

10

コミュニティ・サービスと教育



目次	節	ページ
概要		
はじめに	1-4	105
コミュニティ・サービスの組織化	5-15	105-107
はじめに		
状況把握と行動計画		
コミュニティ・サービス計画の基礎作り		
コミュニティ・サービスの強化		
人材資源	16-23	107-109
はじめに		
チームとして活動する		
家族の追跡調査と再会	24-26	109
危ない状態にある集団と弱者層	27-72	110-117
はじめに		
子ども（青少年を含む）		
保護者のいない未成年者		
女性		
片親世帯		
暴力の被害者		
障害者		
高齢者		
社会の中で孤立した集団		
教育	73-86	117-120
はじめに		
教育計画の立案		
行動		
主な参考文献		120
付表		
付表1 コミュニティ・サービス・チェックリスト		122-124
付表2 保護者のいない未成年者の登録用紙サンプル		125-126
付表3 レクリエーション活動などの用具リスト		127
付表4 筆記用具リスト		128

状況

難民となることによって受ける精神的打撃は強烈なものとなりうる。今まで生活してきたコミュニティの安定を支え、高齢者、女性、子ども、障害者などの弱者層（vulnerable groups）を保護してきた仕組みは壊れてしまい、作り直さなければならない。また、社会的・心理的な問題が発生、あるいは悪化し、適切な対応措置が必要不可欠となる。

目的

難民集団全体の福利に貢献し、最も弱い立場にある難民が基本的な物資・サービスを平等に得られるようにすること。

難民コミュニティの再建と発展を支援すること。難民コミュニティは、援助計画の管理運営を行なう上でも利用できるし、コミュニティの再建・発展により「援助への依存」という長期的問題を最小限に食い止めることができる。

提供する援助が、難民にとって適切であるようにすること。

対応の諸原則

- コミュニティ自体の人的・物的資源をできるだけ強化し、個人・家族・集団の自立を高めることによって、あらゆる分野で男女ともに難民コミュニティへの参加をうながす。
- 弱者層向けの特別なサービス（業務・仕事）は、できるだけ難民コミュニティ自体が提供する。
- サービスはきちんとした計画のもとにできるだけ分散させ、必要とする人々に届くようにする。
- コミュニティ・サービスは、生命にかかわる最優先分野を補うよう調整・開発し、援助事業全体の中に組み込む。

行動

- コミュニティの問題点、ニーズ、資源を調べる。あらゆる分野において、ニーズを満たすサービスは何であるのかを難民自身が把握し、対応するのを助ける。
- 最弱者層を速やかに見分け、援助する。
- コミュニティの適切な管理運営の仕組みを作り上げる。これには、意思決定に女性が参加でき、難民集団内のあらゆるグループの意見が適切に代表されることが含まれる。また弱者層を支援できるコミュニティ・ワーカーを見つけ、有益かつ適切な情報を広め、他の分野を支援する。
- 家族の離散を防ぐ迅速な措置を取り、また、できるだけ早く家族を再会させる。
- 孤立し、弱い立場にあるすべての人 特に保護者のいない未成年者 を保護・世話をする。すでに自然にグループが出来あがっていて、グループ内の人々がつながりを確立している場合は、そのままにしておく。
- 難民と援助関係者の間でお互いに良好なコミュニケーションを確保できるよう、難民とのつながりを確立する。
- コミュニティ自体の対応力を高めるために、必要な訓練を見極め、コミュニティでの業務・活動に対し実用的かつ実践的な訓練の実施を支援する。

はじめに

1. 故郷を離れなければならないショックと、難民としての生活環境によって特に緊急事態の初期には大きな情緒的・社会的問題が生まれ、コミュニティがすでに抱えていた問題がさらに悪化する。難民は逃避行によって精神的衝撃を受け、その記憶が消える間もなく、混乱や怯え、孤独、不安に陥り、見知らぬ場所や、場合によっては敵対的な環境下で、将来も不確かな状況に直面する。難民緊急事態では、家族との離別や死別、コミュニティによる援助の欠落が頻繁に起こり、個人やコミュニティにストレスや問題を引き起こす。

2. コミュニティが受けるショックとストレスを和らげるには、安全、安定、保護の提供が最も重要となる。これには物質の提供によって実現できる部分もあれば、保護を確立し、新しい難民生活の組織化、特に恒久的解決策の追求に最初から難民を参加させることによって実現できる部分もある。コミュニティ・サービスは、難民と、新たな居住地での物資やサービス（業務・援助活動）を結ぶ重要なつながりとなる。こうした新しい環境に適應するための助けがないと、たとえ物質的に比較的恵まれた状況にあっても、喪失感や孤立感が深まる場合がある。

3. 重要なのは、難民を援助活動に参加させ、コミュニティの構成員が自分たち自身、そして弱者層に対する責任を負うようにすることである。これによって難民の外部依存は最小限に食い止められ、自立を促進できる。

緊急事態中の対応の仕方が、外部からの援助に対する難民の態度全般を決定する。

4. どのような緊急事態でも、精神的・社会

的問題を抱え、危険な状態にある集団があり、特別な注意を必要とする。最も弱い立場にあるのは、家族の支援がなく、生きるために、外部の援助に依存せざるをえない人たちである。これには年齢や健康状態、精神状態、社会経済的問題などの理由がある。こうした問題は、緊急事態における社会的混乱によって悪化し、見落とされてしまう。だが、緊急事態ではなく、安定した状況であれば、コミュニティ自体が弱い立場の人たちの持つニーズの多くを満たすことができる。したがって、こうしたニーズを満たすサービスは、コミュニティに根ざした計画によって実施するのが最良である。

コミュニティ・サービスの組織化

コミュニティ・サービス計画は、難民と一緒に策定・実施する。

コミュニティ・サービス計画の実施には段階的方式をとる。

コミュニティ全体をくまなく調査してニーズを把握する。最も弱い立場にある人々が自ら名乗り出るとはめったにない。

他の分野と緊密に調整をする。

はじめに

5. コミュニティ・サービス（community services）は、基本的なニーズが適切に満たされていない人々を見つけ出し援助するとともに、すべての難民の福利全般を確保することである。コミュニティ・サービス計画ではまず、必要に応じて外部の助けを受けながら、コミュニティ内の適切な人的・物的資源を活用し、切迫した問題のある難民を見つけ、その緊急のニーズが満たされるようにする。この段階を経て、難民の自立強化とコミュニティにおける活動を進展させることに取り組むことができる。

6. コミュニティ・サービス計画の実施では、3段階方式が取られている。

- 第1段階 状況把握、行動計画、ガイドライン
- 第2段階 コミュニティ・サービスの基礎作り
- 第3段階 コミュニティ・サービスの強化

各段階（重複部分がある）での実施状況は、コミュニティ・サービス・チェックリストを使って確認できる（付表1参照。）

7. 緊急事態の中で、多くのニーズを最もうまく満たせるのはコミュニティ内の人的・物的資源であることが今までの経験から分かっている。どんなコミュニティも、問題の解決方法については、独自の信念、社会的価値観、慣習、伝統、好みがある。

コミュニティ・サービス計画では、既に存在する前向きな対応の手段と仕組みを強化・改善するよう努める。

コミュニティの問題は、総合的で、多分野にまたがる方法を活用し、他の分野と協力すれば最もうまく解決できる。したがってコミュニティ・サービスのスタッフは、UNHCRチームの一員として活動し、様々な分野の状況把握、計画立案・策定、モニタリングに参加すべきである。

8. 一般に、コミュニティ・サービス計画には、中央集権的でない、分権的な仕組みが必要となる。難民のコミュニティ・ワーカーが同じ難民と共に作業し、お互いに知り合えるようにする。活動中のコミュニティ・サービス・チームは重要な照会役を担い、入手可能な資源を難民に教えたり、他のサービス（保健・栄養など）がどこで必要とされているのかを把握することができる。

状況把握と行動計画

9. 緊急事態初期の、念入りな状況把握が、最も差し迫った社会問題と行動計画を定める。こうした状況把握調査はコミュニティ全体を対象とし、特別なニーズがあるにもかかわらず、自らは申し出ない難民を見い出すことに特に配慮する。状況把握調査と、その結果作られる計画では、難民集団の人口統計的・文化的情報のほか、庇護国の政策と資源も考慮に入れる。援助計画全般におけるギャップ（欠落・不足）の発見も、コミュニティ・サービス計画の立案における優先事項のひとつである。

10. 状況把握調査の結果によって、コミュニティ・サービスの活動計画が決定され、それには実施される措置の優先順位、協力機関の役割、家族の再会（family reunion）や暴力（violence）の被害者支援といった特別計画の必要性などが含まれる（章末の参考文献を参照）。

11. コミュニティ・サービス・チーム（本章「人材資源 human resources」の項を参照）を作る前に、地元、国内、国外の協力機関を見い出す必要がある。これにはNGO、政府、地元指導者と難民コミュニティの指導者なども含まれる。地元社会と政府が参加すれば、地元住民のニーズや文化に対する難民の意識が高まる。地元社会も難民を受け入れやすくなり、緊張が避けられる。

コミュニティ・サービス計画の基礎作り

12. 難民によるコミュニティ自主運営グループを見つけ、これを支援することが重要である。自主運営グループが伝統的枠組みの中に収まる場合もあれば、伝統的枠組みの外での活動が適当な場合もある。自主運営グループには女性や若者も含める。また、コミュニティの弱者層に対する支援を奨励する。難民のボランティアは、弱者層を見い出し、その人

たちが基本的なサービスを得ることを手助けできる。

13. 以下を実施して難民すべて、特に最弱者層がサービスを得られるようにする。

- i. すべての難民を、適切な保健・栄養サービスへ向かわせる。
- ii. 行方不明の子どもの追跡調査を至急に組織し、こうした子どもと弱者層の登録体制を整え、援助が必要だが身寄りのない者全員を支援する。
- iii. 虐待または暴行の被害者の問題に対応する。

14. 長期にわたる依存を極力抑え、難民全体にとって適切なサービスを提供するために、コミュニティ・サービスは、すべての分野での難民の参加を促し、難民コミュニティの問題解決能力を高めなければならない。コミュニティ・サービスの活動では、地元社会の人的・物的資源を尊重し、衛生と環境問題に対しての難民の意識を高め、参加を促す。

コミュニティ・サービスの強化

15. いったんコミュニティ・サービス計画を確立したら、以下の方法によってサービスを強化していく。1) 実施協力機関の対応力強化、2) コミュニティ内の奉仕活動と訓練活動の調整、3) 情報網の構築、4) コミュニティ・ワーカーに対する訓練計画の実施、5) 教育計画の設置と追跡調査・特別計画の運営、などである。一般的なコミュニティ活動、例えば文化的な催しやレクリエーションは、普通の生活が営まれているという感覚と安心感を高め、ストレスを抑え、難民のコミュニティ意識を養う点で重要である。

人材資源

難民自身が中心的役割を果たす。
人員の継続性が非常に重要。

プロフェッショナルで公平な運営と信頼性の維持。

他分野とのチームワークが不可欠。

はじめに

16. コミュニティ・ワーカーとして訓練を受けた難民が、コミュニティ・サービス計画の中心となる。外部者は、言葉の壁によって、また社会的価値観・慣習に対する知識の欠如によりできることが著しく制限される。難民コミュニティ・ワーカーは、コミュニティ内で、必要に応じて適切なサービスを紹介し、集団と個人を支援することに責任を持つ。伝統医療の治療師が、精神的な問題の解決に優れた力をみせる文化もある。

17. 難民コミュニティ・ワーカーの訓練は、優先事項のひとつである。訓練では、難民コミュニティに関する難民自身の知識を活用し、外部の（可能なら庇護国内の）専門技術・知識を利用する。また、訓練では社会福祉とコミュニティの発展を扱い、公衆保健、栄養、衛生、保護、水、避難所といった分野からの要素も加える。

18. 難民コミュニティ・ワーカーは、難民集団の中の様々なグループから選び出し、特に十分な数の女性を含めるよう努める。ワーカーの社会的・民族的出身について配慮し、適切なバランスを取る。

19. ワーカーの必要人数は、コミュニティ自体の持つ対応の仕組みや、難民キャンプ間の距離、人口、状況の複雑さによって大きく変わる。通常は難民1000人あたりワーカーひとりが適切とされている。また、特別なニーズをもつ人々は、問題が医療上のものでなくても保健センター（health centers）に向かうよう指示されることあるため、保健センターにもコミュニティ・ワーカーを置く必要がある。

20. 難民コミュニティの外から来た職員には、コミュニティ・サービス活動の調整や、訓練計画の管理運営、また難民の人的・物的資源では対応できない問題への対応が求められる。こうした外部からの支援には、国際職員と現地職員の両方があたることが多い。国際職員の役割は、原則として全体の調整や、指導、支援、訓練、当局その他の関係組織との渉外に限られることもある。

社会的価値観・慣習について熟知していることが不可欠である。

21. 現地職員は、難民に対する文化知識・理解があるため重要な役割を果たす。個々の具体的な問題に対応するには、専門家職員の応援が必要な場合もある。UNHCRとラッド・パーネン（スウェーデンのNGO）は、緊急事態に際して専門的なコミュニティ・サービス職員をすぐに送り込めるよう、合意覚え書きを結んでいる（詳細は巻末の付録1を参照）。

コミュニティ・サービスは人間同士の触れ合いや信頼を基盤としているため、こうしたサービスを成功させるには同じ職員が継続的に関わる必要がある。

22. 通訳者は、UNHCRと難民コミュニティの間の意思疎通において重要な架け橋となる。通訳者は文化、国籍、言語、人種の違いによって生じる溝を埋められる。通訳者は、通常、難民か地元コミュニティから選び、適切な数の女性を含める。通訳者が難民の場合、難民コミュニティをよく知っており、自分のコミュニティにかかわろうとする姿勢を持つ、という利点がある。その一方、難民とUNHCRの間で板ばさみになったり、両者の意に沿うよう期待されがちだ。したがって難民認定のための面接のような微妙な場面では、できれば難民の通訳は使うべきではな

い。

チームとして活動する

23. コミュニティ・サービスは、以下のような分野を支援し、同時にこれらの分野と密接に連携する。

保護

コミュニティ・サービスと保護部門は、共に難民の問題に日々対処し、危険な状態にある難民のグループをケアする上で、補完的な役割を相互に果たす。懸念事項が重複する領域もあるだろう。例えば、コミュニティ内の訓練、宣伝、提唱活動、保護者のいない未成年者のための援助計画では、追跡調査、家族の再会、里親による養育、さらに、少数派に対する嫌がらせや性的暴力の予防体制とコミュニティに根づいた解決策の考案などがある。

保健サービス (health services)

多くの問題は、医療的な要素と社会的な要素の両面を持つ。難民たちが保健サービスを利用しないのは、あまりに衰弱していたり、決心がつかないでいるか、あるいは単にサービスの存在を知らないせいかもしれない。女性の保健職員が十分いないと、特に女性の難民は不自由な思いをするだろう。その一方で、保健センターにはあらゆる問題が持ちこまれる。したがって保健センターには、コミュニティ・ワーカーを置く。コミュニティのネットワークを利用すれば、コミュニティの清潔さ、衛生、母乳保育などに関する基本情報を広めることができる。

用地の設計と建設

コミュニティ・サービスは、避難所の設計をする上で社会的・文化的な決定要素が何かを特定し、女性を含めたコミュニティ全体の参加を促し、建設を監督する難民委員会の設立を助けることができる。また、避難場所を、弱い立場にある人々が保護・支援を受けられる場所に設立する責任を、コミュニティ自身

が担うようにする。

環境

コミュニティ・サービスは、緊急事態の際、木々や植物を守る必要性など、環境保護のメッセージを伝える（第12章を参照）。また、簡単だが大切なエネルギー節約の方法 調理中は鍋にフタをしたり、たきぎを燃やす前に乾燥させ削ったり割ったり、豆や穀物は調理時間を短くするために水に浸すなど も広める。さらに、林業や家庭でのエネルギー利用などの分野の環境専門家と密接に協力して、地元住民や難民コミュニティの懸念や優先事項に配慮する。コミュニティの参加がなければ、環境計画は目的を達成できない場合もある。

ロジスティクス（輸送・供給）

コミュニティ・サービスは、ロジスティクス担当官（logistics officers）とも協力して、弱者集団や危険な状態に置かれた集団が、すべての物資を平等に入手できるようにする。

家族の追跡調査と再会

離別した家族の追跡調査と再会は、できるだけ速やかに実施しなければならない。

難民が郵便物のやり取りをできるようにしなければならない。

24. 避難中に、あるいは庇護国で生き別れになった家族を再会させる手続きは、当局の同意のもと実行可能になり次第開始する。追跡計画は、庇護国や難民の出身国、地域の各レベルで策定し調整する。キャンプや現地レベルで実施できる容易で有効な追跡方法としては、様々な場所での、コミュニティ掲示板への写真付きリストのはり出し、ラジオの利用、メガホンを使った呼びかけなどがある。追跡調査の活動が広く知られるようにし、各難民

所在地に連絡窓口を設ける必要があるだろう。追跡調査には細心の注意を払い、十分な経験と技能をもつ者が準備しなければいけない。実施にあたっては、適切な経験のある組織が必要かもしれない。追跡調査には難民自身の参加が必要となり、大きな役割を果たす。地元住民と地方当局も重要な役割を果たしうる。情報の秘密保持と個人の保護も不可欠である。

25. 追跡調査システムを確立する際は、離別の原因に配慮する。大規模な人口移動が原因の場合もあるが、子どもが家族から離れることを選んだり、生き伸びるために家族と離れた場所に行かされたなど様々な原因がありうる。家族への通知や適当な書類手続きがないまま、外部者（しばしば援助職員）が、危険な状態から子どもを引き離れた可能性も考えられる。

26. 以下の措置をとる必要がある。

- 生き別れになった家族の追跡調査と再会の準備をできる限り早く整える。その際、保護者のいない未成年者と、極めて弱い立場にある人々を最優先する。
- さまざまな方法を組み合わせる。現場での追跡調査、コミュニティ組織の利用、地域レベルでの正式な追跡調査など。
- 赤十字国際委員会（ICRC）など専門知識・技術のある機関と活動を調整する。ICRCは、各国の赤十字や赤新月社を通じて対応するので手続きに時間がかかるかもしれないが、難しい事例には最も適しているかもしれない。
- 同一地域内での登録システムを統一する。
- 郵便制度など、コミュニティ内での通信網を確立する。情報の適切なやり取り（赤十字による通信など）によって、追跡調査の負担が大幅に軽減され、家族の早期再会が促進される。難民には、

郵便物のやり取りをする権利がある。

危ない状態にある集団と弱者層

弱者層に対するコミュニティの支援をできるだけ考案・強化する。

子どもに対するケアが、心身両面のニーズを満たす形で実施されるようにする。保護者のいない子ども（unaccompanied children）に対する個別のケアは極めて重要である。

難民の中の各集団すべてが、自分たちの福利に影響する意思決定に参加できるようにする。

はじめに

27. 弱者層への対応は、コミュニティに根ざした援助が望ましく、小規模な特別施設を設置するのは最後の手段にする。こうした施設への弱者層の収容期間は短期にとどめ、その一方、コミュニティ内の受け入れ体制を見出す。

28. 難民の発生する緊急事態では、ある集団が他の集団より危険な状態に置かれることが経験から分かっている。弱者とはだれか、そして特別な援助を受ける資格に関する基準は、難民と協同で設定する。中には、自分たちの福利に直接影響を与える意思決定から排除されたり、計画立案の際に特殊なニーズが見過ごされたり排除されてしまう集団もある。こうした排除によって、その集団は弱い立場に置かれる。これは少数派に生じる場合が多い。女性 集団の半数以上を占めることが多い も同様に排除される可能性がある。

29. 緊急事態で、特に弱い立場にある難民が身体的な理由から長距離移動できない場合は、特別な輸送が必要となる。高齢者、障害者、妊娠後期の女性、重症の栄養失調患者、

深刻な精神的問題を抱える人などが対象となる。その場合、難民には信頼できる世話人（通常は親類）が同行し、生き別れになってさらに弱い立場に置かれないよう再会場所を明確にしておく。

30. 個別の相談・援助が必要な場合は、最新記録と個人情報書類を保管し、簡単な定期報告システムを確立する。報告内容は統計データを示すだけでなく、確認したニーズと提供されたサービスに焦点をあてる。その難民が移動する際、病歴記録も一緒に移送することが重要である。調整された対応により、時間の浪費だけでなく、心理的負担が大きい基本的な面接の繰り返しも避けられる。

子ども（青少年を含む）

31. このハンドブックで「子ども」とは、「18歳未満の者」（1989年「児童の権利に関する条約 子どもの権利条約」の定義による）を意味し、幼児と青少年を含む。

32. ほとんどの難民集団の中で、子どもは大きな割合を占める。緊急事態への早期介入は、彼らの置かれた環境の正常化と安定化の助けとなるだろう。子ども向け援助計画では、専門機関の知識・技術が必要な部分もあるだろう。

33. 出生登録は、国籍取得や就学の条件となる場合があり、追跡調査の重要な道具ともなる。徴兵などの搾取を防止するうえでも重要になる。すべての難民児童について出生の登録をさせる。この登録は地元住民についてなされるのと同じ手続きで行なわれるのが理想である。それが不可能ならば、難民向けの出生登録制度を別途確立するよう当局に促す。それも不可能な場合は、少なくとも出生日、出生地、氏名、両親の国籍を記録する仮証明制度を作る。こうした仮証明書はUNHCR現地事務所や赤十字・赤新月社が発行できる。

34. 年齢によって抱える問題は異なり、幼児と十代の子どものニーズは大きく異なる。

35. UNHCRとユニセフは、子ども、及び保護者のいない未成年者に関する責務を定めた合意覚え書き（MOU）を交わしており、ユニセフは出身国で、UNHCRは庇護国で、活動を統率する（巻末の付録2を参照）。

36. 以下の措置を取ること。

- 難民の子どもたちがどんな援助や保護を必要としているかを観察し把握するため、コミュニティに根ざした仕組みを特定し開発する。
- 避難、そして庇護を受けるまでの生活によるトラウマにより、子どもたちが何らかの特質、またはニーズを持っているかどうかを見分ける。子どもが武力紛争の犠牲者ないし加担者だった場合は特に必要な作業である。難民になったことにより特別な精神的・身体的・社会的問題を持っているか否かも確認する。
- 子どもたちが現在危険にさらされていないかを把握する。兵士にするための強制連行が行なわれているか、性的虐待を受けていないかなど。
- 青少年のコミュニティにおける社会的役割や高め、困っている人々に対するの責任を持たせるようにする。例えば、彼らは、コミュニティ・ワーカーとして奉仕できる。青少年は特に世帯主として大人の役割を担っている場合支援が必要となる。リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）に関するサービスの利用が必要となり、これに関する教育、及び職業訓練を受ける必要もある。
- 保健・栄養の分野と協力し、教育キャンペーンや、コミュニティの健康、栄養、衛生に関する奉仕活動（母乳保育、予

防注射、給食計画の促進など）を組織化する。

- 女子や弱い立場の子どもを含めた、未就学児童と就学児童のために保育所、レクリエーション活動、緊急事態教育を整備する。
- 子どもと若者（およびその家族）のニーズに対応するうえで利用できそうなコミュニティ内外の人的・物的資源を見つける。これらは、自立を後押しし、家庭内暴力、性的虐待、薬物・アルコール乱用、武力活動への関わりを予防するはずである。
- すべての計画作りに子どものニーズを盛り込む。

保護者のいない未成年者

37. UNHCRの定義では、「保護者のいない未成年者（unaccompanied minors）」とは、18歳未満で、両親と生き別れになり、法律的にも慣習上も養育責任者が見つからない者を指す。他の機関の定義は異なる場合があるので注意する。また、保護者のいない未成年者は、「生き別れになった未成年者（separated minors）」と呼ばれる場合もある。

38. 子どもを「孤児」として扱うと、家族の追跡調査、里親の手配、コミュニティの支援強化に重点がおかれず、養子縁組を奨励しがちになる（孤児院への収容ないし第三国養子縁組を実施する外部からの圧力が非常に大きい場合もある）。

「孤児（orphans）」ではなく、常に「保護者のいない未成年者」または「生き別れになった未成年者」という表現を使うこと。

39. 保護者のいない未成年者に対する法的責任は、UNHCRの助言と支援を受けながら庇護国政府が負うべきだが、現実に政府が提供

する資源が乏しい場合は、UNHCRがより積極的な役割を担う場合がある。

離散の防止

40. 家族はできるだけ一緒にいられるようにしなければならない。家族の再会を妨げるような措置は一切取らないこと。家族のまとまりが守られないと、避けられるはずの身体的・精神的苦痛をもたらすだけでなく、離散した家族を再会させるためには損失も大きく、困難が伴う。家族の再会が遅れば恒久的解決も妨げられる。避難中に、子どもが家族と生き別れるになることはよくあるが、さらなる離散を最小限にとどめ、タイミングのよい再会のチャンスを最大化する措置は取れるはずだ。

離散の予防手段としては、危険にさらされた世帯の支援がある。また、保護者のいない未成年者に対する保護・援助が、親が子どもを制度的保護にゆだねる誘引材料にならないようにする。

41. 未成年者を危険な状況から救い出さなければならぬ圧力がある一方で、子どもだけの救出が長年にわたる離散の原因となる場合がある。こうした離散が恒久的になる場合もある。身体的な危険が過大視されたり、親と共にいるという子どもの心理的なニーズが過小評価されることもある。

生命を守るためにやむを得ない場合を除き、親または主な保護者と認められる者から子どもを引き離す避難作業はすべきではない。

42. 避難がどうしても必要な場合は、以下の安全措置を取る。未成年者には成人の親類を同行させる。これが不可能な場合、教師など子どもが顔見知りの世話人を同行させる。出発前に、未成年者らの完全な身分証明書を作

成する。この書類はできるかぎり未成年者と一緒に移送し、目的地では世話人が出迎えるようにする。こうした避難活動は所定の機関との調整が必要だ。未成年者が国境を越える場合は、家族の訪問と再会を確保するため、受け入れ国政府と事前に書面合意を結んでおく。

43. 家族に対する既存のケアを続ければ、家族がさらに引き裂かれるのを防ぎ、再会も容易になるだろう。兄弟姉妹は一緒にしておく。血縁関係がなくても、共同生活を通じて精神的に支え合っている子どもたちは一緒にしておく。

把握、確認、登録、追跡調査

44. 難民集団内にいる保護者のいない未成年者の状況を早急に把握すること。保護者のいない未成年者を見つけ出すための第一の情報源は、難民とコミュニティの指導者である。難民の全体的な登録作業または人口調査は、より細かな情報を求める以前に、保護者のいない未成年者を見つけ出す適切な機会となるだろう。

45. 全体的な登録作業または人口調査によって、ひとりではないが肉親がいない、したがって追跡調査が必要な子どもを見つけることができる。5歳未満の子どもや、性的虐待を受ける恐れがある少女、兵士にされてしまいそうな少年を見つけ出すことを優先する。

46. 見つけ出した後、できるだけ早く保護者のいない未成年者を個別に登録する（付表2を参照）。

登録によって、特別な地位や待遇を期待させてはならない。

「The Emergency Kit for Unaccompanied Children（保護者のいない子どものための緊急支

援キット)」は、身元確認 (identification) 登録、追跡調査の助言と道具を提供してくれる。UNHCR本部から取り寄せが可能で優先措置ハンドブック、緊急登録簿、カメラ、機材、基本物資が入っている。

47. 子どもたちに登録用紙と配給カードを配布し、これらの書類 (最近の写真を含む) は子どもたちが移動する際、常に一緒に移送する。こうした措置によって、養育の手配が失敗した場合も混乱が避けられる。

48. 保護者のいない未成年者には、個別に調査や健康診断を受けさせる。親身となり、型にはまらず、想像力を働かせた面接方法は非常に重要となる。面接は、入念に訓練を受けた難民、できれば相手の子どもと面識があり、子どもが信頼する者によって実施されるのが最も望ましい。通訳が必要な場合は、通訳の仕事は言葉を訳すだけであることを十分説明し、面接者と子どもとの個人的接触を妨げないようにする。子どもたちの反応は、トラウマ、恐怖感、はにかみ、などの程度によって大きく異なるだろう。面接に友だちを同席させれば、子どもは安心するだけでなく、重要な情報も口にするだろう。子どもを連れてきた付き添いの人物も面接する。

49. 保護者のいない未成年者を見つけたら、直ちに親や家族の追跡調査を開始する。2年間の調査をしなければ、家族の追跡調査をやりつくしたとはいえない。時には間違いや誤った申し立てもあるので、再会の申し立てはすべて確認が必要である。

保護者のいない未成年者のケアと保護

50. 難民緊急事態の間に肉親と生き別れになった子どもは、難民コミュニティによって、特に親族によってケアされる場合が多い。

子どものケアに特別の措置が必要となるのは、コミュニティが子どもをケアすることができない場合に限られる。

子どもは、できるだけ家族と一緒にいさせる。施設に入れても、子どもの成長上のニーズや、社会的・文化的に社会に溶け込む助けにはならないからである。親戚や民族、または文化が同じ人々の保護を受けるのが理想的である。

51. どんな子どものケアでも、安定した関係を築くことが最も重要な原則のひとつである。ケアする者との間に形成される情緒的なきずなが重要なためである。保護者のいない未成年者は親、または認知された保護者が見つかるまできずなを継続できる家族の元に置かれるべきだ。親や本来の保護者とのきずなを取り戻すまでには時間が必要となる。したがって里親家族とのつながりを突然断絶しないようにしながら、親との関係を取り戻せるようにするため、ふたつの家族との関係が重複する時期も必要となろう。何年もの月日がたっている場合は、里親家族というほうが子どものためになる場合もある。UNHCRでは、通常、16歳以上の保護者のいない未成年者には、自分の問題の恒久的解決策を自分で決めさせている。

52. 里親家族によるケアの基準は、コミュニティと協力して設定する。里親によるケアの取り決めは、契約や合意を調印してできるだけ早く正式な形にし、肉親が見つかった場合は子どもを返すという了解事項を盛り込む。特に貧困な里親家庭には、何らかの支給する場合もあるが、これはすべての里親家庭を対象とする制度的な措置ではない。もちろん、食糧配給その他の通常の援助は引き続き里親家族を通じて子どもに提供される。ただし子どもは、里親家族とは別の登録・配給書類を持ち続ける。里親による養育は、コミュニテ

ィ内の援助活動を通じて厳密にモニタリングされる。里親制度に対する個々の文化の考え方に対し十分な考慮が必要となる。例えば、里子を使用人としてしか見なさない家庭もある。

53. 子どもを保護する施設が必要な場合も、小規模で、コミュニティの中に分散して設置し、その活動に組み込まれるようにする。

保護者のいない子どもに提供される施設とサービスが、一般の施設・サービスよりもはるかに良い場合、親たちはそうした特別保護に子どもを委ねかねない点に留意する。

54. 親との早期再会が期待できる場合、小規模な保護施設では、子どもたちを効率的に保護すると同時に、緊急事態初期の激しい混乱の最中も子どもたちを見失わずにいられるという利点がある。

保護者のいない未成年者は、他の子どもたちの生活や活動溶け込ませ、他の子どもたちが受けることのできるサービスも受けられるようにする。保護者のいない未成年者が社会的に無視されることを防ぎ、同時に特別扱いしてはならない。

55. 国際職員より移動が少ない現地のコミュニティ・サービス職員や難民を採用し、(里親家族などによる)ケアの継続と安定化をはかる。

56. 子どもの面接方法、子どもの成長、コミュニティの動員、子どものトラウマなどについて、子ども専門のケア・ワーカーを監督、支援、訓練する。難民や援助職員を教育し、緊急事態の最初から保護者のいない未成年者を確認・登録させる。

女性

57. 女性(women)を弱者と見なすのは正しくないが、女性には特別なニーズがあるのも確かである。それらのニーズが満たされなければ搾取や性的虐待に対して無防備になったり、性差別や、基本的サービスの利用が制約されるなどの危険にさらされることがある。しかも女性に影響を与えるキャンプ管理運営上の多くの決定は、女性への相談なく下される。キャンプの管理運営に関する意思決定に難民女性を参加させないと、女性は危険にさらされ負担も増える。受益者全員の問題とニーズが適切に把握されていないため、援助計画の有効性が損なわれる可能性もある。

58. 意思決定に女性が参加する際、新しいやり方は伝統的な指導者たちにとって脅威となりうることに留意する。変化への抵抗をなくすために、特別な努力が必要な場合もある。

文化や伝統は、意思決定から難民女性を排除する理由にはならない。

女性の参加を確保する措置

- 難民女性を指導的職務に就かせ、意思決定機関に参加させるなど、コミュニティの中で責任ある役割を与える。
- 女性が、サービスや施設、特に保健とリプロダクティブ・ヘルスのサービスを平等に利用できるようにし、関係者に関連情報を伝える。
- 女性に権限を与え、相互援助のため結束の助けとなる大人向けの識字教室などの活動を奨励する。
- 子どものためのレクリエーション活動や教育活動を企画して、女性をコミュニティで支援する。
- あらゆる形の虐待から女性を守るため、コミュニティと共に、虐待を予防するための保護の仕組みを開発する。
- 年長者その他の影響力のある集団と協力

し、キャンプの管理運営に女性が参加できるように支持を得る。

片親世帯

59. 難民緊急事態では、片親世帯の大半は女性が世帯主である。ただし、コミュニティ・サービスは、男女両方の片親のニーズに対して敏感でなくてはならない。男性は子どもを育て、家事の責任を果たすうえで支援が必要とするかもしれない。他方、家族の世話を独りでしなければならぬ女性は搾取や嫌がらせに対して弱い立場にあり、危険な状況に置かれる。若い女性はなおさらである。食糧や物資の提供にともない圧力を受ける場合もある。したがって食糧管理などの委員会には女性が参加する必要がある。生計を立てる技能が全くない女性は、家族を養うために売春を強いられる場合もある。

暴力の被害体験者

60. 戦闘状態では、男性、女性、子どもすべてが暴力（拷問、レイプ、独房監禁を含む）の被害者（victims of violence）となったり、その結果としてのトラウマに苦しむ可能性がある。レイプは暴力犯罪であり、組織的な脅しの手段として利用される場合がある。幼年者から高齢者まであらゆる年齢の、あらゆる社会集団に属する者が、レイプの被害者となりうる。こうした性的暴力（sexual violence）は、女性だけでなく男性にも向けられることに注意する。青少年の受ける性的暴力の影響は、大人が受ける影響とは異なることを認識する必要がある。

61. 性的暴力を受ける危険性が高い状況では、（潜在的な被害者が）人目につかないようにする措置や、保護措置を取る。性的暴力を伴う犯罪は、女性や子どもが遠方にたきぎ拾いや水汲みに行った時など、目につきやすく、かつ無防備な時に起こりやすい。コミュニティの内外からの暴力 性的暴力を含

む の危険性は、キャンプの治安強化処置や、人々がキャンプの外に安全に出かけられる体制作り（集団でのたきぎ拾いなど）に反映させる。

以下の措置を取ること。

- 暴力の被害体験者に対する活動は、他のコミュニティ・サービスや保健サービスの一環として確立する。
- 個人の秘密を守る。
- 信頼でき、支えとなる難民のスタッフ（女性を含む）によって、カウンセリング・サービスを組織する。
- 信頼されている人々と支援グループを組織する。
- 被害者が（できれば友人と）滞在できる安全な場所を提供する。
- 適切な法律・医療サービスを確立し、利用できるようにする。女性職員に連絡・面会がしやすいようにもする。
- より親身な対応ができるよう、被害者と問題を話し合いコミュニティの支援を結集する。特に宗教的指導者とコミュニティの指導者は、暴力の被害者に対するコミュニティの態度に影響を与えるだろう。
- 用地の配置設計、柵や垣根、照明によって治安を高める。サービスの提供場所を含めた用地計画が優れていれば、暴力が起きにくい状況を作る助けとなる（第12章参照）。
- 家庭内暴力の問題とその深刻さに対してのコミュニティの意識を高める。緊急事態、特に初期段階では、家庭内暴力が悪化することが多い。後期段階でも、状況が大きなストレスを生じさせる場合は、引き続き家庭内暴力が頻繁に起き、エスカレートする場合もある。

62. 身体的トラウマに対処するため、レイプされた人には緊急に医療処置を施す必要があ

る。こうした人々への対応については、庇護国の法律に基づく取り決めをしておく。

63. 性的暴力のトラウマ後の反応には、恥辱感と罪悪感、怒り、屈辱感、悪夢、引きこもり、抑うつ状態、自殺志向などがある。こうした反応に留意し、家族、友人、コミュニティ支援グループは、暴.の被害者に対する理解と援助に務める。

64. レイプ被害者に対する社会的態度は、一般に、極めて否定的である。レイプによって妊娠した女性が、家族やコミュニティに受け入れられるよう、あるいはレイプを受けた結果出産した子どもを養子に出せるような支援を必要となるだろう。レイプの被害者の女性や男性は、普通の生活を送るために現在の居住地を離れなくてはならない場合もある。特にレイプされた結果、出産した女性がこの状況に置かれるが、そうなると家族の支援も得られなくなる場合もある。また、典型的なトラウマ後反応として、女性はレイプの結果産んだ子どもに対し憎悪を抱くこともある。

65. それぞれの事例に関する書類は、徹底して秘密扱いにする。法的手段に訴えるか否かは本人の選択次第である。訴えない決断の背景には切実な理由があるかもしれない。被害者が法的手段 大きな苦痛を伴う に訴えれば、手続きの全段階で支援と保護が必要になる。どの程度の保護とケアが受けられるかをあらかじめ被害者に正確に知らせる。

66. コミュニティ・サービス、保護、保健の各担当職員は、レイプや性的暴力の被害者を支援するために協力しなければならない。保護職員は、法律に関する情報を提供したり、告訴が受理された場合は訴訟手続きをモニタリングできる。保健職員は、必要な治療施設と書類を利用できるようにする。コミュニティ・サービス部門は、被害者本人や家族と直

接協力すると同時に、支援グループを結成したり、レイプ問題に対して難民たちの一般的認識をより高める。UNHCRコミュニティ・サービス・チームを補完できるような難民のチームを設置して、名のり出たがらない女性も支援する。

障害者

67. 障害者は、他の難民が利用できる物資、サービスを利用しにくいかもしれず、障害者でもこれらのサービスを利用できるようにする対策が必要である。障害児が、なんらかの学校教育を受けられるようにする措置もそのひとつである。難民緊急事態で むしろ帰還民の場合に多いが 地雷の危険がある場合は、さらに障害者を増やさないために、直ちに広報活動を開始しなければいけない。障害者に対する初期のケアは家族とコミュニティを通じて実施すべきだが、リハビリテーション・サービス（車椅子、松葉杖など）の早期導入も必要だ。障害者をケアするための、コミュニティに基づいたリハビリ活動は、緊急事態の初期から推奨する。

高齢者

68. コミュニティに高齢者がいると、結束と帰属意識を強化できる。しかし身体的な衰えのために、移動や基本的サービスの利用が制限される場合がある。最も危険な状態に置かれるのは、独り暮らしの高齢者や幼児の面倒をみている高齢者である。

高齢者は難民人口のかなりの割合を占める場合が少なくないにもかかわらず、見過ごされることが多い。

69. 補助給食計画に高齢者を含めるよう配慮する。たとえ食糧の配給を受けられても、高齢者は移動の自由がきかないため、調理に欠かせない水や燃料の確保がむずかしくなるかもしれない。

70. 衰弱した高齢者が、家族とコミュニティによるケアを受けられるよう奨励する。難民のコミュニティ・ワーカーは、こうした高齢者の食糧、水、燃料の調達を助ける隣人、親類などを見つける。

71. 難民が帰還した後、庇護国に残留する人の大多数が高齢者であるかもしれないことに留意する。したがって彼らをケアできるよう、地元政府とNGOの対応力を強化する。

社会の中で孤立した集団

72. 社会的、宗教的、政治的、民族的な理由から、平常においても、サービスの利用が制限される集団がどんな社会にもいる。彼らは緊急事態では一段と弱い立場に置かれる。これは、援助が多数派の指導者を経由して提供される場合が多いためである。こうした集団を迅速に把握し、難民のコミュニティに組み込めるか、あるいは特別な援助が必要かを判断する。緊急事態の初期段階に、性器切除、早婚、その他の虐待的な習慣など、難民の中で、特定の集団に害を与えるような文化的・伝統的慣習に対処し、適切な措置を講じる。

教育 (education)

教育活動は、難民集団を組織化し、子どもと家族の関係を整えることによって、子どもの心理的・社会的ニーズのみならずコミュニティ全体の福利に対応する助けとなる。

教育活動は、生死にかかわる援助活動の重要な助けになる。

すべての子どもには教育を受ける権利がある。緊急事態であっても、できるだけ早急に、適切な教育の準備を始める。

誰でも初等教育を受けられるようにすることが最も重要である。少女たちの教育への参加を確保するために、しばしば特別な努力が必要となる。

難民の学校 (schools) は、適切な外部援助を受けながら、できるだけ難民自身に組織・運営させる。

はじめに

73. 教育システムの確立は、子どもと若者の社会的・精神的福利だけでなく、難民コミュニティ全体の福利にとっても重要となる。簡単な学校の設立は、見知らぬ場所へと追われ、トラウマを抱えるコミュニティに秩序と正常感を与えるだろう。難民たちは、家や家族だけでなく、コミュニティからも切り離されている。かつてのコミュニティが崩壊し、新たなコミュニティ組織はゆっくりと構築されているにすぎない。学校は、コミュニティ活動の最初の核となりうる。配給所や登録センター、保健センターといった難民たちが現在抱える問題を象徴する場所ではなく、学校のように親しみのある場所の周りに新たなコミュニティが構築されれば、充実感が生まれてくるだろう。

74. 学校はまた、他の施設よりはるかに容易にコミュニティ自身によって始動・運営できる。これは難民の自尊心と自立心を高めるだろう。緊急事態でも、食糧、水、健康といった基本的ニーズが満たされると、難民の教師と親たちはすぐに非公式の学校を設立することが多い。これは上記の理由により、学校制度の重要性が認識されているためである。難民自身が設置した非公式の学校を支援し、計画開始の拠点に利用する。

75. コミュニティ作りの他にも、緊急事態において教育システムは以下の重要な役割を果たす。

- i. 生存と生活の術を伝える情報を広める。保健、衛生、栄養、地元の資源を利用しすぐに枯渇させない方法 例えば、調理用のたきぎ などの簡単なメッセージは、学校を通じて広めることができ

- る。
- ii. 親たちに、家族が生き延びるためのニーズに取り組む時間を与える。
 - iii. 特定の状況下で教育は、軍への徴兵を回避する処置として、重要な保護の手段になる。
 - iv. 教育を継続して出身国での再定着を助ける。

「児童の権利に関する条約（子どもの権利条約）」が定めるように、すべての子どもは教育を受ける権利がある。

76. 教育計画の立案と難民学校の基準に関する詳細な情報については、教育計画立案者の必読書であるUNHCRの教育ガイドライン *Guidelines for Educational Assistance to Refugees*, UNHCR, Geneva, 1995で解説されている。

教育計画の立案

77. 基礎教育は不可欠であり、たとえ緊急事態における他の優先事項のために教育計画の完全な実施が難しい場合でも、とりあえず開始しなくてはいけない。教育計画の遅れが許されるのは、緊急事態が明らかに短期的な場合だけである。

緊急事態における教育計画では、すべての難民児童と若者が、組織だった教育活動と基礎教育を自由に利用できるようにする。

78. レクリエーション活動や教育活動を実施できる教師を難民たちの中から探し出し、基礎教育計画の開発を支援する機関を見つける。

簡単な活動

79. まず最初に、子どもと若者向けにレクリエーション活動と簡単な教育活動を確立す

る。これなら学用品が不足していても実行できる。毎日決まった時間に子どもを集め、何かに集中にさせることが大切な第一歩となる。これを率先してやってくれる教師を難民の中から探し出す。こうした活動は、保健や衛生について、子どものレベルに応じた簡単なメッセージを伝えたり、家族が生き延びるためのニーズに取り組む時間を親たちに与え、他分野での生死に直接かかわる活動を助ける。付表3にあげたレクリエーション・活動用具が使用できるだろう。

80. 次に、出身国のカリキュラムに基づき、初期活動を小学校の体制に発展させる。簡単な活動から正式な初等教育に移行させるタイミングは、緊急事態の進展具合による。庇護国の学校制度が難民の出身国または出身地の制度と似ていて、かつ難民の数が限られ、費用効果が高ければ、地元の学校に資材を提供して難民の生徒を受け入れてもらうこともできる。

基礎教育

81. できるだけ早く統合された小学校制度を開発する。基礎教育計画には、付表4に記した教材が使える。この表には、難民1000人の初期ニーズを満たし、小学校第1学年の生徒2クラス分、および2年から3年またはそれ以上の初等教育を終了した生徒1クラス分の筆記用具を挙げた。机や椅子も含まれる。最初は各教室を午前と午後の交替制で使えば、全部で240人の生徒に対応できる。通常は、各難民所在地のクラス数に応じて、学校あたり2セット以上の筆記用具（付表4にあげた種類のもの）がある。

初期のカリキュラムは、帰還後の再定着を円滑にするため、出身国または出身地と同じ内容に合わせる。

82. 可能ならば、教科書と教師用手引きを入

手するため、また難民や教師が受けた教育や訓練の資格に関して尋ねるため、出身国の教育省に連絡をとる。できるだけ早期に開校するため、ビニールシートを使って仮設の家屋を作ることもできる。校舎の建設・保守のためにコミュニティを動員する。簡単な教室、トイレ、その他の必要器材はなるべく地元の資材を使って作る。

一般的に、大規模な学校より小規模な学校が散在しているほうが望ましい。小学校は、低学年の子どもが歩いて通える距離に設置する。

83. 教育計画には、子どもと青少年のためのレクリエーションやスポーツを組み入れ、用地の設計時点で必要なスペースを割り当てる。用地の選択と設計の際、後で教室を増やす必要が出てくる可能性にも配慮する。

幼い難民が正式な学校教育の中断を強いられる事態も生じうる。したがって年齢による入学制限は設けるべきでない。

84. 初期の予算は、出身国のカリキュラムの要点に基づき、生徒と教師用の教材を印刷やコピー、学校の備品やレクリエーション用の器具の購入に当てる。保健、環境、平和教育やその他のメッセージを伝える資料の翻訳と複製も、予算に繰り入れる必要がある。

行動

- それぞれの場所で教育援助の責任を担い、コミュニティ内の教育委員会、親や教師のグループを設立、訓練する人道機関を特定する。
 - 学校用地を定め、仮設の家屋を建てる。トイレの設置を忘れずに。
 - 筆記用具とレクリエーション用具を支給し、コミュニティの積極的な取り組みを支援する（付表3と4参照）。
 - 適切なレベル（地域/全国）で難民教育委員会を召集する。難民、地元の教育当局、国連の関係機関、実施協力機関、難民の教師に参加させる。
 - 教材と教科書の入手可能性について、UNHCR本部と地元のユニセフ事務所に相談する。
 - 他の家庭・家族活動との調整をしながら、教育・レクリエーション活動の日時を定め、難民の参加と協力を最大限に得られるようにする。
 - すべての難民所在地で、難民の中から選ばれた教育アドバイザーと教師と一緒に学校教育制度を作る。できるだけ早く通常の教育制度に移行する計画を立案する。
 - 長期間維持できる現実的な活動・業務をめざす。
 - 教師の現場研修を組織する。この研修は、学校組織、基本的な教育法、基本的な主題の見直し、保健・衛生・環境保全・平和に関する考えを広めることからなる。
 - 女子の教育への参加状況をモニタリングし、女子の就学と出席を促す。女子が出席しない場合はその根本的な原因をつきとめる。女性教師の採用・研修を促進する（教師の最低半分が女性となるようにする）。
 - 学校に行っていない子どもと若者を、学校または非公式教育に復帰させる。中退やコミュニティ活動への不参加の原因を探る。
85. 計画開発に関して教育専門家の助言も必要となるだろう。UNHCR内部または援助契約によって入手できる専門技術・知識に関して、UNHCR本部と連絡を取る（巻末の付録1を参照）。
86. 教育計画は、地元住民が得られないよう

な特権を難民に与える場合がある。政府が合意し、かつ教育に使われる言語が同じ場合は、地元住民にも学校を開放するのが望ましい。難民の学校のすぐ近くにある地元の学校になんらかの援助を与えることも可能である。

主な参考文献

Assisting Disabled Refugees, UNHCR, Geneva, 1996 revision.

Environmental Guidelines, UNHCR set of environmental guidelines for different sectors (May 1998 revision) : Domestic Energy Needs in Refugee Situations; Livestock in Refugee Situations; Forestry in Refugee Situations, UNHCR, Geneva, 1996.

Evacuation of Children from Conflict Areas, UNHCR, UNICEF, Geneva 1992.

Guidelines for Educational Assistance to Refugees, UNHCR, Geneva, 1995.

Guidelines on the Protection of Refugee Women, UNHCR, Geneva, 1991.

Memorandum of Understanding between UNHCR and UNICEF, 1995.

Refugee Children : Guidelines on Protection and Care, UNHCR, Geneva, 1994.

Refugee Emergencies : Community-Based Approach, UNHCR, Geneva, 1996 (revision) .

Sexual Violence Against Refugees : Guidelines on Prevention and Response, UNHCR, Geneva, 1995.

Working with Unaccompanied Minors : A Community-Based Approach, UNHCR Geneva 1996.

Urban refugees, A Community-Based Approach, UNHCR, Geneva, 1996.



付表1 コミュニティ・サービス・チェックリスト (Community Service Checklist)

以下の表は、緊急事態における三段階のコミュニティ・サービスを示している。各段階で活動を特定し、計画の有効性を評価するうえで利用可能な量的・質的指標をあげた。

CS=コミュニティ・サービス

CSO=コミュニティ・サービス担当官

第1段階: 状況把握、行動計画、ガイドライン

主な活動	コミュニティ・サービス・チェックリスト
1.1. 計画管理全般を支援する。	<input type="checkbox"/> CS資源はLOI (業務命令書) で利用可能か。 <input type="checkbox"/> CSOがUNHCR管理チームに参加し、他の分野 給水、衛生、避難所、保健、食糧と栄養、援助計画、保護と環境 を支援しているか。
1.2. 難民の生死にかかわる基本的なニーズを満たす。	<input type="checkbox"/> CSに関する検討事項は、ニーズと資源の状況把握活動に含まれているか。 <input type="checkbox"/> 難民の指導者が特定され、状況把握に関与しているか。 <input type="checkbox"/> 弱い立場にある集団が、初期援助を利用できるか。 <input type="checkbox"/> 関係する地元政府と他の地元の物的・人的資源 (NGO、受け入れ家族) を確認したか。 <input type="checkbox"/> CSの基準とガイドラインが設定されたか。 <input type="checkbox"/> 上記に基づく行動計画があるか。

第2段階: コミュニティ・サービス計画の基礎

主な活動	コミュニティ・サービス・チェックリスト
2.1. 難民の参加と難民による管理を容易にする。	<input type="checkbox"/> 難民委員会と情報伝達のための組織には、男性だけでなく女性も参加しているか。弱者集団の代表が参加しているか。 <input type="checkbox"/> コミュニティ意識の強化と情報の伝達・普及が行なわれているか。 <input type="checkbox"/> 難民、実施協力機関、政府とのコミュニティ・サービスとの調整体制があるか。

主な活動	コミュニティ・サービス・チェックリスト
<p>3.1. 危険な状態にある集団を援助し、自立を促す。</p>	<p>保護者のいない未成年者</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 情報センターなどの設置によって、搾取から守られているか。 <input type="checkbox"/> 親と子どもを再会させるための受け入れ場所があるか。 <input type="checkbox"/> 保護者のいない未成年者が何人確認されているか。 <input type="checkbox"/> 里親による保護を提供するため、コミュニティが動員されているか。 <input type="checkbox"/> 再会計画に関する情報が伝わっているか。 <p>トラウマを抱える子どもと大人</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 子どもは、診療、保育サービス、学校や組織的な催しに参加しているか。 <input type="checkbox"/> 深刻な事例を見つけ、地元施設に紹介するシステムがあるか。ボランティアがいるか。 <input type="checkbox"/> 特別な計画があるか。子どもたちはこうした治療活動に参加しているか。 <p>片親世帯</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 隣人またはボランティアが支援のために動員されているか。 <input type="checkbox"/> 共通の利害を持つ集団が形成されているか。 <p>暴力の被害者</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 安全措置と治安対策が定められ、実施されているか。 <input type="checkbox"/> 被害者を支えるような環境をつくるための活動や、通常の生活を取り戻すための活動が確立されているか。 <p>身体障害者</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (障害者を増やさないための) 予防策が確立されているか。 <input type="checkbox"/> 子どもに予防注射をしているか。 <input type="checkbox"/> 保健教育メッセージを定め、普及させているか。 <input type="checkbox"/> 障害者の確認と治療が行なわれているか。 <input type="checkbox"/> 家族は援助を受けているか。 <input type="checkbox"/> 障害者は教育を受けているか。 <p>介護者のいない高齢者</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 日常生活上の支援を受けているか。 <input type="checkbox"/> コミュニティ活動に参加しているか。 <input type="checkbox"/> 年配者の持つ技能を示す表が作られているか。 <p>少数民族および異なる民族による夫婦</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 用地の設計過程で安全と治安が確保されているか。 <input type="checkbox"/> 平和と協調をはぐくむためのコミュニティ活動が開発されているか。

主な活動	コミュニティ・サービス・チェックリスト
	<p>青少年</p> <p><input type="checkbox"/> コミュニティ活動に参加しているか。</p> <p>独身女性</p> <p><input type="checkbox"/> 保護されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 援助を提供する人やボランティアが確認されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> コミュニティ活動は組織化されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 難民コミュニティの中で安全な場所で暮らしているか。</p> <p>その他の特定集団</p> <p><input type="checkbox"/> 都市における難民のための援助計画や、保護活動と調整された緊急事態支援制度があるか。</p>
3.2. リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）の確立と維持	<p><input type="checkbox"/> 難民の集団との話し合いは行なわれたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 母親の安全、家族計画、HIV/エイズ、STD（性感染症）、性的暴力と性差に基づく暴力、青少年の特殊ニーズといったカテゴリーで、ニーズと優先順位を確認したか。</p> <p><input type="checkbox"/> 診療所とサービスは確立されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 難民の保健職員が動員され訓練を受けているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 女性がサービスに参加しているか。</p>
3.3. 難民の自立と恒久的解決策の促進	<p>自助活動</p> <p><input type="checkbox"/> コミュニティ開発のためのプロジェクトが設立されているか。</p> <p>訓練</p> <p><input type="checkbox"/> 難民訓練計画を開発したか。難民を訓練しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 政府、NGO、コミュニティ・サービス・ワーカーのために、対応力強化（現場で、またはオリエンテーションにより）が計画されているか。</p> <p>教育</p> <p><input type="checkbox"/> 学校（特に小学校）が設立され、生徒がいるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 非公式教育が確立されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 女子の教育への参加が配慮されているか。</p> <p>難民用インフラの対応力強化</p> <p><input type="checkbox"/> 建物（コミュニティ・センター、診療所、住居を含む）は設置されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 難民の集団に計画の一部を任せているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 女性が難民の指導者組織の一端を担っているか。</p>

保護者のいない未成年者の登録用紙サンプル

子どもの氏名

写真

性別

年齢

登録番号

ICRC（赤十字国際委員会）番号

1. 子どもと一緒にいる兄弟姉妹の氏名を記入する。
2. 子どもを見つけた人、あるいは現在の場所に連れて来た人の氏名と住所を調べ、面接し、その情報を記録する。
3. 子どもの家族に関する情報をもっていそうな大人や子どもと面接し、その情報を記録する。
4. 子どもを尋ねてきた者を記録する 訪問日、氏名、住所、子どもとの関係。
5. 子どもの移動を記録する 日付、場所（病院、栄養センターなど）、家族との再会その他の理由のために最後にした移動。

登録用紙

日付	登録番号	子ども			父親	母親
		姓名	年齢	性別	姓名	姓名

注記：

だれが子どもを見つけたか、およびその人の氏名・住所を直ちに調べる。

子どもの家族を捜す方法を知っている人が他にいるか。子どもに話しかけ続け、家族の居場所を付きとめるための情報を得て記録する。

子どもと家族の最も最近の所在地	現在の保護者または組織の完全名称と住所	兄弟姉妹と一緒に はい/いいえ	子どもが現在いる場所を去る場合、その理由。 家族との再会、他の場所へ移動、その場所、理由 死亡など

付表3 レクリエーション活動などの用具リスト（子どもと若者のための資源表）

1000人の難民集団に必要な数量。

幼児用

数量	品目
2	サッカーボール
2	空気で膨らますことのできる中型のボール
8	縄跳びの縄、長いもの
40	縄跳びの縄、短いもの
80	石板（A4）
80	石板用筆記具
80	石板消しの布

若者用

2	バレーボール
2	バレーボール用ネット
2	サッカーボール
100	練習帳（100ページ、罫線入り）
100	ボールペン

上記用具の保管用

鍵のかかる金属またはプラスチック製容器
南京錠

活動指導チームが使用するもの

2	両面黒板
2	記録簿
2	A4版ノート（250ページ、罫線入り）
4	タンバリン
4	大きなハンドベル
8	ホイッスル
2	空気入れ
2	パンク修理用具一式
6	箱入り白チョーク（計144本）
2	布巻尺
2	鍵のかかるスポーツバッグ
2	小さい南京錠

注記：

このリストには、難民1000人あたりに必要な用具の数を示した（したがって、5万人の難民集団の場合は、記載量の50倍が必要になる）。

地元のニーズと文化に根ざした品目を追加する（地元特有のゲームに必要な器材など）。これらを地元で入手できない場合は、ジュネーブ本部のUNHCR供給輸送課に購入のための援助を要請する。難民の子どもが普段使う品目を加える。

付表4 筆記用具リスト

1000人の難民集団に必要な数量。

幼児用

数量	品目
160	石板
160	石板用筆記具
160	石板消しの布
160	鉛筆
160	練習帳(100ページ)

年長の子ども用

240	練習帳(100ページ、罫線入り)
240	練習帳(100ページ、方眼入り)
240	ボールペン

上記用具の保管用

3	鍵のかかる金属またはプラスチック製容器
3	南京錠

教師が使用するもの

3	両面黒板
6	箱入り白チョーク(計144本)
1	黒板用定規
1	黒板用コンパス
1	黒板用三角定規
18	ボールペン(青6本、赤6本、黒6本)
3	大型鉛筆削り
3	記録簿
3	30cm定規
3	黒板消し
9	消しゴム
3	HBO鉛筆(計36本)
3	ポスターセット(難民の言語と文字で書かれたもの)
3	教師の持ち物を運ぶズック製バッグ

11

難民人口の推計と登録



目次	節	ページ
概要		
はじめに	1-7	133
難民人口推計	8-27	133-135
はじめに		
人数を数える		
行政記録		
難民のリーダーが作成したリスト		
住居の数と推計		
航空写真		
登録	28-49	135-138
はじめに		
UNHCRの標準登録用具		
登録の各段階		
主な参考文献		138
付表		
付表1 緊急事態状況報告書における人口の報告書式		139
付表2 仮登録カード (Temporary Card)		140
付表3 管理表 (Control Sheet) / 移送者名簿		141
付表4 登録用紙 (Registration Form)		142
付表5 UNHCR登録用紙の略号 (Codes for UNHCR Registration Form)		143

状況

緊急事態では、しばしば急変する難民人口とその流動性が特徴となる。難民の総数と構成について、正確な情報を集めるのは難しい場合が多い。

目的

援助対象者の総数と、年齢、性別、特別な配慮が必要なグループなどの構成を明らかにする。「特別なグループ」の正確な定義は各緊急事態の状況によって異なる。

対応の諸原則

- 難民の特徴と人数を知ることは、効率的で費用効果の高い事業に欠かせない。
- 通常は、難民集団の正式な登録を目的とする。それがすぐにできない場合は、まず難民人口を推計し、そこから段階的に進める。
- 最終目的は、難民集団の完全な登録である。
- 集めた情報は、自主帰還と出身国における再定着のために重要になるだろう。
- 登録の成功には、難民自身の参加と理解が不可欠である。

行動

- まず、人口推計技術を利用する。
- 難民に情報を提供しながら、本登録に向けた計画を立てる。
- 本登録には何が必要かを確認する。
- 本登録の必要性を見直し、本登録への各段階を、可能になり次第実行する。

はじめに

- 難民の人数と特徴を把握することは、効率的な事業計画を立案・管理するうえで基本となる。ある程度正確な人数の割り出し方はいくつかある。
 - 正確な把握が不可欠とはいえ、緊急事態の発生時に、常に正式な集団登録をすべきというわけではない。
 - 登録を成功させるには、優れた計画、慎重な実行、一貫したモニタリングが必要である。
1. 効率的な事業の計画・管理で、まず知っておくべきことのひとつが難民の数と特徴である。したがって人数の正確な把握は、いかなる評価においても必要不可欠である。

2. UNHCR事務所規程第2章、(f)では、高等弁務官は、「各国領域内の難民の数と状態及び難民に関する法令について各国政府から情報を入手」し、難民の保護に備えること、と定められている。援助事業はこうした情報なしに実行できないことを、当局に対して明確にしておく必要がある。

3.

人数の正確な把握が不可欠とはいえ、緊急事態の発生時には常に本格的な集団登録を行なうべきだ、ということではない。

推計によっては正確な推定数（年齢／男女別の内訳を含む）が得られるため、本登録の必要がない場合は多い。初期対応として、こうした簡略された方式のほうが望ましい場合もある。

4. 登録作業の主な役目は、その後の計画策定のために基本情報を得る貴重な機会となることである。難民の数をめぐる議論も避けら

れるだろう。さらに、登録は個人や家族の追跡調査にも欠かせない難民保護の重要な要素となる。

5. 登録に最適な機会は、難民が受け入れ・通過センターや居住場所に到着した時である。登録は、集団検診と一緒に行なわれることが多い。難民を別の用地に移す時も、集団登録の好機となる。

6. 時間の経過につれて、公式発表の数と、難民たちと接触している職員たちが出す推計とが食い違ってくることもある。この違いを早く解決しないと、重大な問題が起きる。調査と登録作業の難しさを考えれば、小さな違いは生じるだろう。大きな違いは本章で述べるいくつかの方法で、適切な時期に確認作業を行なうことに回避できるだろう。

7. 登録と人口推計技術の詳細は、UNHCRによる*Registration-A Practical Guide for Field Staff*を参照のこと。

難民人口の推計

- ほとんどの人口推計法では、援助を受ける集団のコミュニティの構成を理解することが重要となる。
- 推計は定期的に更新する。

はじめに

8. 人口を推計するには、以下の方法がある。

- i. 人数を数える。
- ii. 行政記録。
- iii. 難民リーダーが作成したリスト。
- iv. 外挿法（入手可能なデータからの推定）と全地球測位システム（GPS = Global Positioning System）
- v. 航空写真。

9. ほとんどの人口推計法では、受益者コミュニティの構成（生活形態や平均的な世帯の人数）を理解することが重要となる。

10. 章末の付表1に、全般的な状況報告書で人口推計を報告する際の書式を示した。推計は、定期的に更新する。

人数を数える

11. 難民の流入ルート上に簡単に把握できる入国・通過ポイント（橋や交通の要所など）がある場合、これらのポイントを通過する人の数を毎日数えれば、難民人口を妥当に推測できる。橋などの重要地点に十分な数の職員を緊急に配備し、24時間態勢を敷く。職員には計数器と簡単な記録・報告用紙を持たせる。

行政記録

12. 難民所在地の地元当局が、難民の人口に関する記録・情報を集める場合もある。可能なら、出身国から国勢調査その他の人口に関する記録・情報を取り寄せ、庇護地域のデータと照合する。

難民のリーダーが作成したリスト

13. 難民のリーダーが難民名を記載したリストを作成し、難民のコミュニティと合意した方法でリストが正確かどうか確認することもできる。

できるだけ正確で公正な登録制度にするためには、コミュニティ構成の理解が特に重要となる。

正常時のコミュニティの構成と社会階層は難民たちが流出する際に崩壊し、庇護国では異なる人々が指導的役割を果たしている場合が多い。新しい指導層の役割、動機、影響力の理解は極めて重要となる。この点で、コミュニティ・サービス部門とフィールド職員が役に立つ。難民のリーダーが作成した難民の

リストが、無作為のチェック・確認を受け、定期的に更新されていれば、登録の必要も無くなるかもしれない。

14. 難民のリーダーが作成したリストは、特別な援助を必要とする弱者層を把握する際にも役立つ。コミュニティ・サービス職員は弱い立場にある人や家庭を訪問して、リストの正確さを確認する。

住居の数による推計

15. 難民人口は、キャンプの総面積と、キャンプの一部にあるテントなどの住居の数から割り出すこともできる。

16. キャンプの総面積の算出法は多数ある。まず、敷地の縦・横の長さの平均値から算出する方法がある。長さはキャンプが小さい場合、歩測または回転計測器か巻き尺を使って、キャンプが大きい場合は自動車を使ってその走行距離から測定する。

17. キャンプの地図がある場合は地図に方眼線を引き、キャンプの敷地に該当する方眼の数を足せば総面積を割り出すことができる。

18. 最後に、GPSを利用した計算法がある。GPSは携帯機器（大きめの電卓ほどのサイズで1999年の値段は約200米ドル）を使うシステムで、小さな画面に現在地の緯度と経度が表示される。位置の確定に複数の衛星を利用しているから、衛星からの電波が遮られる密林や、深く切り立った狭谷では機能しない。

19. GPSは、キャンプの境界線の経度・緯度を調べるために使う。キャンプの形が不規則だと、境界線上に多くのポイントを設ける必要がある。境界線が定まったら、以下の方法で面積を計算する。

i. 境界線の経度・緯度をジュネーブ本部の地図作成部門に知らせると、面積を算出

- して結果を教えてくれる。あるいは紙にX軸を経度線、Y軸を緯度線とする方眼線を引き、境界線の経緯度点をマークしていく方法もある。この経緯点を結んだ線を引き、線に囲まれた方眼を足せばキャンプの面積が出る。経度1度の距離は一定ではなく、北極・南極に近いほど短く、赤道に近いほど長くなる。この方法を取る場合はキャンプの正確な位置における経度1度の長さを知る必要がある。この長さは縮尺が大きい地図からも分かる。
- ii. GPSによって確定されたキャンプ境界線上のポイントをもとに、コンピューター・ソフトウェア（Geographical Information Systems 地理情報システム、GIS）が自動的に地図を作成し、面積を計算する。ソフトウェアを設定する場合は、本部が技術支援をしてくれる。

20. キャンプの面積が確定したら、総面積の30分の1程度の広さのサンプル区域を最低3か所選び出す。例えば、キャンプの総面積が60万平方メートルだとすれば、サンプル区域の広さは2万平方メートルである。面積が同じであれば、縦・横はどんな長さでもよい。サンプル区域の面積を計算する場合は、通常のGPSでは十分な精度が得られないから、従来の方法を利用すべきだろう。

21. 3つのサンプル区域それぞれで、住居（家庭用テントなど）の数を数える。次に、区域ごと（つまり2万平方メートル）の住居数の平均値を出す。それを30倍して、キャンプ全体にあるテント（住居）の推定数を出す。

例えば、3つのサンプル区域のそれぞれに、120個、134個、145個のテントがある場合、サンプル区域のテント数の平均は $(120 + 134 + 145) \div 3 = 133$ 個となる。したがって、60万平方メートルのキャンプにあるテントの総数は、 $133 \times 30 =$

3990個となる。

22. ひとつのテントに住む家族の構成人数の平均を求め、総人口を推計する。例えば、1テントあたりの平均が5人であれば、総人口は $5 \times 3990 = 19950$ 人となる。

航空写真

23. 家族用テント（住居）の数を数えるには、キャンプの航空写真（場合によってはビデオ）も使える。近隣の丘、塔、高層ビルからキャンプを撮影することもある程度は可能である。プロの航空写真のほかに、例えばUN-HCR機が撮影した「アマチュア」写真も人口推計に利用できる。キャンプの上空を飛行するには、当局の許可が必要な場合もある。

24. 1テントあたりの家族の平均人数、および誰も住んでいないテントの割合を確定するために、航空写真を地上調査で補足しなければならない。

25. 写真（または写真の継ぎ合わせ）に映ったテント数に、1テントあたりの家族の平均人数を掛ければ、総人口が算出される。

26. 写真撮影をするためには、適切な縮尺を決めることが重要だ。縮尺はキャンプの大きさによっても違ってくる。高い位置から撮影すれば、処理・分析する写真は少なくて済むが、テントの見分けが付きにくくなる。

27. 航空調査の結果をGISに取り込めば、地図を作成できる。

登録

登録によって、援助事業の効率的な管理運営に必要な詳細情報が得られる。

登録は、何段階かにわたって実施する。

はじめに

28. 登録によって得られる人口情報に基づけば、より効率的な保護と援助ができる。事業計画では、登録が必要な場面が色々ある。新たな難民流入が起きた時、自主帰還事業を実施する時（第19章参照）援助計画の実施中に人口情報を更新したり保護者のいない子どもなど特別なグループに関する情報を集める時（第10章の付表を参照）などである。以下の情報は、主に、難民流入または人口情報を更新するための登録に関わる。

29. 難民の数が多い場合は、当面のニーズと、任務に投入できる時間と職員数に応じて、登録作業を6段階に分けるのが望ましい。各段階をそれぞれ独立した作業と見なすが、状況が許し次第、次の段階に移行する。

30. 登録の6段階とは

- i. 難民人口の推計。
- ii. 登録計画の立案と難民への通知。
- iii. 人口の確定。
- iv. 情報収集と登録カードの発行。
- v. コンピューター入力。
- vi. 照合と更新。

31. 「理想」的な登録は、難民とその指導者とできるだけ緊密に協力し、登録過程の全段階でコミュニティの責任と参加を促すことである。最初は難しいかもしれないが、これが登録、そしてキャンプ運営管理の双方における大きな目標である。

32. 本登録には相当の時間と人員を要するから、政府、他の国連機関、NGO、治安当局など必要な人員を提供できる主要協力機関の積極的関与が必要となる。登録の実施は、以下の条件が満たされる場合に限定する。

- i. 職員と難民の安全が保証されること。
- ii. 難民が登録手続きに納得していること。
- iii. 主要協力機関が、登録に必要な職員を提

供できること。

- iv. 登録のための用具、計器、通信設備や後方支援などが十分あること。

UNHCRの標準登録用具

33. 標準登録用具は本部に備蓄されており、30万人の難民登録に十分対応できる。標準カードと用紙、リストバンド、確認表などで、難民登録パッケージに含まれている。これらの用具と入手方法の詳述は、巻末の付録1「緊急事態対応資源カタログ」を参照のこと。

登録の各段階

第1段階 人口の推計

34. 人口の推計は、本登録が必要かどうかを判断する場合、または登録実施のために人数の予測が必要な場合の最初の作業である。詳細な人口情報がまだ入手可能でない場合、推計により、事業計画の立案のために使う数を割り出すこともできる。

第2段階 登録計画の立案と難民への通知

35. 登録の計画・実行責任者を任命する。別のキャンプでの試験登録は、潜在的な問題点を明らかにもできる。登録計画は、難民も含め関係協力機関と共同で立案する。この段階で、職員研修が必要かもしれない。必要な職員配置、設備、物資、安全、電気通信、車両、後方支援が、実施日に確実に利用できるようにする。どの程度の情報を管理表、登録用紙、コンピューターで集めるかを決める。

36. 計画の立案と同時に、難民の指導者だけでなく、難民全体に向け強力な宣伝・広報活動を実施し、難民に登録の手順と利点を知らせる。

第3段階 人口の確定

37. 対象となる難民集団の一人ひとりに、確認表（付表2参照）または手首につけるリストバンドを配る。これにより集団の大きさを一

時的に確定し、後に詳細な情報を集める。こうした確定段階がないと、登録作業は堂々めぐりになって、ひずみと登録の悪用が拡大する。二重ないし虚無の登録を防ぐためには、迅速なできれば数時間以内、長くても1日での作業が必要となる。難民たちには実施時期が直前に通告されるかもしれないが、作業の目的をきちんと理解してもらう必要がある。

第4段階 情報の収集と登録カードの発行

(a) 管理表に一定の情報を記録し、仮登録カードを発行する。

38. この段階（仮登録カードの発行を含む）は、次の食糧が配給される以前に行なう。整理券やリストバンドを持つことは、難民一人ひとりの援助の必要性とは関連がなく、食糧や救援物資を配給するための証明とはならないからである。

39. 通常は、すぐに詳細な情報を集める時間的余裕はない。しかし援助は緊急を要し、基本的な人口統計データも必要となる。したがって第1段階として、整理券またはリストバンドと交換で、全世帯の家長に仮登録カード（配給カード ration cards）としても使用。付表2参照）を配り、管理表（control sheet、付表3参照）に一定の情報を記録する。ほとんどの場合、この情報は家長の氏名、家族の人数と年齢・男女別の構成、仮登録カード番号に限られる。家族の中で一目で弱い立場にあると分かる人がいる場合はその記載もする。（付表4、5参照）。

(b) 登録用紙の記入と、登録カードの発行。

40. 第2段階は、登録用紙（付表4参照）に詳細な世帯情報を記録し、長期用登録カードを交付することである（長期用登録カードは配給カードとしても使用され、標準的なUNHCRカードは約1年間、または24から36回の

配給に使える）。仮登録カードを発行せず、確定段階のすぐ後に長期用登録カードを交付する場合は、配給の中断を避けなければならない。発行手続きに時間の制限が生じる。仮登録カードの交付後に長期用カードを交付すれば、仮カードの有効期限を限定しながら、長期用カードの発行を長期間にわたって行なうことができる。

登録用紙はUNHCRによる登録作業で核となる書類であり、将来の登録を参照、分析、照合、更新する際の基礎となる。

41. この段階では、援助対象者の身元と、大勢の人への援助の供給に必要なだった簡略化された書類の間に確認可能なつながりができる。情報収集を2段階にするのは、第2段階にかなりの時間がかかる可能性があり、その間も物資を配給するためには登録情報が必要だからである。この段階では、現地語を話す職員がいること、現地語 特に名前 をアルファベットに置きかえる共通ルールがあることが非常に重要である。

第5段階 コンピューター入力

42. コンピューター入力は、登録カードの配付後に始めてもいいし、資源が揃っているなら同時に始めてもいい。コンピューター入力には、通常FBARS（Field Based Registration System、フィールド用登録システム）を使う。データ、特に危険な状態にある集団のデータの収集と入力を円滑に行なうために、UNHCR登録用紙には標準化されたコードを使用する（付表5参照）。

43. データ入力は、訓練を受けたデータ入力作業員が現場で行なうか、外部のデータ入力専門会社に外注する。データはできるだけ早く、登録用紙に記録してから2、3カ月以内にコンピューター入力する。さもなければ、データが古くなって使えなくなる。

44. FBARSは、世帯別と個人別（の2種類の登録を処理できる。輸送隊管理用の型もあり、組織化された大規模移動の際に使用できる。UNHCR事務所のほか政府や実施協力機関も利用できる。

45. FBARSには、使いやすい検索・レポート機能があり、計画立案、モニタリング、報告などのために以下の情報を作成できる。

- i. 到着者の人数と到着のペースに関するデータ
- ii. 弱者集団を含む難民のグループに関するデータ
- iii. 地域的、世界的な統合データ
- iv. 食糧配給リスト
- v. 移送者名簿

46. FBARSは、UNHCRの登録用具と一緒に入手できる（上記参照）。ソフトウェアとマニュアルは、現在、英語、フランス語、ロシア語で入手可能。FBARSの使用情報・サポートは、本部の情報・コンピューターサービス課から得られる。

第6段階 照合と情報の更新

47. 登録された情報は、出生、死亡、集団の移動などの人口が増減に沿って更新する必要がある。最初から、更新を可能にするシステムが必要となる。登録人数は他の情報と照合する。例えば、出生と死亡は保健サービスを通じてモニタリングし、人口移動は上記の人口推計法のいずれかによってモニタリングできる。

48. 登録証明書が特に援助を得る目的で使われると金銭的価値をもつことがある。こうした書類をチェックするシステム、例えば、食糧配給所での無作為チェックによって、難民が他人の書類や偽造書類を使っていないことを確認する制度が必要である。

49. 確認は継続的な作業である。したがって戸別訪問や食糧配給所での確認は、モニタリングの一環として、標準的、定期的、頻繁に行なう。テントには住所（セクション/ブロック/住居・テント番号）をつけ、世帯登録情報の一部として扱う。

主な参考文献

Registration - A Practical Guide For Field Staff, UNHCR, Geneva, 1994.

付表1 緊急事態状況報告書における人口の報告書式

Period: From _____ to _____

Type / status of population	Current location	Origin / from	Pop. at start of period	New arrivals	Decreases			Pop. at end of period		
					Vol. return	Resettle-ment	Other	Total	% of total 0-4 years*	% of total who are female*


*Estimate

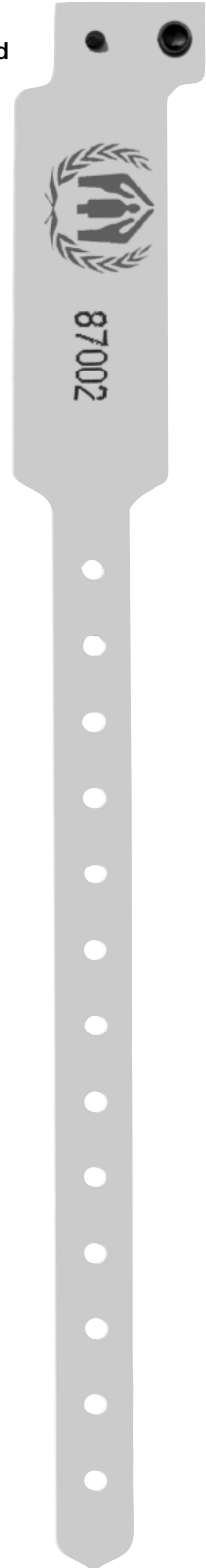
Main source of information is Government; UNHCR; NGO

Main basis of the information is Registration; Estimate


Ration Card

Wrist band

30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19								
31	103600			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	18
1	2	3	4	5															
6	7	8	9	10															
32											17								
33											16								
34											15								
35	UNHCR										14								
36	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	13								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							



Temporary Card

											M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	Y	Z	30
											Temporary Card													29
																								28
											UNHCR													27
											No: 00001													26
A	Country		Site		Location		Date:		Clerk:				25											
B													24											
C													23											
D													22											
E	Name of Head of Family:				Persons:		Child:		Total:				21											
F					M		F		0-4						20									
G													19											
H													18											
I	Vulnerable:				SP		UM		SF		PD				17									
J													16											
K	Health Screening Comments												15											
L													14											
													13											
													12											
													11											
													10											
													9											
													8											
													7											
													6											
													5											
													4											
													3											
													2											
													1											

Control Sheet
Passenger Manifest

UNHCR



HCR

Feuille de contrôle
Manifeste de passagers

Country: Pays:	Site-Camp: Site-Camp:	Location: Lieu:	Block: Bloc:	Vehicle No: No de Véhicule:	Clerk: Employé(e):	Date:
-------------------	--------------------------	--------------------	-----------------	--------------------------------	-----------------------	-------

Card N° N° de carte	Name of HOH Nom de CDF	Household Foyer			Children/Enfants				Adulte(e)				Vulne ***	Place of Origin Lieu d'origine
		M	F	Total	< 5*		5-17		18-59		> 60			
					M	F	M	F	M	F	M	F		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
Total														

* not yet reached 5th birthday / moins de 5 ans révolus

** SP = single parent
= parent seul(e)

UE = unaccompanied elder
= personne âgée non accompagnée

SF = single female
= femme seule

PD = physically disabled
= handicapé(e) physique

CI = chronically ill
= maladie chronique

UM = unaccompanied minor
= mineur non accompagné

MC = missing child
= enfant disparu

Registration Card Number
Numéro de la carte d'enregistrement

--

UNHCR



HCR

--	--	--

Country/Pays

--	--	--

Site/Site

--	--	--

Location/Lieu

--	--	--

Block/Bloc

Registration Form
Formulaire d'enregistrement

Date of arrival / Date d'arrivée:

dd / jj

mm / mm

Country of Origin / Pays d'origine:	Province-County / Province-Préfecture:	District / District-Commune:	Town-Village / Ville-Village:	Ethnic Origin / Origine ethnique:
Intended Place of Return / Lieu de retour prévu:	Province-County / Province-Préfecture:	District / District-Commune:	Town-Village / Ville-Village:	Religion / Religion:

(if different to above / si différent de ci-dessus)

	Name Nom	Sex Sexe	YOB DDN	Relation Lien de parenté	Educat. Format.	Occupat./Skills Profess./Qualific.	Vulnerab.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Registration Date: Date d'enregistrement:	By / Par:	Remarks / Remarques:

付表5 UNHCR登録用紙の略号 (Codes for UNHCR Registration Form)

Sex Sexe		Relation to HOH Lien de Parenté avec CDF		Education Formation		Vulnerability Vulnérabilité	
F	Female <i>Féminin</i>	SPO	Spouse (husband/wife) <i>Conjoint (mari/femme)</i>	P		SP	Single Parent <i>Parent seul(e)</i>
M	Male <i>Masculin</i>	CHI	Child (son/daughter) <i>Enfant (fils/fille)</i>	S	Secondary <i>Secondaire</i>	SF	Single Female <i>Femme seule</i>
		PAR	Parent (mother/father) <i>Parent (mère/père)</i>	T	Technical/ Vocational <i>Technique/ Professionnelle</i>	UE	Unaccompanied Elder <i>Personne âgée non accompagnée</i>
		SBR	Sister/Brother <i>Sœur/Frère</i>	U	University <i>Universitaire</i>	UM	Unaccompanied Minor <i>Mineur non accompagné</i>
		GPR	Grandparent (grandmother/ grandfather) <i>Grand-parent (grand-mère, grand-père)</i>	G	Graduate <i>Diplôme universitaire</i>	PD	Physically Disabled <i>Handicapé(e) physique</i>
		GCH	Grandchild (grandson/ granddaughter) <i>Petit-enfant (petit-fils/ petit-fille)</i>	I	Informal Education <i>Education non Institutionnalisée</i>	MI	Mentally III <i>Malade mental(e)</i>
		INL	In-laws <i>Beaux-Parents</i>	N	No Formal Education <i>Aucune Education Institutionnalisée</i>	CI	Chronically III <i>Malade chronique</i>
		OFM	Other family member <i>Autre</i>	X	Unknown <i>Inconnu</i>	MC	Missing Child <i>Enfant disparu</i>
		UNR	Unrelated person belonging to the household <i>personne étrangère vivant avec la famille</i>	O	Others <i>Autres</i>		
		A/U	Aunt/Uncle <i>Tante/Oncle</i>				

12

用地選び、計画、居住施設



目次	節	ページ
概要		
はじめに	1-14	147-148
分散居住		
集合居住		
キャンプ居住		
対応の組織化	15-21	148-149
はじめに		
不測事態対応計画とその立案		
用地選びと計画立案のための情報		
専門知識と人員		
用地選びの基準	22-37	149-152
はじめに		
給水		
キャンプ用地の広さ		
土地利用と土地の権利		
安全と保護		
地形・水はけ・土壌		
アクセスの良さ		
気候条件、風土病その他の危険要因		
植生		
用地選びの方法		
用地計画に関する一般的な検討事項	38-59	152-156
はじめに		
マスタープラン		
サービスとインフラ		
最小単位（家族）に基づく計画		
環境上の検討事項		
ジェンダー（性差）に関する検討事項		
用地計画 特定のインフラ	60-70	156-157
衛生		
給水		
道路		
防火		
管理運営・公共施設		
住居	71-87	157-160
はじめに		
住居の種類		
基準		
ビニールシート		
テント		
プレハブ住居		
寒冷地向け住居		
一時受け入れ／中継キャンプ	88-93	160
公共建物と共同体施設	94-98	160-161

状況

難民居住地が、慎重に選ばれた適切な用地（sites）、しっかりした計画、適切な家屋、統合されたインフラ、を備えていれば、多くの人命が救われ、難民たちの苦難を和らげることができる。したがって難民緊急事態の初期段階での、しっかりした計画が欠かせない。緊急事態における難民の居住形態には、分散居住、既存の施設における集団居住、あるいは組織化された難民キャンプでの居住がある。居住地の立地と設計に関する初期の決定は、以後も影響が残り、保護や人道援助にも長期的な影響を与える。

目的

緊急事態において、難民が生活する適切な場所と住まいを提供すること。

対応の諸原則

- 難民状況が一時的にすぎないと予想される場合でも、長期的な計画立案の原則に従う。
- 用地選び（site selection）とキャンプ計画は、一度決定すると変更が極めて難しいので、疑問があれば専門的な支援を求める。
- 居住地と住居の人口密度が高くないようにする。
- 緊急事態用の居住地が大規模にならないようにする。難民キャンプの設置は、通常、最後の手段とする。
- 居住地と住居の計画・建設に際しては、難民を全ての段階で参加させる。
- ボトムアップ型の計画立案をする。最小の社会単位から意見をくみ上げ、伝統的な社会形態・構造をなるべく維持する。
- 包括的な総合基本計画（マスタープラン）を策定する。居住地は、衛生（sanitation）その他のサービスが受けられるよう展開させ、拡大の余地をもたせる。

行動

- 難民用地の適切性を調べ、基本的な条件を満たしているか確認する。
- 同時に、避難所で最も緊急のニーズを調べ、地元の資源では対応できない必要物資を供給する。
- 用地計画や設計を改善する上で最も急を要する措置を見分け、それをできるだけ速く実施する。

はじめに

1. 庇護を与えるなら、生活場所の提供は当然の措置である。緊急事態キャンプの設計、インフラ、住居は、難民の安全と福利に重大な影響を与える。したがって人道的対応にかかわる他の重要分野、すなわちコミュニティ・サービス、水(water)、環境衛生、保健、教育、食糧配給、ロジスティクス、森林管理、環境との調整が必要である。
2. ほとんどの難民事業は、当初の予想より長期化する。したがって費用効果が高く、持続的なインフラと住居を初めから計画する。キャンプの予想存続期間は、用地選び、キャンプの計画立案、難民事業の実施に影響を与える。
3. 用地選びにおいて、政府当局は明白な役割と責任を担っており、非常に重要である。同様に、難民自身ができるだけ早くから参加することも重要となる。難民のニーズに合った用地の場所、広さ、設計が理想だが、実際には、難民のニーズと実務的・政治的な外部要因の間で妥協点を見い出す必要がある。
4. 用地選び、計画立案、住居が優れていれば、以下が実現できる。
 - i. 人命を救い、コストを抑える。
 - ii. 後で困難な是正措置を取る必要性を最小限にとどめる。
 - iii. 公共設備、サービス(援助業務)、インフラの提供を円滑にし、費用効果を高める。
 - iv. 土地、人的・物的資源、時間を最も効率的に使用する。
5. 緊急事態における難民の居住形態は、通常、以下のいずれかに当てはまる。
 - i. 分散居住
 - ii. 集合居住
 - iii. キャンプ居住

分散居住

6. 分散居住とは、難民たちが避難地区にすでに暮らしている家庭に滞在する場合をいう。難民は以前からいる世帯と同居するか、近くに仮の住まいを作って、水、衛生、調理等の設備をすでに暮らしている家庭と共同で使う。
7. 滞在先は、親戚や同じ民族の世帯である場合が多い。この居住形態は、農村部と都市部の双方でみられる。その利点は
 - i. すぐ実現できる。
 - ii. 行政的な支援の必要性が限られている。
 - iii. コストが抑えられる。
 - iv. 自立・自給を促す。
 - v. キャンプと比べて地元の環境に与える影響が小さい。
8. 欠点
 - i. 受け入れ家庭と社会が、負担に耐えきれずに窮乏してしまう。
 - ii. 受け入れ住民と難民の区別が困難になる。これは難民人口の概算と登録が必要な場合、問題となりうる。
 - iii. 難民が集合して居住している場合と比べ、保護上の問題を発見しにくくなる。
 - iv. 難民だけでなく、受け入れる立場にある住民も、住居その他の援助を必要としている可能性が高い。

集合居住

9. この居住形態は、学校、兵舎、ホテル、体育館など既存の施設に難民が居住する場合をいう。こうした施設は通常市街地にあり、一時的な、あるいは他の場所へ移るまでの仮の滞在場所と意図されている場合が多い。この居住形態の利点は
 - i. こうした施設では、普段、人が暮らしているわけではないので、庇護地域の住環境を壊さず直ちに難民を収容できる。
 - ii. 水や衛生といったサービスをすぐに利用

できる。ただし人数が多いと、不足する場合もある。

- iii. 難民専用の建物を新たに建てる必要がない。

10. 欠点

- i. すぐに人口過密になる。
- ii. 衛生その他の施設・サービスの受容能力が追いつかない。
- iii. 設備や建物が損傷する。
- iv. 建物を本来の目的のために利用できなくなり、受け入れ住民用の公共サービスが中断される。
- v. プライバシーがない。

キャンプ居住

11. この居住形態は、難民が意図的に設けられた場所に居住する場合をいう。通常、水や衛生といったサービス全般は、用地内の住民のためだけに提供される。

12. 人口が非常に多い過密キャンプは、難民の住まいとして最悪である。しかし庇護国の決定によって、あるいは単に代替案がないために、過密キャンプとならざるをえない場合もある。こうしたキャンプは、もともとインフラがほとんど、または全くない地域や、難民が多すぎて上記2種類の居住形態では地元資源に耐えがたい負担を強いられる場合に見られる。

13. 利点

- i. 大勢の人々に対して、集約的かつ効率的にサービスを提供できる。
- ii. 分散居住と比べて、一部のサービスでは「規模の経済」が得られる。
- iii. 難民の確認や連絡が容易である。
- iv. 自主帰還(voluntary repatriation)を準備しやすい。

14. 欠点

- i. 人口密度が高いために、住民の健康が著

しく脅かされる。

- ii. キャンプ周辺の環境が破壊される可能性が高い。
- iii. 難民が集中しているため、特に国境付近では、保護上の問題が起きやすい。
- iv. 規模の大きいキャンプは、難民の地位が認められるべきでない武装集団に、隠れ場所や支援基盤を与えてしまう。こうした武装集団を一般の難民と区別するのは難しく、彼らは援助の恩恵を受け続けるかもしれない。

対応の組織化

用地選び、計画、住居は、他の援助に大きな影響を与える。

したがって対応の組織化は、問題とニーズを把握し、対応するのに不可欠とみなさなければならない。

専門知識・技術、新たな用地の選定、現状の改善は不可欠である。

はじめに

15. 用地選び、計画立案、住居の提供は、他の援助に直接影響を与え、問題とニーズの全体的な把握・評価、対応計画の立案においても重要な要素となる。問題に対する総合的な対応の一部であることを考慮し、専門家の助言や難民の意見も考慮したうえで決定を下す。

不測事態対応計画とその立案

16. 用地選び、計画立案、開発は難民の到着前に終了しているのが理想である。しかし難民流入の規模、性質、時期、方向によって事態が変化したり、予期せぬ出来事が起こり不測事態対応計画の全て、または一部が見直しを迫られる場合は多い。こうなった場合でも、不測事態対応計画の立案過程で集めた情報が役に立つことが多い。

17. 緊急事態であるということ、そして用地

の決定には実務的・政治的な理由がしばしば最大の決定要因となることが多いために、難民が自ら住みついた場所を改善することが、当面の優先事項となる場合が多い。

用地選びと計画立案のための情報

18. 候補地をしぼる際は、不測事態対応計画の立案過程で集めた情報と、他の利用可能な情報（地図やデータ）を見直す。計画立案で欠かせない情報は、地図や調査報告書などに記載されていることも多く、通常は地形、土地利用、気候、土壌、地質、水文、植生（vegetation）、インフラ、主な自然・文化資源などの分野におよぶ。情報源としては、政府省庁、教育機関、国連機関などがある。UNHCR本部も、地理情報システム（GIS = Geographical Information Systems、コンピューターのソフトウェア）を利用して得られる地図、航空写真、衛星画像、特殊な地理データベースの提供を通じて事業を支援できる。

専門知識と人員

19. 水文、測量、設計、工学技術（給水、環境衛生、道路・橋りょう建設、建材など）、公衆衛生、環境、そしておそらく社会人類学の分野で、専門技術や知識が必要となる。出身国と庇護国両方の事情に精通していることは非常に重要である。緊急事態での経験や柔軟な取り組みは、とりわけ貴重となる。

20. UNHCRの工学・環境サービス課から専門技術・知識と助言を求める。この分野の援助活動を調整する専門家の配置についての助言が得られる。政府省庁、国内外のNGO、建築・土木研究機関、地元産業界、専門組織、他の国連機関も、必要な専門技術・知識の情報源となる。

21. 用地選びと居住地の計画立案に際しては、立案、開発、利用にかかわる関係者全員との幅広い協議が必要である。妥当ならば、

より良い協議体制を確立するため、そしてより良い意見を得るために、分野横断的な計画チーム、検討グループ、作業部会を組織する。関係者全員のニーズが完全に満たされることはまずないが、合意形成に努める。

用地選びの基準

庇護国に土地がなく、望む条件をすべて満たす用地が確保できない場合もある。用地が明らかに不適切なら、もっと良い場所に難民たちをできるだけ早く移すために、あらゆる努力をする。用地が劣悪なために生じる問題と移動の難しさは、時間がたつほど増大する。

はじめに

22. 難民の社会的・文化的背景は、一番に配慮すべき事項であると同時に、どのような用地と住居が最適かの決定要因となる。しかし多くの場合、選択の余地は限られ、最低限の基準を満たす土地を見つけることさえ難しい。人が住んでいない土地を難民居住用に提供された場合は、その土地が今まで使用されてこなかった理由（水がない、雨季に洪水が起きるなど）を見つけ出し、難民たちが暮らしていけるかを確かめる。

給水

23. 用地選びは、給水の専門家による判断が前提となる。

実際、十分な水を、年間を通じて確保できるかどうかは最重要条件であり、最も問題の多い点である。

単に穴を掘ったり、運搬すれば水は手に入るだろうという見通しに基づいて、用地を選ぶべきではない。ボーリングができない場合や、適切な量と質の水が得られない場合もある。水の運搬が長期間必要な場所は用地として選

ばない。

キャンプ用地の広さ

24. 難民用地として最低限の推奨面積はあるが、その適用は慎重かつ柔軟にする。厳密な基準ではなく、最初の概算用の目安に過ぎない。

難民キャンプ (camps) を計画する際、庭面積を含め、ひとりあたり45平方メートル以上の面積が確保されるのが理想的だ。庭面積を除くと、ひとりあたり30平方メートルを下回るべきではない。

ひとりあたり30平方メートルという数字には、道路、歩道、教育施設、衛生、治安、防火帯、管理運営、貯水、配給、市場、救援物資の保管と配給、そして住居区画に必要な面積が含まれる。本格的な農業や家畜用の土地は含まれない。緊急事態において農業は優先事項ではないが、用地計画では、あらかじめ世帯用区画に小さな菜園を付けるべきである。これにより、ひとりあたりの面積は最低15平方メートル広がる。つまり、ひとりあたり45平方メートル以上の土地割り当てが必要になる。

25. 一般に、キャンプ人口は2万人を超えないようにする。菜園用の土地を含めると、2万人分の用地は、以下の面積になる。

2万人×45平方メートル= 900,000平方メートル= 90ヘクタール (縦948メートル×横948メートルの土地の場合)

26. 可能なら、キャンプとキャンプの間にはかなりの距離を取る。距離は、アクセス、地元住民との距離、給水、環境上の配慮、土地利用など多くの要因によって決まる。

27. 難民居住地は、自然増または新規流入による人口増加に対応できるよう、拡大の余地

をもたせる。出生数が死亡数を上回ると、人口は最大で年3~4パーセントの割合で増加する。

土地利用と土地の権利

28. たいていの国では、難民居住地を建設できる土地 (land) は乏しく、政府が公有地を提供する機会が多い。私有地を使用する場合は、その国の法律に基づく正式な法的手続きが必要となる。

難民居住地のために、UNHCRが土地を購入したり賃借することはない。

土地の購入・賃借が問題となった場合は、すぐに本部に相談する。

29. 候補地が見つかったら、用地査定の段階で、土地の所有と土地の権利 (land rights) を必ず確認する。公的な記録がなかったり、一目瞭然でない場合でも、土地の権利や所有権は、ほぼ例外なく (地元住民に) 知られている。遊牧民による放牧は、広大な土地が必要なため、土地が使用されているようには見えない場合もある。

30. 中央政府や地方当局 (慣習的組織を含む) と合意を結び、難民は当該用地の専用権を得るべきである。伝統的あるいは慣習的な土地使用権は非常に微妙な問題であり、中央政府と用地使用の合意を結んでも、地元の集団が、たとえ一時的でも難民用地として使用されることに反対する場合がある。土地利用 / 通過権と土地使用制限の確認も、以下の点で難民の権利を定めるために必要である。

- i. たきぎと家屋用建材、および家畜用の飼料の確保。
- ii. 家畜の放牧。
- iii. 農業その他の生計活動への従事。

安全と保護

31. 原則として、受け入れ国による難民庇護は、出身国への敵対行為ではない。しかし難民の安全と保護を確保するためには、国境や軍事施設など、微妙な地域と難民居住地の間には相応の距離を置くことが望ましい。

OUA難民条約は、次のように定めている。「安全上の理由から、庇護国は可能な限り、難民を出身国の国境から相応の距離をおいた場所に居住させる」¹

この原則に例外が認められるのは、例えば早期自主帰還の見通しがはっきりしていたり、安全上・保護上の状況が許すなど、より難民の利益にかなう場合に限られる。

地形、水はけ、土壌

32. 水が容易に確保できる場合は、水はけが用地選びの重要な基準となる場合が多い。用地全体を、洪水が起きやすい地域より高い位置、できれば緩やかな傾斜地（2～4パーセントの勾配）に置く。勾配が10パーセント以上だと使いにくく、面倒で費用のかかる土地造成が必要となる。平地の場合、排水や雨水の水はけが深刻な問題となる。雨季に沼地になったり、浸水しがちな場所は避ける。

33. ピット（便槽）式トイレを設置し、有効に機能させるためには、吸水性の高い土壌が重要になる。下層土は浸透が良くなければならない（つまり土壌が水分を吸収し、トイレに固形汚物が残る）。砂質が非常に多い土壌は、浸透には優れているが、穴の安定は悪い点に留意する。地下水を飲み水に使っている場合は、ピット式トイレによる汚染を防ぐために特別な注意が必要となる。トイレ用の穴が地下水源に達しないようにする。地下水源

は、最低でも地下3メートル以上深くなければならない。

34. 岩石が過度に多い土地や浸透性の悪い土地は、住居とトイレを設置しにくいから避ける。可能なら、菜園と小規模農業くらいはできる用地を選ぶ。

アクセスの良さ

35. 用地は、食糧、調理用燃料（cooking fuel）、家屋資材など必需品の供給源に近く、アクセスも良くなければならない。国の業務（サービス）特に保健サービスに近いことが望ましい。道路は「全天候型」（雨季使用可）で、年間を通じて使える必要がある。キャンプ開発の一環として、幹線道路と用地を結ぶ短い進入路を作る場合もあろう。町に近い用地は利点もあるが、地元住民と難民間の摩擦に配慮する必要がある。

気候条件、風土病その他の危険要因

36. 衛生環境上、大きな問題 マラリア、オンコセルカ症（糸状虫症）、住血吸虫症（schistosomiasis）、ツェツェバエなどがある地域に居住地を置くべきではない。用地は、鉄砲水など予期せぬ異常な（ただし地元では知られていることが多い）事態や、深刻な産業汚染に見まわれる場合がある。ほこりが多い地域では、日常的なほこりのために呼吸器疾患が増える可能性がある。緊急事態用の避難所や仮住居は暴風から守られなければならないが、日常的なそよ風程度は都合が良い。気候条件は年間を通じて適当であることが望ましく、季節の変化には慎重な配慮が必要だ。乾季は良くても、雨季には住めない場所もある。同様に、山岳地帯は夏の間は快適かもしれないが、冬の気温は零度を大きく下回る場合がある。季節の変化は、住居の種類とコスト、インフラ（生活基盤、infrastructure）、暖房燃料、食事にまで大きな影響を与えうる。可能な限り、難民がなじみの気候

¹ OUA難民条約、第二条の6

と大きく異なる場所に移住させられないようにする。マラリアが存在しない高地出身の難民を、マラリアが風土病である湿地帯に居住させれば悲惨な結果を招きかねない。

植生

37. 用地には、地面を覆うような植物（草・低木・高木）があるのが望ましい。植物があれば日陰ができ、土地の侵食やほこりも抑えられる。用地造成の際は、こうした植物と表土にできるだけダメージを与えないよう注意する。重機を使う場合は絶対に、無計画に表土をブルドーザーでならしたり、掘り起こしてはならない。家庭での調理燃料として、あるいは家屋用の建材として木材を使用する場合は、用地内または付近で調達しないよう難民に呼びかける。それよりも地元の営林当局と協力して、もっと幅広い木材採集を奨励する（以下の用地計画と天然資源の管理に関する項を参照）。そのために利用可能な植生やバイオマス（エネルギー源として利用できる生物体）について簡単な調査を実施する。用地は、生態系上または環境上の保護地域や、ダメージを受けやすい地域の近くに設置すべきではない。

用地選びの方法

選択の基準について、計画立案チーム内で合意を得る。

- i. 評価基準リストにある項目の優先順位をつける。
- ii. 地形、道路網、土地利用、水源を示す適当地図や情報を入手する。
- iii. 候補地を視察して特徴を把握し、用地の使用を妨げる欠陥（水がない、洪水が起きやすいなど）がないか確かめる。
- iv. 候補地の面積をざっと見積もる。例えば、車の走行距離から長さを見積もったり、可能ならGPS（全地球測位システム）など他の手段を使う（第11章参照）。
- v. さまざまな配置設計によって用地が受け

る影響を調べ、基準リストに基づき候補地のランク付けをする。

用地計画に関する一般的な検討事項

用地の全般的な設計には、家族、村などの社会集団を中心とし（様々な機能を）コミュニティへ分散させることを念頭におく。

用地計画（site planning）には、各世帯の特徴とニーズを基にした「ボトムアップ型」アプローチを取り、できるだけコミュニティの要望を反映させる。

はじめに

38. 実際の居住地作りは、コミュニティの保健と福利に大きな影響を与える。用地計画が優れていれば、物資やサービスも均等かつ効率的に提供できる。

どのような状況であっても、難民キャンプ内の人口過密を避けることを最重要目標とする。

マスタープラン

39. 「マスタープラン」、すなわち全般的な用地計画は、用地全体の形状、環境と特質、すでに存在する要素（自然や居住地など）対する位置関係を表す。また、最小単位から積み上げて計画を立てる原則と難民の社会組織とに考慮し、以下の点を含める。

40. 自然と既存の状況

- i. 等高線（標高の等しい地点を結んだ線）
- ii. 河川、森林、丘、氾濫原（洪水時に水に覆われる場所）、湿地帯
- iii. 岩石の多い地区と砂地
- iv. 既存の建物、道路、橋
- v. 農地、送電網、水道管

41. 計画内容

- i. 住居地区、拡張予定地
- ii. 道路と歩道
- iii. 排水システムと段丘化
- iv. 環境衛生計画
- v. 給水計画
- vi. 公共施設、キャンプ内の照明など
- vii. 行政地区
- viii. 教育・保健施設
- ix. 配給所
- x. 給食センター
- xi. 市場、レクリエーション用地
- xii. 防火帯
- xiii. 農業用地

42. 地形、および平面図用の調査は、用地計画の基礎として非常に重要である。計画書または地図はメートル法で表し、縮尺は1000分の1から5000分の1にする。キャンプが大規模な場合は、1万分の1以上の縮尺にする。地形調査書には、風景の具体的な特徴（河川、谷、山）を記載する。平面図調査書には、ある地域（例えばキャンプ用地）内の配置の様子を記述する。

サービスとインフラ

43. 以下は、サービスとインフラの基準であり、マスタープラン作成の際に参考にする。

蛇口	1 コミュニティ（80～100人）に1個
トイレ	1 家族（6～10人）に1カ所
保健センター	1 用地（2万人）に1カ所
委託病院	用地10カ所（20万人）に1カ所
学区	1 地区（5000人）に1学区
配給所	1 用地（2万人）に4カ所
市場	1 用地（2万人）に1カ所
給食センター	1 用地（2万人）に1カ所
ゴミ収集容器	1 コミュニティ（80～100人）に2個

44. 計画立案が必要となる場合。

- i. 自然発生的にできた用地を再編する時。
- ii. 新たな用地を建設する時。

いずれの場合も、設計の基準は同じであるべきだが、設計の方法、取り組み方、タイミングは大きく異なることがある。

45. 難民が自分で選んだ場所に暮らしている場合は、当然のことながら、移動を嫌がる可能性がある。このような場合は、難民の代表者を計画立案に参加させると、優先事項の変更について難民の理解と承諾を受けやすい。公共サービスのために確保しておく場所を含め、早期かつ明確な区画設定をする。

新たな用地作りには、包括的、なおかつ迅速な計画立案が不可欠である。

最小単位（家族）に基づく計画

46. 計画立案は、難民世帯の視点を基本に置く。給水所やトイレまでの距離、コミュニティ内の他の構成員（親戚、氏族、部族集団）との関係、伝統的な住居形態や生活様式など、各家庭のニーズの検討から始める。まずコミュニティの設計を考えたから、用地全体の配置を検討するほうが、用地全体の完成予想図を小さな要素に分けていくより、はるかに良い結果を生む可能性が高い。

47. したがって用地の計画立案と具体的な構成は、以下のように、最小の構成単位である

構成単位	構成	およその構成人数
家族	1 家族	4～6人
1 コミュニティ	16家族	80人
1 ブロック	16コミュニティ	1250人
1 地区	4 ブロック	5000人
1 キャンプの構成単位	4 地区	2万人

家族からスタートし、順に大きな単位を組み立てる。

これらの数字はあくまで参考にすぎず、実情に応じて調整する。

48. 最小単位に基づく計画とは、必ずしも用地を碁盤の目のように整備することではない。平行に走る道で用地を正方形や長方形に区切る設計は、簡単ですぐに実施できるため、これまでもしばしば利用されてきた。しかしこうした設計は人口の過密を招くため、硬直した碁盤目調の設計は可能な限り避ける。環境上の理由による健康問題や病気は人口密度に正比例するからである。どのような設計にするにしても、自然の特徴と難民コミュニティの独自性に配慮する。

49. 社会的な構造、背景、家族構成はどれも用地の設計に影響を与える。こうした情報の入手は、基本的な問題とニーズを把握する作業の一部であり、まず難民や難民社会に詳しい人との話し合いを通じて集める。難民に対する社会経済的な詳細調査は、資金と人員に余裕ができ次第行なう。この調査は、その後の計画立案、特に難民の自立（self-reliance）と恒久的解決のための計画立案で重要となる。

環境上の検討事項

50. 緊急事態の最初から、環境上の検討事項を、用地の計画と住居に取り入れる必要がある。難民キャンプの場所と設計、緊急事態用住居への援助、地元資源（local resources）の建材や燃料への利用、は環境に大きな悪影響を与えかねない。緊急事態の初期段階で最大の環境破壊（environmental damage）が起こりうる。こうした環境破壊は、難民と地元住民双方の健康、社会、経済に影響を与え、政治的な波紋を生む場合もある。

51. 破壊された環境の修復は、実質的には、

まだ事態が緊急状態にある段階で始める。事態の初期に環境対策を講じれば、環境破壊によるコストも大幅に縮小できる。

52. 環境保護を通じて難民と地元住民の福利を守るためには、以下の対策がある。

- i. 用地選び 環境保護地域は避ける。可能なら、環境保護地域から徒歩で1日はかかる場所を選ぶ。
- ii. 用地造成 既存の植生と表土を保全する。
- iii. キャンプの人口密度と広さ 通常、居住地の規模は小さいほど良い。
- iv. キャンプの設計 配置設計、特に道路は等高線に従う。これにより侵食が抑えられ表土が保全され、ガリー（雨水の浸食による地割れ）も防止できる。家事の場を1カ所に集めるように設計すれば調理場など資源の共有を促し、燃料消費も抑えられる。治安の維持にも役立つ。
- v. 住居の設計(断熱によるエネルギー節減) 寒冷地の冬は長く、常に暖房が必要のため、屋根、壁、床の十分な断熱など間接的なエネルギー節減対策が、燃料の節約と費用効果の向上に大きな成果をもたらす。
- vi. 家屋と燃料 家屋と燃料用の物資は、キャンプのごく近くで調達される場合が多い。建築・燃料用の木材を含む地元の天然資源については、初期段階から管理・統制システムを作ることが極めて重要となる。事態の初期において家屋用の建材を地元資源で賄うことは、特にひどい環境破壊につながりかねない。従って、こうした資材の収集は慎重に管理するか、別の供給源から調達する。

53. 簡潔な天然資源の管理計画を、できるだけ早く作成する。基本的な計画の重要点は、薪（たきぎ）用木材の伐採・収集の管理となる。これについては、営林局など政府機関と

そのような計画は、基本的な環境調査に基づく。

協議する必要がある。キャンプ近隣における薪・木材の伐採・収集管理とは、伐採してはならない地域と樹木を定め、表示をつけるなどして枯木のみ収集できるようにすることなどである。薪の収集についても明確なルールを最初から定め、地元資源の尊重を促す環境意識向上計画を立てる。特定地域の管理・収集責任を特定のグループに任せる。

54. キャンプ周辺外からの薪の調達（トラック輸送など）調達方法、必要量は状況に応じて決定しなければならない。薪や灯油など、他の燃料の組織的な調達は複雑な影響をもたらす恐れがあるので、慎重に行なう必要がある。燃料を無償で定期的・組織的に調達することが適切なのは、他の方法での燃料入手が厳しく制限されているなど、特別な場合に限られる。地元で容易に薪が手に入る場合、キャンプ周辺外からの薪の無償配付は、薪の消費増につながる恐れがある。さらに、調理用の薪が無償で提供されても、地元の天然資源以外に収入源のない難民たちは、薪や木材の販売、炭の製造などで収入を得るための伐採収集を続けるだろう。したがってその価値を保つために、通常、薪は作業の見返りとして提供する。

55. 難民に供給される木材の供給源と供給の影響も検討する。

- i. 持続可能な形で伐採されているか。
- ii. 環境問題を別の場所に転嫁しているだけではないか。

地元の独占的な供給業者が出現しないよう注意する。最後に、緊急事態の初期段階で燃料の無償供給を行なうと、後でその仕組みを変えるのは難しい点に注意する。

56. 用地と近隣地域の、より包括的な天然資源の管理計画をできるだけ早く作成する。必要なら専門家の助言を受ける。

包括的な天然資源管理計画には、上記の燃料用木材の採集管理に加え、燃料節約型コンロや燃料効率の良い調理法の推進、おもな省エネ道具（フタつき調理なべ、ひきうす又は製粉済み穀物など）の供給、意識向上計画が含まれる。また家庭菜園や植林・必要なら森林再生のために既存の天然資源を有効利用（廃水、共用地、住居周辺地の利用など）ができるかどうかの確認も計画に含む。

ジェンダー（性差）に関する検討事項

57. 緊急事態では、正常な社会参加の機会が失われたり、人口構成が変化して、価値観や原則が変わってしまう場合がある。このため女性を保護・援助する伝統的な仕組みも崩壊している可能性がある。難民コミュニティ内のこうした社会構造の変化は、以下の事態をもたらす可能性がある。

- i. 女性を世帯主とする家庭の増加。
- ii. 保護者のいない子どもの増加。
- iii. 男性の不足。
- iv. 大家族制度の崩壊。その世話役としての機能も失われる。

58. 用地計画では、女性のニーズへの配慮が重要だ。伝統的に女性がコミュニティの指導体制に参加していない場合、女性と接触するのが難しいかもしれない。その場合は、コミュニティ・ワーカーの助けを借り、女性の保護と安全に関する意見を集める。

59. 難民のなかには、自分の家屋を作れない弱者がいるかもしれない。このような場合、難民のコミュニティ自体が、弱い立場の難民の家屋作りを支援する仕組みを作るよう特別な措置を取る。

用地計画 特定のインフラ

インフラと公共サービスに必要な面積は、過少に判断されがちである。

60. 緊急事態の初期に、必要となる管理運営・公共サービスのすべてを予測するのは難しいかもしれない。適切なスペース（space）が利用可能な場合は、こうしたサービスの将来の拡大に備えて空地を割り当てる。公共のニーズに必要な空間を過少に判断する問題は、広さが限られた用地でよく起きる。

衛生

61. 水の確保が用地選びを左右する一方、衛生上の問題は用地設計に大きく影響する。人口密度が高く衛生状態が劣悪だと、難民の健康と安全は深刻な脅威にさらされる。これは無計画に開発された用地でしばしば起きる問題である。用地を再編したり、難民を新たな用地へ移す前に、最低限、基本的な衛生環境（無秩序な排泄の禁止、公共トイレの設置など）を整備する。追加のトイレを作るスペースを十分に確保する。やむを得ず公共トイレを作る場合は、その維持計画を定め、維持のために公共トイレまで道路が引かれている必要がある。

62. 用地を新たに建設する場合も、再編する場合も、トイレは1世帯にひとつを目標とする。家族がトイレを管理・維持して初めて、長期にわたる安全と衛生が保証される。家庭用トイレは、家庭用区画内の、住居からできるだけ離れた場所に設置するのが理想的である。

給水

63. 可能なら、給水所はどの住居からも100メートル以内、つまり歩いて数分以内に設置する。用地の設計では、援助業務計画の必須要素として配水管網を盛り込む。配水管は地

下に埋設されるのが望ましく、人や車の往来その他の活動によって損傷を受けない深さ（40～60センチ）に埋設する。寒冷地では、霜の影響を受けない深さ（60～90センチ）に埋設する必要がある。経験上、社会的な結びつきの強い80～100人の小集団ごとに給水所を作ると、水の浪費が大幅に抑えられ、蛇口、支柱、コンクリート床の破損が減ることが分かっている。給水所も、水はけが良く、清潔に保たれ、廃水は共同または個人の菜園に利用されるようになる。

64. 給水所から流出する水や廃水は、十分に排水され、最終的には集水壕や庭に流れ込むようにしなければならない。

道路

65. 用地への道路、および用地内でのさまざまな区画や施設を結ぶ道路や小道が必要である。用地への道路は全天候型（雨季使用可）で、洪水位より高い位置にあり、水はけの良さが必要となる。用地内の車の通行量が多くなってしまふ場合は、歩行者用道路を分ける。すべての建物は、柵も含め道路から約5～7メートル離し、歩行者と車両の運転者の視界を十分に保つ。

防火

66. 建て込んだ地域では、約300メートルおきに30メートル幅の防火帯（建物のない区画）を設けることが望ましい。最小単位（世帯）を基礎に設計されたキャンプでは、防火帯は区画ごとに配置する。これは、菜園やレクリエーション用地として最適であろう。余裕があれば、建物は、倒壊や火事（fire）の際、隣の建物に接触しない程度の距離を置く。したがって建物の間隔は、最低でも建物の高さの2倍以上必要であり、燃えやすい建材（ワラ、カヤなど）を使っている場合は、建物の高さの3～4倍まで広げる必要がある。風向きも重要な検討事項となる。

管理運営・公共施設

67. 管理運営・公共施設用の建物は、伝統的な作りにし、可能ならば、様々な用途に対応できるよう多目的設計にする。例えば、初期の緊急事態サービス用の建物は、後で学校やコミュニティ施設として利用できるだろう。以下に必要な性の高い管理運営・公共施設の種類を記すが、この分類はあくまでも参考にすぎない。できるだけ分散化することの重要性は、すでに強調した通りである。集約型・分散型を問わず、管理運営その他の施設は、男女とも利用しやすいように配置・設計する。

68. 集約する場合が多いサービスと施設。

- i. 用地の管理運営事務所
- ii. 保健、給食計画、給水、教育などのサービス調整事務所
- iii. 保管・貯蔵庫
- iv. 初期登録 / 健康診断所
- v. 追跡調査
- vi. 治療用食事センター（必要な場合）

69. 分散する場合が多いサービスと施設。

- i. 浴場と洗濯場
- ii. 補助給食センター（必要な場合）
- iii. 教育施設
- iv. 社会福祉センター（障害者や保護者のいない子ども向けの施設など。必要な場合）
- v. レクリエーション地区
- vi. 物資配給センター

70. 集約型サービス施設の立地場所は、キャンプ個別の状況、特に利用できるスペースによって決まる。十分なスペースが確保できる場合は、キャンプの中心に集約型サービスを置けば明らかな利点がある。スペースが乏しい場合は、キャンプの入り口付近に集約型サービスを置くと良いだろう。こうすれば物資を運ぶトラックが人口密度の高い地区を通る必要がなくなり、ほこり、騒音、歩行者への

危険など付随的な問題も防止できる。囲われた形のキャンプが避けられない場合も、少なくとも集約的な管理運営サービスは、キャンプの入り口付近に配置する必要があるだろう。治安上の理由から、倉庫は必ず管理運営事務所の近くに置く。

住居（shelter）

難民の住居は、風雨を防ぎ、居住空間と保管場所を確保し、プライバシーと安心感を与える場所であってはならない。

もし必要ならば毛布や衣類を供給する。

難民の住居は、文化的・社会的にふさわしく、難民になじみのあるものでなければならぬ。入手可能なら、地元の適当な資材を使うのが望ましい。

住居は季節の変化に対応できなくてはならない。

プレハブ家屋や特製の緊急事態用住居は、費用的にも文化的にも実用的でない。状況によっては、テントが緊急避難所として使われる場合がある。

難民は、必要な組織的・物資的支援を受け、可能なかぎり自分で住居を建てべきである。

はじめに

71. 住居は最低限、風雨を防ぎ、居住空間と保管場所を確保し、プライバシーと安心感を与える場所であってはならない。住居は、生活状況全般を決定づける可能性も高く、最大の支出項目である。住居のための基本的なニーズは、ほとんどの緊急事態に共通しているが、必要な住居の種類、使われる資材や設計、住居建築の当事者と必要な耐用年数などは、各状況によって大きく異なる。

72. 特に寒冷地や、一日の気温変化が激しい地域では、適切な住まいや衣類がないと健康や栄養状態に大きな悪影響を及ぼす。

したがって住居のほかに、十分な毛布、適切な衣類、暖房器具の提供は優先項目となる。

73. まず、難民自身が作った緊急事態用家屋が適切かを調べ、地元物資の簡単な供給によって当面のニーズを満たす。

適切な住居提供のカギは、屋根の提供である。

家屋全体の建材を提供できない場合は、屋根となる適当な資材の提供が優先される。壁は、土ないし（キャンプ）用地内や地元で入手できる材料で作ることができるからである。

74. 難民は、必要な組織的・物資的な支援を受けながらも、可能なかぎり自分で住居を作るか、住居作りに参加する。これによって住居は難民固有のニーズに対応できるようになり、難民の依存心を抑え、コストも大幅に削減できる。

住居の種類

75. どんな場合でも、家族単位の住まいが集合施設より望ましい。必要なプライバシー、精神的やすらぎ、安心感が得られるからである。また、人や持ち物も安全であり、家族がまとまっていられる。

76. 緊急事態用における住まいのニーズは、難民や地元住民が通常使っている資材や住居によって満たすのが一番良い。緊急事態住居用の資材を国外から持ち込むのは、地元で十分な量を迅速に確保できない場合に限られる。最も基本的な構造と、労働集約的な工法が望ましい。資材は環境に配慮し、環境を破壊しない方法で集める。

基準

77. 緊急事態の初期は、少なくとも床面積の

最低基準を満たす住まいを建てられる資材を、難民に提供することを目標とする。緊急事態における床面積の最低基準は以下の通り。

- i. 熱帯地方や温暖地域では、調理施設または台所を除いてひとりあたり3.5平方メートル以上（屋外で調理することを想定）。
- ii. 寒冷地や都市部では、台所と入浴設備を含めてひとりあたり4.5～5.5平方メートル。

78. 可能なら、居住者が自分のニーズに合わせて改築できる余裕を残した住居設計をする。例えば寒冷地では、特に子どもや老人は1日中屋内にいる可能性が高いから、より広いスペースが必要である。

ビニールシート

79. ビニールシート（plastic sheeting）は、多くの救援事業で最も重要な住居用物資である。市街地では、紫外線防止の丈夫な特殊ビニールシートで屋根を修理できる。窓は、半透明の補強されたパネルで修理できる。テントと緊急避難所の場合、反射性、紫外線防止性の防水シートが使える。

80. 住居の支柱や骨組みに周辺の森林から集めた木材を使うと、大きな環境破壊になりかねない。したがって、ビニールシートを支えられる強度の支柱素材を必ず供給することが重要となる。支柱素材は、環境が保全され、再生可能な供給源から調達する。入手できれば竹が理想的である。ビニールシートの標準仕様については第18章の付表1を参照のこと。

テント

81. テントは、建材が全く入手できないか特定の季節しか入手できない場合、または遊牧民系の難民には有用で適切かもしれない。設定されたテントの耐用年数は、気候や居住者

の手入れによって異なるが、2~3年にもなる場合がある。テントを使う場合は、居住者に修理材料を提供する。もっと適切な住居を建設している間、複数のテントを仮の住まいに使う場合もある。標準仕様については第18章の付表1を参照のこと。

82. テントは垂れ幕で覆うようにし、テントに直射日光があたらないように保護する。内部は、どの場所でも人が立てる高さにする。キャンパス地の壁と屋根では、熱が逃げのを防げないため、テント内を暖めるのは難しい。しかし良質の、密閉されたテントなら、テント用ストーブである程度暖房できる。このテント用ストーブで快適な温度を維持するためには、24時間燃料（通常、薪か灯油）を絶やせないで燃料費が高くつく。したがってテントは寒冷地の住居には向かないが、他に方法がない場合は、より適切な住居ができるまで人命を保護する一時的な避難所となる。

プレハブ住居

83. プレハブ住居や、特別開発された緊急事態用住居は、たとえ冬場向けに設計されていても、大規模な難民緊急事態では有効でないことが分かっている。その理由には以下が含まれる。

- i. 単価が高い。
- ii. 輸送に時間がかかる。
- iii. 生産に時間がかかる。
- iv. 輸送上問題がある。輸送費もかかる。
- v. 柔軟性がない。

通常は、こうした設備が到着する前に、すでに緊急事態用住居の準備ができています。

寒冷地向け住居

84. 雨や雪を伴う寒さが長期間（3~5カ月）続くと、人は屋内にとどまる生活を強いられる。特に、高齢者、幼児、病人、障害者などの弱者層には、暖房付きの部屋が必要だ。

85. 寒冷条件に耐える住居は高い水準を要求され構造も複雑で建設費が高くつく。以下の点を検討する。

- i. 壁、屋根、ドア、窓による防風。
- ii. 簡単な仕切りのついた、冷気を遮断する部屋。
- iii. 暖房用ストーブ。
- iv. （雪の重みと強風に耐える）安定した構造。
- v. 室内にあり暖房のきく調理場と衛生施設。

86. 緊急事態下で、人々が寒冷気候をしのげるよう、以下の点を重視した対策を取る。

- i. 人命
体温を奪われないよう身を守ることが極めて重要だ。特に就眠時は、毛布、寝袋、衣服、靴、高カロリー食品で熱を作って維持し体を暖めるようにする。

- ii. 居住空間
一定の居住空間の作りを強化し、冷気が入らないようにすることが非常に重要だ。これはビニールシートとテープで部屋を密閉すれば可能となる。窓とドアは、枠に半透明のビニールシートをとめて覆う。広い部屋は、ビニールシートか毛布で仕切るといい。新しい建物を建設する時は、冷気が入り込まないように密閉した空間を作る。居住スペースの壁、天井、床は、冷気を遮断し、暖気をできるだけ効率良く維持できるように設計する。

- iii. 暖房
住居内を快適な温度（15~19℃）に保てるかどうかは、おもに外気温、建築物の種類、遮断性、建物の向き、ストーブの種類と能力によって決まる。これらの条件によるが、ほとんどの寒冷地で5~7キロワットのストーブにより40~70平方メートルの空間を暖められるはずである。通常、暖房用ストーブは料理やパン焼きにも使われる。

87. 安全上の理由から、放射式ストーブより対流式ストーブのほうが好ましい。燃料が簡単に入手できない場合もあるので燃費は非常に重要となる。燃料の供給が輸送計画（ロジスティクス）の大きな問題となる場合もある。初期段階で定期的な燃料供給の問題を見 overs と、環境上、極めて大きな影響を与える可能性がある。

一時受け入れ / 中継キャンプ

88. 一時受け入れ / 中継キャンプは、難民に一時的な滞在場所を提供する必要がある時に使用される。難民緊急事態の初期では、適切で安全な長期滞在用キャンプに移るまでの仮の滞在場所として、事業計画の最終段階では、帰還前の集合場所として必要な場合がある。したがって、通常、中間的または短期的な設備である。

89. 緊急事態、帰還事業のいずれに使用される場合も、中継キャンプは2~5日の短期滞在与、居住者が頻繁に入れ替わることを念頭に設計する。

90. 中継キャンプの必要収容能力は、そこを通過する人の数と滞在期間に大きく左右される。これらは最終到達地の受け入れ能力、または再定着を促進させる能力、事業完了までの予想期間によって決まる。

91. 中継キャンプの場所は、主に以下の基準に従って選ぶ。

- i. アクセスの良さ（道路、港、空港）
- ii. 水の入手可能性
- iii. 水はけの良さ（勾配2パーセント以上）
- iv. 十分な衛生環境

92. 中継キャンプは、あくまでも機能本位でなければならず、通常の難民キャンプより相当高い建築基準を満たす必要がある。運営維

持は、全面的にキャンプの管理運営者を通じて行なう。特に、宿泊施設と衛生施設の清掃と消毒は、定期的かつ継続的に行なう必要がある。調理済みの食品を支給し、個人による調理は禁止すべきである。したがって中継キャンプには、調理設備、調理の必要のない食事の配給所、および食事用のホールが必要だ。滞在は短期と予想されるので、1人あたりの必要スペースは最低3平方メートルとなる。

93. 中継施設の建設基準は以下の通り。

- i. 宿泊施設 バラック、共同家屋（仕切りなし、または、5人のグループ / 家族用の仕切り付き）。寒冷地では暖房付き。例えば、85平方メートルのテントの収容可能人数は約14~25人。
- ii. 衛生設備 トイレ1個につき20人、シャワー1カ所につき50人。定期的・集中的な保守管理が必要。
- iii. 給水 1人あたり1日最低7リットルの絶対必要量と、調理、清掃、衛生用に必要な水。
- iv. 調理場 500人につき約100平方メートル。
- v. 倉庫 1000人につき150~200平方メートル。
- vi. 拡声設備。
- vii. 照明。
- viii. 宿泊地区とは別の到着用区画と出発用区画。
- ix. 管理運営事務所と職員の居住設備。
- x. 保健施設1カ所。
- xi. 治安用フェンス（状況による）。

公共建物と共同施設

公共建物は、より適切な住居を提供するまでの短期的な滞在場所としてのみ利用すべきである。

最初から、設備と施設の入念な維持を実行する。

UNHCRの避難施設基準を適用する。

94. 学校などの公共建物が、初期の避難所として使用される場合がある。これは寒くて早急に住居が必要な場合などにみられる。

95. 可能なら、こうした公共建物への滞在は仮の解決策とする。建物のインフラ（水、電気、衛生設備）は補助的で、集中的に使用されると急速に劣化し、生活環境が危険なくらい悪化する。建物も激しく傷むが、これは主に、建物が多くの人向けに作られておらず、必要な設備や施設を備えていないためである。利用者の責任感が非常に低い点も、劣化に拍車をかける。

96. 建物の通常の使用は中断され、様々な社会的・経済的影響を引き起こす（建物は、学校、サナトリウム、労働者や学生の寮、スポ

ーツ施設、ホテルなどに使われていたかもしれない）。したがって地方政府と中央政府はともに、公共建物を人道援助用の避難所として利用することに消極的である。

97. 健全な環境を確保するためには、公共建物の定期的な運営・予防管理が不可欠だ。最初から建物の維持を怠ると、難民に健康面で深刻な影響が出るほか、受け入れ国政府に経済的な影響を与えるおそれがある。

98. 1人あたり約3.5~5.5平方メートルというUNHCRの避難施設の最低基準と、公共衛生基準（トイレ1個につき最高20人まで）を適用する。学校などの公共建物には、基本的なトイレ使用などの大人数の衛生ニーズや、洗濯や食器洗いなど個人的ニーズに対応する設備はない。

13

物資の配給



目次	節	ページ
概要		
はじめに	1	165
配給の開始時期	2	165
物資配給システムの選択	3-5	165-166
配給システムの構成要素	6-18	166-167
一般的な考慮事項		
難民の参加		
輸送・供給上の考慮事項		
管理上の考慮事項		
難民女性の役割	19-24	167
UNHCRの方針		
女性の参加分野		
モニタリング	25	167-168
主な参考文献		168
表		
表1 物資配給システム		165

状況

緊急事態状況の特徴は、食糧、家屋資材、調理用具、燃料といった生命にかかわる物資を、一刻も早く供給しなければならない点にある。物資の公平な配給（distribution）はしばしば困難であり、難民のなかには緊急事態の混乱を利用し、配給された資源を不正に利用する集団または個人がいる場合がある。

目的

指定の配給量、選択基準、優先項目に基づき、生命にかかわる物資を公平に難民世帯に供給すること。

対応の原則

- 配給システムは、難民社会の構造を十分に理解したうえで作る。
- 難民は、配給システムの仕組み、配給時期、配給量を常に知らされるべきである。
- 難民の中のすべてのグループを、配給システムの設計と運営に適切に参加させる。女性を参加させるためには特別な配慮が必要となる。
- 社会の基礎単位である家族は、個人の基本的ニーズを満たすうえで重要な役割を担う。よって家族を物資の配給先とする。
- 物資配給は、定期的かつ予測可能なサイクルで行なう。配給が不規則になると、難民の間で配給システムの抜け道を探す傾向が強まる。

行動

- コミュニティ・サービスの組織を利用（必要なら新たな組織を設立）し、物資配給システムの設計と運営について難民の意見を求める。
- 物資配給システムを決め、実施する。
- 物資配給システムの運営状況が定期的に難民に伝わる仕組みを作る。
- 配給システムが公正かどうか難民自身にモニタリングさせる。

はじめに

配給後、物資は受益者（beneficiary）が管理することになる。物資は公正に、かつ指定の配給量、選択基準、優先順位に基づき配給しなければならない。

配給が公正に行なわれ、弱者層にも行き渡るよう、モニタリングが必要である。いかに優れた配給システムでも、難民の協力無しにはうまく機能しない。

UNHCRの配給システムでは、家族に対し、また家族を介して、物的援助を行なう。

1. 本章の諸原則は、食糧（food）の配給と食糧以外（non-food）の物資配給の両方に適用される。ただし多くの場合、配給物資の大半を占めるのは食糧である。本章では、簡単な配給の手引きを示す。UNHCRの*Commodity Distribution： A Practical Guide For Field Staff*は、物資配給システムを立案・運営する者の必読書である（章末の「主な参考文献」を参照）。

配給の開始時期

2. 配給計画の立案時は、まだ事態が不透明なのが普通だ。物資の配給は、ニーズの評価を十分行ない、受益者の数を正確に把握してから始めるのが理想である。しかしほとんどの緊急事態計画では、こうした条件を満たす前に配給を開始せざるをえないのが現実である。それでも、少なくとも土台とすべき最低限の枠組みを整え、そこからの改善方法を計画してから配給は始めるようにする。

物資配給システムの選択

3. ふたつの基本的な問題

- i. 難民自身にどこまで責任を与えるか。
- ii. システムの確立・運営のためにどのような資源（時間、スペース、経験豊富な職員、財源など）を利用できるか（表1を参照）。

4. 配給システムには大きく3種類ある（表1を参照）。世帯主が女性（women）の場合もある点に留意する。

表1 物資配給システム

難民の指導者を通じた配給	世帯主の集団を通じた配給	個々の世帯主を通じた配給
システムの内容		
大きな受益者集団の代表に物資をまとめて渡し、代表者がそれを集団内で分配する。	世帯主の集団（通常、約20人の世帯主で構成される）への物資は、すべてその代表者に渡される。物資は、その後ただちに、代表者を介して個々の世帯主に再分配される。	物資は直接、各世帯主に渡される。
これらのシステムが適用されてきた状況の種類		
<ul style="list-style-type: none"> ● 緊急事態の初期 ● 大規模な難民流入時 ● 正式登録がない場合 ● 大規模集団の場合 	<ul style="list-style-type: none"> ● 人口が比較的安定しているか、配給カードを持っている場合 ● 受益者がキャンプで生活をしている場合 ● 集団がほぼ単一の民族で構成されている場合 	<ul style="list-style-type: none"> ● 人口が比較的安定しているか、配給カードを持っている場合 ● 受益者がキャンプか難民居住地に住んでいるか、地元住民と暮らしている場合
《《《《《難民による管理が増える《《《《《《		》》》》》必要な資源が増大》》》》》

配給システムは、物資の受け手が誰であるかによって分類される。

5. 緊急事態の初期は、登録や配給カードの発行ができていない時期があるだろう。しかし配給カードがなくても、物資は効果的に配給できる。

配給システムの構成要素

一般的な考慮事項

6. 理想的な配給システムとは、安全で、対象受益者が利用しやすいものである。

- 安全 配給システムは、利用者全員の安全が確保されるよう組織する。女性と弱者層には特別な注意が必要となる。
- 利用のしやすさ 配給所は、人々の居住場所に近く、特定の集団のアクセスが制限されない場所に設ける。配給の時期・時間は受益者の都合に合わせる。

7. 配給システムを最も効果的にモニタリング、管理できるのは、難民自身である。そのためには、配給物資の種類や量、利用方法や時期を、難民に伝える必要がある。

配給の量、種類、方法の変更が、常に難民に伝わるような適切なシステムを確立しなければならない。

8. 新たな事業計画、特に大規模な緊急事態の初期は、効果的な配給の管理ができない場合がある。そのような場合でも、UNHCRによる管理が徐々に確立されるような措置を当初から取っていく。例えばビニールシートやテントといった家屋資材の供給は、人口移動の抑制につながり非常に重要となる。これにより人々は1カ所に落ち着けるようになり、物資配給などのサービスを計画しやすくなる。

難民の参加

9. 難民 男女とも に十分な情報が伝わるようにする。難民は、物資の種類や量、配給時期、配給方法を知っていなければならない。こうした情報は、難民の指導者を介さず、難民へ直接伝える。

配給プロセスを最もうまく監視・管理できるのは難民である。難民が配給プロセスを確認できるようにする。

すべての配給プロセスに難民を参加させる。ただし、難民を真に代表していない指導者が参加する危険性に注意する（第7章を参照）。

10. 配給サイクルが不規則だと、受益者の信頼が徐々に失われ、難民は制度の抜け穴を見つける必要に駆られる。

輸送・供給上の考慮事項

11. キャンプでは、受益者が自分の近く（5キロ以内）で毎月定期的に物資を受け取れる配給システムを確立する。難民の住居が散在する場合でも、配給所までの距離が5～10キロ以上にならないようにする。

12. 食糧を配給する場合は、普通、未調理の乾燥食品をまとめて配給するのが望ましい。一般配給として、調理済み食品を大量配給するのは避ける（第15章を参照）。

管理上の考慮事項

13. 救援物資の配給には、政府、WFP（世界食糧計画）、NGO（非政府組織）など複数の機関と多くの人がかかわる。当事者全員の定期的な会合を含め、調整体制を確立しなければならない。会合の開催頻度は状況次第で決まる。緊急事態の初期は毎日必要だろうが、状況が落ち着いてくれば、月1回に減らすことができる。

14. 物資配給の様々な段階で関係する主な活動主体の役割と責任を理解することが重要となる。食糧配給の場合は、配給の形態と報告事項がUNHCR、WFP、実施協力機関の三者間合意で定められている。食糧援助に関するUNHCRとWFPの役割は合意覚え書き（巻末の付録3）で定められている。食糧配給とWFPの役割の詳細については第15章を参照。

15. 配給の対象は、社会の基礎単位である家族である。これは食糧以外の物資を配給する場合も当てはまる。家族を対象した、また家族を介した援助提供は、配給システムの基礎として有効なだけでなく、家族への支援ともなる。しかしこれは、配給品を直接各世帯に手渡すという意味ではない。複数の家族からなるグループや、コミュニティ内の組織を通じた配給のほうが効果的な場合もある。

16. 配給職員に対する給料の現物支給は避ける。モニタリングを難しくするし、物資が不足している時は、現物支給のために弱者層への配給ができなくなる恐れがある。

17. キャンプでは、難民2万人につき1カ所以上の配給所設置をめざす。

18. 受益者1000人につき2人以上の配給職員を割り当てるよう計画する。

難民女性の役割

UNHCRの方針

19. 配給のあらゆる局面で、難民女性を最大限かつ適切に参加させるのがUNHCRの方針である。参加の形は難民の女性と男性両方と話し合い、女性と、その家族のニーズと責任分担を慎重に評価して決める。こうした事項を検討しないと、配給システム以外の分野でも悪影響が生じうる。

20. 大部分の難民コミュニティにおいて公正な配給という目標は、男女間の適切なバランスを取ることで最もうまく実現できる。しかし女性、特に配偶者のいない女性世帯主の意見は、十分に代弁されなかったり排除されがちだ。

女性の参加分野

21. 難民女性が参加できる3つの分野

- 意思決定のプロセスとモニタリング
- 配給の実施（女性が配給の監督ないしは物資の配布をする）
- 物資の入手（男性ではなく女性に配給する場合）

22. 女性は意思決定の過程やモニタリング活動に直接参加しなければいけない。これにはシステムの立案や、自分たちがシステムの運営へ参加する決定などが含まれる。物資配給や食糧の委員会のメンバーにもなるべきである。

23. 女性は、自分たちの代表として実際の配給作業に参加する者を選ぶべきである。参加の程度と形は、それぞれの状況によって決まる。

24. 女性が（世帯主であるか否かに関わらず）配給品の公平な分配を受け、配給後の用途を決められる一番効果的な方法が「家族向けの食糧や物資を自分が直接受け取るか、せめて配給の現場に立ち会うことだ」と女性自身が考えるなら、そのように取り計らう。

モニタリング

25. 配給システムのモニタリングは、UNHCRの重要な管理責任である。モニタリングの一般原則については、第8章で述べた。配給のモニタリングとしては、物資配給の実際のモニタリングや、キャンプで配給日に行

なう抜き打ち検査などがある。その詳細は、第15章と *Commodity Distribution : A Practical Guide For Field Staff* を参照のこと。

主な参考文献

Commodity Distribution: A Practical Guide For Field Staff, UNHCR, Geneva, 1997.

Memorandum of Understanding on the Joint Working Arrangements for Refugee, Returnee and Displaced Persons Feeding Operations, UNHCR, Geneva, 1997.

Model Tripartite Agreement: UNHCR, WFP and the Implementing Partner, WFP/UNHCR, March 1998.

UNHCR Training Videos: *Under Watchful Eyes*, UNHCR, 1995 – *Sorting it Out*, UNHCR, 1993.

14

保健医療



目次	節	ページ
概要		
はじめに	1-3	173
健康状態の把握、計画立案、モニタリング、監視	4-25	174-178
最初の状況把握		
モニタリングと監視	健康情報システム	
死亡率		
罹患率		
主な保健計画	26-72	178-185
治療		
予防接種		
伝染病管理		
リプロダクティブ・ヘルス		
結核予防対策		
精神衛生		
対応力の強化		
医療品		
検査サービス		
難民の健康管理体制	73-88	185-187
はじめに		
コミュニティ・レベルの保健管理		
保健センター		
紹介サービス		
人材資源と調整	89-115	187-191
難民		
職員配置の必要性		
国の保健当局		
UNHCR保健調整官		
その他の専門職員		
国連と専門機関の役割		
非政府組織（NGO）の役割		
対応の組織化		
主な参考文献		191
付表		
付表1 健康情報システム		192
付表2 大規模な緊急事態で考えられる保健サービス体制		200
図表		
図1 保健対策の相対的影響		173
図2 把握評価と対応		175
表1 CMRの基準		177
表2 よく発生する病気		181

状況

よく知られた事実だが、緊急事態では、多くの人命が奪われ（高死亡率）、多くの病人が生まれる（高罹患率）。高死亡率・高罹患率の主因は、はしか、下痢性疾患（コレラ cholera を含む）、急性呼吸器感染症（肺炎）、栄養失調、マラリア（malaria）である。さらに、不慣れな環境、貧困、不安、人口過密、質・量とも不十分な水、劣悪な衛生環境、不適切な住居、食糧の供給不足といった要因によって、罹患のリスクが高まる。したがってどんな緊急事態でもこれらの要因への対応が必要となる。

目的

- 身体と精神の健康状態をできるだけ高い水準¹に維持し、死亡率と罹患率が極度に高くないようにする。

対応の原則

- プライマリー・ヘルスケア（primary health care = PHC、基礎保健管理）を優先し、水、食糧、衛生、住居、施設計画などの重点分野に焦点を絞る。また、予防的・基本的な治療サービスを提供する。こうした対策は、個別の対応よりも、多くの難民の健康に影響を与えやすい。
- 保健サービスの開発と提供には、難民を必ず参加させる。
- 難民に対するサービスは、庇護国の国民が受けているサービスと同レベルにする。地元との均衡が必要。
- 保健計画には持続性も必要である。継続できない活動は、始めないほうがよい場合もある。そのほうが、実施協力機関と受益者の双方が慣れ親しんだ支援活動が中止になるよりもましだ。
- 保健サービスの計画、提供者、機関は、患者の権利を尊重し、国内外で認められた保健基準と医学倫理の原則に従わなければならない。
- 多くの国では、緊急事態によって生じる巨大なニーズに対応するだけの人材・物資がない。経験豊かな国内外のNGOを動員し、緊急の人命救助措置を開始する。地元保健省とのすみやかな調整が不可欠となる。
- 保健サービスでは、緊急事態で特に弱い立場に置かれる5歳未満児に配慮する。予防接種、給食計画、経口水分補給療法、ビタミンAによる予防法、基本的治療、家族の健康に重点を置く。
- 保健サービスでは、女性特有のニーズも考慮する。女性はプライマリー・ヘルスケアの提供者として中心的役割を果たす一方、不相应に大きな困難や苦痛に直面する。
- UNHCR保健調整官（health coordinator）を任命する。その役割は、保健医療計画の責任者として、庇護国政府当局その他の組織と十分に調整しながら、国内外で認められた基準と最善の処置の実施に務めることである。

行動

- 難民の健康・栄養状態を調べ、現在の環境条件で健康に致命的な影響を及ぼす要因を突きとめる。
- 優先すべきニーズを明らかにし、ニーズを満たす必要措置を決め、その実行に必要な人的、物的、財政的資源を決定する。
- 決められた必要措置に沿って、コミュニティを基盤とする保健サービスを確立し、関係の協力機関や援助分野と協力して適切な運営・調整機構を作る。
- 難民を対象に基礎的な保健教育（health education）を推進し、難民のヘルスワーカー（health worker、保健普及員）を育てる。
- サービスの実効性を監視・評価し、必要に応じて調整する。
- 保健サービスに関する決定が、適切な評価と監視に基づいて下されるようにする。
- 緊急事態の状況と保健サービス情報を公表し、事態改善の提唱に努める。

¹ 「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」1996年、第12条

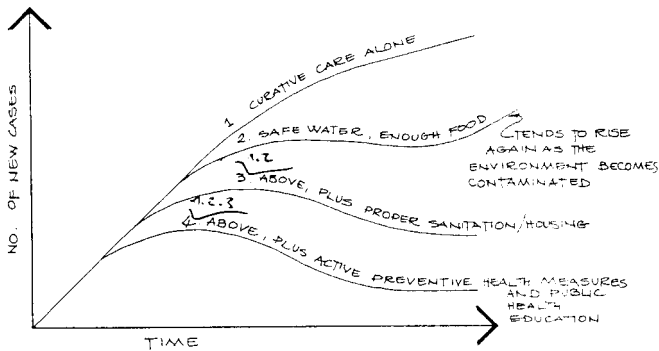
はじめに

1. 健康とは、医療以外の多くの要因に左右され、医療従事者だけに任せることのできない大きな問題である。本章は、医療専門家でない現場の職員向けに書かれており、保健問題について「医学的な答え」を出すつもりはない。本章では、病気を治療することだけよりも、問題点やニーズ、資源、ふさわしい機関を適切に把握・評価し、プライマリー・ヘルスケアに基づく保健医療サービスの調整などが、難民たちの健康全般にとって重要であることを示したい（図1参照）。保健医療活動にとって欠かせない組織的側面が、しばしば医療を専門としないUNHCR職員の担当となる。

力の増加や、エイズなど性感染症の拡大にも影響しうる。

3. 世界保健機関（WHO = World Health Organization）は、プライマリー・ヘルスケアの概要を以下のように説明する。「PHCは、当該国のすべての人が利用できる必要不可欠な保健医療であり、人々の完全参加が必要なため、個人・家族・コミュニティに受け入れられる形で提供され、コミュニティと国が費用を負担できる範囲で提供される。万国共通のモデルはないが、以下を含むことが望ましい。すなわち、適切な栄養摂取の奨励、安全な水の十分な供給、基本的な衛生設備、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス（re-

図1 保健対策の相対的影響



7-1 LIKELY RELATIVE IMPACT OF HEALTH MEASURES

2. 緊急事態では多くの難民が、不安、粗末な住まい、人口過密、安全な水の不足、不適切な衛生状態、不十分または不適当な食糧配給、見知らぬ土地の病気に免疫がない、といった問題に直面する。難民は、病気、栄養失調、飢え、疲労、嫌がらせ、暴力（violence）、悲嘆などで、到着時にすでに衰弱状態にあるかもしれない。貧困、無力感、社会不安といった難民社会に蔓延しがちな状況は、性的暴

productive health（性と生殖に関する健康）と保育、一般的な病気やケガの適切な治療、主な感染症に対する予防接種、風土病の予防と管理、一般的な健康問題とその予防・管理に関する教育。」

この対策方法では、病気の治療だけではなく、予防が重視される。

健康状態の把握、計画立案、 モニタリング、監視

健康状態と栄養状態の把握は、保健サービスの開始時に必要不可欠である。

この現状把握の作業は、緊急事態の経験があり、できれば現地の知識がある専門家がこなす。

難民の健康に影響を与える様々な要因を特定し、監視・報告システムを確立する。

最初の状況把握

4. まず、年齢別（5歳未満児の割合）と性別（男女の割合）に難民の数²を調べる。難民の総数の推計方法については、第11章を参照。

年齢別／男女別の内訳は、以下の情報から推測できる。

- i. 事前調査で集めた情報。
- ii. 集団予防接種の過程で集めた情報。
- iii. 到着時の集団検診。
- iv. コミュニティ・ヘルスワーカー（community health worker、地域保健普及員）が集めた情報。

5. 最初に行なわれる健康状態の把握調査の目的は、基本的な問題点やニーズを発見し、優先項目をはっきりさせることである。これは適切な資格と経験のある人が実施する。国内または地元の人員を使えば良いのは当然だが、必要ならば外部の専門家も本部の保健・地域開発課を通じてすぐに要請・配備す

ることができる。

6. 極めて高い死亡率や罹患率の主因となる、はしか（measles）、下痢、肺炎、マラリア、栄養失調の発祥・原因調査を最優先する。

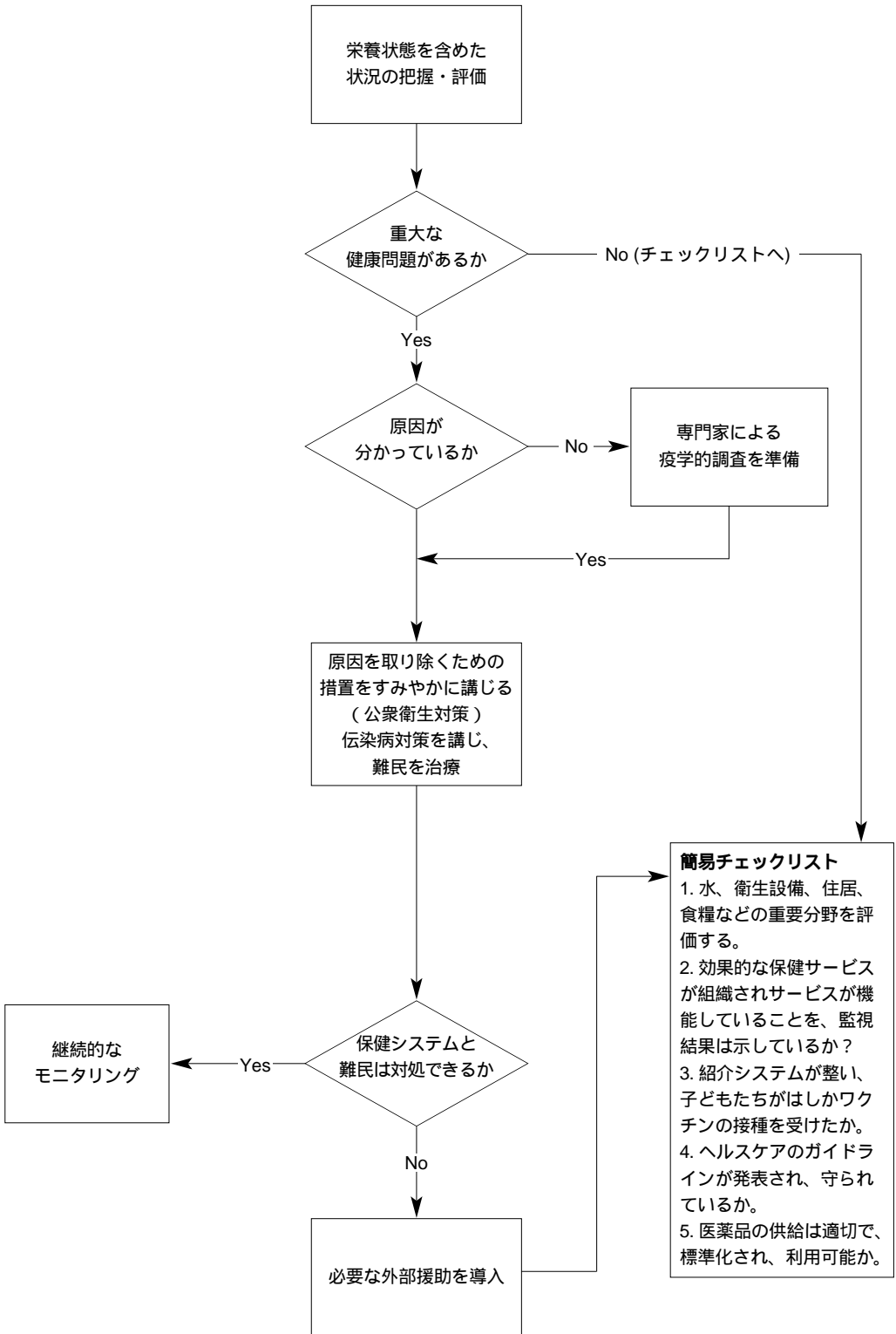
7. 必要な情報を得るための方法。

- i. 診察。
- ii. 出身国／地と庇護国／地に関する基礎情報の検討。
- iii. 保健施設の記録調査と、ヘルスワーカー（health worker、保健普及員）からの聞き取り調査。
- iv. サンプル調査の実施（栄養状態と死亡率）。専門家がこなすこと。
- v. 人口推計と登録（第11章参照）。
- vi. 到着時の集団健康診断と栄養検査。以下に重点を置く。i) 目視検査と二の腕の太さの測定による栄養検査（Mid-Upper Arm Circumference = MUAC、第15章参照）、ii) 伝染病とワクチン接種率の確認、iii) 専門医などへの緊急紹介が必要な患者の特定。集団検診中の治療は、実際は不可能である。

8. 図2では最初の状況評価についての管理運営者の主な検討事項を表に示した。

² 保健医療の専門家は、この数値をdenominator(分母となる人数)と呼ぶことがある。

図2 状況把握と対応



モニタリングと監視 健康情報システム

9. 健康情報システムは、緊急事態のごく初期段階から UNHCR 保健調整官 (health coordinator) の責任下に置き、簡素で信頼性があり、すぐに行動のとれるシステムにする。同システムの利用は以下の作業に不可欠となる。

- i. 難民の健康・栄養状態を数値化する。
- ii. 健康状態の推移を追い、救援計画の効果と結果をモニタリングする。
- iii. 伝染病を発見する。
- iv. 計画の有効性とサービスの提供範囲を調べる。
- v. 最もニーズが大きい領域に、資源が確実に向けられるようにする。
- vi. 必要に応じて計画を修正する。

10. 付表1に、健康関連の情報を収集するための表と書式を示した。ただし、状況を包括的に把握するには、水、食糧、衛生、住居、石けんが入手可能か、といった情報も収集・分析する (水、栄養、衛生、施設計画に関する各章を参照)。

11. 健康情報システムは簡素なものにする。集める情報は、情報収集者の能力に合わせる。過度に詳細または複雑な情報を求めようとすると、正しい報告にならない。また、対応が可能なデータのみを集める。システムを機能させるためには、関係者全員の連絡と意見交換が不可欠となる。

緊急事態では、簡素な方法だけが有効に機能する。

12. 緊急事態の初期は、以下の健康情報に重点を置く。

- i. 人口統計 (第11章、本章第4節、付表1の表1参照)
- ii. 死亡率と死亡原因 (付表1の表2.1、2.2と本章第14節参照)

- iii. 栄養状態 (第15章の付表4と5参照)
- iv. 罹患率 (本章第14節と付表1の表3.1参照)

13. 健康情報システムをより包括的にするのは、事態が安定した時に限る。死亡率と罹患率は、以下の方法で調べる。

死亡率

14. 各保健医療施設が、死亡患者全員について、死亡原因と関連情報を記録する。この情報は付表1の表2.1と2.2にまとめ、中央に報告して他のデータと統合する。死者の多くは保健管理制度の及ばない所出るので、コミュニティごとに死亡者数を監視する体制も確立する。この体制により人々が墓地にしている場所を確認し、24時間体制の墓守を置き、埋葬布を定期的に支給し、コミュニティの情報提供者を使う。病院 (hospitals) 以外の場所で原因不明の死者が出た場合は、特別な訓練を受けたヘルスワーカーが関係者に死亡原因などを聞き、死亡を確認する。

罹患率

15. 外来患者を受けつける保健施設 (5歳未満児向け診療所と特定の給食計画を含む) は、毎日記録をつける。記録は、診療日誌または少なくとも計数記録の形をとり、最低限、患者の氏名、年齢、性別、臨床診断と病理診断の結果、治療内容などを記録する。これらの情報は、付表1の表3.1の書式にまとめて中央に報告する。

16. 健康情報システムに病気 (disease) を記録する時は、症例の定義 (基準となる症状の記述) が必要となる。これはヘルスワーカーが診断する際の手がかりとなり、データの整合性と有効性も確保する。症例の定義 (例えばマラリア) は、臨床的な徴候や症状をもとにしているから、できれば検査室での標準検査 (例えばマラリア用の血液検査) と照合

する。

17. さらに、患者には健康記録カードを発行し、受診日、診断内容、治療内容を記録する。治療、予防どちらが目的でも、保健システムの利用ごとに本人の健康記録カードに記入する。

18. 健康情報システムは定期的に評価しなおし、正確、完全、平易、柔軟、そして時宜を得ているかを確認する。計画立案者と主な意思決定者がどのように情報を使っているかも調べる。システムは、必要とされる情報内容の変化に従い発展させる。

19. 問題点の発見後、予防措置や是正措置をとったり、資源配分の調整を可能にするには、キャンプ、そして健康・栄養状態を集約的にモニタリングする制度が必要となる。公衆保健サービスが適切に機能し始め、難民が新しい環境に慣れていけば、難民の健康状態も改善するはずだ。

20. ただし、十分な監視システムは維持しなければならぬ。季節の変化（気温の変化、特に雨季）は健康に影響し、病気の発症率も季節によって変わる。UNHCR担当官と政府や実施協力機関の担当官は、以下についての責任を負う。監視体制の質、必要なデータ、データの分析者、分析結果への対応措置、対応結果の関係者全員への通知。

死亡率

21. 難民集団全体の状況を示す最も重要かつ具体的な指標は、全人口の粗死亡率（Crude Mortality Rate = CMR、概算の死亡率）と、5歳未満児の死亡率（U-5MR = Under 5 Mortality Rate）である。両指標は事業管理者にとって非常に重要であり、報道機関、抛出国、救援機関も大きな関心を寄せる。死亡率についての信頼に足る情報の作成は、健康監視シ

ステムの優先項目のひとつである。

22. 緊急事態の段階では、死亡率は、人口1万人あたりの1日の死亡者数で示し、急激な変化を発見できるようにする。

CMRは、1万人あたりの1日の死亡者数である。計算方法は

$$(\text{死亡者数} \times 10,000) \div (\text{日数} \times \text{総人口})$$

23. 緊急段階では、できるだけ早期にCMRを1日1万分の1未満に、U-5MRを1日1万分の2未満にすることを援助計画全体の目標とする。この数値はほとんどの途上国において、避難民ではない一般住民の「通常」のCMRとU-5MRの約2倍であり、この目標を達成したからといって努力の手を緩めない。

24. 年齢別・男女別の死亡率は組織的に収集する必要があり、結果によっては集中的な介入が必要となる。表1は、1日あたりのCMRについていくつかの基準を示した。5歳未満児の死亡率の基準は通常、一般のCMRの2倍である。

表1 CMRの基準

大多数の途上国での平均値	1日1万人あたりの死亡数0.5
救援計画は許容範囲内	1日1万人あたりの死亡数1.0未満
救援計画は極めて深刻な状況	1日1万人あたりの死亡数1.0より大
緊急事態対応不能状態	1日1万人あたりの死亡数2.0より大
大惨事	1日1万人あたりの死亡数5.0より大

罹患率（病気の発生率と発生の種類）

25. 病気の主因と、最も危険な状態にある集団が判明すれば、効率的な計画と介入方針を立て、資源を最も有効利用する助けとなる。病気の発生率は特定の病気について、一定期

間に生じた新たな患者数で示し、通常1000人あたりの数値を使う。こうすれば時間による推移を追ったり他の状況と比較でき、患者の数だけの記録より役に立つ。発生率は、付表1の表3.1と3.2のように記録する。

主な保健計画

緊急事態における死亡と病気の主因は、はしか、下痢（コレラを含む）、急性呼吸器感染症、栄養失調、マラリア（流行した場合）であり、これらの病気を抑える計画を優先する。

その他の罹患原因には、結核、髄膜炎（meningitis）、病原体媒介生物による病気、HIV／エイズを含む性感染症、妊娠、妊娠・出産による産科³にかかわる疾患、幼児期のワクチンで予防可能な病気などがある。

難民となった精神的ストレスは、多くの場合、嫌がらせ、暴力、悲しみによって増幅される。これらが相まって身体的・精神的な余力が失われ、病気に対する本来の抵抗力が低下する。

難民、特に女性と若年層のリプロダクティブ・ヘルスの必要性に応ずるのが重要であることが、経験により分かっている。

健康に悪影響をおよぼす環境要因の是正に、早期から重点を置く。

治療

26. 医学的な治療が最も必要なのは、緊急事態の初期段階である。この時期、難民は健康への危険要素が存在する新しい環境に慣れていないし、公衆衛生上の大きな改善もされていない。治療だけでは、極度に高い死亡率を減らすという目標を達成できないかもしれな

いが、難民の間に保健サービスに対する信頼感は生まれるだろう。

27. 主な病気の適切な診断・治療計画を、庇護国政府の計画に従って定める。ただしそれらが、難民に合っていることが条件である。例外はあるものの、難民向けの計画実施については、必ず政府当局と事前に合意しておく。

28. 保健システムの及ばない所に出る死者も忘れないこと。多くの難民が、気づかれぬまま、適切な治療を受けないまま家で息を引き取り、墓地に次々と埋葬される。優れた医者でも、保健施設での仕事に没頭し事態に気づけなかった、というミスがよく報告される。

予防接種

29. はしかは、極度に高い死亡率の原因である。特に5歳未満児では顕著である。

幼児に対するはしかの予防接種は、緊急事態の初期に不可欠となる唯一の免疫措置（immunization）である。

緊急事態中の生活は罹患のリスクを高めるため、UNHCRは、生後6カ月から12歳、場合によっては15歳まで（通常は5歳までだが）の子どもに予防接種を受けさせるよう提唱している。

30. 緊急事態の初期にはしかワクチンの集団接種を行なうかどうかは、専門家が決定する。ワクチンの集団接種は、ビタミンAの配給と一緒に行なうのが理想的だが、そのために接種時期を遅らせてはならない。接種の決定は、出身国／地でのワクチン接種率とその数字の信頼性、さらに最近の伝染病やワクチン接種状況に基づく。はしかワクチンの接種の実施が必要な場合は、他のワクチンが入手できるまで遅らせるべきではなく、また新規到着者が確実にワクチン接種を受けられる仕組みを

³ 産科 出産と、出産前後の女性の治療に関する医学の一分科。

作る。ワクチンの支給については、ユニセフ（UNICEF）と協議する（付録3の「ユニセフとUNHCR間の合意覚え書き」参照）。

31. 一般に、緊急事態でのワクチンの集団接種はしない。これには医学上、組織上の大きな理由がある。予防接種をしても、緊急事態で最も一般的な病気や死亡原因は、治療も予防もできない（はしかを除く）。集団予防接種には多くの人手が必要なおうえに、ワクチンは慎重な取り扱いと保冷管理が必要だ。したがって組織的な予防接種は、緊急事態における時間や資源の誤用になりかねない。

32. 緊急状況が安定したら、直ちに予防接種拡大計画（EPI = Expanded Programme of Immunization）を実施する。これは長期的な保健医療計画には必要不可欠である。標準的なEPIは、はしかの他に、ジフテリア・百日咳・破傷風トキソイド（DPT）、経口ポリオ（OPV）、BCG（結核予防ワクチン）のワクチンを含む。ただし、以下の3条件が満たされなければ、いずれのワクチン接種もすべきでない（はしかは別）。EPIの完全実施もありえない。3条件とは、1）人口が最低3カ月間は急変しないと予想される、2）ワクチン接種の運営体制が十分整っている、3）適切な期間内に国の予防接種計画に統合できる（付録3の「ユニセフとUNHCR間の合意覚え書き」参照）。

33. 適切な予防接種記録を必ず残す。最低限、個人予防接種カードを発行する。さらに、ワクチン接種（vaccination）の実施状況の分析ができるように、すべての予防接種をそれぞれ中央に登録するのが望ましい。

伝染病管理

緊急事態では、特に過密な人口、劣悪な衛生環境などによって、伝染病（communicable diseases）が容易に流行する。

目標は、伝染病の予防、発見、流行防止、治療である。

難民は、免疫のない病気に感染した時が一番危険である（はしか、マラリアなど）。

伝染病が集団発生した場合には、直ちに専門家による現地調査と、政府当局、WHO、実施協力機関などとの緊密な対応調整が必要になる。

34. 緊急事態での難民の死亡や罹患の主因。

- i. はしか
- ii. 下痢性疾患
- iii. 急性呼吸器感染症
- iv. マラリア（流行した場合）

さらに、特に幼児の場合、栄養失調と感染が相まって死亡率の上昇につながる。

他にも、髄膜炎菌性髄膜炎⁴、結核、性行為感染症（STDs = sexually transmitted diseases）、肝炎、腸チフス（typhoid）、発疹チフス、回帰熱などの伝染病が難民の間で確認されている。ただし、難民がかかる病気全体をみると、これらの病気が占める割合は比較的小さい。

下痢性疾患

35. 下痢性疾患は、公衆衛生上の大きな問題である。難民緊急事態では、細菌性赤痢（出血性下痢を伴う赤痢を引き起こす）やコレラなどの急性伝染病がよく発生し、多くの死者を出す。伝染病流行の危険ありとされる地域では、できるだけ早く適切な予防措置を取ることが必要不可欠だ。予防措置は以下を含む。

- i. 十分な飲料水の供給と適切な衛生設備。
- ii. 石けんの供給、身の周りの衛生と水の管理に関する教育。

⁴ World Health Organization. *Control of Epidemic Meningococcal Disease: WHO Practical Guidelines, 1995*を参照。

- iii. 食糧の安全性と母乳保育の推進。
- iv. 家庭訪問と早期発見の促進。
- v. コレラ発生の場合、患者を管理する場所（コレラ処置施設）の特定。

36. コレラがどのようにして発生するのかを予測するのは不可能だ。適切な予防措置を取れば、罹患率は人口の1パーセント未満にとどまる。しかし通常は人口の1～3パーセントが罹患し、極端な場合にはそれ以上、10パーセントになる場合もある。

37. コレラの発生に迅速に対処するには、上記の予防措置とともに、適切な患者管理計画が必要となる。計画は国またはWHOの計画に従い、水分補給治療、給食の継続、適切な抗生物質投与（特に細菌性赤痢⁵に対し）に基づく。また、コレラ患者を早期発見するために信頼性の高い監視制度が必要であり、患者数の推移や介入措置の有効性も判断する。

38. コレラの発生に対処し、死亡率を低下させるには、かなりの物的・財政的資源と経験のある人材が必要になる。

39. 緊急の対応を円滑にするため、本部の供給・輸送課はコレラ用救急キットを準備している。救急キットひとつで患者約500人に対応できる。コレラを予防する有効なワクチンは、今のところない。

はしか

40. WHOは、難民と避難民を特にキャンプにいる場合はしかにかかる危険性が最も高い集団と類別している。実際、はしかは多くの難民居住地で猛威をふるう。はしかのワクチン接種率はなるべく100パーセントに近づけ、それが無理でも、すぐに予防措置

を取る（付録3の「ユニセフとUNHCR間の合意覚え書き」と上記の予防接種に関する節を参照）。

マラリア

41. マラリアも重大な問題となる場合がある。専門家が以下の点に基づいた適切な処置と予防措置を取る。

- i. 早期発見と適切な治療。薬に対する抵抗力を調べることも必要。
- ii. 特に妊婦（pregnant women）の予防治療（化学予防）
- iii. 病原体媒介生物の繁殖場所をなくす。
- iv. 殺虫剤をしみこませた蚊帳の配布や定期的噴霧など、病原体媒介生物の駆除。

42. 化学薬品による防除措置（噴霧または蚊帳に染み込ませる）は、極めて魅力的に思えるが、難民の習慣、季節の変化、蚊の習性、伝染の程度、化学薬品に関する国の計画や登録認可、費用など考慮すべき要素が少なくないので、必ず専門家の助言を得てから実施する。病原体媒介生物の駆除については、第17章を参照。

急性呼吸器感染症

43. 肺炎は、しばしば高い死亡率をもたらす急性呼吸器感染症で、特に5歳未満児の死亡率は高い。したがって、適切な住居と毛布のできるだけ早い提供が不可欠である。保健職員は、呼吸器感染症を診断・治療できるよう、適切な訓練を受けなくてはならない。

44. 表2に、最も一般的な疾病を示した。これは、環境が病気に与える影響とともに、難民の健康に直接的影響ある生活状態の改善策を示している。

⁵ World Health Organization. Guidelines for the control of Epidemics due to Shigella Dysenteriae Type 1, 1995を参照。

表2 よく発生する病気(common diseases)

病名	主な原因となる要因	予防対策
下痢性疾病	人口過密、水と食糧の汚染、衛生状態の悪さ	<ul style="list-style-type: none"> 十分な居住空間 公衆衛生教育 石けんの配給 個人 / 食糧の衛生状態の改善 安全な水の供給と衛生設備
はしか	人口過密、低いワクチン接種率	<ul style="list-style-type: none"> 第12章で定めている最低居住水準を確保 ビタミンAの配給と併せた子どもへの予防接種。居住環境によって危険度が増すため、6カ月から12~15歳まで(通常の上限の5歳まででなく)の予防接種が推奨される。
急性呼吸器感染症	粗末な住居、毛布や衣類の不足、居住区域の排気煙	<ul style="list-style-type: none"> 最低居住水準の確保 適切な避難所、妥当な衣類、十分な毛布
マラリア	難民が免疫のない菌種の存在する環境、蚊の繁殖するよどんだ水	<ul style="list-style-type: none"> 蚊の繁殖場所に殺虫剤を噴霧して、幼虫と成虫を駆除する。ただし、病原体媒介生物の駆除は蚊の習性にも左右されるため、地元の専門家に相談する。 蚊帳の支給 医薬品による予防(妊娠中の女性、国家の医事規則に基づく)
髄膜炎菌性髄膜炎	風土病となっている地域での人口過密(現地では季節ごとに発生率が変わる場合が多い)	<ul style="list-style-type: none"> 最低居住水準を確保 調査によって必要性が示唆された場合、専門家の助言を得てからのみ予防接種
結核	人口過密、栄養失調、HIV罹患率の高さ	<ul style="list-style-type: none"> 最低居住水準の確保(ただし、風土病となっている場合、問題は残る) 予防接種
腸チフス	人口過密、個人の衛生状態の悪さ、汚染された水の供給、不十分な衛生設備	<ul style="list-style-type: none"> 最低居住水準の確保 安全な水、適切な衛生設備 個人・食糧・公共用の衛生設備と公衆衛生教育 蔓延を防ぐ効果が少なく、有効期間も短いために、WHOはワクチン接種を奨励していない。
寄生虫、特にこう虫	人口過密、衛生状態の悪さ	<ul style="list-style-type: none"> 最低居住水準の確保 適切な衛生設備、個人の衛生状態の改善 靴の着用
疥癬(かいせん) ⁶	人口過密、個人の衛生状態の悪さ	<ul style="list-style-type: none"> 最低居住水準の確保 身体を洗うのに十分な水と石けんの供給
眼球乾燥症、ビタミンA欠乏症	不適切な食事、急性の感染症・はしか・下痢が長引いた後	<ul style="list-style-type: none"> 適切な食事によるビタミンAの摂取。可能でない場合は、ビタミンAを強化した食糧を供給する。これでもできない時は、ビタミンA剤の補給。 はしかの予防接種、子どもを対象に4~6カ月ごとに集団予防措置。
貧血症	マラリア、こう虫、鉄分・葉酸の吸収の悪さあるいは摂取不足	<ul style="list-style-type: none"> 原因となる病気の予防 / 治療 食糧の強化を含めた食事改善
破傷風(tetanus)	刺し傷(免疫がない場合)、不適切な出産慣習による新生児破傷風。	<ul style="list-style-type: none"> 適切な救急治療 妊娠女性の予防接種とその後のEPIでの一般的な予防接種 助産婦の教育と清潔な包帯・はさみ・かみそりなどの供給
肝炎	不衛生、食糧と水の汚染	<ul style="list-style-type: none"> 安全な水の供給 有効な衛生設備 安全な輸血
STDs / HIV	社会組織の欠落、輸血時の不適切な処置、情報不足	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠中の梅毒検査 輸血前にすべての血液を検査 一般的な予防策の遵守 保健教育 コンドームの使用 性交渉の相手の治療

⁶ 疥癬(かいせん scabies) ダニの寄生による皮膚病

リプロダクティブ・ヘルス⁷ (reproductive health、性と生殖に関する健康)

45. 難民のリプロダクティブ・ヘルスケアは、適切な訓練・指導を受けた職員が、以下の原則で実施する。

リプロダクティブ・ヘルスケアは、あらゆる状況で提供されねばならず、また難民、特に女性のニーズや要求に基づかなければならない。難民の多様な宗教的・倫理的価値観と文化的背景は、世界的に認められた普遍的な人権に沿って尊重されねばならない。

46. 質の高いリプロダクティブ・ヘルスサービスを提供するには、多くの分野（保健、コミュニティ・サービス、保護、教育）と機関との協力が必要となる。協力することにより、それぞれの任務に基づいたリプロダクティブ・ヘルスサービスが提供できる。

47. 死亡率が高い主な疾患（はしか、下痢性疾患、急性呼吸器感染症、マラリア）に対処するための資源は、リプロダクティブ・ヘルスに転用すべきではない。緊急事態の初期にリプロダクティブ・ヘルスケアで取り組むべきポイントはいくつかあり、その主な目的は以下の通り。

- i. 性的暴力への予防と対応。
- ii. 「普遍的な予防策」⁸を尊重し、コンドームの無料提供によってHIV感染を減らす。

⁷ 参照文献 *United Nations High Commissioner for Refugees. An Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Refugee Situations, 1995.*

UNFPAは、リプロダクティブ・ヘルス問題への対応計画向けにリプロダクティブ・ヘルス・キットを開発した。詳細は本部の保健・栄養室や供給・輸送課に問い合わせること。

⁸ 「普遍的な予防措置 (universal precautions)」とは、病気の伝染を抑制するためにヘルスワーカーが採用する手順や慣行を意味する。

- iii. 新生児と産婦の罹患率と死亡率が高くなるのを防ぐ。そのために清潔な家庭出産用キットを提供し、保健医療施設では衛生的かつ安全な出産ができるようにする。紹介制度を確立し緊急の妊娠合併症に対処する。
- iv. プライマリー・ヘルスケアに統合された、総合的なリプロダクティブ・ヘルスサービスの供給をできるだけ早く計画する。
- v. 全体を管理する保健調整官の下に、リプロダクティブ・ヘルス活動の調整責任者を置く。

48. 実行可能になり次第、難民のニーズに応じた総合的なリプロダクティブ・ヘルスサービスを実施する。これをプライマリー・ヘルスケアの体制に統合し、以下の問題に対処する。

母体の安全

49. この項は出産、出産前後のケアを含む。妊婦は全員、妊娠中に産前ケアを受けるべきである。出産はすべて、訓練を受けた保健医療従事者が立ち会う。出産に伴う緊急事態に対処するため、紹介システムを整える。産後4~6週間以内に、母親と新生児は保健所などで栄養補給、次の子どもをいつつくるべきかのカウンセリング、母乳保育や育児についての教育を受ける。

性的暴力の防止と対応

第10章を参照。

HIV/エイズ⁹などの性感染症

50. HIVは貧困と社会不安が存在する場合
難民緊急事態の典型的な状況 最も危

⁹ *United Nations High Commissioner for Refugees, UNAIDS and WHO. Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings, 1996.*

速に広まることが経験上分かっている。HIV 感染防止を最優先し「普遍的な予防策」を守りながら、コミュニティと密接に協力して、コンドームの使用教育や支給などの対策を推進する。輸血時の安全検査も怠らないこと。性感染症への対応を保健サービスの日常業務にし、性行為の相手の追跡調査も行なう。

難民に対する強制的なHIV検査は、輸血目的以外では許されない。WHOも強制検査は実施すべきでない、との方針を掲げている。

家族計画 (family planning)

51. 家族計画サービスは、実行可能になり次第開始する。この問題については自由の選択があることを難民に理解させる。

リプロダクティブ・ヘルスに関するその他の考慮事項

52. 自然流産や危険な妊娠中絶など複雑な事情を抱える女性は、紹介システムを通じてケアを受けるべきである。

53. 事態が安定したら、女性器切除などの危険な伝統的慣習を根絶する計画を実施する。この問題¹⁰では、難民コミュニティとの緊密な協力が極めて重要となる。できるだけ早く難民の文化に合った衛生用品を女性に支給する。適切な衛生用品が配給されないと、女性が物的援助を受けられなくなる場合もある。

リプロダクティブ・ヘルスと若者

54. ヘルスワーカーは、特に青少年のリプロダクティブ・ヘルスへのニーズに対応できるよう注意する。若者は成人より大きな危険に直面し、適切なサービスの利用も限られている場合が多い。

¹⁰ IOM/FOM (83/97; 90/97), Policies on Harmful Traditional Practices, UNHCR, 1997. を参照。

55. 十分な数の女性ヘルスワーカーに、リプロダクティブ・ヘルスの教育訓練を受けさせる。これは難民の文化に合った保健サービス (コミュニティ内や保健施設での教育を含む) を提供するうえで重要となる。ヘルスワーカーは難民の中からも採用する。

結核予防対策¹¹

56. 結核 (TB) 患者はここ数年、世界中で急増している。しかし死亡率や栄養失調患者の割合が高い緊急事態の初期は、結核予防は優先事項ではない。

57. 結核予防計画は、事前に専門家の助言を受け、国の結核予防計画 (WHOの支援を受ける場合が多い) の一環として開始する。ずさんな計画と不適切な実施は、効果をあげるどころか、有害になりかねない。

58. 結核予防計画の成功のためには、状況が安定し「直接観察治療」¹²が可能になり、資金、医薬品、信頼できる検査サービス、訓練を受けた職員などが確保できてから開始する。

精神衛生¹³

59. 難民の心理社会的なニーズは、軽視される場合が多い。忘れられている場合すらある。しかし保健サービスは、身体と精神両方の健康をできるだけ推進すべきである。暴力や深い悲しみ、死別、恐怖とストレス、不透明な未来、無力感といった重荷が難民に強くのし

¹¹ World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. Guidelines for Tuberculosis Control in Refugees and Displaced Populations, 1996.

¹² 「直接観察治療 (Directly Observed Therapy) 」とは、投薬が正しく行なわれているかなど、ヘルスワーカーが治療状況を観察できるものをいう。

¹³ World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. Manual of Mental Health of Refugees, 1996.

かかっている状況は、容易に理解できるはずだ。

60. 難民の心理社会的問題（心的外傷後ストレス障害を含む）については、まだ経験が十分ではないが、ここでは一般的な指針を述べる。精神衛生（mental health）に関する計画は、どれもコミュニティを基盤とし、難民自身が中心的な役割を果たすべきである。計画は難民の文化についての確かな知識と理解に基づき、他のサービスと一体化され、開始時から長期的な持続性が確保されていなければならない。

対応力の強化（capacity building）

保健教育

61. 保健教育の重要性は広く認識されている。だが最も危険な状態に直面している人々に、長年の習慣を変えるよう説得するのは非常に難しい。

緊急事態の段階の保健教育では、当面の公衆衛生に直結する問題を優先する。

62. したがってこの段階での保健教育は、排泄物や廃棄物の処理、水の管理と個人の衛生管理に重点を置く。多くの政府や機関が、簡単な保健教材を用意している。保健衛生の基本原則とその実践法は、外部者が教えるよりも、訓練を受けた難民の教師や信望の厚い年長者が仲間に教える方が、効果が大きいだろう。後の段階で情報の伝達、教育、対話はHIVを含む性感染症の予防と抑制に重要な役割を果たす。

教育訓練

63. 「緊急事態」の定義が示すように、この状況に対処するには、人材をはじめ資源の大量動員が必要になる。付表2に保健サービスの組織案と、必要な職員の数と資格を示した。完全な支援体制を整えるには、必要な資格と

経験を備えたコミュニティ・ヘルスワーカーやヘルスワーカー、医師、看護婦を保健センター、ヘルスポスト（health post、保健出張所）、診療所へ配置することが必要となる。だがこれら全てをすぐには確立できない。

したがって教育訓練（training）活動が有効な保健・救援計画のかなめとなる。

64. 計画の目標を達成するには、的を絞った教育訓練活動が必要となる。ここでは健康管の各段階における役割と責任の定義と、必要な資格の見極めが重要になる。教育訓練活動は、保健医療計画の一環として実施する。

医療品

65. 重要な医薬品についての方針を定めること。方針の目的は、難民の最も重要なニーズに対応するために、安全で、効き目があり、手頃な価格の医薬品の供給を確保することにある。UNHCRの事業で医薬品を発注する時は、本部の保健・地域開発課と供給・輸送課が作成した必須医薬品リストを参照する。

66. 医薬品の適切な使用を推進するために、標準取り扱い規則を作成する。これは様々な実施協力機関の処方合理・統一化し、教育訓練活動を組織化するうえで役に立つ。取り扱い規則は通常、国の基準に基づく。

67. 緊急事態の初期は、あらかじめセットになっている救急保健キット（emergency health kits）が役に立つ場合が多い。最もよく知られているのが、多くの機関（WHO、ユニセフ、国境なき医師団 MSF、赤十字国際委員会 ICRC、UNHCR他）が共同で開発した「新救急保健キット（New Emergency Health Kit）」だ。緊急事態の1万人分のニーズに3カ月間対応できるようになっている。このキットは本部の供給・輸送課からすぐに入手でき、コミュニティでの健康管理

や保健センターで利用できる。ただし緊急事態の初期段階でのみ使い、長期的なニーズについては依存すべきでない。

68. UNHCRの必須医薬品リストから必要不可欠な医薬品が、適量かつ定期的に支給されるよう、できるだけ早く手配する。疫学的な調査や病気の流行状態に基づき発注する。供給・輸送課は、医薬品の購入や現地への輸送も支援する。

69. 医薬品の消費監視システムの確立は、極めて重要だ。大規模事業では、UNHCR専任の薬剤師が必要な場合もある。難民緊急事態では、難民からの圧力を受けたヘルスワーカーが薬を必要以上に処方する例が少なくない。

70. 緊急事態では、医薬品の一方的な寄付が、しばしば問題となる。これについては複数の機関（UNDP、UNHCR、UNICEF、WHO、MSF他）が医薬品の寄付に関するガイドライン¹⁴（指針）を共同作成し、緊急事態に現場へ送られる医薬品と物資のリストを抛出国と利用者に提供している。このリストを参照することにより、現地の職員が「役に立たない」寄贈品（少量の各種医薬品、無料サンプル、有効期限の過ぎた薬、不適切なワクチン、商品名または不明言語でしか表示のない医薬品）をより分ける時間の無駄が省ける。UNHCRには、国外からの医療品は個別の要請を受けた場合、または専門家の許可を得た場合のみ送る、という方針がある。その旨をWHOの代表、現地の外交団、その他の関係機関すべてに説明する。

検査サービス

71. 難民は、検査施設から離れた場所にいる

場合が多い。だが、普通は、現場のごく簡単な検査サービス（laboratory services）で必要を満たすことができる。

72. 伝染病（髄膜炎、細菌性赤痢、コレラ、出血性熱、回帰熱、高マラリア性風土病、肝炎など）の管理と予防では、診断を確認・明確化し、抗生物質の効果を調べるために委託検査サービスが必要になる。これについては、政府当局やWHOと協議する。輸血の際は、実施前にすべての血液のHIV検査が絶対に欠かせない。

難民の健康管理体制

難民状況における保健サービスを組織化するための決まった方法はないが、通常は3段階からなる。すなわち、1) コミュニティ・ヘルスポストと診療所、2) 保健センター、3) 紹介病院である。

各段階相互の連絡とフィードバック（診療、予防策の効果の通知など）が何より重要である。

庇護国の保健施設が紹介センターとして利用することを重視する。そのため、こうした施設の支援について合意し、実施する（付録3の「WHOとUNHCRの合意覚え書き」参照）

はじめに

73. 保健管理を構成する3段階のレベルは付表2の通り。第1レベルは、ヘルスポスト、診療所、巡回活動からなるコミュニティ・レベルの保健管理。第2レベルは、外来・入院患者部門、傷の手当てと注射、薬局、基礎検査室などの基本設備を備えた保健センターでの保健管理。第3レベルは、緊急産科治療と外科手術、重病患者の処置、検査などを行なう紹介病院での保健管理。紹介病院は、通常、地域・地方・全国レベルの国立施設となる。

¹⁴ WHO, *Guidelines for Drug Donations*, May 1996.

74. 難民は、適切な治療を容易に受けられなければならない。ニーズに応じて地元の国立保健施設を強化できない場合は、代替措置が必要となる。適切なレベル（第73節）で治療を受けられなければ、病院や保健センターは、軽い症状の治療を求める難民であふれてしまう。したがってコミュニティにおける保健サービスでは、治療が必要な人を見つけ、患者が適切なレベルで処置を受けられるようにする必要がある。コミュニティ・サービスとの緊密な調整が不可欠である。

コミュニティ・レベルの保健管理

75. 難民が、キャンプあるいは地元の村、どちらで生活している場合も、コミュニティ・レベルのサービスは不可欠である。

コミュニティ・レベルの保健管理は、緊急事態の初めから保健サービスの柱としなければならない。

76. 基本的な保健管理は、1) 末端の診療所/ヘルスポスト、2) コミュニティ・ヘルスワーカーと伝統的出産介添人 (traditional birth attendant = TBA、産婆) による訪問活動からなる。産婆には、コミュニティの助産婦から採用される場合もある。効果を上げるためには、コミュニティ・ヘルスワーカーと産婆の教育訓練、支援、厳しい監督が必要だ。コミュニティ・ヘルスワーカーと産婆の役割は以下の通り。

- i. 家庭訪問。病人や栄養失調の子どもの発見と紹介。
- ii. 妊婦の発見と、妊娠期間中、出産、出産後のケアの紹介。
- iii. 基本的な保健教育。
- iv. 健康情報システムのデータ収集（死亡、死亡原因、主な伝染病の発病率）。
- v. 性的暴行を受けた難民への対応。

目安として、人口1000人あたり1人のコミュ

ニティ・ヘルスワーカー、人口3000人あたり1人の産婆の配置をめざす。同性がケアするほうが望ましいため、訓練対象者の半数を女性とすべきである。

77. 診療所やヘルスポストは、過密状況で暮らしているものの、健康状態はまずまずの難民約5000人のニーズに対応する。施設は簡単な作りにし、診察、基本的な治療（「新救急保健キット 67節」の医薬品 drugs を使用）、経口水分補給治療、傷の手当てなどの臨床処置（HIV感染の危険があるため注射はしない）、鍵のかかる小さな薬局、簡単な器具と消毒設備（電気は使えないかもしれない）、データ収集（患者と処置を記録する記録簿）などの設備を整える。水と衛生設備は、すべての保健医療施設に必要な不可欠である。

保健センター

78. 診療所/ヘルスポストを支援するため、各難民居住地（人口約1万~2万人）に保健センターを設ける。大規模な居住地では、複数必要かもしれない。保健センターは、内科・産科・外科の重病患者以外には対応できるようにする。基礎検査サービス、本格的な薬局、難民2000~5000人あたり1床程度の入院患者用ベッドなど、診療所より多くの設備を備える。また、各診療所やヘルスポストから健康情報を集めてまとめる。さらに、主な保健計画（EPI 32節、リプロダクティブ・ヘルス、結核）を策定し、職員の指導と教育訓練（第1、第2レベル 第73節、および付表2での両方）を準備する。

79. 必要な保健職員の数と資格は、付表2に示した。

紹介サービス

80. 保健センターは、治療が必要な患者を病院に紹介する役割をはたさなければならない。紹介先の病院は、緊急の産科・外科の処

置、重病者の治療、検査とレントゲン検査を行ない、国の防疫計画（TB、ハンセン病、HIV / エイズ）を実施・支援する。

81. 紹介サービス（referral services）が必要な患者の割合はわずかである。通常は、地域、地方あるいは全国レベルの国立保健施設間での紹介体制が整えられている。最寄りの国立病院に紹介するのが理想的である。すでに体制が整っているなどの利点がある。

保健計画では、保健紹介事業が行なう難民への救援に対する補償をする。

82. 病院は資金や物資面 テントの設置、保健職員の補充、医薬品、物資、食糧など

の援助を受け、必要に応じて拡張または支援されるべきである。地元の病院に患者が殺到しないように注意する。地域や地方の医療当局者との緊密かつ直接的な調整が欠かせない。

83. 保健省の後援のもと協力機関同士で合意を結び、患者一人あたりの1回の治療費用や現物支援（食糧や医薬品）など、援助条件を明確にする。不必要な議論を避けるため書面合意が不可欠である。

84. ごく限られた場合には、難民専門の病院が必要になるが、これはできるだけ避ける。難民専門病院の設置は既存の、または機能を強化した国立病院ではニーズを満たせない場合に限られる。難民の数が非常に多かったり（地元住民よりはるかに多い場合）、最寄りの国立病院までの道のりが遠すぎる時、また治安上の問題がある場合などが挙げられる。難民専用の現地病院を設置または獲得する際は、事前に供給・輸送課と保健・地域開発課に相談する。

85. 病院での治療や紹介について、どのよう

に取り決めるにせよ、紹介先の病院との間に適切な交通手段が必要である。病院は、患者の親類のニーズに応えたり、幼児には親が付き添うための設備を用意する必要がある。

86. 紹介に関する取り決めでは、保健センターから紹介された患者のみを診察するよう定め、難民が紹介なしで直接病院を訪ねないようにする。

87. 難民緊急事態では、通常、多数の負傷者は出ない。負傷者が多い場合は、迅速に外科設備を整える必要が出てくるが、これは通常、速やかに入手できる。予めセットにしてある（高価な）手術用キットが、すぐに供給・輸送課から取り寄せられる。

88. UNHCR保健調整官は、紹介とその後の治療活動や追跡検査が記録できるシステムを確保する。

人材資源（human resources）と調整

保健サービスの整備は、ただ単に難民のために行なうのではなく難民と一緒に、難民のニーズや要望に沿って立案しなければならない。

適切な経験を積んだ保健調整官を、早期にUNHCR職員に任命することが非常に重要となる。リプロダクティブ・ヘルス担当者も、できるだけ早く決める。

地元の専門知識・技術の利用は望ましいが、緊急事態では外部援助の動員が必要な場合も多い。

職員の給料と奨励金・物は最初に検討し決めておく。

地元の保健省の各部署ができるだけ緊密にかかわる。

難民

89. 難民の健康は、難民自身に責任をもたせる。外部のヘルスワーカーは、健康や病気に

対する難民の考え方を理解しなければならぬ。保健サービスは、最初から難民のためというより、難民とともに開発・運営する。そうしないと効果は上がらず、サービスへの信頼が失われ、ほとんど利用されず継続の見込みもない。

90. 予防サービスは常に無料にする。さらにほとんどの場合、他の保健サービスも無料で提供される。他の保健サービスの無料提供を正当化することはできるだろう。だが、この方法がとられるのはしばしば温情主義的な考えによる場合が多く、無料提供を方針にすべきではない。費用回収やサービス代金の支払いの問題は定期的に検討する。特に難民が地元住民のなかに溶け込んでいたり（地元住民との不公平が起こりうる）、難民が地元溶け込むことにより恩恵を受けていたり収入源をもつ場合は注意が必要となる。

職員配置の必要性

91. 以下は、保健職員を選ぶ際の、一般原則としての優先順位である。政府当局と協議しながら決める。

- i. 難民
- ii. 経験を持った受け入れ国の国民または住民
- iii. 外部者

ほとんどの緊急事態では、これらの組み合わせが必要になる。

92. 保健職員に選んだ難民については、医療技術、特にコミュニティにおける従来の役割のなかでの教育訓練、監督、向上に重点を置く。難民を選ぶ際は女性を含めるように配慮する。彼女らは男性のように自分から進んで名乗り出ないかもしれない。伝統的な治療師や助産婦としての経験も十分考慮する。難民は伝統的治療法を求めるかもしれない。伝統的手法による保健管理は、組織化された他の保健サービスを補うという利点があることが

経験上分かっている。

93. 医療活動をするための認定資格や許可など、外国人の医療従事者に対する庇護国政府の態度は重要な考慮事項である。

94. 職員の給料や報奨金・物は最初に決めておき、難民計画に関わるすべての機関・組織が同一基準を守る。これは国（または出身国）の水準をもとに決め、難民が受ける援助（無料の食糧、水、住居など）も考慮する。原則として、任務が明確で、勤務時間が定められた仕事に毎日従事する職員に対してはすべて、給料または報奨金・物を与える。

95. 地元の職員を採用する場合は、特別な注意が必要となる。彼らに対する給料や報奨金・物は、庇護国の基準に従う。難民緊急事態が起きると庇護国の人材が援助事業に携わりたがり よく「頭脳流出」といわれる

その結果、国のサービスに支障をきたし、しばしば深刻な緊張が生じる。

国の保健当局

96. 庇護国の中央、地方、地域当局の保健サービスが早期に関与することが不可欠となる。難民に提供するサービスは、できるだけ国のサービスと統合する。一部の処置規則、予防接種計画、伝染病予防対策、監視手順などとの統合・一致は特に重要である。難民の健康推進は地元住民のためになるのは明らかだ。しかも既存の組織を支援すれば、難民への保健サービスが継続的となり、また、庇護国の国民の受けるサービスと同じ水準になる。

UNHCR保健調整官

97. 大規模な緊急事態（伝染病が流行していたり、多くの実施協力機関や関係者が参加している場合）では、UNHCRは難民保健調整官を必ず任命する。保健調整官は、UNHCR

計画担当職員のなかで重要な役割を担い、保健分野で指導的役割を果たしたり、管轄する国家機関を支援する重要な役割を果たす。

98. 保健調整官の主な任務は、提供されるサービスのレベルと質を、国内外で認められた基準や医学倫理に一致させることである。

その他の主要な任務。

- i. 問題点、ニーズ、資源を適切に把握・評価するために、全関係協力機関の話し合いに参加し、これを推進する。
- ii. 保健省、他の国連機関、非政府組織（NGO）と保健・栄養問題を扱う委員会を設置を推進し、またこれらの委員会に参加する。委員会は調整を図りながら優先すべき活動を決め、必要な人材、物資、財源を明確にして、実施計画を立てる。
- iii. 全関係機関の協力を促進し、調整委員会での合意通りに計画が実施・モニタリングされるようにする。
- iv. 有効な健康情報システムを確立し、これに参加する。
- v. 医療処置、職員配置、教育訓練に関する共同規則を作り、実施協力機関に遵守させる。
- vi. 救援計画の開始時に、リプロダクティブ・ヘルズ活動を調整する経験豊かな有資格者を見つける。
- vii. 分野間の調整を図る。
- viii. 難民の健康・栄養状態に関する報告をまとめる。
- ix. UNHCR職員の医療避難計画の策定を支援する。

99. 死亡率が高いのは、通常、緊急事態の発生から数日間あるいは数週間である。

したがって緊急事態の発生直後に、UNHCR保健調整官を直ちに現地に派遣することが重要となる。

100. 通常、最も速く保健調整官を配備する方法はUNHCRの職員がコンサルタントを派遣することである。これについては直ちに本部の指示を仰ぐ。役職を新設したり、他の国連機関（ユニセフやWHO）や保健省から応援を頼むのは、後の段階でもできる。

その他の専門職員

101. 専門職員が必要かどうかは、UNHCR保健調整官または本部の保健・地域開発課が慎重に検討すべきである。対象者は、疫学者、公衆衛生、リプロダクティブ・ヘルズ、精神衛生、栄養学、熱帯医学、小児科、助産学、薬学などの専門家などである。

適切な人格と豊富な経験を持つ職員のほうが、高度な訓練を受けていても現状にそぐわない技能を持つ専門家よりも重要である。

102. 現地の文化、病気の種類、公衆衛生サービスに精通していること、そして緊急事態の経験があることは、医学や医療技術の高度な知識と同じくらい重要である。

国連と専門機関の役割

103. 世界保健機関（WHO）

WHOは、世界のほとんどの国で保健省と直接協力して活動している。難民と周辺地元住民の健康ニーズに対応する際は、WHOと密接に調整する。協力活動の詳細は、巻末の付録3の「WHOとUNHCRの合意覚え書き」に示されている。

104. 国連児童基金（ユニセフ）

緊急事態におけるユニセフとの協力活動は、保健教育と、はしかワクチンや出産／助産用キットの支給が中心となる（詳細は、付録3「UNICEFとUNHCR間の合意覚え書き」参照）。

105. 国連人口活動基金（UNFPA）

UNFPAとの協力活動は、リプロダクティブ・ヘルスの問題と人口統計が中心になる。詳細は、付録3「UNFPAとUNHCR間の合意覚え書き」に示した。

106. 国連エイズ合同計画（UNAIDS）

UNAIDSは、1995年に創設された国連機関間機構で、その目的は各国のHIV／エイズ計画の支援である。難民保健サービスは、これら各国の計画に統合しなければならない。

107. UNHCRとのスタンドバイ協定に基づき、米国の疾病対策センター（CDC、ジョージア州アトランタ）は直ちに専門家を派遣し、健康・栄養状態を調べ、伝染病対策と緊急事態対策を改善し、健康情報システムを確立することができる。派遣期間は通常4～8週間に限られ、本部の保健・地域開発課に要請すれば手配できる。

非政府組織（NGO）の役割

108. 事業・実施協力機関は、UNHCRにとって欠かせない協力者である。緊急保健医療計画の協力者をすべて集めて、適宜、保健小委員会を中央と現地に設置する。初期段階は毎日または週1回は会合が必要だろう。通常は保健省の代表者が議長を務め、UNHCR保健調整官がサポートする。不測事態対応計画の立案段階で委員会のメンバーが決まっていれば理想的である。

109. 保健小委員会の活動は以下の通り。

任務の割り当て、保健活動に関する他分野（食糧・水・衛生設備など）との情報交換・収集、医療手続き、職員の数と教育訓練に関する共同合意規則の策定、一般的な問題解決。

110. 緊急事態において保健分野ではほぼ例外なく外部の緊急援助が必要になる。地元の

制度・組織では迅速かつ専門的な対応ができない状況だからである。地元の保健サービスが必要な対応力　すべてのレベルでの人材、インフラ、医療品、専門技術　を備えているということはまずありえない。だがこの対応力も、政府や国連機関の支援により徐々に強化できる。

111. NGO（国際、地域、国内）は、慎重に選ぶ必要がある。通常は庇護国政府が選ぶが、どのNGOが緊急事態の対応力を備えているかを政府に助言するのも、UNHCRの仕事である。あるNGOは、長期的な状況での活動は経験しているが、緊急事態の経験は乏しいかもしれない。また別のNGOは、活動領域を純粋な治療行為に限定し、公衆衛生、予防、衛生設備などにはかかわらないかもしれない。

112. 小規模なNGO、とくに特定の状況に対応するために新設された団体は、緊急事態に参加する前に適切な対応力があることを示すべきである。

関係機関の数は、最小限にとどめる。

113. 緊急事態の初期段階は、NGOの数を必要最小限に留めることが不可欠だ。選ばれる機関は職業意識が高く、経験豊富な人材を派遣でき、過去に政府・UNHCRの双方と協力して緊急事態に対処した経験があることが望ましい。

対応の組織化

114. 保健サービスの仕組みの例を、付表2に示した。これは国内外の多くの保健職員がかかわる大規模緊急事態を想定しており、規模が小さい緊急事態では、組織化に必要なレベルは少なくなるだろう。表中の職員の数や資格は、目安にすぎない。実際のニーズは、保健問題、地域の孤立度、その他の要因に左右される。

115. 病気の種類や全体的なニーズが分かっ
たら、国内外で認められた基準に基づき、現
状にあった保健職員向けの標準手続きガイ
ドラインを策定する。これには基本原則、サ
ービスの確立方法（選択的給食計画、標準治療
計画、医薬品リストと支給、ワクチン接種と
報告など）など、保健サービスの全側面を含
める。UNHCR保健調整官が関係者全員と相
談して作成し、できれば保健省の後援で発行
する。その後保健調整小委員会などが定期的
に見直す。ガイドラインの少なくとも一部は、
コミュニティ・ヘルスワーカーの使用言語に
翻訳する。

難民に保健管理を提供する組織はすべ
て、標準ガイドラインの作成に参加すべ
きであり、それを守らなければならない。

主な参考文献

An Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Refugee Situations, 1995. United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva. To be updated in 1999.
Essential Drugs Manual: Guidelines for the Use of Drugs in Refugee Settings and UNHCR List of Essential Drugs, Geneva, 1989.

Famine-affected, Refugee, and Displaced Populations: Recommendations for Public Health Issues, July 24, 1992/Vol.41/No. RR-13. The Centers for Disease Control, (CDC).

Guidelines for Tuberculosis Control in Refugees and Displaced Populations, 1996 World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees.

Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings, 1996 United Nations High Commissioner for Refugees, UNAIDS and WHO, Geneva.

Manual of Mental Health of Refugees, 1996 World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees.

Sexual Violence against Refugees, Guidelines on Prevention and Response, 1995 United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva.

UNHCR, IOM/FOM (83/97; 90/97), Policies on Harmful Traditional Practices, 1997 United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva.

Vector and Pest Control in Refugee Situations, April, 1997 United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva.

緊急事態の初期段階では、以下の情報を毎週または毎月集めることが不可欠となる。

表番号	表の内容
表 1	人口情報
表2.1A、Bと表2.2	粗死亡率（CMR）と5歳未満の死亡率 原因別の死亡率
表3.1	罹患率
表4.1、4.2（第15章の付表4、5）	栄養、補助/食事療法（therapeutic feeding）給食計画
表5.2	入院患者部門における退院/死亡の主な原因
表7.1	出産、出生（全出生数と出生率のみ）
表7.4	コレラ/髄膜炎/肝炎/微量栄養素欠乏症

上記以外の表に必要な情報は、状況が安定するにしたがって順次収集していく。

いずれの保健医療計画でも、問題点を発見し効果をモニタリングするためには、推移を追えるように長期間の情報収集が必要である。ここにある表を使えば情報を毎週または毎月ごとにまとめることができる。同じ情報をグラフにすれば、推移はさらにわかりやすくなる。実際のニーズを反映できるよう、表を調整すべき場合もある。

1. 人口情報

表1 人口

キャンプ名/ 地域名	5歳未満の男児	5歳未満の女児	5歳以上の男児	5歳以上の女児	総人口
合計					

人口情報の出所：登録□、概算□、政府□、その他□

総人口に占める5歳未満の比率（％）＝

総人口に占める女性の比率（％）＝

注意 人口情報は、必ずしも表形式で報告する必要はない。人口の比率計算に使用する基準は、公式に使われている数値とは異なることもあり、その場合はその旨を明示する。

2. 死亡

2.1 死亡率

死亡率（年齢別・男女別）は、1日1万人あたりの数値で示す。

A. 粗死亡率（CMR）

表2.1 A

キャンプ名/ 地域名	男性		女性		合計	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
合計						

B. 5歳未満の死亡率（U-5 MR）

表2.1 B

キャンプ名/ 地域名	男性		女性		合計	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
合計						

男女比 CMRとU-5 MRに関するグラフ（線で傾向を示すため）を添付してもよい。

2.2 原因別死亡率

表2.2 (表2.2Aは総人口用、表2.2Bは5歳未満用)

	男性		女性		合計	
	死亡数	総死亡数に占める割合(%)	死亡数	総死亡数に占める割合(%)	死亡数	総死亡数に占める割合(%)
マラリア						
肺炎						
下痢(水様便)						
下痢(出血性)						
はしか						
髄膜炎						
コレラ						
妊産婦の死亡 (表2.2Aのみ)						
分娩時/ 新生児死亡						
栄養失調						
合計		100%		100%		100%

表2.2Aと表2.2Bを用いて、報告書に円グラフを添付しても可。

疾病リストは、参考例である。

死亡率についての所見

3. 罹患率

3.1 発病率(一定期間の人口1,000人あたりの新たな患者数)

表3.1 (表3.1Aは総人口用、表3.1Bは5歳未満用)

	男性	女性	合計
マラリア			
肺炎			
下痢(水様便)			
下痢(出血性)			
はしか			
髄膜炎			
性感染症			

リストにある疾病は、参考例。

3.2 外来部門 (Out-Patient Department = OPD) の診察回数

表3.2 難民1人あたりの1年間の診察回数*

キャンプ名	男性	女性	合計
平均			

*キャンプごとの外来部門の総診察件数から、難民1人あたりの年間受診回数を推定する。(例)人口30,000人のキャンプでの1カ月間の診察回数が10,000回の場合、 $10,000 \times 12 = 120,000 / 30,000 = 4$ (難民1人あたりの1年間の受診回数)となる。

罹患率についての所見：

4. 栄養

4.1 補助給食計画の月間報告書

第15章の付表4。

4.2 治療用給食計画の月間報告書

第15章の付表5。

4.3 食糧の内容 (food basket) のモニタリング

第15章参照。

実施する場合は、実施者と結果を明記。

栄養についての所見：

5. 入院患者部門（IPD）の活動

5.1 活動

表5.1（週または月単位）

	病院名	病院名	病院名
A. 前週 / 前月末の患者数			
B. 入院患者数			
C. 週 / 月末の患者数 (A+B-D)			
D. 退院者数			
D.1 許可あり		%	
D.2 許可なし		%	
D.3 死亡		%	
D.4 移送		%	
ベッド数			
平均入院期間(日数)			
占有率		%	

5.2 IPDの退院 / 死亡の主な原因

表5.2（週または月単位）

	病院名		病院名		病院名	
	患者数	死亡数	患者数	死亡者数	患者数	死亡者数
マラリア						
肺炎						
下痢(水様便)						
下痢(出血性)						
髄膜炎						
はしか						

IPDについての所見

6. 紹介システム

6.1 入院のために移送された患者の総数と移送先

6.2 移送原因

表6.2

	キャンプ名		キャンプ名		キャンプ名	
	患者数	対総数比(%)	患者数	対総数比(%)	患者数	対総数比(%)
産科						
外科						
小児科						
内科						
輸血						
合計						

所見

7. 主な保健医療計画

7.1 リプロダクティブ・ヘルス

7.1.1 母体の安全

a. 分娩 / 出産

表7.1.1

キャンプ名	数	粗出生率*
合計A = a1 + a2 + a3		

*粗出生率 (Crude Birth Rate) = 年間出生数 ÷ 総人口 × 1,000

- a1 = 保健センターまたは病院での出生総数とその出生率
- a2 = 訓練を受けた出産介護者が立ち会った出生件数とその出生率 (保健センターまたは病院以外)
- a3 = それ以外の出生総数とその出生率 (すなわち、A - (a1 + a2))
- 難産の総数と比率
- 新生児破傷風の患者総数
- 破傷風トキソイド (TT) 接種済みの妊婦の出産総数と比率

b. 妊娠期間中のケア (ante-natal care = ANC)

- 年間の予測妊娠総数
- ANCの新規診察総数 (過去3カ月) と予測数に対する比率
- 出産までにANCで3回訪れた女性の比率
- 妊婦に栄養補給剤を与えているか? 基準と支給されている栄養補給剤を明記。
- RPR検査 (梅毒検査) の陽性の比率

c. その他の情報

- 妊婦の死亡率 10万件の正常出産ごとの発生率と発生件数 (1年間)
- 分娩時 / 新生児の死亡率 1000件の正常出産ごとの発生率と発生件数 (1年間)
- 妊娠中絶数と妊娠数に対するその比率
- 出生時の低体重 (2.5kg未満) 人数と全出生数に対する比率
- 産後の診察件数と総出産数に対するその比率

7.1.2 性的暴力およびジェンダー (性差) を理由とする暴力

- 性的暴力および性差を理由とする暴力の1カ月間での数、(1万人あたりの発生率も)
- 女性器の切除 (慣習として存在する場合) に対する特別の計画があるか? ある場合はその簡単な説明。

7.1.3 HIV / エイズを含む性感染症 (STDs)

- 一般的な予防措置の実施
- 輸血前のHIV検査実施率
- 血液検査でHIV反応が陽性となった比率
- コンドームの支給、受け取った人数と比率

7.1.4 家族計画 (3カ月ごと)

- 過去3カ月間の新規受容者の数 (一方法ごと)
- 一方法あたりの受容者数と比率

7.1.5 青少年

青少年を対象とした特別な計画があるか? ある場合は簡単な説明。

リプロダクティブ・ヘルスについての所見

7.2 予防接種拡張計画

- はしかワクチンの接種率
- 他のワクチンの普及率
- ワクチンで予防できる病気がキャンパスで流行しているか?
- 所見

7.3 結核（3カ月ごと。通常は緊急事態では行なわれない）

- 毎年の新規患者の予想数（すなわち出身国での有病率）
- 治療計画案

表7.3

	1月 3月	4月 6月	7月 9月	10月 12月
A. 治療者数、期間初め				
B. 新患者数				
C. 退院数 その理由は				
C.1 回復		%		
C.2 中途離脱		%		
C.3 死亡		%		
C.4 移送		%		
期間末の合計 A + B - C				

7.4 コレラ／髄膜炎／肝炎／微量栄養素欠乏症など。

毎日、毎週、毎月単位／患者数、死亡数と罹患率、および致死率。
報告書に図形を添付しても可。

7.5 精神衛生

精神衛生計画についての説明を記す。

7.6 教育訓練活動

報告期間中に行なわれた教育訓練活動の説明をする。教育訓練の種類、実施者、対象者など。

7.7 検査活動

8 その他の重要な分野に関する情報

- 飲料水の利用 1日1人あたりの摂取量（リットル）
- 使用可能な便所1カ所あたりの利用者数
- 適切な住居を得ている人の割合
- 毎月1人あたりに支給される石けんの量
- 病原体媒介生物の駆除活動についての具体的記述

	施設/場所	対象規模/レベル	保健職員	主な任務の概要
	<ul style="list-style-type: none"> ●全協力機関による保健調整委員会、適宜分散化も可能。 ●難民保健班（できれば保健省と共同、またはUNHCR計画チームの一部として） 	首都/国家レベル	<ul style="list-style-type: none"> ●UNHCR保健調整官または保健衛生専門家、栄養士、薬剤師、健康管理官 	<ul style="list-style-type: none"> ●計画の立案とモニタリング ●標準手続きに関するガイドラインの作成と普及 ●全体の調整と指揮監督 ●医薬品と器具の調達・支給
第3レベル	地域/地方の病院	地域/地方レベル	<ul style="list-style-type: none"> ●必要に応じて、既存の職員を支援するために、医師1人と看護婦2人（さらに必要があれば、物資援助、とくに食糧と医薬品） ●患者ごとまたは治療ごとにかかる費用についても、病院と交渉できる場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ●紹介による、難民居住地からの産科重病患者や外科の急患 ●委託検査施設
第2レベル	保健センター（限られた数の短期入院用ベッド、難民2,000～5,000人につき1床が目安）	人口約3万人の各難民居住地	<ul style="list-style-type: none"> ●医師2人、看護婦6～8人、助産婦1人が目安 ●ヘルスワーカー約10人（ヘルスワーカー1人が1日あたり50～70件の相談に対応） 	<ul style="list-style-type: none"> ●難民居住地の保健サービスの指揮監督、ヘルスワーカーの教育訓練と特別な給食計画など ●第1段階で対応できない患者の治療 ●医薬品の安全確保、配給、使用 ●基礎検査 ●第3段階への紹介
第1レベル	ヘルスポストまたは診療所1カ所	難民約5,000人が対象単位	<ul style="list-style-type: none"> ●1単位ごとに看護婦1人（上記から）と難民または国のヘルスワーカー2～3人が目安 	<ul style="list-style-type: none"> ●対象単位ごとのサービス、予防・基本的治療の両面 ●現場での巡回活動の指揮・監督
	コミュニティ	現場での巡回活動（難民1,000人につきコミュニティ・ヘルスワーカー1人、難民3,000人につき産婆1人の割合で単位ごとに組織）	<ul style="list-style-type: none"> ●難民のコミュニティ・ヘルスワーカー 	<ul style="list-style-type: none"> ●公衆衛生と個人の健康、栄養に関する問題点の特定 ●病人をヘルスポストへ紹介 ●家庭訪問

