



## 3

## 難民保健から避難民援助へ

## ■ ■ ■ Summary ■ ■ ■

- 「難民の10年」といわれた1990年代には、<sup>かんぱつ</sup>旱魃・<sup>ききん</sup>飢饉や自然災害に加え、民族のかつ宗教色をともなった地域武力紛争が多数発生し、「難民」に加え「国内避難民」が激増した。
- 最近の避難民援助では、かつての物質的また救急医療的援助でなく、人間の尊厳の保護、基本的人権の侵害への対応としての救援が必要な時代になっている。
- 以上のことが、本項で解説する人道憲章を柱としたスフィア・プロジェクトが生まれてきた理由である。

## a 避難民問題の変遷

難民の10年といわれた1990年代は何をもたらしたのだろうか？

第二次世界大戦という人類が初めて経験した悲劇は、兎にも角にも、その後の世界のバランスを形作った。宗主国の植民地政策の破滅消失により、1960年代にはアフリカなどに多数の新興国が生まれたが、「国」の統治、管理運営能力がともなわない自立はほどなく破綻し、独立にともない、急遽、引かれた国境線を挟んだ民族的対立の芽が各地に発生した。しかし、アフガニスタン、アンゴラなど米ソ二大国の政治的軍事的意図による代理戦争があったものの、これらの局所的対立は冷戦構造というある種の均衡の中に埋没させられてきた。

1980年代後半、東欧に政治社会変革の波が押し寄せ、さらに1991年には一方の雄であるソビエトが消滅した。しかし世界は自由で平和になるかとの期待はあっけなく潰え、かろうじて押さえ込まれていた各地の不満が一気に噴出した。

旱魃、飢饉や自然災害、また国家間戦争による古典的避難民は、いつの時代にも繰り返して発生しており、これらに対して十分かどうかは別として、国際社会は「緊急人道援助」の手を差し伸べてきた。救援を必要とする人々と救援活動が、量の多寡、質の良否はあれ、相互に向き合ってきた。

しかし、新たな世界秩序が生まれる前に頻発した、民族的かつ宗教色をとともなう過激な地域紛争の様相は異なる。1991年のソマリア、ユーゴをはじめとして、Complex Humanitarian Emergencies (CHEs) と総称される、以前とは異なる形の地域的武力紛争の結果、国境を越えて、また、国内にとどまっているものの、本来の居住地を離れざるをえない人々は激増し、この年代が難民の < decade > (10年) と呼ばれる所以となった。

このように、1990年代には、国際法上認知され、国連高等弁務官事務所 (UNHCR) が保護責任をもつ「難民 (refugee)」に加え、多数の「国内避難民 (Internally Displaced People : IDP)」が出現したことは、国際保健という学問分野においても、また、国際人道援助の実践にも新たな問題を突きつけたといえる。

## b 避難民をめぐる新しい問題

### 1) 自然資源と紛争

CHEs が継続しているかその危険性のある国や地域は、行政機構が破綻し、いわゆる fragile state (脆弱な国) 化している。中央もしくは地方行政組織は存在しないか、あっても機能しておらず、住民全体を適切に統括できていないことが多く、代わって、武力権力者が支配している。住民の生存はその庇護下に入るしかない。

一方、このような国や地域には、豊富に埋蔵された自然資源があり、それをめぐる外部介入がある。資源の支配、掘削権や流通をめぐる地域権力者間に外部勢力が介在し、ダイヤモンドや金の獲得のため、あるいはそれらを支払い手段とする武器や麻薬が流入し、事態はいっそう混沌とする。「難民援助」が周辺に「援助経済圏」を形成することはよく知ら

れるが、1990年代に増えたCHEsの避難民援助周辺には、従来の援助経済圏に加えて、しばしば武器や麻薬のブラックマーケットが形成されている。本来、人道的であるべき外部介入の複雑化多様化とともに、善意の人道救援者と何らかのネガティブな意図をもった外来者が混同され、援助者が攻撃の的となる事態もまれではなくなった。すなわち、新しい避難民問題では、助けを求める人々と救援者が直接的に向き合えない事態も増えることになった。

## 2) 避難民問題におけるグローバリゼーション

近年の避難民問題を複雑にしてきた要因の1つに globalization(地球規模化、ここではグローバリゼーション)がある。

そもそも1970年代頃から始まったグローバリゼーションとは、経済面で物理的な国境や国際的取り決めの規制を越え、自由で柔軟な交易を想定したものだ。しかし、冷戦後の混沌の中で、まだ新たな国際秩序が確立されていないにもかかわらず、通信、特にIT技術が急激に発展・拡散した結果、世界は矮小<sup>わいしょう</sup>化し、それまで閉鎖社会におかれていた途上国のみならず、中進国の非都市部や紛争地をも含め、文化や習慣におけるバリエーションを崩してしまっただけでなく、古典的な習慣がすっかり消えたわけではないが、若者を中心とするある年代においては、地球規模の習慣変化が惹起されたといえる。

その結果、経済における本質的なグローバリゼーションによっては、国家間のそれに加えて、一国内でも格差が拡大し、中進国や先進国内でも少数の成金の富裕層と多数の新貧困層を生み出している<sup>注1</sup>。一見、生活予備力をきりつめて従来の生活を維持しているこれらの人々も、各種のリスクに対する備えは極めて希薄である。すなわち、いったん異常事態が発生すると、直ちに避難民化する危険性がある人々は、世界的に増加しているといえる。

CHEsや避難民援助に関するグローバリゼーションの典型的な出来事は、1991年1月17日に始まった湾岸戦争であろう。多国籍軍のイラク侵攻通告とともに始まったビンポイント攻撃は、まるでその場にいるかのような臨場感をもって、同時に全世界に報道された。同様の状況は、1999年コソボをめぐるユーゴスラビア攻撃、2002年のアフガニスタンのタリバン政権攻撃、さらにサダム・フセイン下のイラク攻撃にもみられたが、安全な場所、ときにはぬくぬくと、あるいは飲食をしながら戦争の実況報道を見聞することに、

注1: たとえば、わが国の所得格差の拡大は経済成長への悪影響要因として懸念されている(OECD<経済協力開発機構>「対日経済審査報告書」2006.07)。この中で、2000年の低所得「相対的貧困層」の割合は、OECD加盟国中、日本はアメリカに次いで2番目に高いと指摘されている。バブル崩壊後の景気低迷でコスト削減を進めた企業が、低賃金の非正社員を増やしたことが、所得二極化を助長させたことを裏づけている。また、厚生労働省の勤労統計では、パートタイム労働者は2000年を100とする指数で、1995年の82.7から2005年の124.6へと著増し、逆に正社員である一般労働者は1995年の103.3から2005年の93.6に低下している。

やがて私たちは慣れ始めてきた。

ピンポイント攻撃とは、民間(人)の被災を防ぐために軍事施設のみを攻撃する目的で導入された、GPS<sup>注)2</sup>を用いた人道的な攻撃手段ともいわれるが、しばしば誤爆が発生していること、また、いわゆる武力紛争地域では、GPSが適応されうる正確な地図がないうえ、軍事施設と民間居住地の区別が明確でないなど、軍事大国の精密な武力と極めて貧弱な局所的武力との対立での行使には問題を大きくしているに過ぎない感がある。

いずれにせよ、日本のゲームメーカー名をもじって「ニンテンドウ戦争」とよばれるような武力行使の結果は民間の犠牲者数を増加させているだけでなく、グローバル化した映像が、救援活動を含めその後の国際世論を形成していることは事実<sup>注)3</sup>である。

1970年代までの難民救援は、いわゆる救急医療から始まったが、やがて公衆衛生対応が主流となり、さらに、その後は理念的な背景を強めてきた。その変遷理由は、以上のような経過を考えれば理解できよう。

## C 現在の避難民

UNHCRは2006年1月、「難民」、「帰還民」、「IDPs(国内避難民)」のほか、庇護希望者、無国籍者などその援助対象者数は前年比6%強増加の2,080万人と報じた。さらに国境を越え隣国に避難した、いわゆる「難民」は1980年来の最低で、前年比12%減の840万人としている。さらに、2005年のアフガニスタンへ752,000人、リベリアへ70,000人など、計110万人の「自発的帰還」があり、かつ2005年の難民発生は136,000人と、過去5年間に難民数は1/3減少し、過去29年間の最低と報告している。しかし一方、イラクの120万人、ソマリアの40万人など、国境は越えていないが、地域武力紛争の結果、故郷を追われた人々や無国籍者などIDPs数は前年比22%も増加している。また、多数者が帰還したものの、パキスタン、イランその他70カ国に滞留するアフガン難民190万人は、なお、世界の最大の避難民であることは変わらない。

表11-9にUNHCR本部による2006年の、また、図11-4には、過去25年間のUNHCRの救援対象者数<sup>注)4</sup>を示した。難民数の最大は、1993年の1,783万人強、IDPsその他が数

注)2：GPS(Global Positioning System：全地球測位システム)とは、本来は、地球上の位置を調べるために打ち上げられた軍事用の衛星測位システム。最大規模はアメリカの約30個の衛星。日本は数個、ロシアは十数個である。

注)3：やや形の異なる救援にテロの被災者がある。テロは、従来、警察が扱う「事件」であったが、2001年9月11日のアメリカ同時多発テロ以後、民間が対応するレベルを逸脱していること、また、現在のイラクやアフガンなど、紛争地で発生する不特定者攻撃まで含むため、ここでは触れない。

注)4：長らく難民問題を専門に扱っているアメリカのNGO US Committee for Refugees and Migrants(USCR)は、2005年12月31日の難民および庇護希望者数は1,200万、IDPsは2,100万、計3,300万と推定している。

表 11-9 : UNHCR による被援助者数 (2006)

〈地域別援助対象者数〉		
地 域	2005 年 1 月 1 日	2006 年 1 月 1 日
アジア	7,230,100	8,603,600
アフリカ	4,855,200	5,169,300
ヨーロッパ	4,426,400	3,666,700
中南米	2,070,800	2,513,000
北アメリカ	853,300	716,800
太平洋地区	82,600	82,500
総 計	19,518,400	20,751,900

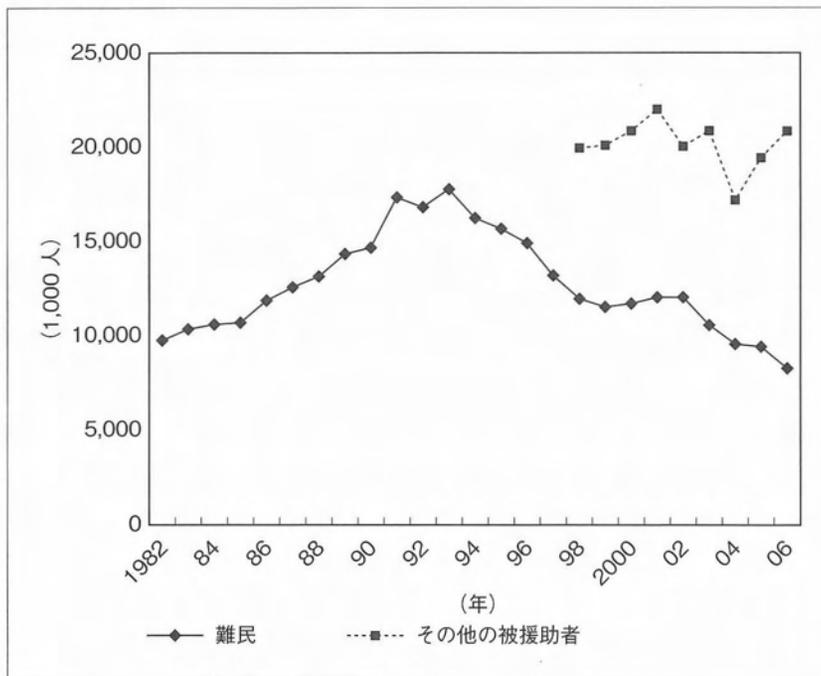


図 11-4 : UNHCR の救援者数

えられるようになった1998年以降の最大数は2001年の2,100万人である。2006年には、難民数は8,394,400人、その他の被救援者は20,751,900人、計29,146,300人だが、地球上の全人口を約63億人として、なお300人に1人が救援依存状態にあることになる。

#### d Complex Humanitarian Emergencies (CHEs) と多様な避難民

難民(refugee)とは、国際法上、UNHCRが設立される際に規定された「難民の地位に関

する条約」(1951年, 通称, 難民条約)と, その後の「難民の地位に関する議定書」(1967年, 同議定書), 「アフリカでの難民問題についてのアフリカ統一機構条約」(1969年, 同 OAU 条約)に基づいて認定される。実際の救援活動では, 特殊な場合や, 研究を除き, 一般的に, 「難民とは, ささまざまな要因により, 本来の居住地から離れることを余儀なくされ, 国境を越えた人」と理解されるが, 難民であれ IDPs であれ, 救援のあり方は変わってはならないし, 通常の保健医療活動では, 被援助者の国際法上の立場を考える状況はない。しかし, 最近の地域紛争では, ときに現地の政治的権力的思惑に配慮しなければならない場合も少なくない。また, 国際的認定の有無にかかわらず, すべての避難民の背景はさまざまであり, 同じ避難民集団でも, 時期によって状況は著しく異なる。救援活動がその時々ニーズに合致していなければならないのは当然である。

1990年代に入って, 世界各地で増えた地域武力紛争は, 宗教や民族の対立を背景とすることが多く, また, 人道援助に武器をもった護衛が必要など, 援助者の治安すら保証されず, また, 中立不偏なはずの人道援助の在り方が問われる事態も多い。これらの事態は, 新たな災害形態として CHEs(人道的緊急事態)と総称される。CHEs は, 「内乱や戦争などを含むさまざまな要因に基づくある人口集団における比較的急性の状況で, 食糧不足や人口移動などの影響もあって, 過剰の死亡や罹患をきたす事態」と考えられるが, この際, 従来居住地を離れているが国境を越えてはいないため, 国際的に「難民」と認定されず, より悲惨な状況にある IDPs を多数発生させることが特徴ともいえる。

このような避難民への緊急的支援は人道上不可欠ではあるが, 発生原因が民族宗教問題化する中で, 従来からの人道援助は膨大な資金を要しながら根本解決につながらないことから, 特に途上国での難民対策はその発生予防を目指した開発支援に重点を置くべきとする意見も強まっている。いずれにしても, 人道上必須ながら対症療法的な「発生した避難民が抱えている問題」対策と, 恒久的・根治的ではあるが政治的で実践困難な「難民問題の発生予防」への取り組みが, 不可分なまま, あいまいに混同されてきたきらいはある。

さらに, たとえばイラク, アフガニスタンのように, 紛争地での無差別テロが常態化する現在, 善意や意欲だけでの救援が不可能なだけでなく, 武力をとみなわない文民(civilian)による人道援助が限界にある事態が増えている。

古典的な援助のあり方は周知しておくべきだが, それを修得したからといって, ただちに救援現場で活動できる時代ではないことを十分理解しておく必要がある。

## e 避難民援助

災害や紛争の被災者への救援は, 救急医療の一部として始まったが, やがて公衆衛生活動を中心とするようになった。UNHCR や UNICEF, 国際的な NGO/NPO などは, それぞれ救援のガイドライン, ハンドブックまたはマニュアルをもっているが, ここでは 1997 年

に、人道援助に従事する NGO と国際赤十字・赤新月社連盟(IFRC)が主体となり、WHO など国際機関も関与して合意したスフィア・プロジェクト Sphere Project (<http://www.sphereproject.org/index.php>)のハンドブックにそって解説したい。

著者の一人は、WHO 本部緊急人道援助部勤務当時、同僚からスフィア・プロジェクトへの関与を要請され、ハンドブック作成を手伝ったが、その副題が「人道憲章と災害救援に関する最低基準」とされた最大の理由は、「基準とは、与えられる/救援されるべきものの最低量や数値ではなく、被災者であれ、人間として持つべき尊厳のある最低の生活の質」であり、どこでも当たり前のこととして適応されるものとの考えからであった。

スフィア・プロジェクトの特徴は、以下のようなものである。

まず、それまでの具体的な医療・保健活動またはロジック的支援ではなく、

- (1) 救援の柱は人道憲章としたこと
  - (2) 5 主要セクターとして、i) 水と衛生、ii) 栄養、iii) 食糧援助、iv) シェルター、v) 保健活動が置かれ、現実の地域集団の生存に沿った救援を想定したこと
  - (3) プロジェクトの主導権は NGO を持つこと
  - (4) 救援時の各セクターでの決定時には、必ず、被災者が参加することを求めたうえ、男性だけでなく女性の関与を求めていること
- など、画期的な発想が含まれている。

スフィア・プロジェクトのハンドブックは、2000 年に完成し、翌年に発行された初版(日本語は 2001 年)のプロジェクトを試行した多数の NGO の現場経験のフィードバックを含めた改訂版(2004 年)がある。上記 HP でダウンロードできる。日本語版は、アジア福祉教育財団 難民事業部が扱っている。

改訂版も初版同様、人道憲章を最初においているが、紛争や災害など、原因の如何を問わず、本来の居住地を離れざるをえない「避難」を、「人権を侵された事態」として取り組む必要があることを示している。今後、救援者が十分認識し、理解しておくべきであろう。改訂版では、さらにある集団が実際に居住・生存できることに沿った救援のあり方が強化され、食糧の安全性(確保)の追加とともに、避難民の参画、初期評価、(救援)活動、援助の対象、モニタリング、救援活動の評価および救援スタッフの能力や管理など、セクターとは関係なく、救援に共通する事項についても基準が示されたことである。さらに、セクターに関わりなく考慮すべきものとして、子ども、高齢者、障害者、ジェンダー、保護、HIV/AIDS、環境という 7 事項が取り上げられている。

以下、同ハンドブックの内容に準じて避難民救援を解説する。

## 1) 救援と人権

被災者は援助を必要としていても、すべての人々が無力で無能なわけではない。個々の人々だけでなく、家族や地域集団としての能力や回復力をもっており、それを尊重することは救援の基本である。一方、だれでも、どのような状況でも、人間としての尊厳は護ら

れるべきである。スフィア・プロジェクトがいう人道憲章 (Humanitarian Charter) は、いわゆる国際人道法<sup>注)5</sup>と呼ばれる多様な条約が含まれるが、その骨子は、「災害または武力紛争の被災者に対して一定レベルのサービスの提供により、基本的な人道原則が遵守されることを目指す」ことである。

## 2) 水の安全性と衛生 (water and hygiene)

生物の集団生活で、最も重要なものは水の確保と排泄物の処理に尽きる。どのような避難地であれ、水補給は最初かつ必須の need であり、排泄物処理を含む衛生対策は最初かつ必須の must である。

### ● 水

生存に必要な水の量 1 日 2.5~3.0 L, 調理に必要な水 3~6 L, 基本的な衛生状態を維持する 2~6 L など、一人当たり 1 日最低 7.5~15 L が推奨される。日本人の 1 日当たり平均水使用量 324 L からすると、極めてわずかであるが、実際にはこれを確保することすら困難な場合が多い。最も近い給水源を 500 m 以内、また簡易水道では 1 蛇口当たり人口を 250 人、1 手動ポンプでは 500 人、1 開放井戸では 400 人とする。

水質の問題も重要であり、排泄物による汚染を防ぐことは必須 (100 mL 当り大腸菌ゼロを基準とする) だが、下痢性疾患が発生している場合には、塩素などの消毒薬による殺菌水配布も考慮する。化学物質は軍事的な放射性物質の汚染の危険がある場合には、早急に専門的な調査を行う。

給水に関して重要なことは、10~20 L 程度の蓋<sup>ふた</sup>または栓<sup>せん</sup>付きの容器最低 2 個と、清潔を保つための石鹼の配布などにも留意することである。ただし、水不足の避難地での石鹼使用は、ある種の矛盾もあってジレンマを感じることもある。

### ● トイレと排水

集団生活では、排泄物処理を含む衛生対策も極めて重要である。1 家族あるいは最大 4、5 家族または最大 20 人に 1 トイレを居住区から 50 m 以内に設置することが推奨される。しかし、避難当初は最大 50 人までを許容するが、それも不可能な場合、用便の穴を含め、厳重に排泄区域を規定し、水源汚染対策を徹底する。集団が大きくなれば、通常、男女別比率を 1:3 の公共トイレ設置も必要になる。また、避難当初には、インフラのない避難地<sup>しによ</sup>での排水問題も重要である。まず、尿尿と生活廃水の混合を防止し、洗濯などの排水は菜園などに利用することも考える。

注)5:「国際人道法」という固有名詞をもった条約はなく、1971 年に「武力紛争に適用される国際人道法の再確認と発展」に関する会議で用いられた国際的な条約や慣習法を総称したものである。基本的には、武力紛争で傷ついたり病気になったりした戦闘員、捕虜さらに紛争に従事しない一般住民 (civilian) を人道的に取り扱うことに関する合意基盤となる「ジュネーブ 4 条約 (1949 年)」とそれに対する「第 2 追加議定書 (1977 年)」を中心に、「世界人権宣言」、「難民の地位に関する条約」、「子どもの権利に関する条約」など多様なものが含まれる。

いずれにせよ、水、トイレの安全対策は、避難民の関与なくしては成功しない。合わせて衛生教育を行うことが重要となる。

### 3) 食糧の確保 (food security)

救援時、栄養障害は最大の公衆衛生的問題であり、実際、「食糧は最良の医療/くすりである」といえる。また、「すべての人は、生存に必要で、かつ汚染されておらず、文化的にも許容できる食糧を保障されているべき」との考えに基づくと、災害や紛争時の安全な食べ物補給は、水を除き、最大の柱となる。

実際に行うべきことは、避難地の地理的条件や生活状況をも考慮しての食糧の入手、移送、保存、配布を含む「食糧確保」の評価と個人および集団の「栄養状態」の初期評価を同時並行して実施し、その結果から、適切な対応を迅速に決定する。しかし、極めて多数の避難民の救援では、まず、① 集団生存のため、② 救命活動、③ 健康増進(補助レベル)に分けて考えねばならないが、規模の小さな救援活動では成果は限定されてしまうため、たとえば、妊婦や授乳女性または小児、高齢者などに特化したプログラムを考えることも必要となる。また、救援のため食糧が買い占められ、食糧不足や物価高騰のためにホスト地域住民の生活が脅かされたり、過剰の食糧配布によって、避難民の自助努力を阻害するようなことがあってはならない。一方、「Food for work(働いて食糧を)」という雇用と食糧配布を結びつけた活動もある。

栄養評価は、集団の概観<sup>注)6</sup>、食糧保持量の推定、指導者を含む一定人数への問診などを行うが、計測は通常、5歳未満児の栄養障害をみる。短期間の食糧不足を反映しやすい年齢別身長対体重比(weight-for-height)、または上腕周囲径(Mid-Upper Arm Circumference: MUAC)<sup>注)7</sup>を参考とする。各種栄養障害の有無と頻度、下痢症など栄養状態と関連する要因と程度、食糧備蓄や配布状況、難民の調理手段や栄養知識も参考にする。

### 4) 栄養(nutrition)

栄養に関しては、前項の食糧確保における具体的な栄養障害の有無の初期評価に続く段階だが、一般的栄養支援と具体的な栄養障害への対応に分けて考えるが、最近では、1人当たり1日2,100 kcal<sup>注)8</sup>、内10~12%をたんぱく質で、17%を脂肪で補うことが推奨されている。

注)6: 通常、人口構成をみる時、5歳未満と10歳までおよび15歳までを各10~12%、計30~35%、妊産婦は約5%、高齢者を5~7%と想定する。

注)7: 1歳頃までは筋肉発達未熟だが、かなりの脂肪があり、5歳頃には筋肉発達に応じて脂肪が減少するため、上腕中部の太さの変動がわずかなことを利用した測定法。一見簡単そうだが、実際は数mmの誤差が判断を誤らせることがあり、訓練が必要。

注)8: このカロリーが継続的に補給可能な救援計画はほとんどない。また、緊急時には500 kcalの削減も提言されているが、1980年代には1,600 kcal程度が基準であったこと、さらに健常者と治療食を同列に論じることはできないが、わが国の糖尿病治療食が1,500 kcalであることからすると、やや過大な感を受ける。

一般的に基本的な栄養支援は、主食となる穀物やイモ類、豆類を中心に、脂肪さらに供給可能な動物性たんぱくを一定量確保することに始まる。トウモロコシ類を主体の時には豆、ナッツ類によるナイアシン補給を、また、ビタミン類、特に A や鉄分補給を考慮して食糧品を選択するが、緊急事態には実践困難なことが多い。

次いで、栄養障害に陥りやすい集団として、妊婦、授乳女性、乳幼児さらに高齢者や HIV 感染者<sup>注)9</sup>や AIDS や結核など慢性病を持つ者への対応を考える。このような場合、全避難民集団内で不公平が生じないような計画が必要であり、栄養センターなどで対象集団に平等に配布する。

#### 5) 食糧援助 (food aid)

最近の武力紛争による避難民での食糧援助は、WFP(世界食糧計画)など規模の大きな組織にゆだねられることが多いが、基本的な考えは以下のようである。

できる限り、避難民が常食してきたものを主体に、家庭で調理可能な固形食糧を基本とする。また、過剰の無料配布は極力避ける。配布は、食糧不足が最も深刻な人々を優先し、可能な限り、早く配布を終了する。極めて緊急な事態あるいは調理手段がない場合には、調理済み食糧や集団給食の計画も必要となるが、外部からの過剰なインスタント食糧の持ち込みは極力制限する。また、救援のための調達で、地域の食糧不足や価格の高騰をもたらさない配慮も必須である。

#### 6) シェルターおよび定住 (shelter and settlement)

シェルターは、かつては避難地の居住のみが想定されていたが、最近では、本来の居住地への帰還・定着までを考慮した最終的かつ最良の解決を意味している。

一時的避難地では、1人当たりの居住空間を最低 45 m<sup>2</sup>とするが、この中には、家族の生活の場、道路、教育・衛生施設、給水・貯水場などの公共施設や管理事務所、さらに家庭菜園や小動物の飼育区域を含む。集会や娯楽施設、特に子どものための施設を含む公共の場、また、安全な通路の設置などがシェルター計画の範疇<sup>はんちゆう</sup>に置かれる。

多くの避難地では、テントや一時的住居内で調理することが多いが、その際の換気、特に煙の排出に留意する。

緊急時で、十分な場所を確保できない場合、最低限、留意することは、寒暖、降雨、風雪などの自然現象から保護されること、紛争地での武力襲撃からの遮断と、避難地区内では、トイレ用穴などを含む排泄処理地域を区画し、居住地区の衛生を保持することである。ときに、死者への弔<sup>とむら</sup>いや遺体処理の場が最重要な場合や、広い墓地が必要になることもあるが、文化的風習は避難民の意向を尊重する<sup>注)10</sup>必要がある。

注)9：HIV/AIDS と授乳に関し、避難地でも途上国でもジレンマがある。母親(女性)の HIV 感染の認識の有無にかかわらず、赤ん坊に十分な代替栄養が保障できない場合、AIDS 治療薬のないまま母乳をすすめざるをえないこともある。

表 11-10：各種災害が及ぼす公衆衛生面への影響

影響	complex emergency	地震	洪水を伴う強風	洪水	津波/鉄砲水
死亡	多	多	少	少	多
重篤な外傷	色々	多	中	少	少
感染症のリスク	高	低	低	色々	少
食糧不足	よくある	まれ	まれ	色々	よくある
大規模避難	よくある	まれ	まれ	よるある	色々

食糧調達同様、シェルターのために近隣の山林が伐採されたり、市場の建材が高騰したりすることのないような配慮も必要である。

#### 7) 食糧以外の補給 (non-food items)

この中には、衣類、毛布やマットなどの寝具、石鹸類や歯ブラシ、剃刀<sup>かみそり</sup>などの個人的衛生用品、さらに女性の生理用品や乳児のオムツ、高齢者の失禁対策用品、また料理鍋、フライパン、包丁、スプーンなどの調理用品、最低 10 L 以上の蓋また栓付きの貯水タンク、調理用コンロまたはストーブ、個々人の食器、ランプ、ろうそくなどの照明器具も含まれる。

しばしば、援助物質として哺乳ビンが提供されるが、特別な事情で用いなければならない場合以外は使用しない。

#### 8) 保健活動 (health services)

現在の避難民への保健医療支援は、すべての人は健康を維持し、必要で適切な保健サービスを受ける権利があり、<sup>まっと</sup>全うすることが基本の考えとなっている。かつて救急医療が避難民援助の主体のように行われた時期もあったが、現在は人道的配慮を加味し、保健教育を同時に行う、予防的<sup>注11</sup>なプライマリ・ヘルス・ケア (Primary Health Care : PHC) が主体となる。表 11-10 に、各種災害が及ぼす公衆衛生面への影響を示したが、緊急時には、隔離された少数者への支援のために一時的な移動診療 (mobile clinic) が必要なこともあるが、地域の保健機関との連携が必要である。

また、いかなる保健活動を行うかは、避難民の集団としての健康状態、ニーズ、どんな健康の危機の発生日リスクがあるかを評価し、避難民とともに対策を決定する。その際、避難民の中にどのような人材とどのような資源があるかも含めて迅速に決定する。前述した

注)10：弔いのために遺体を抱擁する習慣がある地域では、特に、エボラなど出血熱などの流行や感染症がないかどうかの判定が重要である。

注)11：単なる感染症予防ではなく、集団の過剰の死亡や罹病を防止することが含まれる。

表 11-11：地域ごとの粗死亡率・5歳未満児死亡率

地域	CMR	緊急事態指標 となる CMR	U5MR	緊急事態指標 となる U5MR
サブサハラアフリカ	0.44	0.9	1.14	2.3
中東・北アフリカ	0.16	0.3	0.36	0.7
南アジア	0.25	0.5	0.59	1.2
東アジア・太平洋地域	0.19	0.4	0.24	0.5
中南米	0.16	0.3	0.19	0.4
中央・東ヨーロッパ/CIS/バルト諸国	0.30	0.6	0.20	0.4
先進工業国	0.25	0.5	0.04	0.1
発展途上国	0.25	0.5	0.53	1.1
後発発展途上国	0.38	0.8	1.03	2.1
全世界	0.25	0.5	0.48	1.0

(UNICEF State of the World's Children, 2003)

が(p. 408 の注 6), 大雑把に 15 歳以下を 30~35%, 妊産婦と高齢者をそれぞれ 5% とみなして, 保健活動に必要な資材を算出し, 計画を立てる. また, 全体としての健康状態は, 粗死亡率(CMR: Crude Mortality Rate; 人口 10,000 人の 1 日当たりの死亡数)と 5 歳未満児死亡率(U5MR: Under 5 Mortality Rate; 5 歳未満児 10,000 人の 1 日当たりの死亡数)を参考に, すばやく判断する必要がある.

表 11-11 にスフィア・プロジェクト(改訂版)が参照にしている地域ごとの CMR, U5MR を示したが, いかなる理由であれ, 粗死亡率が 2.0 を超える事態は, 集団全体の生存に関わる事態が差し迫っていることを示している.

保健活動は集団全体の過剰の死亡や罹病を減らすこと, 予防できるものが優先されるが, 可能な限り受入国や地域の保健セクターの責任機関が主導的役割をもつこと, また, どのような状態でも全救援者/組織の連携が必要である. 外部救援はあくまで支援の立場, また一時的であるべきだが, 中央または地方政府が崩壊したり機能不全に陥ったりしている場合には, 主導的にならざるをえないこともある. また, 地域の保健セクターや国連機関 (UNHCR, WFP, UNICEF, WHO など)との連携や救援活動の他分野との連携も重要だが, 最近の武力紛争では, 軍隊との連携も無視できない事態も増えている.

スフィア・プロジェクトでは, コミュニティーレベルでは住民 500~1,000 人に対しヘルスワーカー 1 人を, 2,000 人に対し訓練を受けた分娩介助者 1 人を, 家庭訪問員 10 人ごとに指導者 1 人を置くこと, また人口 10,000 人程度の地域の保健施設では, 医師 1 人と 2~

5人の保健スタッフとその他の勤務者を、またリファレル施設は人口50,000人をカバーし、医師1人を含め有資格保健員5人以外に、入院、調剤、検査などを担当する約10人の勤務員を推奨している。

具体的な活動については以下のようなものである。

#### ● 感染症予防対策

一般的な予防対策では、衛生・保健教育が重要である。

緊急時には、生後6ヵ月から15歳の全員への麻疹予防接種を優先する。麻疹の予防接種率が90%以下と判断される場合には、5歳未満児への集中的な予防接種キャンペーンを施行し、次いで、対象を年長児に広げる。予防接種の際には、ビタミンA投与を同時に行う。

マラリア<sup>注12</sup>、コレラ、赤痢、腸チフス、黄熱、髄膜炎その他の感染症予防は状況に応じて行う。

#### ● 感染症治療対策

大規模集団発生への対応は、地域あるいは避難キャンプが一带となり緊急的な対策を要するが、通常WHOなどの関与を求めることが多い。

急性疾患では短期間の対応を徹底するが、HIV/AIDSや結核<sup>注13</sup>など、経過が長期にわたるものでは、栄養、衛生その他のプログラムとの連携が重要になる。また、マラリア汚染地区では、早期診断と感受性のある薬剤の提供が必要である。一般的に、経口補水塩や静脈用補液、基本的な抗生物質、ワクチン、さらに投与に必要な消耗品などは必須医薬品<sup>注14</sup>として継続的に補給できるようにする。

通常、多くの感染症は臨床診断が可能のため検査診断に精力はおかれていないが、基本的な治療による効果が限定的な場合、検査が必要になることも想定し、連携をもてる検査室を決めておく必要がある。

#### ● HIV/AIDS 対策

世界各地で、一般的に行われているHIV/AIDS対策を継続することに尽きるが、緊急時、男性用コンドームの無料配布と、その使用法の教育を徹底することは極めて重要である。また、紛争地付近では、安全な血液補給の徹底が必要だが、実際には困難なことも多い。

不穏地域では、レイプによる感染もまれではないが、特に居住地から離れた地点での水汲みや燃料収集における女性の保護、HIV感染者への差別、偏見の解消への努力も忘れてはならない。

注)12: 殺虫剤付き蚊帳<sup>かや</sup>の使用が有効だが、住居の構造などから、緊急時の避難キャンプでは、配布および使用が困難なこともある。

注)13: 避難民キャンプでも、DOTS(Directly-Observed Therapy, Short-course: 短期直接監視下療法)が推奨される。

注)14: 必須医薬品(essential medicine)としての補給が重要。

### ● 非感染症対策

外傷，リプロダクティブヘルス，精神衛生問題，悪性腫瘍や生活習慣病など，先進国型疾患が含まれる。

### ● 外傷

大規模自然災害では，通常，生存者の90%程度は72時間以内に近隣の住人か，地元の救援隊によって救出されている。したがって，自然災害では初動救援そのものを地元住民が担える体制作りが重要となる。この際，トリアージが必要である(トリアージの項参照)。

### ● リプロダクティブヘルス(RH)

通常，分娩の15%程度に合併症があり，5%程度の帝王切開を想定する。避難民でのRHの重要性は認識されているが，実際の対応が等閑なござりにされていることは多い。スフィア・プロジェクトでは，緊急時の最小限のRHのニーズ対応に，基礎的な用具と消耗品<sup>注)15</sup>と実際の活動を組み合わせたMISP(Minimum Initial Service Packet：最低初期活動パッケージ)を想定している。この中には，女性への暴力(gender-based violence)対策，HIV感染予防，新生児と妊産婦の過剰の死亡防止，総合的なRHサービスなどが含まれる。

### ● メンタルヘルス

本来の居住地を離れざるをえない事態，避難，未知の地での生活など，避難民のすべてが精神的にダメージを受けていても不思議はない。ことに最近の地域紛争は，それまで地域住民として交流があったり，ときには親しい隣人であったりしたものが対立し，家族同士が殺しあうこともあって，特に子どもでは耐え難い苦痛を受けている。PTSD(Post-Traumatic Stress Disorder：心的外傷後ストレス障害)を含め，できるだけ早期からメンタルヘルス対策を行うが，通常はPHCレベルでの対応を考える。

## 9) 普遍的な基準(common standard)

この項は，スフィア・プロジェクトでは，人道憲章の次に置かれている。救援計画への避難民の参画，初期(迅速)評価，実際の対応，モニタリング，評価さらに救援者の資質・能力，管理のあり方について一般的な留意点を述べているが，ここでは概略を示すにとどめた。

注)15：UNFPA(国連人口基金)は，コミュニティー，異なるPHCレベルヘルスセンター，リファレルセンターなどで段階的に使用できる12種のサブキットから，RHキットを作成している。