

**アジア地域**  
**緊急対応期におけるパブリックヘルス**  
**に関する調査報告書**

平成 28 年 7 月  
(2016 年)

独立行政法人  
国際協力機構 (JICA)

システム科学コンサルタンツ株式会社

緊援
JR
16-002



# アジア地域緊急対応期におけるパブリックヘルスに関する調査報告書

## 目次

目次

略語表

1. 調査概要.....	1
1-1 背景 .....	1
1-2 目的 .....	2
1-3 対象と方法 .....	2
1-4 調査日程 .....	4
2. 災害緊急援助事業に係る概要.....	5
2-1 災害緊急援助のクラスターアプローチとパブリックヘルスの位置づけ .....	5
2-2 アセスメントの現状 .....	6
3. JDR 医療チームのパブリックヘルス活動の実績と課題.....	8
3-1 JDR 医療チームの派遣実績 .....	8
3-2 JDR 医療チームにおけるパブリックヘルス活動の内容.....	8
3-3 JDR 医療チームのパブリックヘルス活動の課題.....	13
4. 災害時の迅速アセスメントの現状と JDR 医療チームにおける課題.....	14
4-1 災害時の迅速アセスメントの現状.....	14
4-2 各組織の評価チームの構成と手法.....	14
4-3 アセスメント結果の情報提供と共有方法.....	18
4-4 被災国の平時から入手できる保健情報.....	19
4-5 JDR 医療チームの現地評価や検査の好事例.....	21
4-6 JICA 他部主管による中長期プロジェクト立案への連携・協力事例.....	22
4-7 JDR が実施するアセスメントに関する課題.....	23
5. 現地調査結果.....	24
5-1 海外医療チームが行っていたパブリックヘルス活動.....	24
5-2 緊急時に必要なパブリックヘルス活動.....	26
5-3 ニーズ把握の方法及び報告.....	26
5-4 訪問組織や国際会議で提示された今後の支援に対するニーズ .....	27
5-5 現地調査からの教訓 .....	29
6. JDR 医療チームパブリックヘルス支援の事業体制に関する提案 .....	30
6-1 パブリックヘルス活動の基礎的整備に関する提案.....	30
6-3 現地調整機能との関係構築とパブリックヘルス活動のための人材確保に関する提案 ..	33
6-4 支援業務の拡充及び中長期的な JICA 事業との連携に関する提案 .....	34
7. JDR チームの体制整備と将来構想に関する提言 .....	35

## 図表

図 1	クラスターアプローチ概念図	5
図 2	緊急・人道支援に関する発出資料と JDR 及び JICA のチーム派遣時期の関係	7
図 3	スフィア基準に則った JDR 医療チームのパブリックヘルス活動の件数	9
図 4	アセスメント手順の例	14
図 5	HERAMS によるリソース調査（分類方法）	17
図 6	HERAMS によるリソース調査（点数表）より一部抜粋	18
図 7	JDR チームの体制整備と将来構想案	35
表 1	面談組織及び面談者（フィリピン）	3
表 2	面談組織及び面談者（ネパール）	3
表 3	ネパール大地震からの学びに関する国際会議	3
表 4	調査日程	4
表 5	JDR 医療チーム派遣件数（災害別）	8
表 6	JDR 医療チーム派遣件数（地域別）	8
表 7	JDR 医療チームにより実施されたパブリックヘルス活動の詳細分類	9
表 8	“WASH”の 3 定義	11
表 9	各国における平時の保健情報源	21
表 10	JDR 医療チームによる現地の状況把握の好事例	21
表 11	JDR 医療チームによる JICA 中長期支援への連携事例	22
表 12	災害時のパブリックヘルス活動例（フィリピン）	24
表 13	災害時のパブリックヘルス活動例（ネパール）	25
表 14	今後の支援に対するニーズ	28
表 15	パブリックヘルス活動の基礎的整備	31
表 16	ニーズ把握と報告作業の業務化に必要な活動と準備	32
表 17	調整機能との関係構築と人材確保に必要な活動と準備	33
表 18	支援業務の拡充及び中長期的な JICA 事業との連携	34

## 添付資料

添付資料 1	現地調査日程表（フィリピン、ネパール）	A-1
添付資料 2	主要面談者リスト	A-2
添付資料 3	現地調査用概要説明資料	A-5
添付資料 4	議事録	A-7
1)	WHO Philippines	A-7
2)	Red Cross Philippines	A-8
3)	OCHA Philippines	A-12
4)	UNICEF Philippines	A-15
5)	DOH Philippines	A-18

6)	Department of Health Region 8 Philippines (Tacloban) .....	A-21
7)	Nepal Health Research Council (NHRC), Nepal .....	A-23
8)	Epidemiology and Disease Control Division (EDCD), Department of Health Services, Ministry of Health and Population, Government of Nepal .....	A-25
9)	Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Hospital.....	A-27
10)	Bharabise Primary Health Center (PHC).....	A-29
11)	UNICEF Nepal .....	A-32
	添付資料 5 : 面談記録.....	A-35
1)	JICA フィリピン事務所 (JICA Philippines Office) .....	A-35
2)	JICA ネパール事務所 (JICA Nepal Office) .....	A-37
3)	ネパール大地震からの学びに関する国際会議 (Nepal Earthquake lessons learned International conference) .....	A-40
	添付資料 6 : Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment (MIRA) .....	A-46
	添付資料 7 : International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC).....	A-48
	添付資料 8 : ASEAN-ERAT .....	A-50
	添付資料 9 : ECHO-Initial Needs Assessment Checklist (INAC) .....	A-51
	添付資料 10 : Health Resources Availability Mapping System (HERAMS) .....	A-53
	添付資料 11 : 参考資料 (国際緊急援助隊医療チームの活動報告書) .....	A-55



## 略語表

略語	英文	和文
ACAPS	Assessment Capacities Project	緊急人道支援プロジェクト
AHA Center	ASEAN Coordinating Centre for Humanitarian Assistance	ASEAN 防災人道支援調整センター
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations	東南アジア諸国連合
B-FAST	Belgian First Aid and Support Team	ベルギー緊急援助隊
CCS	(WHO) Country Cooperation Strategy	(WHO) 国別支援情報
CRED	Centre for Research on the Epidemiology of Disasters	災害疫学研究センター
DART	Disaster Assistance Response Team	災害支援対応チーム
DHIS2	District Health Information System 2	地方保健情報システム 2
DHS	Demographic Health Survey	人口保健調査
DOH	Department of Health Philippines	フィリピン保健省
DSS	(ACAPS) Disaster Summary Sheet	災害サマリーシート
ECHO	European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations	欧州委員会市民保護・人道支援局
EM-DAT	International Disaster Database	国際災害データベース
EMT	Emergency Medical Team	救急医療チーム
EMTCC	Emergency Medical Team Coordination Cell	救急医療チームコーディネーションセル
ENA	Emergency Nutrition Assessment	緊急栄養評価
ERAT	(ASEAN) Emergency Rapid Assessment Team	ASEAN 緊急評価チーム
FACT	(IFRC) Field Assessment Coordination Teams	現地調査・調整チーム
GDACS	Global Disaster Alert and Coordination System	グローバル災害警報と調整システム
GHO	Global Health Observatory	WHO 統計国別情報
GIS	Geographic Information System	地理情報システム
GPS	Global Positioning System	グローバルポジショニングシステム
HCT	Humanitarian Country Team	人道カントリーチーム
HERAMS	Health Resources Availability Mapping System	有効保健医療資源マッピング・システム
IASC	Inter-Agency Standing Committee	機関間常設委員会
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	国際赤十字赤新月社連盟
IMC	International Medical Corps	国際医療団
IOM	International Organization for Migration	国際移住機関
JDR	Japan Disaster Relief Team	国際緊急援助隊
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JMTDR	Japan Medical Team for Disaster Relief	国際救急医療チーム
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
MIRA	Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment	マルチクラスター初期迅速アセスメント
MOS	Mission Operating System	医療情報マネージングシステム
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
OCHA	UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	国連人道問題調整事務所
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	経済協力開発機構
OSOCC	On-Site Operations Coordination Centre	現場活動調整センター
PSTD	Post - Traumatic Stress Disorder	心的外傷後ストレス症候群
RDRT	(IFRC) Regional Disaster Response Teams	地域災害対応チーム

SMART	(UNICEF) Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions	標準化されたモニタリング・評価
SPEED	Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters	災害時健康情報
UNDAC	United Nations Disaster Assessment and Coordination	国連災害評価調整
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	アメリカ合衆国国際開発庁
VOSOCC	Virtual On-Site Operations Coordination Centre	仮想現場活動調整センター
WASH	Water, Sanitation and Hygiene	水と衛生
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WHO/WPRO	WHO Western Pacific Regional Office	世界保健機関西太平洋地域事務所
WHO/SEARO	WHO South-East Asia Regional Office	世界保健機関東南アジア地域事務所



## 1. 調査概要

### 1-1 背景

近年の自然災害発生急速な増加とともに、緊急援助の必要性は増加の一途をたどっている。大規模自然災害の発生数は、大陸別に見てもアジアが突出して高く、災害発生時の緊急援助においては、アジア地域へのアクセスの観点からの地理的な優位性と高い技術力から、日本の国際緊急援助隊：Japan Disaster Relief Team、（以下「JDR」と称す）への期待は年々高まっている。JDRは、日本政府の緊急支援スキームであり、災害マネジメントサイクルにおける緊急対応段階の派遣を特徴として、救助、医療、専門家、感染症対策、自衛隊部隊の5チームを保有し、被災国の要請に応じてチーム単位で派遣してきた。本調査は、その中の医療チームに焦点を当て実施されたものである。

自然災害発生時には、発災直後から多くの援助機関が活動を展開するために被災国入りする。中でも、海外からの医療チームの被災国入りは、援助集中の問題が指摘され、世界保健機関（WHO）が主管する協調枠組み<sup>1</sup>でも対応を検討している経緯がある。また、近年の課題認識として、支援の主軸であった救急医療に加え、保健の問題についても発災直後より対応すべきとされ、医療と保健活動の同時並行的な対応が求められるようになった。今後は、いかなる医療チームも、医療サービスの提供に加えて、それ以外の活動にも応じられる柔軟性が求められていくと考えられる。

これまで、JDR 医療チームは、緊急対応初期の主な課題である医療（負傷・疾病）に取り組みつつ、現場での支援期間の後半では、保健分野の諸問題に対しても、状況に応じて対応してきた経緯があった。しかし、前述のような国際潮流に鑑みると、今後はJDRも医療と同様に、保健分野も支援の柱として両立させ、体系的なパブリックヘルス活動を同時並行的に展開することが期待されていると言える。実際、JDR 医療チームにおいても、2013年のフィリピン巨大台風対応において、救急医療に加え、公衆衛生・保健課題への対処に係る要請が浮き彫りとなった経緯があり、より良いパブリックヘルス活動を展開していくための具体策を講じることが急務となった。本調査は前述のような背景のもと、JDR 医療チームのパブリックヘルス分野での支援拡充やそれに資する体制の具体策を提案するために行われた。本調査により、JDR 医療チームが緊急対応期医療ニーズへの対処に留まらず、パブリックヘルスの観点から被災者や被災コミュニティが有する多様なニーズに対処していけるようになることが期待される。

なお、JDR 医療チームでは、6人の有識者をパブリックヘルス課題検討委員として、検討会を立ち上げ、これまで2年間で2回の会議が開催されている。検討会により、下記のパブリックヘルス活動における3指針（方向性）が示されている。

- ①発災前の準備期から JICA などが実施していた事業と緊急援助事業の連携
- ②緊急対応期に JDR 医療チームが実施するパブリックヘルス活動の整備
- ③復旧復興期に JICA 等が実施する中長期的支援への橋渡し

---

<sup>1</sup> EMTCC: Emergency Medical Team Coordination Cell による国内外の医療支援チームの活動調整

## 1-2 目的

JDR 医療チームのパブリックヘルス分野における支援拡充や体制整備のため、必要な情報を収集、精査、分析し、それらに基づいてパブリックヘルス活動展開のための具体策の提言を行う。

## 1-3 対象と方法

調査の大項目は「緊急対応期に実施されるパブリックヘルス活動に関する調査」と「発災後の迅速アセスメントに関する調査」の2つであり、これらの2つの調査結果より「JDR パブリックヘルス支援の事業体制に関する提案」を行うこととした。まず、国内にて JDR 医療チームの過去の活動について分析を加え、既存の資料から各国の平時の情報へのアクセスや災害対応についての情報収集を行い、その上で、更なる情報が必要とされた部分については被災国入りして現地調査を行った。これらの調査結果をもとにパブリックヘルス課題検討会と JDR 事務局と総合的に検討を重ね、提案の作成を行った。

調査は、JDR 医療チームが派遣対象となる自然災害発生時の援助を対象として実施した。この発災を機とした課題や体制整備にかかる提案については、災害マネジメントサイクルの全フェーズ（準備期、対応期、復興期）を含むものとした。なお、本調査で使用している用語「パブリックヘルス」は、「あらゆる組織的な手段を講じて、集団全体の疾病を予防し、健康を増進し、生命を延長すること」とし、「迅速アセスメント」は「発災直後に現場の被災状況や支援ニーズを把握するための組織的な評価活動」とした。また、現場での必要に応じた水質検査や住民からの簡易聞き取りについては「状況把握」とし、「迅速アセスメント」とは区別した用語を定義した。

以下に、調査方法と内容の詳細を記す。

### 1) 国内作業前半：JDR 医療チームの過去の活動分析

調査方法：JDR 医療チーム活動報告書レビュー・分析及び関係者からの詳細情報聞き取り

調査内容：JDR 医療チームのパブリックヘルス活動に関する実績、及び課題

### 2) 国内作業後半：迅速アセスメント情報、平時の保健医療情報へのアクセス方法の把握

調査方法：既存資料やデータベースの検索と内容把握、分析、関係者からの追加情報入手

調査内容：迅速アセスメントに関する情報、各国の平時から開示されている保健医療情報へのアクセス方法（近年の災害発生国：フィリピン、インドネシア、ネパール、ミャンマー、パキスタン、タイを対象）

### 3) 現地調査：国内作業による調査の裏付けと現場からの追加情報の収集と国際会議の参加

調査対象国：JDR が近年医療チームを派遣した国のうち、大規模チーム派遣となったネパールとフィリピンの2カ国。

調査地と訪問組織の選定：各国の調査では首都に加え、JDR 医療チームが活動した被災地も踏査することとし、各国の保健行政組織と災害当時の援助機関を中心に訪問組織を選定。

国際会議参加：ネパール大地震からの学びに関する国際会議（Nepal Earthquake Lessons Learned International Conference）に参加し、パブリックヘルス検討会、医学検討会、スチュワートシップ検討会に参加、関係者との情報交換を行った。

現地調査における面談組織及び面談者は、下記の通りである。

表 1 面談組織及び面談者（フィリピン）

組織名	組織種別	面談者
JICA フィリピン事務所	二国間援助	4 人（職員）
フィリピン保健省国際協力課	中央政府	1 人（課長）
フィリピン保健省緊急援助課	中央政府	4 人（緊急対応班、準備期班）
フィリピン保健省オペレーションセンター	中央政府	2 人（センター長、職員）
ダクロバン保健局	地方政府	2 人（次長、職員）
ページー郡病院	公立病院	1 人（医師）
国連人道問題調整事務所フィリピン事務所 (OCHA)	国連機関(国事務所)	3 人（所長、人道支援課担当）
WHO フィリピン事務所	国連機関(国事務所)	6 人（事務所長、保健システム強化部門、 ワクチン拡大プログラム課、緊急人道支 援課、外国医療チーム調整担当）
国連児童基金フィリピン事務所	国連機関(国事務所)	3 人（保健と栄養部門、水と衛生部門）
フィリピン赤十字社	NGO	3 人（災害支援担当、教育担当、死者行 方不明者担当、日本赤十字職員）

\*WHO/WPRO（WHO 西太平洋地域事務所）は、面談予定の緊急・人道支援担当者が急遽不在となり、資料収集のみ。フィリピン社会福祉省、自治省消防局は先方より断り

表 2 面談組織及び面談者（ネパール）

組織名	組織種別	面談者
JICA ネパール事務所	二国間援助	2 人（次長、職員）
ネパール保健省疫学課	中央政府	2 人（課長、次長）
ネパール保健研究協会	政府傘下機関	1 人（代表）
バラビセ保健局	地方政府	2 人（医師）
デュリケル病院	私立病院	7 人（医師レジデント、事務員、地域協 力課、青年海外協力隊）
キーストーン病院	私立病院	3 人（受付、レントゲン技師）
国連児童基金ネパール事務所	国連機関(国事務所)	1 人（緊急援助、保健担当）

\*ネパール保健局緊急援助課、WHO ネパール事務所、UNICEF/ROSA（南アジア地域事務所）は多忙の為、先方より断り

表 3 ネパール大地震からの学びに関する国際会議（ネパール政府関係者を含む全参加者 420 人）

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ WHO ネパール国事務所</li> <li>・ WHO/SEARO (WHO 東南アジア地域事務所) (事務所長、 緊急援助課長、水と衛生担当、感染症サーベイランス担当)</li> <li>・ IOM</li> <li>・ ネパール赤十字社</li> <li>・ メンタルヘルス専門家</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ シャプラニール (NGO)</li> <li>・ Health Care Without Harm (NGO)</li> <li>・ MARIE STOPES INTERNATIONAL (NGO)</li> <li>・ Ipas (NGO)</li> <li>・ ジョンホプキンス大学緊急援助部門</li> </ul>
--	---

#### 調査方法：

- a) 協議の為の基本となる質問を準備（下記参照）
- b) メール、電話、スカイプ等による相手機関との事前協議
- c) 事前配布資料の閲読、既存情報の把握
- d) 前述の準備により、協議の議題や目的の明確化、関連情報の共有等は済んでいるとの前提で、当日の協議は計画書の抜粋版の配布と調査概要の簡単な説明の後、協議を実施
- e) 議事録草案の作成と共有、コメントの反映後、最終版を参加者全員へ合意事項として送付

#### 調査内容：

JDR 医療チーム派遣実績と JICA の防災協力及び迅速アセスメントの事前調査結果を踏まえ、以下の 6 項目の質問を現地調査での訪問機関との協議用資料として作成した。

##### 質問項目

- 1) パブリックヘルス活動とはなにを指すのか？
- 2) パブリックヘルス活動の実際
- 3) 緊急時に必要なパブリックヘルス活動はなにか？
- 4) 効果的な現場のニーズ把握の方法について
- 5) 効果的なアセスメント報告の方法について
- 6) 支援全般、JDR への評価、JICA 事務所での対応

一方、現地訪問を予定していたスイスの国際緊急援助機関の本部（WHO、OCHA、UNICEF）や迅速アセスメントの専門機関（ACAPS）、スイス開発庁、ベルギーに所在する B-FAST からの情報については、インターネットやメールによる情報収集にて十分な情報が得られることが判明したため、国内調査にてそれらを代行することとした。

#### 1-4 調査日程

本調査は、2016 年 1 月から 2016 年 7 月の日程で以下の通り実施された。

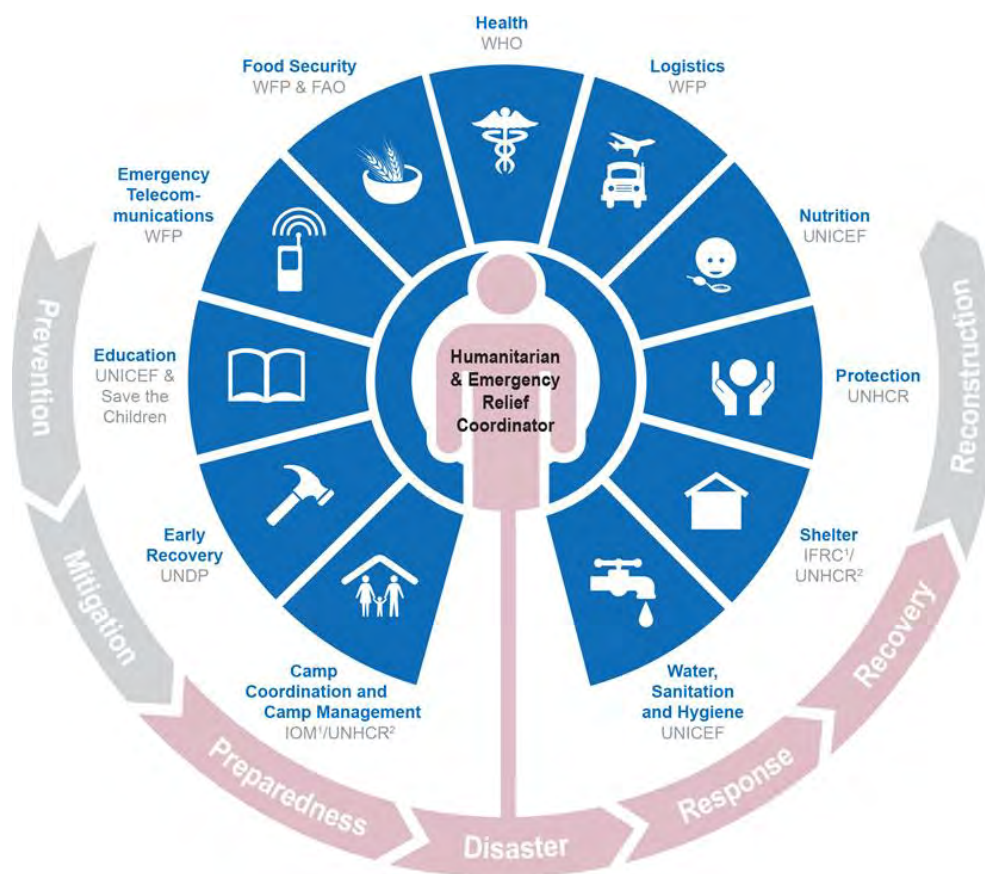
表 4 調査日程

日程	作業内容
1 月 29 日～2 月 6 日	国内作業：業務計画書の作成・提出
2 月 7 日	第 1 回パブリックヘルス課題検討会への参加
2 月 8 日～4 月 9 日	国内作業：国内調査実施、現地調査準備
4 月 10 日～4 月 24 日	現地調査（詳細は、添付資料 1 参照）
4 月 25 日～5 月 29 日	国内作業：インテリム・レポートの作成・提出
5 月 30 日	第 2 回パブリックヘルス課題検討会への参加
6 月 1 日～7 月 13 日	国内作業：ファイナル・レポートの作成及び協議
7 月 8 日	第 3 回パブリックヘルス課題検討会への参加
7 月 29 日	ファイナル・レポート提出

## 2. 災害緊急援助事業に係る概要

### 2-1 災害緊急援助のクラスターアプローチとパブリックヘルスの位置づけ

多くの災害現場では、被災国に対する海外からの援助集中により災害オリンピックと揶揄された援助機関同士の競争の時代を超えて、協調枠組み（コーディネーション）が1991年の国連総会の決議で採択された。協調には、被災国の現場での要請変更にも応じられる柔軟性や、援助機関同士のコミュニケーションが必要とされるが、具体的な枠組みとしてクラスターアプローチが取られている。これは、あらかじめ決められた11クラスター（分野）に従事する援助機関をリード機関が取りまとめ、分野毎に被災国を後方支援する考え方で、クラスター毎にニーズ調査、優先順位付け、対応計画作成等を行い、その責任を明確にするとともに、支援の届かないギャップや重複を避けることを目的としている。11のクラスターは、水と衛生、教育、早期復旧、緊急通信、食糧保全、保護、保健、キャンプ運営及び調整、緊急シェルター、栄養、輸送である（図1参照）。



出典：UNOCHA

図1 クラスターアプローチ概念図

JDR 医療チームはこれまで、医療サービス提供に主眼を置き、前述の保健クラスターの枠組みで活動してきた。今後、JDR 医療チームはパブリックヘルス活動の実装にあたり、パブリックヘルス分野がもつ多様性から、活動内容は保健クラスターにとどまらず、水と衛生（WASH）や栄養と複数のクラスターに横断的に関わりを持っていくことになると考えられる。

## 2-2 アセスメントの現状

前述のクラスターアプローチ採用の経緯と同様、援助ニーズアセスメントにおいても、無秩序な海外支援集中による現場負担を回避するため、派遣前のインターネット等による情報収集が国連により奨励されている。また、現地活動開始後には、得た情報の一元化と迅速化を図るための「ReliefWeb」といった援助者同士の情報交換コミュニティサイトが、多くの援助団体により活発に活用されている<sup>2</sup>。

パブリックヘルス活動では、現場のニーズアセスメントは重要なプロセスの一つとされているが、発災後の緊急援助の現場においては、現場での聞き取りによる組織独自のアセスメントに代わり、平時の情報から状況分析とニーズアセスメントを行ったうえで援助を開始するといった手法が取られる場合もある。

OCHAによる災害情報は、「シチュエーション・レポート」として、発災後48時間以内に発行され、緊急援助期を通して随時更新されていく。これはクラスターアプローチの分野毎に、それぞれの迅速ニーズアセスメントチームによって行われる。また、発災後1週間以内に援助ニーズを列挙した「フラッシュ・アピール」と呼ばれるレポートも、国際社会に向けて発信される。多くの海外援助団体にとって、この2つのレポートの熟読による支援内容の決定は、援助協調下での割り当て（担当地区）決定に係る重要な要素となる。

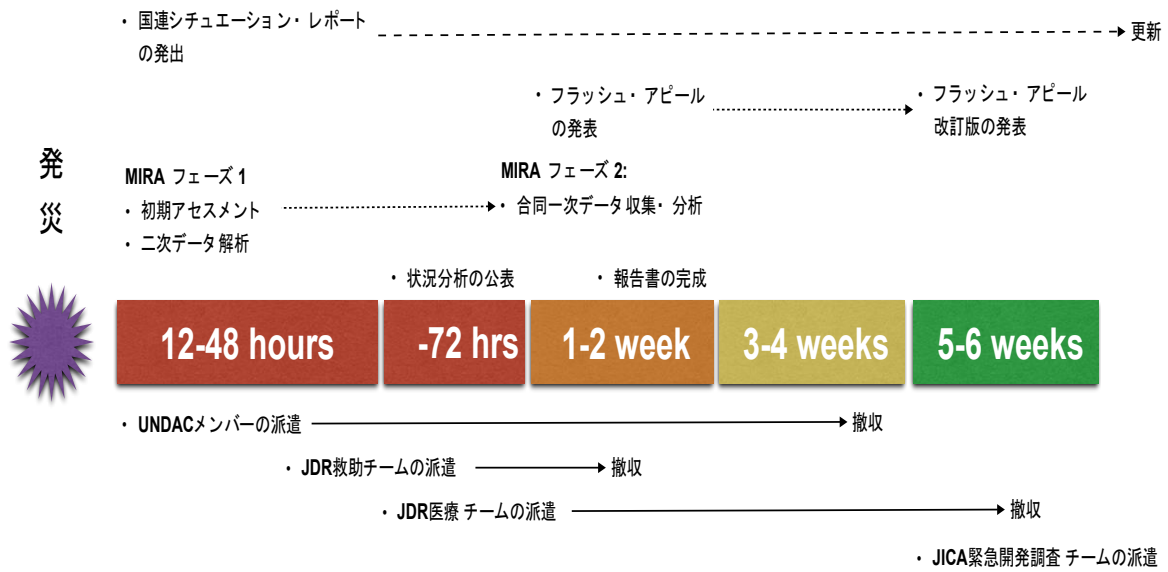
また、災害発生から最初の数週間の優先的な人道支援における戦略的な決定に際しては、支援団体の独自アセスメントが、援助ニーズの全体把握に問題を及ぼしてきたことへの反省から、Inter-Agency Standing Committee (IASC) の活動や Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment (MIRA)<sup>3</sup> を用いて、支援の効率化が図られている。

MIRAは、OCHAが主導して作成したマルチクラスター初期迅速アセスメントツールであり、被災者やそのニーズに関する情報収集及び分析の手順を示している。2フェーズから成り、フェーズ1は、発災前と発災直後の両方の二次データのレビュー分析、フェーズ2は、必要な情報についてコミュニティからの一次データの入手を試みる。その際の留意点としては、セクターやクラスターを超えて合同で行うこと、十分な分析計画のないまま情報収集を行わないこと、データ収集は直接的な観察（人の表情や態度、行動等）、キーインフォーマントインタビュー、コミュニティグループディスカッションを組み合わせることとしている。これらは、観察と質的データ（話の聴取と分析）のため、「数値化」ではないことを付記する。続いて合同の分析作業やモニタリングの作業があるが、レポートは既存の情報とコミュニティで得た情報の2つを組み合わせで分析し発行するとしている（添付資料6参照）。

これらの動きと JDR 及び JICA のチーム派遣形態を時系列で整理したものを図2に示す。

<sup>2</sup> 国連フォーラムホームページ (<http://www.unforum.org/lectures/36qa.html>、アクセス 2016/6/30)

<sup>3</sup> Multi-Sector Initial Rapid Assessment Guidance Revision July 2015 ([https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira\\_2015\\_final.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_2015_final.pdf)、アクセス 2016/7/14)



出典：調査団作成<sup>3,4</sup>

図 2 緊急・人道支援に関する発出資料と JDR 及び JICA のチーム派遣時期の関係

<sup>4</sup> 「アジア太平洋地域における災害対応:国際緊急援助のためのガイドブック」

### 3. JDR 医療チームのパブリックヘルス活動の実績と課題

#### 3-1 JDR 医療チームの派遣実績

1987 年の国際緊急援助隊の派遣に関する法律施行後、JDR 医療チームは、1988 年から 2015 年までに合計 57 回派遣されている（2016 年 5 月 19 日現在）。下表のように地震による派遣が最も多く、またアジア地域に対する派遣が最も多くなっている。

表 5 JDR 医療チーム派遣件数（災害別）

	地震	津波	洪水	台風	竜巻	ハリケーン	サイクロン	干ばつ	難民	合計
件数	25	8	6	4	1	3	2	1	7	57

出典：外務省 HP:国際緊急援助隊の派遣先（1987 年～2015 年 6 月現在）

表 6 JDR 医療チーム派遣件数（地域別）

地域	アジア	中東	中南米	アフリカ	大洋州	欧州	合計
件数	30	11	8	5	2	1	57

出典：外務省 HP:国際緊急援助隊の派遣先（1987 年～2015 年 6 月現在）

「医療チーム活動マニュアル」では、1 日あたり 100 名以上の診療者数を目標として設定しており、診療活動を行った際には、ほぼ達成している。クリニックでの診療活動以外に、パブリックヘルス活動として下記に述べるような活動を実施している。

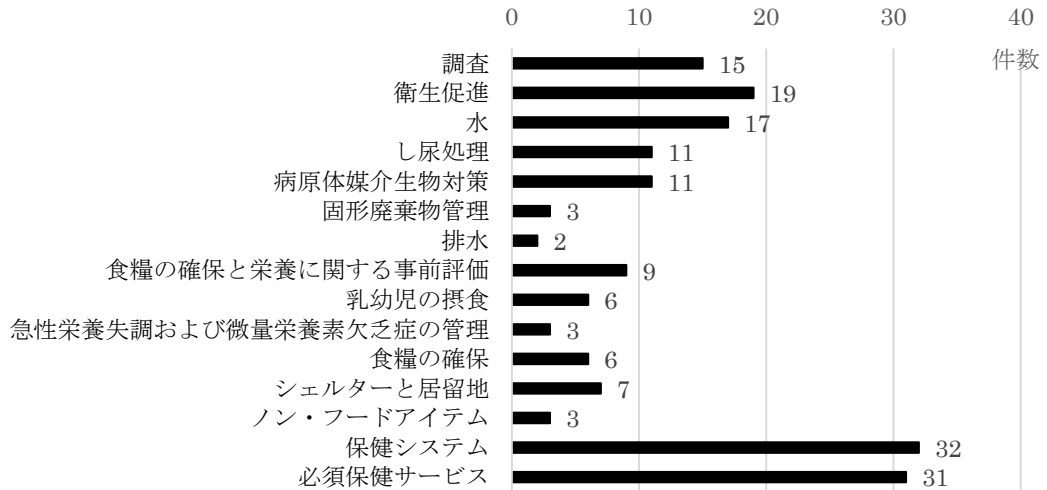
#### 3-2 JDR 医療チームにおけるパブリックヘルス活動の内容

57 回の派遣実績のうち、各災害に対する活動報告書の中から、パブリックヘルス活動を実施した事が確認できた「1992 年ニカラグア国地震・津波災害」から「2015 年ネパール国地震」までの 32 件<sup>5</sup>を対象にレビューした。活動報告書から読み取れたパブリックヘルス活動については、スフィア基準<sup>6</sup>を基に、その活動内容を分類した（図 3、表 7 参照）。なお、スフィア基準による現地の状況把握は、2013 年のフィリピン台風被害の支援の際からである。

<sup>5</sup> 複数隊次派遣でも 1 冊の活動報告書にまとめられており、1 件としている（添付資料 11 参照）。

<sup>6</sup> 「スフィア・プロジェクト 人道憲章と人道対応に関する最低基準」2011 年日本語版  
スフィア基準は、人道 NGO グループと赤十字・赤新月運動により 1997 年から開始されたイニシアティブであり、自然災害や紛争などの様々な状況で被災者の緊急の生存ニーズを満たす最低基準を提示している。





出典：JDR 活動報告書を基に調査団作成

図 3 スフィア基準に則った JDR 医療チームのパブリックヘルス活動の件数

表 7 JDR 医療チームにより実施されたパブリックヘルス活動の詳細分類

No.	年月	国	災害	調査	衛生促進、水、衛生						食料の確保と栄養			シェルター、居留地、ノン・フードアイテム		保健活動	
					衛生促進	水	し尿処理	病原体媒介生物対策	固形廃棄物管理	排水	食糧の確保と栄養に関する事前評価	乳幼児の摂食	急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理	食糧の確保	シェルターと居留地	ノン・フードアイテム	保健システム
1	2015年4月	ネパール	地震														
2	2015年3月	バヌアツ	サイクロン														
3	2013年11月	フィリピン	台風														
4	2010年7月	パキスタン	洪水														
5	2010年2月	チリ	地震														
6	2010年1月	ハイチ	地震														
7	2009年9月	インドネシア	地震														
8	2008年5月	中国	地震														
9	2008年5月	ミャンマー	サイクロン														
10	2006年5月	インドネシア	地震														
11	2005年3月	インドネシア	地震														
12	2005年10月	パキスタン	地震														
13	2004年12月	インドネシア	津波														
14	2004年12月	タイ	津波														
15	2004年12月	スリランカ	津波														
16	2004年12月	モルディブ	津波														
17	2003年12月	イラン	地震														
18	2003年5月	アルジェリア	地震														
19	2001年1月	インド	地震														
20	2001年1月	エルサルバドル	地震														
21	2000年6月	インドネシア	地震														
22	2000年2月	モザンビーク	洪水														
23	1999年11月	トルコ北西部	地震														
24	1999年9月	台湾	地震														
25	1999年8月	トルコ西部	地震														
26	1999年1月	コロンビア	地震														
27	1998年10月	ニカラグア	ハリケーン														
28	1998年9月	ドミニカ共和国	ハリケーン														
29	1998年7月	バブアニューギニア	津波														
30	1996年5月	バングラデシュ	竜巻														
31	1993年7月	ネパール	洪水														
32	1992年9月	ニカラグア	地震														

出典：JDR 活動報告書を基に調査団作成

## 1) 調査

JDR 医療チームのパブリックヘルス活動として、生活調査（生活環境調査、生活状況調査、公衆衛生調査等、各事例によって呼び方が異なる）が、多くの事例で実施されていた。生活調査において、主に被災者及び被災地の生活状況についての現状把握を行い、診療活動や衛生指導の際に、この現状把握の結果を役立てていた。また、現地政府への提言を行う際の根拠として使用されていた。

また、各調査は、それぞれ実施者（医師、看護師、医療調整員や通訳等）、実施時期、実施方法（診療所受診時（問診時、受付）のアンケート調査、戸別訪問、巡回診療時の聞き取り等）、さらには調査人数や対象者（被災世帯、母親等）も異なっており、一律には実施されていなかった。

生活調査の課題として、①調査用紙をゼロから作成するには、時間と労力を要するため、過去の事例で使用された調査用紙のフォーマットを次の活動に活かせるようにするべきである（調査結果の蓄積、手法の標準化）、②時間の余裕がない、③人員不足、④通訳者への負担、⑤調査を実施したが、調査結果を踏まえた保健衛生指導の実施までには及ばなかった、といった事項が挙げられていた。

## 2) 衛生促進、水、衛生

- 「衛生促進」は、表7に示すように多くの事例で実施されていた。具体的な内容としては、手洗い、水分補給、うがいの励行、皮膚の清潔保持、飲料水の煮沸や消毒、靴を履くことであった。実施方法は、ポスター・看板の掲示、チラシの配布（現地語、イラストの使用）、寸劇やゲーム、講習会の開催、外待合での指導、青年海外協力隊員（JOCV）と協働等、各事例で使用可能なリソースを駆使して行われていた。

実施上の課題としては、①時間がない、②人員不足、③通訳への負担、④的確な指導の実施のために、対象者の生活状況を把握しておく必要があった、等の点が挙げられていた。

- 「水」については、アセスメント調査以外に、水質検査が実施されていた事例がいくつかあった。水質検査は、医療調整員、臨床検査技師等により、地域の避難所、キャンプ内、病院の貯蔵水、及び井戸水に係る大腸菌群・一般細菌試験、残塩素測定が実施されていた。水質結果は、被災者、現地関係者への周知、報告、注意喚起、衛生教育実施につながっていた。

課題として、①地域の医療関係者との連携や、②検査キットの種類について述べられている事例があった。また、健康教育と合わせて、塩素消毒剤の配布が行われていた（1996年バングラデシュ竜巻被害、2000年モザンビーク洪水被害）。

- 「し尿処理」については、トイレの状況に関するアセスメントが実施されていた。実際に簡易トイレの設置を提案し、工事着手に結び付けていたのは1事例のみであった（2003年アルジェリア地震災害）。

- 「病原体媒介生物対策」では、診療テント周辺の側溝の清掃や消毒、害虫除去、虫除けガーゼを配布した事例があった。また、診断の過程としてマラリアやデング熱などの感染症検査が実施され、結果は現地の医療機関等に情報提供を行っていた派遣もあった。特に、2004年スマトラ沖大地震・インド洋津波災害の際のインドネシアにおいて、第2陣の派遣は、感染症専門家を中心としたものであり、保健省や主要な病院などの組織を訪問し、情報収集するとともに、フィールド調査も実施し、マラリア、デング熱、呼吸器系感染症、消化器系感染症についての情報をインドネシア保健省やWHOに提供する活動を積極的に行っていた。
- 「固形廃棄物管理」は、ごみ処理等についてであるが、診療活動に伴う医療チーム自体のものの管理や処理については記載があるも、被災集団においてアセスメントを実施していた事例は数例であり、アセスメント以外の活動は行われていなかった。
- 「排水」については、ほとんど実施されていなかった。

なお、用語「WASH」については、以下に示すように関係する組織やプロジェクト等において、それぞれ概念が少しずつ異なるため、JDR 医療チームのパブリックヘルス活動の分類においては、「WASH」とせずに「水」とした。

表 8 “WASH”の3定義

<p><b>UNICEF</b> : 1966年より活動を展開している主要プロジェクトのひとつ。Water、Sanitation、Hygieneの3本立ての活動が特徴でWASHの元祖。Waterは安全な飲料水が実際に子供の口に入ること、Sanitationはトイレが設置され正しく使えること、Hygieneは石けんで手を洗えるようになることに主眼を置く。村落介入で地元人材を活用し活動を展開している。（参照：<a href="http://www.unicef.org/wash/index_3952.html">http://www.unicef.org/wash/index_3952.html</a>、アクセス2016/7/8）</p>
<p><b>国際援助協調</b> : 2005年よりクラスターアプローチのひとつがWASHと命名され、ユニセフがリード機関である。赤十字の緊急時の活動の大項目であるWater and Sanitation（通称ワトサン）等、数多くの水や衛生に関する活動を含む概念である。緊急時に住民が安全な水にアクセスできたかを指標とすることを特徴とする。（参照：<a href="http://postconflict.unep.ch/humanitarianaction/documents/02_11-02.pdf">http://postconflict.unep.ch/humanitarianaction/documents/02_11-02.pdf</a>、アクセス2016/7/8）</p>
<p><b>スフィア・プロジェクト</b> : 1997年から始まったプロジェクトで、Water Supply、Sanitation and Hygiene Promotion（給水、衛生、衛生促進）を称してWASHという呼称が用いられるが、ユニセフのものと厳密には同一ではない。特に水においてはWater Supplyとして安全な水の供給部分が主眼であり、その他、し尿処理、病原体媒介生物対策、固形廃棄物管理、排水も重要な柱である。現場の保健行政等が長期的に行っていけるよう能力強化を行うことが奨励されている。（参照：「スフィア・プロジェクト 人道憲章と人道対応に関する最低基準」2011年日本語版）</p>

### 3) 食料の確保と栄養

- 「食糧の確保と栄養に関する事前評価」について、身長、体重、上腕中心周囲径を計測した栄養評価が、2013年フィリピン台風被害の支援の際から実施され、2015年バヌアツサイクロン被害、2015年ネパール地震災害でも実施されていた。
- 「乳幼児の摂食」については、アセスメントの実施以外に、母乳や哺乳瓶の使用、離乳食・幼児食についての説明と指導が実施されていた。
- 「急性栄養失調及び微量栄養素欠乏症の管理」は、アセスメントの実施以外に、1事例で、女性、妊婦に対し、積極的に鉄剤・栄養剤を薬局で追加配布、児童への肝油ドロップ配布をしていた（2005年インドネシア・ニアス島地震災害）。
- 「食糧の確保」では、きれいで安全な水と食料（インスタントヌードル）をキャンプ生活者などに配布（2005年インドネシア・ニアス島地震災害）、移動診療時に、診察の他に、食料（米、豆、粉ミルク）を調達の上、被災民に配布（1992年ニカラグア地震・津波災害）の2事例があった。

### 4) シェルター、居住地、ノン・フードアイテム

- 「シェルターと居住地」については、上述、生活調査の実施により、居住地の状況についてのアセスメントが実施されていた。また、2015年ネパール地震災害の支援の際からは JDR-SPEED (Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters) が導入され、家屋の倒壊や在住地区について、受付で確認作業が実施されている。
- 「ノン・フードアイテム」は、健康やプライバシー維持のために、衣料・寝具・家庭用品等のアイテムを被災集団が有することを基準としている。スフィア基準を導入した2013年のフィリピン台風災害の際に「日用品の状況」についてのアセスメントが実施されていたが、それ以前は実施されていなかった。

### 5) 保健活動

- JDR 医療チームの派遣目的は、医療の提供であり、災害による保健システムの崩壊時に際して、保健システムのスフィア基準に示されている「保健サービスの提供」、現地「人材」との協力、「医薬品と医療用品」の提供が実施されていた。

「リーダーシップと調整」に関しては、地域体制の整備に大きく貢献する活動として、2005年パキスタン地震災害の際には、最初に到着した海外援助チームとして、地域の支援機関・団体を集めた地域コーディネーション会議を開催し、情報交換や活動調整を行っていた。

「保健情報の管理」が保健システムのひとつとして含まれており、受診患者の疾病構造や疾病のサーベイランスも実施されていた。さらには、JDR-SPEED（紙媒体）が2015年4月のネパ

ール派遣から導入され、2015年に「JDR-Mission Operating System (JDR-MOS<sup>7</sup>)」が完成し次回の派遣からは電子媒体でのJDR-SPEED運用が行われる予定である。

- スフィアの必須保健サービスは、「感染症対策」、「子どもの保健」、「性及び生殖に関する保健」、「負傷」、「メンタルヘルス」、「非感染症」となっており、外来診療と巡回診療により提供されていたが、全てはカバーできてはいないようであった。しかし、妊婦健診や心のケアについては、特記されていた事例もあり、ケースバイケースで対応していることが伺われた。2004年スマトラ沖大地震・インド洋津波災害時のインドネシアでは、PTSDの専門家で構成された第3次隊が、被災者が必要とする心のケアについての実態調査と技術的な情報提供を実施し、その後、JICAの研修事業による本格的な技術協力が行われた。
- 通訳には、JOCVや現地の学生、市民ボランティアが協力しており、特に現地語が必要な被災地での活動では、現地人材との協力がパブリックヘルス活動に必須と報告されていた。

### 3-3 JDR 医療チームのパブリックヘルス活動の課題

スフィア基準に則り、JDR 医療チームの活動実績を分析すると、派遣回数を重ねるにつれ活動の種類や件数は増加していることが明らかになった。しかしながら、手洗い等の清潔保持についての「衛生促進」や、飲料水等の「水質検査」は、隊員の能力に依存した形で実施され、パブリックヘルス活動の主たる内容となっていた。

そのため、組織的に行うという観点から見ると、(1) JDR 医療チームとしての一貫性・継続性は乏しく、調査結果の蓄積や手法の標準化が必要といった事項が、多数の報告書で課題や提言として記載されていた。さらには、(2) 国際・被災国との協調について、報告書から多くを読み取れなかったことから、実績が乏しいものと推測する。

その一方で、保健活動以外のパブリックヘルス活動実施にあたり、治安上の問題（ハイチ、パキスタン、コロンビア）や、被災地から離れた後方搬送病院（災害拠点病院）の支援（中国）、他国からの医療チームの受け入れ拒否（チリ）等の理由により、活動が制限された事例もあり、前提となるチームの安全確保の状況により、パブリックヘルスの活動内容は大きく変化するものと考えられる。

---

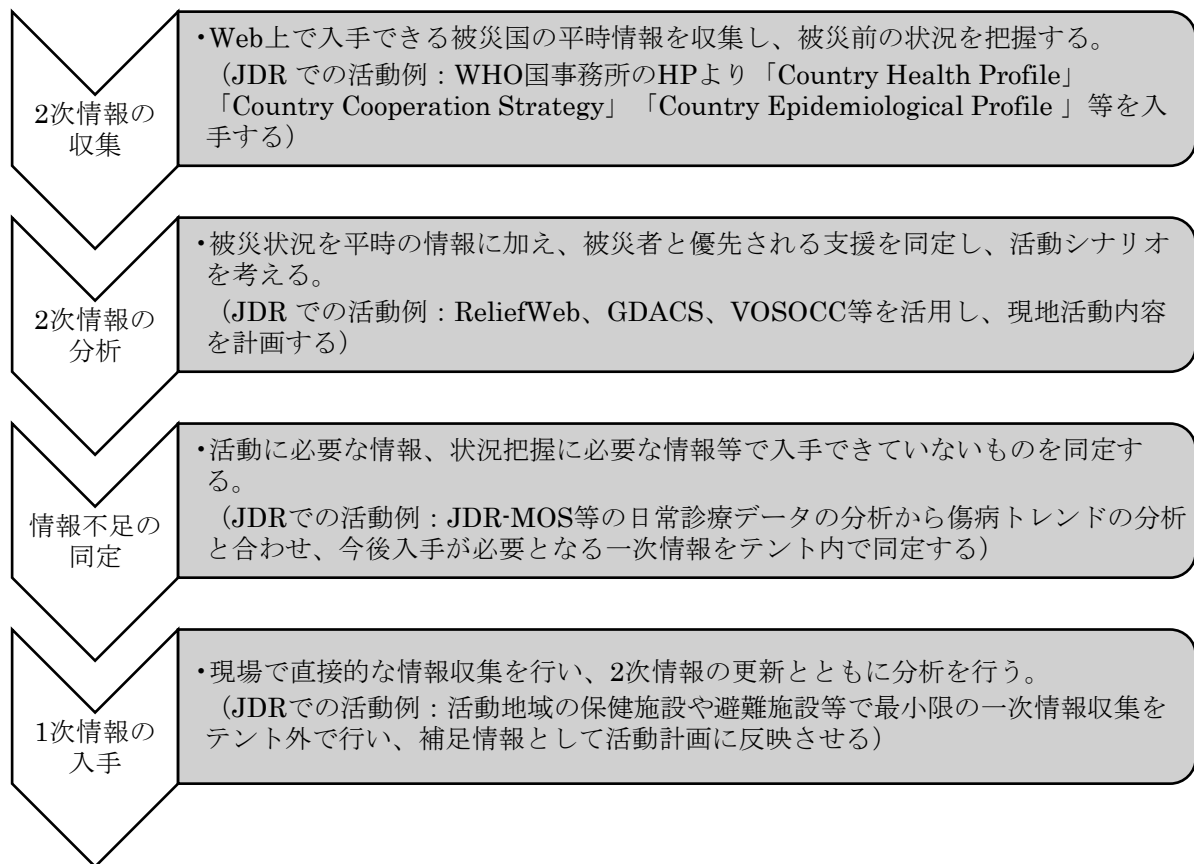
<sup>7</sup> 災害医療標準電子システムを確立することにより、電子化による現場負担の軽減、情報発信力を向上することを目的としている。（参照：課題検討会「電子カルテ」2015年度活動報告）

## 4. 災害時の迅速アセスメントの現状と JDR 医療チームにおける課題

### 4-1 災害時の迅速アセスメントの現状

国際チームによる発災後の迅速アセスメントにおいては、事前にトレーニングを受けた要員をニーズアセスメントのための先遣隊として派遣することは共通している。しかしながら、平時から被災国にて支援活動を行っている団体の場合は、被災状況と平時の状況との「差」を評価して緊急支援内容の微調整を行う点でアセスメントの使用法については考え方が異なっていた。

以下に OCHA や国際赤十字赤新月社連盟 (IFRC) 等で行なわれているアセスメント手順の一例を示す。また、各手順を JDR 医療チームの活動内で行った場合のポイントも提示する。



出典: 調査団作成<sup>8,9</sup>

図 4 アセスメント手順の例

### 4-2 各組織の評価チームの構成と手法

以下に調査で明らかになった各組織の評価チームの構成と手法を示す。なお、評価の目的の違いにより、組織を 1) ニーズ調査、2) 国際協調及び 3) リソース調査に分類した。また、それぞれの手法について、JDR 医療チームの利用可能性等について言及した。

<sup>8</sup> Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Provisional Version March 2012  
([https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/mira\\_final\\_version2012.pdf](https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/mira_final_version2012.pdf)、アクセス 2016/7/8)

<sup>9</sup> Operational guidance: initial rapid multi-sectoral assessment, July 2014 ([http://www.ngocentre.org.vn/webfm\\_send/8608](http://www.ngocentre.org.vn/webfm_send/8608)、アクセス 2016/7/8)

## 1) ニーズ調査

### • IFRC

地域災害対応チーム (RDRT) は、保健、ロジスティクス、水と衛生等の専門家を有し、フィールド調査・調整チーム (FACT) は、救援、ロジスティクス、保健医療、栄養管理、公衆衛生と疫学、メンタルサポート、水と衛生、財務、行政管理等の専門性を有するメンバーで構成される。被災地での評価の際は、それぞれの専門性を活かし、災害発生から2週間以内に必要とされる保健医療の情報（健康と栄養状態、その地域に特徴的な感染症、保健医療施設へのアクセス、保健医療施設への影響、避難所における医薬品と食糧の入手状況）を収集<sup>10</sup>し、24時間以内、72時間以内に作成される各レポート等<sup>11</sup>で報告される（添付資料7参照）。

⇒JDR 医療チームとは業務体制が異なるため利用は難しいが、『被災状況と平時の状況との「差」を評価し活動する』という考え方は導入できると考える。

### • UNICEF

UNICEF は、Nutrition の状況評価を SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions)<sup>12</sup>を用いて行っている。方法論として (1) 5歳以下の子供の栄養状態と (2) 地域の死亡率の2つの指標を用い、ENA (Emergency Nutrition Assessment) ソフトにより分析する。緊急性の高い場合には Rapid SMART という限定手法を用いることもある。また、2007年ソロモン津波の際に同一現場の一次情報を多援助団体が得ようとして現地の負担が大きくなった経験<sup>13</sup>をもとに、現状把握の際のサンプリング方法について指針<sup>14</sup>を提供している。

⇒JDR 医療チームとは業務体制が異なるため利用は難しいと考える。

### • B-FAST (Belgian First Aid and Support Team)

B-FAST は、ベルギー政府の自然災害に対する緊急援助チームで、10日間以内の救助活動と救急医療提供を目的とする。国際協調の枠組みで活動地域が決められるため、独自のアセスメントツールの作成やパブリックヘルス活動は行っていない。

⇒JDR 救助チームには参考になると考える。

### • IMC (International Medical Corps)

Emergency Response Team は、アセスメント専門家、エンジニアやロジスティック担当者等14-16名で構成され、被災地のパブリックヘルス支援に必要な最低限の支援物資を持ち込むとともに、ニーズアセスメントを行い、アセスメント結果に基づいて医療従事者が派遣されている。アセスメントツールとして、心理サポートのための Mental Health And Psychosocial

<sup>10</sup> IFRC, “Operational guidance: initial rapid multi-sectoral assessment” (July 2014)

<sup>11</sup> IFRC and ICRC “Guidelines for assessment in emergencies” (2008)

<sup>12</sup> SMART ホームページ (<http://smartmethodology.org>、アクセス 2016/6/30)

<sup>13</sup> 非常に多くの援助団体が現場の一次データを取ろうとしていたため、現場での重複や対応が重荷となった。さらには、各団体が獲得した一次情報を報告書として発行するまでには非常に時間がかかり、内容が不正確で矛盾があったりしたため大きな混乱を招いた

<sup>14</sup> Rapid Assessment Sampling in Emergency Situations, UNICEF Asia-Pacific Shared Services Centre, 2010 ([http://www.unicef.org/eapro/Rapid\\_assessment\\_sampling\\_booklet.pdf](http://www.unicef.org/eapro/Rapid_assessment_sampling_booklet.pdf)、アクセス 2016/6/30)

Support や Gender-Based Violence Assessment のように目的に応じたツールを国際機関と共同開発している。

⇒JDR 医療チームが心理サポートを活動の選択肢として加える場合には利用できると思う。

## 2) 国際協調

### ● ACAPS (Assessment Capacities Project)

ACAPS は、各団体のニーズアセスメント成果の共有化を図るために、研修や資料、ツール、教材の提供<sup>15</sup>を行い、災害時には各国政府と機関間常設委員会（IASC）の人道カンントリーチーム（HCT）に、データとその分析を提供するために、災害時のアセスメントと独立分析の専門家を即時派遣している。特に災害サマリーシート（DSS）には、災害ごと（地震<sup>16</sup>、洪水<sup>17</sup>、サイクロン<sup>18</sup>等）に、起こりうる全般的な影響の概要、実際の被害影響、及び優先ニーズが示されている。特に、保健と栄養の項では、各災害に特徴的な直接的、間接的影響、リスク、典型的な支援ニーズがまとまっている。

⇒JDR 医療チームとは業務体制が異なるため利用は難しいが、アセスメント手法を中級研修に導入する際には非常に参考となると考える。

### ● UNDAC/ERAT/ECHO

UNDAC チームは、災害発生初期のアセスメント・調整・情報管理を主要な任務とし、災害対応管理を行う専門家チームであり、被災国政府と国際援助機関に対する支援を目的として派遣される。一方、ERAT は、ASEAN 諸国で災害が発生した際に派遣される専門家グループで、災害時の緊急アセスメントを行い、緊急時の初動段階で被災国の災害対応組織を支援することを目的とし、AHA センターとの調整も担う。被災規模の把握のための共通したアセスメントツール<sup>19</sup>を持っているが、医療・パブリックヘルス分野の情報は、医療施設の被害等の情報収集に留まっている（添付資料 8 参照）。EU が持つ ECHO が Initial Needs Assessment Checklist としてスフィア基準に準じた分野（保健、食糧と栄養、水と衛生、緊急シェルターとノン・フードアイテム、保護）の初期評価・分析・活動の一覧を提供している（添付資料 9 参照）。

⇒JDR 医療チームとは業務体制が異なるため利用は難しいが、国際支援における基本的事項としてアセスメント内容を理解しておくことは必要と考える。

---

<sup>15</sup> ACAPS ホームページ (<http://www.acaps.org/resources/assessment>、アクセス 2016/7/14)

<sup>16</sup> Disaster Summary Sheet Earthquakes, January 2012 ([http://www.acaps.org/sites/acaps/files/resources/files/disaster\\_summary\\_sheet-earthquakes\\_january\\_2012.pdf](http://www.acaps.org/sites/acaps/files/resources/files/disaster_summary_sheet-earthquakes_january_2012.pdf)、アクセス 2016/7/14)

<sup>17</sup> Disaster Summary Sheet Floods, January 2012 ([http://www.acaps.org/sites/acaps/files/resources/files/disaster\\_summary\\_sheet-floods\\_january\\_2012.pdf](http://www.acaps.org/sites/acaps/files/resources/files/disaster_summary_sheet-floods_january_2012.pdf)、アクセス 2016/7/14)

<sup>18</sup> Disaster Summary Sheet Tropical Cyclones, July 2011 ([http://www.acaps.org/sites/acaps/files/resources/files/disaster\\_summary\\_sheet-tropical\\_cyclones\\_july\\_2011.pdf](http://www.acaps.org/sites/acaps/files/resources/files/disaster_summary_sheet-tropical_cyclones_july_2011.pdf)、アクセス 2016/7/14)

<sup>19</sup> ASEAN-ERAT Guidelines ([http://www.ahacentre.org/download-file/default-file\\_erat-Kfsz2zpKX8pNEJo0.pdf](http://www.ahacentre.org/download-file/default-file_erat-Kfsz2zpKX8pNEJo0.pdf)、アクセス 2016/7/14)

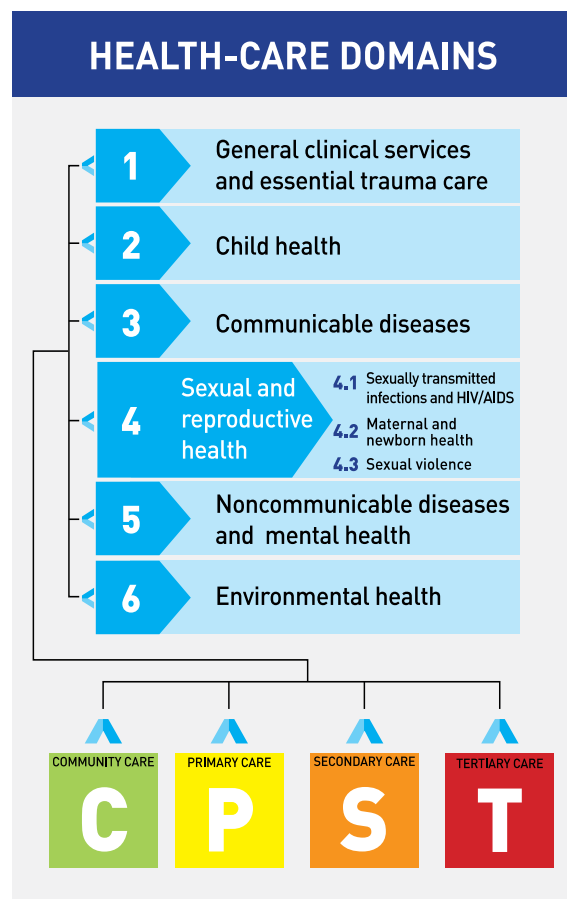
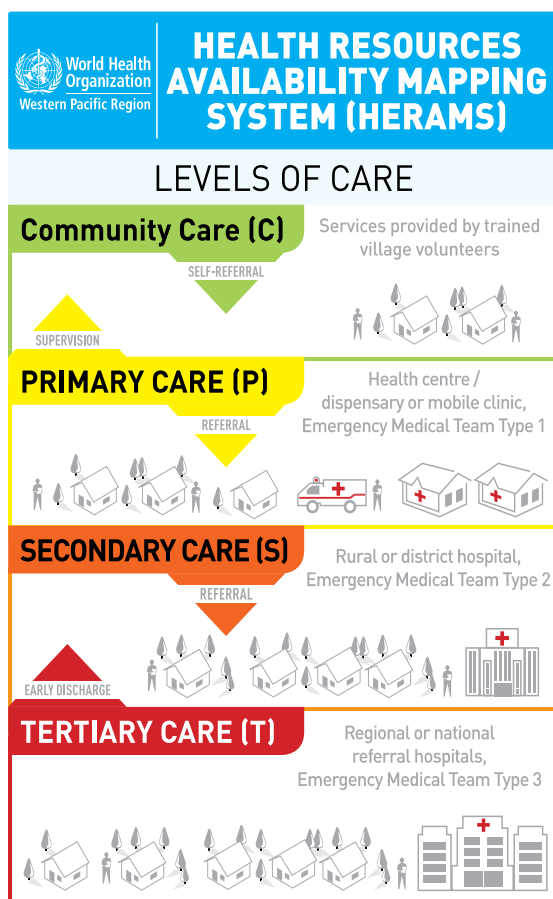


### 3) リソース調査

#### • WHO/WPRO

緊急対応期において、保健クラスターにおけるサービス提供と活動分野のリソースを迅速に把握するツールとして、HERAMS (Health Resources Availability Mapping System) が開発され、援助団体で広く用いられている。緊急時には保健サービス提供施設の所在と内容を迅速に把握する必要があることから、簡易な分類を用い、保健サービス提供のレベルをコミュニティレベルでのケア (C=緑) から医療提供としての1次医療 (P=黄色)、2次医療 (S=オレンジ)、3次医療 (T=赤) までの4段階に分類されている (図5左側参照)。同時に、保健サービス提供する既存組織及び援助団体が属するレベル (時に複数にまたがる) を明確化することで、現状におけるリソース把握・利用が容易にできるよう構成されている。

一方で、保健サービスの活動分野に関しても、①一般診療と外傷治療、②子供の保健、③感染症、④リプロダクティブヘルス (性感染症、母子と新生児保健、性的暴力等)、⑤非感染性疾患と精神保健、⑥環境保健の6つに大別している (図5右側参照)。



WPRO/2016/DSE/001 © World Health Organization 2016. All Rights Reserved.

出典：世界保健機関 (WHO)

図5 HERAMSによるリソース調査 (分類方法)

例えば、C レベルの保健サービス利用可能状況を②～⑥の細目に沿って災害前後で点数化<sup>20</sup>することで、保健行政の最小単位の村レベル等の地域診断が可能となる（C レベルは図 6 及び全体は添付資料 10 参照）。

HEALTH-CARE DOMAINS		Health Services Check List		
		Service availability – fully available: 1; partially available: 0.5; not available: 0	Mark: 1-0.5-0 Before After	
C	COMMUNITY CARE (C)	CODE	Services provided by trained village volunteers in their own community, with regular supervision	
	2	Child health and nutrition	C2.2	Community-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) for acute respiratory infection (ARI), diarrhoea and malaria by trained and supervised village volunteers or community health workers (CHW)
			C2.3	Screen for acute malnutrition with mid-upper arm circumference (MUAC)
			C2.4	Support community site for community management of acute malnutrition programme and/or follow-up of children enrolled in supplementary/therapeutic feeding
	3	Communicable diseases	C2.5	Information, education and communications (IEC) of child care taker, promotion of exclusive breastfeeding and Infant, Young, and Child Feeding practices, active case finding and referral of sick children
			C2.6	Community mobilization and support of outreach sites of routine Expanded Programme for Immunization (EPI), and/or mass vaccination campaigns
			C3.3	Diagnosis of malaria suspected cases with rapid diagnostic test (RDT) and treatment of positive cases, or detection and referral of suspected cases, and follow-up
			C3.5	IEC on prevention and self-care of local priority diseases, such as dengue, acute diarrhoea, others
	4	Sexual and reproductive health	C3.6	Support vector control interventions (distribution of impregnated bed nets, in/outdoor insecticide spraying, related IEC)
			C3.7	Mobilize communities and support mass drug administration/treatment campaigns
			C4.1.2	Ensure access to free condoms*
			C4.1.6	Advocacy for community leaders on STI/HIV
			C4.1.7	IEC on prevention of STI/HIV infections and behavioural change communications
	5	Noncommunicable diseases and mental health	C4.2.3	Clean home delivery, including distribution of clean delivery kits to visibly pregnant women*, IEC and behavioural change communications, knowledge of danger signs and where/when to go for help, promotion of exclusive breastfeeding and IVCF practices
			C5.9	Promote self-care, provide basic health care and psychosocial support, identify and refer severe cases for treatment, provide needed follow-up to people discharged by facility-based health and social services for people with chronic health conditions, disabilities and mental health problems
	6	Environmental health	C6.5	IEC on hygiene promotion, on use of adequate sanitation facilities (no open defecation), home treatment and storage of safe drinking water (including correct use of Aquatab when distribution needed), community mobilization to keep a clean environment and/or other sanitation activities

出典：世界保健機関（WHO）

図 6 HERAMS によるリソース調査（点数表）より一部抜粋

本アセスメントツールを用いることで、被災地で利用可能な医療リソースを継続的に把握し、同時に支援の必要な分野を評価することが可能となる。現地調査の際には、フィリピン、ネパールの両国の WHO 国事務所及び地域事務所（WHO/WPRO、WHO/SEARO）から HERAMS は推奨された。

⇒JDR 医療チームとしては、支援地域におけるリソース側（保健医療提供側）のニーズを把握する手法として、アセスメント内容を理解しておくことは必要であり、今後の導入を検討する必要性が高いと考える。

#### 4-3 アセスメント結果の情報提供と共有方法

アセスメント結果を含む迅速な情報提供と共有は、下記のサイトで活発に行われており、国際協調の動向として、多くの援助機関が登録利用していた。JDR では、1) ReliefWeb と 2) GDACS を日常的に利用している。3) Humanitarian ID については、JDR 医療チームにおける利用方法について、今後の検討が必要である。

<sup>20</sup> ケアの細目毎にサービス提供の状態を、完全であれば 1 点、部分的であれば 0.5 点、停止もしくは災害前に存在しなければ 0 点で評価し、合計点を出す。添付資料 10 参照。

### 1) ReliefWeb

<http://reliefweb.int/about>

国連人道支援機関（OCHA）の委託により運営されている世界的な大規模サイトで、災害を含む人道支援に関するあらゆる情報を一元化して提供し、迅速な情報共有を図っている。

### 2) Global Disaster Alert and Coordination System (GDACS)

<http://www.gdacs.org/>

国連事務局と EU が共同で設立したグローバル災害警報と調整システム。警報発信及び被害評価を行うことを可能にするウェブベースのシステムであり、警報情報や災害情報にリアルタイムにアクセスできる。このシステム下にある、Virtual On-Site Operations Coordination Centre（VOSOCC）に各援助機関は現場で得られた情報を提供することができる。

### 3) Humanitarian ID

<https://humanitarian.id/#/>

2015 年から OCHA により提供されている。各援助者が個人で事前登録しておくことにより、GPS 位置情報と social networking service（SNS）を用いて円滑に現場での横の繋がりを作り、迅速な情報の共有を可能にしている電子のコミュニティサイト。OCHA は現地入りする全支援者に登録を奨励している。ReliefWeb や IASC、ACAPS 等のサイトにも Humanitarian ID を使用したログインが可能となっている。

## 4-4 被災国の平時から入手できる保健情報

平時から入手できる保健情報へのアクセスについて下記に示す。調査対象は、国際機関とアジア地域における近年の災害発生国（フィリピン、インドネシア、ネパール、ミャンマー、パキスタン、タイ）とした。

### 1) 国際災害データベース（EM-DAT: International Disaster Database）

<http://emdat.be/>

WHO のコラボレーションセンターで世界の災害情報を分析している Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CREDE) の国際災害データベース。災害別に国ごとの死者や被災者数などの過去 30 年の災害全般の情報が得られる。登録の必要はない。

### 2) WHO 統計国別情報（GHO: Global Health Observatory）

<http://www.who.int/gho/en/>

年に一度発行される世界保健統計の基礎にもなっている電子の情報保管庫で 800 以上の保健指標を国別にみることができる。しかし、多くは推計によるものであるため、解釈には注意が必要。

### 3) 人口保健調査 (DHS: Demographic Health Survey)

<http://dhsprogram.com/where-we-work/country-list.cfm>

アメリカの公的機関 USAID のサポートにより、世界の途上国において人口、保健、栄養に関するサーベイが行われており、広く認知されている。指標のインパクト評価などが出来るよう同一国の経時評価や国間比較も可能である。

### 4) 地方保健情報システム 2 (DHIS2: District Health Information System 2)

複数の国際機関等の協力で、主に開発途上国の保健情報を各国政府が集めやすくなるように開発されたオンラインのデータ収集、閲覧システム。District (県、郡、州) ごとの情報や医療機関ごとの情報がある。現在最も普及しているシステムと思われるが情報アップデートは不活発で情報も全国を網羅していることはない。しかし実測値としての情報を得るには良いツール。地図などのビジュアルによる結果表示も充実。登録が必要。

### 5) WHO 国別支援情報要約版 (CCS (Country Cooperation Strategy) Brief)

[http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/briefs/en/](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/briefs/en/)

WHO と該当国間における保健協力の 5 か年計画の要約で 2 ページ程度の資料。保健情報と保健活動を行う際の課題等が表になってまとめられているため、全般的な保健概況を効率よく把握できる。

### 6) UNICEF 統計

[http://www.unicef.org/statistics/index\\_countrystats.html](http://www.unicef.org/statistics/index_countrystats.html)

WHO の独自計算の推計とは異なり、世界銀行、国連人口基金 (UNFPA)、OECD 等の 2 次情報を一元化して掲載している。子供に関する情報以外にも、保健や栄養の主要なデータがある。

### 7) 各国統計局

年次統計を出しているところが多く、項目の中に保健が入っている。年次報告書以外に近年ではウェブサイトで情報を公開しており、英語サイトもあるため、閲覧は比較的容易である。ただし、オリジナル言語版の方が、内容が充実している場合もあるため、可能であればオリジナル言語版のサイト閲覧がよい。

- ・ フィリピン： <http://psa.gov.ph/> (英語版)
- ・ インドネシア： <http://www.bps.go.id/> (インドネシア語と英語版)
- ・ ネパール： [http://cbs.gov.np/sectoral\\_statistics/social\\_statistics](http://cbs.gov.np/sectoral_statistics/social_statistics) (ネパール語、英語版)
- ・ ミャンマー：保健省 The Central Statistical Organization が 1952 年より存在、HP も存在するが (<http://www.csostat.gov.mm/SAct.asp> 英語版)、データのインターネット公開はない。  
[mnped.cso@gmail.com](mailto:mnped.cso@gmail.com) に連絡の上保健統計を入手
- ・ パキスタン： <http://www.pbs.gov.pk/> (ウルドゥ語と英語版)

- ・ タイ：<http://web.nso.go.th/> 保健情報は「人口と社会 population and welfare」項目下の「社会保障 Social security」項目下の「保健と福祉 Health and welfare」として存在するが、データにたどり着くとタイ語になる。

表 9 に上述の情報源についての各国の状況をまとめる。掲載情報の精度は日本と比較すると高くないが、利用する際に最新年に留意すれば、発災後の現状と平時を比較する参考資料とすることは可能である。また DHIS から医療チームの活動地域の District レベルの情報が得られる場合があるが、データの信頼性については各国の入力状況を加味した十分な配慮が必要な場合がある。

表 9 各国における平時の保健情報源

	EM-D AT	GHO	DHS (最新調査年)	DHIS	CCS Brief (最新発行 年)	ユニセフ統計	各国統計局
フィリピン	○	○	2013	×	2014	○	○
インドネシア	○	○	2012	×	2014	○	○
ネパール	○	○	2011	△ (導入初期)	2014	○	△ (保健項目はない)
ミャンマー	○	○	2015/16	△ (導入初期)	2014	○	△
パキスタン	○	○	2013	○ (JICA 支援)	2013	○	△ (保健項目はない)
タイ	○	○	1987	○	2014	○	△
日本	○	○	-	×	-	○	○

#### 4-5 JDR 医療チームの現地評価や検査の好事例

JDR 医療チームは、前述のような体系的なアセスメントは行ってきていないが、現地活動開始後に現場に負担のない範囲で生活調査等の実施を通し、能動的に必要な情報を収集していた。これらの情報は、主に JDR 医療チーム自身の診療活動に役立てるとともに、現地スタッフや行政機関へ報告されている。以下に JDR 医療チームの活動報告書の好事例を示す。

表 10 JDR 医療チームによる現地の状況把握の好事例

災害名	JDR 医療チームによる状況把握の内容	成果
フィリピン台風 (2013 年)	SPEEDを用いた診療実績の整理・分析	保健クラスターにおける疫学サーベイランスへの協力、SPEED方式に則って海外医療支援団体も集計報告することを提案、即日提出、保健省に採用された。(報告書)
フィリピン台風 (2013 年)	ポンプ式井戸、水道水貯水槽、水道水の各1ヵ所(1次隊)、飲料水源9ヶ所の水質検査を実施(2次隊)。	住民への安全な飲料水の供給、啓発活動に役立った。(報告書) 保健クラスターミーティングにおいて提供した活動地域の水 源調査結果は、WASH クラスターの活動の基礎情報として活用された。(派遣隊員から聞き取り調査)

バヌアツ共和国 サイクロン被害 (2015年)	災害発生後、専門医療チームによる医療支援が行われていない場所で初めての医療施設の被害調査と医療ニーズ調査、地域住民の生活調査の実施	保健クラスター、UNDAC アセスメントへの協力。被害後の地域医療体制の確保、医療体制復旧に対する計画の根拠づくりとなり、国際機関に共有されることで、海外からの支援チームの活動の終了・継続の判断材料の提供となった。(報告書)
ネパール地震 (2015年)	EMTCCへの人材派遣による状況分析	EMTCC に医療チームより医師1名を派遣し、EMTからの報告を整理した。(派遣隊員から聞き取り調査)

#### 4-6 JICA 他部主管による中長期プロジェクト立案への連携・協力事例

JICA は、防災協力を国際協力の大きな柱の1つとしており、災害多発国における中長期的な支援事業を行っている。また、災害発生時は、シームレスな復旧・復興体制の確立のためのニーズアセスメント調査（プロジェクト形成調査）のための調査団を派遣して、被災者の自立・再建への支援として、開発調査や円借款、無償資金協力を実施しているものの、JICA 内における JDR 医療チームとの部署間の連携は数例程度であった。

表 11 JDR 医療チームによる JICA 中長期支援への連携事例

災害名	アセスメントの内容	JICA 中長期支援への橋渡しの内容
イラン地震 (2003年)	現地の短期、中期復旧・復興支援ニーズに係る情報収集医療チームは、被災者へ医療サービスを提供する一方、OSOCC での情報交換やイラン側を交えたセクター別協議への出席等を通じ当該ニーズ調査の進捗を逐一モニタリング、今後の他の JICA スキームへ「切れ目なく」支援を継続する方策を模索。	実施中であった JICA 開発調査 <sup>21</sup> に被災地を取り入れることを検討し、緊急派遣されたニーズ調査団に、医療チームの隊員2名が調査員として OCHA などの国際機関やイラン側関係機関とのパイプ役とロジ担当として調査をサポート(報告書)
インドネシア ジャワ島地震 (2006年)	医療チームと同時期に復旧・復興ニーズ調査班が JDR の一員として派遣 <sup>22</sup> (JDR 史上初の試み)。本調査班は、医療チームに後続して地震発生1週間後に派遣された JICA ニーズアセスメント調査団の「先遣隊」の役割も兼ねており、医療チームの活動状況と先行調査結果を JICA ニーズアセスメント調査団へフィードバックし、効果的・効率的な復旧・復興支援へのニーズの掘り起こしと案件発掘・形成に繋がった。	医療チーム帰国後の短期的課題に対して、保健医療分野(看護師及び栄養士)における JOCV 派遣の案件形成。インドネシア政府からの要請書は、早期に公式提出され、地震発生後3ヶ月で現地入りすることが決定した。(報告書)

下記の復興期プロジェクトには、シームレスな支援を目指す JICA 支援として、病院再建という保健セクターの案件が含まれている。しかし、これは震災後(フィリピン)及び震災前(ネパール)から予定されていた案件であり、JDR 医療チームのアセスメント結果が反映されたものでは

<sup>21</sup> 「大テヘラン圏総合地震防災及び管理計画調査」(実施期間:2002年~2004年)2002年~2003年は、JICA 社会開発調査部 社会開発調査第二課担当。2003年~2004年は、JICA 地球環境部 第三グループ(水資源・防災)水資源・防災第二チーム担当

<sup>22</sup> JICA アジア第一部東南アジア第一チーム、JICA 地球環境部防災チームから各1名が参加

ない。

フィリピン台風 (2013年)	2013年度補正予算で、フィリピンに対する66億円の無償資金協力を決定し、その中でタクロバン市の東ビサヤ地域医療センター (Eastern Visayas Regional Medical Center: EVRMC) 等の医療施設 (機材供与含む) が再建されることになった <sup>23</sup> 。
ネパール大地震 (2015年)	「プログラム無償資金協力」として40億円を供与し、2病院の再建と道路・導水管の復旧を行っている。また、総額260億円を限度とする円借款貸付契約を行い、緊急開発調査チームによる既存建物の構造評価の結果から、耐震性を考慮した学校及び一般住宅の再建支援が行われる予定である。 <sup>24</sup>

#### 4-7 JDR が実施するアセスメントに関する課題

アセスメントの目的とツールは、それぞれの援助団体の理念と活動方針に基づいて決められている。そのため、医療チームの選択するパブリックヘルスが明確化した時点で、それらの目的が近い団体のアセスメント手法を参考にし、国際的に受け入れられる報告様式に整える必要があると考える。また、本稿「3. JDR 医療チームのパブリックヘルス活動の実績と課題」で述べたように、2013年のフィリピンでの災害派遣時から、スフィア基準による現地状況把握が実施されていることから、スフィア基準を組織的に継続実施していく方法もある。

JDR 医療チームの自らのアセスメントが、他団体の支援活動や中長期的な支援に直接結びついた事例は活動報告書から見出すことはできなかった。しかし、近年の好事例として抽出した事例に対する関係者への聞き取り調査を通じて、支援にむすびついた活動が明らかになり、その他の過去の事例においても、後日の支援に結びついた事例が隠れている可能性が考えられる。従って、今後も好事例から学び、パブリックヘルス活動を改善していくには、活動内容の統一と日々の実績記録を兼ねる事前指示書を用意し、派遣実績の比較が容易になるように派遣報告書の様式を改善し、継続的な活動記録の蓄積への準備が望ましいと考える。

また、JICA の中長期的な支援事業と JDR 医療チームとの連携は、ケースバイケースで実施されていたようであり、被災地に対する緊急フェーズから復旧・復興フェーズへの切れ目ない支援を可能とするために、今後は JICA 事業と JDR 医療チームの継続的な連携体制を構築することが望まれる。しかしながら、JDR 医療チームによるアセスメントは、保健セクターの貴重な情報源となるが、その一方で JICA の案件形成は、教育やインフラ整備といった多岐に渡ることから、緊急開発調査チームの一員として、JDR 医療チーム関係者が加わる方がよいと料する。

<sup>23</sup> ([http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shimin/oda\\_nngo/taiwa/pdfs\\_2013/ngo\\_rs25\\_3\\_107.pdf](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shimin/oda_nngo/taiwa/pdfs_2013/ngo_rs25_3_107.pdf)、アクセス 2016/7/21)

<sup>24</sup> JICA ホームページ (<http://www.jica.go.jp/topics/feature/160422.html>、アクセス 2016/6/15)

## 5. 現地調査結果

### 5-1 海外医療チームが行っていたパブリックヘルス活動

フィリピン及びネパールの災害時における被災国政府や援助機関が好事例とした医療チームのパブリックヘルス活動、及び先行調査<sup>25</sup>で判明したタイ政府医療チームの活動内容を下記に示す。

#### 1) フィリピン台風ヨランダ（2013年）

被災者 1,600 万人、避難民 400 万人、倒壊家屋 114 万棟、死者 6,300 人、傷病者 28,688 人、行方不明者 1,062 人の被害を東サマール島・レイテ島を含む 9 行政区にもたらした。約 21 億ドルの被害総額に対して<sup>26</sup>、日本の 35 百万ドル（7.4%）を含む 4.7 億ドル（470 億円相当）の国際支援が行われた<sup>27</sup>。最大被害のレイテ島には、国外から 111 医療チームが派遣され、うち 31 チームが JDR 医療チームと同じタクロバン市で活動した。JDR は UNDAC チームメンバー 2 名、医療 3 チーム、自衛隊部隊、2 件の専門家チーム（早期復旧、油防除）を派遣し、物資供与（6,000 万円相当）を行った。復興期のプロジェクトとして、緊急開発調査として中長期的な視点に基づいた「復旧・復興計画策定支援」及び「プログラム無償資金協力」として 46 億円を供与し、学校等の建設と空港等への機材調達を行っている。

表 12 災害時のパブリックヘルス活動例（フィリピン）

国名	活動内容と成果	チームの特徴
フィリピン政府パブリックヘルスチーム	EPI（予防接種拡大プログラム）、栄養改善、水と衛生等など平時のプロジェクトの続行と強化、健康教育（災害時用）、避難所支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 人員の全員がパブリックヘルス対応可能者 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Generalist Doctor、看護師、栄養士、臨床心理師、エンジニア、サーベイランス専門官、疫学者等の多岐に渡る人材構成</li> <li>○ パブリックヘルスチームとは別建てで外科医と看護師による病院チームが医療提供を行う</li> </ul> </li> <li>● 軽機材（水質キット等）で迅速性を確保</li> <li>● 中央省庁にある、緊急オペレーションセンターなどを活用し、平時の保健情報等から地理や人口情報を把握、紙媒体による迅速アセスメントやフィールドレポートが配布され支援に入ると同時に情報提供者としての役割も担う</li> </ul>
カナダ政府医療チーム	病院支援、水の浄化システムの設置、病院の発電機修理など	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 約 50 人（医師、補助医師、看護師、医療技術者、薬剤師、検査技師、放射線技師など）の災害支援対応チーム（DART: Disaster Assistance Response Team）と空軍部隊による合計 118 人の派遣</li> <li>● 物資供与、輸送機 2 機と輸送ヘリコプター 3 機による輸送業務</li> <li>● モバイル浄水器システム</li> <li>● タクロバンの医療援助集中を受け、約 400 KM 離れた島（ロハス市）へ自ら赴き戦略的に活動展開し、モデル的な活動としてレポートされている<sup>28</sup>。</li> </ul>

<sup>25</sup> 「アジア地域 ASEAN 災害医療・救急医療にかかる情報収集・確認調査」

<sup>26</sup> フィリピン NDRRMC ホームページ (FINAL\_REPORT\_re\_Effects\_of\_Typhoon\_YOLANDA\_ (HAIYAN)\_06-09NOV2013.pdf、アクセス 2016/6/15)

<sup>27</sup> OHCHA ホームページ ([https://fts.unocha.org/reports/daily/ocha\\_R5\\_A1043\\_\\_1606151303.pdf](https://fts.unocha.org/reports/daily/ocha_R5_A1043__1606151303.pdf)、アクセス 2016/6/15)

<sup>28</sup> Center for Excellence in Disaster Management & Humanitarian Assistance, Typhoon Yolanda 2014



JDR 医療チーム (参考)	フィールドクリニック診療、病院支援、村落巡回診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JICA フィリピン事務所に物品準備や情報、通訳提供依頼</li> <li>• フィリピン国家警察と民間警備会社からのセキュリティ支援</li> <li>• 自衛隊による航空輸送支援</li> <li>• 人材構成 (3 チーム合計) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師 13 人、看護師 22 人、薬剤師 5 人、医療調整 14 人、業務調整 20 人</li> </ul> </li> </ul>
-------------------	--------------------------	---

## 2) ネパール大地震 (2014 年)

倒壊家屋約 80 万棟<sup>29</sup>、死者 8,897 人、傷病者約 22,303 人の被害を全ネパール 75 郡中 31 郡にもたらした<sup>30</sup>。約 8,689 億円<sup>31</sup>の被害総額に対して、日本の 16 百万ドル (3.1%) を含む 5.3 億ドル (530 億円相当) の国際支援が約束された<sup>32</sup>。36 カ国 115 団体から 20 野外病院及び 137 医療チームが派遣された。JDR は UNDAC チームメンバー 1 名、救助 1 チーム、医療 2 チーム、自衛隊部隊、1 件の専門家チーム (復興支援調査) を派遣し、物資供与 (2,500 万円相当) を行った。復興期のプロジェクトとして、「プログラム無償資金協力」として 40 億円を供与し、2 病院の再建と道路・導水管の復旧を行っている。また、総額 260 億円を限度とする円借款貸付契約を行い、耐震性を考慮した学校及び一般住宅の再建支援が行われる予定である<sup>33</sup>。

表 13 災害時のパブリックヘルス活動例 (ネパール)

国名	活動内容と成果	チームの特徴及び活動への評価
中国政府 医療チーム	水ボトルや衛生用品の配布、水質検査や昆虫媒介疾病 (Vector borne diseases) の予防活動やアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 人員の半数がパブリックヘルス対応可能者 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 50 人 (医師、疫学者、公衆衛生医、心の専門家、看護師、微生物学者、昆虫学者、薬剤師等) を 1 ヶ月以上派遣。</li> </ul> </li> <li>• 軽機材 (水質キット等) を自力で持ち込んで提供していた。</li> <li>• カトマンズ市内数十ヶ所で、飲料水等を配布し、水質調査とその結果に応じて浄水器やトイレを設置した。同時にネパールのパブリックヘルスに関わる職員等 60 名に機材等の使用方法を教授した。</li> <li>• 通訳準備や移動案内をネパール側に要請せずかなり自国側で整えていた様子。保健省と一緒にフィールドに出向くという協調体制も確立されていた。地元保健省、中央保健省から大変役に立ち、助かったと感謝された。</li> </ul>
タイ政府 医療チーム	当初医療提供を目的として現地入りしたが、現地のニーズアセスメントに従い、医療以外のパブリックヘルスサービスを提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 人 (医師、看護師、救急救命士、業務調整員) を 7 日間派遣</li> <li>• 浄水器の配布と使用説明、メンタルヘルススクリーニング、健康教育、感染症流行対策、学童に対するメンタルヘルス活動</li> <li>• しっかりと全体調整の中でパブリックヘルス活動を行っていたが、面会したネパール政府機関の中での認知はほとんどなかった。</li> </ul>
デュリケル 病院モバイル チーム	災害 3 日目より病院スタッフで遠隔地に移動診療チームを編成し、従来から関係のあったアウトリーチ先のヘルスセンターを拠点とした巡回診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 人 (医師 3 人、救急隊員 2 人、調整 1 人)</li> <li>• 巡回診療及び治療薬の配布、健康教育、外傷治療後のアフターケアの提供。</li> <li>• Acute Epidemic Surveillance Team を立ち上げ、コレラ等の感染症の予防に努めた。</li> <li>• 病院の災害対応活動を写真集として出版し、国際会議でもしっかりと今後の方針作成に経験を提供していた。</li> </ul>

<sup>29</sup> Nepal HRRP ホームページ (PDRF Report\_FINAL10May.pdf、アクセス 2016/6/15)

<sup>30</sup> Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015 資料

<sup>31</sup> 総被害額 7,065 億ネパールルピー (86 億ドル相当)、JICA ホームページ ([http://www.jica.go.jp/press/2015/20151221\\_02.html](http://www.jica.go.jp/press/2015/20151221_02.html)、アクセス 2016/6/15)

<sup>32</sup> OCHA ホームページ ([https://fts.unocha.org/reports/daily/ocha\\_R24\\_E16575\\_1606151303.pdf](https://fts.unocha.org/reports/daily/ocha_R24_E16575_1606151303.pdf)、アクセス 2016/6/15)

<sup>33</sup> JICA ホームページ (<http://www.jica.go.jp/topics/feature/160422.html>、アクセス 2016/6/15)

JDR 医療チーム (参考)	野外病院及びクリニック 展開機材	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 人材構成 (2 チーム合計) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師 13 人、看護師 27 人、薬剤師 4 人、臨床工学技師 3 人、放射線技師 3 人、検査技師 3 人、医療調整 8 人、業務調整 11 人</li> </ul> </li> <li>● 活動内容を他組織に引継ぎ、支援が継続された。</li> <li>● JICA ネパール事務所に物品準備や情報、通訳提供依頼、ネパール中央政府からのセキュリティ支援と現地政府ブリーフィングを受け、情報提供依頼や機材遅れについては JDR 派遣サポートサイドから負担であったと指摘を受けた。</li> <li>● 面談したネパール政府機関や活動場所提供病院の関係者はほとんど認知していなかった。</li> </ul>
----------------	---------------------	--

## 5-2 緊急時に必要なパブリックヘルス活動

各機関への聞き取り調査の結果、先方の考える緊急対応期のパブリックヘルス活動には、保健活動だけでなく、活動に寄与する広報や機材修理等も含まれていた。それらの中で、被災国政府や国際協調枠組みに従事した援助機関等より、JDR 医療チームの取り組みとして推奨された項目を以下に示す。なお、留意事項として、提示された取り組むべき活動の事業主体は、自衛隊部隊や JICA 事業にまで及んでおり、JDR 医療チームの活動範疇を超えているものもある。

- 保健活動
  - 母子保健、リプロダクティブヘルスへの支援。特に「出産」対応
  - 女性に焦点化した保健プログラムの実地
  - 被災者でもある地元政府のスタッフに対するメンタルヘルスケア
  - 慢性疾患（糖尿病など）の在宅患者の投薬継続の支援
- 水と衛生
  - 子供への飲料水提供、トイレ使用及び手洗いの啓発
  - 避難所へのトイレ設置とゴミ処理について、教育や配慮も含めての支援
- その他
  - 学童に対する全般的な支援
  - コミュニティレベル、ジェンダー問題への意識向上のための啓発活動
  - 携帯電話、サテライト電話等のコミュニケーションツールの提供
  - ヘリコプター等の移送システムの提供

## 5-3 ニーズ把握の方法及び報告

ニーズ把握に関しては、まず最初に、既存の二次データに基づいて、平時の保健分野の課題及び Reliefweb 等のリアルタイム情報を組み合わせる上で、ニーズ予測と活動計画を立て、その後、活動開始後に得られた一次データを用いて、先のニーズ予測や活動計画を補正するという手順が効率的であると多くの国際団体から示唆された。特に、推奨された行動として、以下の 3 つを挙げることができる。

- 準備期に災害によって起きるニーズと支援内容を想定しておき、緊急時には「困った状況は必ず発生している」ことを前提として活動を開始する（フィリピン赤十字）

- ニーズに係る既存情報はインターネット等で得ることができるため、多くの援助機関が同様に活発に活用していくことが重要である（両 WHO 国事務所）
- 援助団体の多くが活用しているインターネットベースのバーチャルコミュニティ等に登録し、現地活動時の援助団体同士の円滑な協力体制の基盤を作っておく（OCHA）

ニーズの把握方法に対する推奨には多様性があった。ネパールにおける国際会議では、地震発生後の被災地の状況把握や支援ニーズ収集のために、中央から被災地に出向くことは、中央側の人的キャパシティ、移動手段、地元の負担等を考えても現実的に無理であり、電話で行う情報収集が効率的であるという意見が多かった。意見の背景には、ネパールでは、最初の一週間は電話が通じていたため、災害時の状況は末端の保健行政機関（プライマリーヘルスセンター）、郡保健局等から電話で収集し、OCHA 等の国連機関がサポートを受けながら中央政府が取りまとめた事実が挙げられる。

一方、フィリピンではハリケーン、高潮などにより通信機器の多くを失い、情報集約や報告に苦労した経験が共有され、衛星携帯電話や GIS マッピングの有効性ととも、現地踏査による情報収集も時には必要との示唆を受けた。災害種別と現地の状況に応じて、ニーズ把握の方法を医療チームとして選択する必要があると考える。

把握したニーズの報告に関しては、独自の書式ではなく、既存のアセスメントツールを使い、報告先の手間を軽減することが望ましく、かつ活動地域のヘルスクラスターや被災国政府やフラッシュ・アピール等を取りまとめている各該当機関に直接連絡を取る必要性を各機関から求められた。また、VOSOCC への積極的な書き込みは、効率性の面から有用な手段として、国際機関から推奨された。

その一方で、国際調整の現状として、(1) クラスター間の情報共有は稀であり、組織的に行われていないため、別のクラスターに寄与する情報の場合には、個別に情報提供する必要がある、(2) EMT<sup>34</sup> Type 2 チームは、活動地域の情報収集の中心的役割を担い、周辺に展開する EMT Type 1 チームからの情報管理機能が今後求められる可能性の高いことが明らかとなった。

#### 5-4 訪問組織や国際会議で提示された今後の支援に対するニーズ

面談及び国際会議の結果を踏まえ、先方からの提案や期待に関わるものを、(1) JDR 医療チーム、(2) JICA、(3) 日本毎に分類し、それぞれの関わりを物的支援と人的支援毎に取りまとめたものを下表に示す。

<sup>34</sup> Emergency Medical Team の略で、有する能力により Type 分けされている。Type 1 は基礎医療をクリニックや巡回診療等の形態で提供し、Type 2 はクリニックでの基礎医療の提供とともに手術室・病棟・透析設備等を運用して高度医療を提供する。

表 14 今後の支援に対するニーズ

提案・期待先	物的支援	人的支援
(1)JDR 医療チーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 既存のシンプルなツールを利用した地図情報の共有活動（Google Map など）</li> <li>● 援助地域に設置した医療テントをコーディネートーションの中心として活用し、医療とパブリックヘルスの人材ペア（JDR チームメンバーと国際ナショナルチームメンバーも想定）での周辺地区へアウトリーチ活動の調整業務</li> <li>● 母子保健や出産対応のための別チーム派遣</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 発災直後の国際評価チームへの人材派遣（既に実施）</li> <li>● 平時からのコンタクト先の開拓（<a href="https://humanitarian.id/#/">https://humanitarian.id/#/</a> への登録）</li> </ul>
(2) JICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 浄水システム、GPS、移送車、生活支援用具等をパッケージ化して支援準備</li> <li>● トイレ設置やゴミ処理システムへの援助</li> <li>● 配布用衛生キット等の緊急時大量入手のための平時の準備や契約体制の構築</li> <li>● ソーラ発電システムを含めたサテライト電話等のコミュニケーションツールのサポート（セットアップの為にエンジニア派遣も含む）</li> <li>● 子供達を対象とした Mental Health Project の実施（学校のプログラムや課外教育、地域教育の中で Art、Theater、Music 等を取り入れる）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支援が予測される国での当該国医療チーム等との合同訓練の実施</li> <li>● JICA 事務所への JDR 受け入れ手順の英語版の作成と事前周知及び訓練</li> <li>● 災害発生時におきるサージを乗り切るための、被災国 JICA 事務所への人的支援</li> <li>● JOCV 隊員との災害時協力に関する契約内容の再評価</li> <li>● 日本の国際 NGO との災害時協力に関する事前協議</li> </ul>
(3) 日本	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 被災国地方行政の後方支援業務に向けた平時からの交流、共同プログラム、合意等の推奨</li> <li>● GIS マッピングによる情報管理システムの構築</li> <li>● 自衛隊と JDR 医療チームの機能を上手く調整した援助</li> <li>● 災害時に阻害を受けた平時の保健プログラムの再生支援（医療施設の改修や資機材供与等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 発災直後の評価チーム参加に対する国連機関との協力への平時からの合意形成</li> </ul>

## 5-5 現地調査からの教訓

フィリピンとネパール 2 ヶ国での聞き取り調査及び国際会議の議論から、医療活動とパブリックヘルス活動は別建てであり、人材及び資機材も異なっていることがわかった。フィリピン政府チームは、医療チームを病院チームとし、パブリックヘルスチームを独立させていた。

アセスメント実施の必要性には異論はないものの、手法の乱立や五月雨式に入る援助団体を負担に感じる現場が多く、国連協調枠組みでも発災直後の現場での支援ニーズアセスメントは自粛傾向にあった。一方、アセスメントはクラスター等への報告までが必須の過程として捉えられており、今後はアセスメント活動が一つの専門分野として確立されていくと予想される。例えば、評価ツールの開発から、緊急期のみならず復興期までの本格的な災害状況の把握や支援ニーズアセスメントを行い、世界に発信している ACAPS のような組織があり、自然災害のみならず紛争地域においてもクラスター横断的なニーズアセスメントと分析及び報告書の発行を行っている。JDR 医療チームの二次情報収集源としても十分に役立つと考える。

また、JDR 医療チームが今後もパブリックヘルスのみならず医療サービスを展開するにあたっては、語学とコミュニケーション能力の向上、柔軟性をもった交渉力の強化、国際協調におけるリーダーシップの発揮等が喫緊の課題と考える。これらの課題を解決する上で、被災国政府及び現地 JICA 事務所の協力は不可欠なため、被災国入国から活動現場に至る過程における両者の調整業務の負担を軽減するための体制構築は、一考の価値があると考ええる。現地 JICA 事務所に対しては、JDR チームの受け入れ手順を英語版で作成して事前に共有しておき、災害発生時には初期の業務体制整備を人材応援等も含めて支援することや、事務所スタッフと現地スタッフに対する生活物資等の配布や復旧期の心理的サポート等の支援を行うことが必要と考える。

一方で、JDR 医療チームと JICA の中長期的な支援事業の連携には、JICA 他部署と JDR 事務局の継続的な連携体制を構築することが望まれる。JICA の案件形成においては、平時の保健全般、教育やインフラ整備といった総合的かつ多様な観点からの判断がなされているが、緊急対応の事前準備 (preparedness) 視点が希薄である。今後、開発調査チームの一員として JDR 医療チーム関係者が加わることで、案件形成の際に上記の視点が加わり、より被災者に寄り添った提案になることを期待する。

## 6. JDR 医療チームパブリックヘルス支援の事業体制に関する提案

事前文献調査と現地調査を通じて、以下の4点について、強化の必要があることが示唆された。

- パブリックヘルス活動手順の標準化と実施記録の管理と分析の実施
- 組織的な評価活動及び国際協調の中での報告業務の遂行
- 保健分野以外に広がるパブリックヘルス活動を支える多様性のある人材確保
- 医療提供とパブリックヘルス活動の両立のための体制強化

係る結果を受け、パブリックヘルス支援強化のため、「6-1 パブリックヘルス活動の基礎的整備」、  
「6-2 ニーズ把握と報告作業の業務化」「6-3 現地調整機能との関係構築とパブリックヘルス活動  
のための人材確保」「6-4 支援業務の拡充及び中長期的な JICA 事業との連携」に関する提案を行  
う。

### 6-1 パブリックヘルス活動の基礎的整備に関する提案

現状の JDR 医療チームのパブリックヘルス活動の実装に向けた基礎的整備内容を表 15 に示す。  
いずれの整備も、現行の Type 2 の人員と編成で達成可能である。

総合優先度は、被災地における貢献度合いと調査での要望の多寡を基準に決定した。これによ  
り、日々の診療統計から導き出される情報を被災国や他援助団体と共有する活動は優先度が高く、  
診療テント外での活動や他のクラスターに関わる活動は中程度、物資の配布を伴う活動は優先度  
が低いと判定した。

実施の難易度は、現行の研修及び派遣体制を基準に決定した。概して、現有の人材及び資機材  
で実施可能な活動は難易度が低い、新規購入等の事前準備が必要な活動は難易度が高いと判定し  
た。

表 15 パブリックヘルス活動の基礎的整備 注：\*) 関連する計画区分の詳細は、図7に記す。

総合 優先度	実施の 難易度	目的	活動	分類	関連する 計画区分*)
高	低	パブリックヘルス活動の実施管理及び評価のための標準記録フォーマット作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動内容の統一と日々の実績記録を兼ねる事前指示書を用い、派遣中及び派遣後、今後の派遣経験を通じて、活動実績を蓄積し、分析と改善を継続的に実施</li> </ul>	全般	②③④
	低	疾病状況の傾向を分析し、英文にて被災国政府他援助機関への適宜報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>JDR-MOS を用いた日報作成及び JDR-SPEED フォーマットでの集計</li> <li>採択予定の WHO-EMT Minimum Data Set (MDS) に準拠</li> <li>WASH クラスタ及び VOSOCC への報告の手順確認</li> </ul>	保健活動	①②
	中	水質調査の結果を分析し、感染症蔓延リスクについての早期警告の実施と検査結果の被災国政府への提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>現有の検査方法の被災国での適合性評価</li> <li>WASH クラスタ及び VOSOCC への報告の手順確認</li> </ul>	水	②③④
	中	被災国の平時情報の出国前ダウンロードとチーム内での共有化の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>中級研修や派遣前のブリーフィングを通じて、災害関連のデータベース情報の共有</li> </ul>	情報管理	③
	中	実施可能な活動を選定するため、他機関の既存ニーズアセスメントフォーム等の入手及び和訳作業の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>平時に登録者から情報収集や和訳ボランティアを募集</li> </ul>	その他	③
中	低	啓発活動用物品の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康教育等のツールの英語版の事前作成（現地語の追加記入欄もデザインする）</li> <li>国際機関が平時の活動で使っているものを参考作成</li> <li>供与後も使用可能な耐久性配慮</li> </ul>	その他	④
	中	流行性疾患の蔓延を制御するための介入	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症流行対策の啓発活動</li> </ul>	衛生促進	②③④
	中	モバイル診療による基礎医療の提供（JDR 医療チームが現地医療機関に支援に入り、地元医療者がモバイル診療やパブリックヘルス活動にいく形態（プッシュアウトモバイル）を含む）	<ul style="list-style-type: none"> <li>本部・コマンドポストによる人員配置の組み換え演習</li> <li>モバイル診療手順や記録書式の管理体制の再確認</li> <li>パブリックヘルス活動も可能にする診療用資機材等の組み上げ</li> </ul>	保健活動	④
低	中	VOSOCC 等を通じ、栄養評価アセスメント結果を被災国政府や他援助機関と共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>調査方法の隊員への周知</li> <li>Nutrition クラスタ及び VOSOCC への報告の手順確認</li> </ul>	栄養	②③④
	高	浄水器の配布状況の確認、及び他プログラムとの連携、需要地域への設置と地元人材への維持管理の教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>維持可能な簡易浄水器の備蓄</li> <li>物資配布と使い方説明の英語版の事前作成（現地語の追加記入欄もデザインする）</li> </ul>	給水	④
	高	衛生用品の配布	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的衛生用品パックの備蓄</li> <li>女性や子供に配慮した追加パックの備蓄</li> </ul>	衛生	④
	高	微量必須栄養素不足の管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>介入用の栄養補助物品の選定・備蓄</li> </ul>	栄養	④
	高	母子保健衛生用品の配布	<ul style="list-style-type: none"> <li>母子保健衛生用品パックの備蓄</li> </ul>	その他	④

## 6-2 ニーズ把握と報告作業の業務化に関する提案

国際協調の中でニーズ把握を行うための方法と被災国政府や国際機関への報告作業の業務化に必要な活動と準備内容を表 16 に示す。

新たに生じる本業務を遂行するためには、追加人員の派遣が必要であると考え。追加人員に求められる能力は、パブリックヘルス活動に関する理解と各種書式の管理と報告書の作成が基本条件となる他、①JDR-MOS の運用とトラブルシューティングが可能な IT 関連能力、②国際機関への報告のための英語によるコミュニケーション能力、③診療実績の分析と現地で収集した情報を踏まえた評価の能力である。IT、報告、分析評価の 3 機能を分担するため、JDR 医療チーム派遣の全期間を通じて、3 名程度の選出が望ましい。ニーズ把握及び報告作業の強化のためには、上述の業務体制の整備に加えて、人材育成を中心とした「パブリックヘルスマジュール」を設置することが有効と思料する。

表 16 ニーズ把握と報告作業の業務化に必要な活動と準備

総合 優先度	実施の 難易度	活動	ツール	準備
高	低	<ul style="list-style-type: none"> <li>フラッシュ・アピールやシチュエーション・レポートのチーム内共有</li> <li>各レポートの印刷と掲示</li> </ul>	国際機関発行資料 被災国レポート <sup>35</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本部要員に情報管理の専任者を追加</li> </ul>
	中	<ul style="list-style-type: none"> <li>MOS から出力される日報のトレンドを分析し、平時情報によって判断を補完し、実施の可能性があるパブリックヘルス活動を選定</li> </ul>	JDR-MOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>JDR-MOS に精通した人材を登録隊員より選抜</li> <li>ミッションマネージメントの一環として中級研修で分析と選定の訓練実施</li> </ul>
中	高	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動地域の外部要因を評価する HERAMS を JDR-MOS の分析結果と組み合わせ、JDR 医療チームに必要となるリソースを予測し、後続して派遣される人材や資機材の内容について助言</li> <li>派遣形態のシームレス化</li> <li>政府と国際機関への報告</li> </ul>	Health Resources Availability Mapping System (HERAMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>語学堪能者（少なくとも英語）や評価業務経験者が望ましい。</li> <li>ミッションマネージメントの一環として中級研修で分析と選定の訓練実施</li> </ul>

<sup>35</sup> フィリピン National Disaster Risk Reduction and Management Council : NDRRMC の評価レポート等



### 6-3 現地調整機能との関係構築とパブリックヘルス活動のための人材確保に関する提案

現地の調整機能への参加の推進とパブリックヘルス活動の展開には、専門性の異なる多様な人材の確保が必要である。EMT Type 2 として活動する JDR 医療チームには、活動地域におけるコーディネーションの核として機能することが期待されていくと予想される。そのためには、周辺に展開する他国 EMT と共に現地の保健施設や行政組織とのコミュニケーションが必須となり、英語のみならず現地語での柔軟性をもった交渉力が必要となる。同時に国際機関との十分なコミュニケーションも必要となる。“診療テントの外”での活動のためには、被災国で活動経験のある人材に連絡を取れるよう事前協定等を結び、現状よりも多種多様な人材を確保する体制整備が必要となる。また、医療チームの診療実績の分析から導かれる実施可能なパブリックヘルス活動の種類が多様化した場合に備えて、①登録できる人材区分の見直しを始める一方で、現在の登録隊員に対して、②既に JDR 医療チームで行われたパブリックヘルス活動やその考え方を既存の導入・中級研修を加え、各自の対応能力を向上させる、③JDR 以外の研修に参加して、パブリックヘルスに関する知見を広めることを推奨するといった方法で人材確保を推進することが望ましい。表 17 に調整機能との関係構築と人材確保に必要な活動と準備内容を示す。

表 17 調整機能との関係構築と人材確保に必要な活動と準備

目的	活動	準備
援助機関との関係構築	保健活動の中でも保健システム構築のための「リーダーシップと調整」の機能の発揮	先遣隊・本部要員及びコマンドポストの人員に保健クラスターや EMTCC で活動する人材として、語学堪能者（少なくとも英語）で、パートナーシップ構築、緊急支援調整業務経験を有する人材の追加配置
JDR 医療チーム現地支援活動の後方支援	JICA 研修受講経験の被災国籍者や現地在住邦人に、災害時にはボランティアとしての協力の要請	対象となる人材のリスト化やデータベース化
	派遣国の事情に通じた人材へ、災害時にはボランティアとしての協力の要請	国内の帰化者、現地在住経験者、JOCV 経験者などの語学堪能者や現地経験者のリスト化
	平時から活動している日本の国際 NGO に対し、緊急対応期の現地語通訳等の人材確保やロジスティック支援の要請	事前に協定を締結するとともに、JDR 医療チーム撤収後の支援ニーズの発掘等に協力する体制の整備
パブリックヘルス活動の実施	必要とされるパブリックヘルス活動が JDR 医療チームの現有能力を超える場合には、多様な専門家派遣等により柔軟な対応	栄養士、歯科衛生士、昆虫学者、衛生管理指導者、上水設備設置者といった人材の確保ができるように登録制度を再検討
	登録人材全員に、国内外で行われているパブリックヘルスに関する緊急援助関連の訓練や研修等への参加を奨励し、同受講者を優先的派遣対象に認定	国内外で実施されている、訓練、研修、講習会等の詳細情報の把握と一覧表の作成

## 6-4 支援業務の拡充及び中長期的な JICA 事業との連携に関する提案

パブリックヘルス活動は、現行の医療チームよりも長期間の派遣を想定する必要があるが出てくる。そのためには、隊員の勤務スケジュール管理を容易にすることや、感染症対策チームとの連携活動や自衛隊部隊と共に“JDR パブリックヘルsteam”としての活動を見越した派遣体制のシームレス化が有用であると考え。一方、緊急援助物資リストの拡大を行い、活動地域の保健医療施設の復旧にも寄与することは、JDR 医療チームの活動を記憶してもらい働きかけとして効果的であると思料する。

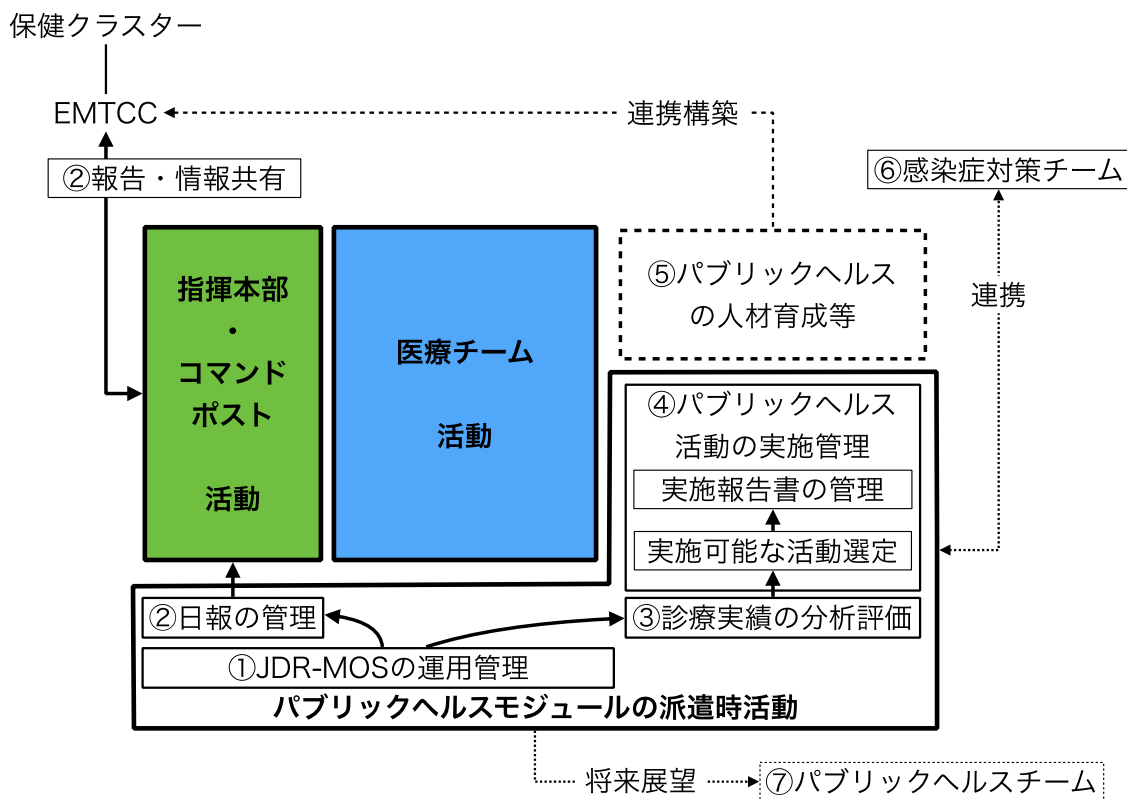
さらに、JDR 医療チームの活動に端を発する中長期的な JICA 支援事業が形成されるためには、活動中に見つけた支援ニーズを現地 JICA 事務所と共に、災害前より活動している国際 NGO 等へ発信し、共有していく努力が大切と考える。

表 18 支援業務の拡充及び中長期的な JICA 事業との連携

分類	活動内容	実施前準備
派遣体制のシームレス化	現状の〇次隊派遣という形態から、ニーズアセスメントに応じた人員交代制とし、情報共有と活動の継続性を担保	登録隊員に対する派遣形態の変更についての周知及び事務局の業務増加に対する体制整備
緊急援助物資リストの拡大	医療チーム活動の長期化へ備えるとともに、撤収後は現地の保健施設のインフラの応急措置に転用できる資機材の搬入	ソーラーパネルや浄水設備などの大型機器の追加
中長期支援ニーズへの対応	緊急開発調査チームに対して、保健セクターにおける中長期支援ニーズを共有化	JDR 事務局よりメンバーとして参加できるように基盤部及び人間部との事前協議

## 7. JDR チームの体制整備と将来構想に関する提言

上述した4提案を組み合わせた体制整備及び将来構想を下図に示す。



出典：調査結果と課題検討会での議論を基に調査団作成

図7 JDR チームの体制整備と将来構想案

JDR 医療チームの医療提供とパブリックヘルス活動の両立を支える基盤整備として、①現行の研修体制における MOS 班を発展させ、「パブリックヘルスマジュール」とする。パブリックヘルスマジュールは、派遣の際には、②活動日報の管理と指揮本部、コマンドポストを通じた国際協調の枠組みへの報告と情報共有を行い、③診療実績に基づく被災時の公衆衛生情報の分析・評価を行い、④現状の医療チームで可能なパブリックヘルス活動の実績を積んでいく。次に、平時の取り組みを組み合わせ、⑤コミュニティのニーズに即したパブリックヘルス活動が行えるように将来を見越した人材確保・育成とともに資機材や体制整備に従事していく。さらには、⑥感染症対策チームとの連携や⑦パブリックヘルステームの将来展望を検討していく。

JDR 医療チームにパブリックヘルス支援を実装させるには、上述を一例とするような整備計画を継続的に進めていくことが肝要であり、本整備に一貫して関わっていく人材確保も大切である。これは、“JDR 医療チームのパブリックヘルス活動をいかに体系化していくか”という命題にも繋がるものである。過去の医療チームの体制整備に対して、JMTDR が責任を持ってきたのと同様に、パブリックヘルスマジュールについても、責任ある実行体制を維持し、JDR 事務局と共に国際協調下で活動ができるよう、JMTDR の中での更なる検討が必要であると思料するものである。



# 添付資料



添付資料 1 : 現地調査日程表 (フィリピン、ネパール)

	月日		中島 康 (統括/保健全般(1)/災害援助)	藤井 まい (公衆衛生)
1	4/10	日	—	09:55 大阪 12:55 マニラ
2	4/11	月	—	10:00 フィリピン JICA 事務所表敬訪問 14:00 WHO フィリピン国事務所訪問
3	4/12	火	—	11:00:OCHA 訪問 15:00:フィリピン赤十字社訪問
4	4/13	水	09:30 成田 13:20 マニラ 16:00 UNICEF フィリピン国事務所訪問	9:00 保健省国際保健協力課(BIHC)、保健 緊急マネジメント課(HEMB) 訪問 16:00 UNICEF フィリピン国事務所訪問
5	4/14	木	6:35 マニラー7:55 タクロバン (タクロバン調査) 9:00 Department of Health Region 8 訪問 14:00 Basey District hospital 訪問 17:50 タクロバン発ー19:10 マニラ着	
6	4/15	金	13:00 WHO 西太平洋地域事務所(WPRO)訪問 団内協議(事務局、検討会代表、調査団)	
7	4/16	土	15:05 マニラ 18:50 クアラルンプール 20:05 クアラルンプール 22:30 カトマンズ	
8	4/17	日	AM:団内会議(事務局、検討会代表、調査団) 14:00 Nepal Health Research Council (NHRC) 訪問	
9	4/18	月	10:30 保健人口省 Epidemiology and Disease Control Division (EDCD)訪問 11:30 保健人口省 Health Emergency Operation Center 訪問 17:00 保健人口省 Nutrition and HIV/AIDS section 訪問	
10	4/19	火	(バラビセ調査) 7:00 ホテル出発 10:00 Bharabise Primary Health Center 訪問 11:00 Key Stone Hospital 訪問 12:00 English School 訪問 14: 00 Dhulikhel Hospital 訪問 17:30 ホテル着	
11	4/20	水	9:30-10:30 ネパール JICA 事務所表敬訪問 15:30 UNICEF ネパール国事務所訪問	
12	4/21	木	“Nepal Earthquake lessons learned International Conference”会議参加(1日目) WHO ネパール事務所表敬訪問 WHO 東南アジア地域事務所 (SEARO)所員と面談	
13	4/22	金	“Nepal Earthquake lessons learned International Conference”会議参加(2日目) NGO 等の職員と面談	
14	4/23	土	13:30 カトマンズ 18:15 バンコク 22:45 バンコク	13:30 カトマンズ 18:15 バンコク 23:30 バンコク
15	4/24	日	6:55 羽田着	7:00 大阪着

## 添付資料 2 : 主要面談者リスト

### フィリピン (Republic of the Philippines)

#### 1) 中央保健省 (Department of Health, DOH)

Ms Jocelyn Sosito	Senior Health Program Officer, Bureau of International Health Cooperation (BIHC)
Dr Arnel Rivera	Chief of Response Division, Health Emergency Management Staff (HEMS), Bureau of International Health Cooperation
Dr Voltaire Guadalupe	Coordinator, Health Emergency Management Staff (HEMS), Bureau of International Health Cooperation
Dr Ronald Law	Medical Specialist, Health Emergency Management Staff (HEMS), Preparedness division, Division, Bureau of International Health Cooperation
Dr Irvin Miranda	Health Emergency Management Staff (HEMS), Response division, Division, Bureau of International Health Cooperation
Dr Aida Barcelona	Preparedness division, Division, Health Emergency Management Staff (HEMS), Bureau of International Health Cooperation

#### 2) タクロバン保健局 (Department of Health Region 8)

Dr Paula Paz Sydiongco	Assistant Regional Director, Region 8 (Tacloban)
Dr Fidelita Dico	Coordinator, Health Emergency Management Staff Division

#### 3) JICA フィリピン事務所 (JICA Philippines Office)

Ms Atsuko Itsuki	Representative, Poverty Reduction Section, Human Security Group
Ms Etsuko Masuko	Chief, general Affairs Group
Ms Flerida Chan	Section Chief, Poverty Reduction Section, Human Security Group
Ms Mary Ann G Bakisan (MAAN)	Senior program officer, human security group

#### 4) WHO フィリピン事務所 (WHO Philippines Office)

Dr Gundo Auel Weiler	WHO Representative
Dr Benjamin Lane	Health System Recovery and Strengthening
Dr Kohei Toda	Expanded Programme on Immunization
Dr Gerardo Medina	Emergency and Humanitarian Action (EHA)
Dr Sasha Peiris	Foreign Medical Team coordinator during the response to Typhoon Yolanda
Dr Maricel de Quiroz Castro	Expanded on Immunization

#### 5) OCHA フィリピン事務所 (OCHA Philippines Office)

Ms Akiko Yoshida	Humanitarian Affairs Officer
------------------	------------------------------



Ms. Agnes Palacio National Disaster Response Advisor

**6) フィリピン赤十字社 (Philippines Red Cross)**

Dr Roderic Salve Manager, Disaster Management Services

Dr Archieval Molos Head of Health and Education division, Typhoon Haiyan, focal point of management of dead and missing

Ms Mari Morimoto Country representative, Philippines, Japanese Red Cross Society

**7) UNICEF フィリピン事務所 (UNICEF Philippines Office)**

Dr Mariella Castillo Health Specialist, Health and Nutrition Section

Dr Johanna Banzon Consultant for Health Systems and Resilience

Mr Geovani Lapiña WASH officer

**7) ベージー郡病院 (Basey District Hospital)**

Dr. Jessamine Elona Medical Doctor who managed hospital eventually alone during Typhoon Yolanda time

**ネパール (Federal Democratic Republic of Nepal)**

**1) 中央保健人口省 (Ministry of Health and Population)**

Dr Babu Ram Marashini Director, Epidemiology and Disease Control Division, Epidemiology and Disease Control Division (EDCD), Department of Health Services

Dr Gunanidh Sharma Deputy Health Administrator, Section Chief for Epidemiology and Disaster Management Section, Epidemiology and Disease Control Division, Epidemiology and Disease Control Division (EDCD), Department of Health Services

**2) ネパール保健研究協会 (Nepal Health Research Council (NHRC))**

Dr Khem Karki Member-Secretary

**3) バラビセプライマリーヘルスセンター (Bhrabise Primary Health Center)**

Dr Rabin Shimire Medical Officer

Dr Adrach Koju Medical Officer

Mr Sum Kumar Raut Administrative Officer

**4) JICA ネパール事務所 (JICA Nepal Office)**

Mr Tonokawa Hiroyasu Senior Representative

Ms Yuki Daizumoto Assistant Representative

Mr Krishna Prasad Associate Program Officer  
Lamsal

#### 5) デュリケル病院 (Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Hospital)

Mr Chandra Mandil Yogal,	Chief Program Manager, Community Department
Mr Kishan Shrestha	Office Assistant
Ms Subasna Shrestha	Deputy Head of Nursing Department
Dr Gakul Bhatta	Resident of 1st year
Ms Kimiyo Nishida	JOCV(Japan oversea cooperation volunteer), JICA Japan
Ms Umi Fukuoka	JOCV(Japan oversea cooperation volunteer), JICA Japan
Ms Akiko Miwa	JOCV(Japan oversea cooperation volunteer), JICA Japan

#### 6) UNICEF ネパール事務所 (UNICEF Nepal Office)

Mr Kazutaka Sekine	Health Specialist
--------------------	-------------------

#### 7) WHO 東南アジア地域事務所グループ (WHO Regional Office for South East Asia, SEARO Group)

Dr Poonam Khetrapal Singh	Regional Director
Dr Roderico Ofrin	Director, Health Security and Emergency Response
Dr Bardan Rana	Regional Advisor, Disease Surveillance and Epidemiology Unit
Dr Arturo Pesigan	Technical Officer, Emergency and Humanitarian Action, WHO Sri Lanka Office
Dr Payden Payden	Regional Advisor, Water and Sanitation

#### 8) ネパール大地震からの学びに関する国際会議

##### (Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015)

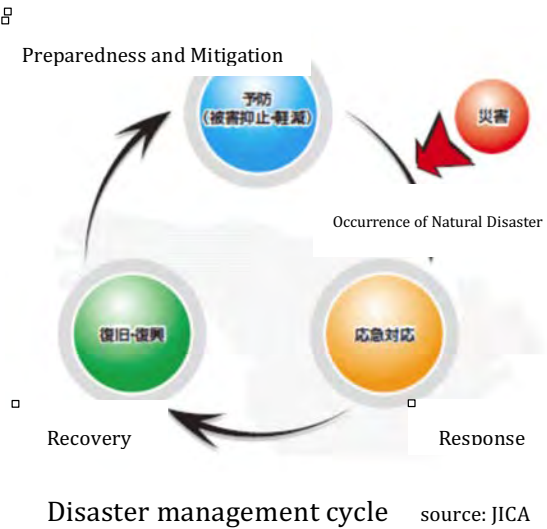
Ms Ruth Stringer	International Science and policy coordinator, Health Care Without Harm
Mr Mahesh Nakarmi	Health Care Without Harm
Ms Kit Leung	International Organization for Migration(IOM)
Dr Rishav Koirala	Psychiatrist
Mr Toyoaki Komatsu	Country Representative, Nepal Office, Shaplaneer
Dr Damodar Adhikari	National Professional Officer, WHO Nepal Office
Mr Poojan Shrestha	National Professional Officer, WHO Nepal Office
Mr Bhoj Raj Ghimire	Nepal Red Cross Society
Ms Suveckshya	ShahMarie Stops International
Ms Madhabi Bajracharya	Ipas

### 添付資料 3 : 現地調査用概要説明資料

#### Background

Japan Disaster Relief Teams (hereinafter JDR teams), formerly “Japan Medical Team for Disaster Relief (JMTDR)”, were established in 1987 with “the Law Concerning the Dispatch of Japanese Disaster Relief Teams (the JDR Law)” (revised in June 1992). The JDR teams are dispatched upon request by the disaster-affected country or the international organizations when a large-scale disaster occurs, and provide rescue, medical, and/or recovery assistance. The objective of the JDR scheme is to contribute to the promotion of international cooperation through their activities. The JDR teams have four classifications in relation to the type of their activities: “Rescue Team”, “Medical Team”, “Infectious Diseases Response Team”, “Expert Team”, and “Self-Defense Forces”. With the increase of Natural Disaster particular in Asian region, the expectation towards Japan’s assistance keeps increasing in recent years.

JDR team is a Japanese public organization especially for the rapid dispatch in response phase in disaster cycle. It has long been focusing on the assistance in emergency medicine, however, the JDR secretariat now started considering to expand its activities to the area of “Public Health” in its activities. Among 4 teams under the JDR secretariat, the medical team are highly likely to take over this component. The JDR team does not possess “Public Health Team”. It is also to seek possibilities for JDR’s activities to link with JICA’s other projects in other phase of a disaster management cycle.



#### Purpose of study

The purpose of this survey is to obtain necessary information for the JDR secretariat to reconsider the dispatch scheme and to expand the scope of activities with the inclusion of Public Health. The Public Health Advisory committee’s has been discussing the relevant topics based on 3directios listed below.

1. Linking between JICA’s projects in preparedness phase and emergency response activities (Preparedness)
2. Implementing on public health activities by JDR medical team in response phase (Response)
3. Bridging JDR’s activities to JICA’s projects for med or long term assistance in recovery phase (Recovery)

#### Survey sites and institutions

Phillipines (Manila, Tacloban), Nepal (Kathmandu, Barabise), Switzerland (Geneva)Government of Phillipines, Government of Nepal, OCHA, WHO, UNICEFF, Red Cross, ACAPS etc

### **Topics of survey and core questions**

#### **Survey on Public Health Activities in Emergency Response**

This is to learn how JDR medical team can incorporate PH concept into JDR's activities. Because JDR does not have a public health team, JDR is exploring a possibility to include PH activity into activities of its medical team.

- 1) Survey on existing public health related supporting activities by JDR medical team of JDR team JDR
- 2) Survey on the response by affected countries and other institutions relating to public health activities

Assumed questions:

- what kind of public health activities were conducted after major disasters in the Philippine (good practices and lessons learned); and
- what kind of public health activities corresponding government offices consider necessary at each phase in emergency.

#### **A Survey on (Jinsoku) Assessment for Post Disaster**

This is to seek views on JDR's process to conduct an assessment right after disasters to identify the most appropriate areas for providing possible assistance by JDR and dispatch corresponding relief team to an affected country.

- 1) Survey on effective way of collecting secondary information and its use
- 2) Survey on effecting reporting system
- 3) Survey at affected countries/areas to collect health and disease information

Assumed questions:

- what kind of major PH issues, processes for prioritizing, indicators for the assessment are appropriate in each phase of emergency; and
- how need-assessments particularly for PH in emergency and recovery phase should be conducted.

#### **Suggestions to JDR's management system to support for the area of public health**

- 1) Suggestions expanding assistance (public health) by JDR medical team
- 2) Suggestions for effective (Jinsoku) assessment conducted by JDR

添付資料 4 : 議事録

1) WHO Philippines

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	11 April, 2016
Participants	<p><b>WHO Philippines</b>          (Dr Gundo Auel Weiler, WHO Representative, at beginning)          Dr Benjamin Lane, Health System Recovery and Strengthening          Dr Kohei Toda, Expanded Programme on Immunization          Dr Gerardo Medina, Emergency and Humanitarian Action (EHA)          Dr Sasha Peiris, Foreign Medical Team coordinator during the response to Typhoon Yolanda          Dr Maricel de Quiroz Castro, Expanded on immunization</p> <p><b>Japan</b>          Ota Yumeka (JICA JDR Secretariat)          Tatsuhiko Kubo (Lead of Advisory Panel:Public Health)          Mai Fujii (JICA consultant)</p>
Meeting summary	<p>Dr Weiler, WHO Representative welcomed Japan’s team and all participants are actively involved in a discussion. Below is the summary of the discussion.</p> <p><b>About an idea of developing linkage between emergency programs and regular one (in mid or long term) technical cooperation.</b>          The programs for emergency are very limited in terms of its role and program duration. Ideally, emergency program should be able to continue with longer vision over recovery phase and WHO and other international agencies are also seeking the way to make such framework possible. If JICA can develop a good model, it will considered as very interesting case. It seems, in reality, the counterpart (Government of Philippines) has been having several parties, visions and policies, depend on the sections. (e.g. the sections of preparedness and response have different styles based on their mandate). Dealing with such power relation might be a challenge.</p> <p><b>About Japan’s assistance in emergency phase</b>          Japan has great advantage of its abundant supply and equipment which other teams are unable to prepare (e.g: Helicopters of Japanese Self-defense Force). The Japanese Self-defense force performed very well during Typhoon Yolanda time. Their support should be continued at any other emergency response. It is probably good to have national collaboration/coordination among JICA (for regular programs), JDR medical team (whose mandate is emergency response) and the function of self-defense force.</p> <p><b>About the definition of “Public Health Activities”</b>          It includes each and every areas. It can be community intervention, water and sanitation, installing portable toilets, providing safe drinking water, nutrition, immunization and any other possible activities. Rather than considering definition, it is more important to consider the areas which can be engaged in.</p> <p><b>Way of assembling and storing the relevant information</b>          Even in emergency phase, baseline data can be obtained from the existing databases. For example, if emergency vaccination program is about to plan, a coverage map should be used. In emergency situation, most information recording is conducted by manual because there is no electricity. It is of course not possible to record everything systematically in timely manner. The reality is that each possible staff is making his/her best to collect every single</p>

	<p>tip of information when possible.</p> <p><b>Prioritized areas, needs in emergency phase</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● It's absolute fact that "Deliveries" can happen at anytime even in emergency situation by natural disaster. It is inevitable to prepare the assistance by assuming such events.</li> <li>● Mental health</li> <li>● Mobile telephones, satellite telephones</li> </ul> <p>*Regarding the area of Water and Sanitation(WASH), the Korean military force seemed to play a major role by extending their stay (especially in Tacloban)</p> <p><b>Assessments</b></p> <p>There are some existing framework. The assessments in regular time conducted locally or globally can be good reference to learn the methodology.</p> <p>e.g</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mental Health Assessment Tool (<a href="http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf">http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf</a>)</li> <li>● WHODAS : World Health Organization Disability Assessment Schedule Disability <a href="file:///C:/Users/SARONI/Downloads/APA_DSM5_WHODAS-2-Self-Administered.pdf">file:///C:/Users/SARONI/Downloads/APA_DSM5_WHODAS-2-Self-Administered.pdf</a></li> <li>● Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response (2008) <a href="http://www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf">http://www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf</a></li> </ul> <p><b>How to provide information for the global reports (e.g. Flash Appeal)</b></p> <p>There is no regulation for the contents or intuition to provide. The first step is to contact the corresponding focal point. If it is WHO country office, Dr Gerald who is participating the cluster or coordination meeting will be the focal.</p>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Tatsuhiko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Tatsuhiko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> <li>● Dr Gerald (meeting focal WHO side, focal point for Flash Appeal Health Cluster)</li> </ul>
<p>Shared documents/useful information</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mental Health Assessment Tool (<a href="http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf">http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf</a>)</li> <li>● WHODAS : World Health Organization Disability Assessment Schedule Disability <a href="file:///C:/Users/SARONI/Downloads/APA_DSM5_WHODAS-2-Self-Administered.pdf">file:///C:/Users/SARONI/Downloads/APA_DSM5_WHODAS-2-Self-Administered.pdf</a></li> <li>● Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response(2008 ) <a href="http://www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf">http://www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf</a></li> </ul>	

## 2) Red Cross Philippines

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	12 April, 2016
Participants	<p><b>Red Cross Philippines</b></p> <p>Dr Roderic Salve, Manager, Disaster Management Services</p> <p>Dr Archieval Molos, Head of Health and Education division, Typhoon Haiyan, focal point of management of dead and missing</p> <p>*****</p>

	<p>(in separate meeting) Ms Mari Morimoto, Country representative, Philippines, Japanese Red Cross Society</p> <p><b>Japan</b> Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat) Tatsuhiko Kubo (Lead of Advisory Panel: Public Health) Mai Fujii (JICA consultant)</p>
Meeting summary	<p>Dr Salve and Dr Molos introduced and explained about on-going activities relating to emergency response. There are numerous hints and information for JDR to expand their services to Public Health. Separately, Ms Morimoto met with JDR team and additional information on relevant matter was provided. The details of discussions are as below.</p> <p>Philippine Red Cross is a humanitarian organization in the country, committed to provide quality life-saving services that protect the life and dignity especially of indigent Filipinos in vulnerable situations. There are 600-700 people working in Manila office.</p> <p>One of the red cross services is disaster management. There are six sub-categories in disaster management mechanism in red cross as below.</p> <p><b>①Assessment</b> Early recovery livelihood, shelter assessment, Relief assessment, Recovery assessment</p> <p><b>②Relief</b> Food, NFI, ES, INPM</p> <p><b>③Health Services</b> The Philippine Red Cross through its Health Services Department supports the expansion of primary health care coverage with its community based health programs. It also ensures <b>timely response to public health emergencies</b> and the <b>delivery of vital health care services in times of disasters.</b></p> <p>Its programs center on the importance of health promotion and prevention of diseases. Through the Health Services programs which focuses on <b>public health</b>, community health volunteers and volunteer health professionals are equipped with proper knowledge and skills in the areas of Water and Sanitation, Maternal and Child Health, Nutrition, HIV, Disaster Nursing, Communicable disease prevention and control which includes immunization, and community health assessments.</p> <p><b>Community Health Volunteers</b> are trained to do home care visits to do health promotion and perform basic health services such as taking vital signs. These trained volunteers are sought to support the health human resource in the communities in delivering activities such as those relating to supplementary feeding programs, determining disease prone areas, reporting diseases occurring in their neighborhood, and doing health checks.</p> <p>Health Promotion, Hygiene and Sanitation (Water and Sanitation) , Health Services, PMP, BACU, EFH</p> <p><b>Activities and Programs in Health :</b> Disaster Nursing Nursing Affiliations Nutrition Intervention Primary Health Care HIV/AIDS Education</p>

#### ④ Social Services

Social Services has been created to respond to the needs of the most vulnerable, adhering to the well-being of every individual and most especially promoting the inherent worth and dignity of human being. The programs and services that has been implemented focus on the proactive approaches and strategies, together with traditional reactive measures. It has been the dual approach that has made it unique and responsive.

#### ⑤ Safety Services

Safety Services is tasked with a nationwide educational campaign to ensure the health and safety of the Filipino people. To effectively carry out these tasks, the Safety Services program includes the conduct of training in: - First Aid - Basic Life Support - Cardiopulmonary Resuscitation - Water Safety (Swimming, Aquatic Lifesaving & Life Guarding) - Accident Prevention - Other basic rescue courses (EMT-Basic, Rope Rescue Technician, Vehicular Extrication, etc.) Safety Services also renders first aid, ambulance, beach patrol, life guarding and basic rescue services

**1. Guidance and Counseling** – the professional advise given to people in crisis situation for the possible solution of their problem.

**2. Psychosocial Support Program (PSP)/Critical Incident Stress Management (CISM) -**  
*It is a program that prepares the community to be able to cope and manage their stress during disaster and it includes support and care activities that bring the people of the community together and build a network between the organizations that work in the area.*

**3. Tracing Service** – assistance to locate displaced or missing person specifically a disaster that occurred either in the Philippines or in foreign country with whom contact or normal channels of communication have been cut off from their families.

**4. Emergency Leave Assistance for Filipinos who are in the US Service** - provision of health illness and death verification reports required by authorities as a basis for giving possible emergency leave grants to Filipino-US Servicemen.

**5. Welfare Services for Vulnerable Groups.**

**6. Military Welfare Service**

**7. Family Visit Program for the detainees** - a joint PRC and International Committee of the Red Cross (ICRC) program that provides free transportation and temporary shelter to family members who would like to visit their detained relatives in order to prevent family disintegration.

**8. Intercountry Casework** – assistance to individuals and families whose problem require an Intercountry approach.

**9. Referral Service** - clients whose needs are not within the scope of the Red Cross services are referred to appropriate agency.

**10. Early Livelihood Recovery Program** – the program aims to "put communities back onto their feet" by supporting restoration of livelihoods of the most vulnerable in the community. The focus is for a short-term immediate intervention. This entails the provision of a cash grant.

**11. Hot Meals** – is a feeding program that aims to alleviate human suffering and addresses malnutrition among calamity victims and the poor especially children.

**12. Training Program**

- Psychosocial Support Program (PSP)

- Welfare Aid

- Technical Support to PRC chapters on case management

#### ⑥ National Blood Services

The Philippine Red Cross National Blood Services is one of the major suppliers of blood in the country. The PRC is tasked to provide safe and quality blood through its active role in advocacy, education and promotion of voluntary blood donation, donor recruitment,



	<p>retention and care, blood collection, testing, processing and blood issuance through its network of 82 blood service facilities nationwide.</p> <p><b>Red Cross 143</b></p> <p>Red Cross 143 aims to promote a culture of self-help in schools, workplaces and communities by developing a formidable network of Red Cross volunteers who will prepare for disasters and respond rapidly to emergencies. Red Cross 143 was created to strengthen the PRC at the community level, by serving as the eyes, ears, hands and feet of the Philippine Red Cross on the ground. Red Cross 143 is composed of one leader and 43 members who make 44 volunteers on site and who will “take charge” and be first to predict, plan, prepare, practice, report and respond. As Red Cross 143 stands for “I love You Red Cross,” it also roughly translates to the passion and commitment of the volunteers. This program is actively on-going and it might be a good example when one want to implement community activities.</p> <p><b>Trainings</b></p> <p>The red cross also offers trainings to Philipinos in below areas. The bottom up of national awareness is fundamental to enhance the quality.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- First Aid</li> <li>- Basic Life Support - Cardiopulmonary Resuscitation</li> <li>- Water Safety (Swimming, Aquatic Lifesaving &amp; Life Guarding)</li> <li>- Accident Prevention</li> <li>- Other basic rescue courses (EMT-Basic, Rope Rescue Technician, Vehicular Extrication, etc.)</li> </ul> <p><b>Needs assessment :</b></p> <p>Regarding the needs assessment before the assistance starts, the red cross deploys the emergency programmes based on the pre-analyzed and assumed situation. This is to pre-consider the needs in emergency. For example, When big typhoon happens, there must be great needs and demands for safe water, portable toilets, blanket and other relevant services. Based on this assumption the red cross just adjust the size and timing of the assistance by referring existing information (such as population data or map). It is too late to start conducting needs assessment after the disaster happens. Preparation in regular time is also very important.</p> <p><b>Other Assessment (Evaluation)</b></p> <p>Regarding the assessment for sustainable assistance, as mentioned above, the Red Cross has specialized section for the assessment. This section covers not only for response phase but also subsequent phase which is recovery. All results of assessment is officially published and open to public by internet for reference. The red cross conduct below assessments.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Early recovery livelihood</li> <li>✧ shelter assessment</li> <li>✧ Relief assessment</li> <li>✧ Recovery assessment</li> </ul>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Tatsuhiko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>

Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Tatsuhiko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> </ul>
<p>Shared documents/useful information</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Philippines redcross HP: <a href="http://www.redcross.org.ph/">http://www.redcross.org.ph/</a></li> <li>● Disaster management services: <a href="http://www.redcross.org.ph/what-we-do/safety-services">http://www.redcross.org.ph/what-we-do/safety-services</a></li> <li>● Red Cross 143: <a href="http://www.redcross.org.ph/get-involved/red-cross-143/about-red-cross-143">http://www.redcross.org.ph/get-involved/red-cross-143/about-red-cross-143</a></li> <li>● Yolanda 2 years after <a href="http://www.redcross.org.ph/press/events/million-volunteer-run">http://www.redcross.org.ph/press/events/million-volunteer-run</a></li> <li>● Workbook to get ready disasters (for kids) English <a href="http://www.redcross.org.ph/online-resources">http://www.redcross.org.ph/online-resources</a></li> <li>● Workbook to get ready disasters (for kids) Tagalog <a href="http://www.redcross.org.ph/online-resources">http://www.redcross.org.ph/online-resources</a></li> <li>● Help Nepal Now <a href="http://www.redcross.org.ph/appeals">http://www.redcross.org.ph/appeals</a></li> </ul> <p>Assessment reports:</p> <p>Hypphoon Hayan 1 year progress report: <a href="http://www.ifrc.org/Global/Documents/Asia-pacific/1284800-Typhoon%20Haiyan-one-year%20report-EN-LR.pdf">http://www.ifrc.org/Global/Documents/Asia-pacific/1284800-Typhoon%20Haiyan-one-year%20report-EN-LR.pdf</a></p>	

### 3) OCHA Philippines

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	12 April, 2016
Participants	<p><b>OCHA Philippines</b> Ms Akiko Yoshida, Humanitarian Affairs Officer Ms. Agnes Palacio, National Disaster Response Advisor</p> <p><b>Japan</b> Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat) Tatsuhiko Kubo (Lead of Advisory Panel:Public Health) Mai Fujii (JICA consultant)</p>
Meeting summary	<p>Mr. Bidder, OCHA Head of Office welcomed Japan’s team. All participants actively involved in the discussion. Below is the summary of the discussion.</p> <p>OCHA is the part of the United Nations Secretariat responsible for bringing together humanitarian actors to ensure a coherent response to emergencies. Its mission is to mobilize and coordinate effective and principled humanitarian action in partnership with national and international actors in order to alleviate human suffering in disasters and emergencies. At the time of Typhoon Yolanda, OCHA played a role of liaison between the authorities and international responders, and facilitated international assistance with the Government of the Philippines. OCHA at times conveys sensitive messages to Member States on behalf of the affected government.</p> <p>In this meeting, OCHA elaborated on the international humanitarian response system (and how health actors might interact with the rest of the in-country stakeholders and those who deploy from outside the country) in the context of the Philippines and commented on its experiences working with Foreign Medical Teams during disasters.</p> <p><b>Possible organizations which are covering the area of public health</b> In the Philippines, there are country offices of WHO, UNICEF, Médecins Sans Frontières (NGO) , International Medical Corps, etc. who are well placed to discuss policy and operational issues related to public health in emergency response. OCHA can explain about</p>

overall coordination mechanism in emergency.

Below is the useful site for the individuals/institutions engaging in emergency response. Humanitarian organizations based in the Philippines are encouraged to sign on to the Humanitarian ID and people can find contact details in this database.  
<https://humanitarian.id/#/>

Other useful sites for sectoral coordination are:

<https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/philippines>

<https://fts.unocha.org/>

<https://vosocc.unocha.org/>

### **Response at Typhoon Yolanda time 2013 (The one JDR medical team provided assistance)**

Concentration of certain assistance occurs and the coordination is not a simple task. When international responders established a coordination hub in Chautara, Sindhupalchok, Nepal (earthquake in 2015), the offer of setting up the much needed field hospital brought about a favourable decision by the local authorities to allot the only safe, open space in the neighbourhood to international responders. International organizations established sub-offices surrounding the field hospital. Most dispatch was more or less 2 weeks per team. Most foreign teams were somehow categorized by using the cluster approach (Health, Wash, medical team etc) within a month.

As for the medical team, one aspect is that assistance concentration due to popular area. On the other hand, when the actual need is confirmed, it was difficult to detect where the appropriate team was. It was not easy to find a medical team who can provide immediate service for the casualties.

### **What JDR should do?**

- Participate in the coordination mechanism established for emergency medical teams. In the case of Typhoon Yolanda, the Department of Health (or their local representation) with WHO support coordinated the activities of emergency medical teams.  
(OCHA would like to encourage JDR and other deployments from Japan to take part in international coordination mechanisms, be it the DOH-WHO emergency medical team coordination meetings or the Health Cluster coordination meetings.)
- As mentioned above, it is recommended to register the below site in regular time.  
<https://humanitarian.id/#/>
- It might be good to refer useful documents/sites/database in regular time. For example, in **International Humanitarian Assistance Guidelines**, there are plenty of information such as precautions and instructions in emergency time. Details can be obtained by DoH.
- When same/similar forms of assistance concentrate, the key to determine whether the offer of support is declined or accepted by the affected government is the flexibility and resourcefulness of the team that deployed. Even if the assistance offered (e.g. medical) is no longer required by the field or the corresponding country, JDR might be able to meet other needs for which the assistance is welcomed. For example, in the Philippines, Urban Search and Rescue teams have been asked to support body retrieval once the SAR phase was over. The Canadian military deployed to Sindhupalchok offered mapping service to local authorities and international responders once the immediate needs for logistics were met.
- The International Search and Rescue Advisory Group (INSARAG) is currently discussing the evolving role of USAR teams (i.e. “beyond the rubble”). It might be interesting to follow this discussion and explore how JDR and the Japanese emergency

medical teams can work with the medical support cell of USAR teams.

- Other than the language skill, negotiation skills are generally very important.
- If JDR has access to health experts in its registration system, it might be worth exploring establishing standby and surge rosters by which experts can be deployed to affected governments and humanitarian organizations. OCHA, UNICEF and WFP have standby partnership agreements with organizations such as RedR Australia, Norwegian Refugee Council, the Swedish Civil Contingencies Agency (MSB), and MapAction.
- OCHA listened to JDR's presentation on the Japanese adaption of the Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters (SPEED) with interest and looks for to hearing about its promotion amongst emergency medical teams.

#### **About assessment**

- SuRF: (Surveillance of Risk Factors)

[http://www.who.int/ncd\\_surveillance/en/726.pdf](http://www.who.int/ncd_surveillance/en/726.pdf) (Report 1 : Global Data)

<https://apps.who.int/infobase/Publicfiles/SuRF2.pdf> (Report 2: By country)

\*Topics included in SuRF (Tobacco use, Alcohol consumption, BMI as a measure for obesity, Cholesterol, Diabetes, Blood pressure, Physical inactivity, Nutrition (consumption of fruit and vegetables)

Assessment report by NDRRMC (National Disaster Risk Reduction and Management Council) <http://www.ndrrmc.gov.ph/index.php>

Assessment is an eternal challenge. OCHA has a role in facilitating coordinated needs assessments as the situation requires. The assessment report of limited area by local NGO, for example, cannot be generalized to the nationwide results. In the Philippines, consultations are underway amongst authorities and international responders to agree on inter-agency protocols and tools in advance of an emergency. In the future, the tools might be made available to foreign emergency response teams so that the data they collect can inform the overall needs assessment and analysis.

#### **What activity is needed in the area of Public Health**

- Psychosocial support
- Information, education and communications (IEC) activities, particularly on public campaign related area
- In many fields, electricity is not available. When each individual cannot use his/her mobile phone, radio was relatively a useful tool to provide information to general public. If electricity is available broadcasting Video also might work.
- Community Engagement (two-way communication between the affected people and aid workers)
- Awareness Raising (particularly gender and protection issue)

#### **Reporting system**

Even for the Flash Appeal, which is released within a week of disaster onset, the evidence base has not been obtained that systematically. If Japan has relevant information or data, it is good to share it with relevant cluster lead and/or co-lead agency. Cluster co-leads provide sectoral inputs to OCHA Situation Reports and 3W maps and matrices (Who-does-What-Where), which inform a broad range of public information products such as Humanitarian Snapshots and Humanitarian Dashboards.

There are several reporting systems in emergency. In terms of finance, for example, pledges/commitments/contributions are tracked by the Financial Tracking Service (FTS).

	<p>Ideally, the expenditure is also recorded. However, the former is better tracked than the former. The plan of each project is developed based on rapid assessment, though the coordination between the field and aid agencies is a different matter. Ministry-level planning is also very vertical. Not only does DoH (Department of health) but DSWD (Department of Social Welfare and Development) maintains databases and, ideally, those useful ones should be best utilized in emergency.</p> <p><b>Others</b> Like JDR, below agencies has external registration system. RedR Australia, Norwegian Refugee Council, MSB (in Sweden), MapAction, (in UK, NGO)</p>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Tatsuhiko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Tatsuhiko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> </ul>
<p>Shared documents/useful information</p> <p><a href="https://humanitarian.id/#/">https://humanitarian.id/#/</a> (Humanitarian organizations based in the Philippines are encouraged to sign on to the Humanitarian ID and people can find contact details in this database).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● International Humanitarian Assistance Guidelines (Can be obtained by DoH)</li> <li>● SuRF: (Surveillance of Risk Factors)</li> </ul> <p><a href="http://www.who.int/ncd_surveillance/en/726.pdf">http://www.who.int/ncd_surveillance/en/726.pdf</a> (Report 1 : Global Data)</p> <p><a href="https://apps.who.int/infobase/Publicfiles/SuRF2.pdf">https://apps.who.int/infobase/Publicfiles/SuRF2.pdf</a> (Report 2: By country)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Assessment report by NDRRMC (National Disaster Risk Reduction and Management Council)</li> <li>● <a href="http://www.ndrrmc.gov.ph/index.php">http://www.ndrrmc.gov.ph/index.php</a></li> </ul> <p>Other useful sites for sectoral coordination are:</p> <p><a href="https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/philippines">https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/philippines</a></p> <p><a href="https://fts.unocha.org/">https://fts.unocha.org/</a></p> <p><a href="https://vosocc.unocha.org/">https://vosocc.unocha.org/</a></p>	

#### 4) UNICEF Philippines

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	13 April, 2016
Participants	<p><b>UNICEF Philippines</b> Dr Mariella Castillo, Health Specialist, Health and Nutrition Section Dr Johanna Banzon, Consultant for Health Systems and Resilience Mr Geovani Lapiña, WASH officer</p> <p><b>Japan</b> Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat) Tatsuhiko Kubo (Lead of Advisory Panel:Public Health) Mai Fujii (JICA consultant)</p>
Meeting summary	UNICEF is an agency of the United Nations devoted to serving the world's children. In UNICEF office, there are more than 60 people working in the areas of Child protection, education, health and nutrition, disaster risk reduction and emergencies, HIV and AIDS

prevention, child protection, communication, and local policy and institutional development.

UNICEF is the government's co-lead agency in the area of WASH and NUTRITION in the cluster approach of emergency. Some programs are implemented in both in regular time and in emergency, such as WASH (water, sanitation and hygiene). It is possible to do so, because there are separate budget framework in emergency and this can be used for continuation of programs in regular time in emergency recovery phase. In Level 3 emergency, the country office level has the authorization to allocate budget (Which makes process much faster compared to other organization where need to request for approval to upper authority in regional office or HQ). This style has great advantage to respond the real need to the field.

**About WASH (water, sanitation and hygiene)**

WASH stands for Water, Sanitation and Hygiene. In order for people to practice proper hygiene, many activities particular stressing on use of safe drinking water, use of toilets, and hand washing is continuously conducted especially for children. The typical style of project is for WASH specialists to administrate the finances and human resources, monitor the process of the overall program, and deploy the services for water (e.g. water kits, water trucking, repair or construct water sources), hand washing, use of toilets (e.g. build temporary latrines, distribute sanitation kits, or use portable toilets). The background of a WASH specialist does not necessarily require the medical background but ranges from engineering, communication for development in WASH, health promotion, rather the aspect to convey the proper and technical WASH messages are considered important. Therefore, it is often the case that local expert who can manage the local language plays an important role at the grass-root level in conducting hygiene promotion for WASH. Staff with appropriate WASH experience are key in managing overall process of the program. WASH is one of the major activities of UNICEF and relevant projects are actively ongoing all over the world.

**Needed Public Health Activities**

Mental Health Activity is good one to consider. Reportedly, children in Tacloban are still afraid of being under sun due the experience of Big Typhoon happened. Actually, several activities have already been started by NGO, with the lead of the government. More concretely to say, some of the ideas are to adopt relevant community-based mental health programs. Some activities that were tried include art, theater, or music programs in a community.

**About overall assistance in emergency**

One of the UNICEF's program is to providing emergency kits such as water, hygiene, sanitation, health kits, among others. In order to make rapid and large procurement of such items possible in emergency, UNICEF HQ level has long term agreements with companies for critical emergency supplies in regular time. Such preparation in regular time or making agreement should be considered.

**About JDR (Japan)**

Japan can probably deliver high-tech items such as GIS mapping or communication tools in emergency. At the time of Typhoon Yolanda in 2013, using radio was effective method to transmit message to community people.

**Assessment**

UNICEF's style of assessment is "lessons learned"(refer to the given docuemtns) and using a results framework based on the Core Commitments for Children in Humanitarian Situations. After the project is implemented, the point needed to be improved, the challenges

	<p>and issues are detected and discussed. Good practices can also be a good models, though lessons learned is good materials to make an improvement. Comparison of plan and actual implementation might be good to see the gap between the assumption and reality.</p> <p>Assessment of human resources is also conducted with the questions of how many necessary staff was in shortage or what technical expertise was need for the corresponding programs etc.</p> <p>There are several standardized assessment methods by using some standards such as SMART Survey (Nutrition, Food Security and Livelihoods etc)</p> <p>In the shared documents such as Lesson Learned: Tropical Storm Sendong (WASHI) - WASH Cluster Philippines 2012 and WASH in emergencies, there were also full of information. In the WASHI documents, there were four major parts described; overall (coordination and information management), Water, Sanitation, and Hygiene. The detailed method of assessment, assessed topics results, detailed processes and schedules at that time were there as well as the lessons learned not only for emergency phase but also in the preparedness phase. It was agreed that JDR will review them carefully and make it as strong reference for the JDR's service improvement. One of the remarkable feature was the existence of IDPs and it has a cardinal importance to consider those groups when providing assistance.</p> <p>By referring WASH documents, more detailed information about WASH can be obtained.</p> <p>In the home page of UNICEF's Office of Emergency Programmes (EMOPS), overall UNICEF's activities were introduce with detailed information.</p>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Tatsuhiko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Tatsuhiko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> <li>● Johanna and Mariella (Health)</li> <li>● Geovani( WASH: water, sanitation and hygiene)</li> </ul>
<p>Shared documents/useful information</p> <p>WASH in emergencies: <a href="http://www.unicef.org/wash/index_4458.html">http://www.unicef.org/wash/index_4458.html</a></p> <p>Lesson Learned: Tropical Storm Sendong (WASHI) - WASH Cluster Philippines 2012  <a href="http://reliefweb.int/report/world/lesson-learned-tropical-storm-sendong-washi-wash-cluster-philippines-2012">http://reliefweb.int/report/world/lesson-learned-tropical-storm-sendong-washi-wash-cluster-philippines-2012</a></p> <p>UNICEF emergency website  <a href="http://www.unicef.org/emergencies/">http://www.unicef.org/emergencies/</a></p>	

5) DOH Philippines

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	13 April, 2016
Participants	<p><b>DOH Philippines</b>  Ms Jocelyn Sosito - Senior Health Program Officer, BIHC  Dr Arnel Rivera - Chief Response Division, HEMS  Dr Voltaire Guadalupe - Coordinator, HEMS  Dr Ronald Law - Medical Specialist, Preparedness division, HEMS  Dr Irvin Miranda - Response division, HEMS  Dr Aida Barcelona - Prepared ness division, HEMS</p> <p><b>Japan</b>  Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat)  Tatsuhiko Kubo (Lead of Advisory Panel: Public Health)  Mai Fujii (JICA consultant)</p>
Meeting summary	<p>Ms Jocelyn Sosito kindly organized joint-meeting with BIHC(Bureau of International Health Cooperation) and HEMB (Health Emergency management bureau) of DOH. Thanks to good preparation, it was very well organized and all participants were actively involved in the discussion. After the meeting, a site-visit to operation center was also conducted. Below is the summary of the meeting.</p> <p><b>BIHC (Bureau of International Health Cooperation)</b>  BIHC is one of the section of DOH whose functions are to develop standards, mechanisms and procedures for international health cooperation; to provides services related to mobilization, coordination, management and assessment of externally supported health projects and initiatives; to provides services related to promotion, coordination and mobilization of health sector support for international initiatives in health; and to advise the Secretary and Undersecretary of Health on matters pertaining to international health programs, projects and initiatives and externally supported national and local health projects.</p> <p><b>HEMS (Health Emergency management staff)Response and Preparedness</b>  This service initially launched in 1993 with the legal basis for the DOH to establish and maintain an effective Health Emergency Preparedness and Response (HEPR) program. It consists of two units; response and preparedness. Each has its own mission and mandate particularly focusing on emergency situation.</p> <p><b>Operations Center (OpCen) for Health Emergency and Disasters</b>  There are an operation center under the office of the secretary. It is located next to the DOH building. The OpCen is responsible for initiating coordination of the DOH Central Office with the Centers for Health Development (CHDs),DOH Hospitals, local government and private hospitals, other government agencies and non-government organizations (NGOs).</p> <p><b>About Public Health Administration</b>  The response team of HEMS is in charge of 4 areas in United Nations Cluster System. They are Health, Nutrition or Water and Sanitation etc. As for the health cluster, the response group formulate two teams for dispatching in emergency situation. One is “Medical” and the other is “Public Health”.</p>



	<p>Medical team can be dispatched as a “hospital team” within 2weeks once disaster happens and in order to do so, surgeons and nurses are stand by.</p> <p>The back ground of public health team varies to respond various technical areas such as EPI (Expanded Program on Immunization, improving nutrition, water and sanitation. The registered manpower is Generalist Doctors, engineers (who can fix machine as well as the supervise the local staff), nurses, nutritionists, Phycologists, surveillance officers, epidemiologists etc. In particular, doctors and nurses are tend to assign the monitoring role of overall program (e.g. TB program coordinator)</p> <p><b>Necessary action for Public Health in Philippines</b>  Philippines consists of numerous islands. It needs to expect various types of natural disasters not only Typhoon but Volcanic Eruption, Flood, Landslides and therefore the government needs to respond many different kinds of public health issues. This DOH is one of the ministry at national level, yet it is not always the case that authority is granted at policy level. This is a one of the challenge.</p> <p>Also, the Philippines has strong demand for the transferring Referral system) by using helicopter due to the existence of islands.</p> <p><b>Issues at Typhoon Haiyan (Yolanda) time in 2013 (focusing on Public Health)</b>  There are many (foreign) medical team came to assist in emergency phase. On top of this, there was an impression that the area of water and sanitation had sufficient support. Some issues were left behind such as no toilet in shelter and gavage management. Toilet issue is not a single task, it does not mean just to install. If the person who use the next feel comfortable, he/she will not use it. If it is not gender segregated one, it can be dangerous zone particular for women. Relevant program needs to consider such educational as well as gender aspects to provide support.</p> <p><b>Expected assistance (overall)</b>  WASH is one example. In one area there are small pandemic of cholera in rainy season. One possible cause is open defecation. Though, even the solution is simply to provide safe water, it is very difficult to convince local people to start using boiled or chlorinated water. They hate the change of taste of water. In such area water purifier is the best of option is assistance is provided. It is important to provide support which is match to the local needs.</p> <p>Some holistic approach to aim sound mechanism such as maintaining the cold chain would also be appreciated.</p> <p><b>About Preparedness phase</b>  In general, general public has relatively lower awareness on any matter. Recently, there were 4-months –long-flood occurred, though, mothers are smiling by let the children swim. Rather than considering the response in emergency phase, it might be important to educate people in regular time. The Philippine holds various ethnic groups which results for holding numerous local language groups. Therefore it is not possible to develop program by using single language. Educational tools such as a flip chart that can give information by picture might be effective.</p> <p>As the support of communication tool, providing satellite phone works. Also, something which can provide same information over and over (such as Video)</p>
--	---

	<p>could be useful.</p> <p><b>About JDR (Japan)</b>  <b>The topics which DOH consider as high demand are below.</b>          -Communication tool (including dispatching engineer to set up the machine)          -Water purifier          -Mapping system (high tec one as Japan use)          -GPS          -Vehicles for transportation and referring the patients          -Pack Items( medial kit, drug kit, MCH kit, Reproductive health kit, toy kit et)</p> <p>It might be good to have continuous exchange of information between the Philippines and Japan. Developing such sound relationship is also important. It might be an idea to conduct joint-training for emergency at jangle of Philippines. DOH welcome Japan.</p>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Tatsuhiko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal of Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Tatsuhiko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> </ul>

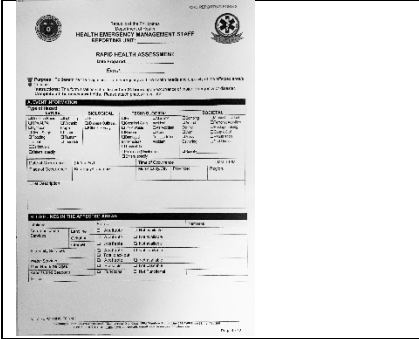
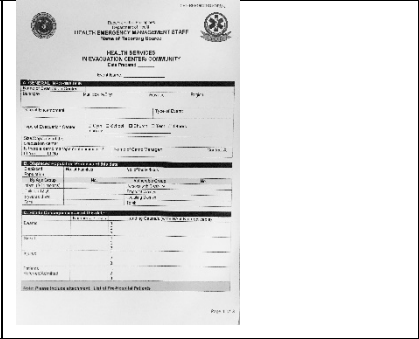
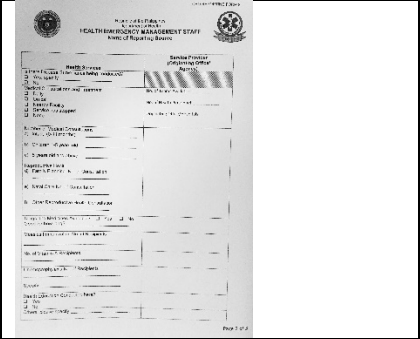
Shared documents/useful information  
 Education tools displayed at DOH

Educational tools	For health worker (nutrition) Tagalog and English	For community people (nutrition)

Operation Center

Emergency kit preparation	Operation Center	Standard warning signals

## Templates of assessment

		
Rapid Health Assessment Form	Field Reporting Form 1	Field Reporting Form 2

## 6) Department of Health Region 8 Philippines (Tacloban)

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	14 April, 2016
Participants	<p><b>DoH Region8 Philippines (Tacloban)</b>            Dr Paula Paz Sydiongco, Assistant regional director, region 8 (Tacloban)            Dr Fidelita Dico, coordinator, Health Emergency management staff division</p> <p><b>Japan</b>            Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat)            Tatsuhiko Kubo (Lead of Advisory Panel: Public Health)            Yasushi Nakajima (JICA consultant, head of the survey team)            Mai Fujii (JICA consultant, Public health focal)</p>
Meeting summary	<p><b>Situation and issues at the time of Typhoon Yolanda 2013 (Focusing on Public health relevant issue)</b></p> <p>Dr Sydiongco welcomed the Japan's survey teams visit and provided a presentation by using the slides of full of information of Tacloban's damage at Typhoon Yolanda time. Below are the summary.</p> <p><b>Shortage of staff</b>            DoH Region 8 was responsible for Public Health Administration of the areas including Tacloban. At that time all staff were also became the victims of the disaster and there were only 2 people who were able to work. Even during the time of coordination for emergency assistance, only 15 staff were available.</p> <p><b>Difficult coordination: foreign team</b>            Acceptance foreign assistance team and coordination activity was really a challenge. For example, there were teams who did not wait government official's guidance. The overall volume of overall workload was apparently overwhelming. There was no good collaboration mechanism among foreign teams and it seems they were not communication well one another.</p> <p><b>Prevailing public health issue (throughout response to recovery phase)</b>            Nevertheless to say, the medical related issues were there, though, on top of that the public health related issues were very much apparent. Even after the response phase, the issues</p>

relating to public health were prevailing. (e.g. how to deal with psychiatric patients who lost families and live in a community. In Tacloban, more or less 80 % of people have custom to buy food materials on daily basis. Though it was not possible to go back such an ordinary practice. The set-up and maintenance of the toilets or basic infrastructure in newly developed areas after the typhoon is still the issue.

**No support after the emergency phase**

There were various kinds of assistance provided such as UNICEF’s WASH, vector control, or nutrition though the common difficulty was to maintain those support after they are gone.

**Data collection tool was confusing**

There are various tools for data collection and this situation itself gives confusion (e.g. APCEN and SPEED, PIDSR etc)

**Education tool not enough**

Picture story show, pamphlet, various education and program tools are existing in central DoH though it does not come to the region. (possible cause could be insufficient budget to make copies, delay for translation to local languages)

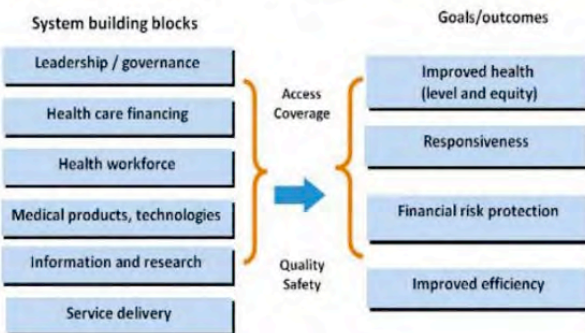
**Needed action for Public Health**

Mental Health: As an example, it might be an idea to provide joyful experience to children in school. Providing some program to school may be something which external assistance can do. The training for dealing with mental health is also appreciated.

**About overall assistance**

- Good Interagency Collaboration is must.
- Disaster does not mean only about typhoons but also many other events. Holistic ideas considering other disasters including flood is desired.
- The support relating to communication tool is requested if possible. At the time of Typhoon, mobiles did not work and only the satellite phone was functioning. Messages can be reached to general public is radio is available. (Regarding electricity, solar panels were provided by UNICEF).
- When disaster happens, all health programs in regular time receive some obstacles. The support to boost such situation up is needed.
- Strengthening health workforce should selectively be considered.
- Regarding health system strengthening (refer the chart below), the support should also be considered in this context. If health system is not strengthening, same (negative) consequence will occur. It is fundamental to strengthen the system itself to enhance the resiliency.

**The WHO Health Systems Framework**



	<p><b>Recovery Phase (of emergency cycle)</b> When external donor promised to cover some area for reconstruction, the government count out that area from its supporting plan. However it actually happened that promised dwellings for victims was not constructed by external donors as promised and in such case, it is very difficult for government to later cover the area because the supporting plan was already excluded from the plan of government side.</p> <p><b>Preparedness Phase</b> Thought the experience, the government discovered that the some assumed shelters themselves were not safe. It was an important lesson to well identify ad secure the safe shelters. If external support can highlight such parts of investigating the level of earthquake resisting, or developing the holistic plan, it will be greatly appreciated.</p> <p><b>About JDR (Japan)</b> The Japan’s self-defense force engaged in mosquito control and it was good.</p>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Tatsuhiko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Tatsuhiko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> </ul>
Shared documents/useful information	

## 7) Nepal Health Research Council (NHRC), Nepal

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	17 April, 2016
Participants	<p><b>Nepal Health Research Council (NHRC), Nepal</b> Dr Khem Karki, Member-Secretary</p> <p><b>Japan</b> Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat) Mieko Ishii (member of Advisory Panel: Public Health) Yasushi Nakajima, JICA consultant (head of the survey team) Mai Fujii, JICA consultant (public health focal)</p>
Meeting summary	<p>Dr Khem Karki is an expert who had jointly led the EMT coordination committee with Dr Ian Norton, WHO HQ at the time of great earthquake in 2014. When earthquake happened, there were no experienced experts in order to manage the surge of the foreign teams. Dr Karki was also the one who accepted the sudden appointment without relevant trainings and devoted himself for liaison and coordination of foreign assistance as Nepal side. Technical inputs were provided for relevant meeting topics as below from his precious experience.</p> <p><b>Needs for Public Health Activities</b> Nevertheless to say, a demand of public health activities is high. Below are some of the happened cases and suggestions for the next time.</p>

- Some places in Nepal is hard-to-reach areas due to holding many mountainous regions. There was a disaster-affected village where took 48 hours for first aid mission to reach. Another place requires 70 hours to access. It is significant to consider that necessary assistance often does not to reach such places.
- It might be important to pay attention for providing prescribed drugs for NCD (non-communicable diseases) patients, such as diabetes. Providing safe water or vitamin tablets are often included in aid programs in emergency, but not specific medicine. Issue of lacking medicines for such patients are not spotlighted.

**Expectation/possible ideas for JDR team**

- When considering a cost-effective support, there are many options to improve the services without increasing budget or making large-scaled changes.
- There are at least two scenarios to provide a support. One is to focus on the easy-access-area and the other one is to target the hard-to-access areas.
- How about preparing a light equipped team, in addition to the mobile clinic team. The light equipped team can possibly respond faster in flexible manner.
- At least 24 medical team were existing at the same time. It might be an idea to equip something that other team cannot prepare easily. For example, establishing fine referral system by using the helicopter will definitely be appreciated.
- Once assigned the areas for the activity, how about putting tent in the corresponding area and make this “hub-and-spoke”. Then it might be feasible to conduct outreach activities by making pair of medical and public health staff.
- Each medical team has strength and weakness. Isn’t is possible to provide more sophisticated support by sharing information? For example, regarding medical equipment, one team is holding the handy X-ray machine but other machines are relatively large, and Japan is vise-versa. If those teams can best utilized their equipment by collaborating, it surely gives positive results.
- The largest foreign medical team should play the role of coordination to best distribute the services in terms of geographic location, or their functions.
- Considering the overall moral of the team might be an important topic. (Indifference of local issue, showing fear to the dirty closed people).
- Regarding providing back-up support to the local authorities such as MoH divisions or hospitals there was cases to support hospital night shift staff. Though the results turn out good and bad depend of the situation. The medical standards of Nepal is not equally the same as the ones in other countries and same for the medical treatment or the philosophy. There was a case that highly-foreign-educated team could not follow the Nepalese style and collaboration between them did not work out. If close contact is made beforehand, collaborating activities and agreement between Nepal and foreign teams by assuming emergency, the probability of success may become higher.

**Support of JDR**

In terms of PR, China seems to be predominant. When looking out over the sites, it gives impression that Chinese tents are established everywhere, on the other hand, the ones of Japan can hardly find. China may have some tactics for advertisement for their activities, but

	<p>it seems Japan does not have such ideas to make the activities visible.</p> <p>It might be good to have publicity function by using radio or something.</p> <p><b>Assessments</b> If conducting water examination is an idea of new activity, it had better for the team members of JDR to oblige the report the results to the local authorities and international agencies before going back to their own country.</p> <p>In order to conduct post-evaluation of the services, Nepal sent out the questionnaire to 150 aid partners. Only 30 came back. It seems that team people cannot help not to prioritize Nepal matter once they get back to their ordinary busy life in their countries.(JDR was the one send the filled form back to Nepal)</p> <p>It is good to conduct it with low cost by using existing simple tools. For example, the European teams are using gmail for assessment.</p>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Mieko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal for Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Mieko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> </ul>
Shared documents/useful information	

**8) Epidemiology and Disease Control Division (EDCD), Department of Health Services, Ministry of Health and Population, Government of Nepal**

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	18 April, 2016
Participants	<p><b>Epidemiology and Disease Control Division (EDCD), Department of Health Services, Ministry of Health and Population, Government of Nepal</b> Dr Babu Ram Marashini, Diretor, Epidemiology and Disease Control Division Dr Gunanidh Sharma, Deputy Health Administrator, Section Chief for Epidemiology and Disaster Management Section, Epidemiology and Disease Control Division</p> <p><b>Japan</b> Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat) Mieko Ishii (member of Advisory Panel: Public Health) Yasushi Nakajima, (JICA consultant, head of the survey team) Mai Fujii, (JICA consultant, Public health focal)</p>
Meeting summary	Dr Marashini and Dr Gunanidh kindly accepted a sudden meeting request without prior appointment. Dr Marashini and Dr Gunanidh were government officials who had made an important role of coordination at the time of Great Earthquake in 2014. Based on the experience of liaison and coordination at that time, some technical inputs were provided as below. There were second chance of meeting with above mentioned senior officials at Nepal Earthquake lessons learned international conference held 21 and 22 April 2016.

**Public Health Activities (At the time of earth earthquake 2014)**

There was a team which was clearly provided public health services during the emergency phase after the earthquake. It was the one of China. Actually, it was not the case based on the request of Nepal side, and the number of team member was large (50 people!).

Therefore the aspect of coordination was somehow unexpected and a little bit hectic but their activities were worth introducing. Once they received the assigned area, they immediately moved ahead to that site and conducted various public health activities.

Their “medical team” and “public health team” were completely independent. As for the public health team, it consist of experts in various technical areas. They were:

- ✧ Epidemiologist
- ✧ Public Health doctors
- ✧ Psychiatrists
- ✧ Counselors
- ✧ Medial Microbiologists
- ✧ Medical Entomologists
- ✧ Pharmacists

Particularly, having entomologists in a team is very useful and appreciated.

At that time, many houses were completely or partially destroyed and safe water was not available. Chinese team jumped in such situation, provided water bottles or useful packages of necessary items for daily life. Water examination was conducted and medical entomologists made an important role to prevent vector borne diseases.

**Public Health Activities (Present)**

Government of Nepal is having training program to strengthen such skills in emergency and they are conducted in (regular) preparedness phase.

As an example of the training, details of 2-day training for the government officials were introduced to Japanese visitors and training texts written in Nepalese was shown.

**About JDR (Japan’s team)**

It might be an idea to have variation of the staff in a team. Medical entomologist should be very much appreciated in the fields.

**Emergency response**

Training in regular time is important.

Once a year hospital training is obligated (There was a note in other meeting that this is not completely followed)

4-day-long program for rapid response team is organized and the contents of the program includes public health area (compared to the Japanese DMAT which is more focusing on the clinical aspects)

2 days are spent to learn for the clinical aspects and the rest 2 days are for the outbreak response. In addition, there are more component to learn coordination, risk management, care for the pregnant women, nutrition, WASH, and mental health (though details are unknown due to the language barrio: the text was written in Nepalese)

There are 7 to 8 members in 1 team. The constitution balance of medicine/public health is half/half. Regarding the surveillance, the symptom-based surveillance is easier to use and understand rather than the diagnostics surveillance for the mobile medical team.



Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Mieko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Mieko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> </ul>
Shared documents/useful information	

### 9) Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Hospital

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	19 April, 2016
Participants	<p><b>Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Hospital</b></p> <p>Mr Chandra Mandil Yogal, Chief Program Manager, Community Department  Mr Kishan Shrestha, office assistant  Ms Subasna Shrestha, Deputy Head of Nursing Department  Dr. Gakul Bhatta, resident of 1st year  Ms Kimiyo Nishida JOCV(Japan oversea cooperation volunteer), JICA Japan  Ms Umi Fukuoka, JOCV(Japan oversea cooperation volunteer), JICA Japan  Ms Akiko Miwa, JOCV(Japan oversea cooperation volunteer), JICA Japan</p> <p><b>Japan</b>  Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat)  Mieko Ishii (member of Advisory Panel: Public Health)  Yasushi Nakajima, JICA consultant (head of the survey team)  Mai Fujii, JICA consultant (public health focal)</p>
Meeting summary	<p>This hospital was selected for the site visit of this survey because this hospital offered the place for foreign aid teams including JDR. (JDR stayed here after the 2<sup>nd</sup> earthquake had happened) during the devastating earthquake in Nepal. This is the first hospital responded to treat earthquake victims half an hour after the first earthquake on 25<sup>th</sup> April. All staff in Dhulikhel hospital were kindly accepted Japanese team's sudden visit for the discussion.</p> <p>The Dhulikhel hospital is relatively new hospital founded in 1996 with 375 beds. It is the non-profit and non-government community based hospital, tertiary level hospital and university hospital. This hospital is one of the educational hospitals for the medical course of Kathmandu University.</p> <p>The Dhulikhel hospitals are providing services to the areas over the several districts (9 districts) and also have actively collaborating to different organizations and universities abroad. The hospital accepts foreign interns and it is well known hospital by local people as well. In addition to the hospital services, there are 19 out-reach centers into different districts from where clinical, public health, community development and research have been taking places</p> <p><b>About Public Health Activities</b></p>

In addition to provide clinical services, the hospital is also running Partnership program, Global health program, Public Health Program, health service program by department of community programs. They are to offer many preventive, promotive and curative services to all the rural communities we work with.

There are currently 19 outreach centers and 120 staff total are working in the community department. On regular/irregular basis, doctors from the central hospital make visits and by taking these opportunities, the nurses who accompany doctors provide health education to the corresponding community. Outreach service has been existing even before the earthquake, though after the great earthquake in 2014, the needs for the public health evidently more enhanced.

For example, the training activity was conducted by targeting 15-20 women at once on various topics. (family planning, breast cancer checking, preeclampsia, improving nutrition, hand-washing, tooth-brushing)

The difference between public institutions, the hospital function is not to cover whole areas of the districts, rather deploy public health staff from the hospital branch to surrounding areas. Public health is usually one set with medical and public health services and it is usually the case that where medical needs are the public health activities are also provided.

Other than the out-reach program, Public Health programs includes various activities as below.

- ✧ Water and Sanitation Programs
- ✧ Plantation Programs and Community Forestry
- ✧ Micro-Finance Programs
- ✧ Micro-Insurance Programs
- ✧ Women's Awareness Programs
- ✧ School Health Programs
- ✧ Occupational Health Programs
- ✧ Improved Cooking Stoves Construction

#### **The needs of public health team**

Various kinds of background should be needed to formulate a public health team

- Surveillance team (to obtain real time information of the community) : E.g. the hospital established Acute Epidemic Surveillance Team during the earthquake and contributed to the prevention of outbreak of Cholera.
- Psycho-social specialists
- WASH: At that time of earthquake, there no major outbreak of communicable diseases.
- School Health
- Health program by focusing on women
- Assessment of Socio-Economic Impact after earthquake

#### **About JDR's support to Dhulikhel**

JDR was maybe there in our hospital.

#### **Activities at the time of great earthquake 2014**

- For the first few days, accepting patients at hospital was the only activities. (details can be shown in the photobook given)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● From the 3rd day of the earthquake, activities to support communities were conducted by using 15 outreach centers as bases.</li> <li>● A team consisted of 5 members including; Dr1, Intern(s), Dr2, and Pramedic2 and Essential drug and necessary items selected were transported by helicopters of Nepal military.</li> <li>● Holistic approach is applied in emergency and this concept is also include in the medical education. It is to consider overall life support and among it, the medical experts can particularly contribute to clinical aspects upon necessity.</li> <li>● If medical-need (at field) is low, all are trained to support other prioritized matter. Thanks to the training, all are ready to engage any important activity.</li> <li>● The policy of central government and the ones who know hard to reach areas had huge gap.</li> <li>● The support to match the community's needs was necessary.</li> </ul>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Mieko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal of Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Mieko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> </ul>

Shared documents/useful information

Photo book were given from hospital to Japanese team.

Dhulikhel hospital: <http://www.dhulikhelhospital.org/>

Hospital and satellite centers	4 technical areas of outreach services (out reach is in the center)

**10) Bharabise Primary Health Center (PHC)**

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	19 April, 2016
Participants	<b>Bharabise Primary Health Center (PHC)</b> Dr Rabin Shimire

	<p>Dr Adrach Koju Mr Sum Kumar Raut</p> <p><b>Japan</b> Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat) Mieko Ishii (member of Advisory Panel: Public Health) Yasushi Nakajima (JICA consultant: head of the survey team) Mai Fujii (JICA consultant: public health focal)</p>
Meeting summary	<p>In Nepal, there are 3 levels of administration; National, District, and Village. Sindhupalchok Districts sits under the central Ministry of Health and Population. Bharabise is the village near a border of China and is located in Sindhupalchok Districts. It holds slightly over 6000 population with 1000 households. This village was selected as one of the sites for the survey, it was the one where JDR medical team provided its services. At the end of the discussion, the site visit of PHC was conducted.</p> <p>The division of health administration in Bharabise is called Primary Health Center. This PHC is not only cover Bharabise but also 90 neighboring villages, and therefore is conducting wide-ranged health administration. The PHC consists of a cluster of one-story buildings. All buildings were newly constructed after the earthquake with the support of NGO, because most buildings were either damaged or destroyed by the great-earthquake. In the same lot, there was also two-storied staff dormitory. Doctors in PHC seemed very busy to conduct assigned duty including providing out-patient clinical services. In front of the reception of the PHC, many patients were waiting and all staff were working seriously.</p> <p><b>At the time of earthquake in 2014</b> There were many patients of ARI (Acute Respiratory Infections) detected such as Diarrhea, Infectious diseases. International NGOs and red cross groups came and rapidly deployed their services. Especially the doctors of Indian Army provided good assistance and were appreciated by the local people in Nepal. They bought necessary equipment by themselves and offer the medical services at the site. Thanks to their treatment at field, the number of referral cases were reduced and it was extremely helpful.</p> <p>(*Many Nepalese can not understand English but Hindi, one of the major Indian language and it can be easily assumed that there was no language barrier between Indian Nationals and local people in Nepal. It is also noted that Indian team came by land and started their services immediately without going through the international coordination. It was apparent that their services very much pleased to local people affected by big earthquake.</p> <p>It seems that the activities of other foreign team’s activities were more challenging to both Nepalese and the foreign teams. For example, Holland or Spain. Dispatched English-capable –staff to regarding the language to deal with Nepalese local issue. Yet, general public in Nepal cannot understand English in Nepal. This is an example that communication issue is challenging.</p> <p><b>About Public Health Activities (Present)</b> Regarding the public health activities in Bharabise PHC, the main activity is a health promotion to patients who visited PHC. Activities include: providing information on nutrition of daily foods, family planning, securing safe water and introducing appropriate sanitation practice. As of the aspect of preventive medicine, coordination and reconfirmation of vaccination schedule is being conducted in order to enhance the covering percentage.</p> <p>Because PHC is the lowest-level organization administratively, there is no big-scaled events or activities conducted in daily routine work and with limited number of staff, all are trying</p>

	<p>to their best to perform assigned duties. If more information needed, particularly in public health planning or status of overall implementation, it is strongly recommended to visit the district health office. (The survey team made an attempt to make a visit to Sindhupalchok districts, however the security advice did not approve its plan.)</p> <p>At district level there are several programs ongoing such as Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), nutrition, tuberculosis, health education and trainings.</p> <p>Information regarding village volunteer was also shared. In each village there is an organization called VDC : Village Development Community. The VDC appoints a women in village to engage in some services including health. The VDC also offers trainings to these volunteers and topics are included in safe drinking water by using water purification, recommending indoor toilets and how to use it, simple treatments of wounds, the administration and distribution of the essential medicine including antibiotic.</p> <p>The areas having active programs seems to have some positive effects, but and reportedly there are areas that percentage of use of internal toilets reached to 100%.</p> <p><b>About JDR</b> The support at reconstruction or preparedness phase is demanded and appreciated. (developing safe building, manpower training)</p>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Mieko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Mieko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> </ul>

Shared documents/useful information

		
Out patient room	Education tool	Education tool for doctors

## 11) UNICEF Nepal

Meeting title	<b>Technical Discussion for a survey on public health in emergency response phase in Asian region with JDR (Japan Disaster Relief) Team</b>
Date	20 April, 2016
Participants	<p><b>UNICEF Nepal</b> Mr Kazutaka Sekine, Health Specialist</p> <p>Absent WASH Specialist (On leave for Family Emergency)</p> <p><b>Japan</b> Yumeka Ota (JICA JDR Secretariat) Mieko Ishii (member of Advisory Panel: Public Health) Yasushi Nakajima, (JICA consultant, head of the survey team) Mai Fujii, (JICA consultant, Public health focal)</p>
Meeting summary	<p>Prior to the meeting, two relevant documents shared; Reaching unreached and the situation (after the 6months) and the situation report (No19, Aug 2015, four months after the earthquake).</p> <p>In the situation report, the assessment results by the international team was described. Technical information by the cluster was also included in this document.</p> <p>In the document of reaching unreached which is the report after the 6 months from the earthquake, more detailed qualitative field information was described such as Recovery and reconstruction with resilience, funding, technical areas such as health and nutrition.</p> <p>In the meeting, Mr Sekine first introduced some programme overview such as water and sanitation (WASH) and Nutrition as public health activities in emergency. These are the activities that have been implementing since regular time, though when additional budget became available for emergency response, the continuation of the same programme is possible. At that time of earthquake, it took more or less 15 days to go through the simplified approval process. In UNICEF the country office has the authorization to execute budget not the regional office or the headquarters.</p> <p><b>Response phase</b> The first 6 months from the occurrence of big earthquake 2016 was response phase. When great earthquake happened, UNICEF outsourced UNICEF's relevant emergency programs to some local NGOs with some specific technical expertise or skills. Those NGOs were responsible for not only developing the proposals but program planning, and engaged in the area of cold chain for the vaccination, administration of received vaccine, maintenance and fixing the equipment</p> <p>The Actual implementation of many UNICEF's programs is made by outsourcing, same as other agencies. It was also explained that Each NGO (outsourced institution) has its own strength and weakness. For example, ASAH, NEPAS for newborns and health education, PSI for health workforce in clinics, IMNCI for vaccination and distribution of mosquito net to prevent vector-borne diseases.</p> <p>One of the reasons that UNICEF Nepal make such swift emergency program implementation possible is good preparedness of human resources in regular time. UNICEF has in-house roster system which make quick hiring the right expert possible. As for the equipment, there are international network as the organization's characteristics does.</p>

Below are the programs conducted after the earthquake in 2014. (more detailed information can be found in the shared documents)

①Support for Referral Home

22 Shelter Home were constructed at 11 disaster affected sites.

②Maternal and Child Health activity

In order to support the Birth center, activities that are feasible at field level (On-site Coaching or Supervision ) were conducted for the senior midwives in villages. At the same time, 320 midwifery kits were distributed.

③Capacity building by training (NEPAS)

④Distribution by ORS Drinks with collaboration by IMNC and private clinics.

⑤Assessment (Investigation) and reconstruction of lifeline of vaccination; introducing the refrigerator with new batteries.

⑥To respond Cholera outbreak, distributing the kits for the diarrheal diseases.

⑦Providing mosquito-nets

⑧Health advocacy (Social Mobilization)

In order to make a swift starts for these programs, the first three-months approval process were simplified, and country office level had the final authorization. In order for implementing those programs, the expertise and experience of outsources agencies (mostly the NGOs) were utilized. Therefore, capacity building activities before the contract such as special training or orientation is not offered by UNICEF.

**Early recovery and reconstruction Phase**

Regarding health facilities, there were numerous buildings were completely destroyed. Not only the emergency response, but assistance in terms of at least mid-term vision should be needed. As for the reconstruction, UNICEF also conducted some programs by making contract with companies in private sector.

At actual field, it is important to make an assumption that electricity is not available. Vaccines which does not require the cooling or short-days (such as 10 days) functioning refrigerator without electricity should be appreciated.

**UNICEF' s procurement**

Rapid procurement is the key in emergency. In UNICEF, there is a procurement specialized center and in addition, if things happen in Nepal, it is possible to obtain large supply from India. Such system might be important.

**Human resources**

It might be an idea to dispatch mid or long term expert to emergency division in MoH in order to strengthen its capacity. If JICA can provides man-power who are able to facilitate cluster coordination of need assessment, it should contribute to the international society.

**Public health activities**

It is worth considering include of experienced (at least 6 month or so) experts in corresponding area.

**About JDR**

Regarding to equip public health function into medical team, the fundamental change of the system might be good to consider. Because current medical team's characteristics seems to have only the medical aspects. The public health activities, such as UNICEF's WASH or Nutrition needs to involve in many different kinds of people and require more technical

	<p>variation.</p> <p>Developing national/international network is necessary even before the occurrence of the disaster. It is also important to consider feasible JDR team in a situation that health is the priority.</p>
Next step	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai to develop the meeting minute and share it to all participants.</li> <li>● Yumeka to feedback the discussion to JICA JDR team</li> <li>● Mieko to feedback the discussion to Public Health Advisory Committee.</li> </ul>
Role of each staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mai (meeting focal Japan side, meeting rapporteur overall)</li> <li>● Yumeka (meeting rapporteur to JICA JDR secretariat)</li> <li>● Mieko (meeting rapporteur to Public Health Advisory Committee)</li> </ul>
<p>Shared documents/useful information</p> <p>Reaching the unreached  <a href="http://unicef.org.np/uploads/files/788481467247155158-reaching-the-unreached.pdf">http://unicef.org.np/uploads/files/788481467247155158-reaching-the-unreached.pdf</a></p> <p>Situation Report  <a href="http://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_Nepal_Humanitarian_SitRep_20Aug2015.pdf">http://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF Nepal Humanitarian SitRep 20Aug2015.pdf</a></p>	



## 添付資料 5 : 面談記録

### 1) JICA フィリピン事務所 (JICA Philippines Office)

#### 面談記録

訪問組織名 : JICA フィリピン事務所 (JICA Philippines Office)  
日時 : 2016年4月11日 10:00-12:00  
場所 : JICA Philippines Office  
面談者 (名前・所属・役職) : Ms Atsuko Itsuki, Representative, Poverty Reduction Section, Human Security Group  
Ms Etsuko Masuko, Chief, general Affairs Group  
Ms Florida Chan, Section Chief, Poverty Reduction Section, Human Security Group  
Ms Mary Ann G Bakisan (MAAN), Senior program officer, human security group  
調査団出席者 : 太田夢香 (緊急援助隊事務局)  
久保達彦 (緊急援助隊医療チームパブリックヘルス検討委員会)  
藤井まい (システム科学コンサルタンツ)

#### 【内容】

JICA フィリピン事務所は、本調査の現地調査のフィリピン滞在中の面談のアポイントメント取りの段階から、多大なお力添えを頂いた。訪問予定組織の連絡先のサーチや伝達に始まり、政府機関への調査団訪問を依頼するレターの作成と発送、事前の質問内容と相手機関の参加者の確認と調整等多岐に渡る業務に対応し、団員到着後も、数回の面会の機会を提供していただいた。

当日の会議では、表敬に続き、調査概要を調査計画書の抜粋 (英文) を用いて簡単に説明した上で、下記の点についての話し合いが行われた。会議は時間を延長して2時間以上に渡り、活発な討論がなされた。会議は英語で行われた。

#### 1) パブリックヘルス活動とはなにを指すのか?

JICA 国事務所は特に保健に特化した専門機関ではないので、WHO 等に聞く方がよいかもしれない。

#### 2) パブリックヘルス活動の実際

現場ではいろいろな活動が行われていると思うが、JICA 国事務所は日本から支援に入る緊急援助隊 (JDR) のチームの受け入れ支援を行うという立場で関わっている。近年では 2013 年のヨランダ台風があったが、フィリピン政府との連絡調整や、東京 (JDR 事務局) からの便宜供与要請内容の対応等を現地スタッフと一緒に試行錯誤しながら行った。

#### 3) 緊急時に必要なパブリックヘルス活動はなにか?

現地事務所では、普段より、緊急援助に主眼を置いて業務を遂行しているわけではないため、災害が起こり、緊急援助の活動が始まった時にも、どのような分野がどのような優先順位を持って活動を展開しているのかといった事さえ把握できていない現状がある。緊急援助期の重要分野について、緊急援助期に行われている支援のノウハウの資料、情報があれば欲しい。医療 (Medical) に特化した内容や、災害時でも必ず起こる出産といった、ひとつひとつのトピックに限定したものでなく、全ての分野をカバーしているような総合的な事がわかるものがあると大変有難い。

#### 4) 効果的な現場のニーズ把握 (アセスメント) の方法について

発災直後の迅速アセスメントではないが、JDR が支援に入り、撤退した後に反省点等を把握するた

めに、JICA フィリピン事務所の方でも保健省などから聞き取りを実施した（2013 台風 Yolanda）。ただ、それらの記録は体系だった記録としては残していなかったため、本部の JDR 事務局への情報共有等も行うことができなかった。今後こういった情報の共有ができるといい。

緊急援助期の活動経験からでた課題を踏まえ、それらを中長期的支援に繋げていくことについては、発想としては大変理想的だと考える。ただ、現在災害発生に起因してその後に事業を起こせる現存の枠組みとしては 2 種類しかない。①緊急開発調査（Urgent development survey）と Program Grant である。例：<http://www.JICA.go.jp/announce/notice/plan.html>

この枠組みを使った中長期支援であれば、既存のシステムに乗るだけなので比較的容易かと思うが、JICA としての新しい枠組みを作るのは厳しいのではないかと。

## 5) アピール方法について

Visibility やプレゼンスの観点からは、JDR よりむしろ韓国は強い。他の援助団体が撤退した後も、緊急援助期にいた韓国（軍）がレイテ島ではさらに 3 か月延長するなどして、復興にも貢献し高い評価を得ていたようだ。

## 6) 支援全般、JDR への評価、JICA 事務所での対応調査について

今回の調査の対象範囲についてであるが、2013 年台風 JDR 医療チームの支援が入ったため、その台風の被害の大きかったタクロバンなどが調査対象地となっているが、フィリピンの災害は台風だけではない。地震もあり、それぞれにリスク被害規模が違う。調査で何か新しい知見を出すなら、このような数種類のフィリピンで起こり得る災害を想定して欲しい。

### 2013 年のヨランダ台風時の JDR の現地入り支援について

JDR 事務局からの便宜供与の依頼は、例えば、具体的には 60 日分の食料の確保や大量のガソリンの準備だったりする。多くの業務が、通常業務とは全く質の異なるものであり、邦人職員だけでなく、現地スタッフであっても、そういった業務遂行に対して知識も経験もなかったことから、実際に大変に負担のかかる業務となった。要請がでた後に調達するための手段を考え、連絡先を模索し、右往左往しながら行った。現地での物資調達は他の援助機関も同様に求めている中では、確保が困難な場合も多い。しかし、JDR のチーム派遣は既に決定されており、この状況下での業務遂行は援助隊が被災国入りする為の後方支援としては重圧のかかるものだった。

JDR 派遣の現地事務所への便宜供与要請で、通訳については、日本語と英語と記載されている。実際に必要となるのはむしろ「英語から現地語」にしてくれるスタッフであるので、JDR 事務局としてそれも覚えておいていただけると有難い。

（「平時に災害が発生したときの JDR の動きや協力要請について説明しておくことで、若干の改善につながる可能性はあるが、国事務所側でも普段の業務になく、いつ発生するかわからない業務について学ぶといった強い動機がない可能性もあると考えるがどうか」という JDR 事務局の問いに対して）

- 事前（平時）にマニュアルなどがあれば読んでおくことは可能。
- JDR のロジにナショナルスタッフ 2 人ぐらい充てることも場合によっては可能なため検討できる
- （ナショナルスタッフより）災害発生時の業務ガイドライン等のようなものがあれば、それは是非、ナショナルスタッフが読めるよう英語版を作成してほしい
- そもそも JDR が何かわかっていない状況を改善するにはパンフレット等があるといい。（現在は日本語版のみが存在）

(「現地の有能な人材を緊急援助や復興支援の協力要員として考えていくことは可能か」というコンサルの問いに対して)

現存の JICA 人材である個別専門家や青年海外協力隊 (JOCV) の TOR を派遣後に現地事務所との相談で修正することは可能である。JICA に関わったことのある、現フィリピン在住者や JICA のこれまでの研修受講者等は活用できるのではないか。

下記の点は、今後 JDR 事務局側が検討事項とすることとした。

- ・ JDR チーム受け入れの為のマニュアル作りについて
- ・ JDR のパンフレット (和文) の英語化、現地事務所などへの提供について
- ・ 平時にブリーフィング、ワークショップ、研修といった何らかの形でのシミュレーショントレーニングについて
- ・ 現地事務所に JDR 派遣の要請をするときに通訳は英語-現地語とする

## 2) JICA ネパール事務所 (JICA Nepal Office)

### 面談記録

訪問組織名 : JICA ネパール事務所 (JICA Nepal Office)  
日時 : 2016 年 4 月 20 日 9 : 00 - 10 : 00  
場所 : JICA Nepal Office  
面談者 (名前・所属・役職を記入のこと) : Tonokawa Hiroyasu, Senior Representative  
Yuki Daizumoto, Assistant Representative  
Krishna Prasad Lamsal, Associate Programme Manager  
調査団出席者 : Yumeka Ota (JDR secretariat) \* JDR : Japan Disaster Relief Team  
Mieko Ishii (Public Health Advisory Panel, also a faculty of Tokyo Health Care University)  
Yasushi Nakajima, JICA consultant, head of the survey team  
Mai Fujii, JICA consultant, public health focal

### 【内容】

JICA ネパール事務所は、本調査の現地調査の面談のアポイントメント取りの段階から、ナショナルスタッフ 1 人を支援担当として任命、コンサルタントとの直接的な連絡が可能となり、効率的、かつ友好的な協力体制を提供してくれた。特に 2014 年のネパール大地震で JDR 医療チームが活動したバラビセへの訪問準備では現地組織が訪問前日まで調査団との面談に難色を示したが、JICA 現地事務所が地道な面談依頼を行い、最終的には面談が可能になった。同事務所は道中のセキュリティ情報についても情報収集や該当部門への照会を行い、訪問団が適切なスケジュールの再設定をするのを全面的に支援した。また、国際会議開催の詳細情報の入手や伝達の補助、また、政府機関が Email をあまり使わない事情から、現地での電話交際の代理連絡等も現地語で行ってくれたため、予定していた訪問組織への面談を実現できる運びとなった。

当日の会議では、表敬に続き、調査概要を調査計画書の抜粋 (英文) を用いて簡単に説明した上で、下記の点についての話し合いが行われた。会議は 2 時間に渡り、活発な意見交換がなされた。会議は日本語で行われた。

### 1) パブリックヘルス活動とはなにを指すのか?

ネパール事務所は保健セクターに対する取り組みがそもそも強くはないためパブリックヘルスに限

らず保健分野全般にそれ程明るくない。保健セクターに特化した職員を配置しているわけでもなく、地震などの災害発生時の緊急援助時にパブリックヘルスが必要かといった判断についても正直わからない。ネパール事務所全体のプロジェクト配分としては保健分野は年々減少傾向である。

## 2) パブリックヘルス活動の実際

同上

## 3) 緊急時に必要なパブリックヘルス活動はなにか？

パブリックヘルスに限らず、支援という目線でいえば、JDR 受け入れを支援している現地団体も 2014 年の大震災の時は被災し、各職員が被災者となった。その状況下において、例えば、JICA ネパール事務所のナショナルスタッフ等はむしろこのような時こそ JICA（本部）は我々を助けてくれるのではという期待を持つ中、JDR 事務局からの便宜供与依頼はむしろ、彼らに更に負担をかけるという結果を招いたため、ネパール事務所内でも苦情を受けた。緊急時に必要な活動としては、そういった、JDR 受け入れ支援団体の負担軽減について考慮するのもひとつではないか。

## 4) 効果的な現場のニーズ把握の方法について

### JDR 支援の経験からでた課題を中長期支援に繋げていくことについて

この調査の計画書に中長期支援を見据えてというくだりがあったが悩ましい。シームレスを目指しているとはいえ、未だシームがあり、なかなか実際は時間的にも繋がっておらず、ネパール内における支援地域も実際異なっている。JICA 内の担当部署も JDR 事務局でないなどする中では、難しい部分もあるように思う。何をどこまでやるのかというのともまだ見えていないのが現実となっている。

現在震災の直後に始まったプロジェクトは、震災があつて支援したように一見みえるかもしれないが、実際は震災とは関係なく計画されていたものが地震の影響により一時とん挫していたものなので、地震の被害などがプロジェクトの計画や中身に影響を及ぼしたということはない。緊急援助の課題を生かし、中長期支援に繋げた事例というのはネパールではない。

ネパールの緊急開発調査の立案段階では、JDR 医療チームが支援したバラビセで行った方が良いのではという案もあった。しかし多組織・多部署（外務省、JICA 他部署）との関わりや、事前調査を依頼されたコンサルタント会社が変わり、別なコンサルが来て調査を始めるとなかなかそのようには繋がっていかない。

### ネパールの現地人材を緊急援助の際の協力要員とできるか

すぐにというと、まず、情報を一元化もしていないので難しい。JICA 研修受講者、過去に JICA に関わったことのあるネパール在住者についての情報はそれぞれ関わりのあった職員が持っている可能性はあるが、それらをリスト化するという動きはない。

### JOCV、専門家など既存の JICA 人材の緊急支援時の活用について

専門家と JOCV の ToR は大きく違う。専門家は 2 国間協定のもとに正式に要請があつて送り出されているエキスパート、JOCV はボランティアだ。これらの人材が自ら支援し得る範疇であればよいがやらされ感が発生すると上手く行かない。

関係者のネットワーク構築のため、ネパール事務所発のメーリングリストを作り当初は JDR もメンバーとしてリストに含まれていたが、経緯はわからないが、今は入っていない。

## 5) アピール方法について

特に討論なし

## 6) 支援全般、JDR への評価、JICA 事務所での対応

### 2014 年ネパール大地震時の JDR チーム受け入れ支援の当時の状況について

JDR 受け入れのサポートは非常に厳しいものがあつた。まず誰の担当業務でもない、大きな業務が入るわけで、そのひとつひとつがおそらく誰も経験したことがないであろう業務であつた。どこに連絡をしていいかもわからない上、事務所員全員が被災者となりながらも出勤し、建物損壊の状況で、電気も断続的な中、メールや電話で細かい注文を受け遂行するのは困難を極めた。

また、JDR チームが現地入りするスケジュールがあるため、業務はそれに合わせて行うことになるが、どの職員にとっても慣れていない業務を効率よく行うことはできなかった。例えば一つの依頼をプロセスごとに分担して事務所の複数スタッフ内で協力体制を敷いても、お互いの業務の遂行により業務の重複や抜け、混乱、行き違い等が生じてしまった。

次回、もし災害が発生したら、直後から JDR 事務局から直接ネパール事務所支援スタッフを派遣してほしい。事務所にその人貼りつきで、東京とのやりとりは全てその人をお願いするという形態が最も効果的だと体験をもって学んだ。ネパール事務所の職員が窓口になって動こうとしても東京 (JDR 事務局) の事情がわかっていないため、限界がある。ただ、実際に動ける人を送ってほしい。ネパール事務所にサポートに入ったのに、本人が買い物 1 ついけなければ結局、事務所内のナショナルスタッフの誰かが付いていくことになり負担が一つ増えることになる。

(「ネパールでは村で女性ボランティア (VHV) が活動しているという情報を今回の訪問で得た。このような情報は JDR 医療チームが現場に入って支援を行う際大変有用である。こういった情報を含む地元の保健情報は必要なので、ネパール事務所の方から提供してほしい」という検討委員からの情報提供依頼に対し)

保健分野に強い職員が事務所の中にいないため、そのような情報さえも持っていないのが現状だ。平時から情報がない状況で、緊急時に情報提供依頼をされても、今後も恐らく迅速に情報を提供するキャパシティはもてないかもしれない。そのような情報がどこにあるのかも把握していないため、情報の所在を模索する所からの業務になる。むしろ、医療、保健分野で援助に入る JDR 側が必要な情報を入手し、持ってきてくれると大変有難い。

(「国別保健行政制度 (村レベルにボランティアを配置している情報含む) や現地保健情報については国連などが発行している国際資料にも乗っている。JDR 側で情報を得る事も可能なのではないか。」コンサルタント)

(「各国の詳細情報ではなく、一般的な保健行政制度については、今後ファイルなどにいれていくことは検討の余地がある。」 JDR 事務局)

(別セッションで訪問団のアポイントメント取りを補助したナショナルスタッフとの面談)

バラビセを始め、地方行政の職員は大変忙しい。(団が訪問を希望した) バラビセなどは、援助団体が次から次へと質問に来て疲弊している感がある。本人達 (地方の保健行政職員) にしてみれば自分たちには益がなく、情報だけ聞き取って帰っていくという印象をもっているのかもしれない。

今回は訪問の時期に大きな国際会議が開催されるのはとても幸運だったのではないかと。政策レベルから現場レベルまでの情報がそのような場では入手できるので、今回はむしろ訪問よりそこでのネ

ットワークに注力するのもよいかもしれない。

下記の点について JDR 事務局での検討事項とした。

- フィリピンと同様、JDR 現地入りの支援マニュアル、ガイドライン作りと配布
- 保健情報の現地事務所照会以外の手段（JDR が隊員向けのファイルをする、隊員に事前閲読を義務付ける等が案）
- 災害発生時に現地事務所への東京からのサポートスタッフの派遣

### 3) ネパール大地震からの学びに関する国際会議（Nepal Earthquake lessons learned International conference）

#### 面談記録

イベント名： ネパール大地震からの学びに関する国際会議  
Nepal Earthquake lessons learned International conference  
（主催：ネパール政府、世界保健機関(WHO)）

日時： 2016年4月21-22日(2日間) 10:00-17:00

場所： Yak and Yeti hotel

面談者（名前・所属・役職）： Ms Ruth Stringer, International Science and policy coordinator, Health Care Without Harm(NGO)：環境に良い病院の焼却炉等を設置  
Mr Mahesh Nakarmi, Health Care Without Harm(NGO)  
Ms Kit Leung, International Organization for Migration(IOM)  
Dr Rishav Koirala, Psychiatrist  
WHO 東南アジア地域事務緊急援助グループ 6人  
Mr Toyoaki Komatsu, Country Representative, Nepal Office, Shaplaneer  
Dr Damodar Adhikari, National Professional Officer, WHO Nepal Office  
Mr Poojan Shrestha, National Professional Officer, WHO Nepal Office  
Mr Bhoj Raj Ghimire, Nepal Red Cross Society  
Ms Suveckshya, Shah Marie Stops International  
Ms Madhabi Bajracharya, Ipas

調査団出席者： Yumeka Ota (JDR secretariat) \* JDR : Japan Disaster Relief Team  
Mieko Ishii (Public Health Advisory Panel, also a faculty of Tokyo Health Care University)  
Yasushi Nakajima, JICA consultant, head of the survey team  
Mai Fujii, JICA consultant, public health focal

参考資料 会議のプレゼン資料等を USB にて入手

本会議は、1年前に起こったネパール大地震において、特に保健クラスターにおける緊急援助活動について、反省点を見直し、今後の復興に向けてのベンチマークについて関係者が共通認識を持つことを狙いとして行われた国際会議である。参加者は420人程度で半数以上がネパールの保健行政関係者で発災後の保健行政従事者、その他、当時被災国入りした、あるいは現知事事務所があった国連や国際 NGO 等世界各国の援助機関の国事務所、地域事務所職員の参加もあった。会議は英語で行われた。（パブリックヘルス検討会のみ、参加者の要望でネパール語と英語）

#### 【内容】

##### 1日目:総論

9:30-11:30 全体会：開会（一般セッション）

黙とうのあと、17人の会議開催者や保健省関係者がそれぞれ5~10分程度の挨拶や、当時の状況のプレゼンテーションを行った。バラビセが所属するシンドラパルチョーク

州からは実際の被災者が招かれて当時の体験を語った。

12:00-13:30 全体会：専門セッション1：ヘルスセクターにおける緊急対応について  
スチュワートシップ（プログラム運営、管理にかかる要素）、医療的な介入、公衆衛  
生的な介入、コミュニティ介入について15分ずつのプレゼンテーションが行われた。  
（参考資料のスライド参照）

14:30-15:30 全体会：専門セッション2：ヘルスセクターにおける緊急時への準備と復興について  
スチュワートシップ（プログラム運営、管理にかかる要素）、保健サービス、パブリッ  
クヘルス、コミュニティにおける準備についてそれぞれ10分ずつのプレゼンテーショ  
ンが行われた。

15:30-16:15 閉会セッション

下記についてのプレゼンテーションと討論が行われた。

援助提供を振り返って（何がうまくいき、何がうまくいかなかったか）

援助内容を今後の学びに繋げるための分析フレームワークについて

## 2日目各論

9:00-14:30 パブリックヘルス検討会、医療検討会、スチュワートシップ検討会が並行開催  
スチュワートシップ、医療、パブリックヘルスがそれぞれ100数十人ずつの3グループに分かれ、  
並行して討論が行われた。全セッションに参加した。

### （パブリックヘルス検討会部分）

参加者の半数近くが被災地の保健行政の職員だったため、（外部の支援団体でなく）自分たちのた  
めに会議をしてほしいという要望により、ネパール語による討論、まとめ部分が英語という形がと  
られた。当時の惨状と業務負担、医療支援と比べて、重要性（緊急性）が先進国支援者に認識され  
にくく支援が遅れるといったコメントが上がっていた。

### 震災当時について

- 県レベルの職員は自分たちも被災しながら、突然やってくる海外チームの受け入れと彼らの活  
動支援の為の準備（護衛や案内、ブリーフィング、通訳やその他多岐に渡る世話）で本当に大  
変だった。被災後、家族の下へ戻ってしまい、出勤するスタッフも多くない中、深刻な人材不  
足と、被災生活の中、明らかにキャパシティを超える業務だった。
- 携帯電話は最初の一週間は通じたためネパール国籍職員同士は連絡ができた。（海外チームは  
英語が使用言語になり、現場では全職員が英語が使えるわけではないため、連絡調整は上手く  
行かなかった）
- 災害・被災情報や保健関連情報は村レベルから県レベルまでは上がり、持っていることもある  
が、その情報をWHOはWHOのフォーム、ユニセフはユニセフのフォームと似たようなことを  
何度も何度も聞いてくるのには疲弊した。海外チームも同様に自分たちの目線で当然のように  
聞いてくる姿勢には怒りを覚える事すらあった。中央政府で海外チームを受け入れるときにそ  
のあたりは注意喚起をしてほしい。
- サーベイランスは平時でさえ、そこまで高いキャパシティがあるわけではないのは周知の事実  
である。まして、緊急時に迅速に行うとなれば指導が必要である。
- 何らかの現場が使えるガイドラインが必要。今回大変だったのは地震もだが、海外チームも入  
ってきた混沌とした状況と、全ての業務調整が地元行政に回ってきたことだ。
- 海外チーム同士がお互い連絡を取ったり、協調しあわないため全てがネパール政府が入らなけ

ればならず、本当に大変。

- データベースを統一化してほしい。
- 人材管理面であるが、一人ができることには限界がある。ロジも含めてできないことはできないと野望や理想を捨て縮小するのも一つではないか。基本はロジである。チームの中に本当にロジが出来る人をきちんと据えてくれることで、ネパール側の負担も減る。（言語に精通し、コミュニケーション能力、土地勘や生活勘があるため、案内を必要とせず、クラスターミーティングなどでもある程度のリーダー的な役割を果たせるような人というニュアンス）
- 海外チームの物資の遅れはネパール側にも負担がかかる。日本（JDR）は大変だった。
- WASH クラスターと保健クラスターは一緒のほうがいい。グローバルレベルでの大きな変化が直ぐに無理であっても、現場では水や衛生は両方がやっているのを理解してほしい。中央の方では保健クラスター、WASH クラスターと援助をグループわけしているようだが、現場の状況はそのような分けにはなっておらず、特に受け入れ援助をする現場職員はそういった枠組みを考える余裕もなく、一人で複数のクラスター担当をしているような状況だ。
- 海外チームのアセスメントは先進国の生活がベースラインになっていることがある。地震で飲み水がないといっても、最初から水道などない村は地方に行けばたくさんある。実際の事例としてミネラルウォーターを届けたら、村人が我々はいつもこの崖の岩清水を使っているので大丈夫です。と答えたと言うのがあった。震災でその採取する岩場が変わっただけなので、水はカトマンズのような都会に届けてあげたら良いとのことで水ボトルは受け取らなかった。逆に村人側がびっくり仰天したのは、その水を届けるための総費用に1ボトルあたり15ドルかかっているという事実だ。その費用を現金でもらったほうが良いとのことだった。
- 震災になると予防接種、予防接種というが、それは平時でやっておくべきことではないのか
- ジェンダーの問題は表に出にくいけど深刻な場合もある。特に若い女性の基本的な人権にかかわることもあり、普通に生活が出来てない場合も結構ある。例えば、避難所はオープンスペースなので、着替えに困る。ストレッチなどの運動をするとじろじろ男性から見られるのを気にして少女は体を動かさない。寝ているときに男性が近寄り、レイプとまでいかないが触られたり下ネタを言われ嫌な思いをする。トイレも男女共用で、狙われることがあり、安心してトイレを一人で使うことができない。このような問題は普段は地元の保健局、災害時にも管轄病院などが相談所を設けているが、皆が我慢して暮らすことが前提となっている避難所での出来事を報告する人は皆無に近い。こういったこともジェンダー問題で深刻であるため、対応してくれる団体があると良い。
- 衛生キットに生理用ナプキンがない。水不足なのに下着を汚すわけにもいかず、下着なしで人前に入るわけにもいかないといった状況には中々焦点が当たらない。

#### （スチュワートシップ検討会部分）

- 調整
  - 多数の支援が集中により調整コストが莫大にかかっている。被災地支援を邪魔している側面がある。
  - 都市部に援助が集中して、遠隔地には入っていない。また、少人数のチームを国際救援チームとして扱い、それを国軍がエスコートするのはおかしくないか？
  - 中央のEOCではそこそこの調整ができたとしても、県や郡のレベルでは担当者が兼任して



いるので、クラスターアプローチをしても機能しないのが現実。

- 五月雨式に入国してくる援助チームに対するブリーフィングはいつまで続ける必要があるのか？
- 救急搬送のコーディネーションは今回の地震ではなんとかなった。理由は携帯電話が通じたからである。カトマンズ盆地の地震が来る前に連絡手段が途絶した時の対応原則を話し合っておくことが必要ではないか。

- 情報管理

- 遠隔地の被害やニーズのアセスメントが不十分である。
- 地図上に情報を落とし込む GIC Mapping が有効だが、急性期には人材がいないので活用できない。
- 傷病者の数が病院発表と警察の発表と異なる。

- ダメージ・ニーズアセスメント

- 正確な数字は必要ないが、1回限りのアセスメントは使い道が少ない。少なくとも2回の評価は必要でトレンドが分かるとよい。継続したモニタリングが重要である。
- 最初のアセスメントは主観的な評価で構わない。客観性にこだわると地域をカバーできない。
- 地域をきちんとカバーできない援助を行うと、結局援助格差を招くことになる。

- Surge Capacity

- 今回の地震はカトマンズが中心ではないので、中心部の医療事情はそれほど悪くなかった。すぐに必要な人的資源は確保できている。
- 施設が機能維持できるように改修していくことが大切。オープンスペースもデザインしておくことが有効。
- 外国からの支援は遠隔地に入ったほうがよかったし、EOC では地方に対してチームを派遣した
- 一方で、被災地では海外医療チーム (FMT) のアテンドで結構疲弊した。

#### (医療検討会部分)

- 病院の対応

- ドリルのおかげで緊急医療体制が整えられた
- ガイドラインに則って外傷治療がおこなわれたので、ハイチ地震のような無秩序な四肢切断のような事態にはならなかった

- 今後の準備

- すべての病院で事前のドリルを行うべき！
- Referral system として「Hub and Spoke」のネットワーク化が有効かも

15:00-16:30 全体会：各検討会の論議内容のまとめの報告とベンチマークの確認

下記の各アクションについて、実施や検討の責任リード機関が認定され、これに沿った活動を今後行っていくことで合意した。下記は一部抜粋。

スチュワートシップ:現場で活動する援助団体へのガイドラインの作成と配布、情報収集のためのプラットフォーム作り、団体間の情報交換の促進、保健省の強いリードによるアセスメント手法乱立の整理、ITや広報のインフラの強化、ロジスティックマネジメント能力のアセスメント (LMS) 実施

医療: 災害管理計画のある病院が少なくドリルによる学習と能力強化、ハブホスピタル (援助団体間の医療チームで高度+大規模な所がリーダーとして、ハブとなる) の概念の周知徹底、準備期で各

種医療ガイドラインは翻訳しレビューしておくこと、メンタルヘルス政策の早期の施行、感染症対策の強化、遠隔地への早期医療対応チームの迅速派遣、病院の患者集中解決のため、退院制度とレファラル制度の実施

パブリックヘルス：一つ一つのトピックについて好事例や反省点から理想や想定とのギャップを導き出し、詳細なレコメンデーションが計画された（会議資料参考）

<p>目的</p>	<p>Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015</p> <h3>Objectives and Methods</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objectives:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identify factors that determine successes and challenges (lessons learned)</li> <li>– Make recommendations and</li> <li>– Develop roadmap to implement recommendations</li> </ul> </li> <li>• <b>Thematic group outputs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Summary in terms of achievement, challenges, lessons learned and recommendations</li> <li>– Discussion / validation</li> <li>– Recommendations: Policy, technical and operations</li> </ul> </li> </ul> <p>Government of Nepal Ministry of Health 23-22 April 2016 Kathmandu World Health Organization</p>	<p>Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015</p> <h3>Objectives and Methods</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Not fully covered themes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Guided discussion on lessons learned and recommendations</li> <li>– Policies, technical aspects, operations and level of preparedness</li> </ul> </li> <li>• <b>Road map:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prioritization</li> <li>– Deliverables</li> <li>– Time-bound</li> <li>– Lead player and partners identified</li> </ul> </li> </ul> <p>Government of Nepal Ministry of Health 23-22 April 2016 Kathmandu World Health Organization</p>
<p>定義</p>	<p>Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015</p> <h3>Definitions</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lessons learned:</b> “successes/challenges” <ul style="list-style-type: none"> <li>– Success: timely and complete response</li> <li>– Determinants: skilled HR/ supplies-funds available/readiness/adaptability</li> <li>– Readiness: activity planned and tested for readiness thru training and drills</li> </ul> </li> <li>• <b>Policy and implementation:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Regulations, coordination, structures, roles &amp; responsibilities, M&amp;E system</li> </ul> </li> <li>• <b>Technical guidance:</b> guidelines, manuals, SOPs</li> <li>• <b>Operations:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Timely functional or ready</li> <li>– Surge capacity</li> </ul> </li> </ul> <p>Government of Nepal Ministry of Health 23-22 April 2016 Kathmandu World Health Organization</p>	
<p>サーベイランス、アセスメント</p>	<p>Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015</p> <h3>Key achievements / Gaps</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination, EOC, daily sitrep operational quickly - at D1-2</li> <li>• EWARS operational at D8-9</li> <li>• Rapid needs assessment results available within 5 days</li> <li>• Risk assessment conducted for IDs and mainly cholera</li> <li>• Partners support and coordination welcomed by MOHP</li> <li>• Data collection tools and analysis not readily available</li> <li>• Limited capacity for full scope surveillance, data analysis at the beginning hence the step by step approach</li> <li>• Improvising and external support needed</li> <li>• Weak surveillance prior EQ</li> </ul> <p>Government of Nepal Ministry of Health 23-22 April 2016 Kathmandu World Health Organization</p>	<p>Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015</p> <h3>Key recommendations</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensure the emergency Unit can coordinate and maintain preparedness and response capacity</li> <li>• Update preparedness plan, contingency plans ( EOC, event management structure, R&amp;R etc) (last version in 2003)</li> <li>• Guidelines and tools needed: information management, EOC, EWARS (data collection, analysis and reports), RA, Needs assessment</li> <li>• Maintain readiness: functionality of structures and surge capacity tested thru: <ul style="list-style-type: none"> <li>– training and drills at all relevant levels</li> <li>– Maintaining rosters of skilled professionals who can be deployed rapidly</li> </ul> </li> <li>• Initiate &amp; validate stand-by collaboration with WHO and partners to address gaps</li> </ul> <p>Government of Nepal Ministry of Health 23-22 April 2016 Kathmandu World Health Organization</p>

<p>水と衛生</p>	<p>Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015</p> <h3>Key Achievements / Gaps</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>WASH cluster served &gt;100,000 needy people</li> <li>WASH cluster activated</li> <li>Provision of clean water, hygiene kits and sanitation facilities</li> <li>Chlorination of water supplies and testing of water quality scaled up</li> <li>Chlorine tablets supplied</li> <li>Stool samples collected &amp; tested</li> <li>Hand-washing points constructed/made functional at each health facility</li> <li>Trainings and support provided for hygiene promotion and to construct temporary toilets</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Access to safe drinking water coverage to low during the immediate and intermediate periods</li> <li>Late coordination and response in GoI and among partners in support to GoI</li> <li>Weak multi-cluster coordination???</li> <li>WASH not under MOHP's leadership</li> <li>Limited knowledge about water chlorination among HCWs</li> <li>Limited awareness about water quality criteria and assessment</li> <li>WASH not fully assessed in SEARO's benchmarks for emergency preparedness and response</li> </ul> <p>Government of Nepal Ministry of Health   23-22 April 2016 Kathmandu   World Health Organization</p>	<p>Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015</p> <h3>Key recommendations</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>Strengthen multisectoral coordination where the health sector's responsibilities and roles are well defined</li> <li>Disseminate guidelines for WASH and HCWM</li> <li>Develop awareness and training programs</li> </ul> <p>Government of Nepal Ministry of Health   23-22 April 2016 Kathmandu   World Health Organization</p>
	<p>予防接種 (下記)</p>	<p>コミュニケーション (下記)</p>
	<p>Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015</p> <h3>Immunization</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Achievements:</b> MR vaccination campaigns carried out among displaced children as planned</li> <li><b>Challenges:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Preparedness plans an planning did not account for:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Costing/budgeting of preparedness and response</li> <li>Public Communication strategy ???</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Recommendations:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ensure that costing is part of the preparedness and response plans and planning</li> <li>Develop contingency plan to ensure business continuity for vaccination campaigns and routine vaccination</li> </ul> </li> </ul> <p>Government of Nepal Ministry of Health   23-22 April 2016 Kathmandu   World Health Organization</p>	<p>Lessons Learnt Conference: Health Sector Response to Nepal Earthquake 2015</p> <h3>Communications</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Challenges:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Communication strategies to public and risk communication plan not developed</li> <li>Some frontline workers not competent for risk communication</li> <li>Some media did not follow national risk communication guidelines</li> <li>Advocacy and awareness products not contextualized or accessible to most vulnerable communities</li> </ul> </li> <li><b>Recommendations:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Develop these plans and strategies</li> <li>Ensure capacity and operationality thru training and drills</li> </ul> </li> </ul> <p>Government of Nepal Ministry of Health   23-22 April 2016 Kathmandu   World Health Organization</p>
	<p>ジェンダーと暴力 (スライドなし)</p>	<p>リプロダクティブヘルス (スライドなし)</p>

# Overview of MIRA by Phases and Activities

## MIRA phase 1: Initial assessment

An initial and exploratory assessment mainly based on pre- and in-crisis secondary data providing a shared situational overview among humanitarian stakeholders regarding:

- The scale and severity of the crisis
- Location and estimated size of the affected population and identification of different affected groups
- Likely priority humanitarian needs of the affected population over the short, medium and longer term
- Information gaps that will need to be addressed by the MIRA phase 2

Figure 5: MIRA activities by phase and roles and responsibilities

PROCESS	STEP	ROLES AND RESPONSIBILITIES		TIMELINE (DAYS)		
		LEAD	CONTRIBUTION / PARTICIPATION	1	2	3
1. Initiating and planning a MIRA	Decide and announce launch of a MIRA phase 1	HC/GOV	HCT	■		
	Establish/revise assessment coordination structure and appoint sector/cluster representatives.	HC/GOV	HCT/CCs	■		
	Identify technical assessment capacity in government, clusters/sectors and other humanitarian stakeholders	AC	HCT/GOV/CCs	■		
	Define objectives and scope	HC/GOV	HCT/CCs/AT	■		
	Adapt the MIRA analytical framework and methodologies	AC	GOV/CCs/AT	■		
	Set up a multi-disciplinary team for secondary data review	AC	AT/CCs	■		
	Plan and organize a joint analysis	AC	GOV/AT/CCs	■		
2. Secondary data review	Compile and organise pre- and in-crisis secondary data	AC	GOV/AT/CCs	■	■	
	Summarize data according to relevant sectors using the adapted MIRA analytical framework as a guide	AC	AT		■	
	Achieve consensus through joint inter-sectoral analysis on the most severely affected areas, groups and needs	HC/AC	AT, CCs, GOV, HCT, AP		■	
	Approve jointly defined inter-sectoral priority humanitarian needs	HC/GOV	HCT		■	
	Jointly determine whether a phase 2 MIRA will be required	HC	AC, AT, CCs, GOV, HCT		■	■
Output: Situation analysis	Informs prioritization and initial response planning					
	Informs the design of MIRA phase 2					

## MIRA phase 2: Initial assessment

Rapid assessment aiming to deepen common understanding of the situation and the different impact in various geographical settings and/or on affected groups:

- Estimates scale and severity of the event's impact

- Identifies inter-sector priority needs and impact by affected groups or geographical areas  
Forecasts possible evolution of the crisis and the resulting needs over the short, medium and longer term

		ROLES AND RESPONSIBILITIES		TIMELINE (DAYS)											
PROCESS	STEP	LEAD	CONTRIBUTION / PARTICIPATION	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
3. Primary data collection	Decide to launch a MIRA phase 2	HC/GOV	HCT	█											
	Refine objectives and the MIRA analytical framework based on findings in phase 1	AC	AT	█											
	Choose assessment methodology to context, select sites and adapt data collection tools	AC	AT	█											
	Plan for continued secondary data review	AC	AT	█											
	Train and prepare field assessment teams and organize field visits	AC	GOV/AT/FTL/FAT	█	█	█	█								
	Plan and organize the joint analysis	AC	GOV/AT/CCs			█	█	█							
	Collect primary data	FTL/AC	AT/FAT/AP				█	█	█	█	█				
4. Joint analysis	Update and fill information gaps with newly available secondary data and primary data	AC	GOV/AT/CCs							█	█	█			
	Achieve consensus through joint inter-sectoral analysis	AC	GOV/AT/CCs/AP									█	█		
	Approve jointly-defined inter-sector priority humanitarian needs	HC	HCT										█		
5. Reporting and dissemination	Draft the MIRA report	AC	GOV/AT/CCs									█	█	█	█
	Publish the MIRA report tailored to audience and context	AC	GOV/AT/CCs												█
Output: MIRA report	Informs prioritization, response analysis and subsequent strategic response planning														
	Informs the design of further detailed assessments														

**Table 5.** Checklist of minimum information required within two weeks of an emergency

Category	Type of Information
<b>General</b>	Number of people living in the affected area Number of people affected (disaggregated by sex, age and disability, if possible) Number of dead Number of injured Socio-economic characteristics of the population (literacy, economic activity, etc.), Socio cultural characteristics of the population (ethnic group, language, religion, etc.) Existing known vulnerabilities Livelihood profile (farmers, agro-pastoralists, pastoralists, urban livelihoods, etc.) Existing coordination bodies (ministries, NGOs, cluster) and response capacity Operational constraints: transport, roads, communication, etc. Security context
<b>Health</b>	<i>Health and nutrition status</i> ↘ Health and nutrition profile of affected population ↘ Endemic communicable diseases  <i>Access to health and nutrition services</i> ↘ Distance to clinics and hospitals ↘ Does a user fee apply  <i>Availability of health and nutrition services</i> ↘ Health and nutrition infrastructure damage ↘ Availability of drugs and food supplies at centres ↘ Capacity of the government and other organizations for health and nutrition crisis response
<b>Water and sanitation</b>	<i>Access to water and sanitation</i> ↘ Distance to water source ↘ Distance to latrines ↘ Does a user fee apply ↘ Water storage capacity and quality

Category	Type of Information
<b>Water and sanitation</b>	<p><i>Availability of water and sanitation (supply)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Sources of water (river, lake, well,</li> <li>✘ Quantity of water per person/day</li> <li>✘ Quality (safe, protected or not)</li> <li>✘ Latrines or defecation sites per population</li> <li>✘ Household or community latrines</li> <li>✘ Hygiene materials (soap etc.) and practice</li> <li>✘ Capacity of the government and other organizations to cope/ face water and sanitation emergency</li> </ul>
<b>Food and nutrition</b>	<p><i>Access to food</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Market distribution systems and capacities, and access of people to those markets</li> <li>✘ Peoples access to normal income earning opportunities</li> <li>✘ People's own coping mechanisms and how they may have been disrupted by events</li> </ul> <p><i>Availability of food</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Expected impact on local food production</li> <li>✘ Likely rate of depletion of household stocks</li> <li>✘ Capacity of the government and other organizations to supplement market mechanisms, coping mechanisms</li> </ul>
<b>Shelter and non-food items</b>	<p><i>Access to shelter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Type of housing</li> <li>✘ Key community structures</li> <li>✘ Profile of damage to shelters</li> <li>✘ Typology of shelter used in case of disaster (tents, school buildings, etc.)</li> <li>✘ Access to non-food items, (fuel, stoves, blankets, etc.)</li> </ul> <p><i>Availability of shelter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Availability of shelter materials in market place, including plastic sheeting, tents, etc.</li> <li>✘ Availability of public buildings for sheltering</li> <li>✘ Capacity of the government and other organizations for shelter crisis response</li> </ul>

Distance (estimate) between latrines and temporary shelter: \_\_\_\_\_

**SECTION 5 - HEALTH**

**5.1. Availability and type of health services**

Were there health services functioning for the community prior to the disaster?  Yes  No

If yes, did they have basic medical supplies?  Yes  No

Are there health services functioning for the community since the disaster?

If yes, are basic medical supplies available?  Yes  No

How many days will the supplies last? \_\_\_\_\_

What type of health services are still functioning in the affected area?

PusTu  Puskesmas  Hospital

How many doctors/ nurses/ midwives in the health centres are still actively working?

Doctors \_\_\_\_\_  Nurses \_\_\_\_\_  Midwives \_\_\_\_\_

How long does it take you to walk to the health service? (in minutes)

0-15 minutes  15-30 minutes  30-45 minutes

45-60 minutes  over one hour

**5.2. Health conditions of disaster-affected people**

What type of health problems do people have?

Respiratory infections  Diarrhea  Dehydration

Other (specify) \_\_\_\_\_  None of the above

What type of health problems do children have? (Tick relevant box/es)

Respiratory infections  Diarrhea  Dehydration

Other (specify) \_\_\_\_\_  None of the above

Are there people in your community with chronic illnesses?

Yes, children

Yes, older people

Yes, other

No



# INITIAL NEEDS ASSESSMENT CHECKLIST (INAC)

Version 18/06/10

### What is it?

The INAC is a “first contact” multi-sector tool designed to contribute to the overall effort of immediate assessment and response to a humanitarian disaster.

### Why?

Few existing assessment tools have been successfully applied to provide a needs-based analysis within the first 72 hours of a disaster.

### In which contexts?

For the first assessment of sudden onset crises or deterioration of protracted crises or where access suddenly becomes available in protracted complex emergencies.

### When?

Usually within the first 3 days of the start of a sudden-onset crisis or when access suddenly becomes available in protracted complex emergencies.

### Who should use it?

It is designed as a common tool for the use of DG ECHO, and any other humanitarian actor. No particular sector expertise is required.

### How does it work?





The INAC draws basic conclusions from first-hand key data collected during rapid field assessments to recommend priority life-saving actions to be taken within the first few days after the crisis.

### What it is not:

The INAC is not a full assessment methodology. It will only provide a basic indication of the severity of the crisis and of the priority actions to be undertaken in the first day(s)/week(s). As soon as possible, it should give way to expanded rapid needs assessments to guide the design of emergency interventions.

### Info/feedback:

ECHO-INAC-FEEDBACK@ec.europa.eu

Main sectors	Health	Food and nutrition	WASH	Shelter and NFIs	Protection
<p><b>OBSERVE</b></p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>General impression of the affected population and health condition of the child population.</li> <li>Visit the morgue, burial place, count the number of new graves.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Levels of damage to crops, livestock and other livelihood assets and markets.</li> <li>General observations on HH consumption patterns and the nutritional status and trends of the affected population; identify specific vulnerable groups.</li> <li>Food diversity available in markets (staple food, vegetables/fruits, protein sources).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Environmental health conditions - look for signs of: a) unsafe hygiene practices (open defecation, medical waste disposal, etc.); b) contamination due to weak or absence of sanitation infrastructure including for excreta, waste water, solid waste, drainage and medical waste disposal; and c) disease transmitting vectors (rodents, mosquitoes, etc.).</li> <li>Existing WASH services - look for evidences of: a) collapsed or poorly performing services; b) strain on capacity of services (lines, conflicts, etc.) c) access difficulties (distance, security, etc.) and d) vulnerability of services (potential contamination sources, natural hazards, etc.).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The magnitude of structural damage and estimate of area affected.</li> <li>Response of the population (congregating in public infrastructure, tents/tarpaulin, out in the open, with host families, etc.).</li> <li>Safe and accessible distribution NFI/food site (mainly to most vulnerable groups).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>The relationship between the civilian population and the authorities.</li> <li>Frequency and nature of check-points and related constraints on movement.</li> <li>Are there children in the armed forces?</li> </ol>
<p><b>KEY INFORMANTS</b> Note name and contact (consult both men and women)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>Catchment area of assessment.</li> <li>Number of deaths in this catchment area in the last 1, 2, 3 days (adults &amp; children, by sex).</li> <li>Number of injured in this catchment area, which injuries? – How many injured to be evacuated?</li> <li>What first aid systems have already been set up?</li> <li>Any higher number than usual of the following symptoms: diarrhoea, high fever, coughing, skin problems, vomiting, loss of consciousness?</li> <li>Any health posts or health clinics within walking distance?</li> <li>How can injured/sick people be evacuated?</li> <li>Are people at ease or afraid to go to health facilities?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>What percentage of crops, livestock and other livelihood assets / markets have been damaged or destroyed?</li> <li>Has the demand and/or wage rate for casual labour changed?</li> <li>Have food prices been affected (purchasing power of HHs)?</li> <li>Is there any evidence of reduced food consumption / hunger as a consequence of the shock?</li> <li>What is the nutritional status and trends of the affected population and specific vulnerable groups?</li> <li>What food assistance – both emergency and long-term in nature – is being provided and how reliable is this support? (include both food and cash assistance).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>What are the water sources available at local level?</li> <li>Which water system(s) is used for domestic purpose?</li> <li>Has the water system(s) been disrupted and/or damaged? If time allows document the extent of the disruption/damage.</li> <li>What is the quantity of water available (m<sup>3</sup>/day) through the water system(s)? Is it safe for drinking? If not, why?</li> <li>Are human and animal excreta properly contained and disposed of? How many and what kind of excreta disposal system(s) /facilities are there? Are these functional and accessible to all?</li> <li>What is the extent of the damage to the existing excreta disposal system/facilities (if any)?</li> <li>Are there critical issues to consider before constructing/rehabilitating new WASH facilities &amp; services (high water table, soil type and absorption capacity, available space, flood-prone areas, social factors/habits, land issues, local material, gender, etc.)?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Determine the population density (pers/m<sup>2</sup>) in the settlement/camp area.</li> <li>Determine ratios (%) of intact, partially damaged or completely destroyed homes.</li> <li>Identify risk factors (rain, snow, extreme temperatures, topography, soil conditions, and drainage contamination).</li> <li>Damage to infrastructure (health structure, roads, bridges, culverts, schools, etc.).</li> <li>Public infrastructure (schools, stadiums) available for emergency shelter.</li> <li>What are the local construction styles and materials used (mud/thatch, masonry, reinforced concrete, timber, etc.)?</li> <li>Availability and sources of construction materials (government, commercial, HHs).</li> <li>Potential problems related to land use and ownership.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Is family separation a problem – are there unaccompanied children or families reporting lost children?</li> <li>Are there efforts to register unaccompanied or lost children?</li> <li>Are there specific problems regarding violence? SGBV? Who are the perpetrators?</li> <li>What are the coping strategies of the communities and threatened groups?</li> <li>If a specific group is under threat from the authorities, what is the position of the community?</li> <li>Are there child headed HHs?</li> <li>Are children recruited into the armed forces?</li> <li>Do the children in the community attend school? Any form of child labour?</li> <li>Are there any landmine and UXO issues in the place of settlement or re-settlement?</li> </ol>
<p><b>VISIT FACILITIES</b> (health, WASH, schools, possible camp sites and markets)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>Name and contact of the head of facility.</li> <li>Type of health service provided (OPD/IPD/etc.).</li> <li>General condition of the health facility: adequate electricity, cold chain, water supply and (medical) waste disposal services?</li> <li>Number, gender, type and seniority of health personnel.</li> <li>Number of injuries seen so far in last 1,2,3 days.</li> <li>Number of patients (other than trauma) seen so far in last 1,2,3 days. Most frequent symptoms seen.</li> <li>Availability of medicines and equipment – any out of stocks of essential medicines?</li> <li>Availability of referral possibilities to more specialised health facility – how is it done?</li> <li>Any specific health problems in the area BEFORE the disaster? (Any nutritional problems?)</li> <li>Any suspicion of serious health threat SINCE the disaster?</li> <li>Is there provision for emergency evacuation for pregnant women presenting delivery problems?</li> <li>Are blood transfusions tested for HIV?</li> <li>Are any SGBV cases reported or suspected?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Were food stocks in the markets damaged /destroyed/ looted? Is market activity being re-established?</li> <li>Is access to markets disrupted – limiting the ability of purchasers to reach markets or sellers to restock?</li> <li>How have the prices of staple foods, fuel and livestock changed since the shock?</li> <li>Have school attendance rates been affected?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Who operates and maintains the water system(s)/ point(s)? Is water freely available to all?</li> <li>Per water system visited: Facility functions (Y/N); type of source (surface/groundwater/etc.); protected (Y/N); yield (lts/sec), quality (turbid/clear), faecal contamination risks (Low/High), Treatment (Y/N); Storage (m<sup>3</sup>), Distribution or transport capacity (m<sup>3</sup>/hour), HH or public connection; local O&amp;M capacity (skills/equipment), distance to settlement?</li> <li>Per excreta disposal facility/system visited: Facility functions (Y/N); Type (public/private); Quantity of users; Cleanliness; Presence of vectors; Safety; Distance to nearest water source; Cleaning and maintenance.</li> <li>If time allows, check WASH conditions in Health/ Cholera Treatment/Nutritional centres - Communal shelters - Hygiene facilities - Markets - Schools.</li> </ol>	<p>Where spontaneous emergency group shelters have been established (in schools, stadiums, open public areas etc.), discuss with community representatives:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Number of people/families settled in the location.</li> <li>Access to health and WASH services, transportation infrastructure.</li> <li>Access to land and land tenure issues.</li> <li>Exposure to natural hazards.</li> <li>Potential security threats.</li> <li>Need for shelter materials and NFIs.</li> </ol>	<p>Discuss with the authorities:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Do the authorities recognize that there are protection issues?</li> <li>Is there a political commitment to protection?</li> <li>Are there detention centres in the vicinity and would humanitarian access be acceptable?</li> <li>If there are children in the armed forces, what is their position on this?</li> <li>Have schools been destroyed?</li> <li>Do children still have opportunities to go to school (access and provision of educational activities)?</li> <li>Is there any registration mechanism for protection related issues and assistance?</li> </ol>
<p><b>HOUSEHOLDS</b> (HHs) (time allowing; consult women, men, children)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>General state and condition of the HH.</li> <li>Number of death(s) in the HH during the last few days and cause(s).</li> <li>Any increase of sick HH members with specific symptoms such as: diarrhoea, high fever, coughing, skin problems, vomiting, unconsciousness?</li> <li>Do the health personnel treat all people equally?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>How has the shock affected the HH's production and income (both agricultural and non agricultural production)?</li> <li>Which coping mechanisms are HHs adopting to ensure basic food consumption (eg. are girls/women or elderly eating less food, what is the use of wild foods, reliance on remittances, migration, asset sales, etc.)?</li> <li>How long will the HH food and fuel stocks last?</li> <li>Is assistance being provided and if so are there specific constraints facing certain groups in securing access?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Main source(s) of drinking water? Other sources used? Quantity of water available in HH (lts/day)?</li> <li>Is water treated at HH level? If so, how?</li> <li>Distance from HH to nearest water point?</li> <li>What facility do you use for excreta disposal? Is it accessible to everyone in the HH? Is it private/public?</li> <li>Quantity, volume and type of water containers at HH level (for transport and storage)? Is soap readily available?</li> <li>Hygiene practices: Evidence of hand washing practice and use of soap? Safe disposal of children faeces? Need for hygienic supplies? Risky cultural beliefs/customs?</li> <li>Do you have access to hygiene facilities? What kind?</li> <li>Number of children in HH with diarrhoea and/or skin and eye infection in the past 96 Hrs?</li> </ol>	<p>Availability and access to:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Clothing (reflect on the prevailing climatic conditions).</li> <li>Mats, blankets.</li> <li>WASH NFI (see WASH column).</li> <li>Cooking utensils (pots, pans, etc.).</li> <li>Cooking and heating fuel (which type of fuel?)</li> <li>Other NFI needs (bednets, etc.)?</li> </ol>	<p>Immediately following an acute crisis, it may not be appropriate to interview HHs on protection issues, in particular if you are not familiar with the area and context. If there is a good understanding of the context, you can consider some indirect queries.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Are you facing any problems with the authorities or other groups?</li> <li>Is anyone missing from your family?</li> <li>Are your children safe – do you feel safe?</li> <li>Are your children going to school?</li> <li>Who in the HH collects water and/or firewood and where?</li> <li>How has the host community reacted to your arrival?</li> </ol>

### Prior to the field visit:

- Clearly choose and identify (within the boundaries of the disaster stricken area) a few “Catchment’s Areas” (CA) which you plan to visit.
- Collect basic existing baseline data/ maps/etc. on these CA.
- Verify security/weather/transport conditions, access clearance and agree on trip itinerary to the CA.
- Set up (if possible gender balanced) the assessment team and define individual roles/responsibilities with regard to data collection.
- Verify if all team members are familiar with the tool and aware of the time constraints during the assessment (provide a short briefing if required).
- Agree on how the data collected from the different CA will be assembled into one report.
- Recall main lessons learned specific for the type of disaster at hand.

### After the field visit:

With the entire team, collate the results of all the CA assessments and draw the main conclusions (per sector); extrapolate your conclusion to determine the severity of crisis and prioritize the humanitarian actions needed. Where possible, it is recommended to triangulate your data and conclusions with that of other initial needs assessments. If relevant, identify possible assessment gaps for follow up. When designing the immediate response consider key advocacy messages.

(Front Cover)

**Main sectors**

**Health**

**Food and nutrition**

**WASH**

**Shelter and NFIs**

**Protection**

**ANALYSIS**  
(based on information of the current situation)



1. Point mortality: number of death per catchment area.
2. Is there a major problem with 1st aid provision to the injured?
3. Is there a major problem with evacuation of the injured and pregnant women?
4. Is there an adequate health facility available dealing with immediate problems of the population? (Personnel and medical supplies, waste management?)
5. Is there any suspicion of a major epidemic of health problem emerging or already present?
6. Is the disaster causing a major psychological trauma for a part of the population?

1. Are all social groups able to meet their short-term food consumption needs?
2. Is the problem due to insufficient food availability, food access or both?
3. Do people have the ability to prepare meals (water, fuel, cooking utensils, etc.)?
4. Estimate what % of HH require food assistance, what is the level (shortfall in total food consumption requirements) and the duration of assistance required?
5. Would assistance in cash or kind be most appropriate? Should assistance be freely provided or linked to conditionality (e.g. labour, training etc)?
6. Are there specific vulnerable groups and nutritional needs?

1. Is the water quantity < 15 lts/pers/day?
2. Water stress: Is the quantity of water available/pers substantially less (< half) than normally used?
3. Are there any problems of access to water supplies?
4. Is it preferable to conduct emergency repair on the existing water supply system or to construct new emergency water supply system(s)?
5. Is there a high risk of contamination of water sources and/people from faeces?
6. Are there any constraints to good hygiene behaviour? Which ones?

1. Settlement - Will affected HHs:
  - Return to the site of their original dwellings?
  - Settle independently within host communities/families?
  - Be accommodated in temporary planned or self-settled camps?
2. What are the options for emergency shelter?
3. Are there critical environmental factors to take into consideration?
4. How can shelter materials best be mobilized?
5. Identify key infrastructure in need of repair to facilitate emergency response.
6. What is the scale of the need for NFIs?
7. What is the capacity of the authorities or communities to respond?

1. What immediate steps can be taken that will have an important impact on addressing protection issues?
2. Compliance aptitude – how willing are the authorities to address protection issues (including GBV)?
3. How can the coping strategies of the vulnerable populations be strengthened?
4. What are the main security threats?

**ACTION NEEDED**  
(think about the possible following actions and prioritize)



7. Organise or reinforce immediately the mass casualty management, in particular the first aid facility and the triage of injured persons.
8. Organise or reinforce immediately adequate evacuation facility for the seriously injured and pregnant women with delivery problems.
9. Organise or reinforce health facility (which inputs are needed as priority?) Is there a need to bring in additional medical staff? Is medical waste management in place?
10. Evaluate the need to vaccinate children and/or adults urgently (if epidemics are expected and coverage is below 80%).
11. Evaluate the need to establish an EWARN (Early Warning and Response Network) with rapid investigation capacity (if epidemics are expected).
12. Evaluate the need to establish basic psycho-social or mental health services.
13. Imposition, information, education and communication on public or environmental health hazards and measures to be observed by the population.
14. Emergency replacement of key drugs for chronic diseases (HIV, TB, diabetes, Hypertension, Thyroid problems,...)

7. Unconditional Food Transfers, either food commodities provided on a blanket basis (General Food Distributions), commodities targeted according to specific criteria / locations; or as unconditional cash transfers.
8. Cash or food provided on the basis of training or labour provision.
9. Blanket nutritional interventions (e.g. blanket Supplementary Feeding programmes) where nutritional commodities are distributed to all individuals of a certain age, in a certain area deemed to be facing or at risk of a nutritional crisis.
10. Provision of food preparation and food storage materials. Items required for preparing food, such as cooking sets, cooking fuel and water.
11. Provision of information on entitlements.
12. Road/market infrastructure rehabilitation.
13. Support to further food-security assessments, nutritional screening, surveillance and surveys.

7. Emergency (new/rehabilitated) drinking water supplies measures are urgently required if less than 15 lts/pers/day is available (particularly if environmental risk factors such as dense population, contaminated water supply, poor hygiene are high).
8. Emergency "shock" treatment of the drinking water supply is required if the existing system is still functional, but has likely been contaminated (as a result of physical damage to its infrastructure, interrupted/intermittent service provision, etc.).
9. HH water treatment is recommended if the quality of drinking water is poor and most HH understand or can be quickly taught how to use home water treatment effectively.
10. The need for adequate HH water transport and storage facilities should be assessed in all cases.
11. Emergency sanitation (particularly excreta disposal) and hygiene promotion measures are required immediately if people are settled in high density areas and exposed to poor sanitary conditions and/or probable diarrhoeal outbreaks.
12. Emergency distribution of WASH NFI is required when acute shortage has been objectively observed.

8. Provision of emergency shelter material (tarpaulin, tents, rope, etc.).
9. Provision of specialized emergency and/or transitional shelter (tents).
10. Adapt shelter needs according to HH sizes, gender and disability factors, taking into consideration long-term displacement needs.
11. Mobilize service provision around public infrastructure functioning as emergency shelter.
12. Source and provide NFI, according to priorities (clothing, cooking, access to water).
13. Provision of fuel for cooking/heating.
14. Negotiate with the relevant actors on gaining adequate land for emergency/ temporary shelter.
15. Provision of tools/materials for the emergency repair of damaged homes.

5. Set up registration mechanisms for documenting unaccompanied and lost children to enable effective tracing and family reunification as well as basic measures to take care of them during the emergency period.
6. If appropriate and possible, negotiate with the authorities on protection issues.
7. Negotiate access to detention facilities with the relevant authorities.
8. Consider protection issues in all conventional emergency interventions and how the related activities impact on the communities' protection coping strategies.
9. Review other potential emergency interventions (health, food, NFI etc.) to ensure that the systems and practices do not cause family separation.
10. If appropriate, consider GBV minimum package (detection, counselling, PEP, antibiotic, emergency contraception etc.).
11. Ensure that policies are put into place that guide humanitarian agencies on what to do with sensitive information which can potentially harm people's safety or dignity.

**THRESHOLDS & STANDARDS**

**Cut-off values for emergency warning**

**Health status**

- Crude death rate: more than 1/10,000 people/day
- Under fives death rate: more than 2/10,000 U5/day

**Health Facility Utilisation**

- Among stable pop: 0.5 – 1.0 new contacts/pers/yr
- Among displaced/refugee population: up to 4.0 new contacts/pers/yr
- After a natural disaster: contacts for first aid will be much higher, a solid part of the affected population may visit the established first aid centre or the surviving health facility in the first few days. (Count on 20 to 50% of the catchment population looking for contact with the health facility).

**Health Personnel Requirements**

Activity	Output of 1 pers/hr of work
OPD consultation	6 consultations
OPD treatment (dressings etc)	6 treatments
Vaccination	30 children
U-5 clinic & growth monitoring	10 children
ANC	6 women
Assisted delivery	1 delivery

*Note: one person/day = 7 hours of field work*

Health workers emergency requirements for the above = 60 staff per 10,000 people.

**Food**

Total needs of 2,100 Kcal/person/day  
A 100% daily ration (needs may be partial) consists of:

- 350-400 g/person/day of staple cereal
- 20-40 g/person/day of an energy rich food (oil/fat)
- 50 g/person/day of a protein rich food (vegetables).

To supply 10,000 people with food for one week this is approximately:

- 28.0 MT of staple cereal
- 2.8 MT of an energy rich food
- 3.5 MT of a protein rich food

**Cash**

- Cash transfer necessary to purchase equivalent food ration calculated according to local market costs (to be adjusted on the basis of market price trends).
- Cash for work rates should take into account both the local casual labour rates and the cost of meeting basic needs (eg. the food basket).
- Work conditionality should not undermine recovery of livelihoods.
- Workers should not have to travel unacceptable distances to access work or cash / food distribution.
- Gender roles should be factored in appropriately.

**Nutrition status**

Acute malnutrition (W/H < -2Z scores in under 5 yr population: > 10% of under fives

	GAM	SAM
Normal rate	<5%	<1%
Poor	5 to 9 %	<2%
Serious	10 – 14 %	>2%
Critical	> or = 15 %	>5%

**Water**

- Minimum 7.5 - 15 lts/pers/day
  - ◊ drinking: 2.5-3 lts/pers/day
  - ◊ drinking and cooking: 3-6 lts/pers/day
  - ◊ hygiene: 2-6 lts/pers/day
- No faecal Coliforms/100 ml (for non treated water supplies at point of delivery)
- Maximum 250 users per tap; 500 users per hand pump; 400 users per open well
- Distance to water points < 500 m from housing
- Queuing time at water source < 15 minutes (on average, but not at peak times); max. 3 minutes to fill 20 lts at water point/tap
- At least two 10-20 lts water collecting containers (+enough storage capacity per HHs)

**Sanitation**

- Latrine: ideally one/family, minimum one toilet/20 persons (but up to 50 persons at initial stage)
- Distances:
  - ◊ max. 50 m – min. 6 m from housing
  - ◊ min. 30 m from closest water point
- Check soil conditions and water table level (pits)
- Use of toilets arranged by HHs or gender
- Refuse disposal: one communal pit/500 people

**Hygiene**

- 1 Hygiene Promoter for 500 people
- Soap: 250g /pers/month
- Laundry soap: 200g/pers/month
- Sanitary hygienic supplies & washable nappies

**Camps (Site Plans)**

- Min area available per person: 45 m2
- Min shelter space per person: 3.5 m2
- Min distance between two shelters: 2 m
- Open space/public facilities/roads: 15-20%
- Favourable drainage & soil conditions

**Shelter:**

- Socially acceptable, durable, disaster safe and upgradeable HH design/ materials
- Optimal thermal comfort and ventilation
- Access to WASH facilities incorporated
- Vector control measures incorporated
- Locally sourced materials and labours
- Local standard of workmanship & materials
- Accountable procurement of resources
- Limited environmental impact of settlements

**NFI**

- Clothing, bedding and sleeping mats
- Hygiene NFI (see WASH column)
- Cooking and eating utensils
- Stoves, fuel (15 kg firewood/hh/day) & lighting materials
- Tools and equipments (bed nets if necessary)

**Population Profile (of CA):**

- Name of Catchment Area (CA)
- Original population?
- Influx/outflux into/out?
- Number of injured?
- Number of dead?
- Number of missing?
- Number of disabled (if available)?
- Children < 5 years (as % of pop)
- Sex ratio = number of females / number of men
- Any ethnicity/minority issues?
- Average household size?

If possible, all population data to be disaggregated by sex

**Livelihoods (of CA):**

- Which social groups are at risk/why?
- Main livelihood strategies?
- Impact of disaster on different livelihood assets and strategies?
- Loss of livelihood assets?
- Coping strategies adopted?
- Opportunities to recover or support appropriate coping strategies?
- Livelihood challenges relating to social difference (gender, disability, marginalised groups etc)
- Agricultural seasonality and climate patterns in the region

**Coordination:**

- Local system of coordination
- Presence of local first responders?
- Presence of international partners in the field now?

**Logistics (of CA):**

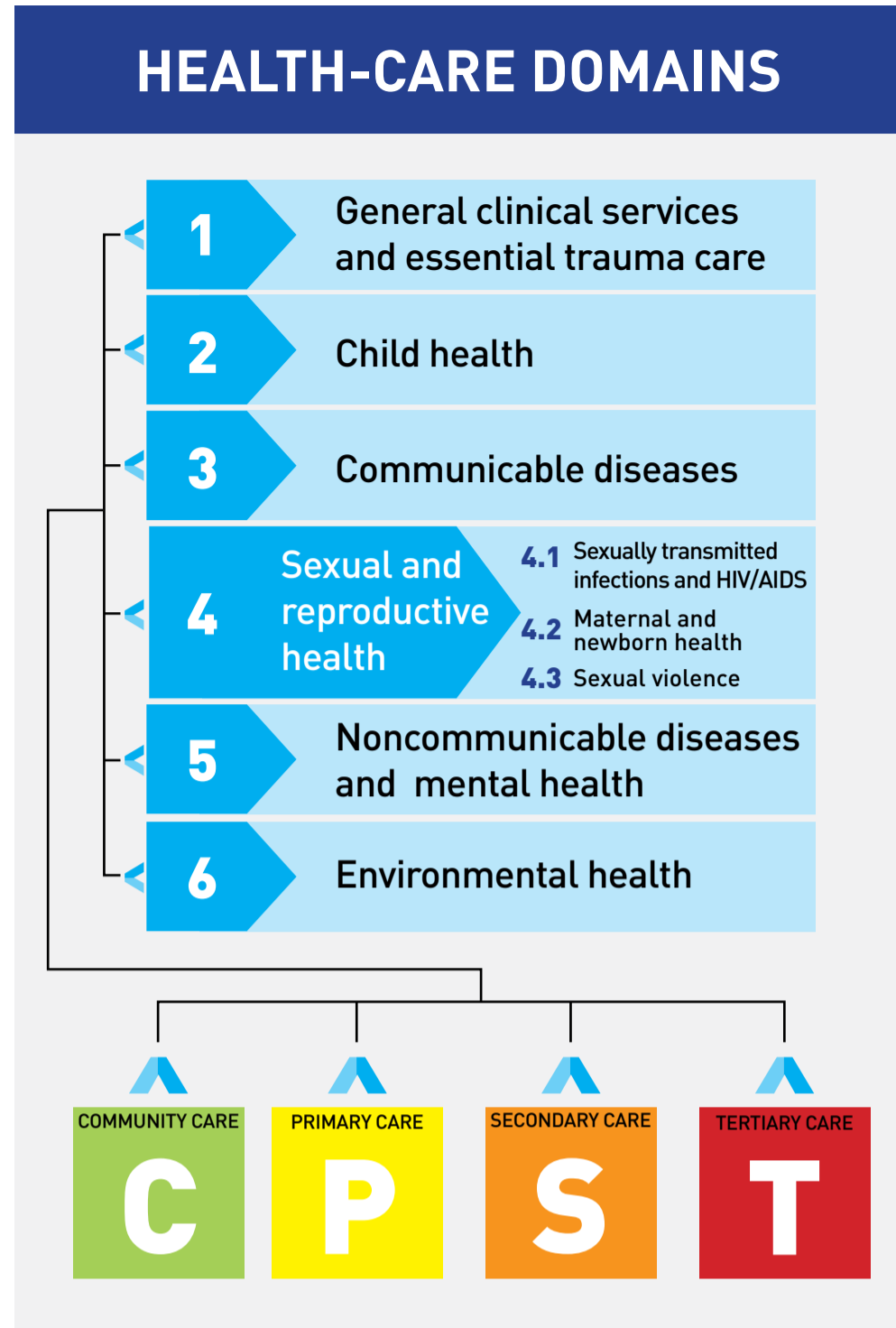
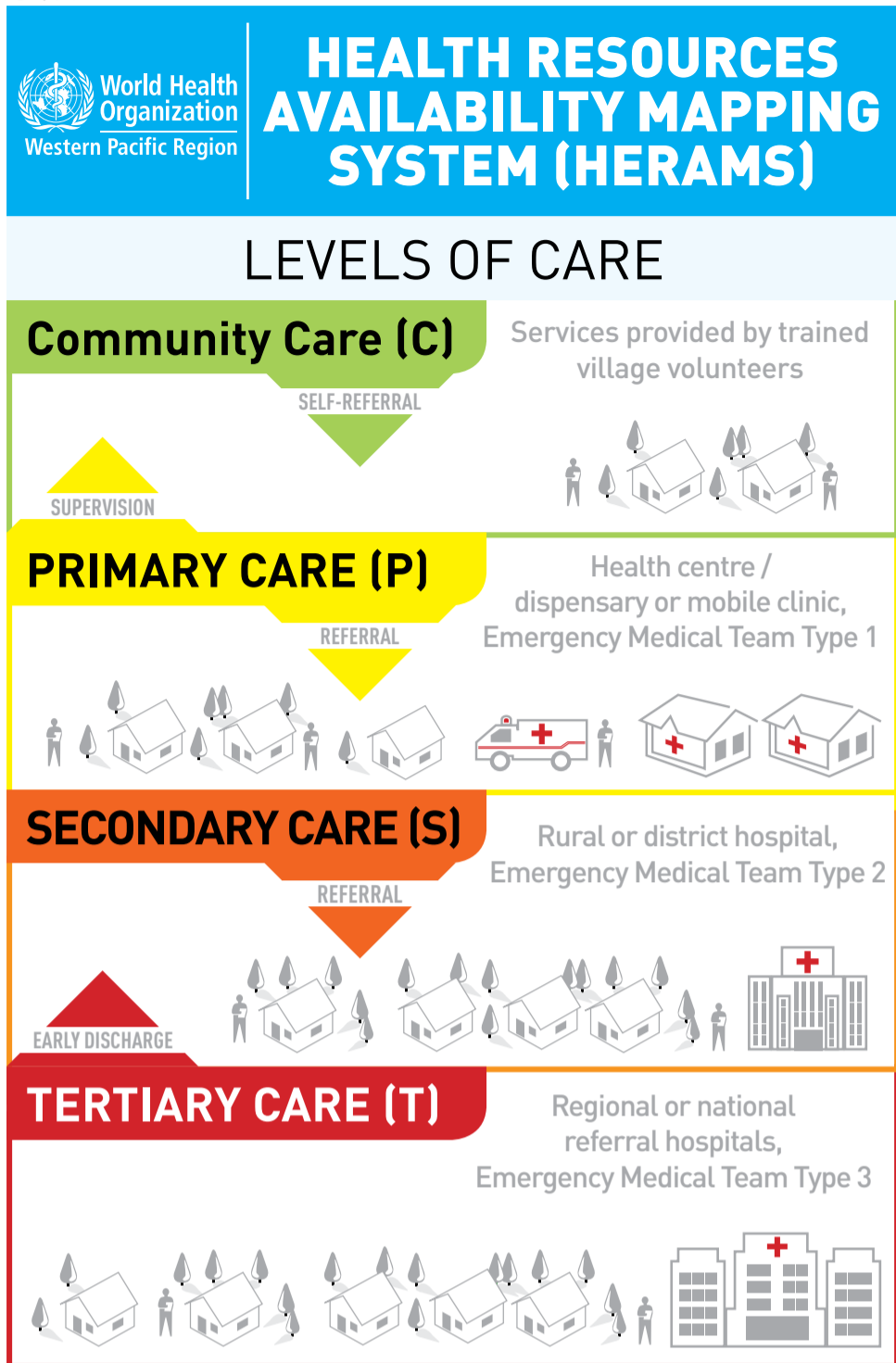
- Local transport network and constraints?
- Nearest road; airport; seaport; rail station/customs procedures?
- Car, truck and air transport for hire/ availability of warehouses?
- Electricity / communication infrastructure?
- Availability of emergency power generation?
- Availability of fuel?
- Local transport permits (for goods/ persons)?
- Local topographic characteristics/ constraints
- Local weather patterns/constraints
- Local procurement (shops open; markets functioning; availability of local construction material and other material and man power)?
- Options to relieve logistical constraints?
- Local logistics coordination/support mechanisms?

**Safety and Security (of CA):**

- Security threats/constraints/UN Security Phase?
- Safety issues? Threat of crime?
- Attitude of the local authorities?
- Use and nature of roadblocks?
- Constraints on humanitarian access?
- Humanitarian community targeted?
- Gender vulnerabilities and coping mechanisms as a result of disaster?



(Back Cover)



WPRO/2016/DSE/001

© World Health Organization 2016. All Rights Reserved.

NUMBER OF HEALTH SERVICES BY LEVEL OF CARE, HEALTH-CARE DOMAINS AND COMPLEXITY							
HEALTH-CARE DOMAINS		COMMUNITY SERVICES	PRIMARY SERVICES			SECONDARY SERVICES	TERTIARY SERVICES
			Mobile Clinic	Dispensary	Health Centre		
1	General clinical services and essential trauma care	0	?	?	8	3 primary	3 primary
						5 primary (upgraded)	2 secondary
2	Child health and nutrition	3 primary (simplified)	?	?	4	2	5
		2				4 primary	4 primary
3	Communicable diseases	1 primary	?	?	5	2	2 secondary
		1 primary (simplified)				4 primary	4 primary
4	Sexual and reproductive health	2	?	?	5	1 primary (upgraded)	2 secondary
		1 primary (simplified)				4 primary	4 primary
4.1	STI and HIV/AIDS	1 primary (simplified)	?	?	5	1	5 primary
		2				5 primary	5 primary
4.2	Maternal and newborn health	1 primary (simplified)	?	?	5	3 primary	3 primary
		0				4 primary	4 primary
4.3	Sexual violence	0	?	?	3	1 primary (upgraded)	2 secondary
						3 primary	3 primary
5	Noncommunicable diseases and mental health	1	?	?	8	6 primary	6 primary
						2 primary upgraded	2 secondary (upgraded)
6	Environmental health	1	?	?	4	1 primary	1 primary
						3 primary (upgraded)	1 secondary
						2 secondary (upgraded)	

Upgraded or simplified

# HEALTH-CARE DOMAINS

# Health Services Check List

Service availability – fully available: 1; partially available: 0.5; not available: 0

Mark: 1-0.5-0  
Before After

COMMUNITY CARE (C)		CODE	Services provided by trained village volunteers in their own community, with regular supervision			
C	2	Child health and nutrition	C2.2	Community-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) for acute respiratory infection (ARI), diarrhoea and malaria by trained and supervised village volunteers or community health workers (CHW)		
			C2.3	Screen for acute malnutrition with mid-upper arm circumference (MUAC)		
			C2.4	Support community site for community management of acute malnutrition programme and/or follow-up of children enrolled in supplementary/therapeutic feeding		
			C2.5	Information, education and communications (IEC) of child care taker, promotion of exclusive breastfeeding and Infant, Young, and Child Feeding practices, active case finding and referral of sick children		
			C2.6	Community mobilization and support of outreach sites of routine Expanded Programme for Immunization (EPI), and/or mass vaccination campaigns		
			C3.3	Diagnosis of malaria suspected cases with rapid diagnostic test (RDT) and treatment of positive cases, or detection and referral of suspected cases, and follow-up		
	3	Communicable diseases	C3.5	IEC on prevention and self-care of local priority diseases, such as dengue, acute diarrhoea, others		
			C3.6	Support vector control interventions (distribution of impregnated bed nets, in/outdoor insecticide spraying, related IEC)		
			C3.7	Mobilize communities and support mass drug administration/treatment campaigns		
	4	Sexual and reproductive health	C4.1.2	Ensure access to free condoms*		
			C4.1.6	Advocacy for community leaders on STI/HIV		
			C4.1.7	IEC on prevention of STI/HIV infections and behavioural change communications		
	5	Noncommunicable diseases and mental health	C4.2.3	Clean home delivery, including distribution of clean delivery kits to visibly pregnant women*, IEC and behavioural change communications, knowledge of danger signs and where/when to go for help, promotion of exclusive breastfeeding and IYCF practices		
			C5.9	Promote self-care, provide basic health care and psychosocial support, identify and refer severe cases for treatment, provide needed follow-up to people discharged by facility-based health and social services for people with chronic health conditions, disabilities and mental health problems		
	6	Environmental health	C6.5	IEC on hygiene promotion, on use of adequate sanitation facilities (no open defecation), home treatment and storage of safe drinking water (including correct use of Aquatab when distribution needed), community mobilization to keep a clean environment and/or other sanitation activities		

Mark: 1-0.5-0  
Before After

PRIMARY CARE (P)		CODE	Health centre or dispensary or mobile clinic, Emergency Medical Team Type 1				
P	1	General clinical services and essential trauma care	P1.1	Standard precautions: soap/hand disinfectant, disposable/auto-disable needles and syringes, sharps safe disposal box, sterilizer, latex gloves, masks, guidelines for Standard Precautions*			
			P1.2	Triage, assessment, first aid and life support (cardiopulmonary resuscitation (CPR) stabilization of patient with severe trauma and non-trauma emergencies before referral (IV line and saline solution for fluid resuscitation)			
			P1.3	Outpatient services with availability of all essential drugs for primary care as per national guidelines			
			P1.4	Minor trauma definitive management: pain management, tetanus toxoid and human antitoxin, minor surgery kits, suture absorbable/silk with needles, disinfectant solutions, bandages, gauzes, cotton wool			
			P1.5	Short hospitalization capacity (maximum 48 hours)			
			P1.6	Basic laboratory with general microscopy			
			P1.7	Referral capacity: referral procedures, means of communication, access to transportation			
			P1.8	Home visits, including promotion of self-care practices, monitoring of noncommunicable diseases (NCD) medication compliance and palliative care			
	2	Child health and nutrition	P2.1	Expanded programme on Immunization (EPI): regular outreach site for routine immunization against all national target diseases or permanent site with functioning cold chain in place			
			P2.2	Under-5 clinic conducted by IMCI-trained health staff with available paracetamol, first-line antibiotics, Oral rehydrations salts (ORS) and zinc dispersible tablets, national IMCI guidelines and flowcharts			
			P2.3	Growth monitoring and/or screening of acute malnutrition (MUAC or weight-for-height (W/H))			
			P2.4	Integrated management of acute malnutrition (IMAM) with outpatient programme for severe acute malnutrition without medical complications with ready-to-use therapeutic foods available			
	3	Communicable diseases	P3.1	Regular reporting sentinel site for syndromic surveillance of local relevant diseases/conditions			
			P3.2	Immediate reporting of unexpected or unusual health events through an event-based surveillance system			
			P3.3	Diagnosis of malaria suspected cases with rapid diagnostic test (RDT) and treatment of positive cases, or detection and referral of suspected cases, and follow-up			
			P3.4	Diagnosis and treatment of TB cases, or detection and referral of suspected cases, and follow-up			
			P3.5	Clinical diagnosis and management of other locally relevant diseases, such as dengue, with protocols available for identification, classification, stabilization and referral of severe cases			
	4	Sexual and reproductive health	4.1 STI and HIV/AIDS	P4.1.1	Syndromic management of sexually transmitted infections, national first-line antibiotics available		
				P4.1.2	Availability of free condoms*		
				P4.1.3	HIV testing and counselling		
			4.2 Maternal and newborn health	P4.1.4	Prophylaxis and treatment of opportunistic infections, prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT)		
				P4.1.5	Antiretroviral therapy (ART)		
				P4.2.1	Family planning: availability of pregnancy test and contraceptive methods as per national guidelines		
			4.3 Sexual violence	P4.2.2	Antenatal care: assess pregnancy, birth and emergency plan, respond to problems observed (urine protein test strips, Syphilis RDT) and/or reported STI, advise/counsel on nutrition and breastfeeding, self-care and family planning, intermittent iron and folate supplementation in non-anaemic pregnancy		
P4.2.3				Skilled care during childbirth including early essential newborn care: preparing for birth, assess presence of labour, stage, fill WHO partograph and monitor, manage conditions accordingly, dry baby, clean cord care, basic newborn resuscitation, skin-to-skin contact, oxytocin, early and exclusive breastfeeding, eye prophylaxis (available magnesium sulfate and antenatal steroid)*			
P4.2.4				Basic emergency obstetric care (BEOC): parenteral antibiotics, oxytocic/anticonvulsant drugs, manual removal of placenta, removal of retained products with manual vacuum aspiration (MVA), assisted vaginal delivery, health facility functioning 24/7*			
5	Noncommunicable diseases and mental health	P4.2.5	Post-partum care: examination of mother and newborn baby (up to 6 weeks), respond to observed signs, support breastfeeding, counsel on complementary feeding, promote family planning				
		P4.3.1	Clinical management of rape survivors (including psychological support)*				
		P4.3.2	Emergency contraception*				
		P4.3.3	Post-exposure prophylaxis (PEP) for STI and HIV infections*				
		P5.1	NCD clinic: brief advice on tobacco, alcohol and substance abuse, healthy diet, screening and management of risks of cardiovascular disease (CVD), individual counselling on adherence to chronic therapies, availability of blood pressure (BP) apparatus, blood glucose and urine ketones test strips, and essential NCD drugs as per national list				
		P5.2	Asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): classification, treatment and follow-up				
		P5.3	Hypertension: early detection, management and counselling (including dietary advice), follow-up				
		P5.4	Diabetes: early detection, management (oral anti-diabetic and insulin available), counselling (including dietary advice), foot care, follow-up				
6	Environmental health	P5.5	Identification of people with disabilities, basic advice and referral to specialist services (when needed)				
		P5.6	Oral health and dental care				
		P5.7	Psychological first aid for distressed people, survivors of assault, abuse, neglect, domestic violence, and linking vulnerable individuals/families with resources, such as health services, livelihood assistance etc.				
		P5.8	Management of mental disorders by specialized and/or trained and supervised non-specialized health-care providers, availability of fluoxetine, carbamazepine, haloperidol, biperiden and diazepam				
		P6.1	Water: sufficient and safe water available during opening hours, with 2 days safely stored stock, functioning handwashing stations (tap and water with functioning wash basin and soap, or alcohol-based hand-rub) in rooms where care is provided and at entry to facility				
		P6.2	Sanitation: at least 3 (1Xstaff, 1Xfemale, 1Xmen) clean and functioning toilets with functioning handwashing stations (tap and water with functioning wash basin and soap, or alcohol-based hand-rub) within 5 metres of toilets				

Mark: 1-0.5-0  
Before After

SECONDARY CARE (S)		CODE	Rural or district hospital, Emergency Medical Team Type 2			
S	1	General clinical services and essential trauma care	S1.2	Medical and surgical triage, advanced life support (defibrillator) and airway management, acceptance of referral, advance stabilization and referral, availability of second-line emergency and pain management drugs		
			S1.3	Outpatient department (OPD) with availability of all essential drugs for secondary care as per national guidelines (including NCD and pain management), and at least one general practitioner		
			S1.4	Emergency and elective surgery, full surgical wound care, advanced fracture management through at least one operating theatre with basic general anesthesia (with or without gas)		
			S1.5	At least 20 inpatient bed capacity with 24/7 availability of medical doctors (MD), nurses and midwives, and 4-5 beds for short observation before admission, or 24/48 hour hospitalization		
			S1.6	Laboratory service		
			S1.7	Blood bank service		
			S1.8	X-ray service (basic radiological unit) and ultrasound		
			S1.9	Management of children classified with severe or very severe diseases (parenteral fluids and drugs, oxygen)		
			S1.10	Stabilization centre for the management of severe acute malnutrition with medical complications, with availability of F75, F100, ready-to-use therapeutic foods and dedicated trained team of doctors, nurses, and nurse aids, 24/7		
			2	Child health and nutrition	S2.5	Management of severe and/or complicated communicable diseases (such as severe dengue, measles with pneumonia, cerebral malaria, others)
	S3.6	Diagnosis, management and follow-up of multidrug-resistant TB patients				
	S3.7	Comprehensive emergency obstetric care: BEOC, caesarean section,* safe blood transfusion*				
	3	Communicable diseases	S4.2.4	Comprehensive abortion care: safe induced abortion for all legal indications, uterine evacuation using manual vacuum aspiration (MVA) or medical methods where applicable, antibiotic prophylaxis, treatment of abortion complications, counselling for abortion and post-abortion contraception		
			S4.2.6	Rehabilitation services and assistive device provision, including post-operative rehabilitation for trauma-related injuries		
	4	Sexual and reproductive health	S5.5	Inpatient care for management of mental disorders by specialized and/or trained and supervised non-specialized health-care providers		
			S5.8	Water: sufficient, running, and safe water available 24/7, at water points accessible to all users, with 2 days safety stored stock, functioning handwashing stations (tap and water with functioning wash basin and soap, or alcohol-based hand-rub) in rooms where care is provided, at entry to facility, and near food preparation areas		
	5	Noncommunicable diseases and mental health	S6.1	Sanitation: at least one gender-separated clean and functioning toilet for every 20 users at each inpatient centre, and one for staff, with functioning handwashing stations (tap and water with functioning wash basin and soap, or alcohol-based hand-rub) within 5 metres of toilets		
			S6.2	Waste: treatment of medium volumes of hazardous waste with autoclave and incinerators with temperature below 800 °C		
S6.3			Waste: segregation of sharps, of hazardous and non-hazardous waste in separate well-marked receptacles (pedal bin) with lid and plastic bin liner located in all key areas			
S6.4			Waste: timely and safe waste collection with use of appropriate personal protective equipment (PPE), safe final disposal of sharps and hazardous waste, dedicated fenced-off and covered pit for non-hazardous waste disposal or municipal collection			

Mark: 1-0.5-0  
Before After

TERTIARY CARE (T)		CODE	Regional or national referral hospitals, Emergency Medical Team Type 3			
T	1	General clinical services and essential trauma care	T1.2	Complex referral triage, acceptance of referral, intensive care level management with availability of assisted ventilation, infusion pumps and third-line emergency drugs		
			T1.4	Emergency and elective surgery with at least two operating theatres with paediatric and adult gaseous anaesthetic		
			T1.5	At least 50 inpatient bed capacity with paediatric and ob-gyn wards with 24/7 availability of doctors and/or specialists (general surgeon, ob-gyn, paediatrician, others)		
			T1.6	Laboratory services, including electrolyte and blood gas concentrations, public health laboratory capacities		
			T1.10	X-ray with stratigraphy, intraoperation X-ray intensifier, ultrasound, MRI and/or CT scan		
			T1.11	Intensive care unit with at least 4 bed capacity		
			T1.12	Orthopaedic/trauma ward for advanced orthopaedic and surgical care, including burn patient management		
			T1.13	Hemodialysis unit		
			T1.14	Medical evacuation (medevac) procedures, transport means and network for referral of patients in need of highly specialized care		
			T1.15	Procedures in place for early discharge of post-operative patients through referral to secondary hospitals, in mass casualty scenarios		
	5	Noncommunicable diseases and mental health	T5.5	Disabilities and injuries prevention and early rehabilitation, including early follow-up at home with mobile team for postoperative care		
			T5.8	Inpatient care for management of mental disorders by specialized health-care providers		
	6	Environmental health	T6.1	Water: availability of safe and running water 24/7, sufficient according to number and type of patients (for example, 400 litres/bed/day for patients with Ebola virus disease), with 2 days safety stored stock		
			T6.4	Waste: treatment of high volumes of hazardous waste with high temperature (above 800 °C) incinerators, or alternative non-burn technologies		

Code legenda:  primary care services which are available also at other levels of care  services with different degree of complexity at different levels of care  new services introduced at community, secondary or tertiary levels of care  
\*The services that are part of the Reproductive Health (RH) Minimum Initial Services Package (MISP) are indicated in bold

添付資料 11：参考資料（国際緊急援助隊医療チームの活動報告書）

- 1 ネパール大地震に係る医療チーム活動報告・二次隊. --国際協力機構国際緊急援助隊事務局提供資料, 2015.8
- 2 バヌアツ共和国におけるサイクロン被害に対する国際緊急援助隊医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2016.1.
- 3 フィリピン共和国における台風被害に対する国際緊急援助隊医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2014.3.
- 4 インドネシア 西スマトラ州パダン沖地震に対する国際緊急援助隊救助チーム・医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2011.4.
- 5 チリにおける大地震に対する国際緊急援助隊医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2011.5.
- 6 ハイチ共和国における地震に対する国際緊急援助隊医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2011.5.
- 7 パキスタン・イスラム共和国における洪水被害に対する国際緊急援助隊 医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2010.12.
- 8 中国 西部大地震被害に対する国際緊急援助隊救助チーム・医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2009.4.
- 9 テーマ別評価「総合分析:国際緊急援助事業」報告書. -- 国際協力機構企画・調整部, 国際緊急援助隊事務局, 2008.1.
- 10 ミャンマー連邦 サイクロン被害に対する国際緊急援助隊医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2008.12.
- 11 インドネシア国 ジャワ島中部地震災害に対する国際緊急援助隊医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2007.1.
- 12 国際緊急援助事業評価報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2007.3.
- 13 パキスタン国における地震災害に対する国際緊急援助隊救助チーム・医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2006.1.
- 14 スマトラ沖大地震・インド洋津波災害に対する国際緊急援助隊活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2005.4.
- 15 インドネシア・ニース島地震災害救済国際緊急援助隊医療チーム(第1次隊、第2次隊)報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2005.8.
- 16 アルジェリア国 における地震災害に対する国際緊急援助隊救助チーム及び医療チーム事後評価調査報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2004.5.
- 17 イラン・イスラム共和国における地震災害に対する国際緊急援助隊医療チーム活動報告書. -- 国際協力機構国際緊急援助隊事務局, 2004.6
- 18 トルコ 地震災害救済国際緊急援助隊医療チーム事後評価報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 2003.2.
- 19 アルジェリア国 における地震災害に対する国際緊急援助隊医療チーム活動報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 2003.8
- 20 インド国 地震災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 2001.10
- 21 エルサルバドル国における地震災害に対する国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 2001.10
- 22 トルコ共和国 北西部地震災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 2000.3
- 23 モザンビーク共和国 洪水災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 2000.7

- 24 インドネシア共和国 地震災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 2000.11
- 25 コロンビア共和国 地震災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 1999.4
- 26 台湾 地震災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 1999.11
- 27 トルコ国 西部地震災害救済国際緊急援助隊医療チーム(第 1 次隊、2 次隊)報告書. -- 国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 1999.10
- 28 パプア・ニューギニア 津波災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団, 1998.12
- 29 ニカラグア共和国 ハリケーン災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団, 1998.12
- 30 ドミニカ共和国 ハリケーン災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団, 1998.12
- 31 バングラデシュ人民共和国 竜巻災害救済国際緊急援助隊医療チーム報告書. -- 国際協力事業団, 1996.8
- 32 ネパール国豪雨・洪水災害国際緊急援助隊医療チーム報告書. --国際協力事業団国際緊急援助隊事務局,平成 6 年 1 月
- 33 国際緊急援助隊業務実績 ; 平成 4 年度. -- 国際協力事業団, 1993.4
- 34 ニカラグア地震・津波災害救済 国際緊急援助隊 (医療チーム) 報告書. --国際協力事業団国際緊急援助隊事務局, 1992.9