
災害時における公衆衛生対策の最低基準

(中村安秀、國井 修・編：災害時の公衆衛生、東京、南山堂、2012、36-47)

2015年2月13日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

A ビルド・バック・ベターの思想

災害時の緊急支援とは、人々の生活状況を単に復興前の状態に戻す復旧作業ではなく、必要なことを新しく興隆させることも含む概念である。Build Back Better とは、自然災害をグローバルな視点から捉え直し、環境に配慮し、社会の回復力 (resilience) を促し、災害を軽減する対策を盛り込み、持続可能なコミュニティを再生する試みである。産業や経済の復興をめざしつつ、住民の生活の質や社会的弱者への公平性を配慮し、住民が主体的に参画する過程を重視している。

災害後には心的外傷後ストレス障害 posttraumatic stress (PTSD) が大きな問題である。一方最近では、トラウマ後の成長 posttraumatic growth (PTG) という概念が提唱され、大規模災害のようなトラウマを引き起こす出来事を経験した人が、その後に示すポジティブな変化が注目されている。このような人間の強さにも信頼を寄せて、災害後の社会の支援や復興に取り組む必要がある。

B 人道緊急支援の国際的な基準づくり

① 変貌する人道緊急支援

難民および紛争や自然災害により定住地を離れることを余儀なくされた人々に対する支援は大きく変貌しつつある。21世紀の緊急人道支援の最大の特徴は、コンピュータと機動力を利用した大量かつ迅速なロジスティクスである。もう一つの特徴は、プロフェッショナルな緊急支援活動が求められるようになったことである。

② 行動規範と人間の安全保障

国際赤十字・赤新月社では、人道的責務を最優先するという行動規範を作成し、受益者の人種や信条、国籍などによる差別のない支援活動を目指している。しかし緊急人道支援の現場では、理念を謳うことと実際のフィールドで実践することのギャップは非常に大きく困難も多い。今後はこの行動規範が理念だけにとどまらず、1つずつの項目が実践上の体験と現場の知恵に裏付けされ検証する作業が必要となる。

1990年代に、緊急・復興・開発モデルが大きな潮流となり、緊急支援と開発支援の切れ目のない支援が大きな課題となった。しかし、現実には緊急から復興・開発へという直線的な段階を踏むことは少なく、多くの援助機関の援助スキームの時間に収まりきらないという問題も指摘されている。

近年、人間の安全保障という概念が国際社会で注目されるようになった。人間の安全保障委員会がアナン国連事務総長に提出した「安全保障の今日的課題」という報告書の中で、人間の安全保障とは、個人とコミュニティの恐怖からの自由、欠乏からの自由、尊厳をもって生きる自由を保障することであると明確に定義付けられた。すべての暴力に対する恐怖、貧困や病気などの生活の不安から解放され、尊厳をもって生きることの重要性を指摘している。そして、外からの支援に依存するのではなく、直面する脅威に対して、個人やコミュニティが自ら立ち向かっていく力を高めることを重視している。緊急から復興・開発への道程の中で、人々が自分たちの力で課題を解決していけるような長期的な展望を持った支援が求められている。

③ 人道支援の質の向上を目指して

1990年代のアフリカ中部のルワンダ内戦における人道支援の失敗が大きな契機となって、緊急人道支援に関する種々の国際的な組織が設立された。1997年には、国際赤十字・赤新月社や国際 NGO が中心となって、スフィア・プロジェクトをスタートさせ、「人道憲章と災害援助に関する最低基準」を生み出した。現在では、このスフィア・プロジェクトの基準は、紛争や難民支援および自然災害に対する支援において、世界的に共通の最低基準になっている。

C 保健医療に関する最低限の基準

① 安全な水の供給と衛生環境

緊急時においては、いわゆる狭義の医療以前の問題として、飲料水と栄養の適切な供給が非常に重要である。また、多数の被災者が集団生活を強いられているため、衛生や環境問題を解決することが緊急かつ重要な課題である。

気候や社会的状況により水の必要最低量は異なるが、一般に1人当たり1日7.5~15Lの水を供給する必要がある。また、生活用水の確保も欠かせない。診療所や病院においても、最低限必要となる水供給量を考慮する必要がある。

災害時の衛生環境の整備において、トイレは非常に重要な課題である。避難所では50人に1つのトイレが必要である。日本ではまだ供給が不十分であるといえる。

② 食料の確保と栄養

災害後の食料の確保と栄養に関して、最も重要なことは、迅速なアセスメントを実施することである。場所、年齢、性別などの属性に応じて、また市町村ごとでなくより小さな地区ごとに食料の確保の状況を明らかにすることが重要である。また、タンパク質や微量栄養素の不足にも注意を払う必要がある。

③ 感染症対策

緊急期の難民キャンプでは、すべての死亡のうち約半数は感染症に起因するといわれ、その被害は非常に大きい。世界的には、主に下痢症、急性呼吸器感染症、麻疹、マラリアがあげられ、被災地における4大死因と言われている。予防のためには、安全な飲食物の確保、環境衛生の整備が重要であり、また、日本の被災地での予防接種の優先順位について科学的な議論が必要である。

④ 心理社会的サポート

東日本大震災では「こころのケア」の重要性が叫ばれているが、その概念が包括的で漠然としすぎている。国際的には、国連機関間常設委員会（IASC）から緊急時の心理社会的サポートに関するガイドラインが公表されている。専門家中心の精神医学的なカウンセリングだけでは限界があることがわかり、専門家だけが動くのではなく重層的なアプローチを実施する。大多数の子供たちには、個別のこころのケアよりも心理社会的サポートが求められている。

D 人道支援に関する評価

世界的には、人道支援の評価方法としては、量的評価と質的評価を組み合わせた混合法が主流となりつつある。しかし、従来から緊急人道支援に関するモニタリングや評価は不十分であるといわれてきた。評価に関して、大学・研究機関と援助団体の協働、技術開発が始まっており、また研究者だけでなく、メディア、NGO、国連機関の関係者とともに人道支援の現場を歩くことにより被災した人々の生活実態に迫ろうという学際評価調査の試みもある。

E 国際基準を満たす仕組みづくりを目指して

東日本大震災では、安全な水の供給、トイレの設置、食料の配給などの面においてスフィア・プロジェクトが提示する最低基準を満たしていない避難所は少なくなかった。一方、医療面において日本の強みを多く見ることができた。東日本大震災では、多くのDMATや医療チームが編成され、継続的に人員が送りこんだことは画期的であり、この時の医療支援で特筆すべきは、救命救急の時期を過ぎてからの全国的な支援だった。スフィア・プロジェクトでは、アフリカや南アジアの国を念頭に置き、医師や看護師の最低基準は低く設定されている。こういう世界の状況と比較すると、日本は質の高い保健医療人材に恵まれた国だと認識できる。既に存在する保健医療の専門家を最大限に活用して、国際基準を満たすような公衆衛生活動ができる仕組みづくりが求められている。