

本は既に明治維新というドラスティックな変化を経ており（イスラム世界はそれをこれから経験することになる）。

●男性と女性を分けて議論を行う方法での対話が望ましかった。対話とは、お互いの文化に全てを合わせることを意味しない。（イスラム側女性参加者）

●「対話」とはそれ自体重要なイシューである。我々は日本について何を知っているのか、そしてその逆は如何。我々は既にパチカン等との対話を開始しており、日本との対話も重要。世界には多様な文明があるのではない。我々は「人類」という一つの文明の中に包含されており、その中に様々な文化があるに過ぎない。（アフマド・アル・カブシー）

●「一神教」と「多神教」という二項対立の誤解を解かねばならない。イスラムのタウヒードの概念ではアッラーが100の形で表れるように、日本の「八百万の神」は、1つの神にたくさんの形と名前があると理解し得る。日本人が「神」の前に祈る時、彼は決して八百万の神の前に額づくのではなく、唯一神の前で祈っている。（服部麗澤大学客員教授）

第1 ワークショップ「若い心と未来のパートナーシップ」

モデレーター：桜井啓子・早稲田大学教授

アブドゥルアジーズ・トルクスターニ・キングサワード大学助教授（サウジ）

参加者：サウジ人学生（男女）、日本の学生4名、日本への留学生1名、
双方の有識者（サウジ人女性有識者を含む）参加。

- (1) 自己紹介（各自1-2分で自分の所属、活動等を紹介）
- (2) イスラム側、日本側の学生がそれぞれ相手方をどのようにみているか。イスラム側からは、日本を、希な工業国であり、正確で、伝統文化を尊重し、家族・親族を大切にするとイメージが語られ、日本側からは、イスラム側を石油の産地、宗教的、唯一神、世界で重要な役割を果たしているとのイメージが語られた。
- (3) 双方の関係をどのように発展させるかについては、①双方の文化の紹介、②メディアを介さない直接的な接触、③学生や大学、研究機関間の交流、④日本語、アラビア語の書籍の翻訳、⑤早稲田大学の中東研究センターのような研究拠点の整備と、カウンターパートの設置、⑥インターネット、遠隔教育の実施、が効果的であるとの意見が出された。最後の点について、桜井教授は、女性の単独旅行が非常に困難なサウジ社会にあって、ITやインターネットの活用は、サウジの女性たちがより知識を吸収し、他の世界を知り、エンパワーするために積極的に活用すべき手段ではないかとコメント。サウジ人女性有識者からは、双方の学生は相手方の考え方や願望や諸問題への見方を承知しておらず、直接、あるいはメディアを通じて双方の理解を深めることが重要である、但し、言語が障害になっており、サウジと日本の社会の有する価値や習慣や伝統について理解を深めるチャンネルの創設が重要である、サウジの女性には二重の仕事がある、すなわち、家、夫、子どもの世話をし、それと同時に仕事、プロジェクトの運営、そして家庭の責任を男性とともに負うという困難な生活をしている、他方で、多くのサウジの女性は、さまざまな分野で管理者として、あるいは、先駆者として職責を果たしている旨発言。

Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia

Gender and Women's Health in the Islamic Countries

Atsuko Aoyama, MD, PhD

Department of International Health
Nagoya University School of Medicine
Nagoya, Japan

March 04, 2003

Gender

- Gender refers to socially constructed roles and socially learned behaviors and expectations associated with females and males.
- All cultures interpret and elaborate the innate biological differences between women and men into a set of social expectations about what behaviors and activities are appropriate, and what rights, resources and power they possess.
- While these expectations vary considerably among societies, there are also some striking similarities.
- Like race, ethnicity, and class, gender is a social category that largely establishes one's life chances, shaping one's participation in society and in the economy.
- All societies experience gender differences and disparities to varying degrees.
- Often these disparities take time to change, but they are far from static. They can at times change quite rapidly in response to policy and changing socioeconomic conditions.

(Source: Engendering Development. The World Bank, 2001)

Global Initiatives and Trends

1946	Geneva	Constitution of the World Health Organization
1948	New York	Universal Declaration of Human Rights
1954	Rome	First International Conference on Population
1965	Belgrade	Second International Conference on Population
1967	New York	UNFPA established
1974	Bucharest	Third International Conference on Population
1975	Mexico City	First World Conference on Women / UNIFEM established
1978	Alma Ata	International Conference on Primary Health Care
1980	Copenhagen	Second World Conference on Women
1984	Mexico City	Fourth International Conference on Population
1985	Nairobi	Third World Conference on Women
1987	Nairobi	Safe Motherhood Initiative launched
1992	Rio de Janeiro	UN Conference on Environment and Development
1993	Vienna	World Conference on Human Rights / UNHCHR established
1994	Cairo	International Conference on Population and Development
1995	Copenhagen	World Summit for Social Development
1995	Beijing	Fourth World Conference on Women
2000	New York	UN Millennium Summit (Millennium Development Goals)

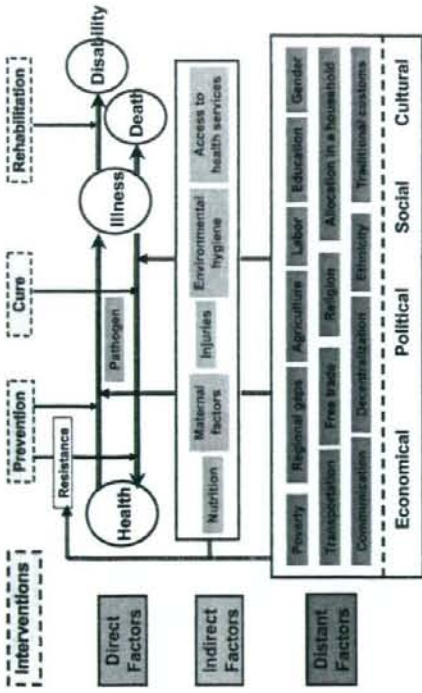
GDP/c, HDI, GDI, GEM Ranks

Countries	GDP/c (PPP US\$) Rank in 177 countries	HDI Rank in 177 countries	GDI Rank in 156 countries	GEM Rank in 83 countries
Japan	31,267 (17)	0.953 (6)	0.942 (13)	0.537 (53)
Qatar	27,664 (23)	0.875 (35)	0.863 (37)	0.374 (84)
Kuwait	26,321 (25)	0.891 (33)	0.884 (32)	- (-)
UAE	25,514 (27)	0.868 (39)	0.855 (43)	0.652 (29)
Saudi Arabia	15,711 (42)	0.812 (61)	0.783 (69)	0.254 (90)
Oman	15,602 (43)	0.814 (58)	0.788 (66)	0.391 (80)
Malaysia	10,802 (57)	0.811 (63)	0.802 (57)	0.504 (65)
Turkey	8,407 (66)	0.775 (84)	0.763 (78)	0.298 (90)
Tunisia	8,371 (68)	0.766 (91)	0.750 (82)	- (-)
Iran	7,868 (71)	0.759 (94)	0.750 (83)	0.347 (87)
Lebanon	5,964 (86)	0.772 (88)	0.759 (80)	- (-)
Jordan	5,530 (87)	0.773 (86)	0.760 (79)	- (-)
Morocco	4,555 (108)	0.646 (126)	0.621 (111)	0.325 (88)
Egypt	4,337 (111)	0.708 (112)	- (-)	0.263 (91)
Indonesia	3,843 (113)	0.728 (107)	0.721 (93)	- (-)
Syria	3,808 (115)	0.724 (108)	0.710 (95)	- (-)
Pakistan	2,370 (127)	0.551 (136)	0.525 (124)	0.377 (83)
Bangladesh	2,053 (138)	0.547 (140)	0.539 (120)	0.379 (81)
Yemen	930 (166)	0.508 (153)	0.472 (135)	0.129 (93)

Gender and Health

1. Reproductive health
2. Gender related risks of diseases
3. Gender biased health services and researches
 - Gender-biased medical knowledge based on samples of men only
 - Diagnosis and treatment decided by biased male physician
 - Gender-sensitive perspective of diseases
 - Gender-relevant medical research
4. Health problems due to cultural norms and social roles
5. Obstacles of access to health services
6. Health impacts of education
7. Poverty and low social status of women
8. Violence against women

Various Determinant Factors on Health



(Source: Ed. Sab and Aoyama "Series: International Development, Vol. 3, People's Life and Development", 2005)

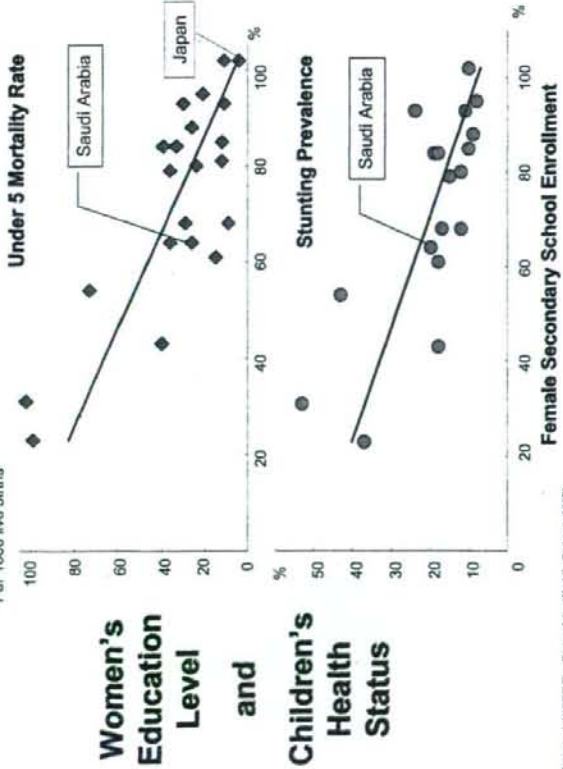
Basic Indicators

Countries	GDP/cap (US\$) 2005	Total population (millions) 2005	Adult literacy rate (% ages 15 and older) 2005		Secondary school enrollment (% gross) 2000-2005		Estimated earned income (PPP US\$) 2005			Improved source (% source) 2004
			F	M	F	M	F	M	M	
Japan	35,464	127.8	-	-	92	91	17,892	40,060	100	
Qatar	92,340	0.8	1.8	-	95	96	9,311	37,774	100	
Kuwait	31,861	2.7	2.5	91	94	93	12,623	36,403	-	
UAE	28,612	4.1	2.3	-	68	65	8,329	33,555	100	
Saudi Arabia	13,390	23.6	2.4	89	87	64	4,031	29,678	-	
Oman	9,594	2.5	2.2	74	87	85	4,516	23,860	-	
Malaysia	5,142	25.7	1.6	85	92	81	5,751	15,861	99	
Turkey	5,939	73.0	1.2	80	85	68	4,385	12,368	96	
Tunisia	2,899	84.6	1.0	65	83	90	3,748	12,824	93	
Iran	2,781	69.4	1.3	70	84	79	4,475	11,383	94	
Lebanon	6,135	4.0	1.1	-	93	85	2,781	8,585	100	
Jordan	2,323	5.5	3.2	85	95	86	2,866	8,278	97	
Morocco	1,711	30.5	1.2	40	66	43	1,848	7,297	81	
Egypt	1,207	72.8	1.8	56	83	94	1,635	7,034	88	
Indonesia	1,302	226.1	1.5	87	94	64	2,410	5,288	77	
Syria	1,382	18.9	2.4	74	80	61	1,807	5,664	83	
Pakistan	711	158.1	2.1	36	63	23	1,059	3,687	91	
Bangladesh	423	152.3	1.8	-	54	49	1,382	2,792	74	
Yemen	718	21.1	3.1	-	31	64	424	1,422	67	

Health Indicators

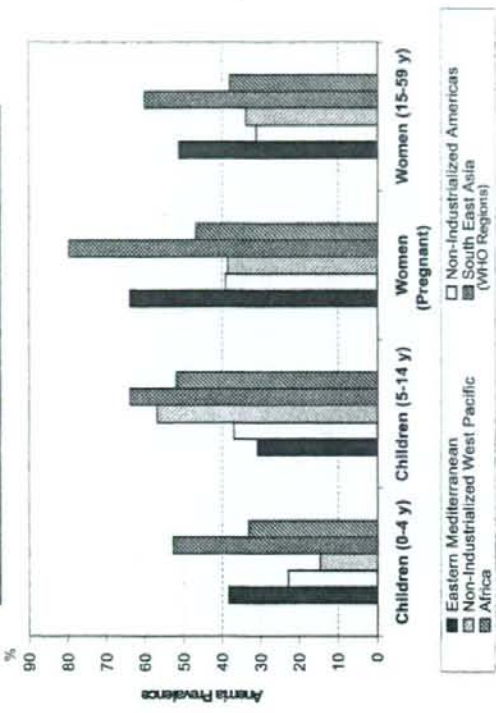
Countries	Life expectancy at birth (years) 2005		IMR (per 1,000 live births) 2005	UMMR (per 1,000 live births) 1990-2005	MMR (100,000 live births) 1990-2005	TFR 2000-2005	CPR (%) 1997-2005	Low birth weight (%) 1990-2005	Stunting (a.s.) 1996-2005	Health Expenditure (PPP US\$) 2004	
	F	M									
Japan	83.7	79.7	3	4	8	1.3	96	8	-	2,793	
Qatar	75.8	74.6	18	21	10	2.8	74.6	43	19	686	
Kuwait	79.6	73.7	9	11	5	2.3	73.3	96	7	338	
UAE	81.8	78.8	8	3	2.5	78.8	28	15	17	503	
Saudi Arabia	74.6	70.3	21	26	-	3.8	70.3	33	11	29	681
Oman	78.7	73.6	18	12	23	3.7	32	8	19	419	
Malaysia	78.1	71.4	10	12	39	2.8	38	95	8	402	
Turkey	73.9	69.0	28	29	130	2.2	71	16	12	557	
Tunisia	75.8	71.5	20	24	89	2.8	66	7	12	902	
Iran	71.8	68.7	31	36	37	2.1	74	7	15	604	
Lebanon	73.7	68.4	27	30	168	2.3	98	8	11	817	
Jordan	73.8	70.3	22	28	41	3.5	96	12	9	902	
Morocco	72.7	68.3	36	40	230	2.5	83	15	18	234	
Egypt	73.0	68.5	28	33	84	3.2	98	12	18	258	
Indonesia	71.6	67.8	28	36	310	2.4	87	9	-	116	
Syria	75.5	71.8	14	15	15	3.5	48	6	18	108	
Pakistan	64.8	64.3	78	89	530	4.0	28	19	37	48	
Bangladesh	64.0	62.3	54	73	320	3.2	58	36	43	64	
Yemen	63.1	60	78	102	370	6.0	23	32	53	82	

Per 1000 live births



(Source: UNICEF The State of the World's Children 2007)

Anemia Prevalence among Women and Children

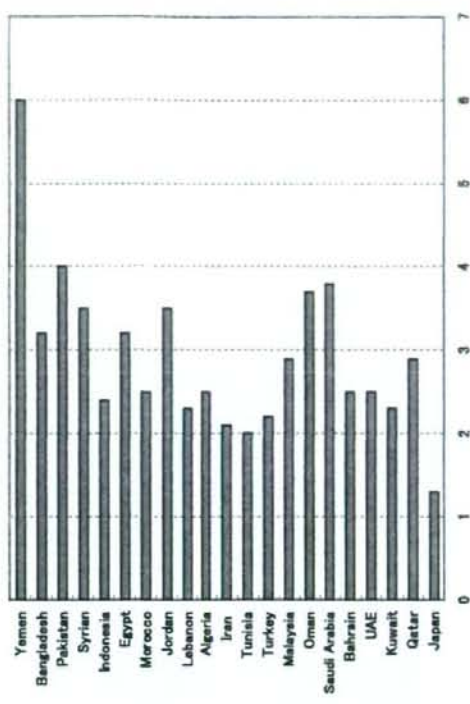


(Source: Anyama, A., Toward a Virtuous Circle-A Nutrition Review of the Middle East North Africa. The World Bank, 1998)

Reproductive Health / Rights
Defined in the ICPD Programme of Action

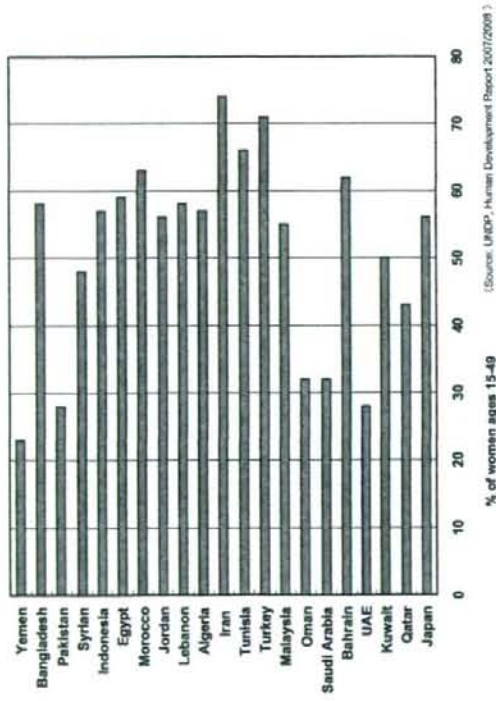
- **Reproductive health** is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes.
- **Reproductive rights** embrace certain human rights the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to attain the highest standard of sexual and reproductive health.
- Family planning (contraception);
- Maternal health (pregnancy, delivery, abortion, miscarriage, and infertility)
- Reproductive tract infections (sexually transmitted infections, HIV/AIDS)
- Cancers of the reproductive system
- Adolescent sexual and reproductive health / Menopause
- Men's health / Male involvement in reproductive health
- Harmful practices / Gender-based violence

Total Fertility Rates (TFR)

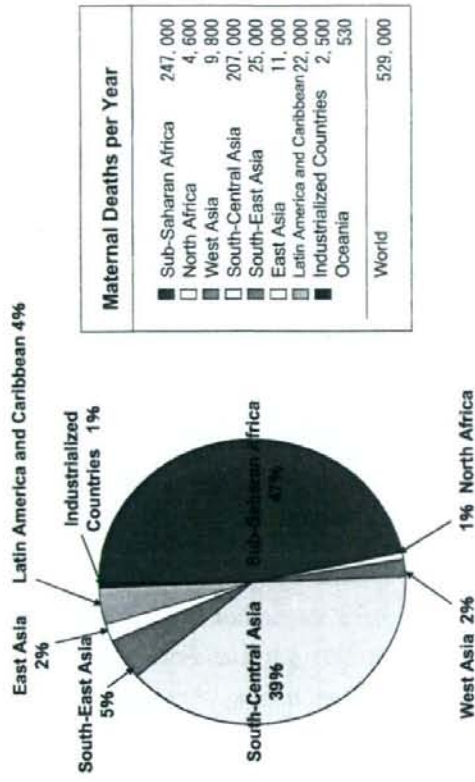


(Source: UNDP - Human Development Report 2007/2008)

Contraceptive Prevalence Rates (CPR)



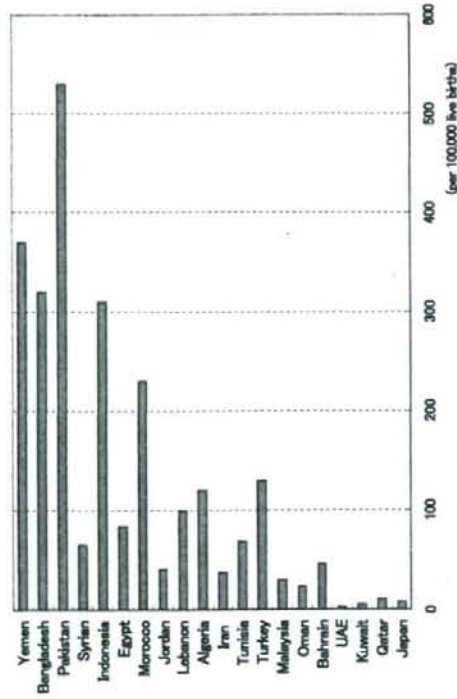
Maternal Deaths



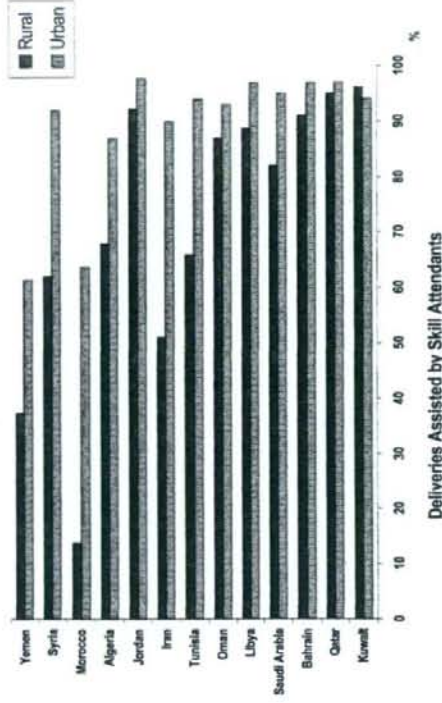
(Source: UNDP, Human Development Report 2007/2008)

(Source: Maternal Mortality in 2000, WHO, UNICEF and UNFPA)

Maternal Mortality Ratios



Fewer Deliveries Assisted by Skilled Attendants in Rural Areas



(Source: UNDP, Human Development Report 2007/2008)

(Source: Anyama, A. Reproductive Health in the Middle East and North Africa. The World Bank, 2001)

Priority Reproductive Health Issues

- **Social, cultural, economic and political factors**
- **Similar problems, different priorities**

➤ **Islamic countries**

[Low income] (1) high maternal mortality; (2) high fertility; (3) poor access to services; (4) unknown (possibly high) prevalence of STI & HIV/AIDS; (5) gender-based violence

[Middle income] (1) inadequate quality of services; (2) relatively high maternal mortality; (3) relatively high fertility; (4) unknown (possibly high) prevalence of STI & HIV/AIDS; (5) adolescent sexual and reproductive health (ASRH)

[High income] (1) ASRH; (2) unknown (possibly high) prevalence of STI & HIV/AIDS; (3) unregulated assisted reproductive technology (ART); (4) gender-based violence; (5) relatively high fertility

➤ **Japan**

(1) low fertility; (2) re-structuring obstetric emergency referral services; (3) ASRH; (4) unavailable contraceptive method mix; (5) ART

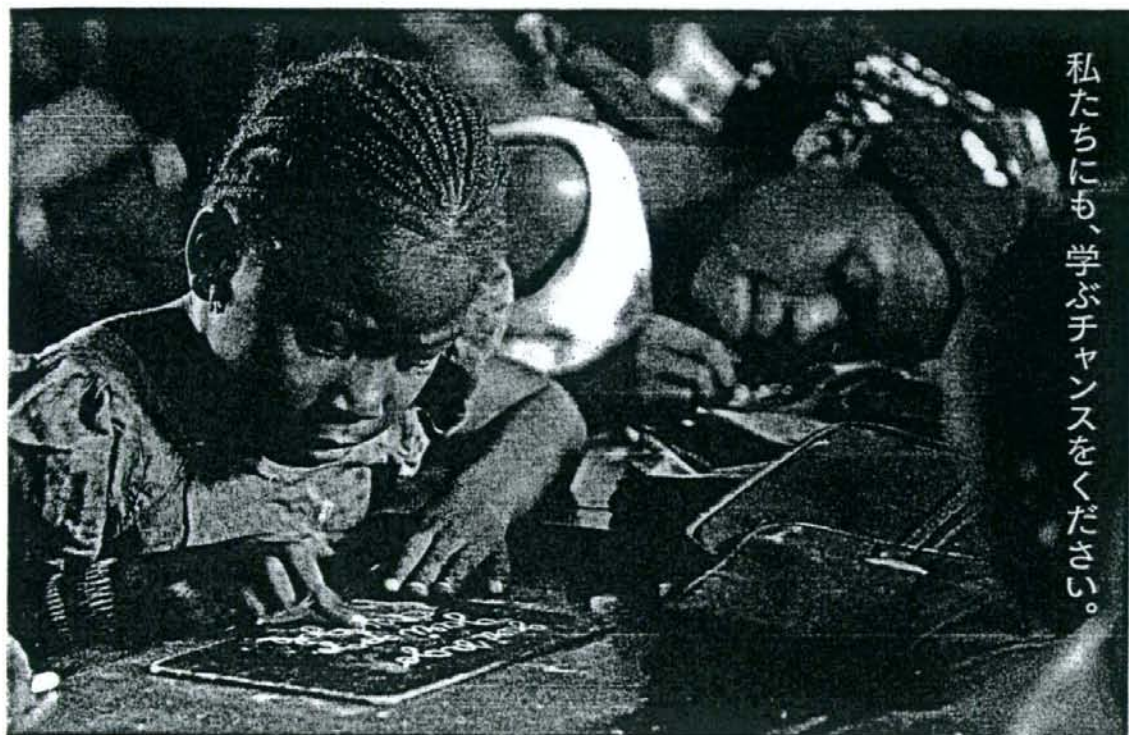
Well-being for the next generation

[国際シンポジウム]

アフリカの開発と女子教育

—就学率の向上を目指して

報告書



私たちに、学ぶチャンスをください。

PHOTO: 今村 健志雄/JICA

日時 = 2008年5月27日(火) 14:00-18:00

主催 = 文部科学省、横浜国立大学

共催 = 国連人口基金(UNFPA)、国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)、
国連児童基金(UNICEF)、国連女性開発基金(UNIFEM)

後援 = 国連教育科学文化機関(UNESCO)、国際協力機構(JICA)、国際協力銀行(JBIC)、
横浜市、横浜市教育委員会、財団法人横浜市男女共同参画推進協会

参加者総計 = 403名



文部科学省



横浜国立大学



〒 240-8501 横浜市保土ヶ谷区常盤台 79-1
横浜国立大学総務部学術・国際課内アフリカ女子教育シンポジウム事務局

African Development and Girls' Education Symposium Secretariat
Science and International Affairs Division, Yokohama National University
79-1, Tokiwadai, Hodogayaku, Yokohama City, 240-8501, Japan

TEL : +81-(0)45-339-3036 FAX : +81-(0)45-339-3039

E-mail : ticad@ynu.ac.jp

URL : <http://www.ticad.ynu.ac.jp/>

基調講演：アフリカにおける健康と女子教育

喜多悦子氏（日本赤十字九州国際看護大学学長、国際協力銀行顧問）

自分の子ども時代からの日本社会を振り返ると、日本の近代化とともに健康指数は相当改善した。これは保健医療制度の改革が進んだということもあるが、女性の識字率が以前から高く、戦後、中学校や高等学校に行く女子の数が増えたということが原因ではないかと思う。敗戦をきっかけに伝統的な社会が変わり、それまでの古い価値観や特に女性に対する考え方が変わったということが原因している。また、戦後の復興と経済発展が連携し、日本が紛争に巻き込まれなかったということはたいへん大きな要素である。

これまで多くの紛争地で仕事をしてきたが、砂漠型ともいべき何もないところでの保健医療を進めるということで、たくさん経験と失敗をしてきた。パキスタンでのアフガン難民への指導、コンゴの病院での仕事、ウガンダやルワンダでの援助活動等を通して、途上国の女性の置かれている状況に直面してきた。大統領閣下が述べたように、女性の識字率と子どもの死亡率や健康が強い相関関係にある。今から考えると当たり前のことであるが、当時、目からうろこが落ちる気持ちがあった。

世界の豊かな国11カ国と、貧しい国11カ国の数字を比較すると、所得で213倍、幼児死亡率で41倍、出生時死亡率で27倍、妊産婦死亡率で126倍の大きな差がある。その原因のひとつが大人の識字率の大きな違いであり、特に女子と男子の識字率や中学の就学率の差が非常に大きい。初等・中等教育において、母親の予備軍である女の子が積極的に教育を受ける形が必要だと思う。

日本の江戸時代には、寺子屋や私塾という庶民が勉強する場

があり、江戸だけで1500ぐらい、中には女の子ばかりの寺子屋があったということも記録に残っている。育児書も数多く出版され、当時の文学作品も含めて読み書きのできる町人文化、シビルソサエティー（市民社会）というものが江戸時代にあったということは特記すべきものがある。

健康を考える時、医師や看護職は、健康を冒すものはウイルス、ばい菌やけがということを考えるが、決してそれだけではなく、食料、栄養、水、住居、政治、経済、文化、紛争、そして環境破壊といったものがいろいろと絡んでいる。しかし、もし人々に教育や知識があれば、さまざまな苦難に対して、さまざまな問題に対して解決する方法を工夫することができると私は信じる。これらは教育の力だと思う。

アフリカの開発、女子の教育について五つの提言をさせていただきたい。まずは教育に関して、堅苦しくなく面白い物語を取り入れてほしいこと。二つ目は、子どもたちに「となりのトトロ」のようなボーダレスのファンタジーを与えてあげること。三つ目は、基礎教育における健康教育で、健康教育を小学校、中学校でやるということはとても有効なことだと思う。四つ目は、アフリカの女性教員を招聘して日本の状態を見てもらうこと。最後に、女性の教員をできるだけたくさん登用していただくこと。この五つを提言したいと思う。

私は教育の専門家ではないが、教育の重要性に関しては、を誰よりも認識しているのではないかと思う。アフリカの女性、アフリカの人々、アフリカの子どもたちの健康、そして発展を祈りたい。



喜多悦子

（日本赤十字九州国際看護大学学長、国際協力銀行顧問）

喜多学長は、奈良県立医科大学を卒業後、奈良県立医科大学附属病院、国立大阪病院、国立国際医療センターなどで長く医師として医療現場に携わってきた。大学助教授を経てJICA専門家として北京の中日友好病院に赴き、臨床検査、小児科の指導にあたる。また、1988年にUNICEF・アフガン事務所にも日本初の紛争地人材派遣で保健医療支援に従事したことを皮切りに、途上国型保健医療に携わり、1997年からはWHO緊急人道援助部に勤務し、数多くの紛争地や開発途上国の現場で活躍している。そのような保健医療および人道活動での経験を次世代へ引き継ぐべく、2001年からは日本赤十字九州国際看護大学に活動の場を移し、教育活動にも積極的に取り組んでいる。2005年より現職。専門は国際保健、公衆衛生、小児科学。

ごした時間の方が長いという事実、政府は直面しています。リベリアの国民全体の35%、女性では44%が、がこれまで一度も就学したことがないのです。また、子ども・若者の非識字率は68%と高く、男女別では、男性の55%、女性の81%が非識字者です。

我々政府はこれに対して、まず公立の初等学校の授業料や費用を免除し、さらに公立中等学校の授業料・費用を大幅に減額しました。その結果、2年間で就学率が44%上昇し、83万人の子どもが就学できるようになり、そのほとんどは女子でした。また学校の再建、授業の再開も全国的に進めています。5歳未満の95%以上の乳幼児が予防接種を受けられるようにもなりました。レイプには終身刑をもって処すという厳しい法律も可決されました。国民、特に女性に対してHIV/AIDSの予防策やケアも提供されるようになりました。

そして、初等レベルと並行して行われる加速学習プログラムという介入プログラムが実施されたことによって、初等教育を受けられなかった若者、青年の基礎教育ニーズに応えることができました。

教育への政府の取り組みに加えて、女子教育・女性の識字率向上を支援するための民間資金が導入されました。我々はリベリア教育信託(Liberia Education Trust)といわれるトラストを設立し、「50・500・5000プログラム」と呼ばれる、「50の学校を再建し、500人の教員を訓練し、5000人の女子に奨学金を提供する」ことを目指す事業を実施しました。これは4年のプログラムの2年目で、200万ドル以上の資金が動員され、目標の3分の1以上が達成されました。さらに、1万人以上の市場の女性たちの識字率向上を目指す取り組みも加えて発達させました。

教育は、我々政府の第一の目標であり、それはアフリカ大陸全土で一貫して優先課題とされています。教育ある国民なくして私たちの開発目標を達成することができないことは非常に明らか

です。今日、私たちアフリカ大陸のほとんどの諸国において、享受している開発のレベルと、これまで国民に施してきた教育のレベルとの間に顕著な相関関係が存在しているのです。だからこそ私たちは、予算に占める教育費の割合を、最高レベルにしたいと努力しています。

締めくくるに当たりまして、UNICEF（国連児童基金）事務総長の言葉を引用します。UNICEFは、リベリアのみならずアフリカ全土で教育プログラムの支援をしています。UNICEFの事務総長いわく、「女子教育のもたらす多大な恩恵はもはや疑う余地はありません。教育によって母子の死亡率を低減させ、健康、栄養状態を向上させることができ、特に女子の場合は虐待、搾取、HIV/AIDSから守ることができます。また、最も意味のある形でジェンダーの平等にも寄与するのです。」

副大臣、そして日本政府に一言申し上げます。日本では初等教育に非常に力を入れており、アフリカにおける教育への二国間支援にも力を入れていることをうれしく思います。引き続き支援を受けて、アフリカが私たちの目標を達成し、将来の基盤を構築することができるよう協力していただくと確信しています。そうすることで、依存から自立へ、援助から貿易へと向かい、私たちが自立することができるかと確信します。From Aid to Tradeの実現です。

これがアフリカ諸国すべての基本目標です。教育分野における日本政府の支援により、私たちが今の成長によって貧困を絶ち、アフリカを世界における競争力のある地域に成長させ、天然資源を存続させることができると確信しています。また、成長と開発の総合目標を達成するために必要なのは教育を受けた国民であると確信しています。

ご招待並びにご清聴に感謝いたします。

「アフリカにおける健康と女子教育」

喜多 悦子氏（日本赤十字九州国際看護大学学長、国際協力銀行顧問）

第4回アフリカ開発会議(TICAD IV)の開催に先立つ、本日のこのシンポジウムにお招きいただき、たいへん光栄に存じます。本日の講演を、私の経歴を少しなぞることから始めたいと思います。



の教育に関係していたと思います。先ほど大統領閣下がおっしゃ

った60年と少し前、私自身が小児科医の患者であった時代です。写真に写っているのが私ですが、その頃の日本の健康指数はあまり良くありませんでした。たくさんの子どもが亡くなっています。妊産婦死亡もたいへん多かった時代です。私の母は、現在、健在とは申せませんが、95歳です。母は4年制の大学を出ています。こういう母の教育歴が私や姉、弟

たEducated Parentsということは大変なことだと思います。

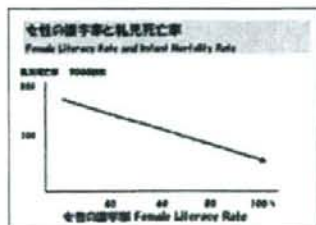
次に、20年飛びまして、私が小児科医になったころです。日本は東京オリンピックが終わって数年といった時代ですが、健康指数は随分改善しています。これはちょっと分かりにくいですが、はしか(Measles)です。Neonatal Tetanus（新生児破傷風）です。こういう病気が日本にはまだ見られていた時代です。しかし、全体としてかなり良くなりました。

これはなぜでしょうか。後になって考えたことですが、まず戦争に敗れたということとをきっかけに、伝統的な社会がかなり変わったということがあると思います。押し付けられた憲法という意見もありますが、それまでの古い価値観が変わった、特に女性に対する考え方が変わったということがあるかと思っています。そ

して、近隣の戦争による効果もあったかもしれませんが、戦後の復興と経済発展が進んだこと、そして、どちらかという日本の場合はトップダウンではありましたが、保健医療制度改革が進んだということもあります。そして先ほどスライドにも出ていましたが、女性の識字率は以前から高く、戦後の時代において、中学校、高等学校に行く女子の数が増えたということが原因ではないかと思えます。私自身も田舎に生まれましたが、両親のサポートの下、医学部に進めたのはこういう時代であったからだと思います。もう一つ私が思うのは、日本が紛争に巻き込まれなかったということたいへん大きな要素だと、たくさんの紛争地の仕事をすするにつれ思う次第です。

それからまた20年飛びます。私が二十数年前、国際分野の仕事に就いたころです。それまで先進国型の病院の医療に携わっていたところから、砂漠型ともいうべき大きく違った医療環境の下で、何もなかったところでの保健医療を進めるといった新たな仕事で、たくさんの経験と失敗をしました。

これは、パキスタンに滞在していたアフガン難民のお母さんたちに離乳食の指導をしているところですが、うまくいきませんでした。これは難民の子どもたちが炎天下に水を待っていると。そのころ、町で見たポスターですが、途上国の女性の置かれている状況をよく物語っていると思います。



その中で、先ほど大統領閣下が述べられたことですが、実は衝撃を受けた一つのグラフがあります。女性の識字率と子どもの死亡率や、健康がもろに関係しています。女性の識字率が上がれば、子どもが死ななくなるということです。

今から考えると当たり前のことであり、何の不思議もないわけですが、当時、私は目からうろこが落ちる気持ちがありました。その後、たくさんの国々の保健医療に関与させていただきました。特に紛争地の仕事が多かったのですが、本当に信じられないような事態に遭遇することがたくさんありました。

これは今のコンゴ民主共和国(旧ザイール)の地方の大きな病院です。働いている人は懸命なのですが、ぱっと見たときには、病院なのにまるで倉庫のように見えるようなところ。当時、1000人の子どもが生まれて5歳まで320人が死ぬという状態、あるいは10万の産出が起こる間に1800人の女性が亡くなるということで、これは最悪の数字でしたが、いずれもアフリカの国でした。

これはウガンダでヘビにかまれた少年の写真です。何の反省もないようですが、手に添えてあるものは、日本ですとステンレスのきれいな道具ですが、この少年の手に巻かれていたものは実はダンボールの切れっ端です。日本の医療費削減もこのようにやれば安くなるのかなと思いましたが、そんなこともありません。

この写真は1990年代の真ん中にルワンダで大きな紛争があっ

た後、訪れた村です。男性のほとんど全員が殺されたとのことで、女性だけが残っている村というのは、やはり人が住んでいく社会としては非常にいびつな感じを受けました。

そのような中で、少し退屈な表ですが、私が思ったことです。

これは世界のお金持ちの国11カ国と、貧しい国11カ国の数字の比較をしたものです。人は誰も生まれる場所や時を選べません。にもかかわらず、どこに生まれたかで非常に大きな差を押し付けられているわけです。お金持ち度でいえば213倍、子どもの死ぬ数でいえば41倍、赤ちゃんの死ぬ数でいえば27倍、そして妊産婦死亡、女性が妊娠や分娩で死ぬ数でいえば126倍の大きな差があります。なぜこんなことが起こっているのか。いろいろな問題がありますが、私がこの中でたいへん気になることは、大人の識字率が非常に違うということもありますが、女子と男子の識字率の差、特に中学に行くあたりの差がまだまだ非常に大きい。初等教育、中等教育の重要さということで、これはみんなが力を合わせれば何とかかなりそんなことではないかという気がします。この時、整理した貧しい11カ国の中にリベリアは入っていませんが、タジキスタンを除いて残りはアフリカの国です。一方、お金持ちの国は日本を除いて、アメリカとヨーロッパの国です。

このような中で、私は最初、母親の知識というものごととも重要だということにはすぐ気が付きましたが、そこで母親に誰がいつ、どのように知識を伝えているのかということについて考えた時代があります。これは受け身の教育だと思います。しかし、やがて母親の予備軍となる女性、女の子がどのように能動的に知識を獲得できるのか。女性が、女の子が積極的に教育を受ける形が必要だと思いました。

私の友人のタンザニア人のドクターがおっしゃるのは、自分が医者になったために、自分のお姉さんと妹は学校に行けなかった、そのことを自分はたいへん深く思っていると。そして自分は今、3人の子どもがいる。1人は男の子で、2人は女の子だけれども、2人の女の子にも同じように教育を与えたいと彼は言っています。そのことについて、私は本当にそうあってほしいと思っています。

先ほど、私が1980年代の終わりに衝撃を受けたというグラフですが、この図は非常に新しいデータで、やはり女性が教育を受けると子どもが死ななくなるという実態はまだ変わっていないわけ。このことについて、みんなが力を合わせて何とかしなければいけないと思っています。

そこで、再び日本に戻らせていただきます。私の経歴よりはるかに古い江戸時代には、日本の子育ての中では不都合なこともありましたが、寺子屋や私塾という庶民が勉強する場があったそうです。江戸だけで1500ぐらいあったといわれていますが、調べてみると、女の子ばかりの寺子屋があったということも記録に残っています。

そして育児書も、たくさんとっていいと思いますが、出版されています。これは日本で一番古い育児書といわれている「小児必用記」、あるいは「小児必用養育草(そだてくさ)」、これ

は実は私が現在勤務している福岡県で生まれたそうです。つまり17～18世紀にかけて、既にそのような育児書があった。育児書は誰が読むのかということです。そのころ、元禄時代には井原西鶴や近松門左衛門という、今でいえば流行作家がいました。高校の古文などを思い返すと、彼らの文章、特に西鶴の文章はたいへん難しいといわれています。しかし、それを理解する庶民や女性がたくさんいたから、こういう本が売れたのではないかと思います。つまり、読み書きのできる町人文化、シビルソサエティー（市民社会）というものが江戸時代にあったということが、日本が第二次世界大戦後に比較的素早く復興できたことの原因ではないかと思っています。

そのことに関係して、先ほど大統領閣下もお話しになった妊産婦死亡のことについて、古いところを調べてみると、「日本産科叢書」というお産をまとめた本が江戸時代に出ています。明治時代にまとめられたそうですが、江戸時代には59のお産にかかわる本があったということが、これを見ると分かります。この原本になるものは京都大学に置いてあるそうですが、中を見ると、このように浮世絵風の、非常に芸術的といってもいいかもしれませんが、こういう絵もあったり、産湯を使わせているところや、お母さんの母乳のこの凄まじい絵というのは、実に女性のたくましさや物語っているものではないかと思っています。

それから、新しく出版された教科書の方を見ていただくと、ちょっと分かりにくいかもしれませんが、お坊さんの格好をした男性がお産にかかっている絵が残っています。こういうことからすると、子育て、お産ということに対する民間の意識は相当高かったのではないかと私自身は思っています。女性の健康ということを考えて、やはり社会全体が変わっていかないと目的はなかなか達せられないのではないかと思います。

さて、健康ということを考えてみますと、健康を賈すものは、私ども医師や看護職というのは、ウイルスやばい菌やけがということを考えますが、決してそれだけではありません。食料、栄養の問題、水、住居、政治、経済、文化、そして紛争、環境破壊といったものがいろいろと絡んでいます。しかし、もし人々に教育や知識があれば、さまざまな苦難に対して、さまざまな問題に対して解決する方法を工夫することができると私は信じています。これらは教育の力だと思っています。

さて、日本は今年、「源氏物語」の千年紀です。「源氏物語」は日本最古の物語、ロマンス、恋愛小説であり、不倫小説という人もいます。ただし、紫式部の本名が分からなかったというのは、やはりジェンダーの問題があるわけです。古いということからすると、例えばギリシャ時代に女性詩人のサッフォーがいたというように、古いものは幾らでもあります。「源氏物語」に関しては、実に多数の解釈、通釈が1000年にわたって続いているわけです。このようなことからすると、やはり面白い、楽しい読み物が人々の教育を促進する材料になるのではないかと思っています。

本日はリベリア大統領閣下がご臨席なので、私は僭越ながら、アフリカの開発、女子の教育について五つの提言をさせていた

だいたいと思います。まずは教育に関して、堅苦しくなく、面白い物語を取り入れてほしいと思います。「源氏物語」のようなラブストーリーでもいいと思います。それから、子どもたちにはボードレスのファンタジーがいいのではないかと思います。私のお薦めは、こういうところで名前を出していいのかわかりませんが、「となりのトトロ」です。これはアフリカの方、あるいはヨーロッパの方と一緒に英語版のトトロを見たときに、皆さんが本当に等しく感動なさいました。これはぜひ子どもたちに見せていただきたいものだと思います。あとの三つは少し堅苦しいのですが、基礎教育における健康教育です。先ほど大統領がおっしゃいましたが、健康教育を小学校、中学校でやるということはとても有効なことだと思います。それから、そのためにアフリカの女性教員をわが国に招聘して日本の状態を見ていただきたいと思っています。それから、女性の教員をできるだけたくさん登用していただくこと、この五つを提言したいと思います。

これは私がアフリカで目にかかったたくさんのお母さま方の数枚の写真です。未来を背負う子どもたちを育てる。それは必ずしも女性の仕事ではありませんが、各所で献身的に、本当に困難な中で子どもを育てておられるお母さま方をたくさん見ました。そのお母さん、アフリカの女性、子どもたちがたくさんのお母さんを見てほしいと思っています。私はそもそも医師として国際保健の分野に入りました。人の幸福、Well beingということを考えたとき、教育の力というものがとても重要だと思いました。

これはケニアのある大きなスラムの中の、両親をAIDSで亡くした子どもたち（AIDS孤児）の教室を訪問したときです。このような時に目についたケニアの大学の教授の言葉をご披露したいと思います。アフリカにはこれまでたくさんのお母さんがあつた。干ばつや飢饉がありました。そして、そのためには食料や栄養、医療という、いわゆる人道援助が必要です。しかし、本当に子どもに必要なものは、そういう身体的なものではなくて、「心の栄養だ」というお言葉です。大変感動しました。この学校で、私が子どもたちと話していると、Doc, from where do you come? (どこから来たの) という声がかかりました。私は You guess (当ててごらん) と、ええ格好で言ったのですが、返事ががっかりしました。America? と言われたので、「違うよ」、Asiaと言ったのですが、なかなか日本の名前が出てこなくて、ちょっと情けない思いをしましたが、勉強するというので、生き生きとした子どもたちの目を思い出すたびに、教育の力ということを痛感します。

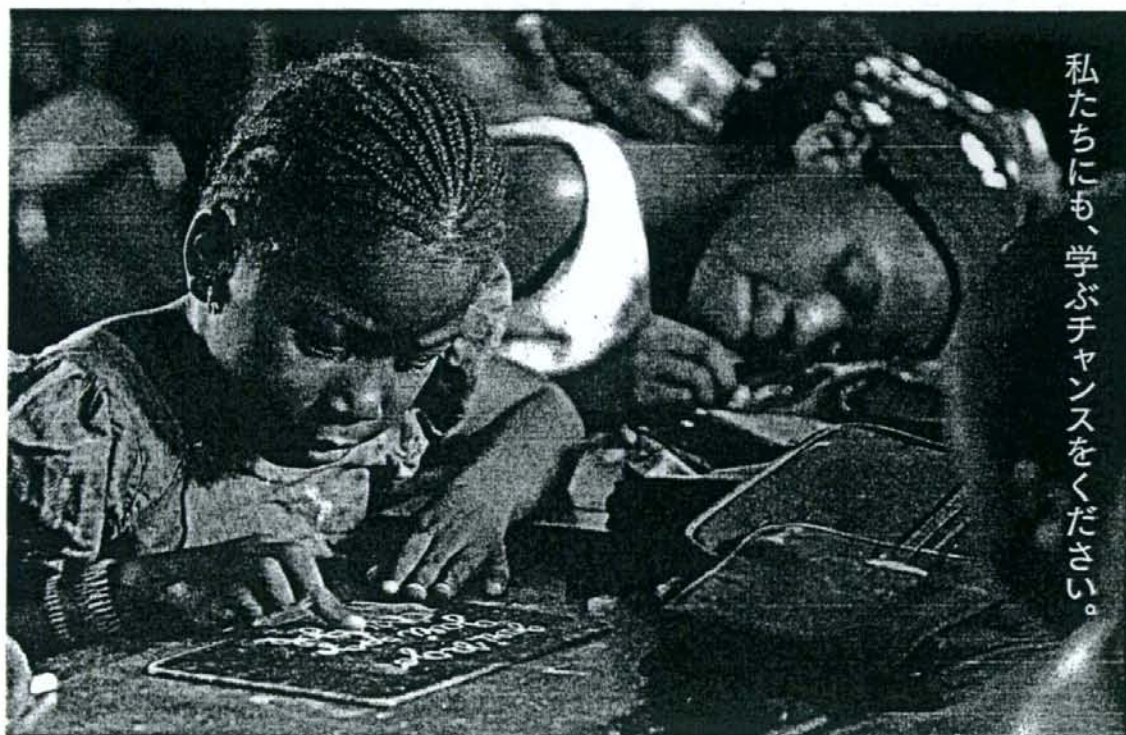
これは私の大学です。私は教育の専門家ではありませんが、教育ということの重要性に関しては、恐らく教育のご専門家の方々と同じように、あるいはそれ以上に、その重要性を認識しているのではないかと思います。本日、このような大変意義深いシンポジウムにお話の機会をいただきましたことをあらためて感謝申し上げ、アフリカの女性、アフリカの人々、アフリカの子どもたちの健康、そして発展を折ってお話を終えさせていただきたいと思います。ご清聴どうもありがとうございました。

[INTERNATIONAL SYMPOSIUM]

African Development and Girls' Education

— Towards Gender Parity in Basic Education —

Final Report



私たちにも、学ぶチャンス을ください。

PHOTO: KENSHIRO IMAMURA / JICA

May 27th, 2008 (Tuesday) 14:00-18:00

Organizers

Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan
Yokohama National University

Co-organizers

United Nations Population Fund (UNFPA) / United Nations Children's Fund (UNICEF) /
United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) / United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)

Sponsors

Japan International Cooperation Agency (JICA) / Japan Bank for International Cooperation (JBIC) /
City of Yokohama / Yokohama City Board of Education /
Yokohama Women's Association for Communication and Networking

Number of Participants (total) 403



文部科学省



横浜国立大学



African Development and Girls' Education Symposium Secretariat
Science and International Affairs Division, Yokohama National University
79-1, Tokiwadai, Hodogayaku, Yokohama City, 240-8501, Japan

TEL : +81-(0)45-339-3036 FAX : +81-(0)45-339-3039

E-mail : ticad@ynu.ac.jp

URL : <http://www.ticad.ynu.ac.jp/>

Keynote Address: "Health and Girls' Education in Africa"

Dr. Etsuko Kita

President, The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing ; Special Advisor, JBIC

Japan's health index has showed much progress since my childhood, some 60 years ago. This is owed not only to improvements in the healthcare system and the healthcare infrastructure, but also to Japanese women's high literacy rate and enrollment of more girls in secondary and tertiary schools after the Second World War. Defeat in the war caused a total change in the social value in Japan especially in the attitude to women in local societies. Further, in my opinion, the most important element is that we the Japanese have never been involved in war or conflicts, since 1945.

While I worked in various conflict or war areas so far, I have experienced various unacceptable health services in deteriorated health and medical environments without either healthcare infrastructure or trained health staff. Through my experiences in assisting Afghan refugees in Pakistan, hospitals in the Democratic Republic of Congo, Uganda and Rwanda, I have encountered disregard for the situation of local people, particularly girls and women. As Her Excellency mentioned, there is a direct link between women's literacy and child mortality. This is a matter of course now but, at the time, this was an eye-opening fact.

If you look at the slide on the basic and health index of eleven rich and eleven poor nations, you may realize the big gap between them. In terms of degree of affluence, the rich have a 213-fold bigger GNI than the poor; as for child mortality 41-fold; infant mortality 27-fold; and maternal mortality shows an unbelievable big difference of 126-fold. There are disconcerting factors: illiteracy among adults that differs greatly from country to country, but there are also huge differences in girls' literacy and that of boys', especially at the level of secondary education. The mother's knowledge is very important in child welfare. It is necessary for girls to acquire education actively.

In the Edo period in Japan between the 17th and 19th centuries, there were many private elementary schools

available both for boys and girls and there were also those that were dedicated to girls only. In addition to such an education system, there were many novels and also books available on child rearing. As those were not for men, it should be noted that there were many female readers in the public. So we would say that, there was a civil society in which women were literate during the Edo period.

When we talk about health, those of us who are engaged in healthcare including physicians and nurses have to fight with viruses, bacteria, and injuries. But health is not just maintained by preventing infection from viruses, bacteria, or injuries. It is also about food, water, housing, politics, economy, culture, tradition, education as well as annihilation, destruction of the environment, or war. But if there is knowledge among the general populace, the country or society will be able to seek and create ways to solve numerous problems; that is my belief. That is the power of education. With education, people will be able to address problems with solutions.

I would like to propose five suggestions regarding promotion of health in Africa. First, if we are to promote education, we should adopt stories and books that are fun to read but are casual. Second is to show children borderless fantasy types of stories such as "Tonari no Totoro" or "My Neighbor Totoro." The third one is the introduction of health education together with basic education. So providing health education at the elementary level is very effective. The fourth suggestion is to invite women teachers from Africa to have a look at what Japan is doing and fifth is to adopt and hire a larger number of female teachers. Those are the five suggestions.

I am not an education specialist but when it comes to the importance of education, I share the same awareness, perhaps even more about the importance of education. I would like to conclude my remarks by wishing for the best, for the health and the prosperity of children in Africa.

Dr. Etsuko Kita, MD, PhD

President, the Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing ; Special Advisor, JBIC

Dr. Etsuko Kita, after graduating from Nara Prefecture Medical University, has long been engaged as a pediatrician/hematologist in clinical practice, research and medical training in Japan. After teaching as an associate professor, she worked as a JICA Expert in clinical laboratory and pediatrics at the China-Japan Friendship Hospital, Beijing.

In 1988, as the first Japanese dispatched to the conflict areas, she worked at the newly built UNICEF Afghan Programme Office in Peshawar, Pakistan, planning, enforcing and evaluating health and medical care for refugees. Since then, she has been promoting healthcare and public health for developing countries.

After 1997 she worked at WHO Department of Emergency and Humanitarian Action, and has been active in many places of dispute, conflict and those under development.

In order to pass on her experience in the area of public health and humanitarian aid activities, she has been providing education since 2001 as a professor at The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing and assumed her current post as President of the College in 2005. Her specializations are international health, public health and pediatrics.



難民保健から避難民援助へ

上村朋子¹、喜多悦子²

日本赤十字九州国際看護大学

1)国際保健・看護学講師、2)学長

1. 避難民問題の変遷

難民の10年といわれた1990年代は何をもたらしただろうか？

第二次世界大戦という人類が初めて経験した悲劇は、兎にも角にも、その後の世界のバランスを形作った。宗主国の植民地政策の破滅消失により、1960年代にはアフリカなどに多数の新興国が生まれたが、「国」の統治、管理運営能力が伴わない自立は程なく破綻し、独立に伴い、急速、引かれた国境線を挟んだ民族的対立の芽が各地に発生した。しかし、アフガニスタン、アンゴラなど米ソ二大国の政治的軍事的意図による代理戦争はあったものに、これらの局所的対立は冷戦構造というある種の均衡の中に埋没させられてきた。

1980年代後半、東欧に政治社会変革の波が押し寄せ、さらに1991年には一方の雄ソビエトが消滅した。世界は、自由で平和になるかとの期待はあっけなく潰え、かろうじて押さえ込まれていた各地の不満が一気に噴出した。

旱魃飢饉や自然災害、また国家間戦争による古典的避難民は、何時の時代にも繰り返し発生していた。しかし、十分な対応がなされたかどうかは別にして、国際社会は「緊急人道援助」の手を差し伸べてきた。救援を必要とする人々と救援活動が、量の多寡、質の良否はあれ、相互に向き合ってきた。

しかし、新たな世界秩序が生まれる前に、民族的かつ宗教色を伴った過激な対立が続発した。1991年のソマリア、ユーゴを初めとして、後述する Complex Humanitarian Emergency (CHE) と総称される、以前とは異なる形の地域的武力紛争が続発した。その結果、国境を越えて、また、国内にとどまって入るものの、本来の居住地を離れざるを得ない人々は激増し、この年代が難民の decade<10年>と呼ばれる所以をなした。

このように、1990年代には、国際法上認知され、国連高等弁務官事務所 (UNHCR) が保護責任をもつ「難民 (refugee)」に加え、多数の「国内避難民 (Internally

Displaced People, IDP)」が出現したことは、国際保健という学問分野においても、また、国際人道援助の実践にも新たな問題を突きつけたといえる。

2. 避難民をめぐる新しい問題

2-1. 自然資源と紛争

これら CHE が継続しているかその危険性のある国や地域は、行政機構が破綻し、いわゆる fragile state(脆弱な国)化している。中央もしくは地方行政組織は存在しないか、あっても機能しておらず、住民全体を適切に統括できていないことが多く、代わって、武力権力者が支配している。住民の生存はその庇護下に入るしかない。

一方、このような国や地域には、豊富に埋蔵された自然資源があり、それをめぐる外部介入がある。資源の支配、掘削権や流通をめぐる地域権力者間に外部勢力が介在し、ダイヤモンドや金の獲得のため、あるいはそれらを支払い手段とする武器や麻薬が流入し、事態はいつそう混沌とする。「難民援助」が周辺に「援助経済圏」を形成することはよく知られるが、90年代に増えた CHE の避難民援助周辺には、従来の援助経済圏に加えて、しばしば武器や麻薬のブラックマーケットが形成されている。本来、人道的であるべき外部介入の複雑化多様化とともに、善意の人道救援者と何らかのネガティブな意図をもった外来者が混同され、援助者が攻撃的となる事態も稀ではなくなった。すなわち、新しい避難民問題では、助けを求める人々と救援者は直接的に向き合えない事態が増えている。

2-2. 避難民問題におけるグローバリゼーション

近年の避難民問題を複雑にしてきた要因のひとつに globalization(地球規模化、ここではグローバリゼーション)がある。

そもそも1970年代頃から始まったグローバリゼーションとは、経済面で物理的な国境や国際的取り決めの規制をこえ、自由で柔軟な交易を想定したものだ。しかし、冷戦後の混沌とした世界が、まだ、新たな国際秩序を確立できない間に、通信特にIT技術の急激な発展と拡散が世界を矮小化し、それまでは閉鎖社会におかれていた途上国のみならず、中進国の非都市部や紛争地をも含め、文化や習慣におけるバリエーションを崩してしまった。古典的な習慣がすっかり消えた訳ではないが、若者を中心とするある年代においては、地球規模の習慣変化が惹起されたといえる。

その結果、経済における本質的なグローバリゼーションによっては、国家間のそれに

加えて、一国内でも格差が拡大し、中進国や先進国内でも少数の成金的富裕層と多数の新貧困層を生み出している¹。一見、生活予備力をきりつめても従来の生活を維持しているこれらの人々も、各種のリスクに対する備えはきわめて希薄である。すなわち、いったん、異常事態が発生すると、直ちに避難民化する危険性がある人々は、世界的に増浮かしているといえる。

CHE や避難民援助に関するグローバリゼーションの典型的な出来事は、1991年1月17日に始まった湾岸戦争であろう。多国籍軍のイラク侵攻通告とともに始まったピンポイント攻撃は、まるでその場にいるかのような臨場感をもって、同時に全世界に報道された。同様の状況は、1999年コソボをめぐるユーゴスラビア攻撃、2002年のアフガニスタンのタリバン政権攻撃、さらにサダム・フセイン下のイラク攻撃にも見られたが、安全な場所で、時にはぬくぬくと、あるいは飲食をしながら、戦争の実況報道を見聞することに、やがて私たちはなれはじめてきた。

ピンポイント攻撃とは、民間(人)の被災を防ぐために軍事施設のみを攻撃する目的で導入された、GPS²を用いた人道的な攻撃手段とも云われるが、しばしば誤爆が発生していること、また、いわゆる地域武力紛争地域では、GPSが適応されうる正確な地図がない上、軍事施設と民間居住地の区別が明確でないなど、軍事大国の精密な武力ときわめて貧弱な局所的武力との対立での行使には問題を大きくしているに過ぎない感がある。

いずれにせよ、日本のゲームメーカー名をもじって任天堂戦争とよばれるような武力行使の結果は民間の犠牲者数を増加させているだけでなく、グローバル化した映像が、救援活動を含めた、その後の国際世論を形成していることは事実³である。

¹ 例えば、わが国の所得格差の拡大は経済成長への悪影響要因として懸念されている(OECD<経済協力開発機構>「対日経済審査報告書」2008.07)。この中で、2000年の低所得「相対的貧困層」の割合は、OECD加盟国中、日本はアメリカに次いで2番目に高いと指摘している。バブル崩壊後の景気低迷でコスト削減を進めた企業が低賃金の非正社員を増やしたことが、所得二極化を助長させたことを裏付けている。また、厚生省の勤労統計では、パートタイム労働者は2000年を100とする指数で、1995年の82.7から2005年の124.6へと著増し、逆に正社員である一般労働者は1995年の103.3から2005年の93.6に低下している。

² GPS: Global Positioning System、全地球測位システムとは、本来は、地球上の位置を調べるために打ち上げられた軍事用の衛星測位システム。最大規模はアメリカの約30個の衛星。日本は数個、ロシアは十数個である。

³ やや形のことなる救援にテロの被災者がある。テロは、従来、警察が扱う「事件」であったが、2001年9月11日のアメリカ同時多発テロ以後、民間が対応するレベルを逸脱していること、また、現在のイラクやアフガンなど、紛争地で発生する不特定者攻撃まで含むため、ここでは触れない。

1970年代までの難民救援は、いわゆる救急医療から始まったが、やがて公衆衛生対応が主流となり、さらに、その後は理念的な背景を強めてきたが、その変遷理由は、以上のような経過を考えれば理解できよう。

3. 現在の避難民

UNHCRは、2006年1月、「難民」、「帰還民」、「IDPs(国内避難民)」のほか、庇護希望者、無国籍者などその援助対象者数は前年比6%強の増加の2,080万と報じた。さらに国境を越え隣国に避難した、いわゆる「難民」は1980年来の最低で、前年比12%減の840万人とする。さらに、2005年のアフガニスタンへ752,000人、リベリアへ70,000人など、計110万の「自発的帰還」があり、かつ05年の難民発生は136,000人と、過去5年間に難民数は1/3減少したが、これは過去29年間の最低だと報告している。しかし一方、イラクの120万、ソマリアの40万など、国境は越えていないが、地域武力紛争の結果、故郷を追われた人々や無国籍者などIDPs数は前年比22%も増加している。また、多数者が帰還したものの、パキスタン、イランその他70カ国に滞留するアフガン難民190万人は、なお、世界の最大の避難民であることは変わらない。

表1 UNHCRによる被援助者数 2006

地域	地域別 援助対象者数	
	2005年1月1日	2006年1月1日
アジア	7,230,100	8,603,600
アフリカ	4,855,200	5,169,300
ヨーロッパ	4,426,400	3,666,700
中南米	2,070,800	2,513,000
北アメリカ	853,300	716,800
太平洋地区	82,600	82,500
総計	19,518,400	20,751,900

表1にUNHCR本部による最近の、また、図1には、過去25年間のUNHCRの救援対象者数⁴を示した。難民数の最大だったのは、1993年の1,783万強、IDPsその他が数えられるようになった1998年以降の最大数は2001年の2,100万である。2006年には、難民数は8,394,400、その他の被救援者は20,751,900計29,146,300だが、地球上の全人口を約63億人として、なお、300人に一人が救援依存状態にあることになる。

⁴ 長らく難民問題を専門に扱っているアメリカのNGO US Committee for Refugees and Migrants(USCR)は、2005 12 31の難民および庇護希望者数は1,200万、IDPsは2,100万、計3,300万と推定している。

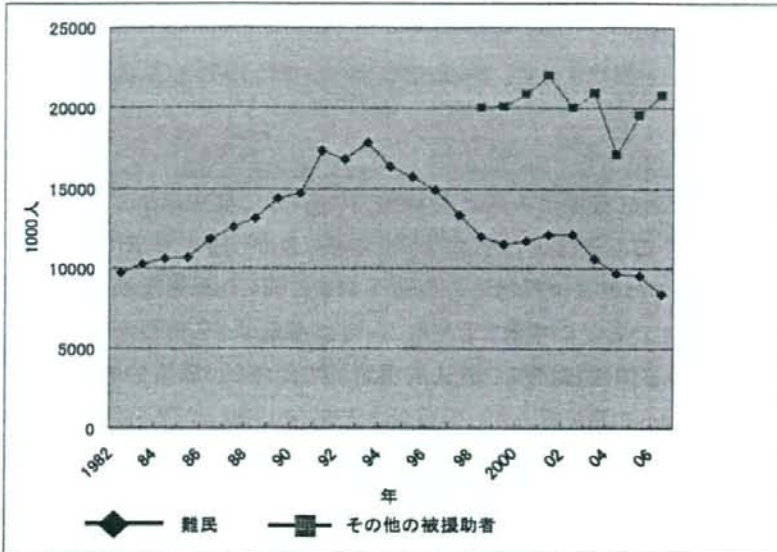


図1 UNHR の救援者数

4. Complex Humanitarian Emergency と多様な避難民

難民(refugee)とは、国際法上、UNHCR が設立される際に規定された「難民の地位に関する条約(1951、通称、難民条約)」と、その後の「難民の地位に関する議定書(1967、同議定書)」、「アフリカでの難民問題についてのアフリカ統一機構条約(1969、同 OAU 条約)」に基づいて認定される。実際の救援活動では、特殊な場合や、研究を除き、一般的に、「難民とは、さまざまな要因により、本来の居住地から離れることを余儀なくされ、国境を越えた人」と理解されるが、難民であれ IDPs であれ救援のあり方は変わってはならないし、通常の保健医療活動では、被援助者の国際法上の立場を考える状況はない。しかし、最近の地域紛争では、時に現地の政治的権力的思惑に配慮しなければならない場合も少なくない。また、国際的認定の有無に関わらず、すべての避難民の背景はさまざまであり、同じ避難民集団でも、時期によって状況は著しく異なる。救援活動がその時々のニーズに合致していなければならないのは当然である。

90年代に入って、世界各地増えた地域武力紛争は、宗教や民族の対立を背景とすることが多く、かつ、人道援助に武器をもった護衛が必要など、援助者の治安すら保証されず、また、中立不偏なはずの人道援助の在り方が問われる事態も多いこれらの事態は、新たな災害形態として Complex Humanitarian Emergency(適切な日本語訳はない、CHE)