

緊急人道支援活動における評価手法セミナー (医療セクター)

●シンポジウム

「緊急人道援助の課題 — 保健医療分野」

東京 2004年3月13日

主催：外務省、ジャパン・プラットフォーム

目 次

実施状況（写真）	
はじめに	1
城所 卓雄、外務省経済協力局民間援助支援室室長	
中村 安秀、ジャパン・プラットフォーム評議員、大阪大学教授	
プログラム	5
開会あいさつ	9
広瀬 哲樹、外務省経済協力局審議官	
基調講演	15
“COMPLEX EMERGENCIES: The Epidemiology and Future Expectations”	
Frederick M. Burkle, Jr., Senior Scholar & Scientist, and Visiting Professor, The Center for International Emergency, Disaster & Refugee Studies, The Johns Hopkins Medical Institute and the Schools of Medicine, and Hygiene & Public Health	
パネリスト講演	33
「Problems of Emergency Humanitarian Relief - Health Sector -」	35
鶴飼 卓、(特活) 災害人道支援会理事長	
「Human Resource Development for Humanitarian Assistance - 人道援助の人材育成」	
喜多 悦子、日本赤十字九州国際看護大学教授	38
「Mortality Trends, Gode District, Ethiopia, December 1999 - July 2000」	40
Fitsum Assefa, Nutrition Officer, UNICEF Afganistan	
「Challenges for Health NGOs in Humanitarian Assistance」	43
James P. Good, InterWorks LLC	
「Evaluation から見た緊急人道援助の課題」	50
広瀬 哲樹 外務省経済協力局審議官	
パネルディスカッション	69
コーディネータ： 中村 安秀	
パネリスト：	
Frederick M. Burkle, Jr.	
鶴飼 卓	
喜多 悦子	
Fitsum Assefa	
James P. Good	
広瀬 哲樹	
閉会あいさつ	87
城所卓雄	
講演資料	91



Dr. Burkle, Jr. による基調講演



Dr. Burkle, Jr. による基調講演



シンポジウム会場の参加者



シンポジウム会場の参加者



パネルディスカッション



パネルディスカッション

はじめに

ごあいさつ

外務省経済協力局民間援助支援室長 城所 卓雄

「緊急人道支援活動における評価手法セミナー」は、日本のNGOの専門性や組織能力の向上を目指した「外務省NGO活動環境整備支援事業」のひとつとして、平成15年度に初めて実施されました。

日本のNGOによる緊急人道支援活動については、平成12年のジャパン・プラットフォームの設立および翌年からの政府資金のマネープール拠出により、迅速な初動活動が可能となった他、その他NGOにおいても国際機関等との連携の経験を重ねることなどを通じて、着実にその規模や内容が発展しつつあり、最近ではアフガニスタン、イラク、イランなどにおける活動振りが記憶に新しいところです。

一方、一般的に緊急人道支援活動では、現地での各団体間の活動の調整やその約束のタイミングが難しい、安全確保をどう図るか、活動の評価が困難である、といった課題が指摘されていると承知しています。

今回のセミナーは、ジャパン・プラットフォームと外務省が初めて共同で開催したもので、豊富な経験・知見を持つ海外講師とともにスタンダードな評価手法を学び、事例演習を通して実際に評価を試みるワークショップと、国内外のパネリストを中心に広く緊急人

道支援の課題について議論するシンポジウムにより構成されました。

この試みが、緊急人道支援活動に取り組んでおられるNGOや援助機関の関係者の方々にとって、国際的な取り組みの流れを学習するとともに、今後の支援のあり方を学ぶ有意義な機会となったことを期待します。また、これから緊急援助や国際協力活動に関わっていこうとしているの方々にとっても、より一層その関心を高めていくための足がかりになったことを期待しています。

この報告書には、ワークショップで使用した海外講師によるテキストやシンポジウムの議事録など、参加された方々はもちろん、その他の多くの人々にも有効に役立てていただける資料が掲載されています。今後皆様が緊急人道支援や評価を考えていく上での一つの指針となれば幸いです。

最後に、本セミナーを開催するにあたってご尽力いただいた関係者、講師およびパネリストの皆様、後援団体である国際協力機構（JICA）、国際連合児童基金（ユニセフ）、財団法人三菱財団、財団法人庭野平和財団、また参加者の皆様に心より御礼申し上げます。

NGO にとっての最高の学びの場

—— 緊急人道支援活動における評価手法セミナー ——

ジャパン・プラットフォーム 評議員

中村 安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）

ワークショップおよびシンポジウム「緊急人道支援活動における評価手法セミナー」は、ジャパン・プラットフォームと外務省が初めて共同主催した画期的なセミナーでした。緊急人道支援分野における国内関連NGOのキャパシティ・ビルディングを図るという目的をもち、本年は評価手法にテーマを絞り、現場でのニーズの高い保健医療という分野に焦点を当てました。

英語で行われたワークショップにおいては、講師の先生方から経験や知識を得るだけでなく、ジャパン・プラットフォームとして実施したNGO活動（ヨルダン、アフガニスタン、北イラク）に対して、ワークショップ参加者が評価デザインを作成しました。緊急人道支援にかかわるNGO、外務省、経団連、国連機関、大学や研究者、メディア、学生などが集うジャパン・プラットフォームという組織が、自分たちの活動を自分たちの手で評価しようとする試みでした。また、シンポジウム「緊急人道援助の課題」では、豊富な経験に裏打ちされた講演を受けて、6名のパネリストによる「セキュリティの課題」「NGOと軍との協働」など、本

音で熱い議論が交わされました。世界的にみても、解決されていない課題を抱えつつ、緊急人道援助の現場は動いていることを実感することができました。

このワークショップおよびシンポジウムに参加していただいた、Dr. Frederick M. Burkle, Jr.、Mr. Jim Good、Ms. Fitsum Assefa、喜多悦子氏、鶴飼卓氏他の講師の先生方およびパネリストの方々に厚く感謝するとともに、講師依頼やプログラムの作成などオーガナイザーとして大活躍していただいた神谷保彦氏（特定非営利活動法人HANDS）および勝間靖氏（ユニセフ駐日事務所）に感謝の意を表したいと思います。

今回のワークショップおよびシンポジウムを通じて、SPHEREプロジェクトの意義や人道支援活動の評価に関する継続的な勉強の必要性など、企画した私たち自身も多くのことを学ばせていただきました。今後も、緊急人道支援活動の評価に関心を持つ参加者同士のネットワークが継続し、今回の試みが日本のNGO活動の質的向上につながることを期待します。

プログラム



プログラム

- 13:00 開会
- 13:05- 13:10 開会挨拶
広瀬哲樹 外務省経済協力局審議官
- 13:10-13:15 イントロダクション
中村安秀 大阪大学教授、ジャパン・プラットフォーム評議員
- 13:15-14:15 基調講演 “COMPLEX EMERGENCIES: The Epidemiology and Future Expectations”
Dr. Frederick M. Burkle, Jr.
Senior Scholar, Scientist and Visiting Professor
The Center for International Emergency, Disaster & Refugee Studies
The Johns Hopkins Medical Institutes and the Schools of Medicine, and Hygiene & Public Health
- 14:15-14:30 休憩
- 14:30-16:30 パネルディスカッション
司会 中村安秀
- 14:30-15:30 パネリスト講演
鵜飼卓 (特活) 災害人道医療支援会理事長
喜多悦子 日本赤十字九州国際看護大学教授
Fitsum Assefa Nutrition Officer, UNICEF Afghanistan Country Office
Jim Good InterWorks, LLC
広瀬哲樹 外務省経済協力局審議官
- 15:30-16:30 ディスカッション、総括
Frederick M. Burkle, Jr.
鵜飼卓
喜多悦子
Fitsum Assefa
Jim Good
広瀬哲樹
- トピックス
準備段階における問題
活動、実施介入に関する問題
活動後の評価に関する問題
サポートシステムの問題
- 16:30 閉会挨拶
城所卓雄 外務省経済協力局民間援助支援室長

開会あいさつ

広瀬 哲樹（外務省経済協力局審議官）

本日は土曜日という本当は休みで頭を休める日なのですが、お集まりいただきましてありがとうございます。今回、海外からこの分野で専門的に働いておられる講師のかたもお招きいたしまして、ジャパン・プラットフォームとともに本セミナーを開くことができました。関係者の尽力に感謝いたしております。

日本におきましては、NGOによる国際緊急人道支援活動、2000年のジャパン・プラットフォームの開設をもちまして、政府の資金を迅速に導入することができるようになりました。事業内容、規模ともに着実に発展しております。ジャパン・プラットフォームは皆さんの間ではよくご存じの組織ですが、これまでモンゴルの雪害、アフガニスタン、イラク、イランの地震といった活動において、いろいろ成果を上げてきております。イラクにおきましても、合同チームによるヨルダン・イラク国境地帯の医療支援活動によりまして、国際機関からも評価をいただいております。今後さらに国際機関との連携を保つことによって、内容を充実していきたいと思っております。

一方、緊急人道援助を考えてみますと、迅速性、そして特定の目的の効果ということを中

心に我々は検討しましたし、また、そういう内容を充実してきております。ところがODA、あるいは広く人類に対する支援と考えますと、この1ドル、1円が、重要な資金です。これがどのように効果的、あるいは効率的に使われているかというのは、健康分野、保健分野のみならず、ほかの分野に対する影響も非常に大きいものがあります。そういった意味で、コスト・エバリュエーションというのは非常に重要な側面を持っています。今回いろいろな経験をお持ちの海外の団体、あるいは今までの事業、そういったものを通じまして、評価方法についてのキャパシティ・ビルディングの機会が得られたと思っております。これは非常に有意義なことだと思います。

今、イラク支援の在り方について関心が高まっております。本日は、単に評価だけではなくて、海外の人道支援活動に関心のおありのかたがたに集まっていただきまして、いろいろな問題点、あるいは実情について議論を重ね、今後の活動に役に立っていけばと思っております。どうぞ本日は有意義な時間にしていただければと思います。よろしく願いたします。

イントロダクション

中村 安秀（ジャパン・プラットフォーム評議員）

大阪大学の中村です。今日はジャパン・プラットフォームの評議員として、簡単に今日のシンポジウムの説明をさせていただきます。今日のシンポジウムは1時から4時半ということですが、フロアのかたたちと一緒に緊急人道援助の課題、そして保健医療分野でということ、活発にいろいろな意見の交換をしていきたいと思えます。ただ、限られた時間です。そしてまた、たくさんいろいろな背景を持ったパネリストのかたがたがいらっしゃっている、以下のような感じで進めたいと思っています。

まず、バークル先生に基調講演をいただいて、そのあと休憩をします。この休憩の時間に、お手元にある質問表に書いていただいて、休憩時間の間にこの質問表を集めたいと思えます。その後パネルディスカッションに入って、5名のパネリストの講演が始まります。その5名のパネリストの話が終わったあとで、すぐにパネルディスカッションに入っていきます。パネルディスカッションで議論するトピックとしては、特に緊急人道援助の課題、保健医療分野の中でも評価、そのために準備段階でどんなことをすればいいか、そういう体

制を作るためにはどのようなサポート体制があればいいか、そのようなことをパネルディスカッションの中で討議していきたいと思えます。ですから、質問票には基調講演のバークルさんに関する質問だけではなくて、今日のシンポジウム全体に関するご意見、あるいは私はこのように考えている、こんなところを聞きたいということも書いていただければと思えます。限られた時間の中で、皆さんがたのご意見を頂きながら、このような形で進めたいと思っています。

なお、今回は外務省、またジャパン・プラットフォームが、これからこの緊急人道援助の質を高めていこうという思いの中で開催した初めてのシンポジウムです。そういう意味では、わたしたちもいろいろな形で外務省のかた、ジャパン・プラットフォームのかた、いろいろなNGOのかたと一緒に相談しながら準備してきました。まだまだ不十分なところもあると思えますので、その辺のコメントなども頂けたら、今後の参考にしていきたいと思えます。よろしく願いいたします。以上です。

Noriki Hirose: Ladies and gentleman, despite the fact that this is Saturday, this is supposed to be the day for resting, you came all the way to this symposium. Thank you very much. This time to this event we have invited speakers from overseas, and we are now holding this seminar co-sponsored by our Ministry and Japan Platform. I would like to thank all the people concerned.

In Japan the international humanitarian emergency assistance activities by NGO was enabled for the earlier introduction of government funds, thanks to the establishment of Japan Platform 2000, and there is a steady development in terms of the scale of operation and contents. Japan Platform is a well-known organization amongst yourselves. Up until now, snow disaster in Mongolia, Afghanistan, Iraq, the earthquake in Iran, in these disaster areas certain results have been achieved. In Iraq as well, with the joint team, in the border region of Jordan and Iraq the medical assistance activities have been highly valued and credited by international agencies. With the better coordination with international agencies, we are expecting further development of the operations.

Now come to think of the humanitarian emergency assistance, sometimes the focus is centered around speed and efficiency. Of course, we have been working to improve the efficiency and speediness, but regarding the ODA or regarding the broad humanitarian assistance, one dime is as important as a huge sum of money. We have to know how efficiently the money is used and how speedily it is used. Not only limited to the health sector, it will have a broad impact in other sectors. Evaluation is very important. Post-evaluation is something of great importance.

This time, we have invited people of various organizations having broad experiences, as well as the

activities and experiences regarding the past assistance activities. So, we have this opportunity as capacity-building regarding the evaluation methodology. I think the purpose of this symposium is very significant.

There is a growing interest in the modality of assisting Iraq. In such a situation today not only limited to the point of evaluation, but I hope that many people who are interested in the humanitarian assistance activities in foreign countries have come together, and I hope that this symposium will be of some use to all of you in attendance. Thank you very much.

Yasuhide Nakamura: My name is Nakamura of Osaka University. I'm here as a council member of Japan Platform and I take this opportunity to explain to you the scheduling of the symposium.

This symposium will last until 4:30, and we will discuss the challenges of health interventions in humanitarian assistance and we seek active exchange of opinions between ourselves and the floor. But time is limited and we have panelists with a variety of background and experiences, so the proceeding will be as follows.

First of all there will be a keynote speech by Dr. Burkle and there would be a coffee break. And during the break, we ask you to fill in this questionnaire sheet and we should like to collect the questionnaire sheet during the break. After the break we will have a panel discussion. There will be five panelists who will be making presentations, and after the presentations by the panelists there would be a panel discussion, and topics would include: challenges in humanitarian assistance regarding evaluation, preparation; what kind of support system is necessary, and; implementation will also be taken up. These are the topics that will be taken up in the panel discussion, and therefore, in this question sheet please write in not only the questions to be addressed to Dr. Burkle, the keynote speaker, but also the questions to be addressed to the panelists. Time is limited, but we would like to entertain as many opinions as possible during the limited time available.

The Ministry of Foreign Affairs and Japan Platform for the first time are hosting this joint symposium as we try to upgrade the quality of humanitarian assistance. And in that sense, we have been consulting with the people of the Ministry, Japan Platform and other related parties as we have prepared for this symposium, but we also would like your feed-

back on how you felt and how you evaluated this symposium so we can host more effective events in the future. Thank you very much.

基調講演



基調講演 「COMPLEX EMERGENCIES:The Epidemiology and Future Expectations」

講師 フレデリック・バークル氏（ジョンズ・ホプキンス大学国際緊急災害・難民研究センター研究員・客員教授）

広瀬審議官、中村先生、パネリストの皆様、ご来賓の皆様、会場の皆様、私は本日このシンポジウムに参加できたことを、大変名誉なことだと思っております。「緊急人道援助の課題—保健医療分野」というシンポジウムです。この分野は、私自身が、またこの部屋にいるほかのかたがたがほとんどの人生をかけてお仕事をしておられる分野でありまして、ここに参加することは私にとって名誉なことです。

皆さんよくご存じのように、世界中が知っているように、日本というのはそれ自身際立っています。見事な実績を上げておられます。まず、天災あるいは技術的な災害の分野で、すぐに対応しておられます。ところが今では対応するための分野がコンプレックス・エマージェンシー（複合災害）に変わってきています。人間に由来する現代的な災害ということになります。私は本日、最近の研究成果についてお話ししたいと思います。マルチラテラルおよびユニラテラルな対応が、複合災害にどう行われたかということの研究結果です。この研究を行った結果、各国は複合災害への対応措置を計画することができ、また自分たちの対応能力を評価することもできるようになるのです。

お手元に資料が行っていると思いますが、皆さんのお手元にあるもののほうが今日の話よりもたくさんの情報が詰まっていますので、ほかの情報としてぜひご利用いただきたいと

思います。

○それでは、まず話を始めましょう。現代的な複合災害とはどんなものか、定義をしてみたいと思います。実際、何百という定義があります。こういった定義の中には、政治的に作られたものも多くあります。ドナー国が作ったものもあるし国連機関が作ったものもあるわけですが、それはそれぞれの定義をもって、なぜ自分たちが対応するのか、なぜ自分たちが対応しないのかということを説明しようとしているのです。

例えば、皆さん覚えておられると思いますが、1945年に書かれた国連憲章というものがあります。国連憲章は国境を越えた戦争に対応するために作られた憲章です。そして、複合災害というのは国内紛争であることが多いのです。そのため、ほとんど国連憲章によってはカバーされておられません。そして、国際的な人道法、あるいは条約とか協定といったものがありますが、それらのうちで国内の紛争について言及しているものは、1977年のジュネーブ条約議定書だけです。

○今ここにお見せしているのは一つの定義だけです。これは保健医療に焦点を当てているものです。ある意味において、これは我々がやっていることをまとめているのではないかと思います。複合災害とは、政治的な要因によって国民国家の生活が脅威にさらされてい

るような状況です。そして、特に非常に高いレベルの暴力がかかっている状況のことを指して複合災害といいます。

しかし、この暴力ということに関して、注意書きをしておきますが、すべての複合災害における暴力というのには、常に民間人が巻き込まれるのです。少なくとも50%以上の複合災害で民間人が絡んでくるのです。そして、ある状況によりますと、例えば旧ユーゴスラビアのような場合には、場合によっては被害者の90～95%が民間人であるということがあるのです。この民間人の数を見ても、しかもそれを性別や年齢で補正しますと、今は皆さんもよくご存じのことだと思いますが、女性、子供、高齢者、そして障害者といった脆弱な人たちが主として最も被害を受ける人たちなのです。

○どのような災害でも、直接的な影響、間接的な影響が、その災害によって起こってきます。皆さんはよくご存じだと思いますが、天災、技術的な災害の場合には、直接的な影響というものが出てきます。例えば、障害や病気が起こる、死亡するということです。しかし、複合災害ということになりますと、これがもう少し広がってくるわけです。

我々のナレッジベースまだ緒に就いたばかりの頃は、人権の乱用というようなことを我々はほとんど考えていませんでした。1990年代の初めごろには、それが何を意味しているのかということもあまり分かっていませんでした。また、国が国民にどのように応えるべきかということについての指針になっている国際人道法（International Humanitarian Law: IHL）に違反するということがほとんど考えられていませんでした。残念ながらジェノサイドに関する法律と若干の法律以外、国際人道法は強制力を持っていないのです。

その上、やっと最近になって、心理的な虐待というのが大変大きな問題であることが分かってきました。あるいは、そういった戦争、紛争

などが、例えば地雷がどのような損害を引き起こしているのかということが分かるようになってきました。

○大きな区別ですが、罹患率や死亡率は、長期的な影響、短期的な影響を含めて、間接的な影響から来るのです。例えば難民や国内避難民は、主に間接的な影響を被っているのです。国からは出ず、国内にとどまっただけだけれど避難民になったという人たちの死亡率や罹患率は、非常に高かったりするのです。食糧がなくなったり、医療施設が壊されたり、いろいろなインフラが壊されたりということは、すべて死亡率や罹患率に影響してくるのです。

○この定義を考えるときには、性別、年齢、民族・部族・宗教的マイノリティー、そういった要素に根付いた差別やそれが引き起こす貧困について考える必要があります。緊急事態が終わった後、すべてのヘルス・インディケータは低下傾向にあるということが見えてきています。そういった指数はとてもセンシティブだと思うのですが、複合災害の場合には指数は紛争の過酷さに関連しているのです。

ところが、そういった緊急事態の前段階においては、インフレ率、あるいは失業率といったことが国家が崩壊しつつあることを示す主要な指数になってしまうのです。

○例えば、現在のハイチやジンバブエの状況などを見ても、インフレ率が600%とか800%、失業率は70%、80%という数字になっています。そういう経済指標を抱える国々というのは、もつとでも短期間しかもたないということが明らかなのです。

○それから、文化的なことでも不公正というのがあります。また、無知ということもあります。ジュネーブ条約の持っている問題の一つは、反乱グループのリーダーの中にはジュ

ネーブ条約など聞いたこともないというだけではなく、スイスという国の名前すら聞いたことがない人がいるということです。そういうときには、どこから手をつければいいのでしょうか。また、人種差別が大変な圧力になっている、あるいは、宗教的な原理主義ということもあります。保健という観点からいいますと、すべてこういったこともパブリックヘルスを悪化させるということです。

○多面的な対応、マルチラテラルということになりますと、人道支援をしているようなコミュニティーを我々は考えます。国連もあります。国連の機関もあります。NGOもあります。赤十字もあります。国連の、それから国連以外の軍隊もあります。ドナー国、ドナー機関もあります。こういった組織は、いわゆる多面的なレスポンスを自分なりに定義しているのです。ですから、皆さんがたのために現在イラクで行われているユニラテラルなレスポンスというお話をするとき、この話をもう少し詳しく申し上げたいと思います。

○この10年の後半ぐらいが特にそうだったと思います。複合災害というのはあまり長く続かないと我々は思っていたわけです。そして自然に、冷戦が終わったことのプロセスの一環として収まっていくだろうと我々は思ってきたのです。でもそれは本当ではありませんでした。今では複合災害というのは短期的ではなくて、長期的であり、頻繁に起こります。しかも、想像していたより複雑で、より危険です。

○疫学的な調査ということで医療従事者が複合災害の現場に行っています。そして、そういった民間人の苦しみを和らげようと努力をします。時間をわざわざかけて、それでは我々が目にするものを観察してみよう、データを少し集めてみようということになってきました。そういうことから我々は今までなかったような未曾

有（みぞう）の民間人の罹患率、死亡率を定義するようになったのです。93年までに我々は200万人の子供たちが殺されたということは知っていました。これは軍事力によって殺されたということなのです。そして、複合災害は「公衆衛生の破滅的な緊急事態」だと、あるいは「人権的な緊急事態」だと定義されてきたのです。

○また、NGOがどんどん増えていきました。このような国内紛争というのは複雑なものであり、ほかの国というだけではなく、国連であっても、主権という問題がありますので、なかなか関わりたがらないのです。ところが、NGOというのは国際法のもとでは政府を迂回することかできるのです。そして、直接受益者のところに手を差し伸べることができる団体なのです。

そこで目にするのが、北イラクにおける28のNGOのトリアージでした。ソマリアでは58、ルワンダでは約200、ユーゴスラビアでは大体300ぐらいのNGO、そしてハイチでは710のNGOが記録されました。1～2人ぐらいの小さなNGOなども入れて数えると、1400ぐらいのNGOがハイチで活動しています。

○もう一つ、1990年代に分かったことがあります。国連の対応能力というのは、平和維持活動を通したものだということでした。安全保障理事会や事務総長が手段として持っていたのは、平和維持活動だけでした。しかし、平和維持者というのは、同意や合意の下に発展した平和を保持するためのものです。こういう状態は起こりませんでした。多くの国が軍隊を送り、ほんの軽装備で大変なリスクを冒しました。この統計を見ていただきますと、国連のミッションがどんどん続きますが、国連の平和維持者の死亡件数が増えているのです。しかも、事故で死亡するというよりも、敵対行

為で死亡した人の数が増えているのです。

○そういう状況の中、ジョンズ・ホプキンスで調査をいたしました。その結果、NGO、国連機関、それから赤十字・赤新月社などのミッションが、より致死事故を抱えていることが分かりました。13年間に382の死亡例があり、事故もあったのですが、そのうちの3分の2は意図的な暴力行為の犠牲になったのです。それから、国連の平和維持軍でも1992～1998年の間に700名ほど死んでいますが、そのうちの67%は意図的な暴力行為によって死亡しているのです。

○こういった理由があったがために、各国はこれだけ暴力がはびこっている状況下で平和維持軍を送るのを躊躇しました。それ故、国連は、平和維持活動を定義する第6章から、第7章に移行していったのです。第7章は、平和執行活動のことで、自己防衛をし、暴力を阻止する責任と能力を備えています。

○この移行の速度は緩やかでした。ユーゴにおきましては、国連軍が第6章のもとで介入したのですが、第7章への移行のためには3年間で33の新たな国連安保理の決議が必要だったのです。でもそれは暴力を管理するという点に関しては非常に効果を発揮しました。

○また、暴動が増えると、5歳以下の児童の死亡率も上昇するのです。恐らく複合災害におきましては、この指数が最も影響を受けると思います。残念ながら、この指数の対象となっているのは児童なのです。

○こちらに5歳以下の死亡率の例を挙げ、比較のためにイラクを入れました。イラクでは10年で56から130に上昇しています。トップ20ではありませんが、高いです。しかし、世界

は、これらの国々、つまり5歳以下の児童死亡率が高いのみならず、乳幼児死亡率が非常に高く、そして母親の死亡率が高い国々に、なぜ応えていけないのでしょうか？

○また、加えて我々のリサーチで検討した点ですが、いろいろな複合災害のモデルを見てみました。あらゆる複合災害が同じわけではありません。共通点はありますが、違いもたくさんあります。三つの失病学的モデルに分けることができます。これらを検討することは、我々がNGOとして、どのような資源を提供すべきかということ判断する一つの参考になると思います。

ユーゴ紛争が起きる前は、NGOは途上国モデルに最もなじみを持っていました。主にアフリカが対象になっていました。ところが複合災害は先進国、つまり旧ユーゴ、コソボ、マケドニア、チェチェン、イラクなどでも起こるようになったのです。そしてどちらのモデルにも当てはまらない国々のモデルがあります。例えばスーダンとハイチです。それでは、これらのモデルを見ていきましょう。

○途上国モデルでは、少なくとも急に危機が上昇する時期におきましては、保健衛生の状況は次のとおりです。重度の栄養失調。伝染病。高い粗死亡率(CMR)。CMRというのは死亡者の総数です。それを年齢、性別で見ますと、最も影響を受けやすいグループが女性、子供、高齢者と障害者です。

○また加えて、何が原因で死亡しているのかを見なくてはなりません。栄養失調の子供たちは必ずしも栄養失調で死亡するものではありません。免疫が弱まっているので、よくある病気ですぐに死亡してしまうのです。ソマリアにおいては、大半の栄養失調の児童はビタミンAの欠乏によって麻疹(はしか)という疾

病で死亡しています。

○この途上国モデルの特徴は、死亡率がアフリカに一般的に見られる基準値よりもずっと高い、それよりも7～70倍ということです。旧ザイールのゴマのような難民キャンプにおきましては、基準値の60～70%です。

先ほど申し上げましたとおり、国内避難民の場合はさらに死亡率が高くなっているわけです。国連が保護を提供しない。よって、死亡率が高いグループになるのです。

でも、もっと重要なのが遺児、保護者に伴っていない未成年、大人の保護下でない子供です。難民キャンプに大量の人たちが流れ込むと、そこにいる子供たち、入ってくる子供たちというのは、普通は自分の親に連れられて来ると我々は思うわけです。でも、食事や資源などを提供するときに、大人にあげると子供に行き渡らないのです。大人の保護下でない子供がいるところでは死亡率は基準値の200～800倍に上るでしょう。ソマリアにおいては10万人の遺児がいたということが後から分かったのです。最初の評価段階では分からなかったわけです。

○また、クルド危機において、第一次湾岸戦争のすぐあと、多くの1歳以下の子供たちは下痢による脱水状態で死亡してしまいました。しかし下痢の原因は先進国で見られるのとよく似たバクテリアやウイルス性の病原体でした。

ルワンダの難民キャンプでは、初めは武器や小火器による死亡、続いてコレラなどによる死亡が起こったのです。

○ここで認識しなくてはならないのは、90年代に世界中で発生した伝染病、疾病の75%が複合災害において起きているということです。これは非常に残念なことです。そしてこれは複合災害の一部である公衆衛生のインフラ破

壊に起因していると言えます。

○先進国モデルというのは比較的健康的な人口を抱える、統計学的には我々の国と似たような国です。コソボ、マケドニアやアルバニア、イラクの粗死亡率は、1日1万人当たり1.0を超えることはありません。この数字は途上国における緊急事態を指すものです。

では、なぜ複合災害かということ、先進的な兵器類による戦争関係のトラウマ（心的外傷）により死亡や罹患が起こるからです。紛争地域から絶対に動かないと言いだした高齢者の栄養失調が起こり、高血圧、糖尿病、がん、心臓病といった慢性病の医薬も不足しました。ただ、伝染病はほとんどありませんでした。

○そして慢性問題国のモデルというのは、例えばスーダンですが、1955年以降戦争がずっと続いているわけです。子供たちの栄養失調は最初は急性かもしれないけれども、それが育つうちに慢性になってしまうわけです。文化的にも暴力しか知らない。ヘルスケアや教育に対するアクセスもほとんどない。スーダンで効果的に医療を提供できるのはほとんど国外の機関なのです。そして安全な出産、帝王切開や生殖などは、これらの国々のほとんどの女性にとって知ることのない贅沢と考えられているわけです。

ハイチにおいて、この状況は非常に特有でして、アメリカの19世紀の状況と似ています。栄養失調は4%程度でしたが、甲状腺腫や貧血などにかかったわけです。また、森林伐採や他の環境破壊がこの指数を悪化させています。ですから、これは開発なのか、それとも緊急事態なのか、それともそのどちらもなのか、その判断がつきにくいわけです。

○次に、マルチラテラル・モデルではなく、ユニラテラル・モデルというのがあります。イラクがその例です。イラクの保健医療の復興計

画を立案する段階において、米国国防総省に権限が移ると同時に、2003年1月からいろいろと変化が起きました。アメリカは国連機関とはかかわらないということを決めました。そして、NGOとかかわらないということを決めました。それは国際的な支援ではあまり効果もないし、能率的でもないからだという考えでそういうことになったのです。

○2003年1月に国防総省が国務省からリーダーシップを取って代わるようになりました。そして、これは戦争であり、ただ潜在的に人道的危機をはらんでいるのだと彼らは言いました。

そこから、もう一つの部局を作りました。これがORHAです。復興人道支援室（Office of Reconstruction and Humanitarian Assistance）といい、ここが、今皆さんが知っているCPA（Coalition Provisional Authority：連合国暫定当局）の前身のようなものになるわけです。

○米国と連合軍が考えたのは、とにかくサダムの体制はすぐに倒れるのだということでした。それほど避難民は出ないだろう、あるいは公衆衛生的なことで問題はないだろうといわれたのです。だからすぐに復興に入ればいいということで、これは民間部門にやらせたほうが効率性が高いのだということになりました。そこで人道的な危機はないだろうと考えられたのです。

○ところが我々は公表される報告書もナレッジベースとして使っていたのです。その報告によりますと、保健医療という観点からすると、この国は大変なリスクがあるということが分かったのです。これが文献に出ていたわけです。この基準の多くは、国連や赤十字の調査から出たものでした。

そのときに知っていたのは、5歳以下の死亡率が56から131になったことでした。10年の間にこれだけ率が変わるということとはとても劇的

なことなのです。乳幼児死亡率は47から108に急上昇しました。緊急栄養失調の状態も3.6%から1996年には11%になりました。

ユニセフ、WHO（World Health Organization：世界保健機関）、Oxfam（オックスファム）などが入ったことによって、その食糧配給計画により緊急栄養失調率は4%に下がりました。それから、コレラや結核、赤痢、チフス、ジアルジア症、マラリアといったようなものが増えました。これは報告がよくなったからなのでしょうか。それとも非常にもろい公衆衛生システムのためにこれが増えたのでしょうか。

戦争はすぐ終わりました。しかし、略奪が起こるということを警告されていたにもかかわらず、ORHAは計画を無視しました。略奪は広がり、医療システムの崩壊をもたらしました。

○保健所や診療所、病院が略奪されました。薬屋や倉庫、特に慢性病の薬を保管していた倉庫も略奪されました。手術が終わったばかりの人が寝ていたベッドまで盗まれました。こんなことは見たことがありませんでした。病院の運営担当者の人たちがこう言いました。「これ以上の支援は要りません。もし支援が来ると、略奪の対象になるから、これ以上援助は要りません。」と。では何が必要かといったら、第一にセキュリティ、次に公共輸送機関とアクセス、次に安全、次に職員の復帰、次に電力と水、そして次にWHOのキット、最後に病院の機材、ベッドやX線が必要とのことでした。非常に鋭い評価者だと思いました。自らの悲劇をきちんと評価できる人々だと感じました。

○軍隊は、彼らは解放軍であって占領軍ではないとの認識で活動しており、病院にセキュリティを提供する能力は持っていませんでした。人々が、病院の救急室の中で暴徒に殺さ

れるようになりました。1台の連合軍戦車が外にいた時にです。戦車の周りにだけセキュリティが確保され、大病院の内部は取り残されました。

○イラクというのは均一な国だと皆さんがたは思われると思いますが、あれは四つの別の国だと考えていただきたいのです。北部、南部、中部、それとバグダッド、全部違うのです。それぞれの保健医療ニーズも違います。それから部族も違います。宗教も違います。政治も違います。自立をするに関しても潜在能力が違うのです。

○それから監視システムもなくなりました。残ったのはWHO、NGO、そしてイラク人が共に立ち上げたものでした。そして今になって、ほとんど1年後になって、HHS（Department of Health and Human Services: 保健福祉省）は疾病監視システムを設置することを発表したのです。

セキュリティは、医療分野の介入において最も重要な要素になりましたし、今でもそうです。セキュリティの欠如と社会秩序不安によって基本的な保健衛生と公衆衛生の正常機能が阻害されたのです。

○人道支援は政治化、そして軍事化されてきています。グッド氏は、このユニラテラル・モデルの外で活動しようとする人道支援団体は、人道支援の中立的で公平な立場にいるがために多大な困難に直面していると教えてくれました。

人道支援の動機づけが政治的ではあってはなりません。ただ、ユニラテラル・アプローチではそうでした。ORHA、CPAは国際的な経験がないから認識していなかったのかもしれませんが。政府やドナー国は戦略を持っていて、その方針は政治的な目的によって立案されます。でも我々人道支援コミュニティーが目標

としているのは医療保健です。ですから、我々独自の戦略と計画を立てなくてはなりません。そして我々独自のセキュリティの方針を立てて医療を確保しなくてはならない、保健を確保しなくてはならない。公衆衛生なくしては人が死亡していってしまうわけです。

○では、将来何を期待するかということですが、まず、OCHA（Office for the Coordination of Humanitarian Affairs: 国連人道問題調整室）は、73か国、つまり約18億人が複合災害に陥るリスクにさらされていると報告しています。

最も最近のデータを見ますと、非常に深刻な紛争地帯が世界で35か所あります。そのうち11か国で状況が悪化しており、7つの紛争地帯においては若干の改善が見られます。ただ、飢餓が10年間で約18%まで増加しており、8億5000万の人たちが基本的な保健を保つための食料を得られていないのです。

○そして農業と公衆衛生インフラは衰えてきています。60年代に作られたイラクの水・衛生システムは今日ひどい状態にあり、継続的なメンテナンスを必要としています。

○世界中の多くの地域で女性、子供の状況は20年前から比べて悪化しています。こういった状況に対応しようとしている国々は、心構えができていないと感じ、そして目にする状況に圧倒されてしまっています。明らかにアメリカは国連とNGOに戻ってきてほしいと思っているのです。残念ながら、自分たちが目にしたものに対する準備ができていなかったのです。

○アフリカは、農業国なのですが、70%以上の人たちが治安が悪いという理由で地方ではなく大都市に住んでいます。人口密度は高まっています。重要なのは、我々のトレーニング事

業は主に地方の難民を対象としていて、都市内部には対応していないことです。都市部の複合災害にどうやって支援をしていいかはまだ分かっていないわけです。

2015年までに世界史上初めて都市部の人口が地方の人口を上回ると試算されています。これが何を意味するかは分かりません。起こりうる結果は非常に大きな懸念となっています。

○ また、NGOはもはや保健NGO、食糧NGO、あるいはシェルターNGOだけとして機能するのでは不十分です。リベリアなどのように全くガバナンスがない国においては、市民社会の一部になるのです。最初の段階からその発展プロセスの参加者になるわけです。

○最後のポイントですが、パブリックヘルス、公衆衛生の定義というのはもう変わってきました。ヘルスケアだけではないのです。医療をすることだけではないのです。それは輸送であり、コミュニケーションであり、セキュリティであり、司法であり、すべてがあって町や村や国が機能する、それがパブリックヘルスなのです。複合災害における罹患率と死亡率というのは、これまで以上にインフラがないということに依存するようになります。そしてまた、倫理的な高潔性を政府が持っているかどうかということに依存するようになっているのです。

パブリックヘルスというのは政治に優先すべきことです。我々は結集し、NGOとしてこのことに取り組むべく戦略をたてていかねばなりません。ありがとうございました。

Frederick Burkle: Deputy General Hirose, Professor Nakamura, fellow panelists, distinguished guests, I am extremely honored to participate in this symposium on Challenges of Health, Interventions and Humanitarian Assistance. It is an area that myself and other people in this room have devoted most of their life to, so this is a real honor.

Japan, as we all know and the world knows, has distinguished itself with an outstanding record of response, primarily in natural and technologic disasters, but are now entering a new era of responding to complex emergencies which represent the most common human-generated disaster of current time. My talk will focus on recent research of defining multilateral and unilateral responses to complex emergencies. It is from this research that countries plan both their response to complex emergencies, as well as evaluating their capacity and capability to respond.

You all have handouts, and I need to warn you that I have provided more information on the handouts than what we will present here, so I hope you will use them for other information to refer to in the future.

Let's begin by defining modern-day complex emergencies. There are hundreds of definitions. Many of these definitions have been politically generated by donor countries, UN agencies and others, to help explain why they are responding or why they are not. You recall that the UN Charter, written in 1945, was dealing with cross-border wars. Complex emergencies are internal wars and are not addressed very well by the UN Charter. Of all the international humanitarian laws and treaties and covenants that exist, only the Geneva Conventions protocols of 1977 address internal wars.

I'm putting up for view just one definition because it has a health focus. In many ways this definition summarizes what we are dealing with today. Complex emergencies are situations in which the capacity of a nation-state to sustain livelihood and life for its people is threatened primarily by political factors. In particular, a major characteristic is one of experiencing high levels of violence. But a caveat to this last characteristic is that the high levels of violence in all complex emergencies are always civilians, at least over 50 percent in all complex emergencies. And in some complex emergencies, like the former Yugoslavia, there were battles in which the victims were up to 90 to 94 percent civilians. If we look at that the civilian population rates and correct them for gender and age, it defines what we now know are vulnerable populations in complex emergencies, primarily women, children, elderly and the disabled primarily.

In all disasters we look at the direct effects and the indirect effects caused by the disaster itself. As we all know, in natural and technologic disasters, we're primarily dealing with direct effects: injuries, illnesses and deaths. But complex emergencies have expanded these categories. In the beginning of our knowledge base on complex emergencies, we rarely considered human rights abuses. I don't think many people in the beginning of the 1990s even knew what they meant. Abuses of international humanitarian law, which have provided guidance for us in terms of how countries should respond to their populations, were also ignored. Except for the genocide law and a few others, IHL do not have an enforcement capacity. In addition, we've only come, in recent times, to understand the tremendous and prolonged psychological abuses and the disabilities that these wars and their consequences like landmines cost.

An important distinction here is that the majority of mortality and morbidity occurring during short- and long-term, come from the indirect effects. Population displacement, such as the refugees who cross the border, and internally displaced populations who remain within the country suffer primarily from indirect effects. Internally displaced have higher mortality and morbidity rates because they do not have the protections afforded refugees by international humanitarian law. In addition, the disruption of food, destroyed health care facilities, destroyed public health infrastructure such as water and sanitation, shelter, communication, transportation, judiciary, public safety, and others all contribute to the consequences of mortality and morbidity.

The definition of complex emergencies must include the lethal mix of inequities placed on gender, age, ethnic, tribal and religious minorities, and the tremendous poverty that results. We begin to see fall-offs in all the health indicators prior to the height of the complex emergency itself. It's one of the most sensitive of indicators. During the course of the complex emergency the health indicators relate to the severity of the conflict. But prior to any complex emergency, it is inflation and unemployment rates that lead us to believe that a nation-state is about to collapse.

For example, we are currently dealing with Haiti and Zimbabwe where inflation rates range from 600-800 percent and unemployment rates 70 to 80 percent. It's obvious that countries with those economic indicators cannot survive for long.

In addition, we also see injustices and cultural incompatibilities and widespread ignorance. One of the problems in enforcing IHL is that the leaders among the rebel groups not only have not heard of the Geneva Conventions they have not heard of

Switzerland! Where then do we begin? Added to this lethal list of contributing factors there is also often widespread racism, oppression and religious fundamentalism to contend with. All of these factors, from the health standpoint, adversely affect the public health.

In a multilateral response we think of the humanitarian community in terms of the UN, the UN agencies, the NGOs, the Red Cross Movement, the militaries, both UN and non-UN, donor countries, donor agencies, and the media. These players define what we call the "multilateral response." And I will talk more about this when I help define for you the current unilateral response that occurred in Iraq.

For the better part of this last decade we thought that complex emergencies were short-lived, and as part of a natural process occurring at the end of the Cold War we should just let them burn themselves out. But this has not proven to be true. What we now know is complex emergencies are long-lasting, more frequent, more complex and dangerous than previously thought.

It has been epidemiologic studies, health care providers like yourselves, who have gone to complex emergencies to attempt to mitigate the civilian suffering, and who have also taken the time to say, "Let's critically observe what we see, let's gain some data." Through these studies we have defined the extent of the unprecedented civilian mortality and morbidity. By 1993, we knew that there were 2 million more children killed than military forces. And rapidly complex emergencies were being defined as "catastrophic public health emergencies": or "human rights emergencies".

Also we have seen the proliferation of non-governmental organizations. Because of the complexity of

these internal wars countries, as well as the UN, are restricted by sovereignty guarantees, were reluctant to become engaged in internal wars. This did not restrict the NGOs who under international law have the capacity to bypass governments and go directly to the recipients who need care. So what we have seen is, in northern Iraq the triaging of 28 non-governmental organizations, to Somalia where we had 58, Rwanda almost 200, Yugoslavia somewhere around 300, and Haiti which recorded over 710 non-governmental organizations. If you count the small NGOs, those of one to two people, often faith-based, there were actually 1,400 NGOs in Haiti.

We learned, in the decade of the 1990s, that the UN capacity to respond was primarily through peacekeeping methods. That was all the Security Council and the Secretary General had available to them. But peacekeepers are supposed to keep the peace developed through accords or agreements. This had not happened. Troops from many countries were sent in at great risk to themselves with only light defensive weapons to protect the forces. The statistics show that as these missions continued over time, that the UN peacekeepers were dying more and more from hostile rather than the accident events.

Johns Hopkins University studies found that the non-governmental organizations, the UN agencies and the Red Cross and Red Crescent Movement missions were beginning to become more and more lethal. This resulted in 382 deaths in 13 years, some by accidents, but two-thirds from intentional violence against these humanitarians. And the UN peacekeepers, between '92 and '98, experienced over 700 deaths, 67 percent from hostile actions.

That reason and then the reluctance of countries to send in their peacekeepers in such a violent envi-

ronment moved the UN to move from Chapter VI, which defines peacekeeping capacity, to change to Chapter VII. Chapter VII, which is peace enforcement, carries the responsibility and the capacity to defend themselves and to cease the violence.

This process was slow. In Yugoslavia, where the UN forces went in under Chapter VI, it took 33 new UN Security Council resolutions and three years to move to Chapter VII. However, those actions were instrumental, finally, in controlling the violence.

As the violence increases, so do the deaths of children under the age of 5. It is one of the most sensitive indicators that we can find in complex emergencies. Unfortunately, that indicator involves children.

Some examples of under age 5 mortality rates here are compared to that of Iraq, which in one decade moved from 56 to about 130. It was not in the top 20, but it is high. But why is the world not responding to those countries that have not only high under age 5 mortality rates, but strikingly high infant mortality rates and some of the highest maternal mortality rates ever experienced in current times?

What research has done is look at different models of complex emergencies. We now know that not all complex emergencies are alike. There are certainly many similarities but there are also many differences. There are at least three epidemiological models. By studying these models we, as NGOs, can better expect what resources we should provide. Before Yugoslavia occurred, the NGOs were most familiar with a developing country model which primarily came out of Africa. But then these complex emergencies began to occur in developed countries like the former Yugoslavia, Kosovo,

Macedonia, Chechnya and Iraq. In addition there are countries, such as the Sudan and Haiti that just didn't fit either model. So let's look at these models.

In the developing country model, at least in the very acute phase the health profile is one of severe malnutrition, outbreaks of communicable diseases, and high crude mortality rates. Crude mortality rates mean the total number of deaths. If you corrected for age and gender, what we find is that the most vulnerable groups are usually women and children, elderly and disabled.

We must also ask, "What are they dying from?" Children who are malnourished don't necessarily die from malnutrition. They are so vulnerable in their immune systems that they die rapidly from common diseases. In Somalia, the majority of children who were malnourished died from measles, provoked by vitamin A deficiencies.

The characteristic of this developing model are that the mortality rates are way above that baseline normally seen in Africa, often 7 to 70 times. In refugee camps such as in Goma, in the former Zaire, the mortality rates were 60 to 70% the baseline. And as we said, these rates are worse for those populations that are internally displaced that don't have the protection from the UN. But worse are unaccompanied minors and orphans, who do not have the simple protection of an adult. When massive numbers of people enter a refugee camp, we think that the children that are there must be under the supervision of an adult, but too often we find that the distribution of food to the adults will miss those children. As such, where children remain without without adult protection mortality rates may be up to 200 to 800 times the baseline. In Somalia over

100,000 unaccompanied minors were discovered., but not by the initial assessment process.

In the Kurdish crisis, immediately after the first Persian Gulf War, the majority of children who died were under the age of 1. These children died from dehydration from diarrhea. But the cause of the diarrhea were common pathogens, both bacterial and viral similar to that seen in developed countries.. And in Rwanda, were the first deaths occurred from machetes and small arms fire then occurred from cholera and dysentery in the camps they escaped to.

It is important to recognize that 75 percent of the epidemics that have occurred worldwide in the 1990s occurred in complex emergencies. That is really shameful And can be attributed to the destruction of the public health infrastructure and protections that are part of complex emergencies.

The developed country model occurs in countries which enjoy relatively healthy populations with statistics like ours. The crude mortality rates from Kosovo and Macedonia and Albania and Iraq never reach that 1.0 per 10,000 per day that defined an emergency in developing countries. So why are they complex emergencies? They are complex emergencies because mortality and morbidity occurred because war-related trauma as a consequence of advanced weaponry. Elderly populations who resisted leaving the conflict areas became the undernourished and also suffered from lack of medications for their chronic diseases such as high blood pressure, diabetes, cancers and heart disease. There were very few epidemics.

Chronic smoldering country models such as Sudan. Have been at war since 1955. The children may be

acutely malnourished but they grow up chronically malnourished, and know only a culture of violence. They have little access to health care and education. Health care providers are primarily expatriate NGOs. Reproductive health, birth control, safe birthing practices and Cesarean section, remain a luxury few women see. Haiti again is unique in that disease profiles are similar to what the United States experienced during the turn of the 19th century. Severe malnutrition is about 4% and goiters and anemias are endemic. Deforestation and other environmental insults contribute to the worsening health indicators. So the debate becomes; does this represent a development or an emergency situation or a unique combination of the two? It's hard to define.

Now we are dealing with a new model, not a multilateral model but a unilateral one, that of Iraq. In the planning for the health recovery of Iraq began to change in January of 2003 with the shift of authority to the US Department of Defense, the US decided to marginalize the UN Agencies and many traditional NGOs who they felt were inefficient and ineffective in their approach to international aid.

The US Department of Defense took the lead from the planning of the State Department. It was felt this was a war first with only a potential for a humanitarian crisis. And developed another level of bureaucracy, called ORHA, the Office of Reconstruct & Humanitarian Assistance, which preceded what you now know as CPA.

The planning by the US and coalition forces was that they assumed a very rapid removal of the Saddam regime. There was going to be little population displacement or public health infrastructure loss, and that the US would be able to move di-

rectly into reconstruction, more efficiently provided by the private sector. A broader humanitarian crisis was considered unlikely.

However, we also had a knowledge base of published reports that suggested that, from a health standpoint, this was a country that was very much at risk.

These indicators were in the literature. Many of them came from the United Nations and the Red Cross studies. What we knew was that the under age 5 mortality rate, had gone from 56 to 131. What was important was that this kind of rate change over the past decade was dramatic. Infant mortality rates had gone from 47 to 108. Acute malnutrition was 3.6 but had risen to 11 in 1996. It was because of the feeding programs initiated by UNICEF, WHO, OXFAM and others that the acute malnutrition rate was brought back down to 4 percent. There was an increase in cases of TB and cholera, dysentery, typhoid and giardiasis and parasite diseases and vivax malaria. We didn't know whether this was because of improved reporting or this was because of a fragile public health system. The war went very quickly but, despite the fact that ORHA was warned that looting would occur, planning was ignored. The looting was widespread and led to a collapse of the health system.

The public health facilities, the public health laboratories, and many of the clinics were trashed and looted, as well as the pharmaceutical stores and the warehouses, especially for chronic disease medications. Looting even extended to the stealing of beds occupied by recently operated on civilian casualties. The likes of which were never seen before. Security became, and remains the priority. Hospital administrators stated, "Please, please do not send any more aid. If the aid comes it's going to be looted and it makes us more insecure in the hospitals." The re-

quirement list they put together: security first, then restore public transportation, access, safe return of the staff, electricity, water and then the World Health Organization and Safe Birthing Kits. and finally the equipment for the hospitals, the beds and the x-rays. I think they were very astute assessors of their own tragedy.

The military, which was working under the premise that they were liberators, not occupiers, did not have the capacity to provide security to the hospitals. People were being killed within the hospitals in the emergency rooms by insurgents while one Coalition tank sat outside. Security was limited to the area around the tanks outside leaving the large hospitals grounds inside vulnerable.

Iraq is not a homogeneous country. It is four different countries: the north, south, the central area, and Baghdad. They all have differing health requirements. Also, they have different tribal, religions, political agendas., as well as differing potential for self-governance.

Also, the surveillance system ceased to exist. What remained was put together by WHO, NGOs, and the Iraqis. It is only now, almost a year later, that HHS has announced that a disease surveillance system will be put into place.

Security became the overriding concern in dealing with health interventions and they remain so now.. Insecurity and social disorder counted for the failure to return the function to basic health and public health facilities.

Humanitarian work is becoming politicized and militarized. Mr. Good has reminded us that those in the humanitarian community who attempt to function outside this unilateral model are having increas-

ing difficulty being seen as neutral and impartial brokers of humanitarian care .

It is important that humanitarian actions should not be driven by political motives. I did see this under the unilateral approach. I don't think that ORHA or the CPA were aware of it because they didn't have the international experience or sensitivities. Governments and donors have strategies based primarily on political issues. We in the humanitarian community have an overriding public health agenda, so we need to have our own strategies and our own strategies for security to ensure that the public health remains secure. Without it, people needlessly die.

What are the future expectations? OCHA suggests that 73 countries that include a total population of about 1,800 million people are at risk of deteriorating into a complex emergency. The most recent data suggests that there are 35 very serious hotspots in the world, 11 of those are deteriorating, with some improvement in 7. Hunger has climbed in this last decade to about about 18 percent, leaving about 850 million people without food for basic health.

Agriculture, and public health infrastructure has declined. An example is the Iraqi water and sanitation system which was built in the 60s and remains in terrible shape today requiring almost constant maintenance.

The state of the world for woman and children is worse now in many parts of the world than it was 20 years ago. Countries who are trying to prepare for these events find themselves "unprepared and at times very much overwhelmed by the situation that they've seen," and it is clear that the United States, which would like to have the UN and the NGOs

back, were unfortunately not prepared for what they saw.

In Africa, which is primarily a rural country, 67 percent of the people live in cities having left the rural areas because of the lack of security. Densities of populations are increasing, But importantly our training which has been primarily directed toward rural refugee populations is not prepared to address urban internal conflicts We do not know how to provide humanitarian assistance to an urban complex emergency. By the year 2015, for the first time in the history of the world, we will have more people living in urban What does that mean? I don't know, but the potential consequences are worrisome.

NGOs are no longer comfortable just being a health NGO or a food NGO or a shelter NGO. In countries like Liberia and others where there's just no governance, we become part of civil society, we become a part of that development from the beginning.

Lastly, the definition of public health has changed. It is no longer just health care and medical care; it is transportation, communication, security, judiciary, everything that allows a city, town, country to function. Mortality and morbidity in complex emergencies are more dependent than ever on lack of public health infrastructure, and the morality and the moral integrity of governments.

Public health takes precedence over politics. We must rally behind that and as NGOs develop strategies to address this in your missions.

Thank you very much.

(applause)

パネリスト講演



鵜飼 卓（災害人道医療支援会理事長）

喜多 悦子（日本赤十字九州国際看護大学教授）

Fitsum Assefa（Nutrition Officer, UNICEF Afghanistan Country Office）

Jim Good（Inter Works）

広瀬 哲樹（外務省経済協力局審議官）

（司会） そろそろ始めたいと思いますので、お席のほうにお戻りください。それでは、引き続きシンポジウムを始めたいと思います。まずパネルディスカッションに移動していくのですが、それぞれのパネリストのかたからご講演を頂きたいと思います。いちばん最初のパネリストのかたは、災害人道医療支援会理事長の鵜飼卓先生です。鵜飼先生、よろしくお願ひいたします。

（鵜飼） ただいまご紹介いただきました鵜飼です。長年の友人であるバーク博士の非常によくまとまったお話を伺ったあとで、私の話がどうかと思うところがありますが、お話をさせていただきたいと思います。

（以下スライド併用）

○保健医療分野における緊急人道支援にはいろいろな問題があります。皆さんももちろんかかわられているわけですから、よくご承知のことですが、日本特有の問題もありますけれども、全世界各国共通の問題もあります。緊急人道支援というからには、人の命を守るべく行くことですので、その精神は非常に崇高なものであるべきですが、人間のやることですので、現場では非常に泥臭い、醜いものも入り込んできます。

日本人は島国で自己閉鎖的なところが強く、また英語も下手ということもありまして、国際舞台での活躍が概して下手ですが、しかし、だからといって日本がいつまでも人道支援にお金だけ出して、人的国際貢献ができないというわけにはいかないと思います。

前置きはそれぐらいにして、まず私の発言

のバックグラウンドを知っていただくために、私の個人的な国際緊急援助へのかかわりからお話をさせていただきたいと思います。

○私は1979年の秋から世界的に大きな注目を集めたカンボジア難民に対する日本政府派遣の救援医療チーム（JMT）の初期に6か月間参加しました。この体験がまさに目からうろこで、途上国の災害時に救援医療チームをすぐ派遣できるようにということで、外務省に働きかけまして、ジャパン・メディカル・チーム・フォー・ディザスター・レリーフ（Japan Medical Team for Disaster Relief：JMTDR）という組織の設立にこぎつけたわけです。これが1982年のことです。

この組織が最初に動きましたのは、1984年、干ばつのエチオピア国内避難民（IDP）への救援で、1985年にメキシコ地震に出動しました。また、1991年には湾岸戦争後のクルド難民問題に対し、イラク国境に近いイランの町に赴きました。一昨年夏にはJMTDRの中核的なメンバーが中心になり、NPOである災害人道医療支援会（Humanitarian Medical Assistance：HuMA）を結成しました。このできたばかりのNGOが、イラク危機に対応して、イラクの隣国ヨルダンでの救援医療活動のためにチームを派遣することになりました。そして昨年夏から今年初めにかけて、イラン南東部地震に対するJMTDR派遣、これが私の最も新しい緊急医療支援の活動です。

○このスライドは、1979年11月から80年6月までのタイ国サケオのカンボジア難民キャンプの死者の数の変化と、救援に入った医療従

事者の数の変化を示しています。死亡者数が1か月以内に急激に減少しています。それに対して、医療従事者数は明らかに遅れてピークになり、その後もゆっくり減少しています。緊急人道支援は即座に介入しないとだめだということを、このスライドは意味しています。

○JMTの活動を通して学んだことの幾つかを挙げてみましたが、迅速に介入すべきことがまず第一である。しかし、早いだけではなく、適切な技術水準を持つこと。そのためには、平素から人材確保、人材の研修、機材の備蓄、そして資金の確保などの準備、あるいは国際機関や他の団体との協力、そしてまた伝統医療も含めた地域の文化の尊重、そして人々の自立支援が重要であるということ学びました。

そこで、JMTDRの設立に動いたわけですが、日本政府がお金を出し、事務局も外務省とJICAに置きまして、希望する医療スタッフを登録するという、半官半民というか、むしろ政府組織に近い形の組織ができました。

○JMTDRの初回出動は1984年の干ばつと飢饉と内戦のエチオピア国内避難民救援でした。この左上の写真は、エチオピアの国内便で人と機材と一緒に積み込まれたところです。右上はシェルターにまだ収容されていない人々が、夜間0℃近くまで気温が下がる中、野営せざるをえない状況を写した写真です。それから、左下はテント病舎を設置しているところで、右下は極度の栄養失調の少年です。このキャンプで、先ほどバークル先生も言われました、麻疹が大流行し、非常に高い死亡率で、非常に厳しい状況の中でこの医療活動が行われました。

○我々の働いたキャンプでの一日平均死亡者数の変化を示したグラフです。私どもが到着してから、残念ながらもまだ死亡者数はどんど

ん増加していき、クルード・モータリティ・レート（crude mortality rate：粗死亡率）が、人口1万人当たり1日25にもなりました。先ほどのバークル先生のお話にもありましたように、1以下であるべきものが、25にもなったのです。これは医療の介入もさることながら、水と食料の供給が円滑になった時点で、急速にクルード・モータリティ・レートが下がってきています。

○1984年以来、昨年末のイラン南東部地震まで、JMTDRは40回にわたって海外での災害救援に出掛けています。これらの活動資金はもちろん政府が出しています。緊急援助における政府組織の利点と欠点を考えてみますと、政府組織としては、お金にあまり苦勞することはない。皆無ではなく、年度末に予算が足りないというようなことが時々起こってはいるようですが、しかし、あまり苦勞することはない。事務局がJICAにありまして、専任の職員も現在では十数人いますが、スタッフも災害救援活動の場数を踏んできていますので、ロジスティックやアドミニストレーションの能力が非常に向上してきています。また在外公館やJICA事務所、時には海外青年協力隊のかたがたの協力を得ることもできます。したがって、相手国との交渉もしやすいという利点もあります。また、国がやる事業ですから、派遣ワーカーが所属先の理解も得やすいという大きな利点があります。

しかし、政府が動かす以上、相手国からの要請がないと、決して動くことができない。一方、被災国政府からの救援要請というのは、被災現地の状況にもかかわらず、なかなかすぐには出てこないで、派遣のタイミングが遅れてしまうということが問題です。また、政治的な配慮がむしろ優先される場合もあります。もちろん当然のことながら、政府組織としては日本の国内法にも縛られるという問題があります。

NGOはちょうどこの逆といってもいいような気がします。これらの問題を何とかできないだろうかと考えたJM TDRの中心的なメンバーが集まりまして、HuMAというNGOを作ったわけです。JM TDRと目的とするところはあまり変わらない組織です。ただ、教育に力点を置いています。国際的な緊急人道支援に役立つ人材を育てていこうとして、このHuMAを一昨年の6月に設立しました。まだまだ準備不足で、メンバーも十分とはいえなかったのですが、昨年春、イラク危機対応医療チームをヨルダンに送り込むことになりました。

アメリカのイラク攻撃と、それによる難民の流出を予測しての医療チームであったわけで、人的災害を予測して準備を始めたという意味では、これは画期的なことでした。まだ難民用のテントも何もない砂漠のど真ん中に、我々の診療テントだけが、ちょうど戦火が始まった3月20日の開戦の日に建てられました。

ところが、戦火が始まっても、先ほど、バーカル先生はアメリカのほうでは人間があまり動かないと考えていたというお話でしたが、我々は難民が出てくると予測していたわけですが、予期に反してあまり難民は出てきませんでした。そして開店休業の状態がしばらく続きました。

UNHCRでの豊富な経験を持つかたにプロジェクト・マネジャーになっていただきましたので、ヨルダン政府との交渉や、UNHCRあるいはWHOほかの団体などとの折衝、あるいはアンマンおよび前線基地であるルエイシッドのJPF-HuMAイラク危機対応医療チームの事務所の開設は、極めてスムーズだったと思いますが、医療活動がいつまでたっても始まらないことに、医療スタッフは焦りを感じていました。

また、医療スタッフはどうしても日本の職場を長期間離れることができませんので、短

期間での交代になるといったことがあり、医療スタッフのリクルートに困難を覚えました。また、スタッフが全くの即席の寄せ集め集団でしたので、ロジスティックやアドミニストレーションについても、不慣れが目立ったと言わなければならないと思います。概して日本のNGOは後方支援、ロジスティックの力が弱いといわれていますが、私たちのヨルダン・ミッションもその弱さを露呈することになりました。

三つのNGOがジャパン・プラットフォームのもとにジョイントして共同チームを派遣できたことは、日本の緊急人道支援としては画期的であり、そのことは高く評価すべきだと思いますが、これらの三つの団体間で十分な意見の交換ができず、行き当たりばったりのミッションになったところが問題だったと思います。

○もう一度JM TDRに戻りますが、昨年末から今年初めにかけて、イラン南東部の地震に対しての医療チームは、医師4、看護師7、薬剤師1名という医療スタッフに対し、ロジスティック、アドミニストレーション・スタッフが12名というチーム構成でした。右上は診療テントの写真ですが、設営開始から3時間後には診療を始めることができました。また右下の写真のように、活動サイトにITあるいは通信室というような場所を作ることでも、インターネットで情報収集をしたり、日本とのEメールのやりとりをすることもでき、現地政府や国連との話し合いなども大変スムーズに行うことができました。

日常から年に数回の研修会などもありますので、ロジスティックの担当者が医療チームの動きをよく知っていらっやあって、あうんの呼吸で活動できたことは、今回のイラン南東部地震派遣が非常によかった点であると思います。

問題は機材の到着の遅れでした。政府組織

としては、輸送力の強化を真剣に検討すべきだと感じた次第です。

○緊急人道医療支援の現場で起こりがちなさまざまなことがらを列挙してみました。現地で混乱が生じるのは当然ですが、同じような支援が1か所に集中しがちです。そこでは競争が、時には対立が、あるいはドナー団体どうしの争いが生じることもあります。しかし、お互いにそれを相談し、協調し合っ、また共に働く。そして人の命のために、また健康の回復のために、少しでも貢献することが重要であることは言うまでもありません。

今回のイラン南東部地震でも、活動場所の取り合いというようなこともありました。何とかうまく貢献できたと思います。これはUNHCRのOSOCC（On-Site Operations Coordination Center）が比較的うまく機能して、競争を避けるようにできたのではないかと思います。

以上、簡単ですが、日本の政府組織であるJMTDRから見た人道医療支援、そしてまた小さなNGOの活動から見た人道支援の問題についてお話しさせていただきました。ご清聴ありがとうございます（拍手）。

（司会） ありがとうございます。続きまして、日本赤十字九州国際看護大学教授の喜多悦子先生よりご講演賜りたいと思います。喜多先生、よろしく願いいたします。

（喜多） 皆さん、こんにちは。喜多です。鶴飼先生のお話ともいささか関係するかも分かりませんが、私は鶴飼先生たちがタイーカンボジア国境で働かれてから10年後の1980年代末、パネルの司会をしてくださる中村先生などと同じ時期に、アフガン難民援助に携わったことがきっかけです。少し日本の歴史を見てみたいと思います。

（以下スライド併用）

○これは私のかつての仲間の仲佐先生ですが、南米でJMTDRの初期のころだと思います。

○これは88年、ユニセフ・アフガン・プログラム・オフィス設立時、紛争地区への初めての日本人派遣で送り出されたときの難民キャンプです。

○これはその後のJMTDRのいわゆるレリーフ・チーム。

○これは今回のイラクです。

もう少し詳しく見ますと、日本が広い意味の国際協力にかかわる体制ができる時期のあと、難民条約に入ったり、鶴飼先生が説明されたJMTができた時代があったといえます。

そして、88年に文民の保健専門家を、今で云う、コンプレックス・エマージェンシーに派遣するという政府決定につながります。

そのあと、緒方先生がHCR（高等弁務官）になられたり、明石先生がUNTACのトップになられたり、ODAの方針が決まったりという時期もあったのですが、そのあとにいわゆるPKO法ができました。そこで、いわゆる文民やJDRは自然災害に、紛争には自衛隊がというカテゴリーが分けられてしまったように思います。以後文民は非常に動きにくくなったと思います。

そのあと92年ごろから、自衛隊が幾つかPKOに参画されましたが、同時に小淵総理のヒューマン・セキュリティの考えが打ち出されたり、外務省が紛争後援助を打ち出しました。90年代はいわゆるコンプレックス・エマージェンシーが増えた時期ですが、こうやって見てみると、日本もそれなりに理念的な動きをしてきたと思います。

2000年代年に入ってから、もっと積極的にアフガン支援、あるいはJICAでも平和構築のための方針が出ましたし、スリランカの

平和構築の会議があったり、昨年には新しいODAの方針が出ました。このように、日本にも理念的な動きがあると思うのですが、今回の自衛隊のイラク行は、ちょっと違う動き、政治的判断だと思えます。

日本の人道援助を考えてみますと、資金は増え、形も少しずつ変わってきている。法体系も変化してきているとあっていいのだろうと思いますが、では人道援助の人材育成はどうなっているのかといったときに、何か？という感じがしないわけではありません。人道援助研修は、政府といますか、JICAあるいはJMTDR、JDRの研修や、NGOの研修もあります。また、日本赤十字でもやっていますが、ちょっと大胆に言えば一長一短で、どれがオーソリティーなのかという気がする、今日は申し上げたいと思います。

○そこで、これは赤十字の広告ではないのですが、昨年の3月、今日基調講演をされましたバークル先生が、アメリカ人で初めてこのH.E.L.P. (Health Emergencies in Large Population) をお受けになったそうですが、去年日本で初めてH.E.L.P.を開きましたので紹介します。これは、日本でもやらなければということ随分前からいわれており、多くの方も動いておられたと思うのですが、いざどこでやるのかというと、なかなか動けません。H.E.L.P.は赤十字国際委員会が作った研修なので、それをWHOと、開催国のレッドクロスと、主催大学という組み合わせで開かれることが多く、例年、世界で10～12コース開かれています。3週間、英語かフランス語です。私どもは開学2年めの看護大学でしたから、それこそ本当にエマージェンシーだったのですが、やらせていただきました。

受講生はアフガン女性2人、バングラデシュ、カンボジア、インド、日本の11名は全部レッドクロス関係者ですが、その他モロッコ、フィリピン、ポルトガルです。NGOにも

声をかけさせていただいたのですが、ちょうどアフガン救援に忙しい時期で、途中で3週間抜けることは財政的に許されないというお返事を頂いたところが何か所かあります。計21名でした。

○その講師と内容です。H.E.L.P.講師として活躍している赤十字国際委員会のリカルド・コンティ (Ricardo Conti) は、計画と給水、環境衛生を担当、日数として3日間ぐらいありました。

有名な難民保健の大家であるマイケル・トゥール (Michael Toole) は疫学と感染症で、2日間。

バークル先生と同じジョンズ・ホプキンスのギルバート・バーナム (Gilbert Burnham) には、ややメディカルなところをお願いし、保健活動、メンタル・ヘルス、リプロダクティブ・ヘルスで2日。

栄養 (Nutrition) は、やはりホプキンスのステーブ・ハンシュ (Steve Hansch) で1日半。

それから、WHO/PAHOのクロード・ビル (Claude de Ville) に自然災害。これは厳しいグループワークがあり、かなり日本人は泣かされるのですが、2日やりました。

実は、ICRCのほうはあまり賛成ではなかったのですが、ちょうどテロがたくさん起こっていた時期なので、人為災害として、エリック・ノジ (Eric Noji) にテロの解説をお願いしました。エリックはこのコースが済んだあと、そのままイラクに飛び立ったのですが、これを1日。

そのあと、私のWHO時代の仲間で、ユニセフ平壌事務所のダニエル・デブッチ (Danielle Deboutte) に、人権と保健、医療倫理を2日。

最後にこのH.E.L.P.コースを作られたピエール・ペラン (Pierre Perrin) です。彼は国境なき医師団の最初のメンバーの一人で、その後赤十字に入り、ずっとH.E.L.P.をやっておられ

るのですが、国際人道法 I H L（International Humanitarian Law）と専門家の倫理、援助者のジレンマ、なかなかうまくいかないという話を2日半ぐらい。

つまりプランニングに3日、理論的なところに4日半、最後の1週間はその理論的なところで、みんな退屈というか、分かりにくいというか、もうたくさんという感じもあったのですが、それが今の世界の趨勢ということで頑張りました。

○では、そういう研修を受けた人、あるいは今、現に援助の現場で働いている人はどこで何をしているのかを見ますと、まず大学にいる人がかなりいます。UN、あるいは研究機関、JICAも含めて政府にいる人もいます。あるいはNGO、レッドクロスもあります。何をしているのかでは、緊急援助もありますが、教育・研究、長期の開発協力です。

次に、人道援助というプロフェッショナルな仕事は維持できるのか。本業として、教育・訓練あるいは予防活動のようなことに従事して、機能を保つことは可能だと思いますが、どれぐらいの人数がそういうポジション持てるのかはなかなか判断は難しい。大学・研究機関、私は消防も入ってきていいのではないかと思います。また、テロを考えれば、警察も入ってくるかなという気もしますし、軍の関与は、これからもう少し考えなければならぬのかなという気がします。

最後に、将来の問題です。私は、人道援助の専門家養成は、多かれ少なかれできていると思います。問題は、その人道援助の専門性をどう向上させるかということだと思います。日本のトレーニングを考えてみますと、局所的といいますか、一つの難民キャンプでテクニカルに何をやるのかというところに偏りすぎているような気がします。

同時に、先生としてトレーニングに従事する、訓練指導のエキスパートが日本にはまだ

いないと、H.E.L.P.コースを企画させていただいて、つくづく思いました。

もう一つの問題は、専門家をどう統合していくかという問題です。専門性の統合といってもいいかと思います。その中で私が感じることは、日本の人道援助というのはかなり医療に引っ張られています。しかし、実際にやらなければならないことは公衆衛生的なことではないかという気がします。

さらに、日本の人道援助はまだかなり物質的に偏っているのではないかという気もします。もう少し理論的といいますか、パブリックヘルスとして広くどのようなことが必要なかという方向に進むべきというか、進んでほしいというのが私の願望です。今まで、現場に出た人間はたくさんいますが、いつまでたってもそれが個人の経験にとどまっているような気がします。それをどう日本の援助として理論構築していくのかということが、これから問われていくところではないかと思います。以上です。ありがとうございました（拍手）。

（司会） ありがとうございます。続きまして、国連児童基金ユニセフのアフガニスタン事務所のニュートリション・オフィサーでいらっしゃいますフィツム・アセファ（Fitsum Assefa）様にご講演いただきたいと思います。よろしくお願いたします。

（アセファ） ありがとうございます。皆様こんにちは。私が活発に参加しているケーススタディについて、人道支援の評価と実施においてどんな課題に直面しているかということの説明したいと思います。

（以下スライド併用）

○これは1999～2000のエチオピアのケーススタディです。エチオピアはご存じのとおりアフリカ東部にあります。「アフリカの角」と呼ばれているのですが、エチオピアではここ20

年の間に繰り返し干ばつと食糧危機が発生しました。1984年に深刻な干ばつがあり、市民戦争によって複雑化しました。

○1999～2000年の危機以前にも、南東部で続けて3年にわたり干ばつがありました。ソマリアとの国境においては、部族間や反乱グループ・政府軍間の内戦がまだ続いています。

○これは過去の死亡率のデータです。CDC (Centers for Disease Control: 米国厚生省疾病管理・予防センター) が支援しているNGOとユニセフが収集しました。このデータは1999年の12月から2000年の7月までのものです。緊急事態を背景に調査期間中、死亡率は上がっています。最も高い死亡率は調査機関の初めに見られます。そして死亡率は4月頃に低下し、4月を過ぎるとまた上がります。調査期間中を通じ、粗死亡率としては1日1万当たり3.2です。1日1万当たり1以上であると粗死亡率としては深刻で、これはその3倍です。また、5歳以下の児童の粗死亡率は6.8ですが、児童に関しては1日1万当たり2以上が深刻な緊急事態ということで、これもまたその3倍です。

このデータは人口95,000人のゴデ地区で集計されたものです。

○同じグラフですが、さらに情報を盛り込んで、先ほどのグラフに線を加えています。状況は1997年に深刻になっていたのですが、2000年4月にやっと緊急支援が始まりました。なぜ死亡率が下降し始めたこの時点で緊急支援が始まったのでしょうか。それはゴデ地区の報道があったからです。CNN、BBCの報道があったので、そのレスポンスとして始まったのです。ゴデ地区には多くの避難民が来ていました。2週間で16の機関、国連、NGOがこの地区に集まりました。そしてやっと食料供給や配給プログラムがメインの支援が始

まったのです。

○このグラフをごらんいただいて分かる通り、5月ぐらいからまた死亡率が上昇します。なぜ支援の介入があったのに、緊急支援が始まったばかりのときにまた死亡率が上昇し始めるのでしょうか。その理由を知るために、はしかによる死亡率のプロット化もしてみました。14歳以下の児童のはしか死亡率の傾向は、5歳以下児童の死亡率と相関しています。食料供給や配給センターが施設に人を呼び寄せることで人口密度が増えるわけです。それゆえ、はしかのような伝染病がはやり、罹患率や死亡率に影響するのです。

○死亡の80%は支援が始まる前に起こっていました。死亡率は5月までに上昇し始めました。しかし、5月上旬までに、WFP (United Nations World Food Programme: 国連世界食糧計画) や他の国連機関などは、深刻な危機状態はもうすでに沈静化し、危機は回避されたという宣言を発表しています。

○では、死因は何だったかということ調べてみました。ごらんのとおり、消耗、栄養失調、疾病などがかなりの割合を占めています。ほかの伝染病も大きな原因となっていますが、右側のグラフを見て分かる通り、栄養失調の児童たちは、栄養失調だけではなく、ほかの伝染病にもかかっていたということです。バークル先生が先ほどおっしゃっていましたが、衰弱した人たちはよくある普通の疾病によって簡単に死亡してしまいます。多くの児童がかなり複数の疾病にかかっていた。消耗や栄養失調だけで死亡した子供たちが占めていた割合は、たった27%でした。はしかのワクチン接種や水・衛生の改善などの支援はあまり考慮されず、支援は主に食料や配給に注がれたのです。

○またこちらに戻りますが、鶴飼先生のプレゼンテーションで、1984年のご経験では援助が1か所に集まってしまったとおっしゃいました。干ばつは地域全体に起こった状況だったのですが、ゴデという町だけに援助が集中したのです。そこに飛行場があったからなのですが、全部のNGOがそこに集まってしまいました。そして鶴飼先生がおっしゃったとおり、競争が発生し、混乱が発生して、かなりの人道援助の悪例がそろったのです。

○栄養失調、干ばつと聞くと、エチオピアを思い起こす人は多いと思います。80年代前半と70年代に干ばつが起きたからなのですが、このような子供達を思い起こします。これは重度の栄養失調です。左側は深刻な栄養不足によって過度に消耗した児童です。非常にやせています。右側の子供も栄養失調ですが、やせていません。むしろ、いろいろな合併症にかかっているのです。太っているように見えるのですが、浮腫にかかっています。このような状態をクラシオルコル (kwashiorkor) と言います。

○もはやこの子供たちに必要なのは、特に最初の数日間は食料ではありません。この緊急事態のときに話していたのですが、児童の3割に栄養失調の症状が出ており、そのうち7%が重度でした。過去10年において、この子供たちの栄養失調をどうやって管理していくかということのノウハウを集めたにもかかわらず、それがきちんとなされていませんでした。この食料供給プログラムそのものに多くの欠陥があったのです。

○1年後、アフガニстанは人道支援の注目の的になりました。1998年以降、3～4年間に、続けて干ばつに襲われたのです。皆さんご存じのとおり、9月11日の同時多発テロ以前は、アフガニстанで活動する人道支援機関はほ

とんどありませんでした。また、特に栄養の人道支援分野では経験豊かなプロフェッショナルはほとんどいません。2001年の春、エチオピアで活動していた人たちの多くがアフガニстанに行きました。ここでも、干ばつの緊急事態が起こったと考えられたために、支援は食料供給プログラムのみでした。しかし、アフガニстанの状況は全く違っていました。判断を誤ってしまったのです。これは壊血病、ビタミンC欠乏症の状態ですが、ごらん通り、これは女性と12歳の子供の足です。彼らは消耗していなかったし、やせていなかった。でも重度の壊血病にかかっていたのです。アフガニстанのいくつかの地区ではこれが死因の6～10%を占めました。

○緊急事態は場所によって、ケースによって違います。でも、評価が欠如していて、状況の分析力が欠如しているために、対応が効果的ではありませんでした。特にアフガニстанの過疎地においては、それが分かるまでにたくさんの死者がもうすでに出てしまっていたわけです。

○また、栄養状態を評価する際の課題について話したいと思います。5歳以下の児童の栄養失調率は緊急事態のベーシックな指標になっています。我々はプログラマティックな決定を下すために普通フィールド調査に重きを置きます。人口動態統計がない場所に行かなくてはならないとき最もよく使われるのは30クラスター調査という方法論です。この表は、エチオピアでポール・スピーゲルなどのCDCのメンバーが行った2年間にわたる調査の結果です。1999～2001年の間に67の30クラスター調査が行われました。有効な統計を取るためには、最低限30のクラスター（集団）が必要です。そして、1クラスター当たり10人の児童がいないと、状況について把握できません。でも、ごらんになって分かる通り、67

の調査のうち7調査、つまり10%しか有効統計としての条件をクリアしていません。

○たった7つしか、分析をできるような統計を提供してくれなかったということで、評価ツールあるいは方法論において、いかに課題が多いかということがわかります。

○ガイドラインや情報はあるのですが、結局は経験、トレーニングの問題です。ほとんどの場合においては、人道支援者の出身地における調査方法が使われているということです。つまり、そうした場所では栄養や疾病の度合いが複合災害を評価するのに十分ではないのです。そのため、専門的なトレーニングや経験が必要とされます。

○まとめてみますと、危機のモニタリング管理において、引き続き失敗が繰り返されています。これらの欠点を三つの分類に分けることができると思います。まず一つめ、最も重要な分類が、技能・知識・経験の欠如です。その解決法としては訓練・教育しかないわけです。緊急事態が変わると、ある国ではこういうやり方でやる、また同じ国の中であっても地域によって方法が違います。状況は多様であり、情報のアップデートが必要です。人道援助をサポートする機関や国はトレーニングに投資しなくてはなりません。

○次に、方針や手続きの問題。特に栄養失調において、ここ10年でガイドラインが変更され、方針が変更されるということが繰り返されてきました。一つの緊急事態に対応できたことが他でも通用するとは限りません。ですから、継続的に、積極的に、特定の方針が特定の複合災害に対応するかということを知っておかなくてはなりません。全当事者が手続きや方針の見直しに寄与できるのです。

○そして、最後の分類は資源不足です。エチオピアの状況においては、少なくとも死亡率は8か月間非常に高かったのです。それまで支援が全くなされなかったのはなぜか。明確に資源不足という問題がありました。エチオピアは当時エリトリアとも国境紛争をしており、ドナー達はエチオピアでの活動を支援することに乗り気ではなかったのです。そしてCNNで栄養失調者が死んでいく様子が報道されるまでは支援がなされませんでした。

○鍵はアドボカシーにあります。そして私のような技術者はそこに大きな責任を持っています。アドボカシーを強化するためには、我々が行う分析と評価に自信を持たなくてはなりません。我々は厳格でなければなりません。それがアドボカシーを資源を動かす力に変えるのです。

○手短かに人道緊急支援、特に複合災害における評価・実施の課題についてまとめてみました。災害における過度の被害、死亡や栄養失調を効果的に阻止するための鍵はトレーニングと経験です。ありがとうございました（拍手）。

（司会） ありがとうございます。続きまして、インターワークス（Inter Works）のジム・グッド様にご講演をいただきたいと思います。よろしくお願ひいたします。

（グッド） 皆さん、ありがとうございます。今日皆様とご一緒できて、本当にうれしく思っています。いずれごらんいただけたと思いますが、私はジェネラリストです。私の仕事というのは複雑な難しい問題を要約する、そしてそれを最も単純なアイデアにまとめるということです。

（以下スライド併用）

○バークルさんが言われたことにも関連しま

すが、私は非常に面白いプレゼンテーションを聞くと、聞きながら、それをすぐ単純化し始めます。本当にシンプルに言えば、そこで何が大事だろうか。私は三つの大事なことを酌み取りました。この三つのことは皆さんがたにとっても現場に出掛けていって人道支援をするうえで重要なことだと思います。

○まず、農村から都市型へと状況が変わったということです。ということは、皆さんの頭の中の図式、どこか貧しい村に出掛けていって、子供たちが周りに来て、みんなにこにこ笑って、そしてワクチン接種のプログラムをやるというようなイメージというのは、とても非現実的になるのです。あなたの状況というのは、現地に行きますと、東京の一部にいるような感じですか。シカゴやロサンゼルスにいるような感じかもしれません。非常にタフな、しかも意地悪な状況に入るとということです。

○そして、より暴力性が増えています。これはそのとおりです。非常に用心深く考えるべきです。そのような中で自分は何ができるのか。どのような価値を自分はその国に持ち込むことができるのか。暴力ということを考えて、自分に対するリスクも考えて、自分の個人的な決定をすべきです。行くべきか、行かないべきか。現実的に自分のためにも、なぜそのような決定をするのかということ、なぜ行かなければいけないのかということをも自分自身で分かっているべきです。

○いちばん驚くべきことは、そしてこれは真実だと思うのですが、三つめ、中立性ということを見いだすのは非常に難しいのです。NGOというのは以前は出掛けるのも楽でした。例えば軍隊が戦争していても、NGOならば大丈夫でした。なぜならば、我々は戦闘員ではない、我々は良いことをするのだから、何も関係ないということでした。人は分かってくれ

るだろう、人々はきっと良いことをするのを手伝ってくれるだろうと思っていました。我々は中立なのだということで、それが我々の防御になっていました。ところが、今日バーケル先生がおっしゃったモデルの、特にユニラテラルな対応モデルにおきましては、皆さんが心や信条の中で中立であるにもかかわらず、現場の人々からしてみれば、皆さんは一方的にやっている側の人間なのです。あなたは中立かもしれないけれども、あなた以外の全員はあなたは中立でないと思っているという問題です。どこに行ってもこのことを意識していなければなりません。そしてこの三つのポイントをぜひ皆さんは頭に入れておいてください。

○シンプルな言葉で、さらに三つの挑戦を皆さんに捧げます。まず、皆さんがたは何らかの形で、一層の理解とコーディネーションを通して、より大きな人道支援レスポンスの図式の中に自らを合わせていかなければなりません。前にもお話が出ましたが、言葉の難しさ、文化の難しさということがあります。それからほとんどの国際的な人道支援の場では英語、場合によってはフランス語が使われます。どうしてかといいますと、一部には植民地化のためにその言葉が話されているということがあります。また、一部にはアメリカの影響、ヨーロッパの影響ということもあります。人道支援の歴史の中での英仏の重要性ということもあります。日本のNGOはこの現象の中で入ってくるのが遅かったわけです。ですから、これはすでに所与のものとしてあるわけで、その中に自分が入って合わせなければいけない。

○二つめの挑戦は、正しいことをしなさいということです。非常にシンプルですね。正しいことをするに決まっています。しかし、実際はとても難しいのです。極端に難しいのです。こ

れにつきましては、後でもう少し詳しくご説明をします。

○三つめの挑戦として、自分が正しいことをしているということを知っておく必要があります。知ることが大切なのです。皆さんがた、現場に出ていった人ならお分かりでしょう。アフガニスタンであれ、イラクであれ、リベリアであれ、現場に行った人ならば分かると思いますが、皆さんがたは、時々本当に自分は正しいことをしているのだろうかと考えませんでしたか。本当に役に立つことを自分はしているのだろうかと疑いを持ちませんでしたか。これは非常に辛い質問であり、夜眠れなくなるようなものです。

○皆さんは確かに医療機材を持っていきますし、予防接種キャンペーンをやるでしょう。でも、本当にあなたがやったことによって、多くの人たちが予防接種センターに来たのでしょうか。敵対する勢力が、それをねらい打ちして、例えば5000人の女性と子供を襲撃することになったかもしれません。それを意図したわけではないけれども、暴力や政治性ということを知らなかったがために、あるいはほかの敵対勢力が何を考えていたかを知らなかったがために、皆さんが善意でやったことが悪い結果を生んだかもしれないのです。そして、そのようなことがあると、本当の危機のスタートになるわけです。これをやるのはいいことのはずなのに、実はそう簡単ではないということに気がつくということがあるのです。

○というわけで、まずコーディネーションという課題があります。私は自分を合わせなければならぬ、何が現状なのかということを理解しなければいけないと言いました。難しい不安定なところに皆さんは出掛けていきます。よくあるのは、自分の事務所にとどまって、自分の場所にとどまって、例えば他の日本

のNGOのところに掛けることしかないということです。多くの力があなたに敵対するかもしれませんが、それを克服する方法を見いださなければいけません。ということは、ほかの現場に出ている団体と話をする必要があります。そして会合に出なければなりません。また、暗くなってからディナー・パーティに行かなければなりません。そこに赴き、話をして、理解していかなければいけないのです。そして、ちょっとした政治的な情報、セキュリティ情報は、フィールドで活動しているこうした他の人々と話すことで入ってくるということがあるのです。ですから、他の人と話をしなかったら、理解はできません。理解をしなければ、夜眠れなくなるような過ちを犯してしまうということになるのです。

○しばしば、「短期の人道支援家の爆発」が起こります。バークル先生も爆発的にNGOの数が増えたと言いました。コソボでは、登録されたNGOが600を超えました。もし登録していないような小規模のところを含めれば、2～3倍になります。アフガニスタンの場合はもう世界のNGOの震源地といってもいいようなもので、三つのコーディネーション団体があり、それぞれが少なくとも60ぐらいのメンバーを抱えています。非常に多くの人たちが仕事をしています。ということは、人と話をするというのも大変なことになります。話するにはあまりに多くの人がいるのです。

○支援団体それぞれが同じニーズにこたえようとしているところで、複雑で複合的なサービス・ギャップの評価をするのは難しいことです。ごめんなさい、シンプルな文章ではなかったですね。アイデアはシンプルなのです。要するに、多くの団体、NGOなどは、同じことをしようとしてやってくるのです。そして、まさにあなたがやっていることと同じことをしそうなところがやってくるわけです。現場

に行き、この地区あるいはこの町で水・衛生プログラムをやりたいと思って、コーディネーションの会合に出ていきます。そして、「私としてはこれをやろうと思っています」と言うと、5～6団体ぐらいが、「いやいや、我々もそれをやろうとしているのですよ」というようなことを言ってきます。

○これこそが、まさに私の身にも起こりました。コソボで起こったことなのです。圧倒的な支援が流れ込み、我々が使える以上の資金がありました。NGOに行き、彼らの腕をねじり上げて、もっとお金を使わせようと思っているような、そういう不思議な状況の中で、ある会合に行きました。そこでは、六つのNGOが避難所を作るということをやっていました。ある村には全然避難所がなく、緊急避難所の供給が必要だということで、どのNGOも、自分たちが第1号になるのだということでその村に入っていました。そのとき我々全員がとにかくその村で何かをしたかったわけです。ところがどうなったかという、この出席者たちは事務所に帰って同僚に、「もうあそこは取られてしまった」と言いました。その結果、実際には誰も何もやらなかったのです。「他の人がやるのだな、ではうちはやめよう」ということで、誰もプロジェクトをやらなかったのです。圧倒的に可能な支援資金があったにもかかわらず、誰もが事務所に帰ってもう他がやっていると言ったのです。実際の行動が伴わない相互の約束がそれを引き起こしたわけです。

○そして、ニーズ・ベースの仕事に任務先行型の取引はできません。どういうことかという、例えば皆さんがたが医療NGOだったとします。そして現地に行きます。治療行為をすることが自分の任務であるということで行きます。クリニックを開いて、患者を受け入れて、診断をして治療をします。そして患者が

入ってくるとうれしくて、とてもいい気分になるわけです。ところが問題は、実はそれほど患者はいません。皆さんのところに来ない。おそらくたどり着けないのでしょう。バークル先生がおっしゃったように、アクセスがないために来られないのかもしれませんが。ですから、本当に持ってくるべきだったのは、ちゃんと巡回して人を拾ってくるバスだったのかもしれませんが。実際に患者がやってくれば、すごい赤痢にかかって、下痢をしているかもしれない。となると、水の供給システムをきれいにするということが必要でしょう。

○例えばコップに水を入れるというのと同じです。イラクの人がこういうことを言っていました。我々にセキュリティを下さい、これの下さい、あれを下さい、それからクリニックを造りましょう、と。まさにそういうことが現実なのです。診療所の仕事で行ったとしても、それは水のコップのほんの表面1cmぐらいにしかならないのです。底のほうに水が入っていなければ、いちばん上の1cmの水にはなりません。つまりとても基本的なサービスと十分な食料が必要です。例えば食餌療法センターを造ろうとしても、それこそが自分の任務だとしても、あなたはそこで立ち止まって周りを見回し、「ちょっと待って。実はこの人たちは水のプログラムのほうがもっと必要なのではないだろうか」と言えるでしょうか。あるいは500か所のトイレや、学校かもしれません。あるいは、山賊のような人たちが毎晩村を襲うのをやめさせるということが必要なかもしれません。ですから、自分の任務以外のところでどんなニーズがあるか分かる能力、そしてそれを行う能力が必要なのです。

○幾つか引用があります。これはDEC（Disaster Emergency Committee：災害緊急委員会）によるグジャラートの評価からの抜粋です。（ここに書いてあるコーディネーショ

ン・ボディーの名前は消してあります。）
「彼らは実際上の配給のデータベースを作ることができませんでした。また、エージェンシーが必要とした評価情報を出すことができませんでした。その結果、いくつもの評価作業の重複が起きました。（エージェンシーが他から来た情報を信頼しなかったということもあるかもしれません。）そして今日まで、どこで配給が行われたのかということがわかるような信頼できる方法は見つかっていないのです。」
これは公表されたレポートです。「全然手段がない」、どうなったのか分かりえないということが言われています。

○正しいことをするという事について、もう少し説明すると言いましたが、正しいことをするのはたやすいことです。ニーズがたくさんあれば、そのニーズに応じて助けてあげればいい。これは人道支援家としてやりやすいことです。しかし、現実はどうかという、実際に現地に行きますと、アフガニスタンでも、イラクでも、リベリアでも、シエラレオネでも、イランでもどこでもいいのですが、現場に皆さんが行かれると、情報というのはなかなか見つからないものなのです。ほとんどの場合にはバイアスがかかった情報しか入ってきません。非常に難しい仕事なのです。一体だれが助けを必要としているのかが分からない。全員に支援を与えることができないのなら、最も助けを必要としている人に支援を与えなければいけません。

○では、誰がそうなのか。誰が記録を持っているのか。だれも住所録など持っていません。もし誰かが住所録を持っていたとしても、その場合にはバイアスのかかった住所録である可能性があります。その人の親戚とか、部族とか、家族とか、そういう人の住所でしかないかもしれません。でもあなたには分からないのです。常に他の人の情報に頼っているのです。

ですから、あなたにとっての挑戦というのは、自分が本当に知っていることは何かを知りなさいということです。

○ヘルスケアを患者に提供するというのは、比較的シンプルな話です。ところが、大量の大衆に対してトリアージの戦略を取るということは難しいのです。これは実際、戦略なのです。

ある国が、ものすごい干ばつに襲われて、しかも飢餓が迫っている、内戦もある。そのときに、50万ドルのお金を持ってそこに出掛けていったとしましょう。どこでお金を使えばいいのでしょうか。地方へ行くのはセキュリティー上難しいから都市で使うのでしょうか。そういうやり方を取る人は多いと思いますが、ではプライオリティはどうやって付けるのでしょうか。

○もう一度、食餌療法センターについて考えてみてください。私はこのことが気になるからいつも例に出すのですが、どうやって食餌療法センターをやればいいのかということは分かっています。上手くいっていることを示す標準値も指標もあります。しかし、食餌療法センターをやるのならそのプログラム全体は失敗だということを示す標準値はないのです。なぜひどい飢餓にさらされるのでしょうか。例えば先ほどの写真にあった子供のように、なぜ食餌療法センターに行かなければいけないのでしょうか。そこでは、子供達は死んでいき、食料が薬なのです。こんな状態ではいけません。皆さんがたが医療NGOであったならば、資金の提供をあきらめ、「いや、この人達が必要としているのは基本的な食料なのだ」と言えるのでしょうか。それができる道があるのでしょうか。

○なぜ行動するのかを知ってください。とどのつまり、皆さんがたは自分の内面に突き動

かされて行動するわけです。アフガニスタンやイラクに行く場合にはよく考えてください。イラク人の命というのは、シエラレオネ、あるいはチャド、あるいは日本の人々の命よりも大事なのではないでしょうか。なぜ東京に留まって東京の病院で働かないのでしょうか。喜んでイラク行きの飛行機に乗ったとしても、ひょっとして本当に行くべきはチャドやシエラレオネや他の場所かもしれないのです。どうやってこれを考え抜けばいいのでしょうか。

政治的なことのために行くのでしょうか。それとも本当に人道的な衝動があって、自分の限られた資源を使って出来る限りの命を救うために行くのでしょうか。皆さんがたは一人の人間でしかないわけで、どこに行くか、何をするかはあなた一人が決めることなのです。

○メリー・アンダーソンという方が、「害を与えるな」というコンセプトを導入されました。人道支援家にとって素晴らしいコンセプトです。これはもちろん医療の歴史から来ているのですが、人道支援家はどこの現場でも、行ったら最低限、害をなしてはならないということなのです。しかし、それで十分でしょうか。あなたのミッションが終わって報告を書くときに、少なくとも私は有害なことはしなかったと言うことで十分なのではないでしょうか。

驚くべきことに、今はそれが主な成功の印になっているのです。イラクでもアフガンでも、我々はこれをもって成功を図るのです。そこに行って戻ってきて、状況が悪化はしていない、だから上手くいったに違いないということが言われているのです。だったら、自分の家から出ないほうがいいではないですか。このことをよく考えてください。

○そして最後に、正しいことをやったということを知るべきです。これは評価という問題です。因果関係を証明するのは難しいことです。何か月も診療所をやることはできますが、

本当にその町、その人たちの助けになったかどうかは証明できません。その人たちはもう良くなったから皆さんがたのところに来なくなったのかもしれませんが、あまりにも重い病気になったために来られないのかもしれませんが、正確なデータを得ることはできないし、これを証明することは難しいのです。

評価のベースラインを確立するということは困難です。ほとんどの場合は、活動を始める前の状況の評価などしていないことが多いのです。少なくとも、あまり上手くは評価できていないのです。

○アセファさんが、いろいろな調査がたくさんあるのですが、本当に信頼できるものは少しだけだとおっしゃいました。ですから、あなたにとっての挑戦というのは、実際に現地に行く前にできる限り勉強することです。そして到着したならば、できるだけ速やかに評価をする。そうすることで本当に学習できるのです。それから、プロジェクトをしながらモニターをする。プロジェクトが終わったならば、現実的に見て良いことをしたのか、その評価をするということです。そしてその評価を自分の組織や他の組織と共有し、それによって一体どれが上手くいったかというノウハウを作り上げていくことが必要です。

○評価というのは、それほど簡単なことではありません。評価をするためには、ポジティブ・チェンジをする能力があるかということを知らなければいけません。

そして、この業界にいるためには、楽観主義者でなければだめです。もしあなたがすぐ簡単に冷笑主義者になるシニカルな人だったならば、この業界に入ってくるべきではありません。あなたの心の持ち方として、自分は失敗するかもしれないということは、ある程度折り込んでいかなければいけません。でも、失敗

から学ぶことができる、次にはより良くできるということを感じなければいけません。それがあってこそ、よりよい評価ができるようになり、本当に深く掘り下げて現状を理解することができるようになります。あなたが理解するだけではだめです。何かを学んだなら、それを知っている人全員にEメールで送ってやらなければなりません。皆さんがたは情報を共有しなければだめなのです。

○評価をするということは、将来の善のために失敗を認めるということです。往々にして団体というのは、予算にちゃんと「評価」という項目があります。評価というのは、最後にその項目をお役所仕事のためにチェックするもので、評価ミッションが行って報告書を書いて戻ってきたら、はいこれで終わりだというわけです。

これではもう絶対にだめです。この評価に使ったお金というのは、ワクチン接種にでも使えたではないですか。食料に、避難所に使えたではないですか。だったら、なぜこのお役所的なことのためにお金を使うのですか。それを使うのは、本当にポジティブなことがあってこそです。すなわち、将来もっと多くの命を救うことができることにつながるから評価をするのです。これはグラントの要件だから評価をするのではなくて、評価というのは人道的な行動でやるのです。

○あと二つだけ引用を申し上げて終わりにしたいと思います。

「エコ（ECHO）・グローバル・プラン」評価、これはシエラレオネのプランだったのですが、マルチセクターのプロジェクト評価からの引用です。保健医療、栄養、水、それから衛生ということで、2001年の活動の評価から取ったものです。

「有効であったかどうかのデータを集めるということには問題がある。現場のスタッフに

対しても、また組織に対しても、非常に仕事の要求が大きいので、データを信頼できる形で集めるということがなかなかできない。そして、場合によってはパフォーマンス・メジャーメントをしやすいもの、しにくいものがある。例えば医療サービスの提供というのは無形の利益を扱うものであり、振り返ったあとになって、診察が実際されたか、ワクチンが与えられたかということを追跡するのは非常に難しい」と書いてあります。

「医療サービスを提供するというのは、無形の利益を扱うもの」です。「無形の利益」とはどういうことかということ、一体それが何だか分からないということなのです。無形なのです。測定できないのです。そして実際、それを追跡することは難しいのです。実際に診察が行われたかどうか分からないし、ワクチンが本当に与えられたかどうか分からない。これは非常に大きなプロジェクトであり、ECHOファンドというのは非常に大きな金額だったのですが、評価者は一体何が起こったか分からないという評価をしているということです。

○ですから、覚えておいてください。皆さんがたは評価をする側にいられるかもしれませんが、どこかのプロジェクトに携わっているかもしれませんが、評価者に対しては情報を与えてあげなければいけません。良い記録を付けるというのは人道活動なのです。

○これはオックスファム（Oxfam）英国の評価ですが、アンゴラの公衆衛生プログラムについてです。2002年の6月の評価を引用します。

「観察の結果、またコミュニティーからのフィードバックによると、公衆衛生プログラムのインパクトは非常に高かったかもしれない。残念ながら適切なデータが集められなかったために測定はできない」と書いてあります。

オックスファムというのは世界的に第1級の、この分野で最も高く尊敬されている有名なNGOです。ところが、2002年段階であっても、彼らの評価によりますと、適切なデータが集められなかったと言っているのです。これは間違いです。とにかくプログラムを企画する際に集めて、プログラムを実行しながら集めて、また、他の人が分かるような形で集めて、最後にそれを評価で使わなければいけないのです。あまりにも多くの評価報告がこの文章を使っています。あるいはこれと似たような文言で報告を書いています。

○以上です。皆さんがた、ご清聴ありがとうございました（拍手）。

（司会） どうもありがとうございました。

続きまして、外務省経済協力局審議官の広瀬哲樹様より講演を賜りたいと思います。よろしく願いいたします。

（広瀬） 私のほうからは、非常に簡単な役割を二つ頼まれています。

一つは外務省のNGO支援の方針、もう一つは非常に簡単なエバリュエーション（評価）とは何かということです。後者については、先ほどバークル氏やグッド氏が説明されたように、エバリュエーションがあってはじめてNGO支援のための予算ができていますと我々は考えています。

まず簡単な前者から申します。外務省がNGOを支援する理由というのは、政府が行うODAを通じた緊急援助というのは非常に重いものだからです。例えば先ほどからイラン南部地震の支援が例に挙がっています。政府は27人の医療団を、発生してから2日ぐらいあとにイランに送り込みました。そこでは3日めにはもう現地に入っていたのですが、その1日あとぐらいにはNGOの人たちが、毛布やベッドや簡単な医療品を持ち込んで協力

しました。

我々が支援しているのは両方のことです。政府のほうは、医療団で治療もできるようなテントを持ち込み、できるだけ自己完結的に現場まで行けるように、政府やほかのNGOの助けなしにテヘランからバムに入るように準備されています。NGOのほうは、後で国際的なコーディネーションのほうからクレームが流されたのですが、テヘランから近くまで行った。ただ、自分で行く方法を持っていないグループが多い。何のために来たのかということでした。ですから、大きな組織、つまり自己完結的に現地に入ることもできるし、テントも持っていけるし、輸送手段も持っていて、自分たちで食べていける、食糧も持ち込んでいるというような重い組織というのは政府がやることだと思っています。ところが、地震によって大量の難民が出て、テントや暖房用の毛布、暖房器具、灯油ヒーターが必要といった状況になった場合には、これはNGOのほう得意なわけです。ですから、我々はこの二つの方法をうまく、ベストミックスとして考えなければいけません。

NGO支援の方法として、我々は三つの主要な手段を持っています。草の根・人間の安全保障無償、大体150億円ぐらい予算を持っています。日本NGO支援無償、20億円強持っています。それから、今日我々と一緒にやっているジャパン・プラットフォームを通じた支援が通常大体10億円持っています。今年はイラクもあって30億円ぐらいになるかもしれませんが、それぐらいのお金を持っています。これをどのようにベストミックスで使っていくのかというのが我々の考え方です。

NGOに期待することは四つあります。一つはNGOが持っている即応性。それからリスクテイクを行えること。また、相手国とのかをほとんど関係なく、気にすることなく入り込んでいけること。これが第一です。第二番めに、きめ細かい現地のニーズに対応した支

援がまさにできるところです。三番めに、逆に持続性や効率性について限界があるということも理解してほしいということです。四番めに、これはよく忘れられるのですが、NGOの人たちに、政府だけではなく民間のドナーの人たちが寄附をしています。その人たちに対する説明責任というのは重要なことです。独善と真摯な対応というのはほんの紙一重の差です。今度のものがうまくいっているのか、うまくいっていないのか、政府に出していただく報告書とは別に、やはり自分でエバリュエーションをやってほしいと思います。こういった客観的な事項を吟味していく報告書がドナーに対して明らかにされるということが、まさにNGOの強さであり、次のNGO活動が成功する理由だと思っています。

次にもう一つの役割、エバリュエーションとは何かということです。エバリュエーションというのはまさに政府の役割としていちばん嫌われる、逆に我々からいいますと、いちばん重要な、客観的で公平な資金の配分を行う役割のよりどころと思っています。

ポスト・エバリュエーション（事後評価）とは何かといいますと、皆さんが通常考えておられるような、政府からもらった、あるいはほかの寄附からもらったお金を適正に使った、さらに最も安いコストで使ったということだけではないのです。多くの方はこれで満足するのですが、我々はもう少しエバリュエーションについて要求があると思います。それは、ほかの方法も含めて、例えば人命を一人救出するのに、例えば救出犬を使って非常に高いコストでやるのがいちばんいいのか、地震のあと、手がもがれ、出血している人を止血して救うのが有効なのか、コレラのようなものが発生し拡大しないように、ローカルな地域に抑え込むことが有利なのか、そういったことも含め、一定の予算で何人の人を救えたのかということが非常に重要なわけです。

そういったある目的、人命救助という割合

分かりやすい援助の方法についても、いろいろな手段の中で今やっているものがベストであるということを証明する必要があるわけです。これはほかのODAを通じた支援についてはもっと要求が厳しく、ポスト・エバリュエーションの方法についてはもっと精緻な理論もあり、実際にも求められています。ただ、この人道援助については今言いましたように、一人の人をどうやっていちばん有効に救えるかということがいちばん大きな評価の基準になると思います。

例えば、地震のあとのがれきの中に埋まっている人の命を救うことと、国内移民・難民の人たちが大量に発生して、その人たちの飢餓をどうやって救うのかという問題、三番めに、HIV（エイズ）を持っている人の命をどうやって救い続けるのかという問題があります。この三つの間で、一人の命を救うのに、どのように一人のエイドワーカー、あるいは1ドル、1円のお金をいちばん有効に使うことになるのかということを、政府ではそれを判断しなければいけないわけです。皆さんも、逆にいえばいろいろな目的があるわけですが、その中で、皆さんがやっている仕事を、どれがいちばん有効なのかを考えなければいけない。今の時点で何がいちばん重要なのかを考えながら仕事をしてほしいと思います。

我々は、先ほど言いましたように、ある程度のお金は持っています。ただ、今の持っている予算の大きさに比べれば、もっと一けたも二けたも大きいぐらい世界じゅうにはニーズがあります。ただ、ここで考えていただきたいのは、私は経済学しか知らないのですが、「ウイリングネス・トゥ・アクセプト（Willingness to Accept）」という概念、「ウイリングネス・トゥ・ペイ（Willingness to Pay）」という概念、つまり今の仕事に対して、幾ら受け取る価値がこの仕事にあるか。逆にほかの人から見れば、今の事業に対してどれだけ払ってもいいか、自分のポケットからお金を出すとして

どれだけの価値を付けるかという見方の差は、ものすごく違いがあります。

ところが、これは経済学的な評価、よくいわれるコスト・ベネフィットの考え方を割合分かりやすく示したものです。つまり政府がお金を出すというのは、どちらかという、ウイリングネス・トゥ・ペイでもなければ、ウイリングネス・トゥ・アクセプトでもなく、政策上必要だから出しているわけです。ほかの民間の人たちが寄附をするというのは何を表しているかという、ウイリングネス・トゥ・ペイなのです。ですから、一つには、政府の金がこれだけあるからどんどん仕事をしようというのではなく、もう少し民間の人たちが感じている、りっぱな仕事だということにもっと資金を引き寄せてほしいということと、二つには、この人たちの評価なしには、政府もいずれは支援ができなくなるということを考えてほしいと思います。

最後に、今言いましたような指標、人一人を救うのにどの方法が有効なのか、それから、市民の支持がどれだけ得られるのかということを考えながら、我々はいろいろなスキーム、いろいろな対象に対して支援しようとしています。我々は完全ではありません。今持っている予算の額から比べますと、ニーズはものすごく多いわけです。ODA全体でも8600億円ぐらいしか予算がありません。国全体の一般歳出予算というのは47兆円ぐらいありますが、それぐらいしかありません。ただ、これを大きく増やせという国民の意向は弱い。むしろ減らせという意見のほうが多いのです。

ですから、ODAの中で、この緊急人道援助というのは非常に貴重な仕事だと思うのですが、それが有効であり、普通の援助に比べてもさらに効果が高く、国内で予算を使って国民の生活をよくすること以上に、さらにお金を使うことが有意義であるということ、我々自身も常に確認していかなければいけないのです。皆さんの力を通じて、実績としても示していただきたいと思います。以上です（拍手）。

Ms. Yamamoto: We'd like to begin this symposium. Would you please be seated. Ladies and gentlemen, we would like to start the second part of the program. We are going to have the panel discussion, but initially we would like to have a brief presentation by each panelist. The first panelist will be Dr. Takashi Ukai, Humanitarian Medical Association Chairman. Mr. Ukai, please.

Takashi Ukai: Thank you very much for the introduction. Dr. Skip Burkle is a long-time friend of mine and it is very difficult for me to make any valuable comment after his very comprehensive presentation, but bear with me for a few minutes.

There are many problems and challenges to humanitarian assistance in emergencies in the area of health care, you all know very well since you're all involved. There are issues unique to Japan but there are issues common to the world around the globe. Emergency assistance is about protecting human lives and therefore that spirit is something sublime, but it is human beings who are actually involved, so in reality there are many dirty things.

Japan is an island country and the Japanese are rather known for self-closedness. They don't speak English well and they have difficulty in communication and are not so active in the international scene, but that gives no excuse to the Japanese to continue to provide only funds without human contribution in humanitarian assistance.

Let me first of all explain to you my personal experience in order to give you a backdrop to what I'm about to say as my opinion. I've been involved in 1979 in the Japan Medical Team (JMT) that was sent by the Japanese government to help the Cambodian refugees, which received much attention globally, and I was there for six months. This was an

eye-opening experience for me and I approached the Ministry of Foreign Affairs to establish a relief team that can respond immediately to disasters in developing countries, and that had led to the establishment of the organization of Japan Medical Team for Disaster Relief (JMTDR) in 1982.

The first challenge we dealt with was IDPs of Ethiopia in drought in 1984, and in '85 the team went to the Mexico city that suffered an earthquake, and in '91 we went to an Iranian town close to the Iraqi border to provide assistance to the Kurdish refugees after the Gulf War. And two years ago, the core members of JMTDR established an NGO, Humanitarian Medical Assistance (HuMA). This NGO that was just born decided to send a medical team to Jordan, a neighboring country of Iraq, to prepare for the medical assistance to the refugees who might come out from Iraq last spring. And at the end of last year I was dispatched to southeastern Iran hit by the earthquake as a sub team leader of JMTDR. This was the latest project.

This plots the number of deaths of Cambodian refugees and the number of healthcare providers in Sakeo, Thailand, from November '79 to June '80. Within one month the number of deaths went down dramatically but as was shown by the pink lines, the number of the healthcare providers peaked with a time lag and thereafter the decline was slow. This figure suggests us that immediate intervention of humanitarian assistance is truly necessary in the case of emergencies.

Some lessons have been learnt through our experience in JMT. First, immediate intervention is indispensable, but not only quickness but appropriate level of technique and skills is required. And then, ensuring human resources, training of people, equipment, funds, cooperation with international organi-

zations and other groups, and paying respect to local culture inclusive of traditional medicine and helping the self resilience of the local people. These are the important factors.

We approached the Japanese government to establish JMTDR. The funds are provided by the government and the secretariat was laid in MOFA and JICA. It is a half-private, half-public organization. The first activity by JMTDR was Ethiopian IDP after the civil war and drought of 1984. This photograph on the upper left is when our staff and equipment were carried in by a domestic flight within Ethiopia. On the right upper photo there were people that had not been in the shelter yet and the temperature went down to 0 degrees centigrade at nighttime while they had to stay outside. And on the bottom left, is the tent hospital, and a boy suffering from severe malnutrition on the bottom right.

The mortality rate was very high and the medical assistance was provided in this kind of tough environment. The per day average mortality fluctuation is shown for the camp we worked at. Unfortunately, even after we intervened the crude mortality rate continued to increase. Per day per 10,000, it went up to as high as 25, and as shown by Dr. Burkle it should be below 1 in the baseline case, but this went up to as high as 25. Of course medical care intervention was necessary. But as soon as smooth provision of water and food was ensured, as shown crude mortality rate quickly went down.

Since 1984, until last year's Iran southeastern earthquake, JMTDR has been sent 40 times to overseas. Funds are provided by the Japanese government. When we consider the advantages and disadvantages of government organizations in these circumstances, funds can be provided without difficulty. Sometimes funds shortage is experienced at the end of the fis-

cal year but money problem is very rarely experienced. The secretariat is placed at JICA and there are more than ten dedicated staff, and staff are experienced at providing relief at disasters and therefore they have improved skills of logistics and administration. It is often possible to obtain cooperation of the youth volunteers. So and so, it is rather easy to negotiate with the destination countries.

There is the advantage of the workers being able to obtain the understanding of the workplace that they would be sent on the project pursued by the Japanese government. However, the activity can only be initiated upon request from the suffering country and the request is often very slow and there is a timing problem. Moreover, political issues are prioritized in some cases and we are bound by Japanese domestic law.

On the other hand, NGOs are faced with a reverse situation. Core members of JMTDR started to consider how we can solve these problems and that had led to the establishment of HuMA, the NGO. The objectives of HuMA is not so different from those of JMTDR, but HuMA places focus on education. HuMA is making efforts to foster human resources that can be helpful in international emergencies that require health care. Preparation of this NGO was going on, and we didn't have enough members. But last spring, we had to send medical teams to respond to the Iraqi crisis to Jordan.

Medical teams were sent on the expectation of the Iraqi attack by the US and refugees to follow. It was epoch-making that the crisis was expected and preparations were done based upon expectation. Our field hospital tent was established in the middle of the desert where there was nothing else. The tent was established on March 20th, the day the war erupted. But even after the war started, against our

expectations, there weren't as many refugees and for some time the field hospital was not functioning. There were no refugees. As Mr. Yamamoto, who had much experience in UNHCR, was invited as the project manager, negotiations with the Jordan government, WHO, UNHCR and other UN organizations were successful and the establishment of Amman office and UEC office in Ruwayshid was very smooth.

Although these activities were done very smoothly, the medical staff was very much frustrated because medical activities were not starting. It's quite difficult for Japanese medical personnel to be away from their work place for a long period of time and they had to return to Japan in a relatively short cycle, so we faced a problem of recruiting medical staff. And in addition, it was a "quick fix" team and therefore logistics and administrative support was not sufficient.

Generally speaking it is said that Japanese NGOs are weak in logistics and that weakness was prevalent in our Jordanian mission. Three NGOs under the Japan Platform were able to offer a joint team and this was a dramatic milestone in Japan's efforts in humanitarian aid. That in itself should be appreciated, but there was not sufficient communication between the three organizations. Therefore, the activities were not well coordinated.

Once again, going back to JMTDR, since the end of last year towards early this year we sent four doctors, seven nurses and one pharmacist on the medical team to Iran that suffered from the earthquake. In addition we had 12 logistic and administrative staff. So, we were able to start providing healthcare treatment in only three hours after we received medical equipment and the tent. An IT communication room was established as shown on the bottom right,

where Internet information collection was possible, and we were able to send and receive e-mail between Japan and this allowed for a smooth communication with the local government and the United Nations. As there are training programs several times a year, the logistic-administration staff of JMTDR know the activities of the medical team quite well, and therefore the communication among medical staff and other team members was very good. But the problem at this project was the delay in the equipment transportation. As a government organization, more efforts should be made for smooth transportation.

I've tried to list up the various problems often faced at the humanitarian relief activity sites. It is quite natural that there are confusions in the midst of disasters, but similar assistance tends to be concentrated in one place and that leads to competition or conflicts between donor organizations. But we should talk with each other and cooperate with each other for the sake of survival of the victims and for the protection of human life and for the recovery of health of the people. Frankly speaking, there were cases of tough war of venues between donor groups in the case of the Iranian earthquake. But UN OCHA's OSOCC (on site operation coordination center), was functioning well and that had led to the avoidance of competition.

Now that concludes the problems with regards to humanitarian assistance from the perspective of JMTDR and from the perspective of a small NGO. Thank you.
(applause)

Ms. Yamamoto: Thank you very much. We will have the remarks by Professor Etsuko Kita of Japan Red Cross Kyushu International College of Nursing. Dr. Kita, please.

Etsuko Kita: Good afternoon, everybody. I am Dr. Kita. My presentation may be related to Dr. Ukai's presentation. Following Dr. Ukai, at the same time of Professor Nakamura, the moderator of the panel, late 1980's, I was assigned as a seconded UNICEF staff in Pakistan for the Afghanistan refugees assistance .

Let me look back at the history of our assistance. This is some of the pictures of the earlier days of JMTDR. In 1988, I joined UNICEF Afghan Program Office as the first time for Japanese civilian health official in the conflict area. This is the picture of a refugee camp. Next is JDR relief team, then the SDF, Self Defense Force, to Iraq.

So if you look at our history of international assistance, in 1954, we began the international cooperation, and following the initial period of system development that we joined the Refugee Convention 1981. JMTDR was formed. As Dr. Ukai explained, that was what happened after that. Then, in 1988, civilian health professionals to complex emergency situation would be something unique government decision. And then Mrs. Ogata became the UNHCR, Mr. Akashi also has become one of the leadership of post-conflict situation of the United Nations. And ODA policy was solidified. And after that, the PKO system was established, therefore civilian JDR would go for natural disaster and SDF would go to the conflict-ridden places. So that was sort of the categorization of activities, that was the point in time, when the civilians found it rather difficult to move.

And from around 1992, Self Defense Force went into PKO activities on several occasions. Since mid 1990's, there were a few new wave as Prime Minister Obuchi initiated the concept of human security, and the Foreign Ministry launched post-conflict assistance, and in JICA for the purpose of peace-build-

ing, policy was announced. Certainly, the 1990s had a lot of complex health and humanitarian emergencies. But if you follow the history of Japan, I think Japan followed the track of events. Beginning the year 2000s, we were positive in helping Afghanistan and Sri Lanka also, a new ODA policy was announced by the government.

So in terms of humanitarian policy, I think there were active moves. But SDF to Iraq, I think this is a different kind of move which was based by the political decision.

So, humanitarian assistance of Japan has expanded, fund is growing, modality is changing, legal system is changing. But what about the human resources development in the arena of humanitarian assistance? I still have some questions about that. There is training conducted by JICA/JMTDR/JDR. There are trainings conducted for the humanitarian assistance, by NGOs. The Japanese Red Cross also provides training programs in the field of humanitarian assistance. But, if I may be blunt, there are good parts and bad parts and there is no one which can be regarded as the authority of training humanitarian assistance professionals.

This is not an ad of the Red Cross, but in March of last year Dr. Burkle for the first American joined the course. I am the first Japanese to open up this H.E.L.P course, which stand for Health Emergency in Large Populations. We know that we have to do this and a lot of people are working along those lines, but when do you actually do? Sometimes you have questions.

It is the International Committee of the Red Cross and WHO, and Red Cross of the host country and university usually would combine in an effort. Usually, annually 10 or 12 courses are held in the world,

for a period of three weeks in English or French. My college is a nursing college which opened up two years ago, and it was an emergency situation to open the H.E.L.P but we did it anyway. So the recipients: two women Afghan ladies, two Bangladesh, a Cambodian, an Indian and 11 Japanese, all related to Red Cross, a Moroccan, a Philippino, a Portuguese. We have asked the NGOs to join but it was, the busiest time for helping Afghanistan and it was very difficult for them to come back from there to attend the three-week course, so they were unable to attend. But anyway, this was the course lineup, 21 recipients.

Now, who were the teachers, instructors? This is the Dr. Ricardo Conti, ICRC. He gave presentation of planning, water/environmental health, for three days. Then, Refugee Health Authority, Dr. Michael Toole: epidemiology, communicable diseases, for two days. And then from Johns Hopkins, like Dr. Burkle, Dr. Gilbert Burnham gave rather medical-related portion of the programs: health services in emergency, mental health, reproductive health, for two days. Nutrition was covered by Dr. Steve Hansch related to Johns Hopkins: one-and-a-half day, including food security. From PAHO/WHO, Dr. Cloude de Ville Goyat covered natural disasters, with very hard group works and Japanese trainees always have a tough time, for two days. ICRC was reluctant but it was the time of frequent terrorism, so man-made disasters was the topic, and we had Dr. Eric Noji to talk about terrorism. Eric after this course flew to Iraq, so it was a one-day lecture. Then my WHO colleague, who is now at Pyongyang UNICEF, Dr. Danielle Deboutte. She gave presentation on human rights, health and medical ethics, a day-and-a-half or I should say two days. And the last was the creator of H.E.L.P course, Dr. Pierre Perrin. He was one of the physicians who established the Doctors Without Borders, and later he joined

ICRC and works on H.E.L.P, Dr. Perrin covers IHL, International Humanitarian Law and professional ethics, dilemma of aid workers, two-and-a-half days. So, planning three days, and theoretical aspects four-and-a-half days was the make-up of the course. And in the last week, people were bored with a theoretical course, difficult to understand and they had enough, but we said that it's the trends of the humanitarian world so that's the way we need. So this is the pictures from the course.

Now, so those recipients of training, what are they doing and where are they doing? A lot of them reside in universities, United Nations, research organizations, government, including JICA, NGO. What are they doing? Emergency relief, education, research, long-term developmental cooperation, that's the area that they are working.

Then, is it possible to be a professional as humanitarian assistance worker, is it viable? As the main line of profession, education, training and prevention, it may be possible, but how many people could be occupying those positions? It's very difficult to estimate. Universities, research organizations. I think that fire fighters and law enforcement officers would come, like police department. Military may get involved in going forward. This is something that we have to contemplate very seriously.

What about the prospect for the future? We have to nurture the experts of humanitarian assistance. I think we have done so much. So, how can we enhance the professionalism of humanitarian assistance? Considering the Japanese training I think it is too localized and technical. In a refugee camp, what you can do technically, I think we have too much focus on such. At the same time, you as the trainers you have to develop your capacity as the instructors. Teaching experts have not grown in Ja-

pan. That is really the actual feeling that I get from organizing health course.

And another thing is that, how can we integrate the humanitarian assistance experts, in another word integration of the professionalism, if you will? And in this process what I felt was that Japanese humanitarian assistance is too much focused on the medical aspect, but actually what you have to do is public health rather than medical care per se.

Another point is that Japanese humanitarian assistance seems focusing much on material assistance, goods and equipment. I think theoretical approach has to be enhanced. Public health, that kind of theoretical approach must be further developed and that is my hope. I really would like to see that. Up until now, the local experts, people are abundant but they are staying at the level of empirical experiences, so how can we connect them into the Japanese assistance by way of constructing theory of Japanese assistance? I think that will be the future challenge for all of us. Thank you very much.

(applause)

Ms. Yamamoto: Thank you very much. From the UNICEF Afghanistan office we have with us Ms. Fitsum Assefa, Nutrition Officer. Ms. Assefa, please.

Fitsum Assefa: Thank you very much. Good afternoon, all. I have chosen a case study that I have actively participated in to highlight some of the challenges that we continue to face in understanding, assessing and implementing humanitarian assistance. This is a case study from Ethiopia during the humanitarian crisis 1999- 2000. Ethiopia, as you may know, is a country found in the eastern part of Africa. We call it Horn of Africa.

Ethiopia has been subject to recurrent drought and food insecurity exacerbated by civil strife in the past few decades. As you've heard from my previous presentation there was a severe drought in 1984, complicated by civil strife.

Prior to the crisis of 1999-2000, eastern and southern regions of Ethiopia subject to 3 successive years of drought. The Somali region is also affected by on going civil conflict, conflict between tribes and also between rebel groups and government soldiers.

This graph is from a retrospective mortality data collected as part of a health and nutrition survey by an NGO assisted by CDC, Center for Disease Control, and UNICEF. The study period was from Dec. 1999 – July 2000. The graph shows that mortality rate was elevated beyond emergency threshold throughout the study period, with the highest rate observed at the beginning of the study period a decline of mortality rate is observed around April and mortality starts increasing again after April. For the whole study period the mortality rate translates to a Crude Mortality Rate of 3.2/10,000/day, which is three times more than the level that defines excess mortality which is 1/10,000/day. And under five mortality rate of 6.8/10,000/day, again at least three times more than the level that defines serious emergency situation which is 2/10,000/day.

Remember this is data is from district wide survey, that has a population of about 95,000 people, Gode District.

Okay, the same graph but with more information. Although the situation has been serious starting 1997, only by April 2000, emergency assistance finally began. Why did emergency start at this point of time when mortality actually started declining? The emergency started basically in response to me-

dia coverage of the Gode town, especially by CNN, BBC, where a large number of displaced people has settled in. Within two weeks time there were 16 agencies, UN and NGOs, came to work in Gode town. Interventions, that were mainly food distribution and feeding programs has finally started.

And as you can see from this graph, by around May mortality started shooting up again. Why would it start increasing again while emergency response just started? In an attempt to explain part of the reason we also plotted the mortality as a result of measles—the white graph which is mortality due to measles among children under 14 years old, is nicely following the mortality trend of the children under 5. This data suggests interventions like food aid and feeding centres attracting people to central locations causing an increase in population density. Therefore, this increases the ability of infectious diseases, like measles, to infect others, contributing to communicable disease morbidity and mortality.

About 80% of the deaths occurred before any intervention started, mortality was still above emergency threshold by April and started to increase by May. However, at the beginning of May the WFP and other UN agencies claimed that the situation, is under control, and reports all over said that the famine was averted.

Why did they die, what was the cause of mortality in that situation? As you can see, about a three quarters of the deaths were because of malnutrition, wasting. Also other communicable diseases caused significant death, but what we learned from this graph is, the right side, the smaller pie is telling us the malnourished children were not just malnourished, they also had other communicable diseases. This is explaining what Dr. Skip was telling us earlier, that people who are weak die from common

and easily treatable diseases. So here we see that most of the children who are malnourished had also other diseases, and wasting alone or thinness alone was reported to be the cause of death only among 27 percent of the children. Public health interventions like measles vaccination, water and sanitation, control of diarrhea diseases were not seriously considered, the aid continued to pump mainly food and feeding programs.

And I would one more time go back to this and refer to Dr. Ukai's presentation where he says aid was centralized during his experience in 1984. Though the drought affected the whole region, the aid concentrated in only in Gode town, the town had a good airstrip so all NGOs start arriving there and working there and there was really all the things Dr. Ukai was saying: there was competition among agencies; there was confusion, and; there was a lot of malpractice of the humanitarian assistance.

As the aid gets concentrated in the town, it started to attract more people, it was like a magnet point, so displaced people were coming to this town. As you have seen there was a lot of communicable disease and it started spreading. The survey strongly suggested that the humanitarian system, by being in the center, attracted people and communicable diseases start spreading and caused the mortality rate to increase again after humanitarian intervention.

Okay, when we hear of malnutrition, when we hear of drought, I know many of you think of Ethiopia because of the early 80s and '75 droughts and we think of these kind of children. This is severe malnutrition. The one on the left side is a severely wasted child, is very, very thin. The one on the right-hand side is also malnourished, but he is not very thin, rather, he has a lot of complications and he seems

fat but he has odema, a condition that is called kwashiorkor.

The management of these children is not food anymore, especially in the first few days, so during this emergency that I was discussing, 30 percent of the children population were wasted out of which 7 percent of them were severely malnourished like these children in the picture. While we have learned so much in the past ten years how to manage these children, again, the management of severe malnutrition was not properly done, so we had a lot of case fatality in the feeding programs themselves.

A year later Afghanistan became a center of humanitarian attention, Afghanistan suffered from drought for 3- 4 consecutive year, starting 1998. Before September 11, as you might know, there were very few humanitarian agencies working there. As you might also know that there are very few experienced humanitarian professionals especially in the field of nutrition. Many of those who were working in Ethiopia start arriving to Afghanistan in spring of 2001. Again as it is considered a drought emergency, intervention was only food and feeding programs. But actually the situation in Afghanistan was completely different and that was missed and misdiagnosed. This is a situation of severe scurvy, vitamin C deficiency. As you can see, this is the woman, the leg of a woman and a child of about 12 years old. They were not necessarily wasted, they were not very thin, but they had a severe nutritional deficiency and this situation in Afghanistan contributed to 6 – 10 percent of the deaths in some districts.

This tells us that, emergencies are not the same; they're different from one area to another, but because of lack of assessment and analysis of the situation, this problem was not responded until it became very, very serious and killed a lot of people,

especially in the very remote areas of Afghanistan.

I also would like to show you our challenges in the area of assessment of nutritional situation. Under five children malnutrition rate is considered as one of the basic indicators of emergency situation, and we usually rely so much on filed survey to make important programmatic decisions. The most commonly used methodology for nutritional surveys in areas where there is no good population registration system is called a two stage 30 cluster survey. This table presents a review of surveys conducted in two years period in Ethiopia, Paul Spiegel and other colleagues from CDC. Paul et al reviewed 67 surveys conducted during the crisis period of 1999 - 2001. For a survey to be valid the minimum you look, it has to be at least more than 30 clusters and it should contain at least ten children within each cluster to be representative and to tell us about the situation of the population. However, as you can see, for 67 surveys reviewed only 7 of them or about 10 percent of them were classified as valid surveys.

Again we can look deeper and see a lot of methodological problems, but just from the outset only seven can be taken seriously for further review. This shows again the challenges we have in assessment.

There are enough guidelines out there and there are enough information available, but it comes all to a problem of experience and training. The assessment methodologies used are not necessarily the ones commonly used in countries where most of the humanitarian workers are coming from, having a degree in nutrition or epidemiology might not be enough to be able to assess complex humanitarian situations. Thus specialized training and experience is required to get these skills.

So just to summarize, we continue to fail in per-

forming well in humanitarian crisis, and we can summarize the reasons for this shortcomings into three broad categories: one, which is the most important one, is lack of skills and knowledge and experience in conducting humanitarian assistance. Of course the solution for us is training and training and training, and coaching on the job. And emergencies change. We might do the emergency in a certain way in one country, even within the same country in another place the causes and dynamics of emergency can be quite different live alone in another country. Humanitarian practitioners need to continue to update their information. Agencies and countries that are supporting humanitarian response need to invest on training.

Another problem could be with policies and procedures, especially in the field of nutrition. I am a nutritionist and in the past ten years I have seen guidelines and polices changing. What is applicable in one emergency might not work in another emergency. So we need to be proactively examining how we apply certain policy in a certain complex emergency situation, and every agency and individual practitioner can initiate and contribute to review of procedures and policies.

And of course another big problem is resources. In the situation of Ethiopia as you have seen, mortality was extremely high at least for eight months period, as it was documented on the survey. But no intervention has taken place. Why? There was clearly, among other things, there was a problem of resources. Ethiopia at that time also had a border war with Eritrea and donors were reluctant to fund any activities in Ethiopia, until we saw the pictures of the malnourished and dying on CNN.

I believe advocacy is very key and technical people like my self have a great responsibility to contribute to evidence based advocacy. For this we need to

be very confident in the kind of analyses we make and in the kind of assessments we make. We need to be very rigorous. Such evidence make advocacy can for sure contribute in mobilizing resources.

In summary we continue to face challenges in implementing humanitarian assistance in emergencies, especially complex emergencies, in areas assessment, implementation and coordination. Training and experience is key in order to effectively prevent excess suffering, mortality and malnutrition among disaster affected populations. Thank you.

(applause)

Ms. Yamamoto: Thank you very much. The next speaker is coming from InterWorks. Mr. Jim Good from InterWorks will deliver his remarks. Please take the floor, Mr. Good.

Jim Good: Thank you, everyone. It's extremely nice to be here this afternoon and as you will soon see I am a generalist. And my job is to condense complicated difficult issues to the simplest ideas. And sometimes these are the very hardest things to deal with.

I would like to start, though, in reference to something that Skip Burkle said earlier. When I listened to the very interesting presentation, my mind immediately began to simplify. What did I really take away? And I found three things, very key and very important for all of you who are considering going to the field to do humanitarian work.

A real change in the world from rural to urban situations. That means that the picture in your mind of a village somewhere, a poor village where you're surrounded by children and you're very happy and going to the vaccination program, becomes very

unrealistic. Your situation when you arrive may look like parts of Tokyo. It may look like Chicago. It might look like parts of Los Angeles. It might look very, very tough. It might look mean when you get there.

More violent. That's very true. You should carefully consider, what can you do? What value can you bring to the country? And consider the violence and consider the risk to yourself and make your personal decision, do you go or not, and know very realistically for yourself why you make that decision and why you go.

And the most stunning, and I think absolutely the most true, it is very hard to find neutrality. NGOs used to feel very comfortable to go places even where armies were fighting. Why? Because we were not the combatants. We're trying to do something good. People will recognize it and people will help us do good things. Our neutrality is our protection, and in the model that was presented this afternoon of a unilateral kind of response it very often happens that even though you have a neutrality in your heart or in your ideals, the perception of the world you walk into is that you are aligned with the unilateral force. You may feel neutral, but no one else may appreciate that feeling, and that is something you must be aware of whenever you go. So just keep those three things in mind.

And in the simplest language, I bring three more challenges for you. You have to find a way to fit into the bigger humanitarian response picture through better understanding and coordination. It was mentioned earlier, difficulties with language and culture. The working language in most international humanitarian emergencies is English or in some cases French, partly because of colonization the language is spoken in those countries, partly just be-

cause of the influence of the US and Europe and the history of humanitarian response. The Japanese NGOs are coming late to this phenomenon and so this is already in place. This is what you find.

The second challenge, do the right thing. Very simple. But *very, very* difficult. Very, extremely difficult, and I will expand on it in a moment.

And lastly, know that you are doing the right thing. Any of you who have been in the field, in Afghanistan, Iraq, Liberia, any of the places that have been mentioned, I guarantee that you have sat up late at night, and asked yourself "are we doing the right thing? Are we really doing anything useful here?" That is a very tough question and that will keep you awake at night.

Yes, you're bringing medical equipment or you're doing a vaccination campaign, but did it happen that you caused a large group of people to come to the vaccination center which in fact made a target for opposing forces to come and stage an attack on 5,000 women and children? You didn't have to have any intention, but because you did not know the violence or the politics or many of the other forces involved, your good action may have had a very bad result, and when that happens to you, you really begin to have a crisis. "I'm supposed to be a humanitarian, it's supposed to be easier than this," - but sometimes it's not.

So, first the coordination challenge. I said fit in, understand what's going on. You are going to difficult and insecure areas, the tendency will be to stay in your own office, to stay in your own compound, to only visit other Japanese NGOs, for example. Many forces will work against you and you will have to find a way to overcome them. You really need to talk to the other organizations in the field, you have

to go to the meetings, you have to go to the dinner parties after dark, you have to really fit in and talk to people and understand, because the little bits of political information, security information come from this simple channel of talking to the other people operating on the ground. You have to talk to them or you won't learn it, and if you don't learn it, you may make one of these mistakes that keeps you awake.

There is often a humanitarian responder explosion. Dr. Burkle illustrated it well with the exploding numbers of NGOs. In Kosovo, we had over 600 registered NGOs, and exactly as mentioned, if you count the many, many more which may be unregistered or very small, this number can easily double or triple. Afghanistan is an epicenter in the world of NGOs, three major coordination bodies, each of them having at a minimum 60 members. Very, very large numbers of people working. So that means getting and talking to people becomes a big job. There are a lot of us to talk to.

Complex and compound assessment of service gaps by many responders claiming to meet or with the intention to meet the same needs. I'm sorry, that's not a simple sentence, but the simple idea is. Many, many organizations claim to be doing the same thing or claim to just be about to do the thing that you will do. So you may arrive on the field and say, "Well, we would like to put together a water and sanitation program for this particular district or for this town," and you go to the coordination meeting and you announce that that is your plan and suddenly you hear from five, six other NGOs, "We were just about to make that same program."

Now this precisely happened to me in Kosovo in the middle of overwhelming amounts of aid, more aid than we could spend. We were going to NGOs

and twisting their arms to try to get them to take more money. In this strange situation, I attended a meeting of six different NGOs responsible for shelter. We had found a village that had never been found yet, which needed emergency shelter supplies, so all of the NGOs ran to the village to be the first to put their flag, and we sat and discussed, all of us proclaimed that it was our intention to do something in that village. It so happened that all of those attendees went back to their offices and explained to their colleagues, "Too late, it's already taken." No one did anything. Everyone presumed that the others were going to do the project. All of them went back and explained that it was already taken, no one acted in the middle of overwhelming available assistance, just because of mutual promises - promises without actual action.

There is an inability to trade mandate-driven work for needed work. What does this mean? This means that if you are a medical-based NGO you may arrive with a mandate, a skill set to do curative health, to receive patients in a clinic, to make diagnoses and to treat them, and you're going to be really happy when you have patients and you're treating them and you feel good. The problem is, you may arrive in a situation where there really aren't that many patients, they're not coming to you, maybe they can't get there. As Dr. Burkle said, maybe they don't have access. Maybe what you really need to bring is a bus to go around and collect people. Maybe when they come they all have diarrhea and what you really need is to clean up the water system.

It's just like filling up a glass of water, and I thought the illustration of the people in Iraq who said, give us security, give us this, give us this, give us this, then let's fix the clinic. This is exactly the reality. When you go to fix the clinic it's equivalent to the top centimeter of water in the glass of water. You

can't pour it there and let hang there in the air, you have to fill it up from the bottom. The basic, basic services and enough food. Look at the case of the therapeutic feeding centers. If you really know how to make a therapeutic feeding center and you may feel that's your mandate, do you have the ability on the ground to look around and say, wait, what these people need more is a water program or 500 hundred latrines or a school, or what they really need is someone to keep the bandits from marauding this village every night. So these are questions. Have you a way to work outside of your mandate to look and see what needs to be done and then to do that thing?

I have a few quotations. This is one is from a DEC evaluation of the Gujarat earthquake response. It reads that, (I left out the name of this particular coordination body), they:

... failed to provide the database of actual distributions and assessment information which the agencies wanted. As a result there was huge duplication of assessment work (perhaps also because agencies refused to rely on information from others) and to this day there has been no reliable way of knowing where distributions have taken place...

This is from the published evaluation report. "No way to know." This will lead us to another point.

Doing the right thing. I said that we'd expand on it a little bit. Doing the right thing should be easy. There is much more need than there is help, it should be easy to find the person in need and help them. This is your job as humanitarian. But the reality is, when you arrive in Afghanistan or Iraq or Liberia or Sierra Leone or Iran or wherever you will go, information is difficult to find and almost always biased. You really have a hard job to learn who needs

help. If it's true that you do not have enough assistance to help everyone, you need to help those who need help the most.

How do you find them? Who has the record? No one has the addresses for you. If someone does have the addresses for you, it will be highly biased. Is it only the list of that person's clan or of his tribe or his family? How do you know? You are always relying on information from others, so the challenge for you is to know what you really know.

Providing health care to patients is relatively simple. Devising mass triage strategies is difficult. This is really about strategy. If you go into a country with massive drought, impending starvation, civil conflict, and you have 500,000 dollars to spend, where do you spend it? Do you spend it in the city because it's difficult to go out because of security concerns? Probably it will tend to go that way. But how do you really make the priority of mass triage?

Again, think again about the case of therapeutic feeding center. This one always bothers me. We know very well how to run therapeutic feeding centers and we have standards and indicators to tell us if we are doing it well, but there's no standard published that says if you have a therapeutic feeding center your whole program is wrong. Why should the population starve so badly that they look like these children that they need to come to a therapeutic feeding center. In a therapeutic feeding center, the children are dying and food is the medicine. Life shouldn't be this way. If you are a medical NGO, how do you give up your funding and say, no, what these people need is basic food. Is there a way for you to do that?

Know your own reason for acting. At the end of the day you are only motivated by what's inside of you. Think very carefully if you are about to go to Af-

ghanistan or Iraq. An Iraqi life is not more valuable than a Sierra Leonean or a Chadian life or a Japanese life. Why don't you stay and work in the hospital in Tokyo? Why, for example, would you happily get on a plane for Iraq, but really perhaps you should be going to Chad or Sierra Leone or someplace else? How do you think? Is it politics taking you there, or the need to be seen? Or is it really the humanitarian drive to save the most lives the best you can with your own limited resources. There is only one of you and it's only your choice where you'll go and what you'll do.

There's an idea of started by Dr. Mary Anderson, called Do No Harm. It is a very wonderful concept as applied to humanitarians. Of course it comes from medical history, but for the humanitarians the idea is that if you do go any place, at a minimum you should not do any harm. Think about it, is it really good enough for you? Is it good enough to report at the end of your mission, "Well, at least I didn't do anything bad." That amazingly, right now today is a major mark of success. And if we consider Iraq and we consider Afghanistan and many countries, this is the way we measure success. If you go and come back and it's not worse, you must have done well. Think about that - maybe you should have stayed home.

And finally, know that you did the right thing. And this you do by evaluation. It is very difficult ever to prove causality. You can run a clinic for many months and you may not be able to prove really that you helped that town or those people. They may have become well enough to leave you and then become so sick that they can't return. It is hard for you to know. It's hard to prove it. It's difficult to get accurate data. It is difficult to establish the evaluation baseline. Most of the places you go, no one has stopped to assess what the situation was before you

started, or at least not very well.

I think Fitsum's example of the multiple studies and the very few that were reliable or would be judged as such is a good one. It is very hard to know. So the challenge to you, before you go, is to learn as much as you can. When you arrive, assess as fast and as well as you can, really learn. And as you do your projects, monitor them. When you finish, evaluate them, very realistically. Did you do any good or not? And then share those evaluations with your organization, with other organizations so that you can build up a real knowledge over time of what works and doesn't work.

Evaluation is not easy. Evaluation requires your belief in the possibility of positive change. You have to be an optimist to stay in this business. It is impossible if you are very easily made cynical and this may not be the right job for you. You have to have it in your mind that you are going to fail. You have to have it in your mind that you will learn from that failure and the next time do better. And you have to believe that there is some good that can come out of it. That will drive you to make a better evaluation. That will drive you to really dig and try to understand what's going on. It's not enough for you to understand it. When you learn something, get on the e-mail and send it to everyone that you know. You really, really have to share it.

Evaluation requires the ability to admit failure for greater future good. Very often organizations have a line in the budget, "evaluation." Evaluation comes at the end and it's a box that must be checked off for the purpose of the bureaucracy. You send the mission, they go and they write the report then come back and it's done. Completely unacceptable, completely unacceptable. That money you spent on the evaluation could have gone for more vaccinations,

it could have gone for more food, it could have gone for plastic sheeting, so why will you spend it for this bureaucratic exercise? You only spend it if you are going to make something positive that in the future will save more lives next time. That's why you evaluate, not because it is a requirement of the grant, but because evaluation is a humanitarian action.

I think I just have two other quotations to show and then I'm about done. This one is from an evaluation of the ECHO Global Plan for Sierra Leone. It was a multi-sector project involving health, nutrition, water and sanitation in 2001. And this is a direct quote from the evaluation:

... Collecting data of effectiveness has been problematic. The heavy demands upon field staff and organizational structures preclude adequate and reliable data collection. In addition some activities are far more amenable to performance measurement than others. The provision of health services, for instance represents intangible benefits and in retrospect it was difficult to track down the consultations carried out and the vaccinations given.

“The provision of health services, for instance, represents intangible benefits.” “Intangible benefits” means they believe it did something but they don't know what it is. It's intangible and immeasurable. And in fact, “it was difficult to track down the consultations carried out,” means they don't know what was done or the vaccinations given. It's a major, major project, a large ECHO-funded project and the evaluators could not learn what happened.

So remember, you may be an evaluator, but also any of you in a project anywhere, you have to make information available for those who will come and evaluate. It's a humanitarian activity to keep good

records. That's true.

From an evaluation of OXFAM Great Britain, Angola Public Health Programme, and this is a June 2002 evaluation, the direct quote:

“... It is likely that the impact of the public health programme is very high, based on observations and community feedback during the evaluation. Unfortunately, it cannot be measured as appropriate data has not been collected.”

So count the failures. OXFAM is one of the premiere, best, most highly regarded NGOs in this field in the world. Even now, 2002, the idea that appropriate data has not been collected, it's completely wrong. You collect it when you assess to design the program, collect it as you implement the program, and collect it in a way that others can understand it and finally evaluate it and use it. Far too many evaluation reports have exactly this clause or something very similar attached to them.

That's all. I'd like to thank you all very much.

(applause)

Ms. Yamamoto: Thank you very much. Next, I call upon Mr. Noriki Hirose, Deputy Director General, Economic Cooperation Bureau, MOFA.

Noriki Hirose: Very briefly I would like to serve two roles, I have been requested. First of all to explain to you the policy of MOFA on NGOs, and secondly, I will briefly talk about evaluation and what evaluation is about.

On the latter subject, as mentioned by Dr. Burkle or Mr. Good, we come up with the NGO budget based upon evaluation. And dealing with the easier issue

first, the reasons for MOFA's support to NGO is because emergency assistance by the government through ODA is very large in scale. For example, the southern Iranian earthquake-hit region, the government sent a team of 27 medical experts the second day after the earthquake erupted, and by the third day the team was at the site. And a day later NGO came up with blankets and medical tools and were there. And we do both.

The government sends medical teams that also carries in tents for treatment and in a self-sufficient manner to the extent possible we try to go to the local site via Tehran without any help from other governments or NGOs. But international organization reported later that from Tehran the NGOs went close to Tehran but many of them had no means to go to the site themselves. In other words, our team has the transportation means and have the tents, have carried in food, have carried in equipment, so that kind of heavy team that requires heavy equipment and funds should be under the government initiative, but the earthquake hit many people. There are many blankets necessary, tents are necessary, kerosene heaters are necessary. Under such circumstances, NGOs are more fit to take on such assignments. So we have to consider the best mix by using both, and we have three means to support NGOs.

First of all, about 15 billion of grant is offered to grassroots projects for human security and 2 billion yen for grants to Japanese NGOs, and 1 billion yen for assistance through Japanese Platform. This year, in the coming year this will be raised to 3 billion because of Iraq. And how do we come up with the best mix through these three means?

What we expect the NGOs, there are four factors that we expect from NGOs. First of all, the quick response ability of NGO and risk-taking. And they

can also go in without worrying about the local politics and quick response. Secondly, they can offer solutions to local requirements. And thirdly, at the same time, understanding that there are limits to sustainability, efficiency and effectiveness. Fourthly, this is often forgotten, but there are donors in the private sector and they have to be accountable to the donors of the private sector. And some action can be taken as sincere response, but if it's slightly deviating then it can be taken as self-righteousness, and therefore, in addition to reports provided to the government, since private sector donors are paying for the funds they have to do their own evaluation to be accountable to those private sector donors. And objective self-evaluation must be done and that could be the strength of the NGO and that could be the reason for success of the NGOs' activities.

Second, I will talk about evaluation. What is evaluation about? Evaluation is most disliked as a role of a government, but objective, fair and fund resources allocation must be done based upon evaluation. And what is post-evaluation? Governments and donors provide funds and have those funds are being used appropriately and have the costs have been minimized? Those are not the only points that need to be evaluated. Many people would be satisfied only by evaluating those points, but we have other requirements in terms of post-evaluation.

To save one life, is it possible, is it best to do it at the highest cost by using rescue dogs, or are other methodologies more effective? Or in order to prevent cholera, is it better to keep the endemics as endemics locally? And how many lives have been saved through those means? Now, protecting human life is a means of assistance that is quite easy to understand, but in order to serve those objectives there are several means and it's necessary that we prove that the means that have been applied is the

best means. And that requirement is even stronger for projects that use ODA. And post-evaluation must be done in a more stringent manner. There are many ways to do post-evaluation, but I think the biggest standard of evaluation is, how in the most cost effective manner can you save as many lives as possible?

For example, after the earthquake you need to save the lives of the people who are lying beneath the ruins. And in the case of internally displaced people. In such cases, how do you protect them from starvation? Thirdly, how do you save the human lives who are infected by HIV, AIDS? And how does one aid worker or how is one penny used in order to maximize the result?

We, as the government, need to come up with such judgments. And you are faced with various requirements and you have to consider what is the most effective work that you are doing, and what's the priority needs? That must be taken into consideration. We have a certain amount of funds available on the part of the government, but in comparison to the size of the budget we have, the global requirement is bigger by one or two digits. I've only studied economics, but the concept of "willingness to accept" must be understood and "willingness to pay" must be understood. In other words, against this situation, how much could we be willing to accept and how much would they be willing to pay out of their own pockets?

Now there are differences in the concept, but this can be explained by cost benefit. In other words, government budget is not "willingness to pay" or "willingness to accept". There is the budget because it's necessary. But in the case of private sector donors, if a private civilian makes a donation, what

does that represent? It's the "willingness to pay." So without the evaluation of the private sector donors, eventually government budget will not be attached for such projects that cannot attract such donations from the private sector.

I just talked about to save one life, what policy is the best and how much support of the local people can you obtain? And we are trying to use various schemes to do that. We are not perfect and the size of the budget is too small to respond to all the needs. There's only 860 billion yen of ODA. 47 trillion yen is the total government budget, but, the Japanese people are not of the view to increase the ODA budget. I think it's the reverse. Within the ODA, emergency humanitarian assistance is important and it has to be proven that it is effective. And in addition to improving the quality of life of the Japanese people, we always have to persuade the people and confirm ourselves that emergency humanitarian assistance brings about much effect and is important, and you have the responsibility to show that.

(applause)

パネルディスカッション

司会 中村 安秀

ディスカッション、総括

Frederick M. Burkle, Jr

鵜飼 卓

喜多 悦子

Fitsum Assefa

Jim Good

広瀬 哲樹

トピックス

準備段階における問題

活動、実施介入に関する問題

活動後の評価に関する問題

サポートシステムの問題

(司会) ありがとうございます。続きまして、パネルディスカッションのほうに移っていきたいと思います。準備がありますので1分ほどかかるとは思いますが、その間に、今回のパネルディスカッションは、司会を中村先生にお願いしました。パネリストのほうは、今講演していただいた5人のかたに加えて、基調講演をいただいたバークル先生にお話しいただきます。

では、パネリストの先生の皆様、お席のほうにお着きください。中村先生、お願いいたします。

(中村) どうもありがとうございます。ただいまからパネルディスカッションを始めたいと思います。ただ、時間がもう30分とかなり押していますので、少し手短に、初めにこの30分をどのようにして話をするかを説明させていただきます。

ただいまのように、初めにバークル先生の基調講演、その後5人のかたからパネリストの講演をいただき、本当に貴重ないろいろなコメント、あるいは鋭い見解を頂きました。その一つずつについて、ここでは議論する時間

はありません。むしろ初めに少し準備していた幾つかのトピックについて、質問も含めてもう一度一緒に考えていきたいと思っています。

まず準備段階における問題、実際の活動中での問題、活動後の評価の問題、そしてその後のサポートシステムの問題と、この四つの問題について少しずつ触れさせていただきたいと思います。

初めに、今回の講演の中でもありましたが、幾人かのかたから、このような人道援助をする前に、セキュリティーということが非常に問題ではないかということで質問を頂いています。「人道援助の際にセキュリティーがいちばん重要だというお話でしたが、セキュリティー確保の方法のようなものがあれば教えてください」という質問があります。もう一つは、「このセキュリティーに関して、日本政府あるいはNGOとして実際どういうことができるのか」という質問があります。

初めの質問に関してはバークル先生に、次のNGOや日本政府としてどのようなセキュリティーの問題があるかに関しては広瀬さんをお願いしたいと思います。バークル先生、ど

うぞ。

（バークル）非常に大事な質問だったと思います。即答できる答えはないのです。しかし、イラクで起こったことの幾つかの問題を分析することはできると思います。なぜ我々が今安全な状態にないのか、あるべきなのに、セキュリティがなぜないのかということにつなげていきたいと思います。

一つは、人道支援コミュニティが持つセキュリティの必要条件がそれぞれ違うことです。

UNCECOR Dというのがありまして、ここが国連のためのセキュリティを提供していますが、そこがいちばん厳重だったのです。NGOはそれぞれ自分たち自身のセキュリティの基準を持っていましたが、それを必ずしもほかの人たちと共有していませんでした。

軍隊というのはセキュリティ情報を提供するという訓練を受けていますが、ひとたび戦争が終わり人道活動が優位を占めると、NGOにとってどんなセキュリティ情報が有益で必要であるかということが分からなくなるのです。自分たちの軍隊という観点から、この場所は安全だと結論付けます。ところが彼らが出ていってしまうと、その地域は全く安全ではなくなるということがよく起こりました。

ですから、我々が人道支援コミュニティのための統一的なセキュリティ基準、あるいは計画を作らないと、特にユニラテラル・モデルにおいては混乱が起こるだけなのです。

では、その基準をNGO用にどうやって提供したらいいかということになりますが、実際に仕事をしているような人たちのために、基準というのは最悪の状況（ワースト・シチュエーション）を勘案したものでなければなりません。

現時点では、わたしはUNCECOR Dの

基準がおそらく最も実用的ではないかと思います。私だったら最も厳格な基準を使います。これが今の時点でのベストな答えです。

（中村）では、続いて広瀬さん。

（広瀬）私のほうから、今このセキュリティの問題について、日本政府としてどのようにやっているのかということをご説明します。

4点あります。一つは、政府関係者、JICAの人たちがこういう緊急人道支援に行く場合には、出発前に国連が行っているセキュリティの訓練を受けます。これは先ほどバークルさんがおっしゃったように、ワースト・シチュエーションに対応するように訓練を受けます。それは、どういう情報をつかめば危険情報なのかという情報収集の話、ヒントになるようなものをどのように集めるのか、現地における支援者をどうやって選ぶのかといったようなところも含んでいます。これに基づいて、JICAは今、国連と同じ基準で動いています。例えばアフガニスタンですと、国際機関の国際職員が国外へ出ていくときにはその地域に入らないということを原則的に適用しています。今、イラクにはJICA職員はだれもいません。

NGOについても、我々は安全5原則を作っています。そのコアにあるのは国際機関の国際職員が国内にいない限りは入らないよということ。NGOが政府の資金を使ってやるときにはそれを守ってもらっています。つまり、支援に行くと人命が失われるということがあってはならない。できるだけそのリスクを下げようという指標に使っています。

政府についてはいろいろありますが、少なくとも外務省は安全を確保しながら入っています。これは民間の警備会社と契約して、我々の安全を守るためにかなりのことをしていま

す。昨年不幸なことがあったわけですが、原則として装甲車に乗り、前後をセキュリティー会社に守ってもらうというような形にしています。

これは100回に1回起こることに対して、あるいは1000回に1回起こることに対して、我々は防御しているわけです。例えばマスコミの人が今日行って事故に遭わないから、あるいは襲われないから、我々も行くという基準ではやっていません。つまり我々のやっている仕事で人命が失われた場合に、さらなる支援はできなくなるわけです。それは別にイラクに限らず、アフガニスタンでも同じですし、東ティモール、そのほかの紛争地帯に入っていく場合も同じです。外交は少なくとも最後の最後まで残って、邦人がその国にいる限り、安全を提供できるようにできる限りの情報を流し、そのために必要な措置を取ることが必要です。できる限り最後の最後になれるように安全措置を取っています。

最後に、我々がこれまでどういうことをやったかといいますと、カンボジアや東ティモールでは自衛隊を新たに派遣する形でPKOをやって、安全な環境を作り上げるということをやっていました。

今イラクでは、先ほどバークルさんが説明されたように、援助をする人たちが集中的にねられる、ソフト・ターゲットがねられるということが起こっています。今の形で世の中が安定することを望まない人たちが、混乱を起こすために意図的にやっている政治的な活動で、これがある限りは援助はなかなかできません。ですから自己完結的に活動することができて、支援する能力があるということになると、我々が持っている機能、能力では自衛隊しかないということで、自衛隊に入ってもらっています。

ただ、自衛隊がわずか500～600人入ったからイラクの全体を変えることができるかという、全くそんなことはありません。我々がほ

かにやっていることは、イラクの人たちで日本の支援に協力する人たちを募り、草の根無償などを使いながら、イラクの小学校を直したり、住宅を直したり、あるいは飲み水を配給できるようにしてもらったりしながら、少しずつイラクをよくするためにやっているというのが現状です。以上です。

（中村）ありがとうございます。今、自衛隊の話も出ましたが、それに少し関係して、学生さんからの質問があります。「例えばジャパン・プラットフォームが行う緊急援助活動などは、今後の緊急援助活動の際に、例えば自衛隊の輸送機や政府専用機が使えれば、より効率的に事が進むのではないかと思います」という質問があります。それ以外にも、「緊急支援活動のときのNGOと軍というのはどういう関係で、どのようなパートナーシップができるのか」という質問もあります。このあたりに関して、どなたかご意見のあるかたは。

どうぞ、喜多さん、お願いします。

（喜多）90年代の終わりにWHOの本部で働いていたとき、アメリカのペンタゴン（国防総省）から問い合わせがありました。軍隊がこういう人道援助の現場に出ていくという方向を探しているように感じました。恐らく今までのような国と国との地上戦ということは、もうこれからありえないのではないかと思います。その中で、やはり軍隊が何か活路を探しておられるなというのが率直な感じでした。これは実際には94年のルワンダのあのときに大々的な軍隊の関与があったこと、PKO以外にもそういう事態が増えてきたからだと思います。

一方、北欧系の国は、また軍隊と文民の協力ということについて、いろいろな試みをやっています。

ただ人道援助の現場に軍隊だけでいいのかというと、わたしはやはりそれは不自然だと

思います。軍隊が動かなければならない事態は、二つあると思うのです。軍隊が出ないと収まらないぐらい災害の規模が大きい場合と、治安の問題だと思うのです。治安のほうは軍隊が出たら収まるのかという、今のイラクを見ていても、全く軍隊が出ればいいとも結論づけられません。だれが考えるのかというのは難しいですが、もう少し方法を模索しなくてはならないのではないかと思います。やはり中立的な国連や赤十字すら襲われるという事態がイラクの異常さだと思います。

（中村） どうもありがとうございます。ほかは、この件に関しては特にありませんか。どうぞ。

（グッド） 非常に面白いポイントだったと思います。いったん軍隊がかかわることになりますと、セキュリティーのオプションは劇的に変わってきます。長年セキュリティーに関してNGOの訓練をやってきましたが、三つしかできることはない、いつも言うのです。一つめ。中立であって、コミュニティーを友達にすること。そして、誰にとってもあなたを攻撃する利益がないようにすること。二つめ。自分を守る。例えば防弾チョッキを着るとか、装甲車に乗るとか、コンパウンドは壁で覆うとか、そういうことです。三つめは、報復という脅しです。例えば居留区内にカメラがあれば、誰かがやってきてあなたに害を与えようとしても、兵士や軍隊がいつも監視していて必ずそれに報復攻撃をするのだと気付くということです。

昔、古きよき時代には、すべて軍隊がかかわっているということはありませんでした。コミュニティーと仕事をするのが基本であり、セキュリティーの訓練を10年前にするのであったならば、軍隊と話をしてはいけないと私は言ったと思います。もしできれば軍隊と一緒に行動をするな、軍隊の周りでぶらぶらするな、そして彼らと仲良くするなと言った

と思います。

でも今は、特にユニラテラルなモデルの場合ですと、いったんそこに行きますと、嫌でもとにかく彼らのシステムと一緒にのだと思われてしまうのです。ですから、中立性という考えはもう役に立ちません。一つのコミュニティーで仲良くなると、あなたがまさにそのコミュニティーと仲良くしていたからという理由で、別のコミュニティーの人たちがそのイメージを壊そうとして攻撃してくることだってあるかもしれないのです。ということは、自分を守ることと、報復という脅しをかけること、これしか残りません。報復をするのは軍隊しかいないわけで、そのときには必ず彼らと一緒に行動し、その結果も引き受けなければいけません。

いちばん最後に言いたいのは、良いモデルというのは国際赤十字委員会です。彼らはいろいろな危険なところで仕事をしています。しかも我々よりもずっと長いことやっています。そして彼らのセキュリティーの訓練の基本は、自分が極度に危険なところに行くのだということを理解し、一人一人がその個人的なリスクを負うということなのです。別の言い方をすると、現在ある大きな間違いは、組織があなたを現地に行かせたら、あなたは本当にその脅威を理解しないということです。現地に行っても安全で誰かが守ってくれると思ったら、それは大きな間違いです。

ですから、あなたが自分の安全をどうやって守るかということではなく、どうやって覚悟するかということなのです。そして、その立場に自分を置くかどうかどうやって決めるかということなのです。

（中村） ありがとうございます。次、鶴飼さん。

（鶴飼） シビリアンとミリタリーのコーポレーションということに関してですが、1984

年のエチオピアの飢餓のとき、わたしたちは先ほどお見せしたようなおんぼろの飛行機に乗って行きましたが、当時の旧ソ連、西ドイツ、イタリア、イギリスが軍用機を活用して支援物資を運んでおり、また民間人もそこに乗ってきて、人道支援をしていたというシーンを見ました。もう20年前の話ですが。今回のイランの地震の支援にも、例えばウクライナという国が非常に大きな医療チームを送り込んできていましたが、これもやはりミリタリーとシビリアンとの協力のもとに行われていたことだと聞いています。

(中村) どうもありがとうございます。広瀬さん、どうぞ。

(広瀬) 私がしゃべりますと政府の弁護というイメージがありますので、緒方貞子さんがUNHCRで活躍していたときに、セキュリティに関して言った言葉があります。それは「人道のためにも軍が必要な時がある」と。要するに、人道支援をやっている人をターゲットにするような人がいるところで人命救助をしなければいけない。そのときに、意図的にねらっている人から守る方法というのは、実は軍しかないのです。そういう状態は避けたいわけですが、これは別にイラクのことを言っているわけではなくて、実はボスニア・ヘルツェゴビナの内戦で起こっていたことです。女性や子供たちを集団虐殺したという疑いがかかっているようなところで人を助けるときというのは、やはりそのセキュリティを確保する力がないとできません。

これは第二次世界大戦のときと全く違うわけです。東西対立のときとも違うわけです。意図的にソフト・ターゲットをねらう人たちが世の中にいて、そういう人たちは政治的に人を殺しているわけです。それは1人殺すことによって、100人の人道支援に来る人たちをそこに入らせないようにできるからです。です

から、そういう状態を前提に、どのように安全、セキュリティーを作り、その中に人道支援の人たちが入っていけるかということを考える必要があると思います。

ですから、世界で起こっていることは、グッドさんがおっしゃったように、憲法の時代より少し進んでいます。我々が国内で議論していることは、実は第二次世界大戦のところから少しずつ考え直していった、どういう形があるのか検討しているところなのですが、実際今そこにいる人たちを救おうとすると、どうしてもジャンプしなければ今の事態に適応できません。

そういう意味で、今、日本が輸送機で、サマワの近くやイラクの中に人道支援の物資を運び込んでいます。これにはNGOと協力したのがあります。サマワの病院に医療物資、消耗品を運び込んでいます。これを、例えば普通の人ができるかということ、国境から350kmの高速道路を何の防御もなしに行ったら、まず間違いなく物資を奪われるし、運転している人たちが殺される可能性が100回に1回ぐらいはあるといわれています。

ですから、そういうところで人命救助をやるためには何かが必要で、今のところ我々が持っているのは、自衛隊しかない。我々が置かれているのは、ようやく世界の現状に近づいただけなのです。世界では90年代、人間の安全保障に本当に苦労しました。やはりセキュリティを確保するためには軍隊というものがなくて、軍隊が目的を求めて入ってきたというよりは、緒方さんが言うように、彼らを使わないとセキュリティが維持できないから、ニーズのほうが先にあったと思います。

(中村) ありがとうございます。次、アセファさん。

(アセファ) また、パブリックヘルスの専門家と軍の関係というのも違うレベルでありま

す。例えば、アフガニスタンでは、積極的にパブリックヘルスにかかわりたいと軍が思っているわけです。しかし、人道援助の人たちは、分野によっては軍にかかわってほしくないものがあると反論しました。例えばヨード欠乏症などの予防接種プログラムにおいて、軍は、全員に予防接種をすればいいではないか、簡単にできると言ったのですが、これが軍事介入というような公のイメージになってしまうと、我々の活動にとって長期的なリスクになりかねません。

(中村) このミリタリーとの協力の話は随分盛り上がっています。そういう意味ではミリタリーとも経験があるし、NGO、そしてまた政府で働いた今までの経験の中で、市民社会、NGO、政府、そしてミリタリーのようなものがどのように調整しながら人道援助をしていったらいいのか、少しバークルさんにまとめてもらいたいと思います。

(バークル) 私は今日、ユニラテラル・モデルのお話をしましたが、私はユニラテラル・モデルというものが、イラクで取られたような形ではこれから続かないのではないかと考えています。米国も連合軍も、国連やNGOが非常に必要であるという教訓を学んだわけです。それほど遠くない将来に、そういう大国などがテーブルに着いて、新しいモデルについて話し合ってくれるようになったらいいなと思っています。そこから何か新しいモデルが生まれてくればいいと思います。

私は、戦争はまだ終わっていないというヨーロッパ人の意見に賛成です。5月1日に終わったなどということはありません。また、NGOもセキュリティーの面で軍に頼ることはできません。軍の優先事項は部隊の防御なのです。これは将来の議論のトピックになるかもしれませんが、軍隊というのは、国連やNGOを守るということの訓練を受けていない

のです。

安全地帯からミッションが出ていく際には、自分で自分を守るか、あるいは自分で自分を守るようなシステムを買うか、どちらかなのです。

何も答えを申し上げられなくてごめんなさい。しかし答えの一部は、マルチラテラルなアプローチに戻るといふところにあると思います。

(中村) どうもありがとうございました。まだまだ議論したいことはたくさんあったのですが、ほとんど時間がなくなってきました。最後にパネリストのかたに一人ずつ、せっかくなので、何人かの若い方から、今後この人道援助の部分でやっていきたいと、人材養成はどうするのかといった質問がありました。この会場を見渡して、これからこの人道援助をやっていきたいと思っている若い人たちに、一人ずつ30秒以内ぐらいで一言励ましのメッセージを頂けたらうれしいなと思います。どうですか。

(広瀬) では、こちらから短く。ぜひJICAとか、公務員になってください。私みたいに怖がりでも、こういうところに寄与することができると思います。

(中村) ありがとうございます。

(グッド) 15秒で良いこと、15秒で悪いことを言います。

消防署長に一度聞いたのですが、燃えているビルに閉じ込められたときに、消防士というのは、その火の中にさらなる被害者を作ってはいけないということなのです。つまり、あまりに危険であれば消防士も入れない。入ったら結局は死んでしまうことになって、また命の損失につながるということです。

ですから、ちゃんと分析をして、自分が本当に

できることは何かを考える。準備不足だと思ったならば、あなたがいちばん脆弱性を持っているグループになるかもしれないのです。ですから、注意してください。

二つめに、ポジティブなことを言います。これは非常に豊かな、貴重な、実り多い仕事です。ですから、皆さんぜひこの仕事に入ってください。ただ、十分に気を付けて。幸運を祈ります。

(アセファ) 火が沈静化した時には、ほとんどの人たちはもう十分に能力を持っています。いろいろな貢献ができるだけの能力をすでに持っているのです。状況はそれぞれ違います。二つの緊急事態で全く同一のものというのは決してありません。新たな課題、新たな問題、新たな疾病など、常に出てくるわけです。ですから、常に情報のアップデートをすることをアドバイスします。世の中には資源はたくさんあります。助けてくれる人たちはたくさんいるわけです。幸運を祈ります。

(中村) どうぞ。

(喜多) 私は80年代の終わりにアフガン難民避難所に携わったときも、とても怖い思いを幾つかしています。ですから、情熱だけで動ける仕事ではありません。もう一つは、人助けというのは、だれかのためではなく、自分の身を守ることに繋がると 생각합니다。どんな仕事であっても、日本でであっても、どこで働くにしても、それが社会的な広がりを持っていないとだめな時代に入っているということを理解していただきたいと思います。以上です。

(中村) ありがとうございます。

(鵜飼) 人材育成についての発言をという話だと思いますので、JMTDRの登録メンバーは今700人ぐらいですが、その研修プログラム

は非常に充実してきていると思います。これは医療人ばかりではなくて、コーディネーター、アドミニストレーターなどにとっても、非常に有益な研修コースを提供できていると思います。それから、私どものNPO、HUMAも、細々ながらナースを対象とした研修、また、すべての職種の人を対象としたセミナーを年に何回か開催して、少しでも国際的な場で働ける人に役立てていただきたいと思います。活動しています。

(中村) どうもありがとうございました。

司会の不手際もあり、まだまだ議論したいことはたくさんあるのですが、予定していた時間をかなり過ぎていますので、これでパネルディスカッションを締めたいと思います。

最後に、今回のこのシンポジウムは、シンポジウムだけではなく、この前に水曜・木曜日と2日間にわたるワークショップを行いました。そこでは実際に三つのNGOのプロジェクトの評価を30人の人たちが、パークルさん、ジムさん、アセファさん、3名のレクチャーを聞き、そして実際ワークショップの中でいろいろなサジェスチョンを頂きながら、自分たちで自分たちのプロジェクトを評価していくことをやってきました。こういうことも含めた今回のシンポジウム、ワークショップの成果は、後でプロシーディングという形でまとまると 생각합니다。

これからはNGOも自分たちで自分たちの活動をきっちり評価して、それをまた単にドナーである外務省だけではなく、きっちりと市民社会にそういう評価を返して行って、その成果、あるいはできなかったところをまたみんなと共有しながら、次にまたより良いプロジェクト、ジムさんの言葉を借りれば、“Do the right thing.”をやっていくような活動が今後も求められるのではないかと思います。

今日はどうもお忙しいところ、皆さん、このパネルディスカッションに参加していただき、

ありがとうございました。今、バークルさんは今日8時の飛行機で帰らなければいけないので、「皆さんによろしく」と言って成田のほうに出掛けましたが、フィッツァム・アセファさん、ジム・グッドさん、本当に遠いところ、お忙しいところ、私たちのワークショップ、シンポジウムに来ていただきまして、ありがとうございました。そして喜多さん、鶴飼さん、広瀬さん、本当に皆さんありがとうございました（拍手）。

これでシンポジウムを終わらせていただきます。どうも皆さん、ありがとうございました。

（司会）ありがとうございました。最後に閉会のごあいさつを頂きたいと思います。閉会のごあいさつは、外務省経済協力局民間援助支援室長であります城所卓雄様にお願いいたします。城所さん、よろしく願います。

Ms. Yamamoto: Thank you very much. We will now proceed to the panel discussion. We have to rearrange the stage. I think it will take one minute. During this one minute I will ask Professor Nakamura, the moderator, we have five panelists and also Dr. Burkle will serve on the panel as well. And the moderator is Professor Nakamura.

Could I please ask the panelists to take their seats? Professor Nakamura, please take the floor.

Yasuhide Nakamura: Thank you very much, ladies and gentlemen. We shall now commence the panel discussion. But time is very limited; we only have half an hour and we are pressed for time, so I will make a very brief introduction of how to proceed in this remaining 30 minutes.

So we had the keynote address by Dr. Burkle and then we had comments by five panelists, and it was really invaluable comments and remarks. Very astute observations were shown and regarding each and every single item we can't discuss, we don't have time. Rather, at the outset I would like to focus upon several topics which had been prepared, and let us all consider together the whole issue.

First of all, the preparatory issues and then the support system and then the implementation, evaluation, support system thereafter. So these are the four topics that we had prepared, so I would like to take these issues.

First of all, in the presentation it was mentioned and there was some people asking questions regarding one particular point. Before commencing humanitarian assistance, security was mentioned, very important, and we had lots of questions regarding security. In providing humanitarian assistance, security was mentioned very important, but is there a

method of ensuring security? Can you tell me the effective methods of ensuring security? That's one question.

Another question, regarding security, Japanese government or NGOs, for these organizations, what can they do? That was another question. So regarding the first question I think Dr. Burkle will respond, and regarding the second question, what the government of Japan can do on the question of security, Mr. Hirose will answer the question.

Frederick Burkle: Thank you, that's obviously a very, very critical question. We do not have a ready answer but I think we can analyze some of the problems that occurred in Iraq to recognize why we are not at a state of security that we should be at at this time.

One is that the humanitarian community all had their own individual criteria for security UNSECORD, which provides the security requirements for the UN, was the most stringent. The NGOs all had their own individual security criteria, which they didn't necessarily share with others. The military is really just trained to provide security information for themselves. Once the war was over and the humanitarian agenda was dominant, the military was uncomfortable in what security information was useful and necessary for the NGO community. From a military standpoint, once they determined an area secure and moved on, it frequently became insecure. Until we have a unified humanitarian community security criteria or plan The criteria will remain confusing especially in a unilateral model.

The second question is, what criteria do you recommend for the NGOs? For the sake of the NGO workers that you represent, the criteria should be one that is based on the worst possible situation. I think the UNSECORD criteria is probably the most practical

at this point. So I would use the most stringent. That's the best I can do at this point.

Yasuhide Nakamura: Okay, thank you.

Noriki Hirose: Then on my part I will speak about how the Japanese government deals with the security issues. There are four points. First of all, JICA, governments, bureaucrats on emergency, before humanitarian assistance, before departure, they receive UN-hosted training programs for security, and as mentioned by Dr. Burkle, this is training designed to respond to the worst situation.

In other words, what kind of information should you obtain for crisis, the way of obtaining information and how you collect clues, and how people to be sent to those sites are selected. And then based upon this training, in the case of JICA, based upon the UN standard they take action. In the case of Afghanistan for example, in the case international organizations are going out of the country, they would not go into that area. In Iraq now there's no JICA staff. And for NGO there's the five principles of safety, and the core of this principle is that unless there are international organizations' proper staff, they don't go to those localities. So in the case NGOs use government funds to go there, we tell them to abide by those principles. In other words, if they go for assistance there should be no loss of life. That risk must be avoided. Therefore we have those principles.

For the case of the government, at least MOFA staff goes ensuring the security. We have a contract with a security company, a private sector company, and in order to protect safety many measures are taken. Various incidents occurred last year, but basically we are protected by vehicles and weapon-protected cars are used. The risk occurs once a 100 times or

once every 1,000 times, and we are protected against such risks.

Just because the mass media goes there and are not attacked, that is not a good enough standard. In other words, in our job if there is loss of life then that's the end to assistance. There would be no further assistance. That's the case not only for Iraq but for Afghanistan, East Timor and other areas of conflict.

Now diplomacy is about remaining until the last minute, and as long as there are Japanese citizens in that country we must provide as much information and as much safety as possible, and necessary measures must be taken by the government. So we are the last ones to leave and that is why we are to protect ourselves.

And finally, what have we done to date? In the case Cambodia and East Timor, we were involved in PKO by sending the Self Defense Force in order to build a safe environment. And in Iraq, as Dr. Burkle mentioned, the people who provide assistance are becoming targets. They have become soft targets. People who want to bring about chaos provoke it so that peace is not created, and it's very difficult to provide assistance under those situations, so it would be only the Self Defense Force who would have the function to protect people under such circumstances. But just because 500 or 600 troops have gone in, that is not going to provide the protection of all of Iraq. So in addition, we are soliciting, by use of grassroots grants, to Iraqi civilians to participate in fixing the elementary schools in Iraq and to provide drinking water in order to support the lives of the people. Thank you.

Yasuhide Nakamura: Thank you very much. There was a mention about Self Defense Force-related question from a student. For example, Japan Plat-

form conducts emergency assistance activities, regarding these activities going forward. When such activities are carried, is it possible to use SDF aircraft or government aircraft? If those aircrafts are used it would be more efficient?

There are other questions regarding the emergency relief activities. NGOs have certain programs and then the army, what should be the relationship between NGOs and armies? What kind of partnership can there be? Would anybody present any comments on that question?

Yes please. Dr. Kita?

Etsuo Kita: Towards the end of the 1990s I was working in the headquarters of WHO. While I was in WHO, I had visitors from Pentagon for inquiry about the fact that if the military goes to the actual field. I felt that they were really in search of proper ways of going into the actual field as a military force. In the past, there were a lot of ground warfare between the armies of nation states, but going forward it's not going to be like that. In this context the military wanted a new way, a new avenue, that was my frank assessment, interpretation of the fact that questions came from the Pentagon.

In 1994 in Rwanda, there was a major involvement of the military. Outside the PKO there were many situations requiring major involvement of military. Also Nordic countries have military-civilian cooperation. I think Nordic countries are trying various ways, but in the humanitarian field, is the military the only entity that goes? I think it is only natural that military involvement is the only avenue.

Of course the military has to make certain involvement. There are only two situations, first, the military has to get involved large scale disastrous situa-

tions. And the another is the security-related situation. Now on the side of security, would security become better if military goes? Looking at the Iraqi I can't come to the conclusion that military presence would solve the security question.

So I don't know who is going to consider this question. It's difficult. But I think we have to grope for the answer for this question. Neutral United Nations or Red Cross are attacked. This is the situation which is really showing the abnormality of the Iraqi situation. Thank you.

Yasuhide Nakamura: Any other person wishing to speak on that issue? Yes?

Jim Good: It's interesting that once military action is part of the mix, it drastically changes your options for security. I've been doing training for NGOs for many years in security, and we've always said there are three things you can do: one - be neutral and make the community be your friend so that there's no interest for anyone to attack you; two - defend yourself, flak jacket, armored car, compound walls and so on, and; the third one is threat of reprisal, for example a camera on the compound, someone who might come to do some harm to you, they understand that someone is watching and that a police or a soldier or someone will then come back after them.

In the good old days when there was not always an active military as part of the mix, the idea that you worked with the community was the basic one, and ten years ago, if we were doing training for security for NGOs, the rule was, do not talk to the military. Do not go with them in a convoy if you can avoid it. Do not hang around their installations. Do not be associated. The problem now is once that, and especially with a unilateral kind of situation, once you

are there you may be seen as part of that machine no matter what you prefer.

So you take away the idea of neutrality, it's not going to help you. Maybe as you make friends in one community, members of another community who want to destroy that image, attack you precisely because you have a very friendly feeling with the community. So now all you have left are defense and threat of reprisal. So the only ones who will reprise are the military themselves, and if you use that one, you must go in with them and take the consequences.

The last thing that I will say is, a good model to look at in such cases, is the International Committee of the Red Cross, who have been working in very dangerous situations much, much longer than most of us, and in their training for security the basic idea is that you understand that you are going into an extremely dangerous environment, and every single person takes that personal risk on themselves. In other words, the only mistake today is if your organization lets you go and you really do not understand the threat. Or if you go and you mistakenly think you'll be safe or someone will protect you, now that's a mistake.

So I think it's not "how do you ensure your security?", but "how do you prepare yourself and how do you decide whether or not to put yourself in that position?"

Yasuhide Nakamura: Okay, thank you. And next, Dr. Ukai.

Takashi Ukai: I will talk briefly an example of good civilian-military cooperation, a long time ago, in 1984, at the time of Ethiopian starvation, we, as shown in my presentation, flew on an obsolete aircraft, but back then, the former Soviet Union and

East Germany, Italy, United Kingdom, were using military aircraft to provide assistance, equipment and materials, and the civilians were also flying those planes to provide assistance. These aircrafts were called "Mercy Flight". I witnessed those scenes, it was 20 years ago.

Now with regards to the Iranian earthquake, for example, the Ukraine used a very sophisticated large medical team. They sent a large medical team, and this was based upon military and civilian cooperation so we heard.

Yasuhide Nakamura: Thank you very much. Mr. Hirose?

Noriki Hirose: Well, I may give the image that I'm defending the government, so here is the word in that Madam Ogata at UNHCR said the following in terms of security: for the sake of humanitarian assistance, sometimes military is necessary. In other words, there are people who target humanitarian assistance providers and there they have to save the lives and it is only the military that can protect those lives. And I'm not just specifically talking about Iraq, but also in Bosnia Herzegovina's war, those incidents have been seen, where women and children have been mass killed, there has been genocide. And in these situations, unless there is the military, they cannot be protected.

And the context is completely different from World War II, completely different from the days of the Cold War. There are those who define intentionally the soft targets and they politically kill people, because killing one person they can prevent 100 humanitarian assistance providers from coming into their people. So based upon that assumption, how do you assure security and safety? And how can you enable humanitarian assistance providers to go there,

go to those localities?

And as mentioned by Mr. Good, things have progressed and what we are debating internally, we've been reviewing the contexts, the concepts applied under World War II, we are changing our mindsets. And if we want to save those people you have to jump in or else we cannot respond to the current context.

So, near Samoa and in Iraq, Japan is carrying in humanitarian assistance products under the cooperation with NGOs. In some of our hospitals we are providing medical supplies to the hospitals. Can ordinary groups do this? Three-hundred and fifty kilometers on the highway without any protection, if those equipment are transported, once out of hundred times the driver will probably be shot, and the medical supplies won't reach those destinations. So some kind of protection is necessary. But the only party who can provide that is the Self Defense Force.

And we have at least begun to catch up with the world, but in the 90's the other countries had suffered to provide human security and they learned the lesson that military is necessary for ensuring safety and security. And it's not that the military went in under a certain objective, it's because, as explained by Madam Ogata, there was the need first. In other words, the military was necessary to protect their lives.

Yasuhide Nakamura: Ms. Assefa, please. Ms. Assefa?

Fitsum Assefa: There is also a different level of relation between public health personnel and military groups. For example, in Afghanistan where the military actively wants to be involved in the public health's work, in that situation the humanitarian com-

munity had to be united and say, in some of the areas we do not want the military to be involved. For example, the immunization, any of the immunization programs or anything to do with prevention of iodine deficiency where the military wanted to go and say, this is easy, we can all vaccinate because if the public sees that it is now a military intervention, that can have a long-term consequence of jeopardizing our activities.

Yasuhide Nakamura: Thank you. So, civilian-military cooperation has been hotly debated now. As in that sense you've got some military experience, you've got some experience with NGO, you've worked in the government, and you have a wealth of experience. So can you talk about the NGOs, the civil society, government, military, the relationship and the coordination there between. How can we promote the humanitarian assistance? Can you talk about it? Dr. Burkle, can you sort of summarize the entire discussion?

Frederick Burkle: Despite what I presented today about the unilateral model, I assume that we will not see that unilateral model continue exactly the way it was carried out in Iraq. The lessons from the US and coalition forces is that they desperately need the United Nations and the NGOs. What we also assume is that sometime in the hopefully not-too-distant future that those in authority will begin to sit down and discuss what new model will emerge from this chaos.

I agree with the Europeans that the war is not over. It never ended on May 1st. Also, NGOs cannot rely on the military for security. Their priority is force protection. They do not have the training or the means to provide security for the UN or the NGOs. That may be part of the discussion in the future, but it is not there at this point. So if you go out on a

mission from the green zone, you go out on your own or you hire your own protection.

I apologize for not giving you an answer, but part of the answer lies in returning to a multilateral approach.

Yasuhide Nakamura: Thank you very much. We have lots and lots of points we want to discuss but we've used up most of the time. But at the very last point, we would like to go around each panelist to give his or her concluding comment.

A lot of young people have said about the question of human resources development, a lot of young people wanted to stay in this humanitarian community. Looking around the audience, I see many young people who are eager to go into the humanitarian sector. So any message to those young people? Within 30 seconds. Just a piece of message to those young aspiring people. Words of encouragement? Thirty-second words of encouragement to young audience. Could we go around the panelists?

Noriki Hirose: Please become JICA staff or bureaucrats. I'm an easily-frightened person, but even I can contribute.

Yasuhide Nakamura: Thank you.

Jim Good: OK, 15 seconds for something bad and 15 seconds for something good.

A fire chief once told me, even when people are trapped in the building and it's burning, the rule of the firefighters is: "Do not bring more victims to the fire." What he meant: if it is so dangerous that the firefighters cannot go in, they let the people die because to go in anyway only takes anyway another life.

So, make your analysis. Think what you can really do. If you feel very unprepared, you may be the most vulnerable group in the situation. So be careful.

Secondly, on the positive side, it's extremely rewarding and very valuable work, and I would recommend it to everyone. Just be careful and good luck.

Fitsum Assefa: Okay, after the fire is under control, I believe that most of you have the capacity to do very useful work. And I also want to remind you that every situation is very, very different. There are no two emergencies which are exactly the same. We are always challenged by new issues, new causes, new diseases. So I will advise you to continue to try and update your information, and there are also lots of resources in this world and lots of people who can help just pressing the right person. Good luck.

Etsuo Kita: Towards the end of the 80s I was involved in refugee assistance in Afghanistan. I came across a lot of frightening situations. Only passion will not carry you.

Another thing is that helping others is done for you, not for others. It will lead into protecting yourself. Whatever work you do, either in Japan, wherever you work, we are living in days and an age when you have to an international aspect, dimension. I hope you understand that.

Takashi Ukai: On human resources development, I think one question was on human resources development. At JMTDR we have 700 registered members, and we have training programs that have been enriched over the years. Now these are not only for medical experts but there are coordinators and administrators and these programs would be very effective for those who want to become coordinators

and administrators. And HuMA, the NGO, although the scale is small, have been providing training for nurses and training for the general people, holding general seminars, a few times a year in order to train people who can become active in the international front. Thank you.

Yasuhide Nakamura: Thank you very much. Because of the incompetent moderatorship we have to close this meeting rather unsatisfied, but we have hit the closing time so we will have to conclude the discussion at the very end.

This was not only a symposium. Before the symposium there were workshops for two days, Wednesday and Thursday, and during the workshops three NGO projects were evaluated by 30 people with Dr. Burkle, Jim and Assefa, listened to the lectures, and then receiving lots of suggestions. They have evaluated their own projects by themselves. So including those programs, the results out of the pre-symposium must be very great; it will be published in a proceeding.

Going forward, NGOs will have to evaluate their own activities by themselves, and not only be accountable to the donor, the foreign ministry, but to the civic society the evaluation must be returned and accounted for. And if you are not able to achieve something, that problem must be shared so that on the next step there could be better projects, to borrow Jim's words, "do the right thing." I think that is the activity which would be demanded for going forward.

Ladies and gentlemen, thank you very much for coming to this program despite your very busy schedule. Thank you for participating in this panel discussion. Dr. Burkle had to leave because he had to catch a plane at 8:00 this evening so he already

left. He started for Narita and he sends his best regards to every one of you. Ms. Assefa, Mr. Good, thank you very much for coming despite the long distance, and thank you for very much for coming to our workshops and symposium. Dr. Kita, Dr. Ukai and Mr. Hirose, thank you very much for taking part in this event.

Have a big round of applause to the participants. This symposium is adjourned, thank you very much.

閉会のあいさつ

城所 卓雄（外務省経済協力局民間援助支援室長）

外務省の城所と申します。本日は土曜日だったのですが、実際に援助の現場で活躍されているNGOのかたがた、また将来NGOで活躍されるであろうNGOの予備軍のかたがたにお集まりいただきまして、本当にありがとうございました。私もこういう仕事をしているのですが、今日のセミナーを通じて非常に心強く思ったのは、恐らく現在日本でいちばん内容のある、また実質的にハイレベルのセミナーが本日举行されたということで、主催者である外務省とジャパン・プラットフォームを代表しまして、一言御礼申し上げます。

それと、ここに書いてありますが、今回は、ざっくばらんなことをいいますと、この場所

についてもJICAのご厚意を頂きまして、すべて無料で借りています。ユニセフからも物心両面でサポートを頂きましたし、三菱財団と庭野平和財団からもファイナンシャルのサポートを頂きました。本当にありがとうございました。

外務省としては、引き続き、本日のプログラムと同じように、NGOのキャパシティ・ビルディングについてはもっと推進していきたいと思っておりますので、また皆様のご協力をお願いしたいと思います。

では、これをもちまして、本日のセミナーを終了いたします。どうもありがとうございました（拍手）。

Takuo Kidokoro: My name is Kidokoro of MOFA. Despite today being a Saturday we were able to have many members of the NGOs and many candidates of NGOs in the future. I thank you very much for your participation.

Now I'm in the current position, but through this seminar I was very much impressed that in today's Japan, this was probably the seminar of highest quality on this subject, and we thank you all on behalf of MOFA and Japan Platform.

And the venue was very much kindly offered by JICA free of charge, and UNICEF has provided us economic as well as mental support, and Mitsubishi Foundation and Niwano Peace Foundation have provided their financial support. Thank you very much.

MOFA will continue to promote capacity-building of NGOs and we solicit your cooperation. With this we conclude today's seminar. Thank you.

講演資料

基調講演者略歴

Frederick "Skip" M. Burkle, Jr., MD, MPH, FAAP, FACEP

Dr. Burkle is currently serving as Senior Scholar & Scientist, and Visiting Professor, The Center for International Emergency, Disaster & Refugee Studies, The Johns Hopkins Medical Institutes and the Schools of Medicine, and Hygiene & Public Health. From 2002-03 he served as Deputy Assistant Administrator for the Bureau of Global Health at USAID. From 1989 to 2000, he was Professor of Pediatrics, Surgery and Public Health and Chairman, Division of Emergency Medicine, Department of Surgery, University of Hawaii Schools of Medicine and Public Health. He is Adjunct Professor, The African Center for Strategic Studies, the Uniformed Services University of Health Sciences, and the Tulane University School of Public Health in New Orleans. He served as the Senior Advisor in Medicine and Public Health for the Defense Threat Reduction Agency and as a Research Scientist for the Centers for Disease Control and Prevention.

He is a graduate of Saint Michael's College (1961) and the University of Vermont College of Medicine (1965). Dr. Burkle holds post-graduate degrees from Yale, Harvard, Dartmouth, the University of California at Berkeley, and a Diploma from the University of Geneva, Switzerland, in Health Emergencies in Large Populations. He is qualified in Emergency Medicine, Pediatrics, Pediatric Emergency Medicine, and Psychiatry and holds a Master's Degree in Public Health. He is a Fellow of the American College of Emergency Physicians and the American Academy of Pediatrics, and received the Emergency Physician of the Year Award in 1999 from the Governor of Hawaii.

Dr. Burkle was the founder and Director of the Center of Excellence in Disaster Management and Humanitarian Assistance from 1994-2000 a World Health Organization (WHO) Collaborating Center for humanitarian civil-military cooperation, the only one so designated. The Center facilitates integrated military and civilian education, training and research in complex humanitarian emergencies.

Professor Burkle has published over 100 scientific articles, abstracts and book chapters, four books, two on disaster management including *Disaster Medicine* a sentinel text on the emergency response to disasters (1984). He has consulted on numerous humanitarian emergencies and large-scale international disasters in Asia, Africa and Eastern Europe and serves as an International Health Delegate to the Red Cross. He served as Joint Civil-Military Liaison for the Kurdish Crisis in southern Turkey, northern Iraq, and Baghdad, and again in the humanitarian crisis in Somalia where he also served as a UN Delegate to the 3rd Somalia Conference in Ethiopia. In 1996, he headed a global health assessment for the International Rescue Committee in the former Yugoslavia, Central Africa, and Pakistan and in 1999 was a member of the Presidential Delegation to Kosovo. In 2003 he served as the Senior Medical Officer in Iraq on the Disaster Assistance Response Team (DART) for the Office of Foreign Disaster Assistance, USAID. He also served as the Interim Minister of Health in Iraq during the relief phase of the crisis, and as Senior Advisor for WHO on Health Emergencies in Liberia.

Dr. Burkle has received numerous "Excellence in Teaching" and humanitarian service awards. These in-

clude the prestigious Gorgas Medal for "distinguished work in preventive medicine, groundbreaking work in disaster management and humanitarian assistance and the training of an entire generation of U.S. and international personnel," and the Cook Award for Humanitarian Service. He is a member of the Board of Directors of the International Rescue Committee, the world's largest refugee NGO, headquartered in New York City and was their Executive Medical Director in 1999.

A retired Captain in the U.S. Naval Reserve he completed combat tours in the Vietnam and Persian Gulf Wars with the 1st, 2nd and 3rd Marine Divisions and with the US Central Command in Somalia. His awards include the Bronze Star Medal with Combat "V" for valor (2 awards), Defense Meritorious Service Medal, Navy Commendation Medal, Army Commendation Medal, Combat Action Ribbon (2 awards), Joint Meritorious Unit Citation (2 awards), Vietnamese Cross of Gallantry, Vietnamese Meritorious Medical Medal, the Humanitarian Service Medal (2 awards) and the Military Outstanding Volunteer Service Medal.

基調講演

**COMPLEX
EMERGENCIES:
*The Epidemiology and
Future Expectations***

**Frederick M. Burkle, Jr., MD,
MPH, FAAP, FACEP**

Senior Scholar, Scientist and Visiting Professor
The Center for International Emergency, Disaster
and Refugee Studies
The Johns Hopkins University Medical Institutions

**Definition of
Modern Day
Complex
Emergencies**

Complex Political Emergencies

*"...situations in which the
capacity to sustain livelihood
and life is threatened primarily
by political factors, and, in
particular, by high levels of
violence."*

A. Zwi Finkel, Health & Policy
London School Hygiene

Complex Emergencies

Direct Effects	Indirect Effects
• Injuries/Illness	• Population displacement
• Deaths	• Disruption of food
• Human rights abuses	• Destroyed health facilities
• International Humanitarian Law abuses	• Destroyed public health infrastructure
• Psychological stress	
• Disabilities	

**Complex Emergencies:
Lethal Mix of...**

• Inequalities	• Ignorance
• Poverty	• Racism
• Injustice	• Oppression
• Cultural incompatibilities	• Religious fundamentalism

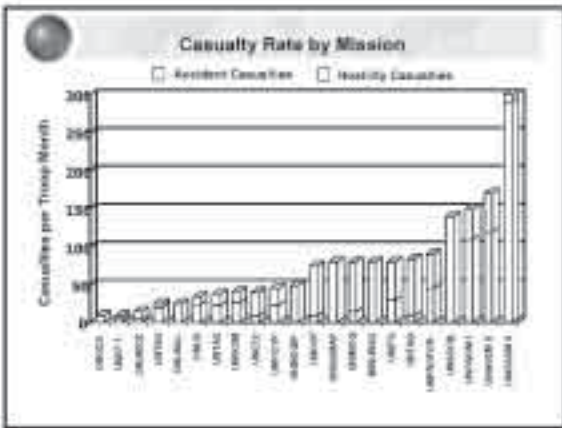
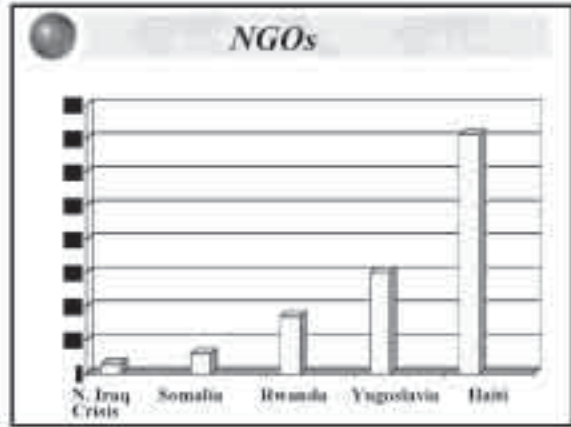
**ALL ADVERSLY INFLUENCE THE
PUBLIC HEALTH...**

**Humanitarian Response
Community**

- United Nations
- UN Agencies
- Non-Governmental Organizations (NGOs)
- International Red Cross/Red Crescent Movement
- Militaries: UN and Non-UN
- Donor Countries
- Media

OUTCOMES

- **Complex emergencies:**
Proved to be longer-lasting, more frequent, more complex, dangerous and widespread than previously thought
- **Epidemiological studies:**
Unprecedented civilian mortality & morbidity; catastrophic 'public health' and 'human rights' emergencies



RISKS TO HUMANITARIAN COMMUNITY

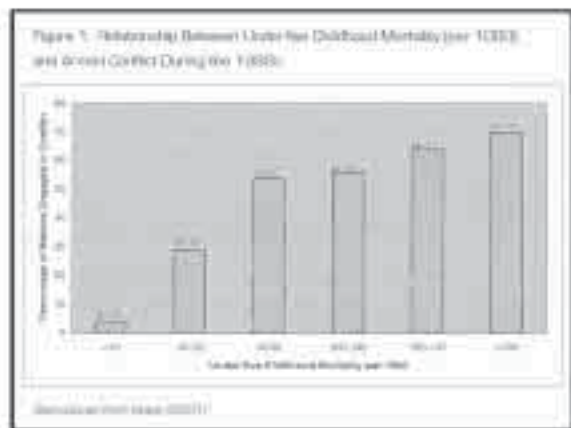
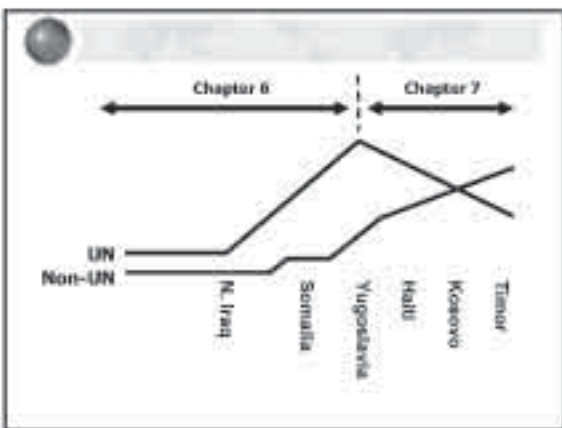
NGOs, UN AGENCIES, RC/RC:

- 382 deaths in 13 years, 2/3 from intentional violence (vs. 70% unintentional deaths in 1985 Peace Corps study)

UN Peacekeepers:

- 1992-1998: 67% of 700+ deaths from intentional violence

Kucukcan, Scott: Lancet 2001



Highest Under Age 5 Mortality Rates

- Sierra Leone: 316
- Angola: 295
- Niger: 270
- Afghanistan: 257
- Liberia: 235
- Mali: 233
- Somalia: 225
- Guinea Bissau: 215
- DR Congo: 207
- Zambia: 202
- Mozambique: 200
- *Iraq: 130*

Epidemiological Models of Complex Emergencies

- **Developing country model:**
E.g. Angola, Somalia, Liberia, Congo
- **Developed country model:**
E.g. Former Yugoslavia, Iraq
- **Chronic/smoldering country model:**
E.g. Haiti, Sudan

DEVELOPING COUNTRY MODEL

Developing Country Model

ACUTE PHASE EMERGENCY

Health Profile:

- > Severe malnutrition
- > Outbreaks of communicable diseases
- > High crude mortality rates (CMR)
- > High case fatality rates (CFR)

*Burkholder & Toole, Lancet '96

Mortality Rates

- Mortality rates 7 to 70 times the baseline population
- Rates of 5-10 deaths/10,000/day equals 20-60 % of population dying in a year
- Examples:
 - > Rwanda: 60 times baseline
 - > Unaccompanied minors: 100-800 times baseline
 - > IDP rates higher overall

Case-specific Infant Mortality/Morbidity

Kurdish Crisis- <ul style="list-style-type: none"> • Dehydration • Common Pathogens 	Somalia <ul style="list-style-type: none"> • Starvation • Measles 	Rwanda <ul style="list-style-type: none"> • Dehydration • Cholera/dysentery
--	--	--

> than 75% of epidemics in 1990s occurred in complex emergencies

Crude Mortality Rate Benchmarks

- < 0.5/10,000/Day = Normal rate in developing countries
- > 1.0/10,000/Day = Serious Situation
- > 2.0/10,000/Day = Emergency Situation
- > 5.0/10,000/Day = Severe Famine, Disaster
- < 1.0/10,000/Day = Effective Relief Program

*Small change represents major difference

DEVELOPED COUNTRY MODEL

Developed Country Model

- Relatively healthy populations with demographic & disease profiles of Western countries
- CMRs from Kosovo, Macedonia and Albania low: *never reached daily rate of 1.0/10,000/person/day*

Developed Country Model

- Primarily war-related trauma: Advanced weaponry: 1.1/10,000/day
- Chronic diseases, elderly under nutrition
- Very few epidemics

Burkholder ET, et al. Forced Migration & Mortality Proceedings, 2000

CHRONIC, SMOLDERING COUNTRY MODEL

Chronic Smoldering Complex Emergencies

SUDAN: chronic war since 1955

- Children grow up chronically malnourished
- Know only a culture of violence
- Little access to healthcare and education
- Only expatriate healthcare
- Reproductive health considered a luxury

HAITI

- Health problems similar to US in the early 1900s, except for HIV/AIDS
- Severe malnutrition under age 5: 4%
- Forested areas: down from 40% to 2%
- *Is this a development or emergency situation?*

UNILATERAL MODEL

Complex Emergencies (CHEs)

- *In planning for 2003 war with Iraq, US and coalition forces chose a unilateral non-Chapter VII approach*
- *This model marginalized NGOs and UN Agencies who were thought to be ineffective and inefficient...*

PLANNING

- January 2003: US Department of Defense (DoD) took lead
- A war with a "potential humanitarian crisis"
- *Placed humanitarian assistance under the DoD Office of Reconstruction & Humanitarian Assistance (ORHA)*

PLANNING

- Assumed rapid removal of Iraqi regime
- Planning suggested little population displacement or public health infrastructure loss
- Move quickly into reconstruction phase
- Broader humanitarian crisis considered unlikely

PLANNING

- *International reports suggested that specific humanitarian outcomes might occur*
- *Based on evidence that civilian health, substantially worse than in 1990, might rapidly deteriorate...especially if WMD used...*

PLANNING

- Some critical indicators suffered decline over previous 10 years:
 - ✓ Under age five mortality rates: 56 to 131 (per 1000 live births)
 - ✓ Infant mortality rates: 47.1 to 108 (per 1000 live births)
 - ✓ Acute malnutrition: 3.6% (1991) to 11% (1996) to 4 % (2002)
 - ✓ Increase in reported cases of : TB, cholera, typhoid fever, amoebic dysentery, giardiasis, leishmaniasis, malaria

Immediate Relief

- Widespread looting of public facilities
- Trashing of public health laboratories and departments, hospitals and clinics
- Looting of pharmaceutical stores, especially chronic disease medications



Immediate Relief

- Requirements...in order...
 - ✓ Security
 - ✓ Public transportation and access
 - ✓ Return of staff
 - ✓ Water
 - ✓ Electricity
 - ✓ Consumables for emergencies
 - ✓ Equipment for hospitals: beds to x-rays

Immediate Relief

International Law requires...Return public health activities, including water and sanitation to pre-war functioning level...as required as an occupying power...

-US Government declared they were "liberators" not occupiers...

Immediate Relief

- Military...
- Did not have resources to recover hospitals and public health department facilities
- Did not have security resources to protect the hospitals

● *Immediate Relief*

- Distinct Regions: north, south, central, Baghdad
- All with differing health requirements and unique ethnic, religious, tribal and political issues
- Differing potential for self-governance and democracy

● *Immediate Relief*

- Surveillance:
 - Pre-war surveillance and communicating reports ceased completely
 - National Surveillance personnel threatened
 - WHO, DART, NGOs restarted emergency public health surveillance reporting first from hospitals then clinics

● *Lessons Learned*

- Security became overriding concern in dealing with health interventions:
- Insecurity and social disorder accounted for the failure to return function to clinical and public health facilities...
- Public health capacity (disease reporting and outbreak investigation) were severely compromised by lack of security

● *Lessons Learned*

- Humanitarian work is becoming politicised and militarised
- Humanitarian and public health actions are paramount and should not be driven by political motives
- Public health must be seen as a strategic and security issue...

● *CHANGING CONCERNS of UN*

- Security issues worsened: e.g., UN building, International Red Cross Headquarters
- Highly organized assassination attempts, especially increasing assassinations of Iraqi professionals, intellectuals and administrators (NY Times: Feb 7, 2004)
- Over 10,000 civilian deaths; increasing severe blast injuries
- Rising religious and ethnic tensions

Modern Day Complex Emergencies:

● **Future Expectations**

United Nations
Office of the Coordinator for Humanitarian Assistance (OCHA):

- ◉ *Suggests 73 countries at risk with differing degrees of instability*
- ◉ *Total population of 1800 million people*

International Crisis Group: 2004

- > **Serious Hotspots: 35**
 - *Deteriorating: 11 of 35*
 - *Improving: 7 of 35*
- > **Hunger climbed 18%** (850 M without food for basic health)
- > **Agricultural and public health infrastructure has declined** over past decade
- > **Response: 'Unprepared and at times overwhelmed'** (Center for Managing Security in Fragile States)

FUTURE

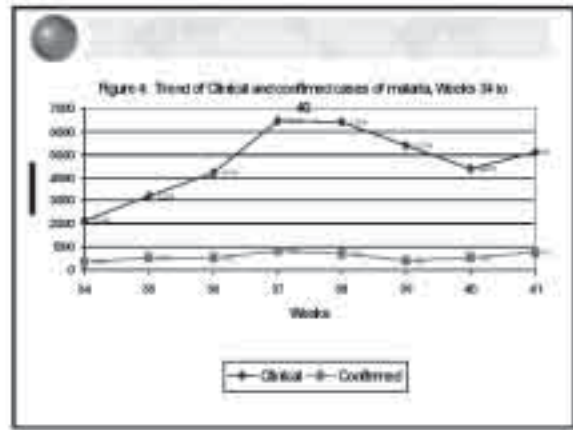
Population:

- ◉ **Altering patterns**
 - > *urban poor*
 - > *numbers of major cities*
 - > *density of population*
 - > *humanitarian assistance moving from rural to urban areas*



Research Identified Issue Areas:

- ◉ **Endemic Disease control**
- ◉ **HIV/AIDS/TB**
- ◉ **Malaria**
- ◉ **Reproductive Health**
- ◉ **Maternal Child Health**
- ◉ **Injuries and Disabilities**
- ◉ **Nutrition**
- ◉ **Food Programs and HIV/AIDS/TB**



- Research Identified Issue Areas:**
- NGO Development & Civil Society
 - Torture, Mental Health, child soldiers
 - Displaced, Unaccompanied Children and Orphans
 - Immunization and other Peace Building programs



- FUTURE**
- Public Health:**
- Redefining "public health"
 - Mortality/morbidity dependent on:
 - > infrastructure
 - > moral integrity of governments
 - "Public health to take precedence over politics..."
 - Public health as a strategic and/or security issue
 - Not prepared to protect the urban public health infrastructure



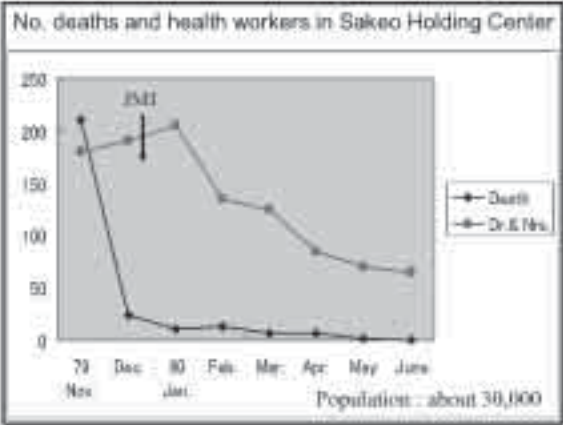
パネリスト講演（鶴飼 卓）

Problems of Emergency Humanitarian Relief - Health Sector -

Takashi Ukai, MD
Chairman, Humanitarian Medical Assistance (HuMA)

Personal participation in the Emergency Humanitarian Relief

- 1980 JMT for Cambodian refugees (Thailand)
- 1981 – 82 Development of "JMTDR"
- 1984 JMTDR for famine affected IDPs (Ethiopia)
- 1985 JMTDR for Mexico City earthquake (Mexico)
- 1991 JMTDR for Kurdish refugees (Iran)
- 2002 Establishment of NPO "HuMA"
- 2003 HuMA for Iraqi Crisis refugees (Jordan)



Lessons learned from JMT

Importance of

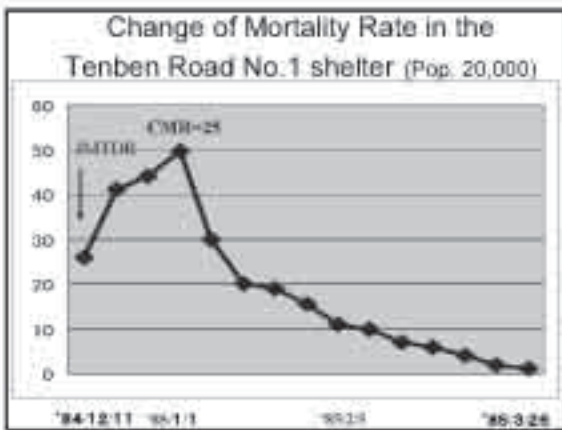
- Immediate intervention
- Appropriate technology
- Preparedness (personnel, training, equipment, fund, secretariat etc.)
- Coordination/cooperation
- Respect to traditional medicine
- Support self-reliance of refugees

Establishment of Japan Medical Team for Disaster Relief (JMTDR) - 1982 -

- **Objective:** Humanitarian medical relief for the victims of disasters in the developing countries
- **Routine works:**
 1. Registration of volunteers
 2. Stockpile of equipment and instruments
 3. Training of the registered volunteers
 4. Secretariat in Ministry of Foreign Affairs/JICA

Emergency Response: Dispatch medical team





Merits and Demerits of GO/NGO

Governmental organization

- Reliable financial support
- Good logistic/administrative support
- Cooperation from Embassies/JICA office
- Easy to negotiate with the authorities concerned
- Secure worker's position
- Easy to get understandings of worker's colleague
- Official request is necessary (too late)
- Political considerations may be prioritized
- Legal limitations

Establishment of HuMA

(June, 2002)

- International/domestic humanitarian relief
- Education/Training of medical experts
- Non governmental organization
- Cooperation and coordination with other NGOs and governmental organization
- Core members have many experiences of international relief as JMTDR workers

JPF-Iraqi Crisis Response Team

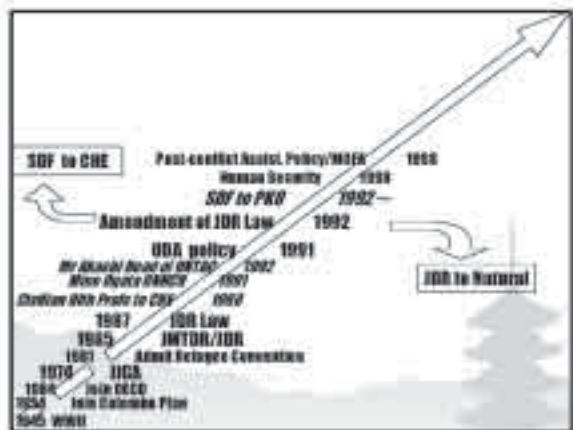
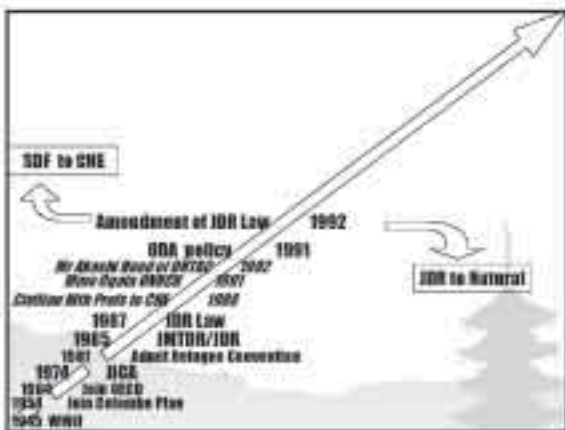
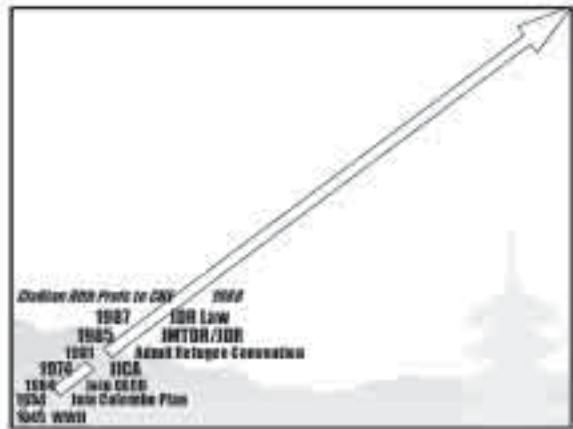
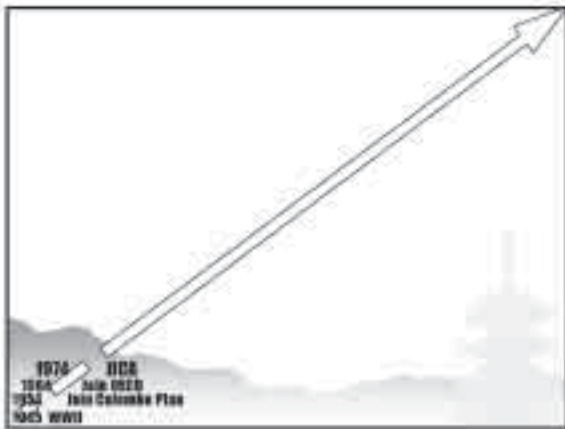
IV of HuMA, HRN, and AAR
From January to May, 2003
Jordan, Amman, Ruwaysid

Well-prepared before the war started
No influx of refugees
Controversy on cross-border operations (security)
Difficulty in recruitment of workers
Short term rotation of medical personnel

Iran BAM earthquake (2004)

Reality of Emergency Relief	
•Confusion	混乱
•Concentration	集中
•Competition	競争
•Confrontation	対立
•Conflict	争い
•Consultation	相談
•Coordination	協調
•Cooperation	協働
•Contribution	貢献

パネリスト講演（喜多悦子）





人道援助の資金、
形態、法体系の変化...

人道援助の人材育成は...

人道援助研修...

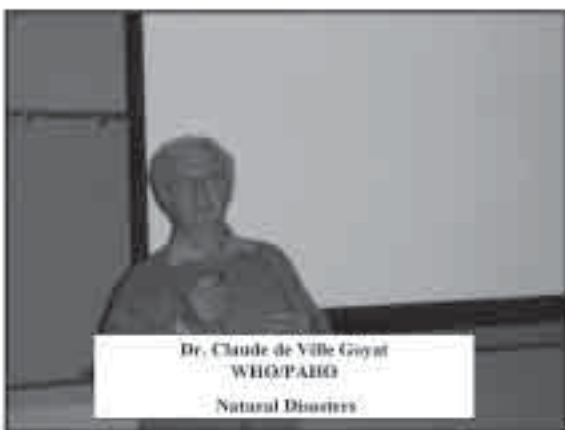
JICA/JMTDR/JDR

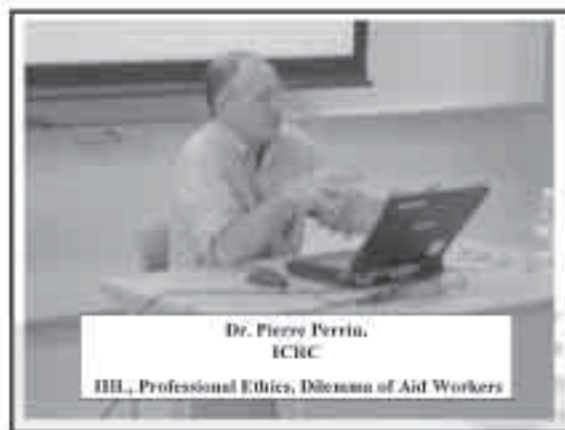
NGO
Red Cross

一長一短...



	F	M	HRH : Non-IC	IC : Non-IC	Funded : Non F			
Algeria	2	:	:	2	2(JICA)			
Bangladesh	2	2		2	2(WHO/HELP)			
Cambodia	1	1		1	1(HELP)			
India	1	1		1	1			
Japan	7	4	10	1	11(assistance)			
Morocco	1	1		1	1			
Polyphen	2	2		1	2(WHO/IC)			
Portugal	1		1	1	1(IC)			
TOTAL	9	12	17	4	14	7	19	2





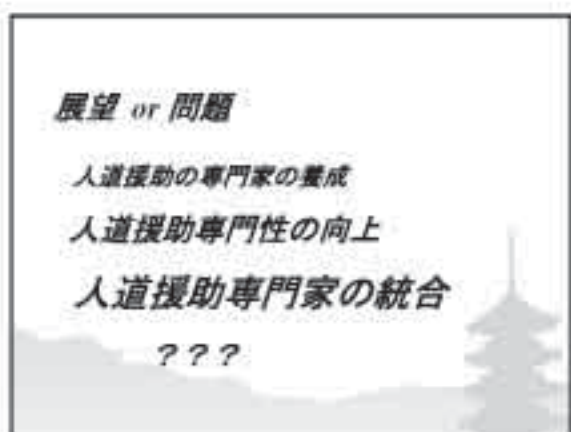
人道援助の人材は
どこで、
何をしているのか…

大学 UN 研究機関 政府
NGO/RC 緊急援助
教育 研究 開発協力

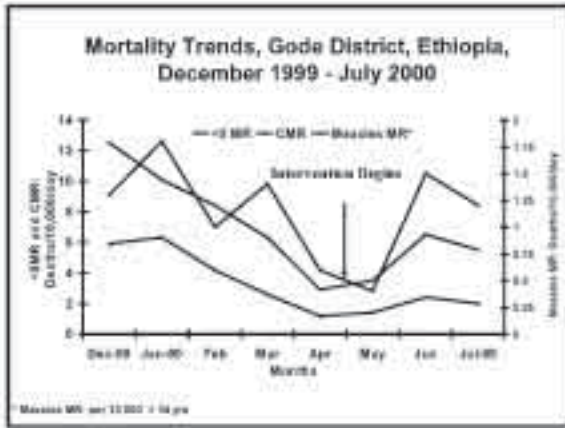
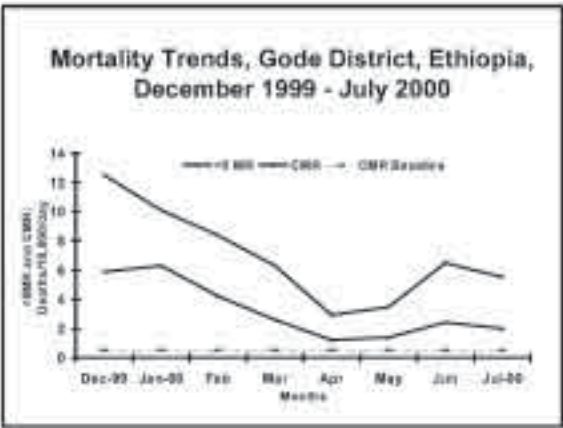
人道援助という専門職は可能か

教育、訓練、予防、???

大学、研究機関、消防、警察？
軍隊？

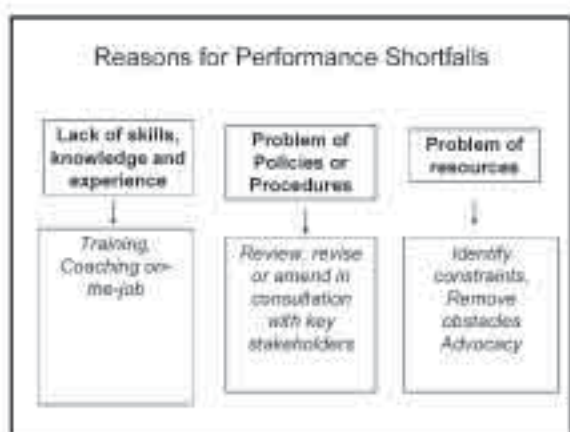


パネリスト講演 (Fitsum Assefa)



Valid and Precise Cluster Surveys Ethiopia 1999-2000, 7 of 67 (10.5%)

		No. of Clusters	
		<30	≥30
No. of Children (Cluster)	No. Acceptable		
	<10		
	10-29		2
≥30			5



パネリスト講演（James P. Good）

Challenges for Health NGOs in Humanitarian Assistance

1. Fit into the bigger humanitarian response picture – through better understanding and coordination
2. Do the right thing
3. Know you are doing the right thing

1. Coordination Challenge

- Difficult and insecure areas
- Short humanitarian responder “explosion”
- Complex and compound assessment of service gaps by many responders claiming to meet (or intention to meet) these same needs
- Inability to trade mandate driven work for needed work

From a DEC evaluation of the Gujarat, India Earthquake Response, 2001

“... failed to provide the database of actual distributions and assessment information which the agencies wanted. As a result there was huge duplication of assessment work (perhaps also because agencies refused to rely on information from others) and to this day there has been no reliable way of knowing where distributions have taken place...”

2. Doing the right thing

- Information is difficult to find, and (almost) always biased
- Providing health care to patients is relatively simple, devising mass triage strategies is difficult.
- Know your own reasons for acting
- Just “doing no harm” may not be enough

3. Know you did the right thing - Evaluation

- It is difficult to prove causality
- It is difficult to get accurate data
- It is difficult to establish the evaluation “baseline”
- Evaluation requires your belief in the possibility of positive change
- Evaluation requires the ability to admit failure – for the greater future good

From an evaluation of the ECHO Global Plan for Sierra Leone– Health, Nutrition, Water, & Sanitation 2001

“... Collecting data of effectiveness has been problematic. The heavy demands upon field staff and organizational structures preclude adequate and reliable data collection. In addition some activities are far more amenable to performance measurement than others. The provision of health services, for instance, represents intangible benefits and in retrospect it was difficult to track down the consultations carried out and the vaccinations given.”

**From an evaluation of OXFAM GB –
Angola Public Health Programme: A
June 2002 Evaluation**

“... It is likely that the impact of the public health programme is very high, based on observations and community feedback during the evaluation. Unfortunately, it cannot be measured as appropriate data has not been collected.”

平成15年度 NGO 活動環境整備支援事業
「緊急人道支援活動における評価手法セミナー（医療セクター）」

平成16年3月

発行： 外務省経済協力局民間援助支援室
〒100-8919 東京都千代田区霞が関2-2-1
電話： 03-3580-3311（代表）
FAX： 03-5501-8360