

The 6th Meeting of the Dialogue among Civilizations
between Japan and the Islamic World

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

Background 2008

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)

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: Engineering Development, The World Bank, 2001)

GDP/c, HDI, GDI, GEM Ranks

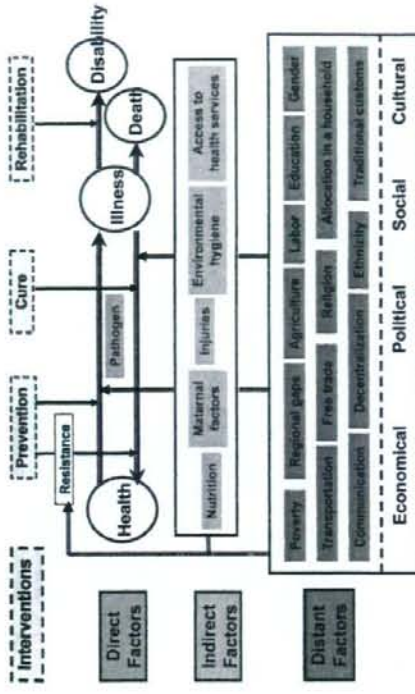
Countries	GDP/c (PPP US\$) Rank in 177 countries	HDI Rank in 177 countries	GDI Rank in 156 countries	GEM Rank in 93 countries
Japan	31,267 (17)	0.953 (8)	0.842 (13)	0.537 (54)
Qatar	27,664 (23)	0.875 (35)	0.863 (37)	0.374 (84)
Kuwait	26,321 (25)	0.891 (33)	0.884 (32)	- (-)
UAE	25,514 (27)	0.868 (38)	0.855 (43)	0.652 (29)
Saudi Arabia	15,711 (42)	0.832 (51)	0.783 (69)	0.254 (92)
Oman	15,602 (43)	0.814 (58)	0.768 (86)	0.391 (80)
Malaysia	10,882 (57)	0.811 (63)	0.802 (67)	0.504 (65)
Turkey	8,407 (66)	0.775 (64)	0.763 (78)	0.298 (90)
Tunisia	8,371 (68)	0.766 (91)	0.750 (82)	- (-)
Iran	7,968 (71)	0.759 (94)	0.750 (83)	0.347 (87)
Lebanon	5,584 (96)	0.772 (88)	0.759 (80)	- (-)
Jordan	5,530 (97)	0.773 (86)	0.760 (79)	- (-)
Morocco	4,555 (108)	0.646 (128)	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 (106)	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 (126)	0.379 (81)
Yemen	830 (166)	0.508 (153)	0.472 (136)	0.129 (93)

(Source: I.R.G.P. in Development Report 2007/2008)

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



Various Determinant Factors on Health

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

Basic Indicators

Countries	GDP/capita (US\$) 2005	Total population (million) 2005	Population growth (annual %) 2008		Adult literacy rate (% ages 15 and older) 2008		Secondary school enrollment (% gross) 2000-2005		Estimated earned income (PPP US\$) 2005			Improved water source (%) 2004
			F	M	F	M	F	M	F	M		
Japan	35,444	127.8	-0.7	-	-	92	92	101	17,862	40,260	100	100
Qatar	52,240	0.8	1.8	-	-	95	96	96	9,211	37,774	100	100
Kuwait	31,891	2.7	2.5	91	94	93	87	87	12,623	36,603	-	-
UAE	26,612	4.1	2.3	-	66	66	65	65	8,329	33,556	100	100
Saudi Arabia	13,309	33.6	2.4	69	87	84	72	63	4,031	25,076	-	-
Oman	6,584	2.5	2.2	74	87	85	88	88	4,516	23,800	-	-
Malaysia	5,142	25.7	1.6	85	92	81	71	71	8,251	15,891	99	99
Turkey	5,039	73.0	1.2	80	95	66	90	4,365	12,368	96	96	
Tunisia	2,860	84.6	1.0	65	83	80	74	3,248	12,824	93	93	
Iran	2,791	69.4	1.3	70	84	79	84	4,475	11,363	94	94	
Lebanon	6,135	4.0	1.1	-	-	93	85	85	2,791	8,945	100	100
Jordan	2,323	5.5	3.2	85	95	86	87	2,566	8,278	87	87	
Morocco	1,711	30.5	1.2	60	86	43	52	1,846	7,297	81	81	
Egypt	1,207	72.8	1.8	59	85	84	90	1,635	7,624	88	88	
Indonesia	1,382	228.1	1.1	87	94	84	84	2,410	8,266	77	77	
Syria	1,382	16.9	2.4	74	86	61	65	1,967	5,864	93	93	
Pakistan	711	186.1	2.1	56	83	23	31	1,059	3,807	91	91	
Bangladesh	423	153.3	1.8	-	-	54	49	1,262	2,702	74	74	
Yemen	718	21.1	3.1	-	-	31	54	424	1,422	87	87	

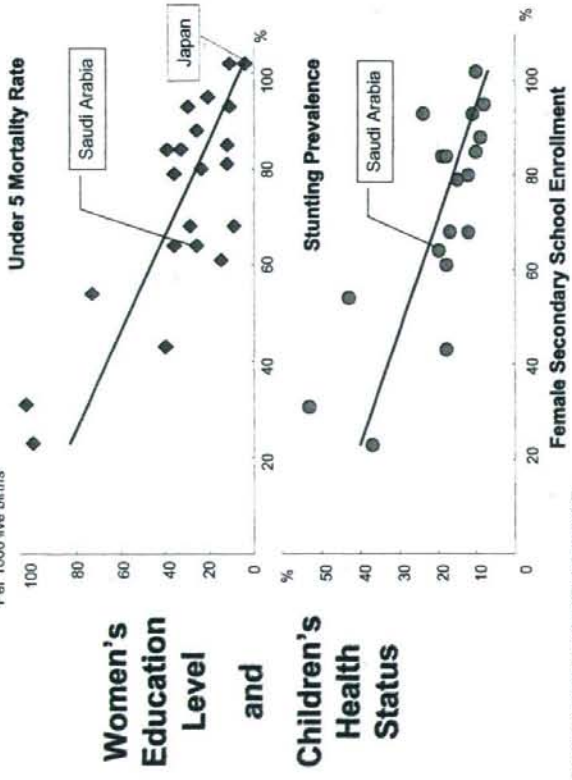
(Source: UNDP Human Development Report 2007/2008, The World Bank World Development Indicators 2007, ILO/CEDEF The State of the World's Children 2007)

Health Indicators

Countries	Life expectancy at birth (years) 2005		IMR (per 1,000 live births) 2005	U5MR (per 1,000 live births) 2005	MMR (per 100,000 live births) 1990-2005	TFR 2000-2005	CDPR (%) 1997-2005	Low birth-weight 1990-2005	Health Expenditure (% of GDP) 2004
	F	M							
Japan	81.7	79.7	3	4	8	1.3	56	8	2,713
Qatar	75.8	74.6	18	21	10	2.9	43	10	8
Kuwait	78.6	75.7	9	11	5	2.3	50	7	24
UAE	81.0	78.8	8	9	3	2.5	28	15	17
Saudi Arabia	74.6	70.3	71	26	1	3.8	32	11	20
Oman	76.7	73.6	10	12	23	3.7	32	8	10
Malaysia	76.1	71.4	10	12	30	2.9	55	9	462
Turkey	73.8	69.8	26	29	130	2.2	71	16	12
Tunisia	75.6	71.5	20	24	69	2.0	66	7	12
Iran	71.8	68.7	31	36	37	2.1	74	7	15
Lebanon	73.7	69.4	27	30	190	2.3	58	6	11
Jordan	73.6	70.3	22	26	41	3.5	56	12	9
Morocco	72.7	68.3	36	48	230	2.5	63	15	16
Egypt	73.0	68.5	28	33	84	3.2	59	12	19
Indonesia	71.6	67.8	28	36	310	2.4	57	9	118
Syria	75.5	71.8	14	15	65	3.5	48	6	18
Pakistan	64.8	64.3	78	99	530	4.0	28	19	37
Bangladesh	64.0	62.1	84	73	73	3.2	58	36	43
Yemen	63.1	60	78	102	370	6.0	23	32	53

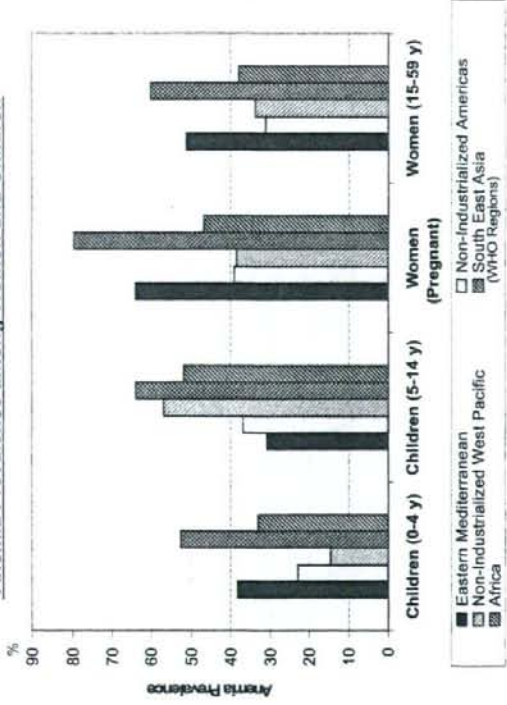
(Source: UNDP Human Development Report 2007/2008, The World Bank World Development Indicators 2007, ILO/CEDEF The State of the World's Children 2007)

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 Vitamins-Centered Nutrition Review of the Middle East North Africa, The World Bank, 1999)

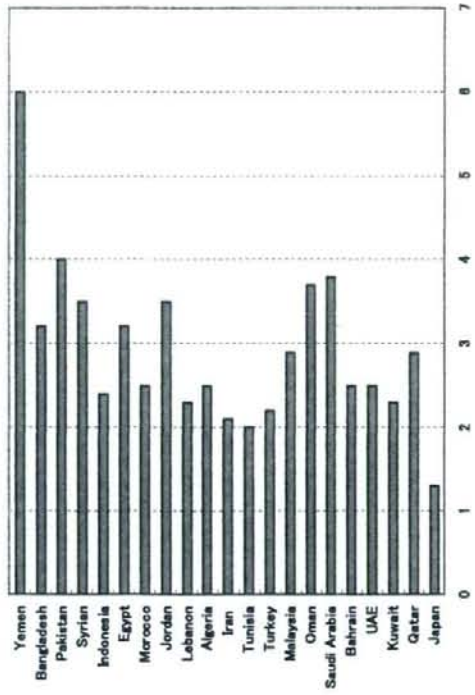
Reproductive Health / Rights
Defined in the ICPD Programme of Action

- **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.

Reproductive Health Issues

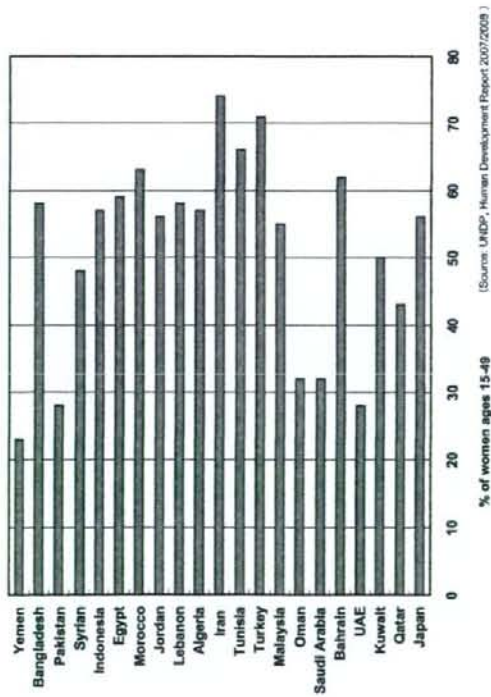
- Family planning (contraception);
- Maternal health (pregnancy, delivery, abortion, miscarriage, and infertility)
- Reproductive tract infections (sexually transmitted infections, HIV/AIDS)
- Cancers of the reproductive system
- Adolescent sexual and reproductive health / Menopause
- Men's health / Male involvement in reproductive health
- Harmful practices / Gender-based violence

Total Fertility Rates (TFR)

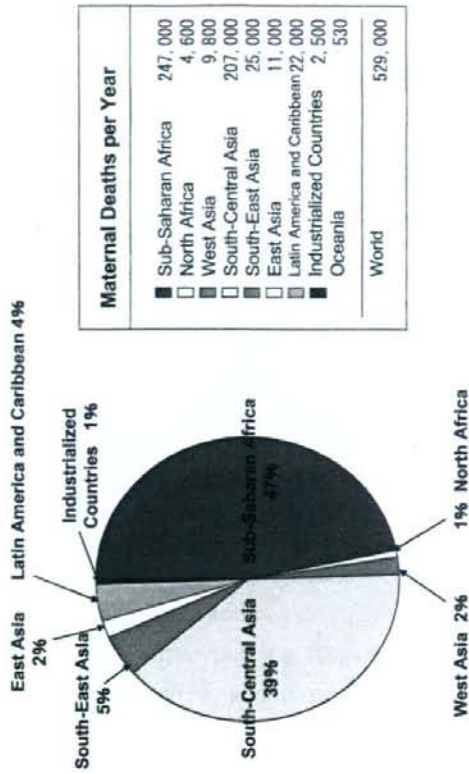


(Source: UNDP, Human Development Report 2007/2008)

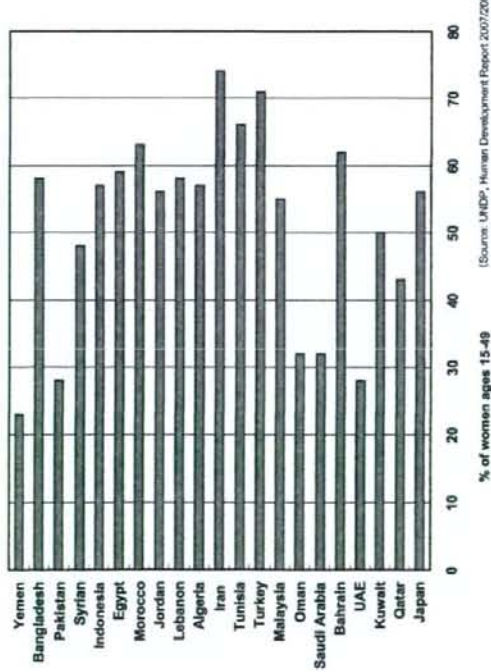
Contraceptive Prevalence Rates (CPR)



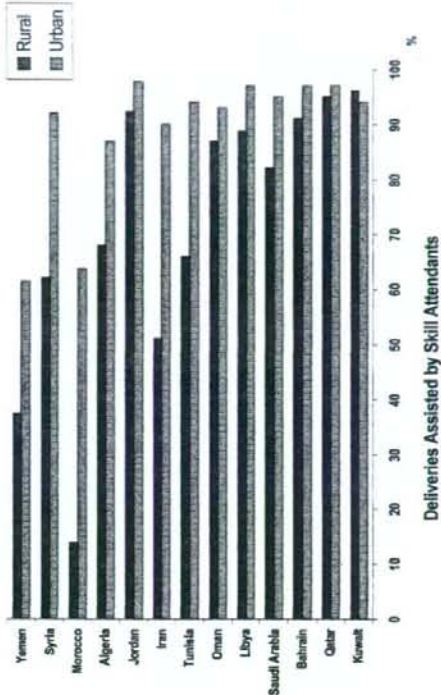
Maternal Deaths



Maternal Mortality Ratios



Fewer Deliveries Assisted by Skilled Attendants in Rural Areas



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

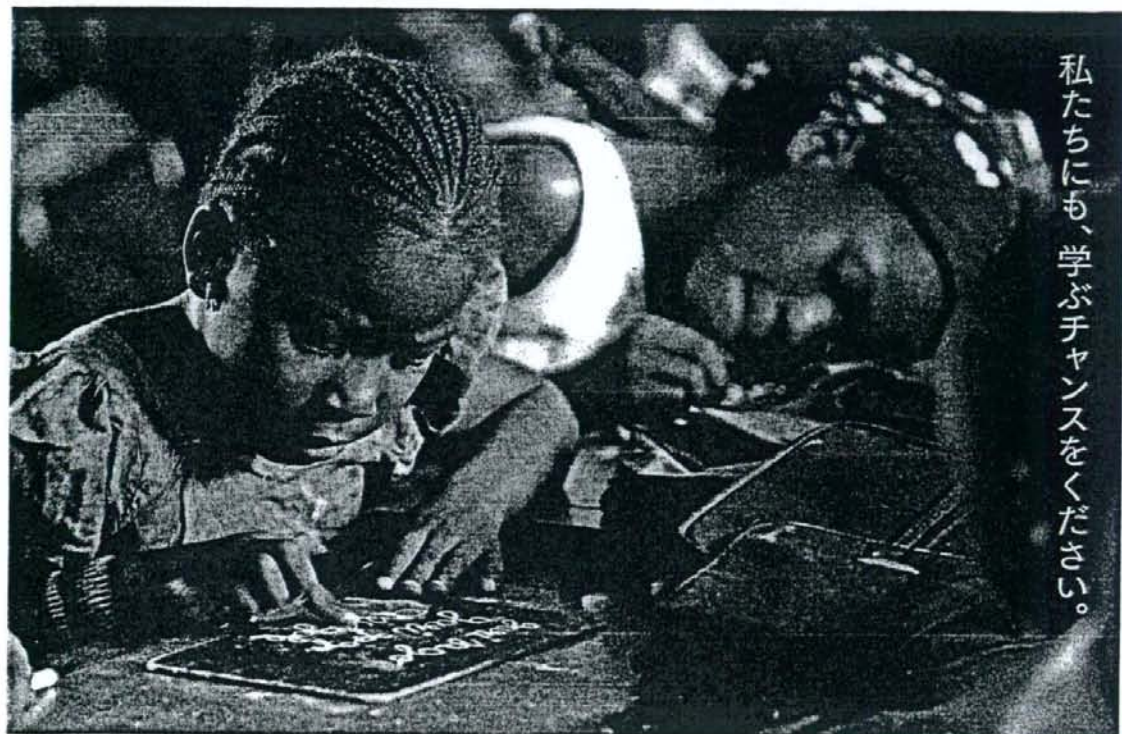
Well-being for the next generation

[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 健志郎/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、砂漠型ともいってどこも何もないところでの保健医療を進めるということで、たくさんの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なことであるが、当時、目からうろこが落ちる気持ちでした。

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・アフガン事務所にて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に、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。レイブ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進させました。

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。

締めくくりに当たりまして、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。

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。たくさんの子供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 Educated Parents ということは大事なことだと思います。

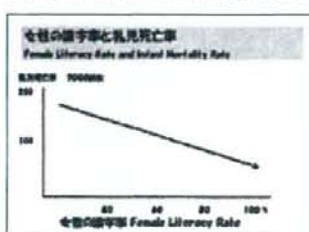
次に、20年飛びまして、私が小児科医になったころです。日本は東京オリンピックが終わって数年といった時代ですが、健康指数は随分改善しています。これはちょっと分かりにくいですが、はしか(Measles)です。Neonatal Tetanus（新生児破傷風）です。こういう病気が日本にはまだ見られていた時代です。しかし、全体としてかなり良くなりました。

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を引きかぎりに、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直撃したこと、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、保健医療制度の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っています。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ることにつけ思う次第です。

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、何もないところでの保健医療を進めるという新たな仕事で、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実に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10万の出産が起こる間に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。何の害でもないようですが、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した。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つ

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、中等教育の重要性ということで、これはみんなが力を合わせれば何とかかなりそう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がとても重要だということにはすぐ気がきましたが、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、そのことを自分はいへん罪深く思っていると。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です。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、たくさんといってもいいと思いますが、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物語っているものではないかと思います。

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わ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見ると、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、私も医師や看護職というのは、ウイルスや細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います。

本日はリベリア大統領閣下がお臨席なので、私は惜越ながら、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

だきたいと思います。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ダ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らないか分りませんが、「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請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お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選択肢を持てるようになっ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ということを考えてとき、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。このような時にお目に掛かっ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方の紛争がありました。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。勉強するというところで、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。

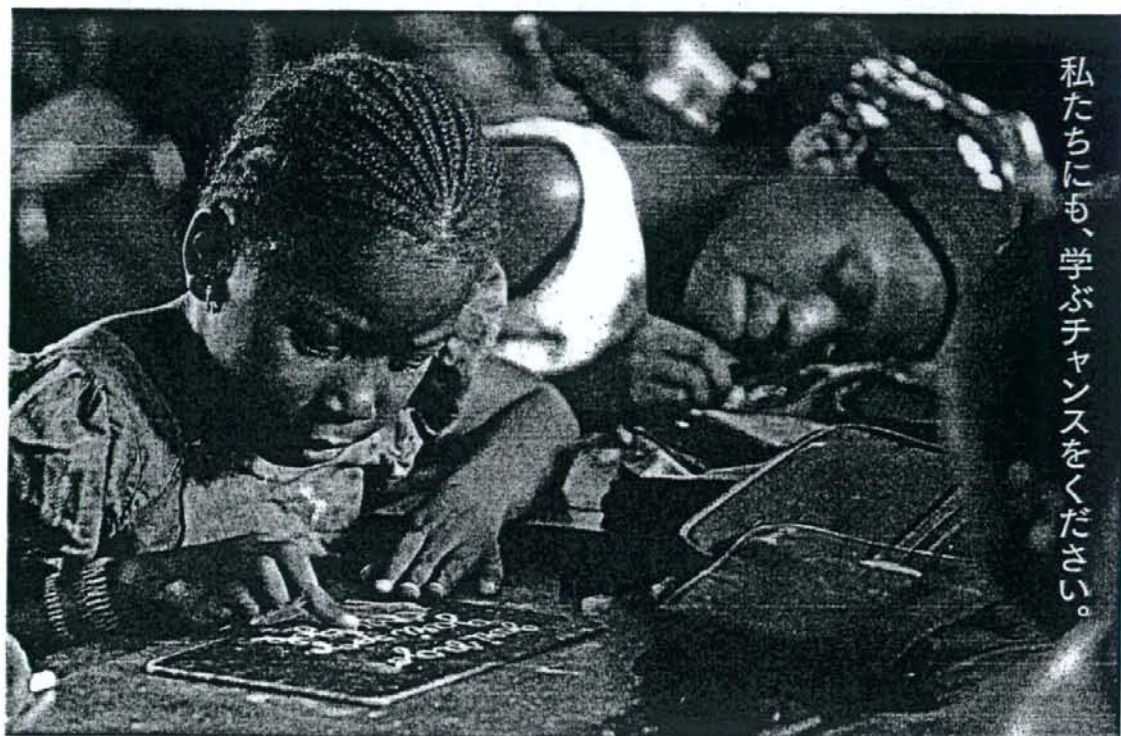
これは私の大学です。私は教育の専門家ではありませんが、教育ということの重要性に関しては、恐らく教育のご専門の方々と同じように、あるいはそれ以上に、その重要性を認識しているのではないかと思います。本日、このような大変意義深いシンポジウムにお話の機会をいただきましたことをあらためて感謝申し上げ、アフリカの女性、アフリカの人々、アフリカの子どもたちの健康、そして発展を祈ってお話を終えさせていただきます。ご清聴どうもありがとうございました。

[INTERNATIONAL SYMPOSIUM]

African Development and Girls' Education

— Towards Gender Parity in Basic Education —

Final Report



私たちにも、学ぶチャンスをください。

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.

ISBN978-4-7965-2186-4

C3047 ¥1700E

定価：本体1,700円＋税



9784796521864



1923047017000

●主な内容●

第I部 看護の原点を求めて

看護の力

病院看護から在宅看護へ

肝硬変患者K氏との出会いを通して今、大切にしていること

「患者と家族の希望」を捉えた看護実践をめぐって

生きがいを求めて：ALS患者の看護から

看護部長・副院長になっても看護師でありたい

看護の原点を辿りながら：府立高校で教員生活

看護師が患者の家族になって感じた看護の原点

第II部 訪問看護・開業ナースの可能性を探って

病院から地域への橋渡しに看護の力をもっと

限界集落で一人ケアマネの開業

訪問看護・開業ナースに望むこと：「患者」でもなく「患者様」でもない、病气とともに生きる「生活者」

求められる訪問看護は強くて優しい看護の力

母が教えた在宅療養の可能性と看護の役割

介護ヘルパーとしてともに歩んで見えてきたもの

ある書簡から：あるべき在宅介護を考える

看取りの家：妹の看取りがもたらした看護の力

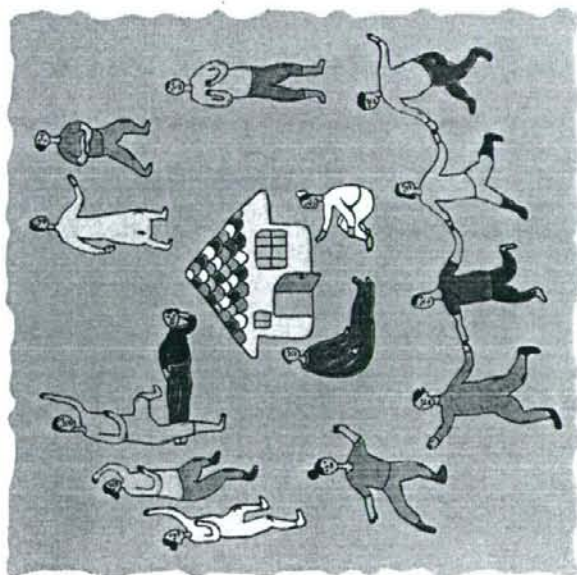
岡地萌文：コミュニティ再生のために

第III部 本当のエキスパートを目指して

資料編 ナースの開業マニュアル—起業のための10のポイント

看護の 実力

訪問看護・開業ナースはゆく



患者・家族が
在宅看護に
希求するもの
開業看護の
パイオニアたちが
達成したもの
医療崩壊を
食い止める
本当の看護の力が
ここにある

村松 静子 監修

在宅看護研究センターLLP代表

看護の実力

訪問看護
開業ナースはゆく

村松 静子 監修

看護の力

喜多 悦子

はじめに

「看護婦」という日本語に違和感というか、戸惑いを覚えた私的な経験がある。

自分は女性の医師ながら、「ナース」「看護婦」「女性」の刷り込みがあったことを認識させられたのは二〇年以上も前、女性が社会的あるいは自立・独立した活動をすることや、特に保健医療分野でいえば、若い独身女性が他人の身体に触れることをよしとしない習慣が強く生きていた地域での開発協力計画に関与するようになった頃のことだ。まず、断っておきたいが、開発途上国⁽¹⁾に特有なのではなく、いわゆるジェンダー⁽²⁾を問題視しなければならない事態は、私たちの身の回りを含め、どの国にも存在している。が、田舎つまりあまり外部社会との接触がなく、したがって伝統的習慣が存続しやすい地域でめぐり合うナースの多くは男性であった。女性ナースが皆無ではなかったが、外部者である私たちとの接触は、あまり望まれていなかったようだった。もちろん、わが国に「男

性看護士」が存在することは知っていたが、一緒に働く機会を持たなかったこともあって、「ナース」のジェンダーを考えたことはほとんどなく、伝統的な刷り込みのままであったことを国の外で気づかされたのだった。

一九八〇年代末、パキスタンに避難していた三〇〇万人以上のアフガニスタン難民の援助に専従した折には、イスラム圏というだけでなく、とりわけ伝統的文化が強い地域での仕事が多かった。

最近、タリバンやアルカイダをかくまっているなどの治安上の問題で見聞きする機会が増えた、いわゆる部族社会地域に設置された難民キャンプも含み、さらに主務が子ども対象の予防接種だったこともあって、一緒に仕事したほとんどのナースは、精悍かつヒゲ面の男性だった。今度は「ナース」「男性」に馴染み過ぎたが、母性や女性特有の疾患の対応には女性ナースが必須だったため、いわゆる正規教育ではなく、また、限られた範囲だったが、その育成にも精力を注いだこともわずかにあったため、さまざまな計画を議論する際には、男性（Male）ナースと女性（Female）ナースを区別しなければならないことも少なくなかった。



やさしかかったお尻のナース
1990年頃の پاکستانのアフガニスタン難民キャンプ

今は、ジェンダーフリーの「看護師(ナース)」が当たり前、「看護婦」という言葉はもう思い浮かばない。

さまざまな看護活動

わが国のみならず、多くの国で「看護」といった場合、まず、思い浮かべるのは、医師や薬剤師、検査技師、栄養士その他の専門職が働いている病院という医療施設内の看護師の姿であろう。アメリカ、カナダ、オーストラリアなど先進国以外にも、予防接種その他の医療行為を担当する Public Practitioner という専門性を持つ国も複数あるが、保健医療者であっても、一般的に看護といえは医療施設内での活動が、まず、思い浮かぶ。

程度に差はあるが、先進国なら都市部以外でも何らかの医療サービスは存在する。しかし、世界に存在する一九〇を超える国/地域の中で先進国とよばれるのは約三〇か国に過ぎない。先進国にも貧困者は存在し、途上国には、途方もない金持ちが一握り存在する。が、総括的に言えば、先進国居住人口は高々十二億人前後で、総人口約六四億人(二〇一〇年推計)の二〇%弱にすぎない。残り五〇億人を超える途上国の人々は、わが国ではあたり前とされるような保健医療サービスを、いつでも、どこでもそして継続的に利用できるとはとても言えない。わが国のみならず先進国の医

療状況も逼迫してきてはいるが、途上国の保健医療の状況と、その現場における看護の膨大な役割、それが実践され難い現状を述べる。

途上国では、首都圏か一、二の都市を除けば、医療施設そのものがないに等しいことが多い。さらに首都や比較的大きな街でも、ますますの施設の医療サービスを楽しむ人はきわめて限られている。理由は多様で複雑だ。医療施設そのものがないか、あっても十分機能していない。また、簡単に行ける距離ではなく、公共交通機関がなかったり、時には道路そのものが整備されていなかったりすることもある。また、タクシーや公共バスなど利用できる移送手段がないことや、その経費がまかなえないこともある。さらに、医療施設に十分な訓練を受けた専門家がいない、医療機器がなかったり稼動していなかったり、さらに医薬品や消耗品がない、さらに電気や水など医療行為に必要なインフラがないといった事態もある。貧困も大きな問題だが、さらに医療施設を利用すること、医療を受けることを妨げる文化的理由もある。途上国の健康は、二一世紀の今日でも、一世紀前、世界初の公衆衛生大学院開設を果たした病理学者が云ったように、「街の健康は、病院で働く医師や看護師の力だけでは守れない」のである。

途上国にも、医療 (Health Care) は存在するし、それが必要なことは議論の余地はない。が、対費用効果だけでなく、大多数の人々への便益性、人々の側からの利用のしやすさからすれば、まだまだ P H C (Primary Health Care、プライマリヘルスケア) の必要度が高い。ここでいう P

H Cは、先進国でいう、最初の医療サービス（プライマリケア）よりも、さらに基礎的初歩的保健活動であるが、その担い手のほとんどは、地元で足場を置くナースである。

P H Cと看護

P H Cの実践は、それまでの病院という医療施設中心の活動から、地域住民の参画を必須とする地域での保健活動を促進する機運となった。特に、途上国では、人口の八〇%程度もが居住する農村／非都市部の保健状態が、徐々にではあるが改善されてきたのは、それぞれの地域に住人から適切な人材を選んで訓練するコミュニティ・ヘルス・ワーカー（Community Health Worker : C H W）の体制が動いたことによる。読み書きも満足でない女性たちに、丁寧に、そしてできる限り科学的な知識をわかりやすく、また必要な技術を実践的に伝達してきたのは、地域に根づいた看護職の貢献による。

地域住民主体、すなわち地域住民によるヘルスケア（Community-based Health Care）を動かしてきたC H Wは、高度な知識や技術を持っていないが、自分が属する地域社会から選ばれており、人々とは習慣や伝統を共有し、そして人々の健康上のニーズに応じて、課題を解決する。実際、電気も水道もなく、舗装はおろか道そのものがあるかなきかの地域の人々の健康はC H Wと彼らを訓

練し監督する立場にある看護職の力によるところが多い。

途上国の、特に田舎の健康は、看護者の足_{II}機動力、手_{II}専門技術、目_{II}観察力、口_{II}人間関係、そして脳_{II}知識によっている。もともと、質の問題がないわけではない。多くの途上国の、それも田舎には、わが国のような標準化された教育を十分に受けた看護職は少ない。時に、ある地域で始めて専門教育を受けたなどとおっしゃる方にお目にかかることもある。しかし、数は少ないとはいえ、それらの看護師が担っている責任は膨大であり、末端で活動するC H Wや地域住民からの信頼は絶大である。地域住民の関与するP H Cが適正に稼働すれば、効果的に地域の健康が守られるのである。

P H Cは、途上国のみならず世界各地で、健康の社会的経済的開発的面が着目されたことに端を発したのだが、実践を通じて、健康と健康を維持するための手段の利用は何人にも共通の基本的人権との認識が広まり、人々の主体的参加と自己決定権の保障は、やがて地域住民の主体性や自主性、自助努力能力の涵養にも通じた。これらに関与してきた看護職は、結果として、ヘルスケアの指導者・提供者であるだけでなく、人間作り、社会作り、国家作りに貢献している。

看護の力 (potential)、看護師の力

途上国の保健医療活動は、医療知識や技術があればよいのではない。人々と習慣、文化、考え方を共有し、時には科学的でないことにも理解を示し、保健医療以外の範疇の生活改善から仕事を始めなければならないことも多い。途上国は……といったが、これは、実は私たちの身のまわりにもある、世界各地で共通の状況であろう。

看護師は、同じ医療の場にいる医師のように、多種多様な機械や道具を必須としない。それこそが、看護が看護である所以と、PHCを通して実感したことから、高齢化が加速する先進国における「看護の力（ここでは現在の power ではなく、将来への可能性という意味で potential）」について述べたい。

国際看護師協会 (International Council of Nurses: ICN) の看護師の倫理綱領前文には、看護師の四つの基本的責任として、健康増進し、疾病予防し、健康回復、そして苦痛緩和があげられている。また、同じくICNの看護師の定義には、看護師は、①健康の増進、疾病の予防、そしてあらゆる年齢およびあらゆるヘルスケアの場および地域社会における、身体的、精神的に健康でない人々および障害のある人々へのケアを含めた全体的な看護実践領域に従事すること、②ヘルスケア

の指導を行うこと、③ヘルスケア・チームの一員として十分に参加すること、④看護およびヘルスケア補助者を監督し、訓練すること、⑤研究に従事すること、のために養成され、また、それらを執行する権限を与えられている、とある。

途上国にもたくさんの病院、医療施設はあり、そこでも看護師が働いている。しかし、途上国では、PHCレベルの保健サービスの担い手として、健康の増進、疾病の予防、地域社会におけるケア、その指導、監督、訓練を通して、地域の健康を守り、人作り、社会作り、国作りに貢献している看護師の数は相当多い。

地域の看護をわが国の現状から考えてみたい。多くの先進国では、高齢化が深刻な問題となっている。山間部や離島のみならず、地方には、いわゆる「限界集落³⁾」が増え続けている。世界でも例を見ない急速な高齢社会化が進行するわが国と隣国韓国では、地域社会の保持が国全体の存続にとって、さらに深刻化することも想定されている。

国土交通省と総務省が全国七五市町村の六一、二七二集落について行った調査『国土形成計画策定のための集落の状況に関する現況把握調査』(二〇〇七年八月)によると、六五歳以上の高齢者の割合が五〇%を超える集落数は七、八七八、うち全住民が六五歳以上という集落数が四三二、一〇年以内に消滅が予想される集落数は四三三、いずれ消滅すると思われる集落は二、二二〇と集計されている。

限界集落の実態を垣間見ると、地域が存続するには、医療施設の有無だけでなく、人々が日常生活を維持できるかどうか、つまり、食と水、住居、光熱と通信、移動の手段が保障されているかどうかによることは歴然としている。人口激減した山村では、山やがて田畑が荒れ、自然災害による被災が増え、甚大化し、居住安全性が劣化し、人口は流出する。

日本赤十字九州国際看護大学では、三年次選択科目国際看護Ⅱでは、海外研修で途上国の実態を経験し、同じく選択科目国際保健Ⅱ（PHC）では、日本の過疎地を見学している。このような機会を持った学生は、まだ、十分、実践の場で活躍する世代には至っていないが、平成二〇年度の国内研修の経験の一部を述べて、看護のpotentialを考える資として提示したい。

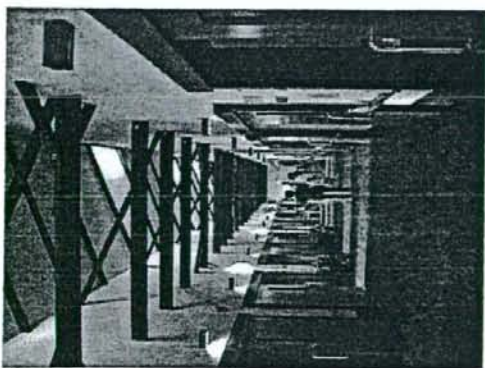
旧東米良村（現西都市）は、宮崎県西都市中心部から峻険な山道を車で約一時間。西日本最大の九電一ノ瀬ダム建設当時までは、人口五千人以上、林業で栄えていたという。ダム建設に伴い設置された診療所では、工事に伴う事故やけが人とともに、村人の診療が行われた。一九六三年、ダム完成により小中学校六校、三三五世帯が湖底に沈むことになり、最初の人口流出が起こった。

「限界集落」の概念は、林業の盛衰の研究から始まったが、ここでも、安い外国製木材の輸入とともに、基幹林業が衰退し、第二次人口流出が進んだ。若い世代の就労の場がないことも過疎化を進行させ、現在の東米良地域には二一九戸三一九人が住むにすぎない。

九電が西都市に寄付し、地域医療を支えてきた診療所は、当然のように経営悪化し赤字となった。

閉鎖と決まった診療所は、両親が同地区出身という宮崎市の総合病院「市民の森病院」理事長濱砂重仁医師への村人の陳情でよみがえった。自分たちの村の健康を守るために、人々が行動を起こしたのは、PHCという住民参加の極みだ。

徹底した省力化、ボランティアとしての地域内往診など、濱砂医師が果たした貢献は筆舌に尽くせないものがあつた。そして、それに応えたのは、この地区に三七年居住するベテランをはじめとする看護師たちだ。一九床の診療所は、二〇〇五年四月に地元の産材で新築された全室個室床障子の心地よい雰囲気だ。現在も非常勤の助っ人としての濱砂医師の存在は無限だ。だが、七名で二四



宮崎県西都市東米良診療所
本のぬくもりも看護の力＝わたしたちはここで死にたい川

時間勤務をこなす看護師らと村人の結びつきは、人口の多寡だけで、限界集落を定義してはいけなないと思わせるほど固く、村人の雰囲気も明るいものだった。地域の全員との徹底した対話、揺るがない信頼、それが「未病」から、「病気早期発見」、発病した後の「治療看護」、そして「認知症」から、最後の「看取り」までを、ものの見事にまっとうしている。

「一番重要なことは、東米良に住むお年寄り