

拡大する国連 PKO における公衆衛生の視点と高齢者への対応

国際平和協力研究員（第 10 期生）

田中極子

要 旨

国連 PKO において、平和構築に関わる任務が増加し、統合ミッションという形式がとられ、人道支援活動にも関与するようになってきている中、日本においても、これまでの自衛隊の活動経験に加え、政府、関係機関や NGO をも含めた日本全体での、オール・ジャパンとしての一体化した活動に取り組む必要性が認識されてきている。本研究は、日本の国際平和協力活動において、日本が得意とする分野を活かした貢献のための視点を示すことを目的とし、複合人道災害（紛争や戦争による災害）時における公衆衛生と高齢者の問題について考察する。

本稿ではまず、南スーダンを例に挙げて、複合人道災害時において緊急人道支援活動が直面する問題を整理する。続いて、実際の緊急人道支援活動における公衆衛生の視点からのギャップを考察する。特に本研究では、災害時にとりわけ脆弱であるサブグループの中でも、高齢者に注目し、人道支援活動におけるギャップ及び課題を検討する。最後に、東日本大震災等の日本の緊急人道支援時における高齢者へのケアの状況を参考に、日本の国際平和協力隊が、拡大する国連 PKO において貢献しうる事項につき提言を行う。

はじめに

国連平和維持活動（以下「国連 PKO」）は、停戦や軍の撤退等の監視といった伝統的な平和維持の任務に加えて、紛争後の混乱状態において新たな国家づくりのための平和構築に関わる任務が増加している。国連 PKO が多機能化するに伴い、一貫性があり、且つ最も効果的な活動を進めるための包括的な取り組みとして、統合ミッションという形が取られるようになってきている。統合ミッションとは、「平和構築の異なる局面（政治、開発、人道、人権、法の支配、社会、治安）を一貫性のある支援戦略へと結びつける」（UN, 2006）ことであり、これにより、異なった取組の相互補完的な関与を実現し、紛争終結後の国家への支援を最大化することが目指されている。

さらに、国連安全保障理事会（以下「安保理」）決議第 1265 号の採択により、紛争における最大の被害者が文民であり、特に女性や子ども、難民や国内避難民等の弱者グループに及ぶ被害に対する懸念とともに、文民に対する被害が長期的な平和や復興及び回復に多大な影響を及ぼすとの認識が示されて以降、文民の保護は国連 PKO における重要な任務の一部となっている（UN, 2009）。文民の保護は、一義的には、受入国政府の責任であり、国連は受入国政府を支援する立場であることや、また、文民の保護と位置付けられる活動に

よりその他の活動に対していかなる影響があるのか、誰を保護の対象とするのか等が明確でないことなど注意すべき点はいくつかある。しかし、基本的には、国連 PKO に求められる文民の保護は、紛争地の人々が被る人体への直接的被害を防ぐことにとどまらず、難民や国内避難民の帰還を支援することや、性的虐待から保護することを含めた幅広い保護を意味しており、軍事組織だけでなく、警察組織や文民組織を含めた統合的な関与が求められている (UN, 2009: 20)。

こうした変化の結果、国連 PKO の活動範囲は、紛争地の住民や国内避難民の安全の確保等の喫緊の問題への対応から、中・長期的には、元兵士の武装解除 (Disarmament)、動員解除 (Demobilization)、社会復帰 (Reintegration) (DDR) の一環として特に社会復帰の部分や、国民和解、民主化、法の支配や人権の保護と促進、経済成長、貧困削減など様々な活動が含まれるようになってきている。そして、それに伴い、国連 PKO が活動を行う現場において、PKO で派遣される軍事組織と、様々な支援活動を行う国際機関などの文民組織とが、連携して活動する必要性が増加している¹。すなわち、国連安保理決議に基づいて政治的な使命を受けた国連 PKO が、政治的中立性をその原則のひとつに掲げる人道支援組織と連携して、人道的活動を行うケースが増加しているのである。

日本でも、今年 (2012 年)、国際平和協力法 (通称「PKO 法」) が制定されて 20 周年を迎え、その間 13 回の国連 PKO に参加し経験を積み上げてきている²。過去の派遣経験において、施設整備、医療、輸送などの知見や能力において日本が得意とする活動を実施してきているが、その一方で、国連 PKO の活動範囲が拡大し、長期的な平和構築が重視されるに伴い、新たな分野を含めた一層幅広い協力を追求する必要性が指摘されている (PKO の在り方に関する懇談会, 2011)。そうした中で、これまでの自衛隊の活動経験に加え、政府、関係機関や NGO をも含めた日本全体での、オール・ジャパンとしての一体化した活動に取り組む必要性が認識されており、また、日本が得意とする分野の活用や新規業務への進出を改めて検討する必要性が認識されている (同; 7)。

本稿では、こうした国連 PKO をめぐる内外の状況を踏まえ、長期的な平和の定着の課題を公衆衛生の視点から考察する。世界保健機関 (WHO) の定義によれば、健康とは「身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であり、たんに病気になるいは虚弱でないことではない」

¹ 軍事組織と文民組織による連携の考え方は、使う主体の立場により定義が異なるが、本稿では、国連 PKO の活動についてフォーカスして議論を行うため、国連 PKO 局による「国連民軍連携 (UN Civil-Military Coordination; UN CIMIC)」の定義、すなわち「国連ミッションの目的遂行を支援するため、国連統合ミッション内の軍事部門と文民部門との接点を調整したり、軍事部門と同じ地域で活動している人道支援主体や開発支援主体との接触の機会を促進したりする軍事要員の任務」を用いる。なお、異なる主体による「民軍連携」の定義については、内閣府国際平和協力本部事務局ウェブサイト、「@PKO なう！」に簡潔にまとめられている。

(http://www.pko.go.jp/PKO_J/organization/researcher/atpkonow/article006.html)

² 日本の国際平和協力活動 20 年の歴史については、内閣府国際平和協力本部事務局ウェブサイト (http://www.pko.go.jp/PKO_J/info/pko20_potat.html) に紹介されている。

(WHO, 1946)。そして、「社会の組織的な取組みにより、人々が健康であるための条件を確保すること」(Institute of Medicine, 1988)が公衆衛生と定義される。緊急人道支援の現場においても、健康の問題は、身体的健康への対応が重点的であった捉え方から、精神的側面や社会的側面の重要性も認識されるようになるなど変化してきている(Van Ommeren, Saxena, & Saraceno, 2005: 71)。したがって、国連 PKO における活動内容を公衆衛生の視点から考察することは、紛争地の人々に及ぶ直接的な身体的被害に対する救援にとどまらず、統合ミッションの中での人道支援活動を通して、人々が健康で安心できる生活の再建までを含む平和構築へのプロセスとして考察することにつながる。

初めに、複合人道災害時における人々の健康問題を整理する。災害は、自然災害、人為的災害、そして紛争や戦争による複合的人道災害の三つに分類され、それぞれが、被害者や環境に及ぼす影響は異なる。たとえば、自然災害時にはコミュニティの再生力が強化される傾向が強いのにに対して、紛争の場合にはコミュニティの中に錯綜した対立軸を抱えており、再生力がしばしば阻害される等の相違がある(内海, 2008: 10)。そこで、本稿では、特に複合人道災害時において緊急人道支援活動を行う際に考慮すべき要素について、現在日本が国際平和協力隊を派遣している南スーダン地域を例とし、人々の健康に及ぼす影響の視点から整理する。

次に、実際の緊急人道支援活動において欠落しがちな視座として、高齢者への対応を考察する。国連安保理決議第 1265 号において、国連 PKO が文民の保護を重視する上で、女性や子どもに対しては特別に保護及び支援を提供することが明記され(UNSC, 1999)、また、人道支援活動に関する最低基準を定めたスフィア・ハンドブックには、いかなる活動においても横断的な課題として、子ども、高齢者、障害者、ジェンダー、心理的側面、HIV/AIDS 及び気候変動や環境問題を認識すべきことが言及されている(The Sphere Project (2011): 4)。いずれも、緊急人道支援活動を行う際にとりわけ脆弱な個人や集団であり、特別な注意を払わなければ深刻な人道支援のギャップを招きかねない問題である。その中でも、高齢者への対応に十分な注意が払われていないとしばしば指摘されている(Hutton, 2008)。そこで、本稿では高齢者への対応におけるギャップ及び課題を考察する。

高齢化社会の問題は、先進国に限られたものではなく、開発途上国でも 2050 年までには 5 人に 1 人が 60 歳以上になることが推定されており(HelpAge International, 2011)、高齢者の福祉の問題は世界規模での課題となっている。とりわけ、紛争後の地域では、高齢者は、同居していた家族が死亡したり、置き去りにされるなどして取り残されたり、子孫の生存を優先することにより、自らを犠牲にすることなどもあり、高齢者の安全と福祉は著しく損なわれる。高齢者の多くは貧困層に位置し、彼らは安全性の低い住居に住み、身体能力の欠如により移動が困難であることに加え、情報へのアクセスに障害があるという問題も抱える。その一方で、高齢者は、年長者や長老として、コミュニティの再興や復興における指導者の役割を担うことが期待されたり、また、紛争等ですべてを失った人々にとって、伝統を保存するのに欠かせない文化、技術、工芸の伝達者として、長期的な平和

の定着に果たす役割は過小評価されるべきではない。

最後に、公衆衛生の視点からの緊急人道支援の整理及び、特に高齢者への対応のギャップ及び課題を踏まえ、拡大する国連PKOにおいて日本が国際平和協力活動を継続する上で、より一層の貢献を可能とする要素につき考察する。高齢化の加速する日本では、日常的に高齢者へのケアに力を入れているところではあるが、東日本大震災のような緊急人道危機に際しても、高齢者を社会における脆弱なサブグループと認識した取組みを行っている。それらの取組みの中には、必ずしも医療従事者に限らずに、少しの気配りや気遣いで可能となるものも多く、国際平和協力活動においても活かすことのできる活動がある。日本での経験を見直すことにより、日本ならではの特徴や強みを自覚的に意識した活動を行うことにより、国連PKOにおける日本独自の目に見える貢献とすることが期待できる。

1. 緊急人道支援における公衆衛生

災害は、それが自然災害、人為災害、または紛争や戦争に起因するものであるか否かに関わらず、人々と、人々の生活に関わる環境との間に、急激且つ深刻な規模で生態的な断絶を生じさせることであり、それにより人道的危機の状況を招く。現地医療サービスの受容能力超過、長期的な致死率や傷害率の上昇、感染症や環境災害による健康被害、精神的影響、食糧不足や衛生状況の悪化による死傷、大規模且つ組織的な人の移動に起因する食糧、水・衛生問題と感染症の蔓延など、災害が人々の健康に及ぼす影響は多岐にわたる。そして、こうした状況においては、通常の公衆衛生は機能麻痺を起こし、多くの場合、人々の健康に関わる様々な分野で、外部組織による緊急人道支援が必要となる。

緊急人道支援において、公衆衛生の視点から考慮すべき必要最低限の要素として、①水・衛生、②食の安全及び栄養、③シェルター、定住、生活物資、④保健サービス、⑤情報の5点が認識されている (The Sphere Project, 2004)。この5つの要素は、個別セクターとして異なる支援者がそれぞれの分野で活動すればよいという意味での分類ではなく、人道的危機から人々を救援することを目的として活動するすべての支援者が、公衆衛生の側面から認識する必要のある基本的要素である。この5つの要素を、規模、財源、利害を異にする様々な国際及び国内の支援団体が一定の基準のもとで確保し、効果的な人道支援が行うために、NGO 団体及び赤十字・赤新月運動により立ち上げられたスフィア・プロジェクトは、人道支援活動団体が準拠すべき最低基準を定めたスフィア・ハンドブックを作成している。

スフィア・ハンドブックでは、これに加え、子ども、高齢者、障害者をより脆弱なサブグループとして捉え、また、ジェンダー、心理的側面、HIV/AIDS 及び気候変動や環境問題を分野横断的に認識すべき問題群として捉えている (The Sphere Project, 2011)。すなわち、支援団体には、政治、社会、経済、環境の背景を踏まえて、人々の脆弱性や可能性を考慮することが求められている。人道危機において、公衆衛生の視点から支援を行うためには、現地の住民が支援を求めてくることを待つのではなく、さまざまな社会的、文化的

背景を考慮し、積極的に脆弱な対象を認識し、分野横断的な視野の広がりを持って活動することが極めて重要なのである。

とりわけ、紛争や内戦により政府機関の崩壊している複合的危機においては、暴力および暴力による死傷が蔓延しており、膨大な人口移動や壊滅的な社会的経済的損害が認められるため、広範且つ多面的な人道支援を必要とする（OCHA, 1999）。複合的危機における公衆衛生への影響を見ると、武力紛争により文民が受ける被害は、直接的な死傷、武力紛争に巻き込まれることによる精神的障害に加え、医療施設の破壊や、食糧不足、清潔な水へのアクセスの障害等による感染症の流行、栄養失調、慢性疾患の発症、家庭内暴力等が認識されている（Krug et al, 2002）。さらに、強制移動、差別、社会的疎外、保健サービスへのアクセス障害などの社会的側面からの健康侵害も認識される。加えて、対人地雷や不発弾等の残留物による被害、医療施設等のインフラの崩壊、中央政府の崩壊による保健介入の不足、難民や避難民の帰還及び社会復帰などの問題もあり、復興・開発に関する社会経済的な要素も公衆衛生に影響を及ぼす重要な要素として含まれる。

こうした複合的危機に特有の状況において、とりわけ高齢者、特に若い家族から取り残されるなどして高齢者だけで避難を余儀なくされる人々にとっては、情報へのアクセスの点でも大きな支障がある。情報には、自らの置かれた状況に関するものから、避難キャンプでの緊急人道支援の提供に関連するものまで含まれ、情報へのアクセスに支障をきたすことにより、生存の危機に直結する可能性もある。加えて、身体能力の低下や、慢性疾患の症状によっては、健常な成人を対象とした人道支援では適切に対処できないケースも生じる。複合災害における公衆衛生の問題とは、単に個人の病気を治すことではなく、多くの活動分野にまたがる多層的な問題であり、長期的な支援が求められるものなのである。

たとえば、日本も国際平和協力隊を派遣している南スーダンには、2011年7月に独立を果たした際、何十年にもわたる内戦に加え、独立以前からスーダン政府により長らく放置されてきたがために、医療従事者や設備は崩壊状態であり、南スーダンの住民の16%しか医療サービスにアクセスできない状態であったことが報告されている（Wakabi, 2011）。そのような状況において、髄膜炎、麻疹、黄熱病、百日せき等の風土病が域内各地で発生しており、また、コレラやポリオ等の感染症も断続的に発生している。さらに、長引く内戦により、200万人以上が難民あるいは国内避難民として移動を余儀なくされていると見積もられている（Wakabi, 2011）。

南スーダン政府は、基本医療（Primary Health Care）従事者を国民2万5千人当たり1人、また、5万人ごとに1件の病院の設置を目標としている。しかし、同国には医療従事者を養成、訓練する機関が存在しないため、医療従事者の不足は免れず、この目標を達成するためには20年程度の期間が必要であろうと認識されている。現在は、南スーダンの医療サービスの85%以上を人道支援組織が担っている（Wakabi, 2011: 2167）。南スーダンでの人道支援活動は、ほかの多くの人道支援が実施されている国と同様に、WHOを主導機関とし

たヘルス・クラスター³が設置されており、保健分野で人道支援に従事する組織や団体が、目的や優先順位などの枠組みを調整して活動を行っている。

しかし、人道支援組織にとっても、南スーダンには部族間紛争や、反政府民兵組織による攻撃を理由とする継続的な人口移動など情勢がいまだ不安定であること、南スーダン政府による保健分野での予算配分におけるギャップ、道路や通信手段の欠如によるサービス提供の困難、また、資格及び技術を持つ国内スタッフの不足及び頻繁な転職、離職による保健サービス提供の困難さが指摘されている（WHO, 2012(b)）。特に、2011年末から2012年初頭にかけて発生した、北部ジョングレイ州におけるロウ・ヌエル族とムルレ族の衝突では、9万人が強制移動を余儀なくされ、地域の不安定化に伴い医療施設も閉鎖せざるを得ない状況となっている。さらに近隣地域の住民も、攻撃対象となることへの恐怖心から、外出を控えており、医療サービスを必要とする多くの住民が医療サービスにアクセスできない状況が継続していることが報告されている（WHO, 2012(a)）。

この衝突に伴う緊急事態に対しては、国連人道調整事務所（OCHA）、ヘルス・クラスター、国連南スーダン共和国ミッション（UNMISS）等の国連機関に加え、国境なき医師団（MSF）や国際赤十字委員会（ICRC）等の国際 NGO が南スーダン保健省と調整して対応している。2012年7月、UNMISSの活動延期を決定した安保理決議第2057号では、UNMISSに対し、文民の保護を優先した活動を行うことを求めている（UNSC, 2012）。これを受けて、UNMISSでは、当地域に展開する兵士を増員し、文民の保護にあたるほか、負傷した住民のうち特に支援を必要とする人々を安全な医療施設へ輸送する支援を行ったり、UNMISS 所有の病院において施術する等の支援を行っている（WHO, 2012(a)）。

しかしながら、こうした人道支援活動には限界がある。現地の医療施設が機能不全であるがゆえに、軽傷の患者もすべて医療輸送する結果となっていることに加え、輸送路上には地雷が埋設されているなどの理由により、航空輸送のみに頼らざるを得ない。こうした状況で、航空輸送を実施できるのはほぼ UNMISS 及び MSF に限られており、輸送患者数に限界がある。さらに、退院後についても、仮にもととの居住地に帰還したとしても、行き先がないことにより、若者の多くが退院後に路頭に迷ったり、民兵組織に組み込まれたりといった問題も生じており、医療支援だけにとどまらない長期的な定着及び社会復帰も含めた支援が課題となっている。

³ 2005年に国連人道調整事務所（OCHA）がクラスター・アプローチという概念を導入したことを受け、保健分野においてもグローバル・ヘルス・クラスター（GHC）が設置され、ヘルス・クラスター・ガイドが作成された（IASC-GHC, 2009）。GHCの参加団体には、WHO や国連児童基金（UNICEF）などの国連機関や、国際移住機関（IOM）や国際赤十字・赤新月社連盟（IFRC）に加え、国際的及び国内的 NGO や民間の医療サービス提供企業、保健分野での資金提供者や利害関係者が含まれている。

2. 複合的災害時における公衆衛生分野での人道支援のギャップ

以上のように、複合災害における人道支援活動には、医療、保健、衛生の側面からも、人体への直接的な傷の手当にとどまらず、長期的に現地住民の安全及び安心に取り組むことが求められる。上述したクラスター・アプローチや、スフィア・プロジェクトは、住民の健康にかかわる問題に包括的に対応し、個々人の健康だけではなく、致死率の上昇や疾病を防ぎ、健康を促進するためのシステムを体系的に改善してゆく取り組みである。また、国連 PKO 部隊も文民の保護を優先課題として、人道支援の分野での活動を増加させている。その一方で、こうした災害時における公衆衛生分野での活動が増えるに伴い、多くの活動地域に共通する課題やギャップも認識されている。特に本稿では、クラスター・アプローチやスフィア・プロジェクトの枠組みと、実際の活動において見過ごされがちであるギャップとして、高齢者⁴への対応を取り上げ、さらにそうしたギャップの生じる背景として、マクロな視点から国際法上における高齢者の扱いと、文民の保護における人道性及び中立性の問題を考察する。

(1) 疎外される高齢者

東日本大震災で被害の大きかった岩手、宮城、福島 3 県の死者のうち、60 歳以上が 7,241 人にのぼり、全体の死者数の 65%以上であったことが報告されていることから容易に想像がつくが（時事通信社，2011）、自然災害時において高齢者は極めて脆弱なグループである。2011 年の調査によれば、世界の難民・避難民のうち、35-65%が 60 歳以上の高齢者であるとも推定されている（HelpAge International, 2012: 9）。複合的災害時の例としてもウガンダ北部の国内避難民キャンプに 2009 年時点で取り残されている人口のうち 65%は 60 歳以上の高齢者であり（HelpAge International, 2012: 9）、また、2005 年にダルフルールで実施された調査によれば、61%の高齢者が運動能力に限界があり、そのうち 4 分の 1 は介添えなしで動くことができず、5 分の 1 は目が不自由であり、また、7%は外出がままならない状態であることが示されている（IASC, 2008: 3）。

このように、人道危機において多くの高齢者が影響を受けるにもかかわらず、高齢者の需要は広く成人の健康及び人道支援プログラムとしてのみ取り扱われ、高齢者に固有の問題が人道支援組織からしばしば見過ごされることが指摘されている（Hutton, 2008）。同居していた家族が死亡したり、置き去りにされるなどして、高齢者だけが取り残されるケースや、子孫の生存を優先することにより、自らを犠牲にすることなども影響して、災害時においては高齢者の安全と福祉は著しく損なわれる。とりわけ、紛争や内戦等の被害を受ける地域は、政府権力が崩壊しており、それ故に健康管理状況が悪いだけでなく、一般的

⁴ 高齢者の定義について、WHO は 65 歳以上を高齢者と定義し、さらに 80 歳以上を末期高齢者としているが、武力紛争下においては、年齢はあまり重要ではなく、平均寿命が 50 歳の地域においては、運動能力や健康状態によっては 40 歳代でも高齢者として扱われる場合がある。したがって、本稿では、特に高齢者を年齢に基づき定義しない。

に識字率が低い場合が多い。そうした中で、貧困層の大部分が高齢者であり、彼らは安全性の低い住居に住み、運動能力の欠如により移動が困難であることに加え、情報へのアクセスに障害があるという問題も抱える。高齢者にとって、自ら積極的に支援にアクセスすることが難しいと同時に、多くの場合支援の対象から見過ごされることにより、受動的に支援を受けることすらも難しい状況が生み出されるのである。

とりわけ深刻なのが、適切な栄養摂取と慢性疾患の患者への配慮及びメンタルヘルスの問題である (HelpAge International, 2012)。高齢者への食糧供給は、乳幼児への食糧供給と同様の配慮が必要な場合が多いが、実際にはこうした配慮がなされるケースは少ない。多くの国内避難民キャンプでは、支援組織は、成人被災民に対して一律に固形食糧を配給することが一般的であるが、高齢者は歯が弱かったり、身体機能が低下しているとの理由で、固形食糧の摂取が困難な場合も少なくない (Chan, 2012)。2011年にケニアのダダーブ難民キャンプにおいてヘルプエイジが実施した栄養調査によれば、500人以上の高齢者が栄養不良の状態であり、それは、一般的な食糧配給へのアクセスができないこと、食糧（栄養素）の多様性が低いこと、少ない食糧配給数などに起因していることが示されている (HelpAge International, 2012: 28)。

また、身体機能の低下と同様に、先進国、途上国に拘わらず、高齢者の多くは慢性疾患を患っている場合が多い。2005年にイラクで340人の高齢者を対象に行われた調査では、半数以上が慢性的関節及び骨の問題、高血圧、心臓疾患、糖尿病等の慢性疾患を抱えており、また、スーダンの西ダルフール難民キャンプで実施された調査によれば、50歳以上の高齢者のうち61%が治療や投薬を必要とする慢性疾患を抱えていることが示された (HelpAge International, 2012: 5)。さらに、HIV/AIDSは感染症ではあるものの、治療が長期にわたり、特別な配慮が必要であることから慢性疾患として捉えると、HIV/AIDSは一般的に青年・壮年層と関連付けられる疾病であるが、高齢者の高いHIV/AIDS罹患率も確認されている (WHO, 2005)。慢性疾患の場合、通常的な投薬や治療を必要とするが、緊急人道支援においては、外科治療や、乳幼児に対するワクチン接種等が優先され、こうした高齢者の慢性疾患が比較的見過ごされがちであることが指摘されている (Hutton, 2008)。また、慢性疾患によっては、けがの治療方法に影響を及ぼす場合もあり、緊急人道支援において、慢性疾患の症状が適切に把握されていないと、誤った治療を施される恐れもある。

身体的な疾患とともに忘れてはならないのが高齢者のメンタルヘルスである。一般的に、高齢者は過去において多くの困難を乗り越えてきている経験もあることから、回復力が高いとみられることが多い。日本での1995年の阪神・淡路大震災においても、震災から7年後には、高齢者が中心となって震災の経験や復興を語る活動を開始するなどして、高齢者が震災後の復興や回復に大きく貢献している (Hutton, 2008: 3)。その一方で、複合災害においては、多くの高齢者が精神的被害を受けている。特に、例えば紛争や内戦の被害に遭った高齢者は、不慣れた環境であるキャンプに移動することにより、従来のコミュニティ内での敬意を払われる年長者としての立場の変化を余議なくされる。さらに、国内避難

民キャンプにおける人道支援の介在により、子どもへの配慮が優先され、子どもたちが安心して遊んだり学んだりできる空間が創出されることにより、それまでの祖母が孫の世話をするといった高齢者の役割が見過ごされ、高齢者にとっては家族とのネットワークが断ち切られる状況も生み出されている。こうした立場の大きな変化により、多くの高齢者が抑鬱状態になることが、いくつかの調査により示されている (HelpAge International, 2012: 22)。

(2) 高齢者が見過ごされる背景

こうしたギャップが生じている要因として、人道支援組織からも国際法上においても、高齢者の存在が見過ごされる傾向が存在することや、人道支援組織の中立性の揺らぎの問題が考えられる。たとえば、人道支援組織による栄養状況調査では、5歳未満の子供が独占的に調査対象となっているし、HIV/AIDSの調査では、生殖能力の低下する45歳までのみが調査対象となっており (HelpAge International, 2012: 9)、高齢者に固有の問題が調査の対象となることは一般的ではない。

国際法上においても、多くの国際人権法は一般的な意味で高齢者の権利も擁護しているが、特に高齢者の権利に取り組んだ条約は存在しない⁵。国際人道法及びその議定書においては、高齢者は他の非戦闘員の一部として保護されるべき対象となっており、また、戦争下において負傷者、病人、15歳以下の子ども、妊婦、7歳以下の子供を持つ母親と併記して保護される存在であることが規定されているに過ぎない。法的拘束力はないが、1999年にOCHAが作成した「国内避難民に関する指導原則 (Guiding Principles on Internal Displacement)」においては、高齢者は、他の脆弱者、子ども、妊婦、女性家長、障害者と並び、特別な需要に見合う対応がなされるべきである旨記載されている (OCHA, 1999)。しかし、ここでも、子どもや女性についてはさらに詳細な原則が敷衍されているのに対し、高齢者については述べられていない。

加えて、より重要な要素として、人道支援組織による中立性の原則が、様々な要因により揺らぎつつあることが考えられる。クラスター・アプローチ及びスフィア・プロジェクトを通して、人道支援機関がその活動の拠り所とするのが、人道支援における人道性 (humanity)、中立性 (neutrality)、及び不偏性 (impartiality) の原則である。とりわけ、緊急人道支援における中立性は、敵対する紛争当事者や武装勢力のいずれにも偏らない立場で活動することであり、人種、性別、国籍、政治的主張や宗教による差別なしに提供されるべきとする不偏性の原則と並んで、国際人道支援組織が最も重視する行動規範で

⁵ 世界人権宣言は、「すべて人は、衣食住、医療及び必要な社会的施設等により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利並びに失業、疾病、心身障害、配偶者の死亡、老齢その他不可抗力による生活不能の場合は、保障を受ける権利を有する。」(第25条)にて老齢に関連する文言を含めているが、これ以外に高齢者が明示的に示された例はない。なお、高齢者の多くが運動能力の低下等により何らかの障害を持っていることに鑑みれば、2006年発効の障害者の権利条約において対象となる場合はある。

あると言うことができる（小柳，2005）。

ところが、人道支援機関の中にも、人権侵害に対してどこまで中立性を堅持するかという立場に相違がある。人道支援活動の先駆けである ICRC は、1863 年の創立以降、人道主義を貫くための運用上の原則として中立性を掲げることにより、戦場での救急活動を戦争当事者から認められてきた。しかし、1967 年から 70 年にかけてのビアフラ戦争において、ナイジェリア政府の合意を得て人道支援を行った ICRC は、中立性の立場に固執することにより同政府による人権侵害を黙認したとして非難され、この結果として、フランス赤十字の医師たちが国境なき医師団（MSF）を設立したことはよく知られている。これにより、中立性を固持する ICRC のような立場に対して、正当性に対する価値及び理念を重視する新たな人道主義の立場が登場し、人道性の概念が広義になり政治化することにつながったことが指摘されている（Wortel，2009：795）。

第二に、冷戦後には、人道主義を自認する組織数が急激に増加し、その多くがプロパガンダとして中立性及び不偏性をその理念に掲げたために概念が不明瞭になったことも、人道支援原則に対する限界の要因となっている。人道支援を行う NGO は、一言で NGO と言っても、その理念や活動形態は極めて多義的且つ多様であり、それこそが NGO の特徴であるともいえるが、とりわけ、人道原則である中立性の観点から見れば、その活動財源が NGO の特徴を示す指標となる。政府とのつながりの深い政府系 NGO だけでなく、政府の補助金や助成金にその収入の大部分を頼る組織もあれば、組織の中立性や独立性を維持するために一切受け取らない組織もある。特に、紛争地で緊急人道支援に携わる NGO の場合、危険地での活動のロジスティクスを支えるために、通常の国際協力とは桁違いの資金的裏付けが必要であり、政府の補助金等に依存する傾向が強くなると分析される（長，2007：133）。政府の補助金等に依存するようになると、ドナー政府に対して活動をアピールする必要が生じ、それにより必然的に活動が目立つ地域や成果の出やすい地域で行われる傾向も指摘されるし、ドナー政府との関係と適合するために、中立性を曲げて政府の意向や方針に従わざるを得ないこともあることが指摘される（小柳，2005：92 ほか）。

第三に、冷戦後、国連安保理が人道主義の名の下での人道的介入を正当化したことにより、人道主義の概念が大きく疑問視されることとなったことも人道支援原則に対する挑戦となっている。こうした人道支援活動は、国連安保理による権限移譲を受けた活動であると認識され、それにより、政治的中立性が損なわれたと指摘される（Wortel，2009：795）。たとえば、1991 年の湾岸戦争終了直後に発生した北部イラクでのクルド難民危機において、国連安保理は、イラクで支援を必要としている人を国際人道支援組織が支援することを要請した（国連安保理決議第 688 号，1991 年 4 月 5 日）。この決議は、直接的に軍事行動を容認したものではないが、この決議採択後、北部イラクに展開していた多国籍軍は「オペレーション・プロバイド・コンフォート（Operation Provide Comfort）」と名付けられた人道支援活動を開始した。

政治的中立性が失われたと指摘されることはあるが、実際には、この作戦において、多

国籍軍は、援助物資の空中投下のほか、現地で活動していた UNHCR や人道支援 NGO と調整し、帰還難民のためのトランジット・キャンプの設営や、各都市・村の電気・給水などの基本サービスの緊急復興などに、エンジニア部隊を配置するなどして機動力とともにその存在を示し、一定の貢献をしたことも評価されている（中満, 2007）。ところが、9.11 米国同時多発テロ攻撃に続く米国及びその同盟国によるアフガニスタン及びイラク侵攻に見られる介入方式は、人道活動全般に対して大きな影響を及ぼした。アフガニスタン及びイラクにおいて米国が人道的活動と銘打って展開した作戦を非政治的且つ独立した活動であるとみなすことは難しく、人道支援組織は、軍事組織と手を結んでいるか、そうでなければ政治的恣意性の隠れ蓑として行っているかのどちらかとみなされるという事実を認めざるを得なくなったからである（Wortel, 2009: 798）。

さらに、国連 PKO の人道支援活動については、ソマリアでの経験が大きな転換点となっている。内戦下における人道危機は、内戦の根本的要因と直接関連するなかで、その時々の方針決定に基づき任務が決定されるという特徴をもつ軍事組織が、人道危機への介入主体としての活動目的やマンデートの範囲をどこまで設定するかという教訓を残した（中満, 2007: 117）。そのほか、軍事組織への対抗から、内戦当事者である武装集団が人道活動を攻撃したり、政治的駆け引きの道具とするなどして文民組織の人道支援活動が一層困難になったり、軍事組織に頼る人道活動は、軍事力投入能力を持つ米国などの政治的意図に影響されやすいという問題が指摘されている（中満, 2007: 118）。

こうした人道支援における中立性や人道性の原則の揺らぎにより、政治的、軍事的、または、その他の理由により、実際に最も必要とされる、脆弱な個人や集団に対する支援が、中立且つ普遍的に判断されないという影響が生じている。これは、社会的、政治的に見過ごされがちな高齢者に対する支援が、人道支援活動のギャップとして現れている要因の一つとなっていると思われる。

3. 日本による貢献

そこで、人道支援活動から疎外される高齢者への対応というギャップを埋める視点から、日本による貢献の可能性をとりあげたい。日本は、65 歳以上の高齢者人口が 2,975 万人であり、総人口に占める 65 歳以上人口の割合は 23.3%で、世界一の高齢化率である（内閣府, 2012）。このような高齢化社会である日本において、東日本大震災時のような緊急人道支援では、高齢者への対応に力を入れている。たとえば、日本赤十字社は、救助活動の一環として、避難所において高齢者対象の健康支援セッションを設け、温かいタオルの提供、体を動かすエクササイズの補助、歯磨き支援、爪切り、洗髪等の支援を集中的に行っている（Japanese Red Cross Society (JRCS), 2012）。また、高齢者と会話をする際には、手を握る、腕をさすするという行為を通し、高齢者の気持ちをほぐすとともに、精神的な安心感が生み出す「こころのケア」を通じた支援も実施されている（JRCS, 2012）。

こうした活動は、必ずしも医療業務の従事者にしか行えないものではない。人道支援のギャップを埋めるためには、いかなる活動においても常に脆弱なグループの視点を考慮し、支援を提供する側が積極的に脆弱な対象を認識して活動することが求められる。この点については、自衛隊による2004年のスマトラ沖地震、津波災害への国際緊急援助活動での経験からも認識されている。当時 WHO がインドネシア公衆衛生当局をサポートし、登録された医療チームが診療所における1週間分の診療実績を報告するという症候群サーベイランスを実施し、日本の国際緊急援助隊も協力している。その際の問題点として、①医療チームの数や活動性の影響を受ける、②VIPの来訪やマスコミ取材が行われると報告数が増える、③報告の遅延が起きる、④避難者の移住により地域別発生状況が変化する、⑤一人の患者が複数の施設を渡り歩くいわゆる「ドクターショッピング」の実態がある、⑥住民の中にはある程度症状が進展しないと受診しない者がいるなどの理由から、そのままのデータから感染症の流行を探知することが困難であることが報告されている（加來，2012）。すなわち、診療所で患者を待つのではなく、実際にチームが避難所に赴き、患者の健康状態を直接把握すること及び、1週間ごとではなく日報とすべきことなどが迅速な対応につながると認識されている。

インドネシアのケースは、感染症発生の早期封じ込めが目的とされたものではあるが、この経験は、緊急人道時における公衆衛生の側面に全般的に当てはまると考えられる。たとえば前述のように、複合型災害では、高齢者が自ら積極的に診療所にアクセスすることが難しいが、これは、インドネシアでの事例に共通する。この場合、医療分野での人道支援従事者だけではなく、医療分野以外の人道支援従事者が、従来の業務で村やキャンプを来訪した際に、高齢者の健康状況を把握するような活動もあわせて行うことにより、人道支援のギャップを埋めることにつながる。言い換えれば、多機能型へと移行する国連 PKO 統合ミッションにおいて、いかなる活動を行うにあっても、常に高齢者が見過ごされた脆弱な立場であることを念頭に、積極的に高齢者にアプローチし、ニーズが取り上げられるような継続的な取組みを模索することが求められる。

さらに、日本の国際平和協力隊は、高齢化社会において常日頃からの高齢者に対する配慮に加え、東日本大震災等の数多くの自然災害における救援活動にて培われた高齢者への対応などの経験から、高齢者に対して、尊厳及び敬意をもって対応をすることができると考えられる。尊厳及び敬意ある対応は、人道支援活動としていかなる活動を行うに際しても、なによりもまず支援を行う側が意識することが求められる。拡大する PKO において、このような高齢者に対する配慮を、自衛隊に限らず、活動に関わる全ての日本の組織や個人が意識して、また、体系的且つ組織的に行うことにより、オール・ジャパンとしての取組みとして目に見える形としての貢献となりうる。（表1参照）

表1 日本の国際平和協力活動による貢献の可能性

分野横断的な視点を持つこと
●高齢者は自ら支援にアクセスできない可能性があることに留意し、積極的に課題を発掘
●栄養状況、慢性疾患、メンタルヘルスに特に留意
QIPの活動
●救急医療情報キットの作成・配布
●高齢者対象健康支援セッション
知的貢献
●政府間で経験・知識の共有によるキャパシティ・ビルディングの促進

出典：筆者作成

また、多機能型国連PKOでは、即効プロジェクト(QIP)と呼ばれ、ミッションに対する現地住民の信頼を確立、構築するための小規模プロジェクトを行うことが多いが、こうした高齢者へのケアをこのQIPを利用して行うことも可能だと考えられる。既述のとおり、高齢者の多くは慢性疾患を患っている場合が多いが、複合災害時に、かかりつけの医者にアクセスできない場合に、必ずしも自分の病状や服用している薬剤名などの情報を説明できる人ばかりではない。東日本大震災においては、仮設住宅での孤独死などが懸念される中で、日本赤十字社の企画・支援により、仮設住宅に暮らす高齢者を対象に、救急医療情報キット(あんしんキット)の普及活動を行った(JRCS, 2012: 15)。「あんしんキット」は、一人暮らしの高齢者などが、災害や急病の際に駆け付けた救急隊員や医師による適切な処置を受けることができるよう、かかりつけ医や持病、緊急連絡先などの医療情報や、服用している薬の種類などを専用の容器にいれ、自宅に保管しておくものである。完成した「あんしんキット」は、社会福祉協議会の訪問支援員が一人ひとりを回り、使い方を説明しながら配布された。

複合災害時においても、家族と離ればなれになり、また、もともとの生活基盤であったコミュニティから切り離される形で国内避難民キャンプ等において生活する高齢者にとって、こうした医療情報がないことにより適切な医療行為が行われないケースが報告されている(Chan, 2012)。そこで、こうした医療情報キットを現地住民の参加を得て作成する場を設けることにより、キャンプの高齢者に対する交流の場を提供することができ、それにより孤独感を緩和することにつながるうえ、なによりも、高齢者への人道支援のギャップを埋めることにつながる。こうした活動をQIPの一環として行うことも日本の貢献となりうるのではないだろうか。

高齢者に対する人道支援のギャップを埋めることは、人道支援の立場から復興を促進する結果として、長期的な平和の定着につながる。避難民・国内避難民キャンプにおいても、年長者は、公式または非公式にコミュニティの指導者の役割を担うことが多いのに、多くのものを失くし、生活環境の変化を余儀なくされた人々が、彼らの持っていた伝統を保

存するのに欠かすことのできない文化、技術、工芸の伝達者であり、指導や助言のリソースであるため、復興や平和の定着へのプロセスにおいて重要な貢献をすることが認識されている（UNHCR, 2000）。高齢者への支援が、人道支援活動におけるギャップとして認識されているなかで、日本ならではのきめ細かな高齢者へのケアを国連 PKO における活動の一環として取り入れることは、長期的には平和の定着へ結びつくと考えられ、その意味でも高齢者への支援が人道支援活動においてきわめて意義の高い活動であるといえる。

また、緊急人道支援としての現場での対応に加えて、平和構築を目指した活動としては、人権の保護及び促進や、社会経済の復興、開発といった長期的な支援も含まれる。そのための法体系や制度構築の過程において、政府間レベルでも、高齢者への配慮を踏まえた日本の知識や経験を共有することができれば、それは、国家再建のキャパシティ・ビルディングにつながるだけでなく、日本特有の知的貢献ともなりえる。

おわりに

国連 PKO が多機能化し、平和構築の分野を含めて活動範囲が拡大する中で、日本においても国際平和協力活動の在り方が見直されつつある。PKO 法成立から 20 年が経ち、これまでの自衛隊の活動経験に加え、政府、関係機関や NGO をも含めた日本全体での、オール・ジャパンとして一体化した活動に取り組む必要性が認識されている。加えて、日本が国際平和協力業務を実施するにあたっては、国際的に高く評価され、国内の広い支持を集めることができるよう、日本特有の強みを活かして複合災害時の緊急人道支援のギャップを埋めるような貢献を行うあり方を考えることが必要である。

人道支援に関わる活動を行う上では、ジェンダーの視点や、支援を必要とする人々の精神的側面、また、HIV/AIDS 等の慢性的な問題に十分な配慮をする必要性に加え、とりわけ、女性や子ども、高齢者、障害者等の脆弱なサブグループに配慮する必要性が広く認識されているものの、往々にして高齢者への配慮が見過ごされていることが、人道支援活動のギャップとして認識されるようになっている。

日本は、世界一の高齢化率を有する高齢化社会であり、日常的な高齢者へのケアに加えて、東日本大震災等の緊急人道支援に際する高齢者への対応に関して、多くの経験と知識を有している。災害時に、高齢者は自ら支援にアクセスすることが難しいことが多く、支援提供者が積極的に高齢者にアプローチし、ニーズに応えることが求められる。そして何よりも、高齢者に対して、常に尊厳と経緯をもって接することが求められる。

そこで、日本の国際平和協力活動において、日本における自然災害時の経験と知識に基づき、常に高齢者への配慮の視点をもつことは、人道支援活動におけるギャップを埋める一助となる。高齢者は、災害時等において社会的に脆弱な立場にあるものの、文化の伝承や経験に基づく指導や助言において、年長者として復興や平和の定着に大きな貢献となりうることも認められている。国際平和協力活動の一環で、オール・ジャパンとして明示的、

体系的且つ組織的に高齢者への対応を行うことは、人道支援を通した目に見える貢献となり、また、長期的な平和の定着につながることを期待される。

略語一覧

- DDR (Disarmament, Demobilization, Reintegration) : 武装解除、動員解除、社会復帰
- GHC (Global Health Cluster) : グローバル・ヘルス・クラスター
- ICRC (International Committee for the Red Cross) : 赤十字国際委員会
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) : 国際赤十字・赤新月社連盟
- IOM (International Organization for Migration) : 国際移住機関
- JRCS (Japanese Red Cross Society) : 日本赤十字社
- MSF (Medecins Sans Frontieres) : 国境なき医師団
- OCHA (Office for Coordination of Humanitarian Affairs) : (国連) 人道問題調整事務所
- PKO (Peacekeeping Operations) : (国連) 平和維持活動
- QIP (Quick Impact Project) : 即効プロジェクト
- UN (United Nations) : 国際連合 (国連)
- UNICEF (United Nations Children's Fund) : 国際連合児童基金 (ユニセフ)
- UNMISS (United Nations Mission in the Republic of South Sudan) : 国際連合南スーダン派遣団
- UNSC (United Nations Security Council) : 国際連合安全保障理事会
- WHO (World Health Organization) : 世界保健機関

参考文献

国連及び国際機関

- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2008) *Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors*.
- IASC- Global Health Cluster. (2009) *Health Cluster Guide*, World Health Organization
- IASC- Global Health Cluster. (2011) *Civil-military coordination during humanitarian health action – provisional version*
- United Nations (UN). (2003) *Guidelines on the Use of Military and Civil Defense Assets to Support United Nations Humanitarian Activities in Complex Emergencies*, March 2003 (Revision I, January 2006)
- UN. (2006) *Guidance on Integrated Missions*, Note from the Secretary-General, 9 February 2006
- UN. (2009) *A New Partnership Agenda: Charting a new horizon for UN peacekeeping*
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2000) *Older Refugees: Looking Beyond the International Year of Older Persons*. Geneva: UNHCR (Standing Committee Document: EC750/SC/CRP.8)
- UNOCHA. (1999) *Orientation Handbook on Complex Emergencies*.
- UNOCHA. (1999) *Guiding Principles on Internal Displacement*
- UNOCHA. (2005) *Humanitarian Response Review*, (2005) An independent report commissioned by the United Nations Emergency Relief Coordinator & Under-Secretary-General for Humanitarian Affairs, Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), August 2005
- UNOCHA. (2011) *To Stay and Deliver: Good practice for humanitarians in complex security environments*.
- WHO (1946) Constitution of the World Health Organization
- WHO. (2005) *AIDS epidemic update: December 2005*. Geneva: UNAIDS/WHO
- WHO Eastern Mediterranean Regional Office (2006), *Report of the Health System Review Mission – Afghanistan: Challenges and the Way Forward*, WHO Mission Report.
- WHO (2012(a)) Health Cluster South Sudan Special Bulletin; Pibor Clashes 3rd January 2012
- WHO (2012(b)) *Republic of South Sudan Monthly Report*, February 2012
- 国際連合広報センター (1995) 『ブトロス・ブトロス＝ガーリ国連事務総長「平和への課題」1995年』第2版
- 内閣府 (2012) 『平成24年度高齢社会白書』

PKO の在り方に関する懇談会 (2011) 「PKO の在り方に関する懇談会」中間とりまとめ (2011年7月4日) http://www.PKO.go.jp/PKO_J/info/pdf/20110704.pdf

二次文献

- Brennan, RJ, and Nandy, R. (2001) 'Complex Humanitarian emergencies: A major global health challenge', *Emergency Medicine*, 13: 147-156.
- Bricknell, MCM. (2007) 'Reflections on medical aspects of ISAF IX in Afghanistan', *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 153(1): 44-51
- Chan, E. Y. Y. (2012) Disaster and Human Crisis, Lecture, School of Public Health and Primary Care, Chinese University of Hong Kong, 3-5 July 2012
- Chretien, JP. et.al. (2007) 'The importance of militaries from developing countries in global infectious disease surveillance', *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3): 174-180
- Chretien, JP. (2011) 'US Military Global Health Engagement since 9/11: Seeking Stability through Health', *Global Health Governance*, IV(2): 1-12
- Fischer, M. (2011) *Issue Paper: Protection of Civilians in the Context of Peace Operations*, Pearson Peacekeeping Centre, June 28, 2011
- Institute of Medicine (1988) *The Future of Public Health*. 19, 36-38
- International Committee for Red Cross (ICRC) (2007) Protection of civilians in conflict – the ICRC perspective, Statement addressed by Angelo Gnaedinger, ICRC Director-General, Humanitarian and Resident Coordinators' Retreat, Geneva, 9 May 2007
- ICRC (2011) Health Care in Danger: Respecting and Protecting Health Care in Armed Conflict and Other Situations of Violence, 31st International Conference of the Red Cross and Red Crescent, Geneva, 28 November – 1 December 2011
- HelpAge International (2011). Insights on Ageing: a survey report. London. 2011
- HelpAge International (2012). *The Neglected Generation: the Impact of Displacement on Older People*
- Hutton, D., (2008) *Older People in Emergencies: Considerations for Action and Policy Development*, World Health Organization
- Kaplan, JP. et.al. (2009) 'Towards a common definition of global health', *The Lancet* Vol.373: 1993-1995.
- Krahenbuhl, P. (2011) 'The militarization of aid and its perils' (<http://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/editorial/humanitarians-dan-ger-article-2011-02-01.htm>) accessed 6 March 2012
- Newbrander, W. et.al. (2011) 'Rebuilding and strengthening health systems and

- providing basic health services in fragile states', *Disasters*, 35(4): 639-660
- The Sphere Project (2011) *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, Third edition, October 2011
- van Ommeren, Saxena, & Saraceno (2005) "Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?", *Bulletin of the World Health Organization*, January 2005, 83(1), available at:
http://www.WHO.int/mental_health/media/mental_and_social_health_in_emergency.pdf
- Wakabi, W., (2011) 'South Sudan faces grim health and humanitarian situation', *the Lancet*, Vol.377 June 25, 2011: 2167-2168
- Wortel, E. (2009) 'Humanitarians and their moral stance in war: the underlying values', *International Review of the Red Cross*, Vol.91(876): 779-801
- 今村英二郎 (2007) 「国際平和協力活動における民軍協力—大規模自然災害復興支援、平和構築支援を中心に」『防衛研究所紀要』第9回第3号: 21-59
- 上杉勇司 (2007) 「国際平和活動における民軍関係の課題」上杉勇司編『国際平和活動における民軍関係の課題』IPSHU 研究報告シリーズ研究報告 No. 38
- 内海成治ほか (2008) 『国際緊急人道支援』ナカニシヤ出版
- 長有紀枝 (2007) 「NGO の視点から見た民軍関係—NGO にとって民軍関係が意味するもの」上杉 (2007)
- 小柳順一 (2005) 「緊急人道支援のディレンマと軍隊の役割—国際人道組織との協働連携に関連して」『防衛研究所紀要』第8巻第1号: 81-84
- 時事通信社 (2011) 【図解・社会】東日本大震災・被災3県死者の年齢別内訳 (2011年4月19日) http://www.jiji.com/jc/v?p=ve_soc_jishin-higashinohon20110419j-02-w380
- 中満泉 (2007) 「民軍関係の課題—人道支援機関の視点から」上杉 (2007)
- 松木泰憲 (2010) 「医療分野の民軍協力について—軍による医療支援の意義とは—」『防衛研究所紀要』第12巻第2・3合併号: 215-234

インタビュー

- Chan, E. Y. Y. (2012) interview, Chinese University of Hong Kong, 9 July 2012
- 加來浩器 (2012) 筆者による加來氏へのインタビュー, 2012年5月2日, 於: 防衛医科大学校