

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、時にはめくめくと、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」2006.07)。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、厚労省の勤労統計では、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の援助対象者数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。

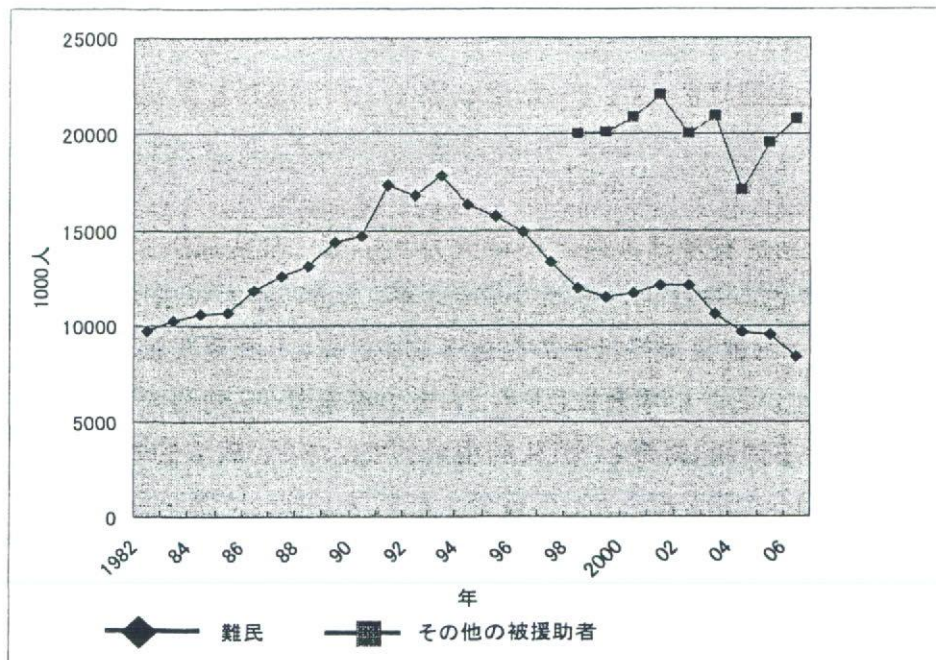


図1 UNHR の救援者数

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、まつ、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)

と総称される。CHE は、「内乱や戦争などを含むさまざまな要因に基づくある人口集団における比較的急性の状況で、食糧不足や人口移動などの影響もあって、過剰の死亡や罹患を来す事態」と考えられるが、この際、従来の居住地を離れているが国境を越えてはいないため、国際的に「難民」と認定されず、より悲惨な状況にある IDPs を多数発生させることが特徴ともいえる。

このような避難民への緊急的支援は人道上不可欠ではあるが、発生原因が民族宗教問題化する中で、従来からの人道援助は膨大な資金を要しながら根本解決につながらないことから、特に途上国での難民対策はその発生予防を目指した開発支援に重点を置くべきとする意見も強まっている。いずれにしても、人道上必須ながら対症療法的な『発生した避難民が抱えている問題』対策と、恒久的根治的ではあるが政治的で実践困難な『難民問題の発生予防』への取り組みが、不可分なまま、あいまいに混同されてきたきらいはある。

さらに、例えばイラク、アフガニスタンのように、紛争地での無差別テロが常態化する現在、善意や意欲だけでの救援が不可能なだけでなく、civilian による人道援助が限界にある事態が増えている。

古典的な援助のあり方は周知しておくべきだが、それを修得したからといって、直ちに救援現場で活動できる時代ではないことを十分理解しておく必要がある

5. 避難民援助

災害や紛争の被災者への救援は、救急医療の一部として始まった*が、やがて公衆衛生活動を中心とするようになった*。UNHCR や UNICEF、国際的な NGO/NPO らは、それぞれ救援のガイドライン、ハンドブックまたはマニュアルをもっているが、ここでは 1997 年に、人道援助に従事する NGO と国際赤十字・赤新月社連盟 (IFRC) が主体となり、WHO など国際機関も関与して合意したスフィア・プロジェクト Sphere Project (<http://www.sphereproject.org/>) のハンドブックにそって解説したい。

著者の一人は、WHO 本部緊急人道援助部勤務時、同僚からスフィア・プロジェクトへの関与を要請され、ハンドブック作成を手伝ったが、その副題が「人道憲章と災害救援に関する最低基準」とされた最大の理由は、「基準とは、与えられる/救援されるべきものの最低量や数値ではなく、被災者であれ、人間として持つべき尊厳のある最低の生活の質であり」、どこでも当たり前のこととして適応されるものとの考えからであった。

スフィアの特徴は、以下のようなものである。まず、それまでの具体的な医療・保健活動また

はロジ的支援ではなく、① 救援の柱は人道憲章としたこと、② 5主要セクターとして、i) 水と衛生、ii) 栄養、iii) 食糧援助、続いて iv) シェルター、最後に保健活動が置かれ、現実の地域集団の生存に沿った救援を想定したこと、また、③ プロジェクトの主導権は NGO を持ち、さらに ④ 救援時の各セクターでの決定時には、必ず、被災者が参加することを求めた上、男性だけでなく女性の関与を求めていること、など、画期的な発想が含まれている。

現在は、2000年に完成し、翌年は発行された初版(日本語は2001年)を試行した多数のNGOの現場経験のフィードバックを含めた、2004年に出版された改訂版があるが、上記HPでダウンロードできる。日本語版は、アジア福祉教育財団 難民事業部が扱っている。

改訂版も初版同様、人道憲章を最初においているが、紛争や災害など、原因の如何を問わず、本来の居住地を離れざるを得ない「避難」を、「人権を侵された事態」として取り組む必要があることを示している。今後、救援者が十分認識し、理解しておくべきであろう。改訂版では、さらにある集団が実際に居住・生存できることに沿った救援のあり方が強化され、食糧の安全性(確保)の追加と共に、避難民の参画、初期評価、(救援)活動、援助の対象、モニタリング、救援活動の評価および救援スタッフの能力や管理など、セクターとは関係なく、救援に共通する事項についても基準が示されたことである。さらに、セクターに関わりなく考慮すべきものとして、子ども、高齢者、障害者、ジェンダー、保護、HIV/AIDS、環境という7事項が取り上げられている。

以下、同ハンドブックの内容に準じて避難民救援を解説する。

5-1. 救援と人権

被災者は援助を必要としていても、すべての人々が、無力で無能なわけでない。個々の人々だけでなく、家族や地域集団としての能力や回復力をもっており、それを尊重することは救援の基本である。一方、誰でも、どのような状況でも、人間としての尊厳は護られるべきである。スフィアという人道憲章(Humanitarian Charter)は、いわゆる国際人道法⁵とよばれる多様な条約が含まれるが、その骨子は、「災害または武力紛争の被災者

⁵ 「国際人道法」という固有名詞をもった条約はなく、1971年に「武力紛争に適用される国際人道法の再確認と発展」に関する会議で用いられた国際的な条約や慣習法を総称したものである。基本的には、武力紛争で傷ついたり病気になったりした戦闘員、捕虜さらに紛争に従事しない一般住民 civilian を人道的に取り扱うことに関する合意基盤となる「ジュネーブ4条約(1949)」とそれに対する「2追加議定書(1977)」を中心に、「世界人権宣言」、「難民の地位に関する条約」、「子どもの権利に関する条約」など多様なものが含まれる。

に対して一定レベルのサービスの提供により、基本的な人道原則が遵守されることを目指す」ことである。

5-2. 水の安全性と衛生 (Watsam and Hygiene)

生物の集団生活で、最も重要なものは水の確保と排泄物の処理に尽きる。どのような避難民であれ、水補給は最初かつ必須の need であり、排泄物処理を含む衛生対策は最初かつ必須の must である。

5-2-1. 水: 生存に必要な水の量 1日 2.5~3.0ℓ、調理に必要な水を 3~6ℓ、基本的な衛生状態を維持する 2~6ℓなど、一人当たり 1日最低 7.5~15ℓが推奨される。日本人の一日当たり平均水使用量 324ℓからすると、きわめてわずかであるが、実際にはこれを確保することすら困難な場合が多い。最も近い給水源を 500m 以内、また簡易水道では 1 蛇口当り人口を 250 人、1 手動ポンプでは 500 人、1 開放井戸では人口 400 人当りとする。

水質の問題も重要であり、排泄物による汚染を防ぐことは必須(100ml 当り大腸菌ゼロを基準とする)だが、下痢性疾患が発生している場合には、塩素などの消毒薬による殺菌水配布も考慮する。化学物質は軍事的な放射性物質の汚染の危険がある場合には、早急に専門的な調査を行う。

給水に関して重要なことは、10~20ℓ程度の蓋または栓付きの容器を最低 2 個、清潔を保つための石鹼の配布などにも留意する。ただし、水不足の避難地での石鹼使用は、ある種矛盾もあってジレンマを感じることもある。

5-2-2. トイレと排水: 集団生活では、排泄物処理を含む衛生対策もきわめて重要である。1 家族あるいは最大 4、5 家族または最大 20 人に 1 トイレを居住区から 50m 以内に設置することが推奨される。しかし、避難当初は最大 50 人までを許容するが、それも不可能な場合、用便の穴を含め、厳重に排泄区域を規定し、水源を汚染しない対策を徹底する。集団が大きくなれば、通常、男女別比率を 1:3 の公共トイレも設置する。また、避難当初には、インフラのない避難地での排水問題も重要である。まず、し尿と生活廃水の混合を防止し、洗濯などの排水は菜園などの利用できる。

いずれにせよ、水、トイレの安全対策は、避難民の関与なくは成功しない。あわせて衛生教育を行うことが重要となる。

5-3. 食糧の確保 (Food Security)

救援時、栄養障害は最大の公衆衛生的問題であり、実際、「食糧は最良の医療/くすりである」といえる。また、すべての人は、生存に必要で、かつ汚染されておらず、文化的にも許容できる食糧を保障されているべき、との考えに基づくと、災害や紛争時の安全な食べ物補給は、水を除き、最大の柱となる。

実際に行うべきことは、避難地の地理的条件や生活状況をも考慮しての食糧の入手、移送、保存、配布を含む「食糧確保」の評価、と個人および集団の「栄養状態」の初期評価を同時並行して実施し、その結果から、適切な対応を迅速に決定する。しかし、きわめて多数の避難民の救援では、まず、① 集団生存のため、② 救命活動、③健康増進(補助レベル)に分けて考えねばならないが、規模の小さな救援活動では、成果は限定されてしまうため、例えば、妊婦や授乳女性または小児、高齢者などに特化したプログラムを考えることも必要となる。また、救援のため食糧が買い占められ、食糧不足や物価高騰のためにホスト地域住民の生活が脅かされたり、過剰の食糧配布によって、避難民の自助努力を阻害されたりするようなことがあってはならない。一方、Food for work(働いて食糧を)という雇用と食糧配布を結びつけた活動もある。

栄養評価は、集団の概観⁶、食糧保持量の推定、指導者を含む一定人数への問診などをおこなうが、計測は、通常、5歳未満児の栄養障害をみる。短期間の食糧不足を反映しやすい年齢別身長対体重比(weight-for-height)、または上腕周囲径(Mid-Upper Arm Circumference、MUAC)⁷を参考とする。各種栄養障害の有無と頻度、下痢症など栄養状態と関連する要因と程度、食糧備蓄や配布状況、難民の調理手段や栄養知識も参考にする。

5-4. 栄養(Nutrition)

栄養に関しては、前項の食糧確保における具体的な栄養障害の有無の初期評価に続く段階だが、一般的栄養支援と具体的な栄養障害への対応に分けて考えるが、最近では、1人当たり1日 2,100Kcal⁸、内 10-12%をたんぱく質で、17%を脂肪で補うことが推奨されている。

⁶ 通常、人口構成をみる時、5歳未満と10歳までおよび15歳までを各10~12%、計30~35%、妊産婦は約5%、高齢者を5~7%と想定する。

⁷ 1歳頃までは筋肉発達未熟だが、かなりの脂肪があり、5歳頃には筋肉発達に応じて脂肪が減少するため、上腕中部の太さの変動がわずかなことを利用した測定法。一見簡単そうだが、実際は数mmの誤差が判断を誤らせることがあり、訓練が必要。

⁸ このカロリーが継続的に補給可能な救援計画はほとんどない。また、緊急時には500Kcalの削減も提言されているが、80年代には1600Kcal程度が基準であったこと、さらに健常者と治療食を同列に論じることはできないが、わが国の糖尿病治療食が1500Kcalであることからすると、やや、過大な感を受ける。

一般的に基本的な栄養支援は、主食となる穀物やイモ類、豆類を中心に、脂肪さらに供給可能な動物性蛋白を一定量確保することに始まる。トウモロコシ類を主体の時には豆、ナッツ類によるナイアシン補給を、また、ビタミン類特に A や鉄分補給を考慮して食糧品を選択するが、緊急事態には実践困難なことが多い。

次いで、栄養障害に陥りやすい集団として、妊婦、授乳女性、乳幼児さらに高齢者や HIV 感染者⁹や AIDS や結核など慢性病を持つものへの対応を考える。このような場合、全避難民集団内で不公平が生じないような計画が必要であり、栄養センターなどで対象集団に平等に配布する。

5-5. 食糧援助 (Food Aid)

最近の武力紛争による避難民での食糧援助は、WFP など規模の大きな組織にゆだねられることが多いが、基本的な考えは以下のようなものである。

出来る限り、避難民が常食してきたものを主体に、家庭で調理可能な固形食糧を基本とする。また、過剰の無料配布は極力避ける。配布は、食糧不足が最も深刻な人々を優先し、可能な限り、早く配布を終了する。きわめて緊急な事態あるいは調理手段がない場合には、調理済み食糧や集団給食の計画も必要となるが、外部からの過剰なインスタント食糧の持ち込みは極力制限する。また、救援のための調達に、地域の食糧不足や価格の高騰をもたらさない配慮も必須である。

5-6. シェルターおよび定着 (Shelter and Settlement)

シェルターは、かつては避難地の居住のみが想定されていたが、最近では、本来の居住地への帰還・定着までを考慮した最終的かつ最良の解決を意味している。

一時的避難地では、1人当りの居住空間を最低 45 m²とするが、この中には、家族の生活の場、道路、教育・衛生施設、給水・貯水場などの公共施設や管理事務所、さらに家庭菜園や小動物の飼育区域を含む。集会や娯楽施設、特に子どものための施設を含む公共の場、また、安全な通路の設置などがシェルター計画の範疇に置かれる。

多くの避難地では、テントや一時的住居内で調理することが多いが、その際の換気とくに煙の排出に留意する。

⁹ HIV/AIDS と授乳に関し、避難地でも途上国でもジレンマがある。母親(女性)の HIV 感染の認識の有無にかかわらず、赤ん坊に十分な代替栄養が保障できない場合、AIDS 治療薬のないまま母乳をすすめざるを得ないこともある。

緊急時で、十分な場所を確保できない場合、最低限、留意することは、寒暖、降雨、風雪などの自然現象から保護されること、紛争地での武力襲撃からの遮断と、避難地区内では、トイレ用穴などを含む排泄処理地域を区画し、居住地区の衛生を保持することである。時に、死者への弔いや遺体処理の場が最重要な場合や広い墓地が必要になることもあるが、文化的風習は避難民の意向を尊重する¹⁰必要がある。

食糧調達同様、シェルターのために近隣の山林が伐採されたり、市場の建材が高騰したりすることのないような配慮も必要である。

5-7. 食糧以外の補給 (Non-Food Items)

この中には、衣類、毛布やマットなどの寝具、石鹸類や歯ブラシ、剃刀などの個人的衛生用品、さらに女性の生理用品や乳児のオムツ、高齢者の失禁対策用品、また、料理鍋、フライパン、包丁、スプーンなどの調理用品、最低 10ℓ以上の蓋また栓付きの貯水タンク、調理用コンロまたはストーブ、個々人の食器、ランプ、ろうそくなどの照明器具も含まれる。

しばしば、哺乳ビンが提供されるが、特別な事情で用いなければならない場合以外は使用しない。

5-8. 保健活動 (Health Services)。

現在の避難民への保健医療支援は、すべての人は健康を維持し、必要で適切な保健サービスを受ける権利があることを全うすることが、基本の考えとなっている。かつて救急医療が避難民援助の主体のように行われた時期もあったが、現在は人道的配慮を加味し、保健教育を同時に行う、予防的¹¹な Primary Health Care が主体となる。表 2 に、各種災害が及ぼす公衆衛生面への影響を示したが、緊急時には、隔離された少数者への支援のために、一時的には移動診療 (mobile clinic) が必要なこともあるが、地域の保健機関との連携が必要である。

また、如何なる保健活動を行うかは、避難民の集団としての健康状態、ニーズ、ど

表 2 各種災害が及ぼす公衆衛生面への影響

¹⁰ 弔いのために遺体を抱擁する習慣がある地域では、特に、エボラなど出血熱などの流行や感染症がないかどうかの判定が重要である。

¹¹ 単なる感染症予防ではなく、集団の過剰の死亡や罹病を防止することが含まれる。

影響	Complex Emergency	地震	洪水を伴 わぬ強風	洪水	津波 / 鉄砲水
死亡	多	多	少	少	多
重篤な外傷	色々	多	中	少	少
感染症のリスク	高	低	低	色々	少
食糧不足	よくある	稀	稀	色々	よくある
大規模避難	よくある	稀	稀	よくある	色々

んな健康の危機が発生する危険性があるか評価し、避難民とともに決定するが、その際避難民内にどのような人材とどのような資源があるかも含めて迅速に決定する。5-3に述べたが、大雑把に15歳以下を30~35%、妊産婦と高齢者をそれぞれ5%とみなして、保健活動に必要な資材を算出し、計画を立てる。また、全体としての健康状態は、粗死亡率(CMR、Crude Mortality Rate。人口10,000の1日当りの死亡数)と5歳未満児死亡率(U5MR、Under 5 Mortality Rate。5歳未満児10,000人の1日当りの死亡数)を参考に、すばやく判断する必要がある。

表3に改訂版スフィア・プロジェクトが参照にしている地域毎のCMR、U5MRを示したが、いかなる理由であれ、粗死亡率が2.0を越える事態は、集団全体の生存に関わる事態がさし競っていることを示している。

表 3 地域毎の粗死亡率・5歳未満児死亡率

地域	CMR	緊急事態指標 となる CMR	U5MR	緊急事態指標 となる U5MR
サブサハラアフリカ	0.44	0.9	1.14	2.3
中東・北アフリカ	0.16	0.3	0.36	0.7
南アジア	0.25	0.5	0.59	1.2
東アジア・太平洋地域	0.19	0.4	0.24	0.5
中南米	0.16	0.3	0.19	0.4
中央・東ヨーロッパ/CIS/ バルト諸国	0.30	0.6	0.20	0.4
先進工業国	0.25	0.5	0.04	0.1
発展途上国	0.25	0.5	0.53	1.1
後発発展途上国	0.38	0.8	1.03	2.1
全世界	0.25	0.5	0.48	1.0

出展：UNICEF State of the World's Children 2003

保健活動は集団全体の過剰の死亡や罹病を減らすこと、予防するものが優先されるが、可能な限り、受入国や地域の保健セクターの責任機関が主導的役割をもつこと、また、どのような状態でも、全救援者/組織の連携が必要である。外部救援はあくまで支援の立場、また、一時的であるべきだが、中央または地方政府が崩壊したり機能不全に陥ったりしている場合には、主導的にならざるを得ないこともある。また、地域の保健セクターや国連機関（UNHCR、WFP、UNICEF、WHO など）との連携、また、救援活動の他分野との連携も重要だが、最近の武力紛争では、軍隊との連携も無視し出来ない事態もある。

スフィアでは、コミュニティレベルでは、住民 500～1000 人に対し 1 ヘルスワーカーを、2000 人に対し訓練を受けた分娩介助者 1 を、家庭訪問員 10 名ごとに 1 指導者を置くこと、また、人口 10,000 人程度の地域の保健施設では、医師 1 名と 2～5 名の保健スタッフその他の勤務者を、また、リフェラル施設は、人口 50,000 名をカバーし、医師 1 を含め有資格保健員 5 名以外に、入院、調剤、検査など約 10 名の勤務員を推奨している。

具体的な活動については以下のようなものである。

5-8-1. 感染症予防対策：一般的な予防対策では、衛生、保健教育が重要である。

緊急時には、生後 6 ヶ月から 15 歳の全員への麻疹予防接種を優先する。麻疹の予防接種率が 90% 以下と判断される場合には、5 歳未満児への集中的な予防接種キャンペーンを施行し、次いで、対象を年長児に広げる。予防接種の際には、ビタミン A 投与を同時に行う。

マラリア¹²、コレラ、赤痢、腸チフス、黄熱、髄膜炎その他の感染症予防は状況に応じて行う。

5-8-2. 感染症治療対策：大規模集団発生への対応は、地域あるいは避難キャンプが一帯となり、緊急的な対策を要するが、通常、WHO などの関与を求めることが多い。

急性疾患では、短期間の対応を徹底するが、HIV/AIDS や結核¹³など、経過が長期にわたるものでは、栄養、衛生その他のプログラムとの連携が重要になる。また、マラリア汚染地区では、早期診断と感受性のある薬剤の提供が必要である。一般的に、経口補水

¹² 殺虫剤付蚊帳の使用が有効だが、住居の構造などから、緊急時の避難キャンプでは、配布および使用が困難なこともある。

¹³ 避難民キャンプでも、DOTS(Directly-Observed Therapy, Short-course、短期直接監視下療法)が推奨される。

塩や静脈用補液、基本的な抗生物質、ワクチン、さらに投与に必要な消耗品などは必須医薬品¹⁴として継続的に補給できるようにする。

通常、多くの感染症は臨床診断が可能のため、検査診断に精力はおかれないが、基本的な治療による効果が限定的な場合、検査が必要になることも想定し、連携をもてる検査室を決めておく必要がある。

5-8-3. HIV/AIDS 対策:世界各地で、一般的におこなわれている HIV/AIDS 対策を継続することに尽きるが、緊急時、男性用コンドームの無料配布と、その使用法の教育を徹底することは、きわめて重要である。また、紛争地付近では、安全な血液補給の徹底が必要だが、困難なことも多い。

不穏地域では、レイプによる感染も稀ではないが、特に居住地から離れた地点での水汲みや燃料収集における女性の保護、HIV 感染者への差別、偏見の解消への炉力も忘れてはならない

5-8-4. 非感染症対策:外傷、リプロダクティブヘルス、精神衛生問題、悪性腫瘍や生活習慣病など、先進国型疾患が含まれる。

5-8-4-1. 外傷:大規模自然災害では、通常、生存者の 90%程度は、72 時間以内に、近隣の住人か地元の救援隊によって救出されている。したがって、自然災害では、初動救援そのものを地元住民が担える体制作りが重要となる。この際、トリアージが必要だが、トリアージ節を参照されたい。

5-8-4-2. リプロダクティブヘルス: 通常、分娩の 15%程度に合併症があり、5%程度の帝王切開を想定する。避難民でのリプロダクティブヘルス(RH)の重要性は認識されているが、実際の対応が等閑にされていることが多い。スフィアでは、緊急時の最小限の RH のニーズ対応に、基礎的な用具と消耗品¹⁵に、実際の活動を組み合わせた MISP (Minimum Initial Service Packate、最低初期活動パッケージ)という考えを想定している。この中には、女性への暴力(Gender-based violence)対策、HIV 感染予防、新生児と妊産婦の過剰の死亡防止、総合的な RH サービスなどが含まれる。

5-8-4-3. メンタルヘルス: 本来の居住地を離れざるを得ない事態、避難、未知の地での生活など、避難民のすべてが精神的にダメージを受けていても不思議はない。ことに最近

¹⁴ 必須薬品 (Essential Medicine)としての補給が重要。

¹⁵ UNFPA(国連人口基金)は、コミュニティ、異なる PHC レベルヘルスセンター、リファレルセンターなどで段階的に使用できる 12 種のサブキットから RH キットを作成している。

の地域紛争は、それまで地域住民として交流があったり、時には親しい隣人であったりしたものが対立し、家族同士が殺しあうこともあって、特に子どもでは、耐え難い苦痛を受けている。PTSD(Post-traumatic Stress Disorder、心的外傷後ストレス障害)を含め、出来るだけ、早期からメンタルヘルス対策を行うが、通常は PHC レベルでの対応を考える。

5-9. 普遍的な基準(Common Standard)

この章は、スフィアでは、人道憲章の次ぎに置かれている。救援計画への避難民の参画、初期(迅速)評価、実際の対応、モニタリング、評価さらに救援者の資質・能力、管理のあり方、について一般的な留意点を述べているが、ここでは概略を示すにとどめる。

参考文献

- 1) UNHCR Home page. <http://www.unhcr.org/home.html>
- 2) UNHCR Handbook for Planning and Implementing- Development Assistance for Refugees (DAR) Programmes. <http://www.unhcr.org/publ/PUBL/44c4875c2.html>
- 3) Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/>
- 4) Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Medecine sans Frontiers http://www.refbooks.msf.org/msf_docs/en/Refugee_Health/RH1.pdf
- 5) US Committee for Refugees and Migrants Home page: <http://www.refugees.org/>
- 6) Perrin, P. War and Public Health。 Handbook on War and Public Health。 ICRC、 Geneva. 1996
- 6) 喜多悦子 厚生省国際医療協力研究班「被災民の保健医療援助に関する研究」報告書 1996
- 7) Leaning, J. Humanitarian Crisis The Medical and Public Health Response. Harvard University Press. Boston. 1999.

保健医療分野の援助機関における優先事業決定に関する特徴

名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学

○ 明石秀親*、川口レオ、木下真里、青山温子

キーワード：保健医療、援助機関、意思決定、基金、Foundation

1. はじめに

各種の援助機関はどのように援助の優先順位を決め、どのように援助政策を決めてきたのかは、時に不透明で、外側からは良くわからない部分も多い。二国間援助の場合、時にそれは政治的・外交的・経済的に国益を重視するものである場合もある。また、国連機関と聞くと、公正中立であると思われるがちであるが、ここは将に政治の場であり、多種多様な利害関係者（国）がいるだけに、現場のニーズが必ずしもその意思決定に反映されるとは限らない可能性がある。一方 NGO は、個人的な繋がりや興味で動く場合も考えられ、援助への依存など開発についての深い考察もなく、また、必ずしも世界全体、国全体を見渡した結果として援助活動を決めていない可能性も否定できない。

今回、我々は、基金と呼ばれる援助機関の意思決定のプロセスを検証し、援助の開発における位置づけを考える中で、日本の援助へ提言を行うことを目的に調査を行った。

2. 方法

①2007年6月－8月に、保健医療分野の代表的な国連機関である UNICEF (国連児童基金)、UNFPA (国連人口基金)、また基金による私的な援助機関である Ford Foundation と Bill & Melinda Gates Foundation (以下、Gates Foundation) について、訪問による Semi-structured interview 調査を実施した。②ウェブサイトおよび資料、文献による調査も合わせて実施した。

3. 結果

(1) UNICEF

重点課題：子供の権利条約を基本に、すべての子供（18歳未満）が持つ権利（保護される権利、健康である権利、教育を受ける権利）が普遍的な倫理原則、そして国際的な行動規範として確立されるようにすること。

組織：本部のほかに、地域事務所、各国事務所があり、各国事務所レベルにかなり権限委譲が行われている。

意思決定過程：最終意思決定機関は、各国代表者からなる Executive Board である。4年ごとに本部が中心となり、各国事務所と協力して中期戦略計画 (MTSP: Mid-term Strategic Plan) を策定し、Executive Board の承認を得る。各国レベルでは、この MTSP を中心に国毎の Multi Indicators Cluster Survey (MICS) や USAID の Demographic Health Survey (DHS) を基に問題点を整理し、各国の事情を考慮して Results Based Planning という手法で先方政府と Logical Framework を策定する。さらに、One UN approach という考え方から、すべての UN 機関と共同で、CCA (Common Country Assessment) や UNDAF (United Nations Development Assistance

*[連絡先]〒466-8550 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町 65 名古屋大学大学院医学系研究科
国際保健医療学. Tel: 052-744-2109, Fax: 052-744-2114, E-mail: akashih@med.nagoya-u.ac.jp

Framework) を基に、CPAP (Country Programme Action Plan) を先方政府と作成する。

(2) UNFPA

重点課題：①人口と開発 (Population and Development)、②リプロダクティブ・ヘルス/ライツ (Reproductive Health/Rights)、③ジェンダーの平等 (Gender Equality)

組織：本部の他に各国事務所がある。

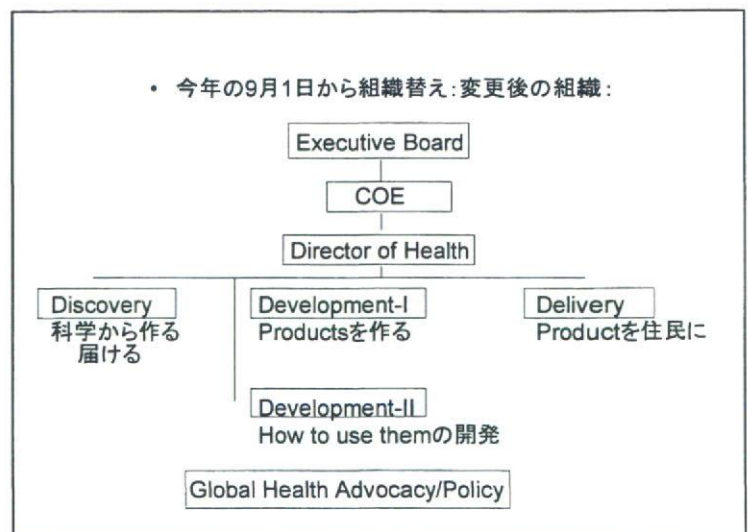
決定過程：最終的な意思決定機関は、各国代表者からなる Executive Board である。WHO などで検討された問題 (例えば、「妊産婦死亡率の減少」とか) を尊重して、Executive Board で優先順位を決める。本部では、Priority Area を設定して Global agenda に反映させたり、あるいは本部の Technical Support Division が予め Program Committee (Deputy level) に提出して承認を受けた Guideline や Tool を作成し、それを基に各国事務所でその国に合った活動を考える。このとき、仮に提示された Guideline や Tool に入っていないなくても、各国事務所はそこでよいと判断したものは活動に入れ込んでも良い。本部では Country Support Group を形成するとともに、世界を 4 つの Regional に分け、その Regional の定例会議に、本部からの Geographical Division (Management に関わる部署) の担当者たちと各国事務所代表者が集まって検討し、Regional な Strategy を作る。その結果を本部に持ち帰って、大きな方針に反映させる。

特徴：情報共有のために Docu Share (Documents Share Software) を使用。①内部文書の共有システム (Intra-net)。世界のどこからでもアクセス可能。②各種報告書、公式文書、Circular、スピーチ、印刷物、マンガや写真などを使った広報物、内部の事務的な文書、など、すべての書類を共有する。③キーワード、単語、国名、年号、などで検索可能。リストが出て、それをクリックするとさらに本文が出てくる。④XEROX 社の Docu-share という基本ソフト (knowledge sharing network application) を基に、UNFPA 用にカスタマイズされている。このカスタマイズ化は、コンサルタント会社と共に行う。⑤各国事務所に、Focal point を置いて、その人たちに対して Training を行った。このソフトでは Documents を放り込む、投入口 (Document depository) を作る必要がある。

(3) Gates Foundation

重要課題：ワクチン開発や薬剤開発の焦点を絞ってきた。しかし、2007年9月から方針転換を行い、これまでものに追加して、開発した薬品やワクチンを「どのように使うか」や「どのように住民に届けるか」といった内容も含めることになった。

組織：昔は、感染症 (HIV/AIDS・結核など) や Reproductive health などと、病気毎の縦割りであった。また、これまで右記のうち Development が中心で、Discovery と Delivery が弱いので、組織変更する (図)。



これによりバランスが取れた動きができる。変更理由は、製品を作るだけでは、世界の保健状況が変わらないと自覚したから。

決定機関と決定過程：最高の決定機関は、私的な機関なので Founder の 3 人 (Gates 夫妻、ウォーレン・バフェット) の会議が最終決定する。この下に CEO がおり、その下の Global Health President と、その下の Discovery、Development-I、Development-II、Delivery、GH Advocacy/Policy の各 Department の長が集まって、Priority や戦略を決める。GH President には Senior Advisor が付くが、この President にはまた GH Advisory Panel がついて、アドバイスを行う。

実際の動きとしては、Gates Foundation が委託する NGO が、製品になりそうなシーズを各大学や製薬会社から探し出してきて、その製品化を支援する、という形をとる。

(4) Ford Foundation、

重要課題：アメリカ国内が 80%、全世界向けが 20% の配分。現在は Health に対する支援は行っていないが、家族計画なども、Population から Human rights にアプローチを変えた。(Health は他のドナーが対象としているので、他がやっていたなかった Human rights にシフトした)



組織：本部に Board があり。他は (右図) 参照。

他に、Field offices (Program offices)：中国やインドのほかは、Region をカバーする。

- ① Latin America：3 箇所 (メキシコシティ、チリのサンチアゴ、リオデジャネイロ)
- ② Africa：3 箇所 (ケニアのナイロビ、カイロ、ヨハネスバーグ)
- ③ Asia：4 箇所 (ニューデリー、ジャカルタ、ベトナムのハノイ、北京、ラオス)
- ④ ほか：モスクワ

これらの事務所も Funding agencies として活動。

パートナーシップは、ソフィア、エルサレムにある。

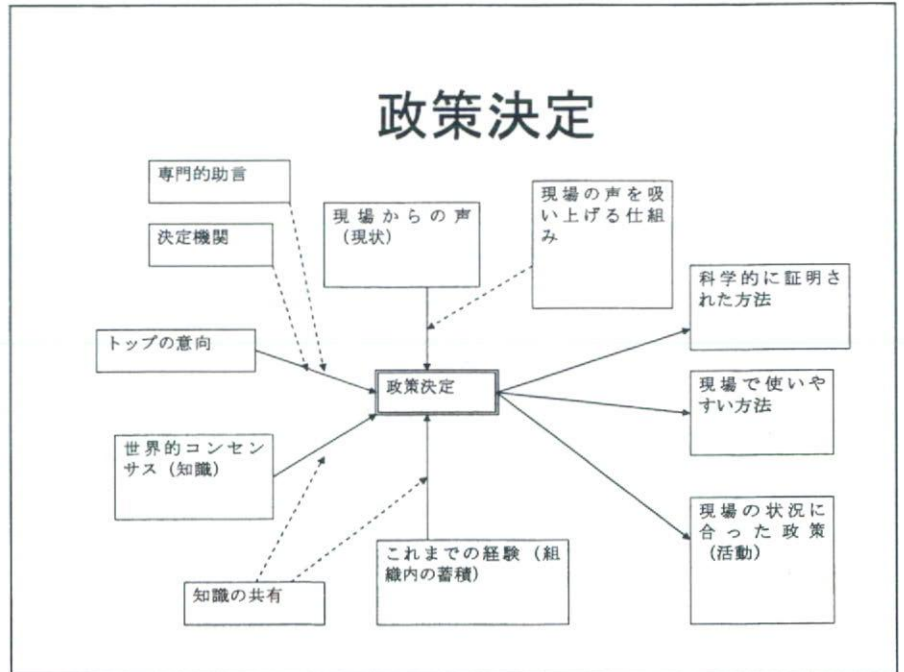
決定過程：① Field Office の長が集まって、話し合って優先順位などを決め、それを本部の Board に諮って、Foundation としての優先順位を決める。② 200,000US\$ 以下は、Program office のイニシアティブに任せられ、それ以上では、Board の承認が必要である。③ 戦略的に予算を配分するために、コンサルタントを使っている。④ 非常に Local にしか影響のないものは Grant の対象とならず、むしろ Regional に影響を及ぼすようなものを対象にしている。⑤ Private sector 中心で、Public sector は対象ではない。

特徴：① Continuous invest で、Long-term な Commitment：短期的に結果を求めず、量的な指標よりも質的な指標で、Modest な達成目標を期待する。② Learning foundation：Grant craft network (www.grantcraft.org) というものを作り、なぜ成功したのか、なぜ失敗したのかを評価して、評価結果は組織内だけでなく広くこのフィールドの関係者に Feedback する。というのは、分野全体が良くなれば良いと考えているからであった。

4. 考察

結果からいくつかの特徴が浮かび上がってきた。

- 各基金はそれぞれ特徴あるアプローチを取りながらも、Gates Foundation も含めて、途上国のシステム強化の重要性を認識し始めている。
- しかしながらこれだけでは不十分で、長期的開発の視点が必要で、Gates がやっと取り組み始めた、「物→システム」というだけではなくて、その先の「意識改革」まで踏み込む必要がある。つまり、これは UNICEF の言うように、研修や施設建設だけでは動かない話で、別のアプローチが必要と思われる。
- このためには政策や戦略決定に、現場の声を吸い上げる仕組みが必要であり、そのために Region 毎に集まって討論しあう制度は日本も利用可能と思われる。
- また、中央で Framework を組織として決定し、地域・各国レベルでは個々の事情にあったプログラムや活動を決定できるように組み合わせているのも参考になる。
- このように、援助政策決定には様々は要因が関係していることが判明した (図)。
- さらに、その評価のためには、Ford Foundation の例からもわかるように、現在、日本でも導入されている「量的な指標」だけでなく、特に、日本の援助のように相手の成長を促すようなアプローチの場合、「質的な評価」方法も考慮する必要があるだろう。
- そのためには、情報の内部共有化と、外部との共有化の二つの視点を持たなければならない。この場合、UNFPA の Docu Share での内部情報の共有のあり方や、Ford Foundation の Grant craft network のような、オープンで、長期的展望に立っての評価のやり方は、興味深い事例である。



5. 結語

保健医療サービス提供のためのシステムの構築・強化に支援するという開発の視点を、援助側が認識し始めたこと、また、そのための援助の意思決定や方法論の構築が開発援助をより効果的に行うために必要であること、などが今回の調査から判明し、日本の援助を考える上で、参考になったと思われる。ただ、今回の調査では援助団体の一部の職員からの聞き取り調査に過ぎず、今後、さらに系統的な調査が必要となろう。

6. 謝辞

本調査は、平成 19 年度厚生労働科学研究費 (研究課題「国際保健医療分野での知識マネジメントに関する研究」主任研究者：青山温子) の助成により実施した。



Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka

Mari Nagai^{a,*}, Sandirasegaram Abraham^b, Miyoko Okamoto^a,
Etsuko Kita^c, Atsuko Aoyama^a

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

^b Deputy Provincial Director of Health Services, Trincomalee, Ministry of Health, Government of Sri Lanka, Sri Lanka

^c The Japanese Red Cross Kyusyu International College of Nursing, Japan

Abstract

Public health problems in armed conflicts have been well documented, however, effective national health policies and international assistance strategies in transition periods from conflict to peace have not been well established. After the long lasted conflicts in Sri Lanka, the Government and the rebel LTTE signed a cease-fire agreement in February 2002. As the peace negotiation has been disrupted since April 2003, a long-term prospect for peace is yet uncertain at present.

The objective of this research is to detect unmet needs in health services in Northern Province in Sri Lanka, and to recommend fair and effective health strategies for post-conflict reconstruction. First, we compared a 20-year trend of health services and health status between the post-conflict Northern Province and other areas not directly affected by conflict in Sri Lanka by analyzing data published by Sri Lankan government and other agencies. Then, we conducted open-ended self-administered questionnaires to health care providers and inhabitants in Northern Province, and key informant interviews in Northern Province and other areas.

The major health problems in Northern Province were high maternal mortality, significant shortage of human resources for health (HRH), and inadequate water and sanitation systems. Poor access to health facilities, lack of basic health knowledge, insufficient health awareness programs for inhabitants, and mental health problems among communities were pointed by the questionnaire respondents. Shortage of HRH and people's negligence for health were perceived as the major obstacles to improving the current health situation in Northern Province. The key informant interviews revealed that Sri Lankan HRH outside Northern Province had only limited information about the health issues in Northern Province.

It is required to develop and allocate HRH strategically for the effective reconstruction of health service systems in Northern Province. The empowerment of inhabitants and communities through health awareness programs and the development of a systematic mental health strategy at the state level are also important. It is necessary to provide with the objective information of gaps in health indicators by region for promoting mutual understanding between Tamil and Sinhalese. International assistance should be provided not only for the post-conflict area but also for other underprivileged areas to avoid unnecessary grievance.

© 2006 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Keywords: Post-conflict; Reconstruction; Health systems; Human resources for health; Sri Lanka

* Corresponding author at: 65 Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya 466-8550, Japan. Tel.: +81 52 744 2113; fax: +81 52 744 2114.

E-mail address: mnagai@med.nagoya-u.ac.jp (M. Nagai).

1. Introduction

Regional conflicts are increasing throughout the world since the end of the Cold War. Public health problems in armed conflicts have been well documented [1,2], and health service strategies during the complex humanitarian emergencies were substantially established [3,4]. However, strategies for effective international assistance in transition periods from conflict to peace have not been well established. While a risk of resumption of conflict is still high, any international assistance in the health sector in this period should contribute to enhance peace-building efforts.

Since 1983, Sri Lanka had been in armed conflicts between the pro-independent militant Tamil group, named “Liberation Tigers of Tamil Eelam (LTTE)” and the Sinhalese dominant Sri Lankan government force. During the conflict, Northern and Eastern Provinces had been the main battlefield. The country has divided into two areas by the changing conflict front lines: the area mainly under the control of LTTE and the area under the control of government. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) reported that over 60,000 people lost their lives, 200,000 had fled abroad and nearly 80,000 were displaced within Sri Lanka [5]. In February 2002, the Government of Sri Lanka and the LTTE finally signed a cease-fire agreement. Although both sides have kept the cease-fire for more than 3 years, the peace negotiation has been disrupted since April 2003, thus a long-term prospect for peace is uncertain at present.

Sri Lanka is famous for its relatively sufficient basic health and educational indicators in comparison with other similar economical-level countries [6]. Even during the prolonged conflict, Sri Lankan people enjoyed the benefits of social services such as health and education. However, the degree of benefits was not equal between Northern and Eastern Provinces where the main inhabitants were Tamil, and other areas where the main inhabitants were Sinhalese [7]. After the cease-fire agreement, international donors have mainly focused their support on the former main battlefield, Northern and Eastern Provinces. This may cause the sense of inequality among Sinhalese, which may cause the stagnation of the peace process.

This paper aims to: (1) review the demographic health information of Northern Province in comparison with those of other areas in Sri Lanka, especially under-

privileged areas not directly affected by the conflict; (2) detect unmet needs among health care providers and inhabitants in Northern Province; and (3) recommend a fair and effective health strategy for post-conflict reconstruction.

2. Methods

Demographic, health and health facility data of pre-conflict, in-conflict and post-conflict periods published by the Sri Lankan government and international agencies were collected and reviewed. Northern Province was selected as a representative of a directly conflict-affected area. This Province includes five districts: Jaffna, Kilinochchi, Mullaitivu, Vavuniya and Mannar. Kilinochchi district was administratively separated from Jaffna district in 1983, and its health data was bracketed into Jaffna district until 1991. Data of the national average and Badulla district in Uva Province was also collected for objective comparison. Badulla district was recognized as an underprivileged district by Sri Lankan people, although it was not a battlefield during the conflict.

Open-ended, self-administered questionnaires were administered among health care providers and inhabitants in Northern Province in October 2004 to detect unmet needs. We used purposeful sampling method, in which inhabitants and health care providers were selected to be representative of the variety of circumstances among those exposed to the conflicts. The main inclusion criteria of respondents were those living in or working for: (1) longstanding Tamil communities mostly controlled by LTTE during conflict; (2) the government-run “Welfare Centers” where registered internally displaced persons (IDPs) live; or (3) relocation/resettlement sites where former IDPs live.

The five-paged questionnaire was dispensed through the Sri Lankan government health sectors in Northern Province as well as several non-governmental organizations (NGOs) active in the health field in Northern Province. These organizations were instructed to deliver the questionnaires to health care providers and inhabitants who fulfill criteria mentioned above. A total of 71 questionnaires, 35 health care providers and 36 inhabitants, out of 120 disseminated (59%) were returned.

Among the 35 health care providers, 15 were qualified public health midwives, 19 were medical staff and/or health volunteers of NGOs who complement the roles of public health midwife, and one was a physician. One was male and the rest were females. Six respondents were Sinhalese and the rest were Tamil. Sixteen respondents worked for governmental health facilities located in longstanding Tamil communities, and the rest worked for the “Welfare Centers” and/or relocation/resettlement sites. As for 36 inhabitants, all were Tamil and 33 of them were female. Twenty-three of them were the inhabitant in the longstanding Tamil communities. The rest of them lived in “Welfare Centers” as registered IDPs or in relocation/resettlement sites as former IDPs.

All subjects were administered a written, Tamil or Sinhalese language questionnaire according to their mother language and given unlimited time to complete it. Four illiterate inhabitants were individually interviewed following the same questionnaire in private settings. The questionnaire, originally written in English, was translated into Tamil or Sinhalese then subsequently re-translated into English by another person to verify. Written informed consents were obtained from all participants. Subjects did not receive any compensation. All data was kept anonymous. Completed questionnaires were collected from participants in person, translated into English, coded, and analyzed. More than one response was coded per subject when applicable. Duplicated answers by the same respondent were coded only once. Blank, off-subject and illegible answers were coded as missing. Data was analyzed using Excel 2002 for Windows.

Information from the demographic health data and the questionnaire was supplemented with key informant interviews to the officials of the Sri Lankan government health sector, as well as international agencies, bilateral aid agencies and several NGOs active in the health field in Northern Province and other areas in Sri Lanka. Health facilities, such as district and rural hospitals, central dispensaries and maternity homes, as well as schools, “Welfare Centers” for IDPs and resettled residents throughout Northern Province, Badulla district and the capital territory, were visited by authors to observe the situation for validation of the data.

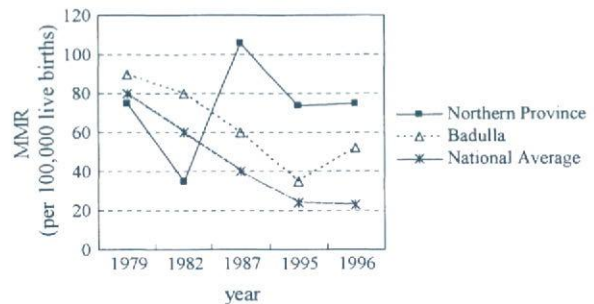


Fig. 1. Maternal mortality ratio, by district, Sri Lanka, 1979–1996. Sources: Department of Health Services Sri Lanka, Annual Health Bulletin, 2001. Deputy Provincial Director of Health Services Jaffna, Annual District Health Plan 2005, 2004. Deputy Provincial Director of Health Services Kilinochchi, Provincial database for Provincial Health Profile, 2004. Ministry of Health Sri Lanka, Annual Health Bulletin, 1981, 1986, 1991, 1996. Statistics Branch, Kachcheri, Mullaitivu, Statistical Hand Book, 2004. Office of the DPDHS Vavuniya, Statistical Handbook & Health Sector Development Plan, 2004.

3. Results

3.1. Comparison of a 20-year trend of health services and health status between Northern Province and other areas

The trend of maternal mortality ratio (MMR) is shown in Fig. 1 as an indicator of the health status in a region. The national average MMR reduced from 80 to 20 in the past 20 years. The data from Badulla district followed the same trend. However, the MMR in Northern Province increased during the conflict, in spite of the fact that it was lower than that of the national average or Badulla district before the conflict. The MMR in the year 2003 were available only in Jaffna district and Kilinochchi district, which were 50 and 136, respectively [8,9]. In general, most deliveries in Sri Lanka are taken place in health facilities [10].

The significant shortage of human resources for health (HRH) is detected as the specific problem in Northern Province. Fig. 2 shows the number of physicians per population. That number has increased dramatically throughout the whole country since 1991. The increasing rate of physicians per population in Badulla district traces that of the national average, though the number of physicians per population was always lower than that of the national average. On the other hand, the physicians per population in Northern