

第3章

開発主義体制下のエチオピアにおける保健政策と HIV 陽性者・障害者の活動

西 真如

要約：

エチオピア政府は、国家が社会経済開発に主導的役割を果たす開発主義的な体制を確立しつつあり、保健相談員の配置を中心とする保健分野の取り組みでは国際的に高い評価を得ている。ところがこの体制は、HIV 陽性者や障害者の多様な健康ニーズに応じたケアを提供するものではなく、結果として同国における健康および福利の格差拡大に結びつく可能性がある。加えて現体制下のエチオピアにおいては、市民社会の活動に厳しい制約があるため、HIV 陽性者や障害者の団体が当事者の生活の質を向上させるために果たす役割も制限される。

キーワード：

開発主義体制、地方分権、保健政策、健康ニーズ

はじめに

本章では、エチオピアで生活する HIV 陽性者および障害者の生活の質を向上させるための取り組みについて、特に同国の保健政策との関わりに着目して検討する。保健政策に着目するのは、この分野の取り組みが陽性者・障害者の健康上のニーズに応え、生活の質を改善する上で重要な役割を果たすからである。このことに加えて、エチオピアの保健政策は近年、ポスト MDG の保健政策に関する議論（ミレニアム開発目標の期限である 2015 年の先を見据えた、グローバルな保健政策目標の合意形成を目指す議論）の文脈において、低所得国のモデルケースと見なされる傾向がある。同国の保健政策の妥当性を検討することには、今後のアフリカにおける陽性者・障害者政策の形成という点でも、重要な意義があると思われる。

エチオピアにおける HIV 陽性者・障害者の生活の質と保健政策との関わりを論じる上では、その背景となる同国の開発体制を踏まえておくことも重要である。本章では、「二重統治」と「2010 体制」ということばでエチオピアの開発体制を説明することにする。二重統

治とは、広範な自治権を地方政府に付与する行政上の地方分権と、連邦政府与党であるエチオピア人民革命民主戦線（EPRDF）の執行部を頂点とする極めて集権的な政党政治とが同居する統治体制のことである。また「2010体制」とは、同国の急速な経済成長を背景として、国家が開発の資源を独占して国民の福利（welfare）の向上を目指した大規模な公共投資をおこなうと同時に、市民社会を政策決定の場から排除し、社会経済開発における非政府組織の役割を厳しく制限する体制のことである。つまり「2010体制」とは、冷戦下の東南アジア諸国で見られた開発主義体制を、現代のアフリカにおいて再現しようとする試みであると考えて差し支えないだろう¹。

結論から言えば、エチオピア政府の保健政策は「2010体制」下において、保健省の強力なリーダーシップのもとで国際的な評価を確立してきたのだが、この政策は HIV 陽性者や障害者の多様な健康ニーズに応じたケアを提供するものではなく、結果として同国における健康および福利の格差拡大に結びつく可能性があるというのが本章の立場である。加えて「2010体制」下のエチオピアにおいては、市民社会の活動に厳しい制約があるため、HIV 陽性者や障害者の団体が当事者の生活の質を向上させるために果たす役割も制限されてしまうのである。

以下本章の第 I 節では、エチオピアの「二重統治」と「2010体制」について概説する。第 II 節では、エチオピアの保健政策について、国際的に高い評価を得ている保健相談員制度を中心に述べる。第 III 節では、エチオピア政府の HIV 感染症および障害に関する取り組みについて、保健政策との関連とともに述べる。第 IV 節は、南部州グラゲ県で活動する HIV 陽性者団体および障害者団体の事例を検討する。そして第 V 節において、開発体制下のエチオピアにおける HIV 陽性者・障害者のケアのあり方について考察する。

第 1 節 エチオピアの 1995 年憲法と「2010体制」

1. 1995 年憲法と「二重統治」

1995 年 8 月に施行されたエチオピア連邦民主共和国憲法（以下、1995 年憲法と記す）は、徹底した民族自治の理念を掲げている。同憲法 39 条 1 項は、「エチオピアのすべての民族は、分離独立の権利を含む、無条件の自決権を有する」と規定している²。1995 年憲法下のエチオピアでは、民族集団ごとに画定された 9 つの州に、外交および軍事を除く幅広い行政権限が付与されている。保健や教育、農業等の主要な開発セクターについても、連邦政府は政策を提示するだけであり、実施権限は地方政府にある。エチオピアの地方分権制が HIV・障害政策に与える影響については第 V 節で述べることにして、本節ではまずエチオピアの地方分権制の特徴について検討したい。

世界銀行の報告書によれば、エチオピアにおける地方分権改革は、法制面でも、行財政

および公務員制度についても顕著な前進を遂げており、基礎的な行政サービスの提供に関しても、地域間の格差が縮小している (World Bank, 2010)。またアメリカ合衆国国際開発庁 (USAID) は、エチオピアにおける選挙制度および行財政機構の改革を高く評価している (Dickovick and Gebre-Egziabher, 2010)。ところが政治学者のバーマンらは、エチオピアの連邦制度は「紙の上にはしか存在しない」という、正反対の評価を下している (Berman, Eyoh, and Kymlicka, 2004:19)。またエチオピアの政治学者で、野党党首でもあるマララは、エチオピアにおいて真の自治と民主主義を求める闘争は、いまだ成功していないと述べている (Merera, 2007)。

一見すると矛盾した評価の背景を理解するには、エチオピアにおける政党政治のあり方に目を向ける必要がある。というのもエチオピアにおいては、行政システムが高度に分権化されている一方で、重要な政治的目標やそれに関連する開発政策に関する合意は、EPRDF 執行部を頂点とする集権的な政党政治システムを通じて維持されるからである。つまりエチオピアにおいては、分権化された行政と、集権的な政党政治の「二重統治」が成立していると言っても良いだろう。この二重統治のシステムは、すべての地方政府議会を EPRDF 傘下の政党が支配しており、同時に行政機構の重要なポストがその党员によって占められているという状況のもとで機能するのである。1995年憲法下のエチオピアでは、広範な自治権を付与された地方政府と、集権的な政党政治の「綱引き」の上で、統治の均衡が保たれてきたのである。

2. エチオピアの「2010体制」と市民社会

エチオピアの HIV・障害政策について考える上でもうひとつ重要な要因は、市民社会に対する政府の政策である。エチオピアの地方政府が、現実には集権的な政党政治の縛りを受けながらも、一定の自治を保障されているのに対して、市民社会に対する政府の規制は非常に厳格である。

EPRDF 政権以前のエチオピアにおいては、非政府組織の活動に対して極めて不寛容な政策がとられた (西, 2009)。これと比較すれば 1995年憲法下のエチオピアでは、結社および表現の自由がまがりなりにも憲法で保障されていること、また EPRDF が社会経済開発に対する非政府組織の役割に一定の理解を示したこともあり、市民社会が一定の成長を遂げるようになった。ここでいう市民社会とは、おもに欧米諸国の政府や国際 NGO が知識と資金を提供して育成した開発 NGO のほか、本稿で考察する HIV 陽性者および障害者の当事者団体も含まれる。

ところが 2005年の国政選挙をきっかけとした騒乱のあと、政府は野党指導者やジャーナリストを弾圧する姿勢を強めた³。政府は 2008年に施行した「メディアの自由と情報の取得に関する法令」⁴によって報道の自由を制限するとともに、2009年に施行した「慈善および協会活動に関する法令」⁵では、NGOの活動資金に厳しい制約を課した。とりわけ

アドボカシー活動に携わる NGO の資金調達を厳しく制限することによって、市民社会が政策提言に関与する可能性を実質的に封じた⁶。このような締めつけを経て実施された 2010 年 5 月の国政選挙では、人民代表院（下院）547 議席のうち、わずか 2 議席を除いて与党が独占するという結果になった。人民代表院議席の三分の一を野党が占めた 2005 年国政選挙の結果と比較すれば、エチオピアにおける政治的多様性の後退が顕著であることがわかる。

2010 年国政選挙後のエチオピアの政治体制を、本稿では「2010 体制」と呼ぶことにしたい。結論から言えば、2010 体制とは EPRDF 政権によって確立された独裁的な開発主義体制に他ならない。この体制のもとでは、政党政治は事実上の一党制 (one-party system) となっており、野党や市民社会は法的な制約を含むさまざまな手段で、政治的な意思決定のアリーナから閉め出されている。

エチオピア連邦政府は、急速な経済成長と援助資金の流入によって得られた豊富な開発資金を背景に、野心的な国家開発計画を策定している。2010 年 11 月に連邦政府が発表した「成長と変革計画」(Growth and Transformation Plan) には、2023 年までに中所得国入りを果たすという野心的な国家構想が示されており、そのため年間 10% 程度の経済成長を維持しながら、政府の指導と管理のもとで社会経済の変革を推し進めることが掲げられている (MoFED, 2010)。また実際、エチオピア政府は保健、教育、道路、住宅整備などのセクターで大規模な公共投資を積み重ねている⁷。その成果は、乳幼児死亡率の急速な改善や、男女ともに 90% を超える初等教育就学率の達成といった開発指標上のパフォーマンスにも、顕著に現れている。事実上の一党体制のもとで開発の資源を独占し、大規模な公共投資を通じて国民生活の向上を図ることが、「2010 体制」下のエチオピア政府の戦略なのである。次節で論じる保健政策は、その戦略の重要な柱のひとつであると言える。

第 2 節 エチオピアの保健政策と「開発部隊」

ボストン・コンサルティング・グループが作成し、『新たな繁栄—サハラ以南アフリカにおける福利向上のための戦略』と題された報告書 (以下 BCG 報告書と記す) によれば、エチオピアは経済成長の果実を国民の福利に結びつけることに最も成功したアフリカ諸国のひとつである。またその成功は、とりわけ基礎保健の領域において顕著であるという。その成果は保健指標の改善に現れており、2005—10 年の間に国民の平均寿命が 3.5 年延長し、乳幼児死亡率は 23% も減少した。BCG 報告書は、これらの成果をもたらした主要な要因として、エチオピアの保健相談員制度を挙げている (Baker et al., 2013)⁸。

加えてエチオピア政府は、包括的な健康保険制度の導入も進めている。この制度は、公務員を含む正規部門の被雇用者とその家族を対象とした社会健康保険 (Social Health

Insurance) と、農村住民および非正規部門に従事する者を対象としたコミュニティ型健康保険 (Community-based Health Insurance) のふたつのスキームからなる。対象者の数が多いのはコミュニティ型健康保険であり、将来的にはこのスキームだけでエチオピア国民の 83.6%をカバーするというのが、保健省のもくろみである (Noah and Accorsi, 2013)。

ポスト MDG の保健政策に関する議論の文脈において、エチオピアの保健政策は事実上のモデルケースとして位置づけられつつある。というのも、ポスト MDGs の保健政策においては、個別の健康指標の達成度よりも、低・中所得国における包括的保健制度の導入 (Rodin and de Ferranti, 2012; WHO 2010)、とりわけ保健師制度 (Singh and Sachs 2013) や健康保健制度 (Anand, 2012; Oxfam, 2013) の整備に重点を置くとの合意が形成されつつある。そのなかでエチオピアは、個別のサハラ以南アフリカ諸国の中では良好な開発ガバナンスのもと、ミレニアム開発目標関連の指標で一定の成果を示した上、上記のような保健制度の導入に、積極的に取り組んできたと見られている。

事実 EPRDF 政権は、1995–2011 年の 16 年間に保健分野での国民ひとりあたり支出額を 7 倍に増加させている⁹。2005 年に発表された政府の第四次保健セクター開発計画 (HSDP-IV) では、保健相談員の養成と配置が最重要課題と位置づけられ、2009 年までに 3 万人を超える相談員が全国の農村に配置された (Koblinsky et al., 2010)。エチオピアの保健相談員は、有給で雇用される地方政府職員であり、母子保健や感染症予防など住民の健康を改善するための基礎的な保健知識・情報の普及活動をおこなう。

さらに保健省は 2012 年から、基礎保健に関する知識を国民に届けるためのより一貫した制度づくりに着手し、保健相談員と連携して活動する「開発部隊」(Development Army) の設置を進めている。開発部隊は、政府が住民を動員する目的でつくる近隣組織の一種と考えて良いだろう。開発部隊に参加する地域住民は、保健分野をはじめとする開発プログラムの普及のため無償で貢献することが求められる。開発部隊として動員されるのは基本的に女性である。保健相談員と地方自治体の指導の下で、近隣 30 世帯ごとに女性からなる「開発チーム」が編成される。チームのまた開発部隊の活動状況は、連邦および地方政府が設置する専門の調整委員会によって監視されることになっている (Kesetebirhan, 2013)。

行政上は、保健政策の実施は地方政府の任務であり、保健相談員の活動も地方政府の保健当局の指揮下に置かれる。しかし実際には、保健相談員および「開発部隊」の活動は、連邦政府の政策メッセージを国土の隅々にまで届けるための、一貫したシステムを構成しており、その活動は調整委員会を通じて、連邦政府の監視下に置かれるのである。このようなシステムは、全ての国民に一律な保健サービスを提供するという点で優れている。他方で、活動目標が連邦政府によって一方的に決定されることから、HIV 陽性者や障害者の多様な健康ニーズに応じたケアを提供することは難しい。このことについてはあとで再び

論じることにして、次節では HIV 感染症と障害に関するエチオピア政府の取り組みについて検討する。

第3節 HIV 感染症と障害に関するエチオピア政府の取り組み

1. HIV 感染症に関する取り組み

HIV 感染症対策は、エチオピア政府の保健セクター開発計画における重要課題のひとつであり、政府は保健指導員の取り組みを含む過去の対策を通して、HIV 治療および予防に一定の成果をあげることに成功している。

エチオピア政府は 2000 年に国民エイズ評議会 (National AIDS Council) を設立し、大統領が委員長に就任している。2002 年には政府の独立機関として HIV/AIDS 予防管理事務所 (HAPCO) が設立され、HIV に関する政策策定、関連する政府機関および NGO の調整、情報の収集・分析等の業務を担当している。さらに政府は 2005 年 10 月より、すべてのエチオピア国民に対して無償で HIV 治療薬の提供を開始した。UNAIDS の推計によれば、2012 年のエチオピアにおいては HIV 治療を受けた成人の数は約 27 万人であった。これは HIV 治療を必要とする成人の 68%にあたと推定され、サハラ以南アフリカ平均 (68%) および低中所得国平均 (64%) のアクセス率と比べても遜色ない数字である。エイズによる死は、2001 年の 10 万人から 2012 年には 4.7 万人に減少しており、15 歳以上の新規感染者数も、同じ期間に 8.7 万人から 1.1 万人にまで減っている (UNAIDS, 2013)。

また保健相談員にとって、HIV 感染症対策は重要な業務のひとつに位置づけられる (MoH, 2007a; Mekbib, 2007)。保健省のガイドラインによれば、HIV をはじめとする感染症予防の知識は、母子保健や衛生教育と並んで、保健相談員が提供する最も基礎的な保健サービス (essential health service) のひとつに数えられている。具体的には、住民に HIV 検査を促すこと、コンドームを配布すること、感染の疑いのある者を保健所に照会すること、HIV への取り組みに住民を動員すること等が、保健相談員の業務とされる。筆者が 2010 年にグラゲ県内の複数の保健所において実施した聞き取り調査では、保健相談員が HIV 感染症対策に多くの労力を割いていることがうかがわれた。しかし上記のガイドラインからわかるとおり、政府が保健相談員の取り組みに期待するのは新たな感染を予防することであって、HIV 陽性者が抱える多様な健康ニーズに対応することではない。さまざまな問題を抱えた陽性者のケアは、後述の当事者団体の活動に任されているのである。

保健分野の取り組みに加えて、エチオピア政府は HIV 感染症対策のメインストーリーミングにも取り組んできた。保健省は 2004 年、HIV/AIDS に対する政府の分野横断的な取り組みの方針についてまとめた報告書を公表している。報告書は、教育省や女性問題局をはじめとする関係省庁、市民社会、陽性者団体、宗教組織などが、それぞれの政策や活動を

通して HIV に関連する問題の解決に寄与するよう促す内容となっている (MoH 2004)。さらに 2009 年には、HAPCO による「HIV/AIDS とともに生きる人々の社会参加拡大のためのガイドライン」が公開された (HAPCO and MoH, 2009)。ただしこれらの文書は、抽象的な努力目標について述べられているに止まり、HIV 陽性者の社会参加を確保するための具体的で強制力のある施策が提示されているわけではない。

2. 障害に関する取り組み

連邦政府において障害政策をメインストリーム化する取り組みは、HIV 感染症への取り組みよりも遅れて始まっただけでなく、対策そのものが法的な枠組みの整備に止まっており、具体的な成果に乏しい。人類学者のゲブレ・インティソらは、連邦政府の障害問題への取り組みを評価した報告書で、「障害問題をメインストリーム化するという政府の公約は、概して中味のないレトリックに止まっている」と述べている (Gebre, Merhatsidk, and Abebe, 2013:41)。HIV 感染症政策と比較して、エチオピア政府の障害政策は、障害者の生活の質の向上に直結する具体的成果に欠けるのである。

連邦政府は 2010 年 6 月に障害者の権利条約を批准しており¹⁰、その前後に障害者の権利に関わる法律を施行している。2008 年には、「障害者の就業の権利に関する法令」¹¹が施行され、障害者の機会平等を損なうような差別的法令、実践、慣習及び態度が違法とされた (5 条)。また雇用者に対して、障害者に適切な雇用環境を提供する義務を課すことが明記された上で (6 条)、とりわけ障害を持つ女性の保護を求める条文が定められた (6 条の b および d)。さらに 2010 年 10 月に施行された「エチオピア連邦民主共和国政府の執行機関の権能を定める法令」¹²において、労働社会福祉省の権能に「障害者の機会平等と参加を可能にする社会環境の創出に向けた調査の実施」という条文が加えられ (30 条 1 項の a)、ようやく障害者問題の主幹官庁が定まった。

主管官庁が異なることもあって、保健政策と障害者政策相互の連携は弱い。第四次保健セクター開発計画には、「疾患、死亡、障害を減らすことで、エチオピア国民の健康を向上させる」と記されている (MoH, 2010:31)。しかし障害者の健康を向上させるための具体的な取り組みについてはほとんど記述がなく、例外的に結核やハンセン病から生じる身体障害や心理的苦痛を適切に管理することが記されているに止まる (MoH, 2010:10-11)。また障害者の健康に関する保健相談員の役割も明確ではない。保健省のガイドラインには、住民の疾病や障害を減らすことが相談員の活動目的であると記されている一方で、障害者の保健ニーズへの対応については触れられていない (MoH, 2007b)。つまり障害に対する保健省の取り組みは、(労働社会福祉省の管轄である) 障害に関する社会政策との連携を視野に入れてないばかりか、障害者の保健ニーズも考慮しておらず、障害の予防という観点に偏っていると考えざるを得ない。

第4節 南部州グラゲ県で活動する当事者団体

この節では、おもに筆者の聞き取り調査にもとづいて南部州グラゲ県における HIV 陽性者および障害者の当事者団体の活動を紹介する。グラゲ県は南部州の北端に位置し、エチオピアの首都アジスアベバからグラゲ県の県庁所在地であるウォルキテ市までは約160キロメートルの距離である。同県はアジスアベバとの社会的・経済的な結びつきが強い。また1960年代から、住民主導で道路や学校等を建設する組織的な取り組みが行われており¹³、社会経済開発への関心が高い地域であると言ってもよいだろう。

1. ファナ HIV 陽性者協会

ファナ HIV 陽性者協会（以下ファナ協会）は、グラゲ県ウォルキテ市を中心に活動する非政府組織であり、HIV 陽性者が組織し運営する当事者団体としては、同県で最初に設立されたものである。ファナ協会は2004年、マサラト・ガブレ代表のほか3名の発起人によって設立された。当初の会員数は20名であったが、調査時点では221名（うち女性153名、男性68名）にまで増加していた。男女の会員数が不均衡であるが、マサラト代表の説明では、HIV 陽性者の中でも女性は経済的・社会的な困難に晒されやすく、結果的に支援を求めてファナ協会に入会する者の中には女性が多いのだという。

マサラト代表自身も女性で、エチオピア－エリトリア戦争（1998－2000年）に従軍していた元夫から HIV に感染した。夫はまもなくエイズで死亡した。マサラトは当時、夫のあいだにもうけた男の子とともに県内の村で暮らしていたが、夫の親族から繰り返しいやがらせを受けたこともあって、郡役場のある小さな町に移り住んだ。その町で彼女は自らが陽性者であることを公表し、地域の学校や市場を訪れて、HIV についての正しい知識を持つよう訴える活動をはじめた。当時のエチオピアでは HIV 治療薬の入手が非常に困難であり、HIV に関する知識も不十分であったことから、住民の間には HIV への恐怖や偏見が強かった。マサラトの知人の中には、HIV 陽性者であることを隠して生きるようにと、善意からマサラトを諭そうとする者もあったという。この経験を経てマサラトはグラゲ県の県庁所在地であるウォルキテ市に移り、上述のとおりファナ協会を設立したのである。

ファナ協会は、HIV 陽性者へのカウンセリング、所得創出活動、および訪問ケア（HBC）活動を中心に、会員である HIV 陽性者の生活支援にあたっており、加えて地域住民に対する HIV 啓蒙活動にも協力している。カウンセリングは、おもにマサラト代表が担当している。マサラト代表によれば、地域の保健所等の紹介で事務所を訪れる者の中には、感染の事実を知らされて混乱し、強い不安を抱えている場合も多く、治療薬を正しく服用すれば

生きられること、また陽性者としての自己を否定的に捉えてはならず、その必要もないことを理解してもらうのは容易ではない。

HBC 活動は、調査時点で 17 名の HBC ワーカーが、158 名の会員を対象に実施している。HBC ワーカーは、週にいちどのペースで各々の会員を訪問して、健康および生活の状況を確認するとともに、当人の身体を拭いたり、買い物を代行したり、部屋の掃除をするといった、さまざまな生活上のニーズに対応する。また当人が抱えている問題に耳を傾ける。もし当人の健康状態が悪化していたり、治療薬を正しく服用していないといった問題があれば、地域の保健所や保健相談員に照会する。

ファナ協会の会員には、経済的に困窮している者が多い。筆者らが 2012 年におこなったアンケート調査では、回答者（85 名）のうち日雇い労働に従事する者が女性を含む 27 名と最多で、他にも無職（9 名）や零細商業（8 名）に携わる者が多く、公務員はわずか 3 名であった（西・姜 2013）。マサラト代表の説明では、治療薬が無償で配布されている現在、生活の上で特段の困難を抱えていない者が、わざわざ陽性者団体に足を運ぶことはないのだという。

会員の中には頻りに居所を変更する者が多く、HBC ワーカーのフォローアップを困難にしている。日雇い労働に従事する会員は、職を求めてウォルキテ市と農村の間で季節移動を繰り返すことが多い。加えて近年では、ウォルキテ市近郊に国立大学が開校したことで市内の家賃が急騰し、HBC ワーカーが容易に訪問できない不便な地区での暮らしを強いられる会員が増えている。また会員のなかには、HIV 以外の健康上の問題を抱えている者も少なくない。たとえば聴覚障害を抱え、かつ手話や読み書きを習得していない女性会員との意思疎通には、大きな困難がある。ファナ協会のスタッフは（当事者スタッフおよび HBC ワーカーともに）、医療および障害に関する専門知識を持たないため、会員が抱えている様々な健康問題に的確な対応ができない場合があるというのが代表の悩みである。

ファナ協会のいまひとつの問題は、活動のリソースが限られていることである。グラゲ県政府は同協会の活動拠点として、政府が所有する建物の一角を無償で提供しているが、活動資金の提供はおこなっていない。HBC 活動や所得創出活動は、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）がエチオピア政府を通して提供する資金によって実施されている。その資金も決して潤沢ではなく、HBC ワーカーは基本的に無償で活動に従事しており、交通費として月額 250 ブル（約 1,250 円）を受け取っているだけである。2009 年には世界金融危機の影響で世界基金の資金提供が滞った経験から、調査時点でも「世界基金からの資金供給が今年限りで止まる」との噂が絶えず、関係者は不安を抱きながら活動している。

2. グラゲ県障害者協会

グラゲ県障害者協会は、障害に関する調査やアドボカシー活動をおこなうことを目的と

して設立された。ファナ協会と同様、県政府が事務所を提供している。協会スタッフによれば「障害を罪と見なす考え方」が地域に根づいており、障害についての人々の意識を変えることが、協会活動の重要な目的となっている。県政府が運営する県民向けのFMラジオ放送には、障害に関する啓蒙プログラムが組み込まれており、その放送にも同協会が関与している。

加えて同協会は、これまで県内の障害者に関するふたつの調査を実施した。ひとつは県内のすべての市および郡政府の協力を得て、政府が把握している障害者の数および障害の内訳について調べたものである。障害の内訳としては、「聾啞」「視覚障害」「歩行障害」「上肢の欠損」「下肢の欠損」「精神発達の遅れ」「下肢の湾曲」「体幹の湾曲」の8項目のみが指定された。「その他」の項目がないため、8項目にあてはまらない障害について、解答を作成した担当者がどのように対応したかは不明である。政府からの回答を集計した結果、合計7,981名（うち女性3,300名、男性4,681名）の障害者について、障害の内訳が記載された。もっともグラゲ県人口は2007年統計で127万人であり、エチオピア国民の17.6%が何らかの障害を抱えているというWHOの推計（WHO, 2011）をそのままあてはめるならば、同県の障害者は2007年時点で既に22万人を超えていたはずである。県政府が把握した数字は、この推計とは大きな隔たりがある。調査手法の問題もあろうが、結果としてこの調査は、住民の障害についてグラゲ県政府の把握が不十分であることを示しているように思われる。

いまひとつは障害政策に関する基礎調査であり、同協会が民間コンサルタントに委託して報告書を作成している。この報告書の大半は、県内の小中学校の教員や生徒に対して、障害者の就学に関する意識や、障害を持った生徒が抱える困難への対応について聞いたアンケート調査の報告に割かれている。エチオピアにおける初等教育の就学率は近年、急速に向上し、農村部でも多くの地域で90%を超えるようになってきた。グラゲ県障害者協会のスタッフは、そのなかで障害者の就学が立ち後れているという危機意識を抱いており、非常にタイムリーで重要な調査であるといえる。他方でこの報告書には、障害者の保健医療ニーズに関する記述はほとんどない。同協会としても、保健当局との連携は視野に入っていないようで、筆者が協会スタッフに対して「保健相談員に何を期待するか」という趣旨の質問をしたところ、「保健相談員が障害者に何かしてくれるのか？」と逆に聞き返される結果であった。

第5節 開発体制下のエチオピアにおけるHIV陽性者・障害者のケア

1. 「二重統治」下における障害政策の課題

本章第III節でみたように、エチオピア政府はHIV感染症対策で成果を挙げてきたのに

対して、障害政策では障害者の生活の質を向上させる具体的成果を示していない。HIV 感染症対策については、連邦政府の保健政策における最重要課題として位置づけられた上、保健相談員が優先的に取り組むべき課題とされている。保健省の強力なリーダーシップのもと、保健相談員制度をとおして健康についての基礎情報を国民に届けるという政府の保健政策が一定の成果に結びついたものだと評価して良いだろう。

これに対して障害政策は、労働社会福祉省が管轄することが決まっているものの、具体的成果には結びついていない。エチオピアの保健行政が保健相談員をとおして国民生活に直接に働きかけることができるのに対して、労働社会福祉行政の分野は、それに匹敵するような制度を持たない。同時に、保健政策と障害政策の連携も不足しているのである。加えて、地方分権の問題がある。そもそも第 I 節 1 項で述べたように、エチオピアにおいては行政権の地方政府への委譲が進んでおり、連邦政府の機関である労働社会福祉省が障害政策を提示したとしても、直ちに地方政府の政策に反映されるわけではないことに注意する必要がある。本来、この事情は保健分野でも同じであって、保健相談員を含む保健政策の実施はあくまで地方政府の権限であり、連邦政府は政策を提示することができるだけである。ところが二重統治下のエチオピアにおいては、与党が特に重視する政策分野については連邦政府の（より正確には与党指導部の）提示する政策が末端まで貫徹する傾向にある。保健行政における HIV 対策や、教育行政における女子就学率の向上などがその例にあたる。障害政策が障害者の生活の質向上に結びつくためには、連邦政府の障害政策を地方政府が実施する体制を構築することが重要であり、またそのためには、保健や教育行政との連携が不可欠であるように思われる。

2. 「2010 体制」下における HIV 陽性者・障害者のケア

第 IV 節でみたとおり、グラゲ県における HIV と障害当事者団体の活動には質的な違いがあった。HIV 陽性者団体であるファナ協会が、会員に対するカウンセリングや訪問ケア（HBC）にたずさわり、陽性者の生活の質に直接関わる活動をおこなっているのに対して、グラゲ県障害者協会の活動は、調査と啓蒙が主体となっている。結果的にグラゲ県内では、政府組織・当事者団体ともに、障害者のケアニーズに応え生活の質を向上させる直接的な活動は実施していないことになる。

ファナ協会の活動は、規模は小さいものの、地域で生活する陽性者のなかでも経済的な困窮や障害といった困難を抱えた人々にケアを提供している点で、非常に重要なものであるように思われる。またこれは、エチオピア政府が提供する保健政策にはない特徴である。第 II 節で述べたとおり、エチオピア政府の保健政策は国際的に高く評価されている。しかしその政策は、極めてトップダウン的な性格を持っており、保健指標の改善といった包括的な目標を達成するには最適であるが、当事者ひとりひとり異なるケアニーズに応じたサービスを提供するには不向きである。

理想的には、エチオピアの保健相談員は地域住民との対話を重視し、地域社会の文脈で当事者が抱える問題に対して、保健当局が適切な介入をおこなえるための橋渡しの役割を果たすことが望ましいと筆者は考えている (Nishi 2012)。しかしながら現実には、「開発部隊」の編成およびその監視体制の強化は、エチオピアの保健システムを、さらに一貫したトップダウン型の目的遂行の組織へと導くものであるように思われる。その中で地域社会の文脈であるとか、当事者の必要が考慮される可能性は小さい。またこうした現実を踏まえるならば、エチオピアにおいては政府の保健政策は、徹底したトップダウン型の取り組みによって包括的な健康目標の達成を目指し、当事者の多様な必要に関する活動には、ファナ協会のような当事者団体を含む非政府組織に任されているものと理解せざるを得ない。ところが「2010体制」下のエチオピアにおいては、当事者団体を含む非政府組織の活動が、著しく制約されているという問題がある。第I節で述べたとおり、「2010体制」とは開発資源を政府が独占する一種の開発国家体制であり、政府は市民社会を敵対的な勢力と位置づける傾向を強めている。ゲブレは、市民社会の活動に対する立法上の制約が、障害者問題への取り組みを妨げていると述べている (Gebre, Merhatsidk, and Abebe, 2013)。

この状況は、HIV陽性者の活動にとっても困難なものであるが、エチオピアの障害当事者の活動にとっては、より大きな障害となるように思われる。ファナ協会は「2010体制」が確立される前に活動の基礎を築いており、地方政府の保健当局とも実質的な協力関係を持ってきた。決して十分な額とは言えないが、世界基金からの一定の資金供給もある。「2010体制」のもとで、世界基金のような資金提供の枠組みを持たずに活動を開始した障害者の当事者団体が、同様の地位を築くことは容易ではない。

おわりに

「すべての人々に開発を」という理念を達成するための社会的な取り組みの一分野として、保健分野の取り組みは重要である。すべての人々の健康を達成するという基礎保健の理念¹⁴を実現するためには、国民の健康を向上させるための包括的な制度づくりを押し進める政府の役割が非常に重要であり、その点でエチオピア連邦政府（保健省）の取り組みが国際的に高い評価を得ていることは理解できる。実際にエチオピアにおいては、HIV治療アクセスの拡大やエイズによる死の減少といったかたちで、HIV陽性者の福利が目に見えて向上してきたのである（第III章1節）。さらに言えば、基礎保健サービスへの平等なアクセスという観点からは、国民全体を包摂する制度こそが重要なのであって、地方分権制度はその障害になりかねない。実際、エチオピアの障害者政策が中身の無いレトリックに留まっている原因のひとつは、連邦政府（労働社会福祉省）が提示した政策を地方政府が実施できずにいることであろう（第V節1項）。

しかしながら十分に包括的な制度であっても、それが政府の設定した健康目標の達成に

奉仕する目的に傾きすぎ、国民の多様な健康ニーズに応えることができなければ、結果として国民の健康格差を拡大させる恐れがある。例えば HIV 感染に加えて経済的な困窮や心身の障害といった困難を抱えた者は、在宅訪問ケアのようなサービスの提供がなければ、健康を向上させることは難しい（第 IV 節 1 項）。加えて「2010 体制」下のエチオピアにおいては、市民社会の活動に厳しい制約があるため、HIV 陽性者や障害者の団体が当事者の福利向上に果たす役割も制限されてしまう。HIV 陽性者や障害者の多様なニーズに政府の保健政策が応えることができず、またそのニーズに応えようとする当事者団体の活動も制限されているエチオピアにおいては、国民一般の健康水準が向上するなかで、より困難な状況に置かれた人々が取り残される恐れがある。

注

- 1 故メレス・ゼナウイ首相は、EPRDF 政権が目指すのは「民主的な開発主義」であると主張したが、実際には「2010 体制」は、冷戦下インドネシアのゴルカル政権に見られたような権威主義的な開発主義に近いというのが筆者の見解である（西 2014）。
- 2 1995 年憲法 39 条第 5 項によれば、民族とは文化や習慣、言語、アイデンティティ等を共有し、固有の地理的領域に居住する人々として定義される。このような条項が定められた背景には、近代国家としてのエチオピアが特定の民族集団によって支配され、他の集団が政治参加からも、社会経済の開発からも疎外されるかたちで成立しているという、EPRDF 政権の歴史認識がある。その「旧体制」を変革し、すべてのエチオピア国民に政治と社会経済開発への参加を保障するためには、徹底した民族自治の権利を認めるほかないという認識が、EPRDF 体制のイデオロギー的核心をなしている。
- 3 2005 年 5 月国政選挙、およびその後の騒乱の経緯については、拙著『現代アフリカの公共性』（西 2009）の第 3 章 1 節および「あとがき」を参照。
- 4 “Proclamation to Provide for Freedom of the Mass Media and Access to Information,” No. 590/2008, *Federal Negarit Gazeta* 14/64, December 4, 2008.
- 5 “Proclamation to Provide for the Registration and Regulation of Charities and Societies,” No. 621/2009, *Federal Negarit Gazeta* 15/25, February 13, 2009.
- 6 「慈善および協会活動に関する法令」は、活動資金の 10%を超える金額を海外の資金源に依っている NGO が種々のアドボカシー活動に関与することを禁じている。同法第 2 条 2 項、15 条 2 項および 5 項参照。
- 7 開発主義体制の確立に伴い、エチオピア政府の基本的な開発政策にどのような変化があったかは、別のところで論じている（西 2014）。
- 8 さらに著名な医学雑誌 *The Lancet* に掲載されたレビュー論文において、エチオピアの保健相談員制度は限られたコストで国民に保健サービスを提供するための画期的な手法であり、その成功は 2012 年 8 月に逝去した故メレス首相と、同年まで保健大臣を務

めたテオドロス・アドハノムのリーダーシップに依るところが大きいと評価された (Balabanova et al. 2013)。

- 9 エチオピア政府による国民一人あたりの保健支出は、米ドル購買力平価に換算して1995年に4.1ドルであったのが、2011年には30.0ドルにまで増加した。Global Health Observatory Data Repository, WHO [<http://apps.who.int/gho/data/view.main>], 2013年11月1日閲覧。
- 10 “Proclamation to ratify the convention on the rights of persons with disability”, *Federal Negarit Gazeta* 16/32, Proclamation No. 676/2010.
- 11 “Proclamation to provide for the right to employment of persons with disability”, *Federal Negarit Gazeta* 14/20, Proclamation No. 568/2008.
- 12 “Proclamation to provide for the definition of powers and duties of the executive organs of the Federal Democratic Republic of Ethiopia”, *Federal Negarit Gazeta* 17/1, Proclamation No. 691/2010.
- 13 グラゲ道路建設協会（現在のグラゲ自助開発協会）の活動については、拙著（西 2009）を参照。
- 14 アルマ・アタ宣言第3条を参照。同宣言は、1978年9月に当時のソビエト連邦アルマ・アタで開催された「第1回プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議」において採択された。

日本語文献

- 西真如 2009 『現代アフリカの公共性—エチオピア社会にみるコミュニティ・開発・政治実践』 昭和堂.
- 2014 「エチオピアの開発と内発的な民主主義の可能性」 大林稔・西川潤・阪本公美子編『新生アフリカの内発的發展』 昭和堂.
- 西真如・姜明江 2013 「感染症治療に服薬者の社会関係が果たす役割」 『社会医学研究』 30 (2): 85–94.

外国語文献

Anand, Sudhir. 2012 “Human Security and Universal Health Insurance.” *The Lancet* 379 (9810): 9–10.

Baker, Craig, Douglas Beal, Tenbite Ermias, Sek-loong Tan, and Andy Ratcliffe. 2013 “The New Prosperity: Strategies for Improving Well-Being in Sub-Saharan Africa”. Boston: The Boston Consulting Group.

Balabanova, Dina, Anne Mills, Lesong Conteh, Baktygul Akkazieva, Hailom Banteyerga, Umakant Dash, Lucy Gilson, et al. 2013 “Good Health at Low Cost 25 Years on: Lessons for the Future of Health Systems Strengthening.” *The Lancet* 381 (9883): 2118–2133.

Berman, Bruce J., Dickson Eyoh, and Will Kymlicka. 2004 “Ethnicity and the Politics of Democratic Nation-Building in Africa.” In *Ethnicity and Democracy in Africa*, edited by Bruce J. Berman, Dickson Eyoh, and Will Kymlicka, 1–21. Oxford: James Currey.

Dickovick, J. Tyler, and Tegegne Gebre-Egziabher. 2010 “Comparative Assessment of Decentralization in Africa: Ethiopia Desk Study”. Washington, DC: U.S. Agency for International Development.

Gebre, Yntiso Deko, Mekonnen Merhatsidk, and Gebremedhin Abebe. 2013 “CSO Support to People Living with Disabilities and the Elderly”. Addis Ababa: Development Assistance Group Ethiopia.

HAPCO. 2009 “Guidelines for Greater Involvement of People Living With HIV/AIDS (GIPA) in Ethiopia”. Addis Ababa: Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office.

Kesetebirhan, Admasu. 2013 “The Implementation of the Health Development Army: Challenges, Perspectives and Lessons Learned with a Focus on Tigray’s Experience.” *Quarterly Health Bulletin* (Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health) 5 (1): 3–7.

- Koblinsky, Marge, Frances Tain, Asheber Gaym, Ali Karim, Mary Carnell, and Solomon Tesfaye. 2010 “Responding to the Maternal Health Care Challenge: The Ethiopian Health Extension Program.” *Ethiopian Journal of Health Development* 24 (Special Issue 1): 105–109.
- Mekbib, Tekle-Ab. 2007 “The Health Extension Program: A Flagship for Bringing Health Services to the Doors of Communities.” *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 1 (1): 75–85.
- Merera, Gudina. 2007 “Ethnicity, Democratisation and Decentralization in Ethiopia: The Case of Oromia.” *Eastern Africa Social Science Research Review* 23 (1): 81–106.
- MoFED. 2010 “Growth and Transformation Plan”. Addis Ababa: Ministry of Finance and Economic Development.
- MoH. 2004 “Ethiopian Strategic Plan for Intensifying Multi-Sectoral HIV/AIDS Response”. Addis Ababa: Ministry of Health.
- . 2007a “Health Extension Program in Ethiopia”. Addis Ababa: Ministry of Health.
- . 2007b “Health Service Extension Programme: Draft Implementation Guideline”. Addis Ababa: Ministry of Health.
- . 2010 “Health Sector Development Program IV”. Addis Ababa: Ministry of Health.
- Nishi, Makoto. 2012 “Morality, Risk, and Knowledge in the Era of Global Health: HIV Interventions and Local Responses Among the Gurage.” Paper Read at the 18th International Conference of Ethiopian Studies, Dire Dawa.
- Noah, Elias, and Sandro Accorsi. 2013 “Countdown to 2015: The Performance of the Health Sector in the Second Year of HSDP IV” *Quarterly Health Bulletin* (Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health) 5 (1): 8–20.

- Oxfam. 2013 “Universal Health Coverage: Why Health Insurance Schemes Are Leaving the Poor Behind.” Oxfam International.
- Rodin, Judith, and David de Ferranti. 2012 “Universal Health Coverage: The Third Global Health Transition?” *The Lancet* 380 (9845): 861–862.
- Singh, Prabhjot, and Jeffrey D Sachs. 2013 “1 Million Community Health Workers in Sub-Saharan Africa by 2015.” *The Lancet* 382 (9889): 363–365.
- UNAIDS. 2013 “Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013”. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- WHO. 2010 “Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage”. Geneva: World Health Organization.
- . 2011 “World Report on Disability”. Geneva: World Health Organization.
- World Bank. 2010 “Ethiopia : Public Finance Review”. Washington DC: The World Bank.