

# 重大な欠陥

## ペルーにおける 妊産婦保健への障壁

妊産婦の健康は人権である

アムネスティ・  
インターナショナル



く生きたい 人間らしく生きたい



人間らしく生きたい



人間らしく生きたい 人間らしく

## 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁  
妊産婦の健康は人権である

## 目次

手順	… 2
用語集	… 2
1/ はじめに	… 3
2/ 妊産婦死亡と人権	… 5
3/ 原因と救済策	…10
4/ 貧困と差別	…14
5/ 費用と移動	…17
6/ 文化的に適切なサービス	…20
7/ モニタリングと情報収集	…23
8/ 政策の不作为	…25
9/ 結論	…28
10/ 勧告	…29
付録	…31
注釈	…32

アムネスティ・インターナショナルは150以上の国や地域の220万人による、重大な人権侵害を終わらせるためにキャンペーンする世界的な運動です。私たちが目指すのは、すべての人が世界人権宣言やその他の国際的人権基準に定められたすべての権利を享受することです。私たちはいかなる政府、政治的イデオロギー、経済利益、宗教からも独立しており、主に会費と寄付によってまかっています。

## フォルツナート・サラサール・スタクル

フォルツナート・サラサール・スタクルは21歳、ウアンカベリカ州サン・フアン・デ・クカルウアックで暮らしている。彼は、妻のクリセルダが2008年に2人の初めての赤ん坊を失ったときに経験した苦痛と悲嘆をアムネスティ・インターナショナル(以下アムネスティ)に話した。当時フォルツナートはクカルウアックには雇用の機会がないため、リマに働きに出ていた。

「私たちには家畜がいます。彼女は草を食べさせるために家畜を野原に連れて行きました。そこで彼女は滑って転びました。きっとそのときに赤ん坊が死んだのです。夕方彼女が家に戻ると軽い痛みを感じ始めました。強い痛みではなかったのです。そして彼女は保健所へ行きました。保健所で彼らは赤ん坊は生きていと話しました...その2日後赤ん坊は死にました。」

フォルツナートとクリセルダは、赤ん坊はすでに死んでいたかもしれないと、そして女性がヘルスケアにアクセスする際に直面する問題の1つはコミュニケーションの不足であると考えている。「たとえば、ここにはスペイン語を話せない女性たちがいます...女性たちは分からないのです。」フォルツナートによれば、農村部のもう1つの問題は、適切な搬送の欠如である。「緊急時であっても救急車はありません。ここから行くと2日か3日はかかります。時には救急車となる車がないためにここで亡くなる人もいます。」

アムネスティによるインタビュー。2008年9月。



クリセルダとフォルツナート  
2008年9月

## 2 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁

### 手順

アムネスティ調査団は、2008年7月ペルーを訪問した。調査員たちは保健省、国家統計情報庁、総合健康保険機構(SIS)の職員や医療専門家団体の代表、妊産婦死亡の問題で活動する国内NGOと面会した。話し合いは、アムネスティの2006年の報告書「ペルー：貧困および排除された女性たち—妊産婦と子どもの健康の権利の否定」(Index: AMR 46/004/2006)の発表以降に、予防可能な妊産婦死亡減少のためのペルーの取り組みにおける進展について、情報を集めることに力を入れた。

アムネスティ英国支部とアムネスティ・ペルー支部は、安全にかつ尊厳を持って妊娠・出産を経験するために必要な情報やサービスへのアクセスにおける問題について、女性やその家族、保健専門家と話すために、アンデスのウアンカベリカ州サン・フアン・デ・クカルウアックのコミュニティを訪問した。ウアンカベリカは、ペルーの最貧困地域の1つであり、妊産婦死亡率が最も高い州の1つである。

この報告書は、これらの話し合いと同じく、国連人口基金(UNFPA)やペルー国立オンブズパーソン事務所といった多くの国内および国際的団体の研究結果や、ペルーにおける妊娠・母体・予防可能な妊産婦死亡の様ざまな面を扱った2006年以降の国内および国際的NGOが発表した報告書を引用している。<sup>1</sup>

2006年のアムネスティ報告書と同じく、この報告書は人権基準や国際的人権団体の調査結果を考慮し、妊産婦死亡減少のためのペルー政府の取り組みを考察する。

アムネスティは全国および地方レベルでの保健に責任を負う公共機関や、訪問した保健施設の専門家および利用者との会合やインタビューが行なわれた際の、開放性および透明性を歓迎する。

### 用語集

**妊産婦死亡**: 世界保健機関(WHO)は妊産婦死亡を、妊娠中あるいは妊娠終了後42日以内の女性の死亡で、妊娠もしくはその管理に関連した、またはそれらによって悪化したすべての原因によるもので、ただし不慮または偶発の原因によるものを除く、と定義している。

**妊産婦死亡割合**: 15歳から49歳までの女性10万人あたりの妊産婦死亡の数値

**妊産婦死亡率**: 出生10万人あたりの妊産婦死亡の数値

**総合健康保険機構(SIS)**: SISは貧困層および極度の貧困層の人びとの基本的保健サービスへのアクセスの保証を目的とした、公共健康保険機構である。優先グループに提供されたヘルスケア費用を還付する活動をしている。

**出産待機所**: 保健センターから遠く離れた場所に住む女性たちが出産までの間滞在できる建物(通常は部屋)。女性たちが利用の際に快適に感じられるよう、コミュニティに文化的に適切であるように設計されることになっている。

**垂直位出産**: 立った姿勢、座った姿勢、跪いた姿勢あるいはかがんだ姿勢で出産すること。保健専門家は分娩中女性を手助けするために女性の前方か後ろに立つ。女性たちはしばしばこの方法を使用し出産中はロープにしがみつき、夫や家族によって体を支えられる。

**保健促進者**: ペルー全土の貧しい農村部の先住民族コミュニティに対して、ボランティアとして健康問題への支援や情報、教育を提供する男女。

**妊娠高血圧腎症/子癇**: 高血圧および蛋白尿を特徴とする妊娠特異的疾患。痙攣を起こす。子癇として知られている。

**ケチュア語**: 先住民族言語を母語としている割合はペルー人口の13.2パーセントである。農村部ではこの数字は人口の30パーセントにまで上がる。<sup>2</sup>

## 1 / はじめに

ペルーは近年かなりの水準の経済成長にもかかわらず、いまだラテンアメリカで妊産婦死亡率が最も高い国の1つである。<sup>3</sup> ペルーの妊産婦死亡率の現在の水準は議論的となっている。政府は出生10万人につき185人という数字を公表しているが、<sup>4</sup> 国連人口基金(UNFPA)は出生10万人につき240人の女性が死亡していると発表している。<sup>5</sup> しかし数字は異なるかもしれないが、政府やアムネスティと話した専門家はこの水準が高過ぎることには同意している。<sup>6</sup>

妊産婦死亡は発展途上国における出産年齢の女性の唯一最大の死亡原因である。これらの死のうち圧倒的多数は予防可能である。妊娠および出産がこれだけ多くの女性の命を奪い続けるその理由は人権侵害にある。妊産婦死亡および罹患(疾病)の正確なデータは不十分なものしかないが、利用可能な情報によると妊産婦死亡率<sup>7</sup>が最も高いのはいつも貧困層の女性であることが分かる。<sup>8</sup> 資源の配分や利用可能であるべき種類のヘルスケアへのアクセスにおいてその声を否定され、貧困層の女性たちは驚くべき規模で死亡し苦しんでいる。

予防可能な妊産婦死亡は女性の人権の侵害である。<sup>9</sup> それは女性の生きる権利、差別されない権利、最高の到達可能な水準の健康の権利そして情報の権利を侵害している。多くの場合、それはジェンダーに基づく暴力から自由であるという女性の権利や、子どもの数や間隔について自由に責任を持って決定する権利の侵害によって生じている。これらの権利はすべてペルーが署名し批准した国際人権条約に示されている。

妊産婦死亡の減少および予防の重要性は国際的・国内水準で認識されている。国連ミレニアム開発目標(MDGs)の1つは、2015年までに妊産婦死亡率を1990年の数字の4分の3減少させることである。2008年ペルー政府は、妊産婦や新生児の健康の改善は2008年社会政策のための5つの戦略目標の1つであると、そして2015年までに妊産婦死亡を出生10万人につき120人にまで減少することを目標とすると発表した。<sup>10</sup>

2006年アムネスティは「ペルー：貧困および排除された女性たち 妊産婦と子どもの健康の権利の否定」を発行した。<sup>11</sup> この報告書は性と生殖の、妊産婦の、そして子どものヘルスケアを保証するための、国際人権法におけるペルーの義務の順守面を評価した。ペルー政府は、進展はあったが、貧困や社会的差別のために一般社会から周縁化されあるいは排除されたコミュニティの女性のために、性と生殖および妊産婦ヘルスケア・サービスの、利用可能性、アクセス可能性、受容可能性および質を差別なく保証していないことを、入手した証拠は示した。

#### 4 重大な欠陥

##### ペルーにおける妊産婦保健への障壁

排除されたあるいは周縁化されたコミュニティの女性が必要なヘルスケアを得ることができない要因として、保健施設、物資、サービス、そして最も重要である緊急産科ケアの、不均衡な割り当てが挙げられる。資源の不均衡な割り当ては社会のより裕福で影響力のある階層を対象にしている。<sup>12</sup> 貧しいあるいは先住民族の女性にとって、これらの要因はペルーで彼女たちがヘルスケアにアクセスする際に直面する社会的、民族的そしてジェンダーによる差別によってさらに悪化している。さらに貧困層の女性たちは、大部分が政治的意思決定過程から排除されている。これらの人権侵害は社会や当局の人間には長年顧みられずにいたため、彼女たちの声はめったに聞かれることがなく、彼女たちの意見は国の法律や政策にめったに影響を及ぼしていないのである。



2006年以降、ペルー政府、とくに保健省と財務省によって、妊産婦死亡を減少させるための多くの積極的施策が実施されている。この報告書は、いくつかの実施の進展と今後の課題を示している。アンデスのウアンカベリカ州サン・フアン・デ・クカルウアックの先住民族女性やその家族、保健員たちは妊娠や出産における体験をアムネ스티に語った。彼女たちの物語はペルーの多くの地域の貧困層の女性たちの経験を反映しており、その支持を誓約した人権基準を満たすことが、国にとって緊急に必要であることを示している。アムネスティはペルーの女性の人権のための奮闘における、非常に悲惨な経験を話すことに同意してくれた人びとに対して恩義がある。

## 2/ 妊産婦死亡と人権

政府が予防可能な妊産婦死亡の原因に対処できないために、女性が妊娠あるいは出産で死亡した場合、政府は女性の生きる権利を侵害している。同じく予防可能な妊産婦死亡および疾病は、利用可能性、アクセス可能性および受容可能性をもつ、質のよいヘルスケアおよびサービスを受けることができる権利を含む、女性の到達可能な最高水準の健康の権利の侵害が原因である。

女性の情報の権利は、彼女が妊娠するかどうか、いつ妊娠するかを決定することができるために、また十分説明を受けた上で同意した避妊や性および生殖に関する、また妊産婦のヘルスケアを提供するために、性および生殖に関する健康の、そして妊産婦の健康の情報の権利を含む。

ある女性が民族的あるいは社会経済的背景のために、年齢のためにそしてジェンダーのためにこれらの権利が否定される場合、彼女の平等の権利や差別されない権利もまた侵害されている。女性たちが抑圧、差別、暴力を受けずに彼女たちの性および生殖に関する生活に関連した事項を決定できない場合、彼女たちの性および生殖に関する権利は否定されている。

これらすべては人権であり、ペルーが締約国となっている国際的および地域人権条約で保護されている。これらは以下を含んでいる：

- ・ 市民的および政治的権利に関する国際規約(自由権規約)
- ・ 経済的、社会的および文化的な権利に関する国際規約(社会権規約)
- ・ 女性に対するあらゆる形態の差別撤廃に関する条約(女性差別撤廃条約)
- ・ 子どもの権利条約
- ・ あらゆる形態の人種差別撤廃に関する条約(人種差別撤廃条約)
- ・ 独立国における先住民族および種族の人びとに関する国際労働機関(ILO)第169号条約
- ・ 経済的、社会的および文化的な権利の地域における米州人権条約追加議定書(サンサルバドル議定書)

これらの権利はペルーの国内法によっても保護されている、とくに：

- ・ 生きる権利および差別されない権利に関する憲法第2条
- ・ 社会的および経済的権利に関する憲法第2章
- ・ 一般健康法

主な国際基準は次の通りである。

## 6 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁

### 社会権規約

国連経済的、社会的および文化的権利に関する委員会(社会権規約委員会)は、社会権規約に記された健康の権利の実現を監視する責任があり、規約がどのように解釈されるべきかを示したガイドラインを公表している。到達可能な最高水準の健康の権利(第12条)は、時宜を得た適切なヘルスケアだけでなく健康の基本的決定要因にまでおよぶ、包括的権利として理解されるべきであると委員会は述べている。<sup>13</sup> 言い換えれば、健康の権利は到達可能な最高水準の健康の実現のために必要なあらゆる種類の施設、物資、サービスおよび状態を享受する権利を含んでいる。たとえば次のとおりである。

- ・ 安全で飲料に適した水および適切な衛生へのアクセス
- ・ 安全な食料および栄養の適切な供給
- ・ 適切な水準の住居
- ・ 健康的な職業および環境条件
- ・ 性および生殖に関する健康を含む健康に関連した教育および情報。

委員会によると、この権利のさらに重要な側面は、コミュニティ、国内および国際的水準でのすべての健康に関連する意志決定への住民の参加である。



ウアンカベリカ州サン・ファン・デ・カルウアックの保健所の外で待っている先住民女性たち  
2008年9月

妊産婦の健康は人権である

Amnesty International Index: AMR 46/008/2009

また委員会は健康の権利は次の重要な相互に関連のある要素を含むべきであると認めた。

**利用可能性** - 公的保健および保健施設、物資およびサービス、ならびに保健センターやプログラムは十分な量が利用可能でなければならない。

**アクセス可能性** - 保健施設、物資およびサービスそして情報は、差別なくアクセス可能でなければならない。このことは、差別や情報不足の結果として生じた身体的、財政的なものを含むすべての種類の障壁の除去を必要とする。

**受容可能性** - 保健施設、物資およびサービスは、医療倫理を尊重しかつ文化的に適切で、ジェンダーやライフサイクル上の必要性に敏感でなければならない。それらは秘密性を尊重するために、また関係者の健康を改善するために設計されなければならない。

**質** - 保健施設、物資、サービスは科学的小および医学的に適切かつ良質のものでなければならない。このことはとりわけ専門技能をもった医療従事者、科学的に認可されかつ有効期限内の薬品および病院器具、安全で飲料可能な水ならびに適切な衛生設備を必要とする。

社会権規約第2条では、健康の権利を含むこの規約において認められる権利の完全な実現を、すべての適切な方法により、締約国自身の資源を最大限に用いることによって、個々にまたは国際的な援助および協力といった措置の導入を通じて、漸進的に達成するべきである。

しかしながら委員会は、少なくとも規約の各権利の重要な水準を遅滞なく満たすことを保証するために多くの締約国の主要義務を明らかにしている。資源が厳しく制限されている場合でも比較的 low cost のプログラムを導入することで社会の最も脆弱な人びとを保護することができ、また保護しなければならない。<sup>14</sup> 委員会は次の主要な義務を、健康の権利を保証するために国が満たす最小限度のものであるとみなしている：<sup>15</sup>

- ・ すべての保健施設、物資およびサービスの公平な配分とこれらの保健施設、物資およびサービスに差別なくアクセスする権利を保証すること。同じく世界保健機構の必要不可欠な薬品に関する行動計画で定義されている必要不可欠な薬品を供給すること。
- ・ 最低限の必要不可欠な食料、基礎的避難所、住居および衛生設備、そして安全かつ飲むことができる水の適切な供給へのアクセスを保証すること。
- ・ 全国民の健康問題に取り組む国家戦略および行動計画を採択し実施すること。これらは参加型かつ透明性のある過程に基づいて考案され、また定期的に再検討されるべきである。戦略および行動計画が考案されるその過程は、その内容と同じく、すべての脆弱なあるいは周縁化された集団に、特別の注意を払うべきである。

## 8 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁

委員会は同じように優先度の高い義務を確認している。それは性と生殖に関する<sup>16</sup>そして妊産婦(出産前・出産後)のヘルスケア<sup>17</sup>の保証と、健康および人権に関する教育を含む、保健従事者への適切なトレーニングの提供を含んでいる。<sup>18</sup>

### 女性差別撤廃条約

国連女性差別撤廃委員会 - 条約の実現を監視する責任がある - は、政府が女性の健康の権利のために、女性の健康状態の予防や治療に取り組む必要があり、女性に対する暴力を終わらせるために行動を起こす必要があり、そしてすべての女性が性および生殖に関する保健サービスを含む、すべての良質で手頃な値段のヘルスケアへのアクセスを保証する必要があると述べている。健康の権利の実現のために、政府は家族計画や性教育を通じて望まない妊娠の予防を優先事項としなければならない、また安全な母体サービスおよび出産前支援を通じて妊産婦死亡率を減少させなければならないと委員会は述べている。<sup>19</sup>

### ミレニアム開発目標

ペルーはまた健康の権利に関連した、とくに妊産婦および子どもの健康に関連した国際フォーラムで一連の政治的誓約を行なっている。そのような誓約の1つが国連ミレニアム開発目標(MDGs)であり、2015年までに妊産婦死亡率を減少させるという誓約を含んでいる。変革の動きのための影響力のあるアジェンダであるMDGsは、国際的に合意された開発の優先課題である。MDGsには妊産婦死亡率の減少および性と生殖に関する健康の普遍的アクセス(MDG 5)、そしてジェンダーの平等と女性のエンパワーメント(自己啓発)の促進(MDG 3)が含まれている。<sup>20</sup>

#### ミレニアム開発目標5: 妊産婦の健康の改善

2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の3減少させる。

指標・妊産婦死亡率

- ・専門技能を持つ保健従事者が立ち会った出産の割合

2015年までに性と生殖に関する健康への完全普及を達成する:

指標・避妊普及率

- ・思春期の若者(15~19歳)の出産率
- ・出産前健診の普及(少なくとも1回の訪問および少なくとも4回の訪問)
- ・家族計画の未充足のニーズ

出典: 国際連合、ミレニアム開発目標指標。MDG指標のための国連の公式サイト  
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>,  
(2009年2月5日閲覧)



国連人口基金(UNFPA)によると、妊産婦死亡率は世界的にそしてすべての地域で減少しているが、その減少はMDG5の目標に達成するには遅すぎる。目標を達成するためには毎年5.5パーセントの減少が必要であるが、記録された減少は1パーセント未満である。<sup>21</sup> さらにUNFPAが集計した数字はすべての人びとが妊産婦死亡率の減少を経験しているとは示していない。ペルーは2009年9月のMDGs会議でその進展を報告することを予想されている。

## カイロ宣言

2009年はエジプトのカイロで行なわれた1994年国際人口開発会議15周年である。この会議は開発目標の達成における人権の重要性を認めた行動計画を採択した。「できる限り早急に(遅くとも2015年までに)(当該年齢の)すべての個人がプライマリー・ヘルスケア制度を通じて性および生殖に関する健康を得られるように努力する」と述べている。これは家族計画やカウンセリング・情報・教育・コミュニケーションおよびその他サービスを含んでいる。具体的には出産前ケア・安全な出産・出産後ケアのための教育とサービス;妊娠中絶の影響の管理を含む国内法の範囲内での妊娠中絶;性および生殖に関する健康、親としての責任に関する情報・教育・カウンセリングである。

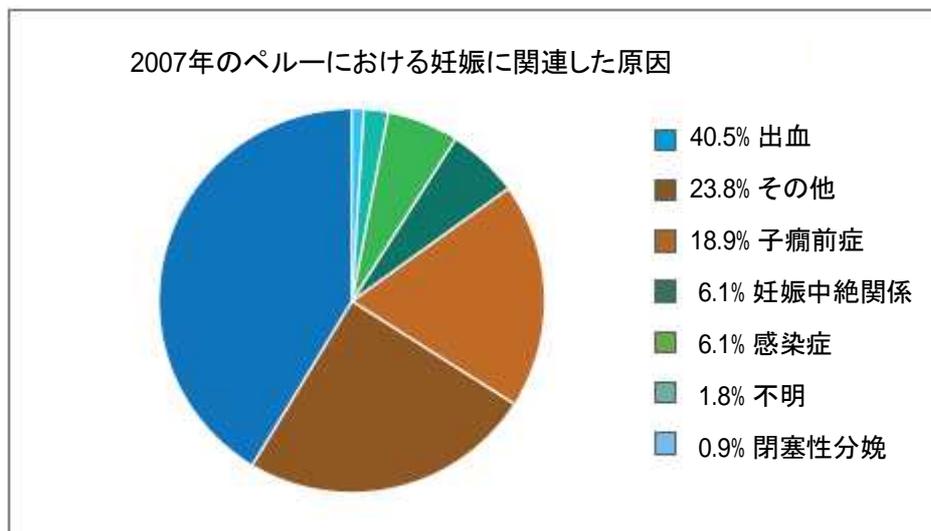
カイロ宣言はMDGsを補強している。

## 10 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁

### 3/ 原因と救済策

2007年のペルー政府統計は、妊娠に関連した原因による女性の死亡のうち、27パーセントは妊娠中に、26パーセントは出産中に、46パーセントは出産後6週間以内に起きていることを示している。<sup>22</sup> ペルーにおいて妊娠に関連した死亡のうち主な5つの原因は、出血、子癇前症<sup>23</sup>、感染症、妊娠中絶後の合併症、閉塞性分娩である。



2008年7月にペルー保健省疫学局(Dirección General de Epidemiología)がアムネスティに提供した数字。

ペルーにおける秘密の(非合法的)妊娠中絶の蔓延と女性の健康への秘密の妊娠中絶の影響に関する最近の研究によれば、妊娠中絶を受けた女性の7人に1人が合併症で入院していると推定されていることに、注目することは重要である。合併症、自己治療あるいはプライベートで受けた治療、そして保健施設へ到着する前の死亡を含む、さまざまな異なる原因によってこのことが説明できる。報告されないあるいは不正確な報告によって、事例の省略の割合は10パーセントであると推定されている。<sup>24</sup> そのため妊娠中絶による死亡の記録総数を正確であると信用することはできない。同じ研究でペルーにおける妊産婦死亡の第3番目の原因として妊娠中絶を挙げている。<sup>25</sup>

ほとんどの妊産婦死亡は予防することができる。国際的研究は、女性たちが必要とするときに、必要な保健サービスへのアクセスを妨げる、一連の障壁あるいは遅滞のために女性たちが死亡し続けていることを示している。<sup>26</sup> これらの障壁はあるグループの女性、とくに農村部の貧困層の人びとや先住民族女性に大きな影響を及ぼしている。

## エドゥアルド・ルカス・クリソストモ

「保健へのアクセスの主な文化的問題は言語です。コミュニティとの意見の相違は文化的問題です…

以前は、妊娠中に健診を受けるのは10人の女性うち4人か5人だけでした。母親や祖母は自分の娘が保健所で健診を受けることを拒否したのです。今は妊娠中の女性の98パーセントが保健所で受けています。(この改善の主な原因は)トレーニング、複数のNGOの参加、リプロサル(Reprosalud生殖と健康)プログラムです。<sup>27</sup> 妊娠の種類や危険性、リスクについて、また合併症や出産中の合併症による死亡の可能性について話をする、コミュニティ全体へのプレゼンテーションがあります。

女性が保健センターへ行くことを妨げる最も一般的な要因は恐怖であり、不安です…そして母親の非識字です。彼女たちはどんな種類の治療を受けるのか、検査とはどのようなものなのかを知りません…もし女性たちが教育を受け、十分に情報を得ていれば、もっと良いのですが。

(良いサービスの点での主な問題は)搬送です。7つの保健施設があるこの管轄全体で、私たちに救急車は1台しかありません。同時に2件あるいは3件の救急があるときもあります。私たちは命を救うために、自分たちのお金で個人の車を借り、当然伴うすべてのリスクとともに患者を送り出します。救急車にはあまり専門的設備はありません。何よりも緊急時には、救急車は十分な設備が必要です。この車は搬送用として使えますが、救急には対応していません…

(この状況の改善の助けとなるであろうもう1つは)、遠隔地の極貧層における職員の増員です。私たちに必要なものは人的資源の支援です。」

エドゥアルド・ルカス・クリソストモ。ウアンカベリカ州サン・フアン・デ・クカルウアックの保健所の保健技術者

---

これらの障壁はしばしば政府の行為あるいは不作為の結果であり、それゆえに克服することができる。解決策 - とりわけ法改正や公衆衛生、女性のエンパワーメントの分野における - はよく知られており、実際に機能することは証明されている。解決策は多角的であり、女性の地位や意思決定、ヘルスケアへのアクセスに関する包括的な政府の行動を必要としている。

多くの専門家は緊急産科ケアへのアクセスの重要性を認識している: 「かなりの議論の後、妊産婦死亡の減少のためのさらに多くの集中的アプローチが具体化している。さまざまなグループが異なる側面 - 緊急産科ケア、専門技能を持つ出産介助者による熟練したケア、不十分な産科ニーズ - に重点的に取り組んでいる。しかし産科合併症の女性たちを治療する能力なくして、妊産婦死亡を大幅に減少させることはできないという根本的な認識をみんな持っている。」<sup>28</sup>

## 12 重大な欠陥

### ペルーにおける妊産婦保健への障壁

このケアへのアクセスの欠如は女性の到達可能な最高水準の健康の人権の侵害である。実際に健康の権利は、女性のヘルスケアを受ける権利を持つことを認め実現しなければならないことを意味している。そのヘルスケアは利用可能で、アクセス可能で、適切で良質でなければならない。

アクセスの欠如は妊産婦死亡および疾病の減少に対する主要な障壁の1つである。アクセスは具体的には次のとおりである：保健センターや保健専門家へのアクセスあるいは特定の健康状態を治療するために必要な設備や医薬品へのアクセス；保健センターへ行くため、そこから家に帰るための搬送の、あるいはより複雑な治療を提供できる高度施設へ移動させるための搬送のアクセス；そして健康問題やその症状、治療の選択肢、ヘルスケアの利用可能性やアクセス可能性についての情報へのアクセス。

ペルー農村部の多くの女性は保健センターから遠く離れた、あるいは適切な道路や緊急時に簡単に到着できる搬送手段のない地域に暮らしている。しばしば最寄りの保健センターには、とくに緊急時に女性たちが必要とする治療を受けるための、適切な設備、医薬品、訓練を受けた専門家がいない。この利用可能性の欠如もヘルスケアへのアクセスの障壁である。

ヘルスケアが利用可能な場合でも、情報の不足は、多くの女性が自分たちはどんなヘルスケアにアクセスできるのか、あるいはどんな症状に注意を払う必要があるのか分らないことを意味する。多くのさまざまな言語がペルーの71の民族によって使用されており、かなりの数の国民にとって、スペイン語は第2言語であるかまったく話せない言語である。<sup>29</sup> このことはとくに先住民族女性に影響する。彼女たちは自分たちのコミュニティの外に出る傾向にないために先住民族男性よりもスペイン語を話せないのである。この多様で複雑な言語遺産にもかかわらず、ヘルスケアについての情報は圧倒的にスペイン語しかない。通訳はすぐに利用できるわけではない。多くの農村部の保健専門家はスペイン語しか話せず、そのために治療をする女性たちを理解できないこともある。

多くの先住民族女性が直面しているもう1つの重要な障壁は、利用可能なヘルスケアが彼女たちに受容可能な方法で提供されていないことである。言い換えれば、彼女たちは提供されたサービスの利用を快適であるあるいは安全だと感じていない。そのためにそれらを使用しない方を選ぶ。アムネスティがインタビューをした女性たちは、貧しいまた/あるいは先住民族のためにひどい失礼な治療を受けたと報告し、そのような治療は彼女たちのコミュニティでは日常的な経験だと話した。さらに出産で使用される保健施設や技術は異なる伝統的出産方法に慣れている女性たちを不安にさせ恐怖すら感じさせる。その結果多くの女性は、もう1つの可能性である未知の危険性 - 彼女たちが不安になる環境で、そして彼女たちの文化に馴染みのないのみならず方法で治療される - よりも現実の既知の危険性 - コミュニティで出産する - を選ぶのである。

妊産婦死亡減少政策を有効にするためには、ペルー政府はこれらの障壁に取り組まなければならない。障壁は克服できないものではないが、妊産婦死亡を減少し除去するために講じられた適切な措置のために認識されなければならない。

いくつかの措置は妊産婦死亡の減少のための鍵である。これらは専門技能を持つ出産介助者や緊急産科ケアへのアクセスを含んでいる。

出産時の専門技能を持つ保健員へのアクセスは、妊産婦死亡に重要な影響があり、MDGsの指標の1つとして認識されている。「もし妊産婦死亡に注目すべき低下があれば、合併症の場合に適した設備や照会の選択肢もある適切に訓練を受けた保健従事者による立ち会いは、出産時の標準的習慣としなければならない。」<sup>30</sup> ペルー政府の統計は農村部における出産の半数以上にいまだ保健専門家の立ち会いがなくを示している。<sup>31</sup> 世界中で多くの女性が保健専門家の立ち会いなく出産しているが、専門技能を持つ出産介助者へのアクセスは、安全な出産の保証における鍵となる要因の1つであると広く認識されている。このアクセスは出産中に合併症が起きた場合には不可欠である。



ウアンカベリカ州サン・ファン・デ・カルウアック保健所で妊産婦を治療する医師 2008年9月

妊娠した女性全体の約15パーセントがかかるという、ほとんどの産科合併症は出産前後に予測外に起きている。<sup>32</sup> そのため緊急産科ケア(EmOC)は妊産婦死亡率および罹患率を抑制し減少させる鍵である。1997年、国連児童基金(ユニセフ)と世界保健機関(WHO)、国連人口基金(UNFPA)は、国連EmOCプロセス指標を採用した。この指標は施設やサービスの配分と質のための水準、そして必要とする女性が利用できる範囲の水準を勧告している。入手したデータは政府の努力を評価する基準を定めるための手段を提供している。(付録を参照)<sup>33</sup>

2008年にペルーのオンブズパーソン事務所が発表した報告書は、1日24時間産科救急に対応する能力のある保健施設のほとんどが都市部にあり、大部分の農村部には救急に対応できる保健施設はないと述べている。<sup>34</sup>

ペルー政府は過去数年間これら不平等に取り組むための、そして貧困層の先住民族のカンペシーナ(小作農)の女性が、妊産婦ヘルスケアにアクセスする際に直面する障壁、富裕層の周縁化されていない女性は直面することのない障壁を減少させるための措置を講じている。これらは農村部コミュニティの女性が保健センターをもっと身近に感じるように設計された施設の増加や、文化的に適切な分娩技術、保健専門家への言語トレーニング、保健政策のためのよりの絞った予算の促進を含んでいる。次章では妊娠、出産、出産後数週間の女性の人権の保護および促進における、これらのイニシアチブの影響を記述する。

## 1.4 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁

# 4/ 貧困と差別

(この状況の改善を助けるであろうもう1つは)遠隔地で極度の貧困にある職員の増員です。私たちに必要なものは人的資源の支援です。(1つの保健所に対する職員として)2名は十分ではありません。

貧困は変数であり、要因です。経済状況はウアンカベリカにおいて、女性がより大きな保健センターに搬送され診断されるかどうかに影響します。(搬送手段あるいは他の保健施設でヘルスケアを求めるといふ)夫の決断は、夫の経済状況に比例しており、非常に重要です。」

2008年9月、ウアンカベリカ州サン・フアン・デ・クカルウアック保健所の保健員、エドゥアルド・ルカス・クリソストモ

ペルーでは最も貧しく周縁化された女性は農村部または先住民族コミュニティに住んでいる。

2008年の政府統計によると、ペルー人口の3分の1強しか農村部に暮らしていないにもかかわらず、貧困層の57.7パーセント強は農村部の住民である。極貧層の10人に8人は農村部に住んでいる。<sup>35</sup> 貧困は女性が妊娠で生き残れるか否かの決定要因である。全世界で妊娠に関連する原因で死亡する女性の圧倒的多数は、貧しく周縁化された土地の女性である。<sup>36</sup>

ペルー国家統計情報庁(INEI)から提供された統計では、貧困層の女性への保健サービスの提供において、正真正銘の不平等があることは明白である。2007年のINEI統計によると、2002年から2007年に出産した社会の最貧困層の女性のうち、前回保健施設で出産した人はわずか36.1パーセントであった。社会の最富裕層の女性の比較可能な統計は98.4パーセントである。同様に、同じ5年間、社会の最貧困層の女性の35.9パーセントしか、直近の出産の際に保健専門家による立ち会いがなかった。社会の最富裕層の女性の比較可能な統計では、99.2パーセントである。<sup>37</sup> ペルーの最貧地域は妊娠に関連した死亡数が最も多い地域であるという事実を示した直近の国立オンブズパーソン事務所による報告において、ペルーにおける貧困と妊産婦死亡との関連は明らかである。<sup>38</sup>

国際法は、意図的であるか事実上であるかを問わず、あらゆる形態の差別を禁止している。<sup>39</sup> ヘルスケアあるいは他の公共サービスが特定のグループに不均等な影響を及ぼすような方法で提供される場合、その国は差別しない義務を侵害している。



2007年6月、ウアンカベリカ州チュルカンバ県オコパンパ垂直位出産はペルーのアンデス地方で用いられる伝統的方法である。2005年、保健省は保健専門家がこの選択肢の女性への提供を保証するため、この方法の利用に関するガイドラインを発行した。

妊産婦の健康は人権である

Amnesty International Index: AMR 46/008/2009



左: 女性は出産前後に保健施設の隣にある妊産婦待機所で家族に付き添われて休むことができる。

右: 新生児とともにオコパンパの保健施設を去る家族

©Salud sin Límites - Perú



今日女性のヘルスケアへのアクセスを妨げる人種、民族およびジェンダーに基づく差別の傾向には長い歴史があり、そのうちのいくつかは2003年8月に発表された真実和解委員会(真実委員会)の最終報告書に記録された。真実委員会は、2000年11月に終結したペルーの20年間の内戦中に犯された深刻かつ広範囲にわたる人権侵害を取り巻く状況を立証する責務を持って2001年に設立された。真実委員会の最終報告書は、反政府武装勢力センデロ・ルミノソ(輝く道)やトゥパク・アマル革命運動(MRTA)、それにペルー治安機関によって犯された数千件の深刻な人権侵害事件を記録している。<sup>40</sup> 最終報告書は、これらの人権侵害は時には人道に対する罪に相当したと結論付けており、たとえば強制不妊の事例のような女性にのみ影響を与えるジェンダー特有の人権侵害を詳細に記述した。<sup>41</sup>

近年真実委員会が記述した人権侵害のいくつかに取り組む複数の措置が講じられているが、記載された人種、民族およびジェンダーに基づく差別の傾向は存続している。今日もこれまでと同じく差別、剥奪および排除は数千人の人権を否定している。

たとえば多くの人びとが今なお身分証明書を持っていない。これはある程度は多くの文書が破壊された内戦期間の結果である。しかしながら貧困層が法的な身分証明書を得るための行政手続きへのアクセスがないという事実によって、恒常化している。公式文書になっていないために投票権などの市民的および政治的権利の享受が事実上制限されている。これはまた人びとの社会的および経済的権利も否定している。たとえば、貧困層の女性が無料で妊産婦ヘルスケアを受けることができる総合健康保険機構(SIS)へのアクセスを制限している。なぜなら身分証明書はSISに登録するために必要なのである。2007年先住民族国勢調査は、調査対象となった18歳以上人口の14.9パーセントは、国の身分証明書を持っていないと報告した。その比率は、男性(12.2パーセント)よりも女性(18.1パーセント)が高い。<sup>42</sup>

内戦中の広範かつ甚だしい人権侵害の負債は、今日も女性の生活に影響を与え続けている。女性たちが受けた暴力が原因の性と生殖に関する健康関連を含む、精神的および身体的健康問題を訴える女性が多い。この負債を理解して初めて、先住民族でカンペシーナの女性たちが当局やコミュニティ外の人びとに対して抱く不信感や恐怖感を理解することができる。またこの背景において、利用可能でアクセス可能、受容可能そして良質のヘルスケアの提供に当局が失敗したと判断するべきである。

妊産婦の健康は人権である

## 16 重大な欠陥

### ペルーにおける妊産婦保健への障壁

2007年先住民族国勢調査は、調査対象となったコミュニティの59.1パーセントには保健施設がなく、その保健施設の45.4パーセントが応急措置所ではないこと、また42.3パーセントには保健所(保健施設のうち最も基礎的分類の1つ)があり、10.9パーセントには保健センター(保健所に次いで設備のある種類の施設)へのアクセスがあると報告した。<sup>43</sup>

妊娠中または出産時における女性の死亡は、適切な社会政策の欠如と結びついて、あまりにも頻繁に女性の残された家族がより深刻な貧困へと落ち込んでいくことを意味している。出産時の母親の死亡による家族やコミュニティへの影響は大きく長期にわたることを複数の研究は示している。残された子どもたちの世話をし、家族の主な稼ぎ手の1人の喪失を補う負担は、一般的に年長の子どもたちか家族の他の人に降りかかる。このことは、しばしば世話をする人が教育を続ける機会を否定され、未来の生活の可能性を奪われることを意味する。教育のアクセスがなければ、貧困層の子どもたちは貧困層の大人になりやすく...悪循環は続くことになる。

### ホセ・メネセス・サラサール

ウアンカベリカ州サン・ファン・デ・クカルウアックの24歳のホセ・メネセス・サラサールは、9人の兄弟の最年長である。彼はアムネスティに彼の母親は彼が15歳であった1999年に出産時に死亡したことを語った。母親は職員が彼女にちゃんと手当てしないかもしれないと恐れて、健診のために保健センターに行きたがらなかった。彼女の出産が始まったとき、サン・ファン・デ・クカルウアック保健所の助産師は外出中であったため、ホセの父親と他の家族が自分たちで子どもを出産させた。赤ん坊が生まれた後胎盤が出て来なかったが、彼らはどうすればよいかわからなかった。2時間後、彼の母親は死亡した。女の赤ん坊は生き残った。



ホセは彼の母親の死が家族にもたらした影響の大きさを語った。彼の父親はその後家族を捨てた。母親の死と父親との別離は、ホセがその家族と小作農地に責任を負わなければいけないことを意味し、彼が教育を諦めなければならないことも意味した。彼の妹もまた手伝いのために学校を諦めなければならなかった。そのため彼女は読み書きがほとんどできない。

ホセは現在、3人の年少の弟たちと自分の妻、彼自身の2人の子どもと暮らしている。彼の母親の経験から、彼は出産前健診に行く妻を支え、彼女が出産する前には彼女を妊産婦待機所へ連れて行った。保健センターは絶対的に職員や設備がもっと必要であり、とくに胎児がどのように成長しているかを確認でき、赤ん坊が生まれる時期をより正確に予測できるようにスキャナーが必要であると、彼はアムネスティに語った。彼はコミュニティに住む常勤の保健員が来ることを望んでいる。彼はまた緊急時に他の保健センターに女性たちを搬送するためのもっとよい対策ができるように望んでいる。

## 5/ 費用と移動

治療費用と保健施設に到着するまでの困難な旅は、貧しい農村部に住む人びとがヘルスケアを受ける際の2つの重要な障壁である。ある保健推進者がアムネスティにこう話した。「乗り物がありません。女性たちは藤(トウ)と毛布で作られた原始的な担架で到着します。これは改善する必要があります。オートバイ、自動車あるいは救急車が必要です。陣痛が始まった妊娠中の女性を待機所に搬送する際に、女性がその途中で出産することがあります。これは非常に危険です。」産科合併症の場合、これらの障壁は致命的なものとなりうるのである。

ペルーの貧困層は、医療費の支払い援助と同じように、無料の妊産婦および幼児ヘルスケアを利用することが可能である。ある地域では貧困水準によってコミュニティ全体がSISが提供する無料医療ケアの対象となっている。法律によってこの機構の対象となる人びとは、機構に参加するために1ヌエボソル(0.3米ドル)を支払わなければならない。それ以上の費用は彼らに請求されない。SISは現在提案されている「普遍的健康保険」モデルの基礎である。それゆえ、範囲や対象、アクセス可能性などの現在の問題が認識され解決されることは、将来の対象者の不足や不適切な管理、濫用を防ぐために極めて重要である。

2006年アムネスティは、貧困層の女性が妊産婦ヘルスケアにアクセスする際に直面する財政的障壁を明らかにした。2008年までに、SISの対象となる人びとの数は著しく増加したことを示す証拠がある。<sup>44</sup> しかしながら伝えられるところによると、保健提供者の中には今なお、公式政策に反して、「SIS(の対象となるの)は1カ月に1回だけです。2回目からは支払いが必要です」と女性たちに言っているそうである。さらに2007年先住民族国勢調査は、調査対象である人口の46.5パーセントはどのような形の健康保険にも入っていないと報告した。<sup>45</sup>

SIS事務所は保険の規定や範囲についての苦情を受け付けるために自身のオンブズパーソン事務所を設立したと報告されている。これは、SISのための比較的最近のイニシアチブであり、アムネスティはこの事務所による公式の事実認定や報告を確認していない。

非公式な搬送費用は妊産婦ヘルスケアへのアクセスに対する障壁となりうる。これらは保健施設へ往復する搬送費用を含んでいる。家族が搬送費用を負担できても、女性を運ぶバスも救急車も、道路さえもないことが多い。農村部のインフラへの支出は低く、このことが女性のヘルスケアへのアクセスに直接影響している。SISの対象となる資格のある女性の搬送費用は、理論上は保健施設への資金の配分を通じてSISによってカバーされる。しかしながら実際にはこのことが貧しい農村部のコミュニティの搬送へのアクセスの問題を解決するようには見えない。<sup>47</sup>

## 18 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁



ペルー農村部の多くの女性は、搬送手段の欠如、劣悪な道路、搬送費を支払う金銭不足のために、保健施設への困難な旅に直面している。

妊産婦の健康は人権である

Amnesty International Index: AMR 46/008/2009

政府が促進したイニシアチブである妊産婦待機所<sup>46</sup>は、それらが適切なやり方で建てられているのであれば、問題に取り組む歓迎すべき試みであるように思える。しかしながら、待機所への搬送やそこで提供される設備の不足といった問題が残っている。(第6章参照) あるドナーが資金援助したプロジェクトの2007年の保健省による評価は、主な課題の1つは「搬送・道路のインフラを改善しより多くの資源を分配するために、国内の異なる階層間の合意」を発展させることであると認めている。<sup>47</sup>

INEIによると、2007年3月および2008年3月に収集されたデータは、保健センターがある場合、保健センターに行かない理由として費用を挙げた人の数は、2007年3月の24.5パーセントから2008年3月の19.9パーセントへと減少したことを示している。一方同じデータで、距離、保健サービスへの信頼の不足、そして/あるいは治療を受ける際に待たされることを理由に、保健センターに行かなかったと話した人の数は、11.8パーセントから12.7パーセントに上昇した。<sup>48</sup>

現実には、各々のこれらの障壁は、とくに最寄りの保健施設が必要とされる水準のケアを提供できないなどの産科の緊急時に、女性が妊産婦ヘルスケアにアクセスすることを妨げている。女性がヘルスケアの費用を負担できるか、あるいは費用がかからない場合であっても、搬送手段を見つけることができないのであれば、彼女たちは必要とするサービスやケアを受けることはないだろう。一方、搬送手段を見つけたとしてもヘルスケアあるいは食料などの必須不可欠品の支払いができなければ、必要とするケアを再び否定されることになるだろう。

## ヨランダ・ソリエル・タイペ

ヨランダ・ソリエル・タイペは33歳で7番目の子どもを妊娠中である。彼女はクカルウアックの保健所から、車は使えない道で1時間離れたところに住んでいる。

「私の最大の問題は、自宅と保健所との距離です。私は妊産婦健診に行くために山を歩いて登らなければいけません。もう1つの問題は、私は速く動けないということです...私の家は道路の近くではない、また私はたくさん歩かなくてはならないという事実と同じくらい、それが私の問題なのです。道路の建設についてあなたたちが私たちを支援してくれるように、そしてこの要望を当局に伝えてくれるようにお願いします。」

...私は子どもたちをみな、そこ(妊産婦待機所)で出産しました。私は歩いてそこに行きましたが、そこには何もありません。食べ物も、料理する場所も、遠隔地から来た私たちが滞在する場所さえも。そこは出産するためのもので、出産後のどんなケアも提供してくれないのです。」

2008年9月、アムネスティのインタビュー。

## 20 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁

# 6/ 文化的に適切なサービス

2008年7月のアムネスティとの会合において、元保健大臣を含む保健省高官たちは、貧しい先住民族女性の妊産婦ヘルスケアへのアクセスを増加するように策定した主な政策として次の措置を話した。<sup>49</sup>

- ・ 妊産婦待機所の新設および使用の増加<sup>50</sup>
- ・ ガイドラインの出版を含む - 垂直位出産の促進の増加<sup>51</sup>
- ・ 保健専門家のためのケチュア語指導プログラム

女性たちは、妊産婦待機所を歓迎しているが、自分たちのニーズを満たしているわけではないと、アムネスティに話した。ウワンカベリカ州サン・フアン・デ・カルウアックのボランティア保健促進者であるカシミラ・タイペ・スタクルはアムネスティに次のように述べた。「時には夫はこの期間父と母両方の役割を果たします。子どものために、そして保健所にいる妻のために料理をします。そして彼は妻の食事を持って2、3時間歩かなければなりません。食事は途中で冷たくなり、ひどい匂いがします。女性は病気になります...待機所には食べ物や温かい食事を準備するためのキッチンはありません。」

政府の統計によると、ペルーの待機所の数は2000年の99箇所から2008年には390箇所に増加している。<sup>52</sup> しかしながら待機所の配分は、必要な妊産婦ヘルスケアや緊急産科ケアへの女性のアクセスを容易にする手段としては不平等かつ不適切なままである。2008年に国立オンブズパーソン事務所が行なった調査は、多くの妊産婦待機所は妊産婦ヘルスケアの必要な水準を提供していない保健施設に隣接して建設されているという事実を明らかにした。この研究の情報収集のために国立オンブズパーソン事務所は92箇所の保健センターを訪問した。ペルーの保健施設分類によれば、これらは出産のための必要水準の妊産婦ヘルスケアを提供する立場にあるので、隣接した待機所を運営するべきである。これらの保健センターのうち30パーセント以上が農村部にあるが、地域病院などの最高の技術水準の保健センターはすべて都市部にある。92箇所の保健センターのうち、17施設(18.5パーセント)には付随待機所があるが、農村部にあるのはそのうちの8施設だけであった。このことは農村部の保健施設のうち21施設は、妊産婦ヘルスケアの包括的規定を満たす技術的能力があるにもかかわらず、付随待機所はないことを意味している。

オンブズパーソン報告書は、農村部の保健施設の技術水準を高める努力をするだけでなく、待機所の現在の場所を再検討すべきであると結論付けた。またこの研究で、すべての保健専門家は活発に待機所の利用を促進するべきであるのに、インタビューを受けた人のうち24パーセントしか実際にはそうしていなかったことが分かった。<sup>53</sup>

妊産婦待機所の提供への2007年保健省の評価は、1つの重要な問題は待機所が「中間保健機関」として見られる危険性であることを認めた。この研究は「混乱を避け、責任を特定するために」待機所の役割をより明確に定義する必要性を指摘した。<sup>54</sup> アムネスティの調査結果によれば、このことはサン・フアン・デ・クカルウアックのようなコミュニティにおいて実際に起きている。その場所では女性たちは待機所で出産したいと考えているが、隣接する保健所はそもそも実際に待機所を支援できる分類ではなく、産科合併症のケースに対処するために必要な資源がない。

垂直位出産法<sup>55</sup>に関して、オンブズパーソンの2008年報告書は垂直位出産法を提供する義務があり彼らが訪問した農村部の保健センターのうち80パーセントはこれを提供していると述べた。このことから、公共保健施設の文化的適応において改善があったことが分かる。しかしながら保健専門家やNGOはこの技術のトレーニングはまだ十分には広がっていないとアムネスティに話した。またオンブズパーソン報告書は、インタビューを受けたこの技術を知っているべき職員のうち13.8パーセントが垂直位出産ガイドラインを知らなかったこと、そして45パーセント以上がこのトレーニングの申込書を受け取っていないと話したと記載している。<sup>56</sup>

**¡Enseñales a cuidarse!**  
 Identifica con tus pacientes los factores de riesgo durante el embarazo.  
 ¡Elas necesitan información!

**¡Tu compromiso es importante!**  
 • Sé amable con ellas.  
 • Responde a sus preguntas.  
 • Respeta sus costumbres.  
 • Informa sobre el parto vertical.  
 • Elabora con ellas un PLAN DE PARTO.  
 • Enseñales a cuidarse.  
 • Ayúdalas a identificar los factores de riesgo.  
 • Promueve los controles pre-natales mensuales.  
 • Indaga si tu paciente es víctima de violencia.  
 www.defensoria.gob.pe  
 Llama a la Defensoría del Pueblo al 0800-15170

**Reducir la mortalidad materna es un Trabajo Conjunto**  
 La Defensoría del Pueblo defiende tus derechos

**¡Sé amable y ellas confiarán más en ti!**  
 Todas las pacientes esperan encontrar un trato amable y de calidad al visitarte.  
 ¡Trátalas bien!

**¡Respeto sus costumbres!**  
 Pregunta y responde a tus pacientes con respeto y asegúrate de conocer bien sus preferencias en cuanto al parto.  
 ¡Escúchalas con atención!

**¡Elabora con ellas un PLAN DE PARTO!**  
 Coordina las próximas visitas según las necesidades y disponibilidad de tus pacientes.  
 ¡Es tu responsabilidad!

国立(人権)オンブズパーソン事務所が作成したリーフレットは保健専門家向けの、ヘルスケア利用者の権利や妊産婦死亡減少のための効果的に利用者に接触する方法を知らせるものである。  
 © Defensoría del Pueblo

## 2.2 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁

これらの憂慮にはアムネスティがインタビューしたある医師も同意した：

「患者たちは大体中腰の姿勢で出産します。夫は妻を持ち上げます。私はスカートの下に手を入れてほとんど跪いているような体勢です...垂直位出産は先祖代々からの伝統です。女性たちにとってより速くより易しいものなのです...もしクアルウアックに到着する前にもっと情報があれば助けになっただろうと思います。この状況や女性の「保健」記録についての、垂直位出産のトレーニングがあれば本当に良かったでしょう。」

保健専門家にケチュア語トレーニングを提供するという政府のイニシアチブがあったにもかかわらず、その利用は広がっていない。その結果妊産婦が痛みを苦しんでいるときにサービス提供者に自分たちを理解してもらえない女性、あるいは医師や保健技術者の助言や指示を理解することができない女性に対する差別は取り組むべき課題のままである。

ロサ・キチュカ・バルガスは24歳、5番目の子どもを妊娠している。彼女の子どものうち2人は、1人は出産時にもう1人は出産後数日で、おそらく肺炎で死亡している。彼女はクアルウアックの保健所から歩いて約1時間離れた場所に住んでいる。この道路はたぶんバイク以外の乗り物で通ることはできない。

「最初彼女(医師)は私が言ったことが分かりませんでした。2回目に行ったときも彼女はまた分かりませんでした。3回目彼女は私に家族計画カードを尋ね、私はそれを持ってまた来ました...私は(彼女に)話すことができませんでした...次のときに私は夫と一緒にいき、彼は医師に(私が妊娠していることを)理解してもらいました。」

「私たちはスペイン語で話しかけられると恐怖を感じます。私たちは答えることができません...私は怖くて汗をかき始めます。私はスペイン語を話すことができません...スペイン語が分からない私は何と答えればいいのでしょうか？(彼らがケチュア語を話すことができれば)本当に良いのに。私の夫はリマへ行くときには、私に付き添えるように、保健促進者を私に置いていてくれます。彼らは私を健康診断に連れて行ってくれ、医師に話してくれるのです。」

アムネスティとのインタビュー、2008年9月

## 7/ モニタリングと情報収集

ペルーの妊産婦死亡に関する情報は不十分かつ不完全なままである。利用可能な情報は妊産婦死亡における貧困の影響の分析をできるような方法でデータを十分に分散化していない。その結果、政府の妊産婦死亡減少のための努力は、異なる場所やコミュニティにおける女性の現実に対し、的を絞った反応のよいものではないだろう、そしてヘルスケア制度の現在の欠陥の是正に最大限の影響はないだろうという深刻な懸念がある。

妊産婦死亡率を推測する責任は、すべての地方・地域の保健局に存在するべき、妊産婦および新生児死亡防止委員会(Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal)(妊産婦死亡委員会(Comités de Muerte Materna)として知られている)にある。<sup>57</sup> 保健施設で起きたすべての妊産婦死亡はこれら委員会に報告され、委員会が同様に保健省に報告するべきである。しかしながら、NGOや保健実践者、元保健大臣<sup>58</sup>は実際には、これらはあるべき形でいつもあるいは有効には動いていないようだとして2008年7月アムネスティに報告した。

ペルーの妊産婦死亡率の評価における基本的な問題は妊産婦死亡を少なく報告することである。これは、アムネスティが2008年にインタビューした多くの人びとが話しており、当時の保健大臣を含む当局によっても確認されている。より少なく報告することは、次の多くの要因の結果であるように見える：

- ・ 保健センター以外で死亡した女性の死亡かつ/あるいは死因の記録の不足。
- ・ 保健施設で死亡した女性の死因の正確な分析の不足。
- ・ データの収集および照合において国家統計情報庁や保健省などの異なる監視機関間の調整の不足。
- ・ 妊産婦死亡を報告する場合の否定的な結果への保健提供者の恐怖。
- ・ 保健提供者が妊産婦死亡を報告するための動機や理解できる目的の不足。
- ・ 保健提供者が妊産婦死亡を報告することの説明責任やモニタリングの不足。

妊産婦死亡率の推測はとくに頻繁に分散化した方法では極めて困難となりうることに、ほとんどの専門家は同意している。しかしながら妊産婦死亡の減少における進展を評価するために利用することができる、国連EmOCのためのプロセス指標などの別の尊敬すべき指標の枠組みは存在している。

2007年、実施期限が2011年まで延長された「結果による予算」(Presupuesto por Resultados)方法の実施が財務省によって始まった。この方法は2004年に法律で採用されており、政策の成果よりも政策の影響を測定することに焦点を当てている。<sup>59</sup> 2008年に5つの戦略的予算計画が作成され、その中に指標や中長期的な目標が含まれている。これらの戦略計画の1つが妊産婦および新生児の健康である。この予算配分は保健省とSIS、地方自治体がともに責任を負っている。この妊産婦および新生児戦略計画は妊産婦死亡を減少させるために多くの鍵となる要因に取り組んでいる。

## 2.4 重大な欠陥

### ペルーにおける妊産婦保健への障壁

計画の主な目的は次のとおり:

#### 妊娠前

以下を通じて、性および生殖に関する健康に対する世間一般の認知度が高まり家族計画手法へのアクセスを増加すること。

- ・ 性および生殖に関する健康を促進する「健康な」自治体、コミュニティ、学校、家族の確立。
- ・ 性および生殖に関するアドバイスセンターや家族計画の利用可能性およびアクセスの増加。

#### 妊娠および出産期間

- ・ 貧血や性感染症、尿路感染などの妊娠中に起こるすべての合併症の時機を得た診察や治療を含む、質の高い出産前ケアへの妊娠中の女性のアクセスの増加。
- ・ 資格のある保健専門家によって介助された出産数の増加。
- ・ 基礎的産科救急、日常的なものともっと包括的なケアを必要とするもの、の両方に対処する能力のある施設へのアクセスの増加。
- ・ 血液バンク・ネットワークへのアクセスの増加。
- ・ 組織、運用、資源に関する紹介制度の強化。

#### 新生児期(出産後28日まで)

新生児罹病率および死亡率を減少させること。

- ・ 資格のある保健専門家によって介助された出産数の増加。
- ・ 基礎的産科救急、日常的なものともっと包括的なケアを必要とするもの、の両方に対処する能力のある施設へのアクセスの増加。<sup>60</sup>

この計画は、新たに承認された妊産婦死亡の予防のための国家戦略(2009年4月)といった、妊産婦死亡減少のための他の政府のイニシアチブと関連付けることを保証する必要があるだろう。<sup>61</sup> 妊産婦死亡の減少に影響を与えるために、この計画が適切に資金供給され、実施され、モニターされ続けることは極めて重大である。

責任ある当局に責任を課す主な要素は、地元コミュニティの参加を保証し、コミュニティの意見を政策決定に反映することを保証する、強力なモニタリング・メカニズムの確立である。国立オンブズパーソン事務所といった機関やその発行する報告書は、政府政策のモニタリングや検討のためには必要不可欠である。他のそのようなイニシアチブは近年ペルーで国、地方政府、市民社会の間で、社会政策のモニタリングのために促進されている。これらには、貧困に対する闘争のための協調委員会(Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza)<sup>62</sup>やコミュニティ・オンブズピープル(defensorías comunitarias)、地方コミュニティ協議会(consejos comunitarios locales)が含まれる。

## 8/ 政策の不作為

ペルーの法律そして/あるいは政府政策には妊産婦死亡の減少が不適切なままの多くの重要な分野がある。

### 家族計画

アクセス可能かつ利用可能な情報は、女性たちが性と生殖に関する健康について、情報を得た上で意思決定するためには非常に重要な要素である。情報が妊産婦死亡に重要な影響を与えることを示している主な分野の1つは家族計画である。妊産婦死亡減少における家族計画の重要性は、2015年までに性と生殖に関する健康の普遍的アクセスを実現するという、MDG5到達のためのさらなる基準を2005年に追加することによって、示されている。指標は避妊普及率や家族計画の未充足のニーズを含んでいる。(MDG5の第2項を参照)

家族計画情報へのアクセスは、潜在的危険性を減少させ、安全な妊娠や健康な子どもを持つ可能性を最大にすることで、女性たちは妊娠・出産の時期や間隔についての意思決定や情報を得た上での選択を可能にする。国家統計情報庁(INEI)によると、避妊法の使用は農村部よりも都市部において普及している。また未成年者の妊娠の割合は、農村部において、そして低水準の教育しか受けていない女性や少女において、より高い状態である。<sup>63</sup> INEIはまたペルーのより貧しい農村部において、避妊の不充足なニーズの女性が著しく多いと述べている。政府統計は全女性の10.2パーセントが避妊の不充足なニーズがあると推定している。これは地理的領域で分析すると、その数字は都市部では女性の8.7パーセント、農村部では女性の13.3パーセントとなる。同じ数字は最も豊かな社会の社会経済的五分位数において、避妊の不充足なニーズの割合は7.4パーセントであるが、一方最も貧しい五分位数においては19.2パーセントである。<sup>64</sup>

### 治療的中絶

妊娠の継続によって女性の生命や健康が危険に晒される場合、安全で合法的な中絶へのアクセスは重要である。ペルー刑法第119条は、妊娠中の女性あるいは法的代理人の同意の上で医師によって実施される場合、また母親の生命を救うための、あるいは彼女の健康への重大かつ永続的な損傷を防ぐための唯一の方法である場合には、そのような中絶を認めている。しかしながら、合法的な妊娠中絶を受けることのできる女性たちの多くが、治療的中絶を受けることを否定されている。<sup>65</sup>

アレキパ州保健局は、どのような状況において治療的中絶が推奨されるべきかを、医療専門家が決定する助けとなるガイドラインを策定した唯一の保健局であった。これらのガイドラインは、その後女性の妊娠中絶に反対するグループによる圧力の後で撤回された。元保健大臣はさま

## 26 重大な欠陥

### ペルーにおける妊産婦保健への障壁

さまざまな州のガイドラインよりも国のガイドラインがあるべきだと考えこれらのガイドラインに反対したと2008年7月アムネスティ調査団に語った。しかしながら今まで女性による決定あるいは保健専門家の助言を知らせるために策定された、治療的中絶を規定した国のガイドラインはない。その結果女性たちは、彼女たちの健康に重大な危険をもたらすと保健専門家によって認められた妊娠で死亡する危険がある。

関連する規定がないために、無脳胎児(脳・頭蓋骨・頭皮の主要部分の欠如が原因の胎児の疾患)を出産しなくてはならない17歳の少女のケースに関する国連人権委員会の2005年11月の調査結果に対し、ペルー政府は適切かつ時宜を得た方法で対応していない。人権委員会は、政府はその少女の、残虐な、非人道的なまたは品位を傷つける取り扱いから自由である権利、プライバシーの権利そして子どもに与えなければならない特別な保護の権利を侵害していると認定した。政府は女性たちが合法的中絶を拒否された場合の有効な救済策の欠如を是正しなければならない、そして合法的中絶にアクセスする権利の侵害が将来起きないことを保証する措置を取らなければならないと断言した。<sup>66</sup>

### 合意年齢

アムネスティが話した保健提供者やNGOは、性交渉の合意年齢を14歳から18歳に引き上げた2006年の法改定の影響についての懸念を提起している。法律のこの改定は子どもに対する性的虐待に適切に防止し対処するという動機に基づいていることはみなが認めている。しかしながらその実施は18歳未満の少女の妊産婦健康にとってマイナスの影響があると考えられる。

公式統計によると、2007年に15歳から19歳までの少女や若い女性が18万3,017人の赤ん坊を出産した。<sup>67</sup> 2007年ペルー先住民族国勢調査は、国勢調査の対象となった女性の55.6パーセントが15歳から19歳までに最初の子どもを出産したと報告した。<sup>68</sup> 実際の数字はもっと高いと考えられる。なぜなら合意年齢の法改定によってもたらされた汚名や重圧の結果 - 赤ん坊の父親の身元を暴かれることを恐れて保健センターに行かない少女たちを含んでいないからである。またどれだけの少女が秘密の中絶を受けているのかも分からない。2006年の法律が、2006年の法改定で規定された父親に対する訴訟を招くかもしれないという恐怖のために、出産前健診を受けることや保健センターで出産することを少女たちに思いとどまらせているという憂慮がある。

若年齢の妊娠は妊娠中および出産中健康上の危険を著しく増大させる。妊娠中の少女や若い女性が、情報に基づいた決定を行なうため、そして自らの健康や生命を守るために必要な、性および生殖に関する、そして妊産婦の健康情報・サービスへのアクセスを保証するために、政府は合意年齢法の有害な影響に取り組む義務がある。

### 保健提供者の労働環境

2006年の報告書およびこの報告書の調査期間中、多くの保健専門家が働く環境のために必要な水準のケアを提供することがしばしば困難であるとアムネスティに報告した。さらに彼らは

頻繁にそのようなケアを個人的にそして/あるいは専門家として多大な犠牲を払って提供しているのである。報告された問題のいくつかは、派遣契約に起因する雇用保障の欠如 - 彼ら自身が常に健康保険の適用を受けているわけではない、あるいは契約の種類のために職の不安定さに直面している看護師や保健技術者たち - を含んでいる。別の問題は保健専門家が遠く離れた農村部に派遣された場合、家族との連絡の保証への政府支援の欠如である。垂直位出産といった不慣れな医療技術に対処するため、そしてスペイン語を話さない人びとと働くためのトレーニングそして/あるいは準備の欠如などの障害に言及する人もいる。困難な労働環境の結果、多くの保健専門家が公共サービスの提供を途中でやめている。このことは遠隔地の保健施設における職員の継続性の欠如をもたらし、そのために女性の保健制度への信頼の欠如という問題を悪化させている。

別の憂慮はボランティア保健促進者の状況である。彼らは自分たちの時間を進んで報酬を受けずに使い、地方のあらゆる場所に利用者を訪問し、一般的に訪問先の女性と同じく貧しい人びとである。彼らの仕事は貧しい農村部のコミュニティによって高く評価されている。彼らは他人を助けたいという純粋な情熱に動機付けられているが、家族がしばしばなぜこの仕事をするのか理解してくれないので、仕事をする状況は困難であるとアムネスティに話した人もいる。彼らの活動へのより多くの支援の中で、そして出産中の女性の支援および保健専門家とコミュニティ間の関係を育てる中で、彼らが果たす重要な役割への認識があれば、間違いなく彼らの状況はより良くなるだろう。

「私は何も知りません、文字を読むこともできません。それは難しいです。一軒一軒歩く必要があります。母親たちと話をします。電灯もなくロウソクの明かりだけです。私は今は辞めています。私は子どもたちと一緒に家でできる仕事を手に入れたからです。

何もありません。食べるものも、(仕事の自発的な性質について話すことは)何も。私たちは働きたいのです。コミュニティの他の女性を助けることができるのは贈り物のようです。困難であったにもかかわらず、私は複数のNGOの、あるいはコミュニティ・オンブズピープルのさまざまなすべてのプログラムのために働きました。しかし私はこの仕事で何も受け取っていません。報酬はありません。それは私の夫との問題です。彼は引き換えとして何もないので彼らは時間を盗んでいると感じたのです。

もし私がいくらかお金を稼いでいるのなら、活動はより簡単だったでしょう。私がこの問題に直面することもないでしょうから。引き換えに何かを受けることをいまだ望んでいる女性もいます。

私はボランティアという状態を受け入れていません。しかし私の家族はそうではないのです。」

テオドラ・サラス・アル - ウアンカ、54歳、  
サン・ファン・デ・クカルウアックの保健促進者、  
2008年9月



ウアンカベリカ州サン・ファン・デ・クカルウアックの保健所の前のテオドラ・サラス・アルーウアンカ。2008年9月

## 9/ 結論

全国レベルで、ペルーにおける予防可能な妊産婦死亡の減少に取り組む政府政策の導入に向けた重要な措置が講じられている。これには文化的に適切な出産方法の公式プロモーション、妊産婦待機所の設置の大幅な増加、農村部住民のSIS対象範囲の増加、妊産婦の健康の主要目標地域で得た結果に集中した予算配分を目標としたシステムの導入などを含んでいる。

しかしながらすべての関連省庁や地方政府を包括する、十分な資源や責任ある行動計画がない場合、ペルーが女性のための人権義務をどの程度満たしているかを評価することは非常に困難である。さらに国立オンブズパーソン事務所や国家統計情報庁といった個々の機関は、妊産婦ヘルスケアや政府政策の実施における情報を集めるために著しい努力をしているが、妊産婦死亡の全国に分散化したデータは明らかに不足したままである。

これらの政策の具体的な結果をより明確に理解しようとする中で、予防可能な妊産婦死亡の撤廃のために必要不可欠な妊産婦ヘルスケアにアクセスする際に、女性が直面する障壁の除去を妨げる、いくつかの欠陥や重要なきれが存在することをアムネスティは認識している。そのうち最も心配なものは、異なる政府政策・イニシアチブ間の明らかな調整不足；これらの政策・イニシアチブの適切な実施とモニタリングの不足；そしてこれに関連した、これらの政策・イニシアチブの資金調達や実施の責任および説明責任における透明性の欠如である。

先住民族コミュニティを含む社会の貧困層と富裕層の間には厳しい格差が存在する。世界の多くの国と同じようにペルーにおいても、危機に瀕しているのは、女性の人権、とくに貧困層の女性の人権であり、貧困はしばしば農村部のそして/あるいは先住民族の人びとと一致している。ヘルスケアのアクセスの不足においてこれは最も明白である。

もしペルーにおける妊産婦死亡率減少に向けた勢いを維持し効果的にするならば、これら障害に緊急に取り組む必要がある。これはとくに周縁化された人びとやコミュニティの声が政策決定力のある人びとに無視されがちである経済的に不安定なこの時代において、政治的意思および関与によってのみ行なうことができる。とりわけ政治的関与が、女性たち - とくに長年にわたって政策決定から排除されてきたカンペシーノや先住民族コミュニティの貧困層の女性たち - が抱く憂慮に対処し、妊産婦保健へのアクセスの改善の考案された方法に彼女たちを巻き込む必要がある。

2009年4月、ペルー政府は妊産婦死亡減少のための新しい戦略計画を承認した。2009年9月にペルーはミレニアム開発目標会議で進展を報告する予定である。しかしペルーはこれまで多くのこのような計画を立ててきており、政府が国内および国際的水準で署名している条約でも分かるように、すでに妊産婦死亡減少を約束している。今後の課題は、名目上のものが実際に有効に実施できるかどうか、そして実際に予防可能な妊産婦死亡のために毎年不必要に死亡している女性の減少という結果となるかどうかである。そのときペルーが全国民のためのすべての人権を尊重に真剣であることが明らかになるだろう。

## 10/ 勧告

アムネスティは以下の勧告をペルー政府に行なう:

ペルー政府は関連するすべての政府省庁および地方政府を包括する十分な資源と説明義務のある行動計画について、妊産婦死亡の予防および減少のための現行の政府のイニシアチブを調整しなければならない。計画は以下のものでなければならない:

1) 妊産婦および性と生殖に関するヘルスケアに適切に資源を配分すること。死亡率が最も高い最貧地域を優先し、とくに以下を提供すること:

- ・ 妊産婦死亡減少のためのすべての国の政策を実施するために十分な資源。
- ・ 妊産婦死亡減少のためのすべての政府政策に基づく責任の遂行において地方政府を支援するための財政的・技術的資源。
- ・ 各自の目的に応じたすべての保健施設および妊産婦待機所への適切な資源。
- ・ 妊産婦死亡率の高い地域における24時間EmOC施設数および専門技能を持つ出産介助者数の増加。
- ・ 妊産婦死亡率の高い地域における、男性と女性双方への避妊具・サービスの入手する機会の増加。
- ・ 妊産婦死亡率の高い地域における、適切な搬送やコミュニケーション手段への投資の増加。

2) 貧しい農村部の先住民族女性が命を救う性と生殖に関するヘルスケアおよび妊産婦ヘルスケアへのアクセスを妨げる、経済的・身体的・文化的障壁を組織的に減少させること。次のことを含む:

- ・ SISの対象となる農村部の女性やその他の人びとが、妊産婦ヘルスケアのニーズを充足する設備の整った保健施設に到達できるように保証すること。
- ・ 伝統的な出産慣習の尊重や臨床的支援を必要とする政府規範を実施するために、とくに伝統的な出産慣習に関する保健専門家のトレーニングを増加すること。
- ・ プロの通訳あるいは通訳として支援する訓練を受けたバイリンガルのコミュニティメンバーの提供など、先住民族女性や家族たちを診察するすべての保健施設に言語支援を提供すること。
- ・ 治療的中絶の使用に関する保健従事者のための規定条項の実現を発表し保証すること。
- ・ 可能な限りヘルスケアを提供できるように、予防可能な妊産婦死亡減少のためのすべての政府保健政策が、保健提供者の労働者の権利を保証すること。

3) 妊産婦ヘルスケアについての決定において、また現在の過程の評価およびモニタリングにおいて、意義のある女性の参加を保証すること:

- ・ 投票や、公開討論や政策決定フォーラムへの参加ができるように、すべての女性が身分証明書を持つことを保証すること。

### 30 重大な欠陥

#### ペルーにおける妊産婦保健への障壁

- ・ 地域の保健施設の評価や、コミュニティにおける妊産婦ヘルスケアに関連した、とくに専門技能を持つ出産助産師やEmOCへのアクセスに関連した問題の認識において、これらの問題の解決策への認識においてと同じく、女性、とくに貧しい農村部また/あるいは先住民族女性を参加させること。
- ・ これらの観点が保健政策決定に取り入れられるように保証すること。

4) 性および生殖に関する権利や健康の権利について、女性に利用可能な情報を提供すること:

- ・ 保健サービス利用者の権利、とくにどの費用が対象となるのか、どのサービスがSISで利用可能か、どこへその利用時の苦情を報告するのかに関する、適切な言語や方式のアクセス可能で明確な情報を広めること。
- ・ 避妊や妊産婦ヘルスケア・サービスの利用可能性についての、適切な言語や方式のアクセス可能で明確な情報を広めること。
- ・ 緊急産科医療に対する恐怖を減らし信頼を増やすために、異なるタイプの緊急産科医療において、適切でアクセス可能な情報をすべての女性や家族、コミュニティに提供することを保証すること。
- ・ 女性や家族、コミュニティが、出産前と出産後において、産科合併症の危険な兆候について、そして適切な対応策について、十分な情報を得られるよう保証すること。
- ・ 保健サービス利用者に対する責任と同じく、労働者の権利に関する適切な情報が保健専門家に提供されるように保証すること。

5) 有効な計画立案および説明責任を促進するために、妊産婦死亡減少のための政府政策の適切なモニタリングを保証すること。

- ・ 予防可能な妊産婦死亡減少を目指す政府政策およびイニシアチブの影響を監視するために、国連緊急産科ケア(EmOC)プロセス指標のような明確に定義された指標を使用すること。
- ・ 妊産婦死亡率に関して集められたデータが、地理的および社会経済的基準によって分散化するように保証すること:
- ・ 保健サービスの利用者や保健提供者からの人権侵害に関する報告や苦情を受け、調査するための有効なメカニズムを提供すること。
- ・ 保健政策開発が保健専門家や市民社会の助言に対応することを保証すること。
- ・ SISがどのように機能しているかに関するSISオンブズパーソンによって集められた情報を公表すること。
- ・ 地方政府が、妊産婦死亡率減少に関する国の政策を、自らの計画を優先的に組み入れることを監視し保証すること。

## 付録

6つの国連プロセス指標と推奨水準<sup>69</sup>

国連プロセス指標	定義	推奨水準
1. 利用できるEmOCサービスの量	EmOCを提供している施設の数	最低: 50万人につき包括的EmOC施設が1つと基礎的EmOC施設が4つ
2. EmOC施設の地理的分布	EmOCを提供する施設が地域レベルの行政単位ごとに均等に分布していること	最低: 地域レベルの行政単位の100%で、基礎的・包括的EmOC施設が必要最低限数設置されている
3. EmOC施設で行なわれる出産の割合	住民の全出産のうちEmOC施設で行なわれるものの割合	最低: 15%
4. EmOCサービスに対するニーズの充足	産科合併症を発症した女性のうちEmOC施設で治療された者の割合	最低: 100% (想定出産件数の15%と推計)
5. 帝王切開による出産の割合	住民の全出産のうち帝王切開分娩が行なわれたものの割合	最低: 5% 最大: 15%
6. 受け入れ患者死亡率	産科合併症を発症してEmOC施設に受け入れられた女性のうち、死亡した者の割合	最大: 1%

## 3 2 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁

# 注釈

- 1 人権のための医師団「致命的な遅れ：ペルーの人権と妊産婦死亡」(Deadly Delays: Human Rights and Maternal Mortality in Peru) 2007年、ヒューマン・ライツ・ウォッチ「私の権利と私の知る権利：ペルーにおける治療的中絶へのアクセスの不足」(My Rights, and My Right to Know: Lack of Access to Therapeutic Abortion in Peru) 2008年7月
- 2 国家統計情報局(INEI)「社会人口統計学プロフィール：2007年国勢調査」(Perfil sociodemográfico del Perú - Censos 2007) 2008年7月
- 3 国家統計情報局(INEI)によるとGDPは2006年の7.6パーセントから2008年の9.5パーセントに上昇した。参照 <http://www1.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-eco/pro001.htm>, 2009年2月閲覧)
- 4 経済金融省(MEF)「結果のための前提—行動の概念と傾向」(Presupuesto por Resultados - Conceptos y Lineas de Accion), 2008年12月 [http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/GEN/Conceptos\\_lineas\\_accion\\_08\\_09.pdf](http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/GEN/Conceptos_lineas_accion_08_09.pdf), (2009年2月5日閲覧)
- 5 国連人口基金(UNFPA)「世界人口白書2008」, <http://www.unfpa.org/swp/2008/presskit/docs/en-swop08-report.pdf> (2009年1月15日)。
- 6 MEF, 「結果のための前提—行動の概念と傾向」
- 7 用語集を参照
- 8 2005年における妊産婦死亡—WHO, UNICEF, UNFPA, 世界銀行による推定。2007年。 <http://www.unfpa.org/public/global/pid/389>, (2009年2月5日閲覧)
- 9 予防可能な妊産婦死亡は「健康、平等、差別されない女性の権利の実施に失敗している分野である。予防可能な妊産婦死亡はまたしばしば女性の生きる権利の侵害を象徴している。」ポール・ハント、ジュディス・ブエノ・デ・メスギタ「妊産婦死亡の減少：最高の到達可能な水準の健康の権利の提案」(Reducing Maternal Mortality: The contribution of the right to the highest attainable standard of health), UNFPA・エセックス大学、2007年p3
- 10 MEF, 「結果のための前提—行動の概念と傾向」
- 11 アムネスティ「ペルー：貧困および排除された女性たち—妊産婦と子どもの健康の権利の否定」(Index: AMR 46/004/2006)。
- 12 アムネスティ「ペルー：貧困および排除された女性たち—妊産婦と子どもの健康の権利の否定」
- 13 国連文書 E/C.12/2000/4, 2000年8月11日。参照
- 14 国連文書 HRI/GEN/1/Rev.7, 一般的意見3 12

16 性と生殖に関する健康は、男性と女性が子どもを持つかどうか、いつ持つかを決める自由をもつこと、そして妊娠・出産時に女性が安全に過ごすことができる適切なヘルスケア・サービスにアクセスする権利と同じく、安全で有効で手頃な価格でアクセス可能な自ら選択した家族計画の方法について情報を受けまたアクセスできる権利を持つことを意味する。

17 医療統計学によると、出産前は妊娠28週以降に始まる期間であると呼んでいる。また出生前1週から4週とさまざまに定義されている。出産後は出生後である

18 詳細 アムネスティ「ペルー：貧困および排除された女性たち—妊産婦と子どもの健康の権利の否定」(Index: AMR 46/004/2006)

19 女性差別撤廃委員会(CEDAW)による一般勧告第24号、1999年 <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom1> (2009年2月5日閲覧)

20 国連総会決議A/55/L.2, 2000年9月8日、段落19

21 UNFPA, 世界人口白書2008、第4章

22 保健省疫学局が2008年7月にアムネスティに提供した数字

23 用語集を参照。

24 この原因は、誤診、死亡を記録していない、死亡をその場所では記録しているが地方保健局(DISAs)に送っていないなどがあると、この研究は結論付けている。

25 デリシア・フェルナンド「ペルーにおける非合法妊娠中絶—再検討」(Delicia Ferrando, El aborto clandestino en el Perú - revision), 2006年12月

26 ポール・ハント、ジュディス・ブエノ・デ・メスギタ「妊産婦死亡の減少：最高の到達可能な水準の健康の権利の提案」UNFPA・エセックス大学、2007年

27 コミュニティにおける性と生殖に関する健康のためのプロジェクト(リプロサル)はNGOマヌエラ・ラモスが実施しUSAIDが資金提供している。リプロサルは性および生殖に関する健康の情報を提供するためにコミュニティで女性たちと活動をしている。活動した10年間、反射解析と文化的に適切な技術の使用によって、リプロサルはペルーの5つの州で農村部の女性たちのエンパワーメントに貢献した。

28 アラン・ローゼンフィールド、デボラ・マイン、リン・フリードマン「MDG-5達成：不可能な夢なのか？」(Allan Rosenfield, Deborah Maine, Lynn Freedman, "Meeting MDG-5: an impossible dream?"), The Lancet, Volume 368, Issue 9542, pp 1133 - 1135, 2006年9月30日

29 アンデス・アマゾン・アフリカ系ペルー人国家開発庁(INDEPA)、「民族言語学地図」(Mapa Etnolingüístico)2009年

30 国際連合、ミレニアム開発目標報告書2008

妊産婦の健康は人権である

Amnesty International Index: AMR 46/008/2009

- 31 ユニセフおよび貧困に対する闘争のための協調委員会「健康保険監視報告：貧困の減少と子ども保護のための戦略的前提プログラム」(Reporte de Seguimiento Concertado: Programas Presupuestales Estratégicos para la Reducción de la Pobreza y la Protección de la Niñez)2008年10月。(「戦略的前提プログラムの2008年結果の基本方針」Línea de Base de Resultados 2008 de los Programas Presupuestales Estratégicos)MEFより数字を引用  
[http://www.mesa-concertacion.org.pe/documentos/general/gen\\_01237.pdf](http://www.mesa-concertacion.org.pe/documentos/general/gen_01237.pdf)
- 32 「国連ミレニアム・プロジェクト2005、だれが権力を持っているのか？女性と子どものための保健制度の転換」(UN Millennium Project 2005, Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children)、子どもの健康および妊産婦の健康に関する調査特別委員会報告書の要約版、UNDP2005年  
<http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF4Childandmaternalhealth.pdf>
- 33 ユニセフ、WHO、UNFPA、「産科サービスの利用とその利用可能性のモニタリングのためのガイドライン」(Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services)、1997年8月、p25
- 34 貧困のためのオンブズパーソン「オンブズパーソン情報138:安全な妊産婦の権利:MINSAsの婦人科および産科サービスへの国家の監督」(Informe Defensorial 138: Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA)、2008年
- 35 INEI「技術的情報:2008年における貧困の状況」(Informe Técnico: Situación de la pobreza en el 2008)、p32
- 36 ユニセフ「世界子供白書2009」2008年12月、p15-16
- 37 「人口統計および家族の健康調査:戦略プログラムで確認された結果の指標: ENDES 基本方針」(Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Indicadores de resultado identificados en los programas Estratégicos: ENDES Línea de Base)、INEI、MEF、Measure DHS、2008年8月
- 38 貧困のためのオンブズパーソン「オンブズパーソン情報138:安全な妊産婦の権利:MINSAsの婦人科および産科サービスへの国家の監督」
- 39 参照 国連人権委員会、一般的意見18:差別されないこと第7段落。国連人種差別撤廃委員会、一般勧告14:人種差別の定義、第1-2段落。
- 40 センデロ・ルミノソは1980年に武装闘争を開始した。最近ではアマゾンのジャングルのアプリマク/エネ渓谷で散発的に活動している。MRTAは1984年に武装活動を開始した。現在は活動を中止している。
- 41 同意なくあるいは意思に反した不妊手術についての詳細は以下を参照。アムネスティ報告書「ペルー:真実和解委員会—不公正のない国への最初のステップ」
- 42 INEI「2007年国勢調査-11章人口と6章住宅-先住民族コミュニティの最終結果」(Censos nacionales 2007 - XI de población y VI de vivienda - resultados definitivos de comunidades indígenas)、2008年12月
- 43 INEI「2007年国勢調査 - 11章人口と6章住宅-先住民族コミュニティの最終結果」
- 44 2006年以降総合健康保険機構(SIS)はその保険範囲を漸進的に増加させてきた。INEIの統計によると、単独でSISに加入した人の比率は2007年3月の17.3パーセントから2008年3月の29.1パーセントに増加した。(ペルーにおける生活状態についての住居全国調査(Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida en el Perú)の数値、2008年3月)
- 45 INEI「2007年国勢調査 - 11章人口と6章住宅-先住民族コミュニティの最終結果」
- 46 用語集の項目を参照
- 47 保健省(MINSA)「こんなにも近く…こんなにも遠く:ペルーにおける制度的分娩を増加させる成功経験への注目」(Tan cerca...tan lejos: Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú)2007年
- 48 INEI「ペルーにおける生活状態に関する家庭全国調査- 2008年3月: 専門情報 No. 2」(Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida en el Perú - Marzo 2008: Informe Técnico No. 2) 2008年6月
- 49 アムネスティ調査団との会合
- 50 用語集の項目を参照
- 51 MINSA「文化的に適切な垂直位出産の注意のための技術規則」(Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural)、NT No.033-MINSA/DGSP-V.01、2005年
- 52 例として、貧困のためのオンブズパーソン「オンブズパーソン情報138:安全な妊産婦の権利:MINSAsの婦人科および産科サービスへの国家の監督」2008年、MINSA「こんなにも近く…こんなにも遠く:ペルーにおける制度的分娩を増加させる成功経験への注目」2007年を参照
- 53 貧困のためのオンブズパーソン「オンブズパーソン情報138:安全な妊産婦の権利:MINSAsの婦人科および産科サービスへの国家の監督」2008年
- 54 MINSA「こんなにも近く…こんなにも遠く:ペルーにおける制度的分娩を増加させる成功経験への注目」2007年
- 55 用語集の項目を参照
- 56 貧困のためのオンブズパーソン「オンブズパーソン情報138:安全な妊産婦の権利:MINSAsの婦人科および産科サービスへの国家の監督」2008年
- 57 MINSA 決議 N° 453-2006/MINSA 参照
- 58 2008年7月にアムネスティが行なったインタビュー
- 59 国家予算制度一般法(Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto)、Ley N° 28411 <http://www.mef.gob.pe/DNPP/leyes/2005/LeyGeneraldelS->

妊産婦の健康は人権である

### 3 4 重大な欠陥

ペルーにおける妊産婦保健への障壁

istemaNacionaldePresupuesto.pdf

60 MEF「結果による予算のチーム労働の文書」  
(Documento de Trabajo Equipo de Presupuesto por Resultados)2008年－貧困に対する闘争のための協調委員会による再現[http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/doc\\_01217.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/doc_01217.pdf) 4月10日閲覧

61 MINSA「専門文書：妊娠期および周産期死亡率減少のための国家戦略計画2009-2015」(Documento Técnico: Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, 2009-2015)、大臣決定207.209/MINSA、2009年3月27日

62 詳細は貧困に対する闘争のための協調委員会のウェブサイト参照：<http://www.mesadeconcertacion.org.pe/contenido.php?pid=83>

63 INEI「家族計画と妊産婦の健康」(Planificación familiar y salud maternal) ENDES、2007年 <http://www1.inei.gob.pe/web/Endes/> - 2009年2月5日閲覧

64 「人口統計および家族の健康調査：戦略プログラム

65 ヒューマン・ライツ・ウォッチ「私の権利、そして私の知る権利：ペルーにおける治療的妊娠中絶へのアクセスの欠如」

66 カレン・ノエリア・ラントリー・ウアマン対ペルー、文書 No.1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005), <http://www1.umn.edu/humanrts/undocs/1153-2003.html>

67 INEI, UNFPA, UNDP,「ペルーの社会人口統計学プロフィール」(Perfil Sociodemográfico del Perú) 2008年8月

68 INEI「2007年国勢調査 - 11章 人口と6章住宅 - 先住民族コミュニティの最終結果」

69 コロンビア大学公衆衛生メールマン・スクールの妊産婦死亡と障害の防止(AMDD)による集計テーブル。  
[http://www.amddprogram.org/index.php?sub=2\\_1\\_2&showsearch=emergency%20obstetric%20care](http://www.amddprogram.org/index.php?sub=2_1_2&showsearch=emergency%20obstetric%20care) ユニセフ、WHO、UNFPAによる産科サービスの有効性と利用のモニタリングのためのガイドライン(1997年8月)に基づいている。

重大な欠陥：ペルーにおける妊産婦保健への障壁  
妊産婦の健康は人権である

FATAL FLAWS: BARRIERS TO MATERNAL HEALTH IN PERU  
MATERNAL HEALTH IS A HUMAN RIGHT  
Index: AMR 46/008/2009

発行：(社)アムネスティ・インターナショナル日本第152G(ハンナグループ)  
<http://homepage2.nifty.com/ai152hannah/> E-Mail : [fwht6821@mb.infoweb.ne.jp](mailto:fwht6821@mb.infoweb.ne.jp)  
発行日：2010年4月1日

社団法人 アムネスティ・インターナショナル日本  
東京事務所 〒101-0054 東京都千代田区神田錦町2-2 共同ビル(新錦町)4F  
TEL : 03-3518-6777 FAX : 03-3518-6778  
E-Mail : [info@amnesty.or.jp](mailto:info@amnesty.or.jp)  
大阪事務所 〒552-0021 大阪府大阪市港区築港2-8-24 piaNPO 509  
TEL : 06-4395-1313 FAX : 06-4395-1314

<http://www.amnesty.or.jp/>

妊産婦の健康は人権である

Amnesty International Index: AMR 46/008/2009