

(資料 1) 海外調査

[出張者] 青山温子 (主任研究者)

年度	出張国	期間	調査内容
平成14年度	パキスタン	2月21日 -3月3日	アフガニスタン難民キャンプを5ヶ所訪問し、保健医療従事者や難民に対する面接調査を実施した。難民支援にあたっている国連高等難民弁務官事務所 (UNHCR)等の国際機関やNGO等の関係者と面談して情報収集した。
平成15年度	カンボディア	11月9日 -11月22日	首都プノンペンにて、国際機関等を訪問して専門家と意見交換し、紛争後復興開発期に実施されてきた保健医療活動に関する資料・情報を収集した。プノンペンおよび周辺農村部にて、保健医療施設・NGO活動を訪問し、実際の活動状況と保健医療従事者・住民らの意識・行動を調査した。
	米国	1月8日 -1月17日	ボストン、ワシントンを訪問し、世界銀行、ハーバード大学、NGO等の紛争後復興開発と保健医療活動に関する専門家と意見交換し、情報・資料を収集した。世界銀行パレスティナ事務所とビデオカンファランスにより意見交換した。
平成16年度	カンボディア	12月12日 -12月24日	首都プノンペンにて、保健省、社会福祉省、大学、国際援助機関、NGO等を訪問して意見交換し、資料を収集した。タケオ、コンポントムにて、地域保健医療、障害者支援、精神保健の活動現場を訪問して状況を観察して情報収集し、地域住民・患者家族等からも情報収集した。

## (資料 2) 研究協力者

### [国内]

- 永井真理 名古屋大学大学院医学系研究科
- 岡本美代子 名古屋大学大学院医学系研究科
- 川口レオ 名古屋大学大学院医学系研究科
- 吉崎基弥 名古屋大学大学院医学系研究科
- 宇井志緒利 名古屋大学大学院医学系研究科
- 宇野日出男 名古屋大学大学院医学系研究科
- 下山節子 日本赤十字九州国際看護大学
- 平川オリエ 日本赤十字九州国際看護大学
- 江藤節代 日本赤十字九州国際看護大学
- 石橋通江 日本赤十字九州国際看護大学
- 本田多美枝 日本赤十字九州国際看護大学
- 丹野かほる 新潟大学医学部保健学科看護学専攻
- 五條しおり 埼玉県立大学保健医療福祉学部(比較文化学)
- レシャード・カレッド 医療法人社団健社会理事長・「カレーズの会」代表
- 藤崎智子 特定非営利活動法人 Health and Development Services (HANDS) 事務局長
- 鎌田裕十朗 特定非営利活動法人 日本医療救援機構 [MeRU] 代表
- 石田恵慈 特定非営利活動法人 風の学校 技師
- 中屋伸一 特定非営利活動法人 風の学校 技師
- 山本 敏晴 特定非営利活動法人「宇宙船地球号」理事長
- 野田順康 国連ハビタット アジア太平洋部長 駐日代表
- 玉村美保子 国際連合世界食糧計画 (WFP) 日本事務所 代表
- 澤良世 国際連合児童基金 (UNICEF) 駐日事務所 広報官
- 斯波知子 国連ボランティア計画 東京駐在調整官
- 兵藤智佳 国連人口基金 東京事務所研究員

### [国外]

- 露岡令子 世界保健機関 (WHO) カンボディア事務所マラリア対策専門家
- 田中香 国際協力機構 (JICA) アフガニスタン長期派遣専門家
- Gilbert M. Burnham, MD, PhD: Associate Professor, Community Health and Health Systems, Department of International Health / Director of the Center for Refugee and Disaster Response, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA
- Richard Mollica, MD, PhD: Director, Harvard Program in Refugee Trauma, Boston, USA
- Riccardo Conti, PhD: Chief Officer, Water and Habitat Division, International Committee of the Red Cross (ICRC), Geneva, Switzerland
- Michael J. Toole, BMedSc, MBBS, DTM&H: Head of the Centre for International Health, Burnet Institute, Australia
- Danielle Deboutte, MD MSc: Health Project Officer, UNICEF, Pyongyang, DPR Korea
- Claude de Ville de Goyet, MD: Former Chief, Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program, Pan American Health Organization (PAHO/WHO)
- Steven Hansch, MPH: President, Cuny Center for the Study of Societies in Crisis / Director, International Humanitarian Programs for the Congressional Hunger Center
- Eric K. Noji, MD, MPH: Special Assistant to the US Surgeon General for Homeland Security & Disaster Medicine, Washington DC, USA
- Pierre Perrin, MD, MPH : Chief Medical Officer, International Committee of the Red Cross (ICRC), Geneva, Switzerland
- Jacques Baudouy, MD Director, Health, Nutrition and Population, Human Development Network, The World Bank, Washington DC, USA
- David Steel Acting Director, Human Development Sector, Middle East and North Africa Region, The World Bank, Washington DC, USA
- George Schieber, PhD Health and Social Protection Sector Manager, Human Development Sector, Middle East and North Africa Region, The World Bank, Washington DC, USA

## (資料 2) 研究協力者

- Jean-Jacques Frere, MD Senior Public Health Specialist, Human Development Sector, Middle East and North Africa Region, The World Bank, Washington DC, USA
- Markus Kostner Country Program Coordinator, West Bank and Gaza, Middle East and North Africa Region, The World Bank, Washington DC, USA
- 前田明子, PhD Health Sector Manager, Lead Health Specialist, Human Development Sector, Middle East and North Africa Region, The World Bank, Washington DC, USA
- Egbe Osifo, MD Manager, Human Development Group, World Bank Institute, The World Bank, Washington DC, USA
- Tom Merrick Program Adviser, Health and Population Program, Human Development Group, World Bank Institute, The World Bank, Washington DC, USA
- Ronald W. O'connor, MD: Chief Executive Officer, Management Sciences for Health (MSH), Boston, USA
- Stephen Redding Senior Development Officer, MSH, Boston, USA
- Salam Kanaan, Operations Officer (Health), The World Bank West Bank and Gaza Office, Palestine

### [現地調査]

#### パキスタン・アフガニスタン

- 藤田千代子 ペシヤワール会病院 (PMS)、院長代理・看護部長、Peshawar
- 岸田のり子 Project Coordinator, Association of Medical Doctors of Asia (AMDA), Quetta,
- Tanzil Agha, MD, MBBS: Consultant, Gender and health specialist, Peshawar
- Abdul Jalil Waisi: Head of the Department of English, Faculty of Languages & Literature, Kabul University, Kabul, Afghanistan

#### カンボディア

- Eng Huot, MD: Director General of Health, Ministry of Health (MOH)
- Ka Sunbaunat, MD: Deputy-Dean, Faculty of Medicine, University of Health Sciences / Director, National Program for Mental Health
- Koum Kanal, MD: Director, National Maternal and Child Health Center (NMCHC)
- Or Vandine, MD, MPH: Manager, Principal Recipient for the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria
- Heng Limtry, MD: Deputy Chief of Health Education / Health Promotion Unit, NCHP
- Chea Sovithyea: Sponsor Relations Department Manager, World Vision
- Uy Soung Chhan Sothy: Project Coordinator, Indravevi Association [ IDA ]
- Moul Chhorn: Director, Kien Khleang Rehabilitation Center
- Sin Somuny, MD, MPH: Executive Director, MEDICAM
- Ngy San: Director, Disability Action Council (DAC)
- Hum Sophon: Director of Program Department, Cambodian Red Cross
- Yi Veasna: Executive Director, National Centre of Disabled Persons (NCDP)
- Jan Nye, RN: Community Development Advisor, The Cambodia Trust
- Hok Ly: Project Coordinator, The Cambodia Trust
- Sotheara Chhim, MD: Managing Director, Transcultural Psycho-social Organization (TPO)
- Gerry Pais, MD: Ang Rokar Operational District Technical Advisor, Swiss Red Cross
- Nhea Sithan, MD: Director, Ang Rokar, Operational District

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
青山温子	中東地域における保健医療分野での復興開発支援とジェンダー	国際協力事業団(JICA)編	第3回UNDP- JICA合同ジェンダーセミナー「復興開発支援とジェンダー」報告書	国際協力総合研修所	東京	2002	23-30・36
青山温子	アフガニスタンの女性支援の現状・他2編	アフガニスタンの女性支援に関する懇談会	アフガニスタンの女性支援策について	内閣府男女共同参画局	東京	2002	16-18 34-35 56-57 124-134
喜多悦子	アフガニスタンにおける女性の状況について・他1編	アフガニスタンの女性支援に関する懇談会	アフガニスタンの女性支援策について	内閣府男女共同参画局	東京	2002	7-13 108-123
喜多悦子	難民・環境難民	不破敬一郎・森田昌敏編	地球環境ハンドブック(第2版)	朝倉書店	東京	2002	974-985
喜多悦子	難民保健	国際災害研究会編	災害医学	南山堂	東京	2002	332-337
喜多悦子	第一波災害後の情報の流れと人々の避難行動様式	林春男編	米国世界貿易センタービルの被害拡大過程、被災者対応等に関する調査報告書	京都大学防災研究所	京都	2002	
喜多悦子	Complex Humanitarian Emergencyと感染症	平成14年度長崎大学熱帯医学研究所共同研究会編	危機管理としての熱帯病対策	長崎大学熱帯医学研究所	長崎	2003	4-6
喜多悦子	人間の安全保障としての健康：Complex Emergencyと人々の健康	溝田勉編	国際保健医療学への誘い	長崎大学熱帯医学研究所	長崎	2003	75-91
喜多悦子	Complex Humanitarian Emergency (地域武力紛争)と緊急人道援助ー人間の安全保障としての健康	世界秩序研究会編	緊迫する世界情勢とアジア	財団法人世界経済情報サービス(ワイス)	東京	2003	27-51
下山節子、松尾和枝、喜多悦子	医療の国際化ー途上国における保健医療活動	千代豪昭・黒田研二編	医療概論 第2版	医学書院	東京	2003	219-227
青山温子	ジェンダー	日本国際保健医療学会編	国際保健医療学 第2版	杏林書院	東京	2005	in press
青山温子	生活と健康	佐藤寛・青山温子編	シリーズ・国際開発 第4巻：開発と生活	日本評論社	東京	2005	in press

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
青山温子	健康・開発とジェンダー	女性教養	592	3-6	2002
青山温子	保健医療分野におけるアフガニスタン女性支援	共同参画21	2	22-23	2002
青山温子	誌上講座「開発と健康」第1-4回	ムービング	28 29 30 31	8 6 10 6	2002
青山温子	世界水準の国際協力	国際開発ジャーナル	549	4	2002
Kita, E.	International Cooperation in Health and Medical Care.	Japan Review of International Affairs	16・4	315-327	2002
喜多悦子、原ひろ子、目黒依子、坂東眞理子	男女共同参画における国際的協調－アフガニスタンにおける女性支援を中心に	共同参画21	2	4-9	2002
喜多悦子	「緊急事態」の意味がややこしい－紛争国の本当の問題	国際開発ジャーナル	550	4	2002
喜多悦子	保健医療にも国際政治の感覚が必要です	外交フォーラム	169	10-11	2002
喜多悦子、平川オリエ、古賀節子	エイズ治療薬の援助と製造ライセンス問題	公衆衛生	66:4	270-274	2002
喜多悦子	アフリカで失われたもの	ユニセフ・ニュース	190	3	2002
北村節子、喜多悦子、高橋秀行、山内昌之	人口・貧困・平和－アフガニスタンの現場から	世界と人口	341	13-33	2002
青山温子、喜多悦子、宇野日出男、宇井志緒利、Gilbert Burnham	復興開発と保健医療－アフガニスタンの事例・第1報	国際開発学会第4回春季大会報告論文集		187-192	2003
青山温子	健康、開発、そして平和	時局	36・5	26-27	2003
宇井志緒利、Leng Kuoy、宇野日出男、青山温子	紛争後復興開発期における参加型保健研修が果たす役割－カンボディアにおける取り組みから	第14回国際開発学会全国大会報告論文集		549-555	2003
喜多悦子、松尾和枝	これからの国際保健医療協力	生活教育	47・4	2-3	2003
喜多悦子	紛争地域などで保健医療支援を行う	Nursing Today	18:3	84-85	2003
喜多悦子	国際緊急人道援助と私 上・下	公衆衛生	67・10 67・11	791-794 897-900	2003
三好皓一、平田慈花、和田智代、中澤哉、喜多悦子	プログラム評価の試み－フィリピン感染症対策分野の評価を事例として	日本評価研究	3:1	43-56	2003
青山温子	海外女性事情 (16) パキスタン	ウィルあいちニュース	44	3	2004
青山温子	世界銀行の保健医療分野活動	公衆衛生	68・2	152-153	2004
長江美徳、北林春美、青山温子	女性の健康問題としてのドメスティック・バイオレンス (DV)－タイ国保健医療関係者の取り組み	日本公衆衛生雑誌	51:4	287-296	2004

宇野日出男、宇井志緒利、青山温子	ドメスティック・バイオレンス (DV) - 公衆衛生の視点から	日本公衆衛生雑誌	51: 5	305-310	2004
岡本美代子、菅波茂、青山温子	NGOsとのコントラクティングによる地域保健行政システム開発-カンボディアの事例より	第15回国際開発学会全国大会報告論文集		254-257	2004
岡本美代子	カンボディアでの日本のNGOによる短期的(自然災害)・長期的(紛争後復興開発)国際保健支援活動	日本災害看護学会誌	6: 2	31-40	2004
喜多悦子	失われて初めて気づくもの	We Learn	617	2	2004
喜多悦子	紛争地の子に適正な育児環境を	人口と開発	86	16-20	2004
喜多悦子	紛争地で考えた女性の健康	Frontier	65	3	2004
蟻田功、喜多悦子、島尾忠男、入江實、若井晋	フォーラム-次世代へのメッセージ上・下	公衆衛生	68・2 68・3	148-151 238-241	2004

研究成果の刊行物・別刷



第3回 UNDP-JICA 合同ジェンダーセミナー

「復興開発支援とジェンダー」

報告書

日時：平成 14 年 2 月 27 日

場所：JICA 国際協力総合研修所



的に参加できるようにするということでした。そのため、ジェンダー部は、従来の有権者教育だけでなく、REDE によるクォータ制の議論、女性立候補希望者の発掘、トレーニング、選挙キャンペーンの広報などを支援をしました。その結果、全体で 20 数パーセントの女性の議員が誕生しました。話はそこで終わりません。制憲議会は憲法を作成するためのものですから、次は憲法の条文に女性の権利が織り込まれるようにするためのキャンペーンが必要です。ジェンダー部はこれもサポートをしました。

こうしたジェンダー部の貢献を認めた上で、改めて問題として指摘せざるをえないのは、東チモールの復興開発の中で「ジェンダーの主流化」が遅れているということです。ジェンダー部は、女性の政治参加などいくつかの特定分野についてはある程度の成功を達成できたかもしれませんが、しかし、政策全体への影響はほとんど見られません。例えば、JICA が東チモールの農業政策のマスタープラン作成を支援しようとしているのですが、そのために派遣される大規模な調査団の中にジェンダーの専門家はひとりも含まれていないようなのです。ここで、JICA のプランは UNTAET 側が了承しないと成立しないわけですから、UNTAET はこのジェンダー専門家が入っていないプランを OK したことになります。UNTAET が OK したということは、ジェンダー部は主流化のために UNTAET の各部署にいろいろな働きかけをしてきたと言ってもいいけれども、その成果は具体的な形、つまり JICA が農業のマスタープランを作る段階では反映されていないということになります。これは、端的に UNTAET におけるジェンダー主流化の実態を示していると思います。

東チモールは、現在、独立後の国家開発計画の策定をしているところです。これからでも、この計画に、ジェンダーニーズを反映させていくとか、あるいは現在ジェンダー部が策定している「分野別ジェンダー・ガイドライン」を適用するといった取り組みが急務で

す。具体的にはジェンダー部に各分野の担当者を置き、その人たちが分野別の優先課題を早急に取りまとめるといったことが期待されます。

国連の暫定行政という機構は、そこに包含されるその他の国連専門機関も含めて、各国からの資金提供がなければ成り立たないという現実があります。政策の中身は国連だけで仕切るわけではありません。各国政府とその援助機関がジェンダーを主流化するという政治的な意思を持っていない場合は、国連が統括する政策としてジェンダーの主流化が実現することもないでしょう。ではドナー側の意識を高めるためにはどんな方法が考えられるのでしょうか。例えば、各国の援助機関が合同で UNTAET 体制のジェンダー主流化を評価するためのミーティングを持つというのはどうでしょうか。そこで、各国がそれぞれの取り組みを紹介し、触発しあって、国連体制におけるジェンダー主流化のさらなる流れを押し出せるような、そのような機会となれば、と思います。

## 8. 「中東地域における保健医療分野での復興開発支援とジェンダー」

名古屋大学大学院医学研究科

(国際保健医療学)

青山温子教授

ご承知のようにパレスティナでは 2000 年から紛争が再燃しております。私が最初にパレスティナを訪れたのは 1994 年で、それから 2000 年の 1 月まで、何回かまいりました。その間はまさに復興開発の時期に相当しており、今日は、その時期の話を中心にさせていただきます。

今日は「復興開発支援とジェンダー」という課題をいただいておりますが、パレスティナという所は、ジェンダーを超えた問題がたくさんあり、そちらが主流になってしまうかもしれません。私が専門としておりますのがリプロダクティブ・ヘルス分野ですから、そう

いったところを含めてお話をさせていただきたいと思います。

私は、1996年から1999年まで、世界銀行の中東・北アフリカ地域ヒューマン・ディベロップメント・グループという所におりまして、そこでパレスティナの保健医療セクター開発を担当しておりました。保健医療セクター調査ということをやって、プロジェクトを立ち上げるところで次の方に引き継いできたわけです。その調査結果なども入れながら、お話をしたいと思います。今日は「復興開発とジェンダー」という課題ですが、特にパレスティナの保健医療分野を中心にお話をさせていただきます。

私は、世界銀行で中東・北アフリカ地域を担当していたと申し上げましたが、世界銀行の中東・北アフリカ地域とは、イランからモロッコまでの範囲を指しています。この地域の国々には中所得国が多いです。平均余命は、所得に相応して比較的高水準になっていますが、イエメンのように非常に悪い所もあります。イラクは、以前は良かったのですが、湾岸戦争後の国連制裁などがあり、非常に悪くなりました。

この地域には、紛争に関わっている国が多いです。モロッコに接して西サハラがありますし、アルジェリアは国内にテロの問題があります。リビアはテロとの関係が常に取りざたされています。エジプトも原理主義者による観光客襲撃などがありました。イエメンの対岸にありますのがエチオピア、エリトリア、ソマリアで、こういった所から難民がイエメンに逃れてきます。イラクからの難民がイランに入り、アフガニスタンの難民がイランに流入します。シリア、ヨルダン、レバノン、そしてイスラエル、パレスティナがあります。このように、紛争が非常に多い地域だということがお分かりいただけるかと思います。

中東地域は、一般にジェンダー・バイアスが大きいと考えられていますので、女性の健康という視点で、調べてみたことがあります。

中東地域のリプロダクティブ・ヘルスに関する調査研究を行いました。

中東諸国の妊産婦死亡率を、所得の順に並べた図をお示しします。中・高所得国ではそれほど悪くはないのですが、イエメン・エジプト・モロッコなどでは、妊産婦死亡率が高くなっています。エジプトやモロッコでは、国内の格差が大きいことが知られています。イエメンの妊産婦死亡率はこの図では出生10万対1,000となっていますが、その後少し下がったデータが出ています。イエメンは、非常に貧しく、また医療へのアクセスの悪い地域も多いために、妊産婦死亡率がこのように高くなっています。イラクの場合は、湾岸戦争後に悪くなりました。

次に、中東諸国の合計特殊出生率を、所得の順に並べた図をお示しします。世界の他の地域では、所得の高くなるにつれて合計特殊出生率が低下する傾向がありますが、中東諸国の場合には、所得が高くても、サウジアラビアのように合計特殊出生率の高い国があります。やはりこれは何か社会的・文化的なものが背景にあるのではないかと思います。

ここからパレスティナのお話をさせていただきます。ウエストバンクとガザは、現在イスラエルの占領下にあります。ガザ地区には、ガザ市や、過激派の本拠地といわれているハンユニス市などがあります。ウエストバンクにはいろいろな都市があり、パレスティナ自治政府の機能があるのがラマラ市とナブルス市です。これらの都市間をつなぐ道路などはすべてイスラエル支配下にあり、パレスティナ人は自由に行き来することが出来ない状況にあります。ですから、たとえばナブルス周辺の村に住んでいる人が病気になった時に、ナブルスの病院に行こうと思っても、イスラエルが道路を閉鎖していれば、もう病院へも行けないという状態があるわけで、非常に困難な状況にあることがご理解いただけると思います。

歴史的背景を見てみますと、1948年のイスラエル建国以来4回の中東戦争がありました。

1967年の「6日間戦争」で、現在問題となっているウエストバンク、東ジェルサレム、ゴラン高原、ガザ地区、シナイ半島まで、すべてイスラエルの支配下になったわけです。そして1978年のキャンプ・デイビッド合意で、イスラエルとエジプトが和平を結び、シナイ半島はエジプトに返還されました。その後、エジプトのサダト大統領が暗殺されたことはご承知のとおりです。

1987年からインティファダの嵐が吹き荒れ、子供たちまでが石を投げてイスラエル兵に立ち向かうという、人々の戦いが続きました。当時のラビン首相も、もうこれは抑えられないということを悟りました。そしてオスロで話し合いが行われ、1993年には、ホワイトハウスの庭でラビン首相とアラファト議長が歴史的な握手を交わしました。その後、1994年には、イスラエルとヨルダンとの和平が結ばれました。和平は順調に進むかと思われたのですが、1995年にラビン首相が暗殺されてしまいました。その後パレスティナでは選挙が行われ、アラファト議長が自治政府の大統領に選出されました。ラビン首相死後就任した、ネタニヤフ首相は、非常に保守的な方向に進み、和平プロセスが進行しなくなりました。アメリカも、ワイリバーで話し合いをもつなど、仲介に努力したのですが、なかなか進行しませんでした。2000年9月に、現在のシャロン首相がイスラム教徒の聖地に強引に足を踏み入れたことがきっかけとなり、折角進んできた和平への道が途絶え、再び紛争に戻ってしまいました。

この間、いろいろな開発プログラムが行われました。日に日に変わってくる、日に日に進歩するのを目のあたりにし、開発というのはこういうことなのだと実感させられました。それほど開発の効果が得られる所なので、今の状況は本当に残念でなりません。

私が仕事をしていたころのパレスティナの状況をお示しします。ここで「ウエストバンクとガザ」という言い方をしていますのは、

東ジェルサレムを含めていないからです。パレスティナ・イスラエル双方が東ジェルサレムの帰属を主張しているため、問題をさけるために、世銀ではこのような言い方をしています。

1997年当時の推定GNPは1,597ドルで、低位中所得国の水準です。人口が230万人とされていますが、世銀では、東ジェルサレムを含めずに考えています。パレスティナ側の出す人口データにはいつも含まれています。

失業率が3割、貧困がガザで4割、ウエストバンクで1割となっています。1997当時のデータですから現在はもっと悪くなっていると思われれます。ただ、識字率は非常に高いです。パレスティナ人は、自分たちにはお金も資源もないのだから人材こそが大切な資源なのだと思います。パレスティナでは、女の子も男の子も、みな学校に通っています。

また、乳児死亡率は、出生1,000対28で、この所得水準としては非常に良いです。これは、プライマリ・ヘルス・ケアを行き渡らせた努力の成果だと思います。妊産婦死亡率も低くなっています。

合計特殊出生率は6.1とまだ高いです。インティファダの時代には、家族計画などをして人口が減ったらイスラエルに負けてしまう、というような考えがありましたし、両親にしてみれば、子供がいつ死ぬか分からないという不安もあったと思います。和平プロセスが始まってからは、急速に家族計画が普及していて、ガザで7ぐらいだった合計特殊出生率が、どんどん下がってきました。

周辺国との保健指標の比較をお示しします。ウエストバンクとガザは、ヨルダンに比較してそんなに悪くないし、エジプトなどよりはずっとよく、トルコよりもよいのです。パレスティナ人は、いつもイスラエルと比較して、イスラエルと同等の水準の保健医療サービスを期待しています。しかし、イスラエルとは、所得水準が10倍違っていて、イスラエルはパレスティナの10倍の保健医療費を使っているのです。

パレスティナは国ではありませんが、世界銀行が 1993 年から、支援を始めました。世界銀行は、本来は加盟国にしか融資をできないことになっています。そこで、世銀がお金を貸した利益の中から信託基金を作って、そこから IDA のソフトローンなみの条件で融資したり、あるいは無償で技術支援をしたりしておりました。教育保健復興プロジェクトという、学校や診療所を復興再建するプロジェクトには、私も少し関わりました。

1997 年に、パレスティナの保健庁、WHO と世銀が合同で、保健医療セクター調査を実施しました。なお、パレスティナは WHO の東地中海地域事務所のメンバーになってはいますが、国ではないので WHO 本部に加盟しておらず、パレスティナには、本部緊急援助部のスタッフが配属されていました。この調査では、それまで緊急の復興開発を行ってきたが、今後持続的な開発をはかるには、どこに優先的に投資したらよいかを明らかにすることを目指しました。パレスティナでは、1994 年に保健医療計画を策定しましたが、これを改訂して新たな保健医療計画を作成する作業がすすめられていました。優先分野を明らかにし、財政的持続可能性、効率性、質、公平性を確保できる保健医療システムを形成するような計画が必要とされていました。女性の健康というのは非常に重要な分野ですので、保健医療セクター調査で、重点的に調べる項目の中に、リプロダクティブ・ヘルスを含めることになりました。

パレスティナでの、保健医療サービスシステムは非常に複雑です。まずパレスティナの保健庁が診療所のほか、病院医療のほとんどを受け持っています。国連パレスティナ難民救済事業機関（UNRWA）はプライマリ・ヘルス・ケア中心に、登録された難民だけを対象に無料でサービスを提供しています。ただし、登録難民でないとサービスを受けられませんし、働いていてお金のある難民まで無料にしているため、保健庁が少しずつ有料化を

進めようとしても統一しにくくなっていました。

NGO は、紛争中から援助資金を受けて活躍してきており、質の高い診療所がたくさんありました。東ジェルサレムにあるイスラム教系やキリスト教系の病院は、高度医療を受け持っていました。また、パレスティナ赤新月の病院は、総裁がアラファト議長の実弟であることもあり、資金が集まり拡張しています。その他、民間の診療所などもあります。また、パレスティナでは治療できない高度医療を必要とする病気の場合は、ジョルダン、エジプト、イスラエルなどの病院に送っています。

当時のパレスティナ保健庁の予算の内訳をお示しします。プライマリ・ヘルス・ケアより、病院医療やパレスティナの外での高度医療に多く費用を使っている状況がありました。イタリア、EU、日本等のドナーのお金が保健庁に入るようになり、それまで病院が整備されていなかったため、次々と病院を整備してしまいい、たとえば、ハンユニス地域などでは、3 年後には病床数が 3 倍になるのではないかとはいわれるほどになってしまいました。ただ、ハンユニスは、過激派の本拠地なので、自治政府もそのことを配慮しなければなりません。もしその保健医療サービスが弱かったりすれば、反政府勢力の方が強くなってしまいます。さらに、赤新月も病院を作ったため、急激な病床数の拡張が起こってしまいました。

このような事情があり、合理化していくために、保健医療サービス全体の計画を策定する必要があります。また、保健庁は患者をイスラエルの病院に送って、大変高いお金を請求されているので、ジョルダンやエジプトに送ることを考えていました。

一方、和平プロセス以降、それまで NGO に入っていたドナーの資金が保健庁に流れるようになり、NGO が資金不足になって、診療所を閉鎖しなければならない場合も生じて

いました。従来から活動している NGO の診療所を生かして、保健庁の負担を軽減するような全体計画が必要でした。

和平プロセス以降、イスラエルは東ジェルサレムにパレスティナ人が入ることを厳しく制限し始めて、以前にはパレスティナ人の患者を受け入れていた東ジェルサレムの病院に、患者が行けなくなってしまいました。そのためせっかくよい医療を提供していた NGO の病院の経営が困難になっていました。また、営利的な民間医療機関は、きちんとした規制がないままに増えてきておりました。

次に、薬剤費が保健庁予算の約 3 割をも占めて急速に増大していました。当時はまだ必須医薬品リストが作られておらず、たくさんの種類の薬が使われていました。まだ、極めてたくさんの小さな薬局がありました。これは、もし、また戦争が起これば、いつ職を失うかわからないので、とりあえず薬局でも開いておこうと考えている人たちがいることも原因していました。

また、安い医薬品を輸入しようとしても、イスラエルの規制にあったものでなければ輸入することができません。さらに、いつイスラエルによって道路が閉鎖されるか分からないので、たくさんの在庫を抱えてしまい、期限切れになってしまうこともよくありました。このように、薬剤セクターを改善するには、まず紛争が解決されなければならないというところがありました。そこで、必須医薬品のリストを作ったり、在庫管理システムを改善したり、すぐに来るところから始めていきました。

一方、プライマリ・ヘルス・ケアや予防医学的な分野については、本当に頑張っていました。予防接種の接種率も非常に高く、これを維持していかなければなりませんでした。学校保健活動などもよくやっていたし、健康教育のプログラムはたくさん進んでおりました。ただ、紛争状況に長くありましたので、精神保健の問題、特に女性のうつ状態が非常に多いという話も聞きまして、これは今

後取り組んでいかなければいけないと考えられました。身体障害者、たとえば、インテリファードの時代に負傷した方など多いわけですが、リハビリなどの分野には NGO が取り組んでいました。

リプロダクティブ・ヘルスの分野の状況についてご説明します。まず妊産婦保健分野をみてみます。ガザは狭い場所ですから、人々はみなすぐ病院に行ける距離に住んでいます。ウエストバンクの場合には、アクセスの悪い所では家庭分娩も多いのですが、都市部では、ほとんどが民間の産科医院でお産をしているようでした。

家族計画に関しては、UNRWA と NGO が、インテリファードの時代もずっと小規模ながら続けていましたが、和平プロセス以降は、保健庁が主体になって進めるようになりました。もともと教育水準の高い所ですので、情報の伝達もよく、家族計画サービスはどんどん拡大していました。すでにいろいろなドナーが協力していたので、世銀が家族計画分野のプロジェクトを新たに始める必要はないのではないかと考えられました。

女性の精神保健については、先ほど少し申し上げました。女性に対する暴力の問題についてですが、パレスティナは周辺地域などに比べて女性の社会的地位も教育水準も高い所だとはいえ、それでもまだ未婚の女性が性的関係をもったがために家族の男性が名誉を守るためその女性を殺す、ということがたまに起こっているようでした。パレスティナ自治政府計画庁には女性担当の部署が作られ、担当官が、こういうことをなくそうと努力していました。

妊産婦保健に関するデータをお示しします。産前の検診は 8 割以上受けていますが、産後検診は 2 割程度の受診です。出産場所は、ガザでは、ほとんどが病院か診療所、ウエストバンクでは、一部の女性が自宅で出産しています。とくにヘブロン地域では、3 割が自宅での出産なので、保健庁も、こういった所で

安全な出産ができるよう今後重点的に取り組みたいとのことでした。

ウエストバンクとガザで 1995-96 年に調査した避妊の状況をお示しします。当時は、避妊を実行していたのは半分以下でしたが、その後どんどん普及している状況だと思えます。ただ、最近では紛争が再燃しているため、また状況が変っているのではないかと思います。

計画庁の女性担当部署が出しているポスターをお示しします。女の子が教育を受ければ、仕事に就いて、こんなに幸せな生活が出来るのに、学校も行かずに結婚したら、こんな大変な生活になってしまうということを示しています。このほか、ドメスティック・バイオレンスに反対するポスターなどもあります。

こんどは、パレスティナの NGO が出している女性の健康に関するカレンダーをお示しします。乳がんの自己検診を示す図で、イスラム圏でこういうカレンダーを出していることには、少し驚きました。この NGO の診療所では、子宮頸がんのスクリーニングなども行なっていました。ちなみにパレスティナは、国際家族計画連盟のアラブ地域最初の事務局が 1967 年にジェルサラムに開設された地域で、アラブ、イスラムの社会の中でも、ジェンダー・バイアスがあまりない所なのではないかという感じがいたします。

したがって、リプロダクティブ・ヘルスの分野では、もう一段階質の高い活動や、ターゲットを絞った支援などが必要なのではないかと考えられました。また、あまり何もかも政府が実施しなくても、もう少し民間の役割を拡大してもいいのではないかと思います。保健教育は男性や若者に対しても必要だと思います。若者に対しては、いろいろな活動がなされていて、ガザで電話相談などもやっていました。全体に、リプロダクティブ・ヘルスの分野は、かなり進んでいると感じられました。

とはいえ、パレスティナには、独特の特別な事情がたくさんあります。まず、政治や紛争問題について、全く未来が見えないような

状況があります。また、非常に経済状況は困難で、経済成長はずっとマイナスを続けています。

そして、パレスティナ人は自由に移動できないのです。私たち外国人とは違って、ガザのパレスティナ人はウエストバンクには行けませんし、ウエストバンクからガザにも来られません。ウエストバンクの都市の間でも自由に移動ができず、これが、本当に大きな障害になっています。

国内の政治バランスということもあります。自治政府と反政府過激派とのバランスも、いつも危ない綱渡りをしている状況があります。いろいろな思惑をもったたくさんの関係者が絡んでいます。アラブ、イスラム、あるいはユダヤの大義をかざす人もいれば、利益が目的の人もいるし、あるいはパレスティナに対する思い入れのような感情をもっている人もいます。また多くのドナーが関わっています。

占領下にあって、経済開発には十分投資ができません。ガザの港も整備されていませんし、空港も大したものではありません。経済開発の基本となるインフラなどに投資ができないため、ドナーの投資が教育と保健医療にばかり集中してしまいます。このままでは元気で教育を受けたのに、仕事も未来への希望もない若者が増えて紛争を再燃させてしまうのではないかと懸念されました。社会開発は非常に大切なのですが、社会開発と経済開発が両輪として進まない限り、未来に希望は持てないのだということをつくづく感じました。

次に主なドナーを挙げてみました。日本は二国間援助ばかりでなく、UNRWA、WHO、UNDP など国際機関を経由しても資金を提供しています。UNDP は、日本の資金でトゥルカレムの病院を再建したり、プライマリ・ヘルス・ケアを担う診療所の整備などを実施しています。イタリアは、紛争前からずっとジェルサラムに領事館を置いておきまして、保健医療セクターのドナー間のコーディネーターの役割を果たしています。EU は、多くの資金を提供していましたが、なかなかうまく

動いていない病院もありました。サウジアラビアのようなアラブ系のドナーもあり、病院を新たに建設したいという話がでて、いろいろ話合って持続可能な規模に縮小するよう理解を得たこともありました。このように、いろいろな思惑のあるたくさんのドナーが関係していました。

保健医療セクターの関係者としては、パレスティナ自治政府の保健庁だけではなくて、財務・内務等の省庁も係わっています。イスラエルの人々、国際機関やドナー国、アラブの国々、NGO や民間企業等、本当に様々な組織・機関が関係していて、複雑な状況になっていました。

ウエストバンクのチェックポイントの写真をお示しします。ここでイスラエルの兵士が車を検問しています。この写真を撮った時は、わりと平穏な時期だったので、比較的簡単に通れたのですが、ひとたびテロ事件などが起きると完全に閉鎖されてしまいます。またユダヤ教の祝祭日などには、危険をさけるために、初めから完全閉鎖になったりします。閉鎖中でも、たてまえ上は、病院の職員や病人を通すことになっているらしいのですが、現実には、通ることはできません。無理に通ろうとすれば撃ち殺されるという事態も起こります。

こういうチェックポイントが自治区各都市の出入り口にあります。チェックポイントが閉鎖されると、患者の搬送は出来ませんし、薬や病院給食などの搬送も出来なくなります。病院の医師や看護婦が街の外に住んでいれば、通勤も出来なくなります。また、建設資材が入ってきませんので、建設が非常に遅れることになり、費用が余計にかかってしまいます。通院が困難なため、軽症の患者でも予防的に入院させることも起こります。また、たくさんの薬の在庫を抱えたり、あるいは小さな病院を各都市に作ったりしなければならず、効率的なシステムを作ることが難しい状況があります。

次に、医療保険収入とチェックポイントの閉鎖の関係を見てみます。自治政府保健庁は、非常に一生懸命努力して、医療保険の加入率がどんどん上がってきました。ところが加入率が上がっても、自治区が閉鎖されると、パレスティナ人は働きに行けませんので収入がなくなってしまいます。収入がなくなるから保険料も払えなくなり、医療保険収入も減ってきます。閉鎖があると保険収入そのものが減ってしまい、保険制度そのものが立ち行かなくなってしまうのです。

ガザのチェックポイントの写真をお示しします。私たち外国人は車を調べられている間ここで待っています。歩いている人たちはパレスティナ人です。彼らは、車でガザを出入りできません。必ずチェックポイントで車から降ろされて、荷物を持って歩かされるわけです。毎日毎日このように歩かされ、その度に尋問されます。そういった抑圧されたやりきれない気持ちが蓄積して、未来がないと感じてしまえば、それが紛争の火種となるのも不思議ではないと思われれます。

これはジェルサレムの嘆きの壁の前です。「嘆きの壁」と呼ばれている場所が、実は「岩のドーム」の壁、同じ壁なのです。ですから、これを分けろというのは無理なわけです。イスラエル側の示す写真には、壁の後ろにあるドームが写っていないのですが、実際にはこのように1つの場所なのです。この場所に立っていると教会の鐘の音とイスラムのアザーンの声と、両方が同時に耳に聞こえてきます。この3つの宗教が重なり合った場所で、これを分けてしまうことは無理で、何とか争いを乗り越えて、一緒にやっていく方策を考えなければならないのではないかなと思われれます。何か違った視点から見て、何とかして紛争を解決していく方法を考えていかなければいけないと考えられます。

ここに三角形の概念図をお示しします。一番上にあるのが、それぞれの立場です。立場

を言い出したらなかなか譲れなくなってしまう。この立場のすぐ下には共通の利益があり、これは交渉可能です。共通の利益に基づいて交渉を進めることができます。この目標の下には互いの価値観があり、ここは介入してはならない部分です。そして、さらにいちばん下には、全ての人間に共通な基本的ニーズ、例えば保健医療、教育等があります。よって交渉可能などころに基づいて、紛争解決の糸口を見いだせる可能性があります。保健医療は共通のニーズであり、国民に対して医療サービスを提供することは共通の利益となります。保健医療、特に女性の健康などを通して、互いに話し合う機会を提供できるのではないかと考えられます。

ここにお示した「離れて、そして、協力して」というのは、あるイスラエルの NGO が、パレスティナ自治政府と協力して学校保健のプログラムを実施していたことを報告したセミナーの標題です。つまり、パレスティナ人とイスラエル人は、離れて協力している、あまり表立って協力せずに静かに協力しあっていたほうがうまくいく、ということの意味しています。保健医療分野で、テクニカルな専門家同士は協力して仕事を進めているのです。

このプログラムは、まだ和平プロセスが始まる前、ジェルサレムで会議があった時にパレスティナ保健庁の方が、イスラエルでやっているような学校保健プログラムを自分たちもやりたいと言ったことに始まります。当時のパレスティナでは、伝染病が流行ってイスラエルにも拡がると困るから予防接種するという考え方で、予防活動が行なわれていました。そうではなくて、子供たちが健康について考えていくという、健康教育をやってみたいという夢を保健庁の方が語りました。このイスラエル NGO が、それに協力することになり、それに世銀の資金も入り、このプログラムは非常に大きな成果をあげました。

現在でも、このイスラエル NGO は、政治的にも活発な、あるパレスティナ NGO と協力して、医療プログラムをやっているという

ことを、先日聞きました。ですから、表面は非常に対立しているように見えても、共通の利益があれば、テクニカルなレベルの人間同士で協力していけるわけです。そこを足がかりにして、次のステップに進んでいけるのではないかという、そんな希望を持っております。

では、最後に 1994 年にガザの病院で撮った母子の写真をお見せします。誇らしげなお母さん、元気な赤ちゃんが生まれて、本当によかったという感じです。こういう未来の世代のために、何とかこの紛争を乗り越えたい。そのために女性の健康、子供の健康を支援することが手がかりになっていくのではないかと考えております。

## 9. 意見交換

(モデレーター)

上智大学文学部社会学科

目黒依子教授

○目黒教授：大変重要な役割ですが、時間も限られておりますので、できるだけ多くの方々が、発言したいことを発言できるように、舵取りをしていければと思っております。

いま3つのケースについてのご報告をいただきました。内容的にはそれぞれ大変ファーストハンドで、我々が普段得ることのできないような情報ですので、大変有益だったと思います。聞いておりました私は、どういうディスカッションにするか考えたのです。それぞれの地域の歴史的な、あるいは文化的な特性ということもありますが、3つの報告で共通した部分も、いくつか浮かび上がってきたと思います。私が受けとめた限りで、それをいくつか提示いたしますので、そういう方向に集中して議論をしていただけると、私にとってはとても勉強になると思います。もちろん、そうでないところに外れても結構ですので、まずは考えたことを申し上げたいと思います。



リティに置いたわけです。しかし実際に起こったのは、この女性達の家は再建されず、そこでいろいろな苦情が出てきました。

我々は、その結果を調査しました。そこで分かったのは、家が再建されたのは国連や国際 NGO のパートナーとして働いていた組織に関連がある住民だけだったのです。別に悪い意図があったわけではないのですが、実際に地元に関する知識や事実が分かっていたのです。よって、復興開発支援を行うときの情報収集は、地元の女性たちも参加させて行わなければなりません。というのは、家を失った人たちは通常知り合いの家に身を寄せています。そして女性の避難民はどこなのか、世帯主を失った女性はどこなのか、誰と住んでいるのか、外から見ていくと、ほとんど分からないのです。被害を受けた家はどこにあるのか、家を失った女性はどこにいるのか、そういう情報をいちばん提供できるのは、地元の女性なのです。

それと同時に、強いモニタリングシステムを持つことが必要です。そしてこのモニタリングの委員会では、パートナーシップというものが重要で、それも地元の女性のグループを、その中に取り込んでいます。実際にお金はどう動いているのか、本当にそのお金が正しく、行くべき人の所に届いているかどうかをモニタリングする上で、彼女たちはとても強力な力になります。ですから受益者は誰なのか、そしてそのシステムを監視していく上で、地元の女性はとても重要です。

もう1つ重要なのは、このプロジェクトがあったときに、すべての情報をアジェンダに区別した形で出していくということです。家が再建されて、いろいろと区別、差別した形で、誰がこのプロジェクトから利点を受けているかを突き詰めていくのは、とても難しくなるからです。

○目黒教授：大変良いコメントをありがとうございます。青山さん、いまの関連で何かコメントはありますか。

○青山教授：パレスティナの場合、非常に良い NGO がたくさんあり、ドナーの支援を受けながら、本当に質の高い活動を以前から続けています。やはり歴史が長いということで、新しいものを発掘する東チモールの形とは、ちょっと違うのかなという気がいたしました。

興味深い例として、PFLP という過激な政治団体の関連の方が運営している医療 NGO が、USAID から資金提供を受けていたことがありました。表面的には対立しているようでも、テクニカルなレベルでは、協力しているということは結構あります。

UPMRC というのも、非常にいい NGO です。トップはコミュニストの議員です。彼も初めはドナーに対して反発的でしたが、ドナーの資金を得て仕事をするようになると、実務的になってきたようです。ドナーと現地 NGO が協力することによって、和解が進むということもあるのではないのでしょうか。またイスラエルの NGO とパレスティナ自治政府の例のように、ドナーが間にはいって両者間の協力を進めることもあると思います。

○目黒教授：いまの点に関して、何か付け加えることはありますか。なければ別の質問、あるいはコメントに移りたいと思います。どなたかありますか。

○東京女子大学文理学部村松安子教授：目黒さんが 이슈として挙げられたものの最初が、家族の養い手としての女性ということでしたね。今日のお話の中で、これに直接関係があると思われた話は、2つ出てきたと思います。1つが、マイクロファイナンスのことです。もう1つがプロフェッショナルな女性たちの再訓練をするということです。これは経済力を付けると同時に、より広い、長期的な視点からの女性の人材養成に繋がると思います。古沢さんのお話では、復興支援というプロセスの中で、こういうものが1つ1つではなく、包括的なものとして、最初のプランから入ってこなければいけないということでしたが、それを難しくしているもの、あるいはどういう条件が揃えば、それが可能になる

# アフガニスタンの女性支援策について

平成14年5月31日

アフガニスタンの女性支援  
に関する懇談会

## アフガニスタンにおける女性支援の現状—我が国の取組を中心に (2001年12月—2002年5月)

### 1 女性支援の全体的状況

#### 1 暫定政権成立後の女性の状況

アフガニスタンの和平プロセスは、2001年12月6日のボン合意に基づいて進められ、12月22日の暫定政権設立を経て、6ヶ月以内に、ザヒル・シャー元国王が緊急ロヤ・ジェルガ（国民大会議）を召集して、移行政権についての決定を行うこととなっている。カルザイ氏を議長とする暫定政権の閣僚30名中女性は2名（副議長兼女性課題相・公衆衛生相）、緊急ロヤ・ジェルガ召集のための特別独立委員会メンバー21名中女性は2名である。亡命していた元国王は、2002年4月18日に帰国、緊急ロヤ・ジェルガは6月中旬に予定されている。

アフガニスタンでは、女性の社会参画が著しく阻まれていたことを踏まえ、女性の社会的地位向上をめざして、暫定政権に女性課題省が設置された。大臣には NGO 出身のシマー・サマル氏が任じられたが、女性課題省の施設・人員配備は、他省庁に比べて立ち遅れている。女性課題省は、3月5-7日、カブールでアフガニスタン女性全国協議会合を主催し、ロヤ・ジェルガにおける25%の女性参加、新憲法策定への女性の参画、女性の保健医療・教育へのアクセスなどを訴えた。

学校は3月末に再開され、女子の入学は多い。女性たちは、職場や大学などにも戻ってきており、街を歩く女性の数も多くなっている。女性たちの多くは、屋外では顔と全身を覆う長外套（ブルカ）を着用しているが、建物の敷地内に入ると、ブルカを脱ぐか頭上にあげるかしており、家族以外の男性がいても特に顔を隠すことはない。おそらく、ブルカ着用は、まだ治安が不安定なためであろうと考えられる。また、地方での女性の社会参画状況は、従来からさほど変化はない模様であり、更なる実態調査が必要である。

#### 2 国際社会からの支援

国際社会の対アフガニスタン支援は、内戦中は、国際機関や NGO などを通じての人道支援がほとんどであったが、暫定政権設立により、欧米や日本などの政府開発援助を含めた復興支援が開始されることとなった。2002年1月21-22日、東京でアフガニスタン復興支援国際会議が開催され、61カ国・21国際機関が参集し、総額45億ドル以上、2002年では18億ドル以上の支援が表明された。4月10-11日、カブールに各援助機関の代表が集まって実行グループ会議が開催された。

国際機関や欧米などによる、女性に重点をおいた支援の例としては、UNICEF の女子初等教育推進と安全な妊娠出産プログラム、国連婦人開発基金 (UNIFEM) の女性課題省支援と女性国内避難民対策、国連人口基金 (UNFPA) のリプロダクティブ・ヘルス分野 NGO 支援、国連開発計画 (UNDP) の女子小学校再建、世界銀行の収入向上支援とジェンダー評価調査などが挙げられる。女性課題省に対する直接支援としては、UNIFEM の他、米国国際開発庁 (USAID) による専門家派遣、UNFPA による施設補修などがなされている。

### 3 我が国による女性支援

#### ① 支援の枠組み

アフガニスタン復興支援国際会議で、日本は向こう 2 年 6 ヶ月間で最大 5 億ドルまで、2002 年には最大 2 億 5 千万ドルまでの政府開発援助を行う予定であることを表明した。地域共同体の再建、地雷・不発弾の除去、教育、保健・医療、メディア・インフラ、女性の地位向上といった分野などを中心として支援を展開することとした。

我が国による支援は、直接的な緊急復興支援プログラムのほか、UNICEF・UNDP・UNHCR など国際機関を経由した支援、NGO を通じた支援、あるいは周辺国などの難民を対象とした支援など、様々な方法がとられている。今後は、技術協力なども予定されている。

#### ② 日本政府による支援状況

##### A) 政治・制度的枠組み

暫定政権の一般行政経費拠出・公用車購入支援をはじめ、民主化推進に貢献するため、テレビ放送分野支援の一環として、緊急開発調査により緊急ロヤ・ジェルガの実験放送を支援する予定であるほか、緊急ロヤ・ジェルガ開催のための財政支援も行った。また、女性課題省には、専門家が派遣された。

##### B) 教育

(19-22 ページ参照)

##### C) 保健医療

UNICEF を通じてポリオをはじめとする小児予防接種支援が行われた。また、緊急開発調査による一次医療施設の井戸の改善、無償資金協力によるカブール市の医療施設に対する基本的医療機材・医薬品の緊急援助が進行中である。技術協力の準備としては、保健政策、結核対策の分野の短期専門家が各 1 名派遣された。今後、結核対策及び母子保健分野の技術協力が計画されており、専門家派遣・研修生受入れにおいて、女性