

産業振興／職業訓練におけるW I D

多くの女性が地域における家内工業的な小規模な産業や小さな商売、工場、都市におけるインフォーマルセクターなどで、不安定な状態のまま一家の収入を得るために働いている。

多くの女性の企業主たちは、公的なトレーニングや金融機関の支援を望んでいながら、ほとんど得ることができないでいる。小規模な事業を起こして収入を得たいと考えている女性も多いが、それを始めるための情報や技術的・資金的な支援が得られない。また、新しい職種への参入は、慣習的なものから女の仕事ではないと閉じられていることが多いが、女性が参入している事例はそれが単なる先入観でしかないことを示している。女性が男性と同様にトレーニングや金融機関の支援などを受けられること、分野を限定せず女性にも新しい可能性を開いていくことが必要である。

女性は一般に労働者としての位置におかれることが多い。しかし、女性も企業家として、技術者として男性と同様に参加していけることは、女性の機会拡大のみならず、幅広い人材の養成、経済の活性化にも重要である。

一方工場などで働く女性労働者の多くは、男性と比較しての低賃金で長時間働いており、その労働環境は配慮されていないことが多い。女性労働者たちが、良好な労働条件下で働いていけるような、施設の整備、女性が自由に意見を述べていける場としての組織づくり支援、労働者教育も重要である。

1. 職業訓練におけるW I Dへの取り組み
2. 女性労働者への支援
3. 産業機器の開発におけるW I Dへの取り組み
4. 産業地区／工場施設の建設におけるW I Dへの取り組み

1. 職業訓練におけるW I Dへの取り組み

〈W I D配慮の視点〉

★ 地域の女性／男性が望んでいる訓練、情報の把握。

- 地域における産業の状況と女性／男性の関与の状況の調査。
- 地域住民男女の意見聴取／要望調査の実施。

- ・ 女性が発言しやすい環境を作る(女性のみを集めて意見を聞く、女性の調査員を採用する、現地語を理解する調査員の採用等)。

- ★ 女性のトレーニングへの参加を促す。
 - 女性のためのコースをつくる。
 - ・ 女性が多く関わってきた分野。
 - ・ 女性が従来参加してこなかったが、参入を希望している分野。
 - 女性の参加を抑制する要因を取り除く。
 - ・ 時間帯への配慮(一日のうちのピーク時、季節的なピーク時を外す)。
 - ・ 移動手段、交通費を持たない女性のための移動手段の提供。
 - ・ 託児所の設置。
 - ・ 女性の指導員の育成。
 - 女性も関与した(女性の意見を取り入れた)形での訓練所のトレーニングカリキュラムの見直し。
 - 指導員等に対して、女性への技術訓練の必要性の理解を促す。
- ★ 技術のみでなく、各種サービスの利用法(金融機関等)、企業の運営法等に関する内容を加える。
- ★ トレーニングで得た知識を女性たちが活用できるようなフォローアップの実施。
 - 融資機関との連携。
 - 指導員による定期的な訪問指導。
 - 活動員による地域社会への啓蒙活動。
- ★ 企業者たちが抱えている問題を語り合い、解決していくための組織づくり。

[他の機関の経験]

1) 女性のための食品加工産業プログラム

UNIDOによって各地で行われているこのプロジェクトは、アフリカ南東部での経験をもとにつくられた教材を用いて実施されている。内容は、技術的なものに加えて企業家としての意識づくり、経営技術が含まれて織り、政府の職業訓練機関等によって実施されることを目的としている。

このプロジェクトの実施をある国/地域が決定すると、準備期間が設定され、その間に食品加工セクターに関する調査、小規模企業を取り巻く現状や将来性、それらへの女性の関与についての調査が行われる。また、プログラムや教材を地域の状況に合致した形で作り直す作業も行われる。そして試験的なトレーニングコースでそれらを試した後、再び修正がされる。

トレーニングの参加者の選定は慎重にしなければならない。参加者の社会的地位や教育経験におけるばらつきは、グループとしての活発さを失わせ、また訓練指導者は要求のレベルの違いに対応できない。参加者は、活動の経験において似たような段階にあることが必要である。また、都市生活者と農村生活者は別々に指導する必要がある。それはそれぞれの抱える問題や、トレーニングに期待するものが違い過ぎるからである。また、このプログラムは女性のみを対象としているが、これは女性は男性の前では自由に発言、質問をしなくなってしまうことが多いからである。女性のみコースを設けることにより、女性たちは自由に活動することができる。

トレーニングは5週間であるが、1、2週を終えたところでフィールドスタディが実施される。トレーニングの最後には、参加者はその後で事業を開始するための計画書と融資の申請計画を作成する。これらは各種関係機関(融資機関等)の代表者たちも出席する中で参加者自身により発表され、その場で融資先を得ることもできる。

(資料；UNIDO. Training Programme for Women Entrepreneurs in the Food-processing Industry.及びUNIDO WID担当官 藤野あゆみ氏へのインタビューより)

2) 新しい分野への女性の参入 (大洋州)

自動車などの電気系統や、モーター修繕技術訓練のワークショップがキリバス、マーシャル、パラオで開かれた。このプロジェクトでは、男女一緒に訓練が行われ、女性もこれらの技術に秀でていることが示された。トンガなどでは、137名の男女に小型エンジンの訓練が行われ、さらにこの訓練を持続させるために女性のトレーナーたちの育成が行われた。

この地域では賃仕事が不足しているうえに、多数の男性の政策決定者や管理者が女性の職場進出を歓迎していないため、プロジェクトは若い女性層を啓蒙するための女性トレーナーたちの育成を行っている。

地域社会の意識を変えることもこのプロジェクトの重要な部分である。非伝統的な職業に従事する女性たちを増やすために、意識改革のプログラムがおこなわれた。色々な職業についている女性を描いた小冊子やポスターが島中に配られた。新聞やラジオのような影響力を持つメディアも啓蒙活動に加わった。

(資料；UNIFEM. UNIFEM現地情報)

2. 女性労働者への支援

女性労働者は、男性より低賃金で長時間働いていることが多いうえに、家庭では家事労働の二重の労働負荷に追われている。労働条件も良好でないことも多いが、組合などの力が弱く、労働環境の改善を働きかけることも難しい。このような中で、工場等の職場における働きやすい環境の整備、労働者教育等の支援が重要である。

〈W I D配慮の視点〉

★ 労働環境の改善。

- 保健衛施設(トイレ、洗面所、診療所等)、休憩施設等の整備。
- 保育所の併設。
- 職場への交通手段の提供。

★ 家事等の女性の労働負荷軽減。

- 給食サービスの実施。
- 労働者による日用品の共同購入の実施。

★ 女性労働者／組織への支援。

- 女性への労働者教育(研修)の実施。

(さまざまな労働者としての権利、サービスへのアクセス等についての情報提供)

〔他の機関の経験〕

1) 働く女性のためのダイケアセンター(イラク)

イラクでは多くの女性たちは子供たちを親類の家などに預け、働きに出ている。そこで女性の開発参加を促すための一つの方法として政府は働く女性のための子供のダイケアセンターの設立を提言している。

託児所運営のための全国的なトレーニングセンターの必要性が挙げられているが、ここでは託児所運営者たちのために、収益性、中央管理型のシステム、託児所増加方法等に関する訓練／システムの開発を行っていくことになる。そこで、UNDP及びUNICEFの援助を受けて、そのプログラムづくりとスタッフ養成が行われた。

まず7人のダイケアコーディネーターがアメリカに派遣され、6週間の集中的なトレーニングを受けた。彼らはセンターにおいて、託児所を運営するスタッフたち

に対してトレーニングを実施していくことになる。託児所にはおもちゃや用具が提供され、国内での木製玩具製作のワークショップも開かれた。また、そのための専門家も呼ばれ、玩具製造機械の操作に関する指導がスタッフに対して行われる。

(資料；UNDP. Women in Development.1989)

3. 産業機器の開発(特に小規模産業用機器において)

特に、一般に適正技術と呼ばれる機器の開発においては、現在どのような機器が誰によって使用されているか、そしてそれに関してどのような要望を持っているかをしっかり把握することが重要である。また、機器のデザイン等に関しても、その使用者となるであろう人たちの意見を取り入れながら決定していくことも必要となる。

〈W I D 配慮の視点〉

- ★ 開発を予定している機器が現在誰によってどのように使用されているかについての把握。
- ★ 現在使用している機器に対してどのような意見／要望を持っているかの意見聴取。
 - 女性が発言しやすい環境をつくる(女性のみを集めて意見を聞く、女性の調査員を採用する等)。
- ★ 製品開発のメンバーの一員としての地域の住民の参加

〔他の機関の経験〕

1) 魚の燻製器開発(ガーナ)

ガーナでは、魚の燻製器の導入が多くの女性に役立っている。一日につくれる燻製の量が2倍、3倍になり、収入は増加した。

この成功の要因として、調査の中で女性がその使用者として同定され、その設計と開発に十分な形で参加することができたためであると認められている。

(資料；CIDA. Women in Development;A Sectoral Perspective. 1989)

3. 産業地区／工場施設の建設

縫製工場等のさまざまな繊維産業や部品組立工場、また多くのインフォーマルセクターにおいて、多くの女性が働いている。計画される産業地区／工場において、女性はどのように関与する可能性があるかをしっかり把握し、労働しやすい環境の整備が重要である。

〈W I D配慮の視点〉

- ★ 計画される産業地区／工場に女性がどのように参入／雇用される可能性があるかの把握。
 - 対象となる産業セクターへの男性、女性の参入の現状の把握。
- ★ 女性が働きやすい施設の整備。
(衛生施設、休憩所、託児所など)
- ★ 女性企業家の参入促進。

〔他の機関の経験〕

1) ベルー 産業地区の建設

多くの失業者を抱える一方で多くの小規模企業がインフォーマルな形で活動しているベルーの一地域で、それらの企業を取り込む形での産業地区の建設プロジェクトが実施された。UNDPとUNIDOの支援を受けて169ヘクタールの地域の600の企業が入れる地区がつくられた。この地区では、託児所や給食センターといった女性の参加を促すための施設の設置が提案されている。またさまざまなトレーニングコースと共に、女性の機会拡大のためのワークショップも企画されている。

(資料；UNDP.Women in Development.1989)

保健医療分野におけるW I D

家庭や地域において、女性は次の世代の子供たちを産み育てる役割をもつと共に家族の健康管理の第一責任者でもある。健康な子供を産み、育てるための母親としての女性に対する支援と共に、地域保健活動等において、女性を重要な担い手として捉えていくことが重要である。また、家族計画は各々の家庭が望む形で子供をつくれるように、特に女性が出産、育児において意見を述べることができるように支援することが必要であり、そのためには女性が教育を受け、経済的に自立していくことも大きな要件となる。

女性はさまざまな経済活動に加えて家事労働も担っており、労働量は過重になりがちである。しかし慣習的なものから食事の量、内容についてまで規制されることも多く、また、医療機関へのアクセスも男性に比較して困難であることも多い。子供を産み育て、また家族の健康管理をし、そのうえ家計のためにも働いている女性の健康の維持を支援していくことは重要なことである。保健衛生のプロジェクトにおいて、女性を地域保健の重要な担い手と捉えると共に、女性たちがさまざまな保健医療のサービスを受けられることができるような配慮を行っていくことも重要である。

1. 家族計画
2. 母子保健
3. 地域保健
4. 医療従事者育成／指導
5. 病院施設建設
6. 研究協力

1. 家族計画

家族計画において、女性は中心的対象者とされてきている。女性への家族計画に関する情報の提供、普及活動はもちろん必要であるが、地域、男性を含めての活動がより有効である。また、家族計画導入には、女性が出産、育児において意見を述べるようになるために女性が十分な基礎教育を受け、経済的に自立することも、大きな促進要因である。

〈W I D配慮の視点〉

(1) 現状の把握

- ★ 結婚、子供の数、家族計画に対する地域の女性及び男性の考え方、態度、関心を把握し、考慮する。
- ★ 女性が計画出産できるようになるための社会的、経済的条件を把握する。

(2) アクセスの改善

- ★ 未婚、既婚、若年、高齢、経済状態に関わらず、女性が家族計画にアクセスできるための普及システムづくり。
- ★ 家族計画のもう一方の担い手としての男性への情報提供や普及活動の実施。
- ★ 避妊具が安価で安全に手に入りやすいシステムづくり。
 - Social Marketing・避妊具を通常住民が利用する商店で貧困家庭も手に届く値段で販売。商店には家族計画に関する基本的知識を指導、購買者への情報提供を図る。
 - 一般住民の目につくあらゆるものを利用しての広報活動(テレビ、ラジオ、新聞、買い物袋、乗り物の壁面等への刷り込みなど)

(3) 地域に受け入れられる活動

- ★ 地域の伝統的な医療従事者、宗教関係者、社会的リーダーとの協力を図り、地域に受け入れられやすい形での普及を図る。
- ★ 活動内容の検討(地域の女性が理解しやすく、また参加しやすい形に)。
- ★ 女性のプライバシーの保護への配慮。
- ★ 母子保健、地域保健との連携。

〔他の機関の経験〕

1) 家族計画プロジェクト(コロンビア)

この活動は、NGOであるPRIFAMILIAによって始められた。家族計画のサービスが裕福な女性に比べて貧しい女性にはわずかしか提供されていない現状を改善し、全ての人々が質の高いサービス受けることができるようになることを目標としている。当初1ヶ所から始まった診療所は現在48ヶ所になり、そのうち8ヶ所は男性専用である。伝統的な慣習を守っている保守的な地域に見えても、実は家族計画サービスへの潜在的需要の高いことが、利用者の多さから窺うことができる。

地域の保守的な反応を考慮しながら活動は行われた。1) ラジオによる広報、2) コミュニティへの避妊具配付、3) 避妊手術の施術(最初は男性に、後に女性対象になった)、4) 農村地域へのサービス徹底のために、地域のリーダー主導による簡便な避妊具の小売り、5) 外国援助機関から支援物資として入手した避妊具の、薬局への安値での卸(避妊具の多くは薬局で入手されていることから)、などさまざまな活動を行ってきた。

PROFAMILIAの最も新しい活動は、男性へのサービスである。このサービスは1985年から始まり、ラジオとパンフレットにより広報された。この活動は多くの男性を巻き込んだが、その成功の理由は、単に避妊手術をするだけでなく、泌尿器系の病気や不妊についてのサービスも行った点にある。これらのサービスはたくさんの患者を集め、診療所の継続に大きく貢献した。また、1990年には若者たちのための診療所も開始された。

(資料; Integration, June, 1992)

2) 家族計画/保健サービスプロジェクト(バングラデシュ)

1975年に国際下痢病センターにより、地域女性活動員による経口避妊薬とコンドームの配付活動が始まった。2年後にこの活動を評価したところ、住民の要求に十分応えるためには、しっかりと訓練を受け、知識を備えた活動員の必要性が明らかになった。

これまでの活動員は大半が高齢の未亡人で非識字者であったが、上記の評価を受け、6学年を修了し、既婚で子供をもち、自身でも避妊具を使用しており、また地域での説得力をもつ立場にある女性たちに替えられた。各活動員は200世帯を担当し、各世帯を2週間ごとに訪問する。避妊具使用の動機づけや、保健教育、避妊具の配付等の活動を、男性の上級フィールドアシスタントと、女性の家族計画訪問員のバックアップ及び週一回の在職トレーニングを受けつつ行っている。地域家庭との継続的な接触により、家族計画や母子保健に関しての要望や問題点について語り合う機会をもつことができるようになった。

活動員たちは、妊娠中の栄養の取り方や授乳、乳幼児の食事についての指導も行っている。また、母乳による授乳の重要性や、離乳に関する指導も行われている。妊娠時、出産時、新生児の衛生指導が強調され、小児麻痺予防ワクチンが与えられた。出産前3か月間の女性たちには鉄分と葉酸(増血に有効)が配付された。また、活動員は10人から20人の女性を集めて、下痢の際に経口で与える栄養液の作り方に

についても指導を行った。

活動員が変わる以前も活動は有効なものであったが、彼女らの社会的地位の低さが地域の女性たちの信望を得にくくしていた。活動員の交代は、避妊具の使用状況の向上に大きく貢献し、また母子保健への取り組みにも大きく役だった。

(資料；UNICEF. Improving Maternal Health in Developing Countries.1984)

3) 父親クラブ(ガーナ)

子供の数を決定するにあたって、父親は大きな役割をもっている。そこで、これまで家族計画の普及活動から除外され、家族計画に対して無関心になりがちな男性たちに直接話しかけられる方法が求められていた。

Planned Parenthood Associationは、職場に父親クラブをつくる活動を行っている。ここでは仕事の終わった後に男性たちに対し、健康管理、家計運営に関する講義や討論、家族計画に関する指導をおこなう一方で、広報を目的として避妊を呼びかけるメッセージつきのユニフォームをサッカーチームに提供する、といった活動も行われている。

このクラブの活動を通し、参加者の男性たちは家族計画を受け入れるようになってきている。

(資料；UNFPA.The State of World Population.1991)

4) 家族計画以外の分野との連携(ネパール)

家族計画協会によって、PHCと家族計画の普及を目的としたプロジェクトが1973年に始められた。その後外国のNGOなどの支援も受け、森林減少や土壌侵食を防ぐための植林活動を行ったり、農業生産の向上や収入向上活動などにも分野を広げている。地域の住民はプロジェクトの実施するそれらの活動に参加し、また家族計画も受け入れるようになった。プロジェクト地域はネパールにおいて現在高い避妊具使用率を示し、出生率は全国平均の半分である。家族計画プロジェクトにおいては器具や薬品の普及というハードウェアだけでなく、生活が向上することによって、働き手としてたくさんの子供をつくらなくてもよい、と両親が考えられるための活動も重要である。

(資料；Dankelman,I. and Davidson, A. Women and Environment in the Third world. 1989)

2. 母子保健

妊産婦の健康を守ることは、妊産婦のみならず、生まれてくる子供にとっても重要なことである。しかし妊娠中、産前産後も重労働を続けたり、食物に関して制限を受けることから来る栄養不足に苦しむ女性も多い。

出産時には、伝統的な産婆や近隣の人間が非衛生的な環境で子供を取り上げている地域も多く、母子の死亡事故や、感染による疾病等も少なくない。

このような状況で生まれてくる子供は、多くが栄養不足、不衛生な環境に起因する感染症、医療サービスの不足等に苦しんでいるが、特に男児が尊重される社会では女児に対する差別が目立つ。妊産婦、子供(特に女児)への配慮が促されるような活動の計画が必要である。

〈W I D配慮の視点〉

- ★ 地域における妊産婦や子供及び医療サービスの現状把握。
- ★ 地域の女性の意見聴取。
 - 女性が意見を述べやすいような環境をつくる。
 - ・ 女性のみを集めて意見を聞く。
 - ・ 女性の調査員を採用する。
 - ・ 部族語を理解する調査員を採用する、等。
- ★ 母子保健に関する地域住民への啓蒙活動。
 - さまざまな広報手段を活用する(ラジオ、テレビ、新聞、小冊子、家庭訪問等)。
- ★ 妊産婦の医療サービスの利用促進。
 - 移動手段を持たない女性のために、集落への巡回医療サービス。
 - 女性のスタッフの育成。
 - 女性のプライバシー保護への配慮(男女別の受付/待合室、診察時間帯を男女別にする等)。
 - 診察時間を住民の利用できる時間に合わせた柔軟なものにする。
 - Lying-in Village(出産前に宿泊し、休養と栄養補給を受ける)の設置。
 - スタッフに対する地域の慣習への配慮の指導。
 - 地域保健と関連しての医療サービス。
- ★ 母子手帳の普及。定期検診の促進。
- ★ 母親クラブ/女性組織づくり(情報の交換)。
- ★ 伝統的医療従事者(伝統的産婆等)へのトレーニング。
- ★ 女子の基礎教育の充実。
- ★ 保健衛生教育における女性の参加の促進。

[他の機関の経験]

1) 出産用宿泊施設

ザイールのプロジェクトでは、Lying-in Villageを用意している。ここでは、出産前の女性が付き添いの女性と共に宿泊し、休養をとれるようになっている。また、米やパームオイルによる栄養補給もおこなわれる。ここで出産された子供の死産率はその他の場所での出産された子供の半分になっている。

ケニアの病院では、病院から離れた地域に住む女性のために、病院の敷地内に宿泊施設が用意されている。女性たちは出産前後の診察や、出産の準備のためにここにやってくる。宿泊代は無料であるが、食事のしたくと寝具の用意は自分たちでせねばならない。

(資料; UNICEF. Improving Maternal Health in Developing Countries.1984)

2) コミュニティヘルスワーカーの選定

多くのプロジェクトにおいて、これまでの経験から、コミュニティヘルスワーカーの選定基準の見直しが行われ、より多くの女性、しかもある程度年配で経験をつんだ成人女性を選ばれるようになってきている。例えばインドでは、いくつかのプロジェクトを評価した結果、より多くの女性を、特に現地の言葉について識字者である女性を選ぶようにしている。男性は適当な女性が見つからないときのみ選ばれる。

(資料; UNICEF. Improving Maternal Health in Developing Countries.1984)

3) 伝統的出産介助者との連携(エチオピア)

エチオピア南部では、政府がNGOと協力して保健医療サービスを行っているが、その活動には地域の伝統的出産介助者へのトレーニングも含まれている。女性の労働過重による子宮異常の発生が、このプロジェクトにより顕著に減少した。伝統的出産介助者へのトレーニングはPHCセンター(外科行為はできないが、動脈出血等の処理はできる施設をもつ)によって行われ、彼女たちは月に一度定期的にそこを訪れる。彼女たちの仕事は、村での妊婦を把握すること、産婆と協力して妊産婦への指導を行うことである。彼女らは、産婆と共に、難産となりそうな妊婦を見つけ、いつ近くの病院へ連れていくべきかを考える。

しかしすべての問題が予見できるわけではないので、緊急の事態があったときに、

PHCセンターに事態を伝えに行く(3時間ほどはかかる)メッセンジャーを用意している。その連絡を受けると、スタッフが4輪駆動車で患者をセンターに運ぶわけである。

出産介助者は地域の信頼を既に得ており、そのため女性たちは妊娠や出産についての新しい知識を抵抗なく受け入れることができるのである。

(資料; Women, Health and Development 1985)

4) 母親以外への指導

ペルーの地域保健プロジェクトでは、出産において夫が立ち会っていることにスタッフが気づいた。そこで、若い夫たちに対しても妊娠や出産についてのトレーニングを行うことになった。また、韓国の地域保健指導プロジェクトでは、妊娠や出産についてのトレーニングを母親だけでなく、夫の母親(しばしば出産の介護をしている)、夫、また地域全体に対して行っている。

(資料; UNICEF. Improving Maternal Health in Developing Countries.1984)

3. 地域保健

女性は家族の健康の第一管理者である。また、女性自身の健康の維持は、次代を育てる母として、また一家を支える労働者としても重要なものである。そのため、地域保健活動における女性の参加の促進が重要である。また、女性が十分な教育を受け、さまざまな情報を理解し受け入れられることは、家族全体の健康の維持のためにも非常に重要なことである。

〈W I D 配慮の視点〉

(1) 現状の把握

- ★ 地域住民男女の生活の現状と健康状態の把握。
- ★ 医療機関の現状と地域住民男女の利用の状況の把握。
- ★ 地域住民男女の意見聴取(現状の認識や、要望等について)。

(2) 女性の医療サービスへのアクセス改善。

- ★ 診療所の診察時間、診療費、言葉の問題等への配慮(女性の多忙さ、自由になる金の不足、学校教育の不足から公用語を理解できない、等の問題への配慮)。
- ★ 女性の医師、看護婦、保健婦、ヘルスワーカーの育成/トレーニング。

- ★ 家庭訪問、遠隔集落への巡回医療サービス(医師、看護婦等をのせたモービルチームなど)。
- ★ 女性たちへの情報伝達の媒介者としての、N G O、地元の女性組織、学校、宗教組織の活用。
- ★ 女性のプライバシー保護への配慮(男女別の受付/待合い室、診察時間帯を男女別にする等)。

(3) 女性の参加促進

- ★ 活動の担い手としての女性組織との連携。
- ★ 栄養教育、家庭菜園づくり、食品加工指導における女性の参加の促進。

(4) 女性及び地域住民の健康改善

- ★ 保健衛生に関するトレーニングへの女性の参加の促進。
- ★ 視聴覚教材等を利用しての幅広い普及活動。
- ★ 女性の健康に有害な慣習(食生活におけるタブー等)を変革するための広報活動。
 - ヘルスワーカーへの指導
- ★ 給水施設、下水施設の整備による衛生環境の改善。
- ★ 学校における保健衛生教育の普及

(5) 女性の自立支援

- ★ 衛生・保健教育を含めた女性の基礎教育の充実。
- ★ 収入創出活動による女性の経済的自立支援。

(6) 地域社会に受け入れられる活動

- ★ 地域の文化慣習への配慮。
 - 地域の伝統的な医療従事者、宗教関係者、社会的リーダーとの協力を図り、地域に受け入れられやすい形での普及を図る。

〔他の機関の経験〕

1) WHOの経験

WHOが活動を行うとき、地域の女性グループは最も連携を保つべき集団であるとみなされている。1980年から、アフリカにおいて革新的で、総合的な保健プロジェクトが女性の参加を得て開始されたが、このプログラムの基本的なアプローチは、女性グループを媒体として地域レベルのPHC普及を行うものであった。1983年末

にはそのような26のグループが17の国でプログラムに参加した。各々の地域が自分たちの希望する活動を選び、政府とWHOの技術的な支援を受けて実施した。モーリシャスにある母子保健／家族計画センターでの女性のためのリーダーシップトレーニングも実施されている。プログラムの評価にあたって次のような点が指摘された。

- 1) Revolving Loan Fundによって9つの村で保健所／診療所に基本的な薬を扱う薬局がつくられた。コミュニティーは信頼できる人たちをスタッフとして選び、それぞれのグループは運営がうまく行くように銀行の口座を開いた。
- 2) ナイジェリアのンゴググ村では1983、4年に出産において死亡した女性はいなかった。これは同じ地方にある他の村と比較して大きな向上である。また、地域の重要な病気として対象とされた6つの病気の罹患率も参加村では著しく減少した。
- 3) このような結果を受けて、近隣の村もプログラムへの参加を望むようになった。そのうえ、自主的な活動が活発になった村では、地域の人材を用いて従来の活動より優れた活動を開始するに至った。

(資料；Women、Health and Development 1985)

2) 女性へのトレーニング(ジンバブエ)

ジンバブエの赤十字協会では、トレーニングセンターにおいて、10,000人以上の女性に対してトレーニングを実施している。家族の健康について知識を得ると共に、参加者たちは家族の食生活について理解し、菜園づくりや小家畜飼養による栄養補給の指導を受けている。

(資料；UNICEF. Improving Maternal Health in Developing Countries.1984)

3) 女性自身の健康維持(パプアニューギニア)

パプアニューギニアでは、地方の保健担当官の指導マニュアルの中に、女性たちが自分自身で健康維持を行えるようにするためのトレーニングマニュアルも含まれている。

(資料；UNICEF. Improving Maternal Health in Developing Countries.1984)

4. 医療従事者の育成／指導

〈W I D 配慮の視点〉

- ★ 女性の医療従事者(医師、パラメディカルスタッフ、ヘルスワーカー等)の育成、訓練(特に女性が外部の男性と接触することが困難な地域では必要)。
- ★ 地域の保健医療の現状把握および地域住民男女がどのような技術、サービスを求めているかの把握。

5. 病院施設整備

- ★ 女性のプライバシー、文化的な慣習を配慮した施設の整備。
 - 女性が外部の男性の目に触れることを嫌う地域では、受付、待合室等を男女別にする、など。
- ★ 遠距離から来る患者や付き添い者のために宿泊施設を用意する。
- ★ 地域との結びつき
 - サテライト診療所を各地につくる。
 - 地域住民に対して保健衛生に関する講義／研修のできる場所を用意。

6. 研究協力

技術の移転先が相手国の研究機関のみである場合、現地の住民の現状、男女の役割、要望の相違などを把握することは難しい。しかし研究内容が、現地での適用を目的の一つとしたものであるならば、地域における保健医療の現状を把握し、地域住民男女の要望を取り入れることは有用である。

〈W I D 配慮の視点〉

- ★ 地域住民男女の健康状態及び、保健医療機関のサービス及び男女の利用の現状を把握する。
- ★ 地域住民男女が保健医療サービスに関して感じている問題点、要望を聴取する。

(女性の現状)

1. 女性一般の健康状態

(1) 保健衛生の指標に見られる男女差

1) 健康状態

- 年代別死亡率や平均寿命の男女差はどのようなか。
- 死因順位に男女差はあるか。
- 各種疾病罹患率の男女差はどのようなか。
- 風土病はあるか。あるとすればその罹患率に男女差はあるか。
- 死亡率、罹患率の男女差の理由は何か。

2) 栄養状態

- 栄養摂取状況はどのようなか。男女とも必要量を満たしているか。
- 栄養不良の発生状況、特に貧血、栄養欠乏症の発生状況はどうか。発生率における男女差はどうか。
- 栄養不良の原因理由と発生率の男女差の原因理由は何か。

(2) 女性の健康に影響を及ぼす生活環境要因

1) 家庭生活

- 食生活／栄養面で女性が不利になるような問題はないか。
 - ・ 食糧の調達、管理は誰が行なっているか。女性は自由にそれを利用することができるか。
 - ・ 食事の待遇-食糧配分に男女差はないか。
 - ・ 食事に関して女性特有のタブーはないか。
- 健康管理のイニシアティブは誰が取っているか。
 - ・ 健康管理(自己の意志で医療を受けること)の自由は女性／男性に保証されているか。
 - ・ 医療費の管理は誰(女性／男性)がしているか。女性にも男性にも同様に医療費を使用する自由があるか。
 - ・ 家庭薬の管理は誰がしているか。女性も男性も同様に自由に利用できる状態にあるか。
- 健康管理面で、男児と女兒の間で取り扱いの違いはないか。

2) 社会生活

- 女性／男性に労働の過重はないか。
- 女性／男性の労働環境は劣悪でないか。

- 女性、男性それぞれの平均初婚年齢は。
- 女性／男性が肉体的、精神的に苦痛を感じているような社会的慣習(割礼等)、静その他暴力(家庭内暴力、性的暴力等)等がおこなわれていないか。
- 女性学級の活動は機能しているか。また女性の生活向上に貢献しているか。
- 健康・栄養についての情報へのアクセスは女性、男性同様に十分得られるか。
- 保健医療サービスへのアクセスは女性、男性同様に十分得られるか。

2. 母子保健・家族計画

(1) 妊産婦の健康状態

1) 妊産婦死亡率

- 妊産婦死亡率とその死因はどのようなか。

2) 妊産婦の健康

- どのような疾患にかかりやすいか。
- 栄養状態は良好か。貧血、栄養失調等はないか。
- 母乳の分泌は十分か。

3) 妊産婦の健康に影響を及ぼす要因

- 初産年齢は。
- 既婚女性の平均出産回数、死産回数、及び子供の数は。
- 出産間隔の平均年数は。
- 平均授乳期間は。
- 栄養摂取は十分か。家族から食事について特別な配慮がなされているか。
- 過重労働の問題はないか。妊娠期間中、及び産後に十分休養はとれているか。
- 保健婦による家庭訪問はあるか。

(2) 妊娠と出産

1) 家族計画サービスのアクセス

- 避妊についての相談・情報のアクセスは女性、男性ともに十分か。
- 避妊の実行あるいはその方法は自分(女性、男性)の希望に合致するか。
- 避妊具は女性、男性ともに入手可能か。価格的に、時間的に、また希望の種類から見て問題はないか。
- 避妊具は年齢、既婚・未婚、子供の数に関係なく入手可能か。

2) 不妊手術

- 合法か、非合法か。
- 不妊手術の利用率は。その理由は。
- 不妊手術の男女差は。その理由は。

3) 中絶

- 中絶に対する法的、文化慣習的な見解と実際の状況はどうなっているか。
- 中絶の頻度は。
- 中絶はどのようなグループ(経済状態、社会的地位、宗教、民族等)の女性に多いか。
- 中絶はどこでどのような技術で行われているか。
- 女性の健康への影響はどうか。

4) 出産

- 出産はどこで行なわれるか(病院、ヘルスセンター、自宅など)。
- 介護人は十分訓練を受けた人か。

5) 出産、育児に関する女性の立場

- 妊娠、出産、子供数の決定権をもつのは誰(女性/男性)か。
- 不妊症の女性への差別はないか。

(3) 乳幼児の健康状態

1) 保健衛生の指標に見る男女差

- 新生児死亡率の男女差はどのようなか。
- 乳児死亡率の男女差は。
- 幼児死亡率の男女差は。
- 新生児・乳幼児死亡の死因はなにか。
- 死亡率、死因に男女差で極端な偏りはないか。
- 男女差が見られるとしたらその原因はなにか。

2) 乳幼児の健康

- 成長は良好か。男女に偏りはないか。
- 女児、男児はどのような疾患にかかりやすいか。

3) 乳幼児の健康に影響を及ぼす要因

- 乳幼児検診を受けているか。男女に偏りはないか。
- 予防接種を受けているか。男女に偏りはないか。
- 乳幼児の世話、食事内容等はどうのような状態か。男児と女児の間に差別はないか。
- 乳幼児の世話、食事内容、保健医療等においておいて男女で違いが見られるとしたらそれはなぜか。

3. 保健医療の現状

(1) 伝統医療

- 地域の伝統的医療(まじない師、薬草師、伝統的産婆など)はどうのような活動を行なっているか。
- 伝統的医療を行なっている人は、正式なトレーニングを受けているか。どこがトレーニングを実施しているか。

(2) 近代的医療関係施設

1) 薬局

- 地域内に薬局はあるか。
- 薬局は住民にどのように利用されているか。女性も男性も同様に利用できるか。

2) ヘルスセンター・診療所

- 地域内に保健所、診療所、ヘルスセンターはあるか。
- 住民にどのように利用されているか。
 - ・ 女性も男性も同様に利用することができるか。
 - ・ 女性／男性の利用を妨げている原因はなにか。
 - ・ 地域住民(女性／男性)は、どのような問題を感じているか。

3) 病院

- 地域内、または近隣に病院はあるか。
- 女性も男性も同様に利用することができるか。
 - ・ 女性／男性の利用を妨げている原因はなにか。
- 女性／男性の利用を高めるための配慮がされているか(時間帯、プライバシー等)。

(3) 情報、トレーニング

- 地域内にはどのように保健や家族計画に関する情報が伝えられるか。
- どのようなトレーニング、啓蒙活動が誰によって実施されているか。
- 女性も男性も同様に情報を得たりトレーニングに参加することができるか。
- 女性／男性の参加を促す配慮がされているか。
- 学校教育の中で、どのように健康・栄養教育がされているか。

4. 女性の意識

(1) 食生活

- 女性の立場から家庭およびコミュニティにおいて、現在の食糧事情、食生活に問題を感じているか。感じているとすればそれはなにか。

(2) 飲料水、衛生状態

- 女性の立場から、家庭及びコミュニティにおいて、現在の飲料水入手状態、及び衛生状態に問題を感じているか。感じているとすればそれはなにか。

(3) 健康管理

- 女性の立場から、家庭及びコミュニティにおいて、健康管理について問題を感じているか。感じているとすればそれはなにか。

5. 当地域における本プロジェクト実施についての女性の視点から見たアドバイス

- 女性の現状において特に留意しなければならない点は何であるか。
 - ・ 当該分野において女性はどうのような役割を果たしているか。
 - ・ 女性の現状を規定している大きな要因は何であるか。
- プロジェクトの実施が女性及び地域住民の生活にどのような影響を及ぼすことが考えられるか。
- プロジェクトによって悪影響が起こらないようにするにはどのようなことに留意する必要があるか。
- 女性の参加／参画、女性へのひ益が最大限になるためにどのような活動、配慮、方策が考えられるか。優先事項は何であるか。

保健医療分野における現状分析の例 (1)

付録 ②-1

プロジェクト名: 家族計画プロジェクト

プロジェクト地域: パプアニューギニアの一地域(仮想)

		現状の分析(地域全体での現状及び、男女比較しての女性のおかれている現状)		女性を取り巻く問題点 (女性への制約の原因となるものなど)	左記の問題点に対する対処案
1. 女性一般の健康状態	(1) 指標に見られる男女差	1) 健康状態	寿命や死亡率に関する確かな統計はない。象皮病の発症が見られ、女性の発症率が高い。最近都市部からの帰省者たちを介してエイズ感染者が発見されている。	男女ともに象皮病、エイズの予防等、健康についての知識が不足している。また、それを行うサービスもない。	FPIはMCHの一部と捉え、健康状態の改善を優先したプロジェクトとする。
		2) 栄養状態	栄養調査などは実施されていない。食生活は単調で食品の種類、量とも少なく、栄養状態は悪い。	栄養状態の悪さにより男女ともに感染症に対する抵抗力が低下。特に女性は多産と過労も重なり、貧血等の発症率が高い。	F P 活動と並行して寄生虫予防や栄養改善指導を実施する。
	(2) 生活環境要因	1) 家庭生活	食事は男性が先に食べ、女性と子供はその後。金銭の管理は男性がおこなう。家庭菜等は置いていない。	家族の食、住生活の管理者でありながら女性がほとんど金銭を自由にできない。	女性組織や地域のリーダーたちと協力しての女性の地位向上に関する啓蒙活動の実施。
		2) 社会生活	初婚年齢は女性が平均16才、男性22才。一夫多妻制、刺青の習慣あり。村内にヘルセクターがありコミュニティーセンターが一名駐在。	早婚、一夫多妻制、女兒への刺青などが依然一般的であり、女性の地位は低い。	
2. 母子保健・家族計画	(1) 妊産婦の健康状態	1) 妊産婦死亡率	確かな数字は不明であるが、2000世帯のコミュニティのなかで年間4、5名が出産時に死亡している。	コミュニティー(女性)の知識/技術の不足、ヘルセクターに常備されるべき薬品、消毒剤等の不足等が問題である。	妊産婦死亡率の低下は、プロジェクトにおける重要な目的の一つである。 ・ 妊産婦への健康教育を促進 ・ F P 指導員、保健婦による家庭訪問を充実させる ・ 男性への教育を通して妊産婦の健康への配慮の必要性を説く。
		2) 妊産婦の健康	妊娠中の食事のタブー等はないが、全般的に貧血気味。分娩後に産褥熱を患う女性も多い。	妊婦の健康診断、保健教育が不十分。また妊産婦の衛生観念も欠如している。	
		3) 妊産婦の健康に影響を及ぼす要因	過重労働に加えて低栄養状態。頻繁な妊娠、衛生状態の悪さ等の問題がある。妊婦のための巡回指導もない。	慣習的に妊産婦に対する食事や労働面に関する配慮がなされない。住民自身(男女)も保健衛生サービスの不足を感じていない。	
	(2) 妊娠と出産	1) 家族計画サービス	不規則にF P 指導員が家庭訪問、避妊具の無料配付があるが対象は既婚女性のみ、男性、未婚者は対象外。	F P 指導が不規則なうえ、配付避妊具も数が十分でない。未婚の母親も多いため、彼女たちへのF P サービスも必要。	・ FPサービスの定期化。 ・ 指導員への教育/研修の充実 ・ 住民のボランティア活動組織づくりを通してF P の徹底を図る。 ・ 女性のみならず男性に対してもF P サービス(避妊具配付、手術等)を実施。 ・ ヘルセクターの設備の改善と住民による維持管理体制に対するアドバイスおよび協力。
		2) 不妊手術	合法。地域から40km離れた公立病院で手術を受ける人が増えている。男性の実施者はいない。	病院が遠方なため、必ずしも希望者が皆手術を受けられるわけではない。	
		3) 中絶	非合法。中絶者は少ないようである。ヤミで中絶をする人もいるが、事故も多い。	非合法であるため、その実態は不明。事故があっても噂が飛ぶのみで真相は明らかにされないことが多い。	
		4) 出産	ヘルセクターの分娩室で行うが、施設の不備、ヘルセクターの技術不足等で死亡事故も多い。	センターの設備、器具、薬品等の充実と、ヘルセクターの技術向上のためのトレーニングの充実が期待されている。	
		5) 女性の立場	妊娠、子供数について女性が意見を述べる場はない。不妊女性への差別は根深く、離婚の理由にもなっている。	慣習的なものに加えて、女性の教育歴の低さが問題。また不妊に関して相談や治療を受ける機会がない。	
	(3) 乳幼児の健康	1) 指標に見る男女差	詳細な統計はないが、ヘルセクターの数値から、乳児死亡率150/1000ほどである。	乳幼児死亡の背景として栄養不良、それに伴う抵抗力低下、汚染された水等による感染症等が挙げられる。	乳幼児死亡率低下は本プロジェクトの重要な目的の一つ。第一に住民数をしっかり把握できるように制度を改善し、出産/死亡数を正しく把握する必要がある。 ・ 乳幼児の健康診断システムの改善
		2) 乳幼児の健康	寄生虫、呼吸器疾患、下痢、マラリア、低栄養の子供が多い。若干女兒の成長が悪い。	男児を大切に社会のため、疾患にかかったとき治療を受ける率は男児の方が高い。	

		現状の分析(地域全体での現状及び、男女比較しての女性のおかれている現状)	女性を取り巻く問題点(女性への制約の原因となるものなど)	左記の問題点に対する対処案	
	3) 乳幼児の健康に影響を及ぼす要因	予防接種率等は50%と低いが、男女の偏りは見られない。食事は男児が優先される。	男児を大切に社会的慣習が食事面での差別を起こしている。	・ 予防接種率向上のための活動。 ・ 離乳食、ORSの普及。	
3. 保健医療の現状	(1) 伝統医療	呪術師やTBAによる治療も一部残されているが、主流ではない。彼らは全くトレーニングを受けていない。			
	(2) 近代的医療関係施設	1) 薬局	村内にある雑貨商に数種の薬を置いているが、購入者は少ない。	金銭を管理しているのが男性であるため、女性が薬を購入することはほぼ不可能。	ヘルスセンターに最低限必要な医薬品を用意する。
		2) ヘルスセンター・診療所	コミュニティで維持管理しているヘルスセンターがある。ヘルスセンターが予防接種の広報、乳幼児検診のサポート、出産の介助をしている。	ヘルスセンターは一名いるが(女性)コミュニティで雇われているため賃金が安く優秀な人材を採用できない。そのため技術レベルも不十分となる。	コミュニティ管理型のヘルスセンターの機能を充実させる方法の検討。
		3) 病院	Districtの中心都市に公立病院があるが、遠隔である上に実用一点張りのサービスが特に女性の利用を妨げている。	女性が外部の男性と接触することを好まない、等の文化的制約を考慮したサービスが求められている。	地域の慣習を考慮したシステムづくり(女医の育成、集落への出張診療等)の検討。
		4) 情報/トレーニング	学校で保健教育がなされているが内容は乏しい。就学率も低い。Regional Officeから派遣されるFP指導員、保健婦からの情報が重要なソースとなる。	女性の識字率が低いため、FPサービス/保健サービスの広報など理解できない者が多い。	女性への識字教育、情報提供。 学校における人口教育、保健教育との連携の強化。
4. 女性の意識	(1) 食生活	食糧事情や食生活に大きな問題があるにも関わらず女性の意識は低く問題に気づいていない。	女性同士が現在の食糧/食生活事情を含んだ自分たちの生活の問題について話し合う機会がない。	女性学級などの女性組織の活性化。	
	(2) 飲料水・衛生状態	井戸が比較的近くにあるため問題を感じていない。衛生観念は非常に低く、トイレの施設もない。また、現在ある水源は特に乾季に水質が悪化する。	衛生状態は良好でないが、衛生観念が不足しているため、そのことが問題として認識されていない。	女性及び地域住民への衛生教育の実施。併せて安全な飲み水の確保のために、給水施設の改修、または新設を検討。	
	(3) 健康管理	ヘルスセンターの機能が不十分なため、乳幼児検診、予防接種の能率が悪く、また出産時の事故の発生などもよく起こる。	ヘルスセンターの設備の改善、人員の確保を望んでいる。	コミュニティヘルスセンターの改善をするための活動に女性も参加することが重要。また、家庭薬の常備のためのシステムづくり、薬の購入の補助。	
当地域における本プロジェクトへの女性の観点から見たアドバイス		慣習的に、女児より男児のほうが大切にされる傾向が見られる。女性は過労に加えて低栄養に苦しんでいる。また、地域全体として衛生状態などに問題があるが、それを指導するサービスの不足が問題となっている。特に家族計画は女性だけでなく、男性の協力も必要である。男性、地域社会の合意を得ながらの活動が重要であり、学校教育や地域組織を活用しての活動が有効であろう。			

保健医療分野における現状分析の例 (2)

プロジェクト名: 地域保健プロジェクト

プロジェクト地域: ガーナにおける一地域(仮想)

		現状の分析(地域全体での現状及び、男女比較しての女性のおかれている現状)	女性を取り巻く問題点(女性への制約の原因となるものなど)	左記の問題点に対する対処案	
1. 女性一般の健康状態	(1) 指標に見られる男女差	1) 健康状態	平均寿命は男58才、女55才と女性がやや短い。マラリアの感染率は女性で高く、またヨード欠乏による甲状腺腫が女性に多発している。	女性の妊娠出産時の事故やマラリアによる死亡が女性の寿命を短くしている。医療サービスの充実、特に近隣にクリニックが必要。	第一に健康指標を把握する必要がある。
		2) 栄養状態	蛋白質、鉄、ビタミンAの摂取が不十分。女性に鉄欠乏貧血が多発。	季節によって食生活にムラがある。マーケットの流通、野菜栽培などの改善が必要。	栄養バランスのための家庭菜園での野菜栽培、小家畜飼養等を導入。簡易な加工法等も指導。
	(2) 生活環境要因	1) 家庭生活	金銭の管理は家長(男性)が行っているため、女性の自由な意志で医療費を使用することはできない。	女性が少しでも金銭の管理をできるようにしていくことが重要。	女性の労働負荷を考慮しながら、NGO等と協力して女性が自分で自由に使える金を得るための収入創出プロジェクトの導入を検討。
		2) 社会生活	女性の平均初婚年齢は18から20才。労働過重の傾向にある。地方政府によってつくられた女性学級はあるが活動は停滞気味。ヘルプセンターがあるが、常駐職員はいない。	女性の結婚についてや、労働力として女性を見ている点など、旧態依然の価値観を保持している。女性の社会参加に抵抗を持つ人も多い。	女性組織の活性化等、女性の社会的役割を増すような活動を喚起する。
2. 母子保健・家族計画	(1) 妊産婦の健康状態	1) 妊産婦死亡率(出生10万あたり)	詳細は不明。'89のデイトリカレベルの統計では600と非常に高い。死因として出産時の出血、感染等が挙げられる。	在宅出産が多いが、緊急時にはTBAでは十分な処置ができない。	妊産婦の死亡率の把握。
		2) 妊産婦の健康	妊娠中毒症や貧血の患者が多い。食生活状態は悪く、母乳の分泌の悪い産婦が多く見られる。	妊産婦であっても通常の労働負荷や、粗末な食事条件下に置かれている。	妊産婦の健康教育とヘルプセンターの質的改善への協力。
		3) 妊産婦の健康に影響を及ぼす要因	出産回数も全般的に多くTFR*が6。出産間隔も2年未満の女性が非常に多い。妊娠中に食事に特別な配慮が払われることもない。	多産の女性が賞ばれる慣習がある。また妊産婦に対する家族の特別な配慮はされていない。	妊産婦の健康面への配慮の重要性を、健康教育を通して住民たちに説く。
	(2) 妊娠と出産	1) 家族計画サービス	家族計画に関するサービス、避妊具の無料配付等が行われているが、住民の関心は低く実行率は10%にも満たない。	男性の理解が得られていないため、女性に関心があったとしてもFPサービスへのアクセスに結び付かない。	MCHサービスと併せてFPサービスを実施、普及に努める。
		2) 不妊手術	不妊手術は法的に認められているが、慣習的に実行者はほとんどいない。	希望する女性はあるが、手術のできる施設が近隣にない。	相談体制を充実させる。そのため、TBA、ヘルプセンター等が相談役として十分活動できるようにトレーニング、情報網の充実等を実行。
		3) 中絶	合法だが、実行者は全くいない。	実施可能な施設がない。他地区の施設では死亡事故が多発。	訓練施設の改善、トレーニング内容の充実によりヘルプワーカー、TBAの質を向上させる。
		4) 出産	TBAの介助による出産がほとんど。TBAは保健省の研修センターで研修を受けられる資格を持っている。	TBAへの研修内容も不十分であり、TBAの技術面での未熟さが問題である。	不妊の原因やその対処法について理解を深めるための内容を健康教育に盛り込む。
		5) 女性の立場	不妊は離婚の正当な理由となっている。妊娠や子供の数の決定権は男性にある。	男尊女卑の慣習が、女性、母体への配慮を欠落させ、不妊を妻だけの問題としている。	乳幼児の健康指標の把握。
	(3) 乳幼児の健康	1) 指標に見る男女差	新生児死亡率は男児が高いが、乳幼児死亡率はやや女児の方が高い。呼吸器感染症、下痢による脱水症等が主な死因である。	男児を大切にしている傾向にあり、病院での受診率などでも男児の方が高い。	男児と共に女児の受診率を高めるための方策を考える必要がある。
		2) 乳幼児の健康	成長の男女差は明らかでない。ハシカ、呼吸器感染症、下痢、貧血などにかかりやすい。		乳幼児の健康診断の充実とヘルプセンターの機能の充実。汚染されない食/住環境をつくるための指導をTBA/住民に対し実施。

		現状の分析(地域全体での現状及び、男女比較しての女性のおかれている現状)	女性を取り巻く問題点(女性への制約の原因となるものなど)	左記の問題点に対する対処案	
		3) 乳幼児の健康に影響を及ぼす要因	ワクチン接種率は女児の方が若干低い、女児への目だった形での差別的取り扱いはない。離乳食は非常に粗末。	女児、男児の予防接種率向上のための活動。離乳食の改善指導の実施。	
3. 保健医療の現状	(1) 伝統医療		祈祷師による医療行為が一部行なわれているが一般的ではない。伝統的な薬草を用いた自己治療が根強く残っている。TBAは研修を受けているが成果は不十分。	妊産婦死亡率の高い理由としてTBAの技術レベルの低さがある。またFPサービスなどの活動も期待されている。	TBAへのトレーニングの内容充実。
	(2) 近代的医療関係施設	1) 薬局	薬局は全くない。DistrictのKibikwaに一店あるのみ。	薬局が遠く、そのうえ女性には自由になる金がほとんどないため、医薬品の入手はほとんど不可能。	地域各世帯への家庭常備薬の普及。
		2) ヘルスセンター・診療所	ヘルスセンターは存在するが常駐するヘルスワーカーがいない。月一回程度保健婦が巡回してくる。乳幼児の検診を定期的実施。	ヘルスワーカーが常駐して必要に応じて妊産婦や乳幼児の健康へのアドバイスができるようにする必要がある。	人員、施設、薬品の見直しと改善。
		3) 病院	Districtに国立病院がある。医師が2名、看護婦10名、ベッド20の小規模な病院である。	病院まで40kmの距離。交通も不便な為、よほどの重病でないかぎり病院にかかることはない。	ヘルスセンターが地域と総合病院を結び付ける役割を果たせるようにシステムの見直し。
		4) 情報/トレーニング	集会所にポスターを貼る、FP指導員による広報活動などを通して女性の参加を促している。	女性の識字率が低い為、ポスターの内容、広報の内容がよく伝達されない。	ヘルスセンターと共同の保健衛生教育活動。FP指導員とも協力。
4. 女性の意識	(1) 食生活		収穫直前の時期に食料が不足する。また、妊産婦への食事面の配慮が欠けている。	生産している作物に偏りがあり、栄養が十分に供給できていない。妊産婦への配慮の必要性が理解されていない。	女性学級などを通して女性の意識を高める。
	(2) 飲料水・衛生状態		水源が遠く水汲みに時間がかかりすぎるため、妊婦には特に過酷な労働となっている。また排水が悪いため、家の廻りの環境が悪化している。	妊娠時には水汲みなどの点で男性の協力が必要であるが、理解が得られていない。	地域の保健改善のための社会的動員を高めるため、グループ活動の活性化等を実施する。
	(3) 健康管理		病院が遠いため通院が困難。また、家庭薬が種類、量的に不十分である。		学校、保健婦、FP指導員らによる地域住民への保健衛生教育の実施。
当地域における本プロジェクトへの女性の観点から見たアドバイス		妊産婦に対する配慮が全くないため、母子ともに健康がむしばまれているのが現状である。また、医療サービスも不足している。そのため、母体/母子の保護の必要性を、学校や地域住民への健康教育などを通して理解してもらう必要がある。また、医療サービスシステムの改善を通し、十分な医療サービスを地域の男女が受けられるようにする必要がある。			

*TFR 合計特殊出生率=一人の女性が生涯に出産する子供の数

付 属 資 料

〔付属資料〕

ジェンダー分析について

ジェンダー(gender)という言葉は、「生物学的な男女の性差(sex)」と区別して「社会的な男女の性差」を意味する場合に良く用いられる。つまり、「男性、女性という社会的識別(identity)は、生物学的な特徴でなく、社会的に形成されたものである」という意味合いが含まれている。ジェンダーというのは、男性と女性の行動や特徴、素質に関して想定できるものすべてを包括的に指している。ジェンダーは、特定の社会において男性であること、女性であることはどのような社会的意味を持つのかということを示す時に用いられる。ある行動が男らしい、女らしいと言うとき、ある特定の状況において真の男性はこう行動すべきであると言う想定に基づいて言っていることが多い。そのような判断は、ジェンダーを固定的なものとして捉えている。しかし、ジェンダーとはそのような固定的概念ではなく、もともと社会により形成されたものであるので、変化する或は変化させることができるという側面を持つ。

ジェンダーには、普遍的な部分と個々の社会により異なる部分がある。多くの開発機関ではこれまで開発を進めるに当たり、対象地域・社会のジェンダー分析を行うようになってきた。それは、ジェンダー分析を行わずにプロジェクトを実施した結果、プロジェクトの成果が上がらなかったり、逆に女性にとって不利な結果になり、それがひいてはコミュニティー全体の開発にマイナスの効果をもたらしたことが多かったからである。

ジェンダー分析の手法には、これまで主にハーバード大学がUSAIDとともに開発した方法、及び英国のサセックス大学を中心に開発した方法がある。最近では更にさまざまなバリエーションが出てきているようであるが、ここではこの2通りの分析手法を参考までに紹介する。

(1) ハーバード大学を中心に開発された手法

1984年にハーバード大学から出版された Gender Roles in Development Projects で紹介されているジェンダー分析の手法の概略について述べる。

これまで国家開発計画や国際開発機関のプログラムへの女性の参加・参画が言われてきたが、現在に至るまで、開発における女性の正当な役割や開発が女性に与えるインパクトについて適正な評価はされていない。

このような状況を改善するためには、「経済開発」のみならず「公平な開発」が同時に追及されなければならない。女性は経済開発にとって重要な要因であるにもかかわらず、その潜在能力は活用されなかった。女性は人口の半数を占めるが、その大半は雇用、教育、収入、社会的地

位に関して低い位置に置かれている。経済成長および平等な開発のためには、開発のプロセスに女性が参加することが必要である。

開発プロジェクトは、政府や国際機関により開発のプロセスに資源を提供する方法であると考えられてきた。しかし、女性にこの資源が届かない原因は、プロジェクトの企画・立案・実施・評価をする際に、女性の視点や現状を統合(integrate)するための適切な分析手法(analytical framework)が提示されてこなかったことに起因している。今後とも開発政策を現実に合致するものとするには、開発のプロセスへの女性の統合は不可欠である。

1-1. 分析手法

プロジェクトの企画実施に際し、女性に関しての配慮が明確に表されていない場合でも女性がどのような労働や行動をしているかということが、プロジェクトに影響を与える。同様に、プロジェクトも女性に影響を及ぼす。これから示す分析の枠組みは、プロジェクトの目標をより明確にしたり、目標が女性の参加とどのようにかかわっているかを示したり、プロジェクトが女性に与える影響を予測したりするのに役立つ。この分析は女性に特化したプロジェクトの計画に示されていないような場合に、より重要になってくる。

この分析の基本的概念は、以下のとおり。

- ① 開発援助プロジェクトは社会に変化をもたらす機動力となる。
- ② そのためには、適切な基本データが必要である。
- ③ データが収集できれば、女性の役割や貢献度が見える(visible)ようになる。
- ④ データは、女性がどのような活動をしているか、なぜそのような活動・行動をするのかを検討するため必要である。

そのためには、以下の4分野におけるデータが必要である。

① 生産活動に関するプロフィール(Activity Profile)：

経済活動には、現金収入につながるような活動ばかりでなく、収入を得るのに必要とされる家事・育児などの家内労働も含まれる。プロジェクト対象地域の住民の経済活動に関して、年齢別、ジェンダー別、人種別、社会階層別などのデータ、経済活動に必要とされる時間に関するデータなど。

1. Production of Goods and Services
2. Reproduction and Maintenance of the Human Resources

② 生産資源の利用と所有のプロフィール(Access and Control Profile)：

経済活動をするのに必要などのような資源を住民が得ることができるか、経済活動により

どのような便益を受けることができるか、生産資源には土地、技術、資金、時間、教育、食料、衣服、政治的権力などが含まれる。

③ 生産活動、生産資源の利用と所有に関してどのような要因が影響しているかに関する分析
(Analysis of Factors Influencing Activities, Access and Control) :

プロジェクト対象地域において性別役割分業を規定している要因、生産資源と便益がジェンダー別にコントロールされている要因、プロジェクトへの参加やそれから受けられる便益に対し、男女別に設けられている機会や制約の検討など、政治、経済、文化、教育、自然環境、法律、国際環境などの面から検討する。

④ プロジェクト・サイクル分析(Project Cycle Analysis) :

前述の基礎データに基づき、プロジェクトの分析を行い、プロジェクトから予想される傾向・結果を検討する。

サセックス大学を中心に開発されたジェンダー分析の手法

ハーバード大学で開発されたジェンダー分析の手法をさらに発展させたものとして、サセックス大学を中心に英国やカナダでは採用されている方法がある。これは一般に「ジェンダーと開発(GAD)」「社会／ジェンダー分析」などと呼ばれている。

この基本概念は、平等で、持続的、参加型開発を進めるためには、男女の新たな社会的役割・関係を創造することが不可欠であるとしている。そのためには、

- ① プロジェクト対象地域のコミュニティーにおいて上記のジェンダー分析並びにジェンダーの力関係も分析する
- ② 男性と女性の対話の方法を確立する
- ③ 男性と女性の実際的な状況とニーズを同定する
- ④ 女性のstrategic needsを同定する
- ⑤ コミュニティー全体の経済的、政治的能力を高める方法を考察することを提唱している。

男女の固定的役割概念を検討し、新たな関係を創造することにより、社会の開発が進み、それがひいてはコミュニティー全体の開発にもつながるといえる、一歩進んだ運動論的な参加型分析手法であるといえる。(JICA専門家養成研修コースではこの手法に関する研修がすでに行われている。)

Gender Analysis 既存文献目録

1991年6月時点

(英語文献)

- Alice Stewart Carloni, "Women in Development: A. I. D.'s experience 1973-1985"
A. I. D. Program Evaluation Report No. 18, U. S. Agency for International Development, 1987.
- Aruna Rao, Mary B. Anderson & Catherine A. Overholt, Gender Analysis in Development Planning, Connecticut, Kumarian Press 1991.
- Chatherine Overholt, Mary B. Anderson, Kathleen Cloud & James E. Austin
Gender Roles in Development Projects, Connecticut, Kumarian Press 1985.
- CIDA, Women in Development CIDA Action Plan, 1986
- CIDA, A Handbook for Social / Gender Analysis, Canada, CIDA, 1990.
- CIDA, Women in Development - A sectoral perspective, Canada, CIDA, 1989.
- CIDA, Women and the Project Cycle, Canada, CIDA.
- CIDA, Terms of Reference which address Gender Issues - Catalog, Canada, CIDA, 1989
- CIDA, Guidelines for Integrating WID into Project Design and Evaluation, Canada 1986.
- CIDA, Country Report for DAC Expert Group on Women in Development, Paris, 1991
- CIDA, CIDA's experience in Gender and Development 1985-1991, 1991
- Ester Boserup, Women's Role in Economic Development, London, Earthscan Pub. Ltd. 1989.
- Gita Sen & Caren Grown, Development Crises and Alternative Visions,
London, Earthscan Publications Ltd., 1988
- Irene Dankelman & Joan Davidson, Women and Environment in The Third World, London, IUCN, 1988.
- ISIS, Women in Development-a resource guide for organization and action, 1984,
- Katrine A. Saito & Daphne Spurling, Designing and Implementing Agricultural Extension for Women Farmers,
Women in Development Division Population and Human Resources Department The World Bank.
- Marguerite Berger & Mayra Buvinic, Women's Ventures, Connecticut, Kumarian Press, 1989.
- Noeleen Heyzer "Gender-Sensitivity in Development Planning, Implementation and Evaluation" APDC Newsletter, 8 (3) 1989.
- Rachel Polestico "A Gender-Based Framework For Project Planning and Design"
Phildhirra Notes, Philippine, March-April 1991.
- Sandra Russo Jennifer Bremer-Fox Susna Poats & Laurene Graig, Gender Issues in Agriculture and Natural Resource Management, USA, Robert R. Nathan Associates Inc., 1989.
- Shahwar Junaid, The Role of Women In Development, Pakistan, SJC, 1991.
- Sue Ellen M. Charlton, Women in Third World Development, London, Westview Press, 1984.
- The Maya Tech Corporation, The Gender Information Framework, Paper for:
Office of Women in Development Bureau for Program and Policy Coordination
U. S. Agency for International Development, 1991.

Tina Wallace & Candida March, Changing Perceptions - Writing on Gender and Development, OXFAM, 1991.

ADB, Operations Manual, 1985

ADB, Role of women in development, 1985

USAID, A. I. D. Policy Paper Women in Development, Washington, D. C. October, 1982

USAID, Gender Issues in Basic Education and Vocational Training, Washington, D. C., 1986

USAID, A. I. D. Program for Women in Development -User's Guide to the Office of WID- 1990

(和文文献)

国際協力事業団 国際協力総合研究所 「－各援助国の「開発と女性」への取組み－」 1991年8月

JICA

