、家族計画、簡単な治療	地域と保健施設を結ぶ、簡単な治療、家族計画	村の衛生向上、人口記録、村人と保健施設をつなぐ、施設出産を勧める		簡単な投薬 家族計画	家族計画 妊婦の指導 子供の健康 簡単な投薬	家族計画、簡単な治療
担当人数	1400人	一人一村	1000人		10家族	163家族	毎日5から7軒訪問
研修期間	21日	12日	1年	3ヶ月	3ヶ月	18日	15ヶ月
特典	クレジットが利用できる					クレジットが利用できる	
その他		地域で信頼されていること	方言の問題で施設にアクセスできない人に役立つ	中央政府は地方政府に任せられた地方政府は受け継がなかった	雇用への道と期待していた		コミュニティーに受け入れられる人

出典はユニセフWhat works for children in South Asia Community Health Workers、Community Health Workers : a review of concepts practice , policy concern, Accredited Social Health Activist 注：インドの「第1次」は政府が地方政府に運行を任せましたが、地方政府は受け継がなかったので崩壊した。

カバー率とは全国民のうち何%の人が恩恵を受けることができるかである。

基準2 少なくとも10年はボランティアとして働くことを望んでいてそれが可能な環境にいること。

基準3 22歳から44歳までの女性であること。

基準4 家族が了承していること。

基準5 読み書きができた方がよい。

基準6 少数グループ、ダリットなどの代表が望ましい。

しかしこれらの条件のそろっている人はほとんどいなかった。

90年代半ばになって28の県で、ワード毎に一人ではなくて人口の多いワードでは人口に応じて増加された。その結果、現在では5200人のFCHVがいる。そのうち6%は都市部で働いている。ひとりのFCHVがカバーする人口は平野部で1000人、丘陵部で350人、山岳部で250人を目安としている。現在は人口に応じてFCHVを増やしているのは28の県だけだがもしこの制度をすべての県、75県に広げると12000人以上のFCHVを増やさなければならない。(Department of Health Service 2006 103頁)

2) FCHVの仕事

ファミリープランの推進

ファミリープランについての知識と必要性を人々に説き、方法を教え、ピルとコンドームを配る。国際的にも人口問題が深刻化していた時期でありネパール政府としては是非ファミリープランを進め欲しかった。表7を見ると南アジア6カ国中5カ国が保健ボランティアの仕事に「ファミリープランの推進」を挙げている。

母と乳児の保健

産前検診を勧める。鉄剤とビタミンA²⁴の服用を勧める。助産婦の介助による出産を準備することを勧め、緊急事態への対処を考えることを促す。自宅出産の場合には産後の大

²⁴) 1989年から1990年にかけてネパール南部の二つの地区を選び、一方の5歳未満児にはビタミンAを4ヵ月ごとに与え、一方には与えず、両者の5歳未満児の死亡率を比較したところ、ビタミンAを与えられた地区の死亡率は与えられなかった地区の死亡率より30%少なかった。この比較実験結果はイギリスの医学雑誌 *Lancet* Vol. 1338、に掲載された。(West et al. 1991) 2009年現在、世界で33% (1億9,000万人) の未就学児と15% (1,900万人) の妊婦は、日常の食事で十分なビタミンAを摂取しておらず、ビタミンA欠乏症であると推測されている。さらに、また別の520万人もの未就学児は、治療が必要なビタミンA欠乏症である。これを最も多く発見できるのはサハラ以南のアフリカと東南アジアで、40%以上の未就学児がビタミンA欠乏症だと推定されている。ビタミンAは、目の健康に欠かすことができない。予防可能な子どもの失明の代表的な原因もビタミンA欠乏症である。さらに、ビタミンAが欠乏している子どもは、はしか、下痢、マラリアなどの疾患で死亡するリスクも高まる。(日本ユニセフ協会 2013)

量出血の際に服用するように子宮収縮剤を渡す。一人のFCHVが年平均11.6人の妊婦の世話をしている。新生児への適正な処置をする。産後の女性にビタミンAを配布する。(Department of Health Service 2005 104頁)

子どもの健康

栄養と衛生と健康的な振る舞いを促進する。あまり危険でない肺炎には抗生物質を与え、困難なケースは病院に紹介する。経口補水液²⁵または亜鉛剤により下痢を治療する。半年ごとに6-59ヵ月の子どもにビタミンAを服用させ虫下しによる回虫の駆除をする。予防接種を手伝い、ポリオの予防薬を飲ませる。

その他

HIV/AIDSの予防知識の普及。応急手当(切り傷、やけど、流産の手当)毎週平均8.6人の救急患者が来る。アウトリーチ・クリニックの活動の手伝い。地域の母親グループの活性化。地方の保健機関に毎月報告する。(Government of Nepal Department of Health Service 2005 103頁)

3) FCHVの教育、情報源、指導・監督

基礎教育

はじめに9日ずつ2回の基礎教育が行われ、5年ごとに5日の再教育が行われる。3ヵ月ごとに集会に参加する。基礎教育を受けるとマニュアルブック、看板、カバン、薬箱、身分証明書、証書が給付される。

情報源

FCHVの情報源はFCHVの集会、トレーニング、ラジオによる保健番組である。ラジオは普通の人もFCHVも聞いたから効果的だった。また路上で保健をテーマにした寸

²⁵) ORS (Oral Rehydration Solution: 経口補水液) は、水分と電解質をすばやく補給できるようにナトリウムとぶどう糖の濃度を調整した飲料です。WHO (世界保健機関) は、1970年代にコレラ感染による下痢に伴う脱水症状時に ORS の使用を推奨して以来、発展途上国を中心に 大きな成果を上げました。その後の臨床研究に基づき、2002 年にナトリウムとブドウ糖の濃度を下げた新しい ORS 組成を公表し、成人と小児のコレラ患者 への使用を推奨しています。これと平行して欧米各国でも数次にわたり ORS に関するガイドラインが策定され、2003 年には CDC (米国疾病管理予防センター) が「小児における急性胃腸炎の治療—経口補水、維持および栄養学的療法」と題した最新のナショナルガイドラインを発表し、軽度から中等度までの 脱水症への使用を推奨しています。(大塚製薬メディカルフーズ事業部 2010)

劇も演ぜられた。(NHFP 2006)

FCHVの指導・監督

指導・監督は主として保健機関での集会で「村落保健ワーカー」(有給・有資格)がすることになっている。FCHVは毎月レポートを提出することになっている。

4) FCHVの待遇

FCHVの仕事は無給が原則であるが、健康推進員であるだけでなく社会的なリーダーとしての名誉を与えられている。2001年に政府の指導でFCHV基金を設けることになった。出資はVDC, NGO, 個人である。規定では元本は使わないで預金の利子をFCHV活動の活性化のために使うことになっていた。しかし元本の集まりが悪く、利子だけではまとまった資金にならず、大きな活動はできなかった。2004年には政府は10月1日をFCHVデーとして名誉を讃えることにした。2007年には第4回FCHVデーのはがきを発行して労をねぎらった。また、FCHVのロゴマークを設定した。2008年になって政府は各VDCに5万ルピーずつ与え、FCHVだけが利用できるマイクロクレジット²⁶の活動に使っても良いことになった。FCHVはここから資金を借りて収入創出活動ができるようになった。2009年には6万ルピーに増やした。(Valley Research Group 2006)

5) NFHP (Nepal Family Health Program) の働き

NFHPはUSAID (アメリカ合衆国国際開発庁) が資金を出して2001年から2006年まで続けられた2国間協力のプログラムである。出生率の低下と家族の健康に焦点を当て、保健省との密接な連携をとって進められた。先述のラジオ保健番組を放送し、一般市民と

²⁶) マイクロクレジットとは、貧しい人々に対し無担保で小額の融資を行う貧困層向け金融サービスのことです。2006年、マイクロクレジットの普及に努めてきたグラミン銀行と、創始者であるムハマド・ユヌス総裁が、ノーベル平和賞に選ばれました。当初は、貧しい人々はお金を借りて商売しても大して稼げないので結局借金が膨らむだけだ、と、貧困層への融資に懐疑的な声が大半でしたが「貧しい人々も企業家としての能力を持っており、資金さえあれば商売を始めて利益を得ることができる」との信念の下、様々な革新的なスキームを取り入れ、返済率の高い貧しい人々のための銀行を作り上げることに成功したのです。このグラミン銀行の成功により、世界中至る所で同様のマイクロクレジット機関が設立され、貧困層への融資が積極的に行われるようになりました。近年では、融資(クレジット)のみならず、貯蓄や保険など、広範な金融(ファイナンス)サービスも行われるようになってきたため、マイクロファイナンスと呼ばれるのが一般的です。(独立行政法人日本貿易振興機構(ジェトロ)アジア経済研究所 2009)

FCHVが同じ番組を聞くことで効果が高まった。NFHP IIは2007から始まり2012までづけられる予定である。FCHVのトレーニングやその他の保健要員の教育、移動診療などもやっている。FCHVの働きについての調査、応援もしている。FCHV基金の設立にも協力した。国のFCHVの技術指導を支援する。国の相談相手ともなる。母親グループの集会を支援する。(NFHP 2006)

(3) 政府のFCHVについての調査でわかったことの要約

FCHVの調査は政府が2002年以来NGOのNEW ERAに委託し、USAIDの資金でNFHPの協力の下に行われてきた。2006年にはNFHPが支援している17の県出身の1000人のFCHVだけでなくUNICEFのCentralized Action for Children and WomenとExpanded impact program districtsの100人のFCHVと他のすべてのVDCからの50人を併せて5750人のFCHVが調査の対象となった。

調査の結果を要約すると以下の如くである。

1) 年齢、学歴、在任期間、労働時間

年齢は 30代37%、40代26%、20代19%である。(表5)

学歴は小学校卒が 20代69%、30代53%、40代26%である。非識字のFCHVは22%いる。非識字のFCHVは新しい仕事を学ぶのに多くの時間がかかるが地域の貧しい人々へのアクセスが良い。

表5 2006年時点でのFCHVの概要

年齢		小学校卒以上		在任年数	
20代	19%	20代	69%	6~10年	28%
30代	37%	30代	53%	11年~15年	29%
40代	26%	40代	26%	16年以上	24%
		非識字	22%		

出典はDepartment health service 2006

FCHVの在任期間は11年から15年29%、6-10年28%、16年以上24%である。FCHVとしての労働時間は週平均3日で、1日の労働時間1.7時間である。ビタミンAの配布やポリオ・キャンペーンの時はもっと長い。仕事量はカバーする人口が増えるに比例して増えるわけではない。平野部のFCHVは丘陵部や山間部のFCHVより少し仕事量が多い。74%のFCHVは今よりもっと多くの時間をFCHVの仕事に使っても良いと答えた。

2) 恵まれない人々へのサービス

FCHVは自分が中流または貧しい階層の出身であるため恵まれない人々へのサービスが行き届いている。FCHVのサービスは無料であるから裕福な人々のように有料のサ

ービスにはアクセスできない人が利用する。

ムスリム²⁷やダリットの人々の人口は全住民の19%を占めるがFCHVから妊娠について指導を受けた人の割合は指導を受けた全体の人数の22%である。つまりこの人々は指導を受ける割合が平均より多い。

3) 何%のFCHVが妊婦にどんな忠告を与えたか

- 忠告1 栄養をとることについて94%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。
- 忠告2 検診を受けることについて88%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。
- 忠告3 鉄剤を服用することについて78%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。
- 忠告4 破傷風の予防接種を受けることについて70%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。
- 忠告5 資格のある助産婦を利用することについて30%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。
- 忠告6 虫下しを服用することについて17%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。
- 忠告7 危険な兆候を覚えておくことについて12%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。
- 忠告8 緊急時のために貯金をしておくことについて11%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。
- 忠告9 夜盲症に気を付けることについて4%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。
- 忠告10 緊急時の搬送について計画しておくことについて4%のFCHVが妊婦に忠告を与えた。

4) 何%のFCHVが妊婦の危険な兆候を知っているか

- 兆候1 出血は90%のFCHVが妊婦の危険な兆候だと知っている。
- 兆候2 むくみは66%のFCHVが妊婦の危険な兆候だと知っている。
- 兆候3 ひどい頭痛は58%のFCHVが妊婦の危険な兆候だと知っている。
- 兆候4 失神・発作は45%のFCHVが妊婦の危険な兆候だと知っている。
- 兆候5 ひどい下腹痛は43%のFCHVが妊婦の危険な兆候だと知っている。

(Family Health Division 2006)

²⁷ ネパールのムスリムは、パンチャヤット制の下での法典改正(1853年法典から1963年法典へ)により、いくつかの深刻な差別は残ったものの、基本的な市民権と信仰の自由を与えられた。そして、1990年民主化により政治参加が自由となり、2007年暫定憲法により国家世俗化も実現した。こうした状況の下で、全人口に対するムスリム人口は、2%(1981)→3.5%(1991)と増加していき、現在では10%近くに達しているとされる。(谷川2011)

(4) FCHVが妊婦と新生児の健康について達成したことと政府の今後の方針

1) 達成したこと

95%のFCHVは産後訪問をする。82%は産後のビタミンAを与える。DHSによると新生児死亡の30%は感染症だが、インドのNGOであるSEARCH²⁸の経験から学んで、FCHVは1分間の呼吸数を数え60以上ならば肺炎と考えて抗生物質を与えることで乳児の肺炎による死亡を減らした。困難なケースは病院を紹介した。FCHVが新生児を訪問して体重を測る。10%は低体重児だ。FCHVは妊婦のカウンセリングをし、どうしても自宅で出産するという妊婦には子宮収縮剤を配布し、コミュニティベースの産後出血の予防をした。妊婦の73%が受け取り、53%が服用した。98%の5歳未満児にポリオワクチンを配布した。(NFHP 2010)

2) 政府の今後の方針 (2010年の方針)

政府としてはFCHVの貢献を大きく評価し2007-2010の暫定計画ではFCHV基金の充実や老年になって引退するFCHVの表彰などに焦点を当ててこの制度の強化を図る。母親グループを地方政府の努力で育成し、FCHVはそれぞれグループずつこのグループを持つ。FCHVはこのグループによって選ばれる。FCHVは未婚でも良いが3人以上の子供を持つ人が優先される。FCHVは毎月母親グループの会合を開き、FCHVが指導する。

FCHVの役割は今まで通りの健康増進活動、母親グループを通じての保健既婚の活用促進、薬の配布、病気への適切な対応などである。引退は60歳とする。引退したら母親グループの名誉会員となる。

年に2回FCHVの振り返り集会を開く。ワードにおける問題の分析、解決のほかに特に重要なことの記録(たとえば妊婦の死)をつくる。基金の調達や活用についても討議する。(Department of Health Service 2010)

(5) FCHVの活動に関係の深い保健指標の経年変化

²⁸) SEARCHはインドの医療NGOである。12までしか数えられない伝統助産婦が1分間の呼吸回数を数えて新生児肺炎を発見できるように、60までを数えるのを助ける、子どものおもちゃのソロバンのような器具を作った。1分間の呼吸数が60回以上だったら肺炎と診断し、抗生物質を与え、新生児死亡を減らした。ネパールのFCHVはこれに倣った。

(Bang A. & Bang R. 2006)

表はFCHVの活動に関係の深い保健指標の経年変化である。正確な数を把握して統計を出すことは極めて難しいが、相関性の深いものをあげると、一人あたりのGDPと平均余命、避妊法の普及率と合計特殊出生率は正常な相関関係を示している。避妊法の普及にはFCHVの活動が大きな役割を果たした。FCHVの活動の直接の結果を表す経口補水液使用率、急性呼吸器感染症の手当を受けた率、ビタミンA補給率は伸びている。

表6 FCHVの活動に関係の深い保健指標の変化

	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010~ 2012
一人当たりのGDP	160	180	180	190	200	220	220	230	260	290	400	540
平均余命	51	52	53	53	56	58	58	60	62	63	67	69
妊産婦死亡率	830	830	830	520	1500	540	540	540	540	280	240	170
避妊法の普及率	14	14	14	23	29	30	30	39	38	48	48	50
合計特殊出生率	5.9	5.7	5.5	5.3	5.1	4.4	4.3	4.3	3.6	3.4	2.9	2.7
産前検診	x	x	x	x	x	x	x	28	28	44	44	44
専門家介助出産の率	6	6	6	6	9	9	9	11	15	19	19	36
5歳未満児死亡率	197	189	128	118	116	100	104	91	76	59	51	48
乳児死亡率	127	123	90	84	82	72	75	66	59	46	41	41
経口保水薬使用率	14	14	14	49	29	29	29	11	43	43	37	37
急性呼吸器感染症の手当を受けた率	x	x	x	x	x	x	x	24	26	43	43	43
ポリオワクチン服用率	71	78	72	62	48	70	70	72	60	91	81	83
ビタミンA補給率	x	x	x	x	x	51	51	98	96	96	93	91

出典は1988～2012 ユニセフ世界子供白書

(6) 他の南アジア諸国との比較

ブータンでは1年に50～55%の保健ボランティアが辞任する(UNICEF 2004)。

NGO「BRAC」が設置しているバングラデシュでは、退任率が33～44%である。

退任の理由は報酬が「薬を売ったマージン」となっているが、住民が保健ボランティアの

薬をあまり買わなくなって、収入が減ったからである。

インドの第1次の制度は中央政府がすべての業務と予算を地方政府に譲ったが地方政府が受け継がなかったので2002年に崩壊した（UNICEF、2004）。第2次は2005年に始まっている。

ネパールでは無給にもかかわらず退任率は4%である。そのおかげで経験豊かなFCHVが多く、効果を高めている。

第2節 ネパール女性の置かれている状況

(1) 貧困による重労働と栄養不良

ネパール女性の重労働についての記述は多々ある。「水汲みの仕事は女性と子供の仕事になっており、20～30リットルもある水を担ぎ、山道を運びます。ネパールでは、乾期と雨期があり、雨期には雨水を利用することで水を得ることができます。しかし、乾期になると村によっては住居から数キロ離れた水源まで水を汲みにいかなければなりません。」（学生国際協力団体STEP 2009）「耕作は男性の仕事だがそれ以外のほとんどすべての農作業、肥料の運搬、種蒔、植付、除草、収穫、穀物の選別、種子の選別と乾燥が主に女性の分担となっている。」（スペディー 1996）

一方、栄養不良についてはネパール政府が十分承知している。政府発行の annual report 2010 では「ネパールでは栄養不良が子供の生き残り、成長、発達に深刻な障害となっている。最も多い栄養不良はタンパク質不足である。そのほかにヨウ素、鉄分、ビタミンA不足もある。」と述べている。(Department of Health Services 2011)。DHSネパール²⁹2011 は「15歳から49歳の女性の29%は中度の貧血であり6%は重度の貧血である。」と述べている。(Population Division Ministry of Health and Population Government of Nepal& New ERA, 2012 163頁)

²⁹ 発展途上地域では、1970年代初めより1980年代半ばまで「世界出生力調査」(World Fertility Survey)と呼ばれる家族計画や乳幼児死亡に関する調査が60以上の国で行われた。また、家族計画や出生力に焦点をあてた「避妊普及調査」(Contraceptive Prevalence Survey)も40以上の国で実施された。その後、現在にいたるまで「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ともにとってきわめて重要な指針となっている。DHSは国ごとに詳しい調査をしている。ネパールに関してはDHSネパール2001、2006、2011の結果が公表されている。DHSネパールはネパールの調査団体New ERAが依頼を受けて調査しまとめた。

(2) 女性の無権利状態

1) 家庭内暴力と決定権

DHSネパール2006は夫の妻に対する暴力について次のような調査結果を出している。次の5つの理由のうち1つでもあれば夫が妻を打つことに同意できると答えたものの割合は、女性23.2%、男性20.7%であった。理由とは以下の通りである。

理由1 たべ物を焦がした。

理由2 夫と口論した。

理由3 無断で外出した。

理由4 子供の世話をしなかった。

理由5 夫と性関係を持つことを拒否した。(Population Division Ministry of Health and Population Government of Nepal& New ERA、2007 233頁) 注目すべきは「同意できる。」と答えたものの割合が男性よりも女性が多いことである。

上記の理由の2は「夫と口論した」であるが、口論さえしてはいけないのが規範であるとなれば家庭内で女性には発言権も決定権もない。DHSネパール2011は「妻のヘルスケア」について夫が一人で決めてしまう家庭が21.8%あると述べている。(Population Division Ministry of Health and Population Government of Nepal& New ERA、2012 225頁)

2) 重婚(一夫多妻)

「もっと知りたい国ネパール」には多くの重婚の例が出てくる。

例1 たくさんの家畜を飼うにはたくさんの男児が要る。そのためには一人の妻では無理だから何人も娶る。時には妻がそれを提案することもある。

例2 夫や姑の気に入らない妻には、とてもこなせないような多くの仕事を与え、妻がやり残すと妻を責め立て、他の女と結婚する。最初の妻と同居の場合が多い。

例3 占い師が「妻との相性が悪い6」と言ったため、つぎつぎと別の女と結婚し、とうとう7人と結婚した。妻同士、同居の場合も別居の場合もある。その他いくつかの例が挙げられている。(ナビン 2008)

3) 男児選好

第1章で述べた如く、父権社会では男児の後継者が重要である。どの宗教にも男性が優位に立てるような教理や規範がある。ヒンズー教の場合は「家庭の祭祀、中でも重要な祖

霊祭シュラッタ³⁰を司るのは直系の男子の役割とみなされている」ことが男児選好の1因である。(森本 2003 42 頁)。谷川昌幸のブログ、「ネパール評論」には次のような記事がある。「ネパールで出生前診断が普及すれば、何が起ころか？特に問題なのは、出生前診断で女兒と判ると、夫や親族により中絶を強要されること。拒否すれば、虐待され、ときには殺されたりする。たとえば次のような事例があった。

事例1 出産後の妻に、夫が石油をかけ火をつけた。

事例2 2人の女兒出産後、3人目を妊娠し5ヶ月となる妻が、教師の夫に殴られ流産。夫は別の女性を妻とした。

事例3 カトマンズの裕福な家庭出身でオーストラリア留学後結婚した妻は、2女兒出産後虐待され、その後妊娠のたびに出生前診断を受けさせられ、女兒と判ると4回中絶させられ、離婚。(谷川 2012)

4) 穢れ

男性優位のみならず、女性は穢れていると忌避されているのは「穢れ」の思想のためである。「ユダヤ教」や日本の「神道」でも「穢れ」の思想はある。ただし、これらの場合は女性だけが穢れているとは考えていない。ネパール農村においては、女性の月経と出産後の期間は「穢れて」と考えられている。それだけでなくとも困難な月経と出産後の期間中、貧しい女性たちは家畜小屋で暮らさねばならない。月経期間中4日間、出産後11日間の女性たちは「不可触」とみなされる。女性はこの期間、男性、水、食物に触れることを許されない。この期間というものは、女性が身体的にも精神面でも非常に脆弱になる時で、ケアが必要な時期であるにもかかわらず、迷信によって惨めな状況におかれているのである。(シャルマ 2008)

5) 魔女狩り

忌避されるだけならまだしも、命の危険があるのが「魔女狩り」である。魔女狩りはヨーロッパで中世末期に度々起こった、いわば、集団ヒステリーのようなものである。今でも、アジアアフリカ各地に妖術や精霊の存在、シャーマニズムを信じる一部の暴徒によって魔女狩りが行われている。ネパール女性は今でも、運が悪いと、そのような「魔術を使

³⁰) 「祖霊祭シュラッタは、最初は死後1ヶ月以内に、次は1年の終わりにとといった具合に定期的に行われる死者を祀る行事である」「家庭でのこうした儀礼はすべて家長が司ることになっており、家長が亡くなり祖先供養を継承する男子がいなくなることは非常に不吉なこととしておそれられ、いやがられる。」(森本 2003 12 頁)

った」罪をかけられ、被害者となる場合がある。時事通信には次のような記事がある。「時事通信 1月10日(木)8時23分配信 [カトマンズ AFP=時事]「黒魔術使用」と女性を焼き殺す=8被告に禁錮20年—ネパール。「ネパール南部の村で2012年2月、2児の母(40)が『黒魔術を使った』と非難され、焼き殺された事件があった。南部チトワン郡の裁判所が7日、殺人罪で村の呪術師ら男8人にそれぞれ、禁錮20年の判決を言い渡したと当局者が8日、明らかにした。」(AFP NEWS 2012) また、別の文書では、西ネパールで、それほど興奮状態にはならないが「魔女は、血の塊、髪の毛、針などを女性の体に入れて病気を起こすと信じられている」「ある特定の女性が魔女ではないかとささやかれることもある」「そんな場合は伝統治療師を呼んでお払いをしてもらう。」といている。(安野1997)。

6) ダウリー³¹殺人

女性は結婚するまでは親に保護されるべき存在であるという女性蔑視思想のために、日本でも、持参金や嫁入り道具の問題が生じている。昔は「女の子が生まれると軒が3尺下がる(嫁入り費用のために家庭が経済的に崩壊する。)」といわれていた。ダウリーの習慣がある国ではダウリーの額に満足しなかった義理の家族は、怒りを嫁にぶちまけることがある。CARE³²には次のような報告が載っている。「2008年、Hasrunは身体に火をつけられ、もう少しで焼死するところでした。誰がこのような暴力的で残虐な行為をしたのでしょうか。それは、彼女の夫と義理の家族です。でも、なぜ?これは、ダウリーが原因となった家庭内暴力なのです。残念ながら、このような性差別から生じる暴力がネパールでは頻繁に起こっています。」(CARE 2008)

7) 人身売買

³¹) ダウリーとは結婚に際し花嫁が夫に持ってゆく結婚資金及び物のことである。

(Oxford Dictionary of English Oxford University Press)

³²) CAREは、アジア、アフリカ、中南米、中東など世界70カ国以上の途上国や紛争地域に現地事務所を持ち、専門性をもつ15,000人のスタッフが、年間6,500万人に対し、自立支援を行っている世界有数の国際協力NGOです。収入向上、教育、自立支援、保健、水と衛生、環境、コミュニティ開発など多岐にわたる分野からの包括的アプローチを強みとして、長期的視野に立った支援活動を展開するとともに、紛争や災害が生じた際には、世界中にはりめぐらされた国際ネットワークを生かし、世界各地の被災地で瞬時に緊急支援活動を行っています。(CARE 2008)

女性にとって「殺された方がまし」な過酷な生活に女性を追いやるのが人身売買である。どこの国でも、日本の「花魁」のように公然と、売春を職業とする人々が居る。たとえば「ネパールの少女買春」には次のようなことが書いてある。「ネパールのある地域ではバディカースト（西ネパールのラブティ、ペリ、セティなどこの地域に存在する半遊牧民族）の容認された職業は売春である。」「1951年、ネパールはラナー族の支配から解放され、そのとき始めて世界に向けて扉を開いた。これはネパールの女性および少女の人身売買人が、とりわけインドの町や都市の悪名高き赤線地帯の売春宿に大規模な市場をみつけることになったことを意味する（ギミレ 1996）。そこでの奴隷のような生活については数々の報告がある。にもかかわらず、極度の貧困を解決する最後の手段になっている場合がある。

言うまでもなくここにあげた事柄は現実世界のごく一部である。女兒への教育差別、雇用差別等々、女性への差別はいくらでもある。

第1章、第1節の（3）で「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（原語では well being 筆者注）にあることを指す。」と述べたが、重婚、男児選好、穢れの思想などは女性の尊厳を損ない、精神的苦痛を与えるから「精神的に良好な状態」ではない。魔女狩り、ダウリー殺人、人身売買などのある社会では国連のいう「人間の安全保障」などあるはずがなく、そんな社会にはだれも喜んで適応するはずもないので「社会的に完全に良好な状態」ではあり得ない。

ジェンダー・ギャップ指数³³を見るとネパールは2012年は135か国中123位である。この指数は経済活動にどれだけ参加しているか、教育はどのレベルまで受けているか、出生・健康寿命の状態はどうなっているか、政治に参加しているかの4つの観点から男性と比較・評価した結果を表している。これをギャップの少ない国、1位のアイスランドと比べると経済活動への参加では専門職、管理職につく女性がネパールでは非常に少なく、教育においては高等教育を受ける女性が少ない、健康面ではさして大きな男性との差がないが女性の

³³) 世界男女格差指数。GGGI (Global Gender Gap Index)。各国の社会進出における男女格差を示す指標。世界経済フォーラム (WEF) が毎年公表しているもので、経済活動や政治への参画度、教育水準、出生率や健康寿命などから算出される。日本は政治分野で格差が大きく、2010年は134か国中94位。男女間の格差を国別に示す指標としては他に、国連開発計画 (UNDP) が発表するジェンダー不平等指数 (GII) がある。これは2009年までジェンダー開発指数 (GDI) およびジェンダーエンパワーメント指数 (GEN) として発表されたもの。(World Economic Forum 2012)

政治参加がひどく遅れているなどということがわかる。ジェンダー・ギャップ調査の国別プロフィールによるとギャップの少ない国々、つまり男女平等がかなりの程度実現されている国々では女子の結婚年齢は30を超えている場合が多い。(アイスランド 31歳、フィンランド 30歳、ノルウェー 31歳) 一方ギャップが大きくて男女の平等が実現されていない国々では女子の結婚年齢の平均は20歳前後である。(イエメン 21歳、チャド 18歳、パキスタン 21歳) そういった状況の中での中でネパールは女子の結婚年齢の平均は19歳となっている。(World Economic Forum 2012)

(3) 女性の権利を保障する法律の制定・改正

ネパールでは長い間法律的にも女性の権利は否定されてきた。ネパールで女性の権利を守る法律が制定・改正されたのは21世紀になってからである。

1) ムルキアイン³⁴の改正。

1995年に発案されたが2002年になって実施された。その内容は多岐にわたるがリプロダクティブ・ヘルス・ライツの観点から見て特に重要なものとして財産相続、離婚、妊娠中絶の問題をとりあげると表7の通りである。

	改正前	改正後
財産相続	未婚の娘で35歳以上ならば親の財産が相続できる。	女性は生まれたときは財産相続権があるが結婚するとその権利を失う。
離婚	妻に第三者との性的関係がある場合夫は妻を離婚できるが夫が第三者と性的関係があっても妻が夫を離婚する権利はなかった。	妻も夫も相手が第三者と性的関係があれば離婚する権利がある。
妊娠中絶	逮捕され投獄された。	普通の場合妊娠12週まで、レイプや近親相姦の場合18週まででき
出典 Nepal Democracy		

³⁴) 1854年に制定された法律。カトマンズ盆地ネワール人の社会、西のカスの諸王国、それからテライ平野のヒンドゥー社会。この3つの地域でカースト制度が発展しました。それがやがてエスニックグループも巻き込むかたちで、ゴルカ王朝時代の1854年のムルキ・アインのもとでの社会構造に統一されていきました。ムルキは「国の」、アインは「法典」という意味です。民法だけでなく、刑事法も含んでいました。環境の問題も含んでいて、非常にトータルなかたちで法律を制定していました。このムルキ・アインが現在のカーストグループやエスニックグループのヒエラルヒー的な社会配置のモデルになっています。(桐村 2006)

2) 暫定憲法³⁵、その他

暫定憲法

暫定憲法 20 条では「すべての女性はリプロダクティブ・ヘルスおよび他の生殖に関することについての権利を有する。」「肉体的・精神的または他のいかなる形ででも女性に対する暴力は振るってはならない。」「息子と娘は財産の継承について平等でなければならない。」と規定している。

子どもに市民権を与える権利。

2006 年に以前は父親だけに与えられていた子どもにネパールの市民権を相続させる権利が母親にも認められた。

中絶法

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。

その他

公務員の職の 33%を女性に割り当てることをきめた。レイプ、重婚、児童婚の罰則が強化された。

こういった権利は現実の普通の女性の日常生活にはまったくとっていいほど活かされていない。「アンナプルナ・ラナ」などの裁判闘争は、一部の目覚めた女性が法律を盾にとって闘いを挑んだもので、それらがいくつか続き、普通の人々も参加するようになれば社会を変える力となるがまだそこに至っていない。

(4) 一般女性の変化

³⁵⁾ ネパールでは、1990 年革命により国王主権の 1962 年憲法体制が打倒され、立憲君主制の 1990 年憲法が成立した。人民主権の議会制民主主義をとり、人権保障も手厚い。ところが、不幸なことにネパールは後発途上国であり、1990 年憲法の運用に必要な政党政治の経験も、近代的な官僚制度も、諸権利保障のための最低限の経済力もなかった。政党は利権抗争に明け暮れ、汚職は蔓延し、生活格差は拡大する一方であった。

これに不満を募らせたのが、周縁化され搾取されてきた被抑圧「カースト/民族 (caste/ethnicity)」である。彼らは、既成政党を見限り、マオイスト(ネパール共産党毛沢東派)を支持、2006 年には反国王に回った議会派諸政党とも協力し 1990 年憲法体制を打倒したのである。この「2006 年革命」の翌年、マオイストと議会派諸政党が暫定議会において成立させたのが、現行「2007 年暫定憲法」である。(谷川 2013)

上記のように暫定憲法の制定を待たずに、1990年に民主主義が復活とともに制定された憲法の定めを盾にとって女性の権利を主張する訴訟がいくつか起こされた。たとえば「アナプルナ・ラナ」訴訟、ロイヤル・ネパール航空客室乗務員の退職年齢の男女差解消をを訴などである。ただしこれらの女性達はネパール社会の中ではエリートである³⁶。一般女性にはあまり関係のない世界の出来事である。

だが、学歴も、経済力もない普通の女性達の間でも意識の変化は確実に起こっている。第1章で述べたごとく父権制度とは家族の中の男の最年長者がすべての決定権を持つことであり、女性には決定権がない制度であった。ネパール女性も例外ではなかった。しかしそれが徐々にではあるが変化していることがDHSネパールの2006年版、2011年版の比較でわかる。DHSネパールではネパールにおいて家庭内のいくつかの決定に女性（妻）がどのようにかかわっているかを調査している。それによると2006年より2011年の方が進歩しているのがわかる（表8）。すなわち、妻のヘルスケアーについて夫が決める割合が5年間で3分の2になり夫婦が決める割合が1.5倍になった。家族の大きな買い物につい

表8 家庭内の重大事を誰が決定するか

	年次	妻が決める (%)	夫婦で決める (%)	夫が決める (%)
妻のヘルスケアー	DHS2006	20.3	26.8	33.6
	DHS2011	26.7	39.7	21.8
家族の大きな買い物	DHS2006	15.4	37.3	20.2
	DHS2011	33.5	23.7	19.6
家族や親戚を訪問する	DHS2006	21.1	35.4	18.7
	DHS2011	27.7	33.3	17.0

DHSネパール2006, 2011より

³⁶) 「アナプルナ・ラナ」訴訟。ネパール王族の娘であるアナプルナ・ラナは1989年に死亡した父親の遺産分与を求めて訴訟を起こした。娘が財産を相続できるのは「25歳以上で未婚」という条件が付いていた。彼女は子どもが一人いた。裁判所は未婚であるという証拠に「処女検査」を受けるように命じた。彼女は「人権侵害」として上告した。最高裁はその主張を認めた（伊藤 2007 470頁）。ロイヤル・ネパール航空客室乗務員の退職年齢の男女差解消を求めた訴訟。当時男性は55歳、女性は30歳であった。1995年女性客室乗務員の Neera Dhungana はこの男女差の解消を求めて訴訟を起こした。結果は勝訴であった。（伊藤 2007 474頁）

ては妻が決めるケースが2倍以上になった。家族や親戚を訪問することについては妻が決める割合が3分の1増えた。(前掲Population Division Ministry of Health and Population Government of Nepal New ERA, 2012 225頁、同、2007 228頁)

(5) 女性の社会活動への参加

上記のDHSネパールの結果を見ても5年間で女性の意識がかなり変わったことがわかる。伝統的には家の中だけにいて、社会的な活動がなかった女性たちが外の世界に目を向け始めたのである。女性の意識が変わった事例はいくらでもある。

1) NGOへの参加

地域とともに働いて餓えと貧困をなくし地球を守ることを使命としている Heifer International's³⁷ (NGO) に載っているある女性の話。

サプコタはネパールの田舎で生まれた。18歳で結婚した。男児を産まなかったことで夫や夫の家族から非難された。3度目に女の子を産んだときに夫は生まれた子供を見ようとせぬに働きに行ってしまった。やがて4人目に男児を産んだがインドで働いている夫からの送金だけでは生活は苦しかった。2005年に Srijanshil Women's Group に加入した。1年後彼女は Heifer という団体から山羊を2匹もらった。それを元手に水牛の飼育や野菜作りを始めた。年の終わりには266ドルを稼いだ。「私にこんなことができるなんて思いもしなかった。」と彼女は語る。夫がインドから帰ってきて驚いた。子供は学校に行っているし臆病者だった妻が元気な地域活動家になっていた。(Heifer International's 2007)

2) マオイスト兵士

さらに大きな意識の変化は10年間にわたるマオイストとの内戦であった。マオイスト兵士31000人の内40%は女性兵士であった。「閉ざされた村社会から外の世界への憧れや、息子はカトマンズへ逃げさせ、娘を強引なマオイストの要望に応じて兵士としてさしだすという家族の方針のためであり、反政府や愛国心、女性解放思想に共鳴して参加したわけではない(伊藤 2007 482頁)。」という批判もあるが、家の外に出たことのなかった少女たちがマオイストの思想教育を受け銃をとって、「抑圧された人々の解放」のために闘ったのである。

³⁷⁾ アメリカ、アーカンサス州のリトルロックを拠点に活動しているNPO。世界の飢餓や貧困を救うことに貢献している。家畜や苗木を提供すると同時に、持続可能な教育を世界中の経済的に不利にある世帯に提供している。

以下は小倉清子のルポ“マオイスト 女性ゲリラたちの肖像”に描かれている、ある少女の物語である。

「息子は学校に、娘は嫁に」というのが当時の大半の村人の考えだった。克蘭ティーも学校に行かせてもらえず家畜の放牧や家事を手伝う毎日だった。14歳になったとき、克蘭ティーはついに学校に行く夢を果たした。すでに読み書きは自習していて、できたために5年生に編入された。ところが学校に行き始めて3日目に、学校から帰ると、棒をもった母親が泣きながら、なぜ勉強をする必要があるのかと、腕が腫れ上がるまで彼女を打った。この後克蘭ティーは伯母の家に逃げ、次の日からは教師の家に住み込んで学校に通うようになった。翌年、娘が学校に行くことに反対していた母親が亡くなった。6年生に進級するとマオイストの学生組織のメンバーになった。(小倉 2011)

また、NHKドキュメンタリー「女性兵士の反乱 ～ネパール内戦 マオイストの素顔～」の解説文には次のように書かれている。

ウマ・ブジェル（軍隊名シル）は、ネパールでも特に貧しいゴルカ郡の小作の娘として生まれた。14歳で結婚した姉は、嫁ぎ先の家族から虐待を受けて自殺している。18歳でマオイストに志願したウマは、厳しい訓練に耐え、指揮官に抜擢された。貧困層の基本的な人権の獲得と女性の地位向上を目指して、国軍との戦いを続けている。

2006年に休戦協定が締結。民主的選挙の結果マオイストは、憲制議会の最多議席を得て圧勝。主流派として政治に参加することになり、ウマも国会議員に選出される。ジャングルから議会へと場所を変え、ネパールの女たちの闘いはこれからも続く。」(NHK 2012)

図4 FCHVの仕事と母と子の健康

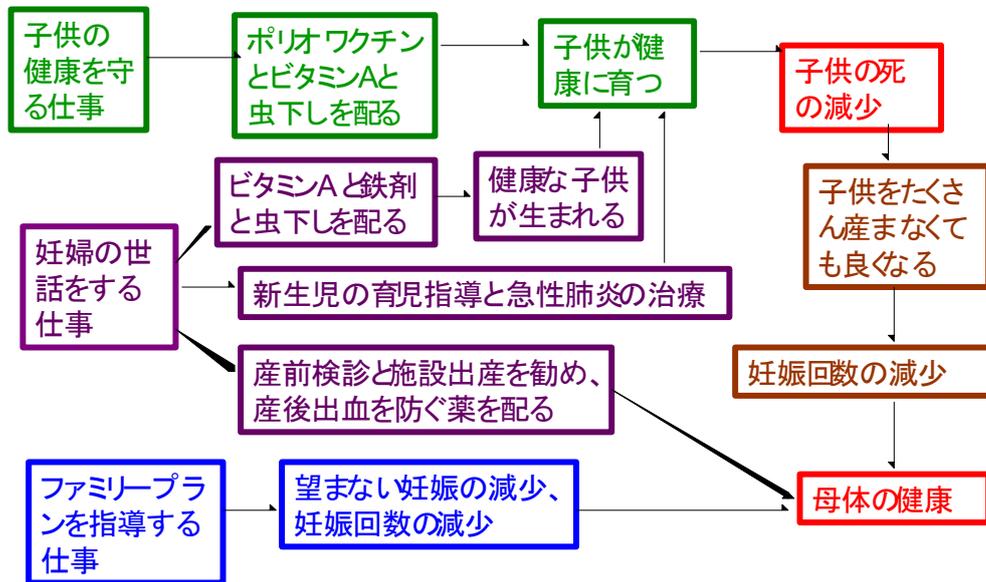


写真1 ビタミンAと虫下しを服用させるFCHV



写真2 家畜のえさを運ぶ女性たち



写真3 よく耕された段々畑



図 5 第2章のまとめ FCHVとネパール女性の現状

ネパールのFCHVは1998年に政府の保健人口省によって設けられた。地域の女性のボランティアとしての働きによって地域の人々の健康を増進することを目的とした政府の保健サービスの出先機関である。家族計画の必要を説き、方法を教えた。妊婦にサプリメントを与え、病院出産を勧めた。子どものあまり危険でない肺炎には抗生物質を与え、困難なケースは病院に紹介した。経口補水液または亜鉛剤により下痢を治療した。半年ごとに6-59ヶ月の子どもにビタミンAを服用させ虫下しによる回虫の駆除をした。予防接種を手伝い、ポリオの予防薬を飲ませた。全住民に象皮病の予防薬を配った。無給であるが退任率は年4%しかない。

ネパール女性は貧困による重労働と栄養不良と無権利態に苦しんでいる。しかし法律的には女性の権利は整備されてきた。女性の意識改革も徐々に進みつつある。社会活動への参加が女性を変えた。NGOへの参加、マオイスト軍隊への参加も大きな影響があった。

第3章 事例地の調査で得たデータ

第1節 事例地の経済・社会状況

(1) 3地区の開発状況

50歳以上の男性及び70歳以上の女性からの聞き取りによる女性の重労働を解消し、医療へのアクセスを可能にするようなインフラの整備に関する情報（男性は生まれたときからこの地に住んでいるが女性の大部分は20歳前後で嫁いできたから。）

1) 植林

A地区はカトマンズ市の南方16キロにある標高1500メートルの丘の頂上部分のチャンピ村ワード3と8であるにある。今の世代か、せいぜい数世代前にここよりもっと不便な奥地から移り住んだ人々とその子孫たちから成り立っているから、古い地域独特の習慣はあまりない。

第1章、第2節の(3)で述べた如く、40年以上前には丘の西北側は禿山になっていた。約30年前、政府がここに植林を始めた。この地域の人々が雇われて植林し、育てた。雨季に植え、乾季には水をやった。森の番人が雇われ、不法な伐採はできなくなった。ようやく木々が伸び始めたので、入会山制度が導入されたのは17年前である。ワード毎に一定の森が与えられた。それ以後人々は入会山組合を結成して森を管理してきた。植林も自分たちで予定を決めて行っている。植林に携わった老婦人たちは自分たちが育てた森だと自負し、愛着を持っている。火曜日と土曜日だけ、枯れ葉と草をとってきてもいいことになっている。木々が茂ったので、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大いに役立っている。(どの家も家の前にも肥料用の枯葉が積み上げである。)自分の家の周りに植えた木々も成長した。動物の世話は女性の仕事とされているが以前のように遠くの山まで行かなくてもよくなって、女性の仕事は楽になった。

B地区やC地区にはこのような問題はなかった。

2) 水道

Aの地区には共同の水道が13カ所引かれている。はじめ1カ所引かれたのが30年ぐらい前で、その後少しずつ増えていった。今でも順番待ちに時間がかかり、乾季には水不足になるとはいえ、水道が引けたので女性と子どもは大変楽になった。以前は、女性と子どもが、夜明け前に起き、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。湧き水が涸れる時期には川まで水を汲みに行った。片道、1時間かかった。水道が引ける以前は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。水道のおかげで、女性は仕

事が楽になって、健康を増進できただけでなく生活全般が清潔になったと老婦人たちが言う。

B地区は丘の麓であるためわき水があり井戸を掘っても水はよく出た。

C地区は北側に山を控え、水は豊富にあるので水田が広がっている。

3) 学校

A地区では、現在50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。学校は1時間ぐらい歩いていかねばならなかった。少なくとも男児だけは行かせた。現在はほとんどすべての子供たちが学校に通っている。女兒は学校に行かないというような男女差別はない。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。しかし子どもを学校へ行かせることは結果として女性の労働強化になった。なぜなら今まで子供たちが手伝っていた動物の世話や畑の手入れなどを女性たちが手伝える者なしでしなければならないからである。その上、公立学校といえどもいろいろな費用がかかるからそのために女性もまた最近賃労働に出るようになった。

B地区では50年前に設立された。妻と夫の年齢の差を4,5歳とみれば大部分の夫たちはこの地で育ったのだから学校ができたとき、男児はほとんど全員、学校へ行ったのだろうということが就学年数を見るとわかる。なぜなら50歳代女性の夫の就学年数は4.8であり、50年前に学校が設立されたときにほとんど全員就学したものと見られる。女性は50歳代では就学年数は0だが40歳代で就学経験者が現れる。

C地区では40歳代女性で夫の修学年数の平均が6.6になった。(60歳以上で妻と夫の就学年数が0.9と1.0なのは夫が医師でその妻が看護師だった夫妻が最近ここに住み始めたからで、この地で教育を受けたわけではないから例外とする。)学校は50年前からあるが男の子が学校に行き始めたのは35~45年ぐらい前である。女性の就学年数は40歳代で2.6年だが多くの場合、この地で育ちこの地の学校へ行ったわけではない。

4) 交通

A地区のある丘の頂上から歩いて40分ほどのところにあるチャンピVDCのヘルスポストと役場の前から、カトマンズまで、ジープが通れる程度の道が40年ぐらい前にできた。そこにカトマンズまで私設バスが運行されるようになったのが18年前である。従ってここまで、担架で担がれてでも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。陣痛の合間に必死で歩いてバス停にたどり着き病院へ行った女性もいる。

そのバス停から丘の頂上のワード8まで、狭いながらも乗用車が通れる道ができたのは8年前である。今では救急車が家の近くまで来るようになった。病院が救急車を所有して

いて病院に頼むと迎えにきてくれる。または、営利目的で救急車を運行している会社もある。乗用車が通れると言うことは、もちろん、オートバイも通れる。最近はローンでオートバイを買って市街地まで通勤・通学・買い物などに使っている若者が多くなった。後ろの席に乗せてもらって病院へ行くこともできる。

B地区はA地区からカトマンズまでの途上にあるから交通手段としては同じであるが時間をかければ歩いてでもカトマンズへは行ける。

C地区は30年ぐらい前にカトマンズへの道路が建設された。幹線道路から地域内に車が通れる道ができたのは10年ぐらい前である。

5) 電気

11年前にA地区に電気が通じるようになった。家電製品などもちろんないが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見ることができる。テレビやラジオで重要な母子保健のニュースが伝えられることもある。NFHPは母子保健番組をラジオで流し、住民とFCHVの共通の話題となった。ポリオワクチンやビタミンAの配布も繰り返し、テレビ・ラジオで放送される。

B地区もC地区も17前に電気が供給されるようになった。A地区では電灯とテレビだけの世帯がほとんどである。電灯さえ引いていない家が数軒ある。だからA地区では大部分の家が電気代はせいぜい100~200ルピーである。B、C地区では800ルピー~1000ルピー払う世帯がある。こういった家庭では炊飯器はもちろんのことパソコン、オーディオ機器、アイロン、冷蔵庫などがある。

6) 病院

30年ぐらい前にA地区の南東の向い側の丘に昔からあった外国援助のハンセン病患者のための病院が一般診療を始めた。ハンセン病はあまり感染しないとわかったからだ。しかしそのころはこの地区の人々には現金収入がなかったからほとんど誰も行かなかった。今は、少しの病気でも、祈祷師に祈祷してもらってだめならこの病院へ行く。産前検診もここは正規の医者がいるから医者のいないヘルス・ポストよりここで受ける人が多い。また、ここに勤めている人、飼っている牛のミルクを売る人もいる。入院出産もここです。但し、帝王切開が必要だとわかると病院の車で帝王切開ができる病院に送ってくれる。

B地区とC地区の一部の裕福な人たちは早くから病院にアクセスできた。18年前にチャパリ村にヘルスポストができた。

7) 現金収入

A地区では30年以上前には農作業を手伝いに行っても農作物をお礼としてもらうだけ

だった。ここにはダリットの集落があって、カミの部落³⁷があり、鍛冶屋が数軒あるが、鍛冶屋の仕事も報酬は農作物だった。遠くの山の森から薪を取ってきて町まで持って行っても物々交換だった。「お金なんて見たことがなかった。」と 63 歳の S さんは言う。10 年ぐらい前から道路工事や建築手伝いが増えた。政府の森の管理人、水道管理人として働いたり、ガードマン、運転手、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、南側の谷に砂利工場ができ多くの人が働き始めた。「今は働きさえすれば現金が入り、米が買える。」と 47 歳の K さんは喜んでいる。専門職としては教師、警察官、が 1 名ずつ居る。軍隊に勤務する人が 4 人いる。女性でただ一人、専門職についているのは保育園の先生 G さんだ。(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。) 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 ルピーが相場だ。地元で雇われると男子 200 ルピー、女子 100 ルピーだ。大きな現金収入を得たければ出稼ぎに行く。この地域では 10 人が世界各地に出かけている。ブロイラーの飼育、畑地の購入など、出稼ぎで得た資金で新しい仕事を始めた人もいる。

現金収入があれば子供が重い病気の場合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 2 人死なせた 67 歳の N さんが「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。

B 地区では 50 年ぐらい前から道路工事や農業の手伝いで現金が入った。しかしその当時、道路工事は 4 日間働いて 1 ルピーだったから現金収入があるから暮らしが楽というわけではなかった。その上仕事がいつもあったわけではない。「子供が病気の時はどうしましたか？」の質問に対し「祈祷師でも治らなければ病院へ連れて行った。」と答える人が少し現れ始めるのは 50 歳代の女性からである。従って 5 歳未満児の死亡率もこの年代で少し減っている。この人たちが子育てをしていたのは 30~40 年ぐらい前だ。平均妊娠回数もこの年代で減っている。入院出産はその次の年代、40 歳代を待たなければならない。5 歳未満児の死亡率が本格的に減るのは 40 歳代、つまり 20~30 年前だ。インフラの整備は住民全員がほぼ等しく恩恵を受けるが現金収入は差が大きいので子供を病院に連れて行けた人、行けなかった人、入院出産ができたひと、できなかった人の差が大きい。

C 地区もほぼ同じ事情である。17 年前に新しい米の品種が導入されて現金収入につな

³⁷)カミの部落。ダリットは最下層のカーストであるがその中でまた歴史的に担当してきた仕事によって(鍛冶屋、皮なめし工、仕立て屋、楽士等々)上下の別がある。鍛冶屋はダリットのなかでは最上位である。(名和 1997)

がったという世帯もあるがそれは大きな土地を持っている人たちだけである。調査対象とした家族の中で土地を持っているのは18家族に過ぎない。18家族の所有している土地の全面積を合わせても30ロパニーである。(1家族平均833平方メートル)。

以上をまとめると次の表9になる。

水の取得	A地区	昔は麓から運んだ..今は水道
	B地区	井戸、わき水
	C地区	昔は井戸、今は水道
カトマンズへの交通機関	A地区	18年前バスが開通
	B地区	18年前バスが開通
	C地区	30年前道路が建設された
学校開設	A地区	30年前遠くに設立された
	B地区	50年前設立された
	C地区	50年前設立された
電気の供給	A地区	11年前から
	B地区	17年前から
	C地区	17年前から
現金収入	A地区	約15年前から
	B地区	約25年前から
	C地区	約25年前から
2012の調査より		

第2節 女性の家庭内の地位と社会参加と出産・子育て

(1) 女性の地位

1) 修学年数の男女差

表13で「修学年数の平均」の列と「夫の修学年数の平均」の列を比べると60歳以上ではA、B地区では双方ともゼロだがそれ以下では夫の就学年数の数値のほうが高い。妻は多くの場合この近辺の農村から嫁いできたのだから、この近辺の農村全体が学歴において男女差が多かったことを示している。C地区の60歳以上は最近ここに移り住んだ医師と看護師の夫妻の学歴が高いために生じた例外である。

現在では、事例地の子どもたちは男女の別なく、大部分が学校に通っている。男女差がほぼなくなった。

2) 決定権は誰にあるか

「家の中のことについて決定権は誰にあるか」という質問に対しては、舅、姑、夫、夫

表10 家の中のことについて決定権は誰にあるか

	舅・姑	夫	妻	夫婦	息子
A地区	10%	46%	25%	10%	8%
B地区	17%	23%	15%	45%	0%
C地区	0	37%	17%	42%	4%

2012年の現地調査より

婦、妻、息子の6種類に答えを分けた場合「夫」がどの地区でも多いのは当然のこととして、(A46%、B22%、C31%)「妻」がA地区に多い(23%)のは夫が出稼ぎで海外に行ってしまうと妻が夫に代わって諸事を決定している家庭の女性が「妻」と答えているからである。(表10)「女性の権利」というより「女性の義務」としての決定である。

3) 嫁の地位

C地区の農家の主婦、Jさんが言うには、家庭内での男性優位は徹底していた。食事を食べる順番は、年長の男と男の子どもが食べ、次に年長の女と女の子どもが食べる。若い嫁は最後に食べた。食品の量は十分ではないので、若い嫁が食べるころにはほとんど何も残っていない場合があった。姑が先に食べるのを見ながら「私もあのぐらいたくさん食べたい!」と思ったそうである。洗濯はまず男のものから洗い始める。女のを洗うときには新たに石鹼を使わずに男のを洗った石鹼液で洗ったという。またA地区の老婦人Sさんが言うには「昔は食用油はとても貴重だったので姑が厳しく管理していた。若い嫁が調理を始めると姑がスプーンに1杯だけ油を汲んできて「これで調理をなさい。」と渡

してくれたそうである。今はそれほどではない。しかし基本的には嫁。姑の関係は変わっていないので耐えきれなくなって実家に戻った嫁もいる。

調査票4の「あなたの妻があなたの母親と同居している場合、妻と母との仲がうまくいかなかったらどうしますか。」という質問に対し「妻のほうが大切」と答えた男性は10名中1人だけである。「嫁は別の人をもらえばいいが母は変えられない。」と答えた男性が10名中2人いる。

4) 女性の経済的自立

「あまり虐待されたら子どもを連れて家を出て自立できるか。」という質問に対しほとんどの人が「できる」と答えている。

多くの貧しい人々の暮らしは女性の働きがなければ成り立たない。自分の稼ぎは酒を飲んで使ってしまう男、日雇い仕事がない日は1日中、日光浴をしている男、第2夫人を娶って子どもを産ませたのに第1夫人だけでも扶養できない男、生まれつき身体が弱く、妻に頼って生きている男などが周囲に多数いるので、たとえ自分はそういった立場にいらなくても、女1人の経済的な独立は可能であることがわかるから「できる。」と答える。「できない。」と答えた人はA地区で10人B地区で7人C地区では2人しかいない。A地区では昨年、あまり虐待されて自殺した人がいたのでそれが影響した。B地区では多くの40代の女性が賃労働に出ているから農業をしなくても生きていけるという自信がある。C地区の1部は高学歴の女性で問題なく経済的独立はできると思っている。

(2) 女性の苦境

1) 日常生活における仕事の過重負担

育児はむろん女性の責任と見なされている。A地区で3人の子どもを死なせたNさんの夫は子どもも育てられない女はだめだと決め込んで、第2の妻を娶り、Nさんと最初に生まれ、生き残った長女を乞食同然に扱っている。

水くみは女性と子どもの仕事と決まっている。A地区で水道がまだなかったころは、順番を争って、夜明け前に起き、重い素焼きの壺をもって丘を下り、水を入れてなお重くなった壺をもって運び上げた。気丈な女性として知られているA地区の78歳のOさんは9回出産しているが「産後11日目から普通通りの生活に戻る。そのときに最もきつと思ったのは水くみだった。」と述べている。今は水道があるが、場所によっては蛇口がある場所は家から30メートルぐらい離れている。そこで汲んで家の中の水瓶まで運ぶのは女性と子どもだ。「男はそんなこと絶対にしない。」と草原で寝そべっている中年男性が言う。

家畜の世話も女性の仕事である。草を大量に取ってきて食べさせ、穀物のえさを買いに

ゆき、水を与え、糞の始末をしなければならない。

畑の植え付け、手入れ、収穫も女性の仕事である。炊事・掃除・洗濯は無論女性の仕事である。朝早くから女性達が忙しく働いている間、男性達はタバコを吸いながら、楽しみに隣人たちと談笑している。

2) 避妊についての負担

表 11 をみると避妊に関しても女性の負担が大きいことがわかる。ホルモン注射については特に副作用を訴える人が多い。埋め込みやホルモン注射は日本では許可されていない。表 11 は各種の避妊術の利用割合を地区ごとに分けたものである。どの地区も女性による卵管結紮が多い。卵管結紮は副作用は少ないが、一旦、手術をしてしまうと、2度と戻せないものである。男性のパイプカットは元に戻そうとすれば、困難な手術を要するが、不可能ではない。ところがどの地区でもパイプカットは少ない。調査票4の「男性がパイプカットをしたり、コンドームを使ったりするのをどう思いますか。」の問いに対し10名中4名は「男がパイプカットなんかしたら力が出なくなる。コンドームは面倒だ。」「女がするべきだ。」と答えている。

女性に「避妊の副作用はないか。」と聞くと卵管結紮をしている女性は「括ったところが痛い。」「生理がひどくなった。」「力が出なくなった」「体が弱くなった。」「腰が痛い。」と不満を述べている。ホルモン注射をしている女性は「生理の出血が大量になった。」「生理が止まった」「元気が出ない。」と述べている。

表11 各種避妊術の利用者数と割合

	A地区		B地区		C地区	
	人数	%	人数	%	人数	%
卵管結紮	28	45.1	18	26.8	8	17.4
埋め込み	20	32.2	10	14.9	3	6.5
ホルモン注射	9	14.5	16	23.9	20	43.5
器具挿入	1	1.6	2	3.0	2	4.3
ピル	1	1.6	2	3.0	3	6.5
コンドーム	0	0.0	2	3.0	0	0.0
パイプカット	3	4.8	14	21.0	10	21.7
膣外射精	0	0.0	1	1.5	0	0.0
	62	100.0	67	100.0	46	100.0

2012年の調査より

3) 産後の病とけがれ

第1章、第1節の(1)に述べたような産後の病に苦しむ女性はこの地区でも非常に多い。A地区のNさんは子宮脱で苦しんでいるが夫は無視している。Aさんは子宮がんで苦しんでも姑は「手術の必要なんかない。」とはねつけた。出血を「穢れ」と見るため、生理中の女性は穢れているから台所に入ってはいけないという古い規範も事例地でも守ら

れている。ただし、核家族で主婦以外に女性がいない場合はこれは守られていない。出産も穢れとみなされるのでC地区のJさんは出産のときは砂を入れた袋の上で過ごしたという。出産から11日間は穢れていると考えられているので日常、主婦がやっている仕事はしなくてもいいが12日目からはまた厳しい仕事に戻らなければならない。

(3) 事例地における女性の尊厳を冒し、不幸をもたらすような結婚、または男女関係のあり方

1) 重婚

A地区では109人中10人の女性の夫は自分以外の妻を持っている。そのうち2人の妻が同居(または以前は同居)するものが3件ある。重婚の理由としての「男児が生まれない。」は2件である。B地区では106人中6人の女性の夫は2人の妻をめぐっている。最初の妻と子どもを置きざりにして出奔したものが2件ある。同居のケースはない。「男児が生まれないから」というケースもない。C地区では92人中10人の女性の夫が二人以上の妻をめぐっている。同居は4件である。妻と子どもを置きざりにして出奔したものは2件ある。「男児が生まれないから」というケースが2件ある。反対に妻が夫を置いて出奔したケースはA、B、C地区併せて5ケースしかない。

重婚のケースは次のように分類できる。

ケース1 夫が妻子をおいて別の女と暮らし始めてしまったケース。

A地区に一人、B地区に3人、C地区に二人いる。夫が責任を感じ、何かの形で償いをしているケースはない。また行政の上でも何の援助もない。

ケース2 第2夫人を娶って最初の妻を追い出したケース。

A地区のNさん、Aさん、B地区のMさんが該当する、C地区にはない。仮に訴訟を起こそうとしても、届け出制が十分でないので不可能である。

ケース3 子供が生まれない、または、男児が生まれないために第2夫人を娶ったケース。

A地区のBさん、Dさん、B地区なし、C地区のRさんが該当する。

産まれてくる子の男女の別は女の責任ではないと言うことがわかっているのは40歳以下の世代の約半分である。

ケース4 姉と妹が第1夫人、第2夫人の関係にあり同居していた。

今は夫も姉も死んでしまったがA地区のKさん、C地区のMさんが該当する。男児が生まれない場合自分の妹を第2夫人として娶るように夫に勧めるのが良い妻とされていたと本人たちが話している。

ケース5 第2夫人が同居をしている

A地区のBさん、Nさん、Aさん、B地区はなし、C地区のHさん、Nさん、Cさんが該当する。数十年前はごく当たり前の生活形態であった。A地区のCさんは65年前結婚したとき夫の兄弟二人がそれぞれ二人ずつ妻を持っていて夫の父親も妻が二人いて、自分たちとで合計11人がひとつの家に住んでいたという。

2) 妻にひどい暴力をふるう、妻を労働力と見る、妻の健康状態を無視

夫がひどい暴力を振るうケースは、A地区のKさん、Eさん、Nさんが該当する。Kさんの夫の場合は身体障害の悩みから来るストレスを妻に向けて発散している。Eさん、Nさんの場合は貧しさのためのストレスとの発散と、女性を蔑視し家父長の権威を誇示するためである。

B地区のKさんは結婚して1年もたたないうちに夫は結核で死んでしまった。そのとき、夫の弟2人はまだ幼児だった。婚家に残り義理の弟の面倒を見た。まもなく夫の両親は死んだ。Kさんは日雇い仕事をしつつ義理の弟人を育てた。今は成人した義理の弟たちはKさんの面倒を見ようとしなない。Kさんはいま、胸が痛くて十分に働けないので生活に困っている。嫁は単なる労働力と見られている。

A地区のSさんは健康を保持するために1時的に実家に帰った。夫はすぐ次ぎの妻をめとり最初の妻が養生する権利をみとめない。Sさんは幸いにも、実家の弟の嫁が親切で、農業を手伝いつつ仲良く暮らしている。弟は学校の先生だからそれなりの収入もあつてうまくいっているが普通の家庭は余分な出もどりを受け入れる余裕がない。

(4) 女性たちの社会活動

1) F E D O

ワード8のF E D Oグループの結成

2005年に本部からのオルグで結成された。17世帯中17世帯が加盟した。豚の飼育と新しい野菜の栽培で収入を増やし、トイレを作って生活を清潔にし、子どもを必ず学校に行かせるように提案された。シープレッドというNGOが資金援助をしてくれた。

識字教室を開設し、読み書きを教えるとともに、差別は間違っているということ、自分の要求をはっきり述べ、政府と交渉することを教えた。

現在28歳Gさんは「初めて、人前で話をしました。それまでは他人に挨拶もしたことがなかったのです。」という。この地区のダリッと女性27人中5名だけが短いながら就学経験がある、その一人であるGさんにして人前で話をしたことがなかったのである。F E D Oは女性に自分の意見を人に伝える訓練をした。そして何よりもまず、前向きの生活をするように、経済的に向上し、環境を美化し、教育を重視することを提案した。具体的に言

うと、豚の飼育、新支部しい野菜の栽培、トイレの建設、識字教室の設置を奨励した。F E D Oが開設しているマイクロファイナンスの支部組織も作られた。

日本の部落解放と交流し、ホームステイを引き受けた。

F E D Oについてのワード8のダリット居住区でのグループ討論

議題1 F E D Oをどう思いますか

良い団体だ。これからも一緒に活動していきたい。 全員一致
グループが6年前にできた。はじめはみんな半信半疑、マオイストじゃないかと思った。
F E D Oからどんな恩恵を受けましたか。

識字教室に通った。

豚の飼育を助けられた。家畜が病気になるとすぐ来てくれる。豚の出産のとき獣医が一晩中でもついていてくれる。ヤギも最初の1匹の半額を援助してくれる。

野菜を作ることを援助してもらった。新種、改良種を紹介してくれる。

F E D Oが作ってくれた水汲み場を利用している

ダリットのために政府からお金が出ているが今まではダリットのところまで届かなかったが2, 3年前から届くようになった。

F E D Oの貯蓄グループに入っている。病気のとき、食べ物がないとき、祭りのときなどに借りる。

議題2 F E D Oと一緒にみんなで協力して政府に要求して獲得したいこと。

乾季でも農業ができるように水をたくさん引く。

農業ができない季節に手仕事ができるように小さな工場を作る。

道路をよくする。

学校、幼稚園の設備をよくする。

子供を大学や職業訓練学校に行かせるための奨学金貸付制度をつくる。

大きい病気をしたときの医療補助制度を作る。

子供たちが教育を受けても就職口がないので雇用を保証する。

道路をよくする、南側の谷を渡る道がほしい。そこから生活費地需品を運んでくるから。

トイレがほしい。村役場に何度も頼んだがだめ。

議題3 どうしたら差別をなくすことができるか。

子供に教育をうけさせしっかりした職業につかせる。

差別されても無視する。

自分が勉強する。経済力をつける。ダリットでも金持ちだと差別されないし自分が差別されていることを知らない人もいる。

名前を変えようとする人もいるが隠さないで誇りを持つほうが大切だ。

どうしたらいいかわからない。油を買いに良くとポットを家の中に入れて外に置いて注ぐ。

今に世の中が変わる、マオイストのせいで差別が少なくなった。

マオイストの軍隊にはダリットの人が多くいてたくさん死んだ。死んだ人がいると周りの人が怒って奮起してまた加入する。マオイストの側は 12000 人は死んだ。

その他の地区

B地区のダリット世帯にもFEDOの組織がある。A地区ほど活動的ではないがFEDO本部が開設しているマイクロファイナンスに入っている。FEDOへの加入の動機を訊くと「お金が借りられるから」という答えが多かった。農業用の種の斡旋をしているが土地を持たなくて農業ができない場合にメリットがないので「入っていたが辞めた」という人もいる。19世帯中18世帯が加入している。

C地区の政府の土地に家を建ててすんでいる人々はダリット族だがFEDOの組織はない。

2) マイクロファイナンス

グループと返済

各地区とも10ぐらいのグループがある。1世帯で2つ以上のグループに入っている世帯もある。自主組織のものもあるが、銀行が主宰している場合もある。

掛け金は100~200ルピーで利子は12%~18%である。1人だけ、借りている最中に服毒自殺をしたため返せなかった人がいるが、他には返済が遅れることはあっても返済しなかった人はない。

借金の使途

出稼ぎに行くための資金、仕事のためにミシンを買う資金、動物を飼う資金、家族の病気の治療費、野菜作りの資金、学費、家の修築費などに使う。本来は収入増加活動に使うべきものだがそれぞれ生活の実態に合わせて使っている。

生活がどう変わったか

経済的にも楽になった。家族が病気の時や行事の時に助かる。生活がしやすくなった。収入が増えた。村の女性は以前は人前で話をするのができなかったが今はできる。

マイクロファイナンスの指導者とFCHV

マイクロファイナンスの組織者は各地区の積極性のある女性たちである。FCHV自身が組織者の場合もあるし、FCHVと親交のある人の場合もある。A地区のマイクロファイナンスの組織から生まれた女性グループは地域に保育園を建て、政府に認めさせ、保母

さんの給料を政府が出すようにした。(といっても床は土間で、壁はレンガを積んだだけで、教具も何もないが。)、B地区のCさんたちは学校に行っていない子どもに基礎的なことを教え、学校に編入学させたり、チャンピ村ワード1から9までに11人のグループを作って、虐待されている女性の家族を説得するなど広範な活動をしている。C地区でもAさんを中心に市民権を取れなくて困っている人や、出生届けのこと、夫の暴力で困っている人たちを助けている。巡回健康診断を呼んだりもしている。

表12 地区別マイクロファイナンス加入率

	加入率	世帯数	加入世帯数
A地区	90%	83	75
B地区	66%	97	64
C地区	40%	80	32

2012の調査より

(5) 女性の妊娠・出産・子育て

307名の既婚女性からの妊娠・出産に関する聞き取りの年代別変化は表9のとおりである。

年代別の変化を見ると就学年数は妻も夫も増加した。平均結婚年齢とはじめて妊娠した年齢も上昇した。ただし例外的なデータが平均を上下させている。たとえば、A地区の60歳以上の女性の平均結婚年齢は18名中3名の女性がそれぞれ、育った家庭の事情で当時としては、晩婚であった。初めて妊娠した年について言えば8歳で結婚したが25歳まで妊娠しなかったというような例がいくつかある。だが全体としては結婚年齢や初めて妊娠した年齢は高くなっている。平均妊娠回数は減少し、5歳未満児死亡千分率は1カ所を除き(後述)削減された。病院出産率も特殊事情の1カ所(後述)を除き増加した。全体として望ましい変化が起きている。

しかしここに出てきているのはあくまでも平均値で個人ひとりひとりを見ると問題は多い。たとえば結婚年齢の平均は上昇しているが個人の結婚年齢を見ると現在29歳以下の女性でさえ、15歳以下で結婚した女性はA地区、30人中6名いる。B地区22名中2名、C地区、25名中6名である。一般には、早婚の場合、結婚のため学業を中止するといわれているが上記のA地区、6名。B地区2名、C地区、6名、計14名の早婚の女性中9名は学校教育を受けていない。

表13 事例地における妊娠・出産に関する年代別変化

地区	年齢層	人数 (人)	就学 年数の平均	夫の 修学 年数の平均	平均 結婚 年齢 (歳)	初め て妊 娠し た年 齢の 平均 (歳)	平均 妊娠 回数 (回)	早・ 死産 率 (%)	5歳未 満児 死亡 千分 率	家 で の 出 産 (回)	病 院 で の 出 産 (回)	入 院 出 産 率 (%)
A	60歳以上	18	0.0	0.0	15.6	20.6	7.0	5.6	319	109	4	3.5
A	50歳～59歳	11	0.0	1.1	14.6	17.9	5.2	1.9	207	53	0	0.0
A	40歳～49歳	22	0.3	2.4	17.5	19.3	4.3	4.2	91	83	4	4.8
A	30歳～39歳	28	1.3	3.8	18.3	18.7	3.1	1.1	156	50	27	35.0
A	29歳以下	30	4.0	4.3	18.3	18.8		0.0	56	24	30	55.6
B	60歳以上	14	0.0	0.0	13.3	17.6	6.3	2.3	134	82	0	0.0
B	50歳～59歳	13	0.0	4.8	17.5	20.8	3.3	5.0	116	40	3	7.0
B	40歳～49歳	24	1.6	5.6	17.5	19.3	2.8	1.4	31	39	26	39.3
B	30歳～39歳	33	3.2	5.5	17.7	20.3	2.5	2.5	26	44	34	43.6
B	29歳以下	22	6.7	7.7	19.2	20.4		0.0	0	10	23	69.7
C	60歳以上	13	0.9	1.5	14.7	20.1	6.9	1.1	170	79	9	10.2
C	50歳～59歳	10	0.0	1.0	16.3	19.0	5.1	2.0	109	45	2	4.2
C	40歳～49歳	16	2.6	6.6	18.7	20.8	3.1	2.0	48	23	19	45.2
C	30歳～39歳	28	3.2	6.0	18.3	20.1	2.6	0.0	44	30	27	47.4
C	29歳以下	25	6.0	8.0	18.4	19.7		0.0	0	14	23	62.2

2011～2012 の現地調査より

第3節 事例地のFCHVについて

(1) FCHVとしての仕事の記録

1) FCHVの働きを彼女たちの仕事の記録に見る

依頼に応じて25人中9人がFCHVとしての毎日の仕事の記録をつけてくれた。それを読むと、仕事は大きく2種類に分かれていることが判明する。

仕事1

個人に対するヘルス・ケア・サービス

簡単な薬、熱さまし、下痢止めのための経口補水塩、目薬などを投与する。鉄分、ビタミンAを配布する。出産後の女性にもビタミンA、鉄分を配布する。コンドーム・ピルを配布する。2ヵ月間でこのサービスをした回数が最も多かったのはSさんで、2ヵ月間に27回サービスしている。

傷の消毒・手当をする。各FCHVそれぞれ1ヵ月に3-5回程度この仕事がある。

相談・指導をする。妊婦が産前検診を最低4回受けたかどうか確かめ、栄養のある食べ物を食べるように指導する。入院出産を極力勧める。産後出血が多くはないか調べる。病院で出産した場合も退院後の出血には気をつける。ファミリープランの相談に乗る。(2人以上子供がいる人には卵管結紮を勧めている。このことの問題点は後に述べる)。このような活動の回数が最も多いのはQさんで1ヵ月に15回活動した(彼女の記録は1ヶ月で終わっている。)

幼児の肺炎を見分ける。FCHVは幼児の肺炎をチェックするためのタイマーを支給されている。一定時間内の呼吸数をタイマーではかる。時間内の呼吸数が一定数より多ければ肺炎と判断している。肺炎と判定したときに与える抗生物質も支給されている。しかしFCHVたちは事例地では病院にアクセスするのはそんなに難しくないで、病院で治療を受けるように勧めている。この際子どもの健康について医者としっかり相談したほうがいいと考えているからである。

仕事2

地域全体への奉仕

5歳以下の子どもに年に2回ビタミンAと虫下しを服用させる仕事。5歳以下の子どもにポリオのワクチンを服用させる仕事。感染症なので全員が服用する必要があり、2日間にわたって行い、どうしても来ない場合はFCHVが訪問する。13年前から始まった。

象皮病の予防薬を配布する仕事。2年前から始まった。住民全員に手渡しする必要があるため同じ家に何度も行くからうるさがる人もいる。

アウトリーチ・クリニックの手伝い。 毎月2回ある。

各種の女性の集まりに行って健康に関する話しをする。1ヶ月に1～2回ある、
研修に出席する。1ヶ月に2回程度ある。

2) FCHVたちの労働量と家事

FCHVとしての毎日の仕事の記録に、毎日の一つ一つの行動にかかった時間を丁寧に記録してくれた4人の1日平均の労働量を計算すると、120.5分、60.4分、76.4分、75.7分で、平均すると83分である。

地域全体への奉仕の場合決まった時間に決まった場所に行かなければならないので、主婦としての仕事や農作業は早く起きてかたづけたり、計画的に、前日にやったりしている。

(2) チャンピ村9人、チャパリ村16人のFCHVの概要

25人のFCHVの平均年齢は40.6歳、平均担当家族数は174.3家族、平均在任年数は11.2年、年間平均担当妊婦数は8.5人である。学校教育を受けていない者10人、小学校卒4人（修学年数5年）、中学卒4人（修学年数8年）、高校卒6人（修学年数10年）、大学卒（修学年数14年）1人である。（表14）

(3) FCHVのグループ討論（村毎に、全員で）

1) 待遇とやりがいについて

ビタミンA、ポリオワクチン、象皮病の予防薬の配布時は手当が、研修には交通費が支給される。その他は無給である。不満だが無給だから辞めようとは思っていない。無給でもやりがいがあるからだ。どんなときにやりがいを感じるかという質問の答えを、重複や類似を避けてまとめると下記の如くなる。

やりがい1 様々な人に会えるとき。

やりがい2 家の者が協力してくれるとき。

やりがい3 自分が治療した人が元気になって感謝され、周りの人もほめてくれるとき。

やりがい4 病気について新しいことが学べ、それを人に教えるとき。

やりがい5 子どもの下痢を治療でき、肺炎がチェックできるとき。

やりがい6 この国の子どもや妊婦の死亡がFCHVの働きで減っていると聞くととき

やりがい7 自分が出産を手伝って生まれた子が元気に育っているのを見るとき。

やりがい8 道ばたでであった子どもが「あっ！薬をくれるおばさんだ」とか「おばさん、今日もビタミンですか？」とか「今度はいつビタミンですか？」と言うとき。

2) 更に仕事が増えてもやれるかという質問に対する答え。

十分やれる。医療技術が進むからもっと勉強してもっとレベルの高いことにも対応したい。

3) FCHVを辞めない理由 (7項目中特に強く思うものを2項目選択)

理由1 自分の力でこの地域の人々の健康を増進できるから。

理由2 研修で病気のことなどがわかるようになるから。

これらの2項目が選ばれた(その他はみなが辞めないでくれというから、地域の人たちと親しくなれるから、子ども達に親しまれるから、同じFCHVの人たちと仲良くできるから、適当な後任がない、などである。)

表14 事例地のFCHVの概要

名前 ○印は仕事の記録を付けてくれた人	年齢	学歴	在任年数	担当家族数	1年間の指導妊婦数
A	36	小5	15	300	10
B	68	サイン	21	120	20
C	59	サイン	21	180	11
D	26	SLC	5	100	6
E	46	識字	7	300	12
F	36	識字	7	100	5
G	70	サイン	23	85	5
H	42	識字	15	70	9
I ○	22	高校	7	480	10
J ○	45	識字	15		10
K ○	27	SLC	3	200	6
L ○	41	識字	17	480	20
M ○	35	SLC	1	200	7
N	32	大学	11	40	
O	33	中学	11	52	
P	61	識字	24	200	
チャパリ村平均	42.5		12.1	217.9	10.1
Q ○	40	小5	10	132	7
R	31	SLC	10	145	8
S ○	40	中学	10	122	6
T	40	中学	10	103	10
U	36	識字	10	49	7
V ○	37	中学	10	122	6
W ○	42	小5	10		5
X	40	小4	10	144	4
Y	34	SLC	10	54	2
チャンピ村平均	37.8			108.9	6.1
両村の平均	40.6		11.2	174.3	8.5

2012の調査より サイン：サインができるのみ 識字：初歩的な読み書きができる

4) 改善してほしいこと

ワードによってはアウトリーチ・クリニックのための特別な場所がなく一般家庭の1室を借りたりしている。特別な場所を作ってほしい。

5) 「ビタミンAは単なる対症療法である。サプリメントに頼らなくても良い食生活のあり方を指導すべきではないか。」という問いかけに対する答え。

「栄養ある食べ物を食べるように指導している。しかし今すぐには実現できないからしばらくはビタミンAが必要だ。」という意見が数人あった。「野菜を作る土地もない人達もいるから無理だ。」という意見も数人あった。全体として、徐々に変えていこうという意見であった。

6) 就任の経過について

誰に頼まれたかと言う質問に対する答えは「姑がやっていたから頼まれた。」「FCHVの手伝いをいつもしていて頼まれた。」が多い。政府の役人から直接頼まれたというケースもある。

(4) 初代FCHVからこの制度創設当初の困難だったことについての聞き取り

1) 仕事への理解

創設当初は、仕事はまったく理解されなかった。有給だと誤解され、任命された女性を妬んでいた。避妊の勧めに対しても多くの女性が怖がっていた。だから女性たちを説得してカトマンズに連れて行き避妊の施術を受けさせるのに苦勞した。子どもは神の賜だから避妊はいけないという意見があった。

予防接種のための1時的な発熱に関し、「ネパールの子どもを殺そうとしている。外国の実験台にされている。」という噂があった。

2) 舅・姑の入院出産への態度

舅や姑は外に向かっては嫁の入院出産に反対だとは言わないが、嫁に向かっては、「必要ない」と厳しく言うから入院出産を勧めるのは難しい。ひどく貧しい人たちにも入院出産を極力勧めた。家で産んだ人でも赤子が出てきてから15分経って胎盤が出てこないときは半強制的に病院へ連れて行った。

(5) FCHVと住民

1) 観察でわかったこと

ビタミンAの配布

2011年10月10日、全国一斉にビタミンAと虫下しが配布された。A, B, C 3地区の

事前に決められた配布地点を順次まわって状況を観察した。いずれの地区も近所の主婦が積極的に手伝っていた。配布予定の時間が過ぎてもまだこない子どもを忍耐強く待っていた。配布地点は商店の前や大きな木の根本で、10月は気候も良く、子どもたちも周囲で遊んでいて楽しい雰囲気で行われた。

A地区のFCHVと住民

A地区ワード3担当のWさん、ワード8担当のQさんの2人は住民の信頼が厚い。第3章、第2節(4)の2)に述べたごとくWさんを中心とする女性グループは地域に保育園を作ったのみならず、マオイストに爆破されたヘルスポストの再建にも貢献している。Qさんは、Qさん自身はチェトリだがFEDOの人たちが日本の部落開放の人たちのホームステイを受け入れたときには、FEDOに協力して彼女のうちにも受け入れた。2人とも常日頃から、女性たちのよき相談相手である。

2) B地区の住民への聞き取り調査

A地区は丘の頂上部に集落があって女性たちとFCHVの関係も常に観察できるがB地区はやや散らばって住んでいるので観察はできない。そこで質問票8を使って女性たちのFCHVに対する考えを無作為に選んだ25名から聞いた。

そのうち「FCHVにはお世話になっている。」と答えた女性は25名中22名である。その内容をまとめると、「出産のとき病院へ連れて行ってもらった。」「子供が生まれるときお世話になった。」「産前検診を勧められた。」「子ども(孫)たちがお世話になっている。」「入院するかどうかの相談をする。」「体調が悪いとき相談する。」「象皮病の予防薬をもらった。」「頭痛薬をもらう。」などである。それに対し、「結婚したばかりであまり関係がない。」「よくわからない。」という答えもあった。

「FCHVには給料が支払われていないことをどう思いますか。」の質問に対し「あげたほうがいい。」が18名であった。理由は「雨の日でも風の日でも1軒1軒まわっている。」「留守の家には何度も来る。」「自分の家の仕事をおいて出てくる。」などである。「あげないほうがいい、毎日働くわけではないから。」「もらっていないはずがないでしょう。」などの答えもあった。

C地区での地域差

C地区において裕福な住民が多い「新住宅地域」の人と貧しい住民の多い「土地なし農民の地域」の人が妊娠・出産に当たってFCHVまたはヘルスポストに相談したかどうかを比較すると表16のようになる。新住宅地域の人々は17%しか相談しないが土地無し農民の地域の人々は83%が利用している。FCHVまたはヘルスポストは貧しい人々が利用するものであることがわかる。

表15 FCHVたちの個人へのサービスの2（1）ヶ月間の回数										
	I	J	K	L	M	Q	S	V	W	
頭痛薬をあげる	1回	9回	2回	7回			6回	4回	3回	32回
下痢止めをあげる		4回	1回	9回		4回	4回	3回	2回	27回
消化薬をあげる		1回								
けが・やけどの手当		2回	5回	1回		5回	6回	4回	2回	24回
目薬を点す		1回		7回	1回					9回
虫下しをあげる				2回						2回
妊婦にビタミンAと鉄分をあげる	1回	4回	2回	5回		4回	2回		1回	17回
産後にビタミンAと鉄分を挙げる	1回	1回		1回		3回				6回
ピルをあげる			5回		6回		6回	1回		18回
コンドームをあげる		1回				3回	3回	4回		11回
妊婦に産前検診を勧める	1回	5回				2回				8回
妊婦に入院出産を勧める	1回									1回
産前指導	1回	1回	2回	3回		3回	1回	2回	1回	14回
産後指導		1回	2回		1回	2回	1回	3回	2回	12回
出産指導	1回		2回			1回				4回
下痢止めの作り方を教える		2回	4回	2回	2回			1回		11回
手当の仕方を教える	1回									1回
風邪、熱の家庭療法を教える	1回		1回		1回	1回		2回		6回
病院やヘルスポストに行かせる		2回	5回		2回	4回		4回		17回
肺炎を見分ける			1回			1回	1回			3回
避妊の相談に乗る	1回				1回	1回	2回	2回		7回
予防接種を勧める		1回			1回			2回		4回
研修			1回	1回	3回				1回	6回
ヘルスポストに報告書をもっていく		4回	5回	4回	4回					17回
記録期間	1ヶ月	2ヶ月	2ヶ月	2ヶ月	2ヶ月	1ヶ月	2ヶ月	2ヶ月	1ヶ月	

FCHVたちの仕事の記録より

20 年ぐらい前から政府の土地に家を建てて住み着いている人々はヘルスポストに近いので保健に関しては何かにつけヘルスポストを利用している。

豚の飼育をしている谷とその周りに住んでいる人々はFCHVを頼りにしている。

表16 C地区における居住地域別の住民とFCHVの関係

	新住宅地域	土地なし農民の地域
FCHVまたはヘルスポストに相談した	2人 (17%)	9人 (82%)
どちらにも相談しなかった	10人 (83%)	2人 (18%)
計	12人	11人

2011年の調査より

写真4 チャンピ村のFCHVたち



写真5 チヤパリ村のFCHVたち



図6 第3章のまとめ

修学年数は以前は夫の方が長かったが今は差が少ない。決定権は夫。嫁の地位は今も低い。経済的には実質は妻の働きで成り立っている世帯も多い。避妊は女性の負担で行われている。307人中26人の女性の夫には2人以上の妻がいる。

女性の社会活動 ワード8のFEDO支部は2005年に結成された。17世帯中17世帯加盟している。

各地区ともマイクロファイナンスのグループが活動している。経済的にも楽になった、家族が病気の時や行事の時に助かる、生活がしやすくなった、収入が増えたと言っている。A地区が加入率が高い。マイクロファイナンスの指導者が地域全体の指導的立場にある場合が多くFCHVと兼ねていることも多い。各地区とも10グループぐらいある。

既婚女性の状態

妊娠回数は減少し、5歳未満児死亡率は削減され、病院出産は増加した。

事例地のFCHV

平均年齢41歳、平均在任年数12年、担当家族数の平均164家族医、1年間の指導妊婦数の平均9人

FCHVたちはどんなときにやりがいを感じるか 自分が治療した人が元気になってお礼を言われ、周りの人もほめてくれるとき。病気について新しいことが学べ、それを人に教えるとき。子どもの下痢を治療でき、肺炎がチェックできるとき。この国の子どもや妊婦の死亡がFCHVの働きで減っていると聞くとき

今の仕事の上に、更に仕事が増えても十分やれる。医療技術が進むからもっと勉強してもっとレベルの高いことにも対応したい。FCHVを辞めない理由

理由1 自分の力でこの地域の人々の健康を増進できるから。

理由2 研修で病気のことなどがわかるようになるから。

第4章 考察 事例地において5歳未満児の死亡率が削減され妊婦の健康が改善されてFCHV制度が成功した要因とFCHVと他の女性のエンパワーメント

第1節 事例地の既婚女性からの聞き取りに見る5歳未満児の死亡率と妊産婦の健康の改善の要因

(1) 事例地における年代毎の5歳未満児死亡率の削減とその要因

ここでは、表13の既婚女性307名から聞き取りの結果ら5歳未満児の死亡率だけを取り出し、地区毎に、年代毎に削減率を調べ、その要因を考察する。(表17)

表17 5歳未満児死亡の削減率と母親の教育、世帯の経済

	地区別	5歳未満死亡率	10歳上の世代からの削減率	母親の就学年数	避妊率	平均妊娠回数	夫の固定的な職業についている率	畑を所有している世帯の率	家畜を飼育している世帯の率
50歳代 40年以上前	A地区	207	35%減		45%	5.2回	27%	64%	64%
	B地区	110	13%減	0	38%	3.3回	38%	54%	69%
	C地区	109	36%減	0	30%	35.回	20%	20%	44%
40歳代 30～40年前	A地区	91	56%減	0.3	100%	4.3回	31%	59%	82%
	B地区	31	72%減	1.6	100%	2.8回	63%	63%	75%
	C地区	48	56%減	2.6	100%	3.1回	63%	19%	44%
30歳代 20～30年前	A地区	156	増加した	1.3	100%	3.1回	75%	57%	71%
	B地区	26	16%減	3.2	100%	2.5回	79%	48%	48%
	C地区	44	8%減	3.2	100%	2.6回	68%	25%	32%

2011, 2012の調査より

1) A地区について

A地区の60歳以上の女性では平均妊娠回数は7回だがそれより多く、つまり8回以上妊娠した女性が18人中5人いる。こういった女性たちは度々の妊娠だけでも身体の負担が大きく、その子どもたちは死亡率が高い(表18)

最も妊娠回数が多い人は現在74歳のKさんである。7歳で結婚し、15歳で出産した最初の子どもは死産であった。以後合計18回妊娠し、流産、死産、早産を繰り返し、結局、育ったのは6人であった。次いで多いのが現在67歳のFさんで12回妊娠したが、そのうち8人は生まれてから死んでしまった。5人の妊娠回数を合計すると58回となる。そのうち5歳まで生き残ったのは28人、48%である。つまり、妊娠回数が多いと母体が弱っていて、生まれて来る子どもも弱いということがわかる。

A地区は健康な子どもを産み育てるにはあまりにも苛酷な環境だった。すでに述べたように40年以上前には、丘の西北は禿山で、がけ崩れや地すべりのため作物は実らなかった。

表18 A地区の60歳以上の女性で8回以上妊娠した人について

名前	年齢	妊娠回数	5歳 まで生き残った子ども
Kさん	73	18	6
Fさん	68	12	4
Gさん	74	11	6
Oさん	78	9	9
Jさん	69	8	3
合計		58	28

2011の調査より

水道はまだ無かったので丘の麓のわき水を汲みに行くのも女性と子どもの仕事だった。順番取りの競争が激しいから夜明け前に起きて、麓の水場に行った。プラスチック容器がなかったから重い素焼きの壺に水を入れて坂を登った。「子どもの頃、壺を落として割ってしまったのでしかられるのが恐ろしくて、1日中森の中に隠れていた。」とKさんは言う。

A地区の85世帯中、29世帯は土地を持っていない。Mさんは「あまりの空腹に耐えかねて、壁土を食べた。」と述懐している。土地を多く持っている農家に手伝いに行くと、報酬は現金でなく当時の常食であったトウモロコシなどの農作物で支払われた。

60歳以上の女性の子どもの5歳未満児死亡率319という数字は10年続いた内戦が終わった直後（2002年）のシエラレオーネの5歳未満児死亡率に近い。（ユニセフ 2004）

60歳以上で避妊していた人は4人いるがその4人の妊娠回数の平均が5.5回と多いのははじめは避妊の知識がなかったので何人も産んでしまっ、それから、教えられて避妊した人たちだからである。そのうちの一人Dさんは7回目の妊娠でどうしても生まれないので入院した。そのとき病院で勧められて卵管結紮をしてもらった。「こんな便利なものがあるのならあんなにたくさん産まなくてもよかったのに・・・」といている。

A地区のこのように苛酷な環境の中でも、次の50歳代で5歳未満児死亡率が35%減少している。平均妊娠回数が7.0から5.2に減った。避妊率は60歳以上の22%から50歳代の45%に増えた。ただし、60歳以上の避妊していた人と同様、避妊している人だけの平均妊娠回数が5.0回と多いのは、避妊の知識がなかったので何人も産んでしまっ、それから避妊した人が3人もいたことと、躊躇していたがあまり多く妊娠するのでとうとう避妊する決心をした人が2人いたためである。しかしこの世代では60歳以上の女性たちのように10回以上妊娠した人はいない。妊娠回数が少なければ母胎の疲弊が少なく、生まれてくる子供も多産の女性の子どもよりは健康である。

またこの人たちが子育てをしていた30～40年前には不十分ながら水道が引かれ、女性の水くみ労働が以前より楽になった。丘の北側のはげ山に政府による植林が始まりこの地域の人が雇われて植林をしたのでわずかながら現金収入が得られた。

次の40歳代では5歳未満児死亡率は56%削減された。40歳代の女性が子育てを始めたのは20年～30年ぐらい前のことである。5歳未満児死亡率の削減に有利だったのは中途からFCHV制度が始まったことである。FCHVのすすめもあって避妊が進んだ。初代FCHVのJさんは「怖がっている女性を一生懸命説得してカトマンズに連れて行き、避妊術を受けさせました。」と述べている。

ところが次の30歳代では避妊は順調に進んだが5歳未満児死亡率は71%も増加した。現在30代後半のEさんとNさんは10数年前に2人とも続けて3人の子どもを亡くしている。「生まれたときは普通の子だったが段々衰弱していった。」とNさんは言う。手の施しようもなく数ヶ月で死んでしまうということが2世帯で3人ずつ続いた。どちらの世帯も大変貧しく、夫の暴力は激しく、子どもの衰弱について夫は無関心だった。このようなことが2件も起こり、6人もの子どもが死ぬと、5歳未満児死亡率は削減すべきところが増加してしまう。

第2章、第1節の(1)で述べたごとく、PHCは包括的に取り込まれるべきものである。しかしPHC推進のために創設されたFCHV制度は、デイビッド W. デビッド S. 三砂ちづる、松田正巳たちが批判している「選択的PHC」であるため、貧しさや夫の暴力についてはなすすべがなかった。つまり、FCHV制度は、根本問題には対処できなかったのである。

2) B地区について

現在60歳以上の女性の子どもの5歳未満死亡率が低いので次の年代での削減は13%と、あまり多くない。現在60歳以上の女性が子育てをしていたのは40年以上前、1970年代であるから、その当時の世界全体の、またはネパール全体の5歳未満児死亡率はわからない。ユニセフ世界子供白書で「5歳未満児死亡率」という統計が発表されるようになったのは1985年(28年前)以後である。1985年のネパールの5歳未満児死亡率は205であるから(ユニセフ 1987) B地区が少なくとも40年以上前に134だったのはネパール全体と比較して5歳未満児死亡率はなり低かったのである。60歳以上の女性で避妊していたのは14名中1人(7%)であったが50歳代では13名中5名(38%)となった。家畜を飼育する世帯も60歳以上の女性の場合14世帯中1世帯(7%)であったが50歳代では13世帯中5世帯(38%)となった。夫が固定的な仕事についている世帯は60歳以上の女性では14世帯中1世帯(7%)であったが50歳代では13世帯中4世帯(31%)となった。

B地区において道路工事などで現金収入が得られるようになったのは50年ぐらい前から

であるが、その当時、道路工事は4日間働いて1ルピー³⁸だったから現金収入があるから暮らしが楽というわけではなかった。その上仕事は減多になかった。それでも50歳代の女性からは(つまり30~40年前に子育てをしていた人々)「子供が病気の時はどうしましたか？」の質問に対し「祈祷師でも治らなければ病院へ連れて行った。」と答える人が少し現れ始める。

B地区の現在40歳代の女性たちの5歳未満児死亡率が72%と特に大きく削減された。この年代の女性たちの世帯の63%は夫が固定的な職業についている。その上、女性の収入となる家畜を飼っている世帯の率が75%であり、土地を持っている世帯も63%ある。家畜の世話と畑の耕作は女性の仕事だった。従ってそこから得た収入は多くの場合、女性が自由に使った。だから子どもが病気になれば病院に連れて行く、子どもを学校に行かせる、栄養のある食べ物を与える、など、子どもの福利・厚生に使える³⁹。夫の就学年数が増え、妻のそれも少しながら増えた。一般的に言って母親の教育レベルが上がれば5歳未満児の死亡率が減少するといわれているがNGO、ルーム・トゥ・リード⁴⁰は次のように述べている。「女子教育の効果:健康面 女子が1年多く教育を受けると、乳幼児の死亡率が5%-10%も減少します。さらに、HIV/AIDS やその他の予防可能な病気の拡大を抑えることができます。」

現在30歳から39歳の女性の子どもの5歳未満死亡率への削減率は16%とあまり高くない。このレベルまで削減されると普通の状態では格段の削減はできなくなる。たとえば2000年から2010年までの5歳未満児死亡率の年間削減率は先進工業国では1.5であるのに対し、開発途上国では2.4である、(ユニセフ 2010 129頁)

³⁸) 2012年のレートでは1ルピーは約1円。ただし物価は現在でも日本の10分の1程度だがその当時は40分の1程度だった。

³⁹) 第1章、第1節の(1)で引用した「意思決定にあたって男性と女性が平等の影響力を行行使できるようになれば、南アジアの3歳未満児の低体重発生率は最大13ポイント低下し、同地域の栄養不良の子どもが1,340万人少なくなると予測されている」とはこのような事実を指すのであろう。

⁴⁰) ルーム・トゥ・リードの創設者兼共同理事長であるジョン・ウッドは、ネパールを旅行中に現地の学校を訪れたことがきっかけとなり、ルーム・トゥ・リードを設立しました。ジョン・ウッドは、現地の教師と学生の温かさと熱意に感銘を受けながらも、同時に、深刻な資源不足の状況にショックを受けました。帰国したジョンは、マイクロソフト社での重役の座を投げ打ち、子どもたちがネパールの村で継続して教育を受けられるよう、現地の村と協働してグローバルチームを立ち上げたのです。(ルーム・トゥ・リード 2010)

3) C地区について

60歳以上の女性の子ども5歳未満死亡率はA地区よりは低い、開発の進捗状況がほぼ同じのB地区よりかなり高いのは13人中の一人、Uさんが9人産んで6人を死なせてしまったからである。このケースがなければ5歳未満児の死亡率はB地区とほぼ同じになり、削減率も違ってくる。

次の50歳代の女性の5歳未満死亡率は60歳以上の女性たちのそれより36%削減された。避妊が始まり、20%の夫が固定的な職につき、畑作や家畜の飼育も始まった。

40歳代の女性の子ども5歳未満死亡率は56%である。女性の就学年数が50歳代0年から40歳代2.6年上がった。固定収入のある夫が40歳代63%から50歳代20%へ増えた。子どもの病気がひどければ地理的にはカトマンズと平地続きだから病院へ連れて行くと述べている女性が10人いる。

30歳代の女性の5歳未満死亡率は40歳以上の女性たちのそれより8%削減された。B地区の場合と同じくこのレベルまで削減されると普通の状態では格段の削減はできなくなる。

この3地区について今まで考慮の対象としたのは、教育レベル、避妊、経済状態である。避妊については40歳代以下では同じであるから除外すると、教育レベルと経済状態（夫の固定的な職、家畜の飼育、畑の耕作）が削減に影響していると思われる。A地区の30歳代については上記のごとく特別の事情があるので除外すると、A地区の50歳代、40歳代は経済事情が大きく影響していると思われる。A地区の50歳代の女性の世帯はその前の世代と比べると家畜の飼育や、畑の耕作が増えている。「結婚のときに夫からもらった金のアクセサリを売って、土地を買ったらようやく、子どもにお腹いっぱい食べさせることができるようになった。」「何とかして水牛を飼って収入を増やすように努力した。」と述べている女性がA地区にいる。B地区では教育レベルと経済状態の双方が削減に影響していると思われるであろう。それまで0だった女性の就学年数が、40歳代から1.6年に増え、30歳代では3.2年に増えた。夫の固定的な職業につく割合も増え、家畜の飼育も、畑の耕作も増えた。C地区では教育レベルが削減に影響していると思われる。50歳代では0だったものが40歳代では2.6年に、30歳代では3.2年に増えている。

4) 3地区全体

3地区を通してみると表17の左から3列目に各年代の削減率を示したものでわかるように現在40歳代の女性たちの5歳未満児死亡削減率が50歳代や30歳代に比べて非常に大きい。これは3地区共通である。B,C地区ではこの時代から子どもの病気があまり重篤である場合には病院に連れて行った。しかし、A地区はまだ子供の病気のために病院へ行くことはなかった。にもかかわらず、A地区でも5歳未満児の死亡率は他の時期より大きく減って

る。3地区に共通のことといえば、この年代子育てをしている時期の途中でFCHV制度が始まったことである。FCHVは妊婦にサプリメントを配布したから胎児が健康に育ったはずだ。生まれてからも、FCHVたちが下痢の治療をし、のちには肺炎の診断やビタミンAの配布も始まった。後述するが、C地区の初代FCHVのOさんは経口補水薬の普及に熱心だった。「下痢には水分の補給が大切だということを解ってもらうのに苦労しました。でもおかげで下痢のために死ぬ子はいなくなりました。」といている。ひとりひとりの死亡原因の特定はできないがこの年代の3地区共通の現象の要因といえばFCHVの活動開始である。これについては後述する。

(2) 「妊産婦の健康の改善」を表す指標について

入院出産率と平均妊娠回数をここではMDGsのゴール5「妊産婦の健康の改善」を表す指標とする。一般には妊産婦死亡率を使うが、これは十万回の出産中、何人の妊婦が死んだかで表されるため調査地域が狭く、データ数が少ない場合には偶然性に影響されてしまう⁴¹。2009年度の「日本国際保健医療学会学術大会」において妊産婦死亡率の代替指数について国連人口基金東京事務所の研究が発表された。その中に、「考えられる代替指数」として「施設内分娩」、「専門家による分娩の介助」、「緊急産科ケアへのアクセス」があげられている。(池上他 2009) 従って「有資格者の介助による出産の率」が妊産婦死亡率に代わるものとして適当であると考え。事例地においては病院以外に有資格者のいる施設はないから病院出産率を指標の一つとして用いるのが適当だと考える。入院出産率が増えることは妊産婦の健康が改善されたと考えられる。

また、「合計特殊出生率」が避妊術の普及とその結果としての妊産婦の健康の改善に用いられるが事例地だけの合計特殊出生率を計算することは不可能なので「平均妊娠回数」を代用する。

(3) 事例地における妊産婦の健康の改善とその要因

1) 入院出産

⁴¹) 事例地で「妊娠・出産のために死んだ人はいるか」と訊ねると若い世代は「知らない」「いない」と答える。60歳以上の婦人たちはA地区では「昔、産後の肥立ちが悪くて死んだ人がいるようだ。でもあまり覚えていない。」と答えた。B地区では60歳以上の婦人でも「いない。」と答えた。C地区では「昔、いた。でもしっかり覚えていない。」と答えた。老婦人たちの出身地での幼い頃について訊ねると「いた。何人も死んだ。」と答えた。

事例地で入院出産をした最高齢者は現在 74 歳の、A 地区の L さんである。7 回妊娠しているが 4 回目に、双子を懐妊していて重篤な難産であったため緊急に、担架で担がれて入院した。続いて 67 歳の U さんは「病院が安全だから」と 3 回のうち 1 回だけ入院出産した。陣痛の合間にかなり遠い、バスが通っている町まで 1 時間ほどかけて、歩いて行って、そこからバスでカトマンズまで行った。現在 66 歳の D さんは 7 回目の妊娠で難産だったため入院出産した。B 地区では 60 歳以上で入院出産をした人はいない。C 地区では 60 歳以上の女性の入院出産は、統計上では、9 回になっているがそのうち 5 回はインドで医師である夫とともに看護師として働いていた J さんが、5 回とも、インドで入院出産をしたものである。また R さんは夫がグルカ兵⁴²で他の地域にすんでいたが、グルカ兵としての現金収入は十分にあったから、他の土地で 2 回入院出産をした。従って、昔からここに住んでいて入院出産したのは K さん 1 人で 2 回入院出産している。カトマンズまで行く乗用車の便がなくて途中までかごに乗せられていったという。

50 歳代の女性で入院出産した女性は A 地区では 0 人、B 地区は 3 人、C 地区は 2 人である。B 地区の 3 人の内 2 人は「間借り住まいだったので、家主に遠慮して（部屋が汚れるから）入院出産にした。」と言っている。残りのひとは「義妹が勧めた。」という。C 地区の 2 人のうち 1 人は家を貸して収入を得ているし、もう 1 人の場合は当時、夫がインドで働いていたので送金があったから、経済的に可能であった。

40 歳代の入院出産は A 地区では 4 回である。最初のケースは子どもに恵まれなかった A さんが 3 人目の妻によりやく子どもができて、その妻が難産で苦しんでいたため、A さんとしては母親の反対など問題ではなく、妻を病院に連れて行ってしまったケースである、第 2 のケースは虚弱体質の Y さんがよりやく妊娠したので万全を期しての入院出産であった。第 3 のケースは現在 FCHV を勤めている V さんで、近くで起こった死産の話を聞いて、何が何でも入院出産をしようとして決めていて、いわゆる養子娘だから舅・姑に遠慮することもなく、自分が垂炭堀りをした収入で 2 度とも入院出産したものである。その他の A 地区の 40 歳代の女性の中には「お金があれば入院して出産したかったのに・・・」といている人が何人もいる。

B, C 地区では 40 歳代で入院出産率が急激に増えている。B 地区 39.3%、C 地区 45.2%

⁴²) グルカ兵は丘陵地帯の様々な民族出身のイギリス軍に雇われた兵士の総称で勇敢で忍耐強いという評判がある。経済的に見るとグルカ兵からの送金が村の生活を維持していた。しかしグルカ兵は常に差別されてきた。給与や年金はイギリス人の 10 分の 1 ぐらいである (バッタチャン、ダハール 2003)

である。同時に夫が固定的な職についている率も、B地区は38%から63%に、C地区は20%から63%に増えた。

しかしA地区での入院出産率は、上記の4回で4.8%に過ぎない。夫の定職についている割合を見ると、50歳代で7%、40歳代で31%である。さらに30歳代女性についてみると、夫が定職についている割合はA地区75%、B地区79%、C地区68%となって、3地区の差がなくなる。入院出産率のほうは、A地区35.0%、B地区43.6%、C地区47.4%で、A地区がB,C地区と同じレベルにはならないが、A地区だけを見れば40歳代の7.3倍になっている。

初代FCHVのチャンピVDCワード3と8（A地区）の担当者Jさんが、必死で入院出産を勧めた。しかし当初は功を奏しなかった。現在30歳代の女性たちの出産時期になってようやく入院出産が本格的に始まった。「入院出産を極力勧めました。どうしても家で産むと言った女性でも、子どもが出てきてから15分たっても胎盤が出てこない場合は半ば強制的に病院に連れて行きました。」と言っている。現在30歳代半ばで、土地無し農民のCさんもRさんもFCHVに強力に勧められたからといって入院出産した。その後入院出産はつづいている。つまりFCHVは入院出産の突破口を開いたのである。

29歳以下についてはまだこれからも妊娠・出産は続くであろうから結論は出ないが、今までのところでは29歳以下の女性の入院出産は3地区とも50%を越えている。

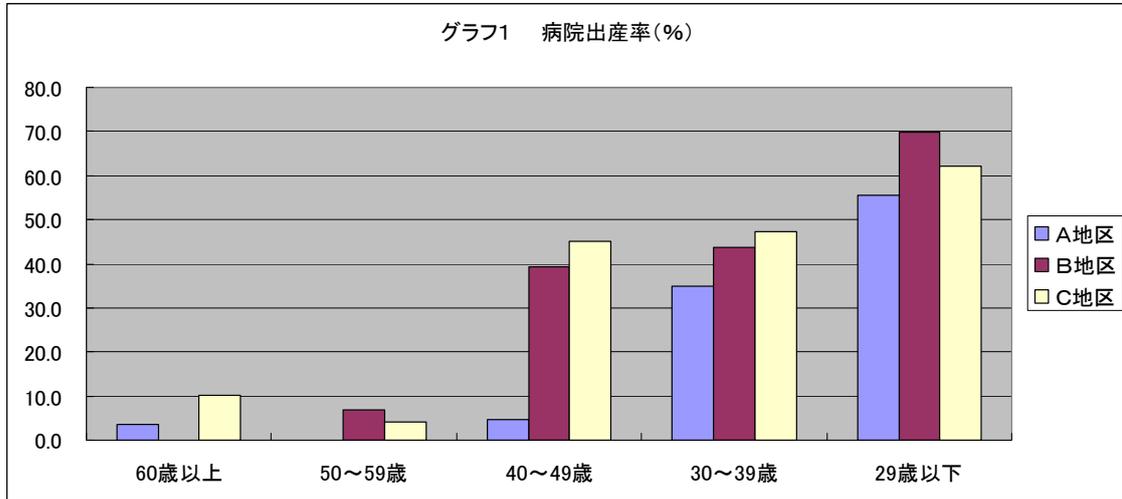
要約すれば、妊婦の健康の改善を表す指標としての入院出産は、主として、経済的にそれ可能であればすすむということである。FCHVはA地区では入院出産が格的に始まるきっかけを作り、B,C地区では入院反対の舅・姑を説得した。

2) 平均妊娠回数の減少

グラフ2が示すとおり、60歳以上の女性の妊娠回数の平均は3地区でそれほど変わりがない。50歳代になるとB地区の平均妊娠回数がA,C地区より少ないのは避妊率がA,C地区より高かったためである。（B地区38%、C地区30%、A地区は数字の上では45%だが先述のごとく、何人も産んでしまっただけからの避妊である。）現在40歳代の女性の平均妊娠回数はA地区がB,C地区より多いが、この世代はA地区でも全員が避妊している。ただし、やはり中途からの、何人も産んでからの避妊が多い。また、子どもは何人産むのが良いかという判断において、B,C地区とは違う。A地区の老婦人や夫には、避妊反対者が何人かいた。40歳のDさんと47歳のKさんは夫が避妊に反対だから、夫に内緒で卵管結紮をってしまった。しかし特異な例を除き、平均妊娠回数は3地区とも順調に削減されている。

30歳代になるとA地区とB,C地区の妊娠回数の差は少なくなる。A地区で妊娠回数が7回、5回と多いのはEさんNさんで（1）の3）に述べたごとく、2人とも3人ずつ子ど

もを死なせてしまったのでそれを補って産んだからである。



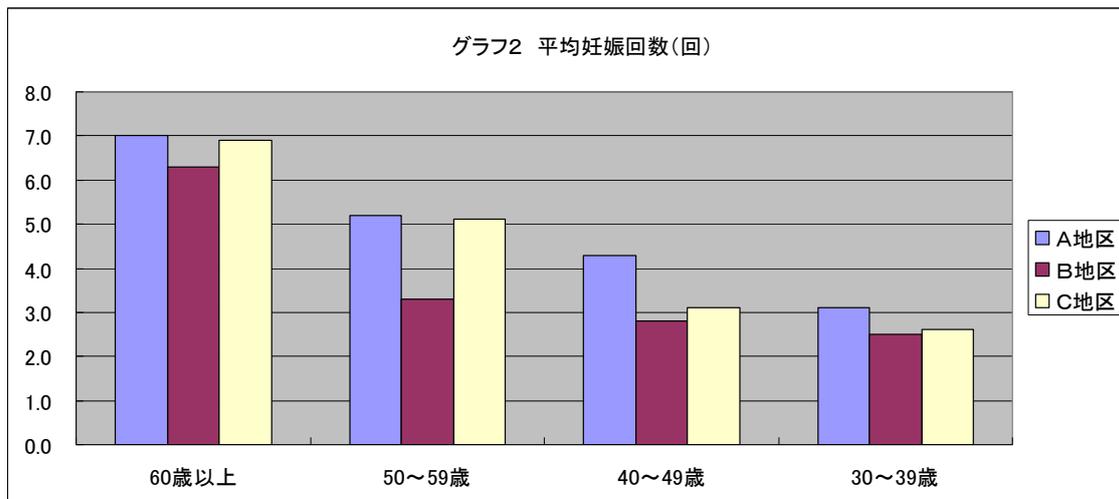
3) 平均結婚年齢及び初回の妊娠年齢の上昇

平均結婚年齢は例外が（A地区 50 歳代、C地区 40 歳代）2箇所あるが全体として上昇している。初回の妊娠年齢もいくつかの例外（A地区 60 歳以上、40 歳代、B地区 50 歳代、C地区 60 歳以上）を残して、全体としてはあがっている。これらのことがもたらす好結果はいくつかある。「若すぎる妊娠は骨盤の発育が完成していないので『狭骨盤』⁴³呈することが多い」（岡村 2003）「結婚年齢が高いと結婚のために学業を中断しなくてもいい。「家庭内での発言権は若くて学歴のない女性には認められていないが、年齢が上がるに連、学歴が高まるにつれ認められる場合が多い」⁴⁴などを考えると女性の「身体的に良好な状態のみならず「精神的・社会的身体的に良好な状態にとっても良いことである。

しかし、「初回の妊娠年齢が高くなった。」のは平均値としてであって個人に関して言えば若年出産はある。出産の最年少はB地区のMさんとVさんで、2人とも12歳で妊娠して

⁴³)小骨盤腔が狭い、または変形しており胎児下降が妨げられるものを言う。（岡村 2003）

⁴⁴) DHS ネパール 2011 では「妻自身のヘルスケア」の決定に参加する妻の割合を調べている。参加する割合は年齢別で言うと 15 歳から 19 歳の場合 35.2%しかいないが年齢が高くなるにつれて増えていき 45 歳から 49 歳の場合は 70.0%いると報告している。また、妻が稼いだお金の使い道について「主に夫が決める」割合は学歴がない妻の場合は 6.2%あるが高校卒の妻の場合は 1.6%しかない（Population Division Ministry of Health & New ERA 2012）



注： 29歳以下はまだ妊娠するであろうとみてグラフから除外した。

いる。Mさんは3回妊娠し無事3回出産しているがVさんは9回妊娠して1回早産している。3地区あわせると307人中13人の女性が15歳以下で妊娠しているがそのうち6人に早産・死産、生まれた翌日に死ぬなどの弊害が生じている。

事例地の老婦人たちに「女子の結婚年齢が高くなったのをどう思うか。」とたずねると「大人になってからのほうが良い。」「20歳前後が良い。」「姑も厳しいし、幼いと愛というものがまだわからないから、大人になってからが良い。」というような答えが多い。このような答えをした老婦人の多くが自分自身は15歳以下で結婚しているから、自らの経験から出た答えであろう。

4) 夫と妻の修学年数の差の減少

事例地では、現在は、子ども達はほとんど全員、就学している。男女の差はない。自分たちは学校に行けなかった年長の兄たちが、幼い妹だけは、自分たちが働く仕送りで学校に行かせるようにと主張している家庭もあれば、結婚はしたが、嫁は学業を続けるために大学の近くに、別居して居る、あるいは、結婚した後も夫婦でジュニア・カレッジ（通算で数えると11年生と12年生）に通学している家庭もある。

表13により計算すると20歳代では妻の就学年数は夫のそのA地区で93%（妻4.0年、夫4.3年）、B地区で87%（妻6.7年、夫7.7年）、C地区で75%（妻6.0年、夫8.0年）である。A地区が一番差が少ない。1)で述べたごとく「家庭内での発言権は若くて学歴のない女性には認められていないが、年齢が上がるに連れ、学歴が高まるにつれ認められる場合が多い」というDHSネパール2011の結果から考えて女子の修学年数が増えることは女性の家庭内での発言権が認められるようになり、望ましいことである。

(4) 3地区における5歳未満児死亡率の削減と妊産婦の健康の改善の差とFCHVと住民の関係の違いについて

3地区における5歳未満児死亡率と妊産婦の健康の改善の進捗に差があるのは地理的要因によるA地区全体の貧しさのためである。A地区は丘の頂上にあるため、乾季には農業ができない。B,C地区では、特にC地区では乾季でも農業は可能である。B,C地区ではカトマンズへの毎日の通勤も可能であるがA地区では不可能である。

B,C地区で子どもの病気があまりひどいときは病院へ連れて行くようになり5歳未満児死亡率が格段に減少し、入院出産率も上昇したのは40歳代女性からである。ちょうどそのころ、A地区の近くでは外国援助のハンセン病因が、ハンセン病はあまり感染しないとわかって、一般診療を始めた。しかし現金収入がないためA地区の人たちはそのころは行かなかった。今は少しの病気でもこの病院で治療を受けている。

FCHV制度が本格的に動き始めたのは40歳代の女性たちが出産・子育てをしていたときである。A地区担当の初代FCHVのJさんが必死で入院出産を勧めたがすぐに効を奏したわけではない。次の30歳代まで待たねばならなかった。一方で、政府の政策のため、無料で受けられたれた避妊術は、Jさんの「怖がっている女性を説得してカトマンズに連れて行き、避妊術を受けさせました。」の言葉通り、40歳代で全員に普及している。ということは、A地区で入院出産がB,C地区より遅れたのは経済的な問題であることがわかる。

A地区はほとんど一様に貧しく開発が遅れている。B地区とC地区の開発はほぼ同じ時期に同じレベルで進んだが、B地区はあまり貧富の差が大きい地区であるのに対し、C地区は全体を平均すればB地区とあまり変わらないが、自家用乗用車を2台持つ世帯もあれば、崖にへばりつくように建てられた小屋掛けのような家に住んでいる世帯もある。

FCHVと住民の関係は地区毎でも違うしC地区内の4つの地域毎にも違いがある。

A地区担当のVさん(37歳)、Wさん(42歳)は、ほとんどの女性が学歴のない同年代の住民の中では学歴もあり、日常の行いも、近隣住民の模範であると見られている。時には近所の女性や子どもに厳しく注意を与える。(学校に行かない子ども、働かない女性など)近所の女性たちは彼女らを尊敬し頼りにしている。

B地区担当のQさんの周りには彼女と同じような、指導的で、行動的な女性たちが集まって、指導者層をなしている。マイクロファイナンスをリードし、弱きを助け、自分たちがこの地区を、良くするのだと自負し「20年前はひどいところだったが私たちが良くしてきました。」と語っている。住民たちも彼女たちの実績を認めて第3章、第3節に述べたごとく「お世話になっている。」と語っている。

C地区では地区内の4つの地域毎にFCHVとの関係も異なっている。

新宅地区の女性たちは裕福であると同時に教育レベルも高い。高度な医療機関へのアクセスも可能であるからFCHVを頼りにはしていない。

昔からの土地なし農民の地域の女性たちはFCHVを頼りにしている。

政府の土地に20年ぐらいまえから無断で家を建てて住んでいる人たちはヘルスポストに近いのでヘルスポストで薬をもらったりしている。

豚を飼育している谷とその周りに住んでいる人々は7.8年前からここに住み始めた人々が多いがその7.8年間に子産み・子育てを始めた女性たちは妊娠・出産について全員がFCHVに相談している。「妊娠が順調に進んでいるかどうか相談した。」「生まれた子の健康について相談した。」などといっている。FCHVが予防接種の前日に、「明日は子どもに予防接種を受けさせる日ですよ。」と、該当世帯にふれてまわるのも評判が良く、「わざわざここに来てくれた。」といっている。

C地区を担当するFCHVのMさんは穏やかな人柄で、着実に仕事をこなし、他の、指導的行動をしている女性たちとも行動を共にしているが表にはあまりたたない。A地区とB地区は伝統的な村落社会であるのに対し、C地区は「都市化」の波を受けた社会であるが、FCHVのMさんは自分の立場を無視するような人々の存在にこだわらず、上記のように、貧しい人々の信頼を得るような活動をしている。つまり、C地区のような、新しいタイプの村落社会にとっても貧しい人々には、FCHVは有効な制度であることがわかる。

(5) A, B, C地区の相違点と共通点

第1章、第2節の(2)で「乳幼児死亡率の削減と妊産婦の健康の改善およびFCHVの働きと地域住民の関係の地区ごとの違いや共通点が見えるように、事例地として3地区を設定する。」とのべた。その結果を表にまとめると表19の如くなる。すなわち、A地区は多くの項目でB, C地区に10年余り遅れている。

表19 A地区、B地区、C地区の比較							
地理的条件とインフラの整備の相違							
	地理的特徴	選定理由	水の取得	カトマンズへの交通機関	学校の開設	現金収入	電気の供給
A地区	標高1500Mの丘の頂上	山地の多いネパールの平均的地理的条件である。	昔は麓から運んだ..今は水道	18年前バスが開通	30年前遠くに設立された	約15年前から	11年前から
B地区	丘の麓	A地区と同じ村でありながら麓であるため開発が早く、開発と母子の健康との関係が比較できる	井戸、わき水	18年前バスが開通	50年前設立された	約25年前から	17年前から
C地区	平地	都市化が進みつつある都市近郊農村である。貧富の差によってFCHVとの関係が変わるのがわかる	昔は井戸、今は水道	30年前道路が建設された	50年前設立された	約25年前から	17年前から
特徴・共通点・相違点			A地区は水の取得が困難だった		A地区はB、C地区より10年遅れる。	A地区はB、C地区より10年遅れ	A地区はやや遅れる
女性の地位と社会活動							
	夫の重婚率	決定権	避妊術の利用割合	マイクロファイナンスの指導者と加入率			
A地区	9%	舅・姑10%、夫46%妻25%。夫婦10%息子8%	卵管結紮45%、埋め込み32%ホルモン注射15%パイプ	保育園を建てた、90%			
B地区	6%	舅・姑17%、夫23%妻15%。夫婦1045%息子0%	卵管結紮27%、埋め込み15%ホルモン注射24%パイプ	未就学時の指導虐待されている女性の援助、66%			
C地区	11%	舅・姑0%、夫37%妻17%。夫婦42%息子4%	卵管結紮17%、埋め込み6%ホルモン注射43%パイプ	市民権取得、出生届け、暴力に悩む女性援助、40%			
特徴・共通点・相違点・備考		A地区の妻25%は夫出稼ぎのため	A地区は卵管結紮が多い				

母と子の健康 住民とFCHV					
	母子の健康の改善の進捗の地区ごとの相違	5歳未満児の死亡の削減率	入院出産の増加	子どもの病気の病院治療	FCHVの性格と役割と住民の受け止め方
A地区	貧しい、乾季には農業ができない、	50歳代で35%40歳代で56%削減された。	30歳代から	30代女性から	学歴がある、時に厳しく注意する、住民は良い相談相手と思っている
B地区	乾季でも農業ができる。。カトマンズへ通勤可能	50歳代で13%40歳代で72%削減	40歳代から	40代女性から	指導者層の一人、弱きを助ける活動をする。住民はお世話になっているという
C地区	乾季でも農業ができる。。カトマンズへ通勤可能	50歳代で36%40歳代で56%削減	40歳代から	40代女性から	貧しいものの味方、新興住宅地の住民は無関心、貧しいものは頼りにしている
特徴・共通点・相違点・備考		3地区とも40歳代の削減率が大きい。	A地区は10年遅れる。	A地区は10年遅れる。	FCHVは新しいタイプの村落でも貧しいものには有効な制度である。

第2節 MDG4,5 を達成する上でFCHVが果たした役割とFCHV制度の成功要因 およびFCHVとその他の女性のエンパワーメント

(1) MDG4,5 を達成する上でFCHVが果たした役割

1) 避妊の普及

FCHV制度が本格的に動きはじめたのは1990年代半ばからである。そのころ妊娠・出産・育児をしていたのは現在、30歳代後半から40歳代前半の女性達である。A,B,Cの3地区すべてで避妊がほぼ全員に普及したのはこの時期である。無論、FCHVが活動を始める以前にも避妊をしていた人はいたがまだまだ、避妊には反対の意見もあった。

「子どもは神様が下さったものだから避妊なんてとんでもない。」「若い人は育てるのが大変だというが産んでしまえば何とかなる。」といった意見は今でも老婦人から聞くことがある。A地区の初代FCHVであったJさんは「怖がっている女性たちをカトマンズへ避妊施術を受けに連れて行きました。」と述べている。

しかし避妊については、この時期には、その必要性を大多数の人々が理解していた。たとえば、A地区の78歳の男性Bさんは「今は時代が違う。食べさせた上、学校へも行かせなきゃならんからたくさん生まれたら大変だ。」という。だから、FCHVの推進がなくても、遅かれ早かれ、普及したであろう。3地区における50歳以下の、避妊をしている女性のうちでFCHVと相談して避妊方法を決めた人の割合はA地区が29%、B地区が26%、C地区が23%である。この場合、避妊方法を相談したのであって避妊すべきか、すべきでないかを相談したわけではない。ただし、上述の、「怖がっている女性たち」はFCHVに勇気付けられて避妊した人たちである。ピルとコンドームはFCHVが無料で配布したから、FCHVの仕事の記録には「〇〇さんがピルを取りに来た。」「XXさんがコンドームを取りに来た。」という記録がある。といっても、の二つの方法の利用者は少ないので頻繁に取りに来るわけではない。

2) 産前・産後指導と新生児ケア指導

FCHVの仕事の記録によれば、「〇〇さんが妊娠したらしい。」という噂を聞くとFCHVはすぐ訪ねて行って、指導している。産前指導の内容は以下のとおりである。

指導1 産前検診を少なくとも4回は受けること。

指導2 ビタミンAと鉄剤を服用すること。

指導3 栄養のあるものを食べ過労を避けること。

指導4 病院で出産すること。

指導5 どうしても家で産む場合は緊急事態に対処できるように準備しておく。

指導1と2はあまり抵抗なく受け入れられる。産前検診は30歳代以後の妊婦への聞き取り

調査では病院またはヘルスポストでほとんど全員が受けている。FCHVにも「妊娠が順調に進んでいるかどうか相談した。」という女性が100%を占めているのはC地区の豚の飼育をしている谷とその周りに住んでいる女性たちである。指導2については、表15「FCHVたちの個人へのサービスの2ヶ月間の回数」を見ると「妊婦にビタミンAと鉄剤をあげる」の欄は合計で17回となっている。

ところが指導3と4については「私は普通のものを食べていた。」「私は生まれるその日まで石を運んだ。」「入院なんかしなくても・・・」などの老人からの批判が多い。特にA地区の1部とC地区の昔からの土地なし農民の地域に多い。貧しい中で、何事も我慢して必死で生き抜いてきた老婦人たちからである。それを説得するのがFCHVの役割である。

病院出産については第4章、第1節(3)に述べたごとくA地区では30歳代から入院出産が増えるにあたってFCHVがそのきっかけを作った。でなければ、入院出産尾一般化はもっと遅れていたであろう。B地区ではA地区のようにFCHVが入院出産について直接、きっかけを作ったわけではない、40歳代の女性からすでに進んでいた。とはいうものの、この年代の入院出産率は39.3%に過ぎない。10人中6人が入院出産はできなかった。引退した、初代のFCHV達は「仕事を始めた頃は全く理解してもらえなかった。」と述べている。「舅・姑の多くは外に向かっては、嫁の入院出産に反対だとは言わないが、嫁に向かっては、『そんな必要はない。』ときつく言う。」と述べている。確かに、B地区のKさんは「若い人が出産に当たって、入院するのをどう思いますか。」と言う質問に、「いいと思いますよ。」と答えたが、その、Kさんの次男の嫁のCさんは「入院したかったけど姑がひどく反対した。」とのべている。つまり、改善の方向に進みつつあったが、まだ問題が多かったからFCHVの働きは重要であったと同時に困難な仕事であった。

C地区についてもB地区と同じで、FCHVが入院出産について直接、きっかけを作ったわけではない。病院での出産は40歳代から増えている。しかし彼女たちより年長で病院出産はしなかった女性で14人のこども自宅で産んだSさんは「恥ずかしくないのか(病院で産むなんて!)」と述べているから、FCHVにとって、こういった人々を説得するのは難しいことであった。初代FCHVのOさんは「必死で説得しましたよ。XXさんだって入院すれば、死産にはならなかったでしょうに・・・とか、〇〇さんの場合、病院ならばすぐに蘇生術がやってもらえたでしょうに・・・と身近な例を挙げてね。」と述べている。

入院出産についてはやはり、経済的に可能か不可能かが問われるのは3地区ともおなじであるが、前に述べた如く、A地区の30代女性ではFCHVのすすめで最初入院したのが大変貧しい女性2人だったため、それ以後も「あの人でさえ入院したのだから、経済のことは何とかなる。」という考えが育ってきた。B地区では伝統社会の常として、外に向か

っては、入院出産が良いと良いながら、経済負担にはこだわっている。C地区の裕福な人々は「入院が当たり前とっていました。」という。一方で、ごく貧しい人達は外聞にこだわっていないから、自分の経験から、「入院なんかしなくても自分ががんばればいい。」と思っている。

指導5については問題はない。

産後指導と新生児ケア指導は下記の4項目である。

指導1 産後6週間まではビタミンAと鉄剤を服用すること。

指導2 産後の大量出血に気をつける。

指導3 初乳を飲ませる。

指導4 生後24時間たったら沐浴させる。

指導2の産後の大量出血の予防には家で出産する女性のためには子宮収縮剤が前もって配られているが、病院出産をした人でも退院後に大量出血が起こる場合があるから気をつけねばならないと、事例地FCHVの最長老のGさんは言う。(日本では普通分娩の出産のためでも1週間ぐらい入院するが事例地ではせいぜい1日か2日である。)指導3と4は伝統的な習慣が各地にあるが医学的に妥当と考えられている方法を採用している。

事例地のFCHVは産前・産後指導について全員この方針を貫いている。

現代医学の常識から見てサプリメントや産前検診、入院出産は健康な子どもの出生に大いに役立っていると考えられる。

3) 5歳以下の子どもに対する保健サービス

経口補水液による下痢の治療

下痢の時は水分を補給しなければいけないとは、以前は誰も思っていなかった。だから下痢で脱水症状を起こし、体力が弱って死亡の原因となった。そこでC地区の、熱心な、初代FCHVのOさんは自宅の向かい側の小さな商店に集まる情報に常に注目していた。

「xxさんの子どもが下痢している。」と聞くとすぐに経口補水薬を持って出かけ、補水液を自分で作って飲ませて帰ってきた。そこまでしてようやく水分補給が有効であることを解ってもらえたと言った彼女はいう。また、各地の母親の集まりにFCHVたちが呼ばれ、「下痢の予防と治療」について話をしたという記録が「FCHVとしての仕事の記録」に出てくる。事例地だけの5歳未満児の死因の確認は難しい、FCHVたちのこういった努力が実を結んだと思われるのは、同仕事の記録を見ると、「〇〇さんが下痢の薬をもらいに来た。」27回、「xxさんが子どもが下痢だといって相談に来たので作り方を教えて渡した。」11回となっているからだ。今は経口補水薬が下痢の治療に効果があることが一般に知られているのがわかる。

肺炎の症状を見分ける。

FCHVたちは1分計のタイマーを支給されている。1分間の呼吸数を数え、生後2ヶ月以内ならば1分間に60回以上、生後2ヶ月以上ならば1分間に50回以上の呼吸数であれば肺炎と判断し、肺炎と診断したときに与える抗生物質も支給されているが、事例地では、現在では、病院へのアクセスはそんなに難しくないので、できる限り、病院行きを勧めている。「抗生物質で治ることは知っています。そのほうが簡単で、お金も要らないから親は喜びます。でも、こんなときにこそ、病院でしっかり診てもらって、子どもの健康を医者と相談するのがいいと思うからです。この村のFCHVはみな、そうしています。」とA地区のFCHVのWさんという。事例地における子どもの肺炎による死亡数の変化はわかっていないが老婦人たちからの聞き取り調査の際に「子どもさんの死因は？」と聞くと69歳の、A地区のTさんは「今で言うならネモニア（肺炎）でしょうね。病院へ連れて行くこともできずに死なせてしまったけれど、今の子どもは同じような症状でも、病院で治療してもらえば治ってしまうから良いね。」と答えた。同じような内容の答えはB地区でもC地区でも聞いた。

5歳未満の子どもにビタミンA、ポリオワクチンの配布と予防接種への協力

5歳以下の子どもにビタミンA+虫下しを年に2回飲ませている。ビタミンAの配布率はネパール全体が2010年は91%であったのに対し、チャンピ村もチャパリ村も最近ではほぼ100%または99%である。（チャンピ村ヘルスポスト、チャパリ村ヘルスポスト発表）

13年前からポリオワクチンを飲ませている。これもほぼ100%ないしは99%の配布率である。配布が始まって以来、ポリオに罹患した子供はいない。アウトリーチ・クリニックで行われる予防接種についてもFCHVが前日には、「明日は予防接種ですよ。」と該当家族にふれ回り、当日は実施に協力するので順調に進んでいる。これらが子どもの死亡率の低下に役立っていると考えられる。ビタミンAやポリオワクチンの配布では、決められた時間に子どもがこなくてもFCHV達は根気よく待っている。近所の主婦達も手伝いにくる。ポリオワクチンの配布が始まって以来、事例地では感染者はいない。

ビタミンAの配布はそのおかげで何人の子どもの命が救われたかは事例地ではわからないが第2章の第1節で述べた如く、その効果はユニセフが認め普及に努力している。

予防接種については、はじめは順調には進まなかった。予防接種のための1時的な発熱に関し、「ネパールの子どもの殺そうとしている。」「外国の実験台にされている。」という噂があった。今でも頑固に予防接種を拒否している人もいるにはいるが、それはほんの少しである。

象皮病の予防薬の配布も3年前に始ったが、それ以来、象皮病に罹った人は事例地には

居ない。象皮病の予防薬は2歳以上の住民全員が飲むことになっていて、直接、本人に手渡さなければいけないので、同じ家に何度も行ってうるさがられた。また、副作用で気分が悪くなったと言って抗議されもした。

つまり、事例地での女性と子どもの身体的に良好な状態が改善されるに当たって、FCHVが困難に遭いながら大きな役割を果たした。

ネパールが国連から表彰された「5歳未満児死亡率の削減」に関して出生前の母親へのビタミンAと鉄剤の補給、栄養指導から始まって、安全で健康な出産、下痢の治療、肺炎の診断、ポリオのワクチン、ビタミンAと虫下しの投与などのFCHVの働きが5歳未満児の死亡率を削減するのに貢献していると考えられる。

同じく国連から表彰された「妊産婦死亡率の削減」に関しても、避妊のすすめによる妊娠回数の減少、熱心な入院出産の勧め、サプリメントの配布、栄養指導、産後出血の治療（子宮収縮剤の配布）などが効を奏していると考えられる。

（2）FCHV制度の成功の要因

1）カバー率の高さが導いたもの

アルマアタ会議でPHC戦略が提案されて以後多くの国々でコミュニティー・ヘルス・ボランティア制度が設置された。どの地域のどの国にどんな制度が設置されたかは世界全体については詳しい資料がない。表4はで南アジアの6カ国だけについて入手できる限りの資料でまとめたものである。ネパールの特徴はカバー率の高さ（97%）と、退任率の低さ（4%）にあることがわかる。

政府は、当初はいくつかの条件を決めていたが実際には守られていなかった。2006年の段階で50歳以上のFCHVが17%いる。22%のFCHVは学校へ行ったことがない。このように選任基準が緩やかだから97%という高いカバー率が可能であったであろう。カバー率が高いと効果が目に見えて現れるので世間の評価が高くなり、FCHVとしてはやりがいがある。やりがいがあるから辞めない。

しかし、人命を非識字者のケアに任せるなんて危険だと言う意見も一方にある。無論、十分に教育を受けたコミュニティー・ヘルス・ワーカーが津々浦々に行き渡るのが理想的であるが、医療関係者のみならず、技術・知識を持つ人は、頭脳流出で奥地から都市部へ、さらに国境を越えてより豊かな国へと流れてしまう⁴⁵ので、ヘルス・ワーカーはコミュニテ

44) 国境を越えた人の移動の中で、近年国際的な関心を集めているものに発展途上国から先進国への医療従事者の移住問題があります。高齢化人口を抱える多くの先進国は、医療分

イー在住者に頼らなければならない。ここで、インドのNGO、SEARCHのことで、先行研究で述べた青山他による研究を例にとり、非識字者の判断と治療行為が信頼に値するかどうかを考えたい。

第2章、第1節の(4)で述べたごとくインドのNGO、SEARCHは12までしか数えることができない伝統産婆向けの器具を作り、1分間の呼吸数を数え、呼吸数が一定数より多ければ肺炎と判断し、抗生物質を与えることを教育した。その結果新生児死亡は大きく減った。

ネパールのFCHVがこれに倣って、新生児の肺炎を発見できるようにタイマーや抗生物質を持たせ、発見の仕方についてトレーニングをした。トレーニングの3年後にFCHVたちがその内容をどれほど正確に覚えているかを調べたのが「行研究3青山他」による研究である。この研究が行われたダヌーシャ郡のFCHVの非識字率は75%である。60歳以上のFCHVが11%いる。そういった条件下で行われたこの研究で同研究の結論として、「いくつかの点を改善すればFCHVはサービス提供者としての能力はある。」と述べている。

以上のことを勘案すれば採用条件を緩やかにしてでも、カバー率を高くすることがFCHV制度が社会的に認められ、成功へと導く基盤であったと見て良い。

2) 地域出身者であること

FCHVの強みは「地元出身者」という点にある。ヘルスポストには政府に派遣された有給職員がいるが彼らは地方には住みたがらない。任命されても、長期休暇を取って、任地を離れる場合が多い。ネパールの医療従事者不足については医療NGOのAMDAが次のように述べている。「地方の保健行政の末端で働く保健アシスタントの充足率が低く、約半数のヘルス・ポストやサブ・ヘルス・ポストにおいて責任者が不在である状態である。」

(AMDA 2003) 一方、FCHVたちは家族と共に地元に住んでいてそこから離れることはない。

しかしFCHVの強みはそんなことだけではない。A地区、B地区およびC地区の中の昔からの土地無し農民の地域の住民にとって、FCHVは長年、苦楽を共にしてきた仲間である。その仲間が自分たちの今まで知らなかったことを学んできて、自分たちの健康のために働いてくれるのであるから、1時的な混乱はあるにしても最終的には厚い信頼が得られることは当然である。

野における人手不足に対応するため外国から看護師らの受け入れを進めています。(IMO 2006)

3) 政府によるインセンティブ

もう一つのFCHV制度を成功に導いた政府の政策としては、先行研究第1章、第2節、(1)の1)が述べている「金銭的および非金銭的インセンティブ」提供したことである。「金銭的」インセンティブについては、全体として、日常活動は無給であるが、ビタミンA、ポリオワクチン、象皮病の予防薬の配布については手当を支給していることが該当し、非金銭的インセンティブはFCHVデーの設置、ロゴマークの設定、看板、靴、の支給などが該当する。地域によっては自転車、制服としてのサリー、カーディガンなどを支給している地域もある。事例地では制服としてサリーが支給されている。

この、政府の施策がFCHV制度を成功に導いたもう一つの要因である。

4) FCHVたちが社会的尊厳を得た。

事例地のFCHVたちは1日に平均1時間半はこの仕事に費やしている。上記の金銭的および非金銭的インセンティブの他に仕事そのものにやりがいがあるからである。

第1章、第2節、(1)の1)の先行研究では「給与はせつかくの、FCHVのボランティア精神を埋没させてしまう。」と述べているので、グループ討論の席上で「『給料をもらわないから尊敬される』という人があるがどう思うか」と質問すると、「とんでもない！警察官だって、教師だって給料はもらっているが尊敬され、頼りにされている。」との答えが返ってきた。周りにいたFCHVたちもそれに賛同した。しかし「そうはいつでも、政府にお金がないのなら仕方がない。給料がもらえないからこんな仕事は辞めようとは思っていない。」と付け加えた。つまり、給料がもらえなくてもこの仕事は彼女たちにとってやる価値があるのだ。

先行研究1)は「給与はせつかくの、FCHVのボランティア精神を埋没させてしまう。」に続けて「給料がなくても、知識欲を満たし、この知識のおかげで得られるエンパワメントを受け、いろいろな人と会うことができ、日常の平凡な仕事から抜け出すことも社会的認知を得ることもできるというモチベーションがある。」と言っている。このことを彼女たちの発言のなかに探してみよう。第3章、第3節の(3)でどんなときにやりがいを感じるかの答えが列挙されている。

やりがい1 様々な人に会えるとき。

やりがい2 家の者が協力してくれるとき。

やりがい3 自分が治療した人が元気になって感謝され、周りの人もほめてくれるとき。

やりがい4 病気について新しいことが学べ、それを人に教えるとき。

やりがい5 子どもの下痢を治療でき、肺炎がチェックできるとき。

やりがい6 この国の子どもや妊婦の死亡がFCHVの働きで減っていると聞くととき

やりがい7 自分が出産を手伝って生まれた子が元気に育っているのを見るとき。

やりがい8 道ばたでであった子どもが「あっ！薬をくれるおばさんだ」とか「おばさん、
今日もビタミンですか？」とか「今度はいつビタミンですか？」と言うとき。

さらにFCHVを辞めない理由に下記の2項目が選ばれた（7項目中特に強く思うものを2項目選択）

理由1 自分の力でこの地域の人々の健康を増進できるから。

理由2 研修で病気のことなどがわかるようになるから。

先行研究が言う「知識欲を満たし」は「やりがい4」の「病気について新しいことが学べる」と「辞めない理由2」の「研修で病気のことなどがわかるようになるから」が該当する。「この知識のおかげで得られるエンパワメントを受け、」はやりがいの5「子どもの下痢を治療でき、肺炎がチェックできるとき」に、また辞めない理由の1「自分の力でこの地域の人々の健康を増進できるから」に該当する。「いろいろな人と会うことができ、日常の平凡な仕事から抜け出すことも社会的認知を得ることもできる」は「やりがい1」の「様々な人に会え、子どもに親しまれるとき」やりがい3の「自分が治療した人が元気になってお礼を言われ、周りの人もほめてくれるとき」が該当する。

とりわけ「社会的認知」はFCHVたちにとって貴重な体験だったに違いない。と言うのも伝統的に、女性は家の中で家族と話す以外に、人と対話するチャンスはなかった。同じ先行研究では以下のごとく述べている。「20年前、内気な女性たち（FCHV）が保健施設にやってきた。彼女たちは質問もしなかった。」また、先行研究の2では「群衆の前に立つことは言うに及ばず、家族以外の人々と話をするのがほとんどなかった女性たちは初めて、人前で話をする経験を得た。」と述べている。

その上、FCHVたちは「自信」を持つことができた。多くのFCHVは、教育を受けていないか、受けているにしてもほんの初級で、自分には家事と農作業以外の能力があるとは思っていなかったのに、彼女たちの働きで、子どもの下痢が治り、肺炎を見分けることができたのだから、自分の行為の結果に驚くと同時に、大きな自信につながったであろう。やりがいを述べる以下の言葉がそれを表している。「子どもの下痢を治療でき、肺炎がチェックできるとき。」「この国の子どもや妊婦の死亡がFCHVの働きで減っていると聞くととき。」さらにFCHVを辞めない理由の「自分の力でこの地域の人々の健康を増進できるから。」という言葉には、自信を得たFCHVたちの自負心が表れている。給料がもらえなくてもこのような喜びがあるのだから退任しようとは思わないのが当然である。これが退任率の低さの要因である。退任率が低ければそれだけ経験豊かなFCHVが多くなりよ

り成果が上がるから更に、FCHV制度が社会的に認められることになった。

見逃してはいけないのはFCHVたちが使命感を持っていたことである。A地区担当のQさんは「放ってはおけないほど貧しい人々がいるから辞めることはできない。薬がなければ（政府支給の薬は度々不足する。）情報だけでも届けたい。」と言っている。確かに、Qさんの家の周りに住んでいる人々は貧しい。中耳炎の子どもが耳から膿を出しながら手当ても受けずに、遊んでいる。B地区担当のVさんは「医学が進むから私たちももっと勉強してより高度なことに対応できるようになりたい。」と言っている。C地区に担当のLさんは、土地無し農民や豚を飼育している谷とその周りに住んでいる人に頼りにされていることを良く知っている。つまりFCHVは自分たちが貧しい人々への奉仕者であると言う使命感を持っていたのである。

FCHVたちが「社会的認知」と「自信」を得て「使命感」を持ったこと、すなわちFCHVたちは社会的尊厳を得た存在であることが制度を成功させた重要な要因である。

さらなる要因としては社会全体の変化がある。

FCHV制度創設の時期には第3章、第3節（4）に述べた如く住民の受け入れはスムーズではなかった。しかしその後、ネパールで一般住民の意識は大きく変化した。もっとも開発が遅れているA地区でも住民の教育レベルは上がり、女性の社会参加が進み、外国へ出稼ぎに行き帰ってきた人たちの見聞が活かされ、テレビで世界の動きを知っている。「外国がネパールの子どもを実験台にしているのだ」などという人はいなくなり、ポリオの罹患者がいなくなったのもFCHVのおかげだと知っている。FCHV制度を表だって非難する人は非常に少なくなったのも成功の要因である。

まとめると次の5点である。

要因1 緩やかな選定条件のためカバー率が高かった。

要因2 地域出身者であった。

要因3 政府は金銭的・非金銭的インセンティブを提供した。

要因4 FCHVたちが社会的に尊厳のある存在となった。

要因5 社会全体の変化

5) ザンビアにおける保健ボランティアのモチベーション向上の報告との類似点

「住民保健ボランティアのモチベーション向上のための取り組み」と題したこの報告はザンビア国で行われた「5歳未満児の健康改善を目標とする乳幼児成長発達観察促進活動や住民による環境衛生改善活動」を担う住民のボランティアモチベーションの向上のための取り組みについて書かれている。ここで行われたモチベーションを高めるための取り組みは次の6項目である。

- 項目1 当初からボランティア意欲の高いメンバーの選定。
- 項目2 ボランティアの組織化とリーダーシップの醸成。
- 項目3 診療所職員によるコミュニティー保健活動の強化。
- 項目4 知識と技術を向上させるための継続的な教育機会の提供。
- 項目5 達成感と他者からの感謝の認識。
- 項目6 金銭的報酬または物資の配布。（大野他 2007）

そのうち、「項目5 達成感と他者からの感謝の認識」は上記のFCHV制度成功の「要因4 FCHVたちが社会的に尊厳のある存在となった。」と同じである。同報告は「活動を継続しているボランティアの60.1%が『地域が改善される様子を目にすること』でモチベーションが高まっている。」と述べている。さらに「項目6 金銭的報酬または物資の配布」は上記のFCHV制度成功の「要因3 政府は金銭的・非金銭的インセンティブを提供した。」と同じである。同報告はまた「収入創出活動を導入し、そこから得られた利益をボランティアの金銭報酬とした。Tシャツやエプロンなどのユニフォームなど、さまざまな物資を提供した。」と述べている。そしてその活動のボランティアの「10年間のドロップアウト率は36.6%であった。」とも述べている。単純に計算すると1年間に3.6%でFCHVの退任率よりやや低い。「金銭的、および非金銭的インセンティブ」が大切なことはここでもわかる。

第3章、第3節の(3)で述べたごとく、FCHVたちは「今の仕事の上に、更に仕事が増えてもやれるか」という質問に対し、「十分やれる。医療技術が進むからもっと勉強してもっとレベルの高いことにも対応したい。」と答えているのはこの制度が成功した証拠である。

(3) FCHV制度の限界

1) 事例地に見る問題点

問題点1 避妊の勧め方 表12を見ると事例地では避妊は大部分女性の負担で行われていることがわかる。誰に勧められましたかと聞くと多くの人が「FCHVに勧められた。」と答えるし、FCHVたち自身も「2人以上子どものいる人には卵管結紮を、間隔をあけるためにはホルモン注射か埋め込みを勧めている。」と言っている。そのため副作用に苦しむ女性が多い。たとえば、卵管結紮をした女性は「力が出なくなった」「体が弱くなった。」「腰が痛い。」と不満を述べている。ホルモン注射をしている女性は「生理の出血が大量になった。」「生理が止まった」「元気が出ない。」という。これらは主観的な判断であるが、それだからこそ、女性達が不満を感じていることがわかる。また、事例地ではそう言った訴え

はなかったが、卵管結紮をした女性の 5.8%は後悔していることがDHSネパール 2006 でわかる。男性の不妊手術は回復不可能ではないが卵管結紮は女性から妊娠機能を永久に奪ってしまう手術である。後悔の理由は、「もう一人子供がほしい (1.2%)」「夫がもう一人子供をほしがっている (0.3%)」「副作用がある (3.7%)」「夫婦関係が変わってしまった (0.2%)」「子供が死んでしまった (0.4%)」である (Population Division Ministry of Health and Population Government of Nepal & New ERA 2007 85 頁)

現在行われている避妊方法で男性側の負担によるものはパイプカットとコンドームと膣外射精だけである。この3種類を併せても、B地区で25.5%、C地区で21.0%、A地区では4.8%しかない。これは不公平な、女性により大きな負担を強いる家族計画である。避妊は夫と妻が対等に話し合っただけで2人のためにもっとも良い方法を選ぶべきだという考えではなくて、安易に、波風の立たない方法が選ばれている。3地区における50歳以下の、避妊をしている女性のうちでFCHVと相談して避妊方法を決めた人の割合はA地区が29%、B地区が26%、C地区が23%であるがそのうち、男性側の負担によるものを勧められたケースはない。(ヘルスポストにしても、病院にしても、同様の勧め方をしている。)

問題点2 男児選好への態度

女の子を二人続けて産んだので「今度こそは男を産め。」とプレッシャーをかけられている若い女性をFCHVが慰めている。「子どもに男と女の別ができるのはあなたのせいではないわ。」という。しかしFCHVはそこまでである。「なぜ女の子ではいけないの?」とは言わない。(筆者による観察より。)もともとこの件はFCHVの仕事には関係のないことではあるが困り果てた女性がFCHVに相談する場合がある。FCHVたちは男女の別が生じるのは女の側の責任ではないことは知っているが、歴史上、延々と続いてきた父権制度の家族観を否定するような考え方はまだ一般的ではない。

問題点3 夫の暴力と貧困への対処

第4章、第1節の(1)で次のように述べた。「現在30代後半のEさんとNさんは10数年前に2人とも続けて3人の子どもを亡くしている。産まれたときは普通の子だが段々衰弱していった。手の施しようもなく数ヶ月で死んでしまうと言うことが2世帯で3人ずつ、続いた。どちらの世帯も大変貧しく、夫の暴力は激しく、子どもの衰弱について夫は無関心だった。」このときすでにFCHV制度は始まっていてFCHVは大きな活躍を見せていた。しかし夫の暴力も、貧しさもFCHVにはどうしようもなかった。現在でも、暴力や重婚など、女性たちの苛酷な境遇にはFCHVはどうしようもない。

問題点4 サプリメントに頼らない食生活

グループ討論の席で「ビタミンAは単なる対症療法である。サプリメントに頼らなくて

も良い食生活のあり方を指導すべきではないか。ビタミンAを多く含む野菜を栽培する指導やほしないのか。」と聞いたところ「栄養ある食べ物を食べるようには指導している。しかし今すぐには実現できないからしばらくはビタミンAの配布が必要だ。」という意見が数人あった。「野菜を作る土地もない人達もいるから無理だ。」という意見も数人あった。全体として、徐々に変えていこうという意見である。

ビタミンAの補給はたしかに事例地の子どもの健康増進に役立ったであろう。第2章、第1節(2)に述べたごとく、タライ地方での比較実験結果から見て、この地域でも子どもの健康状態の改善に貢献してきたであろうし、今後も改善が期待できる。彼女たちの努力なくして、津々浦々にビタミンAを補給することはできなかったであろう。2009年のビタミンAの補給率はネパールが95%であるのに対し南アジア全体では73%である。(ユニセフ、2011、93、95頁)。事例地では補給率は99%ないしは100%である。しかし、これが、「包括的な健康推進政策ではない」ために、ビタミンAで死を免れた子どもたちは、それ以外の栄養素の栄養不良で苦しんでいる。Annual Report 2010は、ネパールの子どもの最も不足しているのは蛋白質であると述べている(Department of Health Service、2011、45頁)。

(4) FCHVおよびその他の女性のエンパワーメント

上記の中の「要因4」を女性のエンパワーメントの観点から検討する。

エンパワーされた女性の対極にいるのは「力が剥奪されている女性」である。先行研究1)も2)もこの「力が剥奪されている女性」について述べている。1)では「このシャイな女性たちは初めて保健施設にやってきたときには質問さえしなかった。」といい言い、2)では「FCHVたちは群衆の前に立つことは言うに及ばず、家族以外の人々と話をすることがほとんどなかった女性たちで、初めて、人前で話をする経験を得た。」と述べている。事例地のFCHVたちも「はじめは勇気が要りました。」「読み書きができないからと断ったのにそれでも良いからと頼まれ私にできるかしらと心配でした。」と述べている。FCHVではないがFEDOに参加した、Gさんは「(FEDOに参加して)初めて、人前で話をしました。それまでは他人に挨拶もしたことがなかったのです。」と述べているから「家族以外の人々と話すことはほとんどなかった。」ということは事実であろう。

フリードマンは「力の剥奪」についての理論で、3種類の力と挙げている。その第一は「社会的な力」である。それは「情報、知識、技術、社会組織への参加に関わる。」ものと述べている。上記の女性たちの状況はまさにこの「社会的な力」が剥奪されている状況にある。

この女性たちがFCHVとなるために研修を受けて、主として、母子保健に関する情報、知識、技術を身につけ、FCHVという社会組織に参加することでエンパワーメントされるにいたったのである。

初任者研修では以下のようなことを教えられたとFCHVたちは述べている。「家族計画の重要さと方法」、「妊娠中から出産までの健康について」、「5歳までの健康について」、「栄養とビタミンについて、とりわけビタミンAと虫下しについて」、「エイズその他の感染症について」、「予防接種の重要さについて」、「下痢の予防と治療について」、「子どもの風邪や肺炎の治療について」、「衛生的な生活について」、などである。ただし、先行研究2)のような斬新な「参加型」研修ではなかったと述べている。

一見、なんでもない研修のように見えるが、この研修内容が当時の女性たちにとって極めて重要な情報であったことを「下痢の予防と治療について」を例にとって考えてみる。

どこの国でも母親たちは子どもが下痢で死ぬことを恐れていたのは間違いない。「2009年になっても、毎年、150万人の子どもが下痢で死んでいる。それは子どもの死亡原因の第2位を占めている。(第1位は肺炎)」とユニセフとWHOのレポートが報告している。(UNICEF・WHO 2009)

しかもその下痢がごく簡単な「水分補給」で治るとこの研修では教えられたのである。「そんなことなら自分の力で、下痢で死ぬ子どもの命を救おう！」と思う女性がいるのは当然である。第4章第2節の(2)で「熱心な、初代FCHVのOさんは自宅の向かい側の小さな商店に集まる情報に常に注目していた。『x xさんの子どもが下痢している。』と聞くとすぐに経口補水薬を持って出かけ、補水液を自分で作って飲ませて帰ってきた。そこまでしてようやく水分補給が有効であることを解ってもらえた。」と述べているが、このOさんの例は情報、知識、技術を身につけるという第1段階のエンパワーメントからその情報、知識、技術を活かし、他の女性の子どもの命を救って、その女性を元気付けるという形で他の女性をエンパワーするという第2の段階にいたったことを示すものである。そのことで自信や使命感を持ち、周りからほめられるという社会的認知を得て自分自身もさらにエンパワーされたのである。子どもの命を救われた母親も、下痢治療の知識を得、近代医学に目を開き、FCHV制度のすばらしさを認識しエンパワーされたのである。事例地で起こったのはこのようなエンパワーメントである。

しかしそこにはまた矛盾が生じ、新たな問題が起こる。第1章第2節(3)で述べたが「エンパワーされた人とされない人との分裂が生じる」場合である。「力が剥奪されている」大多数の女性の中のごく一部がFCHVとしてエンパワーされただけである。FCHVが他の女性をエンパワーするにしても全員ではない。とりわけ、第3章第2節(3)で述べ

た「女性の尊厳を冒し、不幸をもたらすような結婚、または男女関係」に苦しむ女性たちにはFCHVは、制度としては関与できない。

そこでもう一度第1章第2節(4)の「図1 力を剥奪されている女性からエンパワーされた女性へ(1)」へ戻って、AからHについて事例地で何が起こったかを検証する。

図1 力が剥奪されている女性からエンパワーされた女性へ(1)

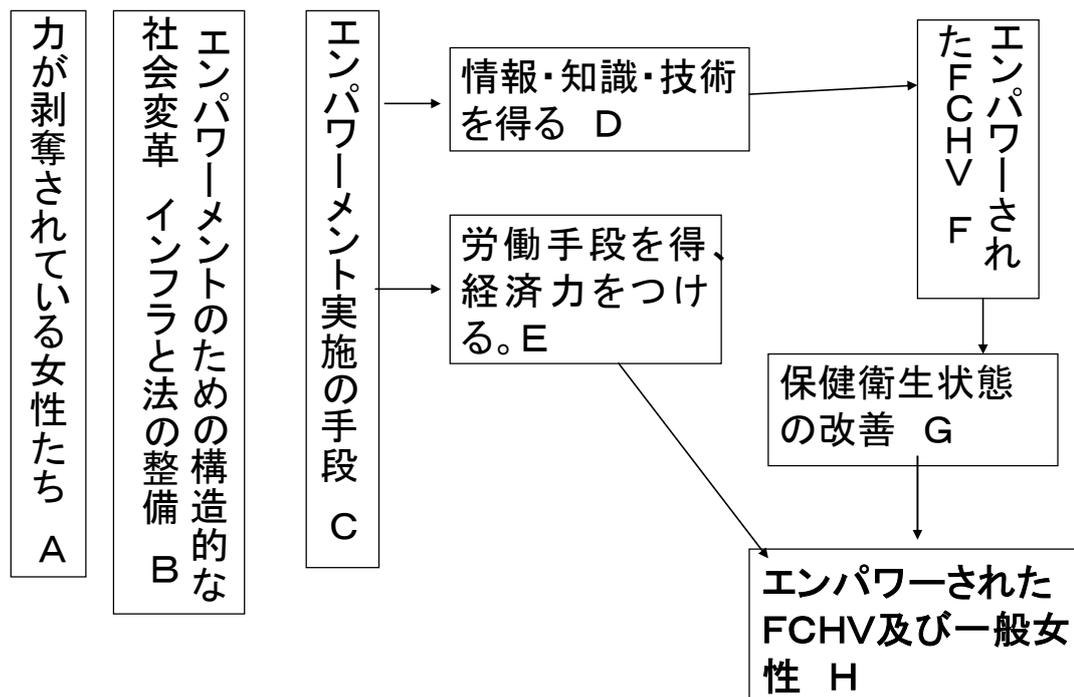


図7は図1の仮定に基づいて実際に事例地で起こったことを図示したものである。すなわち、AからA'、BからB'・・・の変化が事例地で起こったのである。

AからA'へ：力が剥奪されている女性たちがエンパワーされていく。

BからB'へ：表9のようにインフラの整備が進み、(水道、道路、学校、電気) 表7(ムルキアインの改正)のような、女性の権利を守る法の整備が行われた。A地区の北西の斜面に植林が行われ、入会山制度がA地区では設置された。FCHV制度ができ、マイクロファイナンス運動が興り、FEDOの支部ができた。

CからC'へ：事例地の場合はFCHVの初任者研修と開発による雇用機会の増加、マイクロファイナンスの利用による収入増活動である。

DからD'へ：FCHVとなるべく指名された女性が研修を通じ、情報・知識・技術を得た。

EからE`へ：開発が進み、雇用の機会が増えた。マイクロファイナンスで借金をして収入増活動をする女性も増えた。 についていえば 5 歳未満児の死亡率は削減され、妊婦の健康は改善された。

FからF`へ：情報・知識・技術を身につけたFCHVが誕生した。

GからG`へ：FCHVはその本来の任務である「保健衛生状態の改善」によりコミュニティーに奉仕し、保健衛生状態を改善した。とりわけ、避妊の普及、5歳未満児の死亡率の削減、妊婦の健康の改善に功績があった。

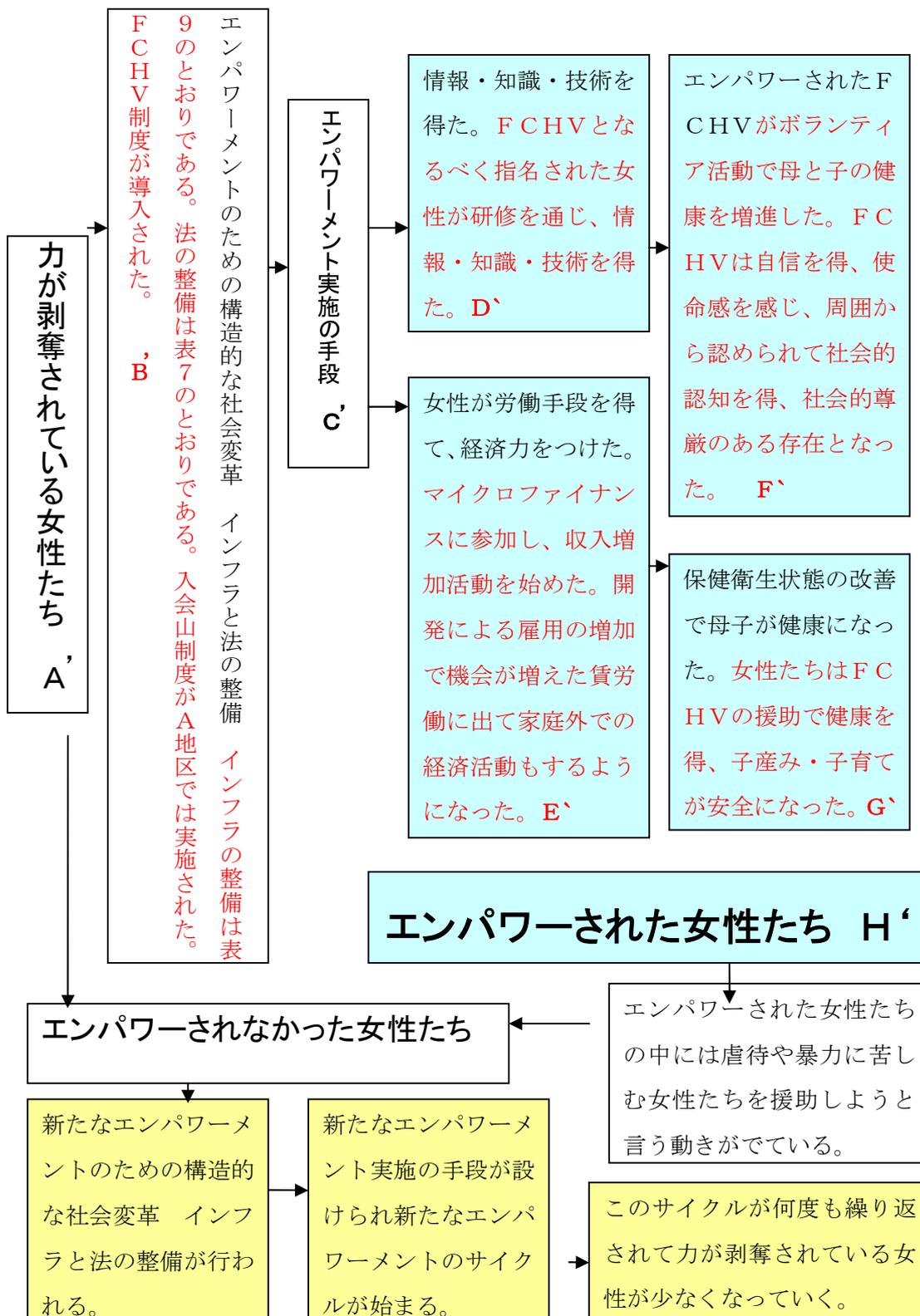
HからH`へ：FCHVたちは功績をあげることでさらにエンパワーされた。一般女性は経済力をつけ、社会参加した。子産み・子育ては安全になった。

しかし、ここに残るのは「エンパワーされなかった女性たち」の問題である。この女性たちのためにまた新たなる「エンパワーメントのための構造的な社会変革 インフラと法の整備」が必要である。そして再び、新たなエンパワーメント実施の手段が設けられ新たなエンパワーメントのサイクルが始まるべきである。

このサイクルが何度も繰り返されて力が剥奪されている女性が少なくなっていかなければならない。その際、エンパワーされた女性たちからの、「エンパワーされなかった女性たち」への働きかけがあるであろう。現に、事例地では一部の女性たちは虐待や夫の暴力に苦しむ女性を援助しようという動きを見せている。

また、エンパワーメントにはもうこれでよいという到達点はない。誰もが先へ先へと進まなければならない。その上、エンパワーされるもの同志、エンパワーするものとされるもの、エンパワーされるもの同志の複雑な相互作用がある。

図7 力を剥奪されている女性からエンパワーされた女性へ（2）



第5章 結論

本研究の目的はネパールが MDG の目標 4 「乳幼児死亡率の削減」と 5 「妊産婦の健康の改善」を達成する過程において、「女性村落保健ボランティア (FCHV)」が、自分自身もエンパワーされつつ、かつ、他の女性たちをエンパワーしていくプロセスを事例地調査に基づいて明らかにすることであった。

(1) 第1章では何が明らかになったか

第1章では問題の背景としてネパールの FCHV が MDG の 4 と 5 を達成するのに大きな役割を果たしたことが国際的に認められていることを述べた。

その FCHV についての先行研究を調べ、問題点を検出した。その問題点はどのようなであろうか。

先行研究 1 ではどのように、FCHV たちのボランティアとしてのモチベーションを高めるべきかが明らかにされた。しかし住民と FCHV の関係がはっきりしないために住民が FCHV を尊敬しているかどうかはインフォーマントの付度だった。けれども、本稿では第4章、第1節(4)に述べたごとく、FCHV と住民の関係は良好であり、確かに住民は FCHV を尊敬しているから「給与を受け取ると住民が尊敬しなくなる」と述べている FCHV の代表の「住民が FCHV を尊敬している。」という前提は正しいことが明らかになった。

先行研究 2) ではモチベーションの高まった状態をどのように維持するかが明らかにされた。しかしそれはビタミン A の配布についてだけであったが、前章に述べた「成功の要因」でこの制度全体を持続的に維持・発展させる要件が明らかにされた。ネパールはこの制度ができて以来、1990 年と 2006 年の 2 度の政変を経験しているが、なおもこの制度が健在であることがこの制度の成功を示している。

先行研究 3) では FCHV の判断と処置が信頼に値するということが明確にされたがそれは新生児のケアについてのみであった。しかし第4章、第2節の(2)に述べたとおり FCHV たちは子どもが肺炎だとわかってもすぐに抗生物質を与えないで、病院へ行かせる。抗生物質で治れば自分の手柄として周りの人にも認められるであろうがそんなことはどうでも良い、「こんなときにこそ、病院でしっかり診てもらって、子どもの健康を医者と相談するのがいい」という FCHV の判断は正しい。FCHV が広い観点から母と子の健康を考えていることがわかり FCHV の判断は信頼に値することが明確になった。

したがって、先行研究の残した問題点は 3 点とも解明された。

研究の目的をこの章の冒頭に述べた如くに定めた。事例地を3地区設定し、既婚婦人、老人などからの聞き取り、その他の方法を定めた。

(2) 第2章 FCHVとネパール女性の現状

ネパール全土にFCHVは52000人いる。他の南アジア諸国と比べカバー率が高く(97%)退任率が低い(年間4%)。

ネパール女性は重労働と栄養不良と無権利状態に苦しんでいるが女性の権利を守る法律は整備された。女性の意識も徐々に変化し、社会参加も進みかけている。

(3) 第3章 事例地での調査でわかった、一般女性の現状とエンパワーメント

A地区の女性は経済力を向上させる力を得てきた。表12(地区別マイクロファイナンス加入率)に見る如く、マイクロファイナンスの加入率も高く(A地区90%、B地区66%、C地区40%)賃労働にでている率も高い。(A地区53%、B地区30%、C地区25%)

B地区の女性は女性の地位を高める力を得てきた。たとえば表10(家の中のことについて決定権は誰にあるか)で見ると家の中のことを「夫婦で決める」率が高い(A地区10%、B地区45%、C地区42%)。C地区では高等学校以上の教育を受けた女性の率が高い。A地区8%、B地区12%、C地区20%である。

ただしこれらの状況は間接的にはFCHVの影響もあるが、直接、FCHVが働きかけて起こったことではない。

(4) 第4章で5歳未満児の死亡率の削減と妊婦の健康改善の要因、FCHV制度の成功要因、FCHVおよび一般女性のエンパワーメントについてわかったこと

5歳未満児の死亡率の削減と妊婦の健康改善の要因は母親の教育レベルの向上、世帯の経済状態の改善に影響を受ける。

FCHV制度の成功の要因は

- 1) カバー率の高さ
- 2) 地域出身者であること
- 3) 政府によるインセンティブ
- 4) FCHVたちが社会的尊厳を得たこと。
- 5) 社会全体が変化したこと

以上の5点である。

FCHVのエンパワーメントの観点から見ると4)のFCHVたちが社会的尊厳を得たことが重要である。第3章、第3節の(3)にFCHVはどんなときにやりがいを感じるか、をまとめた。その「やりがい3」は「自分が治療した人が元気になって感謝され、周りの人もほめてくれるとき。」である。単なる「力が剥奪されている女性」に過ぎなかった農家の主婦が、自分の行った治療行為のためにお礼を言われ、周りからほめられるという「社会的認知」を得たのである。

次には、自分は農業と家事以外には何もできないと思っていたのに病気の治療ができることに驚くと共に自信を得たのである。それが「やりがい5 子どもの下痢を治療でき、肺炎がチェックできるとき。やりがい6 この国の子どもや妊婦の死亡がFCHVの働きで減っていると聞くとき。やりがい7 自分が出産を手伝って生まれた子が元気に育っているのを見るとき。」に表されている。

さらに、自分を頼りにしている人がいることで使命感を持ったのである。豚の飼育をしている谷に住んでいる女性たちは、FCHVが「明日は予防接種がありますよ。」と該当世帯に触れてまわることに感謝している。つまり豚小屋の周りに住んでいるような自分たちをそんなにまで尊重してくれることへの感謝である。したがってFCHVとしては自分に感謝し、頼りにしている(妊娠や育児についてこの地域の女性は全員FCHVに相談している。)女性がいることで自分の使命を感じているのである。

社会的認知と、自信と、使命感でFCHVは社会的尊厳のある存在となった。これはまさに大きなエンパワーメントである。

このFCHVの治療行為を一般女性が評価すると同時に自分も学ぼうとするようになった。表15にまとめたFCHVとしての仕事の記録には単なる薬の投与でなく、「下痢止めの作り方を教える。」「風邪・熱の家庭療法を教える。」「(怪我の)手当ての仕方を教える。」という記録が出てくる。つまり、一般女性もFCHVに影響されて学び始めたのである。女性の集まりがあると「子どもの病気の予防」といったようなテーマでFCHVが招かれて話しをするのも、一般女性の「学ぼう」という意欲があるからである。

結論として言えることは「FCHVはネパールのMDG4と5の達成に貢献するプロセスで社会的に尊厳のある存在となり、大きくエンパワーされた。一般女性も自らも学ぼうとする意欲を持つようになり、大きくエンパワーされた。」と言うことである。

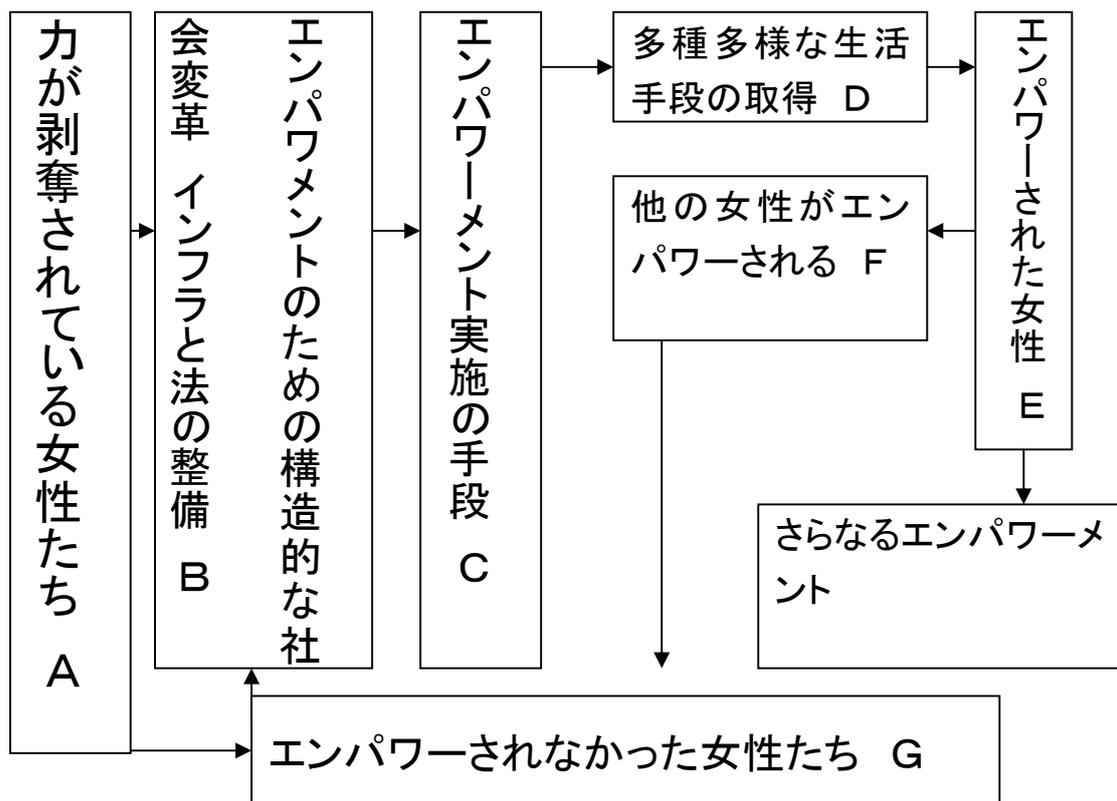
(5) 今後の課題

前章の最後に述べた如くエンパワーメントのサイクルはどこまでも続く。エンパワーされなかった女性はあらたなエンパワーのサイクルに組み込まなければならない。エンパ

ワーされた女性はさらに高い段階に進まなければならない。

そこで図 1 を変形してさらに新たなサイクルでのエンパワーメントがどのようにして可能かを想定してみることにする。

図8 力が剥奪されている女性からエンパワーされた女性へ (3)



Aの「力が剥奪されている女性たちの「力」は当事者の立場と社会状況によって違う。自分の生活を少しずつでも望む方向に変えることができるようになる力といえば、歩行障害者にとっては歩行器具であるかもしれない。また別の人にとっては語学力かもしれない。

Bの「構造的な社会変革 インフラと法の整備」もまた状況によって違う。難民にとっては現に今いる国の難民条加盟であろう。これについて事例地の女性たちが希望しているものの一例をここに挙げる。

- ① 乾季で農業ができないときのための手工業の工場
- ② トイレを建てるための補助金制度
- ③ 水場の貯水タンク
- ④ A地区の南東側の谷を越えてチカバイラブ (町の名) へ行く道の建設
- ⑤ 大きな病気をしたときの保障
- ⑥ 障害者の仕事
- ⑦ 虐待や暴力に苦しむ人たちの相談・援助・シェルター などである。

Cのエンパワーメント実施の手段も多種多様である。

Dの生活手段の取得は個人の実情に応じたものであるべきだ。

Eはエンパワーされた女性であるがエンパワーメントには「もうこれでいい」という終点はない。

Fはエンパワーされた女性が他の女性をエンパワーする場合である。ボランティアとして、NGOとして、職業として他の女性をエンパワーしている。

Gはエンパワーのサイクルに取り残された女性たちであるがさらなる、つぎのエンパワーのサイクルに乗るかもしれない。

このようにサイクルはどこまでも続き「力が剥奪されている女性」がなくなる方向に進まなければならない。

「2014年にはFCHVの功績をたたえて記念切手が発行される。」というニュースが2013年12月17日のカトマンズポストに載っている。同時に、同紙の記者のインタビューに答えて、現在「児童保健課」の主事であり、以前の「家族保健課」の課長であった、Dr. Sinendra Uprety氏は「この25年にわたるFCHVの貢献は国内ばかりでなく国際的にも認められている。彼女らは地域と保健施設の橋渡しをし、ヘルスセクターのバックボーンでとなっている。彼女らのおかげでは医療関係者は、今、何が大切な医療問題であるかを理解できる。」と述べている。

住民参加の保健医療を実現するために、女性のもてる力を、5歳未満の子どもの死亡率の削減と、妊産婦の健康の増進に役立てようとしたネパール政府の試みは事例地においては成功した。

そのプロセスで、FCHVは言うに及ばず、多くの女性がエンパワーされた。力が剥奪されていた女性たちが、エンパワーを受け、さらに他の女性をエンパワーすることで、一国の保健衛生状態を、国連から表彰されるほどまでに改善したという事実の重みを理解していただければ幸いである。

引用文献

A F P N e w s (2012) 『黒魔術を使った』

<http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20130110-00000035-jij-asia> 2013年5月1日取得

A M D A (2003) 「平成15年度国際開発協力関係民間公益団体補助事業完了実績報告書補助事業の成果」

<http://amda.or.jp/project/pro03/2004/nepaldamak04.pdf#search=%27%E3%83%8D%E3%83%91%E3%83%BC%E3%83%AB%E3%81%AE%E5%8C%BB%E7%99%82%E5%BE%93%E4%BA%8B%E8%80%85%E4%B8%8D+%E8%B6%B3%27>

2013年1月17日取得

アジア経済研究所 (2009) 金融 マイクロファイナンス 『アジア経済研究所調査研究報告』

<http://www.ide.go.jp/Japanese/Research/Theme/Eco/Microfinance/> 2012年9月1日取得

青山温子他 (2011a) ネパールにおける Female Community Health Volunteers による低出生体重児発見のツールとしての spring scale の精度の検討『第26回日本国際保健医療学会学術大会 プログラム抄録集』日本国際保健医療学会 124

青山温子他 (2011b) ネパールの女性コミュニティヘルスボランティア FCHV による新生児感染症ケアトレーニング内容の理解度について『日本国際開発学会 22回大会報告集 日本国際開発学会』

Bang A. & Bang R. (2006) *SEVAGRAM TO SHODHGRAM (Journey in search of health for the people)* Mumbai Sarvoday Mandal 21-24

ビスタ D. B. (1982) 『ネパールの人々1』古今書院 79

ボストン女の健康の本集団 (1988) 『からだ・私たち自身』松香堂 3-4

ブリタニカ国際大百科事典 (2010) 父権制度 『ブリタニカ国際大百科事典』ブリタニカ・ジャパン

C a r e (2008) 『ネパールからのストーリー 夫からの暴力 心身を覆う痛みと傷』

<http://www.careintjp.org/news/a/08.html> 2013年1月17日取得

チェンバース R. (1995) 『第3世界の農村開発』明石書店 216

Coates J. (1999) *Empowered Women Save Children Lives A Report From Nepal's National Vitamin A program*

<http://www.a2zproject.org/~a2zorg/pdf/EWACL.pdf#search=%27Empowered+women+save+Children%27s+lives+++Nepal%27> 2013年1月17日取得

- 大辞林 2006 三省堂
- ダニエルズ N. 他 (2008) 『健康と格差と正義』 勁草書房 7－8
- デイヴィッド W.・デイヴィッド S. (2002) 『いのち開発NGO』 新評論社 34 76 81
- Department of Health Service (2010) *National Female Community Health Volunteer program Strategy* Kathmandu Government of Nepal
- Department of Health Service (2006a) *Annual report 2004/5* Kathmandu Government of Nepal 103—104
- Department of Health Service (2006b) *An Analytical Report on National Survey of Female Community Health Volunteers of Nepal* Kathmandu Government of Nepal 1—47
- Department of Health Service (2011) *Annual Report 2010* Kathmandu Government of Nepal 22—25, 71
- フリードマン J. (2000) 『市民・政府・NGO』 新評論
- 外務省ホームページ(2012) 『経済 後発開発途上国』
- http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/ohrlls/ldc_teigi.html 2013年4月5日取得
- 学生国際協力団体 STEP (2009) 『ネパールでも安全な水を必要としています』
- <http://ameblo.jp/step-gaidai/theme-10019558674.html> 2013年1月17日取得
- Glenton C. et al. (2010) The female community health volunteer program in Nepal: Decision makers' perceptions of volunteerism, payment and other incentives, *Social Science and Medicine* Vol.70 Issue 12, Amsterdam ELSEVIER
- ギミレ D. (1996) ネパール少女の売春 ABC ネパール編 『ネパールの少女買春』 明石書店 17
- Government of Nepal (2004) Nepal living Standard Survey 2003/2004 *Statistical Report I* Kathmandu Central Bureau of Statistics 50
- Hafeeze A. et al. (2011) Lady Health Workers in Pakistan: challenges, achievements and the way forward, *Journal Of Pakistan Medical Association*, Karachi-74400, Pakistan PMA House
- ハーゲン T. (2000) 『ネパール』 白水社 102、106
- Heifer International's (2011) *From Housewife to Community Leader in Nepal*
- <http://www.heifer.org/ourwork/success/housewife-leader> 2013年1月17日取得
- 池上清子他 (2009) 妊産婦死亡率の proxy indicator についての研究 『第24回日本国際健康医療学会学術大会プログラム抄録集』 日本国際保健医療学会 101

- I M O 医療と移住 (2006) 『一少子化社会と頭脳流出のはざままで』
http://www.iomjapan.org/act/act_007.cfm 2013年1月14日取得
- 伊藤ゆき (2007) ネパールの民主化と女性の法的地位：1990年から2006年 『新潟大学
 学リポジトリ 030 法学部』新潟大学法学会 474、482
- J I C A 医療協力部 (2002) *Primary Health Care* (プライマリ・ヘルスケア) 13
- Kathmandu Post (2010) *Minister all praise for do-gooders for lifting nation's
 health Standard* Kathmandu Kathmandu Post
- 桐村彰郎(2006) 『ネパールにおける職業と世系に基づく差別 職業と世系に基づく差別に
 関するプロジェクト』社団法人部落解放・人権研究所
http://blhrri.org/kenkyu/project/descent/descent_00005.html 2013年7月17日取
 得
- 小倉清子 (2011) ネパールマオイスト女性たちの肖像 第19回』
<http://www.asiapriss.org/member/achieves/2011/02/14130948.php> 2013年7月17日
 取得
- 国連開発計画 (2010) *FAST FACTS*
http://www.undp.or.jp/5_FF_MDG_JP_rev2.pdf 2013年4月5日取得
- 国際条約集 (2009) 『女子差別撤廃条約』有斐閣 297—301
- 国際人口・開発会議 (1996) 『カイロ国際人口・開発会議採択文書』世界の動き社 35—48
- 国際人口・開発会議+5 (1999) 『カイロコンセンサスについて』国際連合広報センター 1
- 国際連合広報センター (2003) 『国連ミレニアム開発目標 (MDGs)』
http://www.unic.or.jp/unic/press_release/3072/ 2013年4月5日取得
- 真崎克彦 (2000) ネパールの地方分権化政策 日本ネパール協会編 『ネパールを知るため
 60章』明石書店 63
- 松尾瑞穂 (2006) 他の人を娶ってください 『みんぱく 2006 2月』国立民族学博物館
- 松田正己他 (2010) 『変わり行く世界と21世紀の地域』やどかり出版 24—44
- 三瓶清朝 (1997) 『ネパール紀行』明石書店 95, 104
- 三砂ちずる (2007) 『コミットメントの力』NTT出版 67
- 森本達雄 (2003) 『ヒンズー教—インドの聖と俗』中央公論 12, 42
- ナビン B. (2012) 『もっと知りたい国ネパール』心交社 86—102
- 名和克郎 (1997) カーストと民族の間 石井溥編 『アジア読本 ネパール』49
- Nepal Democracy (2010) *Women's property Rights*
http://www.nepaldemocracy.org/gender/property_rights_movement.htm 2013年4月

- 5日取得
- NHFP (2006~2012) *Nepal Family Health Program Technical Brief 1~22* USAID
http://nfhp.jsi.com/CHW/ch_workers.htm 2013年4月4日取得
- NFHP II (2010) *Community Health Workers* USAID
http://nfhp.jsi.com/CHW/ch_workers.htm 2013年4月4日取得
- NHK (2011) 『世界のドキュメンタリー 解説文』
http://www.nhk-g.co.jp/program/news_documentary/2011/017/ 2013年7月17日取得
- 日医ニュース (2000) 『コパシ便り (67)』 日本医師会
<http://www.med.or.jp/nichinews/n120720c.html> 2013年7月17日取得
- 日本女性学習財団 キーワード・用語解説『国際人口・開発会議』
<http://www.jawe2011.jp/> 2013年7月17日取得
- 日本ユニセフ協会 (2013) 『キーワードで知る栄養不良とユニセフの活動』 日本ユニセフ協会
<http://www.unicef.or.jp/special/eiyo/keyword.html> 2013年9月12日取得
- 大森真一郎 (1972) 『はだしの医者』 講談社 54-61
- 大野伸子他 (2007) 住民保健ボランティアのモチベーション向上のための取り組み
『国際協力研究』 Vol.23 No.2 JICA研究所
- 大塚製薬メディカルフーズ事業部 (2010) 『経口補水液 オーエスワン®シリーズ』
http://pr.kenko.com/p/pr_0165001.html 2013年4月4日取得
- 岡村博州 (2003) 『これならわかる産科学』 南山堂 235-243
- Population Division Ministry of Health and Population Government of Nepal & New ERA
(2007) *Nepal Demographic And Health Survey 2006* Calverton, Maryland, U.S.A
MacroInternational Inc. 223, 228, 225
- Population Division Ministry of Health and Population Government of Nepal & New ERA
(2012) *Nepal Demographic And Health Survey 2011*, Calverton Maryland U.S.A.
MacroInternational Inc. 165
- Prasad BM, Muraleedharan V. R. (2007) *Community Health Workers: a review of concepts, practice and policy concerns*
http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/Equitable_RPC/CHW_Prasad_Muraleedharan.pdf#search=%27community+Health+Workers++a+review+of+concepts+Prasad++BM%2013 2013年9月12日取得
- プログレッシブ英和中辞典 (2012) *Show and Tell* 小学館
- ルーム・トゥ・リード (2010) 『ルーム・トゥ・リード・ジャパンについて』

- http://japan.roomtoread.org/our_programs/whatwedo/girlseducation.html 2013年7月19日取得
- セーブ・ザ・チルドレン (2010) 『母子に寄り添う保健ボランティアが活躍!』
- <http://www.savechildren.or.jp/scjcms/everyone.php?d=723> 2013年7月19日取得
- 社会学用語辞典 (1993) 第2波フェミニズム 『社会学用語辞典』学文社
- 世界史小辞典編集委員会 (2004) ダルマ 世界史小事典編集委員会編 『山川世界史小事典』山川出版
- Shrivastava SR, Shrivastava PS. (2012) *Evaluation of trained Accredited Social Health Activist (ASHA) workers regarding their knowledge, attitude and practices about child health.*
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23198703> 2013年7月19日取得
- シャルマ N. (2009) 女性と暴力 『ネパール・カンティブルオンライン』
- http://blogs.yahoo.co.jp/aaii_jee/48705350.html 2013年1月17日取得
- スペディ P. (1996) 『立ち上がるネパールの女性たち』花林書房 95, 96
- セン A. (2003) 『自由と経済開発』日本経済新聞
- 谷川昌幸 (2011) 『ネパール評論—国家世俗化とネパール・ムスリムのジレンマ』
- <http://nepalreview.wordpress.com/2011/09/28/a-160/> 2013年7月19日取得
- 谷川昌幸 (2012) 『ネパール評論—出生前診断で女児中絶?』
- <http://nepalreview.wordpress.com/2012/09/23/a-369/> 2013年7月19日取得
- 谷川昌幸 (2013) 『ネパール評論 暫定憲法』
- <http://nepalreview.wordpress.com/2013/05/18/a-544/> 2013年7月19日取得
- 谷口真由美 (2007) 『リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス』信山社 25、27、28、35
- 上野千鶴子 (1990) 『家父長制と資本制』岩波書店
- UNICEF (2004) *What works for children in South Asia Community Health Workers* UNICEF
- <http://www.unicef.org/rosa/community.pdf> 2013年4月5日取得
- UNICEF・WHO (2009) *Diarrhea :Why children are still dying and What can be done?* Genève UNICEF・WHO
- 内海成治 (2001) 『ボランティア学のすすめ』昭和堂 196
- Valley Research Group (2007) *A Study on the FCHV Endowment Fund 2006* Ministry of Health and Population Kathmandu Government of Nepal
- West K.P. et al. (1991) Efficacy of Vitamin A in reducing child mortality, *The Lancet*

- Vol. 338 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1676467> 2013年7月19日取得
- WHO (2012) *Pakistan's Lady Health worker*,
http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/case_studies/CS_Pakistan_web_en.pdf 2013年4月5日取得
- World Economic Forum (2012) *The World Gender gap Report* World Economic Forum
<http://www.weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2013>
- 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
<http://www.hurights.or.jp/archives/newsletter/> 2013年5月6日取得
- 柳沢由美子(1997)『リプロダクティブ・ヘルス・ライツ』国土社 10-12
- 安野早巳(1997)『薬では治せない病気 石井溥編』『アジア読本 ネパール』河出書房新社
 238-242
- ユニセフ(1987)『世界子供白書1987』日本ユニセフ協会 53
- ユニセフ(1988)『世界子供白書1988』日本ユニセフ協会 54-66
- ユニセフ(1990)『世界子供白書1990』日本ユニセフ協会 46-64
- ユニセフ(1992)『世界子供白書1992』日本ユニセフ協会 62-79
- ユニセフ(1994)『世界子供白書1994』日本ユニセフ協会 52-62
- ユニセフ(1996)『世界子供白書1996』日本ユニセフ協会 86-111
- ユニセフ(1998)『世界子供白書1998』日本ユニセフ協会 71-95
- ユニセフ(2000)『世界子供白書2000』日本ユニセフ協会 104-137
- ユニセフ(2002)『世界子供白書2002』日本ユニセフ協会 101-138
- ユニセフ(2004)『世界子供白書2004』日本ユニセフ協会 102-138
- ユニセフ(2005)『世界子供白書2005』日本ユニセフ協会 134
- ユニセフ(2006)『世界子供白書2006』日本ユニセフ協会 98-134
- ユニセフ(2007)『世界子供白書2007』日本ユニセフ協会 17
- ユニセフ(2008)『世界子供白書2008』日本ユニセフ協会 114-150
- ユニセフ(2009)『世界子供白書2009』日本ユニセフ協会 13, 128
- ユニセフ(2010)『世界子供白書2010』日本ユニセフ協会 100-138
- ユニセフ(2011)『世界子供白書2011』日本ユニセフ協会 88-119
- ユニセフ(2012)『世界子供白書2012』日本ユニセフ協会 88-119
- ユニセフ(2009)『子供のための前進第8号』日本ユニセフ協会 10, 11, 12

質問票 1

調査A 家族全体について

現在一緒に住んでいる家族について教えてください。

名前	年齢	所帯主との関係	学歴・在学中ならば学年私立か公立か	仕事常勤か日雇いか	収入	健康状態

出稼ぎ、勉強などで一緒に住んでいない家族について教えてください。

名前	年齢	所帯主との関係	学歴・在学中ならば学年私立か公立か	仕事常勤か日雇いか	収入	健康状態	住んでいる場所(国)

畑の大きさと作物と収入をおしえてください。

動物の種類と数と収入について教えてください。

牛 頭 ヤギ 匹 豚 匹

水牛 頭 鶏 羽

動物の肉や卵やミルクは家でも消費しますか。

消費するとすればどんなときですか。

消費する。 のときに。 しない。

トイレはありますか・いつたてましたか。

ある。 年前に建てた。 ない。 建てる予定がある。

電気代はいくらですか。使っている電気器具葉なんですか。

ルピー テレビ パソコン カセット 炊飯器 その他

次のものはありますか。

固定電話 メタンガス装置 電動草切機

プロパンガス オートバイ 携帯電話 台

子供が病気の際はどのようにしますか。

祈祷師のところに行く。 ヘルスポストに行く。 薬草をのませる。

FCHVに相談し薬をもらう。

マイクロファイナンスに入っていますか。 入っている。 入っていない。

グループ名

誰の名前で・いつから入ってますか。

掛け金はいくらですか。 誰が払いますか。

借りたことがありますか。 ある。 ない。

ある場合何に使いましたか。 使い道は誰が決めましたか。

重大事の決定はどうしますか。

家中で話し合う。 夫と妻で決める。 夫が決める。
妻が決める。 舅が決める。 姑が決める。

夫は暴力を振いますか。

振るわない。 振るう。 どんな時に振るいますか。

夫は酒を飲みますか。 タバコをすいますか。 ばくちをしますか。

どの程度ですか

酒 タバコ ばくち

嫁・姑で意見が違うときはどうしますか。

嫁ががまんする。 姑ががまんする。 夫が仲裁する。

何代前からここに住んでいますか。

質問票 2

調査 B

54歳以下の既婚女性に

結婚した年齢を教えてください。 歳のとき

妊娠について教えてください。

	年齢	流産・早産・死産・正常	母乳はあったか	出産は病院か家か	入院の場合誰が入院を決めたか	入院に反対した人は	どの病院か	何日いたか	いくら払ったか	交通手段
1回目		流・早・死・正		家 病院						
2回目		流・早・死・正		家 病院						
3回目		流・早・死・正		家 病院						
4回目		流・早・死・正		家 病院						
5回目		流・早・死・正		家 病院						
6回目		流・早・死・正		家 病院						

生後死んだ子供の年齢と死因と何年前か、どういう手当てをしたかを教えてください。

FCHVの制度ができてから妊娠・出産についてFCHVと相談しましたか。

した。 しない。

どんなことを相談したか

鉄分をもらった 妊娠が順調がどうか相談した

病院出産がいいかどうか 生まれた子の健康について

現在避妊しているか している していない

いつしたか 年前 ホルモン注射 コンドーム パイプカット

卵管結紮 器具挿入 埋め込み
なぜこの方法を選びましたか。

この方法について説明を受けましたか。

避妊に反対する人はいませんでしたか。

誰が勧めましたか。

副作用はありませんか。

現在は避妊していないが以前はしていたひとに

いつしましたか。 年前

ホルモン注射 埋め込み 器具挿入

質問票 3

調査C

55歳以上の老婦人に 年齢 氏名

出生地の子供のころの様子を教えてください。

次のものはありましたか。 電気 水道 水道 道 学校

現金収入 病院

出産のために死んだ人はいましたか。

結婚は誰が決めましたか。

あなたの母の妊娠回と出産について教えてください。

妊娠回数 正常出産回数 流・早・死産回数

あなたが結婚した年齢を教えてください。 歳のとき

あなたの妊娠について教えてください。

	年齢	流産・早産・死産	母乳はあったか	病院か家か	誰が入院を決めたか	反対する人はいなかったか	どの病院か	何日いたか	いくら払ったか	交通手段	産前検診をしたか
1回目		流・早・死・正		家 病院							
2回目		流・早・死・正		家 病院							
3回目		流・早・死・正		家 病院							
4回目		流・早・死・正		家 病院							
5回目		流・早・死・正		家 病院							
6回目		流・早・死・正		家 病院							
7回目		流・早・死・正		家 病院							
8回目		流・早・死・正		家 病院							
9回目		流・早・死・正		家 病院							
10回目		流・早・死・正		家 病院							

生後死んだ子供の年齢と死因と何年前かとどういふ手当てをしたかを教えて下さい。

子供が病気のときはどんな手当てをしましたか。

若い人が出産で入院するのをどう思いますか。

若い人が海外その他に出稼ぎに行くのをどう思いますか。

子供の数は何人ぐらいが良いと思いますか。避妊をどう思いますか。

質問票 4

男性に聞く

氏名

年齢

学歴

あなたは妻が家の外でグループ活動や社会貢献活動をするのに賛成ですか

もし夫婦に子供が生まれない場合どうするのがいいと思いますか

離婚して別の人と結婚する

もう一人嫁をもらう

養子を取る

あと取りは無しでもいいが老後の生活に困らないように貯蓄する

避妊が必要なとき男がパイプカットをしたりコンドームを使うのをどう思いますか。

重大事の決定権は誰にありますか。

妻が病気になったときにご飯を炊いたり洗濯したりして妻を助けることができますか。

娘と息子が居て一人分しか学資が出せないとしたらどちらの子を学校に行かせますか？

あなたの両親と同居している場合あなたの妻と母親の折り合いが悪いときはどうしますか。

質問票6

F E D Oに聞く

氏名

年齢

学歴

F E D Oに入っていますか

入っている

入っていない

入っている人に

いつ入りましたか

年前

誰が勧めましたか

F E D O本部から来た人

知り合いの人

家族は皆入ることに賛成しましたか

賛成

反対

賛成・反対の理由

F E D Oに入ってから生活の仕方が変わりましたか

変わった 変わらない

変わった人に具体的にどう変わったか教えてください

生活をよくするために今後F E D Oでみんなでやりたいことはありますか

入っていない人に

入っていない理由

差別について

昔よりよくなった

昔と変わらない

良くなったと答えた人に

どんな点が良くなりましたか

なぜ良くなったのですか

現在どんな差別がありますか 教育 就職 結婚

日常生活で差別的な態度をする人はどんな人たちですか

どうすれば差別はなくなると思いますか

政府は差別をなくすように努力していると思いますか 思う 思わない

どんな点でそう判断しますか

日本の部落解放やその他の国の差別反対運動をどう思いますか

質問票 7

FCHVに聞く

氏名 担当地区

年齢 学歴

いつからこの仕事をしていますか。 年前から

担当の区域には何軒の家がありますか。 軒

平均して1ヶ月に何時間ぐらいこの仕事をしますか。 時間

1年に何人ぐらいの妊婦の世話をしますか。

施設出産 人

自宅出産 人

産前にどんな世話をしますか。

産後にどんな世話をしますか。

自宅出産の人の出産に付き合うことはありますか。

ある。 ない。

自宅出産の人に出血を防ぐ薬を配りますか。

配る。 様子を見てから配る。

配らないで病院に行かせる。

家族はあなたがこの仕事をするのに賛成ですか。

賛成。 どちらでもない。 反対。

反対の場合はその理由。

この仕事で忙しくて家事がおろそかにならなりませんか。

なる。 ならないように努力している。

今後も続けようと思いますか。

思う。 適当な時期にやめたい。 やめたい。

給料が支払われないことをどう思いますか。（複数に○をつけてもいい）

本当はもらいたい国もお金がないのだから仕方がない。

給料はなくても必要なものを（服、靴、帽子など）支給してほしい。

人の幸せのために働けば神様が認めてくれるだろう。

周りの人が喜んでくれるからそれでいい。

必要な薬品や道具、衛生材料は十分にありますか。

十分。 不十分。 まったく足りない。

薬のFCHVへの分配は誰がいつしますか。不足したらどうしますか。

昔は有料だったと聞くがFCHVが立て替えて買って来たのですか。

ビタミンA、虫下し、ポリオの予防が始まったのはいつからですか。

地域の人々は協力的ですか。

協力的だ。

人によって違う。

協力しない。

もっと仕事をしやすくするには何が改善されるといいと思いますか。

FCHVデーに何をしましたか。

質問票 8

FCHVの仕事

次のことはFCHVの仕事とされています。それらのうちあなたおよびあなたの家族が受けた

サービスはどれですか

ファミリープランについての知識と方法を教える。

ピルやコンドームを配る。

妊婦に産前検診を勧める。 鉄剤の服用と破傷風予防を勧める。

助産婦の介助による出産を準備することを勧める。

緊急事態への対処を考えることを促す。

自宅出産の場合には産後の大量出血の際に服用するように子宮収縮剤を渡す。

産後の女性にビタミンAを配布する。

子どもに栄養と衛生と健康的な振る舞いを促進する。

あまり危険でない肺炎には抗生物質を与え、困難なケースは病院に紹介する。

経口補水薬または亜鉛剤により下痢を治療する。

6～59ヵ月の子どもにビタミンAを服用させる。

虫下しによる回虫の駆除をする。

予防接種を手伝う。

ポリオの予防薬を飲ませる。

H I V / A I D S の予防知識の普及。

応急手当（切り傷、やけど、流産の手当）。

アウトリーチクリニックの活動の手伝い。

地域の母親グループの活性化。

F C H V には給料が支払われていないことをどう思いますか。

謝 辞

この稿を書き上げるに当たっては実に多くの方々からご指導・ご援助をいただいたことを、筆紙に尽くせないほど感謝している。

指導教官のマハラジャン教授には長年にわたって時宜を得たご指導をたびたび受けた。例えば、私が何をどう調査して良いのかわからないで困っていたら、「何よりもまず現地の人々と仲良くなりなさい。その人のライフヒストリーがわかるほどまでつきあいなさい。」と言われた。私はその通りにした。そのことが調査の役に立ったというような功利的な面はさておき、この人々との友情は私の人生の晩年に得た宝物となって今も続いている。

論文の指導に当たって頂いた吉田修先生、外川昌彦先生、関恒樹先生、遠路はるばるおいでいただく河合明宣先生たちは落ちこぼれかけている私を、実に根気よく、何度も何度もご指導くださった。普通ならばとっくに切り捨てられているところだ。このような師に恵まれた私は果報者である。

孫のような年齢のゼミの学友の親切にはたびたび感動した。老眼鏡を使用する私のためにハンドアウトを私の分だけ大きな文字で印刷して頂いたり、いつもうっかりして会合に遅れそうな私を促してくださったり、重そうな荷物はみんな持ってくださいたりして、私のことを常々心にかけてくださった。私より後に入学してきて、先に卒業し、祖国に帰って、祖国のために働いている学友たちを限りなく懐かしく思っている。

調査地の人々とは上述の如く厚い友情が築けたがそれ以外にも旧知のネパール人たちに多くのご協力をいただいた。

また、単なる通訳者としてだけでなく、マネージャーとして、調査のための手配をすべて先回りしてやってくださったブージェル・ミナ・マヤさんと 1995 年以來ずっと、私のパソコンとインターネットの環境を最上のものにしてくださっている慶応大学講師の渡辺大助さんのお二人に深く感謝している。

最後に、ネパールだ、広島だと家を空けてばかりいる私をいつも快く送り出してくれて、必要なときは、早朝や、深夜に車で新幹線駅まで送迎してくれた夫に感謝している。