

が『ここで死にたい』と思っていることなのだ。だから、この診療所の役割は医療ばかりでなく『看取り』も『社会福祉』も『介護』も、何でもある』との濱砂先生の言葉を、学生とともに看護の限りない可能性としてうかがった。

### まとめにかえて

医療とは何か？ 病気を治すため、あるいは病人を治すための技術とか学問……国際保健を経験しない前には、そう答えたであろう。そして、看護とは何か？ と問われたら、答えられなかっただろう。二〇年以上、たくさんの途上国に関与させていただいた今、看護とは何か？ と問われたら、躊躇することなく答えるであろう。「病める人を癒し、地域の人々を生かし、活かす scientific 仕事 (科学的アーツ) である」と。

### 喜多 悦子 (きた えつこ)

兵庫県出身、奈良県立医科大学卒、同大学院中退。小児科・血液学/腫瘍検査医学の腫瘍・研究・教育に従事した後、一九八〇年代後半から国際保健分野に転向。国立国際医療センターにてわが国のODAに関与、その間 UNICEF、WHOにも出向、多くの紛争地の保健計画策定にかかわった。二〇〇一年から、日本赤十字九州国際看護大学教授、二〇〇五年より学長。ジョンス・ホプキンス大学公衆衛生大学院上級研究員。

ケアを受ける者とそれを提供する者の関係は、開発における援助を要する国とそれを提供する国の関係であるとし、最近、国際保健の一大理念であるプライマリーヘルスケアの考えを、わが国の地域の保健サービスに応用することに情熱を燃やしている。

### 注

- (1) 開発途上国 (Developing Country) とは、先進国 (Developed Country) に対する相対的分類で、経済発展や社会開発の程度が遅れている国々をさす。通常、パリに本拠を置く経済協力開発機構 (Organization for Economic Cooperation and Development: OECD。金持ちクラブとも揶揄されるが、先進国三〇か国とEUが属する) の下部組織 開発援助委員会による「援助受取国/地域リスト」に記載されている国/地域。
- (2) Gender は sex (生物学的性別) に対して、「社会的 (文化的) に形成された性別」とか、「社会的な性のありよう (この方がより適切ともされる)」。社会的「性差」といわれることもあったが、本来、差別や否定的意味合いを持たない言葉。ここでは、一般的に言われる男女区別も含めて使用する。
- (3) 当時の工業都市ボルチモアの悲惨な衛生状態から、広く人々の居住地の衛生 (公衆衛生: public health) を担当できる専門職を育てる施設としてジョンス・ホプキンス大学に世界初の School of Public Health (公衆衛生大学院) 開設を目指した William Henry Welch (ウィリアム・ヘンリー・ウェルチ) が、一八八六年にボルチモア市の慈善協会で講演した時の言葉。
- (4) PHCとは、一九七七年WHO総会決議の「すべての人に健康を (Health For All by the Year 2000, HFA 2000)」実践のため、一九七八年、旧ソビエトカザクスタンアルマ・アタ (現アルマアタ) の会議で合意された具体的戦略である。その第六条には、PHCは「実践的かつ科学的で、社会に受容される手段と技術に基づく必須のヘルスケアで、自動と自己決定の精神に基づき、それぞれの地域や国家がその開発程度に応じてまかなえる経費の範囲で、すべての地域社会の個人と家族の全面的参加と享受が可能なもの」とある。重要なことは、さらにPHCは、国家の保健システムと個人家族および地域社会の最初の遭遇点として、人々の生活や就労場所になるべく近く、しかも国家の保健システムの中心かつ主要部分として、保健システムだけでなく、地域社会全体の社会経済開発の一部」としていることである。
- (5) 元々は、林業の衰退などから、大野晃高知名誉教授が、一九九一年に提唱した概念。過疎と高齢化の進行した集落では、その自治、道路などの生活インフラの管理、冠婚葬祭など共同体機能が急速に衰え、やがて消滅に向かうとされ、共同体として尊厳するための「限界」として表現される。

# 難民保健から避難民援助へ

上村朋子<sup>1</sup>、喜多悦子<sup>2</sup>

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<sup>1</sup>。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、GPS<sup>2</sup>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<sup>3</sup>である。

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 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。

<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>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。

<sup>4</sup> 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。

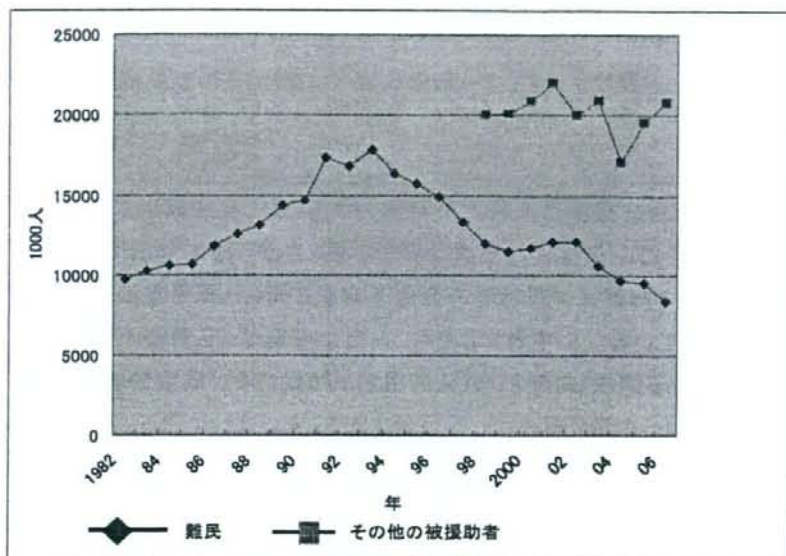


図1 UNHRの救援者数

#### 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。スフィアがいう人道憲章(Humanitarian Charter)は、いわゆる国際人道法<sup>5</sup>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

<sup>5</sup> 「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<sup>6</sup>、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)<sup>7</sup>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 2,100Kcal<sup>8</sup>、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。

<sup>6</sup> 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。

<sup>7</sup> 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。

<sup>8</sup> 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<sup>9</sup>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に計画が必要であり、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、救援のための調達や、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 m<sup>2</sup>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。

<sup>9</sup> 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<sup>10</sup>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<sup>11</sup>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

<sup>10</sup> 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。

<sup>11</sup> 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/ ハルト諸国	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助産者 1 名を、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、リファラル施設は、人口 50,000 名をカバーし、医師 1 名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<sup>12</sup>、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<sup>13</sup>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

<sup>12</sup> 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。

<sup>13</sup> 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<sup>14</sup>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ませんが、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、近隣の住人や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<sup>15</sup>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

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

<sup>15</sup> 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](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.



Public health policies and health services

Atsuko Aoyama, MD, PhD  
Department of International Health  
Nagoya University School of Medicine

**1 Overview**

This chapter aims to describe Japanese experience in making public health policies and providing with health services during the economic and social development, and to draw lessons that may be applicable to other developing countries. First, Japanese history of public health and medical services is briefly overviewed to help understand background concepts and views toward health services in Japan. Second, as an example of Japanese experience in the process of social and economic development, maternal health care and family planning policies and services in 19th and 20th centuries are reviewed. Third, the development of universal coverage of health insurance and new challenges caused by demographic and economic changes are examined. Finally, lessons from Japanese experience are discussed, so that the experience could contribute to improve health policies and services in developing countries.

**2 Historical review**

**2.1 Before modernization**

During ancient and medieval eras in Japan, medical services were mainly composed of Chinese herbal medicine, originally brought by the Buddhism monks and scholars, and various kinds of spiritual prayers. In those days, medical service provision was one of the important tools of reigning people, as well as a charitable activity based on Buddhism belief.

The first government's attempt to establish a health service institution for the general public was probably the Seyaku-in in 730, which provided the poor with herbal medicines. The government in eighth century also defined a legal framework and job descriptions of health service providers, such as physicians and midwives.

Medical skills of Europe were brought in Japan by Christian missionaries in 16th century. During 17th and 18th centuries, the feudal government banned

Christianity and isolated the country from all foreign countries except minimum contacts with the Netherlands and China. However, quite a few Japanese physicians were eager to learn European medical knowledge and skills. A landmark achievement was *Kaitai-shinsho*, published in 1774, which was an anatomy book translated into Japanese from Dutch by a group of Japanese physicians lead by Sugita Genpaku. The physicians who learned European medical sciences tried to introduce a scientific approach in medical services.

In 1823, Philipp Franz von Siebold, a German physician served for the Dutch Consular in Nagasaki, arrived in Japan. He opened a school called *Narutaki-juku*, and taught European medical and biological sciences, as well as clinical skills, to well-motivated Japanese students.

However, most people could not afford to consult any physicians during the feudal era in Japan. It was an urgent need for the government to provide the poor with medical services to mitigate frustration of the people and to prevent anti-government uprisings. The government established a clinic to serve the poor, *Koishikawa Ryoyo-sho*, in 1722 within a medical herb garden complex in Edo, or current Tokyo, which is the current *Koishikawa botanical garden* of Tokyo University.

A first large scale public health intervention in Japan was small pox immunization campaign. The immunization technique was brought in Japan at first in 1744 by a Chinese and then in 1848 by Dutch physicians. Following the advice of Japanese physicians who learned Dutch medicine, the government established *Shuto-sho*, or a small pox immunization facility. Then, small pox immunization activities were extended throughout the country, including the northern island Ezo, or current Hokkaido, thanks to the efforts of a group of devoted physicians.

## 2.2 After Meiji restoration

Established in 1868, the Meiji imperial government tried hard to catch up the industrialized countries in Europe and the United States in terms of economic and military capabilities. The major objective of the government was to defend the countries from invasion of the advanced countries by building up a rich industrialized country and a strong military force. It was an urgent task for the government to improve health and education of the people to increase productive laborers and strong soldiers. Particularly, controlling infectious diseases such as tuberculosis and improving maternal and child health were important policy objectives.

It was also urgent to bring in European and American science and technology. The government invited European scholars to teach Japanese academics and

students in imperial universities and public schools. The salaries of the foreign scholars were sometimes as high as those of high-ranking government officials and prefecture governors. For example, Aichi prefecture authority invited Leonor Michaelis as Professor of Biochemistry of Nagoya University School of Medicine between 1922 and 1926, offering a very high salary. Michaelis, then 47 years old, was a German biochemist and physician who had been already famous for Michaelis-Menten hypothesis of the mechanism of enzyme-catalyzed reactions. During his tenure in Nagoya University, he established Department of Biochemistry, and trained many Japanese scholars and physicians.

The government also sent capable young officials and students to European countries such as Germany and the United Kingdom to learn medicine, science, law, and so on. They returned to Japan after several years, and worked for the government to develop their specialties in Japan. For example, Mori Rintaro (Ogai), an Army physician and a novelist, was sent to Germany from 1884 to 1888 and later became the head of the Army Medical Services. Takaki Kanehiro, a Navy physician and the founder of Jiikei Medical School, was sent to the United Kingdom from 1875 to 1880 and later became the head of the Naval Medical Services.

The concept of public health and hygiene was developed by Nagayo Sensai and Goto Shinpei. Nagayo, a physician who learned Dutch medicine, was sent to Europe as a member of the government study team lead by Iwakura Tomomi between 1871 and 1873. He came back to Japan to be the director general of medical services. He introduced the concepts of public health and hygiene, and developed public health policies and legal frameworks of medical services. Goto, a prominent statesman, was originally a physician and was the director of Aichi Hospital, or current Nagoya University Hospital. After studying in Germany between 1890 and 1892, then 35 year old Goto was appointed by Nagayo to be the director general of hygiene of the Ministry of Interior.

Lacking specific technical knowledge of public health and medicine, the Ministry of Interior and local police offices could not manage the growing demands of public health services. Thus, Ministry of Health and Welfare was established in 1938, integrating functions of public health and hygiene, quarantine, infectious disease control, food safety control, pharmaceuticals, social insurance and welfare in the Ministry of Interior and other bureaus.

There were about 5,200 physicians who learned European medicine and about 23,000 physicians who learned traditional herbal medicine in 1874. Since the estimated total population of Japan then was about 35 million, there were about 80 physicians per 100,000 population. However, their qualification and capability were varied and hardly any physicians were available in rural areas.

Thus, the government established qualification and licensing mechanisms of physicians, called I-sei, in 1874. Medical schools were established in most prefectures by 1877 as affiliations of public hospitals.

### 2.3 Post World War II

Following the end of the World War II, Japan was occupied and administered by the general headquarters (GHQ) of allied forces lead by the United States Army. Colonel Crawford F. Sams was responsible for rehabilitating and rebuilding public health and medical services in the occupied Japan between 1945 and 1951.

Sams gave orders to his Japanese counterparts in the Ministry of Health and Welfare to control infectious diseases through various measures such as improving sanitation and hygiene, spraying DDT, and immunizing children. He also tried to improve nutrition of children by introducing school feeding programs. Sams brought a scientific and evidence-based approach in Japanese public health and medical services. His team established model public health centers for installing the concepts of epidemiology, public health and hygiene among health policy makers and administrators, as well as providing people with basic health services by public health nurses.

Japanese economy had taken off since mid 1950s. Prevalence of infectious diseases dramatically fell down, because of various public health measures, as well as improvement of living conditions along with economic development. In mid 1950s, there were about 90,000 physicians, or about 100 physicians per 100,000 population, and about 500,000 hospital beds. By the end of 1990s, physicians increased to over 200,000, or about 170 physicians per 100,000 population, and hospital beds reached over 1.6 million. Universal coverage of health insurance was achieved in 1961, thus, affordable health services were guaranteed to all Japanese.

Along with economic development and life style changes, non-communicable diseases, such as cardiac diseases and cancers, increased. Although the major causes of deaths had been tuberculosis and pneumonia, strokes, cancers, and cardiac diseases took over the top killers position in mid 1950s. Life expectancy of Japanese people also dramatically extended: life expectancy at birth was 50 years for male and 53 years for female in 1947, and it reached 76 years for male and 81 years for female in 1987.

Rapid industrialization between 1950s and 60s resulted environmental pollution, which caused serious health problems among local residents. For example, air pollution by sulfur dioxide caused asthma in Yokkaichi, water contamination with methyl mercury caused neurological disorders in Minamata