

## 2 - 7 - 2 保健・衛生・栄養

### (1) 現状

中央乾燥地で広く見られる症状には、以下のものがある。

- |                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| • 下痢（食中毒、水あたりによる）          | • 呼吸器疾患（乾燥、砂煙による）  |
| • マラリア（蚊の媒介による）            | • 眼病（砂煙、非衛生的な水による） |
| • 皮膚病（水不足で皮膚を清潔に保てないことによる） | など                 |

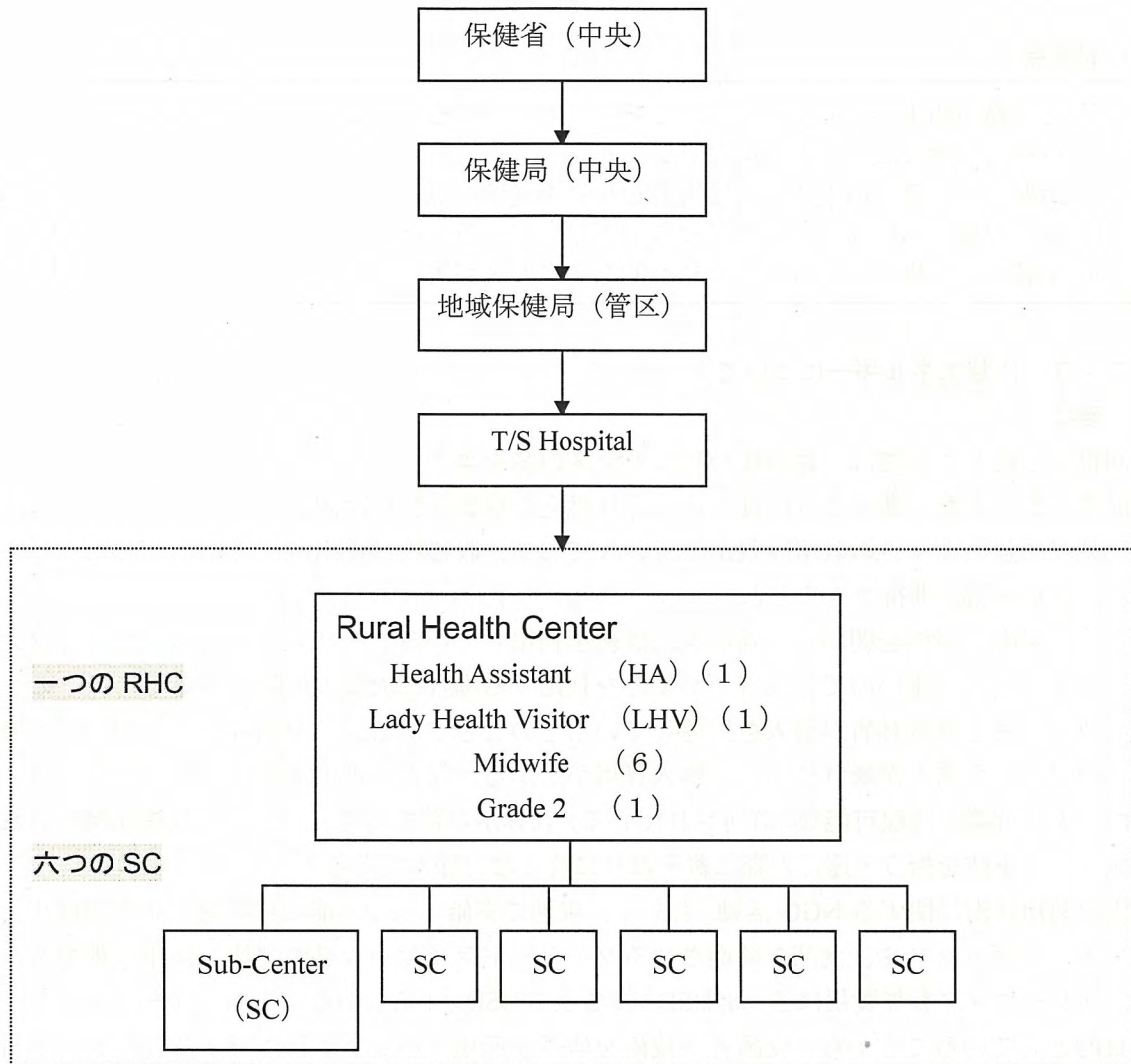
下痢は、特に子どもに多く見られ、子どもの死因の一つともなっているが、原因の多くは水あたり及び食中毒である。したがって、キッチンを清潔に保つこと、水を沸かして飲むことなど衛生面の向上による予防が可能である。衛生指導は、村(又は近隣の村)に住み込んでいる助産婦(Midwife)により実施されているものの、助産婦は予防接種など様々な仕事を抱え多忙であり、衛生指導に割ける時間は限られている。上位機関である農村健康センター(Rural Health Center : RHC)<sup>19</sup>でも実施しているが、仕事時間と重なり農民の参加は難しい。さらに、指導を実施しない村人も多い。RHCで行う衛生指導の内容(例)は「予防接種の勧め」、「雨期に流行る病気」、「蚊によるマラリアの媒介」などであり、妊娠中の女性に対する生活指導内容(例)は「激しく歩かない」、「食事指導(いつもよりたくさん食べる。品目指導はない)」などである。また、助産婦が村で行った食中毒予防の指導内容(例)は、「悪いものを食べない」、「家を清潔に保つ」、「ハエがたかったものを食べない」であった。

トイレについては、今回調査においては詳細な聞き取りは行っていないが、一般的には普及していないようである。ただし、アジア医師連絡協議会(Association of Medical Doctors of Asia : AMDA)によれば、村の中でトイレを建設した事例ができると、そこから自然発生的に普及することがあるとのことである。トイレ建設にかかる費用としては、パイプ及び便器に約2ドル(約1,800チャット)、小屋に10,000チャット程度である。

保健省により、栄養指導、衛生指導及び病院にかかる以前の初期治療については、以下のようなシステムが設立されている。以下は、イエガンVT(マグウェー管区)に設置されているRHCの事例である。対象地域は六つのVT(24村)の4,232世帯、28,484人である。助産婦などスタッフにはバイクは支給されておらず、6名のうち1名のみ個人所有のバイクで移動している。

<sup>19</sup> 次ページの組織図のように、複数のサブセンター(SC)を統括する形でRHCが設置されている。RHC所属の各助産婦は、それぞれ担当地域のSCに勤務しており、多くの場合SCのある村落に居住している。

基礎保健サービスの流れ（組織図）



各 SC の対象地域は、六つの VT (Village Tract) と必ずしも一致しない。RHC に籍を置く 6 名の助産婦がそれぞれの SC に常駐している。距離的な意味では、少なくとも助産婦へのアクセスは確保されているが、最貧困層には助産婦に診断を依頼するために必要な 100 チャットが支払えないケースがあり、経済的な意味でのアクセスには依然隔たりがある。村人の多くは、病気になるとまず伝統薬を飲み、それで症状が改善されなければ助産婦に診てもらうとの回答であった。

助産婦は概ね人口 5,000 人に 1 人の割合で配置されていると言われており、1 人で 5~7 村 (Village) を担当している。簡単な医療行為と投薬、予防接種などを主な職務としており、村に住み込み活動している。助産婦は、村人に最も近い位置で活動する医療従事者であり、総じて高い評価を得ているが、そのため草の根活動の多くを助産婦に頼る現状となっている。

栄養については、土地なし農民で副収入を持たない層（最貧困層）では、1 年のうちに鶏卵、肉、魚などを食べる機会が皆無というケースがまま見受けられた。家計が向上するに連れて、これら食品の消費量は増える傾向はあるが、裕福な農家においても畜産品（卵、牛乳など）の自家消費は非常に限られていると思われた。自家消費よりも現金化志向が強い。文献資料からも、ビタミンその他の栄養不良のケースが多いことが報告されている。栄養指導についても助産婦が実施しているが、

状況は衛生指導と同様であり関心も高くない。

## (2) 問題点

- ① 助産婦が衛生／栄養指導に割ける時間に限りがある（普及キャパシティ不足）
- ② 指導テーマの設定に不適切な点がある
- ③ 指導方法（実施時間帯の設定を含む）に不適切な点がある
- ④ 最貧困層の、助産婦へのアクセスが不足している
- ⑤ 医者のある施設（病院）への物理的なアクセスが劣悪である

## 2 - 7 - 3 代替エネルギーについて

### (1) 現状

今回視察したところでは、薪の代わりにキマメの茎をエネルギー源として利用しているケースが比較的多く見られた。薪のように長くゆっくり燃える性質を農民は認識しており、また豊富に手に入る。乾燥に強いキマメの栽培は盛んに行われており、収穫物は輸出されている。したがって、短期的には安定供給が期待できると思われる。

しかし、屋内・屋外を問わず、煮炊きには薪を利用しているケースも多くみられた。キマメの茎は火が大きくなりやすいので、三石のかまどを利用する場合は火災の危険があるため、とのことである。改良かまどは森林省が導入を推進しているとのことであるが、今回視察した限りでは導入は進んでいない。かまどが壊れやすい、購入費用がかかる、などが理由である。薪については、畑の敷地内の木や近隣の伐採可能な（許可されている）森林から薪を得ており、また伐採が禁止されている地域では、小枝を拾う・遠くの森に薪を取りに行くなど様々である。

太陽熱利用技術に関する NGO 活動<sup>20</sup>もあり、現地で安価に入手可能な材料を用いた家庭用ソーラーキッチンボックスや、食品を乾燥させるソーラードライヤーなどの製作・使用技術を普及している。トレーニング参加費用は各々85USD/1名と15USD/1名である。トレーナーズ・トレーニングを目的としていることから、受講者が技術を他者に伝達することは自由であり、パテント料などは発生しない。材料費は、いずれも9,000 チャット程度である。

### (2) 問題点

- ① キマメの茎は、作付パターンの変化に連動している（長期的安定性に欠ける可能性がある）
- ② 改良かまどの耐久性が低く、コストがかさむ → 普及が進んでいない
- ③ 村人は薪不足を強く実感していない
- ④ 太陽熱利用の技術コスト、材料費が高い
- ⑤ 太陽熱は乾期しか利用できない（雨期はバイオガスなどと併用が必要）

## 2 - 7 - 4 地方行政機関の協働、村内組織、ジェンダーなど

### (1) 現状

地方においては、中央と同様に農業関係省庁間の連絡・調整は問題なく行われている。これら省庁と保健省、教育省などとの連携はほぼ無いに等しいようであったが、一部では PDC の指導の下で

<sup>20</sup> Ecological Systems by Development Aid and Education (ESDAE)。スイス人夫妻2人で活動している。

協力経験がみられた。村人が行政の技術サポート等を得ようとする場合、まず T/S、PDC 議長に話し、議長の許可が下りると同時に行政が活動を開始するとのことであった。村で活動を行うに当たり PDC を完全に排除することはほぼ不可能であり、また得策でもない。

ミャンマーにおいては7人以上の会合が禁止されており、会合を行った場合は PDC へ報告が義務付けられている。多くの場合、この報告義務を果たしておけば、PDC が主体的に関わることがなくとも活動は円滑に実施されるとのことであった。逆に、報告を怠ると、如何に活動が順調に進んでも PDC によるストップがかかり、活動を継続できなくなる恐れがあるとのことである。

行政機関間の連携を求め、仕組みとして確立していくと同時に、村人、特に貧困層が自分たちのニーズに基づいて外部（ミャンマー行政機関を含む）の支援をコーディネートしていく力をつけることが必要である。ミャンマー行政側は、普及員を含むスタッフ不足や技術不足などの現状の下では大きな限界を抱えている。一方、既存の村落組織は PDC ラインの延長線上にあり、村長は PDC の任命によっている。既存の村内組織では、村長に近い村人のみが得をすることが多く、貧困層の声は反映されにくい。

地方レベルでは、さまざまな組織化がなされている。約 10 世帯を単位としたグループ（セエインガウン<sup>21</sup>）をつくり、各セエインガウンにリーダーを決めることにより、村内を広くカバーする組織が設置されている。また、目的別に保健委員会、母子協会（Mother and Children Association）、ミャンマー女性協会（Myanmar Women's Association Society : MWAS）、青十字（Blue Cross、家畜衛生団体）などが設置されている。このほか、軍と関連の深い USDA（Union Solidarity and Development Association）、MMCWA（The Myanmar Maternal and Child Welfare Association）などがある。

ジェンダーについては、マネジメントや会計といった業務に女性が携わることは稀であり、これは生活用水に関する村落水委員会や母子保健に関するグループ、ミャンマー女性協会のような組織においても同様である。特に農村部においては、こうした仕事に対して参加を躊躇する女性が多く見受けられた。

農作業以外の副収入活動（竹細工、農産物加工、小規模な家畜の世話など）は、総じて女性が担うケースが多い。このほか、家事全般を女性が担っている。農作業においては、重労働を含む多くの部分を男性が担っているが、軽作業は女性も携わっている。男女ともに早朝から夜遅くまで忙しく働いており、総じて勤勉である。

## （２）問題点

- ① 地方行政機関による普及キャパシティ不足
- ② 地方行政機関間の連携・調整不足
- ③ 村内組織における貧困層、女性などの発言力不足
- ④ 作業内容による男女の役割分担が明確なこと（柔軟性に欠く）

<sup>21</sup> ミャンマー語名称。Local Authority ラインの村落レベル組織の一部であり、約 10 世帯をグループ化した単位。各セエインガウンには、メンバー世帯からの選出によるリーダーが設けられる。リーダーの任期は決まっていないが、適宜変更も可能とのことである。