

Build Back Better (ビルド・バック・ベター) とは、自然災害をグローバルな視点から捉え直し、環境に配慮し、社会の回復力 (resilience) を促し、災害を軽減する対策を盛り込み、持続可能なコミュニティを再生する試みである。産業や経済の復興を目指しつつ、住民の生活の質 (quality of life) や社会的弱者への公平性を配慮し、住民が主体的に参画する過程を重視している。スマトラ島沖地震およびインド洋津波支援における国連事務総長特使のクリントン元アメリカ大統領は、災害前にすでに存在していた社会の脆弱性や不公平さに慎重に対処しながら、被災地に外部から駆けつけた支援者とともに、新しい社会を創造していくことの意義を強調した。

災害後には心的外傷後ストレス障害 posttraumatic stress (PTSD) が大きな課題である。一方、最近では、トラウマ後の成長 posttraumatic growth (PTG) という概念が提唱され、大規模災害のようなトラウマを引き起こす出来事を経験した人が、その後に示すポジティブな変化が注目されている。自然災害の被災者を対象とした研究では、災害後、被災者間で協力して状況に対処していくなかで、新たな人間関係を築き、他者を思いやる気持ちが強まったという報告がみられる。また、自分の経験した苦悩と悲嘆をバネに、生活を再構築していく過程であらたな進路を見出し、意欲的に取り組む姿もみられる。単なる回復力にとどまらず、被災した人々も成長していくという研究成果は、私たちに将来への希望の灯をともしてくれる。

自然災害が個人や社会に与えるすさまじい衝撃と甚大な被害と同時に、それに毅然と立ち向かうことのできる人間の強さにも信頼を寄せて、災害後の社会の支援や復興に取り組む必要があるろう。

B 人道緊急支援の国際的な基準づくり

I 変貌する人道緊急支援

従来から、国連難民高等弁務官事務所 United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) などの国際機関や、国際赤十字・赤新月社、国境なき医師団などが、団体内の活動マニュアルやガイドラインを出版物として公表してきた。1990年代以降、自然災害や紛争に対する緊急支援は、人道主義の視点からグローバルな課題とみなされ、国際的な基準づくりへの取り組みが活発になった。

難民および紛争や自然災害により定住地を離れることを余儀なくされた人々に対する支援は大きく変貌しつつある。21世紀の緊急人道支援の最大の特徴は、コンピュータと機動力を利用した大量かつ迅速なロジスティクス (もとは軍事用語で「兵站」を意味する) である。緊急時には、食料、水、テント、衣料品、医薬品などの大量の物資が被災地に輸

送される。ときには、機動力のある軍が NGO の支援物資の輸送をすることもある。次に、国際機関や NGO と現地政府による協力体制の確立であり、災害支援の現場では国連や NGO などが役割分担して支援する多国籍チームと呼べる状況が生じている。

もう1つの特徴は、プロフェッショナルな緊急支援活動が求められるようになったことである。たとえば、医療分野では、緊急支援時に高度な医療レベルが求められるようになった。医師と看護師が医薬品と簡単な診察器具を持って避難キャンプに駆けつけるといった素朴な支援が皆無になったわけではない。しかし、国際 NGO や各国からの医療団が、避難地に大量の医薬品や医療装置を持ちこみ、開腹手術などが行われることも珍しくない。大規模で高度な支援を提供することが、国にとっては国威発揚の機会であり、国際 NGO にとっては広報の恰好の場となっている。

2 行動規範と人間の安全保障

国際機関や NGO が迅速で大規模な活動を実施するようになったことで、被災した人々の生命は守られ、生活の質は向上したのだろうか。また、被災者の悲惨さを訴える報道や NGO 活動がメディアを通じて世界中の人々に発信され、世界各地から支援物資が届けられることが、本当に人々の生活を支援することにつながっているのだろうか。

国際赤十字・赤新月社では、人道的責務を最優先するという行動規範(表4-1)を作成し、受益者の人種や信条、国籍などによる差別のない支援活動を目指している。しかし、緊急人道支援の現場では、理念を謳うことと実際のフィールドで実践することのギャップは非常に大きい。たとえば、ニーズに基づいて援助の優先順位を決定するときに、実際に被災した市民すべての意見を取り入れることは非常に難しい。また、迅速な判断が求められる

表4-1 災害救援における国際赤十字・赤新月運動と NGO のための行動規範

- ① 人道的責務を最優先する
- ② 受益者の人種、信条、あるいは国籍に関わりなく、どのような差別もなく援助を行う。援助の優先順位はニーズに基づいてのみ決定される
- ③ 特定の政治的あるいは宗教的立場を強化するために援助を使用しない
- ④ 政府の外交政策の道具として行動しないよう努力する
- ⑤ 文化や慣習を尊重する
- ⑥ 地元の能力を活かした災害救援をするよう心がける
- ⑦ 救援活動の運営には事業の受益者を参画させる方法を見つける
- ⑧ 救援活動は、基本的なニーズを満たすと同時に将来の災害に対する脆弱性を低減させるために努力しなければならない
- ⑨ われわれは、われわれが援助しようとする人々やわれわれに資源を提供する人々の両方に対して常に説明責任を持つ
- ⑩ 情報、広報、広告活動において、われわれは被災者を望みのないものではなく、尊厳のある人間として認識する

(日本赤十字社監訳：国際赤十字・赤新月社連盟 世界災害報告 1997 年版。
144. オックスフォード大学出版会、1997.)

緊急支援時において、「文化や慣習を尊重する」、「地元の能力を活かした災害救援」を実現するのは容易ではない。今後は、この行動規範が理念だけにとどまらず、1つずつの項目が実践上の体験と現場の知恵に裏づけされ検証する作業が必要となる。

1990年代に、緊急・復興・開発モデル (emergency relief - rehabilitation - development) が大きな潮流となった。国際的な人道緊急援助が平和構築や開発援助につながっていないというルワンダ内戦時の人道支援に対する反省に基づき、緊急支援と開発支援の切れ目のない支援が大きな課題となった。しかし、現実には、復興過程のなかで緊急事態が再発することもあり、緊急から復興、復興から開発へという直線的な段階を踏むことは少ない。また、緊急から復興、復興から開発への移行には数年以上の長期的な取り組みが必要であり、多くの援助機関の援助スキームの時間に収まりきらないという問題も指摘されている。

近年、人間の安全保障 (human security) という概念が国際社会で注目されるようになった。2003年に緒方貞子とアマルティア・センを共同議長とする人間の安全保障委員会は、「安全保障の今日的課題」をコフィ・アナン国連事務総長に提出した。この報告書のなかで、人間の安全保障とは、個人とコミュニティの恐怖からの自由、欠乏からの自由、尊厳を持って生きる自由を保障することであると明確に定義付けられた。戦争や紛争だけでなく、家庭内を含めたすべての暴力に対する恐怖から解放され、貧困や病気などの生活の不安からも解放され、尊厳を持って生きることの重要性を指摘している。そして、外からの支援に依存するのではなく、いま直面している脅威や、将来直面する脅威に対して、個人やコミュニティが自ら立ち向かっていく力を高めること、すなわちエンパワメントを重視している。緊急から復興・開発への道程のなかで、人々が自分たちの力で課題を解決していけるような長期的な展望を持った支援が求められている。

まさに、東日本大震災の復興過程で求められているのは、「人間の安全保障」の発想である。国際協力のなかで日本が培ってきた概念を国内でも応用する必要がある。

3 人道支援の質の向上を目指して

1990年代のアフリカ中部のルワンダ内戦における人道支援の失敗が大きな契機となって、緊急人道支援に関する種々の国際的な組織が設立された。

1997年には、国際赤十字・赤新月社や国際NGOが中心になって、スフィア・プロジェクト (sphere project) をスタートさせ、「人道憲章と災害援助に関する最低基準 (ミニマム・スタンダード)」を生み出した。最初の最低基準は1998年に出版され、2004年には第2版、2011年に第3版を出版した。国際機関、NGO、研究者などが集まり、1,000人以上の世界中の関係者によるパブリック・レビューを受けながら、人道憲章と災害援助に関する基準を作成するという方式をとっている。現在では、このスフィア・プロジェクトの基準は、紛争や難民支援および自然災害に対する支援において、世界的に共通の最低基準になっている。

また、1997年には、国際NGOだけでなく国連機関や先進国の援助機関も参加し、ALNAP (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action) というネットワーク組織が設立された。正会員には、国際NGO、国際赤十字・赤新月社、WHOやUNICEFなどの国連機関、国際協力機構(JICA)などの先進国の援助機関、大学や研究機関などのアカデミックも正会員に加わっている(日本からは、大阪大学大学院人間科学研究科が登録されている)。実務と研究の両面から人道支援活動を捉えることを目指し、活動の評価や研修に力を入れている。

2003年には、欧州のNGOや政府援助機関が中心になり、HAP-I (humanitarian accountability partnership-international) が設立された。人道支援の説明責任を広く捉え、人道支援の受け手である受益者自身が支援プログラムの計画立案、実施、評価にかかわることのできる仕組みづくりを目指した国際基準を作成している。

C 保健医療に関する最低限の基準

スフィア・プロジェクトの「人道憲章と災害援助に関する最低基準(2011年版)」をもとに、説明を加えていく。

1 安全な水の供給と衛生環境

緊急時においては、いわゆる狭義の医療以前の問題として、飲料水と栄養の適切な供給が非常に重要である。災害時には、避難所や避難キャンプで多数の被災者が集団生活を余儀なくされている。そのため、医療以前に、住居の確保、食料、水、トイレ、ゴミの廃棄といった衛生や環境問題を解決することが緊急かつ重要な課題である。また、被災者集団が大きいたときには、これらの生存に必要な最低限の物資の輸送さえ困難になることも多い。

気候や社会的状況により、水の必要最低量は異なるが、一般的には1人あたり1日7.5～15Lの水を供給する必要がある。飲料水だけでなく、手洗いや調理用の水の確保も欠

表4-2 生きていくために最低限必要な水分量

項目	必要な水の量 (L/日)	備考
生存に必要な水分摂取量 (飲料水と食事)	2.5～3	気候や個人的な生理状況により異なる
基本的な衛生行動	2～6	社会的・文化的規範により異なる
調理に必要な水	3～6	社会的・文化的規範や料理方法により異なる
合計	7.5～15	

(The Sphere Project: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 98, 2011.
より一部改変)

表4-3 施設における最低限の水供給と衛生環境

施設	最低限必要な水供給量
診療所・病院	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者1人あたり5Lの水（/日） ・入院患者1人あたり40～60Lの水（/日） ・洗濯設備が必要
学校	<ul style="list-style-type: none"> ・児童・生徒1人あたり3Lの水（/日）（飲用と手洗いのため）
一次避難所	<ul style="list-style-type: none"> ・1人あたり15Lの水（/日）（宿泊する場合）
公衆トイレ	<ul style="list-style-type: none"> ・使用者1人あたり1～2Lの水（/日）（手洗いのため） ・1つのトイレあたり2～8Lの水（/日）（トイレ掃除のため）

（The Sphere Project: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 129, 2011. より一部改変）

かせない（表4-2）。診療所や病院は多くの水を使用する施設であり、外来患者数や入院患者数により、最低限必要となる水供給量を考慮する必要がある（表4-3）。

災害時の衛生環境の整備において、トイレは非常に重要な課題である。避難所では50人に1つのトイレが必要である。診療所・病院では、外来患者20人につき1つのトイレ、入院患者10人につき1つのトイレが必要となる。学校においては、女子は男子の2倍のトイレ数を準備しておく必要がある（表4-4）。

1999年に、マケドニア共和国の国境近くのコソボ難民キャンプでは、大量の難民流出からわずか1週間の時点で、食料の配給やペットボトルによる飲料水の配給が迅速に行われていた。ただ、それだけでは1万人を超える難民に、最低基準を満たすだけの生活用水を供給できない。そのために、環境工学の専門家集団が支援に訪れ、近くの川を水源にした簡易水道工事を行い、難民キャンプに水道を敷設した。水栓をひねると簡単に水が入手できるので、難民キャンプ内では洗濯や炊事が可能であった。また、それらの生活排水を処理するためのタンクを完備しており、浄化した水は再び川に戻すシステムができあがっていた。

日本では、1995年の阪神・淡路大震災後の多くの避難所では、被災後2週間を経過し

表4-4 公共施設などでの最低限のトイレの数

施設	短期間の場合の トイレ必要数	長期間にわたる場合の トイレ必要数
診療所・病院	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者50人に1つ ・20床に1つ 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者20人に1つ ・10床に1つ
学校	<ul style="list-style-type: none"> ・男子60人に1つ ・女子30人に1つ 	<ul style="list-style-type: none"> ・男子60人に1つ ・女子30人に1つ
一次避難所	<ul style="list-style-type: none"> ・50人に1つ ・（女性用3：男性用1）の割合にすること 	
一般の事務所		<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者50人に1つ ・20床に1つ

（The Sphere Project: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 130, 2011. より一部改変）

でも、トイレは悪臭が漂い、十分な生活用水も供給されていなかった。東日本大震災においても、飲料水の供給とトイレについて状況は改善していなかった。長期間にわたり、飲料水や生活用水の不足に悩む地域は少なくなかった。

2 食料の確保と栄養

災害後の食料の確保と栄養に関して、最も重要なことは、迅速なアセスメントを実施することである。避難所か自宅か、高齢者や乳幼児という年齢、男性か女性かといった属性に応じて、食料がどのくらい不足しているかを調査する必要がある。また、市町村ごとではなく、より小さな地区ごとに食料の確保の状況を明らかにすることも重要である。栄養学的には、1人あたり1日2,100kcalが必要とされている（日本人のエネルギー所要量は、年齢、性別、生活活動強度により、細かく設定されている）。また、総エネルギー量の10%はタンパク質から摂取することが望ましい。災害時における微量栄養素の不足にも関心を払う必要があり、ビタミンや鉄、亜鉛、ヨードなどの所要量が設定されている（表4-5）。特に乳幼児には体重と身長を測定を行い、年齢別体重、年齢別身長、身長別体重により栄養評価を行う。栄養失調の乳幼児に対しては特別な補助栄養食や給食を提供する必要がある。

阪神・淡路大震災においては、行政からの配給は白米の弁当やおにぎりなど糖質に大きく偏っており、タンパク質やビタミンの不足が指摘されていた。また、乳幼児の離乳食や高齢者のためのやわらかい食べ物という配慮はまったくなく、炊き出しボランティアの活動によりかろうじてスープや汁物が補給されている状況であった。東日本大震災においても、状況の改善はみられなかった。震災後2ヵ月以上経過しても、おにぎりやパンが中心の避難所は少なくなかった。予算上の困難さも指摘されていた。宮城県内の避難所での1

表4-5 被災者に対する1人あたり栄養所要量

栄養素	最低限の必要量/単位	栄養素	最低限の必要量/単位
エネルギー	2,100 kcal	ビタミン B12	2.2 µg
タンパク質	53 g	葉酸	363 µg DFE
脂肪	40 g	パントテン酸	4.6 mg
ビタミン A	550 µg RAE	ビタミン C	41.6 mg
ビタミン D	6.1 µg	鉄	32 mg
ビタミン E	8 mg alpha-TE	ヨード	138 µg
ビタミン K	48.2 µg	亜鉛	12.4 mg
ビタミン B1	1.1 mg	銅	1.1 mg
ビタミン B2	1.1 mg	セレン（セレンウム）	27.6 µg
ビタミン B3	13.8 mg NE	カルシウム	989 mg
ビタミン B6	1.2 mg	マグネシウム	201 mg

Alpha-TE：α-トコフェロール等価物、RAE：レチノール活性等価等、DFE：食に含まれる葉酸等価物
 (The Sphere Project: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 227-228, 2011.)

日の食事単価は1,010円であり、阪神・淡路大震災の特別基準の1,200円を下回っていた。宮城県では2011年4月に避難所住民の栄養状況調査を266カ所の避難所で実施した。平均エネルギー量は1,600kcalを下回り、避難所の90%以上でビタミン類が不足し、80%以上でタンパク質が不足し、ほとんどの避難所でアレルギーや離乳食など食事内容への配慮に欠けているという実態が明らかとなった。この調査結果を受け、具体的な改善対策を実施したところ、2011年6月の調査では、大幅な改善をみた。このように、迅速調査の結果を受け、具体的な改善を行っていくことが求められている。

3 感染症対策

被災地では、死亡者や救急患者で混乱している災害直後から、感染症との闘いが始まっている。緊急期の難民キャンプにおいては、すべての死亡のうち半数以上は感染症に起因するといわれ、感染症による被害は非常に大きい。世界的には、主な感染症として下痢症、急性呼吸器感染症、麻疹、マラリアが挙げられ、これらは被災地における4大死因といわれている。

特に、避難直後には、衛生環境の悪化や過密状態のために、種々の感染症の危険性が増加することが知られている。下痢症の予防のためには、安全な飲料水と食物の確保、環境衛生の整備が必要となる。トイレやゴミの処理も必要であるが、炊事や洗濯などに使用する生活用水の排水設備にも留意する必要がある。下痢症治療の原則は、起因菌のいかに問わず経口補液療法である。かぜ、肺炎、インフルエンザなどの呼吸器感染症も重要である。避難所は人口が密集し、換気の悪さ、毛布や衣服の不足のために呼吸器感染症に罹患する機会は非常に多い。麻疹は集団生活のなかで流行しやすく、ひとたび流行すれば多くの乳幼児の生命に関わる疾患である。それまで散在して暮らしていた人々が集団生活を送ることが流行の素地となっている。開発途上国において子どもの予防接種プログラムでは麻疹を最優先すべきであり、避難所の設営後できるだけ早い時期に麻疹ワクチンの接種を開始することが望まれる。今後、日本の避難所における予防接種の優先順位について、災害前にきちんとした科学的な議論を行っておく必要がある。

4 心理社会的サポート

阪神・淡路大震災の際には、心的外傷後ストレス障害 posttraumatic stress disorder (PTSD) が社会的な課題となり、東日本大震災では、「こころのケア」の重要性が叫ばれている。ただ、専門医による治療やカウンセリングも、震災遺児によるピアカウンセリングも、子どもと絵本やおもちゃで遊ぶことも、すべて「こころのケア」と呼称され、その概念があまりにも包括的で漠然としている。

国際的には、国連機関間常設委員会 Inter-Agency Standing Committee (IASC) から、緊急時の心理社会的サポート (psychosocial support) に関するガイドラインが公表され

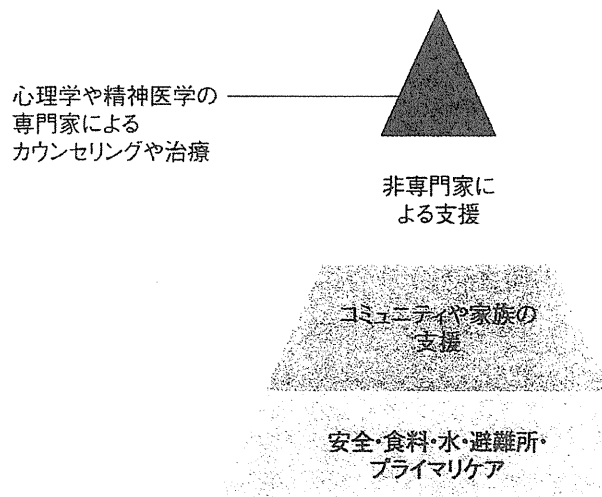


図4-1 心理社会的サポートの介入ピラミッド

(IASC, 2007.)

ている（図4-1）。専門家が中心となった精神医学的なカウンセリングだけでは限界があることがわかり、専門家だけが動くのではなく重層的なアプローチを実施する。震災で家族を失ったり大きなトラウマを受けたりして、心理学や精神医学の専門家によるカウンセリングや治療を必要とする人もいる。しかし、大多数の子どもたちには、個別のこころのケアよりも、心理社会的サポートが求められている。

まず、安全・食料・水・避難所・プライマリケアを多くの被災者に提供することは、大きな心理社会的サポートである。そして、被災したコミュニティ全体や家族に対する支援が必要になる。保健医療分野では、保健師や看護師は心理社会的サポートの中心的な担い手である。子どもたちにとっては、学校の先生や保育所の保育士など、保健医療や心理学の専門家ではない人々からのサポートが非常に重要になる。高齢者に関しては、介護福祉士やホームヘルパーなどは、心理社会的サポートの要の人材である。

海外での心理社会的サポート・プロジェクトでは、これらの精神保健としては非専門家が直接子どもたちに接して、絵本を読み聞かせたり、絵を描いたり、身体を動かして踊ったり、子どもたちが自分を表現できるような支援を行ってきた。東日本大震災では、緊急期には、心理社会的サポートとして、身体と気持ちをいやせるお風呂サービスや、炊き出しなどの温かい食事の提供が主にボランティア団体や自衛隊の手で行われた。今後は、震災遺児など重篤なストレスを経験した子どもに対する個別のカウンセリングと同時に、仮設住宅入居後にマスメディアの関心が薄れていく時期にこそ、地元の方言でゆっくりと話を聞いてくれる身近な非専門家による長期的な支援が必要である。

D 人道支援に関する評価

世界的には、人道支援の評価方法としては、量的評価と質的評価を組み合わせた混合法 (mixed methods) が主流となりつつある。しかし、従来から、緊急人道支援に関するモニタリングや評価は不十分であるといわれてきた。緊急時に、食料や衣料品を配布し、仮設住宅を建設するようすは世界中に報道され、その評価も行われている。しかし、食料が届かなかった地域はなかったのか、テントにより雨や寒さをしのげたのか、被災後の人々の生計はどうなったのか。ALNAP では、100 以上の文献や報告書をレビューし、89 人の人道支援関係者 (NGO、国連機関、赤十字・赤新月社、政府機関) へのインタビューを通じた評価を行った。その人道支援評価報告書によれば、生活状況 (livelihood) に関する評価は非常に少なく、物資供給後のモニタリングはほとんど行われていないという。また、国際 NGO や国連機関のスタッフがほとんど現地を訪問していないことが批判的になっている。「どうして誰も戻ってこないのか?」「お金がどのように使われているのか、どうして見に来ないのか?」という住民の声が紹介されている。

評価に関して、大学・研究機関と援助団体の協働は、始まったばかりである。国際赤十字とアメリカタフツ大学が共同して、北部ウガンダとスーダンで生活状況の調査を行った。また、information and communication technology (ICT) 技術を使ったモニタリングと評価も新しい課題である。ワールド・ビジョンが開始した automatic identification and data collection (AIDC) はバーコードを使い、裨益者の同定と食料の配給を行うものである。geographical information system (GIS) や global positioning systems (GPSs) は、単に緊急時のフィールドスタッフの活動に利するだけでなく、得られた情報を蓄積することにより、長期間にわたるプロジェクトの立案や評価に役立つと考えられる。

研究者だけでなく、メディア、NGO、国連機関の関係者とともに人道支援の現場を歩くことにより、被災した人々の生活実態に迫ろうという学際評価調査の試みがある。まず、異なる背景を持つメンバーから構成されるチームを作り、調査の基本方針を決定する。フィールドでは、参加者全員が同じ行程を歩き、調査期間中のインタビューは全員が同席する。専門用語も方法論も異なり、経験や背景もほとんど接点を持たない人々が、寝食をともにすることで、豊かな交流と協働が成立する。また、参加者全員の意見交換と議論の場を強制的に確保することも重要である。異なる専門家が別々にフィールド調査を行った結果だけを寄せ集めたものではなく、異なる専門家の視点が融合した形の学際 (interdisciplinary) を目指した方法論である。

実は、人道支援に関する評価を実施するうえで大きな隘路になっているのが、被災地には評価に関して協力可能な研究者がほとんどいないという事実がある。その意味からも、日本は先進国であり、東日本大震災の被災地においても人材は非常に豊富である。被災地

の文化や習慣を熟知した研究者による、長期的な評価やモニタリングが実施され、世界に発信することを期待している。

E 国際基準を満たす仕組みづくりを目指して

スフィア・プロジェクトが提示する最低基準は、アフリカやアフガニスタンの難民キャンプや避難所にも適用されている。東日本大震災では被災後2ヵ月を過ぎても、安全な水の供給、トイレの設置、食料の配給などの面において、難民にも適用されるこれらの国際基準を満たしていない避難所は少なくなかった。そして、公衆衛生に関しては、阪神・淡路大震災と同様の光景を、あちこちの被災地でみることになった。日本における公衆衛生の緊急時アプローチの脆弱さに驚きを禁じえなかった。

一方、日本の強みの部分も多くみることができた。東日本大震災において、被災規模と比較すると、いわゆる救急医療のニーズは少なかった。しかし、全国から多くの災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistance Team (DMAT) が駆けつけ、日本赤十字社をはじめ全国の病院や医師会などが医療チームを編成し、継続的に人員を送り込んだことは画期的だった。今回の医療支援で特筆すべきことは、救命救急の時期を過ぎてからの全国的な支援だった。たとえば、日本医師会災害医療チーム Japan Medical Association Team (JMAT) は、DMAT が撤収に入り始めた時点から、被災した地域における地域医療が再度機能するまでをサポートするという理念で、医師1名、看護師2名、事務職1名が基本単位になっている。被災後2ヵ月の時点で、全国から963チームが現地入りした。もちろん、これ以外にも、3日から1週間単位で、継続的に医療チームを派遣した自治体や病院は数多くあった。たとえば、被災地から離れた滋賀県からも、延べ26チーム136人が「医療救護班」として交代で被災地の避難所に赴いたという。

被災地での受け入れに活躍したのが、医療コーディネーターであった。彼らの指示により、ほとんどの避難所をカバーし、調整や協力体制が円滑に機能したと考えられる。もちろん、急性期を過ぎて慢性疾患の患者が中心になっているのに救命救急専門医が診療していたり、せっかく循環器専門医がいるのに該当する患者をまわせなかったり、といった小さなミスマッチもあった。しかし、全国から多くの臨床医が参集したおかげで、臨床面では比較的十分なケアができたのではないかと思われる。「医療過疎といわれていた地域にこれだけ多くの医師がいること自体が前代未聞だ」と地元の医師が述懐していた。

スフィア・プロジェクトでは、アフリカや南アジアの国々を念頭に置き、医師や看護師の最低基準は非常に低く設定されている。少なくとも人口5万人に1名の医師、人口1万人に1名の看護師と1名の助産師が必要だという。こういう世界の状況と比較すると、日本は質の高い保健医療人材に恵まれた国だということが認識できる。すでに存在する保健

医療の専門家を最大限に活用して、国際基準を満たすような公衆衛生活動ができる仕組みづくりが求められている。

(中村安秀)

参考文献

- 1) 中村安秀：世界からの支援を受けて、地元の力を生かす。外交。vol. 8, 90-94, 2011.
- 2) Monday, Jacquelyn L: Building back better- creating a sustainable community after disaster. Natural Hazard Informer, No. 2, 1-11, 2002.
- 3) Clinton William J: Key Propositions for Building Back Better - lessons learned from tsunami recovery. Office of the UN Secretary-General's Special Envoy for Tsunami Recovery, 2006.
- 4) Tedeschi, RG, Calhoun, LG: The posttraumatic growth inventory - Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress, vol. 9, 455-471, 1996.
- 5) 中村安秀：難民と人道支援—共感と連帯を求めて。グローバル人間学の世界。158-174, 大阪大学出版会, 2011.
- 6) 国際赤十字・赤新月社連盟：世界災害報告 1997 年版（日本赤十字社監訳）。オックスフォード大学出版会, 1997.
- 7) 人間の安全保障委員会：安全保障の今日的課題。朝日新聞社, 2003.
- 8) The Sphere Project: The Sphere Handbook, Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. The Sphere Project, 2011（アジア福祉教育財団難民事業本部『スフィア・プロジェクト人道憲章と災害援助に関する最低基準』2004 年版日本語版）。
- 9) ALNAP: The state of the humanitarian system: Assessing performance and progress, A pilot study. ALNAP, 2010.
- 10) HAP インターナショナル：人道支援の説明責任（アカウンタビリティ）と品質管理（クオリティ）に関する HAP 基準 2010。HAP インターナショナル, 2011.

第10章

母子保健対策

A 母子保健サービスとケア

1 母子保健は人権である

健康と人権の問題 (health and human right) は、先進国および開発途上国を問わず平時においても、最も重要かつ解決が困難な課題の一つである。自然災害により通常の保健医療システムが機能しなくなったときは、人権の問題を直視しつつ健康や保健医療に取り組むことが求められている。

子どもの人権に関しては、1989年国際連合の総会で採択された「子どもの権利条約 (the Convention on the Rights of the Child)」が、世界中で適応されている最も基本的な原則である。2010年現在、アメリカ合衆国とソマリアを除く世界193ヵ国で締結されている。この「子どもの権利条約」は54条から構成されている。その趣旨は生存 (survival)、発達 (development)、保護 (protection)、参加 (participation) の4つに集約することができる。子どもたちは健康に生まれ、安全な水や十分な栄養を得て、健やかに成長し、教育を受ける権利を持っている。また、あらゆる種類の差別や虐待、搾取から守られる権利を持っている。そして、子どもたちは、自分に関係のある事柄について自由に意見を表したり、集まってグループを作ったり、活動することができるという参加する権利を持っている。

世界でも最低の乳児死亡率を誇る日本は、子どもの生存と発達という課題に関しては十分な成果をおさめてきた。しかし、児童虐待や無国籍児の存在など「子どもの保護」に関しては多くの課題が山積し、教育現場での意見表明権や健康や疾病に関する知る権利など「子どもの参加」に関してはまだまだ不十分な状況にあると考えられる。

一方、女性の健康に関しては、リプロダクティブ・ヘルス (性と生殖に関する健康) が国際的に広く認められたのは、1994年にカイロで国連が主催した「国際人口開発会議 international conference on population and development (ICPD)」であった。合意文書である「ICPD行動計画」において、リプロダクティブ・ヘルスは、「生殖のしくみ、機能、過程のすべての事柄について、ただ単に疾患がないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態をいう」と定義された。表裏一体の関係にあるリプロダクティ

ブ・ライツは、「すべてのカップルと個人が、子どもの数と出産間隔を自由に、責任を持って決定する権利と、そのための情報、教育、手段を求める権利を持つことをいう」と定義された。

すべてのカップルと個人が、性と生殖に関して国家や他者の介入を受けず、差別・強制・暴力と関係なく意思決定を行う基本的な権利を有することが謳われている。また、生殖に関して女性は男性よりも大きな身体的負担とリスクを負い、女性の生涯の健康に大きな関わりを持つことになるため、リプロダクティブ・ヘルスとは、男女、とりわけ女性の生涯にわたる権利として保障する概念である。

特に災害時においては、緊急に解決すべき課題が多いため、人権の問題は先送りされる傾向にある。母子保健に携わる関係者は、子どもの権利条約とリプロダクティブ・ヘルス・ライツが侵害されていないかという点に細心の配慮を行う必要がある。

2 妊娠・出産・新生児・小児とつづく継続ケア

母子保健とは、主に思春期から妊娠中のケア、出産、そして新生児および小児のケアと続く一連の保健医療サービスを指す。1965年に施行された母子保健法では、「母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医務その他の措置を講じる」と書かれている。

この母子保健の時期には、実にさまざまな保健医療サービスが提供されている。妊娠中の健診、母親学級、出産、先天性代謝異常症などのスクリーニング、新生児ケア、新生児訪問、産後のケア、乳幼児健診、予防接種、歯科健診などである。また、それらの母子保健サービスは、産院、保健センター、病院、診療所など種々の保健医療機関で実施され、産科医、小児科医、歯科医、助産師、保健師などの種々の専門職がかかわっている。

いま、世界的には母子保健に関する継続ケア（continuum of care）という発想が広がっている。時間的にも、空間的にも広がりを持つ母子保健サービスを、女性と子どもを分断することなく提供することにより、妊産婦死亡割合、新生児死亡率、乳児死亡率などを低減しようという狙いがある。WHOや国連児童基金（UNICEF）、国際NGOや研究機関などが共同して、2005年にPartnership for Maternal, Newborn and Child Health（PMNCH）を立ちあげた。

日本では、1948年から母子健康手帳が配布されており、ほかの先進諸国と比較しても、母子保健の一貫性が担保されていると考えられる。しかし、災害時において、種々の保健医療機関が被災し通常の母子保健サービスの提供が困難になったときには、母子保健が内在する継続ケアの発想に基づいて、被災地の母子保健サービスを再点検する必要がある。長期的には、住民が安心して妊娠・出産・子育てができるまちづくりに対する支援が大きな課題である。

④ ニーズは掘り起こすもの

妊産婦、乳幼児、障害者などは、災害時の弱者集団（vulnerable group）といわれている。これら災害時要援護者といわれる集団に対しては、公衆衛生的見地からは、アウトリーチ・アプローチが必要となる。

東日本大震災の被災後に避難所に支援に入った小児科医からは、避難所で暮らす子どもの数が激減しており、子どもの保健医療ケアに対するニーズは少ないといった報告が寄せられた。しかし、同じ時期に、被災した子どもの多くは、まだインフラの整備がされていない自宅や、同じ市内の親戚や知人宅に身を寄せ、厳しい環境のなかで生活していた。妊産婦も同様であった。避難所で妊婦健診をして欲しいと言い出せずにごまんしている人も少なくなかった。

東日本大震災では、被災後3ヵ月を過ぎた時点においても、妊産婦や子どもを持つ家庭においては、仮設住宅や仕事の再建の目途も立たず、将来に向けて不安な日々を送っていた。妊産婦を持つ家庭では自家用車を流され、緊急時に病院を受診するアクセスが心配と訴え、乳児を持つ家庭では子どもの離乳食をどのように準備すればいいのか途方にくれていた。妊産婦や乳幼児に対しては、当該の個人だけでなく、家族ぐるみの手厚いケアが必要であった。

B 母子保健サービスの早期再開を目指す

母子保健対策で最も重要なことは、妊産婦、乳児、小児の死亡をできる限り予防することである。そのためには、妊産婦死亡割合や乳児死亡率といった基本的な指標を迅速に収集する必要がある。しかし、迅速な意志決定と行動のためには、大掴みの数字（たとえば100人単位の死者数、1,000人単位の避難者数）で十分であり、むしろいかに迅速に情報収集するかが課題である。特に災害直後の情報収集は日常業務で要求されるような正確無比なデータ収集と方法論はまったく異なる。限られた情報から現状を分析するとともに、推測値で十分なので、最低限、母子の人口と死亡数はおさえておきたい。

また、日本は世界的にみても、各種の母子保健サービスが充実した国である。母親学級、妊婦健診、母子健康手帳、新生児訪問、乳幼児健診というように、多くの母子保健サービスが原則として無料で提供されている。学校や職場では、毎年のように健康診断が実施されている。大災害により行政機関や医療機関が直接的な被害を受けた場合においても、これらの平時の母子保健サービスをできるだけ早期に再開することが望まれている。

表10-1 妊産婦の切実な声・10の願い

- ①「おなかの赤ちゃんは大丈夫ですよ」の一言が聞きたかった
- ②どの病院へ行けばよいのか途方に暮れた
- ③転院するにも、交通手段はなく長時間かかった
- ④救護所で妊婦健診をして欲しかった
- ⑤陣痛が起こったが救急車が来てくれなかった
- ⑥転院先で再度血液検査をされて高くついた
- ⑦罹災証明書で、妊婦健診料金を公費負担して欲しかった
- ⑧粉ミルク、水、紙おむつを優先配給して欲しかった
- ⑨行列や水運びに苦労した
- ⑩出産後、帰る場所がなかった

(兵庫県産科婦人科学会)

1 妊産婦ケア

妊娠中に被災した妊婦は、身体的にも心理的にも大きなストレスを抱えることになる。

阪神・淡路大震災の際は、避難所での生活を送る妊婦には、切迫早産徴候や血圧上昇、タンパク尿陽性を示す症例の頻度が多かったという。過度の緊張やそれに伴う不眠、栄養学的にアンバランスな食事や加工食品の多用による塩分摂取の過多などが関与したものと考えられた。また、自宅が無事だった場合も、水汲みをはじめとする家事労働がきつく、交通機関が途絶したため長距離を徒歩で歩くことが増え、また、身内の避難者との共同生活を送らざるを得ないなど、非日常的なストレスにさらされていた。

災害時には医療機関が被害を受ける場合も少なくない。かかりつけの産院や病院が被災した場合には、出産できる病院探しを余儀なくされる。東日本大震災では、日本産婦人科学会、日本産婦人科医会が迅速に対応し、厚生労働省の動きも早く、2011年3月22日には各都道府県に「東日本大震災によって被災した妊婦の受け入れ相談窓口」が設けられた。被災地で医療機関を探したい、被災地から他地域へ避難したい、被災地での里帰り分娩を予定していたが変更したい、といったように、妊婦の希望はさまざまであった。

このように、妊婦の受け入れに関して迅速な対策ができたことは高く評価したい。しかし、この情報を最も切望していた被災地の妊婦には、なかなか情報が届かなかった。被災地の避難所では、テレビもインターネットも通じず、情報から途絶されたような状況に陥っていたからであった。阪神・淡路大震災後の報告においても、妊産婦に寄り添うことの重要性を指摘し、妊婦からの生の声を紹介している(表10-1)。

2 周産期医療

分娩直前の妊婦や新生児は、最も災害に脆弱な集団の一つである。しかし、阪神・淡路大震災でも東日本大震災においても、大きな保健医療問題にならなかった。周産期医療は

一つの病院だけで完結するものではなく、平時からのネットワークが構築されていたという理由が大きいと考えられる。むしろ、産褥期の母親や退院後の新生児の厳しい環境での日常生活に課題があった。

阪神・淡路大震災では、当時の神戸大学小児科教授は、「兵庫県では新生児医療機関ネットワークシステムが（震災の）8年前から機能しており、24時間体制で医療施設間での患者搬送が行われている。今回の震災でも早くから病院間での情報交換があり、施設長の指揮ではなく、担当当番医師の直接指揮で事態が運んでいた点を強調したい」と述べている。

東日本大震災においては、2009年4月から運用されていた「いーはとーぶ」（岩手県周産期医療情報ネットワークシステム）が威力を発揮した。安全・安心な妊娠出産育児のために、岩手県内の医療機関や市町村をインターネット回線で結び、妊産婦の健診情報や診療情報を共有するシステムである。病院が全壊し、市庁舎は流されたが、すべての医療記録が失われてしまったのではなく、周産期医療情報に関しては、「いーはとーぶ」のネットワークを通じて、被災しなかった病院や市町村のコンピュータから再生することができた。病院だけでなく、市町村を巻き込むことにより、地域全体の母子保健の向上につなげたい。そんな思いで発足した安心・安全を追及した平時のシステムが、大震災のときにも役立ったのである。

3 乳幼児健康診査

乳幼児健診は、医師、保健師、看護師、歯科医師、栄養士、臨床心理士、それに事務職と多くの職種がかかわって実施されている。また、乳幼児健診の開催場所と開催日は、年度当初には確定されている。災害後のできるだけ早い時期に、通常の乳幼児健診を再開することが求められている。

東日本大震災では、世界の大規模津波災害の特徴と共通するが、地震による直接の被害が少なく津波被害が中心だった。そのため、壊滅状態の低地とほぼ無傷の高台といったように、等高線により被害を受けた地域と受けなかった地域が峻別されていた。比較的被害の少なかった家庭では、乳児の定期予防接種がいつ始まるのか、3歳児健診をいつ受けられるのだろうか、と年齢相当に受ける必要のある通常の母子保健サービスの再開を待ち望んでいた。

母子健康手帳の活用も重要である。東日本大震災において、母子健康手帳に関する厚生労働省母子保健課の対応は、きわめて迅速だった。東日本大震災の3日後の3月14日には、母子健康手帳の交付などの母子保健サービスは、被災者から申し出があった場合には、住民票の異動の有無にかかわらず、避難先の自治体において対応するという事務連絡を行った。ところが、陸前高田市では、予備の母子健康手帳もろともに市庁舎ごと津波で流され、被災者からの要望に応じて母子健康手帳を再交付することはできなかった。母子健康手帳が至急に欲しいという陸前高田市のニーズに即応して、NPOのHANDSが博報

表10-2 小児に対する主なワクチン

	生ワクチン	不活化ワクチン
定期接種	BCG ポリオ（経口ワクチン） MR（はしか・風疹）	3種混合（DPT） 日本脳炎
任意接種	水ぼうそう ムンプス（おたふくかぜ） ロタウイルス（経口ワクチン）	インフルエンザ菌b型（Hib） インフルエンザ 肺炎球菌（7価） B型肝炎

堂生活総研に相談し、博報堂から急遽300部の真新しい母子健康手帳を無償提供してもらった。行政と民間企業の間を国際NPOが取り持つことによって、被災した母と子のニーズに迅速に応えることができた。

4 予防接種

災害時の小児保健対策を考えるうえで、予防できる疾患は可能な限り防ぐというのが原則である。その意味でも、子どもの予防接種の優先度は高い。特に、麻疹は感染力が強いので、避難所など子どもが集団で生活する場では、最も優先度の高い予防接種である。避難所では、子どもの予防接種歴を聴取する必要がある。BCG、ポリオ、3種混合（DPT）、はしか・風疹、日本脳炎、インフルエンザ菌b型（Hib）、肺炎球菌、B型肝炎、水ぼうそう、ムンプス（おたふくかぜ）、ロタウイルスなどが、その対象となる（表10-2）。

行政機関が被災した際、予防接種を再開するには、いくつもの難関を乗り越える必要がある。ワクチンの確保だけでなく、冷蔵庫の購入や保護者への通知などである。東日本大震災における陸前高田市での経験は貴重な教訓となった（コラム、p.151）。

5 母乳育児推進

UNICEFとWHOは、生後6ヵ月間の完全母乳育児を推進している。母乳育児の重要性は、災害時においても変わらない。緊急時でも母乳育児を続けることができるように、安心して授乳できる環境を整備する必要がある。たとえば、避難所に授乳室を設けるスペースがないときには、衝立やカーテンでさえぎることのできる空間を確保するといった工夫が必要である。また、人工乳で育てている母親には、粉ミルクだけでなく、清潔な飲料水や哺乳用のコップなど、衛生的に調乳できるものを支援キットに入れるべきである。

東日本大震災では、震災直後の3月15日に日本小児保健協会が「ミルク、おむつが足りません」という誤ったアピールを出してしまった。「もし行政に要望することができるのであれば、食料や毛布などだけではなく、救援物資にミルクと紙おむつを加えていただければ幸いです。せっかく母乳で育てていても地震からのショックで母乳が止まることもありますし、災害のときにはいつも弱い子どもたちがしばしば犠

牲になります。皆様方のご協力を切にお願いいたします。」というメッセージは、小児保健の専門家が災害時には母乳ではなく人工乳（粉ミルク）を要望しているという誤解を与えてしまった。

元来、日本では、赤ちゃんに対する支援と人工乳（粉ミルク）が直結した、誤ったイメージが広がっている。確かに、安全な飲料水が確保でき、電子レンジや煮沸消毒が簡単に使える。平時の日本の環境ならば、人工乳（粉ミルク）も悪くはないかもしれない。しかし、被災地において人工乳（粉ミルク）を清潔に安全に調乳するのは至難の業である。哺乳瓶や乳首を清潔に保つためには、十分な飲料水や煮沸消毒できる環境が必要である。不衛生な器具で調乳された人工乳（粉ミルク）は、感染症の原因となることもある。今後は、災害時に人工乳（粉ミルク）を送るのではなく、母乳哺育を継続できるような支援に積極的に取り組むべきであろう。

6 子どもを中心とした復興を目指して

筆者は、紛争後に21世紀最初の独立を果たした東ティモールや津波で壊滅的な被害を受けたインドネシアのアチェ州など、海外での人道支援活動に携わってきた。どの被災地でも共通していたのは、社会の復興のシンボルとして子どもたちの存在であった。被災した地域の未来を担ってくれる子どもたちに、コミュニティも行政も大きな期待をかけ、また、あらたに生まれてくる子どもたちに温かなまなごしを注いでいた。

東日本大震災の被災地は、高齢化が進行した地域である。だからこそ、その地で生まれ育つ子どもたちを主役にした震災復興を望みたい。災害に強い街づくりや産業の復興だけに焦点をあてすぎると、かえって若者にとって魅力のない町になってしまうことを強く危惧する。子ども、若者から高齢者まで、さまざまな世代が「共生」できる社会の復興を期待したい。

そのための大きなヒントが、被災地の後方支援基地となっている岩手県遠野市にある。人口約3万人、年間の出産約200件という遠野市は、「遠野市わらすっこ条例」を制定し、「子どもは遠野の宝であり、希望です」と高らかに謳いあげている。しかし、現実には、市内に常勤する産科医師はゼロ、小児科医は1人という厳しい状況である。「ないものねだり」ではなく、遠野にあるものを最大限に活用することを信条にして、身の丈でできることをしないと長続きしないと市長は言明していた。遠野市では、Webを使い医療機関とネットワーク構築することで、医師不足のなかで、安心して出産子育てができる街づくりを目指している。具体的には「ねっと・ゆりかご」と「すこやか親子電子手帳」である。「ねっと・ゆりかご」は、市で雇用した助産師が中心になって妊娠中と産後の妊産婦のケアを行う。モバイル胎児心拍数転送装置を使用して、県内12カ所の提携病院へ転送し、医師の指導を受けることができるシステムである。「すこやか親子電子手帳」は、妊娠届をすれば、希望者はだれでも参加できる。ホームページ上に医療記録や保護者の日記などをアップす

ることにより、妊娠や出産に関わるさまざまな情報、写真、保護者の思いなどを、複数の医療機関や家族が瞬時に共有できる画期的なシステムである。香川大学小児科では実用化されているが、行政レベルでデジタル母子健康手帳を運用しているのは、全国でも遠野市だけである。

すでに岩手県内でできていることが、被災した市町村でできないはずはない。遠隔医療やIT技術などの新しいツールを用いて、日本全体のモデルとなるような子どもが主役の復興に期待したい。

(中村安秀)

参考文献

- 1) チルドレンズ・ライツ刊行委員会：チルドレンズ・ライツ。日本評論社。1989.
- 2) 中村安秀：世界に広がる母子健康手帳。小児科臨床。vol62。No.5：821-830。日本小児医事出版社。2009.
- 3) 望月眞人：災害時の周産期医療—その反省と課題。周産期医学。vol26。No.2：181-185。東京医学社。1996.
- 4) 兵庫県産科婦人科学会。兵庫県医師会：母よ、あなたは強かった!!—阪神・淡路大震災のストレスが妊産婦および胎児に及ぼした影響に関する疫学的調査。兵庫県産科婦人科学会。1996.
- 5) 中村 肇：震災に強い新生児医療を。ネオネイタルケア。vol8。No.9：10-11。1995.
- 6) ユニセフ：世界子供白書2009「妊産婦と新生児の保健」。The state of the world's children。ユニセフ。2009.
- 7) 中村安秀：東日本大震災。小児科医に求められていること。東京小児科医会報。vol30。No.1：54-59。東京小児科医会。2011.
- 8) 吉田穂波。大塚恵子。太田寛ほか：母子保健支援チーム「派遣前研修チェックシート」。日本プライマリ・ケア連合学会東日本大震災支援プロジェクト。2011.

COLUMN

国際協力の経験と知恵を活かして（予防接種の再開までに）

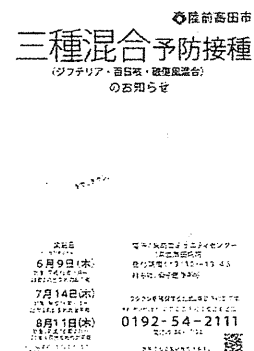
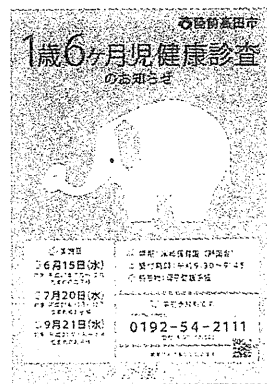
筆者は、開発途上国と呼ばれる国々で、住民の健康を守るために予防接種や母子保健活動を行ってきた。20年以上前のインドネシア・北スマトラ州では、電気や水道のない村で、村人たちと一緒に子どもの健康増進に取り組み、その村では乳児死亡率は急激に減少した。パキスタンのアフガン難民キャンプでは、インフラの整備されていない難民キャンプで、予防接種や栄養改善を行ってきた。そんな経験が、よもや日本で役に立つ日が来るとは想像もしていなかった。

津波で市庁舎が流された市町村が予防接種を再開するには、費用と時間がかかる大変な作業である。ワクチンや注射器は支援物資として供給してもらうことは可能であるが、電気も安定しないなかで、冷蔵保存のワクチンを保管しなければならない。一方、赤ちゃんを持つ家庭からは、定期の予防接種がいつ始まるのかという問い合わせの電話が市役所に届く。復興の途上だからといって、子どもの健康を守るワクチン接種をいつまでも待ってもらうわけにはいかない。

開発途上国では、電気のない地域で予防接種を普及するために、電気を使わない冷蔵庫や停電になっても大丈夫な冷蔵庫が使用されている。電気の供給が安定しない被災地には、開発途上国で使われている冷蔵庫が適しているのだ。日本ユニセフ協会では、開発途上国仕様のワクチン保存用の冷蔵庫を保管しており、東京の高輪にあるユニセフハウスで展示していた。この開発途上国仕様の冷蔵庫は、いま陸前高田市に備え付けられ活躍している。

予防接種を実施するためには、もう1つ難関があった。それは、どのように予防接種のことを保護者に知らせるのかという課題であった。日本では、通常は、該当年齢の赤ちゃんを持つ家庭に、保健センターから予防接種通知のはがきが送られる。しかし、避難所や親戚宅で暮らす家庭が少なくない状況では、全員に個別通知するのは難しい。ここでも、開発途上国で培った経験が役立った。開発途上国でのワクチン・キャンペーンは、ポスターを貼り、ラジオやテレビなどのメディア媒体を駆使して行われる。そこで、市の健康推進課はユニセフ協会やNPO法人HANDSと協力して、予防接種や乳幼児健康診査のお知らせのポスターを作ることにした。全面的に協力してくれたのは、広告のプロフェッショナルの博報堂だった。恐らく日本の高度成長以後はじめてといてもいい、予防接種用のポスターができた。明るい色彩のかわいい予防接種や乳幼児健診のポスターが、避難所や仮設診療所だけでなく、コンビニなどにも貼られていた。

さすがに、これだけ洗練されたデザインのポスターは、筆者も開発途上国で見たことがなかった。国際機関、民間企業、NPOが手を取り合って、行政施策に協働した結果であった。いま、陸前高田市の予防接種や乳幼児健診には、多くの母と子が受診しているという。



(中村安秀)